



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

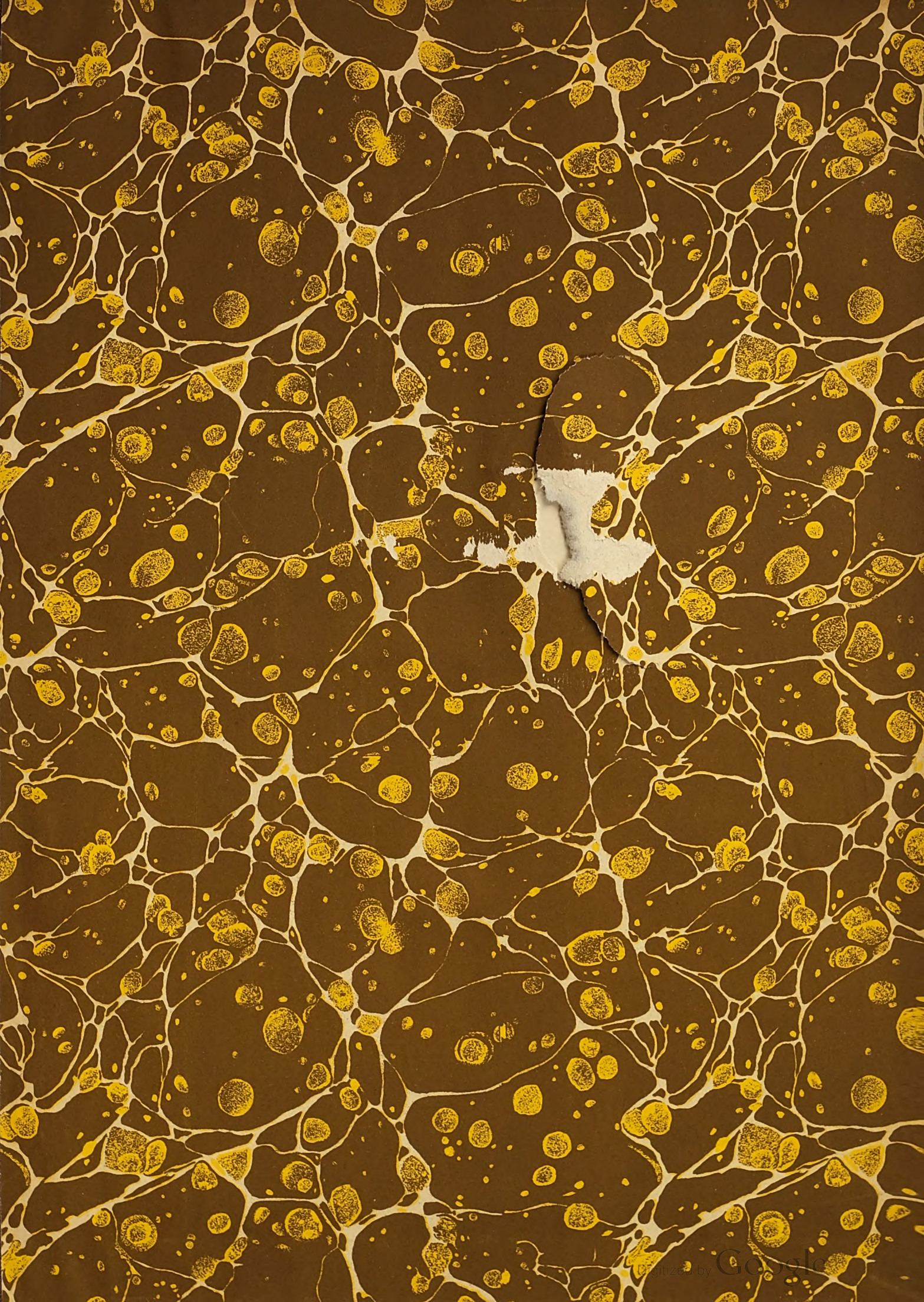
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

UNIVERSITY
OF FLORIDA
LIBRARIES



The J. Hillis Miller
Health Center Library





DISCARDED BY
U. S. D. A. LIB.

448.8.10/37
F77

2

**LIBRARY
RECEIVED**

MAY 1 1929

U. S. Department of Agriculture

Fortschritte der Medizin

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion:

Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Straße 1

40646
ag.

161

1929

Siebenundvierzigster Jahrgang

I. Quartal

BERLIN 1929

VERLAG: HANS PUSCH, BERLIN SW 48, FRIEDRICHSTRASSE 231

Sachverzeichnis vom I. Quartal

(Heft 1-6)

1929

MAY 25 1931

- Abderhaldensche Reaktion** (Abderhalden und Buadze) 37 (C).
- Abdomen, Prophylaxe und Frühdiagnostik des akuten** (Cope) 184 (C).
- Abdominalsyphilis** (Depolowitsch) 187 (C).
- Abdominaltuberkulose, Röntgenbehandlung** (Wyss) 37 (C).
- Aberglauben, Gefahren** (Elwert) 137 (C).
- Abhörvorrichtung** (Caspar) 137 (C).
- Abnorme Kinder, Erziehung** (Deutsch) 137 (C).
- Abort-Ausräumung** (Sellheim) 183 (C).
- Frage (Niedermeyer) 183 (C).
- Geburten nach künstlichem — (Bronnikowa) 193 (R 797).
- intrauterine Kohlebehandlung bei — (Geller) 147 (R 574).
- Regeneration der Uterusschleimhaut nach dem künstlichen — (Jakowlew) 7 (C).
- Abtreibung s. Abort, krimineller.**
- Abzugskanalgase, Vergiftung** (Dobrin) 91 (C).
- Achondroplasie s. a. Chondrodystrophie.**
- (Warner) 140 (C).
- (Grudzinski) 181 (C).
- Achylia gastrica** (Warburg und Jørgensen) 6 (C). 25 (R 122).
- Acidum lacticum s. Milchsäure.**
- Acne vulgaris** (Jarosz) 61 (C).
- (Stümpke) 194 (R 801).
- Behandlung (Langer) 87 (C).
- Adams-Stokes, Syndrom** (van den Bergh) 184 (C).
- Addison'sche Krankheit** (Higgins) 61 (C).
- (Boenheim) 107 (R 431).
- mit Atrophie der Nebennierenrinde (Brenner) 157 (R 638).
- Hypoglykämie bei — (Wadi) 22 (R 92).
- Adenopathie, chronische infantile** — (Courtois) 22 (R 93).
- Adenotonsillotomie, Vor- und Nachbehandlung** (Birkholz) 33 (O).
- Adnex Tumoren, operative Behandlung der entzündlichen** — (Conrad) 38 (C).
- Adipositas s. a. Fettsucht.**
- dolorosa s. Dercumsche Krankheit.
- (Grovaerts) 141 (C).
- Behandlung (Holböhl) 157 (R 639).
- im Kindesalter (Keller) 130 (O).
- Aderhaut s. Chorioidea.**
- Adrenalin s. a. Nebennieren.**
- Einfluß auf Reststickstoff (Mednikianz) 86 (C).
- Einspritzungen, Blutdruckveränderungen bei Perniziosakranken nach subkutanen (Koslowskaja) 91 (C).
- Empfindlichkeit bei Masern und Scharlach (Rueff) 86 (C).
- Gruppe (Ehrismann und Maloff) 86 (C).
- Lungenödem, Beeinflussung durch experimentelle Verletzungen des Hirnstamms (Glass) 85 (C).
- Mydriasis in der Menopause (Hannan) 168 (R 707).
- Verhalten des Calciums (Lawaczek) 5 (C).
- Adrenasol** 91 (C).
- Adsorption der lebenden Zelle** (Seabra) 7 (C).
- Behandlung (Strasser) 49 (R 192).
- Adventitielle Geräusche rhinopharyngealen Ursprungs** (Sumon) 39 (C).
- Adynamie und Blutzuckergerfälle** (Rosenow) 21 (R 91).
- Aethan und Aethylen, Chlorderivate** (Gabbano) 5 (C).
- Aethylen-Sauerstoffbetäubung** (Goldman) 88 (C).
- Aethylen-Sauerstoffnarkose** (Brumbaugh) 90 (C).
- Affektepileptische Anfälle** (Carps) 6 (C).
- Agomensin** (Dessauer) 64 (R 230).
- Agranulozytose** (Northmann) 37 (C).
- (Thoma) 156 (R 630).
- Agriolimax** (Crozier und Wolf) 38 (C).
- Aegypten und die Lungenkranken** (Köhler) 37 (C).
- Akridinderivate, Behandlung der Gonorrhoe-Bartholinitis** (Schmidt-La Baume) 138 (C).
- Akromegalie, Röntgenbehandlung** (Schenderow) 174 (R 744).
- Akromegalie, Röntgenstrahlenbehandlung der Hypophyse** (Allen u. Lissner) 89 (C).
- Akromykrise** (Ochs) 91 (C).
- Aktinobehandlung bei Verdacht auf Lungentuberkulose** (Paschetta) 142 (C).
- Aktinomykom der Wange** (Dobrzaniecki) 206 (R 886).
- Aktinomykose der Lunge** (Halpern u. a.) 68 (R 260).
- des Ovarium und der Tuba Fallopii (Stein) 141 (C).
- als Unfallfolge (Reckzeh) 87 (C).
- des Unterkiefers (Oppenheimer) 136 (C).
- Akzessorische Nährstoffe s. Vitamin.**
- Albumen s. Eiweiß.**
- Albuminurie s. a. Nephritis.**
- funktionelle (Jerrell) 110 (R 445).
- orthotische bei Sportausübenden (Brandeis) 162 (R 669).
- Aleukia haemorrhagica** (Reid) 156 (R 631).
- Alimentationsprozeß, Untersuchung des Blutes und der Papillarlinien** (Schläger) 5 (C).
- Alkalireserve im Blut bei gesteigerter Körpertemperatur** (Walinski) 23 (R 109).
- Alkaloide** (Annau und Sarkány) 180 (C).
- Alkalose, experimentelle** (Lytkin u. a.) 91 (C).
- und alkalische Diathese (Goiffon) 186 (C).
- bei Ulcus pepticum (Wesley u. a.) 20 (R 82).
- Alkohol Befeuchtung der Arterienstämme** (Nasarow) 91 (C).
- in der Behandlung (Comby) 169 (R 711).
- Histaminprobemahlzeiten (Fanding) 6 (C).
- intravenöse Injektion in der Behandlung fieberhafter Wöchnerinnen (Bär) 63 (R 229).
- Injektion in das Ganglion-Gasserie (Müller-Deham) 74 (R 304).
- Alkoholismus, Hypnotherapie** (Feibuschewitsch) 91 (C).
- Alkoholzonen** (Schumkow) 91 (C).

Allergie s. a. Anaphylaxie, Idiosynkrasie, Ueberempfindlichkeit.
 — des Lebensalters (Pirquet) 209 (R 901).
 — nutritive bei initialer Lungentuberkulose (Funck) 135 (C).
 Allergische Reaktionen mit Streptokokken von Polyarthrit (Birkhang) 185 (C).
 Alopecia areata, Aetiologie und Behandlung (Koslowa) 42 (R 155).
 — praematura (Spitz) 14 (R 41).
 Alpha-Lobelin (Marshall) 38 (C).
 Alter, das überwundene (Schmidt) 52 (B).
 Alterskrankheiten (Schlesinger) 181 (C).
 Altersstar s. a. Katarakta senilis.
 Alterstuberkulose (Klieneberger) 87 (C).
 Amaurose s. a. Blindheit.
 — und Erhalten der Lichtreflexe (Korbsch) 5 (C).
 Amblyopie bei Zwillingen (Waardenburg) 139 (C).
 Amboceptor s. a. Hämolyse.
 Amerika, Geburtshilfe und Gynäkologie (Essen-Möller) 100 (R 376).
 Amerikanische Medizinschulen (Donner) 180 (C).
 Ammen, Psychologie (Neustadt-Steinfeld) 138 (C).
 Ammoniak (Delaunay) 141 (C).
 — Ausscheidung beim Brustkind (Klinke) 136 (C).
 — Quelle des im Blute entstehenden (Mozolowski) 59 (C).
 Amöben - Erkrankung (Deschiens und Melnotte) 186 (C).
 — Hepatitis, Periostitis der Tibia nach — (Hodges) 140 (C).
 Amöbendysenterie, rezidivierende (Mynssen) 66 (R 247).
 — Behandlung (Stern) 18 (R 70).
 — Perikarditis bei — (Laigret) 142 (C).
 Amöbiase s. a. Ruhr.
 Amöbenzystitis (Franchini) 105 (R 415).
 Ampullen, luftdichte (Lafont) 142 (C).
 Amputationen (Plisson) 142 (C).
 Amylase im Blut und Harn (Kondratjew) 23 (R 106).
 Amyloidose (Nathan) 139 (C).
 — (Walker) 141 (C).
 — Diagnostik mittels Kongorotinjektion (Nathan) 37 (C).
 Amyloidzunge (Letulle) 90 (C).
 Amyotrophien bei chronischer epidemischer Encephalitis (Wimmer und Neel) 122 (R 525).
 Amyotrophische Lateralsklerose (Bertrand) 122 (R 524).
 Analfissuren (Franken) 164 (R 681).
 Anämie, aplastische (Duke) 184 (C).
 — experimentelle (Whipple) 198 (R 832).
 — perniziöse (Warburg und Jörgensen) 25 (R 122).
 — perniziöse (Charles) 140 (C).
 — perniziöse (West und Nichols) 184 (C).
 — splenomegale familiäre (Auricchio) 91 (C).
 — Behandlung (Moldawsky) 109 (R 441).
 — Behandlung mit Leber (Middleton) 198 (R 833).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Engel) 59 (C).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Aron) 67 (R 254).

Anämie, Behandlung der perniziösen mit Leber (Sorge) 143 (C).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Goormachtig) 155 (R 625).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Saltzman) 184 (C).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Planteydt) 198 (R 836).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber und Leberextrakt (Ordway u. a.) 198 (R 834).
 — Behandlung der perniziösen mit Leberdiät und Leberextrakt (Heath) 198 (R 835).
 — perniziöse, Beziehungen der Dünndarm-Kolibesiedlung und der Leberbehandlung bei — (Henning) 67 (R 252).
 — perniziöse, und Dünndarmflora (Löwenberg) 109 (R 442).
 — durch ulcerierte innere Hämorrhoiden (Saphir) 185 (C).
 — in dem ersten Kindesalter (Esp) 6 (C).
 — hämolytische, im Kindesalter (Cooley) 139 (C).
 — perniziösähnliche, im Kindesalter (Frank) 86 (C).
 — Oedem und Herabsetzung der Wasserausscheidung bei perniziöser — (Meulengracht u. a.) 67 (R 253).
 — Plasma (Volta) 154 (R 618).
 — perniziöse, der Ratten (Vedder) 45 (R 169).
 — perniziöse, freie Salzsäure im Mageninhalt (Davidson) 155 (R 623).
 — Splenektomie bei perniziöser — (Decastello) 37 (C).
 — bei Syphilis (Cummer) 195 (R 814).
 — perniziöse, digestiver Ursprung (Lemaire) 155 (R 624).
 — Wesen der perniziösen (Means) 185 (C).
 — Wirkung von Blut und Eisen bei der Aderlaßanämie (Stieger) 135 (C).
 Anamnese in der Dermatologie (Goodmann) 185 (C).
 — psychologische Grundlagen (Grund) 182 (C).
 Anaphylaxie s. a. Allergie, Idiosynkrasie, Serumkrankheit und Ueberempfindlichkeit.
 Ancylostomum brasiliense (Shelmire) 185 (C).
 Aneurysma der Bauchorta (Mannheim) 181 (C).
 — der Nierengefäße (Varela) 187 (C).
 Angina pectoris (Schlayer) 37 (C).
 — (Spiegel) 138 (C).
 — (Halbron) 142 (C).
 — (Arillaga) 187 (C).
 — (Pal) 199 (R 845).
 — (Arrilaga) 200 (R 846).
 — lymphomatosa und Drüsenfieber (Ustredt) 89 (C).
 — pectoris bei Aerzten (Recht) 87 (C).
 — pectoris, Pathogenese und Behandlung (Danielopulo) 183 (C).
 — pectoris, Radiobehandlung der — (Lian und Marchal) 215 (R 940).
 Angiokeratoma Mibelli (Goldschmid) 101 (R 382).
 Angiome (Salomon) 5 (C).
 Angioneurose, gewerbliche (Koelsch) 173 (R 738).

Anomaloskop (Franceschetti) 182 (C).
 Anopheles s. a. Malaria.
 Anopheleslarven, Arsenpräparate im Dampf gegen — (Tichenko) 90 (C).
 Anorexie s. a. Appetitlosigkeit.
 Anthrakose und Tuberkulose (Schultetiggis) 205 (R 876).
 Anthrax s. a. Milzbrand.
 — (Bassewitz) 186 (C).
 Antianaphylaxie s. Anaphylaxie, Anti —.
 Antianeribi-Vitamin s. Vitamin B.
 Antiinsulin und äußere Pankreassekretion (Meyer-Bisch u. a.) 86 (C).
 Antikörperproduktion (Smith) 38 (C).
 Antikonzeptionelle Mittel als blastophore Faktoren (Stefko) 97 (R 363).
 Antineuritische Vitamin s. Vitamin B.
 Antipoliomyelitisserum (Stewart und Haselbauer) 38 (C).
 Antiskorbutisches Vitamin s. Vitamin C.
 Antituberkulose-Vakzin (v. Beneden) 141 (C).
 Antrumempyeme, dentale (Chaim) 206 (R 887).
 Anus, physikalische Behandlung der Erkrankungen (Drueck) 184 (C).
 Aorta Aneurysma (Beinissowitsch) 91 (C).
 — Ruptur (Kaczander) 68 (R 259).
 — akuter Schmerz (Pal) 46 (R 174).
 — Studien bei Kindern (Götche) 69 (R 269).
 — Syphilis (Hift) 138 (C).
 — Syphilis, Behandlung (Hift) 195 (R 815).
 Aortitis luica, Röntgendiagnostik (v. Falkenhausen) 136 (C).
 Apfel, gesundheitlicher Wert (Weitzel) 44 (R 163).
 Apfelsinen (Richert) 138 (C).
 Aphasie (Gordon) 212 (R 913).
 Aphthen, Diagnostik (Sézary und Ducourtiaux) 42 (R 153).
 Appetit und Bittermittel (Loeper) 142 (C).
 Apraxie, optische und konstruktive (Schlesinger) 138 (C).
 Appendicitis (Himmelstrup) 6 (C).
 — (Zacherl) 138 (C).
 — (Koster) 190 (R 776).
 — chronische (Remijnse) 6 (C).
 — chronische (Aschoff) 47 (R 180).
 — in Basel (Jessen) 5 (C).
 — Behandlung (Rossen) 6 (C).
 — Behandlung (Rossen) 38 (C).
 — Differentialdiagnostik u. Indikationsstellung (Feist) 47 (R 179).
 — im linken Leistenhodensackbruch (Goschew) 40 (C).
 — Operation (Magauran) 90 (C).
 — Operationsbefunde (Papayannou) 190 (R 777).
 — und Streptokokken (Feriz) 86 (C).
 — Vortäuschung durch perforiertes Duodenalggeschwür (Paddle) 90 (C).
 Arbeitslosigkeit und Krankheitsbewegung (v. Waldheim) 182 (C).
 — und Krankheitsbewegung (v. Waldheim) 214 (R 930).
 Arbeitsreaktion des Blutdruckes (May) 67 (R 256).
 Arbeitsunfälle (Balthazard) 172 (R 735).
 Arm, intravenöse Injektion am hängenden — (Mantoux) 186 (C).
 Aristosan (Dalichow) 5 (C).
 Arsamon, Fettstofffreizungen bei Tuberkulose (Mattauch) 135 (C).

- Arsen, Stoffwechselwirkungen** (Bickel) 182 (C).
- Arsphenamin** s. a. **Salvarsan**
- **Wirkung therapeutischer Dosen auf die erkrankte Leber** (Junkin) 23 (R 104).
- Arsylen-Roche** (Braun) 183 (C).
- Arteria cerebellaris superior** (Guillain) 122 (R 528).
- Arterieller Druck** s. **Blutdruck**
- Arterien, Druckverhältnisse in den** — (Engelen) 3 (O).
- **experimentelle Pathologie** (Imai) 38 (C).
- Arteriitis obliterans** (Tassart) 187 (C).
- **obliterans juvenilis** (Leriche und Stricher) 167 (R 701).
- Arteriosklerose, Augenhintergrundsveränderungen** (Agatston) 89 (C).
- **Behandlung** (Busch) 137 (C).
- **und Hirntrauma** (Eliasberg) 137 (C).
- **Klinik** (Munk) 106 (R 424).
- **Pathogenese** (Aresu) 106 (R 423).
- Arthritis** s. a. **Gelenkerkrankung, Rheumatismus**.
- **urica** s. **Gicht**.
- Arthritis deformans** (Leriche u. Brenckmann) 146 (R 566).
- **gonococciques** (Mondor) 28 (R ???).
- **gonorrhoeica** (Matsuda) 39 (C).
- **Aetiologie und Behandlung der chronischen** — (Stoner) 140 (C).
- **Blut bei chronischer** — (Mutch) 141 (C).
- **Synovialflüssigkeit bei chronischer** — (Forkner u. a.) 89 (C).
- Arthropathia climacterica** (Wolfsohn) 163 (R 676).
- **psoriatica, Calciumbehandlung** (Bär) 37 (C).
- Artischokkenblatt bei der Behandlung von Lebererkrankungen** (Leherc) 186 (C).
- Arzneiliche und nichtarzneiliche Behandlung** (His) 49 (R 190).
- Ascariden Idiosynkrasie, Allergiestudien** (Jadassohn) 85 (C).
- Asepsis** s. a. **Desinfektion**
- Aspergillusmykose, epidermidale** (Keller) 85 (C).
- Asphyktische Krise bei Säuglingen** (da Rocha jr.) 186 (C).
- Asphyxia neonatorum** (Wilson) 112 (R 460).
- Asphyxie, lokale** (Wheeler) 140 (C).
- **Behandlung** (Henderson) 185 (C).
- **Einfluß auf die Erregbarkeit der intrakardialen Endigungen des Nervus vagus** (Danisewski) 24 (R 112).
- **bei Neugeborenen** (Flagg) 184 (C).
- **bei Neugeborenen** (Sward) 205 (R 877).
- Asthenopia dolorosa, Pilokarpinbehandlung** (Grunert) 61 (C).
- Asthma nasaler Aetiologie** (Mortimer Wharry) 150 (R 591).
- **Behandlung** (Haibe) 158 (R 650).
- **Behandlung mit Bestrahlung** (Scott) 184 (C).
- **und Jahreszeit** (Rackemann) 200 (R 850).
- **bronchiale im Kindesalter** (Stolte) 167 (R 696).
- **bronchiale, Peptonbehandlung** (Ramirez) 60 (C).
- Asystolie** (Mayer) 199 (R 843).
- **uterine** (Lemierre u. a.) 142 (C).
- Aszites** s. a. **Hydrops**.
- Ataxie hereditäre** s. **Friedreichsche Krankheit**.
- Atemgeräusche, metamorphosierende** (Winkler) 158 (R 646).
- Atemstillstand** s. **Asphyxie**.
- Aether-Narkose** s. a. **Narkose**.
- **Narkose nach Ombrédanne** (Wymer) 94 (R 345).
- Aetherosklerose** s. **Arteriosklerose**.
- Aethylchlorid** s. **Chloräthyl**.
- Atmung, periodische** (Schoen) 180 (C).
- Atophan** s. a. **Gicht**.
- Atophansalbe** (Ruben) 87 (C).
- Atrioventikulär** s. **Herz**.
- Atrobyl „Leo“** (Damgaard-Rasmussen) 114 (R 474).
- Augapfel** s. a. **Bulbus**.
- Auge, Behandlung** (Lauber) 137 (C).
- **Blennorrhoe, Prophylaxe** (Bergl-Berlin) 183 (C).
- **Diathermie** (Strebel) 5 (C).
- **Diphtherie** (da Silva) 186 (C).
- **Fetttransplantation bei Nenukulationen** (Lindberg) 143 (R 548).
- **Operation, Veränderungen des Pulsschlags** (Marx) 92 (R 330).
- **Tuberkulose** (Grönholm) 139 (C).
- **Tuberkulose** (Escudero und Carnicer) 187 (C).
- **Verletzungen durch Geschosse** (Rodin und Mc Kee) 61 (C).
- **Vergilbung der Linse** (Gräff) 182 (C).
- **Verwundungen durch Brillengläser** (van der Hoeve) 38 (C).
- **Zystizerkose** (Burnier) 186 (C).
- Augendrucksenkung im hypoglykämischen Zustand** (Wiechmann und Koch) 20 (R 84).
- Augenheilkunde** (Adam) 181 (C).
- Augenleiden, Beziehungen der Geburtshilfe u. Gynäkologie** (Vogt) 97 (R 362).
- **Einfluß von Infektionskrankheiten** (Ulbrich) 65 (R 242).
- Augenlid, Carcinom, Strahlenbehandlung** (de Vries) 27 (R 139).
- Augenzittern** s. **Nystagmus**.
- Ausfluß** s. **Fluor**.
- Auskratzen, Ausschabung** s. **Abrasio**.
- Auspuffgase der Kraftfahrzeuge** (Spitta) 59 (C).
- Auswurf** s. **Sputum**.
- Autoagglutination** (Milders) 6 (C).
- Autointoxikationen, Bedeutung der Bakterienflora für gastrointestinale** (Kreuscher) 181 (C).
- Autonome Funktionen, Störungen** (Brack) 59 (C).
- Autovakzinebehandlung** (Cantani) 22 (R 95).
- Avertin-Amylenhydratlösung, Rektalnarkose** (Schulze) 63 (R 224).
- **Narkose** (Anschütz) 40 (R 140).
- **Narkose** (Hillebrand) 63 (R 225).
- **Narkose** (Stegemann) 137 (C).
- **Narkose in der Psychiatrie** (Blume) 181 (C).
- Avitaminose** s. a. **Vitamine, Skorbut, Beriberi, Pellagra**.
- **Erbrechen bei der** — (Werner) 91 (C).
- Axiphoidie, Diagnostik der kongenitalen Syphilis** (Landa) 90 (C).
- Azetalddehyd, Wirkung auf das Froschherz** (Kisch) 180 (C).
- Azetylcholin u. die Schweiß der Tuberkulösen** (Villaret u. Even) 186 (C).
- **Kontraktur des Froschmuskels** (Toda) 135 (C).
- Azetylen-Sauerstoffbetäubung** (Goldman) 88 (C).
- Azidose** (Dias) 39 (C).
- **alimentäre** (Loew) 136 (C).
- **und Hypoglykämie** (Mac Dowell) 50 (R 199).
- Azotämie durch Salz-mangel** (Blum u. a.) 156 (R 633).
- Babinsky Reflex** (de Bruin) 38 (C).
- Backengeschwür** (Stadler) 40 (C).
- Bäcker, Gewerbehygienische u. klinisch-röntgenologische Untersuchungen** (Krüger und Saupe) 173 (R 737).
- Bact. alcaligenes** (Monias) 185 (C).
- Badekuren** (Bauer) 183 (C).
- Baden, Hautausschläge** (Touton) 101 (R 380).
- Bäderbehandlung** s. a. **Balneotherapie**.
- Badereaktion, Behandlung der Polyarthrit** (Huck) 48 (R 182).
- Bakteriämie** s. **Sepsis**.
- Bakterielle Spaltung von stickstoffhaltigen Substanzen** (Ishikawa) 185 (C).
- Bakterien-Kulturen, Verhinderung der Gasbildung** (Ishikawa) 185 (C).
- Bakterienflora, Bedeutung für gastrointestinale Autointoxikationen** (Kreuscher) 181 (C).
- Bakteriophagen als Testobjekte** (Leitner) 5 (C).
- Bakterium xylinum** (Bing) 5 (C).
- Balanitis xerotica obliterans** (Stühmer) 101 (R 386).
- Baldrian** (Rabe) 206 (R 889).
- Bandwurmanämie** (Isaaks u. a.) 67 (R 255).
- Bandwurmeier, Telemannsches Verfahren zum Nachweis von** — (Alafusow) 91 (C).
- Bangsche Krankheit** (Gilbert und Coleman) 185 (C).
- Barlowsche Krankheit** s. a. **Skorbut, infantiler**.
- Basalganglien** (Kodama) 5 (C).
- Basedow** s. a. **Thyreoidie, Struma**.
- (Carnot) 39 (C).
- **und perniziöse Anämie** (Meulengracht) 198 (R 838).
- **Behandlung des Morbus-** (Williamson) 141 (C).
- **psychische Behandlung** (Moos) 46 (R 175).
- **Chinintoleranz** (Bram) 21 (R 87).
- **Grundumsatz** (Labbe) 46 (R 176).
- **Insulin** — **vorbehandelt** (Berg) 198 (R 839).
- **und Jod** (Springborn und Gottschalk) 86 (C).
- **Klimatotherapie** (Feldmann) 4 (C).
- **Krankheit, Behandlung** (Lax) 107 (R 429).
- **Kreatininausscheidung** (Feldmann und Wilhelm) 156 (R 635).
- **Krankheit und Hyperthyreoidismus** (Ratner) 91 (C).

Basedow, thyreotoxische Magenstörungen (Schmitz) 157 (R 636).
 — und Stammganglien (Riese) 136 (C).
 Basler Kinderklinik (Wieland) 86 (C).
 Bauchbruch s. Hernia ventralis.
 Bauchfell s. Peritoneum.
 Bauchfenstermethodik (Westman) 135 (C).
 Bauchoperation, Bauchschnitt s. Laparotomie.
 Bauchschwangerschaft s. Schwangerschaft, extrauterine.
 Bauchspalten, kongenitale (Kleine) 135 (C).
 Bauchspeicheldrüse s. Pankreas.
 Bauchtýphus (Mikulowski) 61 (C).
 Bazilläre Emulsionen (Boissel) 39 (C).
 Bazillen s. a. Diphtherie-, Gasbrand-, Grippe-, Koli-, Milzbrand-, Paratyphus-, Ruhr-, Typhusbazillen.
 Bazillus, supestifer, Infektion (Roth) 96 (R 354).
 Bazillus typhosus, Züchtung (Pinero) 187 (C).
 Becken, das akute — (Williams) 140 (C).
 — Aufnahmen (Martius) 60 (C).
 — Messung, röntnologische (v. Schubert) 88 (C).
 Begleitinfektion (Pearce) 38 (C).
 Benzol, Wirkung auf den blutbildenden Apparat (Dymschitz) 114 (R 471).
 Beri-Beri s. a. Vitamine.
 — Herz und Zirkulation (Wenckebach) 141 (C).
 — Oedemtheorie (Mebius) 20 (R 85).
 Bergarbeiter-Nystagmus, Lichtsinn beim — (Coultner) 144 (R 550).
 Berloque-Dermatitis (Genner) 194 (R 802).
 — Krankheit (Zurhelle) 58 (C).
 Bernheimisches Syndrom (Mayer) 199 (R 843).
 Berufsärztliche Beratung (Kehr) 123 (R 535).
 Berufsgeheimnis und Arzteid (van Rijnberk) 60 (C).
 — und Ehescheidung (Peytel) 185 (C).
 Beschäftigungstraum (Christoffel) 138 (C).
 Besradka-Reaktion (Huët) 139 (C).
 Bestrahlte Substanzen (Lesne und Clement) 51 (R 204).
 Bestrahlung, Entwicklung der Kinder vorbestrahlter Frauen (Schmitt) 176 (R 753).
 — mit verschiedenen Lichtquellen, Kreislaufsveränderungen in der Haut (Haxthausen) 175 (R 752).
 Bewegungen, objektive Darstellung (Kalt) 87 (C).
 Bichatsches Fettpolster, Prolaps (Brugger) 136 (C).
 Bierfrühstück, sekretorische Funktion des Magens (Michailow) 135 (C).
 Biermersche Krankheit, Leberbehandlung (Basch) 155 (R 626).
 Bilharziose (Khoury) 142 (C).
 Bilirubin s. a. Gallenfarbstoff.
 — Adsorption an das Eiweiß (Weltmann und Jost) 59 (C).
 — Bestimmung im Blute (Gauskau) 40 (C).
 Rindehaut s. Konjunktiva.

Biß, Genese und Behandlung des offenen — (Leist und Bencze) 183 (C).
 Bismoterran (Vas.) 138 (C).
 Bismut s. Wismut.
 Bitumen (Broers) 136 (C).
 Blase s. Harnblase.
 Blasenentzündung s. Cystitis.
 Blasensteine s. Harnblasensteine.
 Blastomykose (Silva) 186 (C).
 Blastotoxie (Vervaeck) 141 (C).
 Blastozystose (Panayotaton) 142 (C).
 Blattern s. Pocken.
 Blausäure, Adsorption (Ugloff) 5 (C).
 Blausäure-Vergiftung nach Schuhreinigungsmitteln (Larsen) 169 (R 712).
 Blei-Erkrankungen, gewerbliche (Schmeertmann) 53 (O).
 — Vergiftung (Vigortschick) 70 (R 280).
 — Vergiftung, gewerbliche (Panse) 26 (R 127).
 — Vergiftung von Fischen (Behrens) 135 (C).
 — Vergiftung, Psychose als Folge (Ribbeling) 116 (R 488).
 — Verteilung zwischen Blut und Gewebe nach intravenöser Einspritzung (Behrens und Anton) 135 (C).
 — Behandlung (Bell) 141 (C).
 — Kolik (Achar) 70 (R 281).
 — Schädigung, Bedeutung des Blutbildes für die Frühdiagnose (Weisbach) 87 (C).
 Blennorrhagie, Behandlung (Duray) 7 (C).
 Blickkrampf, postencephalistischer (Stengel) 87 (C).
 Blicklähmung s. Augenlähmung.
 Blinddarm s. Appendix.
 Blut, Beeinflussbarkeit der Wasserstoffzahl (Holló und Weiß) 50 (R 198).
 — Differenzierungsplatte (Heuler und Hofheinz) 181 (C).
 — Einfluß von örtlicher Betäubung auf die Alkalireserve (Kaapis und Soika) 88 (C).
 — Einwirkungen des Lichtes (Meyerstein) 72 (R 298).
 — Erkrankungen, Dienstbeschädigungsfrage (Oesterlen) 5 (C).
 — als Farbstoffspender (Heilmeyer) 87 (C).
 — Jodspiegel, Abhängigkeit von der Tätigkeit der Ovarien (Jahn) 71 (R 285).
 — Koagulationsschnelligkeit (van Walsem) 60 (C).
 — Lipoidgehalt bei Geisteskrankheiten (Berger und Schubina) 170 (R 721).
 — Liquorschranke (Kral) 117 (R 495).
 — Milchsäuregehalt (Hochrein und Meier) 37 (C).
 — bei Nephritis (Henderson) 59 (C).
 — Senkungsreaktion, Blutgerinnung und Fibrinogengehalt des Plasmas bei Psychosen (Schrijver) 170 (R 720).
 — bei Transfusionen (Ymaz) 208 (R 899).
 — chemische Untersuchungen (Rockwood) 90 (C).
 — klinisch-morphologische Untersuchung (van Walsam) 88 (C).
 — Veränderung der Kolloidstruktur während der Menstruation (Eufinger) 98 (R 367).
 Blutarmut s. Annämie.

Blutbild, leukozytäres mit Senkungsreaktionen bei Kindertuberkulose (Bjelke) 205 (R 882).
 — bei Erkrankungen der Mundhöhle (Kwasniewski) 67 (R 258).
 Blutbrechen s. Haematemesis.
 Blutdruck s. a. Puls.
 — venöser (Villacian) 154 (R 620).
 — und Eklampsie (Schwarz) 86 (C).
 — Erhöhung und Körperarbeit (Baráth) 45 (R 172).
 — sehr hoher mit psychotischen Erscheinungen (Schotman) 89 (C).
 — Senkung und Karotisdruckversuch (Koch und Simon) 23 (R 108).
 — präsenile Störungen (Baráth) 67 (R 257).
 Blutdrüsen s. endokrine Drüsen.
 Bluteisen, leicht abspaltendes — (Barkan und Berger) 86 (C).
 Blutfarbstoff s. a. Hämoglobin.
 Blutgefäße s. a. Arterien, Kapillaren, Venen.
 Blutgerinnung (Lins) 7 (C).
 Blutgruppen (Diamantopoulos) 4 (C).
 — Bestimmung (Wildegans) 59 (C).
 — Bestimmung (Schölt) 89 (C).
 — Bestimmung (Michon) 186 (C).
 — Bestimmung und Superfekundation (Sabolotny) 98 (R 366).
 — Erblichkeitsverhältnisse (Thomsen) 5 (C).
 — Forschung (Berliner) 5 (C).
 — Forschung (Hilgers u. a.) 24 (R 110).
 — Forschung (Fetscher) 137 (C).
 — in Ostpreußen (Brekenfeld) 87 (C).
 — in der Paternitätsfrage (Waaes) 139 (C).
 — und Tuberkulose (de Bloeme) 60 (C).
 — Untersuchungen (v. Khreninger-Guggenberger) 137 (C).
 — Untersuchungen zum Vaterschaftsbeweis (Schött) 184 (C).
 — Untersuchungen im Vaterschaftsprozesse (Schläger) 182 (C).
 — Vererblichkeit (Juhasz-Schäffer) 88 (C).
 — und Verlauf der Impfmalaria (Herrmann) 70 (R 282).
 Blutkatalase (Schilling) 59 (C).
 Blutkörperchen, Einfluß operativer Eingriffe am vegetativen Nervensystem und an der Milzarterie (Flick und Traum) 189 (R 769).
 — Einfluß von Wärme und Chinin auf die roten — (van Spanje) 38 (C).
 — Färbungsmethode (Alport) 154 (R 619).
 — Messungen (Suhrmann und Kollath) 183 (C).
 — Resistenzprüfung im Säuglingsalter (Petrányi) 48 (R 185).
 — Senkung bei rheumatischen Zuständen (Kahlmeter) 162 (R 671).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Hoffstaedt) 72 (R 295).
 — Senkungsgeschwindigkeit der roten — (Newham) 141 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit bei Endokarditis lenta und anderen Herzkrankheiten (Sobak) 106 (R 426).
 — Senkungsgeschwindigkeit der roten — bei akuten Infektionskrankheiten (v. Rohrböck) 136 (C).

- Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit bei Malariabehandlung der Paralyse (Adler) 138 (C).
 Blutkreislauf s. a. Kreislauf.
 Blutlipotide, Bestimmung (Blik) 139 (C).
 Blutmenge (Holböhl) 169 (R 713).
 Blutplasma s. a. Plasma.
 — Komplementstudien (Hyde) 60 (C).
 Blutplättchenzählung (Austerhoff) 4 (C).
 — (Einthoven Schuil) 139 (C).
 Blutpräparate, Schnellfärbung (Ferrari) 209 (R 903).
 Blutserum s. a. Serum.
 — Auflösung, isotope (Christensen und Warburg) 139 (C).
 Blutspender (Sieveking) 137 (C).
 Blutstickstoff, osmotischer Druck (Cope) 162 (R 667).
 Bluttransfusion (Milders) 6 (C).
 — (Lindström) 209 (R 900).
 — von leukämischem (Gramén) 89 (C).
 — Beschaffung von Spendern (Buchholz) 5 (C).
 — Wirkung des Serums (Kallius) 146 (R 562).
 Blutung s. a. Menorrhagie, Metrorrhagie.
 — postklimakterische (Schiffmann) 138 (C).
 Blutzucker s. a. Glykämie und Zucker.
 — Bestimmung (Lax und Szirmai) 182 (C).
 — Bestimmung (Holm) 184 (C).
 — und Blutharnstoff (John) 185 (C).
 — und Hypertension (Wiechmann) 45 (R 170).
 — Kalorimeter (Kaufmann) 37 (C).
 — Regulationen bei idiopathischen Steatorrhöen (Thaysern und Norgaard) 89 (C).
 — nach intravenöser Traubenzuckerinjektion (Wislicki) 23 (R 107).
 Blutverschiebungen, von den Bewegungsvorstellungen bewirkte (Rancken) 139 (C).
 Bodenreform und Arzt (Pesl) 52 (B).
 Bowensche Krankheit, leukoplakieartige Form (Szathmáry) 180 (C).
 Brachyphalangie des Daumens (Hoffmann) 37 (C).
 Brightsche Krankheit s. a. Nephritis.
 Brom, gefäßerweiternde Wirkung (Guggenheimer und Fisher) 86 (C).
 Bromotriuran in der laryngologischen Praxis (Stern) 37 (C).
 Bromsulphalein in der Leberfunktionsprüfung (Buhner) 141 (C).
 Bronchial-Erkrankungen im Kindesalter (Rietschel) 136 (C).
 — Spirochätose (Poldie) 90 (C).
 — Spirochätose (Dagnini und Strozzi) 200 (R 851).
 — Asthma (Pineß) 90 (C).
 Bronchiectasie, Aetiologie und Frühdiagnostik (Smith) 158 (R 648).
 — Behandlung (Bezancón) 19 (R 77).
 — im Kindesalter (Gerbasi) 113 (R 467).
 Bronchitis, akute — im Greisenalter (Eickhoff) 19 (R 78).
 — und Pneumonie im Greisenalter (Eickhoff) 4 (C).
 Bronchohepatische Fistel (Flynn und Warren) 89 (C).
 Bronchoskopie (Jackson) 141 (C).
 Bronchotetanie, Röntgendiagnostik (Göttche) 126 (R 541).
 Bronchus-Carcinom (Ekelow) 91 (C).
 Bruch s. a. Hernie.
 Brucella abortus (Boak und Carpenter) 185 (C).
 Brust, Schußwunde (Jakob) 90 (C).
 Brustdrüse s. a. Mamma.
 Brustdrüsen-Sekretion beim Manne (Levinger) 60 (C).
 Brusternährung (Pooler) 140 (C).
 Brustfell s. Pleura.
 — Entzündung s. Pleuritis.
 Brustinfektion s. Mastitis.
 Brustkorb s. Thorax.
 — Untersuchung (Dana) 141 (C).
 Brotsorten (Salomon) 152 (R 605).
 Bubo inguinalis, Eigenblutunterspritzung (Burmeister) 151 (R 600).
 Bubonen (Hermans) 60 (C).
 Bucky-Grenzstrahlen in der Dermatologie (Levy) 86 (C).
 Buckysche Weichstrahlen in der Dermatologie (Spiethoff) 5 (C).
 Bulbus, pulsatorische Schwankungen (Wegner) 87 (C).
 Bürgersche Krankheit (Zeno u. a.) 187 (C).
 Calcium s. a. Kalk.
 — Rolle bei Narkose und Erregungszuständen (Fischer) 180 (C).
 — Glukonat (Wülfing) 69 (R 273).
 — Ionen, Einfluß auf die Erregbarkeit und Zuckung der Muskeln (Besbokaja) 91 (C).
 Calmettesche Schutzimpfung gegen Tuberkulose, 37 (C).
 Carcinom s. a. Geschwülste, Röntgenbehandlung.
 — Behandlung (Strauß) 87 (C).
 — Behandlung (Saltzstein) 90 (C).
 — Behandlung mit kolloidalem Blei (Talbot) 140 (C).
 — Bekämpfung (Buchanan) 141 (C).
 — Bekämpfung in Schweden (Kottmaier) 29 (O).
 — Bleibehandlung (Tapia) 187 (C).
 — Eigenblutbehandlung (Blumenthal) 156 (R 632).
 — Entstehung aus einem Magenulkus (v. Ferstel) 63 (R 223).
 — Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit (Lickint) 87 (C).
 — des Fundus ventriculi (Mareschal) 39 (C).
 — Gesundheitsuntersuchungen (Faught) 185 (C).
 — und Halogen-Magnesiumsalze (Delbet) 207 (R 891).
 — experimentelle Hervorrufung (Fibiger) 38 (C).
 — Kachexie (Krecke) 87 (C).
 — Metastase im Knochen (Hammer) 136 (C).
 — Problem (Dermitzel) 180 (C).
 — Problem und Ernährung (Strahlmann) 177 (O).
 — Radiobehandlung (Callica) 143 (C).
 — und Rasse auf den britannischen Inseln (Pittard) 142 (C).
 — Reaktion von Roffo (Correa) 187 (C).
 — Röntgenbestrahlung (Dyroff) 137 (C).
 — Sterblichkeit (Wolff) 86 (C).
 Carcinom, pathogene Theorie (Hirtzmann) 209 (R 905).
 — in einer Thoraxfistel (Schey) 138 (C).
 — Strahlenbehandlung (Holzknecht) 175 (R 747).
 — Wucherungen im Magen-Darmkanal (Schmidt) 181 (C).
 — der Zunge und des Mundbodens (O'Brien) 185 (C).
 — Familie (Löken) 139 (C).
 — Zellen (Fischer) 184 (C).
 Cardaminum pratense (Rabe) 181 (C).
 Cardiazol (Salz) 61 (C).
 — (Greiffenhagen) 87 (C).
 — Injektionen (Habs) 182 (C).
 Cerebellum Zyste (Glaubermann) 75 (R 313).
 Cerebrospinal-Flüssigkeit s. Liquor.
 — Meningitis s. Meningitis epidemica.
 Cerebrum s. Hirn.
 Cervix s. a. Uterus.
 Chemotherapie in der Chirurgie (Krech) 86 (C).
 — auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde (Fleischmann) 181 (C).
 Cheyne-Stokessche Atmung (Teregulow) 7 (C).
 Chinin Medikation (Saphra) 59 (C).
 Chirurgie, an der Schwelle (Forgue) 217 (B).
 Chirurgische Infektionen (Rost) 37 (C).
 Chlor, Gesamtchloridbestimmung bei fraktionierter Probemahlzeit (Cope-man) 141 (C).
 Chloramin-Heyden (Hoder) 5 (C).
 — Heyden (Sobernheim) 69 (R 277).
 Chlorderivate des Methans, Aethans und Aethylens (Gabbano) 5 (C).
 Chlornatrium s. a. Kochsalz.
 — Wirkung auf das Herzgefäßsystem (Gotowko) 187 (C).
 Chloräthyl, Allgemeinnarkose (Caillaud) 186 (C).
 Chloroform (Grünwald) 88 (C).
 — Vergiftung (Minot u. Cutler) 140 (C).
 Chlorsilber-Kieselsäure (Renner) 5 (C).
 Cholämische Blutung (Soejima) 110 (R 444).
 Cholangitis (Saxl) 183 (C).
 Choleinsäureenterolithen (Hellström) 9 (R 8).
 Cholelithiasis s. a. Gallensteine.
 Cholera in Brasilien (de Cerqueira Falcao) 7 (C).
 — Epidemie 1927 zu Batavia (Peverelli) 89 (C).
 — Gift, parenterale Wirkung (Hahn und Hirsch) 136 (C).
 Cholesterin (Mjassnikow) 39 (C).
 — Gehalt des Blutserums beim hydro-labilen Kinde (Haustein) 86 (C).
 — Wirkung der Leberdiät auf das Blut (Adler und Schiff) 86 (C).
 Cholelithiasis, Behandlung (Loeper) 186 (C).
 Cholesteatom des Schädels (Wertheimer) 136 (C).
 Cholesterin, Bestimmung im Blutstrom (Neuschloß) 87 (C).
 — Einfluß auf experimentelle Tuberkulose (Shope) 38 (C).
 — Spiegel und Abwehrkräfte bei der Lungentuberkulose (Hinze) 139 (C).

- Cholezystitis s. a. Gallenblasen-entzündung.
— (Saxl) 183 (C).
Cholezystographie (Whitaker) 90 (C).
— (Lord) 141 (C).
— (Kirklin) 181 (C).
— und transduodenale Galledränge (Snow) 108 (R 437).
— der Gallengängerkrankungen (Zink) 125 (R 540).
Cholezystographisches Bild (Bronner) 37 (C).
Cholin, Ausscheidungen im Harn (Klee und Petropoulos) 135 (C).
— in der Sommer- und Wintermilch (Vaubel) 86 (C).
Chondrodystrophie (Grudzinski) 181 (C).
Chondromatose, artikulare (Leriche und Brenckmann) 146 (R 566).
Chordareste in den Wirbelkörpern (Schmorl) 6 (C).
Chorea: Symptomenbild nach Verletzung des Corpus Luysii (Martin) 141 (C).
— minor, Genealogie (Schulz) 88 (C).
— minor im Kindesalter, Nirvanolbehandlung (Leichtentritt u. a.) 136 (C).
— minor, Nirvanolbehandlung (Huber) 51 (R 202).
Chromaffines System s. Nebennieren.
Chromatophoren im Eisplasma (Müller) 37 (C).
Chromocholoskopie (Lebedow) 91 (C).
Chromozyten, Senkungsgeschwindigkeit (Huet) 60 (C).
Chronaxie s. Muskulatur, Erregbarkeit.
Chvostek'sches Phänomen, Wirkung von Solbädern sowie Waldschulaufenthalt (Bischhoff) 86 (C).
Chylozele durch *Filaria Bankrofti* (Vogel) 65 (R 238).
Citrovanille (Herold) 137 (C).
Clitoris, Paraphimose (Willan) 140 (C).
Coecum, retrograde Intubation (Hoff) 139 (C).
Colitis gravis haemorrhagica (Kuenen) 60 (C).
Collip (Gold) 89 (C).
Collum s. a. Uterus.
— Carcinom, infektiöse Zustände (Grancande und Liégevis) 7 (C).
Coma diabeticum beim Jugendlichen (Löwenberg und Joel) 59 (C).
Complamin (Waegner) 87 (C).
Coramin (Schnaase) 69 (R 272).
— (Kohlhoff) 86 (C).
— „Ciba“ (Katzner) 61 (C).
— „Ciba“ (Meller) 91 (C).
Cornea Tätowage (Braun) 59 (C).
— Verätzung mit Bleiazetat (Stevenson) 7 (C).
Coronarkreislauf s. Herz.
Corpora lutea, ektopische (Dolgopol) 6 (C).
Corpus - luteum - Zysten zusammen mit einer Blasenmole (Frühinsholz) 39 (C).
Cortex s. Hirnrinde.
Costa - Reaktion zum Nachweis aktiver Tuberkulose (Trojan und Pongor) 139 (C).
— Reaktion in der Tuberkulose des Kindesalters (Nüssel und Helbach) 183 (C).
Couléismus (Seeling) 137 (C).
Coroperitis gonorrhoea (Landt) 58 (C).
Coxa valga (Mourgue-Molines) 10 (R 18).
— vara (Heydemann) 59 (C).
Coxitis s. a. Hüftgelenk, Entzündung — der Pubertätsjahre (Mourgue-Molines) 10 (R 18).
Credé'scher Handgriff Uterusruptur (Cohn) 96 (R 357).
Crista petrosa, Deformierung (Pancoast) 173 (R 740).
Curettement s. a. Abrasio.
Cutis verticis gyrata, Skelettveränderungen (Renander) 184 (C).
Cytologie s. Zellenlehre.
Damm-Verletzungen (Porges) 60 (C).
— Riß, Verhütung (Strethill Wright) 140 (C).
— Risse, zentrale (Mandelstamm) 97 (R 360).
Darm s. a. Dünndarm, Duodenum, Jejunum, Kolon.
— Bewegung s. a. Peristaltik.
— Bewegungen, Wirkung der Nervus vagus und Nervus splanchnicus (Brandhändler) 180 (C).
— Desinfiziens (Bascompte) 142 (C).
— Giftwirkungen (Frey) 180 (C).
— Motilität des überlebenden — bei Fiebertemperaturen (Hamme) 89 (C).
— Paralyse (Reyes) 187 (C).
— Verschluss s. a. Ileus.
— Verschluss (Binet) 145 (R 561).
— Verschluss, akuter (Fanstone und Golden) 140 (C).
— Verschluss, Behandlung (Krecke) 182 (C).
— Bakterien der Fische (Minkewitsch) 5 (C).
Darmileus infolge eines inkarzierten Gallensteines (Mintz) 135 (C).
Degeneration (v. Samson-Himmelstjerna) 139 (C).
Degenerationspsychosen (Kleist) 5 (C).
— (Carp und Fortanier) 89 (C).
Degenschlucken und Oesophaguskopie (Huisinga) 184 (C).
Dekapitation der Frucht (Szteblo) 183 (C).
— bei vorangehendem Kopfe (Sachs) 38 (C).
Dementia paralytica s. a. Paralyse, progressive.
— praecox (Ernst) 141 (C).
— paralytica, die Erblichkeit (Hutter) 25 (R 123).
Dental-Golden (Nowack) 87 (C).
Dentale Antrumempyeme (Chaim) 206 (R 887).
Dengue (Filippini) 143 (C).
— Epidemie (Nicolas) 142 (C).
— Fieber (Saccorrafos) 7 (C).
— Fieber, Diagnostik (Georgopoulos) 37 (C).
— Fieber in Griechenland (Papamarkou) 5 (C).
— in Nordchina (Guénolé) 90 (C).
Denig'sche Schleimhautplastik bei Panus-trachomatosus (Seefelder) 61 (R 213).
Dermatose Krankheit s. a. Fettsucht.
Dermatofibrosis lenticularis disseminata (Pokorny) 180 (C).
Dermatologie (Motta) 186 (C).
Dermatophyten (Sabouraud) 39 (C).
Dermatosen s. a. Hautkrankheiten.
Dermatose (Dujardin) 7 (C).
— bei Tuberkulose (Eichenlaub) 167 (R 694).
Dermographie (Trauner) 52 (R 208).
Dermographismus, schwarzer (Jurjew) 50 (R 200).
Detoxin (Treibmann) 136 (C).
Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München (Spielmeyer) 88 (C).
Devitalin (Pollaczek) 38 (C).
Dextrokardie (Lorenzen) 139 (C).
Dextrose s. a. Glykose.
— Einfluß auf die alimentäre Galaktosurie (Weltmann) 138 (C).
— intramuskuläre Injektion (Glaser) 208 (R 897).
— Lösung als Hämostyptikum (Schönbrunn) 38 (C).
Diabetes (Lusk) 141 (C).
— und Augenerkrankungen (Elschnig) 188 (R 762).
— Behandlung (Mathieu-Pierre Weil) 90 (C).
— Behandlung (Porter) 141 (C).
— Behandlung mit ungeraden Fettsäuren (Uhlmann) 59 (C).
— Behandlung (Oehme) 38 (C).
— und Dextrokardie (Petrassewitsch) 8 (C).
— operative Enervation der Nebennieren (Ciminata) 143 (C).
— Eigenschaften des Blutes (Zuckerstein und Streicher) 86 (C).
— Entstehungsbedingungen (Wiechmann) 182 (C).
— Ernährung (Hirsch-Kauffmann) 167 (R 700).
— perkutane Ernährung (Takacs) 108 (R 435).
— Experiment und Klinik (Gottschalk) 87 (C).
— Fettstoffwechsel (Cassano) 161 (R 664).
— Fürsorgestellen (Löwenberg und Noah) 182 (C).
— und Gallensteinkrankheit (Singer) 160 (R 661).
— Gebäck (Stüber) 87 (C).
— und Heredität (Cammidge) 107 (R 432).
— Insulindauerbehandlung (Gantenberg) 108 (R 434).
— Niereninsuffizienz beim komatösen — (Klein und Holzer) 182 (C).
— Pankreastätigkeit beim — (Okada u. a.) 89 (C).
— Probleme (Falta) 107 (R 433).
— Sterblichkeit (Wolff) 86 (C).
— als Todesursache (Hamblen und Joslin) 199 (R 840).
— Traubenzuckerbelastungsprobe (Wishnoffsky) 60 (C).
— statistische Untersuchungen (John) 38 (C).
Diabetes insipidus, trophische Störungen (Engerth) 88 (C).
Dial-Ciba (Geill) 171 (R 726).
Diaphragma-Hernie (Thomas) 140 (C).
— Kuppe, Röntendiagnostik der Erkrankungen der rechten — (Uspensky) 215 (R 937).
— Riß (Now) 90 (C).
— Tiefstand (Hirsch) 137 (C).

- Diarrhöe (Mahler) 4 (C).
 Diastase s. a. Amylase.
 — Bestimmung im Harn (Eustrach) 117 (R 494).
 Diät s. a. Ernährung.
 — Restaurants (Pariser) 137 (C).
 Diätikuren bei Hautleiden (Stern) 194 (R 800).
 Diathermie, chirurgische (Schmiegelow) 6 (C).
 — Ueberhitzungsfelder (Dieterich) 181 (C).
 — in der Urologie (Bremerman) 196 (R 821).
 — bei der Verhütung und Behandlung des Operationsschocks (Portmann) 190 (R 779).
 Diathese, exsudative (Munoyerro) 22 (R 94).
 Diazoprobe im Blut (Rabson und Jakobs) 60 (C).
 Dickdarm-Carcinom (Hollaender) 181 (C).
 — Diagnostik des Carcinoms (Goldsmith) 203 (R 862).
 — Divertikel (Mailer) 164 (R 679).
 Dicktest bei Scharlach (Brown) 184 (C).
 Dienstbeschädigung für Gelenkrheumatismus angenommen (v. Schnizer) 84 (O).
 — wegen Herzmuskelentartung und Nierenentzündung abgelehnt (v. Schnizer) 87 (C).
 — für Koronarsklerose abgelehnt (v. Schnizer) 137 (C).
 — für Malaria und Lungenentzündung abgelehnt (v. Schnizer) 182 (C).
 — für Tuberkulose angenommen (v. Schnizer) 137 (C).
 Digestion s. Verdauung.
 Digitalis, intravenöse Präparate (Pardee) 90 (C).
 Digitalispräparate, Anwendung mit den kampferähnlich wirkenden Substanzen Coramin, Cardiazol und Hexeton (Bürgi) 22 (R 99).
 Digitalis-Probleme (Fahrenkamp) 168 (R 704).
 Dilatid (Großmann) 137 (C).
 Diplopie, monokuläre (Schoute) 6 (C).
 Diphtherie (Mortimer Wharry) 184 (C).
 — Antitoxin, Hautallergie nach — (Compton) 140 (C).
 — Ausbreitung rekultivierter Tröpfchen (Leffkowitz) 5 (C).
 — Bazillen (Grilicheß) 182 (C).
 — Bazillen, Morphologie und Biologie (Gins und Jermoljewa) 5 (C).
 — Bazillen, Verstäubbarkeit (Jochimsen) 8 (R 2).
 — Bazillenträger (Harvey) 152 (R 608).
 — Behandlung (Dermitzel) 180 (C).
 — Dauer des Schicknegativen Stadiums (Parish) 152 (R 607).
 — Elektrokardiogramm bei — (Nathanson) 17 (R 65).
 — Immunisierung mit Ramonschen Anatoxin (Frankl u. a.) 88 (C).
 — aktive Immunisierung mit Toxin-Antitoxingemisch (Adlershof) 88 (C).
 — in Kinderheimen (Jensen) 139 (C).
 — der Penis (Bailey) 17 (R 66).
 — Prophylaxe (Loewenstein) 181 (C).
 Diphtherie-Scharlach-Schutzserum (Becker) 181 (C).
 — aktive Schutzimpfung (Stoeltzner) 181 (C).
 — Serumbehandlung (Bank) 152 (R 606).
 — polyneuritische Späterscheinungen nach toxischer — (Laureati) 7 (C).
 — Todesfälle in Massachusetts (Lane) 185 (C).
 Ditonal (Kersten) 179 (O).
 Diurese und Wassergehalt des Blutes (Raab) 138 (C).
 Diuretika (Herman) 137 (C).
 — (Großmann) 182 (C).
 Dornalgin (Schneller) 37 (C).
 Dornfortsatz, Abriß an der Halswirbelsäule (Dessaint) 39 (C).
 — Einführung von Metallmerkzeichen (Calvé) 186 (C).
 Dosierung mit der Baryum-Platin-Cyamür-Tablette (Wucherpennig) 183 (C).
 Dosismessung nach R-Einheiten (Hase und Küstner) 183 (C).
 Dostojewskijs Krankheit (Ebstein) 37 (C).
 Drainage bei gynäkologischen Laparatomien (Frigyasi) 88 (C).
 Drillingsschwangerschaft, Röntgendiagnostik (Albano) 183 (C).
 Druckerschwärze-Dermatitis (Oliver) 184 (C).
 Drüsen, endokrine s. endokrine Drüsen.
 — Aktivität der plurifunktionellen — (Gley) 141 (C).
 — Fieber (Comby) 167 (R 698).
 — Fieber (Schwarz) 197 (R 827).
 — Störungen der inneren — (Dubreuil-Chambardel) 156 (R 634).
 Drüsig Organe, Härte (Meltzer) 170 (R 719).
 Ductus omphalomesentericus, offengebliebener — (de Planque) 38 (C).
 Dünndarm s. a. Darm.
 — Dickdarmastromosen (Tönnis) 145 (R 560).
 — Geschwüre (Kanagarayer) 140 (C).
 — Peristaltik (Peiper) 181 (C).
 — Sarkom (Moir und Walker) 140 (C).
 — Untersuchungsmethodik (Winogradow u. a.) 91 (C).
 — Verschluss (Millar) 140 (C).
 Dura, multiple Endotheliome (Flick) 6 (C).
 Durchblutung isolierter überlebender Organe (Jacobi) 86 (C).
 Durchfallsstörungen im Säuglingsalter mit kaseinfreier Einstellungsdiät (Moll) 181 (C).
 Durchleuchtung s. Röntgenuntersuchung.
 Dürers Krankheit (Muck) 182 (C).
 Duodenaler Rückfluß (Medes und Wright) 140 (C).
 Duodenalsonde (Pinerol) 186 (C).
 Duodenalsondierung (Kubierschky) 137 (C).
 — (Kubierschky) 160 (R 657).
 — Tassart) 187 (C).
 Duodenum, kongenitale Dilatation (Henke und Best) 139 (C).
 — Divertikel (Albrecht) 174 (R 743).
 — chronischer Ileus (Jewett) 61 (C).
 — Stenose (Lust und Bourg) 142 (C).
 — Ulcus (Roeck) 8 (R 5).
 — Ulcus (Gianini) 183 (C).
 Dysenterie s. a. Ruhr.
 — Bakterium paracoli und Widalsche Reaktion (Blumenthal) 91 (C).
 — Bazillen (Suzaki) 39 (C).
 — Toxin (Suzaki) 39 (C).
 — Typen in Kyto (Sasaki) 39 (C).
 — Wasserstoffionenkonzentration des Harns (Seki) 39 (C).
 Dysfunktion in der Endokrinologie (Oswald) 5 (C).
 Dystopia testis transversa (Howald) 37 (C).
 Dystrophia adiposogenitalis s. a. Fettsucht, Hypophyse.
 Dysphagie und Anämie (Cameron) 141 (C).
 Dyshidrotisches Ekzem (Neuberg und Ledermann) 138 (C).
 Dystrophia musculorum progressiva, Vererbung (Minkowski und Sidler) 37 (C).
 Echinokokken - Aussaat in der Bauchhöhle (Kipnis) 93 (R 340).
 Echinokokkus in der weiblichen Beckenhöhle (Masljukow) 150 (R 590).
 — in Westsibirien (Kossyck) 143 (C).
 Eheliche Fruchtbarkeit und Geburtenrückgang in Europa (Albrecht) 137 (C).
 Ehescheidung und Berufsgeheimnis (Peytel) 185 (C).
 Eierstock s. Ovarium.
 Eidetische Anlage (Liefmann) 60 (C).
 Eiereiweiß, Resorption von unverändertem — (Sußmann) 60 (C).
 Eigenblutbehandlung (Munoyerro) 22 (R 94).
 Eigenbluttransfusion s. Blutinfusion.
 Einheitsrahmenschiene (Ritter) 88 (C).
 Eileiter s. a. Tube.
 Eisenbehandlung (Bickel und Baudisch) 87 (C).
 Eisenmedikamente, Wirkung (Williamson) 89 (C).
 Eiweißbedarf des Menschen (Süßkind) 138 (C).
 Eiweißbrot (Rewald) 105 (R 416).
 Eiweißkörper, Resorption unverdauter — (Brunner und Walzer) 38 (C).
 Eiweißmilch, Zwieback statt Nährzucker (Ochsenius) 137 (C).
 Eiweißzufuhr, niedrige (Süßkind) 135 (C).
 Eizelle, Primat der — (Westman) 89 (C).
 Eklampsie, puerperale (v. Braunmühl) 138 (C).
 — puerperale (Wodon) 142 (C).
 — Behandlung (Smologa) 91 (C).
 — Behandlung (Clason) 97 (R 364).
 — Blutdruck und — (Schwarz) 86 (C).
 Ekzem s. a. Diathese, exsudative.
 — dyshidrotisches (Neuberg und Ledermann) 138 (C).
 — hereditäres (Jordan) 101 (R 385).
 — Behandlung mit intravenösen NaCl-Injektionen (Senin) 14 (R 39).
 — Nervenschädigung (Bruck) 150 (R 593).
 Ekzematoid, spätexsudatives (Rost) 64 (R 232).
 Elektrodaktylie, angeborene (Kolessnikow) 8 (C).
 Elektrokardiogramm s. a. Kardiogramm.
 — bei Diphtherie (Nathanson) 17 (R 65).
 — Einfluß des extrakardialen vegetativen Nervensystems (Messerle) 157 (R 645).

Elektrokardiogramm bei Hypertonie (Ziskin) 89 (C).
 Elektrokoagulation (Langer) 183 (C).
 Elektrophysikalische Heilmethoden (Wolff-Eisner) 87 (C).
 Elektrotherapie, perkutane — (Bettmann) 63 (R 227).
 Ellbogen, Brüche (Spitz) 7 (C).
 Embolektomie, arterielle (Keller) 89 (C).
 Embolie, zerebrale (Yates u. Guest) 141 (C).
 Embryotomie (Gonzalez) 187 (C).
 Empysem s. a. Pleuritis.
 Encephaliker, Nachuntersuchungen an ehemaligen — (Ziegler) 90 (C).
 Encephalitis (Gorter) 60 (C).
 — chronische (Mathisen) 24 (R 114).
 — epidemische — (Syllaba und Henner) 38 (C).
 — disseminata (Montzka) 74 (R 305).
 — post vaccinationem (Gins) 24 (R 117).
 — post vaccinationem (Pethe) 24 (R 116).
 — post vaccinationem (Gildemeister) 24 (R 115) — 25 (R 118).
 — postvaxinale (Torge) 143 (C).
 — postvaxinale (Klotz) 136 (C). 183 (C).
 — epidemica, Aetiologie — (Neal) 105 (R 419).
 — Amyotrophien bei chronischer epidemischer — (Wimmer und Neel) 122 (R 525).
 — Augensymptome (Guérin) 7 (C).
 — Epilepsie bei chronischer epidemischer — (Wimmer) 89 (C).
 — lethargica, Folgezustände (Crohn) 172 (R 731).
 — epidemische im Kindesalter (Eyrich) 138 (C).
 — lethargica, Nystagmus der — (Malgue) 186 (C).
 — Restzustände (Lewy) 182 (C).
 — psychotische Syndrome bei chronisch-epidemischer — (Wimmer) 122 (R 526).
 — nach Vakzination (de Vries) 88 (C).
 — Wahnbildung bei epidemischer — (Powitzkaja) 74 (R 306).
 — lethargica, Zwangssymptome (Bürger und Mayer-Groß) 88 (C).
 Encephalomyelitis chronica (Schaefer) 122 (R 527).
 Enchondrome des Unterhautzellgewebes (Goldmann) 38 (C).
 Endokard s. a. Herz.
 Endokarditis, bakterielle (Rost und Fischer) 167 (R 695).
 — lenta (Iwanow) 91 (C).
 — lenta (Wybauw) 157 (R 643).
 — lenta, Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen bei — und anderen Herzkrankheiten (Sobak) 106 (R 426).
 — lenta, Behandlung durch Brennen am Orte der Wahl (v. Bramann) 189 (R 770).
 — Behandlung der rheumatischen — (Bourne) 157 (R 642).
 Endokrine Störungen, Einfluß des Lebensalters (Borchardt) 1 (O).
 — Vererbung (Weygandt) 182 (C).
 Endometrium, Autotransplantation (Dahl-Jversen) 139 (C).
 Endothel- und Thrombenbildung (Ritter) 86 (C).
 Energiequotienten bei Frauenmilchkindern (Neumann) 86 (C).
 Energieumsatz s. a. Stoffwechsel.

Entamoeba histologica (Sanders) 60 (C).
 Entbindung, Abkürzung (Ostrčil) 39 (C).
 — Anämie nach — (Powell) 140 (C).
 Enthirnung, einseitige (Verhaart) 38 (C).
 Entstellung und Krankheit (Gumpert) 5 (C).
 Entstellungsfürsorge (Gumpert) 59 (C).
 Enterzystom (Elkin) 41 (R 142).
 Entwicklung s. a. Wachstum.
 Entzündungsleukozyten (Fischer Wasels) 5 (C).
 — (v. Möllendorff) 136 (C).
 Enzym s. a. Ferment.
 Ependymitiden, Augensymptome der serösen (Terrien) 143 (R 549).
 Epidemiologie (Hamer) 140 (C).
 — (Friedemann) 141 (C).
 — der infektiösen Kinderkrankheiten (Friedemann) 17 (R 68).
 Epidemische Erkrankung (Wolter) 196 (R 822).
 Epidermolysis bullosa hereditaria, dystrophische Form (Maschkilleissen) 102 (R 395).
 Epidermophytie, inguinale (da Silva) 186 (C).
 Epidermophyton inguinale, Pleomorphismus (Truffi) 102 (R 394).
 — inguinale Sabouraud (Matras) 102 (R 393).
 Epikondylitis am Humerus (Merlini) 7 (C).
 Epinephrin (Levinson und Arquin) 38 (C).
 Ephedrin und Ephetonin (Curtis) 168 (R 709).
 Epinephrin bei Herzinsuffizienz (Bloedorn) 69 (R 276).
 Epiphyse s. a. Zirbeldrüse.
 — cerebri, Nervenfasern und Nervenzellen in der — (Pastori) 88 (C).
 Epithelial Carcinom (Pautrier) 101 (R 381).
 Epitheliome des Gesichtes, Röntgenbehandlung bei inoperablen — (Scaduto) 194 (R 804).
 Epithelkörperchen, Wirkung der äußeren — (Jwanow) 192 (R 790).
 Epituberkulöse Infiltrierung bei Kindern (Birk und Hager) 37 (C).
 — Infiltrierung bei Kindern (Birk und Hager) 113 (R 466).
 Ephedrin (Schaumann) 180 (C).
 — kardiovaskuläre Wirkung (La Barre) 50 (R 195).
 — Wirkung auf die Adrenalinhyperglykämie (Haintz) 135 (C).
 Ephetonin bei Urtikaria (Fränkel) 87 (C).
 Epi- und Metaphysensymmetrische Erkrankung (Hühne u. Schönfeld) 181 (C).
 Epilepsie (Gisevius) 212 (R 914).
 — (Götz) 182 (C).
 — „cure sucrée“ (van Walsem) 60 (C).
 — Behandlung (Peritz) 25 (R 124).
 — Behandlung (Korotnew) 122 (R 522).
 — Behandlung (Schmegg) 213 (R 916).
 — Behandlung mit ketogener Diät (Barborka) 77 (R 323).
 — bei chronischer epidemischer Encephalitis (Wimmer) 89 (C).
 — Kojewnikoffsche Form (Talmud) 88 (C).
 — Psychogenese und Psychotherapie (Redlich) 212 (R 915).

Epilepsie, Röntgenbestrahlung d. Schädels bei genuiner (v. Witzleben) 58 (C).
 — Sensibilitätsstörungen (Zajackowski) 123 (R 532).
 — und Strafgesetz (Bielawski) 123 (R 533).
 — Wasserstoffionenkonzentration des Speichers (Saunders) 90 (C).
 — Wesen und Entstehen (Klessens) 121 (R 521).
 Epileptiker, religiöses Wesen (Goldblatt) 59 (C).
 Erbanlagen, Vererbung durch das Zellplasma (Müller) 37 (C).
 Erbbiologisch-pragmatische Geschichtsbetrachtung (Luxemburger) 60 (C).
 Erblichkeit s. a. Vererbung.
 Erbprognose, energische (Luxemburger) 138 (C).
 Erbrechen, periodisches der Kinder (Leven) 167 (R 699).
 — periodisches der Kinder (Wentzler) 183 (C).
 — der Säuglinge (Cavengt) 186 (C).
 Erdbeben in der Krim 1927, Beeinflussung der neuropsychischen Sphäre (Brusilowski) 78 (R 324).
 — in der Krim, psychische Reaktionen (Bruchanski) 60 (C).
 — psychische und psychotische Reaktionen (Simson) 183 (C).
 Ergänzungsstoffe s. a. Vitamin.
 Ergotamin (Georgopoulos) 86 (C).
 — Einfluß auf Reststickstoff (Mednikian) 86 (C).
 Ergosterin, aktiviertes (Karelitz) 139 (C).
 — bestrahltes (Schipper) 6 (C).
 — bestrahltes (Lasch) 51 (R 205).
 — bestrahltes (Handovsky) 135 (C).
 — bestrahltes (Heß und Lewis) 184 (C).
 Ermüdungsgefühl, paradoxer Rhythmus (Motassut) 212 (R 912).
 Ermüdungsintoxikation (Golob) 199 (R 841).
 Ernährung, fruktovegetabile und rohe — (Bircher) 37 (C).
 — neuzeitliche (Süßkind) 135 (C).
 — der Kinder (Hoffmann-Mendelewa) 136 (C).
 Ernährungsstörungen des Säuglingsalters (v. Torday) 59 (C).
 Erregbarkeitsmessung s. a. Chronaxie.
 Erregung und Verwirrtheit (Lemos) 119 (R 504).
 Erstickungstod (Haberd) 183 (C).
 Erziehung (Tugendreich) 5 (C).
 — von Mädchen (Conill) 187 (C).
 Erysipel (Kanewskaja) 40 (C).
 — Antitoxinbehandlung (Symmers) 151 (R 595).
 — Serumbehandlung (Mc Cann) 60 (C).
 — Uebertragbarkeit (Kindler) 150 (R 594).
 Erythema induratum, Epitheliom (Tomkinson) 140 (C).
 — nodosum bei Lepra (Marneffe) 142 (C).
 Erythrodermia desquamativa (Leiner) (Ruthardt) 114 (R 469).
 — desquamativa Leiner (Hirschberg) 101 (R 384).
 Erythrozyten s. a. Blutkörperchen.
 — Durchmesser, Größenbestimmung (Günther) 37 (C).
 Eserin s. a. Physostigmin.
 Essentuki Nr. 17 (Lewit) 40 (C).

- Ekankust (Bretschneider)** 180 (C).
Eunuchoidismus (Levinger) 60 (C).
Exophthalmie, traumatische (Terrien) 62 (R 215).
Exophthalmus (Böhm) 182 (C).
 — **pulsatilis (Terrien)** 186 (C).
 — **rezidivierender bei Stirnhöhlenempyem mit Faltenbildung der Netzhaut (Goerlitz)** 61 (R 214).
Exostosen (Vianna) 186 (C).
 — **multiple (Freyka)** 9 (R 12).
 — **solitäre kontilaginäre (Ettore)** 7 (C).
Exsikkose, experimentelle (Schiff und Fukujama) 69 (R 266).
Exsudative Diathese (Munoyerro) 22 (R 94).
Extension, senkrechte (Etienne) 39 (C).
Extrapiramidales Symptomenbild (Moe) 139 (C).
Extraurine Schwangerschaft (Tschernigowski) 42 (R 151).
Extremitätengrän Jugendlicher (Handwerck) 5 (C).
- Farbenblindheit, angeborene totale — (Judd Beach)** 185 (C).
Farbensinnsstörungen (Franceschetti) 182 (C).
Favus, Läsionen der unbehaarten Haut (Maguebrow) 39 (C).
Fazialis, doppelte Lähmung (Tavares) 7 (C).
Febris undulans, hervorgerufen durch Bacillus abortus Bang (Sjoersley) 66 (R 246).
Fehling-Nylandersche Probe (Otto) 87 (C).
Felsenbein, akute Entzündung (Quix) 184 (C).
Felsengebirgsfieber, Weil-Felixsche Reaktion beim experimentellen — (Munter) 5 (C).
Femoralhernie, eingeklemmte (Bailey) 140 (C).
Femur, kongenitaler Mangel (Shands jr.) 6 (C).
Ferronovin (Abel) 181 (C).
Fersenbein, Verrenkung (Parcelier und Chenut) 39 (C).
Fetischismus (v. Gebattel) 214 (R 926).
Fettdiarrhöe, pankreatogene (Hess Thayssen) 60 (C).
Fette, Aufbau und Abbau (Gottschalk) 136 (C).
Fettgewebe, Einfluß der Ernährung auf die Zusammensetzung (Mosse und Brahm) 136 (C).
Fettlösliches Vitamin s. Vitamin A.
Fettstoffwechsel bei Diabetes (Cassano) 161 (R 664).
Fettsucht s. a. Adipositas, Dercumsche Krankheit und Dystrophia adiposogenitalis.
 — **Behandlung (Aschner)** 66 (R 250).
 — **Organtherapie (Uiberall)** 157 (R 640).
Fibroendotheliom (Sierra und Plaza) 187 (C).
Fibrom, Fibromyom s. a. Myom.
Fibromatose, symmetrische (Kreiner) 136 (C).
Fibrosarcoma labii majoris dextri (Tretjakow) 143 (C).
Fibrositis (Stockman) 163 (R 673).
- Fibroadenomatose der Mamma (Semb)** 93 (R 334).
Fibula, Selbstreposition der dislozierten — (Lempriere) 140 (C).
Fieber s. a. Körpertemperatur.
 — **gelbes (de Beaurepaire Aragao)** 141 (C).
 — **undulierendes (Rozière)** 142 (C).
 — **Bedeutung von Thyreoidea und Parathyreoidea (Borchardt)** 135 (C).
 — **nach Heuinfus (Hesse und Taubmann)** 86 (C).
Filaria Bankrofti (Vogel) 65 (R 238).
Filterapparaturen bei allergischen Erkrankungen (Fränkel und Levy) 87 (C).
Fingerverluste (Baumann) 10 (R 15).
Fissanpräparate (Karrenberg) 87 (C).
Fixationsreaktion nach Besredka bei Hauttuberkulose (Heymann) 82 (O).
Flanke, Behandlung der schmerzhaften rechten — (Ramond u. a.) 163 (R 674).
Fleckfieber in den Mittelmeerländern (Piéri und Dunan) 142 (C).
Flecktyphus, mexikanischer (Mooser) 60 (C).
Flexner-Dysenterie (Kerrin und Gill) 184 (C).
Flexura duodeno jejunalis eingeteilte Fremdkörper (Habbe) 89 (C).
Fluor vaginalis (Meyer) 87 (C).
 — **Behandlung (Lippert)** 35 (O).
 — **Behandlung mit Antivirus Besredka (Köhler und Porges)** 60 (C).
Foetus s. a. Embryo.
Fokale Infektion (Memmersheimer) 58 (C).
Follikulin (Imparato) 114 (R 475).
Follikulin bei Sklerodermie (Harvier und Lichtwitz) 185 (C).
Formaldehyd, Desinfektion (Bergin) 5 (C).
Fötale Mortalität, Prophylaxe (Couvellaire) 185 (C).
Fox-Fordyce'sche Krankheit (Fischer) 85 (C).
Fraktur von Bennet (Havinga) 88 (C).
Frakturen, pathologische Anatomie (Brack) 181 (C).
 — **Behandlung (Groves)** 140 (C).
 — **Konsolidation (Jeanneny)** 142 (C).
 — **Nachbehandlung (Boorstein)** 191 (R 780).
Framboesie (Heinemann) 115 (R 479).
 — **Behandlung (Bouffard)** 154 (R 616).
 — **Behandlung (Barlovatz)** 153 (R 615).
 — **Kontrolle in Costa-Rica (v. Bülow)** 92 (R 333).
Frauenmilch s. a. Milch, Frauen —.
 — **Isoagglutinine in der — (Epstein und Podvinec)** 62 (R 217).
Friedländer-Bazillus, Röntgendiagnostik der Lungenentzündung (Kornblum) 27 (R 134).
Friedreich'sche Krankheit (Thibeaum) 39 (C).
Frigorimeter, Davoser (Dorno) 183 (C).
Fremdkörper, Tiefenbestimmung (Knothe) 37 (C).
Fruchtabtreibung s. Abort, krimineller.
Fruchtentwicklung, extrachoriale (Hofbauer) 135 (C).
Frühgeburt, künstliche — bei engem Becken (Esmann) 142 (C).
- Frühgeburt, künstliche — bei engem Becken (Gammeltoft)** 142 (C).
 — **künstliche — bei Geburtshindernis (Hauch)** 147 (R 571).
 — **körperliche und geistige Entwicklung (Levy)** 68 (R 264).
Führungsbohrer (Spitzzy) 6 (C).
 — **(Spitzzy)** 8 (R 3).
Fungstein-Lichtbogen (Watters) 141 (C).
Fürsorge, Bedeutung der Familie (Gundel) 5 (C).
Furunkel-Behandlung (Heddaeus) 87 (C).
Fuß-Verbildung und Degeneration (Fischer) 180 (C).
Fußball und Nervensystem (Lukaschew) 47 (R 181).
Fußgelenk-Tuberkulose (Pouzet) 49 (R 187).
Fußgewölbe, Veränderungen innerhalb eines normalen Arbeitstages (Kiptenko) 41 (R 150).
Fußmodelle (Peltsohn) 191 (R 782).
- Galle, Anhäufung um die Leber (Walters und Bollman)** 90 (C).
 — **Austreibung (Whitaker)** 60 (C).
 — **Beeinflussung der Resorption durch die — (Langecker)** 86 (C).
 — **Chirurgie (Starr Judd)** 141 (C).
 — **Operationen zur Ableitung (Judd)** 93 (R 337).
Gallefluß, Einfluß der Affekte (Wittkower) 71 (R 287).
Gallenblase, Chirurgie (Erdmann) 141 (C).
 — **Dauerkontraktion oder Kompression (Herrenheiser)** 136 (C).
 — **Drainage (Bockus und Cohen)** 89 (C).
 — **Erkrankungen, röntgenologische Diagnostik (Friedmann)** 202 (R 857).
 — **Erkrankungen, primäre Infektion (Feinblatt)** 202 (R 858).
 — **Erkrankungen und Pankreatitis (Jones)** 160 (R 659).
 — **und Gallengänge, Erkrankungen (White)** 141 (C).
 — **Inhalt (Kubierschky)** 137 (C).
 — **Inhalt, Untersuchungen (Kubierschky)** 150 (R 657).
Gallenfarbstoff s. a. Bilirubin.
Gallengang-Erkrankungen, Cholezystographie (Zink) 125 (R 540).
Gallengänge, Chirurgie (Lahey) 141 (C).
Gallensaure Salze, Wirkung auf die automatische Kontraktionen des Uterus (Hofbauer) 12 (R 28).
Gallensteine s. a. Cholelithiasis.
 — **und Diabetes (Singer)** 160 (R 661).
 — **Iktus (Carnot)** 61 (C).
Gallentrakt, Diagnostik und Behandlung der Erkrankung. (Diamond) 159 (R 656).
Gallenwege, Bakterienabtötung in den — (Beckmann) 109 (R 438).
 — **Bakteriologie (Huntemüller)** 138 (C).
 — **Entleerungsmechanismus der extrahepatischen — (Bronner)** 37 (C).
 — **angeborener Verschluss außerhalb der Leber (Vigholt)** 89 (C).
Gallentreibende Mittel (Abrashewja) 114 (R 472).
Gallspach'sches Phänomen (Wittmann) 138 (C).

Gangrän periphere nach Endokarditis (Finland und Davis) 185 (C).
 Gaskohle, Einfluß (Barnewitz) 86 (C).
 Gastrektomie, partielle (Lake) 145 (R 557).
 Gastrektomie bei Magencarcinom (Flint) 140 (C).
 Gastritis, reduzierende Substanzen im Mageninhalt (Henning) 135 (C).
 Gastroduodenalgeschwür (Budarin) 91 (C).
 Gastrokardialer Symptomenkomplex (Roemheld) 37 (C).
 Gastroenterostomie (Johnsen) 6 (C).
 — (Johnsen) 8 (R 3).
 Gaswechsel s. a. Stoffwechsel.
 — (Bauer) 24 (R 111).
 — Untersuchungen über die Erholung nach der Arbeit (Bruch) 72 (R 294).
 Gaumen-Defekte, Spätoperationen (Halle) 137 (C).
 — Spalte, Prothesenanlage bei angeborener — (Fischer) 184 (C).
 Gebärmutter s. Uterus.
 Gebiß s. a. Zahn.
 — Anatomie (Fabian) 217 (B).
 — Untersuchungen bei Manischdepressiven und Psychopathen (Krauß) 120 (R 508).
 Gebisse, künstliche in Amerika (Sears) 38 (C).
 Geburt, langdauernde (Bailey) 96 (R 358).
 — bei fixierter Adduktionsstellung der Oberschenkel (Mayer) 96 (R 359).
 — Beeinflussung durch die soziale Lage (Küstner) 183 (C).
 — kosmische Einflüsse (Boudineau) 149 (R 581).
 — Diagnostik des kindlichen Kinnes (Rulle) 91 (C).
 — Handgriff des Schmetterlingsfluges bei protrahierter — (Proubasta) 148 (R 577).
 — Keime im Blut nach rechtzeitiger afebriler — (Kulka) 183 (C).
 — Verletzung, kindliche (Naujoks) 149 (R 582).
 Geburtenrückgang eine bevölkerungspolitische Gefahr? (Fürth) 181 (C).
 Geburtenziffer (Grotjahn) 5 (C).
 Geburtshilfe, häusliche (Winter) 192 (R 791).
 — häusliche (Winter) 181 (C).
 — klinische (Henkel) 86 (C).
 — Behandlung der Blutung (Sachs) 182 (C).
 — und Kindersterblichkeit bei der Geburt (Nijhoff) 183 (C).
 — Hirschsche Neuordnung (Sachs) 139 (C).
 — außerklinische bei lebensfähigem Kinde (Fraenkel) 58 (C).
 — in der Praxis (Graßl) 58 (C).
 Geburtshilfliche Schmerzlinderung. (Gauß) 192 (R 792).
 Geburtsmechanismus, Beurteilung (Kuschalow) 91 (C).
 Gefäß s. Blutgefäße.
 Gehirn s. Hirn.
 Gehörgang, Fremdkörper im äußeren — (Tschudnosowetow) 7 (C).
 Gehörorgan s. a. Ohr.
 Geisteskrankheit s. a. Psychose.

Geistige Erkrankungen, Vorbeugung (Thode) 170 (R 723).
 Geisteskranke, gynäkologische Befunde (Strongin) 141 (C).
 — öffentliches Fürsorgewesen in Polen (Piotrowski) 123 (R 534).
 Geisteskrankheiten (Kleister) 211 (R 908).
 — Prognose (Léonet) 7 (C).
 — Lipoidgehalt des Blutes bei — (Berger und Schubina) 170 (R 721).
 Gelatine, Aussalzen (Mc Bain und Kellogg) 38 (C).
 Gelbfieber (Barroso) 186 (C).
 — (Barro) 186 (C).
 — (de Rezende) 186 (C).
 — (da Silva Mello) 186 (C).
 — Aetiologie (de Araujo) 7 (C).
 — in Brasilien (de Beaurepaire Aragao) 7 (C).
 — in Brasilien (de Toledo Piza) 39 (C).
 — Epidemiologie (da Silva Mello) 186 (C).
 — Immunität (da Silva Mallo) 39 (C).
 — experimentelle Infektion (Torres) 39 (C).
 — bei Kindern (Filho) 186 (C).
 — Veränderungen im Nervensystem (Jakob u. a.) 45 (R 166).
 — Spirochäte Noguchis (Hoffmann und Jähnel) 137 (C).
 Gelenk-Erkrankungen, Röntgendiagnostik chronischer — (Lemberg) 215 (R 938).
 — Sol- und Moorbehandlung der chronischen — (Dieterichs) 187 (C).
 Gemüse im rohen Zustande (Boller) 88 (C).
 Genickstarre s. Meningitis epidemica.
 Genital s. a. Geschlechts —.
 — Blutungen (Donoso) 187 (C).
 Genitale Blutungen, Ursachen (Benthin) 136 (C).
 — Physiologie (Serralach) 143 (C).
 Genitalsphäre, Abwehrreflex der weiblichen (Margulis) 121 (R 515).
 — Schmerzphänomene (Adeodato) 186 (C).
 Genitaltuberkulose, weibliche (Granzow) 135 (C).
 Genu valgum arthriticum (Campbell) 181 (C).
 Geophagie (Driginkina) 123 (R 529).
 Gerinnung s. a. Koagulation.
 Geschlechtsapparat der Frau, Einfluß der körperlichen Arbeit (Duhail) 149 (R 587).
 Geschlechtskranke, Karteikontrolle (Salomon) 43 (R 157).
 Geschlechtskrankheiten homöopathisch behandelt (Planer) 180 (C).
 — Behandlung bei den Indianern (Riddell) 7 (C).
 — Bekämpfung in Frankreich (Falkenburger) 5 (C).
 — Gesetz zur Bekämpfung (Alexander) 88 (C).
 — Gesetz zur Bekämpfung (Hecht) 135 (C).
 — Gesetz zur Bekämpfung (Langer) 182 (C).
 — Reichsgesetz zur Bekämpfung (Funk) 182 (C).
 Geschlechtsorgane, Erkrankungen infolge weiblicher Berufsarbeit (v. Fekete) 60 (C).
 Geschlechtsverwandlung (Carp) 60 (C).

Geschwulst s. a. Carcinom, Sarkom und einzelne Geschwülste, Tumor.
 Geschwür s. Ulcus.
 Gesichtsfeld, Lokalisation des temporalen Halbmondes (Münzer) 138 (C).
 Gesundheitsschutz in gewerblichen Betrieben (Ziel) 172 (R 736).
 Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten (Palanca) 187 (C).
 Gewebdurst (Thomas und Andrews) 89 (C).
 Gewicht s. Körpergewicht.
 Gewichtszunahme im ersten Lebensjahre (Karnitzky) 59 (C).
 Gicht, Anfall (Rosenblath) 37 (C).
 — Perkutanbehandlung (Szanto) 137 (C).
 Gibbus Meßapparat (Lavermicocca) 7 (C).
 Giemsa-Schnellfärbung für Blutpräparate (Blumenthal) 5 (C).
 Gigantismus (Ginsburg) 7 (C).
 Glandula pituitaria, Erkrankungen (Meninger) 185 (C).
 — pinealis s. Zirbeldrüse.
 Glaskörperschlagader, persistierender Gliamantel (Schweig) 59 (C).
 Glaukom (Luque) 187 (C).
 — Ca-Gehalt im Blute (Netschkina-Brodowskaja) 7 (C).
 — Ursachen und Behandlung (Monhardt) 7 (C).
 Gleichgeschlechtliches Fühlen (Schiller) 27 (R 132).
 Glia s. Neuroglia.
 Gliom (Schnyder) 26 (R 125).
 Glioma retinae (Letchworth) 89 (C).
 Gliome, bösartige (Smirnoff) 122 (R 523).
 Glüheisen, Behandlung von schweren Infektionen (Bier) 189 (R 771).
 Glühlampe (Salmony) 87 (C).
 Glukhorment (Bertram) 86 (C).
 Glukosaures Calcium in der nervenärztlichen Praxis (Steger) 37 (C).
 Glukose, Belastung, Harnzucker u. Blutzucker nach — (Goldberger) 135 (C).
 Gluthation bei der Bildung von Trypanotoxyl und Bismoxyl (Levaditi u. a.) 114 (R 476).
 Glykämie, Reaktion bei Hautkrankheiten (Lojander) 14 (R 44).
 Glykose s. a. Blutzucker, Glykämie, Zucker.
 Goethe und die Stomatologie (Lewinski) 136 (C).
 Gold s. a. Krysolgan, Sanocrysin.
 Goldkronen (Pohl) 38 (C).
 Gonaden s. Geschlechtsdrüsen.
 — Aktivierung und Reaktivierung (Schmidt) 72 (R 292).
 Gongylonema neoplastica (Fialho) 39 (C).
 Gonorrhoe, latente (Finkenrath) 136 (C).
 — weibliche (Tarlo) 39 (C).
 — weibliche (Stern) 181 (C).
 — lokale Behandlung (Kissmeyer) 6 (C).
 — Diagnostik und Behandlung (Sniegowski) 61 (C).
 — bei Kindern (Sniegowski) 61 (C).
 — Komplementbindungsreaktion (Zoon) 151 (R 599).
 — und Laboratoriumsarbeit (Valerio) 186 (C).
 — Malariaabehandlung (Cancado) 195 (R 811).

- Gonorrhoe, Proteinbehandlung (Cardozo-Legéné) 7 (C).
 — Serodiagnostik (Cohn) 188 (R 764).
 — Serodiagnostik (Funk) 195 (R 808).
 — beim Weibe, Ausbreitung auf die Gebärmutteranhänge (Reisner) 103 (R 399).
 Gonorrhoeische Infektion beim Weibe (Nazareth) 186 (C).
 — Komplikationen (Kiene) 103 (R 400).
 — Urethritis (Beutel) 195 (R 809).
 — Urethritis, Behandlung mit Diathermie (Liebfried) 195 (R 810).
 Gonokokken, mikroskopische Diagnostik (Jacobsthal) 188 (R 765).
 — Züchtung, Muzinagar als Nährboden (Spanier) 40 (R 138).
 Gonovitan (Blut) 5 (C).
 — (Nagell) 5 (C).
 — (Wolff) 136 (C).
 Graafische Follikel, Vereinigung zweier — (Hausmann) 88 (C).
 Gradstand, der hohe — (Neumann) 148 (R 576).
 Granuloma coccidioides (Tomlinson) 185 (C).
 Gravidität s. Schwangerschaft.
 Gravitol (Tausch) 6 (C).
 Grenzstrahlen-Behandlung (Bucky) 217 (B).
 Grenzstrang des sympathischen Nervensystems als Empfindungen fortleitende Nervenbahn (Salkan) 76 (R 319).
 Grippe, Augenerkrankungen (Faktorowitsch) 92 (R 329).
 — Kieferwinkeldrüenschwellungen (Plate) 181 (C).
 Großhirn s. a. Hirn.
 Grundumsatz s. a. Stoffwechsel.
 — (Redisch) 169 (R 715).
 — (Niederwieser) 183 (C).
 — Einfluß der Arbeit (Smith) 6 (C).
 Gumma in der Präakrimalgegend (Komura) 59 (C).
 Guttadiaphotverfahren (Doctor) 152 (R 602).
 Gymnakolon (Reboul) 186 (C).
 Gynäkologie, funktionell bedingte Blutungen (Henkel) 191 (R 783).
 Gynäkologische Zustandsbilder (Lehfeldt) 192 (R 789).
 Gyneclorina (Trost) 136 (C).
 Haar, statischer Aufbau (Pinkus) 37 (C).
 Haarwuchs, Anregung durch äußere Behandlung (Eichholz) 181 (C).
 Hallux valgus (Dreesmann) 94 (R 343).
 — valgus, operative Behandlung (Cooperman) 141 (C).
 — valgus, Bedeutung der Sesambeine (Timmer) 59 (C).
 Halluzinationen (Schalabutow) 120 (R 505).
 Halogen-Magnesiumsalze und Carcinom (Delbet) 207 (R 891).
 Hämatom s. a. Blutung.
 Hämatomyelie, traumatische (Benda) 213 (R 918).
 Hämatopoiese und Myelom (Overbosch) 183 (C).
 Hämaturie s. a. Hämoglobinurie, Nierenblutung.
 — (Boas) 17 (R 62).
 — (Michael) 88 (C).
 Hämooagglutination, pathologische (Kramar und Reiner) 135 (C).
 Hämoglobin s. a. Methämoglobin.
 Hämogramm s. a. Blutbild.
 Hämolyse s. a. Ambozeptor.
 — reversible (Schattenstein) 8 (C).
 — durch gewerbliche Vergiftung (Kogan) 86 (C).
 — und Blutgruppenreaktion im Mittelalter (Bertels) 137 (C).
 — von Hühnerblut (Shottuck) 38 (C).
 Hämolytisches Serum (Pontano) 143 (C).
 Hämophilie, Verteilung der Elektrolyten im Blute (Christie u. a.) 141 (C).
 — hämostatische Wirkung des Na. citr. (Palmieri) 155 (R 621).
 Hämoptoe bei nichttuberkulöser Erkrankung (Laband) 136 (C).
 Hämorrhagie s. a. Blutung.
 — spontane ovarielle (Simon) 89 (C).
 Hämorrhagien des Neugeborenen (Deluca) 187 (C).
 Hämorrhagische Diathese bei Neugeborenen (Marcus) 139 (C).
 Hämorrhoidalknoten, Behandlung akut entzündeter — (Boas) 202 (R 860).
 Hämorrhoiden, Anämie durch ulzerierte innere — (Saphir) 185 (C).
 — Fibrose mittels Injektionen (Delater und Vendel) 90 (C).
 — Galvanokaustik (Whitcombe) 140 (C).
 — Injektionsbehandlung (Bonheim) 4 (C).
 — Injektionsbehandlung (Meisen) 94 (R 341).
 — Injektionsbehandlung (Fränkel) 110 (R 447).
 Handbad (Schnek) 182 (C).
 Handflächenfarbe-Probe (Duke) 109 (R 440).
 Harn, bakteriologische und Lysinstudien an infiziertem — (Caldwell) 185 (C).
 — Azidität bei Nerven- und Geisteskranken (Stark) 121 (R 520).
 — Inkontinentia (v. Mikulicz - Radecki) 6 (C).
 — PH-Messung (Beck und Lauber) 71 (R 283).
 Harnblase s. a. Cystitis.
 — als Ausdrucksgebiet für neuropsychische Vorgänge (Vulpus) 136 (C).
 — Carcinom, Radiumbehandlung (Morsion) 140 (C).
 — Fremdkörper (Webber) 90 (C).
 — Mißbildungen (Langer) 86 (C).
 — Neoplasmen (Valerio) 186 (C).
 — Regeneration (Perlmann) 185 (C).
 — Scheidenfisteln, Operationen (Legneu) 149 (R 585).
 — Steinerzeugung durch Avitaminose (Perlmann und Weber) 137 (C).
 — Tuberkulose (Steinthal) 37 (C).
 — Zerreißung nach Uterusperforation (Rosenzweig) 6 (C).
 — Zysten (Mandel) 65 (R 241).
 Harnleiter s. a. Ureter.
 Harnröhre s. Urethra.
 Harnsäure-Verteilung im Blute (Winkuraw) 117 (R 493).
 Harnsäuregehalt im Blute (Kasparow) 91 (C).
 Harnstoffausscheidung (Möller u. a.) 140 (C).
 Harnverhaltung s. a. Anurie.
 Harnwege, Infektion mit Bact. Morgan I (Jerrell) 89 (C).
 — Krankheiten (Heuer) 136 (C).
 — Steine der oberen — (Hunner) 196 (R 820).
 Harvey und der Kreislauf (Launey) 101 (R 377).
 Hasenscharte, Operation (Hagentorn) 136 (C).
 Haut-Abscheidungen, blutig verfärbte — (Jürgensen) 86 (C).
 — Aspergillose (Karrenberg) 180 (C).
 — Blutungen an den Fingern von Neugeborenen (Drossel) 180 (C).
 — Dystrophie, atrophische, bullöse (Pasini) 90 (C).
 — Einfluß des negativen Druckes (v. Leszcynski) 4 (C).
 — Epitheliome, Behandlung mit Röntgen und Radium (Jackson u. a.) 90 (C).
 — Gangrän des rechten Fußes bei einem Neugeborenen (de Snov) 14 (R 40).
 — Gangrän bei Neugeborenen (Prins) 38 (C).
 — Bedeutung für Immunität u. Immunisierung (Wolff-Eisner) 5 (C).
 — Bedeutung für Immunität u. Immunisierung (Neufeld) 138 (C).
 — Krankheiten und Gesamtorganismus (Bloch) 194 (R 799).
 — Massage (Memmesheimer) 181 (C).
 — Milzbrand (Philadelphia) 198 (R 831).
 — Mineralgehalt (Nathan und Stern) 135 (C).
 — ätherische Öle, Reizbehandlung und Mineralstoffwechsel (Ryszkiewicz) 87 (C).
 — Reaktion auf Blut (Röble) 37 (C).
 — Röntgenbehandlung (Mackee) 124 (R 537).
 — ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems (Müller) 58 (C).
 — Soor, Behandlung (v. Berde) 14 (R 42).
 — Transplantation (Kameya) 6 (C).
 — Tuberkulose, Fixationsreaktionen nach Besredka (Heymann) 82 (O).
 — Tuberkulose, Fixationsreaktion (Lorát u. a.) 42 (R 156).
 — Zuckergehalt bei Dermatosen (Urbach) 64 (R 235).
 — und Helminthen (Fülleborn) 64 (R 236).
 Hebammen-Operation (Toskin) 98 (R 365).
 — Problem (Bowdoin) 90 (C).
 Hefe, Wirkung (Lippert) 50 (R 193).
 Heilgymnastische Beeinflussung gynäkologischer Erkrankungen (v. Liebermann) 87 (C).
 Heilstätten der Landesversicherungsanstalt Berlin bei Beelitz, 52 (B).
 Heliotherapie s. a. Lichtbehandlung.
 — (Pohle und Sawyer) 89 (C).
 Helminthen und Haut (Fülleborn) 64 (R 236).
 Helpin, ambulatorische Mastkuren (Poras) 5 (C).
 Hemianopsie, laterale homonyme (Veil) 187 (R 761).
 — periphere und zentrale (Plaza und Luque) 187 (C).
 Hemiatrophie sympathischen Ursprungs (Vivado) 187 (C).
 Hemimelie (Chiariello) 7 (C).

- Hemiplegie mit Hautämorrhagien (Sinaiski) 40 (C).
- Hepatitis, toxische — nach Schwangerschaft (Bowler) 141 (C).
- Heredität s. Vererbung.
- Hernia inguinalis mit Tube und Ovarium als Inhalt (Orr) 184 (C).
- Herpes zoster, rekurrerender (Skoog) 184 (C).
- zoster als Frühsymptom bei Rückenmarkstumor (Kamman) 90 (C).
- Herpesvirus (Olitzky und Long) 38 (C).
- Herz s. a. Angina pectoris, Elektrokardiogramm, Endokarditis, Myokarditis, Puls.
- Abszeß (McLugan) 141 (C).
- Dyspnoe, arterielle — Kohlendioxiddruck (Fraser u. a.) 141 (C).
- Erkrankungen und Meteorologie (Dias) 39 (C).
- chronische Erkrankungen (Christen) 140 (C).
- Erweiterung im Durchleuchtungsbild (Bordet) 217 (B).
- funktionelle Fähigkeit und Bilirubinmenge im Blutserum (Bossin) 40 (C).
- Geräusche, akzidentelle systolische (Sawitzki) 138 (C).
- Hormon, Bemerkungen zur Abhandlung v. J. Mouzon (Haberlandt) 36 (O).
- schmerzlose Infarktbildung (East u. a.) 157 (R 644).
- intrauterine Beeinflussung der kindlichen Aktion (Siedentopf) 60 (C).
- Lungen-, Nebennierenpräparat (Anitschkow und Kusnetzow) 135 (C).
- Mittel (Chagas und Rezende) 7 (C).
- Reizleitungsstörungen bei akuten rheumatischen Infektionen (Carr u. Reddick) 184 (C).
- Reizleitungssystem (Wahlin) 89 (C).
- Rhythmus bei experimenteller Embolie von Luft (Parade) 180 (C).
- Röntgenologie des kindlichen — (Lehmkuhl) 136 (C).
- Ruptur infolge Abszesses im Herzmuskel (Stevenson) 199 (R 844).
- Störungen bei Magen-Darmstörungen (Puterman) 61 (C).
- Umklammerung mit Vollhardscher Einflußstauung (Lengsfeld) 136 (C).
- vergleichende Untersuchungen nach Langendorff (Heubner und Mancke) 135 (C).
- idiopathische Vergrößerung i. Kindesalter (Stoloff) 139 (C).
- Verlagerung (Roth) 59 (C).
- Wirkung der Anstrengung (White) 141 (C).
- und Gefäßerkrankungen (Rolleston) 89 (C).
- u. Gefäßkrankheiten (Edens) 182 (C).
- Herzbeutel s. a. Perikard.
- Herzfehlerorganismus, Unökonomie (Laszlo und Schürmeyer) 59 (C).
- Herzgröße, Körperoberfläche und Bestimmungen der normalen — (Kissane) 7 (C).
- Herzklappenfehler (Haberling) 37 (C).
- Herzkrankte, periphere Behandlung (Eppinger und Hinsberg) 106 (R 425).
- Bettstelle für die Behandlung (Lewis) 140 (C).
- Herzleiden, Spätfolgen (Rubensohn) 136 (C).
- Herzmuskel s. a. Myokarditis.
- Tonusproblem (Eismayer u. Quincke) 135 (C).
- Herzohr, Bedeutung für die Vorwärtsbewegung des Blutes (Hauffe) 72 (R 296).
- Herztod, elektrischer (Schott) 214 (R 931).
- durch Kammerflimmern (Stepp und Parade) 37 (C).
- Heufieber, desensibilisierende Behandlung (Gutmann) 87 (C).
- Heuinfus, Fieber nach — (Hesse und Taubmann) 86 (C).
- Hiatushernie (Barsony) 136 (C).
- Hilus Tuberkulose (Ghon und Kudlich) 48 (R 183).
- Hinken, intermittierendes (Schlesinger) 200 (R 848).
- Hinton-Glycerol-Cholesterolsenkungsreaktion (Cheever und Splaine) 188 (R 766).
- Reaktion (Splaine und Cheever) 185 (C).
- Hirn, Abszesse, Drainage (Sargent) 144 (R 552).
- Diagnostik akuter Veränderungen (Stenvers) 38 (C).
- Schwellung (Zingy) 74 (R 308).
- septische Affektion (Elg-Olofsson) 25 (R 119).
- Syphilis (Gurewitsch) 60 (C).
- Tumor (Krecke) 37 (C).
- Tumoren, Röntgenbehandlung (Monrad-Krohn) 171 (R 729).
- Tumoren, Röntgendiagnostik und Lokalisation (Pancoast) 173 (R 740).
- Zystizerken (Stevenson u. a.) 140 (C).
- Gefäße bei roten und weißen Erweichungen (Pollak und Rezzek) 60 (C).
- Hirnhaut s. a. Meningen.
- Histamin, Darreichung (Ossipow) 39 (C).
- Reaktion (Vandorfy) 117 (R 496).
- und Biersche Flecke (Sternberg) 71 (R 286).
- Histidin, Entstehung eines den Blutdruck senkenden und den Darm erregenden Stoffes durch Ultraviolettstrahlung (Ellinger) 86 (C).
- Hochdruck, arterieller (Firnbacher) 46 (R 173).
- Hochfrequenz, Kaustik in der Gynäkologie (Feldweg) 183 (C).
- Hockey, Verletzung (Glass) 58 (C).
- Hoden s. a. Geschlechtsdrüsen.
- (Howald) 37 (C).
- Extrakte, Wirkung auf die Nerven (Worobjew) 23 (R 101).
- Geschwülste (Valerio) 7 (C).
- Torsion des nicht deszendierten (Feldstein) 139 (C).
- und vegetatives Nervensystem (Wilder) 88 (C).
- Höhenklima, Erythrozytose (Detre und Mirgay) 5 (C).
- Höhensonne, Einfluß von Bestrahlungen auf die Milchmengen stillender Mütter (Drossel) 181 (C).
- Homöopathie, Gegner (Aebly) 180 (C).
- Homöopathische Dinge (Much) 218 (B).
- Homöopathisches Arzneibuch (Neugebauer) 180 (C).
- Hormon s. a. endokrine Drüsen.
- Hormone, chemische Reaktion (Christensen) 37 (C).
- Wirkung auf die Geschlechtsfunktion (Müller) 117 (R 492).
- und Vitamine (Soula) 7 (C).
- Hormonpräparate, Beeinflussung der Hautkapillaren (dell'Acqua) 71 (R 290).
- Hormontherapie s. a. Organotherapie.
- Hornhaut s. Cornea.
- Hörtheorie (Leiri) 139 (C).
- Hualtata (Bustos) 207 (R 894).
- Hüfte, angeborene Verrenkung (Lange) 37 (C).
- angeborene Verrenkung (Mutel und Defaug) 41 (R 149).
- Verrenkung bei Starrkrampf (Nastrucci) 7 (C).
- Frühveränderungen im Röntgenbild bei Koxitis und Osteochondritis (Irrmann) 41 (R 148).
- Hüftverrenkung, Vorbeugung der angeborenen (Lorenz) 183 (C).
- Hühnereier als einziges Nahrungsmittel für wachsende Ratten (Stenquist) 58 (C).
- Hühnersarkom (Mueller) 38 (C).
- Humerus, Absprengung des Condylus medialis (Sicard) 39 (C).
- Epikondylitis am — (Merlini) 7 (C).
- Husmann-Prozeß (Hirschfeld) 87 (C).
- Prozeß (Meyer) 138 (C).
- Hutchinsonsche Zähne (Audry) 39 (C).
- Hydatide, morgagnische (Mouchet) 90 (C).
- Hydatidenzyste in der Linea alba (Lacroze u. a.) 190 (R 774).
- Hydrargyrum oxycyanatum (Lewisohn) 137 (C).
- Hydrocele (Hartmann) 61 (C).
- Hydrolabiles Kind, Cholesteringehalt des Blutserums beim — (Haustein) 86 (C).
- Hydrops s. a. Aszites.
- gravidarum, Veränderungen der Plazenta beim — (Kraul) 86 (C).
- Hygiene, Unterricht (Jameson) 90 (C).
- Hyperchlorhydrie, Behandlung (Loeper) 142 (C).
- Hypercholesterämie (Boston) 185 (C).
- Hyperemesis gravidarum (Bessesen) 141 (C).
- Hypergenitalismus (Bonilla) 7 (C).
- Hyperglykämie bei akuten Pankreaserkrankungen (Bernhard) 109 (R 439).
- alimentäre (Naeslund) 118 (R 498).
- Hyperkeratose der Extremitäten (Weninger) 39 (C).
- Hypernephrome (Givatoff) 39 (C).
- Hypertension, arterielle (Barath) 4 (C).
- hypertonische Lösungen (Riser) 207 (R 892).
- und Blutzucker (Wiechmann) 45 (R 170).
- Hyperthyreoidie, ödematösen Typus (Silva u. a.) 187 (C).
- Hyperthyreoidismus, Behandlung (Rose) 6 (C).
- Jodbehandlung (Dautrebande) 114 (R 473).
- relative Lymphozytose bei — (Menkin) 60 (C).

- Hypertonie, Augenhintergrundsblutungen** (Lange) 92 (R 328).
 — Behandlung der essentiellen (Mosenthal) 184 (C).
 — Elektrokardiogramm bei — (Ziskin) 89 (C).
 — heiße Teilwasserbäder nach Hauße (Schimschelewitsch) 45 (R 171).
Hypertonie bei Aegyptern (Ismail) 141 (C).
Hypnose (Eidelberg) 214 (R 927).
 — Anwendung in Sanatorien (Protopopow) 91 (C).
 — Traumanalyse in der — (Nachmansohn) 26 (R 128).
Hypoglykämie (Lankhout) 60 (C).
 — bei Morbus Addisonii (Wadi) 22 (R 92).
 — und Azidose (MacDowell) 50 (R 199).
Hypophysäre Kachexie (Korownikow und Beresnjak) 91 (C).
Hypophyse s. a. Akromegalie, Zwergwuchs
 — Funktion (Koster) 183 (C).
 — Funktion, Untersuchung (Geesink und Koster) 183 (C).
 — Hinterlappenauszug (Kucharski und Kozlowski) 91 (C).
 — Hinterlappenauszüge (Schüller) 69 (R 274).
 — Hinterlappenpräparate (Leimdörfer) 138 (C).
 — Hinterlappenpräparate (Trendelenburg) 180 (C).
 — Röntgenstrahlenbehandlung bei Akromegalie (Allen und Lissner) 89 (C).
 — und Genitalapparat (Podljaschuk) 183 (C).
Hypophysin (da Rocha jr.) 186 (C).
 — Wirkung auf den Wasser- und Chloridwechsel (Buschke) 85 (C).
Hypoplasie, genitale (Naujoks) 98 (R 369).
 — und Seelenleben (Mauz) 98 (R 368).
Hypotension beim Kaninchen (Squier und Cather) 7 (C).
Hypotrophie s. Unterernährung.
Hysterie bzw. deren Folgen schadenersatzpflichtig? (Rubensohn) 79 (O).
Hysterosalpingographie (Haselhorst) 95 (R 350).
 — (Schultze) 88 (C).
 — (Smokvina) 181 (C).
Hysteroskopie (v. Mikulicz-Radecki) 183 (C).
Ichthyosis congenita, Differentialdiagnostik und Prognose (Siemens) 102 (R 389).
Ichtoxyl (Saudek) 180 (C).
Idiosynkrasie s. a. Allergie, Anaphylaxie, Ueberempfindlichkeit.
Idiotie s. a. Schwachsinn.
 — amaurotische (Kufs) 138 (C).
 — mongoloide. Hirn und Drüsen mit innerer Sekretion (Verga) 91 (C).
Ikonographia urologica (Posner, Rothschild und Necker) 216 (B).
Iktus Index (Woinow) 40 (C).
 — catarrhalis, Psychosen bei — (Berger und Rawkin) 170 (R 722).
 — chronischer hämolytischer (Kutjew) 91 (C).
 — hepatischer (Lepehne) 138 (C).
 — neonatorum (Lenartä) 68 (R 265).
Iktus toxicus gravis in der Schwangerschaft (Rabau) 183 (C).
 — beim Neugeborenen (Bernheim-Karrer) 88 (C).
 — beim Neugeborenen (Lereboullet) 142 (C).
 — bei Gallensteinen (Carnot) 61 (C).
Ileus (Lotheissen) 183 (C).
 — mechanischer (Konrad) 6 (C).
 — spastischer und Obstgenuß (Leusden) 37 (C).
Immunisierung, perorale (Hoder) 23 (R 105).
Immunkörper s. Antikörper.
Impetigo Neonatorum (Chadwell) 185 (C).
Impfmalaria (Wagner-Jauregg) 171 (R 728).
 — Blutgruppen und Verlauf der — (Herrmann) 70 (R 282).
 — Grundumfaß und spezifisch-dynamische Eiweißwirkung bei — (Bahn und Langhans) 59 (C).
 — Pathogenese (Mayr) 153 (R 613).
Individualpsychologie (Kunz) 123 (R 530).
Industriespiseanstalten (Banzhaff) 138 (C).
Infektion, stumme (Reiter) 59 (C).
Infektionskrankheiten (Deicher) 58 (C).
Infiltrationsanästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie (Albernaz) 13 (R 38).
Infleuza s. a. Grippe.
Influenzabazillen, Laboratoriumsinfektion (Walker) 188 (R 763).
Influenzabazillus - Meningitis im Kindesalter (D'Annato) 91 (C).
 — Pfeifferscher, bei Gesunden (Levinthal) 5 (C).
Influenzamenigitis (Nedelmann) 180 (C).
Inguinalhernie s. a. Hernie, Inguinal —.
Inhalationsnarkose (Cramer) 40 (R 141).
Inkret s. Hormon.
Innere Sekretion s. a. endokrine Drüsen.
Insekten, Stiche blutsaugender — (Hase) 182 (C).
Inselapparat, Funktionsprobe (Kylia) 5 (C).
Insertio funikuli furcata (Scheyer) 88 (C).
Insulin (Banting) 140 (C).
 — des Handels (Stucky) 89 (C).
 — Gewinnung (Galwjal und Schmidt) 91 (C).
 — Hypoglykämie (Maddock und Trimble) 161 (R 662).
 — bei nichtdiabetischen Erkrankungen (Magasannik) 91 (C).
 — bei Mastkuren (Andersen) 20 (R 83).
 — Mastkuren bei Tuberkulösen (Zelter) 139 (C).
 — Produktion (Grafe und Meythaler) 86 (C).
 — Widerstand gegen Radium und Röntgenstrahlen (den Hoed und de Jongh) 38 (C).
 — Wirkung bei Nierenkranken (Loeper u. a.) 162 (R 668).
 — Wirkung auf die Glykogenmenge der Leber und des Muskels (Rubino u. a.) 71 (R 289).
Insulinschock (Sevringhaus) 115 (R 483).
 — Sauerstoffsättigung des Venenblutes peripherer Gefäße (Wiechmann und Koch) 37 (C).
Intelligenzprüfungen (Wildenskop) 89 (C).
Intestinale Intoxikation (Bartle) 141 (C).
Intestinaltraktus s. Magendarmkanal.
Intestinol (Obstmayer und Molnar) 137 (C).
Intoxikation s. a. Vergiftung.
Intramuskuläre Injektionen (Mathe) 6 (C).
Intraokuläre Flüssigkeit s. a. Kammerwasser.
Intrapulmonäre Behandlung (Vicente) 4 (C).
Intussuszeption s. Invagination.
Invalidenbegutachtung in Oesterreich (Menzel) 137 (C).
Ischämische Kontraktur (Jones) 89 (C).
Ischias und Rückenschmerzen (Cochrane) 90 (C).
Ischurie s. Anurie.
Isoagglutinationsgruppen, Nomenklatur (Popow) 91 (C).
Isoagglutinine in der Frauenmilch (Epstein und Podvinec) 62 (R 217).
Isohämolysin im Plasma (Thomsen und Thisted) 184 (C).
Jahreszeitliche Schwankungen der Krankheiten (Hopmann) 87 (C).
Jerusalem - Artischocke, Ausnutzung bei einem Diabetiker (Carpenter und Root) 6 (C).
Jod, kontinuierliche Zufuhr (Hanzilik u. a.) 89 (C).
 — gefäßerweiternde Wirkung (Guggeheimer und Fisher) 86 (C).
 — Problem (Oppenheimer) 38 (C).
 — Verteilung im Organismus in ihrer Beziehung zur Schilddrüse (Sturm und Buchholz) 59 (C).
 — und Morbus Basedowii (Springborn und Gottschalk) 86 (C).
Jodalcet (Orbach) 137 (C).
Jodiertes Kochsalz für die ganze Schweiz (Stiner) 50 (R 194).
Jodöl, Verwendung des aufsteigenden — (Mayer) 173 (R 739).
Jodstoffwechsel (Sturm) 71 (R 284).
 — bei primären Thyreotoxikosen (Holst u. a.) 119 (R 502).
Jugularvenenpuls (Fischer) 72 (R 297).
 — Aufzeichnung (Rosin) 86 (C).
K-Ion, schmerzauslösende Wirkung (Häbler und Hummel) 50 (R 196).
Kahler-Bozzolosche Krankheit (Marconi) 10 (R 17).
Kahnsche Reaktion (Gasser) 6 (C).
Kaiserschnitt s. a. Sectio caesarea.
 — (Müller) 39 (C).
 — (Ivens) 140 (C).
 — (Winter) 181 (C).
 — (Dörfler) 182 (C).
 — (Heßler) 182 (C).
 — zervikaler (Danforth und Grier) 6 (C).
Kaiserschnitte in Brooklyn (Gordon) 89 (C).
Kala-Azar s. a. Leishmaniosis.
 — (Benavente) 49 (R 188).
 — des kindlichen Alters (Spyropoulos) 136 (C).
Kalium, Bestimmung im Blute (Feldmann) 136 (C).
 — bichromicum (Donner) 180 (C).
Kalkbehandlung im Kindesalter (Klare) 138 (C).
Kalkgicht (de Fine Licht) 89 (C).

- Kammerextrasystolie (Bulrich) 187 (C).
 Kampfer-Ersatzpräparate (Baggesgaard-Rasmussen) 89 (C).
 Kapillaren s. a. Blutgefäße.
 Karbunkel, Behandlung (Heddaeus) 87 (C).
 Kardia, chirurgische Eingriffe (Hesse) 181 (C).
 Kardiazol (Pascarelli) 7 (C).
 — (Barker und Levine) 22 (R 100).
 Kardiospasmus (Greenwood) 139 (C).
 Karellsche Milchkur (Wadi) 22 (R 98).
 Karotisdruckversuch und Blutdrucksenkung (Koch und Simon) 23 (R 108).
 Karteikontrolle für Geschlechtskranke (Salomon) 37 (C).
 Karyokinese s. Kernteilung.
 Kaseinfreie Einstellungsdiät, Durchfallstörungen im Säuglingsalter mit —, Kastration und Narkolepsie (Wilder) 88 (C).
 Katarakt s. Star.
 Katatonisches Syndrom (de Jong und Baruk) 212 (R 911).
 Katheterismus (Campos) 143 (C).
 Kauda-Lumbosakralmarkstumor (Riser u. a.) 120 (R 513).
 Kavernen s. Lungen.
 — Chirurgie (Gravesen) 41 (R 144).
 — beim Hustenstoß (Winkler) 19 (R 79).
 — Fauchen (Winkler) 166 (R 686).
 Keilbeinhöhle, Entzündung (Watson-Williams) 140 (C).
 Keimdrüsen s. a. Geschlechtsdrüsen.
 — Ueberflanzung nach Voronoff (Falkenheim und Kirsch) 4 (C).
 Keratitis filiformis (Isakowitz) 61 (R 212).
 — zentrale sklerosierende (Beselin) 59 (C).
 Ketonkörperausscheidung bei Leberkranken (Scherk) 137 (C).
 Ketonurie, nichtdiabetische (Gottschalk) 46 (R 177).
 Keuchhusten (Stschukin) 17 (R 67).
 — Frühdiagnostik (Leitner) 65 (R 243).
 — Prophylaxe mit Vakzine (v. Bernuth) 197 (R 828).
 — Vakzine- und Stomatherapie (Roi) 48 (R 186).
 Kindergürtel (Moos) 5 (C).
 Kinoaufnahmeapparat für Operationen (Brusten) 87 (C).
 Kjellandzange (McNally) 89 (C).
 — (Schwenke) 137 (C).
 Kjellandsche Prolapsoperation (Hüssy) 38 (C).
 Kleinhirn s. Cerebellum.
 Klimakterische Blutungen (Stemmer) 191 (R 784).
 Klimatologische Faktoren (Zueblin) 5 (C).
 Klippel-Feilscher Symptomenkomplex (Ingelrans und Piquet) 39 (C).
 Knie, muskulärer Schmerz (Müller) 37 (C).
 Kniescheibe, Diagnostik und Behandlung der Brüche (Delbet) 185 (C).
 Knoblauch (Tilger) 182.
 Knöchelfrakturen (Dickson) 184 (C).
 Knochen, Pathologie (Leriche und Policard) 7 (C).
 — Tumoren, Röntgenbehandlung (Possati) 7 (C).
 — und Gelenkerkrankungen, Behandlung (Plissone) 7 (C).
 Knochendichte, Bestimmung im Röntgenbild (Bethmann) 38 (C).
 Knochenfrakturen, Regeneration (Korff) 187 (C).
 — bei Arbeitern (Davis) 184 (C).
 — Einrichten unter Schraubenzug (Böhler) 87 (C).
 Knochennaht (Schade) 38 (C).
 Knochentuberkulose, Einfluß der Solbäder (Grün u. a.) 91 (C).
 Kochsalzstoffwechsel, Störungen (Trusler) 140 (C).
 Kohlehydratstoffwechsel (Gijon) 182 (C).
 — des Gewebes als Ausdruck des Funktionszustandes (Lüscher) 88 (C).
 Kohlenoxydvergiftung (Pohlisch) 87 (C).
 — (Nagtegaal) 184 (C).
 — Hirnveränderungen (Weimann) 60 (C).
 Kohabitationsverletzungen (Falk) 183 (C).
 Kohlensäure, Ausscheidung durch die Haut (Endres) 87 (C).
 Kohlensäurebäder (Rieck) 87 (C).
 Kolitis (Tremollières und Marceau) 186 (C).
 — Kolonspülungen bei ulzerativer (Einhorn) 141 (C).
 Kolitoxikose des Säuglings (Plantenga) 69 (R 267).
 Kolloidlabilität bei der Lungentuberkulose (Hantschmann und Sfreube) 135 (C).
 Kolon-Carcinom, Frühdiagnostik (Goldmann) 124 (R 538).
 — Irrigationen (Bastedo) 141 (C).
 — Röntgenologie (Larinore) 124 (R 539).
 Kolporrhoe (Troitzki) 40 (C).
 Konstipation (Alvarez) 164 (R 680).
 Konstitution (Walther) 37 (C).
 Konstitutionsbegriff in der Dermatologie (Pulmacher) 58 (C).
 Konstitutionsfragen (Scheidegger) 180 (C).
 Konstitutionelle Eigenschaften, Variabilität (Gurewitsch) 183 (C).
 Kontraktionsring, Heilung durch Amylnitrit (Croft) 149 (R 583).
 Konzerte für Kinder (Weingartner) 90 (C).
 Koordination, Physiologie und Pathophysiologie (Altenburger) 75 (R 316).
 Koronararterien, Erkrankungen (Miller und Weiss) 7 (C).
 Koronarspasmus (Pal) 199 (R 845).
 Koronar thrombose (Anderson) 185 (C).
 Koronarverschluß (Allan) 199 (R 842).
 Koronar zirkulation, stereoskopische Röntgenographie (Campbell) 141 (C).
 Körperoberfläche und Bestimmungen der normalen Herzgröße (Kissane) 7 (C).
 Korpus Carcinome, Schleimsekretion und Schleimzysten in adenomatösen — (Isbruch) 86 (C).
 Kost s. Ernährung.
 Kot s. Faeces.
 Kotperitonitis, experimentelle (Steinberg und Goldblatt) 60 (C).
 Koxitis, Frühveränderungen im Röntgenbild (Irrmann) 41 (R 148).
 Krabbe Uca (Kropp und Crozier) 38 (C).
 Krampfader (Gutknecht) 155 (R 622).
 — Dienstbeschädigungsfrage (Wolf) 5 (C).
 Krampfhusten, ein Asthmaäquivalent (Vallery-Radot u. a.) 158 (R 651).
 Krankenanstalten, wirtschaftliche Diätetik (Strauss) 38 (C).
 Krankbett (Orell) 6 (C).
 Krankenhaus, Ernährung im — (Pulawski) 91 (C).
 Krankenpsyche (Hirschbruch) 214 (R 932).
 Krankheitsbereitschaft und vegetatives Nervensystem (Müller u. a.) 170 (R 718).
 Krankheitsdisposition, Bekämpfung (Theilhaber) 218 (B).
 Krämpfe im Kindesalter (Zappert) 218 (B).
 Kreatin, Herkunft (Abderhalden und Buadze) 181 (C).
 Kreatinin-Ausscheidung bei Basedow (Feldmann und Wilhelm) 156 (R 635).
 Kreatinurie als Folge von Knochenbrüchen (Hirst u. a.) 146 (R 564).
 Krebs s. Carcinom.
 Kreislauf bei der Arbeit (Ganter) 180 (C).
 — Hormone (Fröhlich) 169 (R 714).
 Kreislaufschwäche nach Arbeitsleistungen (Kaup und Grosse) 88 (C).
 Kreosot, Wirkung auf die Haut (Schapiro) 8 (C).
 Kresol, Desinfektionsmittel (Hirschberg) 59 (C).
 Kreuzband, plastischer Ersatz des vorderen (Gold) 181 (C).
 Kreuzotternbiß, Serumbehandlung (Otto) 40 (R 139).
 Kreuzschmerz (Hense) 63 (R 228).
 Kriegsnephritis (Magnus-Alsleben) 58 (C).
 Kriminalpolizei, Krankenexamen (Schaefer) 137 (C).
 — Krankenexamen (Rehfish) 137 (C).
 Kroenigsche Desinfektionsprobe (Matsuura) 38 (C).
 Kropf s. a. Struma, Basedow, Thyreoidea.
 Krösomanie (Susmann Galant) 179 (O).
 Krüppel, erwachsene (O'Reilly) 90 (C).
 — Fürsorge (Böhm) 182 (C).
 Krysolgan s. a. Gold.
 Kufeke (Vith) 59 (C).
 Kuhmilch s. a. Milch.
 Kuhpockenimpfung, Nervenkrankheiten nach — (Keller) 171 (R 730).
 Kümmelsche Krankheit (Heiligtage) 5 (C).
 Kurzsichtigkeit s. Myopie.
 — (Ask) 184 (C).
 Labyrinth, Einfluß der Morphin- und Kampferlösung auf die postmortalen Veränderungen (Yamakawa) 4 (C).
 Lachgasnarkose (Straßmann) 88 (C).
 — (Hesse) 116 (R 491).
 Lage- und Stellreflexe (Levinger) 87 (C).
 Lagereflexe bei Haltungsanomalien (Haynes) 139 (C).
 Laktation s. a. Milchsekretion.
 Landaufenthalt für Stadtkinder 28 (B).
 Länge s. a. Entwicklung, körperliche.
 Langerhanssche Inseln s. Pankreas.
 Laparotomie (Ott) 187 (C).
 — transversale Inzision (Faure) 7 (C).
 — Narbengewebe, endometroide Wucherung (Haeusermann) 38 (C).
 Laparotrachelotomie (Stein und Leventhal) 6 (C).
 Larynx Abstrich (Edel) 20 (R 80).
 — Carcinom (Thomson) 141 (C).
 — Quinckesches Oedem (Bungenberg de Jong) 88 (C).
 — Tuberkulose, primäre (Richter) 13 (R 36).
 — Tuberkulose (Blegvad) 88 (C).
 — s. Kehlkopf.

- Lateralsklerose, amyotrophische (Bertrand) 122 (R 524).
 — posttraumatische amyotrophische (Soderbergh und Sjövall) 213 (R 919).
 Lävulose, Aufnahmefähigkeit roter Blutkörperchen (Eisner und Lewy) 5 (C).
 Leber s. a. Cholelithiasis, Galle, Hepatitis.
 — Abszeß nach akuter Appendicitis (Lindqvist) 89 (C).
 — antihämolytische Wirkung (Ponticaccia) 46 (R 178).
 — Atrophie, Übergang der hepatischen Iktusformen in — (Lepehne) 88 (C).
 — Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen (Diamond) 159 (R 656).
 — Erkrankung, Artischockenblatt bei der Behandlung (Lechere) 186 (C).
 — Funktionsprobe (Knapp) 201 (R 856).
 — Funktionsprobe mit Phenoltetrachlorphthalein bei Schwangerschaftstoxikosen (Berman) 89 (C).
 — Funktionsprüfung mit Bromsulphathalein der — (Bulmer) 141 (C).
 — ein Heilmittel (Edelstein) 155 (R 627).
 — Kavernom (Clar) 87 (C).
 — Koliken (Urbani) 143 (C).
 — Krankheiten (Rowntree) 141 (C).
 — Palpation der normalen — (Fleckel) 108 (R 436).
 — Physiopathologie (Fiessinger) 141 (C).
 — Sekretionsfähigkeit (Kusnetzow und Suchow) 187 (C).
 — Spontanruptur einer Angioma cavernosum (Siediecka) 91 (C).
 — Syphilis, chyliformen Aszitis (Steinitz und Lewin) 137 (C).
 — kongenitale Syphilis (Mikulowski) 7 (C).
 — Untersuchung (Hausmann) 187 (C).
 — Zirrhose, Behandlung von atrophischer mit Calciumchlorid (de Jong u. a.) 21 (R 88).
 Leberbehandlung bei Skorbut (Aron u. a.) 136 (C).
 Leberdiät (Pewsner) 135 (C).
 — Blutveränderungen (Smith u. a.) 156 (R 628).
 — Wirkung auf das Blutcholesterin (Adler und Schiff) 86 (C).
 Leberextrakt (Faber) 139 (C).
 Leberkranke, Ketonkörperausscheidung bei — (Scherk) 137 (C).
 Lehrfilme (Thomalla) 87 (C).
 Leibesübungen s. a. Sport, Körperarbeit.
 — (Müller) 218 (B).
 — Physiologie (Knoll) 182 (C).
 — in Kindersanatorien (Beloussow) 40 (C).
 Leipziger Universitätsfrauenklinik (Sellheim) 88 (C).
 Leishmaniose s. a. Kala-Azar.
 — (Mesnard) 142 (C).
 — Riesenzellenreaktion (Motta) 39 (C).
 Leistenbruch s. a. Hernia inguinalis.
 Lendenschmerzen (Rüllé) 150 (R 588).
 Lendenwirbel-Querfortsätze (Fränkel) 146 (R 565).
 Leontiasis ossea (Stämmeler) 137 (C).
 Lepra, Bekämpfung (de Mello) 37 (C).
 — Bekämpfung (Unna jun.) 105 (R 422).
 — Erythema nodosum (Marneffe) 142 (C).
 — Heilerfolge (Olpp) 182 (C).
 — Lepra, intravenöse Behandlung mit Kali jodatum (Olpp) 182 (C).
 — Komplementablenkungsreaktion (Gomes u. a.) 45 (R 168).
 — Kryotherapie (Jaryschewa) 105 (R 421).
 — pathogenetische und therapeutische Probleme (Bassewitz) 186 (C).
 — Prodomalsymptome (Aleixo) 186 (C).
 — in Frankreich (Glacard) 45 (R 167).
 — in Marokko (Remlinger) 90 (C).
 — in Norwegen (Groen) 185 (C).
 Lepröse, geheilte (Sülk) 197 (R 830).
 — Syphilis und Tuberkulose (Léger) 142 (C).
 Leukämie (Strieck) 86 (C).
 Leukanämisches Blutbild im Wochenbett (Brüggemann) 37 (C).
 Leukodermie, generalisierte — bei syphilitischem Kind (Mucci) 143 (C).
 Leukämie (Penna) 198 (R 837).
 Leukoplakie, papillär-epitheliale (Hinselman) 87 (C).
 Leukoplastverbände (Kümmel jr.) 216 (B).
 Leukozytäres Blutbild mit Senkungsreaktionen bei Kindertuberkulose (Bjelke) 206 (R 882).
 Leukozyten, amöboide Bewegungen (von Philipsborn) 5 (C).
 — Kernermetamorphose (Donhoff und Mittag) 5 (C).
 — Senkungsreaktion in der Klinik der odontogenen Erkrankungen (Ssuchowskaja) 176 (R 757).
 — Zählung (Kurlow) 143 (C).
 Lichen (Bizzozero) 39 (C).
 — ruber (Buschke und Curth) 37 (C).
 Lichtbehandlung mit ultravioletten Strahlen (Salomon) 136 (C).
 Lichtquaddel (Wucherpfennig) 85 (C).
 Linkshändigkeit in Grönland (Bertelsen) 184 (C).
 Lipämie (Marcus) 58 (C).
 Lipodol, uterine Injektion (van der Elst) 142 (C).
 Lipodolbehandlung bei inneren Erkrankungen (Olivet) 37 (C).
 Lipodystrophia progressiva (Wilder) 75 (R 314).
 Lipoid und Morphinum (Much) 207 (R 890).
 Lipoide, Physiologie und Pharmakologie (Hesse) 181 (C).
 Lipoidgehalt des Blutes bei Geisteskrankheiten (Berger und Schubina) 170 (R 721).
 Lipoidose der Haut und der Schleimhäute (Kerl und Urbach) 58 (C).
 Lipoidstoffwechsel am Hungertier (Wendt) 72 (R 291).
 Lipom der Mamma (Paterson) 184 (C).
 — in der Palma manus (Klotz) 60 (C).
 Lipomatose, mesenteriale (Dannreuther) 6 (C).
 Lippenspalte s. Hasenscharte.
 Liquor, Befunde bei tertiärer Haut- und Schleimhaut-Syphilis (Arzt) 104 (R 413).
 — Diagnostik (Fried und Orlow) 88 (C).
 — bei multipler Sklerose (Sternberg) 120 (R 509).
 — Kaffasche Paraffinreaktion (Chodoss und Gorjajew) 7 (C).
 — Kochsalzgehalt (Likint) 75 (R 315).
 Liquor, nach der Rachianästhesie (Stephanovitsch) 186 (C).
 Lithotriptoskop (Ravich) 196 (R 819).
 Liquor, Untersuchung (Povoa) 39 (C).
 — Untersuchungen bei Subokzipitalpunktionen (Ritzefeld) 65 (R 239).
 — Zellbild (Forster) 37 (C).
 Liquorrhoea nasalis (Frankl) 121 (R 518).
 Lobelin-Injektionen (Habs) 182 (C).
 Lokalanästhesie (Laubender) 135 (C).
 — (Lipschitz und Weingarten) 135 (C).
 — (Martin) 140 (C).
 Lordose als Ursache der Stellungsalbuminurie (Lewinson u. a.) 69 (R 270).
 Loretasche Dehnung (Hundsdoerfer) 136 (C).
 Lufteinblasung in Hirn und Rückenmark (Friedemann) 121 (R 519).
 Luftfahrthygiene (Sergejew) 40 (C).
 Luftröhre s. Trachea.
 Luftwege s. Atmungsorgane.
 — Fremdkörper (Zambrini) 187 (C).
 Lumbalanästhesie, Todesfälle (Bodechtel) 94 (R 344).
 Lumbalflüssigkeit s. Liquor.
 Lumbalgien, essentielle (Doroschenko) 91 (C).
 Lumbalpunktion (Saunders und Spiegel) 152 (R 601).
 Lumbalwirbelfrakturen infolge Hyperextension und extremer Muskelaktion (Wilmoth) 60 (C).
 Lumbosakralgegend, Schmerzen (O'Ferrall) 140 (C).
 Luminal Exanthem (Menninger) 60 (C).
 Lunge, Abszeß (Weidlin und Herrmann) 184 (C).
 — Abszeß, Aetiologie und Frühdiagnostik (Smith) 158 (R 648).
 — Aktinomykose (Preston) 140 (C).
 — massive Atelektase (Sante) 158 (R 647).
 — Carcinom (Ekelow) 91 (C).
 — Carcinom (Mirizzi) 181 (C).
 — Carcinom der Schneeberger Bergleute (Saupe) 37 (C).
 — Eiterung (Coquelet) 144 (R 554).
 — Embolie, operierte (Crafoord) 6 (C).
 — Embolie, nach Trendelenburg operiert (Nyström) 6 (C).
 — Erkrankungen im Kindesalter (Rietschel) 136 (C).
 — Fremdkörper (Relhef) 137 (C).
 — Gangrän beim Kinde (Mikulowski) 91 (C).
 — rezidivierende perihiläre sekundäre Großinfiltrierung (Nüssel) 166 (R 690).
 — Hydatidenzyste (Busila) 142 (C).
 — Kapillare, Einfluß der funktionellen Narkose (Sternberg und Tamari) 85 (C).
 — Mykosis (Schabad) 91 (C).
 — postoperativer Kollaps (Boland und Sheret) 140 (C).
 — postoperative Komplikationen (Perrier und Saloz) 37 (C).
 — rheumatische (Naish) 159 (R 654).
 — Sarkom (Strukow) 91 (C).
 — Spitzenaffektion (Schittenhelm und Reuter) 48 (R 184).
 — Spitzenkatarrh und Frühinfiltrat (Grass) 87 (C).
 — Syphilis (Skavlem) 15 (R 52).
 — Tuberkulose (Viontrup) 139 (C).

- Lunge, Tuberkulose (Westenrijk) 183 (C).
 — Tuberkulose (Otis) 205 (R 875).
 — Tuberkulose, chronische (Herms) 18 (R 70).
 — Tuberkulose, infiltrative Prozesse bei Kindern (Gjörup) 166 (R 689).
 — Tuberkulose beim Erwachsenen (Vos) 60 (C).
 — Tuberkulose im Senium (Schlesinger) 181 (C).
 — Tuberkulose, Pathogenese und Evolution (Raimondi) 111 (R 453).
 — Tuberkulose, pathologisch - anatomische Veränderungen (Vimtrup) 184 (C).
 — Tuberkulose, Bedeutung des Frühinfiltrats (Frischbier und Beckmann) 111 (R 452).
 — Tuberkulose, Prognose (Martyszewski) 68 (R 261).
 — Tuberkulose, Herdreaktionen (Poras) 68 (R 262).
 — Tuberkulose, Einfluß der Pubertät (Nobécourt) 166 (R 685).
 — Tuberkulose, Cholesterinspiegel und Abwehrkräfte bei der — (Hinze) 139 (C).
 — Tuberkulose, Kolloidlabilität (Hantschmann und Steube) 166 (R 691).
 — Tuberkulose, Temperatur (Milne) 140 (C).
 — Tuberkulose, kochsalzfreie Ernährung (Baer u. a.) 204 (R 870).
 — Tuberkulose, Fettstoffreizbehandlung (Mattauch) 135 (C).
 — Tuberkulose, biologische Diagnostik (Schmidt) 86 (C).
 — Tuberkulose, Diagnostik (Schmidt) 110 (R 448).
 — Tuberkulose, intrakutane Injektionen mit Alttuberkulin Koch (Gutmann) 135 (C).
 — Tuberkulose, nutritive Allergie bei initialer — (Funck) 135 (C).
 — Tuberkulose, aktive Immunobehandlung (Zambianchi) 187 (C).
 — Tuberkulose, therapeutischer Wert der Schwermetalle (Burrell) 90 (C).
 — Tuberkulose, plasmotherapeutische Versuche (Mattauch) 111 (R 456).
 — Tuberkulose, Stalagmometrie bei — (Nannini) 110 (R 449).
 — Tuberkulose, chirurgische Behandlung (Hudson) 184 (C).
 — Tuberkulose, chirurgische Eingriffe (Archibald) 204 (R 871).
 — Tuberkulose, Pneumothoraxbehandlung (Fraenkel) 18 (R 71).
 — Tuberkulose, künstlicher Pneumothorax (Jablokow) 143 (C).
 — Tuberkulose, Thorakoplastik bei — (Faltin) 205 (R 874).
 — tuberkulöse Kavernen (Suzuki) 39 (C).
 — Tumor (Marsman) 60 (C).
 — Tumor (Strieck) 181 (C).
 — sekundäre, maligne Tumoren (Gurwitsch) 37 (C).
 Lungenaufnahmen (Gutzeit) 5 (C).
 Lungenkuppen, Disposition zur Tuberkulose (Orsos) 166 (R 687).
 Lungenspitzen-tuberkulose (Ziegler) 111 (R 451).
 Lupoheal, Behandlung der Hauttuberkulose (v. Hedry) 102 (R 391).
 Lupus, Behandlung (Sommerford) 14 (R 43).
 — Diathermie (Bordier) 51 (R 206).
 — erythematodes, Aetiologie (Olessoff) 102 (R 390).
 — erythematodes bei Negern (Silva) 39 (C).
 — erythematodes, Behandlung mit Goldverbindungen (Twiston Davies) 184 (C).
 — Sarkome (Hoffmann) 85 (C).
 — vulgaris der Vulva (Fessler) 85 (C).
 Luteinzyste s. Corpus luteum, Zyste.
 — (Wallart) 135 (C).
 Lymphadenose, alenkämische (Hoffmann) 151 (R 598).
 Lymphbahnen des rechten subphrenischen Raumes (Schlanger) 187 (C).
 Lymphdrüsen s. Drüsen.
 — Erkrankungen (Gow) 140 (C).
 Lymphogranulom (Yodh) 141 (C).
 Lymphogranulomatose (Bernstein) 139 (C).
 — inguinalis (Fuß) 19 (R 76).
 — inguinalis (Frei und Koppel) 86 (C).
 — inguinalis (Cedercreutz) 203 (R 863).
 Lymphosarkomatose (Hensel) 185 (C).
 Lymphozytose, relative bei Hyperthyreoidismus (Menkin) 60 (C).
 Lyssa s. Tollwut.
 Lyssiasalbe (Duschl) 87 (C).
 Macrogenitosomia praecox (Gareiso u. a.) 204 (R 865).
 Magen s. a. Achylie, Pylorus.
 — Atonie und Ektasie (Zweig) 58 (C).
 — Carcinom (Alvarez) 93 (R 336).
 — Carcinom, Diagnostik (Gordon) 159 (R 655).
 — Carcinom, Gastrektomie (Flint) 140 (C).
 — Carcinom des Fundus ventriculi (Mareschal) 39 (C).
 — Chirurgie (Berkeley Moynihan) 145 (R 556).
 — Desinfektion (Rosenfeld) 182 (C).
 — Dilatation (Gundry) 89 (C).
 — Divertikel (Bernstein) 139 (C).
 — Divertikel (Kalbfleisch) 139 (C).
 — Divertikel (Koppenstein) 201 (R 853).
 — Funktion, sekretische und evakuatorische (Lewin u. a.) 135 (C).
 — Funktion, absolute Bewertung (Lewin) 86 (C).
 — Hyperazidität (Lawaczek) 72 (R 299).
 — Krankheiten (Zweig) 4 (C).
 — Motilität (Marx) 59 (C).
 — Neubildungen, Frühdiagnostik (Arkussky) 136 (C).
 — Neurose (Zweig) 37 (C).
 — Resektion des oberen Teiles (Lewit) 8 (R 3).
 — Resektion, palliative (Flörcken) 8 (C).
 — Sarkom (Shukowskaja) 9 (R 7).
 — Sekretion (Iwanow) 91 (C).
 — Sekretion (Egolinski) 143 (C).
 — Sekretion des nüchternen (Chalfen) 86 (C).
 — Sekretion unter Einfluß von Atropin, Ephedrin und Pilokarpin (Altschuler) 7 (C).
 — Spülung (Chavigny) 185 (C).
 — Syphilis (Singer und Dyas) 89 (C).
 — Syphilis, Diagnostik (Welch) 15 (R 53).
 — Ulcus (Johnsen) 6 (C), 8 (R 3).
 Magen, Ulcus (Roeck) 8 (R 5).
 — Ulcus (Alvarez) 93 (R 336).
 — Ulcus der großen Kurvatur (David) 93 (R 335).
 — Ulcus Operation (Redisch) 135 (C).
 — Ulcus, Röntgenbefunde (Barclay) 174 (R 742).
 — Ulcus, in die Milz penetrierendes (Feist) 136 (C).
 — Ulcus, Perforation im Kindesalter (Durmaschkin) 113 (R 465).
 — perforiertes Ulcus (Wickbom) 8 (R 4).
 — Ulcus und Bayliss - Starlingsches Grundgesetz (Mandler) 89 (C).
 Magendarm, Perforation multipler Ulcera (Nixon und Lowry) 185 (C).
 — Ulcus, Beziehung zu organischen Gehirnerkrankungen (Korst) 138 (C).
 Magendarmkanal, anatomisches Präparat (Stadnitzki) 39 (C).
 — Reaktion auf Erregung (Lueders) 38 (C).
 Magendrüsens, Sodaeinfluß auf die sekretorische Tätigkeit (Babsky) 86 (C).
 Magen-Duodenal-Ulcus, chirurgische Behandlung (Konjetzny) 189 (R 772).
 Mageninhalt, Untersuchung (Zweig) 136 (C).
 — Gesamtlorkonzentration und Azidität (Gorham u. a.) 7 (C).
 — Verteilung von Salzsäure und Fermenten (Delhougne) 5 (C).
 Magensaft, Analyse (Pinero) 143 (C).
 — aktueller Säuregrad (Pinero) 142 (C).
 — Untersuchung (Pinero) 187 (C).
 Magen- und Dünndarmulcus, viermalige Laparotomie (Bogojawlenski) 91 (C).
 Magen- und Zirkulationsorgane, Störungen (Kuttner) 37 (C).
 Magersucht, zerebral-hypophysäre (Zondek und Koehler) 107 (R 430).
 Magnesiumnarkose, Weckwirkung der Kalksalze (Yamawaki) 85 (C).
 Magnesiumsalze, Saisonempfindlichkeit des Froschherzens (Kisch) 135 (C).
 Magnesiumsulfat, Einführung ins Duodenum (Hirschberg) 135 (C).
 Makrosomie, Syphilis hereditaria und — (delle Chiaje) 141 (C).
 Malaria (Mondrini) 39 (C).
 — Behandlung (Ferrari) 186 (C).
 — Bekämpfung (Pinto) 7 (C).
 — reaktivierende Funktion (Pires) 39 (C).
 — Gametenformen des Plasmodium in Kulturen (Row) 90 (C).
 — dauernde Inkubation (Malma) 91 (C).
 — Jod-Chininbehandlung (Wladykin) 115 (R 481).
 — Methode „Cropper - Froes“ für die Diagnostik (Froes) 18 (R 73).
 — Oligämie (Wolsky und Schewelenko) 7 (C).
 — tertiane (Nyfeldt) 184 (C).
 — Morbidität nach einer prophylaktischen Kampagne (De Souza - Pinto) 197 (R 829).
 — und Rachitis (Netschajew) 206 (R 885).
 — in der Provinz Diégo-Suarez (Raynal) 90 (C).
 Malariabehandlung (Courtin) 103 (R 398).
 — der Gonorrhoe (Cancado) 195 (R 811).
 — der Paralyse (Wagner-Jauregg) 51 (R 201).
 — der Paralyse (Adler) 138 (C).

- Malariabehandlung der Syphilis (Ruge)** 196 (R 816).
 — **der Frühsyphilis (Kerl)** 104 (R 411).
 — **der Syphilis des Nervensystems (O'Leary)** 140 (C).
 — **organischer Nervenkrankheiten (Weinberger)** 136 (C).
Malariakranke Kinder, Oedeme bei — (Giovanni) 168 (R 702).
Mamma Carcinom (Wood) 200 (R 852).
 — **Carcinom.Radiumbehandlung (Keynes)** 175 (R 748).
 — **Carcinom, Strahlenbehandlung und operative Behandlung (Webster)** 175 (R 749).
 — **Fibroadenomatose (Semb)** 93 (R 334).
 — **Plastik (Biesenbeyer)** 38 (C).
Mandeln s. a. Tonsillen.
Mangan (Donner) 206 (R 888).
Manischdepressive und Psychopathen, GebiBuntersuchungen (Krauss) 120 (R 508).
Martensche Reaktion (Silvagni) 143 (C).
Masern, Epidemiologie (Klotz) 5 (C).
 — **Serumphylaxe (Sutherland)** 141 (C).
 — **ein frühes Symptom (Jakobs)** 17 (R 64).
Mastdarm s. Rektum.
 — **Carcinom, operative Behandlung (Sauerbruch)** 37 (C).
 — **Carcinom (Küttner)** 189 (R 773).
 — **Fremdkörper (Piorek)** 91 (C).
Mastitis, Strahlenbehandlung und operative Behandlung (Webster) 175 (R 749).
Mastixreaktion (Leitner) 138 (C).
 — **(Levenson)** 182 (C).
Mastoid, Erkrankungen (Watson-Williams) 150 (R 592).
Mastoideus, Röntgenogramm bei Erkrankungen (Taylor) 27 (R-135).
Masturbation s. Onanie.
 — **und Schulbetrieb (Hinsche)** 88 (C).
Matéfyische Reaktion (Nannini) 110 (R 449).
Maxilläre Dismorphosen bei debilen Kindern (Watry) 112 (R 461).
Meckelsches Divertikel, Darmblutung durch ein Ulcus in — (Meiß) 6 (C).
 — **Divertikel als Ursache von Darmblutungen (Tisdall)** 139 (C).
Mecklenburg, Frühsterblichkeit der Säuglinge (Brüning) 86 (C).
 — **Frühsterblichkeit der Säuglinge (Brüning und Mahlo)** 180 (C).
Mediastinalerkrankungen, Symptomatologie (Baralaro) 187 (C).
Medikomechanisches Institut (Bettmann) 63 (R 226).
Meeresheilkunde (Kestner) 196 (R 823).
Megalopygeum urens (Gaminaria) 90 (C).
Megalozytose (Warburg und Jörgensen) 25 (R 122).
Mehrlingsgeburten (Sanders) 60 (C).
Mehrphasische Wirkung (Amsler und Rentz) 138 (C).
Meineckesche Flockungsreaktion (Gasser) 6 (C).
Melancholische Frauen im klimakterischen und präsenilen Alter (Gravestein-Bridé) 73 (R 302).
Melancholischer Versündigungswahn, Psychologie (Jelgersma) 89 (C).
Melanonychie (Aleixo) 194 (R 803).
Melanosarkom, Uebertragung auf eine Maus (Blumenthal und Auler) 37 (C).
Melanotische Pigmente (Mayer) 136 (C).
Melitopoler Bezirk, Mineralwasser (Schazillo) 8 (C).
Meningeale Permeabilität (Singer und Woldrich) 182 (C).
Meningokokken, mikroskopische Diagnostik (Jacobsthal) 188 (R 765).
Meningen, Permeabilitätsbestimmung (Fleischhacker u. Scheiderer) 118 (R 500).
Meningitis cerebrospinalis (Paulus) 39 (C).
 — **eitrige (Zischinsky)** 75 (R 310).
 — **heilbare (Gorter)** 60 (C).
 — **otogene (Moe)** 13 (R 32).
 — **postvaksinale (Willis)** 140 (C).
 — **purulente infolge Knochenphlegmone dentären Ursprungs (Rossi)** 187 (C).
 — **Symptome (Ambrus)** 75 (R 309).
Meningokokkämie, Behandlung (Coste) 189 (R 768).
Meningokokken Endoprotein (Chavany) 188 (R 767).
 — **Infektion (Gardiner)** 140 (C).
 — **Meningitis (Lode und Schmuttmayer)** 138 (C).
 — **Meningitis, Serumbehandlung (Holtz)** 86 (C).
Meningokokkenträger, Desinfektion (Reilly und Coste) 185 (C).
Menopause, Adrenalinmydriasis in der — (Hannan) 168 (R 707).
 — **Blutungen (Benthin)** 137 (C).
 — **Blutungen in der — (Frankl)** 88 (C).
Menorrhagie s. a. Blutung.
Menstruation in Beziehung zur Peritonitis (Unterberger) 139 (C).
Menstruation, Veränderung der Kolloidstruktur des Blutes während der — (Eufinger) 98 (R 367).
Mensueller Zyklus, Einfluß auf den Wasserstoffwechsel (Eufinger und Spiegler) 86 (C).
Merkurochrom, bakterizide Wirkung (Simmons) 184 (C).
 — **keimtötende Wirkung (Reddish und Drake)** 184 (C).
 — **bei intestinaler Tuberkulose (Gammons)** 185 (C).
 — **und Jod als Desinfizientien (Rodriguez)** 184 (C).
Mesaortitis syphilitica (Müller-Deham) 104 (R 407).
Metakarpalknochen, Aufbau des ersten im Röntgenbild (Maglinio) 7 (C).
Metalle, oligodynamische Wirkung (Pfaff) 5 (C).
 — **Verabreichung schwerer — (Jona)** 140 (C).
Metallsalztherapie (Walbum) 5 (C).
 — **(Frederiksen)** 5 (C).
 — **(Brun)** 139 (C).
 — **(Friis)** 168 (R 706).
Metatarsalknochen, Luxation des ersten — (de Rham) 39 (C).
Metatarsus varus (Dreesmann) 94 (R 343).
Meteoropathologische Fragen (Mohrhardt) 186 (C).
Methan, Chloridivate (Gabbano) 5 (C).
Methylantigen (Lorat u. a.) 42 (R 156).
Metropathia haemorrhagica, Autoabluttransfusion (Kühnel) 139 (C).
Miederprinzip (Sarason) 182 (C).
Migräne bei Kindern (Nobécourt) 113 (R 468).
 — **Vererbung (Allan)** 89 (C).
Mikrogyrie bei liquorpositiver Syphilis congenita (Rosenfeld) 86 (C).
Mikrokokkus-tetragenes-Septikämien (Chiabrera) 153 (R 614).
Mikroprojektionslampen (Förster) 87 (C).
Mikrosporidie, Behandlung mit Thalliumazetat (Wigley) 151 (R 597).
Milan, Behandlung von Ulcus cruris mit — (Fränkel) 195 (R 807).
Milch, Bestrahlung (Rheinlaender) 132 (O).
 — **gesunde (Müller-Lenhartz)** 138 (C).
 — **öffentliche Versorgung (King)** 140 (C).
Milchbehandlung in der psychiatrischen Praxis (Wolochow) 171 (R 725).
Milchfrage, Standpunkt des Arztes (Vaubel) 80 (O).
Milchpolitik (Gruschka) 86 (C).
Milchsäureausscheidung während des Sports (Snapper) 110 (R 446).
Milchsäurebakterien s. a. Bakterien, Milchsäure —.
Milchsäuregehalt des Blutes (Hochrein und Meier) 37 (C).
Milchsekretion (Gowen und Tobey) 38 (C).
Milchserum, therapeutische Eigentümlichkeiten (Renaud) 208 (R 898).
Miliartuberkulose, chronische (Heimann-Hatry) 166 (R 692).
Milz s. a. Gauchersche Krankheit.
 — **Bestrahlungen in Kombination mit Röntgenbehandlung (Schneider)** 174 (R 746).
 — **Exstirpation bei Polyserositis (Jversen)** 184 (C).
 — **perivasale Läsionen (de Vecchi u. a.)** 143 (C).
 — **Ruptur (Cellan-Jones)** 90 (C).
 — **zweizeitige Ruptur (Stolze)** 37 (C).
 — **Ruptur bei Malaria (Durmaschkin)** 7 (C).
 — **Tumor (Samson)** 60 (C).
Milzbrand, Neosalvarsanbehandlung (Ernullof und Golotine) 18 (R 74).
 — **Neosalvarsanbehandlung (Rabinowitsch)** 116 (R 487).
 — **Salvarsanbehandlung (Goldin)** 18 (R 75).
Milzorgantherapie zur Behandlung der Tuberkulose (Bayle) 204 (R 869).
Milzsaftbehandlung der Dermatosen (Birke) 42 (R 152).
Mineralwässer, physiologische Wirkung (Pedrosa) 186 (C).
Missetäter, junge (Gordon) 124 (R 536).
Mithridat (v. Brunn) 59 (C).
Mitralklappe, Verkürzung (Claude-Bernard) 141 (C).
Mitralstenose (Langeron) 185 (C).
 — **Röntgenbild (Dietlen)** 88 (C).
 — **s. a. Herzfehler.**
Mittelmeerfieber s. Maltafieber.
Mittelohrentzündung s. Otitis media.
Monakowsche Fußbrandreflexe (Wolfenberger) 120 (R 514).
Moniliaerkrankung der Bronchien (Galbreath und Weiß) 89 (C).
Monochlorbenzol gegen Pernionen (van Walsem) 183 (C).

- Mononukleose, infektiöse (Schwarz) 197 (R 827).
 Morphinismus, Behandlung (Ripke) 5 (C).
 — Traubenzucker und Abstinenzerscheinungen (Leibbrand) 86 (C).
 Morphinisten (Möllenhoff) 182 (C).
 Morphium, Behandlung der Kranken (Görlitz) 26 (R 130).
 — Entziehung (Schlomer) 26 (R 131).
 — und Lipoid (Much) 207 (R 890).
 Moschus (Rabe) 206 (R 889).
 Moskitos und Fermentationskammern (Prado) 186 (C).
 Motofer, 61 (C).
 Müller, Gewerbehygienische u. klinisch-röntgenologische Untersuchungen (Krüger und Saupe) 173 (R 737).
 Müllersche Ballungsreaktion (Kruspe) 8 (R 1).
 Mumps s. Parotitis epidemica.
 — weißes Blutbild (Jahn) 86 (C).
 Mundhöhle, Blutbild bei Erkrankungen der — (Kwasniewski) 67 (R 258).
 Muskel s. a. Chronaxie.
 — Wasserstoffwechsel der Säugetier — (Glaß) 85 (C).
 Muskelatrophie von Werdnig-Hoffmann (Halbertsma) 183 (C).
 Muskeldystrophie, progressive (Villacian) 213 (R 922).
 Muskelgewebe, umkehrbare Veränderungen (van Herwerden) 38 (C).
 Muskelrheumatische Schmerzsymptome (Lindstedt) 162 (R 672).
 Muskeltonus (Pollock) 90 (C).
 Mutterkorn s. Secale.
 Mutterkornpräparate und Gangrän (Spiro) 182 (C).
 Mutterkuchen s. Plazenta.
 Muttermundlippe, Abriß (Schwarzkopf) 192 (R 793).
 Mutterschaftshilfe (de Moraes) 7 (C).
 Muzinagar als Nährboden für Gonokokkenzüchtung (Spanier) 40 (R 138).
 Myasthenia gravis (Querido) 38 (C).
 Myasthenie, Histologie und pathologische Physiologie (Marinesco) 21 (R 90).
 — pathologische Anatomie (Biermann und Scharapow) 210 (R 906).
 Myatonia congenita (Katz) 112 (R 464).
 — congenita (Halbertsma) 183 (C).
 Myelitis, infektiöstoxische (Silbermann) 60 (C).
 Myelodegeneratio bei Syphilitikern (Hinrichs) 104 (R 412).
 Myelom des Schädeldaches (Kalischer) 88 (C).
 — u. Hämatopoiese (Overbosch) 183 (C).
 Myelophthisis (Reid) 156 (R 631).
 Myelose, funikuläre und Leberdiät (Wolff) 37 (C).
 Mykologische Fragen (Kadisch) 58 (C).
 Mykose (Catanei) 142 (C).
 — innere (Durante) 90 (C).
 Mykosis fungoides (Gerwig) 85 (C).
 Myokarditis s. Herzfehler.
 Myom (Petit-Dutailis) 142 (C).
 — Eukleationen in der Schwangerschaft (Liebmann) 183 (C).
 — Heilung bei Basedow durch Röntgenkastration (Lindenberg) 89 (C).
 — im kleinen Becken (Devraigne) 141 (C).
 Myopathie, neurale (Slauck) 59 (C).
 Myotie Genese (Levinsohn) 61 (R 210).
 Myosalvarian (Galewsky) 16 (R 60).
 — Behandlung der Syphilis (Prochnik) 87 (C).
 Myositis gummosa (Jordan und Popora-Blum) 196 (R 818).
 — ossificans, Pathogenie (Vianna) 186 (C).
 Myotonia atrophica (Duncan) 60 (C).
 Myxödem s. a. Thyreoidia.
 Myxödem im Anschluß an Thyreotoxikose (Thompson u. a.) 157 (R 637).
 — mit Thyroxin behandelt (Holböll) 139 (C).
 Nabeladenome (Baltzer) 139 (C).
 Nabelschnurbruch (Durlacher) 182 (C).
 Nachgeburtsperiode, Untersuchung des weißen Blutes (Nikolajew) 39 (C).
 Nacken, röntgenologische Untersuchung (Brown und Reinecke) 139 (C).
 Nagel-Erkrankungen (Fabry) 182 (C).
 Nagel, statischer Aufbau (Pinkus) 37 (C).
 Nährboden s. Bakterien.
 Nährstoffe, akzessorische, s. Vitamine.
 Nahrung, Verweildauer (Reviglio) 91 (C).
 Nahrungsmittel s. a. Ernährung.
 — Temperatur (Cardini) 187 (C).
 Nanismus (Elkin) 39 (C).
 Narben-Rasselgeräusche (Shadkewitsch) 91 (C).
 Narben, Verbesserung des Aussehens (Lindsay) 101 (R 379).
 Narkolepsie (Bugaisky) 213 (R 924).
 Narkose s. a. Anästhesie.
 — (Beutner) 59 (C).
 — Einfluß der funktionellen — (Sternberg und Tamari) 85 (C).
 — Todesfälle (Bodechtel) 94 (R 344).
 — Weckwirkung der Kalksalze bei der Magnesium — (Yamawaki) 85 (C).
 Narkotika (Lipschitz) 116 (R 489).
 — Wirkung auf die Nerven (Flamm) 180 (C).
 Narzylén (Doerffer und Lork) 5 (C).
 Nase, Plastik (New) 90 (C).
 — Plastik (Ingebrigtsen) 184 (C).
 Nasenblutungen, arteriosklerotische (Bergmann) 138 (C).
 Nasenflügel, plastische Chirurgie (Poggi) 186 (C).
 Nasenscheidewand bei Zwillingspaaren (Schwarz) 4 (C).
 Natriumbikarbonat bei juckenden Dermatosen (Godinho) 64 (R 234).
 Natriumchlorid s. Kochsalz.
 Natriumthiosulfat (Goldblatt) 23 (R 103).
 — bei der Thalliumbehandlung (Buschke u. a.) 58 (C).
 Nebeneierstock s. Parovarium.
 Nebenhoden, Adenocarcinom (Scholl) 140 (C).
 Nebenniere s. a. Adrenalin.
 — Adenom (Hicks) 185 (C).
 — Blastome (Greif) 168 (R 703).
 — funktionelle Insuffizienz (Mills) 66 (R 251).
 — Neuroblastom (van der Veen) 38 (C).
 Nebennierenrinde, Addisonsche Krankheit mit Atrophie der — (Brenner) 157 (R 638).
 — Organbehandlung (Mouzon) 142 (C).
 Nebenschilddrüse s. Parathyreoidia.
 Neodorm (Biehler u. a.) 181 (C).
 — (Freund) 181 (C).
 — (Kaczander) 181 (C).
 Neoplasma s. Geschwulst.
 Neosalvarian bei leukämischer Tonsillenkreuz (Bertheau) 156 (R 629).
 — Injektionen, Einfluß auf die Inkubationsdauer der Impfmalaria (Walter) 152 (R 604).
 Neosalvarsandermatitis (Mayer) 115 (R 478).
 Neo-Trivalin (Lewin) 136 (C).
 Nephrektomie, Stoffwechsel und die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung (Strieck) 86 (C).
 Nephritis (Cope) 162 (R 667).
 — Blut bei — (Henderson) 59 (C).
 — chronica dolorosa (Kusnetzki) 143 (C).
 — chronische, im Kindesalter (Spence) 140 (C).
 — hämorrhagische (Letheby Tidy) 161 (R 666).
 — akute hämorrhagische (Römcke) 89 (C).
 — kindliche (Salcedo) 7 (C).
 Nephrolithiasis s. Harnsteine.
 Nephropathia gravidarum (Heger) 137 (C).
 Nephropathien pharyngealen Ursprungs (Lesné) 142 (C).
 Nephropexie (Billington) 140 (C).
 Nephrose, genuine (Hijmans van den Bergh) 60 (C).
 Nephrotomie, Stillung der postoperativen Blutung (Bissel) 89 (C).
 Nephroureteroanastomose (Bailey) 185 (C).
 Nerven-Chirurgie (Plisson) 142 (C).
 — Reizungen der peripheren — (Nikolajew und Rubinstein) 8 (C).
 Nervenfasern und Nervenzellen in der Epiphysis cerebri (Pastori) 88 (C).
 Nervenschmerzen, Behandlung (Stransky) 183 (C).
 Nervenschwäche und Arbeitsunfähigkeit (Schenk) 181 (C).
 Nervus phrenicus, Neuralgie (Herszky) 136 (C).
 — ulnaris, Entzündung (Lombard) 39 (C).
 — vestibularis s. Labyrinth.
 Netzhaut s. Retina.
 Neubildung s. Tumor.
 Neuralgie brachialis (Aronowitsch) 91 (C).
 Neurithrit (Thies) 59 (C).
 — des N. cubitalis (Marneffe) 154 (R 617).
 — optica nach Keilbeinhöhlenentzündung (Watson-Williams) 140 (C).
 Neuroblastom der Nebenniere (van Veen) 136 (C).
 Neurologie in Nord-Amerika (Austrogesilo) 142 (C).
 Neurose des vegetativen Nervensystems (Ritte) 87 (C).
 — traumatische (Jossmann) 77 (R 321).
 — traumatische (Fettermann) 90 (C).
 — und Kultur (Rombouts) 38 (C).
 Neurotische Krankheitszustände (Schuster) 182 (C).
 Neugeborenen Schädel, Schnürfurchenbildung (Oing) 183 (C).
 Neurotische Krise (v. Hattingberg) 138 (C).
 Nicolas-Durand-Favresche Krankheit (Fuhs) 19 (R 76).

- Nicordamin (Krogh) 89 (C).
 Niere s. a. Albuminurien, Hämaturie, Nephritis, Pyelitis.
 — Funktion bei einseitigen Nieren-erkrankungen (Mayrs) 140 (C).
 — Funktion, Harnstoffwirkung, Diurese und Mineralstoffwechsel (Mark) 135 (C).
 — Funktion, Einfluß von Morphin und Aether (Stehle und Bourne) 38 (C).
 — Funktionsprüfungen (Ockerblad) 140 (C).
 — Funktionsprüfungen (Lax) 161 (R 665).
 — moderne Tests bei Erkrankungen (Beaumont) 141 (C).
 — Gonokokkeninfektion (Birkhang und Parlow) 185 (C).
 — kavernöses Hämangiom (Jenkins und Drennan) 185 (C).
 — hämatogene Krankheiten (Mayer) 203 (R 864).
 — Insuffizienz beim komatösen Diabetes (Klein und Holzer) 182 (C).
 — Mischgeschwulst und Echinokokkus (Erdelyi) 181 (C).
 — Mißbildungen (Davis) 185 (C).
 — konservative Operationen (Bazy) 142 (C).
 — Papillom (Roberts) 140 (C).
 — Physiologie (Brandt) 139 (C).
 — antitoxische Sekretion (Osorio de Almeida) 143 (C).
 — Tuberkulose (Steinthal) 37 (C).
 — Veränderungen bei insulinbehandeltem Coma diabeticum (Dinkin und Metzger) 59 (C).
 Nierenarbeit, Einfluß von Wasser und Salzlösungen (Lomikowsky) 135 (C).
 Nierenbeckenentzündung s. Pyelitis.
 Nierenbecken- und Uretergeschwülste (Kümmel sen.) 37 (C).
 Nierengefäße, Aneurysma der — (Varela) 187 (C).
 Nierensteine s. a. Harnsteine.
 — (Pollak) 4 (C).
 Nikotin, Wirkung auf die Nebenniere (Anitschkow und Kusnetzow) 135 (C).
 Nirvanolbehandlung der Chorea minor (Huber) 51 (R 202).
 — bei Chorea minor (Keller) 77 (R 322).
 — bei der Chorea minor im Kindesalter (Leichtentritt u. a.) 136 (C).
 Nitratverbindungen, Vergiftung (Filinski u. a.) 91 (C).
 Normolaktol (Malfatti) 138 (C).
 Normalisierung von Zahlenreihen (Walther) 37 (C).
 Normolactol-Tabletten (Jäger) 59 (C).
 Novasurol, Giftwirkung (Johnstone und Keith) 38 (C).
 Novasuroidiurese (Saxl und Erlsbacher) 138 (C).
 Novoprotin (Gaschke) 182 (C).
 Novoprotinbehandlung des Ulcus ventriculi (Fischl) 37 (C).
 Nukleoprotein aus Typ-II-Pneumokokken (Saito) 5 (C).
 Nystagmus (van Gehuchten) 90 (C).
 — der Bergarbeiter, Leichtsinns beim — (Coultnier) 144 (R 550).
 — der Encephalitis lethargica (Malagueta) 186 (C).
 Oberkiefer-Zyste (Wolff) 136 (C).
 Oberschenkel, Riesensarkom (Sunier) 38 (C).
 Oberstische Anästhesie, Gangrän nach — (Wolfsohn) 87 (C).
 Obst, Keimgehalt (Hoder) 44 (R 164).
 Obstdiät (Farreras) 186 (C).
 Obstruktionsikterus (Buchbinder) 89 (C).
 Oedem s. a. Trophödem, Wasserhaushalt. — (Walterhöfer) 183 (C).
 — bei malarialkranken Kindern (Giovanni) 168 (R 702).
 Odontogene Erkrankungen, Leukozytensenkungsreaktion in der Klinik (Szuchowolskaja) 176 (R 757).
 Odontome (Heine) 136 (C).
 Ohr, Durchschneidung der sensiblen Vaguszweige bei tiefsitzenden Schmerzen im — (Fay) 90 (C).
 — Eiterung, Temporal- oder Okzipital-trepanation (Aboulker) 186 (C).
 — Komplikationen, Blutbilduntersuchungen (Kaiser) 13 (R 33).
 — schmerzhaftes Knötchen (Dubreuilh u. a.) 39 (C).
 Okkultismus (v. Klinckowstroem) 137 (C).
 Oligophrenie (Londres) 39 (C).
 Omentum s. Netz.
 — maj. Torsion (Stewart) 90 (C).
 Onanie im Kindesalter (Boenheim) 86 (C).
 Onchocerca volvulus (Hoffmann) 135 (C).
 Ophthalmie, periodische bei Einhufern (Rosenow) 140 (C).
 Opium-Problem (Terry und Pellens) 52 (B).
 Orale Infektionsherde (Weber) 52 (R 209).
 Oralsepsis, chirurgische Radikalbehandlung (Walkoff) 101 (R 378).
 Orbita s. Augenhöhle.
 — Blutzysten (Golowin) 59 (C).
 — Pseudotumoren (Trapote) 187 (C).
 — Tintenstiftverletzung (Iritzer-Braun) 62 (R 216).
 Organneurosen (Schultz-Hencke) 5 (C).
 Orient, Frau im vaterrechtlichen — (Krische) 86 (C).
 Orientbeule, Immunität (Marcinowsky) 90 (C).
 Orthopädie (Lange) 182 (C).
 Orthopädische Technik (Görlach) 28 (B).
 Oesophagoskopie (Bensaude) 135 (C).
 Oesophagus Atresie mit Oesophago-trachealfistel (Schenzer) 59 (C).
 — Carcinom (Richter) 13 (R 36).
 — Fremdkörper (Zambrini) 187 (C).
 — narbigfibröse Stenosen (Guisez) 39 (C).
 — Ulzeration (Zinn) 89 (C).
 Osteoarthritis deformans der kindlichen Hüfte (Ciaccia) 7 (C).
 — tuberculosa des Knies (Hartmann) 61 (C).
 Osteochondromatosis, synoviale (Böhm) 87 (C).
 Osteogenesis imperfecta congenita (Gordon) 6 (C).
 Osteomalazie (Teitzlin) 187 (C).
 Osteomyelitis (Nakaba) 181 (C).
 — (Duval) 184 (C).
 Osteosynthese (Barmwaler) 6 (C).
 Otitis fibrosa (Dahs) 136 (C).
 — fibrosa (Friedrich und Knorr) 136 (C).
 — fibrosa des Schädels (Wertheimer) 136 (C).
 Otitis, odontogene (Weber) 136 (C).
 Otitis, Behandlung (Blumenthal) 137 (C).
 — media suppurativa, Frühmeningitis bei akuter — (Mayer) 13 (R 31).
 Ototogene Meningitis (Moe) 13 (R 32).
 Otolaryngologie (Hayden) 90 (C).
 — amerikanische Gesellschaft (Spencer) 60 (C).
 — physikalische Behandlung (Hollender und Cottle) 184 (C).
 Oto-Rhino-Laryngologie, Infiltrationsanästhesie in der — (Albernaz) 13 (R 38).
 — und endokrines Drüsensystem (Leicher) 59 (C).
 Oto-rhinolaryngologische Erkrankungen, Bedeutung der Erbfaktoren (Undritz) 4 (C).
 Otoklerose, Diathermiebehandlung (Last) 13 (R 34).
 Ovarialendometriose, Durchbruch in die Scheide (Hermstein) 183 (C).
 Ovariallipoid (Flöbner) 135 (C).
 Ovarialpräparat, nach der Methode von Stern-Batelli hergestelltes — (Kogan und Libin) 100 (R 373).
 — (Kochmann) 135 (C).
 Ovarialschwangerschaft (Van Amber Brown) 6 (C).
 Ovarium s. a. Geschlechtsdrüsen.
 — Aktinomykose des — und der Tuba Falopii (Stein) 141 (C).
 — Behandlung (Novalk) 140 (C).
 — Bestrahlung, Nachkommenschädigung (Schmitt) 192 (R 788).
 — Dysfunktion (Schirch) 7 (C).
 — Ermüdungserscheinungen (Cohn) 136 (C).
 — Geschwülste nach Röntgenbestrahlung (Tesauro) 176 (R 754).
 Ovar, Granulosazellgeschwulst (Hörmann) 137 (C).
 Ovarium-Verpflanzung bei der Frau (Sippel) 150 (R 589).
 — Hormonbehandlung (Weiß) 5 (C).
 — Implantation in der Uterus (Samostschin) 187 (C).
 — Osteoplasie (Jayle und Halperine) 142 (C).
 — Präparate (van Roy u. a.) 184 (C).
 — Resektion, partielle bei Oligomenorrhoe und Amenorrhoe (Leßnoi) 86 (C).
 — Zysten und Schwangerschaft (Forgue) 185 (C).
 — und Hodenextrakte, Wirkung auf die Nerven (Worobjew) 23 (R 101).
 Ovogenese s. Eientwicklung.
 Oxychinolin (Grabbe) 135 (C).
 Oxyphenyläthanolmethyamin (Ehrismann und Maloff) 86 (C).
 Pädagogische Reformen (le Gendre) 142 (C).
 Pandigal (Leschke) 5 (C).
 Pankreas-Erkrankungen, Hyperglykämie bei akuten — (Bernhard) 109 (R 439).
 — Erkrankungen, funktionelle Diagnostik (Gubergritz) 160 (R 658).
 — Fisteln (Corachan) 142 (C).
 — Geschwülste, Diagnostik (Sholty) 93 (R 339).
 — Nekrose (Walzel) 145 (R 558).
 — Sekretion (Sakurai u. a.) 38 (C).
 — Steine (Morrison und Bogan) 185 (C).

- Pankreas** im Kohlehydratstoffwechsel (Mendoca) 186 (C).
- Pankreasinseln**, Carcinom (Thalhimer u. Murphy) 61 (C).
- Pankreaskopf**, Neubildung (Delbet) 61 (C).
- Pankreasschäden**, Diagnostik und Behandlung (Jacoby) 66 (R 249).
- Pankreatitis** (Einhorn) 160 (R 660).
- chronische (Haak) 89 (C).
- u. Gallenblasenerkrankungen (Jones) 160 (R 659).
- Pankreatogene Fettdiarrhöe** (Heß Thay-Ben) 60 (C).
- Pannikulitis** (Stockman) 163 (R 673).
- rekurrendes Fieber (Christian) 60 (C).
- Pannus trachomatosus**, Denig'sche Schleimhautplastik bei — (Seefelder) 61 (R 213).
- Pansinusitis**, orbitale Komplikation (Bernfeld) 182 (C).
- Papilla Vateri**, Carcinom (Busch) 184 (C).
- Papillarlinien der Finger** (Reuter) 172 (R 734).
- Papillödem**, Behandlung (Evans) 140 (C).
- Paradysenterie**, Epidemie (Ingerslaw) 6 (C).
- Paraffinum liquidum**, Wirkung von oral verabreichtem — (Olsen) 115 (R 482).
- Parakeratose**, psoriasiforme (Ravand und Rabeau) 142 (C).
- Paralyse**, Malariabehandlung (Wagner-Jauregg) 51 (R).
- Malariabehandlung der progressiven — (Jacob) 187 (C).
- progressive (Debski) 91 (C).
- halluzinatorische Form der progressiven — (Lopes) 7 (C).
- senile progressive (Lopes) 186 (C).
- Pathogenese der progressiven — (Jahnel) 7 (C).
- Rekurrensbehandlung der progressiven — (Grabow) 77 (R 320).
- Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Malaria-behandlung der — (Adler) 138 (C).
- Paranephritische Abszesse** (Bonheim) 190 (R 778).
- Paranoia** (Bien) 137 (C).
- Paraphimose** (Wehrbein) 185 (C).
- Parapsoriasis guttata** (Prieto) 102 (R 396).
- Parasitologie** (Ziemann) 137 (C).
- Parathyreoidea**, Beziehungen zur Thyreoidea (Mc Cullagh) 89 (C).
- Hormon (Gold) 89 (C).
- Neuroblastom (van Veen) 136 (C).
- Paratyphus**, perorale Immunisierung (Fränkel) 62 (R 218).
- Breslau-Bazillus (Kauffmann) 5 (C).
- Paratyphusbazillen**, C-Substanz (Casper) 5 (C).
- Paris**, Wohltätigkeitswoche (Cramer) 90 (C).
- Parkinsonismus**, postencephalitischer (Hirst u. a.) 146 (R 564).
- (Carmichael und Green) 171 (R 727).
- Parkinsonsche Krankheit** s. a. Paralysis agitans.
- Krankheit nach Encephalitis (Paßma) 184 (C).
- Parotitis**, vasomotorische und sekretorische Störungen nach eitriger — (Jarin) 17 (R 69).
- Patella bipartita**, 136 (C).
- Luxation, Behandlung der habituellen mit Hilfe eines Knochenspans (Samson) 39 (C).
- Patellarreflexe** (Pfahl) 88 (C).
- Pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden** (Schmorl) 216 (B).
- Pawlowsche Forschungen** (Zweig) 37 (C).
- Pechkrebs** (Barnewitz) 86 (C).
- Pemphigus blastomyceticus** (Procházka) 4 (C).
- Penis**, Amputation (Oelze) 37 (C).
- Diphtherie des — (Bailey) 17 (R 66).
- Peptische Schädigungen des Magendarmkanals** (Aschoff) 136 (C).
- Pepton** bei Lungenblutungen (Wajs) 91 (C).
- Perdolat** (Leibbrand) 87 (C).
- Periarteriitis nodosa** (Janusz) 61 (C).
- nodosa (Blum) 138 (C).
- nodosa (Nordmann und Reuß) 138 (C).
- Periarthritis**, endokrine (Jsakowitz) 61 (R 212).
- Perifokale Infiltrierung bei Kindern** (Birk und Hager) 37 (C).
- Perikard** s. a. Herz.
- Perikarditis** bei Amöbendysenterie (Laigret) 142 (C).
- Perikarditisches Exsudat** (Dell'Acqua u. Freundlich) 88 (C).
- Perineorrhaphie** (Brindeau) 185 (C).
- Periodontium** (Orban) 38 (C).
- Periorchitis** durch *Filaria Bankrofti* (Vogel) 65 (R 238).
- Peritonealendometriose** (Koerner) 87 (C).
- Peritonitis**, Anus praeternaturalis bei Behandlung (Dziembowski) 61 (C).
- Heilung tuberkulöser — (de Aquino) 7 (C).
- Reibegeräusche (Broadbent) 145 (R 559).
- Perityphlitis** in Basel (Jessen) 5 (C).
- Perkussionsmethoden** (Syrnew) 40 (C).
- Permeabilität von Membranen** (Weech und Michaelis) 38 (C).
- lebender Zellen für Wasser (Mc Lutcheon und Lucke) 38 (C).
- der Gewebe (Alpern) 187 (C).
- Pernione**, Monochlorbenzol gegen — (van Walsem) 183 (C).
- Perniziöse Anämie** s. Anämie.
- Pernocton** (v. Konrad) 60 (C).
- Dämmer Schlaf (Hartung) 116 (R 490).
- Dämmer Schlaf (Löfkovits) 183 (C).
- Dämmer Schlaf in der Geburtshilfe (Wielech) 38 (C).
- beim geburtshilflichen Dämmer Schlaf (Vogt) 168 (R 708).
- Uebergang auf das Neugeborene (Kobes) 88 (C).
- Peronaeus-longus-Sehne**, rezidivierende Luxationen (Estor und Aimes) 39 (C).
- Persil** (Stern) 70 (R 278).
- Perspiratio insensibilis** bei schweißdrüsenlosen Tieren (Heide) 85 (C).
- Pertussis** s. a. Keuchhusten.
- Pest**, Experimente bei Winterschlaf (Wu Lien Teh) 38 (C).
- Pfeifferscher Influenzabazillus** bei Gesunden (Levinthal) 5 (C).
- Pflanze**, lebenswichtige Nährstoffe (Weitzel) 88 (C).
- Pflegschaft und Entmündigung** (Adam) 87 (C).
- Phantasiespiele der Kinder** (Hamburger) 205 (R 880).
- Pharynx** s. Rachen.
- Phenol-Alkoholextrakt** als Antigen für die Wassermannsche Reaktion (Groß) 137 (C).
- Phlebitis**, chirurgische (Ducuing) 144 (R 555).
- Phlegmasia alba dolens** (Lorier) 148 (R 580).
- Phosphit-Ferrat**, 61 (C).
- Phosphor** im Phosphorlebertran (Haase-Koeppel) 112 (R 463).
- Phthise** s. a. Tuberkulose.
- Phthisiologie** (Bernard) 142 (C).
- Physikalische Behandlung** (Grober) 5 (C).
- Behandlung (Laqueur) 37 (C).
- Pigment**, progressive Dermatoze (Schwarzmann) 39 (C).
- Pili incarnati** (Weninger) 42 (R 154).
- Pilokarpinbehandlung** bei Asthenopia dolorosa (Grunert) 61 (R 211).
- Pilzflora**, norddeutsche (Karenberg) 86 (C).
- Pinealdrüse** s. Epiphyse.
- Pirquetsche Reaktion** (Kurawitzki) 91 (C).
- Reaktion (Wieland) 138 (C).
- Pistyan-Schlammbehandlung** (Bonheim) 136 (C).
- Pituigan** (Rittner) 137 (C).
- Pituitrin** s. a. Hypophyse.
- Pityriasis rosea** Gibert (Pautrier) 7 (C).
- rubra, Gelenkveränderung (Richter) 85 (C).
- Plasma** s. a. Blut, Serum.
- Plasmachloride** bei Ostruktionsikterus (Radvin und Morrison) 89 (C).
- Plasmacholesterin und Grundumsatz** (Gardner) 140 (C).
- Plasmamenge**, diätetische Beeinflussung (Korth und Marx) 85 (C).
- Plasmochin** (Nyfeldt) 184 (C).
- Plazenta accreta** (Klaften) 95 (R 347).
- Entzündungen (Wohlwill und Bock) 148 (R 579).
- Fermentuntersuchungen (Wehefritz u. Gierhake) 86 (C).
- Lösung, manuelle (Lind) 12 (R 29).
- praevia, Behandlung (Sahler) 183 (C).
- praevia, Behandlung (Peters) 183 (C).
- Retention (Glowinski) 91 (C).
- Sachs'sche Schwimmprobe (Putz) 147 (R 575).
- Veränderungen beim Hydrops gravidarum (Kraul) 86 (C).
- Plenokain-Sympatol** (Schlein) 38 (C).
- Plessimeter** (Marder) 88 (C).
- Pleuritis** s. a. Empyem.
- Pleuritiker**, Zukunft (Achard) 159 (R 562).
- Pleuropneumonie**, Heilung (Wells) 184 (C).
- Pneumokokken** (Saito und Ulrich) 5 (C).
- intradermale Infektion (Goodner) 38 (C).
- bei Züchtung in Immunserum (Kimura u. a.) 5 (C).
- Peritonitis nach normaler Geburt (Mc Cord) 6 (C).
- Pneumokoniose** (Seiler) 140 (C).
- Pneumonie** s. a. Lungenentzündung.
- (Terreros und Elizondo) 186 (C).
- Behandlung der kruppösen (Veilchenblau) 158 (R 649).

- Pneumonie, Diathermie bei — Binger u. Cristie) 90 (C).
 — kruppöse bei Kindern (Belmonte) 60 (C).
 — lobäre in Manchester (Ferguson und Lovell) 141 (C).
 Pneumothorax (Giebocki) 61 (C).
 — (Tsunoda) 87 (C).
 — (Chmelnitzky) 111 (R 454).
 — experimenteller (Aron) 59 (C).
 — künstlicher (Pitanga) 7 (C).
 — natürlicher (Miranda) 7 (C).
 — spontaner (Zinn und Siebert) 159 (R 653).
 — therapeutischer (Scalabrino) 111 (R 455).
 — Apnoe beim künstlichen (Laurenti) 205 (R 872).
 — im Anschluß an die Erstpunktion (Ciconardi) 135 (C).
 — Behandlung (Külbs) 5 (C).
 — Behandlung (Unverricht) 138 (C).
 — Vitalkapazität und künstlicher — (Lucchi) 205 (R 873).
 Pneumothoraxnadel (Adler) 181 (C).
 Pocken s. a. Vakzination.
 Polioencephalitis haemorrhagica superior (Lüthy) 74 (R 307).
 Poliomyelitis, experimentelle der Affen (Long u. a.) 38 (C).
 Poliomyelitis, präparalytische (Aycock und Luther) 105 (R 417).
 — Rekonvaleszentenserum (Flexner und Stewart) 105 (R 418).
 Polyarthrit, allergische Reaktionen mit Streptokokken, von — (Birkhaug) 185 (C).
 Polyarthritis, allergische Reaktionen mit Streptokokken, von — (Birkhaug) 185 (C).
 Polymyositis acuta (van Crefeld und Ouwehand) 60 (C).
 Polypeptidasen, Diagnostik der malignen Tumoren (Schaefer) 86 (C).
 Polyposis des Dickdarms (Chapman) 89 (C).
 Polyserositis (Iversen) 184 (C).
 Polyzythämie (Delhougne u. a.) 5 (C).
 — (Swarowski) 143 (C).
 — mit Milzvergrößerung und Hypertonie (Weber) 140 (C).
 Portio s. a. Uterus.
 — Abstoßung (Kleff) 60 (C).
 — Carcinom, Frühdiagnostik (Preis-secker) 88 (C).
 — Diagnostik der Malignität (Schiff-mann) 6 (C).
 — verhornte gefelderte (Hinselmann) 88 (C).
 Portioleukoplakie, carcinomatöse (Hinselmann) 87 (C).
 Postonastische Schwäche (Levy-Lenz) 83 (O).
 Postencephalitische Zustände (Heidema) 38 (C).
 Postencephalitischer Blickkrampf (Stengel) 87 (C).
 Pottische Krankheit s. a. Spondylitis tuberculosa.
 Präkordialgegend, physikalische Erscheinungen (Ortner) 200 (R 847).
 Prärhوماتisches Kind (Vining) 141 (C).
 Präsenium, Erkrankung des Zentralnervensystems (Heidenhain) 183 (C).
 Präventivmaßnahmen (Heimann) 87 (C).
 Priapismus (Frontz und Alyea) 185 (C).
 Primeldermatitis, Allergie bei der — (Perutz und Rosner) 101 (R 383).
 Prolaps, Kiellandsche Operation (Hüssy) 38 (C).
 Prostata Hypertrophie (Haim) 37 (C).
 — Hypertrophie (Williams) 140 (C).
 — Hypertrophie (Humphred) 141 (C).
 — Hypertrophie, Behandlung (Rosenberg) 105 (R 414).
 — Hypertrophie, operative Behandlung (Joseph) 37 (C).
 — chronische Infektionen (Herrold) 140 (C).
 — Obstruktion (Young) 141 (C).
 Prostatektomie (Ceril) 7 (C).
 — (de Aquino) 186 (C).
 — suprapubische (Oppenheimer) 41 (R 143).
 — suprapubische (Crosbie) 190 (R 775).
 Prostatitis, alkalische inkrustierende (Kearns) 185 (C).
 Prostitution (Carle und Lacassagne) 39 (C).
 Protein s. a. Eiweiß.
 — Intoxikation, intestinale (Bartle) 164 (R 678).
 Proteinbehandlung der Gonorrhoe (Cardozo-Légéné) 7 (C).
 — (Wagner) 40 (C).
 Proteinkörperzufuhr, Stoffwechsel des Kindes bei parenteraler (Beck) 136 (C).
 Prothesenherstellung (Nyrop) 6 (C).
 Prothesenrandknoten (zur Verth) 146 (R 567).
 Protozoen-Krankheiten, Behandlung intestinaler — (Smithies) 90 (C).
 Prurigo simplex, Ueberempfindlichkeit bei der — (Urbach und Wiedmann) 102 (R 387).
 Pruritus vulvae (Labhardt) 191 (R 786).
 Pseudobulbärparalyse (Bertrand) 122 (R 524).
 Pseudodementia praecox (Nathan) 186 (C).
 Pseudokavernöse Symptome (Videla) 204 (R 868).
 Pseudosklerose (Chasanow) 75 (R 311).
 — spastica (Zimmermann) 75 (R 312).
 Pseudotumor cerebri (Redlich) 182 (C).
 Psoriasis, Stoffwechselbefunde (Nothaas) 58 (C).
 — (Gougerot) 65 (R 237).
 — der Mundschleimhaut und der Zunge (Westphalen) 102 (R 388).
 — Polyradiotherapie (Archambault) 151 (R 596).
 — Sella turcica bei — (Karbin) 215 (R 939).
 Psychasthenie, Syphilis bei der Aetiologie der — (Toporkoff) 171 (R 724).
 Psychiatrie (Meyer) 181 (C).
 — (Coriat) 210 (R 907).
 — Repetitorium (Rosenfeld) 28 (B).
 Psychoanalyse (Peck) 141 (C).
 Psychoanalyse oder Hormonbehandlung (Hirsch) 94 (R 346).
 Psychoanalytische Behandlung (Landauer) 181 (C).
 Psychologie des Kindesalters (Galant) 181 (C).
 Psychopathen, Gebißuntersuchungen (Krauß) 120 (R 508).
 Psychopathinnen, degenerierte höherer Stände (Müller de la Fuente) 136 (C).
 Psychopathologie (Storch) 181 (C).
 Psychose, Blutsenkungsreaktion (Schrij-ver) 170 (R 720).
 — Frühbehandlung (Boyle) 140 (C).
 — Klassifikation (Birnbäum) 86 (C).
 Psychosen bei Ikterus catarrhalis (Berger und Rawkin) 170 (R 721).
 — in Lateinamerika (Roxa) 186 (C).
 Psychosis pellagrosa (Pentschew) 211 (R 909).
 Psychotherapie (Kalischer) 130 (O).
 — (Hamburger) 137 (C).
 — (Ceni) 143 (C).
 — (Lehmann) 214 (R 928).
 — (v. Mayendorf) 217 (B).
 Puerperale Gangrän (Lork) 87 (C).
 — Harnblase (Kincaid) 12 (R 26).
 — Sepsis, Behandlung (Drenkhahn) 5 (C).
 — Sepsis-Epidemie (Watson) 12 (R 25).
 — Spontaninfektion (Heer) 139 (C).
 Puerikultur in Frankreich (Variot) 186 (C).
 Puerperalfieber, Streptokokkenvakzine in der Behandlung der — (Armstrong) 140 (C).
 Pulmofluid (Stude) 137 (C).
 Puls s. a. Blutdruck, Herz.
 Punktionen mit tödlichem Ausgang (Lehmann) 86 (C).
 Purinstoffwechsel (Abderhalden und Buadze) 181 (C).
 Purkinje-Faser des Katzenherzens (Strasser) 85 (C).
 Purpura, experimentelle mit Anti-plättchenserum (Hyde) 60 (C).
 — fulminans (Boettiger) 114 (R 470).
 — haemorrhagica, Behandlung (Marquey) 185 (C).
 Pyämie s. Sepsis.
 Pyelitis (Isler) 182 (C).
 — caseosa (Duker) 86 (C).
 Pyeloskopie (Kamniker) 6 (C).
 Pyloroduodenitis (Merklen) 201 (R 855).
 Pylorospasmus der Säuglinge, Röntgenbestrahlung (Wiener) 136 (C).
 — bei Säuglingen (van Westrienen) 139 (C).
 Pylorus, Neubildung (Delbet) 39 (C).
 — und Duodenum, Linkslage (Revesz) 136 (C).
 Pyodermie, diätetische Behandlung (Lustig) 58 (C).
 Pyosalpinx s. a. Tube.
 — infolge von Oxyuren (Smith und Denton) 6 (C).
 Pyramidon (Mayrhofer) 183 (C).
 — Probe zur Diagnostik der unterbrochenen Tubenschwangerschaft (Klein) 95 (R 349).
 Pyridylpyrrolen (Dingemanse u. Wibaut) 180 (C).
 Pyrifer (Jehn und Meier) 65 (R 240).
 — (Moewes) 181 (C).
 Pyurie des Kindesalters (Narath) 49 (R 189).
 Quaddel, intrakutane (Nadel) 85 (C).
 Quarzlampe-Bestrahlung bei Empyem (Bosch) 205 (R 878).
 Quecksilber, Adsorption von Dämpfen durch aktivierte Holzkohle (Rakusin) 37 (C).

- Quecksilber-Dermatitis (Finkenrath) 87 (C).
 — Encephalopathie (Kulkow) 115 (R 480).
 — Verbindungen, diuretische Wirkung organischer (Issekutz und v. Végh) 180 (C).
 — Vergiftungen (Bustos) 187 (C).
 Querlage als Indikation zur Schnittentbindung (Rosenstein) 6 (C).
 — und Wendung des Kindes in der Geburt (Nölle) 59 (C).
 Quéry-Serum (Gaudlitz) 180 (C).
 Quinio-Stovarsol (Lambert) 142 (C).
 Rabies s. a. Tollwut.
 — Prophylaxe (da Veiga) 186 (C).
 Rachianästhesie, Liquor nach der — (Stephanovitch) 186 (C).
 Rachitis-Behandlung (Langer) 5 (C).
 — Behandlung und Prophylaxe (Cieszynski) 61 (C).
 — und Malaria (Netschajew) 206 (R 885).
 Radialisnaht (Lange) 5 (C).
 Radioskop (Alkiewicz) 91 (C).
 Radiotherapie s. a. Strahlenbehandlung.
 Radium, strahlensichere Aufbewahrung (Mühlbradt) 126 (R 543).
 Radiumbehandlung der Angina pectoris (Lian und Marchal) 215 (R 940).
 — bösartiger Geschwülste (Lüscher) 175 (R 751).
 — maligner Erkrankungen (Gosse und Chester-Williams) 141 (C).
 — bei malignen Fällen (Newcomet) 185 (C).
 Radiumemanation bei gutartigen Uterusaffektionen (Muir) 185 (C).
 Radium-„Pack“ (Failla) 126 (R 544).
 Radium-Radon-Emanation (Fischer) 175 (R 750).
 Radiusköpfchen, angeborene Luxation (Busatti) 7 (C).
 Rassenkunde des deutschen Volkes (Günther) 218 (B).
 Rattenbissfieber in Hongkong (Aubry) 140 (C).
 Raynaudsche Krankheit mit Insulin behandelt (Messing) 91 (C).
 Rechenschieber für Stoffwechseluntersuchungen (Stengel) 183 (C).
 Recresal (Griesbach) 137 (C).
 Referieren (Keller) 58 (O).
 Reflex, naso-okulärer (Wernoe) 121 (R 517).
 Reflexe, Hemmung bedingter — bei Kindern (Juschtschenko) 136 (C).
 Refraktionsbestimmungen (Gießing) 6 (C).
 Regio epigastrica s. Epigastrium.
 Reizkörpertherapie s. Proteinkörpertherapie.
 Reiz- bzw. Erregungszustand nach Entzündung, Gasstoffwechsel (Bricker) 135 (C).
 — bzw. Erregungszustand u. Entzündung; Zuckerstoffwechsel (Bricker) 135 (C).
 Rektum Carcinom (Fitchet) 141 (C).
 — Carcinom, Resektion (Stöger) 87 (C).
 — Einführung von Magnesiumsulfat ins Duodenum (Hirschberg) 135 (C).
 — Erkrankungen. (Strauß) 203 (R 861).
 — Fremdkörper (Hawe) 140 (C).
 — Läsionen (Elvin und Fromm) 9 (R 9).
 — Perforation (Koontz) 90 (C).
 Rektum, physikalische Behandlung der Erkrankungen (Drüeck) 184 (C).
 — Prolaps, Behandlung (Lundh) 9 (R 10).
 Rekurrenzbildung der progressiven Paralyse (Grabow) 77 (R 320).
 Rekurrenzfieber s. Rückfallfieber.
 Religionspsychopathologie (Hoppe) 137 (C).
 Religiöse Wahnideen (Jakobi) 120 (R 506).
 Rentenschleimung durch Selbstverletzung (Frank) 59 (C).
 Resorption durch den Mastdarm und die Haut im Kindesalter (Hanssen) 59 (C).
 Respiration s. a. Atmung.
 — manuelle künstliche (Hansen) 139 (C).
 Respiratorischer Stoffwechsel s. Stoffwechsel, respiratorischer.
 Retentio testis, Behandlung (Harrenstein) 118 (R 499).
 Retikulo-endotheliales System (Pittaluga) 187 (C).
 — Einfluß des endokrinen Systems (Leites und Rjabow) 209 (R 902).
 Retikulozyten, Färbung (Christiansen) 38 (C).
 Retina, Ablösung (Hamburger) 143 (R 547).
 — Entartung (Halbertsma) 88 (C).
 — exsudative Erkrankungen (Cavka) 59 (C).
 — Gefäße, Dreiteilung (Lieblitzky) 59 (C).
 — Gliom, Selbstheilung (v. Hippel) 59 (C).
 Retrobulbäre Erkrankungen, Röntgenbefunde (Mayer) 215 (R 935).
 Retropharyngealabszess nach Fremdkörper im Hypopharynx (Sewell) 140 (C).
 Rheumatische Erkrankungen der Bergarbeiter (Gorn) 5 (C).
 — Individuen, Hautempfindlichkeit (Jones) 89 (C).
 — Infektion der Kindheit (Dingwall Fordyce) 167 (R 697).
 — Infektion des Kindes (Coombs) 197 (R 826).
 — Infektionen, Reizleitungsstörungen des Herzens bei akuten — (Carr und Reddick) 184 (C).
 — Krankheiten, Bekämpfung (Starke) 38 (C).
 — Muskel- und Gelenkleiden, Senkungsreaktionen und Blutbild (Björn-Hansen) 184 (C).
 — Zustände, Senkung der roten Blutkörperchen (Kahlmeter) 162 (R 671).
 Rheumatische Fieber, geographische und klimatische Verteilung (Clarke) 162 (R 670).
 Rheumatismus, Bakteriologie (Zinnser) 44 (R 165).
 — der Menopause (Weil) 21 (R 89).
 — und Erkältung (Golubow) 91 (C).
 Rhinitis, vasomotorische (de Fine-Bunkeflod) 6 (C).
 Rhinophyma, Behandlung (Behdjet) 194 (R 805).
 Rhinopharynx, Fremdkörperextraktion aus dem — (de Cerqueira Falcao) 7 (C).
 Rhinoplastik, partielle (Dujardin) 184 (C).
 Rhinosklerom (Figi und Thompson) 140 (C).
 Rhythmien, funktionelle (Porak) 90 (C).
 — funktionelle (Bard) 142 (C).
 Rippentraktur, subkutane (Groß) 6 (C).
 — subkutane (Sommer) 6 (C).
 — durch Muskelzug als Sportverletzung (Arnold) 5 (C).
 Rivanolbehandlung (Peter) 37 (C).
 Robural (Frosch) 136 (C).
 Rohkost, Heilwerte (Foltys) 217 (B).
 — und Krankenküche (Schnittenhelm) 44 (R 162).
 Röntgenbehandlung akuter Entzündungen mit niedrig dosierten (Viethen) 181 (C).
 — der Haut (Mackee) 124 (R 537).
 — tiefsitzender maligner Erkrankungen (Pfahler) 139 (C).
 — maligner Tumoren (Werner) 183 (C).
 — des Schwachsinn bei Kindern (v. Wieser) 176 (B).
 — Universalstativ (Kirsch) 5 (C).
 — bei inoperablen Epitheliomen des Gesichts (Scaduto) 194 (R 804).
 — bei neurozirkulatorischen Krankheiten (Philips) 185 (C).
 — in der Kinderheilkunde (Kohlmann und Gravinghoff) 217 (B).
 Röntgenbestrahlte Gewebe, postoperativer Heilungsverlauf (Frey) 136 (C).
 Röntgenbild bewegter Organe (Cohn) 137 (C).
 Röntgendiagnostik, Lehrbuch (Schinz u. a.) 78 (B).
 — innerer Erkrankungen. (Abmann) 216 (B).
 — chronischer Gelenkerkrankungen (Lemberg) 215 (R 938).
 — der Erkrankungen der rechten Zwerchfellkuppe (Uspensky) 215 (R 937).
 Röntgendosismesser, Eichung mit Radium (Bahnken) 183 (C).
 Röntgengeschwüre, Behandlung (Koller-Aeby) 5 (C).
 Röntgenmeßtechnik (Rajewsky) 181 (C).
 Röntgenogramme der Baueingeweide (Moody und van Nuys) 89 (C).
 Röntgenologen, Bestrahlungsrisiken (Barclay) 28 (R 136).
 Röntgenröhren, Strahlungsmessungen bei Hochfrequenzbetrieb (Glocker und Graf) 181 (C).
 Röntgenschädigung der Frucht (Unterberger) 88 (C).
 Röntgenstrahlen, Dosierung (Gawalowsky und Valentova) 89 (C).
 — Einfluß auf die Diffusion und auf die Durchlässigkeit der Zellmembran (Kpvacs) 183 (C).
 — Intensität (Bouwers) 181 (C).
 — bei Nerven- und Geisteskrankheiten (v. Witzleben) 87 (C).
 — Wirkung (Schubert) 137 (C).
 Röntgenuntersuchung (Gabriel) 217 (B).
 Rosazea (da Silva) 186 (C).
 Roseola syphilitica (da Costa) 15 (R 51).
 Rückenmark-Anästhesie (Ribeiro) 186 (C).
 — hereditäre Spätsyphilis (Faure-Beaulieu) 186 (C).
 — Geschwulst ohne Sensibilitätsstörungen (Biamond) 6 (C).
 — tumorähnliches Knötchen der Seitenwand (Bergel) 88 (C).
 Rückenmarkstumoren beim Kind (Stoekv) 139 (C).

- Rückenschmerzen und Ischias (Cochrane) 90 (C).
 — und Urologie (Jud und McBee) 17 (R 63).
 Ruhr, perorale Immunisierung (Fränkel) 62 (R 218).
 Rutonal (Wiersma) 172 (R 732).
- Saat und Ernte, Schutz (Seifert) 88 (C).
 Sakralanästhesie (Rummel) 139 (C).
 Sakro-iliakales Problem (Heald) 163 (R 675).
 Salbengrundlagen, hautadäquate (Schulte) 168 (R 710).
 Salpingitis s. a. Tube.
 Salvarsan s. a. Neosalvarsan, Silbersalvarsan, Sulfarsphenamin.
 — Behandlung (O'Donovan) 90 (C).
 — Injektionen, hämorrhagische Nebenwirkungen (Guth) 182 (C).
 — Präparate (Reichsgesundheitsrat) 49 (R 191).
 — Präparate (Reichsgesundheitsamt) 138 (C).
 Salvarsandermatitis (Gjessing) 16 (R 59).
 Salyrgan-Injektionen (Müller) 69 (R 275).
 Salzfeber s. Kochsalzfeber.
 Samenfäden s. Spermatozoen.
 Sanduhrmagen (Finhorn) 201 (R 854).
 Sanocrysin (Warlimont) 139 (C).
 — (Lambéa) 143 (C).
 — (de Muralt und Weiller) 182 (C).
 Saponin, bestrahltes (Handovsky) 135 (C).
 Saproviton (Vohwinkel) 87 (C).
 Sarkom nach Radiumbehandlung eines Epithelioms (Wagner) 184 (C).
 — s. a. Geschwulst und Tumor.
 Sauerkraut, gesundheitlicher Wert (Weitzel) 138 (C).
 Sauerstoffschaum in der Gynäkologie (Schindler) 100 (R 374).
 Säuglingsserum, Mineralgehalt und das Säureblasengleichgewicht (Nitschke) 72 (R 293).
 Säure-Basengleichgewicht bei Hautkrankheiten (Vonkennel) 58 (C).
 Säuregrad s. Azidität.
 Scapula s. Schulterblatt.
 Schädel, Cholesteatom, (Wertheimer) 136 (C).
 — Otitis fibrosa (Wertheimer) 136 (C).
 — Verletzungen bei einer Manisch-Depressiven (Levin) 139 (C).
 Schädelbasis, Fraktur (Demerliac) 7 (C).
 Schädelbruch, Verletzungen des Ohres (Davis) 90 (C).
 Schaltungen (Jelgersma) 184 (C).
 Schambein, Caries sicca (Mezzani) 7 (C).
 Schamberg'sche Krankheit (Schwarzmann) 39 (C).
 — Krankheit (Racinoski) 90 (C).
 Schanker, Behandlung des weichen mit Ultraviolettstrahlen (Soukhareff) 51 (R 207).
 — harter, an den Augenlidern (Sirota) 58 (C).
 Scharlach (Tobler) 182 (C).
 — Angina (Cavengt) 197 (R 824).
 — Antitoxin (Cruiksbank) 141 (C).
 — Antitoxin (Toomey und Dolch) 153 (R 611).
 — Bekämpfungslehre (Elekeles und Marcuse) 5 (C).
 — Diagnostik (Pospischill) 183 (C).
 Scharlach, Dicktest (Brown) 184 (C).
 — Epidemie in Groningen (van Buchem) 38 (C).
 — Epidemiologie (Schütz) 182 (C).
 — Geschichte (Rolleston) 140 (C).
 — homöopathische Behandlung (Wesselhoof) 180 (C).
 — Infektion und Gaumentonsillen (Jordanoff) 153 (R 609).
 — Nephritis (Hirschberg) 197 (R 825).
 — Nephritis, Pathogenese (Steiner) 153 (R 610).
 — Problem (Friedemann) 87 (C).
 — Sammelreferat (Senator) 127 (O).
 — vom Gesichtspunkte des Sozialhygienikers (Schloßmann) 182 (C).
 — und Schularzt (Gentzen) 87 (C).
 Scharlachform, schwere (Edelmann) 181 (C).
 Scharlachformen, Klassifikation (Koltypin) 181 (C).
 Scheide s. Vagina.
 Schenkelbruch s. Hernia femoralis.
 — (Jones) 141 (C).
 Schenkelhals, Frakturen (Hartmann) 39 (C).
 Schenkelhalsbrüche (Coenen u. a.) 87 (C).
 Schiefhals s. a. Tortikollis.
 — angeborener (Lestache) 7 (C).
 Schielen s. a. Strabismus.
 — bei Zwillingen (Waardenburg) 139 (C).
 Schilddrüse s. Thyreoidea.
 Schizoidisierung bei innersekretorischen Störungen (Serejski) 138 (C).
 Schizophrene und manisch-depressive Zustände (Henneberg) 182 (C).
 Schizophrenie (Stuurman) 38 (C).
 — (Lindner) 120 (R 507).
 — Behandlung (Nagero) 143 (C).
 — Wahnbildung bei — (Jelgersma) 6 (C).
 Schizosaccharomykose (Benedek) 48 (C).
 Schlaf (Armstrong-Jones u. a.) 141 (C).
 — pathologischer (Freeman) 60 (C).
 Schläfe, eitrige Prozesse (Albernaz) 186 (C).
 Schlafkrankheit s. Trypanosomiasis.
 — (van den Branden) 90 (C).
 Schlafmittel (Lipschitz) 116 (R 489).
 — (Hoff und Wermer) 138 (C).
 — Bestimmung der Wirkungsstärke (Graf) 138 (C).
 — Ueberdosierung (Saphra) 137 (C).
 — der Barbitursäure- und Harnstoffreihe in das Zentralnervensystem (Ehrsmann) 85 (C).
 — bei Geisteskranken (Geill) 171 (R 726).
 Schlamm, Behandlung, Veränderung des weißen Blutbildes (Loschkarewa) 40 (C).
 — Einfluß der Behandlung auf die Calciumausscheidung im Harn bei Spondylose (Liwschitz) 41 (R 146).
 Schlamm-bäder (Butowski) 143 (C).
 Schlammbehandlung, vaginale (Kura-mischina) 100 (R 375).
 Schlangenbisse, Behandlung (Eggel) 116 (R 486).
 Schlüsselbeinbrüche (Mery u. a.) 187 (C).
 Schmelz (Proell und Schubert) 138 (C).
 Schmerz, Bekämpfung in der Chirurgie (Jerusalem) 137 (C).
 Schmerzlinderung, geburtshilfliche (Gauss) 192 (R 792).
 Schmetterlingsflug, Handgriff bei protrahierter Geburt (Proubasta) 148 (R 577).
 Schneeberger Bergleute, Lungencarcinom (Saupe) 78 (R 326).
 Schock, postnataler (Serrao) 193 (R 794).
 Schuhreinigungsmittel, Blausäurevergiftung (Larsen) 169 (R 712).
 Schulkinder, Größe, Gewicht und Intelligenz (Dayton) 206 (R 883).
 Schulkinderpflege (Trumpp) 216 (B).
 Schulmöbel (Berger und Keller) 88 (C).
 Schulterschmerzen (Cleveland) 157 (R 641).
 Schultergelenk, Behandlung der Fraktur-Luxationen (Silfverskiöld) 89 (C).
 Schulübermüdung (Loeper) 142 (C).
 Schulzahnklinik (Schenk) 215 (R 934).
 Schwachsinn bei Kindern, Röntgenbehandlung (v. Wieser) 176 (B).
 Schwangere, Gewichtsunterschiede (Trillat) 147 (R 570).
 — in der Klinik (van der Hoeven) 6 (C).
 Schwangerer Organismus im Hunger (Jonen) 6 (C).
 Schwangerschaft, ektopische (Mann) 141 (C).
 — extrauterine (Pahl) 6 (C).
 — extrauterine (Bamberger) 11 (R 22).
 — extrauterine (Tschernigowski) 42 (R 151).
 — gleichzeitige intra- und extrauterine (Thalia) 139 (C).
 — intraligamentäre Tuben- — (Guenin) 11 (R 23).
 — geplatzte Bauchhöhlen- — Delbet) 7 (C).
 — perniziösartige Anämie (Björkenheim) 184 (C).
 — seitliche Aufnahmen (Guthmann) 183 (C).
 — Azidose (Sommerschild) 6 (C).
 — Blutungen in der — (Koch) 5 (C).
 — Diagnostik aus dem Harn (Aschheim) 88 (C).
 — Erkennung der achtmonatigen — (Libow) 146 (R 569).
 — Frühdiagnostik (Bucura) 183 (C).
 — Frühdiagnostik (Fellner) 183 (C).
 — hormonale Probe (Siddall) 184 (C).
 — Hygiene (Moraes) 186 (C).
 — Kalium - Kalzium - Quotient (Spiegler und Schol) 135 (C).
 — Pigmentationen (Großmann und Schönberg) 88 (C).
 — Pyelitis (Pfeiffer) 5 (C).
 — Toxikose (Berman) 89 (C).
 — Toxikosen, Untersuchung der Nieren (Kahn) 12 (R 27).
 — Unterbrechung (Friessecke) 87 (C).
 — Unterbrechung (Dietrich) 137 (C).
 — Unterbrechung (Kallinikoff) 147 (R 572).
 — Unterbrechung und Geschlechtskrankheiten (Karwowski) 91 (C).
 — Wirkung des Serums nichtkastrierter Tierrännchen bei Kaninchen (Butomo) 64 (R 231).
 — Zondek-Aschheim'sche Probe (Kraul und Rippel) 88 (C).
 — Zuckertoleranzprobe für die Diagnostik (Kleitsman) 147 (R 573).

- Schwangerschaft nach Feststellung des Verschlusses beider Tuben (Rucker und Withehead) 89 (C).
 — und Geschwülste (van Tongeren) 89 (C).
 — und Syphilis (Barnett) 104 (R 406).
 — und Tuberkulose (Beckmann und Kirch) 146 (R 568).
 Schwangerschaftsfürsorge (de Moraes) 7 (C).
 Schwangerschaftsödeme, Behandlung mit Schilddrüsenextrakt (Barczy) 193 (R 796).
 Schwarzwasserfieber, mit Stovarsol behandelt (Dupuy) 105 (R 420).
 Schweden, ärztliche Studienreise (Finkenrath) 137 (C).
 Schwefel s. a. Sulf.—
 — bei der Hämolyse (Loeper u. a.) 90 (C).
 Schwefelwasser, Injektion (Mourao) 186 (C).
 Schweiß, ekkriner und apokriner (Marchionini) 59 (C).
 — Säuregehalt (Brill) 85 (C).
 — Sekretion (Guttmann) 76 (R 317).
 Secacornin bei Sectio caesarea (Schäfer) 60 (C).
 Secalepräparate und Streptokokkeninfektion (Caffier) 88 (C).
 Sedimentierungsreaktion (Botkine) 141 (C).
 Seeklima, Forschung (Müller) 183 (C).
 — und das weiße Blutbild (Smidt) 69 (R 271).
 Seekrankheit und Atropin (Larsen) 184 (C).
 Seelische Behandlung kranker Menschen (Bumke) 51 (R 203).
 — Behandlung kranker Menschen (Bumke) 78 (R 325).
 Sehfunktion (Bertines) 187 (C).
 Sehnerv s. Optikus.
 Sehprüfung (Hegner) 59 (C).
 Seife, entgiftende, keimtötende Wirkung (Davison) 185 (C).
 Sekretion, Blutregeneration (King) 89 (C).
 — innere, s. a. endokrine Drüsen.
 Sektion, Infektion des Arztes mit Syphilis (v. Schnizer) 133 (O).
 Sella turcica bei Psoriasis (Karbin) 215 (R 939).
 Senkungsgeschwindigkeit, Einfluß der Erythrozytenzahl (Schäfer) 86 (C).
 Senile Demenz (Jacob) 59 (C).
 Seniler Katarakt, chemische Blutuntersuchungen (O'Brien) 60 (C).
 Sensibilisierung von Meerschweinchen per vaginam (Macht) 6 (C).
 Sensibilitätsprüfung auf Wärme (Spreng und Wirz) 5 (C).
 Septische Krankheiten, chemische Mittel (Fleckseder) 168 (R 705).
 Septumvarizen (Curtius) 50 (R 197).
 Serum-Antikörper (Azevedo) 90 (C).
 Serumkrankheit, Kalkbehandlung (da Silva) 39 (C).
 — Behandlung (Taterka und Hirsch) 20 (R 81).
 Sesambein, Erkrankung des inneren — an der großen Zehe (Trèves) 39 (C).
 Sexualhormon (Poll und Blotvogel) 137 (C).
 Sexualhormon, Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion (Heimann) 136 (C).
 — weibliches (Frank u. a.) 89 (C).
 — weibliches (Poulsen) 184 (C).
 — Präparate (Schröder) 192 (R 787).
 Sexualorgane, kongenitale Anomalie (Jeffery) 6 (C).
 Sexualproportion bei den Kindern (Pfister) 182 (C).
 Sexualverbrechen und Trunksucht (Moll) 182 (C).
 Sexuelle Disharmonien in der Ehe (Peters) 137 (C).
 Shelesnowodsk (Futran) 8 (C).
 Sibirien, Geschichte der Medizin (Kurlow) 143 (C).
 Sideropen (Nemetz) 137 (C).
 Sigmoideum, Erkrankungen (Strauß) 203 (R 861).
 Singultus als Symptom nervöser Erkrankungen (Kumer) 138 (C).
 Sino-aurikulärer Block (Bullrich) 187 (C).
 Sinusinfektion, Behandlung der frontalen — (Lothrop) 185 (C).
 Sinusthrombose, puerperale (Mondré) 60 (C).
 Sistomensin (Dessauer) 64 (R 230).
 Skabies s. a. Krätze.
 — der Kinder (Gonzalez) 205 (R 879).
 Skapulæ der Chinesen (Kerr) 89 (C).
 Skifahren, Verletzungen und Spätschäden (Gebhardt) 182 (C).
 Sklerodermie, Follikulin bei — (Harvier und Lichtwitz) 185 (C).
 — und Calcinosis (Durham) 89 (C).
 Sklerose, Liquor bei multipler — (Sternberg) 120 (R 509).
 — splenis phlebitica (Escudero) 200 (R 849).
 Sklerotische Organveränderungen (Keitmair und Hintzelmann) 135 (C).
 — Organveränderungen (Wenzel) 135 (C).
 Skoliose, Behandlung (Zuco) 7 (C).
 — und Wirbelveränderungen im Lendenkreuzbeinabschnitt (Albanese) 10 (R 16).
 Skopolamin in Kombination mit Zyanid, Kohlenoxyd und Luftverdünnung (Bijlsma und Brouwer) 180 (C).
 Skorbut, Leberbehandlung (Aron) 136 (C).
 Skrotum, Funktion (Harrenstein) 118 (R 499).
 Sodiv — bei septischen puerperalen Erkrankungen (Scipiadès) 88 (C).
 Sodoku in Brasilien (Siloa) 39 (C).
 Sol- und Schlamm-bäder (Kornblatt) 116 (R 485).
 Solvochin (Görl) 5 (C).
 Somnervin (Mosbach) 5 (C).
 Somnifen (Beyerman) 26 (R 129).
 Sonderkindergarten (Mainzer und Geppert) 218 (B).
 Sonnenlicht, desinfizierende Kraft (Lu) 38 (C).
 Soor der Haut (Cleveland) 185 (C).
 — kolloidbiologische Studie (Hahn und Junker) 63 (R 221).
 Spätrachitis s. Rachitis tarda.
 Speichel, Affektionen (Loeper) 142 (C).
 — Reflexe (Krasnogorski) 136 (C).
 Speicheldrüsen, Entzündungen und Fisteln (Wakeley) 140 (C).
 Speichelphysiologie (Weber) 87 (C).
 Speiseröhre s. Oesophagus.
 Spezifisch-dynamische Eiweißwirkung (Reinwein) 5 (C).
 — Wirkung und das vegetative Nervensystem (Ederer u. Wallerstein) 87 (C).
 Sphinkterbildung durch Einpflanzung von Kautschukringen (Matti) 93 (R 338).
 Spina, Kompressionsfrakturen (Osgood) 141 (C).
 Spinalanästhesie s. Lumbalanästhesie.
 Spinalflüssigkeit s. Liquor.
 Spirochaeta pallida im Meerschweinchen (Dold und Worms) 92 (R 331).
 — pallida im Sperma (Kertesz) 103 (R 404).
 Spirochäte (Jausion) 142 (C).
 Spirochätenhaltige Veränderungen durch Kulturimpfungen (Schereschewsky) 181 (C).
 Spirocid (Oppenheim und Fessler) 103 (R 401).
 — (Fessler) 180 (C).
 Spirometer mit reduziertem Volumen (Nouvion) 141 (C).
 Spitzentuberkulose und Frühinfiltrat (Unverricht) 181 (C).
 Splenektomie s. Milz, Exstirpation.
 — (Mayer) 186 (C).
 — Entwicklung intrathorazischer Tumoren nach — (Meyer) 9 (R 13).
 — im Kindesalter (Kennedy) 205 (R 881).
 — bei perniziöser Anämie (Decastello) 37 (C).
 Splenohepatomegalie, lipoidzellige (Kufs) 138 (C).
 Splenomegalie s. a. Milz, Vergrößerung.
 — (Tarejew und Wladys) 7 (C).
 — Diagnostik (Girard) 7 (C).
 Spondylitis deformans (Richter) 41 (R 147).
 Spondylose (Liwschitz) 41 (R 146).
 Spontanpneumothorax im Kindesalter (Kollmann) 137 (C).
 Sportausübende, orthotische Albuminurie bei — (Brandeis) 162 (R 669).
 Sportschäden (Baetzner) 169 (R 717).
 Sprechstörungen (Brömme) 137 (C).
 Sprueanämie, Wirkung von Leberextrakt (Ashford) 109 (R 443).
 Sprunggelenk, angeborene Verrenkung (Deutschländer) 191 (R 781).
 — Resektion (Lombard) 7 (C).
 Sprunggelenk, hintere operative Sperrung (Camera) 7 (C).
 Sputum (Unverricht) 136 (C).
 — Gewinnung (Unverricht) 182 (C).
 Stalagmometrie bei Lungentuberkulose (Nannini) 110 (R 449).
 Staphylokokkus aureus, Konjunktivitis (Thomas) 185 (C).
 Staphylo-Pharyngo-Plastik nach Rosenthal (Harbitz) 139 (C).
 Star, erblicher (Werner) 184 (C).
 Stärkeverdauung aus rohem Pflanzengewebe (Heupke) 86 (C).
 Staroperation, prophylaktische Hornhautnaht (Paul) 59 (C).
 Status lymphaticus (Gilchrist) 140 (C).
 — thymo-lymphaticus, Beziehungen zum endokrinen System (Oswald) 182 (C).
 Steatorrhöe, Blutzuckerregulation bei idiopathischer — (Thaysern und Norgaard) 89 (C).

- Steinachsche Operation (Poggi) 7 (C).
Steinkohlenpech, Einfluß (Barnewitz) 86 (C).
Steinmannscher Extensionsbügel (Düker) 5 (C).
Steinbeinspitze als Geburtshindernis (Heckscher) 38 (C).
Steißlage (Schpoljanski) 60 (C).
Stenokardie s. Angina pectoris.
Stenosenwetter (de Rudder) 13 (R 35).
Sterblichkeit s. Mortalität.
Stereoskopische Durchleuchtungstechnik (Gartenmeister) 181 (C).
Sterilität, Diagnostik und Behandlung (Giles) 89 (C).
— Diagnostik und Behandlung (Forsdyke) 99 (R 370).
— beim Mann, Diagnostik und Behandlung (Walker) 89 (C).
— des Weibes (Elsner) 182 (C).
— des Weibes (Amersbach) 182 (C).
Sterische Isomeren (Landsteiner und van der Scheer) 38 (C).
Sterkoröme (Carnot) 142 (C).
Stickoxydul-Sauerstoffbetäubung (Goldman) 88 (C).
Stickstoff s. a. Reststickstoff.
Stickstoffexkretion in den Magen und das Duodenum (Scherk) 5 (C).
Stickstoffnarkose (Kaiser) 37 (C).
Stickstoffoxydul (Ribeiro) 186 (C).
Stimmband, Affektionen (Benjamins) 88 (C).
Stirnhirn, Neurologie (Veits) 25 (R 120).
Stirnhöhlenempyem, rezidivierender Exophthalmus (Goerlitz) 61 (R 214).
Stirnlagegeburt (Neumann) 135 (C).
Stoffwechsel des Kindes bei parenteraler Proteinkörperzufuhr (Beck) 136 (C).
— des unterernährten Kindes (Hawes u. a.) 139 (C).
Stopftücher in der Bauchhöhle (Döderlein) 87 (C).
Stottern (Steinhardt) 172 (R 733).
— (Orton) 185 (C).
Stovarsol (Oppenheim und Fessler) 103 (R 401).
— (Fessler) 180 (C).
— Schwarzwasserfieber mit — behandelt (Dupuy) 105 (R 420).
Strafgesetzbuch betr. Minderjährige in Polen (Gawronski) 123 (R 531).
Strahlen s. a. Höhenstrahlung, Röntgen, Radium, Ultraviolett.
Strahlenbehandlung (VOLTZ) 88 (C).
— und Völkerbund (VOLTZ) 138 (C).
— des Augenlidcarcinoms (de Vries) 27 (R 133).
Strahlende Energie und Lipide (Much) 87 (C).
Strahlenmessungen (Coblentz u. a.) 183 (C).
Streckhaltungen des Kindes in der Geburt (Kermauer) 138 (C).
Streifenhügel s. Corpus striatum.
Streptokokken, hämolytische (Satake) 39 (C).
— indifferente (Hitchcock) 38 (C).
— Infektion und Sekalepräparate (Caffier) 88 (C).
— Puerperalfieber (Meleney u. a.) 11 (R 24).
— Vakzine in der Behandlung des Puerperalfiebers (Armstrong) 140 (C).
Streptothrixinfektion von Brust- und Bauchorganen (Turner u. a.) 140 (C).
Strontiumtherapie (Gabriel) 182 (C).
Struma, Befallenheit, Psychosenhäufigkeit (Wolf) 138 (C).
— Bekämpfung (Kimball) 90 (C).
— chirurgische Behandlung bei Hypofunktion der Schilddrüse (Krotoski) 63 (R 222).
— Endemie bei den Bataks auf Sumatra (Pfister) 182 (C).
— lymphadenoide (Scott-Williamson) 209 (R 904).
— maligna, Röntgenbehandlung (Winteroll) 5 (C).
— ovarii (Frankel und Lederer) 89 (C).
— toxische (Stevens) 21 (R 86).
Strumektomie (Holst) 144 (R 553).
Strychnin als Tonikum (da Silva) 39 (C).
Stuhl s. Faeces.
Sublimat, Vergiftung und Urämie (Jervell) 207 (R 895).
— Dämpfe, Adsorption durch aktivierte Holzkohle (Rakusin) 37 (C).
Sulphide, Toxizität der kolloidalen — der Schwermetalle (Wakerlin) 23 (R 102).
Sumpffieber (Fróes) 186 (C).
Suprarenal s. Nebenniere.
Suprarenin s. Adrenalin.
Suspensionskolloide, Fixierung durch anästhesierende und narkotische Stoffe (Spagnol) 135 (C).
Sympathikus, Chirurgie (Leriche) 6 (C).
— Reizung (Danielopulo) 183 (C).
— Beziehungen zum Klima (Laignel-Lavastine) 90 (C).
— beim postoperativen Meteorismus (Mtwaredise) 9 (R 14).
Sympathisches Nervensystem s. Nervensystem, Vagus.
— System in der Gynäkologie (Valerio) 39 (C).
Synectol (Lerat) 142 (C).
Synkinesie (Badjul u. a.) 169 (R 716).
Synthalin (Schastin) 8 (C).
— Schäden (Kaufmann) 161 (R 663).
— Wirkung auf die Glykogenmenge der Leber und des Muskels (Rubino u. a.) 71 (R 289).
Syphiligraphie (Bernard) 141 (C).
Syphilis s. a. Liquor, Nervensystem, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan, Spirochäten.
— angeborene (Hochsinger) 138 (C).
— angeborene bei Brustkindern (Nanejschwilli) 39 (C).
— hereditaria und Makrosomie (delle Chiaie) 141 (C).
— kongenitale (Hoffmann) 103 (R 402).
— kongenitale, frühzeitige Diagnostik (Zuralski) 91 (C).
— kongenitale, Erkrankung der Knochen (Engel und Schmidt) 5 (C).
— latens (Rengert) 37 (C).
— nervosa (Povoa und Luz) 186 (C).
— pränatale (Marshall) 184 (C).
— renale (Valerio) 44 (R 160).
— secundaria maligna (Gravagna) 39 (C).
— Anämie bei — (Cummer) 195 (R 814).
— Axiphoide für die Diagnostik der kongenitalen — (Landa) 90 (C).
— Bordet-Wassermannsche Reaktion (Perkel u. a.) 43 (R 159).
Syphilis, Brucksche Methode (Kadisch) 86 (C).
— Diagnostik (Stoner) 15 (R 50).
— Diagnostik mittels Flokulation (Botkine) 90 (C).
— Erreger (Meirowsky) 135 (C).
— experimentelle Forschung (Worms) 86 (C).
— hämolytische Schnellreaktion mit aktivem Serum nach Kadisch (Groß) 15 (R 48).
— generalisierte Leukodermie bei syphilitischem Kind (Mucci) 143 (C).
— Pathologie der kongenitalen — (Bertaccini) 195 (R 813).
— pathologische Anatomie aktiver — (Brack) 135 (C).
— Reaktionen (Buschke) 86 (C).
— Serologie (Vernes) 90 (C).
— serologische Reaktionen (Sachs) 181 (C).
— serologische Reaktionen (Flandin) 186 (C).
— Uebertragung vom Vater auf den Fötus (Almkvist) 183 (C).
— Vererbung (Matzenauer) 138 (C).
— Verschiedenheiten der Geschlechter (Warthin) 15 (R 49).
— Wassermannfeste (Tobias) 15 (R 47).
— nicht spezifisch behandelte (Brunsgaard) 104 (R 408).
— Prophylaxe (Fessler) 180 (C).
— Behandlung (Jones) 16 (R 57).
— Behandlung (Chêne) 61 (C).
— Behandlung (Müller-Deham) 104 (R 407).
— Behandlung schwerer Anämien (Maurer u. a.) 16 (R 58).
— As-, Bi- und Hg-Medikation bei — (da Rosa) 186 (C).
— Malariaabehandlung (Hoffmann) 152 (R 603).
— Malariaabehandlung (Ruge) 196 (R 816).
— Proteinbehandlung (Vieira) 39 (C).
— Serumbehandlung (Dold und Worms) 44 (R 161).
— Wismutbehandlung der kongenitalen — (Bronson) 139 (C).
— Wismutbehandlung (Krulle) 180 (C).
— Wismutbehandlung (Alcixio) 186 (C).
— der Gelenke (Lange) 104 (R 405).
— des Hodens und Nebenhodens (Valerio) 186 (C).
— der inneren Organe (Bardachzi) 4 (C).
— der inneren Organe (Nonnenbruch) 4 (C).
— der inneren Organe (Schneider) 4 (C).
— des Nervensystems (de Crinis) 182 (C).
— Erkrankungen des Ohres (Zange) 182 (C).
— des Respirationstraktus (Navarro und Beretervide) 217 (B).
— des Zentralnervensystems (Kritschewski) 136 (C).
— des Zentralnervensystems, kombinierte Malaria-Salvarsan-Wismutkur (Memmersheimer) 104 (R 410).
— bei der Aetiologie der Psychasthenie (Toporkoff) 171 (R 724).
— oder Lupus (Haag) 138 (C).
— und Chirurgie (Meisen) 89 (C).
— und Frambösie (Jahnel u. Lange) 37 (C).

- Syphilis und Rekurrensspirochätose (Hartoch u. Rothermundt) 104 (R 409).
 — und Schwangerschaft (Barnett) 104 (R 406).
 — in den Tropen (Ruge) 17 (R 61).
 Syphilisähnliche Hautleiden (Kristjansen) 6 (C).
 Syphilitische Amyotrophie (Achard) 16 (R 56).
 — Aortitis (Steinberg) 16 (R 55).
 — Asthenie (Benon) 61 (C).
 — Meningitis (Symon) 187 (C).
 — Psychose, paranoide Formen (Wimmer) 211 (R 910).
 — sympathische und parasymphatische Affektionen (Valerio) 186 (C).
 Syringobulbie (Austregesilo) 213 (R 921).
 Syringomyelie, torsionsähnliche Einstellung des Körpers (Nemlicher) 120 (R 511).
 — bei Vater und Tochter (Tenner) 120 (R 510).
- Tabakextrakte, carcinogene Wirkung (Helwig) 90 (C).
 Tabes dorsalis, Mastdarpolypen bei — (Plaschkes) 135 (C).
 Tabische Arthropathien (Lafora) 213 (R 923).
 Tachalgan (Preuss) 87 (C).
 Tampon, resorbierbarer (Feriz) 38 (C).
 Targesin (Kaatz) 5 (C).
 Tarsal- und Metatarsalfrakturen, Behandlung (Ellis und Coulter) 60 (C).
 Teercarcinom (Bang) 184 (C).
 Teerversuche an Mäusen (v. d. Borne) 139 (C).
 Telatuten, Kuren (Priesack) 37 (C).
 Telemännisches Verfahren zum Nachweis von Bandwurmeiern (Alafusow) 91 (C).
 Temperaturen, dauernde subfebrile (Brewdo) 7 (C).
 Temperaturkurven (Brouwer) 89 (C).
 Teratom an der Brust (Galgut) 140 (C).
 Terminalebene, Flächeninhalt (Holzbach) 60 (C).
 Testikelschmerz (Walker) 164 (R 677).
 Testis s. Hoden.
 Tetanie und Milchsekretion (Simchowit) 5 (C).
 Tetanus, Behandlung mit Curarin und Avertin (Melnzer) 146 (R 563).
 — Behandlung durch intrazysternale Injektion von Antitetanusserum (Denyer) 153 (R 612).
 — hohe Serumdosen (Scabini) 187 (C).
 — mit Gasbrand (Moir) 90 (C).
 Tetrachlorkohlenstoff, Vergiftung (Minot und Cutler) 140 (C).
 Thalamischer Symptomenkomplex (Bing) 26 (R 126).
 Thallium, Entgiftung durch Natriumthiosulfat (Buschke) 58 (C).
 Thalliumbehandlung (Mrongowius) 70 (R 279).
 — der Haarpilzerkrankungen (Sacharzewskada) 102 (R 392).
 Theriak (v. Brunn) 59 (C).
 Thermometer (Philippsen) 6 (C).
 — Blutungen (Meulengraeth) 41 (R 145).
 Thorakoplastik, extrapleurale (Oehmann) 184 (C).
 Thorakoplastik, bei Lungentuberkulose (Faltin) 205 (R 874).
 Thorakopneumograph (Baglioni) 91 (C).
 Thorax, endopleurale Erkrankungen nach Trauma (Nissen) 87 (C).
 — Queraufnahmen bei Kindern (Weber) 174 (R 741).
 Thromben- und Endothelbildung (Ritter) 86 (C).
 Thrombophlebitis varicosa im Wochenbett (Gross) 37 (C).
 Thrombose-Embolie-Erkrankung (Giertz und Crafoord) 9 (R 11).
 Thrombozyten, statische Reaktionen (v. Horvath) 59 (C).
 — nach operativ behandelten Krankheitsfällen (Normann) 87 (C).
 Thyangol-Pastille (Collischonn) 137 (C).
 Thymophysin, Wirkung (Graff-Panesova) 86 (C).
 Thymus, Diagnostik und Behandlung des vergrößerten (O'Brien) 39 (C).
 Thyreoidea, große, bei Schulkindern (Kirsch) 37 (C).
 — Behandlung (da Silva Mello) 7 (C).
 — Beziehungen der Parathyreoidea zur — (McCullagh) 89 (C).
 — blutbildende Organe (Moldawsky) 71 (R 288).
 — Erkrankung (Cooksey und Rosenblatt) 6 (C).
 — Insuffizienz (Veil) 37 (C).
 — Problem (Maier) 88 (C).
 — Syphilis (Henry) 15 (R 54).
 — und blutbildende Organe (Donath) 136 (C).
 Thyreoidinsucht (Serejski) 58 (C).
 Thyreotoxikose, Jodstoffwechsel bei primärer (Holst u. a.) 119 (R).
 — und Indikanurie (Rogers) 90 (C).
 Thyreotoxische Magenstörungen beim Basedow (Schmitz) 157 (R 636).
 Tibia, Periostitis nach Amöbenhepatitis (Hodges) 140 (C).
 — Zyste (Delcheff) 39 (C).
 Tibiaende, Kondylenfrakturen am oberen — (Moreau) 7 (C).
 Tiefenperson (Kraus) 87 (C).
 Tintinstift, Verletzung der Orbita (Iritzer-Braun) 62 (R 216).
 — Verwundung (Veen) 94 (R 342).
 Titaniumstrahlen (Watters) 141 (C).
 Tod, biologische Betrachtungsweise (Reynolds) 140 (C).
 Todesursachen, Statistik (Bludan-Gajewski) 182 (C).
 Tonsillektomie, Sprachstörung nach — (Grant) 184 (C).
 — und Scharlach (Zikowsky) 138 (C).
 Tonsillen, Nekrose, Neosalvarsan bei leukämischer (Bertheau) 156 (R 629).
 — Röntgenbehandlung hypertrophischer und infizierter (Nyström) 174 (R 745).
 Trachea, Fremdkörper (Krekell) 38 (C).
 — tödliche Verlegung durch Thymusentzündung (Hamilton) 90 (C).
 Trachealstenose, angeborene (Gabriel und Feyrter) 59 (C).
 Tracheobronchiale, Fremdkörper (Bucher) 140 (C).
 Trachom (Hanke) 138 (C).
 — und Unfallversicherung (Steiner) 59 (C).
- Tränen, Ableitung (Rosengren) 40 (R 137).
 Tränensack, intranasale Operation (Halle) 59 (C).
 Tränensekretion, Cornea- und Bindehautveränderungen infolge mangelnder — (Engelking) 59 (C).
 Transpulmin (Görl) 5 (C).
 Traubenzucker, Belastungsprobe bei Diabetes (Wishnofsky) 60 (C).
 — Injektionen, Blutzucker nach intravenöser — (Wislicki) 23 (R 107).
 Traumanalyse in der Hypnose (Nachmansohn) 26 (R 128).
 Trichomonas (Ratcliffe) 60 (C).
 Trichomonaskultur (Schourenkowa) 90 (C).
 Trichomoniasis bei einem Kinde (Ishida) 39 (C).
 Trichophytie (Mguebrow) 39 (C).
 — Epidemie auf der Haut (Ravaut) 90 (C).
 Tripper s. Gonorrhoe.
 Tritrachomonas faecalis (Cleveland) 60 (C).
 Trochanter, tuberkulöse Erkrankungen am kleinen (Manfredi) 7 (C).
 Trockenfixierpapier (Pfleiderer) 183 (C).
 Tropen, kosmopolitische Krankheiten (Dake) 88 (C).
 Tropenklima und Malaria am Kongo (Jensen) 89 (C).
 Trophödem Meige (Memmersheimer) 135 (C).
 Tropische Hautkrankheiten (Mayer) 58 (C).
 Trübungsreaktion nach v. Mertz (Schmidt) 183 (C).
 Trunksucht und Sexualverbrechen (Moll) 182 (C).
 Trypaflavin (Zachariae) 59 (C).
 Trypaflavinbehandlung der Gonorrhoe (Oppenheim und Freund) 103 (R 397).
 Trypanosoma equiperdum (Andrews und Sanders) 60 (C).
 Trypanosomen, Rezidivstämme (Leupold) 5 (C).
 Tube s. a. Salpingitis, Pyosalpinx.
 Tuben, Carcinom (Wolfe) 89 (C).
 — Durchblasung (Müller) 88 (C).
 — Durchblasung (Haselhorst) 95 (R 350).
 — Durchblasung, selbsthaltende Uteruskannüle (Ziwatoff) 183 (C).
 — Implantation (Heuck) 60 (C).
 — Schwangerschaft, doppelseitige (Blagodarow) 183 (C).
 — Schwangerschaft, Behandlung mit Erhaltung des Eileiters (Sellheim) 95 (R 348).
 — Schwangerschaft, Pyramidonprobe zur Diagnostik der unterbrochenen (Klein) 95 (R 349).
 — Torsion (Douglass) 6 (C).
 Tubenepithel, zyklische Veränderungen (Tietze) 88 (C).
 Tubeninjektion (Delassus) 7 (C).
 Tubenmuskulbewegung und Tubeninhalt (Kok) 88 (C).
 Tuberkelbazillen, Hansensche Formen (Dumont) 165 (R 683).
 — Kultur (Dimtza) 204 (R 867).
 — Nachweis (Loewy) 87 (C).
 — Nachweis (v. Gara) 111 (R 459).

Tuberkelbazillen-Stamm Calmette, Injektion in die vordere Augenklammer (Igersheimer) 165 (R 684).
 — Verhalten gegenüber keimtötenden Stoffen (Hailer) 62 (R 219).
 — in Urin, Punktat oder Eiter? (Kemkes) 62 (R 220).
 Tuberkulin, Reaktion, Spezifität (Zieler und Hämel) 165 (R 682).
 — Untersuchungen (Ström) 89 (C).
 Tuberkulisationsfieber beim Kinde (Delille) 90 (C).
 Tuberkulose (Bernard) 142 (C).
 — chirurgische (de Carvalho) 186 (C).
 — experimentelle (Orr und Haden) 38 (C).
 — incipiens (Heimbeck) 139 (C).
 — offene im Kindesalter (Opitz) 86 (C).
 — verborgene (Crocket) 184 (C).
 — Ablauf (Eiselt) 183 (C).
 — Allergie nach Superinfektion (Kalbfleisch) 135 (C).
 — Azetylcholin und die Schweiß der — (Villaret und Even) 186 (C).
 — bakterieller Urheber (Ferran) 7 (C).
 — Beeinflussung der Temperaturkurve durch den Menstruationsvorgang (Beckmann) 204 (R 866).
 — Bekämpfung (Heynsius van den Berg) 60 (C).
 — Bekämpfung (Kreuser) 88 (C).
 — Bekämpfung (Philip) 140 (C).
 — Bekämpfung (Villagra) 187 (C).
 — Besredkasche Reaktion (Mikulowski) 88 (C).
 — Blutuntersuchungen (Oudendal) 60 (C).
 — Calmettesche Schutzimpfung (Schloßmann) 58 (C).
 — Chemotherapie (Bezançon) 61 (C).
 — Diagnostik (Corper) 110 (R 450).
 — Drüsenreaktion auf Alttuberkulin-Applikation (Leder mann) 135 (C).
 — Empfänglichkeit von Meerschweinchen (Baetjer und Lange) 60 (C).
 — Epidemiologie (Greenwood und Wolff) 88 (C).
 — Fettstoffreizewirkungen bei — durch Arsamon (Mattauch) 135 (C).
 — Fixationsreaktion nach Besredka bei Haut — (Heymann) 82 (O).
 — Frühdiagnostik (Ellison) 165 (R 685).
 — Frühfiltrat als Gerichtsfall (Kruttsch) 87 (C).
 — Fürsorge an den Hochschulen (Kattentidt) 183 (C).
 — Gefährdung (Sissle) 183 (C).
 — Gesetz (Weinberg) 138 (C).
 — humaner und boviner Typus (Morrison) 141 (C).
 — Impfung mittels BCG (de Assis) 7 (C).
 — intravenöse Tierbluteinspritzungen Kisch und Bergmann) 37 (C).
 — Komplementbindungsreaktion im Serum (Thjötta u. Gundersen) 89 (C).
 — Komplementbindungsreaktion (Calvo und Laguna) 143 (C).
 — Kulturverfahren nach Hohn, Bazillennachweis (Rolloff) 88 (C).
 — lymphoglanduläre Exazerbation (Ghon und Kudlich) 181 (C).
 — Milzorgantherapie zur Behandlung der — (Bayle) 204 (R 869).
 — nichtpulmonäre Form (Staleybrass) 141 (C).

Tuberkulose, prädisponierte Kinder, Wachstum (Del Duca) 91 (C).
 — Präventivimpfung mittels des BCG (Calmette) 142 (C).
 — Osteo-Arthritis deformans im Ellbogengelenk (Lussana) 7 (C).
 — Physiologie und Pathologie der Arbeit Tuberkulöser (Brieger) 111 (R 457).
 — Sanocrysinbehandlung (Wichmann) 111 (R 458).
 — gefährdete Säuglinge und Kleinkinder (Harms u. v. Heyden) 88 (C).
 — Schutzimpfung (Kraus) 138 (C).
 — seelischer Zustand (Deleito) 143 (C).
 — Senkungsreaktion bei kindlicher (Pfaff) 37 (C).
 — Spitzen- und Frühfiltrat (Unverricht) 181 (C).
 — Sterblichkeit in Litauen (Kogan) 139 (C).
 — Superinfektion (Wichmann) 68 (R 263).
 — Superinfektionen, Verhütung exogener in der Schule (Bolanitschek) 214 (R 933).
 — Trauma (May) 140 (C).
 — Trauma (Tattersall) 166 (R 693).
 — Vakzine, Calmette-Guerin (Müdsen) 89 (C).
 — Verteilung und Ausbreitung (Webb) 184 (C).
 — Wohlfahrtspflege (Barbosa) 39 (C).
 — bei Kindern (Huët) 183 (C).
 — des Kindesalters, Costa-Reaktion (Nüssel und Helbach) 183 (C).
 — der Drüsen und Lungen (Lambea) 186 (C).
 — des linken Lungenflügels (Tolicescu) 142 (C).
 — der Tracheobronchialdrüsen (Marfan) 185 (C).
 — oder Tumor cerebri (Külbs) 86 (C).
 — im Alter von 85 Jahren (Chamberlain) 89 (C).
 — und Anthrakose (Schulte-Tigges) 205 (R 876).
 — und Schwangerschaft (Beckmann und Kirch) 146 (R 568).
 — und Thyreoidea (Lambea) 143 (C).
 Tularämie (Hansmann) 90 (C).
 Tumor, intrakranieller (Hawthorne) 120 (R 512).
 Tumoren, bösartige (Heidenhain) 87 (C).
 — extraintestinale (Hollaender) 59 (C).
 Tussamag (Wald) 59 (C).
 Typhlitis s. Appendizitis.
 Typhus (Hrolo) 6 (C).
 — (Siebner) 65 (R).
 — maskierter (de Hartogh jun.) 38 (C).
 — Bazillen, Isolierung (Havens und Rigway) 185 (C).
 — Bazillensämme, Antigenanalyse (Havens) 185 (C).
 — Epidemie durch Corned Beef (Scamman und Borsbeck) 39 (C).
 — Epidemie im Hospital (Schulmann) 186 (C).
 — perorale Immunisierung (Fränkel) 62 (R 218).
 — Kutisreaktion (Gluchoff) 5 (C).
 — Vorbeugung (Poleck) 138 (C).
 — bei Kindern (Wundt) 136 (C).
 — exanthematicus s. Fleckfieber.

Ueberempfindlichkeit s. a. Anaphylaxie.
 — gegen Speisen (Eyerma) 90 (C).
 Uebertragung (Frigyesi und Sellheim) 183 (C).
 Ulographie (Traumer) 52 (R 208).
 Ulcus cruris, Behandlung mit Milan (Fränkel) 195 (R 807).
 — duodeni s. a. Duodenum.
 — durum (Gomes) 195 (R 812).
 — molle (Hermans) 60 (C).
 — molle (Hanow) 196 (R 817).
 — molle, Erreger (Frei) 92 (R 332).
 — pepticum, Alkalose bei — (Wesley u. a.) 20 (R 82).
 — pepticum chronicum (Coffey) 60 (C).
 — Carcinom (Gröndahl) 184 (C).
 — ventriculi, Alkalitherapie und Säurebasengleichgewicht (Sahm) 66 (R 248).
 — ventriculi und duodeni (Kalk) 59 (C).
 Ulcusmagen, endoskopische Bilder (Korbsch) 86 (C).
 Ultra-Rayor-Apparat (Nagel) 133 (O).
 Ultraviolettbestrahlung und Stoffwechsel beim Menschen (Crofts) 60 (C).
 — und Stoffwechsel bei Vögeln (Crofts) 60 (C).
 — und Stoffwechsel bei Kaninchen (Crofts) 60 (C).
 Ultraviolette Strahlen (Dixon und Heald) 89 (C).
 — Strahlen, durchlässiges Fenster (Pfund) 60 (C).
 — Strahlen, Emanation (Serono und Cruto) 187 (C).
 — Strahlen, Wirkung in der Nahrung und im Körper (Koepe) 180 (C).
 — Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes (Sander) 86 (C).
 Ultraviolettes Licht, Messung (Björling) 183 (C).
 Umbrathor, Darstellung des Schleimhautreliefs (Kalkbrenner) 136 (C).
 Unfall (Brandis) 5 (C).
 Unfallneurose, vermeintliche (Monakow) 181 (C).
 Unfallverhütung in gewerblichen Betrieben (Ziel) 172 (R 736).
 Unfallversicherung (Holtzmann) 37 (C).
 Ungeziefer, Vertilgung (Singer) 4 (C).
 Unterkiefer (Parma) 38 (C).
 Unterschenkel, Pseudarthrose (Geffler) 38 (C).
 Urämie (Putermann) 61 (C).
 — und Chlorgehalt der Kortex (Leövey und Fronius) 180 (C).
 Uranin als Diagnostikum bei Meningitis (Schippers u. Peters) 136 (C).
 Ureter fissus (Hessler) 6 (C).
 — Bewegungen des exzidierten (Gruber) 185 (C).
 — Erweiterungsbougies (Schulz) 185 (C).
 — Mißbildungen (Davis) 185 (C).
 — Steine (Pollak) 4 (C).
 — Steinfänger (Keller) 139 (C).
 — Veränderungen in der Schwangerschaft (Kamniker) 86 (C).
 — Verletzungen bei Abortausräumungen u. Schwangerschaftsunterbrechungen (Ottow) 12 (R 30).
 Ureterenkatheterismus (Valerio) 186 (C).
 Ureteroureterostomie (Foley) 185 (C).
 Urethra, Einrisse an der vorderen Wand der Frau (Lee) 184 (C).
 — Mißbildungen (Langer) 86 (C).

- Urethra, Pathologie der weiblichen (Scott) 195 (R 806).
 — Steineinklemmung (Scheffelaar Klotz) 38 (C).
 Urethraldrüsen (Valerio) 186 (C).
 Urethrale Fisteln, Radiobehandlung der Nieren (Sénèque) 90 (C).
 Urethritis, alkalische inkrustierende (Kearns) 185 (C).
 — gonorrhoeische (Beutel) 195 (R 809).
 — gonorrhoeische, Behandlung mit Diathermie (Liebfried) 195 (R 810).
 — gonorrhoeische und nichtgonorrhoeische (Franck) 43 (R 158).
 Urin s. Harn.
 Urologie in Argentinien (Lins) 186 (C).
 Urtikaria, Ephetonin bei — (Fränkel) 87 (C).
 Uterine Asystolie (Lemierre u. a.) 142 (C).
 Uterus didelphys, Zwillingsabort bei einem — (Bannister) 184 (C).
 — unicorporeus bicollis (Ottow) 60 (C).
 — Atonie post partum (Esquivel) 193 (R 795).
 — Ausfallserscheinungen nach Entfernung unter Erhaltung der Ovarien (Jung) 96 (R 356).
 — Auslöfflung (Kowalski) 99 (R 371).
 — Bakteriengehalt bei Kaiserschnitt (Harris und Brown) 89 (C).
 — Blutungen (Schmitz) 185 (C).
 — Carcinom (Lundh) 183 (C).
 — Carcinom (den Hoed) 60 (C).
 — Carcinom, Behandlung (Micholitsch) 60 (C).
 — Carcinom, Behandlung (Wilkins) 185 (C).
 — Carcinom, Behandlung (Guzman) 187 (C).
 — Carcinom, Diagnostik und Behandlung (Schmitz) 185 (C).
 — Collumcarcinom (Tesauro) 39 (C).
 — Exstirpation wegen chronischer Gonorrhoe (Sieber) 87 (C).
 — vaginale Exstirpationen (Violet) 149 (R 584).
 — Kontraktionen, Hormon der spontanen (Vögel und Margolina) 135 (C).
 — Ovariumimplantation (Samostschin) 187 (C).
 — Perforation (Sergeeff) 88 (C).
 — Perforation, Blasenzerreißung nach — (Rosenzweig) 6 (C).
 — Prolaps des graviden (Henkel) 183 (C).
 — Reifungsphänomene der glatten Muskelfasern (Keiffer) 39 (C).
 — Reizleitungssystem des graviden (Hofbauer) 135 (C).
 — Rückwärtsverlagerungen (Proust) 185 (C).
 — Ruptur (Inogda) 91 (C).
 — Ruptur während der Geburt (Rojas) 187 (C).
 — Strikturen und Okklusionen der Cervix (Mathieu und Schaufler) 11 (R 21).
 — Vorfall und Knickung (Strassmann) 37 (C).
 — temporäre Vorlagerung am Ende der Schwangerschaft (de Rouville) 142 (C).
 Uterushöhle, Keimfreiheit der schwangeren (Isbruch) 95 (R 353).
 Uveitis (Rosenow) 140 (C).
 Vagina, rudimentäre Nebenscheiden (Ottow) 139 (C).
 — Sekret, zytologische Bestandteile (Moser) 88 (C).
 — sekundärer Verschuß (Levy) 38 (C).
 Vagusdruck (Braun u. Samet) 107 (R 428).
 Vakzin, Prophylaxe und Behandlung (Pierret) 90 (C).
 Vakzination s. a. Pocken.
 — antituberkulöse (Herrers) 187 (C).
 Vakzinevirus (Olitzky und Haden) 38 (C).
 Varikosanbinde (Pretsch) 37 (C).
 Variköse Venen und Ulcera (Homans) 141 (C).
 Varikozele des kleinen Beckens (Wall) 191 (R 785).
 Variola s. a. Pocken.
 Varizellen s. a. Windpocken.
 — hämatopoetisches System (Vitetti) 22 (R 96).
 — lymphatische Reaktion nach — (von Westrienen) 6 (C).
 — Prophylaxe (Waltzow) 187 (C).
 — mit nachfolgendem Herpes (Lyth) 90 (C).
 Varizen, Injektionsbehandlung mit Zuckerauflösungen (Horn) 184 (C).
 — Injektion mit Acid. carbol. (Dalton) 140 (C).
 Varsano (Bessin) 137 (C).
 Vaterrechtlicher Orient, Frau im — (Krische) 86 (C).
 Vegetatives Nervensystem s. a. Nervensystem.
 — Nervensystem (Glaser und Stöwsand) 87 (C).
 — Nervensystem, Neurose des — (Ritte) 87 (C).
 Vena cava inferior, Sarkom der — (Melchior) 181 (C).
 — longitudinalis posterior cerebrospinalis bei intramedullärem Tumor (Schuster und Markovits) 136 (C).
 Venen, Erweiterungen im Bereiche der Vena saphena magna (Gutknecht) 155 (R 622).
 — Injektionsbehandlung variköser (Day und Levenson) 185 (C).
 Venenwanddysplasie (Curtius) 50 (R 197).
 Venöser Blutdruck (Villacian) 154 (R 620).
 Ventrikulogramm (Grey) 184 (C).
 Verbrechen als Schicksal (Lange) 218 (B).
 Verbrecher, Assoziationsexperiment (Kogan) 72 (R 300).
 Verdauung aus geschlossenen Pflanzenzellen (Heupke) 118 (R 497).
 Verdauungskrankheiten im vorgerückten Lebensalter (Boas) 202 (R 859).
 Verdauungstraktus, Fremdkörper (Gilmour) 90 (C).
 Vererbung erworbener Eigenschaften (Fetscher) 92 (R 327).
 — von Anlagen durch das Zellplasma (Harder) 59 (C).
 Vernicklungsausschlag (Grön) 184 (C).
 Versicherungsmedizinische Pathologie (Reckzeh) 136 (C).
 Versündigungswahn, Psychologie des melancholischen (Jelgersma) 89 (C).
 Vertebra plana (Calvé) (Panner) 184 (C).
 Verwachsungen s. Adhäsionen.
 Vesiko-renalärer Rückfluß (Griepkoven) 7 (C).
 Vigantöl (Ertl und Hain) 88 (C).
 — (Fischl und Epstein) 206 (R 884).
 — Dosierung (Goldschmidt) 59 (C).
 — Prophylaxe der Rachitis (Aengenendt) 37 (C).
 — Rachitisbehandlung und -verhütung (Freud) 69 (R 268).
 — Wirkung (Behrendt und Berberich) 137 (C).
 Virchow und die Homöopathie (Grabert) 181 (C).
 Vitalkapazität und künstlicher Pneumothorax (Lucchi) 205 (R 873).
 Vitamin s. a. Avitaminosen.
 — Einfluß von Schäden auf die Carcinomentstehung (Erdmann u. a.) 24 (R 113).
 — chemische Reaktion (Christensen) 37 (C).
 — Wirkung C-hypovitaminotische Nahrung auf Schwangere, Föten und Neugeborene (Reyher u. a.) 87 (C).
 Vitamine und Hormone (Soula) 7 (C).
 — A als antiinfektiöses Agens (Green und Mellanby) 119 (R 503).
 — A, Defizit und Verkalkung des Nierenepithels (van Leersum) 38 (C).
 — A und D (Bleyler) 182 (C).
 — B, Mangel bei Säuglingen (Hoobler) 112 (R 462).
 — D, Organverkalkungen (Rabl) 181 (C).
 — D bei der Zahnkaries (Mellanby u. a.) 176 (R 758).
 Vitargyl (Brasil und Gabriel) 7 (C).
 Volksbelehrung (Classen) 87 (C).
 — hygienische in Preußen (Bornstein) 135 (C).
 Volkseutartung (Baeger) 214 (R 929).
 Vorfall und Knickung (Strassmann) 37 (C).
 Vorhofflimmern s. a. Herz.
 — nach Starkstromunfall (Dick) 182 (C).
 Voronoff, Keimdrüsenüberpflanzung (Falkenheim und Kirsch) 4 (C).
 Vulnerabilität (Spielmeyer) 183 (C).
 Vulva, Hämatom (Wachtel) 11 (R 20).
 — Lupus vulgaris (Fessler) 85 (C).
 — Ulcus acutum (Glaubersohn) 14 (R 46).
 Vulvovaginitis s. a. Gonorrhoe.
 — gonorrhoea (Courtin) 103 (R 398).
 Wachstum s. a. Entwicklung, körperliche.
 — Drüsen mit innerer Sekretion (Urdapilleta) 39 (C).
 Wachstumshemmungen, experimentelle an Epiphysen und Metaphysen (Müller) 136 (C).
 Wahnbildung bei epidemischer Encephalitis (Powitzkaja) 74 (R 306).
 Wannersches Zeichen (Casterán) 187 (C).
 Wärme s. a. Kalorimetrie.
 — und Belastungstherapie in der Gynäkologie (Liepmann) 137 (C).
 Wasserausscheidung, extrarenale (Heller) 37 (C).
 Wassermann'sche Reaktion (Groß) 37 (C).
 — Reaktion (Lévy) 39 (C).
 — Reaktion Provokationsmethode und Spontanschwankungen (Heymann) 103 (R 403).
 — Reaktion, Phenol-Alkoholextrakt als Antigen für die — (Groß) 137 (C).
 — Reaktion (Engel) 144 (R 551).

- Wasserstoffionenkonzentration im Blute von Mutter und Kind während der Geburt (Siedentopf und Eißner) 96 (R 355).
- Wasserstoffwechsel, Einfluß des menstrualen Zyklus auf den — (Eufinger und Spiegler) 86 (C).
- des Säugetiermuskels (Glaß) 85 (C).
- Weber-Rammstedtsche Operation (Hundsörfer) 136 (C).
- Weberscher Raumwinkelmesser (Leusden) 87 (C).
- Wehen, schmerzlose (De Caris) 90 (C).
- Weichstrahlbehandlung, Universalstativ (Kirsch) 5 (C).
- Weil-Felixsche Reaktion beim experimentellen Felsengebirgsfieber (Munter) 5 (C).
- Wellenlänge, Messung der effektiven — (Duane u. a.) 139 (C).
- Wendung, intrakranielle Blutung des Kindes infolge äußerer (Naujoks) 183 (C).
- Werlhof nach Röteln (Pitten) 180 (C).
- Wertheimsche Operation (Weibel) 100 (R 372).
- Wilsonsche Krankheit (Schemmel) 87 (C).
- Wirbelaffektion beim Kinde (Blauknip) 60 (C).
- Wirbelsäule, Variationen der Entwicklung (Harrenstein) 6 (C).
- Wismut als Diuretikum (Mehrtens und Hanzlik) 115 (R 484).
- Behandlung (Fomin und Pardyko) 91 (C).
- Behandlung (Dörffel u. Pachur) 181 (C).
- Wismutsalze in der Behandlung (Bresser) 5 (C).
- Wochenbett, leukanämisches Blutbild (Briggemann) 37 (C).
- Morbidität und Mortalität (Meylau) 182 (C).
- Spätblutungen (Couvelaire u. a.) 148 (R 578).
- Thrombophlebitis varicosa (Groß) 37 (C).
- Wöchnerinnenstuben, pathogene Keime (Gregersen) 6 (C).
- Wohnungsnot und Hygiene (Roussel) 142 (C).
- Wucherungen, heterotope vom Bau der Uterusschleimhaut (Groß) 181 (C).
- Wurmeierzählung in Schaffäzes (Monnig) 60 (C).
- Wurmfortsatz s. Appendix.
- Wurmtreibende Mittel (Pessoa) 39 (C).
- Wurzelbehandlung (Gottlieb u. a.) 183 (C).
- Wurzelfüllung (Hedström) 138 (C).
- Wurzelkanal, Behandlung (Back) 87 (C).
- Würz- und Genußmittel (v. Lemesic) 86 (C).
- Wurzelischias (Gierlich) 25 (R 121).
- Wutkrankheit s. Tollwut.
- Xanthomatose und das retikulo-endotheliale System (Rowland) 119 (R 501).
- Xanthome, Klinik und Histologie (Olesoff und Selisky) 4 (C).
- Yatren, Behandlung der Amöben- und Bazillendysenterie (Mühlens) 181 (C).
- Yoga-Wunder (Müller) 137 (C).
- Yxin (Feilchenfeld) 87 (C).
- Zahn - Infektion (Determann und Christ) 183 (C).
- Wurzelspitzenamputation (Kronfeld) 176 (R 760).
- Zahnärztliche Photographie des Gesichts (Schwarz) 38 (C).
- Zahnbett-Erkrankungen (Manasse) 136 (C).
- Zahnfleisch-Erkrankungen (Manasse) 136 (C).
- Zahnheilkunde, Blutungen und Blutstillung (Wolf) 183 (C).
- Zahnpflege (Kurz) 183 (C).
- Zahnsystem, chirurgische Eingriffe (Kortum) 87 (C).
- Zaratesche Operation (Vaudescal und v. d. Horst) 39 (C).
- Zehe, Beugekontraktur der großen — (Dieterich) 181 (C).
- Dorsalflexionsphänomen der großen — (Klein) 76 (R 303).
- Zehen, Flexionsphänomen bei extrapyramidalen Erkrankungen (Babikow) 121 (R 516).
- Zentralnervensystem, Artefakte (Riedel) 88 (C).
- organische Erkrankung im Präsenium (Heidenhain) 213 (R 925).
- Zerebrale Embolie (Yates und Guest) 141 (C).
- Herderscheinungen (Guttmann) 73 (R 303).
- Zerebrospinalflüssigkeit s. Liquor.
- Zerebrospinalmeningitis mit Froinschem Symptomenkomplex (Giussani) 22 (R 97).
- und Exanthe (Mader) 58 (C).
- Zervix-Carcinom, Radiumbehandlung (Ward und Farrar) 126 (R 542).
- Zervix, Infektionen im Puerperium (Goodall und Wiseman) 97 (R 361).
- Plazenta (Siegert) 95 (R 351).
- rigide und stenosierte im ersten Geburtsabschnitt (Mathien u. Schaffler) 89 (C).
- Zervizitis, zystische (Masson und Parsons) 95 (R 352).
- Ziegenmilch s. a. Milch, Ziegen —.
- Ziegenpeter s. a. Parotitis epidemica.
- Zirbeldrüse s. a. Epiphyse.
- Zirkumzision, kosmetischer Erfolg (Samuel u. a.) 14 (R 45).
- Zisternenpunktion (Saunders u. Spiegel) 152 (R 601).
- Exitus (Pinéas) 213 (R 920).
- bei Kindern (Memmersheimer) 138 (C).
- Zisternen- und Lumbaliquor, Verteilung zugeführter körperfremder Stoffe (Schönfeld und Leopold) 115 (R 477).
- Zitratbluttransfusion (v. Mikulicz-Radecki und Kesser) 88 (C).
- Zitronen (Richert) 38 (C).
- Zitronensäurevollmilch (Behrens) 180 (C).
- Zucker s. a. Blutzucker, Glykämie, Glykose.
- Verbrauch (Ebstein) 137 (C).
- Zuckergußdarm (Toole) 181 (C).
- Zuckerregulierender Apparat, Beeinflussung (Gorini) 39 (C).
- Zuckertoleranzprobe für die Diagnostik der Frühschwangerschaft (Kleitsman) 147 (R 573).
- Zunge, Carcinom (Du Bois) 64 (R 233).
- Carcinom, Behandlung (Wassink) 38 (C).
- postencephalitischer Tik (Dubois) 213 (R 917).
- und Mundboden, Carcinom (O'Brien) 185 (C).
- Zwangsvollstreckungen gegen einen Arzt (Oppenheimer) 59 (C).
- Zwillinge, miteinander verwachsene — (Bland-Guton) 184 (C).
- eineiige Schwangerschaft (Mutel und Vermelin) 39 (C).
- psychiatrische Serienuntersuchungen (Luseenburger) 73 (R 301).
- Zwillingsabort bei einem Uterus didelphys (Bannister) 184 (C).
- Zwischenwirbelscheibe bei Wirbelfraktur und Wirbeltuberkulose (Rostock) 87 (C).
- Zyankali, perorale Vergiftung (Glaser) 59 (C).
- Vergiftung (Raestrup) 136 (C).
- Zyklophreniker, Blutuntersuchungen (Bogen) 138 (C).
- Zyste, follikuläre (Lapidus) 176 (R 759).
- Zystitis, alkalische inkrustierende — (Kearns) 185 (C).
- Zystizerkose der Augen (Burnier) 186 (C).
- Zystopyelitis, Behandlung mit ätherischen Ölen (Stern) 182 (C).
- Zystoskop (Schulz) 185 (C).
- Zystotomie, subpubische — (Meriel) 149 (R 586).
- Zytoarchitektonik (Economo) 90 (C).

Druck: Hans Pusch & Co. G.m.b.H.
Berlin S 42, Oranienstraße 140-42.

✓
448.8
F77

LIBRARY
RECEIVED
SEP 11 1929
U.S. Department of Agriculture

Fortschritte der Medizin

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion:

Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstraße 20

1929

Siebenundvierzigster Jahrgang

II. Quartal

BERLIN 1929

VERLAG: HANS PUSCH, BERLIN SW 48, FRIEDRICHSTRASSE 231

Sachverzeichnis vom II. Quartal

(Heft 7-13)

1929

Abdomen, antitoxisches Koliserium bei eitrigen Erkrankungen (Kohler) 396 (C).
 — Operationen (v. Oettingen) 476 (C).
 — frische Verletzungen (Schück) 236 (R 950).
 — Tuberkulose, operative Behandlung (Taylor) 355 (C).
 Abdominale Störungen (McNeill Love) 272 (C).
 Abdominalerkrankungen, akute (Reaves) 315 (C).
 Abergläubische Verbrecher, Psychopathologie (Kallmann) 384 (R 1680).
 Abmagerung (Rosenthal) 414 (R 1789).
 Abort (Commichau) 270 (C).
 — (Levit) 313 (C).
 — Behandlung (Dührssen) 353 (C).
 — Behandlung (Martius) 395 (C).
 — fieberhafter (Mgalobeli) 362 (R 1522).
 — Gefahren (Liepmann) 351 (C).
 — Geisteskrankheiten und Einleitung von — (Douglas Singer) 435 (C).
 — Pathologie (Huntington) 355 (C).
 — Statistik (Levit) 323 (R 1341).
 — Statistik (Peller) 354 (C).
 — Todesfälle durch Luftembolie bei kriminellen — (Strassmann) 396 (C).
 — Uterusperforation beim künstlichen — (Wets) 407 (R 1738).
 Abortbazillus als Krankheitsursache (Thorfinn) 434 (C).
 Abszeß, perinephritischer. (del Diestro) 356 (C).
 — perinephritischer im Kindesalter (D'Allessandro) 399 (C).
 Abtreibung s. Abort, krimineller.
 Acanthosis nigricans (Wohlstein) 228 (C).
 — nigricans (Barenblatt) 437 (C).
 — nigricans (Perman) 476 (C).
 Acedicon (Behrens u. a.) 335 (R 1427).
 Achillessehne, Druckempfindlichkeit (Hunt) 354 (C).
 Achlorhydrie (Schneider und Carey) 397 (C).
 Achylia gastrica (Warburg) 424 (R 1863).
 — gastrica, Histaminprobe (Lunding) 271 (C).

Acidum lacticum s. Milchsäure.
 Acridinderivate in der Diabetesbehandlung (Nielsen) 414 (R 1790).
 Acridinfarbstoffe, Behandlung der Gonorrhöe (Loewenstein) 434 (C).
 — Behandlung der Gonorrhöe (Langer und Dreßler) 434 (C).
 Adams-Stokesscher Symptomenkomplex (Heimann) 232 (C).
 — Symptomenkomplex bei Diphtherie (Korach) 370 (R 1579).
 Addisonsche Krankheit (Maranón) 414 (R 1788).
 Adenocarcinom des Corpus uteri (Seides) 355 (C).
 Adenom der Thyreoidea (Hinterstoisser) 475 (C).
 Adenoma sebaceum (Lanteri) 367 (R 1560).
 Aderhaut s. Chorioidea.
 Adhäsionsileus (Schöne) 431 (C).
 Adiponecrosis, subcutanea neonatorum (de Bruin) 354 (C).
 Adipositas s. a. Fettsucht.
 — Behandlung (Erdmann) 312 (C).
 — Blutmengen bei Patienten mit — (Holboll) 395 (C).
 — dolorosa s. Dercumsche Krankheit.
 Adiposogenitaler Symptomenkomplex, post. encephalitischer (Cuzzolino) 253 (R 1061).
 Adiposogenitales Syndrom mit Amaurose (Mendes und Tavares) 478 (C).
 Adnex, Behandlung chronischer Entzündungen (Friedrichs) 353 (C).
 — Entzündungen, Behandlung und Nachbehandlung (Abel) 229 (C).
 — Hernie, inguinale (Hilarowicz) 396 (C).
 — Tumor (Katz) 313 (C).
 Adnexe, Strahlenbehandlung von Entzündungen (Kamniker) 277. (R 1122).
 Adnextumoren, Behandlung entzündlicher — (Heidler) 270 (C).
 Adovern (Hertz) 230 (C).
 Adrenalin s. a. Nebennieren.
 — (Bakaltschuk) 234 (C).
 — Behandlung der Adams-Stokesschen Krankheit (Parade und Voit) 287 (R 1183).

Adrenalin-Blutzuckerkuren bei Erkrankungen des Leberparenchyms (Kugelmann) 311 (C).
 — Injektionen bei Tuberkulösen (Toparskaja) 400 (C).
 — Sondenversuch (Muck) 270 (C).
 — Wirkung (Flatow) 431 (C).
 — und Ergotamin (Euler) 229 (C).
 Adsorption und Desinfektion (Lockemann und Ulrich) 270 (C).
 Affektepilepsie (Guttmann) 506 (R 2279).
 Agglutininbildung (Sawada) 314 (C).
 Agranulozytäre Erkrankungen (Tschistowitsch) 229 (C).
 Agranulozytose (Hueper) 231 (C).
 — (Reye) 371 (R 1589).
 — im Säuglingsalter (Christof) 354 (C).
 — Klinik und Pathogenese (Lasch) 371 (R 1590).
 — mit monozytärer Reaktion. (Landsberg) 395 (C).
 Agraphie und Dyspraxie (Liepmann) 297 (R 1260).
 Ägypten, medizinische Institutionen (Róth) 400 (C).
 Aix-les-Bains (Wainwright) 436 (C).
 Akazia-Gummi-Lösungen (Went) 273 (C).
 Akkomodationsgleichheit (Pascal) 271 (C).
 Akne conglobata Land (Tschernobugow und Pelevina) 434 (C).
 — necrotica u. Lichtreiz (Bettmann) 433 (C).
 — vulgaris, Behandlung (Kehl) 273 (C).
 Akridinderivate, Einwirkung auf den Blutzucker (Nielsen) 500 (R 2248).
 Akridingelbpräparate (Engelhardt) 351 (C).
 Akriflavinlösungen (Vandecaveye) 232 (C).
 Akrodynie (Bogaert u. a.) 315 (C).
 Akromegalie und Diabetes (Flater) 352 (C).
 Akrozephalosyndaktylie bei Geschwisterkindern (Nörrig) 274 (R 1101).
 Aktinomykose der Lunge (Schweizer) 312 (C).
 — des Wurmfortsatzes (Sinclair und Dyke) 232 (C).

Akzessorische Nährstoffe s. Vitamin.
 Albumen s. Eiweiß.
 Albuminurie s. a. Nephritis.
 — febrile (Hill) 373 (R 1602).
 — beim Neugeborenen (Jaroschka) 279 (R 1135).
 — der späteren Kindheit (Nobécourt) 419 (R 1826).
 — im Mechanismus der Entgiftung (Andrews u. a.) 435 (C).
 — der Schwangeren und Syphilis (Vignes) 478 (C).
 Alentina (Köppen) 352 (C).
 Alexander-Adamsche Ligamentverkürzung (Lange-Friesen) 476 (C).
 Alexie (Misch und Frankl) 257 (R 1087).
 Alkoholkrankte, Heilfürsorge (Thiken) 473 (C).
 Alkohol-Extrakt-Reaktion nach Sellheim - Lüttge - v. Mertz (Gragert) 395 (C).
 Alkoholintoxikation (Bogen) 476 (C).
 Alkoholismus (Richardson) 507 (R 2285).
 — Bekämpfung (Kafemann) 353 (C).
 — und Erfrigungstod (Baudel) 294 (R 1241).
 Alkorcin (Heckenbach und Jacoby) 432 (C).
 Allergie s. a. Anaphylaxie, Idiosynkrasie, Ueberempfindlichkeit.
 — Blutkalium und Magensaftanalyse (Crip und McElroy) 231 (C).
 Allergielehre, Rankes (Rieckenberg) 231 (C).
 Allergiezustand, Entwicklung des tuberkulösen Prozesses (Lubrich) 377 (R 1626).
 Allergische Krankheiten, Diagnostik und Behandlung (Fränkel und Levy) 357 (R 1483).
 — Reaktionen (Vaughan) 314 (C).
 — Zustände, Komplementablenkungsreaktionen (Loben und Glaum) 332 (R 1405).
 Allgäuer Kretinen und Schwachsinnige (Lang) 434 (C).
 Allylisopropylarbitursäure (Patry) 312 (C).
 Aloe arborescens (Kolesnikow) 377 (R 1634).
 Alopezia (Koyanagi) 401 (R 1693).
 — symptomatische — (Kahn) 272 (C).
 Altbuchhorster Mark-Sprudel (Scheffer und Müller) 432 (C).
 Alterskrankheiten (Schlesinger) 395 (C).
 Altersstar s. a. Katarakta senilis.
 Altersthyreosen, Herzstörungen (Kaspar) 475 (C).
 Amalgamgemische (Bade) 431 (C).
 Amalgamplomben, Intoxikationen (Müller) 310 (C).
 Amaurose s. a. Blindheit.
 Amboceptor s. a. Hämolyse.
 Amenorrhöe (Weigand) 269 (C).
 — in der Kriegszeit (Graff und Novak) 313 (C).
 Aminopurine im intermediären Gewebstoffwechsel (Parnas) 395 (C).
 Ammoniakzahl und pH im Harn von Herzkranken (Perger) 230 (C).
 Amöbendysenterie (Bethea) 436 (C).
 — bei Säuglingen (Teitel) 291 (R 1220).
 Amöbenpseudoappendicitis (Fanelli) 234 (C).
 Amöbiase s. a. Ruhr.

Amöbiase (Kurlow und Udintzew) 437 (C).
 — intestinale (Rachet) 415 (R 1798).
 — im Kindesalter (Auricchia) 292 (R 1221).
 Amyloidniere, Urämie bei — (Zadek) 329 (R 1395).
 Analfisteln, interstitielle Injektionen von Zielscher Flüssigkeit (Bonneau) 359 (R 1502).
 Analgetika (Hoff und Wermer) 420 (R 1834).
 Analgit (Hirschbruch) 352 (C).
 Anaerobensporen (Birger) 432 (C).
 Anaerobier, pathogene (Ducret) 269 (C).
 Anämie, Basedow und perniziöse — (Meulengracht) 229 (C).
 — Behandlung mit Leber (Orban) 269 (C).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Pulfer) 246 (R 1020).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Greinacher) 246 (R 1021).
 — Behandlung der perniziösen mit Leber (Richardson) 414 (R 1794).
 — Behandlung der perniziösen (Meinertz) 229 (C).
 — Blutdruck bei der perniziösen (Lerman und Means) 434 (C).
 — Blutplättchen in der Pathogenese der — splenica (Howell Evans) 232 (C).
 — Bluttransfusion bei der perniziösen (Roos) 371 (R 1587).
 — Dünndarm-Kolibesiedlung und Leberbehandlung bei perniziöser (Adler u. a.) 230 (C).
 — Intoxikationstheorie der perniziösen (Meyran und Nothhaas) 474 (C).
 — Pathogenese und Behandlung der perniziösen (Meinertz) 310 (C).
 — während der Schwangerschaft und des Wochenbettfiebers (Evans) 238 (R 962).
 — essentielle aplastische (Holböhl) 285 (R 1172).
 — perniziöse (Isaacs u. a.) 397 (C).
 — perniziöse (Carro) 399 (C).
 — perniziös-aplastische (Opitz) 419 (R 1825).
 — perniziöse nach Magenresektion (Dennig) 451 (R 1970).
 — perniziöse, phytotoxisches Phänomen (Tschekes und Goldstein) 415 (R 1796).
 — perniziöse, Bacterium coli bei — (Engel und Olin) 432 (C).
 — perniziöse in Helsingfors (Lindström) 397 (C).
 — sekundäre (Jongwaard) 314 (C).
 — septische (Ricci) 273 (C).
 Anämisches Zungenphänomen (Liebermeister) 244 (R 1011).
 Anaphylaxie s. a. Allergie, Idiosynkrasie, Serumkrankheit und Ueberempfindlichkeit.
 — nach wiederholter Transfusion gruppengleichen väterlichen Blutes (György und Witebsky) 230 (C).
 — und Atropie (Adelsberger) 270 (C).
 Anenzephalie, Anatomie und Physiologie des Nervensystems (Sokolansky) 339 (R 1454).
 — Knochenmißbildungen (Stoboziano u. a.) 478 (C).

Aneurysma, Herzstörungen bei arteriovenösem — (Melchior) 402 (R 1696).
 — Operation (Grashey) 352 (C).
 — der Aorta thoracica descendens (Zanfier) 233 (C).
 — der Arteria iliaca interna (Romanis) 315 (C).
 — dissecans der Aorta (Patrick und Tylor) 232 (C).
 — der Koronararterien (Packard und Wechsler) 452 (R 1980).
 — der Milzarterie (Hunt) 494 (R 2200).
 Aneurysmen nach Schußverletzung der Arteria femoralis (Angerer) 351 (C).
 Angina (Elkeles) 284 (R 1167).
 — Blutmorphologie der lymphoidzelligen — (Lorentz) 268 (C).
 — Diagnostik der akuten (Marfan) 418 (R 1821).
 — agranulozytische (Batten und Curtis) 272 (C).
 — agranulozytische (Call u. a.) 445 (R 1921).
 — lacunaris, tödliche Komplikationen (Schlittler) 269 (C).
 — leptothrica (Joseph) 491 (R 2179).
 — pectoris (Arillaga) 234 (C).
 — pectoris (Schneider) 249 (R 1043).
 — pectoris (Danielopolu) 432 (C).
 — pectoris, Behandlung mit Purin-Basendiuretika (Gilbert und Kerr) 436 (C).
 — pectoris, Pathogenese (Vogt) 400 (C).
 — pectoris, Rolle des Adrenalins, des Insulins und des Glykogenzuckers (Katz) 303 (O).
 — und Pyämie (Witzenhausen) 353 (C).
 Angiofibrom der Kniegelenkscapsel (Lauwers) 270 (C).
 Angioneurotisches Oedem (Stoltz) 398 (C).
 Angst (Marcuse) 269 (C).
 Angstpsychosen (Rawak) 463 (R 2046a).
 Anilinvergiftung (Ochsenius) 396 (C).
 Animasa (Hayashi) 312 (C).
 Ankylose-Behandlung (Abrahamsen) 314 (C).
 Ankylostomiasis (Timpano) 294 (R 1237).
 Anopheles s. a. Malaria.
 Anorexie s. a. Appetitlosigkeit.
 Anthrax s. a. Milzbrand.
 Antiadenoide Kampagne (Mancioli) 356 (C).
 Antianaphylaxie s. Anaphylaxie, Anti—.
 Antiberiberi-Vitamin s. Vitamin B.
 Antigene, heterophile — in Nahrungsmitteln (Davidsohn) 314 (C).
 Antineuritische Vitamin s. Vitamin B.
 Antirabiessum, Phenolzusatz zum — (Fermi) 234 (C).
 Antiseptika (McDonagh) 461 (R 2030).
 Antiskorbutisches Vitamin s. Vitamin C.
 Antivirus (Besredka) 275 (R 1111).
 — Besredka (Aldershoff) 271 (C).
 Antrum Highmori, dentales Empyem (Steinmetz) 499 (R 2239).
 Antrumresektion bei kardialen Magengeschwüren (Dietrich) 396 (C).
 Anurie als Folge von Nierensteinen (Cahill und Gile) 397 (C).
 — postoperative (Boeminghaus) 311 (C).
 — nach Beckenabsatz (Clifton und Landry) 233 (C).
 Anus praeternaturalis, Schließmuskelausbildung (Hans) 476 (C).

- Aorta Aneurysma** (Meerlo) 271 (C).
 — Aneurysma (Kaufmann) 396 (C).
 — Isthmusstenose (Bode und Knop) 494 (C).
 — Klappeninsuffizienz (Kurlow) 452 (R 1978).
 — Syphilis, maligne Endokarditis (Skursky) 354 (C).
Aortenbogen, Wandverhärtung (Erdélyi) 311 (C).
Aortenklappen, Insuffizienz (Maresch) 492 (R 2189).
Aortitis, gonorrhoeische (Thibau jr.) 356 (C).
 — luica (Morgenstern) 487 (R 2149).
Apoplexie Genese (Rühl) 312 (C).
Apnoische Anfälle (Peiper) 422 (R 1847).
Appendektomie (Prima) 396 (C).
 — sekundäre (Naegeli) 320 (R 1321).
 — und Leistenhernie (Merminges) 396 (C).
Appendicitis (Flander u. Gilroy) 232 (C).
 — (Rabinowitsch) 357 (C).
 — (Bartels) 434 (C).
 — (Nissen) 476 (C).
 — chronica (Dzialoszynski) 396 (C).
 — chronica (Carnett und Boles) 397 (C).
 — chronica (Chatzkelson) 495 (R 2208).
 — kindliche (Danni) 234 (C).
 — neoplastische (Schwartz) 233 (C).
 — Beziehungen zu den weiblichen Geschlechtsorganen (Fabricius) 269 (C).
 — Grenzfälle (Jacquet) 295 (R 1244).
 — bei Kindern (Surat) 357 (C).
 — Komplikationen (Zeller) 353 (C).
 — bei Masern (Burckhardt) 396 (C).
 — und mensueller Zyklus (Rosenloecher) 361 (R 1511).
 — Oxyuren in der Ätiologie (Szolowjew) 456 (R 1997).
 — und Trauma (Levai) 402 (R 1702).
 — und Trauma (Wilhelm) 476 (C).
Appendicopathia oxyurica (Ehlers) 267 (C).
 — oxyuriaca (Hammer) 288 (R 1195).
Appendix, Funktion bei pneumonischer Pseudoappendicitis (Siegl) 309 (C).
 — Operationsstatistik (Förster) 396 (C).
 — Spontanamputation (Pytel) 479 (C).
 — Versorgung (v. Oettingen) 476 (C).
Aqua phagedaenica lutea (Diener) 381 (R 1659).
Arachnoidalblutungen (Romcke und Ustoedt) 507 (R 2283).
Arachnoiditis spinalis (Young) 464 (R 2050).
Arbeitsphysiologie (Atzler) 508 (R 2288).
Arbeitsunfähigkeit (Ruedel) 298 (R 1272).
Argentum nitricum (Hellweg) 293 (R 1234).
Argolaval (Casper) 448 (R 1947).
Argyll-Robertsonsches Phänomen (Veil) 315 (C).
Argyrie (Stillians und Lawless) 435 (C).
Aristocarbon (Tichy) 268 (C).
Aerokolle (Rosselet) 313 (C).
Arsen in den Exkreten (Vogel) 476 (C).
Arsenbehandlung (Gougerot u. a.) 272 (C).
 — Antischocktherapie mit eosinsaurem Caesium (Gougerot u. a.) 477 (C).
Arsenige Säure, chemische Reaktionen (Labes) 431 (C).
Arsenik-Massenvergiftung (Liebermeister) 502 (R 2257).
Arsphenamin s. a. Salvarsan
Arteria lienalis, Unterbindung (v. Stubenrauch) 351 (C).
Arterieller Druck s. Blutdruck.
 — Druck, vorübergehende Störungen (Achard) 478 (C).
 — Druck, Störungen (Achard) 503 (R 2261a).
 — Druck und Tuberkulose (Glaros) 252 (R 1056).
 — Tiefdruck (Kisch) 504 (R 2263).
Arterienpuls, Schwankungen (Casaeres) 399 (C).
Arterienpunktion (Dresel u. Himmelweit) 395 (C).
Arteriitis obliterans, Behandlung durch Röntgen (Delherm und Beau) 233 (C).
Arteriosklerose (Hering) 230 (C).
Arteritiden, multiple pulmonale beim Neugeborenen (Ribadeau-Dumas u. a.) 332 (R 1412).
Arthritis s. a. Gelenkerkrankung, Rheumatismus.
 — (Nagelschmidt) 314 (C).
 — ankylosierende (Stern) 272 (C).
 — Behandlung (Hall) 420 (R 1837).
 — Behandlung mit Chemotherapie und Physiotherapie (Bartlett und Sunsson) 398 (C).
 — chronische infektiöse (Forkner) 232 (C).
 — deformans u. Unfall (Brandis) 352 (C).
 — deformans (Ewald) 425 (R 1867).
 — deformans und Unfall (Schmidt) 425 (R 1868).
 — O-Jodoxybenzoesäure (Young) 233 (C).
 — physikalische Behandlung (Herring) 233 (C).
 — Röntgenbehandlung der chronischen (Käding) 269 (C).
 — sacroiliaca syphilitica (Stanojevic) 352 (C).
 — urica s. Gicht.
 — urica (Thannhauser) 230 (C).
Arthritische Muskelfatrophie (Beryl Harding) 272 (C).
Arthrodesse des Telo-Kruralgelenkes (Gurewitsch) 396 (C).
Arthropathia ovaripriva (Lauber) 311 (C).
Artikulation (Eichentopf) 310 (C).
Arzneitherapie (Bachem) 260 (B).
Arzneiverordnung (Trendelenburg) 514 (B).
Arzt und Erzieher (Heller) 268 (C).
Aschheim-Zondeksche Reaktion (Louria und Rosenzweig) 397 (C).
 — Reaktion (Kraus) 474 (C).
Asepsis s. a. Desinfektion.
Askaris, Eindringen in Atemwege (Kijassow) 438 (C).
 — Wirkung einiger Eukalyptusölararten (Mahlo) 461 (R 2032).
Askariasis unter der Landbevölkerung (Tokarewitsch) 438 (C).
Askariidose, biliare (Fissinger) 248 (R 1037).
 — und Meningitis (Teitzlin und Resnik) 357 (C).
Askaris lumbricoides, Präzipitinreaktionen mit Geweben von — (Canning) 397 (C).
Askarisinfektion, Genese der Eosinophilie (Borchardt) 432 (C).
Asphyxie, Morphinmedikation (Chillingworth) 232 (C).
 — bei Neugeborenen, Behandlung (Rosenfeld) 479 (C).
Assoziationsreflexe (Talmud) 270 (C).
Asthma (Bing) 434 (C).
 — Ätiologie (Hansen) 268 (C).
 — bronchiales, Behandlung (Kuhns) 498 (R 2227).
 — bronchiale und Schwangerschaft (Wiechmann) 353 (C).
 — bronchiale (Bien) 372 (R 1600).
 — kardiales (Palmer und White) 492 (R 2191).
 — Pathogenese und Behandlung (Cernadas) 316 (C).
 — Operation (Göbell) 402 (R 1698).
 — im Säuglings- und Kleinkindesalter (Schiff) 471 (O).
Asthma bronchitis (Czerny) 268 (C).
Asystolie bei organischen Herzerkrankungen (Bard) 413 (R 1785).
Aszites s. a. Hydrops.
 — filtrierbare Elemente des Tuberkelbazillus im — der atrophischen Laënnec'schen Zirrhose (Sergent) 439 (R 1884).
 — Pathogenese (Iversen) 268, 271 (C).
Ataxie, Friedreichsche und Mariesche familiäre (Kalinowsky) 465 (R 2057b).
 — hereditäre s. Friedreichsche Krankheit.
Atemschutzgeräte (Förster) 353 (C).
Atemstillstand s. Asphyxie.
Atemübungen (Hofbauer) 270 (C).
Atemzahl des gesunden Kindes (Vogt) 269 (C).
Aethan, Chloridivate (Lazarew) 394 (C).
Aetherbronchitis, Behandlung (Hayward) 404 (R 1713).
Aether-Narkose s. a. Narkose.
Aetherölnarkose (Kauschin) 479 (C).
Atherosklerose s. Arteriosklerose.
Athero- und arteriosklerotische Störungen, Wirkung hypertonischer Lösungen (Maikoff) 328 (R 1383).
Athetose, doppelseitige kongenitale (Demerliac) 398 (C).
Aethylchlorid s. Chloräthyl.
Atmungsgymnastik (Hirsch) 432 (C).
Atmungszentrum, Exzitansmittel bei Lähmung (Jánossy) 422 (R 1846).
Atophan s. a. Gicht.
 — Ikterus (Motzfeld) 293 (R 1233).
Atrioventrikulär s. Herz.
Atrophie (Cordey) 315 (C).
 — Zufuhr von Traubenzucker bei alimentärer (Macciotta) 413 (R 1818).
Atrophodermie (Blatt) 240 (R 976).
Aufmerksamkeitsbasis bei den Konstitutionstypen (Enke u. a.) 342 (R 1473).
Augapfel s. a. Blubus.
Auge, Altern (Vogt) 438 (R 1878).
 — Brechung bei schiefer Inzidenz (Caseio) 267 (C).
Auge, diagnostische Irrtümer bei Erkrankungen (Silex) 230 (C).
 — Entzündung (Vorza) 458 (R 2014).
 — habituelle Luxation beider beim Turmschädel (Kaáli Nagy) 478 (C).
 — Prothese zum Schutze gegen Röntgen- und Radiumstrahlen (Rohrschneider) 395 (C).
 — junger Säuglinge (Jaroschka) 269 (C).

Auge, Störungen als Zeichen nervöser Erkrankungen (Lauber) 269 (C).
 — Störungen im Gefolge von Schädeltraumen (Neuffer) 479 (R 2091).
 — syphilitische Erkrankungen (Cohen) 439 (R 1883).
 — traumatische Erkrankungen (Berens u. Losey) 435 (C).
 — Tuberkulose (Werdenberg) 312 (C).
 — Veränderungen normaler Gewebe nach Röntgenbestrahlung (Rohrschneider) 267 (C).
 — Verletzung und Unfallversicherung (Vogt) 353 (C).
Augenabweichungen (Halbertsma) 354 (C).
Augenbindehaut, degenerierte melanotische Tumoren (Day) 273 (C).
Augenheilkunde, Grundriß (Brückner-Meisner) 259 (B).
Augenleiden, Lichtbehandlung (Gutmann) 313 (C).
Augenlid, Carcinom, Strahlenbehandlung (de Vries) 426 (R 1872).
Augenschutz bei Bestrahlung des Augens (den Hoed u. a.) 426 (R 1871).
Augenzittern s. Nystagmus.
Aurikularfibrillation (Cowans) 355 (C).
Aurikularflimmern, Chinidinbehandlung (Parkinson u. Campbell) 355 (C).
Aurophos (Kamsler) 353 (C).
Ausfluß s. Fluor.
Auskratzen, Ausschabung s. Abrasio.
Auswurf s. Sputum.
Autohämotherapie in der Geburtshilfe und Gynäkologie (Kasanski) 278 (R 1124).
Autoserotherapie durch Vesikantien bei infektiösen Krankheiten (Modinos) 420 (R 1836).
Autounfälle (Fervers) 352 (C).
Avertin (Welsch) 229 (C).
 — (Rumpf) 313 (C).
 — (Beck) 353 (C).
 — (Butzengeiger) 476 (C).
 — Narkose (Hahn) 275 (R 1112).
 — Narkose (Pflitzner) 352 (C).
 — Narkose (Nigst) 360 (R 1503).
 — Narkose (Bloomfield und Shipway) 360 (R 1504).
 — Narkose (Kohler) 396 (C).
 — Narkose (Burmeister) 396 (C).
 — Narkose (Martin) 476 (C).
 — Narkose bei Phreniksexairese (Köller) 396 (C).
 — und Phrenikotomie (Killian) 396 (C).
 — Wirkung auf den Kreislauf (Domrich) 396 (C).
 — Vollnarkose im Kindesalter (Sieverts) 482 (R 2111).
Avertinlösung in Amylenhydrat (Großmann) 313 (C).
Avitaminosen durch ultraviolette Strahlen (Krizenecky) 433 (C).
Avitaminose s. a. Vitamine, Skorbut, Beriberi, Pellagra.
Axilla, Primärsklerose (Dañnow) 312 (C).
Azethylcholin (Villaret u. a.) 334 (R 1424).
Azidose (McKim u. a.) 397 (C).
 — bei Nephritis (Peters u. a.) 415 (R 1800).
 — und Alkalosis (Gamble) 233 (C).
Azidotische Einflüsse, Abwehr (Freise) 268 (C).

Azothämie ohne Urämie (Nudelmann) 495 (R 2212).

Babinskisches Phänomen im jüngsten Kindesalter (de Bruin) 231 (C).
Bäderbehandlung s. a. Balneotherapie.
Bakt. enteritidis (David) 269 (C).
 — abortus Bang, menschliche Infektionen (Weigmann) 312 (C).
 — abortus Bang, Infektionen des Menschen (Prausnitz) 285 (R 1170).
 — coli bei Anaemia perniosa (Engel und Olin) 432 (C).
Bakteriämie s. Sepsis.
Bakterielle Veränderlichkeit (van Loghem) 271 (C).
Bakterien, Spezifität (Keilty) 436 (C).
 — fettspaltende Tätigkeit (Turner) 398 (C).
Bakterienleiber, Einfluß von gekochten — (Sawada) 314 (C).
Bakteriophag d'Herelle bei Panaritien (Raiga) 399 (C).
Bakteriophagen (Elder u. Tanner) 232 (C).
Baldrian-Dispert (Biach) 432 (C).
Bang-Infektion (Poppe) 490 (R 2174).
 — (Curschmann) 370 (R 1584).
Banisterin (Schuster) 466 (R 2060).
Bantische Krankheit (Hefer) 479 (C).
Barlowsche Krankheit s. a. Skorbut, infantiler.
 — (Dazzi) 291 (R 1215).
Bartholinische Drüse, Tuberkulose (Fullerton) 271 (C).
Bartonella muris ratti (Schilling) 230 (C).
 — Infektion (Cannon u. McClelland) 318 (R 1311).
 — Infektion (Schilling u. Neumann) 474 (C).
Basalganglien (Kodama) 230 (C).
Basedow s. a. Thyreoidea, Struma.
 — (Dresel u. a.) 327 (R 1374).
 — (Liek) 386 (B).
 — (De Courcy) 440 (R 1890).
 — Arbeitssauerstoffverbrauch (Herzheimer u. a.) 268 (C).
 — und perniziöse Anämie (Meulengracht) 229 (C).
 — Behandlung (Aschner) 286 (R 1176).
 — Behandlung (Pineles) 354 (C).
 — Behandlung (Passynkow) 437 (C).
 — Behandlung (König) 491 (R 2186).
 — chirurgische Behandlung (Meyer) 440 (R 1889).
 — Behandlung schwerer Fälle (Eal Else) 435 (C).
 — Behandlung mit natürlichen Kohlensäure-Gasbädern (Kretschmer und Wessel) 286 (R 1117).
 — Behandlung mit Neodorm (Bansi und Kretschmar) 372 (R 1594).
 — Bedeutung der weiblichen Sexual-epochen (Gardiner Hill) 372 (R 1595).
 — Einfluß des Jods auf die Kreatinausscheidung (Palmer u. a.) 422 (R 1850).
 — und Myxödem beim gleichen Individuum (Oswald) 491 (R 2185).
 — Ophthalmoplegie bei — (Wedd und Permar) 438 (R 1880).
 — Radiumbehandlung (Gudzent) 300 (R 1284).
 — Röntgenbehandlung (Schwarz) 269 (C).

Basedow, Röntgenbehandlung (Holzknecht) 300 (R 1283).
 — Schädigung nach Bestrahlung (Goette) 311 (C).
 — Thyreoidotomie bei Geisteskranken mit — (De Courcy) 505 (R 2273).
 — Tierblutbehandlung (Zimmer und Fehlow) 245 (R 1015).
 — Verhalten des Kreislaufs (Zondek) 351 (C).
Basophil gekörnte Zellen im Kapillarsystem der Leber (Coronini) 475 (C).
Bauchbruch s. Hernia ventralis.
Bauchdecke, chronisch-entzündliche Geschwülste (Ranzi) 475 (C).
Bauchdeckenhämatom (Dencks) 289 (R 1196).
Bauchfell s. Peritoneum.
Bauchoperation, Bauchschnitt s. Laparotomie.
Bauchschwangerschaft s. Schwangerschaft extrauterine.
Bauchspeicheldrüse s. Pankreas.
Bauchsymptome bei inneren Erkrankungen (Ehrmann und Taterka) 267 (C).
Bauchwand, operative Behandlung der Brüche (Demel) 475 (C).
Bazillen s. a. Diphtherie-, Gasbrand-, Grippe-, Koli-, Milzbrand, Paratyphus-, Ruhr-, Typhusbazillen.
 — Nachweis mittels der Dunkelfeldmethode (v. Stubenrauch) 354 (C).
Bazillus abortus infectiosus, durch den — erzeugte Hauterkrankung (Urbach) 475 (C).
 — abortus Bang (Frey) 433 (C).
 — abortus-Infektion (Todd) 272 (C).
 — anthracis (Nungester) 398 (C).
 — B. C. G., Unschädlichkeit (Costa) 439 (R 1884a).
 — botulinus (Coleman) 397 (C).
 — botulinus, extrazelluläre Toxinproduktion 272 (C).
 — cloacae, Nahrungsmittelvergiftung durch — (Buchanan und Megrail) 477 (C).
 — melitens, hämorrhagische Septikämie (Poddighé) 234 (C).
 — morificans bovi (Warren) 355 (C).
 — Welchii perphringens, Antitoxin (Bower und Clark) 435 (C).
Becken, röntgenologische Größenbestimmung des Kopfes beim engen — (Schumacher) 433 (C).
 — Messung durch Röntgenuntersuchung (Antonetti) 272 (C).
 — Röntgenuntersuchungen des knöchernen — (v. Schubert) 397 (C).
Beckeneingeweide, Sichtbarmachung der weiblichen — (Cohen) 315 (C).
Bein-Amputation, Prothese (Görlich) 476 (C).
 — und Lungentuberkulose (Pietsch) 351 (C).
 — Phlebektasien (Curtius) 229 (C).
Belastungsstatistik (Brugger) 270 (C).
 — (Magg) 433 (C).
Bellsche Lähmung (Martin) 233 (C).
Benzidinreaktion im Harn (Boas) 354 (C).
Benzinvergiftung (Bochkor) 478 (C).
Benzyläther, zimmtsaurer bei Behandlung der Hauttuberkulose (Lucas) 410 (R 1756).

Beri-Beri s. a. Vitamine.
 Berliner Gesundheitswesen (v. Drigalski) 475 (C).
 Berufskrankheiten, Ausdehnung der Unfallversicherung (Michaelis) 227 (O).
 Bestandstrom des menschlichen Körpers (Strauß und Müller) 411 (R 1770).
 Bestrahlung, kurzweilige (Löning) 313 (C).
 Betäubungsmittel, Verordnung über das Verschreiben (Hamburger) 353 (C).
 Beugetonus der Finger und Kleinhirn (Levinger) 295 (R 1246).
 Billäre Askariidose (Fissinger) 248 (R 1037).
 Bilirubin s. a. Gallenfarbstoff.
 — direktes und indirektes (Weltmann und Hüchel) 432 (C).
 Bilirubinämie, durch Natrium-Tetrajodphenolphthalein verursachte (Czike) 437 (C).
 — Tetrajodphenolphthalein (v. Czike) 246 (R 1023).
 Bilirubinogenese bei zwei Hämoglobinnurikern (Paterni) 356 (C).
 Bindehaut s. Konjunktiva.
 Bindehautblutung beim Neugeborenen (Sattler) 316 (R 1298).
 Biochinol (Riftin) 400 (C).
 Biogramme (Laiguel-Lavastine) 356 (C).
 Bioradioaktivität (Zwaardemaker) 468 (R 2077).
 Bismarsen bei Tabes dorsalis (Tobias) 447 (R 1938).
 Bismoterran (Kadletz) 352 (C).
 Bismut s. Wismut.
 Bittersalz (Czepa) 475 (C).
 Blase s. Harnblase.
 Blasenentzündung, s. Cystitis.
 Blasenhalz, Verschlußbildung (Player) 315 (C).
 Blasensprung, vorzeitiger (Schulze) 364 (R 1534).
 Blasensteine s. Harnblasensteine.
 Blasenstein (Cabot) 397 (C).
 Blastomykose (Spring) 477 (C).
 Blastomykosis (Michelson) 397 (C).
 Blattern s. Pocken.
 Blau- und Rotlicht in der Dermatologie (Bode) 230 (C).
 Blausucht bei Neugeborenen (Sahler) 475 (C).
 Blei, luftkolloides (Froboese und Brückner) 431 (C).
 — Behandlung maligner Neubildungen mit kolloidalem — (Pulford und Lawson) 294 (R 1238).
 — kolloidales und Bestrahlung bei Carcinom (Ullmann) 435 (C).
 — kolloidales u. Röntgen- u. Radiumbehandlung bei Carcinom (Soiland u. a.) 436 (C).
 — kolloidales und Röntgenbehandlung bei malignen Erkrankungen (Waters u. a.) 435 (C).
 — Vergiftung (Markus und Kerner) 479 (C).
 — Vergiftung, Blutdruckerrhöhung (Schnittler) 230 (C).
 — Vergiftung oder Magencarcinom (Lederer) 385 (R 1682).
 Bleibehandlung (Knox) 436 (C).
 Bleigehalt der Gewebe (Dilling und Blair Bell) 232 (C).

Bleikrisen (Germann) 336 (R 1432).
 Bleitüpfel, Jodkaliprovokation (Winkler) 376 (R 1621).
 Blennorrhöe (Alissow und Faibitsch) 487 (R 2148).
 Blepharitis, Behandlung nach Besredka (Natanson und Kandyba) 479 (R 2090).
 Blepharospasmus (Gurdjian und Williams) 435 (C).
 Blicklähmung s. Augenlähmung.
 Blinddarm s. Appendix.
 Blindheit, kortikale (Lagrange u. a.) 383 (R 1671).
 Blockade im Bereich des Ueberleitungssystems (Selenin und Vogelsohn) 453 (R 1981).
 Blut bei Anämie, Ionendissoziation und Serumweißgehalt (Gerbasi) 273 (C).
 — Chlorgehalt (Gosset) 233 (C).
 — Cholesterin (Fettich) 312 (C).
 — Cholesterin bei Carcinom (Mattick und Buchwald) 271 (C).
 — Cholesterolgehalt während der Menstruation (Goodall) 272 (C).
 — bakterizide Eigenschaften (Thalheimer) 314 (C).
 — Einfluß der vegetativen Zentren auf den Fermentgehalt (Drapkina) 381 (R 1660).
 — Gefrierpunktserniedrigung des mütterlichen und kindlichen — (Füth und Wirz) 267 (C).
 — Genverhältnisse im — der Völker und Rassen (Wellisch) 395 (C).
 — Gerinnung (Wierner) 269 (C).
 — und Gewebe (Caffier) 474 (C).
 — Mineralbestand bei Tumoren (Schepelinsky) 482 (R 2112).
 — Nachweis im Harn (Becker) 268 (C).
 — Säurebasengleichgewicht, chirurgische Erkrankungen (Beck und Lauber) 311 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Rosenthal und Blowstein) 329 (R 1389).
 — Senkungsreaktion bei Impfmalaria (Wethmar) 297 (R 1262).
 — Veränderungen bei bösartigen Erkrankungen (Eisen) 496 (R 2213).
 — Wirkung auf Warmblütergefäße (Feldberg, Flatow und Schilf) 351 (C).
 Blutarmut s. Anämie.
 Blutbild, weißes (Konrad und Juozt) 400 (C).
 — Veränderung durch Inhalation aromatischer Arzneimittel (Yoshida) 436 (C).
 Blutbilder in der Alltagspraxis (Fairlie-Clarke) 436 (C).
 Blutbildung (Semann) 479 (C).
 — außerhalb des Knochenmarks bei Säuglingen (Nikolaus und Goldberg) 357 (C).
 Blutbrechen s. Haematemesis.
 Blutdruck s. a. Puls.
 — arterieller (Eufinger und Eichbaum) 405 (R 1721).
 — diastolischer (Engelen) 270 (C).
 — Aetiologie des hohen — (Broadbent) 338 (R 1448).
 — bei afrikanischen Eingeborenen (Donnison) 232 (C).
 — Messungen an beiden Armen (van Balen) 354* (C).

Blutdruck, Reduktion des hohen — (Graham-Stewart) 453 (R 1983).
 — Steigerung chronische — im Kindesalter (Faerber) 291 (R 1213).
 — in der Vena cava bei plötzlichem Zirkulationsstillstand (Riml) 229 (C).
 — rhythmische Veränderungen (Yen) 436 (C).
 Blutdrüsen s. endokrine Drüsen.
 — funktionelle Diagnostik (von Leszcynski und Blatt) 473 (C).
 Blutegele im Larynx (Massione) 234 (C).
 — in den oberen Luftwegen (Munna) 315 (C).
 Blutergelenke, Röntgenbefunde (Heigl) 311 (C).
 Blutfarbstoff s. a. Hämoglobin.
 Blutgefäße s. a. Arterien, Kapillaren, Venen.
 Blutgefäß Systeminjektion (Danilow) 479 (C).
 Blutgefäßnerven (Mitsni) 436 (C).
 Blutgruppen (Höst) 434 (C).
 — Aenderung (Bahl) 230 (C).
 — Bestimmung in der gerichtsarztlichen Praxis (Goröncy) 310 (C).
 — Bestimmung und Verklumpungsanämie (Engel) 327 (R 1375).
 — Erblichkeitsverhältnisse (Thomsen) 312 (C).
 — Forschung (Schloßberger) 353 (C).
 — Forschung (Wachtel) 434 (C).
 — bei Kindern (Belajew) 400 (C).
 — und Rassen (Apert) 233 (C).
 — Untersuchung (Pietrusky) 462 (R 2040).
 — Untersuchung im Alimenterprozeß (Strassmann) 353 (C).
 — Untersuchung und Vaterschaft (van Herwerden) 354 (C).
 — Vererbung (Aschner) 230 (C).
 Blutgruppenlehre (Heim) 396 (C).
 Blutkammerwasserschranke (Poos und Santori) 267 (C).
 Blutkörperchen, Rhythmus der weißen — (Smith) 435 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Vohwinkel) 336 (R 1435).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Wehrbein) 242 (R 997).
 — Senkungsgeschwindigkeit der roten — (Gordon und Cohn) 476 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit, Bedeutung für die Ophthalmologie (Tranceschetti) 317 (R 1303).
 — Senkungsreaktion (Lundgren) 397 (C).
 Blutkreislauf s. a. Kreislauf.
 — Strömung im peripheren (Hasebroek) 432 (C).
 Blutliquorschranke (Nippert) 337 (R 1443).
 Blutplasma s. a. Plasma.
 Blutplättchen (Va.) 231 (C).
 — bei puerperal-septischen Erkrankungen (Debiasi) 362 (R 1521).
 — in der Pathogenese der Anaemia splenica (Howell Evans) 232 (C).
 Blutprobenentnahme (Schorn) 396 (C).
 Blutserum s. a. Serum.
 — Albumin und Harnstoff (Chailly-Bert und Peyre) 478 (C).
 — Oberflächenspannung und Viskosität (Hochloff) 313 (C).

- Blutstillung in der Geburtshilfe und Gynäkologie (Liepmann) 237 (R 961).
 Bluttransfusion (Bunster) 234 (C).
 — (Slocker) 399 (C).
 — Johanssen) 439 (R 1886).
 — (Kunz) 475 (C).
 — bei der perniziösen Anämie (Roos) 371 (R 1587).
 — Bedeutung für die Kinderheilkunde (Opitz) 219 (O).
 — in der Frauenheilkunde (Heim) 396 (C).
 — Gefahren (Flaum) 475 (C).
 — Komplikationen (Kramár) 479 (C).
 — vor gynäkologischen Operationen (Brande und Schwarzmann) 400 (C).
 Bluttypen, Veränderlichkeit (Thomsen) 314 (C).
 Blutumsatz bei Anämien (Belonogowa) 245 (R 1019).
 Blutung s. a. Menorrhagie, Metrorrhagie. Blutungen, subendokardiale (Rothberger) 475 (C).
 — Reinfusion intraabdomineller (Dannheiser) 403 (R 1704).
 Blutzellenzählung (Kretschmer) 352 (C).
 Blutzucker s. a. Glykämie und Zucker. — mütterlicher und kindlicher (Dahl) 382 (R 1664).
 — kolorimetrische Bestimmungen (Hausberg und Iversen) 314 (C).
 — und Haut (Rost) 281 (R 1147).
 — in der Nacht und in den Morgenstunden (Lange und Schloß) 229 (C).
 — Regulation (Depisch und Hasenöhl) 286 (R 1178).
 — Regulation (Kisch) 474 (C).
 — Regulation, Einfluß der Ernährung (Geiger und Kropf) 229 (C).
 — Schwankungen vor und nach einem eklampthischen Anfall (Laferty, Nark und Sweeny) 363 (R 1527).
 — Veränderung nach schwerathletischen Anstrengungen (Omeland) 421 (R 1841).
 — Verteilung zwischen Blutkörperchen und Plasma (Somogyi) 232 (C).
 Blutzuckerkonzentration, Einfluß von Ergotamin (Rigó und Veszelszky) 229 (C).
 — Wirkung des Magnesiumsalzes auf die (Láng und Rigó) 228 (C).
 Boecksches Sarkoid (Buschke u. Joseph) 229 (C).
 Bohrmaschinen (Krüger) 431 (C).
 Bor-, hypoglykämisierende Wirkung (Loeper u. a.) 399 (C).
 Bothriocephalus in Amerika (Vergeer) 314 (C).
 Bothriocephalus - Stomatitis (Cederberg) 273 (C).
 Botulinostoxin (Sommer) 272 (C).
 Boxenstation, Hautinfektion auf der — (Knöpfelmacher) 268 (C).
 Bradykardie, ikterische (Dumitresco-Mante) 287 (R 1185).
 Bradykardien durch aurikulo-ventrikuläre Dissoziation bei Jugendlichen (Lian) 399 (C).
 Bradykardische Anfälle (Uhlenbruck) 249 (R 1041).
 Bradytasie beim postencephalitischen Parkinsonismus. (Sacchetto) 315 (C).
 Braunsche Schiene (Peters) 476 (C).
 Brennstoff für das Leben (Macleod) 513 (B).
 Brightsche Krankheit s. a. Nephritis.
 Brillsche Krankheit in Rom (Alessandri) 234 (C).
 Brojosan bei Otoklerose (Noack) 433 (C).
 Brommethode, Waltersche (Kruse) 394 (C).
 Bronchialasthma, Pathogenese (Genkin und Orschinski) 414 (R 1787).
 — (Schilcher) 373 (R 1601).
 Bronchialcarcinom (Jaksch-Wartenhorst) 373 (R 1604).
 — mit Hautmetastase (Gassul) 400 (C).
 Bronchialdrüsentuberkulose, Röntgen-diagnostik (Saüpe) 312 (C).
 Bronchialmuskulatur (Tiefensee) 229 (C).
 Bronchiektasen, Bakterien (Ermatinger) 235 (R 942).
 Bronchiendilatation, radiologischer Aspekt (Duhem) 258 (R 1099).
 Bronchographie (Lorey) 467 (R 2071).
 — Differentialdiagnostik „Oberlappentuberkulose“ und „Bronchiektasen im Oberlappen“ (Knüppel) 510 (R 2305).
 Bronchomykosis (Stovall und Greeley) 314 (C).
 Bronchopneumonie (Griffith) 314 (C).
 — Pathologie der postoperativen (Fortacin) 399 (C).
 — des Säuglings im Röntgenbild (Jahr und Hirsch) 313 (C).
 Bronchopulmonäre Infektionen (Clifford) 422 (R 1848).
 Bronchorrhöe bei Gasvergiftung (Sergent) 233 (C).
 Bronchoskopie, Diagnostik maligner Erkrankungen der Lunge (Vinson u. a.) 314 (C).
 — beim akuten Lungenabszeß (Ballard) 272 (C).
 Bronchostenose (Benjamins) 271 (C).
 Bronchus, Fremdkörper (Birdsall) 272 (C).
 Bruch s. a. Hernie.
 Brustdrüse s. a. Mamma.
 Brustfell s. Pleura.
 Brustfellentzündung s. Pleuritis.
 Brustinfektion s. Mastitis.
 Brustkorb s. Thorax.
 Brustkorb (Sante) 314 (C).
 Brustsympathikus, das zwölfte Ganglion (Matusushima) 436 (C).
 Bruzella-abortus-Infektion (Charles und Warren) 272 (C).
 Bruzellagruppe, Säureagglutination (Ecker und Simson) 314 (C).
 Bruzellainfektion (Giordano u. Ableson) 436 (C).
 Bubonenpest (Marino) 234 (C).
 Bulbärparalyse, Magenfistel bei progressiver (Seige und Harzbecker) 310 (C).
 Bulbärparalytischer Prozeß (Kino) 433 (C).
 Bulbokapnin bei Chorea minor (Kuttner) 500 (R 2249).
 Bulbus, Hypotonie bei diabetischem Koma (Patek) 480 (R 2092).
 Bullöse Freibad- und Wiesendermatitis (Oppenheim u. Feßler) 324 (R 1349).
 Bullöser Ausschlag (Génner) 434 (C).
 Cadmiumzelle, Ermüdungserscheinungen (Kestner) 230 (C).
 Caesium eosinsaures zur Antischockbehandlung (Gougerot u. a.) 272 (C).
 Calcaneus, Frakturen (Valls) 320 (R 1326).
 Calcinjectol, Behandlung der Ostitis (Cavalcanti) 315 (C).
 Calcinosis intervertebralis (Rietema und Keiser) 313 (C).
 Calcium s. a. Kalk.
 — Stoffwechsel (Colomb) 337 (R 1442).
 — und Digitalis (Billigheimer) 500 (R 2246).
 Calciumbehandlung bei Lungentuberkulose (Alperin) 437 (C).
 Calciumwolframverstärkungsfolien (Barth und Eggert) 311 (C).
 Calmettesche Schutzimpfung im Kampfe gegen die Tuberkulose (Keller) 273 (C).
 — Schutzimpfung (Bernheim-Karrer) 290 (R 1205).
 — Schutzimpfung gegen die Tuberkulose (Huttyra) 437 (C).
 Calmettescher Stamm B. C. G. (Schweinsburg) 269 (C).
 Campidol (Frazier und Glaser) 314 (C).
 Canalis nasopalatinus, entzündliche Erkrankungen (Hauenstein) 459 (R 2021a).
 Cantharidenpulver, Vergiftung (Czerwonka) 268 (C).
 Caput natiforme rachiticum (Podrinec) 396 (C).
 Carcinome des Wurmfortsatzes (Pewsner) 357 (C).
 Carcinom s. a. Geschwülste, Röntgenbehandlung.
 — (Strauß) 268 (C).
 — (Ballanee) 272 (C).
 — Aetiologie (Maisin) 423 (R 1852).
 — Behandlung (Strauß) 432 (C).
 — Behandlung mit Elektrochirurgie (Taylor) 272 (C).
 — Behandlung mit Radium (Gerber) 272 (C).
 — Bekämpfung (Schinz) 474 (C).
 — Bildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris (Reisner) 240 (R 981).
 — Bleibehandlung (Roffo und Calcagno) 315 (C).
 — Bleibehandlung (Brunner) 319 (R 1320).
 — Bleibehandlung (Roffo) 478 (C).
 — kolloidales Blei und Bestrahlung (Ullmann) 435 (C).
 — kolloidales Blei und Röntgen- und Radiumbehandlung bei — (Soiland u. a.) 436 (C).
 — Blutholesterin bei — (Mattick und Buchwald) 271 (C).
 — Blutmilchsäure (Haintz) 432 (C).
 — Chemotherapie als Ergänzung der Röntgenbehandlung (Ratera) 399 (C).
 — chemische Diagnose (Freund) 353 (C).
 — epipulbares (Solares und Orosco) 317 (R 1302).
 — Erzeugung durch zellfreie Filtrate (Newjadomskij) 505 (R 2270a).
 — im Bereich der Eingeweide (Soper) 436 (C).
 — verkannte Fälle (Gade) 434 (C).
 — Genese (Fraenköl) 475 (C).
 — Heilung (Morales) 399 (C).

- Carcinom, Heilungsaussichten (Gule ke)** 395 (C).
 — Heteroplastik (Newjadomski) 437 (C).
 — Problem (Laserstein) 261 (O).
 — Problem (Bruda) 269 (C).
 — Radiumbehandlung (Fuhs) 354 (C).
 — Radiumbehandlung (Arzt) 354 (C).
 — Radiumbehandlung (Regaud) 469 (R 2083).
 — radiumbestrahltes (Matras) 354 (C).
 — röntgenbiologische Untersuchungen (Seulberger u. a.) 470 (R 2085).
 — Ruge-Philippsche Virulenzproben (Clauberg) 434 (C).
 — Strahlenbehandlung (Freund) 432 (C).
 — thermoresistente Keimzellen (Spengler) 269 (C).
 — Todesfälle (Hunziker-Kramer) 326 (R 1370).
 — zystisches des Ovariums (Deaver) 271 (C).
 — der weiblichen Genitalien (Meigs) 272 (C).
 — Verbreitung auf den Britannischen Inseln (Pittard) 398 (C).
 — bei Zwittern (Babes) 267 (C).
 — und Beruf (Swonitzki) 400 (C).
 — und Rasse auf den britannischen Inseln (Pittard) 233 (C).
 — und Tuberkulose (Pearl) 397 (C).
Carcinomkachexie (Pall) 373 (R 1605).
Carcinomkranke, Darmflora (Kauffmann) 270 (C).
Carcinomzelle und Glycerinaldehyd (Mendel) 268 (C).
Carcinomzellen, Glykose in den — (Loiseleur) 422 (R 1851).
Carcinomzellen in vitro (Fischer) 232 (C).
Cavernitis gummosa der Harnröhre (Buschke und Loewenstein) 352 (C).
Cerebellum Abszesse (Specht) 239 (R 967).
 — Entzündung grippaler Natur (Mendes) 273 (C).
 — Hemisphäre, Resektion der rechten (Fischer und Pözel) 475 (C).
Cerebrospinalflüssigkeit s. Liquor.
Cerebrospinalmeningitis s. Meningitis epidemica.
Cerebrum s. Hirn.
Cervicotam (Vanderzypen) 233 (C).
Cervix s. a. Uterus.
 — uteri, gutartige Läsionen (Phaneuf) 233 (C).
Charakter-Ausdruck (Kronfeld) 431 (C).
 — Gestaltung (Kehrer) 310 (C).
 — Gestaltung (Wilmanns) 507 (R 2287).
 — in Anlage, Vererbung und Entwicklung (Kahn) 431 (C).
 — und Umwelt (Hoffmann) 394 (C).
Charakterologie (Minkowski) 312 (C).
Chinidin (Lian) 233 (C).
 — bei Vorhofflimmern (Spiro und Newman) 272 (C).
Chinin ein Fruchtabtreibungsmittel (Haberda) 475 (C).
 — hydrochlor, Pneumoniebehandlung mit — (Wiersma) 354 (C).
 — und chininähnliche Stoffe (Girndt) 309 (C).
Chirurgie, operative (v. Haberer) 395 (C).
 — praktische (Wollmann) 395 (C).
 — und Balneologie (Schmieden) 433 (C).
Chlor zur Wasserreinigung (Bunker) 435 (C).
Chloralhydrat, gefäßerweiternde Wirkung (Guggenheimer und Fisher) 293 (R 1232).
Chloramin (Heinemann) 267 (C).
Chlorarme Kost (Stoeltzner) 311 (C).
Chloride des Methans, des Aethans und des Aethylens (Lazarew) 394 (C).
Chlornatrium s. a. Kochsalz.
Chloroform-Vergiftung (Staemmler) 381 (R 1656).
Chloroformnarkose, hämoklasische Krise bei — (Graziano) 273 (C).
Chlorom (Gerbas) 253 (R 1060).
Cholämische Blutungsneigung, Behandlung (Seifert) 495 (R 2204).
Cholangie (Eppinger) 474 (C).
Choledochus, Strikturen durch entzündlichen Reiztumor (Hammresfahr) 402 (R 1701).
Choledochusfistel, Duodenalspülungen (Oden) 310 (C).
Cholelithiasis s. a. Gallensteine.
 — (Sabatini) 288 (R 1193).
 — Behandlung (Taddei) 273 (C).
 — Pathogenie und Behandlung (Gaehlinger) 436 (C).
 — Schmerzen bei — (Cohen) 288 (R 1191).
Choleperitoneum hydatidosum (Anschütz) 311 (C).
Cholera asiatica, Bazillenträger und Pathogenese (Chujo) 327 (R 1372).
Cholesterin (Kofler und Fischer) 394 (C).
 — bestrahltes (Vitetti) 399 (C).
 — Stoffwechsel in der Schwangerschaft (Gardner und Gainsborough) 355 (C).
 — Stoffwechsel (Wichert u. a.) 400 (C).
Cholesterinämie (Urta und Sanchez) 463 (R 2043).
 — bei Thyreotoxikosen (Laroche) 413 (R 1782).
Cholesterolgehalt des Blutes während der Menstruation (Goodall) 272 (C).
Cholezystektomie, Rezidive (Gundermann) 455 (R 1994).
Cholezystitis s. a. Gallenblasenentzündung.
 — Diagnostik und Behandlung (Lyon) 233 (C).
 — subakute (Bain) 315 (C).
 — syphilitica (Strauß) 353 (C).
Cholezystographie (Pribram) 313 (C).
 — (Knoflach) 433 (C).
 — (Case) 436 (C).
 — (Hoffmann) 455 (R 1993).
 — (Eisler) 475 (C).
 — und Magenanzidität (Davis u. Talley) 436 (C).
Cholezystopathie, Behandlung (Rodow) 246 (R 1026).
Cholezystostomie (Brenner) 481 (R 2102).
Cholin, Wirkung auf den Gaswechsel (Tangl) 229 (C).
Chondrodermatitis nodularis chronica (Meirowsky) 229 (C).
Chondrodystrophia foetalis (Matsushima) 436 (C).
Chordom (Bubaschow) 476 (C).
Chordotomie (Stebbing) 358 (R 1492).
Chorea (Wilson) 340 (R 1461).
 — minor, Bulbokapnin bei — (Kuttner) 500 (R 2249).
 — Salvarsanbehandlung (Paolo) 378 (R 1642).
Chorionepitheliom (Fels) 270 (C).
 — (Nevinny) 354 (C), 483 (R 2116).
 — (Hommes) 396 (C).
Chromaffines System s. Nebennieren.
Chromoblastomykosis (Tschernjowski) 228 (C).
Chromotherapie (Boerschmann) 313 (C).
Chronaxie s. Muskulatur, Erregbarkeit.
 — des Pyramidenbündels (Bourguignon) 506 (R 2276).
Cinchophen (Evans und Spence) 462 (R 2033).
Cisterna cerebello medullaris (Markó) 352 (C).
Citocholextrakte (Sachs und Witebsky) 268 (C).
Citocholreaktion für die Syphilisdiagnostik (Kliewe und Engelhart) 487 (R 2151).
Citragan (Kissmeyer) 241 (R 986).
 — (Kissmeyer) 434 (C).
Collum s. a. Uterus.
Colon mobile (Iio) 233 (C).
Coma diabeticum, elektrokardiographische Beobachtungen (Taterka) 247 (R 1028).
 — Extrasystolie bei Kreislaufschwäche (Strothmann) 328 (R 1382).
Commotio cerebri (Bsteh und Driak) 440 (R 1892).
Conglutinatio orificii externa (Storp) 278 (R 1125).
Coramin „Ciber“ (Isler) 460 (R 2026).
Cornea, Anregung der Gefäßneubildung (Saeger) 395 (C).
 — Epithelstreifenkrankung (Schulte) 311 (C).
 — Festigkeit (Fuchs) 270 (C).
 — Pulsation (Thiel) 474 (C).
 — Trübungen, Behandlung der bandenförmigen — (Merkulow) 231 (C).
Coronarkreislauf s. Herz.
Corpus geniculatum laterale, Herde im — bei multipler Sklerose (Hermann) 270 (C).
Cortex s. Hirnrinde.
Costasche Reaktion bei Lepra (Rajewski) 285 (R 1171).
Cowperitis chronica gonorrhoea (Riem) 434 (C).
Coxa vara, geburtshilfliche Bedeutung (Kienlin) 434 (C).
Coxitis s. a. Hüftgelenk-Entzündung.
Creeping-Disease (West und Curth) 240 (R 977).
Curandra (Gries) 313 (C).
Curettelement s. a. Abrasio
Cutis anserina persistens (Lewith) 228 (C).
 — verticis gyrata (Glaubersohn und Iwanoff) 229 (C).
 — verticis gyrata (Glaubersohn) 240 (R 975).
Cytologie s. Zellenlehre.
Dakryozystitis, Diagnostik und Behandlung (Daily) 271 (C).
Dämmerzustand mit Amnesie (Euplowa) 400 (C).
Dammrisse (Phaneuf) 476 (C).
Dammenschutz (Martin) 364 (R 1536).
 — und operative Entbindung (Bardenheuer) 444 (R 1913).

Dampfer, kohlebefeuerte — (Schwarz) 431 (C).

Darm s. a. Dünndarm, Duodenum, Jejunum, Kolon.

- Bewegung s. a. Peristaltik.
- Einklemmung (Wordatz) 396 (C).
- Invagination (Nordentoft) 271 (C).
- Lymphogranulom (Goedel) 475 (C).
- Operationen (Schnitzler) 270 (C).
- Reduktion der akuten Intussuszeption (Arntzen und Helsted) 313 (C).
- retrograder Transport aus dem Dickdarm (Maley) 229 (C).
- Rupturen (Krylow) 400 (C).
- Spirochäten (Silberstern) 354 (C).
- Steine (Drescher) 403 (R 1707).
- subkutaner Prolaps (Kummer) 312 (C).
- Tuberkulose (Yamashita) 233 (C).
- Verschuß s. a. Ileus.
- Verschuß (Bani) 234 (C).
- Verschuß (Foster) 314 (C).
- Verschuß (Krecke) 352 (C).
- Verschuß (Fleischer) 355 (C).
- Waschungen (Rendall) 232 (C).
- Zerreißung durch die Bauchpresse (Lunckenhein) 352 (C).

Darmabschnitt, Verschuß des oberen (Mc Iver und Gamble) 314 (C).

Darmmilzbrand (Ossipow) 479 (C).

Darmwand, Permeabilität für Bakterien (Eickhoff) 431 (C).

Dehelminthisation mittels der Duodenalsonde (Kondratjew) 438 (C).

Dekapitationsinstrument (Weigl) 397 (C).

Delirien (Vinchon) 437 (C).

Dementia paralytica s. a. Paralyse, progressive.

Dementia, postenzephalitische (Vivaldo und Haedo) 315 (C).

— praecox, gastro-intestinale Störungen (Beyerholm) 297 (R 1265).

— endokrine Faktoren (Hoskins) 398 (C).

— pleohämolytische Reaktion (v. Thurzo) 475 (C).

Denguefieber (Dold) 230 (C).

— (Oekonomides) 352 (C).

— (Schrumpf-Pierron) 398 (C).

— bei Kindern (Vera) 234 (C).

— Augenerkrankungen bei — (Bistis) 270 (C).

— Blutbild (Floros) 327 (R 1373).

— chirurgische Komplikationen (Kondoleon und Ivannides) 230 (C).

— chirurgische Komplikationen (Sapadopoulos) 272 (C).

— Einfluß auf organische Erkrankungen des Zentralnervensystems (Pamboukis) 431 (C).

— auf den Aegäischen Inseln (Zewos) 437 (C).

Denigische Schleimhautplastik (Löwenstein) 231 (C).

Densographie (Stumpf) 433 (C).

Dercumsche Krankheit s. a. Fettsucht.

Dermatitis exfoliativa (Leiner) 268 (C).

— (Bäumler) 410 (R 1752).

— strichförmige akute (Siemens) 324 (R 1348).

— verrucosa (Gomes und Pessova) 356 (C).

Dermatologie (Schönfeld) 473 (C).

Dermatomykosen auf der Haut (Bloch) 269 (C).

Dermatomyositis (Lehmkuhl) 309 (C).

Dermatosen s. a. Hautkrankheiten.

— exotische (Bassewitz) 234 (C).

— Simultanbehandlung juckender (Mohrmann) 433 (C).

Dermatosis linearis pruriens (Zoon) 434 (C).

Depressionszustände (Bouman) 270 (C).

Dermographia rubra bei Pleuritis exsudativa (Sudzuki) 433 (C).

Dermographismus (Kalk) 245 (R 1018).

— schwarzer (Breitmann) 445 (R 1924).

Dermoidale und epidermoidale Zysten (Brühl) 270 (C).

Dermoide des Thorax (Williams) 233 (C).

Dermoidzysten, mediastinale (Bull) 434 (C).

Dermoidzyste der Niere (Valentine) 435 (C).

Desblennorrhagie (Valerio) 478 (C).

Desensibilisationsversuche durch Protein-körpertherapie (Gerard) 355 (C).

Desmoiden der vorderen Bauchwand (Saglowa) 273 (C).

Deutsche Bevölkerung, Umschichtung (Wolff) 473 (C).

Deutsches Bäderwesen (Dietrich) 475 (C).

Dextrokardie (Strothmann) 310 (C).

Dextrose s. a. Glykose.

Dextrosetoleranz (Shirley Sweeney) 231 (C).

Diabetes, Behandlung der Kinder im häuslichen Milieu (Hirsch-Kauffmann) 254 (R 1068).

— Besserung bei einer Schwangeren durch das fötale Insulin (Lawrence) 374 (R 1612).

— Eiweißstoffwechsel und Azidose (Solotarewa und Keiles) 400 (C).

— bei Kindern (Joslin und White) 436 (C).

— Pathogenese (Porter) 254 (R 1074).

— Stickstoffumsatz (Labbé) 234 (C).

— Strahlenbehandlung (Kolta) 433 (C).

— Synthalinbehandlung (Schodsischski) 479 (C).

— Viskosität des Blutes und Hyperglykämie (Kennedy) 374 (R 1610).

— Heilstättenbehandlung (Fischer) 432 (C).

— Gesundheitsfürsorge und Heilstättenbehandlung (Lyon) 268 (C).

— und Chirurgie (Slosse Jean und van den Branden) 480 (R 2097).

— und Hypertension (Kramer) 452 (R 1974b).

— und Hyperthyreoidismus (John) 451 (R 1974).

— (Joslin und Lahey) 452 (R 1974a).

— und Mundkrankheiten (Weicksel) 333 (R 1419).

— und Parodontose (Dimitrowa) 334 (R 1420).

— Pathogenese und Proteinausnutzung (Porter) 233 (C).

— und Schwangerschaft (Holzbach) 313 (C).

— und Trauma (Kaufmann) 312 (C).

— bei Zwillingen (Bunce) 451 (R 1972).

Diabetesähnliche Kurven (Santos) 399 (C).

Diabetiker, Glukose und Lävulose (Malamud) 315 (C).

— Wasserhaushalt (Wiechmann und Liang) 414 (R 1791).

Diabetische Azidose (Elmer und Scheps) 247 (R 1030).

— (Smith) 436 (C).

Diabetisches Koma, Blutzuckerbestimmung (Bayer und Neale) 232 (C).

Diabetes insipidus (Halpern) 316 (C).

— insipidus, Hypophysenpräparate in der Behandlung der — (Barath und Borbely) 432 (C).

— insipidus, Polyurie im Verlauf der — (Labbé u. a.) 233 (C).

— insipidus, psychisch bedingter — (Silbermann) 383 (R 1675).

— renaler (Kempmann und Bröcker) 414 (R 1792).

Dial (Bauer) 352 (C).

Diaphragma, angeborene Hernie (Giangiobbe) 437 (C).

— Hernie, Klinik und Pathogenese (Adamy) 267 (C).

— Hernie, Operation (Kerschner) 352 (C).

— Hiatus oesophageus (Joannides) 435 (C).

— Lähmung bei gleichzeitig bestehendem Pneumothorax (Vadone) 437 (C).

Diaphragmagebiet, Semiologie (Barlaro) 316 (C).

Diaphysenfrakturen, Röntgenaufnahme (Bager) 231 (C).

Diarrhöe, chronische — der Erwachsenen (Bensaude) 356 (C).

Diastase s. a. Amylase.

Diastole des Herzens, Beeinflussung durch Ermüdung (Eismayer und Quincke) 431 (C).

Diät s. a. Ernährung.

Diathermie (Nagelschmidt) 314 (C).

— (Waddington) 314 (C).

— Behandlung der Pneumonie (Stewart) 244 (R 1012).

— Kopfelektroden (Haller) 268 (C).

— bei der Gonorrhöbehandlung (Pediconi) 282 (R 1152).

— bei der Gonorrhö der Frau (Kolischer) 487 (R 2147).

— Operation mit chirurgischer (Ward) 232 (C).

Diathermotherapie bei rechtsseitiger Perikolitis (Gaston-Durand) 273 (C).

Diathese, Behandlung der exsudativen (Vas) 498 (R 2230).

— Theorie der exsudativen (Stolte) 269 (C).

— hämorrhagische (Ricci) 234 (C).

Diätküchen in Krankenhäusern (v. Noorden) 432 (C).

Diätversorgung auf See (Berger und Minning) 395 (C).

Dickdarm, Brüche (Perpina) 396 (C).

— Carcinom, Operation (Sistrunk) 397 (C).

— Divertikel (Laber) 311 (C).

— Erkrankungen (Moore) 271 (C).

— Röntgenuntersuchung des Schleimhautreliefs (Berg) 311 (C).

Diemictylos viridescens rafinesque (Matheson und Hinman) 397 (C).

- Dienstbeschädigung für Gehirneinfaltung abgelehnt (v. Schnizer) 312 (C).
 — für Hochdruck und Aderverkalkung angenommen (v. Schnizer) 268 (C).
 — Nierenentzündung abgelehnt (v. Schnizer) 268 (C).
 — für Magencarcinom angenommen (v. Schnitzer) 352 (C).
 Digestion s. a. Verdauung.
 Digitalis, Ausscheidung (Gold und de Graff) 398 (C).
 — Dosierung (Brömer und Blumgart) 436 (C).
 — und Kalzium (Billigheimer) 500 (R 2246).
 Digitalisblätter (Behrens) 351 (C).
 Dilaudid (Simenauer und Pulfer) 267 (C).
 Dimethylsulfat (Strothmann) 395 (C).
 Dionin (Joel) 229 (C).
 — (Winternitz) 431 (C).
 Diphtherie (Kiss) 489 (R 2169).
 — Anatoxin, aktive Immunisierung (Tetz und Hilmann) 449 (R 1959).
 — Bazillen im Blut (Elkeles) 474 (C).
 — Bazillen, Ueberempfindlichkeit gegen (Neill u. a.) 398 (C).
 — Bazillen, Ueberempfindlichkeit gegen (Neill und Fleming) 477 (C).
 — Bazillenträger (Nohl) 313 (C).
 — Bazillenträger (Kollmann) 326 (R 1371).
 — Bazillenträger, Höhensonnenbehandlung von — (Petit) 354 (C).
 — Immunisierung (Blasi) 412 (R 1771).
 — Immunisierung (Opitz und Bayer) 449 (R 1958).
 Diphtherie, aktive Immunisierung (Opitz) 352 (C).
 — aktive Immunisierung (May) 370 (R 1578).
 — aktive Immunisierung (Valentin) 395 (C).
 — Immunisierungsversuche (Opitz und Bayer) 432 (C).
 — Immunität bei den Eskimos (Bay Schmidt) 476 (C).
 — Prophylaxe auf dem Lande (Paisan) 449 (R 1961).
 — Prophylaxe in Frankreich (Ramon) 271 (C).
 — Schutzimpfung (Möller) 490 (R 2171).
 — aktive Schutzimpfung (Reiche) 489 (R 2170).
 — Schutzimpfung und Bazillenträger (Koslowsky) 266 (O).
 — Schutzimpfung mit der Löwensteinischen Toxoidsalbe (Löwy) 270 (C).
 — Toxingiftigkeit (Locke und Main) 232 (C).
 — Toxinwirkung (König und Gutácsy) 449 (R 1960).
 — vegetative Störungen (Wlassowa) 316 (R 1297).
 — und Angina Plaut-Vincenti (Bauer) 353 (C).
 Diphtherieserum, Dosierung (Otto u. a.) 369 (R 1577).
 Diplegia facialis (Currier) 465 (R 2057).
 Ditonal (Düker) 268 (C).
 Divertikel im Duodenum (Jurel) 271 (C).
 Doppelröhrenstativ (Nölke) 311 (C).
 Dorsalpunktion syringomyelitischer Höhlen (Iri Vitek) 233 (C).
 Dosierungsfehler (Hase u. a.) 433 (C).
 Dosismesser Mekapion (Strauss) 313 (C).
 Douglasspunktion (v. Konrad) 276 (R 1117).
 Drahtextensionen, Handbohrer für — (Steiner) 396 (C).
 Drainageröllchen (Edelmann) 476 (C).
 Dreifelder-Epilationmethode (Liebersohn) 269 (C).
 Drüsen, endokrine s. endokrine Drüsen.
 Ductus choledochus, Durchschneidung (Konjetzny) 476 (C).
 — thyreoglossus, Röntgenbild (Schweizer) 312 (C).
 Dünndarm s. a. Darm.
 — Divertikel (Regnier) 311 (C).
 Dünndarmfistel, Resektion temporärer — (Kunz) 396 (C).
 — Dickdarmfistel (Robertson) 272 (C).
 Duodenale Regurgitation (Jarno) 431 (C).
 Duodenalspülungen bei Choledochusfistel (Oden) 310 (C).
 Duodenum (Fahr) 474 (C).
 — Fistel, Behandlung (Potter) 441 (R 1897).
 — Perforation (Gibson) 271 (C).
 — Röntgendiagnostik (Eisler) 468 (R 2072).
 — Ruptur der Pars retroperitonealis (Kantor) 352 (C).
 — Tumoren (Golden) 271 (C).
 — Ulcus, Diagnostik (Kogan-Jasny) 479 (C).
 — Ulcus Perforation (Sokolow) 288 (R 1190).
 — Ulcus, perforiertes (Wolff) 288 (R 1189).
 Dupuytren'sche Kontraktur (Clifford) 465 (R 2058).
 Dura, osteoplastisches Endotheliom (Cordes) 433 (C).
 Durahernien der Pia-Arachnoidea (Pearson) 313 (C).
 Durchleuchtung s. a. Röntgenuntersuchung.
 — bei durch Rotlicht erhelltem Raum (Schneider) 300 (R 1282).
 Dysakusis (Koyanagi) 401 (R 1693).
 Dysbasia lordotica progressiva (Gareiso) 333 (R 1417).
 Dysenterie s. a. Ruhr.
 — Diagnostik (Hoder) 275 (R 1107).
 Dysenterieformes Syndrom (Wolffenbuettel) 370 (R 1583).
 Dysenterietoxin (Suzaki) 233 (C).
 Dysmenorrhöe (Joachimovits) 483 (R 2118).
 — Behandlung (Liepmann) 312 (C).
 — Ursache und Behandlung (Novak und Harnik) 360 (R 1507).
 Dysphagin (Rosenbaum) 281 (R 1145).
 Dyspraxie und Agraphie (Liepmann) 297 (R 1260).
 Dystonia muscularis deformans (Gareiso) 333 (R 1417).
 Dystrophia adiposogenitalis s. a. Fettsucht, Hypophyse.
 — musculorum progressiva (Holterdorf) 474 (C).
 — musculorum progressiva, Erbgang (Weitz) 229 (C).
 Echinokokkeninfektion des weiblichen Beckens (Maluschew) 396 (C).
 — krankheiten (Stengel) 476 (C).
 Echinokokkenurie (Menschikow) 437 (C).
 Echinokokkus der Gland. sublingualis (Tokarenko) 437 (C).
 — multilocularis in der Sternumgegend (Genning) 437 (C).
 Ectopia lentiscongenita (Crebbin) 397 (C).
 Eheberatung (Korach) 257 (R 1089).
 — (Lewinsohn) 298 (R 1273).
 — (Hirsch) 299 (R 1274).
 Ehe- und Sexualberatung (Fetscher) 475 (C).
 Ehescheidungen (Ernst) 509 (R 2294).
 Eidetische Anlage (Liefmann) 396 (C).
 Eidotter, Nährwert von rohem und gekochtem — (Scheunert und Wagner) 394 (C).
 Eiereiweiß, Proteine (Hektoen und Cole) 398 (C).
 Eierstock s. Ovarium.
 Eigenbluttransfusion s. Blutinfusion.
 Eileiter s. Tube.
 Einheitsschiene der Klinik Eiselsberg (Demel und Kurz) 396 (C).
 Eisen, aktives (Petow und Kosterlitz) 432 (C).
 — im Hirn bei progressiver Paralyse (Lasarew) 297 (R 1263).
 Eiterungen, Schnitte und Drainage (Klapp) 404 (R 1715).
 Eiweiß, quantitative Bestimmung (Spanier) 448 (R 1950).
 — Strahlenreaktion (Schwerin) 312 (C).
 Eiweißkörper, Kolloidchemie (Pauli) 474 (C).
 Eizellen, abgestorbene auf der Ovarialoberfläche (Hinselmann) 313 (C).
 Eklampsie (Kunz) 230 (C).
 — (Wetterdal) 363 (R 1525).
 — (Rushmore) 398 (C).
 — Behandlung (Engelmann) 231 (C).
 — Gefäßstörungen bei puerperaler — (v. Braunmühl) 434 (C).
 — Leberläsion (Dieckmann) 484 (R 2121).
 — und Präeklampsie (Klaften) 277 (R 1121).
 — Verhütung (Baumgart) 313 (C).
 — Wasserstoffionenkonzentration des Liquor (Schpoljansky) 351 (C).
 Eklampische Krämpfe (Schpoljansky und Danzig) 363 (R 1526).
 — Toxämie (Le Doux) 363 (R 1528).
 Eklampischer Anfall, Schwankungen des Blutzuckers vor und nach einem (Laferty, Nark und Sweeny) 363 (R 1527).
 Ektopia cordis (Stiemens) 271 (C).
 Ektropium (Mc Kellar) 271 (C).
 Ekzem s. a. Diathese, exsudative.
 — Behandlung (Schwarz) 432 (C).
 — interne Behandlung (Bruck) 239 (R 971).
 — Behandlung des kindlichen — (Varidit) 272 (C).
 — chronisches (Memmesheimer) 228 (C).
 — Reaktionen (Jausion und Cot) 239 (R 970).
 — Ultraviolettbehandlung des kindlichen (Huldschinsky) 253 (R 1062).

- Elazindegeneration der Haut (Herzheimer) 228 (C).
- Elektrische Gleichstrombehandlung in der Chirurgie (Heusser) 312 (C).
- Elektrischer Hirntod (Vollmer) 284 (R 1164).
- Elektrizität, Tod durch — (Kölliker) 474 (C).
- Elektrochirurgie bei Carcinombehandlung (Taylor) 272 (C).
- Elektrokardiogramm s. a. Kardiogramm.
- T-Zacken (Bjerlöw) 434 (C).
- von isolierten Streifen der Kammermuskulatur (Taufig) 232 (C).
- bei Toxikose (Vasile) 273 (C).
- Elektrokardiographie (Sternmann und Goldstein) 479 (C).
- Elektrokardiographische Beobachtungen bei Coma diabeticum (Taterka) 247 (R 1028).
- Elektrosmose (Ornstein) 270 (C).
- (Barail) 432 (C).
- Elektrostatik in der Biologie (Umrath) 311 (C).
- Elektrotechnik (Godman) 272 (C).
- Ellbogengelenk, schlecht vereinigte Frakturen (Campbell) 436 (C).
- Embolektomie (Nordentoft) 271 (C).
- Embolie, paradoxe (Staemmler) 353 (C).
- postoperative (Schnitzler) 359 (R 1498).
- Embryonalextrakte, Wirkung auf das kardiovaskuläre System (Rasoumov) 397 (C).
- Empysem (Clement) 234 (C).
- Aetiologie (Besançon) 356 (C).
- als Komplikation von Bronchopneumonie und Pertussis (Unger) 394 (C).
- Empyem s. a. Pleuritis.
- Bettman und Crohn) 397 (C).
- Behandlung (Plate) 431 (C).
- Empyeme, interlobäre (Weinberger) 475 (C).
- Encephalitis epidemica (Miesbach) 379 (R 1645).
- epidemica (Derjabin) 437 (C).
- epidemica, Charakterveränderungen (Engerth und Hoff) 267 (C).
- epidemica, Psychosen bei — (Nebst) 270 (C).
- epidemica und Kriegsdienstbeschädigung (Romberg und Bremer) 463 (R 2048).
- interstitialis congenita Virchow (Berkholz) 291 (R 1214).
- kindliche (v. Bernuth) 256 (R 1085).
- lethargica (Economo) 354 (C).
- profunda progrediens (Demmer) 353 (C).
- Psychose bei kortikaler (Schilder) 270 (C).
- mit Reizerscheinungen von seiten des Temporal- und Okzipitallappens (Monrad-Krohn) 507 (R 2282).
- respiratorische Folgen (Wolff und Lennox) 507 (R 2281).
- post vaccinationem (Walenta) 296 (R 1255).
- Endokarditis s. a. Herz.
- Endokarditis, akute maligne (Siloa u. a.) 273 (C).
- lenta (Saxel) 352 (C).
- lenta (Soupault u. a.) 398 (C).
- Endokarditis lenta im Kindesalter (Nedermann) 354 (C).
- rheumatische (Raven) 272 (C).
- septische (Udintzow) 437 (C).
- Behandlung der septischen (Proskowski) 400 (C).
- bakterielle bei Kindern (Lawson und Palmer) 233 (C).
- bakterielle, Transfusion von immunisierten Spendern (Kurtz und White) 398 (C).
- der Trikuspidalis (Pinchin u. Morlock) 232 (C).
- Endokrine Drüsen und Verjüngungsmethoden (Niehaus) 312 (C).
- Erkrankungen, Arbeitsstoffwechsel und Kreislauf (Bansi) 351 (C).
- Physionomik (Riese) 268 (C).
- Störungen im Kindesalter (Neurath) 475 (C).
- Endometriosis (Schochet) 407 (R 1733).
- einer Bauchnarbe nach Kaiserschnitt (Williams) 355 (C).
- Endometritis, tuberkulöse (Reinhart und Moore) 314 (C).
- Endometrium des Douglas (Mattina) 406 (R 1731).
- Endoskopie (Langer) 447 (R 1945).
- perorale (Negus) 232 (C).
- Endothel, Trombose u. Embolie (Fischer-Wasels u. Tannenberg) 431 (C).
- Endotheliome der Mundhöhle (Falta) 270 (C).
- Energieumsatz s. Stoffwechsel.
- Entbindungslähmung (Drehmann) 365 (R 1545).
- Enteritis, akute (Silberstern) 352 (C).
- Enteritisgruppe (Gilbert und Coleman) 314 (C).
- Enteroanastomose bei Invaginationen (Schmidt) 396 (C).
- Enterokokken (Dimtza) 269 (C).
- Enterokolitis, tuberkulöse (Smithies u. a.) 397 (C).
- Entfettungskuren (Grafe) 375 (R 1615).
- Entropie, narbige (Petres) 401 (R 1690).
- Entwicklung s. a. Wachstum.
- Entwicklungsgeschichte des Menschen (Weissenberg) 301 (B).
- Entwicklungsmechanik (Weill) 353 (C).
- Entwicklungsstudien an Säuglingen und Kleinkindern (Wurzinger) 432 (C).
- Entzündungsleukozyten (Fischer-Wasels) 311 (C).
- Enuresis nocturna (Freund) 270 (C).
- nocturna (Cutter) 411 (R 1767).
- Enzym s. Ferment.
- Enzymotherapie bei Ernährungsstörungen des Säuglings (Mauro) 234 (C).
- Eosin, photodynamische Wirkung (Pessoa) 273 (C).
- Eosinophile Leukämie (Hay und Evans) 355 (C).
- Eosinophilie bei Heufieber (Sternberg) 435 (C).
- Ephedrin (Kreitmaier) 431 (C).
- (Berger u. Bogdanovic) 460 (R 2025).
- Ephedrin (Miller und Pineß) 271 (C).
- Wirkung auf die Blutgefäße (Timofejewski) 437 (C).
- Ephetonin (Holzbach) 460 (R 2024).
- Behandlung der Adams-Stokesschen Krankheit (Parade und Voit) 287 (R 1183).
- Ephetonin, Wirkungen auf Magen und Darm (Fränkel) 294 (R 1235).
- Epidemie, Entstehung und Vergleich (Foerster) 326 (R 1369).
- Epidemiologische Forschung (Neufeld) 230 (C).
- Epididymitis, Behandlung der akuten gonorrhöischen — (Stone) 241 (R 985).
- Epiglottis Carcinom (Reuter) 239 (R 969).
- Epilation, Röntgenstrahlenempfindlichkeit (Holthusen) 300 (R 1286).
- Epilepsie (Picard) 234 (C).
- Brahm) 296 (R 1254).
- Behandlung mit Gehirnemulsionen (Stawrowskaja) 424 (R 1862).
- partielle (Russetzki) 506 (R 2278).
- Statistik (Guttmann) 339 (R 1452).
- traumatische nach Projektilverletzung (Vivaldo) 316 (C).
- Epileptiker, Psyche (Iljin) 464 (R 2051).
- Epileptischer Anfalls- und Ausnahmezustand (Ruffin) 229 (C).
- Epinephrektomie (Monauni) 351 (C).
- Epinephrin (Dragstedt) 271 (C).
- Epiphyse s. Zirbeldrüse.
- Epiphysenlösung am oberen Femurende (Badgley) 436 (C).
- Epiphysentumoren (Liebert) 341 (R 1468).
- Episiotomie (Blevins) 355 (C).
- (Michael) 355 (C).
- Epitheliom des Corpus uteri (Delbet) 356 (C).
- der Haut (Juon) 228 (C).
- der Haut nach Diathermiebehandlung (Hecht) 367 (R 1558).
- der Wange (Juon) 228 (C).
- Epithelkörperchen (Beznák) 400 (C).
- Erbbiologische Gesichtsbetrachtung (Luxenburger) 354 (C).
- Erbforschung (Caylor) 314 (C).
- Erblichkeit s. a. Vererbung.
- Kasuistik (Marcuse) 473 (C).
- Erbrechen, ketonämisches und Insulinbehandlung (Schiff) 269 (C).
- periodisches der Kinder (Spindler) 316 (C).
- Ergänzungstoffe s. Vitamin.
- Ergosterin, bestrahltes (Tarret) 233 (C).
- bestrahltes (Adam) 313 (C).
- bestrahltes (Heubner) 352 (C).
- bestrahltes (György) 498 (R 2232).
- bestrahltes bei florider Rachitis (Sobeland Claman) 498 (R 2231).
- Ergosterinperoxyd (Heubner und Holtz) 395 (C).
- Ergosterol, bestrahltes gegen Parkinson (Fising) 335 (R 1429).
- Ergotamin, Einfluß auf die Blutzuckerkonzentration (Rigó und Veszelszky) 229 (C).
- Wirkung auf die Salivation (Dimikiew und Chwoles) 356 (C).
- Erkältung, Schutzimpfung gegen (Kolmer) 477 (C).
- Ermüdung und Erholung (Betke) 505 (R 2271).
- Ernährung und Wachstum (Reiter) 352 (C).
- Ernährungsführer (Vogel) 302 (B).
- Ernährungsstörungen bei Säuglingen (Maier) 431 (C).
- im Säuglingsalter (Wagner) 475 (C).
- Erregbarkeitsmessung s. Chronaxie.

- Erstgeburt, Prognose aus der Muttermundsform (Scherback) 397 (C).
 Erysipel Behandlung (Lappau) 254 (R 1072).
 Erythema exsudativum multiforme (Schkolnik) 400 (C).
 — perstans 229 (C).
 Erythrämie, Behandlung (Lichtwitz und Francke) 246 (R 1022).
 Erythrocytosis crurum (Moeller) 456 (R 2003).
 — crurum, kapillarmikroskopische Befunde bei — (Nielsen) 230 (C).
 Erythrodermia desquamativa (Leiner) 268 (C).
 Erythromelalgie, chirurgische Behandlung (Saito) 481 (R 2104).
 Erythrozytosis crurum puellaris (Rosenthal) 400 (C).
 Erythrozyten s. a. Blutkörperchen.
 — Ellipsenform (Günther) 229 (C).
 — Isolierung der gruppenspezifischen Antigene (Hallauer) 312 (C).
 Erythrozytosenkung (v. Klobusitzsky) 432 (C).
 Erythrozyturie minima und Blutbild bei Barlowscher Krankheit (Dazzi) 291 (R 1215).
 Eserin s. Phosphostigmin.
 Eventrationen, postoperative (Dewit) 403 (R 1705).
 Eviszeration, spontan-postoperative (Monod und Kiraly) 398 (C).
 Exenzephalie, Knochenmißbildungen (Stoboziano u. a.) 478 (C).
 Exhepa (Christoffensen) 314 (C).
 Exostosen am Kalkaneus (King Wade) 241 (R 984).
 Exophthalmus, pulsierender (König) 438 (R 1881).
 Extensionszange zur Frakturbehandlung (Dusche) 396 (C).
 Extractum rathaniae in der Dermatologie (Mibelli) 478 (C).
 Extramedullärer Tumor (Harbitz und Lossius) 313 (C).
 Extrapiramidale Symptomenkomplexe (Schaltenbrand) 466 (R 2058c).
 Extrasystole, supraventrikuläre (Gönczy und Györgyi) 273 (C).
 Extremitäten Jugendlicher, Spontangangrän (Becker) 353 (C).
 — Verlängerung bei der Knochen- und Gelenktuberkulose (Fregubow) 475 (C).
 Facil (Philipsen) 434 (C).
 Fadenpilze, Färbung (Unna jr.) 229 (C).
 Fahweussche Reaktion (Raith) 396 (C).
 Familienerziehung und Anstaltserziehung (Hamburger) 333 (R 1418).
 Farbensehen der anomalen Trichomoten (Engelking) 267 (C).
 Favismus (Borusso) 273 (C).
 Fazialislähmungen (Rosenheck) 477 (C).
 Fazialislähmung, Mundwinkelhebung (Blume und Scholz) 310 (C).
 Fazialisparalyse, epidemische (Herzog) 506 (R 2277).
 Febris undulans (Johnsson) 352 (C).
 — undulans (Löffler) 433 (C).
 — undulans (Kampmeier) 476 (C).
 Fehldiagnosen und Fehlbehandlung auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten (Kuttner) 301 (B).
 Fehlhaltungen (Spitzzy) 229 (C).
 Feldwasserfieber (Kuschelewski) 412 (R 1777).
 Femurende, Fraktur des unteren (Delbet) 398 (C).
 Femurköpfe (Lange) 475 (C).
 Fermente (Fernández) 399 (C).
 Ferronovin (Dingmann) 292 (R 1225).
 Ferse, Schuhgeschwulst (Saxl) 482 (R 2108).
 Fettesbolien des großen Kreislaufes (Oppenheimer) 230 (C).
 Fettlösliches Vitamin s. Vitamin A.
 Fettspeicherung im Duodenalsaft (Schmidt-Ott und Stauder) 351 (C).
 Fettstoffwechsel (Depisch und Hasenöhl) 286 (R 1178).
 — Hypophysen-Zwischenhirnsystem (Raab) 270 (C).
 Fettsucht s. a. Adipositas, Dercumsche Krankheit und Dystrophia adiposogenitalis.
 — (Elsom) 232 (C).
 — chemische Wärmeregulation (Mark) 229 (C).
 Fibromatose (Konjetzny) 403 (R 1709).
 Fieber s. a. Körpertemperatur.
 Fieber, intermittierendes und Schüttelfröste (Kleinschmidt) 291 (R 1217).
 Fieberzustände, chronische (Jahn) 289 (R 1197).
 Fibroadenomatose in Laparotomienarben (Legerlotz) 313 (C).
 Fibrom, Fibromyom s. a. Myom.
 — der Tube (Hochloff) 434 (C).
 Fibroma ovarii adenocysticum (Richter) 475 (C).
 Fibromyome im Puerperium (Bublitschenko) 406 (R 1730).
 Fibrose des Harnblasenhalses (Herbst) 314 (C).
 Fibrosarkoma ovarii (Rosenstein) 313 (C).
 Finger, Beugetonus (Levinger) 295 (R 1246).
 — modifizierte Inzisionen (Iselin) 315 (C).
 — Verletzungen (Grünwald) 349 (O).
 Fingerbrüche (Schlack und Ibar) 273 (C).
 Fischbandwurm in Minnesota (Ward) 436 (C).
 Fistula auris, Vererbung (Schüller) 230 (C).
 Fleckfieber Epidemie (Decourt) 412 (R 1775).
 — bei Kindern (Koltypin) 229 (C).
 Flecktyphus Encephalitis (Grodzki) 491 (R 2181).
 Fleischnahrung als Ursache von Organkrankheiten (Hindhede) 448 (R 1954).
 Flexura duodenojejunalis, Kompression durch Drüsen (Orth) 396.
 Fliegen in der Uebertragung von Eingeweidewürmereiern (Bogojawlenski u. a.) 448 (R 1955).
 Fliegenlarven, parasitische (Martini) 351 (C).
 Flieger, Berufseignungsprüfung (Fradkin) 315 (C).
 Fließsche Periodenlehre (Aebly) 512 (B).
 Flimmerepithelzysten, intrathorakale (Ehlers) 267 (C).
 Flokulationsdiagnostik im Serum und Blut (Pruneli) 272 (C).
 Fluor-Behandlung (Röttger) 474 (C).
 — Behandlung (Lippert) 488 (R 2160).
 Fluor albus, Behandlung mit Milchsäuremischung (Kisemeyer) 271 (C).
 — Curanda Behandlung (Dobbertin) 476 (C).
 Fluorkachexie, Resistenzabnahme der Knochen (Christiani) 269 (C).
 Foetus s. a. Embryo.
 — Einfluß von Röntgenstrahlen und Radium (Toombs) 512 (R 2314).
 — Verdauungsenzyme (Keene u. Hewer) 477 (C).
 Fokale Infektion (Adloff) 310 (C).
 Follikel- und Luteinzysten (Docimo) 423 (R 1855).
 Fontanellen, offene embryonale (Bokay) 268 (C).
 Formdeutversuch, Rohrschachscher (Müller) 342 (R 1474).
 Fox-Fordyce'sche Krankheit (Uchin) 400 (C).
 Frauenkunde, Geschichte (Liepmann) 434 (C).
 — für die Sozialversicherungen (Selleheim) 434 (C).
 Frauenmilch s. a. Milch, Frauen —.
 Freiluftbehandlung unterernährter Kinder (Miller) 477 (C).
 Fremdkörper, übersehene (Esau) 396 (C).
 — Chirurgie (Birt) 396 (C).
 Frostscheiden (Dittrich) 240 (R 974).
 — Langer 367 (R 1556).
 Fruchtabtreibung s. Abort, krimineller.
 Frühgeborene, Bewegungsstudien (Eckstein und Paffrath) 313 (C).
 — (Steinforth) 291 (R 1212).
 — Aufzucht (Hottinger) 386 (B).
 — Anstaltspflege (Korthauer) 270 (C).
 — Aufzucht (Peiper) 310 (C).
 — Entwicklung (Zimmermann) 417 (R 1812).
 Frühgeburtenbewegung (Schneider) 279 (R 1136).
 Frühfiltrat im Beginn der Lungentuberkulose (Dorendorf) 250 (R 1046).
 — Beziehungen zur Phthiseogene (Baden) 457 (R 2006).
 Führungsgastroskop, visuelles (Sternberg) 312 (C).
 Furunkel, Behandlung durch Fächerschnitt (Thilenius) 473 (C).
 Furunkulose, Hyperglykämie bei rezidivierender — (Binet) 478 (C).
 Fuß, Beschwerden und Einlagen (Gocht) 474 (C).
 — dorsoplantare Röntgenaufnahmen (Nußbaum) 433 (C).
 Füße, statische Deformationen (Balakirew) 482 (R 2107).
 Fußgelenk, osteoplastische Freilegung (König) 351 (C).
 Fußknochen, Variationen (Bullitt) 435 (C).
 Galaktose, Stoffwechsel (Rowe und Guinness) 407 (R 1734).
 Galle, drainagelose Chirurgie (Pribram) 396 (C).
 Gallenblase (Pillmore) 468 (R 2073).
 — subseröse Ausschälung (Mortimer) 435 (C).
 — cholezystographische Motilitätsprüfung (Bronner) 342 (R 1480).
 — Entwicklungsfehler (Büdinger) 475 (C).
 — Erkrankungen (Mayer) 233 (C).
 — Erkrankungen (Deaver) 328 (R 1387).

- Gallenblase, Erkrankung (Ritchie und Rabinowitsch 435 (C)).
 — Erkrankung, Dyspepsie als Folge (Dowling) 435 (C).
 — gefaltete (Bárony) 495 (R 2207).
 — Operation (Marks) 402 (R 1700).
 — überzählige (Wolfson) 435 (C).
 — in der Schwangerschaft und dem Puerperium (Naegeli) 322 (R 1340).
 Gallenblasenboden, *Formatio diverticuli artificialis duodeni* aus dem — (Korchow) 396 (C).
 Gallenfarbstoff s. a. Bilirubin.
 Gallenfisteln, Feststellung durch Lipojodol (Caeiro) 478 (C).
 Gallengänge, Atresie und Stenose (Ladd) 271 (C).
 Gallensäure beim Ikterus (Katayama) 272 (R 1027).
 Gallensäureprobe nach Matthew Hay (Ebstein) 434 (C).
 Gallensteine s. a. Cholelithiasis.
 — (Trias Pujol) 234 (C).
 — (Stuckert) 399 (C).
 — konservative Behandlung (Blond) 288 (R 1192).
 — Operation (Michelsohn) 311 (C).
 — Schmerzrezidive nach Operationen (v. Aldor) 474 (C).
 — Spontanerspringen (Hammesfahr) 396 (C).
 — typhöses Fieber (Dickinson) 435 (C).
 — im Zystikusstumpf (Walzberg) 312 (C).
 Gallensteinkrankheit im Kindesalter (Bakin) 437 (C).
 Gallensteinleiden, konservative und chirurgische Behandlung (Löwenberg u. a.) 455 (R 1992).
 Gallenwege, Infektion (Johnson) 232 (C).
 — Parasitose (Smithies) 476 (C).
 Gallenwegserkrankungen, Magnesiumsulfatbehandlung (Junker) 328 (R 1388).
 Galvanische Erregbarkeit (Golante-Ratner und Manoukhine) 355 (C).
 Galvanischer Strom (Kaufmann) 310 (C).
 Gammastrahlen, Messung (Keffler und Sluys) 433 (C).
 — des Kaliums (Salmony) 312 (C).
 Ganglion cervicale superior, Ablatio (Leriche und Fontaine) 233 (C).
 — des Handgelenks (Hartmann) 272 (C).
 Gangrän, symmetrische bei Infektionskrankheiten (Esau) 396 (C).
 — trockene juvenile (Oddone) 399 (C).
 — des Vorderarmes bei einem Neugeborenen (Fischer) 365 (R 1546).
 Gasbrand, Infektion (Schley) 474 (C).
 Gasstoffwechsel (Jahn und Sturm) 337 (R 1440).
 — als Maß der körperlichen Leistungsfähigkeit (Herbst) 229 (C).
 Gaswechsel s. Stoffwechsel.
 Gase, Dosierung (Brückner) 394 (C).
 — flüchtige giftige (Zangger) 433 (C).
 Gasödeminfektion (Feßler) 359 (R 1496).
 Gastrische Ptose (Timbal) 248 (R 1034).
 Gastritis, chronische (Wanke) 311 (C).
 Gastroenterostomie (White und Jankelson) 236 (R 947).
 — (Perzowski) 479 (C).
 Gastro-duodenale Ulzera (de Carvalho) 328 (R 1386).
 Gastrojejunalgeschwüre (Camp) 314 (C).
 Gastrorrhagien im Verlauf der thrombophlebitischen Splenomegalie (Frugoni) 272 (C).
 Gastroskop, biegsamer (Collens u. Gray) 434 (C).
 Gastrostomie (Lubarsky) 396 (C).
 Gastro-Thorakoschisis (Mallebrein) 354 (C).
 Gauchersche Krankheit, Diagnostik und operative Behandlung (Mühsam) 440 (R 1893).
 Gaumensegel, künstliches (Sörup) 351 (C).
 Gebärmutter s. Uterus.
 Gebiß s. a. Zahn.
 — und Vererbung (Praeger) 473 (C).
 Geburt, Einleitung (Reis) 408 (R 1742).
 — Einleitung nach Stein (Widera) 231 (C).
 — intrakranielle Verletzungen (Ehrenfest) 436 (C).
 — Todesfälle bei Primiparis (de Kruif) 237 (R 958).
 — in Streckhaltung des Kindes (Kermauer) 278 (R 1127).
 Geburtenbewegung (Schneider) 279 (R 1136).
 Geburtshilfe (Sellheim) 434 (C).
 — operative (Mendenhall) 477 (C).
 — Neuorientierung in der — (Nevermann) 310 (C).
 — neue Wege (Martin und Spieckhoff) 408 (R 1740).
 — und Hirnschädigungen durch die Geburt (Jaschke) 278 (R 1126).
 — und Gynäkologie (Lietzenberg) 314 (C).
 Geburtshilfliche Neuordnung (Hirsch) 397 (C).
 Geburtsläsionen, intrakranielle (Naujoks) 378 (R 1638).
 Geburtstraumen, Störungen der psychischen Entwicklung bei Kindern (Schroeder) 436 (C).
 Geburtsverlauf bei Jugendlichen (Panek) 365 (R 1540).
 Gedächtnisstörungen (Pötl) 475 (C).
 Gefäß s. Blutgefäß.
 — periphere Erkrankungen (Allen und Smithwick) 271 (C).
 — Umstechung (Mermingos) 396 (C).
 Gefäßchirurgie (Haberland) 353 (C).
 Gefäßerkrankungen, periphere (Benda) 423 (R 1856).
 Geflügeltuberkulose der Haut (Urbach) 473 (C).
 Gefrierpunktniedrigung des mütterlichen und kindlichen Blutes (Füth und Wirz) 267 (C).
 Gehirn s. Hirn.
 Gehörgang s. a. Ohr.
 Gehörgängeiter, Pulsation (Oppikofer) 238 (R 966).
 Geistesranke, Schwangerschaftsunterbrechung, Heirat und Ehescheidung (Meyer) 310 (C).
 Geisteskrankheit s. a. Psychose.
 Geisteskrankheiten, Erbllichkeit (Lund) 463 (R 2046).
 — Zunahme (Wollenweber) 298 (R 1266).
 — Zunahme (Hinsen) 475 (C).
 — und Einleitung von Abortus (Douglas Singer) 435 (C).
 Gelbfieber, Aetiologie und Pathologie (Kuczynski) 229 (C).
 Gelbfieber, Klinik (Jungmann) 229 (C).
 — Verwendung insektentötender Mittel (Baretto) 478 (C).
 Gelenk-Syphilis (Achard) 233 (C).
 — Muskelmechanik (Fick) 476 (C).
 Gelenkerkrankungen, chronische (Dietrichs) 234 (C).
 — chronische (Umber) 474 (C).
 Gelenkgicht (Kress) 496 (R 2215).
 Gelenkgonorrhöe, funktionelle Behandlung (Hubmann) 442 (R 1898).
 Gelenkkörper, freie und Patellarluxation (Mendl) 396 (C).
 Gelenkrheumatismus (van Breeman) 338 (R 1450).
 — akuter der Kinder (Briz) 399 (C).
 — chronischer (Kroner) 298 (R 1271).
 — chronischer (Gruba) 437 (C).
 — tuberkulöser (Melchior) 230 (C).
 — typhöse Form des akuten — (Kramer) 271 (C).
 Gemeingefühle, körperliche (Kretschmar) 437 (C).
 Genickstarre s. a. Meningitis epidemica.
 — Epidemie (Wodarz) 244 (R 1008).
 Genital s. a. Geschlechts —.
 Genitalblutungen junger Mädchen (Kermauer) 354 (C).
 Genitale, Kontrastdarstellung des weiblichen — (Schultze) 311 (C).
 Genitalien, Funktionsstörungen der weiblichen — (Mansfeld) 356 (C).
 Genitalorgane, Gangrän der äußeren — (Bodin) 233 (C).
 Genitalprolaps bei älteren Frauen (Crousse) 233 (C).
 Gentianaviolettlösungen (Vandecaveye) 232 (C).
 Genu recurvatum congenitum (Obrawalde) 353 (C).
 Gerinnung s. Koagulation.
 Germanin bei multipler Sklerose (Homann) 500 (R 2247).
 Geruch, klinische Bedeutung (Janowski) 268 (C).
 Geruchssinn, Physiologie und Klinik (Hesse) 353 (C).
 Geschlechtsbestimmung, Manoilowsche Reaktion (Tschigarin) 421 (R 1842).
 Geschlechtsdrüsen, Deszensus (Forssner) 382 (R 1663).
 Geschlechtskrankheiten, Behandlung (Colman) 312 (C).
 — Bekämpfung (Buschke und Jacobsohn) 268 (C).
 — Frühdiagnostik (Mulzer) 353 (C).
 — unter den Insassen der Nachtsyle zu Charkow (Glasko u. a.) 234 (C).
 Geschlechtsreife, Einfluß der Ernährung (Neuweiler) 270 (C).
 Geschwulst s. a. Carcinom, Sarkom und einzelne Geschwülste, Tumor.
 Geschwülste, bösartige (Petzow) 400 (C).
 — Behandlung der bösartigen — (Beck) 387 (T).
 Geschwülste, Behandlung bösartiger — (Datnow) 353 (C).
 — Erkennung bösartiger — (Dengler) 270 (C).
 Geschwür s. a. Ulcus.
 — Alkalien in der Behandlung des peptischen (Bloch) 436 (C).

- Geschwür, postoperatives (Winkelsbauer) 433 (C).
- Gesicht, akute Infektionen (Speer) 272 (C).
- Gesichtsdiathermie (Fasal) 475 (C).
- Gesichtslage, hohe Kiellandzange (Mandelstamm) 313 (C).
- Gesichtsplastik (Venero-Rosselli) 318 (R 1312).
- Gesundheitsfürsorge (Gottstein) 475 (C).
- Gesundheitspflege, Zuständigkeit der Kommunalverwaltungen (v. Wedel städt) 476 (C).
- Gesundheitswesen, Reichsreform (Ascher) 475 (C).
- Gewebsalkalisierung, Beeinflussung örtlicher Entzündungsherde (Hauberisser) 335 (R 1428).
- Gewicht s. a. Körpergewicht.
- Gicht (Fitch) 315 (C).
- (Richter) 473 (C).
- Gifte, flüchtige (Zangger) 230 (C).
- (Hegglin) 254 (R 1073).
- Glandula pinealis s. Zirbeldrüse.
- Glasgewerbe, Temperaturschwankungen des Körpers bei Arbeitern (Landa) 369 (R 1576).
- Glaucoma capsulolenticulare (Rehsteiner) 316 (R 1300).
- Glaukom (Hamburger) 395 (C).
- (Abadie) 401 (R 1689).
- vorderer äußerer Lederhautabschnitt (Zirm) 311 (C).
- erblich juveniles (Werner) 397 (C).
- Glaukosan bei Glaukom (Castresana) 399 (C).
- Glia s. Neuroglia.
- Glykämie (Urta und Sanchez) 463 (R 2043).
- Reaktion bei einseitiger Ernährung im frühen Säuglingsalter (Styrikowitsch) 400 (C).
- und Insulin (Loewi) 380 (R 1654).
- Glykogenabbau in der Scheide (Schultze) 351 (C).
- Glykolyse im Blut (Donhoffer und Mittag) 310 (C).
- Glykolyse in den Carcinomzellen (Loiseleur) 422 (R 1851).
- Glykose s. a. Blutzucker, Glykämie, Zucker.
- Glykosurie während der Geburt (Schalit und Tuberowski) 437 (C).
- beim Neugeborenen (Jaroschka) 279 (R 1135).
- Glyzerinaldehyd und Carcinomzelle (Mendel) 268 (C).
- Gold s. a. Krysolgan, Sanocrysin.
- Goldpräparate (Heubner) 352 (C).
- Goldschädigungen (Knosp) 352 (C).
- Gonaden s. Geschlechtsdrüsen.
- Gonoflavin (Karrenberg) 268 (C).
- Gonokokken Arthritis (Vignes) 478 (C).
- Gonokokken, Immunisierung von Blut (Baschhizew) 446 (R 1929).
- Gonokokkus, Biologie (Cohn) 267 (C).
- Gonorrhoe, latente (Levy-Lenz) 312 (C).
- Abortivbehandlung (Marcel) 272 (C).
- Behandlung (Kissmeyer) 241 (R 986).
- Behandlung (Badrian) 432 (C).
- Behandlung berufstätiger Mädchen (Sprinz) 241 (R 988).
- Behandlung mit Acridinfarbstoffen (Langer und Dressler) 434 (C).
- Gonorrhoe, Behandlung, Diathermie bei der — (Pediconi) 282 (R 1152).
- weibliche (Valerio) 234 (C).
- der Frau, Behandlung der chronischen mit Lebendvaccine (Loeser) 282 (R 1153).
- Diagnostik der weiblichen (Kunewälder und Schwarz) 487 (R 2146).
- Feststellung der weiblichen (Tant) 398 (C).
- Rektal — bei Frauen (Schiftan) 368 (R 1563).
- Urethral — der Frau (Jacobsohn) 367 (R 1562).
- Kinder- (Sacharow) 438 (C).
- im Kindesalter (Haskin) 499 (R 2235).
- Hyperkeratosebildung bei — (Löhe und Rosenfeld) 446 (R 1928).
- Komplementfixationsreaktion (Zoon) 282 (R 1150).
- Komplementfixationsmethode (Scholz und Dörffel) 282 (R 1149).
- Komplimentbindung (Freudenthal u. a.) 324 (R 1335).
- Erkrankung der Nachbarorgane (Birnbäum und Voigt) 325 (R 1357).
- soziale Prophylaxe (Bebech und Dombay) 272 (C).
- Gonorrhoeische Bauchdecken-, Tuben-, Uterusfistel (Buschke und Curth) 229 (C).
- Bauchdecken-, Tuben-, Uterusfistel (Conrad) 393 (O).
- Konjunktivitis, Milchinjektionen (Brotherus) 476 (C).
- Komplikationen, Silberglukosidbehandlung (Pokorney) 352 (C).
- Salpingitiden, Plasmazellinfiltrate bei — (Joachimovits) 231 (C).
- Urethritis (Bohannon) 272 (C).
- Urethritis (Fränkel) 410 (R 1757).
- Urethritis mit Formalindämpfen (Stein) 368 (R 1565).
- Vaginitis (Iwanow) 282 (R 1151).
- Gonotoxinreaktion nach Herrold (Karyschewa und Ventei) 241 (R 983).
- Gonovitan (Wolff und Blut) 230 (C).
- (Cohn) 267 (C).
- (Frieboes) 433 (C).
- Granchersche Krankheit (Ruppauer) 312 (C).
- Granuloma annulare neben Lupus vulgaris (Myebrow) 367 (R 1557).
- Granulozyten, Einwirkung des Lichtes auf die neutrophilen (Wallgren) 476 (C).
- Graphologie, experimentelle (Saudek) 259 (B).
- Gravidität s. Schwangerschaft.
- Grenzring von Schwalbe (Fuchs) 270 (C).
- Grenzstrahlen (Rajewsky und Gabriel) 230 (C).
- (Gabriel) 310 (C).
- Dosierung (Küstner) 230 (C).
- Grippe (Möllers) 432 (C).
- (Wiesner) 475 (C).
- Aetiologie (Neisser) 351 (C).
- Aetiologie (Farreras) 437 (C).
- Aetiologie (Kisskalt) 473 (C).
- Behandlung (Febes) 312 (C).
- Blutbilder (Nipperdey) 450 (R 1964).
- Kreislaufbeobachtungen (Gottheil) 490 (R 2173).
- Grippe, morbilliforme Neugeborenen — (Rosenbaum) 419 (R 1830).
- Prophylaxe (Reuter) 230 (C).
- Prophylaxe (Schmidt) 267 (C).
- Rekonvaleszenz (von den Velden) 310 (C).
- Schutzimpfung (Meyer) 318 (R 1309).
- und Bettennot in Berlin (Korach) 312 (C).
- und Tuberkulose (Schwalm) 252 (R 1057).
- in Südafrika (Kriele) 268 (C).
- in Amerika und Europa (Möllers) 268 (C).
- Großhirn s. Hirn.
- Grundumsatz s. a. Stoffwechsel.
- Bestimmung (Borger) 354 (C).
- bei Hautkrankheiten (Ciambelotti) 356 (C).
- beim Säugling (Baer) 354 (C).
- im Kindesalter (v. Bokay) 229 (C).
- bei Struma in der Pubertätszeit (Eldh) 355 (C).
- und Gestation (Litzenberg und Carey) 484 (R 2122).
- Gruppenspezifische Beziehungen zwischen Mutter und Kind (Ohnesorge) 397 (C).
- Differenzierung der menschlichen Organe (Semzowa und Terechowa) 268 (C).
- Guajakoltinktur, jodisierte (Marberley) 294 (R 1236).
- Gummi, arabischer (Nakaschima) 474 (C).
- Guttadiaphot (Mohrmann und Blut) 310 (C).
- (Blumenthal und Saito) 446 (R 1934).
- (Schilling) 474 (C).
- Guttadiaphotprobe (Salén und Häggström) 317 (R 1305).
- Gymnastik, rhythmische (Rancken) 231 (C).
- Gynäkologie und Balneologie (Sellheim) 432 (C).
- Gynäkologische Blutungen (Abel) 353 (C).
- Tiefentherapie (Feldweg) 433 (C).
- Gynäkomastie nach Entwicklung eines linksseitigen Hodentumors (Heller) 267 (C).
- Haarausfall und Cholesterin (Krichel) 310 (C).
- Haardheim, Heilstätte (Klein) 269 (C).
- Haarkleid (Sokolowsky) 310 (C).
- Hahnmann, Pathologie (Stiegele) 279 (R 1137).
- Hals-Echinokokkus (Filatow) 437 (C).
- Hals, akute Infektionen (Speer) 272 (C).
- Hals-Reflexe, zentrale Mechanismus der tonischen — (Berstow) 437 (C).
- Halsmark, endomedulläres Lipom (Schmieden und Peiper) 441 (R 1894).
- Halsrippen (Reccius) 476 (C).
- Halswirbel, seitliche Röntgenaufnahme (Erdélyi) 299 (R 1279).
- Halswirbelsäule, Ostitis und Periostitis gummosa (Wulfsohn) 267 (C).
- Hallux valgus (Stracker) 475 (C).
- valgus (Bemken) 476 (C).
- valgus, Operation (Schanz) 476 (C).
- und Zehenoperationen mittels Ostetomiezeugen (Bär) 396 (C).

- Halluzinieren, optisches (Ewald) 230 (C).
 Hamburg, Registrierung der Wärmestrahlung (Georgi) 313 (C).
 Hammelblutkörperchen, Hämolysin und Hämoagglutin für — (Perry und Rhoda) 314 (C).
 Hämagglutination im Hühnerblut (Karschner) 232 (C).
 Haematocele retrouterina (Vertes) 362 (R 1518).
 Hämatoklasie (Girauld) 273 (C).
 Haematokolpos lateralis (Schmid) 353 (C).
 Hämatokritmethode (Sahli) 474 (C).
 Hämatom s. a. Blutung.
 — traumatisches subdurales (Biernond) 271 (C).
 Hämatologie (Lambin) 437 (C).
 Hämatomyelie (Chiray) 296 (R 1257).
 Hämatopoetisches System, Erkrankungen (Rolleston) 232 (C).
 Hämatoporphyrin, genuine (Bejul und Gelmann) 437 (C).
 Hämaturie s. a. Hämoglobinurie, Nierenblutung.
 Hämaturie bei Hydronephrose (Israel) 434 (C).
 Hämochromatose bei Pankreascarcinom (Crichtlow) 233 (C).
 Hämoglobin s. a. Methämoglobin.
 — (Chaskina-Munder) 234 (C).
 — Bildung (Whipple) 434 (C).
 Hämoglobinometer, photo-elektrisches (Sheard und Sanford) 436 (C).
 Hämogramm s. a. Blutbild.
 Hämo-klastische Krise bei Chloroformnarkose (Graziano) 273 (C).
 — Krise bei Syphilis (Mucci) 234 (C).
 Hämolysen s. a. Ambozeptor.
 — vermittelt Serum (Garcés und Palacios) 234 (C).
 — nach Transfusion (Boller) 371 (R 1592).
 Hämolysin für Hammelblutkörperchen (Hektoen und Perry) 314 (C).
 — in Pneumokokkenkulturbouillon (Sickles und Goffey) 272 (C).
 Hämoperitoneum nach Ruptur eines Graafchen Follikels (Petta) 356 (C).
 Hämphilie, temporäre (Siedentopf) 417 (R 1814).
 — und Gänseblut (Taegge) 474 (C).
 Hämmorrhagie s. a. Blutung.
 — (Shuman) 272 (C).
 — hämophile (Weil) 399 (C).
 Hämmorrhagien ex vacuo (Valerio) 356 (C).
 Hämmorrhagische Diathese (Ricci) 234 (C).
 — Diathese (Distler) 357 (C).
 — Erkrankungen (Little und Ayres) 272 (C).
 Hämmorrhoidaltumoren, Behandlung (Jensen) 476 (C).
 Hämmorrhoiden-Behandlung nach R. Bensaude (Machlin) 400 (C).
 Hämmorrhoiden, submuköse Injektionen mit Chinin-Urea (Howard) 232 (C).
 Hämosiderose der Lungen (Sylla) 394 (C).
 Hand, Hautaktinomykose (Galli-Valerio und Ribordy) 312 (C).
 Hände, Desinfektion (Süßbach) 276 (R 1114).
 Hände, Verletzungen (Grünwald) 349 (O).
 Handwurzelknochen chinesischer Kinder (Ubita und Hatai) 314 (C).
 Harmin bei Metencephalitis (Rustige) 501 (R 2253).
 Harn-Absonderung (Asher) 230 (C).
 — Eiweißgehalt nach Esbach (Schulten) 395 (C).
 — Entleerung (Redewilt) 397 (C).
 — Infektion (Schwarz) 311 (C).
 — Messung der Wasserstoffzahl (Mainzer) 230 (C).
 — Untersuchung auf Zucker (Morek) 230 (C).
 — Verhaltung, Pilokarpinschädigungen (Mayer) 237 (R 954).
 — Wasserstoffionkonzentration (Bohn) 309 (C).
 Harnapparat, Infektionen (Kelsted und Schit) 369 (R 1573).
 Harnbildung (Bujnewitsch) 448 (R 1949).
 Harnblase s. a. Cystitis.
 — Carcinom (Thomas) 272 (C).
 — Divertikel der basalen Teile (Bedrua) 396 (C).
 — Dysfunktion nach Prostataabszeß (Cumming) 436 (C).
 — suprapubische Fistel (Beer) 243 (R 1000).
 — suprapubische. Fistel (Praetorius) 396 (C).
 — Geschwüre (Meizlisch und Helfer) 400 (C).
 — chronische Geschwüre (Paschkis) 398 (C).
 — die lokale Infiltrationsanästhesie bei Operationen (Wischnewsky) 396 (C).
 — Komplikationen nach der Geburt (Prather) 365 (R 1544).
 — kongenitale Erweiterung d. fötalen — als Geburtshindernis (Goldberger) 396 (C).
 — Leukoplakie eines Divertikels (Steven) 435 (C).
 — Neoplasmen (Aschner) 397 (C).
 — Operation (Chetword) 411 (R 1764).
 — Ruptur (Hartung) 234 (C).
 — Ruptur, intraperitoneale (Wahlig) 474 (C).
 — Schleimdrüsen (Edelmann) 243 (R 1002).
 — Spätschädigung nach Radiumbehandlung (Rulle) 231 (C).
 — Steine, Behandlung (Ravich) 320 (R 1322).
 — Steinkrankheiten (Roegholt) 354 (C).
 — Topographie im Röntgenprofilbild (v. Schubert) 434 (C).
 — Tumoren (Hunt) 397 (C).
 — Tumoren, chirurgische Diathermie (Fleischmann) 314 (C).
 — Tumoren, endovesikale Diathermie (Galbraith) 510 (R 2306).
 — Ureterspasmus infolge von Blasenpapillom (Clarke) 272 (C).
 Harnblasenhals, Fibrose (Herbst) 314 (C).
 Harnblase-Scheidenfistel, operative Heilung (Zangemeister) 231 (C).
 — (Szendy) 270 (C).
 — Operation (Seifert) 477 (C).
 — zystoskopische Darstellung (Ottow) 231 (C).
 Harnleiter s. Ureter.
 Harnorgane, Erkrankungen bei Kindern (Thomas und Birds) 314 (C).
 Harnröhre s. Urethra.
 Harnsäure Ausscheidung und Harnreaktion (Goldberger) 268 (C).
 Harnsteine (Erikson) 315 (C).
 Harnstoff Toleranzprüfung als Nierenfunktionsprobe (Edward King) 231 (C).
 Harnverhaltung s. Anurie.
 Harnwege, infektiöse Erkrankungen der ableitenden — (Mettenheim) 269 (C).
 — Steinbildung (Kaiser) 231 (C).
 — Steinerkrankungen (Lampé) 474 (C).
 Harnzucker, quantitative Bestimmung (Citron) 448 (R 1951).
 Hautinfektionen in Kinderspitälern (Wagner) 313 (C).
 Haut, allergische Erkrankungen (Riehl jun.) 239 (R 972).
 — angeborene Atrophie (Antoine) 396 (C).
 — Autolyse (Monacelli) 228 (C).
 — funktionelle Diagnostik (v. Leszczyński und Blatt) 473 (C).
 — Elazin- und Kollazindegeneration (Herzheimer) 228 (C).
 — elektrische Felder (v. Wendt) 312 (C).
 — Epitheliome (Juon) 228 (C).
 — Esophylaxie (Memmesheimer) 312 (C).
 — Impfungen, Behandlung von Krankheiten (Hildebrand) 474 (C).
 — Krankheiten (Herzheimer und Hofmann) 302 (B).
 — Krankheiten, Behandlung (Colman) 312 (C).
 — Krankheiten, Mineralöle in der Behandlung (Martinotti) 478 (C).
 — Krankheiten, physikalische Behandlung (Fuhs) 354 (C).
 — Kreislaufveränderungen nach Bestrahlung (Haxthausen) 269 (C).
 — Pigmente (Vignes) 399 (C).
 — Pigmente (Szántó) 486 (R 2143).
 — Resorption der Fettstoffe (Wenna und Fey) 267 (C).
 — Stauungsbefunde im Gefäßabschnitt (Bettmann) 228 (C).
 — Strahlen-Wärmereaktion (Keller) 269 (C).
 — Tuberkulose (Fischl) 310 (C).
 — Tuberkulose (Levy) 310 (C).
 — Tuberkulose, Behandlung mit zimtsaurem Benzyläther (Lucas) 410 (R 1756).
 — Tuberkulose, Ernährungsbehandlung (Bommer) 497 (R 2221).
 — Tuberkulose, Röntgenbehandlung (Schoenhof) 240 (R 979).
 — Ulzerationen (White u. a.) 485 (R 2134).
 — Zuckergehalt (Urbach und Sicher) 228 (C).
 Hautanlage junger menschlicher Embryone (Steiner) 473 (C).
 Hautdiphtherie (Mrongorius) 244 (R 1007).
 Hautgefäße, Reaktionsmechanismus (Bettmann) 431 (C).
 Hautikterus (Mayerhofer) 475 (C).
 Hautreaktion mit Blut (Teichmann) 475 (C).
 Hebamme, Fürsorgetätigkeit (Sorge) 270 (C).
 Hebammenwesen, Verstadtlung (Rißmann) 396 (C).

- Hefe, Vitamingehalt (Maurer) 354 (C).
 Hefegärung, Messung antiseptischer Mittel (Branham) 398 (C).
 Hefenextrakte, fleisch- und vitaminhaltige (Remy) 394 (C).
 Heilstätten für Kinder (Hochsinger) 353 (C).
 Heilungsprozeß von Wunden (Howes u. a.) 435 (C).
 Heine-Medinsche Krankheit (Catello) 420 (R 1833).
 — Krankheit, Vorbeugung (Biesalski) 353 (C).
 — Krankheit, Komotau-Görkau-Epidemie von — (Hoke) 370 (R 1582).
 Heißlufttrocknung bei Behandlung von Hautkrankheiten (Boerner) 433 (C).
 Heliotherapie s. a. Lichtbehandlung.
 — (Rosslyn Earp) 436 (C).
 Helminthen und endokrin-vegetative Störungen (Ratner) 329 (R 1393).
 Helpin bei Lungentuberkulose (Homann) 331 (R 1402).
 Heminephrektomie bei Erkrankungen der Doppelnieren (Heckenbach) 402 (R 1703).
 Hemiplegie, artifizieller Nystagmus (Bard) 273 (C).
 — Blinzelreflex (Ehlers) 313 (C).
 — transitorische (Kaufmann) 287 (R 1187).
 — während der Schwangerschaft (Scott) 397 (C).
 Heparin, Antikomplementwirkung (Ecker und Groß) 501 (R 2251).
 Hepatose und Hepatitis (Röfle) 246 (R 1025).
 Herdatrophien des Hirns (Kaplinsky) 354 (C).
 Heredität s. Vererbung.
 Hermaphroditismus (Moszkowicz) 337 (R 1445).
 Hermaphroditen (Moszkowicz) 403 (R 1711).
 Hernia diaphragmatica, Röntgendagnostik (Lewald) 299 (R 1271).
 Hernie (Maaer) 258 (R 1097).
 — diaphragmatica (Robertson) 477 (C).
 — funiculi umbilicalis (Hempel-Jorgensen) 434 (C).
 — Behandlung mit Alkoholinjektionen (Wyß) 329 (R 1394).
 — Einklemmung (Dominici) 234 (C).
 — Einklemmung (Vargas) 399 (C).
 — Strangulation (Gabb) 355 (C).
 — der Linea alba (Donelli) 358 (R 1487).
 — der Urethra (Lange-Friesen) 270 (C).
 Herpes-Erkrankungen im frühen Kindesalter (Eliasberg) 291 (R 1216).
 — simplex bei Malaria (Bogojawlenski) 400 (C).
 — zoster (Spicca) 485 (R 2136).
 — zoster, Eigenblutinjektionen (Kenedy u. a.) 367 (R 1559).
 — zoster Probleme (Wallgren) 231 (C).
 — zoster und Erythema exsudativum (Walter) 485 (R 2135).
 Herpesvirus (Baló) 480 (R 2093).
 Herz s. a. Angina pectoris, Elektrokardiogramme, Endokarditis, Myokarditis, Puls.
 Herz, Chirurgie (Birt) 396 (C).
 — Diastole des —, Beeinflussung durch Ermüdung (Eismayer und Quincke) 431 (C).
 — Erweiterung (Mansfeld) 505 (R 2268).
 — angeborene Fehler (Rochlin und Arkuski) 419 (R 1824).
 — Gestaltänderung des schlagenden — im Röntgenbilde (Stumpf) 311 (C).
 — Grenzen, Perkussion (Kurtz u. White) 476 (C).
 — Größe, Beurteilung (Moritz) 342 (R 1479).
 — Größe der Amsterdamer Olympiateilnehmer (Herxheimer) 352 (C).
 — Größenbestimmung (Hammer) 342 (R 1478).
 — hausärztliche Behandlung inkompenzierter Vitien (Kollert) 475 (C).
 — Hormon (Zuelzer) 353 (C).
 — Hormonpräparat (Haberlandt) 380 (R 1652).
 — Hypertrophie (Bohnenkamp) 395 (C).
 — Hypertrophie (Eyster) 397 (C).
 — Insuffizienz (Lauter und Baumann) 311 (C).
 — Insuffizienz, Pathogenese (Schwarz) 372 (R 1598).
 — rechtsventrikuläre Insuffizienz (Uhlenbruck) 351 (C).
 — Insuffizienz und Digitaliswirkung (Schwarz) 432 (C).
 — intrakardiale Adrenalininjektionen (Urbani) 234 (C).
 — konstitutionelle Veränderungen (Kahler) 354 (C).
 — Krankheiten, Behandlung (Herrick) 397 (C).
 — Krankheiten, Behandlung funktioneller (Hirschboeck) 397 (C).
 — Krankheiten, körperliche Übungen (Barr) 314 (C).
 — kymodensographische Untersuchungen (Gotthardt) 311 (C).
 — Minutenvolumen (Kaup und Grosse) 249 (R 1040).
 — Neoplasmen (Bradley und Maxwell) 314 (C).
 — Pathologie (Gonzalo) 399 (C).
 — Pathologie (Czyhlarz) 492 (R 2188).
 — Physiologie und Pharmakologie der pH (Komiyama) 229 (C).
 — braune Pigmentierung (Fahr) 474 (C).
 — Rhythmus (Reid) 413 (R 1784).
 — unregelmäßige Tätigkeit am Röntgenschirm (Spitzer) 311 (C).
 — Ruptur, spontane (Davenport) 435 (C).
 — Syphilis (Hajoshi) 231 (C).
 — Verkleinerung nach Aderlaß (Grot-husen) 372 (R 1599).
 — Volumen des tätigen am Ende der Diastole (Eismayer und Quincke) 351 (C).
 — Zirkulation (Whitten) 231 (C).
 — bei Thyreoidaeerkrankung (Hamburger u. a.) 452 (R 1976).
 — im Kindesalter, röntgenologische Untersuchungen (Lehmkuhl) 229 (C).
 Herzbeutel s. a. Perikard.
 — Geschwülste (Loos) 433 (C).
 — Verwachsung, Rokitskysche Sektionsmethode (Priesel) 475 (C).
 Herzblock, atrioventrikulärer (van Buchen) 354 (C).
 Herzfehler (Kramow) 479 (C).
 Herzgegend, Beklopfung als Wiederbelebungsverfahren (Makarowski) 492 (R 2192).
 Herzgeräusch bei Kindern (Palmer und White) 233 (C).
 Herzkranke (Spear) 249 (R 1039).
 — Ammoniakzahl und pH im Harn von — (Perger) 230 (C).
 — Begutachtung vom röntgenologischen Standpunkte aus (Peltason) 258 (R 1096).
 — peripherische Behandlung (Gold-scheider) 311 (C).
 — Beschäftigung erwachsener männlicher (Raymond) 257 (R 1093).
 — Frauen, Unterbringung (Fletcher) 257 (R 1094).
 — Fürsorge (Sachs) 508 (R 2291).
 — Heimverhältnisse (Upton) 258 (R 1095).
 — Kontraktion der Extremitätenmuskulatur (Büttner) 452 (R 1979).
 Herzmittel (Graf) 351 (C).
 Herzmuskel s. a. Myokarditis.
 — Erkrankungen (Riesman) 314 (C).
 Herznerven, Einfluß von Kalium und Calcium (Grünberg) 229 (C).
 Herzhöhlflimmern (Gerbasi) 419 (R 1823).
 Herzstich und Gasbrandthorax (v. Seemen) 351 (C).
 Herzstörungen der Altershyperthyreosen (Kaspar) 480 (R 2096).
 Herztöne, gespaltene und überzählige (Gubergitz) 270 (C).
 Heufieber (Benjamins) 271 (C).
 — Behandlung (Hamm) 376 (R 1620).
 — Eosinophilie bei — (Sternberg) 435 (C).
 Hilfs- und Hilfsberufsschule (Zausch) 473 (C).
 Hilusdrüsen, Tuberkulose (Cecil u. a.) 454 (R 1987).
 Hilusreaktionen als Ausgangspunkt der Lungentuberkulose (Caussimon) 416 (R 1807).
 Hilustuberkulose bei Alten (Fried) 315 (C).
 Hirn, Abszesse (Feldmann) 341 (R 1465).
 — Arterien, Präparation (Bick) 273 (C).
 — Diagnostik (Weiß) 255 (R 1078).
 — Druck, Beeinflussbarkeit (Hoff) 231 (C).
 — Erschütterung (Rotter) 463 (R 2047).
 — Gliome, Strahlenbehandlung (Hyslop und Lenz) 435 (C).
 — Hämorrhagie (Le Marquand) 232 (C).
 — Hungerempfindung bei pathologischen Zuständen (Busik und Mitnitzki) 400 (C).
 — Punktion (Hamperl) 475 (C).
 — Symptome, Topographie (Quesada) 478 (C).
 — Tuberkel (Amir) 354 (C).
 — Tumoren (Higier) 256 (R 1084).
 — Tumoren, Strahlenbehandlung (Béclère) 300 (R 1290).
 — Tumoren, Röntgenbehandlung (Michalowski) 269 (C).
 — Tumor, Störung der Selbstwahrnehmung der Menstruation (Ehrenwald) 231 (C).
 — Tumor und Schwangerschaft (Bickenbach) 231 (C).
 — Tumoren im Kindesalter, Röntgenbehandlung (Gotthardt) 433 (C).

- Hirn, Ventrikel, Tumor des rechten** (Livierato) 233 (C).
- Hirnarterien, Veränderungen** (Brack) 313 (C).
- Hirnhaut** s. **Meningen**.
- Histamin, Injektion** (Feldberg) 351 (C).
- **Wirkung** (Flatow) 431 (C).
- **Bildung in Blutbouillon durch Bakterienreinkulturen** (Koeßler u. a.) 232 (C).
- Histaminprobe bei Magenerkrankungen** (Destéfano) 247 (R 1033).
- Hitzschlag** (Mouriquand) 233 (C).
- Hochdruckbeschwerden, Behandlung** (Zack) 475 (C).
- Hochfrequenztherapie** (Laqueur) 230 (C).
- Hoden** s. a. **Geschlechtsdrüsen**.
- **Entzündung** (Edleman) 477 (C).
- **Extrakte, ihre keratoplastische Wirkung** (Ciambelotti) 486 (R 2139).
- **Konkremente im unterentwickelten** (Kreibig) 475 (C).
- **Retention** (Fuchs) 479 (C).
- Holfeldertubus** (Simon) 433 (C).
- Homöopathie** (Bastanier) 267 (C).
- Homosexualität, juvenile** (Boncour) 508 (R 2292).
- Hormocardiol** (Fahrenkamp) 380 (R 1651).
- Hormon** s. a. **endokrine Drüsen**.
- Hormone** (v. Schnitzer) 224 (O).
- (Ebbecke) 310 (C).
- (Herb) 504 (R 2264).
- Hormontherapie** s. a. **Organotherapie**.
- Hormovar** (Elsner) 230 (C).
- (Kriß) 322 (R 1335).
- Hornhaut** s. **Cornea**.
- Hosal** (Heß) 433 (C).
- Hufeisenniere** (Schmutte) 434 (C).
- **mehrere Steine im linken Becken** (Woodruff) 435 (C).
- Hüftgelenk, Luxation** (Dickinson) 435 (C).
- **mit willkürlicher Luxation und Reposition** (Isigkeit) 442 (R 1904).
- **Tuberkulose, Behandlung** (Mercer) 355 (C).
- Hüftgelenksentzündung, tuberkulöse im Kindesalter** (Kidner) 397 (C).
- Hühnerrei, Tuberkelbakteriengehalt** (Raebiger) 351 (C).
- Hühnereier, rohe und gekochte** (Friedberger und Abraham) 394 (C).
- Humerus, doppelte Fraktur des Coll. anatom.** — (Lugones) 234 (C).
- **suprakondyläre Frakturen** (Perret) 312 (C).
- Humerusabschnitt, Osteosarkom des oberen** — (Hartmann) 315 (C).
- Hungertherapie** (Spriggs) 315 (C).
- Husten, Röntgenbehandlung des spastischen** (Schrutz und Vychytil) 426 (R 1877).
- Hustenlärm, Auskultation** (Winkler) 310 (C).
- Hydrochinon, Giftwirkung** (Labes) 229 (C).
- Hydronephrose** (Krogus) 476 (C).
- **infolge abirrenden Gefäßes** (Lindblom) 313 (C).
- **Hämaturie bei** — (Israel) 434 (C).
- Hydronephrosen im Kindesalter** (v. Sauer) 434 (C).
- Hydrops** s. a. **Aszites**.
- **Behandlung** (Hübener) 270 (C).
- Hydrotherapie** (Grabley) 268 (C).
- Hygiene der Frau** (Liepmann) 353 (C).
- Hymen** (Orlowski) 267 (C).
- Hymenolepsis-nana** (Lörincz) 273 (C).
- Hyperalgesie, segmentäre und Hämoptoe** (McLaughlin) 244 (R 1013).
- Hyperämie, Kreislauf bei der postanämischen** (Jarisch und Gaisböck) 229 (C).
- Hyperbilirubinämie, künstliche** (Kleinknecht und Dreyfus) 233 (C).
- **beim Ulcus pepticum** (Sturtevant) 435 (C).
- Hyperemesis encephalomedullar-spinalis** (Müller) 366 (R 1552).
- **gravidarum** (Rupp) 322 (R 1338).
- Hyperglykämie, alimentäre** (Pollak) 309 (C).
- **alimentäre bei Tuberkulosekranken** (Chlebnikow) 351 (C).
- Hyperizismus** (Hausmann) 230 (C).
- Hyperkeratosebildung bei Gonorrhöe** (Löhe und Rosenfeld) 446 (R 1928).
- Hyperkinesen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems** (Sawtschenko) 437 (C).
- Hypernephrom** (Bumpus jr.) 242 (R 999).
- (Illyés) 273 (C).
- **miliaria** (Somló) 356 (C).
- **Metastasen in der Vagina** (Gellhorn) 270 (C).
- **Metastasen in der Vagina** (Gragert) 362 (R 1520).
- Hypersensibilität s. Sensibilität, Hyper—**
- Hypertension** (Deschamps) 413 (R 1780).
- **Behandlung** (Paine und Teas) 336 (R 1433).
- **permanente arterielle** (Achard) 503 (R 2261).
- **und Diabetes** (Kramer) 452 (R 1974b).
- Hypertensionsnephritis** (Barreto) 234 (C).
- Hyperthyreoidismus** (Clute) 435 (C).
- **temporärer während der Insulinkur** (Högler) 286 (R 1180).
- **Beziehungen zu Gelenkerkrankungen** (Duncan) 397 (C).
- **Jodbehandlung** (Jackson) 435 (C).
- **und Diabetes** (John) 451 (R 1974).
- **und Diabetes** (Joslin und Lahey) 452 (R 1974a).
- Hyperthyreose und Hochdruck** (Laufer) 328 (R 1381).
- Hypertonie** (Kisch) 371 (R 1593).
- **bei Säuglingen** (Lippman) 397 (C).
- **Behandlung** (Civallieri und Liorani) 249 (R 1042).
- **chronisch-allergische Tierprotein-toxikose** (Bienstock) 495 (R 2210).
- **und Nierenkrankheiten** (Pal) 495 (R 2209).
- **und Atmung** (Tirala) 269 (C).
- Hypertonische Erkrankungen** (Barach) 314 (C).
- Hypnolepsie** (Ely Jelliffe) 477 (C).
- Hypnose, Rechtsverletzung durch** — (Zipes) 479 (C).
- **vasomotorische Störungen durch** — (Sumbajew) 466 (R 2064).
- Hypnotisierte, somatische Reaktionsweise** (Klemperer und Weißmann) 298 (R 1269).
- Hypochlorämie und Gesamtsalz-mangel bei Nephritis** (Peters u. a.) 415 (R 1801).
- Hypochondrie** (Schwarz) 463 (R 2046b).
- Hypogalaktie, Quarzlichtbehandlung** (Flesch und Karni) 310 (C).
- Hypoglykämische Hemiplegien nach Insulinverabreichung** (Ravid) 451 (R 1973).
- Hypoglykämischer Zustand** (Lauter und Baumann) 374 (R 1609).
- Hypoglykämisches Koma** (Pettersson) 374 (R 1611).
- Hypophyse** s. a. **Akromegalie, Zwergwuchs**.
- **Behandlung der Dystrophien mit Hormonen der** — (Waleff) 498 (R 2226).
- **Bestrahlung bei Menstruationsstörungen** (Drips und Ford) 314 (C).
- **Geschwülste** (Rupp) 351 (C).
- **Hinterlappenextrakt** (Knaus) 434 (C).
- **Vorderlappenhormon** (Zondek) 277 (R 1120).
- **Vorderlappenhormon** (Zondek) 354 (C).
- **Vorderlappenhormon des Fötus** (Schultze-Rhonhof und Niedenthal) 354 (C).
- Hypophysengang, Geschwulst** (Konstantinow) 479 (C).
- Hypophysengeschwulst** (Gáspár) 273 (C).
- Hypophyseninkret** (Missal und Wood- weil Johnston) 232 (C).
- Hypophysenpräparate in der Behandlung des Diabetes insipidus** (Barath und Borbély) 432 (C).
- Hypophysentumor, Strahlenbehandlung** (Nemenew und Jugenburg) 230 (C).
- Hypophysenvorderlappen, Wachstum- u. Sexualhormon** (Evans und Simpson) 338 (R 1446).
- Hypophysen-Zwischenhirnsystem und Fettstoffwechsel** (Raab) 270 (C).
- Hypophysin bei der Untersuchung der Gastroenteroanastomose** (Podkaminsky) 319 (R 1316).
- Hypothyreoidismus und Hyposuprarenalismus** (Koehler) 314 (C).
- Hypotonica nervosa** (Stein) 327 (R 1380).
- Hypotrophie** s. **Unterernährung**.
- Hypo- und hyperthyreoidisierte Sera** (Yoshitomi) 436 (C).
- Hysterektomie** (Lepper und Martland) 315 (C).
- **Verwendung des Radiums** (Fabiao) 510 (R 2309).
- Hysterie und Unfallversicherung** (Gill) 508 (R 2290).
- Hysterosalpingographie** (Temesváry) 270 (C).
- (Temesváry) 513 (B).
- (Rucker) 300 (R 1281).
- (Schultze) 311 (C).
- (Will) 321 (R 1332).
- Hystero-graphische Erfahrungen am schwangeren Uterus** (Janáky) 299 (R 1280).
- Idiosynkrasie** s. a. **Allergie Anaphylaxie, Ueberempfindlichkeit**.
- Idiotie, familiäre amaurotische** (Epstein) 505 (R 2272).
- Idiotie** s. a. **Schwachsinn**.
- Ikterische Bradykardie** (Dumitresco-Mante) 287 (R 1185).
- Ikteroanämie, hämolytische** (Van Dijke und Pijper) 232 (C).
- Ikterus** (Herman) 474 (C).

- Ikterus catarrhalis (Eppinger) 474 (C).
 — Diagnostik (Adler) 474 (C).
 — katarrhalischer (Garnier) 416 (R 1804).
 — Milzexstirpation bei hämolytischem (Friesdorf) 433 (C).
 — neonatorum, schwerer familiärer (Hampson) 290 (R 1210).
 — Pathogenese (Criado) 273 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Rosenthal und Blowstein) 329 (R 1389).
 — und Aszites bei Lebererkrankungen (Weir) 397 (C).
 — und Syphilis (Milian) 273 (C).
 Ileum, Hypertrophie der distalen Partie (McKinlay) 233 (C).
 Ileus, mechanischer nach Dolerus-operation (Konrad) 478 (C).
 — paralytischer im Wochenbett (de Guchtenecre) 233 (C).
 — postoperativer paralytischer (Isaakajan) 404 (R 1712).
 — im Wochenbett (van Amstel) 354 (C).
 Immunbiologische Analyse (Witebski) 475 (C).
 Immunisierung, perkutane (Löwenstein) 275 (R 1109).
 Immunität (Metalnikoo) 233 (C).
 — örtliche (Ebert) 400 (C).
 Immunitätslehre, stufenphotometrische Untersuchungen (Bachmann) 433 (C).
 Immunitätsreaktionen auf säurebehandelte Bakterien (Cutler) 477 (C).
 Immunkörper s. Antikörper.
 Impetigo (Reed) 378 (R 1640).
 — herpetiformis (Werthmann) 486 (R 2137).
 Impncephalitis (Wiersma) 340 (R 1463).
 Impfmalaria, Blutsenkungsreaktion (Wethmar) 297 (R 1262).
 — Fieberverlauf (Engerth und Stumpfl) 231 (C).
 Impfschutzverband (Hoffa) 267 (C).
 Impfungen, antirabische (Skoblo) 400 (C).
 Impotenz, männliche (Prange) 433 (C).
 — Behandlung (Wakulenko) 403 (R 1710).
 Individualpsychologie (Adler) 310 (C).
 Industrielle Arbeiter, ärztliche Ueberwachung (O'Neil) 314 (C).
 Infantilismus, Knochenerkrankungen bei intestinale — (Baumann) 291 (R 1219).
 Infektion und Immunität (Gins) 270 (C).
 Infektionen, Abwehrkraft der normalen Schleimhaut (Levinthal) 270 (C).
 — per os. (Seiffert) 45 (R 1968).
 Infektionserythem (Nesmelowa) 479 (C).
 Infektionskrankheiten, Altersdisposition (Ullrich) 498 (R 2229).
 Infektiöse Krankheiten, Autotherapie durch Vesikantien (Modinos) 420 (R 1836).
 Infiltrate, infraklavikuläre (Pagel) 394 (C).
 Infiltrationsanästhesie bei gynäkologischen Generationen (Timofejew) 400 (C).
 Influenza s. a. Grippe.
 — Bazillen, intranasale Infektionen (Walker) 232 (C).
 — Epidemie (Thomson) 272 (C).
 — Geschichte (Lönnqvist) 409 (R 1748).
 — Neuritis (Weiss) 296 (R 1253).
 Influenza, Ohren- und Nasenhöhlen-Komplikationen (Key-Aeberg) 434 (C).
 — Septikämie (Sommerford) 477 (C).
 Infusionsbürette (Pust) 230 (C).
 Inguinalhernie s. a. Hernie, Inguinal.
 Inkontinentia urinae, Goebellsche Operation (Cramer) 231 (C).
 Inkret s. Hormon.
 Inkretbehandlung und Gaswechsel (Schemensky und Fink) 337 (R 1441).
 Innere Sekretion s. a. endokrine Drüsen.
 Inselorgan und Stoffwechsel (Schur) 432 (C).
 Instinkt (Müller) 230 (C).
 Insulin, endonasale Applikation (Wassermeyer und Schäfer) 268 (C).
 — Gewichtssteigerung (Short) 247 (R 1031).
 — hypoglykämisierende Wirkung (Loeper u. a.) 399 (C).
 — hypoglykämischer Zustand (Wiechmann und Koch) 374 (R 1608).
 — plötzliches Abbrechen der Zufuhr (Odin) 374 (R 1613).
 — Mastkur (Fellegi) 375 (R 1614).
 — Ovarialhormon und Kohlenhydratstoffwechsel (Kaufmann) 504 (R 2265).
 — Vergiftung (Iversen) 314 (C).
 — Vergiftung (Höst) 502 (R 2258).
 — Wirkung des von der Mundschleimhaut resorbierten — (Olsen) 293 (R 1230).
 — Wirkung auf den Cholesteringehalt des Blutes (Aczél) 400 (C).
 — Wirkung auf die Lipochromämie und die Xanthosis diabetica (Elmer und Scheps) 335 (R 1426).
 — Wirkung, Abhängigkeit von der Stoffwechsellaage (Meyer) 395 (C).
 — bei perniziöser Anämie (Varga) 415 (R 1795).
 — außer Diabetes (Forrai) 356 (C).
 — bei totaler Sklerodermie (Michaelis) 410 (R 1755).
 — in Suspension (Leyton) 499 (R 2236).
 — und Glykämie (Loewi) 380 (R 1654).
 Insulinkur, temporärer Hyperthyreoidismus während der — (Högler) 286 (R 1180).
 Insulinverabreichung, hypoglykämische Hemiplegien (Ravid) 451 (R 1973).
 Interferometrie in der Psychiatrie (v. Witzleben) 432 (C).
 — und innere Sekretion (Landsberg) 267 (C).
 Interferometrische Methode (Hirsch) 311 (C).
 Interkostalneuralgie (Carnett) 248 (R 1035).
 Intersexualität (Moszkowicz) 337 (R 1445).
 Intersexualitätslehre (Moszkowicz) 311 (C).
 Intervillöser Raum im ersten Monat (Meyer-Rüegg) 476 (C).
 Intestinale Stauung und Anämie (Cannon) 272 (C).
 Intestinaltraktus s. Magendarmkanal.
 Intoxikation s. a. Vergiftung.
 Intrakapsuläre Extraktion (Morton) 397 (C).
 Intrakranielle Blutung infolge äußerer Wendung (Maiss) 354 (C).
 Intrakranielle Tumoren, Lokalisation Cairns) 384 (R 1677).
 Intrakranieller Druck (Stopfond) 424 (R 1858).
 Intraokulare Flüssigkeit s. a. Kammerwasser.
 Intravenöse Arrhythmie (Lork) 313 (C).
 Intravesikale Diagnostik (Ruge) 268 (C).
 — Diagnostik und Behandlung (Rosenstein) 432 (C).
 Intussuszeption s. Invagination.
 Invaginationssileus, Enteroanastomose bei — (Schmidt) 396 (C).
 Invalidenversicherung (v. Waldheim) 269 (C).
 Ionen und Lichtwirkung (Pincussen) 312 (C).
 Ionisationskammer (Jaeger) 269 (C).
 Iridozyklitis, Aetiologie (Trisch und Pillat) 275 (R 1106).
 — subkonjunktivale Injektionen von Atropin und Adrenalin (Brown) 401 (R 1691).
 Iris, Erkrankungen (Kaganowa) 231 (C).
 — bei Syringomyelie (Spiegel) 340 (R 1458).
 Irrsinn, Behandlung (Lambea) 399 (C).
 Isapogen bei Lungentuberkulose (Gerecke) 352 (C).
 Ischämische Lähmung, Prognose und Behandlung (Rancken) 256 (R 1083).
 Ischialgie, intensive Quarzlichtbehandlung (Weiss) 469 (R 2080).
 Ischurie s. Anurie.
 Isoantikörper (Mouriz) 399 (C).
 Isohämagglutinationsgruppen bei den Gefangenen (Solmi) 437 (C).
 Isthmusgangrän (Stanca) 363 (R 1529).
 Jahreszeit und Psychose (Ratner) 255 (R 1075).
 Jendrassik'sches Symptom (Szendy) 356 (C).
 Jejunale Ernährung (Marawitz und Henning) 495 (R 2206).
 Jejunalgeschwüre (Camp) 314 (C).
 Joachimstaler Bergkrankheit (Löwy) 284 (R 1163).
 Jod Ausscheidung unter dem Einfluß der Röntgenbestrahlung (Arkussky) 433 (C).
 — als Hautdesinfiziens (Scott u. a.) 436 (C).
 — Pinselung und Abschabung des Portioepithels (Schiller) 397 (C).
 — Verabfolgung beim endemischen Kropf der Kaninchen (Webster und Cresney) 232 (C).
 — Verhalten in den Körpersäften (Barkan und Leistner) 230 (C).
 Jod-Brom-Eiweißverbindungen (Mislowitz) 352 (C).
 Jodbehandlung bei Vizzeralgien (Simforow) 500 (R 2244).
 — bei Hyperthyreoidismus (Jackson) 435 (C).
 Jodfrage im Tierexperiment (Breitner) 435 (C).
 Jodid, „innerer Kreislauf“. (Berger) 230 (C).
 Jodiertes Kochsalz für die Schweiz (Bircher) 312 (C).
 Jodisierte Guajakoltinktur (Marberly) 294 (R 1236).

Jodmangel und Struma (Schmitz-Moormann und Meis) 433 (C).
 Jodpräparate, organische und anorganische (Sawadowski und Titaer) 437 (C).
 Jodverbindungen (v. Wendt) 460 (R 2022).
 Kadmiumzelle (Rüttenauer) 313 (C).
 Kaffee (Ruska) 395 (C).
 Kahnsche Reaktion (Austin, Hester und Frey) 235 (R 944).
 — Reaktion (Fleck) 311 (C).
 — Reaktion und Wassermann Reaktion bei Syphilis (Thyotta) 282 (R 1156).
 Kaiserschnitt s. a. Sectio caesarea.
 — (Gaub) 434 (C).
 — (Quigley) 484 (R 1216).
 — Spontanruptur und Hämatom des Musc. rect. abd. als Indikation (Schröder) 476 (C).
 — tiefer (Beck) 435 (C).
 — zervikaler (Sztehló) 354 (C).
 — bei infizierten Früchten (Skajaa) 271 (C).
 Kala-Azar s. a. Leishmaniosis.
 — Übertragung (Joung und Hertig) 397 (C).
 Kalkämie (Nimzowitzkaja) 400 (C).
 Kalkgicht (Selye) 375 (R 1617).
 Kalkinhalation bei Lungentuberkulose (Siegel) 458 (R 2012).
 Kalkknötchen in der Zwischenwirbelscheibe (Lyon) 311 (C).
 Kälteurtikaria (Lehner) 311 (C).
 Kammerflattern (Dreßler) 287 (R 1186).
 Kapillaren s. a. Blutgefäße.
 — Atonie (Klotz) 433 (C).
 — Physiologie und Pathologie (Kabakow) 356 (C).
 Kapillaritiden (Fießinger) 272 (C).
 Kapillarmikroskopie (Brieger) 337 (R 1444).
 — (Jaensch und Hoepfner) 474 (C).
 — im Kindesalter (Doxiades) 418 (R 1819).
 Kapillarmikroskopische Befunde bei Erythrocytosis crurum (Nielsen) 230 (C).
 — Untersuchungen bei Epilepsie (Brahm) 296 (R 1254).
 — Beobachtungen bei Sklerodermie (Mészáros) 410 (R 1754).
 — Untersuchungen an Kindern (Karger) 268 (C).
 Kapillaruntersuchungen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen am Kiefer (Hunold) 292 (R 1228).
 Karbol-Gelatin-Einbettung (Praznovszky) 437 (C).
 Karbunkel, Behandlung (Wilmoth) 314 (C).
 Kardiazol (Lindner) 353 (C).
 Kardiospasmus (Appelrath) 433 (C).
 — und bedingter pervertierter Reflex (Becker und Illig) 351 (C).
 Karotin und Vitamin, A (Moore) 315 (C).
 Karotis Sinusreflexe bei Halsoperationen (Gronover) 445 (R 1920).
 Karotisdrüse, Peritheliom (Vivoli und Biot) 437 (C).
 Karyokinese s. Kernteilung.
 Kasein und Pufferung in der Säuglingsnahrung (Brennemann) 436 (C).

Kastration bei Sexualabnormitäten (de Quervain) 321 (R 1331).
 Kasuistik, internationale (Graetzer) 301 (B).
 Kataphorese von Kuhmilch und Frauenmilch (Mommson) 269 (C).
 Katarakt s. Star.
 — Operationen (Eder) 397 (C).
 — Linseneiweißproben vor Operation (Courtney) 274 (R 1102).
 — Operationen, Linsenkern bei Komplikationen im Gefolge von (Knapp) 397 (C).
 — Operation, Geistesstörung nach — (Greenwood) 397 (C).
 — seniler (Van Lint) 438 (R 1879).
 — Behandlung (Mills) 397 (C).
 — Entfernung, postoperative Infektion (Franklin und Cordes) 397 (C).
 — Wunde (Langdon) 271 (C).
 Katatonie (Claude und Baruk) 255 (R 1079).
 — (de Jong) 271 (C).
 Katatonische Kontrakturen (Galant) 353 (C).
 Katgut, Prüfung (Kersting) 351 (C).
 Kathodenstrahlen (Schaefer und Witte) 467 (R 2070).
 — Wirkung auf Erythrozyten (Hausmann und Pauli) 230 (C).
 Kaufmannsche Probe (Salischtscher und Lewin) 437 (C).
 Kavernen s. Lungen.
 — „stumme“ (Alzona) 377 (R 1630).
 — Diagnostik mit Hilfe der diagnostischen Pneumothorax (Trenti) 267 (C).
 — Heilung durch künstliche Pneumothorax und Phrenikotomie (Dubourdieu u. a.) 497 (R 2220).
 — bei der Lungentuberkulose (Pinner) 457 (R 2007).
 — und Bronchiektasien (Melzer) 331 (R 1404).
 Kavernitis, primäre gummöse (Funk) 325 (R 1362).
 Keimdrüsen s. a. Geschlechtsdrüsen.
 Kephalthämatom (Naujoks) 366 (R 1547).
 Keratolyse (Pulewska) 351 (C).
 Keratosis palmo-plantaris striata (Siemens) 473 (C).
 Kernfärbung im Trockenblutpräparat (van Walsem) 271 (C).
 Kernikterus der Neugeborenen (Huwer) 291 (R 1211).
 Keuchhusten (Pospischil) 270 (C).
 — (Baumann) 353 (C).
 — (Sauer) 397 (C).
 — Anfälle, paroxysmales Niesen als Äquivalent von — (Reichle) 490 (R 2172).
 — bakteriologische Diagnostik (Debré u. a.) 272 (C).
 — Behandlung (Huldschinsky) 353 (C).
 — Behandlung (Sarabia) 399 (C).
 — Intrakutanreaktion (Lubrano) 412 (R 1774).
 — Muzingehalt des Sputums (Jochims) 354 (C).
 — Prophylaxe (Hoffmann) 396 (C).
 — Vakzinebehandlung (Schelogurowa) 285 (R 1169).
 — und Herzgröße (Klotz) 313 (C).
 — und Masern (Ochsenius) 268 (C).
 Kiefer Frakturen (Thoring) 310 (C).

Kiefer, Kapillaruntersuchungen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen am — (Hunold) 292 (R 1228).
 — Verletzung (Berthbach) 474 (C).
 — Knochen, Pathologie (Siegmond) 292 (R 1226).
 Kinder, intrauteriner Tod übertragener — (Holtermann) 323 (R 1342).
 Kinderkliniken (Birk) 268 (C).
 Kinderlähmung, epidemische im Deutschen Reiche (Dornedden) 473 (C).
 — Makrogenitosomia praecox bei cerebraler — (Kwint) 311 (C).
 — spinale (Miesbach) 379 (R 1645).
 — spinale im Freistaat Sachsen (Krahn) 412 (R 1773).
 Kindersterblichkeit, Bekämpfung (Hirsch) 267 (C).
 Kindertuberkulose, Bedeutung des vegetativen Nervensystems (Krovitzky und Schenkman) 379 (R 1648).
 — Fürsorge für Freiburg (Noeggerath und Viethen) 269 (C).
 Kinn, Diagnostik des kindlichen — (Rullé) 278 (R 1128).
 Kiß-Reaktion in der Syphilisdiagnostik (Mazgon) 273 (C).
 Kissinger Bademoor (Salzmann) 474 (C).
 Kleidotomie an der lebenden Frucht (Jankelewitsch) 397 (C).
 Kleinhirn s. Cerebellum.
 Klimakterische Erscheinungen, Röntgenbestrahlung der Ovarien (Groedel) 269 (C).
 Klimakterium, gastrohepatointestinale Erscheinungen (Galván) 478 (C).
 — Spätblutungen (Steinhardt) 405 (R 1723).
 Klimakton (Tichy) 312 (C).
 Klossiella muris (Sternberg) 475 (C).
 Klumpfuß, Arthrodese des Talokalkanealgelenks (Port) 351 (C).
 — Behandlung (Rabl) 396 (C).
 Knie, Torsion des Lig. laterale int. (Hartmann) 398 (C).
 Kniegelenk, Erguß (Rostock) 338 (R 1449).
 — Erguß, Fett in traumatischem (Kling) 435 (C).
 — Tumorbildung im — (Sundt) 476 (C).
 — Kapsel, Angiofibrom (Lauwers) 270 (C).
 Knochen Autoplastik (Poggi) 234 (C).
 — Erkrankungen, zentrale (Coenen) 395 (C).
 — Erythrophilie des wachsenden (Bauer) 505 (R 2267).
 — Längenwachstum (Bergmann) 316 (R 1295).
 — Röntgenuntersuchung (Karshner) 299 (R 1276).
 — Transplantation und Knochenregeneration (Rosing Bull) 513 (B).
 — Tuberkulose, Trockenkost als Reizfalltod (Birkenhammer) 417 (R 1811a).
 — Veränderungen bei hämolytischem Ikterus (Friedmann) 299 (R 1278).
 Knochenbrüche, Wundnaht bei offenen (Koch) 442 (R 1899).
 Knochengeschwülste (Hintze) 230 (C).
 — Exstirpation primärer maligner (von Stubenrauch) 396 (C).

- Knochenmark.** Bedeutung der Nebenniere bei der neutrophilen-Reizleukozytose (Borchardt) 229 (C).
 — Regeneration (Horiuchi und Itoh) 314 (C).
Knochensarkom. Röntgentiefentherapie (Holfelder) 301 (R 1294).
Knochenzysten (Thiemke) 267 (C).
 — (Teichmann) 463 (R 2045).
Knochen- und Gelenkerkrankungen. Behandlung (Walke) 232 (C).
Knorpelxostosen (Ginsburg und Posnjakow) 357 (C).
Knoten in der Tiefe (Stahnke) 476 (C).
Knotenrhythmus, permanenter (Dreßler) 287 (R 1186).
Kobalt und Blut (Waltner) 311 (C).
Kohlehydratstoffwechsel (Depisch und Hasenöhl) 286 (R 1178).
 — (Fischler) 473 (C).
 — bei der Lungentuberkulose (Ginsberg und Pewsner) 313 (C).
 — bei zirrhotischer Leberveränderung (Hamperl) 313 (C).
 — Ovarialhormon und Insulin (Kaufmann) 504 (R 2265).
 — bei Schwangerschaftstoxikose (Titus) 477 (C).
Kohlehydratumsatz (Schneider und Widmann) 432 (C).
Kohlenoxydvergiftung (Pohlisch) 230 (C).
 — (Schlambusch) 434 (C).
Kohlensäure Resorption (Hediger) 474 (C).
Kohlensäurebäder. Einfluß auf die Harntoxine (Perrin) 478 (C).
Kohlensäuregehalt im Liquor bei Psychosen (Klemperer und Weißmann) 506 (R 2274).
Kohlenstoffanalyse (Klein) 479 (C).
Koli und Milchinfection, atypische (Abraham) 229 (C).
Kolitis (Eggleston) 435 (C).
 — appendicularis (Jacquet) 295 (R 1244).
 — ulcerative (Bargen) 272 (C).
 — ulcerative (Einhorn) 456 (R 1999).
 — chronische ulceröse (Bargen) 479 (C).
 — Serumbehandlung bei chronischer ulcerativer (Bargen) 456 (R 2000).
 — Vakzination (Gaehlinger und Bécart) 329 (R 1391).
Kollazindegeneration der Haut (Herzheimer) 228 (C).
Kolloidal-osmotischer Druck (Went) 273 (C).
Kolloide in der Röntgendiagnostik (Frick und Blühbaum) 311 (C).
Kollum uterinum, multipler Schanker (Lévy-Bing) 272 (C).
Kolon Carcinom (Renander) 236 (R 948).
 — röntgen-anatomische Untersuchungen (Sampson und Halpert) 468 (R 2076).
Kolondivertikel. Röntgenuntersuchung (Case) 510 (R 2301).
Koloninfection (Wiltzie) 315 (C).
Kolostomie (Carnett und Howell) 315 (C).
Koma, Hypotonie des Bulbus bei diabetischem — (Patek) 480 (R 2092).
Komedonen, palpebrale und orbitale (Csillag) 410 (R 1753).
Komplementbindung, Technik (Stern) 311 (C).
Komplemente (v. Schnizer) 224 (O).
Kondensordosimeter (Glaßner u. a.) 435 (C).
Kondylome, spitze (Mühlpfordt) 431 (C).
 — spitze, der äußeren Genitalien als Indikation zum Kaiserschnitt. (Prochorow) 397 (C).
Kongogebiet, Eingeborenen-Mitarbeit im belgischen (Daco) 398 (C).
Kongorotprobe auf Amyloid (Strasser) 376 (R 1619).
Konstitution (Berger) 356 (C).
 — als Faktor der Säuglingsernährung (Warobjeno) 400 (C).
 — und Motorik (Jislin) 255 (R 1077).
Konstitutionelles Denken. (Schuster) 474 (C).
Konstitutionsbehandlung (Aschner) 512 (B).
Konstitutionsforschung (Enke) 384 (R 1678).
Konstitutionsindex (Lorentz) 312 (C).
 — der Frau (Lorentz) 474 (C).
Konstitutionsproblem (Bauer) 268 (C).
Kontaktneurose (v. Stockert) 230 (C).
Konzentrationsänderungen 273 (C).
Konzeption, Wirkung des gelben Körpers und der interstitiellen Drüse auf die — (Malinin) 437 (C).
Kopf, Konfiguration des nachfolgenden (Werboff) 434 (C).
 — Röntgenbefunde bei Verletzungen (Schüler) 475 (C).
 — röntgenologische Größenbestimmung beim engen Becken (Schumacher) 434 (C).
 — habituelle Subluxation (Chlumsky) 481 (R 2105).
Kopfverletzungen (Armour) 424 (R 1860).
Kopfschmerz nasalen Ursprungs (Finder) 238 (R 965).
 — nasalen Ursprungs (Bouchet und Vial) 409 (R 1749).
 — paroxysmaler (Clure und Huntzinger) 244 (R 1009).
 — Zusammenhang mit Augenleiden (Thies) 353 (C).
Koronararterien, Aneurysma der — (Packard und Wechsler) 452 (R 1980).
 — Luft in den — (Rukstinat und Le Count) 397 (C).
 — Thrombose (Coffen und Rush) 397 (C).
Koronarsystem, stereoskopische Radiographie (Campbell) 372 (R 1596).
Körperhaltung, Veränderungen (Sweet u. a.) 314 (C).
Kortikale Blindheit (Lagrange u. a.) 383 (R 1671).
Kosmetik, moderne (Bab) 386 (B).
Kost s. Ernährung.
Kot s. Faeces.
Kotfisteln, Behandlung (Potter) 441 (R 1897).
Kowarskisches Zeichen in der Diagnostik der Adenitis tracheobronchialis (Pinero) 253 (R 1063).
Krampfadergeschwüre (Le de Gaetano) 234 (C).
Krampfader, sklerosierende Behandlung (Vacteron) 233 (C).
Krankenbehandlung durch Umstimmung (Königer) 260 (B).
Krankenhauseswesen (Philipsborn) 473 (C).
Krankenversicherung (Sauerborn) 475 (C).
Kraurosis vulvae (Frieboes) 431 (C).
Kreatin Verwertung und Ausscheidung (Cajori u. a.) 231 (C).
Kreatinausscheidung, Einfluß des Jods auf die — beim Basedow (Palmer u. a.) 422 (R 1850).
Kreatininstoffwechsel bei Malaria (Carusi) 370 (R 1585).
Krebs s. Carcinom.
Kreislauf Insuffizienz, physikalische Behandlung der chronischen (Schott) 395 (C).
 — Insuffizienz und Muskelstoffwechsel (Dresel und Himmelweit) 327 (R 1379).
 — Perspirato insensibilis bei dekompensiertem — (Zak) 268 (C).
 — bei Blutverlusten (Riml) 229 (C).
 — bei der postanämischen Hyperämie (Jarisch und Gaisböck) 229 (C).
 — und Lungentuberkulose (Paras) 416 (R 1805).
Kreislaufschwäche bei Infektionskrankheiten (Brugsch und Grunke) 449 (R 1957).
Kremnophobie (Bernard und Jung) 383 (R 1670).
Kretinismus, Diabetes und Schwangerschaft (Witts) 233 (C).
Kreuzbeinbrüche, isolierte (Mandler) 396 (C).
Kreuzschmerzen (Doroschenko) 400 (C).
Kriegsammesien (Lowenthal) 425 (R 1866).
Kristalloide, Bedeutung des „inneren Kreislaufs“ (Lipschitz) 230 (C).
Kropf s. a. Struma, Basedow, Thyre-oidea.
Krysolgan s. a. Gold.
Kuhmilch s. a. Milch.
Kumysbehandlung (Sarnitzin) 437 (C).
Kurarewirkung der Tellurite (Labes) 431 (C).
Kürettament, diagnostisches (Silva) 443 (R 1911).
Kurfischertum (Hauffe) 230 (C).
Kurortpflege (Schklowski) 489 (R 2166).
Kurzsichtigkeit s. Myopie.
Kutireaktion (Guérin) 398 (C).
Labyrinth Reflexe, zentraler Mechanismus der tonischen — (Berstow) 437 (C).
Lachen, automatisches (Cornil) 315 (C).
Lachgas-Erfahrungen, gynäkologische und geburtshilfliche (Schroeder) 278 (R 1131).
Lachgasnarkose (Domanig) 475 (C).
 — bei Thorax- und Lungenoperationen (Beitz) 396 (C).
Laënnecsche Zirrhose, filtrierbare Elemente des Tuberkelbazillus im Aszites (Sergent) 439 (R 1884).
Laktation s. a. Milchsekretion.
 — und Ovarium (Schirch und Guimaraes) 478 (C).
Landsteiners isoagglutinatorische Blutgruppen (Thomsen) 475 (C).
Landunterbringung, berufsunreife Knaben und Mädchen (Büsing) 509 (R 2293).
Länge s. a. Entwicklung, körperliche.
Langerhanssche Inseln s. Pankreas.
Laparotomie (Solieri) 234 (C).
Lärmschädigung (Dietrich) 353 (C).
Laryngotracheobronchitis (Baum) 271 (C).

- Larynx** s. Kehlkopf.
- narbige Verengerungen (Lénart) 478 (C).
 - Papillome (Staemmler) 353 (C).
 - Tuberkulose (Looper) 281 (R 1144).
 - Tuberkulose (Wessely) 281 (R 1143).
 - Tuberkulose (Safranek) 400 (C).
 - Tuberkulose, Goldbehandlung (Rickmann) 290 (R 1207).
 - Tuberkulose, Lichtbehandlung (Moe) 434 (C).
 - Tuberkulose, Serodiagnostik (Herrmann) 239 (R 968).
- Laugenverätzungen im Kindesalter** (Paunz) 379 (R 1649).
- Lebenserwartung** (Wolff) 257 (R 1091).
- Leber** s. a. Cholelithiasis, Galle, Hepatitis.
- Leber-Abszeß** (Ude) 435 (C).
- Bedeutung für den Zuckerstoffwechsel (Bickel) 230 (C).
 - Diagnostik (Staub) 455 (R 1991).
 - Echinokokkus (Goyanes) 399 (C).
 - Erkrankungen, Ikterus und Aszites bei — (Weir) 397 (C).
 - Funktionsprobe (Knapp) 246 (R 1024).
 - Funktionsprobe (Piersol und Rothman) 397 (C).
 - Funktionsprobe (Achelis) 474 (C).
 - Funktionsprüfung (Frisch und Lasch) 355 (C).
 - Funktionsprüfungen bei dysenteriekranken Kindern (Fakeda) 233 (C).
 - Indigokarminprobe (Kusnezow) 463 (R 2044).
 - Intermediärpathologie (Seelig) 310 (C).
 - Physiologie (Arthus) 433 (C).
 - Störungen, postoperative (Beck und Steiner) 479 (C).
 - Untersuchung (Raschba) 374 (R 1607).
 - Veränderung, Kohlehydratstoffwechsel bei zirrhotischer — (Hamperl) 313 (C).
 - Zirrhose, Blutbild bei — (King) 398 (C).
 - Zirrhose, akuter Ileus (Kopp) 353 (C).
 - Zyste (Faltin) 231 (C).
- Leberbehandlung, rektale** (Hittmair) 394 (C).
- bei schweren Anämien (Dalla Volta) 371 (R 1588).
 - bei Intoxikationszuständen nach Salvarsan (Spielhoff) 433 (C).
 - bei Skorbut (Aron u. a.) 229 (C).
- Leberfunktion der Hyperglobulinämiker** (Hetényi und Herzum) 478 (C).
- Leberkranke, Komplement im Serum** (Goldner) 415 (R 1797).
- Lebertran, antirachitische Wirksamkeit** (Hess) 436 (C).
- Ersatzmittel (Jundell) 231 (C).
 - in der Säuglingsnahrung (Irish) 397 (C).
 - Medikation, histologische Organveränderungen (Malmberg) 231 (C).
- Lecithin-Perdynamin** (Fuchs) 352 (C).
- Verdauung (Portis) 272 (C).
- Leçons du dimanche** (Carnot u. a.) 386 (B).
- Lederer-Anämien** (Christiansen) 271 (C).
- Lehrtuberkulose und Schülergesundheits** (Paetsch) 353 (C).
- Leibesübungen** s. a. Sport, Körperarbeit.
- Leibwärmer, elektrischer** (Herzog) 351 (C).
- Leichen, künstliche Konservierung** (Colicz) 273 (C).
- Leiomyosarkom des Uterus** (Dannreuther) 314 (C).
- Leishmania tropica** (Mayer) 229 (C).
- tropica, Stoffwechsel (Salle und Schmidt) 232 (C).
- Leishmaniose** s. a. Kala-Azar.
- Endemie von kindlicher (Jemma) 292 (R 1222).
 - der Haut (Fuchs) 234 (C).
 - der Kinder (Cannata) 475 (C).
- Leistenbruch** s. a. Hernia inguinalis.
- Leistenhernie, eingeklemmte** (Weber) 476 (C).
- Leistenhoden, Degeneration** (Hommes) 396 (C).
- Lendenrippe** (Meyer) 396 (C).
- Lendenwirbel, Sakralisation** (Stohr) 404 (R 1719).
- Lentiglobus anterior** (Kienecker) 311 (C).
- Lepra, bakterioskopische Diagnostik** (Leger) 233 (C).
- Initialsymptome (Matta) 478 (C).
 - in den Vereinigten Staaten (Hopkins und Denney) 436 (C).
 - Zählung im Staate Amazonas (da Matta) 356 (C).
- Lepröse Nervenerkrankungen in der Cornea** (Minder) 316 (R 1299).
- Zerstörung der Kopfhaut (Davison) 436 (C).
- Leptachol** (Hauser) 356 (C).
- Leptomeningeom des Rückenmarkes** (Thompson) 272 (C).
- Leukämie, akute** (Rizzo) 234 (C).
- akute (Rubnitz) 451 (R 1969).
 - akute myelogene (Lerner) 315 (C).
 - akute myelologische (Kowalski) 479 (C).
 - chronische myeloide und Schwangerschaft (Lammers) 271 (C).
 - eosinophile (Hay und Evans) 355 (C).
 - lymphatische (Muto) 327 (R 1377).
 - myeloische im Kindesalter (Laptewa-Popowa) 357 (C).
 - Behandlung der myeloischen (Gonzalez Calvo) 234 (C).
 - Radiobehandlung bei chronischer, myeloischer — (Leddy) 510 (R 2299).
- Leukanämisches Blutbild im Wochenbett** (Wiener und Freier) 310 (C).
- Leukozyten, toxische Veränderungen** (Arneth) 505 (R 2269).
- in Sekreten und Blasen der Haut (Ciarrocchi) 478 (C).
 - Verteilungsänderungen bei Allgemeinreaktionen (Müller und Hölscher) 311 (C).
 - während der Geburt und im Wochenbett (Jarcho) 355 (C).
 - Zählung (Niehaus) 436 (C).
- Lezithin, Einfluß auf die Erregbarkeit der Großhirnrinne** (Worobjew) 379 (R 1650).
- Lichenifikationen** (Beron) 367 (R 1555).
- Licht, Arbeiten in zerlegtem und kombiniertem Licht** (Friedrich) 313 (C).
- Licht und Hören** (Freund und Hofmann) 312 (C).
- und Immunität (Holthusen) 312 (C).
- Lichtbehandlung** (Freund) 269 (C).
- Lichtbiologie** (Kollath) 312 (C).
- Lichtwirkung und antirachitischer Schutzstoff** (Falkenheim) 386 (B).
- Lidwinkel, Mißbildung im inneren** (Peters) 311 (C).
- Ligamentum rotundum, Fibromyom** (Kleff) 313 (C).
- Linseneiweißproben vor Kataraktoperationen** (Courtney) 274 (R 1102).
- Linsenkern bei Komplikationen im Gefolge von Kataraktoperationen** (Knapp) 397 (C).
- Lipatrenbehandlung bei der Lungentuberkulose** (Becker) 351 (C).
- Lipiodol, Fehldiagnosen bei Untersuchung mit —** (Tesauro) 436 (C).
- Lipiodol, tubare Einspritzung** (Snoeck) 363 (R 1530).
- Lipochromämie und Xanthosis diabetica, Wirkung des Insulins** (Elmer und Scheps) 335 (R 1426).
- Lipodystrophie, Pathogenese** (Ewserowa) 339 (R 1451).
- Lipoide** (Schumacher) 310 (C).
- Lipoidose der Haut** (Urbach) 473 (C).
- Lipoidstoffwechselforschung** (Knauer) 386 (B).
- Lipolysin** (Pomuss) 474 (C).
- Lipom des Eileiters** (Sampoerno) 434 (C).
- Lippe, Plastik der oberen und unteren** (Koldojew) 438 (C).
- Lippenspalte** s. Hasenscharte.
- Liquor, Bestimmung der Eiweißrelation** (Kafka) 282 (R 1155).
- Eiweißbestimmung (Samson) 432 (C).
 - Eiweißrelation (Kafka und Samson) 434 (C).
 - Kohlensäuregehalt im — bei Psychosen (Klemperer und Weißmann) 506 (R 2274).
 - physikalische Chemie bei gynäkologischen Erkrankungen (Hochloff) 473 (C).
 - Tuschkreaktion (Benedeck und von Thurzó) 433 (C).
 - Untersuchungen in der Dermatologie (Schönfeld) 240 (R 982).
 - Wassermann bei Neugeborenen (Funkhouser und Dickson) 458 (R 2016).
 - beim Neugeborenen (Waitz) 315 (C).
- Lobärpneumonie, Behandlung** (Park u. a.) 314 (C).
- Lobelia inflata** (Steppuhn und Swereff) 394 (C).
- Lobelin** (Wright) 272 (C).
- (Lindner) 353 (C).
 - (Franken) 420 (R 1835).
- Lobus venae azygos, Röntgendiagnostik** (Litten) 426 (R 1873).
- Wrisberg (Keijser) 271 (C).
- Locarno** (Schmidt-Curtius) 489 (R 2167).
- Lokalanästhesie in der Chirurgie des oberen Abdomens** (Pannet) 233 (C).
- Lokalanästhetika auf sensible und motorische Nerven** (Boeminghaus und Kochmann) 431 (C).
- Lophius piscatorius** (Marshall und Grafflin) 232 (C).
- Lufttröhre** s. Trachea.
- Luftschiffahrt als Krankheitsfaktor** (Marin) 273 (C).
- Luftwege** s. Atmungsorgane.

- Lumbalflüssigkeit s. Liquor.**
Lumbalpunktion, Kopfweh nach — (Heldt) 315 (C).
Lumbalpunktionsnadel im Rückenmarkskanal (Milko) 396 (C).
Lumbosakralwinkel (Junghanns) 310 (C).
Luminal (Blumenthal) 268 (C).
 — (Schon) 461 (R 2028).
 — Vergiftung (Wright) 435 (C).
 — Wirkung bei Epilepsie (Kogan und Mirelson) 340 (R 1462).
Lunge, Abszeß, Bakterien (Ermatinger) 235 (R 942).
 — Abszeß, Behandlung (Bredow) 309 (C).
 — Abszeß, chirurgische Behandlung (Brauer) 267 (C).
 — pyogene Abszesse (Bézancon und Jaquelin) 287 (R 1182).
 — Aktinomykose (Schweizer) 312 (C).
 — gleichzeitige Auskultation beider (Jacoby) 454 (R 1985).
 — Carcinom (Lemaire) 399 (C).
 — Carcinom (Konrad und Franke) 493 (R 2197).
 — primäres Carcinom (Rosenblum und Schucher) 400 (C).
 — Deformitäten im Röntgenbild (Flemming-Moller) 231 (C).
 — Echinokokkus (Bussinco) 234 (C).
 — Echinokokkus (Filipella) 234 (C).
 — Einwirkung von Kohlen- und Graphitstaub (Hollmann) 243 (R 1006).
 — Eiterung (Schlesinger) 310 (C).
 — fettsplattendes Ferment (Kanócz) 400 (C).
 — Gangrän, Behandlung (Bezançon) 233 (C).
 — Gangrän und Lungenabszeß (Sergent) 398 (C).
 — Geschwülste (Hunt) 493 (R 2196).
 — Hypertrophie (Célice) 422 (R 1849).
 — Hyperventilation (Henderson u. a.) 493 (R 2195).
 — Infiltrierungen, pathologische Anatomie (Rubinstein) 331 (R 1403).
 — Kollaps (Rouillard) 272 (C).
 — atelektatischer Kollaps (Sante) 235 (R 945).
 — disseminierte Miliartuberkulose. (Grethmann) 330 (R 1399).
 — primäre Neoplasmen (Stivelman) 397 (C).
 — Paraffinschnitt (Weil und McGregor) 355 (C).
 — phthisischer Reinfekt (Aschoff) 250 (R 1047).
 — postoperative Komplikationen (Snamensky) 402 (R 1697).
 — Primäraffekt (Blumenberg) 395 (C).
 — Röntgenuntersuchungen (Quivy) 233 (C).
 — Syphilis (Deist) 311 (C).
 — miliare Torulosis (Hirsch und Cole) 477 (C).
 — Ventilation (Gesell) 272 (C).
 — Tuberkulose (Cramer) 230 (C).
 — Tuberkulose (Vere Pearson) 232 (C).
 — Tuberkulose (Sprouli) 271 (C).
 — Tuberkulose (Gerhartz) 309 (C).
 — Tuberkulose (Harms) 312 (C).
 — Tuberkulose (Loeschke) 330 (R 1398).
 — Tuberkulose (Bézançon) 356 (C).
Lunge, Tuberkulose (Hamburger) 476 (C).
 — Tuberkulose, beginnende (Sihle) 496 (R 2218).
 — Tuberkulose, Arbeitstherapie (Vos) 313 (C).
 — Tuberkulose, Atemübungen (Siegfried) 313 (C).
 — Tuberkulose, Begutachtung (Weber) 306 (C).
 — Tuberkulose, Behandlung (Biller) 268 (C), 281 (R 1144a).
 — Tuberkulose, Behandlung (Chandler) 436 (C).
 — Tuberkulose, chirurgische Behandlung (Czaczkcs) 250 (R 1052).
 — Tuberkulose, chirurgische Behandlung (Burris) 435 (C).
 — Tuberkulose, chirurgische Behandlung bei Kindern (Zadeck und Sonnenfeld) 289 (R 1202).
 — Tuberkulose, Behandlung der doppel-seitigen mit Pneumothorax und Phrenikusexhairese (Dünner u. Heilborn) 229 (C).
 — Tuberkulose, Calciumbehandlung (Alperin) 437 (C).
 — Tuberkulose, Chemotherapie (Carpi) 399 (C).
 — Tuberkulose, Behandlung mit Cyanverbindungen (Lafont) 399 (C).
 — Tuberkulose, Goldbehandlung (Rickmann) 290 (R 1207).
 — Tuberkulose, Behandlung mit Goldpräparaten (Fischer) 252 (R 1055).
 — Tuberkulose, intravenöse Kalkbehandlung (Becker) 434 (C).
 — Tuberkulose, Bekämpfung durch Staubinhalation (Hennes) 332 (R 1408).
 — Tuberkulose, Beziehungen zur Hauttuberkulose (Keller und Schilling) 432 (C).
 — Tuberkulose, weißes Blutbild (Pinkhof) 354 (C).
 — Tuberkulose, Leukozytenbild (Di Natale) 376 (R 1625).
 — Tuberkulose, zeitliche Disposition (Großmann) 310 (C).
 — Tuberkulose, Entwicklung (Lassen) 434 (C).
 — Tuberkulose, Fermentschwäche (Groner) 351 (C).
 — Tuberkulose, Frühinfiltrat (Hanebuth) 376 (R 1622).
 — Tuberkulose, Frühinfiltrat im Beginn (Dorendorf) 250 (R 1046).
 — Tuberkulose, Hilusreaktionen als Ausgangspunkt der — (Caussimon) 416 (R 1807).
 — Tuberkulose, Kalkinhalation bei — (Siegel) 458 (R 2012).
 — Tuberkulose, Kohlehydratwechsel (Ginsberg und Pewsner) 313 (C).
 — Tuberkulose, intravenöse Kohleinjektion (Wedekind) 377 (R 1631).
 — Tuberkulose, Kollapsbehandlung (Scholz) 431 (C).
 — Tuberkulose, Konstitution und Kondition (Schenk) 310 (C).
 — Tuberkulose, Kreislauf (Poras) 416 (R 1805).
 — Tuberkulose, Leberfunktion (Litkin) 437 (C).
 — Tuberkulose, Pathogenese (Bang) 434 (C).
Lunge, Tuberkulose, perifokale Entzündung (Pfaff) 459 (R 2020).
 — Tuberkulose, Prognosestellung (Redeker) 268 (C).
 — Tuberkulose, Retraktion (Bezançon u. a.) 250 (R 1051).
 — Tuberkulose, Röntgenbehandlung (Deicher u. Lachmann) 331 (R 1400).
 — Tuberkulose, Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten (Trail und Stone) 232 (C).
 — Tuberkulose, Thorakoplastik bei kindlicher — (Brock und Sauer) 333 (R 1414).
 — Tuberkulose, Trockenkost als Reizfalltod (Birkenhammer) 417 (R 1811a).
 — Tuberkulose im Kindesalter (Opitz) 269 (C).
 — Tuberkulose im Kindesalter (Oldenburg) 434 (C).
 — Tuberkulose bei Kindern, Röntgentiefenbestrahlung (v. Bokay) 253 (R 1065).
 — Tuberkulose, Stickstoff und Mineralstoffwechsel (Gherardine) 417 (R 1810).
 — Tuberkulose und Schwangerschaft (Demelin) 398 (C).
 — Tuberkulose und Seeklima (Golubow) 252 (R 1058).
 — Tuberkulose und sportliches Training (Nervegno) 432 (C).
 — Tuberkulose und Thoraxkontusionen (Pilod) 250 (R 1049).
 — Tuberkulose und Thyreoidea (Grüner) 476 (C).
Lungengebilde, zystische im Kindesalter (Vollmer) 313 (C).
Lungenheilstättenkuren (Spiro) 231 (C).
Lungenkavernen beim Säugling (Suzuki) 233 (C).
Lungenkranke, Auswahl für Heilverfahren (Seligsohn) 351 (C).
 — Röntgenuntersuchung (Peltason) 230 (C).
Lungenödem in der Austreibungsperiode (Maron) 484 (R 2125).
Lungen- und Kehlkopftuberkulose in Preußen (Holtermann) 231 (C).
Lupus, Bekämpfung (Axmann) 433 (C).
 — Carcinom (Beretvás) 486 (R 2144).
 — Röntgenbestrahlung von Milz und Leber (Thederling) 300 (R 1287).
 — Zählung in der Tschechoslowakischen Republik (Pelc) 473 (C).
 — erythematodes des behaarten Kopfes (Grschebin) 273 (C).
 — erythematodes, Behandlung mit Wismut (Nicolas u. a.) 233 (C).
 — vulgaris (Hufschmitt) 324 (R 1354).
 — vulgaris und Syphilis (Hudelo und Rabut) 325 (R 1358).
Lutéinzyste s. Corpus luteum, Zyste.
Luxatio pedis sub talo (Schmidt) 443 (R 1906).
Luxationen, Endausgänge traumatischer (Wette) 442 (R 1903).
Lymphadenitis, epizootische (Megrail und Hoyt) 477 (C).
 — granulomatöse (Connor) 231 (C).
Lymphatische Reaktion (Hartwich) 414 (R 1793).
 — Reaktion beim Kinde (Feer) 268 (C).
Lymphdrüsen s. Drüsen.

- Lymphogranulom bei Kindern (Feer)** 419 (R 1831).
- Lymphogranulomatose (Paltauf)** 503 (R 2270).
- Drüseneinschmelzung (Mascher) 494 (R 2201).
- Röntgenbehandlung (Kruchen) 469 (R 2078).
- Lymphogranulomatosis inguinalis (Fischl)** 494 (R 2202).
- Lymphom, malignes (Jackson)** 286 (R 1181).
- malignes (Goldenburg) 397 (C).
- Lymphosarkomatose (Muto)** 327 (R 1377).
- Lymphozytose miliare der Haut (Mulzer und Keining)** 229 (C).
- Lyso-Vakzinothérapie bei Bronchopneumonie (Duchon)** 398 (C).
- Lysozyme (Flaming)** 232 (C).
- Lyssa s. Tollwut.**
- Lytussin (Martin)** 432 (C).
- Magen s. a. Achylie, Pylorus.**
- Blutung nach Talmascher Operation (Egel) 267 (C).
- Carcinom (v. Schnurbein) 319 (R 1318).
- Carcinom, Resektion (Moore) 510 (R 2302).
- Carcinom, palliative Resektion (Anschütz) 319 (R 1317).
- Carcinom mit Boulimie (Prevedourakis) 398 (C).
- Carcinom und Tetanie (Urrutia) 399 (C).
- Chirurgie (Schloffer) 395 (C).
- Dehnung der Fundus (Guénaux und Vasselle) 398 (C).
- Divertikel (Koppenstein) 356 (C).
- Epitheliom (Delbet) 436 (C).
- Funktion (Beck) 314 (C).
- Funktionsprüfung (Lewin) 400 (C).
- chronischer Katarrh (Zweig) 475 (C).
- Inhalt, Schichtung (Glückmann) 431 (C).
- postoperative Azidität (Lindsay und Evans) 358 (R 1488).
- motorische Phänomene (Cole) 336 (R 1437).
- Operation (Gaither) 271 (C).
- Perforationen (Gibson) 271 (C).
- radiologische Untersuchung (Murdoch) 478 (C).
- Resektion bei perforiertem Ulcus ventriculi-duodeni (Hromada) 396 (C).
- Resektion wegen Magencarcinom (Pers) 236 (R 946).
- Resektion wegen Carcinom (Finsterer) 319 (R 1319).
- Röntgendiagnostik (Eisler) 468 (R 2072).
- röntgenologische Untersuchung (Loichinger) 311 (C).
- Schleimhautrelief (Chaoul) 342 (R 1477).
- Sekretion des nüchternen (Chalfen) 437 (C).
- Sekretion, Beeinflussung durch lokale thermische Reize (Wachtel) 479 (C).
- Sekretion, Wirkung des Atropins (Kellermann) 431 (C).
- Ulcus (Starlinger) 481 (R 2101).
- Magen, chronisches Ulcus und Carcinom (Oberrniedermayr und Stahnke)** 311 (C).
- Ulcus, Behandlung (Szendy) 495 (R 2205).
- Ulcus, Behandlung nach Jarotzki (Abramowitsch) 373 (R 1606).
- Ulcus, Diagnostik (Kogan-Jasny) 479 (C).
- Ulcus, gedeckte Perforation (Colmers) 352 (C).
- Ulcus, Perforation (Sokolow) 288 (R 1190).
- Ulcus, perforiertes (Wolff) 288 (R 1189).
- Ulcus, perforiertes (Morrison) 398 (C).
- Verlagerung (Brown) 272 (C).
- Volvulus (Sutter) 319 (R 1315).
- Magendarmkanal, Carcinome des (Kraus)** 358 (R 1489).
- Magen-Darmkrankheiten des älteren Kindes (Schiff)** 252 (R 1059).
- Magen- und Duodenalgeschwür, Resektion (Böltz)** 357 (C).
- Magen- und Duodenalgeschwüre bei Kindern (Berglund)** 231 (C).
- Magengrund, Zwerchfellfurchen (Friedel)** 352 (C).
- Magenklemme (Bachmann)** 396 (C).
- Magensaft, Einwirkung von Nähr- und Tropfklisieren (Schereschewsky)** 431 (C).
- Magenschmerz, Rolle der Salzsäure (Hardy)** 454 (R 1989).
- Magenteil, Resektion des oberen (Hörhammer)** 396 (C).
- Magnesium, anästhesierende oder kurarisierende Wirkung (Wiki und Reboux)** 433 (C).
- Magnesiumsalz, Wirkung auf die Blutzuckerkonzentration (Láng und Rigó)** 228 (C).
- Magnesiumsulfat (Fuhrmann)** 234 (C).
- und Morphinum (Gwathmey) 397 (C).
- Majolen, 311 (C).**
- Makrocephalia parästhetica (Ratner)** 465 (R 2056).
- Makrogenitosomia, praecox bei cerebraler Kinderlähmung (Kwint)** 311 (C).
- Mal perforant du pied (Mendel)** 432 (C).
- Malaria (Mufel)** 412 (R 1778).
- Behandlung (Golynko) 413 (R 1779).
- Diagnostik (Salararria) 439 (R 1885).
- Epidemiologie (Schilling) 270 (C).
- Herpes simplex bei — (Bogojawlenski) 400 (C).
- Magenchemismus (Karapetzan) 357 (C).
- Plasmochinbehandlung (Sirakjan) 400 (C).
- Splenomegalie, chirurgische Komplikationen (Gurewotsch) 358 (R 1490).
- tropische, sub partu (Magid) 400 (C).
- und Impfmalaria, Beziehungen zur Neurosyphilis (Ziemann) 268 (C).
- und Saproviton (Kruspe) 241 (R 987).
- im Staate Rio Grande do Sul (di Primio) 356 (C).
- Malariabehandlung kongenital-syphilitischer Kinder (Koch)** 475 (C).
- der Frühsyphilis (Kerl) 487 (R 2154).
- Malariabehandlung der progressiven Paralyse (Wolochow)** 479 (C).
- Einfluß syphilitischer Frauen auf das Schwangerschaftsprodukt (Klaften) 487 (R 2155).
- Maltafieber, Vakzinothérapie (Cambessedès)** 398 (C).
- Mamma, blutende (Wassilkowski)** 479 (C).
- Carcinom (Nahmmacher) 269 (C).
- Carcinom (Harrington) 436 (C).
- Carcinom, Röntgenbestrahlung (Wetterstrand) 510 (R 2307).
- Carcinom, Nachbestrahlung (Hintze) 474 (C).
- Entnervung der weiblichen (Ernst) 351 (C).
- Formation als Zeichen der Ovarialfunktion (Moench) 476 (C).
- Geschwüre bei Männern (Iwantschenko) 402 (R 1699).
- Sekretionsvorgänge (Jaroschka) 269 (C).
- Tumoren (Ménégaux) 399 (C).
- Mandeln s. a. Tonsillen.**
- Manie und Chorea (Claude)** 478 (C).
- Manoilowsche Reaktion zur Geschlechtsbestimmung (Tschigarin)** 421 (R 1842).
- Masern (Silbermann)** 400 (C).
- fieberhafter, skarlatiniformer Rash (Wieland) 285 (R 1168).
- hämorrhagisches Präeranthem (Petényi) 450 (R 1962).
- Serumphylaxe (Silverman) 397 (C).
- Streptokokkentoxin (Ferry u. a.) 272 (C).
- und Keuchhusten (Ochsenius) 268 (C).
- und Tuberkulose (Nobécourt) 399 (C).
- Masernencephalitis (Bosse)** 316 (C).
- Masochismus (McCartney)** 436 (C).
- Mastdarm s. Rektum.**
- Carcinom (Espersen) 271 (C).
- Carcinom, Radiumapplikation (Binkley) 301 (R 1292).
- Mastix-Lumbotest-Reaktion (Riebe)** 318 (R 1308).
- Mastixreaktion (Vasarhelyi)** 270 (C).
- Mastoiditis, plötzlicher Tod (Canuyt)** 323 (R 1346).
- Todesursache (Dixon) 272 (C).
- Mastopathien (Konjetzny)** 403 (R 1709).
- Masturbation s. Onanie.**
- (Rohleder) 272 (C).
- Meckelsches Divertikel (Babulew)** 357 (C).
- Mediastinale Erkrankungen, Chirurgie (Young)** 477 (C).
- Syndrome, venöser Druck (Villaret und Martiny) 413 (R 1781).
- Mediastinum, Oedem (Granström)** 353 (C).
- Radiographie (Lestocque und Lehmann) 399 (C).
- Medizin, praktische (Kuschel)** 386 (B).
- Meer und Gebirge, Entsendung der Kinder (Moll)** 269 (C).
- Meeresheilkunde (Häberlin)** 312 (C).
- Megakolon bei Erwachsenen (Sagal)** 329 (R 1392).
- Megalokornea (Petre)** 437 (C).
- Mehrphasische Wirkungen (Rentz)** 431 (C).
- Meinicke-Reaktion (Austin, Hester und Frey)** 235 (R 944).

- Meinicke-Klärungsreaktion (Hohn) 439 (R 1887).
- Melaena neonatorum (Grob) 313 (C).
— neonatorum (Bayer) 378 (R 1636).
- Melancholie, Behandlung (Benon) 315 (C).
— Behandlung (Seige) 382 (R 1666).
- Melanin (Brahn und Bielschowsky) 395 (C).
- Melanodermie splenischen Ursprungs (Loeper u. a.) 399 (C).
- Melanosarkom, Behandlung (Holfelder) 470 (R 2087).
- Melanosis corii degenerativa (Siemens) 473 (C).
- Menformon (Laqueur und de Jongh) 380 (R 1653).
- Menière, Syndromkomplex (Drury) 315 (C).
- Meningeale Permeabilität (Esselsbrügge) 396 (C).
- Meningitis (Rar) 357 (C).
— aseptische (Viets und Watts) 398 (C).
— epidemica, Antikörperpräparate (Neal u. a.) 314 (C).
— epidemica, Diagnostik und Behandlung (Külbs) 450 (R 1965).
— epidemica, Heilserumbehandlung (Kramár) 478 (C).
— heredosyphilitische (Eschbach) 325 (R 1360).
— purulenta im Säuglingsalter (Jacchia) 234 (C).
— purulenta bei Typhus (Clerc und Stieff) 478 (C).
— tuberkulöse (Palesa) 273 (C).
— tuberkulöse (Klare) 289 (R 1199).
— tuberkulöse (Couvelaire und Lacomme) 323 (R 1343).
— tuberkulöse, Frühsymptom (Ochsenius) 310 (C).
— tuberkulöse im Kindesalter (v. Wangenheim) 333 (R 1415).
— zerebrospinale (de Araujo) 234 (C).
— der Neugeborenen (Nachtnebel) 458 (R 2015).
— im Kindesalter (Frantz) 253 (R 1066).
— Vakzine- und Autovakzinetherapie der epidemischen zerebrospinalen — (Lopatin) 400 (C).
- Meningocephalitis des Kindesalters (Brain und Hunter) 232 (C).
- Meningokokken Septikämie (Montgomery) 435 (C).
- Meningokokken Sepsis (Lewinzirler und Stieben) 479 (C).
- Menorrhagie, Radiumbehandlung (Stacy und Mussey) 510 (R 2310).
- Menstruation, Cholesterolgehalt des Blutes während — (Goodall) 272 (C).
— Parathyreoidhormon zur Beherrschung der Blutung (Allen und Goldthorpe) 407 (R 1736).
— Senkungsgeschwindigkeit (Langer) 351 (C).
— Störungen (Aschner) 354 (C).
— Wirkung der Polyvakzine und Seren (Jouan) 316 (C).
- Meralgia paraethetica (Huddleson) 434 (C).
- Merkurochrom als Hautdesinfizienz (Scott u. a.) 436 (C).
- Mesenterialdrüsen, Tuberkulose (Bock) 270 (C).
- Mesenterium, kavernoöses Hämangiom (Schmitt) 313 (C).
- Mesocolon transversum, Schrumpfung (Obadalek) 481 (R 2103).
- Metajodin (Manasse) 431 (C).
- Metakarpalknochen, Frakturen (Magnuson) 314 (C).
- Metallsalzbehandlung (Lunde) 434 (C).
— (Waldblum) 499 (R 2240, 2241).
- Metallsalze, Einfluß auf Infektionskrankheiten (Lyding) 432 (C).
- Metasyphilis, Behandlung (Fischer) 368 (R 1569).
— Behandlung (Pollak) 488 (R 2156).
- Metatarsen, Fraktur (Hartmann) 233 (C).
- Metencephalitis, Harmin bei — (Rustige) 501 (R 2253).
- Methan, Chlorderivate (Lazarew) 394 (C).
- Methylantigen bei Tuberkulose (Trumbell) 497 (R 2222).
- Metrophlebitis der Beckenvenen (Polak) 483 (R 2117).
- Migräne, ophthalmische (Didsbury) 244 (R 1010).
— ophthalmoplegische (Pakozdy) 268 (C).
— Peptontherapie (Ochsenhändler) 424 (R 1859).
- Mikrocephalie (Nikolski) 357 (C).
- Mikro-Ionisationskammer für Röntgen- und Radiumstrahlen (Stahel) 433 (C).
- Mikrokokkus catarrhalis, Erkältungskrankheiten (Walker) 491 (R 2182).
- Mikro-Meinicke-Reaktion (Zih) 352 (C).
- Mikromyeloblasten-Leukämie (Eckel) 327 (R 1378).
- Mikrophotographische Aufnahme (Ruge und Plett) 395 (C).
- Milch, bestrahlte (Scheer) 312 (C).
— bestrahlte (Bogdandy) 313 (C).
— Dauerpasteurisierung 269 (C).
— Reinigungszentrifuge (Duggeli) 284 (R 1165).
— fettfreie Trockensubstanz (Prausnitz) 312 (C).
— gesäuerte (Vogt) 418 (R 1817).
- Milchuntersuchung (Erb) 232 (C).
- Milchgebiß, Schädigung bleibender Zähne (Greve) 431 (C).
- Milchinjektionen bei gonorrhöischer Conjunctivitis (Brotherus) 476 (C).
- Milchkrankheit (Bugler) 397 (C).
- Milchlose Ernährung in der ersten Kindheit (Cathala und Vermonel) 233 (C).
- Milchpumpen nach Scheer (Schol) 395 (C).
- Milchsäure, Ausscheidung im Harn und Schweiß bei Sport (Snapper und Grünbaum) 354 (C).
— Gehalt im Blute (Gelstein und Frankstein) 437 (C).
— im Liquor (Nishida) 233 (C).
- Milchsäurebakterien s. a. Bakterien, Milchsäure.
- Milchsäurespiegel (Schneider und Widmann) 474 (C).
- Milchsekretion im Wochenbett (Wachtel) 417 (R 1813).
- Milchserum, Wirkung auf die Duodenal- bzw. Pankreassekretion (Schastin) 357 (C).
- Miliartuberkulose (Gloor) 312 (C).
- Miliartuberkulose, Differentialdiagnostik (Münchbach) 376 (R 1624).
— im Kindesalter (Frantz) 253 (R 1066).
- Milz s. a. Gauchersche Krankheit.
- Milz, klinische Anatomie (Oganesow) 400 (C).
- Milz, Chirurgie (Sheen) 315 (C).
— Chirurgie (Gerassimow) 358 (R 1491).
— Exstirpation (Meinertz) 229 (C).
— Exstirpation bei Polyserositis (Iversen) 312 (C).
— Exstirpation bei hämolytischem Ikterus (Friesdorf) 433 (C).
— Ruptur (Dhruo) 232 (C).
— Sekretion (Besbokaja) 234 (C).
— Spontanruptur (Schachnowitz) 288 (R 1194).
— Tumoren (McNee) 477 (C).
— transponierte Zyste (Nekłodow) 396 (C).
- Milzzysten, nichtparasitäre (Lebedew) 400 (C).
- Milzarterie, Aneurysma (Hunt) 494 (R 2200).
- Milzbehandlung bei Polyzythämie (Friedemann) 371 (R 1591).
- Milzbrand, Bekämpfung (Uhlenhuth) 353 (C).
— Vakzine (Kraus) 475 (C).
- Milzbrandbazillen, Phagozytose (Oka) 314 (C).
- Milzmetastasen in der Leber (Rabbiner) 357 (C).
- Milzsperrung und Streptokokkensepsis (Hubert) 354 (C).
- Milzvenenthrombose (Seeber und Spröhnle) 310 (C).
— (Kretz) 375 (R 1618).
- Mineralwassertrinkkuren (Keller-Stoppány) 501 (R 2252).
- Mispeln gegen Hypotension (O'Hare und Hoyt) 233 (C).
- Mißbildungen, Entstehung (Debrunner) 276 (R 1115).
- Mississippi-Ueberschwemmung, Gesundheitsfürsorge (Leach) 314 (C).
- Mitralinsuffizienz, Röntgenbefunde (Steel) 510 (R 2300).
- Mitralstenose s. a. Herzfehler.
— enorme Vorhofsvergrößerung (Goedel) 475 (C).
— Röntgenbefunde (Steel) 510 (R 2300).
- Mittelmeerfieber s. Maltafieber.
- Mittelohr, Infektion (Fisher) 314 (C).
- Mittelohrentzündung s. Otitis media.
- Mnestische Störungen nach Hirntrauma (van Valkenburg) 256 (R 1082).
- Moniletrichosis (Leeuwen, v.) 281 (R 1146).
- Monozytenfrage (Bloom) 395 (C).
- Moorbehandlung, Einfluß auf den Säuregehalt des Magensaftes (Lewin) 431 (C).
- Morbiditätsstatistik und Völkerbund (Roesle) 269 (C).
- Morbus Gallicus (Riddell) 477 (C).
- Moronal (Heufelder) 500 (R 2243).
- Morphin, Entziehungskur nach Kahle (David) 353 (C).
— Entziehung (Weiß) 353 (C).
— Vergiftung, Polyneuritis (Schenderowitsch) 234 (C).
— Wirkungen (Grünthal und Hofer) 230 (C).
— bei Erkrankungen der Gallenwege (Winogradow) 501 (R 2250 a).
- Morphinismus, Behandlung (Wuth) 395 (C).
- Moskitobekämpfung (Matheson und Hinman) 397 (C).

Moskitovermehrung, Wasserbeschaffenheit (Rudolf und Lackey) 397 (C).
 Motorfahrzeugführer, amtsärztliche Untersuchung (Lustig) 231 (C).
 Motorik und Konstitution (Jislin) 255 (R 1077).
 Mumps s. Parotitis epidemica.
 Mumpsorchitis und Sterilität (Twinem) 245 (R 1014).
 Mund, Behandlung der malignen Neubildungen (Morgan) 293 (R 1229).
 Mundboden, Phlegmone (Wassmund) 351 (C).
 Mundhöhle, Carcinom, Radiumbehandlung (Cave) 232 (C).
 — Endotheliome der — (Falta) 270 (C).
 — Kaugummi zur Desinfektion (Weichardt) 312 (C).
 — Reaktion, Mikroflora und Klinik (Silajenkow und Stamow) 499 (R 2237).
 Mundkrankheiten (Oser) 310 (C).
 Muskel s. a. Chronaxie.
 — Arbeit und Ermüdung (Wacker) 336 (R 1436).
 — Tuberkulose (Corradino) 356 (C).
 — Übungen (v. Bock) 398 (C).
 Muskelatrophie, arthritische (Beryl Harding) 272 (C).
 Muskelbiologie (Trautmann) 311 (C).
 Muskeldystrophie (Runge) 465 (R 2058 a).
 — vegetative progressive (Schtscherbak) 383 (R 1674).
 Muskelhypertrophien neuritischen Ursprungs (Kulkow) 466 (R 2058 b).
 Muskelkraft bei Saturnismus (Ufland) 426 (R 1870).
 Muskelrheuma und Tastmassage (Ruhman) 330 (R 1397).
 Muskelrheumatismus (Slauck) 456 (R 2002).
 — Schmerzsymptome (Lindstedt) 330 (R 1396).
 Mukulatur, Veränderungen der quergestreiften nach Röntgenbestrahlungen (Fedder und Hellner) 269 (C).
 Mutterkorn s. Secale.
 Mutterkuchen s. Plazenta.
 Muttermund, atypisches Epithel (Hinselmann) 270 (C).
 Muttermundskampf (Greenhill) 476 (C).
 Mutterschaft, Versicherung (László) 257 (R 1090).
 Myasthenie (Foxe) 436 (C).
 — Elektromyogramm (Wolff u. a.) 424 (R 1861).
 Myelographie (Bruskin und Proppe) 357 (C).
 — (Peiper) 433 (C).
 Myiasis vulvo-vaginalis (Correa) 476 (C).
 Mykotische Krankheiten der behaarten Kopfhaut (Arijewitsch) 486 (R 2140).
 Myoblasten im Uterus (Joachimovits) 267 (C).
 Myofaszitis (Albee) 314 (C).
 Myofibrositis (Murray) 249 (R 1044).
 Myokarditis s. Herzfehler.
 — (Tillgren) 314 (C).
 Myomoperation, Technik (Fabricius) 475 (C).
 Myome, Radiumbehandlung (Cleland) 512 (R 2313).
 — submuköse (Fink) 353 (C).

Myopie, konstitutionelle Veränderung (Incze) 235 (R 941).
 Myoplegia paroxysmática (Neel) 297 (R 1258).
 Myosalvarian (Waldemar-Kertész) 368 (R 1566).
 — Schädigung (Szentkirályi) 478 (C).
 Myositis ossificans traumatica (Schnek) 311 (C).
 Myxödem s. a. Thyreoidea.
 Nabel, Behandlung bei Neugeborenen (Anders) 418 (R 1815).
 Nabelbruch, Behandlung des kindlichen (André) 378 (R 1641).
 Nabelschnur, Kreislauf (Baur u. a.) 473 (C).
 — Torsion (Wahl) 313 (C).
 Nachgeburst, Aufbau der Gefäße (Shordania) 267 (C).
 Nachgeburtsperiode (Calkins) 482 (R 2113).
 Naevus anaemicus (Schmidt) 324 (R 1351).
 — atrophicus unilaterialis (Bolle) 473 (C).
 — hyperkeratoticus (Tryb) 351 (C).
 — der Conjunctivae bulbi (Rodin) 271 (C).
 — der Konjunktiva (Weber) 355 (C).
 Nagelperkussion (Stolarenko) 358 (R 1486).
 Nährboden s. Bakterien.
 Nährbodenalkalität (Kadisch) 431 (C).
 Nährstoffe, akzessorische s. Vitamine.
 Nahrungsmittel s. a. Ernährung.
 Nahrungsmittel, Konsistenz (Cardini) 316 (C).
 Nahrungsmittelallergie (Rowe) 314 (C).
 Nahrungs- und Genußmittel (Berg) 260 (B).
 Narkolepsie (Ely Jelliffe) 477 (C).
 Narkosan (Scheib) 335 (R 1430).
 Narkose s. a. Anästhesie.
 — kombinierte (Lendle) 229 (C).
 — Einfluß auf die Stickstoffbestandteile des Hirns (Rewo) 356 (C).
 — durch Kombination steuerbarer und nichtsteuerbarer Anästhetika (Gros) 293 (R 1231).
 Narkotisierte Säugetiere, elektrische Reizung der motorischen Rinde (Sheldon Tower) 232 (C).
 Nasale Eiterungen, Behandlung (Grain) 272 (C).
 Nase, Bestimmung einer blutenden Stelle (Auliffe) 280 (R 1138).
 — Entfernung von Fremdkörpern (Obadalek) 444 (R 1918).
 — Nebenhöhle, Röntgenbefunde (Mayer) 323 (R 1345).
 — u. Allgemeinbefinden (Hofer) 269 (C).
 Nasenbruch, frühzeitige Behandlung (Carter) 444 (R 1917).
 Natriumchlorid s. Kochsalz.
 Nautisan, Behandlung des Röntgenkaters (Sack) 432 (C).
 Nebeneierstock s. Parovarium.
 Nebenniere s. a. Adrenalin.
 — Hämoglobingehalt im abfließenden Blute (Putschkow) 273 (C).
 — Insuffizienz (Maranon) 234 (C).
 — Insuffizienz (Marsh) 434 (C).

Nebenniere, Wirkung des Pituitrins und Insulins (Nikolaeff) 351 (C).
 — und Nierenheterotopie (Caylor) 242 (R 998).
 Nebennierennekrose bei Pankreasfettgewebsnekrose (Peus) 455 (R 1995).
 Nebennierenzyste (Rieß und Schott) 433 (C).
 Nebenschilddrüse s. Parathyreoidea.
 Neisseria-subflava-Meningitis (Benson u. a.) 272 (C).
 Neoarsphenamin (Salhein) 232 (C).
 Neodorm (Lorenz) 395 (C).
 Neoplasma s. Geschwulst.
 Neosalvarian, Injektionen bei Lungenprozessen (Edel) 493 (R 2198).
 — Psoriasis (Spicca) 478 (C).
 Nephrektomie bei polyzystischer Nierendegeneration (Schlagintweit) 352 (C).
 — bei Pyonephrose im Säuglingsalter (Widenhorn) 419 (R 1827).
 Nephritis, Hypochlorämie und Gesamtsalz-mangel (Peters u. a.) 415 (R 1801).
 — pathologische Anatomie (Pinedo) 478 (C).
 — Polyurie bei chronischer (Verney) 477 (C).
 — Prognose der akuten (Gros) 495 (R 2211).
 — akute syphilitische (Petges u. Joulia) 325 (R 1361).
 — mit Azotämie (Blum u. a.) 283 (R 1161).
 — im Harn vorkommender Eiweißkörper (Welker) 314 (C).
 — und Nephrose mit Oedemen (Bannick und Keith) 397 (C).
 Nephrolithiasis s. Harnsteine.
 — falsche Seitenlokalisation (Feist) 396 (C).
 Nephropathia acuta (Wickbom) 229 (C).
 Nephropathie (Ewald) 310 (C).
 Nephropathien nasopharyngealen Ursprungs (Valerio) 478 (C).
 Nephrose bei Knochen- und Gelenktuberkulose (Simon) 310 (C).
 Nephroureterektomie (Kopp) 355 (C).
 Nerven, Durchschneidung, Beseitigung von Schmerzen (Grant) 436 (C).
 — Tätigkeitsstoffwechsel (Meyerhof) 229 (C).
 Nervendehnung, zentrale Störungen nach unblutiger — (Auerbach) 341 (R 1466).
 Nervenfasern, Giftgewöhnung (Lanczos) 431 (C).
 Nervensystem, vegetativer (Lea-Plaza) 234 (C).
 — Funktion des vegetativen (Danielopolu) 256 (R 1080).
 — Prüfung des vegetativen (Berlin) 454 (R 1984).
 Nervus opticus, tabische Atrophie (Fazekas) 273 (C).
 — opticus, Tumoren der Scheiden (Satanovsky) 317 (R 1301).
 — phrenicus, Blockade (Denk) 494 (R 2199).
 — phrenicus, Chirurgie (Brien) 477 (C).
 — vestibularis s. Labyrinth.
 Netz, Pathologie der Geschwülste des großen — (Strauß) 267 (C).
 Netzhaut s. Retina.
 Neubildung s. Tumor.

- Neugeborene, hämorrhagische Zustände (Synderman) 477 (C).
 — intrakranielle Blutungen (Rydborg) 378 (R 1639).
 — multiple Mißbildung (Wigger) 476 (C).
 — Todesursache (Klimke) 332 (R 1410).
 — transitorisches Fieber (Löfkovits) 476 (C).
 — Unterhautfettgewebsnekrosen (Woringer und Weiner) 315 (C).
 — Wiederbelebung (Katz) 475 (C).
 Neuralgia aortae abdominalis (Speranski) 493 (R 2192a).
 Neurasthenie, periphere (Petruschky) 354 (C).
 Neurinom des Rückenmarks (Peerbolte) 354 (C).
 Neuritis, ascendierende periphere (Stajano und Estable) 234 (C).
 — Behandlung (Albrecht) 270 (C).
 — Behandlung mit Chemotherapie und Physiotherapie (Bartlett u. Sunsson) 398 (C).
 Neuroblastom (Holmes und Dresser) 272 (C).
 — Röntgenbefunde (Henle) 271 (C).
 Neurologische Skizzen (Veraguth) 312 (C).
 Neuritis, periphere (Thompson) 434 (C).
 Neuropsychologie (Malamud und Rothschild) 436 (C).
 Neurorezidive (Blanco) 234 (C).
 Neurose, Somatogenese (Dattner) 432 (C).
 Neurosyphilis (Margulis) 341 (R 1471).
 — Behandlung (Mingazzini) 312 (C).
 — Behandlung (Solomon und Berk) 446 (R 1932).
 — Behandlung mit Impfmalaria (Matz) 446 (R 1932a).
 Nidrose 312 (C).
 Niere s. a. Albuminurin, Hämaturie, Nephritis, Pyelitis.
 Nierenbeckenentzündung s. Pyelitis.
 Nierensteine s. a. Harnsteine.
 Niere, Belastungs- und Resistenzprobe (Kundratitz) 354 (C).
 — papilläres Carcinom (Cahill und Gile) 232 (C).
 — Dermoidzyste (Valentine) 435 (C).
 — Diagnostik (Leb) 475 (C).
 — Durchlässigkeit (Perrin) 356 (C).
 — Echinokokkus, Diagnostik (Stark) 396 (C).
 — — (Menschikow) 437 (C).
 — — (Jaaniidi) 437 (C).
 — Entfernung (Cathelin) 320 (R 1325a).
 — Filtrationsprozesse (Behrens) 229 (C).
 — Frühdiagnostik der postskarlatinösen Entzündungen (Brosiello) 234 (C).
 — Funktion (Todd) 436 (C).
 — Funktionsprüfung (Brain und Kay) 373 (R 1603).
 — Krankheiten (Lebermann) 283 (R 1159).
 — Mißbildungen (Davis) 232 (C).
 — Mißbildungen (Grauhan) 477 (C).
 — Resektion (Scholl und Verbrugge) 236 (R 949).
 — Ruptur (Harris) 232 (C).
 — Schädigung durch Nahrungseiweiß (Newburgh und Curtis) 231 (C).
 Niere, sekretorische Konzentrierungsarbeit (Höber) 230 (C).
 — Tuberkulose (Jeck) 436 (C).
 — Tumoren (Joseph) 434 (C).
 — Tumoren bei Kindern (Grauhan) 333 (R 1416).
 — Tumoren bei Kindern (Nikitin) 419 (R 1828).
 — Riesentumor der Fettkapsel (Duschl) 352 (C).
 — Zysten (Krogus) 231 (C).
 — Zysten (Jacoby) 434 (C).
 — solitäre seröse Zyste (Lewis und Carroll) 315 (C).
 — zystische Tumoren (Jakobi) 448 (R 1946).
 — beim insulinbehandelten Coma diabeticum (Weiß) 432 (C).
 — und Ureteren (Anderson) 397 (C).
 Nierenarterie, doppelseitiges Aneurysma (Carson) 435 (C).
 Nierenbecken, Eindringen von Kontrastlösungen aus dem — in den Kreislauf (v. Sauer) 447 (R 1943).
 — Papillome (Lamont) 477 (C).
 — Verdoppelung (Harris) 477 (C).
 — Verschluß (Neill) 435 (C).
 Nierenperithelium (Graef) 396 (C).
 Nierenrinde, Nekrose bei Schwangerschaftstoxikose (Westmann) 313 (C).
 Nierensteine (Renter) 267 (C).
 — (Zalocco) 399 (C).
 — Diagnostik (Portwich) 476 (C).
 — Röntgenographie (Winogradow) 426 (R 1875).
 — Wachstumsgeschwindigkeit (Stern) 311 (C).
 — bei Kindern (Smith) 314 (C).
 Ninhydrinreaktion für die Diagnostik der Uterusmyome (Schirschow) 406 (R 1729).
 Nitritoide Krise (Milian) 273 (C).
 Noctal (Boedecker und Ludwig) 229 (C).
 Nordsee, bioklimatische Studien (Pfleiderer) 313 (C).
 Novalgin bei Geburten (Schmidt) 278 (R 1132).
 Novokainantagonismus (Zipf) 309 (C).
 Novo-Tropon (Hofmann) 352 (C).
 Nurnal (Hofmann-Bang) 340 (R 1459).
 Nystagmus, artifizieller bei Hemiplegikern (Bard) 273 (C).
 Oberarm, suprakondyläre Brüche (Gold) 481 (R 2106).
 Oberschenkel, Schußfrakturen im Weltkrieg (Bestelmeyer) 358 (R 1494).
 Obstipation, chirurgische Behandlung (Goldschmidt) 475 (C).
 — Wasserstoffionenkonzentration des Stuhles (Andersen und Norgaard) 397 (C).
 Obstipation im Kindesalter (Preisich) 400 (C).
 Obstopierende Mittel (Fröhlich) 475 (C).
 Oedem s. a. Trophödem Wasserhaushalt.
 — angioneurotisches (Stolz) 398 (C).
 — chronisches hereditäres (Milroy) 271 (C).
 — renales (Peters u. a.) 415 (R 1799).
 — Entstehung, Einwirkung von Parathyreoideaextrakt (Cantarow und Gordon) 232 (C).
 Oedematöse Haut, Diffusion von Flüssigkeit und Gas (Buzzi) 356 (C).
 Odessa als Kurort für Herzranke (Buchstab) 357 (C).
 Odontologie (Kieffer) 310 (C).
 Ohr, Sepsis nach akuten Infektionen (Flerow) 479 (C).
 Ohrerotik bei Kindern (Galant) 396 (C).
 Ohrmuschel, totale Abschneidung (Oldenstam) 354 (C).
 Okkultismus und Verbrechen (Friedländer) 353 (C).
 Oleothorax (Courcoux) 233 (C).
 Oleum chenopodii, Vergiftungsgefahr u. Idiosynkrasie (Bilsin) 502 (R 2256).
 Olio-pontine Atrophie (van Bogaert) 273 (C).
 Ologismus (Montandon) 233 (C).
 Olympiakämpfer, röntgenologische Gelenkuntersuchungen (Heiß) 488 (R 2165).
 Omentum s. Netz.
 Onanie im Kindesalter (Kaufmann) 353 (C).
 Onkologie (Newjadomski) 400 (C).
 Onychomykose (Neves) 234 (C).
 Oophorektomie in der Behandlung der Osteomalazie (Procopio) 407 (R 1732).
 Operationsspekulum (Karp) 432 (C).
 Ophthalmia anaphylactica (Löwenstein) 311 (C).
 Ophthalmische Migräne (Didsbury) 244 (R 1010).
 Ophthalmologie, Reformdiät (Bell) 317 (R 1304).
 Ophthalmoplegie bei Basedow (Wedd und Permar) 438 (R 1880).
 Opium, Gesetz (Schläger) 474 (C).
 Oppenheim-Phänomen (Jerschow) 400 (C).
 Oponintest zur Schnellidentifizierung von Scharlachstreptokokken (Howell und Werner) 272 (C).
 Optisch-agnostische Störungen (Joßmann) 433 (C).
 Optometrisches Problem (Lancaster) 397 (C).
 Orbita s. Augenhöhle.
 — Lymphome (Wright) 232 (C).
 Orbitaltumoren (Stuelp) 231 (C).
 Orchitis (Campbell) 315 (C).
 Orchitis, traumatische (Wesson) 397 (C).
 Orientbeule (Mayer) 229 (C).
 Orificium internocolli uteri, Verklebung (Maron) 316 (C).
 Orosanil und Lungentuberkulose (Codina) 399 (C).
 Orthodontie (Lewin) 310 (C).
 Orthopädie (Debrunner) 351 (C).
 Orthopädische Turnkurse in Prag (Prochazka) 229 (C).
 Orthopädisches Schulturnen in Schweden (Haglund) 229 (C).
 Os innominatum, dislokation des rechten — (Warren) 272 (C).
 Osgood-Schlattersche Krankheit, Röntgendiagnostik und Aetiologie (Odisharija) 236 (R 952).
 Oesophagus Divertikel (Moppert) 312 (C).
 — — (Sturgeon) 436 (C).
 — Entfernung eines Gebisses (Drüner) 431 (C).
 — Innervation (Kuré u. a.) 421 (R 1839).

- Oesophagus, peptisches Geschwür** (Jackson) 441 (R 1895).
 — Perforation bei Carcinom (Carnot) 295 (R 1245).
 — Spiraldrehung (Levy) 268 (C).
 — kongenitale Stenose (Beatty) 378 (R 1637).
- Oesophagus, kongenitale Stenose** (Link) 432 (C).
- Osram-Ultralampe** (Förster) 426 (R 1876).
- Ossiculum sesamoideum** (Gregory) 396 (C).
- Ossificatio praecox** (Hofman-Bang) 271 (C).
- Osteochondritis dissecans** (Lange) 475 (C).
 — luetica (Moses) 354 (C).
 — luetica (Bromer) 398 (C).
- Osteochondroarthropathia necroticans vom Köhlerschen Typus** (Zarenko) 443 (R 1907).
- Osteomalazie, Oophorektomie in der Behandlung der —** (Procopio) 407 (R 1732).
 — und Vigantol (Goldstein) 270 (C).
- Osteome** (Meyer) 351 (C).
- Osteomyelitis** (Edwards) 436 (C).
 — operationslose Behandlung (Sachs) 359 (R 1500).
- Osteomyelitische Ultravirus** (Jemma) 401 (R 1694).
- Osteoporose des Schädels** (Schüller) 432 (C).
 — posttraumatische (Floresco) 234 (C).
- Osteosarkom des oberen Humerusabschnittes** (Hartmann) 315 (C).
- Osteosynthese bei Frakturen beider Vorderarmknochen** (Ballis) 437 (C).
- Ostitis fibrosa mit fibromyxomatösen Muskeltumoren** (Krogus) 231 (C).
 — fibrosa generalisata. Recklinghausen (Gold) 442 (R 1901).
- Oestrushormon in der Galle** (Gsell-Busse) 229 (C).
- Otitis media, Bestrahlungen mit Infrarot** (Barajas) 399 (C).
- Otolithenaffektionen** (Wodak) 444 (R 1919).
- Otosklerose, Behandlung mit Nebenschilddrüsenextrakt** (Watson-Williams) 485 (R 2133).
 — Brojosan bei — (Noack) 433 (C).
- Ovarialpräparate, Wirkung auf Menopause** (King) 314 (C).
- Ovarialschwangerschaft, ausgetragene** (Säntti) 313 (C).
- Ovarielle Dysfunktion** (Danby und Sykes) 232 (C).
 — Ueberpflanzungen (Latis Bey) 233 (C).
- Ovarium s. a. Geschlechtsdrüsen.**
 — (Alfieri) 362 (R 1516).
 — Bestrahlung bei Menstruationsstörungen (Drips und Ford) 314 (C).
 — intraabdominelle traumatische Blutung (Atajanz) 313 (C).
 — intraabdominelle Blutungen (Gleinitz) 396 (C).
 — Carcinom (Isbruch) 353 (C).
 — Carcinom (Strauss) 362 (R 1517).
 — zystisches Carcinom (Deaver) 271 (C).
 — Einpflanzungen (Michel) 313 (C).
 — Embryologie (Saber) 316 (C).
- Ovarium, primäres Endotheliom** (Cattaneo) 406 (R 1727).
 — Follikel (Serdjukow) 479 (C).
 — Funktion und Mineralbestand des Blutes (Schepetinsky) 473 (C).
 — Hämatome (Slatmann) 400 (C).
 — Histologie und endokrine Funktion (Chydenius) 231 (C).
 — Hormon, Insulin und Kohlenhydratstoffwechsel (Kaufmann) 504 (R 2265).
 — Hormon und Grundumsatz (Koehler) 422 (R 1844).
 — Hormon Präparate (Hornung und Litten) 313 (C).
 — Einfluß schwacher Röntgenbestrahlung (Krupski und Eisenberg) 269 (C).
 — Sterilisation durch das Corpus luteum und Insulin (Imperato) 483 (R 2120).
 — Transplantation (Samkow) 479 (C).
 — und Laktation (Schirch und Guimaraes) 478 (C).
- Ovogenese s. Eientwicklung.**
- Ovula in den Tuben** (Allen u. a.) 271 (C).
- Oxalämie** (Loeper und Tonnet) 416 (R 1802).
- Oxyuren in der Aetiologie der Appendicitis** (Ssolowjew) 456 (R 1997).
- Ozäna Behandlung** (Lautenschläger) 238 (R 963).
- Ozaena, Röntgenbehandlung** (Grauer) 433 (C).
- Pachymeningitis haemorrhagica interna bei kongenitaler Syphilis** (Guldberg) 487 (R 2152).
- Pagetsche Krankheit** (Bascourret) 478 (C).
 — Krankheit der Brustwarze (Ménégaux) 399 (C).
 — Krankheit der Knochen (Engel) 397 (C).
- Pallidasuspensionen in karbolisierter Kochsalzlösung** (Gachtgens) 357 (R 1485).
- Pankreas annularis** (Thür) 475 (C).
 — spontane, umfangreiche Blutzyste (Brohec und Evely) 455 (R 1996).
 — Carcinom, Hämochromatose bei — (Critchlow) 233 (C).
 — Carcinom (Friedenwald und Cullen) 435 (C).
 — Fettgewebsnekrose, Nebennierennekrose bei — (Peus) 455 (R 1995).
 — Nekrose bei Ileus (Hegge) 434 (C).
 — respiratorische Verschieblichkeit (Hitzenberger) 462 (R 2038).
 — Verletzungen, Diastase und Lipasewert im Blut (Grassberger) 433 (C).
 — Zysten, Symptomatologie (Schwarz) 475 (C).
 — und Leber (Köntzey und Ambrus) 286 (R 1179).
- Pankreasdiabetes, Eiweiß- und Energiehaushalt** (Enderlen, Glatzel und Pu) 229 (C).
- Pankreaskopf, Carcinom** (Nabeshuber) 270 (C).
 — maligne Tumoren (Dencks) 267 (C).
- Pankreasnekrose** (Herzog) 230 (C).
- Pankreasstein** (Meyer) 403 (R 1706).
- Pankreatitis, hämorrhagische** (Coen) 356 (C).
- Pankreatitis, Reaktion von Cammidge** (van Waveren) 271 (C).
 — Röntgenuntersuchung (Bronner) 426 (R 1874).
- Papilla Vateri, maligne Tumoren** (Dencks) 267 (C).
- Papillocarcinom, epibulbäres basozelluläres** (Fehér) 356 (C).
- Parabiose, Einfluß auf die innere Sekretion** (Fels) 462 (R 2039).
- Paradentale Eiterungen** (Weinmann) 310 (C).
- Paradentosen Erkrankungen** (Hoffmann) 268 (C).
- Paradentose und Diabetes** (Dimitrowa) 334 (R 1420).
- Paradysenterie, Epidemie in Skanderborg** (Ahrend, Larsen) 434 (C).
- Parakeratose** (Veyrières) 233 (C).
- Parakolibakterien** (Minkewitsch) 479 (C).
- Paraldehydvergiftung** (Schneider) 354 (C).
- Paralyse** (Liebert) 464 (R 2051 a).
 — Behandlung mit Stovarsolnatrium (Heymann) 389 (T).
- Eisen im Hirn bei progressiver —** (Lasarew) 297 (R 1263).
- Essigsäureanhydrid - Schwefelsäureprobe bei progressiver —** (Myerson) 464 (R 2053).
- Halluzinose bei progressiver —** (Gerweck) 464 (R 2052).
- Deformität bei infantiler —** (Mc Ausland) 233 (C).
- infantile in Massachusetts** (Legg) 435 (C).
- Malariabehandlung der progressiven —** (Wolochow) 479 (C).
- postdiphtheritische —** (Tanzi) 234 (C).
- progressive —, Malariabehandlung** (Wilson) 424 (R 1864).
- Paranephritis** (Fritz) 312 (C).
- Paranephritischer Abszeß im Kindesalter** (Eisenstaedt) 435 (C).
- Parasyphilis, pathogener Mechanismus** (Levaditi) 315 (C).
- Parathyreoidea, Extrakt, Einwirkung auf Oedementstehung** (Cantarow und Gordon) 232 (C).
- Parathyreoidea, Tätigkeit, Störungen** (Kemper) 435 (C).
- Parathyreoidhormon zur Beherrschung der Menstrualblutung** (Allen und Goldthorpe) 407 (R 1736).
- Paratyphus B** (Pyresew) 400 (C).
- Paratyphus-B-Bazillenbefund im Eiter** (Petrowsky) 475 (C).
- Paratyphus-B-Epidemie in Haarlem** (Dijkstra und van der Hoeden) 354 (C).
 — C, Infektion (Teissier u. a.) 398 (C).
 — (Herdersche) 271 (C).
 — Bekämpfung (Rimpan) 270 (C).
 — Diagnostik (Silberstein) 270 (C).
 — Diagnostik (Hoder) 275 (R 1107).
 — encephalomeningeales Syndrom im Beginn von kindlichem (Nobécourt) 398 (C).
 — Epidemie (Engering-Wipperfurth) 270 (C).
 — Epidemie in einem Krankenhaus (Kolf) 310 (C).
 — Epidemie in Aabyhof (Inul) 434 (C).
 — Newportbazillen in Deutschland (Kauffmann) 270 (C).
- Paratyphusbakterien** (Stutzer) 437 (C).

- Parkinsonsche Krankheit s. a. Paralysis agitans.
- Parkinsonismus (Beyermann u. Leicher) 464 (R 2049).
- Bradytasie beim postencephalitischen — (Sacchetto) 315 (C).
- bestrahltes Ergosterol gegen — (Fising) 335 (R 1429).
- u. chronischer Rheumatismus (Carler u. Massière) 416 (R 1803).
- Parkinsonkranke, Muskeltonus (Russetzki) 437 (C).
- Parotististel, Verschluss (Székely) 476 (C).
- Parotitis epidemica, Behandlung (Gelgat) 490 (R 2175).
- Parotis, rezidivierende Schwellung (Steinitz) 269 (C).
- Partagon (Schreuer) 248 (R 1036).
- Pasteurisation (Rosenau) 272 (C).
- Patellarluxation u. freie Gelenkkörper (Mendl) 396 (C).
- Patellitis adolescentium (Serfaty u. Marrotoli) 316 (C).
- Pathomorphosen (Hellpach) 432 (C).
- Pathothermie, periodische (Vollmer) 332 (R 1411).
- Pectin (Mc Coy u. Peterson) 272 (C).
- Pediculoides ventricosus (Savinetti) 486 (R 2138).
- Pellagra (Kollath) 352 (C).
- Pellagrankranke Ratten, Dermatitis bei — (Salmon u. a.) 232 (C).
- Pelveoperitonitis, weibliche adhäsive (Lahm) 361 (R 1512).
- Pemphigus epidemicus beim Neugeborenen (Neff) 476 (C).
- Pemphigus hereditarius (Kuse) 269 (C).
- neonatorum (Benians u. Jones) 232 (C).
- neonatorum (Collins u. Campbell) 232 (C).
- vulgaris (Prochazka) 271 (C).
- Penis, Abschnürung durch Fremdkörper (Clem) 320 (R 1323).
- Carcinom (Thomas) 272 (C).
- Epitheliome, Radiumbehandlung (Pfahler u. Widmann) 470 (R 2086).
- Klammer (Lane) 272 (C).
- Pentosurie (Rossen) 477 (C).
- Pepton, Injektion (Feldberg) 351 (C).
- Perforationsperitonitis bei Paratyphus (Pop) 476 (C).
- Periarteritis nodosa (Nordmann u. Renys) 270 (C).
- nodosa (Baló u. Nachtnebel) 422 (R 1845).
- Perikard s. a. Herz
- Peripachymeningitis spinalis chronica (Veraguth u. Schnyder) 296 (R 1256).
- Peritonitis, experimentelle biliäre (Horal) 435 (C).
- myxomatöse (Jegorow) 357 (C).
- Koliserum bei diffuser u. zirkumskripter (Lindemann) 403 (R 1708).
- im Kindesalter (De Sanctis u. Nichols) 477 (C).
- Periurethritis fibrosa (Nürnberger) 237 (R 953).
- Perkussion, auskultierte (Minerbi-Ferrara) 394 (C).
- Perkussionsmethode (Révai) 352 (C).
- Perkussionsphantom (Katz) 474 (C).
- Perkutanbehandlung (Petruschky) 381 (R 1658).
- Perniziöse Anämie s. Anämie.
- Pernocton (Boedecker u. Ludwig) 229 (C).
- (Gantzkow) 279 (R 1133).
- (Goetz) 354 (C).
- (Konrád) 478 (C).
- Dämmerschlaf in der Geburtshilfe (Hole) 397 (C).
- Narkose (Klimkó) 478 (C).
- Perspirato insensibilis bei dekompensiertem Kreislauf (Zak) 268 (C).
- Perthessche Krankheit (Mühlbradt) 267 (C).
- Pertussis s. a. Keuchhusten.
- Pes planovalgus contractus, Verweisung der Nervus peroneus (Man) 320 (R 1327).
- Pest-Epidemie in Chienchiatien (Tsuchiya) 436 (C).
- Sensibilisierung u. Immunisierung gegen experimentelle (Compton) 232 (C).
- Pfeiffer-Bazillen-Meningitis (Beloussowa) 357 (C).
- Pfortader, Verlegungen (Chiari) 475 (C).
- Phagedänischer Schanker (Labadie) 314 (C).
- Phagozytose (Loewenthal u. Misch) 270 (C).
- (Sawada) 314 (C).
- Phalangen (Magnuson) 314 (C).
- Phantomarm nach Plexuszerreißung (Mayer-Groß) 256 (R 1081).
- Pharyngo-Oesophagealdivertikel, Röntgendiagnostik (Palngyay) 475 (C).
- Pharynx s. Rachen.
- Phenolsulphonaphthalin, Ausscheidung (Polkey) 477 (C).
- Phenolzusatz zum Antirabiesserum (Fermi) 234 (C).
- Phenylhydrazinbehandlung, Thrombose bei Polyzythämie nach — (Barta) 229 (C).
- Phimose Entstehung (Pinkus) 243 (R 1001).
- Phlegmone u. sekundäre Asthenie (Benon) 398 (C).
- Phlebit der unteren Extremität (Eisenklamm) 359 (R 1499).
- Phosphatämische Kurve (Warkany) 313 (C).
- Phosphor Vergiftung (v. Falkenhausen) 229 (C).
- Wirkung des weißen (Seel) 351 (C).
- Phosphorpentoxid (Forschner u. Hottinger) 230 (C).
- Photochemie (Plotnikow) 312 (C).
- Phototherapie (Waddington) 232 (C).
- Phrenicoexhairese (Maendl u. Schwarzmänn) 332 (R 1407).
- Phreniksexhairese (Salomon) 352 (C).
- (v. Bernuth) 372 (R 1597).
- (Holmbol) 476 (C).
- Avertinnarkose bei — (Köller) 396 (C).
- Avertinnarkose bei — (Gulcke) 476 (C).
- Phrenikussymptom bei unterbrochener Extrauterinschwangerschaft (Bakscht) 409 (R 1745).
- Phthise s. a. Tuberkulose.
- Phthisische Reinfektionsperiode (Starlinger) 376 (R 1623).
- Phthisischer Reinfekt der Lungen (Aschoff) 250 (R 1047).
- Phyllosan (Schröder u. Madsen) 461 (R 2027).
- Physikalische Behandlung (Grober) 314 (C).
- Behandlung (O'Brien) 398 (C).
- Physiologie der Menschen (Schenck und Gürber) 514 (B).
- Physostigmin (Testa) 351 (C).
- Phytin (Ihm) 353 (C).
- in der Behandlung Tuberkulöser (Basch) 268 (C).
- Picksche Krankheit (Kaplinsky) 354 (C).
- Pigmentbildung (Teck) 486 (R 2145).
- Pigmentkachexie (Eldh) 397 (C).
- Pilokarpin (Testa) 351 (C).
- Pilokarpin Schädigungen bei Harnverhaltung (Mayer) 237 (R 954).
- Pilokarpin u. Blutzuckerregulation (Ceballes) 399 (C).
- Pinealdrüsen s. Epiphyse.
- Pituitäre Kachexie bei Tabes dorsalis (Good u. Newman) 507 (R 2284).
- Pituitrin s. a. Hypophyse.
- Pityriasis rosea (Kieß) 324 (R 1353).
- Plasma s. a. Blut, Serum.
- Plasmochin, Behandlung der Malaria (Nissenbaum) 354 (C).
- Plasmodium cathemerium (Boyd) 397 (C).
- Platon als moderner Eugeniker (Günther) 259 (B).
- Platonychia areata (Maschkilleisson) 473 (C).
- Plattfuß Beschwerden u. multiple Sklerose (Peyser) 396 (C).
- Redressement der kontrakten (Richter) 474 (C).
- Plazenta accreta (Wilson) 364 (R 1537).
- accreta (Aschermann) 395 (C).
- praevia (Brandt) 271 (C).
- praevia, Behandlung (Körster) 271 (C).
- praevia u. Schock (Skajaa) 271 (C).
- praevia cervicalis (Magid) 364 (R 1533).
- Blutbewegung (Schmitt) 476 (C).
- Durchblutung der überlebenden (Küstner u. Siedentopf) 351 (C).
- Entstehung der Kotyledonenfurchen (Frommhold) 397 (C).
- Fehlgeburten infolge fehlerhafter Insertion (Rhenter u. Pigeaud) 297 (R 1134).
- Retention im Wochenbett (Vermelin) 315 (C).
- Schwimmprobe (Kobes) 313 (C).
- frühzeitige Trennung (O'Connor) 233 (C).
- Plazentainfarkte, röntgenographische Studie (Thoms) 385 (R 1686).
- Plazentavenen, Varizenbildung (Hartmann) 476 (C).
- Plazentophagie (Lenkeit) 353 (C).
- Plethysmographische Versuche (de Jong u. Prakken) 340 (R 1460).
- Pleura, Pathogenese u. Resorption der Trans- u. Exsudate (Iversen u. Hecht-Johannsen) 434 (C).
- Pleuraempyem (Fromme) 431 (C).
- des frühen Kindesalters (Bosch) 352 (C).
- Pleuraempyeme Behandlung (Nielsen) 454 (R 1988).
- Pleurale Ergüsse (Arnstein u. Huppert) 328 (R 1385).
- Pleuritis s. a. Empyem.

- Pleuritis, (Smith) 434 (C).
 — calculosa mit serösem Exsudat (Gentz) 397 (C).
 — Behandlung der eitrigen (Cateruccia) 418 (R 1822).
 — eosinophile (Grünberg) 400 (C).
 — exsudativa, Dermographia rubra bei — (Sudzuki) 433 (C).
 — exsudativa tuberculosa (Häutemann) 251 (R 1050).
 — paratuberkulöse seröse (Huber) 354 (C).
 Pleuroskopie (Mañas) 437 (C).
 Plexus brachialis, Anästhesie (Hilarowicz) 396 (C).
 — sacralis, Neuralgie (Catola) 383 (R 1676).
 Plexuszerreißung, Phantomarm nach — (Mayer-Groß) 256 (R 1081).
 Pneumocephalus internus nach Schädelbruch (Campbell) 475 (C).
 Pneumokokken (Schiemann) 270 (C).
 — biologisches Verhalten (Haendel u. Lange) 270 (C).
 — Ermüdung u. Empfänglichkeit von Kaninchen gegen (Bailey) 397 (C).
 — Meningitis (Uhr) 477 (C).
 — Orchitis (Miraglia) 234 (C).
 — Pneumonie, Serumbehandlung (Lord) 233 (C).
 Pneumokokkenserum, Antikörper (Felton) 272 (C).
 Pneumonie s. a. Lungenentzündung.
 — Behandlung der akuten fibrinösen mit spezifischem Serum (Voithenberg) 229 (C).
 — Behandlung mit Chinin hydrochlor (Wiersma) 354 (C).
 — Diathermiebehandlung (Stewart) 244 (R 1012).
 — kruppöse (Griffith) 314 (C).
 — Oxygenbehandlung (Falmer) 398 (C).
 — Röntgenbestrahlung (Hell) 433 (C).
 — syphilitische interstitielle (Vogelsang) 434 (C).
 — im Säuglings- u. späteren Kindesalter (Barenberg u. a.) 498 (R 2228).
 — bei Kindern (Zalocco) 253 (R 1064).
 Pneumonokoniose (Kaestle) 311 (C).
 Pneumoperikard (Tappainer) 234 (C).
 Pneumoperitoneum (Fritz) 475 (C).
 Pneumoradiographie (Roseno) 311 (C).
 Pneumothorax (Pick) 270 (C).
 — (Leschke) 310 (C).
 — doppelseitiger (Neumann) 377 (R 1633).
 — doppelseitiger (Boehm u. Puhr) 497 (R 2219).
 — Kavernendiagnostik mit Hilfe der diagnostischen — (Trenti) 267 (C).
 — künstlicher (Luzzato Fegiz) 234 (C).
 — künstlicher (Berlin) 332 (R 1406).
 — künstlicher (Campani) 417 (R 1809).
 — künstlicher (Matz) 435 (C).
 — künstlicher (Hofmann) 437 (C).
 — spontaner der Tuberkulösen (Jaquelin) 315 (C).
 — therapeutischer (Girand) 336 (R 1434).
 — bei Abdominaltyphus (Polyschuk) 479 (C).
 — bei Pneumonien im Kindesalter (Klotz) 268 (C).
 Pocken s. a. Vakzination.
 Pocken, Epidemie in Aarhus (Lunddahl) 314 (C).
 Pockenimpfung, Komplikationen seitens des Nervensystems (Konowalow) 411 (R 1769).
 Pockenschutzimpfung, intrakutane (Gierthmühlen) 243 (R 1005).
 Poliomyelitis (Friedmann) 420 (R 1832).
 — Behandlung mit Rekonvaleszenten-serum (Aycock u. a.) 450 (R 1963).
 — Blutbild (Simchowitz) 230 (C).
 — nach Mandelentzündung (Aycock) 341 (R 1467).
 — Nachbehandlung (Dickie) 314 (C).
 — Streptokokken im Liquor (Rosenow) 314 (C).
 — Leipziger Epidemie (Häbler) 291 (R 1218).
 Poliosis (Koyanagi) 401 (R 1693).
 Pollenallergie (Lamson u. a.) 434 (C).
 Pollengehalt unbewegter Luft (Duke) 397 (C).
 Pollexreflex (Benedek) 432 (C).
 Polyarthrit (Plate) 375 (R 1616).
 — acuta im Kindesalter (Stettner) 310 (C).
 Polycythaemia rubra (Hofheinz) 327 (R 1376).
 — vera mit Phenylhydrazhydrochlor (Mackay) 494 (R 2203).
 Polyneuritis, Aetiologie u. Pathogenese (Ramer) 507 (R 2280).
 Polysan (Trüb) 500 (R 2242).
 Polyserositis, Milzexstirpation (Iversen) 312 (C).
 Polyurie (Verney) 355 (C).
 — bei chronischer Nephritis (Verney) 477 (C).
 — im Verlauf der Diabetes insipidus (Labbe u. a.) 233 (C).
 Polyzythämie, Milzbehandlung bei — (Friedemann) 371 (R 1591).
 Porokeratosis Mibelli (Schnabel) 473 (C).
 Portio s. a. Uterus.
 Portioepithel, Jodpinselung u. Abschabung des — (Schiller) 397 (C).
 Porzellanbrücken (Fehr) 310 (C).
 Porzellanguß (Russo) 310 (C).
 Porzellanwurzelzähne (Lewald) 269 (C).
 Postencephalitis Dementia (Vivaldo u. Haedo) 315 (C).
 Potentialwirkung u. Ionenantagonismus (Jendrassik u. Antal) 273 (C).
 Potenzstörungen (Wollstein) 352 (C).
 Potter-Bucky-Blende (Luisz Yague) 399 (C).
 Pottsche Krankheit s. a. Spondylitis tuberculosa.
 — Paraplegie, Resektion der lumbalen Sympathikus (Diez) 480 (R 2099).
 Präservativ (Dembskaja) 437 (C).
 Priapismus (Lewitanski) 479 (C).
 — Röntgenbehandlung des leukämischen (Krause) 269 (C).
 Primäraffekt (Jacobsen) 282 (R 1154).
 Probeführstück (Ehrmann) 421 (R 1840).
 Probekürettements (Stierlin) 321 (R 1329).
 Progenie, operative Korrektur (Wymer) 351 (C).
 Progenie Operationen (Schmidt) 359 (R 1497).
 Prolan (Zondek) 277 (R 1120).
 — (Zondek) 354 (C).
 Prolapsoperation, Schubertsche (Gatter) 270 (C).
 Prostata Abszeß (Peterson) 436 (C).
 — Abszeß (Szenhier) 447 (R 1941).
 — Abszeß, Blasendysfunktion nach — (Cumming) 436 (C).
 — Chirurgie (Bugbee) 315 (C).
 — digitale Massage (Valerio) 315 (C).
 — Faradisation (Tur) 437 (C).
 — Hypertrophie (Lickint) 310 (C).
 — Sarkom (Paul) 477 (C).
 — Sekret (Riemke) 271 (C).
 — Syphilis der — (Riba) 435 (C).
 — u. Samenblasen als Infektionsherde (Hoffmann) 411 (R 1766).
 Prostatektomie (Stutzin) 283 (R 1160).
 — perineale (Davis) 314 (C).
 — suprapubische (Pugh) 233 (C).
 Prostatiker, Betreuung (Allen) 315 (C).
 — ohne Prostata (Valerio) 234 (C).
 Prostatistischer Patient (Heß) 315 (C).
 Prostatitis (Faragó) 369 (R 1574).
 — Behandlung (Pugh) 326 (R 1367).
 Protein s. a. Eiweiß.
 Proteinbehandlung in der Gynäkologie (Hilbert) 360 (R 1505).
 — in der Urologie (Vanzolini) 356 (C).
 Proteus Diagnostik (Hoder) 275 (R 1107).
 Proteushämolyse (Norton u. a.) 232 (C).
 Prothesen (Raphaelsohn) 230 (C).
 Protinectol, Behandlung der Ostitis (Cavalcanti) 315 (C).
 Pruritus (Shuman) 315 (C).
 — vulvae (Hinselmann) 476 (C).
 — vulvae, Strahlenbehandlung (v. Büben) 240 (R 980).
 Psammom der Orbita (Wiegmann) 395 (C).
 Pseudoenzephal, Knochenmißbildungen (Stoboziano u. a.) 478 (C).
 Pseudohemaphrodit (Bernier) 271 (C).
 Pseudohypogalaktische Zustände (Freund) 268 (C).
 Pseudoileus (Babitzki) 229 (C).
 Pseudoperitonitis (Rabitzki) 229 (C).
 Pseudorheumatismus tuberculosus, (Barboza) 478 (C).
 Pseudosklerose (Pines) 231 (C).
 Pseudotumor cerebri (Redlich) 295 (R 1248).
 Psoas bei Hüftgelenksaffektionen (Gourdon) 272 (C).
 Psoriasis, Glukosebehandlung (Hanusowicz) 445 (R 1926).
 Psoriasis vulgaris, Hyperkeratosen und Pyodermien bei — (Parl) 445 (R 1925).
 — vulgaris, Pathogenese (Gans) 229 (C).
 — vulgaris und ihre Bedeutung (v. Kerckhoff) 301 (B).
 Psoriasisefloreszenzen, Reaktionsprüfungen (Bettmann) 267 (C).
 Psychiatrie, forensische (Raacke) 474 (C).
 Psychoanalyse (Schultz) 395 (C).
 — im Kindesalter (Friedjung) 353 (C).
 Psychoanalytische Theorien (Papilault) 399 (C).
 Psychogene Dermatosen (Sack) 255 (R 1076).
 Psychohygiene der Großstadt (Weygandt) 432 (C).
 Psychologie des versimpelnden Kindes (Galant) 431 (C).
 — in der Psychiatrie (Wolff) 354 (C).

- Psychopathische Konstitutionen (Homburger) 312 (C).
 Psychopathologie (Joel und Fränkel) 432 (C).
 Psychose bei Encephalitis epidemica (Nebst) 270 (C).
 — bei kortikaler Encephalitis (Schilder) 270 (C).
 — Endzustände nach reaktiven (Wwedensky) 231 (C).
 — sekundäre (Wolmsley) 355 (C).
 — und Jahreszeit (Ratner) 255 (R 1075).
 Psychotherapie (Raimann) 270 (C).
 — (Wittkower) 298 (R 1267).
 — des Gynäkologen (Galant) 245 (R 1865).
 — und Krankenkassen (Sußmann) 230 (C).
 Pubertätszeit, Grundumsatz beim Struma (Eldh) 355 (C).
 Puerikultur (Weill-Hallé) 398 (C).
 Puerperale Infektion durch intrauterine Applikation antiseptischer Lösungen (Rosenfeld) 397 (C).
 — Morbidität und Mortalität (Brooke Bland) 233 (C).
 Puerperalfieber, Streptokokkenantitoxin bei — (Lash) 407 (R 1735).
 — Warnekros-Serum bei — (Wozak) 423 (R 1854).
 Puerperalgangrän (Saenger) 313 (C).
 Puerperalinfection durch Bazillus aerogenes capsulatus (Ivens) 355 (C).
 Puerperium, Infektion im — (Adair und Tiber) 485 (R 2132).
 Pulpa Pathologie (Euler) 267 (C).
 Puls s. a. Blutdruck, Herz
 Pulverbläser mit Obturator (Glaß) 395 (C).
 Punch Drunk (Martland) 271 (C).
 Pupillarmembran, Reste (Crebbin) 397 (C).
 Pupille, Innervation (Nitani) 267 (C).
 Pupillenstörung bei Syphilis (Last) 242 (R 991).
 Purpura haemorrhagica (Ceballos und Taubenschlag) 316 (C).
 — haemorrhagica (Hunter) 436 (C).
 — haemorrhagica menstrualis, Röntgentherapie (Schneider) 269 (C).
 — thrombopenische (Crousse) 437 (C).
 Pyämie s. Sepsis.
 — Venenunterbindung (Jancke) 481 (R 2100).
 Pyelitis, chronische (Campbell) 411 (R 1763).
 — Diagnostik und Behandlung (Blum) 354 (C).
 — gravidarum (Benda) 276 (R 1116).
 Pyelographie (Gottloeb und Stokow) 385 (R 1685).
 — (Roberts) 398 (C).
 — bei Nierenverletzungen (Antonin) 396 (C).
 Pyelonephritis (Sienkiewicz) 434 (C).
 Pyknolepsie (Frisch) 475 (C).
 — (Ely Jelliffe) 477 (C).
 Pylorospasmus der Säuglinge, Frühjahrgipfel (Hutter) 433 (C).
 Pylorus Resektion (Truesdale) 271 (C).
 Pylorus-Schließungsreflex (Timofejev) 381 (R 1661).
 Pylorusstenose im Säuglingsalter (Meshewoj) 438 (C).
 Pyodermatitis neonatorum (Reed) 378 (R 1640).
 Pyoderma chronica ulcerosa (Glauber-
 sohn) 351 (C).
 — vegetans (Willms) 229 (C).
 Pyodermis, Behandlung (Lotte) 233 (C).
 Pyometra im Gefolge der Radiumbehand-
 lung des Uteruscarcinoms (Bland) 512 (R 2312).
 Pyonephrose, Nephrektomie bei —
 (Widenhorn) 419 (R 1827).
 Pyosalpinx s. a. Tube.
 Pyramidenbündel, Chronaxie des —
 (Bourguignon) 506 (R 2276).
 Pyramidon (Holló) 354 (C).
 Pyridium (Bernhardt) 445 (R 1927).
 Pyriker bei Nervenkrankheiten (Mandl
 und Sperling) 270 (C).
 — Behandlung der Neurosyphilis (Diel-
 mann) 368 (R 1570).
 Pyurie, extrarenale (Molla) 411 (R 1762).
 — im Säuglingsalter (Boddin) 352 (C).
 — im Kindesalter (v. Mettenheim) 419 (R 1829).
 Quarzlampe ohne Vakuum (Bach) 433 (C).
 Quarzlichtbehandlung der Hypogalaktie
 (Flesch und Karniß) 310 (C).
 Quarzlichtbestrahlung, Pigmentverände-
 rung (Hase) 473 (C).
 Quecksilber Anurie (Turpin u. a.) 398 (C).
 — Einwirkung (Holtzmann) 313 (C).
 — Vergiftung, chronische (Hertz) 461 (R 2031).
 — Verteilung im Organismus (Müller) 394 (C).
 — und Kohlenbogenlicht (Griffith) 313 (C).
 R-Einheit und H E D (Hin) 433 (C).
 Rabies s. a. Tollwut.
 — (Rice) 314 (C).
 Rachengumma (Gloriosow) 479 (C).
 Rachitis Behandlung (Swann Harding) 272 (C).
 — Behandlung (Langstein) 292 (R 1223).
 — Behandlung (Bahl) 311 (C).
 — Phosphatstoffwechselstörung (Hey-
 mann) 313 (C).
 — Prophylaxe (Blumenthal) 254 (R 1070).
 — Quarzlampenbestrahlung (Gersten-
 berger u. a.) 458 (R 2017).
 — Verhinderung durch Ultraviolett-
 bestrahlung (Selkirk u. a.) 435 (C).
 — als Mangelkrankheit (Falkenheim) 386 (B).
 Rachitische Deformität beider Ober-
 schenkelknochen (Petersen) 231 (C).
 — Ratten, Infektionsempfänglichkeit
 (Robertson) 397 (C).
 Radioakratothermen, Beeinflussung der
 Nierenfunktion (Kornmann) 474 (C).
 Radioaktive Injektionen, Behandlung der
 malignen Geschwülste (Tomanek) 433 (C).
 Radioaktivität postmortaler Probe-
 schnitte (Barker) 467 (R 2069).
 Radioströme, Wärmeerzeugung durch
 hochfrequente (Seeland) 231 (C).
 Radiotherapeutische Behandlungsmethoden bei Carcinom (Regaud) 433 (C).
 Radiotherapie s. a. Strahlenbehandlung.
 — internationale (Wetterer) 301 (B).
 Radium Applikation beim Mastdarm
 Carcinom (Binkley) 301 (R 1292).
 — bei Carcinombehandlung (Gerber) 272 (C).
 — in der Urologie (Dubois) 314 (C).
 Radiumbehandlung (Gries) 313 (C).
 — des Carcinoms (Arzt) 354 (C).
 — des Carcinoms (Fuhs) 354 (C).
 Radiumbestrahlte Carcinome (Matras) 354 (C).
 Radiumbestrahlung, interstitielle
 (Quimby und Martin) 512 (R 2315).
 Radiumstrahlen, biologische Wirkungen
 (Quick) 433 (C).
 Radius und Ulna, kongenitale Synostose
 zwischen — (Boeckh) 267 (C).
 Rassenbiologische Strömungen in
 Sowjetrußland (Susmann Galant) 391 (O).
 Rassengeschichte des hellenischen und
 des römischen Volkes (Günther) 259 (B).
 Rassenhygiene und Fürsorgeeinrichtun-
 gen (Rathmann) 257 (R 1092).
 Rattenbißkrankheit (Kuipers) 354 (C).
 — Ruys 354 (C).
 — (Melkuson) 491 (R 2184).
 Rauschgiftrezepte (Otto) 353 (C).
 Raynaudsche Erkrankung der oberen
 Extremitäten (Adson und Brown) 493 (R 2194).
 Recklinghausensche Krankheit (Schmidt) 324 (R 1351).
 — (Gorodetzki) 438 (C).
 — Vererbung (Ackermann) 274 (R 1104).
 Recto-Serol (Vermehren) 381 (R 1655).
 Reflex, bedingter leukozytärer
 (Lobatsch) 438 (C).
 Reflexe bei Kindermeningitis (Kahan) 438 (C).
 — pathologische (Großmann) 382 (R 1669).
 Reflexphänomen, kardio-sympathisches
 (Misch und Lechner) 413 (R 1783).
 Regio epigastrica s. Epigastrium.
 — retroperitonealis lateralis, Tumoren
 (Kristensen) 271 (C).
 Regulationsstörungen (Leschke) 432 (C).
 Reichsversicherungsordnung (Riedel) 230 (C).
 Reid-Huntsche Reaktion (Eufinger u. a.) 351 (C).
 Reizkörpertherapie s. Proteinkörper-
 therapie.
 Reizleitungsstörungen im Vorhof
 (Dressler) 328 (R 1384).
 Rektum Carcinom (Hartmann) 398 (C).
 — Carcinom (Dalziel) 496 (R 2214).
 — Carcinom, chirurgische Behandlung
 (Jones) 397 (C).
 — Carcinom, Behandlung mit Gamma-
 strahlen (Wakeley und Callwell) 355 (C).
 — Gonorrhöe bei Frauen (Schifftan) 368 (R 1563).
 Rekurrenzfieber s. Rückfallfieber.
 Relaxatio diaphragmatica (Giuffrè) 234 (C).
 Reno-renaler Reflex (Szenkier) 434 (C).
 Rentenrose (Schwarz) 296 (R 1252).
 Replantation (Bertzbach) 351 (C).

Resorzinreaktion, Vernessche (Woldrich) 377 (R 1627).
 Respiration s. a. Atmung.
 Respirationstrakt, Krankheiten (Pescher) 294 (R 1239).
 Respiratorischer Stoffwechsel s. Stoffwechsel, respiratorischer.
 Reststickstoff Bestimmung (Klein) 437 (C).
 — im Blute (Steinitz und Simchowicz) 474 (C).
 Reststickstofffraktion im Harn (Rowe und Proctor) 435 (C).
 Retikuloendotheliales System (Jaffé) 310 (C).
 — System (Sega) 356 (C).
 — System (Haendel und Malch) 473 (C).
 — System unter Röntgenwirkung (Schönig) 474 (C).
 Retikulos, leukämische (Barantschik) 437 (C).
 Retina Ablösung (Vogt) 433 (C).
 — A-Vitamin (Holm) 271 (C).
 Retinitis nephritica (Hanssen) 311 (C).
 Retropharyngeale Lymphadenitis und Abszeß (Sheffield) 272 (C).
 Rettungstechnik (Jellinek) 449 (R 1956).
 Riesenkindergeburt (Mandelstamm) 444 (R 1916).
 Riesenzellensarkom (Oddone) 399 (C).
 Rippe, Fraktur der ersten (Pohl) 432 (C).
 Rippenknorpel, Verknöcherung (Riebel) 462 (R 2035).
 Rivanoldextrose (Clement Hill) 435 (C).
 Rhabdomyosarkom und Zylinderepitheliom des Corpus uteri (Reeb und Oberling) 478 (C).
 Rheopoplat (Fleischer) 353 (C).
 Rheumatische Erkrankungen in der Krankenversicherung (Reckzeh) 268 (C).
 Rheumatische Infektion (Veil) 473 (C).
 Rheumatische Kontrakturen (Gocht) 395 (C).
 Rheumatisches Kind (Hill) 379 (R 1643).
 Rheuma, Bekämpfung durch Thioal-Schwefelbad (Palm) 496 (R 2216).
 Rheumatismus (Talalajew) 230 (C).
 — (Besse) 474 (C).
 — akuter (Talalajew) 400 (C).
 — chronischer und Parkinsonismus (Carler und Massière) 416 (R 1803).
 — infectiosus (Lenz) 269 (C).
 — Behandlung (Freund) 354 (C).
 — Behandlung mit Chemotherapie und Physiotherapie (Bartlett u. Sunsson) 398 (C).
 — als Tuberkulosemaske (Menzel) 231 (C).
 Rhinitis vasomotoria (Leiri) 397 (C).
 Rhinosklerom in Zentralamerika (Chavarria und Nauck) 450 (R 1967).
 Rosacea juvenilis (Sellei) 240 (R 978).
 Rohe Zukost (v. Borosini) 260 (B).
 Rohkostdiät (Günther) 347 (O).
 Röntgen bei neurozirkulatorischen Erkrankungen (Philipp) 233 (C).
 Röntgen-Einheit, französische u. deutsche (Gawalowski) 269 (C).
 Röntgenapparat (Bouwers) 313 (C).
 Röntgenapparate, Ventilröhre u. mechanische Gleichrichtung (Bishop und Warren) 477 (C).

Röntgenaufnahme, Auswertung (Dannmeyer) 269 (C).
 Röntgenaufnahmen, Abkürzung der Belichtungszeiten (Ebert) 395 (C).
 Röntgenbefund bei endokraniellen Affektionen (Mayer) 433 (C).
 Röntgenbehandlung chirurgischer Erkrankungen (Tiemann) 269 (C).
 — bösartiger Tumoren (Schmidt) 236 (R 951).
 — bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen im Kindesalter (v. Wieser) 269 (C).
 Röntgenbestrahlung, fraktionierte (Kahlstorff) 269 (C).
 Röntgenbild, zahnärztliches (Praeger) 310 (C).
 — Standardisierung (Michel) 311 (C).
 Röntgendiagnostik (Lenk) 475 (C).
 Röntgendosismessung (Trossel) 269 (C).
 Röntgendosiszähler Mecapion (Strauß) 231 (C).
 Röntgenentzündungsbestrahlung (Pfalz) 432 (C).
 Röntgenfilme, Interpretation (Thoumas) 258 (R 1098).
 Röntgengeschwüre (Reimer) 222 (O).
 Röntgenkastration (Aschner) 354 (C).
 — wegen Uterusmyom (Henkel) 433 (C).
 — (Runge) 433 (C).
 Röntgenkater (Waegner) 310 (C).
 — (Schönig) 474 (C).
 Röntgenkinematographie (Groedel) 311 (C).
 Röntgenlicht (Pordes) 475 (C).
 Röntgenmenopause (Eghiyam) 237 (R 956).
 Röntgen-Oberflächentherapie (Ritter) 229 (C).
 — (Köhler) 269 (C).
 Röntgenologie (Krause) 433 (C).
 Röntgenologische Gutachter (Ohl) 513 (B).
 — Untersuchungsmethoden bei chirurgischen Nieren- u. Harnleitererkrankungen (Scheicher) 385 (R 1684).
 Röntgen-Pyeloskopie (Leb) 475 (C).
 Röntgenshäden (Reimer) 222 (O).
 — (Groedel und Lossen) 470 (R 2089).
 Röntgenshädigungen (Hesse) 312 (C).
 — (Dombrowski) 438 (C).
 Röntgenstereoskopie (Cohn) 268 (C).
 — (Teschendorf) 268 (C).
 Röntgenstrahlen, Anwendung mit Gefahren verbunden? (Kirschmann) 427 (O).
 — Dosimetrie (Rajewsky) 269 (C).
 — Einwirkung auf die Blutgefäße (Rosenzweig) 234 (C).
 — biochemische Wirkung (Gassul und Polakov) 269 (C).
 — biologische Wirkungen (Quick) 433 (C).
 — biologische Wirkungen (Holthusen) 467 (R 2068).
 — diagnostische Fortschritte (Freund) 352 (C).
 — Wirkung auf das Herz (Warthin und Pohle) 467 (R 2067).
 Röntgenstrahlenkatarakt (Rohrschneider) 433 (C).
 Röntgenstrahlenqualität, Meßmethoden (Quimby) 435 (C).
 Röntgenstrahlenschutz (Watters) 314 (C).

Röntgenstrahlung, langwellige (Ortner) 432 (C).
 Röntgentechnik (Grann) 475 (C).
 Röntgentiefenbestrahlung bei Lungentuberkulose bei Kindern (v. Bokay) 253 (R 1065).
 Röntgenuntersuchung der Bauchorgane (Haudek) 510 (R 2308).
 Rorschachscher Formdeutversuch bei Geschwistern (Bleuler) 298 (R 1270).
 — Formdeutversuch (Müller) 342 (R 1474).
 Rot- und Blaulicht in der Dermatologie (Schuberz) 433 (C).
 Rubeola-Epidemie an Bord (Butler) 433 (C).
 Rückenbeschwerden (Dubois) 269 (C).
 Rückenmark, Tumoren (Higier) 256 (R 1084).
 Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe (Henry und Jaur) 323 (R 1344).
 — in der Geburtshilfe (Cheval) 485 (R 2131).
 — und die intestinale Motilität (Domenech) 276 (R 1113).
 Rückenmarksnarkose (Matthey) 312 (C).
 Rückenmark, Verletzungen im Weltkrieg (Hugel) 358 (R 1493).
 Rückenmarkswurzel, parasympathische Fasern im hinteren — (Kuré u. a.) 230 (C).
 Rückenschmerzen, lumbosakrale (Ayers) 404 (R 1717).
 Rückfallfieber, Immunität (Kritschewski) 479 (C).
 Rückstauungsniere (Viethen) 434 (C).
 Rückstreuung (Rajewsky) 269 (C).
 Ruhr, kindliche (Hoshi) 232 (C).
 — des Säuglings, Behandlung mit Sahnemischungen (Uffenheimer und Lamprecht) 269 (C).
 — Klinik und Bakteriologie (Elkeles) 394 (C).
 Rumpel-Leedescher Stauungsversuch (Schour) 287 (R 1184).
 Saccharin, Fütterungsversuche (Lehmann) 394 (C).
 Sadismus (McCartney) 436 (C).
 Sakralisation des 5. Lendenwirbels (Rohrbach) 433 (C).
 Salben, Pharmakologie (Moncorps) 394 (C).
 Salmonella pullorum (Mallmann) 314 (C).
 Salpingitis s. a. Tube.
 — isthmica (Frankl) 276 (R 1118).
 — tuberkulöse (Mayer u. Lash) 436 (C).
 Salpingostomie (Topuse) 476 (C).
 Salvarsan s. a. Neosalvarsan, Silber-salvarsan, Sulfarsphenamin.
 — Leberbehandlung bei Intoxikationszuständen nach — (Spiethoff) 433 (C).
 — Toxikose (Wölz) 352 (C).
 — Vergiftung (Staemmler) 381 (R 1656).
 — Ueberempfindlichkeit (Sulzberger) 311 (C).
 Salvarsan-Septojod-Behandlung (Leschke) 368 (R 1567).
 Salyrgan bei Oedemen (Barker und O'Hare) 435 (C).
 Salyrganwirkung (Iversen und Johansen) 311 (C).
 Salzfeber s. Kochsalzfeber.

- Samenblasenentzündung (Pugh) 488 (R 2164).
- Samenfäden s. Spermatozoen.
- Samenleiter, Verdoppelung (Windholz) 475 (C).
- Sanocrysin (Clarke und Haddi) 436 (C).
- Saponine, resorptionsfördernde Wirkung (Petschacher und Nageeb) 229 (C).
- resorptionsfördernde Wirkung (Kofler und Fischer) 394 (C).
- Saprovitan und Malaria (Kruspe) 241 (R 987).
- Sarkom s. a. Geschwulst und Tumor.
- des Mittelohres (Silvagni) 366 (R 1551).
- durch Röntgenstrahlen geheiltes (Gal) 269 (C).
- Sattelnase, plastische Operation für narbig eingezogene (Petrow) 396 (C).
- Saturnismus, Muskelkraft bei — (Ufland) 426 (R 1870).
- Sauermilchen für die Behandlung von Abdominalerkrankungen (Kleeberg) 288 (R 1188).
- Säuglingsintoxikation und Bluthirnerkmeabilität (Rosenbaum) 269 (C).
- Säuglingstüberkuloze (Scheer) 289 (R 1201).
- Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (Tugendreich) 230 (C).
- Säurebasengleichgewicht und Ekzem (Ottenstein) 474 (C).
- bei Epilepsie (Nörvig) 476 (C).
- Säuregrad s. Azidität.
- Saya (Mohr) 312 (C).
- Scapula s. Schulterblatt.
- Schädel, Genese der Mischgeschwülste am — (Kazda) 475 (C).
- Trepanation (Pels Leusden) 401 (R 1695).
- Verletzungen, Schädigungen des Gleichgewichtsapparates (Vogel) 323 (R 1347).
- Verletzungen mit Gehirnschädigungen (Gage) 435 (C).
- Schädelbasisfraktur (Pelláthy) 437 (C).
- Schädellage, Vorfall beider Füße und einer Hand (Heckscher) 354 (C).
- Schambein-Tuberkuloze (Wirz) 476 (C).
- Schankeranitis (Friedel) 398 (C).
- Scharlach (Snijders) 270 (C).
- (Bürgers) 352 (C).
- (Friedemann) 352 (C).
- (Schottmüller) 433 (C).
- Ansteckungsfähigkeit (Weigert) 269 (C).
- Antitoxin, Titrierung (Ando und Kurauchi) 436 (C).
- intravenöse Antitoxininjektionen (Banks und McKenzie) 272 (C).
- Atropin-Orthostatismusprobe zum Studium des vegetativen Nervensystems bei — (Bysow) 437 (C).
- Behandlung (Toomey) 314 (C).
- spezifische Behandlung (Moroskin u. Gurewitsch) 316 (C).
- Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase (Bosse) 379 (R 1644).
- Erosion der Nackengefäße (Rolleston) 355 (C).
- Herzgefäßstörungen (Bubnowa) 316 (C).
- aktive Immunisierung (Korschum und Spirina) 489 (R 2168).
- Scharlach, Wert der aktiven Immunisierung (Kiefer) 397 (C).
- passive Immunisierung (Joe u. Swyer) 232 (C).
- Massenimmunisierung (Ljutynski) 479 (C).
- Immunitätsreaktionen (Coste) 233 (C).
- Prophylaxe (Meyer und Löwenberg) 275 (R 1108).
- pruriginöse Form (Lortat-Jacob) 399 (C).
- Sepsis (Chassel) 474 (C).
- Serumbehandlung (Hartwich) 370 (R 1580).
- Streptokokkus, hämolytischer (Hornyanzky) 412 (R 1772).
- Uebertragung und Lüftungsstationen (Toudalewitsch u. a.) 284 (R 1166).
- im Wochenbett (Lavergne und Frühinsholz) 278 (R 1130).
- Scheide s. Vagina.
- Scheitel, Irrtümer bei okzipitoposteriorer Lage des — (Porter) 436 (C).
- Schenkelbruch s. Hernia femoralis.
- Schenkelhalsfrakturen (Anschütz) 352 (C).
- (Mosenthal) 352 (C).
- periostale Kallusbildung (Lindemann) 311 (C).
- Schicksche Reaktion (Schwarz) 234 (C).
- Reaktion (Friedberger und Heim) 267 (C).
- Reaktion (Dudley) 355 (C).
- Reaktion (Krestownikowa) 438 (C).
- Schiefhals s. a. Tortikollis.
- kindlicher (Decref) 405 (R 1720).
- muskulärer (Hutter) 311 (C).
- Schiefnasenplastiken (Eitner) 432 (C).
- Schielamblyopie (Weckert) 395 (C).
- Schielen s. a. Strabismus.
- Schielen beim Klein- und Schulkind (Lauber) 475 (C).
- Schiffsoffiziere, gesundheitliche Ueberwachung (Wietfeld) 230 (C).
- Schildrüse s. Thyreoidea.
- Schildknorpel, Längsfraktur (Jungmichel) 312 (C).
- Schistosomen, Leberzirrhose und Milzschwellung (Askanazy) 269 (C).
- Schizoide Psychopathen (Kahn) 311 (C).
- Schizophrenie Krankheitssymptome (Seelert) 269 (C).
- und manischdepressive Prozesse (Sanz) 399 (C).
- Schizophrenie, Behandlung mit Zerebrotoxin (Liwschitz) 382 (R 1667).
- Motorik (Jislin) 255 (R 1077).
- Psychosen bei Metencephalitis (Guttmann) 313 (C).
- im Anschluß an die Entbindung (Zilboorg) 477 (C).
- und Tuberkuloze (Nagera u. Lambea) 437 (C).
- Schizosaccharomyces (Benedek) 394 (C).
- Schizostoma Mansoni (Girges) 491 (R 2183).
- Schlaf, Problem (Berggren und Moberg) 338 (R 1447).
- Säurebasenhaushalt (Wuth) 295 (R 1243).
- und Schlafmittel (Friedemann) 256 (R 1086).
- Schlafleben (Schenk) 384 (R 1679).
- Schlafkrankheit s. Trypanosomiasis.
- Schlafmechanismus (Marinesco u. a.) 475 (C).
- Schlafstellung (Hoff) 298 (R 1268).
- Schlattersche Krankheit (Serfaty und Marottoli) 316 (C).
- Schleimhautrelief am Dickdarm (Kalkbrenner) 311 (C).
- Schlüsselbein-Frakturen (Eliason) 397 (C).
- Schmelz, mangelhafte Bildung (Pflüger) 431 (C).
- Schmelzorgan, Abschnürung von der Zahnleiste (Reichenbach) 351 (C).
- Schmerz, Behandlung (Spiegel) 270 (C).
- Behandlung (Behan) 501 (R 2255).
- Schmetterlingshandgriff nach Proubasta (Conill) 353 (C).
- nach Proubasta (Proubasta) 396 (C).
- Schrammsches Phänomen (Halperstein) 296 (R 1249).
- Schrumpfnieren im Kindesalter (Einecke) 283 (R 1162).
- Schubertsche Prolapsoperation (Gatter) 270 (C).
- Schularzt (Welde) 269 (C).
- Schule und Skoliose (Blencke) 243 (R 1004).
- Schulhygiene (Clark) 273 (C).
- (Clark) 356 (C).
- Schulkind mit Untergewicht (Nylin) 254 (R 1069).
- Schulkinder, Rückgratverkrümmungen (Maaß) 353 (C).
- Tuberkuloze (Rehberg) 270 (C).
- Schulspeisung (Roeder) 352 (C).
- Schulturnstunde, Wirkung des Turnens (Schlesinger) 448 (R 1952).
- Schulzahnpflege (Hopstein) 310 (C).
- (Kühnlein) 475 (C).
- Schwachsinn (van Dearborn) 436 (C).
- Schwangere, Karbonurie (Bock) 476 (C).
- Schwangerschaft, ektopische (Geist und Matus) 365 (R 1539).
- extrauterine (Bubis) 355 (C).
- extrauterine (Kline) 365 (R 1538).
- extrauterine (Sachs) 432 (C).
- Aetiologie der extrauterinen (Feinberg) 438 (C).
- interstitielle (Lewin) 234 (C).
- intraligamentäre (Batisweiler) 473 (C).
- Aberglauben bei — (Macklin) 233 (C).
- Anämie in der — (Galloway) 362 (R 1523).
- Anämie im späteren Stadium (Lyon) 435 (C).
- Blutung infolge Varicosis cervicis (Naujoks) 322 (R 1339).
- Diagnostik (van der Plank) 271 (C).
- Diagnostik der früheren (Mazer und Hoffmann) 364 (R 1532).
- Diagnostik und Vorderlappenhormon (Mohrhardt) 273 (C).
- Erbrechen (Gardiner) 397 (C).
- Depot- und Organfett (Machiarullo) 437 (C).
- Frühdiagnostik (Witte) 313 (C).
- Frühkastration in der — (Waldstein) 476 (C).
- Verhältnis des Harnstickstoffs zum Gesamtreststickstoff des Blutes (Denis u. a.) 405 (R 1724).
- Hemiplegie während der — (Scott) 397 (C).
- Herzkrankheiten (Hamilton) 397 (C).

Schwangerschaft, schwerer Herz-
zwischenfall (Moron) 316 (C).
— Hypertonie (Straßmann) 484 (R 2124).
— Ileus (Storp) 362 (R 1524).
— Nephritis (Mussey u. Keith) 435 (C).
— Oxydationsstörungen im Kohlenstoff-
haushalt (Bock) 351 (C).
— Struma und Basedow (Hill) 237
(R 959).
— Thrombopenie in der — (Hammer-
schlag) 408 (R 1744).
— Toxikosen (Isbruch und Wohlfeil)
351 (C).
— Toxikosen (Wetterdal) 363 (R 1525).
— Toxikose mit Ikterus (Stein und
Leventhal) 355 (C).
— Toxikose, Kohlehydratstoffwechsel
bei — (Titus) 477 (C).
— Unterbrechung (Amfiteatrow) 444
(R 1914).
— ärztliche Unterbrechung (Schubart)
473 (C).
— vorzeitige Unterbrechung in Lum-
balanästhesie (Balard und Mahon)
485 (R 2130).
— Einfluß der Textilarbeit (Holtzmann)
396 (C).
— künstliche Unterbrechung (Hart) 384
(R 1681).
— künstliche Unterbrechung (di Fran-
cesco) 408 (R 1739).
— mit Herzkomplikationen (Pardee) 363
(R 1531).
— und Tuberkulose (Hagemann) 353 (C).
— bei Uterus- und Vaginalduplizität
(Jurjewski) 479 (C).
— und Geburt bei Frauen unter
18 Jahren (Natale) 408 (R 1741).
Schwangerschaftalbuminurie, Syphilis bei
der Aetiologie (Rivière) 485 (R 2129).
Schwangerschaftsnier (Nonnenbruch)
270 (C).
Schwangerschaftsübertragung (Füth) 364
(R 1535).
Schwarzwald, Hirtenkinderwesen
(Kappes) 473 (C).
Schwarzwasserfieber (Cooke und
Willoughby) 272 (C).
Schwefel s. a. Sulf—.
— Ausscheidung (Rowe und Proctor)
435 (C).
Schwefelbäder, kolloidale (Rödel) 230
(C).
Schwefelkohlenstoffvergiftung (Voitel)
354 (C).
Schwefelwasserstoff, Schädigung der
Augen (Scholte) 313 (C).
Schwefelwasserstoffbad, Hyperämie-
reaktion (Wersilow u. a.) 400 (C).
Schweiß, Sekretion (Herrmann u. Fürst)
310 (C).
— Sekretion (Erdheim) 475 (C).
Schwerhörige Schulkinder (Fowler und
Fletcher) 272 (C).
Sectio alta transperitonealis (Ssolowoff)
447 (R 1942).
Sectio caesarea (Lull) 409 (R 1746).
Sedormid (Panten) 351 (C).
Seebäder, Einfluß auf das vegetative
Nervensystem (Lestschenko) 479 (C).
Seelische Behandlung in der Klinik
(Lottig) 257 (R 1088).
Seeklima, Wirkung auf Jugendliche
(Voigts) 396 (C).

Seeklima und Lungentuberkulose
(Golubow) 252 (R 1058).
Sehnerv s. Optikus.
Sehprüfungen in der schweizerischen
Armee (Schläpfer) 474 (C).
Sekale (Guggisberg) 322 (R 1337).
Sekretin, Wirkung auf den Gaswechsel
(Tangl und Than) 229 (C).
Sekretion, innere s. a. endokrine Drüsen.
Selbstmorde in Budapest (Melly) 478 (C).
Sella turcica, Röntgendiagnostik
(Abarbanell) 400 (C).
Sellheimsche Gebärmutter-Bauchwand-
fistel (Paunz) 365 (R 1541).
Sentgas und Tuberkulose (Koontz) 458
(R 2013).
Senium, physikalische Behandlung
(Kovacs) 245 (R 1016).
Senkungsreaktion bei Nervenkrankheiten
(Friedmann) 506 (R 2275).
Sensorische Dominante des Hirns und
Rückenmarks (Winogradow und
Konradi) 356 (C).
Sepsis, Behandlung mit intravenösen
Alkoholinjektionen (Markow) 420
(R 1838).
— orale (Depisch) 490 (R 2177).
— tuberculosa gravissima (Dugge) 431
(C).
— nach akuten Ohreninfektionen
(Flerow) 479 (C).
Septikämien durch anaerobe Bakterien
(Teissier und Reilly u. a.) 398 (C).
Septische Erkrankungen (Tarassow)
479 (C).
— Erkrankungen, vom Munde und
Schlund ausgehende (Claus) 366
(R 1549).
Serologie der Berliner Bevölkerung
(Schiff) 395 (C).
Seröse Flüssigkeiten, Chemie und Zyto-
logie (Foord u. a.) (C).
Serum Gesunder und Anämischer
(Upjohn u. a.) 232 (C).
Serumkalk, ultrafiltrierbarer Anteil
(Hertz) 354 (C).
Serumkrankheit, Schwächung der Re-
sistenz gegen Infektionen durch —
(Friedemann) 275 (R 1110).
Serumphosphat und Toxikose (Kruse
und Gladzyk) 394 (C).
Sexualabnormitäten, Kastration bei —
(de Quervain) 321 (R 1331).
Sexualdisposition in der Pathologie des
Blutgefäßsystems (Günther) 505
(R 2266).
Sexualhormon, weibliches (Laqueur und
de Jongh) 271 (C).
— weibliches (Serdukoff) 322 (R 1334).
Sexualhormone im Harn bei Schwange-
ren (Kreyberg) 434 (C).
Sexualhormonpräparate (v. Jaschke) 321
(R 1333).
— (Heynemann) 501 (R 2254).
Sexualmedizin (Fürbringer) 310 (C).
Siazucker (Kaufmann) 247 (R 1029).
Siderac (Fresenius u. Harpuder) 230 (C).
— (Zimmer) 460 (R 2023).
Sigmoiddivertikel (Papayannou) 311 (C).
Silargel (Hamburger) 312 (C).
Silber, Mikrobestimmung (Egg) 312 (C).
Silber-Eiweiß-Lösungen (Wales und
Brewer) 232 (C).

Silberglukosidbehandlung bei gonorrhoi-
schen Komplikationen (Pokorny) 352
(C).
Silbernatriumthiosulfat (Marcuzzi) 368
(R 1564).
Silikosis (Henderson) 378 (R 1635).
Simulation (Ribeiro) 356 (C).
Sinus pericranii, Behandlung (Krecke)
351 (C).
— Rhythmus (Fogelson) 396 (C).
Sinusitis frontalis, Behandlung (Jessen)
314 (C).
Sinusoidale Ströme (Morse) 314 (C).
Sinusthrombose (Hilpert) 424 (R 1857).
Sionon (Reinwein) 394 (C).
— in der Diabetesbehandlung
(v. Noorden) 451 (R 1971).
Situs inversus viscerum (Großmann und
Meller) 311 (C).
Skabies s. a. Krätze.
— (Buschke und Spanier) 311 (C).
Skelettmuskulatur, parasymphatische
Innervation (Meyer) 230 (C).
Skillaprobem (Dienst) 460 (R 2026a).
Skiafälle (Knoll) 272 (C).
Sklerodermie, Insulin bei totaler
(Michaelis) 410 (R 1755).
— kapillarmikroskopische Beobachtun-
gen (Mészáros) 410 (R 1754).
Sklerose, Augenveränderungen bei
multipler (Hall und Gamble) 436 (C).
— Germanin bei multipler (Homann) 500
(R 2247).
— hämolytisches Serum (Laignel-
Lavastine) 272 (C).
— Herde im Corpus geniculatum late-
rale bei multipler — (Hermann) 270
(C).
— hypertensive (Rühl) 351 (C).
— multiple (Austrogilo) 478 (C).
— multiple und kongenitale Syphilis
(Stender) 465 (R 2056a).
— Röntgenbehandlung der multiplen
disseminierten (Ipatoff) 300 (R 1289).
— Trigeminusneuralgie als Anfangs-
symptom der multiplen (Herman)
383 (R 1673).
Sklerotische Organveränderungen
(Mancke) 431 (C).
Skoliose (König) 499 (R 2234).
— rachitische (Bauer) 498 (R 2233).
— Beziehungen zur Rachitis (Rabl) 442
(R 1902).
— und Schule (Blenske) 243 (R 1004).
— und Schule (Peltesohn) 352 (C).
— bei Frauenmilch (Frank) 268 (C).
— Leberbehandlung (Aron u. a.) 229 (C).
Skrotum, Gangrän (Pugh) 398 (C).
Sudoku in Ostpreußen (Bahl) 311 (C).
Solbäder (Bretschneider) 231 (C).
Somatische und autonome Innervation
(Heß) 354 (C).
Sommerrachitis (Schönen) 395 (C).
Somnifen-Vergiftung (Odefey) 353 (C).
Sonderturnen an deutschen Schulen der
tschechoslowakischen Republik
(Gruschka) 229 (C).
— an Schulen in Aussig (Maier) 229 (C).
Sonderturnkurse (Brandes) 229 (C).
Sonnenbestrahlung und ihre antirachi-
tische Wirkung (Tisdall und Braun)
459 (R 2018).
Sonnenbrand (Bangs) 410 (R 1751).
Sonnenstrahlung (Dorno) 313 (C).

- Sonnen- und Himmelsstrahlung (Sühring) 313 (C).
 Sowjetrußland, rassenbiologische Strömungen (Susmann Galant) 391 (O).
 Soziale Medizin (Grotjahn) 508 (R 2289).
 Sozialgynäkologie (Niedermeyer) 269 (C).
 Sozialneurosen des Kindesalters (Lövegren) 231 (C).
 Sozialversicherung, Bedeutung der Frauenkunde (Hirsch) 231 (C).
 Spaltheftmykosen (Keil) 310 (C).
 Spanien, exzessive infantile Mortalität (Pajares) 437 (C).
 Spanische Augenheilkunde (Comenge) 399 (C).
 — Psychiatrie (Huertas) 399 (C).
 Spätafoplexie (Mendel) 432 (C).
 Spätblutungen (Frankl) 434 (C).
 Spätrachitis s. Rachitis tarda.
 Spätsyphilis (Moore) 435 (C).
 Speicheldrüsen, Wirkung der Wärme-reize (Krasnogorski) 268 (C).
 Speichelfistel, Röntgenbehandlung (Wittkowsky) 300 (R 1285).
 Speichelsteine, Entstehung und Behandlung (Wakeley) 459 (R 2021).
 Speiseröhre s. Oesophagus.
 Spekulum, vierblättriges (Nelson) 355 (C).
 Spermatozoen (Möench und Holt) 476 (C).
 Spermokultur (Bensaue) 367 (R 1561).
 Sperrzahl der Menschheit (Mulev) 312 (C).
 Spezifisch-dynamische Nahrungswirkung (Krauß und Rettig) 394 (C).
 Spiegelreaktion im Rahmen einer senilen Demenz (Klein) 354 (C).
 Spinalanästhesie s. Lumbalanästhesie.
 Spinal-Anästhesie (Gunderzen) 476 (C).
 Spinalflüssigkeit s. Liquor.
 Spinalparalyse, hereditäre spastische (Futer) 354 (C).
 — Vererbung der familiären spastischen — (Klein) 383 (R 1672).
 Spinat, Einfluß auf die Magensekretion (Hang) 462 (R 2036).
 Spindelzellensarkom (Pilon) 355 (C).
 Spirochaeta pallida (Bergel) 230 (C).
 — pallida im Gefrierschnitt (Kufs) 313 (C).
 — pallida, Uebertragung (Hamburger) 268 (C).
 Spirochätenkrankheiten, Pathologie und Behandlung (Seiner und Fischl) 450 (R 1966).
 Spirochätose, hereditäre (Barthélemy) 488 (R 2159).
 Spirocid (Stöhr) 268 (C).
 — (Kromayer) 310 (C).
 — Behandlung der Säuglingssyphilis mit — (Danzer) 268 (C).
 Spirographie (Nielsen und Roth) 435 (C).
 Spirometer (Kohlrausch) 395 (C).
 Splenektomie s. Milz, Exstirpation.
 — (Meyer) 339 (R 1453).
 — (Brandsburg) 382 (R 1665).
 Splenomegalie s. a. Milzvergrößerung.
 — (Itoh) 232 (C).
 — (Ehlers) 267 (C).
 — (Grégoire und Olivier) 356 (C).
 — haemolytica (Barta u. Görög) 437 (C).
 — mit Bluterbrechen (Ahlbom) 231 (C).
 Spondylitis tuberculosa (Sgalitzer) 510 (R 2303).
 Spondylitis tuberculosa, operative Behandlung (Joisten) 442 (R 1900).
 Spondylolisthesis (Dießl) 475 (C).
 Spontanpneumothorax (Cardis und Michetti) 476 (C).
 — und Emphysem (Lichtenstein) 377 (R 1632).
 Sporotrichose, familiäre (Nevese) 273 (C).
 Sport, Milchsäureausscheidung (Snapper und Grünbaum) 267 (C).
 Sportharz, Verkleinerung (Deutsch) 448 (R 1953).
 Sprache, Entwicklung (Glabburg) 233 (C).
 Sprachorgane, periphere (Kenyon) 314 (C).
 Sprachstörungen, psychogene Ueberlagerung organischer (v. Stockert) 341 (R 1472).
 Sprue (van Loon) 355 (C).
 — Behandlung der tropischen (Elders) 329 (R 1390).
 — tropische (Weiß u. Landron) 272 (C).
 Sprunggelenk, Plastik (Deutschländer) 442 (R 1905).
 Sputum, Spinnfähigkeit (Jochims) 354 (C).
 — Untersuchung auf säurefeste Bazillen (Sweany und Stadnichenko) 436 (C).
 — Zytologie (Kramow) 400 (C).
 Standardisationskammer (Failla) 435 (C).
 Staphylokokken Antivirus (Humwick) 477 (C).
 Staphylokokkendelir (Damaye) 478 (C).
 Staroperation (Amat) 399 (C).
 — bei Diabetes (Marquez) 401 (R 1692).
 Starlingsches Nierenpräparat (Gremels) 351 (C).
 Statistik der Morbidität (Roesle) 509 (R 2295a).
 — der sozialen Fürsorge (Kasten) 473 (C).
 Statistische Materialien, maschinelle Aufbereitung (Brenkmann) 473 (C).
 Status epilepticus (Frisch) 475 (C).
 — thymico-lymphaticus (Feer) 312 (C).
 — varicosus (Curtius) 229 (C).
 Stau-Schelle (Feilchenfeld) 268 (C).
 Stauungspapille (Kyrieleis) 274 (R 1103).
 Steißbeingrübchen als syphilitische Dystrophie (Touraine und Marceron) 316 (R 1296).
 Steißgeburt, Verhinderung von Verletzungen des Kindes (Piper und Bachmann) 436 (C).
 Steißlage, kindliche Mortalität (King und Gladden) 366 (R 1548).
 Stenokardie s. Angina pectoris.
 Stenosenatmung (Anthony) 267 (C).
 Sterblichkeit s. Mortalität.
 Sterilisation (Petersen) 272 (C).
 — (Degkwitz) 312 (C).
 — therapeutische (Williams) 272 (C).
 — der Frau (Sergueff) 272 (C).
 — ohne Geschlechtsberaubung (Dickinson) 436 (C).
 — der Verbrecher (Reuter) 299 (R 1275).
 — in Kalifornien (Popenoe) 467 (R 2066).
 — des normalen und des neoplastischen Zellwachstums durch die Radio-behandlung (Regaud u. Ferroux) 469 (R 2079).
 Sterilität (Fürbringer) 395 (C).
 — (Mason) 407 (R 1737).
 — weibliche (Mazer und Hoffman) 237 (R 957).
 Sterilität bei der Frau, Lipodiagnostik (Ledoux-Lebard) 233 (C).
 Sterkobilinabbau (Schrijver) 311 (C).
 Steuervereinheitlichungsgesetz und die Arztpraxis 308 (M—R).
 Stickstoff s. a. Reststickstoff.
 Stillpflicht der Mütter (Gonzales Alvarez) 234 (C).
 Stimme, hyperkinetische Symptome (Wilder) 269 (C).
 Stimmschwankungen, rhythmische (Schliephake) 311 (C).
 Stirn- und Orbitalzyste (Gradle) 271 (C).
 Stoffwechselkrankheiten (Umber) 260 (B).
 Stomatologie (Kieffer) 310 (C).
 Stovarsol (Sézary und Barbé) 297 (R 1264).
 Stovarsolphosphatverbindung (Levy) 501 (R 2250).
 Strahlen s. a. Höhensonne, Röntgen, Radium, Ultraviolett.
 — zu hämostatischen Zwecken (Pagnier und Solomon) 399 (C).
 Strahlenbehandlung (Sampson Handley) 232 (C).
 — bei Geisteskranken (Jackson und Chamberlain) 233 (C).
 — in Gallespach (v. Wendt) 312 (C).
 — und Nachkommenschaft (Fischer) 229 (C).
 Strahlenenergie, Einfluß auf das Eiweißmolekül (Mischtschenko) 269 (C).
 Strahlenreaktionen, therapeutische (Freund) 475 (C).
 Strahlenwirkung, biologische (Dessauer) 269 (C).
 Strahlenarten, Wirkung auf die Gefäße (Motojima) 230 (C).
 Strahlungsuntersuchungen im Hochgebirge und Mittelgebirge (Schultze und Händel) 313 (C).
 Streckerschwäche (Teleky) 313 (C).
 Streifenhügel s. Corpus striatum.
 — (Spiegel u. a.) 295 (R 1247).
 Streptokokken, hämolytische bei Gesunden (Meyer und Löwenberg) 275 (R 1108).
 — Hämolyse (Dold und Jochimsen) 270 (C).
 — Meningitis (Gleich) 477 (C).
 — Septikämie in gangränöser Form (Achard) 370 (R 1581).
 — Symbiose der hämolytischen mit anderen Streptokokken (Melnik) 479 (C).
 — Vakzine (Rosenow u. Nickel) 436 (C).
 — im Liquor bei Poliomyelitis (Rosenow) 314 (C).
 Streptokokkus (Procházka) 271 (C).
 — cardioarthritides (Kreidler) 232 (C).
 — mucosus-Erkrankungen (Feilendorf) 313 (C).
 Streustrahlung (Goldhaber) 269 (C).
 — der Luft (Lorenz und Rajewsky) 311 (C).
 Striäre Erkrankungen degenerativer Natur (Környey) 341 (R 1469).
 Strophantin (Böttcher) 394 (C).
 Struma, Augensymptome (Holloway u. a.) 435 (C).
 — endemische bei Kaninchen (Clawson u. a.) 232 (C).
 — Grundumsatz in der Pubertätszeit (Eldh) 355 (C).

Struma maligna (Gorbunow) 357 (C).
 — pathologische Physiologie (Breitner) 475 (C).
 — Prophylaxe (Schiötz) 434 (C).
 — toxische (King) 435 (C).
 — Verbreitung (Fürst) 353 (C).
 — Verbreitung in Finnland (Adlercreutz) 355 (C).
 — und andere endokrine Störungen (Hutton) 435 (C).
 — und Jod (Breitner) 230 (C).
 — und Jodmangel (Schmitz-Moormann und Meis) 433 (C).
 Strumarätsel (Liek) 386 (B).
 Strumektomie, Sauerstoffbehandlung (Haines und Boothby) 440 (R 1891).
 Strychnin bei Polyneuritis (Meerhoff) 341 (R 1470).
 Stryphon (Schips) 352 (C).
 Stuhl s. Faeces.
 Stützreaktionen (Schwab) 352 (C).
 Subarachnoidalraum, Lokalisation der in den — injizierten Flüssigkeit (Palcs) 480 (R 2095).
 Subduralhämmorrhagie (Brodie) 435 (C).
 Submaxillardrüse, chronische Infektion (Gareland und Lurie) 409 (R 1750).
 Subokzipitalpunktion (Zweig) 267 (C).
 Sulfanthren (Blut und Hajos) 352 (C).
 Sulfoderm (Zippert) 431 (C).
 Sulfosin bei Paralyse und Schizophrenie (Marcuse u. Kallmann) 340 (R 1457).
 Suprarenal s. Nebenniere.
 Supracenin s. Adrenalin.
 Sympathektomie, periarterielle (Raeß) 351 (C).
 Sympathisches Gleichgewicht (Ceballes) 399 (C).
 — Nervensystem s. Nervensystem, Vagus.
 Symphysenluxationen (Timm) 267 (C).
 Synkope nach Rückenmarksanästhesie (Bloch) 273 (C).
 Synreflexie (Austregesilo) 466 (R 2059).
 Synthalin, Einfluß auf die Glykogen-depots 436 (C).
 — Wirkung auf die Motilität und den Sekretionsmechanismus des Magens (Egedy) 400 (C).
 Synthalinbehandlung bei Diabetes (Shodsischski) 479 (C).
 Syphilis s. a. Liquor, Nervensystem, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan, Spirochäten.
 — (Vernes) 315 (C).
 — (Jameson) 435 (C).
 — (Morgenstern) 487 (R 2149).
 — angeborene (Rasch) 271 (C).
 — erythro-keratodermica (Silva) 487 (R 2153).
 — hereditäre (Babonneix) 272 (C).
 — hereditäre tarda des Testikels (Berardinelli) 477 (C).
 — infantile (de Mesquita) 234 (C).
 — infantile (Gesteira) 315 (C).
 — infantile (Mesquita) 478 (C).
 — kongenitale (Heine) 313 (C).
 — kongenitale (Nesterowa) 316 (C).
 — kongenitale, pathologisch-anatomische Veränderungen (Thomsen) 513 (B).
 — latente (Klütz) 267 (C).
 — latente bei Kindern (Mikulowski) 396 (C).
 — latente bei posttraumatischen Beschwerden (Weiß) 242 (R 993).

Syphilis nervosa (Lewy) 241 (R 990).
 — tertiäre (de la Portilla) 399 (C).
 — zerebrale, Behandlung mit Malaria (Ebaugh) 271 (C).
 — Alkohol und Krämpfe im Säuglingsalter (Zalocco) 273 (C).
 — arsenoresistente (Tarantelli) 368 (R 1568).
 — des Kaninchenauges (Grigorieff u. a.) 478 (C).
 — Ballungsreaktion (Goedhart) 271 (C).
 — Behandlung (Klaften) 277 (R 1123).
 — Behandlung (Schalek) 398 (C).
 — Behandlung (Tomé) 399 (C).
 — Behandlung (Rothmann) 400 (C).
 — Behandlung der sekundären (Bessemans u. a.) 447 (R 1939).
 — Kupferbehandlung (Vignati) 446 (R 1936).
 — Indikationen zur Blutreaktion (Stühmer) 229 (C).
 — Dienstbeschädigung durch ungenügend behandelte (v. Schnizer) 312 (C).
 — experimentelle Forschung (Prigge) 475 (C).
 — Fehldiagnose (Zange) 432 (C).
 — Flokulationsbestimmung (Bayly) 272 (C).
 — Frambösie (Manteufel und Herzberg) 369 (R 1572).
 — hämoklastische Krise bei — (Mucci) 234 (C).
 — hepatis tarda (Dim-Antic) 431 (C).
 — Hilfsmedikamente (Gougerot) 461 (R 2029).
 — Infektion bei Bluttransfusion (Frenchen) 446 (R 1933).
 — intradermale Injektionen unspezifischer Proteine (Gougerot) 447 (R 1937).
 — Kahn- und Bruck-Reaktion (Groß) 440 (R 1888).
 — kardiovaskuläre Erscheinungen (Arnett) 435 (C).
 — Klärungsreaktion Meinicke (Meinicke) 433 (C).
 — der Knochen im Röntgenbild (Sante) 468 (R 2075).
 — Knochenkrankungen bei Säuglings — (Schmidt) 325 (R 1363).
 — Leicheninfektion (Grigorjew) 410 (R 1760).
 — berufliche Leicheninfektion (Hoffmann) 242 (R 995).
 — Liquorbefunde bei tertiärer Haut — (Arzt und Fuhs) 487 (R 2150).
 — Liquorveränderungen (Blumenthal) 270 (C).
 — Malariabehandlung kongenital-syphilitischer Kinder (Koch) 475 (C).
 — Mischspritzentherapie (Oelze) 310 (C).
 — Multisensibilisierung gegenüber den antisiphilitischen Heilmitteln (Kaploun) 272 (C).
 — Narbenreste bei viszeraler — (Gougerot) 325 (R 1359).
 — des Nervensystems (Bernard) 233 (C).
 — des Nervensystems, Malariabehandlung (Hegedüs) 297 (R 1259).
 — Präzipitinreaktion (Rutler) 232 (C).
 — Prognose (Tièche) 283 (R 1158).
 — Prophylaxe der hereditären (Laurent) 410 (R 1759).
 — der Prostata (Riba) 435 (C).

Syphilis. Pupillenstörung (Last) 242 (R 991).
 — Reaktion (MKR) (Meinicke) 230 (C).
 — Reinfektion (Erdmann) 272 (C).
 — Schicksal der unbehandelten (Saethre) 368 (R 1571).
 — Schicksal der nicht spezifisch behandelten (Brunsgaard) 488 (R 2157).
 — Serodiagnostik (Bokrefás) 478 (C).
 — partielle Seroreaktionen (Sowade) 267 (C).
 — Spirochäten (Schloßberger) 352 (C).
 — Trübungsreaktion (Schnitzer) 317 (R 1306).
 — Verbreitung durch die städtische Prostitution (Lapyschew) 438 (C).
 — der Verdauungsorgane (Bernard) 233 (C).
 — Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung (Richter) 242 (R 996).
 — große Zwischenpausen (Milian und Michaux) 273 (C).
 — bei der Ätiologie der Schwangerschaftsalbuminurien (Rivière) 485 (R 2129).
 — bei Mutter und Kind (Buschke) 432 (C).
 — im Primärstadium (Carrera) 316 (C).
 — und Reizung (Feldmann u. Feingold) 446 (R 1930).
 — und Tuberkulose (Lapyschew) 479 (C).
 — d'emblée durch Bluttransfusion (Constantinescu) 488 (R 2158).
 Syphilisähnliche Hautleiden (Kristjansen) 476 (C).
 Syphilitische Erkrankungen des Auges (Cohen) 439 (R 1883).
 — Gefäßschädigung (Callomon) 242 (R 992).
 — multiple Gummen (Milian) 273 (C).
 — Phlebitiden (Grezzi) 234 (C).
 — interstitielle Pneumonie (Vogelsang) 434 (C).
 — infantile Psychopathien (Queyrat) 273 (C).
 — Reinfektion (Mosquara) 437 (C).
 Syphilitischer Primäraffekt an der Vagina (Rille) 242 (R 994).
 — Schanker der Stirn (Gougerot) 272 (C).
 — Schanker der Stirn (Gougerot und Burnier) 477 (C).
 Syringomyelie, Iris bei — (Spiegel) 340 (R 1458).
 Syringomyelitisches Höhlen, Dorsalpunktion (Ini Vitek) 233 (C).
 Tabakfabrikate, nikotinarme (Frank) 353 (C).
 Tabardillo (Mooser) 491 (R 2180).
 Tabes, Behandlung mit Malaria (Ebaugh) 271 (C).
 — Röntgendiagnostik (Stekolnikow) 385 (R 1687).
 — dorsalis (Mendel) 432 (C).
 — dorsalis, Bismarsen bei — (Tobias) 447 (R 1938).
 — dorsalis, pituitäre Kachexie bei — (Good und Newman) 507 (R 2284).
 — dorsalis, vorübergehende Atemlähmung (Schüler) 230 (C).
 Tabische Atrophie des Nervus opticus (Fazekas) 273 (C).
 Tachalgan (Volmer) 231 (C).

- Tachykardie, paroxysmale im Kindesalter (Franke und Wiener) 313 (C).
 — Unterdrückung des Anfalls einer paroxysmalen (Danielopulo) 270 (C).
 Taking the Doctor's pulse (Montague) 386 (B).
 Talmásche Operation, Magenblutung nach — (Egel) 267 (C).
 Tampon, resorbierbarer (Feriz) 404 (R 1714).
 Taemia saginata, Nachweis der Eier (Farkas und Lauda) 456 (R 1998).
 Tannenöl (Engel) 353 (C).
 Tapetum lucidum, Entstehung der Farben (Richter) 267 (C).
 Taubenberiberi (Kollath) 395 (C).
 Taubstummheit, hereditär-degenerative (Brunner und Urbantschitsch) 229 (C).
 Teerbehandlung des Ekzems (Blut- und Hajos) 352 (C).
 Tellur bei Syphilis (Guénot) 315 (C).
 Telo-Kruralgelenk, Arthrodese des — (Gurewitsch) 396 (C).
 Temperatursenkungen, prä- und intra-menstruelle (Kaufmann) 354 (C).
 Teratoide Geschwulst (Bull) 434 (C).
 — Geschwulst an der Zungenwurzel (Wein) 400 (C).
 Testikel, hereditäre Spätsyphilis (Berardinelli) 272 (C).
 Testikuläre Ueberpflanzungen (Latis Bey) 233 (C).
 Testis s. Hoden.
 Tetanie der Neugeborenen. (Peiper) 269 (C).
 — parathyreoprive (Mechwedjewa) 437 (C).
 — postoperative (van Staveren) 354 (C).
 — nach Lokalanästhesie (Hirsch) 474 (C).
 — und Azidose (Drucker) 231 (C).
 Tetanus (Möller) 314 (C).
 Tetanus Behandlung (Heddens) 412 (R 1776).
 — Behandlung (Ceppi) 433 (C).
 — hohe Serumdosen (Sallés) 371 (R 1586).
 — intrakranielle Behandlung mit Tetanusserum (Hartleib) 491 (R 2178).
 — kombinierte Antitoxin- und Metallsalzbehandlung (Adersen) 476 (C).
 — Prophylaxe (Stölze) 482 (R 2110).
 — im Kindersalter, Behandlung (Heim) 268 (C).
 Tetanussporen, experimentelle Infektion (Coleman) 397 (C).
 Tetrachlorkohlenstoffbehandlung der Ankylostomiasis (Timpano) 294 (R 1237).
 Tetrahydronaphthylamin (Rosenow) 230 (C).
 Tetraiodphenolphthalein-Bilirubinämie (v. Cziike) 246 (R 1023).
 Tetrophan (Stark) 395 (C).
 Thalamussyndrom (Villaverde) 399 (C).
 Thallium (Buschke u. a.) 381 (R 1657).
 — an stillenden Ratten (Vásarhelyi) 273 (C).
 — oder Röntgenepilation der Kopfmykosen (Heuck und Vonkenne) 269 (C).
 Thalliumazetat (Truffi) 335 (R 1425).
 — bei Haarpilzkrankungen (Ariewitsch) 486 (R 2141).
 Thelygan (Graff) 395 (C).
 Theophyllin-Aethylendiamin (Musser) 272 (C).
 — bei Herzkrankheiten (Smith) 272 (C).
 Therapeutisches Taschenbuch. (Pläner) 301 (B).
 Thiolverbindungen, chemische Reaktionen (Labes) 431 (C).
 Thorakoplastik (Jessen) 252 (R 1053).
 — extrapleuritische (Curti) 234 (C).
 — bei kindlicher Lungentuberkulose (Brock und Sauer) 333 (R 1414).
 — und Geburt (Jessen) 434 (C).
 Thorakoskopie (Voüte) 385 (R 1683).
 — (Mañas) 437 (C).
 Thorax, Chirurgie (Young) 355 (C).
 — Kontusionen und Lungentuberkulose (Pilod) 250 (R 1049).
 — luftdichte Saugdrainage (Burrows) 355 (C).
 Thoraxrachitis (Siegl) 309 (C).
 Thoraxröntgenbild des Säuglings (Saupe und Ehle) 513 (B).
 Thoraxzysten, angeborene im Röntgenbild (Flemming Moller) 231 (C).
 Thrombopenie in der Schwangerschaft (Hammerschlag) 408 (R 1744).
 — Ligatur der Milzarterie (van Goidsenhoven) 480 (R 2098).
 Thrombophlebitis der Beckenvenen (Polak) 483 (R 2117).
 Thrombose (Maresch) 354 (C).
 — postoperative (Schnitzler) 359 (R 1498).
 — postoperative (Bültmann) 476 (C).
 — traumatische der Vena axillaris und sub. clavia (Löhr) 318 (R 1314).
 — der unteren Hohlvene (Feller) 475 (C).
 Thrombozytenzahl bei klinischer Venenthrombose (Kristenson) 413 (R 1786).
 Thrombozytenzählung (Kristenson) 381 (R 1662).
 Thymophysin (Demuth) 313 (C).
 Thymus Behandlung (Kinney und Taylor) 509 (R 2297).
 — Röntgenbefunde (Perkins) 510 (R 2296).
 — Röntgendiagnostik und -behandlung vergrößerter (Brien) 510 (R 2298).
 — und Thyreoidea (Gebele) 351 (C).
 Thymusasthma (Thursfield) 459 (R 2019).
 Thymushyperplasie, Diagnostik und Behandlung (Zoelch) 311 (C).
 Thymusmode (Garland) 295 (R 1242).
 Thyreoidea, Adenom und Carcinom (Coller) 477 (C).
 — Einfluß auf die höheren Nervenfunktionen (Zawadowski und Sack) 356 (C).
 — Erkrankungen (Marañón) 437 (C).
 — Erkrankungen, Röntgenbehandlung (Sielmann) 269 (C).
 — Erkrankung und Herz (Hamburger u. a.) 452 (R 1976).
 — Extrakt, Ueberdosierung von — (Parkins) 336 (R 1431).
 — Funktion (Ukita und Yoshitomi) 462 (R 2041).
 — Funktion, Einfluß gestörter auf die Milchdrüse (Morita) 463 (R 2042).
 — Funktion, Wirkung der Chloroform- und Aethernarkose (Schwarz) 400 (C).
 Thyreoidea, gewerbliche Erkrankungen (Kaplan u. a.) 433 (C).
 — Hormon (Weil) 474 (C).
 — Innervation (Pines) 313 (C).
 — Reaktion der Infektionen (Cole und Womack) 502 (R 2260).
 — Strahlenbehandlung bösartiger Tumoren (Portmann) 269 (C).
 — toxisches Adenom (Rutich) 492 (R 2187).
 — Tuberkulose (Frassi) 311 (C).
 — Wirkung, Einfluß verschiedener Höhenlagen (Mark) 229 (C).
 — Beschaffenheit der Düsseldorfer Volksschuljugend (Fischer-Helmuth) 502 (R 2259).
 — in der Schwangerschaft (Brühl) 322 (R 1336).
 Thyreoidektomie (De Courcy) 440 (R 1890).
 — bei Geisteskranken mit Basedow (De Courcy) 505 (R 2273).
 Thyreotoxikose (Burger) 245 (R 1017).
 — Cholesterinämie bei — (Laroche) 413 (R 1782).
 — Röntgenbehandlung (Pordes) 269 (C).
 Thyroxin, Wirkung am Herzen (Nothmann und Parade) 474 (C).
 Tibiokondylenfrakturen (Zie'ke) 431 (C).
 Tiedruck, arterieller (Kisch) 453 (R 1982).
 — arterieller (Kisch) 504 (R 2263).
 Tiefenwahrnehmung (Loy) 397 (C).
 Tinnitus aurium (Drury) 314 (C).
 Tonsillarinfektion und Geisteskrankheiten (Jackson und Pike) 272 (C).
 Tonsillektomie (Rhoads u. Dick) 271 (C).
 — (Scal) 280 (R 1141).
 — (Waring) 314 (C).
 — Fischer 476 (C).
 — Indikationen (Kaf'ler) 280 (R 1140).
 — Indikationen (af Forselles) 366 (R 1553).
 — beim Kinde (Barrera) 437 (C).
 — bei chronischer Arthritis (Pavey-Smith) 232 (C).
 — mit Diathermie (Aron) 280 (R 1142).
 — mit Diathermie (Finder) 395 (C).
 — und Allgemeinnarkose (Hirsch) 367 (R 1554).
 Tonsillen, Elektroagulation (Dillinger) 314 (C).
 — Elektrodesikkation (Power) 233 (C).
 — Operation, Anzeigen und Erfolge (Meyer) 238 (R 964).
 — Röntgenbehandlung (Fried) 280 (R 1139).
 — Schanker der — (Achard) 398 (C).
 — Spätblutung (Falcao) 273 (C).
 Tonsillenfrage (Crabbe) 499 (R 2238).
 Tonsillitis, akute (Potapow) 400 (C).
 Tonusproblem des Herzmuskels (Eismayer und Quincke) 229 (C).
 Tonusverlustanfälle (Stransky) 475 (C).
 Topographie, medizinische (Antigüedad) 399 (C).
 Torsionsdystonie (Mankowsky und Czerny) 465 (R 2057 a).
 Tortikollis, okulare und chirurgische (Braun) 438 (R 1882).
 Toxämie infolge Darmverschlusses (Orr und Haden) 314 (C).
 Toxikologische Chemie (Levine und Fulton) 232 (C).

Toxikose, Zufuhr von Traubenzucker bei alimentärer (Macciotta) 418 (R 1818).
 Toxikosen im Sommer 1928 (Goebel) 394 (C).
 Toxocara mystax (Petrassow) 479 (C).
 Tracheale Insufflation (Jones) 272 (C).
 Trachom (Miller und Madijewskaja) 357 (C).
 — Aetiologie (Brana) 275 (R 1105).
 — Behandlung durch Radiumemanation (Selenowsky) 395 (C).
 Tränenabflußwege (Trieberg) 231 (C).
 Tränendrüse, Exstirpation (Knapp) 395 (C).
 — Exstirpation der palpebralen (Axenfeld) 395 (C).
 Tränensackgegend, knöcherner Aufbau (Kofler) 270 (C).
 Transorgan (Kunewälder) 432 (C).
 Traubenzucker, Zufuhr bei alimentärer Toxikose (Macciotta) 418 (R 1818).
 — Injektionen, intravenöse, Kombination der Röntgenbestrahlung (Schumacher) 470 (R 2088).
 — als Diätetikum (Bickel) 462 (R 2037).
 Traumleben (Hoff) 298 (R 1268).
 Tremor, seniler (Rosenbund) 466 (R 2062).
 Trepan, Veränderung in der Form (Arruga) 395 (C).
 Trichinose, Epidemie (Mc Donald und Wadell) 496 (R 2217).
 Trichloräthylen, Behandlung der Trigeminalneuralgie (Oljenik) 296 (R 1250).
 Trichocephalus dispar (Kosakov und Rchorova) 313 (C).
 Trichomonas vaginalis Donné (Davis und Colwell) 436 (C).
 Trichophytonpilze (Sulzberger) 473 (C).
 Trigeminalneuralgie (Kogau) 357 (C).
 — als Anfangssymptom der multiplen Sklerose (Hermann) 383 (R 1673).
 — Behandlung mit Trichloräthylen (Oljenick) 296 (R 1250).
 Trikuspidalfehler (Tschangli - Tschajkin) 452 (R 1975).
 Trikuspidalis, ulzerative Endokarditis (Wilkinson) 452 (R 1977).
 Trinker, Behandlung (Fischer) 473 (C).
 Trinkwasserepidemien (Wolter) 394 (C).
 Triphal (Melion) 353 (C).
 Tripper s. Gonorrhoe.
 Trochanter minor, Abriß (Mosenthal) 359 (R 1501).
 Trockenmilch (Ashton u. a.) 477 (C).
 — (Roume) 497 (R 2224).
 Tropenerkrankungen (Shattuck) 315 (C).
 Tropfenextension (Tregubow) 482 (R 2109).
 Tropfklistiere (Citron) 312 (C).
 Trübungsgrad bei Wässern (Ilzhöfer) 394 (C).
 Trypaflavin gegen Rheumatismus (Norjoka) 247 (R 1032).
 — Injektions- und Höhnsonnenbehandlung (Hecht-Eleda) 230 (C).
 Tryparsamidbehandlung der Paralyse (Jaenike und Forman) 465 (R 2055).
 Tryparasmidie (Menzies) 464 (R 2054).
 Tube s. a. Salpingitis, Pyosalpinx.
 — Carcinom (Scott und Oliver) 314 (C).
 — primäres Carcinom (Bortini) 443 (R 1910).

Tube, Durchgängigkeit (Frommolt) 405 (R 1722).
 — Fribrom (Hochloff) 434 (C).
 — Lipom (Sampoerno) 434 (C).
 — Lymphangiom (Schiffmann) 354 (C).
 — Morphologie (Iwata) 421 (R 1843).
 — Peristaltik und Antiperistaltik (Kok) 397 (C).
 — Schwangerschaft (Johnson und Diasio) 355 (C).
 — Torsion (Vigholt) 355 (C).
 Tubenschwangerschaft (Koplowitz) 435 (C).
 — wiederholte (Spirow) 485 (R 2118).
 Tubenstieldrehung (Möhring) 353 (C).
 Tuberkelbazillen (Weichardt) 313 (C).
 — Eindringen in die regionären Lymphdrüsen (Martenstein) 268 (C).
 — Einwirkung keimtötender Stoffe (Hailer) 270 (C).
 — Färbung (Kast) 230 (C).
 — filtrierbare Formen (Lindemann und Bang, Dscheng Li) 267 (C).
 — filtrierbare Formen (Uricio) 356 (C).
 — Widerstandsfähigkeit der Haut (Podwysotskaja und Linnikowa) 231 (C).
 — Züchtung (Corper und Myei) 314 (C).
 Tuberkelbazillenfette (Model und Ssidelnikowa) 434 (C).
 Tuberkelbazillus, filtrable Elemente (Valtis) 233 (C).
 — filtrierbare Form (Webb) 314 (C).
 — Filtrierbarkeit (Lange und Clauburg) 313 (C).
 Tuberkulin, Beeinflussung durch die Gärung und Joseph) 229 (C).
 — Beeinflussung durch die Gärung (Komis) 310 (C).
 — Behandlung (Poindecker) 475 (C).
 — Hautreaktionen, Einfluß der Röntgenbestrahlung (Abramowitsch u. Rabuchin) 231 (C).
 Tuberkulinallergie (Calmette) 458 (R 2010).
 Tuberkulinreaktionen (Gasul) 477 (C).
 Tuberkulose (Lassen) 434 (C).
 — Allergie (Pagel) 474 (C).
 — Allergie und Bazillenstamm (Pagel) 268 (C).
 — ambulatoische Behandlung (Kisch) 332 (R 1409).
 — Anaphylaxie (Moeller) 474 (C).
 — Antigen (Rabiosi) 351 (C).
 — Antituberkuloseimpfung mit dem B. C. G. (Nélis) 233 (C).
 — Aetiologie der kindlichen (Patearroyo) 379 (R 1646).
 — Behandlung (Schröder) 231 (C).
 — Behandlung mit lebenden Tuberkelbazillen (Kutschera-Aichbergen) 270 (C).
 — Behandlung im Kindesalter (Gett-kant) 270 (C).
 — Behandlung, klimatische (Bezançon) 436 (C).
 — Behandlung der chirurgischen (Matti) 331 (R 1401).
 — Behandlung und Prophylaxe (Barbosa) 234 (C).
 — Bekämpfung (Barbosa) 356 (C).
 — Bekämpfung (Liebermeister) 377 (R 1628).
 — Blut und Blutbild im Hochgebirge (Herwig) 290 (R 1208).

Tuberkulose, Blutbild bei Kindern (Hindersin) 289 (R 1200).
 — perifokale Blutungen (Simonson) 431 (C).
 — Calmettesche Schutzimpfung (Huttyra) 437 (C).
 — Calmettesche Schutzimpfung im Kampfe gegen die — (Keller) 273 (C).
 — chirurgische (Paschoud) 312 (C).
 — empfängliche Tiere (Shibuya) 232 (C).
 — Ernährung (Nario) 478 (C).
 — Erreger, filtrierbare Formen (Kirchner) 267 (C).
 — Filtrierbarkeit (Rabinowitsch-Kempner) 290 (R 1209).
 — Fürsorge (Nüssel) 270 (C).
 — gangliopulmonäre (Valdés Lambea) 234 (C).
 — Gasstoff-Wechseluntersuchungen (Salus und Adler) 310 (C).
 — Geschwüre (Lapyschew) 437 (C).
 — Halsdrüsentumoren (Fernbach) 268 (C).
 — Heilstätten (Oertel) 476 (C).
 — Herdreaktion (Koch) 379 (R 1647).
 — Infektion (Le Blanc) 267 (C).
 — Infektion, Immunität und Zellreaktion (Nolan) 290 (R 1204).
 — Infektion und Tuberkulosevakzination (Heimbeck) 250 (R 1048).
 — Infektion bei Schulkindern (Chadwick) 398 (C).
 — Wirkung der Kalksalze (Iwanow-Nesnamow) 437 (C).
 — Kindheitsinfektion (Lange) 270 (C).
 — kindliche (Vogt) 432 (C).
 — des Kindes (Duken) 332 (R 1413).
 — Klinik (de Lange) 270 (C).
 — Komplementfixationsreaktion (Thyotta und Gundersen) 282 (R 1148).
 — Komplementbindungsreaktion (Stein und Schachsuwarly) 267 (C).
 — Krankenhäuser (Henius) 434 (C).
 — Kreislaufstörungen (Waitz) 474 (C).
 — Kupferbehandlung der äußeren (Strauß) 310 (C).
 — Landesversicherungsanstalt Sachsen (Zwerg) 466 (R 2065).
 — Lichtbehandlung der chirurgischen (Rollier) 312 (C).
 — der unteren Lungenlappen (Jacob) 289 (R 1198).
 — Methode Finikoff bei der chirurgischen (Aimes) 417 (R 1808).
 — osteoartikuläre (Rius) 273 (C).
 — Pathogenese (Pacchioni) 377 (R 1629).
 — pleuropertoneale (Bäumler und Edelmann) 396 (C).
 — Röntgenbehandlung chirurgischer (Palugyay) 301 (R 1291).
 — Röntgenbilder der Knochen und Gelenke (Markovits) 273 (C).
 — Röntgendiagnostik (Viethen) 510 (R 2304).
 — der Samenblase (Mezzö) 400 (C).
 — des Schambeins (Ratto u. Armanino) 315 (C).
 — Schutzimpfung (Prausnitz) 458 (R 2011).
 — Schutzimpfung, prophylaktische (Zorini) 399 (C).
 — Schutzimpfung mit B. C. G. (Lange und Clauberg) 290 (R 1206).

- Tuberkulose, Schutzimpfung mit B. C. G. (Ascoli) 315 (C).
- Schutz- und Heilmittel nach Arima und Aoyama (Arima) 231 (C).
 - Seroreaktionen auf aktive (Behnke) 310 (C).
 - Seroreaktion mittels der Vernes'schen Flokulationsmethode (Valls und Girardi) 458 (R 2009).
 - Splenopneumonie (Wolkow) 437 (C).
 - Spontan tuberkulose bei Kaninchen (Harkins und Saleeby) 272 (C).
 - Spontan tuberkulose bei Schlangen (Aronson) 497 (R 2223).
 - Stabilitätsreaktion bei Kinder- (Gugelot) 271 (C).
 - Stadienlehre (Blumenberg) 456 (R 2004).
 - Statistik (Sanders) 271 (C).
 - intradermale Vakzination mit B.C.G.-Virus (Wallgren) 397 (C).
 - Anwendung der B. C. G.-Vakzine (Spyropoulos) 252 (R 1054).
 - Verbreitung im ukrainischen Dorf (Morosowski) 270 (C).
 - Einfluß des Vitaminmangels (Hagedorn) 267 (C).
 - Wasserstoffionenkonzentration im Blute (Zain) 434 (C).
 - der Wirbelsäule (Fraser) 355 (C).
 - Zungengeschwüre (Dmitriew) 437 (C).
 - Ambulatorium in Messina (Baratta) 234 (C).
 - im ersten Lebensjahr (Bernard) 231 (C).
 - der Säuglinge (Scheer) 289 (R 1201).
 - als industrieller Unfall (Hawes) 289 (R 1203).
 - der subpleuralen Lymphknoten (Schmoe) 457 (R 2008).
 - im Hochgebirge (Herwig) 310 (C).
 - schweizerisches Gesetz (Wychgram) 476 (C).
 - in italienischen Gefängnissen (Palmeri) 432 (C).
 - und arterieller Druck (Glaros) 252 (R 1056).
 - und Carcinom (Pearl) 397 (C).
 - und Geisteskrankheiten (Werner) 339 (R 1456).
 - und Hydronephrose durch Gefäßanomalie (Pascual) 399 (C).
 - und Konstitution (Partnow) 273 (C).
 - und Schizophrenie (Nagera und Lamba) 437 (C).
 - und Schwangerschaft (Frederiksen) 271 (C).
 - und Senfgas (Koontz) 458 (R 2013).
 - und Sterilität (Vignes) 416 (R 1806).
 - und Terrain (Raviner) 315 (C).
 - Pneumonie (Ribadeau-Dumas) 249 (R 1045).
- Tuberkulöse Prozesse, Kulturverfahren mittels Schwefelsäure zur Diagnostik (Verdina) 417 (R 1811).
- Tuberkulöses Ultravirus, diaplazentare Uebertragung (Ajello) 399 (C).
- Tuberkulöses Frühinfiltrat, Allergie (Rehberg) 351 (C).
- Tuberkuloseformen im zweiten Ranke-schen Stadium (Hausmann) 547 (R 2005).
- Tularämie (Francis) 285 (R 1174).
- Tumor, Wachstum, Wirksamkeit von Blei- und Zinnverbindung (Collier) 270 (C).
- mediastini mit Kompression der Vena cava superior (Morgenstern) 434 (C).
- Tumoren, Behandlung der malignen durch Blei (Lavedan) 398 (C).
- extrazerebrale (Cohn und Goldstein) 432 (C).
 - maligne (Marchetti) 234 (C).
 - mikroskopische Erkennbarkeit (Maresch) 270 (C).
 - mikroskopische Untersuchung (Taylor Terry) 436 (C).
 - Radiumbehandlung maligner (Guzman) 273 (C).
 - Radiumbehandlung der bösartigen (Regaud) 469 (R 2082).
 - Röntgenbehandlung bösartiger (Schmidt) 236 (R 951).
 - Serodiagnostik bösartiger (Ascoli) 480 (R 2094).
 - Strahlenerfolge (Werner) 301 (R 1293).
- Tumorzellen, bestrahlte (Chambers und Russ) 232 (C).
- Turmschädel, habituelle Luxation beider Augen beim — (Kaáli Nagy) 478 (C).
- Turnen in der Schulturstunde (Schlesinger) 431 (C).
- Typhlitis s. Appendizitis.
- Typhobazillose, Landouzy (Eckel) 327 (R 1378).
- Typhöse und paratyphöse Erkrankungen (Caronia) 490 (R 2176).
- Typhus (Pyresew) 400 (C).
- Bazillenträger (Müller) 394 (C).
 - Diagnostik (Silberstein) 270 (C).
 - encephalo-meningeales Syndrom im Beginn von kindlichem — (Nobécourt) 398 (C).
 - Epidemie (Dobrolubow) 400 (C).
 - Infektion ohne Immunitätsreaktion (Reiter) 431 (C).
 - Prophylaxe (Delorme) 399 (C).
 - Sepsis (Brodschaja und Sinaj) 400 (C).
 - Vakzination perorale (Hoffstadt u. a.) 397 (C).
 - Vakzine, Thrombose nach Injektion von — (Allen und Smithwick) 318 (R 1310).
 - 1928 in Krasnodar (Demjanow) 400 (C).
 - exanthematicus s. Fleckfieber.
- Typhusbazillen, Laboratoriumsinfektionen (Kisskalt) 431 (C).
- Tyramin, Bildung in Blutbouillon durch Bakterienreinkulturen (Koeßler u. a.) 232 (C).
- Tyroglyphus (Szántó) 486 (R 2142).
- Ueberdosierungen bei Durchleuchtungen (Janker) 433 (C).
- Ueberempfindlichkeit s. a. Anaphylaxie.
- Ulcera molliä, Behandlungsmethode (Gordon) 410 (R 1758).
- Ulcus callosum penetrans in Leber und Pankreas (Leriche) 355 (C).
- corneae rodens (Triebenstein) 395 (C).
 - duodeni s. a. Duodenum.
 - duodeni, Frühstadium (Jenkinson) 397 (C).
 - molle (Buschke und Spanier) 311 (C).
 - peptikum, Behandlung (Lipschutz) 254 (R 1071).
- Ulcus pepticum, chirurgische Behandlung (Moore) 233 (C).
- pepticum, Hyperbilirubinämie beim — (Sturtevant) 435 (C).
 - pepticum beim Meerschweinchen (Magee u. a.) 232 (C).
 - pepticum jejuni, in die Bauchhöhle perforiertes (Just) 475 (C).
 - tropicum (Puff) 473 (C).
 - ventriculi und duodeni, chirurgische Behandlung (Bauer) 441 (R 1896).
 - ventriculi und duodeni, Zuckerbehandlung (Recht) 454 (R 1990).
- Ulna und Radius, kongenitale Synostose zwischen — (Boeckh) 267 (C).
- Ultrakurze elektrische Wellen (Schliephake) 353 (C).
- Ultraviolett, photobiologische Sensibilisation im — (Hausmann u. Krumpel) 475 (C).
- Ultraviolette Strahlen, Reflexionsvermögen von Metallen (Rüttenauer) 269 (C).
- Strahlen, Wirkung auf die spezifische Behandlung der Syphilis (Richter) 242 (R 996).
 - Strahlen, antirachitische Wirkung von Blut mit — bestrahlter Tiere (Glaume) 273 (C).
- Ultraviolettbehandlung des kindlichen Ekzems (Huldschinsky) 253 (R 1062).
- bei Hautkrankheiten (Norris) 232 (C).
- Ultraviolettbestrahlung (Peters) 355 (C).
- Ultraviolettdurchlässiges Fensterglas (Pfleiderer) 269 (C).
- Ultraviolettdurchlässige Fenstergläser (Suhrmann) 313 (C).
- Ultravioletterythem (Kirschmann) 433 (C).
- Umbrenal, Jodintoxikation nach Pyelographie (Joseph) 310 (C).
- Unfälle, Verhütung (Mosbacher) 353 (C).
- Unfallneurose (Quensel) 312 (C).
- (Meng) 353 (C).
 - (Walther Riese) 514 (B).
- Unfallversicherung (Floret) 313 (C).
- Ausdehnung auf Berufskrankheiten (Michaelis) 227 (O).
- Unfall- und Berufsschädigungen der Wirbelsäule (Steinmann u. Waegner) 342 (R 1476).
- Ungarn, Entwicklungsnorm der Säuglinge (Lukács) 418 (R 1816).
- Unglücksfälle als Todesursache (Triebel) 426 (R 1869).
- Unguis incarnatus (Raschke) 404 (R 1716).
- Unspezifische Behandlung (Wolff) 271 (C).
- Unterernährung, Hyperthermie als Folge (Carranza) 399 (C).
- Untergewichtige Kinder (Cordua) 497 (R 2225).
- Unterhautfettgewebnekrosen beim Neugeborenen (Woringer u. Weiner) 315 (C).
- Unterkiefer, Resektionen aus der Mitte (Stahnke) 351 (C).
- Unterlappeninfiltrat, rechtes (Barsony und Polgar) 311 (C).
- Unterlippe, Carcinom, Operation (Beresow) 318 (R 1313).
- Carcinom (Pokryschkin) 437 (C).
- Unterschenkelknochen, Fraktur beider (Hitzrot) 436 (C).
- Urämie (Cole) 232 (C).
- (Hetényi) 400 (C).

Urämie bei Amyloidniere (Zadek) 329 (R 1395).
 Urämische Enteritis (Streicher) 231 (C).
 Ureter, Behandlung des extravasikal mündenden (Perlmann) 434 (C).
 — Blasenklappe (Polkey) 320 (R 1325).
 — Divertikel (Vormann) 434 (C).
 — Funktion in der Gestationsperiode (Benda) 276 (R 1116).
 — Knotung (Maluschew) 231 (C).
 — Knotung (Bierende) 270 (C).
 — Mißbildungen (Davis) 232 (C).
 — Mißbildungen (Grauhan) 477 (C).
 — Mündung, zystische Erweiterung (Martin) 399 (C).
 — Neueinpflanzung in die Blase (Israel) 326 (R 1366).
 — Pyelogramm (White) 411 (R 1765).
 — Steine (Reuter) 267 (C).
 — Striktur (Braasch) 272 (C).
 — Transplantation in den Darm (Stevens) 435 (C).
 — Verdoppelung (Harris) 477 (C).
 — Verschuß bei Zervixcarcinom (Martin) 314 (C).
 — Zystoskop, Winkelung des Katheters (Leiter) 447 (R 1944).
 Ureter-Meatotomie (Kreutzmann) 320 (R 1324).
 Ureter-Vaginal-Fistel (Kintoch und Drexler) 326 (R 1368).
 Ureter-Vaginal-Fistel durch Pyelonephritis (Matusovszky) 434 (C).
 Ureterenkatherismus (Valerio) 273 (C).
 Ureterenverschuß, Entzündung der Samenbläschen (Pugh) 314 (C).
 Ureterstein (Pflaumer) 474 (C).
 Uretroplazentare Apoplexie (Heffernau) 398 (C).
 Urethra, Abschürfungen (Scherback) 270 (C).
 — Blutungen (Glingew) 447 (R 1940).
 — chirurgische Wiederherstellung der weiblichen (Pérard) 315 (C).
 — Defekt (Joachimovits) 231 (C).
 — Defekt und Insuffizienz (Fraenkel) 231 (C).
 — Diphtheriebazillen in der — (Wendelberger) 354 (C).
 — Gonorrhoe der Frau (Jacobsohn) 367 (R 1562).
 — Hernie der — (Lange-Friesen) 270 (C).
 — Infektion durch Micrococcus tetragenes (Erdmann) 315 (C).
 — eingekleilter Stein (Woodruff) 435 (C).
 — Struktur der weiblichen (Farbach) 488 (R 2163).
 — vordere (Steiner) 488 (R 2162).
 — Zystourethroskopie der hinteren (Ballenger u. a.) 326 (R 1365).
 Urethritis, gonorrhoeische (Bohannon) 272 (C).
 — Behandlung der gonorrhoeischen — (Dufke) 325 (R 1356).
 — gonorrhoeische, Veränderungen der Flora (Owtschinnikov) 434 (C).
 Urin s. Harn.
 Urobilinbildung und -ausscheidung bei Psychosen (Schrijver) 382 (R 1668).
 Urogenitale Erkrankungen (Blum) 269 (C).
 Urologie (v. Lichtenberg) 352 (C).
 Urologische Eingriffe, Nachbehandlung nach — (Janssen) 448 (R 1948).

Urologische Prozeduren (Jacobs) 325 (R 1364).
 — Untersuchung in der Gynäkologie (Cattaneo) 360 (R 1506).
 Uropoetisches System, Krankheiten (Levy) 352 (C).
 Urtikaria (Ramos) 273 (C).
 — Behandlung der chronischen (Holböhl) 324 (R 1352).
 — bukkolinguale (Gougerot) 240 (R 973).
 — pigmentosa (Bloemen) 271 (C).
 Uteringeräusche (Joachimovits) 395 (C).
 Uterotubare Insufflation (Rubin) 484 (R 1213).
 Uterovaginale Eingriffe, postoperative Komplikationen (Stajano) 443 (R 1912).
 Uterus, Achsendrehung (Sohn) 354 (C).
 — Blutungen (Graff-Pancsova) 354 (C).
 — Carcinom (Ter-Gabrielau) 400 (C).
 — Carcinom (Kakuschkin) 405 (R 1725).
 — Carcinom (Dehler) 470 (R 2084).
 — Carcinom, Besserungen durch kleine Röntgendosen (Gal) 269 (C).
 — Carcinom, chirurgische Behandlung (Ter-Gabrielan) 479 (C).
 — Carcinom des Collum (Lahm) 258 (R 1100).
 — Carcinom Exstirpation (Kehrer und Neumann) 396 (C).
 — Carcinom, Pyometra im Gefolge der Radiumbehandlung (Bland) 512 (R 2312).
 — Carcinom, Radiumbehandlung (Ward) 385 (R 1688).
 — Carcinom, Radium- und kombinierte Röntgenbehandlung (Lahm) 300 (R 1288).
 — Carcinom, Strahlenbehandlung (Gambarow) 269 (C).
 — Carcinom, Strahlenbehandlung (Schmidt) 443 (R 1908).
 — Carcinom, Strahlenbehandlung (Voltz) 473 (C).
 — Carcinom, Stoffwechsel (Louros und Gaessler) 395 (C).
 — Carcinom nach Röntgenbestrahlung (Dyloff) 351 (C).
 — Einteilung der Zervixcarcinome (Hueper und Schmitz) 269 (C).
 — Collumcarcinom eines graviden — (Condomin) 443 (R 1909).
 — Drainage nach fieberhaften Geburten (Wigger) 409 (R 1747).
 — Evakuierung des graviden — (Macias de Torres) 399 (C).
 — Fibroidtumoren (Jameson) 233 (C).
 — Fibrosis, Radiumbehandlung (Cleland) 512 (R 2313).
 — Füllung (Popovic) 269 (C).
 — Halskanal, Erweiterung (Härtl) 321 (R 1330).
 — Interpositionsoperation (Baer und Reis) 361 (R 1513).
 — Läsionen, Behandlung (Schwartz) 361 (R 1508).
 — Leiomyosarkom (Dannreuther) 314 (C).
 — Myoblasten im — (Joachimovits) 267 (C).
 — Myom, Behandlung (Kriwsky) 406 (R 1728).
 — Myom, Ninhydrinreaktion für die Diagnostik (Schirschow) 406 (R 1729).

Uterus, Myom, Sarkom und Carcinom am gleichen — (Newell) 355 (C).
 — Myome, Histogenese (Ulesko-Stroganowa) 362 (R 1519).
 — Narben nach zervikalem Kaiserschnitt (Greenhill und Bloom) 435 (C).
 — operative Behandlung der Retroflexio (Gerich) 361 (R 1510).
 — Perforation beim künstlichen Abort (Wets) 407 (R 1738).
 — Perforation, Laparotomie (Petrow) 438 (C).
 — Perforationsöffnungen, Eingeweideeinheilungen (Laubenburg) 434 (C).
 — traumatische Perforation (Maxwell) 361 (R 1509).
 — peritoneale Adhäsionen des graviden (Meyerhoff) 278 (R 1129).
 — Prolaps (Demm) 320 (R 1328).
 — Prolaps (Gussakow) 357 (C).
 — Prolaps, Einfluß auf den Harntraktur (Schmitz und Laibe) 488 (R 2161).
 — puerperale Inversion (Uspenskij) 438 (C).
 — Radium und Operation bei Carcinom (Fabiao) 234 (C).
 — Rhabdomyosarkom und Zylinderepitheliom des Corpus — (Reeb und Oberling) 478 (C).
 — rhythmische Schwankungen im Gefäßsystem (Markee) 355 (C).
 — Ruptur (Gerrard) 232 (C).
 — Ruptur (Kusmina) 438 (C).
 — Ruptur in alter Kaiserschnittnarbe (Süssmann) 231 (C).
 — Ruptur und Plazenta praevia (van Cannerberghe) 233 (C).
 — Schleimhaut, Glykogengehalt (Binder und Neurath) 396 (C).
 — Schleimhaut, Hyperplasie und Hypertrophie (Beckmann) 276 (R 1119).
 — Schleimhaut, Lymphfollikel (Görög) 356 (C).
 — Schleimhaut, unvollkommene Desquamation — (Lahm) 237 (R 955).
 — Spontanruptur nach Sectio caesarea (Dossena) 444 (R 1915).
 — Topographie im Röntgenprofilbild (v. Schubert) 434 (C).
 — Torsion des myomatösen (Peightal) 405 (R 1726).
 — Zerreißen (Schmid-Reichenberg) 270 (C).
 — Zervikalkanal (Chaffin) 435 (C).
 — Zyste (Neumann) 234 (C).
 — Zyste (Fink) 354 (C).
 — Bauchdeckenfistel, Entbindung durch — (Paunz) 313 (C).
 Uterusfibrome, Strahlenbehandlung (Gal) 433 (C).
 Uterusfundus, Carcinom (Corvex) 361 (R 1514).
 Uterushals, Radiumbehandlung des Carcinoms (Fabiao) 273 (C).
 Uteruswand, deziduale Wucherungen an der hinteren — (Kouwer) 315 (C).
 U.-V.-Glas (Peemöller) 313 (C).
 Uveitis (Koyanagi) 401 (R 1693).
 Vagina, Antagonismus und Symbiose unter den Mikroben (Smorodinzew und Kott) 267 (C).

- Vagina**, Bakteriologie des Neugeborenen (Smorodinzew und Tschumakowa) 434 (C).
- bakteriologische Untersuchungen im Scheidensekret Schwangerer (Bertrand) 235 (R 943).
 - Biologie (Abraham) 309 (C).
 - Flora (Schultheiss) 351 (C).
 - Plastik nach Schubert (Maluschew) 231 (C).
 - Prolaps, Einfluß auf den Harntraktus (Schmitz und Laibe) 488 (R 2161).
 - Schleimhautepithel (Gistertz) 483 (R 2119).
 - syphilitischer Primäraffekt (Rille) 267 (C).
 - Ultravioletttempfindlichkeit (Guthmann und Weichsel) 469 (R 2081).
 - zyklische Veränderungen der Schleimhaut (Walter) 270 (C).
- Vaginaler Zugang**, intraperitoneale Operation (Babcock) 482 (R 2115).
- Vaginitis** (Lopez) 315 (C).
- Vaginismus**, psychophysische Behandlung (Dittel) 475 (C).
- Vaginitis**, gonorrhöische (Iwanow) 282 (R 1151).
- Vagustonus**, Abhängigkeit von der Adrenalinämie. (Viale) 230 (C).
- Vakzination** s. a. Pocken.
- intradermale (Armstrong) 314 (C).
 - und Nervensystem (Mader) 411 (R 1768).
- Vakzine** (Sardou) 423 (R 1853).
- Prophylaxe und Behandlung (Heymann) 306 (O).
- Vakzinetherapie** (Rieux) 356 (C).
- (Miraylia) 418 (R 1820).
 - bei Augenleiden (Berens) 271 (C).
- Valvula ileocaecalis**, Atresie (Pastiels) 254 (R 1067).
- Variköse Venen** (McPheeters und Rice) 271 (C).
- Venen, Injektionsbehandlung (Cattell) 286 (R 1175).
- Variola** s. a. Pocken.
- Varizellen** s. a. Windpocken.
- Prophylaxe (Bäumler) 394 (C).
 - nach Herpes zoster (van der Eijden) 271 (C).
- Varizen**, Behandlung (Tassart) 437 (C).
- prophylaktische Thrombosierung (Vogt) 353 (C).
- Vas deferens**, Einspritzungen in das — (Baker) 243 (R 1003).
- Vasoformpuder** (Süssbach) 276 (R 1114).
- Vasomotoren** nach Rückenmarksdurchschneidung (Leriche und Fontaine) 356 (C).
- Vasomotorenzentrum** (Jarisch) 475 (C).
- Vasovasol** (Stein) 432 (C).
- Vegetatio** Stigmatisierte, Symptomenkomplex bei — (Schuberth) 493 (R 2193).
- Vegetatives Nervensystem** s. a. Nervensystem.
- Nervensystem, Beeinflussung durch balneologische Prozeduren (Marschalkowitsch) 507 (R 2286).
- Vena axillaris** und subclavia; traumatische Thrombose der — (Löhr) 318 (R 1314).
- Venenläsion**, subkutan (Thomsen) 434 (C).
- Venenpuls**, photographische Aufzeichnung (Weber) 396 (C).
- Venenpulsregistrierung**, photographische (Wowski) 356 (C).
- Venenpunktion**, Technik (Báron) 400 (C).
- Venensystem** (Curtius) 229 (C).
- Ventrikel**, Kavernom des Bodens des vierten — (da Villa) 356 (C).
- Verbrechen**, abergläubisches, Psychopathologie (Kallmann) 384 (R 1680).
- Verbrecher Psychosen** bei — (Carpman) 466 (R 2063).
- Verbrennungen**, Behandlung (Makai) 462 (R 2034).
- Kontrakturen nach — (Koch und Kanavel) 436 (C).
- Verdauung tierischer Organe** (v. Hoesslin) 337 (R 1439).
- Verdauungsapparat**, periodische Tätigkeit (Stscherbakow u. a.) 400 (C).
- Verdauungsorgane**, Röntgenuntersuchung (Soresi) 315 (C).
- Verjüngungsmethoden** und endokrine Drüsen (Niehaus) 312 (C).
- Vermifuge Mittel** (Pessoa) 249 (R 1038).
- Veronal Vergiftung** (Ehrenrooth) 355 (C).
- Verruca plantaris**, Röntgen- und Radiumbehandlung der — (Taussig und Miller) 468 (R 2074).
- Vertigo** bei Leberkrankheiten (Sabatini) 288 (R 1193).
- Versicherungsmedicinische Krankheitslehre** (Kraus) 353 (C).
- Verwachsungen** s. Adhäsionen.
- Vesikovaginalfisteln** (Hertzer) 355 (C).
- Vesiko-Vaginal-Fisteln** (Szenger) 476 (C).
- Vestibularfunktion** (Hoff) 298 (R 1268).
- Vichy** bei Diabetes (Vauthey) 478 (C).
- Vigantol** (Seel) 351 (C).
- Idiosynkrasie gegen — (Ochsenius) 396 (C).
 - Pigmentierung der Haut nach — (Karrer u. a.) 292 (R 1224).
- Vigantolschäden** (Bamberger) 394 (C).
- Vipern**, Serumbehandlung der Bisse europäischer — (Kraus) 357 (R 1484).
- Toxine europäischer (Otto) 270 (C).
- Viscysat** Bürger (Petermann) 366 (R 1550).
- Viskositätsbestimmung** des Blutserums (van der Zee) 354 (C).
- Viszeropathie**, Oberflächenschmerz (Lemaire) 437 (C).
- Vitamin** s. a. Avitaminosen.
- Vitamine** (v. Schnitzer) 224 (O).
- (Herb) 504 (R 2264).
 - in der Aetiologie und Heilung von Magen- und Duodenalgeschwüren (Harris) 314 (C).
- Vitamin Problem** (Phagnier) 233 (C).
- Vitamine** und Säuglingsernährung (Scheer) 230 (C).
- Vitamin-A-arme Diät** (Bradford) 232 (C).
- B-Gehalt des Carcinoms (Jackson und Krantz) 398 (C).
 - D-Präparate (Scheunert und Schieblisch) 474 (C).
- Vitamingehalt** der Hefe (Maurer) 354 (C).
- Vitiligo** in Grönland (Börresen) 434 (C).
- Vollmilch**, kohlehydratangereicherte (Bessau) 268 (C).
- Volvulus** des Omentum (Schröder) 482 (R 2114).
- Vorderarm**, Frakturen der beiden Knochen (Baillis und Folliason) 398 (C).
- Frakturen (Francisco) 314 (C).
- Vorderarmknochen**, Osteosynthese bei Frakturen beider — (Ballis) 437 (C).
- Vorderkammer**, Fremdkörper in der — (Klauber) 311 (C).
- Vorhof**, Reizleitungsstörungen im — (Dressler) 328 (R 1384).
- Vorhofflimmern** s. a. Herz.
- Chinidin bei — (Spiro und Newmon) 272 (C).
 - Phonogramm (Selenin und Fogelson) 453 (R 1980a).
 - nach Diphtherie (O'Donovan) 355 (C).
- Vorpommern**, Wasserversorgung (Pels-Leusden) 231 (C).
- Vulva Carcinom** (Marcus) 270 (C).
- Carcinom, Radiumbehandlung (v. Büben) 433 (C).
- Vulvitis aphthosa** (Flusser) 396 (C).
- Vulvovaginitis** s. a. Gonorrhoe.
- Wachstum** s. a. Entwicklung, körperliche.
- Wachstumshormone** (Kawetzki) 437 (C).
- Wachstumsstörung** im Kindesalter (Hühne und Schönfeld) 268 (C).
- Wadenkrämpfe**, nächtliche (Gaertner) 296 (R 1251).
- Waltersche Brommethode**, Blut-Liquor-Permeabilität im Säuglingsalter (Kruse) 394 (C).
- Wandererfürsorge** in Deutschland (Frey) 473 (C).
- Wanderniere**, Fixationsmethode nach Kostlioy (Vozenilek) 476 (C).
- Wärme** s. a. Kalorimetrie.
- Wärmeerzeugung** bei kropfigen und nichtkropfigen Kaninchen (Webster u. a.) 232 (C).
- Warnekros-Serum** bei Puerperalfieber (Wozak) 423 (R 1854).
- Warzen**, Behandlung (Langer) 324 (R 1350).
- Wasser**, Einfluß auf die Blutgefäße (Flatow und Osawa) 351 (C).
- Wasserbilanz** des ernährungsgestörten Säuglings (Jahr) 268 (C).
- Wassermann Reaktion** (Austin, Hester und Frey) 235 (R 944).
- Reaktion (Markowitz) 317 (R 1307).
 - Reaktion (Orgenesjanz) 479 (C).
 - Reaktion, Irreversibilität (Mucci) 356 (C).
 - Reaktion und Syphilis nervosa (Littauer) 241 (R 989).
 - Untersuchung (Ruediger) 435 (C).
- Webersche Probe** (Campos) 273 (C).
- Wechselbäder** und Massage (Glass) 473 (C).
- Wehenmechanismus** (Crothers) 436 (C).
- Weizenkleie**, Verdaulichkeit (Hindhede) 336 (R 1438).
- Wendung**, intrakranielle Blutung infolge äußerer — (Maiss) 354 (C).
- Wertheimsche Operation** bei Collumcarcinom (Violet) 478 (C).
- Wespenstich**, generalisierte Urtikaria (Mühlpfordt) 229 (C).

- Wiederherstellungschirurgie (Oller) 399 (C).
- Wintergipfel der Atmungserkrankungen (Lederer) 313 (C).
- Wirbel, Kompressionsfrakturen (Eickenbary) 397 (C).
- kongenital abnorme (Donaldson) 435 (C).
- Wirbelsäule, röntgenologische Veränderungen (Lauber und Ramm) 311 (C).
- Tuberkulose, operative Behandlung (Henderson) 435 (C).
- Unfall- und Berufsschädigungen (Steinmann und Waegner) 342 (R 1476).
- Verletzungen (Hammond) 314 (C).
- Wirbeltumor, Röntgenerfolg (Mühlmann) 269 (C).
- Wismut in der seronegativen Phase des Primäraffektes (Sonnenberg) 411 (R 1761).
- Wochenbett, Bedeutung des Reinheitsgrades (Löbner) 408 (R 1743).
- Spätblutungen (Beckmann) 237 (R 960).
- Sterblichkeit (Toland) 397 (C).
- Wochenbettfieber (Baumgart) 353 (C).
- Wohnungsproblem (Pittaluga) 399 (C).
- Woronowsche Operation (da Frota und do Brasil) 356 (C).
- Wortblindheit, kongenitale (Illing) 297 (R 1261).
- Wotjaken, Blutgruppen und rassenbiologischer Index (Parin) 400 (C).
- Wurm Invasionen (Moroskin) 437 (C).
- Wurmfortsatz s. Appendix.
- Wurmmittel (Rath) 431 (C).
- Wurzelbehandlung (Schlemmer) 267 (C).
- (Back) 310 (C).
- (Gottlieb u. a.) 310 (C).
- (Rebel) 334 (R 1422).
- Wurzelhaut, Pathologie (Siegmond) 292 (R 1226).
- Wutkrankheit s. Tollwut.
- Wutschutzstationen (Hesse) 509 (R 2295).
- Xanthosis diabetica, Wirkung des Insulins auf die Lipochromänie und die — (Elmer und Scheps) 335 (R 1426).
- Yohimbin, epidurale Behandlung der Impotenz (Lissmann) 267 (C).
- Zähne, Replantation (Lipschitz) 310 (C).
- der Finnen (Hjelmann) 334 (R 1423).
- Zahnärztliche Behandlung, orale Infektion (Stein) 334 (R 1421).
- Zahnheilverfahren (Müller-Stade) 473 (C).
- Zahnpulpa, Bakteriologie (Gins) 292 (R 1227).
- Zahnsystem, Aetiologie der septischen Erkrankungen (Peker) 438 (C).
- chirurgische Eingriffe (Selka) 351 (C).
- Zehen Operationen mittels Osteotomien (Bär) 396 (C).
- Zellenzerfallsprodukte, Wirkung auf arteigene Zellen (Gohs) 475 (C).
- Zementindustrie (Jöten-Sartorius) 342 (R 1475).
- Zentralnervensystem, Eisenreaktion (Zalka und Lehoczyk) 478 (C).
- traumato-syphilitische Erkrankungen (Rossolimo) 283 (R 1157).
- Zerebrale Manifestationen bei kardialen Störungen (Felberbaum) 492 (R 2190).
- und Zerebellare subakute Atrophie (Guillain und Bertrand) 478 (C).
- Zerebralparalysen, Frühkontraktur und Abwehrreflexe (Dawidenkow) 230 (C).
- Zerebrospinalflüssigkeit s. Liquor.
- Zerebrospinalmeningitis, seroresistente Formen (Carnot) 340 (R 1464).
- Zerebrotoxin, Behandlung der Schizophrenie (Liwschitz) 382 (R 1667).
- Zervikal Schwangerschaft (Meyer) 397 (C).
- Zervikalkaries (Cameron) 355 (C).
- Zervix, abnorme Faltenbildungen (Jaroschka) 396.
- Carcinom (Dannreuther) 512 (R 2311).
- Carcinom, Frühdiagnose und Verhütung (Semberton und Smith) 361 (R 1515).
- Carcinom, Strahlenbehandlung (Norris) 272 (C).
- Probleme (Huggins) 477 (C).
- Zibalgin (Bauer) 352 (C).
- Ziegenmilch s. Milchziegen.
- Ziegenpeter s. Parotitis epidemica.
- Ziliargefäße, Staphylokokkenmetastasen im Bereich der vorderen — (Thiel) 311 (C).
- Ziliarkörper, Epithelimplantationszyste (Schöpfer) 311 (C).
- Zinn-Silberamalgame (Wannenmacher) 431 (C).
- Zirbeldrüse s. a. Epiphyse.
- Zirkulationsgröße (Jarisch) 229 (C).
- Zisternenpunktion (Zweig) 267 (C).
- Fauconi) 312 (C).
- (Hoffmann und Memmesheimer) 446 (R 1935).
- Zöko-appendikuläre Zustände (Wall) 273 (C).
- Zökum, Röntgenuntersuchung des invertierten (Fried) 435 (C).
- Zona (Ramos) 234 (C).
- Behandlung (Milian) 233 (C).
- contagiosa (Michaud) 233 (C).
- Zonulalamelle (Cattaneo) 311 (C).
- Zoster generalisatus und Leukämie (Freur.) 285 (R 1173).
- -Vairizellen - Problem (Freund) 432 (C).
- Zucker s. a. Blutzucker, Glykämie, Glykose.
- in der Behandlung (Fiessinger) 294 (R 1240).
- Zuckergehalt der Haut (Urbach und Sicher) 228 (C).
- Zuckerstoffwechsel (Kempmann und Clauditz) 456 (R 2001).
- Zunge, anämisches Phänomen (Liebermeister) 244 (R 1011).
- Carcinom (Pressmann) 480 (R 2099).
- weicher Schanker (Milian) 273 (C).
- Zwillingsplazenten, Stereoröntgenbefunde (Kiffner) 365 (R 1543).
- Zwischenwirbelscheibe, Kalkknötchen in der — (Lyon) 311 (C).
- Zyankalium, Vergiftungen (Tassart) 478 (C).
- Zylinderskiaskopie (Koyanagi) 395 (C).
- Zylotropintod (Edelmann) 396 (C).
- (Nölle) 396 (C).
- Zysten, Mineralbestand (Schepelinsky) 351 (C).
- Zystenniere (Litzner) 369 (R 1575).
- Zystenurie (Sylla) 352 (C).
- Zystitis, hämatogene (Misrachi und Simard) 233 (C).
- Zystizerkus (Achrem-Achremowitsch) 437 (C).
- Zystoradiographie (Ogata) 232 (C).
- Zystoskopische Diagnostik (Stutzin) 432 (C).

448.8
F77

Fortschritte der Medizin

Die Zeitschrift des praktischen Arztes

Redaktion:

Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstraße 20

1929

Siebenundvierzigster Jahrgang

III. u. IV. Quartal

BERLIN 1929

VERLAG: HANS PUSCH, BERLIN SW 48, FRIEDRICHSTRASSE 231

Sachverzeichnis vom III. u. IV. Quartal

(Heft 14-26)

1929

- Aberhalden Reaktion.** (Schlau) 596 (R 2724).
- Abdomen, chirurgisches** (Cohen) 627 (R 2849).
- Erkrankungen (Maes) 611 (C).
 - physikalisch-diagnostisches (Berditschewski) 660 (C).
 - schmerzhaft Affektionen (Kovács) 792 (C).
 - Tuberkulose (Caneau u. Gmelin) 837 (C).
 - Tumoren (Samson) 837 (C).
- Abdominalchirurgie** (Tenalli) 704 (C).
- Abhörvorrichtung** (Casper) 1019 (C).
- Abmagerungskuren, Darmbeschwerden** (v. Friedrich) 816 (R 3721).
- Abnabelung** (Haselhorst) 891 (R 4092).
- Abort** (Kamajew) 573 (R 2586).
- Behandlung des habituellen (Jensen-Carlén) 620 (R 2791).
 - Fremdkörper in der Bauchhöhle (Giovetti) 672 (R 3037).
 - künstlicher (Gens) 561 (C).
 - künstlicher wegen komplizierter Myopie (Krieger) 837 (C).
 - Perforationsverletzungen (Kalenscher) 532 (R 2360).
 - Statistik (Peller) 837 (C).
 - Strafgesetzentwurf (Niedermeyer) 556 (R 2528).
- Abortperitonitiden** (Chydenius) 969 (C).
- Abrollbein nach von Baeyer** (v. Renesse) 519 (C).
- Abszeß, paranasalischer** (Curschmann) 654 (C).
- Abtreibung s. Abort, krimineller.**
- Acedicon** Bertram) 548 (R 2476).
- (Paula) 563 (C).
- Acetylcholin** (Villaret) 523 (C).
- Achillea millefolium, Dermatitis durch** — (Gans) 805 (R 3646).
- Achillessehne u. Grippe, Entzündung** (Deutsch) 545 (R 2449).
- Achondroplasie, endokrine Drüsen bei der** — (Krabbe) 1025 (C).
- Achorion** (Sabourraud) 613 (C).
- Achylia gastrica** (Winkelstein) 995 (R 4605).
- gastrica, verbunden mit Syphilis (Undine) 522 (C).
- Achylie des Magens, Histaminprobe zur Diagnostik** (Müller u. Goldmann) 729 (R 3335).
- Achylie bei perniziöser Anämie** (Hecht) 1071 (C).
- Blutuntersuchungen (Borgbjaerg) 855 (R 3914).
 - Histaminprobe u. endoskopisches Bild der Magenschleimhaut (Henning) 925 (C).
- Acidum lacticum s. Milchsäure.**
- tannicum und Verbrennungen (de Alvaro) 1095 (R).
- Aconitum napellus** (Pietrkowski u. Schürmeyer) 819 (R 3746).
- Adam-Stokesscher Symptomenkomplex** (Gutmann) 520 (C).
- Adamantines Epitheliom** (D' Auney u. Zoeller) 1024 (C).
- Adamantinom.** (Bergensfeldt) 611 (C).
- Addisonische Krankheit** (Evans) 611 (C).
- Krankheit (Zerkowitz) 822 (R 3771).
 - Krankheit als pluriglanduläres Syndrom (Petrov) 705 (C).
- Adenocarcinom der Appendix** (Behrens u. Winston) 1024 (C).
- des Fundus uteri (Meigs) 927 (C).
 - Einfluß der Schwangerschaft (Barbanti) 751 (C).
 - Strahlenbehandlung (Lacassagne) 1019 (C).
- Adenoepitheliome des Uterus, Strahlenbehandlung** (Lacassagne) 836 (C).
- Adenoide u. Tonsillen** (Campbell) 838 (C).
- Adenomyom des Uterus** (Baltzer) 975 (R 4471).
- Adenomyosis** (Haselhorst) 848 (R 3859).
- Aderhaut s. Chorioidea.**
- Aderhautsarkom** (Seefelder) 661 (R 2965).
- Aderlaß** (Werchracky) 853 (R 3900).
- Adiaphanin** (Brann) 700 (C).
- Adipositas s. a. Fettsucht.**
- (Secher) 702 (C).
 - dolorosa s. Dercumsche Krankheit.
- Adiposo-genitales Syndrom** (Ratichoiili) 990 (R 4566).
- Adnex Entzündungen, Laktotherapie** (Seitzew) 840 (C).
- Erkrankungen, entzündliche (Schoeps) 655 (C).
 - Erkrankungen, operative Behandlung entzündlicher (Bucura) 837 (C).
 - Erkrankungen, operative Behandlung entzündlicher (Bujakowski) 837 (C).
- Adnex Operation, Frauenarbeit** (Lukás) 614 (C).
- Tuberkulose (Condamin) 566 (C).
 - entzündlicher Tumor (Warner) 793 (C).
 - tuberkulöse Tumoren (Wieloch) 1031 (R 4723).
 - Tumoren ohne Gonorrhoe (Kienlin) 668 (R 3015).
 - vaginale Operation (Weibel) 612 (C).
- Adnexhernie** (Hubrich) 702 (C).
- Adrenalin s. a. Nebennieren.**
- perorale Anwendung (Giragossintz u. Mackler) 633 (R 2881).
 - Einfluß auf die Galaktoseassimilation der Leber (Blöch) 953 (R 4404).
 - Einfluß auf die Wasser- und Kochsalzausscheidung (Tyrni) 905 (R 4172).
 - Einfluß auf die zirkulierende Blutmenge (Hitzenberger u. Tuchfeld) 773 (R 3522).
 - Empfindlichkeit bei Parametritis posterior (Raisz) 597 (R 2732).
 - Magensaftreaktion (Mahler) 1089 (R).
 - Mobilisierung des Muskelglykogens (Geiger u. Schmidt) 877 (C).
 - oxydationssteigernde Wirkung (v. Euler) 833 (C).
 - Wirkungen zwischen den Gefäßen und dem Herzen (Gramenitzki) 790 (C).
 - bei Malaria (Polack) 660 (C).
 - Sodabehandlung der Chorea minor (Stark) 525 (C).
 - Sondenversuch (Coester) 519 (C).
 - Sondenversuch (Joél) 996 (R 4609).
 - ähnliche Substanzen, urtikarieller Effekt (Chen) 1067 (C).
 - Behandlung des Glaukoms (Wright u. Nayar) 969 (C).
 - Gehalt des Blutes in der Narkose (Schloßmann u. Mügge) 923 (C).
 - Gehalt der Nebennieren (Handovsky u. Reuss) 923 (C).
 - bei splenomegalen Erkrankungen (Jablokow) 614 (C).
- Adsorgan** (Bachem) 820 (R 3750).
- (Kugler) 924 (C).
- Adsorptivkohle** (Klauber) 925 (C).
- Aegypten, Medizin in** — (Philip) 1023 (C).

Aërophagie (Isenschmidt) 609 (C).
 — u. Pneumatosis ventriculi (Bischoff) 1021 (C).
 Aether-Magnesia-Morphiumnarkose (Hajsynskyj) 839 (C).
 Aethylen (Salzer) 1071 (C).
 — Oxygen-Anästhesie (Griffith) 1023 (C).
 — Anästhesie (Tipping) 795 (C).
 Affekt, Vermehrung der Leukozytenzahl (Wittkower) 682 (R 3116).
 Agarol (Ragotzky) 835 (C).
 — (Thomitzek) 1021 (C).
 Agglutinin, Trennung von beweglichen Bakterien (Nelson) 612 (C).
 Agglutinogene, Erbllichkeit (Landsteiner u. Levine) 565 (C).
 Agranulozytärer Symptomenkomplex (Janz) 608 (C).
 Agranulozytose (v. Domarus) 520 (C).
 — bei Diphtherie (Farmakidis) 1072 (C).
 — mit Lokalisation im Oesophagus (Schultz) 835 (C).
 Akinesien, Beseitigung extrapyramidalen (Astwazaturow) 999 (R 4634).
 Akne conglobata (Silisky) 1079 (R 4965).
 — vulgaris, Behandlung mit Quarzlicht (Korsbiery) 702 (C).
 Akonitin, Wirkung auf den zentripetalen Lungenvagus (Keller u. Loeser) 1018 (C).
 Akrothermen u. Nierenfunktionen (Kornmann) 836 (C).
 Akridinbehandlung der Gonorrhöe (Vonkennel) 1080 (R 4970).
 — Farbstoffe, trypanozide (Schnitzer u. Silberstein) 610 (C).
 Akrodermatitis atrophicans (Herman) 613 (C).
 — chronica atrophicans (Lengyel) 608 (C).
 Akrodyne (Villegas) 859 (R 3947).
 — (Perlman) 1071 (C).
 Akrodynisches Syndrom (Bolten) 611 (C).
 Akromegaler Riesenwuchs (Papadoupoulos) 971 (C).
 Akromegalie mit kombinierter Struma (Polák) 611 (C).
 Akrozyanose (Villaret u. Saint Girons) 1072 (C).
 — beim Jugendlichen (Comby) 991 (R 4571).
 Aktiniengift (Pawlowsky u. Stein) 746 (C).
 Aktinomykose, Diagnostik u. Behandlung (Eiken) 800 (R 3609).
 — Knochen — (Meyer-Borstel) 699 (C).
 — des Unterkiefers (Siegel) 699 (C).
 — der Unterkieferspeicheldrüse (Ganner) 868 (R 4009).
 Aktinomyzete, aërobe (Seitz) 968 (C).
 Akzessorische Nährstoffe s. Vitamin.
 Alastrim (Hannema) 854 (R 3505).
 — (Aldershoff) 969 (C).
 — (Sanders) 969 (C).
 — (Terburgh) 969 (C).
 — u. Pocken (Ruys) 927 (C).
 — fälle (Hannema) 927 (C).
 Albumen s. Eiweiß.
 Albuminurie s. a. Nephritis.

Albuminurie Prognose u. Behandlung (Young) 522 (C).
 — schwere, Behandlung mit Thyreoidaeextrakt (Grossi) 992 (R 4585).
 Alentina (Driels u. Rueff) 1020 (C).
 Aleucaemia haemorrhagica (Rosenblum) 614 (C).
 Aleukämische Myelose (Müller u. Spröhnle) 699 (C).
 Aleukie, hämorrhagische (Chassel) 1068 (C).
 Alexander-Adamsche Operation (Garfunkel) 669 (R 3024).
 Algopyron (Müllern) 792 (C).
 Alimentationsprozesse, Begutachtung (Zangemeister) 1001 (R 4649).
 Alkalireserve des Blutes (Lipetz) 705 (C).
 Alkalose (Fallas) 611 (C).
 — experimentelle (Wuth) 562 (C).
 Alkaptonurie (Kohlmann) 1020 (C).
 Alkohol, Behandlung mit Atropin- und Strychnininjektionen (Wermijasch) 615 (C).
 — erbbiologische Bedeutung (Boss) 641 (R 2937).
 — bei akuten Ansteckungskrankheiten (Flaig) 792 (C).
 — Injektion, intravenöse (Constantin) 773 (R 3523).
 Alkoholismus (Prisco) 769 (C).
 — in der Neurosenätiologie (Spitzin) 615 (C).
 — subkutane Strychnininjektionen (Borschtschewski) 615 (C).
 Alkoholpsychosen (Gorzkowski) 736 (R 3380).
 Allergenfreie Kammern in Privatwohnungen (Storm van Leeuwen) 562 (C).
 — Zimmer (Aron) 1046 (R 4817).
 Allergie s. a. Anaphylaxie, Idiosynkrasie, Ueberempfindlichkeit.
 — (Fränkel) 841 (R 3818).
 — (Lehner u. Rajka) 924 (C).
 — (Maisel) 1071 (C).
 — unter dem Einfluß der Strahlenenergie (Medovikow u. Sorkin) 1001 (R 4652).
 — und Anaphylaxieprozesse bei Infektionskrankheiten (Agafonow) 752 (C).
 — und Azidose (Choremis) 1020 (C).
 — Untersuchungen im Kindesalter (Cottellassa) 839 (C).
 Allergische Dermatosen (Biberstein) 746 (C).
 — Hautreaktionen (Buschke u. Joseph) 924 (C).
 — Krankheiten (Hajós) 524 (C).
 — Krankheiten, hereditärer Faktor (Balyeat) 564 (C).
 — Purpura (Alexander u. Eyermann) 1071 (C).
 — Reaktionen an Nieren u. Hoden (Long) 970 (C).
 Allergischer Symptomenkomplex bei rheumatischem Fieber (Derick u. a.) 539 (R 2410).
 Allonal (Schmidt-Sachsenstamm) 748 (C).
 Alméns Flüssigkeit (Holst) 880 (C).
 Alopecia (Vohwinkel) 849 (R 3872).

Alopecia universalis bei Polyneuritis (Stiefler) 1000 (R 4640).
 Alter, das überwundene (Schmidt) 689 (B).
 — Problem des hohen (Moorhead) 1023 (C).
 — Falten im Gesicht, Beseitigung (Kromayer) 561 (C).
 — Falten im Gesicht (Halla) 791 (C).
 — Krankheit (Schlesinger) 519 (C).
 — Krankheit (Eiselt) 878 (C).
 — Problem (Kuschen) 615 (C).
 — Star s. a. Katarakta senilis.
 — Star, Behandlung (Weiss) 655 (C).
 — Star, Operation (Van Cint) 526 (R 2316).
 Alucol bei Hyperazidität und Magengeschwüren (Anca) 614 (C).
 Aluminiumgeschirr (Markarjantz) 660 (C).
 Aluminiumhydroxyd, kolloidales (Crohn) 565 (C).
 Alveolarpyorrhöe (Humphreys) 522 (C).
 — (Whittingdale) 565 (C).
 Alzheimersche Krankheit (Flügel) 824 (R 3783).
 Amalgam als Ursache von Quecksilberdermatitis (Blumenthal u. Joffé) 1093 (R).
 — Prüfmethode (Loebich u. Nowack) 834 (C).
 Amaurose s. a. Blindheit.
 — bei epidemischer Encephalitis (Sands) 970 (C).
 Amaurotische Idiotie (v. Bogaert) 925 (C).
 Amblyopie, toxische (Terrien) 971 (C).
 Amboceptor s. a. Hämolyse.
 Ambulatorien der Berliner Krankenkassen (Cohn) 733 (R 3368).
 Amenorrhoe Behandlung mit Ovarialpräparaten (Koerting) 562 (C).
 — hormonale Heilbehandlung (Göczy) 567 (C).
 — im keimreifen Alter (Singer) 796 (C).
 Amentia u. Dementia praecox (Buscaino) 824 (R 3784).
 Amerika, Landarztproblem (Meyer) 836 (C).
 Aminosäuren, Reaktion (Waser) 609 (C).
 Amme, Ernährung und Milchsekretion (Ferraro) 1072 (C).
 Ammoniak- und Zuckerstoffwechsel unter dem Einfluß oxydationshemmender Gifte (Bornstein u. Rose) 1067 (C).
 Ammoniakalische Koeffizienten (Polonovski) 524 (C).
 — gehalt des Blutes, Einfluß verschiedener Substanzen (Wantoch) 877 (C).
 — Stoffwechsel der Niere (Wassermeyer) 790 (C).
 Ammoniamie im Puerperium und im Fötus (Motta) 751 (C).
 Ammoniumchlorid und Hg-Diurese (Janson) 1094 (R).
 Amöben, Konservierung (Cherefeddin) 746 (C).
 — dysenterie in Chicago (Williamson u. a.) 523 (C).

- Amöben, Geschwür der Bauchdecken (Cole u. a.) 523 (C).
 — hepatitis (Schrumpf-Pierron) 855 (R 3913).
 Amöbiase s. a. Ruhr.
 Amputation, Methoden (Studsynskyj) 839 (C).
 Amygdalitis palatina (Falcao) 681 (R 3108).
 Amylnitrit, Beeinflussung der Atmung (Rosenblüth) 923 (C).
 Amyloidosis der Haut (Gutmann) 834 (C).
 Amyotrophie (Davidenkow) 526 (C).
 Amyotrophische Lateralsklerose (Meyer) 910 (R 4207).
 Anaërobenkultur (Knorr) 607 (C).
 Anabol (Vorländer) 879 (C).
 Analfissur (Yeomans) 658 (C).
 Analschild (Campbell) 658 (C).
 Anämie (Herz) 879 (C).
 — (Herz) 926 (C).
 — Erythrozytenveränderungen (Masel) 525 (C).
 — Magenschleimhaut bei aplastischer (Wallgren) 812 (R 3697).
 — alimentäre bei Kindern (Hill) 927 (C).
 — konstitutionelle infantile (Uehlinger) 854 (R 3908).
 — im Kindesalter, physikalisch-chemische Eigenschaften des Blutes (Giuffré) 699 (C).
 — pseudoleucaemia infantum (Schüffner) 927 (C).
 — familiäre mit Milzvergrößerung (Carrau u. Etcheverry) 1072 (C).
 — hyperchrome (Hartmann) 791 (C).
 — chronische hyperchrome (Altschüller) 522 (C).
 — hyperchrome bei Darmerkrankungen (Glatzel) 1069 (C).
 — splenica (Alport) 541 (R 2421).
 — splenica pseudoleukaemica (Mondim) 613 (C).
 — Blutregeneration (Robbins) 658 (C).
 — in der Schwangerschaft (Moore) 978 (R 4491).
 — mit sichelförmigen Zellen (Comby) 971 (C).
 — Leberbehandlung (Bause) 562 (C).
 — Leberbehandlung (Glesio) 621 (R 2799).
 — Leberbehandlung der kindlichen (Lo Presti-Seminario) 771 (R 3513).
 — Leberbehandlung der sekundären (Dyke) 750 (C).
 — perniziöse (Pletnjow) 525 (C).
 — perniziöse (Castex) 751 (C).
 — perniziöse (Wilkinson u. Brockbank) 811 (R 3693).
 — perniziöse (Steinberg) 882 (C).
 — perniziöse (Arinkin) 971 (C).
 — perniziöse (Pletnew) 971 (C).
 — perniziöse (Kilduffe) 1024 (C).
 — perniziöse (Blair) 1044 (R 4811).
 — perniziöse (Castle u. Bowie) 1071 (C).
 — Achylie bei perniziöser (Hecht) 1071 (C).
 — Achylie bei perniziöser nach Leberbehandlung (Hecht) 626 (R 2840).
 — perniziöse, Behandlung (Bernstein) 882 (C).
 Anämie, Behandlung der perniziösen (Schulten) 1020 (C).
 — Leberbehandlung der perniziösen (Meulengracht u. Hohn) 582 (R 2638).
 — Leberbehandlung der perniziösen (Meulengracht u. Holm) 611 (C).
 — Leberbehandlung der perniziösen (Ettinger u. Artynow) 614 (C).
 — Leberbehandlung bei perniziöser — (Brauch) 766 (R 3480).
 — Leberbehandlung der perniziösen (Heeres) 1044 (R 4812).
 — Leberbehandlung bei perniziöser (Melland) 811 (R 3694).
 — Leberbehandlung der perniziösen (Schilling) 1084 (R 5004).
 — rektale Anwendung von Leber bei perniziöser (Pulfer) 719 (R 3262).
 — Insulin bei perniziöser (Vargá) 1025 (C).
 — perniziöse, Schocktherapie (Hercog u. Hahn) 582 (R 2639).
 — Frühdiagnostik der perniziösen (Eoe) 795 (C).
 — Geistesstörungen bei perniziöser (Schneider) 597 (R 2733).
 — perniziöse, Klinik (Straschesko) 882 (C).
 — perniziöse, Pathomorphologie (Samkowa) 882 (C).
 — Prophylaxe bei Unreifegeborenen (Netter) 1068 (C).
 — perniziöse, durch eitrige Parotitis verursachte Besserung (Horváth) 812 (R 3696).
 — Degeneration des Rückenmarks bei perniziöser (Fried) 970 (C).
 — Störungen der trypanoziden Serumstruktur bei der perniziösen (Rosenthal) 835 (C).
 — Todesfälle im Remissionsstadium der perniziösen (Zadek) 835 (C).
 — Untersuchungen über Bacterium Coli bei der perniziösen (Engel) 541 (R 2420).
 — zystopyelitische Befunde bei perniziöser (Basch) 1019 (C).
 — perniziöse und Tuberkulose (Qvarnström) 1070 (C).
 Anaphylaktischer Schock (Went u. Drinker) 658 (C).
 Anaphylaxie s. a. Allergie, Idiosynkrasie, Serumkrankheit und Ueberempfindlichkeit.
 — alimentäre (Nathan) 586 (R 2660).
 — bei Hämophilie (Riecker u. Lichty) 612 (C).
 — bei Flußkrebsen (Krafka jr.) 881 (C).
 — gegen Katzenblut (Manger) 1021 (C).
 — und Keratitis parenchymatosa (Riehm) 967 (C).
 Anästhesie (Ribeiro) 571 (R 2565).
 — durch Ligatur der Arter. lingualis (Brouca) 659 (C).
 — lokale bei gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen (Poisner) 883 (C).
 — Lokal- und Leitungs — (Fränkel) 1054 (R 4875).
 Anatomische Nomenklatur (Belski) 526 (C).
 Anatuberkulin bei den Allergieuntersuchungen im Kindesalter (Cottelassa) 839 (C).
 Anchylostoma (Sarles) 969 (C).
 Anencephalie (Nayrac) 1025 (C).
 Anecephalus (Jennings) 564 (C).
 Aneurysma (Schlesinger) 1019 (C).
 — der Aorta abdominalis (Fooks) 522 (C).
 — arteriovenosum (Mora) 612 (C).
 — arteriovenosum der Vasa iliaca externa nach Appendektomie (Meschede) 561 (C).
 — arteriovenöses zwischen Carotis u. Sinus cavernosus (Ehlers) 793 (C).
 — der Carotis interna (Hamann) 521 (C).
 — der Carotis interna (Abbl) 700 (C).
 — spurium der Arteria carotis (Lichatschoff) 97a (R 4497).
 — subklavikulares (Granville-Chapmann) 795 (C).
 — Drösselung der Arterie zentral vom (Clairmont) 755 (R 3404).
 — des behaarten Kopfes (Malbra) 659 (C).
 — Makisches, Symptom der Herzgeräusche beim arteriovenösen (Diez) 569 (R 2551).
 Aneurysmen der Pulmonalarterien (Horn) 543 (R 2432a).
 — geplatzte (Pedridis) 1029 (R 4704).
 — der A. pulmonalis (Costa) 814 (R 3709).
 Angina u. Gelenkrheumatismus (Charke) 860 (R 3949).
 — akute im Kindesalter (Koenigsberger) 835 (C).
 — coronaria (Lian) 898 (R 4139).
 — Ludovici (Rezende) 1072 (C).
 — pectoris (Romberg) 521 (C).
 — pectoris, Behandlung (Schlodtman) 656 (C).
 — pectoris, Prognose (Dmitrenko) 563 (C).
 — pectoris, Strahlenbehandlung (Lian u. Barrien) 567 (C).
 — pectoris u. Unfall (Kohn) 543 (R 2434).
 — pectoris, chirurgische Behandlung (Fedoroff) 926 (C).
 — pectoris nach Ergotamin (Labbé u. a.) 1072 (C).
 — pectoris, Radiobehandlung (Nemours-Auguste) 870 (R 4021).
 — pectoris u. Asthma cardiale (Pal) 836 (C).
 — pectoris u. Herzinsuffizienz durch Gicht (Doumer) 899 (R 4141).
 — Plut-Vincent (Gisevius) 608 (C).
 — styloidea (de Sanson) 1078 (R 4952).
 Angiom der Glans penis (Gibson) 927 (C).
 — und Syringomyelie (Silbermann) 1000 (R 4671).
 Angioma arteriale racemosum im Hirn (Frets) 611 (C).
 — cavernosum linguae (Derbandiker) 923 (C).
 — racemosum des Rückenmarks, Laminektomie bei — (Kortzeborn) 657 (C).

- Angiomatosis retinae (Junius) 1027 (R 4685).
- Angiome, Radiumbehandlung (Nielsen) 880 (C).
- Angiomyxom des Samenstranges (Kerschner) 924 (C).
- Angiospasmen in der Neuroophthalmologie (Moubrun) 882 (C).
- Angor coronarius (Lian) 944 (R 4348).
- Angstsymptom (Schulte) 968 (C).
- Angzustände (Meerlo) 927 (C).
- Anilin Vergiftung (Haldimann) 1001 (R 4647).
- (Médioni) 905 (R 4176).
- Blutarmut (Schmidt-Kehl) 923 (C).
- Anilinstift, aseptische Nekrose durch den — (Wilmoth) 795 (C).
- Anilismus (Balsac u. a.) 882 (C).
- Animasa (Funck) 1059 (T).
- Ankylostoma canium (Scott) 881 (C).
- Anodontie, partielle bei kongenital-syphilitischem Kinde (Weiss) 792 (C).
- Anopheles s. a. Malaria.
- maculipennis (Swellengrebel) 969 (C).
- Anopheliden (Boyd u. Weathersbee) 611 (C).
- Anormale Kinder (Heuyer u. Serin) 1000 (R 4644).
- Anorexie s. a. Appetitlosigkeit.
- Antagonismus u. Synergismus im neurovegetativen Gleichgewicht (Castellino) 971 (C).
- Anthelminthika (Hall u. Augustine) 611 (C).
- Anthrakose, pulmonäre (Policard) 882 (C).
- Anthrax s. a. Milzbrand.
- (Hodgson) 1070 (C).
- Anthraxseptikämie (Paris) 882 (C).
- Anthropologie, medizinische (Schwarz) 1026 (R 4680).
- Vererbungslehre (Gummersheimer) 1068 (C).
- Anthropologische Medizin u. Persönlichkeitsstruktur (Jaensch) 925 (C).
- Anthrotomie (Lebedewski) 883 (C).
- Antianaphylaxie s. Anaphylaxie, Anti — Antialkoholbelehrung (Smirnow) 972 (C).
- Antiberiberi-Vitamin s. Vitamin B.
- Anticholeraimpfungen (Urbain) 839 (C).
- Antiformin (Osol) 969 (C).
- Antigene Struktur u. Spezifität (van Loghem) 607 (C).
- Antigenfällung, alkoholische in luetischen Seris (Levine) 566 (C).
- Antihämophilbluthämolyse (Belding) 611 (C).
- Antineuritisches Vitamin s. Vitamin B.
- Antisepika, Testmethoden (Reddish) 565 (C).
- Antiskorbutisches Vitamin s. Vitamin C.
- Antithyreoidintabletten (Madsen) 904 (R 4166).
- Antituberkulinimpfung (Barbàra) 856 (R 3923).
- (Pla u. Armengol) 679 (R 3089).
- Antivirus Anwendung in der Ophthalmologie (Mikaelau) 525 (C).
- Behandlung der ulzerierten Collumcarcinome (Hartmann u. a.) 530 (R 2346).
- Anurie (Henkel) 834 (C).
- Behandlung der kalkulösen (Rubritius) 714 (R 3220).
- mit transitorischer Azotämie (Yoltrain) 882 (C).
- bei Nierensteinen (White) 580 (R 2623).
- Anus glutealis (Breitner) 521 (C).
- praeternaturalis (Geschwandtner) 972 (C).
- praeternaturalis, künstlicher Verschluss (Tillmann) 657 (C).
- Aorta (Petridis) 1029 (R 4704).
- Ruptur (Strassmann) 1069 (C).
- Stenose (Sala) 927 (C).
- Aortenklappe, Ausstülpung (Paltauf) 701 (C).
- Insuffizienz (Beletzki) 705 (C).
- Aortitis, nichtsyphilitische (Siegmond) 657 (C).
- syphilitische (v. Torday) 796 (C).
- bei Syphilis (Grigorjew) 1081 (R 4974).
- Aphasie u. Denkinhalt (Klein) 914 (R 4235).
- Apocodin, Wirkung auf die Nebenniere (Kusnetzow) 923 (C).
- Apophysitis calcanei bilateralis (Wojciechowski) 887 (R 4064).
- Apoplektischer Insult (Böhme) 655 (C).
- Apoplexie (Berberich u. Fineberg) 804 (R 3638).
- (Feller) 926 (C).
- Apparattechnik (Port) 834 (C).
- Appendektomie (Artner) 561 (C).
- (Danbolt) 1023 (C).
- Aneurysma arteriovenosum der Vasa iliaca externa nach — (Meschede) 561 (C).
- Hepatitis nach — (Manheim) 985 (R 4533).
- Appendicitis (Bobrik) 563 (C).
- (Martens) 799 (R 3604).
- (Zweig) 878 (C).
- (Rosenbaum) 925 (C).
- (Staemmler) 925 (C).
- (Nigst) 968 (C).
- (Abrashanow) 1022 (C).
- (Lopez) 1031 (R 4725).
- akute bei Kindern (Harrenstein) 1022 (C).
- chronische (Roberts) 881 (C).
- foudroyante (Hilgermann u. Pohl) 528 (R 2331).
- gangränöse (Weiss) 703 (C).
- gangränöse (Sveinsson) 1022 (C).
- perforierte (Fritschek) 880 (C).
- perforierte bei Situs inversus (Schmidt) 1022 (C).
- traumatische (Oden) 616 (R 2766).
- intraperitoneale Abszeßbildung nach — (Lundberg u. Lilja) 611 (C).
- bakterielle Infektion (Hilgermann u. Pohl) 756 (R 3406).
- Behandlung (Hornemann) 522 (C).
- Erythrozytensenkungsreaktion bei chronischer (Schipunom) 883 (C).
- Frühdiagnostik der kindlichen — (Flusser) 948 (R 4370).
- Gefahr (Greenwood) 566 (C).
- Komplikationen und Mortalität (Warren) 799 (R 3605).
- Mesenterialpyämie u. Leberabszeß nach — (Hohlbaum) 657 (C).
- Appendicitis, Operation (Wischnewsky) 793 (C).
- Röntgen-Diagnostik (Czepa) 1102 (R).
- Röntgenuntersuchung (Druckmann) 1003 (R 4664).
- bei Kindern (Charles u. Farr) 663 (R 2978).
- bei Kindern (Mannheim) 752 (C).
- bei Frauen (Gridnew) 705 (C).
- während der Schwangerschaft (Kromada) 669 (R 3021).
- in der Schwangerschaft (McDonald) 803 (R 3631).
- in der Schwangerschaft (Dworzak) 888 (R 4073).
- in der Schwangerschaft (Schumacher) 1020 (C).
- bei Masern (Ambühl) 610 (C).
- und Magenazidität (Krolewetz) 567 (C).
- und Pyelitis (Liek) 657 (C).
- und Tonsillitis (Hunt) 881 (C).
- und Trauma (Hartoch) 926 (C).
- Appendix, Achsendrehung (Staudé) 522 (C).
- Adenocarcinom der — (Behrens u. Winston) 1024 (C).
- Carcinom (Selmanowitsch) 660 (C).
- doppelter (Braatz) 793 (C).
- Fistel (Kaufmann) 974 (R 4457).
- Tuberkulose (Popper) 721 (R 3277).
- Tumoren (Picard) 613 (C).
- bei Embryonen (Bormann u. Krolewitz) 525 (C).
- Appendixalgie (Cana) 1074 (R 4925).
- Appetit, psychologische Probleme (Katz) 968 (C).
- Appetitverlust bei Kindern (Garland) 839 (C).
- Applanationsprinzip (Apin) 835 (C).
- Apraxie, motorische (Maass u. Sittig) 866 (R 3990).
- Arachnodaktylie (Müller) 878 (C).
- Arachnoiditis (Barré) 1072 (C).
- Arbeiter, Mortalität (Ascher) 734 (R 3374).
- Arbeiterinnenschutz u. Frauenbewegung (Hirsch) 923 (C).
- Arbeiterorganismus, Reaktionen (Gelmann) 735 (R 3374a).
- Arbeiterschutzgesetz (Dietrich) 748 (C).
- Arbeitslosenversicherung (Servais) 791 (C).
- (Strakeljahn) 1020 (C).
- und Gemeinden (Servais) 878 (C).
- Arbeitstherapie (Schon) 730 (R 3344).
- Arctuvian (Wossidlo) 791 (C).
- Argil (Fried) 521 (C).
- Argyrosis conjunctivae (Dieter) 791 (C).
- Arm, Entbindungslähmung (Blencke) 891 (R 4093).
- Armhebereaktion (Spiegel) 748 (C).
- Arsaminol (Marcozzi) 591 (R 2696).
- Arsen Bestimmung (Herzfeld) 1021 (C).
- Bestimmung im Blute (Polakow) 567 (C).
- Erythrodermie nach — (Millan) 704 (C).
- Vergiftung (Dalton) 838 (C).
- Vergiftung, chronische (Neschtschadenko) 752 (C).
- Behandlung, Reaktionen der Leber (Vanthey) 591 (R 2694).

- Arsen Frage (Wasmuth) 607 (C).
 — haltige Schönheitspillen, Dermatoze (Stern) 967 (C).
 Arsenbenzol, Erythrodermien durch — (Carnot) 820 (R 3752).
 — Behandlung (Fuß) 703 (C).
 Arsenbenzole Reaktionen des Auges (Terrien) 1073 (R).
 Arsenbenzolpräparate, Wirkung auf die Leber (Lewin) 877 (C).
 — toxische Wirkung (Lewin) 1067 (C).
 Arsenvergiftung (Alethausen) 1071 (C).
 — Behandlung mit Natriumhydrosulfit Bond u. Gray) 1071 (C).
 — bei Schädlingsbekämpfung mit Flugzeugen (Baader) 968 (C).
 Arsenwasserstoff Vergiftung (van der Reis) 776 (R 3540a).
 Arsonvalisation der Lebergegend (Rubinstein) 568 (C).
 Arsphenamin s. a. Salvarsan.
 Arsylen (Jessen) 725 (R 3307).
 Arteria carotis, präliminare Unterbindung (Hanke) 791 (C).
 — femoralis, Stichverletzung (Winterstein) 879 (C).
 — pulmonalis, Klappeninsuffizienz (Tigi u. Jampolskaja) 705 (C).
 — renalis, Ersatz durch Netzanastomose (Pauncz) 525 (C).
 — subclavia, Spontanruptur (Hanf-Dressler) 616 (R 2770).
 Arterieller Druck s. Blutdruck.
 — Hochdruck (Fitch) 1052 (R 4865).
 Arterien, Funktionen der peripheren (Ipsen) 750 (C).
 — bei pathologischen Verhältnissen (Ipsen) 880 (C).
 — röntgenologische Darstellung (Udaondo) 751 (C).
 — chirurgie (Delfino) 1072 (C).
 — klemme (Steinmann) 1022 (C).
 — naht, Gefäßverengung bei zirkulärer (Zeltlin) 527 (R 2336).
 — und Venenpuls, Registrierung (Nesterow) 968 (C).
 Arteriosklerose (Emerso) 658 (C).
 — (Schlesinger) 747 (C).
 — (Fitch) 838 (C).
 Arteriosklerotische Krankheitsprozesse (Vögel) 796 (C).
 Arteriovenöses Aneurysma zwischen Carotis u. Sinus cavernosus (Ehlers) 793 (C).
 Arteriovenöse Kommunikation, Herzvergrößerung bei angeborener — (Rösler) 900 (R 4143).
 Arthritis s. a. Gelenkerkrankung, Rheumatismus.
 — (van Assen) 969 (C).
 — deformans (Moulouguet) 566 (C).
 — deformans, traumatische Entstehung (Zollinger) 529 (R 2340).
 — deformans im Knie (Brandis) 835 (C).
 — endokrine (Ratner) 679 (R 3086).
 — gonorrhoeica (Bahr) 1069 (C).
 — rheumatische (Vulpis) 925 (C).
 — urica s. Gicht.
 — physikalische Behandlung (Stoner) 750 (C).
 — Zuckergleichgewicht im Blute (Kanjewskyi) 525 (C).
 Arthroden, neoplastische (Weiss) 1020 (C).
 Arthrogene Kontrakturen (Saxel) 1030 (R 4715).
 Arthropathia def. gen., Funktionsstörungen (Plate) 529 (R 2341).
 Arzneimittel, Messung der Wirkungsstärke (Laubender) 923 (C).
 — Gesetzgebung (Lustig) 895 (R 4122).
 — Mißbrauch (Tillotsch) 591 (R 2699).
 Arzneisucht bei Frauen (Magid) 554 (R 2518).
 Arzt und seine Sendung (Liek) 688 (B).
 — und Staat (Ebermayer u. a.) 687 (B).
 — und Staat (Buttersack) 1017 (O).
 Aertzekammer, sozial-hygienische Aufgaben (Buurmann) 747 (C).
 Aschnersches Symptom (Szokolik) 1020 (C).
 Asepsis s. a. Desinfektion.
 — und Antisepsis (Nyström) 702 (C).
 Aseptik (Sonntag) 837 (C).
 Aseptischer Stöpsel (White) 1082 (R 4986).
 Askariden, chirurgische Komplikationen (Villiger) 1029 (R 4709).
 Askarideneier (Spindler) 881 (C).
 — (Otto) 969 (C).
 Aspergillos (Nicaud) 839 (C).
 Asphyxie (Liebmann) 577 (R 2607).
 — (Liebmann) 577 (R 26077).
 — des Neugeborenen (Mathieu u. Holman) 1071 (C).
 — Veränderung des Herzumfanges in der akuten (Tulio) 520 (C).
 Asthenie, myelische (Turries) 943 (R 4345).
 Astheniker, Kurzatmigkeit bei — (Bansi u. a.) 791 (C).
 Asthma, bronchiale (Henkin) 525 (C).
 — bronchiale (Samson) 608 (C).
 — bronchiale (Naber) 1045 (R 4815).
 — bronchiale (Menzel) 1086 (R 5017).
 — bronchiale, Cholesterinuntersuchungen (Fornet u. a.) 797 (C).
 — bronchiale, Behandlung (Leffkowitz) 768 (R 3493).
 — bronchiale, Behandlung mittels künstlichen Pneumothorax (Petrov) 718 (R 3258).
 — bronchiale, Milzbestrahlung (Holst u. Kaplunowa) 656 (C).
 — bronchiale im Solbad, Behandlung (Krone) 562 (C).
 — cardiale u. Angina pectoris (Pal) 836 (C).
 — nasale (Kohn) 838 (C).
 — Emphysem u. Herz (Jagic) 585 (R 2650).
 — konjunktivale Krisen (Pasteur u. a.) 704 (C).
 — als psychotherapeutisches Problem (Schultz) 556 (R 2527).
 — Reflexjucken (Balyeat) 565 (C).
 — und Feuchtigkeit (Grimm) 608 (C).
 — Inhalationsbehandlung (Feigen) 791 (C).
 — durch Bettwanzen (Sternberg) 838 (C).
 — und Rizinvergiftung (Ratner u. Gruhl) 909 (R 4199).
 Astmatischer Anfall, Bekämpfung (Gutmann) 608 (C).
 Astigmatismus, Kontaktgläser bei irregulärem (Deutsch) 655 (C).
 Aszites, operative Behandlung (Weber) 799 (R 3602).
 — Pathogenese bei Herzinsuffizienz (Joersen) 837 (C).
 — Ruptur am Nabel (Loeper u. de Séze) 928 (C).
 Ataxie hereditäre s. Friedreichsche Krankheit.
 Atemgymnastik (Levy) 768 (R 3494).
 Atemnot, Milchsäuregehalt des Hirns (Cobet) 1018 (C).
 Atemstillstand s. Asphyxie.
 Atemzentrum, Erregbarkeit bei Psychosen (Marsch) 612 (C).
 Aetherbehandlung der pestoperativen Bronchitis (Abdański) 657 (C).
 Aetherkohlensäurenarkose nach Ombrédanne (Klein) 1075 (R 4926).
 Aethernarkose s. a. Narkose.
 — Narkose nach Ombrédanne (Herold u. a.) 712 (R 3202).
 Aetheröl-Rektalnarkosen (Lemperg) 665 (R 2993).
 Atherosklerose s. Arteriosklerose.
 — Jodwirkung (Liebig) 835 (C).
 Athrepsie (de Guide) 795 (C).
 Athrotomie, probatische (Jahnke) 664 (R 2991).
 Aethyläther, intravenöse Injektionen (Dario) 659 (C).
 Aethylchlorid s. Chloräthyl.
 Atmung, künstliche (Thiel u. Rumpf) 1021 (C).
 — künstliche (Drinker u. Mokhann) 1071 (C).
 — und Gasaustausch (Arnoldi) 749 (C).
 Atmungserkrankungen, Wintergipfel (Kirsch) 926 (C).
 Atophan s. a. Gicht.
 — (Pinnock) 566 (C).
 Atrioventrikulär s. Herz.
 Atrio-ventrikuläre Automatie (Fogelson) 543 (R 2432).
 — (Fogelson) 585 (R 2651).
 Atrioventrikulärer Doppelrhythmus (Dressler) 699 (C).
 Atrioventrikularrhythmus (Dressler u. Rösler) 609 (C).
 Atrophia cutis striata (Benjamowitsch u. a.) 534 (R 2376).
 Atrophie, akute, gelbe (Sowles) 927 (C).
 Atropin (Meyer u. Chen) 748 (C).
 — Behandlung des Magen- u. Duodenalgeschwür mit — (Iwanow) 568 (C).
 — Blasenlähmung (de Cardenas) 1095 (R).
 — Wirkung bei Extrasystolie (Fogelson) 792 (C).
 — Wirkung auf den respiratorischen Stoffwechsel (Kerti) 791 (C).
 — Orthostatismus-Probe (Danielopolu u. a.) 654 (C).
 — toleranz bei Parkinsonismus (Polkownikowa) 928 (C).
 — Versuche (Weiss) 1067 (C).
 Augapfel s. a. Bulbus.
 — Doppelperforation (Gasteiger u. Grauer) 1068 (C).
 Auge, Affektionen und Protenbehandlung (de Almeida) 661 (R 2969).
 — Diagnostik (Lachmann) 1068 (C).

Auge, Diagnostik (Birch-Hirschfeld) 558 (B).
 — Erkrankung, Iontophorese bei — (Erlanger) 925 (C).
 — Erkrankungen u. -invalidität in der Sowjetgesetzgebung (Natanson) 752 (C).
 — Filtrierung vor schädigenden ultravioletten Strahlen (Trendtel) 656 (C).
 — Hintergrund, Farbenphotographie (Wessely u. Wertheimer) 878 (C).
 — Kalkablagerung im — (Mandicewski) 1022 (C).
 — Lokalisation metallischer Fremdkörper (Grudziński) 841 (R 3817).
 — Reaktion auf die Kammerpunktion (Samojloff) 706 (R 3162).
 — Röntgenlokalisierung metallischer Fremdkörper im — (Grudziński) 1068 (C).
 — Röntgenschädigungen (Wölfflin) 1020 (C).
 — Schädigung durch Strahlen (Birch-Hirschfeld) 706 (R 3161).
 — sympathische Erkrankung (Morax) 1073 (R).
 — Verätzung (Rötth) 967 (C).
 — Verletzungen (Rutherford) 958 (C).
 — Wirkung des kurzwelligen Lichtes (Duke-Elder) 753 (R 3394).
 Augendruck (Serr) 654 (C).
 Augengewebe, Veränderungen normaler nach Röntgenbestrahlung (Rohrschneider) 1018 (C).
 Augenhäutkunde (Wegner) 520 (C).
 — Schädigungsmöglichkeiten in der — (Birch-Hirschfeld) 562 (C).
 Augenhöhle, Exzenteration (Ambrumjanz) 797 (C).
 Augenleiden in Grönland (Hertz) 880 (C).
 Augenlid Pigmentierung (Adrogué u. Alvarado) 796 (C).
 Augenoberfläche, Abgüsse der lebenden (v. Caspody) 1027 (R 4692).
 Augenschutzgläser (Enroth) 611 (C).
 Augenstörungen, Behandlung (Verwey) 841 (R 3816).
 Augenzittern s. Nystagmus.
 Aurantiasis cutis Baelz (Gragger) 534 (R 2375).
 Aurikuläre Insuffizienz (Donzelot) 899 (R 4140).
 Ausfluß s. Fluor.
 Auskratzung, Ausschabung s. Abrasio.
 Auswurf s. Sputum.
 Autohalluzinationen (Galant) 822 (R 3768).
 Autohämotherapie (Babikow) 568 (C).
 Automatische Bewegungen (Salmon) 1025 (C).
 Automobilbetrieb, Giftgase (Schmidt-Lamberg) 1102 (R).
 Autopsie (Warwick) 636 (R 2906).
 Avertin (Kotzogn) 610 (C).
 — (Brandis u. Killian) 800 (R 3610).
 — (Parson) 1070 (C).
 — Narkose (Anschütz) 610 (C).
 — Narkose (Fls) 618 (R).
 — Narkose (Pribram) 702 (C).
 — Narkose (Jaeger) 791 (C).
 — Narkose (Gallinek) 867 (R 4000).
 — Narkose (Eichholtz) 932 (R 4275).

Avertin Narkose (Nordmann) 1030 (R 4712).
 — Narkose, Ephetonin bei der rektalen (Atanasof) 618 (R 2779).
 — Narkose, Steuerung durch Thyroxin (Pribram) 885 (R 4049).
 — Narkose, Vasomotorenschwäche nach — (Goldschmidt) 837 (C).
 — Narkose bei gynäkologischen Operationen (Köhler) 837 (C).
 — (Aethernarkose (Kärber u. Lendle) 607 (C).
 — Morphiumwirkung (Kärber u. Lendle) 790 (C).
 — Nierenschädigung (Hillebrand) 561 (C).
 — bei Tetanus (Momburg u. Rotthaus) 774 (R 3525).
 — Rektalnarkose (Christ) 968 (C).
 — bei Wundstarrkrampf (Lindemann) 820 (R 3755).
 Avertintod (Kallmann) 802 (R 3623).
 Avitaminose s. a. Vitamine, Skorbut, Beriberi, Pellagra.
 — Struktur der Zähne (Solkower) 883 (C).
 Avitaminotische Depressionen (Gregg) 1000 (R 4643).
 Azetonämisches Erbrechen (Koehn) 1046 (R 4823).
 — bei Kindern (Spindler) 525 (C).
 — der Kinder (Heymann) 946 (R 4360).
 Azetonurie, postoperative (Abrin) 709 (R 3184).
 — in der postoperativen Periode (Garber) 754 (R 3400).
 Azetylcholin, Gallenblasenwirkung (Benassi) 995 (R 4607).
 Aziditätsbeschwerden (Siegel) 747 (C).
 Azidophiler Organismus (Lynch) 611 (C).
 Azidose, postoperative (Fallas) 611 (C).
 — bei funktioneller Ischämie (Rous u. Drury) 658 (C).
 — der Nierenkranken (Rosenberg u. Hellfors) 791 (C).
 Azidurische Flora (Kellog) 1054 (R 4873).
 „BCG“, Schicksal im Organismus (Lubarski) 610 (C).
 — Serum-Injektion (Parisot u. a.) 1025 (C).
 — Virulenz (Jensen u. a.) 794 (C).
 — Virulenz u. Tuberkuloseimmunität (Schnieder) 879 (C).
 B. Paratyphus B, Virulenz (Friedländer u. Meyer) 838 (C).
 Bäckerkaries (Triebel) 834 (C).
 Bact. abortus, Infektion des Menschen (Weigmann) 941 (R 4336).
 Baden, Unfälle beim — (Hinsdale) 1024 (C).
 Badeortkuren (Waterhouse) 522 (C).
 Bäder, hydrostatische Wirkung (Schulhof) 524 (C).
 Bäderbehandlung s. a. Balneotherapie.
 — und Chirurgie (Wollmann) 967 (C).
 Bäderwirkung (Weiss) 700 (C).
 Bakt.-Bang-Infektion (Nagorsen) 521 (C).
 Bakteriaemie s. Sepsis.
 Bakterielle Infektionen (Frey) 903 (R 4158).

Bakterien, chemische Analyse (Loewy) 796 (C).
 — verschiedene Erscheinungsformen (Kuhn) 929 (R 4259).
 — Variabilität (Rippel) 562 (C).
 — Variabilität (Grumbach) 968 (C).
 — Wandelbarkeit der Arteigenschaften (Sobernheim u. Judin) 609 (C).
 — Filtrate, Behandlung akut entzündlicher chirurgischer Erkrankungen (Pick) 664 (R 2986).
 — Infiltrate (Buchanan) 612 (C).
 — Kulturfiltrate (Hartoch u. Joffe) 660 (C).
 — Sporen (Nyberg) 927 (C).
 — Hitzeresistenz (Williams) 838 (C).
 Bakteriologische Untersuchungen an Leichenmaterial (Epstein u. Kugel) 526 (R 2319).
 Bakteriophagen (Muckenfuß) 565 (C).
 — (Jungeblut u. Schultz) 685 (C).
 — (Rieux) 751 (C).
 — (Voss) 794 (C).
 — im Darm (Ebert u. Steinberg) 611 (C).
 — als Therapeutikum (Flu) 611 (C).
 — in den Abwässern (Bujanowski) 615 (R 2761).
 — Schutzwirkung gegen Infektion mit Kolibazillen (Walker) 842 (R 3823).
 — Behandlung von Staphylokokkeninfektionen (Larkum) 838 (C).
 Bakterium abortus Bang, Infektion (Hegler) 853 (R 3902).
 — granulosus Noguchi der Erreger des Trachoms? (Lindner) 1026 (R 4683).
 Balantidium coli (Sweeney) 611 (C).
 Baldrianfrage (Nolle) 1067 (C).
 Baldwinsche Operation bei Scheidenaplasie (Jeff Miller) 702 (C).
 Balintsches Phänomen bei Ulcusleiden (Westra) 1046 (R 4819).
 Ballismus (Pelnar u. Sikl) 1057 (R 4892).
 Ballungsreaktion (Müller) 1019 (C).
 Balneologie, Diätproblem (Strauss) 837 (C).
 Balneotherapie, chirurgische Indikation (Khittl) 748 (C).
 Balstomykosen (Treuerherz) 699 (C).
 Bananen, Verdauung u. Assimilation (Brown u. Courtney) 817 (R 3734).
 Bandwurmkuren (Karger) 589 (R 2683).
 Bangscher Bazillus (Berkesy) 567 (C).
 Banisterin (Gun) 703 (C).
 — (Dalmer) 967 (C).
 Bantische Krankheit (Heffer) 568 (C).
 — (Langeron u. a.) 1072 (C).
 Barbitursäuren, Narkose (Kleynmann) 609 (C).
 — Derivate, Gleichgewichtsstörung (Hoff) 792 (C).
 Barbiturverbindungen Toxidermie (Chavany u. Vanniez) 1094 (R).
 Bardenheuerscher Streckverband bei der Behandlung von Knöchelbrüchen (Caan) 926 (C).
 Bariton- u. Sopranumfang, kompletter (Moses) 563 (C).
 Barium, Vehikel beim Röntgen (Tobey) 1058 (R 4904).
 — Mahlzeit (Orgel) 523 (C).
 Barlowsche Krankheit s. a. Skorbut, infantiler.

- Bartonellenanämie (Neumann) 562 (C).
 — (Klein) 924 (C).
 Bartonellafrage (Dinger) 610 (C).
 — Infektion (Friedberg) 520 (C).
 — Krankheit (Radványi) 614 (C).
 Basalzellenepitheliome, Behandlung (Smith) 1037 (R 4764).
 Basal-Tuberkulose (Dunham) 917 (R 4246).
 Basedow s. a. Thyreoidea, Struma.
 — (Hinton) 703 (C).
 — (Weil) 882 (C).
 — Behandlung (Bonem) 968 (C).
 — Behandlung (Lowtzky) 971 (C).
 — Behandlung (Bram) 1024 (C).
 — Behandlung mit Antithyreoidin (Rud) 897 (R 4131).
 — Behandlung mit Gynergen. (Buchstab u. Ochs) 614 (C).
 — Blutmilchsäure (Bier) 766 (R 3483).
 — chirurgische Behandlung (Demoor) 662 (R 2975).
 — insulin-refraktärer — (Kreiner) 699 (C).
 — Konstitution (Simpson) 1023 (C).
 — Jod bei — (Puttkammer) 676 (R 3071).
 — Jodbehandlung (Kogan-Jassny) 983 (R 4522).
 — vor der Operation (Fabricius-Möller) 564 (C).
 — Operation, Jod vor — (Eiselsberg) 571 (R 2562).
 — präoperative Jodbehandlung 752 (C).
 — (Simons) 1022 (C).
 — präoperative Behandlung (Tate Mason) 611 (C).
 — Operation (Peyser) 657 (C).
 — Operationssterblichkeit (Payr) 662 (R 2974).
 — Pathologie u. Chirurgie (Urban) 563 (C).
 — postoperative Nachbehandlung (Guthrie) 750 (C).
 — Jod-Röntgenbehandlung (Czépai u. Sümegi) 540 (R 2413).
 — Röntgenbehandlung (Rahm) 686 (R 3145).
 — (Teschendorf) 1069 (C).
 — Störungen der Haare, Federn, Nägel bei — (Saiton) 625 (R 3835).
 — Struma, Jodstoffwechsel (Holst u. Lunde) 1023 (C).
 — lugolbehandelte (Troell) 897 (R 4132).
 — Strahlenbehandlung beim — (Soiland u. a.) 642 (R 2947).
 — Rektalanästhesie (Heyd u. Smith) 1023 (C).
 — sympathikotonische Formen (Lytzin) 625 (R 2832).
 — Tierversuche (Hoche) 561 (C).
 — weinsaures Ergotamin (Langiorgi) 676 (R 3070).
 — und Anämie gravis (Reinhold) 835 (C).
 — und Diabetes (Labbé) (R 2641).
 — und Grundstoffwechsel (Bram) 625 (R 2833).
 — und Hyperthyreose (Fernbach u. Leszler) 520 (C).
 — mit funktioneller Mitralstenose (Beretervide) 659 (C).
 Basiszisternen bei der Encephalographie (Goette) 1020 (C).
 Bauchbruch s. Hernia ventralis.
 Bauchbrüche, große (Pels-Leusden) 836 (C).
 Bauchdeckenschmerzen (Rosenbaum) 925 (C).
 Bauchfell s. Peritoneum.
 Bauchhöhle, Tumoren (Montanari) 520 (C).
 — Verteilung von Flüssigkeiten in der (Grube) 878 (C).
 Bauchoperation, Bauchschnitt s. Laparotomie.
 Bauchschmerzen (Scimger) 1023 (C).
 Bauchschwangerschaft s. Schwangerschaft, extrauterine.
 Bauchspeicheldrüse s. Pankreas.
 Bauchwandgeschwülste (Adám) 702 (C).
 Bauchwandnaht, Bersten (Traczuk) 973 (R 4454).
 Bayern, Reichszählung der Geschlechtskrankheiten (Mayr) 791 (C).
 Bazillen s. a. Diphtherie-, Gasbrand-, Grippe-, Koli-, Milzbrand-, Paratyphus-, Ruhr-, Typhusbazillen.
 Bazillenruhr im Kindesalter (Greppi) 717 (R 3250).
 Bazillus abortus (Smith) 703 (C).
 — Bang, Nahrungsmittelinfektion (Fleischmann u. Raddatz) 520 (C).
 — Bang, menschliche Infektion (Silberstein) 834 (C).
 — Aertrycke, ovale Zufuhr (Larsen) 702 (C).
 — Bang Infektion (Wiltschke) 521 (C).
 — Bang, Infektion mit — (Rosin u. Elkeles) 1019 (C).
 — -bulgaricusulturen (Wirth) 979 (R 4496).
 — hepatodystrophicans (Kuczynski u. a.) 1068 (C).
 — Sordelli (Hall u. a.) 838 (C).
 — Sordelli bei der Hämoglobinurie (Hall) 970 (C).
 — suipestifer (Bauer) 523 (C).
 — vaginalis Doderlein (Kott) 837 (C).
 Beanlagung und ihre methodische Erforschung (Ziehen) 688 (B).
 Beaufort-Kunstbein (Cathcart) 1070 (C).
 Bechterew'sche Krankheit (Ratner) 679 (R 3086).
 Becken (Westenhöfer) 933 (R 4280).
 — Diathermie in der Behandlung von Entzündungen (Scheffey u. Schmidt) 918 (R 4254).
 — Echinokokken (Solowjow) 701 (C).
 — Echinokokkose (Kienböck u. Mayer) 756 (R 3408).
 — Geburt beim engen (v. Toth) 1034 (R 4741).
 — Häufigkeit des engen bei Chinesinnen (Parsons) 977 (R 4483).
 — Größenbestimmung des vorangehenden kindlichen Kopfes beim engen (Schumacher) 936 (R 4298).
 — Kindermortalität bei vaginaler Entbindung beim engen — (Koller) 621 (R 2798).
 — Messung, stereoskopische (Dyloff) 1019 (C).
 — röntgenologische Messung (Bickenbach) 686 (R 3152).
 Becken, Messung mittels Röntgenstrahlen (Thoms) 970 (C).
 — Radium- oder Röntgenbestrahlung, Einfluß auf die Schwangerschaft (Murphy) 917 (R 4250).
 — Röntgenaufnahmen (Stein u. Arens) 826 (R 3799).
 — Aufnahme von der Seite (Reichenmüller) 1019 (C).
 — Aufnahmen, seitliche (Koerner) 1069 (C).
 — Boden Schädigung (Shipton) 1024 (C).
 — Bruch (Veach) 881 (C).
 — Bruch, schlechtstehender (Wagner) 881 (C).
 — Bruch im Bereich der Hüftpfanne (Gold) 529 (R 2342).
 — Chirurgie (Tileston) 845 (R 3838).
 — Endlagen (Baumgarten) 1069 (C).
 — Faszie als Geburtshindernis (Wilens) 802 (R 3630).
 — Frakturen (Ettore) 571 (R 2566).
 — Gürtel, Röntgenuntersuchung über Frakturen des — (Gargiulo) 971 (C).
 — Messer (Stuckert) 881 (C).
 — Niere (Mc Kenna) 970 (C).
 — Sepsis (McIlroy) 838 (C).
 Befruchtung, künstliche (Vignes) 1072 (C).
 Begehrungsneurosen (Bauer) 519 (C).
 Beingeschwüre, Behandlung mit Magnesiumsulfat (Young) 622 (R 2808).
 Belladonna, Wertbestimmung (Nolle) 833 (C).
 Belladonnabehandlung (Lewin) 1021 (C).
 Bence-Jonessche Eiweißkörper im Blutserum (Short u. Crawford) 1024 (C).
 Benzidinhydrochlorid (Leiboff) 1071 (C).
 Benzidinreaktion (Bramkamp) 1024 (C).
 Benzin, Toxikologie (Lazarew) 966 (C).
 Benzylzimmtester in der Tuberkulose (Jory) 723 (R 3295).
 Bergarbeiter, Berufskrankheiten (Gorn) 958 (R 4434).
 Beri-Beri s. a. Vitamine.
 — (Gijon) 749 (C).
 — (Shiroki) 1100 (R).
 — im Säuglingsalter (Waring) 1070 (C).
 Berlin, Geschichte der Prostitution (Martell) 749 (C).
 — Krankenhauswesen (Hoffmann) 609 (C).
 Berlockdermatitis (Dombrowski) 746 (C).
 Bernheimsches Syndrom (Patino-Mayer) 1085 (R 5013).
 Berufsanwärterinnen, körperliche Eigenschaftsfeststellung (Löwe) 792 (C).
 Berufsausbildung, soziale (Heynacher) 790 (C).
 — Ausbildungsgesetz (Szagunn) 519 (C).
 — Erziehung (Evard) 1071 (C).
 — Hautaffektionen (Lublinski) 568 (C).
 — Krankheiten, Prophylaxe u. Behandlung (Michaelis) 605 (O) 652 (O).
 — Bäderbehandlung (Betke) 868 (R 4004).

Berufsausbildung in chemischen Betrieben (Sommerfeld) 968 (C).
 Berufsschulen, gesundheitliche Versorgung (Fürst) 792 (C).
 — schulärztliche Versorgung (Szagunn) 792 (C).
 Berufsstunde (Chajes) 749 (C).
 Beschneidung (Bandler) 658 (C).
 Bestrahlungsgerät (Fried) 1019 (C).
 Betäubungsmittel (Thoms) 1005 (B).
 Betriebsunfall (de Brun) 658 (C).
 — und Unfallentschädigung (Baum) 734 (R 3373).
 Bevölkerungsfrage (Meng) 791 (C).
 Bewachungsgesetz (Maier) 792 (C).
 Bewegungsstörungen (Walshe) 566 (C).
 — striäre (v. Mayendorf) 748 (C).
 Bewußtlosigkeit (Dresel) 997 (R 4615).
 Bewußtsein (Agerberg) 793 (C).
 Beziehungspsychosen, depressive (Strauss) 792 (C).
 Biedl-Bardetsches Syndrom (Rieger u. Trauner) 1027 (R 4688).
 Bienenwabenmakula (Arnold) 1026 (R 4682).
 Bierhefe, Einfluß auf die Magensekretion (Pesharskaja) 995 (R 4606).
 Biermersche Anämie (Nothmann) 1020 (C).
 Biguanid (Hesse u. Taubmann) 790 (C).
 Bilharziainfektion (Miraglia) 613 (C).
 Bilirubin s. a. Gallenfarbstoff.
 — Bestimmung im Blutserum bei Lungentuberkulose (Warnecke) 988 (R 4552).
 — Bestimmungen im Mekonium und Stuhl Neugeborener (Giaume u. Lanza) 613 (C).
 — Gehalt, Bestimmung im Blute (Glass) 836 (C).
 — Gehalt d. Serums bei Erkrankungen
 — Menge im Blute (Diamond) 592 (R 2707).
 — Reaktion bei Ikterus (Wodinski) 778 (R 3552).
 — indirekte Reaktion bei mechanischer Gelbsucht (Hollos) 835 (C).
 — van den Berghsche Reaktion (Hayaschi) 795 (C).
 Bilirubinämie in der Schwangerschaft (Quater u. a.) 533 (R 2367).
 der Leber (Moltschanow) 729 (R 3333).
 Bilirubintest nach Van den Bergh (M'Gowan) 611 (C).
 Bindegewebe, Immunität u. Neoplasie (Bogomoletz) 705 (C).
 Bindehaut s. Konjunktiva.
 — Erkrankungen (Vogelsang) 562 (C).
 Bioelektrostatik (Karczag) 520 (C).
 Biopsychologie (Bleuler) 957 (R 4429).
 Biovin-Zwieback (Blumenthal) 1068 (C).
 Bismut s. Wismut.
 Bismutum subnitricum, Wirkung auf die Syphiliserscheinungen (Chetagurow) 883 (C).
 Bitterstoffe (Junkmann) 877 (C).
 Bitterwasser (Frankl) 567 (C).
 Biziphalus (Verbeck) 837 (C).
 Bizips, Ruptur des langen (Hartmann) 795 (C).

Bladder Neck Bar (Hirsch) 1040 (R 4789).
 Blase, s. Harnblase.
 Blasenautomatie (Clintie) 838 (C).
 — ektopie (Lorthioir) 613 (C).
 — Entzündung s. Cystitis.
 — Fisteln, intravesikale Elektrokoagulation (Hellmuth) 674 (R 3056).
 — Inversion (Pasley) 522 (C).
 — Mole (van Anken) 794 (C).
 — Mole (Fraenköl) 878 (C).
 — Nierenrückfluß (Bronner u. Schüller) 1068 (C).
 — Ruptur u. Zystoskopie (Minder) 623 (R 2820).
 — Scheiteltumor (Kielleuthner) 701 (C).
 — Spiegel (Hennig) 1022 (C).
 — Sprung, vorzeitiger (Mennet) 620 (R 2796).
 — Sprung, vorzeitiger (Philipp) 657 (C).
 Blasensteine s. Harnblasensteine.
 — Behandlung (Werboff) 715 (R 3230).
 — Perforationsperitonitis durch — (Ries) 701 (C).
 Blasses Kind (Stolte) 792 (C).
 Blastomatoses Wachstum (Mischtschenko u. a.) 614 (C).
 Blastome des weiblichen Genitales (Richter) 654 (C).
 Blastomykose (de Almeida) 659 (C).
 — (Sutejew) 1068 (C).
 — cutis (Schlossmann) 611 (C).
 Blattern s. Pocken.
 — Impfung gegen (Flesch) 797 (C).
 Blattsilber in der Wundbehandlung (Moritsch) 845 (R 3843).
 Blausäure Vergiftung bei Zyanwasserstoffbehandlung von Wohnungen (Naeslund) 905 (R 4174).
 Blegdams-Hospital (Bie) 1070 (C).
 Blei, Ausscheidung (Kehoe u. Thamann) 970 (C).
 — Bestimmung (Herzfeld) 1021 (C).
 — Biologie (Hammett u. Wallace) 565 (C).
 — Intoxikation (Lorenz) 748 (C).
 — Arbeiter (Teleky) 702 (C).
 — Behandlung des Carcinoms (Roffo) 567 (C).
 — Epilepsie (Staemmler) 747 (C).
 — Kranke, Untersuchung (Banik) 764 (R 3467).
 — Krankheit (Litzner) 1095 (R).
 — Sulfat, Giftigkeit (Lehmann) 607 (C).
 — Vergiftung (Bilubin) 883 (C).
 — Kolonspasmen als Kardinalsymptom (Riesenfeld-Hirschberg) 949 (R 4378).
 — Leberschädigung (Zadek) 862 (R 3966).
 — Nierenreizung bei frischer (Beintker) 968 (C).
 — Schwangerschaftsanämie, hervorgerufen durch — (Husfeldt) 575 (R 2594).
 — nach Steckschüssen (Haagen) 570 (R 2560).
 — des Magen- u. Darmtraktes (Kaspar) 905 (R 4175).
 Blennorrhöe Prophylaxe (Schäfer) 1049 (R 4837).

Blickkrämpfe als Zwangsphänomene bei Postencephalitis (Jelliffe) 703 (C).
 Blicklähmung-s. Augenlähmung.
 Blinddarm s. Appendix.
 Blinde, Tastgefühl auf Distanz und Hindernisempfindung (Mouchet) 751 (C).
 Blindheit (Kopanycja-Kuda) 752 (C).
 Blinzelabwehrreflex (Dorowsky) 998 (R 4623).
 Blut (Edwards u. a.) 833 (C).
 — Absorptionsspektrum (Suhrmann u. a.) 656 (C).
 — Alkalireserven (Wassiljewa-Anwelt) 615 (C).
 — Aminosäuren (Peola) 1025 (C).
 — bakterizide Kraft (Pfalz) 923 (C).
 — bakterizider Index (Pfalz) 924 (C).
 — freies in der Bauchhöhle (Powshitzkow) 615 (C).
 — Beobachtung (Vonwiller) 520 (C).
 — Bestimmung der Fette u. Lipide (Millroy) 794 (C).
 — Bilirubinmenge (Diamond) 592 (R 2707).
 — Chloride bei Eiweißintoxikation Haden u. Orr) 565 (C).
 — Cholesterin (Degiorgi) 879 (C).
 — chemische Analysen (Leiboff u. Witchell) 1024 (C).
 — das physikalisch-chemische System in Beziehung zu Atmung und Kreislauf (Hochrein, Dill u. Henderson) 833 (C).
 — Gerinnungs- und Senkungsbeschleunigung nach intravenösen Injektionen (Köhler) 1052 (R 4866).
 — Einfluß des Großhirns auf den Zuckergehalt im — (Daniel u. Maxim) 967 (C).
 — Harnstoffbestimmung (White u. Ricker) 970 (C).
 — Harnstoffgehalt (Brown) 522 (C).
 — Isohämagglutinationseigenschaften (Dychno) 550 (R 2494).
 — Kalkspiegel zwischen und während der Menstruationsperiode (Allen u. Goldthorpe) 669 (R 3020).
 — kapillarvenöse Differenz des NaCl-Spiegels (dell'Acqua) 924 (C).
 — Nachweis in Flecken (Mau) 812 (R 3698).
 — Milchsäure u. Carcinom (Haintz) 553 (R 2517).
 — Milchsäuregehalt (Gelstein u. Frankstein) 1099 (R).
 — Milchsäure bei Basedow (Bier) 766 (R 3483).
 — Bestimmung der reduzierenden Substanzen (Bryant) 1024 (C).
 — Strömungsgeschwindigkeit (Klein u. Heinemann) 728 (R 3329).
 — Autotransfusion, röntgenbestrahlten (v. Dziembowski) 872 (R 4033).
 — Suspensionsstatistik (Möllerström) 793 (C).
 — Sauerstoffbestimmung (Sehrt) 1055 (R 4883).
 — Senkungsgeschwindigkeit bei Nervenkrankheiten (Grün) 913 (R 4229).
 — intravasale Ungerinnbarkeit (v. Falkenhausen) 790 (C).
 — Untersuchung (Kriele) 541 (R 2419).

- Blut, Untersuchung (Kriele) 813 (R 3699).**
 — Viskosität (Kranzfeld) 550 (R 2491).
 — Viskosität bei Infektionen (Cateruccia) 1025 (C).
 — bei hoher Umgebungstemperatur (Marschak u. Klaus) 635 (R 2899).
 — Wirkung des Quecksilber- und Natriumoxalats auf den Kalk (Mc Crea) 1071 (C).
 — zirkulatorisches Minutenvolumen (Ernst) 1097 (R).
 — Einfluß der Luftdruckveränderungen (Izumiyama) 795 (C).
 — und Gewebe, Austausch zwischen — (dell'Acqua) 951 (R 4391).
 — und Verdauungsapparat, Erkrankungen (Schwarz) 879 (C).
 — Blutarmut s. Anämie.
- Blutbewegung, Aspirationstheorie (Homberger) 655 (C).**
- Blutbildung nach Schilling (Kuliabko) 1025 (C).**
- Blutbrechen s. Haematemesis.**
- Blutdruck s. a. Puls.**
 — (Koch) 994 (R 4596).
 — in den Hautgefäßen (Herzog) 634 (R 2890).
 — hoher und Nierendegeneration (Schaffer) 612 (C).
 — niedriger arterieller (Williams) 1033 (R 4731).
 — Amplitude während des Essens (May) 629 (R 2852).
 — Regulation (Rein u. Rössler) 835 (C).
 — an Kindern (Meyer) 610 (C).
 — bei Schwangeren (Cornell) 802 (R 3626).
 — und Atmung (Rappaport) 970 (C).
 — Messung (Lorentz) 835 (C).
 — Reflex (Hirschbruch) 906 (R 4181).
 — Steigerung, konstitutionelle (Müller u. Bock) 854 (R 3907).
 — Drüsen s. endokrine Drüsen.
 — Bedeutung für den Verdauungstrakt (Schazillo) 654 (C).
 — Sklerose (Richter) 1085 (R 5012).
- Bluter, echte (Mathe u. Mitchell) 838 (C).**
- Blutfarbstoff s. a. Hämoglobin.**
 — Abbau (Bingold) 520 (C).
- Blutgefäße s. a. Arterien, Kapillaren, Venen.**
- Blutgefäßendothelwand (Frieboes) 1067 (C).**
- Blutgerinnung (v. Falkenhausen) 835 (C).**
 — Affinität sensibilisierter Blutkörperchen zum Prothrombin (Fuchs) 1018 (C).
 — Hemmung durch Coffein (Klinke) 791 (C).
 — bei Hautkrankheiten und Syphilis (Chrystyn) 525 (C).
- Blutgruppen (Wilckens) 748 (C).**
 — (Thomsen) 1096 (R).
 — Aenderung der isoagglutinatorischen (Thomsen) 682 (R 3117).
 — Klassifikationen (Kennedy) 523 (C).
 — Bestimmung als differentialdiagnostisches Hilfsmittel (Lickint u. Tröltzsch) 834 (C).
- Blutgruppen, Identifizierung bei Transfusionen (Simonin) 796 (C).**
 — Studien in Kanton (Liang) 879 (C).
 — Vererbung (Vuori) 906 (R 4182).
 — Vererbung (Schiff) 925 (C).
 — Verteilung (Siever) 1073 (R).
 — bei Malariakranken (Lifschitz) 526 (C).
 — in Lettland (Weidemann) 563 (C).
 — bei der tatarischen Bevölkerung (Gerassimow) 1025 (C).
 — und Krankheit (Thomsen) 749 (C).
- Blutkapillare, Wandresistenz (da Siloa-Mello) 1069 (C).**
- Blutkörperchen, Messung des Zelldurchmessers (Parker) 565 (C).**
 — Mikrometrie der roten (Bottrop) 702 (C).
 — Rechnung (Dahlberg) 550 (R 2492).
 — Sedimentationsphänomen der roten — (Reiche) 728 (R 3330).
 — Senkung (Hunt) 1024 (C).
 — Senkung (Pfaff) 1019 (C).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Scop) 592 (R 2702).
 — Senkungsgeschwindigkeit (Reyner) 592 (R 2706).
 — Senkungsgeschwindigkeit (v. Varga) 1096 (R).
 — Senkungsgeschwindigkeit im Alter (Löw-Beer) 1053 (R 4868).
 — Senkungsgeschwindigkeit zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit (Csépai) 1057 (R 4897).
 — Senkungsreaktion (Gram) 522 (C).
 — (Gantenberg) 561 (C).
 — Senkungsreaktion (Gantenberg) 681 (R 3115).
 — (Graef u. Ihm) 791 (C).
 — (Rothpletz) 951 (R 4390).
 — (Ziegler) 1053 (R 4867).
 — im Rahmen funktioneller Zellpathologie (v. Neergaard) 907 (R 4185).
 — in der physiotherapeutischen Klinik (Chorosch) 906 (R 4184).
 — Senkungsprobe in der Gynäkologie (Stimson u. Jones) 801 (R 3621).
- Blutkreislauf s. a. Kreislauf.**
- Blutlipide u. vegetatives Nervensystem (Tutkewitsch) 923 (C).**
- Blutliquorschanke bei Trypanosomeninfektion (Rosenholz) 954 (R 4411).**
- Blutmenge, zirkulierende u. Operationstrauma (Reissinger u. Schneider) 845 (R 3841).**
- Blutnarkose in der Augenheilkunde (Segelken) 655 (C).**
- Blutplasma s. a. Plasma.**
- Blutplasma, Cholesteringehalt bei Diabetes (Rabinowitsch) 927 (C).**
- Blutplättchen, Autoagglutination (Aubertin u. a.) 524 (C).**
 — Autoagglutination (Rist) 795 (C).
- Blutreaktion, biochemische (Feyertag) 656 (C).**
 — und das Calcium-Kaliumgleichgewicht (Vaccarezza u. a.) 659 (C).
- Blutschwefel (Bosio) 613 (C).**
- Blutsenkung Reaktionen nach Westergreen u. Linzenmeier. (Wellner) 1021 (C).**
- Blutserum s. a. Serum.**
- Blutserum, Gehalt an Antikörpern (Friedberger u. Bock) 1020 (C).**
 — Injektionen, diagnostische nach Heilserumanwendung (Deicher) 924 (C).
 — Komplementgehalt (Vasile) 1025 (C).
 — Reaktion, Lange-Heuersche (Bodó) 797 (C).
- Blutstillungsmittel und Wehenmittel (Gutzmann) 519 (C).**
- Bluttransfusion (Breitner) 563 (C).**
 — (Halperin) 660 (C).
 — (Derom) 779 (R 3558).
 — (Raigorodski) 972 (C).
 — tödlicher Ausgang (Witts) 750 (C).
 — von spezifischem — (Clemens) 797 (R 3592).
 — in der gynäkologischen Praxis (ten Berge) 837 (C).
 — bei Colitis gravis (Strauss) 945 (R 4352).
- Blutvnen u. Erkrankungen (Forró u. Gajzárgó) 592 (R 2701).**
- Blutung s. a. Menorrhagie, Metrorrhagie.**
 — Behandlung (Czyhlarz) 563 (C).
 — Behandlung intraperitonealer (Kok) 563 (C).
 — postklimakterische (Schiffmann) 976 (R 4473).
 — Blutuntersuchung, Anreicherungsverfahren der Leukozyten (Villa) 835 (C).
 — bei Magenkranken (Kogan) 952 (R 4397).
- Blutwaschung, intravitale (Tschepow) 550 (R 2493).**
- Blutzirkulation Regulatoren (Kurschakow) 971 (C).**
 — in Ruhe und Arbeit (Hochrein u. a.) 833 (C).
- Blutzucker s. a. Glykämie u. Zucker.**
 — (Kaufmann) 521 (C).
 — (Scott u. Dotti) 927 (C).
 — Bestimmung (Kestermann) 967 (C).
 — Hautkrankheiten (Müller) 760 (R 3438).
 — Schwankungen bei Eklampsie (Titus u. Willeys) 802 (R 3624).
 — Steigerung, agonale (Neuburger) 766 (R 3482).
 — Verteilung (Wertheimer) 878 (C).
 — Wirkung verschiedener Eiweißträger (Glatzel) 833 (C).
 — bei Darreichung von Opiaten (Hirsch) 747 (C).
 — bei kindlicher Dysenterie (Takeda) 724 (R 3301).
 — bei eitrigen Entzündungen der Haut (Nissle) 1079 (R 4958).
 — bei Eklampsie (Lightbody) 794 (C).
 — bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris (Biberstein) 908 (R 4195).
 — bei Körperanstrengungen (Brunsgard) 728 (R 3332).
 — bei Mast- u. Entfettungskuren im Hochgebirge (v. Deschwanden) 767 (R 3487).
 — und Blutschwefelgehalt bei Diphterie (Peola) 1052 (R 4864).
- Blutzuckerkurven u. Leberfunktion (Goudsmit) 611 (C).**

- Blutzuckerkurven, alimentäre (Erb) 926 (C).
- Blutzuckerniveau, Einfluß des vegetativen Nervensystems (Klein u. Heinemann) 1069 (C).
- Blutzuckerspiegel, Tag- u. Nachtwellen (Jacobi u. Baumann) 1018 (C).
- und Zuckerausscheidung (Peiser) 1069 (C).
- Blut- u. Harnzucker (Steinitz) 592 (R 2703).
- Boltzreaktion (Schreus u. Willons) 526 (R 2321).
- Bordet-Wassermannsche Serumreaktion (Gougerot) 841 (R 3819).
- Bothriocephalus (Saltzmann) 880 (C).
- (Saltzmann) 927 (C).
- Kuren (Kalning) 562 (C).
- Botryomykosis (Rabello) 524 (C).
- Botulismus nach Büchsenbirnen (Meyer u. Gunnison) 983 (R 4520).
- Brachialgie während der Menopause (André-Thomas) 882 (C).
- Brainkommission (v. Monakow) 700 (C).
- Brambach (Werner) 836 (C).
- Brandwunden, Behandlung (Dunn) 663 (R 2984).
- Behandlung mit Normal-Pferdeserum (Monteith u. a.) 970 (C).
- Braunsche Splanchnikusanästhesie (Martin) 968 (C).
- Brechhusten (Nario) 1046 (R 4822).
- Bremungsphänomen in Muskeldehnungskurven (Mc Kinley u. a.) 880 (C).
- Brennmethode, Hippokrates-Bjersche (Wolff) 680 (R 3098).
- Brenztraubensäure (Kristin) 794 (C).
- Brightsche Krankheit s. a. Nephritis.
- Krankheit, hämorrhagische Diathese (Tarejew) 883 (C).
- Brillen- u. Vergrößerungsgläser (Sundquist) 654 (C).
- Brodie-Abszess (Hermann) 756 (R 3409).
- Brom-Luminal-Somnifen-Kur (Hofmann-Bang) 780 (R 3568).
- Bromseifen (Eggerth) 658 (C).
- Bromsulfaleinprobe- (Servy u. Bloch) 564 (C).
- Bromtherapie (van den Velden) 1095 (R).
- Bronchial-Asthma, Behandlung mittels künstlichem Pneumothorax (Petrow) 718 (R 3258).
- Bronchial-Carcinom, Diagnostik (Polevski) 585 (R 2654).
- Bronchialdrüsentuberkulose, Schornsteinschatten als Zeichen (Grass) 588 (R 2679).
- Pathologie u. Röntgenologie (Engel) 857 (R 3925).
- Bronchiektasie (Courtois) 566 (C).
- im Kindesalter (Schrötter) 792 (C).
- bei Kindern (Huisinga) 1022 (C).
- und Tuberkulose (Bernard) 1047 (R 4826).
- Bronchien, röntgenologische Darstellung (Baatz) 1021 (C).
- Bronchitis, Aetherbehandlung der postoperativen (Abdąnski) 657 (C).
- Calciumbehandlung unspezifischer (Mautner) 792 (C).
- Bronchitis, fötide (Stiegele) 815 (R 3616).
- bei Rhinopharyngitis (Nobécourt) 882 (C).
- Bronchographie (Brdiczka) 834 (C).
- Bronchopneumonie (Fränkel) 1069 (C).
- der Kinder (Eckert) 610 (C).
- Bronchopulmonäre Zustände, Hirnabszesse bei — (Gordon) 897 (R 4134).
- Bronchus Carcinom (Lipschitz) 1089 (R).
- Fremdkörper (Sobel) 564 (C).
- Fremdkörper (Dresser) 881 (C).
- Bronzediabetes u. Insulinresistenz (Root) 953 (R 4403).
- Brot, Verdauung (Eckstein) 967 (C).
- Brucella melitensis (Kern) 564 (C).
- Bruch s. a. Hernie.
- Brustdrüse s. a. Mamma.
- Geschwülste (Lauda) 701 (C).
- Brustfell s. Pleura.
- Entzündung s. Pleuritis.
- Brustinfektion s. Mastitis.
- Brustkind u. Magendarmspasmus (Grävinghoff) 836 (C).
- Brustkorb s. Thorax.
- Erkrankungen u. Deformitäten (Steindler) 784 (B).
- runde Verdunkelungen (Bahatyrtshuk) 525 (C).
- Verletzungen (Bettmann) 658 (C).
- Brustkorrekturen (Halla) 792 (C).
- Brustwarze Krampf (Zimmermann) 878 (C).
- Krampf (Beck) 1019 (C).
- Papillome (Fullerton) 794 (C).
- Brustwirbel, Röntgenuntersuchung der vier oberen — (Danielius) 1068 (C).
- Bruzelle Abortus-Bang-Erkrankung (Davies u. Anderson) 795 (C).
- Buckystrahlen in der Dermatologie (Fuhs) 1069 (C).
- Bulbäre Oliven (Zand) 998 (R 4625).
- Bulbokapnithérapie der Charakterstörungen (Hill) 597 (R 2735).
- Bulbus, Tuberkulose (v. Hippel) 699 (C).
- und Atemstörungen (Hazama) 911 (R 4217).
- scillae maritimae, Pharmakologie (Dubinskaja) 568 (C).
- Bursitis subdeltoidea, elektrische Behandlung (Titus) 702 (C).
- Bullöse Saisoneruption (Genner) 613 (C).
- Cajalsche Horizontalzellen (Oppermann) 701 (C).
- Calcarinarinde (Schroeder) 926 (C).
- Calcinosis interstitialis (Aisenberg) 608 (C).
- Calcipot bei Leibesübungen (Müller) 1007 (T).
- Calcium s. a. Kalk.
- Bestimmung des dissoziierten — (Tweedy u. Koch) 612 (C).
- blutstillende Wirkung (Szente) 702 (C).
- Sandoz (Korbsch) 1020 (C).
- Schwangerschaft u. Licht (Guthmann) 917 (R 4252).
- Calcium, Vergiftung am Nervensystem (Zucker) 607 (C).
- bei Kolitis (Sholty) 770 (R 3503).
- in der Aetiologie des Kropfes (Schwarzmann) 883 (C).
- Behandlung der Lungentuberkulose (Sternberg) 723 (R 3294).
- Behandlung unspezifischer Bronchitis (Mautner) 792 (C).
- Bilanz in der Schwangerschaft (Bokelmann) 966 (C).
- Miose (Gaisböck) 560 (C).
- Salze bei Nierenerkrankungen (Kewdin) 904 (R 4165).
- Calmette, Vakzination (Inclan) 1074 (R 4920).
- Cansical (Vorländer) 879 (C).
- Caput obstipum (Manschot) 702 (C).
- Carcinom s. a. Geschwülste, Röntgenbehandlung.
- (Neve) 612 (C).
- (Kupferberg) 731 (R 3348).
- (Lowenthal) 953 (R 4406).
- Aetiologie u. Prophylaxe (Bayard) 928 (C).
- Behandlung (Vaughan) 612 (C).
- (Bruce) 738 (R 3389).
- (Schlegel) 791 (C).
- (Strauss) 878 (C).
- mit kolloidalem Blei (Schreiner) 612 (C).
- mit Tuberkulin (Peach u. a.) 703 (C).
- mit bestrahltem Fluorescein (Cope-man u. a.) 871 (R 4032).
- Diathermokoagulation (de Tourmestran) 1058 (R 4903).
- Wismutbehandlung (Lasch u. Neumann) 591 (R 2697).
- Bekämpfung (Schinz) 521 (C).
- Bestrahlung, Radiumwirkung auf die Glykosurie bei — (Dautwitz) 609 (C).
- Biologie (Allen) 927 (C).
- und Bestrahlung (Wood) 687 (R 3156).
- Blutdrucksenkung als Frühsymptom (Rosenfeld) 678 (R 3083).
- Diagnostik u. Behandlung (Craver) 628 (R 2851).
- Diagnostische Reaktionen (Majslisch) 752 (C).
- Empfänglichkeit (Mayo) 778 (R 3554a).
- Entwicklung in Magen- und Darmgeschwüren (Bull) 702 (C).
- Entwicklung und Tumordisposition (Steindl) 792 (C).
- Erzeugung durch zellfreie Filtrate (Newjadoskij) 637 (R 2911).
- Geschwulst abbau- (Rosello) 1099 (R).
- Verhalten der Hautelastizität (Guthmann) 975 (R 4470).
- Histogenese (Newjadoskij) 928 (C).
- Hypercholesterinämie (Roffo) 659 (C).
- hypernephroides (Jacobi) 793 (C).
- Kachexie (Schneider) 731 (R 3349).
- Lymphstauung (Handley) 1099.
- Organtherapie (Gedroitz) 770 (R 3506).
- Problem (Blech) 564 (C).

- Carcinom, Problem (Fallscheer-Zürcher) 637 (R 2912).
 — Radium bei — (Radford) 838 (C).
 — aktuelle Reaktion im Blute (Schreus) 998 (R 4621).
 — Röntgenbehandlung des epithelialen der Tonsillengegend (Coutard) 879 (C).
 — röntgenologische Erfahrungen (Schwarz) 1019 (C).
 — Serodiagnostik (Davanzo u. Cucco) 796 (C).
 — Statistiken (Mandl) 837 (C).
 — statistische Studie (Wood) 1023 (C).
 — Statistik in Italien (Grandi) 580 (R 2626).
 — Sterblichkeit (Hadda) 580 (R 2627).
 — (De Porte) 881 (C).
 — Strahlenbehandlung (Holthusen) 924 (C).
 — in Schweden (Granzow) 925 (C).
 — Verhütung (Teutschländer) 967 (C).
 — Wachstum, Bedeutung der alkalischen Reaktion (Flaszen u. Wachtel) 1056 (R 4886).
 — zytologische Untersuchungen am röntgenbestrahltem (Schmidt) 1019 (C).
 — auf Lupus (Mrongovius) 622 (R 2811).
 — in einem Bläsdivertikel (Bugbee) 838 (C).
 — an der Ileokökalclappe (Talia) 971 (C).
 — des Pankreaskopfes (Walker) 953 (R 4407).
 — der Vagina (Lövegren) 969 (C).
 — auf der Vaginalnarbe nach Totalexstirpation (Hartmann u. a.) 882 (C).
 — im Verdauungstraktus, Stoffwechsel (Holböhl) 779 (R 3556).
 — in Baden (Werner) 1069 (C).
 — und Blutmilchsäure (Haintz) 553 (R 2517).
 — und Diabetes (Wolff) 734 (R 3372).
 — und Lipoidstoffwechsel (Burgheim) 558 (R 2542).
 — und Narben (Lumière) 954 (R 4408).
 — und Säure-Basenhaushalt (Schreus) 910 (R 4205).
 — Gifte, spezifische (Rosañow) 752 (C).
 — Institute (Blumenthal) 519 (C).
 — Zellen, Biologie (Roffo) 778 (R 3555).
 — Zellen, serologische Spezifität (Hirszfeld u. a.) 878 (C).
 Cardiazol (Pochmann) 835 (C).
 — Dikodid (Markowicz) 590 (R 2690).
 Cardiotonin (Kuttner) 748 (C).
 — (Esser) 1060 (T).
 Carduus marianus (Assmann) 634 (R 2889).
 Caries profunda (Faust) 561 (C).
 Carotis, Aneurysma spurium der Arteria — (Lichatschoff) 979 (R 4497).
 — externa, Sperrung u. Freigabe (Mies) 701 (C).
 Carrionische Krankheit (Shannon) 880 (C).
 Cataracta diabetica (Schnyder) 967 (C).
 Cephalosporium asteroides (Benedek) 654 (C).
 Cerebellum (de Stella) 1072 (C).
 — Atrophien (Mathieu u. Bertrand) 638 (R 2919).
 — Bildungsfehler (Krause) 563 (C).
 — Blutung (Krogsgaard) 866 (R 3994).
 — Brückenwinkeltumoren (Dahmer) 999 (R 4632).
 — Embryome (Yaskin) 911 (R 4212).
 Cerebellumrinde, Blutversorgung (Uchimura) 793 (C).
 Cerebrospinalflüssigkeit s. Liquor.
 Cerebrospinalmeningitis s. Meningitis epidemica.
 Cerebrum s. Hirn.
 Cervix s. a. Uterus.
 — Carcinom (Wood) 612 (C).
 Chancre blande (Carrera) 796 (C).
 Charakteriologie (Boven) 700 (C).
 Cheyne-Stokes-Atmen u. Urämie (Rosenblüth u. Wassermann) 769 (R 3500).
 Chiasmawinkel, Meningiome des vorderen (Guttman u. Spatz) 998 (R 4627).
 Chimiatrie (Coutière) 704 (C).
 Chinin, Injektionen, Idiosynkrasie gegen — (Cruikshank) 522 (C).
 — Ueberempfindlichkeit gegen — (Gray) 565 (C).
 — bei Pneumonie (Flewelling) 566 (C).
 Chinolysin (Salomon) 608 (C).
 Chinosol (Weichardt) 924 (C).
 Chirurgie, Differential-diagnostische Schwierigkeiten (Schnitzler) 968 (C).
 — Irrwege (Liek) 738 (B).
 — Unterricht in — (de Guervain) 879 (C).
 Chirurgische Gutachtertätigkeit (Melchior) 835 (C).
 — Indikationsstellung (Hayward) 792 (C).
 Chirurgischer Knoten (Livingston) 611 (C).
 Chlor im Wasser (Schmidt) 607 (C).
 Chloralhydrat u. Hypertonie (Spengler) 725 (R 3305).
 Chloranämie, Achylische (Kaznelson u. a.) 676 (R 3069).
 Chlorgastrinkwasserentkeimung in Bern (Schrafe) 610 (C).
 Chlorid im mütterlichen und kindlichen Blut (Hellmuth) 779 (R 3557).
 Chlorinalationen bei chronischen Katarrhen der Atmungswege (Tschilikin) 705 (C).
 Chlorionenpotentiale, Messung (Aitken) 794 (C).
 Chlornatrium s. a. Kochsalz.
 — intrakutane Injektionen in der Dermatologie (Sakrepa) 850 (R 3876).
 Chloroform, Entgiftung (Fühner) 862 (R 3969).
 — (v. d. Porten) 1019 (C).
 — Fixierung von Suspensionskolloiden durch — (Clauser) 657 (C).
 — örtliche Wirkung u. Hautresorption (Lapidus) 923 (C).
 Chlorom im Kindesalter (Gandolfo) 1025 (C).
 Chlorophyll Wirkung (Gsell) 748 (C).
 Chlorpikrindämpfe in der Luft (Deckert) 610 (C).
 Chlortymol (Gärtner u. v. Scanzoni) 699 (C).
 Cholagoga (Chabrol u. Maximin) 774 (R 3528).
 Cholämie (Chabrol) 613 (C).
 Cholangie (Kahlstorf) 791 (C).
 Cholangitis, chronische (Grossmann) 520 (C).
 Choledochoduodenostomia externa (Heyrovsky) 843 (R 3834).
 Cholelithiasis s. a. Gallensteine.
 Cholera (Jamura) 659 (C).
 Choleravakzine, Immunisierung per os mit alkoholischer — (Myronow u. a.) 839 (C).
 Cholesteatom u. akute Otitis (Ruttin) 518 (C).
 Cholesterin, Einfluß der Röntgenstrahlen (Roffo u. Correa) 659 (C).
 — Löslichkeit in der Galle (Merkelbach) 748 (C).
 — Oxydation durch molekularen Sauerstoff (Blix u. Lowenhielm) 794 (C).
 — Stoffwechsel im Kindesalter (Halfer) 1020 (C).
 — Zerstörung durch die Röntgenstrahlen (Roffo u. Correa) 1069 (C).
 — bei experimenteller Staphylokokkeninfektion (Borchardt) 700 (C).
 Cholesterinämie (Baylac) 990 (R 4570).
 — bei Diphtherie (Lereboullet u. a.) 982 (R 4517).
 — konstitutionelle Schwankungen (Tschernorutzki) 728 (R 3326).
 — und Lipoidämie bei Grippe (Jackson) 596 (R 2725).
 Cholesterinester, im Blutserum Leberkranker (Wendt) 778 (R 3551).
 Cholesteringehalt des Blutplasmas bei Diabetes (Rabinowitsch) 927 (C).
 Cholesterinpleuritis (Malaguti) 854 (R 3910).
 Cholesterol im Blut behandelter Diabetiker (Hunt) 1098 (R).
 Cholezystitis s. a. Gallenblasenentzündung.
 — (Wodon-Dufrane) 566 (C).
 — (Ramond u. Chène) 796 (C).
 Cholezystektomie (Kümmel) 611 (C).
 — (Sveinsson) 1022 (C).
 — paravertebrales Symptom (Moskowsky) 769 (R 3498).
 — Magenchemismus (Chene) 882 (C).
 — Perforationsperitonitis bei posttyphöser — (Pop) 522 (C).
 — typhosa (Decastello) 926 (C).
 Cholezystogastrostomie (Kogan) 657 (C).
 — (Dzialoszyński) 527 (R 2329).
 — (Boardmann) 564 (C).
 — (Paschoud) 600 (R 2750).
 — (Robins) 882 (C).
 — (Blond) 917 (R 4249).
 — (Sandström) 1070 (C).
 — Säurewerte des Magens (Ohly) 654 (C).
 — in der Schwangerschaft (Fogelson) 575 (R 2591).
 Cholezystopathia chronica calcarea (Flörcken) 699 (C).

- Cholezystopathie (Badykkes) 553 (R 2514).
 — Diabetes u. — (Horwitz) 943 (R 4342).
 Cholin, Gallenblasenwirkung (Benassi) 995 (R 4607).
 Chondrodysplasie (Farland) 658 (C).
 Chondrodystrophia foetalis (Scherschewski) 568 (C).
 Chondrodystrophie (Curschmann) 878 (C).
 Chondromatose, Halbseitentyp (Flotow) 657 (C).
 — des Kniegelenks (Schränk) 563 (C).
 Chondrome, intrakraniale (Smitt) 967 (C).
 Chorea (De Capua) 725 (R 3306).
 — (Stoltzner) 772 (R 3518b).
 — (Nobécourt) 859 (R 3943).
 — Adrenalin-Sodabehandlung (Stark) 525 (C).
 — Gebißuntersuchungen bei — (Schütt) 948 (R 4371).
 — intravenöse Neosalvarsaninjektionen (Bókay, v.) 633 (R 2883).
 — intravenöse Neosalvarsaninjektionen (v. Bockay) 859 (R 3944).
 — Nirvanolbehandlung (Gottlieb) 792 (C).
 Chorioadenom (Wolfe) 668 (R 3011).
 Chorionepitheliom (Granzow) 668 (R 3012).
 — (Fraenkel) 878 (C).
 — Frühdiagnostik durch abdominale Hysterotomie (Schmid) 573 (R 2583).
 Chromaffines System s. Nebennieren.
 Chromozystoskopie (Chochlow) 883 (C).
 Chromvergiftung von Nase und Hals (Carter) 927 (C).
 Chronaxie s. Muskulatur, Erregbarkeit.
 — (Moldaver) 678 (R 3082).
 — Bestimmung (Lewy) 520 (C).
 — an Bleiarbeitern (Lewy u. Weiss) 780 (R 3564).
 — der tonischen Reflexe (Weiss) 780 (R 3567).
 — bei Zustandsänderungen des Muskels (Markow) 780 (R 3566).
 Chronognosie (Bouman u. Grünbaum) 836 (C).
 Chrysophansäure (Huerre) 613 (C).
 Chvostek'sches Symptom (v. Leszczynski) 1037 (R 4760).
 — Phänomen (van der Elst) 685 (R 3137).
 Ciba 1297/6 (Ritter) 925 (C).
 Cignolin (Kromayer) 681 (R 3111).
 Ciliarkörper bei Luxation der Linse (Fuchs) 705 (R 3159).
 Cinemaszkopie (Vivaldi) 751 (C).
 Circulusreno-vesico-urethralis-intestino-prostaticus (Valerio) 524 (C).
 Citocholeextrakte (Sachs u. Witebsky) 1068 (C).
 Citragan (Kissmeyer) 807 (R 3656 3657).
 Citrocholreaktion (Klopstock) 908 (R 4194).
 Clauden (Gmelin) 609 (C).
 Clavicula, Dislokation des akromialen Endes (Shaar) 1071 (C).
 Cl. botulinum (Meyer u. Gunnison) 970 (C).
 Clostridium oedematoides (Hall u. a.) 838 (C).
 Cl. paratubulinum (Gunnison u. Meyer) 970 (C).
 — (Townsend) 970 (C).
 Coccidiosis (Tyzzer) 969 (C).
 Coccidioides immitis (Ahlfeldt) 523 (C).
 Cochlearis armoracia (Leclerc) 566 (C).
 Coeliac-Disease (Little) 703 (C).
 Coffein, Hemmung der Blutgerinnung (Klinke) 791 (C).
 Coffetyl (Ehrlich) 648 (T).
 — (Helischkowski) 879 (C).
 Coffey-Technik zur uretero-intestinalen Anastomose (Furniss) 1024 (C).
 Colitis mucosa (Bastedo) 523 (C).
 — ulcerativa (Bassler) 545 (R 2446).
 — ulcerosa (Zweig) 561 (C).
 Collum s. a. Uterus.
 — Carcinom (Cordua) 657 (C).
 — abdominale Radikaloperation (v. Jaschke) 564 (C).
 — Behandlung (Clausberg) 880 (C).
 — Elektro-Koagulation (Merlin) 530 (R 2347).
 — Radiumbestrahlung (Lahm) 871 (R 4028).
 — Röntgenbestrahlung (Zacherl) 1069 (C).
 — Epitheliome, Radiobehandlung (Lacassagne) 687 (R 3154).
 — scapulae, Bruch (Steiner) 567 (C).
 Coma diabeticum (Bix u. Czyhlarz) 835 (C).
 — Nierenerkrankung (Lorant) 522 (C).
 — Niere beim — (Robinowitsch) 1044 (R 4810).
 — peritonitisähnliche Symptome und Blutbild (Crecelius) 540 (R 2417).
 — als Schwangerschaftskomplikation (Merriam) 573 (R 2580).
 — mit Azotämie (Christensen u. Holst) 720 (R 3268).
 — hepaticum, Behandlung (Konjetzny) 678 (R 3081).
 Commotio cerebri (Hügelmann) 1021 (C).
 Complamin (Simon) 645 (T).
 Coniugata diagonalis, Messung (Dichne) 657 (C).
 Coniunctiva, Einschlüßkrankungen (Lebinson) 968 (C).
 — Wasserstoffionenkonzentration (Lipschütz) 1020 (C).
 Conium maculatum (Jahnert) 967 (C).
 Coramin (Heidemann) 838 (C).
 Cornea, gitterförmige Degeneration (Löwenstein) 1020 (C).
 — Erkrankungen, Behandlung mit ultraviolettem Licht (Gasteiger) 660 (R 2962).
 — Erkrankung, Behandlung mit ultraviolettem Licht (Hollos u. Links) 837 (C).
 — Galvanokaustik bei Infiltration der — (Rosenstein) 883 (R 4034).
 — Geschwüre, Strahlenbehandlung (Duke-Elder) 795 (C).
 — Oberfläche, Photographie (Dekking) 967 (C).
 Cornea, Pannus crassus (Streiff) 972 (R 4448).
 — Ulcus rodens (Junius) 967 (C).
 — Tätowierung (Bietti jun.) 1020 (C).
 — Tuberkulose Röntgenbehandlung (Herrheiser u. Braun) 1020 (C).
 Cornelius Massage (Seeligmüller) 721 (R 3272).
 Coronarkreislauf s. Herz.
 Corpora amylacea (Kawata) 731 (R 3355).
 — quadrigemina, Tumoren (Glaser) 1056 (R 4888).
 Corpus luteum (Knaus) 923 (C).
 — Blutungen (Muhl) 880 (C).
 — Fettzusammensetzung (Hermstein) 880 (C).
 — Kuptur bei Bluterin (Terbrüggen) 563 (C).
 — im Ovarum (Miyagawa) 864 (R 3976).
 Corpußschleimhaut, Hyperplasie (Mack) 837 (C).
 — schwere Hyperplasie (Hintze) 880 (C).
 Cortex s. Hirnrinde.
 Corynebacterium ulcerans (Gilbert u. Stewart) 1024 (C).
 Costasche Reaktion (Dubóczy) 614 (C).
 Coué, von Mesmer zu — (v. Gruenewald) 1006 (B).
 Cowpersche Drüsen, Urethra- u. Dammzysten (Muschat) 852 (R 3893).
 Coxa vara, Epiphysenlinie bei der — (Karfiol) 520 (C).
 — Epiphysenlösung als Ursache (Höxter) 886 (R 4058).
 Coxitis s. a. Hüftgelenk-Entzündung.
 — osteomyelitica, Röntgendiagnostik (Marko) 1069 (C).
 Credéisierung bei Neugeborenen (Burkhardt) 793 (C).
 — der Neugeborenen (Ruhne) 926 (C).
 — der Neugeborenen (Hauffe) 937 (R 4302).
 Croup (Vasile) 624 (R 2828).
 Cullensches Symptom (Bertini) 620 (R 2797).
 Curettement s. a. Abrasio.
 Cutis marmorata (Mayer-List) 713 (R 3207).
 — verticis gyrata (Truffi) 849 (R 3869).
 Cyanid, Wirkung auf das Amöbenprotoplasma (Brinley) 523 (C).
 Cyclopropane (Lucas u. Henderson) 1023 (C).
 Cystadenoma pseudomucinosum multiloculare (Svendsen) 1023 (C).
 Cysticercus fasciolaris, Sarkomentwicklung aus der Zystenwand von — (Hidea u. Oiso) 611 (C).
 Cystoma glandulae parotis (Pantschenko) 883 (C).
 — papillare ovarii (Diky) 883 (C).
 Cytochrom (Yaoi) 523 (C).
 Cytologie s. Zellenlehre.
 Dakryozystitis (Lester) 848 (R 3864).
 Dammrisse, zentrale (Löfquist) 620 (R 2795).

- Dampfmaschinenarbeiter, Venenerweiterung an den Extremitäten (Nahorny) 868 (R 4002).
- Dänemark, Volksregistrierung (Dalgaard) 561 (C).
- Darémoglobinometer (Haughwout) 565 (C).
- Darm s. a. Dünndarm, Duodenum, Jejunum, Kolon.
- bakterielle Erkrankungen (Kicskalt) 607 (C).
 - Bewegung s. a. Peristaltik.
 - Carcinom (Turner) 703 (C).
 - Carcinom, ökkulte Blutspuren im Stuhl (Meulengracht u. Jensen) ?? (R 2445).
 - Geschwülste (Enderlen) 747 (C).
 - Invagination
 - Invagination (Boevé) 702 (C).
 - Invagination (Solley) 703 (C).
 - Invagination im Kindesalter (Arntzen u. Helsted) 657 (C).
 - Invagination im Kindesalter (D'Amato) 1025 (C).
 - akute Invagination (Murray) 860 (R 3950).
 - Behandlung der akuten Invagination (Melchior) 528 (R 2332).
 - Katarrh (Zweig) 519 (C).
 - akute Lähmung (Burgess) 528 (R 2336).
 - Neurosen (Zweig) 924 (C).
 - parasitäre Erkrankungen in Philadelphia (de Rivas) 523 (C).
 - Perforationen durch Fischgräten (Fürstenau) 756 (R 3410).
 - Perforation, traumatische (Buurman) 879 (C).
 - Stenose (Zweig) 834 (C).
 - hochgelegene Stenose (Haden u. Orr) 1024 (C).
 - Untersuchung am lebenden -- (Buratschewski) 928 (C).
 - Verschlingung, ileozökale (Cochrane) 565 (C).
 - Verschlus s. a. Ileus.
 - (Perazzi) 613 (C).
 - Toxämie (Vicar u. Weir) 565 (C).
 - ZerreiBung (Breuning) 610 (C).
 - chymus (Brühl u. Freudenberg) 878 (C).
 - Krankheiten (Zweig) 1004 (B).
 - Parasiten (de Rivas) 970 (C).
 - (Gamble) 970 (C).
 - Uebertragung auf Hühner (Hegener) 611 (C).
 - Protozoen (Hegner) 881 (C).
 - Wand, Resorptionsfähigkeit für Wasserstoffionen (Scheer) 967 (C).
- Dauerureterenkatheter (Marchison) 703 (C).
- Daumen, dreigliedriger (Campbell) 608 (C).
- habituelle Luxation (Milch) 611 (C).
 - Nagel, Ersatz (Sheelard) 970 (C).
- Davisreaktion (Hauchmann) 821 (R 3761).
- (Heilig u. Kossmann) 882 (C).
 - bei bösartigen Neubildungen (Heilig u. Kossmann) 910 (R 4204).
- Decholin (Grossmann) 520 (C).
- Decorpa (v. Lebinski) 813 (R 3700).
- Degenschlucken u. Oesophagoskopie (Huizinga) 518 (C).
- Degestroenterostomisation (Hilarowicz) 926 (C).
- Dehnungswiderstand am Muskel (Schaltenbrand) 967 (C).
- Dehydrasen (Fernheim) 794 (C).
- Dekapitationsinstrument (Sztehló) 567 (C).
- Dekolorations Methode für die bakteriologische Diagnostik der Diphtherie (Reh) 968 (C).
- Dekubitus, Behandlung (Masorsky) 879 (C).
- Delirium tremens (Damaye) 913 (R 4234).
- Dementia infantilis (Jancke) 772 (R 3518c).
- paralytica, Sulforinbehandlung (Smitt u. Jacobsen) 1057 (R 4894).
 - paralytica Malariabehandlung (Nyiró) 599 (R 2743).
 - praecox (Lundholm) 640 (R 2931).
 - praecox (Buscaino) 824 (R 3784).
 - praecox (Reed) 824 (R 3785).
 - praecox (Maric u. Toponkoff) 1101 (R).
 - praecox als innersekretorische Störung (Cartney) 612 (C).
 - praecox, Behandlung mit dem Metallsalz-Mangan (Tindings)
 - praecox, Mangan bei -- (Meng) 966 (C).
 - praecox u. Syphilis (Marie u. Toponkoff) 882 (C).
- Denguefieber (Berger) 609 (C).
- (Kakoris) 656 (C).
 - (Livierato) 853 (R 3903).
 - (Kyriasidis) 1042 (R 4806).
 - Athener Epidemie (Veras) 1043 (R 4807).
 - Epidemie (Apostolides u. a.) 566 (C).
- Denkinhalt u. Aphasie (Klein) 914 (R 4235).
- Dentale Fokalinfektion (Franke) 724 (R 3302).
- Dentaler Fokus (Simson) 1093 (R).
- Depressive Beziehungspsychosen (Strauss) 792 (C).
- Leiden, symptomatische Behandlung (Reiter) 1057 (R 4895).
- Dercumsche Krankheit s. a. Fettsucht.
- Dermatitis exfoliativa (Klumper) 702 (C).
- exfoliativa neonatorum (Gelpke) 760 (R 3439).
 - herpetiformis (Kryński) 980 (R 4501).
 - herpetiformis (Lehner u. Rajka) 1037 (R 4762).
 - durch Achillea millefolium (Gans) 805 (R 3646).
 - durch Pastinacea sativa (Heye) 1068 (C).
- Dermatologie (Riecke) 1068 (C).
- und endokrine Störungen (Hutton) 712 (R 3203).
- Dermato-Oesophagoplastik, antethorakale (Braizew) 527 (R 2328).
- Dermatomykosen (Kadisch) 1079 (R 4959).
- Dermatophyten (Grigorakis) 613 (C).
- (Sabouraud) 613 (C).
 - (Alexander) 791 (C).
- Dermatosen s. a. Hautkrankheiten.
- strichförmige (Lewith) 746 (C).
- Dermatose, juckende entzündliche (Segall) 879 (C).
- psychogene (Werther) 926 (C).
 - und Organbehandlung (Spillmann) 1080 (R 4967).
- Dermatotropie (Kadisch) 1068 (C).
- Dermographismus, schwarzer (Breitmann) 621 (R 2802).
- und Inkretion (Nothhaas) 550 (R 2495).
- Dermoidzyste (Dulligan) 658 (C).
- des Ovar (Mailer) 529 (R 2337).
 - doppelseitige (Bud) 800 (R 3607).
- Dermoidzysten, piale (Lua) 998 (R 4626).
- Dermopathische Konstitutionen (Jauson u. a.) 796 (C).
- Descemetipigmentring bei Pseudosklerose (Vogt) 840 (R 3813).
- Descemetozele (Schindler) 660 (R 2964).
- Desensibilisation durch Proteinothérapie u. Chemotherapie (Gerard) 1080 (R 4968).
- Desinfektion, innere (Markwalder) 609 (C).
- subkutane (Collier) 610 (C).
- Desinfektionsmittel (Jacobsthal) 868 (R 4005).
- Desinfizieren oder verbrennen (Flatzek) 537 (R 2395).
- Desitinsalbe (Knospe) 792 (C).
- Deutsche Sozialversicherung (Dobbernack) 556 (R 2532).
- Deutsche und ihre Nachbarvölker (Kruse) 602 (B).
- Deutsches Volk. Lebenshaltung und Ernährungslage (v. Tyszká) 748 (C).
- Devitol (Fazekas) 524 (C).
- Dextrocardia (Mc Kenzie u. Parkins) 750 (C).
- Dextrose s. a. Glykose.
- intravenös (Titus) 888 (R 4072).
- Deziduabildung auf der peritonealen Oberfläche des graviden Uterus (Hofbauer) 576 (R 2605).
- Deziduazelle, Fett und Lipoide in der -- während der Schwangerschaft (Martines) 711 (R 3197).
- Diabetes (Just) 567 (C).
- (Widnäs) 794 (C).
 - (Hundsörfer) 878 (C).
 - (Porter) 942 (R 4340).
 - (Gibb u. Logan) 942 (R 4339).
 - (Pucsko) 943 (R 4343).
 - (Porter) 983 (R 4523).
 - juveniler (Rabinowitsch) 703 (C).
 - kindlicher (Priesel u. Wagner) 818 (R 3739).
 - Aetiologie (Mauriac u. Aubertin) 582 (R 2640).
 - Behandlung (Braun) 566 (C).
 - Behandlung des chirurgischen (Ohler) 931 (R 4270).
 - Behandlung mit Insulin bei Tuberkulösen (Rizzo) 817 (R 3730).
 - perorales Insulin bei kindlichem -- (Ottow) 992 (R 4583a).

Diabetes, Behandlung mit Synthalin (Elaine u. a.) 625 (R 2831).
 — Besserung der Toleranz (John) 863 (R 3974).
 — latente Toleranz (Gibson) 565 (C).
 — Einfluß der Verteilung der Kohlehydrate auf die Toleranz (Katsura) 625 (R 2830).
 — Blutzuckertageskurve des überinsulinierten (Buschke) 583 (R 2642).
 — Senkung des Blutzuckerspiegels (Crecelius) 720 (R 3269).
 — Schwankungen der Blut- und Urinzuckerkurven (Möllerström) 634 (R 2894).
 — Chirurgie (Reed) 612 (C).
 — chirurgische Komplikationen (Coley) 616 (R 2763).
 — Cholesteringehalt des Blutplasmas (Rabinowitsch) 927 (C).
 — Cholesterol im Blut (Hunt) 1098 (R).
 — diätetische Behandlung (Bauer) 656 (C).
 — Ersatzkohlehydrate (Gottschalk) 791 (C).
 — Kostformen (von Noorden) 563 (C).
 — Obstdiät bei schwerer diabetischer Azidose (Weiss) 540 (R 2416).
 — Sorbit in der Behandlung (Reinwein) 608 (C).
 — Fettstoffwechsel (Rabinowitsch) 611 (C).
 — Funktionsprüfung des Inselorgans (Depisch u. Hasenöhr) 1084 (R 5005).
 — Amputation wegen Gangrän (Mahon u. a.) 612 (C).
 — Geburt u. Laktation (Merkler) 1077 (R 4944).
 — Gefäßverkalkung (Morrison u. Bogan) 970 (C).
 — Glykämie, Glykosurie u. Diagnostik (Mohrhardt) 751 (C).
 — Abnahme der Hyperglykämie und Glykosurie unter dem Einfluß körperlicher Arbeit (Omeljantz) 730 (R 3345).
 — Heilbarkeit (Gilchrist) 795 (C).
 — hypophysärer (Velhagen) 878 (C).
 — klinische Verschiedenartigkeit (Ochs) 752 (C).
 — Leber- und Nierenfunktion (Bang) 1085 (R 5006).
 — verminderte Salzsäureabscheidung (Wiechmann u. Elzas) 678 (R 3080).
 — Stoffumsatz (Glatzel) 1018 (C).
 — Strahlenbehandlung (Kolts) 797 (C).
 — Synthalinbehandlung des Kindes — (Langer) 792 (C).
 — im Kindesalter (Sehestedt) 1092 (R).
 — bei Erwachsenen und beim Kinde (Widnäs) 813 (R 3701).
 — und Cholezystopathie (Horwitz) 943 (R 4342).
 — und Gallenblasenerkrankungen (Strauss) 900 (R 4146).
 — bei u. nach Gallenblasenentzündung (Haug u. Wöhlmann) 816 (R 3725).
 — und genitale Erkrankungen (Bokelmann) 572 (R 2578).
 — und Glykosurie (Salén) 1043 (R 4808).
 — und Hyperteusion (Larsen) 866 (R 3992).

Diabetes und Schwangerschaft (Smith u. a.) 533 (R 2366).
 — und Schwangerschaft (v. Purjesz u. a.) 573 (R 2579).
 — und Steinkrankheiten (Molnar) 540 (R 2415), 766 (R 3481).
 — und Syphilis (Lemann) 536 (R 2391).
 — und Syphilis (Vizerie) 704 (C).
 — bei Mädchen im Pubertätsalter (Nobécourt) 771 (R 3512).
 — bei Zwillingen (Curtis) 565 (C).
 — mit Basedow (Labbé) 582 (R 2641).
 — mit erniedrigtem renalen Schwellenwert (Lawrence) 565 (C).
 — insipidus (Maslow) 813 (R 3704).
 — insipidus, Pathogenese u. Behandlung (Bogdatjan) 705 (C).
 — insipidus, Hypophysenhinterlappen bei — (Issac u. Siegel) 924 (C).
 — insipidus bei Mädchen (Lewit) 547 (R 2465).
 — insipidus u. Schwangerschaft (Mormigliano) 759 (R 3430).
 — insipidus u. Spontanpneumothorax (Trynkin) 525 (C).
 Diabetische Azidosis, Lävulose-Insulinalgaben (Pucsko) 1085 (R 5007).
 Diabetiker, Wirkung von Leberdiät auf den Blutzuckerspiegel (Blotner) 996 (R 4612).
 — Karamel bei — (Laroche u. Camuş) 839 (C).
 Diagnostische Irrtümer (Lafont) 996 (R 4614).
 Dial, Dauernarkose mit — (Engelmann) 837 (C).
 Diaphragma Beweglichkeit (Butler u. Dana) 611 (C).
 — Hernie (Stenzel) 655 (C).
 — Hernie (McFadden) 795 (C).
 — Krämpfe (Frank) 568 (C).
 — Mißbildungen (Kammerhuber) 656 (C).
 — Relaxatio (Krauss) 926 (C).
 — und intraperitonealer Druck (Hitztenberger) 562 (C).
 Diaphragmazug und Spitzendisposition (Farhad) 967 (C).
 Diaphysenbrüche, Osteosynthese bei — (Patel u. de Girardier) 1072 (C).
 Diastase s. a. Amylase.
 Diät s. a. Ernährung.
 — in der Krankenbehandlung (Einhorn) 632 (R 2880).
 Diätetik (Strauss) 521 (C).
 Diätküchen (Auerbach) 1069 (C).
 Diathermie (Hunter) 795 (C).
 — (Nagelschmidt) 1069 (C).
 — (Boutarel) 928 (C).
 — (Friedman) 1071 (C).
 — Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mittels — (Henseler) 1005 (B).
 — in der Behandlung von Entzündungen im Becken (Scheffey u. Schmidt) 918 (R 4254).
 — Elektrokoagulation der Hämorrhoiden (Thielemans) 1104 (R).
 — Einfluß auf den Magen (Kirstner u. Lurje) 783 (R 3584).
 — Operationen (Mayer) 564 (C).
 — bei Affektionen des Abdomen (Delherm) 566 (C).

Diathermie bei Erkrankungen des Magendarmkanals (Lurje) 684 (R 3134), 686 (R 3148).
 — des Hirsns (Hoff u. Schilder) 1058 (R 4900).
 — in der Urologie (Bisher) 1058 (R 4901).
 — Behandlung (Laqueur) 1006 (B).
 — Elektroden für die Prostata (Kaufmann) 747 (C).
 — Gerät (Guthmann) 657 (C).
 — Ketten-Elektrode (Sommer) 924 (C).
 Diathermokoagulation der Anorektalgegend (Bordier) 566 (C).
 — in der Carcinombehandlung (de Tourmestran) 1058 (R 4903).
 Diäthylin, Wirkung auf den Kreislauf (Bijlsma) 923 (C).
 Dibothriocephalus latus (Vogel) 1019 (C).
 Dickdarm Carcinom (Finsterer) 843 (R 3831).
 — Divertikulos (Berg) 816 (R 3722).
 — Affektionen (Blumer) 882 (C).
 — Erkrankung (Verdi) 882 (C).
 — linksseitige Lagerung (Altschul) 608 (C).
 — Reliefbild (Kalkbrenner) 562 (C).
 — Tumoren (Mac Auley) 565 (C).
 — Fistel (Lorch) 926 (C).
 Dickreaktion u. Kuhpockenimpfung (Finkelstein u. Wilfand) 580 (R 2625).
 Dicktest während der Schwangerschaft (Salmond) 795 (C).
 Dick-Toxin, allergische Natur (Grunke) 930 (R 4265).
 Dicodid (Kaupe) 835 (C).
 Dienstbeschädigung für ein Herzleiden angenommen (v. Schnizer) 655 (C).
 — für ein Herz- und Nierenleiden angenommen (v. Schnizer) 700 (C).
 — für deformierende Gelerkentzündung abgelehnt (v. Schnizer) 835 (C).
 — für ein Herzleiden abgelehnt (v. Schnizer) 835 (C).
 — für essentiellen Hochdruck abgelehnt (v. Schnizer) 879 (C).
 Differentialdiagnostik (Honigmann) 690 (B).
 Digestion s. Verdauung.
 Digitalis (Weese) 560 (C).
 — (Haag u. Hatcher) 1094 (R).
 — in kleinen Dosen (Gold) 970 (C).
 — kardiales Reflexerbrechen (Dresbech u. Waddell) 565 (C).
 — purpurea (Jahnert) 967 (C).
 — Wertbestimmung (Stasiak) 966 (C).
 — Wirkung aufs Nervensystem (Moench) 1093 (R).
 — Exlud-Zäpfchen (Wohlrath) 926 (C).
 — Glykoside, Toxizität (Lévy u. Cahen) 839 (C).
 — Körper (Weiss u. Blumgart) 590 (R 2687).
 — medikation Herzblock (Reid) 1071 (C).
 Dijodyl (v. Hagen) 563 (C).
 — (Gosztonyi) 796 (C).
 Dilauid (Markowicz) 590 (R 2690).
 — (Paepre) 701 (C).
 — (Klemperer) 725 (R 3309).
 — (Lullies) 879 (C).
 Diospenol (Lutschynin) 839 (C).

- Diphtherie (Lewis) 564 (C).
 — (Ascher) 878 (C).
 — (Kuliabko) 1025 (C).
 — maligne (Phillips) 522 (C).
 — spontan geheilte (Siegl) 765 (R 3470a).
 — spontan geheilte Hamburger u. Siegl) 925 (C).
 — Agranulozytose bei — (Farmakidis) 1072 (C).
 — Antitoxingehalt des Blutes (Perkins u. a.) 896 (R 4124).
 — negative Antitoxinschwankungen (Siegl) 1021 (C).
 — Bazillen, dipathogenes Verhalten (Widowitz) 607 (C).
 — Bazillen, Ueberempfindlichkeit gegen (Neill u. Fleming) 523 (C).
 — Bedeutung der Bazillenträger (Martschuk) 752 (C).
 — Behandlung (Rosenberg) 797 (C).
 — Blutzucker- u. Blutschwefelgehalt (Peola) 1052 (R 4864).
 — bösartige (Potter) 794 (C).
 — chirurgische bei Röntgen- u. Radiumverbrennungen (Simons) 1105 (R).
 — Cholesterinämie bei — (Lereboullet u. a.) 982 (R 4517).
 — unspezifische Eiweißanaphylaxie und heterogenetische Tuberkulinenempfindlichkeit (Hoke) 791 (C).
 — Giftentstehung (Pesch) 698 (C).
 — Immunisierung (O'Brien) 970 (C).
 — Immunisierung (Dick) 1074 (R 4921).
 — aktive Immunisierung (Otto u. Blumenthal) 791 (C).
 — aktive Immunisierung mittels Toxoid (Hartmann-Karplus) 609 (C).
 — perkutane Immunisierung (Baar u. Grabenhofer) 940 (R 4332).
 — Immunitätsforschung (Preisich) 924 (C).
 — Impfung mit Anatoxin (Zoeller) 882 (C).
 — Kreislaufschwäche (Greengard) 794 (C).
 — Lokalimmunisation (Fontes) 1078 (R 4951).
 — Prophylaxe (Faber) 624 (R 2827).
 — Rekonvaleszenten (Hentschel u. Szegö) 791 (C).
 — sanitätspolizeilich (Klotz) 791 (C).
 — Schutzimpfung (Dold) 792 (C).
 — Schutzimpfung (Braun) 940 (R 4333).
 — aktive Schutzimpfung (Seligmann) 765 (R 3471).
 — Serumbehandlung bei Lähmung (Veruti) 1083 (R 4991).
 — Toxindosen, negative Phase nach kleinen (Siegl) 746 (C).
 — Toxoid u. Toxin-Antitoxingemisch (Weinfeld u. Coöperstock) 1083 (R 4990).
 — mit später Belagbildung (Trojetzky) 810 (R 3684).
 — in Landstädten (Schrumpf) 1027 (R 4693).
 — Bazillen, Ueberempfindlichkeit gegen (Neill u. a.) 880 (C).
 — Toxin, Neutralisation (Astanin u. Plotnikow) 883 (C).
- Diphtheroide Bakterien, Wundinfektionen (Drügg) 1041 (R 4798).
 Diphyllobothrium latum (Verger) 523 (C).
 — Latum (Barron) 1024 (C).
 — in China (Faust u. a.) 611 (C).
 Diplegia facialis rheumatischen Ursprungs (Wassiljewski) 615 (C).
 Distomiasis (Baichew) 558 (C).
 Ditonal (Koch) 701 (C).
 Diurese als bedingter Reflex (Grossmann) 835 (C).
 — durch Wassereinnahme (Heubard u. Schmidt) 1053 (R 4871).
 — Beeinflussende Mittel (Molitor u. Nikoloff) 1067 (C).
 Diuretika (Lebermann) 836 (C).
 Divertikelstein (Pleschner) 701 (C).
 Divertikulitis (Veseen) 970 (C).
 — chirurgische (Rogers u. Miller) 932 (R 4273).
 — des Sigmoids (Chute) 1082 (R 4981).
 Divertikulosis des Dickdarms (Berg) 816 (R 3722).
 Dizephalus (Rumjantzew) 883 (C).
 Doppelnieren, doppelseitige (Stirling u. a.) 808 (R 3666).
 Doppelureter (Callis) 982 (R 4511).
 Dormalgin (Dietrich) 1068 (C).
 Dosismesser (Rajewsky) 1020 (C).
 — (Jaeger) 1020 (C).
 — Prinzip (Jaeger) 1069 (C).
 Douglaspunktion (Sztehlö) 522 (C).
 — (Konrád) 614 (C).
 Drahtquerzüge am Knochen (Block) 657 (C).
 Drehversteifung (Roeren) 1031 (R 4721).
 Drosithym (Krapp) 692 (T).
 — Behandlung des Keuch Hustens (Rothenberg) 878 (C).
 Druckereikorrektoren, Ermüdbarkeit (Waschetko) 764 (R 3466a).
 Druckverband (Royster) 658 (C).
 Drusa, Endotheliom (Kolodny) 658 (C).
 Drüsen, endokrine s. endokrine Drüsen.
 — Fieber (Lehndorff) 860 (R 3948).
 — Fieber (Glanzmann) 1091 (R).
 — Fieber, Pfeiffersches (Davis) 970 (C).
 Ductus choledochus, Carcinom (Blomström) 522 (C).
 — omphalomesentericus, persistierender (Terbrüggen) 1022 (C).
 Dummheit, psychosexuelle Genese (Landauer) 701 (C).
 Dunkelsehen (Möller) 750 (C).
 Dünndarm s. a. Darm.
 — Bewegung (Okuda) 1071 (C).
 — Divertikel (Brandes) 608 (C).
 — äußere (benigne) Geschwülste (Mariantschik) 793 (C).
 — Geschwür (Jancke) 749 (C).
 — Geschwür (Anderson) 815 (R 3718).
 — Plasmazelleninfiltrate im — (Quensel) 969 (C).
 — Resektion (Tuomikoski) 884 (R 4040).
 — Resektion (Jerauld u. Washurn) 1071 (C).
 — Stenose (Amberger u. Rövekamp) 835 (C).
 — Ulcus, Perforation (Nußbaum) 1068 (C).
- Duodenalanomalien im Röntgenbild (Wanke) 520 (C).
 Duodenalsaft, koagulierendes Eiweiß (Pesharskaja) 525 (C).
 — Fettspeicherung im — (Stauder) 654 (C).
 Duodenalsonde zur Tänienabtreibung (Margulis) 900 (R 4148).
 Duodenalverlegung, angeborene äußere (Wolfgang) 522 (C).
 Duodenum Divertikel (Mariantschik) 657 (C).
 — Divertikel u. Magenulkus (Zukschwerdt) 708 (R 3174).
 — Fisteln (Patel u. Carcassone) 1025 (C).
 — Geschwüre, Wert des Probefrühstücks (Bársony) 815 (R 3719).
 — abnormer Keimgehalt (Seeber) 729 (R 3336).
 — Röntgendiagnostik (Presser) 793 (C).
 — Röntgenuntersuchung bei der Diagnostik (Mailer) 838 (C).
 — Serienaufnahmen bei Röntgenuntersuchungen (Kaestle) 1019 (C).
 — subkutanes Bersten (Temesváry) 567 (C).
 — Ulcus (Tauber) 608 (C).
 — Ulcus — (Zweig) 747 (C).
 — Ulcus (Froer) 769 (R 3496).
 — Ulcus — (Korobkow) 797 (C).
 — Ulcus (Barsony) 869 (R 4011).
 — Ulcus (Dengel) 971 (C).
 — Ulcus, Morbiditätsverhältnisse (Bahn u. Rüschen) 923 (C).
 — Ulcus, operative Behandlung (v. Redwitz) 931 (R 4271).
 — Ulcus, perforiertes (Paugger) 879 (C).
 — Ulcus, perforiertes (Ricard) 1072 (C).
 — Ulcus, perforiertes, Spätresultate nach verschiedenen Operationen (Bager) 662 (R 2976).
 — Röntgendiagnostik des Ulcus — (Albrecht) 737 (R 3384).
 — Ulcus, Hyperbilirubinämie bei — (Reiche) 700 (C).
 — Ulcus Behandlung (Poras) 701 (C).
 — Ulcus, Behandlung (Paterson) 945 (R 4350).
 — Ulcus, Schonungstherapie (Schäfer) 1007 (T).
 — Sanduhrbulbus bei Ulcus — (Neuhäus) 1068 (C).
 Dupuytren'sche Frakturen (Boppe u. Vassitch) 566 (C).
 — Kontraktur (Kanavel u. a.) 658 (C).
 — Kontraktur (Nippert) 699 (C).
 Dura mater, Fibroendotheliome (Bobin) 614 (C).
 Durchfälle, Behandlung (Gubergritz) 525 (C).
 Durchleuchtung s. Röntgenuntersuchung.
 Durchleuchtungslicht (Spiegler) 1019 (C).
 Durchtrittsnarkose (Labhardt) 848 (R 3862).
 Durozie'sche Doppelgeräusche (Loktionowa) 971 (C).
 Durst (Rietschel) 521 (C).

- Durst, Fieber des Säuglings (Luque) 770 (R 3511a).
- Dyschondroplasia (Boorstein u. Hirsch) 611 (C).
- Dysenterie s. a. Ruhr.
- bazilläre (da Rocha) 796 (C).
- Blutzucker bei kindlicher (Takeda) 724 (R 3301).
- durch Bac-Ceylonensis (Fichera) 567 (C).
- Dyskeratosis follicularis vegetans (Fernandez u. a.) 659 (C).
- Dyskrinie (Wimmer) 727 (R 3325).
- Dysmenorrhoe Behandlung (Rummelsburg) 747 (C).
- Dyspepsie (Hutchinson) 970 (C).
- Dysphagia (Badstöber) 836 (C).
- Dystrophia adiposogenitalis s. a. Fettsucht, Hypophyse.
- adiposogenitalis (Grousfeld) 909 (R 4198).
- adiposogenitalis (Ricaldoni u. Isola) 1050 (R 4846).
- cachectico-genitalis (Colden) 1026 (R 4684).
- Dystrophie, hereditäre ektodermale (Clouston) 806 (R 3650).
- progressive (Nielsen) 912 (R 4225).
- Dziekanka, psychiatrisches Landes-hospital (Piotrowski) 716 (R 3242), (Wieczyński) 716 (R 3244).
- Eberthella Bentolensis (Kilduffe u. a.) 1024 (C).
- Echinokokkenantigen (Botterlie) 526 (R 2322).
- Echinokokkenzysten der Lunge (Copello) 870 (R 4024).
- der Niere (Meltzer) 1071 (C).
- Echinokokkose des Beckens (Kienböck u. Mayer) 756 (R 3408).
- Echinokokkus (Wereskunow) 972 (C).
- der freien Bauchhöhle (Alajew) 752 (C).
- des Ligamentum latum uteri (Diky) 752 (C).
- der Nieren (Melnikowa-Roswedenkowa) 839 (C).
- der Wirbelsäule (Denk) 756 (R 3407).
- Eggoblast (Fränkel) 614 (C).
- Ehe (Wile) 795 (C).
- Bankrott der — (Calverton) 783 (B).
- Beratung (Tetscher) 735 (R 3377).
- (Bothe) 735 (R 3378).
- (Niedermeyer) 1021 (C).
- Aufgaben des Frauenarztes (Niedermeyer) 690 (B).
- Ueberwertung der Auslese (Bregmann) 561 (C).
- und Krankenkassen (Zabu) 700 (C).
- in Sachsen (Fetscher) 561 (C).
- stellen (Wilhelm) 1021 (C).
- Ehe- und Sexualberatung (Fetscher) 609 (C).
- Ehegericht (Heller) 792 (C).
- Ei, proteolytische Fähigkeit (Caffier) 880 (C).
- Ei-Idiosynkrasie (Bloch) 703 (C).
- Eidetik u. Schizophrenie (Miskolczy u. Schultz) 792 (C).
- Eierstock s. Ovarium.
- Eigelb, das zweite Protein (Kay u. Marstall) 794 (C).
- Eigenblutbehandlung (Wolfsohn) 931 (R 4267).
- (Mühsam) 949 (R 4379).
- Eigenbluttransfusion s. Blutinfusion.
- Eigenreflexe (Fleisch) 968 (C).
- Eihäute, vorzeitige u. spontane Ruptur (Gueissaz) 609 (C).
- Eijkman-Fermentprobe zur Entdeckung von Stuhlakterien im Wasser (Leiter) 611 (C).
- Eileiter s. a. Tube.
- Eingeweidewürmer (Vignes) 1099.
- Verteilung menschlicher (Spindler) 969 (C).
- Einheitsschiene (Pfaff) 701 (C).
- Eisen, Elimination des kolloidalen (Streicher) 565 (C).
- in Blut- u. Gewebe — (Anson u. Mirsky) 565 (C).
- Eisendosen, großen im Säuglingsalter (Schaferstein) 547 (R 2468).
- Eisenhaltige Grundwässer (Minder) 609 (C).
- Eisenhut (Fischer) 1021 (C).
- Eisenphytin (Szilágyi) 521 (C).
- Eisenpräparate (Freud) 835 (C).
- biologisch aktive (Schwarz) 520 (C).
- Eiter, K- u. Ka-Gehalt (Häbler) 909 (R 4201).
- im Harn (Zappa) 1025 (C).
- Eiweiß, Feststellung minimaler Mengen (Berger) 567 (C).
- Strahlungsreaktion (Rajewsky) 1020 (C).
- unter thermischen u. Strahlungseinwirkungen (Schwerin) 1020 (C).
- und Vitamin B. (Hartwell) 794 (C).
- Bestimmung, quantitative (Spanier) 907 (R 4178).
- Intoxikation, Blutchloride bei — (Haden u. Orr) 565 (C).
- Schock bei Nephritis (Kolischer) 565 (C).
- Verdauung im Säuglingsmagen (Budde) 610 (C).
- Eklampsie (Hüssy) 837 (C).
- rezidivierende (Schmechel) 889 (R 4079).
- Behandlung (Schmakyn) 840 (C).
- Behandlung (Schwarz u. Dieckmann) 1034 (R 4740).
- Behandlung mit Thyreoideaextrakt (Grossi) 992 (R 4585).
- Blutzucker bei — (Lightbody) 794 (C).
- fremdartige Eiweißkörper in der Plazenta (Schwarzkopf) 670 (R 3025).
- Kohlehydratstoffwechsel bei — (Stander u. Harrison) 802 (R 3625).
- Prognose u. Behandlung (Young) 522 (C).
- post partum (Brouha u. Gosselin) 670 (R 3027).
- post partum (Milian) 704 (C).
- post partum (Kobes) 1077 (R 4945).
- ohne Krämpfe (Wrónski) 564 (C).
- Schwankungen des Blutzuckers (Titus u. Willets) 802 (R 3624).
- Eklampsieniere (Kjelland-Mördre) 564 (C).
- Ektodermose, neurotrope (Zechlin) 947 (R 4362).
- Ekzebol (Friedländer) 577 (R 2609).
- Ekzem s. a. Diathese, exsudative.
- (Keefe u. Rackemann) 565 (C).
- (Jadassohn) 760 (R 3440).
- generalisiertes (Dracoulides) 937 (R 4305).
- seborrhöisches (Engelhardt u. Nicolai) 746 (C).
- seborrhöisches (Engelhardt u. Geissler) 1067 (C).
- vaccinatum (Rullmann) 699 (C).
- Blutzucker (Biberstein) 908 (R 4195).
- Heilung durch Vigantol (Jacobsen) 519 (C).
- Pathogenese (Scholtz) 805 (R 3641).
- Röntgenbehandlung (Grauper) 700 (C).
- Röntgenbehandlung (Byörlling) 1058 (R 4902).
- Strahlenbehandlung (Kirschmann) 761 (R 3442).
- und Dermatitis (Philippson) 673 (R 3046).
- Ekzematiforme Erscheinungen durch pyogene Mikroben (Krzyszczatowicz) 622 (R 2806).
- Ekzematiker, Desensibilisierungsversuche (Geiger) 892 (R 4102).
- Elastische Substanz (Viones) 524 (C).
- Eldentog (Scheer) 747 (C).
- Eledon (Putzig) 772 (R 3518a).
- Elektrische Narkose (Mayr u. Wenger) 700 (C).
- Elektrische Prüfung u. Behandlung in der Neurologie (Stone) 794 (C).
- Elektrizität Todesfälle (Edenhofer) 914 (R 4238).
- Elektrische Unfälle (Müller) 749 (C).
- (Ranzi) 968 (C).
- (Ranzi u. Cartellieri) 1001 (R 4648).
- Elektrischer Großkauter (Scherer) 793 (C).
- Elektrizität in der Chirurgie (Ward) 611 (C).
- (Kelly) 750 (C).
- Elektroden für Finger- u. Penis-Diathermie (Halla) 655 (C).
- Elektrodiagnostik (Moldaver) 678 (R 3082).
- Elektrokardiogramm s. a. Kardiogramm.
- (Markel u. Pardee) 611 (C).
- Einfluß der Abkühlung auf die T-Zacke (Otto) 612 (C).
- Einwirkung einer plötzlichen intrakardialen Drucksteigerung (Otto) 565 (C).
- beim Studium der Ermüdung (Jaroslaw) 752 (C).
- bei Situs inversus (Müller-Pollak) 792 (C).
- bei regelmäßigem Herzrhythmus (Mosler) 952 (R 4394).
- Elektrokardiographie (Michailow) 705 (C).
- (Fürstenberg u. Hoffstaedt) 835 (C).
- (Condorelli) 839 (C).
- des absterbenden Herzens (Vogelsohn) 952 (R 4393).
- Elektrokoagulation, intravesikale (Fränkel) 939 (R 4327).

- Elektrokoagulation bei Erkrankungen der Mundhöhle (Clark) 724 (R 3304).
 Elektrokoagulierte u. mit Radium bestrahlte Wunden (Schürsch u. Tschudi) 609 (C).
 Elektrolyte Leitfähigkeit in der Membran (Green u. a.) 565 (C).
 — im Blutserum bei Herz- u. Gefäßkrankheiten (Teploff) 777 (R 3548).
 — u. Hormone (Solowtowa) 883 (C).
 Elektromagnet in der Chirurgie (Whale) 522 (C).
 Elektromagnetische Strahlen (Mayncord) 1070 (C).
 Elektromedizin (Korotnew) 705 (C).
 Elektrothermische Methoden in der Zahnheilkunde (Norris) 794 (C).
 Elephantiasis, Operation (Losenak) 657 (C).
 — penoscrotalis (Monteiro) 659 (C).
 — vulvae (Gaté) 613 (C).
 — der Gingiva (Läwen) 861 (R 3954).
 Elitegehirne (v. Economo) 962 (C).
 Ellbogen Frakturen u. Luxationen (Winterstein) 563 (C).
 — Verrenkung (Mermingas) 610 (C).
 — Gelenk, Frakturen (Baumann) 519 (C).
 — Gelenk, Frakturen (Sever) 523 (C).
 — Gelenk, Knochenneubildung (Friedländer) 1069 (C).
 — Gelenk-Verrenkungen (Blencke) 1030 (R 4714).
 Emanuel-Rosenfeldsche Lumbotestreaktion (Schmitt) 880 (C).
 Embolektomie (Dahl-Iversen) 793 (C).
 — arterielle (Koster) 702 (C).
 Embolie (Canavan) 1055 (R 4879).
 — Zunahme (Singer) 678 (R 3084).
 — in den Nachkriegsjahren (Kuhn) 678 (R 3085).
 — Zunahme in der Nachkriegszeit (Sellheim) 976 (R 4478).
 — postoperative (Sulger u. Bozsini) 699 (C).
 — postoperative (Bauer) 926 (C).
 — postoperative (Fargue) 1074 (R 4926).
 — sekundäre Thrombose bei arterieller — (Melnzer) 885 (R 4044).
 — der Arteria pulmonalis bei Masern (Fleischmann) 675 (R 3065).
 Embryogenese (Coglievina) 752 (C).
 Embryome u. Carcinom (Maison u. Dupuis) 751 (C).
 Embryonalextrakte (Ferranini) 864 (R 3979).
 Embryo, ungleiche Entwicklung nach Mehrlingsschwangerschaft (Beljaewa) 926 (C).
 Emetin (Gessner) 607 (C).
 Emphysempneumothorax (Krasso) 521 (C).
 Empyem s. a. Pleuritis.
 — Behandlung (Thomson) 543 (R 2435).
 — metapneumonisches (Dardeni) 1091 (R).
 — metapneumothorakisches (Curti) 722 (R 3289).
 — tuberkulöses (Hellsing) 545 (R 2451).
 — Behandlung mittels Rivanolspülung (Diehl) 719 (R 3259).
 Empyem, chirurgische Behandlung (Jäger) 796 (C).
 — interkostale Drainage (Alexander) 1071 (C).
 Empyeme des Säuglings, chirurgische Behandlung (Fischer) 616 (R 2769).
 Encephalitis (Kahn) 1072 (C).
 — chronische (Lampl) 956 (R 4423).
 — epidemica (Coppez) 658 (C).
 — epidemica (Cuatrecasas) 659 (C).
 — epidemica (Rabinowitsch) 883 (C).
 — epidemica (Salus) 967 (C).
 — epidemica, Augenmuskelleiden (Ehlers) 797 (R 3591).
 — epidemica, Ganglienzellen bei — (Nishii) 877 (C).
 — epidemica, der Perverse nach — (Cruchet) 956 (R 4422).
 — lethargica (v. Economo) 749 (C).
 — lethargica (Marcus) 880 (C).
 — lethargica (Cruchet) 882 (C).
 — lethargica (Marcus) 927 (C).
 — lethargica (Coburn) 941 (R 4335).
 — lethargica u. Arteriosklerose (Kalischer) 520 (C).
 — myasthenieforme (Grönberg) 522 (C).
 — postmorbillosa (Signa) 624 (R 2826).
 — postvaksinale (Taylor) 750 (C).
 — Amaurose bei epidemischer (Sands) 970 (C).
 — Folgezustände der epidemischen (Blum) 824 (R 3778).
 — Narkolepsie bei epidemischer (Melikow) 972 (C).
 — im Kindesalter (Eckstein) 1106 (B).
 — im Anschluß an die Pockenschutzimpfung (Huber) 859 (R 3945).
 — im Anschluß an die Pockenschutzimpfung (Gildemeister) 859 (R 3946).
 — im Verlaufe kindlicher Infektionskrankheiten (Reimold u. Schädlich) 675 (R 3066).
 — und Singultus (Benda) 879 (C).
 Encephalogramm (Goette) 1001 (R 4653).
 Encephalographie (Pancoast) 915 (R 4245).
 — (Badt) 924 (C).
 — (Badt) 958 (R 4437).
 — (Weber) 1068 (C).
 — (Schäfer) 1100 (R).
 — arterielle (Moniz u. a.) 598 (R 2738).
 — Basiszisternen bei der — (Goette) 1020 (C).
 Encephalographisches Bild der progressiven Paralyse (Guttmann) 956 (R 4424).
 Encephalomyelitis (Benvenuti) 1092 (R).
 — disseminata (Rodow u. Kupermann) 554 (R 2521).
 — subacuta diffusa (Economo) 796 (C).
 — subacuta (Economo) 823 (R 3777).
 Enchondromatose des Skeletts (Hessenthaler) 561 (C).
 Enchondrome, Pathogenese der kartilaginären (Schramm) 834 (C).
 Endarteriitis aortae u. pulmonalis beim offenen Ductus art. Botalli. (Wassiljew) 525 (C).
 Endogene Psychosen (Schelichowsky) 957 (R 4426).
 Endokard s. a. Herz.
 Endokarditis lenta (Wauchope) 543 (R 2430).
 — lenta (Lian u. a.) 566 (C).
 — lenta (Mindlin) 568 (C).
 — lenta Serum (Kürten) 930 (R 4266).
 — typhosa (Nobécourt) 704 (C).
 — Pathogenese (Semsroth u. Koch) 835 (C).
 Endokranielle Erkrankungen, Röntgen-diagnostik (Mayer) 1020 (C).
 Endokrine Drüsen, Röntgenuntersuchung (Frigyer) 614 (C).
 — Drüsen, Umschaltung (Goljanitzki) 593 (R 2710).
 — Drüsen in der Chirurgie (Oppel) 879 (C).
 — Drüsen in der Chirurgie (Büttner) 925 (C).
 — Extrakte, Wirkung auf Gefäße und Herz (Katz u. Leibensohn) 839 (C).
 Endokriner Hoch- u. Kümmerwuchs (Berliner) 929 (R 4258).
 — Ursprung (Berman) 953 (R 4405).
 Endokrines System, Gleichgewichtsstörungen (Molnár) 643 (R 2951).
 — System u. Infektion (Sacharow) 614 (C).
 Endokrinologie, morphologisch-funktionelle Dissoziation (Rattner) 614 (C).
 — soziale Medizin u. — (Boenheim) 1021 (C).
 Endokrisan (Hennes) 562 (C).
 Endometrioide Heretopien (Haselhorst) 848 (R 3859).
 — Heterotopien beim geschlechtsreifen Weibe (Heim) 960 (B).
 Endometrium (Van Smith) 667 (R 3008).
 — lymphoide Knötchen (Cotte u. Martin) 750 (C).
 — Einpflanzung in das Peritoneum (Dahl-Iversen) 1070 (C).
 — pathologische Veränderungen (Reyer) 522 (C).
 Endothelium der Dura (Klodny) 658 (C).
 Endotheliosis im Kindesalter (Dörffel) 791 (C).
 Endozervikale Sekretion, Wasserstoffionenkonzentration der — (Meaker u. Glaser) 612 (C).
 Endozervicitis (Matthews) 658 (C).
 — Behandlung (Helvestine u. Farmer) 801 (R 3618).
 — Behandlung (Harriman) 881 (C).
 Energeten (Rajo) 680 (R 3107).
 Energieumsatz s. a. Stoffwechsel.
 Ergotonometrie (Engelen) 729 (R 3334).
 Engel-Recklinghausensche Knochenkrankheit (Kienböck) 793 (C).
 „Enos Fruit Salt“ (Keseling) 1019 (C).
 Entamoeba Hartmanni (da Cunha u. Muniz) 567 (C).
 Entbindung, gute (Le Lorier) 889 (R 4083).
 — über 40 Jahre alter Erstgebärender (Essen-Möller) 620 (R 2794).
 Entbindungen unter Rückenmarksanästhesie (Weymeersch u. a.) 575 (R 2596).
 Entbindungs lähmung, mütterliche traumatische (Rummel) 656 (C).

- Entbindungslähmung des Armes (Blencke) 891 (R 4093).
- Enterokokken (Buchholtz) 972 (R 4451).
- im Magendarmkanal (Gundel u. Seeber) 655 (C).
- Enterorenales Syndrom Heitz-Boyer — Sepsis (Tidow) 655 (C).
- (Goiffon u. Pretet) 909 (R 4202).
- Enterostomie (Hough) 611 (C).
- Entropium spasticum (Meyer-Waldeck) 655 (C).
- spasticum nach Tarsektomia totalis des Oberlides (Shimkin) 655 (C).
- Entwicklung s. a. Wachstum.
- Entzündung u. Carcinom (Röder) 879 (C).
- Entzündungszellen (Wallgren) 793 (C).
- Enuresis (Clintic) 838 (C).
- (Tuszkai) 1092 (R).
- Behandlung mit blauen Wärme-strahlen (Frangipane) 686 (R 3144).
- Enzym s. a. Ferment.
- Enzymoreaktion (Sivori u. a.) 1072 (C).
- Enzypan bei Gallenleider (Stark) 700 (C).
- Eosinophilie bei rheumatischen Er-krankungen (Matthisson) 855 (R 3917).
- Ephedrin (Kreitnair) 877 (C).
- (Lake) 949 (R 4374).
- (Ockerblad u. Dillon) 1094 (R).
- (Scholtz) 1103 (R).
- und Epinephrin (Macht) 877 (C).
- Ephetonin (Kreitnair) 877 (C).
- bei der rektalen Avertinnarkose (Atanasof) 618 (R 2779).
- Epicondylitis humeri (Ferrero) 571 (R 2570).
- humeri (Glass) 610 (C).
- Epidemien (Aristowski) 883 (C).
- Epidemiologie (Topley) 749 (C).
- Epidermispfropfung, Braunsche (Mann-heim) 527 (R 2327).
- Epidermolysis bullula mit Hämato-porphinurie (Marcozzi) 980 (R 4500).
- Epidermomykose (de Gregorio) 703 (C).
- Epidermophytide (Peck) 805 (R 3644).
- der Hände (Jadassohn u. Peck) 892 (R 4099).
- Säurebehandlung intertriginöser (Marchiomi) 805 (R 3645).
- Epidermophyton im Blut (Peck) 1036 (R 4756).
- Epididymis, Zyste (Hartmann) 751 (C).
- Epididymitis (Campbell) 564 (C).
- (Rupel) 564 (C).
- gonorrhöische u. Omphalitis (Wiesner) 938 (R 4312).
- Verhinderung postoperativer (Read u. King Morgan) 702 (C).
- Epiglottis, dreifache Zystenbildung
- Epilation mittels Diathermie (Mezei) (Krawtschenko) 840 (C).
- 535 (R 2380).
- Epilepsie (Bibb) 612 (C).
- (Schönbauer) 638 (R 2923).
- (Tracy) 1071 (C).
- (Sinowjew-Ikonnikow) 883 (C).
- endokrintoxische (Krylowa) 955 (R 4418).
- Epilepsie, myoklonische (Bogaert) 1057 (R 4893).
- subcorticalis (Marchand) 912 (R 4221).
- traumatische (Tramer) 955 (R 4417).
- Behandlung mit Grana boraxata (Jellinck) 924 (C).
- medikamentöse Behandlung (Villinger) 925 (C).
- Cholesterolgehalt des Blutplasmas (Gosden u. a.) 822 (R 3764).
- Peripherie u. Zentrum (Talmud) 968 (C).
- sympathikavagosedative Behand-lung (Damaye) 928 (C).
- bei den Nachkommen von Epilep-tikern (Küenzi) 638 (R 2922).
- und Hirnprozeß (Scholz) 655 (C).
- und Unfall (Brandis) 836 (C).
- Epileptiker, Länolsetoleranzprobe (Gosden) 822 (R 3763).
- Epileptische Anfälle, Einfluß der Tages-zeit (Laugdon-Down u. a.) 638 (R 2921).
- Krämpfe (Carrea) 1093 (R).
- Epileptischer Organismus (v. Thurzó) 823 (R 3772).
- Epileptoide, psychomotorische Aeü-ßerungen (Katzmann) 563 (C).
- Epiloonkulturen (Becart u. Gaehlinger) 704 (C).
- Epinephrin (Watunabe u. Sato) 795 (C).
- Ausbeute (Saito) 795 (C).
- im Kohlehydratstoffwechsel (Macloed) 795 (C).
- Epipharynx, Tumoren (Mayer) 520 (C).
- Epiphyse s. Zirbeldrüse.
- endokrine Funktion (Brandenburg) 777 (R 3547).
- Epiphysenlösung, Behandlung der trau-matischen am Caput femoris (Camitz) 666 (R 2999).
- als Ursache der Coxavara (Höxter) 886 (R 4058).
- traumatische (Gold) 846 (R 3850).
- Epiphysenschädigung bei Nagel-extension im kindlichen Alter (Koch) 886 (R 4057).
- Epiploica, Appendix — (Breitländer) 657 (C).
- Epiploitis, hämorrhagische (Schom-burg) 519 (C).
- Epispadie bei der Frau (Davis) 1024 (C).
- Epistaxis (Vieira) 1077 (R 4947).
- Epistophen, spondylitischer Schiefhals nach isolierter Osteomyelitis des — (Lob) 880 (C).
- Epitheliom der Bauchwand (Durante) 577 (R 2610).
- der Extremitäten (Perez) 658 (C).
- des rechten Oberkiefers (Meyer) 703 (C).
- Epithelkörperchen akzessorische (Wellbrock) 1071 (C).
- Transplantation, homoioplastische (Zwerg) 906 (R 4180).
- Verpflanzung (Cattell) 1023 (C).
- und Calciumspiegel im Blutserum (Oppel) 634 (R 2896).
- Epithelzellencarcinome, radiosensible (Ewing) 602 (R 2756).
- Epituberkulose (Suzuki) 703 (C).
- Epituberkulöse Infiltrate (Loewenthal) 967 (C).
- Epi- u. subdiaphragmaler Raum, Chi-rurgie (Fick) 791 (C).
- Erbforschung u. genealogische Neu-ropathologie (Kehrer) 562 (C).
- Erblichkeit s. a. Vererbung.
- Erbprognose Bestimmung (Banse) 610 (C).
- Bestimmung (Rudin) 699 (C).
- Bestimmung (Walker) 701 (C).
- Erbrechen beim Säugling (Ling) 565 (C).
- azetonämisches bei Kindern (Spindler) 525 (C).
- azetonämisches der Kinder (Hey-mann) 946 (R 4360).
- zyklisches (Osman) 564 (C).
- Erscher Punkt u. Schultergelenk-erkrankung (Lüer) 879 (C).
- Erfolgsstatistik (Coliper) 700 (C).
- Erfrierungen, Behandlung (Ostrowski) 971 (C).
- Ergänzungstoffe s. Vitamin.
- Ergographische Untersuchungen (Teleky u. Schütz) 610 (C).
- Untersuchung von Postencepha-litern (Dubitscher) 925 (C).
- Ergosterin (Kostyál) 818 (R 3741).
- bestrahltes (Klein) 548 (R 2478).
- bestrahltes (Scheunert u. Schieblich) 562 (C).
- bestrahltes (Webster u. Bourdillon) 794 (C).
- bestrahltes (Heubner u. Holtz) 835 (C).
- bestrahltes (Zalocco) 1025 (C).
- Wirkung des bestrahlten auf das Herz (Wenzel) 1067 (C).
- biologische Wirkungsweise (Hottinger) 563 (C).
- hochaktives aus Rohkaffee (v. Noel u. Dannmeyer) 700 (C).
- Vergiftung mit bestrahltem — (Hückel u. Wenzel) 730 (R 3347).
- Wirkung des bestrahlten auf die Nierengefäße (Hückel u. Wenzel) 560 (C).
- Ergosterol, bestrahltes (Hugenin) 566 (C).
- bestrahltes (Simmonet u. Tanzet) 566 (C).
- bestrahltes (Marfan) 795 (C).
- Ergotamin (Brack) 924 (C).
- (Brink u. Rigler) 1067 (C).
- Angina pectoris nach — (Labbé u. a.) 1072 (C).
- weinsaures bei Basedow (Sangiorgi) 676 (R 3070).
- Ergotoxin (Brink u. Rigler) 1067 (C).
- Erholung der Kinder an der See und im Gebirge (Moll) 559 (O).
- Erholungsfürsorge für Schulkinder (Büsing) 764 (R 3469).
- Erkältung (Ziemann) 521 (C).
- (Taylor) 997 (R 4617).
- Behandlung (Wolf) 1024 (C).
- und Erkältungskrankheiten (Ziemann) 562 (C).
- Erkältungsschmerzen (Beyer) 943 (R 4344).
- Ermüdung (Heftner u. Judelowitsch) 1001 (R 4646).
- und Sterben (Emden) 520 (C).

- Ernährung (Feer) 1053 (R 4869).
— des Kindes (Moseoso) 1072 (C).
— Entwicklung natürlich und künstlich ernährter Kinder (Hoefler u. a.) 546 (R 2461).
- Ernährungskrankheiten des Kindes (Müller) 748 (C).
- Ernährungsschwierigkeiten beim Kleinkind (Kornfeld) 968 (C).
- Ernährungsstörung, der Spruekrankheit ähnliche (Holmes u. Starr) 565 (C).
- Ernährungsstörungen des Säuglings (Burghi) 751 (C).
- Eros u. Feuer (Götz) 607 (C).
- Erotik in der Arzt-Patient-Behandlung (Herzberg) 781 (R 3574).
- Erregbarkeitsmessung s. Chronaxie.
- Erstgebärende, alte (Mras) 802 (R 3628).
- Ertäubung von Kindern durch intestinale Intoxikation (Yearsley) 859 (R 3941).
- Erysipel fulminans (Hjort) 838 (C).
— Behandlung (Chomenko) 525 (C).
— Behandlung (de Lavergne u. a.) 1025 (C).
— Heilwirkung auf bösartige Tumoren (Waldapfel) 1078 (R 4956).
— bei Kindern (Cushing) 1049 (R 4842).
- Erythem (Wohlstein u. Schmidt) 1036 (R 4758).
— medikamentöses (Lortat-Jacob) 882 (C).
- Erythema annulare centrifugum (Tyzenko) 525 (C).
— exsudativum (Obermayer) 1036 (R 4757).
— infectiosum (Smith) 811 (R 3685).
— nodosum (Munro) 565 (C).
— nodosum tuberculosum (Heimbeck) 564 (C).
— nodosum (Achard) 839 (C).
— nodosum (Levin) 967 (C).
- Erythrocytosis crurum (Heidenfeld) 521 (C).
- Erythropoese der tuberkulösen Toxämie (Leibensohn) 972 (C).
- Erythrozyten s. a. Blutkörperchen.
— basophil granuliert (Lehmann) 958 (R 4435).
— Größenbestimmung (Parker u. a.) 566 (C).
— und Leukozyten, Verteilung an der Peripherie (Reichel) 924 (C).
— Senkungsreaktion (de Azevedo) 659 (C).
— Senkungsgeschwindigkeit der — bei Infektionen (Wyllie) 838 (C).
— Senkungsreaktion bei chronischer Appendicitis (Schipunom) 883 (C).
— Zahl, geographische Abweichungen (Haden) 1024 (C).
- Erziehung, biologische Grundlagen (Peters) 519 (C).
— physische (Tissie) 928 (C).
- Eserin s. Physostigmin.
- Essentucki (Predtetschenski) 883 (C).
- Essigsäureprobe im Liquor (Piotrowski) 969 (C).
- Esthimeneform, tropische (Joachimovits) 888 (R 4069).
- Etnophrenie (Götz) 913 (R 4231).
- Eudorina elegans (Halberstaedter u. Luntz) 924 (C).
- Eugenik (Zurukzoglu) 519 (C).
— in der katholischen Literatur (Mayer) 790 (C).
- Eumydin u. Papaverin (Handovsky) 878 (C).
- Eunuchoidismus (Ratner) 679 (R 3086).
- Euphiolesystem (Münch) 924 (C).
- Eutirsol (Willms) 879 (C).
- Exairese u. Pneumothorax (Vajda) 793 (C).
- Exanthem (Bosma) 749 (C).
— postvakzinales (Seier) 982 (R 4515).
— subitum (Willi) 1021 (C).
- Exogene Vergiftungen (Bürger) 792 (C).
- Exophthalmus, Diagnostik des inflammatorischen (Rönne) 661 (R 2968).
— pulsierender (Josefson) 866 (R 3993).
- Exsikkose (Schiff) 655 (C).
- Exostosen, Pathogenese der kartaligenären (Schramm) 834 (C).
- Expression nach Kristeller (Bär) 759 (R 3434).
- Exsudate, K u. Ka-Gehalt (Häbler) 909 (R 4201).
— u. Transsudate (Rivalta) 730 (R 3343).
- Exsudative Netzhauterkrankungen (Zinsser) 654 (C).
- Extraduraler Abszess (Berggren) 793 (C).
- Extraktion, soziale Indikation (Jäger) 1069 (C).
- Extraktivstoffe aus Zellen u. Geweben (Winkler u. Köck) 776 (R 3541).
- Extrasystolie (Rosin) 677 (R 3077).
— (Mester) 748 (C).
— (Rosin) 839 (C).
- Extremität, operative Verlängerung der unteren — (Chachutons) 522 (C).
- Extremitäten, Defekte der unteren (Lönqvist) 793 (C).
— familiäre Mißbildung der oberen (Kutzenock) 519 (C).
- Fäden, nichtschleifende (Danziger) 926 (C).
- Fadenpilzkolonien unter der Wirkung des Lichtes (v. Berde) 877 (C).
- Fadicit (Lipschitz) 836 (C).
- Fahraeusches Phänomen (Lukomsky) 926 (C).
- Fahrerlähmung des Nervus ulnaris (Kino) 779 (R 3561).
- Fallotsche Tetralogie (White u. Sprague) 565 (C).
- Fallsuchtanfälle bei Kindern (Keller) 797 (C).
- Farbenhören (Susmann Galant) 965 (O).
- Farbenproben (Bush) 970 (C).
- Farbensinn, polychromatische Refraktionskurve (Bomvetsch) 699 (C).
- Farnwurzel (Zickgraf) 774 (R 3529).
- Fascia lata am Auge, Verwendung (Reimers) 656 (C).
- Faszie als Nahtmaterial (Hoguet) 881 (C).
- Faszientransplantation (Mahischew) 837 (C).
— (Mc Glannan) 1024 (C).
- Fäzes, Wasserstoffionenkonzentration (Tilger) 682 (R 3122).
- Fazialisparese bei Mittelohrleiden (Lund) 979 (R 4495).
- Febris undulans (Bondo) 811 (R 3687).
— (Klinkert) 837 (C).
- Feersche Neurose (Glauber) 792 (C).
— (Villegas) 859 (R 3947).
— (Zechlin) 947 (R 4362).
- Fehlgeburten (Dornedden) 895 (R 4120).
— in Lübeck (Hartwig) 790 (C).
- Fekalstein (Dresser) 881 (C).
- Felsenbein, Hämangioendotheliom (Specht u. Völker) 518 (C).
— Suppurationen (Kos) 1072 (C).
- Felsengebirgsfieber (Spencer) 539 (R 2407).
— (King) 708 (R 3172).
- Femoralepiphyse, Lösung der unteren (Patterson) 1023 (C).
- Femur Defekt (Ibos) 567 (C).
— Defekt, teilweiser (Feutalais) 659 (C).
— Mißbildung (Graziano) 613 (C).
- Femurepiphyse, distale (Christ) 1019 (C).
— Abreißung der oberen bei der Geburt (Harrenstein) 610 (C).
- Femursarkom (Monteiro) 524 (C).
- Fenster-Sphinkteroskop (Strauss) 1068 (C).
- Fermentation u. Fäulnis (Rosell) 1023 (C).
- Fermentwirkung des Mumienmuskels (Sehr) 700 (C).
- Ferrizyankali, Intrakutanreaktion (Brugsch) 834 (C).
- Ferrizyankaliumreaktion, intrakutane — intrakutane nach Brugsch (v. Versen) 878 (C).
— nach Brugsch (Dietrich) 791 (C).
- Ferse, Malum perforans (Loewe) 800 (R 3615).
- Feststellung toxischer Granulationen der Leukozyten (Schilling) 898 (R 4136).
- Fettdiarrhöe, pankreatogene (Hess Thaysen) 769 (R 3502).
- Fette, parenterale Einführung (Kudrjatzew) 952 (R 4999).
- Fettembolie, zerebrale (Weimann) 701 (C).
- Fettleibige Hypotoniker (Stark) 720 (R 3267).
- Fettleibigkeit u. Fettsucht (Richter) 897 (R 4130).
- Fettlösliches Vitamin s. Vitamin A.
- Fettresorption bei Leberzirrhose (Wendt) 900 (R 4147).
- Fettsklerose, zirkumskripte symmetrische der Säuglinge (Cordsdress) 967 (C).
- Fettspaltung im Duodenalsaft (Stauder) 654 (C).
- Fettstoffwechsel bei Diabetes (Rabinowitsch) 611 (C).
- Fettsucht s. a. Adipositas, Dercumsche Krankheit u. Dystrophia adiposogenitalis.
— (Master u. Oppenheimer) 1071 (C).

- Fettsucht, traumatische hypophysäre (Geldmacher) 561 (C).
 — Kreislaufgeschwindigkeit (Groscurth) 1085 (R 5008).
 — Kurzatmigkeit bei — (Bansi u. a.) 791 (C).
 — Wassergehalt der Haut (Recht) 994 (R 4601).
 — beim Kinde (Schewandin) 614 (C).
 — bei Mädchen (Harrower) 847 (R 3858).
 Fibrochondrom der Hohlhand (Hamann) 608 (C).
 Fibroendotheliome der Dura mater (Bobin) 614 (C).
 Fibroglione der Nasengegend (Rawson u. Vivoli) 659 (C).
 Fibrolipom in der Kreuzbeinhöhle (Inbas) 969 (C).
 Fibrom, Fibromyom s. a. Myom.
 — in der Konkavität der Femoralisarkade (Bonneau) 566 (C).
 Fibroma molle plicae vocalis (Nanninga) 837 (C).
 Fibuladefekt, Behandlung des angeborenen (Haas) 926 (C).
 Fieber s. a. Körpertemperatur.
 — (Burnford) 953 (R 4401).
 — endokriner Mechanismus (Cramer) 655 (C).
 — obskures bei Kindern (Epstein) 989 (R 4560).
 — undulierendes (Hardy) 565 (C).
 Fieberbehandlung (Schmeidler) 1068 (C).
 Filaria (Lane) 750 (C).
 — sanguinis hominis (Neuber) 792 (C).
 Filariasis in Italien (Jura) 660 (C).
 Filixpräparate (Miyasaki) 1067 (C).
 Filmschaukasten (Erdelyi) 1069 (C).
 Filtrieranlage, automatische (Gichner) 1024 (C).
 Filtrierbare Keime (Coles) 795 (C).
 Finger, Verstauchungen u. Verletzungen (Thompson) 658 (C).
 Fingerendglieder, Zerreißen des Streckapparates (Kaefer) 529 (R 2339).
 Fingerfrakturen (Eliason) 658 (C).
 Fingerhulkammer (Braun u. Küstner) 656 (C), 700 (C).
 — Physik der — (Braun u. Küstner) 879 (C).
 Fingerkontrakturen, Schraubenzugbehandlung (Wolf) 925 (C).
 Fingerschiene (Gocht) 834 (C).
 — (Kienle) 967 (C).
 Fingersehnen, Schnitte an — (Chaton) 708 (R 3177).
 Finsendruckbestrahlung der Haut (Popper) 877 (C).
 Fischgräten, verschluckte (Fürstenau) 924 (C).
 Fistelbildungen, röntgenologische Darstellung (Bancroft) 881 (C).
 Fistelcarcinome (Krey) 616 (R 2768).
 Fistula cervico-vaginalis laqueatica (Levit) 933 (R 4282).
 Fixationsabszesse (Pennati) 567 (C).
 Fleckfieber (Ogawa) 612 (C).
 — (Pinkerton) 703 (C).
 — (Moroskin) 797 (C).
 Fleckfieber, Gewebsvirus beim mexikanischen — (Mooser) 609 (C).
 — Myelitis beim — (Netschaj) 660 (C).
 Fleckfieberleber (Coglievina) 811 (R 3691).
 Fleisch in der Säuglingsernährung (Comby) 903 (R 4156).
 Fleisch- und Fleischaugerwaren (Merres) 521 (C).
 Fleischdiät ausschließliche (Lieb) 1071 (C).
 Fleischverdauung im Magen (Rehfuß u. Marzil) 565 (C).
 Flexur-Voloulus u. Trauma (Frankenthal) 528 (R 2330).
 Flimmerarrhythmien, Behandlung (Bruggsch u. Klingmüller) 718 (R 3255).
 Flugzeug Verwendung für Evakuierungszwecke (Sergejew) 752 (C).
 Flugtherapie (Goering) 821 (R 3757).
 Fluor, genitaler (Gaschke) 572 (R 2574).
 — vaginaler (Reichmann) 520 (C).
 — vaginaler (Davis) 887 (R 4067).
 — Behandlung (Payne) 674 (R 3053).
 — Diathermiebehandlung (Neal) 658 (C).
 — Zellstoffwechsel (Ewig) 520 (C).
 — der Virgo intacta (Calmann) 530 (R 2343).
 Fluoresin, Ausscheidung (Ellinger u. Hirt) 1067 (C).
 — bestrahltes in der Carcinombehandlung (Copeman u. a.) 871 (R 4032).
 Fluoreszenz, sichtbare (Bommer) 1037 (R 4763).
 Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen Genitale (Hauser) 1069 (C).
 Foetus s. a. Embryo.
 Fokalinfection (Precht) 724 (R 3303).
 Folie morale (Laignel-Lavastine u. Fay) 1000 (R 4645).
 Folienkombination (Lewin) 1069 (C).
 Follikelflüssigkeit, Hormon der — (Nersewowa) 614 (C).
 Follikulin (Joseph u. Raschkes) 711 (R 3195).
 Foramen obturatorium, Eiterung durch das — (Ottow) 1070 (C).
 — occip. magn., Obturation (Meier) 925 (C).
 — spinosum, Anomalien 612 (C).
 — supratrochleare humeri, Corpus mobile im — (Rostock) 608 (C).
 Fossa iliaca, Semiologie der rechten (Baralro) 659 (C).
 Fötale Mortalität während der Schwangerschaft (Couvelaire) 759 (R 3435).
 Fötus bei engem Becken (Schaaning) 794 (C).
 Fraktur, Behandlung (Ewald) 689 (B).
 — Behandlung (Rütz) 757 (R 3413).
 — Behandlung (Wolf) 1023 (C).
 — Behandlung mit Drahtextension (Stehnke) 749 (C).
 — Behandlung, Schwebeextension in der — (Kraft) 747 (C).
 — Behandlung mit dem equilibristischen Schwingen-Zugapparat (Wijnen) 612 (C).
 — Vermutterung (Ludloff) 563 (C).
 Frakturen, schlecht stehende (Pitzen) 968 (C).
 — bei der Geburt entstandene (Gordon) 881 (C).
 Frakturheilung, Behandlung der verzögerten mit Pseudarthrose (Mommensen) 665 (R 2997).
 Frau, Hygiene u. Diätetik (Stein) 607 (C).
 Frauenarbeit, industrielle (Hirsch) 607 (C).
 — in der Textilindustrie (Geller) 657 (C).
 Frauenheilkunde, Einfluß von Rasse und Umwelt (Rummel) 837 (C).
 Frauenmilch s. a. Milch, Frauen —
 — Kationengehalt (Olewsky) 1068 (C).
 Freibad Dermatitis (Fessler) 791 (C).
 Freiburg i. B. Größe u. Gewicht von Volksschulkindern (Stein) 561 (C).
 Freiluftschulen (Armand (Delille) 928 (C).
 Fremdkörper, Einklemmung verschluckter (Mather) 969 (C).
 — in der Bauchhöhle (Rabinowitsch) 701 (C).
 — in den Urogenitalorganen der Frau (Tscherkow) 758 (R 3426).
 — in der Vagina (Gurewitsch) 758 (R 3427).
 Frischmilch, bestrahlte (Bamberger) 949 (R 4375).
 Frost am Oberschenkel (Zadik) 654 (C).
 Frostschäden (Perutz) 534 (R 2377).
 — (Dittrich) 761 (R 3448).
 — (Beck) 805 (R 3642).
 Frucht, Diagnostik des Absterbens mittels Röntgenfotografie (Szellö) 804 (R 3636).
 Fruchtabtreibung s. Abort, krimineller.
 Frühgeborene, Anämieprophylaxe (Wundt) 924 (C).
 — Ernährung (v. Raisz) 1070 (C).
 — Ernährungsbehandlung (v. Oettingen) 837 (C).
 — Fürsorge (Schödel) 969 (C).
 Frühinfiltrat (Geronne) 793 (C).
 — (Güterbock) 986 (R 4536).
 — und Hochgebirge (Loeb) 722 (R 3285).
 Frühsterblichkeit (Rott) 580 (R 2628).
 — (Schoedel) 837 (C).
 Früh- und Spätjahrkinder (Blonsky) 924 (C).
 Fuafin (Khalil u. a.) 747 (C).
 Furchenbildung im Gesicht bei Neugeborenen (Fischl) 792 (C).
 Fürsorgeziehung (Rosenhaupt) 1021 (C).
 — (Schlosser) 561 (C).
 Furunkel, Behandlung (Andrews) 658 (C).
 Furunkulose, Behandlung mit Sulfur iodatum (Lapidus) 568 (C).
 — lokale Vakzinebehandlung (Reiter) 609 (C).
 — mit Sarcine tetragena (Galli-Valerio) 968 (C).
 Fusion, Vertikaldivergenz u. Rollung (Herzau) 699 (C).
 Fuß als Urbild gestaltender Funktion (Weinert) 887 (R 4062).

- Fußbehandlung tuberkulöser Tumoren am — (Sorrel) 708 (R 3179).
 — Belastung (Weinert) 657 (C).
 — Fixierung (Schneider) 705 (C).
 — paralytische Mißbildungen (Mayer) 1023 (C).
 Fußbekleidung des Kindes (Adams) 1071 (C).
 Fußbeschwerden, Erkennung und Behandlung (Debrunner) 741 (O).
 Fußgangrän (Wolf) 658 (C).
 Fußgelenk, knöcherne Vereinigung (Campbell) 750 (C).
 Fusskomplex (Gongerot) 795 (C).
 Fußleiden, Verhütung (Berg) 1069 (C).
 Fußwurzel, Arthrodese (Friedland) 519 (C).
- Galaktoseassimilation der Leber, Einfluß von Adrenalin (Blösch) 953 (R 4404).
 Galle, Einfluß des Chlorkalziums auf die Giftigkeit der — (Emerson) 612 (C).
 — Diastasebefunde in der — (Popper) 878 (C).
 — hepatitische Residualbeschwerden nach Operationen (Pribram) 1068 (C).
 — toxische Komponente (Emerson) 595 (R 2723).
 — Sekretbildung (Sawahischina) 923 (C).
- Gallenblase Darstellung im Röntgenbild (Grebe) 1019 (C).
 — Echinokokkus (Schuryok) 883 (C).
 — Entleerung (Vincent) 729 (R 3339).
 — Entleerungsmechanismus (Schöndube) 699 (C).
 — Entzündung, Diabetes bei und nach — (Haug u. Wöhrmann) 816 (R 3725).
 — Erkrankung (Friedrich) 799 (R 3603).
 — Erkrankung, Gastrosasmus bei — (Gray u. Bernstein) 945 (R 4351).
 — Erkrankung, bakteriologische Studie (Branch) 954 (R 4407a).
 — Erkrankungen u. Diabetes (Strauss) 900 (R 4146).
 — Exstirpation, Pseudorezidive (Hollenbach) 616 (R 2765).
 — motorische Funktion (Benassi) 1002 (R 4663).
 — Operation (Kliewe u. Rose) 655 (C).
 — Oral-Tetragnost, Darstellung im Röntgenbild (Brockmann) 869 (R 4012).
 — Perforation (Costa) 659 (C).
 — perorale Röntgendarstellung (Baetzner) 686 (R 3151).
 — Physiologie (Brummelkamp) 837 (C).
 — röntgenologische Darstellung (Geling) 826 (R 3796).
 — beim Typhus (Westphal u. a.) 597 (R 2731).
 — als Sitz von Infektionsherden (Wilkie) 795 (C).
- Gallenblase und Herz, Erkrankungen (Leech) 900 (R 4145).
 Gallenfarbstoff s. a. Bilirubin.
 — Bildung (Czike) 655 (C).
 — Nachweis im Harn (Glass) 729 (R 3340).
 Gallen fisteln, postoperative (Demel) 521 (C).
 Gallenfluß, Regulation (Babkin u. Webster) 795 (C).
 Gallengangsyste (Sieber) 1070 (C).
 Gallenperitonitis (Tschassnikow) 701 (C).
 — Saft, Säure-Basenbeschaffenheit (Gamble) 612 (C).
 — Steine s. a. Cholelithiasis.
 — Behandlung (Dreyfuss) 613 (C).
 — Bildung (Reinhold u. Ferguson) 703 (C).
 — Diagnostik (Wessel) 838 (C).
 — interne Behandlung (Rosenstingl) 1069 (C).
 — gastrische Hämorrhagien (Ricci) 613 (C).
 — Leberschädigungen im Verlauf (Konjetzny) 678 (R 3081).
 — Operation (Aldor) 524 (C).
 — Operation (Rosenack) 524 (C).
 — Pathogenie u. Behandlung (Gaehlinger) 523 (C).
 — Röntgen-Diagnostik (Case) 556 (R 2534).
 — Schock bei — (Tscherswinskaja) 752 (C).
- Gallenwege Erkrankungen (Adler u. zu Jeddelsh) 720 (R 3271).
 Gallensteinileus (Holz) 816 (R 3724).
 Gallenwege, Behandlung der Erkrankungen (Lebermann) 836 (C).
 — Erkrankungen (Lepehne) 879 (C).
 — Erkrankungen (Grossmann) 928 (C).
 — Erkrankungen, Diagnostik (Adler u. Jedelloh) 655 (C).
 — Luft in den — (v. Friedrich) 561 (C).
 — luftgefüllte bei einer Fistel zwischen Duodenum u. Ductus choledochus (Oehnell u. Lindblonn) 1002 (R 4662).
 — Spasmen in den — bei Affektionen der weiblichen Genitalorgane (Schaefer) 531 (R 2352).
 — Verblutung aus den — (Strauss) 954 (R 4409).
 — Verschuß (Beckmann) 720 (R 3270).
- Galopprrhythmus bei Hypertension (Mond u. Oppenheimer) 717 (R 3254).
 Galvanokaustik bei Infiltration der Cornea (Rosenstein) 883 (R 4034).
 Gamelan (Mattauch) 748 (C).
 Gammastrahlenbehandlung, vom Gewebe absorbierter Energiemengen (Stahel) 879 (C).
 Gammazismus (Liebmann) 1019 (C).
 Ganglienzellen als Bestandteil der Zirbel (Kolmer) 926 (C).
 — bei Encephalitis epidemica (Nishii) 877 (C).
 — im Vorderhorn der Lumbalan-schwellung (Tsiminakis) 877 (C).
- Ganglion, ausgehend vom medialen Kniegelenksmeniskus (Silfverskiöld) 611 (C).
 — coeliacum, Steatorrhöen infolge Erkrankung des — (Thaysen) 703 (C).
 Gangrän, juvenile (Schum) 754 (R 3401).
 — tödliche (Mousseron) 613 (C).
 — sympathisches Nervensystem (Scharapow) 926 (C).
 — durch hämolytische Streptokokken (Meleney) 1079 (R 4961).
 Gasbildende Bakterien, Infektion (de Quervain) 553 (R 2512).
 Gasbrand (Siebner) 664 (R 2985).
 — Immunität gegen malignen (Pettersson) 1083 (R 4989).
 Gasnarkose, kombinierte (Schmidt u. Schaumann) 709 (R 3186).
 Gasödem (Moritsch) 863 (R 3968).
 — Röntgenuntersuchung (Sgalitzer) 870 (R 4019).
 — Bazillen, Infektion mit anaeroben (Löhr) 563 (C).
 Gasperitoneum (Schnitzler) 1029 (R 4706).
 Gasperitonitis (Löhr) 657 (C).
 Gastritis (Eggers) 678 (R 3078).
 — (Kauffmann) 1068 (C).
 — (v. Bergmann) 1088 (R).
 — akute u. chronische (Dahi) 816 (R 3720).
 — phlegmonosa (Schaefer) 608 (C).
 Gastroduodenalulcus, Behandlung (Bassler) 612 (C).
 Gastroenterologie (Golob) 944 (R 4349).
 Gastroenterostomie (Gridnew) 568 (C).
 — (Wilkie) 612 (C).
 — (Briggs) 882 (C).
 — (Bardy) 1074 (R 4924).
 Gastrointestinaltrakt, organische und funktionelle Veränderungen (Talia) 978 (R 4490).
 Gastrokamera (Weiss) 523 (C).
 Gastropose, Querresektion (Martin) 1022 (C).
 Gastro-Pyloro-Duodeno-Enterostomie (Delbet u. de Vadder) 795 (C).
 Gastroschisis Behandlung (Caffier) 837 (C).
 Gastroskop (Hagmann) 1069 (C).
 Gastroskopie, farbige (Michon) 795 (C).
 Gastrosasmus bei Gallenblasenerkrankung (Gray u. Bernstein) 945 (R 4351).
 Gasvergiftung, Bluttransfusion bei — (v. Voithenberg) 520 (C).
 — Lungengangrän bei — (Barth) 751 (C).
 Gaswechsel s. a. Stoffwechsel.
 — und sympathikusreizende Mittel (Capo) 748 (C).
 — elektrolytisches System (Lanni) 748 (C).
 Gaumen, weicher (Neuda) 1021 (C).
 — angeborene Lücken, Divertikel und Fisteln des weichen — (Henschen) 836 (C).
 — Hyperplasie, Behandlung mit Sulfojodetten (Rothenberg) 879 (C).
 — Verfärbung des weichen (Rapoport) 705 (C).

- Gaumenspalte, Operation (Monnier) 609 (C).
- Operationen, Scharlach Erkrankungen nach — (Scheppokat) 878 (C).
- Gebärmutter s. Uterus.
- Gebiß s. a. Zahn.
- röntgenologische Studien am kindlichen (Bustin u. a.) 835 (C).
- Gebißverletzung (Hoffmann) 700 (C).
- Geburt Prognose bei alten Erstgebärenden (Linidén) 576 (R 2598).
- schmerzlose mit tragischem Verlauf (Peeters) 890 (R 4084).
- Wirkung auf das Hirn des Neugeborenen (Joël) 1049 (R 4836).
- bei der — entstandene Frakturen (Gordon) 881 (C).
- in Steißblage (Schoening) 576 (R 2603).
- bei alten Erstgebärenden (Mandelstamm) 847 (R 3854).
- in frontoposterioren Vorderhauptslage (Kobes) 1070 (C).
- und Herzaffektionen (Moron) 576 (R 2601).
- Geburtenaufwertung (Borgius) 749 (C).
- häufigkeit in Bayern (Oettl) 656 (C).
- regelung (Bothe) 735 (R 3378).
- (Riese) 792 (C).
- (Lützenkirchen) 792 (C).
- in Oesterreich (Teleky) 792 (C).
- Geburtenrückgang u. Säuglingssterblichkeit (Rott) 607 (C).
- ziffer u. Sterblichkeit der Säuglinge (Cirajas) 1072 (C).
- Geburtsgewicht (Bluhm) 577 (R 2606).
- hilfe (Eberhart) 521 (C).
- (Bauer) 673 (R 3044).
- abdominale u. vaginale Operationsmethoden (Fraenkel) 671 (R 3034).
- Gefahren (Peterson) 1071 (C).
- häusliche (Klähr) 926 (C).
- Indikationsstellung (Kermauner) 968 (C).
- Lumbalanästhesie in der — (Cheval) 575 (R 2595).
- Neuordnung (Henkel) 531 (R 2357).
- Neuorientierung (König-Brünn) 837 (C).
- Neuorientierung nach Hirsch (Laubenburg) 926 (C).
- operative (Winter) 759 (R 3431).
- schmerzlose (Wood) 881 (C).
- Statistik (Kasten) 561 (C).
- Geburtshilfliche Handgriffe (Bär) 759 (R 3434).
- Neuordnung (Hirsch) 837 (C).
- Operationen, mütterliche Verletzungen (Winter) 563 (C).
- Reichsstatistik (Hirsch) 936 (R 4299).
- Geburtshilfliches Bett (Williamson) 658 (C).
- Geburtsmechanismus (Thoms) 794 (C).
- Geburtsmonat u. Psychose (Tramer) 732 (R 3362).
- Geburtsschock (Mandelstamm) 979 (R 4492).
- Geburtsstatistik (Hedrich) 969 (C).
- Geburtsstrauma (Vögel) 672 (R 3038).
- Hirnblutung durch — (Copper) 803 (R 3635).
- Geburtsverlauf (Samuel) 837 (C).
- Geburtsverletzungen, intrakranielle (Reuss) 1035 (R 4746).
- Gefäß s. Blutgefäße.
- Gefäße, nichtverkalkte periphere im Röntgenbild (Spiller) 562 (C).
- Gefäßverweiterung in arbeitenden Organen (Fleisch) 776 (R 3542).
- Gefäß-Herz-Froschpräparat, überlebendes (Gramenitzki) 790 (C).
- Gefäßrhythmen (Simon) 821 (R 3759).
- Gefäßstörungen, periphere (Assmann) 814 (R 3712).
- Gefäßverengerung, kinetische und tonische (Pal) 550 (R 2489).
- Gefäßverkalkung bei Diabetes (Morrison u. Bogan) 970 (C).
- Gehirn s. Hirn.
- Gehör, Untersuchungen (Benjamin) 969 (C).
- Halluzinationen u. Gehörorgan (Berggren) 549 (R 2486).
- Gehörorgan s. a. Ohr.
- Gehörzentren der Gehirnrinde (Fomin) 791 (C).
- Geißelagglutination (Nelson) 612 (C).
- Geistesranke, Hautaffektionen (Hugo) 640 (R 2929).
- Schlaflosigkeit (Zajackowski) 733 (R 3367).
- Vererbung (Pötzel) 749 (C).
- Geisteskrankheit s. a. Psychose.
- Klassifikation (Roesle) 925 (C).
- Prognose (Meagher) 1101 (R).
- Geistesstörungen, erbliche Anlage (Wagner-Jauregg) 926 (C).
- „Gekreuzte“ Dämpfungen (Winkler) 817 (R 3727).
- Gelatine, Fraktionierung (Kunitz u. Northrop) 565 (C).
- Quellung (Kunitz) 523 (C).
- korsett (Komarowitsch) 797 (C).
- schichtenmodell, elastometrische Messungen (Schmidt u. a.) 746 (C).
- Gelbfieber (Aragao) 523 (C).
- de Mello) 659 (C).
- (Monteiro) 659 (C).
- (Hoffmann) 1021 (C).
- Aenderung der Gerinnbarkeit des Blutes (Vellard) 675 (R 3067).
- Harn (Ferrari) 676 (R 3068).
- Histopathologie der Leber (Penna und de Figueiredo) 751 (C).
- Kerneinschlüsse (Torres) 539 (R 2406).
- Uebertragung des Virus (de Beaurepaire Aragao) 754 (R 3398).
- in Affen (Kuczynski u. a.) 1068 (C).
- in Brasilien (Barroso) 659 (C).
- in Niederland (Dinger u. a.) 837 (C).
- Gelenk Tuberkulose, Wachstumsstörungen bei röntgenbestrahlter — (Hueck u. Spiess) 656 (C).
- Gelenke, Auskultation (Walters) 583 (R 2644).
- Gelenkerkrankungen, Diagnostik und Behandlung chronischer (Umber) 521 (C).
- Kurortbehandlung (Newjadomskij) 810 (R 3683).
- physiotherapeutische Prozeduren (Malkowa-Rjabowa) 779 (R 3559).
- Gelenkerkrankungen, wirtschaftliche Behandlung (Wendringer) 700 (C).
- Gelenkknorpellösung im oberen Sprunggelenk (Sidler) 1022 (C).
- Gelenkkrankheiten (Kienböck) 1020 (C).
- Gelenkraum, negativer Luftdruck im — (Müller) 878 (C).
- Gelenkrheumatismus (Grenet) 990 (R 4567).
- Autohämotherapie (Listengarten) 752 (C).
- Behandlung (Kretz) 1046 (R 4818).
- parenterale Verabreichung (Jachnitsch) 540 (R 2412).
- Wesen des chronischen (Kroner) 584 (R 2646).
- und Mandelentzündung (Clarke) 860 (R 3949).
- Gelenkschmerzen in Beziehung zum Wetter (Rentschler) 1071 (C).
- Gelenksfrakturen, Reposition (Skinner) 523 (C).
- Gelenkstuberkulose (Cleveland u. Pyle) 970 (C).
- Gelonida antineuralgica (Markovics) 521 (C).
- antineuralgica (Ruge) 878 (C).
- Gemeingefährlichkeit, amtärztliche Begutachtung (Sighart) 837 (C).
- Gemütsbewegungen (v. Wyss) 925 (C).
- Genickstarre s. Meningitis epidemica.
- Genie u. Irrsinn (Schulhof) 824 (R 3781).
- Genital s. a. Geschlechts-.
- Genitalcarcinom, Operation u. Aktinobehandlung (Mikulicz-Radecki) 619 (R 2787).
- Genitale Blutungen (Böhm) 567 (C).
- Entzündungen, Röntgenbehandlung (Seisser) 1069 (C).
- Erkrankungen und Diabetes (Bokelmann) 572 (R 2578).
- Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen — (Hauser) 1069 (C).
- nichtvenerische Affektionen (Simon) 794 (C).
- Unfallfolge im weiblichen (Walther) 609 (C).
- Vakzine des weiblichen (Fischer) 562 (C).
- Genitalcarcinom (Gornick) 968 (C).
- Genitalorgane, Gangrän (Gaté u. Rousett) 623 (R 2818).
- Spasmen in den Gallenwegen bei Affektionen der weiblichen (Schaefer) 531 (R 2352).
- Genitalprolaps (Porges u. Zimmer) 669 (R 3019).
- (Cotte) 750 (C).
- (Alabaster) 838 (C).
- Genitalsphäre, septische Infektion in der weiblichen (Kakuschkin) 660 (C).
- Genitaltrakt beim Weibe (Dyloff) 976 (R 4480).
- Zystenbildungen im Gebiet des weiblichen (v. Zalewski) 668 (R 3016).
- Genito-rektales Syndrom (Roegholt) 655 (C).
- Genitoadrenalsyndrom (Langeron u. Danès) 928 (C).

- Genius epidemicus (Grabert) 655 (C).
 Gentianaviolett, wachstumhemmende Wirkungen (Stearn) 1024 (C).
 Genu impressum (Jansen) 1030 (R 4716).
 Gerichtliche Medizin (Merkel) 879 (C).
 Gewinnung s. a. Koagulation.
 — Untersuchung (Fonio) 925 (C).
 — Störung, hämophile (v. Falkenhäusen) 1018 (C).
 Geroxyl (Scharlan) 774 (R 3528a).
 Gerstenerkrankungen (Winkler) 748 (C).
 Geschlechtliche Abstinenz in ethischer Beleuchtung (Steiger-Kazal) 524 (C).
 Geschlechtsbestimmung auf Grund der Blutreaktion (Owtschinnikow) 793 (C).
 Geschlechtsbestimmung Farbreaktion des Blutes (Krasinskaja-Ignatowa) 797 (C).
 Geschlechtscharaktere des Weibes, Umwandlungen der sekundären — (Münzer) 521 (C).
 Geschlechtskranke, Beschäftigung während des Krankenhausaufenthaltes (Langer) 747 (C).
 — Beschäftigung in Krankenhäusern (Stern) 1068 (C).
 — Reichszählung (Dornedden) 810 (R 3680).
 Geschlechtskrankheiten (Colmán) 562 (C).
 — (Coutts) 750 (C).
 — Epidemiologie (Oppenheim u. Fessler) 892 (R 4103).
 — homöopathisch behandelt? (Aebly) 966 (C).
 — wirtschaftliche Behandlung (Jadasohn) 700 (C).
 — Jugendlischer (Pernambuco) 567 (C).
 — Prophylaxe (Choroschin) 713 (R 3211).
 — Statistik (Haustein) 577 (R 2611).
 — in der Handelsmarine (Hanschell) 881 (C).
 — in der Handelsmarine (Ross) 881 (C).
 — Gesetz zur Bekämpfung (Hensel) 519 (C).
 — (Alexander) 562 (C).
 — (Wulff u. Wolffson) 700 (C).
 — (Pappritz) 748 (C).
 — (Loewenstein) 790 (C).
 — (Schäfer) 836 (C).
 — Bekämpfung in Madrid (Berajano) 524 (C).
 Geschlechtsorgane, entzündliche Erkrankungen der weiblichen (Ter-Gabrielan) 974 (R 4462).
 — Spontangrän (Simnitzki) 752 (C).
 — Moorbehandlung u. Elektroionenbehandlung bei chronischen Entzündungen der weiblichen (Schmundak) 619 (R 2785).
 Geschlechts- u. Hautkrankheiten (Buschke u. Joseph) 701 (C).
 Geschlechtstrieb (Ceni) 701 (C).
 Geschwulst s. a. Carcinom, Sarkom u. einzelne Geschwülste, Tumor.
 Geschwülste, Zellstruktur (Lipschütz) 521 (C).
 Geschwür s. Ulcus.
 Geschwüre, Behandlung trophischer mittels Alkoholinjektionen (Mc Clintic) 565 (C).
 Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Wulff u. Wolffson) 700 (C).
 Gesicht Tumoren bei Radiumbehandlung (Hintze) 1019 (C).
 Gesichtsfekt, Transplantation eines Bauchhautlappens (Charcijew) 840 (C).
 Gesichtsfurunkel (Nowicki) 929 (C).
 — Behandlung (Saudek) 968 (C).
 Gesichtshautplastik (Reinberg) 563 (C).
 Gesichtsinfektionen (Foote) 658 (C).
 Gesichtslähmung, zentrale u. periphere (Fleischmann) 836 (C).
 Gesichtsplastiken (Schlesinger) 924 (C).
 Gesundheitslehre, Unterricht in — (Hertel) 792 (C).
 Gewebeelastizität (Keller) 614 (C).
 Gewebsatmung (Radzymowska) 525 (C).
 Gewebszüchtung (Erdmann) 525 (C).
 — (Kapel) 793 (C).
 Gewerbegifte (Weisz) 556 (R 2533).
 Gewerbestaub Inhalation (Scharlau) 923 (C).
 Gewerbliche Vergiftungen (Floret) 702 (C).
 Gewicht s. Körpergewicht.
 Ghonsche Herde (Panow) 545 (R 2450).
 Gicht (Richter) 519 (C).
 — medikamentöse Behandlung (Straube) 878 (C).
 — mikroskopische Befunde (Pommer) 747 (C).
 — bei Javanern (Groot) 610 (C).
 — und uratische Steinkrankheit (Goldberger) 623 (R 2817).
 Gichtische Veranlagung (Brock) 746 (C).
 Gifte, flüchtige (Zanyger) 609 (C).
 Giftgase u. Wärme, Wirkung (Leites) 923 (C).
 Gingiva, Basalzelltumoren (Kleine) 992 (R 4582).
 — Elephantiasis der — (Läwen) 861 (R 3954).
 Gipsapparate, gefensterter (Ducroquet) 796 (C).
 Gipsverband, redressierender (Nölle) 701 (C).
 Gitalin, Wirkung (Mansfeld u. Horn) 923 (C).
 Glandula pinealis s. Zirbeldrüse.
 Glaskörper (Baurmann) 1018 (C).
 Glaskörpertrübungen, operative Behandlung (Wegener) 840 (R 3811).
 Glasmacherstar (Vogt) 609 (C).
 Glassplitter, Genuß gesundheitsschädlich? (Greiff) 879 (C).
 Glaukom (Prosper) 706 (R 3160).
 Glaukom (Lachmann) 836 (C).
 — (Krause) 1022 (C).
 — chronisches (Veil) 797 (R 3590).
 — juveniles (Werner) 753 (R 3392).
 — Adrenalinbehandlung (Wright u. Nayar) 969 (C).
 — Behandlung (Norton) 881 (C).
 — Behandlung (Rosenstein) 883 (R 4034).
 Glaukom, physikalische Behandlung (Spath) 794 (C).
 — Operation (Mauksch) 563 (C).
 — Beeinflussung durch Röntgenbestrahlung der Schilddrüse (Krasso) 841 (R 3815).
 — Verlagerung der Retina in die Papilla bei — (Koyanagi) 655 (C).
 Gleichrichter (Spiegler) 1068 (C).
 Glia s. Neuroglia.
 Gliom, Konstitution (Usawa) 877 (C).
 — der Medulla oblongata (Perkins) 731 (R 3352).
 Gliomatose des Rückenmarks (Guillain u. a.) 971 (C).
 Gliombildung im Hirn (Herrmann) 554 (R 2520).
 Globulinämie bei Pneumonie (Loeper u. a.) 882 (C).
 Glomenol, Trypsin u. Ephedrin gelöst (Caulfeild) 703 (C).
 Gluthation (Yaoi) 523 (C).
 — (Baker) 658 (C).
 — (Bulliard) 613 (C).
 Glykämie (Rathery) 566 (C).
 Glykämische Kurve unter Thymuseinwirkung (Piana) 1025 (C).
 Glykämische Reaktion bei frühgeborenen u. neugeborenen Kindern (Strykowitsch) 610 (C).
 Glykogen, Physiologie (MacLeod) 795 (C).
 Glykogen des Blutes (Schwarz u. Gerson) 608 (C).
 Glykogenamylase im Lebergewebe (Przylecki u. Wogrik) 794 (C).
 Glykogenmastversuche (Junkersdorf u. Witsch) 1018 (C).
 Glykokoll (Nord) 1023 (C).
 Glykolyse u. Milchsäure im Liquor (Fasold u. Schmidt) 863 (R 3972).
 Glykose s. a. Blutzucker, Glykämie, Zucker.
 — im Harn (Hassan) 794 (C).
 Glykosegabe, perorale (Holtz) 967 (C).
 Glykoselösungen, Ueberleben von Carcinom- u. Embryonalgeweben (Kowtunowitsch) 525 (C).
 Glykosurie, nichtdiabetische (Meyer) 541 (R 2418).
 — nichtdiabetische (Ustredt) 855 (R 3915).
 — innocens (Rau) 834 (C).
 — Radiumwirkung auf die — bei Carcinombestrahlung (Dautwitz) 609 (C).
 — und Diabetes (Salén) 1043 (R 4808).
 Glykuronsäuren, Aufbau der gepaarten bei Leberaffektionen nach Phosphorvergiftung (Nasarjantz) 684 (R 3135).
 Gnathotom (Wolf) 563 (C).
 Goethe u. die Abstammungslehre (Jablonski) 791 (C).
 Gold s. a. Krysolgan, Sanocrysin.
 Gold (Assmann) 993 (R 4593).
 Goldbehandlung, Pigmentierung nach — (Zimmerli u. Lutz) 761 (R 3445).
 Goldsolreaktion (Einstein) 836 (C).
 — (Neel u. Dickmeiss) 865 (R 3984).
 Goldstopfmethode nach Sachs (Greth) 1068 (C).

- Gonaden s. Geschlechtsdrüsen.
 Gonoiontophorese (Caesar) 775 (R 3537).
 Gonoiontophorese (Happel) 879 (C).
 Gonokokken Biologie (Nagell u. Danielsen) 526 (R 2320).
 — Biologie u. Serologie (Buschke u. Casper) 829 (O).
 — Hautinfektion durch — (Genner u. Schultzer) 938 (R 4310).
 — Nachweis (Lorch) 914 (R 4240).
 — Peritonitis (Bertrand u. Carcassone) 750 (C).
 — Züchtung auf Blutwasser-Agar (Casper) 878 (C).
 — im Mastdarm (Mühlpfordt) 793 (C).
 Gonokokkenlebendvakzine (Wolff) 835 (C).
 Gonokokkentoxin, Kutanreaktion mit — (Demonchy u. Benoist) 850 (R 3880).
 Gonokokkenvakzine, lokale Anwendung (Saradeshow) 938 (R 4311).
 — intern verabreichbare (Platzer) 798 (R 3597).
 — (Blümmers) 807 (R 3655).
 Gonopurin (Fried) 521 (C).
 Gonorrhöe, weibliche (Temesváry) 806 (R 3651).
 — der Frau (Lilienthal) 521 (C).
 — der Frau (Stein) 673 (R 3050).
 — der Frauen u. Kinder (Buschke u. Joseph) 1021 (C).
 — Akridinbehandlung (Vonkennel) 1080 (R 4970).
 — Behandlung (Scholtz) 850 (R 3870).
 — Behandlung der weiblichen (Fessler) 622 (R 2812).
 — Behandlung mit intravenösen Cuprumsulfuricum-Injektionen (Olah) 614 (C).
 — Diagnostik, Oxydasereaktion in der — (Price) 565 (C).
 — Diathermiebehandlung (Ballico) 850 (R 3878).
 — Fleckenuntersuchung (Medwedj) 782 (R 3578).
 — Frequenz (Buschke u. Kaufmann) 1069 (C).
 — Frühbehandlung der weiblichen — (Rosenstingl) 747 (C).
 — Heilung der chronischen durch akute (Valerio) 674 (R 3051).
 — Jontophoresebehandlung der weiblichen (Bode) 535 (R 2585).
 — Komplementbindung (van der Hoeden) 562 (C).
 — Komplementbindungsreaktion (Kwiatkowski) 762 (R 3455).
 — Konstitution (Hecht) 892 (R 4104).
 — Impfung mit europäischem Typhus recurrens (Batunin u. a.) 980 (R 4505).
 — Malariabehandlung der weiblichen (Schaefer) 878 (C).
 — Partagonbehandlung der weiblichen (Veigand) 1080 (R 4969).
 — Pathologie u. Bakteriologie (Borza) 614 (C).
 — Rückfälle (Geyer) 713 (R 3212).
 — Serodiagnostik (Cohn) 892 (R 4105).
 — Ultimatumurethroskop (Bruck) 762 (R 3454).
 Gonorrhöe, Urethraverschluss zur Behandlung bei männlicher (Badrian) 535 (R 2384).
 — Vakzinetherapie (Demonchy) 839 (C).
 — Vulvovaginitis (Spanier) 1092 (R).
 — chinesische Heilmittel (van der Hoog) 1022 (C).
 — und Retroflexio uteri (Liegner) 530 (R 2345).
 Gonorrhöische Augenkrankheiten (Singer) 796 (C).
 — Epididymitis u. Omphalitis (Wiesner) 938 (R 4312).
 — Erkrankungen bei der Frau (Chodetzki) 615 (C).
 — kutane Infektion (Genner u. Schultzer) 838 (C).
 — Synovitis des Kniegelenks (Porter u. Rucker) 970 (C).
 Gonovitan (Wolff) 519 (C).
 — (Kübelstein) 747 (C).
 — (Wolff) 835 (C).
 Grana boraxata, Epilepsiebehandlung mit — (Jellinck) 924 (C).
 Granulofilozyten (Moldawski) 906 (R 4183).
 Granulom (Dominguez u. Bizzozzer) 659 (C).
 — Strahlenbehandlung des malignen (Mandarino) 1004 (R 4677).
 Granulomatose, vertebrale (Llambias u. Tobias) 524 (C).
 Granulozytenapparat, Schädigung (Korach) 835 (C).
 Graphokop nach Feissly (Levy) 608 (C).
 Gravidität s. Schwangerschaft.
 Gravitrol (Podkowa) 747 (C).
 — als Uterotonikum (Klaften) 748 (C).
 Greifreflex (Freeman u. Crosby) 1071 (C).
 Grenzstrahl-Mekapion (Strauss) 1020 (C).
 Grenzstrahlen Behandlung der Dermatosen (Fuhs) 700 (C).
 — Wirkung auf die Haut (Herxheimer u. Uhlmann) 782 (R 3581).
 — Behandlung von Hautkrankheiten (Bruner) 871 (R 4031).
 — Behandlung (Bucky) 871 (R 4030).
 Grippale Infekte bei Kindern (Davis) 522 (C).
 Grippe (Guérin) 751 (C).
 — Aetiologie u. Klinik (Krause) 654 (C).
 — Blasenblutungen bei — (Podvinec u. Pollak) 792 (C).
 — Epidemie (Grubergritz) 614 (C).
 — Epidemie; (Reichsgesundheitsamt) 717 (R 3248).
 — Epidemie 1929 (Natorp) 834 (C).
 — Epidemie 1928/29 (Hoffmann) 834 (C).
 — Epidemiologie (Jürgensen) 521 (C).
 — Gelenkerkrankungen (Weil) 856 (R 3921).
 — Hautausschlag (Komarow) 765 (R 3473).
 — Komplikation (Viegner u. Wellner) 521 (C).
 — Lipoidämie u. Cholesterinämie bei — (Jackson) 596 (R 2725).
 Grippe, Sekundärstadium (Noeggerath) 1041 (R 4799).
 — Vakzinebehandlung. (Gelfgat) 614 (C).
 — Warzenfortsatz- u. Gesichtshöhlenentzündungen (Ferreri) 811 (R 3686).
 Größenwahn bei verschiedenen Psychosen (Perlmutter) 957 (R 4427).
 Großhirn s. a. Hirn.
 Grundstoffwechsel, übergewichtige Kinder (Topper u. Muller) 1093 (R).
 Grundumsatz s. a. Stoffwechsel.
 — (Liebesny) 563 (C).
 — bei Schwangeren (Plass u. Yoakam) 1054 (R 4874).
 — u. Reaktion des Blutes (Vaccarezza u. a.) 592 (R 2705).
 Guajakharz-Farbensolreaktion (v. Thurzó) 821 (R 3760).
 Guajakprobe (de Thurzó) 1054 (R 4878).
 Gumma penis et scroti (Mariantschik) 702 (C).
 Gummischlauchverband (Saalfeld) 654 (C).
 Gussapparat (Gutmann) 834 (C).
 Guttadiaphot (Kammitzer) 519 (C).
 — (Schilling) 798 (R 3595).
 — (Lorenz) 903 (R 4161).
 — (Stenzel) 904 (R 4169).
 Gynäkologie (v. Jaschke) 1005 (B).
 — abdominale u. vaginale Operationsmethoden (Fraenkel) 671 (R 3034).
 — Bedeutung des Kauffmannschen Versuchs für die — (Küstner) 573 (R 2581).
 — biologische Orientierung (Givatoff) 572 (R 2573).
 — Erfolgsstatistik (Nürnberger) 564 (C).
 — Gefahren (Peterson) 1071 (C).
 — und Malaria (Piet) 934 (R 4291).
 Gynäkologische Erkrankungen, Behandlung mittels Diathermie (Henseler) 1005 (B).
 — Orthopädie (Martins) 837 (C).
 — Plastik (Frank) 887 (R 4066).
 Gynecolorina (Schmitz) 878 (C).
 Gynekomastie (Iwantschenko) 701 (C).
 Gynergen (Uter) 530 (R 2351).
 — (Sangiorgi) 676 (R 3070).
 — Behandlung von Basedow mit — (Buchstab u. Ochs) 614 (C).
 Haarfärbemethoden (Schrader) 791 (C).
 Haarpilze (Toma) 703 (C).
 Haarsystem, Radiobehandlung bei Erkrankungen des — (Belot) 882 (C).
 Haarwachstum, Beeinflussung durch äußerliche Mittel (Forster) 966 (C).
 Haarzunge, Röntgenepilation der — (Dohan) 819 (R 3743).
 Hackenfuß (Kniepkamp) 1019 (C).
 Hakenwurm (Coy) 881 (C).
 Hakenwurmkrankeheit u. Schwangerschaft (King) 1033 (R 4732).
 Halbwellenapparat (Spiegler) 1068 (C).
 Hallux flexus (Timmer) 757 (R 3415).
 — valgus, Operation (Raven) 702 (C).

- Hallux, valgus, operative Behandlung (Lorenz) 879 (C).
- Halluzinose (Gordon) 612 (C).
- (Fünfgeld) 640 (R 2933).
- Hals, laterale Fisteln (Nylander) 561 (C).
- Halsphlegmone, Operation (Linck) 1074 (R 4922).
- Halsreflexe, tonische (Topow) 836 (C).
- Halsrippe (Tretter) 840 (R 3810).
- Halsspeicheldrüse (Browder) 611 (C).
- Halswirbel (Erdeli) 1069 (C).
- Halszysten, parathyreoidale (Nylander) 611 (C).
- Hämagglutination, pathologische (Barla-Szabó u. a.) 1018 (C).
- Hämangiom-Chondromen im Skelett u. Weichteilen (Hulten u. Loven) 969 (C).
- Hämatemesis, idiopathische (Roberts) 522 (C).
- Hämatoenzepthale Schranke (Stern) 1021 (C).
- Hämatogenes Syndrom (Roskam) 1024 (C).
- Hämatokrit (Kollath) 879 (C).
- Hämatom s. Blutung.
- Haematoma unguale traumaticum (Beer) 1021 (C).
- Hämatometra im Nebenhorn (Genell) 619 (R 2783).
- Hämatoporphinurie, Epidermolysis bullosa mit — (Marcozzi) 980 (R 4500).
- Hämatoporphyrurie (Bejül u. Gelman) 521 (C).
- Hämatoporphyrinprobe bei okkulten Blutungen (Altmann u. Kallner) 682 (R 3118).
- Hämatotherapie bei Säuglingserkrankungen (Friedmann) 840 (C).
- Hämatoxylin-van-Gieson-Elastin-Färbung (Hollborn) 561 (C).
- Hämatozele bei Tubenschwangerschaft (Mertens) 879 (C).
- Hämaturie s. a. Hämoglobinurie, Nierenblutung.
- (Hagen) 655 (C).
- (Ziegelroth) 1019 (C).
- schmerzfreie (Fränkel) 925 (C).
- Ursachen (Lins) 567 (C).
- Hammerzehe, operative Behandlung (Fickenwirth) 657 (C).
- operative Behandlung (Lorenz) 879 (C).
- Hämochromatose (Dworak) 541 (R 2422).
- Hämochromogen (Anson u. Mirsky) 523 (C).
- Hämoglobin s. a. Methämoglobin.
- (Tachi) 795 (C).
- Schwankungen bei Jugendlichen (Bobrow u. Brenner) 636 (R 2904).
- präzipitine (Gussew) 568 (C).
- Hämoglobinurie (Dozsa) 793 (C).
- paroxysmale (Kalf-Kalif) 541 (R 2423).
- paroxysmale (Mackenzie) 579 (R 2616).
- paroxysmale (Risak) 1069 (C).
- Bazillus Sordellii bei der — (Hall) 970 (C).
- Hämogramm s. Blutbild.
- (Schilling) 898 (R 4136).
- bei Kindern (Rossi) 1025 (C).
- Hämoklasische Krise nach Pneumothoraxfillung (Avezzu u. Boggian) 613 (C).
- Hämoklasische Probe bei gonorrhoeischen Affektionen (Armanini) 673 (R 3049).
- Hämolyse s. a. Ambozeptor.
- nach Transfusion von Blut der gleichen Gruppe (Hercog u. Hahn) 582 (R 2639).
- Hämophagie nach Müller (Segre) 971 (C).
- Hämophile Gelenkerkrankung (Reinecke u. Wohlwill) 583 (R 2645).
- Hämophile Gerinnungsstörung (v Falkenhausen) 1018 (C).
- Hämophilie (Pickering) 750 (C).
- (Klemperer) 1021 (C).
- Anaphylaxie bei — (Riecker u. Lichty) 612 (C).
- Behandlung (Niekau) 521 (C).
- Behandlung mit Nateina (Schrader) 547 (R 2470).
- Blutstillung (Vogel) 1022 (C).
- Massenblutungen ins Nierenlager (Traum) 608 (C).
- Plättchenzerfallsgeschwindigkeit (Baar u. Szekely) 749 (C).
- Hämophysen (Bezançon) 814 (R 3713).
- Hämoptye, tuberkulöse (Lindt) 857 (R 3928).
- Hämorrhagie s. a. Blutung.
- leukozytäres Blutbild (Heftler) 660 (C).
- aus dem Gastro-Intestinaltrakt (Sante) 544 (R 2444).
- Hämorrhagische Diathesen u. Limanotherapie (Brussilowski) 615 (C).
- Erkrankungen beim Neugeborenen (Kugelmass u. a.) 546 (R 2459).
- Hämorrhoidalvenen, Thrombose der — (Smith) 702 (C).
- Hämorrhoiden, innere (Becker) 1024 (C).
- thrombosierte (Yeomans) 658 (C).
- Behandlung (Unger) 1021 (C).
- Behandlung mittels mechanischen Druckes (Seitschikow) 797 (C).
- Elektrokoagulation durch Diathermie (Thielemans) 1104 (R).
- und Schwangerschaft (Braun) 520 (C).
- Hämosiderosen (Sellei) 535 (R 2379).
- Hand, Infektion (Raison) 658 (C).
- Knorpelgeschwulst der Beuge-sehnscheiden (Brennemann u. Jung) 704 (C).
- Epidermophytide der — (Jadassohn u. Peck) 892 (R 4099).
- Händewaschen (Ulrichs) 522 (C).
- Handgelenk Tuberkulose (Schnek) 932 (R 4278).
- Handgelenkumfang bei verschiedenen Altersstufen (Kornfeld u. Schüller) 946 (R 4358).
- Handphlegmone, intraarterielle Injektionsbehandlung (Bonoli) 664 (R 2987).
- Handreflex (Perémy) 699 (C).
- Handrückenödem (Klassen) 761 (R 3447).
- Handwurzel Verletzungen (Schnek) 561 (C).
- Handwurzelknochen, Anomalie (Epstein) 519 (C).
- divergierende Luxation (Schnek) 1068 (C).
- Hängebrust, Operation (Baum) 521 (C).
- Harmin (Pinéas) 590 (R 2691).
- (Dalmer) 967 (C).
- Harn Ausscheidung organischer Säuren (Joffe, Mainzer u. Scherer) 1098 (R).
- Desinfektion (Bodländer) 925 (C).
- Farbreaktionen bei Infektionskrankheiten (Chomenko) 908 (R 4193).
- Infektion der Frau (Tietze) 801 (R 3622).
- Inkontinenz bei Frauen (Fränkel) 939 (R 4327).
- Konkrement, Röntgendiagnostik (Baensch) 657 (C).
- Krankheiten, Behandlung (Colman) 562 (C).
- kulturelle Untersuchung (Noguès) 839 (C).
- Lichtabsorption (Leikola) 865 (R 3985).
- Mischinfektion mit Tuberkelbazillen und Paratyphusbazillen (Puntoni) 660 (C).
- spektrophotometrische Untersuchungen (Leikola u. Vartiainen) 865 (R 3986).
- Verhaltung (Henkel) 834 (C).
- Verhaltung, Behandlung (Praetorius) 579 (R 2621).
- Verhaltung, postoperative (Ancrow) 894 (R 4117).
- Wasserstoffzahl (Mainzer) 1020 (C).
- Zucker- und Azetonbestimmung (Pinero) 659 (C).
- Harnbestandteile, pathologische (Beaufils) 839 (C).
- Harnbildung (Bujnewitsch) 729 (R 3341).
- Harnblase s. a. Cystitis.
- Atonie (Fronstein) 715 (R 3231).
- Blutungen bei Grippe (Podvinec u. Pollak) 792 (C).
- Divertikel (Schmidt) 561 (C).
- Divertikel (Noszkay) 567 (C).
- Divertikel (Griepkoven) 853 (R 3896).
- Divertikel (Visher) 927 (C).
- Divertikel (Pugh) 970 (C).
- Divertikel (Lower u. Higgins) 1024 (C).
- Divertikel (Chule) 1082 (R 4982).
- Divertikel (Ruiz) 1082 (R 4983).
- Divertikel, Leukoplakie in einem — (Bugbee) 838 (C).
- Divertikel, Röntgenbild (Horváth) 644 (R 2955).
- Divertikulose (Hernt) 1071 (C).
- Einbrüche genitaler Eiterherde (Ottow) 927 (C).
- Ektopie (Sonow) 705 (C).
- Entleerung nach Heiss (Friedel) 967 (C).
- epitheliale Geschwülste (Frater) 939 (R 4326).

- Harnblase, Epitheliome, Behandlung (Frater) 838 (C).
- Fremdkörper (Ottow) 522 (C).
 - Fremdkörper (Hollinger) 701 (C).
 - Fremdkörper (Vingreen) 701 (C).
 - Fremdkörper (Bitschaj) 793 (C).
 - Fremdkörper (Haines) 927 (C).
 - Fremdkörper (Szerszynski) 1025 (C).
 - Fremdkörper (Hubinont) 1072 (C).
 - Geschwülste (Young) 750 (C).
 - Infektion (Wordley) 1070 (C).
 - Kaugummi (Goodman) 982 (R 4512).
 - Leiden (Fürbringer) 763 (R 3463).
 - Leiomyosarkom (Häger u. Hunt) 1071 (C).
 - Malakoplakie u. Fibroid (Melnikova-Raswedenkova) 525 (C).
 - Mißbildungen (Langer) 624 (R 2823).
 - neurogene (Rose) 893 (R 4112).
 - Perforation einer mischinfizierten tuberkulösen (Schürer) 699 (C).
 - Pfeifenstein (Dozza) 1022 (C).
 - Ruptur (Szper) 929 (C).
 - Ruptur (Stirling u. Belt) 1071 (C).
 - Scheidenfisteln, plastischer Verschuß (Hromada) 522 (C).
 - Spülung (Hryntschak) 656 (C).
 - Steine (Sorrentino) 1025 (C).
 - Stein Erkrankung (v. Illyés) 796 (C).
 - Störungen bei Erkrankungen des Dick- und Enddarmes (Heckenbach) 809 (R 3672).
 - Topographie (v. Schubert) 927 (C).
 - Tumoren (Neill) 959 (R 4442).
 - Tumoren, Röntgenuntersuchung (Sgalitzer) 521 (C).
 - Behandlung von Tumoren (Rumpus) 852 (R 3895).
- Harnblasen-, Darm- u. Harnröhren-Darmfisteln (Bailey) 851 (R 3894).
- Harnblutungen, intravenöse Injektionen von Natriumzitrat (Phélip) 839 (C).
- Harnfähige Substanzen (Schlayer) 730 (R 3342).
- Harnfarbstoff, Vorstufen im Serum (Barrenscheen u. Popper) 609 (C).
- Harninfektion (Schwarz) 793 (C).
- Harnleiter s. a. Ureter.
- Harnröhre s. Urethra.
- Harnsäure, Abbau im Blut (Gomolinska) 794 (C).
- Verteilung zwischen Blut u. Gewebssaft (Wohlgemuth u. Scherk) 791 (C).
 - und Gichtproblem (Richter) 519 (C).
 - zur Beurteilung der Nierenfunktion (Müller u. Krumeich) 1067 (C).
- Harnstoff Bestimmung im Wasser (Wette) 607 (C).
- Synthese in der Fettleber (Imhäuser) 1018 (C).
 - Belastung als Nierenfunktionsprobe (Steinitz) 996 (R 4608).
 - Belastungsprobe für die Nierenfunktionsprüfung (Steinitz) 1081 (R 4979).
- Harnverhaltung s. a. Anurie.
- Harnwege, infektiöse Erkrankungen (Gaschke) 747 (C).
- angeborene Erweiterungen der oberen (Spitzer) 656 (C).
- Harnwege, postoperative Komplikationen (Day) 611 (C).
- Röntgendiagnostik bei pathologischen Veränderungen der oberen (Dohan) 1020 (C).
 - Salvarsan bei Erkrankungen (Loeb) 763 (R 3462).
 - Sekundärinfektionen (Lautmann) 715 (R 3233).
 - Sexualdisposition bei Erkrankungen der — (Günther) 1039 (R 4780).
 - Steinerkrankungen (Lampé) 521 (C).
 - Verschuß der oberen (Campbell) 970 (C).
- Harzburg, Inhalatorium (Rheso) 748 (C).
- Hausfrauenberuf (Hirsch) 642 (R 2944).
- Hausgehilfinnen, Arbeitsverhältnisse (Israel) 790 (C).
- Hauspflege der Krankenkassen (Schlossmann) 642 (R 2943).
- Haut, physikalische Allergie (Urbach) 791 (C).
- Amyloidosis (Gutmann) 834 (C).
 - Anatomie u. Biologie (Friboes) 834 (C).
 - Blasenausschläge (Pinkus) 521 (C).
 - Blutzucker bei eitrigen Entzündungen (Nissle) 1079 (R 4958).
 - Carcinom (Potter) 673 (R 3047).
 - Carcinom ultraviolettes Licht u. Entstehung (Rothman u. Bernhardt) 835 (C).
 - kongenitale Defekte (Rüder) 1091 (R).
 - Dysthyreosis (Glaubersohn) 522 (C).
 - elektrophysiologische Untersuchungen (Keller) 655 (C).
 - Epitheliom (Southam u. Mumford) 565 (C).
 - Erkrankung, lokale Ultraviolett- u. Hochfrequenzbehandlung (Heller) 879 (C).
 - Behandlung der Erkrankungen (Milowidow) 806 (R 3649).
 - Erkrankungen, Organtherapie (Karo) 891 (R 4095).
 - Erkrankungen, Behandlung mit Grenzstrahlen (Bruner) 871 (R 4031).
 - Hyperalgesie am Abdomen (Boas) 747 (C).
 - Infektion durch Gonokokken (Genner u. Schultzer) 938 (R 4310).
 - Lymphangiome (Tryb) 1067 (C).
 - Mykosen (Alexander) 1020 (C).
 - neurogene u. psychogene Störungen (Eller) 638 (R 2924).
 - neurogene u. psychogene Störungen (Eller) 891 (R 4094).
 - Radium bei der Behandlung des Carcinoms (Sittenfeld) 959 (R 4441).
 - Reaktionen (Belgodère) 750 (C).
 - kongenitales Sarkom (Sieber) 1022 (C).
 - Syphilis, experimentelle (Uhlenhuth) 609 (C).
 - Transplantationen (Zimches) 568 (C).
 - Trophoneurose (zur Verth) 748 (C).
 - Tuberkulose (Albert) 656 (C).
 - (Dittrich) 679 (R 3092).
- Haut, (Kaplanski) 883 (C).
- (Blumenthal) 926 (C).
 - (Krantz) 1019 (C).
 - Veränderung, lineare (Dombrowski) 746 (C).
 - Verbrennung, Kontrakturen nach — (Beckmann) 881 (C).
 - Verkalkung (Patrassi) 980 (R 4503).
 - Verletzungen (v. Deschwanden) 1021 (C).
 - Wasserstoffionenkonzentration (Marchionini) 1067 (C).
 - Zinntherapie pyogener Erkrankungen (Orbach) 747 (C).
 - und innere Medizin (Hess) 563 (C).
 - und Stoffwechsel (Pulay) 878 (C).
- Hautadern, Blutdruck der — (Herczog) 797 (C).
- Hautangiome, Behandlung mit Radium (Wallon u. a.) 796 (C).
- Hauteruptionen bei typhösen Erkrankungen (Rosenthal) 713 (R 3208).
- Hauterythem (Reisner) 1019 (C).
- Hautextrakt, Wirkung (Enkoist) 746 (C).
- Hautgefäße, Veränderungen durch langdauernde Einwirkung klimatischer Faktoren (Haxthausen) 805 (R 3647).
- Hautjucken beim Ikterus (Rosenthal) 701 (C).
- Hautkapillarmikroskopie (Jaensch) 1004 (B).
- Hautkranke, Reaktion des Harns (Scholtz jr.) 746 (C).
- Hautkrankheiten, berufliche (Arzt) 563 (C).
- Behandlung (Colman) 562 (C).
 - Behandlung (Knowsley Sibley) 703 (C).
 - Behandlung mit kleinsten Strahlendosen (Fuhs u. Kograd) 713 (R 3210).
- Hautleiden, Behandlung der kosmetischen (Kromayer) 689 (B).
- Anwendung des Lichtes (Reyn) 702 (C).
- Hautpilze, pathogene (Kadisch) 930 (R 4260).
- Hautprüfung, funktionelle (Steiner) 746 (C).
- Hautreize, Bedeutung rückläufiger auf den Mechanismus des Organsschmerzes (Weiss u. a.) 635 (R 2902).
- Hebammen, Fortbildung (Ginsburg) 929 (C).
- Hebamme u. die Säuglingsfürsorge und -pflege (Martin) 793 (C).
- Hebammenfrage (Kovács) 567 (C).
- Hebammenlehrbuch (Burckhard) 837 (C).
- Hefe, Vitaminanreicherung der Muttermilch u. Kuhmilch mittels bestrahlter — (Wachtel) 879 (C).
- Hefepreparate, Saprophytenflora in — (Weichardt) 748 (C).
- Hefetherapie (Kröber) 770 (R 3507).
- Heftpflasterverband (Krida) 658 (C).
- (Kienle) 878 (C).
- Heilanstalt (Gelpke) 925 (C).
- Heilpädagogik (Seeling) 1069 (C).
- Heliocitin (Steudel) 548 (R 2477).

- Heliotherapie s. a. Lichtbehandlung.
 Helsehen (Pagenstecher) 738 (B).
 Helminthiasis (Gruenzweig-Grulewski) 1089 (R).
 — Behandlung mit Tetrachlorkohlenstoff (Pimentel) 775 (R 3536).
 Helminthologische Beobachtungen in Ostpreußen (Vogel) 1019 (C).
 Helpin (Vogt) 819 (R 3748).
 Hemiatrophia faciei (Wolff) 779 (R 3560).
 Hemiballismus (Pelnar u. Sikl) 1057 (R 4892).
 Hemihypertrophie (Dardani) 613 (C).
 Hemiplegie, einseitige Herabsetzung des Patellarreflexes (Neiding) 608 (C).
 — homolaterale bei Meningeaverletzung (König) 878 (C).
 Hemiplegie, transitorische post partum (Frühinsholz) 751 (C).
 Hemitania (Redlich) 780 (R 3569).
 Hepatitis (Barboza) 659 (C).
 — tuberkulose (Hausmann) 1089 (R).
 — nach Appendektomie (Manheim) 985 (R 4533).
 Hepato-lentikuläre Degeneration (Barnes u. Hurst) 794 (C).
 — lineale Erkrankungen (Romm) 1025 (C).
 Heredität s. Vererbung.
 D'Hérélisches Phänomen (Markuse) 610 (C).
 Hermaphroditen, Operationen an — (Meixner) 748 (C).
 Hermaphroditismus u. Geschlechtsumwandlung (Bernier) 689 (B).
 Hernie diaphragmatica (Tucherer) 991 (R 4578).
 — diaphragmatica, Röntgendiagnostik (Nyström) 826 (R 3795).
 — diaphragmatica dextra hepatis (Zwicker) 834 (C).
 — eingeklemmte (Jennings) 658 (C).
 — eingeklemmte (Gabathuler) 1029 (R 4708).
 — eingeklemmte epigastrische (Loeper) 928 (C).
 — funiculo-umbilicalis (de Lima) 991 (R 4580).
 — paroesophagea (Stroomann u. Schierge) 557 (R 2536).
 — retroperitonealis (Flechtenmacher) 793 (C).
 — traumatische (Herbst) 793 (C).
 — Behandlung (Monnier) 932 (R 4274).
 — Frühoperation (Neugebauer) 835 (C).
 — Injektionsbehandlung (Hall) 970 (C).
 — Irreponibilität (Schmidt) 522 (C).
 — Operation (Studsinsky) 528 (R 2333).
 — als Unfall- u. Berufserkrankung (Marin) 659 (C).
 — bei einseitigen Zwillingen (Birkenfeld) 699 (C).
 Herostratentum, soziales (Gengler) 835 (C).
 Herpeszoster, Beziehung zu Arsen und Varizellen (Weber) 838 (C).
 — ophthalmicus 927 (C).
 — und Windpocken (Vedder) 749 (C).
 Herpesencephalitis (Ward u. Fei-Fang-Tung) 658 (C).
 Herpesencephalitis (Zinsser) 703 (C).
 Herpesvirus (Andervont) 703 (C).
 — im Blut (Gildenmeister u. Heuer) 561 (C).
 Herz s. a. Angina pectoris, Elektrokardiogramm, Endokarditis, Myokarditis, Puls.
 — Affektionen u. Geburt (Maron) 576 (R 2601).
 — Auskultation im Augenblick des Lagewechsels (Lian) 677 (R 3076).
 — balneologische Erfahrungen (Bauke) 519 (C).
 — Behandlung mit g-Strophantin in Zuckerlösung (Gehrmann) 547 (R 2471).
 — Disposition zu Erkrankungen (Kerley) 546 (R 2462).
 — scheinbare Doppelbildung (Kisch) 837 (C).
 — Elektrogramm (Vogelsohn) 928 (C).
 — Elektrokardiographie des absterbenden (Vogelsohn) 952 (R 4393).
 — Energieumwandlungen des muskelkräftigen und muskelschwachen (Eismayer u. Quimcke) 1020 (C).
 — Erkrankungen (Mc Phedram) 750 (C).
 — Erkrankungen (Grünbaum u. a.) 1021 (C).
 — Erkrankungen bei Schulkindern (Cahan) 1024 (C).
 — Erkrankungen, Störungen im oberen Abdomen (Immerman) 863 (R 3975).
 — Erregungs- u. Kontraktionsablauf (Sachs) 924 (C).
 — Funktion bei Schülern (Thouvenel) 958 (R 4431).
 — Funktionaldiagnostik (Ratner) 568 (C).
 — funktionelle Diagnostik (Smargin) 971 (C).
 — Hormon (Pawlenko) 635 (R 2897).
 — Hypertrophie, idiopathische (Whittle) 795 (C).
 — Insuffizienz (Guggenheimer) 519 (C).
 — Insuffizienz (Iversen) 837 (C).
 — Insuffizienz, Angina pectoris u. — durch Gicht (Döumer) 899 (R 4141).
 — Isographie u. Kinetographie (Stumpf) 1019 (C).
 — Kinetographie (Stumpf) 959 (R 4438).
 — Kollaps (Lebermann) 768 (R 3491).
 — kongestive Erkrankungen (Smith) 703 (C).
 — Langendorfsche Apparatur für die Durchströmung des Warmblüterherzens (Wiemer) 790 (C).
 — Entwicklung durch Leibesübung (Lorentz) 836 (C).
 — Mißbildung (Martinez) 751 (C).
 — Mißbildung (Smetana) 926 (C).
 — Muskelverkalkung nach Sublimatvergiftung (Rüther) 633 (R 2882).
 — Veränderungen bei Myom (Janaki) 975 (R 4472).
 — plastische Darstellung (Palmieri) 1002 (R 4657).
 — radiologische Studien (Wheeler) 1023 (C).
 Herz, humorale Regulierung (Demoor) 882 (C).
 — Refraktärstadium (Lutembacher) 1024 (C).
 — Reservekraft u. Insuffizienz (Wolfer) 609 (C).
 — Rhythmus, Einfluß der Exstirpation des Sinoaurikulärknoten (Awerianow u. a.) 928 (C).
 — Rhythmus, Elektrokardiogramm bei regelmäßigem — (Mosler) 952 (R 4394).
 — Röntgenbild des alternden — (Kloiber) 782 (R 3582).
 — Ruptur (Görke) 971 (C).
 — Schmerzen (Lichtwitz) 898 (R 4137).
 — Syphilis (Cookson) 795 (C).
 — syphilitische Erkrankung (Gager) 893 (R 4109).
 — Tätigkeit, chemische Regulierung (Scharikowa) 951 (R 4392).
 — Tätigkeit, chirurgische Beeinflussung krankhafter — (Felix) 931 (R 4269).
 — Tätigkeit während des Schlafes (Boas u. Weiss) 1071 (C).
 — Thrombose der rechten und der linken Aa-coronaria (Kohan u. Aunin) 926 (C).
 — Transposition der Kammerostien (Spitzer) 926 (C).
 — Ventrikel, Entwicklung der Muskelzusammensetzung (Shanev) 523 (C).
 — Vergrößerung (Haedicke) 563 (C).
 — Vergrößerung bei angeborener arteriovenöser Kommunikation (Rösler) 900 (R 4143).
 — Verletzung (Hoche) 521 (C).
 — Verletzung (Kontorowitsch) 972 (C).
 — Versagen chronisch kranker durch Stoffwechselstörungen in der Körperperipherie (Weiss) 878 (C).
 — Wiederbelebung mittels intrakardialer Adrenalininjektion (Tanzii) 814 (R 3708).
 — Wirkungen von Bittermitteln (Weger) 966 (C).
 — im Typhoidfieber (Brow) 750 (C).
 — und Aortenbefunde bei plötzlichem Tode (Brack) 1086 (R 5016).
 — und Gefäßerkrankungen (Brugsch) 1105 (B).
 — und Struma (Chesky) 1028 (R 4702).
 Herzalternans (Scherf u. Zdansky) 835 (C).
 — Herzarbeit bei hoher Frequenz (Rückle) 837 (C).
 Herzbeutel s. a. Perikard.
 Herzblock (Yater) 1070 (C).
 — bei Digitalismedikation (Reid) 1071 (C).
 — und Urämie (Mohler) 523 (C).
 Herzfehler (Klieneberger) 608 (C).
 — als Tuberkulosemaske (Menzel) 837 (C).
 Herzfürsorge bei den Krankenkassen (Sachs) 958 (R 4432).
 Herzgefäßbild bei Thoraxdeformitäten (Rösler) 699 (C).
 Herzgegend, Pulsationsphänomene in der — (Weltmann) 701 (C).

- Herzgeräusche (Posener u. Tredelenburg) 793 (C).
 — Makinsches Symptom beim arteriovenösen Aneurysma (Diez) 569 (R 2551).
 Herzgewicht der Fische (Kisch) 657 (C).
 Herzgröße, röntgenologische Untersuchungen (Rösler) 1068 (C).
 — nach Entfettungskuren (Scharpf) 1085 (R 5009).
 — unter dem Einfluß bestimmter Sportarten (Herxheimer) 1069 (C).
 Herzgrößen- u. Thoraxbreitenbeurteilung (Kirsch) 1106 (B).
 Herzinfarkt (Fracassi u. Ruiz) 1086 (R 5014).
 Herzklappen Apparat, Erkrankung (Simnitzki) 984 (R 4527).
 — Erkrankung, Infektionsherd (Koritzki) 984 (R 4526).
 — traumatische Erkrankung (Castex u. di Cio) 796 (C).
 Herzkrankte, Behandlung (Siebeck) 1069 (C).
 — Fieber (Moussour) 898 (R 4138).
 — Säuretherapie bei der Entwässerung (Stroomann) 791 (C).
 — wie sollen — leben? (Mendelsohn) 1004 (B).
 Herzkrankheiten, Blutzucker (Chasanoff) 543 (R 2433).
 Herzmuskel s. a. Myokarditis.
 — Leitungsstörungen (Schellong) 1020 (C).
 Herzneurosen (Schwarzmann) 984 (R 4525).
 — (Schwarzmann) 1086 (R 5015).
 Herzschlag Volumen (Hazay) 550 (R 2490).
 Herzscherzen (Kartschikjan) 705 (C).
 — (Behr) 925 (C).
 Herzspitze im Orthodiagramm (Gallino) 686 (R 3147).
 Herzsyndrom in der Tuberkulose (Arróm) 986 (R 4539).
 Herztön, Ursache des ersten (Palfrey) 523 (C).
 Herztöne, Arrhythmie der kindlichen (v. Schröder) 564 (C).
 — gespaltene (Nekljudow) 840 (C).
 — gespaltene u. überzählige (Gubergritz) 525 (C).
 Herztonusreflexe (de Candia) 928 (C).
 Heterochylie (Mirkin) 705 (C).
 Heterogenetische Forschung (Forssman) 521 (C).
 Heufieber (Ray) 565 (C).
 — (Feinberg) 612 (C).
 — Behandlung (Leeuwen, v.) 584 (R 2647).
 — desensibilisierende Behandlung (Petow u. Farmer Loeb) 584 (R 2648).
 — Artspezifität der Gräser (Benjamin u. a.) 1028 (R 4694).
 — Säurebehandlung (Beckmann) 927 (C).
 Heuschnupfen, Bestrahlungsapparat zur Heilung von — (Salmony) 608 (C).
 — und exsudative Diathese (Kaupe) 836 (C).
 Hexamethylentetramin (Meyer) 748 (C).
 — intravenös (De Capua) 725 (R 3306).
 — in der Augenheilkunde (Adrogué u. Sena) 661 (R 2970).
 Hexosediphosphorsäure (Morgan u. Robinson) 794 (C).
 Hilustuberkulose (Costantini) 630 (R 2860).
 — (Johnston) 969 (C).
 Hinton-Glyzerin-Cholesterin-Agglutination (William u. a.) 565 (C).
 Hinton Test bei Syphilis (Osmond) 1070 (C).
 Hirn Abszeß, Pneumographie (Bakuleff) 931 (R 4268).
 — Abszesse bei bronchopulmonären Zuständen (Gordon) 897 (R 4134).
 — Antisera, Wirkung auf das Hirn (Plaut) 1028 (R 4699).
 — Arteriosklerose (Schulz) 731 (R 3351).
 — Blutung durch Geburtstrauma (Copper) 803 (R 3635).
 — Entwicklungsgeschichte des — (Hochstetter) 690 (B).
 — Erschütterung (Knauer) 734 (R 3373b).
 — Erschütterung (Haase) 998 (R 4629).
 — Geschwülste, Behandlung (Christiansen) 823 (R 3775).
 — Geschwülste, meningeale (Pette) 999 (R 4631).
 — Geschwülste, Symptomatologie (Christiansen) 823 (R 3774).
 — Gummata, chirurgische Behandlung (Bagdasar) 911 (R 4213).
 — Licht- u. Farbsinnzellen (Henschen) 1100 (R).
 — Lipide (Schiff) 549 (R 2487).
 — Milchsäuregehalt bei Atemnot (Cobet) 1018 (C).
 — Physiologie (Seleny) 928 (C).
 — Röntgenbilder der Ventrikel und Seen des — (Bize) 1002 (R 4655).
 — Wirkung der Röntgenstrahlen auf das wachsende (Demel) 702 (C).
 — Schießwunden (Dmitrijew) 568 (C).
 — Sitz eitriger Prozesse (Eagleton) 523 (C).
 — Schwellung (Strecker) 731 (R 3354).
 — Strahlenempfindlichkeit (Druckmann) 879 (C).
 — Tätigkeit, Anregung (Loevenhart u. a.) 565 (C).
 — Trauma (Sebold) 568 (C).
 — Tumoren (Souttar) 522 (C).
 — Tumoren, elektrochirurgische Entfernung (Sénèque) 598 (R 2737).
 — Tumoren, Schädeltympanie (Riki) 685 (R 3141).
 — Tumoren, Gefäße bei (Yaskin) 877 (C).
 — Tumoren, psychische Symptome (Bostroem) 999 (R 4630).
 — Tumor u. Röntgenbild (Heymann) 608 (C).
 — Volum u. Schädelkapazität (Ehrenrooth) 880 (C).
 — Zystizerkose (Salinger u. Kallmann) 823 (R 3776).
 — nach Urämie (Uchida) 911 (R 4211).
 Hirnchemie (Tscherniakowski) 727 (R 3322).
 Hirndruck, Behandlung des traumatischen mit Traubenzuckerlösung (Thomas) 569 (R 2550).
 Hirnhaut s. a. Meningen.
 — Entzündung beim Neugeborenen (Köhler) 880 (C).
 Hirnreizstoff (Steinach) 951 (R 4387).
 Hirnrinde, Aufbau u. Funktion (Henschen) 727 (R 3321).
 Hirntopistik (Schröder) 967 (C).
 Hirntuberkeln (Ferris) 1071 (C).
 Hirnverletzte, Begutachtung (Otten) 823 (R 3773).
 Hirnvolumetrie (Nayrac) 1025 (C).
 Hirnsprungesches Syndrom als erste Erscheinung angeborenen Myxödems (Schippers) 656 (C).
 Histamin (Katz) 560 (C).
 — blutdrucksteigernde Wirkung (Alexiu) 1067 (C).
 — Herzinsuffizienz durch — (Rühl) 1067 (C).
 — Kreislaufwirkung (Kisch) 861 (R 3956).
 — Wirkung auf die Alkalireserve (Katzenelbogen) 970 (C).
 — Wirkung auf die Blutzellregeneration (Huth) 609 (C).
 — Wirkung auf die Iris (Matsuda) 607 (C).
 Histaminprobe zur Diagnostik der Achylie des Magens (Müller u. Goldmann) 729 (R 3335).
 Hochdruck (Pal) 563 (C).
 Hochfrequenzströme in der Behandlung von Hautkrankheiten (Knowsley) 937 (R 4309).
 Hochofenarbeiter, Berufskrankheit (Epstein) 797 (C).
 Hochpotenzen (Simonis) 608 (C).
 Hochspannungsmessung (Nasledow u. Scharawsky) 879 (C).
 Hoden s. a. Geschlechtsdrüsen.
 — allergische Reaktionen (Long) 970 (C).
 — embryonales Carcinom (Stapler) 708 (R 3180).
 — Entzündungen (Frey) 878 (C).
 — Heterotransplantation (Meschtschaninow) 614 (C).
 — teratoide Geschwülste (Dean) 1082 (R 4985).
 — Tuberkulose (Sajtzew) 525 (C).
 Hodensack, Wunddiphtherie (Schmidt) 561 (C).
 Hodensubstanz, Wirkung auf den Zuckerstoffwechsel (Verda u. a.) 612 (C).
 Hodgkinsche Krankheit (Ogloblina) 611 (C).
 Hoffmanscher Reflex (Pitfield) 750 (C).
 Hogival (Herschan) 655 (C).
 — (Herschan) 848 (R 3860).
 Höhenklima (Loewy) 925 (C).
 Höhensonne, Wirkung auf die Blutzuckerkurve (v. Deschwanden) 1052 (R 4863).
 Höhen Sonnenbehandlung (Nicholson) 794 (C).

- Holländische Küste, Klimaunter-
suchungen an der — (Kestner)
654 (C).
- Holzblöcke an Stelle von Krücken
(Parker) 702 (C).
- Homöopathie (Donner) 518 (C).
— (Bastanier) 699 (C).
— (Heppe) 966 (C).
— (Freund) 967 (C).
— (Kötschau) 993 (R 4588).
- Homöopathische Arzneimittellehre
(Meng) 791 (C).
— Arzneimittellehre (Donner) 966 (C).
- Homosexualismus, Heterotransplan-
tation (Kirow) 733 (R 3364).
- Homosexualität (Stekel) 641 (R 2934).
— (Oberndorf) 795 (C).
— (Meagher) 825 (R 3789).
- Hopfenpräparate, Schlafwirkung
(Stavén-Grönberg) 862 (R 3960).
- Hormon s. a. endokrine Drüsen.
- Hormonbehandlung in der Frauenheil-
kunde (Fogel) 796 (C).
— in der Gynäkologie (van Dongen)
934 (R 4287).
- Hormone, endermatische Einführung
(Winkler) 992 (R 4586).
— Einfluß auf Zuckerverteilung u.
Zellpermeabilität (Siegel) 952
(R 4398).
— Elektrolyte (Solowtowa) 883 (C).
- Hormontherapie s. a. Organotherapie.
- Hornhaut s. Cornea.
- Horofter bei schiefer Betrachtung
(Herzan) 654 (C).
- Hörinde (Börnstein) 549 (R 2485).
- Hörstummheit (Nathan) 1072 (C).
- Hosal (Péter u. Röth) 797 (C).
— (Delbanco) 819 (R 3745).
- Hufeisenniere (Ludwigs) 701 (C).
— (Raviola) 971 (C).
- Hüfte, Ankylosierung bei tuberkulöser
Koxitis (Haas) 665 (R 2992).
— Kullissengipsverband (Michel)
659 (C).
— schnelle (Guiberl) 566 (C).
— schellende (Guibel) 566 (C).
- Hüftgelenk, extraartikuläre Immobili-
sierung (Schumm) 612 (C).
— Ganglion (Hammesfahr) 522 (C).
— juvenile Osteochondritiden (Spisic)
886 (R 4053).
— Luxation, angeborene (Satanowski)
659 (C).
— kongenitale Luxation (Krida)
611 (C).
— Luxation, unblutige Einrenkung an-
geborener (Curcio) 659 (C).
— Luxation, blutige Einrenkung der
angeborenen (Herbst) 834 (C).
— Mechanik des luxierten (v. Bülow)
880 (C).
— Osteochondritis disséans (Berg-
mann) 834 (C).
— Tuberkulose (Pattison) 970 (C).
— Veränderungen bei Tabes (Holl)
1069 (C).
— Versteifung (Mayer) 881 (C).
— pferne. Frakturen durch Einsinken
(Cottalorda) 524 (C).
- Hüftverrenkung unblutig behandelte
(Bade) 571 (R 2567).
— unblutig behandelte (Gaugele)
758 (R 3422).
- Hühneraugen (Fox) 658 (C).
- Hühnerei, Synthese u. Analyse im be-
brüteten (Repiow) 839 (C).
- Hühnerpest, Chemotherapie (Collier)
610 (C).
- Hühnersarkom (Gye u. Mueller)
658 (C).
- Humerus Affektion (Panner) 1104 (R).
— intraartikuläre Frakturen (Ramlan-
Hansen) 702 (C).
- Hundebißverletzung (Grilichess)
968 (C).
- Hunger, psychologische Probleme
(Katz) 968 (C).
- Hungern, Einfluß auf das Herzgefäß-
system (Vogelsohn) 928 (C).
- Hungern bei normalen u. bei großhirn-
hemisphärenberaubten Tauben
(Bajandurov) 907 (R 4190).
- Hydatidenzysten der Leber (Dew)
658 (C).
- Hydrologie (da Veiga) 659 (C).
- Hydromeningoencephalocele occipitalis
(Micholitsch) 564 (C).
- Hydronephrose (Hofmann) 610 (C).
— Mac Myn) 853 (R 3899).
— (Haines) 927 (C).
— (Sargent) 970 (C).
— (Ferre) 1024 (C).
— plastische Operation (Stutzin)
1022 (C).
— Rückresorption bei — (Morison) 809
(R 3669a).
- Hydrops s. a. Aszites.
— articulorum intermittens (Schle-
singer) 720 (R 3266).
— congenitus universalis foetus
(de Lange) 947 (R 4366).
— und Wetter (Sachs) 880 (C).
- Hydrosalpinx (Béclère) 524 (C).
— (v. Mikulicz-Radecki) 563 (C).
- Hydrozele, Radikalbehandlung
(Valerio) 674 (R 3054).
- Hydrozephalus chronicus (de Lange)
780 (R 3570).
— Behandlung (Schönbauer u. Hutter)
664 (R 2988).
— Cisterna cerebellomedullaris bei —
(Dietrich) 911 (R 4220).
— durch Meningitis epidemica
Prussak) 563 (C).
- Hygiene, soziale (Ascher) 1021 (C).
— Unterricht in der Schule (Müller u.
Höber) 792 (C).
- Hygienische Volksbelehrung (Vogel)
656 (C).
— (Vogel) 1021 (C).
- Hymenolepis nana in Ungarn (Lorincz)
567 (C).
- Hyperbilirubinämie (Mogena) 750 (C).
— bei Magen Ulcus (Reiche) 700 (C).
- Hyperemesis gravidarum (Peckham)
672 (R 3039).
- Hyperglykämie, alimentäre (Klein u.
Heinemann) 595 (R 2720).
— bei anaphylaktischem Schock
(Zeckwer u. Nadler) 658 (C).
- Hyperhidrosis, Behandlung (Bonnin)
1011 (T).
- Hyperkeratosis blennorrhagica (Jones)
565 (C).
- Hyperkinese professioneller Entstehung
(Bejlin) 685 (R 3139).
- Hypernephrom (Starr-Judd u. Hand)
808 (R 3669).
— als Hirngeschwulst (Bolten) 610 (C).
— und Digestionstrakt (Hoch) 714
(R 3223).
— metastasen in der Vagina (Fleisch-
mann) 522 (C).
- Hyperovarie u. Gestation (Reiprich)
835 (C).
— und Gestation (Freudenberg) 1020
(C).
- Hyperparathyreoidismus (Barr u. a.)
565 (C).
- Hypersensibilität s. Sensibilität,
Hyper —.
- Hypersol (Trawisina) 972 (C).
Hypersolserum (Ejtwit) 972 (C).
- Hypertension, arterielle (Gutman) 827
(R 3808).
— arterielle (Fitch) 1083 (R 4999).
— Behandlung (Achard) 590 (R 2688).
— Chirurgie (O'Hare u. Hoyt) 844
(R 3837).
— Galopprrhythmus bei — (Mond u.
Oppenheimer) 717 (R 3254).
— permanente arterielle (Achard) 594
(R 2718).
- Hyperthyreoide Zustände
(Dautrebande) 659 (C).
— Behandlung mit kurzweiligen
Strahlen (Sluys) 783 (R 3589).
- Hyperthyreoidismus (Loeper u. a.)
882 (C).
— (Groover) 1071 (C).
— Behandlung mit Jod (Dautrebande)
540 (R 2414).
— fraktionierte Joddosen (Dautre-
bande) 897 (R 4133).
— ohne Struma (Tucker) 611 (C).
— und vegetatives Nervensystem
(Lemoine) 613 (C).
- Hyperthyreotische Erkrankungen
(Borak) 1103 (R).
- Hypertonie (Molhant) 585 (R 2649).
— (Lian) 882 (C).
— (Fahr) 898 (R 4135).
— arterielle, Arbeitsfähigkeit (Senator)
1102 (R).
— Behandlung (Szanto) 814 (R 3711).
— klimakterische (v. Rutich) 573
(R 2582, 618 (R 2782)).
— kupferoxydreduzierende Substanzen
im Harn (Wiechmann u. Elzas) 634
(R 2891).
— Pathogenese der essentiellen (Raab)
655 (C).
— Psychotherapie (Schultz) 924 (C).
— Behandlung durch Sölbäder
(Spindler) 700 (C).
— Entstehung (Litzin) 525 (C).
— als Unfallfolge (Rubensohn)
609 (C).
— bei Frauen (Alexander u. Ullmann)
854 (R 3906).
— bei Luftdruckverminderung
(Jaenisch u. Haug) 1021 (C).
— und Chloralhydrat (Spengler) 725
(R 3305).
- Hypnolepsie (Jeliffe) 523 (C).
- Hypnose Anwendung in der Augen-
chirurgie (Krylow) 752 (C).
— Schwankungen der Leukozytenzahl
(Wittkower) 681 (R 3116).

- Hypnoseerlebnis der Schizophrenen (Schilder) 793 (C).
- Hypochlorämie bei Durchgängigkeitsstörungen des Magendarmkanals (Nedochlebow) 972 (C).
- Hypogenitalismus (Serdukoff) 882 (C).
- Hypoglykämie, psychische Krankheitserscheinungen (Wuth) 955 (R 4419).
- Hypoglykämisches Koma (Wiechmann) 970 (C).
- Koma mit Ketonurie (Gottschalk u. Springborn) 943 (R 4341).
- Hypophysäre Erkrankungen (Marburg) 1068 (C).
- Hypophysärer Nanismus (Maslow) 813 (R 3704).
- Hypophyse s. a. Akromegalie, Zwergwuchs.
- (Biedl) 561 (C).
- (Gigon) 700 (C).
- Beziehungen zum Tuber cinereum (Spiegel) 924 (C).
- Erkrankung (Grausfeld) 909 (R 4198).
- Funktion (Koster) 994 (R 4599).
- Geschwülste (Eiselsberg) 924 (C).
- Geschwülste, Röntgenbehandlung (Sgalitzer) 826 (R 3802).
- Präparate in Verbindung mit Diabetes insipidus (Benkovits) 525 (C).
- Röntgenbestrahlung bei der Behandlung klimakterischer Beschwerden (Steinhardt) 960 (R 4445).
- Tuberkulose der —, Verkalkung von Riesenzellen (Löffler) 721 (R 3273).
- Tumor (Benjamin) 1071 (C).
- und Genitalorgane der Frau (Brouha) 1052 (R 4861).
- und Genitalorgane der Frau (Wodon) 1052 (R 4862).
- und Hypothalamus (Frank) 551 (R 2499).
- und radiographische Darstellung der Sella turcica (Cignolini) 1002 (R 4656).
- und weibliches Genitale (Wagner) 670 (R 3028).
- Hypophysenextrakt, Standardisierung (Swanson) 612 (C).
- Hypophysengang Zysten (Flesch) 731 (R 3353).
- Hinterlappen, Sekretion (Siegert) 573 (R 2585).
- unter dem Einfluß der Keimdrüsentätigkeit (Siegert) 654 (C).
- bei Diabetes insipidus (Issac u. Siegel) 924 (C).
- Hypophysenstiel, Tumoren (Beckmann u. Kubie) 1056 (R 4889).
- Hypophysenvorderlappen (Bauer) 925 (C).
- Funktion (Mahnert) 833 (C).
- Hormon (Reiss u. Langendorf) 520 (C).
- Hormon im Blute u. Harn von Neugeborenen (Brühl) 994 (R 4598).
- Hormon im Blut während der Schwangerschaft (Fluhmann) 1071 (C).
- Implantation (Ehrhardt u. a.) 635 (R 2903).
- Hypophysenvorderlappen, Wirkung auf das strahlengeschädigte Ovarium (Walter) 682 (R 3126).
- Extrakt (Larson u. a.) 612 (C).
- Hypophysinbehandlung des Nierensteins (Schöndube) 1039 (R 4776).
- Hypophysinbehandlung des Uretersteins (Schöndube) 1039 (R 4776).
- Hypospadie penoscrotale (Rosenstein) 701 (C).
- perinealis (Schüppel) 1039 (R 4781).
- skrotale (Nissen) 657 (C).
- Hautplastik (Meyer) 885 (R 4046).
- Hypothalamus (Grünthal) 749 (C).
- Hypotonie (Martini) 1021 (C).
- konstitutionelle (Junker) 986 (R 4538).
- Hypotoniker, fettleibige (Stark) 720 (R 3267).
- Hypotrophie s. Unterernährung.
- Hysterektomie (Cotte u. Pouthus) 750 (C).
- nach Beuthner (Henneberg) 609 (C).
- wegen Zervixcarcinom (Keller) 882 (C).
- Hysterie (Farreras) 659 (C).
- (Jung) 700 (C).
- Siegfried) 836 (C).
- Begutachtung (Lische) 968 (C).
- Hysterische Leiden (Christensen) 1023 (C).
- Hysterischer Anfall (Ruschke) 748 (C).
- Hysterosalpingographie (Nahmmacher) 669 (R 3022).
- Hysterotomia corporis als Schwangerschaftsunterbrechung (Portes) 888 (R 4074).
- Ichthoxylsuppositorien (Preuss) 520 (C).
- Ichthyol-Calcium bei Lungentuberkulose (Melzer) 588 (R 2672).
- Ichthyosis congenita (Caffier) 657 (C).
- Vererbung (Orel) 563 (C).
- congenita, Vererbung (Siemens) 877 (C).
- Iconographia urologica (Posner, Rothschild u. Necker) 1005 (B).
- Idiosynkrasie s. a. Allergie, Anaphylaxie, Ueberempfindlichkeit.
- (Boujour) 641 (R 2935).
- Idioten, Zahnanomalien (Mauss) 948 (R 4372).
- Idiotie s. a. Schwachsinn.
- Idiotie, amaurotische (Stewart) 522 (C).
- amaurotische (v. Bogaert) 925 (C).
- mikrocephale (Goldstein u. Murphy) 918 (R 4253).
- Ikterogene Zirrhose (Acunia u. a.) 751 (C).
- Ikterus (Shuman) 523 (C).
- (Brugsch) 544 (R 2442).
- (Weltmann) 656 (C).
- Bilirubinreaktion bei — (Wodinski) 778 (R 3552).
- catarrhalis (Kahlstorf) 791 (C).
- familiaris (de Lange) 947 (R 4366).
- hämolytischer (de Castro) 996 (R 4610).
- Hautjucken (Rosenthal) 701 (C).
- infektiöser im Kindesalter (Steinberg) 883 (C).
- intrahepatischer (Frangenheim) 657 (C).
- Ikterus, kongenitaler, hämolytischer (Zappa) 1025 (C).
- neonatorum (Schultz) 656 (C).
- neonatorum (Garrido-Lestache) 751 (C).
- neonatorum (Jacoby) 878 (C).
- neonatorum (Lenart u. Biro) 924 (C).
- neonatorum (Goldbloom u. Gottlieb) 1091 (R).
- obstruktiver (Walters) 882 (C).
- Pathogenese des regionalen (Corbini) 660 (C).
- Splenektomie bei hämolytischem (Widal u. a.) 704 (C).
- toxischer mit Aszites (Bulmer) 795 (C).
- indirekte Reaktion des Bilirubins bei mechanischer (Hollos) 835 (C).
- Säurebasenhaushalt (Schneider) 791 (C).
- Ikterusindex, Bestimmung (Farahaugh u. Medes) 566 (C).
- im Blutserum (Milroy) 769 (R 3497).
- bei Lobärpneumonie (Elton) 1055 (R 4880).
- Ileokökalgurren an der vorderen Brustwand (Feldmann) 545 (R 2452).
- Ileotyphus, hämorrhagischer (Serra) 796 (C).
- Ileum, tödliche Phlegmone (Boevé) 611 (C).
- Ileus (Schnitzler) 749 (C).
- (Urban) 836 (C).
- akuter (Molesworth) 969 (C).
- Darm-Nierensymptome (Boeckel u. Allenbach) 839 (C).
- Gefrierpunktniedrigung im Blutserum (Müller) 790 (C).
- paralytischer (Müller) 683 (R 3132).
- postoperativer (Dock) 611 (C).
- spastischer (Henle) 684 (R 3133).
- Todesursache bei — (Perelmann) 708 (R 3176).
- Verhinderung des postoperativen durch Spinkterdehnung (Soresi) 663 (R 2980).
- bei Pyelitis gravidarum (Hilgenberg) 533 (R 2369).
- unter der Schwangerschaft (Rupp) 564 (C).
- und Schwangerschaft (Russin) 759 (R 3433).
- Imbezille, Zahnanomalien (Mauss) 948 (R 4372).
- Immunbiologie (Klopstock) 655 (C).
- das lokale Blutbild in seiner Bedeutung (Helmreich) 748 (C).
- Immunität, natürliche Erwerbung (Topley) 795 (C).
- Erzeugung durch das Glühisen (Erb) 878 (C).
- Immunkörper s. Antikörper.
- Immunoral (Littauer u. Bonnin) 836 (C).
- Immunreaktionen, Uebertragung mütterlicher durch den Plazentarkreislauf (Macchi) 752 (C).
- Impetigo anthracoides (Richter) 762 (R 3453).

- Impetigo confluens (Milian) 704 (C).
 — herpetiformis mit Follikulin ge-
 heilter Fall (Migge) 762 (R 3452).
 — neonatorum (Kellert) 990 (R 4561).
 Impfmalaria (Fischer) 521 (C).
 — Lymphozytenbewegungen vor und
 nach der — (Stender) 908 (R 4197).
 Impfpocken, Behandlung der entzün-
 deten (Gellhaus) 609 (C).
 Impfrattenbiß in Behandlung der
 progressiven Paralyse (Grabow u.
 Krey) 957 (R 4425).
 Impftermine, öffentliche (Hackenthal)
 895 (R 4119).
 Impfung, regionale durch die Eintritts-
 pforte (Poincloux) 905 (R 4173).
 Impotente, Psychologie u. Psycho-
 therapie (Osnato) 825 (R 3790).
 Impotenz, psychische (Kronfeld)
 925 (C).
 Indien, Hygiene der Frau (Lombard)
 748 (C).
 Indikan Bildung (Kishi) 795 (C).
 Indol Nachweis in Bakterienkulturen
 (Lapinski) 923 (C).
 Industrie u. Tuberkulose (Grünwald)
 831 (O).
 Industrieentwicklung, Stellung des
 Sozialhygienikers zur — (Banik)
 702 (C).
 Industrieller Gesundheitsdienst
 (Pennoyer) 523 (C).
 Infantil-graziler Körperbautypus
 (Sucharewa u. Schenfil) 637
 (R 2914).
 Infantilismus der Nieren (Fleischmann)
 1081 (R 4978).
 Infektion, Behandlung (Wilensky)
 702 (C).
 — symptomlose (Breinl) 1020 (C).
 Infektionen, Disposition (Reiter) 706
 (R 3164).
 — kongenitale (Stransky) 656 (C).
 — Schutz (Herb) 596 (R 2729).
 Infektionserkrankungen u. Umwelt-
 bedingungen (Weindrach) 525 (C).
 Infektionskrankheiten, epidemiologische
 Klassifikation (Zlatogoroff) 624
 (R 2829).
 — Knochenherdbildungen (Simon)
 1082 (R 4988).
 — Kreislaufstudien (Enke) 1082
 (R 4987).
 Infektionsverhütung in der Bauch-
 chirurgie (Coffey) 756 (R 3406a).
 Infiltrat, Beziehungen des akuten zur
 Spitzenerkrankung (Haeger)
 834 (C).
 Infiltrateinschmelzung, Spontanheilung
 (Ickert) 834 (C).
 Influenza s. a. Grippe.
 — (Regan) 564 (C).
 — (Hurley) 566 (C).
 — (Thompson) 566 (C).
 — Aetiologie der epidemischen
 (Lister) (R 2634).
 — Behandlung mit S. U. P. 36 (Pearce)
 1083 (R 4995).
 — Epidemie (Einhorn) 982 (R 4518).
 — Lungenaffektionen (Löffler)
 562 (C).
 — Pneumonie (Lyon u. Alexander)
 612 (C).
 Influenza-Taubheit (Mc Auliffe) 970 (C).
 — und Chinin (Bayor) 614 (C).
 Infusion (Loebel) 925 (C).
 Inguinalhernie s. a. Hernie, Inguinal —
 — Operation (Salzer) 528 (R 2334).
 Inhalationsbehandlung der oberen
 Luftwege (Rhesse) 608 (C).
 Inhalationsnarkose mit Apparat nach
 Ombredanne (Glaser) 571 (R 2564).
 — mit Rückatmung (Fohl u. Eitel) 845
 (R 3844).
 Inhalatorium von Bad Harzburg
 (Rhesse) 700 (C).
 Injektionen, intravenöse (Fischer)
 700 (C).
 — intravenöse (Halmos) 967 (C).
 — langsame intravenöse (Smith u.
 Gower) 566 (C).
 Inkontinencia urinae beim Weibe
 (Picard) 714 (R 3221).
 Inkontinenz Behandlung bei Frauen
 (Fränkel) 939 (R 4327).
 Inkret s. Hormon.
 Inkretresistenz (Falta u. Högler)
 1020 (C).
 Innere Haltung (Zutt) 968 (C).
 Innere Sekretion s. a. endokrine
 Drüsen.
 Innersekretorische Funktion, gynäko-
 logische Beziehungen (Scipiades)
 614 (C).
 Innersekretorische Organe, Korrelation
 (v. Korányi) 796 (C).
 Insektenstiche (Hecht) 561 (C).
 Insuffizienz, aurikuläre (Donzelot) 899
 (R 4140).
 Insulin (Geucher) 732 (R 3360).
 — (Hattori) 1021 (C).
 — blutdrucksenkende Substanzen
 (Villaret u. a.) 772 (R 3521).
 — Einfluß auf das endokrine System
 (Schereschewski) 614 (C).
 — Einwirkung auf die Leber
 (Forsgren) 549 (R 2480).
 — endorektale Applikation (Salvioli)
 818 (R 3740).
 — Ernährungsversuch bei Tuberkulose
 (Martensson) 730 (R 3346).
 — extradiabetische Indikationen
 (Hoet) 1094 (R).
 — Injektionen, Zucker im Harn durch
 — (Wiechmann) 655 (C).
 — intravenöse Injektionen (Hess
 Thaysen) 880 (C).
 — Nachuntersuchungen (Nylander)
 813 (R 3702).
 — Nebenwirkung (Bonem) 968 (C).
 — oerale bei kindlichem Diabetes
 (Ottow) 992 (R 4583a).
 — Purifikationsgrad (Chabanier u. a.)
 820 (R 3751).
 — Resistenz u. Bronzediabetes (Root)
 953 (R 4403).
 — Resorption (Kolts) 549 (R 2481).
 — perorale Traubenzuckergaben in
 Kombination mit — (Pucsko) 943
 (R 4343).
 — Schädigungen des Kreislaufes (Rein-
 wein) 683 (R 3129).
 — Wertbestimmung (Ssargin) 923 (C).
 — Wirkung (Borodulin u. a.) 883 (C).
 — zerstörende Wirkung von Hitze
 (Asogh u. Hemmingson) 794 (C).
 Insulin im Kohlehydratstoffwechsel
 (MacLeod) 795 (C).
 — Zweiphasenwirkung (Andrejewa)
 614 (C).
 Insulinartige Substanzen aus Bact.
 Coli u. Rauschbrandbakterien
 (Breüer) 527 (R 2325).
 Insulinbehandlung, perorale (Stephan)
 992 (R 4583).
 — der Fistel nach Magenoperation
 (Lupan) 837 (C).
 — bei dystrophischen Säuglingen
 (Muraglia) 859 (R 3940).
 Insulinpräparate (Simon) 521 (C).
 — Wertbestimmung (Csépai u. Först-
 ner) 608 (C).
 Intensivbestrahlung, rote (Cramer u.
 Fechner) 870 (R 4020).
 Interferometrische Methode zum
 Studium der Abwehrfermente
 (Streck) 655 (C).
 Intestinale Stase (Lane) 1053 (R 4872).
 Intestinalspirillose (Tschekow) 719
 (R 3260).
 Intestinaltraktus s. Magendarmkanal.
 Intestinalitis (van der Reis) 1068 (C).
 — (van d. Reis) 1088 (R).
 Intestinal Tabletten (Vermehren)
 1060 (T).
 Intoxikation s. a. Vergiftung.
 Intradermoreaktion (Fiorentini) 636
 (R 2909).
 Intrakranielle Verkalkungen (Auer-
 bach) 520 (C).
 Intraokuläre Flüssigkeit s. a. Kammer-
 wasser.
 Intubation bei Diphtherie (de Sanson)
 1072 (C).
 Intussuszeption s. Invagination.
 — chronische (Solley) 703 (C).
 Intustabletten (Klemperer) 925 (C).
 Invagination, akute (Nordentoft) 631
 (R 2871).
 — Behandlung der akuten intestinalen
 (Lecher) 524 (C).
 — Röntgendiagnostik der — (Haenisch)
 1020 (C).
 Invalidenversicherung (v. Waldheim)
 1021 (C).
 Inzucht (Dahlberg) 895 (R 4121).
 — (Fetscher) 1068 (C).
 Ionenverteilung in Ruhe u. Arbeit
 (Edwards u. a.) 833 (C).
 Ionisation (Whitcombe) 750 (C).
 Ionisation bei chronischen Geschwüren
 (Gries) 1023 (C).
 Ionometrische Bestimmungen optimaler
 Belichtungszeiten (Franke) 1019 (C).
 — Messungen in inhomogenen Ab-
 sorptionsmitteln (Ponzio) 609 (C).
 Iontophorese bei Augenerkrankungen
 (Erlanger) 1021 (C).
 Iontophoresebehandlung der weib-
 lichen Gonorrhöe (Bode) 535
 (R 2585).
 Iris, Primärsarkom (Vestergaard) 753
 (R 3391).
 — Veränderungen bei Tabes (Kamins-
 kaja-Pawlowa) 661 (R 2967).
 Irisblende für Schwachsichtige
 (Flaschenträger) 655 (C).
 Irrenpflege in Dzikanka (Gawronski)
 716 (R 3241).

- Irrenrecht (Hensel) 748 (C).
 Ischämie, Azidose bei funktioneller — (Rous u. Drury) 658 (C).
 Ischias (Weingart) 639 (R 2926).
 — Aetiologie u. Behandlung (Kossewa) 555 (R 2523).
 — Behandlung (Géronne) 555 (R 2522).
 — Behandlung (Stiefler) 732 (R 3359).
 — Behandlung mit hohen galvanischen Stromstärken (Roselaar) 610 (C).
 — Behandlung mit Antipyrininjektionen unter gleichzeitiger Galvanisierung (Grinbarg) 912 (R 4224).
 — und Trauma (Nobbe) 641 (R 2939).
 Ischiasähnliche Erkrankungen (Fleischmann) 925 (C).
 Ischurie s. Anurie.
 Isoagglutination (Streng) 1073 (R).
 — bei Neugeborenen (Lenart u. Biro) 924 (C).
 Isoagglutinine (Thomsen u. Worsare) 838 (C).
 Isohämagglutination (Makarow) 614 (C).
 Isohämagglutinationsreaktion bei Kindern (Tschekalin) 924 (C).
 Isohämolyse (Downs u. a. 703 (C).
 Jarisch-Herxheimersche Reaktion (Bettmann) 655 (C).
 Jejunostomie bei Magencarcinom (Proskurjakow) 705 (C).
 Jod, Beziehungen zum Struma (Zachariae) 700 (C).
 — bei Basedow (Puttkammer) 676 (R 3071).
 — Ueberempfindlichkeit (Brack) 519 (C).
 — vor Basedow-Operationen (Beck) 563 (C).
 — vor Basedow-Operationen (Eiselsberg) 571 (R 2562).
 — und Struma (Herzfeld) 1051 (R 4857).
 Jodalzet (Conrad) 925 (C).
 Jodbehandlung (Novack) 950 (R 4381).
 — vor den Basedow-Operationen (Fabricius-Möller) 625 (R 2834).
 Jodbiozyme (Tennenbaum) 925 (C).
 Jod-Chlortymol (Gärtner u. v. Scanzoni) 699 (C).
 Joddozen, fraktionierte (Dautrebaude) 897 (R 4133).
 Jodeiweißfütterung (Barkan u. Leistner) 923 (C).
 Jodfortan (Enge) 748 (C).
 Jodine bei Exophthalmuskropf (Rabinowitch) 1023 (C).
 Jodisan (Fidanza) 850 (R 3875).
 Jodismus, bullöser u. pustulöser (Paquiez u. Ravina) 795 (C).
 Jodkaliprovokation von Bleitüpfeln (Haack) 878 (C).
 Jod-Kampferbehandlung (Hofmann) 748 (C).
 Jod-Oel-Injektionen, intrauterine (Rubin) 934 (R 4288).
 Jodstäbchen „Merck“ (Manasse) 834 (C).
 Jodstoffwechsel u. Strumabekämpfung (Sommerfeld) 810 (R 3682).
 Jodtinktur, Desinfektion mit 5 prozentiger (Veraart u. Drenth) 610 (C).
 Juden, Stand u. Bewegung in Deutschland (Philippsthal) 519 (C).
 Jugendamtspsychiater (Villinger) 836 (C).
 Jugendherberge (Forschepiepe) 1071 (C).
 Jugulum, Pulsation im — (Ebstein) 926 (C).
 KJ-Injektionen bei Neuralgien (Mamontow) 637 (R 2916).
 Kadmiumzellen, argongefüllte (Büttner) 656 (C).
 Kahnbein Erkrankung im Fuß (Massabuau) 666 (R 3002).
 — Fraktur (Brandis) 748 (C).
 — Fraktur (Schnek) 932 (R 4278).
 — Malagie (Santozki u. Koppelman) 747 (C).
 — Riesenzellentumor des tarsalen (Butler) 881 (C).
 Kahnsche Reaktion (Demanche) 524 (C).
 — (Galgóczy u. a.) 807 (R 5653).
 — (Castens) 878 (C).
 — (Marsh) 1070 (C).
 — (Hinton u. Berk) 1071 (C).
 Kahn- u. Wassermann-Komplementfixationsuntersuchung (Thjotta u. Blix) 564 (C).
 Kaiserschnitt s. a. Sectio caesarea.
 — (Humpstone) 576 (R 2600).
 — (Kouwer) 750 (C).
 — (Margeson) 839 (C).
 — (Martius u. Ramsauer) 968 (C).
 — (Genter) 971 (C).
 — (Hornung) 978 (R 4485).
 — (Paine) 1024 (C).
 — erweiterte Indikation (Gauss) 532 (R 2364).
 — Mortalität (Hawks) 978 (R 4486).
 — Spätfolgen (Hellmuth) 533 (R 2365).
 — Statistik (Winter) 702 (C).
 — Statistik (Winter) 847 (R 3855).
 — Statistik (Doerfler) 925 (C).
 — dreimalige Wiederholung (Jaropolskaja) 705 (C).
 — bei Plazenta praevia (Rismondo) 702 (C).
 — bei Querlagen (Sedlis) 837 (C).
 — bei Querlagen (Remmelts) 969 (C).
 — bei unreinen Fällen (Schröder) 890 (R 4087).
 — nach Fritsch (Niemack) 658 (C).
 — nach Uterusruptur (Majos) 759 (R 3432).
 — wegen Fibroma praevia (Brouha u. Gosselin) 658 (C).
 Kala-Azar s. a. Leishmaniosis.
 — d'Amatosche Probe bei kindlichem (Paradiso) 613 (C).
 — des Kindes (Panayotaton) 838 (C).
 Kalium-Calcium-Verhältnis und das kardio-vaskuläre System (Berland) 525 (C).
 — Calciumgleichgewicht und Blutreaktion (Vaccarezza u. a. 751 (C).
 — chromat (Dewirtz) 1094 (R).
 Kalk Darreichung (Dienemann) 562 (C).
 — Wirkung des Quecksilber- und Natriumoxalates (Mc Crea) 1071 (C).
 — und Phosphorstoffwechsel (Bauer u. a.) 658 (C).
 Kalkämie u. Ovarialfunktion (Imperato) 928 (C).
 Kalkaneussporn (Wolfsohn) 1030 (R 4718).
 Kalkausscheidung bei kalkarmer Diät (Walter u. a.) 565 (C).
 Kalkstoffwechsel u. Parathyreoideahormon (Nothmann) 655 (C).
 Kalktransport von Mutter u. Kind (Schönig) 592 (R 2704).
 Kalkulocarcinome, biliäre (Carnot) 628 (R 2850).
 Kältelähmung (Serebrianik) 999 (R 4635).
 Kälteurtikuria (Lehner) 621 (R 2804).
 Kältewirkung (Lortat-Jacob) 882 (C).
 Kamillenblüten (Junkmann u. Wiechoński) 923 (C).
 Kamillosept (Müller u. Schreiber) 549 (R 2483).
 Kammerwasser, Wirkung der inneren Sekretion auf die Regeneration (Car u. Ortynski) 1018 (C).
 Kampfer, Gefäßwirkung (Heimberger) 1018 (C).
 Kampferöl, intravenöse Anwendung (Schmidt) 567 (C).
 Kapillarbild, mikroskopisches (Jaensch) 1004 (B).
 Kapillardurchlässigkeit (Longo) 655 (C).
 Kapillaren s. a. Blutgefäße.
 Kapillarfragilität im Kindesalter (Tenconi) 1025 (C).
 Kapillarfunktionsstörungen als Berufskrankheit durch Schuhanklopfmaschinen (Meyer-Brodnitz) 868 (R 4003).
 Kapillarkreislauf (Lehmann) 748 (C).
 Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei Kutanreaktionen (Bettmann) 877 (C).
 — Untersuchungen, physikalische Behandlung (Michael) 924 (C).
 Kapillaroskopie (Kogan u. Litwak) 972 (C).
 — (Vomviller) 521 (C).
 Kapillarveränderungen am Nagelfalz bei Keratitis parenchymatosa (Hallerbach) 568 (R 2545).
 Kapselosteomatose, polyartikuläre (Weiss u. Löwenstein) 747 (C).
 Karamel bei Diabetikern (Laroche u. Camus) 839 (C).
 Karbolsäureverband, Verbrennung (Rabut u. Guex) 928 (C).
 Karbunkel, Behandlung (Andrews) 658 (C).
 — Behandlung (Grusdew) 929 (C).
 Kardia, Spasmen (Pal) 677 (R 3075).
 Kardiale Seufzeratmung (Wassermann) 1086 (R 5018).
 — und nephrotische Oedeme im Kindesalter (Knauer) 651 (O).
 Kardiospasmus (Rieder) 834 (C).
 — Oesophagogastronomie (Breitner) 749 (C), 755 (R 3402).
 Kardiovaskuläre Erkrankungen (Sigler) 1044 (R 4813).
 Karies, Replantation bei tiefgehender (Lipschitz) 834 (C).
 — zirkuläre der Schneidezähne (Dessyla) 1050 (R 4850).
 Karlsbader Diät (Molnár jun. 923 (C).

- Karlsbader Diät (Molnár jun.) 923 (C).
 Karnosin (Clifford u. Mottrom) 794 (C).
 Karotidensinus (Heymans) 928 (C).
 Karotinämie (William, Boeck u. Yater) 1071 (C).
 Karotisdrüse, Geschwülste (Schmidt) 747 (C).
 — Strumen (Talmann) 657 (C).
 Karyokinese s. Kernteilung.
 Karyon bei Tuberkulose (Peschky) 796 (C).
 Kaskadenmagen (Zollschan) 783 (R 3585).
 — Ovarialtumor als auslösendes Moment (Rövekamp) 520 (C).
 Kassenarzt (Okrass) 794 (C).
 Kassenpraxis (Finkenrath) 1006 (B).
 Kastration, Fett- u. Lipoidstoffwechsel nach — (Leites) 614 (C).
 — aus psychiatrischer Indikationsstellung (Kartal) 867 (R 4001).
 Katalase u. Diabetes (Regenbogen) 1022 (C).
 Katameniale Autointoxikation (Hamant u. a.) 887 (R 4065).
 Katarakt s. a. Star.
 — Operation (Nugent) 794 (C).
 — seniler (Targett-Adams) 612 (C).
 Kataraktpatienten. Zuckertoleranz und Hypertension (Blaisdel) 523 (C).
 Katarrh, deszendierender (Uffenorde) 878 (C).
 Katatone Todesfälle von 1900 bis 1928 (Scheidegger) 824 (R 3782).
 Katatonische Kontrakturen (Galant) 598 (R 2739).
 Katheterisation beim männlichen Geschlecht (Morgan) 658 (C).
 Katheterismus (Hryntschak) 656 (C).
 Kathodenstrahlen (Baensch u. Finsterbusch) 1104 (R).
 — Dosimetrie (Thaler) 879 (C).
 — Wirkung (Poltzer u. Pauli) 749 (C).
 — Wirkung auf Erythrozyten (Hausmann u. Zakovsky) 1020 (C).
 Kaufmann-Wolfscher Pilz, durch den — Epidermophytosis (Szathmáry) 1019 (C).
 „Kausal-final“ (Sihle) 792 (C).
 Kauterisation mit Sonnenstrahlen (Schönenberger) 1021 (C).
 Kautschukkolloidstruma (Stöhr) 836 (C).
 Kavernen s. a. Lungen.
 — Behandlung (Grundner) 1048 (R 4831).
 — Heilung (Bronkhorst) 630 (R 2861).
 — im Röntgenbilde (Laschi) 986 (R 4592).
 — und Pseudokavernen im Röntgenbilde (Gassul) 567 (C).
 Keimdrüsen s. a. Geschlechtsdrüsen.
 Keloid, Behandlung mit Jodiontophorese (Wirz) 879 (C).
 Kephalothorakopagus (Undegriff) 881 (C).
 Keratitis neuroparalytica (Schöpfer) 1027 (R 4690).
 — parenchymatosa (Towbin) 1027 (R 4689).
 — parenchymatosa, Kapillarveränderungen am Nagelfalz bei — (Hallerbach) 568 (R 2545).
 Keratitis parenchymatosa u. Anaphylaxie (Riehm) 967 (C).
 — parenchymatosa tuberkulosa (Suganuma) 705 (R 3158).
 — tiefe (Sommer) 1022 (C).
 Keratokonus (Löwenstein) 654 (C).
 — (Jaensch) 660 (R 2963).
 — Altersstar u. Glaukom als Komplikationen (Jaensch) 835 (C).
 Keratoma hereditarium mortilans (Vohwinkel) 1079 (R 4963).
 Keratose (Schmidt) 877 (C).
 Keratosis spinosa (Ramos) 659 (C).
 Kernveränderung nach Velez bei Scharlach (Leoni) 1041 (R 4796).
 Kerzenfiltration (Schereschewsky) 834 (C).
 Ketonkörper im Blut (Hoshi) 612 (C).
 — im Harn (Peola) 1025 (C).
 Ketonurie, hypoglykämisches Koma mit — (Gottschalk u. Springborn) 943 (R 4341).
 Keuchhusten, Behandlung mittels Aetherinjektionen (Malkina) 903 (R 4159).
 — Behandlung mit Drosithym (Rothenberg) 878 (C).
 — Behandlung mittels kombinierter Vakzine (Schachow) 929 (C).
 — intrakutane Vakzinebehandlung (Morabito) 613 (C).
 — Prophylaxe- u. -behandlung mit Vakzine (Pesnik) 538 (R 2402).
 — Blutbild (Frank) 792 (C).
 — Encephalitis (Askin u. Zimmermann) 1083 (R 4994).
 — Frühdiagnostik (Orgel) 538 (R 2401).
 — nervöse Komplikationen (Giuffiré) 1083 (R 4993).
 Keuchhustengehirn (Yamaoka) 631 (R 2868).
 Keuchhustenlunge (Hayakawa) 631 (R 2867).
 Kiefer Ankylosen (Hämäläinen) 616 (R 2764).
 — angeborene Luxation (Apert u. Bach) 971 (C).
 — eitrige Otitis (Wild) 643 (R 2950).
 — eitrige Otitis im Röntgenbild (Wild) 1069 (C).
 — Tumorbildung (Härtel) 561 (C).
 Kiefergelenk, Knacken u. habituelle Luxation (v. Stapelmohr) 665 (R 2994).
 — Kontrakturen (Knorr) 749 (C).
 Kieferhöhle Erkrankung (Mühlenkamp) 1093 (R).
 — Erkrankungen, Röntgen-diagnostik (Goldmann) 1020 (C).
 Kieler Berufsschulen für männliche Jugendliche (Büsing) 561 (C).
 Kienböcksche Krankheit (Baastad) 1031 (R 4719).
 Kinder, Erholung an der See und im Gebirge (Moll) 559 (O).
 — Erholung an der See und im Gebirge (Moll) 878 (C).
 — Milchallergie (Hallarman) 927 (C).
 — Unterernährung (Perlman) 927 (C).
 Kindererziehung, Psychologie (Suner) 751 (C).
 Kinderfehler und Unarten (Rácz) 598 (R 2740).
 Kinderfürsorge (Honing) 782 (R 3576).
 — (Coerper) 1021 (C).
 — im Industriegebiet (Hoffa) 1021 (C).
 Kinderkrämpfe (Silbermann) 614 (C).
 Kinderlähmung (Morse) 839 (C).
 — frühzeitige familiäre spastische — (Fillie) 835 (C).
 — Schlottergelenke (Knorr) 880 (C).
 — in Ostpreußen (Lindstädt) 581 (R 2633).
 Kinderzeichnungen (Pearson) 631 (R 2865).
 Kindesalter, tödlich verlaufende Erkrankungen (Blühdorn) 589 (R 2681).
 Kindeslage, Diagnostik (van der Hoeven) 610 (C).
 Kinematographie des Herzens (Stumpf) 959 (R 4438).
 Kinofilm im pädagogischen Unterricht (Langer) 792 (C).
 Kipplappenplastik (Kunze) 701 (C).
 Klauenhohlfuß, Aetiologie u. Behandlung (Beykirsch) 880 (C).
 Kleidotomie (Wille) 711 (R 3199).
 — an der lebenden Frucht (Wille) 837 (C).
 Kleidungsstoffe, Wärmehaltungsvermögen (Pels-Leusden) 610 (C).
 Kleinhirn s. Cerebellum.
 Kleinrentner (Meyer-Montfort) 519 (C).
 Kleptomanie (Wittels) 750 (C).
 Klimakterische Beschwerden, Röntgenbehandlung (Borak) 871 (R 4026).
 — Beschwerden, Röntgentherapie (Borak) 1103 (R).
 — Beschwerden, Röntgenbestrahlung der Hypophyse bei Behandlung (Steinhardt) 960 (R 4445).
 — Gesichtsbehaarung (Esau) 924 (C).
 — Hypertonie (v. Rutich) 573 (R 2582), 618 (R 2782).
 — Neurose, Röntgenbehandlung (Ratner) 643 (R 2949).
 — Störungen, Röntgenbehandlung (Salomon) 557 (R 2540).
 Klimatisches Fieber mit Milztumor (Hasselman) 679 (R 3087).
 Klimakterium (Hussy) 968 (C).
 — Radiumbehandlung (Femvick) 976 (R 4477).
 Klippel-Feilscher Symptonienkomplex (Mouchet) 751 (C).
 Klumpfuß, Behandlung (Lussana) 572 (R 2572).
 — bei Erwachsenen (Schulz) 1031 (R 4720).
 Knickfußbildung, aktive Bekämpfung (Silberhorn) 828 (B).
 Knickplattfuß, Einlagenbehandlung (Fischer) 887 (R 4063).
 Knie, Ankylose beider (Grimault) 704 (C).
 — Atrophie im Röntgenbilde (Breitländer) 1003 (R 4668).
 — Fremdkörper unter dem Knorpel (Geist) 1071 (C).
 — Lipoarthritis sicca (Weissenbach u. Françon) 583 (R 2643).
 — Schmerzen bei Hüft- und Fuß-erkrankungen (Blencke) 886 (R 4052).
 — ulzerocummöse Syphilide (Milian) 704 (C).

- Knie, angeborene Verrenkung nach rückwärts (Boorstein) 1070 (C).
 Kniegelenk, eitrige Arthritis (Steele) 881 (C).
 — angeborene Beugekontraktur (Richter) 519 (C).
 — Chondromatose (Schrack) 563 (C).
 — chronische Erkrankungen (Läwen) 878 (C).
 — Deformität (Rall) 880 (C).
 — Flexionskontraktur (Camitz) 757 (R 3416).
 — freie Knochengebilde (Jerusalem) 792 (C).
 — gonorrhoeische Synovitis (Porter u. Rucker) 970 (C).
 — Nekrose eines abnormen Bandes (Lutterotti) 749 (C).
 — Resorptionsfähigkeit (Rostock) 570 (R 2559).
 — Röntgenbild des Knochenapparates (Chasin) 608 (C).
 — Tuberkulose (Giuliani) 567 (C).
 — Tuberkulose (Giuliani) 571 (R 2571).
 — Tuberkulose (Jaroslowsky) 657 (C).
 Kniegelenke, homoplastisch verpflanzte (Bürkle-de la Camp) 758 (R 3421).
 Kniegelenkscapsel, Defekte (Kroh) 846 (R 3849).
 Kniegelenksmeniskus, Ganglion, ausgehend vom medialen — (Silfverskiöld) 611 (C).
 Kniescharnier, Verlagerung des technischen — (Schrader) 666 (R 3601).
 Kniescheibe Fraktur (Bertwistle) 795 (C).
 — Luxation (Kaszubski) 929 (C).
 Kniesehnenreflex, Reflexbogenlänge (Ewen u. Tuttle) 566 (C).
 Knöchel Fraktur, Bardenheuerscher Streckverband (Caan) 926 (C).
 Knochen Aktinomykose (Meyer-Borstel) 699 (C).
 — Durchtrennung, blutige (Spitzzy) 1069 (C).
 — Spontanfrakturen bei atrophischen (Westphal) 756 (R 3412).
 — Tuberkulose, Wachstumsstörungen bei röntgenbestrahlter — (Hueck u. Spiess) 656 (C).
 — Tuberkulose, Granulationsgewebe der Fisteln (Gurewitsch) 858 (R 3932).
 — Tuberkulose, vermehrtes Längenwachstum u. Coxa valga bei — (Schrader) 1030 (R 4717).
 Knochenabszesse (Feci) 1003 (R 4665).
 Knochenbildung, metaplastische (Schulze) 757 (R 3420).
 — im Bindegewebe osteoplastischer Herkunft (Lexer) 757 (R 3419).
 — Entstehung metaplastischer (v. Seemen) 747 (C).
 Knochenbrüche (Kappis) 571 (R 2568).
 — operative Behandlung (Novák) 522 (C).
 Knochendekalzifikation (Maurin) 1025 (C).
 Knochengeschwülste, Operation und Bestrahlung bei den bösartigen (Hintze) 610 (C).
 — Röntgentherapie (Borak) 1105 (R).
 Knochenmark, erythropoietische Funktion (Ono) 523 (C).
 — Röntgenwirkung auf das — (Casati) 700 (C).
 Knochenmarksgeschwülste, metastatische (Jordans u. Bartels) 610 (C).
 Knochenmarksreizung bei Wöchnerinnen durch Pituitrininjektion (Hofbauer) 681 (R 3110).
 Knochennaht (Knorr) 1022 (C).
 Knochenplatten in der Behandlung der Frakturen (Greenwood) 795 (C).
 Knochenrückbildung (Dittrich) 608 (C).
 Knochenstern, röntgenographische Untersuchung (Schor u. Goldstein) 1068 (C).
 Knochenwachstum, Injektion von Knochenextrakt (Zawisch-Ossenitz) 635 (R 2900).
 — Störungen im Röntgenbilde (Kemkes) 835 (C).
 Knochenzyste, Transplantation nach Delaganière (Moreira) 800 (R 3608).
 Knorpelxostosen (Ruggieri) 1073 (C).
 Knorpelverletzungen (Lasher) 658 (C), 702 (C).
 Knoten, chirurgischer (Zimches) 563 (C).
 Kochsalzarme Diät (Löhr) 792 (C).
 Koffein u. Alkohol (Flamm) 790 (C).
 — und Nachkommenschaft (Stieve) 949 (R 4377).
 Koffeindosen, Wirkung kleiner (Morimoto) 633 (R 2884).
 Kohlehydrate, Anwendung bei Diabetes (Lawrence) 838 (C).
 — Resorption (Miyake) 566 (C).
 — Verdauung beim Säugling (Pfaffrath u. Siering-Kaulla) 749 (C).
 — spezifisch-dynamische Wirkung (Baur) 655 (C).
 Kohlehydraternährung, Einfluß auf den Wassergehalt (Baisch) 967 (C).
 Kohlehydratstoffwechsel bestimmter Gewächse (Crabtree) 794 (C).
 — Sepsis u. endokrine Störungen in ihrer Wirkung (Thomson) 863 (R 3973).
 — Wirkung des Lecithins (Izar) 907 (R 4186).
 — Wirkung der Radiumbestrahlung (Krontowski) 878 (C).
 — bei Eklampsie (Stander u. Harrison) 802 (R 3625).
 — und Licht (Gigon) 1021 (C).
 Kohlehydrattoleranz bei Infantilisimus Herter (Mc Lean u. Sullivan) 1070 (C).
 Kohlenbehandlung (Nahmmacher) 1036 (R 4749).
 Kohlenbogenlicht (van Braam Houckgeest) 837 (C).
 Kohlenoxyd (Wirth u. Küster) 726 (R 3319).
 Kohlenoxydhaltige Luft, Giftigkeit (Deckert) 967 (C).
 Kohlenoxydvergiftung (Staemmler) 968 (C).
 — Neuritis nach — (Mankowsky) 727 (R 3320).
 Kohlensäure Inhalation in der postoperativen Periode (Warschawska) 709 (R 3185).
 Kohlensäure, peruterine Insufflation (Rubin) 934 (R 4288).
 — therapeutische Verwendung (Davies) 775 (R 3538).
 — Wundbehandlung mit gasförmiger (Hediger) 835 (C).
 Kohlensäureatmung und Hyperpnoe (Hochrein u. a.) 833 (C).
 Kohlensäurebad, Einfluß auf das Herz (Batschewer) 590 (R 2689).
 — Bindehautverätzung nach einem künstlichen — (Bab) 834 (C).
 Kohlensäure-Gasgemische, Einwirkung auf die Atmung (Viethen u. Grünberg) 520 (C).
 Kohlenwasserstoffdämpfe, Giftigkeit (Lazarew) 833 (C).
 Köhlersche Erkrankung (Massabau) 666 (R 3002).
 Kojewnikowsches Syndrom (Dimitri u. Victoria) 796 (C).
 Kokain, Paarung mit antipyretischen Giften (Stender) 560 (C).
 Kokainlösung, farbige (Perwitzschky) 561 (C).
 Koks-Benzol-Betrieb, Wirkung (Cheifitz) 972 (C).
 Kükum, Wringdrehung ohne Darmverschluss (Makkas) 657 (C).
 Kolibazillendermatosen (Ferreira de Morera) 704 (C).
 Kolibazillurie (Gaudy) 796 (C).
 Kolibazillus, Laktase u. Lipase (Löwenstein u. a.) 658 (C).
 Koliolychie (Hermans) 622 (R 2805).
 Koliserum, antitoxisches (Hennings) 707 (R 3165).
 Kolitis gravis, Bluttransfusion bei (Strauss) 945 (R 4352).
 — haemorrhagica heute im Kindesalter (Nöschel) 869 (R 4015).
 — intermittens (Forel) 968 (C).
 — ulcerosa (Burrill u. a.) 612 (C).
 — Calcium bei — (Sholty) 770 (R 3503).
 Kollodiummembrane, Permeabilität (Northrop) 565 (C).
 Kolloide (Schemensky) 836 (C).
 — in Biologie u. Medizin (Bechhold) 688 (B).
 Kolloidreaktionen (Kindler) 1036 (R 4755).
 Kolmer-Wassermann-Reaktion (Kolmer) 564 (C).
 Kolmer-Methode (Kilduffe u. Shifman) 1071 (C).
 Kolon Carcinom (Grey-Turner) 612 (C).
 — Behandlung (Rowell) 1023 (C).
 — Erkrankungen, chirurgische (Lampson) 882 (C).
 Kolopathien (Bassler) 1024 (C).
 Kolpeuryse als Wehenmittel (Voigt) 889 (R 4080).
 Kolostrum, schwarzes (Wulkow) 564 (C).
 Kombucha (Herman) 993 (R 4594).
 Komplementbindungsreaktion bei Scharlach (v. Naumann) 926 (C).
 Kompressionsmyelitis (Smith u. Downan) 616 (R 2762).
 Kondensatorenströme (Kapran) 883 (C).

- Kongorot-Reaktion (Csiky) 567 (C).
 Konjunktivitis, anaphylaktische (Pasteur u. a.) 704 (C).
 — Behandlung (Birnbäum) 615 (R 2758).
 — Behandlung der chronischen (Maschke) 834 (C).
 — gonorrhoea purulenta (Heckel) 1038 (R 4767).
 Konkavlupe bei Retinitis pigmentosa (Rönne) 655 (C).
 Konkubinat u. Rechtsordnung (Traumann) 701 (C).
 Konstitution (Asher) 641 (R 2938).
 — (Draper, Allen u. Spock) 1071 (C).
 — individuelle (Castellano) 751 (C).
 — bei musikalisch entwickelten Personen (Bernstein u. Rochlin) 615 (C).
 — des Weibes (Schepetinsky) 618 (R 2780).
 Konstitutionsbegriff (Riese) 791 (C).
 Konstitutionsforschung (v. Verschuer) 520 (C).
 — (Scheidegger) 966 (C).
 Kontorsion, homolaterale (Bosco) 839 (C).
 Kontrakturen, katatonische (Galant) 598 (R 2739).
 Komus, heterotypischer (Beeler) 1027 (R 4687).
 Konvulsionen in der Kindheit (Binder) 970 (C).
 Kopf Größenbestimmung (Guthmann) 1070 (C).
 — Luxation (Kissinger) 1022 (C).
 Kopfnystagmus (Stscheglow) 822 (R 3767).
 Kopfschmerz (Catola) 677 (R 3072).
 — (Trautmann) 998 (R 4622).
 — Rolle des Sehorgans (Kasass) 752 (R 3390).
 — und Nervenmassage (Loewe) 968 (C).
 — intranasale (Noltenius) 1078 (R 4949).
 Koproporphyrurie (Bejul u. Gelman) 521 (C).
 Korektopie (Mussabeili) 656 (C).
 Koronararterien, Verstopfung (Golvaerts) 543 (R 2431).
 Körper Gewicht u. Länge beim Neugeborenen (Benedetti) 1073 (C).
 Körperbautypen (Coerper) 748 (C).
 Körpererziehung in der Familie (Löhlöffel) 792 (C).
 Körpergewicht, Verhältnis zur Länge (Emerson) 680 (R 3105).
 Körperlängen, Proportionen von Arm-, Bein- und — (Wolff) 519 (C).
 Körperliche Erziehung in der Schule (Wagner) 1005 (B).
 Körperstellung u. Wasserhaushalt im Säuglingsalter (Bosch) 860 (R 3953).
 Kosmetik, soziale (Klauber) 958 (R 4433).
 Kost s. Ernährung.
 Kot s. Faeces.
 Kottmannsche Reaktion (Solowtowa) 615 (C).
 Koxitis, Ankylosierung der Hüfte bei tuberkulöser — (Hass) 665 (R 2992).
 Kraftfahrzeugbetriebsstoffe (Lion) 702 (C).
 Kraftwechsel im Kindesalter (Helmreich) 878 (C).
 Krampfadern Behandlung durch Injektionen (Murphy) 564 (C).
 — Behandlung durch Injektionen (Bartlett) 565 (C).
 — Behandlung mit Magnesiumsulfat (Jonny) 566 (C).
 — Injektionsbehandlung (Bosch) 609 (C).
 — Verödung (Kazda) 885 (R 4047).
 — Verödung mit Varicophtin (Hesse) 748 (C).
 Krampfanfall (Klein) 926 (C).
 Krampfanfälle bei Grubenarbeitern (Brookbank) 522 (C).
 Krämpfe (van Walsem) 611 (C).
 — Initialkrämpfe im Kindesalter (Faerber) 946 (R 4359).
 — spasmophilen Ursprungs (Fonteyne) 613 (C).
 — im Kindesalter (Gábor) 567 (C).
 — kindliche (Pechere) 631 (R 2869).
 — bei Kindern (Môreira) 796 (C).
 Kraniofaziale Dysostose (Apert u. Bach) 971 (C).
 Kraniose, frontoparietale (Léri u. Lievre) 990 (R 4563).
 Krank bleiben (Czyhlarz) 996 (R 4613).
 Krankenbeschäftigung (Wiest) 967 (C).
 Krankenhausbetrieb (Häberlin) 925 (C).
 Krankenkassen, Rechnungswesen (Kleff) 924 (C).
 Krankenkassenstatistik (v. Waldheim) 1069 (C).
 Krankenpflegerberuf (Frisch) 836 (C).
 Krankenversicherung, deutsche (Pryll) 781 (R 3575).
 — Doppelleistungen (Korbmacher) 734 (R 3370).
 — Reform (Lehmann) 520 (C).
 Krankheit, Begriff (Rink) 1057 (R 4896).
 Krankheitsgeschichten, Herausgabe (Korge) 792 (C).
 Kraurosis vulvae (Graves) 970 (C).
 — (Terruhn) 974 (R 4465).
 Krebs s. Carcinom.
 Krebscher Leukozytenindex bei Scharlach (Leoni) 1041 (R 4796).
 Kreislauf, postoperative Komplikationen (Langley) 611 (C).
 — im Kindesalter (Doxiades) 878 (C).
 — und Hochdruck (Lauter) 814 (R 3710).
 Kresol-Persil (Scharlan) 774 (R 3528a).
 Kresolseifenpräparate (Remy) 610 (C).
 Kreuzband Verletzungen (Caan) 709 (R 3187).
 Kreuzbändersatz (Mandl) 926 (C).
 Kreuzbänder, Nadel zur Naht (Pfeib) 610 (C).
 Kreuzbein, Osteomyelitis (Radl) 664 (R 2990).
 Kreuzbeinbrüche (Feuz) 837 (C).
 Kreuzottern-Statistik (Vogel) 838 (C).
 Kreuzschmerzen (Schanz) 855 (R 3916).
 Kriegsbeschädigte, Fürsorge (Hirschfeld) 519 (C).
 Kriminalbiologische Studien an Gefangenen (Warstadt) 781 (R 3573).
 Kriminalität, jugendliche in Paris (Boncour) 958 (R 4436).
 Kriminaltelepathie (Hellwig) 749 (C).
 Krokodilstränen (Bogorad) 639 (R 2927).
 — (Kaminsky) 1000 (R 4639).
 Kropf s. a. Struma, Basedow, Thyreoiden.
 Krücken, Holzblöcke an Stelle von — (Parker) 702 (C).
 Krukenbergscher Tumor (Montpellier) 795 (C).
 Krüppelfürsorge (v. Vámosy) 796 (C).
 — und Krankenversicherung (Biesalski) 925 (C).
 — und Ortskrankenkasse (Kotzenberg) 925 (C).
 Kruralhernie, inkarzerierte (Ortmann) 880 (C).
 Kryokauteren (Bordas) 1025 (C).
 Kryptitis, anale (Becker) 636 (R 2908).
 Kryptophthalmus (Böhler) 654 (C).
 Kryptorchismus, Behandlung (Brunzema) 624 (R 2824).
 — bei einiigen Zwillingen (Birkenfeld) 699 (C).
 Krysolgan s. a. Gold.
 Kugelfunkstrecke (Schmitz u. Rienhoff) 656 (C).
 Kuhmilch s. a. Milch.
 — Vitaminanreicherung mittels bestrahlter Hefe (Wachtel) 879 (C).
 Kuhpockenlymphe in der Hautbehandlung (Görl u. Voigt) 1037 (R 4765).
 Kuhpockenvirus im Blute (Hackental) 654 (C).
 Kulturrevolution (Lifschitz) 883 (C).
 Kunstfehler, Haftung des Arztes (Sommer) 925 (C).
 Kunstfehler, strafrechtliche Haftung des Arztes (Schläger) 700 (C).
 Kupfer, Wirkung auf die Leber (Pflin und v. Glahn) 658 (C).
 Kurfürscherbekämpfung (Hesse) 556 (R 2530).
 Kurfürschertum, Bekämpfung (Rautenberg) 521 (C).
 Kurierfreiheit (Breitschwerdt) 836 (C).
 Kurortbehandlung (Nalbaudow) 526 (C).
 — (Udintzew) 883 (C).
 Kurzsichtigkeit s. a. Myopie.
 — (Ruff) 749 (C).
 Kutanreaktion, kapillarmikroskopische Untersuchungen bei — (Bettmann) 877 (C).
 Kyphose, angeborene (Harrenstein) 1022 (C).
 Labyrinthitis (Sansón) 524 (C).
 Labyrinthläsionen, Träume bei — (Eisinger u. Schilder) 1000 (R 4642).
 Labyrinthreizung, Nebelsehen (Brunner u. Hoff) 793 (C).
 Lachgasnarkose (Schüppel) 655 (C).
 — (Bloch) 726 (R 3312).
 — (Hauke) 747 (C).
 — (Jeckl) 885 (R 4048).
 — (Rose) 1075 (R 4929).

- Lachgas-Sauerstoffnarkose (Denk) 726 (R 3313).
- Lageprüfungen (Grahe) 790 (C).
- Lähmung, linksseitige (Wiener) 752 (C).
- Laktation s. a. Milchsekretion.
- Kampferinjektionen bei Stauung (Philpott) 723 (R 3297).
- La Léchère-les-Bains (Midet) 971 (C).
- Lambdazismus (Liebmann) 1019 (C).
- Lambliosis bei Bergarbeitern (Teitge) 717 (R 3246).
- bei Kindern (Ossinowsky) 1042 (R 4804).
- Landhygiene (Konrich) 642 (R 2941).
- Landry'sche Paralyse als Schwangerschaftstoxikose (Caffier) 889 (R 4077).
- Länge s. a. Entwicklung, körperliche.
- Langendorff'sche Apparatur für die Durchströmung des Warmblüterherzens (Wiener) 790 (C).
- Langetisch (Lange) 657 (C).
- Langerhans'sche Inseln s. Pankreas.
- bei bösartigen Geschwülsten (Kutscherenko) 525 (C).
- Laparoskopie (Kalk) 1087 (R).
- Laparotomie, hysterische Komplikationen (Orator) 1022 (C).
- Knochenbildung in Narben (Eiselsberg) 521 (C).
- örtliche Schmerzbetäubung (Timofejew) 660 (C).
- Laporteadermatitis (Imschennetzky) 790 (C).
- Laryngealtuberkulose (Ernlund) 970 (C).
- Laryngitis, chronische (Borg) 793 (C).
- subglottica, Behandlung (Berggren) 533 (R 3272).
- Laryngologie u. Chirurgie (Kayser)* 561 (C).
- Laryngoskopie (Goldmann) 1070 (C).
- (Vieira) 1072 (C).
- Laryngoskopisches Instrument (Campos) 751 (C).
- Larynx s. Kehlkopf.
- Carcinom (Thomson) 804 (R 3640).
- Carcinom, Radiumbehandlung (Finzi u. Harmer) 609 (C).
- Dekubitalgeschwüre (Zisemis) 1078 (R 4953).
- Lähmungen (Schroeder) 866 (R 3995).
- Lähmungen, assoziierte (Schroeder) 793 (C).
- Papillome (Specht) 621 (R 2801).
- Papillome (Staemmler) 656 (C).
- Semon-Rosenbach'sches Gesetz bei Lähmungen im — (Leiri) 793 (C).
- Stenose im Kindesalter (Boddin) 967 (C).
- Tuberkulose (Ernst) 967 (C).
- Tuberkulose (Tovölgyi) 567 (C).
- Tuberkulose, Behandlung (Wotzilka) 849 (R 3868).
- Larva migrans (Grund) 1024 (C).
- Lateralsklerose, amyotrophische (Meyer) 910 (R 4207).
- Laudanum (Arnoldi) 877 (C).
- Lauftrad (Schede) 926 (C).
- Lavasteril (Grossmann) 791 (C).
- Lävulose-Insulingaben bei diabetischer Azidosis (Pucsko) 1085 (R 5007).
- Lävulose-toleranzprobe bei Epileptikern (Gosden u. Fox) 821 (R 3763).
- Lawecry (Scheer) 747 (C).
- Leben (Pudor) 921 (O).
- Lebendvakzin (Langer) 835 (C).
- Lebensschwäche, angeborene (Peiper) 546 (R 2458).
- Lebensversicherungsanstalten, deutsche (Neustätter) 734 (R 3369).
- Leber s. a. Cholelithiasis, Galle, Hepatitis.
- Abszesse (v. Haberer) 844 (R 3833).
- Angioendotheliom (Spiegel) 522 (C).
- Atrophie, gelbe (Whipple) 750 (C).
- Atrophie, akute rote beim Kinde (Matzdorff) 656 (C).
- Echinokokkus, Radikaloperation (Kuschewa) 752 (C).
- Einfluß von Thyreoiden u. Pankreas auf den Kohlehydratumsatz der — (Siegel) 655 (C).
- Einfluß auf Blutdruck u. Schlagvolumen (Mautner u. Pick) 790 (C).
- Einwirkung des Insulin auf den Glykogengehalt (Forsgren) 634 (R 2892).
- Carcinom (Kilduffe u. Barbash) 1024 (C).
- Erkrankung (Adler u. zu Jeddesh) 720 (R 3271).
- Erkrankung (Lepehne) 879 (C).
- Erkrankung, Behandlung mit Insulin und Traubenzucker (Knake) 610 (C).
- Erkrankungen, Diagnostik (Adler und Jedelloh) 655 (C).
- Erkrankungen, Psychosen bei — (Siman u. Schereschewsky) 640 (R 2930).
- Funktion (Cetroni) 613 (C).
- Funktion u. Funktion der gastrointestinalen Sphinkteren (Alessandrini) 567 (C).
- Funktionsprüfung (Kunz u. Molitor) 1067 (C).
- Funktionsstörung u. Tuberkulose (Argentina) 839 (C).
- Hydatidenzysten (Dew) 658 (C).
- Insuffizienz (Fetond) 816 (R 3723).
- Melanosarkom (Schurow) 752 (C).
- Metastasen (Fischer) 657 (C).
- Physiologie (Spehl) 778 (R 3550).
- polyzystische Erkrankung (Campbell) 1070 (C).
- Resektion mit Diathermieströmen (Kuntzen u. Vogel) 657 (C).
- Reserveeiweiß der — (Paschkis) 748 (C).
- Retikuloendothel (Biebl) 878 (C).
- rhythmische Funktion (Forsgren) 634 (R 2892), 682 (R 3124).
- Sekrete (Mc Clure) 564 (C).
- spezifisch-dynamische Wirkung (Nothhaas u. Mulzer) 682 (R 3123).
- spezifisch-dynamische Wirkung bei perniziöser Anämie (Crosetti) 521 (C).
- Syphilis (Lepehne) 1021 (C).
- vaskuläre Veränderungen (Maher) 566 (C).
- Leber, Verabreichung auf rektalem Wege (Sacchi) 626 (R 2841).
- Volumenveränderung auf neurovegetativer Basis (Glénard u. Vinchon) 544 (R 2443).
- Zerreißung (Thorlakson) 755 (R 3403).
- Leber Zirrhose (Lubarsch) 1068 (C).
- frühzeitige (Moncrieff) 771 (R 3513a).
- Fettresorption bei — (Wendt) 900 (R 4147).
- Milzentfernung bei biliärer (Beresow) 1022 (C).
- Leber als Blutdepot (Grab u. a.) 835 (C).
- und Allergie (de Simoni) 1025 (C).
- und Niere, serologische Verwandtschaft (Kubo u. a.) 552 (R 2506).
- und Nierensekretion (Faludi) 524 (C).
- und Thyreoiden (Mastex u. Schtemgart) 751 (C).
- Leberbehandlung (Introzzi) 812 (R 3695).
- (Seyderhelm) 1084 (R 5003).
- bei kindlichen Anämien (Lo Presti-Seminario) 771 (R 3513).
- der perniziösen Anämie (Schulten) 1020 (C).
- bei schizophrenen Erkrankungen (Rakowitz) 866 (R 3989).
- Leberdiät, Wirkung auf den Blutzuckerspiegel bei Diabetikern (Blotner) 996 (R 4612).
- Leberextrakt (Adlersberg u. Gottsegen) 790 (C).
- Martol-Stroschein (Bescht u. Crohn) 608 (C).
- blutdrucksenkende Substanz (Goerner u. Haley) 1051 (R 4855).
- bei Schwangerschaftstoxämie (Miller) 523 (C).
- bei Schwangerschaftstoxämie (Mendenhall u. Smith) 1077 (R 4941).
- Leberfunktionsprobe, Rosenthalsche (Ryshich u. Fischmann) 729 (R 3337).
- Leber-Gallenerkrankungen, sensorische Anfälle (Parturier) 882 (C).
- Leberkranke, Cholesterinester im Blutserum (Wendt) 778 (R 3551).
- Leberschädigungen, Einfluß auf die Giftigkeit örtlich betäubender Mittel (Ellinger) 726 (R 3315).
- Leberzellveränderungen (Chiron) 655 (C).
- Lecithin, Wirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel (Izar) 907 (R 4186).
- Lecithin-Perdynamin (Bendix) 1068 (C).
- Legg Calvé-Perthessche Erkrankung, Pathogenese (Lippmann) 886 (R 4060).
- Legg-Perthessche Erkrankung (Legg) 881 (C).
- operative Behandlung (Whitman) 887 (R 4061).
- Leibesübungen s. a. Sport, Körperarbeit.
- (Christian) 1057 (R 4898).
- Physiologie (Schmidt u. Kohlrausch) — (Terruhn) 974 (R 4465).
- 960 (B).

- Leibesübungen, Wirkung (Schlesinger) 835 (C).
 — in den Berufsschulen (Michelsen) 792 (C).
 Leibscherzen im frühen Kindesalter (Beaven) 564 (C).
 — im Kindesalter (Carson) 750 (C).
 Leiche, gefrorene (Staemmler) 736 (R 3381).
 Leiomyoblastom des Ovariums (Stein u. Bloom) 657 (C).
 Leiomyom der Dünndarmmuskulatur (Boerma) 657 (C).
 — der Niere (Bugbee) 838 (C).
 — des Ovariums (Bär) 656 (C).
 Leiomyosarkom der Blase (Hager u. Hunt) 1071 (C).
 Leipzig, Neubau der Universitäts-Frauenklinik (Kramer) 563 (C).
 Leishmania donovani (Young u. a.) 881 (C).
 Leishmaniose s. a. Kala-Azar.
 — (Seminerio) 839 (C).
 — (Buss) 897 (R 4128).
 — (Preati-Seminerio) 970 (C).
 — Hämatologie u. Serologie (Mazza u. Nino) 751 (C).
 — retikuloendothelialer Apparat bei kindlicher — (de Capua) 1025 (C).
 — viszerale (Pikul) 983 (R 4521).
 — der Kinder (Cannata) 749 (C).
 Leistenbruch s. a. Hernia inguinalis.
 — Operation einer eingeklemmten (Griep) 563 (C).
 Leistenhernie, Radikaloperation (Tschernjatschewski) 883 (C).
 — (Partipilo) 1023 (C).
 Leistenring, Lage des äußeren (Gabai) 660 (C).
 Lenard-Hochleistungsröhren (Thaller) 1020 (C).
 Lenardröhre (Schaefer u. Witte) 1069 (C).
 Lendenwirbel-Kreuzbein-Abschnitt, halbseitige Aufnahme (Dittmar) 699 (C).
 Lendenwirbelsäule, Dislokation (Brailsford) 974 (R 4459).
 Leontiasis u. Radiographie (Ruppe) 566 (C).
 Leurin (Ravaut u. Rabeau) 524 (C).
 Lepra (Ferrari) 613 (C).
 — Ernährungsproblem (de Raadt) 1022 (C).
 — experimentelle Erzeugung (Franchini) 567 (C).
 — Verteilung der Blutgruppen (Weidemann u. Kaktin) 562 (C).
 — viszeale Morphologie (Stein) 1083 (R 4979).
 — der Nasenschleimhaut (Rose) 564 (C).
 Leptomeningeale Spontanblutung (Hess) 924 (C).
 Leukämie (Kovács) 796 (C).
 — chronische aleukämische (Orricco) 990 (R 4569).
 — Hautsymptome bei myeloischer (Groszlik) 863 (R 3970).
 — lymphatische (Panton) 582 (R 2636).
 — myeloide (Ramond) 796 (C).
 — myeloische (Groszlik) 1069 (C).
 Leukämie, Stoffwechsel bei lymphatischer und myeloider — (Warschawskaja) 644 (R 2961).
 — und Schwangerschaft (Neumann) 575 (R 2592).
 Leukämische Erkrankung (Lepschaja) 883 (C).
 Leukanämie (Ekelow u. Aymow) 883 (C).
 Leukopenie, Anreicherungsverfahren der Leukozyten (Mengler) 520 (C).
 — bei der Syphilisdiagnostik (Lanteri) 971 (C).
 Leukoplakie (Redwill) 523 (C).
 Leukoplakiecarcinom der Portio (Rogge) 530 (R 2349).
 Leukozyten, Feststellung toxischer Granulationen (Schilling) 898 (R 4136).
 — Granulaveränderungen (Dimmel) 925 (C).
 — Permeabilität (Fleischmann) 748 (C).
 — toxische (Feldmann) 1022 (C).
 — Veränderungen, toxische (Arneth) 1019 (C).
 — Verteilung (Müller u. a.) 592 (R 2700).
 Leukozytenlipide (Goldmann) 614 (C).
 Leukozytose unmittelbar nach der Geburt (Kulka) 522 (C).
 Levuriose „Blaes“ (Maurer) 836 (C).
 Lichen, Differentialdiagnostik u. Behandlung (Brünauer) 792 (C).
 — obtusus (Vohwinkel) 761 (R 3446).
 — planus (Bagnoli) 613 (C).
 — Vidal, Blutzucker (Biberstein) 908 (R 4195).
 Licht, Fadenpilzkolonien unter der Wirkung des — (v. Berde) 877 (C).
 — Sensibilisation (Rekling) 880 (C).
 — Wirkung (Earle) 565 (C).
 — Wirkung der verschiedenen Strahlenarten (Kranz) 925 (C).
 — und Rachitis (Peemöller) 879 (C).
 Lichtbehandlung (Weisblum) 794 (C).
 — (Rollier) 836 (C).
 — (Rösslyn) 903 (R 4163).
 — (Jones) 1023 (C).
 — Desensibilisation (Hufnagel) 836 (C).
 — bei der Tuberkulose (Watson) 827 (R 3807).
 — der Tuberkulose (Kisch) 1020 (C).
 — und Lungentuberkulose (Eberson) 1047 (R 4828).
 Lichtbogenschweißen, Vergiftung durch nitrose Gase (Adler-Herzmark) 735 (R 3376a).
 Licht- und Wärmebehandlung in der Gynäkologie (Flaskamp) 700 (C).
 Lider, Erkrankung (Vogelsang) 748 (C).
 Ligamenta rotunda uteri, Ventrifixur (Schmidt) 926 (C).
 — sacro-uterina, Durchschneidung (Molin u. Condamin) 882 (C).
 Ligamentopexie (Dieulafoy) 882 (C).
 Ligamentum falciforme hepatis, Operationsbefund am — (Schröder) 793 (C).
 — gastrocolicum, Tumor (Ascoli) 567 (C).
 — latum, Narbensklerose (Bonneau) 566 (C).
 Ligamentum patellare, Abriß (Fränkel) 879 (C).
 Limantherapie (Jassinowski) 705 (C).
 — und hämorrhagische Diathesen (Brussilowski) 615 (C).
 Lingualapparat (Ziebe) 1068 (C).
 Linse, Ciliarkörper bei Luxation der — (Fuchs) 705 (R 3159).
 — Diskontinuitätsflächen in der — (Goldmann) 699 (C).
 — Gaswechsel (Schmerl) 1019 (C).
 — Hohlraumbildung in der — menschlicher Embryonen (Fischer) 563 (C).
 — Einfluß der Röntgenstrahlen auf die embryonale — (Politzer) 793 (C).
 — verkalkte (Meves) 656 (C).
 Linsenkapsel, Atrophie der hinteren nach Staroperation (Handmann) 967 (C).
 — Membranpotential (Schmerl u. Thiel) 1019 (C).
 Linsenkapseldestruktion, senile (Krauna) 655 (C).
 Linsenmyopie (Hagen) 750 (C).
 Lipiodol (Mathieu) 881 (C).
 — epileptiforme Zufälle (Olmer u. Zuccoli) 1098 (R).
 Lipiodolinjektionen, Diagnostik der Lungenaffektionen durch — (Chianotis) 882 (C).
 Lipoarthritis sicca des Knies (Weissenbach u. Françon) 583 (R 2643).
 Lipodystrophie (Schlau) 596 (R 2724).
 Lipoidämie u. Cholesterinämie bei Grippe (Jackson) 596 (R 2725).
 Lipoidantikörper, Thermolabilität (Klingenstein) 1020 (C).
 Lipide (Mueh) 791 (C).
 — Bedeutung für die Tuberkulose (Scholz) 562 (C).
 — in der Entwicklung der Tumoren (Roffo) 751 (C).
 Lipoidhaushalt u. Ovarialfunktion (Kaufmann u. Mühlbock) 683 (R 3130).
 Lipoid-Kohlehydratstoffwechsel (Shisline) 928 (C).
 Lipoidnephrose (Pagmien) 586 (R 2658).
 — (Diebold) 924 (C).
 Lipoid-Protein-Kombination zur Behandlung der Syphilis (Hardesty) 579 (R 2617).
 Lipoidstoffwechsel u. Carcinom (Burgheim) 558 (R 2542).
 Lipoidstoffwechsel im Kindesalter (Knauer) 967 (C).
 Lipom, intraperitoneales (Willich) 522 (C).
 — intraperitoneales (Coopman) 749 (C).
 — rezidivierendes retroperitoneales (Hosemann u. Lang) 843 (R 3828).
 — des Magens (White u. Starr-Judd) 769 (R 3495a).
 — des Rückens (Bissell) 703 (C).
 — Wanderung (Osterland) 747 (C).
 Lipomatose (Löwenstein) 878 (C).
 — symmetrische (Buschke u. Casper) 520 (C).
 Lipomykol (Gewaltig) 701 (C).
 Liposarkom (Poersvosobroto) 837 (C).

- Lippe, Carcinom, Behandlung (Quick) 600 (R 2751).
 Lippe, Furunkel (Knoflach) 521 (C).
 Lippenplastik (Dengel) 971 (C).
 Lippenspalte s. Hasenscharte.
 Liquor Abfluß bei Hirntumoren (Mankowsky) 610 (C).
 — Absorption (Dandy) 1071 (C).
 — Bedeutung der Eiweißrelation (Kafka u. Samson) 777 (R 3543).
 — Chemie (Sternier) 951 (R 4388).
 — Chlorgehalt zur Diagnostik der Meningitis tuberculosa (Lattes) 613 (C).
 — diagnostischer Wert der Lymphocyten (Peset) 777 (R 3544).
 — Eiweißrelation (Kafka u. Samson) 793 (C).
 — Entnahme, subokzipitale (Plaut) 701 (C).
 — Essigsäureprobe (Piotrowski) 969 (C).
 — Gehalt an Aminosäurenstickstoff (Lickint) 727 (R 3324).
 — spezifisches Gewicht (Riebeling) 878 (C).
 — Harnsäuregehalt (Lickint) 727 (R 3323).
 — Pleozytosevariationen bei otogenen meningealen Irritationszuständen (Westergaard) 533 (R 2371).
 — Stickstoff- und Eiweißverhältnisse (Halpern) 880 (C).
 — Tuschreaktion (Benedek u. Thurzó) 797 (C).
 — Untersuchungen (Malykin) 883 (C).
 — Untersuchungen bei progressiver Paralyse und anderen syphilitischen Erkrankungen des Zentral-Nervensystems (Medem) 713 (R 3215).
 — Ursprung u. Reabsorption (Pedrazzini) 550 (R 2488).
 — Veränderungen infolge von kurz- dauernder Kompression nach Queckenstedts Methode (Neel u. a.) 911 (R 4216).
 — Verwertbarkeit bluthaltigen — (Samson) 568 (R 2547).
 — Zuckergehalt (v. Bókay) 614 (C).
 — bei Meningitis tuberculosa (Geldrich) 525 (C).
 — und Körpertemperatur (Gordon) 882 (C).
 Liquorfisteln, Röntgenbestrahlung postoperativer (Schönbauer) 521 (C).
 Lisfranches Gelenk, Luxation im — (Cholervicki) 929 (C).
 Lithiasis ochronotica (Bauer) 674 (R 3055).
 Lithopädion (Balaban) 520 (C).
 — (Butler) 564 (C).
 Lithotripsie (Cassuto) 660 (C).
 — (Zeiss) 928 (C).
 Little'sche Krankheit (Valls) 567 (C).
 — (Léri u. Lievre) 990 (R 4563).
 Lobärpneumonie, Diagnostik (Fitz) 585 (R 2652).
 Lobelin, Asphyxiebehandlung (Wladykin) 568 (C).
 Lobus venae azygos (Illig) 608 (C).
 — (Zawadowski) 907 (R 4188).
 — (Meisels) 907 (R 4189).
 Lochgips (Pitzen) 1031 (R 4722).
 Lochkamera (Herrmann) 1019 (C).
 Logopädie, Kongress 872 (B).
 Lokalanästhesie (Rothlin) 923 (C).
 — Verstärkung durch Hühnerweiß (Stender u. Amsler) 923 (C).
 Lokalanästhetikum (Höfer) 773 (R 3524).
 Loosersche Umbauzonen (Salinger) 747 (C).
 Lorchelvergiftung (Gutzeit) 834 (C).
 Lufteinblasungen, Veränderungen der Hemi-Thoraxwände (Génévrier) 882 (C).
 Luftembolie (Schmidt) 782 (R 3579).
 Luftröhre s. Trachea.
 Luftwege s. Atmungsorgane.
 — postoperative Komplikationen (Keeney) 611 (C).
 — Stenose der oberen (Bruns) 596 (R 2727).
 — bösartige Tumoren der unteren (Guillermo) 1087 (R).
 Lumbago (Weingart) 639 (R 2926).
 Lumbalanästhesie (Pitkin) 881 (C).
 — bei gynäkologischen Operationen (Völcker) 657 (C).
 — in der Geburtshilfe (Cheval) 575 (R 2595).
 Lumbalanschwellung, Ganglienzellen im Vorderhorn der — (Tsiminakis) 877 (C).
 Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge von Schädelverletzungen (Gerhartz) 912 (R 4223).
 Lumbalflüssigkeit s. Liquor.
 Lumbalpunktion (Nemenow) 561 (C).
 — (Ehrenwald) 865 (R 3981).
 — Meningismus nach — (Palcsó) 732 (R 3357).
 — Infektion der Meningen nach — (Drüner) 968 (C).
 — Infektion der Meningen (Schöpfemann) 879 (C).
 — meningitische Beschwerden (Perkel u. Tarsis) 798 (R 3598).
 Lumbalwirbel, Sakralisation des fünften (Ingebrigten) 1028 (R 4700).
 Lumbosakralgegend, tropho-statische Osteoarthritis (Kienböck) 608 (C).
 Lumbötestreaktion, Emanuel-Rosenfeldsche (Schmitt) 880 (C).
 Luminal (Trepte) 563 (C).
 — (Blumenthal) 700 (C).
 — bei Morphin-Entziehungskuren (Klemperer) 563 (C).
 — Vergiftungen (Balázs) 614 (C).
 Lunge Abszeß (Paissean) 796 (C).
 — Herriman u. Weeker) 1071 (C).
 — (Calderio) 1087 (R).
 — (Wehmeyer) 1087 (R).
 Lunge, Affektionen, Diagnostik durch Lipiodolinjektionen (Chianotis) 882 (C).
 — Aktinomykose, Röntgendiagnostik und -behandlung (Marko) 600 (R 2746).
 — Atelektase (Bowen) 544 (R 2436).
 — Atelektase infolge intrabronchialen Tumors (Ashburg) 917 (R 4247).
 — Carcinom (Kirklin u. a.) 658 (C).
 — (Raodin) 702 (C).
 — (Homann) 924 (C).
 — (Phélips u. Grenand) 1072 (C).
 Lunge, Diagnostik (Erdelyi) 561 (C).
 — Diagnostik (Petschacher) 521 (C).
 — Echinokokkus (Manwelan) 705 (C).
 — Echinokokkuszysten (Copello) 870 (R 4024).
 — Embolie (Martin) 909 (R 4200).
 — Embolie (Martin) 953 (R 4402).
 — Embolie, prophylaktische Behandlung (Lindquist) 667 (R 3007).
 — Emphysem (Bard) 882 (C).
 — Erkrankung (Scholz) 834 (C).
 — Erkrankungen im Kindesalter (Ewe) 656 (C).
 — Erkrankungen, Diagnostik der nicht-tuberkulösen (Arkin) 627 (R 2844).
 — Fixationsmechanismus des Mineralstaubes (Policard) 524 (C).
 — Fremdkörper (Simons) 1022 (C).
 — Funktion bei Schülern (Thouvenel) 958 (R 4431).
 — Heilung postoperativer Komplikationen nach Bier (Bondartschuk) 884 (R 4038).
 — arterielle Hypertension (Ramond) 1087 (R).
 — Infarkte (Schadow) 680 (R 3096).
 — Infektion durch Friedländer-Bazillus (Kornblum) 927 (C).
 — Infiltrationen, durchquerte Schatten (Bársony u. Koppenstein) 525 (C).
 — infraklavikuläre Frühkavernen (Gulbring) 986 (R 4543).
 — Kavernen (Polack) 660 (C).
 — Kaverne u. sackförmiger Pneumothorax (De Castiglione) 986 (R 4541).
 — Kollaps, spiographische Untersuchungen (Anthony u. Heine) 790 (C).
 — Komplikationen nach Operation (Sowles) 570 (R 2561).
 — Kongestion, schnelles Atmen (Churchill u. Cope) 703 (C).
 — Lymphosarkom (Neiberg u. Lerner) 1024 (C).
 — Mißbildungen im Röntgenbild (Flemming Möller) 702 (C).
 — Moniliasis (Balog u. Grossi) 746 (C).
 — Ödem (Blix) 880 (C).
 — perihiläre Prozesse im Röntgenbild (Kopstein) 1020 (C).
 — Pigmentierungen (Ickert) 854 (R 3909).
 — Radiographie (Sergent) 600 (R 2745).
 — Ringschatten in der — (Laurell) 643 (R 2952).
 — Röntgendiagnostik (Priesel) 1091 (R).
 — Röntgentechnik (Bronkhorst) 1104 (R).
 — Röntgenuntersuchungen (Dale) 826 (R 3794).
 — Sarkom (Homann) 924 (C).
 — Schrumpfung mit Herzverlagerung im Kindesalter (Hecker) 631 (R 2866).
 — Sekundärfiltrierungen (Nüssel) 723 (R 3296).
 — Sklerose (Comby) 991 (R 4574).
 — Spirochätenerkrankung (Bethume) (Bethume) 523 (C).

- Lunge, symptomlose Entzündung (Stephen u. Walker) 564 (C).
 — Syphilis (Fischer) 1080 (R 4971).
 — topographisch-anatomische Studien (Zueblin) 609 (C).
 Lunge, Tuberkulose (Freund) 587 (R 2669).
 — (Munk) 614 (C).
 — (Kritschewskaja) 629 (R 2856).
 — (Rehberg) 699 (C).
 — (Sergent) 751 (C).
 — (Gerhartz) 924 (C).
 — (Lord) 987 (R 4545).
 — arterieller u. venöser Druck (Olivero) 928 (C).
 — Diätbehandlung (Kretz) 836 (C).
 — Diätbehandlung (Liesenfeld) 858 (R 3931).
 — Diätbehandlung (Strauss) 988 (R 4556).
 — Goldbehandlung (Capuani) 546 (R 2454).
 — Behandlung mit Gold- und Natrium-Thiosulfat (Bernard u. Mayen) 795 (C).
 — gymnastische Behandlung (Sylvan) 609 (C).
 — hausärztliche Behandlung (Neumann) 701 (C).
 — Behandlung mit avirulenten Tuberkelbazillen (Gewaltig) 723 (R 3292).
 — Behandlung mit doppelseitigem Pneumothorax (Dümmel u. Spiro) 630 (R 2858).
 — Quarzlichtbehandlung (O'Brien) 1003 (R 4672).
 — chirurgische Behandlung (Alexander) 558 (B).
 — chirurgische Behandlung (Knosp) 945 (R 4354).
 — chirurgische Eingriffe (Moskaljow) 525 (C).
 — Bilirubinbestimmung im Blutserum bei — (Warnecke) 988 (R 4552).
 — Blutdruck u. Tonus der Arterienwand (Kessler) 986 (R 4540).
 — plötzliche Blutungen (Sydorenko) 882 (C).
 — Einwirkung des Brustkorbtraumas (Gegetschkori) 721 (R 3280).
 — Dekalzinisation des Organismus (Belajew) 705 (C).
 — Disposition und Exposition (Meinertz) 878 (C).
 — Entstehung (Schmincke) 629 (R 2853).
 — Erbllichkeit der anatomisch-klinischen Formen (Bufaliari) 928 (C).
 — Frühdiagnose (Webb) 1071 (C).
 — Frühdiagnostik (Martinelli) 839 (C).
 — Frühdiagnostik (Alexander) 968 (C).
 — Frühdiagnostik (Dudan) 968 (C).
 — Frühdiagnostik (v. Romberg) 985 (R 4535).
 — Goldgiftfestigkeit bei der Behandlung (Capuani) 946 (R 4356).
 — Frühformen (Dermitzel) 679 (R 3091).
 — Frühformen (Fraenkel) 857 (R 3927).
 — Frühinfiltrat (Moeller) 857 (R 3926).
 — infiltrative Frühformen (Rubinstein) 986 (R 4537).
 Lunge, Heilstättenkuren (Kruchien) 580 (R 2630).
 — Ichthyol-Calcium bei — (Melzer) 588 (R 2672).
 — interstitielle (Sergent) 751 (C).
 — kochsalzfreie Ernährung (Baer u. a.) 558 (B).
 — Kohleinjektion (Bingel) 1090 (R).
 — Kohletherapie (Gickler) 630 (R 2862).
 — Differentialzählung der Leukozyten (Brinkmann) 856 (R 3922).
 — akute Magendilatation (Strobie) 522 (C).
 — Einfluß der Menstruation auf die — (Alexander) 630 (R 2857).
 — Parathyreoid- und Milzextrakte (Vajda) 546 (R 2456).
 — Röntgendiagnostik (Holfelder) 1069 (C).
 — Sauerstoffverluste des arteriellen Blutes (Pomplun) 878 (C).
 — Stoffwechsel (Gherardini) 545 (R 2453).
 — Stickstoff- u. Mineralstoffwechsel (Gherardini) 630 (R 2864), 722 (R 3286).
 — Stickstoff- u. Mineralstoffwechsel (Gherardini) 858 (R 3933).
 — Stickstoff- u. Mineralstoffwechsel (Gherardini) 954 (R 4410).
 — Stickstoff- u. Mineralstoffwechsel (Gherardini) 988 (R 4553).
 — Syndrom der Lungenretraktion (Bezançon) 1072 (C).
 — zytologische Untersuchungen des Auswurfs (Mühlberg) 721 (R 3281).
 — im Röntgenbild (Witting) 1002 (R 4660).
 — im Röntgenbild (Fleischner) 1019 (C).
 — des Erwachsenen (Hamburger) 699 (C).
 — im Kindesalter (Peiser) 562 (C).
 — im Kindesalter (Epstein) 564 (C).
 — im Kindesalter (McPhedran) 703 (C).
 — im Kindesalter (Delille) 724 (R 3299).
 — des Arztes (Reckzeh) 1068 (C).
 — im Zusammenhang mit pararektalen Fisteln (Ewojan) 705 (C).
 — infolge von Dienstbeschädigung (Braeuning) 837 (C).
 — mit Säureintoxikation (Pomplun) 834 (C).
 — bei Stadt- und Landbewohnern (Kairiukstis) 969 (C).
 — in Norwegen (Bull) 1070 (C).
 — und Lichtbehandlung (Eberson) 1047 (R 4828).
 — und Sanocrysin (Stobie u. a.) 588 (R 2671).
 — und Sport (Markowicz) 748 (C).
 Lunge, Tumor (Gellein) 585 (R 2653).
 — (Cobet) 700 (C).
 — (Jacoby) 815 (R 3717).
 — (Crohn u. Weber) 878 (C).
 — und Lungentuberkulose (Ruhe) 967 (C).
 Lunge Zunahme von Tumormetastasen (Werkenthinówna) 884 (R 4036).
 Lunge, Zwerchfellzug und Spitzen-disposition (Farhad) 967 (C).
 — Zystizerkose, Diagnostik (Hecker u. Kellner) 600 (R 2747).
 Lungenbild bei Kindern (Collin) 547 (R 2464).
 Lungengrenze, obere im Röntgenbild (Danielius) 1068 (C).
 Lungenherde bei Wettschwimmerin (Nervegno) 701 (C).
 Lungenkreislauf (Truneeck) 1098 (R).
 Lungenlappen (Samjatin) 883 (C).
 Lungenspitze, Perkussion (Hajos) 1020 (C).
 — streifenförmige Schatten (Bárony u. Koppenstein) 557 (R 2537).
 — Tuberkulose (Bäumler) 858 (R 3929).
 — bei gesunden Leuten (Prosoroff) 699 (C).
 Luotest Müller-Brandt (Brandt) 749 (C).
 Lupinin (Fromherz) 1067 (C).
 Lupoid Boeck (Briel) 834 (C).
 Lupus, Behandlung (Demuth) 761 (R 3450).
 — Behandlung mit Metallverbindungen (Cole) 523 (C).
 — Heilung durch antisiphilitische Behandlung (Deshayes) 714 (R 3219).
 — Sonderstellung der Oberlippe (Rothmann u. Klebe) 761 (R 3449).
 — erythematodes acutus (Gawalowski) 535 (R 2381).
 — vulgaris (Bettmann) 699 (C).
 — vulgaris, Beeinflussung durch Splenotrat (Mahlo) 836 (C).
 — vulgaris, Diätbehandlung (Bommer) 1078 (R 4957).
 — vulgaris, Ernährungsbehandlung (Bommer u. Bernhardt) 834 (C).
 — vulgaris, Fürsorgebehandlung (Bommer) 836 (C).
 Luteinzyste s. Corpus luteum, Zyste.
 Luxationsfraktur (Adlerkreutz) 1023 (C).
 Lymphadenom (Guerra u. Duany) 1074 (R 4923).
 Lymphadenosis, aleukämische (Rabinowitsch) 883 (C).
 Lymphangiome der Haut (Tryb) 1067 (C).
 Lymphatischer Halswulst (Koritzki) 752 (C).
 Lymphatisches Gewebe (Schwanen) 1045 (R 4815).
 Lymphdrüsen s. Drüsen.
 — Tuberkulose, Behandlung (Jasienski) 929 (C).
 Lymphgewebe (Ehrich) 658 (C).
 Lymphknoten, Reaktion bei Reinfektion (v. Meyenburg) 609 (C).
 Lymphoblastom, Grundumsatz (Krantz) 626 (R 2839).
 Lympho-epitheliale Geschwulst (Greef) 553 (R 2511).
 Lymphogranuloma inguinale (Hellerström) 535 (R 2383).
 — inguinale (Koppel) 748 (C).
 Lymphogranulomatose (Petrowitsch) 705 (C).
 — (Waldmann) 719 (R 3263).

- Lymphogranulomatose (Mousson) 793 (C).
 — (Castex) 796 (C).
 — (Zoltán) 797 (C).
 — (Martinolli) 865 (R 3983).
 — (Aldereguja u. a.) 1084 (R 5000).
 — maligne (Castellano u. Orgaz) 524 (C).
 — maligne (De Capua) 796 (C).
 — Röntgenbehandlung (Kruchen) u. a.) 524 (C).
 — nach Röntgenbehandlung (Kruchen) 1058 (R 4905).
 — des Magens (Tschilow) 878 (C).
 Lymphopenie (Aresu) 1067 (C).
 Lymphskrotum (Weinberger) 519 (C).
 Lymphzysten des Nackens bei Kindern (Figi) 881 (C).
 Lysolvergiftung zentrale Pneumonie bei — (Burg) 835 (C).
 Lysozymwirkung in Augensekreten (Cavka u. Prika) 654 (C).
 Lyssa s. Tollwut.
 — Behandlung (Fermi) 704 (C).

- Mädchenschulturnen (Hoffa) 792 (C).
 Magen s. a. Achylie, Pylorus.
 — (Delhougne) 952 (R 4396).
 — Aziditätsbestimmungen nach Semmelteefrühstück (Lickint) 855 (R 3911).
 — Bewegungen (Filimonow) 995 (R 4602).
 — Bindegewebsverdauung (Glaessner u. Wittgenstein) 682 (R 3121).
 — Carcinom (Nuvoli) 613 (C).
 — Carcinom (Goldie) 709 (R 3183).
 — Carcinom (Scheidel) 924 (C).
 — Carcinom, okkulte Blutspuren im Stuhl (Meulengracht u. Jensen) 544
 — Carcinom, Resektion (Finsterer) 843 (R 3829).
 — Carcinom, Spätrezidiv (Finsterer) 843 (R 3831).
 — Chemismus (Arkuskij) 928 (C).
 — Chromoskopie (Scheffel) 552 (R 2502).
 — Diagnostik der Erkrankungen (Strauch) 1088 (R).
 — Diagnostik, Röntgenuntersuchung (Mailer) 838 (C).
 — Entstehungsregionen der Salzsäure (Delder) 882 (C).
 — Entzündung, eitrige (Kolesnikow) 614 (C).
 — Funktion, sekretorische (Lesnik) 654 (C).
 — Funktionen bei Herz- und Nierenkrankheiten (Fliederbaum u. Pianko) 678 (R 3079).
 — Funktionen, Dynamik (Swonitzki) 883 (C).
 — Funktionsprüfung (Hirsch-Mammoth) 908 (R 4192).
 — Ionenzusammensetzung (Schairer) 655 (C).
 — abnormer Keimgehalt (Seeber) 729 (R 3336).
 — Lymphogranulomatosis (Tschilow) 878 (C).
 — Motilität, Störungen (Reitter) 792 (C).

- Magen, Myome (Picard) 655 (C).
 — Nahrungsausnutzung nach Totalexstirpation des — (Bürger u. Konjetzny) 708 (R 3175).
 — Operation, Insulinbehandlung der Fistel nach — (Luban) 837 (C).
 — Operationsmethoden, konservative (Brauneck) 799 (R 3601).
 — postoperative Passagestörungen (Reischauer) 519 (C).
 — Perforation (Schwartz) 657 (C).
 — Perforation, traumatische (Buurman) 879 (C).
 — Pharmakologie (Molitor) 701 (C).
 — Physiologie (Kinsellen) 703 (C).
 — Reizzustand (Siebeck) 1068 (C).
 — Resektion (Eiselsberg) 749 (C).
 — Resektion (Starlinger) 792 (C).
 — Resektion (Lorenz) 836 (C).
 — Resektion, Ulcusrezidive nach — (Jansen) 569 (R 2554).
 — Röntgendiagnostik (Presser) 793 (C).
 — Röntgendiagnostik der Ulcusperforation (Sonnenfeld) 869 (R 4010).
 — Serienaufnahmen bei Röntgenuntersuchung (Kaestle) 1019 (C).
 — Röntgenperistaltik (Bernstein) 600 (R 2749).
 — Röntgenuntersuchung (Arce) 704 (C).
 — Säuregehalt und Evakuierung (Joffe) 908 (R 4191).
 — Säurewerte bei Cholezystopathie (Ohly) 654 (C).
 — pathologisches Schleimhautrelief (Albrecht) 520 (C).
 — Sekretion (Ehrenreich) 682 (R 3120).
 — Sekretion (Vandorffy u. Baräth) 796 (C).
 — Sekretion (Bloomfield) 970 (C).
 — Sekretion (Muscante) 995 (R 4603).
 — Sekretion, Säure-Basenbeschaffenheit (Gamble) 612 (C).
 — Sekretion, Einfluß kleiner Alkoholmengen (Schucher) 594 (R 2715).
 — Sekretion, Wirkung des Fettes (Kolowski) 752 (C).
 — Sekretion in der späten Syphilisperiode (Shodsischski) 714 (R 3216).
 — hypertrophische Sklerose (Singer) 893 (R 4110).
 — Syphilis (Singer u. Meyer) 612 (C).
 — Syphilis (Schlesinger) 749 (C).
 — Syphilis (Singer) 893 (R 4110).
 — motorische Tätigkeit des resezierten (Kirchner) 657 (C).
 — traumatische Zerreißung (Scotson) 795 (C).
 — Magenulcus (Tauber) 608 (C).
 — (Tauber) 655 (C).
 — (Anderson) 815 (R 3718).
 — (Barsony) 869 (R 4011).
 — (Kelling) 923 (C).
 — (Dengel) 971 (C).
 — (Fische) 1088 (R).
 — Beeinflussung mittels Grenzstrahlen (Gertz) 686 (R 3150).
 — Behandlung (Poras) 701 (C).
 — Behandlung (Paterson) 945 (R 4350).
 — Behandlung durch Alkalinisation (de Beco u. Swinnen) 627 (R 2845).

- Magen, operative Behandlung (v. Redwitz) 931 (R 4271).
 — Faltungstamponade (Roth) 657 (C).
 — Hyperbilirubinämie (Reiche) 700 (C).
 — Morbiditätsverhältnisse (Bahn u. Rüschen) 923 (C).
 — Perforation (Koch) 797 (C).
 — Perforation (Nussbaum) 1068 (C).
 — perforiertes (Holm) 794 (C).
 — perforiertes (Kudlek) 798 (R 3600).
 — perforiertes (Paugger) 879 (C).
 — perforiertes (Ricard) 1072 (C).
 — perforiertes Spätresultate nach verschiedenen Operationsmethoden (Bager) 662 (R 2976).
 — peristaltische Symptome (Bernstein) 1019 (C).
 — Proteinbehandlung (Calmon) 544 (R 2437).
 — Pyloroplastik (Polissodowa) 926 (C).
 — Wert des Probefrühstücks (Bársony) 815 (R 3719).
 — Strahlenbehandlung (Koltai u. Dunay) 567 (C).
 — Strahlenbehandlung (Kolta) 686 (R 3149).
 — carcinomatosum ventriculi (Albrecht) 870 (R 4025).
 — pepticum und Carcinom (Horslev) 1071 (C).
 — peptisches (Kuschelewski) 568 (C).
 — postoperatives peptisches (Gutmann u. a.) 524 (C).
 — und Autohämotherapie (Cerf) 658 (C).
 — und Psychotherapie (Leibowitz) 641 (R 2936).
 Magen Untersuchung (Iwanow) 525 (C).
 — Untersuchung, röntgenologische (Kienlin u. Kremser) 747 (C).
 Magenabschnitt, Veränderungen am präpylorischen (Haudeck) 600 (R 2748), 736 (R 3383).
 — Darm Carcinom, Radikaloperabilität (Zwerg) 968 (C).
 — Darmabschnitt, Bakterienflora (Löhr) 1068 (C).
 — Darm Erkrankungen, physikalische Behandlung (Strasser) 836 (C).
 — Darmkanal, peptische Schädigungen (Boas) 562 (C).
 — Darmkanal Blutungen (Donath) 609 (C).
 — Darmkanal, Durchgängigkeitsstörungen (Nedochlebow) 972 (C).
 — Darmkanal, Reliefstudien (Berg) 1019 (C).
 — Darmsnähte, Schutz durch Drain und Streifen (Mandl) 973 (R 4455).
 — Drüsen, Sekretionstätigkeit (Orlowski) 654 (C).
 Magenende, Verschuß des kardialen (Haden u. Orr) 565 (C).
 Magenfibrane (Sergejew) 615 (C).
 Magenfüllungsbild (Israelski) 608 (C).
 Mageninhalt, Entleerung (Kawashima) 631 (R 2872).
 Magenranke, Blutuntersuchung (Kogan) 952 (R 4397).

- Magensaft (Jaso) 835 (C).
 — Bakterizidie (Jarno) 551 (R 2501).
 — Sekretion (Steinitz) 855 (R 3912).
 — Einfluß des Natr. nitros (Bergmann) 659 (C).
 Magensaftlipase u. Pepsin, Bestimmung (Gózon y u. Hoffenreich) 525 (C).
 Magensäure (Immermann) 551 (R 2500).
 Magenschleimhaut, elektrische Ströme (Tschahowetz) 752 (C).
 Magen- und Darmanastomose (Partipilo) 702 (C).
 Magen- u. Duodenalgeschwür, Behandlung mit Atropin (Iwanow) 568 (C).
 Magie (Zuar) 1068 (C).
 Magnesiumsalz, Anwendbarkeit zur enteralen Narkose (Lieben) 923 (C).
 Magnesiumsulfat (Eskelund u. Jacobsen) 862 (R 3961).
 — intravenöses (Stander) 548 (R 2472).
 — und Morphium (Beckmann) 1024 (C).
 Makinsches Symptom der Herzgeräusche beim arteriovenösen Aneurysma (Diez) 569 (R 2551).
 Makroglossie (Hartmann) 772 (R 3520).
 Makuladegeneration, zystoide (Arnold) 1026 (R 4682).
 Makulagegend, Oedem (Weintraub) 1020 (C).
 Malacia ossis lunati et navicularis (Santozki u. Koppelman) 747 (C).
 Malakoplakia (Redwill) 523 (C).
 Malaria (Jacenko u. Machlina) 752 (C).
 — Alkalireserve des Blutes (Sirca) 1025 (C).
 — Arrhenal-Chininbehandlung (Jakowlew) 681 (R 3112).
 — Behandlung mittels subkutaner Strychnininjektion (Kardin) 854 (R 3904).
 — Chininresistenz u. Rezidive bei therapeutischer (Kauffmann) 954 (R 4412).
 — Diagnostik (Braslawski) 752 (C).
 — Dimeplasintherapie (Green) 703 (C).
 — Erythrozytensenkungsreaktion (Akato w u. Troitzki) 660 (C).
 — Störungen des Herzrhythmus (Zalocco) 613 (C).
 — Inkubationsperiode (Germann) 567 (C).
 — Krämpfe bei kindlicher (Zalocco) 811 (R 3689).
 — Plasmochinbehandlung (Hasselmann u. a.) 1042 (R 4805).
 — Polyurie u. Albuminurie bei kindlicher — (Zalocco) 717 (R 3253).
 — Päventivbehandlung mit Schweinfurtergrün (Missiroli) 749 (C).
 — quartana, Komplementablenkungsreaktion (Sawtschenko) 1025 (C).
 — Serologie (Henry) 882 (C).
 — tertiana, Uebertragung von latenter durch Bluttransfusion (Schnitzler) 837 (C).
 — tropica, Behandlung (Mynssen) 837 (C).
 — Uebertragung durch Mücken (Broquet) 704 (C).
 — der Kinder, Plasmochinbehandlung (de Luca) 1083 (R 4996).
 Malaria mit langer Latenz (Schüffner) 1022 (C).
 — Italiens Kampf gegen (Jensen) 702 (C).
 — und Gynäkologie (Piet) 934 (R 4291).
 — und Neurosyphilis (Marie) 894 (R 1413).
 — und Rachitis (Kissel) 660 (C).
 — und Schwangerschaft (Piet) 935 (R 4292).
 — und Tuberkulose (Godik) 928 (C).
 Malariabehandlung (Stümpke) 561 (C).
 — (Schuster) 796 (C).
 — (Davidow) 811 (R 3688).
 — (Decourt) 839 (C).
 — (Marie u. Lambert) 882 (C).
 — bei Erkrankungen des Nervensystems (Fribourg-Blanc) 913 (R 4228).
 — der kongenital-luetischen Kinder (Weitz) 656 (C).
 — bei progressiver Paralyse (Kaufman) 656 (C).
 — der progressiven Paralyse (Wagner-Jauregg) 867 (R 3999).
 — bei Erkrankungen des Zentralnervensystems (Marie) 1051 (R 4859).
 — der weiblichen Gonorrhöe (Weigand) 1080 (R 4969).
 — der Paralyse (Kaltenbach) 925 (C).
 — bei nichtparalytischen Erkrankungen (Marie) 882 (C).
 Malariainpfung bei Syphilis congenita (Tüdös) 525 (C).
 Malariakranke, Blutgruppen bei — (Lifschitz) 526 (C).
 Malariaparasiten (Horn) 836 (C).
 Malleinreaktion (Brokmann u. Hirtzfeld) 835 (C).
 Malleus (Roelofs) 837 (C).
 Maltafieber, pulmonäre Form (Bethoux) 839 (C).
 Maltose, Wirkung auf den Stoffwechsel (Steuber u. Seifert) 607 (C).
 Malto-sellol (Schönfeldt) 562 (C).
 Malum perforans der Ferse (Loewe) 800 (R 3615).
 Malum senile (Raviola) 971 (C).
 Malzsuppe (Terrien) 751 (C).
 Mamma, blutende (Rudzki) 971 (C).
 — Carcinom (Cordua) 657 (C).
 — Carcinom (Wintz) 1104 (R).
 — Carcinom, Behandlung (Sluys) 573 (R 2584).
 — Carcinom, Metastasen (Ingram) 565 (C).
 — Carcinom, Radikaloperation (Biesenberger) 1022 (C).
 — Carcinom, Strahlenbehandlung (Pfahler u. Widmann) 1004 (R 4675).
 — Carcinom, Strahlenbehandlung (Wintz) 1019 (C).
 — intrakanalikuläres Fibroadenom (Treves) 881 (C).
 — metastatisches Melanosarkom (Bauer) 791 (C).
 — Pamphlegmone, Amputation und Einfluß auf den Stand der Schwangerschaft (Leunichens u. Pastiels) 620 (R 2793).
 Mamma, Radiobehandlung der Carcinome (Ponzio) 918 (R 4256).
 — Radiologie (Sparks) 969 (C).
 — Sekretion beim Neugeborenen (Lorenz) 1090 (R).
 — Stereographie (Barteling) 969 (C).
 — und Aminosäuren (Bosio) 1073 (C).
 Mandeleiterungen, Behandlung (Glas) 563 (C).
 Mandeln s. a. Tonsillen.
 Mandibula u. Maxilla, kongenitale Synostose (Petheö) 563 (C).
 Mangan bei Dementia praecox (Meng) 966 (C).
 Manganchlorid, Anwendung (Reed) 824 (R 3785).
 Manoilowsche Reaktion (Sokolowski) 660 (C).
 Marmorknochen (Merrill) 564 (C).
 Maschinen, Gefährlichkeit von — (Wüst) 1019 (C).
 Masern, Auslöschphänomen (Latzinik) 675 (R 3063).
 — Encephalomyelitis (Greenfield) 1041 (R 4797).
 — wiederholte Erkrankung (Kanewskaja) 526 (C).
 — Infektiosität (Fischl) 924 (C).
 — Infektiosität (Noeggerath) 1019 (C).
 — Inkubationszeit (Abercrombie) 750 (C).
 — nervöse Komplikationen (Jenkins) 564 (C).
 — Reaktionen mit grünfärbenden Mikrokokken (Ferry u. Noble) 703 (C).
 — grünwachsende Streptokokken (Bradford) 703 (C).
 — Streptokokkenempyem nach — (Nobécourt u. a.) 1083 (R 4992).
 — Veränderungen der Blutgerinnungszeit und der Plättchenzahl (Gornitzkaja) 1041 (R 4794).
 — Verlauf bei mit Serum Geimpften (Kanewskaja) 752 (C).
 — Schutzimpfung (Knauer) 675 (R 3064).
 Masernenzephalitis (da Rocha) 796 (C).
 Masernpneumonie bei Säuglingen (Kuraya) 581 (R 2632).
 Massage (Müller) 1068 (C).
 — (Lindskog) 1070 (C).
 Mastdarm s. Rektum.
 — Carcinom (Hochenegg) 843 (R 3830).
 — Carcinom, Operationsmethode (Goldschmidt) 791 (C).
 — Defekt (Bourg) 613 (C).
 — Erkrankung (Zweig) 878 (C).
 — Fistel, Operation (Wideröe) 522 (C).
 — Fremdkörper (Kowalskyi) 883 (C).
 — Resektion (Goldschmidt) 657 (C).
 — Wundbehandlung nach sakralen Operationen (Neugebauer) 926 (C).
 Mastitis (Leigh) 658 (C).
 — Operation der puerperalen (Bohler) 935 (R 4293).
 Mastixreaktion (Riebe) 938 (R 4317).
 Mastkur bei Muskelrheumatismus (Weisz) 567 (C).
 Mastoiditis (Sinowjew) 797 (C).
 — (Hetrick) 881 (C).
 — eitrige akute (Blumenthal) 937 (R 4303).

- Masturbation s. Onanie.
 Mastzellen (Ballantyne) 1023 (C).
 Matéfy'sche Reaktion (Latzinik) 568 (C).
 — bei Arthritikern während der Schlammbehandlung (Liwschitz) 626 (R 2837).
 Maul- und Klauenseuche (Wagener) 562 (C).
 Maxilla- u. Mandibula-Synostosen (Petheö) 525 (C), 563 (C).
 Mayorscher Hammer (Roux) 609 (C).
 Mechanik des Körpers (Ewerhardt) 794 (C).
 Meckelsches Divertikel, chirurgische Erkrankungen. (Winkelbauer) 836 (C).
 Mediastinalemphysem nach Pressnarkose (Bauer) 926 (C).
 Mediastinalzyste (Vogt) 564 (C).
 Mediastinum, linksseitige Dauerdeviation (Robinson) 643 (R 2953).
 — Tumoren (Winkelbauer) 521 (C).
 Medial (Tartler) 790 (C).
 Medizin, Unterricht (Major) 970 (C).
 Medizinalgesetzgebung (Solbrig) 1021 (C).
 Mediziner, Ausbildung (Flexner) 688 (B).
 Medizinische Ausbildung (Wilbur) 970 (C).
 Medulla oblongata bei diffuser Peritonitis (Manenkow) 777 (R 3549).
 Meeresklima, Einfluß des südlichen auf den kindlichen Organismus (Demikiewa) 971 (C).
 Megacolon congenitum (Lazarewicz) 610 (C).
 Meinickesche Reaktion (Loewy) 615 (R 2760).
 — (Meinick) 655 (C).
 — (Stepowski u. Wroblewski) 836 (C).
 — (de Aja) 877 (C).
 — (Beyreuther) 1020 (C).
 — (Miraglia) 1028 (R 4698).
 — (de Aja u. a.) 1067 (C).
 — (Saito) 1068 (C).
 Melanismus, erblicher (Orth) 892 (R 4098).
 Melanoblastome in der Retina (Boente) 1020 (C).
 Melanomatosis (Liebmann) 609 (C).
 Melanome der Haut (Imschenetzki) 1025 (C).
 Melanosarkom, metastatisches (Bauer) 791 (C).
 — Röntgen- u. Radiumbestrahlung (Hintze) 1019 (C).
 Melanotisches Pigment (Schaaf) 655 (C).
 Melitokokken-Pseudotuberkulose (Bethoux) 839 (C).
 Melkernoten mit toxischem Exanthem (Schulze u. v. Grundherr) 892 (R 4097).
 Melorheostose (Comby) 971 (C).
 — Léry (Goldschlag) 1019 (C).
 Menformon (Ebhardt) 656 (C).
 — (Deuticke u. Graff-Pancsova) 1067 (C).
 Meningeale Irritationszustände (Westergaard) 519 (C).
 Meningeaverletzung, homolaterale Hemiplegie (König) 878 (C).
 Meningen, Infektion nach Lumbalpunktion (Drüner) 968 (C).
 — Sarkomatose der spinalen — (Misch u. Landsberg) 770 (R 3505).
 Meningiom (Bostroem) 955 (R 4416).
 — der Olfaktoriusrinne (Müller) 824 (R 3779).
 — des vorderen Chiasmawinkels (Guttmann u. Spatz) 998 (R 4627).
 Meningitis, Agglutination bei der Cerebrospinal — (Nebytova-Lukjantschikora) 538 (R 2404).
 — Behandlung der epidemischen (Leonow) 797 (C).
 — cerebrospinalis im Distrikt Umanagu (Hrolo) 896 (R 4126).
 — chronica circumscripta (Anschütz) 834 (C).
 — eitrige aseptische (Kaulbersz-Marynowska) 749 (C).
 — epidemische u. Trauma (Gutzeit u. Stern) 967 (C).
 — gonorrhoea (Lorentz) 850 (R 3877).
 — otogene (Schweder) 759 (R 3437).
 — otogene (Koch) 804 (R 3639).
 — pathologische Veränderung bei (Sysak u. Tschärniaewa) 563 (C).
 — rekurrierende (Bronstein) 1071 (C).
 — seröse (Mezzatesta) 568 (R 2546).
 — seröse spinale (Hassin u. Andrews) 565 (C).
 — spezifische Behandlung der epidemischen zerebrospinalen — (Leonow) 946 (R 4361).
 — spinalis (Jacchia) 613 (C).
 — Staphylokokken (Chavany) 911 (R 4215).
 — syphilitische (Carr) 893 (R 4107).
 — temporäre Lumbalfistel (Krasnogorski) 1092.
 — tuberkulöse (Watts) 523 (C).
 — tuberkulöse (Blau) 587 (R 2668).
 — tuberkulöse (Suner) 770 (R 3508a).
 — Urotropinbehandlung (Rostock) 798 (R 3599).
 — Zuckerabnahme, Milchsäuregehalt u. Wasserstoff-Ionenkonzentration des Liquor (Geldrich) 952 (R 4400).
 Meningokokkämie (Marlow) 523 (C).
 — (Graves) 1071 (C).
 Meningokokkenendokarditis (Hyland) 970 (C).
 Meningokokkensepsis (Kramer) 837 (C).
 Meningozele (Tickering u. Pick) 795 (C).
 Menisken, Zystenbildung der äußeren (Delchef) 704 (C).
 Meniskenapparat, traumatische Schädigungen (Cornioley) 1021 (C).
 Meniskus, Ruptur (Dietrich) 800 (R 3614).
 Meniskus Verletzung, Osteochondritis dissecans mit — (Kopp) 968 (C).
 Menopause, Brachialgie während der — (André-Thomas) 882 (C).
 — Thyreoidea u. Kopfschmerzen der — (Stevens) 934 (R 4286).
 Menses, Wirkung der antisiphilitischen Behandlung (Batumin) 1038 (R 4771).
 Menstruation (Hartman) 1071 (C).
 — Änderungen des Stoffwechsels (Eufinger) 933 (R 4284).
 — Einfluß auf die Lungentuberkulose des Weibes (Alexander) 630 (R 2857).
 — Störungen (Aschner) 976 (R 4474).
 — Störungen bei der Tuberkulose des Genitales (D'Aprile) 976 (R 4475).
 — und ihre Störungen (Novak) 644 (B).
 Menstruationsblut, Morphologie (Geist) 976 (R 4476).
 Menstruationsperiode, Blutkalkspiegel zwischen und während der — (Allen u. Goldthorpe) 669 (R 3020).
 Menstrueller Zyklus (Ferreira) 659 (C).
 — Verhalten des arteriellen Blutdruckes (Eichbaum) 933 (R 4285).
 — und Ovulation (van Herwerden) 1068 (C).
 Meralgia paraesthetica (Klimke) 999 (R 4636).
 Merkurochrom, lösliches (Wright) 632 (R 2878).
 — als vaginales Antiseptikum (Mayes) 576 (R 2599).
 Mesaortitis (Schlesinger) 791 (C).
 Mesenchym in der Wand des Ureters (Stieve) 1022 (C).
 Mesenchymale Abstammung, Bedeutung der Organe für die Widerstandsfähigkeit gegenüber bakterieller Infektionen (Frey) 903 (R 4158).
 Mesenterialdefekte (Judd) 658 (C).
 Mesenterialdrüsen, Tuberkulose (Rawitzkaja) 721 (R 3274).
 Mesenterialzyste, chylöse (Wilson) 522 (C).
 — und Wanderniere (Ladwig) 657 (C).
 Mesenteritis, sklerosierende retraktile (Udaondo) 796 (C).
 Mesenterium, Entzündung (Masseti) 704 (C).
 Meskalinversuche (Bensheim) 956 (R 4421).
 Mesmer, von — zu Coué (v. Gruenewald) 1006 (B).
 Mesokolon transversum (Finochietto) 557 (R 2538).
 Mesothorium in lebenden Personen (Schlundt u. a.) 564 (C).
 Messerstichverletzungen (Brandesky) 845 (R 3839).
 — (Winterstein) 879 (C).
 Messmethodik in der Hauttherapie (Bödecker) 700 (C).
 Metallix-Therapieöhre (Fried) 836 (C).
 — (Cramer u. Borm) 836 (C).
 Metallsalzbehandlung (Lunde) 793 (C).
 Metastrongylus elongatus (Hobmaier) 878 (C).
 Metasyphilis, Behandlung (Leven) 878 (C).
 Metatarsalia, stellvertretende Hypertrophie bei Zehenverlust (Schnek) 880 (C).
 Metatarsalgie (Fischer) 925 (C).
 Metatarsalknochen, Luxation (Narat) 618 (R 2777).
 Metatarsus varus congenitus (Schulze-Gocht) 834 (C).

- Meteorologie und Krankheitsforschung (v. Heuss) 836 (C).
- Methylenblau, Wirkung auf das isolierte Froschherz (Agnoli u. de Barbieri) 790 (C).
- in der Kultur (Roffio) 751 (C).
- Methylglyoxal als Zwischensubstanz bei der Glykolyse (Vogt) 520 (C).
- Metritis, chronische (Lahm) 925 (C).
- Michelsche Klammern (Selentschuk) 883 (C).
- „Microbes de sortie“ (Ilatogoroff) 972 (R 4452).
- Mieder (Gutzeit) 521 (C).
- Migräne mit Neuritis retrobulbaris (Pákozdy) 796 (C).
- Mikrophthalmus (Böhler) 654 (C).
- Mikrophosphorbestimmung (Samson) 562 (C).
- Mikroreste (Dinkin) 821 (R 3762).
- Mikrosporien der behaarten Kopfhaut (Massia u. Rousset) 928 (C).
- Mikrozephalie Idiotie (Goldstein u. Murphy) 918 (R 4253).
- Miktionsschmerzen (Maissonnet) 839 (C).
- Mikulicz'sches Syndrom (Cimmino) 704 (C).
- Milberderkrankungen (v. Mallinckrooth-Haupt) 746 (C).
- Milch (Crépin) 928 (C).
- Milch, bestrahlte (Bamberger) 924 (C).
- (Ferri) 1025 (C).
- (Schönem) 1049 (R 4838).
- Milch bestrahlter Mütter (Hirsch-Kauffmann u. Wiener) 588 (R 2675).
- antigene Eigenschaften kondensierter (Cutler) 565 (C).
- Kontrollstellen (Klose) 519 (C).
- naturreine (Kisskalt) 698 (C).
- und ultraviolette Strahlen (Karsten) 1013 (T).
- Milchallergie bei Kindern (Hallarman) 927 (C).
- Milchbehandlung bei Tuberkulose (Böttcher u. Knüsli) 793 (C).
- Milchinjektion (v. Liebermann) 726 (R 3311).
- Milchnährschaden (Orgler) 924 (C).
- Milchsäure Bestimmung, kolorimetrische (Fuchs) 835 (C).
- Gehalt des Blutes (Gelstein u. Frankstein) 1099 (R).
- Gehalt des Hirns bei Atemnot (Cobet) 1018 (C).
- Milchsäurebakterien s. a. Bakterien, Milchsäure —
- Milchsäurebeseitigung u. Sauerstoffverbrauch bei körperlicher Arbeit (Gollwitzer-Meier) 865 (R 3987).
- Miliartuberkulose (Schroeder) 970 (C).
- Entstehung u. Bedeutung (Pagel) 515 (O).
- nach primärer Pleuritis exsudativa (Rosenberg) 967 (C).
- Milz s. a. Gauchersche Krankheit.
- Beziehungen zum Tumorwachstum (Brüda) 1021 (C).
- Exstirpation bei Purpura (Sandow) 655 (C).
- Funktion (Below) 752 (C).
- immunbiologische Vorgänge (Blasi) 864 (R 3978).
- Milz, Palpation (Schotter) 925 (C).
- Pathologie (Chabrol u. Boltanski) 636 (R 2907).
- Resektion mit Diathermieströmen (Kuntzen u. Vogel) 657 (C).
- rezidivierende Stieltorsion einer akzessorischen (Alexander) 795 (C).
- röntgenologische Darstellung (Oka) 1068 (C).
- Ruptur (Berndt) 657 (C).
- Ruptur (Schmidt) 926 (C).
- Sarkom (Hovard) 1071 (C).
- Splenektomie nach Schußverletzung (Meyer) 703 (C).
- Milz u. Leber (Parkes Weber) 795 (C).
- Milzbehandlung bei Knochen- und Gelenktuberkulose (Kuss) 1021 (C).
- Milzbrand, Behandlung (Diatschenko) 539 (R 2405).
- Behandlung (Mamtschenko) 883 (C).
- Behandlung (Pericio) 942 (R 4338).
- Behandlung mit Salvarsan (Stepuchowitsch) 797 (C).
- enterale Form (Solowjeff) 525 (C).
- Meningitis (Aguiah) 990 (R 4562).
- Sepsis (Jensen) 702 (C).
- Serum (Padalka) 797 (C).
- Milzdiät bei Tuberkulösen (Ruttgers u. Kamsler) 630 (R 2863).
- Milzentfernung bei biliärer Leberzirrhose (Beresow) 1022 (C).
- Milzextrakte, Wirkung auf das Blutbild (Nipperdey) 777 (R 3545).
- Milzfieber u. Milzfunktionen (Hellner u. Kallius) 553 (R 2516).
- Milzvenenthrombose, Diagnostik (Villa) 718 (R 3256).
- Mineralsalzbehandlung (Mainzer) 924 (C).
- Mineral- und Stoffwechsel (Rominger u. a.) 746 (C).
- Mineralstoff Untersuchungen an Säuglingen (Boldt u. Brahm) 654 (C).
- Mineralwässer (Billard u. Mongrot) 704 (C).
- agozytische u. anagozytische Wirkung (Mougeot u. Aubertot) 882 (C).
- künstliche (Molitor) 609 (C).
- Rolle des Calciums (Violle) 904 (R 4167).
- in der Diätetik (Soós) 614 (C).
- Mirrard (Suponitzkaja) 883 (C).
- Mischehen (Fetscher) 836 (C).
- Mißbildung, familiäre der oberen Extremitäten (Kutzenock) 519 (C).
- Mistel (Ebster u. Jarisch) 1067 (C).
- Mitralgeräusche (Frey u. Fromm) 943 (R 4346).
- Mitralinsuffizienz (Géraudel) 882 (C).
- Mitralstenose s. a. Herzfehler.
- Beziehungen der Hypertension (Levine u. Fulton) 627 (R 2843).
- Röntgendiagnostik (Cookson) 526 (R 3793).
- Mittellappeninfiltrat (Barsony) 561 (C).
- Mittelhandknochen, Brüche des ersten (Ehalt) 1019 (C).
- Mittelhirn, vegetative Zentren (Schwabauer) 928 (C).
- Mittellappeninfiltrat (Barsony u. Koppenstein) 815 (R 3715).
- Mittelmeerfieber s. Maltafieber.
- Mittelohr Eiterung (Wirth) 979 (R 4496).
- Erkrankungen der Kinder (Grünfelder) 610 (C).
- Diphtherie (Hirsch) 561 (C).
- Ionisierung bei Eiterungen (Mc Laggan) 566 (C).
- Mittelohrentzündung s. Otitis media.
- Mittelohrräume, Röntgenbehandlung der akuten Entzündung (Goldmann) 870 (R 4023).
- Moderne Therapie (Franck) 1006 (B).
- Mola hydatidosa (Johansson) 611 (C).
- Molekularphänomene (Pimenta Bueno) 659 (C).
- Molluscum contagiosum (Blum) 703 (C).
- Mond- u. Kahnbein, Verletzungen und Erkrankungen (Pfaff u. Schosserer) 747 (C).
- Mondbein Malazie (Sautozki u. Koppelman) 747 (C).
- Mondbeinluxation (Beck) 610 (C).
- Mondbeinverrenkungen (Böhler) 617 (R 2775).
- Mongoloidismus, Röntgenbehandlung (v. Wieser) 685 (R 3143).
- Monozytenangina (Ricca-Barberis) 567 (C).
- (Rosling) 793 (C).
- Moorbäder, Einfluß auf das Blutbild bei Rheumatikern (Jürgens) 767 (R 3485).
- Moorbäderbehandlung chronischer Gelenkerkrankungen (Kljatschkin) 626 (R 2838).
- Moorbehandlung (Finkelstein) 660 (C).
- (Runowa) 883 (C).
- Morbidität u. Mortalität an Kinderkrankheiten (Rubbi) 1093 (R).
- Morbiditätsstatistik in der Sozialversicherung der U. S. S. R. (Markuson) 519 (C).
- Morchelvergiftung (Gutzeit) 834 (C).
- Morgagnische Hydatide, Drehung (Broster u. Coyte) 564 (C).
- Drehung und Einklemmung (Abernethy) 564 (C).
- Mororeaktion bei den Schulkindern (Simon) 699 (C).
- Moroscher Umklammerungsreflex (Gordon) 1091 (R).
- Morphin, Pulsverlangsamung (Matthes) 1067 (C).
- Morphinisten, Behandlung (Nellans u. Masee) 970 (C).
- Morphium Ueberempfindlichkeit bei Kyphoskoliose (Schröder) 657 (C).
- Morphium Wirkung, Einfluß der Thyreoidea (Lund u. Benedict) 927 (C).
- Narkotinmischungen (Lévy u. Gaudin) 839 (C).
- Mortalität Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern (Burkhardt) 790 (C).
- Moskiten, Bekämpfung (Linhares) 659 (C).
- Moskitolarven, Phototropismus (Rudolfs u. Lackey) 881 (C).

- Motorfahrzeugführer, amtsärztliche Untersuchung (Rappold) 749 (C).
 Motorische Erscheinungen (Grünbaum) 749 (C).
 Mova-Salbe (Masorsky) 879 (C).
 Mucksche weiße Strichzeichnung (Baumann) 1100 (C).
 Muckscher Adrenalin-Sondenversuch (Joél) 996 (R 4609).
 Mukoklase (Pribram) 657 (C).
 Mukometra (Iwanow) 837 (C).
 Mukosusotitis (Kindler) 937 (R 4304).
 Müllersche Ballungsreaktion (Zollschan) 656 (C).
 — (Lechner) 836 (C).
 — (Frankovic) 1028 (R 4697).
 Müllerscher Gang, völliges Fehlen (Michel) 522 (C).
 Mumienmuskel, Fermentwirkung (Sehrt) 790 (C).
 Mumps s. Parotitis epidemica.
 Mumps u. Grippe (Schut) 610 (C).
 Mund, Carcinom, Behandlung (Quick) 600 (R 2751).
 Mundbeleuchtung (Karlłowicz) 608 (C).
 Mundhöhle, radiologische Behandlung der Tumoren (Berven) 1019 (C).
 Mundsanierung als Grundbedingung der Heilstättenbehandlung (Klatt) 948 (R 4373).
 Mund- und Zahnpflege bei Geistes- und Nervenkranken (Levanowitsch) 764 (R 3468).
 Musculus psoas major, Einriß (Maxon) 519 (C).
 Musculus rectus abd., Spontanruptur und Hämatom (Hirsch) 837 (C).
 Musikalität, Entwicklung in den Reifejahren (van Briessen) 688 (B).
 Muskel s. a. Chronaxie.
 Muskel- und Hautatrophie (Lippitz) 791 (C).
 Muskelarbeit u. peripheres Herz (Hasebroeck) 562 (C).
 Muskelarbeit, Stoffwechsel bei — und reiner Fettmahrung (v. Hattingberg) 1018 (C).
 Muskeldystrophie (Friesz) 797 (C).
 — bei postencephalitischer Zwischenhirnerkrankung (Schilder u. Weissmann) 598 (R 2737a).
 — bulbärparalytische Form von progressiver (Farmanow) 525 (C).
 Muskelhernie am Bein (Ihde) 756 (R 3411).
 Muskelpathologie (Kopits) 864 (R 3980).
 Muskelrheumatismus, Mastkur bei — (Weisz) 567 (C).
 Mutaflor bei chronischer Obstipation (Nissle) 1089 (R).
 Mutterkorn s. Secale.
 Mutterkornangrän (Ellerbroeck) 522 (C).
 Mutterkorninfus (Meyer) 879 (C).
 Mutterkuchen s. Plazenta.
 Muttermilch, Vitaminanreicherung mittels bestrahlter Hefe (Wachtel) 879 (C).
 Mutter, manuelle Dehnung während der Geburt (Bauer) 673 (R 3045).
 Muttermundform. Prognose der Erstgeburt aus der — (Aschner) 657 (C).
 Myasthenia gravis (Mc Alpine) 822 (R 3770).
 Myasthenie, Milchsäurebestimmung im Blut (Friesz u. Mohos) 699 (C).
 Pupillenreaktionen (Rakonitz) 1000 (R 4638).
 Myatonia congenita bei Geschwistern (Boddin) 732 (R 3358).
 Mycosis fungoides (Busni) 525 (C).
 Mykose, interdigitale (Biberstein) 1067 (C).
 Mykose durch den Pseudococcidioides Mazzai (Mazza u. Parodi) 796 (C).
 Myelitis infectiosa (Zeiss) 1022 (C).
 — beim Fleckfieber (Netschaj) 660 (C).
 Myelographie (Peiper) 609 (C).
 — (Loewenstein) 638 (R 2920).
 — (Finsert) 867 (R 3997).
 — Peiper) 1069 (C).
 Myelom, multiples (Hallermann) 1067 (C).
 — Röntgendiagnostik des endothelialen (Kirklin u. Weber) 601 (R 2752).
 — Röntgendiagnostik der multiplen (Palugyay) 1020 (C).
 Myelomatosis, multiple (Short u. Crawford) 1024 (C).
 Myelose, aleukämische (Müller u. Spröhnle) 699 (C).
 Mykotische Syndrome (Unna) 613 (C).
 Myokard Erkrankungen (Moon) 795 (C).
 — Infarkt der Spitze (Mozer u. Epstein) 1021 (C).
 — Veränderung bei Infektionen (Molinari) 1040 (R 4791).
 Myokarditis s. Herzfehler.
 — (Ferguson) 900 (R 4142).
 — elektrokardiographische Beobachtungen (Dressler u. Kiss) 943 (R 4347).
 — interstitielle (Mazzeo) 818 (R 3738).
 Myom (Gerich) 657 (C).
 — Behandlung (Wehefritz) 1069 (C).
 — als Ursache einer Fetalmissbildung (Hofstötter) 656 (C).
 — Herzveränderungen (Janaki) 975 (R 4472).
 — Operation (Sellheim) 656 (C).
 — Operation (Sellheim) 879 (C).
 — Röntgenstrahlenbehandlung (Laws) 687 (R 3155).
 — Strahlenbehandlung (Geithner) 520 (C).
 — Strahlenbehandlung (Nemenow) 557 (R 2541).
 — Zerstückelung u. Auskernung (Sellheim) 656 (C).
 — im Wochenbett geborenes (Herzfeld) 969 (C).
 — und Schwangerschaft (Fabrizius) 836 (C).
 Myomektomie außerhalb der Schwangerschaft (Mériel u. Baillat) 1033 (R 4735).
 — und Schwangerschaft (Brindeau) 1033 (R 4734).
 Myopathie (Nikitin) 822 (R 3769).
 Myopische Fundusdegeneration (Vontobel) 1027 (R 4686).
 Myopische Veränderungen am Augenhintergrund (Scheerer u. Seitzer) 835 (C).
 Myosalvarsan (Nathan u. a.) 950 (R 4384).
 — Ausscheidung (Hopf) 862 (R 3964).
 — bei Säuglingen (Waldeyer) 860 (R 3952).
 Myositis ossificans (Winski) 846 (R 3852).
 — ossificans traumatica (Blencke) 1030 (R 4714).
 — ossificans nach suprapubischer Prostatektomie (Kretschmer) 927 (C).
 Myxödem s. a. Thyreoidea.
 — (Herzfeld) 813 (R 3705).
 — Befunde im Hirn (Lotmar) 636 (R 2910).
 — Behandlung mit Thyreoideapräparaten (Kissel) 614 (C).
 — mit Thyreoideapräparaten (Kissel) 632 (R 2873).
 — Thyroxinbehandlung des kongenitalen (Nobel u. Kornfeld) 950 (R 4382).
 — und Psychose (Schrijver) 750 (C).
 Nabel Behandlung bei Neugeborenen (Sunde) 1023 (C).
 Nabelhernie, embryonale (Grüner) 615 (C).
 — und Spinabifida (Juaristi u. Arraiza) 839 (C).
 Nabelschnur, spontane Trennung (Douglass) 881 (C).
 — Varix (Adair u. McDonald) 657 (C).
 Nabelsepsis (Jaso) 839 (C).
 Nabelsteine (Kausch) 844 (R 3835).
 Nachgeburtsblutungen (Magid) 759 (R 3434a).
 — Prophylaxe durch Calcium (Bardenheuer) 711 (R 3198).
 Nachoperationsperiode (Mogilew) 1029 (R 4711).
 Nacktenbrampf (Peters) 750 (C).
 Naeglebecken (Williams) 1023 (C).
 Naevi, Erblichkeit (Leven) 924 (C).
 Naevus aplasticus (Brauer) 806 (R 3648).
 — flammeus (Krause) 1022 (C).
 — hyperkeratosus (Caluzzi) 971 (C).
 — vasculosus (Davies u. Flett) 838 (C).
 — verrucosus (Perkins) 937 (R 4306).
 Nägel, gesteigertes Wachstum in der Schwangerschaft (Halban u. Spitzer) 671 (R 3031).
 Nagel, eingewachsener (Kurtzahn) 878 (C).
 Nagelepidermophytie (Karrenberg) 1079 (R 4964).
 Nagelextension (Kienle) 657 (C).
 — im kindlichen Alter (Koch) 886 (R 4057).
 Nagelperkussion (Katz) 614 (C).
 Nahrungsallergie (Sterling) 838 (C).
 Nahrungsanaphylaxie (Laroche u. a.) 1053 (R 4870).
 Nahrungsmittel s. a. Ernährung.
 Naht, intradermale (Dobrzaniecki) 971 (C).
 — oberflächliche u. tiefe fortlaufende (Sarnoff) 1023 (C).

- Nanismus, hypophysärer (Maslow) 813 (R 3704).
- Naphthalinsalbe, Behandlung der Verbrennungen (Gillerson u. Epstein) 622 (R 2809).
- Narbenbildung (Leriche) 566 (C).
- Narilli (Lewin) 563 (C).
- Narkolepsie (Ely Jelliffe) 523 (C).
- Narkose s. a. Anästhesie.
- (Franken) 520 (C).
- (Mansfeld) 923 (C).
- (Henrard) 1077 (R 4946).
- Adrenalingehalt des Blutes in der — (Schlossmann u. Mügge) 923 (C).
- nach Ombrédanne (Specht) 758 (R 3423).
- Aether — nach Ombrédanne (Herold u. a.) 712 (R 3202).
- Aether-Magnesia-Morphium — (Hajsynsky) 839 (C).
- Durchtritts — (Labhardt) 848 (R 3862).
- elektrische (Mayr u. Wenger) 700 (C).
- Inhalationsnarkose mit Rückatmung (Fohl u. Eitel) 845 (R 3844).
- Magnesiumsalz u. Anwendbarkeit zur enteralen (Lieben) 923 (C).
- Mediastinalemyhem nach Press — (Bauer) 926 (C).
- rektale bei Säuglingen (Stirnimann) 609 (C).
- rektale mit Avertin-Amylenhydratlösung (Elsbach) 974 (R 4458).
- Verantwortlichkeit des Arztes (Ebermayer) 734 (R 3371).
- mit Natrium barbituricum (Johnson) 566 (C).
- Narkotika chronischer Gebrauch, Einfluß auf die Funktionen der weiblichen Genitalien (Vögel) 618 (R 2781).
- Wirkung (Eismayer u. Wachsmuth) 834 (C).
- Narkotin, Wirkung auf das Herz (Sakussow jun.) 966 (C).
- Narkotische Substanzen (Lendle) 923 (C).
- Narkotiseur (Hölscher) 519 (C).
- Narkotisierte Nerven, Erregbarkeit (Mansfeld) 923 (C).
- Narkolepsie bei epidemischer Enzephalitis (Melikow) 972 (C).
- Narzylen (Huisgen) 563 (C).
- Nasale Chirurgie (Vieira) 1072 (C).
- Reflexbehandlung (Ranuelos) 751 (C).
- Nase, Bakterienflora (Lakos) 1036 (R 4750).
- Behandlung von Frakturen (Risdon) 750 (C).
- Erkrankung (Carruthers) 970 (C).
- Frakturen (Jassaman) 523 (C).
- Fremdkörper (Richards) 658 (C).
- Entfernung von Fremdkörpern (Bensch) 848 (R 3866).
- neurogene Geschwülste im Bereiche der — (Toback) 1036 (R 4753).
- Operation (Bühr) 924 (C).
- Rachen- u. Mundhöhle, Neubildung (Kraus) 533 (R 2373).
- Nasenbluten (Seiferth) 748 (C).
- Nasennebenhöhlenerkrankung (Hetrick) 881 (C).
- Nasenrachnenpolyp (Jankelewitsch) 883 (C).
- Nasenreflex bei Lungenerkrankungen (Bieler) 1024 (C).
- Nasenschleimhaut, Kauterisation und Kokainisierung (Farreras) 751 (C).
- Nase und ihre Nebenhöhle, Erkrankung (Mathé) 963 (O).
- Nasen-Augen-Reflex, ungekreuzter (Wernoe) 1056 (R 4887).
- Natriumchlorid s. Kochsalz.
- Natrium-Isoamethyl-Barbiturat (Robbins u. a.) 993 (R 4591).
- Natriumhydrosulfid in der Behandlung der Arsenvergiftung (Bond u. Gray) 1071 (C).
- Natrium-Nitrit, Einwirkung auf den Blutzucker (Herzfeld u. Krüger) 700 (C).
- Natriumnitroprussidreaktion im Kammerwasser (Schmerl u. Thiel) 1019 (C).
- Natriumperchlorat (Messini) 560 (C).
- Nauheimer Bäder (Schoenewald) 748 (C).
- Navikulärezyste, posttraumatische (Schnek) 757 (R 3418).
- Nävus, maligne Degeneration (Fenwick u. Wells) 703 (C).
- Neandertaler Menschen, Skelettreakonstruktion (Weinert) 656 (C).
- Nebeneierstock s. Parovarium.
- Nebengeräusche (Winkler) 656 (C).
- (Winkler) 968 (C).
- Nebenhoden Entzündung (Mühlpfordt) 809 (R 3671).
- (Frey) 878 (C).
- durch Samenleiterbewegungen (Frey) 809 (R 3670).
- Nebenhoden Syphilis (Nagy) 567 (C).
- Tuberkulose (Sajzew) 525 (C).
- Nebenhöhlen Eiterung, Behandlung (Wirth) 979 (R 4496).
- (Glás) 792 (C).
- Nebennieren s. a. Adrenalin.
- (Lawrence) 612 (C).
- (Suzuki) 795 (C).
- Adrenalingehalt (Handowsky u. Reuss) 923 (C).
- funktionelle Diagnostik (Tscheboksarow) 778 (R 3554).
- Bestrahlung bei arterieller Hypertension (Langeron) 524 (C).
- Insuffizienz (Rogoff) 1046 (R 4824).
- Radiobiologie u. Radiotherapie (Zimmer u. Baude) 524 (C).
- bösartige Tumoren (Prymak) 525 (C).
- Wirkung des Apocodeins auf die — (Kusnetzow) 923 (C).
- und Keimdrüsen (Siegert) 656 (C).
- Nebennierenextrakt, Wirkung auf das Blutbild (Pelláthy u. Fernbach) 567 (C).
- Nebennierenkeim, versprengter im Ligamentum (Petit) 977 (R 4481).
- Nebennierenmark, Hypoplasie (Löwenthal) 729 (R 3338).
- Nebennierenrinde, Geschwülste (Gross u. Hühne) 608 (C).
- Hormon (Fabiani) 992 (R 4584).
- Nebennierenrinde, Wirkung auf die Blutzellregeneration (Huth) 609 (C).
- Nebenschilddrüse s. Parathyreoidea.
- Nekrophorinfektion der Haut (Wohlstein) 1067 (C).
- Nematoden *Haemonchus contortus* (Stoll) 969 (C).
- Infektion der Lunge (John, Simmons u. Gardner) 1071 (C).
- Neosphenamin (Hazen) 549 (R 2482).
- Neodorm (Hlisnikowski) 655 (C).
- Neoiacal (Szegő) 796 (C).
- Neo-Palaeointellekt (Jong) 969 (C).
- Neoplasma s. Geschwulst.
- Nephrektomie (Granhan u. v. Rehren) 714 (R 3225).
- (Hegedüs) 1022 (C).
- (Jeck) 1082 (R 4980).
- Steinbildung in der Restniere (Fischer) 714 (R 3226).
- Urämie nach — (Aschner) 1023 (C).
- Verletzung der Veña cava (Makaschew) 1070 (C).
- wegen Nierentuberkulose (Marion) 851 (R 3886).
- Nephritis (Wordley) 750 (C).
- Anurie u. Oligurie (Strauss) 525 (C).
- Chirurgie (O'Hare u. Hoyt) 844 (R 3837).
- Diät (Goldberger) 748 (C).
- Eiweißshock (Kolischer) 565 (C).
- Klassifikation (Ricci) 928 (C).
- Nephritische Blutdrucksteigerung (Hülse u. Francke) 877 (C).
- Nephritische Oedeme (Govaerts) 1072 (C).
- Nephrolithiasis s. Harnsteine.
- (Milliken) 927 (C).
- doppelseitige (Kraas) 570 (R 2557).
- doppelseitige (Ravasi) 701 (C).
- Nephrom, Pyrexie bei malignem — (Creedy) 970 (C).
- Nephroptosis (Peirson) 1039 (R 4775).
- Nephrose (Christian) 1071 (C).
- Behandlung mit Leberextrakten (Rohacek) 545 (R 2448).
- genuine beim Kinde (Bogaschewa) 903 (R 4157).
- kindliche (Knauer) 792 (C).
- und Tetanie (Klinke) 680 (R 3100).
- Nephrotische u. kardiale Oedeme im Kindesalter (Knauer) 651 (O).
- Nervenkrankenfürsorge (Perwuschin) 929 (C).
- Nervenkrankheiten, erbliche (Sidler) 562 (C).
- Nervenstrom (van Trotsenburg) 822 (R 3766).
- Nervensystem, vegetatives (Katona) 524 (C).
- in der kindlichen Pathologie (Mazzeo) 752 (C).
- Nervenzwurzeln, Beziehungen zum lumbosakralen Subarachnoidalraum (Förge) 911 (R 4219).
- Nervi splanchnici, subdiaphragmatische Resektion der — (Pereira) 750 (C).
- Nervöses Kind, Stoffwechselstörungen (Cameron) 565 (C).
- Nervosität, erzieherische Behandlung (Pinoff) 836 (C).

- Nervus praesacralis, Resektion (Grisogono) 669 (R 3023).
 — vestibularis s. Labyrinth.
 Netz, Sarkom im großen (Slobodski) 705 (C).
 — Stieldrehung des dritten (v. Klimko) 884 (R 4042).
 Netzhaut s. Retina.
 Neuberg-Klopstocksches Antigen (Zerbe) 987 (R 4549).
 Neubildung s. Tumor.
 Neugeborene, erstes Anlegen (Reiprich) 679 (R 3093).
 — bakterizide Kraft im Blute (Gutmann) 656 (C).
 — Gewicht u. Trinkmengen (Drossel) 699 (C).
 — Behandlung von Hämorrhagien (Carr) 891 (R 4090).
 — Hirnhautentzündung (Köhler) 880 (C).
 — Hygiene (Gleich) 794 (C).
 — Hypophysenvorderlappenhormon im Blute u. Harn (Brühl) 994 (R 4598).
 — septische Infektionen (Cameron) 770 (R 3511).
 — Studien an lebenden Blutzellen (Förkner) 946 (R 4357).
 Neuralgie aortae abdominalis bei Malaria (Petrowitsch) 797 (C).
 — Behandlung mit hohen galvanischen Stromstärken (Roselaar) 610 (C).
 — des Plexussacralis (Catola) 555 (R 2524).
 Neuramag (Lorenz) 836 (C).
 Neurasalonia (Trepte) 521 (C).
 Neurasthenie (Siegfried) 836 (C).
 — (Boenheim) 955 (R 4414).
 — und soziale Lage (Lehmann) 1069 (C).
 Neurinom, Ganglienzellen in einem (Rose) 608 (C).
 Neurithrit (Weninger) 836 (C).
 Neuritis interstitialis (Slauck) 520 (C).
 — retrobulbäre (Terrien) 971 (C).
 — nervi optici bei und nach der Grippe (Sabatzky) 655 (C).
 — optica retrobulbaris (Falcao) 681 (R 3108).
 — retrobulbaris, rhinogene (Thies) 699 (C).
 Neurofibrom im Bereiche des Nervus infraorbitalis (Nussbaum) 790 (C).
 Neurogene Blase (Rose) 893 (R 4112).
 — Geschwülste im Bereiche der Nase (Toback) 1036 (R 4753).
 Neurohypophysäre Syndrome (Kuliabko) 928 (C).
 Neurologisch-klinische Diagnostik (Walthard) 925 (C).
 Neurome (Beswerschenko) 570 (R 2556).
 Neuromuskuläre Affektionen (Libbert) 1023 (C).
 Neuro-muskuläre Koordination bei Kindern (Langmed) 750 (C).
 Neurose, Bedeutung der Infektion (Savitzky u. Goodhart) 731 (R 3350).
 — hypnotische Behandlung (Koster) 611 (C).
 Neurose, relativer Insuffizienz (Korganow) 660 (C).
 — spezifisch-dynamische Wirkung (Exner) 880 (C).
 — vegetative (Hoffstaedt) 879 (C).
 — Natur u. Behandlung (Peck) 1100 (R).
 — bei Kriegsbeschädigten (Dreikurs) 599 (R 2742).
 Neurosen u. Psychosen als Folgezustände des Erdbebens in der Krim (Balaban) 597 (R 2734).
 Neurosenfrage (Speer) 1057 (R 4891).
 Neurosyphilis, unspezifische u. Malaria-behandlung (Reese) 894 (R 4114).
 — und Malaria (Marie) 894 (R 1413).
 Neurosyphilitische Erkrankungen, Infektionsbehandlung (de Thurzo) 894 (R 4115).
 Neurotomie, paraarterielle (Brummelkamp) 617 (R 2771).
 Neurovegetatives Gleichgewicht (Castellino) 971 (C).
 New York, Morbidität in — (De Porte) 523 (C).
 Niclelektzeme (Jadassohn u. Schaaf) 761 (R 3444).
 Nickelkrätze (Gron) 937 (R 4307).
 Niederlande, uneheliche Kinder (Gargas) 561 (C).
 Niemann-Picksche Krankheit (Comy) 1049 (R 4841).
 Niere s. a. Albuminurin, Hämaturie, Nephritis, Pyelitis.
 — allergische Reaktionen (Long) 970 (C).
 — Aplasie bzw. -hypoplasie (Hofer) 700 (C).
 — Ausscheidung in die Blutbahn gebrachter Fremdkörper (Mac Kenzie) 865 (R 3988).
 — Carcinom (Monteiro) 796 (C).
 — Chirurgie (Rathburn) 927 (C).
 — Chylurie (Wood) 1071 (C).
 — Dekapsulation (Marsella) 752 (C).
 — Diät bei chirurgischen Erkrankungen (Goldberger) 792 (C).
 — doppelte (Endelman) 1025 (C).
 — dystrophische, einseitig zusammengewachsene (Farkas u. Revesz) 525 (C).
 — Echinokokkenzysten (Meltzer) 1071 (C).
 — Echinokokkus der — (Melnikowa-Roswedenkova) 839 (C).
 — Entzündung, eitrige (König) 701 (C).
 — Erkrankungen (Sauer) 827 (B).
 — Erkrankungen, Calciumsalze bei — (Kewdin) 904 (R 4165).
 — Erkrankungen, Diagnostik chirurgischer (Fedoroff) 701 (C).
 — explorative Freilegung (Stutzin) 1022 (C).
 — Funktion in der Schwangerschaft (Kamniker) 671 (R 3029).
 — Funktion, Harnsäure zur Beurteilung (Müller u. Krumeich) 1067 (C).
 — Funktion bei Kindern mit Tonsillarehypertrophie (de Toni) 1025 (C).
 — funktionelle Diagnostik (Zjukow) 525 (C).
 Niere, Funktionsprüfung (Brandt-Rehberg) 552 (R 2507).
 — Funktionsprüfung (Sylia) 552 (R 2508).
 — Funktionsprüfung (Bugbee) 981 (R 4506).
 — Funktionsprüfung (Steinitz) 1081 (R 4979).
 — Funktionsprüfung mittels Alkalibelastung (Rosenberg u. Hellfors) 821 (R 3762a).
 — Funktionsprüfung, Belastungswasserversuch (Lebermann) 778 (R 3553).
 — Funktionsprüfung, Harnstoffbelastung (Steinitz) 996 (R 4608).
 — Geschwülste, beiderseitige (Nicollia) 701 (C).
 — glomerulustfreie des Krötenfisches (Marschall) 927 (C).
 — Infantilismus (Fleischmann) 1081 (R 4978).
 — Infektion (Smith) 536 (R 2389).
 — akute hämatogene Infektion (Linder) 611 (C).
 — Insuffizienz bei einem Tuberkulösen (Apert u. Bach) 991 (R 4577).
 — Karbunkel (Lazarus) 838 (C).
 — kaseöse Degeneration (Motschulski) 883 (C).
 — kongenital polyzystische (Shapiro) 851 (R 3884).
 — polyzystische (Traub) 612 (C).
 — Krankheiten, Vererbung (Brasiello) 660 (C).
 — Leiomyom (Bugbee) 838 (C).
 — Magendarmstörungen nach Operationen (v. Adler-Racz) 793 (C).
 — Mißbildungen (Davis) 838 (C).
 — Obstruktion der venösen Zirkulation (Ferrer) 1024 (C).
 — Operation (Pflaumer) 1021 (C).
 — paravertebrale Anästhesie bei Operationen (Hentline) 1071 (C).
 — polyzystische Erkrankung (Campbell) 1070 (C).
 — Röntgenbild (König) 878 (C).
 — Röntgendiagnostik (Hagmann) 883 (C).
 — Röntgenographie (Goldstein) 959 (R 4439).
 — Röntgenuntersuchung der Größe (Tillgren) 522 (C).
 — Ruptur (Petta) 660 (C).
 — Ruptur (Ilyin) 1070 (C).
 — traumatische Rupturen (Byszewski) 1025 (C).
 — Sarkom (Thomas) 927 (C).
 — Solitärzyste (Ormond) 623 (R 2815).
 — Spaltung ohne Parenchymnaht (Rosenstein) 528 (R 2335).
 — Störungen in der Schwangerschaft (Kolischer) 564 (C).
 — Sympathektomie (Hess) 838 (C).
 — Syphilis (Hefter) 883 (C).
 — Transplantation (Valerio) 659 (C).
 — Tuberkulose (Schmidt) 614 (C).
 — Tuberkulose (Hegediis) 796 (C).
 — Tuberkulose (Lurz) 808 (R 3664).
 — Tuberkulose (Rohrer) 851 (R 3885).
 — Tuberkulose (Scholefield) 939 (R 4328).
 — Tuberkulose (Rudnick) 970 (C).

- Niere, Tuberkulose (Beer) 1071 (C).
 — Tuberkulose (Jeck) 1082 (R 4980).
 — Tuberkulose, Autonephrektomie (Schmidt) 1038 (R 4774).
 — Tuberkulose u. Schwangerschaft (Marx) 721 (R 3275).
 — tuberkulöses Infiltrat (Notlehre) 702 (C).
 Niere Tumoren (Mackenzie u. Parkins) 755 (R 3405).
 — (Nichols) 981 (R 4507).
 — (Radlinski) 1029 (R 4707).
 — pyelographisches Bild (Schiffer) 1019 (C).
 — vasomotorische Zentren für die — im Tuber cinereum (Sirotnin) 614 (C).
 — Venenthrombose nach Enteritis (Spaeth) 835 (C).
 — zystöse Degeneration (Pupko) 883 (C).
 — und Gesamtorganismus (Stolte) 680 (R 3099).
 Nieren- u. Ureterstein, Hypophysinbehandlung (Schöndube) 1039 (R 4776).
 Nierenbecken (Goldstein) 808 (R 3667).
 — Entleerungszeit (Peirson) 566 (C).
 — Entzündung im Kindesalter (Forbers) 564 (C).
 — Papillome des — (Bothe) 808 (R 3668).
 Nierenbeckenentzündung s. Pyelitis.
 Nierenextrakte bei Schrumpfnieren (Stejskal) 816 (R 3726).
 Nierenkranke, Salz verordnen oder verbieten (Blum u. a.) 704 (C).
 Nierenoberfläche, Benetzung (Fuchs) 521 (C).
 Nierenparenchym, operative Reduktion (Baneau) 714 (R 3222).
 Nierenparenchym, röntgenologische Darstellung (Hryntschak) 1057 (R 4899).
 Nierensteine s. a. Harnsteine.
 — (v. Pannewitz) 763 (R 3461).
 — (Gottlieb) 808 (R 3665).
 — (Barney) 839 (C).
 — (Ananjew) 883 (C).
 — (Thomas) 927 (C).
 — (Russel) 1024 (C).
 — (Sorrentino) 1025 (C).
 — beiderseitige (Valentine) 703 (C).
 — doppelseitige (Boretti) 715 (R 3227).
 — Anurie bei — (White) 580 (R 2623).
 — konservative Chirurgie (Barringer) 885 (R 4043).
 — Operation (Zondek) 657 (C).
 — Rezidivbildung nach Operationen (Stutzin) 792 (C).
 — Wiederkehr (Ney) 970 (C).
 Harnleiterstein-Operationen (Kneise) 714 (R 3224).
 — in Hufeisenniere (Valentine) 703 (C).
 Nikotin, Wirkung auf den Blutzuckerspiegel (Nicolaysen) 862 (R 3962).
 Ninhydrinprobe bei Schwangerschaft (Davis) 839 (C).
 Nipilogie (Borobio) 704 (C).
 Nirvanol (Sehestedt) 548 (R 2473).
 — (Lengsfeld) 792 (C).
 — (Sehestedt) 924 (C).
 Nirvanolbehandlung der Chorea (Gottlieb) 792 (C).
 Nissex (Steiner) 967 (C).
 Nitella (Osterhout u. Harris) 565 (C).
 Nitrit Wirkung auf das Herzgefäßsystem (Titow u. Levin) 928 (C).
 Noctal (Dietrich) 1068 (C).
 Nodosités justa-articulaires (Bossow) 746 (C).
 Nosoden (Beyer) 791 (C).
 Norgaard-Reaktion (Basylewysch) 552 (R 2503).
 Northrop-Kunitzche Mikrokataphoresenzelle (Abrawson) 565 (C).
 Novarsolan (Samsonow) 615 (C).
 Novasurol (Saxl) 775 (R 3534).
 Noviholen (Orentsák) 796 (C).
 Novonal (Möller) 775 (R 3535).
 — (Marx) 791 (C).
 Novoprotin zur Ekzembehandlung (Sobiraj) 656 (C).
 Novotropin (Fischer) 1021 (C).
 Novurit (Popper) 700 (C).
 Nuklein zur Behandlung der Lobärpneumonie (Lamb) 1071 (C).
 Numal (Eskelund u. Jacobsen) 862 (R 3961).
 Nurnol-Nirvapon-Narkose (Eskelund) 793 (C).
 Nüsse u. Koliinfektion von Zuckerwaren (Weinzirl) 881 (C).
 Nussknopiindustrie (Saltykowski) 797 (C).
 Nykturie, Kreislaufdynamik der — (Schoenewald) 719 (R 3261).
 Nylandersche Probe (Hoogslag) 969 (C).
 Oberarm, hohe Fraktur (v. Renesoe) 710 (R 3188).
 — Frakturen, Behandlung (Schaefer) 519 (C).
 Oberarmknochen, Brüche (Massart) 659 (C).
 Oberfläche des Körpers, Berechnung (Bordier) 751 (C).
 Oberkiefer, Epitheliom des rechten (Meyer) 703 (C).
 Oberlippe, plastischer Ersatz (Kurtzahn) 878 (C).
 Oberschenkel, Auftreten von Frost (Benjamin) 519 (C).
 — Fraktur, Spätfolgen (Blencke) 1069 (C).
 Oberschenkelschaft, Behandlung von Brüchen des — (Levander) 665 (R 2998).
 Obliteratio pericardii (Taxar) 660 (C).
 Obstdiät bei schwerer, diabetischer Azidose (Weiss) 540 (R 2416).
 Obstipation (Lewent) 521 (C).
 — (Pick) 836 (C).
 — habituelle (Michelson) 586 (R 2661).
 — habituelle (Zweig) 655 (C).
 — spastische bei Kindern (Rachmaninow) 1025 (C).
 — Behandlung der habituellen (Rose) 654 (C).
 — bei multipler Sklerose u. Tabes dorsalis (Hess u. Faltitschek) 911 (R 4210).
 Ochronose (Goldberg) 726 (R 3317).
 — Steinbildungen in den Harnwegen (Bauer) 674 (R 3055).
 — im Röntgenbild (Kohlmann) 1020 (C).
 Oedem s. a. Trophödem, Wasserhaushalt.
 — (Reiche) 1069 (C).
 — Bildung (Sato) 795 (C).
 — Immunität gegen malignes (Pettersen) 1083 (R 4989).
 — nephrotische u. kardiale im Kindesalter (Knauer) 651 (O).
 — Pathogenese bei Herzinsuffizienz (Iversen) 837 (C).
 — Quecksilbersalze zur Behandlung von kindlichen (Funkhouser) 522 (C).
 — unter Thyreoideabehandlung verschwundene (Apert u. Bach) 991 (R 4572).
 Oerelin (Arlt) 926 (C).
 Oesophagus, der sichtbare (Rigler) 1002 (R 4658).
 — Atresie (Temming) 563 (C).
 — Atresie u. Hydramnion (Meyer) 564 (C).
 — Carcinom, Bestrahlung (Jolly) 566 (C).
 — Carcinom, Operation (Seiffert) 884 (R 4035).
 — Dilatation (Tamiya u. a.) 520 (C).
 — Dilatation, idiopathische (Tamiya) 677 (R 3074).
 — Divertikel (Mariantchik) 843 (R 3827).
 — Divertikel (Burns) 750 (C).
 — Erkrankungen (Mackenzie) 523 (C).
 — Erkrankungen (Kanzow) 608 (C).
 — Hypertrophie (Goedel) 997 (R 4618).
 — Plastik (Sénèque) 882 (C).
 — Plastik aus der Haut (Chorschak) 837 (C).
 — Resektion (Lotheissen) 836 (C).
 — Ruptur (Petrén) 608 (C).
 — Spasmen (Pal) 677 (R 3075).
 — Traktionsdivertikel des — (Heine) 747 (C).
 — Verletzungen (Kindler) 534 (R 2374).
 — im Röntgenbild (Cramer) 1019 (C).
 Ohr, abgeirrte Nervenfasern im inneren (Tschernjachiwskyi) 840 (C).
 — Erkrankung (Carruthers) 970 (C).
 — Erkrankungen, Beziehungen zum Baden (Daggett u. Cove-Schmidt) 848 (R 3865).
 — Fremdkörper (Richards) 658 (C).
 — Entfernung von Fremdkörpern (Bensch) 848 (R 3866).
 — Infektionsbedingungen bei den Erkrankungen (Wirth) 848 (R 3867).
 Ohrknorpeltarsoplastik (Goldfeder) 1020 (C).
 Ohrmuschel, Wiederherstellung (Gussynin) 568 (C).
 Ohrwand, schmerzhaftes Knötchen (Broers) 880 (C).
 Ohrspeicheldrüsen, Umfangveränderungen (Kolossow) 972 (C).
 Okkultismus u. Hexenglaube (Hellwig) 958 (R 4430).

- Okulomotoriuslähmungen (Bielschowsky) 661 (R 2966).
 Oleothorax (Diehl) 563 (C).
 — (Loewenthal) 989 (R 4557).
 Oleum chaulmoograe bei Trachom (Samkowski) 568 (R 2544).
 Ölfaktoriusrinne, Meningiom der — (Müller) 824 (R 3779).
 Oligodynamie (Leitner) 1068 (C).
 Oligodynamische Metallwirkung (Süpfle) 1020 (C).
 Oligophrene Krankheitsprozesse (Kryspin-Exner) 701 (C).
 Oliven Veränderungen (v. Braunnüller) 793 (C).
 Olliersche Wachstumsstörung (Hessenthaler) 561 (C).
 — (Flotow) 657 (C).
 Ölobintin (Imhof) 590 (R 2692).
 Ombredanne-Narkose-Apparat (Nahmmacher) 924 (C).
 — Aetherkohlenensäurenarkose (Klein) 1075 (R 4928).
 Omentum s. Netz.
 Omphalitis (Wilsner) 938 (R 4312).
 Operationen im Kindesalter (Ewald) 1069 (C).
 Operationssaal (Backer) 522 (C).
 Operationszwang bei Kranken (Frankfurter) 1065.
 Ophthalmie, sympathische (Riehm) 561 (C).
 — sympathische (Marchesani) 747 (C).
 Ophthalmoblennorrhoe, Behandlung (Pillat) 610 (C).
 Ophthalmologie (Bielschowsky) 561 (C).
 Ophthalmoskopie, reflexlose (Spanuth) 521 (C).
 Opiate, Blutzucker bei der Darreichung von — (Hirsch) 747 (C).
 Opisthorchis felinus (Vogel) 1019 (C).
 Opiumgesetz (Lemke) 701 (C).
 Opiumsucht (Light u. Torrance) 726 (R 3316).
 — (Light) 955 (R 4420).
 Opodermol (Simáček) 748 (C).
 Oppositionslähmung (Camitz) 657 (C).
 Optikusatrophie, tabische (Horn u. Kogerer) 526 (R 2317).
 — (Deutsch) 877 (C).
 Optikusfasern (Schroeder) 926 (C).
 Orale Applikation physikalischer Maßnahmen (Lurie) 523 (C).
 Oral-Tetragnost, Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild (Brockmann) 869 (R 4012).
 Orbita s. Augenhöhle.
 — pralle Durchblutung (Szokolik) 1020 (C).
 Orbitalerkrankungen (Magnus) 699 (C).
 Orchitis der Kinder (Valerio) 751 (C).
 Organhormone u. Organtherapie (Bier u. a.) 1005 (B).
 Organfunktion, psychische Beeinflussung (Hoff) 968 (C).
 Organtherapie (Klemperer) 701 (C).
 — (Bier) 1005 (B).
 — (Wilder) 996 (R 4611).
 Orient, die Frau im vaterrechtlichen (Krische) 923 (C).
 Orientbeule (Ujmanow) 752 (C).
 Ormicet-Creme (Osterweil) 700 (C).
 Ormizeiten (Abel) 967 (C).
 — in der dermatologischen Praxis (Mulzer) 520 (C).
 Oroyafieber (Noyuchi) 565 (C).
 Orthodontie (Bónis sen.) 614 (C).
 Orthoglykämische Glykosurie (Hjärne) 997 (R 4616).
 Orthopädie (Boorstein) 523 (C).
 — Prophylaxe im Kindesalter (Spitzzy) 836 (C).
 Orthopädische Behandlung (Galloway) 795 (C).
 — Erkrankungen an der linken Körperhälfte (Aberle-Horstenegg) 657 (C).
 — französische Gesellschaft 666 (R 3004).
 — Operationen (Peltessohn) 748 (C).
 — Versorgung (v. Renesse) 556 (R 2531).
 — Schulturnen (Deutschländer) 828 (B).
 Os acetabuli persistens bilateralis (Dyes) 561 (C).
 Os lunatum, Entfernung (Bilman) 702 (C).
 Os naviculare pedis, angeborene Deformität (Ongkiehong) 747 (C).
 Os tibiale externum (Treves) 659 (C).
 Os naviculare pedis, Malazie (Weiss) 835 (C).
 Osarsol (Kreutzer u. Drapkin) 811 (R 3690).
 — (Gatowskaja) 951 (R 4386).
 Osgood-Shlattersche Krankheit (Baastad) 1031 (R 4719).
 Osmo- u. Glukosetherapie (Udincow) 861 (R 3957).
 Osram-Vitalux-Lampen (Förster) 880 (C).
 Osteoarthritis deformans (Lichtenstein) 700 (C).
 — Gelenkheilbildung (Tuffier) 882 (C).
 Osteoarthritis alkaptonurica (Bauer u. Kienböck) 869 (R 4016).
 Osteochondritis dissecans mit Meniskusverletzung (Kopp) 968 (C).
 — juvenile (Spisic) 886 (R 4053).
 — syphilitische (Perkel) 1067 (C).
 Osteochondromatose (Bunne) 747 (C).
 Osteodystrophia fibrosa, Sarkom bei — (Wissing) 1068 (C).
 Osteodystrophie (Rizzi) 597 (R 2730).
 — fibröse (Salinger) 747 (C).
 — fibröse (Hoffmeister) 747 (C).
 — fiböse (Salinger) 747 (C).
 Osteomalazie (Kameyama) 612 (C).
 — nervöse Erscheinungen (Kurosawa) 913 (R 4226).
 — Spontanfraktur bei seniler (Kurtzahn) 878 (C).
 — der Wirbelsäule (Kreuzer) 657 (C).
 Osteomyelitis (Ratner) 568 (C).
 — Behandlung (Comby) 1076 (R 4933).
 — der Schädelknochen (Teodoccio) 704 (C).
 — der Wirbelsäule (Snamenski) 883 (C).
 — der Wirbelsäule u. des Kreuzbeines (Radl) 664 (R 2990).
 Osteopathia hyperostotica (Engelmann) 747 (C).
 — patellae (Rostock) 834 (C).
 Osteoperiostitis typhosa (Delbet) 766 (R 3476).
 Osteoplastische Amputationen an der unteren Extremität (Chasin) 886 (R 4056).
 Osteopikilie (Gluch) 1020 (C).
 Osteosklerose (Klieneberger) 1020 (C).
 Osteosynthese bei Diaphysenbrüche (Patel u. de Girardier) 1072 (C).
 — bei Kindern (Ombredanne) 839 (C).
 Osteotomie, longitudinale (Haas) 1071 (C).
 — schlecht stehende (Pitzen) 968 (C).
 Oesterreich, Hochschulstudien der Frauen (Hofstätter) 923 (C).
 Ostitis fibrosa (Kästner) 657 (C).
 — (Coley) 750 (C).
 — (Berland) 752 (C).
 — (Comby) 970 (C).
 — (Klieneberger) 1020 (C).
 — (Mandl) 1022 (C).
 — der Wirbelsäule (Überall) 561 (C).
 Ostseeklima, Einfluß auf Kinder (Klotz) 837 (C).
 Otitis, Lokalimmunisation (Fontes) 1078 (R 4951).
 — media (Mitchell u. a.) 565 (C).
 — media, endokranielle Komplikationen (Richter) 519 (C).
 — media, nekrotisierende (Portmann u. Kistler) 524 (C).
 — media, Röntgenbehandlung (Goldmann) 1020 (C).
 — Säurebasis-Gleichgewicht u. Lipide in der Behandlung (Rosénberg) 567 (C).
 — bei Schwimmern (Saunders) 881 (C).
 — media im Säuglingsalter (Myers) 1070 (C).
 — media im Säuglingsalter (Proda) 1078 (R 4950).
 Otomykose (Bahre u. Hansen) 561 (C).
 Otorrhoea, chronische (Harnick) 703 (C).
 Otosklerose (Yearsley) 621 (R 2800).
 — (Berberich) 1021 (C).
 — Stoffwechselpathologie (Behrendt u. Berberich) 790 (C).
 Ovarialpräparate (Kochmann) 790 (C).
 — Einfluß hormonaler auf den Tonus (Badykes) 928 (C).
 Ovarialzysten, endometriale (Sampson) 801 (R 3617).
 Ovarialzystome (Kehrer) 975 (R 4469).
 Ovarium s. a. Geschlechtsdrüsen.
 — (Moschini) 520 (C).
 — Abszesse (Raffaele) 710 (R 3190).
 — Carcinom, Röntgenbestrahlung des inoperablen (Vogt) 700 (C).
 — Carcinom als Geburtshindernis (Kamniker) 890 (R 4088).
 — Dermoidzyste (Mailer) 529 (R 2337).
 — Entartung einer Dermoidzyste (Suarez) 1076 (R 4938).
 — Funktion (Badykes) 614 (C).
 — Funktion, Einfluß der Röntgenstrahlen (Mahnert) 833 (C).
 — Funktion nach Uterusexstirpation (Westmann) 975 (R 4467).
 — Funktion u. Kalkämie (Imperato) 928 (C).

- Ovarium, Funktion u. Lipoidhaushalt (Kaufmann u. Mühlbock) 683 (R 3130).
- bösartige Geschwülste (Schmidt) 562 (C).
 - Hiluszellen (Pawlowski) 561 (C).
 - Hiluszellen (Neumann) 683 (R 3131).
 - Hormon (v. Probstner) 561 (C).
 - Hormon (Lahm) 593 (R 2713), 635 (R 2898).
 - Hormon (Csépai u. a.) 594 (R 2714).
 - Hormon Wirkung auf Hauterkrankungen (Bormann) 937 (R 4308).
 - Hormongaben, perorale (Luchsinger u. Voss) 878 (C).
 - Hypernephrome (Hochloff) 669 (R 3017).
 - Hypophysenvorderlappen Wirkung auf das strahlengeschädigte (Walter) 682 (R 3126).
 - Insuffizienz, Behandlung mit Sexualhormon (Siebke) 1076 (R 4937).
 - Invagination (Falk) 1070 (C).
 - medullöses Carcinom (Sarnoff) 794 (C).
 - „Panhormon“ (Leon) 904 (R 4168).
 - paraganglionäres Gewebe (Wallart) 966 (C).
 - postoperative Vergrößerung (Birnbach) 657 (C).
 - Schwachbestrahlung (Bolaffio u. Bompiani) 687 (R 3153).
 - Schwangerschaft (Schubert) 880 (C).
 - innere Sekretion (Okintschitz) 928 (C).
 - Teer- u. Schokoladenzysten (Isbruch) 668 (R 3014).
 - Tumoren (Taylor) 668 (R 3013).
 - Tumoren (Moureaux) 751 (C).
 - spontan amputierte Tumoren (Bass) 564 (C).
 - Tumoren in der Kindheit (Länman) 1024 (C).
 - Unterfunktion (Villaret u. Saint Girons) 1072 (C).
 - Zysteninhalt mit dezüdualem Aussehen (Ballin u. Morse) 794 (C).
- Ovogenese s. Eientwicklung.
- Ovo-Sex-Hormone (Lewi) 671 (R 3032).
- Ovulation u. menstrueller Zyklus (van Herwerden) 1068 (C).
- Ovulationstermin (Knaus) 837 (C).
- Oxalaturie, vermehrte Oxalsäureausscheidung im Harn Tuberkulöser (Langer u. Littig) 967 (C).
- Oxalurie, rote Blutkörperchen im Harn (Henius) 924 (C).
- Oxalylchlorid, gewerbliche Vergiftungen (Gerhis) 1102 (R).
- Oxvazetamini-Phenylarsinsäure (Fischl) 891 (C).
- Oxychinolin (Weichardt) 924 (C).
- Oxycholesterin (Beumer u. Bischoff) 791 (C).
- (Lifschütz) 1020 (C).
- Oxydase (Goldmann) 614 (C).
- Oxydasereaktion in der Gonorrhoe-diagnose (Price) 565 (C).
- Oxydations-Reduktionsprozesse (Dubos) 703 (C).
- Oxyuren in der Appendixwand (Nicolaus) 561 (C).
- Oxycephalie mit netzförmigem Schädeldach (Apert u. Bach) 971 (C).
- Ozaena, Behandlung (Unterberger) 1036 (R 4752).
- Entstehung u. Behandlung (Beselin) 804 (R 3637).
 - Entwicklungsstörungen bei (Bernfeld) 561 (C).
 - operierte Fälle (Björckman) 793 (C).
- Pagetsche Knochenerkrankung (Caligaris) 567 (C).
- Pallidol Ueberempfindlichkeit (Mayer) 877 (C).
- Paludismus (le Bourdellès) 941 (R 4337).
- Panaritium (Koch) 970 (C).
- gangraenosum (Honigmann) 701 (C).
- Panhysterektomie (Richardson) 658 (C).
- Panagglutination (Barla-Szabó u. a.) 1018 (C).
- Panmyelophthise (Brugsch) 1048 (R 5001).
- Pantatollan (Sacki) 835 (C).
- Pantopon-Magnesiumsulfat (Brandis u. Killian) 800 (R 3610).
- Pankreas, Blutzyste (Brohec u. Evelyn) 544 (R 2439).
- Carcinom (Ramond) 751 (C).
 - Chirurgie (Just) 663 (R 2977).
 - Chirurgie (Bircher) 748 (C).
 - Diagnostik (Simnitzki) 552 (R 2504).
 - Diastase im Harn (Baumann) 562 (C).
 - Erkrankungen (Kramer) 544 (R 2440).
 - Erkrankung, funktionelle Diagnostik (Gubergitz) 883 (C).
 - Fermente in der Galle (Popper) 656 (C).
 - Fettgewebnekrose (Hufnagel) 884 (R 4039).
 - Funktionsprüfungen (Ehrmann) 995 (R 4606).
 - Gewebnekrose (Wohlgemuth) 748 (C).
 - Hyperfunktion des Inselapparates (Alpern u. Besuglow) 634 (R 2893).
 - Langerhanssche Inseln (Jorns) 519 (C).
 - Nekrose (Veilchenblau) 544 (R 2438).
 - Nekrose (Oehler) 586 (R 2656).
 - Nekrose (Boshamer) 1068 (C).
 - Pathologie der Langerhansschen Inseln (Jorns) 561 (C).
 - Pseudozyste (Warnock) 522 (C).
 - Säure-Basenbeschaffenheit (Gamble) 612 (C).
 - Sekrete (Mc Clure) 564 (C).
 - Sekretion, Retention (Baló u. Ballon) 612 (C).
 - Sekretion, Verlust der äußeren (Gamble) 612 (C).
 - Sekretion bei gestörter Magen-sekretion (Okada u. a.) 927 (C).
 - Steine (Zuckschwerdt) 608 (C).
- Pankreas, Wirkung vagotroper Substanzen auf die äußere Sekretion des — (Michelsohn) 552 (R 2505).
- Pankreasdiabetische Hunde (Takeuchi) 795 (C).
- Pankreasenzympräparate (Gaschke) 925 (C).
- Pankreasesterase (Rona u. Ammon) 835 (C).
- Pankreashormon u. Mineralstoffwechsel (Takeuchi) 795 (C).
- Pankreaskopf, Carcinom des — (Walker) 953 (R 4407).
- Pankreaskörper, Tumoren (Presser) 1019 (C).
- Pankreasmedikation bei chronischen Venenstörungen (Quiserne) 928 (C).
- Pankreasschwanz, Tumoren (Fahri u. Sédad) 521 (C).
- Pankreatitis (Einhorn) 901 (R 4149).
- (Lucherini) 928 (C).
 - akute bei Kindern (Weintrob u. Geschwind) 948 (R 4369).
 - Diastasebestimmung (Popper) 1098 (R).
 - haemorrhagica (Binet u. a.) 839 (C).
 - Laktase des Blutserums bei hämorrhagischer — (Binet u. Brocq) 636 (R 2905).
 - bei allgemeiner Tuberkulose (Schuberth) 967 (C).
- Panplegie toxischen Ursprungs (Moreira) 547 (R 2467).
- Pannus crassus der Hornhaut (Streiff) 972 (R 4448).
- Papaverin, Wirkung auf das Herz (Sakussow jun.) 966 (C).
- und Eumydin (Handovsky) 878 (C).
- Papilla mammae, Blutung aus der — (Harpöth) 1023 (C).
- Papillome der Brustwarze (Fullerton) 794 (C).
- des Larynx (Staemmler) 656 (C).
 - des Nierenbeckens (Bothe) 808 (R 3668).
- Pappataziefieber (Minkewitsch) 797 (C).
- Paradentose (Loos) 1020 (C).
- (Citron) 1050 (R 4851).
 - Behandlung (Manasse) 747 (C).
 - als Symptom innerer Erkrankungen (Boenheim) 547 (R 2469).
- Paraffinbehandlung (Fürstenberg u. Hoffstaedt) 681 (R 3114).
- Paraffininjektionen, Fremkörper-tumoren nach — (Spitzmüller) 758 (R 3424).
- Paraffinotherapie (Joly) 590 (R 2693).
- Paraffinpräparate (Loewe) 1096 (R).
- Parakeratose bei Pityriasis rosea (Milian) 704 (C).
- Paraldehyd, rektale Darreichung (Starlinger) 837 (C).
- Paralyse (Ruzicka) 524 (C).
- ischämische (Dean Lewis) 750 (C).
 - Blutbilduntersuchungen (Stender) 908 (R 4197).
 - Behandlung der progressiven (Hershfield u. a.) 578 (R 2615).
 - Dattnersche Behandlung (Polcsán) 556 (R 2525).
 - encephalographisches Bild der progressiven (Guttman) 956 (R 4424).

- Paralyse, Halluzinose nach Malaria-
behandlung der — (Krayenbühl)
793 (C).
- Imfrattenbiß in Behandlung der
progressiven — (Grabow u. Krey)
957 (R 4425).
- Malariabehandlung (Kaltenbach)
925 (C).
- Malariabehandlung bei progressiver
(Kaufman) 656 (C).
- Malariabehandlung der progressiven
(Swierczek) 733 (R 3366).
- Malariabehandlung der progressiven
(Nicol) 807 (R 3660).
- Malariabehandlung der progressiven
(Waner-Jauregg) 867 (R 3999).
- Rolle der Kapillaren des Hirns für
die Pathogenese der progressiven
(Malamud) 780 (R 3563).
- progressive Liquor Untersuchungen
(Medem) 713 (R 3215).
- Pyriker bei der progressiven
(Kauders) 950 (R 4383).
- sympathische Ramikotomie bei der
spatischen (Hesse) 842 (R 3825).
- der unteren Extremitäten bei
Kindern (Dennie) 589 (R 2682).
- durch infektiöse Pyreotherapie
(Vermeulen) 613 (C).
- Paralytiker Liquor, Wirkung der
Malariabehandlung auf den —
(Halpern) 748 (C).
- Paralysis agitans (Bing) 968 (C).
- Parametritis posterior, Adrenalin-
empfindlichkeit (Raisz) 597
(R 2732).
- Paranephritis (Dermittel) 623 (R 2816).
- Paranephritischer Abszess (Cursch-
mann) 654 (C).
- (Laband) 656 (C).
- Parapsoriasis (Judkin) 705 (C).
- Pararrhythmien (Fischer u. Kiss)
608 (C).
- Paraskarlantina (Stern) 792 (C).
- Parathyreoidea Extrakt, Wirkung auf
das Blutbild (v. Pellathy u. v. Fern-
bach) 635 (R 2901).
- Hormon (Albright u. a.) 593
(R 2712).
- Hormon u. Kalkstoffwechsel
(Nothmann) 655 (C).
- Parathyreoidale Halszysten (Nylander)
611 (C).
- Parathyreoidektomie (Mouzon)
751 (C).
- Paratyphöse Gastroenteritis (Kauff-
mann) 610 (C).
- Paratyphus (Aoki) 749 (C).
- C (le Bourdellès) 1072 (C).
- Bazillenträger (Roesler) 853
(R 3901).
- Infektion (Nelson) 565 (C).
- Inkubationszeit (Sylvester) 794 (C).
- Vakzinedarreichung per os.
(Alissow u. a.) 766 (R 3477).
- als landwirtschaftlicher Unfall
(Daxenberger) 701 (C).
- (Wolter) 793 (C).
- in Wipperfurth (Wolter) 793 (C).
- Bazillus B aus Abwässern (Allen
Gray) 564 (C).
- A-Bakterien (Sonnenschein) 698 (C).
- Paratyphus, B-Gruppe (Boecker u.
Kauffmann) 610 (C).
- Paravertebralanästhesie des Plexus
lumbosacralis (Hempel) 699 (C).
- Parkinsonsche Krankheit s. a. Para-
lysis agitans.
- Parkinsonismus (Bing) 968 (C).
- (Mouzon) 1100 (R).
- arteriosklerotischer (Critchley)
794 (C).
- Atropintoleranz bei —
(Polkownikowa) 928 (C).
- postencephalitisch (Bertrand)
998 (R 4628).
- Parkinsonzustände, Behandlung mit der
Yusterschen Methode (Shapiro)
638 (R 2918).
- Paronychie (Browder) 658 (C).
- Parotitis epidemica (Figmann) 797 (C).
- epidemica, Schutzimpfung (Kramár)
797 (C).
- Parrotsche Pseudoparalyse (Péhn u.
Mestrallet) 859 (R 3942).
- Partagon (Mühle) 807 (R 3654).
- Behandlung der weiblichen
Gonorrhöe (Schaefer) 878 (C).
- Pasteurellakulturen, formol-entgiftete
(Batchelder) 703 (C).
- Pastinacea sativa, Dermatitis durch —
(Heye) 1068 (C).
- Patella alta (Jansen) 1030 (R 4716).
- Exstirpation (Lepoutre) 751 (C).
- Fraktur (Levy) 561 (C).
- Fraktur (Kalenscher) 618 (R 2776).
- Fraktur (Redi) 659 (C).
- Fraktur (Ronget) 751 (C).
- Fraktur, operativ behandelte.
(Werwath) 610 (C).
- Behandlung mit Drahtextension
(Block) 657 (C).
- Frakturbehandlung (Rostock) 846
(R 3848).
- Fraktur, Behandlung (Schlatter)
974 (R 4461).
- bipartita (Nuboer) 837 (C).
- Osteopathie — (Rostock) 834 (C).
- Pathomimia cutanea (Rasch) 913
(R 4230).
- Pelizaeus-Merzbachersche Krankheit
(Bodechtel) 955 (R 4415).
- Pellagra (Guthrie) 997 (R 4619).
- (Rachmilewitz) 1020 (C).
- (Such) 1047 (R 4825).
- Pelvi-renal u. pyelovenöser Ueber-
tritt (Boenninghaus u. Hendrick)
851 (R 3887).
- Pemphigus neonatorum (Klumper)
702 (C).
- neuroticus (Wendberger) 1067 (C).
- septisches Fieber bei — (Córdoba)
839 (C).
- vegetans (Ghigi) 849 (R 3871).
- vulgaris (Urbach u. Uiberall)
834 (C).
- vulgaris et vegetans (Riehl jr.)
877 (C).
- Penis, Angiom der Glans — (Gibson)
927 (C).
- Carcinom (Corbus) 881 (C).
- Skalpierung der Haut des —
(Kenny u. Merello) 659 (C).
- Verletzungen (Borkowski) 522 (C).
- Wunddiphtherie (Schmidt) 561 (C).
- Pensylvania, geburtshilfliche Statistik
(Roesle) 790 (C).
- Pentabi (Klein u. Strauss) 614 (C).
- Pepsin Bestimmung (Polland u.
Bloomfield) 565 (C).
- Injektionen, intramuskuläre (Moser)
1051 (R 4856).
- subkutane Anwendung (Loeper)
594 (R 2716).
- Pepsintherapie, subkutane (Glässner)
861 (R 3958).
- Peptidasen (Kunz) 1020 (C).
- Haushalt bei Pankreasnekrosen
(Boshamer) 1068 (C).
- Perchlorat (Eichler) 923 (C).
- Perhepar (Czonicz) 797 (C).
- Perianale u. perirektale Eiterungen
(Bodkin) 658 (C).
- Periarthritis nodosa (Silbermann) 637
(R 2917).
- nodosa (van Paassen) 927 (C).
- nodosa u. innere Sekretion (Baló u.
Nachtnebel) 520 (C).
- humeroscapularis (van Luit u.
Teljer) 610 (C).
- Peri-Enterokolitiden (Trémolières)
1024 (C).
- Perihiläre Verdichtungsprozesse
(Kopstein) 697 (R 3088).
- Perikard s. a. Herz.
- Divertikel (Kredowski) 883 (C).
- Divertikel (Kienböck u. Weiss)
1102 (R).
- Perikarditis, Klinik u. Behandlung
(Edelmann) 547 (R 2463).
- xanthomatodes lymphangiectatica
(Melnikiw-Roswedenkiw) 839 (C).
- Perikarditischer Erguß, röntgen-
ologische Differentialdiagnostik
(de Abreu u. Cortes) 751 (C).
- Perikolitis (Gaehlinger) 627 (R 2848).
- Funktionsstörungen des Dickdarmes
(Golonsko) 1103 (R).
- Periphlebitis der Zentralvene (Rönne)
835 (C).
- Periproktitis (Gutmann) 837 (C).
- Peristaltik, anregendes Mittel (Brunner
u. Weigand) 655 (C).
- Perithelioma cylindromatodes capitis
(Roshdestwenski) 568 (C).
- Peritoneum, Reaktionsweise
(Kennedy) 595 (R 2722).
- Peritonitis, akute (Hansen) 1023 (C).
- allgemeine (Foster) 702 (C).
- chronica (Kaiser) 925 (C).
- diffuse, genitalen Ursprungs
(Seisser) 710 (R 3189).
- kryptogene (Wolff) 758 (R 3429).
- postoperative (Dock) 611 (C).
- tuberkulose (Korschitz) 721
(R 3276).
- Behandlung mit Ileostomie u. Koch-
salzlösung (Orr u. Harden) 703 (C).
- Periurethrale Steine (Müllerschoen)
809 (R 3675).
- Periurethritis chronica fibrosa (Stigl-
bauer) 522 (C).
- Perkain (Freund) 835 (C).
- (Lipschitz u. Laubender) 862
(R 3963).
- (Ritter) 925 (C).
- (Wachtel) 1022 (C).

- Perkain (Hirsch) 1094 (R). (Flörcken u. Mues) 1094 (R).
- Perkussion (Saweljew) 705 (C).
— und Auskultation (Fahr u. Brandi) 559 (R 2408).
- Perkussionshammer (Münzer) 748 (C).
- Perkutane Ernährung (Sfejskal) 992 (R 4587).
- Perlsucht-tuberkulide (Zanetti) 613 (C).
- Permeabilität u. Ermüdung (Scheminzy) 748 (C).
- Perniziöse Anämie s. Anämie.
- Pernokton (Vogt) 711 (R 3200).
— (Bumm) 726 (R 3314).
— (Brasovan) 747 (C).
— (Prochnow) 800 (R 3611).
— (Tholen u. Landmann) 927 (C).
— Basisnarkose (Weissenbruch) 924 (C).
— Basisnarkose (Raeschke) 1020 (C).
— geburtshilflicher Dämmerschlaf (Vogt) 575 (R 2597).
— Scopolamin-Dämmerschlaf (Hole) 712 (R 3201).
- Peroneuslähmung nach Operationen u. Gipsverbänden (Mayr) 663 (R 2981).
— nach Zangengeburt (Sunde) 702 (C).
- Peroneussehnenluxation, Operation (Mandi) 837 (C).
- Peroxydasereaktion (Shoyi u. Suzuki) 795 (C).
- Peroxydasestich (Shoji) 795 (C).
- Persönliche Eigenschaften (Rosenfeld) 746 (C).
- Persönlichkeitsstruktur u. anthropologische Medizin (Jaensch) 925 (C).
- Perthessche Krankheit (Rasumowski) 568 (C).
- Perturbation (Guthmann) 564 (C).
- Pertussin (Brasch) 648 (T).
- Pertussis s. a. Keuchhusten.
— Encephalitis im Kindesalter (Mikulowski) 924 (C).
- Pes varus congenitus (Böhm) 666 (R 3003).
- Pest, Immunisierung von Ratten gegen — (Flu) 927 (C).
— im Kongogebiet (Schwetz) 750 (C).
- Pfadfinderbewegung (Furse) 1071 (C).
- Pfeiffersches Drüsenfieber (Davis) 970 (C).
- Pfählungsverletzung (Isler) 563 (C).
— (Moritsch) 609 (C).
— des Pharynx (Meschede) 561 (C).
- Phänologie (Dalmady) 614 (C).
- Pfannendachplastik (Roeren) 886 (R 4054).
- Phanodorm (Hamburger) 562 (C).
- Pferdeserum, Resorption 1071 (C).
- Phagedänisches oder tropisches Geschwür (Brankaert) 1024 (C).
- Phagozytose u. Leukinproduktion (Süpfle u. Belian) 923 (C).
- Phalloplastik nach Schindung (Meyer) 834 (C).
- Pharynx, Dekubitalgeschwüre (Zisenis) 1078 (R 4953).
- Phasenpufferung (Lebermann) 835 (C).
- Phaseolanum fluidum „Tosse“ (Gohr u. Hilgenberg) 877 (C).
- Phenacetin mit dem Propylester der Phenylchlorincarbonsäure (Simon) 645 (T).
- Phenolgehalt im Harn bei Dyspepsien (Pálffy) 567 (C).
- Phenol-Indolkörper (Biebl) 878 (C).
- Phenylcinchonat des Hexamethylentetramins in der Augenheilkunde (Adrogué u. Sena) 661 (R 2970).
- Phenylhydrazinbehandlung, bei Polyzythämie auftretende Thrombose (Barta) 525 (C).
- Phenylhydrazinhydrochlor (Giffin u. Conner) 970 (C).
- Philonin (Polik) 792 (C).
- Phimose, Operation (Dobrzaniecki) 1025 (C).
- Phlebektomie (Dreyfuss) 845 (R 3842).
- Phlebotomus rondani (Dyor) 881 (C).
- Phlegmone, Abortiobehandlung der peritonisillären (Bourgeois) 566 (C).
— inter-retrokolische (Ricciuti) 704 (C).
- Phoniatrie, Kongress 872 (B).
- Phosphate, Wirkung auf das endokrine und sympathische System (Loumos) 565 (C).
- Phosphaturie (Kollert) 926 (C).
- Phosphor, Wirkung (Hayashi) 839 (C).
- Phosphorgehalt in Kuh- und Frauenmilch (Henrici) 609 (C).
- Phosphorsäureion bei Verschmutzung von Abwässern (Remy) 698 (C).
- Phosphorvergiftung, chronische (Neschtschademenko) 752 (C).
— Aufbau der gepaarten Glykuronsäuren bei Leberaffektion nach — (Nasarjantz) 684 (R 3135).
- Phototherapie (Woodbury) 794 (C).
- Phreniektomie (Bettmann) 658 (C).
- Phrenikusexairese (Vajda) 567 (C).
— (Freund) 587 (R 2669).
— (Prisseikow) 1025 (C).
— bei kaverneröser Oberlappenphthise (Stern) 562 (C).
— Pneumonie nach — (Loewenthal) 722 (R 3287).
- Phrenikuspänomen bei Erkrankungen der Bauchorgane (Gabai) 525 (C).
- Phrenikusvereisung als vorbereitende Operation bei großen Bauchbruch Operationen (Krauss) 663 (R 2979).
- Phrenologische Ideen (Kannabieh) 883 (C).
- Phthise s. a. Tuberkulose.
- Phthiseogenese (Buch) 969 (C).
— (Laufer) 1020 (C).
- Physik, Lechners Lehrbuch (1006) (B).
- Physikalische Behandlung (Elsom) 564 (C).
- Physikalische Behandlung (Tyler) 564 (C).
— (Rudnitzki) 660 (C).
— (Brams) 750 (C).
— (Riggins) 750 (C).
— (Kime) 794 (C).
— (Lawrence) 794 (C).
— (Clement) 969 (C).
— (Perlman) 1023 (C).
— zur Dermatologie (Greene) 611 (C).
— in der Dermatologie (Schiller) 969 (C).
- Physikalische Behandlung bei inneren Krankheiten (Clement) 611 (C).
- Physikalische Diagnostik innerer Organe (Korobkow) 615 (C).
- Physiognomik, medizinische (Cohn) 925 (C).
- Physiologie, Grundriß (Oppenheimer u. Weiss) 960 (B).
- Physormon u. Tetanie (Petzsch) 701 (C).
- Phytin (Szilágyi) 521 (C).
— bei Lungentuberkulose (Paulsen) 562 (C).
- Phytobezoar (Good) 750 (C).
- Piale Dermoidzysten (Lau) 998 (R 4626).
- Pian im belgischen Kongogebiet (van Nitzen) 658 (C).
- Picksche Krankheit (Schneider) 780 (R 3571).
- Piedra in Surinam (Aars) 927 (C).
- Pigmentsyphilis (Per) 611 (C).
- Pigmentzirrhose (Lubarsch) 1068 (C).
- Pikanterie (Kroll) 749 (C).
- Piknische Körperbautyp (Makarow) 797 (C).
- Pikrinsäure (Sosontow) 929 (C).
- Pilokarpin, Wirkung auf den Augen- druck (Samojloff) 835 (C).
- Pilokarpin, Wirkung auf den Blutzucker (Szép) 966 (C).
- Pilzerkrankungen (Tyler) 622 (R 2807).
— der Haut (Urbach) 563 (C).
- Pinealdrüse s. Epiphyse.
- Pinealer Symptomenkomplex (Morabito) 1050 (R 4848).
- Piperazin (Ebstein) 1019 (C).
- Pirquet-Index (Golynew) 705 (C).
— Reaktion (Grigorjew) 705 (C).
— Reaktion (Nikolajewa) 971 (C).
- Pituigan-Henning (Kleff) 548 (R 2474).
- Pituitrin s. a. Hypophyse.
— Einfluß auf den Wasser-Salzstoffwechsel (Lomikowskaja) 923 (C).
— Injektion (Hofbauer) 681 (R 3110).
- Pituitrinlösung und Uterusruptur (Mendenhall) 970 (C).
- Pityriasis rosea mit impetiginösen Krusten (Milian) 704 (C).
— rosea, Intradermoreaktionen mit Streptokokken (Bérin u. a.) 704 (C).
— versicolor des behaarten Kopfes (Kaschkin) 621 (R 2803).
- Plasma s. a. Blut, Serum.
— Gestationsdyskolloidität (Trapl) 654 (C).
— Färbung (Voss) 520 (C).
- Plasmaproteine (Reiche u. Fretwurst) 967 (C).
- Plasmazellen, mehrkernige (Fuchs) 837 (C).
- Plasmazelleninfiltrate im Dünndarm (Quensel) 969 (C).
- Plasmochin (Heux) 966 (C).
— Malariabehandlung (Walravens) 820 (R 3753).
— Behandlung bei der Malaria der Kinder (de Suca) 1083 (R 4996).
- Plastische Chirurgie (Poggi) 751 (C).
- Plastische Operationen (de Quedwein) 749 (C).

Platinchlorid-Tätowage (Kübler) 655 (C).
 Platinumradonseeds (Muir) 827 (R 3809).
 Plattfuß (Rollo) 971 (C).
 — Einlagen (Czimbalmos) 567 (C).
 — Diagnostik (Seiffert) 846 (R 3851).
 — schlaffer (Wierzejewski) 932 (R 4277).
 Plattfußbildung, aktive Bekämpfung (Silberhorn) 828 (B).
 Plattrumpf (Jungmann) 609 (C).
 Plazenta accreta (Blagodarow) 969 (C).
 — annularis (Szathmáry) 576 (R 2604).
 — Auffüllung nach Mojon-Gabaston (Benzion) 969 (C).
 — Biologie (Vilardel) 882 (C).
 — fremdartige Eiweißkörper bei Eklampsie (Schwarzkopf) 670 (R 3025).
 — histotopochemische Untersuchungen Schultz-Brauns u. Schönholz) 654 (C).
 — increta (Klostermann) 521 (C).
 — Kalkablagerungen (Schönig) 592 (R 2704).
 — Lösung (Tak) 750 (C).
 — vorzeitige Lösung (Brouha u. Gosselin) 658 (C).
 — vorzeitige Lösung der normalsitzenden (Micholitsch) 889 (R 4081).
 — praevia (Krukenberg) 1035 (R 4744).
 — praevia, Kaiserschnitt (Rismondo) 702 (C).
 — praevia u. Kaiserschnitt (Galkin) 883 (C).
 — Sauerstoffverbrauch (Küstner) 923 (C).
 — serologische Untersuchungsergebnisse (v. Oettingen) 702 (C).
 — mit abnorm fester Haftung (Joachimovits) 968 (C).
 — und Bakterien (Philipp) 879 (C).
 Plazentarer Kreislauf unter der Geburt (Haselhorst) 879 (C).
 Plazentares Gefäßsystem, regressive Veränderungen (Burg) 891 (R 4091).
 Plazentarreste, Zurückhaltung (Tritsch) 881 (C).
 Pleura, Empyem (Levy) 660 (C), 705 (C).
 — Empyem Behandlung bei Kindern (Haas) 771 (R 3516a).
 — Empyem, Behandlung des nicht-tuberkulösen (Demel) 884 (R 4037).
 — Empyem, operative Behandlung (Dardel) 837 (C).
 — Endotheliom (Mayer) 659 (C).
 — Exsudate, Pumpe zum Aus-pumpen (Woskresenski) 752 (C).
 — mediastinale Hernie bei abgekapseltem Empyem der — (Blum) 608 (C).
 — Pathogenese u. Resorption von Trans- u. Exsudaten (Iversen u. Johansen) 748 (C).
 — Trans- und Exsudate (Iversen) 611 (C).
 Pleurahöhle, chirurgische Eröffnung (Flint) 970 (C).
 — freie Fibrinkörper (Goljajew) 1025 (C).

Pleuritis s. a. Empyem.
 — abgekapselte kostale (Prozoroff) 700 (C).
 — chronische im Kindesalter (Milano) 771 (R 3517).
 — eitrige im Kindesalter (Milano) 724 (R 3300).
 — hämorrhagische beim Kinde (Morquio) 771 (R 3516).
 — mediastinale (Pittoni) 613 (C).
 — mediastinalis syphilitica (Orszagh) 1020 (C).
 — serofibrinöse (Dutr) 567 (C).
 — serofibrinöse (Di Natale) 985 (R 4532).
 — tuberkulöse (Paterni) 630 (R 2859).
 — im Kindesalter (Milano) 704 (C).
 — beim Pneumothorax (Andreoni) 524 (C).
 Pleurotomie, Spätresultate (Fischer-son) 752 (C).
 Plexus sacralis, Neuralgie des — (Catola) 555 (R 2524).
 — brachialis, Anästhesierung (Hilse) 793 (C).
 — cervicalis, Verletzungen bei Motor-radfahrern (Demmer) 845 (R 3840).
 — chorioidei, Röntgenbestrahlung (König u. Panning) 878 (C).
 — chorioideus, Röntgenbestrahlung (Auersperg) 877 (C).
 Pneumaturie nach Perforation ent-zündlicher Sigmoiddivertikel in die Blase (Rieder) 608 (C).
 Pneumogastrikus, Neuritis des Ramus auricularis (Vernet) 1036 (R 4754).
 Pneumographie der Hirnabszesse (Bakuleff) 931 (R 4268).
 Pneumokokken (Sugg u. Neill) 658 (C).
 — (Bull) 881 (C).
 — Autolysate, anaërob gebildete (Parker) 703 (C).
 — Autolysate, toxische (Parker und Puppenheimer) 565 (C).
 — Autolyse (Goebel u. Avery) 658 (C).
 — Empyeme (Tixier u. de Sèze) 1049 (R 4840).
 — Empyeme im frühen Kindesalter (Grosser) 680 (R 3097).
 — Epidemie (Ferri) 1049 (R 4839).
 — Gonitis u. Unfall (Bettmann) 748 (C).
 — Infektion, Immunität gegenüber der — (Tillett) 612 (C).
 — Meningitis (Kolmer) 565 (C).
 — Peritonitis beim Kinde (Mathieu) 882 (C).
 — Produkte, Sensibilisierung gegen (Bull) 611 (C).
 — Sepsis (Sugimoto) 566 (C).
 — Septikämie während des Puer-periums (Nixon u. Wright) 750 (C).
 Pneumonie s. a. Lungenentzündung.
 — (Cornwall) 900 (R 4144).
 — Anoxämie bei — (Guedel u. a.) 985 (R 4530).
 — Bakteriologie (Habbe) 930 (R 4264).
 — Behandlung mit typenspezifischem Serum (Hartwich) 527 (R 2324).
 — Behandlung der lobären mit Nuklein u. Vakzinen (Lamb) 1071 (C).

Pneumonie, Behandlung durch subku-tanen Sauerstoff (Montford) 1091 (R).
 — Blutchloride (Binger u. a.) 703 (C).
 — Freiluftbehandlung der kindlichen (Rosenstern) 771 (R 3515).
 — Globulinämie bei — (Loeper u. a.) 882 (C).
 — Ikterusindex bei Lobär — (Elton) 1055 (R 4880).
 — kardiovaskuläres Problem (Randolph) 718 (R 3257).
 — käsige beim Säugling (Suzuki) 566 (C).
 — lobuläre im Kindesalter (Manace) 771 (R 3514).
 — paradoxe (Widmer) 815 (R 3714).
 — bei Influenza (Stewart u. Gibson) 1071 (C).
 — im Säuglingsalter (Heim u. Erös) 680 (R 3095).
 — bei Kindern (Stephenson) 991 (R 4573).
 — nach Phrenikusexairese (Loewen-thal) 722 (R 3287).
 — als Todesursache (Lehmann) 985 (R 4531).
 Pneumotachogramm (Hartwich) 1020 (C).
 Pneumothorakozentese (Di Natale) 985 (R 4532).
 Pneumothorax (Stawraky) 525 (C).
 — (Ledermann) 700 (C).
 — (Monaldi) 704 (C).
 — (Bari) 705 (C).
 — (Popovic) 747 (C).
 — (Tzanow) 752 (C).
 — (Bedford) 838 (C).
 — (Baer) 858 (R 3934).
 — (Dumarest u. a.) 1025 (C).
 — Behandlung (Hoffschulte) 793 (C).
 — ambulante Behandlung (Voute) 945 (R 4355).
 — doppelseitiger (Kayser-Petersen) 699 (C).
 — doppelseitiger (Gabe) 858 (R 3935).
 — gleichzeitiger doppelter (Mazzetti) 546 (R 2455).
 — geschlossener (Rubinstein) 817 (R 3729).
 — künstlicher (Vercelli) 587 (R 2670).
 — künstlicher (Papanikolau) 610 (C).
 — künstlicher (Genevier) 751 (C).
 — künstlicher (Bernard u. a.) 882 (C).
 — künstlicher (Schottmüller) 1048 (R 4833).
 — doppelseitiger künstlicher (Manal) 817 (R 3728).
 — Lungenchirurgie (Rosenthal) 882 (C).
 — pleurale Spätintoleranz beim künstlichen (Dumarest) 839 (C).
 — sackförmiger u. Lungenkaverne (De Castiglione) 986 (R 4541).
 — spontaner (Rowan) 795 (C).
 — traumatischer (Tilton) 566 (C).
 — basale Dämpfung beim rechts-seitigen — (Aloigi) 722 (R 3288).
 — Behandlung (Deist u. Burmeister) 562 (C).
 — Bronchialasthmabehandlung mittels künstlichen — (Petrov) 718 (R 3258).

- Pneumothoraxfüllung, hämoklasische. Krise nach — (Avezzu u. Boggian) 613 (C).
- Pneumozysto- uretero-Pyelographie (Thomas) 927 (C).
- Pocken s. a. Vakzination.
- Schutz gegen (Camus) 751 (C).
- Pockenforschung (Gins) 926 (C).
- Pockenimpfung (Pierret) 704 (C).
- Wirkung von Eucupinotoxinum hydrochloric (Belenky u. Popowa) 610 (C).
- Pockenvakzinevirus (Nyschtschady-menko) 525 (C).
- Poikiloderma atrophicans vascularis (Jordan) 1079 (R 4960).
- Polarisationskapazität der Haut der Psychosen (Roggenbau u. Lueg) 968 (C).
- Poliomyelitis (Becker) 925 (C).
- (Bomstein u. Karlin) 1025 (C).
- (Radovici u. a.) 1042 (R 4803).
- Epidemie in Rumänien (Manicatide) 947 (R 4365).
- Epidemiologie (Kling) 717 (R 3249).
- experimentelle (Olitzky, Rhoads u. Long) 1098 (R).
- Konvaleszentserum (Eachern) 523 (C).
- Manitobaepidemie (Mc Kenzie) 1023 (C).
- Virus (Rhoads) 703 (C).
- von Erwachsenen (Bahr) 538 (R 2403).
- beim Erwachsenen (Kumow) 883 (C).
- Poliomyelitische Lähmungen, operative Behandlung (Kofmann) 610 (C).
- Poliurromenitis subacutalenta (Piccini) 984 (R 4529).
- Pollen von Alopecurus (Loeb) 520 (C).
- Pollenallergie (Guthmann) 1005 (B).
- Polyarthrits chronica (Feltkamp) 1022 (C).
- rheumatische (Koritzki) 539 (R 2411) 719 (R 3265).
- Polyarskultor (Hasenfeld) 834 (C).
- Polyzythämia (Barta) 525 (C).
- rubra (Fischer) 608 (C).
- rubra, Anwendung der X-Strahlen (Dubowy) 686 (R 3146).
- rubra vera (Alpin) 1084 (R 5002).
- mit verminderter Gesamtblutmenge (Hitzenberger u. Tuchfeld) 655 (C).
- Polydaktylie (Kirakosjanz) 840 (C).
- (Ricadoni u. Isola) 1050 (R 4846).
- Polyglobulie, Beziehung endokriner Organe (Günther) 747 (C).
- zerebrale (Günther) 1096 (R).
- Polygonorm (Schubert) 700 (C).
- (Biehle) 835 (C).
- Polyhydramnios, Röntgenstrahlen in der Behandlung (Beck) 918 (R 4255).
- Polymastie (Neumann u. Oing) 977 (R 4482).
- Polyneuritis, Alopecia universalis bei — (Stiefler) 1000 (R 4640).
- gravidarum (Bierring) 1100 (R).
- rezidivierende interstitielle hypertrophische (Harris u. Newcomb) 794 (C).
- Polythelie (Neumann u. Oing) 977 (R 4482).
- Populationsforschung (Bail) 923 (C).
- Porphyrie (Borst u. Königsdörfer jr.) 690 (B).
- Porphyrinurie (van den Bergh) 1072 (C).
- Portio s. a. Uterus.
- Behandlung der Erkrankungen (Leibholz) 654 (C).
- Leukoplakiecarcinom (Rogge) 530 (R 2349).
- Portiofasszange (Krauss-Amberg) 1070 (C).
- Porzellanbrücken (Fryd) 561 (C).
- Porzellangallenblase (Flörcken) 699 (C).
- Positio occipitalis publica im Röntgenbild (Neumann) 880 (C).
- Postencephalitis epidemica (Hill) 597 (R 2735).
- Blickkrämpfe als Zwangssphänomene bei — (Jelliffe) 703 (C).
- geistige Minderwertigkeit (Cruchet) 1101 (R).
- Postencephalitis, ergographische Untersuchung (Dubitscher) 925 (C).
- Postklimakterische Blutung (Schiffmann) 976 (R 4473).
- Postoperative Behandlung (Mc Kenty) 754 (R 3399).
- (Pool) 1024 (C).
- Vereiterungen (Winograd-Finkel) 701 (C).
- Verwachsungen (Gosset u. a.) 524 (C).
- Postvaksinale Exantheme, Aetiologie (Gans) 835 (C).
- zerebrale Symptome (Horder) 766 (R 3478).
- Potenz (Riebes) 790 (C).
- Potenzen, Wirksamkeit hoher (Lesser) 993 (R 4589).
- Pottsche Krankheit s. a. Spondylitis tuberculosa.
- Tibiaspan-Operation (Sievers) 836 (C).
- Präbasedow (Zondek u. Bansi) 924 (C).
- Prämolarkrone, Molarisation der unteren — (de Jonge-Cohen) 747 (C).
- Präzipitinreaktion (Ramsdell) 565 (C).
- Prearginin (Simms) 523 (C).
- Presbyopie der Feuerarbeiter (Lederer) 972 (R 4450).
- Priapismus (v. Duzen) 927 (C).
- leukämischer (Stern) 582 (R 2637).
- Pringlesche Krankheit (Urbach u. Wiedmann) 1080 (R 4966).
- Probeexzision (Ratzdorff) 569 (R 2555).
- (Hellwig) 835 (C).
- Probefrühstück (Raschba) 525 (C).
- Probelaaparotomie (Boas) 586 (R 2655).
- Probethorakotomie (Harloc) 658 (C).
- Processus styloideus, Hypertrophie (de Sanson) 1078 (R 4952).
- supracondyloideus humeri (Zuckschwerdt) 835 (C).
- vermiformis, Obliteration (Hellwig) 973 (R 4456).
- Progeria (Strunz) 563 (C).
- Proklina „Ciba“ (Hofer) 835 (C).
- Proktitis (Gutmann) 837 (C).
- Proktokolitis (Jamison) 627 (R 2847).
- Promonta (Junker) 1019 (C).
- Proportionen von Arm-, Bein- und Körperlängen (Wolff) 519 (C).
- Prostata, Anschoppung (Barnes) 1040 (R 4784).
- Carcinom (Barringer) 927 (C).
- Carcinom (Hirsch u. Schmidt) 927 (C).
- chirurgische Behandlung (Lenko) 1025 (C).
- Diathermieelektroden für die — (Kaufmann) 747 (C).
- elektrischer Erwärmer (Grayson) 940 (R 4329).
- Erkrankungen (Pleschner) 521 (C).
- Geschwülste (Young) 750 (C).
- bösartige Geschwülste (Tjomkin) 701 (C).
- Hypertrophie (Nitch) 564 (C).
- Hypertrophie (Evans) 612 (C).
- Hypertrophie (Oelsner) 715 (R 3228).
- Hypertrophie (Farbach) 1039 (R 4783).
- Hypertrophie (Cuttler) 1040 (R 4785).
- Hypertrophie, Behandlung (Karo) 1082 (R 4984).
- Hypertrophie, elektrische Kauterisation (Mathé) 1039 (R 4782).
- Hypertrophie, Röntgenbehandlung (Woenckhaus) 644 (R 2954).
- Hypertrophie, Röntgenbehandlung (Woenckhausen) 1069 (C).
- Hypertrophie, Selbstheilung (Felber) 940 (R 4330).
- Hypertrophie, Vasektomie (Hutter) 1040 (R 4786).
- Massage (Faragó) 614 (C).
- Massage (Stutzin) 763 (R 3460).
- röntgenologische Darstellung der männlichen — (Dressler) 700 (C).
- Sarkome (Tjomkin) 1022 (C).
- Tuberkulose (Townsend) 839 (C).
- tuberkulöse Sequestrierung (Boeminghaus) 851 (R 3888).
- Prostatektomie (Quinby) 839 (C).
- Myositis ossificans nach suprapubischer — (Kretschmer) 927 (C).
- suprapubische (Löwen) 657 (C).
- suprapubische (Götze) 701 (C).
- suprapubische (Fullerton) 809 (R 3673).
- unvollständige (Legueu) 852 (R 3890).
- zystoskopische (Foley) 852 (R 3898).
- Prostatitis, chronische (Visher) 981 (R 4509).
- genitale Störungen (Valoerde) 751 (C).
- Protein s. a. Eiweiß.
- Proteine, dynamische Wirkung (de Montmollin) 1021 (C).
- Nährwert (Mitchell) 794 (C).
- Proteinbehandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs (Permjakow) 568 (C).
- und Augenauffektionen (de Almeida) 661 (R 2969).
- Proteincalcium (Weinshank) 594 (R 2717).

- Proteus Epidemie (Beckmann u. Hürthle) 1019 (C).
 — Sepsis (Kretschmer u. Mason) 1071 (C).
 Protozoische Infektionen, Chemotherapie (Schnitzer) 747 (C).
 Pruritus ani (Jamison) 627 (R 2847).
 — ani (Montague) 658 (C).
 — Aetiologie (Montague) 997 (R 4620).
 — hiemalis (Sellei) 1067 (C).
 Pseudoanthrax (Matschan) 798 (R 3594).
 Pseudoepididymitis (Küttner) 1068 (C).
 Pseudohermaphroditismus, soziale Bedeutung (Valentin) 561 (C).
 Pseudoleukämie (Harding) 1024 (C).
 Pseudolumbago (Verbeek) 610 (C).
 Pseudomalyse, Parrotsche (Péhn u. Mestrallet) 859 (R 3942).
 Pseudoperitonitis (Hofmann) 561 (C).
 Pseudoretroflexio (Mayer) 1019 (C).
 Pseudosklerose, Descementipigmentring bei — (Vogt) 840 (R 3813).
 Pseudo-Zystitis (Mayer) 1019 (C).
 Pseudozystizerkosis (Jaksch-Wartenhorst) 747 (C).
 Psicobenyl (Riepelmeier) 878 (C).
 — (Zwilling) 1068 (C).
 — forte (Ikonomoff) 834 (C).
 Psoriasis (Bloom) 1024 (C).
 — arthropathica (Vohwinkel) 849 (R 3872).
 — Bartolomei (Vignale) 746 (C).
 — Blutzucker (Biberstein) 908 (R 4195).
 — Pathogenese u. Behandlung (Pulay) 762 (R 3451).
 — radiumhaltige Bäder (Fabry) 925 (C).
 — Sensibilisierung der Haut (Gram) 883 (C).
 — Strahlenbehandlung (Prusciano) 1004 (R 4674).
 — vulgaris (v. Leszczyński) 1037 (R 4760).
 — und Avascularfunktion (Vogt) 673 (R 3048).
 Psychiatrie, Reaktion in der — (Redalié) 925 (C).
 — soziale (Bernhard) 1021 (C).
 — sozialhygienisches Problem (Abaschew) 883 (C).
 Psychiatrisches Krankenhaus (Piotrowski) 716 (R 3243).
 Psychische Funktionen (Legrand) 704 (C).
 Psychoanalyse (Nachmansohn) 521 (C).
 — (Fairbairn) 612 (C).
 — (v. Monakow) 700 (C).
 — (Prinzhorn u. Mittenzwey) 784 (B).
 — (v. Monakow) 957 (R 4428).
 — Form und Farbe in der — (Paneth) 609 (C).
 — und Philosophie (Müller) 655 (C).
 — und Recht (Schilder) 968 (C).
 Psychocephale Studien (van Velzen) 691 (B).
 Psychologie kindliche (Mensi) 1073 (C).
 — der Denkfähigkeit (Fünfgeld) 640 (R 2933).
 Psychologische Methodik (Stransky) 879 (C).
 Psychometrie (Pagenstecher) 738 (B).
 Psychomotorische Reaktionen bei Geisteskranken (Katzmann) 563 (C).
 Psychopathen, Verbrechertum bei — (Eichenwald) 752 (C).
 Psychopathenfürsorge (Klüber u. Schmidt) 691 (B).
 — (Gawróński) 736 (R 3379).
 Psychopathische Persönlichkeiten (Schneider) 691 (B).
 Psychopathologie, soziale (Kantorowicz) 519 (C).
 — der Tuberkulose bei Kindern (Ssacharewa) 598 (R 2741).
 Psychosen, endogene (Schelichowsky) 957 (R 4426).
 — Geschlechtsunterschiede bei — (Gaupp) 749 (C).
 — Polarisationskapazität der Haut bei — (Roggenbau u. Sleg) 968 (C).
 — bei Lebererkrankungen (Siman u. Schereschewsky) 640 (R 2930).
 — und neurasthenische Zustände mit Achylia gastrica (Warburg) 522 (C).
 Psychosexuelle Genese der Dummheit (Landauer) 749 (C).
 Psychosomatische Behandlung (Juliusburger) 700 (C).
 Psychosynthese (Paneth) 556 (R 2526).
 Psychotherapie (Schultz) 519 (C).
 — (v. Bergmann) 654 (C).
 — Bericht über Kongress 1106 (B).
 — und Religion (Seng) 700 (C).
 — und Schizophrenie (Kretschmer) 914 (R 4236).
 Psychotische Erscheinungen (Merloo) 610 (C).
 Pubertät, Krankheitsverlauf und Krankheitsbehandlung in der — (Meng) 967 (C).
 Pubertätsblutungen (Runge) 1076 (R 4935).
 Pubertätsentwicklung bei der weiblichen proletarischen Großstadjugend (Thorbecke) 701 (C).
 Pudendusnästhesie (Gutmann u. Metz) 848 (R 3863).
 — und Parametrieanästhesie (Grager) 879 (C).
 Puerperale Amurie, doppelte Nierenkapsulation wegen — (Krellenstein) 881 (C).
 — Gangrän (Ellerbroeck) 522 (C).
 — Infektion (Le Lodiér) 524 (C).
 — Infektion mit Diphtherie (Martinos) 673 (R 3043).
 — Infektion, Behandlung nach Besredka (Dmitrovsky) 524 (C).
 — Morbidität (Gordon) 881 (C).
 — Psychose (Levy-Valensi) 640 (R 2932).
 — Psychose, Proteintherapie (Barkin) 522 (C).
 — Sepsis (Sommer) 563 (C).
 — Pyämie, Venenunterbindung (Pyämie, paradox (R 3633).
 — Pyämie, paroxysmale bei Venenunterbindung (Hinselmann) 880 (C).
 — Sepsis (Kickham) 4035 (R 4745).
 — Septikämie, Behandlung (Bernstine) 904 (R 4170).
 — Tetanus (Sommer) 890 (R 4089).
 Puerperium, bakteriologische Blutuntersuchungen (Whitacker) 795 (C).
 Pulmonalarterie, Erkrankung (Gomes) 796 (C).
 Puls s. a. Blutdruck, Herz.
 — graphische Registrierung (Nesterow) 1069 (C).
 Pulsstator (Hoffenberg u. Hoffstaedt) 835 (C).
 Pulsus inaequalis et alternans (Pitow) 928 (C).
 Punktionstechnik (Haus) 1020 (C).
 Pupillarfasern (Wendel u. Amsler) 923 (C).
 Pupillenreaktionen bei Myasthenie (Rakonitz) 1000 (R 4638).
 Pupillenreflexe (Galant) 1025 (C).
 Purgiolax compositum (Simons) 836 (C).
 Purinolytische Enzyme des Egels (Truszkowski) 794 (C).
 Purinstoffe, Wirkung auf die Pupille (Ettinger) 1067 (C).
 Purpura (Giuffré) 926 (C).
 — allergische (Alexander u. Eyer-mann) 1071 (C).
 — anaphylactoides, gesteigerte Kapillardurchlässigkeit (Basch) 1020 (C).
 — haemorrhagica (Rothmann u. Mixon) 1092 (R).
 — Milzexstirpation (Landow) 655 (C).
 — variolosa (de Haas) 1042 (R 4800).
 — der Blase (Shapiro) 970 (C).
 Pyämie s. Sepsis.
 — postganglionäre (Burger) 979 (R 4499).
 Pyämische Prozesse, Rolle der Venen (Läwen u. König) 885 (R 4045).
 Pyelitis, Diagnostik (Wohl) 524 (C).
 — follicularis (Hundley u. Carson) 838 (C).
 — gravidarum (Klein) 927 (C).
 — gravidarum (Sennwald) 934 (R 4290).
 — gravidarum, Ileus bei — (Hilgenberg) 533 (R 2369).
 — Natrium bicarbonicum bei — (Gil-Casares) 674 (R 3058).
 Pyelogramm (Craig) 826 (R 3797).
 Pyelographie (Borch-Johnsen) 838 (C).
 — (Manges) 928 (C).
 — (Behrenroth) 1069 (C).
 — intravenöse (Roseno) 715 (R 3232), 737 (R 3385).
 — Kontrastmittel (Hagmann) 623 (R 2821).
 — stereoskopische (Heyn) 927 (C).
 — Umbrathor zur — (Brednow) 562 (C).
 — für die Indikationsstellung bei Nierensteinen (Gellmann) 793 (C).
 Pyelographische Serienaufnahmen (Lossen) 1019 (C).
 Pyelographisches Bild bei Nierentumoren (Schiffer) 1019 (C).
 Pyelolithomie (Ferrier u. Bliss) 927 (C).
 Pyelonephritis (Karo) 701 (C).
 Pyelonephritis (Deming) 1024 (C).
 Pyeloureteroplastik (Sargent) 970 (C).
 Pyeloureterozystographie (Fabricius-Möller) 880 (C).

- Pyelovenöser Uebertritt (Boeninghaus u. Hendriock) 851 (R 3887).
 Pyknolepsie (Jelliffe) 523 (C).
 Pyloroduodenitis (Tschekbokssarow) 856 (R 3919).
 Pyloromyotomie (Hilarowitz) 563 (C).
 Pyloroplastik beim Magenculcus (Polissodowa) 926 (C).
 Pylorospasmus (Block) 563 (C).
 — (Kemkes) 771 (R 3517a).
 — (v. d. Reis) 1088 (R).
 — Behandlung (v. Mettenheim) 772 (R 3518).
 — Behandlung mit Dilatatio pylori (Foramitti) 947 (R 4368).
 Pylorus Divertikel (Pansdorf) 1069 (C).
 — röntgenologische Lokalisationsmöglichkeit (Hauydek) 609 (C).
 — Stenose (Wolfgang) 522 (C).
 — Stenose infolge Mineralsäureverätzung (Rieder) 657 (C).
 — Verengungen (Moore u. a.) 794 (C).
 — Verschluss (Deaver) 755 (R 3402a).
 Pyodermia chronica papillaris et exulcerans (Carrol) 712 (R 3204).
 Pyogene Infektionen, Behandlung (Selmon) 1042 (R 4801).
 Pyonephrose (Monteiro) 796 (C).
 Pyorrhöe, Rolle der Bakterien (Beckwith u. a.) 523 (C).
 Pyosalpinx s. a. Tube.
 — der Tube (Le Balle) 758 (R 3428).
 Pyozeugus Pneumonie (Danbolt) 1023 (C).
 Pyretotherapie der syphilitischen Infektion (Bessemans) 1024 (C).
 Pyrexie bei malignem Nephrom (Creedy) 970 (C).
 Pyridium (Stern) 819 (R 3747).
 — (Walther) 1051 (R 4853).
 Pyrifer (Kauders) 924 (C).
 — (Vagedes) 1094 (R).
 — bei der progressiven Paralyse (Kauders) 950 (R 4383).
 Pyrogene Reaktion bei der Reiztherapie (Spiller) 1096 (R).
 Pyrophorus, westindischer (Harvey) 523 (C).
 Pyurie (Aron u. Hirsch) 792 (C).
 — (Fischl) 834 (C).
 — Uteralstumpf als Quelle (Read) 1071 (C).
 — bei Kindern (Comby) 991 (R 4579).
 — in der Kindheit (Campbell) 970 (C).
 Quarzbrenner (Bach) 649 (T).
 Quarzlampe, bakterizide Wirkung (Andersson) 880 (C).
 Quarzlichtbehandlung der Lungentuberkulose (O'Brien) 1003 (R 4672).
 Queckenstedt Methode (Neel u. a.) 911 (R 4216).
 Quecksilber Bestimmung (Herzfeld) 1021 (C).
 Quecksilbervergiftung (Guiljarowsky) 880 (C).
 — (Rabut u. Guex) 928 (C).
 — (Hesse) 966 (C).
 — (Holstein) 994 (R 4595).
 Querlagen, Kaiserschnitt bei — (Rommelts) 969 (C).
 Quinisol (Wreschner) 792 (C).
 Quecksilber-Diuretika (Schenk) 774 (R 3533).
 Quetschungen (Moorhead) 658 (C).
 Rabies s. a. Tollwut.
 Rachenmandel Hyperplasie, Behandlung mit Sulfojodetten (Rothenberg) 879 (C).
 Rachenring, Mikroflora (Lukowski) 1078 (R 4954).
 Rachitis (Vollmer) 747 (C).
 — (Macke u. Todd) 794 (C).
 — Behandlung (Wieland) 860 (R 3951).
 — Behandlung mit Vigantol (Aurhammer u. Kollmann) 632 (R 2874).
 — Behandlung u. Verhütung (Meyer u. Nassau) 926 (C).
 — experimentelle (György u. Schall) 1099 (R).
 — operative Korrektur schwerer Knochenverkrümmungen (Grotz) 520 (C).
 — Pathogenese u. Ossifikationsstörung (Ullrich) 610 (C).
 — postinfantile (Blank u. Graves) 1070 (C).
 — Prophylaxe (Degkwitz) 990 (R 4568).
 — Stoffwechselpathologie (Behrendt u. Berberich) 790 (C).
 — Verhalten der endokrinen Organe (Stoltenberg) 723 (R 3298).
 — Vorbeugung u. Behandlung 878 (C).
 — und Licht (Peemöller) 879 (C).
 — und Tuberkulosebehandlung (v. Bergmann) 878 (C).
 Radikulitis, Symptom des Kopfbeugens (Kunitzin) 866 (R 3991).
 Radialisfraktur, Sehnenzerreißung der 702 (C).
 Radialislähmung, Sehnenverpflanzung bei irreparablen (Hass) 521 (C).
 Radioaktivität (Schmid-Curtius) 792 (C).
 — (Bach) 879 (C).
 — (Schubart) 879 (C).
 Radiobehandlung (Muir) 827 (R 3809).
 — der Angina pectoris (Nemours-Auguste) 870 (R 4021).
 — von Angiomen (Nielsen) 880 (C).
 — Delille u. a.) 566 (C).
 — des Auges, Ohres, der Nase und des Rachens (Stevens) 611 (C).
 — bei Fibromen, Blutungen und Dysmenorrhöe (Polak) 750 (C).
 — Gesichtstumoren (Hintze) 1019 (C).
 — transperitoneale des Zervixcarcinoms (Asherson) 970 (C).
 — transperitoneale des Zervixcarcinoms (Belot) 882 (C).
 — der Mammacarcinome (Ponzio) 918 (R 4256).
 — des Zervixcarcinoms (Bowling u. Fricke) 1004 (R 4676).
 — wegen Uteruscarcinom während der Schwangerschaft (Goldstein u. Murphy) 918 (R 4253).
 Radiographie der Lungen (Armand-Delille u. a.) 566 (C).
 Radiologie (Chamberlain) 565 (C).
 Radiologie der Brust (Sparks) 969 (C).
 — des Magendarmkanals (Meyers) 659 (C).
 Radiologische Kommission des Völkerbundes (Voltz) 656 (C).
 — Behandlung der Tumoren der Mundhöhle (Berven) 1019 (C).
 — Behandlung der malignen Tumoren (Berven) 968 (C).
 Radioparaffinotherapie (Joly) 590 (R 2693).
 Radiotherapeutische Sättigungsmethode (Pfahler) 609 (C).
 Radiotherapie s. a. Strahlenbehandlung.
 Radioplastik (Palmieri) 1002 (R 4657).
 Radioulnargelenk, Subluxation im distalen — (Schnek) 747 (C).
 Radium, klinische Erfahrungen (Cartlie u. Leslie-Spinks) 795 (C).
 — bei Carcinom (Radford) 838 (C).
 — bei Uterus Erkrankungen (Martinvale) 1023 (C).
 — und Radonröhren (Russ u. Scott) 1070 (C).
 — Klimakterium (Fenwick) 976 (R 4477).
 Radiumbesteck (Specht) 519 (C).
 Radiumbestrahlung (Lind) 881 (C).
 — Dosierung (Neef) 917 (R 4251).
 — Einfluß auf Glykoside (Petrowskyj) 870 (R 4022).
 — bei Kollumcarcinom (Lahm) 871 (R 4028).
 — Wirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel (Krontowski) 878 (C).
 Radium bei Carcinom der Haut (Sittenfeld) 959 (R 4441).
 Radiumemanation (Muir) 523 (C).
 — Behandlung der bösartigen Erkrankungen (Kaplan) 794 (C).
 — Therapie (Stackfleth) 692 (T).
 Radiumhemmet Stockholm, Behandlung der Geschwülste (Heyman u. Thoreus) 644 (R 2960).
 Radiumröhren, Identifizierung (Kaye u. Higgins) 969 (C).
 — Röntgenbestrahlung (Noeff) 1019 (C).
 — oder Röntgenbestrahlung des Beckens, Einfluß auf die Schwangerschaft (Murphy) 917 (R 4250).
 — selektive Wirkung (Bancroft) 959 (R 4440).
 — in der Behandlung (Figi) 881 (C).
 — in der Carcinombehandlung (Quick) 702 (C).
 — in lebenden Personen (Schlundt u. a.) 564 (C).
 Radiumschwachbestrahlungen (Burckhard) 871 (R 4029).
 Radiumstrahlen, Schädigung? (v. Spindler) 878 (C).
 Radius, Fraktur (Kleinschmidt) 608 (C).
 — Fraktur (Lassen) 1075 (R 4932).
 — Frakturen des unteren Teiles (Edwards) 522 (C).
 — Subluxatio capiti (Simons) 834 (C).
 Radiusköpfchen, Luxation nach vorn (Sommer) 561 (C).
 — Verletzungen (Pfah) 757 (R 3414).
 Radonpräparate (Wolf) 1020 (C).
 Ramikotomie, sympathische bei der spastischen Paralyse (Hesse) 842 (R 3825).
 Ramisektion in der Halsgegend (Cózar) 837 (C).

Ramogen (Beck) 926 (C).
 Raspatorium in der Gynäkologie (Ludwig) 969 (C).
 — als Weichteilinstrument (Steinmann) 793 (C).
 Rasselgeräusche (Winkler u. Sattler) 699 (C).
 Rassengliederung Deutschlands (Saller) 835 (C).
 Rassenhygiene (Krauss) 763 (R 3464).
 Rattenbißerkrankung als Modellinfektion für Syphilisstudien (Stühmer) 919 (R 4206).
 Rattenflöhe in Peking (Hertig u. Huang) 969 (C).
 Raumlüftung (Förster) 608 (C).
 Rauschbrand, Immunität gegen (Pettersen) 1083 (R 4989).
 Rauschgifte (Thoms) 1005 (B).
 Raynaudsche Krankheit, Röntgenbehandlung (Borak) 826 (R 3801).
 — Krankheit, Knochenveränderungen (Kornblum) 881 (C).
 Reaktion in der Psychiatrie (Redalié) 925 (C).
 Rechtsneurosen (v. Weizsäcker) 999 (R 4637).
 Rechts und links (Bürger) 792 (C).
 Reciprocal Rhythmus (Fogelson) 563 (C).
 Recklinghausensche Krankheit (Urbach u. Wiedmann) 1080 (R 4966).
 — Krankheit, endokrine Störungen bei — (Freund) 877 (C).
 Reflexe (Fleischmann) 521 (C).
 — bedingte in der Großhirnrinde des Kindes (Iwanow-Smolenski) 1025 (C).
 — Klassifikation (Mendes) 796 (C).
 — pathologische (Wicker) 705 (C).
 — an den oberen Extremitäten (Galant) 525 (C).
 — im Tode (Kartschikjan) 684 (R 3136).
 Reflexbehandlung (Piga) 751 (C).
 Reflexjucken bei Asthma (Balyeat) 565 (C).
 Reflexurethritis (Dreyer) 715 (R 3238).
 Refraktion (Thron) 699 (C).
 Refraktionsirrtümer (Gillepsie) 838 (C).
 Refraktionskurve (Betsch) 655 (C).
 — (Wibaut) 967 (C).
 Regeneration (Pudor) 921 (O).
 — (Fischer) 969 (C).
 Regio epigastrica s. Epigastrium. Reichenhall (Simons) 608 (C).
 Reichshebammengesetz (Schwörer-Jalkowski) 792 (C).
 Reichsversicherungsordnung (Riedel) 1069 (C).
 Reisschleim, konzentrierter (Olewski) 614 (C).
 Reizkörpertherapie s. Proteinkörpertherapie.
 — bei Lungentuberkulose (Berömann) 562 (C).
 — diätetische (Schlesinger) 950 (R 4380).
 — in der Urologie (Wellis) 524 (C).
 Rektale Narkose mit Avertin-Amylenhydratlösung (Elsbach) 974 (R 4458).
 Rektale Untersuchung (Samsonow) 929 (C).

Rektum Carcinom (Jones) 558 (R 2543).
 — abdominosakrale Operation (Fischer) 608 (C).
 — sakrale Operation (Denk) 610 (C).
 — Statistik (Mandl u. Pacher) 1029 (R 4705).
 — Prolaps Operationen (Friederichs) 926 (C).
 — Prolaps bei Kindern (Corbett) 658 (C).
 — Stenose, Diathermie u. Dilatationsbehandlung (Santos) 570 (R 2558).
 — Zystoskopie (Sternberg) 884 (R 4041).
 Rekurrensfieber s. Rückfallfieber.
 Rekurrenzlähmung, Mediastinalleiden mit doppelseitiger — (Sjöberg) 793 (C).
 Rekurrensparalyse (Karrafath) 614 (C).
 Relaxatio diaphragmatica (Krauss) 926 (C).
 — diaphragmatica (Tucherer) 991 (R 4578).
 — diaphragmatica, Röntgendiagnostik (Nyström) 826 (R 3795).
 Renale Insuffizienz 586 (R 2657).
 Renten neurose (Jessmann) 732 (R 3361).
 — (Wetzel) 792 (C).
 — (Menzel u. Hansen) 968 (C).
 Resorzin, lichtschützende Wirkung (Urban u. Konrad) 609 (C).
 Respiration s. a. Atmung.
 Respirationsapparat (Simonson) 879 (C).
 — Radiologie (Lounge) 1072 (C).
 Respirationsstörungen (Abramson u. Barenberg) 1071 (C).
 Respiratorische Kammer (MacLeod, Hearn u. Robinson) 1071 (C).
 Respiratorischer Stoffwechsel s. Stoffwechsel, respiratorischer.
 Respiratorischer Gasaustausch (Arady) 567 (C).
 Retentionsikterus (Panturier u. Thalheimer) 751 (C).
 Retensionsnephritis (Nakada) 1024 (C).
 Retikulo-Endothel (Howell) 523 (C).
 Retikuloendothel der Leber (Riebl) 878 (C).
 Retikuloendotheliale Behandlung (Lepehne) 1021 (C).
 Retikuloendothelialer Apparat bei kindlicher Leishmaniose (de Capua) 1025 (C).
 — System (Mitschenko) 609 (C).
 — System (Kolischer) 928 (C).
 — System, Beziehung zur Funktion des Urogenitalsystems (Kolischer u. Jones) 702 (C).
 — System, Einfluß des Nervensystems (Letterer u. Bogendorfer) 1018 (C).
 — System u. Diathermie (Kolischer) 737 (R 3386).
 — System unter Röntgenwirkung (Schönig) 868 (R 4007).
 Retina Ablösung (Baurmann) 1018 (C).
 — Ablösung, Ignipunktur (Vogt) 972 (R 4447).
 — Ablösung und Aderlaß (Jablonski) 1073 (R).
 — Degeneration mit multiplen Aneurysmen (Junius) 1027 (R 4685).

Retina exsudative Erkrankungen (Zinsser) 654 (C).
 — Melanoblastome in der — (Boente) 1020 (C).
 — Risse (Deutschmann) 1018 (C).
 Retinagewebe, Vitamin A im — (Holm) 753 (R 3393).
 Retinitis (Junius) 1027 (R 4685).
 — circinata (Rutberg) 563 (C).
 — pigmentosa (Ricaldoni u. Isola) 1050 (R 4846).
 — nephritica (Horniker) 655 (C).
 — pigmentosa, Konkavlupe bei — (Rönne) 655 (C).
 Retroversio uteri, Behandlung (Tikonadze) 572 (R 2576).
 Rezeptoren Funktion im Verdauungskanal (Loewi) 1094 (R).
 Rhabdomyoplastisches Sarkom (Friedmann) 924 (C).
 Rheuma u. Rheumabekämpfung (Zimmer) 690 (B).
 Rheumaprobleme 1006 (B).
 Rheuma-Sensit (Hühnerfeld) 656 (C).
 Rheumatische Arthritis (Vulpis) 925 (C).
 — Erkrankungen (van Breemen) 719 (R 3264).
 — (Krebs) 856 (R 3918).
 — (Ernst u. Broichmann) 1019 (C).
 — Entstehung (Lowe) 813 (R 3707).
 — Eosinophilie bei — (Matthisson) 855 (R 3917).
 — Strontium in der Behandlung (Mautner) 1012 (T).
 — im Kindesalter (Leichtentritt) 792 (C).
 Rheumatische Gelenkerkrankungen (Fischer) 520 (C).
 — Krankheiten, Rolle der Streptokokken (Small) 1085 (R 5011).
 — Krankheitsgruppe, ätiologische Zusammenhänge (Schulhof) 626 (R 2836).
 — Polyarthritis (Koritzki) 539 (R 2411), 719 (R 3265).
 — Polyarthritis, hohe Salizylgaben bei — (Taterka u. Borchardt) 878 (C).
 — Typus (Hill) 984 (R 4524).
 — Fieber, allergischer Symptomkomplex bei — (Derick u. a.) 539 (R 2410).
 — Gelenkleiden (Nyrop) 1070 (C).
 Rheumatismus (Barlaro) 524 (C).
 — (Davies) 970 (C).
 — (Swift) 1071 (C).
 — akuter (Kutyryn) 614 (C).
 — Behandlung mit Radium und Thorium (Dausset) 882 (C).
 — psycho-encephalitischer (Targowla) 704 (C).
 — Senkungsreaktion u. weißes Blutbild (Ditges) 767 (R 3486).
 — Streptokokken (Birkhang) 703 (C).
 — Arthritis (Bertraud) 1024 (C).
 Rheumatoide Erkrankungen, Tuberkulinempfindlichkeit (Peyrer) 588 (R 2676).
 Rhinitis atrophicans (Wirth) 790 (C).
 — atrophicans foetida (Nyfeldt) 522 (C).
 — chronische (Hollender) 611 (C).

- Rhinitis, Lokalimmunisation (Fontes) 1078 (R 4951).
- Rhinopharyngitis, Bronchitis bei — (Nobécourt) 882 (C).
- Rhinosklerom (Mrongovius) 703 (C).
- Rhotazismus (Liebmann) 1019 (C).
- Rhyzoglyphus hyacinthi (Pawlowsky) u. Stein) 1067 (C).
- Riechnerv u. Geruchsorgan (Takata) 561 (C).
- Riesenwuchs (Kaufmann) 700 (C).
- Riesenzellensarkome (Schroeder) 1019 (C).
- Riesenzelltumor (Carty) 564 (C).
- Riesenzellentumoren der Sehnenscheiden (Eisen) 1023 (C).
- Ringschatten (Barât) 967 (C).
- Ringworm Erkrankung (Legge) 970 (C).
- Rippe, kostoverbrale Luxation der ersten (Schertlein) 608 (C).
- Rippen Verrenkungen (Bohle) 519 (C).
- Rippenfraktur, Emphysem nach — (Goodliffe) 564 (C).
- Rippenimplantation bei Skoliose (Whitman) 881 (C).
- Rippenknorpel, Verkalkungsvorgänge (Ernst) 608 (C).
- Rippenränder, Bewegungen (Bray u. Wilson) 703 (C).
- Rippen-Wirbelgelenke, Luxation (Stewart u. Warren) 523 (C).
- Rivanol (Gessner) 607 (C).
- (Olshausen) 926 (C).
- Rivanolspülung, Empyembehandlung mittels — (Diehls) 719 (R 3259).
- Rizinusöl nach der Verabreichung von Filixpräparaten (Miyasaki) 1067 (C).
- Robural (Schwarz) 647 (T).
- Rockefeller Institut (Friesleben) 792 (C).
- Rogersche Krankheit (Sokolow) 568 (C).
- Rohkost (Weiss) 551 (R 2496).
- (Singer) 609 (C).
- Rohkosternährung (Süsskind) 952 (R 4395).
- Röhrenknochen, Tumoren der langen (Langenskiöld) 617 (R 2773).
- Röntgenabteilung eines Spitals (Martin) 565 (C).
- Röntgenapparat mit rotierendem Gleichrichter (Varga) 835 (C).
- Anwendung zur Diagnostik (Meyer) 702 (C).
- Röntgenassistentinnen, Fertilität u. Nachkommenschaft früherer (Naujoks) 737 (R 3388).
- Röntgenaufnahmen, stereoskopische (Meyer) 747 (C).
- Röntgenbefund, der negative (Saul) 748 (C).
- Röntgenbehandlung (Casati) 1003 (R 4609).
- Dosierung u. Technik der dermatologischen — (Schneider) 836 (C).
- des Basedow (Teschendorf) 1069 (C).
- der epithelialen Carcinome der Tonsillengegend (Coutard) 879 (C).
- des Ekzems (Byörlling) 1058 (R 4902).
- der akuten Entzündung der Mittelohrräume (Goldmann) 870 (R 4023).
- der genitalen Entzündungen (Seisser) 1069 (C).
- Röntgenbehandlung vom Gewebe absorbierter Energiemengen (Stahel) 879 (C).
- der Hornhauttuberkulose (Herrnheiser u. Braun) 1020 (C).
- Indikationsstellung (Pordes) 563 (C).
- innersekretorischer Störungen (Fleischner u. Sack) 827 (R 3804).
- klimakterischer Störungen (Salomon) 557 (R 2540).
- bei klimakterischen Beschwerden (Borak) 871 (R 4026).
- der akuten Mittelohrentzündung (Goldmann) 1020 (C).
- der Prostatahypertrophie (Woenckhausen) 1069 (C).
- bei psychiatrischen u. neurologischen Erkrankungen (v. Wieser) 1020 (C).
- der inoperablen Tumoren (Holfelder) 871 (R 4027).
- bei malignen Tumoren (Hernaman-Johnson) 1070 (C).
- in der inneren Medizin (Müller) 959 (R 4443).
- Röntgenbestrahlte Entzündungen (Pordes) 1020 (C).
- Röntgenbestrahlte Gewebe-, Reaktionsverschiebung (Magath) 656 (C).
- Röntgenbestrahltes Blut, Autotransfusion (v. Dziembowski) 872 (R 4033).
- Röntgenbestrahlung, Dosierung (Neef) 917 (R 4251).
- entzündungsprophylaktische (Freund) 879 (C).
- bei Entzündungen (Palugyay) 1003 (R 4670).
- bei den Erkrankungen der Drüsen im Kindesalter (Lorenz) 926 (C).
- nach Operationen am Verdauungstrakt (Haudeck) 827 (R 3805).
- Verlaufänderung akuter Entzündungen (Pordes) 869 (R 4013).
- Wachstumsstörungen (Krukenberg) 557 (R 2539).
- Wachstumsschädigungen nach therapeutischer — (Beck) 656 (C).
- Wachstumsstörung nach — (Anschütz u. Beck) 702 (C).
- Wachstumsstörungen durch — (Försterling) 702 (C).
- Röntgenbetrieb (Schönfeld) 1106 (B).
- Röntgenbild, perihiläre Prozesse der Lunge (Kopstein) 1020 (C).
- stereoskopisches (Barth) 520 (C).
- photographische Grundlagen (Herz) 691 (B).
- in der Otologie (Hesse) 577 (R 2608).
- Röntgenbilder der Ventrikel u. Seen des Hirns (Rize) 1002 (R 4655).
- Röntgencarcinom der Bauchdecken (Polano) 522 (C).
- Röntgendiagnostik (Assmann) 558 (B).
- (Kirschmann) 919 (O).
- (Beyerlen) 1019 (C).
- der Appendix (Czepa) 1019 (C).
- Normalisierung der Aufnahmetechnik (Engster) 563 (C).
- der chirurgischen Baucherkrankungen (Dzialoszyński) 1102 (R).
- endokriner Erkrankungen (Mayer) 1020 (C).
- Röntgendiagnostik der Invagination (Haenisch) 1020 (C).
- der Kieferhöhlenerkrankungen (Goldmann) 1020 (C).
- der Knochen- u. Gelenkerkrankungen (Markovits) 691 (B).
- der Lungentuberkulose (Köhler) 699 (C).
- der multiplen Myelome (Palugyay) 1020 (C).
- der Nierenerkrankungen (Hagmann) 883 (C).
- photographische Technik für das Röntgenbild der Lungentuberkulose (Holfelder) 1069 (C).
- gezielte Serienaufnahmen (Kruchen) 1069 (C).
- der Ulcusperforation (Sonnenfeld) 869 (R 4010).
- des Magens u. des Duodenums (Presser) 793 (C).
- bei pathologischen Veränderungen der oberen Harnwege (Dohan) 1020 (C).
- Röntgendosen, Berechnung (Friedman) 611 (C).
- Röntgendosimetrie (Barkley, Stead u. Cox) 1103 (R).
- Röntgendosismesser (Jona) 700 (C).
- Röntgeneffekt (Staunig) 1068 (C).
- Röntgenepilation (Beretvas) 1004 (R 4673).
- der Haarzunge (Dohan) 819 (R 3743).
- Röntgenfilm (Urban) 1069 (C).
- Röntgenfilme, Feuergefahr in Krankenanstalten (Ostermann) 656 (C).
- Röntgenfilmdosimeter (Eggert u. Luft) 1069 (C).
- Röntgenographische Untersuchung des Knochensystems (Schor u. Goldstein) 1068 (C).
- Röntgeninstitut Frankfurt a. M. (Holfelder) 918 (B).
- Röntgenkastration, einseitige (Hubert) 656 (C).
- Röntgenkastration, doppelseitige (Gragert) 656 (C).
- Bauchwandnekrose nach — (Kirschmann) 700 (C).
- temporäre (Molnár) 567 (C).
- temporäre (Polak) 1033 (R 4733).
- Röntgenkater (Schönig) 868 (R 4007).
- nach Tiefenbehandlung (Schneider) 609 (C).
- Röntgenkinematographische Aufnahmen (Janus) 1019 (C).
- Röntgenkunde (Holzknecht) 748 (C).
- Röntgenologie (Holzknecht) 614 (C).
- Holzknecht) 1019 (C).
- in der Anatomie (Goldhamer) 1020 (C).
- der Interlobärspalten (Stoloff) 1091 (R).
- in Amerika (Desjardins) 565 (C).
- Röntgenologische Darstellung von Fistelbildungen (Bancroft) 881 (C).
- Darstellung der Milz (Oka) 1068 (C).
- Differenzierung von Dickdarmveränderungen (Knothe) 1019 (C).
- Knochenaufnahmen (Jellinek) 826 (R 3798).
- Lokalisation (Handek) 1104 (R).

- Röntgenologische Studien bei Eingeweideschmerzen (Ungar) 783 (R 3586).
- Untersuchungen (Aschner) 703 (C).
 - Untersuchungen über die Resorption schattengebender Lösungen (Boeminghaus) 868 (R 4008).
- Röntgenologischer Nachweis der Zirbeldrüse (Rothmann) 915 (R 4244).
- Röntgenologisches Dreieck von Weill u. Mouriquand (Canelli) 1002 (R 4659).
- Röntgenplatten, Projektionsapparat (Klapp) 1022 (C).
- Röntgenpyeloskopie (Leb) 1019 (C).
- Röntgenröhre (Jona) 1019 (C).
- (Bouwers) 1019 (C).
- Röntgenshaden u. Unfallversicherung (Groedel u. Lossen) 700 (C).
- Röntgeschädigungen des Auges (Wölfflin) 1020 (C).
- chirurgische Behandlung (Szénasy) 522 (C).
 - des Personals bei der zahnärztlichen Röntgendiagnostik (Stemmer) 609 (C).
 - beim Hilfspersonal (Friesleben) 1058 (R 4906).
- Röntgeschwachbestrahlungen, Bedeutung für die bakterizide Kraft des Blutes (Pfalz) 923 (C).
- Röntgenstereographie (Gottheiner) 1019 (C).
- Röntgenstereoskopie (Alberti) 835 (C).
- (Hasselwander) 1068 (C).
- Röntgenstereotechnik (Boldingh) 1019 (C).
- Röntgenstrahlen, bakterizide Wirkung (Pauli u. Sulger) 700 (C).
- Beeinflussung des vegetativen Systems (Gabriel) 1020 (C).
 - Behandlung entzündlicher Erkrankungen (Lieberohn) 656 (C).
 - biologische Einwirkung bei Tuberkulose (Brdiczka) 870 (R 4017).
 - Dosierung (Stern) 959 (R 4444).
 - Dosierung (Feldweg) 1069 (C).
 - Einfluß auf die Ovarialfunktion (Mahnert) 833 (C).
 - physikalische u. biologische Wirkung (Glöcker) 836 (C).
 - Schädigung (v. Spindler) 878 (C).
 - langwellige (Dauvillier) 562 (C).
 - verschiedener Wellenlänge (Piepenhorn) 879 (C).
 - Wirkung (Yamamoto) 523 (C).
 - Wirkung (Pollitzer) 1020 (C).
 - Wirkung bei der Rückbildung der Carcinome (Lacassagne) 656 (C).
 - Wirkung auf die myktinastischen u. seismonastischen Bewegungen (Küster) 1068 (C).
 - Wirkung bei Tuberkulose (Brdiczka) 834 (C).
 - Wirkung auf die Zelle (Glocker) 915 (R 4241).
 - zerstörende Wirkung (Evans) 783 (R 3588).
 - in der Behandlung des Polyhydramnios (Beck) 918 (R 4255).
 - und vegetatives Nervensystem (David) 568 (C).

- Röntgentechnik (Karsten) 833 (O).
- der Lungenaufnahme (Bronkhorst) 1104 (R).
 - und Schädigungsprophylaxe (Zakovsky) 1069 (C).
- Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden (Borak) 1103 (R).
- bei Knochengeschwülsten (Borak) 1105 (R).
 - der extrapulmonalen Tuberkulose (Holfedét) 1104 (R).
- Röntgentiefenbehandlung u. Radium bei Uterus Erkrankungen (Martinvale) 1023 (C).
- Röntgenuntersuchung (Schönfeld) 1069 (C).
- Schutzapparat (Belot) 1070 (C).
 - über Frakturen des Beckengürtels (Gargiulo) 971 (C).
 - der vier obersten Brustwirbel (Sgalitzer) 1068 (C).
 - beim Gasödem (Sgalitzer) 870 (R 4019).
 - bei der Magen- u. Duodenaldiagnostik (Mailer) 838 (C).
 - bei Typhus (Laurell) 1104 (R).
 - isolierter Wirbelkörperfrakturen (Kingreen) 870 (R 4018).
 - und -behandlung (Schönfeld) 609 (C).
- Röntgenwirkung auf das Knochenmark (Casati) 700 (C).
- Röntgen- oder Radiumbestrahlung, Einfluß auf die Schwangerschaft (Murphy) 917 (R 4250).
- Röntgen- u. ultraviolette Strahlen (Waschetko) 525 (C).
- Rosazea des Auges (v. Szily) 972 (R 4449).
- der Jugendlichen (Sellei) 525 (C).
- Rot als Antagonist von Ultraviolett (Ludwig u. v. Ries) 700 (C).
- Rote Intensivbestrahlungen (Cramer u. Fechner) 870 (R 4020).
- Rotlichtbestrahlungen an Hand des Hämogramms (Cramer u. Fechner) 1020 (C).
- Röteln u. Drüsenfieber (Glanzmann) 609 (C).
- Rotsehen als Frühsymptom der urämischen Erkrankungen (Vinazzar) 985 (R 4534).
- Rotz beim Menschen (Busch) 967 (C).
- Rotztülgung, Angoramethode (Ganslmayr u. Bey) 749 (C).
- Roustumor u. Tuberkulose (Teutsländer) 878 (C).
- Rubintest (Mombach) 969 (C).
- Rücken, Lähmung (Ober) 658 (C).
- Normal — während der Wachstumsjahre (Hanson) 747 (C).
- Rückfallfieber, Immunphänomen (Melleney) 612 (C).
- hereditäre Immunität (Nohira) 838 (C).
 - Infektion durch die Konjunktiva (Iwanow) 1042 (R 4802).
 - Vakzination (Aristowsky) 766 (R 3479).
- Rückenmark Durchwärmungen (Lesczynski) 980 (R 4502).
- Geschwülste (Christiansen) 867 (R 3996).
 - Geschwülste; meningeale (Pette) 999 (R 4631).

- Rückenmark, Gliomatose (Guillain u. a.) 971 (C).
- komprimierende Neubildungen (Vincent u. David) 704 (C).
 - Reliefdiagnostik (Peiper) 834 (C).
 - Tumoren (Nonne) 924 (C).
 - Tumoren, operative Behandlung (Schönbauer) 617 (R 2772).
 - anästhesie (Pannet) 750 (C).
 - (Stout) 1023 (C).
- Rückenmuskelnrheumatismus (Lauber u. Ramm) 1029 (R 4710).
- Rückenschmerzen (Kleinberg) 927 (C).
- Ruhr Epidemie durch Bazillus Kruse-Sonne (Grosser) 878 (C).
- Russelsche Körperchen (Fuchs) 837 (C).
- Russland, Bewegung der Bevölkerung (Roesle) 519 (C).
- Morbiditätsstatistik in der Sozialversicherung (Markuson) 519 (C).
- Sabouraud-Dosen (Neff u. Reisner) 609 (C).
- Sabouraudtablette (Neff) 836 (C).
- Sakralanästhesie (Grodinsky u. Russell) 846 (R 3845).
- in der urologischen Chirurgie (Widenhorn) 699 (C).
 - in der Geburtshilfe (Kelso) 979 (R 4494).
- Sakralisation, schmerzhaft (Feutelais) 757 (R 3417).
- des 5. Lumbalwirbels (Ingebrigtsen) 886 (R 4051).
 - des fünften Lumbalwirbels (Ingebrigten) 1038 (R 4700).
- Sakroiliakalgelenk, Verschiebungen (Winsor) 612 (C).
- Salizyl, hohe Gaben bei Polyarthrit (Peters) 767 (R 3484).
- Salizylbehandlung, perkutane (Friedländer) 700 (C).
- Salizylgaben, hohe bei rheumatischer Polyarthrit (Taterka u. Borchardt) 878 (C).
- Salmiakazidose (Dennig u. a.) 966 (C).
- Salmonella (Bonne u. Igel) 610 (C).
- Salpingitis s. a. Tube.
- Salpingographie (Mandler) 520 (C).
- (Guthmann) 564 (C).
- Salvamin (Poras) 608 (C).
- Salvarsan s. a. Neosalvarsan, Silber-salvarsan, Sulfarphenamin.
- (Mühlpfordt) 1068 (C).
 - Injektion, diagnostische (Levy, Lenz) 763 (R 3458).
 - Sensibilisierungs- u. Allergieerscheinungen der Haut (Nathan u. Munk) 820 (R 3754).
 - Ueberempfindlichkeit (Birke) 914 (R 4239).
 - urtikarielles Erythem nach — (Milian) 704 (C).
 - Wirkung auf den Pigmentstoffwechsel (Kosatkin u. a.) 525 (C).
 - Applikation (Ebert) 1067 (C).
 - Behandlung der Syphilis (Lomhold) 1038 (R 4773).
- Salvarsanpräparate (v. Szentkiralyi) 774 (R 3532).
- im Klistier (Epstein) 725 (R 3308).
- Saloslat (Ziemann) 562 (C).
- Bonnin) 1011 (T).

- Salzgran (Bernstein) 525 (C).
 — (Saxl) 775 (R 3534).
 — Diurese (Fehér) 836 (C).
 Salzfeber s. Kochsalzfeber.
 Salzsäureproduktion (Brenkmann u. Deloyers) 1072 (C).
 Samarium (Steidle u. Dürr) 1018 (C).
 Samenblase (Habuto) 1070 (C).
 — Entzündung (Winfield) 982 (R 4510).
 — röntgenologische Darstellung der männlichen (Dressler) 700 (C).
 Samenfäden s. Spermatozoen.
 Samenstrang, Angiomyxom (Kerschner) 924 (C).
 Sandoptal (Deicke) 878 (C).
 — Vergiftung (Walker) 879 (C).
 Sanduhrbulbus bei Ulcus duodeni (Neuhaus) 1068 (C).
 Sanocrysin (Secher) 699 (C).
 — (Helms) 702 (C).
 — Behandlung der Tuberkulose (Heaf) 703 (C).
 — bei Lungentuberkulose (Stobie u. a.) 588 (R 2671).
 Sanofolol (Rachwalsky) 924 (C).
 — (Glaser) 925 (C).
 Saponin (Endo u. a.) 523 (C).
 Sarkoid (Gaté) 703 (C).
 — Boeck (Türk) 1019 (C).
 — Knochenveränderungen (Doub u. Menagh) 522 (C).
 Sarkom s. a. Geschwulst und Tumor.
 — Entwicklung aus der Zystenwand von *Cysticercus fasciolaris* (Hidea u. Oiso) 611 (C).
 — kongenitales der Haut (Sieber) 1022 (C).
 — rhabdomyoplastisches (Friedmann) 924 (C).
 — im großen Netz (Slobodski) 568 (C).
 — bei Osteodystrophia fibrosa (Wissing) 1068 (C).
 — des Uterus (Gerich) 837 (C).
 Sarkomatose, Anilinfarbstoffe und Radiumbestrahlung (Mottram) 591 (R 2695).
 — des Nervensystems (Nishii) 877 (C).
 — der spinalen Meningen (Misch u. Landsberg) 770 (R 3505).
 Sarkome des weiblichen Genitales, Strahlenbehandlung (Eisler) 827 (R 3806).
 Sattelnasenplastik (Simont) 657 (C).
 Sauerstoff therapeutische Anwendung (Montford) 1091 (R), (Mikulowski) 1091 (R).
 Sauerstoffmangel, Wirkung auf das Blutbild (Selesnew) 705 (C).
 Sauerstoffverbrauch bei Neurosen (Exner) 610 (C).
 Säugling, fünf Mahlzeiten (Stoeltzner) 925 (C).
 Säuglingsernährung (Moscato) 751 (C).
 Säuglingsfürsorge (Gütt) 926 (C).
 — (Behrendt) 1021 (C).
 Säuglingsgymnastik (Schoedel) 655 (C).
 Säuglingskrankenanstalten (Engel) 1021 (C).
 Säuglingssterblichkeit (Olsen) 749 (C).
 — (Prata) 751 (C).
 — (Fasché) 790 (C).
 — in Bayern (Oetti) 656 (C).
 Säuglingstrockenbett (Sepke) 1019 (C).
 Säuglingstuberkulose Infektionsquellen der — (Stransky) 834 (C).
 Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit (Roesle) 538 (R 2397).
 Säure, hämoregeneratorische Wirkung (Detre) 748 (C).
 — Basenhaushalt u. Carcinom (Schreus) 910 (R 4205).
 Saure Milch mit der Oel-Mehlschwitze (Pollitzer) 632 (R 2876).
 Säureverätzung des Magens (Orator) 563 (C).
 Sauvozt (Speiser) 521 (C).
 Scapula s. Schulterblatt.
 Schädel Fraktur (Brandis) 924 (C).
 — hirnhähnliches Aussehen (Nobécourt u. a.) 1002 (R 4654).
 — Verletzung, Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge (Gerhartz) 912 (R 4223).
 — Verletzungen u. Neurosen, Begutachtung (Haenisch) 968 (C).
 Schädelbasisfrakturen, ophthalmologische Symptome (Villard) 1026 (R 4681).
 Schädeldachbrüche (Thomas) 1030 (R 4713).
 Schädelgeburten mit querverlaufender Pfeilnaht (Cohen) 890 (R 4086).
 Schädelhaut Defekte bei neugeborenen Kindern (Oing) 564 (C).
 — bei Säuglingen infolge syphilitischer Infektion (Müller) 1022 (C).
 Schädelkapazität u. Hirnvolum (Ehrenroth) 880 (C).
 Schädelknochen, Erkrankungen (Schüller) 1020 (C).
 Schädellage, Vorfall beider Füße und einer Hand (Oppenheimer) 702 (C).
 Schädelperkussion (Ebstein) 926 (C).
 Schädeltrauma (Patel u. Carcassonne) 1075 (R 4930).
 Schädeltrepanierte (Gobert) 1072 (C).
 Schädeltympanie bei Hirntumoren (Riki) 685 (R 3141).
 Schanker, phagedänischer (Milian) 704 (C).
 — Vakzinebehandlung des weichen (Lassen) 1023 (C).
 — weicher (Günsberger) 791 (C).
 Scharlach (Mommson) 675 (R 3060).
 — (Hirschfeld) 749 (C).
 — (van Steenis) 837 (C).
 — (Ascher) 878 (C).
 — (Aldershoff) 1040 (R 4792).
 — aktive Immunisierung (Schrader) 1041 (R 4795).
 — Antitoxininjektionen (Banks) 765 (R 3472).
 — antitoxisches Serum (Belajew) 1025 (C).
 — Aetiologie (Belonowski) 581 (R 2631).
 — Aetiologie (Zlatogoroff u. Palant) 797 (C).
 — Aetiologie, Epidemiologie und Prophylaxe (Sokolowa) 705 (C).
 — atypische Fälle (Meitus) 1025 (C).
 — bakteriologische Kontrolle des Rekonvaleszenten (Friedmann u. Deicher) 940 (R 4331).
 — Bekämpfung (Elkeles) 747 (C).
 — Diät (Schapiro) 675 (R 3062).
 Scharlach, Epidemie in Kiew (Rumjantzew) 660 (C).
 — Epidemie in Thorshaon (Hellrup) 1070 (C).
 — Epidemiologie (Hünemann) 538 (R 2398).
 — Epidemiologie (Happe u. Thiele) 746 (C).
 — Epidemiologie u. Prophylaxe (Filippini) 704 (C).
 — Erkrankungen nach Gaumenspaltenoperationen (Scheppokat) 878 (C).
 — Immunisierung (Knights) 565 (C).
 — Immunisierung (O'Brien) 970 (C).
 — Immunitätsforschung (Preisich) 924 (C).
 — Infektionen im Laboratorium (Moltke u. Poulsen) 1070 (C).
 — intranasale Immunisierung (Peters u. Allison) 624 (R 2825).
 — Kernveränderung nach Vélez (Leoni) 1041 (R 4796).
 — Komplementbindungreaktion (v. Naumann) 926 (C).
 — Komplikationen (v. Bormann) 896 (R 4125).
 — Krebscher Leukozytenindex (Leoni) 1041 (R 4796).
 — Nephritis (Hirschberg) 1040 (R 4793).
 — postkarlatinöse Hauterscheinungen (Rosentahl) 982 (R 4516).
 — Problem (Friedemann) 520 (C).
 — Problem (v. Gröer) 520 (C).
 — Problem (Irrgang) 1063 (O).
 — Prophylaxe u. Serotherapie (Menischikow) 752 (C).
 — puerperaler (Baize) 882 (C).
 — Rekonvaleszenten, Streptokokkenkontrolle (Seligmann) 747 (C).
 — sanitätspolizeilich (Klotz) 791 (C).
 — Schutzimpfung (Alengowitsch-Grakowa) 660 (C).
 — Schutzimpfungen (Neklindow) 991 (R 4575).
 — Schutzimpfung in Polen (Redlich) 765 (R 3472a).
 — Serum (Sawatimskaja) 660 (C).
 — Serumbehandlung (Schubert) 675 (R 3061).
 — Serumbehandlung (Taneff) 717 (R 3247).
 — Veränderungen der Blutgerinnungszeit und der Plättchenzahl (Gornitzkaja) 1041 (R 4794).
 — zweite Erkrankung innerhalb 18 Monate (Johnson) 564 (C).
 — und Blutgruppe (Kiss u. Teveli) 797 (C).
 Scharlachstreptokokkenträger (Tunnicliff u. Crooks) 970 (C).
 Scheide s. Vagina.
 Schenkelbruch s. Hernia femoralis.
 Schenkelhalsfraktur (Colonna) 881 (C).
 — Abduktionsbehandlung (Russell) 881 (C).
 — Behandlung (Whitman) 881 (C).
 Schenkelhalsstorsionswinkel (Schertlein) 520 (C).
 Schetismus (Liebmann) 1019 (C).
 Scheuermannsche Krankheit (Zatkin) 561 (C).
 — (Baastad) 1031 (R 4719).

- Schicksche Reaktion, negative (v. Gröer) 699 (C).
 — bei Eskimos (Bay-Schmidt) 562 (C).
- Schiefhals s. a. Tortikollis.
 — spondylitischer nach isolierter Osteomyelitis des Epistophens (Lob) 880 (C).
- Schielen s. a. Strabismus.
 — paradoxes (Litinsky) 1020 (C).
- Schierling (Fischer) 1021 (C).
- Schilddrüse s. Thyreoidea.
- Schimmelpilze auf der Haut (Ballagi) 614 (C).
- Schistosomiasis (Khalil u. a.) 747 (C).
 — Japonica (Kawamura) 1071 (C).
- Schizoide Reaktionen u. Krisen (Jablonszky) 639 (R 2928).
- Schizophrenie, Hypnoseerlebnis (Schilder) 793 (C).
 — Erkrankungen. Leberbehandlung (Rakowitz) 866 (R 3989).
- Schizophrenie (Wildermuth) 749 (C).
 — (Kronfeld) 925 (C).
 — (Schultz) 926 (C).
 — (Fischer) 926 (C).
 — psychomotorische Reaktion (Katzmann) 563 (C).
 — Störungen des Selbsterhaltungs- triebes (Markuszewicz) 733 (R 3363).
 — Sulfosinbehandlung der — (Schröder) 733 (R 3365).
 — und Eidetik (Miskolczy u. Schultz) 792 (C).
 — und Konstitution (Donner) 825 (R 3786).
 — und Psychotherapie (Kretschmer) 914 (R 4236).
- Schizophrenieähnliche metencephalische Psychosen (Wyrsh) 913 (R 4232).
- Schizosaccharomycosis pompholiformis (Benedek) 877 (C).
 — (Benedek, Engelhardt u. Geissler) 1067 (C).
- Schlaf (Burell) 838 (C).
 — Herzfähigkeit (Boas u. Weiss) 1071 (C).
 — Schwankungen der Leukozytenzahl (Wittkower) 681 (R 3116).
- Schlafkrankheit s. Trypanosomiasis.
- Schlaflosigkeit (Kingman) 881 (C).
- Schlafmittel (Birnbauer) 861 (R 3959).
 — Vergiftung durch — (Körmöczy) 796 (C).
- Schlaganfall (Weigeldt) 925 (C).
- Schlammbehandlung, intrarektale (Iljin) 710 (R 3194).
 — intrarektale (Bykow u. Suschkow) 710 (R 3193).
 — rektale in der Gynäkologie (Bykow) 671 (R 3033).
 — in der Gynäkologie (Chochlow) 821 (R 3758).
 — Veränderungen des weißen Blutes (Stojanow) 883 (C).
- Schleimbeutel, verkalkte (Valerio) 796 (C).
 — am Fuß (Roberts) 702 (C).
- Schleimhaut Erkrankung, lokale Ultraviolett- u. Hochfrequenzbehandlung (Heller) 879 (C).
- Schleimhaut Verätzungen, Einfluß auf die vitale Färbbarkeit (Zypkin) 614 (C).
- Schlottergelenke bei Kinderlähmung (Knorr) 880 (C).
- Schlüsselbein, Luxation (Mouchet) 659 (C).
- Schlüsselmyom (Ries) 881 (C).
- Schmerz (Ochoterena) 751 (C).
 — manuelle Behandlung (Duray) 928 (C).
 — und warmes Wasser (Piatot) 908 (R 4196).
- Schmerzbetäubung in der Chirurgie (Wischnewski) 1025 (C).
- Schmerzpunkte, diagnostischer Wert der abdominalen — (Pron) 795 (C).
- Schmerzstillende Mittel (Haffner) 548 (R 2475).
- Schmerzstillung in der Geburtshilfe (Halban) 531 (R 2354).
- Schneidezähne, Abnutzung (Pau Kien-Tsing) 747 (C).
- Schnittentbindung (Schmid) 837 (C).
- Schokolade, ultraviolettbestrahlte (Krasso) 792 (C).
- Schönheitspillen, arsenhaltige, Dermato- tose (Stern) 967 (C).
- Schonungskranke in der Krankenversicherung (Berger) 734 (R 3368a).
- Schreibkrampf bei Encephalitis epidemica (Sittig) 520 (C).
- Schröderscher Impfstoff, Schutz- impfung (Kirchner u. Schnieder) 707 (R 3166).
- Schrumpfnieren, Nierenextrakte bei — (Stejskal) 816 (R 3726).
- Schularzt (Zeller) 878 (C).
 — und Zahnheilkunde (Hoppe) 717 (R 3245).
 — in ländlichen Distrikten (Perkins) 825 (R 3792).
- Schulärztin (Molthan) 792 (C).
 — (Hoerber) 792 (C).
- Schulärztliche Betreuung anormaler Kinder (Landé) 792 (C).
- Schule, Abortanlagen (Mangel) 749 (C).
 — ärztliche Ueberwachung (Dufestel) 751 (C).
 — Gasheizungen (Rössler) 749 (C).
- Schüler, Hygiene (Silva) 751 (C).
 — Unterernährung (Barreto) 659 (C).
- Schülersebstmorde (Dieudonné) 925 (C).
- Schulkinder, Größe und Gewicht von Volksschulkindern in Freiburg i. B. Stein) 561 (C).
 — Konstitution (Gottstein) 1093 (R).
 — physische Entwicklung (Lewitzki) 883 (C).
 — schwachbegabte (Ferguson) 1050 (R 4849).
- Schulüberbürdung (Dufestel) 928 (C).
- Schüllersche Krankheit (Lyon u. Marum) 1068 (C).
- Schulter Luxation (Dessaint) 665 (R 2996).
 — habituelle (Sacharshewski) 615 (C).
 — habituelle (Schlosser) 747 (C).
 — Transplantation des langen Bizepskopfes (Nicola) 881 (C).
- Schulter Verletzungen (Mau) 932 (R 4276).
 — Verrenkung nach hinten (Seifert) 1019 (C).
- Schulterblatthochstand (Flotow) 846 (R 3847).
- Schulterblattkörper, Fraktur (Lorthioir) 665 (R 2995).
- Schultergelenk Erkrankung und Erbscher Punkt (Lüer) 879 (C).
 — Versteifung (Jancke) 800 (R 3613).
- Schultz-Charltonsches Phänomen und Serumverdünnung (Wyllie) 841 (R 3820).
- Schüllersche „abgekürzte Therapie“ (Laese) 791 (C).
- Schulzahnpflege (Wimmenauer) 749 (C).
- Schüttelfrost post partum (Vignali) 673 (R 3042).
- Schutzbrille gegen Infektion (Keusch) 610 (C).
- Schwachgespannte Ströme (Walke) 1023 (C).
- Schwangere Frauen, Arbeitsunfähigkeit (Mills) 928 (C).
 — Einfluß der Bestrahlung auf die Konstitution der Neugeborenen (Freund u. Schmitt) 792 (C).
 — neurologische Symptome (Burr) 574 (R 2589).
 — Ovarial- und Hypophysenvorder- lappenhormon im Harn (Mazer u. Hoffmann) 802 (R 3627).
- Schwangerenschutz (Bluhm) 749 (C).
- Schwangerschaft, Anämie (Björkenheim) 575 (R 2593).
 — Anämie in der — (Moore) 978 (R 4491).
 — Anämie durch Bleivergiftung her- vorgerufen (Husfeldt) 575 (R 2594).
 — Appendicitis in der — (Dworzak) 888 (R 4073).
 — bakteriologische Blutuntersuchungen (Whitacker) 795 (C).
 — Behandlung der Eklampsie (Irving u. Taylor) 670 (R 3026).
 — Blutungen durch Beckenleiden (Ikajaa) 702 (C).
 — Calciumbilanz in der — (Bokelmann) 966 (C).
 — Calcium und Licht (Guthmann) 917 (R 4252).
 — Coma diabeticum als Komplikation (Merriam) 573 (R 2580).
 — Diagnostik durch Hormonnachweis im Harn (Aschheim) 531 (R 2359).
 — Diagnostik mittels der Zondek-Aschheimschen Probe (Martins) 524 (C).
 — Diagnostik aus dem Harn (Wermbter u. Schulze) 574 (R 2587).
 — Dicktest während der — (Salmond) 795 (C).
 — Einflüsse auf die Blutzirkulation (Baker) 969 (C).
 — eingebildete (Chatillon) 620 (R 2792).
 — ektopische (Lavell) 978 (R 4488).
 — Erbrechen (Bey) 795 (C).
 — Erkrankungen des Verdauungs- traktes im Verlaufe der — (Högler) 837 (C).

- Schwangerschaft, extrauterine (Amfiteatrow) 568 (C).
 — extrauterine (Róna) 567 (C).
 — extrauterine (Davidow) 883 (C).
 — extrauterine (Grier) 890 (R 4085).
 — extrauterine (Stern u. Niederland) 925 (C).
 — extrauterine (Gullichsen) 1077 (R 4942).
 — extrauterine u. Ovarialtumor (Herzfeld) 936 (R 4297).
 — sekundäre extrauterine (Mendenhall) 978 (R 4489).
 — extrauterine mit epiploischem Tumor (Rullé) 750 (C).
 — extrauterine, Diagnostik und Behandlung (Jerloy) 672 (R 3040).
 — extrauterine u. extramembranöse (Tevfik) 1077 (R 4943).
 — gleichzeitige extra- und intrauterine (Sunde) 1070 (C).
 — gleichzeitiges Bestehen von Extra- und Intrauterin — (Błogodarow) 883 (C).
 — intra- und extrauterine (Diky) 972 (C).
 — nach Heilung eitriger extrauteriner (Talia) 978 (R 4490).
 — Fett und Lipide in der Dezidua-zelle während der — (Martines) 711 (R 3197).
 — fremdartige Eiweißkörper in der Plazenta (Schwarzkopf) 670 (R 3025).
 — Hygiene (de Castro) 659 (C).
 — Hygiene (Purenne) 839 (C).
 — Hypophysenvorderlappenhormon im Blut (Fluhmann) 1071 (C).
 — Ileus (Sennwald) 934 (R 4290).
 — Ileus unter der — (Rupp) 564 (C).
 — Ileus u. Pyelitis (Klein) 927 (C).
 — künstliche Unterbrechung im Status epilepticus (Hoffmann) 889 (R 4082).
 — Nierenfunktion (Kamniker) 671 (R 3029).
 — Nierenstörungen in der — (Kolischer) 564 (C).
 — Ninhydrinprobe (Davis) 839 (C).
 — Physiologie des absoluten Hungers (Jonen u. Rupp) 879 (C).
 — Polyneuritis (Ledoux) 704 (C).
 — Polyneuritis (Pakozdy) 934 (R 4289).
 — Polyneuritis (Bierring) 1100.
 — Radiumbehandlung wegen Uteruscarcinom während der — (Goldstein u. Murphy) 918 (R 4253).
 — rezidivierende extrauterine (Arcieri) 711 (R 3196).
 — Schwerhörigkeit (Willige) 533 (R 2368).
 — Spontanpneumothorax in der — (Szenes) 671 (R 3030).
 — Toxämien (Williams) 794 (C).
 — Toxämie (Stander) 1024 (C).
 — Toxikose (Majos) 659 (C).
 — unstillbares Erbrechen (Kryshak) 883 (C).
 — Unterbrechung (Hegemann-Wandrey) 792 (C).
 — Unterbrechung, Hysterotomia corporis als — (Portes) 888 (R 4074).
 — Unterbrechung, bei hochgradig Schwangerschaft, myopischen Frauen (Birch-Hirschfeld) 840 (R 3812).
 — verlängerte oder verzögerte (Fruhinscholz) 882 (C).
 — gesteigertes Wachstum in der — (Halban u. Spitzer) 671 (R 3031).
 — Aberglauben in der — (Macklin) 612 (C).
 — im Anschluß an eine Uterosalingographie (Henrotay) 1034 (R 4739).
 — bei Steißlagen (Libow) 979 (R 4493).
 — im Tubenwinkel der Gebärmutter (Schajkewytsch) 840 (C).
 — und Bilirubinämie (Quater) 533 (R 2367).
 — und Diabetes (Smith u. a.) 533 (R 2366).
 — und Diabetes (v. Purjesz u. a.) 573 (R 2579).
 — und Leukämie (Neumann) 575 (R 2592).
 — und Malaria (Piet) 935 (R 4292).
 — und Nierentuberkulose (Marx) 721 (R 3275).
 — und Syphilis (Gammeltoft) 574 (R 2590).
 — und Syphilis (Simpson) 846 (R 3853).
 — und Tuberkulose (Hannes) 888 (R 4075).
 Schwangerschaftsdauer (Fomenko) 1025 (C).
 Schwangerschaftskörper, Rückbildung des gelben (Ballin) 574 (R 2588).
 Schwangerschaftsmiere (Hirst) 1034 (R 4738).
 Schwangerschaftsprobe, Porges-Pollatscheksche (Deutsch) 1070 (C).
 Schwangerschaftspyelitis (Shields) 881 (C).
 Schwangerschaftsreaktion, Zondeck-Aschheimsche (Brühl) 531 (R 2358).
 Schwangerschaftstoxämie, Leberextrakt bei — (Mendenhall u. Smith) 1077 (R 4941).
 Schwangerschaftstoxikose, Aetiologie (Larsen) 969 (C).
 — Landrysche Paralyse als — (Caffier) 889 (R 4077).
 — Reststickstoff u. Indikan (Eufinger) 889 (R 4078).
 Schwarze Stürme (Gumarnik) 752 (C).
 Schwarzwasserfieber (Chesterman) 811 (R 3692).
 — (Carmody) 838 (C).
 Schwefel s. a. Sulf.
 — (Leeser) 819 (R 3744).
 — verschiedener Dispersität (Bechhold u. a.) 1019 (C).
 — parenterale Verabreichung beim Gelenkrheumatismus (Jachnitsch) 540 (R 2412).
 — Wirkung (Bürgi) 775 (R 3539).
 Schwefeltherapie (Gerlach) 791 (C).
 Schwefelwasser (Brown) 750 (C).
 — Behandlung der Syphilis (Pelon) 579 (R 2619).
 Schweiß, Kochsalzgehalt (Marschak u. Klaus) 635 (R 2899).
 — Wasserstoff-Ionenkonzentration (Marchionni) 551 (R 2498).
 Schweißdrüsenausführungsgänge, Kapillarmikroskop (Pissarewski) 994 (R 4597).
 Schweißen, Lungenödem nach autogenem (Kissinger) 735 (R 3376).
 — in geschlossenen Röhren (Haegeler) 791 (C).
 Schweißriesel, epidemische (Zechlin) 947 (R 4362).
 Schweiz, Irrenstatistik (Bersot) 700 (C).
 Schwerhörigkeit in der Schwangerschaft (Willige) 533 (R 2368).
 Schwielenkopfschmerz. (Sieber) 749 (C).
 Schwindel (Rigaud) 882 (C).
 — und Magenleiden (Patino-Meyer) 1046 (R 4821).
 Sechste Krankheit (Byrejew) 568 (C).
 Sectio caesarea in mortua (Neumann) 672 (R 3041).
 — caesarea postmortem (Hogewind) 837 (C).
 Sedimentierung in der Gynäkologie (Johnson u. Diaso) 1033 (R 4737).
 Sedormid (Braitmaier) 520 (C).
 — (Klaue) 1051 (R 4854).
 Seekrankheit, Behandlung (Joel) 646 (T).
 — blutdrucksteigernde Mittel (Thimm) 1051 (R 4858).
 Seelenleben, Hygiene (Juliusburger) 925 (C).
 Sehnenplastik (Neustadt) 846 (R 3846).
 Sehnenruptur, subkutane (Schosserer) 747 (C).
 Sehnenscheide, Riesenzellentumoren (Eisen) 1023 (C).
 Sehnenscheidenentzündung (Koch) 970 (C).
 Sehnentransplantation (Scherb) 880 (C).
 Sehnenverpflanzung (Lange) 968 (C).
 Sehnerv s. Optikus.
 Sehstörungen, plötzliche (Koll) 968 (C).
 Sekretinextrakte (Heller) 1067 (C).
 Sekretion, innere s. a. endokrine Drüsen.
 Sekretion, endozervikale (Meaker u. Glaser) 682 (R 3119).
 Sekuro (Fritsch) 1020 (C).
 Selbstmord (Dieudonné) 925 (C).
 — (Rehfeldt) 925 (C).
 — Prophylaxe (Frankl) 1021 (C).
 — Verhütung (Meyer) 879 (C).
 Selektion des Menschen (Schorochowa) 929 (R 4257).
 Sella turcica, Hypophyse u. radiographische Darstellung (Cignolini) 1002 (R 4656).
 Selter-Swift-Feersche Krankheit (Zechlin) 947 (R 4362).
 Semilunarknorpelzysten (Campbell) 708 (R 3178).
 Semon-Rosenbachsches Gesetz bei Lähmungen im Kehlkopf (Leiri) 793 (C).
 Senium praecox, Opothérapie (Heumann) 747 (C).
 Senkrumpf (Jungmann) 609 (C).
 Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei Infektionen (Wyllie) 838 (C).
 Senkungsreaktion nach Westergreen (Lotttrup) 1022 (C).
 Sensibilatorische Emotionen (Benon) 1072 (C).

- Sensibilisierung von der Scheide aus (Macht) 1024 (C).
— bei Pyokokkus- u. Mykosis-Ekzemen (Jausion u. a.) 524 (C).
- Sensibilitätsstörungen (Pinéas) 521 (C).
- Sepsis, genitalbedingte (Clauberg u. Kötter) 966 (C).
— orale (Krüger) 589 (R 2684).
— Behandlung der postangiösen (Krüger) 538 (R 2399).
- Sepsisantitoxin (Putz) 521 (C).
- Septische Erkrankungen (Leschke) 765 (R 3470).
— Infektionen (Kämmerer) 895 (R 4123).
- Serienaufnahme bei Röntgenuntersuchung des Magens (Kaestle) 1019 (C).
- Sero-Cholesterin-Pleuritis (Kuschki) 705 (C).
- Serointerferometrie (Henry) 1025 (C).
- Serologische Bestimmung der väterlichen u. mütterlichen Abstammung (Zangemeister) 753 (R 3396).
— Gruppenstoffe A u. B (Brahn u. Schiff) 835 (C).
- Serratuslähmung, operative Behandlung (Samter) 926 (C).
- Serum Eiweißgehalt bei Neugeborenen (Miraglia) 613 (C).
— Konservierung mit Formalin (Hilgermann) 791 (C).
— Nebenwirkung bei der Anwendung menschlichen (Belikow) 525 (C).
— osmotischer Druck der Kationen (Christensen u. Warburg) 1023 (C).
— junger Rinder (Pouchet-Souffland) 903 (R 4160).
— Säuregehalt (Csapo) 680 (R 3104).
- Serumkrankheit und Anaphylaxie (Buschke u. Joseph) 792 (C).
- Serumtherapie (Kramer) 969 (C).
- Sesambeine, Erkrankung der — des I. Metatarsophalangealgelenkes (Meffer) 519 (C).
— der großen Zehe, Verletzungen (Riosalido) 1076 (R 4934).
- Seuchengefahr u. Ueberschwemmung (Wolter) 967 (C).
- Sexualdiagnostik (Schultz) 520 (C).
— (Schultz) 747 (C).
- Sexualfunktion, hormonale Regulation (Silva) 659 (C).
- Sexualhormon (Philipp) 880 (C).
— (Fels) 923 (C).
— männliches (Reiprich) 683 (R 3127).
— Mengenbestimmungen (Siebke) 926 (C).
— weibliches (de Medina) 659 (C).
— weibliches (Brühl) 994 (R 4598).
- Sexualität, Fortpflanzung u. innere Sekretion (Riddle) 565 (C).
— normale u. abnormale (Rosanoff) 795 (C).
— im Mechanismus von Psychosen (Levinger) 563 (C).
- Sexualleben der Landjugend (Meyer) 749 (C).
— primitiver Völker (Moszkowski) 607 (C).
- Sexualpathologie (Schwarz) 1026 (R 4680).
- Sexualrechtsreform (Wagner) 836 (C).
- Sexualreform (Wagner) 879 (C).
- Sexuelle Aufklärung im Rahmen der Schule (Boerner) 792 (C).
— Exzesse (Gordon) 824 (R 3780).
— Frigidität (Owensby) 825 (R 3788).
- Sexuelles Gesundheitswesen (Zemplényi) 525 (C).
- Sexustherapie (Picard) 519 (C).
- Sichelzellenanämie (Cooley u. Lee) 1070 (C).
- Siderac (Bickel) 520 (C).
— (Hirschfeld) 561 (C).
- Sideropen (Woker) 925 (C).
- Siedlung u. Arbeiterkolonie (Castner) 702 (C).
- Sigmoid, Divertikulitis (Chute) 1082 (R 4981).
- Silargel (Bachem) 820 (R 3750).
- Silberamalgamefüllungen (Schönbaum) 700 (C).
- Silicol (Zelter) 562 (C).
- Silkwormpressare (Pust) 1021 (C).
- Simmondsche Krankheit (Colden) 1026 (R 4684).
- Singultus (Dumpert) 998 (R 4624).
— Behandlung (Rosenfeld) 879 (C).
— und Encephalitis (Benda) 879 (C).
- Sinn, der sechste (van der Elst) 524 (C).
- Sinnesphysiologisches Gesetz (Hahn) 562 (C).
- Sinnesverwirrung (Novaro) 659 (C).
- Sinus caroticus, Innervation (Tschernjachiwskyi) 840 (C).
— frontal, Chirurgie (Velloso) 1072 (C).
— pilonidalis (Lahey) 612 (C).
- Sinusitis maxillaris (Falcao) 681 (R 3108).
— Highmori Calcificans (Lindblom) 969 (C).
— bei Kindern (Weinstein) 989 (R 4560a).
— bei Schwimmern (Saunders) 881 (C).
- Sinusphlebitis (Jung) 1078 (R 4948).
- Sionon (Frei u. Walenta) 632 (R 2875).
- Situs inversus, Elektrokardiogramm bei — (Müller-Pollak) 792 (C).
— inversus totalis mit offener Lungentuberkulose (Poepping) 834 (C).
— inversus pylori u. duodeni (Eistenstein) 700 (C).
— inversus mit Relaxatio diaphragmatica (Koester) 544 (R 2441).
- Skabies s. a. Krätze.
— (v. Mallinckrodt-Haupt) 791 (C).
— Behandlung (Aljawdin) 752 (C).
— Epidemiologie (Oppenheim u. Fessler) 892 (R 4103).
— norvegica (Sprafke) 746 (C).
- Skalpell karbolisiertes (Soresi) 663 (R 2982).
- Skelett, Enchondromatose des — (Hessenthaler) 561 (C).
— trophische Erkrankungen (Kienböck) 610 (C).
- Skelettabschnitt, Zusammensetzung (Müller) 878 (C).
- Sklerem, Pathogenese des Säuglings — (Löffler) 926 (C).
— blaue (Paal) 748 (C).
- Sklerodema adultorum (Rummert) 1036 (R 4759).
- Sklerodermie (Sannicandro) 839 (C).
— (Cordsdress) 967 (C).
- Sklerodermie, Pathogenese (Rappaport) 660 (C).
— Pathogenese (Vohwinkel) 891 (R 4096).
- Sklerom, Strahlenbehandlung (Martenstein) 879 (C).
— der oberen Luftwege, Röntgenbehandlung (Puschin) 562 (C).
— im Woroneshschen Bezirk (Woloschin) 897 (R 4129).
- Skleroperikeratitis progressiva (Ishikawa) 655 (C).
- Sklerose, disseminierte (Ferguson u. Critchley) 1023 (C).
- Sklerose en plaques (Marcus) 927 (C).
— der Lunge (Comby) 991 (R 4574).
— multiple (Robinson) 565 (C).
— multiple (Lhermitte) 910 (R 4208).
— multiple, Obstipation bei — (Hess u. Faltitschek) 911 (R 4210).
— Behandlung der multiplen (Vitek) 685 (R 3140).
— Pharmakotherapie der multiplen (Lachs) 779 (R 3562).
— multiple im Kindesalter (Jogiches) 1050 (R 4844).
— multiple u. Beruf (Koch) 910 (R 4209).
— multiple u. Unfall (Mendel) 792 (C).
— senile multiple (Taga) 877 (C).
— Spirochäten bei multipler (Nishii) 877 (C).
- Skoliose, hochgradige (Haas) 932 (R 4279).
— Implantation eines Rinderknochens (Kleinberg) 881 (C).
— ischiadica (Kleinberg) 1023 (C).
— kongenitale (Roederer u. Dijoneau) 1025 (C).
— Rippenimplantation bei — (Whitman) 881 (C).
— spastische (König) 1075 (R 4931).
— bei Säuglingen (Harrenstein) 885 (R 4050).
- Skopolamin (Brandis u. Killian) 800 (R 3610).
— Morphin-Aethernarkose (Sergejew) 671 (R 3036).
- Skopolaminschlaf (Mehes) 790 (C).
- Skopometer (Exton) 523 (C).
- Skorbut (Cluver) 1070 (C).
- Skrofuloderm (Ruete) 1038 (R 4768).
- Skrotum, Emphysem (Küttner) 701 (C).
- Sloane-Krankenhaus für Frauen (Williams) 657 (C).
- Sudoku (Hershfield) 578 (R 2615).
— als Modellinfektion für Syphilisstudien (Stühmer) 910 (R 4206).
- Sojabohne (Bondy) 748 (C).
- Solbäder, Hypertoniebehandlung durch — (Spindler) 700 (C).
- Soleinhalation (Seichter) 562 (C).
- Solganal bei Lungentuberkulose (Saegler) 723 (R 3293).
- Soluga (Gudzent u. Feldmann) 520 (C).
- Solvochin (Samson) 774 (R 3526).
- Somatogramme (Schleissner) 792 (C).
- Sommerdiarrhöen der Kinder (Stoessiger) 750 (C).
- Sommerprurigo u. Vitiligo (Weinberger) 892 (R 4100).
- Sommerrachitis (Klotz) 747 (C).

- Somnifendämmerschlaf in der Geburtshilfe (Better) 671 (R 3035).
- Somnifen-Urethan-Magnesiumbasis-narkose (Hilarowicz u. Szojne) 1022 (C).
- Sonnenstrahlen (Mesernitzki) 782 (R 3580).
- antirachitische Wirkung (Tisdall u. Brown) 565 (C).
- Sonnen- und Luftbäder Wirkung auf den respiratorischen Gaswechsel (Jakowenko) 881 (C).
- Sorbit in der Behandlung des Diabetes (Reinwein) 608 (C).
- Soziale Pathologie u. Hygiene (Kantorowicz) 875 (O).
- Sozialhygienische Gesetzgebung im Deutschen Reich (Christian) 519 (C).
- Sozialhysterie, Prophylaxe und Frühbehandlung (Eyrich) 924 (C).
- Sozialschwernern (v. Frankenberg) 868 (R 4006).
- Sozialversicherung, deutsche (Dobbernack) 561 (C).
- Kind in der — (Schulz) 924 (C).
- Soziologische Medizin (Jackson) 970 (C).
- Spanisches Institut für Berufsumschulung (Büttel) 1070 (C).
- Spargelidiosynkrasie (Hajos u. a.) 596 (R 2726).
- Spartein (Fromherz) 1067 (C).
- Spasmophilie, Bedeutung des lymphogenen Gewebes (Nitschke) 697 (R 3094).
- Verhalten der endokrinen Organe (Stoltenberg) 723 (R 3298).
- Spätaoplexie (Walcher) 925 (C).
- Spätrachitis s. Rachitis tarda.
- Speichel, Wasserstoffionenkonzentration (Jonoff u. Tschetunoff) 655 (C).
- Speicheldrüsen u. Glykämie (Caccuri) 863 (R 3971).
- Speicheldrüsentumoren (Schreier) 991 (R 4581).
- Küttnerische (Ganner) 868 (R 4009).
- Speichelsekretion, bedingte und unbedingte (Wolowik) 883 (C).
- Speichelstein (Boss) 589 (R 2685).
- Speisenwege, Divertikel der oberen (Paterson) 1002 (R 4661).
- Speiseröhre s. Oesophagus.
- Sperma, Blut im — (Geyel) 839 (C).
- Spermatozele (Campbell) 927 (C).
- Spermatozoenzählung (Macomber u. Sanders) 566 (C).
- Spermien, Morphologie (Moench) 801 (R 3620).
- Spezifisch-dynamische Wirkung und vegetatives Nervensystem (Lami) 595 (R 2719).
- Spina bifida (Fraser) 612 (C).
- operative Behandlung (Forbes) 703 (C).
- und Nabelhernien (Juaristi u. Arraiza) 839 (C).
- Spinalanästhesie s. Lumbalanästhesie.
- (Russell) 611 (C).
- bei Genitourinalchirurgie (Graves und Doherty) 1024 (C).
- Spinalflüssigkeit s. Liquor.
- Spinalparalyse, atrophische syphilitische (Popow) 967 (C).
- Spirillum minus, der Erreger der Rattenbißkrankheit (Ruys) 749 (C).
- Spiritismusdelir (Levy-Valensi) 882 (C).
- Spirochaeta crucidura u. Spirochaeta hispanica (Schlossberger u. Wichmann) 610 (C).
- pallida (Meirowsky) 569 (R 2548).
- pallida (Gerschkowitsch) 707 (R 3170).
- pallida (Kast u. Kolmer) 881 (C).
- pallida, Färbmethode (Olsen) 881 (C).
- pallida, Nachweis (Jahnel u. Prigge) 519 (C).
- Spirochäten, diagnostische Hautreaktionen (Joseph) 562 (C).
- Kulturen (Reiter) 930 (R 4262).
- Silberstärkelatinnenmethode (Warthin) 881 (C).
- Färbung (Weiss) 1071 (C).
- bei multipler Sklerose (Nishii) 877 (C).
- Spirochätenlipoproteid (Mühlpfordt) 1068 (C).
- Spirochätose (Nivolle) 524 (C).
- iktero-hämorrhagische (Jurkewitsch) 525 (C).
- Spirogramm (Roth) 969 (C).
- Spirometerindex (Lorentz) 1020 (C).
- Spirozid (Bauer) 609 (C).
- bei Nichtsyphilitischen (Niederwieser) 609 (C).
- Spitzenerkrankung, Beziehungen des akuten Infiltrates (Haeger) 834 (C).
- Spitzentuberkulose (Kalmár) 562 (C).
- (Edel u. Adler) 721 (R 3284).
- Infiltrate (Sprungmann) 722 (R 3283).
- Spitzfuß, paralytischer (Ombredanne) 704 (C).
- Splanchnikusanästhesie (Hustinx) 837 (C).
- Braunsche (Martin) 968 (C).
- Splenektomie s. Milz, Exstirpation.
- (Lauda) 844 (R 3836).
- bei hämolytischem Ikterus (Widal u. a.) 704 (C).
- nach Schußverletzung der Milz (Meyer) 703 (C).
- Spleno-hepatomegalie, lipoidzellige (Schmitz u. Thoenes) 656 (C).
- Splenomegalie Erkrankungen, Adrenalinprobe (Jablokow) 614 (C).
- Splenomegalie s. a. Milz-Vergrößerung.
- (Gregoire) 524 (C).
- (Speroni u. Lambias) 659 (C).
- (Barlato) 751 (C).
- (Valenzuela) 865 (R 3982).
- Gauchersche (Welt u. a.) 553 (R 2515).
- mit Lipoidzellen (Dienst) 547 (R 2466).
- mit sklerosiderotischen Veränderungen (Gamna) 796 (C).
- Splenotrat, Beeinflussung von Lupus vulgaris durch — (Mahlo) 836 (C).
- Splitter Entfernung (Schapiro) 615 (C).
- Spondylitis ankylopoetica (Feltkamp) 1022 (C).
- infektiöse (Sporl) 834 (C).
- Paraplegien bei der tuberkulösen (Urbani) 817 (R 3732).
- Spondylitischer Schiefhals nach isolierter Osteomyelitis des Epistropheus (Lob) 880 (C).
- Spondylolisthesis u. essentielle Lordose (Rochet u. Roudil) 928 (C).
- Spondylose, tabische (Kopári) 567 (C).
- Spontanpneumothorax (Laufer) 520 (C).
- (Jacchia) 1048 (R 4832).
- und Diabetes insipidus (Trynkin) 525 (C).
- Sport (Lobo) 1072 (C).
- und Stoffwechsel (Herxheimer) 926 (C).
- und Stoffwechsel (Herbst) 1020 (C).
- und Tuberkulose (Hofbauer) 588 (R 2673).
- Sportärztliche Beratungsstellen (Lehmann) 925 (C).
- Untersuchungen (Bergmann) 1021 (C).
- Sporthygiene (Franzmeier) 1021 (C).
- Sporttreibende Frauen, gynäkologische Untersuchung (Bronnikowa) 758 (R 3435).
- Sportverletzung (Möhlmann) 561 (C).
- Sprache schwerhöriger Kinder (Liebmann) 519 (C).
- Sprache bei Geistesstörungen (Stockert) 872 (B).
- Sprachstörungen (Glassburg) 565 (C).
- (Linhares) 796 (C).
- Sprechen in der Medizin (Swift) 970 (C).
- Spreizfuß, Behandlung des lockeren u. fixierten (Hohmann) 925 (C).
- Sprue (Scherer) 878 (C).
- Sprunggelenk, Arthrodes (Friedland) 568 (C).
- Sprunggelenk, operative Sperrung des oberen (Micotti) 567 (C).
- Sprunggelenke, freie Gelenkkörper des oberen (Schulte-Tenckhoff) 655 (C).
- Sputum Desinfektion (Breitschu) 1049 (R 4835).
- elastische Fasern (Primak) 568 (C).
- Retention bei Lungentuberkulose (Poras) 699 (C).
- Untersuchung auf Tuberkelbazillen (Udaondo u. a.) 796 (C).
- Staarextraktion, intrakapsuläre (Kubik) 967 (C).
- Staaroperation, Atrophie der hinteren Linsenkapsel nach — (Handmann) 967 (C).
- Staarreste (Röth) 699 (C).
- Stachelheberdrainage (Haas) 771 (R 3516a).
- Staphar (Krekeler) 701 (C).
- Staphylokokken Infektion Bakteriophagenbehandlung (Larkum) 838 (C).
- Meningitis (Chavany) 911 (R 4215).
- Serum (Gross) 655 (C).
- Staphylokokkentoxin (Gross) 610 (C).
- Stärke Konzentration im normalen Harn (Mayer u. Finkenstein) 927 (C).
- Stärkehaltige Nährstoffe während der ersten Monate (Roy) 1025 (C).
- Starkstromunfall (Lasius) 835 (C).

- Status lymphaticus u. Tuberkulose (Lambee) 1056 (R 4885).
 — thymico-lymphaticus (Löwenthal) 729 (R 3338).
 — thymicus (Hammar) 791 (C).
 Steatorrhöen infolge Erkrankung des Ganglion coeliacum (Thaysen) 703 (C).
 Stecknadelkopfkolonien in Milch (Diehm) 838 (C).
 Steinnieren, Ruptur (Santini) 660 (C).
 Steinertrümmerung unter zystoskopischer Kontrolle (Ottow) 522 (C).
 Steißlage (Gateaux) 936 (R 4296).
 — äußere Wendung (Petrone) 576 (R 2602).
 — Schwangerschaft bei — (Libow) 979 (R 4493).
 — Geburt in — (Schoening) 576 (R 2603).
 Stellreflex, vestibulär bedingter (Kroll u. Bogorad) 925 (C).
 Stenokardie s. Angina pectoris.
 Stenoseerscheinungen (Kaiser) 927 (C).
 Sterbegeld (v. Frankenberg) 700 (C).
 Sterblichkeit s. Mortalität.
 Sterblichkeitsmessung (Wolff) 537 (R 2396).
 Stereogrammetrie in der Geburtshilfe (Drüner) 702 (C).
 Stereographie der Brust (Barteling) 969 (C).
 Stereoorthodiagraph (Drüner) 835 (C).
 Sterilisation (Lauber) 925 (C).
 — temporäre (Turenne) 750 (C).
 — der Frau (Muret) 1076 (R 4939).
 — der Frau (Laffont) 1077 (R 4940).
 Sterilisierung Minderwertiger und Verbrecher (Schütt) 825 (R 3791).
 — durch Fütterung mit Insulin (Vogt) 847 (R 3857).
 Sterilität (Macomber) 564 (C).
 — (Cary) 927 (C).
 — Behandlung mittels Tubendurchblasung (Mayer) 1033 (R 4736).
 — konstitutionelle Faktoren (Meaker) 970 (C).
 — weibliche (Thies) 531 (R 2353).
 — weibliche (Troupin) 619 (R 2789).
 — der Frau (Imbert) 613 (C).
 — Diagnostik und Behandlung (Schmitz) 612 (R 2790).
 — Ursachen (Benthin) 562 (C).
 Sternum Fissur (Barillet) 796 (C).
 — Fractura manubri (Rothbart) 835 (C).
 Sternumpunktion (Arjew) 971 (C).
 Stethoskop nach Bell (Gordon) 1024 (C).
 Stickstoff s. a. Reststickstoff.
 — Ionisation durch Röntgenstrahlen (Brummer) 700 (C).
 Stickstoffoxyd u. Sauerstoff, Anästhesie (Brinck) 1023 (C).
 Stickoxydulnarkose (Sudeck) 1022 (C).
 Stiedas Läsion (Schoening) 794 (C).
 Stimmschwankungen, rhythmische (Beck) 748 (C).
 Stirnlagen (Maret) 882 (C).
 Stoff und Strahlung (Piergrossi) 971 (C).
 Stoffwechsel, Krankheiten (Isaac) 1105 (B).
 — respiratorischer (Plantefol) 566 (C).
 — bei Muskelarbeit und reiner Fütterung (v. Hattingberg) 1018 (C).
 — und Haut (Pulay) 878 (C).
 Stoffwechselapparate (Jones) 612 (C).
 Stoffwechselkrankheiten (Richter) 539 (R 2409).
 Stoffwechselmaske für Hunde (Gibbons) 1071 (C).
 Stomatitis, Blutsturz infolge (Kunstein) 746 (C).
 Stomatologie (le Roy Johnson) 970 (C).
 Stotter, Handschrift (Roman-Goldzieher) 925 (C).
 Stottern (Flatau) 925 (C).
 — (Benon) 928 (C).
 Stovarsol (Tschechow) 704 (C).
 — (Kreutzer u. Drapkin) 811 (R 3690).
 Strafrechtswissenschaft (Wöhrmann) 748 (C).
 Straf- und Rache Maßnahmen unter Kameraden (Herbertz) 701 (C).
 Strahlen s. a. Höhensonne, Röntgen, Radium, Ultraviolett.
 — biotische u. abiotische (Corvini) 524 (C).
 — langwellige X — (Bertrand) 703 (C).
 — Wirkung der leuchtenden (Sonne) 737 (R 3387).
 Strahlenbehandlung, gynäkologische (Pickhan) 564 (C).
 — bei den Adenoepitheliomen des Uterus (Lacassagne) 836 (C).
 — des Adenocarcinoms (Lacassagne) 1019 (C).
 — beim Basedowkropf (Soiland u. a.) 642 (R 2947).
 — beim Carcinom (Holthusen) 924 (C).
 — des Mammacarcinoms (Pfahler u. Widmann) 1004 (R 4675).
 — des Mammacarcinoms (Wintz) 1019 (C).
 — des Uteruscarcinoms (Döderlein) 1019 (C).
 — des Uterus — Carcinoms (Wintz) 1019 (C).
 — des malignen Granuloms (Mandarino) 1004 (R 4677).
 — bei hyperthyreotischen Schwankungen (Borak) 1103 (R).
 — des Skleroms (Martenstein) 879 (C).
 — des Carcinoms in Schweden (Granzow) 925 (C).
 — von Tumoren (Collin) 969 (C).
 Strahlendosen, Messung (Portmann) 522 (C).
 Strahlenempfindlichkeit des Hirns (Druckmann) 879 (C).
 Strahlenhärte bei bösartigen Neubildungen (Bardachzi) 836 (C).
 Strahlenkunde (Bernstein) 1021 (C).
 Strahlenmengen, Reizwirkung geringer (Seide) 748 (C).
 Strahlenreaktion des Eiweißes (Rajewsky) 879 (C).
 — auf der menschlichen Haut (Freund) 1019 (C).
 Strahlenschutz und Lichtgewöhnung (Miescher) 520 (C).
 Strahlenschutzmessungen (Glocker u. Reuss) 1068 (C).
 Strahlenschutzröhren (Siemens u. a.) 700 (C).
 — bei der Durchleuchtung (Van der Plaats u. a.) 608 (C).
 Strahlenwirkung (Liechti) 869 (R 4014).
 — antagonistische auf die Haut (Lovisatti) 1001 (R 4651).
 — Einfluß auf die Oxydation (Kubo) 836 (C).
 Strahler, mikroenergetischer (Markl) 656 (C).
 Strahlensausbeute (Zakovsky) 1019 (C).
 Strahlungsreaktion des Eiweißes (Rajewsky) 1020 (C).
 Streifenlügel s. Corpus striatum.
 Streptokokken Befunde im Rachen (Herzberg) 656 (C).
 — Einfluß von Bestrahlung auf virulente (Eidinow) 838 (C).
 — Gangrän durch hämolytische — (Meleney) 1079 (R 4961).
 — hämolytische (Todd) 612 (C).
 — nichthämolytische u. akutes rheumatisches Fieber (Nye u. Seegal) 703 (C).
 — allergisierende Kapazität (Ihtchcock u. Swift) 703 (C).
 — kutane Immunisierung gegen (Hertert u. Meyer) 838 (C).
 — Meningitis (Kolmer) 565 (C).
 — Kontrolle bei Scharlachrekonvalleszenten (Seligmann) 747 (C).
 — Toxine (Sacquepée u. Lesbre) 566 (C).
 Strikturen u. Steine (Stutzin) 1022 (C).
 Striae cutis distensae (Lasch) 712 (R 3205).
 Strikturdehnung, elektrolytische (Koller-Aeby) 748 (C).
 Strontium in der Behandlung der rheumatischen Erkrankungen (Maußner) 1012 (T).
 Strontium (Schubert) 774 (R 3530).
 Strophalen (Berggold) 748 (C).
 Strophantin, rektale Vergiftung (Fühner) 878 (C).
 — Cardiazol-Behandlung des chronisch Herzkranken (Fahrenkamp) 768 (R 3492).
 Strophanthinum compositum (Risché) 608 (C).
 Strophantose (Gehrmann) 547 (R 2471).
 Struma, Anschwellung (Lewin) 837 (C).
 — amerikanische Gesellschaft zum Studium (van Meter) 1023 (C).
 — Bekämpfung und Jodstoffwechsel (Sommerfeld) 810 (R 3682).
 — Calcium in der Aetiologie (Schwarzmann) 883 (C).
 — eisenharte (Enderlen) 749 (C).
 — endemisches (Olesen) 1023 (C).
 — endemisches (Lunde) 1023 (C).
 — Fisteln, Entstehung (Stöhr) 836 (C).
 — maligna (Krymko) 883 (C).
 — ovarii (Silbert) 752 (C).
 — Behandlung (Mc Gregor) 611 (C).
 — Behandlung (Kitchen) 611 (C).
 — Jodreaktion (Coller u. Potter) 750 (C).

- Struma, Operation (Lahey) 523 (C).
 — Problem (Blum) 609 (C).
 — Prophylaxe (Rosenblüth) 655 (C).
 — Prophylaxe (Olesen) 702 (C).
 — Vollfalzprophylaxe (Grumme) 767 (R 3488).
 — in der norddeutschen Tiefebene (Klotz) 749 (C).
 — in Utah (Richards) 1023 (C).
 — in Finnland (Adlercreutz) 810 (R 3681).
 — geographische Verbreitung in Rußland (Arndt) 894 (R 4118).
 — auf dem Altaj (Alexandrow) 568 (C).
 — und endemischer Kretinismus (Moore) 702 (C).
 — und Herz (Chesky) 1028 (R 4702).
 — und Jod (Herzfeld) 1051 (R 4857).
 Strumazerz, operatives Risiko (Yung) 1029 (R 4703).
 Strumektomie (Guthrie) 750 (C).
 Strychnin, Behandlung der Magengeschwüre (Kogan) 681 (R 3113a).
 — subkutane Dauergaben (Kogan) 681 (R 3113b).
 — Wirkung (Hift) 862 (R 3965).
 — Wirkung auf das Herz (Kikuchi) 795 (C).
 Stryphonon (Sümegi u. Haintz) 923 (C).
 Stryphnongaze (Sicher) 837 (C).
 Stuhl s. Faeces.
 Stuhluntersuchung (Ebstein) 923 (C).
 Stützapparate (Vischer) 519 (C).
 Stütz- und Bewegungsapparat, Erwerbsfähigkeit bei Erkrankungen (Plate) 968 (C).
 Subarachnoidalblutung (Hess) 924 (C).
 Subarachnoidalraum, Beziehungen der Nervenwurzeln zum lumbosakralen — (Forgue) 911 (R 4219).
 Subastragalar-Arthropathie (O'Connor) 571 (R 2569).
 Subkortikale Handlung (Bleuler) 957 (R 4429).
 Subkutin (Seyderhelm u. Klaue) 1040 (R 4788).
 Subkutatvergiftung (Hayman) 611 (C).
 — Muskelverkalkung im Herzen nach — (Rüther) 633 (R 2882).
 Subnitride (C.Sä.) 524 (C).
 Subokzipital- oder Zisternenpunktion (Memmesheimer) 872 (B).
 Suggestive Heilmethoden (v. Gruenewald) 1006 (B).
 Suggestivbehandlung im Kindesalter (Hamburger) 609 (C).
 Sukzinoxidase (Clutterbuck) 794 (C).
 Sulcus interparietalis, Reizversuche (Hoff) 793 (C).
 — paragnathialis ossis ilei u. sacri (Hofer) 747 (C).
 Sulfidlösungen, Gefäßwirkungen (Wiener) 790 (C).
 Sulfobleiweiss (Koelsch u. a.) 607 (C).
 Sulfoderm (Sklarek) 562 (C).
 — Puder (Volmer) 967 (C).
 Sulfododetten, Behandlung der Gaumenhyperplasie mit — (Rothenberg) 879 (C).
 Sulfosin (Schroeder) 867 (R 3998).
 — Behandlung der Schizophrenie (Schröder) 733 (R 3365).
 — Behandlung der Dementia paralytica (Smitt u. Jacobsen) 1057 (R 4894).
 Sulfosin, Behandlung von Zentralnervensystem Erkrankungen (Schroder) 1067 (C).
 Sulfosalizylsäure als Entkalkungsmittel (Winkler) 879 (C).
 Supra-Norit (Wolff) 662 (R 2973).
 Supraorbitalreflex (Petzetakis) 951 (R 4389).
 Suprarenal s. Nebenniere.
 Suparenin s. Adrenalin.
 — (Rentz) 966 (C).
 Supravital (Forkner) 658 (C).
 Sykosis (Brande u. Sarchi) 805 (R 3643).
 Sympathektomie, periarterielle (Machus) 699 (C).
 — der Niere (Hess) 838 (C).
 Sympathikoblastome, intrathorakale (Nieden) 522 (C).
 Sympathikus, Anatomie (Leriche) 882 (C).
 Sympathikuswirkung (Zondek) 833 (C).
 Sympathisches Nervensystem s. Nervensystem, Vagus.
 Sympathikusreizende Mittel u. Gaswechsel (Capo) 748 (C).
 Symphyse, Diastase als Komplikation (Lusena) 752 (C).
 — Spontanruptur während der Entbindung (Shordania) 657 (C).
 Syndaktylie, operative Behandlung (Hass) 837 (C).
 Synovektomie, (Swett) 881 (C).
 Synovitis tuberculosa genus (Frank) 1019 (C).
 Synthalin (Schwab) 882 (C).
 — Arzneiexanthem (Artom) 633 (R 2885).
 — Einwirkung auf den respiratorischen Quotienten (Schumann u. Petty) 927 (C).
 — bei Diabetes (Elaine u. a.) 625 (R 2831).
 — bei Diabetes im Kindesalter (Einecke u. Freise) 589 (R 2680).
 Synthalinbehandlung des Diabetes (Klinkowstein) 614 (C).
 Syphilide, ulzerogummöse des Knies (Milian) 704 (C).
 — varioliforme u. varizelliforme (Garnier) 704 (C).
 Syphilidologie und Unfallheilkunde (Michael) 1102 (R).
 Syphilis s. a. Liquor, Nervensystem, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan, Spirochäten.
 — (Burke) 750 (C).
 — Abortivbehandlung (Feldmann) 613 (C).
 — angeborene (Moro) 1080 (R 4972).
 — Aortitis bei — (Grigorjew) 1081 (R 4974).
 — Balneotherapie (Efron u. Orlow) 519 (C).
 — Behandlung (Löhe) 562 (C).
 — Behandlung (Bering) 925 (C).
 — Behandlung der kongenitalen (Aehmann) 1081 (R 4975).
 — Behandlung der latenten (Naejell) 939 (R 4320).
 — Behandlung mit Schwefelwässern (Pelon) 579 (R 2619).
 — Behandlung, prophylaktische mit Salvarsan (Schatilow) 762 (R 3457).
 Syphilis, Behandlung salvarsan-resistenter mit Eigenblutkombination (Beume) 579 (P 2618).
 — kongenitale, Behandlung mit Neosalvarsan u. Mercurosal (Yampolsky) 536 (R 2390).
 — Behandlung der Schwangeren und Neugeborenen (Klaften) 610 (C).
 — Behandlungsergebnisse von luisch infizierten Schwangeren (Richter) 531 (R 2356).
 — Behandlungszwang bei latenter (Feilchenfeld) 834 (C).
 — Bekämpfung (da Rosa) 659 (C).
 — Bekämpfung (Schwers) 1072 (C).
 — Blutveränderung (Kroé u. a.) 520 (C).
 — chinesische Heilmittel (van der Hoog) 1022 (C).
 — congenita (Mensi) 1038 (R 4769).
 — Diagnostik, Wassermann- u. Kahnreaktion (Craig u. Swan) 564 (C).
 — serologische Diagnostik (Gaethgens u. Otto) 662 (R 2972).
 — Diagnostik u. Behandlung (Nelson) 578 (R 2612).
 — Erkrankung des oberen Gastro-Intestinaltraktes (Bockus u. Bank) 537 (R 2392).
 — Erscheinungen (Chetagurow) 883 (C).
 — experimentelle Forschung (Prigge) 925 (C).
 — experimentelle Untersuchungen (Harrison) 894 (R 4116).
 — familiäre Epidemie (Motta) 524 (C).
 — Frequenz im Krankenhaus (Buschke u. Kaufmann) 714 (R 3218).
 — Frühbehandlung (Heller) 1019 (C).
 — Häufigkeit (Jörgensen) 794 (C).
 — Hauterscheinungen nach Malaria-behandlung (Brill) 1081 (R 4973).
 — hereditaria tardiva (Berandinelli) 524 (C).
 — Hinton-Test (Osmond) 1070 (C).
 — histologische Diagnostik von Plazenten (Kaufmann) 851 (R 3883).
 — Immunität (Prigge u. Rutkowski) 938 (R 4318).
 — aktive Immunität (Kohle u. Prigge) 661 (R 2971).
 — Immunitätsverhalten (Thomsen) 707 (R 3171).
 — Immunitätsvorgänge (Kroó u. Schultze) 753 (R 3395).
 — intrazisternale Impfung (Hoffmann u. Stempel) 552 (R 2509).
 — Kadisch-Methode (Israelsohn u. Korol) 840 (C).
 — Erkrankungen des kardiovaskulären Systems infolge erworbener — (Simpson) 578 (R 2614).
 — kardiovaskuläres Krankheitsbild (Bernard) 750 (C).
 — klinisches Bild (Epstein) 759 (R 3436).
 — Knochenläsionen bei erworbener (Casazzi) 1003 (R 4606).
 — kongenitale (Pehu) 613 (C).
 — kongenitale (Gábor) 614 (C).
 — kongenitale (Michael) 748 (C).
 — kongenitale der Thyreoidea (Menninger) 578 (R 2613).

Syphilis, konzentrationelle (Manuélian) 531 (R 2355).
 — latente (Nast) 790 (C).
 — Leberveränderungen (Zénine) 750 (C).
 — Lipoid-Protein-Kombination zur Behandlung der — (Hardesty) 579 (R 2617).
 — Magen — (Singer) 893 (R 4110).
 — Störungen der Magenfunktion (Cheney) 537 (R 2394).
 — Malariabehandlung bei Kindern (Weitz) 656 (C).
 — kongenitale, Malariaimpfung (Tüdös) 525 (C).
 — maligna (Milian u. a.) 704 (C).
 — meningo-medulläre (Gonzalez) 807 (R 3661).
 — Mischformen von angeborener u. erworbener Säuglings — (Hoffmann) 850 (R 3881).
 — metasyphilitische Erkrankungen des Nervensystems (Hoffmann) 714 (R 3217).
 — Neuro- — nach antisyphilitischer Behandlung (Weatherby) 893 (R 4108).
 — Neuro-, unspezifische Malaria-behandlung (Reese) 894 (R 4114).
 — nigricante (Per) 611 (C).
 — Pleuritis mediastinales (Orszagh) 1020 (C).
 — Präzipitinreaktion (Kline) 612 (C).
 — Primäraffekte an der Rückenhaut (Schumacher) 807 (R 3662).
 — Prognose (Póvoa) 1072 (C).
 — kongenitale, Prophylaxe u. Behandlung (Tüdös) 525 (C).
 — psychopathische Zustände bei kongenitaler (Ossipowa) 623 (R 2814).
 — Pupillensymptome bei der viszeralen (Luria) 699 (C).
 — Reaktion (Wichels u. a.) 1069 (C).
 — Reaktionen mit aktivem Serum (Sümegei u. Szalay) 521 (C).
 — Reinfektion, Ueberempfindlichkeit und Allergie (Mohrhardt) 524 (C).
 — Schutzstoffe (Cohn) 520 (C).
 — Schutzstoffe (Hauptmann u. Gallinek) 842 (R 3822).
 — Schutzstoffe bei experimenteller (Cohn) 748 (C).
 — Schwefelbäder in der Behandlung (Boutelier) 763 (R 3459).
 — Serodiagnostik (Lang u. Rigó) 525 (C).
 — Serologie der kongenitalen (Straszynski) 569 (R 2549).
 — serologische Untersuchungen (Hecht u. Haber) 1028 (R 4696).
 — Serum, Erhitzung (Nishio) 970 (C).
 — Spirochäte (Keil) 930 (R 4261).
 — symptomlose Infektionen (Kolle) 609 (C).
 — Trübungs- und Flockungsreaktionen (Gross u. Oelrichs) 835 (C).
 — übertragene (Grigoriew) 808 (R 3663).
 — vegetatives Nervensystem bei kongenitaler (Moskatschew) 1050 (R 4845).
 — Veränderungen im Knochensystem (Epstein u. Podvinec) 792 (C).

Syphilis, Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim Säugling (Manteufel u. Herzberg) 851 (R 3862).
 — Wassermannfeste (Cady) 893 (R 4111).
 — Wismutbehandlung (Azevedo) 659 (C).
 — Wismut-Calomel-Verbindung bei der Behandlung der — (Gros) 951 (R 4385).
 — Zahnausfall (Euler) 632 (R 2877).
 — zystometrische Diagnostik (Rose) 893 (R 4112).
 — durch Bakterienproteine hervorgerufenen Fieber zur Behandlung (Kemp) 1071 (C).
 — Leukopenie bei der Diagnostik — (Lanteri) 971 (C).
 — des Nervensystems (Povoa) 524 (C).
 — des Zentralnervensystems (Kritschewski) 748 (C).
 — der dritten Generation (Piana) 1038 (R 4770).
 — bei Mutter und Kind (Hornung) 561 (C).
 — unter schwangeren Negerfrauen (Wilson) 881 (C).
 — unter den Sträflingen (Stanley) 970 (C).
 — und Dementia praecox (Marix u. Toponkoff) 1101 (R).
 — und Diabetes (Lemann) 536 (R 2391).
 — und Malaria (Marie) 894 (R 1413).
 — und Schwangerschaft (Gammeltoft) 574 (R 2590).
 — und Schwangerschaft (Simpson) 846 (R 3853).
 — und sterile Ehe (Rozsavölgyi) 807 (R 3658).
 — und Tuberkulose (Polleri) 704 (C).
 — und Uteruscarcinom (Gellhorn) 537 (R 2393).
 — und Verdauungsapparat (Rosin) 938 (R 4319).
 Syphilisperiode, Magensekretion in der späten — (Shodsischski) 714 (R 3216).
 Syphilispirochäte (Bergel) 747 (C).
 Syphilitische Bronchitis (Valerio) 659 (C).
 — Erkrankungen der Thyreoidea (Anserowa) 713 (R 3214).
 — Feten (Mc Cord) 1038 (R 4772).
 — Frühererscheinungen an der Cervix (Macdonald) 523 (C).
 — Herzerkrankung (Gager) 893 (R 4109).
 — Infektion, Schädelhautdefekte infolge — (Müller) 1022 (C).
 — Kopfschmerzen (Kopecky) 893 (R 4106).
 — Meningitis (Carr) 893 (R 4107).
 — Neuro-Erkrankungen, Infektionsbehandlung (de Thurzo) 894 (R 4115).
 — Osteochondritis (Perkel) 1067 (C).
 — Schankernarbe Pigmententwicklung (Belgodère) 750 (C).
 — Spinalparalyse, atrophische (Popow) 967 (C).

Syphilitisches Terrain u. Blinddarm-syndrom (Deolido) 762 (R 3456).
 Syringomyelie, aurikulotemporales Syndrom bei — (Kaminsky) 967 (C).
 — operative Behandlung (Oppel) 842 (R 3824).
 — und Angiom (Silbermann) 1000 (R 4671).
 — und Unfall (Krabbel) 700 (C).
 Sztehlische Nabelklemme (Paulik) 837 (C).
 Tabak, Hautschädigungen (Lickint) 1037 (R 4761).
 Tabes dorsalis (Cantalamesa) 613 (C).
 — dorsalis, Obstipation bei — (Hess u. Faltitschek) 911 (R 4210).
 — sakrale (Carnot) 912 (R 4222).
 — Behandlung (Reid) 598 (R 2736).
 — Osteoarthropathia vertebrarum bei — (Schnyder) 748 (C).
 — unkoordinierter Blutdruck (Dünas u. a.) 586 (R 2659).
 — Veränderungen des Hüftgelenkes (Holl) 1069 (C).
 Tabische Arthropathien (Kudelski) 1072 (C).
 — Optikusatrophie (Deutsch) 877 (C).
 — Wirbelveränderungen (Pape) 782 (R 3583).
 Tablettenzerfall (Hoistadt) 705 (C).
 Taboparalyse, durch Malariabehandlung behobene Sterilität (Weissmann) 749 (C).
 Tachykardie, ventrikuläre (Levine u. Fulton) 970 (C).
 Takata-Ara-Reaktion (Blum) 880 (C).
 — Ara-Reaktion (Miraglia) 1025 (C).
 Talalgie, akute (Poggi) 524 (C).
 Talus Fraktur (Peters) 749 (C).
 Tampon, resorbierbarer (Kümmell) 703 (C).
 Tamponade (Friedmann) 657 (C).
 Tampovagan (Bömer) 521 (C).
 Tanienaftreibung, Duodenalsonde zur — (Margulis) 900 (R 4148).
 Tanienerkrankung (Carmalt-Jones) 795 (C).
 Tanninsäurebehandlung von Verbrennungen (Hutton) 849 (R 3874).
 Targasin bei der Gonorrhöe der Frau (Wappler) 674 (R 3052).
 — in der Ophthalmologie (Mandel-Kopelman) 660 (C).
 Tassorhaphie (van Lint) 1024 (C).
 Tastreflex (Freeman u. Crosby) 1071 (C).
 Tätowierungen, Entfernen (Hirsch) 520 (C).
 — Warzenaussaat in — (MoshaJew) 713 (R 3206).
 Taubheit, chronische (Drury) 927 (C).
 Taubstumme Fürsorge (Schorsch) 519 (C).
 Taubstummheit, Vererbung u. Klinik der sporadischen (Bigler) 518 (C).
 Teakholzverarbeitung, Liderkrankung nach — (Reuscher) 1027 (R 4691).
 Teer Carcinom, Stoffwechsel (Estas) 637 (R 2913).
 — Vergiftung (Mc Cord) 523 (C).
 — Wirkung auf das Glykogen der Zelle (Haendel u. Mallet) 659 (C).

- Teerpinzelung (Babes) 746 (C).
 Telostereoradiographie (Carnot) 1103 (R).
 Tempelbesuche (Hutschnecker) 792 (C).
 Temperatur Messungen (Barilari u. v. Krogh) 926 (C).
 Temporomandibulargelenk, Röntgenbetrachtung (Bishop) 1003 (R 4667).
 Tendovaginitis, krepitierende als Berufskrankheit bei Bergleuten (Fierer) 883 (C).
 — am Processus styloideus Radii (Lassen) 1023 (C).
 Temmisschlagerzange bei der Cholezystektomie (Kümmell) 611 (C).
 Teratoide Geschwülste des Hodens (Dean) 1082 (R 4985).
 Teratom am Kreuzbein-Steißbein (Luccioni) 971 (C).
 — des Nackens (Spohn) 1023 (C).
 Testespräparate (Drexler) 1062 (T).
 Testifortan (Flotow) 693 (T).
 Testikularlösung von Krawkow (Bekenskaja) 752 (C).
 Testis s. Hoden.
 Tetania gravidarum (Putz) 564 (C).
 — parathyreopriva, Wirkung des Parathormons (Elmer u. Scheps) 813 (R 3706).
 — (Achard) 751 (C).
 — (Stern) 878 (C).
 — gastrische Form (Pick) 770 (R 3504).
 — bei Verbandwechsel u. Narkosen (Salomon) 561 (C).
 — im Kindesalter (Ray Shannon) 680 (R 3101).
 — und Nephrose (Klinke) 680 (R 3100).
 — Tetaniekatarakt (Goldmann) 706 (R 3163).
 Tetanus (Oesterreicher) 567 (C).
 — (Cole) 750 (C).
 — (Lindemann) 820 (R 3755).
 — Behandlung (Bayard) 968 (C).
 — intralumbale u. intrakranielle Behandlung (Boecker) 657 (C).
 — intrazisternale Serumbehandlung (Schrubacher) 657 (C).
 — Prophylaxe (Bronnikow) 752 (C).
 — Prophylaxe (Campbell) 973 (R 4453).
 — nach Fußverbrennung (Matschau) 655 (C).
 — beim Neugeborenen (Grenet u. Vogt) 1091 (R).
 — im Anschluß an Verbrennungswunden (Schreiner u. Stocker) 1075 (R 4927).
 — als postoperative Komplikation (Häusermann) 847 (R 3856).
 Tetanusserum (Bayer) 798 (R 3596).
 Tetrachlorkohlenstoff, Vergiftung (Boveri) 905 (R 4177).
 — örtliche Wirkung u. Hautresorption (Lapidus) 923 (C).
 — bei Helminthiasis (Pimentel) 775 (R 3536).
 Tetrahydrophenolphthalein, Absorption (Levy) 915 (R 4243).
 Tetralosemonophosphorester (Morgan u. Robinson) 794 (C).
 Tetraplegie (Piana) 1038 (R 4770).
 Thalassotherapie in England (Comby) 971 (C).
 Thallium (Greving u. Gagel) 793 (C).
 — (Buschke) 949 (R 4375).
 — (Vásárhelyi) 1094 (R).
 — örtliche Anwendung (Tschernogouboff) 993 (R 4590).
 — Beziehungen zum Lipidstoffwechsel u. zum Gewebe (Buschke u. Markus) 655 (C).
 — Vergiftung (Greving u. Gagel) 820 (R 3756).
 — Vergiftung (Sluyters) 906 (R 4178).
 — Röntgenepilation (Dóczy) 1096 (R).
 Thalliumazetat, epileptiforme Psychose nach — (Bachkevitch) 633 (R 2886).
 Thanatophthisin (Koenigsfeld) 904 (R 4164).
 Thanatophthisin, Tuberkuloseserum (Fecht) 989 (R 4559).
 Theca-interna-Zellen (Westmann) 682 (R 3125).
 Theophyllin (Fröhlich u. Zak) 560 (C).
 — Vergiftungen an mit — vorbehandelten Tieren (Fröhlich u. Zak) 877 (C).
 Therapie, moderne (Franck) 1006 (B).
 Thermalbadekuren (Oelze) 836 (C).
 Thermalkuren in der Gynäkologie (Sappey) 796 (C).
 Thermometerläsion (Windfeld) 838 (C).
 Thermometerverletzung mit Quecksilbervergiftung (Drügg) 1051 (R 4860).
 Thermoprophylaxe, antisiphilitische (Bessemans u. a.) 751 (C).
 Thorakektomie beim offenen Lungempyem Tuberkulöser (Bérard) 882 (C).
 Thorakographie, bilaterale (Anthony u. Hansen) 834 (C).
 Thorakoplastik (Jessen) 747 (C).
 — nach Roux (Piotet u. Urech) 609 (C).
 Thorakoskopie, direkte (Maschner) 790 (C).
 Thorakotomie (Gibson) 754 (R 3401a).
 Thorax, Abnormitäten des knöchernen (White) 969 (C).
 — Messung (Laniez) 971 (C).
 — Röntgenuntersuchung an Rekruten der Armee der Vereinigten Staaten (Maxwell) 557 (R 2535).
 — stereoskopische Darstellung von Resthöhlen (Fflaum) 657 (C).
 — Zysten im Röntgenbild (Flemming Möller) 702 (C).
 Thoraxbreitenbeurteilung (Kirsch) 1106 (B).
 Thoraxwand, Bewegung bei einseitigen Lungen- u. Pleuraerkrankungen (Anthony u. Hansen) 834 (C).
 — Mißbildungen (Kammerhuber) 656 (C).
 Thorium-X-Anwendung, intratumorale (Schöblier) 879 (C).
 Thrombenbildung (Barta u. Jakob) 567 (C).
 — Bedeutung der Blutplättchen und der Bluteiweißstoffe (Barta) 728 (R 3331).
 Thromboangiitis obliterans (Rechtman) 542 (R 2426).
 — Angiitis obliterans (Samuels) 1045 (R 4814).
 Thrombopenie (Stolypin) 705 (C).
 — Plättchenzerfallsgeschwindigkeit (Baar u. Szekely) 749 (C).
 — mit Leberextrakt behandelt (Holböhl) 880 (C).
 Thrombophlebitis migrans (Lipschitz) 542 (R 2425).
 — splenica (Alvarez) 769 (R 3499).
 — des Bulbus venae jugularis (Krepuska) 797 (C).
 Thrombose, Blockierung durch künstliche Thrombenbildung (Schaefer) 542 (R 2424).
 — postoperative (Sulger u. Bozsini) 699 (C).
 — postoperative (Bauer) 926 (C).
 — prophylaktische Behandlung (Lindquist) 607 (R 3007).
 — sekundäre bei arterieller Embolie (Melzner) 885 (R 4044).
 — Verhütung (Hammesfahr) 569 (R 2553).
 — Vorkommen und Klinik (Zischinsky) 947 (R 4367).
 — Zunahme (Singer) 678 (R 3084).
 — Zunahme in der Nachkriegszeit (Sellheim) 976 (R 4478).
 — der rechten und der linken Aa. coronaria des Herzens (Kohan u. Aulin) 926 (C).
 — der Hämorrhoidalvenen (Smith) 702 (C).
 — der Vena cava inferior (Fooks) 522 (C).
 — außerhalb des Körpers (Johnson u. a.) 612 (C).
 — in den Nachkriegsjahren (Kuhn) 678 (R 3085).
 — und Embolie (Mayer) 1022 (C).
 — Krankheit (Hegler) 542 (R 2427).
 Thrombozyten (Kristenson) 552 (R 2510).
 Thüringisches Landseuchengesetz, Entwurf (Kayer-Petersen) 563 (C).
 Thymol Injektionen, intravenöse (Bönem) 700 (C).
 Thymophysin (Holtz) 803 (R 3634).
 — bei Fehlgeburten (Vinazzar) 521 (C).
 Thymus Geschwülste, bösartige (Alexandrowski) 701 (C).
 — Hammarsche Untersuchungen (de Rudder) 608 (C).
 — maligne Tumoren (Lenk) 1068 (C).
 — Wachstum und Ernährung (Grau u. San Martin) 751 (C).
 Thymuseinwirkung, glykämische Kurve unter — (Piana) 1025 (C).
 Thyreoaplasie (Lotmar) 636 (R 2910).
 Thyreogene Symptome (Zollikofer) 925 (C).
 Thyreohypoplasie (Vryman) 677 (R 3073).
 Thyreoidea (Boothby) 520 (C).
 — malignes Adenom (Mackenzie) 703 (C).
 — Einfluß auf die zirkulierende Blutmenge (Wislicki) 878 (C).
 — Erkrankung (del Castillo) 796 (C).
 — absolutes und relatives Gewicht (Kutscharenko) 839 (C).
 — Beziehungen zu Infektionen (Loumos) 596 (R 2728).

- Thyreoides, Beziehungen des Jod zur Hyperplasie und Funktion (Else) 634 (R 2895).
- Erkrankungen, Untersuchung des neuro-vegetativen Systems (del Castillo) 751 (C).
 - Erkrankungen, Veränderung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen (Tschernosatskaya) 520 (C).
 - familiäre Erkrankungen (Weinberger) 562 (C).
 - Hormon (Aub u. a.) 593 (R 2711).
 - Nebennieren und Nervensystem (Crile) 750 (C).
 - Operation, Lokalanästhesie oder Narkose (König u. Stahnke) 571 (R 2563).
 - Physiologie und Pathologie (Hausmann) 968 (C).
 - Syphilis (Sirota) 705 (C).
 - syphilitische Erkrankungen (Anserowa) 713 (R 3214).
 - Tuberkulose (Budd u. Williams) 1071 (C).
 - Wirkung von Jod u. Schilddrüsenfütterung (Mosser) 728 (R 3328).
 - Wirkung von Jodkalium, Schilddrüsen- und Epiphysenvorderlappenssubstanz (Loeb) 1023 (C).
 - Zysten (de Souza) 1078 (R 4955).
 - unter dem Einfluß der Joddarreichung (Loeb) 612 (C).
 - bei Infektionen und Toxämien (Cole u. a.) 611 (C).
 - und Knochenmark (Moldawski) 728 (R 3327).
 - und kongenitale Syphilis (Menninger) 578 (R 2613).
 - und Kopfschmerzen der Menopause (Stevens) 934 (R 4286).
 - und Tuberkulose (Oksjusow) 525 (C).
 - Behandlung, unter — verschwundene Oedeme (Apert u. Bach) 991 (R 4572).
- Thyreoidaeextrakt in der Behandlung der Eklampsie und schwerer Albuminurien (Grossi) 992 (R 4585).
- Thyreoidae fütterung, Wirkung auf das Blutbild (Schwermann) 777 (R 3546).
- Thyreoidae lappen, Adenom des — (Hinton) 703 (C).
- Blutbild (Schermann) 777 (R 3546).
 - (Prioleau) 1028 (R 4701).
 - Einfluß auf das Wachstum von Krebsgeschwülsten (Kudingew) 614 (C).
 - Wirkung auf das Blutbild (Schermann) 777 (R 3546).
- Thyreoidinsucht (Sereiskaja) 614 (C).
- Thyreotoxikose, Grundumsatz nach — (Thompson) 1023 (C).
- Hormonbehandlung (Marcuse) 646 (T).
 - Jodbildung (Holst) 838 (C).
 - Röntgenbehandlung (Pordes) 826 (R 3803).
- Thyropurin (Boller u. Högler) 776 (R 3540).
- Thyroxin (Boller u. Högler) 776 (R 3540).
- Aenderungen der Permeabilität (Fröhlich u. Zak) 835 (C).
 - Steuerung der Avertinnarkose durch — (Pribram) 885 (R 4049).
- Thyroxinbehandlung des kongenitalen Myxödems (Nobel u. Kornfeld) 950 (R 4382).
- Tibia, eburnisierte (Froelich) 666 (R 3000).
- Ersatz (Mariantschik) 657 (C).
 - Haemangioma cavernosum (Pohl) 747 (C).
- Tibiadefekt, Implantation der Fibula (Bettmann) 610 (C).
- Tiefdruck, arterieller (Kisch) 542 (R 2428).
- Tiefdruckpneumothorax, kontralaterale (Ascoli) 858 (R 3936).
- Tiefendiathermie (Dieterich) 836 (C).
- Tiefentemperatur (Bessemans u. a.) 928 (C).
- Tierische Organe, Verdauung und Ausnutzung (v. Hoesslin) 835 (C).
- Tierkohle (Neustätter) 925 (C).
- Titretta analgica, Schmerzbehandlung (Auler) 561 (C).
- Tod, Herz- und Aortenbefunde bei plötzlichem — (Brack) 1086 (R 5016).
- Wärmeeffekt (Lepeschkin) 565 (C).
 - der Gewebe (Ruffe) 1025 (C).
 - in Beziehung zu den Tages- und Jahreszeiten (Frey) 878 (C).
- Todesscheine als biologische Quellen (Kässbacher) 836 (C).
- Todesursachen Statistik (Neurdenburg) 790 (C).
- Tollwut, Impfungen gegen (Spaskyi u. Borodaj) 752 (C).
- Kampf in den U. S. A. (Went) 525 (C).
- Tonicum „Roche“ (Steinberg) 924 (C).
- Tonisor (Siegel) 748 (C).
- Tonometer Fick-Livschitz (Apin) 1020 (C).
- Tonsillektomie (Apfel) 590 (R 2686).
- Wirkung auf Herzleiden (Farnum) 626 (R 2842).
 - in der Kindheit (Ogilvie) 523 (C).
 - mit Diathermie (Aron) 748 (C).
- Tonsillen, Bakterienflora (Wirth) 1036 (R 4751).
- bakteriologische Untersuchungen (Nabarro) 1070 (C).
 - Elektrokoagulation (Dillinger) 566 (C).
 - Hynertrophie, Nierenfunktion bei Kindern mit — (de Toni) 1025 (C).
 - Kulturen aus (Polvogt u. Crowe) 565 (C).
 - Physiologie (Griebel) 593 (R 2709).
 - Physiologie (Voss) 593 (R 2708).
 - Sepsis (Uffenorde) 553 (R 2513).
 - Tuberkulose (Drösler) 656 (C).
 - und Adenoide (Campbell) 838 (C).
- Tonsillengegend, Röntgenbehandlung der epithelialen Carcinome (Coutard) 879 (C).
- Tonsillitis, chronische (Blumenthal) 979 (R 4498).
- septische (White) 538 (R 2400).
- Tonsillitis der Schwangeren und Gebärenden (v. Büben) 888 (R 7076).
- und Appendicitis (Hunt) 881 (C).
- Topika (Sézary) 703 (C).
- Torfbehandlung (Oleschko) 883 (C).
- Torsionsdrahtspanner (Matti) 563 (C).
- Totenschau und Totenbescheinigung (Remund) 925 (C).
- Totgeburt (Vögel) 936 (R 4300).
- Tracheal aspirator (le Lorier) 566 (C).
- Tracheale Fremdkörper (Miller) 1070 (C).
- Trachealplastik (Perwitzschky) 561 (C).
- Trachom (Wibaut) 1020 (C).
- Bacterium granulosis Noguchi der Erreger des —? (Lindner) 1026 (R 4683).
 - Behandlung mit Hochfrequenz (Ragain) 566 (C).
 - Oleum chaulmoograe bei — (Samkowski) 568 (R 2544).
 - und Kieferhöhlenentzündung (Albera) 524 (C).
- Trachomatöses Narbenentropium (Goldfeder) 1020 (C).
- Traktionsdivertikel des Oesophagus (Heine) 747 (C).
- Tränenabfuhrweg, Wiederherstellung des zerstörten (Ascher) 562 (C).
- Tränenkanal, Variabilität (Waardenburg) 969 (C).
- Tränenorgane, Erkrankung (Vogelsang) 748 (C).
- Tränensack Operation (Hollós) 796 (C).
- Tränensackeiterung (Streiff) 972 (R 4448).
- Tränensackpapillom, malignes (Hildén) 967 (C).
- Transkutanbäder (Joachimoglu) 791 (C).
- Transplantation mit einem gedoppelten Hautlappen (Iwanyckyi) 840 (C).
- Trauma auf dem Lande (Alejew) 883 (C).
- Träume, Buch der — (Jezower) 1006 (B).
- Trichinose (Stoll) 565 (C).
- (Chasanow) 913 (R 4227).
- Trichloräthylen, Giftwirkung (Meyer) 655 (C).
- Vergiftung (Nock) 1070 (C).
- Trichlorisobutylalkohol, Behandlung des Erbrechens (Freud) 818 (R 3742).
- Trichocephalus (Nauck) 1089 (R).
- dispar (Tabolow) 928 (C).
 - dispar (Gatowskaja) 951 (R 4386).
- Trichomonas (Ratcliffe) 881 (C).
- vaginalis (Davis) 887 (R 4067).
 - vaginalis (Davis) 1032 (R 4728).
- Trichonomaskolpitis (Rodecurt) 848 (R 3861).
- Trichophytie, Allergie und Immunität (Rivalier) 703 (C).
- der behaarten Kopfhaut (Massia u. Rousset) 928 (C).
- Tryphonhvatin, Sensibilisierung gegen — (Ebert) 746 (C).
- Trigeminusneuralgie (Ehrenfeld) 637 (R 2915).
- (Heymann) 685 (R 3138).
 - (de Sanson) 1072 (C).
 - (Magnus) 1100.
 - posttherpetische (Peet) 970 (C).

- Trigon-Kompressor (Gutmann) 834 (C).
 Trikalzol (Zelter) 562 (C).
 Trikuspidalstenose (Derzssler u. Fischer) 768 (R 3489).
 Trinkerheilstätten (Margulies) 924 (C).
 Trinkwasser Infektion mit *Bazillus proteus vulgaris* (Gara u. Sticke) 764 (R 3467a).
 Tripper s. Gonorrhoe.
 Trochanter minor, Fraktur (Feutelais) 751 (C).
 Trochophyton interdigitale (Legge) 970 (C).
 Trockenbettchen (Landmann) 792 (C).
 Trockenkostbehandlung bei Knochen- und Gelenktuberkulose (Karfiol) 519 (C).
 Trommelfell, Anästhesie u. Parazentese des — (Thost) 533 (R 2370).
 Tropen, Akklimatisation der weißen Rasse in den — (Ward) 1024 (C).
 — Klimauntersuchungen (Kestner u. Borchardt) 1054 (R 4877).
 Tropentauglichkeit (Stigler) 1054 (R 4876).
 Trophödem Meige (Goldschlag) 1019 (C).
Truncus sympathicus (Matushima) 612 (C).
 Trypaflavin (Hausmann u. Krumpel) 656 (C).
 — (Skutezky) 878 (C).
 — Giftigkeit (Liengme) 1021 (C).
 — bei Gonorrhoe (Skutezky) 701 (C).
 Trypanosomeninfektion, Blutliquorschranke (Rosenholz) 954 (R 4411).
 Trypanosomie, Blutliquorschranke (Rosenholz) 928 (C).
 Tryparsamid (Gonda) 567 (C).
 — (Keith u. Le Marquand) 774 (R 3531).
 Tryptophan Gehalt der Serumweißkörper (Lang) 1018 (C).
 Tryroxinase, Oxygenase (Onslow u. Robinson) 794 (C).
 Tschechoslovakei, Gesetz vom 9. Oktober 1924 (Dorschner) 700 (C).
 Tuba Fallopii, Epitheliom (le Balle u. Patay) 566 (C).
 Tube s. a. Salpingitis, Pyosalpinx.
 — Bewegung der Fallopischen — (Gogoberidse) 837 (C).
 — Carcinom, Pathologie u. Klinik (Frankl) 572 (R 2575).
 — Carcinom u. Tuberkulose (Callahan u. a.) 619 (R 2788).
 — Carcinom u. Tuberkulose (Klein) 702 (C).
 — Durchblasung (Jacoby) 658 (C).
 — Durchblasung, Sterilitätsbehandlung mittels — (Mayer) 1033 (R 4736).
 — Durchgängigkeit (Butowski) 883 (C).
 — Erkrankungen (Schmitz) 620 (R 2790).
 — Lymphangiom (Schiffmann) 522 (C).
 — Mineralgehalt u. Funktion (Kok) 837 (C).
 — Sterilisation durch Elektrokoagulation (v. Mikulicz-Radecki) 563 (C).
 — Sterilitätsoperation (Guthmann) 564 (C).
 — Torsion (Köster) 1023 (C).
 — Torsion (Krieger Lassen) 1070 (C).
 — Prüfung (Jung) 521 (C).
 Tubenschwangerschaft (Heitzer) 563 (C).
 — (Peus) 564 (C).
 — (Bud) 796 (C).
 — (Burman) 838 (C).
 — ausgetragene (Petscherskaja) 614 (C).
 — Diagnostik u. Behandlung (Pankow) 803 (R 3632).
 — geplatzte (Brouha) 1035 (R 4743).
 — Hämatozele bei — (Mertens) 879 (C).
 Tuber cinereum, vasomotorische Zentren für die Nieren, im — (Sirotnin) 614 (C).
 Tuberkelbazillen (Model) 699 (C).
 — (Wohlfeil u. Jacobi) 792 (C).
 — (Vassilion) 837 (C).
 — Ausscheidung durch die Nieren (Millul) 1073 (C).
 — Entdeckung (Ickert) 754 (R 3397).
 — Isolierung (Capuani) 796 (C).
 — Kultur (Hohn) 879 (C).
 — Kultur (Mascellari) 930 (R 4263).
 — Kulturröhrchen (Neal u. Bayliss) 838 (C).
 — Nachweis (Michel) 988 (R 4550).
 — Nachweis im Stuhl (Szüle) 797 (C).
 — Sputumuntersuchung (Gorew) 568 (C).
 — Variabilität (Petroff) 839 (C).
 — Widerstandsfähigkeit (Bieling) 563 (C).
 — Züchtung (Blumenberg) 835 (C).
 — Züchtung nach Hohn (Krause) 858 (R 3938).
 — Züchtung aus dem Sputum (Schulte-Tigges) 859 (R 3939).
 — Zytologie u. Mikrochemie (Knaysi) 838 (C).
 — in Milch (Carpenter) 703 (C).
 Tuberkelgift, Schleimhäute als Eingangspforte (Freudenthal) 864 (R 3977).
 Tuberkeln, Erzeugung durch Einspritzung von Lipoiden (Haim) 790 (C).
 Tuberkulin, therapeutische Anwendung (Beketowski) 883 (C).
 — Bestimmung des perkutom. wirksamen (Stejskal) 701 (C).
 — Hautempfindlichkeit, negative (Stetter) 723 (R 3291).
 — Sensibilisierung gegen — (Ebert) 746 (C).
 — Empfindlichkeit bei rheumatoiden Erkrankungen (Peyrer) 588 (R 2676).
 — Hautreaktion bei gegorenem — (Komis) 699 (C).
 — perkutane Reaktion nach Moro (Hille) 699 (C).
 — Reaktion, Einfluß der Ultraviolettstrahlen auf die kutane (Stoichi) 631 (R 2870).
 — Reaktionen bei Kohlenminenarbeitern (Allen) 546 (R 2457).
 — Untersuchungen (Jacob-Ustoedt) 702 (C).
 — Wiederholungsreaktion nach Bessau (Marchionini) 1090 (R).
 Tuberkulinreaktion (Noll) 1067 (C).
 Tuberkulöse Bazillämie (Wolf) 968 (C).
 Hochschulstudenten (Kollarits) 969 (C).
 Tuberkulöses Milieu, Sterblichkeit der Säuglinge in — (Deutsch-Lederer) 818 (R 3737).
 Tuberkulose (Pitanga) 751 (C).
 Tuberkulose (de Potter) 751 (C).
 — (Gottstein) 1020 (C).
 — (Schlossmann) 790 (C).
 — (Wild) 1069 (C).
 — Adnextumoren (Wieloch) 1031 (R 4723).
 — Aktivierung nach Schutzimpfung gegen Typhus (Lokschin) 679 (R 3090).
 — Allergie (Rehberg) 699 (C).
 — Anstalten (Denker) 835 (C).
 — Antikörper (Capuani) 704 (C).
 — Arbeitsfähigkeit (Fraenkel) 699 (C).
 — Ausheilung (Nobel u. Seidmann) 947 (R 4364).
 — bakterizide Chemotherapie (Jessen) 699 (C).
 — basale (Dunham) 917 (R 4246).
 — Bazillenstämmen kindlicher (Opitz u. Sherif) 988 (R 4551).
 — B C G-Impfung (Kalbfleisch u. Nohlen) 699 (C).
 — B C G-Vakzine gegen die Kinder — (Gammeltoft) 588 (R 2677).
 — Bedeutung der Senkungsreaktion u. der Komplementablenkung (Stamm) 793 (C).
 — Beginn der menschlichen (Schulz) 834 (C).
 — Beginn u. Entwicklung der tertiären (Gassul) 752 (C).
 — Behandlung (Schröder) 837 (C).
 — Behandlung mit Allergin (Jousset) 524 (C).
 — Behandlung in der Unterdruckkammer (Singer) 554 (R 2519).
 — Behandlung der Lungen- und Kehlkopf — mit Schwermetallsalzen (Jessen u. Griesbach) 989 (R 4558).
 — Bekämpfung (Krutsch) 580 (R 2629).
 — Ickert) 748 (C).
 — (Huppert u. Gruschka) 810 (R 3678).
 — (Oertel) 1022 (C).
 — in Deutschland (Katerow) 883 (C).
 — im Freistaat Sachsen (Thiele) 558 (B).
 — in Italien (Burkard) 968 (C).
 — Beziehungen des akuten Infiltrates (Haeger) 834 (C).
 — Beziehungen zum vegetativen Nervensystem (Deisz) 722 (R 3282).
 — biologische Einwirkung der Röntgenstrahlen (Brdiczka) 870 (R 4017).
 — Calcium und Alkalireservebestimmung im Blute (Cantoni) 524 (C).
 — Chemotherapie (Hesse) 562 (C).
 — Diagnostik (Zerbe) 987 (R 4549).
 — Diagnostik der aktiven (Blackfan) 947 (R 4363).
 — Diagnostik frühzeitiger Infektion (Stobie) 901 (R 4152).
 — Diagnostik der beginnenden Knochen- und Gelenk — (Pitzen) 872 (B).
 — diagnostische Agglutination u. Vakzitherapie (Allard u. Wotzka) 856 (R 3924).
 — diagnostische Hilfsmittel (Williams u. Hill) 1071 (C).
 — Diätbehandlung (Ahringsmann) 925 (C).
 — Diätbehandlung (Salle) 1020 (C).
 — Diätbehandlung (Gerson) 1048 (R 4830).

Tuberkulose, Disposition (Huber)

- 699 (C).
- Einfluß der Bewegungen auf die Temperatur (Würtzen u. Holten) 722 (R 3290).
- Einfluß der Luftdruckerniedrigung (Singer) 699 (C).
- Ernährungsbehandlung (Sauerbruch) 834 (C).
- Ernährungsbehandlung (Sauerbruch) 878 (C).
- Ernährungsbehandlung (Sauerbruch) 925 (C).
- besondere Ernährungsart (Herrmannsdorfer) 901 (R 4151).
- Ernährungsproblem (de Raadt) 1022 (C).
- Erweichung (Pagel) 817 (R 3731).
- Friedmanmittel (Szalai) 945 (R 4353).
- frühe Formen (Kerestedshan) 705 (C).
- frühe beim Kinde (Goldstein) 1024 (C).
- Frühkindliche der Extremitäten (Simon) 1103 (R).
- Fürsorgestellen (Pitanga) 659 (C).
- Fürsorgestellen in Baden (Berg-Loeb) 722 (R 3285).
- Frühinfiltrat und Hochgebirgehaus) 521 (C).
- Fürsorgestelle Offenburg-Lahr (Schott) 521 (C).
- Fürsorgestelle des Landkreises Heidelberg (Hack) 521 (C).
- ländliche Fürsorge (Wilbrand) 521 (C).
- genitoperitoneale (Bridoli) 567 (C).
- geschlossene (Mikulowski) 858 (R 3930).
- Hämoptoe (Lindt) 857 (R 3928).
- Heilkostbehandlung nach Gerson (Gettkant) 1090 (R), (Schwalm) 1090 (R), (Sauerbruch) 1090 (R).
- Hepatitis (Hausmann) 1089 (R).
- Herzsyndrom in der — (Arróm) 986 (R 4539).
- lokale Immunisierung (Clausberg) 790 (C).
- pleurale Immunisation (Westenrijk) 1025 (C).
- Immunität (Selter) 901 (R 4150).
- Immunität (Krantz) 1019 (C).
- Immunität u. B. C. G.-Virulenz (Schnieder) 879 (C).
- „A O“-Impfung (Arima) 818 (R 3735).
- incipiens (Heimbeck) 770 (R 3508).
- Infektion (Schnieder) 836 (C).
- Infektion durch Milch (Wright) 982 (R 4514).
- Einfluß der Infektion auf den respiratorischen Stoffwechsel (Fischer u. Frommel) 925 (C).
- intestinale (Griffin) 987 (R 4546).
- Intestinalphose (Gwerder u. Kalmár) 987 (R 4547).
- intrathorakale (Schröder) 587 (R 2664).
- intrathorakale u. chirurgische (Ragolski) 902 (R 4153).
- Kapillaren und Thrombozyten bei kindlicher — (Giuffré) 926 (C).
- Kavernen (Szalitzer u. Hofstätter) 736 (R 3382).
- Kavernen (Jaquerod) 902 (R 4154).

Tuberkulose, kavernöse (Czygan)

- 607 (C).
- Kinder, die mit einem offentuberkulösen Verwandten die Wohnung (Braening u. Neumann) 629 (R 2855).
- Kindersterblichkeit in bazillenträgenden Familien (Parisot u. Saleur) 1025 (C).
- kindliche im Röntgenbild (Pickhan) 1019 (C).
- Klassifikation (Eufebach) 883 (C).
- Klassifikation (Hausmann) 971 (C).
- Komplementbindung (Schulte-Tigges) 969 (C).
- Komplementbindungsreaktion (Stengel) 527 (R 2323).
- Komplementbindungsverfahren nach Goldenberg (Schulte-Tigges) 798 (R 3593).
- Komplikationen (Campbell) 986 (R 4544).
- kongenitale (Struthers u. Mitchell) 1023 (C).
- kongenitale (Grosser) 1089 (R).
- Krankenhäuser (Deist) 1022 (C).
- künstliche Immunisierung (Ziegler) 587 (R 2667).
- künstliche Immunisierung (Kállós) 699 (C).
- Kupferbehandlung der chirurgischen (Strauss) 770 (R 3509).
- Langers Impfmethode (Gasul) 794 (C).
- Leberfunktionsprüfungen bei — (Barát u. Wagner) 699 (C).
- Lichtbehandlung (Kisch) 1020 (C).
- Erkrankung des Lymphdrüsen-systems (Schulz) 837 (C).
- Magensekretion (Törning) 770 (R 3510).
- Milchbehandlung (Bötticher u. Knüßli) 793 (C).
- Milzbehandlung bei Knochen- und Gelenk — (Kuss) 1021 (C).
- Milzdiät (Ruttgers u. Kamsler) 630 (R 2863).
- Mischinfektion (Rassers) 837 (C).
- Mittelgebirgsanstalten (Baer) 969 (C).
- Morbidität (Karliner) 568 (C).
- Mutter, die Hilfe für die — (Alfieri) 642 (R 2945).
- Mütter, Blutbild bei Neugeborenen und Brustkindern (Morosoa u. Raskina) 699 (C).
- Nerven- und Geisteskrankheiten (Thompsson) 902 (R 4155).
- offene (Gödde) 747 (C).
- Oxalaturie, vermehrte Oxalsäureausscheidung im Harn (Langer u. Littig) 967 (C).
- Pankreatitis bei allgemeiner — (Schuberth) 967 (C).
- pathologisch-anatomische Auffassungen (Benda) 748 (C).
- perifokale Entzündung (Hoke) 587 (R 2663).
- Perilobulitis (Sergent) 795 (C).
- pleuroperitoneale Koexistenz (Brody) 751 (C).
- postvakzinale der Brustdrüse (Pertille) 817 (R 3733).
- preventive Medizin (Williams u. Hill) 565 (C).
- Primärinfektion (Cummins) 795 (C).

Tuberkulose, Prophylaxe (Nobel)

- 836 (C).
- Reaktion nach Besredka (Grumbach u. Werner) 587 (R 2665).
- Einwirkung der Röntgenstrahlen (Brdiczka) 834 (C).
- Röntgentherapie der extrapulmonalen (Holfelder) 1104 (R).
- Röntgenserienuntersuchungen (Wieriorowski) 924 (C).
- sanatorische Heilung (Sobkewytsch) 752 (C).
- Sanierung der „offenen“ (Krutzsch) 967 (C).
- Sanocrysinbehandlung (Heaf) 703 (C).
- säurefeste Stäbchen im Stuhle (Zappa) 1048 (R 4834).
- Schutzimpfung mit B C G (Jenius) 699 (C).
- Schutzimpfung mit B C G (Kirchner u. Schnieder) 707 (R 3166).
- Schutzimpfung mit B C G (Weill-Hallé) 988 (R 4555).
- Schutzimpfungsversuche mit Kultur B C G und Kultur T B (Eichholtz) 924 (C).
- Schutzimpfung nach Langer (Makaroff u. Fedoroff) 587 (R 2666).
- Schutzimpfung nach Langer (Zadek u. Meyer) 1047 (R 4827).
- Schutzimpfung mit B C G, Schröderschem Impfstoff u. abgetöteten Tuberkelbazillen (Kirchner u. Newton) 707 (R 3167).
- Sepsis (Róth) 699 (C).
- Sonnenbehandlung (Deist) 960 (R 4446).
- Spitzen —, Infiltrate (Sprungmann) 721 (R 3283).
- Spontan tuberkulose der Affen (Kalbfleisch u. Nohlen) 790 (C).
- Sputumuntersuchungen (Bajza) 721 (R 3279).
- Sterblichkeit (Stradomskyj) 525 (C).
- Thorakektomie beim offenen Lungenödem ((Bérard) 882 (C).
- Erythropoese der Toxämie (Leibensohn) 972 (C).
- Trockenkostbehandlung bei Knochen- und Gelenk — (Karfiol) 519 (C).
- ultraviolette Strahlen (Blasi) 1048 (R 4829).
- Ultraviolettstrahlen bei der Kinder — (Alvarez) 1003 (R 4671).
- Vakzination mit B C G-Stamm (Weill-Hallé) 1050 (R 4847).
- Vakzine Anti-Alfa (Michel) 1090 (R), (Meyer) 1090 (R), (Orensanz) 1090 (R).
- Vakzinetherapie (Spronck u. Hamburger) 842 (R 3821).
- Virus, Mutation (Felsenfeld) 608 (C).
- Einfluß des Vitaminmangels (Hagedorn) 608 (C).
- Wasserstoffionenkonzentration im Blut (Kentzler u. Kallos) 837 (C).
- Wirkung des Seeklimas auf Knochen und Gelenk — (Bracher) 1048 (R 4830a).
- Zirkumzisions — (Zarubin) 721 (R 3278).
- Gesetzgebung (Sell) 521 (C).

- Tuberkulose, preußisches Gesetz (Quadflieg u. Buss) 521 (C).
- sozialhygienische Grenzbeziehungen (Herczeg) 614 (C).
 - Zwangsabsonderung asozialer (Kreuser u. Deuster) 810 (R 3679).
 - der Bronchialdrüsen, Pathologie u. Röntgenologie (Engel) 857 (R 3925).
 - des Bulbus (v. Hippel) 699 (C).
 - des Genitales (D'Aprile) 976 (R 4475).
 - der unteren Genital- und Darmabschnitte (Hinman) 970 (C).
 - der Hypophyse, Verkalkung von Riesenzellen (Löffler) 721 (R 3273).
 - der tracheobronchialen Drüsen (Hawes u. Friedman) 523 (C).
 - der Knochen, Granulationsgewebe der Fisteln (Gurewitsch) 858 (R 3932).
 - der Knochen- und Gelenke (Friesleben) 988 (R 4554).
 - des Larynx, Behandlung (Wotzilka) 849 (R 3868).
 - der Lunge (Gerhartz) 924 (C).
 - der Lunge, Diätbehandlung (Liesenfeld) 858 (R 3931).
 - der Lunge, diätetische Behandlung (Kretz) 836 (C).
 - der Lunge, Differentialzählung der Leukozyten (Brinkmann) 856 (R 3922).
 - der Lunge, Frühformen (Fraenkel) 857 (R 3927).
 - der Lunge, Frühinfiltrat (Moeller) 857 (R 3926).
 - der Lunge, Sauerstoffverlust des arteriellen Blutes (Pomplun) 878 (C).
 - der Lunge, Stickstoff u. Mineralstoffwechsel (Gherardini) 858 (R 3933).
 - der Lungenspitze (Bäumler) 858 (R 3929).
 - der Lunge, Situs inversus totalis mit offener — (Poepping) 834 (C).
 - der Lunge infolge von Dienstbeschädigung (Braeuring) 837 (C).
 - der Lunge mit Säureintoxikation (Pomplun) 834 (C).
 - der Niere (Rohrer) 851 (R 3885).
 - der Niere (Rudnick) 970 (C).
 - der Niere (Scholefield) 939 (R 4328).
 - der Prostata (Townsend) 839 (C).
 - der Schilddrüse (Budd u. Williams) 1071 (C).
 - der Säuglinge, Infektionsquellen (Stransky) 834 (C).
 - der Säuglinge, Infektionswege (Zarfi) 629 (R 2854).
 - bei Kindern (Vald) 794 (C).
 - des zentralen Nervensystems (Schdlowsky) 911 (R 4214).
 - bei Polyarthritiden (Riccielli) 524 (C).
 - in Strafanstalten (Kallweit) 563 (C).
 - als Berufskrankheit (Zadek) 1021 (C).
 - und Bronchiektasie (Bernard) 1047 (R 4826).
 - und Dengue (Craniotis) 524 (C).
 - und Industrie (Grünwald) 831 (O).
 - und Malaria (Godik) 928 (C).
- Tuberkulose und Psychopathologie bei Kindern (Ssucharewa) 598 (R 2741).
- und Schwangerschaft (Hannes) 888 (R 4075).
 - und Status lymphaticus (Lambea) 1056 (R 4885).
 - und Thyreoidea (Oksjusow) 525 (C).
- Tuberkulöses Frühinfiltrat (Schipper) 586 (R 2662).
- Tuberkuloseerreger (Lucksch) 924 (C).
- Tuberkulosereaktion, Wassermannsche (Gandenberger) 987 (R 4548).
- Tuberkuloseserum Thanatophthisin (Fecht) 989 (R 4559).
- Tuberkulosevirus (Thomsen) 838 (C).
- (Calmette, Valtis u. Saenz) 1071 (C).
 - Filtrabilität u. diaplazentare Uebertragung (Invernizzi) 858 (R 3937).
 - filtrierbare Elemente (Keller u. Wethmar) 707 (R 3168).
- Tuberositas later., Frakturen (Cubbins u. a.) 612 (C).
- Tularämie in Minnesota (Hanson u. Green) 1071 (C).
- Tumoren, intrakranielle (Davis) 565 (C).
- intrakranielle (Bailey) 749 (C).
 - intrakranielle ohne Stauungspapille (van Wagenen) 564 (C).
 - maligne, Strahlenbehandlung (Collin) 702 (C).
 - Prognose der malignen (Hueper) 1055 (R 4881).
 - Radikalheilung und Rezidive bei malignen (Pupovae) 843 (R 3832).
 - radiologische Behandlung der malignen — (Berven) 968 (C).
 - Wahl der Dosis und Strahlenhärte (Bardachzi u. Epstein) 1019 (C).
 - mit Entwicklung im Becken (Petit-Dutaillis) 928 (C).
- Tumorstadium, Einfluß des Serums anämischer Tiere (Brüda u. Koszler) 748 (C).
- Tumorzellen, Wärmeempfindlichkeit überlebender (Henning) 1056 (R 4884).
- Turnstunde in der Schule (Schlesinger) 749 (C).
- Tutokain (Leonhardt) 747 (C).
- Tutokainlumbalanästhesie (v. Konrad) 1022 (C).
- Typhoid-Keimträger (Hoalund) 1070 (C).
- Typhöse Erkrankungen, Hauteruptionen bei — (Rosenthal) 713 (R 3208).
- Typhöses Fieber im Kindesalter (Halpern) 1070 (C).
- Typhöse und paratyphöse Erkrankungen (Dikowski) 615 (C).
- Typhus (Le Clerc) 566 (C).
- (Harris) 612 (C).
 - (Schmidt) 796 (C).
 - Anomalien der Fieberkurve (Philibert) 896 (R 4127).
 - apyretischer (Bonanno) 796 (C).
 - Bazillenträger (Roesler) 853 (R 3901).
 - Behandlung (Buchstab) 525 (C).
 - Behandlung (da Rocha) 659 (C).
 - Blutkalzium (Rybina) 752 (C).
 - Endokarditiden (Nobécourt) 704 (C).
 - Epidemie (Falcao) 796 (C).
- Typhus, hämatologische Studien (Schagau) 991 (R 4576).
- Komplikationen bei Kindern (Mikulowski) 609 (C).
 - Morbidität und Typhus Schutzimpfung (Knorr) 717 (R 3252).
 - Morbidität in Hamburg (Sieveking) 610 (C).
 - orale Immunisation (Cluver) 765 (R 3475).
 - palpatorischer Schmerz in der rechten Fossa subinguinalis (Trussewitsch) 615 (C).
 - Auftreten von Paratyphus und Koliagglutinine (Gerbas u. Signa) 765 (R 3474).
 - Röntgenuntersuchung (Laurell) 1104 (R).
 - Serodiagnostik (Fischer u. Blank) 797 (C).
 - Serotherapie (Rodet) 928 (C).
 - Vakzinedarreichung per os (Alissow u. a.) 766 (R 3477).
 - mit Milchinjektionen (Silvestri) 717 (R 3251).
 - und Trinkwasser (Knorr) 746 (C).
 - in Palästina (Canaan) 834 (C).
 - exanthematicus s. a. Fleckfieber.
 - exanthematicus (Decourt) 581 (R 2635).
- Typhusbazillen (Fichera) 1073 (C).
- Anreicherung auf Farbstoffnährböden (Barth) 610 (C).
 - Dauerausscheidung (Decastello) 926 (C).
 - toxische Substanzen (Schwartzmann) 703 (C).
- Typhusbazilliose (Ravina) 882 (C).
- Überempfindlichkeit s. a. Anaphylaxie.
- Überventilation (Mandowsky) 768 (R 3495).
- (Raab) 878 (C).
- Ukraine, Kurortwesen (Turkeltaub) 840 (C).
- Ulcus, chirurgische Behandlung (Winkelbauer) 926 (C).
- carcinomatosum ventriculi (Albrecht) 870 (R 4025).
 - corneae rodens (Junius) 967 (C).
 - cruris (Sovy) 980 (R 4504).
 - cruris, Behandlung mit Zuckerlösung (Fedorowski) 713 (R 3209).
 - cruris, Blutzucker (Biberstein) 908 (R 4195).
 - cruris, Deckung rezidivierender mittels Lappenplastik (Peters) 886 (R 4055).
 - duodeni s. a. Duodenum.
 - duodeni, Behandlung (Cawadias) 612 (C).
 - molle, Epidemiologie (Buschke u. a.) 1073 (R 4766).
 - pepticum (Martin) 927 (C).
 - pepticum, Frühdiagnostik des perforierten — (Geier) 917 (R 4248).
 - pepticum, perforiertes (Ruhmann) 1046 (R 4820).
 - pepticum, Proteininjektionen (Shaine) 927 (C).
 - pepticum, radiologische Diagnostik (Oliver) 838 (C).
 - serpens, Prophylaxe mit Optochin (Rieger) 526 (R 2318).
 - Rezidiv. nahtfernes (Loenhard) 610 (C).

Ulcus, Rezidive nach Magenresektionen (Jansen) 569 (R 2554).
 — ventriculi, Schönungstherapie (Schäfer) 1007 (T).
 — vulvae chronicum (Joachimovits) 888 (R 4069).
 Ulcusepidemie (Uspenski u. Żykowa) 701 (C).
 Ulna, dorsale Luxation (Rippel) 519 (C).
 Ulnarnerve, Beschäftigungsdruckneuritis (Harris) 522 (C).
 Ultrafiltration (Mc Bain u. Kistler) 523 (C).
 Ultrarotsterilität (Cunningham) 612 (C).
 Ultraviolett (Lake) 1004 (R 4679).
 — in der Behandlung der Zahnkrankheiten (Frankel) 632 (R 2879).
 Ultraviolette Frequenzströme (Christie u. Loomis) 658 (C).
 — Strahlen, biologische Wirkungen. (Sonne) 826 (R 3800).
 — Durchlässigkeit von Geweben (Latzke) 644 (R 2958).
 — Einfluß auf die kutane Tuberkulinreaktion (Stoichi) 631 (R 2870).
 — Filtrierung des Auges vor schädigenden — (Trendtel) 656 (C).
 — Zinksulfidmethode zur Messung (Clark) 644 (R 2959).
 — Zufälle bei der Behandlung (Delaplace) 602 (R 2757).
 — bei Rachitis (Sonne) 783 (R 3587).
 — Strahlen in der Zahnheilkunde (Wollenberger) 969 (C).
 — in der Heilung der Syphilis (Lehner) 622 (R 2813).
 — von Sonne und Himmel, Beobachtungen mit der Zinksulfidmethode (Earp) 611 (C).
 — und Milch (Karsten) 1013 (T).
 Ultraviolettlicht, Durchtritt durch die Haut (Bachem) 599 (R 2744).
 — Wirkung auf das Blut (Dorne) 1001 (R 4650).
 — und Entstehung der Hautcarcinome (Rothman u. Bernhardt) 835 (C).
 Ultraviolettbehandlung in der Kinderheilkunde (Kuhns) 750 (C).
 — in der Oto-Rhino-Laryngologie (Cernach) 656 (C).
 Ultraviolettbestrahlte Fette und Schokolade (Ried) 792 (C).
 — Schokolade (Krasso) 792 (C).
 Ultraviolettbestrahlung (Weinbren) 915 (R 4242).
 Ultraviolettdurchlässiges Glas (Dorño) 879 (C).
 — Glas (Caldwell u. Denney) 1071 (C).
 Ultraviolettglas (Schmidt) 701 (C).
 Ultraviolettglühlampe (Rüttenauer) 656 (C).
 Ultraviolettlichtbestrahlung, Vitaminanreicherung durch — in Nährpräparaten (Tennenbaum) 1009 (T).
 Ultraviolettstrahlen, Wirkung auf das Gebiß (Földi) 924 (C).
 — bei Kindertuberkulose (Alvarez) 1003 (R 4671).
 Ultraviolettstrahlenbehandlung (Heald) 522 (C).

Umbrathor zur Pyelographie (Brednow) 562 (C).
 Umkehr-Extrasystolen (Fogelson) 563 (C).
 „Unden“ bei der Aufzucht von Frühgeburten (Martin) 656 (C).
 Undulierendes Fieber (Hardy) 565 (C).
 Uneheliche Kinder, Rechtsstellung (Mende) 792 (C).
 — in den Niederlanden (Gargas) 561 (C).
 Unfall Neurose (Scholtze) 700 (C).
 — und innere Krankheiten (Brox) 611 (C).
 Unfallbegutachtung (Kissinger) 879 (C).
 Unfälle, elektrische (Ranzi u. Cartellieri) 926 (C).
 — elektrische (Ranzi) 968 (C).
 — seelisch bedingte Organfunktionsstörungen nach — (Schenk) 702 (C).
 — bei Elektrisierung (Korotnew) 764 (R 3466).
 Unfallschädigung und Betriebsunfall (Baum) 734 (R 3373).
 Unfallfolgen (Zimmermann) 642 (R 2940).
 — (Dahs) 879 (C).
 Unfallheilkunde u. Syphilidologie (Michael) 1102 (R).
 Unfallversicherung, Ausdehnung auf Berufskrankheiten (Beintker) 968 (C).
 — Ausdehnung auf Berufskrankheiten (Hanauer) 968 (C).
 — Infektionsklausel (Michael) 1021 (C).
 Unguentum Eutirsoli (Schubert) 819 (R 3749).
 Ungues excavati (Hermans) 622 (R 2805).
 Unguis incarnatus (Hilse) 701 (C).
 Unterernährung der Kinder (Perlman) 990 (R 4565).
 Untergrundströme (Schubart) 879 (C).
 — (Bach) 879 (C).
 Unterkiefer, Aktinomykose (Siegel) 699 (C).
 — Kontinuitätstrennungen u. Defektbildungen (Sudeck u. Rieder) 608 (C).
 — Resektion (Wolf) 563 (C).
 — Resektion (Spanier) 1093 (R).
 — Selbsthalter für Narkotisierte (Staudt) 522 (C).
 Unterlappen-Spitzenprozesse (Barsony u. Koppenstein) 520 (C).
 Unterschenkel Amputation (Schrader) 1019 (C).
 — Frakturen (Levy) 561 (C).
 — Osteotomie (Aberle-Horstenegg) 886 (R 4059).
 — Geschwür (Soog) 980 (R 4504).
 Urachuscarcinom (Kieffeuthner) 701 (C).
 Urämie (Popper) 769 (R 3501).
 — eklamptische (Richter) 701 (C).
 — eklamptische nach follikulärer Angina (Swetschnikow) 614 (C).
 — Hirn nach — Uchida) 911 (R 4211).
 — Infusion von destilliertem Wasser (Oehlecker) 657 (C).
 — postoperative (van Houtegem) 563 (C).
 — stille (Reiche) 562 (C).

Urämie nach Nephrektomie (Aschner) 1023 (C).
 — und Salzgehalt der Hirnrinde (Kerpel-Fronius) 966 (C).
 Urämische Erkrankungen (Vinazzier) 985 (R 4534).
 Urannitrat, chronische Nephritis durch — (Mc Nider) 658 (C).
 Ureter (Goldstein) 808 (R 3667).
 — Anastomose (Keyes) 703 (C).
 — Anomalie (Haulon) 1071 (C).
 — Dilatation (Mc Myn) 853 (R 3899).
 — Doppel — (Callis) 982 (R 4511).
 — Einbrüche genitaler Eiterherde (Ottow) 927 (C).
 — Empyem (Warner) 793 (C).
 — Exstirpation wegen Papilloms (Thomson-Walker) 853 (R 3898).
 — Fisteln, unblutige Nierenaus-schaltung durch Röntgenbestrahlung (Conrad) 927 (C).
 — Freilegung (Boeminghaus) 579 (R 2622).
 — Karbunkel (Loucks) 1004 (R 4678).
 — Katheterschieber (Hennig) 1039 (R 4779).
 — Katheterisation (Borch-Johnsen) 838 (C).
 — Katheterismus (Valerio) 659 (C).
 — künstliche Erweiterung (Joseph) 1039 (R 4777).
 — Mesenchym in der Wand (Stieve) 1022 (C).
 — Mißbildungen (Davis) 838 (C).
 — Olithotomie (Oppenheimer) 715 (R 3236).
 — intramurales Papillom (Pflaumer) 715 (R 3237).
 — Polyp (Mayer) 522 (C).
 — puerperale Komplikation (Bokelmann) 879 (C).
 — Pyelographie (Worodruff) 939 (R 4323).
 — Röntgenographie (Goldstein) 959 (R 4439).
 — röntgenographische Diagnostik von Krankheiten (Nichols) 927 (C).
 — Ruptur, traumatische (Leguen) 1039 (R 4778).
 — Spülungsbougie (Ravich) 939 (R 4322).
 — Stein (Schmidt) 567 (C).
 — Steine (Görög) 580 (R 2624).
 — Stein (Gottlieb) 808 (R 3665).
 — Steine, instrumentelle Lösung (Schlagintweit) 701 (C).
 — Stein, Hypophysinbehandlung (Schöndube) 1039 (R 4776).
 — Steine, röntgenologische Diagnostik (Herman) 644 (R 2956).
 — Entfernung von Steinen aus der Pars pelvica des — (Easendraht) 658 (C).
 — Strikturen (Kümmel) 715 (R 3234).
 — Unterbindung der absterbenden Nierengefäße bei schmerzhafter Behinderung (Strassmann) 927 (C).
 — Verletzungen bei Operationen (Frigyesi) 525 (C).
 — Verschuß (Campbell u. a.) 535 (R 2386).
 — während der Schwangerschaft. (Hofbauer) 939 (R 4321).
 Ureterektomie (Blum) 708 (R 3181).
 715 (R 3235).

- Ureterende, Erweiterung des vesikalen (Minder) 1069 (C).
 Ureterenektopie (Kretschmer) 1024 (C).
 Uretermündungen, Dystopien (Schroeder) 1070 (C).
 Ureterovaginalfistel nach hoher Zangenentbindung (Watkins) 969 (C).
 Urethra (Pfeilsticker) 521 (C).
 — abnorme Gänge der Pars pendulans (Mc Kay) 852 (R 3891).
 — Anastomosebehandlung der Ruptur der Pars anterior (Young) 716 (R 3240).
 — Carcinom in der Pars posterior (Bieberbach) 809 (R 3676).
 — Divertikel der männlichen (Mc Kay u. a.) 612 (C).
 — Mißbildungen (Langer) 624 (R 2823).
 — röntgenologische Darstellung der männlichen (Dressler) 700 (C).
 — Ruptur (Abbott) 750 (C).
 — Sarkome (Puhl) 701 (C).
 — Stein (Macewen) 565 (C).
 — Stein (Grossmann) 1022 (C).
 — Stein der weiblichen (Garfalo) 610 (C).
 — Strikturen der weiblichen (Gorowitz) 793 (C).
 — Strikturen der weiblichen (Boyd) 1071 (C).
 — Verengung (Kroiss) 715 (R 3239).
 — Verschluss zur Behandlung bei männlicher Gonorrhöe (Badrian) 535 (R 2384).
 — Vorfall (Säuerlin) 674 (R 3057).
 — Zerreißen (de Courcy Wheeler) 852 (R 3892).
 Urethrale Elektrolyse (Valerio) 536 (R 2388).
 Urethritis - anterior, pharmakologische Provokationsprobe (Klein) 806 (R 3652).
 — Behandlung (Sabatucci) 928 (C).
 — simplex nach Diathermie (Joseph) 655 (C).
 — Behandlung (Sabatucci) 674 (R 3059).
 — genitale Störungen (Valverde) 751 (C).
 — bei Mädchen (Flusser) 788 (O).
 — durch Pneumobazillus (Singer) 614 (C).
 Uriage (Sappey) 971 (C).
 Urin s. Harn.
 Urinaltrakt, Obstruktion des unteren (Scott Pugh) 536 (R 2387).
 Urinohormone (Soloway) 982 (R 4513).
 Urobenyl (Bernstein) 792 (C).
 Urobilin (Pismareff) 972 (C).
 — Bestimmung im Harn (Leikola) 837 (C).
 Urogenitalsyphilis (Bernard) 1024 (C).
 Urogenitaltuberkulose, Blasensteinbildung (Minder) 1040 (R 4787).
 Urographie (Wesson) 939 (R 4324).
 Urolithiasis (Czickson) 927 (C).
 Urologie (Casper) 519 (C).
 — nichtoperative Eingriffe (Dourmashkin) 658 (C).
 — und Gynäkologie (Bonney) 810 (R 3677).
 Urologische Erkrankungen, Schmerzphänome (Grossmann) 1081 (R 4977).
 — Fälle (Hager) 970 (C).
 — Fälle, gynäkologisch — (Döderlein) 710 (R 3192).
 — Symptome (Nagorsky) 981 (R 4508).
 — Untersuchungs- und Operationsstuhl (Mulzer) 1021 (C).
 Uro-Med-Behandlung, Potenzierung kleinster Dosen (Kanellis) 879 (C).
 Urotropin Behandlung der Meningitis (Rostock) 798 (R 3599).
 — Nachweis im Liquor (Jung u. Volt) 905 (R 4171).
 Ursol Ueberempfindlichkeit (Mayer) 877 (C).
 Ursolasthma (Henkin) 525 (C).
 Ursolschäden in der Rauchwarenindustrie (Mayer u. Förster) 764 (R 3465).
 Urtikaria, generalisierte (Herz) 519 (C).
 Uterosalingographie (Jarcho) 881 (C).
 Uterozystographie (Steinharter u. Brown) 888 (R 4070).
 Uterus (Wolfe) 668 (R 3011).
 — Abszess (Wilmoth) 530 (R 2350).
 — Achsendrehung des graviden (Wiegels) 657 (C).
 — Adenocarcinom des Fundus — (Meigs) 927 (C).
 — Adenomyom (Borowski) 888 (R 4071).
 — Adenomyom (Baltzer) 975 (R 4471).
 — Adnexerkrankungen (Durlacher) 1031 (R 4724).
 — Agglutination des Orificium externum colli — (Moron) 532 (R 2362).
 — Antivirusbehandlung der ulzerierten Collumcarcinome (Hartmann u. a.) 530 (R 2346).
 — Bänder, Neubildungen (Goldschmidt) 837 (C).
 — Bewegungen und Eireife (Kok u. Seel) 748 (C).
 — bicornis unicollis (Mogid) 794 (C).
 — Blutungen (Linton u. a.) 565 (C).
 — Blutungen (Meigs) 1032 (R 4727).
 — Blutungen, hartnäckige (Sinkowski) 615 (C).
 — Blutungen, Behandlung durch Bestrahlung der Milz (Gál) 567 (C).
 — Blutungen in der Menopause (Lahm) 667 (R 3005).
 — Carcinom (Wintz) 1104 (R).
 — Behandlung (Nahmacher) 609 (C).
 — Behandlung (v. Mikulicz-Radecki) 836 (C).
 — Behandlung (Gauss) 1019 (C).
 — Frühdiagnostik (Novak) 565 (C).
 — Strahlenbehandlung (Döderlein) 836 (C).
 — Strahlenbehandlung (Wintz) 1019 (C).
 — Cervico-vaginale Fisteln (Levit) 933 (R 4282).
 — Collumcarcinom, elektro-Koagulation (Merlin) 530 (R 2347).
 — Collumcarcinom, Radiumbestrahlung (Lahm) 1019 (C).
 Uterus, Collumcarcinom, Strahlenbehandlung (Strassmann) 687 (R 3157).
 — Radiumapplikation beim Collumcarcinom (Fabio) 669 (R 3018).
 — Carcinom (Novak) 1032 (R 4729).
 — Diagnostik der Lageveränderungen (Benthin) 974 (R 4463).
 — didelphys, Schwangerschaft (Mills u. Strauss) 881 (C).
 — didelphys gravidus (Epstein u. Goldberg) 977 (R 4484).
 — Dilatation bei Abortausräumung (Walther) 532 (R 2361).
 — doppelter (Allen) 667 (R 3006).
 — Erkrankungen, Röntgentiefenbehandlung und Radium bei — (Martinvale) 1023 (C).
 — Erweiterung (Schmakyn) 752 (C).
 — Exstirpation, Ovarialfunktion nach — (Westmann) 975 (R 4467).
 — Exstirpation mit Erhaltung der Ovarien (Aschner) 933 (R 4283).
 — Fibrome (Neill) 602 (R 2755).
 — Fibrome (v. Fekete) 668 (R 3010).
 — Behandlung der Fibrome (Tropea) 619 (R 2784).
 — Funktion, Beziehungen zu den zyklischen Vorgängen an den Ovarien (Kok u. Seel) 1018 (C).
 — Gonorrhöe u. Retroflexio — (Liegner) 530 (R 2345).
 — Hämorrhagie, Strahlenbehandlung der — (Schmitz) 601 (R 2754).
 — Behandlung der Hämorrhagie (Norsworthy) 601 (R 2753).
 — Inversio — puerperalis (Sunde) 1035 (R 4747).
 — Lageveränderung (Benthin) 924 (C).
 — regionale Lymphdrüsen bei Carcinom (Leidenius) 927 (C).
 — maligne Geschwülste (Hirst) 794 (C).
 — Muskelfasern im schwangeren (Hofbauer) 523 (C).
 — Myome (Keene u. Block) 667 (R 3009).
 — Myome (Beuttner) 968 (C).
 — Myome, Strahlenbehandlung (Nemenow) 644 (R 2957).
 — Myome, verkalkte im Röntgenbild (Franke) 1069 (C).
 — Prolaps (Smith u. a.) 572 (R 2577).
 — Prolaps (Sztchlo) 1022 (C).
 — puerperale Inversion (Rabau) 935 (R 4295).
 — puerperale Inversion (Findley) 1035 (R 4748).
 — Radiumtherapeutische u. chirurgische Indikationen beim Carcinom coll. — (Fabiao) 524 (C).
 — Retroversio —, Behandlung (Fikonadze) 572 (R 2576).
 — Ruptur (Jaroschka) 521 (C).
 — Ruptur (Krukenberg) 835 (C).
 — Ruptur u. Pituitrinlösung (Mendenhall) 970 (C).
 — Sarkom (Corscaden) 530 (R 2348).
 — Sarkom (Gerich) 837 (C).
 — Sarkom (Brakemann) 923 (C).
 — Solenom (Roffo) 796 (C).
 — Spasmus des Cervix — (Green) 795 (C).

Uterus, Strahlenbehandlung bei den Adenoepitheliomen des — (Lacassagne) 836 (C).
 — maligner Tumor und Myom (Uddströmer) 619 (R 2786).
 — Verlagerungen (Ter-Gabrielan) 974 (R 4462).
 — Verschleppung von Geschwulstmaterial durch die Tuben (Vogt) 563 (C).
 — Zentren für den — (Ishikawa) 911 (R 4218).
 — Zyste (Wittenberg u. Slatmann) 880 (C).
 Uterusfundus, histopathologische Untersuchungen (Beuttner) 1021 (C).
 Uterushöhle, Infektion der graviden (Albert) 935 (R 4294).
 Uteruskanüle (Meaker) 881 (C).
 Uterusschleimhaut, pathologische Hyperplasie (Lahm) 837 (C).
 Uvalysat (Seegall) 747 (C).
 Vagina Aplasie, Baldwinsche Operation (Jeff Miller) 702 (C).
 — Atresie, Zervix-Damm-Fistel als Geburtsweg (Caffier) 978 (R 4487).
 — Bildung einer künstlichen (Rushmore) 975 (R 4468).
 — künstliche Bildung aus der Blase (Markoff) 524 (C).
 — Carcinom (Gorisontow) 568 (C).
 — Carcinom (Lövegren) 969 (C).
 — duplex mit Hydrokolpos (Descamps) 928 (C).
 — Einfluß der Ernährung auf die Selbstreinigung (Bauer) 1076 (R 4936).
 — Fluor, Trockenbehandlung (Alexander) 1069 (C).
 — Fremdkörper in der — (Gurewitsch) 758 (R 3427).
 — Instrument zum Zurückhalten (Rudolph) 794 (C).
 — Plastik (Novak) 1070 (C).
 — Prolaps (Sztehlo) 1022 (C).
 — Schleimhaut (Dierks) 933 (R 4281).
 — Selbstreinigung (Schultheiss) 879 (C).
 — Selbstreinigung (Bauer) 1068 (C).
 — Solirrigation (Chochlow) 705 (C).
 — Verletzung sub coitu (Pergament) 525 (C).
 — Zervizitis (Maher) 710 (R 3191).
 Vaginalausstriche (Meyer) 969 (C).
 Vaginale Totalexstirpation (v. Toth) 880 (C).
 Vaginismus, Ursachen und Behandlung (Knopf) 530 (R 2344).
 Vaginosymphatische Anastomosen (Leriche u. Fontaine) 796 (C).
 Vaguswirkung (Zondek) 833 (C).
 Vakatsauerstoff bei Fxikkose (Fucavama) 656 (C).
 Vakuum-Formalin-Desinfektion (Eskelund) 793 (C).
 Vakzination s. a. Pocken.
 — Calmette (Inclan) 1074 (R 4920).
 — zerebrale Komplikationen (Gins) 983 (R 4519).
 Vakzinationsencephalitis (Eckstein) 700 (C).
 Vakzine Anti-Aefa (Michel) 1090 (R).
 (Meyer) 1090 (R). (Orensanz) 1090 (R).

Vakzine zur Behandlung der Lobärpneumonie (Lamb) 1071 (C).
 — generalisierte (Spicca) 622 (R 2810).
 — generalisierte (Dickmann) 1091 (R).
 — generalisierte beim Neugeborenen (Milian) 704 (C).
 — des weiblichen Genitales (Fischer) 562 (C).
 — und Herpes (Zurukoglu) 610 (C).
 Vakzinebehandlung (Hektoen u. Irons) 565 (C).
 — Serodiagnostik (Bucura) 657 (C).
 Vakzinekondylome (Brain) 892 (R 4101).
 Vakzinetherapie (Bötscharnikow) 840 (C).
 — der Gonorrhoe (Demonchy) 839 (C).
 — der Tuberkulose (Spronck u. Hamburger) 842 (R 3821).
 Valsalva-Versuch (Korowaj) 568 (C).
 Varicocele idiopathica (Smirnoff) 1022 (C).
 Varicophtin, Krampfaderverödung mit — (Hesse) 748 (C).
 Variköse Ulzera (Thornton) 849 (R 3873).
 — Venen (de Takats) 565 (C).
 — Venen, Injektionsbehandlung (O'Neil) 566 (C).
 — Venen, Injektionsbehandlung (Kahle) 881 (C).
 — Venen der Beine, Behandlung (Kilbourne) 970 (C).
 — Venen, Stewartmethode (Stewart) 566 (C).
 Variköser Symptomenkomplex (Riehl) 563 (C).
 Varikozele, Zwillinge mit — (Laignel-Lavastine u. Papillault) 700 (C).
 Variola s. a. Pocken.
 — (Ichok) 1072 (C).
 Varizellen s. a. Windpocken.
 — Gelenkkomplikationen (Martin) 940 (R 4334).
 — spezifische Prophylaxe (Tscherkassow) 525 (C).
 — Schutzimpfung (Siegl u. Rupilius) 699 (C).
 — Schutzimpfung (Sehestedt) 1021.
 Varizen Behandlung (Siebner) 569 (R 2552).
 — Behandlung durch Sklerosis (Pritty) 708 (R 3182).
 — Injektionsbehandlung (Coopman) 612 (C).
 — Injektionsbehandlung (Cooperman) 663 (R 2983).
 — intravenöse Injektion (Immel) 1068 (C).
 — Verödungstherapie (Wreszynski) 519 (C).
 — Verödungstherapie (Gamberini) 761 (R 3443).
 — Verödungstherapie (Baetzner) 837 (C).
 Vasano (Joel) 646 (T).
 — (Metzler) 879 (C).
 Vasonol (Greul) 791 (C).
 Vegetative Gifte (Ostrowski) 634 (R 2887).

Vegetative Mittelhirnzentren (Hess) 1057 (R 4890).
 — Neurose Hoffstaedt) 879 (C).
 — Zentren (Nicolesco) 1025 (C).
 — Zentren des Mittelhirns (Schwabbauer) 928 (C).
 Vegetativ-endokrines System als Regulator (Alpern u. a.) 924 (C).
 Vegetatives Nervensystem s. a. Nervensystem.
 — (Frolow) 525 (C).
 — (Katona) 567 (C).
 — (Weinstein) 705 (C).
 — (Berland) 972 (C).
 — (Stöwsand) 1068 (C).
 — bei Katatonikern (Gordonoff u. Walther) 725 (R 3310).
 — Beziehungen zur Sensibilität (Foerster u. a.) 880 (C).
 — und Blutlipide (Tutkewitsch) 923 (C).
 — System, Beeinflussung durch Röntgenstrahlen (Gabriel) 1020 (C).
 Vena-azygos, Lobulus (Gallino) 751 (C).
 Vena portae, kavernöse Veränderungen rund um die — (van Crefeld) 880 (C).
 Venektasie (Zukschwerdt) 699 (C).
 Venen, künstliche Verödung (Schwarz u. Ratschow) 837 (C).
 — und Arterienpuls, Registrierung (Nesterow) 968 (C).
 Venenstörungen, Pankreasmedikation bei chronischen — (Quiserne) 928 (C).
 Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie (Martens) 803 (R 3633).
 Venerische Krankheiten, Arbeitsunfähigkeit (Levy-Lenz) 735 (R 3379a).
 Venöse Stauung, Flüssigkeitsaustausch zwischen Blut u. Gewebe (Engel) 560 (C).
 Ventilröhren (Finzi) 969 (C).
 Ventralhernie (Denmer) 656 (C).
 Ventricle gauche en oeuf (Patino-Mayer) 1085 (R 5013).
 Ventrikel, Tumoren in der Gegend des dritten (Fulton u. Bailey) 731 (R 3356).
 — Zyste des dritten (Drennan) 795 (C).
 Ventrikelelektrokardiogramm (Otto) 927 (C).
 Verätzungen (Thies) 655 (C).
 Verbrecher, Hirn u. Veranlagung (Flesch) 691 (B).
 Verbrecherisches Kind vor Gericht (Hoidberg) 751 (C).
 Verbrechertum, jugendliches (van der Zyl) 782 (R 3577).
 Verbrennungen, Behandlung (Ostrowski) 971 (C).
 — Behandlung mit Acid. tannicum (Montgommery) 658 (C).
 — Tanninsäurebehandlung (Hutton) 849 (R 3874).
 Verbrennungstod (Schreiner) 534 (R 2378).
 Verbrennungswunden, Tetanus im Anschluß an — (Schreiner u. Stocker) 1075 (R 4927).
 Verchromungsanlagen (Förster) 1070 (C).
 Verdauung, Pathologie (Rosell) 795 (C).

- Verdauungsapparat, Elektrotherapie bei Erkrankungen (Hollenfeltz) 658 (C).
- Verdauungskanal (Todd u. Kuenzel) 1024 (C).
- (Kuenzel u. Todd) 1071 (C).
- Fremdkörper (Garrone) 627 (R 2846).
- mechanische Zerkleinerung der Speisen (Heupke) 655 (C).
- Verdauungstrakt, Einfluß psychischer Faktoren (Alvarez) 970 (C).
- Verdauungskrankheiten, Uebersichtsreferat (Fiegl) 695 (O).
- Verdauungsorgane, Sekretionstätigkeit (Müller u. Hölscher) 654 (C).
- Vererbung geistiger Eigenschaften (Leven) 879 (C).
- Vererbungslehre (Stern) 562 (C).
- und Geisteskrankheiten (Kahn) 562 (C).
- Verjüngungsmethoden (v. Vamossy) 925 (C).
- Verkrümmungen (van Assen) 969 (C).
- Vermix caseosa (Meyerhofer) 926 (C).
- Veronal (Dannemann) 726 (R 3318).
- Vergiftungen (Balázs) 614 (C).
- Verrenkungen (Speed) 658 (C).
- Behandlung (Ewald) 689 (B).
- Verruga peruviana (da Cunha) 796 (C).
- peruviana (Shannon) 881 (C).
- Verschickung, Rolle des Schularztes (de los Terreros) 1072 (C).
- Versicherte Bevölkerung, Gesundheitsfürsorge (Grünwald) 745 (O).
- Versicherungsgrenze, Verdiensthöhe (v. Frankenberg) 685 (R 3142).
- Versorgungskrankengeld (Bültmann) 700 (C).
- Versuchspersonen, entspannte und versenkte (Binswanger) 521 (C).
- Vertrauensarzt der Krankenkassen (Oknass) 1021 (C).
- in der Krankenversicherung (Tröscher) 556 (R 2529).
- Verwachsungen s. Adhäsionen.
- Vesiko-ureteraler Rückfluß (Lundberg) 623 (R 2919).
- Vesikovaginalfistel (Sears) 888 (R 4068).
- (Farman u. Thompson) 1024 (C).
- Vestibularisreizung (Grahe) 519 (C).
- Vigantol (Rodecurt) 681 (R 3109).
- (Schoenholz) 774 (R 3527).
- (Hermann) 993 (R 4594).
- Prophylaxe (Eufinger u. a.) 548 (R 2479).
- Rachitisbehandlung mit — (Aurhammer u. Kollmann) 632 (R 2874).
- Schädigung der Niere (Putscher) 949 (R 4376).
- Wirkung auf Knochen und Zähne (Weinmann) 520 (C).
- Virulenz Bestimmung (Kolle) 609 (C).
- Virus (Rivers) 970 (C).
- Viskosität des Blutserums (du Nony) 565 (C).
- Viszerale Schmerzzustände (Sicard u. Lichtwitz) 704 (C).
- Viszerographische Methode (Danielopolu) 520 (C).
- Viszeroptosis (Bortz) 1071 (C).
- Vitacalzin bei Lungentuberkulose (Grossmann) 562 (C).
- Vitamin s. a. Avitaminosen.
- (Behrendt) 836 (C).
- der Fruchtbarkeit (Rio) 683 (R 3128).
- A als antiinfektiöses Agens (Pagnier) 1083 (R 4989).
- im Retinagewebe (Holm) 753 (R 3393).
- A und D bei Gravscher Erkrankung (Fraser u. Cameron) 1023 (C).
- und Fetus (Vogt) 1097 (R).
- B — in der Säuglingsnahrung (Dennett) 588 (R 2674).
- D (Coward) 794 (C).
- Nachweis (v. Leersum) 927 (C).
- Vitaminanreicherung durch Ultraviolettlichtbestrahlung in Nährpräparaten (Tennenbaum) 1009 (C).
- Vitamine, wasserlösliche (Kollath) 607 (C).
- in ihrer Bedeutung für die Zähne (Walkhoff) 690 (B).
- Wirkung auf die Ovarien (Adler u. Böltine) 656 (C).
- Vitesterole (Casuso) 659 (C).
- Vitiligo (Fischer) 746 (C).
- und Sommerprurigo (Weinberger) 892 (R 4100).
- Vivocoll (Pfitzner) 657 (C).
- Volksschulkinder, Größe und Gewicht (Stein) 577 (R 2606a).
- Voloulus der Flexeur (Plaut) 700 (C).
- Vorhofflimmern s. a. Herz.
- Behandlung (Turkeltaub) 984 (R 4528).
- Wirkung der CO₂-Bäder (Turkeltaub) 768 (R 3490).
- Vorhofs-Kammer-Leitung, gestörte bei rheumatischem Fieber (Levy u. Turner) 703 (C).
- Vorkammer-Kammerblock (Brandenburg) 1068 (C).
- Vulva, Diphtherie (Paolini) 613 (C).
- Kraurosis — (Graves) 970 (C).
- Kraurosis — (Terruhn) 974 (R 4465).
- teleangiektatisches Granulom (Isbruch) 564 (C).
- chronisches Ulcus (Joachimovits) 888 (R 4069).
- vitiliginöse Leukopathia — (Terruhn) 975 (R 4466).
- Vulvitis, leukoplakische (Taussig) 1031 (R 4726).
- bei Mädchen (Flusser) 788 (O).
- Vulvovaginitis s. a. Gnorrhoe.
- Gonorrhoea (Spanier) 1092 (R).
- mykotische (Popoff u. a.) 974 (R 4464).
- Wachstum s. a. Entwicklung.
- körperliche.
- (Berliner) 929 (R 4258).
- Störungen durch Röntgenbestrahlung (Krukenberg) 557 (R 2539).
- von Knaben (Freemann u. a.) 794 (C).
- und Entwicklung (Borchardt) 546 (R 2460).
- und Stoffwechsel (Neuhaus) 551 (R 2497).
- Wachstumsstörungen durch Röntgenbestrahlung (Försterling) 702 (C).
- Wackelkopf (Bogier) 990 (R 4564).
- Waldenburg, Gesundheitsverhältnisse (Rodenwald) 1021 (C).
- Waldkräuteresenzen (Longin) 613 (C).
- Wanderniere u. Mesenterialzyste (Ladwig) 657 (C).
- Wärme s. a. Kalorimetrie.
- und Giftgase, Wirkung (Leites) 923 (C).
- Wärmeisolierung der Kleidungsstoffe (v. Vintschger) 607 (C).
- Wärmeregulation (Marschak u. Duchelski) 735 (R 3375).
- Wärmeurikaria (Lehner u. Rajka) 524 (C).
- (Lehner u. Rajka) 1079 (R 4962).
- Warzen (Fox) 658 (C).
- Behandlung durch Suggestion (Moos) 792 (C).
- Warzenaussaat in Tätowierungen (Moshajew) 713 (R 3206).
- Wasser- und Kochsalzumsatz beim Säugling (Rominger u. a.) 749 (C).
- und Mineralhaushalt (Klinke) 792 (C).
- und Mineralstoffwechsel (Meyer-Bisch) 1068 (C).
- Wasserausscheidung, extrarenale (Heller u. Natanson) 520 (C).
- des Säuglings (Bratusch-Marrain) 607 (C).
- Wasserhaushalt (Schlayer) 968 (C).
- (Dresel u. Leitner) 1097 (R).
- Störungen (Zondek) 1022 (C).
- Wassermann Reaktion (Ciambelotti) 615 (R 2759).
- (Plaut) 707 (R 3169).
- (Crohn) 938 (R 4316).
- pseudopositive (Lemez) 763 (R 3457a).
- im Blute (Carrera) 524 (C).
- in der Frauenmilch (Jarcho) 1028 (R 4695).
- (Marsh) 1070 (C).
- Untersuchung (Ewing) 522 (C).
- Untersuchung mit getrocknetem Menschenserum (Ruediger) 564 (C).
- Wassermannfeste Syphilis (Cady) 893 (R 4111).
- Wasserstoffionenkonzentration (Westenbrink) 749 (C).
- Bestimmung (Leikola u. Noponen) 837 (C).
- der Haut (Marchionini) 1067 (C).
- im Bindehautsack (Lipschütz) 1020 (C).
- Wasserstrahlmilchpumpe (Thoenes) 879 (C).
- (Scheer) 1021 (C).
- Wasserstrahlpumpe (Moll) 968 (C).
- Weber-Ramstaedtsche Operation (Seifert) 926 (C).
- Wechseljahre (Gabschuss) 1005 (B).
- Beschwerden (Oppenheim) 748 (C).
- Weibes Leib und Leben (Nassauer) 738 (B).
- Weibliche Lebensformen (Hirsch) 607 (C).
- Weichteilbruch, Reponierung (Schmidt) 614 (C).
- Weilsche Krankheit (Strasburger u. Thill) 791 (C).
- Wein Nährwert (Alquier u. Loeperund) 1097 (R).

- Weisheitszähne, Durchbruch (Albernaz) 751 (C).
Wendung auf den Kopf (Thoms) 657 (C).
— äußere bei Steißlage (Petrone) 576 (R 2602).
Wespenstich, generalisierte Urtikaria nach — (Schaefer) 834 (C).
Wiederbehebungsapparat (Loewe) 702 (C).
Wiener Straßenbahnangestellte (Brezina u. Waste) 923 (C).
Wiesendermatitis (Fessler) 791 (C).
Winde, Einfluß auf den Gesundheitszustand (Winckler) 520 (C).
Winterbrechdurchfall (Goldstein) 680 (R 3103).
Wirbel, kavernöses Hämangiom (Bailey u. Bucy) 1071 (C).
— Sakralisation des 5. Lumbal — (Ingebrigtsen) 886 (R 4051).
— Sarkom (Gorlitzer) 974 (R 4460).
— Tuberkulose, Frühdiagnostik (Sgallitzer) 1020 (C).
— Verkalkung (Polgar) 1068 (C).
Wirbelangiom (Makrycostas) 909 (R 4203).
Wirbelanomalien (Willis) 617 (R 2774).
Wirbelarthropathie bei Tabes dorsalis (Löwenberg u. Wehmer) 1068 (C).
Wirbelnfortsatz, Bruch durch Muskelzug (Boss) 561 (C).
Wirbelkörperfrakturen (Kingreen) 870 (R 4018).
Wirbelsäule, Anomalien (Bohart) 523 (C).
— deformierende Prozesse (Gantenberg) 561 (C).
— Echinokokkus der — (Denk) 756 (R 3407).
— Erkrankungen, Frühdiagnostik (Messel) 664 (R 2989).
— Erkrankungen und Deformitäten (Steindler) 784 (B).
— extraartikuläre Arthrodese (Gratz) 612 (C).
— Gefäßgeschwülste (Putschar) 837 (C).
— Knorpelknötchen (Brack) 734 (R 3373a).
— lordotische und kyphotische Einstellung (Becker) 925 (C).
— Osteomalazie (Kreuzer) 657 (C).
— Osteomyelitis (Radl) 664 (R 2990).
— Osteomyelitis (Snamenski) 883 (C).
— osteophytische Gelenkentzündung (Villacián) 751 (C).
— pathologische Anatomie (Schmorl) 748 (C).
— Radikulärsyndrom bei der hypertrophischen Osteoarthritis (Gunther u. Kerr) 703 (C).
— Schwerverletzte (Dabs) 914 (R 4237).
— Tuberkulose (Knüsli) 818 (R 3736).
— Tuberkulose (Sever) 1071 (C).
— Tumoren, Röntgenbehandlung (Kingreen) 842 (R 3826).
— Verbiegungen (Fenkner) 801 (R 3616).
— Verkalkung der Bandscheiben (Sporl) 834 (C).
— Verletzung (Wehner) 700 (C).
— Zystenbildung (Rocher) 704 (C).
Wirbelsäule bei Arbeitern (Cushway u. Maier) 529 (R 2338).
Wirbeltierextremität (Mangold) 1068 (C).
Wirkungstypen (Kötschau) 518 (C).
Wismut absorbiert? (Erdman) 970 (C).
— intramuskuläre Anwendung (Larson) 591 (R 2698).
— Injektionen, rezidivierendes Hämatom der Sakralgegend (Milian) 704 (C).
— wasserlösliches (Hanzlik u. a.) 970 (C).
Wismutbehandlung des Carcinoms (Lasch u. Neumann) 591 (R 2697).
— der Syphilis (Lomhold) 1038 (R 4773).
— Calomel-Verbindung bei der Behandlung der Syphilis (Gros) 951 (R 4385).
Wismutdepot, Verteilung bei intramuskulärer Injektion unlöslicher Salze (Schreu) 834 (C).
Wismutembolie (de Castro) 613 (C).
Wismutinfrakte (Lomhold) 1081 (R 4976).
Wismutpräparate (Montlaur) 613 (C).
Wochenbett Erkrankungen (Tonsinsin) 794 (C).
— Morbidität (Kupferstein) 658 (C).
— Sterblichkeit (Eden) 795 (C).
— Verlauf (Schultheiss) 748 (C).
Wochenbettfieber, Behandlung (van Camoenberghe) 1051 (R 4852).
Wohlfahrtspflege, freie (Harmsen) 519 (C).
Wohnungsverhältnisse im Deutschen Reich (Meier) 519 (C).
Wolffscher Körper, Tumor abdominalis vom — abstammend (Brouha u. Gosselin) 658 (C).
Woodsche Lampe (Margarot) 703 (C).
Wörterbuch, medizinisches (Fenner) 1006 (B).
Wortstummheit (Feist u. Sittig) 748 (C).
Wundbehandlung (Manger) 656 (C).
— (Faykiss) 796 (C).
Wundheilung und Säurebasengleichgewicht (Kalk) 655 (C).
Wundinfektion (Swindt) 611 (C).
— anaerobe (Knoffach) 699 (C).
Wundklammern, Instrument zum Anlegen und Entfernen (Secor) 658 (C).
Wünschelrute (Bach) 879 (C).
— (Schubart) 879 (C).
Würmerinfektion (Hawrylow) 545 (R 2447).
Wurmfortsatz s. Appendix.
Wurmkrankheit bei Kindern (Davidsohn) 883 (C).
Wurzel, Resorption (Wendt-Dimkowa) 747 (C).
Wurzelbestrahlung junger Lupinenpflanzen (Küste) 834 (C).
Wutkrankheit s. Tollwut.
Xanthämie (William, Boeck u. Yater) 1071 (C).
Xanthin enthaltender Nierenstein (Aschner) 1023 (C).
Xanthomatose (Henschen) 1070 (C).
Yatren (Gessner) 607 (C).
— bei Dysenterie (Hillebrecht) 1012 (T).
Yttrium (Steidle u. Ding) 560 (C).
Yusterscher Handreflex (Perényi) 797 (C).
Yxin (Fiedler) 879 (C).
Yxinsalbe (Bors u. Fohl) 791 (C).
Zähne, ausgebrochene (Reuter) 702 (C).
— retinierte (Lintz) 903 (R 4162).
— Struktur bei Avitaminosen (Solkower) 883 (C).
Zahnanomalien bei Idioten und Imbezillen (Mauss) 948 (R 4372).
Zahnärztliche Behandlung (Szekely) 609 (C).
Zahnaufnahmen, intraorale (Rona) 1020 (C).
Zahnausfall bei Syphilis (Euler) 632 (R 2877).
Zahnerosionen (Benrath) 608 (C).
Zahnersatz (Haber) 561 (C).
Zahnfieber (Helmerich) 746 (C).
Zahnfleisch Fibromatosis (Begelmann) 699 (C).
— Hypertrophie (Perkoff) 772 (R 3519).
Zahnkaries, Bakteriologie (Hess) 609 (C).
— und Ernährung (Isaachsen) 794 (C).
Zahnstellung, Vererbung von Anomalien (Kadner) 747 (C).
Zahnstellungsanomalien, Vererbung von — (Kadner) 861 (R 3935).
Zahnwechsel als Entwicklungsmerkmal (Jonoff) 680 (R 3106).
Zange, Zweifelsche (Bardenheuer) 532 (R 2363).
Zangenentbindung, Uterovaginalfistel nach hoher (Watkins) 969 (C).
Zangenbeur, Peroneuslähmung nach — (Sunde) 702 (C).
Zangenoperation am hochstehenden Kopf (Döderlein) 1034 (R 4742).
Zaponlack, Gesundheitsgefahren beim arbeiten mit — (Banik) 702 (C).
Zehe, versteifte große (Mills) 658 (C).
— Verstauchungen und Verletzungen (Thompson) 658 (C).
Zehennagel, eingewachsener (Graham) 658 (C).
Zehenphänomene (Goldblatt) 954 (R 4413).
Zehenverlust, stellvertretende Hypertrophie der Metatarsalia (Schnek) 880 (C).
Zeigerversuch (Goldstein) 822 (R 3765).
Zellentheorie (Collin) 704 (C).
Zellkörperagglutination (Nelson) 612 (C).
Zellulinderienschnitte (Fowler) 1024 (C).
Zentralheizungsanlagen (Remund) 968 (C).
Zentralnervensystem, Wirkung des Rückfallfiebers auf die syphilitische Infektion des — (Kritschewski) 748 (C).
— Tumoren (Veraguth) 967 (C).
— Tumoren (am Nonne) 999 (R 4633).
— Zuckerstoffwechsel bei Erkrankungen des — (Teschler u. Mittag) 967 (C).
Zentrodermosen (Lipschütz) 746 (C).
Zerebralparalyse, Frühkontraktur (Dawidenkow) 700 (C).
Zerebrospinalflüssigkeit s. Liquor.

- Zerebrospinalmeningitis, Serumbehandlung (Benjamin) 564 (C).
 Zervikalkatarh, Elektrobehandlung (Orr White) 522 (C).
 Zervix Carcinom (Novak) 1032 (R 4729).
 — Einfluß von Röntgenstrahlen und Radium auf die Harnblase (Kychlowski) 524 (C).
 — Hysterektomie wegen — (Keller) 882 (C).
 — transperitoneale Radiumbehandlung (Asherson) 970 (C).
 — Radiumbehandlung (Bowling u. Fricke) 1004 (R 4676).
 — als Schwangerschaftskomplikation (Mc Glinn) 1032 (R 4730).
 — unter der Geburt (Loiseaux) 802 (R 3629).
 Zervixdiszission (Capaldi) 1021 (C).
 Zervixgonorrhöe, Behandlung (Simpson) 713 (R 3213).
 Zervicitis, Behandlung (Helvestine u. Farmer) 801 (R 3618).
 — Koagulation durch Diathermie (Ende) 801 (R 3619).
 — und Carcinom (Villard u. Montel) 882 (C).
 Ziegenmilch s. Milch, Ziegen.
 Ziegenpeter s. Parotitis epidemica.
 Zigarettenrauchen (Winterstein u. Aronson) 609 (C).
 Ziliarterien, pulsatorische Lokomotion an den vorderen — (Streiff) 967 (C).
 — Ziliargefäße (Fuchs) 1018 (C).
 Zinkdampfschäden (Orator) 563 (C).
 Zinkionisation in Beziehung zur Otorrhöe (Friel) 564 (C).
 Zinkseifensalbe (Martinofti) 993 (R 4593).
 Zinkstaub, Einfluß auf den Gesundheitszustand der Arbeiter (Nuck u. a.) 610 (C).
 Zinntherapie pyogener Erkrankungen der Haut (Orbach) 747 (C).
 Zirbel, Ganglienzellen als Bestandteil der — (Kolmer) 926 (C).
 Zirbeldrüse s. a. Epiphyse.
 — röntgenologischer Nachweis (Rothmann) 915 (R 4244).
 — Tumoren (Glaser) 1056 (R 4888).
 Zirkulationsapparat (Bouchaert) 613 (C).
 Zirkulationsstörung, Psyche der — (Ehrström) 793 (C).
 Zirkulatorische Störungen der Extremitäten (Rechtman) 856 (R 3920).
 Zirkumzision (Valerio) 659 (C).
 — (Tant) 795 (C).
 — (Pollack) 1024 (C).
 — elektrische (Walker) 1023 (C).
 Zirkumzisionstuberkulose (Zarubin) 721 (R 3278).
 Zirrhose, ikterogene (Acunia u. a.) 751 (C).
 Zisterna cerebellomedullaris bei Hydrocephalus (Dietrich) 911 (R 4220).
 Zisternale u. subokzipitale Punktion (Saunders u. Riordan) 927 (C).
 Zisternen Punktion (Plaut) 562 (C).
 — oder Subokzipitalpunktion (Mermesheimer) 872 (B).
 Zittern (Benon) 928 (C).
 Zivilisationseuchen (v. Angerer) 698 (C).
 Zona, physiotherapeutische Behandlung (Vignal) 566 (C).
 Zondeck-Aschheimsche Schwangerschaftsreaktion (Brühl) 531 (R 2358).
 Zoster (Glaubersohn) 608 (C).
 — Aetiologie u. Klinik (Levin) 785 (O).
 Zosterfrage (Glaubersohn u. Melnik) 849 (R 3870).
 Züchtungsversuche mit menschlichem Gewebe (Castrén) 969 (C).
 Zucker s. a. Blutzucker, Glykämie, Glykose.
 — im Harn durch Insulininjektion (Wiechmann) 655 (C).
 Zuckerausscheidung und Blutzuckerspiegel (Peiser) 1069 (C).
 Zuckergehalt des Blutes, Einfluß verschiedener Substanzen (Wantoch) 877 (C).
 — des Blutes, Einfluß des Großhirns auf den — (Daniel u. Maxim) 967 (C).
 Zuckerrübenbetrieb, Abwässer des — (Saitzew) 660 (C).
 Zuckerstoffwechsel, Wirkung der Hodensubstanz auf den — (Verda u. a.) 612 (C).
 — bei Erkrankungen des Zentralnervensystems (Teschler u. Mittag) 967 (C).
 — unter dem Einfluß oxydationshemmender Gifte (Bornstein u. Rose) 1067 (C).
 — und Wasserhaushalt (Taterka) 994 (R 4600).
 — und Wasserhaushalt (Taterka u. Oesterreicher) 813 (R 3703).
 Zuckertoleranz und Hypertension bei Kataraktpatienten (Blaisdel) 523 (C).
 Zunge, Abszeß (Galzignano) 613 (C).
 — Carcinom, osteoplastische Operation (Nasarow u. Ruschewa) 561 (C).
 — Fremdkörper (Déjardin) 1072 (C).
 — Röntgenbehandlung der Tuberkulose der — (Eghiaïan) 643 (R 2948).
 Zungenrücken, mediane Warzen (Audry) 613 (C).
 Zwangsabsonderung (Güterbock) 969 (C).
 Zwangsneurose (Werberg) 913 (R 4233).
 Zweifelsche Zange (Bardenheuer) 532 (R 2363).
 Zwillinge, Ernährungsstudien an eineiigen (Bernheim-Karrer) 563 (C).
 — Studien an jugendlichen (Meyer) 793 (C).
 — Wachstum (Orel) 749 (C).
 Zwillingsspaar, diskordantes eineiiges (Burkhardt) 906 (R 4179).
 Zwischenhirn, Einfluß auf den Gesamtstoffwechsel (Grafe u. Grünthal) 595 (R 2721).
 — Einfluß auf den respiratorischen Stoffwechsel (Grünthal u. a.) 1018 (C).
 — Erkrankung, Muskeldystrophie bei postencephalitischer — (Schilder u. Weissmann) 598 (R 2737a).
 Zwölffingerdarm Ulcus, Faltungstamponade (Roth) 657 (C).
 Zyankali Vergiftung (Tassart) 549 (R 2484).
 — Wirkung auf Krebsgewebekulturen (Németh) 614 (C).
 Zyanose, angeborene (Nobécourt) 1050 (R 4843).
 Zyanwasserstoffbehandlung von Wohnungen, Blausäurevergiftung (Naeslund) 905 (R 4174).
 Zykloide, psychomotorische Aeußerungen (Katzmann) 563 (C).
 Zykloiderkrankung (Büchler) 797 (C).
 Zyklophrenie (Schewelew) 825 (R 3787).
 Zyklothymie (Kahn) 781 (R 3572).
 Zyklusinsuffizienz (Loewe u. Voss) 561 (C).
 Zylotropin Injektionen (Gebele) 1021 (C).
 Zysten der Knochen (Papadopoulos) 704 (C).
 Zystenbildungen im Gebiet des weiblichen Genitaltrakts (v. Zalewski) 668 (R 3016).
 Zystenniere (Mursell) 800 (R 3606a).
 — chirurgische Eingriffe (Meltzer) 799 (R 3606).
 Zystinurie (Sum-Schick) 1070 (C).
 Zystitis (Mallese-Le Roy) 660 (C).
 — Behandlung mit Ormizetten (Schierenberg) 791 (C).
 — Behandlung mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka (Leuchtenberger) 715 (R 3229).
 — dissecans gangraenescens (Maluschew) 519 (C).
 — retroperitonealis (Gurewitsch) 793 (C).
 — tuberculosa (Haslinger) 853 (R 3897).
 — als Grippekomplikation (Wijltlandt) 610 (C).
 — bei Mädchen (Flusser) 788 (O).
 Zystizerken, verkalkte in der Muskulatur (Hinrichsen) 562 (C).
 Zystographie mit chronischer Pyurie (Riis) 702 (C).
 Zystometrische Diagnostik der Syphilis (Rose) 893 (R 4112).
 Zystopyelitis Befunde bei perniziöser Anämie (Basch) 1019 (C).
 Zystoradiographie mit Bromnatriumlösung (Hindse-Nielsen) 926 (C).
 Zystoskop (Schneider) 809 (R 3674).
 — (Ravisch) 939 (R 4325).
 Zystoskophalter (Rüder) 1040 (R 4790).
 Zystoskopie (Blum) 656 (C).
 — (Timberlake) 703 (C).
 — farbige (Stutzin) 579 (R 2620).
 — hypogastrische (Cassuto) 660 (C).
 — Stromquellen für die — (Maier) 623 (R 2822).
 — Tisch für — (Aschner) 703 (C).
 — des Rektums (Sternberg) 884 (R 4041).
 — und Blasenruptur (Minder) 623 (R 2820).
 Zystoskopwechselhahn (Heuss) 926 (C).
 Zystozele, modifizierte Polk-Operation (Frank) 976 (R 4479).

Monatlicher Bezugspreis

nur **1.—** Mark

„Fortschritte der Medizin“

Verlag Hans Pusch, Berlin SW.

Mehr als Sechzigtausend Exemplare pro Nummer.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

H 48.8
F77
DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen wöchentlich und sind durch den Verlag und den Buchhandel zu beziehen. Für das Ausland unter Streifband durch den Verlag pro Quartal 7,— Goldmark. Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Berlin 61931 und von den anderen Ländern durch Bankscheck auf das Konto HANS PUSCH, Berlin, Darmstädter und National-Bank Kom.-Ges., Depositen-Kasse L, zu überweisen, soweit Postanweisungen nach Deutschland nicht zulässig sind.

NUMMER 1

BERLIN, DEN 11. JANUAR 1929

47. JAHRGANG



die alterprobte Hustenarznei zur
Erleichterung des Auswurfs bei
allen Erkrankungen der Luftwege

Temmler-Werke · Berlin-Johannisthal

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Prof. Dr. Borchardt, Königsberg: Einfluß des Lebensalters auf die Manifestationen endokriner Störungen	1
Dr. med. Paul Engelen: Ueber die Druckverhältnisse in den Arterien	3

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	4
---	---

Referate nach Fachgebieten:

Bakteriologie und Serologie	8
Chirurgie und Orthopädie	8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	13

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	14
Infektionskrankheiten	17
Innere Medizin	19
Kinderheilkunde	22
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie	22
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	23
Psychiatrie und Nervenheilkunde	24
Psychologie und Psychopathologie	27
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	27
Neu erschienene Bücher	28

BEI ERKÄLTUNG, HUSTEN, BRONCHIALKATARRH

MENTHYMIN

DAS BEVORZUGTE MITTEL

ANGENEHMER GESCHMACK, PROMPTE
UND ZUVERLÄSSIGE WIRKUNG

BEI FAST ALLEN KASSEN ZUR VERORDNUNG ZUGELASSEN

SICCO A.-G. CHEMISCHE FABRIK, BERLIN O 112

Jetzt auch Quarzlampen

*Eine wesentliche Preis-erlenkung für
Solluxlampen — Original Hanau —
erfolgte bereits am 15. Januar 1928!*

„Künstliche Höhensonne“
— Original Hanau —

durch Senkung der Selbstkosten infolge verstärkter Nachfrage!

billiger!

Bach-Höhensonne	Standardmodell für Wechselstrom	M. 449.90	bisher	M. 539.90
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Wechselstrom	M. 404.45	„	M. 428.45
Bach-Höhensonne	Standardmodell für Gleichstrom	M. 275.80	„	M. 350.80
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Gleichstrom	M. 200.05	„	M. 205.05
Große Solluxlampe	nach Dr. Oeken auf Stativ, Standardmodell	M. 260.55	„	M. 292.55
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Bodenstativ	M. 102.95	„	M. 137.95
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Tischfuß	M. 77.50	„	M. 102.50

Die Preise gelten **einschließlich** Verpackung, Bruch- und Transportversicherung, nur die Frachtkosten treten hinzu.

Bitte verlangen Sie **unverbindlich Angebot** unter Angabe der Stromart und Spannung

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bengmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER I

BERLIN, DEN 11. JANUAR 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Einfluß des Lebensalters auf die Manifestationen endokriner Störungen.

Von Prof. Dr. BORCHARDT, Königsberg.

Daß viele Krankheiten im Kindesalter anders verlaufen als bei erwachsenen Menschen, ist bekannt. Die Ursache dafür liegt einerseits in Besonderheiten der die Krankheiten bedingenden Ursachen, andererseits in der besonderen Reaktionsweise des kindlichen Organismus. Aber der Unterschied im Krankheitsverlauf ist bei keiner Krankheitsgruppe so groß wie bei den Blutdrüsenkrankheiten. Das ist auch leicht verständlich, wenn man bedenkt, daß ein Teil der Blutdrüsen als Wachstumsdrüsen besonderen Einfluß auf den wachsenden Organismus ausübt, und daß der kindliche Organismus mehr als der des Erwachsenen endokriner Einflüsse bedarf. Dazu kommt aber noch, daß die Funktionsbreite der Blutdrüsen zeitlich beschränkt ist.

Der Thymus ist ein kurzlebiges Organ, das schon mit etwa 2 bis 3 Jahren auf der Höhe seiner Entwicklung steht und im Pubertätsalter bis auf einen kleinen, funktionsfähig bleibenden Rest wieder verschwindet.

Die Keimdrüsen beginnen ihre Tätigkeit erst im Pubertätsalter, in dem der Thymus bereits der Altersinvolution verfällt, und beenden sie beim Weibe im Klimakterium, beim Manne in der Regel später. Beginn und Ende der Keimdrüsentätigkeit sind nicht an feste Termine gebunden. Auch unter physiologischen Bedingungen bestehen erhebliche Schwankungen, die für die Konstitution von Bedeutung sind. Das Knochenwachstum ist vom Eintritt der Geschlechtsreife abhängig. Bei vorzeitiger Geschlechtsreife kommt es auch zu vorzeitiger Verknöcherung der Epiphysenenden. Das vor der Pubertät mächtig gesteigerte Längenwachstum wird durch die nun eintretende Epiphysenverknöcherung gehemmt.

Die Bedeutung der Schilddrüse für die Konstitution geht aus den klinischen Erscheinungen der Ueber- und Unterfunktion dieses Organs hervor. Die Schilddrüse enthält ein Wachstumshormon, das für das normale Wachstums- und Entwicklungstempo notwendig ist. Mangel daran führt zu Wachstumsstörung und Infantilismus. Dabei leidet die Entwicklung des Gehirns besonders stark; es kommt zu hohen Graden von Verblöding. Die Haut wird derb, verdickt, sulzig, das Haupthaar schütter. Die Bildung der Knochenkerne und die Verknöcherung der Epiphysenfugen verzögert sich sehr stark. Der Stoffwechsel ist stark verlangsamt.

Auch die Hypophyse ist eine Wachstumsdrüse. Ihr Ausfall führt zu Verkümmern der Keimdrüsen, Sterilität, Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale. Die Hypophyse hat von allen Organen den größten Einfluß auf das Wachstum. Ueberfluß an hormonalen Hypophysenreizen führt zu Riesenwuchs und Akromegalie, Mangel daran zu Infantilismus oder Zwergwuchs.

Demgegenüber haben Epithelkörperchen, Pankreas, Hypophysenhinterlappen und Nebennierenmark keinen erkennbaren Einfluß auf den wachsenden Körper. Die durch sie ausgelösten Krankheitserscheinungen sind daher bei Kindern und Erwachsenen wenig voneinander verschieden.

Immerhin finden sich auch hier Unterschiede in der Verlaufsform. Daß Unterfunktion des Pankreas im Kindesalter einen Diabetes von weit ernsterer Prognose als beim Erwachsenen bedingt, ist bekannt. Die Ursache dürfte vor allem darin liegen, daß kindlicher Diabetes regelmäßig durch ein erblich bedingtes frühzeitiges Versagen der Pankreasfunktion hervorgerufen wird, das funktionell ungünstiger wirkt als die durch Pankreaszirrhose oder Arteriosklerose bedingten Formen beim Erwachsenen. Dazu kommt der lebhaftere Stoffwechsel in jugendlichen Jahren.

Auch der Ausfall der Epithelkörperchen macht in der Kindheit schwerere Erscheinungen von Tetanie. Zudem ist

die Kindertetanie wesentlich häufiger als die der Erwachsenen. Allerdings ist die von Escherich u. a. angenommene Zugehörigkeit der Kindertetanie zu den parathyreoiden Zuständen noch umstritten. Als Regulator des Kalkstoffwechsels, von dem wieder die Erregbarkeit des Nervensystems abhängig ist, erscheinen die Epithelkörperchen jedenfalls in der Kindheit von wesentlicher Bedeutung zu sein als beim Erwachsenen. Die gleiche Empfindlichkeitssteigerung findet sich dann wieder bei Frauen während der Schwangerschaft, so daß Tetaniesymptome mitunter nur während der Schwangerschaft in Erscheinung treten (Schwangerschaftstetanie).

In den Ansichten über die pathogenetische Bedeutung des Thymus haben sich in den letzten Jahren wesentliche Wandlungen vollzogen. Nachdem zahlreiche Forscher auf Grund experimenteller Untersuchungen zu dem Resultate gekommen waren, daß der Thymus nicht zu den lebenswichtigen Organen gehört, wurde auch seine inkretorische Bedeutung mehr und mehr angezweifelt. Nach Fischl gibt es in der ganzen Pathologie nicht ein einziges Krankheitsbild, das auch nur mit einiger Sicherheit auf eine Störung der Thymusfunktion bezogen werden könnte. Für das von Kopp 1880 beschriebene Asthma thymicum bestehen ernstliche Zweifel, ob Thymushyperplasie und stridoröse Atmung in Zusammenhang miteinander stehen. Große Thymen verursachen bei älteren Säuglingen niemals Kompressionserscheinungen auf die Trachea, da diese nach Scheele nur schwer zusammendrückbar ist und der durch einen vergrößerten Thymus ausgeübte Druck hierfür nicht ausreicht. Nach Schiff liegen zwischen dem vergrößerten Thymus und der Luftröhre die großen Gefäße, die sonst mit komprimiert sein müßten, was aber nach anatomischen Befunden nicht der Fall ist. Ein Stridor thymicus kommt nach Finkelstein und Schiff nicht vor. Auch bei dem sogenannten Thymostod ist es zweifelhaft, ob dem Thymus eine ursächliche Bedeutung zukommt. Dagegen dürfte es nach experimentellen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen sicher sein, daß Thymusentfernung in frühester Kindheit zu Infantilismus führt. Klose spricht von „thymogenem Zwergwuchs“. Er beobachtete nach Thymusexstirpation im Tierversuche rachitische Knochenveränderungen, eine Beobachtung, die vielleicht auch für die kindliche Pathologie nicht bedeutungslos ist, nachdem König bei einem neunmonatigen Kinde nach Thymusexstirpation schwere Rachitis auftreten sah. Jenseits des Spielalters sind Krankheitsbilder, die auf Störungen der Thymusfunktion beruhen, nicht bekannt.

Von allen Blutdrüsenstörungen zeigen die Störungen der Schilddrüsenfunktion die augenfälligste Abhängigkeit vom Lebensalter. Das Bild der angeborenen A- oder Hypothyreose ist dem des endemischen Kretinismus wesentlich ähnlicher als dem des Myxödems der Erwachsenen. Man hat es deshalb auch mit einem nicht gerade glücklich gewählten Ausdruck als sporadischen Kretinismus bezeichnet. Bei vollständiger Schilddrüsenaplasie treten die ersten Erscheinungen geschädigter Schilddrüsenfunktion erst einige Wochen nach der Geburt auf, wahrscheinlich weil die Mutter den Fötus auf plazentarem Wege mit Schilddrüsenhormon versorgt. Dagegen finden sich die Erscheinungen des endemischen Kretinismus nach Feer (entgegen den Angaben von Kocher und E. Bircher) gelegentlich bereits in den ersten Lebenstagen. Dieser Unterschied im Auftreten beider Krankheiten wird verständlich, wenn man bedenkt, daß der angeborene endemische Kretinismus sich nur bei Kindern findet, deren Mütter bereits Zeichen geschädigter Schilddrüsenfunktion, nicht selten auch hypothyreotide Kröpfe aufweisen. Die Mitgift an Schilddrüsenhormon auf plazentarem Wege ist daher nicht selten so dürftig, daß schon bald nach der Geburt Kropf und kretinische Physiognomie nachweisbar werden. Die Erkennung der angeborenen Athyreose dürfte heute auch in Kropfgegenden nicht mehr auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen, da sie nicht nur durch Fehlen des

Kropfes, sondern auch durch ihre Manifestationen frühestens einige Wochen nach der Geburt ausgezeichnet ist. Zudem werden Zeichen von Schilddrüsenschädigung bei der Mutter fast ausnahmslos vermißt. Gemeinsam ist dem angeborenen Kretinismus und der angeborenen Athyreosis aber das klinische Erscheinungsbild: der blöde, apathische Gesichtsausdruck, das blasse, gedunsene Gesicht, die dicke Zunge, die eingezogene Nasenwurzel, die Trockenheit der Haut, die sulzige Durchtränkung des Unterhautzellgewebes, Auftreibung des Leibes, Tiefstand des Nabels, Stuhlverstopfung, hochgradige Verblöding. Das Zurückbleiben in Wachstum und Entwicklung, die zunehmende Idiotie macht den Unterschied gegenüber normalen Kindern mit der Zeit immer sinnfälliger. Periostales und enchondrales Knochenwachstum ist gehemmt. Dabei zeigt sich eine Verlangsamung der Knochenresorption, so daß schon dadurch rachitische Erscheinungen ferngehalten werden. In der Tat beweist der gleichzeitige Befund von Rachitis bei kindlichem Hypothyreoidismus, daß die Rachitis dem Hypothyreoidismus vorausgegangen sein muß, daß es sich also nicht um eine angeborene Hypothyreose handeln kann. Charakteristisch für alle Formen von kindlicher Hypothyreose ist die starke Verzögerung im Auftreten der Knochenkerne und die Verzögerung im Epiphysenschluß. Andere Erscheinungen, wie Hypothermie, Hypoglykämie, Verlangsamung des Grundstoffwechsels, großes, schlaffes Herz usw. sind von den Symptomen des Myxödems beim Erwachsenen nicht verschieden.

Das Myxödem des Erwachsenen ist in seinen Manifestationen wesentlich milder als das des Kindes. Nicht nur, daß die schweren Wachstums- und Entwicklungsstörungen wegfallen: auch die Verblöding erreicht niemals so hohe Grade, der Habitus erscheint wesentlich weniger abweichend von der Norm, wenn auch das Myxödem in allen ausgeprägten Fällen charakteristische Veränderungen der Körperform nie vermissen läßt. Ein wesentlicher Unterschied ist auch durch das Verhalten der sekundären Geschlechtsmerkmale gegeben. Angeborene und früh erworbene Hypothyreosis verhindert in schweren Fällen die Geschlechtsreife und daher auch die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale ganz oder wenigstens teilweise. Vor allem fehlt die Behaarung am Körper meist ganz bis auf das schütterte Haupthaar. Nun gibt es allerdings auch beim Myxödem der Erwachsenen Fälle, in denen es zu Genitalschwund und Aufhören der Menses kommt. Scham- und Achselhaare können vollständig wieder verschwinden. Oft sind es Fälle, die durch starke Genitalblutung nach Entbindung oder durch vorzeitige Rückbildungserscheinungen ausgelöst werden. Hier handelt es sich um die besondere Form der thyreosexuellen Insuffizienz, die ich 1923 beschrieben habe.

Hinsichtlich der Basedowfrage sind zwei Punkte bemerkenswert: das sogenannte Pubertätsbasedowoid und der Hochwuchs bei ausgeprägtem jugendlichen Basedow. Leichte Schilddrüsenschwellungen in der Pubertätszeit mit Andeutung basedowoider Erscheinungen sind ziemlich häufig. Ein sicherer Beweis, daß sie dem Basedow zuzuzählen sind, ist bisher nicht erbracht. Vor allem fehlt der Nachweis der Stoffwechselsteigerung. Vermutlich handelt es sich um eine vorübergehende leichte Funktionssteigerung der Schilddrüse bei der Umstellung des ganzen Blutdrüsenystems, die sich während der Geschlechtsreife vollzieht.

Charakteristisch für den ausgeprägten jugendlichen Basedow ist der Hochwuchs (Typus Holmgren), der sich allerdings nicht immer nachweisen läßt. Unter 9 weiblichen Basedowfällen zwischen 16 und 21 Jahren, die ich in den letzten 3 Jahren beobachtet habe; fanden sich nur 2 unter 160 cm, 2 zwischen 160 und 165, 2 zwischen 165 und 170. Ein Mädchen von 21 Jahren maß 171,5, der jüngste Fall, ein Mädchen von 16 Jahren, sogar 181,3 cm. Ob in diesen Fällen die Ueberfunktion der Schilddrüse den jugendlichen Hochwuchs bedingt, oder ob er durch Wechselwirkung auf andere Blutdrüsen, vor allem die Keimdrüsen, zustandekommt, ist nicht bekannt.

Von den beiden Teilen der Hypophyse ist nur der Vorderlappen Wachstumsdrüse. Auf ihm beruhen alle auf Funktionsstörungen der Hypophyse zurückzuführenden Krankheitsbilder. Akromegalie ist Folge einer Funktionssteigerung des Vorderlappens. Sie geht häufig, aber durchaus nicht immer, mit Riesenwuchs einher. Gelegentlich ist die Wachstumssteigerung der gesamten inneren Organe so hochgradig, daß man berechtigt ist, von Splanchnomegalie zu sprechen. Die Neigung zu Riesenwuchs ist im jugendlichen Alter zweifellos wesentlich größer als später.

Falsch ist aber die Annahme von Brissaud und Meige, daß Ueberfunktion des Vorderlappens bei jugendlichen Individuen, solange die Epiphysenfugen offen sind, zu Riesenwuchs, beim Erwachsenen nach abgeschlossenem Längenwachstum zu Akromegalie führt. Bei der großen Seltenheit von Akromegalie im Kindesalter konnten die Beziehungen zum Riesenwuchs noch nicht geklärt werden. Ursache dieses seltenen Vorkommens im Kindesalter ist die geringe Neigung des kindlichen Organismus zu adenomatösen Geschwülsten des Vorderlappens.

Unterfunktion des Vorderlappens führt im Kindesalter zu Infantilisismus, in hochgradigen Fällen zu Zwergwuchs. Der Epiphysenschluß bleibt aus; auch zu Geschlechtsreife und Fortpflanzungsfähigkeit kommt es in der Regel nicht. Die Intelligenz bleibt — im Gegensatz zu den entsprechenden hypothyreoiden Störungen — vollkommen erhalten. Die Erscheinungen des Vorderlappenausfalles beim Erwachsenen nach Abschluß der Wachstumsperiode sind noch nicht sicher bekannt. An den Erscheinungen der hypophysären Kachexie ist wahrscheinlich die ganze Hypophyse beteiligt. Die Dystrophia adiposogenitalis, die übrigens auch bei Kindern wesentlich häufiger ist als bei Erwachsenen, ist wahrscheinlich Folge einer Erkrankung trophischer Zentren im Zwischenhirn. Nur in den seltenen Fällen, in denen deutliche Wachstumshemmung vorliegt, dürfte gleichzeitige Unterfunktion des Vorderlappens die Ursache sein.

Die Rolle der Epiphyse für die Pubertas praecox ist trotz positiver experimenteller Resultate noch nicht geklärt. An der Tatsache, daß bei Knaben unter 12 Jahren durch Teratome der Epiphyse gelegentlich eine ganz ungewöhnliche Beschleunigung des Längenwachstums und vorzeitige Geschlechtsreife eintritt, ist nicht zu zweifeln. Bei Mädchen sind solche Beziehungen bisher erst dreimal festgestellt worden (darunter eigene Beobachtung). In allen drei Fällen handelte es sich nicht um Teratome, sondern um andersartige Störungen, die die Epiphyse in Mitleidenschaft zogen. Jenseits des zwölften Lebensjahres sind funktionelle Epiphysenkrankheiten überhaupt nicht bekannt.

Fälle von Pubertas praecox sind an sich bei Mädchen häufiger als bei Knaben. Sie sind aber in den meisten Fällen durch hyperplastische Tumoren (Adenome) der Nebennierenrinde oder durch Tumoren der Keimdrüsen bedingt. Je später sie in Erscheinung treten, um so weniger sind die Symptome des Perrevolutionismus, der Wachstums- und Entwicklungsbeschleunigung ausgeprägt. Der Ausdruck „kindlicher Riesenwuchs“ für diese Fälle von Perrevolutionismus darf nicht zu der Annahme verleiten, daß solche Individuen späterhin besonders groß bleiben. Die durch vorzeitiges Funktionieren des Keimdrüsenhormons bedingte Wachstumsbeschleunigung hält nur solange an, bis die Keimdrüsen zu voller Funktionsfähigkeit gelangt sind. Dann wirkt die jetzt eintretende Verknöcherung der Epiphysenfugen hemmend auf das Längenwachstum. Die Kinder bleiben im Wachstum mehr und mehr zurück und erreichen, falls sie am Leben bleiben, als Erwachsene in der Regel den Durchschnitt nicht.

Die Nebennierenrinde ist im Gegensatz zu den bisher besprochenen Blutdrüsen nicht mehr zu den Wachstumsdrüsen zu rechnen. Wenn die durch ihre Funktionsstörung bedingten Krankheitsbilder in verschiedenen Lebensabschnitten recht verschiedene Erscheinungen hervorrufen, so liegt das an der Bedeutung, die der Nebennierenrinde für die Keimdrüsenfunktion zukommt. Bei Hypoplasie der Nebennierenrinde findet sich in der Regel Unterfunktion der Keimdrüsen. Obwohl bei dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer innersekretorischer Störungen die Abhängigkeit der Unterfunktion der Keimdrüsen vom Funktionsausfall der Nebennierenrinde nicht ohne weiteres als sicher angesehen werden darf, sprechen doch die Erfahrungen bei Hyperfunktionszuständen der Nebennierenrinde für einen solchen Zusammenhang.

Während Hypernephrome in vielen Fällen nur die durch den Tumor bedingten Erscheinungen auslösen, finden sich doch — vor allem beim weiblichen Geschlecht — gelegentlich Nebennieradenome, die zu einer Funktionssteigerung der Rindensubstanz führen. Solche hyperfunktionelle Rindenadenome können zu verschiedenen Störungen in der Genitalsphäre führen. Im kindlichen Organismus kommt es zu einer vorzeitigen Geschlechtsreife (Pubertas praecox) und beschleunigten Entwicklung des ganzen Körpers (kindlicher Riesenwuchs). Im juvenilen oder reifen Organismus beobachtet man bei Frauen Umkehr der Geschlechts-

Charaktere: Aufhören der Menses, Entwicklung von Schnurrund Vollbart, zunehmende Behaarung am Rumpfe, tiefe Stimme, Zunahme der Muskelkraft, Fettsucht. — Schließlich kommt es in einem Teil der Fälle zu Pseudohermaphroditismus bei Tumoren der Nebennierenrinde. Im übrigen ist bei der Seltenheit der Erkrankungen noch vieles ungeklärt.

War schon bei den bisher genannten Krankheitsbildern das unterschiedliche Verhalten in verschiedenen Lebensaltern zumeist auf Beeinflussung oder wenigstens Mitbeteiligung der Keimdrüsentätigkeit zurückzuführen, so kann es nicht wundernehmen, daß die Keimdrüsenkrankungen selbst die weitgehendste Abhängigkeit vom Lebensalter aufweisen. Die wichtigsten Erfahrungen darüber stammen aus Beobachtungen bei Kastraten und Hypogonitalen. Ueber die Folgen vollständiger Entfernung beider Keimdrüsen in früher Kindheit liegen zahlreiche Erfahrungen vor, die z. T. von Haremswächtern, z. T. bei Untersuchung gewisser religiöser Sekten (Skopzen) gewonnen wurden. Die allgemeinen Folgen machen sich erstmalig in der Pubertätszeit geltend. Die sekundären Geschlechtsmerkmale bleiben aus; die erwartete körperliche Umwandlung erfolgt nicht, Scham- und Achselhaare treten erst sehr verspätet und spärlich auf, die Schamhaargrenze zeigt den weiblichen Typus, Bart- und Körperhaare bleiben vollständig aus, Stimmwechsel tritt nicht ein. Die sonst so erheblichen psychischen Umwandlungen, die sich in der Pubertätszeit zu vollziehen pflegen, werden vermißt. Statt dessen stellt sich eine gewisse Menschenscheu, Weltfremdheit, ein Hang zur Einsamkeit ein, die meist während des ganzen übrigen Lebens bestehen bleiben. Das beschleunigte Längenwachstum der Gliedmaßen bleibt bis weit über die Pubertätszeit hinaus bestehen. Die Verknöcherung der Epiphysenfugen erfolgt mit ganz erheblicher Verspätung oder überhaupt nicht. Es resultiert der für Kastraten charakteristische Hochwuchs, der vielfach mit Genu-valgum-Bildung verknüpft ist. Auf die beiden von Tandler und Groß unterschiedenen Habustypen, den Hoch- und Fettwuchstyp der Eunuchen, soll hier nicht eingegangen werden.

Ganz ähnlich wie Frühkastraten entwickeln sich die Eunuchoiden oder Hypogonitalen, d. h. die Individuen mit verkümmelter Keimdrüsenanlage. Auch hier kommt es erst in der Pubertätszeit zu auffallenden Abweichungen vom Normaltyp durch Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale und durch den charakteristischen Hochwuchs. In seltenen Fällen findet sich angeborener Hypogonitalismus mit den gleichen Folgeerscheinungen auch beim weiblichen Geschlecht und führt dann gleichfalls zum Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale und zu Hochwuchs. In einem von mir beobachteten Fall bei einem 17jährigen Mädchen war neben dem Hochwuchs und dem fast völligen Fehlen der Scham- und Achselhaare für Eunuchoidismus beim weiblichen Geschlecht charakteristisch: die Grobknochigkeit, die derbe Haut, die männliche Beckenform, das Fehlen des Fettpolsters, die kümmerliche Entwicklung der Brüste, das Ausbleiben der Menstruation.

Fällt der Ausfall der Keimdrüsentätigkeit (durch Verletzung, Tuberkulose usw.) in die Pubertätszeit oder bald danach, so bilden sich in vielen Fällen die sekundären Geschlechtsmerkmale, soweit sie schon angelegt waren, wieder zurück; der Stimmwechsel kann wieder rückgängig werden, der beginnende Bartwuchs verschwindet usw. Solche Kastraten unterscheiden sich dann in ihrem körperlichen Verhalten nicht von den Frühkastraten. Kommt es aber erst einige Jahre nach der Pubertät oder noch später zum Keimdrüsenausfall, so ist der Körper in der Regel nicht mehr imstande, die sekundären Geschlechtsmerkmale wieder vollständig zum Verschwinden zu bringen. Die Stimme bleibt tief, schnappt aber doch leicht in hohe Lagen über. Der Bartwuchs verschwindet nicht, bleibt aber kümmerlich. Ebenso erreicht die Körperbehaarung in der Regel nicht die gleiche Ueppigkeit wie beim Erwachsenen. Vor allem aber kommt es nicht mehr zum Hochwuchs, wenn die Verknöcherung der Epiphysenfugen bereits beendet war.

Diese Unterschiede lassen sich leicht röntgenologisch nachweisen. Wie Heinrich Fischer zeigen konnte, persistiert bei Eunuchoidismus und nach präpuberaler Kastration die Wucherungszone der Epiphysenlinie dauernd. Bei vorübergehendem Eunuchoidismus ist der Eintritt der Geschlechtsreife verzögert. Bei ausgesprochenen Fällen von Uebergangseunuchoidismus finden sich im Röntgenbild in der Gegend der meist unvollkommen verknöcherten Epiphysenlinien Kompaktinseln in den verknöcherten Teilen, die wahrscheinlich für die Diagnose des Uebergangseunuchoidismus

wichtig sind. Beim Späteunuchoidismus fehlen natürlich entsprechende Veränderungen.

Das Auftreten heterosexueller Merkmale findet sich — wo es beobachtet wird — auch erst jenseits der Pubertätszeit. Bemerkenswert sind hier vor allem Beckenform und Brüste. Bei männlichen Eunuchoiden nimmt das Becken meist eine Mittelstellung ein, ähnelt aber gelegentlich bei Erwachsenen mehr der weiblichen Form. Ein schaukelnder Gang, der sich mitunter einstellt, kann den Eindruck noch erhöhen. In seltenen Fällen (eigene Beobachtung) nehmen auch die Brüste bei männlichen Eunuchoiden weibliche Formen an. Diese Vergrößerung der Brüste, die sich natürlich auch nur bei Erwachsenen findet, ist aber lediglich durch Fettablagerung, nicht durch Wucherung der Brustdrüse bedingt.

Wenig bekannt ist es, daß die Erscheinungen des multiplen Blutdrüsenausfalls im Kindesalter und bei Erwachsenen so verschieden sind, daß ganz verschiedene Krankheitsbilder entstehen: in der Kindheit der Infantilismus, beim Erwachsenen die pluriglanduläre Insuffizienz. Von der letzteren war es von vornherein bekannt, daß sie ihre Entstehung einer Schädigung des Blutdrüsenapparates verdankt, die — vermutlich nur bei vorhandener Anlage — durch Hunger, Unterernährung, chronische Infektionen und Intoxikationen hervorgerufen wird. All diesen Ursachen ist gemeinsam eine mangelhafte Lipoidzufuhr (bei Hunger und Unterernährung) oder Lipoidentziehung durch chronische Vergiftungen und Infektionen.

Die gleichen ursächlichen Momente finden sich bei den meisten Formen des sogenannten dystrophischen Infantilismus. Bei Hunger und Unterernährung spielt die mangelhafte Zufuhr an dem Wachstumsvitamin A, dem Lipoidcharakter zukommt, die wesentlichste Rolle für die Wachstumshemmung. Der intestinale und der sogenannte pankreatische Infantilismus sind durch ungenügende Resorption der zugeführten Lipide, der Infantilismus bei angeborener und frühzeitig erworbener Syphilis, bei frühzeitig erworbener Tuberkulose, bei Alkoholismus in frühem Kindesalter (eigene Beobachtung) beruhen letzten Endes auf der Schädigung des Organismus durch Lipoidentziehung. Ob auch der Infantilismus durch angeborene oder früh erworbene Herzfehler auf ähnliche Ursachen zurückgeführt werden kann, läßt sich zur Zeit noch nicht entscheiden. Sicher gibt es auch andere Infantilismusformen. Dennoch besteht der Satz zu Recht, daß Schädigung der Blutdrüsen durch Lipoidmangel oder Lipoidentziehung in früher Kindheit zu Infantilismus, bei Erwachsenen zu pluriglandulärer Insuffizienz führt, und daß die meisten früher dem dystrophischen Infantilismus zugerechneten Fälle dem pluriglandulären Infantilismus zuzuzählen sind.

Ueerblicken wir noch einmal die Ursachen, die in verschiedenen Lebensaltern bei endokrinen Störungen zu so großen Verschiedenheiten der Krankheitsbilder führen, so sind sie im wesentlichen in folgenden drei Momenten zu suchen: 1. der Beschränkung der Funktionsbreite einiger Blutdrüsen auf bestimmte Lebensabschnitte; 2. der zentralen Stellung, die dem Keimdrüsenhormon für die Körpergestaltung zukommt, und 3. dem besonderen Einfluß, den ein Teil der Blutdrüsen als Wachstumsdrüsen auf die Entwicklung des wachsenden Organismus ausübt, und der Verschiedenheit in der Wirkung dieser Wachstumsdrüsen. So kommt es, daß mitunter Krankheitsbilder, die in gleichen Lebensabschnitten entstehen, trotz verschiedener Ursachen einander zum Verwechseln ähnlich sehen (Kretinismus und angeborene Athyreose), daß umgekehrt bei gleicher Genese in verschiedenen Lebensabschnitten ganz verschiedene Krankheitserscheinungen beobachtet werden können (angeborenes und erworbenes Myxödem, Früh- und Spätkastratentum, pluriglandulärer Infantilismus und pluriglanduläre Insuffizienz).

(Aus dem Marienhospital in Düsseldorf.)

Ueber die Druckverhältnisse in den Arterien.

Von Dr. med. PAUL ENGELEN.

Ich bestimme den Minimaldruck als Differenz zwischen zwei Messungsgrößen, die mein Energotonometer leicht und scharf erkennen läßt. Zuerst wird der Maximaldruck mit Vorderarmmanschette gemessen. Die zweite Messungsgröße ist der Optimaldruck, der höchste Druck, gegen den ein maximales Pulsvolumen

sich zeigt. Maximaldruck minus Optimaldruck gleich Minimaldruck. Meine Versuche bestätigen die Messungsergebnisse Sahli's. Sahli hat gefunden, daß der Minimaldruck annähernd der Vertikaldistanz des Scheitels des Untersuchten von der Messungsstelle entspricht.

Bei akuten experimentellen Aenderungen der Zirkulationsverhältnisse bleibt der Minimaldruck unverändert. Dabei gewinnt man Einblick in das Zusammenspiel zwischen den Druckverhältnissen und dem Pulsvolumen. Durch Koffein, etwa in der Dosis 0,2, kann man den systolischen Blutdruck um etwa 1 cm Hg erhöhen. Vorher aber zeigt sich deutlich eine Verkleinerung des Pulsvolumens, die dann mit der Drucksteigerung wieder ganz oder teilweise aufgehoben wird. Die Blutdruckerhöhung hat den Zweck, das normale Zirkulationsvolumen gegen den Gefäßspasmus durchzusetzen. Der Minimaldruck bleibt dabei trotz des Gefäßspasmus unverändert; es besteht also eine verminderte diastolische Füllung der Arterien, eine Blutverschiebung entgegen der Richtung der arteriellen Strömung. Der Koffeinspasmus wird durch kleine Gaben Alkohol schnell wieder gelöst; Maximaldruck, Pulsdruck, Pulsvolumen kehren zur Norm zurück. In der Norm beeinflussen solche kleine Alkoholgaben weder den systolischen Druck noch den Optimaldruck noch das Pulsvolumen. Man muß schon erhebliche Mengen, etwa 70 bis 80 ccm Kognak auf leeren Magen, anwenden, um das Pulsvolumen etwas zu vergrößern. Dabei bleiben Maximaldruck und Minimaldruck unverändert; eine Blutverschiebung, die in der Richtung der normalen arteriellen Blutströmung erfolgt, gleicht den Nachlaß des Gefäßspasmus aus. In der Alkoholdosierung so hoch zu gehen, daß durch Gefäßparese der normale Blutdruck herabgesetzt würde, habe ich mich nicht für berechtigt gehalten. Es ist also ein wesentlicher Unterschied erkennbar in der Reaktion bei experimentell, z. B. durch Koffein oder auch durch Kälte, veränderten Zirkulationsbedingungen gegen die unveränderte Kreislaufseinstellung.

Die elektive Beeinflussung eines abnormen Maximaldruckes und eines abnormen Pulsvolumens unabhängig vom Minimaldruck zeigt sich auch bei krankhaften Veränderungen der Zirkulationswege. Bei Arteriosklerose ist der Maximaldruck stark erhöht, der Minimaldruck etwas erhöht; das Pulsvolumen ist auffallend klein im Vergleich zum Pulsdruck. Der Organismus muß also einen hohen Druck aufwenden, um in den verengten kleinen Wegen die nötige Blutfüllung zu bewerkstelligen. Bei Sklerose nur der großen Gefäße besteht keine Erhöhung des Widerstandes; die Blutdruckverhältnisse sind deshalb normal; das Pulsvolumen ist vergrößert. Nach Mareys Feststellungen wissen wir, daß ein elastisches Gefäß eine weit reichlichere Durchblutung der Gewebe gewährleistet als eine erstarrte zuführende Arterie. Der Körper erzielt

durch Vergrößerung des Herzschlagvolumens die ausreichende Blutversorgung der Gewebe. Bei Mischformen dieser Typen können alle Faktoren, also Maximaldruck, Minimaldruck, Pulsdruck, Pulsvolumen erhöht sein.

Bei Arteriosklerose und Arteriolosklerose zeigt sich klar die elektive therapeutische Beeinflussung. Als vorzüglichen Repräsentanten der modernen Jodtherapie in ganz kleinen Dosen habe ich neuerdings Jod-Biozyme erprobt. Meist sieht man als erste Wirkung nach etwa 14 Tagen eine Aenderung des Pulsvolumens, und zwar Zunahme bei vorher auffallend geringer Extensität oder Herabsetzung bei vorher übernormaler Volumschwankung. Der Maximaldruck nimmt ab oder bleibt unverändert bei Vergrößerung des Pulsvolumens nach Jodmedikation. Bei Minderung eines auffallend großen Pulsvolumens bleiben die Druckverhältnisse auf dem Status quo. Auch Gleichbleiben des normalen Pulsvolumens bei Herabsetzung erhöhten Maximaldruckes habe ich gefunden. Der Organismus hat die Tendenz, auf Jodzufuhr zuerst mit Besserung der peripheren Zirkulation zu reagieren; hieraus resultiert dann die Erleichterung der zentralen Arbeitsleistung, entweder Herabsetzung des Druckaufwandes oder des Schlagvolumens. Eine allmähliche Annäherung aller beteiligten Faktoren zur Norm kann man progressiv verfolgen. Auf eine Feststellung des Minimaldruckes könnte man verzichten, denn der Pulsdruck ist wesentlich nur von Aenderungen des Maximaldruckes abhängig. Aber zur Messung des Pulsvolumens ist die Bestimmung des Optimaldruckes erforderlich, und so gewinnt man gleichzeitig das Maß für den arteriellen Dauerdruck. Unter allen gegen Arteriosklerose und Arteriolosklerose experimentell erprobten Mitteln hat sich mir bisher am besten Jod bewährt, zumal in den modernen kleinen Gaben, die, wie bei Verwendung von Jod-Biozyme, gute therapeutische Wirkung entfalten ohne unerwünschte Nebenerscheinungen.

Die technische Einrichtung des Blutlaufes ist viel zweckmäßiger bezüglich größtmöglicher Leistung bei sparsamstem Verbrauch, als die bisherigen Anschauungen annehmen ließen. Wir stoßen hier auf die Tatsache eines Zweckmäßigkeitsprinzips, wo wir bisher in der Hämodynamik eine recht unpraktische Lösung einer technischen Aufgabe angenommen haben.

Nach meinen mit dem Ergotonometer *) gewonnenen Feststellungen entspricht der Optimaldruck dem natürlichen Pulsdruck. Der Puls entspricht transformierter, in die Peripherie geleiteter Herzenergie. Die messende Analyse des Pulses muß an Stelle der immer noch überschätzten isolierten Feststellung des systolischen Blutdruckes treten, dann erschließen sich uns neue Gesichtspunkte für Diagnostik, Therapie und Hygiene.

*) Fabrikant: F. M. Lautenschläger, München.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Zeitschriften in deutscher Sprache.

- Archiv für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilkunde (Arch. Ohr- usw. Heilk.), Leipzig, 119., Heft 3/4, 1928.
120. Beiträge zur Neurologie des Stirnhirns auf Grund experimenteller Untersuchungen an Stirnhirnrakken. Veits.
- Der Einfluß der Morphium- und Kampferlösung auf die postmortalen Veränderungen des Labyrinthes. Yamakawa.
36. Zur Klinik und Pathologischen Anatomie der primären Kehlkopftuberkulose. Richter.
33. Ueber Blutbilduntersuchungen bei Ohrkomplikationen. Kaiser.
31. Zwei Fälle von Frühmeningitis bei akuter Mittelohreiterung. Mayer.
- Ueber die Bedeutung der Erbfaktoren bei verschiedenen oto-rhinolaryngologischen Erkrankungen. Udriz.
- Die Formverhältnisse der Nasenscheidewand bei 84 Zwillingspaaren (53 ein-eiigen und 31 zweieiigen). Schwarz.
37. Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie des Speiseröhrenkrebses. Richter.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. z. ärztl. Fortbild.), Prag, Nr. 18, 7. September 1928.
- Lues der inneren Organe. W. Nonnenbruch.
- Die Behandlung der Syphilis der inneren Organe. Franz Bardachzi.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. z. ärztl. Fortbild.), Prag, Nr. 19, 21. September 1928.
- Syphilis innerer Organe. Erich Schneider.
- Ueber Ungezieltevergiftung. E. Singer.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. z. ärztl. Fortbild.), Prag, Nr. 20, 10. Oktober 1928.
- Die Diarrhöe. Paul Mahler.
105. Perorale Immunisierung. Friedr. Hoder.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. z. ärztl. Fortbild.), Prag, Nr. 21, 19. Oktober 1928.
- Die Diarrhöe. Paul Mahler.
- Zur Diagnose und Therapie der Nieren- und Harnleitersteine. Walter Pollak.

- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), 87., Nr. 46, 17. November 1928.
- Pemphigus blastomyceticus. K. Procházka.
96. Ueber Ulcus acutum vulvae (Lipschütz-Czapin). S. A. Glaubersohn.
- Untersuchungen über den Einfluß des negativen Druckes auf die Haut. Roman v. Leszczyński.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), 87., Nr. 47, 24. November 1928.
- Zur Klinik und Histologie der Xanthome. I. N. Olesoff und A. B. Selisky.
75. Zur Salvarsantherapie des Milzbrandes. S. B. Goldin.
42. Zur Therapie des Hautsoor. K. v. Berde.
1. Blut- und Liquoruntersuchungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion. M. Kruspe.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift (Dt. Med. Wschr.), Nr. 44, 2. November 1928.
- Der Kampf des Menschen um das Leben. M. Rubner.
109. Ueber das Verhalten der Alkalireserve im Blut bei gesteigerter Körpertemperatur. Franz Walinski.
107. Das Verhalten des Blutzuckers nach intravenöser Traubenzuckerinjektion. L. Wislicki.
60. Zur Anwendung des Myosalvarsans. Galewsky.
- Ueber die Bedeutung funktioneller Methoden in der Einteilung und Behandlung der arteriellen Hypertension. Eugen Barath.
- Ueber eine einfache Technik für die intrapulmonäre Therapie. S. García Vicente.
98. Ueber den Wirkungsmechanismus der Karellschen Milchkur. W. Wadl.
- Die Blutgruppen bei verschiedenen Krankheiten. Jack Diamantopoulos.
- Ein experimenteller Beitrag zur Frage der Keimdrüsenüberpflanzung nach Voronoff, C. Falkenheim und W. Kirsch.
78. Unsere Erfahrungen bei akuter Bronchitis und Pneumonie im Greisenalter. Clemens Eickhoff.
- Zur Klimatotherapie des Basedow. L. Feldmann.
- Vereinfachte Blutplättchenzählung. Austerhoff.
- Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden. Bonheim.
- Repititium der Magenkrankheiten. V. Hyperazidität und Hypersekretion. Walter Zweig.

- Zur neuen Bekämpfungslehre des Scharlachs. Gerhard Elekeles und Kurt Marcuse.
- Deutsches Archiv für Klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 160., Heft 5 u. 6.
- Polyzithämie mit Ausgang in Anämie. Franz Delhougne, Emil Gotschlich und Froboese.
- Verteilung von Salzsäure und Fermenten im Mageninhalt. Franz Delhougne.
- Eigenartige Kernmetamorphose der Leukozyten. Sz. Donhoff und M. Mittag.
- Mechanismus der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung. Helmuth Reinwein.
7. Verhalten von Kavernen beim Hustenstoß und die sich davon ableitenden Auskultationsphänomene. Alfons Winkler.
- Verhalten des Kalziums unter Adrenalin. Beitrag zum Mechanismus der Adrenalinwirkung. Heinz Lawaczek.
- Amöbide Bewegungen der Leukozyten gesunder und kranker Menschen im Quarzdeckglaspräparat (Geschwindigkeitmessungen mit Hilfe eines Netzmikrometers). E. v. Philipsborn.
- Erfahrungen mit der Funktionsprobe des Inselapparates nach Depisch-Hasenöhrli. E. Kylin.
8. Ursachen der Augendrucksenkung im hypoglykämischen Zustand. Ernst Wiechmann und Fritz Koch.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Nr. 44, 28. Oktober 1928.
- Die Entstehung der Entzündungsleukozyten und die Grenzen der anatomischen Methode. Bernhard Fischer-Wasels.
- III. Irreführende Gaswechselbefunde. Julius Bauer.
35. Stenosenweiter. de Rudder.
99. Ueber die kombinierte Anwendung der Digitalispräparate mit den kampf-ähnlich wirkenden Substanzen Koramin, Kardiazol und Hexeton. Emil Bürgi und T. Gordonoff.
91. Adynamie und Blutzuckerfälle. G. Rosenow.
110. Beiträge zur Blutgruppenforschung. W. E. Hilgers, T. Wohlfeil, F. Knötzke.
108. Karotisdrukversuch und Blutdrucksenkung. E. Koch und H. Simon.
5. Zur Behandlung des Ulcus ventriculi und des Ulcus duodeni. Roeck.
48. Die hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum nach Kadisch. H. Groß.
92. Ueber Hypoglykämie bei Morbus Addisoni. W. Wadi.
- Von wann ab ist das Kind der Erziehung bedürftig? Gustav Tugendreich.
- Zur Frage der Stickstoffexkretion in den Magen und das Duodenum. Gerhard Scherk.
- Erwiderung. Hermann Steinitz.
- Die Erkrankung der Knochen bei Lues congenita. St. Engel und Schmidt.
- Ueber die Aufnahmefähigkeit roter Blutkörperchen für Lävulose. G. Eisner und F. Lewy.
- Tetanie und Milchsekretion. H. Simchowltz.
- Ueber die rheumatischen Erkrankungen der Bergarbeiter. Gorn.
- Zur Epidemiologie der Masern. M. Klotz.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 42, 19. Oktober 1928.
- Der heutige Stand der Blutgruppenforschung. Max Berliner.
- Die Entwicklung der neuen Rachistherapie. Joseph Langer.
121. Ueber eine häufige und leicht verkannte Form der Wurzelischias. Nic. Gierlich.
80. Der Larynxabstrich; eine neue Sputumgewinnungsmethode. Hans Edel.
34. Die Diathermiebehandlung der Otitis media und der auf Zirkulationsstörungen beruhenden chronischen Erkrankungen des Innenohres. Erwin Last.
81. Zur Therapie der Serkrankheit. Heinz Taterka und Leonhard Hirsch.
- Erfahrungen mit Lebendvaccine (Gonovitan) bei der Gonorrhöe des Mannes. Fritz Blut.
12. Behandlung der Amöbenruhr. E. Stern.
- Die Höhenklimaerthrozotose als Folge der Höhenklimaazidose. Ladislaus Detre und Alexander Mirgay.
- Praktische Fragen aus der versicherungsmmedizinischen Pathologie. (Fortsetzung.) Reckzeh.
- Ueber Eierstockhormonbehandlung. Friedrich Paul Weiß.
- Ambulatorische Mastkuren mit Heliol. J. Poras.
- Modifikation des Steinmannschen Extensionsbügels (D. R. G. M.). Wilhelm Düker.
- War der Tod die Folge des Unfalls oder eines Nieren- oder Herzleidens? W. Brandis.
- Ueber das American Journal of Obstetrics and Gynecology vom Jahre 1927. Wilhelm Liepmann und Georg Musa.
- Die technische Ausgestaltung des Unterrichts in der physikalischen Therapie. Grober.
- Die Medizinische Welt, Berlin, Nr. 42, 20. Oktober 1928.
- Das Dengue-Fieber in Griechenland. Pluto Papamarkou.
113. Einfluß von Vitaminschäden auf die Krebsentstehung. (Schluß.) Rhoda Erdmann und E. Haagen.
- Beteiligung auch äußerlicher Beziehungen am Zustandekommen pathopsychischer und volkstümlicher Gebilde. Berndt Götz.
- Die Behandlung nichtpuerperaler entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. (Schluß.) Gustav Döderlein.
130. Beitrag zur Behandlung der Morphiunkranken. Walther Görlitz.
131. Die Methode der Wahl für die Morphiumentziehung. G. Schlomer.
- Zu Kahles Therapie des Morphinismus. H. Ripke.
- Schlußwort. Erich David.
- Entstellungsbekämpfung. I. Einleitung: Entstellung und Krankheit. Martin Gumpert.
- Bedeutung der Wismutsalze in der Therapie. A. Bresser.
- Die Dienstbeschädigungsfrage bei schweren Bluterkrankungen. Otto Oesterlen.
- Der Symbiont Bacterium xylinum — Schizosaccaromyces Pombe als Therapeutikum. Maxim Bing.
- Transpulmin und Solvochin. P. Görl.
- Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankreich. Fritz Falkenburger.
- Beschaffung von Spendern zur Bluttransfusion. Karl Buchholz.
- Ist die Entfernung von Teilen einer Leiche gegen den Willen der Angehörigen des Verstorbenen strafbar? S. Dessau.
- Ursächlicher Zusammenhang bei ärztlichen Eingriffen. Oppenheimer.
- Ein schnallensloser Kindergürtel. Erwin Moos.
- Was hat Albrecht Thäer veranlaßt, seinen Beruf als Arzt aufzugeben und Landwirt zu werden? Jampertz.
- Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene (Mschr. f. Harnkrankh.), Stuttgart, 2. Jahrg., Heft 6, 1928.
- Die Schwangerschaftspsychiatrie. E. Pfeiffer.
61. Die Syphilis in den Tropen. H. Ruge.
132. Beobachtungen gleichgeschlechtlichen Fühlens. G. A. Schiller.
- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 45, 9. November 1928.
- Bedeutung der Haut für Immunität und Immunisierung. A. Wolff-Eisner.
- Bedeutung der Spannung für die Funktionswiederkehr eines gelähmten Muskels: Fall mit früher Funktionsrückkehr nach einer Radialisnäh. Max Lange.
- Begriff der „Dysfunktion“ in der Endokrinologie. A. Oswald.
- Oligodynamische Wirkung der Metalle. Bruno Pfab.
- Rippenfraktur durch Muskelzug als Sportverletzung. A. Arnold.
- Röntgentherapie bei Struma maligna und Herzdilatation. A. Winteroll.
- Wert der von Furuhata und seinen Mitarbeitern aufgestellten neuen Hypothese betreffend die Erblichkeitsverhältnisse der menschlichen Blutgruppen. Oluf Thomsen.
- Giemsa-Schnellfärbung für Blutpräparate. W. Blumenthal.
- Erfahrungen mit Narzolen zur Schmerzlinderung unter der Geburt. Carl Doerfler und Erich C. Lork.
- Targasin als Darmadstringens. Alex. Kaatz.
- Aristoson zur Infektionsbehandlung bei akutem Gelenkrheumatismus und bei subchronischen rheumatischen und neuralgischen Affektionen. Karl Dalichow.
- Neues Universalstativ für Weichstrahltherapie, Röntgentherapie und Diagnostik. Hans Kirsch.
- Behandlung der puerperalen Sepsis. Drenkhahn.
- Bedeutung der Familie für den Erfolg öffentlicher und privater Fürsorgebestrebungen. M. Gundel.
- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 46, 16. November 1928.
- Kreislauf der Wissenschaft. Paul Schenk.
- Gefahren der Pneumothoraxbehandlung. F. Kälbs.
6. Wesen und Wirkung der „palliativen Magenresektion“ beim nicht rezessibaren Ulcus ventriculi und duodeni. H. Flörcken.
- Indikation und Dosierung der Buckyschen Weichstrahlen in der Dermatologie. B. Spiethoff.
- Desinfizierende Wirkung des Chloramin-Heyden. Friedrich Hoder.
- Extremitätengangan. Jugendlicher. C. Handwerck.
- Ist Gonovitan eine Gonokokken-Lebendvaccine? Hermann Nagell.
- Digitalistherapie mit reinen Glykosiden (Pandigal). Erich Leschke.
- Praktische Erfahrungen mit „Somniervin“, einem Sedativum und Schlafmittel. Erich Mosbach.
- Dienstbeschädigungsfrage bei Krampfaderen, insbesondere bei einseitig Beinamputierten. Wilhelm Wolf.
- Ist die Kümmelsche Krankheit als ein selbständiges Krankheitsbild an der Wirbelsäule oder nur als ein Symptom zu bewerten? Heiligtag.
- Blutungen in der Schwangerschaft. Ernst Ad. Koch.
- Untersuchung des Blutes und der Papillarlinien im Alimentsationsprozeß. Schlager.
- Der Nervenarzt, Jahrgang I, Heft 11, 15. November 1928.
126. Thalämischer Symptomenkomplex. Robert Bing.
- Amaurose und erhaltener Lichtreflex. H. Korbsch.
- Organneurosen. Harald Schultz-Hencke.
128. Traumalanalyse in der Hypnose. M. Nachmansohn.
127. Gewerbliche Bleivergiftung. Friedrich Panse.
- Reichsgesundheitsblatt (Reichsgesbl.), Berlin, 3. Jahrg., Nr. 42, 17. Oktober 1928.
115. Ueber Encephalitis post vaccinationem. Oildemeister, Gins und Pethe.
- Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Schweiz. Arch. Neurol.), Zürich, XXII, Heft 1.
- Degenerationspsychosen. K. Kleist.
- Basalganglien. S. Kodama.
- Sensibilitätsprüfung auf Wärme. M. Spreng u. E. Wirz.
125. Gliom, Gliose, Oligomatoze. P. Schnyder.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 38, 12. September 1928.
- Ueber die Einwirkung von klimatologischen Faktoren auf das Befinden unserer Patienten. E. Zueblin.
- Appendizitis und Perityphilitis als Todesursache in Basel 1901—1925. Ernst Jessen.
15. Ueber Fingerverluste. Rudolf Baumann.
- Zur Therapie der Röntgengeschwüre. H. Kollier-Aeby.
- Elektrodenimprovisation für Augendiathermie. J. Strebel.
- Zeltschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärzt. Fortbildg.), Jena, 25. Jahrg., Nr. 17, 1. September 1928.
- Quantität oder Qualität? Zur Frage der Geburtenziffer. A. Grotjahn.
68. Die Epidemiologie der infektiösen Kinderkrankheiten. (Schluß.) U. Friedemann.
124. Die Epilepsie und ihre Behandlung. G. Peritz.
- Wie sollen Angiome behandelt werden. A. Salomon.
- Zeltschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten (Z. Hyg.), 109., Heft 1.
- Bakterienadsorption und Adsorptionsinfektion unter spezieller Berücksichtigung der Chlorsilber-Kieselsäure. J. Renner.
- Beiträge zur Morphologie und Biologie der Diphtheriebazillen. H. A. Gins und Z. Jermoljewa.
74. Experimentelle Begründung der Milzbrandneosalvarsantherapie. A. P. Ermilow und Z. S. Golotina.
- Darmbakterien der Fische und hygienische Beurteilung des Trinkwassers. J. E. Minkewitsch und N. A. Trofimuk.
- Ueber den Sonderrezeptor des Paratyphus-Breslau-Bazillus. F. Kaufmann.
- Varianten von Pneumokokken bei Züchtung in Immunsorum. R. Kimura, W. W. Sukneff und H. Meyer.
- Immunisierende Wirkung von avirulenten Pneumokokken und von Kulturfiltraten und Auflösungen virulenter Pneumokokken. H. Meyer und W. W. Sukneff.
- Vorkommen des Pfeifferschen Influenzabazillus bei Gesunden. W. Levinthal.
2. Verstäubbarkeit von Diphtheriebazillen. E. Jochimsen.
- Bakteriophagen als Testobjekte bei Versuchen über Verbreitung kleinster Körperchen durch die Luft. N. Leitner.
- Adsorption von Blausäure durch die Materialien für Wohnungsherstellung und -einrichtung. W. A. Ugloff.
- Weil-Felixsche-Reaktion beim experimentellen Felsengebirgsfieber. H. Munter.
- Kutisreaktion bei Typhus. K. T. Gluchoff.
- Austragung rezeffektör Tröpfchen bei Diphtherie. A. Leffkowitz.
- Untersuchungen über Reizdivstämme bei Trypanosomen mit Hilfe des Riekenberg-Phänomens. F. Leupold.
- Präzipitations- und Immunisierungsversuche mit dem Nukleoprotein aus Typ-II-Pneumokokken. T. Saito.
- Gewinnung des spezifischen Kohlehydrates der II-Pneumokokken und seine chemischen Eigenschaften. Saito und Ulrich.
- Ueber die C-Substanz der Paratyphusbazillen. W. Casper.
- Wirkungsmechanismus und Desinfektionswert einiger Chloride des Methans, Aethans und Äthylens. L. Gabbano.
- Desinfektion der Barbieregegenstände mit einigen Chlorverbindungen des Aethans und Äthylens. L. Gabbano.
- Zeltschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 51., 4.
70. Erscheinungen der Generalisation im Verlauf der chronischen Lungenphthise. J. Herms.
- Metallsalztherapie und Metallsalzprophylaxe. L. E. Walbum.
- Metallsalztherapie ad modum Walbum. Frederiksen.
- Ueber die Technik von Lungenaufnahmen. K. Gutzeit.
71. Die Berücksichtigung der Gegenseite bei der Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose des Erwachsenen. E. Fränkel.
- Desinfektion mittels Formaldehyd in wäßriger Lösung und in Dampfform bei Tuberkulose. E. Bergin.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 37.

- Ueber Chordaresten in den Wirbelkörpern. G. Schmorl.
 3. Ueber die Resektion des oberen Magenteiles. W. S. Lewit.
 Magenulkus und Gastroenterostomie? Chr. Johnsen.
 Hauttransplantation und Desinfektionsmittel. K. Kameya.
 Zur Behandlung der subkutanen Rippenbrüche. R. Sommer.
 Zur Behandlung der subkutanen Rippenbrüche durch Querverband. W. Groß.
 Der Führungsbohrer. H. Spitz.
 Fehldiagnose bei multiplen Endotheliomen der Dura. K. Flicke.
Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gyn.), Leipzig, Nr. 47, 24. November 1928.
 Diagnose der Malignität an der Portio. Schiffmann.
 Verhalten des schwangeren Organismus im Hunger. Jonen.
 Querlage als Indikation zur Schnittbindung. Rosenstein.
 22. Beobachtungen an 150 Extrauterinschwangerschaften. Bamberger.
 Fall von Bauchfellschwangerschaft. Pahl.
 Fall von mechanischem Ileus, drei Jahre nach Dolérisscher Ventrofixur. Konrad.
 Erfahrungen über ein neues Uterinum Gravitoe. Tausch.
 20. Fall von Haematoma vulvae traumaticum. Wachtel.
 29. Indikation zur manuellen Plazentalösung. Lind.
Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gyn.), Leipzig, Nr. 48, 1. Dezember 1928.
 Zum Wert der Pelvoskopie. Kammer.
 Ueber Uterer fissus. Heßler.
 30. Utererverletzungen bei Abortausräumungen und Schwangerschaftsunterbrechungen.
 Ottow.
 Operative Behandlung der Inkontinentia urinae. v. Mikulicz-Radecki.
 Schwere Blasenzerreißung nach Uterusperforation usw. Rosenzweig.

Zeitschriften in holländischer Sprache.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.**
 Nr. 32, 1928.
 Zur chronischen Appendicitis. J. G. Remijnse.
 Behandlung der Rachitis mit bestrahltem Ergosterin (Vitamin D). J. C. Schippers.
 133. Strahlenbehandlung des Augenlidabszesses. S. de Vries.
 64. Ein frühes Symptom der Masern. H. Jakobs.
 40. Hautangrän des rechten Fußes bei einem Neugeborenen.
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.
 Nr. 33, 1928.
 Wann muß die Schwangere in der Klinik niederkommen? P. C. T. van der Hoeven.
 85. Oedemtheorie der Beri-Beri. J. Meblus.
 129. Die Behandlung von manischen und depressiven Zuständen mit Somnifen.
 W. Beyerman.
 Ueber affektive Anfälle und ihre psychobiologische Bedeutung. E. A. D. E. Carp.
 Ueber einige diagnostische irreführende Variationen der Entwicklung der Wirbelsäule. R. J. Harrenstein.
 Lymphatische Reaktion nach Varizellen. A. von Westrienen.
 Heftige Darmblutung durch einen Ulkus in Meckelsches Divertikel. W. C. Meiß.
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.
 Nr. 34, 1928.
 Die Wahnbindung bei Schizophrenie. G. Jelgersma.
 Monokuläre Diplopie. G. J. Schoute.
 123. Die Erblichkeit bei Dementia paralytica. A. Hutter.
 Bluttransfusion und Autoagglutination. H. D. E. Milders.
 88. Behandlung der atrophischen Leberzirrhose mit Kalziumchlorid. De Jong.
 A. Polak Daniels.
 Rückenmarksgeschwulst ohne Sensibilitätsstörungen und als Ischiadikusneuritis verlaufend. A. Biemond.

Nordische Zeitschriften.

- Acta chirurgica Scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, Vol. LXIV, Fasc. I-II.**
 Ueber die Chirurgie des Sympathikus. René Leriche (Straßburg).
 Kombinationsbahre zum Bettmachen und zum Transport für den Krankenhausgebrauch. S. Orell (Styrö).
 Das Krankenbett und seine Hilfsvorrichtungen im Dienste der chirurgischen Therapie. S. Orell (Styrö).
 4. Ist ein sofortiger operativer Eingriff bei perforiertem Magengeschwür stets notwendig? Hakan Wickbom (Vadstena).
 10. Ueber die Behandlung des Rektumprolapses. Gösta Lundh (Malmö).
 8. Zur Kenntnis der Choleinsäureerolithen. John Hellström (Stockholm).
 Erfahrungen in drei nach Trendelenburg operierten Fällen von Lungenembolie. Gunnar Nyström (Uppsala).
 11. Ueber die Thrombose-Embolie-Erkrankung und ihre chirurgische Behandlung. K. H. Gieritz und Clarence Crafoord (Stockholm).
 Zwei mit Erfolg operierte Fälle von Lungenembolie. Clarence Crafoord (Stockholm).
Acta Dermato-Venereologica (Acta dermatovener.), Stockholm, Vol. IX, Fac. 3, Oktober 1928.
 59. Eine Form von Salvarsandermatitis (neunten Tag Erythem), bei der der die Salvarsanbehandlung fortzuführen ist. H. Chr. Gjessing.
 44. Untersuchung über die alimentäre Glykämieerkrankung bei einigen Hautkrankheiten. W. Lofander.
 51. Gestaltung der Roseola syphilitica und die daraus vermutete Pathogenese. S. Mendes da Costa.
 76. Zur Nicolas-Durand-Favreschen Krankheit (sog. Lymphogranulomatosis inguinalis). Herbert Fuhs.
Hospitalstidende (Hosp. tid.), Kopenhagen, Nr. 37, 13. September 1928.
 Klinische Bemerkungen über den Gebrauch der chirurgischen Diathermie bei bösartigen Geschwülsten der oberen Luftwege. (Schluß). E. Schmiegelow.
 122. Psychosen und Neurasthenien verbunden mit Achylia gastrica und Megalozytose, sowie die Beziehungen dieser Syndrome zur perniziösen Anämie. (Fortsetzung.) Erik J. Warburg und Stefan Jörgensen.
Hospitalstidende (Hosp. tid.), Kopenhagen, Nr. 38, 20. September 1928.
 Psychosen und Neurasthenien verbunden mit Achylia gastrica und Megalozytose, sowie die Beziehungen dieser Syndrome zur perniziösen Anämie. (Fortsetzung.) Erik J. Warburg und Stefan Jörgensen.
Hospitalstidende (Hosp. tid.), Kopenhagen, Nr. 39, 27. September 1928.
 Psychosen und Neurasthenien verbunden mit Achylia gastrica und Megalozytose, sowie die Beziehungen dieser Syndrome zur perniziösen Anämie. (Fortsetzung.) Erik J. Warburg und Stefan Jörgensen.
 Ueber pathogene Keime in den Wöchnerinnenstuben. N. F. Gregersen.
Hospitalstidende (Hosp. tid.), Kopenhagen, Nr. 40, 4. Oktober 1928.
 Professor Dr. Holger Mygind, Neurolog.
 Ueber die Häufigkeit der Ostitis nach der Osteosynthese. K. Barmwalder.
 Psychosen und Neurasthenien verbunden mit Achylia gastrica und Megalozytose, sowie die Beziehungen dieser Syndrome zur perniziösen Anämie. (Schluß.) Erik J. Warburg und Stefan Jörgensen.

Hygla, Stockholm, 90., H. 20, 31. Oktober 1928.

119. Zin Fall von septischer Hirninfektion. R. Elg-Olofsson.
 9. Ueber Läsionen im Rektum, insbesondere in Hinsicht auf Thermometer-Schädigungen. S. Elvin und B. Fromm.
Norsk Magazin for Laegevidenskaben (Norsk Mag. Laegevid.), Oslo, Nr. 11, November 1928.
 114. Ueber Encephalitis epidemica chronica und besonders über die spät auftretenden Symptome. Karoline Mathisen.
 Vergleichende Refraktionsbestimmungen. Harald S. A. Gjessing.
 32. Einige Bemerkungen über oogene Meningitis. R. Moe.
 Ueber die Anämie in dem ersten Kindesalter, speziell über die pseudoleukämische Anämie und ihre Stellung unter den schweren Anämien. Arting-Esp.
 Ueber Schwangerschaftsazidose. Henrik Sommerschild.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 42, 18. Oktober 1928.
 Ueber eine Epidemie von Paratyphenterie. F. Ingerslaw.
 Moderne Prothesenherstellung. Einer Nyrop.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 43, 25. Oktober 1928.
 83. Insulin als Unterstützungsmittel bei Mastkuren. M. Siggaard Andersen.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 44, 1. November 1928.
 Syphilitische Hautleiden. Aage Kristiansen.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 45, 8. November 1928.
 Was kann mit der lokalen Gonorrhöbehandlung erreicht werden? A. Kissmeyer.
 Einiges über Typhus und Typhusabekämpfung in Umanaku-Aerztetdistrikt. Kai Hrola.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 46, 15. November 1928.
 Fraktionierte Alkohol-Histaminprobenzeiten. Thorkild Fandig.
 62. Nachweis der Hämaturie. Erik Boas.
 Ein neues Aertzthermometer. M. Philippsen.
 Ueber die Behandlung der Appendicitis. E. Himmelstrup.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 47, 21. November 1928.
 Ein Fall von vasomotorischer Rhinitis mit Tuberkulinbehandlung. N. de Fiac-Bunkellod.
 Eine neue Methode zur Färbung der Retikulozyten. Tage Christiansen.
 Appendizitisbehandlung. Leo Rossen.

Zeitschriften in englischer Sprache.

- American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obstetr.), St. Louis.**
 Vol. XVI, Nr. 2, August 1928.
 25. Puerperale Sepsisepidemie im Staate New York. B. P. Watson.
 24. Epidemiologische und bakteriologische Untersuchungen über das Streptokokken-Puerperalfieber am Sloane-Hospital im Jahre 1927. Frank L. Meleney, Helen Zaytzeff, Harold D. Harvey.
 26. Bakteriologische Studie über die puerperale Harnblase. Harvey L. Kincaid.
 27. Beobachtung bei regelmäßiger Untersuchung der Nieren in Fällen von Schwangerschaftstoxikosen. Isador W. Kahn.
 Pyosalpinx infolge von Oxyuren. William Sidney Smith, James Denton.
 Torsion der Tube. Marion Douglass.
 Osteogenesis imperfecta congenita. Charles A. Gordon.
 Ektopische Corpora lutea. Vera B. Dolgopool.
 Laparotrachelotomie. Irving F. Stein, M. L. Leventhal.
 Zervikaler Kaiserschnitt. W. C. Danforth, R. M. Grier.
 28. Wirkung der gallensauren Salze auf die automatischen Kontraktionen des Uterus und auf die Tätigkeit des Hypophysenhormons während der Schwangerschaft. J. Holbauer.
 19. Einiges den Gynäkologen Interessierende aus der Veterinärmedizin. O. L. Moench.
 21. Ursachen und Verhütung von Strikturen und Okklusionen der Cervix uteri. Albert Mathieu, Goodrich C. Schaffner.
 Sensibilisierung von Meerschweinchen per vaginam. David I. Macht.
 Mesenteriale Lipomatose und Megakolon mit Muskelatrophie der Bauchwand. Walter T. Dannreuther.
 Kongenitale Anomalie der Sexualorgane. Mary Pauline Jeffery.
 Pneumokokken-Peritonitis nach normaler Geburt. J. R. McCord.
 Ovarialschwangerschaft von fünf Monaten. G. Van Amber Brown.
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgenol.), New York, Vol. XIX, 6.
 134. Die Röntgendiagnose der Lungenentzündung vom Friedländer Bazillus. K. Kornblum.
 135. Das Röntgenogramm bei Mastoiduserkrankungen. H. K. Taylor.
 Kongenitaler Mangel des Femur, der Patella, des Kniebeins und des Sitzbeins. verbunden mit anderen Anomalien. A. R. Shands Jr.
 86. Der toxische Kropf: Seine Diagnose und Behandlung. J. Th. Stevens.
 Die Behandlung des Hyperthyreoidismus. E. Rose.
 136. Die Strahlenrisiken des Röntgenologen. A. E. Barclay und S. Cox.
American Journal of Syphilis (Amer. J. Syph.), St. Louis, Vol. XII, Nr. 3, Juli 1928.
 49. Verschiedenheiten der Geschlechter beim syphilitischen Krankheitsbild. A. Warthin.
 55. Syphilitische Aortitis, thrombolöse Mitralendokarditis mit Pseudoaneurysma des vorderen Mitralsegels. M. Steinberg.
 54. Syphilis der Thyreoiden. Cl. Henrv.
 53. Diagnose der Magensyphilis. A. Welch.
 58. Behandlung schwerer Anämien bei Syphilis. S. Maurer, O. Richter, K. Kössler.
 50. Syphilisdiagnose vom Standpunkt des Internisten. W. Stoner.
 Syphilis: Eine Diskussion über gewisse wichtige Punkte bei der Behandlung. C. Sanders.
 52. Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis. J. Skavlem.
 Eine neue Technik für intramuskuläre Injektionen. Ch. Mathe.
 104. Wirkung therapeutischer Dosen von Arsenamin auf die erkrankte Leber. Experimentelle Studien. F. Mc. Jukin.
 103. Natriumthiosulfat. S. Goldblatt und Ch. Dennie.
 57. Moderne Syphilistherapie. A. Jones.
 102. Die Toxizität der kolloidalen Sulfide der Schwermetalle für Kaninchen. G. Wakerlin und Ch. Eiseinan.
 47. Wassermannfeste Syphilis. N. Tobias.
 Vergleichende Studie über die Meinesche Flockungsreaktion und die Kahnreaktion bei Syphilis und anderen verwandten Krankheiten in den Tropen. R. Gasser.
Archives of Internal Medicine (Arch. int. Med.), Chicago, 42, Nr. 1.
 Experimentelle Untersuchungen über Schilddrüsenerkrankungen. Warren B. Cooksey und M. S. Rosenblatt.
 100. Kardiologie: Experimentelle Studien über die Wirkung dieses Mittels auf den Kreislauf und die Atmung. Herbert Barker und Samuel A. Levine.
 65. Elektrokardiogramm bei Diphtherie. M. H. Nathanson.
 Einfluß der Arbeit auf den Grundumsatz mit besonderer Berücksichtigung der Thyreoiden. James H. Smith.

87. Chinintoleranz beim Morbus Basedowii. Israel Bram. Experimentelle Hypotension beim Kaninchen. Theodore L. Squier und Cather. T. Bach.
- Ausnutzung der Jerusalem-Artischocke bei einem Diabetiker. Thorne M. Carpenter und Howard F. Root.
- Vorkommen von Erkrankungen der Koronararterien ohne ausgesprochene Herzhypertrophie. H. R. Müller und Morris M. Weiss.
82. Alkalose bei Kranken mit Ulcus pepticum. Wesley E. Gatewood, Oliver H. Gaebler, Victor Myers und Edward Muntwyler.
- Gesamthormonkonzentration und Azidität des Mageninhalts. F. D. Gorbam, C. Malone Stroud und Maitland Huffman.
- Änderungen der Magensekretion unter Einfluß von Atropin, Ephedrin und Pilocarpin. A. M. Altschuler.
- Körperoberfläche und Bestimmungen der normalen Herzgröße. R. W. Kissane. Lancet. The (Lancet). London. 214. Nr. 5467. 9. Juni 1928.
43. Eine neue Methode der Lupustherapie. A. R. Sommerford.
- The Urologic and Cutaneous Review (Urologic Rev.), St. Louis. Nr. 11. November 1928.
- Unmittelbare und Dauerresultate der Prostataktomie. Arthur B. Ceril. Los Angeles.
- Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten früher bei den Indianern. William Kenwick Riddell. Toronto, Kanada.
45. Zirkumzision: Modifikation zwecks besseren kosmetischen Erfolges. Samuel J. Sinkov und Joaquin B. Arteaga. Atlanta.
63. Rückenschmerzen und Urologie. T. Jud McBee. Morgantown.
41. Alopecia praematura. Jacob Spitz. Boston.
- Neuere Ansichten über die Pathogenese der progressiven Paralyse. Franz Jahnel. München.
- Die Veränderungen des kolloidalen Status des Humors bei Dermatosen. B. Dujardin. Brüssel.
66. Diphtherie des Penis. Bericht über einen Fall. Paul B. Bailey. Fort Wayne. Dermatologische Sentenzen. Moses Scholtz. Los Angeles.

Zeitschriften in französischer Sprache.

- Bruxelles Médical. Nr. 50. 1928.
89. Der Rheumatismus der Menopause. Mathieu-Pierre Weil.
- Der vesiko-renale Rückfluß. Griepkoven.
- Neues Verfahren zur Behandlung der Blennorrhagie. M. Duray.
- Bruxelles Médical. Nr. 51. 1928.
23. Chirurgische Behandlung peritonealer Schädigungen bei Intraligamentären Tubenschwangerschaften. A. Guenin.
93. Chronische kindliche Adenopathien und Kytireaktionen. Häufigkeit und Natur der nichttuberkulösen zerviko-thorakalen Adenopathien. René Courtols.
- Bruxelles Médical. Nr. 52. 1928.
- Der Rheumatismus der Menopause. (Fortsetzung und Schluß.) Mathieu-Pierre Weil.
- Clinique et Laboratoire. Nr. 8. 30. August 1928.
- Pityriasis rosea Gibert. Pautrier.
- Allgemeinbemerkungen zur Behandlung einiger Formen von Knochen- und Gelenkerkrankungen. Plisson.
- Inwieweit beeinflussen körperliche Erkrankungen die Prognose von Geisteskrankheiten? Albert Léonet.
- Die Diagnose der Splenomegalien. Jean Girard.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.). Nr. 37. 15. September 1928.
56. Syphilitische Amyotrophie. Ch. Achard.
- Können Augensymptome auf eine Enzephalitis hinweisen? A. Guérin.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.). Nr. 38. 22. September 1928.
77. Die Behandlung der Bronchiektasien. Bezançon.
- Die Erkennung einer geplatzten Bauchhöhlenschwangerschaft, die vorher als stielgedrehte Ovarialzyste imponierte. Delbet.
- Fraktur der Schädelbasis mit Zyklotomie und Lähmung des III. Hirnnervenpaares. Marcel Demerillac.
- La Presse Médicale (Presse méd.). Paris. Nr. 80. 6. Oktober 1928.
90. Zur Histologie und pathologischen Physiologie der Myasthenie. G. Marinesco.
- Klinische Studie über das Dengue-Fieber. Saccorrafos.
- Zum bakteriologischen Studium der infektiösen Zustände beim Kollumkarzinom. Ch. Gracelande und M. Liégeois.
- La Presse Médicale (Presse méd.). Paris. Nr. 81. 10. Oktober 1928.
- Ueber die transversale Inzision bei der Laparotomie. J.-L. Faure.
- Einige physiologische Bemerkungen zum Verständnis der Pathologie des Knochens. K. Lerche und A. Pollicard.
- Hormone und Vitamine. C. Soula.
- Bemerkungen zur Tubulinjektion. Delassus.
- Ursachen und Therapie des Glaukoms in ihren Beziehungen zur allgemeinen Medizin. P.-E. Monhardt.
- Revue d'Orthopédie (Rev. d'Orthop.). Paris. 35. Jahrgang. Heft 3. 1928.
- Ueber Kondylenfrakturen am oberen Tibiaende nach 22 eigenen Beobachtungen. Laurent Moreau.
12. Multiple Exostosen. B. Freyka.
18. Coxa valga und Coxitis der Pubertätsjahre. N. C. Lapeyre et E. Mourgue-Mollines.
- Beitrag zum Studium der Homilie. Fehler einer Hand. Alfonso Chiariello.
- Die Sprunggelenkresektion von einem vorderen Zugang aus. P. Lombard.

Zeitschriften in italienischer Sprache.

- Archivio di Ortopedia (Arch. di Ortop.). Mailand. 44. Heft 2.
- Gibbusmeßapparat. Angelo Lavermicocca.
- Tuberkulose Osteo-Arthritis deformans im Ellbogengelenk. Stefano Lussana.
- Ueber die Kapselbildung bei den solitären kontilaginären Exostosen. Enrico Ettore.
- Einige Beobachtungen von isolierter tuberkulöser Erkrankung am kleinen Trochanter. Mario Manfredi.
16. Beziehungen zwischen Skoliose und Wirbelveränderungen im Lenden-Kreuzbeinabschnitt. A. Albanese.
- Caries sicca des Schambeins. Antonio Mezzani.
- Von angeborener Luxation des Radiusköpfchens. Pier Filippo Busatti.
- Archivio di Ortopedia (Arch. di Ortop.). Mailand. 44. Heft 3.
- Ueber den Aufbau des ersten Metakarpalknochens im Röntgenbild. Alfonso Magliolo.
- Röntgenbehandlung der Knochentumoren. Alberto Possati.
- Bemerkungen zur Behandlung einiger Skoliosenfälle. Carlo-Marino Zuco.
- Betrachtung über einen seltenen Typus von Hüftverrenkung bei Starrkrampf. Guido Nastrucci.
- Weiterer Beitrag zur hinteren operativen Sperrung des Sprunggelenks bei der Behandlung von schlaffen und spastischen Lähmungsspitzen. Ugo Camera.

Osteo-Arthritis deformans der kindlichen Hüfte. Salvatore Ciaccia.

Die Brüche des Ellbogens. Hans Spitz.

Die Epikondylitis am Humerus. Antonio Merlini.

17. Ueber drei Fälle der Krankheit Kahler-Bozzolo. S. Marconi.
- La pediatria. Jahrgang 36. Heft 20. 15. Oktober 1928.
- Polyneuritische Späterscheinungen nach toxischer Diphtherie. Francesco Laureati.
95. Die lokale Autovakzinationstherapie in der Kinderpraxis. F. Cantani.
96. Ueber das Verhalten des hämatopoetischen Systems bei Varizellen. Giuseppe Vitelli.
97. Ueber Zerebrospinalmeningitis mit Froinschem Symptomenkomplex bei einem Säugling. A. Giussani.
- Ueber einen Fall von tieferhafter kongenitaler Leberlues bei vierzehnjährigem Knaben. Wladimir Mikulowski.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache.

- Archivos Españoles de Pediatría (Arch. españ. Pediatr.). Madrid. Jahrgang 12. Nr. 9. September 1928.
- Kritische Bemerkungen zu den Einteilungssystemen der kindlichen Nephritis. Duarte Salcedo.
- Beitrag zum Studium des Hypergenitalismus mit Beschreibung eines Falles von Hypergenitalismus verbunden mit bisexuellem Geschlechtstypus (Knabe mit Mammentwicklung). E. Bonilla.
94. Die Eigenblutbehandlung bei der exsudativen Diathese. Alfonso Munoyerro.
- Brasil Medico. Rio de Janeiro. 42. Jahrgang. Nr. 25. 23. Juni 1928.
- Die klinischen Erscheinungen des Hypothyreoidismus (Fortsetzung). A. Silva da Mello.
73. Der praktische Wert der Methode „Cropper-Fröes“ für die Diagnose der Malaria. Heitor Proes.
- Zwei Fälle von Heilung tuberkulöser Peritonitis. Leão de Aquino.
- Ueber die Adsorption der lebenden Zelle. Paolo Seabra.
- de Andrade.
- Die Behandlung der Syphilis mit Vitargyl. Moura Brasil und Gabriel de Andrade.
- Brasil Medico. Rio de Janeiro. 42. Jahrgang. Nr. 26. 30. Juni 1928.
- Die klinischen Manifestationen des Hypothyreoidismus (Fortsetzung). A. Silva da Mello.
- Ein Fall von doppelter Fazialislähmung. Armando Sampaio Tavares.
- Beitrag zur Kenntnis der Hodengeschwülste. Americo Valerio.
- Fall von Fremdkörperextraktion aus dem Rhinopharynx. Edgard de Cerqueira Falcao.
- Ueber Kardialio. Vicente Pascarelli.
- Brasil Medico. Rio de Janeiro. 42. Jahrgang. Nr. 27. 7. Juli 1928.
- Ueber Schilddrüsenentzündung. A. da Silva Mello.
- Bemerkungen über das Gelbfieber in Brasilien. Henrique de Beaurepaire Aragao.
- Ovarielle Dysfunktion und Allgemeinstörungen. Paulo F. Schirch.
- Kann die asiatische Cholera nach Brasilien durch japanische Einwanderer verschleppt werden? Edgard de Cerqueira Falcao.
- Brasil Medico. Rio de Janeiro. 42. Jahrgang. Nr. 28. 14. Juli 1928.
- Zur Impfung gegen Tuberkulose mittels BCG. Arlindo de Assis.
13. Fall von intra-thorazischem Tumor nach Splenektomie. Juvenal Ricardo Meyer.
- Fall von totaler Verätzung der Kornea mit Bleiazetat. Carlos Pentead Stevenson.
- Brasil Medico. Rio de Janeiro. 42. Jahrgang. Nr. 29. 21. Juli 1928.
- Die Frage der Ätiologie des Gelbfiebers. Eduardo de Araujo.
- Fall von halluzinatorischer Form der progressiven Paralyse. Cunha Lopes e Alcides Vasconcellos.
- A Folha Medica. Rio de Janeiro. 9. Jahrgang. Nr. 25. 5. September 1928.
- Die eigenartigen Wirkungen einiger Herzmittel. Evandro Chagas und Aguinaldo Rezende.
- Der künstliche Pneumothorax in der Therapie und Prophylaxe der Lungentuberkulose. Genesio Pitanga.
- A Folha Medica. Rio de Janeiro. 9. Jahrgang. Nr. 26. 15. September 1928.
- Die Steinachsche Operation. Jayme Poggi.
- Ueber Vorstadt- und Landkrankenhäuser. Manuel de Moraes.
- Die Protheintherapie der Gonorrhöe. P. Cardozo-Lexné.
- A Folha Medica. Rio de Janeiro. 9. Jahrgang. Nr. 27. 25. September 1928.
- Ein seltener Fall von natürlichem Pneumothorax. Ary Miranda.
- Zum Mechanismus der Blutgerinnung. Flavio Lins.
- A Folha Medica. Rio de Janeiro. 9. Jahrgang. Nr. 28. 5. Oktober 1928.
- Mutterschaftshilfe und Schwangerschaftsfürsorge. Arnaldo de Moraes.
- Das Problem der Malariaabekämpfung. O. de Souza Pinto und S. Ferrel Pin o.
- La Pediatria Española (Pediatría españ.). Madrid. 17. Jahrgang. Nr. 190. Juli 1928.
- Angeregter Schiefhals. J. Garrido Lestache.
- Ein Versuch, die bakteriellen Urheber der Tuberkulose in bezug auf ihr biologisches Verhalten den Lehren der Mendelschen Schule einzufügen. Jaime Ferran.

Zeitschriften in russischer Sprache.

- Kasanskij Meditsinskij Zhurnal (Kasan. med. Z.). Kasan. 24. Jahrgang. Heft 4. 1928.
- Zur Frage der Entstehung der Cheyne-Stokeschen Atmung. A. G. Teregulow.
- Zur Frage der diagnostischen und prognostischen Bedeutung der dauernden subfebrilen Temperaturen. B. S. Brewdo.
- Zur Klinik des Gigantismus. E. Ginsburg.
- Zur Frage der Oligämie bei Malaria. M. E. Wolsky und E. M. Schewelenko.
7. Primäres Magensarkom. Shukowskaja.
- Zum Schicksal der seidenen Knoten Naht der Hohlorgane. T. S. Kriwitzow.
- Ueber Milzruptur bei Malaria. W. M. Durmaschkin.
- Zur Frage des Ca-Gehalts im Blute der Glaukomkranken. K. N. Netschkina-Brodowskaja.
- Ueber Regeneration der Uterusschleimhaut nach dem künstlichen Abort. J. Jakowlew.
- Die Kalksche Paraffinreaktion der Zerebrospinalflüssigkeit. Ch. G. Chodoss und N. N. Gorkalew.
39. Versuch der Ekzembehandlung mit intravenösen NaCl-Injektionen. A. S. Senin.
- Fremdkörper im äußeren Gehörgang. W. A. Tschudnosowetow.
- Der gegenwärtige Stand der Frage der Bakteriophagie. (Schluß). E. Schächter.
- Wratschebnolo Djele (Wratsch. Djele). Charkow. 11. Jahrgang. Nr. 8. 1928.
106. Amylase in Blut und Urin bei verschiedenen Erkrankungen. W. J. Kondratjew.
- Zur Klinik der Splenomegalien. E. M. Tarelew und M. Wladow.
- Zur Untersuchungsmethodik des Dünndarms mittels dünner Sonde. W. N. Winoogradow. J. M. Gelbird und S. A. Chadschamiraw.
14. Die Rolle des Sympathikus beim postoperativen Meteorismus. Sch. I. Mtwaredidse.

- Synthalin in der Behandlung des kindlichen Diabetes. N. R. Schastin.
 Ueber reversible Hämolyse. D. J. Schattenstein.
 Zur Methodik der chronischen Reizungen der peripheren Nerven. J. J. Nikolajew und J. I. Rubinstein.
 101. Ueber die unmittelbare Wirkung der Ovarial- und Hodenextrakte auf die Nerven. A. M. Worobjew.
 112. Ueber den Einfluß der Asphyxie auf die Erregbarkeit der intrakardialen Endigungen des N. vagus. (Schluß.) W. J. Danilewski und P. A. Wialkow.
 Die Wirkung des Kreosots auf die Haut. D. S. Schapiro.
 Zur Frage der „iatrogenen“ Erkrankungen. E. J. Dubnikow.

- Der thermische Bedeutung des Kurortes Shelesnowodsk und seine Indikationen. M. J. Futran.
 Zum Studium der Heileigenschaften des Mineralwassers des Melitopoler Bezirks. B. A. Schazillo.
 Fall von Diabetes und Dextrokardie. A. Petrasewitsch.
 Fall von angeborener Ektrodaktylie. A. T. Kolessnikow.
 69. Zur Frage der vasomotorischen und sekretorischen Störungen im Anschluß an eitrige Parotitis. S. P. Jarin.
 67. Ueber Keuchhusten. J. W. Stschukin.
 Fall von Papillomatosis der Mundschleimhaut bei einem Syphilitiker. E. J. Miraklanz.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 6. Geschichte der Medizin. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | 15. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. |
| 2. Augenheilkunde. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 12. Kinderheilkunde. | 16. Psychologie u. Psychopathologie. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 13. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 17. Soziale u. gerichtliche Medizin. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 9. Hygiene. | 14. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 18. Strahlenforschung und Therapie. |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 10. Infektionskrankheiten. | | 19. Zahnheilkunde. |

Bakteriologie und Serologie.

1.
 Kruspe, M., **Blut- und Liquoruntersuchungen mit der Müller-schen Ballungsreaktion.** (Derm. Wschr., 1928, 87., Nr. 47, S. 1802.) Die Müller'sche Ballungsreaktion, die mit dem von Müller selbst hergestellten oder dem von der Firma Schering gelieferten Extrakt ausgeführt werden kann, erfordert nur eine geringe Serummenge und zeichnet sich durch die deutliche Ablesbarkeit der Ergebnisse aus. Im Vergleich zur WR. und SGR. zeigt sie eine größere Reaktionsbreite, dabei allerdings auch einen größeren Prozentsatz unspezifischer Ausfälle, doch überwiegen die Vorteile der MBR. die Nachteile. Im Liquor war sie nie unspezifisch, in 16 Prozent überlegen, so daß sie zur Vervollständigung jeden Liquorbefundes herangezogen werden sollte.
 Ernst Levin, Berlin.

2.
 Jochimsen, E., **Verstäubbarkeit von Diphtheriebazillen.** (Z. Hyg., 104., H. 1.) Der Diphtheriebazillus gehört zu den Bakterien, die lebensfähig in den feinsten trockenen Staub übergehen und mit diesem durch kleine Luftströme über weite Strecken hin verbreitet werden können. Neben der Kontaktinfektion und Tröpfcheninfektion wird daher auch die Staubinfektion bei der Frage der Verbreitung der Diphtheriebazillen mit berücksichtigt werden müssen.
 Henning, Leipzig.

Chirurgie und Orthopädie.

3.
 Lewit, W. S., **Ueber die Resektion des oberen Magenteiles.** (Zbl. Chir., 1928, Nr. 37.) Die Schwierigkeit dieser Operation besteht in der Vereinigung von Oesophagus und Restmagen. Durch Mobilisierung des thorakalen Oesophagus vom Abdomen aus läßt sich die Speiseröhre nicht unwesentlich verlängern. Wichtig ist eine gute Abschließung des Mittelfellraums zum Schutz vor Infektionen. Eine Hauptgefahr ist die Entwicklung von Randnekrose am ungenügend ernährten Oesophagus. Beschreibung einer zweizeitigen Operation eines Kardiatumors.
 Walter Grossmann, Berlin.

Johnsen, Chr., **Magenulkus und Gastroenterostomie?** (Zbl. Chir., 1928, Nr. 37.) Verf. ist der Ansicht, daß unsere Auffassung des Ulkus falsch ist, ebenso wie unsere therapeutischen Maßnahmen: Es gibt überhaupt kein Ulcus „pepticum“. Die HCl kann in physiologischer Konzentration nicht schädigend wirken. Im Gegenteil, die Salzsäure allein ist es, die imstande ist, die schädigende Wirkung azidogener Keime aufzuhalten, welche allein die Ursache für die Bildung jener molekular hochprozentigen Fermentationssäuren sind, die das Ulkus bedingen und unterhalten.
 Walter Grossmann, Berlin.

Spitzzy, H., **Der Führungsbohrer.** (Zbl. Chir., 1928, Nr. 37.) Bohrer in Form einer Rinnensonde. Durch rotierende Bewegungen kann man leicht durch menschliche Knochen einen gekrümmten Kanal bohren und dann durch die Rinne eine Nadel oder einen Draht hindurchführen.
 Walter Grossmann, Berlin.

Wickbom, Hakan (Vadstena), **Ist ein sofortiger operativer Eingriff bei perforiertem Magengeschwür stets notwendig?** (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. I/II, S. 43.) Es wird über 5 Fälle von perforiertem Magen- bzw. Duodenalgeschwür berichtet, die durch konservative Behandlung geheilt wurden. Die Richtigkeit der Diagnose wurde durch die später ausgeführte Operation bestätigt. Sämtliche 5 Fälle, von denen 3 als sichere Perforation diagnostiziert worden waren, kamen zur Genesung.
 E. Gohrbandt.

5.
 Roeck, **Zur Behandlung des Ulcus ventriculi und des Ulcus duodeni.** (Klin. Wschr., 44., 1928, S. 2105.) Verfasser ging bei seinen Untersuchungen von dem Gedanken aus, daß es ihm gelingen müßte, auf mechanischem Wege eine Reinigung der Magenschleimhaut zu erzielen. Hierzu verwandte er die Duodenalsonde, deren Einführung für den Kranken weitaus angenehmer ist, als die Einführung der Magen-sonde. Die Olive der Sonde sollte, wenn möglich, blind endigen, und die Öffnungen sollten lediglich an den Seiten der Olive sitzen. Am Röntgenschirm kontrolliert Verfasser dann die Stellung der Olive im Mageneingang, dann spritzt er unter möglichst hohem Druck leicht angewärmtes Wasser durch die Sonde in den Magen, tritt mit der Sonde immer tiefer und saugt dann das Spülwasser zurück, um es zu entleeren. Große Schleimmengen können auf diesem Wege entfernt werden. Auf diese Weise kann der Magen in seinen sämtlichen Teilen durch den Spray gesäubert werden. Die Spülung kann beliebig lange ohne jede Dehnung der Magenwände durchgeführt werden. Vor der Spülung kann das Nüchternsekret entnommen und seine Azidität festgestellt werden. Verfasser nimmt gewöhnlich auch eine mikroskopische Untersuchung des Nüchternsekrets vor, die wertvolle Aufschlüsse zu geben vermag (evtl. Tumorkörperchen, aber sehr selten). Die Spülung wirkt nach den bisherigen Ergebnissen des Autors günstig. Ungünstige Wirkungen sind bisher noch niemals beobachtet worden. Der größte Vorteil der Methode ist darin zu erblicken, daß unter dem Schutze der Spülungen das diätetische Regime sehr bald erweitert werden kann. Die Kranken vertragen schon nach wenigen Spülungen wieder Speisen, deren Zufuhr im Interesse einer Hebung des Kräftezustandes außerordentlich wünschenswert ist (Fleisch, Gemüse, Obst).
 Arnold Hirsch, Berlin.

6.
 Flörcken, H., **Wesen und Wirkung der „palliativen Magenresektion“ beim nicht resezierbaren Ulcus ventriculi und duodeni.** (Münch. med. Wschr., 46., S. 1955.) Die palliative Resektion ist in den Fällen anzuwenden, wo der radikalen Resektion eines Ulcus duodeni oder eines hochsitzenden Geschwüres an der kleinen Kurvatur Schwierigkeiten entgegenstehen, die den radikalen Eingriff als zu gefährlich erscheinen lassen. Der Eingriff wird nach Billroth II durchgeführt, wobei die Mitentfernung des Pylorus anzustreben ist. Wenn der Pylorus in die Geschwürzone mit einbezogen ist, so kann er zurückgelassen werden, wobei bereits oralwärts von ihm durchtrennt wird. Vom Magen wird nicht nur das ganze Antrum, sondern regelmäßig ein großer Teil des Magenkörpers nach dem Fundus zu entfernt. Bei hochsitzendem Magengeschwür wird nach Durchtrennung und Versorgung des Duodenum der Magen bis an das Ulcus freigemacht und die Operation in derselben Weise beendet. Bei zweifelhafter Dichte des Duodenalstumpfes ist zu drainieren. Eine Braun'sche Anastomose ist stets anzulegen, um den Duodenalstumpf nicht einer unerwünschten Druckwirkung auszusetzen, die eine Perforation zur Folge haben könnte. Die palliative Resektion setzt einen widerstandsfähigen Organismus voraus und ist nur in den Fällen anzuwenden, die längerer interner Behandlung trotzen. Ihre Ergebnisse sind sehr günstig, da fast 90 Prozent der Nachuntersuchten beschwerdefrei und arbeitsfähig befunden wurden. Die Wirkung des Eingriffes erklärt sich aus der Ausschaltung der peptischen Komponente des chronischen Geschwürs infolge der ausgedehnten Entfernung sezernierender Schleimhautpartien. Auch bei der palliativen Resektion kommt es — wenn auch selten — zur Entwicklung von sekundären Ulcera jejun. Die Operationsmortalität dieses Verfahrens ist wesentlich geringer als die Sterblichkeit bei der Ulkuseresektion (0,9 gegenüber 5 Prozent).
 Biberfeld.

7.
Shukowskaja, Primäres Magensarkom. (Kasan. med. Z., Hft 4, 1928, S. 422.) Mitteilung eines Falles. Der Patient, 26jähriger Student, klagte über heftige, periodisch auftretende Schmerzen, Gefühl der Völle und Druckgefühl in der Magengegend, sowie seit einiger Zeit bestehende Geschwulst oberhalb des Nabels. Diese Beschwerden, die seit einem halben Jahr bestanden, verschlimmerten sich in den letzten zwei Monaten. Der Pat. erbrach sehr oft Speisereste und große Schleimmengen. Der Appetit war jedoch die ganze Zeit gut. Status: In der Oberbauchgegend links war bei der Palpation eine etwa faustgroße, gut verschiebliche, nicht druckempfindliche Geschwulst von fester Konsistenz zu fühlen. Mageninhaltuntersuchung: Gesamtaazidität — 18, freie HCl — 0, Milchsäure — Spuren; Blutprobe negativ; viel Stärke und Schleim. Das Blutbild ergab Linksverschiebung des weißen Blutes und Eosinophilie. Röntgen: Im oberen Magenteil Einziehung in Halbmondform; an der Pars pylorica Füllungsdefekt; in der Lebergegend kompakte Schatten. Nach zehntägigem Aufenthalt in der Klinik wurde der Pat. operiert: Resektion von $\frac{3}{4}$ des Magens samt dem Netz und Entfernung der Lymphdrüsen. — Makroskopisch stellte sich der resezierte Magenteil als ein dickwandiger Sack dar, welcher aus mehreren Knöten von verschiedener Größe bestand, von denen sich der größte in der hinteren Magenwand befand. Mikroskopisch handelte es sich um ein Rundzellensarkom, das wohl von der Submukosa seinen Ausgang genommen hatte und danach auch die Schleimhaut durchwuchs. Der Pat. wurde als gebessert entlassen. Zwei Monate nach der Operation stellten sich jedoch wieder heftige Schmerzen in der Magengegend, ständiges Uebelsein und Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme sowie starke Abmagerung ein. Im Epigastrium zeigte sich eine Auftreibung, die durch eine sehr große Geschwulst verursacht war. Diese wuchs sehr deutlich, und der Zustand des Pat. verschlimmerte sich mit jedem Tage. Nach siebentägiger Bewußtlosigkeit Exitus. — Bei der Sektion fand man eine ziemlich große Geschwulst (Rundzellensarkom), welche die ganze rechte Bauchhöhle einnahm und mit Milz, Leber, rechter Niere, Duodenum und Mesenterium verwachsen war. Metastasen waren in den Lungen, dem Zwerchfell, dem Mediastinum und der Bauchhöhle zahlreich vorhanden.
 E. Kontorowitsch.

6.
Hellström, John (Stockholm), **Zur Kenntnis der Choleinsäureenterolithen.** (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. I/II, S. 79.) Es werden zu den bereits in der Literatur mitgeteilten 5 Fällen von Choleinsäureenterolithen 2 Fälle veröffentlicht, die Verf. beobachtete.

Die Hauptmasse der Steine besteht aus der Choleinsäure, einer freien Gallensäure. Die Steinbildung selbst geht im Darm und nicht in der Gallenblase vor sich, denn die Gallenblase erwies sich in den Fällen, wo sie untersucht werden konnte, als völlig normal. Ferner wiesen die Steine Reste vegetabilischer Kost und große Mengen verschiedener Bakterien auf. Die Bildung der Steine kommt dadurch zustande, daß ein Ueberschuß von Choleinsäure im Darm entsteht. Hauptsächlich bakterielle Zersetzungsprozesse sowie mechanische Hindernisse in der Darmpassage spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung, der Lokalisation und dem Anwachsen der Steine. Sämtliche Patienten, bei denen Choleinsäureenterolithen gefunden wurden, waren Frauen, die jüngste 31 Jahre alt, die älteste 75. Die Steine selbst, deren Gewicht zwischen 2 und 45 g schwankte, waren an verschiedenen Stellen des Dünndarms gelegen. Dreimal waren tuberkulöse Strikturen vorhanden. Differentialdiagnostisch können die Choleinsäureenterolithen von Gallensteinen, die in den Darm geraten sind, nicht unterschieden werden. Auch die Röntgenaufnahme gibt uns keinen genügenden Aufschluß. Erst die direkte Anschauung des Steines und letzten Endes die chemische Untersuchung geben uns einen Aufschluß über die Natur des Steines. Da die Choleinsäureenterolithen gewöhnlich nicht spontan abgehen, so sollen sie, falls man sie als Konkrementbildungen im Darm erkennt, wegen der Ileusgefahr rechtzeitig operiert werden.

E. Gohrbandt.

9.
Elvin, S., und B. Fromm. **Ueber Läsionen im Rektum.** (Hygiea, H. 20, 1928, S. 805.) Bei 1530 Obduktionen fanden sich 96mal Wunden, 12mal Narben, 11mal Krebs, 5mal Nekrosen, 5mal Fisteln, 5mal ulzeröse Proctitis und 10mal tuberkulöse Geschwüre. Diese waren bald primärer Natur bei allgemeiner Tuberkulose, bald sekundärer mit Tuberkelbazillen. Häufig fanden sich zugleich mit den Rektalgeschwüren Prostataveränderungen. Ein Teil der Rektumulcerationen wird auf die Anwendung spitzer Thermometer und Klysteransätze zurückgeführt. Von den 96 Fällen mit Ulcera bestrafen 60 Männer und 36 Frauen.
 S. Kalischer.

10.
Lundh, Gösta (Malmö), **Ueber die Behandlung des Rektumprolapses.** (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. I/II, S. 58.) Bericht über die Behandlung von 84 Fällen von Prolapsus recti während der Jahre 1906–26 aus dem Allgemeinen Krankenhaus in Malmö.

14 Fälle waren ausschließlich konservativ mit Diät, Rektalspülungen und Bettruhe behandelt worden. In 69 Fällen wurde, nachdem die konservative Behandlung sich als nicht ausreichend erwiesen hatte, eine einfache Thermokauterisation der Rektalschleimhaut vorgenommen. Die Nachuntersuchung ergab, daß von den 14 konservativ behandelten Fällen nur 2 Rezidive bekommen hatten; beide Patienten wurden durch Kauterisation geheilt. Von den 69 Patienten konnten 61 zur Nachuntersuchung aufgefunden werden. Nur 2 von ihnen wiesen einen unbedeutenden Rest eines Prolapses auf, während sämtliche anderen Patienten völlig beschwerdefrei waren.

E. Gohrbandt.

11.
Glert, K. H., und Clarence Crafoord (Stockholm), **Ueber die Thrombose-Embolie-Erkrankung und ihre chirurgische Behandlung.** (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. I/II, S. 121.) Es ist nicht mit Bestimmtheit festzustellen, daß die Thrombose-Embolie-Erkrankung tatsächlich in letzter Zeit häufiger auftritt oder ob die genauere Diagnosenstellung eine scheinbar häufigere Frequenz vortäuscht. Die Thrombose-Embolie-Erkrankungen bedeuten nicht nur eine Lebensgefahr, sie verlängern auch das Krankenlager wesentlich. Die Einteilung der Thrombose-Embolie-Erkrankung geschieht am zweckmäßigsten folgendermaßen: 1. die obturierende Lungenembolie, 2. die nicht obturierende Lungenembolie mit manifester Thrombose, 3. die nicht obturierende Lungenembolie ohne manifeste Thrombose, 4. die manifeste Venenthrombose ohne Lungenembolien. Die genuine Thrombose-Embolie-Krankheit kommt wesentlich häufiger auf den chirurgischen Abteilungen als auf den inneren vor; ihr unmittelbarer kausaler Zusammenhang mit dem operativen Eingriff kann nicht von der Hand gewiesen werden. Selten tritt die Erkrankung im Anschluß an Operationen auf, die am Kopf, am Halse oder an der bedeckenden Haut ausgeführt wurden. Am häufigsten dagegen finden wir sie nach Operationen an den Extremitäten, besonders bei Patienten mit Varizen. Die besondere Lagerung der unteren Extremitäten, um einen besseren Abfluß des venösen Blutes zu bewirken, sowie die Unterbindung der Vasa epigastrica profunda scheinen keinen Einfluß auf die Entstehung der Thrombose-Embolie-Erkrankung zu haben. Die genuine Thrombose-Embolie-Erkrankung scheint aus vielen Gründen eine nosokomiale Infektionskrankheit zu sein. Sie braucht durchaus keine klinischen Symptome zu machen. In den leichtesten Fällen bestehen gewöhnlich nur subfebrile Temperaturen bei sub- und objektivem Wohlbefinden. Jede subfebrile oder febrile Bogenkurve, für die kein Grund gefunden werden kann, muß verdächtig auf eine Thrombose-Embolie-Erkrankung sein und gilt häufig als Vorbote für eine Lungenembolie. Der plötzliche stechende Schmerz in der Lunge mit blutigem Auswurf, mit Veränderungen der Temperatur und des Pulses bestätigen das Bild einer Lungenembolie. Das Bild der obturierenden Lungenembolie ist so typisch, daß es kaum verkannt werden kann. Sie kommt plötzlich, ganz unvorsehen, mit den typischen Symptomen: am häufigsten sind intensive Blässe, Verschwinden des Pulses und Bewußtlosigkeit. Andere recht häufige Symptome sind Atemnot, Zyanose mit typischem Venenpuls über den Schlüsselbeinen. Gewöhnlich tritt bei der obturierenden Lungenembolie nicht sofort der Tod ein, sondern es besteht zwischen dem ersten Anfall und dem Todesanfall ein Zwischenraum, der genügt, die Trendelenburg'sche Operation ausführen zu lassen. — Die Ursache der Thrombose-Embolie-Erkrankung ist nicht bekannt. Wir kennen kein Mittel, um sie zu verhüten. Bei der obturierenden Lungenembolie ist die Trendelenburg'sche Operation die Methode der Wahl.
 E. Gohrbandt, Berlin.

12.
Freyka, B. **Multiple Exostosen.** (Rev. d'Arthop., 35., Heft 3, Mai 1928.) Der Verfasser glaubt an Hand von Serienversuchen am Mikroskop den Beweis erbracht zu haben, daß die multiplen Exostosen im Epiphysenknorpel entstehen. Er findet gewisse Parallelerscheinungen mit den Vorgängen der Rachitis.

Debrunner, Zürich.

13.
Meyer, Juvenal Ricardo. **Experimenteller Beitrag zur Entwicklung intrathorazischer Tumoren nach Splenektomie.** (Brasil med., 42. Jahrgang, Nr. 28, S. 761, 1928.) Es handelt sich hier um einen Tumor, der sich nach Splenektomie bei dem Tiere (Maus) entwickelt hatte, bei welchem außerdem noch Exophthalmus und mehrere Anfälle von Dyspnoe zu verzeichnen waren. Die Geschwulst entwickelte sich im Thorax und erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Retikulum, welches große schwach tingierte, mononukleäre Zellen einschloß, die vielfach an Lymphoblasten erinnerten. Die übrigen Organe waren frei von pathologischen Veränderungen. Die Differenzialzählung der weißen Blutkörperchen ergab normale Verhältnisse. Durch Inokulation kleiner Tumorpartikel gelang es auch bei anderen Tieren rasch wachsende maligne Geschwülste zu erzeugen.
 Ashkenasy, Wien.

14.
Mtwarelidse, Sch. J. **Die Rolle des Sympathikus beim postoperativen Meteorismus.** (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 8, 1928, S. 611.)

Der Meteorismus resultiert aus zwei Faktoren: Ansammlung von Gasen im Darmkanal und Druck derselben auf die Darmwand, wobei in manchen Fällen schon eine geringe Gasansammlung genügt, um eine Ausdehnung des Darmes herbeizuführen, in anderen jedoch die Darmwand einen gewissen Widerstand diesem Druck gegenüber ausübt und dadurch die Entwicklung des Meteorismus begrenzt. Um eine Vorstellung von der Abhängigkeit des Meteorismus von dem Widerstande der Darmwand gegenüber dem Gesamtdruck zu gewinnen, untersuchte der Verf. die Gärungsvorgänge im Darm sowie den Zustand des sympathischen Nervensystems bei einer Reihe von zur Laparotomie bestimmten Patienten. Sowohl vor als auch nach der Operation wurde der Harn auf Indikan untersucht und das vegetative Nervensystem auf Aschnerschen Reflex geprüft. Gleichzeitig wurde bei jedem Pat. der Umfang des Bauches in der Höhe des Nabels gemessen. Bei Personen, bei denen der Tonus des Sympathikus sich als herabgesetzt erwies und die Indikanprobe im Harn stets negativ ausfiel, wurde nach der Operation Meteorismus festgestellt, während die Pat. mit erhöhtem Tonus des sympathischen Nervensystems ungeachtet dessen, ob sie positive oder negative Indikanprobe hatten, keinen Meteorismus aufwiesen. Diese Ergebnisse beweisen, daß der Darm bei einem normalen Tonus imstande ist, trotz großer Ansammlung von Gasen ihren Druck zu überwinden. Die Vagotonie dagegen hat stets einen postoperativen Meteorismus zur Folge. Die vorhandene Insuffizienz des Sympathikus wird unter dem Einfluß des Operationstraumas noch verschlimmert, was zur Verminderung des Darmtonus führt. Man darf aus all diesem aber nicht schließen, daß die Gase bei der Entstehung des postoperativen Meteorismus keine Rolle spielen; sie sind im Gegenteil bestrebt, den Darm zu dehnen, dabei leistet dieser einen Widerstand, der vom Darmtonus, also vom Zustande des Sympathikustonus, abhängig ist. Nach diesen Erwägungen hängt der Grad des Meteorismus von dem Zustande des Darmtonus ab, und die Vorbereitung des Darmkanals vor der Operation durch Darreichung von Abführmitteln, Klysmen, Diät u. dgl. spielt für die Entstehung des postoperativen Meteorismus keine Rolle. E. Kontorowitsch.

Baumann, Rudolf, Ueber Fingerverluste. (Schweiz. med. Wchsch. Nr. 38, 22. Sept. 1928.) Bei der Bearbeitung eines Materials von über 400 Fällen von Fingerverlusten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt ließen sich folgende Ergebnisse gewinnen: Eine Sichtung der Verunfallten nach Berufen zeigt, daß Arbeiter, die an Fräsen und Sägen, an Holzbearbeitungsmaschinen, Transmissionen usw. beschäftigt sind, am häufigsten Fingerverluste erleiden. Die Sicherungsvorrichtungen zur Verhütung von Unfällen sind am mangelhaftesten in Kleinbetrieben und werden dort auch oft nicht richtig angewendet. Fingerverluste durch stumpfe Gewalteinwirkung sind häufiger, als Abtrennungen durch scharfe Instrumente. Jugendliche im Alter von 15 bis 20 Jahren weisen die höchste Unfallfrequenz auf; ein zweiter Anstieg betrifft das Alter von 30 bis 40 Jahren. Ungelernte Arbeiter stellen infolge ihrer geringen Schulung allein schon etwa ein Drittel der Fälle.

Für die Behandlung haben sich folgende Forderungen ergeben: Möglichst rasche Wundversorgung innerhalb der ersten 24 Stunden, möglichst vollständige Abtragung geschädigter Weichteile und genügende Kürzung gesplitteter Knochen, Schaffung einer genügenden Stumpfbedeckung durch einen volaren Lappen. Wenn immer möglich, primäre Wundnaht. Komplizierte Splitterfrakturen der Fingerglieder gestatten meist keine konservative Behandlung, besonders dann nicht, wenn größere Weichteilstücke verlorengegangen sind. Eine zu konservative Behandlungsweise dauert oft unverhältnismäßig lange und gibt doch schlechte funktionelle Resultate, steht also in keinem Verhältnis zu der Belastung der Versicherungsanstalt. Nagelreste sind nur dann zu erhalten, wenn sie eine gewisse Größe haben, andernfalls eine vollständige Entfernung des Nagelbettes vorzunehmen, da hirsekorngroße Nagelüberreste den Stumpf sowohl verunstalten als auch seine Brauchbarkeit herabsetzen. Die Wiederanheilung nahezu vollständig abgetrennter Fingerstücke gelingt nur in einem kleinen Prozentsatz der Fälle. Für den praktischen Arzt, der unter ungünstigeren Verhältnissen als die Klinik arbeitet, kommt der Versuch einer Wiederanheilung wegen der häufigen Komplikationen nicht in Betracht. Der Ersatz verlorengegangener Daumenstücke durch Ueberpflanzung eines Hautfettgewebslappens leistet oft nicht mehr als ein kunstgerecht abgesetzter Amputationsstumpf, sie macht nur die Behandlungszeit ungebührlich lang und hält den Verunfallten unverhältnismäßig lange von seiner Arbeit fern. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt für Totalverluste von Fingern 65 Tage, für Verluste von zwei Fingergliedern 61 Tage und für Verluste von Endgliedern 53 Tage. Verunfallte über 35 Jahre bedürfen einer längeren Behandlungszeit als die jüngeren Altersklassen. Meist schätzt der behandelnde Arzt die Behandlungsdauer zu kurz ein. Wundinfektionen und Nekrosen an Weichteilen und Knochen treten nach stumpfer Gewalteinwirkung häufiger auf als bei Abtrennung durch scharfe Instrumente. Die zu konservativ behandelten Fälle weisen weitaus die Mehrzahl der infektiösen und nekro-

tischen Prozesse auf. Narbenkoloide traten unter 400 Fällen sechs-mal auf, Amputationsneurome siebenmal, drei davon wurden operativ entfernt. Eine Besprechung des Problems der kleinen Renten führt zu dem Vorschlag einer möglichst frühzeitigen Abfindung aller kleinen Rentenansprüche. Heide.

Albanese, A., Beziehungen zwischen Skoliose und Wirbelveränderungen im Lenden-Kreuzbeinabschnitt. (Archivio Di Ortopedia, Band 44, Heft II, 1928, Nr. 10.) Der Verfasser zeigt in seiner aufschlußreichen Arbeit, daß in 23% seiner untersuchten Fälle von Skoliosen verschiedenster Art Veränderungen im Lenden-Kreuzbeinabschnitt nachgewiesen werden konnten. Er hält diesen Prozentsatz, der nach unseren bisherigen Anschauungen unverhältnismäßig hoch erscheint, für noch zu niedrig und glaubt, daß genauere, systematische Untersuchungen die Zahl noch erhöhen würden. Diesen knöchernen Veränderungen mißt er ursächliche Bedeutung für die Ausbildung der Skoliose zu, da sie das statische Gleichgewicht der Wirbelsäule stören. Aus diesem Grunde sind eine große Reihe von Skoliosen sicherlich angeboren. Der Verfasser nähert sich damit den modernen Anschauungen Max Boehms über die angeborenen Ursachen der Wirbelsäulenverbiegung. Die Veränderungen selbst bestehen in der Hauptsache in mangelhafter Sakralisation, im Ausbleiben der Bögenschlüsse am Kreuzbein und am untersten Wirbel und an anderer asymmetrischer Knochenentwicklung dieser Gegenden. Debrunner, Zürich.

Marconi, S., Ueber drei Fälle der Krankheit Kahler-Bozzolo. (Arch. di Ortop., Band 44, Heft III.) Marconi beschreibt an seinen drei Fällen die eigentümliche Erkrankung genau. Gleichzeitig bespricht er die Schwierigkeit, die einer Frühdiagnose sich entgegenstellt. An den Kranken war allgemein nachzuweisen eine diffuse Schmerzhaftigkeit des Skeletts, die aber besonders deutlich an den Knochen des Rumpfes (Rippen, Brustbein, Wirbel) nachzuweisen war. Die besonders schmerzhaften Stellen zeigten knöcherne Aufreibungen, die meist durch Spontanfraktur bedingt waren. Der Allgemeinzustand der Patienten zeigte Veränderungen wie wir sie bei den Kachexien in der Begleitung myoplastischer Geschwulstbildungen vorfinden. Im Urin fand sich stets der Bence-Jones'sche Körper. Die pathologisch-anatomische Unterlage derartigen Erkrankungen besteht in der Gegenwart von multiplen Myelomen im Knochen, die aber am Rumpfskelett häufiger zu finden sind als in den Knochen des Schädels oder der Extremitäten. Häufig zeigt sich im Röntgenbild diffuse Atrophie der am stärksten befallenen Knochen, besonders der Wirbelkörper. Dem entspricht die Brüchigkeit und teilweise auch Weichheit der Knochen, wie sie der Verfasser aus autopsischen Befunden nachweisen konnte. Das Messer schneidet Wirbelkörper und sogar das Kreuzbein leicht. Das Röntgenbild gibt nicht immer Aufschluß über Frühfälle, dagegen glaubt der Verfasser dem Vorhandensein des Bence-Hones'schen Körpers im Urin, also der Proteinurie größere Wichtigkeit beimessen zu sollen. Debrunner, Zürich.

Lapeyre, N. C., und E. Mourgue-Molines, Coxa valga und Coxitis der Pubertätsjahre. (Rev. d'Orthop., 35., Heft 3, 1928.) Nach der Auffassung der Verfasser stellt die Coxa valga einen infantilen Zustand des oberen Femurendes dar. Die ab und an nachgewiesenen Äußerungen von Schmerzen glauben sie nicht auf die Stellungsveränderung zurückzuführen, sondern als unabhängige Nebenerscheinung auffassen zu dürfen, wie sie auch eine normal gebaute Hüfte treffen können. Diese Erscheinungen bezeichnen sie als Pubertätscoxitis, denen vielleicht endokrine Störungen zugrunde liegen mögen. Debrunner, Zürich.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Moench, G. L., Einiges den Gynäkologen Interessierende aus der Veterinärmedizin. (Amer. J. Obst., XVI., 1928, 254.) Bei der Kuh und beim Pferd beträgt die Schwangerschaftsdauer 285 bzw. 334 Tage. Die durchschnittliche Dauer der Schwangerschaft gibt einen Indikator ab für die Fertilität des betr. Tieres; d. h. je fruchtbarer ein Tier ist, um so mehr nähert sich die Tragzeit dem Ideal von 334 bzw. 285 Tagen. Z. B. haben fruchtbare Kühe eine Schwangerschaftsdauer von ungefähr 285 Tagen, während weniger fruchtbare eine solche von 280 bis 270 Tagen und noch weniger besitzen. Frühgeborene Kälber sind selten fruchtbar; oft bleiben sie steril. Die Erfahrungen der Veterinärärzte haben für den Gynäkologen insofern Bedeutung, als Frühgeburten nur in der ersten Zeit als besonders empfänglich für Krankheiten aller Art angesehen werden; daß sie dagegen nach Ueberstehen der ersten Säuglingszeit als völlig normal betrachtet werden. Die Beachtung der Tierärzte dagegen sollte Veranlassung geben, den Frühgeburten größere Aufmerksamkeit zu schenken und in Fällen von Sterilität danach zu forschen, ob es sich bei den betr. Patientinnen um eine Frühgeburt gehandelt hat. Ähnliches gilt von den übertragenen Kindern. Die Humanmedizin nimmt an, daß übertragene Kinder ein über dem

Durchschnitt stehendes Geburtsgewicht besitzen, und wenn sie einmal die Gefahren der Geburt überstanden haben, besonders befähigt sind, den Anforderungen des extrauterinen Lebens zu entsprechen. Der Tierarzt dagegen betrachtet ein übertragenes Tier als keineswegs begünstigt und findet, daß gerade dieses häufig steril bleibt. Auch ist das Geburtsgewicht vielfach unter dem Durchschnitt. Die Anschauungen der Gynäkologen gehen im allgemeinen dahin, daß der Genitalapparat oberhalb des Os externum steril ist. Die Tierärzte dagegen haben gefunden, daß nicht nur im Uterus sondern auch in der Amnionflüssigkeit, in der Nabelschnur und in den Plazentargefäßen Bakterien vorhanden sind. Diese finden sich in Uterie schwangerer und nicht schwangerer gesunder Tiere; sie verursachen aber keine Krankheit, weil entweder ihre Virulenz zu gering ist, oder die Widerstandsfähigkeit des Gewebes gegen die Bakterien zu groß ist. Läßt diese nach, so tritt häufig Abort ein. Die Tierärzte glauben, daß die bakterielle Infektion des Uterus und der Plazenta eine hohe fötale Mortalität verursacht; auch resultieren häufig Frühgeburten, verhaltene Plazenta oder Sterilität. Diese Beobachtung der Veterinäre über die bakterielle Invasion des Uterus sollten den Gynäkologen zu neuen Untersuchungen auf diesem Gebiet anregen. Dies gilt ganz, besonders für die Frage der Ursache von Aborten, die u. U. in einer uterinen Infektion bestehen kann.

Paul Braun.

20.
Wachtel, M., Ein Fall von Hämatooma vulvae traumaticum. (Zentrbl. f. Gyn. 1928, Nr. 47, Seite 3019.) Durch eine Quetschung bzw. Zerreißung der venösen Geflechte der Klitoris bzw. der Corpora cavernosa oder auch der Vena dorsalis clitoridis können Hämatoome der Vulva entstehen, die wie in dem vom Verf. beschriebenen Fall oft Kindskopfgröße erreichen. Als Trauma war hier ein Stoß der Sattelspitze des Fahrrads gegen die Genitalien vorangegangen. Was die Therapie derartig lokalisierter Hämatoome anlangt, so hat sie sich nach der Größe des Tumors zu richten. Kleine, bis hühnereigroße Hämatoome werden in den allermeisten Fällen auf kalte Umschläge, essigsäure Tonerde-Verbände, Eisbeutel, evtl. T-Kompressionsverbände, hin zurückgehen und allmählich völlig verschwinden. Dagegen kommt eine Invasion mit anschließender Entleerung der Blutkoagula, Blutstillung durch Umstechung und Tamponade der Wundhöhle besonders bei größeren Hämatomen in Frage, ebenso bei Zeichen von arterieller Blutung, Infektionsgefahr vom Darm oder von den Bauchdecken her und bei der Gefahr einer Vereiterung oder Verjauchung.

Schwab, Hamburg.

21.
Mathien, A. und G. C. Schauffler, Ursachen und Verhütung von Strikturen und Okklusionen der Cervix Uteri. (Amer. J. Obst. XVI, 1928, 258.) Eine klinische Unterscheidung zwischen vollkommenem Verschuß und fortgeschrittener Stenose des Zervikalkanals kann schwierig oder praktisch unmöglich sein. Ein Studium der Fälle zeigt deutlich, daß operative Eingriffe, die eine Heilung einer zervikalen Erkrankung bezwecken, für die Stenose verantwortlich zu machen sind. Aus diesem Grunde sind alle örtlichen Behandlungen der Cervix zu vermeiden. Zur Therapie der Erosionen, des Ektopion und der leichteren Formen der Endozervikitis schlägt Verf. die sog. „lineare Kauterisation“ vor. In schweren Fällen ist die Tracheloplastik nach Sturmdorf angezeigt.

Paul Braun.

22.
Bamberger, E., Beobachtungen an 150 Extrauterinschwangerschaften. (Zentrbl. f. Gyn. 1928, Nr. 47, Seite 3009.) Aus der statistischen Zusammenstellung des Krankennmaterials des Mannheimer Städt. Krankenhauses geht hervor, daß bei etwa gleichbleibender Geburtenziffer die Anzahl der Extrauteringravitäten mit jedem der letzten Jahre höher geworden ist. Die Schwierigkeiten der Diagnose werden erläutert. Als Hauptfaktor der Aetiologie werden früherer Abortus und die Anwendung antikonzeptioneller Mittel angesehen. Diese Ansicht wird durch die Tatsache gestützt, daß Aborte und auch Extrauterinschwangerschaften jetzt in bedeutend jüngerem Alter auftreten als früher. Die Gonorrhöe dürfte nach Ansicht des Verf. eine geringere Rolle in der Aetiologie und Extrauteringravität spielen, als man ihr früher zuschreiben geneigt war. Denn die durch ein Go. hervorgerufenen Tubenveränderungen sind meist so schwerer Art, daß sie zur völligen Undurchgängigkeit der Eileiter und damit zur dauernden Sterilität führen. Gelegentlich erleidet man nach alten Gonorrhöen, daß ein Eileiter wieder durchgängig wird, dann allerdings meist so unvollkommen, daß eine Schwangerschaft eintritt.

Schwab, Hamburg.

23.
Guenin, A., Die chirurgische Behandlung von peritonealen Schädigungen bei intraligamentären Tubenschwangerschaften. (Brutell. Med. Nr. 51, 1928.) In der vorliegenden Arbeit ist die Rede von einer besonderen Form der ektopischen Schwangerschaft: der intraligamentären Schwangerschaft. Sie entwickelt sich zwischen den Blättern des Ligamentum latum und ist gar nicht so selten. Handelt es sich um eine Schwangerschaft im Beginn, so gleicht die Ablösung des Fötalsackes in allen Punkten der Exstirpation einer zystischen

Salpingitis. Vielleicht ist sie gefäßreicher, besitzt sie noch mehr Adhäsionen mit den Nachbarorganen und besonders mit dem Uterus. In solchen Fällen kann man zur Erleichterung des Eingriffs zu einer Hysterektomie schreiten. Aber die Peritonealisierung ist doch relativ leicht. Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, desto ausgedehnter werden die Adhäsionen zwischen Fruchtblase, Uterus, Blase, Intestinum, Bauchwand. Die Durchblutung dieser Organe nimmt sehr hohe Grade an und der Chirurg bedarf all seiner Kaltblütigkeit und Geschicklichkeit, um Herr zu werden über diese gefährlichen Blutungen, die man bei der Lösung der Verwachsungen erlebt. Der kritischste Moment ist die Exstirpation der Plazenta. Selbst der vorsichtigste Versuch einer Exstirpation kann Blutungen auslösen, denen selbst der beherrschteste Chirurg ohnmächtig gegenübersteht.

Der abdominale Weg hat vor dem vaginalen unleugbare Vorteile; nicht immer gelingt die Totalexstirpation des Fruchtsackes, man ist zuweilen gezwungen, den Uterus, der mit dem Tumor eng zusammenhängt, ganz oder teilweise mit zu entfernen. In zahlreichen Fällen führt man die Marsupialisation des Fötalsackes aus. Damit vermeidet man die Schwierigkeiten, die mit der Exstirpation der Plazenta verbunden sind. Der Vorgang gestaltet sich folgendermaßen: die Wunde wird mit Jodoformgase ausgestopft, die bis zum Sack reicht. Erst am nächsten Tage schreitet man zur Eröffnung der Blase. Hat man nicht Zeit, solange zu warten, so vollzieht man vor der Eröffnung des Sackes seine exakte Vereinigung mit den Tegumenten. Dann erst wird der Sack geöffnet, der Föt an den Füßen herausgezogen, die Nabelschnur zweimal abgebunden. Dann reinigt man die Höhle mit einer sterilen oder einer antiseptischen Flüssigkeit. Die Plazenta wird manchmal mumifiziert mit Hilfe eines Gemisches von Tannin und Salizylsäure. Zum Schluß wird ein Gazestreifen eingelegt. Die Heilung erfolgt durch Granulation: die Ausscheidung der Plazenta in Fetzen, die des Sackes durch Eiterung, führen manchmal zu Fistelbildung und zur Gefahr der Narbenbruchbildung. Das sind die Nachteile des Verfahrens. Wir können also die Marsupialisation nicht als eine Methode der Wahl ansehen, sondern nur als einen Vorgang, zu dem wir durch die Lage des Falles gezwungen sind. Die verschiedenen Arten der Drainage hängen von verschiedenen Indikationen ab. In Fällen, wo die Blutstillung exakt ist, und die Peritonealisierung ausreicht, so jedoch das Risiko einer Infektion noch besteht, genügt die Bauchdrainage; aber wenn man eine schwerere Infektion zu fürchten hat, wenn am Grunde des Beckens Gewebspartien noch fortgesetzt bluten, gibt die Scheidendrainage eine größere Sicherheit und erfüllt ihren Zweck ungleich besser als die Bauchdrainage. Es gibt auch Fälle, wo man nach beiden Seiten hin drainiert.

Held.

24.
Meleney, F. L., H. Zaytzeff, H. D. Harvey, Epidemiologische und bakteriologische Untersuchungen über das Streptokokken-Puerperalfieber am Sloane-Hospital im Jahre 1927. (Amer. J. Obst., XVI., 180, 1928.) Die Beobachtung der im Januar und Februar 1927 am Sloane-Hospital aufgetretenen Epidemie von Puerperalfieber führte zu folgenden Ergebnissen: Die Eingangspforte für die Streptokokken war die Vagina, nicht die Nase oder der Rachen. Es handelte sich nicht um eine hämatogene Infektion. Bei der Aufnahme in die Klinik enthielt bei keiner Patientin die Vagina Streptokokken, sondern die Streptokokken traten entweder kurz vor, während oder unmittelbar nach der Entbindung auf. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß eine Übertragung direkt von Patientin zu Patientin stattfand. Dagegen muß man annehmen, daß ein oder mehrere Bazillenträger die Infektion veranlaßten. Es ist unmöglich, eine Epidemie von Puerperalfieber in einer Gebäranstalt mit absoluter Sicherheit zu verhindern; aber man kann die Gefahr auf ein Minimum reduzieren; und zwar schlagen Verfasser folgende Maßnahmen vor: Wöchentlich müssen Nase und Rachen des gesamten Sanitätspersonals untersucht werden. Ebenso wird von jeder Patientin, die zur Aufnahme kommt, ein Rachenabstrich und Vaginalabstrich entnommen und bakteriologisch untersucht. Wenn bei einem Angestellten der Entbindungsanstalt hämolytische Streptokokken nachgewiesen werden, so muß er von allen Kreißenden ferngehalten werden und sich einer Behandlung seiner Nase und seines Rachens unterziehen. Hebammenschülerinnen dürfen nur dann aufgenommen werden, wenn die Abstriche negativ sind. Die Patientinnen mit positivem Befund in Hals oder Vagina müssen isoliert und gründlich behandelt werden. Untersuchungen vor der Entbindung sollen nach Möglichkeit vermieden werden, und alle Untersucher und Assistenten sollen vor Mund und Nase während der Untersuchung eine Maske tragen. Auch während der Entbindung haben alle Anwesenden Masken zu tragen. Dasselbe gilt für alle Untersuchungen nach der Entbindung und beim Wechseln der Wattevorlagen, vor der außerdem eine Desinfektion der Hände vorzunehmen ist. Besonders am Ende des Winters und Beginn des Frühlings soll das gesamte Krankenhauspersonal Hals und Nase mit antiseptischen Gurgelungen bzw. Bädern behandeln. In dieser Jahreszeit sollen außerdem alle Be-

suchen eine Maske erhalten; solche mit Erkältungskrankheiten dürfen die Entbindungsanstalt nicht betreten. Entwickelt sich eine Epidemie, so müssen die Bazillenträger sofort gefunden und dispensiert werden. Klingt die Epidemie nicht innerhalb von fünf bis sechs Tagen ab, so muß die Entbindungsanstalt geschlossen werden. Paul Braun.

25.
Watson, B. P., **Puerperale Sepsis-Epidemie im Staate New York.** (Amer. J. Obst., XVI., 157, 1928.) In der Zeit vom 16. Januar bis 14. Februar 1927 erkrankten 24 Patientinnen unter einer Gesamtzahl von 163 Entbindungen an einer Streptokokkeninfektion; acht von ihnen starben. Ein Neugeborenes bekam ein Erysipel; eine Schwester erkrankte an einer ernsthaften Streptokokkeninfektion am Arm; bei einer andern Schwester entwickelte sich eine Streptokokkenperitonitis, die nach Laparotomie ausheilte. Trotz Desinfektion der Operations- und Kreißsäle mit Chlorkalk traten neue Fälle von Puerperalfieber auf. Auch nachdem der Kreißsaal in einen bisher unbenutzten Raum verlegt war, hielt die Epidemie an. Sie erlosch erst, nachdem das Hospital für Neuaufnahmen gesperrt wurde. Eine eingehende bakteriologische Untersuchung des Krankenhauses verlief negativ; d. h. es wurden weder in der Luft noch an den Wänden, auf den Fußböden in den Operationssälen, Ankleideräumen oder im Wasser usw. hämolytische Streptokokken gefunden. Dagegen wurden außer an den erkrankten Patientinnen in der Nase und im Rachen einiger Aerzte, Schwestern und Angehörigen des Dienstpersonals Streptokokken nachgewiesen. Aber auch die Trennung dieser Bazillenträger von den Patientinnen brachte die Epidemie nicht zum Stillstand. Dies lag wahrscheinlich daran, daß immer neue Bazillenträger auftauchten. Das Tragen einer Maske vor Nase und Mund der behandelnden Aerzte usw. hatte ebenfalls keinen Erfolg. Trotzdem erscheint es wichtig, daß alle Bazillenträger von geburtshilflichen Kliniken ausgeschlossen werden, und daß alle Personen, die mit den Patientinnen in Berührung kommen, sich maskieren. Die gewöhnliche Eingangspforte für die Streptokokken ist die Vagina; denn bei fast allen erkrankten Patientinnen wurden virulente Streptokokken in der Vagina gefunden. Alle Patientinnen mit positivem Blutbefund starben bis auf eine. Das späte Erscheinen der Streptokokken im Blut sowie der Sektionsbefund deuten darauf hin, daß die Aussaat auf dem Lymphwege erfolgt. Die Therapie bestand in Injektionen von Antistreptokokkenserum, Chinin und Bluttransfusionen. Die besten Resultate wurden erreicht durch Kombination von Antistreptokokkenserum und Chinin. Die Bluttransfusion ergab schlechte Resultate. Paul Braun.

26.
Kincaid, H. L., **Bakteriologisches Studium über die puerperale Harnblase.** (Amer. J. Obst., XVI., 1928, S. 194.) Die normale puerperale Harnblase fand sich beim ersten Katheterismus in 92,16 Prozent der Fälle steril, bei späterem Katheterisieren gingen in 51 Prozent der Fälle Kulturen an, ohne daß die betreffenden Patientinnen Symptome einer Zystitis aufwiesen. Die Gefahr des Katheterismus ist gering, wenn er sorgfältig ausgeführt wird. Die gezüchteten Mikroben waren relativ gutartig; Staphylococcus albus diphtheroide Stäbchen und Streptococcus lacticus. Kolibazillen wurden selten in der gesunden Blase von Wöchnerinnen gefunden. Die gezüchteten Mikroben lassen einen Schluß zu auf die Art des Bakteriengehaltes der Ureter. Werden im Urm von Schwangeren oder Wöchnerinnen Kolibazillen gefunden, so besteht die Gefahr einer Erkrankung des uropoetischen Systems, insbesondere die Gefahr einer Pyelitis. In zwei Fällen von Kaiserschnitten ergab die bakteriologische Untersuchung des Katheterurins dieselben Resultate wie bei denen, die per vias naturales entbunden. Paul Braun.

27.
Kahn, J. W., **Beobachtung bei regelmäßiger Untersuchung der Nieren in Fällen von Schwangerschaftstoxikosen.** (Amer. J. Obst., XVI., 1928, S. 201.) Die Schwangerschaftstoxikosen werden durch ein Toxin hervorgerufen, das im mütterlichen Blute kreist und in den Nieren produziert wird. Verf. konnte in 52 Fällen von Toxikosen Nierenschädigungen nachweisen und schließt daraus, daß die Niere als primärer Faktor in der Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen angesehen werden muß. Aus diesem Grunde ist es unerlässlich, auch bei den geringsten Störungen, die auf eine Toxikose hinweisen, den Urin eingehend zu untersuchen. Hierzu gehört: 1. eine sorgfältige Anamnese, die in Erfahrung bringen soll, ob in der Kindheit, der Pubertät, nach evtl. Abort oder nach Operation eine Krankheit des Harnapparates bestanden hat, 2. Untersuchung des spezifischen Gewichtes des Urins, 3. Zystoskopie, 4. Ureterenkatheterismus zur Feststellung, ob eine Striktur oder ein Stein oder eine Kompression vorhanden ist, 5. Untersuchung des getrennt aus jedem Ureter aufgefundenen Urins zum Nachweis einer Pyelitis oder Pylonephritis, 6. bakteriologische Untersuchung, 7. Nierenfunktionsprobe nach Injektion von Indigokarmin, 8. Pyelographie. Die frühzeitige Entdeckung einer Nieren- oder Uretererkrankung ermöglicht die beste Prophylaxe gegen die Toxikosen. Wird eine Schädigung des Harnapparates festgestellt, so ist eine entsprechende

Behandlung einzuleiten. In jedem Falle ist nach einem Infektionsherd in Zähnen, Tonsillen, Nase, Zervix zu suchen. Gute Erfolge geben Injektionen von Kulturen, die aus dem Urin gezüchtet werden. Die beste Behandlung der Pyelitis besteht in Spülungen des Nierenbeckens und Injektion von Merkurochrom oder Silberpräparaten. Sobald die Nierenerkrankungen abgeklungen waren, verschwanden die toxischen Symptome und der Hochdruck. Zystitiden sind ebenfalls entsprechend zu behandeln. Viele Patienten, bei denen auf Grund ihrer toxischen Erscheinungen der künstliche Abort hätte eingeleitet werden müssen, konnten nach Feststellung der Erkrankung des uropoetischen Systems und Behandlung ohne Schaden für Mutter und Kind die Schwangerschaft bis zum Ende durchführen. Paul Braun.

28.
Hofbauer, J., **Wirkung der gallensauren Salze auf die automatischen Kontraktionen des Uterus und auf die Tätigkeit des Hypophysenhormons während der Schwangerschaft.** (Amer. J. Obst., XVI., 1928, S. 245.) Gallensaure Salze üben auf die Kontraktionen des isolierten Meerschweinchenuterus eine stark hemmende Wirkung aus. Da während der Schwangerschaft die gallensauren Salze im Blut um das dreifache erhöht sind, wird es verständlich, daß der Uterus im Verlauf der Gravidität so tolerant ist und seinen Inhalt nicht ausstößt, wie er es sonst mit jedem Fremdkörper macht. Kleine Mengen von Hypophysenextrakt sind bei Gegenwart von gallensauren Salzen nicht imstande, Uteruskontraktionen hervorzurufen. Andererseits muß man annehmen, daß die gallensauren Salze die Wirkung des Hypophysenhormons so regeln, daß anstatt von tetanischen Kontraktionen der Uterus mit rhythmischen, intermittierenden Kontraktionen reagiert. Paul Braun.

29.
Dr. L. Lind, **Die Indikation zur manuellen Plazentalösung und die Plazentaadhäsion.** (Zentrbl. f. Gyn., Nr. 47, S. 3022, 1928.) Für eine Begrenzung in der Indikationsstellung zur manuellen Lösung der retinierten bzw. adhären den Nachgeburt tritt Verfasser auf Grund mehrfacher Beobachtungen ein. Im allgemeinen wird durch den Uebereifer der Geburtshilfe treibenden Aerzte in diesem Punkt viel geschadet. Die Zeit darf überhaupt keine Rolle in der Geburtshilfe spielen und auch keine Indikation zur manuellen Lösung der Plazenta abgeben. Der physiologische Ablauf der Lösung und Ausstoßung, der normalerweise durch die Nachwehen und das dadurch hervorgerufene retroplazentare Hämatom bewirkt wird, wird durch mehrfache Expressionsversuche nur gestört. Das Eingehen mit der Hand bedingt fast ausnahmslos eine Infektion der Gebärmutterhöhle. Als alleinige Indikation zur manuellen Lösung der Nachgeburt erkennt Verfasser das Auftreten einer stärkeren oder anhaltenden Blutung an. In allen übrigen Fällen soll auf die spontane Lösung und Ausstoßung der Plazenta gewartet und der erste Expressionsversuch nach Credé erst nach Ablauf von 12 Stunden gemacht, nach 18 bzw. 24 Stunden wiederholt werden. Fehlen die Anzeichen einer Blutung oder einer Infektion, so besteht nach Ansicht des Verfassers keinerlei Gefahr für die Mutter und die manuelle Lösung ist daher in diesen Fällen ein unnötiger und unbedingt zu unterlassender Eingriff. Ob bei der Retentio placentae Störungen in der Innervation des Lösungsmechanismus oder eine erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes der betreffenden Frauen eine Rolle spielen in dem Sinne, daß die Bildung eines retroplazentaren Hämatoms und damit eine Abhebung des Mutterkuchens von seiner Haftstelle ausbleibt, ist zunächst noch nicht zu entscheiden. Schwab, Hamburg.

30.
Ottow, B., **Ureterverletzungen bei Abortausräumungen und Schwangerschaftsunterbrechungen.** (Zentrbl. f. Gyn., Nr. 48, S. 3072, 1928.) Ureterverletzungen im Zusammenhang mit kriminellen Eingriffen und Abortausräumungen sind relativ selten, weil die Harnleiter in den Parametrien geschützt verlaufen. Trotzdem kommt es gelegentlich zu violenten Verletzungen derselben, entweder vom Zervikalkanal aus durch Aufplatzen oder Durchstoßen der seitlichen Zervixwand, oder durch eine Verletzung vom hinteren oder seitlichen Scheidengewölbe aus. Der erstere Weg wird mehr in die Zahl der ärztlichen Mißgriffe einzuordnen sein, er kann aber auch gelegentlich bei einem kriminellen Eingriff aus Laienhand stammen. Der zweite bleibt restlos dieser vorbehalten, da kaum anzunehmen ist, daß ein ausräumender Arzt soweit die Orientierung verliert, daß er statt in den Muttermund einzugehen, das Scheidengewölbe durchstößt. Der Wandverletzung von Scheide oder Zervikalkanal hat immer noch ein weiteres Vordringen mit einem spitzen Gegenstand oder ein Zugreifen mit einem zangenartigen Instrument, meist einer Kornzange, zu folgen, um die Ureterverletzung möglich und vollständig zu machen. Zur Vermeidung derartiger Perforationsverletzungen ist wichtig, daß die Technik guter Ausräumungsoperationen nicht unterschätzt werden soll, daß ihnen eine genaue Palpationsdiagnose unter Berücksichtigung der Richtungsänderungen im Verlauf des Zervikalkanals beim Vorziehen der Portio vorausgeschickt

werden muß, und daß endlich die Wahl der Instrumente unter willigem Ausschuß der Kornzangen zu erfolgen hat.

Schwab, Hamburg.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

31. Mayer, Zwei Fälle von Frühmeningitis bei akuter Mittelohr-erweiterung. (Arch. Ohr usw. Heilk., Band 119, H. 3/4.) Beide Fälle zeigen die Ausbreitung einer Mittelohrentzündung in den ersten Tagen der Erkrankung. Obwohl es sich um hämorrhagische Entzündungen handelt, so sind dieselben doch nicht in den Markräumen, sondern vielmehr in den lufthaltigen Räumen lokalisiert. Die Ausbreitung des entzündlichen Prozesses schreitet von der Paukenhöhle durch das Antrum in die Zellen fort. Deutlich zeigt sich hier die Ueberleitung der akuten Entzündung auf die Meningen und die Entstehung der Frühmeningitis. In beiden Fällen handelt es sich um Anomalien im Dache der Paukenhöhle, und zwar finden sich Dehnungen im Knochen und multiple Hirnhernien, wodurch eine Disposition zur Entstehung einer Frühmeningitis geschaffen wird. Als praktisch wichtig ist in bezug auf den ersten Fall die Wirkung der Parazentese hervorzuheben. Wenn das Trommelfell, und insbesondere die Hautschicht entzündet ist, so klappt die Parazentesöffnung nicht, selbst wenn der Schnitt senkrecht zur Radiärfaserschicht gelegt ist. Der Trommelfellschnitt klappt nur dann, wenn keine Entzündung des Trommelfelles besteht, daher am besten bei den traumatischen Rissen. Will man daher das entzündete Trommelfell offen halten, so muß man einen Lappenschnitt machen oder ein Stück exzidieren.

32. Moe, R., Einige Bemerkungen über die otogene Meningitis. (Norsk. Mag. for Laegevid, Nr. 16, S. 1098, 1928.) Von 79 Fällen otogener Meningitis waren nur neun Fälle (11,4%) labyrinthogenen Ursprungs, während in anderen Statistiken 50% mit Labyrinthitis kompliziert sind. Das weibliche Geschlecht gab eine weit schlechtere Prognose. Die meisten Fälle traten in der ersten, dritten und vierten Woche nach der akuten Otitis auf. Die Labyrinthoperation wurde sehr selten, und nur bei Zeichen meningealer Reizung und ausgelöschtem, vernichtetem Labyrinth vorgenommen. Auch die Dux-Inzision wurde nur gemacht, wenn durch Punktion ein Hirnabszeß oder subdural lokalisierte Eitersammlung gefunden wurde. Von Streptokokkenserum wurde nie ein Erfolg gesehen, vielleicht aber von intravenösen Uretropinjectionen.

33. Kaiser, Ueber Blutbilduntersuchungen bei Ohrkomplikationen. (Arch. f. Ohr- usw. Heilk., Bd. 119, H. 3/4.) An Hand von Blutbildserien einiger Fälle otogener Komplikationen berichtet Verfasser über den Wert der Blutbilduntersuchungen in der Otologie. Als wichtig ist hervorzuheben, daß weder ein normales qualitatives Blutbild noch eine normale Leukozytenzahl eine Gegenindikation für die Vornahme einer Introtomie ist, ferner daß eine Sinusthrombose dann, wenn eine größere Abszedierung im Knochen oder in den Weichteilen fehlt, häufig bei hoher Linksverschiebung (um oder über 20%) eine verhältnismäßig geringe oder fehlende Leukozytenvermehrung aufweist.

34. Last, Erwin, Die Diathermiebehandlung der Otosklerose und der auf Zirkulationsstörungen beruhenden chronischen Erkrankungen des Innenohres. (Med. Kl., Nr. 42, 1928.) Wenn eine Ohraffektion in einem kausalen Zusammenhang mit einer Arteriosklerose und einer konsekutiven Blutdrucksteigerung steht, so muß man gleichzeitig letztere Zustände zu beeinflussen versuchen. In solchen Fällen bewährt sich die sogenannte Allgemeindiathermie des ganzen Körpers. Der Diathermiestrom bewirkt eine Erweiterung der Arterien und verursacht durch gleichzeitige Beschleunigung der Zirkulation eine vermehrte und verbesserte Versorgung der Organe mit arteriellem Blut. Zur lokalen Ohrbehandlung benutzt Verfasser die von ihm angegebene Ohrelektrode, welche, nach Art der Radiokopfhörer gebaut, ein Verschieben und Fixieren der Ohransätze in jeder gewünschten Lage gestattet, und das Herausfallen der Elektrodennolive mit Sicherheit verhindert. Die Behandlung soll tunlichst täglich erfolgen; die anzuwendende Stromstärke beträgt etwa 0,1 bis 0,15 Ampere, je nach der Empfindlichkeit des Patienten, im Beginn der Behandlung oft noch weniger. Anfangs soll eine Behandlung nur etwa 10 bis 12 Minuten dauern. Nach jeder Sitzung läßt man den Patienten prinzipiell noch etwa 10 Minuten im Wartezimmer ausruhen, da es immerhin vorkommen kann, daß der Patient im Anschluß an die Behandlung Schwindelgefühl oder Brechreiz bekommt. Nach einigen gut vertragenen Sitzungen erhöht man die Dauer der Behandlung auf 20–25 Minuten. Die Zahl der notwendigen Sitzungen läßt sich nicht voraussagen; als Minimum müssen zehn Behandlungen betrachtet werden. Die Besserung der Symptome tritt häufig erst nach Ablauf eines Zeitraumes von einigen Wochen ein.

L. Gordon, Berlin.

35. de Rudder, Stenosenwetter. (Klin. Wschr., 44, S. 2094, 1928.) In Jahren mit häufigeren akuten Larynxstenosen kommt es zu ausgesprochener Gruppenbildung der Erkrankungsfälle einer Gegend, indem Krankheitsfälle innerhalb weniger Tage sich folgen, um dann eine längere Pause aufzuweisen.

Diese Gruppenbildung ist unabhängig von der Jahreszeit und unabhängig von der Art der Grundkrankheit (Stenosen verschiedener Aetiologie können sich zu einer zeitlichen Gruppe vereinigen). Als einzige Erklärung dieser Gruppenbildung kommen meteorologische Faktoren in Frage.

Es zeigt sich nun, daß solche Gruppen akuter Larynxstenosen zeitlich fast durchweg in enger Beziehung stehen zu dem Durchzug von Tiefdruckgebieten; besondere Häufung erfolgt dann, wenn mehrere Tiefdruckgebiete zeitlich durch ein kurzes Zwischenhoch getrennt sind. Derartiges meteorologisches Geschehen erscheint somit als „Stenosenwetter“ in seiner ausgeprägtesten Form. Demgegenüber treten Stenosen so gut wie niemals während längerer Perioden konstanter Druckverteilung auf.

Diese Beobachtungen gelten zunächst nur für das untersuchte Gebiet (Gegend um Würzburg), es sind aber Anhaltspunkte vorhanden, daß es sich hier um allgemeinere Vorgänge handelt. (Zur weiteren Klärung der Verhältnisse regt Verfasser eine Sammel-forschung an.)

Es ist also anzunehmen, daß meteorologische Vorgänge, welche mit dem Durchzug von Tiefdruckgebieten in Verbindung stehen, im menschlichen Körper im einzelnen noch unbekannte Dispositionen schaffen, welche beim Vorliegen gewisser Allgemeinerkrankungen (Diphtherie, Masern, Grippe, Scharlach) zu besonderer Mitbeteiligung des Larynx Anlaß geben.

Arnold Hirsch, Berlin.

36. Richter, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der primären Kehlkopftuberkulose. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 119, H. 3 bis 4.) Es handelt sich nach Angaben des Verfassers um den in der Literatur beschriebenen siebenten Fall echter, pathologisch-anatomisch sicher-gestellter primärer Kehlkopftuberkulose. Die Erkrankung betraf ein Kind von 15½ Monaten, das vier Wochen nach Auftreten der ersten Erscheinungen starb. Die Obduktion ergab eine ulzeröse Tuberkulose des Kehlkopfes und Darmkanales mit Beteiligung der regionären Lymphknoten bei normalem Lungenbefunde. Als Infektionsmodus wird eine Fütterungstuberkulose angenommen, und es wird als wahrscheinlich eine gleichzeitige Infektion von Kehlkopf und Darmkanal angesehen.

Hesse, Königsberg.

37. Richter, Beitrag zur Klinik und pathologischen Anatomie des Speiseröhrenkrebses. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 119, H. 3 bis 4.) Der Speiseröhrenkrebs entwickelt sich unter Bevorzugung des männlichen Geschlechtes am häufigsten im siebenten Lebensjahrzehnt. Er ist besonders in den ärmeren Bevölkerungskreisen anzutreffen und endet zumeist vor Ablauf eines Jahres tödlich. Die Prognose ist äußerst schlecht. 96,2% der vom Verfasser beobachteten Fälle verstarben rasch. Außer der Gastrotomie ist die Bestrahlung mit Radium zu versuchen. Verfasser glaubt größere Radiumdosen als bisher anwenden zu sollen, um bessere Resultate zu erzielen. Es handelt sich meist um makroskopisch höckrige oder höckrig-ulzerierte Tumoren. Histologisch wurde in der Mehrzahl der Fälle Plattenepithelkarzinom festgestellt. Die Krebsstränge gingen aus dem normalen Speiseröhrenepithel häufig hervor. Ebenso wurde histologisch mitunter das Einwuchern der Karzinomzellen in Blutgefäße nachgewiesen, so daß eine Verschleppung dieser Zellen wie auf dem Lymphwege so auch in den Blutgefäßen möglich ist.

Hesse, Königsberg.

38. Albarnaz, Mangabeira P., Ein neues Mittel zur Infiltrationsanästhesie in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Brasil. med., Jg. 42, Nr. 27, 1928.) In einer früheren Arbeit berichtete Verfasser über ein Anästhetikum, das bis auf die Substitution des Kokains durch Tutokain mit dem Bonainschen Mittel identisch war. Es handelte sich um eine Lösung von Menthol, Tutokain in Acid. carbol. liquefact. zu gleichen Teilen, die aber nicht sofort gebrauchsfähig war, da bei ihrer Darstellung eine weiße dickbreiige Masse resultierte. Um diesen Nachteil auszuschalten, nahm Verfasser folgende Modifikation vor: 1,0 g fein pulverisierten Menthols wird mit der gleichen Menge Tutokain zu einem homogenen Pulver verrieben. In einem andern Gefäß, das Alkohol (42°) und destilliertes Wasser aa 0,5 ccm enthält, wird 1,0 g kristallisierte Karbolsäure aufgelöst; sobald sich die Kristalle vollständig gelöst haben, wird das Menthol-Tutokainpulver hinzugefügt. Durch Verrühren oder durch Stehenlassen während einiger Stunden wird die Lösung dickflüssig, sirupartig und vollkommen transparent. Fügt man ihr nun drei Tropfen Alkohol oder destillierten Wassers zu, so wird sie opalisierend und nach einiger Zeit kommt es zur Bildung von zwei Schichten, deren oberste Menthol enthält; in solchem Falle muß die Lösung vor dem Gebrauch gut umgeschüttelt werden. Der anästhetische Effekt des Mittels wird dadurch nicht im geringsten verringert.

Das Anästhetikum hat sich bei folgenden Eingriffen sehr gut bewährt: Galvano-Thermokautik, Inzision von Mandel- und Zahnabszessen, Tonsillektomie bei Kindern unter zwölf Jahren, Konchotomie. Die anästhetische Wirkung des Mittels ist der des Bonainsien vollkommen gleich, weist aber dieser letzteren gegenüber folgende Vorteile auf: Geringere Toxizität bei gleichzeitiger Steigerung der schmerzstillenden Eigenschaft, sowie niedriger Preis des Tuto-Ashkenasy, Wien.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.

^{39.} Senin, A. S., Versuch der Ekzembehandlung mit intravenösen NaCl-Injektionen. (Kasan. med. Z., 24. H. 4, S. 457, 1928.) Zur Behandlung gelangten 20 Patienten mit akutem und 16 mit chronischem Ekzem. Die Erkrankung war bei den Männern an den Händen und Skrotum und bei weiblichen Patienten an Händen und Gesicht lokalisiert. Die Injektionen erfolgten täglich in die Kubitalvene zu je 10,0 ccm einer 10%igen sterilen NaCl-Lösung. Im ganzen wurden in akuten Fällen acht bis zehn und in chronischen Fällen 15 Injektionen verabfolgt. Von 20 akuten Fällen wurde bei 16 Patienten ein guter therapeutischer Erfolg erzielt, dagegen vermochten die Kochsalzinjektionen in chronischen Fällen — abgesehen vom Schwinden des Juckens und der Entzündungserscheinungen — die anatomisch-pathologischen Veränderungen der Haut nicht zu beeinflussen. Bei chronischem Ekzem können die NaCl-Injektionen mit Erfolg als Vortherapie angewendet werden, um es nach Zurückgehen der subjektiven Erscheinungen weiter mit Röntgen zu behandeln.

E. Kontorowitsch.

^{40.} de Snoo, K., Hautgangrän des rechten Fußes bei einem Neugeborenen. (Neder. Tijdschr. v. Geneeskunde, Nr. 32, 1928.) Die Hautgangrän kommt zuweilen an der Nase und an einem Fuß vor. Sie ist die heftige Aeußerung eines Gefäßkrampfes, der durch zu starke Abkühlung unmittelbar nach der Geburt entsteht. Schilderung der Krankengeschichte.

Kurt Heymann, Berlin.

^{41.} Spitz, Jacob, Alopecia praematura. (Urologic. Rev., Nr. 11, 1928.) Es gibt zwei Typen der Alopecia praematura: 1. Die symptomatische Alopezie, die sich infolge bestimmter Ursachen, wie fieberhafte Erkrankungen aller Art, Schwangerschaft, Seborrhöe, findet; sie beginnt an den Schläfen und am Scheitel, ihre Prognose ist nicht schlecht und hängt in der Hauptsache von der veranlassenden Ursache ab. 2. Die idiopathische Alopezie; sie ist hereditär und wird daher häufig bei mehreren Mitgliedern einer Familie angetroffen. Das Haar ist hier trocken, kraftlos; Schuppenbildung ist nicht vorhanden. Das Dünnerwerden der Haare beginnt hier ausschließlich am Scheitel und dehnt sich von hier aus wie bei einer Alopecia senilis, und daß sie sich bereits zwischen 20 bis 35 Jahren entwickelt. Vielleicht ist hier eine besondere Adhärenz der Kopfschwarte die Ursache. Ihre Prognose ist besonders deshalb ungünstig, weil die Patienten zu spät in Behandlung kommen, nämlich gewöhnlich erst dann, wenn die Follikel abgestorben sind. Die Behandlung hat in geeigneten Fällen mit allgemeiner Kräftigung anzufangen und soll im speziellen eine bessere Ernährung der Haarfollikel herbeiführen; daher häufiges Waschen des Kopfes mit grüner Seife unter gleichzeitiger kräftiger Massage. Häufige Sonnenbestrahlungen des Kopfes, auch Höhen Sonne — falls das Haar nicht zu dicht ist —, und Diathermie. Falls eine parasitäre Ursache für den Haarausfall vermutet wird, Bor- oder Sublimatsalben, allein oder in Verbindung mit Resorcin, Schwefel, Chrysarobin, Salizyl, Wachholder, die aber nicht länger als 12 bis 15 Stunden hintereinander liegen bleiben sollen. Bei fettigem Haar an Stelle der Salben Lösungen von Alkohol, Capsicum, Canthariden. Bei endokrinen Störungen entsprechende Extrakte, besonders Thyreoidea und Parathyreoidea. Täglicher Gebrauch von weitgezähntem Kamm und Bürste, die beide alle Woche einmal gewaschen werden müssen. Ein trockener Kopf soll nur alle zehn Tage, ein fettiger zweimal wöchentlich gewaschen werden.

Bab.

^{42.} v. Berde, K., Zur Therapie des Hautsoor. (Derm. Wschr., 87., Nr. 47, S. 1796, 1928.) Das charakteristische Bild der Erkrankung, als dessen Erreger zuerst das Oidium albicans gefunden wurde, kann durch eine große Reihe von Faden- und Hefepilzen hervorgerufen werden. Die Liebessitze der Erkrankung sind die natürlichen Falten und Nischen der Haut, andere Stellen können durch Umstände, die zum Wundreiben der Hornschicht führen (Umschläge, Dauerbad, Fieber, starker Schweiß, Hängebauch und -brust, Diabetes, Schwangerschaft, allgemeine Unterernährung der Säuglinge), zu der Erkrankung disponiert werden. Die Behandlung mit den gewöhnlichen antimykotischen Methoden genügt nicht und läßt häufig Rezidive auftreten. Zu berücksichtigen ist in jedem Falle die eventuelle persönliche Disposition (Diabetes, Schwangerschaft, Hängebauch usw.), die Beschäftigung (Kochen, Waschen), die entsprechenden Maßnahmen diätetischer Natur und Beeinflussung der ganzen Lebens-

weise, auch antihydrotische Medikamente (Atropin, Agarizin) erfordern. Umstimmung des Milieus an der erkrankten Stelle bewirkt Lüftung, Trocknung mit Ventilator, Quarz- und Röntgenbestrahlung. Da sich die Krankheit häufig bei verminderter Alkalizität der Säfte des Organismus findet, soll eine örtliche alkalisierende Wirkung durch ein Streupulver von Zincum oxyd. Talcum mit 5 bis 10% Borax ausgeübt werden; auch in Umschlägen mit ein- bis dreiprozentiger wäßriger Lösung und als Salbe (3—5% mit Zinköl) kann Borax verwendet werden. In vereinzelt Fällen wird eine direkte Vernichtung der vielleicht besonders virulenten Pilze nötig; die dann anzuwendende Salizylsäure oder verdünnte Jodtinktur wirken aber auch durch die in der Haut hervorgerufene Reaktion. Einmal erkrankt gewesene Personen können durch regelmäßige Anwendung des Boraxstreupulvers vor Rezidiven geschützt werden.

Ernst Levin, Berlin.

^{43.} Sommerford, A. R., Eine neue Methode der Lupusbehandlung. (Lancet 5467, Nr. 14, 1928.) Die erkrankte Partie wird mit Seife und Wasser gewaschen, das Fett durch Methylalkohol entfernt. Das ganze affizierte Gebiet, bei größerer Ausdehnung nur ein Teil desselben, wird nun mit Merkurinitrat (Liquor hydrargyr. nitrat. acidus) eingepinselt, und zwar so, daß man ein mit Watte umwickeltes Stäbchen in die Aetzflüssigkeit taucht und dann damit kräftig einreibt, bis sich die Koagulation des Gewebes durch Grauwärden kundgibt. (Bei sehr empfindlichen Kranken ist die zu behandelnde Partie vorher durch Novokain zu anästhesieren.) Daraufhin Salbenverband mit:

Acid. carbol.	0.9
Ungt. zinc.	30.0

Der Verband ist durch Heftpflaster luftdicht abzuschließen und während 48 Stunden zu belassen. Nach seiner Entfernung findet man die Stelle geschwürig zerfallen. Jetzt wird die Brocksche Salbe appliziert:

Ungt. hyd. oleat. 10%	7.50
Acid. salicyl.	0.90
Ichthyol.	0.90
Zinc. oxydat.	5.80
Amyl.	5.80
Paraffin. moll.	ad 30.0

In manchen Fällen genügt eine einzige Prozedur, in anderen wiederum muß das Verfahren einigemal wiederholt werden, bis das ganze tuberkulös erkrankte Gewebe restlos verschwindet. Die kosmetischen Resultate sind zufriedenstellend. Rezidive kommen bei dieser Behandlungsmethode seltener als bei den anderen bekannteren Verfahren vor.

Ashkenasy, Wien.

^{44.} Lojander, W., Untersuchung über die alimentäre Glykämie-reaktion bei einigen Hautkrankheiten. (Acta dermatovener., 11, Nr. 3.) Nach den Beobachtungen von L., die er in 66 Fällen angestellt hat, weicht bei vielen Hautkrankheiten, besonders bei der Psoriasis, die Blutkurve häufig von der normalen ab. Da die Kurve aber bei derselben Krankheit bald erhöht und prolongiert, bald auch nicht erhöht usw. ist, so hat die Blutzuckerkurve bei den Hautkrankheiten keinen pathognomonischen Verlauf, sondern sie weist nur darauf hin, daß bei ihnen wahrscheinlich endokrine Störungen vorhanden sind, deren wahren Charakter wir allerdings noch nicht kennen.

Bab.

^{45.} Samuel, J., Sinkoe und Joaquín B. Arteaga, Zirkumzision: Modifikation zwecks besseren kosmetischen Erfolges. (Urologic. Rev., Nr. 11, 1928.) Zirkuläre Lokalanästhesie in der Höhe der Corona glandis. An der Vorderseite Inzision durch Präputium — äußeres und inneres Blatt — bis an die Corona glandis. An der Hinterseite Inzision bis etwa an die Ansatzstelle des Bandchens. Von hier aus werden die beiden Endpunkte der Inzisionen durch ovale Schnitte verbunden. Naht, steriler Verband ohne Salbe, der aber mit einigen Tropfen desinfizierender Flüssigkeit getränkt und so gelegt werden muß, daß er beim Urinieren nicht beschmutzt wird. Brom zur Verhütung von Erektionen. Am dritten Tage Verbandwechsel.

^{46.} Glaubersohn, S. A., Ueber Ulcus acutum vulvae (Lipschütz-Czapin). (Derm. Wschr., 87, Nr. 46, S. 1766, 1928.) Die von Lipschütz als Ulcus acutum vulvae bezeichnete Erkrankung ist gleichzeitig von Czapin beschrieben worden. Auch in den in Rußland beobachteten Fällen, von denen 75% bei Virgines vorkamen, fanden sich die charakteristischen scharfgeschnittenen Geschwüre mit steilem, nicht unterminiertem Rande, die die Folge einer sich rasch entwickelnden Nekrose der Kutis und Subkutis sind. Sie stellen die örtliche Manifestation einer allgemeinen, noch unbekannten Infektion dar, für die der fieberhafte, dem Auftreten der Geschwüre vorausgehende Beginn der Geschwüre spricht. Auch hier wurde bakteriologisch hauptsächlich Bac. crassus gefunden, dessen Bedeutung für die Geschwürbildung jedoch noch nicht sichergestellt ist.

Ernst Levin, Berlin.

47. **Tobias, N., Wassermannfeste Syphilis.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Dauernd positive Wassermann- und Kahnreaktion zeigt unvollständig geheilte Syphilis an. Die Prognose dieser Fälle kann zur Zeit noch nicht bestimmt werden. Die Faktoren geschwächten Widerstandes eines quecksilber- und arsenfesten Zustandes und viszerale Komplikationen müssen in Betracht gezogen werden. Bei einer Gesamtsumme von 364 Fällen von Syphilis aller Typen waren 48 oder 13% wassermannfest. Unter Wismuttherapie wurden 62% dieser Fälle negativ nach einer Serie, 22% nach zwei Serien, 16% blieben unbeeinflusst. Die Resultate bei Neurosyphilis und kongenitaler Syphilis waren hinsichtlich der Beeinflussung des Serums entmutigend. E. Kottmaier, Mainz.

48. **Gross, H., Die hämolytische Schnellreaktion auf Lues mit aktivem Serum nach Kadisch.** (Klin. Wschr., 44., S. 2106, 1928.) Die hämolytische Schnellreaktion von Kadisch hat wie alle Aktivmethoden den Nachteil der großen Unbrauchbarkeitsziffer der Seren, zeigt bestimmte Luesfälle (Lues latens und behandelte Lues) weniger scharf an als die Inaktivmethode, hat aber anscheinend den Vorteil, wie auch das Blucksche Aktivverfahren, die Frühstadien der Lues frühzeitig zu erfassen. Sie besitzt wegen der Schnelligkeit des Reaktionsablaufes entschieden wissenschaftliches Interesse, während sie bezüglich ihrer gebräuchlichsten Trübungs- und Flockungsreaktionen (Meinicke-, Dold-, Sachs-Georgie-Reaktion) nicht überlegen ist. Die hämolytische Schnellreaktion kann, wie auch Kadisch und Heinemann es vorschlagen, lediglich als Ergänzungs- und Kontrollreaktion zur WR. empfohlen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

49. **Warthin, A., Verschiedenheiten der Geschlechter im syphilitischen Krankheitsbild.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Abgesehen davon, daß die Frauen im allgemeinen weniger Gelegenheit zur syphilitischen Infektion haben, hat Verfasser bei ihnen auch größere Immunität der Krankheit gegenüber nachweisen können. Die Frauen stellen ein kleineres Kontingent bei den Erkrankungen des Herzens, der Aorta, des Zentralnervensystems und der Geschlechtsdrüsen, ein etwas größeres bei Befallensein der Leber, des Pankreas, der Nebennieren und des Rektums. Stets aber sind die Erscheinungen leichter wie beim Manne. Die relativ größere Immunität der Frau tritt besonders während der Schwangerschaft hervor. In dieser Zeit kann sie vollkommen symptomlos sein und eine negative WR. haben. Trotzdem bringt sie ein syphilitisches Kind zur Welt, Plazenta und Nabelstrang wimmeln von Spirochäten. Das syphilitische Kind ist oft der einzige Anhaltspunkt für die Diagnose Lues bei der Mutter. Viele verschiedene Gründe werden zur Erklärung dieser Immunität der Frauen vorgebracht: Unterschiede in den Seren beider Geschlechter in dem Sinne, daß das weibliche Serum eine stärkere Abwehrkraft zeigt, hochgradigere Lymphozytose, bessere Abwehrwirkung der Thyreoidea und anderer Drüsen mit innerer Sekretion, Schutz der Mutter gegen das eindringende Virus durch die Eihautproteine usw. Aber nicht nur Allgemeinresistenz der Frau gegen Syphilis ist festgestellt worden, sondern auch eine lokale in gewissen Organen und Geweben. Sehr schwer ist indes die Tatsache zu erklären, daß gerade das Ovarium von syphilitischer Infektion freibleibt, während die männliche Geschlechtsdrüse ganz besonders empfänglich dafür ist. Vielleicht ist die Spirochäte pallida der pathogenetische Abkömmling einer harmlosen Spirochätenart, die in früheren Zeiten im weiblichen Körper gewohnt hat und ist deshalb die Frau infektionsresistenter wie der Mann. E. Kottmaier.

50. **Stoner, W., Syphilisdiagnose vom Standpunkt des Internisten.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Persönliche Erfahrungen des Verfassers ergaben, daß annähernd 5% der weißen Rasse syphilitisch infiziert sind. Diese Beobachtungen erstreckten sich über zehn Jahre, und es zeigte sich, daß die Häufigkeit syphilitischer Infektion in den letzten fünf Jahren im Abnehmen begriffen ist. Unerkannte oder mangelhaft behandelte Lues ist heute viel seltener wie vor zehn Jahren. Die Wassermannreaktion ist bei der Diagnose nur als Unterstützungsmittel anzusehen und sollte unabhängig von Anamnese und klinischem Bild nicht maßgebend sein. Obwohl in den letzten fünf Jahren eine weit größere Anzahl von Fällen studiert wurde, hat sich doch ergeben, daß auch die Nervenlues im Schwinden begriffen ist. Dieses Ergebnis wurde durch eine Rundfrage gewonnen, die sich über alle Hospitäler des Landes erstreckte und die Resultate von zehn Jahren umfaßte. E. Kottmaier.

51. **Mendes da Costa, S., Gestaltung der Roseola syphilitica und die daraus vermutete Pathogenese.** Act. dermatovener., 11., Nr. 3.) Die Roseolen erscheinen in den späteren Stadien öfters großfleckig oder als anuläre bzw. zirzinäre Formen und bilden im Gegensatz zu den Papeln und Tubera stets ganz flache, dünne Infiltrate, die nicht über die Hautoberfläche emporwachsen. Der Grund für diese Gestaltung ist wahrscheinlich der, daß bei der Bildung der

Roseola wahrscheinlich die Gefäßnerven beteiligt sind; Costa nimmt an, daß die Treponomen aus der Körperflüssigkeit in die Gefäßnerven oder Gefäßganglien eindringen. Allerdings ist diese Hypothese nur möglich, wenn man mit Levaditi und anderen Autoren an ein Nervenvirus für das Verhalten der Spirochäten glaubt. Diese Hypothese erklärt aber nicht nur die geringe Reaktion der Roseola im Gegensatz zur Reaktion anderer syphilitischer Eruptionen, sondern auch wieso die Roseola in gewisser Gestaltsbeziehung zu vasomotorischen Störungen, wie Livedo, erythema-irisartigen Formen steht. Weiterhin macht sie uns das beständige Rezidivieren bei Spätroseola erklärlich, da eben die Spirochäten in der für das Salvarsan schwer zugänglichen Nervenscheide zurückbleiben und eine neue Aussaat vorbereiten. B a b.

52. **Skavlem, J., Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Syphilis der Lunge kommt als selbstständige Erkrankung und als Komplikation anderer Lungenleiden vor. Am besten von allen Formen der Lungensyphilis sind wir mit dem Bilde der Pneumonia alba der Kinder vertraut. Dort findet sich Karnifikation, häufig verbunden mit Atelektasie und Bronchiektasie. Das die Bronchien und die oft erweiterten Alveolen auskleidende Epithel ist von kubischer — wie Säulenform — und gibt ein Bild ähnlich dem der fötalen Lunge. Perkussion und Auskultation bestätigen die Symptome der Karnifikation, die sich bald über den Teil eines Lappens, bald über den ganzen Lappen oder die ganze Lunge erstreckt. Klinisch ist das Kind nicht so krank wie ein Erwachsener mit Pneumonie oder Bronchiopneumonie. Das Fieber ist hoch. Das Kind ist anämisch und elend, mehr wie erschöpft von einer chronischen Krankheit, als unter dem Einfluß frischer Intoxikation. Die Zahl der Leukozyten ist niedrig, die der Lymphozyten relativ hoch. Syphilis des einen oder anderen Elternteils und positive Wassermannreaktion sind wertvoll für die Diagnose. — An Syphilis muß gedacht werden, wenn sich eine Pneumonie oder Bronchiopneumonie bei Jugendlichen nur langsam löst. Die Anamnese sagt hier oft nicht viel. Die Symptome sind die gewöhnlichen einer infektiösen Pneumonie; Gewichtsverlust, verzögertes Fieber, Husten und manchmal rostfarbnes Sputum. Wenn in solchen Fällen alle katarrhalischen Erscheinungen geschwunden sind und das Exsudat sich nicht auflöst oder zu fibröser Organisation neigt, gewinnt die Diagnose Lungensyphilis an Wahrscheinlichkeit. Die Erscheinungen der Lungensyphilis sind durchaus nicht eindeutig. Sie variieren von der einfachen katarrhalischen Affektion bis zur massiven Karnifikation. Man findet Fibrose, Tumoren, Bronchiektasen, Atelektase, Kavernen. Auch die Röntgenbilder sind nicht charakteristisch. Syphilis ist eine Blutkrankheit und vermag jedes Gewebe zu befallen. Nie ist die Lungensyphilis primär. Sie ist nur eine zufällige Lokalisation des Virus bei der Ueberschwemmung des Körpers. Wenn man glaubt, eine Lungenaffektion sei syphilitisch, muß man zuerst den ganzen Körper inspizieren, besonders Herz und Aorta. Außer diesen beiden gehören beim Manne auch die Testikel zu den Prädispositionsstellen der Infektion. E. Kottmaier.

53. **Welch, A., Diagnose der Magensyphilis.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) In der ganzen bisher bekannten Literatur findet sich kein unzweifelhafter Fall von Magensyphilis. Trotzdem sah Verfasser Fälle, die nur als Syphilis des Magens gedeutet werden können. Häufig ist die Syphilis mit Karzinom vergesellschaftet. In zweifelhaften Fällen sollte immer ein Versuch mit antiluetischer Behandlung gemacht werden. Verfasser referiert zum Schluß einen Fall: Eine 29jährige farbige Frau kam mit Magenbeschwerden, die sich im Verlaufe von zwei Jahren zu der jetzigen Heftigkeit entwickelt hatten, in die Klinik. Sie war sichtbar abgemagert und klagte über häufiges Erbrechen. Die Schmerzen waren nur gering. Im Mageninhalt finden sich weder Blut noch freie Salzsäure. Der Röntgenologe hatte „Magenkrebs“ festgestellt. Wassermann- und Kahnreaktion waren positiv. Gegen Neoplasma sprachen Jugend, Schmerzfreiheit und Heißhunger, für Neoplasma die Gewichtsabnahme von 45 Pfund in vier Monaten, Salzsäuremangel und Röntgenschatten. Nach kräftiger antisymphilitischer Kur nahm Patientin 4 Pfund zu. Dieser Gewichtszunahme folgte eine ebenso schnelle Abnahme durch katarrhalische Affektion. Es trat nun auch ein palpaler Tumor hervor, so daß die Diagnose: Neoplasma an Wahrscheinlichkeit gewann. Patientin verweigerte die Operation. Nach weiterer antiluetischer Behandlung nahm sie über 40 Pfund zu und ist seitdem ohne Beschwerden. E. Kottmaier.

54. **Henry, C., Syphilis der Thyreoidea.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Syphilitische Erkrankung der Thyreoidea konnte bisher nur selten festgestellt werden. Möglicherweise ist diese Tatsache auf Vorhandensein des Jods zurückzuführen, das einen schützenden Einfluß gegenüber der syphilitischen Infektion ausübt. Cole und Domak haben nachgewiesen, daß im Tierexperiment bei syphilitischer Infektion der Jodgehalt der Thyreoidea abnimmt. Auch manche Fälle von Hyperthyreoidismus dürften syphilitischen Ursprungs sein. So führt

Hertoghe das Myxödem auf hereditäre Syphilis zurück. Leonhard möchte gewisse Fälle von Basedow derselben Grundlage zuweisen. Es ist wohl denkbar, daß bei einem Patienten mit einfacher Struma, der Syphilis erwirbt, sich toxische Symptome zeigen und der Charakter der Struma sich ändert. Syphilis allein dürfte einen vermehrten Grundstoffumsatz nicht herbeiführen, aber Struma und Syphilis bedeutet eine vollständig andere Krankheitsgruppe. Die Schnelligkeit, mit der sich in solchen Fällen die Symptome entwickeln, führt häufig zur Fehldiagnose: Malignität. Man sollte in allen solchen Fällen zuerst eine intensive antisyphilitische Kur einleiten. Verfasser gab Quecksilber und Jod und sah bei manchen Patienten völliges Schwinden aller Symptome, besonders auch in thyreektomierten aber von neuem rezidivierenden Fällen.

E. Kottmaier.

Steinberg, M., Syphilitische Aortitis, thrombo-ulzeröse Mitralkarditis mit Pseudoaneurysma des vorderen Mitralsegels. (Amer. J. Syph., 12., H. 3.) Verfasser beschreibt einen Fall von thrombo-ulzeröser Endokarditis des vorderen Mitralsegels mit syphilitischer Aortitis und Aneurysma. Die narbige Ulzeration an der Ventrikel-seite des Mitralsegels konnte nicht als syphilitisch bedingt festgestellt werden. Der thrombo-ulzeröse Prozeß entsteht häufig auf dem Boden einer bereits vorhandenen Herzerkrankung, die das Herz zu einem Locus minoris resistentiae für eine frische Infektion macht. In dem oben angeführten Falle prädisponierte die schon bestehende luetische Aortenerkrankung den linken Ventrikel für die lokalisierte Infektion. Das Ungewöhnliche an diesem Falle ist das Fehlen einer frischen Entzündung an der Aortenklappe. Die anatomische Struktur der Bikuspidalis erklärt nicht die Seltenheit nachweisbarer syphilitischer Infektion. Verfasser schlägt vor, alle für Syphilis sprechenden Herzerkrankungen sorgfältig auf Veränderungen an der Mitralklappe zu untersuchen. Dies kommt besonders für Sekundär- und manifeste Tertiärlues in Frage.

E. Kottmaier.

Achard, Ch., Syphilitische Amyotrophie (J. des Prat., Nr. 37, 1928.) Die Amyotrophie, welche eine Funktionsunfähigkeit der betroffenen Muskeln im Gefolge hat, beginnt meist mit einer Parese, d. h. mit einer funktionellen Behinderung gewisser Bewegungen, die von einem Muskel oder einer Muskelgruppe vollführt werden. Das amyotrophische Krankheitsbild kann in verschiedenen Abarten auftreten. Am häufigsten ist der Typ Aran-Duchenne. Die Ungeschicklichkeit der Hand bezieht sich zunächst auf eine Atrophie des Daumenballens und auf eine Behinderung der Abduktion und der Gegenüberstellung des Daumens. Dann, nach Abflachung des Daumenballens atrophiert auch der Kleinfingerballen. Es kommt etwas zustande, was wir „Affenhand“ nennen. Sobald die Atrophie auf die Lumbrikales und die Interossei übergreift hat, entsteht das Bild einer fleischlosen Hand, die einen skelettartigen Charakter besitzt. Schließlich greift die Atrophie auch auf die Muskeln des Vorderarms über. Bei Ueberwiegen der Extension entsteht die „Predigerhand“; die völlige Atrophie des gesamten Vorderarms führt zur Entstehung der „Polchinelhand“.

Der skapulo-humerale Typ ist häufig. Die Atrophie beginnt in der Schulter, in den Muskeln, die vom Plexus brachialis versorgt werden, steigt dann abwärts über den Trizeps zu den Muskeln des Vorderarms und der Hand. In manchen Fällen nehmen auch die Hals- und Nackenmuskeln daran teil; in 50% der beobachteten Fälle fand man auch eine Steigerung des Speichelflusses.

Selten ist der Typ, der zunächst die antero-externen Muskeln des Beines betrifft, dann die Wade und den Schenkel.

Die Krankheit schreitet progressiv fort, doch ist ihr Fortschreiten weniger regelmäßig als bei anderen fortschreitenden Amyotrophien. Oft schreitet sie sprunghaft fort; symmetrische Muskelgruppen werden ungleichmäßig betroffen, so daß die Atrophie einseitig sein kann oder doch auf einer Seite viel stärker ausgebildet. Die Ausdehnung der Atrophie erfolgt stoßweise, dazwischen liegen Remissionen von mehrmonatlicher bis mehrjähriger Dauer. Verschiedene Rückenmarkssyndrome können sich dem Syndrom der Amyotrophie zugesellen: das Pyramidensyndrom mit Steigerung der Sehnenreflexe und dem positiven Babinski. Findet sich die Amyotrophie vergesellschaftet mit geistigen Störungen, so glaubt man das klinische Bild einer allgemeinen Lähmung vor sich zu haben.

Zur Diagnosenstellung braucht man unbedingt die Reaktion der Lumbalflüssigkeit. Sie besteht zuerst in einer variablen Lymphozytose, dann in einer Albuminose, schließlich in kolloidalen Reaktionen. In den weitaus meisten Fällen imponiert das klinische Bild als eine chronische Poliomyelitis anterior. Von dieser jedoch unterscheidbar durch die Schmerzen, die auf eine Reizung der hinteren Wurzeln durch syphilitische Meningitis zurückzuführen sind. Die Langsamkeit der Entwicklung und die Seltenheit von Bulbärsymptomen bedingen, daß die Prognose der syphilitischen Amyotrophie für die nahe Zukunft nicht allzu ernst ist. Aber, man kann auch nicht erwarten, daß die Behandlung auf eine oft schon sehr vorgeschrittene Erkrankung entscheidend wirken kann. Trotzdem machen es die Resultate, von

denen noch oft genug berichtet wird, dem Praktiker zur Pflicht, allemal ein antisyphilitisches Behandlungsschema durchzuführen.

Held.

Jones, A., Moderne Syphilistherapie. (Amer. J. Syph., 12, Nr. 3.) Seit dem Kriege ist die Zahl der wirksamen antisyphilitischen Mittel stark vermehrt. Einige von ihnen haben bestimmte Vorteile und Nachteile, welche gegeneinander abgewogen werden müssen. Der Arzt soll sich nicht auf irgendein Arsenpräparat festlegen, sondern seine Wahl dem einzelnen Krankheitsfall entsprechend treffen. Silbersalvarsan scheint das wirksamste Präparat zur Beeinflussung der Wassermann- und Kahnreaktion zu sein. Sulpharsphenamin gibt die gleichen Dauerresultate wie Salvarsan und Neosalvarsan, jedoch ist die Wirkung auf die oberflächlichen Erscheinungen nicht so prompt. Es hat den Vorteil, intramuskulär und intravenös injiziert werden zu können: Die Einführung des Wismuts hat der antisyphilitischen Therapie ein weites Feld geöffnet. Es ist von großem Werte, wenn der Patient gegen Salvarsan überempfindlich ist oder die Wassermannreaktion dauernd positiv bleibt. Indessen werden die besten Resultate erreicht, wenn Serien von Wismut und Neosalvarsan alternieren. Wismut ist mehr eine Unterstützung, als ein Ersatz der Arsenpräparate. Kein Patient sollte aus einer antisyphilitischen Behandlung entlassen werden ohne sorgfältige Quecksilberkur. Die altüblichen Inunktionen bleiben immer unsere wirksamste Art der Einverleibung dieses Medikaments.

E. Kottmaier.

Maurer, S., O. Richter und K. Köbler, Behandlung schwerer Anämien bei Syphilis. (Amer. J. Syph., 12, Nr. 3.) In schweren Anämien, bei denen syphilitische Infektion besteht, hat sich vitaminreiche Diät, verbunden mit Leberextrakt und Salzsäure sehr bewährt. Indessen können die Sekundäranämien der Syphilis trotz oben erwähnter Diät nicht behoben werden, wenn nicht das Grundleiden angegangen wird. Vorzüglich wirkt die Diät zur Verhütung einer Blutschädigung während der antisyphilitischen Behandlung. Auch bei einem Patienten mit schweren Nervensymptomen konnte durch diese Ernährung wider Erwarten Besserung erzielt werden. Vitaminarme Patienten vertragen Quecksilber nicht, so daß man allen Kranken, die dieses Mittel erhalten, vitaminreiche Kost reichen soll.

E. Kottmaier.

Gjessing, H. Chr., Eine Form von Salvarsan dermatitis (9. Tag Erythem), bei der die Salvarsanbehandlung fortzuführen ist. (Acta dermato-vener., 11, Nr. 3.) In einer Reihe von Fällen zeigt sich gegen den 9. Tag nach Beginn der Salvarsanbehandlung — also nach 2—3 Salvarsan-Injektionen — unter mehr oder minder hohem Temperaturanstieg ein Exanthem, das sich leicht gegen Masern, Morbilli, Scarlatina abgrenzen läßt, obwohl bisweilen zugleich ein Exanthem, also Anginastivitis, Rötung des Rachen usw. auftritt. Schwieriger ist die Differentialdiagnose gegen eine beginnende Dermatitis exfoliativa, doch kann man sagen: ein Exanthem, das 7 bis 12 Tage nach der Salvarsanbehandlung auftritt, ist gutartig, wenn es innerhalb 7 Tage schwindet, bösartig, wenn es nach dieser Zeit noch nicht abgebläht ist. Gibt man bei der gutartigen Form — dem 9. Tag Erythem — nach Schwinden des Ausschlages wiederum Salvarsan, so tritt dieses Exanthem zwar wieder, aber in stark abgeschwächter Form auf, und schwindet bei Weitergeben des Salvarsans vollkommen. Eine gewöhnliche Salvarsandermatitis hingegen tritt gewöhnlich erst nach 3—4 Wochen auf. Ist man jedoch aber irgendwie im Zweifel, ob diese gutartige Form der Dermatitis oder eine andere Form vorliegt, so ist äußerste Zurückhaltung in der Salvarsandarreichung angebracht. Die Ursache dieses frühzeitigen Exanthems ist wahrscheinlich in einer Irritation des Sympathikus zu suchen, der sich aber an das Mittel zu gewöhnen pflegt.

Bab.

Galewsky, Zur Anwendung des Myosalvarsans. (Dt. med. Wschr., 44., S. 1832, 1928.) Verfasser bezeichnet das Myosalvarsan als ein dem Neosalvarsan fast gleichwertiges, sehr gut verträgliches Salvarsanpräparat, welches anscheinend infolge seiner etwas langsameren Wirkung und dabei schnellem Ausscheiden verhältnismäßig wenig Nebenerscheinungen hervorruft, und diese auch nur in leichter Form. Auch die Schmerzhaftigkeit ist sehr gering. Nur sehr selten kommt es vor, daß ein Patient die Spritzen nicht verträgt. Ernstere Erscheinungen hat Verfasser in 1½ Jahren nicht beobachtet. Das Myosalvarsan, in intramuskulärer Form gegeben, soll kein Ersatz für die Abortivbehandlung sein, sondern es soll bei Kindern, insbesondere bei Säuglingen, wo die intravenöse Injektion Schwierigkeiten bereitet, namentlich bei zweiten und dritten Kuren usw. gegeben werden. Es soll ferner bei Erwachsenen in all den Fällen die intravenöse Behandlung ersetzen, in denen diese schwer durchführbar ist, und in den Fällen, in denen die Patienten sich gegen die bisherige Salvarsanbehandlung refraktär verhalten haben. Es ist weiterhin überall dort anzuwenden, wo man mit kleinen vorsichtigen Dosen und mit allmählicher Wirkung mehr erwartet als von einer

energischen und starken Schnellwirkung. Insbesondere wird dies auch für Spätturen äußerlich symptomfreier Syphilitiker als Ersatz für Hg- und Wismutkuren der Fall sein. Auch für die Tropen scheint sich das Präparat bereits bei der Behandlung der Syphilis und Frambösie durch die Bequemlichkeit der Anwendung bewährt zu haben.
Arnold Hirsch, Berlin.

61. Ruge, H., Die Syphilis in den Tropen. (Mschr. f. Harnkrankh., 2. H. 6, S. 174—181, 1928.) Die Lues und ihre Nachkrankheiten sind abhängig von der Konstitution, von in der Zwischenzeit durchgemachten hochfieberhaften Erkrankungen, von dem erreichten Alter sowie von der Güte der Behandlung. Eine Rolle spielt hier auch die Rasse (Mischlinge), Klima und Lebensweise, insbesondere der Alkohol. Es ist jedenfalls nicht richtig, auf Grund des verhältnismäßig seltenen Vorkommens der Lues des Zentralnervensystems bei den Bewohnern der wärmeren Gegenden, die Lues erst im Tertiärstadium oder überhaupt nicht zu behandeln. In Südafrika stellte sich die Zahl der Aborte bei den behandelten Frauen auf ein Drittel und die der Frühgeburten sogar nur auf ein Sechzehntel von denen bei unbehandelten Frauen.
E. Kantorowitsch.

62. Boas, Erik, Nachweis der Haematurie. (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 46, P. 1074.) Für den Nachweis des Blutes im Urin hat die Benzidinprobe im Vergleich zur Guajac- und Phenolphthaleinprobe besondere Vorzüge. Wegen der Haltbarkeit des Reagens ist sie den anderen Proben auch der Guajac-Probe vorzuziehen. Am besten führt man sie aus mit dem Gregersenschen Benzidin-Reagens auf dem Filter, durch welchen der Urin nach Heller-Probe filtriert wird.
S. Kalischer.

63. Jud, F., und Mc. Bee, Rückenschmerzen und Urologie. (Urologic Rev., Nr. 11, 1928.) Bei jedem Rückenschmerz muß eine ganz genaue körperliche Untersuchung vorgenommen werden. Nicht selten finden sich dann Erkrankungen des Harnsystems als Ursache für diese Schmerzen, so Steine, Neubildungen der Niere, Knickung und Strikturen des Ureters, Zystitiden, besonders solche im Anschluß an unspezifische Urethritiden, Epididymitis, Prostatitis, Struktur der Urethra usw. Um diese pathologischen Befunde des Harnsystems feststellen zu können, müssen in jedem Falle die gesamten modernen Untersuchungsmethoden herangezogen werden. Die häufigste Ursache für die Rückenschmerzen sind aber lumbo-ileo-sakral Myalgien; daneben kommen aber auch noch gynäkologische Erkrankungen sowie psychische Alterationen in Betracht.
Bab.

Infektionskrankheiten.

64. Jakobs, H., Ein frühes Symptom der Masern. (Neder. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 32, 1928.) Es sei in der Literatur unerwähnt, daß zehn Tage vor Auftreten des Exanthems die Kinder einen Tag hindurch erkältet sind. Autor fand dies Symptom anamnestisch so gut wie stets. Bei abortiven Masern hat er so die Diagnose sicher gestellt. Die Erkältung dauert nur einen einzigen Tag und ist dann spurlos vorüber.
Kurt Heymann, Berlin.

65. Nathanson, M. H., Elektrokardiogramm bei Diphtherie. (Arch. Int. Med. 42, 23.) Bei 15 schweren und mittelschweren Fällen von Diphtherie fanden sich bei fast der Hälfte ausgesprochene Veränderungen im Elektrokardiogramm in der Rekonvaleszenz. Prognostisch ernst zu werten ist die Umkehrung der T-Zacke, die im allgemeinen erst sieben Wochen nach Krankheitsbeginn verschwand. Da die üblichen klinischen Untersuchungsmethoden nicht zu einer sicheren Beurteilung des Zustandes des Myokard führen, ist die Aufnahme eines E.K.G. zur Kontrolle der Herztätigkeit bei der Diphtherie unbedingt anzuwenden. Denn nur durch Innehalten strengster Bettruhe läßt sich beim Bestehen einer Myokardschädigung der Eintritt des Kollapses und der akuten Herzdilatation verhüten. Bei Katzen, denen subletale Toxindosen injiziert wurden, zeigte sich gewöhnlich innerhalb von 48 Stunden eine Umkehrung der T-Zacke.
Biberfeld.

66. Bailey, Paul B., Diphtherie des Penis. (Urologic Rev. 1928, Nr. 11.) Die Erkrankung zeigte sich zuerst im Oedem des Präputiums ohne Temperatur. In einigen Tagen trat unter mäßiger Temperaturerhöhung eine Schwellung des ganzen Penis ein, ohne daß dieser seine Farbe verändert hätte. In dem Sulcus coronarius fand sich jetzt ein graues Exsudat, das wie Diphtherie roch. Daher wurde eine Kultur angelegt, die die Diagnose erhärtete. Nach 20 000 Diphtherie-Antitoxin-Einheiten schwand die Schwellung des Penis in 48 Stunden.
Bab.

67. Stschukin, J. W., Ueber Keuchhusten. (Wratsch. Djelo, 11, Nr. 8, 1928, S. 650.) Auf Grund der Beobachtungen an einem Material von 125 Kindern im Alter von 1 bis 6 Jahren, empfiehlt der Verf. beim Keuchhusten die Darreichung von Alkalien, Belladonna

und Kalzium, deren Darreichung stets zu guten therapeutischen Erfolgen führte. Schon 4 bis 5 Tage nach dem Behandlungsbeginn verliert der Husten seinen krampfartigen Charakter, und nach 7 bis 8 Tagen treten die Anfälle seltener auf und erscheinen als gewöhnliche Bronchitis. Diese Mittel werden in Form von Mixturen im konvulsivischen Stadium, d. h. wenn die Diagnose gesichert ist, gegeben. Die Belladonnadosen müssen ausreichend sein und werden von den Kindern sehr gut vertragen. Die Zusammenstellung der Mixtur für ein einjähriges Kind gestaltet sich folgendermaßen: Rp. Extr. belladonnae 0,06 bis 0,07, Calc. carbon. 2,0, Natr. bicarbon. 4,0, Aq. destill. 90,0, Syr. simpl. 10,0. DS: 1 Teelöffel fünfmal täglich und einmal nachts. Die Mixtur muß vier Wochen lang gegeben werden, andernfalls kehren die Anfälle wieder. — Durch diese Behandlung erzielt man Erhöhung des Ca-Gehalts im Blute der Keuchhustenkinder sowie gleichzeitig Beseitigung der Vaguserregung: die Anfälle verschwinden, und die Absonderung des zähen Speichels und somit auch die Vegetation der Keuchhusten-Mikroflora hört auf.
E. Kantorowitsch.

68. Friedemann, U., Die Epidemiologie der infektiösen Kinderkrankheiten. (Z. ärztl. Fortbildg. Nr. 17, 1928.) Bezüglich der Verteilung der Erkrankung auf die verschiedenen Lebensalter kann man statistisch feststellen, daß es sich um eine ausgesprochene Kinderkrankheit handelt. Was das Verhältnis zwischen der Morbidität und der Dichte der Bevölkerung anlangt, so ist bei Erwachsenen die Morbidität auf dem Lande größer (nach Degkwitz). Im allgemeinen ist man jedoch der Meinung, daß die Verbreitung durch die Dichte der Bevölkerung gefördert wird. Nach der Theorie der latenten Durchseuchung muß zwischen der Dichte der Bevölkerung und der Morbidität ein Zusammenhang bestehen, und unsere Maßregeln beruhen darauf, daß wir die Bazillenträger ausfindig und unschädlich machen. Verf. kommt auf Grund statistischer Erhebungen zu dem Resultat, daß die Diphtheriekranken nur in 3,2% der Fälle, die Bazillenträger in 96,8% an der Verbreitung der Diphtherie beteiligt sind. Es wird daher so gut wie aussichtslos sein, die Diphtherie als solche dadurch zu bekämpfen, daß man die Bazillenträger herausfindet. Durch aktive Immunisierung nur ist der Kampf gegen diese Seuche erfolgreich zu führen. Es gibt eine umfassende Statistik, die beweist, daß nach künstlicher Immunisierung der Grad der Immunität geringer ist als bei der natürlichen Immunisierung durch latente Infektion. Die Zahl der Fälle der nicht immunisierten Individuen ist 5½ mal größer als die der immunisierten, womit der praktische Wert der aktiven Immunisierung bewiesen ist.

Was schließlich den Scharlach anlangt, so wird mittels des Dicktestes bewiesen, daß die Krankheit vom Lebensalter abhängig ist. Früher bestanden zwei Tatsachen, die gegen die Aetiologie durch den Streptokokkus sprachen, und zwar die Unmöglichkeit, Scharlachstreptokokkus von anderen zu unterscheiden und die Immunität, die nach Scharlach zurückbleibt, im Widerspruch zu der fehlenden Immunität anderer Streptokokkenerkrankungen. Durch das Ehepaar Dick wurde jedoch festgestellt, daß die Scharlachstreptokokken ein Toxin enthalten, das den anderen fehlt. Der Test fällt nur bei Personen positiv aus, welche für Scharlach empfänglich sind. Die Scharlachtoxine können durch Rekonvaleszenten Serum oder durch ein künstliches antitoxisches Serum neutralisiert werden. Es gelang, durch Einpinseln des Halses mit kleinen Mengen von Scharlachstreptokokken typischen Scharlach hervorzurufen. Der Sitz der Bazillen ist in den Tonsillen zu suchen, die Uebertragung geschieht vor allem durch Tröpfcheninfektion. Von großem praktischem Wert sind die Untersuchungen während der Rekonvaleszenz. Findet man im Rachen keine Streptokokken mehr, so kann man annehmen, daß der Patient frei von Scharlachern ist. In Deutschland werden die Patienten 6 Wochen isoliert, auch wenn sie schon früher mikrobefrei sind. Andererseits ist bei Verlassen nach sechswöchentlichem Aufenthalt bei den meisten ein positiver Befund erhoben worden, wodurch die Häufigkeit der sogenannten Heimkehrfälle erklärt wird. Seitdem die Patienten auf eine sogenannte Lüftungsstation gelegt werden, wenn sie nur wenig Mikroben haben, wurde eine Ausheilung schon nach 3 bis 5 Wochen beobachtet. Die bakteriologische Kontrolle gibt viel größere Sicherheit als die schematische Entlassung nach 6 Wochen. Die Wirkung des Scharlachserums ist nicht nur therapeutisch, sondern auch prophylaktisch ausgezeichnet. Die Schutzimpfung hat eine Wirkung von 4 Wochen ungefähr, die schutzbedürftigen Menschen findet man durch den Dicktest heraus. Versuche, gegen Scharlach aktiv zu immunisieren, versprechen gute Erfolge. Es gelingt in einer großen Zahl der Fälle, die Kinder mit vorher positivem Dicktest negativ zu machen.
Kosminski, Berlin.

69. Jarin, S. P., Zur Frage der vasomotorischen und sekretorischen Störungen nach eitriger Parotitis. (Wratsch. Djelo, 11, Nr. 8, 1928, S. 649.) Der vom Verf. beobachtete Fall ist interessant wegen zwanzigjährigen Bestehens des Leidens. 38 jährige Frau klagt über Eiterung aus dem linken Ohr, sowie über sekretorische

und vasomotorische Uebererregbarkeit des Gesichtes. Vor zwanzig Jahren im Anschluß an Zahnexstirpation linksseitige Parotitis. Nach Inzision bemerkte die Pat., daß bei ihr während der Mahlzeiten Röte und Schweiß auf der linken Gesichtshälfte auftrat. Nach einhalb Jahren wegen wiederholter Eiterung eine zweite Inzision der Parotis. Danach wurde die beim Essen beobachtete Hyperämie und Hyperhydrosis des Gesichtes verstärkt. Diese Erscheinung war besonders stark beim Essen von sauren Speisen; die ganze linke Hälfte des Gesichtes und des Kopfes war reichlich mit Schweiß bedeckt und fühlte sich sehr warm an. Bei Kieferbewegungen ohne Speisen jedoch tritt das Phänomen nicht auf. Außerdem leidet die Pat. an häufigen Kopfschmerzen und ist leicht reizbar. — Die Pathogenese solcher Fälle ist unklar. Hier spielen anscheinend zwei Momente eine Rolle: der pathologische Prozeß ruft innerhalb der Parotis Bindegewebswucherung hervor und führt zur Erkrankung der Nerven dieser Gegend (Neuritiden, Neurome); bei Speichelsekretion nimmt die Parotisdrüse an Umfang zu, und es kommt mechanisch zur Reizung der Sympathikusfasern; dieser Reiz geht dem Zentrum zu und von dort zentrifugal zur Peripherie, was die oben erwähnten sekretorischen und vasomotorischen Störungen zur Folge hat. Das zweite Moment ist, nach Ansicht des Verf., das Vorhandensein einer erhöhten Erregbarkeit des zentralen Nervensystems, in diesem Falle des sudoralen und Vasomotorenzentrums. Was die Therapie betrifft, so geht sie aus dem Entscheidungsmechanismus dieses Leidens hervor. In den Fällen, wo es sich hauptsächlich um erhöhte Speichelsekretion handelt, könnte man mittels Ausschaltung der Funktion der Parotisdrüse das Leiden beheben, wie z. B. durch Resektion des N. auriculo-temporalis.

E. Kontorowitsch.

Hermes, J., Erscheinungen der Generalisation im Verlauf der chronischen Lungenphthise. (Z. Tbk., 51., Nr. 4.) Generalisation kann in jedem Moment einer bislang isolierten Phthise auftreten. Die Drei-Stadien-Einteilung Rankes ist deshalb dahin zu modifizieren, daß die drei Stadien nicht zwangsläufig auseinander hervorgehen. Als scharfumschriebener Begriff besteht noch das Primärstadium Rankes: die lokale Herdbildung mit Erkrankung der regionären Drüsen. Mit dem Ueberschreiten der regionären Drüsenkette ist die Generalisation im weitesten Sinne gegeben, deren Krankheitsbilder das gesamte Gebiet der sekundären, tertiären und „gartären“ Tuberkulose darstellen. Die Vielgestaltigkeit und der unberechenbare Wechsel dieser Erscheinungen wird durch das Widerspiel der durch den Primärinfekt erworbenen und im weiteren Verlauf der Krankheit ausgeübten Immunität und des Krankheitsgeschehens auf der anderen Seite erklärt. Die Immunität kann durch unspezifische und spezifische Faktoren gehoben und gesenkt werden. Für die unspezifischen sind als Beispiel zu nennen die großen physiologischen Umwälzungen im Organismus; Pubertät, Gravidität, Menopause. Deren primärer Einfluß auf die Immunitätskurve verursacht oft eine entgegengesetzte Bewegung der Krankheitskurve. Anders liegt die Sache nicht selten bei den spezifischen Faktoren. Jeder massive Tuberkelbazilleneinbruch in dem tuberkulosekranken Organismus kann das Krankheitsgeschehen schlagartig steigern und dadurch sekundär die Immunitätskurve im entgegengesetzten Sinne beeinflussen. Als Beispiele dienen: massive, exogene Superinfektion, Hämoptoe mit bronchogener Aussaat, sowie Durchbruch eines tuberkulösen Herdes ins Gefäßsystem und nachfolgende Ausschwemmung. Alle drei Ereignisse können bei durchaus stationärem Krankheitsverlauf als Spiel des reinen Zufalles eintreten.

Auf Grund mehrerer einschlägiger Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: Geht das Hinabgleiten von der relativ hohen Immunitätslage der isolierten Phthise langsam, ruckweise vor sich, so kann es bei einem akuten Schub zu extrapulmonalen Metastasen kommen, die in ihren Ansiedlungsorten (Bevorzugung der Haut, Knochen- und Urogenitalsystem) und ihrer weiteren Entwicklung große Ähnlichkeit mit extrapulmonalen Herderkrankungen der sekundären Tuberkulose Rankes haben. Tritt der Immunitätssturz dagegen plötzlich und mit großem Gefälle auf, so zeichnet sich eine evtl. eintretende extrapulmonale Metastasierung meist durch ihren universalen Charakter aus. Die Reaktionsform entspricht der des relativ unberührten und ungeschützten Kindes (Miliartuberkulose, Meningitis tuberkulosa, generalisierte Lymphdrüsenverfälsungen u. a.). — Die Rankesche Lehre ist im Sinne der neuen Forschungsergebnisse am besten dahin zu modifizieren, daß nur noch Primärstadium und Generalisationsstadium von einander unterschieden werden (Zweistadien-Einteilung Zieglers).

Zwerg, Dresden.

Fraenkel, E., Die Berücksichtigung der Gegenseite bei der Pneumothoraxbehandlung der Lungentuberkulose des Erwachsenen. (Z. Tbk., 51., 4.) Die Gefährdung der Gegenseite bei der Pneumothoraxbehandlung hängt nicht so sehr von der räumlichen Ausdehnung ihres eigenen Befallenseins ab, als von der Gesamttendenz des Krankheitsfalles. Die Qualität des tuberkulösen Prozesses ist von

maßgebender Bedeutung. Exsudativ-käsiger Charakter macht ein Uebergreifen auf die Gegenseite auch dann wahrscheinlich, wenn diese zunächst frei ist. Erfolgt die Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses auf der Gegenseite nach längere Zeit unterhaltenem, voll wirksamem Kollaps, dann ist das Eingehenlassen des ersten Pneumothorax angezeigt. Ergibt sich dagegen, daß die Hauptkaverne der Pneumothoraxseite nicht genügend kollabiert ist und womöglich noch Bazillen liefert, dann ist zu erwägen, ob nicht im Gegenteil eine Vervollständigung oder Plastik geboten und geeignet ist, die Propagation auf der Gegenseite aufzuhalten. Ist das Fortschreiten auf der Gegenseite schwer und schnell, dann ist, abgesehen von der Möglichkeit des doppelten Pneumothorax, die endgültige Prognose schlecht, aber sie wird durch das Eingehenlassen des Pneumothorax nicht gebessert, vielmehr bietet seine eingeschränkte Erhaltung die relativ günstigeren symptomatischen Bedingungen: Husten und Auswurf bleiben geringer, die Kurzatmigkeit ist, wenn nur kleinere Füllungen in längeren Pausen erfolgen, nicht gesteigert; auch die entmutigende Wirkung der Pneumothoraxaufgabe ist zu berücksichtigen.

Zwerg, Dresden.

Stern, E., Behandlung der Amöbenruhr. (Med. Kl. Nr. 42, 1928.) Verfasser behandelt die Amöbenruhr mit gutem Erfolge nach folgendem Schema: 1. Zunächst Abführmittel: Rizinusöl oder Karlsbader Salz; das erstere bei Kindern in Form einer Emulsion und bei Erwachsenen evtl. in Kapseln. 2. Yatren 105, bei Erwachsenen in Pillen oder Pulvern in Verbindung mit Tierkohle, für Kinder dasselbe in einer Suspensionsmischung. 3. Die ersten drei Tage Verabreichung von folgenden Rektaleinspritzungen mittels einer Rektalkanüle einer Infus. e rad. Ipetac. von 10,0%, dem 0,30 bis 0,40 Rivanol Höchst hinzugefügt sind, pro 24 Stunden. Man läßt jede paar Stunden 100 bis 150 ccm verabreichen und die Flüssigkeit ganz langsam einlaufen. 4. Sind die ersten 3 Behandlungstage vorüber und sind keine Amöben im dünnflüssigen Stuhl mehr aufzufinden, so läßt man noch immer Yatren, 4 g täglich, nehmen — die Klysman in anderer Form folgen: Infus. Semen. Lini pulver. 50,0 bis 100,0 ‰, Rivanol 0,40, wie die vorigen verabreicht.

L. Gordon, Berlin.

Froes, Hector, Der praktische Wert der Methode „Cropper-Froes“ für die Diagnose der Malaria. (Brasil. med., 42, Nr. 25, 1928, S. 675.) Es handelt sich hier um eine Färbungsmethode des Blutes, welche sich in der bakteriologischen Diagnose der Malaria wie auch anderer tropischer Krankheiten, z. B. Filariosis, Trypanosomiasis, Febris recurrens ferner auch zur Differenzialdiagnose weißer Blutkörperchen bei Leukämie sehr bewährt hat. Die Technik ist folgende: Man entnimmt das Blut mittels Venenpunkten und bringt auf einen Objektträger zwei bis drei dicke Tropfen, welche mit dem Rand des zweiten vertikal gehaltenen Objektträgers ausgestrichen werden. Nun wird das Präparat an der Luft getrocknet und dann reichlich mit der Farbstofflösung bedeckt, die man eine Minute lang einwirken läßt. Jetzt fügt man der das Präparat bedeckenden Farblösung noch 5 bis 10 Tropfen destillierten Wassers hinzu und färbt mit der so verdünnten Lösung nochmal eine Minute. Die Farbstofflösung besteht aus: Methylblau (puriss.) 2,0, Salzsäure 0,50, Alkohol 10,0, Wasser (destill.) 90,0. Der Vorteil dieser Methode liegt in der Schnelligkeit und Leichtigkeit der Färbetechnik, in der einfachen Zusammenstellung der Lösung, welche aus sonst auch vielfach benutzten Reagenzien besteht, sowie in der Klarheit und Uebersichtlichkeit der durch sie erhaltenen Bilder.

Ashkenasy, Wien.

Ernuloff, A. P. und Z. S. Golotine, Experimentelle Begründung der Milzbrand-Neosalvarsantherapie. (Z. Hyg., Bd. 109, H. 1, Nr. 7.) Die roten Blutkörperchen von milzbrandempfindlichen Tieren haben Schutz geschaffen gegen die bakterizide Kraft des Neosalvarsans. Die Schutzwirkung nimmt ab mit der Zunahme der Neosalvarsandos. Diese Erscheinung kann bei der septischen Milzbrandkrankheit des Menschen verwertet werden. Die Schutzwirkung der roten Blutkörperchen ist diesen nur bei der erstmaligen Mischung mit Neosalvarsan eigentümlich.

N. Henning, Leipzig.

Goldin, S. B., Zur Salvarsantherapie des Milzbrandes. (Derm. Wschr. 1928, Bd. 87, Nr. 47, S. 1792.) Die vielfach empfohlene Serumtherapie des Milzbrandes hat den Nachteil, daß die wiederholte Anwendung größerer Dosen für den Organismus nicht gleichgültig ist und daß das Serum nicht überall zur Verfügung steht. Demgegenüber ist die Salvarsanbehandlung von außerordentlich gutem Erfolge ohne schädliche Nebenwirkungen; von 9 Fällen des Verf., darunter zwei mit Milzbrandsepsis, kam nur einer der letzteren ad exitum, jedoch auch nur infolge einer Pneumonie, nachdem die Temperatur schon einige Zeit lang normal, die Blutimpfungen steril geblieben waren, in den Ulkusausscheidungen keine Bazillen mehr nachweisbar gewesen waren und der Prozeß sich im Stadium der Heilung befand. Für die Wirkung des Salvarsans kommt eine direkte Einwirkung auf die Milzbrandbazillen und eine Anregung der Immunkräfte des Organismus in Frage.

Ernst Levin, Berlin.

Innere Medizin einschließlich Tuberkulose.

76.
Fuhs, Herbert; Zur Nicolas-Durand-Favreschen Krankheit (sog. Lymphogranulomatosis inguinalis). (Acta dermato-ven., 11, Nr. 3). Der Fall verdient besonders deswegen besonderes Interesse, da bei ihm zum erstenmal in Oesterreich die N. D. F.-Krankheit — den Namen Lymphogranulomatosis inguinalis will Verfasser für das Lymphogranulom Paltauf Steinberg reserviert wissen — festgestellt wurde. — Es fanden sich an der Vorhaut zwei kleine flache Geschwüre, die bald abheilten, und in denen weder Spirochäten noch Ducrey-Bazillen gefunden werden konnten; auch Impfungen mit Sekret am Oberschenkel gingen nicht an. Wenige Tage nach dem Auftreten der Geschwüre zeigt sich eine entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen mit multiplen, eitrigen Einschmelzungen. Eiterprobe nach Freinjektion von Extr. von N. D. F.-Krankheit ergab wiederholt positiven Ausschlag, das heißt an der Impfstelle trat entzündliche Papel auf, während Injektion von ebenso bereitetem Extr. von Mic. molle stets negativ verlief. Therapeutisch blieben Röntgenbestrahlungen erfolglos; dagegen war Belichtung mit Bucky-Grenzstrahlen sowie Injektionsbehandlung mit einem aus den erweiterten Drüsen hergestellten Drüsenextrakt von Nutzen.

77.
Bezançon, Die Behandlung der Bronchiektasien. (J. des Prat., Nr. 38, 1928.) Bevor man eine Behandlung der Bronchiektasien einleitet, muß man zu erfahren suchen, mit welcher Abart man es zu tun hat, ob die Bronchiektasien innerer Behandlung zugänglich sind oder chirurgischer Eingriffe bedürfen. Es gibt eine Bronchiektasie, die man als angeboren bezeichnen muß; sie läßt sich bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen und beruht wahrscheinlich auf einer angeborenen Mißbildung, in manchen Fällen aber auch auf hereditärer Syphilis. Daneben gibt es sekundäre Bronchiektasien, d. h. solche, die sich als Folgeerscheinung einer primären Erkrankung einstellen, z. B. nach Keuchhusten, nach einer Bronchopneumonie; auch um einen vorausgegangenen Lungenabszeß oder eine Lungenangrän kann es sich handeln. Bei der angeborenen Erkrankung ist der Bronchus selber erkrankt, erweitert, während das benachbarte Parenchym so gut wie unberührt ist. Bei der zweiten Form, die von Mikroorganismen herbeigeführt wird, bestehen grobe Schädigungen des Parenchyms.

Sodann müssen wir uns Rechenschaft ablegen über den Sitz der Bronchiektasie. Sitzt sie an der Spitze oder an der Basis? Wir wissen, daß die Ableitung von Spitzenläsionen leicht ist im Gegensatz zu Affektionen der Basis. Eine Phrenektomie, die eine Schädigung der Basis günstig beeinflusst, ist auf die Spitzenkrankung ohne jeden Einfluß. Eine zweckentsprechende Lagerung wirkt auf die Spitzenerkrankung und läßt basale Schädigungen unbeeinflusst. Richtig ist schließlich noch, festzustellen, ob die Erkrankung ein- oder beiderseitig ist.

Manche Aerzte legen der Lipiodiagnostik einen ganz besonderen Wert bei; und sie haben Recht damit. Mit Hilfe des Lipiodols erkennt man, daß die erweiterten Bronchien fast immer Zylinder- oder Handschuhform haben, zuweilen auch die Form von Taubenestern. Es hat den Anschein, als ob in manchen Fällen das Lipiodol auch in die Umgegend des Bronchus eindringt und das Vorhandensein eines Abszesses aufdeckt. Man muß hier zurückhaltend sein, da Täuschungen nicht ausgeschlossen sind. Von unbestreitbarem Wert ist die Untersuchung vor dem Röntgenschirm, auch ohne Lipiodol, denn das Röntgenbild läßt erkennen, ob nur die Bronchien oder auch das Lungengewebe erkrankt sind. Eine Infektion der Bronchien gibt sich am Auswurf zu erkennen. Hier wird die bakteriologische Untersuchung rasch zur Klärung führen.

Der wichtigste Punkt der Behandlung ist die Drainage. In manchen Fällen wird man mit Expektorantien auskommen, z. B. sollen Eukalyptol und Menthol stark sekretionsverflüssigend wirken. Das Jodkali darf nur mit äußerster Vorsicht angewandt werden, weil man bei Bronchiektasien, und zwar besonders bei den infizierten Fällen, sehr mürbe Gefäßwände antrifft, so daß es dann nach Verflüssigung des Sekrets leicht zu Gefäßblutungen kommen kann. Im großen ganzen sind die Erfolge der Expektorantien nur temporär. Eine Vervollkommnung der Drainage bedeutet die Ansangung des Sekrets; man bedient sich dazu des Bronchoskops. Nach Vakzinebehandlung hat man auch einen Rückgang der Eiterabsonderung beobachtet. Der Pneumothorax scheint bei akuten Bronchiektasien, die auf Keuchhusten, Masern oder Lungenabszesse zurückzuführen sind, ein gut verwendbares Mittel zu sein, aber allgemein einbürgern wird er sich auf diesem Gebiet nicht. Eine neue Methode gewinnt jetzt an Ausdehnung: Es ist die Phrenektomie; sie führt oft eine Verflüssigung des zähen Sputums herbei, eine Rückkehr zum Normalzustand, und man glaubt an Heilung; besonders in Fällen von einseitigen Erkrankungen der Basis sind die Dienste, die uns die Phrenektomie leistet, anerkennenswert. Doch lassen sie uns im Stich, sobald es sich um Spitzenerkrankungen handelt. Zudem darf

man nicht vergessen, daß die Phrenektomie kein harmloser Eingriff ist; es findet nämlich ein Zurücktreiben des Schleimauswurfs auf die andere Lunge statt, so daß man nach einem Eingriff dieser Art die peinliche Ueberraschung einer schweren Bronchopneumonie erleben kann. Oder aber es gibt Gleichgewichtsstörungen des Mediastinums, die sich auch am Herzen auswirken. Kurzum, man darf niemals vergessen, daß Lunge, Mediastinum, Herz und Pleura eine Einheit bilden, in die man nicht ohne weiteres eingreifen darf. Die Thorakoplastik erfreut sich wegen der hohen Sterblichkeitsziffer geringer Beliebtheit. Sie kommt erst jetzt wieder in Aufnahme, seitdem man die Operation drei- oder noch mehrzeitig ausführt. In dessen kann man auch hier nicht auf eine völlige Heilung rechnen. Bisweilen entschließt man sich zur Phrenektomie und im Anschluß daran zur Thorakoplastik. Durch die so entstandene Bresche geht man mit dem Thermokauter ein. Die Thermokauterisation hat jedoch auch ihre Nachteile; man ist dabei, zu erproben, ob die Elektrokoagulation, die weniger gefährlich ist, nicht dieselben Dienste leistet.

Heid.

78.
Eickhoff, Clemens, Unsere Erfahrungen bei akuter Bronchitis und Pneumonie im Greisenalter. (D. m. W., 44, S. 1841, 1928.) Bei allen akuten Erkrankungen der Luftwege verordnet Verfasser seinen alten Patienten zunächst Bettruhe. Die Furcht, einen alten Menschen mit Bettruhe zu behandeln, ist nach Ansicht Eickhoffs übertrieben. Nach seiner Erfahrung ist die Bettruhe im Alter keineswegs mit einer hypostatischen Pneumonie gleichbedeutend. Durch die Bettruhe können im Gegenteil Verschlimmerungen vermieden werden; allerdings ist auf eine besonders gute Pflege größter Wert zu legen. Wichtig ist häufiger Lagewechsel (Hypostase und Dekubitus!) und regelmäßige Stuhl- und Harnentleerung. Die Mahlzeiten sollen nicht allzu reichlich sein, sollen leicht und bekömmlich sein und sollen häufiger verabreicht werden. Es muß für genügende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gesorgt werden. Vom Beginn der Behandlung an gibt Verfasser appetitanregende Mittel, namentlich geringe Mengen Wein und Kognak. Der Alkohol dient in diesen Fällen nur als Stomachikum. Nach Ansicht des Verfassers ist er im Alter eins der besten appetitanregenden Mittel. Den Patienten, die es mögen, gibt Verfasser bis zu 2 Eßlöffel Weinbrand mit Ei und Zucker ein- bis zweimal täglich.

Von hydrotherapeutischen Mitteln sollte man nur Brustumschläge anwenden, da Bäder sich als zu anstrengend erwiesen haben.

Medikamente werden vom Verfasser nicht viel verordnet, da gegen diese häufig Abneigung besteht. Als Expektorantien verordnet er: Liquor ammon. anisati, Brusttee, Mixt. solvens, Ipecopan. Längere Zeit lang Expektorantien zu verabreichen, besonders Liquor pectoralis, sollte vermieden werden, da nach diesen Mitteln sehr schnell Appetitlosigkeit einsetzt. Bei starkem Hustenreiz kommt Kodein, einige Tropfen einer einprozentigen Morphinlösung oder Dikodid mit Kardiazol in Frage.

Als wichtigste Aufgabe der medikamentösen Behandlung sieht Verfasser bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane die Erhaltung der Herzkraft an. Kampfer in hohen Dosen ist nach den Erfahrungen Eickhoffs das Herzmittel der Wahl. Er gibt bei Pneumonie täglich bis zu 12 bis 14 ccm Ol. camphorat. über mehrere Tage hin. Bei Fällen, die in Heilung übergingen, spielte der Kampfer eine außerordentliche Rolle. Die orale Darreichung des Kampfers wird weniger angewandt, da die Kranken es nicht gern nehmen und, wenn in Oblaten gegeben, es von den alten Leuten oft schlecht geschluckt werden kann. Bei den Injektionen wurde Abszeßbildung niemals beobachtet. Wichtig ist aber, von vornherein große Kampfermengen zu verabfolgen. Bei Hyperpyrexie gibt Verfasser für 1 bis 2 Tage Aspirin oder Salipyrin. In einzelnen Fällen wurde statt des Kampfers Koffein (20prozentiges, dreibis viermal täglich 1 ccm) mit gutem Erfolg gegeben. Nach Schwinden der bedrohlichsten Erscheinungen wurde der Kampfer durch Kardiazol ersetzt. Bei Digitalisdarreichung wurde kein so guter Erfolg erzielt wie mit dem Kampfer. Daher wendet Verfasser auch bei unkomplizierten Pneumonien das Digitalis nicht mehr an. Nur wenn bei einer Erkrankung der Luftwege auch Dekompensationserscheinungen auftreten, wird Digitalis, mit Kampfer kombiniert, angewandt.

Arnold Hirsch, Berlin.

79.
Winkler, Alfons, Verhalten von Kavernen beim Hustenstoß. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 160., 300.) Die Wände größerer Kavernen führen beim Hustenstoß unter bestimmten Bedingungen mehr oder minder kräftige Schwankungen aus, die sich auch vor dem Röntgenschirm nachweisen lassen. Durch den gesteigerten intrathorakalen Druck zu Beginn des Hustenstoßes wird die Kavernenwandung mehr oder weniger rasch gegen das Zentrum der Höhle bewegt und nimmt nach Beendigung des Hustenstoßes ihre Ausgangslage wieder ein. Diese Größenschwankungen bedingen eine Aenderung der in der Höhle befindlichen Luftmenge und lösen so ein Strömen von Atemluft an den Kavernen und an den ihnen

zugehörigen Verzweigungsgebieten des Bronchialbaumes aus (zunächst im Sinne einer Expiration, sodann im Sinne der Inspiration). Zum Nachweis des infolge der Volumenschwankungen beim Hustenstoß auftretenden Strömens der Atemluft ist eine besondere Atmungstechnik bei der Untersuchung erforderlich. Diese besteht darin, daß einem entsprechend kräftigen, gut abgesetzten, kurzen und tonlosen Hustenstoß ein längerer, völliger Atemstillstand angeschlossen wird. Die Auswirkung des Hustenstoßes auf Kavernen führt zur Entstehung zweier Auskultationsphänomene, die als beweisende Höhlensymptome anzusehen sind. Relativ häufig sind Rasselgeräusche während des einem Hustenstoß folgenden Atemstillstandes wahrzunehmen, der infolge des Einströmens von Atemluft in die mit Sekret gefüllten Bronchien entstehen. Zur Auslösung dieses Phänomens, das überraschend oft das einzige auskultatorische Höhlensymptom darstellt, müssen die Kavernen eine entsprechende Größe und physikalische Beschaffenheit der Wände besitzen, sofern der Hustenstoß die erforderliche Luftbewegung zur Folge haben soll. Das positive Zeichen ist dadurch gekennzeichnet, daß zwischen dem Ende des Hustenstoßes und dem ersten Auftreten von Rasselgeräuschen ein deutlich ausgeprägtes, geräuschfreies Intervall liegt, daß die überwiegende Mehrheit der Rasselgeräusche während des Atemstillstandes — und nicht während der folgenden Inspiration — nachweisbar ist und daß der Ablauf der Rasselgeräusche während des Atemstillstandes protrahiert erfolgt. Ein Atemgeräusch ist bei diesem Phänomen nicht hörbar. Zu diagnostischen Irrtümern kann der Trachealeffekt führen, indem bei starker Verziehung und spindelförmiger Ausbuchtung der Trachealwand und gleichzeitiger grobknotiger Infiltration der Lungenspitzen Rasselgeräusche in der Periode des Atemanhaltens nach Hustenstoß wahrzunehmen sind, auch ohne daß Kavernen bestehen. Vorsicht ist ferner bei der Beurteilung der über abhängigen Lungenpartien auftretenden Rasselgeräusche nach Hustenstoß geboten, da bei Verdichtungsherden in den Unterlappen die Zwerchfellbewegungen allein genügen können, um ein positives Phänomen auszulösen. Als zweites Höhlensymptom gelangt nach Hustenstößen ein eigenartiges Kavernenfauchen zur Beobachtung. Es entwickelt sich im Anschluß an das Husten als wenig ausgeprägtes Geräusch, das rasch lauter, klanghaltiger und fauchend wird, um plötzlich unvermittelt zu enden oder um als Dekreszendogeräusch, schnell leiser werdend, abzuklingen. Es kommt allein oder von Nebengeräuschen begleitet vor.

Biberfeld.

80.
Edel, Hans. Der Larynxabstrich, eine neue Sputumgewinnungsmethode. (Med. Kl. Nr. 42, 1928.) Der Vorteil der Methode liegt darin, daß durch einen Hustenreiz ein Sputum gewonnen wird, das vorwiegend reines Lungensekret enthält und nicht vermischt ist mit solchem aus den oberen Luftwegen und aus der Mundhöhle. Die Methode ist einfach und bequem. Der Untersucher bedient sich zu seinem Selbstschutze einer Gesichtsmaske und fordert den Patienten auf, ruhig und tief zu atmen. Nach Einstellung des Larynx im Spiegel naht man sich vorsichtig mit dem sterilen Larynxpinsel, ohne die umliegende Schleimhaut zu berühren — um Verunreinigungen zu verhüten —, der nicht anästhesierten Stimmritze, an der man den Pinsel sanft andrückt. Es kommt sofort zu einigen heftigen Hustenstößen. Der Pinsel wird dann wieder vorsichtig herausgezogen, und daß auf diese Weise gewonnene Material direkt auf einen Objektträger gestrichen und nach den üblichen Methoden gefärbt. Die Methode ist vollständig harmlos. Bei der Untersuchung von über 500 Fällen mit dieser Methode fand sich eine regelmäßige Uebereinstimmung positiver Sputumbefunde mit ausnahmslos positiver Larynxabstrichbefunden, die stets eine viel reichlichere Ausbeute lieferten als die Untersuchungen des spontan expektorierten Sputums. Außerdem konnte in 63 Fällen der Larynxabstrich Bazillen nachweisen, bei denen das spontan entleerte Sputum bei wiederholten Untersuchungen negativ oder ein solches überhaupt nicht erhältlich war.

L. Gordon, Berlin.

81.
Taterka, Heinz, und Leonhard Hirsch, Zur Therapie der Serumkrankheit. (Med. Kl. Nr. 42, 1928.) Zur Behandlung der Serumkrankheit, die infolge ausgedehnter Serumverwendung an Häufigkeit jetzt zunimmt, empfehlen die Verfasser Ephedrin bzw. Ephetonin (Merck), und zwar Erwachsenen und älteren Kindern 50 mg = 1 Tablette oder 1 Ampulle, Kleinkindern die Hälfte, per os zweistündlich, subkutan vierstündlich.

L. Gordon, Berlin.

82.
Wesley, E., Oliver Gatewood, H. Gaebler und Victor Myers. Alkalose bei Kranken mit Ulcus pepticum. (Arch. Int. Med. 42, 79.) Bei Zufuhr solcher Mengen von Alkali, wie sie bei der Sippykur zur Anwendung gelangen, kommt es zu charakteristischen Veränderungen des Blutchemismus, ohne daß die klinischen Zeichen der Alkalose in Erscheinung zu treten brauchen. Bei fast zwei Dritteln der so behandelten Kranken ist eine starke Erhöhung des Karbonatgehaltes des Blutes nachzuweisen, während die Plasmachloride vermindert sind. Gegen Tagesende sind die

Zeichen der Alkalose am deutlichsten, um während der Nacht wieder sich zurückzubilden. Klinisch stehen nervöse Symptome im Vordergrund (Uebererregbarkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schläfrigkeit und Nausea). Die Alkalose zeigt sich eher bei älteren Kranken. Bei Bestehen einer Pylorusstenose kommt es besonders leicht zu dieser Störung des Säuren-Basengleichgewichtes. Durch ausreichende Zufuhr von Wasser und Verabfolgung von Kochsalz läßt sich die Alkalose rasch beseitigen. Mehrere Tage vor einem operativen Eingriff ist die Alkalizufuhr abzusetzen. Es ist zu empfehlen, bei der Sippykur nur Calc. carb. und Mag. oxyd. zu verabfolgen und Natr. bicarb. fortzulassen, da bei dieser Art der Medikation die Verschiebung des Gleichgewichtes nach der alkalischen Seite im Blut sich weniger stark bemerkbar macht und klinische Symptome kaum vorkommen, sofern nicht Pylorusstenose oder hartnäckiges Erbrechen vorhanden sind.

Biberfeld.

83.
Andersen, Siggaard M., Insulin als Unterstützungsmittel bei Mastkuren. (Ugesk. f. Laeg., Nr. 43, S. 1017.) Insulin bewährte sich als gutes Hilfsmittel bei Mastkuren; es trat Gewichtszunahme und Besserung des Allgemeinzustandes ein. Man beginne mit einer Probedosis von acht internationalen Einheiten und steige langsam, indem man drei Dosen täglich verabreicht eine halbe Stunde vor den Hauptmahlzeiten. Treten Zeichen von Hyperglykämie auf, so gibt man Kohlehydrate in Form von Traubenzucker, Rohrzucker usw. Die höchste Dosis waren 32 Einheiten dreimal täglich. Die letzte Dosis gebe man nicht zu spät, da mitunter erst nach 2 bis 2½ Stunden die Zeichen der Hypoglykämie auftreten. Die Diät sei reichlich, besonders auch in Kohlehydraten, mit Berücksichtigung der dyspeptischen Erscheinungen, die diese Kranken aufweisen. Sonst lasse man sie essen, was sie irgend mögen und können.

S. Kalischer.

84.
Wiechmann, Ernst und Fritz Koch, Ursachen der Augendrucksenkung im hypoglykämischen Zustand. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 160, 361.) Die Senkung des Augendruckes im hypoglykämischen Zustand nach Insulininjektionen ist nicht auf Veränderungen des Blutdrucks zu beziehen. Wenn auch in der Mehrheit der Fälle eine Verminderung des Blutdrucks zu verzeichnen war, so fand sich doch kein Parallelismus zwischen Augeninnendruck und Blutdruck. Vereinzelt wurde sogar während der Augendrucksenkung ein Anstieg des Blutdrucks beobachtet. Vielmehr ist die Ursache der Bulbushypotonie in Veränderungen des Wasserhaushaltes zu suchen. Nach Zufuhr der toxischen Insulindosen kommt es zu einem erheblichen Anstieg der Hämoglobinwerte, dem nach der Nahrungsaufnahme ein Absinken folgt. Diese Verschiebungen stehen mit dem Schwitzen in Zusammenhang, das im hypoglykämischen Zustand sich einzustellen pflegt. Die Verminderung des Augendruckes ist der Ausdruck des Einströmens von intraokularer Flüssigkeit in die Blutbahn. Wahrscheinlich kommt es im hypoglykämischen Zustand in gleicher Weise zu einer Verminderung des Liquordruckes.

Biberfeld.

85.
Mebius, J., Oedemtheorie der Beri-Beri. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 33, 1928.) Mebius faßt die Beri-Beri als eine Krankheit auf, die charakterisiert wird durch eine Störung im osmotischen Druck der anisotropen Substanz. Er stellt sich vor, daß zwischen Kapillaren, Gewebsflüssigkeit und Mukelfaser ein bewegliches Gleichgewicht besteht. Jeder dieser Faktoren hat einen eigenen osmotischen Druck. Dieser ist verschieden hoch, aber derart eingestellt, daß normale Funktion untereinander möglich ist. Besteht nun in der anisotropen Substanz ein Defizit an Vitamin B, dann sinkt der osmotische Druck (denn Vitamin B beherrscht den osmotischen Druck genannter Faktoren), dadurch entsteht ein Ueberdruck in der Gewebsflüssigkeit, diese wird in die Muskelfaser gepreßt, um den anisotropen Stoff zu durchtränken. Diese Vorstellung scheint eine befriedigende Erklärung der Erscheinungen bei Beri-Beri zu geben.

1. Herzschwäche. Sowohl ein geringer Grad als auch die Paralysis cordis wird durch sie erklärt. Ebenso sehr wird das rasche Zurückgehen der Dilatation begreiflich. In chronischen Fällen muß der Muskelfaserdegeneration eine nervöse Degeneration folgen.

2. Blutdruck. Der tiefe minimale Druck kommt häufig vor und ist mit der Vorstellung des Autors vereinbar.

3. Muskelschwäche. Diese ist analog zu erklären wie die Herzschwäche.

4. Ebenso die Zwerchfelllähmung.

5. Die Obstipation. Im Beginn der Krankheit wird sie häufig gesehen. Auch sie kann durch Schädigung der kontraktile Substanz der glatten Fasern erklärt werden.

6. Oedeme. Die größere Durchlässigkeit der Kapillarwand steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Schädigung des kontraktile Stoffes.

7. Aszites, Hydrothorax, Hydroperikard. Gleiche Erklärung.

8. Sensibilitätsstörungen. Schädlicher Einfluß der oedematösen Umgebung durch veränderte Ernährungsverhältnisse usw. auf die nervösen Endapparate. Zwischen den Lamellen der Vater-Pacinischen Körperchen befindet sich ein Kapillarnetz.

9. Sehnenreflexe. Der normale Reflex verlangt eine normale Muskelfunktion. Wahrscheinlich manifestiert sich die Aufhebung der normalen Muskelfunktion durch Abschwächung oder Aufhebung der Reflexe.

10. Muskeldruckschmerz. Auch dieses Symptom ist mit der Schädigung der kontraktiven Substanz nicht im Widerspruch.

Kurt Heymann, Berlin.

86. Stevens, I. Th., Der toxische Kropf: Seine Diagnose und Behandlung. (Amer. J. Roentgenol., 19, H. 6.) Der toxische Kropf ist weit häufiger bei Frauen, als bei Männern. Auslösend wirken Erregungen, Überlastung, schwere Krankheit. Der Hyperthyreoidismus kann sekundär aus einem einfachen Kropf entstehen. Hyperthyreoidismus kann durch chronische Eiterungen an den Zahnwurzeln, den Tonsillen und häufig auch dem Kolon unterhalten werden, ebenso kann eine chronische Appendizitis, eine Entzündung der Gallenblase oder des Urogenitaltraktes von Bedeutung sein. Indeß hat die Mehrzahl der Patienten keinen erkennbaren Infektionsquell. Bei anderen wurde der Infektionsherd entfernt, eine Besserung des Hyperthyreoidismus jedoch nicht erreicht, so daß es schwer ist, die Zusammenhänge im Einzelfall zu erkennen. Nicht zur Strahlenbehandlung geeignet erscheint ein Tumor, welcher Drucksymptome macht. Hier kann zur Herabsetzung des Grundstoffwechsels postoperative Strahlenbehandlung angezeigt sein. Andererseits kann diese, bei offensichtlich großer Toxizität auch präoperativ in Frage kommen, um das Operationsrisiko zu vermindern. Hinsichtlich der behaupteten Narbenbildungen nach Bestrahlungen ist kein Zweifel mehr, daß da kein Zusammenhang besteht, es sich vielmehr um aus der Natur des Leidens kommende Folgen einer Entzündung handelt. Ferner ist die Frage aufgeworfen worden, ob die Bestrahlungen etwa zu Hypothyreoidismus führen könnten. Darauf läßt sich sagen, daß normales Schilddrüsengewebe nicht durch die therapeutischen Dosen, welche bei Hyperthyreoidismus angewandt werden, zerstört werden kann. Die Gefahr des Hypothyreoidismus kann um so mehr vernachlässigt werden, wenn vor jeder Behandlung Grundumsatzuntersuchungen vorgenommen werden. Radium wird in Tuben von je 10 mg in einer solchen Anzahl, daß der Tumor bedeckt ist, bei jenen Patienten angewandt, welche nicht fähig sind, das Bett zu verlassen. Filter 1 mm Messing neben der Nadelwand. Distanz von der Haut 2 cm, Distanz der Tuben 1 cm. Bestrahlungsdauer bis 16 Stunden. Sobald der Patient in die Klinik kommen kann, wird dort die raschere Röntgenbehandlung ausgeführt. Es lassen sich 90% Heilungen erzielen.

J. Kottmaier.

87. Bram, Israel, Chinintoleranz beim Morbus Basedowii. (Arch. Int. Med. 42, 53.) Bei 96% der Kranken mit Morbus Basedow besteht eine Erhöhung der Chinintoleranz, die diagnostisch und therapeutisch zu verwerten ist. Während sich bei Menschen mit intakter oder herabgesetzter Schilddrüsenfunktion nach täglichen Gaben von 2 g Chinin sehr rasch Vergiftungserscheinungen einstellen, kann beim Morb. Based. diese Dosis monatelang ohne jegliche Nebenwirkungen verabfolgt werden. In einer erheblichen Anzahl von Fällen werden sogar Chininmengen von 4 bis 6 g lange Zeit hindurch vertragen. Auf Grund dieser Chinintoleranz ist eine Abgrenzung der Frühfälle von Neurasthenie, Lungentuberkulose und anderen Erkrankungen leicht möglich, die oft zu einer Verwechslung Anlaß geben. Bei vielen Basedowkranken gleicht die therapeutische Wirkung hoher Chinindosen dem Jodeffekt. Im Gegensatz zum Chinin kann Jod nicht länger als zwei bis drei Wochen ohne Gefahr der akuten Verschlimmerung gegeben werden und führt außerdem oft zu einer stärkeren Schwellung der Thyreoidea durch Vermehrung des Kolloids. Doch ist es nur bei relativ wenigen Fällen möglich, die Behandlung mit Chinin allein erfolgreich zu Ende zu führen. Mit dem Einsetzen der Besserung sinkt die Chinintoleranz, so daß die Dosen verkleinert werden müssen.

Biberfeld.

88. de Jong, Jac. J., A. Polak Daniels, Behandlung von atrophischer Leberzirrhose mit Kalziumchlorid. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 34, 1928.) Bei einem Kranken, der auf die übliche Behandlung der atrophischen Leberzirrhose nicht reagierte, versuchten die Autoren nach dem Vorschlag von Blum und Carlier die Behandlung mit 15 bis 22 g Kalziumchlorid täglich peroral. Diuretin wurde abgesetzt, salzlose Diät wurde weiter gegeben.

Das Resultat war sehr befriedigend. Die Diurese nahm zu, das Körpergewicht ab. Bauchpunktion war nicht mehr nötig, der Leib wurde weich. Der Patient konnte bald darauf entlassen werden. Nach einigen Monaten nachuntersucht, fand sich bei ihm eine kaum vergrößerte Leber. Der Milztumor aber blieb. Weder Diuretin noch Diät hatten während des Krankenhausaufenthaltes bei dem Patienten die Ansammlung enormer Flüssigkeitsmengen verhindern können.

Der unangenehme Geschmack des Mittels war durch Auflösung in Wasser (90 g in 370 ccm Wasser) und Hinzufügung eines Corrigens, Aqu. menth. pip. 80 ccm beseitigt worden.

Ist die Darreichung des Mittels gefährlich? Blum und Carlier leugnen es, wenn nur die Darreichung auf Patienten mit großer Flüssigkeitsansammlung beschränkt bleibt. Das Kalzium soll großen Teils ausgeschieden werden, da mit Ausnahme von Skelett Organe und Körperflüssigkeiten das Mittel nur in sehr begrenztem Maße festhalten können. Das saure Element der Verbindung, das Chlor, kann dagegen in großen Mengen vom Körper festgehalten werden und führt schließlich zu einem bestimmten Grad von Azidosis. Die Chlorazidosis wird um so mehr in Erscheinung treten, als der Körper arm an Natrium wird. Denn wenn der Körper versucht, einen Teil des Chlors auszuschleiden, dann tut er das, indem er das Chlor an Natrium bindet, wodurch diese Menge Natrium verloren geht. Die Vermehrung vom Kalzium im Blut verursacht ebenfalls eine Verminderung von Natrium. Auf diese beiden Arten entsteht im Körper also eine Natriumverarmung, die wieder die Entwicklung der Azidosis befördert.

Die Autoren diskutieren noch abweichende Ansichten anderer Forscher.

Kurt Heymann, Berlin.

89. Weil, Mathieu-Pierre, Der Rheumatismus der Menopause. (Bruxelles méd., Nr. 50, 1928.) Unter den Ursachen des Rheumatismus nimmt die Menopause eine überragende Stellung ein. Ihre Ausdrucksformen sind vielgestaltig und manche davon von wirklicher Schwere. Nichts legt die Beziehungen zwischen Rheumatismus und ovarieller Dysfunktion besser klar, als das Auftreten von Rheumatismus nach chirurgischer oder radiotherapeutischer Unterdrückung der Ovarientätigkeit. Diese Tatsachen sind unbestreitbar. Im Verlauf einer künstlichen Kastration können die verschiedensten Arten von Gelenkschädigungen auftreten, die zu analysieren wichtig ist. Der eine klinische Typ ist charakterisiert durch das Auftreten eines streng lokalisierten Schmerzes im Bereich eines Gelenkes. Dieser Typ ist häufig. In anderen Fällen ist der Prozeß polyartikulär oder polyregional. Manchmal ist der Schmerz von Knochenanschwellungen begleitet, von lokaler Hyperthermie, von Steifigkeit und knirschenden Geräuschen wie bei einem entzündlichen Gelenkprozeß. Diese Erscheinungen machen sich einige Monate nach der chirurgischen Entfernung der Ovarien bemerkbar, die Arthritis verschlimmert sich nach und nach, bis es zu einer ernsthaften Funktionsstörung kommt.

Ist nun der Rheumatismus der Menopause imstande, zu einem chronisch deformierenden Prozeß zu werden? Ja, aber nur, soweit es kleine, distale Gelenke betrifft.

Die radiographische Betrachtung zahlreicher in dieses Gebiet fallender Bilder läßt den Schluß zu, daß eine Veränderung der Knochen- oder Knorpelkonturen weder die einleitende noch eine fundamentale Störung des Rheumatismus der Menopause ist. Wird die Krankheit chronisch, so äußert sich das in einer Knorpelulsa. Obwohl eine solche immer sekundär und relativ spät auftritt, legt sie Zeugnis ab für die Schwere der Erkrankung und bestimmt auch gleich die funktionelle Prognose.

Für alle Formen gleichmäßig empfiehlt sich die Darreichung von Organpräparaten, und zwar nicht nur von Eierstockspräparaten allein, sondern von kombinierten Organpräparaten. Dazu kommt eine Jodmedikation, die man in schweren Fällen subkutan einverleibt. Die Jodmedikation wird in zahlreichen Fällen gut vertragen, wo Schilddrüsenpräparate es nicht werden. In Fällen, wo eine Störung des Phosphorkalk-Gleichgewichtes besteht, findet eine Besserung durch Phosphorpräparate statt. Fehlt dem Patienten der Kalk, so scheint die Ultravioletbestrahlung Gutes auszurichten, zumindestens sollte sie in solchen Fällen herangezogen werden. Schließlich muß man wissen, daß zur Bekämpfung der Schmerzerscheinungen nicht nur die gewöhnlichen Analgetika herangezogen werden dürfen, sondern auch physikalische Maßnahmen, sowie Bädokuren.

Held.

90. Marinesco, G., Zur Histologie und pathologischen Physiologie der Myasthenie. (Presse méd., Nr. 18, 1265.) Die Myasthenie basiert auf Störungen des vegetativen Systems, die wiederum auf Funktionsausfällen im endokrinen Apparat beruhen, wobei die Nebenniere am meisten betroffen ist. Andere Autoren seien unabhängig vom Verlaufe demselben Resultat gekommen. Adrenalin hat sich in vielen Fällen bewährt, wie durch Steigerung der Chronaxie bewiesen wurde.

Haber.

91. Rosenow, G., Adynamie und Blutzuckergetälle. (Klin. Wschr., 44, S. 2099, 1928.) Verfasser berichtet über einen Fall von periodischer Adynamie. Bei diesem Kranken (42jährigen Mann) fehlt völlig und konstant die normalerweise etwa 30 mg% betragende Differenz zwischen Arterien- und Venenblutzucker. Er verhielt sich also in dieser Beziehung wie ein Diabetiker. Bei der nun vorgenommenen Prüfung der Zuckertoleranz ergab sich aber eine auffallend hohe

Toleranz für Traubenzucker. Bei 150 g Traubenzucker nüchtern wurde kein Zucker, bei 200 g Spuren (von Lävulose) ausgeschieden.

Es wurden dann bei dem Kranken Blutzuckeruntersuchungen im arteriellen und venösen Blut nach intravenöser, rektaler und oraler Traubenzuckerzufuhr angestellt. Nach intravenöser Injektion von 20 ccm 50proz. Glukoselösung fehlte ein nennenswerter Einfluß auf den arteriellen und venösen Blutzucker, ebenso nach rektaler Zuckerzufuhr. Bei 100 g Glukose per os trat dagegen eine erhebliche Differenz zwischen arteriellem und venösem Blutzucker ein.

Das eigentümliche Verhalten des Blutzuckers, wie man es sonst nur bei Diabetikern findet, gab nunmehr die Veranlassung, entsprechende Untersuchungen bei anderen Kranken mit muskulärer Adynamie vorzunehmen. Verfasser untersuchte bisher einen Kranken mit amyotrophischer Lateralsklerose, je einen Kranken mit progressiver Muskeldystrophie, Myasthenia pseudoparalytica und zwei Kranken mit Morbus Addisonii.

Alle diese Kranken mit hochgradiger echter Adynamie der verschiedensten Genese zeigten die gleiche Eigenart; es fehlte bei ihnen eine Differenz zwischen Arterien- und Venenblutzucker. Ihr peripheres Blutzuckergefälle war ganz oder fast ganz Null. Sie glichen also ebenfalls in dieser Hinsicht Diabetikern.

Arnold Hirsch, Berlin.

Wadi, W., Ueber Hypoglykämie bei Morbus Addisonii. (Klin. Wschr., 44, S. 2107, 1928.) Verfasser berichtet über einen typischen Fall von Morbus Addisonii mit einer Zerstörung des ganzen Nebennierensystems. Hierbei konnte festgestellt werden, daß die schweren komatösen Anfälle gleichzeitig mit Einsetzen einer ausgesprochenen Hypoglykämie einhergehen. Durch rechtzeitige Applikation von Traubenzuckerlösungen sind diese Anfälle wiederholt schon von Anfang an aufgehoben worden, so daß es gar nicht zu einem Koma gekommen ist. Auf Grund dieser Beobachtungen ist Verfasser zu der Ueberzeugung gekommen, daß es sich in diesem Falle wirklich um hypoglykämische Reaktionen gehandelt hat. Die großen Schwankungen des Blutzuckerspiegels, die Hypoglykämie, deuten darauf hin, daß hier Störungen des gesamten Kohlehydrathaushaltes vorliegen. Bemerkenswert sind dabei die Ergebnisse des Verfassers mit dem Adrenalinversuch. In der Voraussetzung, daß die Adrenalinempfindlichkeit im gegebenen Falle herabgesetzt sein könnte, wurde die von Csépai angegebene Methodik mit einer zehnfach erhöhten Adrenalin-dosis (0,2 mg) angewandt. Es ergab sich, daß die Adrenalinempfindlichkeit bei der hohen Adrenalingabe deutlich herabgesetzt war; der Blutdruck stieg nach zwei Minuten nur um 15 mm Hg. Dieser Versuch bestätigt die Befunde von Csépai, Hollo und Weiß, wonach die Adrenalinempfindlichkeit unter anderem durch den Blutzucker beeinflusst wird. Auch die vom Autor beobachtete scheinbare Verschiebungseukozytose nach der Adrenalininjektion spricht dafür, daß es sich hierbei um eine abgeschwächte Adrenalinwirkung gehandelt hat. Besonders auffallend ist es nun, daß die Adrenalininjektion nicht eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels, wie es zu erwarten war, sondern eine ausgesprochene Herabsetzung desselben zur Folge hatte. Diese in ganz entgegengesetzter Richtung ablaufende Reaktion des Blutzuckerspiegels deutet wohl darauf hin, daß die Kohlehydratstoffwechsel regulierende Wirkung des Adrenalins eine eigenartige und von den übrigen bekannten Adrenalinwirkungen unabhängige hormonale Funktion des Adrenalins ist, die ihren besonderen Angriffspunkt in den Glykogendepots des Organismus zu haben scheint. Durch die Ausschaltung des Nebennierensystems (Hypoadrenalismus) bei Morbus Addisonii kommt es scheinbar zu einer Störung des hormonalen Gleichgewichtes und wahrscheinlich auch zu einer Veränderung im intermediären Kohlehydratstoffwechsel. Die Hypoglykämie stellt nur ein Begleitsymptom dieser Veränderung im Kohlehydratstoffwechsel dar. Sie kann andererseits als ein Indikator für die erhöhte Insulinwirkung (Hyperinsulinismus) angesehen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Kinderheilkunde.

Courtois, René, Chronische infantile Adenopathien und Kutireaktionen. Häufigkeit und Natur der nichttuberkulösen zervikothorakalen Adenopathien. (Bruxelles méd., Nr. 51, 1928.) Chronische zervikothorakale Adenopathien bei Kindern beruhen sehr oft auf einfachen Infektionen und sind durchaus nicht tuberkulös. Selbst geringfügige Ursachen können bei einem jungen Organismus ganz beträchtliche Drüsenreaktionen auslösen. Diese Reaktionen persistieren oft längere oder kürzere Zeit, je nachdem die auslösende Ursache aufgehört hat zu wirken. Das kausale Agens muß oft weitab von der betroffenen Drüsengruppe gesucht werden. Was die Zervikothorakal-Drüsen anlangt, so wird man es in der Mehrzahl der Fälle im Bereich der Atemwege finden. Man darf allerdings bei der Genese solcher Drüsenerkrankungen nicht die Wichtigkeit kindlicher Magen- und Darmstörungen übersehen. Bei der Behandlung sollen uns zwei Prinzipien leiten: Zunächst soll man versuchen, die Eintrittspforte der Infektion zu verschließen. Im Bereich der Drüse selbst vollzieht

sich ein Kampf, an dem wahrscheinlich der gesamte Organismus teilnimmt. Der Zweck dieses Kampfes ist: die Vermehrung der Bakterien zu verhüten und ihre Toxine zu neutralisieren. Daraus ergibt sich ein zweiter therapeutischer Gesichtspunkt, die Abwehrkräfte zu steigern, die antitoxischen und mikrobiziden Eigenschaften der Drüsen zu stärken. Hier soll das Präventorium helfend eingreifen und hier entwickelt es auch seine besten Resultate. Den größten Prozentsatz an Besserungen liefern Kindern mit positiver Kuti-reaktion.

Held.

Munoyerro, Alfonse, Die Eigenblutbehandlung der exsudativen Diathese. (Arch. españ. Pediatr., 12, Nr. 9, 1928.) Da die Injektion von Eigenblut bei der Behandlung Erwachsener, die an Furunkulose und anderen Hautkrankheiten litten, so gute Resultate ergab, machte Verf. einen Versuch damit bei den hartnäckigen Ekzemen der kleinen Kinder und Säuglinge. Er bringt die Krankengeschichten von neun mit Erfolg behandelten Fällen. Das Blut entnimmt er bei Säuglingen meist aus der Sinus longitudinalis, da er diesen Eingriff bei guter Asepsis und Technik für völlig unbedenklich hält.

Cantani, F., Die lokale Autovakzinothérapie in der Kinderpraxis. (La pediatria, Jahrgang 36, Heft 20.) Beschreibung einiger Fälle von Pyodermien, Osteomyelitiden und Zystitiden, bei denen durch lokale Applikation (bei Zystitiden, Einspritzen in die Blase) die Affektion behoben wurden.

Eugen Stransky, Wien.

Vitetti, Giuseppe, Ueber das Verhalten des hämatopoetischen Systems bei Varizellen. (La pediatria, Jahrgang 36, Heft 20.) Hämatologische Untersuchungen im peripheren Blut und Knochenmark ergeben: 1. mäßige Leukozytose mit geringer relativer Lymphozytose im Beginn der Eruption, 2. innerhalb der Norm schwankende Eosinophilenbazillen, 3. Fehlen von unreifen Elementen im peripheren Blut und 4. normale Zusammensetzung der Zellen des Knochenmarkes entsprechend der peripheren Blutzusammensetzung.

Eugen Stransky, Wien.

Giussani, A., Ueber Zerebrospinalmeningitis mit Froinschen Symptomenkomplex bei einem Säugling. (La pediatria, Jahrgang 36, Heft 20.) Beschreibung eines Falles von Meningitis cerebros spinalis epidemica mit typischem Verlauf, typischem Liquorbefund im Ventrikelpunktat, daneben aber mit beinahe klarem, wenn auch eiweißreichem Liquor, der sich nicht unter erhöhtem Druck entleeren im Lumbalpunktat. Dieser Symptomenkomplex wird durch meningale Verwachsungen erklärt.

Eugen Stransky, Wien.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.

Wadi, W., Ueber den Wirkungsmechanismus der Karellschen Milchkur. (Dtsch. med. Wschr., 44, S. 1838, 1928.) Man kann die Karell-Kur auch heutzutage als eine spezifische, bei Störungen des Wasserhaushaltes angezeigte Kur ansehen. Die von Karell empfohlene methodische Verabfolgungsart der Milch bildet das Wesentliche dieser Kur. Dadurch ist ihre therapeutische Wirkung auf die Regulation des Wasserumsatzes und im Zusammenhange damit auf die gestörte Blutzirkulation zu erklären. Durch jede Einzelgabe der Milch, auch in kleineren Mengen (100 ccm), wird ein Anstoß zu den dauernden Austauschvorgängen zwischen Blut und Gewebe gegeben und allmählich die Bedingung für ein Gleichgewicht von Abgabe und Aufnahme wiederhergestellt. Als sehr wichtig muß dabei die regelrechte und gleichmäßige Verteilung der Einzelabgaben auf den Tag angesehen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Bürgi, Emil, und T. Gordonoff, Ueber die kombinierte Anwendung der Digitalispräparate mit den kampherähnlich wirkenden Substanzen Coramin, Cardiazol und Hexeton. (Klin. Wschr., 44, S. 2098, 1928.) Die Digitalis läßt sich mit Erfolg in Kombination mit Coramin, eventuell auch mit Cardiazol anwenden. Der Effekt ist ein überadditiver. In dieser Kombination läßt sich die Digitalisdosierung verringern, ohne daß davon der therapeutische Effekt herabgemindert wird. Für die kombinierte Anwendung mit Coramin eignen sich sowohl digitoxinhaltige als auch digitoxinfreie Digitalispräparate.

Arnold Hirsch, Berlin.

Barker, Herbert und Samuel A. Levine, Kardiazol (Arch. Int. Med., 42, 14.) In einer Reihe sorgfältiger experimenteller Untersuchungen an Katzen wird nachgewiesen, daß Kardiazol in keiner Weise günstig auf den Kreislauf und die Atmung einwirkt. Weder am normalen Tier noch bei Tieren, die durch Chinidin, Entblutung und Säurevergiftung schwer geschädigt waren, trat eine stimulierende Wirkung dieses Medikaments zutage. Diese Ergebnisse mahnen zur Vorsicht, zumal über die klinische Wirkung von Kardiazol relativ wenig Mitteilungen vorliegen, die zudem noch über eine ziemlich geringe Anzahl von Fällen berichten.

Biberfeld.

101. Worobjew, A. M., Ueber die unmittelbare Wirkung der Ovarial- und Hodenextrakte auf die Nerven (Vorläufige Mitteilung). (Wratsch. Djelo, 14., Nr. 8, S. 625, 1928.) Die Versuche wurden an isolierten motorischen Nerven samt dem Muskel des Frosches in der feuchten Kammer des Mareyschen Myographions angestellt. Als Reize benutzte der Verfasser die aus frischem Hoden und Ovarien hergestellten Extrakte: Spermol und Ovarin. Diese zeigten sich als durchaus nicht indifferente Stoffe in bezug auf die funktionellen Eigenschaften des Nervengewebes. So erhöhte das in schwacher Konzentration (1:100 000) unmittelbar auf den isolierten Nerv einwirkende Spermol bzw. Ovarin merklich dessen Erregbarkeit, während stärkere Konzentrationen dieser Stoffe (z. B. 5:1000) bei gleichen Bedingungen eine Herabsetzung der Muskelzuckung bewirkten.

102. Wakerlin, G. und Ch. Eisman, Die Toxizität der kolloidalen Sulphide der Schwermetalle für Kaninchen. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Die maximale und die minimale tödliche Dosis der folgenden, verhältnismäßig nicht toxischen Schwermetallkolloide sind bei intravenöser Infektion: Quecksilbersulphide 30 und 40 mgr per Kilo, Wismutsulphide 40 und 60 mgr per Kilo, Bleisulphide 150 und 200 mgr per Kilo, Goldsulphide 250 und 300 mgr per Kilo und kolloidales Gold mehr wie 300 mgr per Kilo. Die Maximaldosis und die minimale tödliche Dosis kolloidalen Quecksilbersulphids peroral gegeben, sind 3800 mgr und 5000 mgr per Kilo. Die angewandten Dosen kolloidalen Bleisulphids, kolloidalen Goldsulphids und kolloidalen Goldes sind beim veronalisierten oder ätherisierten Hunde ohne bemerkenswerte Wirkung auf Atmung, Blutdruck und Herzaktion. Die kolloidalen Sulpharsenite des Quecksilbers, Wismuts und Bleis sind sechs- oder noch mehrfach so giftig als die korrespondierenden kolloidalen Sulphide dieser Metalle. Bei den genannten Dosen sind die gebrauchten Schutzproteine zur Präparation der kolloidalen Schwermetallsalze nicht toxisch und augenscheinlich an der Hervorrufung der Anaphylaxie unschuldig. Die letalen Dosen aller untersuchten Kolloide bringen das Bild der typischen Nekrose der akuten Schwermetallvergiftung. Die kolloidalen Salze der untersuchten Schwermetalle waren ohne Reizwirkung auf die Venenwand.

E. Kottmaier.

103. Goldblatt, S. und Ch. Dennie, Natriumthiosulfat. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Chemisch reines Natriumthiosulfat aus wässriger Lösung, durch Alkohol präzipitiert, kann ohne Furcht vor Reaktion als intravenöses Medikament verwendet werden. Das gewöhnliche chemisch reine Thiosulfat ist für intravenösen Gebrauch ungeeignet, weil es eine konvulsivische Reaktion mit letalem Ausgang herbeiführen kann. Die Veränderungen im Blutchemismus nach der Injektion von Natriumthiosulfat beschränken sich augenscheinlich auf eine mäßige Zunahme des Chloridgehaltes und eine Herabsetzung der Glykose. Wird der Tod des Tieres durch weniger als 14 tägige Injektionen der toxischen Dose herbeigeführt, so sind keine pathologisch-anatomischen Veränderungen zu konstatieren.

E. Kottmaier.

104. Junkin, F. Mc., Wirkung therapeutischer Dosen von Arsphenamin auf die erkrankte Leber. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 3.) Therapeutische Dosen von Arsphenamin verstärken nicht eine Erkrankung der Leber mit ausgedehnten akuten nekrotischen Prozessen. Chronische Chloroformvergiftung bei Kaninchen mit Leberschädigung wird durch Arsphenamin nicht beeinflusst. Die experimentellen Untersuchungen an Kaninchen scheinen anzuzeigen, das akute oder chronische Lebererkrankungen sich nicht von vornherein als Kontraindikation gegen antisiphilitische Behandlung darstellen.

E. Kottmaier.

105. Hoder, Friedrich, Perorale Immunisierung. (Beitr. ärztl. Fortbild., Nr. 20, 1928.) Bei der allgemein gebräuchlichen parenteralen aktiven Immunisierung, der Vakzination verschiedenster Art, wird versucht, den Organismus als Ganzes durch Zuführung des abgeschwächten oder abgetöteten Antigens gegen die betreffenden Krankheitserreger unempfindlich zu machen, vorausgesetzt, daß der gesamte Organismus Träger der Immunität sei und nicht einzelne Teile desselben. Inzwischen haben sich Stimmen erhoben, die neben der lokalen Empfindlichkeit auch eine lokale Immunität annehmen. Diese Lehre von der lokalen Immunität, die vor allem Besredka vertritt, hat zu praktischen Versuchen geführt, deren Ergebnisse in Form der peroralen Immunisierung Eingang in die Praxis gefunden haben. Zum Beginn des 20. Jahrhunderts griff eine große Zahl von Forschern das wichtige und interessante Problem mit mehr oder weniger Erfolg auf. Man immunisierte fast gegen alle bakteriellen Erkrankungen, gegen Cholera, Typhus, Paratyphus, Tuberkulose, Pest, Diphtherie usw.

Typhus. Da die perorale Verabreichung des Impfstoffes im Gegensatz zur parenteralen vollkommen reaktionslos verläuft, so ist es begreiflich, daß sie von der Bevölkerung der gebräuchlichen

Schutzimpfung vorgezogen wird. Versuche in großem Maßstabe konnten im letzten Kriege angestellt werden, und eine Reihe von Autoren weiß über beachtenswerte Erfolge bei Typhusepidemien zu berichten.

Auch bei Paratyphusinfektion zeigte sich ein deutlicher Immunisierungseffekt, wenn auch die Beeinflussung dieser Erkrankung weniger auffallend war.

Dysenterie. Ueber gute Erfolge berichten eine Anzahl von Autoren übereinstimmend. Z. B. berichtet Pascal über eine Dysenterie-Epidemie in einer Irrenanstalt, die erst nach peroraler Immunisierung aller Anstaltsinsassen zum Erlöschen gebracht wurde.

Kokken und andere Bakterien. Die Immunisierungsversuche mit abgetöteten Staphylokokkenstämmen haben auch in der Klinik Eingang gefunden. Der Verlauf von Furunkulose, Pyodermien, Schweißdrüsenabszessen, war in hundert beobachteten Fällen deutlich beeinflusst.

Die Versuche wurden auch auf andere Keime ausgedehnt (Streptokokken, Pneumokokken, Pest- und Diphtheriebazillen). Sie fielen im allgemeinen weniger günstig aus, als man nach dem bisher Gesagten erwarten durfte. Calmette und Guérin erhielten durch Züchtung auf bestimmten Nährböden avirulente Tuberkelbazillen, mit welchen sie Tiere möglichst auf natürlichem Wege mit bestem Erfolg immunisierten. Diese umgewandelten Keime, die wohl ihre Virulenz, nicht aber ihre antigenen Eigenschaften eingebüßt haben, werden diesen Autoren zufolge von allen tuberkuloseempfindlichen Tieren vertragen. Schimpansen vertragen die Injektion resp. Fütterung dieser Keime anstandslos und können schon durch fünf peroral verabreichte Dosen zu 50 mg in acht bis zehn Tagen immunisiert werden. Ebenso können Rinder mit BCG gegen natürliche und künstliche Tuberkuloseinfektion geschützt werden. Calmette versucht die Immunisierung mit BCG auch auf Kinder auszudehnen und weiß über ausgezeichnete Erfolge zu berichten.

Trotz der ins. ungeheure angewachsenen Literatur mit den zahlreichen ermutigenden Ergebnissen von Laboratoriumsversuchen kann man sich dem Eindruck nicht verschließen, daß die bisherigen Beobachtungen zu einem abschließenden Urteil nicht ausreichen.

Held.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

106. Kondratjew, W. J., Amylase in Blut und Urin bei verschiedenen Erkrankungen. (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 8, S. 599, 1928.) Die Untersuchungen betrafen 102 Patienten mit verschiedenartigen Erkrankungen nach der Methode Wohlgemüths. Die Amylasewerte im Blut sind ziemlich konstant auch bei starken Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels. Diese Eigenschaft des Blutes dehnt sich anscheinend auch auf Exsudate, Zystenflüssigkeit und Menstrualblut aus, hingegen nicht auf das Fruchtwasser, das einen sehr niedrigen Amylaseindex zeigt. Bei jeder mit Erhöhung der Temperatur einhergehenden Infektion beobachtet man Amylasevermehrung im Urin, die solange anhält, bis die Temperatur zur Norm zurückgeht. Fälle mit parasitärer Erkrankung (Bandwürmer, Echinokokkus), die ohne Komplikationen verlaufen, zeigen keine Erhöhung des Amylaseindex im Urin. Wie der Verf. betont, kann man auf Grund hoher Amylasewerte im Urin auf einen schweren Verlauf der Erkrankung schließen. Insbesondere haben die Befunde bei Tuberkulosen gezeigt, daß zwischen der Schwere des Prozesses und der Amylaseerhöhung im Urin ein gewisser Parallelismus besteht. Auch bei anderen mit starker Gewichtsabnahme und Kachexie einhergehenden Erkrankungen (z. B. Krebs) geben die wiederholt vorhandenen Amylaseerhöhungen im Urin eine schlechte Prognose.

E. Kontorowitsch.

107. Wislicki, L., Das Verhalten des Blutzuckers nach intravenöser Traubenzuckerinjektion. (Dtsch. med. Wschr., 44, S. 1831, 1928.) Zur Differentialdiagnose des Diabetes mellitus kann das Verhalten des Blutzuckers nach intravenöser Injektion von 20 ccm 40% Dextrose herangezogen werden. Während beim Gesunden nach anfänglicher Hyperglykämie das Ausgangsniveau des Blutzuckers nach 30–45' wieder erreicht wird, erfolgt beim Diabetiker der Abfall der Kurve verzögert.

Arnold Hirsch, Berlin.

108. Koch, E., und H. Simon, Karotisdrukversuch und Blutdrucksenkung. (Klin. Wschr., 44, S. 2104, 1928.) Beim Karotisdrukversuch kommt es reflektorisch zu einer echten Abnahme des Blutdruckes. Die Ansicht W. Stöwsands, daß der Blutdruck dabei nur scheinbar sinke, wird widerlegt. Seine Befunde erklären sich dadurch, daß das Handvolumen beim Karotisdrukversuche abnimmt.

Arnold Hirsch, Berlin.

109. Walinski, Franz, Ueber das Verhalten der Alkalireserve im Blut bei gesteigerter Körpertemperatur. (Dtsch. med. Wschr., 44, S. 1831, 1928.) Bei der auf physikalischem Wege erhöhten Körpertemperatur fiel die Alkalireserve zunächst, stieg bei 41° während eines

Zeitraumes bis zu einigen Stunden an, sank dann bei fallender Temperatur noch einmal, um nach Rückkehr der Temperatur zur Norm fast ihren Ausgangswert zu erreichen. Als Ursache für die Veränderung des Alkaligehaltes sieht Verfasser einerseits die Uebersäuerung, andererseits die gesteigerte Atmungsfrequenz an.

Arnold Hirsch, Berlin

110.
Hilgers, W. E., T. Wohlfeil und F. Knötzke. Beiträge zur Blutgruppenforschung. (Klin. Wschr., 44, S. 2101, 1928.) Vergleichende Blutgruppenuntersuchungen an Litauern und Ostpreußen ergaben eine nahe serologische Verwandtschaft untereinander und auch eine solche zu dem Durchschnitt Deutschlands.

Zwischen Blutgruppen und ausgesprochenen Konstitutionstypen nach dem Kretschmerschen Schema besteht keine erhebliche Korrelation, wenn auch ein gewisses Ueberwiegen der Gruppe A bzw. Urrasse p bei Asthenikern unverkennbar ist.

Bei Individuen der Gruppe O bzw. Urrasse r kommt in relativ höherem Maße ein hohe positive Gruber-Widalsche Reaktion bei Typhus und Paratyphus zur Beobachtung als bei Individuen der Gruppe O bzw. Urrasse r der Gesamtbevölkerung.

Arnold Hirsch, Berlin.

111.
Bauer, Julius. Irreführende Gaswechselbefunde. (Klin. Wschr., 44, S. 2090, 1928.) Neurosen können durch direkte Beeinflussung der vegetativen Innervationsverhältnisse zu Abweichungen des Gaswechsels von der Norm führen, ohne daß dabei endokrine Einflüsse mitwirken müßten. Das gilt sowohl für den Grundumsatz als für die sogenannte spezifisch-dynamische Nahrungswirkung. — Herabsetzung des O₂-Verbrauches gehört bei Neurosen nicht zu den großen Seltenheiten. — In solchen Fällen können klinische Symptome eines leichten Hyperthyreoidismus vorhanden sein, ohne daß der Grundumsatz gesteigert wäre. Der Grundumsatz allein ist kein quantitativer Maßstab für den Grad eines Hyperthyreoidismus. — Störungen im Bereiche der Sexualsphäre im weitesten Sinne des Wortes (Abweichungen von der somatischen oder psychischen Geschlechtsdifferenzierung, Sexualneurosen) gehen häufig mit Herabsetzung des Grundumsatzes einher, ohne daß darauf auf eine inkretorische Keimdrüseninsuffizienz geschlossen werden dürfte. — Abweichungen des Gaswechsels gestatten allein keine Schlußfolgerung auf eine endokrine Störung und sind nur im Zusammenhang mit dem gesamten klinischen Zustandsbild diagnostisch zu verwerten.

Arnold Hirsch, Berlin.

112.
Danilewski, W. J., und P. A. Wjalkowa. Ueber den Einfluß der Asphyxie auf die Erregbarkeit der intrakardialen Endigungen des Nervus vagus. (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 7 u. 8, S. 543 u. 626, 1928.) Versuche an Katzen und Kaninchen ergaben, daß die Erregbarkeit der intrakardialen Endigungen des Vagus sich unter dem Einfluß der asphyktischen Veränderungen des Blutgehalts (Sauerstoffverminderung usw.) erhöht. Eine ähnliche qualitative Veränderung der Vaguserregbarkeit erhält man auch bei Hervorrufung der Sauerstoffverarmung des Blutes auf chemischem Wege, wie durch Einführung des den Blutsauerstoff absorbierenden Pyrogallols in die Blutbahn. Die intravenöse Injektion von Zyannatrium, welches die Fähigkeit besitzt, den Uebergang des Blutsauerstoffes in die Gewebs-elemente zu hemmen, erhöht ebenfalls die Erregbarkeit des intrakardialen Vagus. Sättigung des Blutes mit Sauerstoff (Einführung von H₂O₂ in die Blutbahn) setzt dagegen die Erregbarkeit des Herzvagus merklich herab. Diese Versuche beweisen, daß der Sauerstoffgehalt des Blutes eine der wichtigsten die Erregbarkeit des peripheren Vagus regulierenden Bedingungen darstellt.

E. Kontorowitsch.

113.
Erdmann, Rhoda, und E. Hagen. Einfluß von Vitamin-schäden auf die Krebsentstehung. (Med. Welt, Nr. 42, 1928.) Abwechselnde Ernährung mit vitaminreicher und vitaminunbalanzierter Kost bei Vitamin-B-Betonung begünstigt die Entstehung von Tumoren. Eine durch angeborene Empfänglichkeit für Vitaminmangelkrankheiten bedingte Disposition des Gesamtorganismus kann dabei eine Rolle spielen. Die vitaminverschobene Kost bewirkt eine Lockerung der Zellverbände, insbesondere auch des retikuloendothelialen Apparates; die morphologisch nicht in Erscheinung zu treten-braucht. Hierdurch wird die Entstehung von Wanderzellenansammlungen als Reaktion auf äußere Reize begünstigt. Von solchen auf einen äußeren Reiz hin entstandenen Zellansammlungen nimmt die Tumorbildung ihren Ausgang, wobei je nach der Lage des Reaktionsherdes zu Endothel- oder Epithelgeweben der morphologische Bau der Geschwulst bestimmt werden kann. Als äußere Reize kommen die allzeit vorhandenen, ubiquitären Reize, Parasiten, Bakterien und andere Mikroorganismen. Die exogenen Faktoren oder Reize allein genügen jedoch nicht zur Tumorentstehung. Es bedarf noch der Auslösung eines zweiten endogenen Faktors. Dieser wird durch die vitaminverschobene Kost, die zu einer Störung auch des Vitamingleichgewichtes der Zellen in den durch den exogenen Reiz bedingten Reaktionsherden führt, geschaffen. Eine solche Störung kann das

ganze Individuum betreffen — also eine Allgemeinerkrankung sein. Sie kann aber auch örtlich beschränkt und unter geeigneten Bedingungen auch schon durch die äußeren Reize mit bedingt sein; z. B. dadurch, daß diese als Traumen mannigfaltigster Art, als Kompressionen bei entzündlichen Gewebhypertrophien, als Gefäßverlegungen durch Bakterien und vieles andere mehr eine Störung der geregelten Nahrungszufuhr und des Vitamingleichgewichtes bewirken. Es ist anzunehmen, daß endogene und exogene Faktoren oder Reize eine Grenze nicht überschreiten dürfen, bei der eine zu ausgedehnte Zell- und Gewebereaktion ausgelöst wird. Man kann diese Reize, da sie in ihrer Wirksamkeit in gewisser Weise beschränkt sein müssen, vielleicht als unerschwellige bezeichnen, die vermutlich auch einer bestimmten Abstimmung untereinander bedürfen, damit der eine nicht von dem anderen wirkungslos gemacht wird.

L. Gordon, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde.

114.
Mathisen, Karoline. Ueber chronische Encephalitis epidemica und besonders ihre Spätsymptome. (Norsk Mag. f. Laegevid., Nr. 11, S. 1061, 1928.) 18 Fälle von Späterscheinungen nach epidemischer Encephalitis werden mitgeteilt. Acht davon zeigten einen Parkinsonismus ohne wesentliche psychische Störungen; die extrapyramidale Fazialislähmung dabei war bei Emotionen und Affekten weniger deutlich als bei Willkürbewegungen. Sieben zeigten einen Parkinsonismus mit ausgeprägten psychischen Störungen. Drei juvenile Fälle zeigten psychopathische Veränderungen im Anschluß an die Encephalitis, und zwar Charakterveränderungen mit impulsiven Handlungen, Zwangstrieben, Unruhe, emotioneller Erregbarkeit bei erhaltener Intelligenz. Diese Affektabilität und Ungehemmtheit tritt namentlich bei jüngeren Individuen nach Encephalitis auf, während bei älteren Apathie, Hypochondrie, Depression überwiegen neben Charakterveränderungen wie bei jüngeren.

S. Kalischer.

115.
Gildemeister, E. Aetiologie der Encephalitis post vaccinationem. (Reichsbl., 42, 1928.) Durch Impfung mit Neurolapine ist der Beweis erbracht, daß ein in der Pockenlymphe neben dem Vakzinevirus etwa vorhandenes Agens die Ursache der Encephalitis nicht sein kann. Wahrscheinlich wird dadurch die Impfung ein im Organismus des Impflings vorhandenes, noch unbekanntes wahrscheinlich invisibles Virus aktiviert, das dann die Ursache der Encephalitis wird.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

116.
Pethe, Klinik und pathologische Anatomie der Encephalitis post vaccinationem. (Reichsbl., 42, 1928.) Die Symptomatologie ist bis zu einem gewissen Grade charakteristisch. Die Impflinge erkranken ohne Prodromalstadium ziemlich akut unter schweren zerebralen Allgemeinerscheinungen: Erbrechen, Kopfschmerzen, doppel- und halbseitige Konvulsionen; bei Säuglingen Tetanus mit Prismus. In schweren Fällen folgt ein tiefes Koma, aus dem sich die Kinder selten wieder erholen. Gesamtdauer etwa 2 bis 4 Tage. Mit höherem Alter werden die Krämpfe immer seltener. Der Beginn weniger stürmisch, so werden die Kinder auffallend apathisch, somnolent, andere werden unruhig, zuweilen Meningismus. Hierzu treten fast regelmäßig zerebrale bzw. oponale Lokalsymptome mit mannigfachen Variationen und Uebergängen. Meist besteht in den ersten Tagen erhöhte Temperatur. Liquorbefund ist sehr verschieden. Krankheitsdauer und Krankheitsverlauf sind sehr verschieden; mehr oder weniger schwere Folgezustände können zurückbleiben. Mortalität 30%. Differentialdiagnostisch kommt die Encephalitis epidemica in Betracht. Das anatomische Substrat ist in erster Linie durch die Vorgänge am Parenchym selbst, besonders an der Markscheide und an der Glia gekennzeichnet. Die Beteiligung des Mesenchyms ist auffallend gering. Das auslösende Agens dürfte sehr wahrscheinlich ein belebtes Virus sein.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

117.
Gins, A. Epidemiologie der Encephalitis post vaccinationem. (Reichsbl., Nr. 42, 1928.) Die Erkrankungen sind nicht absolut sicher als eigenartige Erkrankungen zu bezeichnen. Die Beteiligung irgendeines belebten Virus wird höchstens vermutet. Die Erkrankung des Zentralnervensystems im Zusammenhang mit der vakzinalen Reaktion wird zum ersten Male 1924 erwähnt. In Holland erkrankten bisher 200 Kinder, 30% starben. Bouwdijk-Bastiaanse sah die Krankheit am häufigsten 10 bis 13 Tage nach der Impfung auftreten; jedoch kann man von keiner regelmäßigen Inkubationszeit sprechen. In Holland handelt es sich meist um Kinder aus der Vorschulzeit; die Säuglinge waren weniger beteiligt. Die meisten Fälle traten im März auf. Die örtliche Verteilung zeigt keine Besonderheiten. Eine familiäre Disposition läßt sich nicht leugnen.

In Deutschland wurden 30 Fälle beobachtet; auf 700 000 Impflinge ein Fall. Die Altersdisposition ist der Ausdruck des Impfalters. Es sind 19 Fälle auszuschließen, da sie mit der Impfung nichts zu tun haben. Auffällig ist, daß postvakzinale Encephalitis nur in

Gegenden beobachtet wurde, wo schon Encephalitis epidemica vorlag.

118.

Gildemeister, E., **Bekämpfung der Encephalitis post vaccinationem.** (Reichsbl., 42, 1928.) In Holland ist für 1928 der Impfzwang aufgehoben. Die Lymphe soll 1:30 verdünnt werden. In Deutschland sollen Kinder, die an infektiös entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems gelitten haben oder bei deren Angehörigen solche Erkrankungen vorgekommen sind, von der Impfung zurückgestellt werden. Meldepflicht aller Enzephalitisfälle. Jeder Fall soll durch Neurologen und Impfanstaltsvorsteher an Ort und Stelle untersucht werden.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

119.

Elg-Olofsson, R., **Ein Fall septischer Hirnaffektion.** (Hygiea, H. 20, S. 801, 1928.) Bei einer herzleidenden Frau stellte sich eine linksseitige Hemiplegie ein. Der Liquorbefund wies auf eine Meningitis hin; es bestand Fieber und andere septische Erscheinungen. Die Sektion erwies eine septische Endocarditis verrucosa, Infarkte in Milz und Nieren und einen septischen Embolus im Bereich der rechten Hirnhälfte mit Erweichung, ferner miliare Abszesse. Intra vitam war schon der Streptococcus viridans nachgewiesen. Die Hirnpunktion hatte nichts ergeben, was auf die Anwesenheit eines vermuteten septischen Abszesses hinwies. Eine Meningitis bestand neben dem Erweichungsherd, die auf toxische Wirkung der Sepsis zurückgeführt wurde.

S. Kalischer.

120.

Veits, **Beiträge zur Neurologie des Stirnhirns auf Grund experimenteller Untersuchungen an Stirnhirnrakken.** (Arch. Ohr.- usw. Heilk., 119, H. 3/4.) Es wurden Untersuchungen angestellt über das Verhalten des Gleichgewichtsapparates bei Erkrankungen der Stirnhirnkongexität. Von verschiedenen Autoren ist Spontannystagmus bei Verletzung des Stirnhirns beschrieben worden. Auch in den vier Fällen des Verfassers war Nystagmus vorhanden, und zwar schlug er entweder nur oder mindestens auch nach der Seite der Stirnhirnerkrankung. Dieser Spontannystagmus ist auch nach der Ansicht anderer Autoren auf eine Läsion der zweiten Stirnwindung zurückzuführen. Ferner bestand in allen vier Fällen spontaner Schwindel, wie dieses auch in der Literatur mehrfach beschrieben worden ist. Während vom Zeigerversuch zumal bei Stirnhirnerkrankungen nicht allzuviel gehalten wird, legt Verf. Wert auf die Abweichreaktion. Es findet sich eine Abweichung beider Arme nach der Gegenseite der Läsion.

Ferner ist das Verhalten des Vestibularapparates bei Stirnhirnerkrankungen von Wichtigkeit. Die bisherigen Versuche ergaben eine Erregbarkeitssteigerung des kontralateralen Labyrinthes. Verfasser lehnt dieses jedoch ab. In klarliegenden Fällen konnte er keinen Erregbarkeitsunterschied der beiden Labyrinthe feststellen, so daß keine direkte Einwirkung des Stirnhirnes auf die Vestibularkerne anzunehmen ist. Dagegen scheint ein Einfluß des Stirnhirnes auf die Ophthalmostatik vorhanden zu sein, der aus hochgradiger Vertikaldivergenz der Augen geschlossen wird.

Hesse, Königsberg.

121.

Gierlich, Nic., **Ueber eine häufige und leicht verkannte Form der Wurzelschias.** (Med. Klinik, Nr. 42, 1928.) Wurzelschias, welche L_v und S₁ betreffen, sind leicht zu verwechseln mit Entzündung der peripheren Endäste des Nervus ischiadicus an Wade und Fuß. Die sensiblen Ausfalls- und Reizsymptome geben keinen sicheren Aufschluß. Charakteristisch für Wurzelschias ist ein heftiger Druckschmerzpunkt etwa 3 cm seitlich vom Dornfortsatz des 5. Lumbalwirbels bei Zurücktreten der peripheren Druckpunkte. Ferner findet man bei allen schweren Fällen Parese der M. peronei mit mehr oder weniger ausgesprochener Entartungsreaktion, da diese Muskeln von L_v und S₁ ihre Bezüge erhalten. Gelegentlich kann man auch eine Parese der kleinen Zehenbeuger nachweisen. Herabsetzung des Patellar-Sehnenreflexes und Plantarreflexes sprechen für Wurzelschias. Lasèguesches Symptom gibt keinen Aufschluß. Die charakteristischen Maßnahmen: Wärmeapplikation, Galvanisation, Diathermie, intraneurale Injektionen haben nur Wert, wenn dieselben am Druckschmerzpunkt der erkrankten Wurzeln appliziert werden, nicht an der Peripherie.

L. Gordon, Berlin.

122.

Warburg, Erik J., und Stefan Jörgensen, **Psychosen und Neurasthenien verbunden mit Achylia gastrica und Megalozytose und die Beziehung dieser Syndrome zur perniziösen Anämie.** (Hosp. tid., Nr. 36-40, 1928.) Verschiedene Formen von Psychosen (akute halluzinatorische und delirante) und Neurasthenien zeigten gleichzeitig eine Achylia gastrica, Glossitis, Megalozytose und auch leichte spinale Symptome, wie Akroparästhesien, Myalgien und Myopathien. Dabei findet sich eine gewisse Anämie oder Pseudoanämie mit blasser gelber Hautfarbe. Mitunter, doch nicht immer, ist das Endstadium dieser Fälle eine perniziöse Anämie. Die Neurasthenie zeigt gewöhnlich große Erschlaffung, Trägheit und große Reizbarkeit, während die Psychosen charakterisiert sind durch akute Halluzinationen und mitunter durch die Korsakowsche Psychose und Verlaufsformen, die

an progressive Paralyse erinnern. In allen Fällen trat nach der Verabreichung von Salzsäure und nach Leberbehandlung nach Minot und Murphy eine wesentliche Besserung ein. Um diese Fälle zu erkennen, achte man in Fällen von Psychosen und Neurasthenie zweifelhaften Ursprungs auf die Erscheinungen der Glossitis, der Pseudoanämie, der Megalozytose und hartnäckiger Magendarmstörungen, sowie von Myalgien und Akroparästhesien.

S. Kalischer.

123.

Hutter, A., **Die Erblichkeit bei Dementia paralytica.** (Nederl. Tijdschr., Gen., Nr. 34, 1928.) Welche Möglichkeiten bestehen für die Keimanlage, die Paralyse mit zu verursachen? Entweder die Lues führt allein oder in der Hauptsache bei bestimmten dazu prädisponierten Personen zu Paralyse. Oder zweite Möglichkeit: Die Disposition kann vielleicht noch Einfluß haben auf die Form der Psychose. Es ist bekannt, daß die Dementia paralytica sich in vielerlei Formen äußert, diese Form könnte möglicherweise abhängen von der Struktur der Keimanlage. Oder drittens: Der Paralytiker kann nicht am Ende, sondern am Beginn einer Erblichkeitsreihe stehen. Von ihm kann ein entartender Einfluß auf die Nachkommenschaft ausgehen. Anders ausgedrückt: Das luetische Gift kann den Keim schädigen, die genotypische Struktur verändern und die Keimzellen krank machen. Hieraus können dann erblich kranke, degenerierte Menschen entstehen, und so kann aus einem kranken Individuum eine kranke Familie entstehen. Dies wäre das Erwecken einer Degeneration, wie es die Franzosen nannten.

Hutter denkt sich die Untersuchungen nach diesen drei Möglichkeiten gruppiert. Er bespricht die neueren Untersuchungen anderer Autoren hierüber. Er analysiert die Arbeiten von Sven Donner genauer. Donner legte sich die Frage vor: Sterben die Eltern von Paralytikern öfter durch Schlag und Arteriosklerose als die eben so alten Eltern anderer Geisteskranken? Die sehr genauen statistischen Untersuchungen Donners lassen ihn folgende Schlußfolgerung ziehen:

Die zukünftigen arteriosklerotisch Dementen haben von ihren Eltern eine Disposition zu Arteriosklerose der Hirngefäße geerbt. Eine artgleiche Disposition erben die Paralytiker. Der Eindruck französischer Autoren von einer „kongestiven Heredität“ ist richtig. Weiter stellte sich heraus, daß die Mütter der Patienten keine größere Frequenz von Tod an Hirnschlag usw. zeigen, dagegen wohl die Väter.

Nächst der luetischen Infektion ist also zum Entstehen der Paralyse ein Zusammentreffen mit einer vom Vater ererbten Disposition, bestehend in einem schwachen Blutgefäßsystem, von Wichtigkeit. Diese Beobachtungen sind auch von andern Autoren gemacht worden, Glück, Plaut. Der senil erworbenen Lues folgt meist schon nach zwei bis vier Jahren die Paralyse. Auch dies weist auf den Einfluß des schwachen Gefäßsystems hin.

Merkwürdig ist nun, daß die weiblichen Paralytiker diese hohe Belastung mit elterlicher Apoplexie nicht haben. Nun werden aber überhaupt viel mehr Männer paralytisch als Frauen. Nimmt man die kleinste Verhältniszahl aus der Literatur (3,9 zu 1), dann ist diese Zahl noch doppelt so groß als das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Luespatienten. Auch hier dürfte die überwiegend bei Männern vorkommende arteriosklerotische Disposition mitwirken, auch gebrauchen Männer bisher häufiger schädliche Stoffe, die das Entstehen der Arteriosklerose beschleunigen.

All diese Untersuchungen beweisen nichts gegen die neurotrope Spirochäte. Eine zweite Frage stellte sich Donner: Sterben die Eltern von Paralytikern öfter an Schlag und Arteriosklerose als die sozial auf derselben Stufe stehenden Eltern anderer Geisteskranker? Die Resultate veränderten sich nicht, im Gegenteil, eher schienen die Arbeiter vorzuherrschen. Es trifft also nicht zu, daß höhere Stände mehr betroffen werden. Die Rolle der Disposition, bestehend in einem schwachen Gefäßsystem, blieb also bestehen.

Kalb fand, daß die Paralytiker in erhöhtem Maße erblich belastet sind mit Psychosen usw., besonders direkt durch die Eltern. Vergleicht man aber die Paralytiker in dieser Beziehung mit Geisteskranken im allgemeinen, dann findet man, daß die Rolle der psychotischen Belastung doch nicht sehr groß ist. Die Erhöhung des Prozentsatzes kann man sich so erklären, daß geistig abnorme Menschen auch häufiger Lues erwerben und daher häufiger Paralyse bekommen.

Huter bespricht noch die Disposition für bestimmte Formen der Paralyse und die Nachkommenschaft der Paralytiker. Er kommt zu dem Ergebnis, daß sich bisher keine Anzeichen finden lassen, daß notwendigerweise eine Keimschädigung bei Paralyse vorliegt. Es ist also nicht erweisbar, daß Paralyse Degeneration erweckt. Die Syphilis trifft vielmehr die Nachkommenschaft direkt und ausschließlich durch Infektion der Frucht, auch bei Paralytikern.

Kurt Heymann, Berlin.

124.

Peritz, G., **Die Epilepsie und ihre Behandlung.** (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 17, 1928.) Der epileptische Anfall ist nur ein Symptom,

und erst die Anamnese und andere Symptome können die eigentliche Bedeutung desselben erklären. Bisweilen handelt es sich um Blutung oder einen Tumor. Wenn ein älterer Mensch seinen ersten Anfall bekommt, muß man vor allem an Lues denken. Auch beim Kinde kommen epileptische Anfälle vor, besonders bei der Lues congenita. Ferner spielen Geburt und Traumen eine Rolle. Weiter kann der Hydrozephalus zu epileptischen Anfällen führen. In manchen Fällen gelingt es durch Punktion; eine Heilung zu erzielen. Auch im Gefolge von Infektionskrankheiten können durch eine lokalisierte Enzephalitis epileptische Anfälle auftreten. Fehlen alle derartigen Symptome, so spricht man von genuiner Epilepsie, bei der organische Veränderungen nicht zu finden sind. Außer dem großen Anfall kommt es hier bisweilen zu kleinen Anfällen, die in großer Zahl auftreten können. Nicht bei jeder genuinen Epilepsie findet sich ein Aura. Es gibt ferner Formen, bei denen es nur zum Dämmerzustand kommt. Am häufigsten bricht die Epilepsie aus entweder in der frühesten Kindheit, wenn das Kind in die Schule kommt und zu Beginn der Pubertät. Es finden sich fast immer Zeichen der spasmophilen Konstitution, und man ist der Meinung, daß Gefäßkrämpfe eine ursächliche Rolle spielen. Durch Injektion von Adrenalin kann man einen Anfall hervorrufen. Therapeutisch muß man vor allem für reichliche Stuhleentleerung und für genügenden Schlaf sorgen. Mädchen müssen vor der Menstruation sich ruhig verhalten, Alkohol und Nikotin sind zu vermeiden. Früher war das Brom das souveräne Mittel, das jedoch wegen der Gefahr des Bromismus heute nicht mehr empfohlen wird. Das Luminal ist weniger gefährlich und viel erfolgreicher, besonders da es gefäßerweiternd wirkt. Auch das Koffein wirkt sehr günstig, und eine Mischung beider Mittel ist am meisten zu empfehlen. Intravenöse Kalkbehandlung ist oft von Nutzen. Verfasser hat mit Nebenschilddrüsenpräparaten versucht, die Epilepsie zu behandeln, wodurch die Gefäßkrämpfe zurückgehen. Auch Keimdrüsenpräparate sind empfohlen worden. Die Schwankungen des Barometers stellen eine große Gefahrenquelle dar, und bei ihnen soll man das Medikament in größerer Dosis verordnen.

Kosminski, Berlin.

125.

Schnyder, P., Gliom, Gliose, Gliomatose. (Schweiz. Arch. Neur., XXIII, H. 1.) Es gibt sicher Fälle, wo eine kongenitale Disposition des Nervenstützgewebes zur Tumorbildung im Sinne einer Systemerkrankung angenommen werden muß. Dabei findet man Gliom und Gliosen in verschiedenen Abschnitten des Zentralnervensystems sowie Neurinome der peripheren Nerven, ohne daß bei multiplem Auftreten des blastomatösen Prozesses eine Metastasenbildung in Frage kommt. Auch im Optikus können ganz diffuse Gliosen, nicht nur Gliome vorkommen. Im Rückenmark können primäre zentrale Gliosen (Gliastifte) das Rückenmark fast in ganzer Länge durchsetzen und dabei alle Uebergänge zu eigentlichen Gliomatosen zeigen mit starker Verdrängung der nervösen Substanz. Eine bestimmte Abgrenzung zwischen Gliom, Gliose und Gliomatose ist somit unmöglich.

Kurt Mendel, Berlin.

126.

Bing, Robert, Thalamischer Symptomenkomplex. (Nervenarzt, I, H. 11.) Zum thalamischen Symptomenkomplex gehören: Hemihypästhesie, Hemiparese, Hemialgien, Hemihyperästhesien, Hemidysästhesien, Bewegungsautomatismen, kontralaterale Hemianopsie, Aufhebung der Psychoreflexe. Die zentralen Schmerzen des thalamischen Symptomenkomplexes erweisen sich gegenüber analgetischen Medikamenten weniger unzugänglich, wenn deren Verabreichung mit derjenigen von Scopolaminum hydrobromicum verbunden wird. Es genügt, von letzterem zwei- bis dreimal täglich $\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{4}$ mg per os zu geben; es beeinflusst den Parasympathikus, die extrapyramidalen Rigorzustände und wirkt allgemein sedativ auf die subkortikalen Apparate des Gehirns sowie auch auf kortikale Funktionen, und zwar nicht nur psychischer Art.

Kurt Mendel, Berlin.

127.

Panse, Friedrich, Gewerbliche Bleivergiftung. (Nervenarzt, I, H. 11.) Die Verordnung des Reichsarbeitsministers über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 verlangt vom neurologischen Gutachter genaue Kenntnis des jetzigen Wissensstandes auch bezüglich der nicht neurologischen Symptomatologie der Bleivergiftung. Die Literatur darüber ist recht verstreut, die Bewertung der Symptome — insbesondere der sog. Kardinalsymptome: Bleikolorit, Bleisaum, basophile Tüpfelung der Erythrozyten, Hämatoporphyrinurie — ist noch schwankend. Das Kolorit kann frühzeitig auftreten und sehr deutlich sein, ist aber für Bleivergiftung nicht unbedingt charakteristisch, da auch andere kachektische Zustände ähnliche Hautverfärbungen hervorrufen können. Der Bleisaum ist häufig und oft früh einsetzend, wird jedoch durch äußere Momente, wie Mundpflege usw., beeinflusst und braucht deshalb der Schwere der Erkrankung nicht parallel zu gehen. Der Nachweis der basophilen Tüpfelung der Erythrozyten ist am befriedigendsten, doch ist diese nicht unbedingt pathognomonisch. Das Vorhandensein von Hämatoporphyrin im Harn kann die Diagnose stützen, doch besagt das Fehlen nicht viel. Es tritt auch in

positiven Fällen überhaupt nur das auch physiologisch vorkommende Koproporphyrin auf, wenn auch in größerer Menge. Das unbedingt pathologische Uroporphyrin konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Der Wert der sog. Streckerschwäche als Frühsymptom ist noch stark umstritten. Es bedarf noch durchaus der Objektivierung dieses Symptoms. Ansätze dazu sind vorhanden. Viel mehr Beachtung und Pflege in der Klinik verdient der Bleinachweis, wobei für die meisten Fälle der qualitative Nachweis genügen würde, insbesondere im Liquor. Alle die Hilfsdiagnostika, insbesondere die vier Kardinalsymptome, sind charakterisiert durch ihre relativ sehr kurze Dauer. Das erschwert die Begutachtung der sehr oft recht langwierigen neurologischen Fälle ungemein. Das Fehlen aller dieser Symptome braucht bei bereits länger bestehenden neurologischen Erkrankungen im Zweifelsfalle deshalb durchaus nicht gegen die ursächliche Wirkung des Bleies zu sprechen. Auf diesen Umstand ist bisher noch nicht mit genügender Deutlichkeit hingewiesen worden. Als besonders gefährlich und häufig muß nach neueren Forschungen die Bleiaufnahme durch den Respirationstraktus angesehen werden. Die Aufnahme durch den Magen-Darmtraktus hat viel geringere Bedeutung entgegen den bisherigen Anschauungen.

Kurt Mendel, Berlin.

128.

Nachmansohn, M., Traumanalyse in der Hypnose. (Nervenarzt, I, H. 11.) Fünf Traumanalysen, welche die Bedeutung der Traumanalyse in hypnotischer Selbstbesinnung demonstrieren sollen. Die Methode läßt sich nur in einem geringen Teil der Fälle durchführen. Da, wo sie aber möglich ist, scheint ihr theoretischer und therapeutischer Wert recht bedeutsam. Einmal gewährt sie tiefe Einblicke in die Traumpsychologie und die pathogenen Konflikte des Patienten, andererseits ist sie imstande, die Behandlungsdauer wesentlich abzukürzen. (Ref. bringt folgende Probe der Traumdeutung: die erste von sechs auf dem Küchentisch im Traum gesehenen Bananen bedeutet den Penis, die zweite den normalen Koitus, der Küchentisch die Ehefrau; „sie ist nun einmal ein Plättbrett, unglanblich hausbacken“.)

Kurt Mendel, Berlin.

129.

Beyerman, W., Behandlung von manischen und depressiven Zuständen mit Somnifen. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 33, 1928.) Autor ist dazu übergegangen, Melancholiker, die nicht unruhig und nicht agitiert waren, mit Somnifen zu behandeln. Er schildert zehn Krankengeschichten, die alle ziemlich schwere Fälle von Melancholie betreffen. Keine dieser Psychosen war auf psychogenem Wege entstanden. Er kommt zu dem Ergebnis, daß bei jeder Depression, bei der die Möglichkeit psychogener Genese ausgeschlossen werden kann und bei der der Kranke für psychische Behandlung nicht geeignet ist und bei der nach zwei Monaten keine Besserung eintritt, mit einer Somnifenkur zu behandeln ist. Das Somnifen ist auch für manische Anfälle ein souveränes Mittel.

Kurt Heymann, Berlin.

130.

Görlitz, Walther, Beitrag zur Behandlung der Morphin-kranken. (Med. Welt, Nr. 42, 1928.) Man muß die einfache Gewöhnung an Morphin von der eigentlichen Sucht unterscheiden; der Ausdruck „Morphinismus“ muß für die letztere vorbehalten bleiben. Die echte Morphinsucht entwickelt sich in der Regel nur auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution. Es gibt viele Morphin-kranken, die nicht zu Lügern und Betrügnern werden, die Hervorragendes leisten und wertvolle Mitglieder der Volksgemeinschaft bleiben. Es gehören nicht alle Morphinisten in eine geschlossene Anstalt; viele können ebensogut und sicher in einem offenen Sanatorium behandelt werden. Der Dauererfolg hängt nur von einer sachgemäßen, unter Umständen monatelang durchzuführenden psychotherapeutischen Nachbehandlung ab. Was die Art der Entziehung anbelangt, so wendet Verfasser immer nur die sogenannte „angepaßte“ Entziehung an: In allen Fällen, in denen es sich um einfache Gewöhnung handelt oder ein Tagesverbrauch von höchstens einem halben Gramm die Dauer eines Jahres nicht überschreitet, entzieht Verfasser gern plötzlich, in allen anderen Fällen aber in einem Zeitraum, der zwischen drei bis zehn Tagen schwankt. Entziehungen über viele Wochen zu verzetteln, hält er für falsch. Auftretende Entziehungsbeschwerden müssen nach Möglichkeit gelindert werden. Am besten bewähren sich hier parasympathisch wirkende Mittel, vor allem das Anermon und Gynormon. In den letzten Entziehungstagen können ohne Bedenken Beruhigungs- und Schlafmittel gegeben werden, am besten eine Kombination von Paraldehyd und Luminalnatrium. Sehr gut bewährt hat sich das Eumecon, das den Vorzug hat, daß die Spritze mit einem Schlage fortgelassen werden kann. Eine Gewöhnung an Eumecon ist sehr selten.

L. Gordon, Berlin.

131.

Schlomer, O., Die Methode der Wahl für die Morphin-entziehung. (Med. Welt, Nr. 42, 1928.) In der Behandlung des Morphinismus kann man drei Phasen unterscheiden: Entziehung, Entwöhnung und Festigung der Persönlichkeit. Kontraindiziert ist die Entziehung nur bei kachektischen und akut Schwerkranken, bei

sonders bei an einer Dekompensation des Herzens Leidenden. Die Methode der Wahl besteht darin, daß das Morphinum sofort weggelassen wird, während die Kranken gleichzeitig auf die Dauer von vier bis fünf Tagen in einen Schlafzustand versetzt werden. Bei der Aufnahme erhält der Patient einen Einlauf und eine kräftige Mahlzeit. Dann wird mit der Einschlüferung begonnen. In der Regel verabfolgt Verfasser zuerst 0,001 Skopolamin mit Ephedrin und eine viertel bis eine halbe Stunde später zwei Ampullen Somnifen. Von da ab verwendet er neben gelegentlichen Skopolamin-Dosen in steter Abwechslung alle injizierbaren Barbitursäure-Präparate, sowie Amylenhydrat per os oder rectal. Von den Barbitursäure-Präparaten kommen in Betracht: Somnifen, Luminal-Natrium, Pernokton, Prolongal, Dial, Cibalgin. Das Ideal, dem zuzustreben ist, ist ein Schlafzustand, wie er der Encephalitis lethargica entspricht. Außer den Schlafmitteln wird morgens und abends Kampher, 4 bis 5 ccm, sowie dreimal täglich eine Hexeton- oder Cardiazol-Injektion, 4 bis 6 Ampullen Anermon oder Gynormon und zwei Ampullen Ephetonin als Vorbeugungsmittel gegen Atemstörungen gegeben. Die Gefahren dieser Behandlungsmethode bestehen in der lähmenden Wirkung der Drogen auf das Atemzentrum. Der Patient muß deshalb unter ständiger Beobachtung stehen. In der Zeit der Entwöhnung muß für allgemeine Kräftigung und Schlaf gesorgt werden; in der Verabfolgung von Schlafmitteln soll man dabei nicht engherzig sein. Die Festigung der Persönlichkeit erfordert alle Kunst des Psychotherapeuten und dauert Monate und Jahre.

L. Gordon, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie.

132.

Schiller, G. A., **Beobachtungen gleichgeschlechtlichen Fühlens.** (Mschr. Harnkrankh., 2., H. 6, S. 181 bis 186, 1928.) Der § 175 StGB erscheint in seiner heutigen Fassung: Straflosigkeit der lesbischen Liebe, Bestrafung homosexueller Handlungen männlicher Individuen — als nicht berechtigt. Er muß zwar zum Schutze Jugendlicher und zur Vermeidung der Heranzüchtung männlicher Prostituierten, soweit Handlungen mit unmündigen Personen in Frage kommen, mit aller Strenge durchgeführt werden, könnte aber sonst in Fortfall kommen. Selbst durch die schärfsten Strafordnungen lassen sich die Homosexuellen nicht davon zurückhalten, ihren Neigungen nachzugehen. Daraus ist aber nicht etwa zu folgern, daß es doch vergeblich wäre, kraft des Strafgesetzes dagegen vorzugehen, denn mit demselben Rechte könnten auch andere asoziale Elemente (Gewohnheitsverbrecher usw.) Straffreiheit fordern. Gegen die Straffreiheit der sexuellen Inversion wäre nur dann nichts einzuwenden, wenn alle Homosexuellen nur Gleichföhlende lieben würden. Die Mehrzahl der Homosexuellen hegt aber einen gewissen Abscheu gegen Gleichföhlende und liebt scheinbar normale sexuelle Partner. Hirschfeld konnte statistisch feststellen, daß die Hälfte aller Urnunge den Trieb zum Knaben oder Jüngling hat. Dabei ist noch zu bemerken, daß sie meistens manuell oder oral und nur seltener anal sich betätigen. — Was die Behandlung Homosexueller betrifft, so kann sie nur auf eine Beeinflussung des sexuellen Handelns gerichtet sein. Die Ehe als Heilmittel ist nicht anzuraten. Man muß die Widerstandskräfte gegen homosexuelle Handlungen zu stärken und den starken Trieb durch Sedativa abzuschwächen suchen. Auch Hydrotherapie und Hypnose können manchmal nützlich sein. „Jeder Homosexuelle muß zur Verantwortlichkeit und Einsicht in die Gefährlichkeit der Betätigung seines Triebes für junge Mitmenschen und auch für sich selbst erzogen werden!“ — Der Verfasser gibt in seiner Arbeit zwei charakteristische, von Homosexuellen geschriebene Briefe wieder.

E. Kontorowitsch.

Strahlenforschung u. -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie.

133.

de Vries, S., **Strahlenbehandlung des Augenlidkrebses.** (Nederl. Tijdschr., Geneesk., Nr. 32, 1928.) De Vries kommt zu dem Ergebnis, daß jeder mäßig ausgebreitete Krebs der Augenlidhaut, der nicht schon vorher erfolgreich behandelt worden ist, mit Radiumstrahlen, praktisch gesprochen, sehr sicher und dauernd geheilt werden kann; diese Behandlung bietet auch große kosmetische Vorteile. Erwünscht ist es wegen eventueller Schädigungen des Augapfels, besonders leichter Linsentrübungen, die Strahlenquelle durch eine Prothese von Wachs, Paraffin oder Gummi von 3 mm Dicke in größeren Abstand zu bringen. Pflege des Auges zur Verhütung einer Infektion ist nötig.

Kurt Heymann, Berlin.

134.

Kornblum, K., **Die Röntgendiagnose der Lungenentzündung vom Friedländer-Bazillus.** (Amer. J. Roentgenol., 19., H. 6.) Verfasser glauben, daß es eine chronische Pneumonieform des Friedländer-Bazillus gibt, welche ähnlich latent wie eine akute Lungentuberkulose werden kann, um nach einiger Zeit wieder aktiv zu werden. Die Ähnlichkeit beider Erkrankungsformen ist so groß, daß es der Mühe wert scheint, sogenannte Tuberkulose, bei denen der

Tuberkelbazillus nicht gefunden werden kann, auf Friedländer-Bazillen zu untersuchen. Röntgenologisch lassen sich die verschiedenen charakteristischen pathologischen Phasen der Krankheit verfolgen. Zuerst treten die Röntgenerscheinungen der Bronchopneumonie auf, welche jedoch im Gegensatz zu der üblichen, selten die typische bilaterale Verteilung mit dem Vorherrschen der basalen Ergriffenheit aufweist. Es kann ein einzelner Herd sein, welcher auf einen Lappen begrenzt ist oder mehrere Lappen ergreift. Zu anderen Zeiten können verschiedene Herde in derselben Lunge oder ein oder mehrere Herde in jeder Lunge sein. Ein anderes Bild ist, daß die Erscheinungen am meisten in der Peripherie auftreten, was darauf hinweist, daß die Infektion vornehmlich eine parenchymatöse ist. Eng an dieses Initialstadium schließt sich das zweite Stadium an, wobei die Einzelherde zu größeren Bezirken zusammenfließen. Diese Erscheinung führt zu einem Bild, welches sehr einer Lappenn Pneumonie ähnelt. Indes folgt die Verteilung der Konsolidierungen nicht regelmäßig den anatomischen Grenzen der Lappen, wie dies bei der kruppösen Pneumonie der Fall ist. Die Pneumokokkenpneumonie unterscheidet sich ferner von der Friedländer-Pneumonie in der Art der Anschoppung und der Lösung. Bei der echten Lappenn Pneumonie haben wir eine massive Anschoppung, welche für gewöhnlich von der Peripherie ausgeht und nach dem Hilus zu fortschreitet. Die Friedländer-Pneumonie, als eine primär parenchymatöse Erkrankung, beginnt wie eine Bronchopneumonie und nimmt erst später lobäre Gestalt an. Die Lösung beginnt am Hilus und schreitet peripher vor. Wenn sich diese Pseudopneumonie manifestiert hat, so kommt es zu einer ziemlich raschen Lösung in der befallenen Lunge. Die pneumonischen Herde beginnen dichter und kleiner zu werden. Sie variieren beträchtlich in der Größe, beginnend mit den charakteristischen Flecken der lobulären Pneumonie bis zu Feldern, welche nahezu einen ganzen Lappen einnehmen können. Nach verschieden langer Zeit wandeln sich viele dieser dichten Konsolidationen in Abszesse, in denen es öfter möglich ist, Flüssigkeitsspiegel zu sehen. Zu diesem Zwecke ist oft die Seitenansicht des Thorax von größtem Wert. Diese Erscheinungen stellen das dritte Stadium der Krankheit dar, wobei die Röntgenuntersuchung den größten Wert hat. In diesem dritten Stadium kann eine einzige Röntgenuntersuchung die Diagnose herbeiführen. Leider ist dieses dritte Stadium bei dem raschen fatalen Verlauf der Erkrankung selten. Bei den Fällen, welche sich bessern, brauchen die verschiedenen Stadien natürlich eine längere Zeit zu ihrer Entfaltung. Nach dem dritten Stadium wird der Prozeß gradweise chronisch. Es setzt eine irreguläre Fibrose ein mit Höhlenbildung an der Seite der vorhergehenden Abszesse. Diese Höhlen sind charakteristischerweise dünnwandig und bisweilen schwer zu entdecken. Während der Besserung kann es zu Reinfektionen kommen, die gleichen oder neue Bezirke befallen werden, welche dann im wesentlichen dieselben Stadien wie zu Beginn durchlaufen. Monate nach der Gesundung kann eine ausgesprochene Fibrose nachweisbar sein. Diese kann das Herz und das Mediastinum nach der befallenen Seite ziehen und die Zwerchfellkuppel narbig nach oben fixieren. Diese Form pulmonaler Erkrankung ist wahrscheinlich häufiger als es allgemein vermutet wird.

J. Kottmaier.

135.

Taylor, H. K., **Das Röntgenogramm bei Mastoideuserkrankungen.** (Amer. J. Roentgenol., 19., H. 6.) Das Röntgenogramm des Prozessus mastoideus läßt erkennen: den internen und den externen Meatus auditorius, das Antrum mastoideus, den hinteren Kanalwall, das Tegmen tympani und mastoidei, die Spitze des Prozessus mastoideus, die seitliche Sinuswand, die Okzipital-Zellen, die Schuppenzellen, die Zellen des Zygomaticums, das Temperomaxillargelenk. Röntgenologisch sind die Mastoidprozesse bei den einzelnen Individuen gewöhnlich in Größe und Struktur ähnlich. Es gibt davon nur wenig Ausnahmen. In der Regel ist die Größe des Mastoids, wie sie im Röntgenogramm bestimmt wird, für den Kliniker von geringem Wert. Sie wird indessen wichtig in jenen Fällen akuter protrahierter Eiterung des Mittelohrs, wo in Abwesenheit aller systematischen und lokalen Symptome das otologische Bild das der akuten Mastoiditis ist. In solchen Fällen kommt es zu ausgedehnter Zellbildung entweder nach der Schuppe, dem Zygomaticum, dem Okzipitale oder dem Felsenbein oder nach allen diesen Gebieten. Der Ohrenarzt muß daraus schließen, daß es, bevor lokale oder allgemeine klinische Symptome erkennbar sind, zu ausgedehnter Destruktion gekommen ist. Andererseits wird ein kleiner Mastoideusprozeß, wie er gelegentlich im Röntgenogramm auftritt, den Otologen an die Möglichkeit eines Durchbruchs der inneren Tafel mahnen. Beim selben Individuum sind die Zellen im Mastoid rechts wie links von derselben Größe und Gestalt, so daß Verschiedenheiten in der Zellbildung gleichliegender Bezirke beider Seiten auf Destruktion hinweisen, indem aus kleineren Zellen durch Schwinden der Zellwände größere Formationen entstehen. Hinsichtlich des Diploetischen Typs des Mastoids kann röntgenographisch nur wenig unterschieden werden zwischen dem sklerotischen und dem wenig entwickelten Typ. Der unentwickelte und der diploetische Typ sind das Resultat mangelhafter Pneumatisation, während der sklerotische durch Knochenneu-

bildung bestehende Zellen zur Obliteration bringt. Im Röntgenbild sind der Meatus internus und externus übereinander gelagert. Ihre einzige Bedeutung besteht darin, daß das Antrum mastoideum oberhalb und leicht dahinter gelegen ist. Normalerweise kann das Antrum mastoideum nicht identifiziert werden, da es von kleineren Zellen näher der Rinde überlagert wird. In dieser Gegend treten die ersten Erscheinungen der akuten Mastoiditis zutage. Die hintere Gehörkanalwand ist im Röntgenbild deutlich zu erkennen; von der Mastoidseite gesehen, wird ihr Schatten jedoch mit dem dichten Schatten des Os petrosum vermischt. Die Spitze des Mastoids ist immer als mehr oder weniger scharflinige Gestalt von dem überlagerten Okzipitalknochen unterschieden. Der laterale Sinus kann in seiner ganzen longitudinalen und sigmoidalen Portion verfolgt werden. Der Sinus kann dicht hinter der hinteren Kanalwand nach hinten oder in der Mitte gelagert sein. Seine Lagebeziehung zur Kanalhinterwand ist für den Chirurgen bedeutsam, der so sich innerhalb des Mastoids nach ihm beim Aufsuchen richten kann. Die Emissionsvene des Mastoids findet sich in der Mitte zwischen seiner Spitze und dem Knie des Sinus. Sie ist chirurgisch bedeutsam, indem sie vermieden werden muß. Bei Kindern unter drei Jahren ist ein Röntgenogramm des Mastoids praktisch bedeutungslos, da so gut wie noch keine Pneumatisation Platz gegriffen hat. Zwischen drei und fünf Jahren kann jedoch bereits evtl. ein Befund erhoben werden. Die pathologischen Veränderungen geben sich im Röntgenbild zu erkennen als 1. Veränderungen der Dichte, 2. Absorption der knöchernen Trabekel, 3. Erosionen des Tegmen und der Sinuswand. Die lufthaltigen Mastoidzellen erscheinen im Röntgenbild hellleuchtend. Jeder Prozeß, welcher die Strahlendurchlässigkeit vermindert, gibt sich als Verdunkelung der lufthaltigen Räume kund, welche gleichwohl durch diese Vorgänge nicht obliteriert werden. Furunkulose des äußeren Gehörgangs, welche von Oedementzündung postaurikulärer Drüsen oder Zellulitis begleitet ist, vermag so gleichfalls die normale Helligkeit zu schwächen. Hochgradige Abschwächung der Helligkeit findet sich bei Exsudation oder Granulation sowie bei Sklerosierung im Mastoid. In der Regel kann röntgenologisch differenziert werden, da bei der Sklerosierung der knöchernen Anteil der Eustachischen Röhre mitbefallen ist. Verdünnung, Absorption oder Destruktion der interzellularen Septen können nur das Resultat pathologischer Prozesse innerhalb des Mastoids sein. Bei ausgedehnter Erkrankung innerhalb des Mastoids, wenn die innere Tafel erreicht ist, kann man bisweilen eine Unterbrechung der Sinuswand oder eine Dichtigkeitsänderung in der Gegend des Tegmen sehen. Zur speziellen Pathologie ist noch zu sagen, daß alle akuteitische Infektionen, ohne Rücksicht auf ihren Typ oder ihre Lokalisation, eine Abnahme der Helligkeit im Vergleich zur gesunden Seite bewirken. Röntgenologisch wichtig ist die Unterscheidung der Krankheiten in solche nicht-destruktive und solche destruktive Art. Nichtdestruktive, doch schattengebend sind: Furunkulose, postaurikuläre Adenitis, Zellulitis und akute purulente Otitis media. Jede akute Otitis media geht mit Hyperämie oder Oedem des Mastoids einher, und es ist Sache des Otologen, zu sagen, wann daraus eine akute Mastoiditis wird. Wird das Mastoid jedoch in den eitrigen Prozeß einbezogen, so können definitive destruktive Veränderungen im Röntgenogramm nachgewiesen werden. Die Ausgangsstelle der Erkrankung dokumentiert sich bei der verschiedenen Dicke der Septa durch Verdünnung der Wände, welche schließlich zerstört werden, wodurch es zur Höhlenbildung kommt. Der Prozeß kann bis zur Zerstörung sämtlicher Septen führen (abszedierende Mastoiditis). Normalerweise tritt im Mastoid der Sinus nicht stark hervor. Ist dies auf einer Seite im Vergleich beider Seiten der Fall, so spricht dies für Ergriffensein dieser Seite. Alle chronischen Otitiden bringen eine mehr oder weniger ausgesprochene Eburnisation hervor, welche sich im Röntgenbild als dichter Schatten ohne Zellstruktur kundgibt. Der Typ der chronischen Otitis purulenta, welcher unter der Bezeichnung Cholesteatom bekannt ist, ist eine Mischung von destruktiven und produktiven Veränderungen. Diese setzen sich durch eine dichte Linie gegen den destruktiven Bezirk ab, welcher im Vergleich hellleuchtend scheint. Neubildungen in der Nähe des Mastoids können zur Feststellung ihres Ursprungs eine Röntgenaufnahme nötig machen. Werden nach einer Mastoidektomie Schmerzen in der Ohrgegend geklagt, so soll ein Röntgenogramm die Mitbeteiligung des Temporo-maxillargelenks ausschließen. Bei ausgedehnter Zellularisation des Zygomaticums kann der Chirurg das Gelenk eröffnen und es zur Infektion kommen.

J. Kottmaier.

136.

Barclay, A. E., und S. Cox. Die Bestrahlungsrisiken des Röntgenologen. (Amer. J. Roentgenol., 19., H. 6.) Die Hauteinheitendosis kann nach sechs Wochen wiederholt werden. Diese Toleranz vermindert sich indes bei weiterer Wiederholung. An drei aufeinanderfolgenden Tagen kann man je $\frac{1}{2}$ HED geben mit demselben Effekt von 1 HED in einer Sitzung. In Intervallen von drei oder vier Tagen wurden Dosen von $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{4}$ HED monatlang ohne Hautschädigung gegeben. Es besteht kein Zweifel über die Kumulations-

fähigkeit der Röntgenstrahlen, doch spielt das Intervall eine große Rolle. Es ließ sich erfahrungsgemäß feststellen, daß in zwei Fällen jahrelang ohne jeden Schaden 0,007 bzw. 0,0023 HED täglich an diesen Menschen zur Wirksamkeit kamen. Die Autoren nehmen den vierten Teil von 0,007—0,00028 HED täglicher Strahlenabsorption als unbedenklich an. Die „Idiosynkrasie“ gegen Röntgenstrahlen ist in dem Maße geschwunden, als unsere technische Einsicht größer wurde. Schließlich wird gefordert, daß keinem Unkundigen der Besitz eines Röntgenapparates erlaubt sein soll.

J. Kottmaier, Mainz.

Neu erschienene Bücher:

M. Rosenfeld: Repetitorium der praktischen Psychiatrie. Verlag von G. Thieme. Leipzig 1928. 176 S. Preis 5 M. — Kurz gefaßtes, sehr brauchbares Repetitorium der Psychiatrie, für den praktischen Arzt geschrieben und für ihn gut verwertbar. Nach Angabe der Untersuchungstechnik geht Verf. auf erbliche Belastung, Vorgeschichte und Persönlichkeitstypus des Kranken über. Hierauf klassifiziert er die Psychosen vom ätiologischen Standpunkte aus in folgende: 1. die organisch bedingten, 2. die Psychosen auf infektiöser Grundlage, 3. die Intoxikationspsychosen, 4. die traumatischen, 5. die psychischen Störungen aus endogenen, unbekannten Ursachen (Schizophrenie, manisch-depressives Irresein), 6. die psychogener, d. h. durch seelische Traumen entstandenen Seelenstörungen, 7. die angeboren-psychopathisch veränderten und abnorm reagierenden Persönlichkeiten, 8. die angeborenen intellektuellen Defekte. Alle diese Formen von Psychose werden dann durchgesprochen. Es folgen schließlich ein Kapitel über die Behandlung der Geistesstörungen und ein Kapitel über Fragen aus der gerichtlichen Psychiatrie (Strafgesetzbuch und BGB.). Kurt Mendel, Berlin.

Rudolf Görlach: Elemente der orthopädischen Technik. Gustav Fischer. Jena 1928. 85 Abbildungen, 66 Seiten. Broschiert 4,50 RM., gebunden 5,50 RM. — In einer durch Eigenwilligkeit leider oft nicht leicht zu verstehenden Sprache legt der Verfasser die Grundlagen über den kunstgerechten Aufbau von Prothesen und orthopädischen Apparaten dar. Das Buch ist mit sehr klaren Abbildungen versehen und füllt eine Lücke aus in unserer orthopädischen Literatur, da es aus reichen praktischen Erfahrungen heraus die vermittelnde Wissenschaft zwischen Arzt und Mechaniker erläutert. Das Buch sei allen Orthopäden und Unfallspezialisten empfohlen.

Debrunner, Zürich.

10 Jahre „Landaufenthalt für Stadtkinder“ e. V. Reichszentrale für die Entsendung von Kindern zum Erholungsaufenthalt. — Geschildert wird geschichtliche Entwicklung, Aufgabenkreis und Tätigkeit des Vereins, der sich um die Organisation der Erholungsfürsorge für Stadtkinder große Verdienste erworben hat und heute noch dafür arbeitet, besonders auch für die so notwendige planwirtschaftliche Zusammenfassung aller auf dem Gebiete tätigen Kräfte.

Keller.

H. Mondor: Les Arthrites gonococciques. Masson et Cie, Editeurs, 120, Boulevard St. Germain, Paris VIe. 1928. — Das Buch Mondors ist vielleicht die umfangreichste Arbeit, die über die Arthritis gonorrhoeica geschrieben worden ist. Der Autor ist Chirurg, und er spricht den Wunsch aus, daß die Krankheit dem Chirurgen gehören möge. Die Behandlung des Themas ist vielleicht etwas weitschweifig, aber das vom Autor beigebrachte Material an Bildern, Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen ist außerordentlich. Der geschichtliche Teil zeigt, wie lange man die Affektion verkannt und als Rheumatismus abgetan hat, bis dann die bakteriologische Aera die Klärung brachte: der Neißersche Gonokokkus ist die Ursache der Allgemeininfektion; man fand ihn seit 1900 dann in 70—80% der Fälle in der Gelenkflüssigkeit. Die Existenz sogenannter „arrophiler Gonokokken“, das heißt von Stämmen, die sich mit Vorliebe immer wieder in den Gelenken ansiedeln, wird experimentell erörtert. Lieblingssitz der Affektion ist Knie- und Handgelenk; daß sie monoartikulär sei, ist ein Irrtum. Anatomie, Histologie, Pathogenese, Klinik werden unter Verwertung der fast unübersehbaren Literatur erörtert. Der therapeutische Teil mutet fast wie ein Kapitel vom Autismus in der Medizin an: alle Methoden werden erwähnt, ihre Vorkämpfer wörtlich zitiert, die Heilmittel, heute längst vergessen oder verworfen, die Immobilisierung, Kompression, Mobilisierung; Massage, Punktion, Heißluft, Biersche Stauung, die verschiedenen Formen der Elektrizität, der Radiumapplikation, der Protein-, Auto-serum-, Vakzine-, Serumtherapie, dies alles steht wiederum auf, um größtenteils endgültig begraben zu werden, damit die wahre Behandlung, die chirurgische, den gebührenden Platz einnehmen kann. Alle, die die Verantwortung einer Behandlung der gonorrhöischen Arthritis spüren, sollten das Buch lesen.

Kurt Heymann, Berlin.

Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

47. JAHRGANG

SIRAN

TEMLER WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

Spez.: Mitin-Creme, Mitin-Pasta, Mitin-Quecksilber, Frostmitin, Lichtmitin, Mitin-Seife
Chemische Fabrik Krewel & Co., G.m.b.H., Köln a.Rh.

Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. Jean Kottmaier, Mainz: Das Beispiel der Krebsbekämpfung in Schweden	29
Dr. Birkholz, Aschersleben: Vor- und Nachbehandlung zu ambulanter Adenotonsillotomie	33
H. Lippert, Hautarzt in Köln: Eine einfache und wirksame Fluorbehandlung	35
Prof. Dr. L. Haberlandt, Innsbruck: Bemerkungen zur Herzormon-Abhandlung von J. Mouzon (La Presse Médicale 1928, Nr. 37)	36
Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	37

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde	40
Bakteriologie und Serologie	40

Chirurgie und Orthopädie	40
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	42
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	42
Hygiene	44
Infektionskrankheiten	44
Innere Medizin einschließlich Tuberkulose	45
Kinderheilkunde	48
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ..	49
Psychiatrie und Nervenheilkunde	51
Psychologie und Psychopathologie	51
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	51
Zahnheilkunde	52
Neu erschienene Bücher	52

Selbstschutz

Formamint

des Arztes, seiner Assistenten u. Helfer

bei Grippe

gewährt Formamint, das erprobte Mund- und Rachendesinfiziens.

Ärztemuster und Literatur bereitwilligst

Bauer & Cie., Berlin SW 48

Intramuskuläre,

intravenöse und orale

Strophanthus-Therapie

durch

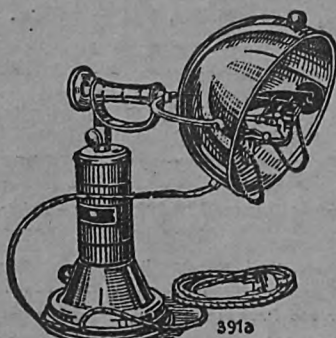
Strophalen „Tosse“

Ohne Nebenerscheinungen ist die Möglichkeit der intramuskulären Injektionen beachtlich für den Praktiker, zumal diese Injektionen sehr nachhaltig sind.

„Fortschritte der Therapie“ Nr. 14, 1928

Proben und Literatur durch

E. TOSSE & CO., HAMBURG P. 22



391a

Neuheit 1928

Kleine Künstliche Höhensonne (Handlampe)

— Original Hanau —

Tragbar zum Gebrauch am Bett des Patienten! (Passende Transportkoffer aus Vulkanglas sind ebenfalls lieferbar). An jeder normalen Wanddose anschließbar! Zündstrom nicht über 6 Ampère! Keinerlei Leitungsänderungen! Keine Defektgefahr durch Falschpolung!

Für Krankenhäuser außerordentlich zweckmäßig, weil man jetzt alle bettlägerigen Patienten, für die ein Transport zum allgemeinen Bestrahlungsraum nicht in Frage kommt, schon in den Krankenzimmern bestrahlen kann.

Preise ab Werk einschließlich Verpackung u. Bruchversicherung **für Gleichstrom RM. 135.—** **für Wechselstrom RM. 263.—** } Das Porto tritt hinzu

Die Bezeichnung „Künstliche Höhensonne“ ist das uns gesetzlich geschützte Warenzeichen für unsere bewährte Quarzlampe — Original Hanau —. Es ist nicht gestattet, irgendwelche anderen Bestrahlungsapparate etwa als „Künstliche Höhensonne“ oder „Höhensonne“ zu bezeichnen! Wir warnen vor jeder derartigen mißbräuchlichen Benutzung unseres Warenzeichens.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 2

BERLIN, DEN 25. JANUAR 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Das Beispiel der Krebsbekämpfung in Schweden.

Von Dr. JEAN KOTTMAIER, Mainz.

Die ersten Anfänge einer systematischen Krebsbekämpfung reichen in das Jahr 1910 zurück. Das Radiumhemmet — jetzt die zentrale der Krebsbekämpfung in Schweden — war aus privaten Mitteln und Legaten mit 16 Betten gegründet worden. 1911 wurde es dem Kanzerverein in Stockholm übergeben, dessen Vorstand seit dieser Zeit zugleich auch Vorstand des Radiumhemmet ist. 1913 bewilligte die Stadt Stockholm dem Heim die Summe von 500 000 Kronen; eine Privatsammlung unter der Leitung der schwedischen Königin erbrachte den gleichen Ertrag. 1917 bewilligte das Parlament 200 000 Kronen zum Ankauf weiterer Radiummengen; 1918 erklärte sich der Staat bereit, für unbemittelte Patienten die Kosten der Reise zum Radiumhemmet und zurück zu übernehmen. So kommt es, daß die über den Ernst ihrer Leiden vollständig unterrichteten Patienten aus den entferntesten Gegenden nicht nur zur Behandlung, sondern fast ausnahmslos immer wieder zur Kontrolle erscheinen können. Die Indolenz, welche wir bei uns zu beklagen haben, besteht bei der dortigen Bevölkerung kaum. Anlässlich des 2. Internationalen Radiologiekongresses waren z. B. 108 Patienten geladen und 104 selbst nach mehrtägigen Fußmärschen erschienen! Seit 1920 gibt der Staat dem Radiumhemmet einen jährlichen Kredit von 15 000 Kronen und für jeden Patienten der stationären Abteilung einen Beitrag von 2,50 Kronen den Tag. Zum 70. Geburtstag des Königs war eine Sammlung veranstaltet worden, deren Ertrag zu seiner freien Verfügung bestimmt war. Der König ordnete an, daß diese Jubiläumsspende „zur Bekämpfung der Krebskrankheiten in Schweden und zum wissenschaftlichen Studium dieser Krankheiten“ verwendet werden sollte. In verschiedenen Teilen des Landes wurden Vorträge über die Krebskrankheiten und ihre Bekämpfung gehalten; ein diesbezügliches Flugblatt wurde in 2 600 000 Exemplaren sämtlichen Zeitungen des Landes beigelegt; ein Radiovortrag gab Aufschluß über den Zweck der Sammlung. Er erreichte auch jene, welche in der Vereinsamung ihres Wohnsitzes nicht unmittelbaren Anteil an dem warmen Interesse hatten, welches die ganze Bevölkerung für die Sammlung zeigte. In gewissen Provinzen nahm die Mehrzahl der erwachsenen Bevölkerung daran teil. Die Stiftung ist hauptsächlich aus kleinen Beträgen zustande gekommen. Sie erreichte am Geburtstag des Königs 4 708 784 Kronen 27 Oere und dürfte schließlich auf 5 000 000 Kronen kommen, ein Betrag, der insbesondere der Weiterentwicklung des Radiumhemmet dienen wird. Das Radiumhemmet verfügt heute über 34 Betten, während die in Lund 1918 gegründete radiotherapeutische Klinik, welche über 400 mg Radiumelement und eine moderne röntgentherapeutische Anlage verfügt, 18 Betten besitzt. Diese beiden Kliniken sind die Hauptzentren der Krebsbekämpfung. Daneben besteht noch eine Krankenabteilung in Götting mit 21 Betten, 210 mg Radiumelement und einer modernen Röntgentherapieeinrichtung. Mit der Konzentration der radiologischen Geschwulsttherapie in wenigen Zentren wurde die Zusammenarbeit mit den Ärzten des Landes inniger. Die Chirurgen haben immer mehr gelernt, inoperable Tumoren oder Grenzfälle und in letzter Zeit auch operable Krebse eher der Radiotherapie wie dem Messer zuzurweisen. So dürften, nach Ansicht des Radiumhemmet, mit wenigen Ausnahmen alle Fälle von Krebs im Uterus, im Gesicht, der Thyreoidea, der Vulva der Radiotherapie zu überlassen sein. Beim Krebs in der Mundhöhle gewinnt die kombinierte chirurgisch-radiologische Behandlung von Tag zu Tag an Terrain. Dagegen ist man sich über die Vorteile einer kombinierten oder einer rein radiologischen Therapie beim Sarkom noch nicht überall klar. Der Zuweisung von Patienten an das Radiumhemmet hat eine mit einem ärztlichen Attest versehene Anmeldung vorauszugehen. Der Auf-

nahmetag kann bei den beschränkten Verhältnissen nur von dem Institut festgesetzt werden. In dem ärztlichen Attest soll Auskunft gegeben werden über vorhergehende chirurgische oder radiologische Behandlung und eine evtl. histologische Diagnose. Da Probeexzisionen und andere ähnliche nicht radikale Eingriffe ein rascheres Wachstum und Dissemination des Tumors verursachen, bleibt es in der Regel den Ärzten des Radiumhemmet überlassen, unmittelbar im Anschluß an die Behandlung erst die Probeexzision vorzunehmen. Die Verpflegungskosten stellen sich im allgemeinen Saal auf 4 Kronen, im Einzelzimmer auf 14 bis 18 Kronen pro Tag. Hinsichtlich der leitenden Prinzipien bei der Strahlentherapie maligner Tumoren hat sich gezeigt, daß die Resultate der Strahlenbehandlung im höchsten Grade von der angewandten Behandlungsmethode und Behandlungstechnik abhängen. Ein generelles Urteil über den Wert der Strahlentherapie bei malignen Tumoren ist unmöglich, ja nicht einmal bei einer gewissen Tumormorphologie oder Tumorklassifikation abzugeben. Beim Krebs der Prostata und der Blase, beim Oesophagus- und Rektumkrebs sind die Mißerfolge sicher in hohem Grade durch mangelhafte Bestrahlungstechnik bestimmt. Es gilt einerseits die Wachstumsenergie des Tumors so zu beeinflussen, daß die Heilkräfte des Körpers die Geschwulstkrankheit zu überwinden vermögen, andererseits zu vermeiden, daß das umliegende Gewebe oder die allgemeine Resistenz des Körpers durch die Bestrahlung so geschädigt wird, daß der Organismus nicht mehr gegen den geschwächten Tumor zu reagieren vermag. Bei der Behandlungsmethode sind von entscheidender Bedeutung für den gegebenen Fall: die Dosis und ihre Verteilung, die Applikationstechnik sowie die organisierte Ueberwachung und Kontrolle des Krankheitsverlaufs während und nach der Behandlung. Es gibt keine einheitliche „Karzinomdosis“, wohl aber eine gewisse Minimalquantität einer in gewisser Zeit absorbierten Strahlung, um Ausheilung einer gewissen Krebsgeschwulst zu bewirken. Andererseits gibt es eine gewisse Maximaldosis, die im Einzelfall bei einer gewissen Verteilung nicht überschritten werden darf, ohne das umliegende Gewebe zu schädigen oder allgemeine Schädigung des Organismus mitschzubringen. Wenn man auch für verschiedene Typen und Lokalisationen des Karzinoms versuchen muß, verschiedene Typen von Dosen zu finden, so hängt das Resultat schließlich doch davon ab, daß die Behandlungstechnik mit Rücksicht auf den individuellen Charakter des Falles durchgeführt wird. Es ist entschieden wünschenswert, die erforderliche Dosis innerhalb möglichst kurzer Zeit zu applizieren, am besten in einer Sitzung. Ist jedoch die Verabfolgung in einer Sitzung wegen der Lokalisation oder der Größe des Tumors nicht möglich, weil durch eine zu starke Reaktion des Tumors oder durch eine direkte schädliche Einwirkung auf die Umgebung die Heilung gefährdet würde, so tut man besser, die Dosis auf mehrere Behandlungsperioden zu verteilen. Alle beim Heilungsprozeß mobilisierten Zellelemente sind hochgradig radiosensibel, weshalb sie durch eine neue, vorzeitige Bestrahlung stark geschädigt werden, ein Fehler, der nicht selten gemacht wird. Man muß dem durch die erste Bestrahlung eingeleiteten Heilungsprozeß die nötige Zeit gönnen, sich bis zu einem gewissen Grade zu entwickeln, bevor die nächste Bestrahlung eingeleitet wird. Ein anderer wichtiger Umstand ist die dauernde Veränderung sowohl des Bindegewebes als auch der Gefäße in der Umgebung des Tumors nach starker Bestrahlung, wodurch ein herabgesetztes Reaktionsvermögen und eine erhöhte Neigung zur Nekrose bei folgenden Bestrahlungen zustande kommt. Man muß also einerseits ein gewisses, den verschiedenen Verhältnissen entsprechendes Intervall zwischen den Bestrahlungen einschalten, andererseits müssen sie zu Ende geführt sein, ehe dauernde Veränderungen eintreten, die den Heilungsprozeß erschweren. Das Intervall darf keineswegs so lange dauern, daß der

Tumor wieder zu wachsen beginnt oder es zu Metastasierungen kommt. Die Behandlung steigert keineswegs die Metastasierungs-tendenz — ganz im Gegenteil. Die Radiumbestrahlung ist bei den meisten Formen von malignen Tumoren der Röntgenbehandlung überlegen, vor allem bei Behandlung in Körperhöhlen, welche von außen zugänglich sind. Für den betreffenden Fall ist eine geeignete Applikationsform zu wählen: Kontaktbestrahlung, Distanzbestrahlung oder eine Form von Intubation. Bei Gesichtskrebs, Lippenkrebs, Uteruskrebs und Krebs der Mundhöhle wird grundsätzlich Radiumbehandlung des Primärtumors angewandt, bei der letzteren Gruppe oft in Kombination mit Elektrokoagulation. Operable Drüsenmetastasen werden bei Haut-, Lippen- und Mundhöhlenkrebs operiert und nachbestrahlt, inoperable Drüsen mit Röntgen bestrahlt oder mit Radium auf Distanz behandelt. Radiumfilter 2 bis 3 mm Pb. Wenn Radium direkt auf Haut oder Schleimhaut appliziert werden soll, wird in der Regel von Prothesen aus „Dental compound mass“ Gebrauch gemacht. In den letzten Jahren wurde mehr und mehr Distanzbestrahlung (3 bis 10 cm) und Intubation angewandt (Gold-platinnadeln oder Goldstahlnadeln mit Radiumsulfat beschickt). Bei kleinen Oberflächentumoren wird die Behandlung meist in einer Sitzung durchgeführt, bei größeren und bei tiefer gelegenen Tumoren findet die Bestrahlung in zwei oder mehreren Sitzungen statt, doch wird die ganze Behandlung in so kurzer Zeit wie möglich ausgeführt. Bei Sarkomen wird oft kombiniert mit Radium-Röntgen behandelt oder mit Röntgen vielfach allein bestrahlt. Wenn der Radiumvorrat zur Behandlung großer Tumoren oder von Drüsenmetastasen, wie bei präoperativer und postoperativer Behandlung, nicht ausreicht zur Distanzbestrahlung, werden Röntgenstrahlen verwendet, so auch in der Regel bei Sarkomen, ausgenommen die Sarkome des Nasen-rachenraumes und des Mundes. Seit dem Jahre 1921 haben 14 608 Patienten im Radiumhemmet Heilung gesucht. Die Mehrzahl davon war in einer Verfassung, daß ein anderer als ein palliativer Behandlungserfolg im voraus mit den gegenwärtigen radiologischen Behandlungsmethoden ausgeschlossen war. Denn die Radiotherapie ist noch eine rein lokale Behandlungsmethode, die eine Dauerheilung nur bewirken kann, wenn jeder im betreffenden Falle vorhandene Tumor einer direkten Bestrahlung in solchem Maße und unter solchen Umständen ausgesetzt werden kann, daß eine Ausheilung zu bewirken ist. Hat eine Metastasierung in die Ferne stattgefunden, so ist eine Dauerheilung mit der gegenwärtigen Technik äußerst unwahrscheinlich. Die Behandlung selbst wird entweder ambulant in der Poliklinik oder stationär in der Klinik vorgenommen. Die Poliklinik beginnt früh 8 Uhr mit dem Verbandswechsel, kleinen Operationen, Probeexzisionen, Blut-, Urin- und Stoffwechseluntersuchungen. Dann erst folgen die Radiumapplikationen. Neue Patienten werden erst um 11.30 Uhr bis 14 oder 15 Uhr angenommen und untersucht. Die Poliklinik verfügt über kleine Kabinette zum Auskleiden und zur ambulanten Radiumapplikation. 1927 wurde die Poliklinik von 5085 Patienten aufgesucht, welche 16 815 Besuche bei ihr machten. Von diesen Patienten hatten 2816 das Krankenhaus zum erstenmal aufgesucht. Der Radiumvorrat beträgt 2026,31 mg Radiumelement in Form von Radiumsulfat, eingeteilt in 113 Goldplattintuben und Nadeln und 35 flache Plättchen zur Oberflächenbehandlung. 500 mg Radiumelement in 10 speziellen Trägern werden zur Radiumdistanzbehandlung benutzt. Der Radiumvorrat ist jedoch viel zu klein, um eine rationelle Distanzbehandlung konsequent durchführen und um die Behandlungen schnell genug ausführen zu können. Im Jahre 1927 wurden 2606 Radiumbehandlungen durchgeführt. In der Radiumabteilung ist eine Oberschwester angestellt, welche die Verantwortung für den Radiumschatz trägt. Sie hat alternierend mit der Nachtschwester Dienst, so daß sie nur einen Monat ohne Unterbrechung in der Radiumabteilung tätig ist. Im folgenden Monat versieht sie Dienst auf der radiologischen Klinik, wo sie nur indirekt und mit kleinen Mengen von Radiumpräparaten in Berührung kommt. Die Zusammenstellung der Radiumpackungen wird nicht von der Schwester, sondern von einer Schülerin unter Aufsicht besorgt. Diese Schülerin hat im ganzen nur zwei Monate Dienst im Radiumhemmet und wird so durch das Radium nicht geschädigt. Die Röntgenabteilung verfügt über einen Siemens-Stabilivoltapparat, einen großen schwedischen Therapieapparat von Järnh. und einen Universalapparat der gleichen Firma für Diagnostik und Therapie. Die Röhrenschutzhäuser bestehen aus 8 mm dickem Bleigummi; die Schutzwände sind mit 5 mm Blei bis Mannshöhe beschlagen, darüber hinaus mit 3 mm bis zur Decke. Fußboden und Decken sind mit Bariumsulfat gefüllt. Periodische Kontrollmessungen zeigen, daß das Bedienungs-

personal weder von direkten noch sekundären Strahlen getroffen wird. Die Arbeitszeit in der Röntgenabteilung dauert von 8 bis 18 Uhr mit einer Mittagspause von zwei Stunden. Große Ventilatoren sorgen für Durchlüftung. Das Personal der Röntgenabteilung hat neben dem freien Sonntag einen freien Wochennachmittag und zwei Monate jährliche Ferien, einen Monat im Sommer und einen im Winter. 1927 wurden 10 771 Röntgenbestrahlungen durchgeführt. In der Poliklinik sind die Konsultationen unentgeltlich. Der Oberarzt hat seine Privatkonsultationen im Radiumhemmet in besondere Sprechstunden. Jede Radiumbehandlung in der Poliklinik und der Klinik kostet 5 bis 10 Kronen. Bei der Röntgenbehandlung kostet z. B. $\frac{1}{4}$ HED durch 4 mm Al bei einem FHA von 40 cm 5 Kronen. Der Preis durch 0,5 mm Cu + 1 mm Al beträgt 5,50 Kronen. Die Behandlungen der Unbemittelten werden von den Gemeinden bezahlt. Im Operationssaal werden teils die Hilfsoperationen bei der Radiumapplikation und die Radiumintubationen, teils die Elektrokoagulationen bei kombinierter chirurgisch-radiologischer Therapie gemacht. Für die Elektrokoagulation stehen zwei Apparate von Wappler in New York und von Siemens-Reiniger-Weiss zur Verfügung. 1927 wurden 110 Elektroendothermieoperationen und 347 Desikkationen gemacht und 13 kleinere, blutige Hilfsoperationen vorgenommen. Die Archiv- und Kontrollabteilung ist nach amerikanischem Muster, speziell nach der Mayo-Klinik und dem Memorial-Hospital organisiert. Die Schweden sind aber gegenüber den Amerikanern im Vorteil, weil sie in ihrem viel kleineren Land mit einer viel geringeren Bevölkerung leichter kontrollieren können. Diese Kontrollen dienen der Beurteilung des radiotherapeutischen Erfolgs und der angewandten Technik. Die Angaben des Patienten über Name, Alter, Adresse, Vermögen usw., welche der Patient bei seinem Eintritt in die Klinik machen muß, werden in ein Krankenjournal und gleichzeitig auf zwei Karten notiert. Die eine heißt Kontrollkarte, sie bleibt beim Radiumhemmet, die andere, die Gedächtniskarte, erhält der Patient. Der Patient kommt nun mit dem Krankenjournal und den beiden Karten zur Poliklinik, wo er untersucht wird. Anamnese und Status in die Schreibmaschine oder in ein Diktaphon gesprochen werden. Schließlich wird der Behandlungsplan entworfen, meist nach gemeinsamer Konferenz unter den Ärzten des Radiumhemmet. Dosis, Applikationszeiten, die gewählten Radiumträger, die vorgängige Elektrokoagulation, die eventuell sich anschließende Röntgenbehandlung usw. werden auf besonderen „Behandlungskarten“ aufs genaueste notiert. Ist die Behandlungsserie mit täglicher Kontrolle abgeschlossen, wird der Patient entlassen und ihm seine Gedächtniskarte, worauf ebenso wie auf der Kontrollkarte das Datum seines nächsten Besuches im Radiumhemmet vermerkt ist, ausgehändigt. Neben mündlichen Verhaltensmaßregeln wird ihm aufgetragen, schriftlich Bericht zu erstatten, falls er nicht nach Stockholm kommen könne. Auch die rein poliklinischen Patienten erhalten dieselben Verhaltensmaßregeln und eine Gedächtniskarte. Wie vollendet das System funktioniert, zeigt das Beispiel von 1481 Patienten mit Gebärmutterkrebs, welche im Zeitraum 1914 bis 1927 behandelt wurden. Sie konnten sämtlich dauernd kontrolliert werden. Findet sich der Patient am festgesetzten Tage nicht ein, so schickt das Archiv ohne weiteres eine Mahnung. Vermittels des Kartensystems kann man jeden Morgen die Zahl der bestellten alten Patienten überblicken und die Krankenjournalen bereitlegen, was den Ärzten viel Zeit spart. Weiter sind sämtliche Patienten in einem Hauptbuch nach Diagnosen geordnet. Die Patienten werden chronologisch eingetragen, beim ersten Besuch mit einem Auszug aus dem Status, und am Schluß des Jahres wird über das Befinden des Patienten berichtet. Die Rubriken sind: 1. symptomfrei; 2. symptomfrei, gestorben an interkurrenter Krankheit; 3. symptomfrei, Rezidiv, wieder symptomfrei oder gebessert; 4. symptomfrei, Rezidiv, Progression; 5. gebessert; 6. temporär gebessert, dann Progression oder Tod; 7. kein Effekt; 8. vor kurzem in Behandlung genommen; 9. Behandlung unterbrochen; 10. nicht zur Behandlung geeignet. Nach diesem Prinzip sind auch die Jahresberichte des Radiumhemmet verfaßt, wobei nicht nur über das letzte Jahr, sondern auch über alle vorhergehenden Jahre vom Jahre 1921 ab im Einzelfall berichtet wird. Für gewisse Leiden werden Spezialregister geführt, so über Mamma-Karzinom und Uterus-Karzinom. Das physikalische Laboratorium dient der wissenschaftlichen Forschung, der Kontrolle der eigenen Apparate und Schutzmaßnahmen, zugleich aber auch als Eichstätte und Kontrollinstanz aller Röntgenabteilungen des Landes, so daß in ganz Schweden eine einheitliche Dosierung ermöglicht ist. Die pathologisch-anatomische Abteilung

teilt neben histologischen Diagnosen Versuche über die experimentelle Krebsätiologie und Strahlenbiologie an. Zur Zeit beschäftigt sich das Laboratorium mit experimentellen Gewebeskulturen und mit Untersuchung der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf dieselben, sowie mit Versuchen über die Einwirkung von Elektroendthermie auf Tumoren. Im Radiumhemmet wird keine Emanation verwendet, es werden nur feste Radiumpräparate angewandt. Einer der Gründe ist die mit der Emanationstechnik verbundene viel größere Gefahr. Die Aufnahmeabteilung des Radiumhemmet ist „Gehirn und Herz“ der Klinik, wo die Arbeitsaufgaben erwogen und die Pläne entworfen werden. Durch die täglichen eingehenden Konferenzen der Repräsentanten der verschiedenen Abteilungen können sämtliche Mitarbeiter den Gang der Arbeit verfolgen und einen Einblick in die vorliegenden Probleme gewinnen. Der Beurteilung der Resultate der Radiotherapie im Vergleich zur Chirurgie und dem natürlichen Verlauf der nichtbehandelten Krebsfälle liegt eine Sammelforschung aller während der Jahre 1911 bis 1913 in ganz Schweden beobachteten Krebsfälle — etwa 10 000 — zugrunde. Sie sind durch genaue, 5 bis 7 Jahre nach Beginn der Krankheit angestellte Nachforschungen kontrolliert. Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse bei Tumoren, welche primär begrenzt und operabel sind, läßt sich der Wert der Radiotherapie nur danach beurteilen, in welchem Ausmaße vollständige und dauernde Symptombefreiung erzielt wurde. Doch bei den Tumoren, welche primär nur relativ begrenzt sind, ist die Wertprüfung mit der Ermittlung der Prozentzahl definitiver Heilung noch nicht erschöpft, indem außer diesen Patienten noch eine ganze Anzahl Kranker mehr oder weniger langdauernde Symptombefreiung erlangt oder wenigstens Linderung ihres schweren Leidens. Die Gerechtigkeit verlangt, daß man die Radiotherapie auch in diesem Sinne in Vergleich zu anderen Methoden setzt. Dauerheilungen wurden bei den wenigen operablen Fällen von Cancer mammae, welche der Radiotherapie unterzogen wurden, wie es scheint, in gleichen Maße erzielt wie mit dem Messer. Unter 39 Fällen von Cancer thyreoideae aus 1910 bis 1923 waren wenigstens 5, d. h. mehr als 15%, mehr als 5 Jahre symptomfrei. Dabei waren 34 Fälle inoperabel. Besonders bemerkenswert sind die Endresultate der kombinierten radiologisch-chirurgischen Behandlung bei Cancer vulvae, wenn man die Hoffnungslosigkeit der reinen Chirurgie berücksichtigt. 1922 bis 1924 wurden 26 Fälle von Vulvakrebs kombiniert mit Elektrokoagulation und Röntgen bzw. Radium behandelt. Von den acht völlig symptomfreien Patienten war einer seit vier, vier seit zwei und drei seit einem Jahre nach der Behandlung in voller Gesundheit. Bei den oberflächlichen Gesichtskrebsen, welche sich auf die Haut und das subkutane Gewebe beschränken und gegen das darunterliegende Gewebe frei beweglich sind, wurden von 102 Fällen 88 geheilt. Schließt man 9 Fälle aus, welche sich der Behandlung entzogen, so stellt sich das Resultat auf 95% Heilung. Bei den infiltrierenden Tumoren beziffert sich die Heilung auf 54 von 105 oder 51,4%. Beurteilt man nur die operablen Fälle — 80 Stück — so ergibt sich eine Heilziffer von 54 Fällen, d. h. 67,5%. Ohne Rücksicht auf Operabilität und unter Einbeziehung auch derjenigen, welche die Behandlung nicht beendigten, wurden 142 von 207 Patienten geheilt, d. h. 68,6%. Von 182 technisch Operablen, die Fälle, welche die Behandlung unterbrachen, einbegriffen, wurden 78% geheilt. Beim Lippenkrebs war der Unterschied der Behandlungsergebnisse zwischen oberflächlichen und infiltrierenden Tumoren groß. Von 40 oberflächlichen Tumoren blieben 36 = 90% der ganzen Gruppe geheilt, unter 26 infiltrierenden nur 9 oder 34%. Von diesen 26 Patienten waren allerdings 14, d. h. 54%, inoperabel, so daß die Heilungsziffer der operablen Fälle 75% ausmacht. Eingerechnet die 14 inoperablen Fälle sowie jene 6 Patienten, welche sich der Behandlung entzogen, waren von der Gesamtgruppe mit 66 Fällen 45 absolut geheilt. Von der Gesamtheit der Operablen mit 52 war die Heilungsziffer 86%. Von 20 Fällen von Oberlippenkrebs blieben 14 oder 70% geheilt. Von 11 oberflächlichen Tumoren blieben sämtliche geheilt. Von 9 infiltrierenden — die meisten in fortgeschrittenem Stadium — blieben nur 3 geheilt. Keiner der infiltrierenden Lippen- oder Hautkrebse, welche inoperable Drüsenmetastasen zeigten, sind durch Radiotherapie geheilt worden. Von 13 infiltrierenden Rezidiven mit Drüsenmetastasen nach chirurgischem Eingriff bei Lippenkrebs wurde keiner durch Radiotherapie geheilt. Dagegen wurde klinische Heilung erreicht in drei lokalen, infiltrierenden Rezidiven nach operativer Entfernung von Lippenkrebs, wo Drüsenmetastasen nicht nachweisbar waren. Operable Drüsenmetastasen wurden extirpiert. Krebsfälle in der Mundhöhle wurden 1916 bis 1925 244 behandelt. Wenn

auch der Krebs in seinen verschiedenen Lokalisationen: Cancer linguae, Cancer sublingualis, Cancer mandibulae und Cancer buccae in mehreren Beziehungen ein verschiedenes klinisches Bild und verschiedenen Heilungsverlauf aufweist, so waren doch die Endresultate im großen und ganzen gleich. Bei einem Teil der Mundhöhlenkrebse war die Therapie ausschließlich radiologisch, bei einem anderen Teile eine mit chirurgischer Behandlung kombinierte Radiotherapie. 160 Patienten wurden ausschließlich radiologisch behandelt in den Jahren 1916 bis 1925. Bei 31 von ihnen wurde eine mindestens einjährige Heilung erzielt. Von 136 Kranken, welche drei Jahre und länger beobachtet wurden, blieben 26 geheilt. Von 113 Fällen, die mindestens fünf Jahre beobachtet werden konnten, blieben 21 oder 18% symptomfrei. Bei dieser Klientel konnten Heilungen nur erzielt werden, wenn der Tumor noch makroskopisch auf seinen primären Sitz beschränkt war. Bei keinem der 72 Fälle, welche sichere regionäre Drüsenmetastasen aufwiesen, war auch nur Heilung von einjähriger Dauer zu erreichen. Allerdings hatte sich das Radiumhemmet von vornherein lediglich auf palliativen Effekt eingestellt. Bei den inoperablen Drüsenmetastasen wurde in früheren Jahren lediglich mit Röntgenstrahlen behandelt, da es an der genügenden Menge Radium gebrach. Von den 88 operablen und inoperablen Tumoren, wenn sie sich nur auf ihre Primärlokalisation beschränkten und keine vergrößerten und harten regionären Drüsen aufwiesen, wurde bei 31 Patienten einjährige Heilung erreicht, dreijährige Heilung bei 26 von 78 Fällen, fünfjährige bei 21 von 68. Etwa 30% dieser Fälle sind also über fünf Jahre geheilt geblieben, und die Heilungsprozentzahl blieb nach einjähriger Heilung fast konstant. Bei kombinierter radiologischer und chirurgischer Behandlung ist primäre Heilung (einjährige Heilung) in 53 von 84 Fällen eingetreten, 56 Fälle wurden mindestens drei Jahre beobachtet, wovon 36 geheilt blieben und 22 Fälle mindestens fünf Jahre mit 13 Heilungen. Bei der kombinierten wie bei der rein radiologischen Behandlung ist also die Rezidivfrequenz nach einem Jahre Heilung gering. Die Heilungsfrequenz ist bei der kombinierten chirurgisch-radiologischen Behandlung ungefähr doppelt so groß wie bei ausschließlich radiologischer. Dabei wurde die bedeutungsvolle Beobachtung gemacht, daß die Besserung der Heilungsergebnisse so gut wie ausschließlich die Fälle mit anfänglichen manifesten Drüsenmetastasen betrifft. Die Heilungsprozentzahlen der operablen Primärtumoren betrug nämlich bei ausschließlich radiologischer Behandlung nach einem, drei und fünf Jahren 62%, 62% und 56%, während die entsprechenden Ziffern bei kombinierter Therapie 75%, 80% und 65% waren. Dagegen ist der Unterschied bei den regionär metastasierten Tumoren sehr groß, indem mit Radium allein keine klinischen Heilungen erzielbar waren, während bei der kombinierten Therapie in 10 von 27 Fällen einjährige Heilung zustande kam, in 7 von 20 Fällen dreijährige und in 2 von 5 Fällen fünfjährige. Von den ausschließlich radiologisch oder kombiniert chirurgisch-radiologisch behandelten Cancer-linguae-Kranken waren 59% (13:22) nach fünf Jahren symptomfrei, von Cancer regionis sublingualis 83% (5:6), von Cancer mandibulae 33% (3:9) und von Cancer buccae 1 von 2 Fällen. Von 541 mit Gebärmutterkrebs Behafteten erreichte das Radiumhemmet bei 112 Kollumkrebsen Fünf-Jahres-Heilungen, d. h. 20,7%. Berücksichtigt man nur die ausschließlich mit Radium behandelten 500 Patienten, so wird die Ziffer der absoluten Heilungen 22,4%. 67 von 145 operablen und Grenzfällen von Kollumkrebs aus den Jahren 1914 bis 1919 blieben fünf Jahre symptomfrei, was einer relativen Heilung von 46,2% entspricht. Während der Zeit von 1914 bis 1919 sind 39 Fälle von 234 inoperablen Fällen durch Radiumbehandlung symptomfrei geworden und mindestens fünf Jahre geheilt geblieben, was in diesen Fällen einer relativen Heilung von 16,7% gleichkommt. Beim Korpuskrebs wurde fünfjährige Heilung in 20 von 46 während der Periode 1913 bis 1921 behandelten Fällen erzielt. Dies entspricht einer absoluten Heilung von 43,5%. In 15 unter 25 operablen Fällen von Korpuskrebs aus derselben Zeit wurde fünfjährige Heilung erreicht, d. h. eine relative Heilung von 60%. Diese Statistik ist von besonderem Interesse, weil erstens grundsätzlich — mit Ausnahme von zwei Jahren bei gewissen Fällen — eine einheitliche Technik zur Durchführung kam und eine gewisse Standarddosis eingehalten wurde; zweitens, weil jeder einzelne Fall, der im Radiumhemmet Hilfe gesucht hatte, später durch die ganze Zeit im Auge behalten werden konnte. Von der Gesamtzahl der 543 Sarkomfälle, die 1910 bis 1922 im Radiumhemmet behandelt worden waren, erwiesen sich 1925 genau $\frac{1}{2}$ symptomfrei. Bezüglich der Behandlungsmethoden müssen 392 nur mit Radium und Röntgenstrahlen behandelte Tumoren von 151 chirurgisch-radiologisch

behandelten unterschieden werden. In der ersten Gruppe waren 238 primäre Geschwülste und 154 Rezidive. Von den 238 ausschließlich radiologisch Behandelten waren wenigstens 148 bei der Aufnahme inoperabel. 58 Patienten dieser Gruppe sind symptomfrei geblieben, darunter waren wenigstens 31 inoperabel. Von den kombiniert behandelten 151 Patienten blieben 95 frei, eine überraschend hohe Zahl. Einer möglichst radikalen Operation war die Röntgentiefenbehandlung oder die Radiumbestrahlung des Tumors und der angrenzenden Drüsenregionen gefolgt und in mehreren Fällen auch vorausgegangen. Die Heilungsergebnisse waren bei Sarkomen verschiedener Art und Lokalisation sehr ungleich, so daß eine allgemeine Analyse dieser Ergebnisse keinen richtigen Begriff von den Aussichten und der Begrenzung der Radiotherapie gibt. Von großer Bedeutung ist die Dauerheilung verschiedener von der Schleimhaut des Mundes, des Pharynx, der Nase und der Orbita ausgehenden Sarkome, welche Tumoren infolge ihrer Lage inoperabel sind. Hinsichtlich der Prinzipien der kombinierten Behandlung und ihrer Resultate macht es oft große Schwierigkeiten, eine sichere Vorstellung vom Anteil der radiologischen Behandlung am Heilungsergebnisse zu gewinnen. Auch ist zu einem endgültigen Urteil über die Resultate und über die Behandlungstechnik ein weit größeres und länger beobachtetes Material nötig, als es bis jetzt vorliegt. In gewissen Geschwulstgruppen ist jedoch der Einfluß der Radiotherapie auf die Heilungsergebnisse bereits zu überblicken. Um eine Behandlungsstatistik zu erhalten, welche bestimmte Schlüsse über den Anteil der beiden Behandlungsmethoden am Heilungsergebnisse ermöglicht und die als Richtschnur für die weitere Behandlungstechnik dienen kann, scheint es erforderlich, eine mehr systematische Gruppierung der Behandlungsmethoden vorzunehmen, als es bisher auch am Material des Radiumhemmet geschah (Forsell). So dürfte es notwendig sein, bei dieser Behandlungsstatistik streng zwischen den Fällen zu unterscheiden, wo eine radikale Operation in anscheinend gesundem Gewebe ausgeführt wurde, und jenen, wo nur ein unvollständiger chirurgischer Eingriff möglich war. Im ersteren Falle können die chirurgischen Statistiken bei Beurteilung der Resultate der „kombinierten“ Behandlung bis zu einem gewissen Maße als Vergleich dienen, obgleich auch bei den „radikalen“ Operationen das Behandlungsergebnisse, wie bekannt, in sehr hohem Grade von der Beschaffenheit des Materials und dem Grade der Vollendung der chirurgischen Technik abhängt. Bei den chirurgischen Eingriffen, die den Tumor nur unvollständig entfernen, kann eine eventuelle Dauerheilung sicherlich zur Hauptsache der Radiotherapie zugeschrieben werden, weil ja ein unvollständiger chirurgischer Eingriff das Fortschreiten der Geschwulstkrankheit oft eher fördert als verhindert. Die Entfernung der Hauptmasse des Tumors durch den operativen Eingriff in direktem Zusammenhang mit der Radiotherapie bei dafür geeigneten Fällen dürfte indessen die Heilung in wesentlichem Grade erleichtern. Ueber die Art der Einwirkung der Radiotherapie bei präoperativer und postoperativer oder präventiver Behandlung ist zu sagen, daß es sich kaum um eine präventive Wirkung der Bestrahlung in dem Sinne handeln kann, daß etwa durch die Bestrahlung dem Entstehen von Tumoren durch Einwirkung auf das umliegende Gewebe vorgebeugt werden könnte. Wird ein Effekt erzielt, so dürfte es sich um eine direkte oder indirekte Wirkung auf schon vorhandene, makroskopisch nicht manifeste „latente“ Metastasen einer bereits in die Umgebung disseminierten Geschwulst handeln. Manche Beobachtungen scheinen dafür zu sprechen, daß das maligne Gewebe auf dieser Stufe der Entwicklung, wenn es sich noch nicht zu einem differenzierten Gebilde, einem „Tumor“ organisiert hat, in anderer Weise auf die Bestrahlung reagiert als im Stadium der Tumorbildung. Bei der Verwendung der Elektroendothermie zur Operation in Verbindung mit Radiotherapie ist das unmittelbare günstigere Resultat der Elektroendothermieoperation erschwerend bei der Beurteilung, welcher Anteil der Radiotherapie zukommt. Erfahrungsgemäß kann aber auch durch die Elektroendothermie bei einem unvollständigen Eingriff keine Heilung erzielt werden. Wird sie doch erreicht, so ist sie wahrscheinlich auf das Wirkungskonto des Radiums zu setzen. Vielleicht daß sich die Technik der Endothermiebehandlung noch so entwickelt, daß sich ihre Wirkung auch über das Operationsgebiet hinaus erstreckt. — Auch bei der präoperativen Behandlung hat die Radiotherapie nicht die Aufgabe, das Tumorgewebe zu beseitigen, sondern nur in seiner Virulenz zu schwächen, um die Gefahr der Dissemination durch den chirurgischen Eingriff zu vermindern. Ferner soll die präoperative Behandlung einen Resorptionsprozeß der peritumoralen Infiltration

einleiten, um so aus dem inoperablen Tumor eventuell einen operablen zu machen. Endlich scheinen gewisse Beobachtungen dafür zu sprechen, daß der durch die Bestrahlung des Tumors eingeleitete Heilungsprozeß eine erhöhte Resistenz des Organismus gegen noch wenig entwickelte „prä-tumorale“ Metastasen zustande bringen kann. Neben den bereits erwähnten, häufig unvollständig operierten und dann mit Radiotherapie behandelten Krebsen der Mundhöhle und gewissen Sarkomen sind besonders die Resultate der kombinierten Behandlung des Cancer vulvae bemerkenswert. Die Operationsergebnisse sind bei diesen Fällen hoffnungslos schlecht, und auch die Versuche mit Radiotherapie allein ergaben lediglich palliative Resultate. In den Jahren 1922 bis 1924 wurden 26 Fälle einer kombinierten Behandlung mittels Elektrokoagulation und Radium- bzw. Röntgenstrahlen unterzogen. Von diesen Patientinnen blieben acht symptomfrei, und zwar: ein Fall durch drei Jahre, vier Fälle durch zwei Jahre und drei Fälle während eines Jahres. Da in Schweden seit vielen Jahren auch die operablen Fälle von Zervixkrebs radiumbehandelt werden, konnten nur geringe Erfahrungen im Sinne einer Steigerung der Dauerheilungen gegenüber der alleinigen Operation gesammelt werden. Auch beim Ovarialkarzinom wurde nach Bestrahlung unvollständig operierter Fälle langanhaltende Heilung erreicht. Drei von sieben Patientinnen blieben während fünf bis zwölf Jahren symptomfrei. Bei vier von fünf radikal operierten und Bestrahlten wurde eine mehr als fünf Jahre anhaltende Dauerheilung erzielt. Von 76 Mammakarzinomen, die postoperativ mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren, waren nach drei Jahren noch 47 (60%) am Leben und hatten keine nachweisbaren Rezidive. Von 26 Fällen mit adhären Ten Tumoren oder Achseldrüsen hatten 24 keine Rezidive. Von 15 Fällen mit Drüsen in der Fossa supraclavicularis blieb nur einer von Rezidiven verschont. Von 33 Fällen, die 1920 mit großen Einzeldosen behandelt worden waren, lebten nach einem Jahre nur 16 Fälle ohne Rezidiv, und in allen Gruppen traten bei dieser Technik die Rückfälle häufiger auf, als bei der Applikation von zahlreichen kleineren Einzeldosen ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ HED). 1911 bis 1913 wurden 572 Fälle von Mammakarzinom nur operiert. Von diesen waren nach fünf Jahren nur 20 bis 23% noch ohne Rezidiv. In den letzten Jahren haben wir bei einer Anzahl von Mammakarzinomen sowohl präoperativ wie postoperativ bestrahlt, bis auf weiteres mit sehr gutem Erfolg. Bei Drüsenmetastasen des Mundhöhlenkrebses haben die kombinierten Behandlungsmethoden bessere Dauerresultate gebracht, und es scheint, als ob die Erfahrungen für eine ausgedehnte Anwendung präparatorischer und postoperativer Radiotherapie bei malignen Tumoren spräche. Hinsichtlich der palliativen Leistung wurde an 4470 Fällen eine Lokalheilung von 1714 Fällen erreicht. Diese hohe Erfolgsziffer erklärt sich daraus, daß unter der Gesamtzahl 2131 Fälle, die operabel und von der Art waren, welche der Radiotherapie günstige Bedingungen bietet: Hautkrebs, Lippenkrebs und Uteruskrebs. Beim Hautkrebs betrug die absolute palliative Leistung $625 : 798 = 78,3\%$, beim Lippenkrebs $138 : 198 = 69,7\%$, beim Uteruskrebs $513 : 1135 = 45,2\%$. Um eine Vorstellung von der palliativen Leistung bei der großen Mehrzahl maligner Tumoren zu bekommen, ist es nötig, diese besonders günstigen Fälle abzuheben; auch sollte man die Fälle außer Betracht lassen, bei welchen eine Primärheilung nicht sicher erzielt werden konnte. Die größeren Karzinomgruppen, in welchen das der Fall war, sind: Cancer laryngis et hypopharyngis 94 Fälle, Cancer oesophagi 39 Fälle, Cancer ventriculi 68 Fälle, Cancer coeci und Cancer coli 14 Fälle, Hypernephrom 6 Fälle, Cancer vesicae urin. 16 Fälle, Tumor cerebri 13 Fälle oder insgesamt 250 Fälle. In wie hohem Grade vorgeschritten die Mehrzahl dieser Fälle war, davon gibt der Umstand einen Begriff, daß bei 117 von ihnen, d. h. 46,8%, eine Radiotherapie für aussichtslos gehalten und demnach keine Behandlung eingeleitet wurde. Eine Sonderstellung nimmt auch das Sarkom ein, bei welchem in 100 von 413 Fällen primäre Heilung erzielt wurde, das sind 24,2%. Wenn also die extrem günstigen Fälle von Karzinom (2131 Fälle mit 1276 Geheilten), das Sarkom (413 Fälle mit 100 Geheilten) sowie die allerungünstigsten Formen von Karzinom (250 Fälle, von welchen keiner Symptomfreiheit erreicht) oder zusammen 2794 Fälle mit 1376 Geheilten abgezogen werden, so verbleiben 1676 Karzinomfälle, bei welchen in 338 Fällen oder 20,2% primäre lokale Symptomfreiheit erzielt wurde. Bei 3354 Fällen, welche ausschließlich radiologisch behandelt worden waren, wurde primäre lokale Heilung (Symptomfreiheit) in 1714 Fällen erreicht, was einer relativen palliativen Leistung von 51,1% entspricht. Bei besonders günstigen Gruppen, für die eine bestimmte kurative Behandlungstechnik angewandt wurde, betrug die Zahl der

primären Heilungen: bei Cancer cutis 92% (625: 678), bei Cancer labii 78,4% (138: 196), bei Cancer uteri 57,6% (513: 890); bei Sarkom war primäre Symptombefreiheit in 29,4% (100: 340) eingetreten. Bei den genannten besonders ungünstigen Gruppen von Karzinom, wo in keinem Falle primäre Heilung erzielt worden war, beträgt die Zahl der zu Ende Behandelten 114. Wenn alle oben genannten Gruppen mit einer gewissen Sonderstellung hier ebenso wie bei der Beurteilung der absoluten Leistung abgezogen werden, verbleiben 1136 zu Ende behandelte Karzinome, wovon 338 (29,8%) infolge der Behandlung primär symptomfrei wurden, eine Ziffer, welche mit der des relativen Effektes bei sämtlichen Sarkomen (29,4%) nahezu übereinstimmt. Von den Patienten, welche die Behandlung zu Ende führen ließen, erreichten 60% eine wesentliche Besserung der Krankheitserscheinungen. Beim Uteruskarzinom, beim Karzinom und Sarkom der Mundhöhle und Rachen — hier besonders in Verbindung mit der Elektrokoagulation — kann man dem Patienten vornehmlich auch durch Besserung seiner Schmerzen große Erleichterung bringen. Weitgehende Besserung läßt sich bei Cancer vulvae, Hypophysentumoren und Cancer thyreoideae erreichen: primäre lokale Symptombefreiheit 8:42 (19%), wesentliche Besserung bei 24 Fällen (57%). Infolge der bisherigen Indikationsstellung des Cancer mammae weist das Radiumhemmet nur wenige Fälle dauernder Heilung auf, dafür aber 64 von 251 behandelten Fällen mit primärer, lokaler Symptombefreiheit — hauptsächlich bei lokalen Rezidiven sowie regionären Drüsenrezidiven — und verfügt es über wesentliche Besserung bei 110 Kranken (43%). In den letzten Jahren konnte eine wesentliche Steigerung der palliativen Leistungen durch eine gleichzeitige Dargebung von 10—30 cg Thyreoideatabletten neben der Radiotherapie erreicht werden. Das Mammakarzinom ist ein dankbares Feld für die palliative Therapie, und nach den Beobachtungen Forssells hauptsächlich an inoperablen Fällen scheint es wahrscheinlich, daß die besonders von Wintz empfohlene Radiotherapie auch beim operablen Mammakarzinom Berechtigung hat.

Die palliative Radiotherapie scheint bei allen malignen Tumoren berechtigt, wenn eine wesentliche Reduktion des Tumors zu erwarten ist. Ist der Tumor noch primär begrenzt und besteht so Aussicht, eine kurative Leistung zu erzielen, so soll eine darauf hinielende Technik gewählt werden. Handelt es sich dagegen um ausgedehnte Tumoren, bestehen bereits Drüsenmetastasen, so soll man keinen Versuch der Sterilisierung größerer Gebiete machen, weil er aussichtslos und schädlich ist, vielmehr soll man sich von vornherein auf eine begrenzte Bestrahlung manifester Tumoren einstellen. Ist erfahrungsgemäß aber auch kein palliativer Erfolg mehr zu erwarten, so soll man im Interesse des Rufes der Radiotherapie jeden Versuch mit ihr unterlassen.

Von gutartigen Erkrankungen wurden in den letzten sieben Jahren 1187 Fälle von Hautwarzen erfolgreich bestrahlt. Vielfach wurde besonders bei multiplen Warzen und Tylosis dreimal täglich 1,0 g Magnesiumsulfat in sehr verdünnter Lösung oral angewendet. Diese alte Therapie kann einerseits allein schon Heilung bringen, andererseits die Empfindlichkeit der Warzen gegen Radiotherapie beträchtlich steigern. Die Warzen dürften ein dankbares Feld wissenschaftlicher Studien über Aetiologie und Therapie der Geschwülste darstellen.

Bei aller Anerkennung der Arbeit Forssells, welche er im Dienste der ganzen Menschheit gegen das Blastom geleistet hat, legen uns die doch kleinen Zahlen das Bedauern nahe, daß ein solcher Mann in seinem Wirkungskreis zunächst auf sechs Millionen beschränkt ist! Das kann uns nicht hindern, der Kulturtat des kleinen Schweden in der Krebsbekämpfung höchste Anerkennung zu zollen. Möchte sie aber auch uns endlich zur Befolgung des leuchtenden Beispiels des uns stammverwandten Volkes führen. Ich bin überzeugt, daß wir Forssells, dem Freunde Deutschlands, keine größere Ehre und Freude bereiten können, als indem wir ihm nachahmen.

Vor- und Nachbehandlung zu ambulanter Adenotonsillotomie.

Von Dr. BIRKHOLZ, Aschersleben.

Vor zwei Jahren habe ich an dieser Stelle*) bei Gelegenheit grundsätzlicher Erörterungen, warum die Mandelausschälung nie ambulant vorgenommen werden sollte, auf die Bestrebungen im angelsächsischen Auslande hingewiesen, auch die übliche einfache

Entfernung der Tonsillen und Adenoide möglichst unter klinischen Kautelen vorzunehmen. Es erklärt sich das aus dem hohen Interesse, das dort die gesamte Öffentlichkeit der Mandelchirurgie entgegenbringt. Es sei hier gestattet, die dort kurz zitierte Resolution der otologischen Abteilung der Kgl. med. Gesellschaft zu London nochmals etwas spezifiziert zu bringen. Danach sollen:

1. die betr. Eingriffe fachärztlich indiziert und ausgeführt werden;
2. die Operierten 48 Stunden im Spital bleiben, weitere 48 Stunden ärztlich überwacht werden;
3. die Eltern durch Drucksachen auf Vorbereitungs- und Nachbehandlungsmaßnahmen hingewiesen werden;
4. Die Anamnese in bezug auf Vorkrankheiten sorgfältig erhoben werden;
5. Spezialnarkotiseure angestellt werden;
6. ausgebildete Schwestern die Ueberwachung übernehmen.

Love Kerr berichtet nach zwei Jahren von Anwendungsergebnissen dieser Resolutionen. Danach sind versuchsweise Schulkliniken mit diagnostischen Ambulatorien in Schottland eingerichtet worden, in denen Schulkinder aus Stadt und Land nach den obigen Grundsätzen operativ behandelt werden. Die Statistik über etwa 3000 Adenotonsillotomien in einer Sitzung ist sehr bestechend. Ein weiterer Bericht über 10 000 Fälle (aus Rochester) bestätigt das.

Wenn ich den Berichten, die das Ergebnis zentralisierter Mandelchirurgie an Kindern darstellen, einen solchen anfügen darf, der als Resultat einer Rundfrage an 146 amerikanische Fachärzte 1926 erschien, so scheint die Dezentralisierung der systematischen Adenotonsillotomie weniger wirkungsvoll zu sein.

Referent Pratt urteilt, daß Aerzte in der Regel keine sehr genauen Beobachter der Endergebnisse ihrer Arbeit sind, daß die Endergebnisse der Mandeloperationen in vielen Fällen nicht befriedigen, besonders bei Kindern vor dem sechsten Lebensjahre; er bedauert, daß der operativen Technik usw. nicht immer die nötige Beachtung geschenkt würde. Dieses Urteil aus einem Lande, das im Punkte der Mandelentfernung sehr freigebig denkt, ist besonders wichtig.

Aus dem Gegenüberstellen beider Auslandsberichte möchten wir ableiten, daß, wie ich bereits 1923 ausführte, auch Adenotonsillotomien in der Regel nur unter klinischen Kautelen ausgeführt werden sollten. Dies geschieht ja bei uns auch vielfach in den Großstädten mit ihren Fachkliniken und — Polikliniken. Indessen ist dies unser „klinisches“ Verfahren, wie ich wiederholt zu konstatieren Gelegenheit hatte, etwas ganz anderes, als was uns die Amerikaner und England vormachen. So weiß ich es von einigen Universitätspolikliniken ganz bestimmt, daß die systematische Adenotonsillotomie in einer so einseitigen Art und Weise betrieben wird, daß es schwer ist, den Ausdruck der Amerikaner: Zur-Schlachtbank-führen nicht zu gebrauchen. Es werden da, gewöhnlich nach einer einzigen Spiegeluntersuchung, die Schulkinder nacheinander in einer Sitzung operiert; die einheimischen werden nach wenigen Ruhestunden mit Anweisungen nach Hause geschickt, vielleicht einmal nachkontrolliert, im übrigen erfolgt eine weitere Nachbehandlung oder Beobachtung nicht. Auswärtige Kinder legt man eventuell auf einige Tage in eine Kinderabteilung, von wo sie dann bald zur Entlassung kommen. Eine Ausnahme pflegt man in solchen und ähnlichen Instituten bloß bei Kindern zu machen, die Einzelzimmer und Einzelpflege erhalten. Merken wir dazu an, daß, wie die Erfahrung lehrt, operierte Kinder, die zwar klinisch behandelt werden, aber auf allgemeinen Stationen liegen, durch die im selben Raume liegenden anderen Infektionskranken besonders gefährdet sind, so wird man die anglo-amerikanische Ansicht besonders zu würdigen verstehen, die dahin geht, daß eine Abtrennung dieser Operationsfälle von den gewöhnlichen Krankenhaussälen unbedingt erforderlich ist.

Bisher scheint aber in Deutschland das amerikanische Vorgehen noch keine Nachfolge gefunden zu haben. Mein 1926 erfolgter Appell an die Sozialversicherungsträger scheint in der Tat wirkungslos verhallt zu sein; oder sollten die wirtschaftlichen Verhältnisse seit 1923 sich noch nicht soweit gebessert haben, daß diese in Westeuropa bereits eingezogenen Reformen bei uns sich noch nicht durchführen lassen?

Sel es wie es sei, bisher herrscht bei uns in der Hauptsache noch das Dezentralisierungssystem vor, d. h. noch immer werden bei uns zahlenmäßig die meisten Mandeleingriffe bei Kindern in der täglichen Praxis der Spezialisten, und zwar ambulant, gemacht.

*) Nr. 50, 1926.

Es soll nun in folgendem berichtet werden über meine Bestrebungen, die ambulante dezentralisierte Operationsmethode mit der anglo-amerikanischen so konkurrenzfähig zu gestalten, daß auch bei einer größeren Operationsreihe die Statistik günstig ist. Diese Bestrebungen sind von mir in die tägliche Praxis seit sechs Jahren umgesetzt worden, und zwar an einem Gesamtmateriale von gegen 2000 Operationsfällen.

1. **Organisation.** Seit dem genannten Zeitraume nehme ich sowohl bei einheimischen wie auswärtigen Kindern die Operationen ambulant vor, bei auswärtigen mit der Einschränkung, daß ich in den heute sehr seltenen Fällen, daß am Wohnorte des Kindes ein Arzt zur Nothilfe nicht leicht erreichbar ist, den Fall einem Krankenhaus übersicke. Die betreffenden Kinder werden morgens nüchtern in oder ohne Narkose operiert (Chloräthyl, Solästhin, Aetherchloroform), von Fall zu Fall auch einmal in örtlicher Betäubung. Etwa eine Stunde nach den Eingriffen erfolgt Entlassung des Kindes nach Hause, wofern die Primärblutung sicher steht; einheimische verlassen je nach Zustand zu Fuß oder mittels Fahrzeug die Sprechstunde, auswärtige mit der Bahn; in allen Fällen wird streng darauf gesehen und nötigenfalls der Zeitpunkt so angesetzt, daß nach der Operation das Kind nicht mehr lange herumläuft oder -fährt, sondern möglichst schnell nach Hause, evtl. ins Bett kommt.

2. **Vorbehandlung.** Es wird sehr oft an den Halsarzt seitens Angehöriger das Ansinnen gestellt, die von anderer Seite festgestellten Adenoiden oder Tonsillen sofort nach der ersten Untersuchung zu operieren. Ich lehne dies grundsätzlich ab. In sehr vielen Fällen ist der Zustand bei der ersten Spiegelung so, daß eine längere Beobachtung bzw. Vorbehandlung unbedingt erforderlich erscheint. Als Minimum dieser Frist erachte ich 14 Tage für ausreichend, manchmal muß man vier Wochen warten. Die Vorbehandlung hat zum Zweck, entzündliche Prozesse in den benachbarten Luftwegen zurückzubringen, die Schleimhäute zu reinigen und zu adstringieren. Vorbestehende Mittelohrkatarrhe oder Mittelohreiterungen werden nach Möglichkeit vor den Eingriffen zur Remission oder Heilung gebracht.

Die wichtigste Vorbehandlung erfordert die chronische Nasopharyngitis, die bei den allermeisten Fällen von Kinderadenoiden diese begleitet, teils als einfacher Schwellungskatarrh der Nasenmuschelschleimhaut (besonders der hinteren Enden), teils als schleimigeitriger deszendierender Katarrh. Ich pflege in solchen Fällen einige Wochen Instillationen von folgender Lösung in die Nase bei weit nach hinten übergebeugtem Kopfe machen zu lassen: Sol. Zinci sulfur. 0,03 (bis 0,05—0,1) : 20, dazu bei Bedarf 10 bis 20 Tropfen 1‰ Suprareninlösung. An Stelle des Zinci sulfur. verwende ich ebenso Sol. Zinci soziodol. 0,05—0,1 : 20,0. Morgens und abends sollen 2—3 Tropfen in jede Nasenseite geträufelt werden.

Dagegen gebe ich der Gefahr der Argyrose wegen Silberpräparate zu demselben Zwecke den Eltern der Kinder nie in die Hand. Bei Kontrolluntersuchungen, die zwei- bis dreimal der Operation vorausgehen, verwende ich selbst einmalige Eintropfung von 5% Targessin, das ich für recht wirksam halte.

Unter dieser Vorbehandlung heilt eigentlich stets ein konkottierender Katarrh in Nase und Rachen aus. Ist ein solcher nicht nachweisbar, die Nase vielmehr bei der ersten Untersuchung weit, die Muscheln kontrahiert, zeigt sich auch hinter dem Velum kein Schleimeiter, so lasse ich doch auf alle Fälle 14 Tage lang die adstringierende Zinklösung anwenden, zumal ich nicht den geringsten Schaden — selbst bei kleineren Kindern — von ihrer Verwendung gesehen habe.

Auf diese entzündungswidrige Vorbehandlung lege ich bedeutend größeren Wert als auf eine antihämorrhagische, etwa mit Kalksalzen, wie sie einige Autoren befürworten; die Wirkung kleiner Dosen von Calcium chloratum ist problematisch und unsicher; größere werden vom Kinde nicht genommen. Gegen hämorrhagische Diathesen helfen sie auch nicht.

Die Gaumenmandeln sind bei der ersten Untersuchung von Kindern, bei denen die Mandelverkleinerung in Frage kommt, in der Regel nicht sichtbar entzündlich affiziert; sie bedürfen daher viel seltener einer Vorbehandlung. Ist natürlich unmittelbar eine Angina vorhergegangen oder eine solche noch erkennbar, soll man entschieden mindestens acht Tage vor dem Eingriffstermin gurgeln lassen. Da kleinere Kinder oft das Gurgeln noch nicht gelernt haben, findet dieser Grundsatz hier seine Beschränkung.

Schwächlichen Kindern, deren Adenoidismus mit Halsdrüsen-schwellungen kompliziert ist, verordne ich zur Vorbereitung Lebertran; im übrigen scheint mir hier die Nachbehandlung wichtiger zu sein als die Vorbereitung.

3. **Operation.** Ist das Operationsterrain konservativ einigermaßen saniert — ich bemerke hierbei, daß in manchen Fällen die Schwellungen in Nase und Nasenrachen allein durch die adstringierende Behandlung soweit zurückgehen, daß man den bereits angesetzten Eingriff aufschieben kann —, so kann die Operation vorgenommen werden, ohne daß man postoperative stärkere Reaktionen oder Infektionen zu fürchten braucht. Den Eingriff an den Tonsillen vollziehe ich mit einer Guillotine, die im Gegensatz zum Sluderschen Verfahren haarscharf sein muß, an den Adenoiden nur mittels des Denkerschen oder Schütz-Passowschen Instrumentes. Die Beckmannsche Kürette verwende ich nur bei Ausführung in örtlicher Betäubung; sie hat entschieden den Nachteil, daß sie Gewebsetzen hängen läßt, die Nachblutungen erzeugen können. Dies kann bei scharfen Instrumenten des anderen Prinzips nicht erfolgen. Gerade zur ambulanten Operation ist aber die Meidung späterer Blutungen erstes Erfordernis.

4. **Betäubungsfrage.** Ueber diese habe ich wiederholt anderen Ortes berichtet. Für das Prinzip der ambulanten Operation ist die Betäubungsfrage irrelevant.

5. **Nachbehandlung.** Die Wundreaktion ist nach gehöriger Vorbehandlung so gering, daß eine eigentliche Wundbehandlung unnötig wird. In dieser Erkenntnis beschränke ich mich auch, erst nach acht Tagen die operierten Fälle zur Kontrolle zu bestellen; in weitaus den meisten Fällen ist dann an den Mandeln kein Befund mehr, im Nasenrachen nur noch etwas Wundsekret zu konstatieren; sehr viele Kinder fühlen sich schon nach 24 bis 48 Stunden wohl und munter. Die übliche Anordnung: 1 bis 2 Tage Bettruhe, einige weitere Tage Zimmeraufenthalt; Eis und Eismilch am ersten, kühle und breiige Speisen an den folgenden Tagen gebe ich natürlich auch, um die Wunden zu schonen. Im übrigen ist meines Erachtens eine besondere Behandlung in der ersten Woche eher falsch als richtig. Nur in den seltensten Fällen ist danach noch eine einmalige Pulverinsufflation in den Nasenrachen, Verordnung von etwas Wasserstoffsuperoxydlösung nötig.

Ist keinerlei Wundreaktion mehr festzustellen, lasse ich in jedem Falle noch einige Wochen die Instillationen in die Nase fortsetzen, weil ich mir nach meinen Erfahrungen davon eine Verringerung der Rezidivgefahr der Adenoiden verspreche; es ist mir immer ein peinlicher Gedanke, daß etwa von mir operierte Kinder später wegen Rückfalles nachoperiert werden müßten, wie ich selbst schon in die Lage kam, Fälle anderer Operateure zum zweiten bis fünften Male nachzuoperieren.

Es ist ebenso selbstverständlich, daß ich zur Vermeidung von Rückfällen Ratschläge zur Bekämpfung einer etwaigen Diathese gebe, von der Trockenkost angefangen bis zur Höhensonne- und Klimabehandlung.

Ueberblicke ich die Resultate meiner Fälle, so sind mir nur drei in Erinnerung, bei denen vorübergehend postoperative Störungen auftraten. In zwei Fällen kam es durch eine Erkältungsinfektion des Tonsillenbettes zu vorübergehender Entzündung, in einem dritten zu einer Spätblutung am fünften Tage. Dabei sind unter den vielen Fällen kaum ein Dutzend, die sich der Kontrolle über 8 oder 14 Tage entzogen haben, dagegen sehr viele, bei denen der Wundverlauf nicht nur bis zum letztnotigen Tage kontrolliert werden konnte, sondern die auch bei späterer gelegentlicher Kontrolle sich als so geheilt erwiesen, wie wir es bei der besten klinischen Behandlung als selbstverständlich verlangen.

Wenn ich daher hier ausführte, daß „das Kompromiß der Polikliniken und der täglichen Praxis der Spezialärzte, die Adenotonsillotomien ambulant zur Ausführung bringen, einigermaßen entschuldbar ist“, so möchte ich dem hinzufügen: Die in dem armen Deutschland übliche ambulante Adenotonsillotomie bei Kindern ist wissenschaftlich wie praktisch durchaus konkurrenzfähig mit dem anglo-amerikanischen Vorgehen, die Operation klinisch vornehmen zu lassen, unter der Voraussetzung, daß dabei mit besonderen Maßnahmen vorgegangen wird. Zu den wichtigsten dieser Art gehört eine Vorbereitung des Operationsterrains und seiner Adnexe durch regelmäßige Adstringierung mit Metallsalzen, von denen ich Zinksalze in sehr starker Ver-

dünnung zu verwenden empfehle; neben operativen Technizismen spielt die Nachbehandlung für den Dauererfolg eine große Rolle, die ebenfalls mittels Instillationen von Zinksalzen zielsicher und einfach ist.

Eine einfache und wirksame Fluorbehandlung.

Von H. LIPPERT, Hautarzt in Köln.

In den Wirrwarr von Behandlungsvorschlägen des Fluor genitalis hat neben andern besonders Schröder¹⁾ im vergangenen Jahr eine erfreuliche Klarheit und Einheitlichkeit gebracht.

Das Zervixrohr enthält normalerweise steriles Sekret von alkalischer Reaktion. Die normale Scheidenflora dagegen, bestehend aus grampositiven Stäbchen, zeigt saure Reaktion. Die Scheidenwandung enthält einen hohen Prozentsatz Glykogen, etwa das Zehnfache der sonstigen Haut. In diesem besonders großen Kohlehydratgehalt liegt die Quelle der Säurebildung der normalen Vagina. Hoher Kohlehydratgehalt geht hohem Säuregehalt parallel und verbürgt eine reine Flora azidophiler Stäbchen. Sinkt mit ihm der Säurewert, so ist gleichzeitig auch eine bunte Flora der verschiedensten Bakterien zu finden. Schließlich verschwinden die azidophilen Stäbchen ganz, und es kommt zur anatomischen und funktionellen Schädigung der Scheidenwand und in ihrer Folge zur Entzündung. (Schröder.)

Der so entstandene Fluor, der Patient wie Arzt ungemein oft zur Verzweiflung zu bringen droht, ist demnach nach folgenden Gesichtspunkten anzugehen:

Man muß der Scheide möglichst viel Gelegenheit zur Säurebildung geben und dabei die Vagina schützen vor Schädigung durch angriffsfähige Bakterien. In Erweiterung dieses von den Autoren aufgestellten Prinzips muß hinzugefügt werden: Man muß die Scheide in ihrer ganzen biologischen Funktion durch besondere Reize, besonders örtlicher Art, umstimmen, damit sie ihre natürlichen Widerstandskräfte zurückgewinnt.

Ich glaube, daß mit diesem klaren, therapeutischen Programm der Praktiker etwas anfangen kann. Die Wege dazu sind verschieden, und es sei gestattet, auf Grund sehr langer Erfahrungen einen eigenen Vorschlag zu geben, der sich, richtig durchgeführt, mir außerordentlich bewährt hat.

Ad 1. Ansäuerung des Vaginalsekretes und Beeinflussung der Bakterienflora. Mit der Hefe in Form der handelsüblichen Levuriose sind in den letzten Jahren bei den verschiedensten mit Stoffwechselstörung einhergehenden Erkrankungen Erfolge erzielt worden, die uns die Bedeutung der aktiven Hefe für den Stoffumsatz, für Haut und Schleimhaut in neuem Licht erscheinen lassen. Bei der Sprossung der Hefe werden in reichem Maße Nukleinsäuren gebildet, die am Ort ihres Entstehens chemisch einwirken. Die nun von uns speziell erstrebte Säuerung der Scheide ist mit der Hefe gleicherweise in genügender Weise zu erreichen. Nach Weichardt²⁾, der sich der Erforschung der Hefewirkung besonders angenommen hat, finden sich in der Levuriose vor allem neben den Hefezellen noch säurebildende Stäbchen, die die gewünschte saure Reaktion weitgehend fördern. Ferner sind darin Kokkenelemente nachzuweisen, die im Weichardtschen Ueberwucherversuch pathogene hämolytische Streptokokken stark unterdrückten. Hierdurch ist die gute Wirkung auf die Schleimhäute, vor allem bei vaginalen Affektionen, erklärlich. In manchen ländlichen Bezirken ist bezeichnenderweise anstatt des Gebrauchs von stärkeren Desinfizientien das Gurgeln mit Bierhefe heute noch üblich, wenn es sich darum handelt, Halsentzündungen bakterieller Art zu beseitigen oder bei Epidemien einer Erkrankung der Mandeln zu begegnen. Wir haben hier das gleiche. Gerade der Einfluß der Hefe auf die sekundären Epithelschäden in der Vagina, insbesondere auch auf die Erosionen der Portio, ist praktisch erprobt und leicht nachprüfbar. Ich habe Versuche angestellt, ob es genügt, zur Ansäuerung des Scheidenrohrs lediglich Hefe allein zu verwenden, da ich gefürchtet hatte, die chemische Umstimmung würde zu lange auf sich warten lassen. Heute weiß ich, daß es kein Vorteil ist, die Patientin gleich-

zeitig mit sauren Lösungen ausspülen zu lassen. In den Fällen, die aus äußeren oder erzieherischen und Reinlichkeitsgründen einen medikamentösen Zusatz zum Wasser verlangen — dem sie oft den Hauptwert beilegen werden —, habe ich ganz verdünnte Milchsäurelösung gestattet. Der natürlichen Bildung von Milchsäure kommt diese Medikation noch immer am nächsten.

Ad 2. Die biologische Umstimmung des Scheidensekretes und der Wandung. Hier ist die Hefe gerade das Mittel kat exochen, und zwar theoretisch begründet und praktisch erprobt. Wir verfügen über genügend grundlegende Arbeiten aus den letzten Jahren, aus denen die vielseitige und erstaunliche Kraft der sprossenden, aktiven Hefezelle auf das umgebende Gewebe hervorgeht. Erreicht wird durch fortgesetzte regelmäßige Hefezuführung vor allem in der Vagina eine grundlegende Aenderung des Scheidenwandstoffwechsels, von dessen Wiederherstellung und Intakthaltung in bezug auf die Konstanz seines Glykogengehalts abhängt, ob das Epithel dauerhaft und funktionstüchtig wird und bleibt oder lokalen Schädigungen immer wieder verfällt.

Daher auch ein Wort der bisher üblichen Fluorbehandlung in der Praxis. Logisches Erwägen und praktische Erfahrung lassen mich zunächst, wie oben erwähnt, im Prinzip von allen Reinigungsspülungen der Scheide nur in sehr beschränktem Maße Gebrauch machen. Die Fälle liegen aber individuell verschieden, da es ja bekanntlich genug gesunde Frauen gibt, die normalerweise nie im Leben gespült haben. Die Spülungen auf äußerste einzuschränken ist jedenfalls besser und klüger als sie zu fördern. Die Hefe und die Wandung brauchen Ruhe. Die Hefe würde unnötig immer wieder mechanisch entfernt, und der Kohlehydratgehalt der Wand würde immer wieder aus dem Gleichgewicht kommen. Die vielbeliebten Adstringentien, wie Alaun, Zink, Holzeisig, sind bei diesem Fluor unangebracht. Die fortgesetzte Reizung der so schon entzündeten und empfindlichen Schleimhaut ist die sichere Folge, und einen stärkeren Ausfluß habe ich dabei doch noch nicht verschwinden sehen. Am allergefährlichsten aber sind die echten Antiseptika, mit denen vielfach gegen die Bakterieneindringlinge ein aussichtsloser Kampf geführt wird. Die lebende Vaginalschleimhaut, deren Funktion eng verbunden ist mit der Existenz normalerweise vorhandener und notwendiger Stäbchen, kann man nicht und darf man nicht steril machen. Man tötet sie sonst ab und macht im Hinblick auf das gesteckte Ziel das Uebel natürlich nur schlimmer. An sich ist es schon ein aussichtsloses Begehren, in die Krypten und Falten der Schleimhaut mit Desinfizientien oder mit korrosiven Mitteln hineinzugehen. Wie schwierig ist dieser Versuch schon bei dem frühesten Stadium der Gonorrhoe der männlichen Urethra, geschweige denn bei einem älteren Harnröhrentripper, bei dem wir rein chemisch, offen gesagt, bis heute noch nicht mit Sicherheit heilen können, sondern unbedingt auf eine aktive Mitarbeit der umzustimmenden lebenden Harnröhrenschleimhaut nach wie vor angewiesen sind. Mit der Austrocknung der Scheide ist auch nicht viel erreicht worden. Bolus verstopft zum Beispiel die Wandungen, es bilden sich Steinballen, die Arbeitsfläche der Schleimhaut wird verkleinert, ihre Abwehrkraft erstickt.

Im Gegenteil, die Bewegungsfreiheit und die Hilfskräfte der Scheidenschleimhaut müssen unangestastet und noch weiter gefördert werden. Wir erreichen es durch die biologische Beeinflussung der Schleimhaut, durch Umstimmung der krankhaften Bakterienflora, durch Steigerung der aktiven Gewebsreaktion. Tatsächlich überwuchern³⁾ die Hefezellen in der Scheide die pathogenen Keime; die Reizstoffe, Vitamine und anderweitig bekannten Aktivatoren der Hefe führen zu gesteigerter Phagozytose, zu einer gesunden, kräftigen Reaktion des Gewebes. So kommt es zur Ausheilung auch von Erosionen der Vagina und insbesondere der Portio vaginalis.

Die technische Handhabung der Fluorbehandlung mit Hefe. Ich rate, die Patientinnen in der ersten Woche täglich zur Sprechstunde kommen zu lassen und persönlich die Einverleibung der Trockenhefe vorzunehmen. Diese geschieht am besten so, daß man ein selbsthaltendes Metallspekulum einführt und als Rahmen benutzt für das aus einem Bläser herausgedrückte Pulver, oder indem man Hefe mit einem Löffel an die hinterste Stelle der Scheidenwand im Spekulum bringt und beim Zurückziehen des Spekulum mit einem watte- oder mullumwickelten Instrument alle Teile der Scheidenwandungen mit der Hefe in Berührung bringt und

³⁾ Weichardt, a. o.

¹⁾ Schröder, Prof. (Kiel): Die Pathogenese und Diagnose des Fluor genitalis. (Dtsch. med. Wochenschrift 1928, Nr. 34.)

²⁾ Weichardt, Prof. (Erlangen): Ueber die Wuchsstoffe von Hefen. (Dtsch. med. Wochenschrift 1927, Nr. 37.) — Derselbe: Briefliche Mitteilung 12. Juli 1928. — Derselbe: Ueber unspezifische Reizwirkung per os. (Wiener med. Wochenschrift 1927, Nr. 9.)

nachher die Scheide mit einem trockenen Tampon verschließt. Ich nehme einen Kaffeelöffel Levurinose bei jeder Behandlung. Die Patientin spült in der ersten Woche überhaupt nicht. Später, wenn die Behandlung alle zwei, dann alle drei Tage stattfindet, spült sie nach 24 Stunden mit wenig und ohne Druck einfließendem Leitungswasser kurz vor dem Erscheinen in der Sprechstunde. Die Behandlung wird so zwei bis drei Monate hindurch weitergeführt mit dem Ergebnis, daß der Fluor vaginalis restlos wegbleibt. Voraussetzung ist, daß eine Gonorrhoe und ein höher gelegener ursächlicher Prozeß ausgeheilt ist. Denn sonst würde eine noch so subtile Scheidenbehandlung ebenso symptomatisch wie erfolglos sein. Ich darf bemerken, daß es selbstverständlich ist, auf die Hebung des Allgemeinbefindens zu achten, um so dem Organismus im ganzen Anreiz zu geben. Das Register der sogenannten unspezifischen Reiztherapie muß der Arzt dem einzelnen Fall anzupassen suchen. Man kann, um in dieser Richtung einen Vorschlag zu machen, die Hefe gleichfalls intern verabreichen.

Zusammenfassung: Bei dem durch sorgfältige Diagnose hierfür bestimmten Fluor genitalis ist die Behandlung mit Hefe, intravaginal regelmäßig und über einen längeren Zeitraum gegeben, ein für die Praxis geeignets, einfaches und verlässliches Mittel zur Beseitigung des ungemein verbreiteten Leidens. Die Hefe in Form der Levurinose wirkt dabei durch Ansäuerung des Sekretes, durch bakterielle Umstimmung der Scheidenflora und durch Einwirkung auf den Wandstoffwechsel, wodurch es zur Abheilung von Schleimhautschädigungen, insbesondere von Erosionen kommt und die Schleimhaut ihre natürlichen Schutzkräfte zurückgewinnt.

Bemerkungen zur Herzhoron-Abhandlung von J. Mouzon.

(La Presse Médicale 1928, Nr. 37.)

Von Prof. Dr. L. HABERLANDT, Innsbruck.

Die deutsche Uebersetzung des ausführlichen Mouzonschen Aufsatzes durch T. Haber in Nr. 46 dieser Zeitschrift veranlaßt mich, zu demselben hier Stellung zu nehmen, soweit er sich auf meine Herzhoron-Untersuchungen bezieht.

Zunächst ist zu betonen, daß von einer „Isolierung“ des Herzerrregungsstoffes bisher meinerseits nie die Rede war; ich arbeitete zunächst mit aus dem Sinus und der Kammerbasis des Froschherzens gewonnenen wäßrigen und alkoholischen Extrakten, mit denen ich die pulsauslösende, pulsbeschleunigende und pulsverstärkende Wirkung am Froschherzen feststellen konnte; dann gelang es einer deutschen chemischen Fabrik, aus Rinderherzen ein Herzhoronpräparat herzustellen, das den Herzreizstoff bereits in sehr angereichertem Maße enthält, wie meine Prüfung am Kalt- und Warmblüterherzen ergab¹⁾. Für Fernstehende sei weiter erwähnt, daß meine Versuche, die ich mit Herzhoronlösungen (von Froschherzen gewonnen) nach der Læwen-Trendelenburgschen Methode ausführte und in denen ich zuerst die gefäßerweiternde Wirkung derselben nachwies²⁾, die Durchströmung der hinteren Extremitäten des Frosches betreffen, also mit der „Koronarzirkulation“ nichts zu tun haben. In Blutdruckversuchen am Kaninchen konnte ich dann mit dem Herzhoronpräparat ebenfalls eine schwache Vasodilatation erzielen, die sich in einer geringen Blutdrucksenkung zum Ausdruck brachte.

Daß die auffallende histologische Differenzierung der spezifischen Muskulatur des Herzens mit dem großen Sarkoplasma- und Kernreichtum, ihrer schwachen oder fehlenden Querstreifung sowie die besonders starke Gefäßversorgung des Sinus- und Atrioventrikularknotens des Warmblüterherzens schon früher auf ihre innersekretorische Funktion hätte hinweisen können, die nunmehr mit der Entdeckung des Herzerrregungsstoffes durch Demoor und mir erwiesen ist, nachdem jene Herzabschnitte bereits seit langem als die Stätten der automatischen Herzreizbildung erkannt waren, habe ich schon in meiner Monographie³⁾ hervorgehoben. Ich kann daher in diesen Gedankengängen keineswegs eine „große Kühnheit“ erblicken, sondern nur eine einfache logische Konsequenz in der theoretischen Auswertung der morphologisch und physiologisch gewonnenen Er-

kenntnisse. Daß ich im übrigen den viel weitgehenderen Folgerungen Zwaardemakers nicht ohne weiteres zustimme, werde ich bei anderer Gelegenheit näher ausführen. Ich habe aber keine Untersuchungen mit Radiumstrahlen als Nachprüfung der Zwaardemakerschen Versuche angestellt; sondern im Anschluß an Experimente über Beeinflussung des Herzerrregungsstoffes durch Fluoreszenz- und Ultraviolettlicht Herzhoron-Untersuchungen mit Röntgenstrahlen durchgeführt, für die ich eine fördernde Wirkung betreffs der Herzhoronbildung nachweisen konnte⁴⁾, wie eine solche auch bereits für andere hormonale Substanzen gefunden worden ist. Hier sei in bezug auf die Zwaardemakerschen Ergebnisse von mir nur der prinzipielle Einwand vermerkt, daß man in seinen Versuchen die starke Radioaktivität seiner Präparate doch nicht ohne weiteres der außerordentlich geringen radioaktiven Wirkung des Gewebskaliums gleichsetzen darf. Daß aber letztere eine „oligodynamische Vorbedingung“ für die Herzautomatie, d. h. mit anderen Worten für die Bildung oder das Wirksamwerden des Herzerrregungsstoffes darstellt, habe ich in Uebereinstimmung mit der Auffassung Zwaardemakers bereits in meiner Monographie auseinandergesetzt⁵⁾.

Die Arbeiten von Asher und seiner Schüler sowie von Zuelzer über herzwirksame Leberstoffe haben mit der Herzhoron-Frage direkt nichts zu tun. Ich betonte letzterem Autor gegenüber schon mehrmals⁶⁾, daß man auf keinen Fall einen herzfördernden Leberstoff als weiteres Herzhoron bezeichnen kann, da die Hormone ganz allgemein nach jenen Organen benannt werden, in denen sie entstehen. Uebrigens haben sich in den Experimenten Ashers und seiner Schule die herzwirksamen Substanzen aus der Leber als Cholate herausgestellt. Die naheliegende Frage, ob die Bildung des Herzerrregungsstoffes mit dem Glykogengehalt des spezifischen Muskelsystems zusammenhängt, habe ich bereits in meiner Monographie⁷⁾ erörtert und werde sie noch ausführlicher in nächster Zeit besprechen. Hier sei nur bemerkt, daß ein solcher Zusammenhang besonders bei Berücksichtigung von neuerdings bekannt gewordenen Tatsachen recht unwahrscheinlich geworden ist. Daß ferner die hormonale Herzreizsubstanz sicher nicht, wie Rigler annahm, Histamin darstellt, geht aus dem Umstande ohne weiteres hervor, daß das Herzhoronpräparat in letzterer Zeit unbeschadet seiner herzfördernden Wirkung völlig histaminfrei dargestellt wird, worauf ich wiederholt schon aufmerksam gemacht habe⁸⁾.

Zum Schluß sei hier festgestellt, daß in bezug auf das Herzhoronpräparat bisher ausschließlich meine damit ausgeführten Tierversuche am Kalt- und Warmblüterherzen veröffentlicht wurden, wobei sich, wie meiner letzten Mitteilung⁹⁾ zu entnehmen ist, am isolierten Froschventrikel als Wirkungsgrenze noch eine Verdünnung von 1 : 10 Millionen feststellen ließ. Durch den Nachweis einer so intensiven Wirksamkeit erscheinen, nachdem die Identität des Herzhorons mit Adrenalin aus verschiedenen Gründen ausgeschlossen ist, wohl die letzten Zweifel an der Existenz eines spezifischen Herzerrregungsstoffes endgültig beseitigt. Ueber die klinische Prüfung des Herzhoronpräparates, die derzeit im Gange ist, erfolgte bisher noch keine Publikation; es kann sich daher die Angabe von Singer, daß er 15 Herzfälle mit „Hormonpräparaten“ ohne Erfolg behandelt hat (Med. Klin. 1928, Nr. 15, S. 576), nicht auf das Herzhoronpräparat beziehen, das dem Autor nicht zur Verfügung stand. Dagegen habe ich bereits mehrmals die günstigen Erfolge kurz erwähnt¹⁰⁾, die man seit zwei Jahren an verschiedenen Orten mit der internen Verabfolgung von Herzbouillon (aus Herzen von Schlachthäustieren) während längerer Zeit in entsprechenden Fällen bei älteren Patienten (z. B. bei Koronarsklerose, Angina pectoris u. a.) erzielt hat, welche einfachste Form der Organherztherapie durch die gewonnenen Kenntnisse über die Wirkungsweise und Eigenschaften des Herzhorons (Wasserlöslichkeit, Dialysierbarkeit, Thermostabilität und Nichtartspezifität) vollauf begründet ist.

¹⁾ Klin. Wochenschr. 1927, Nr. 44, und Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1927, Bd. 218, S. 129.

²⁾ A. a. O., S. 47.

³⁾ Med. Klin. 1927, Nr. 45, und 1928, Nr. 15.

⁴⁾ A. a. O., S. 48 bis 50.

⁵⁾ Klin. Wochenschr. 1928, Nr. 20, und Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1928, Bd. 220, S. 211.

⁶⁾ Med. Klin. 1928, Nr. 46.

⁷⁾ Aertl. Fortbildungskurs in Bad Nauheim, Pfingsten 1927; G. Thieme, Leipzig, S. 15 bis 20, bes. S. 19. — Med. Klin. 1923, Nr. 15.

⁸⁾ Med. Klin. 1928, Nr. 1 u. 15; Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1928, Bd. 219, S. 279, und Bd. 220, S. 208.

⁹⁾ Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 33, und Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 1926, Bd. 214, S. 471.

¹⁰⁾ Das Hormon der Herzbewegung. Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin 1927; bes. S. 35.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache.

- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung** (Beitr. ärztl. Fortbildg.), Prag, Nr. 22, 1928.
179. Differentialdiagnose und Indikationsstellung bei der Appendizitis. Georg H. Feist.
- Die Pawlowschen Forschungen und ihre Bedeutung für die Medizin. H. Zweig.
- Deutsches Archiv für Klinische Medizin** (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 161., Heft 1 u. 2, August 1928.
179. Klinische Studien über arteriellen Hochdruck und seine therapeutische Beeinflussbarkeit. E. Firnbacher.
- Klinische Bedeutung der Größenbestimmung der Erythrozytendurchmesser. Hans Günther.
- Milchsäuregehalt des Blutes. Max Hochrein und Rolf Meier.
177. Nichtdiabetische Ketonurie. Alfred Gottschalk.
170. Hypertension und Blutzucker. Ernst Wiechmann.
- Krankengeschichte über einen ungewöhnlichen Gichtanfall. Rosenblath.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, Nr. 43, 26. Oktober 1928.
- Die Stellung der Medizin in der Universitäts litteratur. Theodor Brugsch.
- Der Kampf des Menschen um das Leben. M. Rubner.
175. Ueber psychische Behandlung von Basedow-Kranken. Erwin Moos.
- Leukanämisches Blutbild im Wochenbett mit Ausgang in Heilung. F. Brügge-mann.
- Der Entleerungsmechanismus der extrahepatischen Gallenwege und das cholezystographische Bild. H. Bronner.
- Thrombophlebitis varicosa im Wochenbett. Egon Groß.
- Venerische Infektion bei Amputation penis. F. W. Oelze.
193. Ueber die Wirkung der Heile und ihre Anwendung in der Dermatourologie. H. Lippert.
- Ein durch Infektiosität und serologisches Verhalten beachtenswerter Fall von Lues latens. Rengert.
- Erwiderung hierzu. Alfred Cohn.
- Ueber die Bedeutung der Calmettischen Schutzimpfung gegen Tuberkulose.
- Reptitorium der Magenkrankheiten. IV. Die Magenneuosen. Walter Zweig.
164. Der Keimgehalt des Obstes. Friedrich Höder.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), Berlin, Nr. 45, 1928.
- Syphilis und Frambösie im Lichte neuerer experimenteller Untersuchungen. F. Jahnelt und J. Lange.
161. Tierexperimenteller Beitrag zur Frage einer Serumtherapie bei Syphilis. H. Dold und W. Worms.
197. Untersuchungen über das menschliche Venensystem. Friedrich Curtius.
- Extrarenale Wasserausscheidung und Wasserhaushalt. H. Heller.
205. Ueber den Einfluß von bestrahltem Ergosterin (Vigantol) auf den Cholesterin- und Kalziumgehalt des Blutes bei Erwachsenen. Fritz Lasch.
176. Ueber die schmerzauflösende Wirkung des K-Ions. C. Häbler und R. Hummel.
178. Ueber die antihämolytische Wirkung der Leber in der Therapie der Anämien. L. Ponticaccia und D. Campanacci.
198. Ueber die Beeinflussbarkeit der Wasserstoffzahl des menschlichen Blutes. J. Holtó und St. Weiß.
- Zur Brachyphalangie des Daumens. Heinrich Hoffmann.
- Zur Frage der großen Schilddrüse bei Schulkindern. Oskar Kirsch.
- Ueber eine technische Vereinfachung bei der Ausführung der Wassermannschen Reaktion. Hans Groß.
185. Ueber die praktische Verwendung der Resistenzprüfung der roten Blutkörperchen im Säuglingsalter. Gyöző Petrányi.
- Zur Klinik der Agranulozytose. M. Nothmann.
- Die sogenannte zweizeitige Milzruptur. Martin Stölze.
- Medizinische Klinik** (Med. Klin.), Berlin, Nr. 43, 26. Oktober 1928.
- Kurt Brandenburg zum 60. Geburtstag. A. Decastello, A. Ghon, W. Wolff, E. Urban, K. Urban.
162. Ueber Rohkost und ihre Verwendung in der Krankenküche. Alfred Schittenhelm.
174. Der akute Aortenschmerz. J. Pal.
180. Ueber chronische Appendizitis. Ludwig Aschoff.
183. Zur sogenannten Hilustuberkulose. A. Ghon und H. Kudlich.
- Ueber Wechselbeziehungen zwischen Störungen des Magens und der Zirkulationsorgane. L. Kuttner.
- Zur operativen Behandlung des Mastdarmkrebses. F. Sauerbruch.
139. Zur Serumtherapie des Kreuzotritismus. R. Otto.
- Spastischer Ileus und Obstipation. Pels Leusden.
- Ueber vieljährige Remissionen nach Splenektomie bei perniziöser Anämie. A. Decastello.
- Funkuläre Myelose und Leberdiät. Walter Wolff.
- Beweis für die Fermentnatur der Abderhalderschen Reaktion zugrunde liegenden Vorgänge. Emil Abderhalden und Severian Buadze.
- Uebertragung von einem menschlichen Melanosarkom auf eine Maus mit Spontan-tumor (Adenokarzinom). Ferdinand Blumenthal und Hans Aufer.
- Gedanken über den statischen Aufbau des Nagels und des Haars. Felix Pinkus.
- Physikalische Therapie. Uebersichtsreferat. A. Laqueur.
- Die Aufklärungspflicht des Arztes in der Rechtsprechung. Schläger.
- Die Medizinische Welt** (Med. Welt), Berlin, Nr. 43, 27. Oktober 1928.
- Symbiose von Chromatophoren im Eiplasma. Vererbung von Erbanlagen durch das Zellplasma. Reiner Müller.
- Die Sauerstoffdrosselung in der Atemluft bei Atmosphärendruck (Stickstoff-narkose). W. Kaiser.
- Der Lungenkrebs der Schneeberger Bergleute. Erich Saupe.
- Vorfall und Knickung. Paul Straßmann.
- Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung chirurgischer Infektionen. Franz Rost.
192. Neuere Formen der Adsorptionstherapie. Alois Strasser.
147. Ein Keim der Spondylitis deformans. Ewald Richter.
202. Nivandolbehandlung der Chorea minor. Hans Gottlieb Huber.
- Lipidtherapie bei inneren Erkrankungen. J. Ojivet.
- Wie soll die Lepra bekämpft werden? Froilano de Mello.
- Bedeutung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerb-liche Berufskrankheiten für den Arzt in der Praxis. Friedrich Holtzmann.
- Die Toledo Academy of Medicine. Louis R. Effler.
- Aegypten und die Lungenkranken. F. Köhler.

Die für die Tierzucht verwertbaren Fortschritte der jüngsten Forschungen auf dem Gebiete der Konstitution. Ad. R. Walther.

Dostojewskijs Krankheit und seine Aerzte. Erich Ebstein.

Erste Beschreibung und bildliche Darstellung eines Herzklappenfehlers. W. Haberling.

- Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene** (Mschr. f. Harnkh.), Stuttgart, 2. Jahrg., Heft 7/8, 1928.
- Ueber Nierenbecken- und Uretergeschwülste. H. Kümmel sen.
- Zwischenfälle bei der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie. E. Joseph.
- Ueber Nieren- und Blasentuberkulose. Ein Rückblick und Ausblick. Steinthal.
143. Zur Verhütung der postoperativen Blutung nach suprapubischer Prostataektomie. R. Oppenheimer.
189. Zur chirurgischen Behandlung der Pyurie des Kindesalters. A. Narati.
157. Zur Aussprache über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Eine automatische Karteikontrolle für Geschlechtskranke. O. Salomon.
- Münchener Medizinische Wochenschrift** (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 42, 19. Oktober 1928.
- Eigenartige Hautreaktion auf Blut. R. Rößle.
- Hebung der Ernährung heruntergekommener Tuberkulöser durch intravenöse Tierbluteinspritzungen. Eugen Kisch und Ernst Bergmann.
- Prüfung des Zustandes der peripheren Gefäße als Methode zur frühzeitigen und sicheren Diagnose des Denguefiebers. M. Georgopoulos.
- Lichen ruber und Lichen-ruber-artige Salvarsan- und Arsenexantheme als ein Beispiel für den Satz der Homöopathie: Similia similibus. A. Buschke und W. Curth.
- Verwendung von glukonsäurem Kalzium in der nervenärztlichen Praxis. Max Steger.
- Senkungsreaktion bei kindlicher Tuberkulose und praktischer Arzt. W. Pfaff.
- Perorale Rivanoltherapie. F. M. Peter.
- Varikosanbinde bei der Behandlung des Unterschenkelgeschwürs. E. Pretsch.
- Sauerstoff sättigung des Venenblutes peripherer Gefäße im Insulinschock. Ernst Wiechmann und Fritz Koch.
- „Normalisierung“ von Zahlenreihen. Alwin Walther.
- Novoproteinbehandlung des Ulcus ventriculi. Leopold Fischl.
- Krankheitsdiagnose durch Hunde. Erich Ebstein.
- Endokrine Erkrankungen in der Praxis: Schilddrüseninsuffizienz. W. H. Veit.
- Gedanken über das ärztliche Honorar. E. Lieck.
- Münchener Medizinische Wochenschrift** (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 44, 2. November 1928.
- Untersuchungen und Betrachtungen über den plötzlichen Herztod durch Kammerflimmern an Hand experimentell erzeugter Embolien der Kranzgefäße. W. Stepp und G. W. Parade.
- Therapie des gastro-kardialen Symptomenkomplexes. L. Roemheld.
- Einfache Methode zu einer exakten sowohl geometrischen wie anatomischen Tiefenbestimmung von Fremdkörpern, gleichzeitig geeignet, Lage und Tiefen-dimension schattengebender Organe und Tumoren festzustellen. Werner Knothe.
- Technik des Liquorzellbildes. E. Forster.
209. Lokale und allgemeine Reaktionen des Organismus bei oralen Infektions-herden. Rudolf Weber.
- Adsorption von Quecksilber- und Sublimatdämpfen durch aktivierte Holzkohle. M. A. Rakusin.
- Praxis der Vigantolprophylaxe der Rachitis. J. Aengenendt.
- Chemische Reaktion auf Vitamine und Hormone. E. Christensen.
- Klinische Diagnose der Amyloidose mittels Kongorotinfektionen. Mogens Nathan.
- Orale Telatutinkuren. August Priesack.
- Bromotrionturan in der laryngologischen Praxis. Manfred Stern.
- Erfahrungen mit Dormalgin. P. Schneller.
- Muskulärer Kniebeschmerz. A. Müller.
- Neuer Blutzuckerkolorimeter. E. Kaufmann.
- Münchener Medizinische Wochenschrift** (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 47, 23. November 1928.
- Klinik der perifokalen (epituberkulösen) Infiltrierung bei Kindern. Birk und Hager.
184. Frühinfekt und Lungen spitzenafektion. A. Schittenhelm und F. R. Reuter.
- Angina pectoris. C. R. Schlayer.
- Angeborene Hüftverrenkung. Fritz Lange.
- Arzt und die Seele des Kindes. Franz Hamburger.
141. Psychische Folgen der Inhalationsnarkose. H. Cramer.
152. Milzsafttherapie bei Dermatosen. Richard Birke.
- Behandlung der Prostatahypertrophie. Emil Haim.
- Kalziumtherapie der Arthropathia psoriatica. Hans Bär.
- Wann muß der Arzt an einen Gehirntumor denken? A. Krecke.
- Arzt und Kassenarzt. E. Liek.
- Adoptionsvermittlung und ärztliche Mitwirkung. Margarete zur Nieden.
- Reichsgesundheitsblatt** (Reichsgesundhbl.), Berlin, Nr. 46, 1928.
191. Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate. Reichsgesundheitsrat.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 40, 6. Oktober 1928.
- Ueber die Symptome der sekundären malignen Leukentumoren, insbesondere über die Dyspnoe bei der generalisierten karzinomatösen Lymphangitis. Zeja Gurwitsch.
- Der Einfluß der fruktovegetabilen und vorwiegend rohen Ernährungsweise auf die Viskosität des Blutes, auf dessen Hämoglobingehalt und auf den Blutdruck. Max Edwin Bircher.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 41, 13. Oktober 1928.
- Zur Kenntnis der Dystrophia musculorum progressiva und ihrer Vererbung. M. Minkowski und A. Sidler.
- Der Einfluß der fruktovegetabilen und vorwiegend rohen Ernährungsweise auf die Viskosität des Blutes, auf dessen Hämoglobingehalt und auf den Blutdruck. Max Edwin Bircher.
- Ein Fall von Dystopia testis transversa. Rudolf Howald.
194. Jodierte Kochsalz für die ganze Schweiz. O. Stiner.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 42, 20. Oktober 1928.
- Ueber die Röntgenbehandlung der Abdominaltuberkulose. Ed. Wyß.
138. Mucinagar als Nährboden für Gonokokkenzüchtung. (Eine neue Züchtungs-methode). F. L. Spanier.
- Postoperative Lungenkomplikationen. Ch. Perrier und Ch. Saloz.

Die Volksernährung (Volksernähr.), Berlin, 3. Jahrgang, Heft 21, 5. November 1928.
Sitzung des Reichsvereins Volksernährung (R.V.) in Gemeinschaft mit der Gesellschaft für Deutsche Wirtschafts- und Sozialpolitik (G.D.W.). a) Ernährung des Industriearbeiters an der Betriebsstätte. b) Wanderausstellung „Technik im Heim“. M. Winckel.
90. Hauptversammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Die Volksernährung (Volksernähr.), Berlin, 3. Jahrgang, Heft 22, 20. November 1928.
Zur Notlage der Landwirtschaft. Reichsernährungsminister a. D. Schiele.
Einiges Tatsachenmaterial aus der amerikanischen landwirtschaftlichen und Lebensmittelerzeugung. W. A. Dyes.

163. Der gesundheitliche Wert des Apfels. W. Weitzel (Bad Dürkheim).
Zitronen. Annie Juliane Richter.
Die wirtschaftliche Bedeutung des Jodproblems. C. Oppenheimer.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 25. Jahrg., Nr. 18, 15. September 1928.

203. Ueber die seelische Behandlung kranker Menschen. O. Bumke.
190. Ueber die Grenzen ärztlicher und nichtärztlicher Behandlung. W. His.
Ueber wirtschaftliche Diätetik, mit besonderer Berücksichtigung von Krankenanstalten. H. Strauß.
Ueber die Behandlung bei Diabetes mellitus. C. Oehme.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, Nr. 22, 1928.
Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Hamburg 1928.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, Nr. 23, 1928.
Zustände in 3 Mädchenvolkschulen einer norddeutschen Kleinstadt. Fr. Pels-Leusden.

Zur Frage der amerikanischen Dokortitel. Neuburger.
Zeitschrift für Stomatologie (Z. Stomat.), Wien, Nr. 10, Oktober 1928.

Professor Dr. Rudolf Weiser t. Franz Peter.
Rudolf Weisers Begräbnis. Trauerfeier und Rede. Ernst Smreker.
Rudolf Weiser zum Gedächtnis. Walther Bruck.

208. Dermographie — Ulographie. Franz Trauner.
Beitrag zur Kenntnis der physiologischen Vorgänge im Periodontium. B. Orban.
Der normale Unterkiefer an endorale Röntgenaufnahmen. C. Parma.
Der gegenwärtige Stand der Herstellung von künstlichen Gebissen in Amerika. Viktor H. Sears.

Die zahnärztliche Photographie des Gesichtes. A. Martin Schwarz.
Eine Fixationsvorrichtung für Goldkronen. Leander Pohl.
Ueber Plenkain-Sympatol, ein neues Anästhetikum für die Zahnheilkunde. Hans Schlein.
Versuche über die Wirksamkeit von „Devitalin“. Karl F. Pollaczek.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 38, 140. Zur Eröffnung einer allgemeinen Aussprache über die Avertinnarkose.

W. Anschütz.
Dextroselösung als Hämostyptikum. L. Schönbrunn.

Die Eukhondrome des Unterhautzellgewebes. D. Goldmann.
Eine neue Methode der Mammoplastik. H. Biesenbeyer.

Eine interessante Beobachtung während der Behandlung einer angeborenen Unterkiefergelenkversteifung. F. L. Geffier.

Instrument für die Knochennaht. F. Schade.
Eine einfache Methode zur Bestimmung der Knochendichte im Röntgenbild. E. Bettmann.

Ueber die Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern in der Trachea ohne Röntgenbild und Bronchoskopie. H. Krekel.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 45, 10. November 1928.

Pernoktöndammerschlaf in der Geburtshilfe. Wielech.
Kiellandsche Prolapsoperation. Hisszy.

Sekundärer Scheidenverschluß. Versuch röntgenologischer Darstellung der Vagina. H. Levy.

Operative Behandlung der entzündlichen Adnexitiden. Conrad.
Endometrioide Wucherung in Längsrichtung. Haeusermann.

Dekapitation bei vorangehendem Kopfe. H. Sachs.
Steißbeinspitze als Geburtshindernis. Blutendes Magenukulus als Todesursache nach der Geburt. Heckscher.

Zeitschriften in holländischer Sprache.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 25, 1928.

Einfluß von Wärme und Chinin auf die roten Blutkörperchen. N. P. van Spanje.
Ueber den Babinsky und artgleiche Reflexe bei sehr jungen Kindern. de Bruin.

Vitamin-A-Defizit und Verkalkung des Nierenepithels. E. C. van Leersum.
Riesensarkom des Oberschenkels. J. Sunier.
Maskierter Typhus. J. de Hartogh jun.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 26, 1928.

Beitrag zur Diagnostik akuter Veränderungen im Gehirn. H. W. Stenvers.
Widerstandsvermögen des Insulins gegenüber Radium und Röntgenstrahlen. D. den Hoed, S. E. de Jongh.

Umkehrbare Veränderungen im Muskelgewebe. M. A. van Herwerden.
Offengebliebener Ductus omphalomesentericus. P. M. de Planque.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 27, 1928.

Altwerden und Sterben. A. J. van der Weyde.
Einige Beobachtungen während der Scharlachepidemie in Groningen. van Buchem.

Statistische Daten über Schizophrenie. F. J. Stuurman.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 35, 1928.

Augenverwundungen durch Brillengläser. J. van der Hoeve.
Behandlung des Zungenkrebses. W. F. Wassink.

Eine einseitige Enthirnung dicht über dem roten Kern. W. J. C. Verhaart.
Kultur und Neurose. J. M. Rombouts.

Hautangrän bei Neugeborenen. O. A. Prins.
Ein Fall von Steineinklemmung in die Urethra bei einer Frau. Th. Scheffelaar Klotz.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 36, 1928.

Die Wahrnehmung bei Schizophrenie. H. G. Jellgersma.
Heilkundliche Verrichtungen in der Hauspraxis. W. F. Suermondt.

Myasthenia gravis. Arie Querido.
Ein Fall von Neuroblastom der Nebenniere mit Lebermetastasen bei einem Kinde von 18 Tagen. Suze M. C. van der Veen.

Ueber die sogenannten postenzephalitischen Zustände. S. T. Heidema.

169. Ueber den Einfluß von Leber und Milz auf die perniziöse Anämie der Ratten, verursacht durch Bartonella muris rattis. A. Vedder.

Ueber resorbierbare Tampons. Hans Feriz.

Nordische Zeitschriften.

Hygien (Hygiea), 90., Heft 21, 15. November 1928.
Aerztekunst und Aerzte in dem alten Aegypten. A. Widstrand.

Svenska Läkarsällskapets Handlingar (Sv. Läkarsällsk. Hdl.), Stockholm, 54., Heft 3, 1928.

137. Studien über die Tränenableitung beim Menschen. (Deutsch.) Bengt Rosengren.

Untersuchungen über den Spiroptera-Karzinom und die experimentelle Heranführung des Krebses. (Dänisch.) Johannes Fibiger.

201. Nobel-Vortrag. (Deutsch.) Julius Wagner-Jauregg.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 47, 22. November 1928.

Ein Fall von vasomotorischer Rhinitis, der mit Tuberkulin behandelt wurde. N. de Fine Bunkelhof.

Eine neue Methode zur Färbung der Retikulozyten. Toge Christiansen.
Appendizitisbehandlung. Jes Rossen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 48, 29. November 1928.

144. Kavernenchirurgie. Johs. Gravesen.
145. Ueber Thermometerblutungen. E. Meulengracht.

Die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten. V. Starcke.

Zeitschriften in englischer Sprache.

Archives of Internal Medicine (Arch. Int. Med.), Chicago, 42., Nr. 2.

Epidemische Enzephalitis (nach Beobachtungen der ersten tschechischen medizinischen Klinik in Prag). L. Syllaba und K. Henner.

Resorption unverdauter Eiweißkörper beim Menschen: Resorption von unverändertem Fischweiß beim Erwachsenen. Matthew Brunner und Matthew Walzer.

Alpha-Lobelin als Anregungsmittel für die Atmung. William R. Marshall.

Oftwirkung des Novasurol. Nierenschädigung beim Kaninchen. Benjamin I. Johnstone und H. M. Keith.

Statistische Untersuchungen an 2000 Diabetesfällen. Henry J. John.

Einfluß von Morphium und Aether auf die Nierenfunktion. R. L. Stehle und Wesley Bourne.

Beziehung der Epinephrinwirkung zum Kalium-Kalzium-Verhältnis. W. F. Petersen, S. A. Levinson und Sergius Arquin.

Quantitative Bestimmung der Pankreassekretion. Seizaburo Okada. Eiichi Sakurai, Tsunamoto Imazu und Kwanichi Kuramochi.

Reaktion des Magen-Darmtraktes auf Erregung: Rolle des vegetativen Systems. C. W. Lueders.

172. Blutdruckerhöhung und Körperarbeit. Eugene Barath.

165. Bakteriologie des Rheumatismus und die Allergie-Theorie. Hans Zinnser und H. Yu.

Journal of Experimental Medicine, The (J. of exper. Med.), Rockefeller-Institut, 49., Heft 3, 1. September 1928.

Serologische Differenzierung von sterischen Isomeren. K. Landsteiner und J. van der Scheer.

Der Einfluß von Cholesterin auf experimentelle Tuberkulose. R. E. Shope.

Chemische Veränderungen im Blut des Hundes bei experimenteller Tuberkulose. Th. G. Orr und R. L. Haden.

Die Wirkung der Oxydation von Filtraten eines Hühnersarkoms. H. J. Mueller.

Die Beziehung der Kapselsubstanz vom Bacterium coli zur Antikörperproduktion. Th. Smith.

Reziproke Wirkungen von Begleitinfektion. III. Der Einfluß von Vakzine und Vakzineimmunität auf die Reaktion gegenüber der Infektion mit experimenteller Syphilis (intrakutane Inokulation). L. Pearce.

Die Wirkung des Levaditalkomplexes des Herpesvirus und des Vakzinevirus beim Meerschweinchen. P. K. Olitsky und P. H. Long.

Studien über indifferente Streptokokken. I. Trennung einer serologischen Gruppe. II. Beobachtungen über die Verteilung indifferenter Streptokokken im Rachen von rheumatischen und nicht-rheumatischen Individuen. C. H. Hitchcock.

Weitere Experimente mit der intradermalen Pneumokokkeninfektion bei Kaninchen. K. Goodner.

Die Rolle der Streptokokken bei der experimentellen Poliomyelitis der Affen. P. H. Long, P. K. Olitsky, F. W. Stewart.

Virusneutralisationsexperimente mit Rosenowchem und Pettischem Antipoliomyelitisserum. F. W. Stewart und P. Haselbauer.

Journal of General Physiology, The (J. gen. Physiol.), Baltimore (U. S. A.), Nr. 1, 1. September 1928.

Das Aussalzen von Gelatine in zwei Schichten mit Natriumchlorid und anderen Salzen. J. W. McBain und F. Kellogg.

Hämolyse von Hühnerblut. G. E. Shottuck.

Elektrischer Widerstand von kugligen Suspensionen. K. S. Cole.

Elektrischer Widerstand von Suspensionen von Arbaziaern. K. S. Cole.

Ueber die Permeabilität von Membranen. V. Die Diffusion von Nichteletrolyten durch die trockene Kollodiummembran. A. A. Weech und L. Michaelis.

Dunkeladaptation bei Agriolimnax. W. J. Crozier und E. Wolf.

Geotropische Orientierung bei Arthropoden. III. Die Krabbe Uca. B. Kropp und W. J. Crozier.

Bedeutung der chemischen Zusammensetzung der sezernierenden und trockenen Brustdrüse für die Milchsekretion. J. W. Gowen und E. R. Tobey.

Die Wirkung bestimmter Elektrolyte und Nichteletrolyte auf die Permeabilität lebender Zellen für Wasser. M. McLutcheon und B. Lucke.

Oxydations-Reduktionsgleichgewicht in biologischen Systemen. I. Reduktionspotentiale steriler Bouillonkulturen. C. B. Coulter.

Spektrophotometrische Durchdringungsstudien. IV. Eindringen von Trimethylthionin in Nitella und Valonia aus Methylenblau. M. Irwin.

Die „Sterbewelle“ bei Nitella I. Anwendung gleicher Lösungen. W. J. Osterhout und E. S. Harris.

Journal of General Physiology, The (J. gen. Physiol.), Baltimore (U. S. A.), 8., Nr. 1, 15. September 1928.

Jaques-Loeb-Gedächtnisheft.

Bibliographie von Jaques-Loeb. N. Kobelt.

Inhaltsverzeichnis von Bd. 8.

Journal of Oriental Medicine, The (J. orient. Med.), Dairen (Süd-Mandschurei), Vol. IX, Nr. 2, August 1928.

Pestexperimente bei Winterschlaf. Wu Lien Teh.

Experimentelle Untersuchungen über die desinfizierende Kraft des Sonnenlichtes in Mücken auf tuberkulösen Ausruf. T. H. L. L.

Ueber die Anwendung von Sand und Körnern für die Kroenigsohe Desinfektionsprobe. T. Matsuura.

Ueber eine chinesische Droge: „Hisia-Ku-Ts’so“. S. Kubota und S. Nakajima.

Studien zur experimentellen Pathologie der Arterien. (3. Mitteilung.) M. Imai.

- Einfluss kolloidalen Palladiums auf den Blutzuckergehalt von Kaninchen.** (I. Bericht.) F. Kudo.
- Untersuchungen über hämolytische Streptokokken.** T. Satake.
- England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston.** 1928. Nr. 14. 4. Oktober 1928.
- Kaiserschnitte am Harfordspital von 1901 bis 1927.** J. H. Müller.
- Diagnose und Behandlung des vergrößerten Thymus durch Röntgen.** W. O'Brien.
- Typhusepidemie durch Corned Beef, infiziert von einem Träger.** L. Scamman, P. C. Borsbeck.
- Central Journal of Diseases of Infants (Orient. J. Dis. Inf.), Kyoto.** 4. Nr. 2, September 1928.
- Die tuberkulösen Lungenkavernen beim Säugling.** Beispiel 11. T. Suzuki.
- Ueber die Dysenterietypen in Kyoto.** R. Sasaki.
- Ein Fall von Trichomoniasis bei einem Kinde.** I. Ishida.
- Der Einfluss von Dysenterietoxin auf den exstirpierten Kaninchendarm.** K. Suzuki.
- Physiologische und immunbiologische Studien über das Exotoxin von Dysenteriebakterien.** K. Suzuki.
- Ueber die Wasserstoffkonzentration des Harns bei Dysenterie.** Y. Seki.
- Ueber einen Fall von Arthritis gonorrhoea bei einem Säugling mit vorgetauschter Parrotischer Pseudoparalyse.** S. Matsuda.

Zeitschriften in französischer Sprache.

- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (Ann. de Dermat.), Paris.** Nr. 8, 1928.
- Atypische Läsionen der unbehaarten Haut bei Favus.** M. G. Mgubrow.
- Allgemeines über Dermatophyten.** R. Sabouraud.
- Seltener Fall von Syphiliscondaria maligna.** Gravagna.
- Die Hyperkeratose der Extremitäten in der kalten Jahreszeit.** R. Barthélemy.
- Ueber die Pili incarnati.** G. Weninger.
- Ueber einen Fall von Ansteckung mit Lepra in Frankreich durch eingeschleppte Lepra.** P. Giacardy.
- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (Ann. de Dermat.), Paris.** Nr. 9, 1928.
- Das schmerzhaft Knötchen am Ohr.** W. Dubreuilh, M. Pigeard de Gurbert.
- Ueber die Hutchinsonschen Zähne, ihre Begleiterscheinungen und ihre Pathogenese.** Ch. Audry.
- Atypische Trichophytie.** M. G. Mgubrow.
- Allgemeines über die Dermatophyten.** H. R. Sabouraud.
- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (Ann. de Dermat.), Paris.** Nr. 10, 1928.
- Die Fixationsreaktion bei Hauttuberkulose (Technik Besredka). Therapeutische Wirkung des Methylenantigens.** Lortat-Jacob, Bidault, Legrain, Urbain.
- Beitrag zum Studium der anormalen Formen von Lichenifikation.** E. Bizzozero, Franco Narducci.
- Die Behandlung des weichen Schankers mit Ultraviolettstrahlen.** V. Soukharef.
- Megakaryozytom der rechten Wange.** R. Argaud, L. Chatellier.
- Beitrag zur Klinik und zur Histologie der progressiven Pigmentdermatose.** Schambergische Krankheit. M. Schwarzmann.
- Annales des maladies vénériennes (Ann. Mal. vénér.), Paris.** Nr. 10, 1928.
- Ueber die klinische Bedeutung der Reaktivierung der Bordet-Wassermannschen Reaktion bei Syphilis.** I. D. Perkel, I. M. Moreyniß, M. M. Israelson.
- Einige Betrachtungen über die Wassermannsche Reaktion im erhitzten Serum.** William Lévy.
- Französische nationale Liga gegen die venerische Gefahr. Konferenz zur sozialen Verteidigung gegen die Syphilis.** Nancy, 29. bis 31. Mai 1928.
- Annales des maladies vénériennes (Ann. Mal. vénér.), Paris.** Nr. 11, November 1928.
- Zur Diagnose der Aphthen.** A. Sézary, M. Ducourtieux.
- Gonorrhoe und nichtgonorrhoeische Urethritiden.** G. Franck.
- Der letzte Gesetzentwurf über die Prostitution, vom ärztlichen Standpunkt aus.** M. Carle, J. Lacassagne.
- Zu dem Artikel von Dr. Barthélemy über eine Varietät der Purpura velopalatina.** P. Chevallier.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel.** Nr. 1, 1928.
- Reifungsphänomene der glatten Muskelfasern des Uterus im Verlaufe der Schwangerschaft.** H. Keiffer.
- Zur kardiovaskulären Wirkung des Ephedrins auf chloroformierte Tiere.** J. La Barre.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), Paris.** 18., Nr. 3, September 1928.
- Operationsindikationen bei Vorhandensein von Corpus-luteum-Zysten zusammen mit einer Blasenmole.** A. Frühinscholz, Straßburg.
- Abkürzung der normalen Entbindung.** A. Oströhl, Prag.
- Ueber einige Besonderheiten bei der Technik der Zarateschen Operation.** R. Vaudesal und H. von der Horst, Paris.
- Ueber Gefäßanastomosen über Hydramnion bei der eineiigen Zwillingsschwangerschaft.** M. Mutel und H. Vermelin, Nancy.
- Kollumkarzinom des Uterus am Stumpf nach supravaginaler Uterusamputation.** G. Tesaro, Neapel.
- Diagnostische Irrtümer in der Gynäkologie. Beitrag zum Studium der Hypernephrome, die eine Ovarialzyste vortäuschen.** G. K. Oivatoff, Odessa.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris.** Nr. 30, 28. Juli 1928.
- Akute Stöße des Basedowismus.** Carnot.
- Adventitielle Geräusche rhinopharyngealen Ursprungs, die man bei der Auskultation von Erwachsenen und Kindern hört.** H. Jumeau.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris.** Nr. 31, 4. August 1928.
- Nichttraumatische narbig-fibröse Stenosen der Speiseröhre.** Jean Quizez.
- Kokale oder kokoaependikuläre, wahrscheinlich neoplastische oder noch wahrscheinlicher tuberkulöse Affektion.** Delbet.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris.** Nr. 40, 6. Oktober 1928.
- Die Wirksamkeit der Diathermie bei Lupus.** H. Bordier.
- Neubildung am Pylorus und juxta-pylorisches Ulcus Delbet.**
- Meningitis cerebrospinalis. Differentialdiagnose gegen Typhus.** Paulus.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris.** Nr. 41, 13. Oktober 1928.
- Bestrahlte Substanzen.** E. Lesné und Robert Clément.
- Pseudarthrosen im Anschluß an Frakturen des Schenkelhalses.** Hartmann.
- Typhöse akute Meningitis.**
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris.** Nr. 82, 13. Oktober 1928.
- Der Wert des Grundumsatzes für die Diagnose der Basedowschen Krankheit.** M. Labbé.
- Die spezifische desensibilisierende Wirkung der bazillären Emulsionen von Duquaire und Bonnamour im Verlauf einiger chronischer Affektionen.** G. Boissel.
- Neue Beobachtungen über Karzinom des Fundus ventriculi.** R. Mareschal.

- Revue d'Orthopédie (Rev. d'Orthop.), Paris.** 35. Jahrg., Heft 4, Juli 1928.
- Klippel-Feilscher Symptomenkomplex in Begleitung mehrfacher Mißbildungen.** Pierre Ingelrans und Jean Piquet.
- 187. Die Fußgelenktuberkulose beim Kind.** F. Pouzet.
- Rezidivierende traumatische Luxationen der Peroneus-longus-Sehne.** E. Estor und A. Aimes.
- Entzündung des Nervus ulnaris im Anschluß an eine in der Kindheit stattgehabte Ellbogenfraktur. Verlagerung des Nerven. Ergebnis nach einem Jahr.** Pierre Lombard.
- Vollständige Luxation des ersten Metatarsalknochens an beiden Enden.** Gilbert de Rham.
- Behandlung der habituellen Patellarluxation mit Hilfe eines Knochenspans.** J. Ed. Samson.
- Absprengung des Condylus medialis humeri.** André Sicard.
- Revue d'Orthopédie (Rev. d'Orthop.), Paris.** 35. Jahrg., Heft 4, Juli 1928.
- 149. Einrenkungshindernis durch Zwischenlagerung bei der angeborenen Hüftverrenkung.** I. Mutel et Defoug.
- 148. Die Frühveränderungen im Röntgenbild bei Coxitis und Osteochondritis der Hüfte. Ihre Unterscheidung.** Ernest Irrmann.
- Ein Fall von Erkrankung des inneren Sesambeins an der großen Zehe.** André Trèves.
- Ein Fall von Abriß eines Dornfortsatzes an der Halswirbelsäule.** J. Dessaint.
- Ein Fall von Verrenkung des Fersenbeins.** A. Parcelier und A. Chenut.
- Große Tibiastyse bei einem 64jährigen Mann. Operation. Heilung.** J. Delchef.
- Neue Methode zur Erzielung einer senkrechten Extension.** Etienne.

Zeitschriften in italienischer Sprache.

- La Pediatria (Pediatria), Neapel.** 36., Heft 21, 1. November 1928.
- Die Einatmung von bestrahlter Luft in der Therapie. IV. Mitteilung. Untersuchungen über die Beeinflussung des zuckerregulierenden Apparates im Kindesalter.** Paolo Gorini.
- Die Malaria durchsuchung in Stadt und Provinz Palermo. Jahrfünft 1921 bis 1925.** E. M. Mondrini.
- 186. Vergleichende Untersuchungen über Vakzine- und Stomotherapie bei Kaninchen.** G. Roi.
- Das nervöse Kind. Sammelreferat.** Francesco De Angelis.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache.

- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 31, 4. August 1928.
- Methoden der Liquoruntersuchung.** Helion Povoa.
- Oeffentliche Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete der Tuberkulose.** Renato Barbosa.
- Ueber ein neues Mittel zur Infiltrationsanästhesie in der Otorhinolaryngologie.** Mangabeira Albernaz.
- Die Rolle des Strychnins als Tonikum.** Gas'ao Pereira da Silva.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 32, 11. August 1928.
- Ueber Azidosis.** Annes Dias.
- Die vermisdien Mittel.** Samuel B. Fessoa.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 33, 18. August 1928.
- Der Zusammenhang zwischen Meteorologie und Herzerkrankungen.** Annes Dias.
- 166. Veränderungen des nervösen Systems bei Gelbfieber.** A. Fialho.
- Die Kalkbehandlung der Serumkrankheit.** Ribeiro da Silva.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 34, 25. August 1928.
- Die Bekämpfung des Gelbfiebers in Brasilien.** José de Toledo Piza.
- 168. Die Komplemantenreaktion bei Lepra.** Duarte do Prado Junior.
- Zur Proteintherapie der Syphilis.** Joao Paulo Vieira.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 35, 1. September 1928.
- Das sympathische System in der Gynäkologie.** Americo Valerio.
- 199. Betrachtungen über Azidosis und Hypoglykämie.** Alfonso Mac Dowell.
- Zur Frage des Lupus erythematoses bei Negern.** Ramos e Silva.
- Ueber Oligophrenien.** Aluizio Marques e Genival Londres.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 36, 8. September 1928.
- Die oxychromatische Degeneration der Leberzellen als charakteristische Läsion bei der auf experimentellem Wege erzeugten Gelbfieberinfektion durch das brasilianische Virus.** Magarinos Torres.
- Gongylonema neoplastica (Ditlevsen).** Amadeu Fialho.
- Ueber die reaktivierende Funktion der Malaria.** Waldemiro Pires e Helion Povoa.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 37, 15. September 1928.
- Die Riesenzellenreaktion bei der Hautleishmaniose.** Cunha Motta.
- Die Pflege der Körperkultur in den Schulen.** Henrique Autran.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 38, 21. September 1928.
- 160. Ueber renale Syphilis.** Americo Valerio.
- Ueber wurmtreibende Mittel.** S. B. Pessoa.
- Brasil Medico, Rio de Janeiro.** 42. Jahrg., Nr. 39, 29. September 1928.
- Das Problem der Immunität bei Gelbfieber.** A. da Silva Mello.
- Fall der Friedreichschen Krankheit.** Ernesto Thibau Junior.
- Fall von „Sodoku“ in Brasilien.** Ribiero da Silva.
- La Pediatria Española (Pediatria, españ.), Madrid.** 17. Jahrg., Nr. 191, August 1928.
- 188. Beitrag zum Studium des Kala-Azar im Kindesalter.** Mariano Benavente.
- Die Drüsen mit innerer Sekretion und das Wachstum.** Pardo Urdapilleta.

Zeitschriften in russischer Sprache.

- Kasanskij Medizinskij Zurnal (Kasan, med. Z.), Kasan.** 24. Jahrg., Heft 5, 1928.
- Die ersten russischen Endokrinologen.** D. M. Rossijski.
- Zur Bereitertechnik eines trockenen anatomischen Präparats eines ganzen Magendarmkanals.** N. O. Stadnitski.
- Zur Frage der Histamindarreichung zur Diagnostik und Therapie der Magen-erkrankungen.** P. N. Ossipow.
- Zur Klinik des Nanismus.** E. Ginsburg, W. Arkuschenko und N. Kunnetzowa.
- 142. Seltener Fall von Enterozystom.** M. W. Elkin.
- 150. Zur Frage der Veränderung der Fußwölbung unter Einfluß funktioneller Belastung innerhalb eines normalen Arbeitstages.** N. D. Kiptenko.
- Ueber Untersuchung des weißen Blutes in der Nachgeburtsperiode.** A. P. Nikolajew.
- Zytologische Untersuchungen der Absonderungssekrete bei weiblicher Gonorrhoe.** B. S. Tarlo.
- Zur Diagnostik der angeborenen Syphilis bei Brustkindern.** P. Nanejschwilli und E. Wartasowa.
- 155. Zur Frage der Aetiologie und Therapie der Alopecia areata.** A. M. Koslowa.
- Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med. y russ.), Moskau.** 6., Heft 8 (83), 1928.
- Psychologie in der Erziehung zum Arzt.** Julius Bauer, Wien.
- Ueber Cholesterin.** A. L. Mjassnikow.

182. Badereaktion und ihre klinische Bedeutung, insbesondere bei Behandlung von verschiedenen Polyarthritiden. W. W. Huck.
Veränderung des weißen Blutbildes bei Schlammbehandlung. E. W. Loschkarewa.
171. Zur Frage der Behandlung der essentiellen Hypertonie mit heißen Teilbädern nach Hauffe. B. J. Schimschelewitsch.
181. Fußball und das Nervensystem. W. A. Lokaschew.
200. „Schwarzer Dermographismus“. F. S. Juriew.

Wratschnebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 7, 1928.
W. M. Bechterew als Neuropathologe. M. P. Nikitin.
Luftfahrthygiene als Disziplin. A. A. Sergejew.
Zur Behandlung der hyperaziden Formen der Magensekretionsstörungen mit Mineralwasser „Essentuki Nr. 17“. B. I. Lewit.
Versuch der Anwendung von systematischen Leibesübungen in Kindersanatorien. W. A. Beloussow und M. S. Liwschin.
Zur Methodik der quantitativen Bilirubinbestimmung im Blute. F. M. Gauskau.

- Zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen der funktionellen Fähigkeit des Herzens und der Bilirubinmenge im Blutserum. A. L. Bossia.
Die Bestimmung des Ikterusindex und seine diagnostische und prognostische Bedeutung. W. A. Woinow.
146. Ueber Einfluß der Schlammbehandlung auf die Kalziumausscheidung im Harn bei Spondilose. A. E. Liwschitz.
151. Zur Frage der Extrateringravidität. N. Tschernigowski.
Erysipel im Lichte der gegenwärtigen amerikanischen Forschung. S. S. Kanewskaja.
Ein Fall von Hemiplegie mit Hauthämorrhagien und Entwicklung des akuten Dekubitus. M. D. Sinaiski.
Eine seltene Simulation des Backengeschwürs. F. W. Stadler.
Appendizitis im linken Leistenhodenackbruch. N. N. Goschew.
Fall von Kolporrhoe. J. N. Troitzki.
Zur Frage der Bereitung von Präparaten zur Proteintherapie (Caseofan, Caseoform und Yaten-Caseolan). G. F. Wagner.
Zur Frage der Perkussionsmethoden. W. Syrniew.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte.
2. Augenheilkunde.
3. Bakteriologie und Serologie.
4. Chirurgie und Orthopädie.
5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.

6. Geschichte der Medizin.
7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.

11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.
13. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
14. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

15. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.
16. Psychologie u. Psychopathologie.
17. Soziale u. gerichtliche Medizin.
18. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik u. Therapie.
19. Zahnheilkunde.

Augenheilkunde.

137.
Rosengren, Bengt, Studien über die Tränenableitung beim Menschen. (Sv. Läkarsellsk. Hdl., H. 3, S. 41—115, 1928.) Beim Menschen geht in der Regel kein freier Abfluß durch die Tränenwege vor sich, weshalb eine Passage nur im Anschluß an eine aktive Punktion zustande kommt. Diese ist in die Kanalikuli zu verlegen und besteht in einer Kompression der Kanalikuli, der eine aktive Dilatation folgt. Dabei kommt eine Pumpwirkung zustande, da eine Rückpressung der Flüssigkeit durch einen erhöhten Druck im Konjunktivalsack verhindert wird und eine Klappenanordnung in der inneren Konjunktivalmündung eine Rückströmung vom Sakkus hindert. Der Sakkus spielt beim Menschen, bei der aktiven Funktion, keine Rolle. Die durch den Sakkus entstehenden Volumensveränderungen sind nur von Bedeutung beim Transport der Flüssigkeit von dem Sakkus hinunter in die Nase.
S. Kalischer.

Bakteriologie und Serologie.

138.
Spanier, F. L., Muzinagar als Nährboden für Gonokokkenzüchtung (eine neue Züchtungsmethode). (Schweiz. med. Wschr., Nr. 42, 1928.) An künstliche Nährsubstrate stellt der Gonokokkus ziemlich hohe Anforderungen, da er zu seinem Wachstum spezifischer Nährsubstrate bedarf. Diese Substrate sind unkoagulierendes, menschliches Eiweiß, Glukoproteine, namentlich Muzine und Mukoide, das Wachstum der Gonokokken im menschlichen Körper ist durch das Vorhandensein von Muzinen und Mukoiden bedingt. Der hier beschriebene Nährboden, welcher Muzine enthält, die aus den Epithelzellen der Urethra stammen, ist für eine Gonokokkenzüchtung geeignet. Der muzinhaltige Agar kann auch zur Züchtung anderer Mikroorganismen, welche für ihr Gedeihen natives, menschliches Eiweiß brauchen, verwendet werden.
Held.

139.
Otto, R., Zur Serumtherapie des Kreuzotternbisses. (Med. Klin., Nr. 43, 1928.) Man unterscheidet zwei verschiedene Arten von Schlangengiften: a) das gegen Erhitzung auf 75 Grad C widerstandsfähige und auf die Elemente des Nervensystems wirkende „Neurotoxin“ und b) das hitzeempfindliche „Hämorrhagin“, welches ein schweres Blut- und Blutgefäßgift darstellt und zugleich als proteolytische Diastase örtlich starke Zellgewebsschädigungen hervorruft. In dem Gift der europäischen Vipern sind außer Hämorrhagin auch kleine Mengen von Neurotoxin vorhanden. Bei der Immunisierung von Tieren kann man je nach der Art des verwendeten Schlangengiftes ein antineurotisches oder ein hauptsächlich Antihämorrhagin enthaltendes Serum gewinnen. Da die Toxine der einzelnen Vipernarten unter sich sehr verschieden sind, so ist auch nicht jedes Antiviperngiftserum auf alle Viperntoxine wirksam. Die Gewinnung eines Kreuzotternantitoxins scheitert daran, daß die Beschaffung des Giftes bei den einzelnen kleinen europäischen Schlangenarten ungemünzt schwierig ist. In Europa stellt man nur im Institut Pasteur ein Serum gegen europäisches Viperngift her. Neueste Untersuchungen haben ergeben, daß die brasilianischen Sera gegen das Toxin der europäischen Viper schützen. Neben dem spezifischen Serum ER, aus dem Institut Pasteur, können also auch die brasilianischen Sera, speziell das Serum antiophidicum, bei der Behandlung von Bissen der europäischen Vipern empfohlen werden. L. Gordon, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie.

140.
Anschütz, W., Zur Eröffnung einer allgemeinen Aussprache über die Avertinnarkose. (Zbl. Chr., Nr. 38, 1928.) Bisher liegen etwa 100 000 Avertinnarkosen vor. Verfasser hat Erfahrungen an 230 eigenen Fällen gesammelt. Die Dosierung wird von manchen Autoren gefühlsmäßig erfaßt. Es sollten aber hierfür allmählich exakte objektive Methoden Platz greifen. Die Avertinnarkosen sollen stets in einer Hand liegen. Der Avertintröpfcheneinlaß sollte weiter versucht werden. Die Vollnarkose mit Avertin soll in keinem Falle erzwungen werden. Die fraktionierte Narkose erfordert zwar viel Zeit und Geduld, ist aber zur Zeit der einzige Weg, um mit möglichst geringer Dosierung zu arbeiten. Die 3%ige Lösung ist nicht als obligatorische zu betrachten. Vielleicht ist langsame Resorption günstiger. Sorgfalt beim Bereiten und Aufheben der Lösung für den Tagesbedarf, letzteres am besten in einem Brutschrank bei 40%. Kein Einlaß am Morgen. Störende Aufregungszustände nur bei Versagern, nie beim Erwachsenen. Zur Unterstützung vorher Landanon-Skopolamin. Die Anwendung des Magoschen Spatels ist sehr zu empfehlen. Bedauerliche Zwischenfälle wurden nicht erlebt. Der lange, unerweckbare postoperative Schlaf ist zwar dem Patienten doch unter Umständen nachteilig. Keine Vermehrung der postoperativen Bronchitiden und Pneumonien. Keine Spätfolgen, bis auf einen Todesfall, der aber wohl andere Ursachen hatte. Es werden einige Todesfälle beschrieben, bei denen das Avertin keinesfalls als entscheidende Ursache in Frage kommt. Kontraindikation ist im Allgemeinen nur die Kürze eines Eingriffs und die Möglichkeit guter Lokalanästhesie. Ikterus ist keine Gegenanzeige. Besonders bewährt hat sich die Methode bei der Operation von Hirntumoren und Gaumenspalten. Am häufigsten waren Versager bei Laparotomien, besonders bei Magen-Darmresektionen.
Grossmann.

141.
Cramer, H., Psychische Folgen der Inhalationsnarkose. (Münch. med. Wschr., 47., 2008.) Die durch Giftwirkung herbeigeführte Ausschaltung des Schmerzgefühls und des Bewußtseins ist von einer Reihe mehr oder minder ausgesprochener psychischer Störungen begleitet und gefolgt, wenn auch histologische Hirnveränderungen nach der Inhalationsnarkose bisher nicht bekannt sind. Nicht nur im Beginn der Narkose kommt es zu Erregungszuständen, sondern auch beim Abklingen der narkotischen Wirkung und später ist eine deutliche Uebererregbarkeit häufig zu beobachten. Zumeist manifestiert sich diese in der gesteigerten Empfindlichkeit gegenüber dem Wundschmerz, der Darmeristaltik, ärztlichen Maßnahmen, in der psycho-motorischen Unruhe und in Schlaflosigkeit. Trotz eines normalen Verlaufes der Heilung entwickelt sich nicht selten eine psychische Labilität, die mit schweren, monatelang anhaltenden Depressionen einhergehen kann. In einzelnen Fällen kommt es zu ausgesprochenen Psychosen, bei deren Entstehung die Gehirnschädigung durch die Narkose eine wesentliche Rolle spielt, wenn auch andere Faktoren (prämorbid Persönlichkeit, Operationsschock) mitbestimmend sind. Die häufigste und wichtigste Narkosefolge besteht in einer mehr oder weniger deutlichen Schädigung des Gedächtnisses, die sich in einer Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens und der Merkfähigkeit auswirkt. Narkoseoperationen sind daher bei geistig berufstätigen Kranken nach Möglichkeit nur dann vorzunehmen, wenn eine Urlaubszeit zum Ausgleich dieser Schädigung

zur Verfügung steht. Je nach Länge der Narkose und der individuellen Empfindlichkeit ist die Zeit bis zum Verschwinden der Gedächtnisstörung außerordentlich verschieden. Diese psychischen Folgezustände, die nach den neueren Methoden der künstlichen Betäubung übrigens viel stärker hervortreten als bei der Inhalationsnarkose, können nur dadurch vermieden und abgeschwächt werden, daß die Ausscheidung des Giftes beschleunigt wird. Bei den Inhalationsnarkotika geschieht diese Ausscheidung — abgesehen von dem Abbau in den Geweben — überwiegend durch die Atmung. In den ersten Tagen nach der Operation ist daher systematisch eine vertiefte Atmung anzuregen. Ein wertvolles Mittel stellt in dieser Hinsicht die Inhalation reiner Kohlensäure dar, deren Reiz zur vertieften Atmung noch nach Stunden sich bemerkbar macht. Die protrahierte Bewußtseinsstörung läßt sich durch CO₂-Inhalation schon auf dem Operationstisch beseitigen.

142.

Elkin, M. W., Seltener Fall von Enterozystom. (Kasan. Med. Z., 24., H. 5, S. 441, 1928.) Kasuistischer Beitrag, der eine 27jährige Patientin betrifft. Seit 6 Jahren bemerkte die Patientin Auftreibung des Bauches, die immer größer wurde und Atembeschwerden verursachte. Während der ganzen Zeit keine Menses. Bauchumfang 104 cm. Nach bimanueller Untersuchung wurde das Vorhandensein eines proliferativen Ovarialzystoms angenommen. Die Operation ergab eine zwischen der Muskulatur und dem Peritoneum in der Bauchwand beiderseits der Linea alba symmetrisch liegende Zyste, aus der sich 7—8 Liter opaleszierender Flüssigkeit entleerten. Unterhalb des Peritoneums, das uneröffnet blieb, konnte man im kleinen Becken einen Adnexitumor wahrnehmen. In der Bauchwand befand sich außerdem eine hühnereigroße Geschwulst, aus der sich eitrig Flüssigkeit entleerte. Um einer Infektion zu entgehen, wurde der Adnexitumor durch hintere Kolpotomie entfernt. Dieser entpuppte sich als verwachsene tubo-ovarielle Zyste. Der postoperative Verlauf war gut. Mikroskopisch bestand die Wand der großen Zyste aus faserigem Bindegewebe, in dem sich stellenweise glatte Muskelfasern befanden. Die innere Wandschicht war an einzelnen Stellen mit niedrigem Zylinder- bzw. hohem kubischem Epithel bekleidet. Es handelte sich um ein Enterozystom von seltener Größe. Differentialdiagnostisch kommen hier auch Urachus-Zysten in Frage, die jedoch mikroskopisch einen anderen Bau aufweisen. Was die Genese der Enterozystome anbetrifft, so stammen sie in den meisten Fällen von Resten des embryonalen Ductus omphalo-mesentericus ab.

E. Kontorowitsch.

143.

Oppenheimer, R., Zur Verhütung der postoperativen Blutung nach suprapubischer Prostataktomie. (Msch. Harnkr., 2., H. 7/8, S. 236, 1928.) Nach heißer Ausspülung der Prostatahöhle bekommt der Patient eine intramuskuläre Injektion von Gynergen und 10 bzw. 40 Minuten später je eine Injektion von Sekakornin. Auf diese Weise wird das schlaffe Wundbett zur Kontraktion gebracht. Aber das genügt nicht in allen Fällen. Von den Beobachtungen ausgehend, daß Alkohol blutstillend und kontraktionsanregend wirkt, tupft man die Wundhöhle zunächst mehrfach mit 90%igem Alkohol aus, und nachdem trocken nachgetupft ist, injiziert man mit einer mit gebogenem Hartgummiansatz versehenen Spritze 10 ccm 10%iger Höllensteinlösung langsam in das Wundbett. Dieses wird zunächst temporär 5 Minuten tamponiert. Nach Entfernung des Streifens injiziert man im Bedarfsfalle nochmals 10 ccm der Höllensteinlösung. Dann folgt die endgültige Tamponade. Steht die Blutung noch nicht, so injiziert man durch das Frey'sche Drain weitere 10 ccm der Argentumlösung. Die in der Blase liegenden Blutgerinnsel fangen die aus der Wundhöhle hervortretende Höllensteinlösung auf, und dadurch wird einer zu starken Verätzung der Blasenschleimhaut vorgebeugt. Infolgedessen werden diese Gerinnsel erst vor Schluß der Blasenwunde ausgeräumt. Der Vorteil der Anwendung einer mit Höllensteinbehandlung kombinierten Tamponade besteht, wie der Verfasser hervorhebt, darin, daß in vielen Fällen bereits am Nachmittag des Operationstages der Harn makroskopisch blutfrei ist.

144.

Gravesen, Johs., Kavernenchirurgie. (Ugesk. Laeg., Nr. 48, S. 1111.) Die Prophylaxe und Heilung der Kavernen der Lunge wird vom chirurgischen Standpunkt beleuchtet, ebenso wie die Anatomie und Diagnose derselben. Die Pneumothoraxbehandlung, die extrapleurale Thorakoplastik, die Phreniko-Exairese, die extrapleurale Lungenplombierung (nach Taffier und Baer) werden einzeln besprochen, auch die doppelseitige Kollapstherapie. Von 155 operierten und bis vor mehr als 2 Jahre operierten sind 37 (23,9% völlig arbeitsfähig, 28 leicht arbeitsfähig (18,1%). Gestorben sind 74 (47,7%) an Tuberkulose, 4 (2,6%) an anderen Krankheiten. Von den Lebenden sind 52 bazillenfrei, d. h. Sputum frei von Bazillen. Von 28 Phreniko-Exalresen hatten 11 ein positives gutes Resultat. Drei Fälle, die mit Paraffinplombierung behandelt wurden, hatten ein negatives Resultat. Die postoperativen Todesfälle traten ein durch Herzlähmung (3),

durch Aspirationspneumonie (2), durch Schock (2), Embolie der Arter. pulmon. (1), Sepsis (1), Tetanus (1).

S. Kalischer.

145.

Meulengraeth, E., Ueber Thermometerblutungen. (Ugesk. Laeg., Nr. 48, S. 1122.) Der Verfasser weist hier auf die typischen Verletzungen und Blutungen hin, die durch die Spitze des in den After eingeführten Thermometers nicht selten eintreten und durch das Spekulum festgestellt werden konnten. Auch der Sitz ist konstant an der vorderen Seite der Rektalschleimhaut 4 cm über der Analöffnung, wo das Rektallumen eine scharfe Beugung zur Ampulla recti macht. Hier kommt gewöhnlich die Spitze des Thermometers hin. Die Blutungen durch diese Verletzungen sind meist stark, treten ohne Vorboten auf und ohne Beschwerden, mitunter lange nach Einführung des Thermometers durch Geschwürbildung.

S. Kalischer.

146.

Liwschitz, E. A., Ueber Einfluß der Schlammbehandlung auf die Kalziumausscheidung im Harn bei Spondylose. (Wirtsch. Gasete, 32., Nr. 7, S. 512, 1928.) Wie die Untersuchungen des Verfassers zeigen, bewirken Schlammkurprozeduren bei Spondylosiskranken erhöhte Kalziumausscheidung im Harn. Demzufolge wird der in einer Anzahl von Fällen eingetretene, relativ günstige therapeutische Effekt mit der Erhöhung der Kalziumausscheidung aus dem Organismus unter dem Einfluß der Schlammbehandlung in Verbindung gebracht.

E. Kontorowitsch.

147.

Richter, Ewald, Ein Keim der Spondylitis deformans. (Med. W., Nr. 43, 1928.) Eine Beschreibung der ersten Anfänge der typischen Spondylitis deformans. Die Patienten klagen dabei über Schmerzen im Rücken und Kreuz, besonders bei längerem Gehen und Stehen. Der Wirbelsäulenbefund ist typisch: Kyphose der Brustwirbelsäule und fixierte Lordose der Lendenwirbelsäule. Bei der Rumpfbeugung nach vorn bleibt die Lendenwirbelsäule lordotisch, die Mm. erectoris trunci krampfartig gespannt. Die langen Rückenmuskeln zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule springen dick, wulstartig hervor. Die Rumpfbeugung selbst ist stark eingeschränkt. Die primäre Deformität ist die Kyphose um den siebenten Brustwirbel. Die Lordose der Lendenwirbelsäule ist lediglich eine Abwehrmaßnahme gegen die bei der Kyphose der Brustwirbelsäule entstehende Kompression der Brustwirbel. Die Behandlung muß möglichst frühzeitig und intensiv durchgeführt werden und besteht in einer Entlastung der Wirbelsäule. Am besten bewährt sich eine Freiluftliegekur in einem Gipsbett für mehrere Monate.

L. Gordon, Berlin.

148.

Irrmann, Ernest, Die Frühveränderungen im Röntgenbild bei Koxitis und Osteochondritis der Hüfte. Ihre Unterscheidung. (Rev. d'Orthop., 35., H. 5, 1928.) Es gibt kein frühes sicheres Röntgenzeichen, das als solches die Unterscheidung zwischen Koxitis und Osteochondritis erlaubt. Immerhin geben die Verdichtungen des Kernes, seine Ablachung und die regelmäßige Verbreiterung des Gelenkspaltes Zeichen zugunsten der Osteochondritis; auch schon in Frühfällen, besonders wenn die klinischen Erscheinungen entsprechende Schlüsse erlauben. Die Röntgenbilder der Koxitis im Frühstadium ergeben keine charakteristischen Merkmale, die für die Differentialdiagnose von Wichtigkeit wären.

Debrunner, Zürich.

149.

Mutel et Defaug, Einrenkungs Hindernis durch Zwischenlagerung bei der angeborenen Hüftverrenkung. (Rev. d'Orthop., 35., H. 5, 1928.) Zur Beseitigung eines Interpositionshindernisses schlagen die Verfasser die blutige Freilegung der Hüftgelenk vor, wobei sie das Verfahren von Ludloff im folgenden modifizieren: Lagerung auf dem Rücken in stärkster Abduktion und Auswärtsrotation. Längsschnitt über die Hüftgelenk. Eingehen zwischen Musculus pectineus und Adduktor longus. Der Kopf läßt sich durch die Kapsel leicht palpieren und darstellen.

Debrunner, Zürich.

150.

Kiptenko, N. D., Zur Frage der Veränderung der Fußgewölbe unter Einfluß funktioneller Belastung innerhalb eines normalen Arbeitstages. (Kasan. Med. Z., 24., H. 5, S. 446, 1928.) Die Messungen wurden an 70 in verschiedenen Berufen stehenden Personen beiderlei Geschlechts mit dem von Friedland (Kasan) angegebenen Index (das mit 100 multiplizierte Verhältnis zwischen Höhe der Fußgewölbe und größter Länge des Fußes) ausgeführt. Am Abend fand sich bei jugendlichen Personen eine Erhöhung der Fußwölbung, dagegen im Alter über 30 Jahre eine Ablachung. Wie der Verfasser bemerkt, ist die Reaktion der elastischen Kräfte des Fußes auf ein und dieselbe Belastung je nach dem physiologischen Zustand dieser Kräfte verschieden, und zwar empfangen diese, solange sich die Fußwölbung in den Normgrenzen hält, diese Belastung als einen tonisierenden Faktor und beantworten ihn mit einer Erhöhung der Fußwölbung. Wenn aber die Fußwölbung schon vor der Belastung unter der Norm war, so erweist sich dieselbe Belastung als über-

mäßig und führt zur weiteren Abflachung der Fußwölbung. Dabei findet man in den schwersten Fällen von Plattfuß eine geringere funktionelle Abflachung, als in beginnenden Fällen, was vermutlich auf die größere Annäherung des Kapselbandapparates zur Elastizitätsgrenze in den vorgeschrittenen Fällen zurückzuführen ist.

E. Kontorowitsch.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

151.

Tschernigowski, N., *Zur Frage der Extrauterin gravidität.* (Wratschr. Gaseta, 32., Nr. 7, S. 513, 1928.) Die in letzter Zeit häufiger als früher beobachteten Fälle von ektopischer Schwangerschaft werden auf in den Adnexen vorhandene Entzündungsprozesse zurückgeführt, wobei Gonorrhoe und Abort die Hauptrolle spielen.

E. Kontorowitsch.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.

152.

Birke, Richard, *Milzsafttherapie der Dermatosen.* (Münch. med. Wschr., 47., 2009.) Von der Tatsache ausgehend, daß eine Entfernung der Milz Hypereosinophilie zur Folge hat, wurde die Zufuhr enteinfachter Milzextrakte (Nodunon, Sächs. Serumwerke) bei den Vermehrung der Eosinophilen einhergehenden Dermatosen empfohlen. In der Tat kommt es nach der Injektionsbehandlung bei einer Reihe von Hauterkrankungen, wie Lichen rub., Skabies, Pemphigus vulg., As-Dermatitis zu einer vorübergehenden Senkung der Eosinophilie und einer Besserung des Juckreizes, ohne daß die Hautveränderungen selbst abheilen. Bei den chronischen, der exsudativen Diathese zugehörigen Ekzemen führt diese Therapie zu einer völligen Heilung der Dermatoze, ohne daß eine Lokalbehandlung vorgenommen wird.

Biberfeld.

153.

Sézary, A., und M. Ducourtioux, *Zur Diagnostik der Aphthen.* (Ann. Mal. vénér., Nr. 11, 1928.) Die Aphthen der Mundschleimhaut sind sehr charakteristisch: nach einem vorübergehenden viskulären Stadium bilden sie runde Ulzerationen, wenig zahlreich, linsenförmig, bedeckt mit einem Exsudat; Rand deutlich. Nach einigen Tagen schwindet das Exsudat und die Erosionen vernarben. Gewöhnlich ist Aussehen und Verlauf so typisch, daß keine Verwechslungen mit syphilitischen Läsionen entstehen. Auch die kleinen weichen Schanker können kaum zu Verwechslungen Anlaß bieten. Die Autoren beschreiben nun aber zwei Kranke, bei denen die Unterscheidung der Aphthen von Plaques muqueuses der Mundschleimhaut große Schwierigkeiten machte. Die eine Patientin war eine Prostituierte, bei der vor einigen Tagen die Diagnose Aphthen gestellt worden war. Sie hatte indiskutable syphilitische Läsionen und im Munde tatsächlich wie Aphthen aussehende Gebilde. Der Spirochätennachweis brachte Klarheit.

In einem andern Falle sahen Läsionen am Penis ganz wie genitale Aphthen aus. Hier wurden Ducreybazillen gefunden und die Affektion als Ulcus molle identifiziert.

Kurt Heymann, Berlin.

154.

Weninger, G., *Ueber die Pili incarnati.* (Ann. de Dermat., Nr. 8, 1928.) Eingewachsene Nägel kennt jeder, eingewachsene Haare sind selbst vielen Aerzten unbekannt. Eschrich hat 1837 zuerst eine den Tatsachen ähnliche Beschreibung gegeben. Schmidt hat mehrere Fälle beschrieben, Weninger nimmt die Frage wieder auf. In der Gegend des Barts, meist am Unterkiefer, seltener auf den Wangen, entstehen kleine Entzündungsherde, in deren Mitte ein Haar auffällt. Man denkt zunächst an Folliculitis barbae. Faßt man aber das Haar mit der Pinzette und zieht man es aus, so sieht man, daß die Wurzel intakt ist, daß das Haar an Dicke beträchtlich zugenommen hat und daß es vor allem einen sehr eigenartigen Verlauf hat. Es läuft schräge, parallel der Oberfläche, die Haarspitze biegt sich wieder zurück. Manchmal verläuft es eine Strecke über der Oberfläche, um dann wieder in der Haut zu verschwinden oder noch ein Stück unter der Haut sichtbar zu bleiben. Das Haar ist stets mehrfach gekrümmt, viel länger und dicker, als man denken sollte. Andere Haare verlaufen ausschließlich unter der Haut, man sieht von ihnen nur einen durchscheinenden Schimmer. Tägliches Rasieren verändert noch das Bild, es kommt zu Knötchenbildung, diese wird verletzt, es tritt eine Kruste auf, unter der das Haar weiter wächst und wieder Anlaß zu neuen Entzündungen gibt. Diese sind sekundär und als Reaktion des Organismus auf einen Fremdkörper anzusehen.

Histologisch sah Schmidt eine Lymphozyteninfiltration um erweiterte Gefäße herum. Das Haar läuft im Bogen, der Follikel ist auffallend schräg. Meist entsteht die Affektion bei jungen Männern, die mit dem Rasieren beginnen; sie soll familiären und zuweilen auch hereditären Charakter haben. Sie kommt bei allen Rassen vor.

Die pathogenetischen Erklärungsversuche sind noch nicht ganz überzeugend. Einige Autoren beschuldigen den Kragen, der durch Drücken und Scheuern die Affektion begünstigt, doch wird hierdurch

noch nicht das Auftreten an den von Kragen nicht erreichten Stellen erklärt. Weninger betont besonders den schrägen Verlauf der Follikel, den er mit den Verhältnissen beim Embryo vergleicht. Auch hier durchstoßen die Haare nicht direkt die Epidermis, sondern wachsen der Oberfläche parallel, so daß also hier eine Art Entwicklungsstörung vorliegen würde. Bolk meint, daß die Ursachen der Krankheit nicht auf äußeren, sondern auf inneren Faktoren beruhen müssen. Er macht die Rassenvermischung für Entstehung der Affektion verantwortlich. Hiermit steht aber die relative Seltenheit der Krankheit im Widerspruch. Behandlung. Die beste Therapie ist die Apilation, die man durch den Kranken selbst vornehmen lassen kann. Regelmäßige Desinfektion nach dem Rasieren mit Alkohol ist zu empfehlen. In hartnäckigen Fällen muß man den Bart wachsen lassen.

Kurt Heymann, Berlin.

155.

Koslowa, A. M., *Zur Frage der Aetiologie und Therapie der Alopecia areata.* (Kasan. med. Z., 24., H. 5, S. 477, 1928.) Von 25 Alopecia areata-Fällen war in 4 Fällen eine ursächliche Beziehung des Haarausfalles zu Nervenerschütterungen und in 3 Fällen (Männer) eine solche zu endokrinen Störungen vorhanden. In 18 Fällen war die Aetiologie unbekannt. Die Therapie bestand in Quarzlichtbehandlung allein oder mit d'Arsonvalisation oder mit Darreichung von Hodenpräparaten kombiniert, wobei das Wachstum der Haare (bis auf einen Fall) wiederhergestellt wurde.

E. Kontorowitsch.

156.

Lorat, Jacob, Bidault, Legrain, Urbain, *Die Fixationsreaktion bei Hauttuberkulose (Technik Besredka). Therapeutische Wirkung des Methylantigens.* (Ann. de Dermat., Nr. 10, 1928.) Welche Bedeutung man auch den Antikörpern in der Entwicklung der Hauttuberkulose geben mag, ihre häufige Positivität im Serum der Kranken drückt, wie Pirquet angegeben hat, einen allergischen Zustand des Organismus aus. Diese Allergie spricht sich in Reaktionen aus, deren Mannigfaltigkeit, wie Jörgen Schumann meint, den klinischen Bildern der Hauttuberkulose entspricht.

Nun weiß man, daß der Organismus, um diese Allergie zustande zu bringen, schon halb immunisiert sein muß durch eine frühere Infektion. Welche Rolle spielt nun aber die frühere Infektion bei der Antikörperproduktion? Die Antwort ist nicht leicht. Vielleicht stammen die Antikörper, die man im Serum findet, aus der Haut.

Die Schlußfolgerungen der Autoren lauten:

1. Die Besredka'sche Reaktion beweist, daß, wenn die Aktivität des Tuberkelbazillus sich auf die Haut richtet, man im Serum Antikörper nachweisen kann: Diese sind stets wenig zahlreich.

2. In bezug auf die Hauttuberkulose und die Tuberkulide läßt die Komplementabweichung im ganzen dieselben Deutungen zu, wie bei viszeralen Evolutionstuberkulosen.

3. Es besteht ein gewisser Gegensatz zwischen den Resultaten bei typischen Hauttuberkulosen und bei Tuberkuliden. Während bei letztgenannten der Prozentsatz mindestens 90 Prozent erreicht, wird er bei den Hauttuberkulosen geringer, am höchsten ist er bei den nekrotischen Formen. Es scheint, daß die heftige Reaktion eines schon sensibilisierten Organismus, wie sie sich in lokaler Gangrän ausdrückt, im Serum durch eine konstante und relativ zahlreichere Antikörperbildung in Erscheinung tritt.

4. Was den Lupus pernio und den Lupus erythematosus betrifft, so bringt die Reaktion von Besredka einen Beweis mehr für den häufig tuberkulösen Ursprung.

5. Für die anderen Affektionen, deren Verwandtschaft mit der Tuberkulose noch problematisch ist, wäre es übereilt, ganz bestimmte Schlüsse zu ziehen: hierher gehören Erythema nodosum, Pityriasis rubra pilaris, Angiokeratoma Mibelli, Granuloma annulare, doch scheint bei dieser letztgenannten Affektion die Reaktion meistens negativ zu sein.

Schließlich zeigt die Reaktion nach Besredka noch an, daß manche Erythrozyanosen der jungen Mädchen sich deutlich zur Tuberkulose hin entwickeln, und zwar zur Form des Erythema induratum Bazin.

Ueber die therapeutische Wirkung des Methylantigens urteilen die Autoren günstig. Bei Befolgung einer gewissen Technik wird das Mittel vollkommen gut vertragen. Allgemeinreaktionen gehören zu den Ausnahmen. Dann kommt es nur zu leichten Temperatursteigerungen. Kranke, die Tuberkulin nicht vertrugen, konnten mit dem Methylantigen behandelt werden. Eine tuberkulinintolerante Kranke mit Erythema induratum konnte mit dem Methylantigen gebessert werden. Diese Verträglichkeit gestattet auch die Behandlung von echten Hauttuberkulosen, Lupus usw.

Herdreaktionen fehlen. Dagegen kommt es selten zu einer lokalen Reaktion. Die ulzerösen gummösen Formen reagierten besonders gut auf die Behandlung. Das Erythema induratum wurde konstant gebessert, der Lupus erythematosus dagegen blieb rebellisch. Beim Lupus tuberculosis soll sich die Wirkung des Methylantigens durch raschere Vernarbung und Eintrocknung der Läsionen

geäußert haben. Auffallend war eine günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes der Lupuskranken, so daß das Methylantrigen ein wertvolles Adjuvans ist. Kurt Heymann, Berlin.

157.
Salomon, O., Eine automatische Karteikontrolle für Geschlechtskranke. (Msch. Harnkrkh., 2., H. 7/8, S. 249, 1928.) Beschreibung einer von der Firma Heinrich Zeiss (Unionzeiss), Frankfurt a. M., nach Angaben des Verf. hergestellten Kartei. Die Karten sind handlich und übersichtlich und nach einem System zusammengestellt, welches den Arzt selbsttätig auf das Ausbleiben der in Behandlung stehenden bzw. zur Nachuntersuchung bestellten Patienten aufmerksam macht, sowie ihm auch jederzeit in statistischen und wissenschaftlichen Fragen einen Ueberblick über seine Praxis gewährt. E. Kontorowitsch.

158.
Franck, G., Gonorrhoeische und nichtgonorrhoeische Urethritiden. (Ann. mal. vénér., Nr. 11, 1928.) Die Arbeit enthält Betrachtungen über Unklarheiten in der Pathologie und in der Uebertragung der Gonorrhoe. Eine Revision unserer Anschauungen sei dringend erforderlich. Zunächst sei es vielen Autoren aufgefallen, daß die Gonorrhoe heute ganz anders verläuft als vor 10 Jahren. Die Kranken leiden im akuten Stadium überhaupt nicht, während früher abundanten Ausfluß und starke Schmerzen an der Tagesordnung waren. Dazu kommen sehr eigenartige Verhältnisse bei der Ansteckung. Montpellier hat einen Fall berichtet, in dem sich ein junger Mann durch einen Coitus interaxillaris bei einer Puella publica infizierte. Diese hatte ein nässendes Ekzem an dieser Stelle, da sie die Gewohnheit hatte, von ihren Kunden den Koitus so ausführen zu lassen. Als Montpellier die Flora dieses Ekzems untersuchte, fand er Gebilde, die sich färberisch und morphologisch wie Gonokokken verhielten. Cederkreutz legte sich die Fragen vor: Wie lange können die Gonokokken im menschlichen Organismus leben? Gibt es Keimträger? Franck ist der Meinung, daß es zum mindesten Gonokokkenträgerinnen gibt, das sind Frauen, ohne die geringsten klinischen Erscheinungen zu haben, doch ihren Partner infizieren. Bei ihnen sind die Gonokokken also nur Saprophyten, die auf einem neuen Nährboden sofort wieder pathogen werden. Der saprophytisch lebende Gonokokkus unterscheidet sich wahrscheinlich weitgehend von dem typischen.

Autor unterzieht die typischen Merkmale des Gonokokkus, wie sie in den klassischen Lehrbüchern stehen, einer Kritik.

1. Der Gonokokkus ist gramnegativ, das ist unbestreitbar für die klassischen Fälle, für die man die Gramfärbung nicht nötig hat. Für chronische Fälle aber und für die weibliche Gonorrhoe aber gibt es zahlreiche andere Kokken, die sich nicht nach Gram färben, und mithin keine Gonokokken wären. Andererseits warum sollte es nicht grampositive Gonokokken geben? Es gibt Autoren, die schon vor vielen Jahren behauptet haben, daß die Gonokokken nicht immer gramnegativ sind.

2. Morphologisch ist es richtig, daß der Gonokokkus Kaffeebohnenform hat. Es gibt aber viele Kokki im Präparat, die von den andern nichtgonorrhoeerregenden gar nicht zu unterscheiden sind und doch gramnegativ.

3. Nie sind Gonokokken in Ketten beschrieben, sondern stets in Haufen, aber welche Beweise gibt es dafür?

4. Was die intrazelluläre Lage betrifft, kein Praktiker legt Wert darauf. Wie oft sind sie extrazellulär!

5. Der Gonokokkus ist für einige Tiere pathogen. Niemand bezweifelt, daß er der Erreger der Gonorrhoe ist, aber sollte er nicht auch noch der Erreger anderer Urethritiden sein? Oder anders ausgedrückt: Die Urethritiden, die man als non gonorrhoeae bezeichnet, sollten sie nicht von einem Gonokokkus hervorgerufen sein, der sich nur durch eine Verwandlung in biologischer, morphologischer Hinsicht vom Honokokkus, der typischen Gonorrhoe unterscheidet?

6. Warum findet man den Gonokokkus in manchen Eiteransammlungen und nicht in andern? Warum ist er manchmal im Blut und ausnahmsweise in der Gelenkflüssigkeit?

Die Schlußfolgerungen des Autors sind:

1. Der Gonokokkus ist und bleibt das pathogene Agens der Gonorrhoe.

2. Er ist vielleicht nicht ihr einziger Erreger.

3. Es ist möglich, daß andere Urethritiden (non gonorrhoeae) doch vom Gonokokkus verursacht werden.

4. Der Gonokokkus kann unter Umständen ganz andere Merkmale haben, als in den klassischen Fällen.

5. Es existieren wahrscheinlich Träger und Trägerinnen saprophytischer Gonokokken.

Der Autor will versuchen, diese Behauptungen nach Möglichkeit zu beweisen. Kurt Heymann, Berlin.

159.
Perkel, I. D., Moreyniss, I. M., und M. M. Israelson, Ueber die klinische Bedeutung der Reaktivierung der Bordet-Wassermannschen Reaktion nach Millan-Gennerich und über die Spontanschwankungen der Bordet-Wassermannschen Reaktion in

der Syphilis. (Ann. mal. vénér., Nr. 10, 1928.) Milian und Gennerich haben im Jahre 1910 gleichzeitig und unabhängig voneinander eine neue syphilisdiagnostische Methode angegeben, die darin bestand, dem Betreffenden eine kleine Dosis Neosalvarsan (später kamen auch andere Antisyphilitiden zur Benutzung, intravenös einzuspritzen und danach die WaR. zu untersuchen. Sie sollte dann bei Personen, die einmal syphilitisch infiziert gewesen waren, positiv ausfallen oder zum mindesten eine positive Schwankung zeigen. Der diagnostische Wert dieser Methode ist nun aber außerordentlich umstritten worden, bis auf den heutigen Tag ist sie umkämpft.

Milian selbst gibt zu, daß der Frage noch manche Unklarheiten anhaften. Krefting stimmte dafür, daß sie Gegenstand eines Kongresses sein möge; die theoretische Basis des Verfahrens sei ein Irrtum, die Schwankung ein Zufall, der ihm überdies nie begegnet sei, oder ein technischer Fehler. Es würde noch lange dauern, bis der Schade, den die Methode angerichtet hat, wieder gutgemacht sei, denn sie ist bereits in die Hand- und Lehrbücher eingedrungen. Ebenso sahen Politiker und Spiegel unter 150 Fällen keine einzige gelungene Provokation. Mas operierte an 673 Fällen mit Neosalvarsan und Mirion, nur 5mal erzielte er eine dauerhafte positive Reaktion, 15mal eine vorübergehend positive, 91mal hat sich die Reaktion, die vorher positiv war, verstärkt; unter den 526 mißlungenen Provokationsversuchen waren 32 Fälle, in denen der Liquor deutlich pathologisch war, und 25, die, als sie wieder kamen, Syphilisrezidive hatten. Mas ist der Ansicht, daß die Methode nicht die geringste prognostische Bedeutung hat. Stokes und Ozeary erhielten von 103 Fällen 18,4% positive Resultate, doch halten sie die provokatorische Wirkung nur für möglich, nicht für bewiesen. Silberstein ist Anhänger der Reaktion. Er nahm Altsalvarsan, 0,2 bis 0,3, und untersuchte das Blut am zweiten, dritten und zehnten Tage. Meist hatte er schon am folgenden Tage eine positive Reaktion (78%). Er hatte 106 Fälle. 57 waren positiv, 49 negativ nach der Provokation. 19 Kontrollfälle waren alle negativ. Er hält die Methode für wertvoll, denn sie ermögliche die Aufspürung latenter Frühsyphilis. Kaploun erzielte bei 361 Fällen sicherer Syphilis 80mal die Provokation, 22,2%, 17 Nichtsyphilitische blieben negativ. Andere Autoren hatten in 52,8%, 30%, ja 80% Erfolge.

Es erhebt sich die Frage: Ist die Reaktion überhaupt spezifisch? Strinkler glaubte an eine direkte und augenblickliche Wirkung des Salvarsans oder seiner Abbauprodukte, die die Reaktion variieren ließen, Felke, Schwartz, Flemming an eine Verzögerung der Hämolyse, Felke wieder an eine Veränderung der Struktur der Globuline, Strinkler an eine Störung des Lipidstoffwechsels.

Die Verfasser glauben, daß große Salvarsanmengen tatsächlich eine Wirkung auf die Hämolyse haben, die aber mit der Ausscheidung rasch abnimmt. Der spezifische Charakter des sogenannten Provokationsphänomens ist unbewiesen, denn es kann auch durch nichtspezifische Stoffe hervorgerufen werden. Klopstock beobachtete bei gesunden Kaninchen die Veränderung der negativen Reaktion zu einer positiven nach Milchinjektion und später wieder nach Salvarsan die umgekehrte Veränderung, von positiv zu negativ. Emmanuel meint, daß diese Veränderung also nicht als Beweis des therapeutischen Effektes des Salvarsans gelten kann. Daher kann auch der Umschlag, der nach der Provokationsspritze eintritt, nicht als Beweis für die Reaktivierung gelten.

Nun ist es seit langem bekannt, daß man in der Latenzperiode Spontanschwankungen der Reaktion beobachten kann — auch ohne Provokation! Diese Spontanschwankungen sind von so vielen Autoren einwandfrei beobachtet worden, daß ihre Existenz nicht bezweifelt werden kann. Jeanselme und Bloch sahen sie besonders häufig in der Sekundärperiode, Sézary und Barbé in dem paralytischen Stadium, aber hier in umgekehrtem Sinne, vorübergehende Verwandlung des positiven Wassermann in einen negativen, sie sei charakteristisch für die Anwesenheit der syphilitischen Infektion, meist viszeraler oder nervöser Lokalisation.

Perkel, einer der Verfasser, arbeitet seit 17 Jahren serologisch und beobachtet mit besonderer Aufmerksamkeit die Spontanschwankungen bei Syphilitikern. Besonders frappant war diese Tatsache bei Reaktionen, die in kurzen Intervallen, also fast täglich, gemacht wurden. Schindler sah, daß das Serum unbehandelter Syphilitiker am ersten Tage eine negative oder schwach positive Reaktion ergab; acht Tage später war sie stark positiv. Dasselbe sieht man bei Syphilitikern, die behandelt worden sind. Schindler hält die WaR. nur für eine Momentphotographie; die Methode sei zu labil.

Die drei Autoren stellten sich vor 5 Jahren folgende Aufgaben:

1. So weit möglich den diagnostischen und prognostischen Wert der Methode Gennerich-Milian aufzuklären,
2. die klinische Wichtigkeit der Spontanschwankungen der in kurzen Intervallen ausgeführten WaR. bei Syphilitikern und Nichtsyphilitikern aufzuklären.

Ihre diesbezüglichen Untersuchungen veröffentlichen sie jetzt.

Sie versuchten die Provokation bei 110 Fällen. Erstens bei Personen, die unbehandelt und syphilisverdächtig waren, zweitens

bei solchen, die unbestreitbar aktiv oder latent syphilitisch und wassermann-negativ waren. Sie nahmen entweder Neosalvarsan 0,3 (62mal) oder 3 Xeroform(Wismut)spritzen 10prozentig à 1 g (48mal). Nur starke Ausschläge der Reaktion (2 bis 4 Pluszeichen) wurden berücksichtigt.

Ergebnis: Von 31 Fällen latenter Spätsyphilis wurden 3 positiv nach der Provokation, 28 blieben negativ; von 9 andern Fällen wurde keiner positiv. Von 60 Suspekten wurden 9 positiv. Mithin stellte die latente Frühsyphilis den höchsten Prozentsatz (40%) gelungener Provokationen. Der Umschlag trat am häufigsten am fünften und am vierzehnten Tage ein; in einigen Fällen aber auch viel später. Die Provokation gelang in 14,5% der Fälle.

Die Spontanschwankeungen wurden an 177 syphilitischen und an 17 nichtsyphilitischen Frauen geprüft. 151 Syphilitische zeigten keine Spontanschwankeungen, und 26 zeigten sie deutlich. Von diesen letztgenannten gehörten 10 der latenten Spätsyphilis, 3 der latenten Frühsyphilis, 8 anderen Formen der aktiven Syphilis an und 5 waren verdächtig. In 14,6% sind also ohne jede Behandlung spontane Schwankungen der WaR festgestellt worden. Diese gingen 16mal von negativ zu positiv, 10mal von schwach positiv zu stark positiv. Blutentnahmen waren jeden zweiten bis dritten Tag oder vierten bis fünften Tag gemacht worden. Bei 17 gesunden Frauen konnte nie eine Schwankung festgestellt werden. Die Prozentzahl gelungener Provokationen entspricht also der Prozentzahl der Spontanschwankeungen (14,6% und 14,5%)!

Die Autoren vergleichen die Einzelzahlen ihrer Gruppen miteinander und resümieren ihre eigenen Erfahrungen und die aus der Literatur etwa folgendermaßen:

Die positive Reaktion nach der Provokation hängt ab: von den Spontanschwankeungen der WaR bei Syphilitikern, von der Reaktivierung der Reaktion nach der Provokation und von den technischen Bedingungen. Entscheidend sind aber die Spontanschwankeungen, die nur in der latenten Frühperiode von der Provokationsmethode an Wert übertroffen werden. Es liegt also die Möglichkeit vor, in Zukunft die Provokation durch die Methode der Spontanschwankeungen zu ersetzen (an fünf aufeinanderfolgenden Tagen ausführen!). Diese Methode hat den großen Vorzug der völligen Ungefährlichkeit für den Kranken, was man von der Provokation nicht sagen kann: ein Teil der Kranken, die nach Provokation negativ sind, verschwinden aus der Behandlung und bekommen Rezidive, letzteres auch, wenn die Reaktion positiv ausfiel.

Kurt Heymann, Berlin.

160.
Valerio, Americo, Ueber renale Syphilis. (Brasil medico, 42., Nr. 38, S. 1055, 1928.) Verf. fand, daß 60 Prozent der Nephritiden (in Brasilien)luetischer Aetiologie sind. Bei einer Anzahl Erwachsenen ist die Nephritis oft Folge der Heredolues. Während man in der überwiegenden Anzahl der Fälle überhaupt keine klinischen Zeichen renaler Syphilis findet, so tritt sie wiederum in manchen Fällen unter dem Symptomenbild der Albuminurie mit lokalem oder generalisiertem Oedem auf, oder man findet als einziges Symptom nur die Anurie vor. Beweisend für das Vorhandensein renaler Syphilis ist neben der positiven WaR. im Blut der endoskopische Befund sowie der Erfolg der spezifischen Therapie. Letztere muß äußerst vorsichtig durchgeführt werden, da sämtliche spezifischen Mittel hier äußerst leicht schädigend wirken können.

Ashkenasy, Wien.

161.
Dold, H., und W. Worms, Tierexperimenteller Beitrag zur Frage einer Serumtherapie bei Syphilis. (Klin. Wschr., 45., S. 2140, 1928.) Ein durch Vorbehandlung von Pferden mit Spirochaeta pallida gewonnenes hochwertiges Pallidaantiserum erwies sich sowohl bei Behandlungsversuchen an syphilitischen Kaninchen als auch bei Schutzversuchen an normalen Kaninchen als unwirksam.

Arnold Hirsch, Berlin.

Hygiene.

162.
Schittenhelm, Alfred, Ueber Rohkost und ihre Verwendung in der Krankenküche. (Med. Klin., Nr. 43, 1928.) Die Hitzebehandlung der Nahrungsstoffe zerstört in diesen, wenn die Hitzewirkung längere Zeit dauert, wichtige Bestandteile, vor allem Vitamine. Bei Einhaltung von Rohkost werden alle lebenswichtigen Nahrungsstoffe in genügender Menge zugeführt. Es gibt Pflanzenbestandteile, welche neben Eiweiß, Kohlehydraten, Lipoiden, Salzen auch sämtliche Vitamine und andere wichtige Stoffe enthalten: die Pflanzenkeime. Da, wo die Kost notgedrungen einseitig und nicht vollwertig ist, kann man vorzügliche therapeutische Erfolge mit dem aus diesem Material hergestellten Nähr-Heilpräparat „Alentina“ erzielen. Die Rohkost komplettiert die übliche Kost oder vermag sie vollkommen zu ersetzen. Sie besteht aus frischen Früchten der verschiedensten Art, grünen und anderen Gemüsen, Blattpflanzen und

Wurzeln, welche in fein zerkleinerter Form unter Zugabe von Sahne und Oel (Mayonnaise), Zitronensaft und anderen Stoffen ergänzt und schmackhaft gemacht werden. In Fällen von einseitiger Zufuhr von Fleisch und Fett, also von saurer Kost, ist die Rohkost ein Heilmittel, welches nicht selten Erfolge bringt. Wenn die Rohkost richtig gereicht wird, ist sie keine Hungerkost. Man kann bei Rohkosternährung gute Gewichtszunahmen beobachten. Dem Bedürfnis nach warmer Speise wird bei strengen Rohkosttagen durch Verabreichung von Hagebutten- oder Lindenblütentee, dem Flüssigkeitsbedürfnis überhaupt durch Verabreichung von Fruchtsäften, auch unvergorenem Apfelsaft, Mandelmilch, ungekochter oder saurer Milch und ähnlichem, Rechnung getragen. Ein Versuch mit Rohkost eignet sich besonders bei Stoffwechselkrankheiten, wie Gicht, Diabetes und Fettleibigkeit, bei Leberleiden, vor allem Zirrhose, bei Nephritiden und Hypertonien, bei Arteriosklerose, beim Basedow, bei manchen Magen- und Darmstörungen, wie Hypo- Hyperazidität, Obstipation, Darmspasmen, bei manchen nervösen Erkrankungen, bei Ueberempfindlichkeitskrankheiten, wie Asthma und manchen Hautaffektionen (Urtikaria, Ekzem usw.), bei Blutkrankheiten, vor allem Anämie und Hyperglobulie u. a. m. Es gelingt nicht in allen Fällen, die Rohkost vom ersten Tage ab durchzuführen. Manche Patienten bekommen zunächst Leibbeschwerden, besonders Meteorismus, oft verursacht durch zu schlechte Zerkleinerung der genossenen Rohkost. Wird sie gut durchgekaut, so verschwinden die Beschwerden meist schnell. In anderen Fällen muß die Rohkost vorübergehend unterbrochen, auch gelegentlich ganz abgesetzt werden.

L. Gordon, Berlin.

163.
Weitzel, W., Der gesundheitliche Wert des Apfels. (Volks-ernährung, H. 22, 1928.) Wir schätzen den Apfel wegen seines erfrischenden Geschmacks und seines Genußwertes. Geschmacks- und Geruchstoffe, Zucker und Säuren, sind bei ihm in glücklicher Mischung vereinigt und verleihen ihm eine appetit-, sekretions- und verdauungsfördernde Wirkung. Die verhältnismäßig große Menge von Apfelsäure, daneben Zitronensäure, verleihen dem Apfel nicht nur eine verdauungsfördernde, sondern auch eine desinfizierende Eigenschaft; sowohl in der Mundhöhle als auch im gesamten Verdauungskanal scheint diese günstige Wirkung zur vollen Entfaltung zu kommen. — Infolge der guten Haltbarkeit ist der Apfel unter allen Obstsorten besonders geeignet, in der Rohkost, Kranken- und Kinderdiät, eine hervorragende Rolle zu spielen. — Auch ist es ohne weiteres einleuchtend, daß einzelne Mahlzeiten, durch Äpfel ersetzt oder auch ein wöchentlicher Apfeltag, in den Diätplan der Fettleibigen eingeschaltet, wirkungsvoll die Entfettungskur unterstützen. An Stelle der früher so beliebten und rigorosen Hungerkuren kann ohne Bedenken der Apfel, roh und ungesüßt, in unbeschränktem Maße gestattet werden. Er füllt, sättigt und befriedigt den Geschmackssinn, ohne kalorisch in die Wagschale zu fallen. Sein Zellulosegehalt wirkt der bei Mehl-, Milch-, Eier- und Fleischspeisen nicht einsetzenden Darmträgheit wirkungsvoll entgegen. — In Anbetracht des Gesundheitwertes des Apfels ist es zu begrüßen, wenn Obstbauvereine den Anbau zu fördern suchen.

Rudolf Katz, Berlin.

164.
Hoder, Friedrich, Der Keimgehalt des Obstes. (Dtsch. med. Wschr., 43, S. 1806, 1928.) Wie die Versuche des Verfassers deutlich zeigen, wird durch eine einfache Waschung mit Wasser eine große Anzahl Bakterien, wahrscheinlich die meisten Keime, die an der betreffenden Frucht haften, von deren Oberfläche entfernt, und zwar erwies sich naturgemäß die erste Waschung als die erfolgreichste. Bei der zweiten und dritten Waschung werden zwar immer noch Bakterien mitgerissen, aber doch nur noch ein Bruchteil der mit dem ersten Wasser entfernten. Daher empfiehlt Verfasser unter allen Umständen wenigstens ein einmaliges Waschen auch scheinbar reiner und trockener Früchte mit gewöhnlichem Trinkwasser.

Arnold Hirsch, Berlin.

Infektionskrankheiten.

165.
Zinsser, Hans, und H. Yu., Bakteriologie des Rheumatismus und die Allergietheorie. (Arch. Intern. Medic., 42., 3017. Verschiedentlich sind in letzter Zeit aus den Organen und dem Blut der an akuter Polyarthritiden Verstorbenen nichthämolytische Streptokokken isoliert worden. In einigen Fällen konnten die Keime nur aus Milzkulturen gezüchtet werden. Die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen sprechen gegen die Annahme einer spezifischen Aetiologie, denn die isolierten Streptokokkenstämme lassen sich durch Agglutinationsproben und durch ihr Verhalten gegenüber den verschiedenen Kohlehydratnährböden scharf voneinander sondern. Vielmehr verdient die Ansicht, mehr Berücksichtigung, daß den Erscheinungen der rheumatischen Infektion eine Allergie zugrunde liegt, die von den Geweben ausgeht, die durch Ueberschwemmung mit Antigenen aus den versteckten Streptokokkenherden sensibilisiert sind.

Biberfeld.

^{166.}
Jakob, A. Fialho und A. Villela, Ueber Veränderungen im Nervensystem bei Gelbfieber. (Brasil medico, 42. J., Nr. 33, S. 923, 1928.) Die Veränderungen betreffen die Nervenzellen der Hirnrinde sowie der subkortikalen Schichten, vor allem die des Striatum und dentatum, weisen aber keinen spezifischen Charakter auf. Fettdegeneration der Zellen, Fettanhäufung in der Neuroglia und vor allem in den Adventitialzellen der Gefäßwände. In der Umgebung der Kapillaren finden sich herdförmige Veränderungen mit Gewebdissoziation und leichter Proliferation der Hortegaschen Glia und der Makroglia. Sehr selten kann eine geringe Anhäufung von Lymphozyten um die Kapillaren herum beobachtet werden. Bemerkenswert ist die nicht selten zu konstatierende Fettanhäufung im Lumen der Gefäße. Ashkenasy, Wien.

^{167.}
Giacardy, F., Ueber einen Fall von Ansteckung mit Lepra in Frankreich. (Ann. de Dermat., Nr. 8, 1928.) Die Ansteckung erfolgte in den Jahren 1916 bis 1917. Die ersten Hautaffektionen traten 1924 auf, also nach achtjähriger Inkubation, was den klassischen Angaben entspricht. Die Kranke wurde dem Autor im Dezember 1927 wegen einer unbestimmten Krankheit überwiesen. Sie kam aus den Pyrenäen, wo sie seit 1922 verheiratet ist. Sie ist Mutter eines fünfjährigen Kindes. Die 27-jährige Frau macht einen verblühten, stark gealterten Eindruck, erdige Gesichtsfarbe, ausgefallene Augenbrauen und Wimpern. Das ganze Gesicht ist gebeult von knotigen Infiltraten, die sowohl epidermal als auch subkutan sitzen. Der Rumpf war bis auf alte Narben nicht betroffen, aber die Extremitäten von Lepromen übersät. Sensibilitätsstörungen fehlten. Die Leprome wimmelten von Hansenschen Bazillen.

Der Ursprung der Krankheit erschien zunächst rätselhaft, da die Kranke Frankreich nie verlassen hatte. Schließlich erfuhr der Autor, daß sie in den Jahren 1916 und 1917 Hausmädchen bei einer Dame gewesen war, die Flecke im Gesicht gehabt haben soll, sie starb im Hospital von Rochefort 1918. Das Krankenhaus bestätigt jetzt, daß die Dame Lepra gehabt hat.

Interessant ist die tuberöse Form der Lepra, meist sieht man bei autochthonen Fällen die nervöse. Das Hautinteresse liegt aber in den Ansteckungsbedingungen. Meist kommt es nicht zur Uebertragung, denn die Fälle außerhalb von Endemieen übertragen die Krankheit gewöhnlich nicht. Ueberhaupt ist die Frage der Uebertragungsweise noch nicht geklärt. Nun wird aber die Zahl der eingeführten Leprafälle immer größer in Frankreich. Einwanderung und die Einstellung kolonialer Regimenter sind in gleicher Weise daran beteiligt. 1923 sah Autor fünf lepröse Senegalesen. Bedenkt man ferner, daß manche Fälle der ärztlichen Aufmerksamkeit entgehen dürften, denn die Lepra ist wenig bekannt, so ergibt sich, daß diese Krankheit in Frankreich keine Museumskuriosität mehr sein dürfte. Autor schlägt vor, alle Kranken zu isolieren und in einem gemeinsamen Hospital unterzubringen.

Kurt Heymann, Berlin.

^{168.}
Gomes, J. M., und J. Duarte do Prado, Die Komplementablenkungsreaktion bei Lepra. (Brasil medico, 42. Jahrgang, Nr. 34, S. 351, 1928.) Die Komplementablenkungsreaktion, bei welcher als Antigen der Streptothrix leproides (Deycke) benützt wurde, besitzt nicht nur einen diagnostischen, sondern einen noch größeren prognostischen Wert. In frischen Fällen ist die Reaktion ein getreuer Indikator des Infektionsstadiums, wobei sie dadurch noch an Bedeutung gewinnt, daß in diesem Stadium die klinischen Symptome meistens sehr undeutlich ausgeprägt sind. Es besteht ein direkter Parallelismus zwischen dem Grade der Reaktion und der Schwere der Erkrankung. Lang behandelte Fälle, sowie solche, bei welchen gewisse Vorgänge wie z. B. die Gravidität keine Verschlimmerung des eigentlichen Leidens bedeuten, zeigen fortgesetzt die Komplementablenkung, welches Phänomen sicherlich mit der bereits eingetretenen allgemeinen Immunität zusammenhängt. Bei einigen verdächtigen Fällen blieb die Reaktion, trotzdem die Lepra sich klinisch noch nicht manifestierte, während eines sehr langen Zeitraumes positiv. Es ist möglich, daß eine positive Reaktion eher den Zustand der Immunität anzeigt, als den der latenten Infektion. Mehrere Formen frustes sowie Frühfälle ergaben eine negative Reaktion. Es besteht hier eine Analogie mit der Hauttuberkulose, bei welcher man nur selten die Bildung von Antikörpern im Blute nachweisen kann. Bei der Produktion der Antikörper ist nicht allein die Lokalisation der Mikroorganismen, sondern auch die Zahl der Keime ausschlaggebend. Man kann daher nicht behaupten, daß Fälle von Formen frustes oder solche mit Frühsymptomen, die eine serologisch negative Reaktion ergeben, gegen Lepra immun sind. Ashkenasy, Wien.

^{169.}
Vedder, V., Ueber den Einfluß von Leber und Milz auf die perniziöse Anämie der Ratten, verursacht durch Bartonella muris rattis. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 36, 1928.) Wenn man bei Ratten die Milz entfernt, dann entsteht bei diesen Tieren, falls sie latent mit dem Parasiten Bartonella muris rattis infiziert sind, eine

Infektionskrankheit, die unter anderem mit einer starken haemolytischen Anämie und regenerativen Erscheinungen einhergeht. Diese Bartonella wurde 1921 von M. Mayer entdeckt in roten Blutkörpern von Ratten, die mit Trypanosomen infiziert und deshalb mit Germain behandelt worden waren. Lauda fand, daß nach Splenektomie bei Ratten eine Anämie entstand, die er Rattenperniziosa nannte. Andere wiesen nach, daß diese Anämie durch die Bartonella verursacht wurde. Es sind schlanke Bakterien, unscharf begrenzt, die sich nach Giemsa deutlich färben. Sie haben manchmal Ähnlichkeit mit Stäbchen, manchmal mit Kokken.

Nun hat Schilling bei seinen Perniziosakranken zuweilen ein Stäbchen gefunden, daß er mit der Bartonella verglich und vorläufig Erythrozoön nannte, bis es etwa gelingen sollte nachzuweisen, daß es sich tatsächlich um eine Bartonella handelte. In diesem Falle würde dann dies Stäbchen eine bedeutende Rolle in der Pathogenese der Anaemia perniciosa spielen.

Da nun die menschliche Erkrankung mit Leber und Leberextrakten geheilt und gebessert werden kann, lag es nahe, zu untersuchen, ob die Ratteninfektion vielleicht auch durch Lebertherapie günstig beeinflusst werden könnte. Falls ja, dann würde dies für Schillings Hypothese sprechen, falls nein, dann spricht es noch nicht dagegen.

Es gelang mit Dosen von 1 bis 5 g per os täglich nicht, die Bartonelleninfektion zu beeinflussen. Ebenso verhielt sich Milzextrakt. Glücklicher war der Autor mit Milzimplantation. Die total ausgeschnittene Milz wurde ganz oder teilweise in die Tunica vaginalis scroti implantiert. Dies Implantat heilte nicht ein, sondern wurde allmählich resorbiert. Als Kontrolle hatte Autor Ratten, bei denen die Milz gänzlich entfernt war, ohne daß Implantation stattfand und weiter Ratten, bei denen die Milz nur zur Hälfte entfernt war. Es ergab sich, daß die Tiere, die keine Milz in situ hatten, nach der Operation alle Bartonellae im Blute hatten. Die Ratten mit partieller Resektion der Milz starben innerhalb von 10 Tagen an Anämie. Die andern lebten länger und leben zum Teil noch.

Ergebnis: Die Milz wirkt der Infektion mit Bartonella entgegen, implantiert übt sie eine Wirkung auf die Bartonellenanämie aus.

Kurt Heymann, Berlin.

Innere Medizin einschließlich Tuberkulose.

^{170.}
Wiechmann, Ernst, Hypertension und Blutzucker. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 92.) Die Hypertension ist bei Diabetikern wesentlich häufiger als bei gleichaltrigen Stoffwechselgesunden. Beim Hypertoniker kann sich eine Erhöhung des Blutzuckers in der gleichen Weise wie beim Diabetiker vorfinden. Weiterhin sind noch verschiedene Abweichungen bei Belastungsproben und in der Verteilung des Zuckers auf Plasma und Erythrozyten nachzuweisen, die für das Vorhandensein enger Beziehungen zwischen Hypertonie und Diabetes sprechen. Die Auffassung liegt nahe, daß bei einem großen Prozentsatz der Hypertoniker ein latenter Diabetes besteht, der aus verschiedenen Ursachen nicht manifest wird (Kürze der Lebensdauer, Steigerung der Zuckerdichtigkeit des Nierenfilters). Sowohl bei anatomisch als auch bei funktionell bedingter Blutdrucksteigerung sind die gleichen Veränderungen im Verhalten des Blutzuckers anzutreffen. Biberfeld.

^{171.}
Schimschelewitsch, B. J., Zur Behandlung der essentiellen Hypertonie mit heißen Teilwasserbädern nach Hauffe. (Klin. Med. russ., 6., H. 8, S. 482, 1928.) Bei nicht nephritischer Blutdrucksteigerung sind die Hauffeschen heißen Arm- und Fußbäder sehr empfehlenswert. Schon durch eine einzelne Prozedur läßt sich in solchen Fällen Anstieg und Besserung des Mineral- bzw. Cholesterinstoffwechsels sowie eine deutliche Blutdrucksenkung erzielen, die nach Beendigung der Kur noch längere Zeit anhält. Klinisch beobachtet man Besserung des allgemeinen Zustandes, wie Verschwinden der Atemnot, Nachlassen des Blutandranges nach dem Kopf, Regulierung des Pulses und der Atmung usw. Insbesondere haben die Hauffeschen Bäder einen günstigen Einfluß bei hartnäckigen Fällen von essentieller Hypertonie. E. Kontorowitsch.

^{172.}
Baráth, Eugene, Blutdruckerhöhung und Körperarbeit. (Arch. Intern. Medic., 42, 297.) Auf einer funktionellen Prüfung lassen sich die verschiedenen Formen der Hypertonie leicht voneinander abgrenzen, während im allgemeinen die üblichen Schwankungen des Blutdruckes eine sichere Beurteilung nicht zulassen. Beim Gesunden steigt der Blutdruck nach körperlicher Arbeit (Ersteigen zweier Treppenabsätze in langsamem Schritt) für zwei bis drei Minuten um 16 bis 28 mm Hg an, um dann vorübergehend etwas unter den Ausgangspunkt abzusinken. Bei Hypertonie sind zwei Reaktionsweisen zu unterscheiden. Bei der fixierten Hypertonie, wie sie bei Nephrosklerose, chronischer Nephritis und vereinzelt bei Arteriosklerose sich findet, arbeitet der Regulationsmechanismus nur sehr unvollkommen. Der Blutdruck erfährt durch Körperarbeit eine besonders hohe Steigerung (60 bis 80 mm Hg), die erst ganz allmäh-

lich sich ausgleicht. Eine kompensatorische Senkung unter den Ausgangswert gelangt nicht zur Beobachtung. Die labile Form der Hypertonie (essentielle Hypert., klimakterische Blutdruckerhöhung, einige Fälle von Arteriosklerose) ist dadurch gekennzeichnet, daß das Absinken wohl gegenüber der Norm verlangsamt ist, daß der Anstieg nach körperlicher Arbeit jedoch schneller zurückgeht als bei der fixierten Hypertonie und daß die kompensatorische Senkung unter den Ausgangswert besonders deutlich ausgeprägt ist. In derartigen Fällen kann sich schon eine wesentliche Verbreiterung der Aorta vorfinden, ehe eine Blutdrucksteigerung ständig nachzuweisen ist; ein Beweis für die ätiologische Bedeutung der Störung der Blutdruckregulation für das Zustandekommen der Gefäßveränderungen. Biberfeld.

173.

Firnhaber, E., Klinische Studien über arteriellen Hochdruck und seine therapeutische Beeinflussbarkeit. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 1.) Eine einwandfreie Beurteilung ist nur nach einigen Tagen vollständiger Bettruhe und konstanten Blutdrucks, nach Fortfall aller Faktoren möglich, die erfahrungsgemäß rein funktionell exogen den Blutdruck in die Höhe treiben. Der permanente Hochdruck ist auf die Dauer höchst selten zu beeinflussen. Die meisten Mittel vermögen, wenn überhaupt, nur vorübergehend, bisweilen nur für Minuten und Stunden blutdrucksenkend zu wirken. Wesentlich besser sind die Erfolge bei der labilen Form der Hypertonie, die sich durch große Blutdruckschwankungen auszeichnet, wo freilich eine kausale Therapie nicht möglich ist.

Die gewöhnlich längere Zeit anhaltende Besserung nach ausgiebigem Aderlaß ist auf die günstige Beeinflussung der Psyche zu beziehen, da objektiv die kurz nach der Blutentnahme festzustellende Blutdrucksenkung in ein bis zwei Tagen wieder verschwindet. Eine Dauerwirkung auf den Blutdruck ist durch Bäder nicht zu erreichen, wenn diese auch beim labilen Hochdruck subjektiv zu einer Besserung führen. Die ermüdende Wirkung des Bades hat für einige Stunden eine Herabminderung der Hypertonie zur Folge, die bei den verschiedenen Arten von Bädern (Kohlensäure-, Fichtennadel- und Warmbädern) in gleicher Weise in Erscheinung tritt. In der Wirkung der Sedativa sind nennenswerte Unterschiede nicht zu ermitteln. Sobald eine Schlafwirkung zustande kommt, sinkt der Blutdruck — wie Messungen in kurzen Zeitabständen erweisen — bei fast allen Mitteln in gleicher Stärke. Die nach ausgiebigem Schlaf einsetzende Senkung hält verschieden lange an. Die labile Form ist selbst durch Luminaletten und Baldrian längere Zeit beschwerdefrei zu machen. Eine Dauerwirkung des Theominal ist nicht zu beobachten, wenn auch subjektive Erfolge gelegentlich zu verzeichnen sind. Recht brauchbar ist Jod-Kalzium-Diuretin, das besonders bei den arteriosklerotischen Formen subjektiv gut wirkt, ohne daß eine überzeugende depressorische Wirkung auf die Blutdruckkurve nachzuweisen ist. Weitaus die beste depressorische Wirkung ergibt das Desencin, ein Präparat, das die gefäßerschlaffende Wirkung des Benzylradikals mit der blutdruckherabsetzenden der Derivate der Stickstoffwasserstoffsäure mit Jod verbindet. Bei entsprechender Dosierung (5 mal tgl. 0,12 und 0,25 g abwechselnd) ist eine Dauerbehandlung ohne Nebenerscheinungen leicht durchzuführen, die besonders bei den arteriosklerotischen und essentiellen Formen zu Erfolgen führt, wie sie mit keinem anderen Behandlungsverfahren zu erzielen sind. Selbst bei fixiertem Hochdruck ist die subjektive Wirkung zumeist günstig. Die wiederholt mitgeteilten Erfolge der Rhodanthérapie können nicht bestätigt werden. Animsa und Pacyl hatten keinen eindeutigen Effekt auf die Gesamtblutdruckkurve, doch wurden die Beschwerden des öfteren gebessert. Die blutdrucksenkende Wirkung gewisser injizierter Mittel beruht nicht allein auf der Wirkung des betreffenden Stoffes, auch die Lösung derselben scheint von erheblicher Bedeutung zu sein. So sind befriedigende Resultate durch alleinige Injektion von Traubenzucker — und Kochsalzlösungen zu erzielen. Die Fiebertherapie des arteriellen Hochdruckes zeitigt zu große Nebenerscheinungen, so daß ihre allgemeine Anwendung nicht in Frage kommt. Biberfeld.

174.

Pal, J., Der akute Aortenschmerz. (Med. Klin., Nr. 43, 1928.) Die Anlässe zu akutem Aortenschmerz können verschiedener Art sein. Ihre Vorbedingungen bestehen in einer Empfindlichkeit (Sensibilisierung) des adventitiellen (periaortalen) Gewebes. Ihre Grundlage dürfte in einer Hyperämisierung dieses Gewebes bzw. seiner Nerven gelegen sein, die entweder akut zustandekommt oder eine beständige, aber latent ist. Die schmerzzerregenden Vorgänge bei der Angina pectoris sind nicht nur in der Lokalisation, sondern auch in ihrer Pathogenese anderer Art. L. Gordon, Berlin.

175.

Moos, Erwin, Ueber psychische Behandlung von Basedow-Kranken. (Dtsch. med. Wschr., 43, S. 1795, 1928.) Verfasser hat eine Anzahl Basedow-Kranke psychoanalytisch behandelt und da, wo die Psyche die Krankheit primär veranlaßt hatte, oder wo sie diese in der Hauptsache unterhielt und das Krankheitsbild beherrschte, die Psychoanalyse mit gutem Erfolge durchgeführt.

Verfasser berichtet über einen außerordentlich schweren Basedowfall, den er klinisch behandelte, der sich zuerst zusehends verschlechterte und dann durch Psychoanalyse glänzend geheilt wurde. In zwei anderen Fällen wurde der vollkommene Rückgang der Schilddrüse und die absolute Besserung aller anderen Symptome beobachtet. In diesen beiden Fällen hatte die Schwellung der Schilddrüse nur wenige Wochen bzw. Monate hindurch bestanden. Der Erfolg der Behandlung dürfte also auch von der Dauer des Bestehens der Schilddrüsenanschwellung abhängig sein. Solange die Veränderung mehr funktionell ist, wird sie ganz zurückgehen.

Nach Ueberzeugung des Verfassers kann man bei Basedow-erkrankungen psychogenen Ursprungs die Psychotherapie nicht entbehren und sollte sie stets anwenden.

Arnold Hirsch, Berlin.

176.

Labbé, M., Der Wert des Grundumsatzes für die Diagnose der Basedowschen Krankheit. (Presse Med., Nr. 18, S. 1297.) Der ausschlaggebende Faktor für die Diagnose der Basedowschen Krankheit ist die Erhöhung des Grundumsatzes. Es gibt nach den Erfahrungen des Verf. keinen echten Basedow ohne erhöhten Grundumsatz. Ist dieser normal, so handelt es sich um ein sympathisches Syndrom mit Exophthalmus, Tachykardie und vasomotorischer Störungen. In diesem Falle bleibt die Jodmedikation sowie die Röntgen- oder Elektrotherapie unwirksam, dagegen halfen die Umsteller des vegetativen Systems; beim ersten Basedow ist umgekehrt nur die spezifische Therapie der Thyreoiden von Einfluß.

Haber.

177.

Gottschalk, Alfred, Nichtdiabetische Ketonurie. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 84.) Das Auftreten von Azetonkörpern im Harn ist nicht auf Zustände beschränkt, bei denen eine beträchtliche Verminderung des Zuckerabbaues im Organismus vorliegt wie bei der Inanition, bei einseitiger Fleisch-Fettdiät und beim schweren Diabetes. Ketonurie findet sich auch unter Bedingungen, die eine erhebliche Störung der intermediären Zuckerverwertung mit Sicherheit auszuschließen gestatten. In der Schwangerschaft und unter der Geburt ist ziemlich häufig eine ausgesprochene Azidose anzutreffen. Eingehende Untersuchungen über die Abhängigkeit der Azetonbildung bei normalen Schwangeren von der Art der zugeführten Nahrung erweisen, daß schon eine kurzdauernde Kohlehydratabstinenz, die Azidose auslöst, die bei gesunden Nichtschwangeren ohne Einfluß bleibt. Des öfteren ist eine Schwangerschaftsketonurie erheblichen Grades mit einer geringfügigen Glykosurie vergesellschaftet. Das gleichzeitige Vorkommen von Glykosurie und Ketonurie spricht daher bei Gravidität nicht ohne weiteres für einen bestehenden echten Diabetes. Fälle von unbedeutender Glykosurie bei normalem oder nahezu normalem Blutzucker, die im Gegensatz zur Geringfügigkeit der Störung im Zuckerhaushalt Azetonkörper in beträchtlichen Mengen ausscheiden, kommen auch außerhalb der Gravidität nicht allzu selten vor. Bemerkenswerterweise verhält sich die geringfügige Glykosurie zumeist äußerst refraktär gegen Insulin und zur Beseitigung der leichten Hyperglykämie sind enorme Insulindosen erforderlich, ohne daß die Ketonurie zum Verschwinden gebracht werden kann. In derartigen Fällen entsteht die Azidose nicht durch eine Beschränkung des Zuckerabbaues, sondern sie ist auf eine Abänderung in der normalerweise vorhandenen Korrelation zwischen Fett- und Kohlehydratabbau zurückzuführen. Es kann entweder eine vermehrte Fettsäureoxydation vorhanden sein oder aus unbekannten Gründen ist zur Verbrennung der Fette mehr Zucker notwendig als in der Norm. Die Tatsache, daß eine derartige Ketonurie durch reichliche Zufuhr von Kohlehydraten zu unterdrücken ist, läßt sich mit jeder dieser beiden Möglichkeiten in Einklang bringen. Im kindlichen Organismus ist die völlige Oxydation der Fette an den Abbau größerer Kohlehydratmengen gebunden als beim Erwachsenen. Eine sehr mäßige und kurzdauernde Kohlehydratbeschränkung, die beim Erwachsenen keine Folgen zeitigt, wird von Säuglingen und Kindern prompt mit Azidose beantwortet. Derartige Entgleisungen im Fettsäuren-Zuckerabbau sind ferner nicht selten bei Epilepsie, Paralyse und anderen Geisteskranken zu beobachten, wobei es sich um Kranke in gutem Ernährungszustand handelt, bei denen eine Störung der Zuckerverwertung nicht vorliegt. Biberfeld.

178.

Ponticaccia, L., und D. Campanacci, Ueber die anti-hämolytische Wirkung der Leber in der Therapie der Anämien. (Klin. Wschr., 45, S. 2153, 1928.) Als Ergebnis ihrer Untersuchungen, die mit denen anderer Autoren übereinstimmen, bezeichnen die Verfasser folgendes: Die Lebertherapie scheint bei der progressiven perniziösen Anämie durch die Hemmung der hyperhämolytischen Aktivität, die bei dieser Erkrankung existiert, zu wirken. Diese pflegt man der Hyperfunktion des reticulo-endothelialen Systems zuzuschreiben. Zugunsten dieser Hypothese sprechen folgende Argumente: Die sofortige Besserung des Allgemeinzustandes bei perniziöser Anämie nach Anwendung der Lebertherapie, bevor die Besserung des Blutbildes dieselbe erklären könnte.

Die Abnahme der Bilirubinwerte im Blute und der Urobilinogenwerte im Urin.

Die Erhöhung des Cholesteringehaltes von unternormalen auf normale und übernormale Werte.

Die rasche Wiederaufnahme der medullären Hämatopoese in physiologischem Sinne: alle pathogenetischen Theorien über die progressive perniziöse Anämie sprechen von einer tiefgehenden Veränderung der medullären Blutbildung. Wenn aber die Leber in so kurzer Zeit die physiologische Blutbildung wieder in Gang bringt, so bedeutet dies, daß die funktionelle Veränderung des Knochenmarks nicht sehr schwer war. Damit würde die Idee bestärkt, daß die Leber auf einen Mechanismus wirkt, welchen die medulläre Aktivität nur hindert, nicht aber tiefgehend stört; die Hämolyse könnte dieser Mechanismus sein.

Die Leichtigkeit, mit welcher man mit der Lebertherapie bei der perniziösen Anämie eine Polyglobulie erzeugen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

179.
Feist, Georg H., *Differentialdiagnose und Indikationsstellung bei der Appendizitis*. (Beitr. ärztl. Fortbild., Nr. 22, 1928.) Wenn man die heutige Häufigkeit der Appendizitis bedenkt und sich erinnert, daß diese Krankheit erst seit etwa 30 Jahren bekannt ist und der operativen Behandlung zugeführt wird, könnte man meinen, sie habe früher nicht bestanden. Man schuldigte eine unzureichende Lebens- und Ernährungsweise als wichtigstes ätiologisches Moment an, und besonders beliebt war die Fremdkörperätiologie, die auch heute noch im Publikum eine große Rolle spielt. Eine gewisse Bedeutung hat die Lebensweise als förderndes Moment gewiß, vor allem der reichliche Fleischgenuß, Gewürze, unzureichende Nahrungsaufnahme usw. Darauf deutet die größere Häufigkeit in der Großstadt und Unterschiede bei verschiedenen Nationen und Bevölkerungskreisen hin. Bei größerer, mehr vegetabilischer Kost ist die A. seltener. Eine wichtigere Rolle spielt jedoch bei der jetzigen Häufigkeit die bessere Diagnosenstellung.

Die Ursache der Wurmfortsatzentzündung ist noch keineswegs sicher geklärt. Es kommen auch hier zwei Momente in Betracht: die Disposition der Erkrankung, gegeben einerseits durch die anatomische Beschaffenheit des Organs, d. h. Länge, Lage, Gefäßversorgung und Funktionstüchtigkeit, und zweitens der auslösende Faktor in Gestalt von Infektion durch virulente Keime. Zu den verschiedenen Lagemöglichkeiten gesellt sich die sehr variable Länge, die zwischen 5 und 30 cm schwanken kann und die verschiedensten Knickungen, Drehungen, Streckungen, die alle das enge Lumen stark beeinträchtigen. Das Lebensalter spielt insofern eine Rolle, als sich in der follikelreichen jugendlichen Schleimhaut leichter eine Entzündung etabliert als später in der Involutionsperiode. Was in späteren Jahren an der Appendizitis erkrankt, erkrankt meist wieder und hat den Anfang aus der Jugend mitgebracht. Die Infektion des Wurmfortsatzes erfolgt vom Darm aus und besteht in einer bakteriellen-fermentativen Wandschädigung; nur ausnahmsweise erfolgt die Infektion auf septisch-embolischem Wege, etwa im Anschluß an eine Angina. Bestimmte Verlaufsarten sind nicht an gewisse Erreger gebunden, sondern hängen mehr von der Virulenz der Erreger und der Widerstandskraft des Organismus, bzw. der Unversehrtheit des Organs ab. Streptokokkeninfektion führt allerdings eher zu einer schweren, phlegmonösen Gangrän.

Wichtig sind die Ansiedlungsbedingungen für die Keime in der Wand des Wurmfortsatzes. Im fötalen Leben und im ersten Lebensjahr stellt der Wurmfortsatz eine trichterförmige Ausstülpung des Coecums dar, in der eine Stauung des Inhalts kaum möglich ist. Erst mit dem zweiten Lebensjahr beginnt die scharfe Absetzung vom Lumen des Coecums und die Abknickung gegen die Achse. Einem Kotstein oder Fremdkörper kommt nur eine sekundäre Rolle in der Ätiologie zu, indem er durch Druck auf die Schleimhaut diese schädigen und zur Keimansiedlung machen kann, oder zu einer partiellen Wandnekrose führt und dadurch die Perforation vorbereitet. Heilt der Anfall ohne Perforation aus, so bildet dieser Kotstein den Keim des künftigen Rezidivs, oder er unterhält den ständigen Reiz zu einer chronischen A.

Der manchmal bei Entschädigungsansprüchen erörterte Zusammenhang zwischen einem Trauma und A. ist außerordentlich selten und höchstens als auslösendes Moment eines akuten Anfalls bei bestehender chronischer A. in Betracht zu ziehen.

Der primäre Herd ist immer die Schleimhaut. Bleibt der Entzündungsprozeß auf diese beschränkt, so verläuft der Fall unter dem Bilde der A. simplex, die häufig auch Blinddarmreizung genannt wird. Greift aber der Prozeß auf tiefere Wandschichten, vor allem auf die Serosa über, so wird auch das umgebende Peritoneum in Mitleidenschaft gezogen und sucht unter Heranziehung des beweglichen Netzes den Entzündungsherd gegen die Bauchhöhle abzukapseln, nachdem es zuvor Exsudat und Fibrin gebildet hat. Die Virulenz der Keime und die Widerstandskraft des Körpers bestimmen den weiteren Verlauf. Ist mit der Bildung eines sterilen serös-

fibrinösen Exsudats, das die ersten zarten Verklebungen der umgebenden Darmschlingen hervorruft, die Virulenz der Keime erschöpft und die gefährdete Wandstelle verklebt, so kommt es im Laufe von zwei bis vier Wochen zur Aufsaugung und narbigen Ausheilung. Tritt aber eine lokale Nekrose der Wurmwand ein, so wird das Exsudat eitrig, und es kommt zu einer Peritonitis, die entweder begrenzt ist oder sich frei auf den ganzen Bauchraum ausdehnt. Die lokalen Wandnekrosen sind insofern günstiger, als sie langsamer verlaufen und Zeit lassen, eine feste Barriere ringsherum aufzubauen, während die hämatogen septischen Totalnekrosen oft innerhalb weniger Stunden zur diffusen Bauchfellentzündung führen. Eine wichtige Rolle spielt auch die Beschaffenheit des Mesenterium; war dieses durch vorausgegangene Anfälle stellenweise narbig verändert, so wird der Wurmfortsatz rascher in großer Ausdehnung der Nekrose unterliegen als in Fällen mit guter Blutversorgung. Ging die Nekrose des Wurmfortsatzes genügend langsam vor sich, so daß zur sicheren Abkapselung Zeit blieb, so entsteht der perityphilitische Abszeß. Einmal überstandener perityphilitischer Abszeß schützt keineswegs vor neuen Anfällen, da nur in seltenen Fällen der Wurm vollständig narbig obliteriert. Eines der wertvollsten und zuverlässigsten Symptome bei der Prognosestellung ist der Puls. Steigt seine Frequenz, so ist das ein Zeichen für ein Fortschreiten des Prozesses. Die reflektorische Bauchspannung, die eine Mitbeteiligung des Bauchfells anzeigt, bedeutet eine unbedingte Indikation zum Eingriff. Sie kann jedoch bei atypischer Lage des Wurmfortsatzes fehlen, ist dafür aber meist in der Flanke nachweisbar. Die Temperatur ist im allgemeinen nicht sehr hoch, braucht auch bei schweren eitrigen Fällen nicht über 38 Grad hinauszugehen. Stuhl und Windverhaltung sind immer ein Zeichen einer toxischen Darm lähmung. Nicht eindringlich genug kann vor dem wahllosen Gebrauch von Abführmitteln oder Opium gewarnt werden. Sinkt die Pulsfrequenz und die Temperatur bei Besserung des subjektiven Befindens und verschwindet die Bauchdeckenspannung, während in der Tiefe eine Resistenz tastbar wird, so haben wir uns abwartend zu verhalten, denn die Vorteile der Frühoperation sind verloren, der Wurmfortsatz ist in Exsudat und Verklebungen verbacken, deren Lösung eine Verschleppung in die freie Bauchhöhle bedeuten könnte. Wenn aber das akute Bild des ersten Tages unausgeglichen am 3. und 4. weiter bestehen bleibt, so besagt das, daß die Abwehrkräfte des Bauchfells erlahmen und eine diffuse Peritonitis in der Entwicklung begriffen ist; die Operation bleibt also weiter dringlich.

Ein schwieriges diagnostisches Kapitel ist die chronische A. Sie ist je nach der Einstellung des Arztes bei dem einen außerordentlich häufig, bei dem anderen eine seltene Erkrankung. Eine gewisse Berechtigung hat der Standpunkt, daß die A. chronica nur per exclusionem festgestellt werden soll, denn die Symptome sind so vielschichtig und unklar, daß sie ebenso bei einer Magen- oder Gallenblasenerkrankung, wie bei Nieren- und Genitalleiden vorhanden sein können.

Held.

180.
Aschoff, Ludwig, *Ueber chronische Appendizitis*. (Med. Klin., Nr. 43, 1928.) Unter einer chronischen Appendizitis versteht man eine schleichende, über lange Zeit sich erstreckende Reizung, die eine Entwicklung von rundzellenhaltigem Gewebe bedingt, welche ganz allmählich zu einer Zerstörung der Schleimhautstruktur und zu Verödungen der Wurmfortsatzlichtung führt. Gegenüber der Ansicht anderer Autoren steht der Verfasser auf dem Standpunkt, daß die Bildung der sogenannten chronischen destruierenden Entzündung immer die Folge eines akuten Reizzustandes ist. Der aus einem akuten Reizzustand folgende Narbenzustand disponiert zu neuen Infekten, so daß Rezidive akuter Entzündungen in solchen Wurmfortsätzen besonders leicht auftreten können, so lange wenigstens, als noch keine völlige Obliteration eingetreten ist. Diese chronische Appendizitis, die in einer langsamen Ausheilung einer akuten Appendizitis oder immer wieder auftretenden akuten Rezidiven mit ihren Folgezuständen besteht, ist immer eine sekundäre. Der erste akute Reizzustand findet immer in einem unveränderten, nicht chronisch entzündeten Wurmfortsatz statt. Es handelt sich dabei um eine Infektionskrankheit. Die Erreger der akuten Appendizitis sind nicht die gewöhnlichen Fäulniserreger des Darms, sondern feine Diplokokken bzw. feine Stäbchen, beide grampositiv. Die akute Appendizitis kommt viel häufiger vor, als sie klinisch bemerkt wird. Es handelt sich dabei um rudimentäre akute Reizungen. Der Kliniker ist danach noch häufiger als bisher angenommen berechtigt, bei klinisch unbestimmten, mit leichten Temperaturerhöhungen oder auch ohne solche verlaufenden, immer wiederkehrenden Beschwerden in dem Becken und in den unteren Bauchgebieten an rudimentäre Appendizitis zu denken und in solchen Fällen den Wurmfortsatz als den schuldigen Teil zu entfernen.

L. Gordon, Berlin.

181.
Lukaschew, W. A., *Fußball und das Nervensystem*. (Klin. Med. russ., 6., H. 8, S. 485, 1928.) Die Untersuchungsergebnisse bei einer Reihe von Fußballspielern hinsichtlich des Nervensystems und

der inneren Organe nach dem Spiel lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: 1. Körpergewichtsabnahme um 400 bis 800 g; 2. Tachykardie von 70 auf 140 in der Minute; 3. Sinken der Spirometrie von 100 bis 500; 4. Areflexie; 5. starke Herabsetzung der taktilen und Schmerzempfindung; 6. Uebergang des roten Dermographismus in den pilomotorischen in der Mehrzahl der Fälle; 7. beträchtliche Abnahme der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses; 8. Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Reizbarkeit, Arbeitsfähigkeitsabnahme, Schwindelgefühl, Uebelsein und Schlafsucht.

Da das Fußballspiel die Funktionen des zentralen und peripheren Nervensystems äußerst ungünstig beeinflusst, ist es zweckmäßig, dasselbe durch andere, weniger brutale Sportarten zu ersetzen, wie überhaupt der „Dosierung“ des Sports mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

182.

Huck, W. W., Die Badereaktion und ihre klinische Bedeutung, insbesondere bei Behandlung der verschiedenen Polyarthritidenformen. (Klin. Med. russ., 6., H. 8, S. 452, 1928.) Bericht über systematische Untersuchungen an 400 Patienten, die sich wegen verschiedener Gelenkerkrankungen in Schlammbehandlung befanden. Bei der Mehrzahl der Kranken kann man nach Schlammprozeduren eine Badereaktion beobachten, die sich klinisch durch Erscheinungen seitens des Nervensystems, der Haut, des Bewegungsapparates und der inneren Organe kundgibt. Zwischen dem klinischen Verlauf der Bäderreaktionen und den während der Bädetherapiekur auftretenden biologischen Reaktionen des Organismus besteht ein enger Zusammenhang und Parallelismus. Verf. unterscheidet folgende klinische Formen der lokalen Badereaktion (B.R.): 1. „Schwache“ B.R. von drei bis vier Tagen Dauer mit nicht allzu stark ausgeprägten Herderscheinungen, und bei der die klinischen Symptome der allgemeinen B.R. nicht hervortreten. Sie tritt gewöhnlich frühzeitig, d. h. spätestens eine Woche nach Behandlungsbeginn, oder verspätet auf — nicht vor der vierten Behandlungswoche; 2. „mittlere“ B.R., die meistens in der zweiten Woche schon nach zwei bis drei Schlammprozeduren einsetzt und fünf bis zehn Tage andauert. Sie ist eine deutliche Herdreaktion, jedoch ohne stark ausgeprägte Erscheinungen; 3. „starke“ B.R. Zu dieser Form gehören Fälle mit mehr oder weniger starker Herdreaktion, die gewöhnlich auch mit allgemeinen nervösen und somatischen Erscheinungen einhergeht. Sie beginnt am häufigsten in der zweiten Woche, hat einen schleichen Charakter bzw. wiederholt sich mehrmals in gewissen Zwischenräumen. — Außer diesen drei Formen beobachtet man nicht selten noch eine „prodromale“ B.R., die ihrem Charakter nach der „schwachen“ Reaktion ähnelt und bei welcher keine Änderung im Befinden der Patienten eintritt und keine sichtbaren Erscheinungen zum Vorschein kommen. Die prodromale B.R. beobachtet man häufig bei primärem und sekundärem chronischem Gelenkrheumatismus und Polyarthritis chron. urica, und sie ist prognostisch als ein gutes Merkmal zu deuten. — Der Charakter der B.R. hängt teils von der Behandlungsmethodik und der Stärke der balneotherapeutischen Belastung, in größerem Maße aber von der Art der Erkrankung, ihrem klinischen Verlauf wie auch von den konstitutionellen Eigenschaften der Kranken ab. Die besten therapeutischen Resultate beobachtet man beim Auftreten einer nicht zu stark ausgeprägten Herdreaktion, insbesondere, wenn sie sich frühzeitig zeigt. Bei starker Herdreaktion sind die Resultate schlechter, und am ungünstigsten ist der therapeutische Effekt beim Vorherrschen der klinischen Erscheinungen der allgemeinen Badereaktion. — Wie aus den Erfahrungen der Verf. hervorgeht, soll man die Kur am vorsichtigsten bei Polyarthritis chron. deformans, destruens und Pol. rheum. lenta durchführen. Bei gichtischen und infektiösen Polyarthritidenformen muß die Balneotherapie weniger intensiv sein als bei rheumatischen Formen. In Fällen, wo während der Behandlung keine Reaktionserscheinungen zu sehen sind und die trotzdem eine Besserung aufweisen, können die zustande gekommenen Veränderungen im Organismus durch feinere Untersuchungsmethoden meistens wahrgenommen werden. Wenn aber überhaupt keine Veränderungen des Organismus, die auf eine Reaktion hindeuten, vorhanden sind, so wird man anscheinend auch keinen therapeutischen Effekt erwarten können, weil das Wesen der heilenden Wirkung der Balneotherapie nur in der Erscheinung dieser Reaktion des Organismus auf den Reiz besteht.

E. Kontorowitsch.

183.

Ghon, A., und H. Kudlich, Zur sogenannten Hilustuberkulose. (Med. Klin., Nr. 43, 1928.) Als Lungenhilus wird anatomisch der Engpaß verstanden, der in die Lungenwurzel, d. h. in das eigentliche Lungengewebe hineinführt. Er ist von der Pleura kragenförmig umgeben und enthält Blut- und Lymphgefäße, Bronchien, Nerven- und Lymphknoten. Unter Hilustuberkulose kann demnach vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus nur die tuberkulöse Veränderung verstanden werden, die sich in diesem Engpaß festgesetzt hat. Mit Vorliebe erkranken dabei die Lymphknoten des Hilus. Von der Hilustuberkulose im strengsten Wortsinne muß die

Form der Tuberkulose auseinandergehalten werden, die ihren Sitz im Lungenparenchym hat, das den Hilus umgibt. Man bezeichnet sie am besten als hilusnahe Tuberkulose. Da es mitunter klinisch nicht möglich ist, die beiden Prozesse auseinanderzuhalten, kann man schlechtweg von einer Tuberkulose der Hilusgegend sprechen. Am häufigsten ist die Hilustuberkulose die lymphoglanduläre Komponente eines hilusnahen Primärherdes; die Hilustuberkulose ist dabei die zeitlich jüngere Veränderung. Die Hilustuberkulose kann dem hilusnahen tuberkulösen Herd aber auch übergeordnet sein und zeitlich älter. Dann handelt es sich entweder darum, daß die Hilustuberkulose ihre Kapselgrenze durchbrochen und „per contiguitatem“ auf das unmittelbar benachbarte Lungenparenchym übergegriffen hat, oder darum, daß die Hilustuberkulose in einen anliegenden Bronchus eingebrochen ist und dann intrakanalikulär nach Aspiration zu einer hilusnahen Parenchymtuberkulose Anlaß gegeben hat, oder schließlich um eine hämatogene Ausbreitung. Ob eine hilusnahe Parenchymtuberkulose entstehen kann, ist fraglich, aber nicht von der Hand zu weisen. Endlich können Hilustuberkulose und hilusnahe Lungentuberkulose auch nebeneinander vorkommen, ohne genetische Beziehungen zu einander aufzuweisen.

L. Gordon, Berlin.

184.

Schittenhelm, A., und F. R. Reuter, Frühinfekt und Lungenspitzenaffektion. (Münch. med. Wschr., 47, S. 1996.) Aus einer Zusammenstellung von Tuberkulosefällen auf Grund der Röntgenaufnahmen der letzten fünf Jahre erhellt, daß besonders in der kritischen Altersperiode von 15 bis 27 Jahren der Frühinfekt eine überragende Rolle spielt. Nicht weniger als 44 Prozent aller chronischen Lungentuberkulosen weisen röntgenologisch in der Infarklavikulargegend eine so intensive Verschattung auf, daß an dieser Stelle der Frühinfekt anzunehmen ist. Weitere 18 Prozent stellen isolierte Frühinfekte dar, die sich später oft unter Kavernenbildung weiter entwickelten oder ausheilten. Etwas mehr als 6 Prozent der Frühinfekte scheinen mit sicherer Spitzenaffektion kombiniert zu sein und weitere 8,3 Prozent waren isolierte Spitzenerkrankungen. Es ergibt sich so ein Wert von fast 15 Prozent für Spitzenbeteiligung, der höher ist, als sonst angegeben wird, und der für eine gegenseitige Abhängigkeit beider Prozesse spricht. Klinische Beobachtungen der letzten Zeit unterstützen noch mehr die Ansicht, daß die Abhängigkeit des Frühinfektes von einer Spitzenaffektion keine Seltenheit bildet. Bei Berücksichtigung der mannigfachen Fehlerquellen, denen die Röntgenaufnahmen heute noch unterworfen sind, drängt sich der Schluß auf, daß der exakte Beweis mit Hilfe der Röntgenologie für die Anschauung nicht zu erbringen ist, die im Frühinfekt das Resultat einer exogenen, unterhalb der Lungenspitze lokalisierten Infektion sieht. Vielmehr sind genügend Momente vorhanden, die für eine endogene Entstehung des Frühinfektes sprechen und ihn in sekundäre Beziehung zum Spitzenherd setzen. Die Möglichkeit der exogenen Reinfektion kann freilich nicht abgelehnt werden. Es erscheint nur falsch, die bisherigen Anschauungen als irrig zu bezeichnen und Spitzenbefunde als harmlos anzusehen. Die peinlichste Untersuchung der Spitzen mit den bewährten Methoden stellt noch immer das wichtigste Verfahren für die Erkennung der Tuberkulose dar.

Biberfeld.

Kinderheilkunde.

185.

Petrányi, Gyözo, Ueber die praktische Verwendung der Resistenzprüfung der roten Blutkörperchen im Säuglingsalter. (Klin. Wschr., Nr. 45, S. 2158, 1928.) Wir können mit Hilfe der Resistenzbestimmung die Resorptionszeit der einzelnen Nährstoffe bestimmen. Zu Beginn der Resorption erfolgt nämlich eine Steigerung der Resistenz.

Da die Resistenz nur Aufschluß über solche Gewichtsschwankungen gibt, die durch Proteine und Fette bedingt sind, können die durch Ansatz oder Abgabe von Körperstoffen entstandenen Gewichtsschwankungen von denjenigen abgesondert werden, die durch Wasserbindung bzw. Wasserabgabe hervorgerufen worden sind.

Interessante Angaben können mittels der Resistenzprüfungen über den Zustand der Kranken in den verschiedenen Stadien der Krankheit gewonnen werden: die Resistenz ist im ersten Stadium der Krankheit immer größer als in der Zeit der Rekonvaleszenz.

Die Resistenz der stark heruntergekommenen, atrophischen Säuglinge ist auch absolut größer als der Durchschnittswert von gesunden Säuglingen.

Arnold Hirsch, Berlin.

186.

Roi, G., Vergleichende Untersuchungen über Vakzine- und Stomotherapie bei Keuchhusten. (La pediatria, 36., Heft 21.) Behandlung von Keuchhusten mit spezifischer Vakzine einerseits und Stomosin (Zerfallshormone) andererseits, das ebenfalls parenteral eingeführt werden muß. Die Stomosintherapie ist wirksamer als die Vakzinetherapie. Nach vier bis sechs Injektionen von Stomosin erreicht man bereits ein Aufhören der konvulsiven Anfälle und die

Heilung tritt in 10 bis 25 Tagen ein. Bei noch nicht immunen Individuen, die einer Infektion ausgesetzt werden, wirkt die Stomostherapie immunisierend.
Eugen Stransky, Wien.

187.

Pouzet, F., **Die Fußgelenktuberkulose beim Kind.** (Rev. d'Orthop., 35. Jahrg., H. 4, 1928.) In bezug auf die Erkrankung des Kahnbeins hält es der Verfasser für richtig, eine rein konservative Stellungnahme in Fragen der Behandlung zu empfehlen. Da verhältnismäßig häufig Rückfälle auftreten und Möglichkeit der Bewegungseinschränkung infolge der dauernden Ruhigstellung gewisse Gefahren mit sich bringt, wäre ein radikaler Eingriff zu erwägen, doch müßte er den seltenen Fällen vorbehalten werden, die vollkommen auf das Kahnbein begrenzt geblieben sind und einen größeren Knochenkern behalten haben. Dies wäre der Fall beim älteren Kinde. Bei Erkrankungen des Taluskopfes wird man von chirurgischen Eingriffen nur dann einen Vorteil erhalten, wenn eine strenge Lokalisation auf den Kopf möglich ist. Die Resektion wird immer zu gewissen statischen Beschwerden führen. Im großen ganzen gehen die Beobachtungen und Erfahrungen des Verfassers auf die konservative Therapie durch Ruhigstellung usw. aus.

Debrunner, Zürich.

188.

Benavente, Mariano, **Beitrag zum Studium des kindlichen Kala-Azar.** (Pediatria Espan., Nr. 191, 1928.) Der Infektionsmodus des Kala-Azar ist noch völlig ungeklärt. Manche Autoren glauben an eine ähnliche Übertragung wie bei der Malaria, also durch blutsaugende Insekten, in denen sich eine bestimmte Phase der Entwicklung des Parasiten vollzieht — Wanzen und Flöhe werden beschuldigt —, andere glauben an eine intestinale Infektion. Verf. ist auf Grund von Beobachtungen und Experimenten zu der Überzeugung gekommen, daß der Kala-Azar beim Kinde durch die Infektion an kranken Hühnern erfolgt. In 81 Prozent seiner Fälle hatten die Kinder Hühner gegessen, die an einer Epidemie erkrankt waren. Er konnte experimentell die Krankheit auf Hühner übertragen; er fand den gleichen Krankheitsverlauf und den gleichen grob-anatomischen Befund (vergrößerte Leber), wie er ihm geschildert wurde von den Besitzern der Hühner, die spontan erkrankt waren. Es war ihm bisher nicht möglich, eines der epidemisch erkrankten Hühner selbst zu untersuchen, da die Hühner alle bereits geschlachtet oder gestorben waren. — Weitere Mitteilungen sollen folgen.

189.

Narath, A., **Zur chirurgischen Behandlung der Pyurie des Kindesalters.** (Mschr. Harnkrkh., 2., H. 7/8, S. 239, 1928.) Bericht über 5 Fälle kindlicher Pyurie, die jahrelang von Ärzten bzw. in Krankenanstalten beobachtet wurden und jeder internen Behandlung trotzten. Bei allen Kindern handelte es sich um Steinerkrankung, die vom Veri. durch einfache Röntgenaufnahme ohne weiteres diagnostiziert wurde. In solchen Fällen empfiehlt N., vor der Pyelographie eine Röntgenaufnahme zu machen. Zur Abrundung der Diagnose und Klärung der Frage des chirurgischen Eingriffes ist selbstverständlich Zystoskopie, Indigokarminprobe sowie mitunter auch Ureterkatheterismus nötig. Nur wenn die Röntgenaufnahme negativ ist oder wenn bei vorhandenen Steinen andere Gründe eine weitere Untersuchung erfordern, wird die Pyelographie angeschlossen.
E. Kontorowitsch.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.

190.

His, W., **Ueber die Grenzen arzneilicher und nichtarzneilicher Behandlung.** (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 18, 1928.) Die Wirksamkeit der Arzneimittel können wir zum Teil auf Grund unserer Erfahrungen beurteilen. Der Kranke, der zum Arzt kommt, wünscht von ihm ein Rezept zu erhalten und verknüpft mit dem Gebrauch des Mittels die Vorstellung, daß dasselbe auf seinen Zustand nicht ohne Einfluß sei. Schon die Urvölker verstanden es, wirksame Stoffe sich zu verschaffen, und im Laufe der Zeit ist es dem naturwissenschaftlichen Denken gelungen, Klarheit in diese Arzneimittel zu bringen. Sobald die wissenschaftliche Medizin sich einer Methode annimmt, auch wenn sie aus der Volksmedizin übernommen ist, wird sie erweitert und zu einem zuverlässigen Spezialmittel gemacht. Wenn auch im Tierversuch ein Mittel eine bestimmte gleichmäßige Wirkung erreicht, kann man beim kranken Menschen dieses nicht mit absoluter Gewißheit sagen. Man kann die Ergebnisse des Tierversuches nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Jedes Individuum reagiert verschieden. Bei jedem Kranken gibt es eine psychische Komponente, so daß es schwer ist, die Therapie zu einer exakten Wissenschaft zu gestalten. Unter unseren Arzneien unterscheiden wir 1. solche, die auf Organe wirken (Digitalis), 2. Mittel, die bereits im Organismus gebildete Stoffe ergänzen (Salzsäure, Schilddrüse usw.), 3. Schutzmittel, 4. spezifische Mittel, wie das Chinin und Quecksilber, 5. Reizmittel. Alle diese Mittel erzielen Wirkungen, die man auch zum Teil ohne sie auf andere Weise er-

zielen kann. Am wenigsten sind die spezifischen Mittel jedoch zu ersetzen, aber in der Allgemeinwirkung auf den Organismus sind die Arzneimittel den anderen nicht gleichzustellen. Wenn von nicht-ärztlicher Seite immer vor der Vergiftung durch Medizin gewarnt wird, so muß man sich die Frage vorlegen, ob darin nicht eine gewisse Berechtigung liegt. Wo wir Schmerzen und Störungen beseitigen können, ist das Mittel anzuwenden, das am raschesten und sichersten Hilfe bringt, gleichgültig ob arzneilich oder nicht. Gewarnt muß werden vor den zahlreichen Arzneimitteln, mit denen der Markt heute überschwemmt ist. Daß für den Heilungsverlauf der Gesamtzustand des Körpers maßgebend ist, ist zweifellos, und hier können die nichtarzneilichen Methoden große Erfolge erzielen. Es ist nötig, daß der moderne Arzt auch diese Heilmethoden kennt, um sie neben den Arzneimitteln anwenden zu können.

Kosminski, Berlin.

191.

Reichsgesundheitsrat, **Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate.** (Reichsgesdhbl., Nr. 46, 1928.) Die Salvarsanpräparate können bei allen Krankheitsformen der Syphilis angewandt werden; je früher angewandt desto besser. Vollständige Beherrschung der Technik und genaueste Beobachtung des Patienten ist notwendig. Vor der Behandlung ist eine genaueste Aufnahme der Anamnese und Untersuchung (Herz, Niere) notwendig. Bei akuten Gesundheitsstörungen ist die Injektion am besten auszusetzen. Besondere Vorsicht ist geboten bei hochgradig unterernährten, kachektischen, anämischen Kranken, bei Kranken mit Status thymolymphaticus, bei Diabetes, Struma, Basedow und Addisonischer Krankheit, bei Lungentuberkulose, bei Herz- und Gefäßerkrankungen, bei Erkrankungen der Leber und Verdauungsorgane, bei Fettsucht, Alkoholismus, Epilepsie und Erkrankungen der Niere, ferner bei Gravidität. Auch bei Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems ist vorsichtig zu verfahren. Bei allen diesen Erkrankungen muß man mit tastenden Gaben vorgehen. Die Höhe der Einzeldosis ist unter Berücksichtigung des Körpergewichts, des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Sitzes, der Art, der Schwere und der einzelnen Erscheinungen zu wählen. Für die ersten Einspritzungen sind kleine Gaben zu wählen (I. und II. = 0,1 und 0,2 g Salvarsan, 0,15–0,3 g Neosalvarsan oder Salvarsannatrium, 0,1 g Silbersalvarsan, 0,1–0,3 g Neosilbersalvarsan; für jüngere kräftige Männer höchstens Dosis III). Selbst in Abortivkuren sollte Dosis IV bei Männern und Dosis III bei Frauen nicht überschritten werden. Bei Kindern ist besonders das Körpergewicht zu berücksichtigen. Für Säuglinge pro kg Körpergewicht: 0,007–0,02 g Salvarsan, 0,01–0,03 g Neosalvarsan, 0,005–0,0075 g Silbersalvarsan, 0,007–0,025 g Neosilbersalvarsan. Zwischen den einzelnen Injektionen sollen bei größeren Gaben 3–7 Tage Zwischenpause liegen. Die Gesamtmenge einer Kur sollte nicht überschreiten: 2,5–3 g Salvarsan, 4–5 g Neosalvarsan, 2–2,5 g Silbersalvarsan, 4–4,5 g Neosilbersalvarsan. Bei besonderer Veranlassung können die Gaben überschritten werden, wenn das Salvarsan gut vertragen wird. Eine Viertelstunde nach der Injektion sollen die Patienten ruhen. Uebermäßige Anstrengungen und Exzesse sind zu vermeiden.

Auf etwa eintretende Gesundheitsstörungen sollen die Kranken achten und sie schnell melden (Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, Hautausschlag, Gewichtsabnahme, Urinabnahme). Bei ersterer Störung ist die Injektion auszusetzen, erst nach 8 Tage Wohlbefinden fortzusetzen, eventuell ein anderes Salvarsanpräparat. Schüttelfrost, Fieber nach der ersten Injektion kommt oft vor. Bei Exanthemen ist die Kur sofort auszusetzen; bei universeller Hautentzündung muß Salvarsan ganz weggelassen werden. Bei kombinierter Behandlung (Salvarsan und Quecksilber oder Wismut) ist besonders auf Nebenwirkungen zu achten. Die Lösungen sind jedesmal unmittelbar vor der Einspritzung unter aseptischen Kautelen vorzunehmen, ebenso die Injektion selbst. Es ist steriles, frisch destilliertes Wasser zu benutzen (in Ampullen erhältlich). Die Lösungen sind sofort zu verwenden, nicht aufzubewahren. Die Salvarsanampullen sind sorgfältig auf Sprünge zu untersuchen, da Luftzutritt das Präparat giftig macht. Die Außenseite der Injektionskanüle muß frei von Salvarsan sein. Die Kanüle muß frei in der Vene liegen. Bei der geringsten Schmerzäußerung oder bei Infiltratbildung ist sofort aufzuhören, ebenso wenn Atembeschwerden auftreten. Die Injektion soll sehr langsam erfolgen.

Dr. Michaelis, Bitterfeld.

192.

Strasser, Alois, **Neuere Formen der Adsorptionstherapie.** (Med. Welt, Nr. 43, 1928.) Die Ziele der Adsorptionstherapie können darin zusammengefaßt werden, daß sowohl Bakterien als auch ihre Stoffwechselprodukte gebunden werden sollen, daß evtl. eine Sterilisation des Darmes und vielleicht noch eine Veränderung des Nährbodens erstrebt wird. Diese Gesichtspunkte sollen nicht in gleicher Weise auf die akuten Stadien der Infektion, sondern auf die Fälle der rezidivierenden Formen angewendet werden. Man darf bei chronischen Fällen, die eine große Rezidivneigung haben und bei

denen sich der einseitige Gärungs- oder Fäulnischarakter des Prozesses nicht einheitlich verfolgen läßt, die Adsorptionstherapie mit Kohle nicht zu lange fortsetzen, um den Darm nicht so weitgehend zu sterilisieren, daß die auch für die normale Verdauung notwendige Bakterienflora zugrunde geht. Neben der Bindung der Bakterien und ihrer Stoffwechselprodukte binden die gangbaren Adsorptionsmittel auch die zur Verdauung notwendigen Fermente, das Pepsin und Trypsin, in weitgehender Weise an sich. Dies führt schon nach einigen Tagen zu einer Verdauungsstörung, d. h. zu einer mangelhaften Verdauung der Eiweiß- und Fettsubstanzen. Verfasser macht daher den Vorschlag, die Adsorptionstherapie mit einer absolut eiweißfreien Diät zu kombinieren. Viel wirksamer als Kohle in der Adhäsionswirkung auf Bakterien und in der Desinfektion sind die Präparate, die aus mit Silber aufgeladener Kieselsäure, speziell aus Chlorsilber-Kieselsäure, bestehen. Mischpräparate von Kohle mit Kieselsäure-Gel, welches mit Chlorsilber aufgeladen ist, beeinträchtigen auch die genannten Fermente viel weniger als einfache Kohle. Mit einem solchen Präparat (Adsorgan) konnte Verfasser in vielen Fällen gute Erfolge durch ausgedehnte chronische Adsorptionstherapie erreichen.

L. Gordon, Berlin.

193.

Lippert, H., Ueber die Wirkung der Hefe und ihre Anwendung in der Dermatologie. (Dtsch. med. Wschr., 43, S. 1801, 1928.) Die an sich sehr alte Hefebehandlung hat ihre Begründung und heutige Indikationsbreite erst durch neue Forschung erhalten. Trockenhefe in Gestalt der Levurinese enthält einen Komplex von Reizkörpern und Aktivatoren aus der Gruppe der Vitamine, Enzyme und Hormone. Bei technisch richtiger oraler Darreichung kommen die folgenden Faktoren zur Auswirkung. Umstimmung der Darmflora, Antagonismus gegen pathogene Keime, insbesondere gegen Koli- und Mischinfektion im Urogenitaltraktus, gegen die Bakterien der Scheide, Steigerung der phagozytären und bakterioptischen Phänomene, reaktive Leukozytose im Blute, Reizwirkung durch allgemeine Protoplasmaaktivierung, daher robrierender, leistungssteigernder Effekt, antiglykosurische Wirkung, bedingt durch insulinartige Stoffe in der Hefe und enzymatische Diabetesbeeinflussung durch die Levurinese. Wer die unspezifische Reizbehandlung der mannigfachsten Krankheiten in der Praxis für eine Therapie ausnützen will, wird gern von der modernen Hefebehandlung Gebrauch machen. Dies um so mehr, als neue Forschung in der Hefe Stoffe aufgedeckt hat, die eine unspezifische Reizbehandlung verbinden lassen mit der Ausnützung anderer in ihr enthaltener Energien. Denjenigen Ärzten, die keine begeisterten Anhänger der Injektionskuren sind und auf die hier und da bereits in Erscheinung tretende Injektionsmüdigkeit ihrer Patienten Rücksicht nehmen wollen, wird die Hefekur mit Levurinese ein wertvolles Therapeutikum bleiben.

Arnold Hirsch, Berlin.

194.

Stiner, O., Jodiertes Kochsalz für die ganze Schweiz. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 41, 1928.) Die schweizerische Kropfkommission hat mit ihrem Beschluß, den Bundesbehörden die Einführung des jodierten Salzes für die ganze Schweiz zu empfehlen, einen wichtigen und verantwortungsvollen Schritt getan. Ob diese Behörden es für möglich und opportun erachten, oder ob die Kantone auf dem bis jetzt ihnen ausschließlich reservierten Gebiete der Gesetzgebung über den Salzverbrauch die Initiative ergreifen wollen, bleibt abzuwarten. Für die Aerzte, wie sie auch zur Jodfrage stehen mögen, wird es sich darum handeln, an dem großen Experiment, das Schweizer Volk von einer seiner verbreitetsten Krankheiten zu befreien, loyal mitzuarbeiten. Auch diejenigen, die sich bisher aus irgendwelchen Gründen zur Jod-Salz-Prophylaxe des Kropfes gleichgültig oder ablehnend verhielten, sollen nicht mehr abseits stehen. Nur, wenn jeder Schweizer Arzt es sich zur Pflicht macht, den in sein Arbeitsgebiet fallenden Teil des Experiments zu kontrollieren und die von ihm beobachteten Erfolge und Fehlschläge unparteiisch und sorgfältig zu beurteilen, kann ein richtiger Nutzen für das Volk daraus erwachsen.

195.

La Barre, J., Zur kardiovaskulären Wirkung des Ephedrins auf chloroformierte Tiere. (Bruxelles méd., Nr. 1, 1928.) Aus hier mitgeteilten Versuchen geht hervor, daß das Ephedrin auf das Myokard chloroformierter Tiere eine weit geringere Giftwirkung ausübt als das Adrenalin. Es gelang bei der Katze nicht, eine ephedrine Chloroformsynkope zu erzeugen. Für diese Tiergattung führt also das Ephedrin nicht jene Erscheinungen schwerer und bisweilen unheilbarer Vergiftung herbei, wie sie das Adrenalin bei chloroformierten Tieren erzeugt. Es gibt also in der physiologischen Wirkungsweise dieser beiden Körper, die chemisch nahe verwandt sind, einen tiefgreifenden Unterschied. Aus der Tatsache, daß eine Synkope bei der Katze nicht zustande kam, können wir schließen, daß das Ephedrin vielleicht einen anderen pharmakologischen Angriffspunkt besitzt wie das Adrenalin. Es erscheint also nicht gerechtfertigt, diesen Körper als ein rein sympathikotropes Agens zu betrachten.

Held.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

196.

Häbler, C., und R. Hummel, Ueber die schmerzauslösende Wirkung des K-Ions. Zugleich ein Beitrag zur physikalischen Entzündung. (Klin. Wschr., Nr. 45, S. 2151, 1928.) Mit der von v. Gaza und Brandi angegebenen Technik werden Untersuchungen über die schmerzauslösende Wirkung intrakutaner Injektionen blutisotonischer K-Phosphatpuffer verschiedener Azidität angestellt und mit der von Na-Phosphatpuffern gleicher Reaktion verglichen. Dabei wurden die Ergebnisse von v. Gaza und Brandi bestätigt, daß H-Ionenvermehrung deutlich schmerzregend wirkt.

Während aber nur die Na-Phosphatpuffer Schmerzen erzeugen, deren Reaktion saurer ist als die des Gewebes, treten bei sämtlichen, auch den alkalischen K-Phosphatpuffern, Schmerzen auf, die um so intensiver, je saurer die Lösung und immer heftiger als die durch Na-Phosphatpuffer erzeugten sind.

Der durch die K-haltigen Lösungen erzeugte Schmerz bleibt wesentlich länger bestehen (bis zu 1 Stunde) als der durch die Na-haltigen Lösungen hervorgerufene, der bereits nach 20 bis 30 Sekunden abgeklungen ist. Dabei läßt bei den sauren K-haltigen Puffern nach kurzer Zeit der Schmerz um ein gewisses nach, und es bleibt dann ein längere Zeit bestehender „Restbetrag“. Dieser „Restbetrag“ wird als K-Wirkung, der „Ueberschuß“ als Wirkung der H-Ionen angesehen.

Die bei Injektion der K-haltigen Lösungen auftretende Hyperämie ist intensiver als bei den Na-Puffern, bei denen sie nur bei saurer Reaktion eintritt; sie wird als K-Wirkung betrachtet.

Die niedrigste, eben noch schmerzzerzeugende Konzentration des K-Ions liegt ungefähr bei $> 12 \text{ mg\%}$, also wenig höher als die Konzentration des Serums. In der Gegend der Konzentration des Serums ist eine schmerzzerzeugende Wirkung des Ca-Ions zu beobachten.

Der Vergleich mit dem klinischen Bild der Entzündung und den Untersuchungsergebnissen an entzündlichen Exsudaten und Geweben mit den Injektionsversuchen weist darauf hin, daß der Störung der NaKCa-Isonie (im Sinne einer K-Vermehrung) neben der lokalen Azidität (und der osmotischen Hypertonie) eine wesentliche Rolle bei der Auslösung des Entzündungsschmerzes zuzusprechen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

197.

Curtius, Friedrich, Untersuchungen über das menschliche Venensystem. III. Mitteilung. Septumvarizen und Oslerische Krankheit als Teilerscheinung allgemeiner erbter Venenwanddysplasie (Status varicosus). (Klin. Wschr., Nr. 45, S. 2141, 1928.) Wir haben also in der nicht rein exogen bedingten Epistaxis bzw. ihrem Substrat, den Septumvarizen, ein Symptom kennengelernt, das in durchaus gesetzmäßiger Weise eingeordnet ist in die meist genotypisch bedingte allgemeine Venenwanddysplasie (Status varicosus), jene wichtige Teilerscheinung der primären, genotypischen Anlageanomalie des Mesenchyms.

Es ergibt sich hieraus die praktische Forderung, in allen Fällen von habituellem Nasenbluten nach den hier aufgerollten Zusammenhängen zu fahnden, da Klinik und pathogenetische Forschung von einer solchen Vertiefung der Individualanalyse nur gefördert werden können.

Arnold Hirsch, Berlin.

198.

Hollé, J., und St. Weiß, Ueber die Beeinflussbarkeit der Wasserstoffzahl des menschlichen Blutes. (Klin. Wschr., Nr. 45, S. 2154, 1928.) Es gelang den Verfassern, durch perorale Gaben von großen Dosen Natriumbikarbonat bzw. Ammonphosphat in der Mehrzahl der untersuchten Fälle eine entschiedene Beeinflussung der Wasserstoffzahl des Blutes zu erzielen.

Arnold Hirsch, Berlin.

199.

Mac Dowell, Alfonso, Zum Problem der Azidose und Hypoglykämie. (Brasil medico, 42. Jahrg., Nr. 35, S. 975, 1928.) Verfasser fand, daß es eine Anzahl Individuen mit habitueller Hypoglykämie gibt, welche durch Traubenzucker- und Insulininjektionen bedeutend gebessert wird. Dasselbe ist der Fall bei Individuen mit dauernder arterieller Hypotension, Migräneanfällen und hypoglykämischen Krisen. In denjenigen Fällen, in denen man sich über die Natur derselben nicht ganz klar ist, d. h. ob es sich hier um ein hypoglykämisches oder um ein azidotisches Koma handelt, erweist sich die gleichzeitige Injektion von Insulin und Traubenzuckerlösung als sehr vorteilhaft.

200.

Jurjew, F. S., „Schwarzer Dermographismus“. (Klin. Med. russ., 6., Heft 8 (83), S. 489, 1928.) Bei der Untersuchung einer dreißigjährigen Patientin mit Dystrophia adiposo-genitalis beobachtete der Verfasser folgendes Phänomen: Bei Bestreichen der Haut mit Kupfer- bzw. Silbergegenständen (z. B. Griff des Perkussionshammers, Münzen) traten am Körper schwarze Streifen auf, die 1 bis 2 Sekunden anhielten, um dann langsam zu verschwinden. Diese Erscheinung war deutlicher an der Brust als an Schulter und Rücken zu sehen. Nach sorgfältiger Reinigung der Haut mit Spiritus und

Aether konnte man das Phänomen erst einige Stunden später wieder beobachten. Bestrich man die Haut nicht mit Kupfer bzw. Silber, sondern mit Gold, Nickel, Holz, Knochen oder Kautschuk, so bildete sich roter Dermographismus, dagegen keine schwarzen Streifen. Um den chemischen Vorgang hier aufzuklären, stellte der Verfasser einige Versuche mit der Haut der Patientin an. Es wurde Mangel an Schwefelwasserstoffabsonderung konstatiert: ein auf die Haut aufgelegtes, in essigsäurem Blei getränktes Papier veränderte seine Farbe nicht. Das Blauwerden des auf die Brust aufgelegten roten teuchten Lakmuspapiers wies darauf hin, daß die Hautreaktion alkalisch war. Eine nach vorheriger Reinigung mit Salzsäure auf den Körper der Patientin aufgelegte Kupferplatte von zwei Handflächen Größe und 1/2 mm Dicke zeigte nach 25 Sekunden deutliche Patinaabildung auf der der Haut zugekehrten Seite, die kohlenstoffhaltiges Alkali enthielt. Eine Untersuchung des Schweißes erfolgte nicht, da dessen Sekretion bei der Patientin fehlte. E. Kontorowitsch.

Psychiatrie und Nervenheilkunde.

201.

Wagner-Jauregg, J. (Nobelvortrag), **Malariatherapie der Paralyse**. (Sv. Laekaresellsk. Hdl., Heft 3, p. 137, 1928.) Die meisten Autoren stimmen darüber überein, daß mit der Malariabehandlung der progressiven Paralyse Remissionen erzielt werden, die weit über das Maß hinausgehen, was mit irgendeiner anderen Methode zu erreichen ist. Die Malariabehandlung soll nicht einfach an die Stelle der spezifischen Behandlung treten, sondern sie soll mit derselben verbunden werden. Die gemischt spezifisch-unspezifische Behandlung (Neosalvarsan mit Malariaimpfung) ist allen anderen überlegen. Die mit Neosalvarsan nachbehandelten Fälle der Paralyse hatten die meisten und längsten Remissionen. Nach jeder Malaria-behandlung werden 5,0 g Neosalvarsan in 6 Wochen gegeben. Bei initialen Fällen wirkt die Malariakur am günstigsten. Die Erkennung der frühen Stadien ist daher von großer Wichtigkeit. Oder man wende die Malariakur nach Kyrle schon bei den Luetikern vor Ausbruch der Paralyse an. Ein Malariastamm kann 200 Menschenpassagen und mehr durchmachen, ohne seine Virulenz und Heilkraft zu verlieren. Wenige Gramm Chinin genügen, die Malaria tertiana vollkommen und dauernd zu heilen, ohne das Rückfälle zu befürchten sind. Man besorge sich jedoch gametenfreie Malariastämme, um die Gefahr der Übertragung durch Anophelen (Mücken) zu verhüten. Die Serumreaktion bleibt bei der Behandlung hartnäckiger als die Liquorreaktion. Fälle mit fortschreitender Besserung des Liquors rezidivieren nicht; doch gilt nicht das Umgekehrte. Die Gefäß-lues wird weniger günstig beeinflusst wie die Paralyse.

S. Kalischer.

202.

Huber, Hans Gottlieb, **Nirvanolbehandlung der Chorea minor**. (Med. Welt, Nr. 43, 1928.) Verfasser wendet das Nirvanol nur bei schweren und schwersten Choreafällen an. Eine sieben- bis zehntägige Nirvanolgabe von 0,3 g pro die genügt meist zum Erfolg, der nur dann eintritt, wenn die Nirvanolmenge so groß ist, daß sie zu der Nirvanolkrankheit führt. Die Nirvanolkrankheit äußert sich in Fieber, einem morbilliformen, bisweilen auch urtikariellen Exanthem, einer Konjunktivitis und mitunter in einer sehr starken Rötung der Mund- und Rachenschleimhaut; außerdem sieht man bei der Nirvanolkrankheit Schwellungen der Hals- und Nackendrüsen, sowie ein Oedem der Augenlider. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß die bei der Nirvanolanwendung auftretenden Nebenerscheinungen eine ständige Überwachung der mit Nirvanol behandelten Choreakranken nötig machen, so daß seine Anwendung am besten nur innerhalb der Krankenhäuser geschieht.

L. Gordon, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie.

203.

Bumke, O., **Ueber die seelische Behandlung kranker Menschen**. (Z. ärzt. Fortbildg., Nr. 18, 1928.) Bei der seelischen Behandlung von Patienten muß man auch innerhalb der psychisch abnormen Konstitutionen wichtige Unterschiede machen. Einen aufgeregten Nervösen kann man nicht ebenso behandeln wie einen willensschwachen Psychopathen. Einen eigentlich nervösen Menschen gibt es nicht, sondern nur zahlreiche Spielarten von Psychopathen, bei denen vom Gesundsein zur Krankheit viel fliegende Übergänge vorhanden sind. Ein Arzt, der seelische Behandlung anwenden will, muß vor allem Geduld haben, ferner Einfühlungsvermögen, um nicht schablonenmäßig zu behandeln. Vielen Kranken tut schon das bloße Ansprechen gut, und sie verlassen bereits nach dem ersten Besuch die Sprechstunde erleichtert. Es gibt jedoch viele Nervöse, die ihre Überzeugungen nur schwer aussprechen und gerade in den schwersten Fällen sie verheimlichen. Man kann aus dem Tonfall eines Menschen und aus der Reaktion auf gewisse Fragen hin oft wichtige Schlüsse ziehen, muß jedoch oft geduldig abwarten, bis der Kranke sich von selbst offenbart. Bei jungen Menschen steht das sexuelle Gebiet an

erster Stelle und hier besonders die Masturbation und die Sorge, sexuell abnorm zu sein. Die bloße Anordnung, daß der Patient sich in gewissen Abständen vorstellt, genügt oft, um eine Hemmung zu schaffen, da er weiß, daß er an bestimmten Tagen sich einem Menschen, dessen Vertrauen er genießt, über seine Triebe aussprechen muß. Manche raten zur Bekämpfung der Masturbation zu dem äußeren Geschlechtsverkehr an, eine Maßnahme, die Verfasser für falsch hält. Wenn auch die Abstinenz gewisse Unbequemlichkeiten nach sich zieht, so sind sie gegenüber den Folgen der Ansteckungsgefahr überaus klein. Auch bei der psychischen Impotenz muß man durch seelische Behandlung die Patienten zu beeinflussen suchen, da man viele Fälle durch einfache Aufklärung heilen kann. Auf die allgemeine Beruhigung ist der Hauptwert zu legen, weil eine hypochondrische Angst meist die Hauptursache der Störung darstellt. Für alle diese Patienten genügt es nicht, sie einmal zu belehren, da oft der Patient in seinen alten Fehler verfällt. Sehr zu warnen ist vor dem Verfahren, die Kranken zu ironisieren. Man muß sie ernst auf ihre Pflichten hinweisen, aber niemals den Eindruck der Anteilnahme verwischen. In manchen Fällen ist es nötig, eine Reise oder andere Zerstreuungen zu empfehlen; im ganzen ist es besser, ihnen zur regelmäßigen Arbeit zu raten und erst, wenn sie gesund sind, das Reisen zu empfehlen. Es gibt gewisse Zwangszustände, die periodisch verlaufen, bei denen kleine Alkoholgaben mitunter entspannend wirken.

- Kosminski, Berlin.

Strahlenforschung u. -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie.

204.

Lesne, E., und Robert Clement, **Bestrahlte Substanzen**. (J. des Prat., Nr. 41, 1928.) Bestrahlte Substanzen, die man sorgfältig ausgewählt hat und in täglichen Dosen von 10 physiologischen Einheiten des antirachitischen Faktors einem einjährigen Kind verabfolgt hat — d. h. also 3 bis 4 mg eines bestrahlten Ergosterals guter Qualität — haben eine ausgeprägte Wirkung auf Spasmodie und Rachitis. Sie beeinflussen ebenso glücklich wie schnell die Kalzämie und führen eine Verknöcherung und Kalzifizierung der Epiphysen in 14 bis 25 Tagen herbei. Sie scheinen auch eine eutrophische Rolle zu spielen; indessen ist diese der Wirkung der ultravioletten Strahlen unterlegen. Auf das Wachstum besitzen sie jedoch keinen Einfluß und können infolgedessen auch nicht in allen Fällen den Lebertran ersetzen, der, reich an Faktor A und an Faktor D, zugleich ein hervorragendes antirachitisches Mittel und ein ebenso ausgezeichnetes wachstumsförderndes Mittel ist.

Held.

205.

Lasch, Fritz, **Ueber den Einfluß von bestrahltem Ergosterin (Vigantol) auf den Cholesterin- und Kalziumgehalt des Blutes beim Erwachsenen**. (Klin. Wschr., Nr. 45, S. 2148, 1928.) Die vom Verfasser mitgeteilten Versuche lassen erkennen, daß durch orale Verabreichung von bestrahltem Ergosterin (Vigantol) in der überwiegenden Mehrzahl von erwachsenen Patienten mit internen Erkrankungen im verschiedenen Lebensalter eine deutliche, mehr oder weniger starke Vermehrung des Serumkalziums und Serumgesamtcholesterins erfolgte. In den negativ verlaufenen Fällen konnte kein Zusammenhang mit der Art und der Schwere des Krankheitsbildes oder der Höhe des Ausgangswertes von Kalzium oder Cholesterin nachgewiesen werden. Eine therapeutische Wirksamkeit des Vigantols erfolgte in deutlichem Maße in zwei Fällen von seniler Osteomalazie und nicht sicher bei einem Fall von perniziöser Anämie mit Leberdiät. Keiner dieser drei Fälle ließ eine mehr oder weniger starke Steigerung von Serumcholesterin und Serumkalzium vermissen.

Arnold Hirsch, Berlin.

206.

Bordier, H., **Die Wirksamkeit der Diathermie bei Lupus**. (J. des Prat., Nr. 40, 1928.) Zunächst muß man feststellen, daß die Wirkung der Diathermie ganz anders ist als die der Bestrahlung. Letzteres wirkt zwar günstig auf die Gewebe und macht sie als Nährboden für Bakterien ungeeignet, aber die Röntgenstrahlen haben auf die Bakterien selbst keinen Einfluß, was man durch Kulturen und mit Hilfe des Ultramikroskops zeigen kann. Diathermie dagegen hat eine sozusagen doppelte Wirkungsweise. Sie erzeugt eine Umgestaltung derjenigen Gewebe, auf denen sich die tuberkulöse Hauterkrankung angesiedelt hat. Darüber hinaus zerstört sie die Bazillen kraft der hohen Temperaturen, die in den Geweben mit Hilfe der Diathermie erzeugt werden. Auf dieser doppelten Wirkung beruhen die günstigen Resultate der Diathermie-Koagulation; das macht sie anderen Methoden überlegen. Schließlich ist noch zu bemerken, daß die durch Diathermie entstandenen Narben geschmeidig sind, wogegen Narben nach Röntgenbestrahlung hart und schrumpfig sind.

Held.

207.

Soukhareff, V., **Die Behandlung des weichen Schankers mit Ultraviolettstrahlen**. (Ann. de Dermat., Nr. 10, 1928.) In einigen Fällen hat der Verfasser Jodoform gegeben und glaubt nun, daß die Bestrahlung die Wirkung des Jodoforms erhöht. In anderen Fällen wandte er nur Höhensonne an: 1/2 Erythemdosis, 2 Minuten im Ab-

stand von 50 cm. Er bestrahlte allmählich länger, bis zu 10 Minuten im Abstand von 25 cm. Er beobachtete, daß die Bestrahlung das Fortschreiten des Ulcus molle verhindert, schmerzlindernd wirkt und die Sekretion beschränkt. So wurde die Dauer der Krankheit abgekürzt. Meist sind 6 bis 13 Sitzungen innerhalb 2 bis 5 Wochen nötig. Der Autor hat 8 Fälle behandelt.

Kurt Heymann, Berlin.

Zahnheilkunde.

208.

Trauner, Franz, **Dermographie — Ulographie**. (Z. Stomat., Nr. 10, 1928.) In Analogie zur Dermographie läßt sich auch die Schleimhaut des Mundes und des Kiefers auf ihr Verhalten gegen Druck untersuchen. Verfasser nennt das von ihm ausgearbeitete Verfahren Ulographie. Wenn man eine gesunde Zahnfleischpartie mit der Fingerbeere oder einem stumpfen Instrumente einige Male streicht, so tritt sofort eine lebhafte, der Stärke des Striches entsprechende Rötung auf, die in ganz kurzer Zeit wieder verschwindet. Am Sitze einer Tiefenerkrankung des Zahnfleisches bzw. Knochens wird die Schleimhaut dagegen zuerst blaß oder bleibt unverändert, und erst nach einigen Sekunden, wenn die reaktive Rötung der gesunden Umgebung bereits abzuklingen beginnt, bildet sich die Hyperämie der kranken Stelle voll aus. Die letztere Rötung bleibt dann bedeutend länger bestehen, so daß sie schließlich isoliert beobachtet werden kann. Das Hauptgewicht ist auf das verlangsamte Tempo der Erscheinung zu legen. Verfasser glaubt der Ulographie eine große diagnostische Bedeutung zulegen zu müssen.

L. Gordon, Berlin.

209.

Weber, Rudolf, **Lokale und allgemeine Reaktionen des Organismus bei oralen Infektionsherden**. (Münch. med. Wschr., Nr. 44, S. 1878, 1928.) Bei akuten Parodontitiden, apikalen und marginalen Ursprunges, wird der ganze Organismus in Mitleidenschaft gezogen, wie es die Aenderung der Senkungsreaktion und die Verschiebung im weißen Blutbild veranschaulichen. Bei dem Aufkommen chronisch-entzündlicher Wurzelhautprozesse ist eine Aenderung der Bakterienflora festzustellen. In den ersten zehn Stunden des akuten Nachschubes finden sich in den Granulomen hämolysierende Streptokokken, die später Viridans- und Pneumokokken weichen. Jede chronisch verlaufende Zahnbettterkrankung, die ihrem Wesen nach als Kieferknochenaffektion anzusehen ist, stellt eine Gefahr für den Organismus dar. Wie sich aus diesen Herden eine chronische Sepsis entwickelt, ist noch ungeklärt. Bisher sind entscheidende Beweise für die Richtigkeit der einen oder der anderen Theorie (Uebertritt der Bakterien aus abgekapselten Granulomen in die Blutbahn, Dysanergie des Körpers gegen Streptokokkentoxine) weder von der Bakteriologie noch von der pathologischen Anatomie geliefert worden.

Biberfeld.

Neu erschienene Bücher:

By Ch. E. Terry and M. Pellens: **The Opium-Problem**. New York 1928. 1042 S. Committee on Drug Addictions and Bureau of Soc. Hyg. Inc. — Das umfangreiche Werk wurde für das Comité gegen Giftmißbrauch geschaffen. Es enthält reichhaltige Abschnitte über Herkunft, Pharmakologie, Klinik, Gewöhnung und Entziehung des Opiums. Die Kontrolle des Opiumhandels, Typen der Opium-süchtigen werden geschildert. Ausgedehnte Literaturangaben. Das Buch wird dem Fachmann als Nachschlagewerk willkommen sein.

N. Henning, Leipzig.

Ludw. Pesl, Würzburg: **Arzt und Bodenreform**. Würzburg 1928. K. Kabitzsch. 77 S. 2 M. — Es genügt heute für einen Arzt — nicht Spezialisten! — keineswegs mehr, Medizin zu betreiben. Er muß sich daran erinnern, daß sein Pat. nicht eine Größe im luftleeren Raum darstellt, sondern mit tausend Fäden in das allgemeine Leben seines Volkes verflochten ist. Es bleibt ihm nicht erspart, Mikroskop und Reagenzglas bei Seite zu schieben und dieses größere Leben zu studieren. „Glaube dem Leben! Es lehrt besser als Reden und besser als Buch.“ Aber leider hat sich ein so wirres Netz von Spekulationen, Dogmen, Schlagworten, Postulaten, Theorien usw. dazwischen geflochten, daß man schon Augen à la Röntgen haben muß, um die Tatsachen zu sehen. — Wir Aerzte haben längst erkannt, daß die Wohngelegenheiten zu den wichtigsten Faktoren der Hygiene gehören; denn die Wohnung ist schließlich nichts als ein erweitertes Gewand. Wollen wir gesund bleiben, so müssen wir für Reinlichkeit dieses Wohngewandes sorgen, nicht aber sozialpolitischen Theorien nachjagen, welche Gesundheit von einer Bodenreform im Sinn eines Bodensozialismus, d. h. einer Ursurpation des Bodens durch die „Allgemeinheit“ versprechen. Die „Allgemeinheit“ kann uns keine Gesundheit geben; das bleibt jeden selbst überlassen. Ich finde nicht, daß die Gesellschaft fördert; was einem obliegt, muß man selber tun (Grillparzer). Das, was nicht bloß die Aerzte, sondern die res publica anstreben muß, ist also, daß jeder die Harmonie zwischen sich und seiner Behauptung herstellt, wie das unsere Ahnen unter

ungünstigeren Verhältnissen taten. Das aber ist eine persönliche Angelegenheit jedes einzelnen. Wenn einer kommt und sagt: „Aller Grund und Boden muß verstaatlicht werden, dann wird es dir sofort gut gehen“, so ist das eine lächerliche Behauptung. Glück und Unglück, Himmel und Hölle liegen in uns selbst und können weder aus der Apotheke noch aus Parteiprogrammen bezogen werden. Also nicht staatssozialistische Boden-, sondern individuelle Wohnungsreform, Erziehung zum sauberen, harmonischen Wohnen ist das Ziel, an dem wir Aerzte mitarbeiten sollen.

Das ergibt sich für uns aus der mit großem, unterhaltsamen Scharfsinn geschriebenen Broschüre von Professor Pesl gegen Damaskes Bodenreform. Buttersack, Göttingen.

Die Heilstätten der Landesversicherungsanstalt Berlin bei Beelitz in der Mark. Denkschrift, herausgegeben anlässlich des fünfundsingzigjährigen Bestehens der Heilstätten. Verlag Ernst Wasmuth A.-G. Berlin. — In den Beelitzer Heilstätten sind zur Zeit, abgesehen von den beiden Isolier-Pavillons, 1338 Betten vorhanden, von denen 950 für die Behandlung Lungenkranker bestimmt sind, die übrigen rund 400 Betten dienen zur Aufnahme von Patienten, die wegen Nervenschwäche, Rheumatismus, Magen- und Herzleiden usw. einer Anstaltsbehandlung bedürfen. — Lage, Entwicklung und Einrichtungen der Heilstätten werden an der Hand vorzüglicher Abbildungen und Karten geschildert. Die für die Behandlung der Kranken geschaffenen Einrichtungen sind vorbildlich, ebenso der Verwaltungs- und Wirtschaftsbetrieb, welcher letzterer der großen Zahl der zu Versorgenden entsprechend außer der Koch-, Wasch- und Küchenanlage eigene Bäckerei, Fleischerei, Schweinemästerei, große Wasser- und elektrische Anlagen und Werkstätten umfaßt. Der für Heilstätten- und Krankenhausbetriebe interregierte Arzt sei auf die Zahlenangaben z. B. bezüglich durchschnittlichen Tagesverpflegungssatz (1902 bis 1926) und die Zahlen aus den Wirtschaftsbetrieben hingewiesen.

Keller.

Peter Schmidt: **Das überwundene Alter**. Wege zur Verjüngung und Leistungssteigerung. Paul List, Leipzig 1928. 361 S. mit einem Bilderanhang. Gebunden 12 RM. — Jede Zeit wird von einem besonderen Ideenzyklus getragen. Aber alle diese Ideen sind sterblich: sie verschwinden, wie sie gekommen waren. Die letzten Generationen wurden beherrscht vom anatomischen Denken Morgagni-Virchow. Heute schiebt sich neben den toten Leichnam wieder das ihn beseelende Leben. Biologie ist das dermalige Schlagwort. Weil aber wir Menschen nun einmal materiell denken müssen, so wird dieses Lebensprinzip — ein Anklang an alte alchemistische Vorstellungen — auf physiologisch-chemischem Gebiet gesucht, und zwar in der inneren Sekretion. Es ist ein großer Vorzug von P. Schmidt, daß er das verwickelte pluriglanduläre System als Einheit auffaßt und seine inneren Wechselbeziehungen zu ordnen unternimmt; so sieht er z. B. im Hypophysenvorderlappen den Promotor, das übergeordnete Sexualhormon.

Man findet in dem gemeinverständlich verfaßten Buch alles zusammengetragen, was über innere Sekretion und ihre verjüngende Wirkung bekannt ist: ihre Physiologie, die Technik und Resultate ihrer Anwendung, Indikationen und Prognose. Insbesondere die verschiedenen Reaktivierungsmethoden und ihre Wirkungen auf den Gesamtorganismus, und die einzelnen Körperteile werden allgemeines Interesse finden. 40 Bildertafeln bringen die Erfolge der Verjüngungskur zu plastischem Ausdruck. Ein warmer Vorkämpfer Steinachs geht er dessen Widersachern mit Witz und Humor zu Leibe. Ich zweifle nicht, daß das Buch ein wichtiges Glied in der Therapie der Zukunft bilden wird, deren Entwicklung wir nun einmal nicht zu hindern vermögen.

Buttersack, Göttingen.

KURSE UND KONGRESS-KALENDER 1929—1930.

(* bedeutet Kongresse.)

Frühjahr 1929: Aerztliche Fortbildungskurse in Wiesbaden.

* Frühjahr 1929: Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, Nürnberg.

* April 1929: Internationaler Kongreß für psychische Hygiene, Washington.

* 3. bis 6. April 1929: 4. Tagung der Ständigen internationalen Kommission für Gewerbekrankheiten, Lyon.

* 5. bis 8. August 1930: Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Nordmark-Präparate

Hepatrat, Leberextrakt:

Handelsformen:

Hepatrat liquid.	100 ccm	RM 4.80
(100 ccm = 1000 g Leber)	500 "	15.00
in süßer od. neuerdings auch in herber Geschmacksform		
Hepatrat succ.	6 Röhren	RM 15.—
(1 Röhre = 500 g Leber)		
Hepatrat-Bohnen	50 Stück	RM 8.—
(1 Bohne = 20 g Leber)	100 "	15.—
	500 "	60.—

Indikationen:

Perniciöse Anämie, andere schwere Anämien, Sprue

Arsen-Hepatrat:

As.-Hepatrat liquid.	100 ccm	RM 4.—
(0,5 % Phenylarsinat)	200 "	7.50
	500 "	16.—
As.-Hepatrat-Bohnen	50 Stück	RM 10.85
(0,075 Phenylarsinat in einer Bohne)	100 "	20.—
	500 "	72.—

Anämien jeder Art, Kachektische Zustände, Folgeerscheinungen schwerer Infektionskrankheiten, Appetitlosigkeit, Asthenie, Neurasthenie, geistige und körperliche Überarbeitung, nervöse Depressionen, Rekonvaleszenz

Splenotrat, Milzextrakt:

Splenotrat liquid.	100 ccm	RM 4.80
(100 ccm = 1000 g Milz)	500 "	15.—

Tuberkulose der Lungen, Knochen und Gelenke, Dermatosen, Asthma, Polyglobulie

Präformin,

bestrahltes Ergosterin-Vitamin D:

stabilisiert durch Bindung an Phosphatid, nicht toxisches Präparat

Präformin-Emulsion	5 ccm	RM 1.—
mischt sich gleichmäßig unter die Milch	20 "	4.—
	100 "	16.—
Präformin-Perlen	25 Stück	RM 2.20
	50 "	3.—
	500 "	22.—

Rachitis- und deren Begleit- und Folgeerscheinungen

Soluga, Ernährungstherapeutikum:

100 g	RM 1.50
250 "	3.—
1000 "	9.—

Psychische und physische Erschöpfungszustände aller Art.

NORDMARK-WERKE A.-G., HAMBURG 21

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

Entzündungsstudien.**Sichtbare Adsorptionstherapie beim Soor der Säuglinge und bei Angina lacunaris mit Adsorgan.**

Bei der Desinfektion der Mundhöhle ist eine gewisse Vorsicht zu beobachten, da die Schleimhäute leicht von den keimtötenden Mitteln geschädigt werden können. Der Verfasser entschied sich daher für die Verwendung von Adsorbentien, von denen sich das Adsorgan als besonders geeignet erwies. Das Präparat wurde als wäßrige Suspension verabreicht, und zwar wurde $\frac{1}{3}$ bis 1 Kaffeelöffel in 100 ccm Leitungswasser aufgeschüttelt, wovon tagsüber stündlich ein Kaffeelöffel gegeben wurde. Bereits 24 Stunden nach Beginn der Adsorganverabreichung schmolzen die Soorbeläge ab und konnten vollständig oder doch zum größten Teile entfernt werden. Vorzüglich reagierten auch einige Fälle von Angina lacunaris auf Adsorgan. Auch hier schwanden binnen kurzem die Beläge und die Tonsillen schollen ab. Günstige Erfolge wurden auch bei Stomatitis aphthosa und Gingivitis erzielt. Hierbei erwies sich als zweckmäßig, die Suspension mittels Wattepinsels in die von Zahnfleisch und Lippen gebildeten Schleimhauttaschen einzutragen. Die Schmerzhaftigkeit wurde hierdurch in vielen Fällen noch gemildert. Bei der Angina-Propylaxe zur Zeit der allgemeinen Grippeerkrankungen gelang es, die Entwicklung eines schweren Zustandes zu verhüten. In einem Falle bot sich Gelegenheit, die nach Ablauf einer Diphtherieerkrankung in der Mundhöhle zurückgebliebenen Diphtheriebazillen durch Verabreichung der Adsorgansuspension zu beseitigen und dadurch den Bazillenträger infektionsfrei zu machen. (Hans Januschke, A. d. Kinder-Ambulatorium der Arbeiter-Krankenversicherungskasse Wien IV. Med. Klin. 1928, Nr. 40, S. 1555.)

Novo-Tropon.

Novo-Tropon, die biologisch vollwertige Kraft- und Nervennahrung, ist nach Erkenntnissen der fortschreitenden Wissenschaft so aufgebaut, daß es dem Körper sämtliche lebenswichtigen Nährstoffe in wohlschmeckender, gut bekömmlicher, vorzüglich resorbierbarer Form mit höchster Assimilationsfähigkeit zuführt.

Novo-Tropon stellt ein unter Verwendung besten Ausgangsmaterials hergestelltes Eiweißnährpräparat mit bevor-

zugtem Gehalt an biologisch hochwertigen Stoffen dar. Der in Sonderheit auch für das Nervensystem hochwichtige Phosphor ist im Präparat in Form von hochwirksamen Phosphatiden enthalten. Daneben enthält Novo-Tropon Silizium in Verbindung mit Eiweiß, Cholesterin und die lebensnotwendigen Nährsalze in reiner Form, ferner ballastfreie Kohlehydrate in feinsten Verteilung. Ein krankhaftes Stickstoffdefizit des Körpers wird durch das Mittel zuverlässig und rasch behoben. Diese Angaben sind durch Stoffwechselversuche in Universitätsinstituten erhärtet.

Die klinische Prüfung hat, analog den wissenschaftlichen Versuchen, die hervorragende Brauchbarkeit des Novo-Tropon bei Unterernährung, Erschöpfungszuständen, Tuberkulose, in den Rekonvaleszenzen und besonders auch bei nervösen Erkrankungen mancherlei Art, wie Neurasthenie, Hysterie usw. bestätigt. Auch der geschwächte Magen verträgt dies Nährpräparat ausgezeichnet; Brechneigung wird behoben, der Appetit gebessert. Wohlbehagen und Gewichtszunahmen werden erzielt. (Hersteller Troponwerke Dinklage & Co., Köln-Mülheim.)

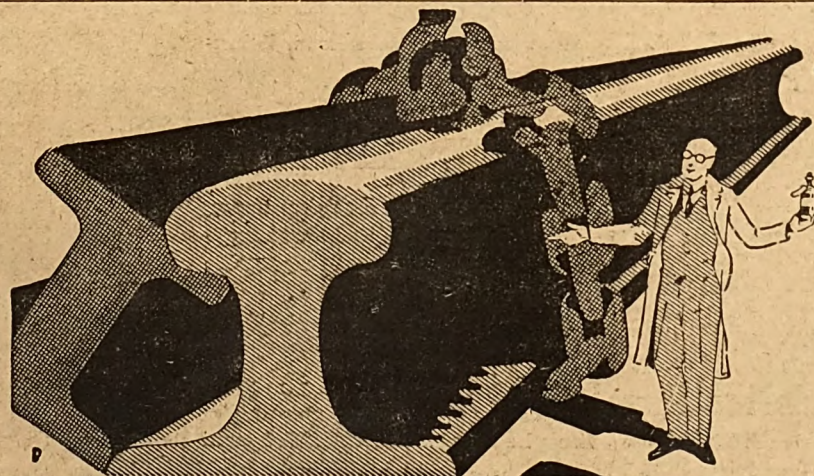
Für Facharzt

bietet sich Gelegenheit zur Assoziation mit anderem Facharzt. Praxisräume mit Konzession für klinische Behandlung in Berlin, Nähe Potsdamer Bahnhof, vorhanden. Erforderlich sind für Renovierung, Einrichtung und Miete sofort verfügbare 10000—15000 RM., außerdem Berliner 4-Zimmer-Tauschwohnung. Angebote mit näheren Angaben, die vertraulich behandelt werden, unter **102** an die Expedition dieses Blattes.

Kriegstagebuch eines Arztes!**Als Arzt in Mazedonien 1916-1918**

von Dr. Schede, mit vielen Bildern und Karten.

Verlag C. Horndiel, Nordhausen. 4.50 M.



Nicht die Menge
sondern allein
die aktive Form
bedingt die Wirkung des Eisens

Aegrosan

enthält das Eisen in der allein
wirksamen Ferro-Form

Daher: Einzigartige Wirkung

verbunden mit grosser Wirtschaftlichkeit
Preis Mk. 1.40 in den Apotheken

Johann G.W. Opfermann, Köln 64

TÖPFER'S KERAMIN-SEIFE

Nach Unna „Monatshefte für Praktische Dermatologie“ 39. Bd. 04:

Es ist ein kleines unansehnliches, braunes, nicht nach den Regeln moderner Seifenpraxis hergestelltes Stückchen, das mit dem Anspruch in die Welt tritt, **chronische, stark juckende, krustöse Kinderexzeme** ohne weitere Beihilfe zu heilen.

Carl Töpfer, Naumburg a. S.

Bestandteile lt. Reichsmedizinal-Kalender:

Sapo medicat. neutr., Balsamum Peruvianum, Ol. Caryophyllorum, Ol. Cinnamomi.

Laut Arzneibuch 1927, Seite 33, für die Kassenpraxis zugelassen.

Literatur und Proben gratis.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

Mehr als sechzigtausend Exemplare pro Nummer.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für

Oesterreich 3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 3

BERLIN, DEN 8. FEBRUAR 1929

47. JAHRGANG

Sektionsbefunde haben aufs neue den unwiderlegbaren Nachweis der lokal-selektiven Wirkung des Clauden erbracht:

Im intakten Gefäßsystem war nach intra-venösen Claudengaben nicht die geringste Thrombosierung¹⁾ nachzuweisen, während ein Sektionsbefund nach abundanter Haemoptoe infolge Gefäßruptur einen streng lokalisierten Thrombus als Verschuß der Zerreißung ergab²⁾.

Literatur: ¹⁾ Kelch, Med. Klinif 1927, Nr. 40.

²⁾ Heumann, „Die Tuberkulose“ 1928, Nr. 8.

Versuchsmengen und Literatur auf Wunsch!

Luitpold-Werk
München

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 3

BERLIN, DEN 8. FEBRUAR 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

(Aus der Medizinischen Klinik Magdeburg-Altstadt, Direktor Professor Dr. Otten. Beratungsstelle für gewerbliche Erkrankungen.)

Die Klinik der gewerblichen Bleierkrankungen.

Von Dr. FRITZ SCHMEERTMANN, Oberarzt der Klinik.

Während bisher nur die Betriebsunfälle nach den Bestimmungen der Reichsversicherung entschädigungspflichtig waren, sind diese Bestimmungen durch die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. Mai 1925 auf eine Reihe von gewerblichen Erkrankungen ausgedehnt worden. Es erwachsen dadurch für den Arzt neue Aufgaben, die nicht nur in versicherungstechnischer Hinsicht, sondern auch in rein medizinischer, besonders diagnostischer Beziehung von größter Bedeutung sind.

Bei diesen, zunächst nur in beschränkter Zahl von den neuen Bestimmungen erfaßten gewerblichen Erkrankungen handelt es sich um Schädigungen, die durch länger dauernde, oft wiederholte Einwirkungen während der Berufsausübung (Berufserkrankung) hervorgerufen werden. Für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs einer Berufserkrankung mit der Berufstätigkeit ist die frühzeitige Mitwirkung des Arztes notwendig und daher in den Bestimmungen der genannten Verordnung sowie in den mitgegebenen Richtlinien vorgeschrieben.

Voraussetzung für eine sachgemäße Beurteilung solcher Zusammenhänge ist aber eine genaue Kenntnis der Entstehung, des klinischen Krankheitsbildes und des Verlaufs der nunmehr meldepflichtigen und entschädigungsberechtigten Berufserkrankungen.

Nach den bisherigen Erfahrungen ist die wichtigste und häufigste die Bleivergiftung, da sie etwa 85% der meldepflichtigen Berufserkrankungen ausmacht. Es erscheint daher notwendig, in den folgenden Ausführungen die Klinik der gewerblichen Bleivergiftung eingehend zu besprechen.

Nach einer Zusammenstellung von Koelsch wurden im Laufe eines Jahres seit Inkrafttreten des Gesetzes in Bayern 186 Berufserkrankungen gemeldet, darunter 153 Bleivergiftungen, das macht 82%. Bei einem nur kleinen Teil hiervon bestand die Anzeige zu Recht; bei den meisten wurde bei der Nachuntersuchung durch den „geeigneten“ Arzt die angenommene Berufserkrankung nicht bestätigt. Nur ganz vereinzelte Fälle wurden als entschädigungspflichtig anerkannt. In unserer Klinik sind in den Jahren 1917 bis 1925, also in 9 Jahren, nur 2 Bleivergiftungen beobachtet worden, während in den Jahren 1926/27, also seit Inkrafttreten der Entschädigungspflicht in jedem Jahr siebenmal die Diagnose Bleivergiftung gestellt wurde. Diese auffällige Vermehrung der Bleivergiftungen seit Inkrafttreten der Entschädigungspflicht gibt sehr zu denken.

Wenn wir die Diagnose Bleivergiftung stellen wollen, so ist die erste und wichtigste Vorbedingung dazu, daß wir mit dem klinischen Bilde der Bleivergiftung vollkommen vertraut sind; nur aus dem Gesamtsymptomenkomplex ist eine Bleivergiftung mit Sicherheit zu diagnostizieren.

Wir bekommen sehr häufig Blutbilder zugeschickt, mit der Angabe, der Kranke habe einen Bleisaum; wir sollen dann aus dem Blutbild den Verdacht der Bleivergiftung bestätigen. Meist haben wir dann überhaupt keine punktierten Erythrozyten, wie sie ja bei der Bleivergiftung vorkommen, finden können, weil wahrscheinlich überhaupt keine Bleivergiftung bestanden hat. Aber aus dem mikroskopischen Blutbild allein läßt sich niemals die Diagnose Bleivergiftung stellen. Die Tatsache, daß wir in der hiesigen Beratungsstelle für Berufserkrankungen bisher im Verlauf eines halben Jahres erst ein einziges Mal den geäußerten Verdacht einer Bleivergiftung bestätigen konnten, während in den übrigen Fällen kein weiterer Anhaltspunkt hierfür bestand, als daß der Betreffende zufällig Maler oder Buchdrucker war, ist wohl ein Hinweis dafür,

daß die Diagnose Bleivergiftung nicht immer leicht ist und daher vom praktischen Arzte nicht ohne weiteres gestellt werden darf.

Es ist nicht angängig, etwa aus einem angeblich vorhandenen „Bleisaum“, der sich bei genauer Untersuchung als Zeichen einer Gingivitis bei mangelnder Mundpflege herausstellt — etwa bei einem Maler oder Buchdrucker —, eine Bleivergiftung zu diagnostizieren oder, wenn ein Mann mit Leibschmerzen kommt und von Beruf zufällig Schriftsetzer ist, eine Bleikolik anzunehmen und daraufhin die gesetzliche Meldung zu erstatten. Es ist dann für den Arzt immer peinlich, wenn bei der Nachuntersuchung der „geeignete“ Arzt die gestellte Diagnose als unbegründet ablehnen muß.

Zur Sicherung der Diagnose Bleivergiftung ist es notwendig, nachzuweisen, daß eine Bleiaufnahme stattgefunden hat, sodann müssen die festgestellten Erscheinungen als Bleiwirkung sichergestellt werden, und schließlich muß, wenn diese Voraussetzungen zutreffen, ein Krankheitsgefühl vorhanden sein, das durch die Wirkung des aufgenommenen Bleis hervorgerufen ist. Wir sind also noch nicht berechtigt, eine Bleierkrankung anzunehmen, wenn zwar das Vorhandensein von Blei im Körper nachgewiesen worden ist, der Betreffende aber nicht subjektiv oder objektiv krank ist. Vom versicherungsrechtlichen Standpunkt ist dann noch der Beweis zu erbringen, daß die Bleivergiftung tatsächlich durch die Ausübung des Berufes stattgefunden hat und zwar während der Arbeit in einem für Gewerbeerkrankungen versicherungspflichtigen Betriebe. Ein kaufmännischer Angestellter in einer Bleifabrik, der beispielsweise durch gelegentliche Berührung mit Blei in der Fabrik eine Bleivergiftung bekommt, fällt nicht unter das Gesetz der Berufserkrankungen; ein Schriftsetzer, der infolge Genusses bleihaltigen Wassers erkrankt, hat keine Berufserkrankung im versicherungsrechtlichen Sinne. Eine berufliche Bleierkrankung liegt erst dann vor, wenn sie während der Berufsarbeit in einem versicherungspflichtigen Betriebe zustande gekommen ist. Auch ein Malergeselle, der mit bleihaltigen Farben zu tun hat und außerhalb der Werkstattarbeit an Bleivergiftung erkrankt, ist nach den versicherungsgesetzlichen Bestimmungen nicht entschädigungsberechtigt, wenn auch selbstverständlich vom ärztlichen Standpunkte aus eine berufsmäßige Bleivergiftung vorliegt. Ich erwähne diese Ausnahmen, um hierdurch einerseits die Einschränkungen, die in dem Gesetze vom 12. Mai 1925 festgelegt sind, zu beleuchten, andererseits anzudeuten, daß der untersuchende Arzt nicht ohne weiteres eine „Berufserkrankung“ annehmen darf und seinen Kranken eine Entschädigung in Aussicht stellen soll, die ihnen nach dem Gesetz überhaupt nicht zusteht. Es ist daher notwendig, daß sich der untersuchende Arzt bei der Vorgeschichte genau über die ausgeübte Tätigkeit des angeblichen Bleiarbeiters unterrichtet und diese entsprechend in seiner Meldung vermerkt, wie es ja auch auf dem Anzeigeformular verlangt wird. Es genügt also nicht, wenn er z. B. schreibt: „Arbeiter in Bleifabrik“, sondern die Art der in einem Bleibetriebe geleisteten Arbeit ist genau anzugeben. Die Feststellung, ob unter diesen Umständen eine diagnostizierte Bleivergiftung tatsächlich eine Berufserkrankung im versicherungsrechtlichen Sinne darstellt, ist dann nicht unsere Aufgabe, sondern Aufgabe der Behörden (der Gewerbeinspektion, Versicherungsämter usw.).

Eine gewerbliche Bleivergiftung ist stets eine chronische. Die Entschädigung der akuten Bleivergiftung wird versicherungstechnisch nach dem Unfallversicherungsgesetz gehandhabt. Die gewerbliche Bleivergiftung erstreckt sich meist über Wochen, Monate, ja sogar über Jahre. Es ist durchaus möglich, daß ein Bleiarbeiter, der jahrzehntelang die gleiche Bleiarbeit verrichtet, erst nach 20 Jahren an Bleivergiftung erkrankt, andere erkranken bereits nach einigen Wochen; als Mindestzeitpunkt wird

gewöhnlich eine vierzehntägige ununterbrochene Tätigkeit in Bleibetrieben angenommen. Die Schnelligkeit, mit der eine Bleivergiftung auftritt, ist von manchen inneren und äußeren Vorbedingungen abhängig. Von ausschlaggebender Bedeutung ist hierbei naturgemäß die Menge des aufgenommenen Bleis. Tierexperimentelle Untersuchungen haben ergeben, daß eine regelmäßige Bleizufuhr von etwa 1 mg täglich nach einigen Monaten zu einer Bleivergiftung führt. Disposition und Konstitution, Alter und Geschlecht spielen für die Entstehung einer Bleivergiftung eine wichtige Rolle, ferner die Art der Beschäftigung.

Zu erwarten sind gewerbliche Bleivergiftungen in erster Linie bei der hüttenmännischen Verarbeitung von bleihaltigen Erzen, wobei Blei als Haupt- oder Nebenprodukt gewonnen wird. Ferner bei mechanischer Verarbeitung des metallischen Bleies und Verwendung dieser Bleigegegenstände, bei der Herstellung von Legierungen und chemischen Verbindungen, in Schmelz- und Zinngießereien, Farbenfabriken und chemischen Fabriken.

Am meisten gefährdet sind die Arbeiter in Bleiweiß- und Farbenfabriken, in Bleiweißereien, in Akkumulatorenfabriken, Schrotfabriken, Lötereien, in Tonwaren- und Steingutfabriken und die Maler. Verhältnismäßig selten erkranken die Schriftsetzer, viel seltener, als in der Regel angenommen wird, und kaum die Buchdrucker. Es ist nicht recht klar, weshalb gerade diese so selten an Bleivergiftung erkranken, obwohl sie doch mit Blei täglich in Berührung kommen. Man nimmt an, daß dies wahrscheinlich darauf beruht, daß die Bleileitern nach Gebrauch vollständig mit einer Schicht von Druckerschwärze, Ölen usw. überzogen sind, so daß eine direkte Bleiberührung überhaupt nicht mehr stattfindet.

Als nicht gewerbliche Bleivergiftung erwähne ich solche nach Genuß von bleihaltigem Wasser durch Kochen und Aufbewahren von Nahrungsmitteln, besonders Obst, in irdenen Gefäßen mit schlechter Glasur, von Wein in Fässern mit Bleizapfhahn und dergleichen. Versicherungsrechtlich können solche Bleivergiftungen gelegentlich von Bedeutung werden, wenn sie nämlich zufällig bei einem Bleiarbeiter auftreten. Aus diesem Grunde ist daher die genaue Befragung über die Art der Bleiaufnahme von außerordentlicher, ja sogar von entscheidender Bedeutung für die Entschädigungspflicht.

Die Aufnahme von Blei in den Körper kann nun auf verschiedene Weise erfolgen. Es ist nachgewiesen, daß die Haut eine nicht zu unterschätzende Eintrittspforte für Blei darstellt. Es sind unzweifelhafte Bleivergiftungen durch den Gebrauch von bleihaltiger Schminke, z. B. bei Schauspielern, vorgekommen.

Für die beruflichen Bleierkrankungen kommen zwei andere Wege in Betracht, und zwar hat man früher angenommen, daß die größte Bedeutung der Bleiaufnahme durch den Verdauungskanal zukommt, entweder direkt durch die mit Blei beschmutzte Hand oder durch die mit bleibeschmutzten Händen angefaßten Lebensmittel oder Rauchwaren. Das auf diese Weise in den Magen gelangte Blei wird durch die Salzsäure des Magensaftes in Bleichlorid verwandelt. Dieses ist löslich und verbindet sich mit dem Fett der Speisen zu fettsaurem Blei. Dieses fettsaure Blei wird durch die Galle fein emulgiert und so aufgenommen. Auch Bleistaub, der sich in der Luft der Arbeitsräume befindet, gelangt in den Mund, wird mit dem Speichel verschluckt und kommt so in den Magen. Man hat versucht, diejenigen Formen von Bleivergiftungen, bei denen die Erscheinungen des Magendarmkanals im Vordergrund stehen, also die Bleikoliken, Spasmen, Verstopfung usw. gerade auf diese Art der Bleiaufnahme durch den Verdauungskanal zu beziehen. Jetzt weiß man, daß eine mindestens ebenso bedeutende Rolle bei der Bleiaufnahme in den Körper, wahrscheinlich sogar die wichtigere, dem Atemweg zukommt. Es ist gelungen, tierexperimentell eine Bleivergiftung zu erzeugen bei Einatmung kleinster Bleimengen, während die Verfütterung der 10–20fachen Menge vollkommen wirkungslos blieb. Wenn wir bedenken, daß die menschliche Lunge eine Oberfläche von 90 qm darstellt, die bei tiefster Inspiration sogar auf 150 qm ansteigt, also eine Fläche, die der Bodenfläche eines größeren Saales entspricht, so erscheint es uns ohne weiteres einleuchtend, daß diese enorme Aufnahmefläche einen günstigen Zufuhrweg für den eingeatmeten Bleistaub und Bleidampf ausmacht. Das auf diese Weise aufgenommene Blei gelangt vornehmlich ins Blut und so in die einzelnen Organe und wird im Urin teilweise wieder ausgeschieden, wie das durch den Magen auf-

genommene Blei im Stuhl nachgewiesen werden kann. Dem durch die Atmungswege aufgenommenen und auf dem Blutwege im Körper verteilten Blei schreibt man besonders die Erkrankung der Nieren und der Nervensubstanz zu. Ein großer Teil des aufgenommenen Bleies wird nun wieder aus dem Körper ausgeschieden, und zwar in der Hauptsache im Stuhl. Hieraus darf man nun nicht etwa den Schluß ziehen, daß also doch der Verdauungskanal den Hauptaufnahmeweg für Blei darstellt, sondern man hat nachgewiesen, daß eine direkte Ausscheidung von Blei aus dem Körperkreislauf wiederum in den Darm stattfindet und so die bevorzugte Bleiausscheidung mit dem Stuhl erklärt. Die Ausscheidung des Bleies erfolgt jedoch ganz unregelmäßig, in der Art, daß es einige Tage vorhanden, dann wieder fehlen, später wieder auftreten kann. Das einmalige Fehlen von Blei im Urin und Stuhl ist daher in keiner Weise diagnostisch zu verwerten.

Der geringere Teil des aufgenommenen Bleies wird auf dem Blutwege den Organen zugeführt und schließlich als Bleitriphosphat in den Knochen und im Knochenmark abgelagert. Auf die Speicherung des Bleies im Knochenmark ist die Schädigung der Erythropoese zurückzuführen, die zur Anämie und zur vermehrten Ausschwemmung von basophil getüpfelten Erythrozyten ins Blut führt.

Der Hauptangriffspunkt des Bleies ist das Gefäßsystem, und zwar werden hier durch Ablagerung von Blei in der Media der Gefäßwand vor allem der Arterien und Arteriolen Schädigungen herbeigeführt. Diese Veränderungen der Arterienwände verursachen spastische Zustände derselben und sind die Hauptursache für die Krankheitszustände einer Bleivergiftung bzw. der Erscheinungen an den einzelnen Organen, die in ihrer Gesamtheit das Krankheitsbild der Bleivergiftung darstellen.

Die Hauptmerkmale — die Kardinalsymptome —, die als Beweis für eine Bleiaufnahme gelten, sind in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit das Bleikolorit, der Bleisaum, die basophil punktierten Erythrozyten als Zeichen einer Bleianämie und das Vorhandensein von Hämato porphyrin im Urin. Das Vorhandensein dieser Symptome bzw. mindestens mehrerer Symptome ist beweisend für eine stattgehabte Bleiaufnahme, aber auch nur für die Aufnahme von Blei. Der Übergang von einer Bleiaufnahme und -einwirkung zur Vergiftung ist ein allmählicher, wobei freilich einzelne der angeführten Symptome bei ihrer Steigerung bereits Krankheitserscheinungen darstellen können.

Die Aenderung der Gesichtsfarbe wird bei Bleivergiftungen höchst selten vermißt. Anfangs nur eine leichte Blässe, die aber bald den eigenartigen gelblichen Ton mit einem Stich ins Graue annimmt, womit oft eine leicht subikterische Verfärbung der Skleren verbunden ist. Dieses charakteristische Bleikolorit ist mit einer andersartig bedingten Anämie oder einem gewöhnlichen Ikterus kaum zu verwechseln, am ehesten wäre noch ein Vergleich mit der Hautfarbe bei manchen Krebskachexien zu ziehen. Zu Beginn der Einwirkung mag allerdings die Unterscheidung von gewöhnlichem „schlechtem Aussehen“ Schwierigkeiten machen, und es bestehen tatsächlich auch hier fließende Uebergänge; nur höchst selten aber vermissen wir das charakteristische Bleikolorit bei Leuten, die stärker unter Bleiwirkung stehen. Zu beachten ist neben dem Kolorit aber auch der Gesamthabitus: Zeichen von Abmagerung, mattes Aussehen, verschlechterter Allgemeinzustand. Bei Aufhören der Bleiaufnahme schwindet das Kolorit relativ rasch und verliert oft schon nach 2 bis 3 Wochen, bei stärkerer Bleierkrankung nach 2 bis 3 Monaten seine charakteristische Ausprägung.

In enger Wechselbeziehung zu diesem Bleikolorit steht die Bleianämie. Ich brauche nicht besonders zu betonen, daß das blassere Aussehen allein natürlich nicht genügt, eine Anämie zu diagnostizieren. Bekannt ist, daß durchaus gesunde Menschen infolge gewisser Eigentümlichkeiten der Haut bzw. Hautgefäße blaß aussehen können. Ferner ist die blassere Gesichtsfarbe bei gewissen Herzklappenfehlern und Nierenkranken bekannt; eine wirkliche Anämie braucht dabei aber keinesfalls vorzuliegen. Ebenso unterliegt man oft bei Neurasthenikern einer Täuschung, sie sehen sehr häufig blaß und leidend aus, haben dabei aber einen überraschend guten Hämoglobingehalt.

Zum Nachweis einer Anämie ist unter allen Umständen eine exakte Hämoglobinbestimmung vorzunehmen, auf die besonders bei Bleiarbeitern großer Wert zu legen ist. Daß außerdem auch eine Zählung der roten und weißen Blutkörperchen stattzufinden hat, ist selbstverständlich. Und schließlich gehört zur Vervollständigung der

Blutuntersuchung die Auszählung eines gefärbten Blutaussstriches. Neben Anzeichen von sekundärer Anämie (Polychromasie und Poikilozystose der roten Blutkörperchen), die allerdings nicht sehr hochgradig zu sein braucht, worauf Baader neuerdings aufmerksam gemacht hat, weist auch das weiße Blutbild Veränderungen auf, und zwar im Sinne einer Lymphozytose bis etwa 40%. Als Anzeichen einer Bleianämie ist besonders das Vorhandensein von basophil getüpfelten Erythrozyten beachtenswert. Es besteht vielfach die Anschauung, daß das Vorkommen von punktierten Erythrozyten als beweisend für eine Bleivergiftung gelten kann; das ist bei weitem nicht immer der Fall, oder doch mindestens mit einer weitgehenden Einschränkung. Ich erwähnte schon anfangs, daß die Ausschwemmung von punktierten Erythrozyten in die Blutbahn lediglich ein Zeichen einer geschädigten Blutbildung ist, die bei jeder Anämie, bei der eine Schädigung des erythropoetischen Systems zugrunde liegt, stattfinden kann. Die punktierten Erythrozyten sind ja lediglich unreife, noch nicht fertige Erythrozyten, die nur als Ersatz der fehlenden reifen Erythrozyten ins Blut gelangen. Die blaugefärbten Pünktchen in diesen Erythrozyten sind Zerfallprodukte des Zellkerns, nicht etwa, wie gelegentlich irrümlich angenommen worden ist, kleinste Bleipartikelchen. Sogar bei vollkommen normalen Blutbildern von gesunden Menschen finden wir gar nicht so selten einige punktierte Erythrozyten, wenn wir mit besonderer Sorgfalt danach fahnden. Erst eine starke Vermehrung von punktierten Erythrozyten deutet auf eine Schädigung, und zwar auf Bleiablagerungen im Knochenmark hin. Auch bei Sublimat- und Nitrobenzolvergiftungen kommen gewaltige Vermehrungen der punktierten Erythrozyten vor, differentialdiagnostisch werden aber in diesen Fällen keine Schwierigkeiten bestehen können. Eine Vermehrung der punktierten Erythrozyten bis zu einem Verhältnis von 1 : 10 000 gilt im allgemeinen als positiv, eine Vermehrung bis zu 1 : 1000 ist als unbedingt beweisend anzusehen. Das bedeutet aber eine ganz enorme Zahl.

Nehmen wir beispielsweise als Normalzahlen 5000 Leukozyten und 5 000 000 Erythrozyten im mm³ an. Die Verhältniszahl von einem punktierten Erythrozyten unter 1000 Erythrozyten bedeutet also:

5000 punktierte auf 5 000 000 Erythrozyten.

Es sind also dann, wie wir sehen, ebenso viele Gesamtleukozyten im Blute vorhanden wie punktierte Erythrozyten. Wenn wir also 100 Leukozyten im gefärbten Präparat auszählen, müssen wir auch 100 punktierte Erythrozyten gefunden haben. Unsere Höchstzahl war 157 punktierte Erythrozyten auf 100 Leukozyten, wobei in jedem Gesichtsfeld etwa 6 bis 8 punktierte Erythrozyten gefunden wurden. Ich erinnere mich eines anderen Blutbildes von einem Kranken mit vollkommen unklarer Diagnose, das mir ein Kollege zur Durchsicht gab, wo in jedem Gesichtsfeld bis zu 15 punktierte Erythrozyten vorhanden waren, so daß ich in diesem Falle auf Grund des bloßen Blutbildes die Diagnose Bleivergiftung stellen konnte, die bisher nicht gestellt worden war, sich aber bei nachträglicher Aufnahme der Vorgeschichte als sicher herausstellte.

Zur Feststellung der punktierten Erythrozyten genügt ein einfacher Blutaussstrich, der nach den üblichen Färbemethoden gefärbt wird; wir bevorzugen die einfache May-Grünwald-Färbung oder die kombinierte Giemsa-Färbung. Teleky empfiehlt, den lufttrockenen Blutaussstrich drei Minuten in Methylalkohol zu härten und dann wenige Sekunden mit Löfflers Methylenblau zu färben. Das Präparat erscheint dann bei der Aufsicht hellblau, ebenso die einzelnen roten Blutkörperchen im Mikroskop. Die Körnchen treten dann als dunklere Punkte hervor. Wir haben auch dieses Verfahren geübt, ich kann aber nicht sagen, daß wir damit bessere Erfolge erzielt hätten, als mit der bisher von uns geübten May-Grünwald- oder Giemsa-Färbung. Will man eine genaue Zählung der punktierten Erythrozyten vornehmen, so muß man schon jeden einzelnen Erythrozyten genau betrachten, da die Punktierung oft so fein sein kann, daß sie einem bei weniger aufmerksamer Betrachtung entgehen kann. Man nimmt, wie sonst, eine Differenzierung vor bis zu 100 oder auch 200 Leukozyten und richtet dabei seine Aufmerksamkeit besonders auf die Erythrozyten, deren genaue Auszählung am Schlusse erfolgt.

Der größte Wert als diagnostisches Hilfsmittel wird oft auf den Bleisaum gelegt, der daher von Lehmann als ein „Göttergeschenk“ bezeichnet wird, und tatsächlich ist ein Bleisaum pathognomonisch und absolut beweisend für das Vorhandensein von Blei

im Körper. Aber mit diesem „Göttergeschenk“ hat es seine besondere Bewandnis. Es wird oft nicht erkannt, oder vielmehr es wird etwas für einen Bleisaum angesehen, was überhaupt kein Bleisaum ist. Bei den uns als Bleivergiftete mit einem sicheren Bleisaum überwiesenen Arbeitern haben wir fast niemals den angeblichen Bleisaum feststellen können. Was der Arzt für einen Bleisaum gehalten hat, sind Auflagerungen auf den Zähnen mit bläulicher Verfärbung der Zahnfleischränder, wie sie bei mangelnder Mundpflege, bei Gingivitis und Stomatitis vorkommen. Diese fälschlich für einen Bleisaum gehaltene Verfärbung des Zahnfleischrandes beruht lediglich auf örtlichen Kreislaufstörungen infolge der Entzündung bei Gingivitis und findet sich nur bei schlecht gepflegten Zähnen. Wenn man mit einem Holzspatel auf diesen „Bleisaum“ drückt, dann verschwindet er. Ein wirklicher Bleisaum läßt sich nicht zum Verschwinden bringen und findet sich ebenso gut bei schlecht wie bei gut gepflegten Zähnen, tritt nur da auf, wo ein Zahnfleischrand vorhanden ist, also niemals bei einer Zahnlücke und nicht an zahnlosen Kiefern. Wir finden ihn meistens nicht an allen, sondern nur an einzelnen Zähnen, vor allem an den Schneide- und Eckzähnen, und zwar auch an der Rückseite. Bleisaumartige Flecke kommen auch an der Innenfläche der Lippen und an der Wangenschleimhaut vor, auch an der Schleimhaut des harten Gaumens werden diese Veränderungen beobachtet. Der Bleisaum besteht aus feinsten Bleiablagerungen in dem zarten Zahnfleischsaum und kommt dadurch zustande, daß durch Kapillargefäße der Schleimhaut ausgetretenes Blei durch den Schwefelwasserstoffgehalt der Mundhöhle in Bleisulfid verwandelt wird, und dieses Bleisulfid hat die charakteristische blauschwarze Farbe. Mit einer Lupe kann man deutlich die dem Verlauf der Kapillaren entsprechende gestrichelte und gepunktete Anordnung dieser kleinen Bleisulfidpartikelchen erkennen und dadurch einen Bleisaum mit Sicherheit von der homogenen Beschaffenheit einer ähnlich gefärbten Schleimhaut bei Gingivitis unterscheiden. Es empfiehlt sich daher dringend, einen Bleisaum nur durch eine Lupenuntersuchung zu diagnostizieren, wenn man nicht erleben will, daß der nachuntersuchende „geeignete“ Arzt den vermeintlichen Bleisaum zum Verschwinden bringt. Was die Häufigkeit eines Bleisaumes anbetrifft, so findet sich ein solcher außerordentlich oft; wir haben ihn bei sämtlichen wirklichen Bleivergiftungen gefunden. Die Angaben über die Häufigkeit eines Bleisaumes sind jedoch überaus schwankend, es werden Zahlen von 14—90% angegeben, möglicherweise beruhen die Verschiedenheiten auf dem größeren oder geringeren Maße der ortsüblichen Zahnpflege.

Der Wert eines Bleisaumes für die Diagnose einer Bleivergiftung ist jedoch gering. Wir müssen uns nämlich, wie bei jedem der anderen drei Kardinalsymptome auch, vor Augen halten, daß ein Bleisaum nur als Zeichen der Bleiaufnahme anzusehen ist. Ein Bleisaum bedeutet also nicht mehr und nicht weniger, als daß der Betreffende Blei in seinen Körper aufgenommen hat, daß er ein „Bleiträger“ ist, vergleichbar mit einem Bazillenträger. Auch einen Bazillenträger können wir nicht als krank bezeichnen. Ein Bleisaumträger, der sich subjektiv wohlfühlt, ist auch nicht krank, also auch nicht berufskrank und daher auch nicht meldepflichtig.

Als viertes Kardinalsymptom ist dann noch das Vorkommen von Hämatoporphyrin im Urin zu erwähnen. Es mag dahin gestellt bleiben, ob es eine Folge des Blutkörperchenzerfalles ist. Jedenfalls scheint sein vermehrtes Auftreten — es kommt auch im Harn Gesunder vor — von spastischen Zuständen im Darmtraktus abhängig zu sein. Seine mehr oder weniger große Bedeutung für die Diagnose Bleivergiftung erscheint noch umstritten. Wir haben es bei Fällen vermißt, bei denen Bleisaum, Anämie und punktierte Erythrozyten bei bestehenden subjektiven Krankheitserscheinungen nachgewiesen waren. Auch beim Hämatoporphyrin spricht daher sein Vorhandensein nicht unter allen Umständen für Bleikrankheit und sein Fehlen nicht dagegen. Das Hämatoporphyrin wird nachgewiesen, indem man den Harn mit offizineller Natronlauge im Verhältnis 1 : 10 versetzt. Die beim Kochen ausfallenden Erdphosphate zeigen beim Vorhandensein von Hämatoporphyrin eine rosarote bis violette Farbe nach 10 Minuten langem Absetzen. Der spektroskopische Nachweis kommt für den praktischen Arzt weniger in Frage.

Diese vier genannten Symptome werden als „Kardinalsymptome“ bezeichnet und sind lediglich als Zeichen einer Bleiaufnahme bzw. Bleiwirkung zu werten. Der Beweis für eine Bleivergiftung ist hierdurch an sich noch nicht erbracht, eine Meldung braucht also zunächst noch nicht zu erfolgen. Die Meldepflicht be-

steht erst dann, wenn bei dem Nachweis der gewerblichen Bleiaufnahme Krankheitserscheinungen als Folge der Bleiwirkung vorhanden sind. Nach den gewerbegesetzlichen Richtlinien wird also bewußt zwischen einer Bleiaufnahme und Bleiwirkung und einer Blei**e**r**k**r**a**n**k**u**n**g unterschieden. Diese Unterscheidung stellt nicht etwa eine besondere Spitzfindigkeit dar, sondern ist vom Gesetzgeber sehr wohl bedacht worden. Es wäre z. B. denkbar, daß ein Bleiarbeiter, bei dem Blei im Körper nachgewiesen ist, dessen Wirkung ebenfalls einwandfrei, beispielsweise durch punktierte Erythrozyten erwiesen ist, an einer akuten Nierenentzündung erkrankt, an einer hämorrhagischen Nephritis. In diesem Falle liegt keine Bleivergiftung, also auch keine Berufserkrankung vor, denn die akute hämorrhagische Nierenentzündung ist keine auf Bleiwirkung beruhende Erkrankung. Eine Meldung wäre demnach nicht erforderlich oder, wenn sie in einem derartigen Falle doch erfolgte, würde eine Entschädigung nicht stattfinden können.

Wir hatten in unserer Klinik einen Maler zur Begutachtung, bei dem durch das Vorhandensein massenhafter punktierte Erythrozyten zwar der Beweis einer Bleiaufnahme erbracht war, die vorhandenen Krankheitserscheinungen aber nicht als Bleiwirkung angesehen werden konnten. Der Vorgutachter hatte eine Encephalopathia saturnina angenommen. Der Mann zeigte jedoch das typische Bild eines postenzephalitischen Zustandes, der ja an eine Encephalopathia saturnina denken lassen konnte. Es war jedoch erwiesen, daß der Mann 1920 eine Gehirngrippe gehabt hatte, in deren Anschluß sich nach und nach dieser postenzephalitische Zustand entwickelt hatte. Trotz der nachgewiesenen Bleiaufnahme konnte daher eine Blei**e**r**k**r**a**n**k**u**n**g nicht angenommen werden, wir mußten daher eine Bleivergiftung ablehnen und unser Gutachten in diesem Sinne abgeben.

Nachdem so durch das Vorhandensein der genannten Kardinalsymptome der Nachweis einer gewerblichen Bleiaufnahme erbracht ist, ist eine gewerbliche Bleivergiftung erst dann anzunehmen, wenn die vorhandenen Krankheitserscheinungen eindeutig auf das aufgenommene Blei zurückzuführen sind. Das Krankheitsbild einer Bleivergiftung ist nun je nach der Dauer und der Geschwindigkeit der Bleidurchströmung, nach der Art der Organschädigungen und nach der Schwere der Erkrankung bei den einzelnen Menschen und in verschiedenen Stadien der Krankheit überaus wechselnd und verschiedenartig.

Die Bleianämie und das Bleikolorit als Krankheitszustand habe ich bereits im Zusammenhang mit dem Nachweis der Bleiaufnahme eingehend erörtert und habe dabei erwähnt, daß der Hauptangriffspunkt des Bleies in den Blutgefäßen liegt, die infolge Schädigung ihrer Muskularis sich in einem stärkeren Kontraktionszustand befinden. Auf diesem Kontraktionszustand der Hautgefäße und der dadurch hervorgerufenen Bluteere wird auch zum Teil das blasse Aussehen Bleikranker zurückgeführt, soweit nicht die Blässe der Gesichtsfarbe durch eine wirkliche Blutarmut bedingt ist. Daß differentialdiagnostisch andersartig verursachte Anämien sekundärer Art durch okkulte Blutungen, Tuberkulose, Lues und die perniziöse Anämie ausgeschlossen werden müssen, ist ja selbstverständlich.

Als erstes Symptom bei einer Bleivergiftung treten Bleikolik**e**n auf, die infolge der durch Blei hervorgerufenen spastischen Reizzustände des Magendarmkanals, andererseits durch die genannten Gefäßschädigungen bedingt sind. Manchmal werden sie eingeleitet durch langanhaltende Perioden von hartnäckiger Obstipation, bevor die eigentlichen Koliken zum Ausbruch kommen. Man könnte vielleicht ihr Bild für so charakteristisch halten, daß eine Verwechslung mit anderen krampfartigen Erscheinungen an den Organen des Unterleibes nicht vorkommen sollte. In der Praxis trifft das nicht zu. Es wird gar nicht so selten ein Gallen- oder Nierensteinanfall für eine Bleikolik gehalten, falls der Kranke gerade ein Bleiarbeiter ist. Wiederholt sind andererseits Bleikoliken zur Operation gelangt, bei denen man eine Appendektomie vorgenommen hat. Auch Hernien der Linea alba können Veranlassung zur Verwechslung mit Bleikoliken geben. Löwy gibt in seiner „Klinik der Berufskrankheiten“ von der Bleikolik folgende Darstellung:

„Die akute Bleikolik ist von heftigen Schmerzen begleitet, die oft in der Gegend der Symphyse lokalisiert werden, oft aber auch vom Nabel nach allen Seiten hin ausstrahlen. Das Gesicht ist durch Schmerz verzerrt, das Abdomen eingezogen und bretthart, der Körper von Schweiß bedeckt. Die Eingeweide sind öfters in kontrahiertem

Zustand als Stränge zu tasten. Dabei erbricht der Patient manchmal zähen Schleim. Ein nicht immer vorhandenes differentialdiagnostisches Moment gegenüber einer Appendizitis ist in diesem Stadium der Umstand, daß ein Druck auf das Abdomen den Schmerz verringert, weshalb sich auch die Patienten manchmal auf den Bauch legen.“ Auch Naegeli erwähnt diese Tatsache als charakteristisch für Bleikolik und differentialdiagnostisch beachtenswert gegenüber anderen ähnlichen Zuständen. Baader behauptet in einer kürzlich erschienenen Arbeit gerade das Gegenteil, daß der geringste Druck auf den Bauch besonders heftige Koliken hervorrufen soll.

Oft können auch Magenkrankungen vorgetäuscht werden. Tatsächlich ist auch bei Bleiarbeitern ein gehäuftes Vorkommen von Magengeschwüren bzw. Superazidität und Supersekretion beobachtet worden. Die durch Blei hervorgerufenen spastischen Reizerscheinungen und Gefäßschädigungen erklären diese Tatsache hinlänglich. Wir haben es uns daher zur Regel gemacht, bei jedem Bleiarbeiter eine genaue Magenuntersuchung vorzunehmen, Prüfung der Motilität und des Chemismus, sowie eine Röntgenuntersuchung des gesamten Magendarmkanals. Dabei findet man sehr häufig ausgesprochene spastische Kontraktionen des Dickdarmes, auch am Magen selbst werden tiefe spastische Einziehungen beobachtet, die oft so stark sein können, daß der Speisebrei sich oberhalb einer solchen Einziehung stauen kann und schließlich sogar regurgitiert wird.

Mit der Bleikolik zusammen treten oft Glieder- bzw. Gelenkschmerzen auf, die als Bleiarthralgien bezeichnet werden. Diese kommen jedoch auch für sich allein vor und befallen die unteren und oberen Gliedmaßen, einseitig und doppelseitig. Die Beschwerden bestehen manchmal nur in einem tauben Gefühl oder Ameisenkriechen und können sich bis zu stechenden und bohrenden unerträglichen Schmerzen steigern, die in die Nähe der Gelenke verlegt werden und vor allem die Beugeseiten bevorzugen. Ob die Schmerzen reine Neuralgien sind oder durch kleinste Blutungen in die Muskulatur ausgelöst werden, ist nicht sichergestellt. Bei Sektionen ist niemals ein krankhafter Befund festgestellt worden. Ob Beziehungen zwischen der echten Gicht und Blei bestehen, ist unbestimmt, es werden Fälle beschrieben, die einen derartigen Zusammenhang zu bestätigen scheinen.

Als Zeichen einer schon ziemlich weitgehenden Schädigung ist die Bleilähmung zu deuten, die meist erst nach monate- oder jahrelanger Bleiarbeit auftritt. Nach der heute allgemein geltenden Auffassung handelt es sich dabei um degenerative Vorgänge im peripheren Nerven mit der entsprechenden zunächst nur faradischen, später auch galvanischen Entartungsreaktion in den schwersten Stadien. Der gewöhnliche Typus der Bleilähmung ist, wie bekannt, der der Lähmung der Streckmuskulatur am Unterarm, die Radialislähmung. Sie tritt stets an der Arbeitshand zuerst auf, also bei Rechtshändern rechts, bei Linkshändern links und ist bei typischem Sitz leicht zu diagnostizieren. Teleky hat eine feinere Prüfungsmethode hierfür angegeben: Läßt man bei rechtwinklig gebeugtem Ellenbogengelenk und wagerecht gehaltenem Unterarm die beiden mit dem Handrücken nach oben gekehrten Hände gleichzeitig im Handgelenk aktiv maximal überstrecken und blickt dann von oben — nicht seitlich — auf die Handrücken, so findet man sehr häufig bei Bleiarbeitern, daß die aktive Ueberstreckung an der Gebrauchshand nicht in demselben Umfange möglich ist wie an der anderen. Auch durch den Versuch, die im Handgelenk bei gestreckten Fingern maximal überstreckte Hand gegen den Widerstand des Untersuchers durch Auflegen der Finger des Prüfenden auf den Handrücken langsam herabzudrücken, läßt sich eine beginnende Radialislähmung oft sicher nachweisen. Bei einem mittelkräftigen Menschen gelingt es dem Prüfenden nicht oder nur mit größter Anstrengung, die überstreckte Hand herunterzudrücken. Ein baldiges Nachgeben der Hand des Geprüften weist auf eine stärkere Streckerschwäche hin.

Wie ich schon erwähnte, erkrankt regelmäßig die Gebrauchshand zuerst. Analog kann auch je nach der Arbeitsleistung der betreffenden Muskeln bzw. Nerven die Lähmung einen anderen Sitz haben. So werden Bleilähmungen mit Oberarmtypus beschrieben bei Arbeitern, die mit erhöhtem Arm zu arbeiten haben, z. B. Anstreicher, die vorwiegend Zimmerdecken streichen. Uns wurde vor kurzem ein Buchdrucker in die gewerbehygienische Beratungsstelle überwiesen mit einer ausgesprochenen Axillarislähmung mit vollkommener Deltoideusatrophie, bei dem eine Bleivergiftung angenommen wurde. Ich erkundigte mich bei dem Manne nach der Art seiner Beschäftigung.

Er gab an, daß er häufig Kästen mit Bleiletttern mit dem rechten Arm auf ein erhöhtes Regal zu stellen habe und diese Tätigkeit ungezählte Male am Tage ausführe. Dabei wird ja der vom Axillaris versorgte Deltoides besonders beansprucht, so daß bei dem Bleiberuf sehr wohl eine Schädigung des Gebrauchsnerven vorliegen könnte. Ich untersuchte den Mann genau, konnte aber nicht die geringsten Spuren einer sonstigen Bleiwirkung nachweisen, vor allem war auch keines der vier Kardinalsymptome für Bleiaufnahme bei ihm vorhanden, so daß mir die vermutete Bleivergiftung sehr fraglich erschien. Es mußte also eine andere Ursache für die Axillarislähmung vorhanden sein. Der N. axillaris geht ja nun aus dem Plexus brachialis hervor, der aus den Vorderästen der unteren Zervikalnerven gebildet wird. Ich nahm also eine Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule vor und konnte im Bereich des 3. bis 6. Halswirbelkörpers schwere zerstörende Veränderungen feststellen, wodurch die Schädigung des Nervus axillaris vollauf geklärt war. Nun bestand bei dem Mann außerdem eine ausgesprochene Pupillenentzündung mit einer wenig verzögerten Lichtreaktion. Auch der einweisende Arzt hatte deswegen differentialdiagnostisch an eine Lues gedacht und bereits eine Blutentnahme vorgenommen, deren Ergebnis noch ausstand. Nach einigen Tagen erhielt ich das Ergebnis der Blutuntersuchung, der Wassermann bzw. Sachs-Georgi war stark positiv. Wir haben daher in diesem Falle eine syphilitische Spondylitis als Ursache der Nervenlähmung angenommen und eine Berufserkrankung abgelehnt.

Je nach der Art der Betätigung erkranken die verschiedensten Nerven: Die typische Bleilähmung der Maler ist die Radialisparese, bei Feilenhauern erkrankt, entsprechend dem Mehrgebrauch der linken Handmuskeln, zuerst die Daumenmuskulatur, an die sich eine allmählich sich steigernde Atrophie der kleinen Handmuskeln anschließt, so daß sich unter Umständen ein ähnliches Bild wie beim Duchenne-Aran entwickelt. So finden wir auch multiple Neuritiden auf der Basis einer Bleiintoxikation, die schließlich das ganze Nervengebiet befallen und eine spinale Muskelatrophie vortäuschen können.

Auch Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur sowie der Augenmuskelnerven sind beobachtet worden. Schließlich kommen gelegentlich auch Lähmungen aller anderen Hirnnerven vor. Wie denn auch eine Mitbeteiligung des Großhirns gar nicht so selten ist, freilich meist erst nach länger bestehender Bleischädigung. Als Encephalopathia saturnina werden alle Erscheinungen von seiten des Großhirns zusammengefaßt, die ein so vielgestaltiges Bild bieten, daß eine übersichtliche Einteilung und Abgrenzung der verschiedenen Formen wenigstens im Rahmen dieser Darstellung kaum möglich ist. Von den leichtesten Erscheinungen, gestörtem Schlaf, nervöser Unruhe, Kopfschmerzen, Zittern der Gesichtsmuskulatur und der Finger, dem sogenannten Bleitremor, kommen alle Uebergänge bis zu stuporösen, halluzinatorischen und komatösen Zuständen und Delirien vor. Daneben gibt es Formen von Eklampsie, ferner von sonstigen Gehirnkrankungen, die in ihrer Art ganz denjenigen auf arteriosklerotischer oderluetischer Basis gleichen können und durch den jeweiligen Sitz der Erkrankung gekennzeichnet sind.

Bei Bleiamaurose findet man oft eine Stauungspapille, auch Erblindungen infolge arteriellen Gefäßkrampfes sind beobachtet worden.

Wie ich bereits dargelegt habe, ist wahrscheinlich der allgemeine Angriffspunkt des Bleies das Gefäßsystem, dessen Veränderungen zu vielen der aufgeführten Krankheitserscheinungen führen. Da es sich hierbei vorwiegend zunächst um rein spastische Zustände handelt, finden wir oft schon frühzeitig eine Erhöhung des Blutdruckes, ohne daß zunächst arteriosklerotische Veränderungen bestehen. Wir sahen in unserer Klinik einen jungen Bleiarbeiter von etwa 25 Jahren mit einer vorübergehenden Blutdrucksteigerung von 200 mm Hg (Riva-Rocci), ohne daß etwa eine Schrumpfnier bestand hätte. Nach einigen Tagen war der Blutdruck wieder normal oder nur wenig erhöht. Die anfangs nur spastischen, später arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, die auch die arteriellen Nierengefäße befallen, führen oft schon in jugendlichem Alter nach genügend langer Bleischädigung zur Entstehung der Schrumpfniere, die wiederum ihrerseits den Blutdruck weiter erhöht und alle jene klinischen Erscheinungen (Herzhypertrophie mit Insuffizienz, Apoplexie, Retinitis albuminurica, Urämie) hervorrufen kann, die uns als Folgeerscheinung der Schrumpfnier bekannt sind.

Wenn ich nun noch einige Worte über die Therapie bei Bleivergiftung sagen darf, so ergibt sie sich aus dem Gesagten. Eine spezifische Therapie bei Bleivergiftung gibt es nicht, sie wird im wesentlichen rein symptomatisch sein und sich nach den vorhandenen Krankheitszuständen zu richten haben, auf die ich im einzelnen daher nicht einzugehen brauche.

Die beste Therapie ist auch hier wiederum die Prophylaxe. Die technischen Vorkehrungen zur Vermeidung von Bleivergiftungen zu treffen, ist Aufgabe der Betriebe und der Gewerbeaufsichtsbeamten. Unsere Aufgabe als Arzt ist es, eine geeignete Auslese des Arbeitermaterials vorzunehmen. Nicht jeder ist nach seiner Disposition und Konstitution in gleicher Weise den Schädigungen durch Blei ausgesetzt, und da ist es Sache der Fabrik- und Vertrauensärzte bzw. des beratenden Arztes und der Berufsberatung, die richtige Auswahl zu treffen.

Grundsätzlich sollten Frauen und Kinder von jeder Bleiarbeit ausgeschlossen werden. Besonders die weiblichen Arbeiter mit ihrem labilen Nerven- und Gefäßapparat sind den Schädigungen durch Blei am meisten ausgesetzt, vor allem zur Zeit der Menstruation und der Gravidität. Das gehäufte Vorkommen von Aborten und Frühgeburten bei Bleiarbeiterinnen ist bekannt; die Verwendung von Bleipräparaten zur Herbeiführung des Abortus ist uralte.

Von den männlichen Arbeitern sind in erster Linie alle schwächlichen Individuen für Bleiarbeit von vornherein ungeeignet. Luetiker und Alkoholiker sind ebenfalls auszuschließen, ja es ist bekannt, daß gerade sie ein großes Kontingent der Bleigeschädigten stellen. Es wäre daher zweckmäßig und erstrebenswert, daß jeder bleiverarbeitende Betrieb seine Arbeiter vor der Einstellung einer ärztlichen Untersuchung unterziehen würde. Diese Maßnahme liegt besonders auch im Interesse der Arbeiter selbst, da nach den bestehenden Gesetzesbestimmungen eine Gewerbekrankheit bei etwa vorhandener Disposition dazu nicht ohne weiteres als entschädigungspflichtig anerkannt wird.

Lungenkranke, insbesondere tuberkulöse, kommen für Bleiarbeit nicht in Frage. Es ist daher vorgeschlagen worden, bei jedem einzustellenden Bleiarbeiter die Lungenkapazität zu prüfen, die mindestens 3000 ccm betragen sollte. Nasenatmer sind gegenüber Mundatmern vorzuziehen. Ebenso wenig sind Leute mit Magendarm-erkrankungen, chronischer Verstopfung, Gallenblasenerkrankungen und dergleichen für Bleibetriebe geeignet. Laparotomierte sind infolge der häufig eintretenden Adhäsionen ebenfalls ungeeignet. Ferner ist auf Hernien und Hämorrhoiden zu achten. Auch gute Zähne sollen vorhanden sein. Schmierig belegte Zähne lassen annehmen, daß der Betreffende auch sonst kein Freund von Sauberkeit ist und die in jedem Bleibetriebe ausgehängten Vorschriften über Waschungen vor dem Essen nicht beachtet. Daß Nierenkranke keine Bleiarbeit leisten sollten, ist selbstverständlich. Auch Nervenleiden jeder Art sind eine Kontraindikation für Bleiarbeit.

Außerdem hat natürlich eine regelmäßige ärztliche Untersuchung der Arbeiter stattzufinden, wobei sofort irgendwie Verdächtige von der Arbeit auszuschließen sind oder wenigstens besonders beobachtet werden müssen. Andererseits dürfen wir uns nicht verleiten lassen, etwa allzu einseitig schwarzseherisch zu verfahren und müssen bei unseren Entscheidungen auch das wirtschaftliche und soziale Moment walten lassen. Es wäre verfehlt, einen Arbeiter beispielsweise mit einem Bleisaum, der ja, wie ich darlegte, gar kein Krankheitszeichen darstellt, nur auf Grund dieses vorhandenen Bleisaumes aus dem Bleibetriebe zu entfernen und so möglicherweise brotlos zu machen dadurch, daß wir ihn für bleikrank erklären und deswegen krank und arbeitsunfähig schreiben. Der Segen, der auf der Verordnung über die Einbeziehung der Berufserkrankung in die Unfallversicherung beruht und sicherlich zu begrüßen ist, würde dadurch illusorisch gemacht. Wir müssen uns daher davor hüten, künstlich „Berufskrankheitsneurastheniker“ und „Bleineurastheniker“ zu züchten. Die Zahl der Unfallneurastheniker und Rentenneurosen nimmt sowieso schon erschreckenden Umfang an und droht sich zu einer beängstigenden Epidemie auszuwachsen, die die Arbeitskraft und Arbeitsfreudigkeit unseres Volkes lähmt. Und wir wären schlechte Aerzte, wenn wir nicht zu unserem Teile dazu beitragen wollten, diese Seuche mit allen Mitteln zu bekämpfen.

Etwas über Referieren. Ein Mahnwort an die Herren Mitarbeiter.

Was ist ein Referat? Was will es? Was soll es sein? Man kann über Tatsachen und ganze Tatsachenkomplexe referieren; man kann auch über Urteile und Schlußketten, schließlich über die Darstellung jener wie dieser referieren; man kann endlich, „relata refero“, Referate über Referate machen. Die Wissenschaft kennt und braucht jede Art. Wie mancher Originalartikel ist ein Tatsachenreferat, wie manches Referat öffnet, oft mit bescheidener Frage, oft mit kurzem Urteil, eine neue Problemstellung, eine neue Lösungsmöglichkeit oder verriegelt falsche Wege. . . . Karl Hillebrand, der einer der ganz wenigen war, die wirklich alles beherrschten, was zur Weltliteratur gehört, und dabei ein Meister der Geschichtsschreibung (objektivster, doch nicht blutleerer) blieb, schrieb einmal: „Ich bin der Meinung, daß eine Rezension ihre Bestimmung erfüllt hat, wenn sie den Leser einer Zeitung oder Zeitschrift auf ein neu erschienenen Buch aufmerksam gemacht, ihm dessen Lektüre anempfohlen oder davon abgeraten, vor allem ihm eine möglichst treue Idee von dem Inhalte, der Form und dem Geiste desselben gegeben hat.“ Man kann Sinn und Zweck eines Referates nicht klarer und knapper umgrenzen. . . . Greifbaren Irrtum oder Minderwertiges ohne Warnungstafel verbreiten (und Referieren heißt Verbreiten) ebnet nicht dem Guten und Gehaltvollen den Weg, sondern hilft ihn verbauen, wozu es, weiß Gott, keines Sukkurses mehr bedarf. „Es war die Kunst zu allen Zeiten, Irrtum statt Wahrheit zu verbreiten.“ Mit der leidenschaftslosen „Sachlichkeit“ Mephistos kann der Mann der Wissenschaft solchen Brauch nicht betrachten. Soweit Wissen, Können und Wollen reichen, will und soll wissenschaftliches Schrifttum positiv wirken — auch im Referat. Dabei wird in einer Wissenschaft, die fast restlos nach dem Objekt gerichtet ist, sich das Suaviter in modo von selbst ergeben, ohne daß Boileaus Grundsatz: „J'apelle un chat un chat et Rollet un frippon“ darum zu leiden braucht.

Das Fortiter in re drängt zu noch zwei Sätzen. Referiere knapp und klar. Kürze ist auch des wissenschaftlichen Witzes Würze. Nie soll das Referat in edlen Längenwettstreit mit dem Original selber treten, sonst kommen Redakteur und Drucker in arge Not. Christoph von Tiedemann, Bismarcks langjähriger Reichs-

kanzleichef, erzählt irgendwie: „Es war nicht ganz leicht, dem Fürsten Vortrag zu halten. Er verlangte bei jeder Sache einen suszitierenden Extrakt, wie er es nannte, und behauptete, es gebe keine noch so verwickelte Angelegenheit, aus der nicht der Kern mit wenigen Worten herausgeschält werden könne. Man gewöhnte sich allmählich daran, im Lapidarstil zu sprechen, und ich habe schließlich über Gesetzentwürfe von mehr als 100 Paragraphen in 10 Minuten referiert. Die Vorbereitung auf einen solchen Vortrag hatte freilich dann Stunden gekostet.“

Die hier angeführten Sätze stammen aus einem Fensterbrief, den mir im Anschluß an manche feuchte Debatte Karl Schnitzler¹⁾ geschrieben und den wir in der „Monatsschrift für Kinderheilkunde“²⁾ veröffentlicht haben. Der Brief, an Inhalt reich, an Stil vollkommen, ist heute noch ebenso lesenswert wie damals 1920. Und in ähnlicher Situation der medizinischen Weltliteratur gegenüber heute wie damals wende ich mich mit einem Mahnwort an die Herren Referenten.

Bitte: suszitierende Extrakte. Wir wollen eine Uebersicht über die Weltliteratur geben, nicht in Form einer Bibliographie lediglich mit Angabe von Autor, Titel und Erscheinungsort der Arbeit, sondern wir wollen das Wesentliche referieren. Aber der Raum ist beschränkt; darum heißt es, das wirklich Wissenswerte sorgfältig auswählen und kurz und prägnant besprechen. Ich hatte geglaubt, daß es sich von selbst regeln würde, da jeder Mitarbeiter aus dem Gedruckten ersieht, welches Mißverhältnis zwischen einzelnen Referaten besteht: Da ist eine mindere Arbeit breit und daneben eine große, wichtige Sache kurz besprochen. Aber das scheint doch nicht ganz oder zum mindesten nicht allgemein der Fall; daher richte ich an alle Mitarbeiter die Bitte, nur die wichtigen Arbeiten, und diese kurz und sachlich, zu referieren. Und Tempo, bitte, denn wichtige Arbeiten sollen schnell zur Kenntnis unserer Leser gebracht werden.

Glück auf, meine Herren!

Arthur Keller.

¹⁾ Wo steckst Du, Onkel Karl, alter Freund und Putschbruder? Vielleicht erreicht Dich mein Steckbrief in 70 000 Exemplaren und veranlaßt Dich zu einem Lebenszeichen.

²⁾ Band 19, 1921, 1.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Zeitschriften in deutscher Sprache.

- Dermatologische Wochenschrift** (Dermat. Wschr.), Leipzig, 87., Nr. 48, 1. Dezember 1928.
- Epidermidale Aspergillusmykose der Haut. Ph. Keller.
Ueber experimentelle und klinische Versuche zur Entgiftung des Thalliums durch Natriumthiosulfat. A. Buschke.
279. Zur Frage der Vermeidung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie. Ju. Mrongowius und G. Duchan.
Ueber die Anwendung des Natriumthiosulfats zur Verhütung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie. A. Buschke, G. Duchan und A. Joseph.
239. Ergebnisse der Liquoruntersuchungen bei 477 Subokzipitalpunktionen. A. Ritzfeld.
Zur Diagnostik des harten Schankers an den Augenlidern. L. S. Sirota.
Therapeutische Bemerkung zu Ernst Sklarz: „Ueber die chronische Cowperitis gonorrhoea.“ F. Landt.
- Dermatologische Wochenschrift** (Dermat. Wschr.), Leipzig, 87., Nr. 49, 8. Dezember 1928.
- Offizieller Bericht der 90. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 1928, Abteilung Dermatologie.
- Ansprache des Einführenden. Mulzer.
236. Haut und Helminthen. Fülleborn.
Ueber tropische Hautkrankheiten. Martin Mayer.
Demonstration eines Präparates eines durch *Onchocerca volvulus* verursachten Wurmumors eines Kamerunnegers. E. Hoffmann.
238. Chylozele und Periorchitis durch *Filaria Bancrofti*. H. Vogel.
Demonstration von Krankheitsfällen.
Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. L. Pulmacher.
Die Haut, ein Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems. E. F. Müller.
235. Der Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen und unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tier nach Zuckerbelastung. E. Urbach.
Die praktische Bedeutung des Säure-Basengleichgewichts bei Hautkrankheiten. Vonkenel.
Stoffwechselbefunde bei Psoriasis. Nothaas.
Sind Pyodermeen ohne strenge diätetische Behandlung heilbar? Lustig.
Experimentelle Untersuchungen über fokale Infektion und deren Bedeutung für die Dermatosen. A. Memmersheimer.
Ueber experimentelle Schizosaccharomykose. T. Benedek.
Einige experimentelle mykologische Fragen. Kadisch.
Ueber eine familiäre, lokale Lipoidose der Haut und der Schleimhäute. Kerl und Urbach.
Zur Berloque-Krankheit. E. Zuhelle.
263. Ueber zelluläre Abwehrvorgänge in der menschlichen Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose. P. Wichmann.

- Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, Nr. 45, 9. November 1928.
- Die Sachverständigenkonferenz der Hygienesektion des Völkerbundes betreffend die Calmettesche Tuberkulose-Schutzimpfung (Paris, 15. bis 18. Oktober). Schloßmann.
- Zerebrospinalmeningitis und Exanthem. A. Mader.
218. Experimentelle Untersuchungen zur Frage der peroralen Immunisierung bei Typhus, Paratyphus und Ruhr. Ernst Fränkel.
288. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und den blutbildenden Organen. I. Moldawsky.
Ueber die Thyreoidinsucht. Marc Serejski.
303. Ueber flüchtige zerebrale Herderscheinungen. Erich Guttman.
322. Vorteile und Nachteile der Nirvanolbehandlung bei Chorea minor. L. Keller.
275. Ueber die Verteilung des Quecksilbers auf die verschiedenen Organe von Hunden nach Salzyrganinjektionen. Johannes Müller.
223. Zur Frage der Karzinomentstehung aus einem Magenulkus. Karl v. Ferstel.
244. Chirurgische Komplikationen in einer an Abdominaltyphus erkrankten Familie. M. Siebner.
273. Ueber Behandlung mit Kalzium-Glukonat. Max Wülfing.
Die Geburtshilfe in der Praxis. Grassl.
Wie weit ist heute noch außerklinische Geburtshilfe bei lebensfähigem Kinde oder bei Fehlgeburt erlaubt? Artur Mahlo.
Bemerkungen hierzu. L. Fraenkel.
272. Erfahrungen mit Coramin. M. Schnaase.
Eine weitere Hockeysverletzungsstatistik. E. Glas.
Repetitorium der Magenkrankheiten. VI. Atonie und Ekstase des Magens. Walter Zweig.
Infektionskrankheiten. H. Deicher.
Eine bisher nicht beachtete alte medizinische Beobachtung über Lipämie und ihre moderne Deutung. Max Marcus.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, Nr. 46, 16. November 1928.
274. Der Gehalt der Hinterlappenausszüge des Handels an uteruserregender Substanz. J. Schüller und P. Trendelenburg.
Ueber die Folgezustände der Kriegsnephritis. E. Magnus-Alsleben.
Erfolgreiche Röntgenbestrahlung des Schädels bei genuiner Epilepsie. H. D. v. Witzleben.
219. Ueber das Verhalten der Tuberkelbazillen gegenüber keimtötenden Stoffen. E. Hailer.
220. Züchtung oder Tierversuch beim Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin, Punktionen oder Eiter? B. Kemkes.
Rohe und gekochte Hühnerlei als einziges Nahrungsmittel für wachsende Ratten. Folke Stenquist.
246. Febris undulans, hervorgerufen durch *Bacillus abortus* Bang. Niels Sjoerslev.
295. Beobachtungen über Verlangsamung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. Ernst Hoffstaedt.

- Die Bedeutung der Sesambeine beim Hallux valgus. H. Timmer.
224. Ueber Rektalnarkosen mit Avertin-Amylenhydratlösung. Walter Schulze.
- Querlage und Wendung des Kindes in der Geburt. H. Nölle.
- Zur Frage der langsam verlaufenden (peroralen) Zyanalkalivergiftung. W. Glaser.
- Kann eine Frau durch Amor lesbicus gonorrhoeisch infiziert werden? Julius Heller.
- Zur Dosierung des Vigantols. Rosel Goldschmidt.
- Zur Frage der Resorption durch den Mastdarm und die Haut im Kindesalter. Hanssen.
- Infektionskrankheiten. H. Deicher.
- Deutsches Archiv für Klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 161., Heft 3 u. 4, Oktober.
284. Beiträge zur Kenntnis des Jodstoffwechsels: Jodstoffwechsel des schilddrüsenlosen Hundes. Alexander Sturm.
285. Abhängigkeit des Blutjodspiegels von der Tätigkeit der Ovarien. Dietrich Jahn und Otto Kesselkaul.
248. Alkalitherapie und Säurebasengleichgewicht bei Ulcus ventriculi. Leo Sahm.
- Versuch der Diabetesbehandlung mit ungraden Fettsäuren. R. Uhlmann.
- Untersuchungen über die Motilität des Magens; Bedeutung der Körperstellung. H. Marx.
- Grundriss und spezifisch-dynamische Eiweißwirkung bei der Impfmalaria. Karl Bahn und Josef Langhans.
- Statische Thrombozytenreaktionen. Ladislav v. Horvath.
- Adsorption des Bilirubin an das Eiweiß, ihre Bestimmung und klinische Verwertung. O. Weltmann und F. Jost.
- Jodverteilung im menschlichen und tierischen Organismus in ihrer Beziehung zur Schilddrüse. Alexander Sturm und Bruno Buchholz.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), Berlin, 71., Heft 1/2, August 1928.
266. Zur Pathogenese der Ernährungsstörungen des Säuglings. XII. Mitteilung. Experimentelle Exsikkose und Glutathion. Schiff und Fukuyama.
294. Gaswechseluntersuchungen über die Erholung nach Arbeit bei einigen gesunden und kranken Kindern. Bruch.
- Angeborene Trachealstenose bei einem 4½-jährigen Kinde. Gabriel und Feysrter.
264. Ueber die körperliche und geistige Entwicklung von Frühgeburten. Levy.
221. Kolloidbiologische Studien über Soor. v. Hahn und Junker.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), Berlin, 71., Heft 3/4, September 1928.
293. Beobachtungen über den Mineralgehalt und das Säurebasengleichgewicht im Säuglingserum. Nitschke und Meyer zur Hörste.
217. Ueber Isoagglutinine in der Frauenmilch. Epstein und Podvinec.
265. Ikterus neonatorum, eine Folge von Isoagglutinationserscheinungen. Lenart.
267. Die Kolitoxikose des Säuglings. Plantenga.
243. Zur Frühdiagnose des Keuchstuhns. Leitner.
271. Das Seeklima und das weiße Blutbild. Smidt.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), Berlin, 71., Heft 5/6, Oktober 1928.
310. Ueber das Vorkommen primärer eitriger Meningitis bei im Kindesalter ablaufenden akuten Infektionskrankheiten. Zischinsky.
309. Ueber die Symptome der Meningitis. Ambrus.
269. Aortenstudien bei Kindern. 269.
- Ueber die Gewichtszunahme gesunder Kinder im ersten Lebensjahre. Karnitzky.
- Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (Klin. Mbl. Augenheilk.), Juliheft 1928.
- Ueber die sogenannten Blutzysten der Orbita. S. Golowin.
214. Rezidivierender Exophthalmus bei Stirnhöhlenempyem mit Faltenbildung der Netzhaut. M. Görlitz.
- Ueber zentrale sklerosierende Keratitis. O. Beselin.
- Selbstheilung eines Netzhautglioms. E. v. Hippel.
- Beitrag zu den exsudativen Netzhauterkrankungen. V. Cavka.
- Ueber Dreiteilung von normalen Netzhautgefäßen. H. Liebitzky.
211. Erfahrungen über Pilocarpinbehandlung bei Asthenopia dolorosa. K. Grunert.
- Koinzidenz von persistierendem Glanmantel der Glaskörperschlagader mit anderen erblichen Augenanomalien. J. Schwaig.
242. Ueber den Einfluß von Infektionskrankheiten auf Augenleiden. K. Albrich.
213. Zur Denigischen Schleimhautplastik bei Pannus trachomatosis. R. Seefelder.
- Hornhauttätowage. G. Braun.
- Ueber Hornhaut- und Bindehautveränderungen infolge mangelnder Tränensekretion. E. Engelking.
212. Die endokrine Periarthritis (Umber) und Keratitis filiformis. J. Isakowitz.
- Die prophylaktische Hornhautnaht bei der Staroperation. L. Paul.
- Ein Fall von umschriebenem Gumma in der Prälakrimalgegend. K. Komura.
216. Tintinstiftverletzung der Orbita. O. Irtzer-Braun.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, Nr. 46, 11. November 1928.
- Zur Bedeutung der „stummen Infektion“. Hans Reiter.
291. Lipidstoffwechselstudien am Hungerkünstler. H. Wendt.
289. Vergleichende Versuche über die Wirkung des Insulins und des Synthalins auf die Glykogenmenge der Leber und des Muskels. P. Rubino, B. Varela und I. A. Collazo.
252. Untersuchungen über Beziehungen der Dünndarm-Kolibriesiedelung und der Lebertherapie bei perniziöser Anämie. Norbert Henning.
287. Ueber den Einfluß der Affekte auf den Gallefluß. E. Wittkower.
299. Ueber primäre und sekundäre Hyperazidität des Magens endokrin Kranker durch Hormonpräparate. Giovanni dell'Acqua.
226. Die Grenzen der perkutanen Elektrotherapie in der Orthopädie und ihre Einsatzmöglichkeiten. Ernst Bettmann.
- Elle rationale Theorie der Narkose auf Grundlage elektromotorischer Wirkungen der Narkotika. R. Beutner.
- Ueber die Veränderungen der Niere bei insulinbehandeltem Coma diabeticum mit Ausgang in Urämie. Dinkin und Metzger.
- Erwiderung. E. J. Kraus und H. Selye.
- Studien über Blutkatalase. Erich Schilling.
- Ueber die Quelle des im Blute entstehenden Ammoniaks. W. Mozolowski.
- Coma diabeticum beim Jugendlichen, unter dem Bilde der Peritonitis auftretend; Tod an Urämie. Walter Löwenberg und Walter Joel.
- Das Blut bei Nephritis. L. J. Henderson.
- Nephritis, ein neues Antineuralgikum. W. Thies.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, Nr. 47, 18. November 1928.
- Oto-Rhino-Laryngologie und endokrines Drüsensystem. Leicher.
- Ueber die mutmaßlichen Ursachen der Unökonomie im Herzfehlerorganismus. Hans Eppinger, Daniel Laszlo und Albert Schürmeyer.
249. Zur Diagnostik und Therapie von Pankreasschäden. H. Jacoby.
233. Zur Frage der pH-Messung des Urins unter vitalen Verhältnissen. A. Beck und H. J. Lauber.
250. Zur Therapie der Fettsucht. Berta Aschner.
298. Ueber Einwirkung des Lichtes auf das Blut. Meyerstein.
- Histopathologische Untersuchungen bei neuraler Myopathie. Arthur Slauck.
- Ueber die das Bild der Dickdarmkarzinome vortäuschenden extraintestinalen Geschwülste. Leo Hollaender.
- Die operative Behandlung der Coxa vara. Hans Heydemann.
304. Ueber einseitigen Zungenbelag nach Alkoholinfektion in das Ganglion Gasserli. A. Müller-Deham.
231. Ueber die Wirkung des Serums nicht kastrierter Tierrännchen auf die Schwangerschaft bei Kaninchen. W. Butomo.
- Herzverlagerung. J. Roth.
- Die Therapie des Ulcus ventriculi und duodeni. Heinz Kalk.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 44, 2. November 1928.
- Die chronischen Ernährungsstörungen des Säuglingsalters. Franz v. Torday.
254. Was bedeutet die Leberdiät bei der perniziösen Anämie? Hans Aron.
- Intranasale Tränensackoperation bei Säuglingen. Max Halle.
282. Blutgruppen und Verlauf der Impfmalaria. O. Herrmann und H. Hlisenkowski.
241. Ueber Blasenzysten. Josef V. Mandel.
256. Die „Arbeitsreaktion“ des Blutdruckes bei Gesunden und Kreislaufkranken und ihr Zusammenhang mit der Angina pectoris. Herbert May.
- Diätetische Versuche mit Nährpräparaten, insbesondere „Kufete“. A. M. Vith.
210. Zur Kritik der Myopiegenese. Levinsohn.
- Praktische Fragen aus der versicherungsmedizinischen Pathologie. (Fortsetzung.) Reckzeh.
268. Ueber Rachitisbehandlung und -verhütung mit Vigantol. Paul Freud.
- Ueber die Wirkung verschiedener Expektorantien. Ersatz der Mixtura solvens durch Tussamag. Alfred Wald.
- Ueber die therapeutische Anwendung von Normolactol-Tabletten in der gynäkologischen Praxis. Leo Jäger.
- Versuch einer Rentenerschleichung durch Selbstverletzung. Paul Frank.
- Physikalische Therapie. Uebersichtsreferat. (Schluß.) A. Laqueur.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 44, 3. November 1928.
- Vererbung von Anlagen durch das Zellplasma. (Vgl. Med. Welt Nr. 40 und Nr. 43.) Richard Harder.
326. Der Lungenkrebs der Schneeberger Bergleute. (Schluß.) Erich Saupe.
- Die Sauerstoffdrosselung in der Atemluft bei Atmosphärendruck (Stickstoffnarkose). (Schluß.) W. Kaiser.
- Vorfall und Knickung. (Fortsetzung.) Paul Straßmann.
- Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung chirurgischer Infektionen. (Schluß.) Franz Rost.
- Entstellungsbekämpfung. II. Soziale Bedeutung der Entstellungsfürsorge. Martin Gumpert.
292. Aktivierung und Reaktivierung der Gonaden. Peter Schmidt.
240. Behandlung der Metalues, insbesondere der Tabes dorsalis mit Pyriter. W. Jehn und L. Meier.
- Behandlung der perniziösen Anämie mit Lebersubstanz. C. S. Engel.
- Beitrag zur Trypaflavinbehandlung. Georg Zachariae.
- Gesundheitliche Bedeutung der Luftverunreinigung durch die Auspuffgase der Kraftfahrzeuge. Oskar Spitta.
- Beschränkungen bei Zwangsvollstreckungen gegen einen Arzt. L. Oppenheimer.
- Die rechtliche Natur der Pflegschaft und Endmündung und die Funktionen der ärztlichen Sachverständigen bei diesem Verfahren. H. A. Adam.
- Von Theriak und Mithridat. Walter v. Brunn.
- Glossen zum letzten Chirurgenkongreß in Erwartung des nächsten. Karl Martin Tychow.
- Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. (Mschr. Unfallheilk.), Leipzig, 35. Jahrg., Nr. 4, 1928.
227. Aufgaben und Ziele der medikomechanischen Institute in der Vergangenheit und in der Zukunft. H. L. Bettmann, Leipzig.
280. Zur Frage der ärztlichen Begutachtung bei Bleivergiftung. N. A. Vigdortschick.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 43, 1928.
232. Das spätexsudative Ekzematoid und seine Behandlung in der allergiefreien Kammer. G. A. Rost.
- Physikalisch-chemische Untersuchungen über ekkrinen und apokrinen Schweiß. Alfred Marchionini.
233. Krebs der Zunge und Hautmetastasen. Du Bois.
278. Untersuchungen über die ekzematogenen Eigenschaften des Persils. Edward Stern.
234. Natriumbikarbonat bei einigen juckenden Dermatosen, mit besonderer Berücksichtigung der Urtikaria.
- Ueber Störungen autonomer Funktionen, ihre Bedeutung und Behandlung. W. Brack.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 44, 1928.
- Bemerkungen zur Methodik der Sehprüfung. C. A. Hegner.
- Trachom und Unfallversicherung. L. Steiner.
- Ein Fall von kongenitaler Oesophagusatresie mit Oesophagotrachealfistel. G. Schenzer.
277. Ueber die Desinfektionswirkung des Chloramin Heyden, G. Sobernheim und E. Tomarkin.
- Ein ungiftiges Kresoldesinfektionsmittel. L. M. Hirschberg.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildung), Jena, 25. Jahrg., Nr. 19, 1. Oktober 1928.
325. Ueber die seelische Behandlung kranker Menschen. (Schluß.) O. Bumke.
225. Unsere Erfahrungen mit der Avertinnarkose. H. Hillebrand.
- Ueber die Technik der Blutgruppenbestimmung. H. Wildegans.
321. Die sogenannte traumatische Neurose. P. Joßmann.
- Die Technik der Chininmedikation in der Allgemeinpraxis. J. Saphra.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), Dresden, 20. Jahrg., Heft 20, 15. Oktober 1928.
297. Klinische Untersuchungen über den Jugularvenenpuls. Robert Fischer.
- Ueber die Intrapleuralen Druckschwankungen und die Blutdruckkurve beim experimentellen Pneumothorax. E. Aron.
- Erwiderung auf die obigen kritischen Bemerkungen des Herrn San.-Rat Dr. Aron. Eugen Rehfisch.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), Dresden, 20. Jahrg., Heft 21, 1. November 1928.
296. Die Bedeutung des Herzohres für die Vorwärtsbewegung des Blutes. Georg Haufe.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), Dresden, 20. Jahrg., Heft 22, 15. November 1928.
286. Histamin und Biersche Flecke. W. Sternberg. (Riga).
259. Ueber Aortenrupturen. Paul Kaczmarek.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 116., Heft 1 und 2, 1928.
312. Ein weiterer Fall von Pseudosklerosis spastica. Richard Zimmermann.
313. Eine Kleinhirnzyste, kompliziert durch chronische Arachnoiditis. L. M. Glaubermann.
- Analyse eines Falles von seniler Demenz (Störungen der Orientierung, des Denkens, der Realitätserfassung). Gertrud Jacob.
- Ueber das religiöse Wesen der Epileptiker. Hermann Goldblatt.

308. Kasuistischer Beitrag zur Frage der Hirnswellung. Suzanne Zingy. Die Hirngefäße bei roten und weißen Erweichungen. Eugen Pollak und Philipp Rezzek.
Ueber einen besonders schweren Fall von infektiös-toxischer Myelitis mit weitgehender Zerstörung des Rückenmarks. J. Silbermann.
305. Beitrag zur Klinik der Pseudokloose. M. Chasanow.
319. Der Grenzstrang des sympathischen Nervensystems als Empfindungen fortleitende Nervenbahn. D. M. Salkan.
306. Zum Mechanismus der Wahnbildung bei epidemischer Enzephalitis. R. S. Powitzkaja.
300. Verwendung des Assoziationsexperiments bei der Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers. (Nach dem Material des Ukrainischen Kabinetts für Erforschung des Verbrechertums.) J. M. Kogan.
Beiträge zum Hirnluesproblem. I. Mitteilung. Material zur Vergleichung der klinischen und anatomischen Befunde bei syphilitischen Psychosen und bei der progressiven Paralyse. M. Gurewitsch.
Beiträge zum Hirnluesproblem. II. Mitteilung. Ueber akute bidimensionale Psychose auf dem Boden von Residualsyphilis. M. Gurewitsch.
Beiträge zum Hirnluesproblem. III. Mitteilung. Psychische Veränderungen auf dem Boden kongenitaler Lues bei Kindern. M. Gurewitsch.
Zur Frage der sogenannten Mischpsychosen. E. Herz.
314. Bemerkungen zur Frage der Lipodystrophia progressiva. Zugleich Mitteilung eines Falles mit Hypertrophie eines Beines. Josef Wilder.
318. Ueber ein Dorsalflexionsphänomen der großen Zehe. Robert Klein.
301. Vorläufiger Bericht über psychiatrische Serienuntersuchungen an Zwillingen. Hans Luxemburger.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin.** 116. Heft 3 und 4, 1928.
Ziele und Wege einer erbbiologisch-pragmatischen Geschichtsbetrachtung. Hans Luxemburger.
315. Einzelbeitrag zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis. V. Mitteilung. Der Kochsalzgehalt des Liquor cerebrospinalis. Fritz Lickint.
Ueber das Einheitliche des psychischen Bildes bei Eunuchoidismus und die organisch fundierte Entstehung eines Zwangssyndroms. Ernst Levinger.
320. Zur Rekurrenzbehandlung der progressiven Paralyse. C. Grabow und J. Krey.
307. Ueber Polioencephalitis haemorrhagica superior (Wernicke). Fritz Lüthy und Karl M. Walthard.
Die psychischen Reaktionen auf das Erdbeben in der Krim. N. Bruchanski.
324. Beeinflussung der neuropsychischen Sphäre durch das Erdbeben in der Krim 1927. L. Brussilowski.
316. Untersuchungen zur Physiologie und Pathophysiologie der Koordination. I. Mitteilung. Die Bedeutung der Sensibilität für die Agonistentätigkeit. H. Altenburger.
317. Zur Topik und Pathophysiologie der Schweißsekretion. L. Guttman und C. F. List.
Die eideutische Anlage und ihre Bedeutung für die Konstitutionstypologie. E. Liefmann.
Ueber Brustdrüsensekretion beim Manne. Ein Beitrag zum Problem der Intersexualität. Ernst Levinger.
302. Körperbau und Charakteruntersuchungen bei melancholischen Frauen im klimakterischen und prämenstruellen Alter. F. Gravestien-Briedé und F. J. Stuurmann.
Ueber den Mechanismus der Geschlechtsverwandlung. E. A. D. E. Carp.
Zur Kenntnis der Hirnveränderungen bei akuter Kohlenoxydvergiftung. Waldemar Weimann.
Die Einwirkung der CO-Vergiftung auf das Zentralnervensystem. Eine Entgegnung auf W. Weimanns Kritik. Rudolf Altschul.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig.** Nr. 49, 8. Dezember 1928.
Möglichkeit der therapeutischen intrauterinen Beeinflussung der kindlichen Herzkaktion. Siedentopf.
229. Intravenöse Alkoholinjektion in der Behandlung fieberhafter Wöchnerinnen. Bär. Erkrankungen der Geschlechtsorgane infolge weiblicher Berufsarbeit. v. Fekete.
Zur Pernoxton-Frage. v. Konrad.
Tubenimplantation. Heuck.
Primärer Milztumor (zur Frage unklarer Bauchtumoren). Samson.
230. Hormonale Beeinflussung durch Igomensin und Sistomensin bei Blutungsstörungen. Dessauer.
Vermeidung der Dammverletzungen durch den hinteren Spatel. Porges.
Konfiguration und Asynklismus des Kindskopfes bei Steißlage. Schpollanski.
- Zentralblatt für Gynäkologie usw. (Zbl. Gynäk.), Leipzig.** Nr. 50, 15. Dezember 1928.
Geburtshilfliche Beckenaufnahmen. Martius.
Flächeninhalt der Terminalebene. Holzbach.
Primäre puerperale Sinusthrombose. Mondré.
Uterus unicorporatus bicollis cum vagina septa. Ottow.
Therapie des Uteruskarzinoms in der Privatpraxis. Michollitsch.
228. Der Kreuzschmerz. Hense.
Fall von vollständiger zirkulärer Abstoßung der Portio sub partu. Kleff.
Behandlung des Fluoris mit Antivirus Besredka. Köhler und Porges.
Erfahrungen mit Secacornin bei Sectio caesarea. Schäfer.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig.** 49. Jahrg., Nr. 42, 1928.
Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie (April bis Juni 1928). Bachem.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig.** 49. Jahrg., Nr. 43 u. 44, 1928.
Bericht über die 8. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Amsterdam vom 12. bis 14. September 1928. H. H. Heß.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig.** 49. Jahrg., Nr. 45, 1928.
262. Zur Vermeidung von Herdreaktionen bei der Behandlung von Lungentuberkulose. Poras.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig.** 49. Jahrg., Nr. 46 bis 49, 1928.
Bericht über die IX. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin in Stettin am 29. und 30. Juni 1928.

Zeitschriften in holländischer Sprache.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.** Nr. 37, 1928.
Berufsgeheimnis und Arztgeld. G. van Rijnberk.
Ueber verschiedene Formen von heilbarer Meningitis und Enzephalitis. E. Oort.
Primärer Lungentumor. M. W. Marsman.
Schlußfolgerungen aus Prozentsätzen. A. B. Drooglever-Forstun.
Uranin als Hilfsmittel bei der Diagnose Meningitis. J. C. Schippers, Hendrika Peters.

Ulcus molle, Bubonen, Lymphogranulomatosis inguinalis und klimatische Bubonen. E. H. Hermans.
Ein Fall von Lipom in der Palma manus. Th. Scheffelaar Klotz.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.** Nr. 38, 1928.
Die besondere Anlage zum Arzt. G. van Rijnberk.
Colitis gravis haemorrhagica. W. A. Kuene.
Ein Fall von Polymyositis acuta. S. van Crefeld und P. Ouweland.
1000 Geburten in der Poliklinik der S. T. O. V. I. A. Boerma.
Krebs des Gebärmutterkörpers. D. den Hoed.
Einige Unterschiede zwischen der kruppösen Pneumonie des Ober- und des Unterlappens bei Kindern. A. Colaco Belmonte.
Einige Ziffern über Mehrlingsgeburten. J. Sanders.
Die „cure sucrée“ bei Epilepsie. G. C. van Walsem.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.** Nr. 39, 1928.
Blutgruppen und Tuberkulose. P. J. L. de Bloeme.
Prognose der Lungentuberkulose beim Erwachsenen. B. H. Vos.
Bedeutung der Verhütungsmaßregeln in der Familie bei der Bekämpfung der Tuberkulose. M. R. Heynsius van den Berg.
Vergleichende Bestimmungen der Senkungsgeschwindigkeit der Chromozyten nach der Mikromethode von Langer und der Methode von Linzenmeier. G. J. Huët.
Eigenartige Wirbelauffektion beim Kinde, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. H. J. J. Blaukuip.
Vergleichende Blutuntersuchungen bei Tuberkulose. F. L. Oudendal.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.** Nr. 40, 1928.
Genuine Nephrose. A. A. Hijmans van den Bergh.
Relative Hypoglykämie. J. Lankhout.
245. Ueber Febris undulans beim Menschen, verursacht durch Bacterium abortus infectiosum Bang. J. van der Hoeden.
Mikromethode zur Bestimmung der Koagulationsschnelligkeit des Bluts. G. C. van Walsem.
247. Ein Fall von rezidivierender Amöbendysenterie infolge mechanischer Ursache. O. E. H. Verspeck Miljnsen.
Eine eigenartige Geburtskomplikation. H. J. Stomps.

Zeitschriften in englischer Sprache.

- American Journal of Hygiene (Amer. J. Hyg.), Baltimore.** Vol. VIII, Nr. 6.
Komplementstudien an Blutplasma. R. R. Hyde.
Experimentelle Purpura mit Antiplättchenserum. R. R. Hyde.
Nachkommenschaft eines Bevölkerungsdepartements. A. I. Lotka.
Wurmeierzählung in Schaffäzen. H. O. Monnig.
Trichomonas, pH und Darmbakterien bei Ratten mit verschiedenem Eiweißgehalt der Nahrung. H. L. Ratcliffe.
Wirkung von Feuchtigkeit und Wärme auf die Empfänglichkeit von Meerschweinchen gegen Tuberkulose. A. M. Baetjer und L. W. Lange.
Blutveränderungen bei Katzen nach Infektion mit Trypanosoma equiperdum. J. Andrews und E. T. Sanders.
Blutbild bei Kätzchen nach Infektion mit Entamoeba histologica. E. P. Sanders.
Symbiosedstudien an Trichomonas faecalis mit verschiedenen Bakterien. E. R. Cleveland.
Ultraviolettbestrahlung und Stoffwechsel bei Vögeln. E. Crofts.
Ultraviolettbestrahlung und Stoffwechsel beim Menschen. E. Crofts.
Ultraviolettbestrahlung und Stoffwechsel bei Kaninchen. E. Crofts.
- Archives of Internal Medicine (Arch. int. Med.), Chicago.** 42. Nr. 3, September.
255. Therapeutische Beobachtungen bei Bandwurmanämie. Raphael Isaacs, Cyrus Sturgis und Millard Smith.
276. Gefahr der Epinephrinanwendung bei Herzinsuffizienz. W. A. Bloedorn und P. F. Dickens.
Sepsis bei einem Diabetiker durch einen Erreger aus der Bacillus-makosus-capsulatus-Gruppe. Edward H. Mason und William W. Beattie.
Rekurrierendes Fieber bei knotiger, nichteitriger Pannikulitis. Henry A. Christian.
Pankreatogene Fettdiarrhöe (Kasuistik). T. E. Heß Thayssen.
Peptonbehandlung des Asthma bronchiale. Maximilian A. Ramirez.
Chemische Blutuntersuchungen bei Kranken mit senilem Katarakt. Cecil S. O'Brien und Viktor C. Meyers.
257. Präsenile Störungen des Blutdrucks. Eugene Barath.
Wert der Diazprobe im Blut. S. Milton Rabson und Lillian Jakobs.
251. Funktionelle Insuffizienz der Nebennieren. C. A. Mills.
Resorption von unverändertem Eiereiweiß beim Erwachsenen. Henry Saßmann.
Alexander Davidson und Matthew Walzer.
Erzeugung einer akuten Immunität gegen die experimentelle Kotperitonitis. Bernhard Steinberg und Harry Goldblatt.
Relative Lymphozytose bei Hyperthyreoidismus. Valy Menkin.
253. Oedem und Herabsetzung der Wasserausscheidung bei perniziöser Anämie. E. Meulengracht, Poul Iversen und F. Nakazawa.
270. Lordose als Ursache der Stellungsalbuminurie. Maurice Lewison, Ellis B. Freilich und Oskar B. Ragins.
Anwendung der Traubenzuckerbelastungsprobe bei der Beurteilung der Schwere eines Diabetes mellitus. Max Wisnolfsky.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago.** Vol. 91, Nr. 1, 1928.
Ulcus pepticum chronicum. Bericht über persönliche Erfahrungen. Robert C. Coffey.
Lumbalwirbelfrakturen infolge Hyperextension und extremer Muskelaktion. Clifford L. Willmoth.
Die Austreibung von Galle als Funktion der Gallenblase. W. J. Merle Scott und Lester R. Whitaker.
Myotonia atrophica. Bericht eines Falles. Ernest A. Duncan.
260. Aktinomykose der Lunge bei einem 2½ Jahre alten Kinde. Louis J. Halpern und A. Levinson.
Luminalantheme. W. C. Menninger.
Ein praktisches, für ultraviolette Strahlen durchlässiges Fenster. A. H. Pfund.
Verhalten von Meerschweinchen gegenüber mexikanischem Flecktyphus (Tabardillo). (Vorläufige Mitteilung.) Herman Mosser.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago.** Vol. 91, Nr. 2, 1928.
Pathologischer Schlaf. Walter Freeman.
Die Tätigkeit der Amerikanischen Gesellschaft für Otolaryngologie. Frank R. Spencer.
323. Die Behandlung der Epilepsie Erwachsener mit ketogener Diät. Clifford J. Barborka.
Die Serumbehandlung des Erysipels. William S. McCann.
Die Behandlung von Tarsal- und Metatarsalfrakturen. John D. Ellis und John S. Coulter.

Verletzungen des Auges durch Geschosse. F. H. Rodin und Albert B. McKee.
Ein Fall von Addison'scher Krankheit mit seltenem Obduktionsbefund. W. H. Higgins.
Karzinom der Pankreasinseln. Hyperinsulinismus und Hypoglykämie. W. Thalhimer und Francis D. Murphy.
Chronischer Ileus des Duodeni (mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.) C. H. Jewett.

Zeitschriften in französischer Sprache.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 42, 1928.
281. Bleikolik. Ch. Achard.
Neubildung, wahrscheinlich dem Pankreaskopf angehörend. Delbet.
Journal des Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 43, 1928.
215. Traumatische Exophthalmien. F. Terrien.
Hydrocele. Hartmann.
Allgemeine Richtlinien für die Syphilisbehandlung. P. Chène, J. Sigwald.
Journal des Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 44, 1928.
Ikterus bei Gallensteinen. Carnot.
Osteoarthritis tuberculosa des Knies. Hartmann.
Allgemeine Richtlinien für die Behandlung der Syphilis. (Fortsetzung und Schluß.) Chène und J. Sigwald.
Journal des Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 45, 1928.
237. Psoriasis, durch Sonne geheilt. — Psoriasis, durch Sonne ausgelöst. H. Gougerot.
Die Chemotherapie der Tuberkulose. Die Goldsalze in der Lungentuberkulose. Bezançon.
Syphilitische Asthenie im Sekundärstadium. R. Benon.

Zeitschriften in polnischer Sprache.

Medycyna Praktyczna, Heft 1, 1928.
258. Das Blutbild bei Erkrankungen der Mundhöhle. St. Kwaśniewski.
Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. J. Śniegowski.
Elbon „Ciba“, seine Wirkung und therapeutische Anwendung. A. Zylber.

Medycyna Praktyczna, Heft 2, 1928.
An der Bahre Jan Danyś's (1860—1928) vom Institut Pasteur in Paris. K. Bross.
Ueber Acne vulgaris. H. Jarosz.
Zur Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. III. Bei Kineidn. J. Śniegowski.
Vergleich der Wirkung von Eisenpräparaten „Motofer“, „Phosphit-Ferrat“, Liquor Ferro-Mangani oxydati saccharati mit einem eisenfreien Präparat in der Kinderpraxis in bezug auf Gewichtszunahme und Hämoglobin.

Medycyna Praktyczna, Heft 3, 1928.
261. Beiträge zur Prognose der Rachitis. Fr. X. Cieszyński.
Zur Diagnose und Therapie der Gonorrhöe. J. Śniegowski.

Medycyna Praktyczna, Heft 4, 1928.
Der heutige Stand der Lehre von der Periarthritis nodosa. W. Janusz.
Chirurgische Eingriffe des praktischen Arztes. W. Werner.
Praktische Anwendung des Coramins „Ciba“. J. Katzner.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 5.
222. Zur chirurgischen Behandlung des Kropfes bei Hypofunktion der Schilddrüse. J. Krotoski.
Einge Bemerkungen über Herzstörungen bei Magen-Darmstörungen. J. Puterman.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 6.
Pneumothorax. Stefan Giebocki.
Einige Bemerkungen zur Urämie. J. Puterman.
Sanarelli's Lehre vom Bauchtyphus. Wl. Mikulowski.
Erfahrungen mit dem Herzmittel Cardiazol. K. Salz.
Ein neuer Tubus für Röntgenapparate mit starker Belastung. Bajoński.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 7.
An der Schwelle neuer Arbeit. A. Wrzosek.
Indikationen zur Ausräumung der Gebärmutter. B. Kowalski.
Die Ernährung im Krankenhaus. A. Palawski.
Zur Anwendung des Anus praeternalis bei Behandlung der Peritonitis. Z. Dziembowski.
Einige Bemerkungen über den heutigen Stand der Lehre vom Ekzem. A. Karwowski.
Untersuchungen über Jodergon (Klawe). A. Krasuski.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
2. Augenheilkunde.
3. Bakteriologie und Serologie.
4. Chirurgie und Orthopädie.
5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
6. Geschichte der Medizin.
7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.
13. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
14. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
15. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.
16. Psychologie u. Psychopathologie.
17. Soziale u. gerichtliche Medizin.
18. Strahlenforschung und Therapie.
19. Zahnheilkunde.

Augenheilkunde.

210.
Levinsohn, Zur Kritik der Myopiegenese. (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Die Kurzsichtigkeit darf nicht als rein hereditäres Uebel angesehen werden. Das Vorhandensein mechanischer Momente, wenigstens für viele Fälle, ist nicht ganz auszuschalten. Die Heredität spielt zwar bei der Myopie eine große Rolle, erst das Hinzutreten mechanischer Momente läßt aber die Entstehung der Kurzsichtigkeit in Erscheinung treten. Andererseits muß zugegeben werden, daß alle bisherigen, für die Myopiegenese in Rechnung gestellten mechanischen Momente sich als vage Hypothesen erwiesen haben, für welche bisher noch nicht die Spur eines Beweises erbracht worden ist, die im Gegenteil zu dem in der Myopieforschung gesicherten Tatsachenmaterial in direktem Widerspruch stehen, daß hingegen eine Fülle wichtiger Befunde, insbesondere die experimentelle Erzeugung der Kurzsichtigkeit bei Affen, und die histologische Untersuchung der kurzsichtig gemachten Tiere den sicheren Beweis für die Abhängigkeit der Kurzsichtigkeit von einer schädlichen Rumpf- und Kopfbeugung geliefert haben.

L. Gordon, Berlin.

211.
Grunert, K., Erfahrungen über Pilokarpinbehandlung bei Asthenopia dolorosa. (Klin. Mbl. Augenheilk., 81., 1928.) Grunert beschreibt 100 Fälle von erfolgreicher Pilokarpinbehandlung bei Asthenopia dolorosa. Nur solche Fälle werden aufgeführt, bei denen nach Korrektur von Refraktionsanomalien, der Störungen des Muskelgleichgewichts usw. von im übrigen gesunden Menschen über Schmerzen bei der Nahearbeit geklagt wurde. Bei einem Viertel der Fälle bestand ein Zusammenhang mit chronischen Lidrand- und Bindehautentzündungen, bei denen die Schwere der subjektiven Beschwerden in keinem Verhältnis zu den sichtbaren Erscheinungen stand. Verwendet wurden in der Regel ½prozentige Lösungen bei 1—3maliger Anwendung pro die. Bei exzessiver Myopie kamen sogar 1—2prozentige Lösungen zur Anwendung. Suggestive Beeinflussung wird durch die Auswahl der Fälle abgelehnt. Da es sich nach Annahme des Verfassers nicht um Asthenopia accomodativa, ferner um muskuläre und nervöse Asthenopie handeln kann (die Fälle umfassen hauptsächlich Emmetropien, regressive Hypermetropien und progressive Myopien bei im Wachstum befindlichen Individuen), bezeichnet er die Beschwerden als Dehnungsschmerz, da das hervorstechende Zeichen die Dehnung gewisser Augenbestandteile ist. Bei einem Vorkommen bei allen Berufsarten mit Nahe-

arbeit ist das Ueberwiegen der Personen weiblichen Geschlechts zwischen 15 und 25 Jahren auffallend. Otto Müller.

212.
Isakowitz, S., Die endokrine Periarthritis (Umber) und Keratitis filiformis. (Klin. Mbl. Augenheilk., 81., 1928.) Es wird ein Fall von schwerer Arthritis beider Hände und Füße neben ausgesprochener Keratitis filiformis beschrieben. Ferner wird über einen Patienten mit der gleichen Hornhauterkrankung, fast aufgehobener Tränenröhrenfunktion, aber ohne Gelenkerkrankung, berichtet. Umber hat das Krankheitsbild, welches fast ausschließlich das weibliche Geschlecht betrifft und durch Keimdrüseninsuffizienz ausgelöst wird, ausführlich in der D. M. W., 1926 S. 1631, dargestellt. Therapeutisch wurden Klimakton, Ovowop, Oophorin und das Zondek'sche Follikulin versucht. Otto Müller.

213.
Seefelder, R., Zur Denig'schen Schleimhautplastik bei Pannus trachomatosis. (Klin. Mbl. Augenheilk., 81., 1928.) Die Transplantation von Lippenwangenschleimhaut im Bereich des oberen Hornhautrandes zur Bekämpfung des Pannus trachomatosis, die im Ausland mit anscheinend gutem Erfolg ausgeführt wird, fand bisher in Deutschland noch wenig Anklang. Seefelder wandte sie in einem Falle von schwerem Trachom mit völlig negativem Erfolge an, ohne allerdings die vom Autor geforderte Exstirpation des Tarsus voranzuschicken. Der überpflanzte Lappen erkrankte selbst in typischer Weise an Trachom. Es entwickelten sich in ihm ausgesprochene Trachomfollikel und in den Epithelien fanden sich typische Halberstädter — Prowazek'sche Einschlüsse. Otto Müller.

214.
Goerlitz, M., Rezidivierender Exophthalmus bei Stirnhöhlenempyem mit Faltenbildung der Netzhaut. (Klin. Mbl. Augenheilk., 81., 1928.) Während es sich meist bei dem von Erkrankungen der Nebenhöhlen ausgehenden Exophthalmus um einen dauernden handelt, findet sich ein dem hier beschriebenen ähnlicher Fall nur bei Lählein, der ebenfalls durch akute Druckerhöhung bei vermehrtem Nebenhöhleninhalt „rezidivierend“ auftrat. Die gleichzeitig beobachtete Faltenbildung der Netzhaut bei raumbeengenden Prozessen in der Orbita wurde dagegen schon häufiger beschrieben. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß der Patient im Laufe eines Jahres nach mehreren Asthmaanfällen ein Vertreten des einen Auges bemerkte, das aber jedesmal wieder von selbst zurückging. Bei der ersten Beobachtung wurde ein Exophthalmus von 5 mm gemessen, der dann nach Heißluft-Schwitzbehandlung auf 2 mm zurückging. Nach einem erneuten schweren Asthmaanfall betrug der Exophthalmus 6 mm mit starker Verdrängung des Bulbus nach unten außen.

Der Röntgenbefund zeigte neben einer Verschattung der entsprechenden Stirnhöhle und Siebbeinzellen eine Verdünnung des Orbitaldachs mit anscheinender Perforation. Bei der Operation (Eröffnung des Bodens der Stirnhöhle durch Schnitt unterhalb der Augenbrauen) quoll dicker Eiter unter Druck hervor, mit der Sonde ließ sich eine Perforation des Knochens entsprechend der Röntgenaufnahme feststellen. Nach Drainage zur Nase Naht. Heilung. Von einer Entzündung des Orbitalgewebes war keine Rede. Es handelte sich offenbar um ein mit der Stirnhöhle in direkter Verbindung stehendes Divertikel, das sich durch eine Lücke des Stirnhöhlenbodens vorübergehend durchgedrängt hatte. Die Kleinheit des Knochendefektes, die eine ausgedehnte Berührung der eitrig infiltrierte Stirnhöhlenschleimhaut mit dem Periost der Orbita verhinderte, erklärt den eigentümlichen Verlauf ohne Auftreten einer Orbitalphlegmone. Die gleichzeitig beobachteten Faltenbildungen der Netzhaut finden wohl am ehesten eine Erklärung, wenn neben den mechanischen Momenten auch entzündliche für das Entstehen des Netzhautödems berücksichtigt werden. Otto Müller.

215.

Terrien, F., **Traumatische Exophthalmien.** (J. Prat., Nr. 43, 1928.) Im allgemeinen ist die Exophthalmie, die durch einen Tumor der Orbita zustande kommt, nicht entzündlich, wenigstens im Beginn nicht. Das Auge ist mehr oder weniger nach vorn gestoßen, noch häufiger seitlich verschoben, und zwar nach der dem Sitz des Tumors entgegengesetzten Seite. Die bilateralen Exophthalmie-Begleiterscheinungen der Basedow'schen Krankheit sind eine Folge von Sympathikusreizungen und nehmen oft beträchtliche Grade an. Entzündliche Exophthalmien sind oft von Entzündungen der Nachbarschaft fortgeleitet und gewöhnlich einseitig. Die Beweglichkeit des Auges ist erhalten oder nur wenig vermindert. Die Bewegung löst Schmerz aus, aber die Sehschärfe bleibt gewöhnlich normal. Auch die Pupillarreflexe sind normal. Die Phlegmone der Orbita ist gekennzeichnet durch eine beträchtliche Exophthalmie. Die Sehkraft schwindet schon in den ersten 24 oder 48 Stunden. Ursache ist häufig das Erysipel der Lider. Man muß daran denken, daß im Verlauf eines Erysipels die Beteiligung des Sehnerven rapid erfolgt. Eine andere Abart von Exophthalmie beruht auf einer Trombophlebitis der Orbita. Diese Trombophlebitis kann herrühren von einer Infektion der Fossa nasalis oder einer Mandelentzündung. Sie geht einher mit sehr hohen Temperaturen und nimmt auch meist einen tödlichen Ausgang. Auch die Phlegmone der Orbita kann von einem Auge auf das andere übergreifen, nur mit dem Unterschied, daß hier die Krankheitserscheinungen am erst betroffenen Auge abklingen, wenn das zweite ergriffen ist. Zu den häufigsten Ursachen orbitärer Infektionen gehören die Infektionen der benachbarten Sinus. Daran muß man immer denken und sich daher zur Klärung der Diagnose der Radiographie bedienen. Ganz geläufig sind traumatische Exophthalmien durch Revolverkugeln, gewöhnlich auf Selbstmord zurückzuführen. Auf diese Weise erblindet man wohl, aber man tötet sich nicht. Die Erblindung ist gewöhnlich beidseitig und mit Verlust des Geruchs verbunden. Fremdkörper in der Orbita werden oft leidlich gut ertragen, wogegen Fremdkörper im Auge sehr schlecht vertragen werden. Glücklicherweise ist der Elektromagnet ein sicheres Mittel zur schonenden Entfernung metallischer Fremdkörper, er gestattet die Erhaltung des Auges und der Sehkraft und vermeidet jene ernsthaften Störungen, die schließlich zu einer Atrophie des Augapfels führen und eine ernsthafte Bedrohung des nicht betroffenen Auges bilden. Man soll nach einem Fremdkörper in der Orbita nicht suchen, wenn er klein ist und keine unangenehmen Reaktionen hervorruft. Held.

216.

Iritzer-Braun, O., **Tintenstiftverletzung der Orbita.** (Klin. Mbl. Augenheilk., 81., Juli 1928.) In der internen Medizin, insbesondere aber in der Chirurgie, Dermatologie und Augenheilkunde, kennt man seit langem die schädigende Wirkung der Anilinfarbstoffe, die schon beim bloßen Einatmen der Anilindämpfe auftreten kann. Ueber Tintenstiftverletzungen — der eigentlich schädigende Stoff ist das Methylenviolett — wurde 1888 erstmalig von Sillex berichtet. Meistens entstehen sie, indem beim Spitzen Bröckel in den Bindehautsack gelangen. Die Therapie besteht in Spülungen mit 5–10% Tanninlösung. Zwei Fälle aus der Literatur (Wissmann und Mylius) und eine Eigenbeobachtung — in allen drei Fällen wurde die Spitze eines Tintenstiftes in das Oberlid eingestoßen — legen den eminent chronischen Verlauf dieser Verletzungen dar. Nachdem Auskratzen, tiefe Inzision und Drainage keine Besserung herbeigeführt hatten, führte erst die radikale Entfernung alles vom Farbstoff durchsetzten und veränderten Gewebes die Heilung herbei. Die Wirkung der basischen Farbstoffe scheint weniger in der Aetzwirkung als in der Zellkernfunktion zu liegen. Otto Müller.

Bakteriologie und Serologie.

217.

Epstein u. Podvinec, **Ueber Isoagglutinine in der Frauenmilch.** (Jb. Kinderheilk., 71., H. 3/4.) In 78 von 100 Fällen konnten

in der Frauenmilch Isoagglutinine nachgewiesen werden; davon entsprachen 61mal die Isoagglutinine der Blutgruppenzugehörigkeit der Frau. In elf Fällen wurde Agglutination zwischen Milch und Blut solcher Gruppen erzielt, die nach der Gruppenzugehörigkeit nicht erwartet werden konnte; davon auch sechsmal mit dem Blute von Individuen der Gruppe O. Letztere Tatsache muß zu der Annahme führen, im Blute außer den bekannten Antigenen A und B noch ein oder mehrere bisher unbekannt gebliebene Agglutinogene zu vermuten. Jahr.

218.

Fränkel, Ernst, **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der peroralen Immunisierung bei Typhus, Paratyphus und Ruhr.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1874, 1928.) Es wurden experimentelle Versuche mit peroraler Darreichung von Immunoiden (Natr. benz. und abgetöteten Bazillen nach Wassermann und Neuberg) bei Typhusbazillenträger-Kaninchen, bei der Paratyphus B-Infektion der Maus und mit Shigaruhr bei der Maus angestellt.

Dabei ergab sich für die Kaninchen, daß nur die Infektion der Gallenblase sichere Bazillenträger in 100% liefert. Bei diesen war subkutane und perorale Schutzimpfung ergebnislos. Bei intravenöser Infektion blieben fünfmal soviel von peroral immunisierten Tieren frei von der Infektion als von den nicht immunisierten Tieren.

Bei der subkutanen Infektion der weißen Maus mit Paratyphus B schien die Darreichung der Immunoiden eine Resistenzerhöhung zu bewirken. Auch blieb gegenüber den Kontrollen eine prozentual erhebliche größere Anzahl am Leben. Bei der Infektion durch Fütterung mit dem Paratyphus Breslau wurden gleichsinnige Ergebnisse erhalten.

Die Darreichung von Immunoiden aus Shigaruhrkulturen ergab bei nachfolgender Infektion einen je nach der Art und Dosis wechselnden Prozentsatz von geschützten Tieren, während die Kontrollen in 2–5 Tagen zugrunde gingen. Hierbei ist jedesmal die Bestimmung der eben tödlichen Dosis der infizierenden Kultur unerlässlich.

Arnold Hirsch, Berlin.

219.

Hailer, E., **Ueber das Verhalten der Tuberkelbazillen gegenüber keimtötenden Stoffen.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 46, S. 1918, 1928.) Gegenüber stark wirkenden Desinfektionsmitteln (anorganischen Säuren, Dikarbonsäuren, Wasserstoffperoxyd, Kaliumpermanganat usw.) besitzt der Tuberkelbazillus nach den Versuchen des Verfassers, in denen sich zwischen Stämmen des Typus humanus und bovinus kein wesentlicher Unterschied in der Resistenz zeigte, eine beträchtliche Widerstandsfähigkeit, die die der Milzbrandsporen zum Teil noch übertrifft. Dagegen ist er gegenüber schwach wirkenden Desinfektionsmitteln, wie schwachen Basen (Ammoniak und aliphatischen Aminen), schwefliger Säure, Estern, organischen Säuren, sehr hinfällig. Die wirksamen Verbindungen haben das Gemeinsame, daß sie fast durchweg lipoidlöslich sind; die Fetthülle gewährt also einen starken Schutz gegenüber der destruirenden Wirkung starker Desinfektionsmittel, während sie die Aufnahme und damit die Wirkung auch schwacher Desinfektionsmittel begünstigt, wenn diese fettlöslich sind. Indessen ist es nicht so, daß jeder lipoidlösliche Stoff abtötend auf den Tuberkelbazillus wirken würde; es ergeben sich vielmehr auch zwischen nahestehenden solchen Verbindungen große Unterschiede in der Wirksamkeit.

Für die Abtötung von Tuberkelbazillen an Instrumenten, an den Händen usw. erscheint namentlich seine Empfindlichkeit gegen Phenole und Alkohole von Bedeutung; 60–80%iger Äthylalkohol dürfte für die Desinfektion der Hände, 5%ige Verdünnungen von Kresolseife oder Lösungen des geruchlosen Phobrols für die Desinfektion von Flächen am besten geeignet sein. Für die Aufbewahrung von Instrumenten aus Gummi oder Metall kommt bei Gefahr einer Infektion durch Tuberkelbazillen neben Alkohol auch 20%ige Glycerinlösung mit einem Zusatz von 0,02% Chlorthymol in Betracht, deren bakterizide Wirkung allerdings etwas geringer ist als die gleich starker wäßriger Lösung dieses Phenols, für die Aufbewahrung aber durchaus zureicht (Abtötung in 2 Stunden). Daß Aetzkalk ebenso wie Alkali auf Tuberkelbazillen nicht wirkt, wird erwähnt; für eine Desinfektion von Ausscheidungen bei einer tuberkulösen Infektion von Darm, Niere oder Blase dürften daher Kresol- oder andere wirksame Phenolpräparate anzuwenden sein.

Es sind ferner Versuche über die Beeinflussung tuberkulöser Infektionen von kleinen Versuchstieren durch die in vitro wirksam befundenen Verbindungen im Gange. Aussichtsreich dürfte namentlich eine Beeinflussung oberflächlicher tuberkulöser Prozesse durch geeignete Mittel sein, da die Lipoidlöslichkeit der wirksamen Verbindungen auch eine Tiefenwirkung in der Haut begünstigt.

Arnold Hirsch, Berlin.

220.

Kemkes, B., **Züchtung oder Tierversuch beim Nachweis der Tuberkelbazillen in Urin, Punkaten oder Eiter?** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 46, S. 1919, 1928.) Von 198 Untersuchungen von Urin, Punkaten und Eiter auf Tuberkelbazillen waren mikroskopisch nur fünf Fälle positiv und ein Fall fraglich positiv, kulturell dagegen 20 Fälle positiv.

Es erwies sich demnach die Züchtung nach Hohn der mikroskopischen Untersuchung dieses Materials als bedeutend überlegen.

Von 165 derartigen Fällen waren 13 Fälle kulturell und im Tierversuch positiv, dagegen acht Fälle nur im Tierversuch positiv, kulturell aber negativ, andererseits war ein Fall im Tierversuch negativ, kulturell aber positiv. Es erwies sich demnach der Tierversuch der Züchtung bezüglich der Sicherheit als deutlich überlegen.

Die Zeit, innerhalb der der Tierversuch zum positiven Ergebnis führte, betrug im Mittel 33 Tage, dieselbe Zeit bei der Züchtung dagegen nur 28 Tage. Bezüglich der Zeit ist demnach die Züchtung dem Tierversuch überlegen.

Bis jetzt bildet die Züchtung keinen vollwertigen Ersatz für den Tierversuch. Infolge ihrer verschiedenartigen Vorzüge wendet Verfasser jedoch beide Verfahren möglichst in jedem Falle nebeneinander an.

221.

Hahn und Junker, Kolloidbiologische Studien über Soor. (Jb. Kinderheilk., 71., H. 1/2.) Bei Anwesenheit oberflächenaktiver Substanzen zeigt der Soorpilz eine verhältnismäßig schnelle Myzelbildung. Die übliche Natr.-bicarbon.-Therapie wirkt nicht durch die Aenderung des Milieus ins Alkalische, wodurch das Wachstum des Soors unbeeinflusst bleibt, sondern vielmehr dadurch, daß infolge des Einstäubens von Karbonaten eine Herabsetzung der Oberflächenaktivität des Mediums stattfindet, wodurch dem Soorpilz die für den Wirt gefährliche Myzelbildung erschwert wird.

Jahr.

Chirurgie und Orthopädie.

222.

Krotoski, J., Zur chirurgischen Behandlung des Kropfes bei Hypofunktion der Schilddrüse. (Nowiny Lekarskie, 39., H. 5.) An Hand von zehn Fällen von Struma mit Hypofunktion der Schilddrüse, die in der chirurg. Universitäts-Klinik, Poznań, Prof. Dr. Jurasz, operativ behandelt worden sind, folgert Verfasser folgendes: 1. Bei Druckerscheinungen soll unbedingt operiert werden, dabei muß man jedoch die vorher untersuchte Funktion der Schilddrüse und die Veränderungen des Parenchyms berücksichtigen. 2. Es sollte besser die Resektion als die Hemistruktomie vorgenommen werden, sofern die Veränderungen des Parenchyms es erlauben. Es werden nämlich dabei auf beiden Seiten die hinteren, mittleren Partien unberührt gelassen, von denen wir wissen, daß sie sehr oft unverändert sind. 3. In Kropffällen, in denen Druckerscheinungen fehlen, und konservative Behandlung nicht zum Ziele führt, muß man zwecks Behandlung der Hypofunktion der Schilddrüse bzw. Dysfunktion, die krankhaften Partien resektieren, da dadurch vermehrte normale Funktion der normalen Partien hervorgerufen wird.

K. Bross, Poznań.

223.

v. Ferstel, Karl, Zur Frage der Karzinomentstehung aus einem Magenukulus. (Dtschr. med. Wschr., Nr. 45, S. 1882, 1928.) Bei einem Patienten, der jahrelang an Ulkusbeschwerden litt, der bei der Untersuchung einen großen dilatierten Magen und Pylorusstenose zeigte, wurde bei der Operation ein pylorisches Ulkus mit Pylorusstenose gefunden und deswegen eine Gastrostomie angelegt. Nach 5 Jahren vollständigen Wohlbefindens mit einer Gewichtszunahme von 50 kg Auftreten von Beschwerden und schnelle Entwicklung eines Karzinoms an genau der gleichen Stelle, an der vor 5 Jahren das Ulkus gesessen hatte. Wenn also auch hier an der Entstehung des Karzinoms aus einem Ulkus oder verheilten Ulkus nicht gezweifelt werden kann, so muß man doch bezüglich der Häufigkeit dieses Geschehnisses sehr skeptisch sein, denn sonst müßten derartige Fälle, von denen in der Literatur nur sehr wenig absolut einwandfreie zu finden sind, viel häufiger sein. Die Seltenheit dieses Vorkommens scheint gleichzeitig gegen die Regel einer solchen Entstehung zu sprechen.

Arnold Hirsch, Berlin.

224.

Schulze, Walter, Ueber Rektalnarkosen mit Avertin-Amylenhydratlösung. (Dtsch. med. Wschr., 46., S. 1928, 1928.) Auf Grund seiner Erfahrungen hat Verfasser die Rektalnarkose mit Avertin und ganz besonders mit Avertin-Amylenhydrat sehr schätzen gelernt und daß er sie daher im Interesse der Patienten nicht mehr missen möchte.

Arnold Hirsch, Berlin.

225.

Hillebrand, H., Unsere Erfahrungen mit der Avertinnarkose. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 19, 1928.) Bei der Avertinnarkose sind folgende Vorzüge hervorzuheben: Die angenehme Anwendungsart. Die Patienten schlafen innerhalb weniger Minuten ein, erwachen ohne Uebelkeit, Bronchitis tritt selten auf, die Darmfunktion ist ungestört. Die gute Wirkung nimmt bei steigendem Lebensalter zu. Die Luft im Operationssaal ist besser. Kontraindiziert ist sie bei erhöhtem Blutdruck wegen der Gefahr der katastrophalen Blutdrucksenkung. Bei geschwächten Kranken wird das Operationsrisiko herabgesetzt; für kürzere Eingriffe wird auch weiterhin die Aethernarkose vorzuziehen sein.

Kosmicki, Berlin.

226.

Bettmann, Ernst, Die Grenzen der perkutanen Elektrotherapie in der Orthopädie und ihre Ersatzmöglichkeiten. (Klin.

Wschr., Nr. 46, S. 2197, 1928.) Es wird festgestellt, daß die Anwendungsmöglichkeit der perkutanen Elektrotherapie namentlich für die orthopädischen Angriffsfelder (Gelenke, Sehenscheiden, Knochen) eine sehr beschränkte ist und zu der Mühe der technischen Anwendung in keinem Verhältnis steht. Ob bei der oberflächlichen Resorption eine günstige therapeutische Allgemeinreaktion erzielt werden kann, bleibt ebenfalls zweifelhaft.

Verfasser erwähnt die perkutane Salbentherapie als geeignete Ersatzmöglichkeit, die es gestattet, spezifisch wirksame Medikamente auf einfache Weise bis in beträchtliche Tiefen einwirken zu lassen. Die Präparate Jod-Dermasan, Jodex und Jodisapogen wurden ausprobiert. Mit diesen drei Medikamenten konnten namentlich bei chronischen Schleimbeutelentzündungen, Neuritiden und ähnlichem sehr gute Erfolge erzielt werden. Bei chronischen Arthritiden leistete das Perthissal gute Dienste.

227.

Bettmann, Dr. H. I., Aufgaben und Ziele der medikomechanischen Institute in der Vergangenheit und in der Zukunft. (Mschr. Unfallh., Nr. 4, S. 97.) Der Verfasser erörtert die Frage, welche Rolle die privaten Unfallinstitute neben den großen Unfallkrankenhäusern, Knappschaftslazaretten, Universitätskliniken und medikomechanischen Instituten der Krankenhäuser usw. früher gespielt haben, und ob sie auch in Zukunft in der Unfallfürsorge weiter eine wichtige Rolle zu spielen berufen sind.

Es ist von verschiedenen Seiten in Abrede gestellt worden, daß die privaten Unfallinstitute den Verpflichtungen gewachsen seien, die den Berufsgenossenschaften durch die neuesten gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Krankenfürsorge, insbesondere der frühzeitigen Uebernahme des Heilverfahrens (Frühbehandlung) möglichst vom Verletzungstag an, auferlegt worden seien. Bettmann tritt dieser Ansicht entgegen. Er setzt voraus, daß die Privat Institute nicht allein der Nachbehandlung dienen, sondern daß sie selbst alle kleine Unfallkrankenhäuser darstellen und besonders auch zur Uebernahme der Erst- und Frühbehandlung eingerichtet sind, das heißt auch zur Aufnahme von Frischverletzten.

Für die Arbeitsvermittlung schlägt Bettmann vor: 1. Werkstätten, in denen der noch in Behandlung befindliche Unfallpatient gemäß der ihm nach der Verletzung noch verbliebenen körperlichen Beschaffenheit zu seinem Beruf allmählich wieder ertüchtigt oder zu einem ähnlichen oder neuen angelernt werden kann. 2. Ein organisierter Arbeitsnachweis, der möglichst schon vor der Entlassung aus der Behandlung dem Verletzten eine geeignete Arbeit vermittelt oder richtiger gesagt, zu vermitteln sucht.

Er kommt zu dem Schluß, daß die Privat Institute wie in der Vergangenheit, so auch in der Zukunft für die Unfallversicherung nicht allein wertvolle, sondern unentbehrliche Einrichtungen bedeuten, die sich anderen ähnlichen Einrichtungen ebenbürtig zur Seite stellen können, ja, wie ohne Ueberhebung gesagt werden kann, in vielfacher Hinsicht sie übertreffen.

Walter Lustig.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

228.

Hense, K., Der Kreuzschmerz. (Zentrbl. f. Gyn., Nr. 50, S. 3227, 1928.) Gegen die in Aerzte- wie in Laienkreisen häufig anzutreffende Auffassung, daß eine Frau, die mit Kreuzschmerzen behaftet ist, unterleibskrank sein müsse, wendet sich Verf. in einer temperamentvollen Ausführung, deren Schlußfolgerungen aber wiederum zu einseitig sind. Verf. stellt folgende Sätze auf: Der Kreuzschmerz bei der Frau wird weder durch Lageveränderungen noch durch entzündliche Erkrankungen der Sexualorgane hervorgerufen und erklärt. Er ist vielmehr in jedem Fall hervorgerufen durch einen Lumbago in akuter, oder, was das häufigere sein dürfte, in chronisch-latenter Form. Infolge des auf sie einwirkenden rheumatischen Reizes kommen die Muskeln nicht mehr zur Entspannung und verharren im Zustand der Dauerkontraktion. Der Kreuzschmerz ist also ein reiner Muskelschmerz. Als Beweis für diese Behauptungen führt Verf. den Erfolg der Behandlung ins Feld: Alle diese Kreuzschmerzen seien durch Vibrationsmassage heilbar. Leider sucht man vergebens in den Ausführungen des Verf. nach einer Stellungnahme zu den Fällen, in welchen die Kreuzschmerzen schlagartig nach operativer Behandlung chronischer Unterleibsentzündungen oder Lageveränderungen des Uterus verschwunden sind, ohne daß eine Behandlung mit Vibrationsmassage stattgefunden hat.

Schwab, Hamburg.

229.

Bär, A., Intravenöse Alkoholinjektion in der Behandlung fieberhafter Wöchnerinnen. (Zentrbl. f. Gyn., Nr. 49, S. 3133, 1928.) Seit der Einführung des Alkohols in die Puerperalfiebertherapie durch Runge ist schon viel gegen diese Behandlungsmethode gesagt und geschrieben worden. Vor allem wird darüber geklagt, daß die großen peroral zugeführten Alkoholmengen schlecht vertragen, wieder ausgebrochen und daher von den Pat. verweigert würden. Um diesem Uebelstand zu begegnen, machte Verf. den Versuch der intravenösen Einverleibung größerer Alkoholmengen bei septischen Endometritiden und fieberhaften Wochenbettserkrankungen. Angewandt wurden im

allgemeinen 200 ccm einer 33%prozentigen Alkohollösung in physiologischer Kochsalzlösung (66 ccm Alkohol absolut, physiol. NaCl ad 200,0); die langsam intravenös aus dem Irrigator bzw. einer Injektionspritze in die Kubitalvene verabfolgt werden. Alle so behandelten Fälle ließen einen günstigen Verlauf erkennen, evtl. ist Wiederholung der Alkoholinjektionen nach 2 bis 3 Tagen erforderlich, falls sich die Schüttelfröste wiederholten oder die Temperatur nicht lytischen Abfall zeigen sollte. Schlaf und Appetit der Kranken bessern sich bei dieser Therapie merklich. Während des Schlafes erfolgen zuweilen Schweißausbrüche. Irgendwelche Schädigungen hat Verf. von der genannten Methode niemals gesehen. Wird Alkohol paravenös gespritzt, so äußert Pat. zwar zunächst heftige örtliche Schmerzen, doch verschwinden diese ohne merkliche Gewebsschädigungen unter antiphlogistischen Umschlägen immer nach 1 bis 2 Tagen. Ob der Alkohol lediglich dadurch wirkt, daß er dem Körper die Verbrennung der eigenen Substanz teilweise erspart (Walthard), oder ob dem Alkohol wirklich bakterizide Kraft (Küstner) zukommt, will Verf. nicht entscheiden. Jedenfalls war die Wirkung der Therapie oft eine so eklatante, daß eine Nachprüfung an größerem Material dringend wünschenswert erscheint. **Sch w a b, Hamburg.**

Dessauer, M., Hormonale Beeinflussung durch Agomensin und Sistomensin bei Blutungsstörungen. (Zentrbl. f. Gyn., Nr. 49, S. 3153, 1928.) Günstige Ergebnisse beim Gebrauch der von Seitz und Wintz angegebenen Ovarialpräparate Agomensin und Sistomensin werden neuerdings berichtet. Allerdings ist sorgfältige Auswahl der Fälle erforderlich, denn vom indikationslosen Verabreichen derartiger Hormonpräparate kann auch ein voller therapeutischer Erfolg nicht erwartet werden. Juvenile Amenorrhöen, ovarielle Dysfunktionen bei anämischen und asthenischen Frauen und Mädchen sind das Hauptanwendungsgebiet für die kombinierte intraglutäale und perorale Agomensin-Behandlung, während bei klimakterischen Amenorrhöen und Oligomenorrhöen, die von ovariellen Ausfallserscheinungen begleitet sind, und ebenso nach operativer Kastration die Fälle günstiger Beeinflussung hinter der Zahl der Versager zurückbleibt. Für das Sistomensin dagegen sind das dankbarste Indikationsgebiet die profusen klimakterischen Blutungen. Blutungen infolge polypöser, myomatöser oder endometritischer Veränderungen am Uterus, ebenso Blutungen infolge entzündlicher Adnexerkrankungen sind von der Hormonbehandlung ganz auszuschließen, da sie sich nicht für diese Behandlung eignen. Ebenso hat sich gezeigt, daß reine Pubertätsblutungen auf Sistomensin allein nicht oder nur ungenügend reagieren. Hier kommt man bisweilen durch Kombination von Sistomensingaben mit anderen Organpräparaten, Thyreoidin und Hypophysin, zum Ziele. **Sch w a b, Hamburg.**

Butomo, W., Ueber die Wirkung des Serums nichtkastrierter Tierrännchen auf die Schwangerschaft bei Kaninchen. (Klin. Wschr., 47, S. 2253, 1928.) Die intravenöse Einführung des Kaninchen- oder Ochsenserums nichtkastrierter Männchen hat bei 25 Versuchstieren (schwangere Kaninchenweibchen) die Schwangerschaft beeinflusst. a) Bei früherem Schwangerschaftstermin (annähernd bis 16 Tage) wird die Unterbrechung der Schwangerschaft und das Verschwinden (die Resorption) des Inhalts der Kammern beobachtet; b) bei längerer Schwangerschaftsdauer als 18 Tage kann man bei der Einführung ebensogroßer Serumdosen das Fehlen von Früchten in den verkleinerten Kammern, des Fruchtwassers und der Plazenta (deren Resorption) beobachten; häufig, besonders bei sehr späten Schwangerschaftsterminen, wird schon nach einer oder zwei Injektionen eine Fehlgeburt oder eine Geburt beobachtet, bei welcher ein Teil der Früchte lebend, ein Teil tot geboren wird.

In einzelnen Versuchen, bei verschiedener Schwangerschaftszeit, hatten die Seruminjektionen ebenfalls die Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge, aber nicht in allen Kammern, wobei die erhaltenen und sich entwickelnden Früchte männlichen Geschlechts waren.

In den Fällen einer späten Schwangerschaft, wenn nach der Seruminjektion eine vor- oder rechtzeitige Geburt beobachtet wurde, ergab ein Teil der lebenden und toten Früchte bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschlechtsdrüsen ein deutliches Bild der männlichen Geschlechtsdrüse; die Geschlechtsdrüsen der übrigen lebenden und toten Früchte waren mikroskopisch so stark verändert, daß es unmöglich war, das Geschlecht zu bestimmen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.

Rost, G. A., Das spätexsudative Ekzematoïd und seine Behandlung in der allergiefreien Kammer. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 43, 1928.) Die bei Säuglingen und Kleinkindern als „Gneis“ bzw. „Milchschorf“ bekannten Hautausschläge sowohl wie die als Astmaprurigo, kallöses Ekzem, Ekzema flexurarum, Neurodermie bekannten Hautausschläge entstehen auf dem Boden der exsudativen Diathese. Die Manifestationen der exsudativen Diathese verlaufen, soweit die Haut in Frage kommt, in einer Früh- und einer Spätperiode. Das

Vorliegen eines Status exsudativus läßt sich aus einer Reihe wohlcharakterisierter Feststellungen ableiten: Eosinophilie, Verminderung der Salizylsäurebindungs-fähigkeit des Blutes, weißer Dermographismus, Hypoglykämie, Asthmaanamnese beim Patienten selbst bzw. der Blutsverwandtschaft, Abheilung in allergiefreier Luft. Wir sind somit berechtigt, diese bisher als Ekzem bezeichneten Formen als exsudatives bzw. spätexsudatives Ekzematoïd auszusondern und als besondere Krankheitsgruppe aufzufassen. **Held.**

Du Bois, Krebs der Zunge und Hautmetastasen. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 43, 1928.) Zungenkrebs machen selten Fernmetastasen; Kocher gibt in seiner Statistik an, daß man sie in 10% aller Fälle findet, sofern man systematisch im Mediastinum oder in den Lungen danach forscht. Hautmetastasen gehören ganz und gar zu den Ausnahmen; die bisherige Literatur erwähnt auch nicht eine einzige. Der hier mitgeteilte Fall weist folgende Züge auf: ein Zungenkrebs, der schon in den ersten Wochen seiner Entwicklung, noch ehe eine Drüsenbeteiligung eintreten konnte, exzidiert wurde, blieb von November 1926 bis Mai 1928 ohne lokales Rezidiv. Statt dessen stellt sich zehn Monate nach dem Eingriff eine knötige Karzinose des Gesichts ein, die insofern einen eigenartigen Verlauf nimmt, als Knoten spontan verschwinden, in gleichem Maße wie neue erscheinen, wobei der Kranke sichtlich verfallt. Der Eingriff ist hier so frühzeitig und so radikal erfolgt, daß von einer Aussaat wohl kaum die Rede sein kann, um so mehr, als ja, wie erwähnt, die Drüsen noch nicht ergriffen waren. Es ist in der Tat schwierig, sich hier vorzustellen, welches die Wege der Verbreitung gewesen sind. So bleibt also nur die Annahme, daß die Geschwülste der Haut selbständige Gebilde sind und gar nicht von der Zunge abhängen. **Held.**

Godinho, A. P., Natriumbikarbonat bei einigen juckenden Dermatosen mit besonderer Berücksichtigung der Urtikaria. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 43, 1928.) Verfasser berichtet über Versuche mit Natriumbikarbonat, die in jeder Hinsicht ermutigend ausgefallen sind. Besonders bei gewissen Formen der Urtikaria ist das Natriumbikarbonat imstande, überraschende Heilwirkung herbeizuführen. Es wurde in fester Form gegeben, d. h. dreimal täglich einen Teelöffel; die Methode der intravenösen Einverleibung, die von französischen Autoren gerühmt wird, hat noch keine Nachprüfung erfahren. **Held.**

Urbach, E., Der Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen und unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tier nach Zuckerbelastung. (Derm. Wschr., 87, Nr. 49, 1928.) Die Untersuchung des Harns auf Zucker oder alimentäre Glykosurie genügt nicht zur Entscheidung der diabetischen Natur einer Dermatoe, vielmehr muß die glykämische Kurve nach 100 g Zuckerbelastung untersucht werden. Der normale Zuckergehalt ist beim Menschen und verschiedenen Tierarten verschieden, jedoch artspezifisch. Ein latenter Diabetes konnte durch Haut- und Blutzuckerkurve bei Ekzem, Pruritus, Urtikaria, Furunkulose, Schweißdrüsenabszessen aufgedeckt und eine gute Beeinflussung durch Diät und Insulin bewirkt werden. Sympathisch-endokrine Störungen ergaben sich aus der Blutzuckerkurve (Normoglykämie, auf Belastung hoher Anstieg, schneller Abfall; Hautzuckerkurve dagegen normal) bei schwer heilbaren Ulcera cruris, chronischen Pyodermien, vereinzelt Urtikariafällen, dabei keine Besserung auf Diät und langdauernde Insulinmedikation. **Ernst Levin, Berlin.**

Fülleborn, Haut und Helminthen. (Derm. Wschr., 87, Nr. 49, 1928.) Die Beziehungen der Würmer zu der Haut sind noch nicht lange bekannt. In einzelnen Fällen können Würmer aus dem Inneren des Menschen durch die Haut nach außen gelangen, so beim Medinawurm, der durch in ihm enthaltene Giftsubstanzen eine Hautnekrose und darüber eine Epidermisblase bildet, nach deren Platzen sein Vorderende sichtbar wird; bei anderen Filarien werden durch Stechinsekten die Mikrofilarien durch die Haut hindurch mit dem Blut aufgesaugt. Oxyurenweibchen wandern abends aus dem Darm aus und legen die Eier in der Nachbarschaft des Anus ab. Wichtiger ist die Rolle, die die Haut als Eintrittsstelle für Helmintheninfektion spielt. In sie gelangen durch Stechinsekten aus dem Blut anderer Menschen aufgesogene Blutmikrofilarien, wie Filaria Bancrofti, durch Einbohren der Zerkarien die Bilharzia. Auch bei Ankylostomiasis erfolgt die Infektion meist durch die Haut. Nematodenlarven und Larven einer Hunde-Hakenwurm (Uncinaria stenocephala) können in der Haut Erscheinungen der Creeping eruption hervorrufen. Stärkere örtliche Erscheinungen fehlen hierbei meist, ebenso auch beim Einbohren von Strongyloides stercoralis, dessen Stoffwechselprodukte allerdings die Haut allmählich überempfindlich machen können. Derartige Ueberempfindlichkeiten bei Trägern chronischer Strongylusinfektionen finden sich besonders in der Umgebung des Anus, an den Glutäen und bis zu den Oberschenkeln und der Gürtelgegend. Gleiches findet sich bei der afrikanischen Fliege Cordylobia antropophaga, deren Larven eine Hautreaktion hervorrufen, wenn an der

betreffenden Stelle schon früher Larven gewesen waren; jedoch sterben die Larven im Epithel derartiger Stellen gewöhnlich innerhalb 40 Stunden ab; es besteht also neben lokaler Sensibilisierung eine lokale Immunisierung. Die Immunität scheint im Epithel zu entstehen und am Gewebe zu haften; sie wird durch Übertragung der Immunhaut auf ein normales Tier nicht aufgehoben, während sie durch das Blut nicht übertragbar ist. Die Haut sämtlicher Strongyloidesträger reagiert auf ein Antigen aus pulverisierten Strongyloideslarven; die Reaktion wird erst nach einiger Zeit positiv, ihre praktische Verwertbarkeit leidet darunter, daß die Ueberempfindlichkeit bestehen bleiben kann, wenn die Parasiten sich nicht mehr im Körper befinden. Gelegentlich können Bandwurmfinnen im Unterhautbindegewebe vorkommen, ebenso auch Trematoden. Onchocerca volvulus soll Elephantiasis verursachen können, noch häufiger wird hierfür Filaria Bancrofti herangezogen, doch scheint deren Anwesenheit nur eine indirekte Bedeutung zu haben, indem die durch sie bedingten Lymphstasen eine besondere Art von Kokkeninvasion in das Unterhautbindegewebe begünstigt, die dann zu wiederholten Lymphangitiden und erysipelartigen Prozessen führt.

Ernst Levin, Berlin.

237.

Gougerot, H., Psoriasis durch Sonne geheilt — Psoriasis durch Sonne ausgelöst. (J. Prat. Nr. 45, 1928.) Sonne, Quarzlampe und auch Röntgenstrahlen haben auf die Mehrzahl der Psoriatiker eine glückliche Wirkung, indessen muß man wissen, daß es auch konträre Fälle gibt, und da es unmöglich ist, die Schädlichkeit der Sonnenstrahlung voraussehen, soll man mit Sonnen- oder ultravioletten Bestrahlungen nur an einer kleinen Versuchsfläche beginnen, besonders dann, wenn die Patienten lichtempfindlich sind. Man beginnt zunächst mit kurzer zehnmündiger Besonnung und legt täglich, je nach Verträglichkeit, 5 bis 10 Minuten zu, bis man auf einen Gesamtbetrag von 4 bis 6 Stunden, auf Vor- und Nachmittag verteilt, anlangt. Auch die ultravioletten Strahlen soll man in starken Dosen geben. Eine solche Kur soll 4 bis 6 Wochen dauern. Wenn gegen das Ende der Kur manche Stellen refraktär bleiben, soll man vorteilhafterweise die Bestrahlungen durch wirksame Lokalmittel unterbrechen. Ueberhaupt muß man wissen, daß durch ein Zusammenwirken von Bestrahlung und Allgemeinbehandlung, wie Arsen-Schwefel, Kalomel, Organotherapie und besonders Insulin, die Heilung sicher beschleunigt wird.

238.

Vogel, H., Chylozele und Periorchitis durch Filaria Bancrofti. (Derm. Wschr., 87., Nr. 49, 1928.) Die Erkrankung an Filaria Bancrofti kommt in Deutschland nur sehr selten vor. Bei einem hier lebenden Neger ergab die Punktion der Tunica vaginalis des seit zwei Jahren allmählich vergrößerten Hodens eine milchige, chylöse Flüssigkeit mit Mikrofilarien; diese fanden sich auch im Nachtblut. Die Untersuchung des exstirpierten Hodens ergab dicke geschlängelte Lymphvarizen im Samenstrang, in einem kleinen Lymphgefäß der Hydrozelenwand einen Knäuel lebender Parasiten; Hoden- und Nebenhodenparenchym intakt.

Ernst Levin, Berlin.

239.

Ritzfeld, A., Ergebnisse der Liquoruntersuchungen bei 477 Subokzipitalpunktionen. (Derm. Wschr., 87., Nr. 48, 1928.) Der Wert der Liquoruntersuchungen wird am besten aus Vergleichen mit der WR ersichtlich; bei denen sowohl in der Früh- wie in der Spätperiode positive Liquorbefunde neben negativer WR im Blut festgestellt werden konnten. Als positiv wird der Liquor betrachtet, wenn er positive WR, positive Normomastixkurve oder wesentlich über 20/3 erhöhte Zellzahl aufweist. Diese Differenz der Befunde zwischen Blut und Liquor fanden sich bei 17 spät- und sieben frühlatenten Patienten; die letzteren zeigten lediglich erhöhte Zellzahl, die die primäre Liquorveränderung darzustellen scheint, während die übrigen Veränderungen erst später auftreten. Die negative WR wird oft fälschlich als Zeichen einer Heilung betrachtet und führt zu mangelhafter oder verzerrter Behandlung, wie es auch in den sieben Frühfällen der Fall war, die nunmehr durch mehrfache energische, kurz aufeinander folgende kombinierte Kuren liquornegativ gemacht werden konnten. Die Liquoruntersuchung sollte also ebenso Allgemeingut werden wie die WR.

Ernst Levin, Berlin.

240.

Jehn, W., und L. Meier, Behandlung der Metalues, insbesondere der Tabes dorsalis mit Pyrifur. (Med. Welt, Nr. 44, 1928.) Mit dem Pyrifur ist es möglich, durch eine Reihe von Einzelinjektionen eine ungefährliche, malariaähnliche Fiebertur durchzuführen. Pyrifur ist aus Eiweißstoffen einer apathogenen Bakterienart hergestellt. Die Keime sind abgetötet. Die Injektionen werden intravenös gemacht, und zwar jeden dritten Tag. Im ganzen werden zehn Injektionen verabreicht. Der Temperaturanstieg tritt 1–2 Stunden nach der Injektion ein. Das Fieber hält meist 4–7 Stunden an. Im Gegensatz zu der Malariakur sieht man bei der Pyrifurkur fast nie Gewichtsabnahmen, meist sogar Gewichtszunahmen. Die Steigerung der Dosis muß individuell gestaltet werden. Die Vorzüge der Pyrifurkur gegenüber der Malariakur bestehen darin, daß man den Fieber-

verlauf vollkommen in der Hand hat und daß man die Behandlung jederzeit abbrechen kann. Besonders geeignet ist das Pyrifur für die Fälle von Tabes, die mit Schmerzen verbunden sind. Ob die Pyrifurkur für die progressive Paralyse intensiv genug ist, muß durch weitere Erfahrungen geklärt werden. L. Gordon, Berlin.

241.

Mandel, Josef V., Ueber Blasenzysten. (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Als Aetiologie der Blasenzysten werden die verschiedensten Ursachen angeschuldigt, am wahrscheinlichsten entstehen sie aus den Brunnischen Epithelnestern, die durch den geringsten Reiz sehr leicht zur Wucherung veranlaßt werden, und durch regressive Metamorphosen dieser Wucherungen oder aus abnorm hoch gelegenen Harnröhren- oder Prostatadrüsen, wofür auch das Auftreten am Rande des Orificium urethrae internum und im trigonalen Teile der Blase spricht. Dysurische Beschwerden uncharakteristischer Art führen den Patienten zum Arzt, die Diagnose basiert auf dem zystoskopischen Nachweis der Zyste, die Therapie besteht in ihrer Entfernung durch die Diathermiesonde oder auf chirurgischem Wege.

L. Gordon, Berlin.

Infektionskrankheiten.

242.

Ulbrich, K., Ueber den Einfluß von Infektionskrankheiten auf Augenleiden. (Klin. Mmbl. Augenheilk., 81., 1928.) Verfasser versucht eine Deutung der bekannten Tatsache, daß interkurrente Infektionskrankheiten auf entzündliche Augenleiden einen günstigen Einfluß ausüben. Nach Zusammenstellung der bisher bekannten Erfahrungen, bei Masern, Erysipel, Typhus, Cholera, die besonders bei Pannus trachomatosis, Keratokonjunktivitis ekzematosa und Iritis gemacht wurden, führt er selber einen Fall von Keratitis parenchymatosa an, der nach Beginn der spezifischen Behandlung durch plötzliches Auftreten einer Malaria auffallend schnell heilte. Bezüglich der Wirkungsart der Allgemeininfektion auf den örtlichen Prozeß werden drei Gruppen aufgestellt: Die 1. umfaßt die Krankheiten, welche die Allergie der Haut Tuberkulin gegenüber herabsetzen und zum Beispiel den Verlauf skrophulöser Augenentzündungen günstig beeinflussen. 2. Die sich in unmittelbarer Nähe des Auges abspielenden Infektionen (Erysipel) wirken durch die kollaterale Hyperämie und die Steigerung des Stoffwechsels. Zur dritten Gruppe gehören die Infektionen, die allgemeiner Natur sind und mit dem Auge und seiner Umgebung direkt nichts zu tun haben. Hier wahren neben der parenteralen Eiweißwirkung die durch die Infektion hervorgerufenen Schutz- und Abwehrkräfte als Heilfaktoren anzuführen. Eine scharfe Trennung der drei Gruppen ist natürlich nicht möglich. Zweifellos handelt es sich um eine Reiztherapie im weiteren Sinne, denn Infektionen mit plötzlich einsetzendem Fieber, also momentane, sehr kräftige Reaktionen des Organismus sind das ausschlaggebende.

Otto Müller.

243.

Leitner, Zur Frühdiagnose des Keuchstussens. (Jb. Kinderheilk., 71., H. 3/4.) Es wird erneut auf die bekannte, aber nach Ansicht des Verfassers nicht genügend beachtete differentialdiagnostische Bedeutung der Hyperleukozytose und Lymphozytose beim Keuchstuss hingewiesen.

Jahr.

244.

Siebner, M., Chirurgische Komplikationen in einer an Abdominaltyphus erkrankten Familie. (Dtschr. med. Wschr., Nr. 45, S. 1883, 1928.) Bei Mutter und Sohn einer an Abdominaltyphus erkrankten Familie tritt in der Rekonvaleszenz akute Cholezystitis auf, die bei der Mutter operatives Eingreifen erforderlich macht. Der Vater muß 1 Jahr nach der Genesung wegen Ileus operiert werden. Es wird angenommen, daß sich bei ihm durch die Abdominalerkrankung im Verlauf des Typhus intraperitoneale Verwachsungen gebildet haben, die schließlich durch Abklemmung des Kolons zur Unwegsamkeit des Darmes führten und dadurch das Leben bedrohten. Die Typhusinfektion selbst verlief bei den Kranken relativ leicht. Erst die chirurgischen Komplikationen, die bei allen drei das Abdomen betrafen, brachten Lebensgefahr. Die Eltern sind durch Operation geheilt, der Sohn bei konservativer Behandlung genesen. Typhusschutzimpfung war bei den Kranken nicht vorausgegangen.

Arnold Hirsch, Berlin.

245.

vander Hoeden, J., Ueber Febris undulans beim Menschen, verursacht durch Bacterium abortus infectiosum Bang. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, Nr. 40, 1928.) Der Autor schildert dreizehn Krankengeschichten und faßt seine Schlußfolgerungen zusammen: 1. Klinik. Bei keinem der 13 Fälle hat der Arzt diese oder eine ähnliche Infektion vermutet. Die wahrscheinliche Diagnose lautete, zuweilen beim selben Kranken wechseln, 13mal Typhus oder Paratyphus, viermal Malaria, zweimal Lues, einmal Tuberkulose, einmal Influenza. Alter der Kranken 12–48 Jahre; neun waren männlich, vier weiblich.

Die Krankheit begann in den meisten Fällen ziemlich plötzlich, der Fiebertyp war stark intermittierend oder remittierend, und dabei

die Kurve einen wellenförmigen Verlauf; die höchste Temperatur hielt einige Tage oder Wochen an; auch die Dauer der subnormalen Temperatur war sehr verschieden. Der Puls war relativ langsam.

Es bestand große Schläffigkeit, der Kranke schwitzte stark, der Appetit war ungestört. Neunmal sah der Autor Milzvergrößerung, einmal Leberschwellung. In neun Fällen bestanden Gelenk-, Muskelschmerzen, bei sechs Kranken Bauchschmerzen. Viermal bestand geringe Albuminurie, einer hatte eine purulente Nephritis (starker Albuminurie). Urobilin wurde zehnmal, Glykose einmal im Harn gefunden. Diazoreaktion war stets negativ.

Bei zwei Kranken hatten anfangs Nasenbluten, fünf Schüttelfröste, einmal nicht vorhanden. Einer hatte ein ausgedehntes papulöses Erythem, bei vier anderen waren Furunkel und Pusteln vorhanden. Die Reaktion von Weil-Felix negativ. Das Blutbild zeigte außer Leukopenie eine relative Lymphozytose und eine Kernverschiebung nach rechts.

Wie weit die Patienten wiederhergestellt wurden, hat der Krankheitsverlauf vier Wochen bis neun Monate gedauert. Einer starb innerhalb von drei Monaten im Anfall von Eklampsie. Hier war eine purulente Nephritis aufgetreten. Keiner reagierte auf Chinin- oder Salicylpräparate, die Mehrzahl ist mit einer Mischvakzine von fünf Bakterienstämmen und einem Melitensisstamm behandelt worden. Einmal außerdem mit Abortin. Einer genas nach Omnadin.

Das Urteil über den Wert der Therapie ist noch schwierig. Diese klinischen Tatsachen schließen sich an die in der deutschen medizinischen Literatur über Infektionen mit *Bact. abortus Bang* mitgeteilten Angaben an. Sie lassen an Maltafieber denken.

Bakteriologisch-serologische Untersuchung. Der Autor teilt Agglutinationstiter, die Komplementbindungsreaktionen mit. In allen Fällen waren die Resultate der Agglutinationsproben mit den dreizehn Kontrollseren höher als mit den Kontrollseren. Die Komplementbindungsreaktion war in allen Fällen stark positiv.

Überprüfen diese Befunde schon stark für eine Infektion mit dem betreffenden Bakterium, wichtiger ist es, vom Patienten selbst Bakterien zu isolieren. Bei den neun Patienten, von denen verwertet wurde, eine Blutkultur zu erhalten, gelang dies einmal. Der Organismus verhielt sich in morphologischer, kultureller, serologischer Beziehung wie *Bact. abortus Bang*.

Epidemiologie. Mit mehr oder minder Sicherheit kann angenommen werden, daß die Infektion zustande kam: viermal durch berufliche Tätigkeit bei abortierendem Vieh, siebenmal durch Milch oder Sahne; zweimal möglicherweise durch beides zusammen.

In derselben Familie wurde nie mehr als ein Krankheitsfall beobachtet, auch wenn die andern Mitglieder dieselben Infektionsquellen hatten. Auch die dänischen Autoren machten dieselbe Erfahrung bei 222 Fällen.

Man muß man sich fragen, ob die andern Personen schon früher infiziert worden waren. Auch ist es möglich, daß die Infektion in einem gewissen Widerstand hinterläßt. Merkwürdig ist aber, daß der Tierarzt, der schon 19 Jahre bei den Tieren in der infizierten Gegend geburtshilflich tätig war, sich jetzt erst infizierte.

Es ist möglich, daß bei den Kranken schon vorher ein die Infektion fördernder Faktor bestanden hat, z. B. ermüdende Arbeit und Verletzungen an der Hand, Rheuma, Bronchitis usw.

Der Autor untersucht die Häufigkeit des Vorkommens der Infektion in Niederland und kommt zu der Ueberzeugung, daß diese ziemlich groß ist. Alle Laboratorien werden gut tun, alle als verdächtig usw. eingesandten Sera und besonders die mit dem von Widal auf *Bact. abortus Bang* zu untersuchen.

Kurt Heymann, Berlin.

Joersley, Niels, **Febris undulans, hervorgerufen durch Bact. abortus Bang.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 46, S. 1923, 1928.) Die Infektion kommt durch den Genuß roher Milch zustande. Die Krankheit ist charakterisiert durch undulierendes Fieber und ein gutes Allgemeinbefinden.

Der Verlauf kann langwierig sein, die Prognose ist aber günstig. Die Diagnose wird durch die Agglutinationsprobe mit *Bacillus abortus Bang* als Antigen und durch Zuführung des Bazillus aus dem Blut des Patienten gesichert.

Die Behandlung mit Autovakzine scheint den Verlauf etwas abzukürzen.

Es wird ein Fall referiert, wo *Bacillus abortus Bang* die Ursache eines osteomyelitischen Prozesses in der Columna gewesen zu sein scheint.

Arnold Hirsch, Berlin.

E. H. Verspeyck Minnsen, **Ein Fall von rezidivierender Amöbendysenterie infolge mechanischer Ursache.** (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, Nr. 40, 1928.) Ein Kranker hatte zehn

Jahre hindurch von seiner immer wieder rezidivierenden Amöbendysenterie nicht geheilt werden können; auch Yatren, Stovarsol, Emetin waren nur vorübergehend wirksam. Als eine Appendektomie hinzutrat, ergab die Operation einen Kotstein in der Appendix. Das Material hinter dem Stein enthielt Amöben. Jetzt trat Genesung ein; ein Beweis dafür, daß die Amöbendysenterie aus mechanischen Gründen nicht geheilt war.

Kurt Heymann, Berlin.

Innere Medizin einschließlich Tuberkulose.

248.

Sahm, Leo, **Alkalithherapie und Säurebasengleichgewicht bei Ulcus ventriculi.** (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 152.) In der Gewebsreaktion des Ulkuskranken besteht eine Verschiebung nach der sauren Seite, die das Zustandekommen geschwüriger Prozesse begünstigt. Verabreicht man einem Gesunden und einem Ulkuskranken Soda in größerer Dosis und bestimmt die Wasserstoffionenkonzentration des Harnes, so findet sich, daß der Urin des Ulkuskranken erheblich längere Zeit braucht, um alkalisch zu werden, als der des Gesunden. Der Ulkusträger hält zur Erhöhung der Alkalireserve einen Teil der zugeführten Sodamenge in seinem Organismus zurück, während der Gesunde sofort einen beträchtlichen Teil des Alkali als überschüssig ausscheiden kann. Diese Verzögerung der Alkaliauscheidung ist bei allen Fällen von Ulcus pepticum nachzuweisen, auch dort, wo die Magensaftanalyse niedrige Säurewerte ergibt. Die Schmerzen beim Ulkus nehmen immer mehr ab, je mehr die saure Urinreaktion sich der alkalischen nähert, und verschwinden nach erfolgter Alkalisierung; obgleich der Magensaft noch wie bisher eine Hyperazidität aufweist. Die besten therapeutischen Erfolge sind aus diesen Gründen mit der Sippykur zu erzielen, bei der Alkali in genügenden Mengen zugeführt wird und zugleich eine möglichst alkalische Kost verabfolgt wird. Die Verfahren, die nur zur Beseitigung der Superazidität Alkali zuführen, können eine nachhaltige therapeutische Wirkung nicht auslösen.

Biberfeld.

249.

Jacoby, H., **Zur Diagnostik und Therapie von Pankreasschäden.** (Klin. Wschr., Nr. 47, S. 2240, 1928.) Verfasser beobachtete bei vier Fällen mit vorher über viele Wochen, ja Monate anhaltenden Pankreatitisercheinungen unter der Insulintherapie rasche Besserung mit schließlichem Ausgang in Heilung. Verfasser gab bei einer gemischten leichten Kost, abwechselnd mit zwei Reis- oder Haferstücken, täglich durchschnittlich zweimal 10 E. Insulin subkutan, je nach Höhe der Glykämie bzw. auch Glykosurie. Infolge der so prompten Besserung des gesamten Krankheitsbildes und aller Symptome auf die Insulinmedikation hin sieht Verfasser diese Besserung nicht als Folge eines selbsttätigen Heilungsprozesses an, sondern glaubt vielmehr, daß der Heilungserfolg in ursächlichen Zusammenhang mit dem Insulin gebracht werden muß. Gestützt werden diese Beobachtungen durch den nunmehr auch durch experimentelle Untersuchungen gefundenen Zusammenhang zwischen innerer und äußerer Sekretion des Pankreas.

Arnold Hirsch, Berlin.

250.

Aschner, Berta, **Zur Therapie der Fettsucht.** (Klin. Wschr., Nr. 47, S. 2242, 1928.) Der hochgradige diuretische Reiz einer großen Trinkmenge im sog. Volhardschen Wasserstoff führt bei gewissen Fettsüchtigen mit Neigung zu Salz-Wasser-Retention durch überschießende Ausscheidung und gesteigerte Perspiration zu Entwässerung und damit zu ganz beträchtlichen Gewichtsabnahmen im 24-Stundenversuch. Dieser Effekt ist nicht selten auch dann vorhanden, wenn die Ausscheidung verzögert ist und während der ersten vier Stunden ein Teil der Trinkmenge retiniert wird. Mit wiederholten derartigen Trinktagen läßt sich gelegentlich im Laufe von Wochen ein recht ansehnlicher Gewichtsverlust erzielen.

Arnold Hirsch, Berlin.

251.

Mills, C. A., **Funktionelle Insuffizienz der Nebennieren.** (Arch. Intern. Med., 42., 390.) Auf Grund eines 40 Fälle umfassenden Materials wird eine besonders in den Tropen und im Fernen Osten vorkommende Erkrankung beschrieben, die auf eine funktionelle Insuffizienz der Nebennieren bezogen wird. Klimatische Faktoren (feuchte Hitze und Witterungswechsel) scheinen das Auftreten der Krankheit zu begünstigen, die bei Europäern häufiger als bei Eingeborenen zur Beobachtung gelangt. Im Vordergrund der klinischen Erscheinungen steht eine Hypermotilität des Magen-Darmtraktes, die zu Spasmen an den verschiedensten Stellen (Kardia, Pylorus, Ileokol-Sphinkter und Sigmoid) führen kann. Diese motorischen Störungen sind mit Schmerzen, Nausea, Erbrechen, Darmkoliken, Obstipation oder Diarrhöen vergesellschaftet. Außerdem ist fast immer Achlorhydrie vorhanden. Für die Funktionsschwäche der Nebennieren beweisend ist das Vorkommen von Hypotonie, geringer Anämie, Muskelschwäche im Verein mit Hypoglykämie bei erhöhter Kohlehydrattoleranz, sowie die Entwicklung von Hautpigmentierung. Durch Verabreichung von Ephedrin (Sol. ephedrin. mur. 20.0, Dextros 30.0, Sirup. acid. citric. 10.0, Aq. d. ad 100.0; dreimal täglich 5 ccm peroral vor den Mahlzeiten) läßt sich schnell ein völliger Rückgang

der Krankheitserscheinungen herbeiführen. Die Autopsie eines Falles ergab mit Ausnahme von leichten Veränderungen in Nebennierenmark und -rinde keinen Befund, der für die Symptome hätte verantwortlich gemacht werden können. Bei der Diagnose dieser Erkrankung ist die Abgrenzung von chronischer Appendizitis, Ulcus pepticum und tuberkulöser Enteritis notwendig. Häufig scheint es zur Verwechselung dieses Krankheitsbildes mit der sogenannten Sprue zu kommen. Die Anwendung von Ephedrin ist auch bei spastischer Obstipation anderer Aetiologie zu empfehlen.

Biberfeld.

252.

Henning, Norbert, Untersuchungen über Beziehungen der Dünndarm-Kolibesiedlung und der Lebertherapie bei perniziöser Anämie. (Klin. Wschr., 46, S. 2190, 1928.) Eine Entgiftung von Kolibakterienfiltraten mit Leberextrakten (Hepatrat und Hepatopson) war weder mit der Methode der Intrakutaninjektion beim Menschen noch im Tierversuch mit Sicherheit zu erzielen.

Leberextrakte übten keinen hemmenden Einfluß auf das Wachstum von hämolytischen und anhämolysierenden Kolibazillen aus. Die Keime zeigten üppiges Wachstum in höheren Konzentrationen der Extrakte.

Ein Verlust der hämolytischen Fähigkeit von Bacterium coli haemolyticum trat auch nach längerem Züchten in hochprozentigen Leberextraktlösungen nicht ein.

Es besteht eine weitgehende Unabhängigkeit zwischen dem Vorhandensein der Koliflora in den oberen Verdauungsabschnitten und dem Blutbefund bei Morbus Biermer; Beobachtungen bei neun Perniziosakranken, die mit Leberdiät erfolgreich behandelt wurden, ergaben nur in einem Falle das Verschwinden der Koli-keime aus Magen und Duodenalsaft.

Arnold Hirsch, Berlin.

253.

Meulengracht, E., Poullversen und F. Nakazawa, Oedem und Herabsetzung der Wasserausscheidung bei perniziöser Anämie. (Arch. Intern. Medic., 42., 425.) Bei der Biermerschen Krankheit sind Oedeme häufig und der Wasserversuch ergibt eine verzögerte Ausscheidung. Während der Remission verschwinden diese Störungen. Als Ursache kommt eine Nierenschädigung oder die verringerte Hämoglobinnmenge nicht in Frage. Es läßt sich gewöhnlich eine Erniedrigung des Eiweißgehaltes im Blut nachweisen, die mit einer Verminderung des kolloidalen osmotischen Plasma-druckes einhergeht. Neben diesen chemisch-physikalischen Veränderungen spielen bei der Entstehung der Oedeme noch die Herzdilatation und die vermehrte Durchlässigkeit der Kapillaren eine Rolle.

Biberfeld.

254.

Aron, Hans, Was bedeutet die Leberdiät bei der perniziösen Anämie? (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Eine Reihe Momente weist dringend darauf hin, daß die kindliche Anämie, die man mit dem Namen der Jaksch-Hayem'schen Anämie zu belegen pflegt, das Äquivalent derjenigen Anämieform ist, die man beim Erwachsenen als perniziöse Anämie bezeichnet. Beide sind ausgesprochene Normoblastenanämien und beide sind ernährungstherapeutisch durch vitaminreiche Kost beeinflussbar, denn die Leberdiät stellt eigentlich eine besondere Form der Vitamintherapie dar. Die Leber ist reich an Vitamin A, B und C. Die Tatsache, daß in der Leber die verschiedenen Vitamingruppen gestapelt werden, macht die Leber zu einem Nahrungsmittel, mit dem sich kein anderes tierisches oder pflanzliches Produkt an Vitaminreichtum messen kann. Man kann von einer doppelten Funktion der Leber als Stapelorgan der Vitamine sprechen: Im Organismus ist die Leber das Vitaminreservoir, als Nahrungsmittel ein erstklassiger Vitaminspender von besonders hohem und mannigfachem Vitamingehalt. Die Tatsache, daß die kindliche Anämie im Gegensatz zu der perniziösen nur durch Verabreichung anderer Vitaminspender, ohne das Adjuvans der Leberdiät, beeinflussbar ist, erklärt sich dadurch, daß die üblichen vitaminreichen Nahrungsmittel besonders pflanzlicher Herkunft sehr voluminös sind und viel Wasser enthalten. Kann aber ein Kind von 10 kg Gewicht ohne Schwierigkeit $\frac{1}{4}$ kg Wasser täglich in der Nahrung zu sich nehmen, so vermag der Erwachsene von 60 kg Gewicht nicht mehr als vielleicht $1\frac{1}{2}$ kg Wasser zu bewältigen. Es ist also viel schwieriger, einem Erwachsenen, auf das gleiche Körpergewicht bezogen, die gleiche Menge vitaminhaltiger Stoffe zuzuführen als einem Kinde. Man muß dem Erwachsenen aus diesem Grunde Vitaminkonzentrate zuführen. Leber, oder noch besser Lebersaft, ist aber nach unseren Erfahrungen das wirksamste Vitaminkonzentrat, über das wir bisher verfügen. Die Notwendigkeit einer Zufuhr so großer Vitamingehalte bei Kranken, die vor der Erkrankung in der Regel gar keine besonders vitaminarme Ernährung bekommen haben, läßt schließen, daß die meisten dieser Fehlnährschäden, die uns in der Praxis begegnen, gar nicht durch eine exquisit vitaminarme Ernährung entstehen. Es handelt sich bei den Avitaminosen anscheinend um einen gesteigerten Verbrauch von Vitaminen. Für diesen gesteigerten Vitaminaufbrauch und den dadurch erhöhten Vitaminbedarf lassen sich drei Hauptursachen anführen: 1. Ungenügende Resorption oder Zerstörung der Vitamine im Darm, 2. erhöhter

Vitaminaufbrauch durch Infekte, 3. Steigerung des Vitaminbedarfs durch innersekretorische Faktoren.

L. Gordon, Berlin.

256.

Isaaks, Raphael, Cyrus Sturgis und Millard Smith, Therapeutische Beobachtungen bei Bandwurmanämie. Arch. Intern. Medic., 42., 313.) Bei einer Frau mit einer seit Jahren bestehenden Dibothriocephalus-latus-Infektion entwickelte sich allmählich eine schwere Anämie, die mit den typischen Erscheinungen der Biermerschen Erkrankung einherging (hyperchromes Blutbild, Bilirubinämie, Achylia gastrica, neurologische Symptome u. a. m.). Durch Leberdiät gelang es prompt, eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens und einen deutlichen Rückgang der Anämie zu erzielen, wobei es zu einer starken Ausschwemmung von Retikulozyten und einer Eosinophilie kam, ohne daß der Parasit beseitigt worden war. Nachdem ein normaler Blutbefund erreicht war, wurde eine Bandwurmkur erfolgreich durchgeführt. Die Leberdiät wurde abgesetzt, und bisher konnte eine Verschlechterung bei normaler Kost nicht festgestellt werden. Intrakutane Injektionen mit wässrigem Extrakt der Bandwurmglieder fielen negativ aus, so daß sich mit dieser Methode keine Anhaltspunkte für das Wirken eines löslichen Toxin ergeben. Bemerkenswert erscheint, daß die Mutter der Kranken an perniziöser Anämie verstarb.

Biberfeld.

256.

May, Herbert, Die „Arbeitsreaktion“ des Blutdruckes bei Gesunden und Kreislaufkranken und ihr Zusammenhang mit der Angina pectoris. (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Bei der Untersuchung der Arbeitsreaktion des Blutdruckes muß neben dem systolischen Drucke auch der diastolische und die Blutdruckamplitude betrachtet werden. Beim Gesunden tritt eine Vergrößerung der Amplitude nach körperlicher Belastung dadurch auf, daß der systolische Druck ansteigt, der diastolische dagegen sinkt. Bei geringer Kreislaufschwäche (meist bei Hochdruckkranken) ist der Ablauf der Reaktion in der Weise verändert, daß der systolische Druck weniger hoch ansteigt und langsamer abfällt. Der diastolische Druck sinkt nicht wie beim Gesunden, sondern bleibt auf seiner anfänglichen Höhe oder steigt etwas an. Infolgedessen ist die Vergrößerung der Amplitude geringer als beim Gesunden. Bei erheblicher Kreislaufschwäche kommt es nach körperlicher Belastung häufig zu einem Sinken des systolischen Druckes mit gleichzeitiger Einengung der Amplitude. Die Steigerung der Amplitude bei Gesunden entspricht zeitlich der Anfangshemmung des Abflusses des Blutes aus den zentralen arteriellen Bezirken in den peripheren Kreislauf und dem darauf folgenden Ausgleich, der den Sportsleuten rein subjektiv schon lange als Erscheinung des „toten Punktes“ bekannt ist. Das Ausbleiben einer wesentlichen Amplitudenvergrößerung beim Kreislaufkranken zeigt das Versagen des Herzmotors und eine herznahe Stauung des Kreislaufes an. Die Anfälle von Angina pectoris ambulatoria werden vom Verfasser so gedeutet, daß die bei kräftigem Herzmuskel auftretende Amplitudenvergrößerung in dem durch Wandschädigungen sensibilisierten Kranzgefäßapparat und im Anfangsteile der Aorta örtliche Stauungs- und Schmerzzustände auslöst.

L. Gordon, Berlin.

257.

Baráth, Eugene, Präsenile Störungen des Blutdruckes. (Arch. Intern. Medic., 42., 379.) Im Präsenium neigt der Blutdruck zu Schwankungen und hat die Neigung, nach den verschiedensten Reizen anzusteigen, da der Regulationsmechanismus nicht mehr einwandfrei arbeitet. Die nach körperlicher Arbeit oder psychischer Erregung sich einstellende Blutdruckerhöhung klingt wesentlich langsamer ab als bei Jugendlichen. Die Reaktionsweise des Blutdruckes nähert sich allmählich dem Verhalten des Blutdruckes bei Kranken mit ausgesprochener Hypertonie. Infolge der Schädigung des Regulationsmechanismus bleiben die zunächst nur temporären Blutdrucksteigerungen schließlich dauernd bestehen. In manchen Fällen läßt sich die Beeinträchtigung der Regulation nur an dem Verhalten der Blutdruckkurve nach Körperarbeit erkennen, während die auf psychische Reize entstehende Steigerung in normaler Weise sich zurückbilden kann.

Biberfeld.

258.

Kwaśniewski, Das Blutbild bei Erkrankungen der Mundhöhle. (Medycyna Praktyczna, H. 1, 1928.) Es gibt einige Symptomenkomplexe, in denen die Untersuchung des Blutbildes nicht nur von Wert, sondern unbedingt notwendig ist. Bei Scharlach, und zwar besonders in schweren Fällen, fehlen manchmal die Eosinophilen vollständig, dagegen zeigt der Urin stark positive Urobilinogenreaktion. Viele Aerzte begehen den Fehler, daß sie bei nicht ganz sicherem Exanthem in den ersten Tagen Scharlach ausschließen auf Grund von Fehlen der typischen Zunge und der Eosinophilen. Verfi. betont daher, daß die Eosinophilen erst ungefähr am vierten bis fünften Tage erscheinen, die Urobilinogenreaktion dagegen schon vom ersten Tage an stark positiv ist. Die Diphtherie zeigt ein wenig charakteristisches Blutbild im Gegensatz zur der ihr klinisch ähnlichen Angina monocytotica vel lymphoblastica. Sie beginnt mit Schüttelfrost, hohem Fieber, Halsschmerzen. Bei der Halsuntersuchung zeigen die Tonsillen und der Gaumen einen grünlichweißen Belag. In den nächsten Tagen

sieht man, daß die sublingualen, axillaren und inguinalen Drüsen, die Milz und Leber vergrößert sind. In manchen Fällen sind Skleren und Haut leicht ikterisch verfärbt. Nach den Veränderungen in der Mundhöhle würde man Diphtherie diagnostizieren; die Vergrößerung der Drüsen und der Milz deutet auf ein Krankheitsbild, das den ganzen lymphatischen Apparat umfaßt. Das Blutbild ist in diesen Fällen besonders charakteristisch. Es fällt besonders der teilweise ungewöhnliche Prozentsatz der sonst atypischen Lymphozyten auf (bis 70%), auch die erhöhte Zahl der Monozyten (50–60%). Hin und wieder findet man atypische mononukleäre und Uebergangszellen, die sich hämatologisch schwer differenzieren lassen. Die Prognose der Krankheit ist gut.

Die größten Schwierigkeiten bietet die Differentialdiagnose bei ulzerösen Prozessen der Mandeln, also die sogenannte Angina ulcerosa. Ulzeröse Prozesse der Mandeln findet man nicht gar so selten, und zwar bei der Angina Plaut-Vincenti, Angina luetica, den Leukämien, bei der Angina agranulocytotica, Karzinom und Tuberkulose. Diese Fälle werden oft unter der Diagnose „Diphtherie oder Sepsis“ ins Krankenhaus überwiesen. Man sieht aber bei Diphtherie nie geschwürige Prozesse an den Mandeln, so daß bei einem solchen Befund Diphtherie ausgeschlossen werden kann. Angina Plaut-Vincenti und Angina luetica weisen beide kein charakteristisches Blutbild auf. Die Diagnose einer Angina Plaut-Vincenti ist unschwer aus dem mikroskopischen Bilde zu stellen, das im Anfange sehr viel Spirochäten und spindelförmige Stäbchen zeigt. Bei der Angina luetica sind die sublingualen Drüsen größer, härter und weniger schmerzhaft. In manchen Fällen deutet das Exanthem und die positive Wassermannsche Reaktion auf die Aetiologie hin. Große Bedeutung besitzt das Blutbild bei den akuten Leukämien. Das Blutbild ist bei der Diagnose ausschlaggebend. Neben tiefen Geschwüren bestehen dabei Blutungen und geschwürige Prozesse des Zahnfleisches. Solche Kranken suchen gewöhnlich den Zahnarzt oder den Chirurgen auf. Bei chronischen Leukämien sind Drüsen und Milz vergrößert. Die Deutung des Blutbildes bietet nur Schwierigkeiten bei akuten Leukämien mit Leukopenie. Hier klärt jedoch die Sachlage das Zählen der Leukozyten. Findet man z. B. bei einer Gesamtzahl von 3000 Leukozyten 80–90% atypische mononukleäre Zellen, Myeloblasten, so ist der Verdacht auf Leukämie gerechtfertigt. In gewisser Beziehung ist das Blutbild dem bei „Angina agranulocytotica“ ähnlich. Es fehlen hier gänzlich die Granulozyten, d. h. die Polynukleären, und im Ausstrich sieht man nur selten Lymphozyten.

Endlich sollte man bei Erkrankungen der Zunge, „Hunterscher Glossitis“ und Blutungen des Zahnfleisches an die perniziöse Anämie denken, bei der das Blutbild die Diagnose sichert.

Bei tuberkulösen und karzinomatösen Erkrankungen ist die Probeexzision zur Diagnose erforderlich. — Aus vorstehendem erhellt, wie ungemein wichtig die Untersuchung des Blutbildes für den praktischen Arzt ist. Trotz der Einfachheit der Technik wird sie jedoch vom praktischen Arzt im allgemeinen wenig ausgenutzt.

K. Bross.

259.

Kaczander, Paul, Ueber Aortenrupturen. (Z. Kreislaufforschg., Nr. 22, S. 669, 1928.) An Hand von zwei Fällen wird auf die schließliche Gleichwertigkeit der Reaktionsweise von chronischen, funktionell-mechanischen und anatomisch-histologischen Veränderungen der Gefäßwand auf Traumen endo- und exogener Art hingewiesen, die zur Rupturierung der Aorta führen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

260.

Halpern, Louis J., und A. Levinson, Aktinomykose der Lunge bei einem 2–2½ Jahre alten Kinde. (J. Amer. med. Ass., Vol. 91, Nr. 1, 1928.) Der vom Verf. mitgeteilte Fall ließ wegen des klinischen Verlaufes, des bakteriologischen Befundes und des Röntgenogramms zu Lebzeiten keinen Zweifel an der Diagnose Tuberkulose aufkommen; erst die Autopsie ergab, daß es sich um eine Aktinomykose der Lunge handelte. Es ist dies der jüngste Fall dieser Art, der bisher in der amerikanischen Literatur verzeichnet wurde.

261.

Martyszewski, P., Beiträge zur Prognose der Lungentuberkulose. (Nowiny Lekarskie, 39., H. 5.) Die Prognosestellung bei der Lungentuberkulose ist eine der schwersten Aufgaben, die der Arzt jedoch wohl oder übel in Angriff nehmen muß. Nach der Prognose fragt ihn der Kranke und dessen Umgebung. Verf. ist der Ansicht, daß man bei der Prognosestellung vor allem folgende Momente berücksichtigen muß: erbliche Anlage, Konstitution, Alter, Temperatur, Zustand der Verdauungsorgane, des Kreislaufs, der Harnorgane, das Ergebnis der Sputumuntersuchung, das Urins, den Beruf und die materiellen Verhältnisse des Kranken. Verf. führt aus dem Bereich seiner Betrachtung selbstverständliche Momente an, wie den Zustand der Verdauung und des Kreislaufes. Auf Grund von Feststellungen an 1000 Kranken ist Verf. der Ansicht, daß die Herkunft eines Kranken aus einer erblich belasteten Familie keinen Hinweis auf die Prognose der Lungentuberkulose gestattet, dagegen gibt der Verlauf der Krankheit der Eltern gewisse Fingerzeige auf den Verlauf der Krankheit

bei den Kindern. Konstante subfebrile Temperaturen auf tuberkulöser Grundlage fordern große Zurückhaltung bei der Prognosestellung, Temperaturerhöhungen der Frauen, sogar bis zu 38°, vor der Menstruation haben nichts zu besagen, wenn physikalische Veränderungen fehlen, dagegen bewertet Verf. Temperaturerhöhungen während der Regel und nach ihr viel bedenklicher, besonders wenn bei einer und derselben Kranken der subfebrile Typus vor der Regel sich in einen solchen nach der Regel umwandelt. Gewichtsverlust ist immer als eine schlechte Anzeige zu bewerten, während Gewichtszuwachs, vor allem im Sanatorium, sehr vorsichtig zu nehmen ist. Die Anwesenheit von Tuberkelbazillen, sei es, daß ihrer wenige oder viele im Gesichtsfeld liegen, ist immer als schlechte Prognose zu bewerten, desgleichen das Vorhandensein von elastischen Fasern. Bei Hämoptöe soll man die Prognose vorsichtig stellen, während Lungenblutungen immer schlecht zu bewerten sind. Tuberkulöse Veränderungen in Verdauungs- und Harnorganen geben eine schlechte Prognose, besonders das Vorhandensein von Tuberkelbazillen im Urin. Verf. bewertet den prognostischen Wert der Weißschen und Russoschen Reaktion sehr hoch, weniger der Diazoreaktion, da sie erst sehr spät auftritt, gewöhnlich dann, wenn über die Prognose keine Zweifel mehr bestehen. Die Besredka- und Wassermann-Reaktion geben nach Ansicht des Verf. keinen prognostischen Hinweis, sind praktisch zu kompliziert; dagegen ist der Wert der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit hoch zu bewerten. Zum Schluß macht Verf. darauf aufmerksam, daß man bei Kranken mit labilem Nervensystem immer eine schlechtere Prognose annehmen muß.

K. Bross, Poznań.

262.

Poras, Zur Vermeidung von Herdreaktionen bei der Behandlung von Lungentuberkulose. (Zbl. inn. Med., Nr. 45, 1928.) Zur Vermeidung von Herdreaktionen („perifokalen Entzündungen“ Romberg's) erscheint bei Anwendung spezifischer Therapie die einschleichende Neumannsche Tuberkulinbehandlung als die Methode der Wahl, die subkutane Applikationsweise ist durch die perkutane zu ersetzen. Vor den intensiven Reaktionen auf Kalium jodatum wird gewarnt, ebenso vor Morphium und Aspirin und ihren Derivaten, die besonders bei längerem Gebrauch unspezifische Herdreaktionen hervorrufen und Lungenblutungen begünstigen. Zur längerdauernden Medikation sollten nur Mittel verwendet werden, die sowohl den Hustenreiz beruhigen als auch die Expektoration fördern. Als solches hat sich Verfasser der Brothyralsirup (Kyffhäuser Laboratorium) bewährt, eine Kombination von Thymian- und Primelextrakt mit Guajakolzusatz.

263.

Wichmann, P., Ueber zelluläre Abwehrvorgänge in der menschlichen Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose. (Derm. Wschr., 87., Nr. 49, 1928.) Der Ablauf der Superinfektion in der menschlichen Haut, die nur mit in ihrer Virulenz abgestuften, dem Patienten nicht gefährdenden lebenden Tuberkelbazillen ausgeführt werden dürfen, verläuft qualitativ der Primärinfektion parallel, es zeigt sich lediglich eine Verstärkung der durch die Primärinfektion gegebenen Reaktionsweise. Untersucht man histologisch die dabei auftretenden Frühreaktionen durch Exzision von mit 200 000 Keimern intrakutan angelegten Impfungen nach 24, 48, 72, 96 Stunden, so findet man nach 24 Stunden starke Injektion der Kapillaren, die mit Lymphozyten, vereinzelt großen mononukleären Leukozyten angefüllt sind. Keine Plasmazellen, polynukleäre Leukozyten nur vereinzelt. Nach 24 Stunden, bei gleichem Zellverhältnis kapillarenstrotzend mit Lymphozyten angefüllt, deutliche Emigration; nach 72 Stunden in vermehrtem Maße polynukleäre Leukozyten. Es beginnen Wucherungsprozesse in der Intima und der Gefäßwandung, die zu auffälliger Ansammlung dieser Zellen in der Umgebung der Gefäßwände führen. Zusatz von Altuberkulin zum Impfmateriale bedingte erhebliche Steigerung der Lymphozytose. Es sind also auch Endothel- und adventitielle Zellen an der Abwehr beteiligt, ein Uebergang ersterer in polynukleäre Leukozyten konnte nicht festgestellt werden. Die Frühreaktionen bestehen also in exsudativen und produktiven Entzündungen.

Ernst Levin, Berlin.

Kinderheilkunde.

264.

Levy, Ueber die körperliche und geistige Entwicklung von Frühgeburten. (Zb. Kinderheilk., 71., Heft 1/2.) An Hand von über 400 Frühgeburten auf den Jahren 1918 bis 1926 werden die Aufzuchtsmöglichkeiten der Frühgeburt einer genauen Durchsicht unterzogen. Aus der Fülle der Ergebnisse, in denen im großen und ganzen die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen bestätigt werden, sei die wichtigste hier wiedergegeben: Vollenden die Frühgeburten das erste Lebensjahr, so wird aus der überwiegenden Mehrzahl ein in körperlicher und geistiger Beziehung wertvolles Menschenmaterial.

265.

Lenartä, Ikterus neonatorum, eine Folge von Isoagglutinationserscheinungen. (Jb. Kinderheilk., 71., Heft 3/4.) Infolge Iso-

agglutination und Isolyse, die bereits intrauterin beginnen und während der Geburt ihre Fortsetzung finden, kommt es je nach dem Grad des Zerfalls der roten Blutkörperchen zu einer Hyperbilirubinämie, zum Ikterus neonatorum bzw. Ikterus gravis. Der Intensitätsgrad des Zerfalls wird — nach der Hypothese des Verfassers — bestimmt durch das Verhalten der mütterlichen Agglutinine und der kindlichen Isoagglutinogene. Jahr.

Schiff und Fukujama, Zur Pathogenese der Ernährungsstörungen des Säuglings. XII. Mitteilung. Experimentelle Exsikkose und Glutathion. (Jb. Kinderheilk., 71., Heft 1/2.) Es wird gezeigt, daß bei experimentell herbeigeführter Exsikkose die Leber von Mäusen an Glutathion (Glutaminsäurezysteindipeptid) verarmt. Daraus wird die Schlußfolgerung gezogen, daß bei akuter Wasserverarmung des Körpers die autoxydativen Prozesse eine Störung erfahren. Jahr.

Plantenga, Die Kollitoxikose des Säuglings. (Jb. Kinderheilk., 71., Heft 3/4.) Auf Grund bereits zurückliegender klinischer Beobachtungen und klinisch und tierexperimenteller Untersuchungen des Verfassers ist das Kollitoxin der ätiologische Faktor für das Entstehen des Symptomenkomplexes des perakuten Darmkatarrhs (Kollitoxikose). In konsequenter Durchführung dieser Anschauungen wird die spezifische Serumtherapie mittels eines Koli-Parakolisierums empfohlen. Das Serum wurde gewonnen durch Immunisieren von Pferden mit einer großen Zahlen Koli- und Parakolistämmen, die aus dem Harn von an Nephropylitis leidenden Kindern gezüchtet wurden. Das Serum soll möglichst frühzeitig subkutan unter die Rückenhaut zwischen die Schulterblätter in Mengen zwischen 20 bis 30 ccm injiziert werden, eventuell ist nach 48 Stunden eine zweite Injektion von 10 ccm zu wiederholen.

„Die Serumbehandlung“, so schreibt der Verfasser, „muß selbstverständlich mit Nahrungsbeschränkung kombiniert werden, in manchen Fällen gleichfalls mit Nahrungsänderung. Gewöhnlich kann die jetzt übliche 12- bis 24stündige Wasserdiet vermieden werden, und genügt es, das Nahrungsquantum auf ein Minimum, z. B. 8 X 20 ccm, zu reduzieren.“

Zur Illustrierung der Wirksamkeit der Behandlungsmethode wird eine Krankengeschichte eines 23 Wochen alten Kindes mitgeteilt. Der Schilderung nach handelt es sich um eine Ernährungsstörung bei Allaitement mixte — Zahlen über etwaige Gewichtsverluste werden nicht mitgeteilt — die — nach Ansicht des Referenten — mit großer Wahrscheinlichkeit wohl auch ohne Serumtherapie allein auf Grund des eingeschlagenen Ernährungsregimes zur Abheilung gekommen wäre. Jahr.

Freud, Paul, Ueber Rachitisbehandlung und -verhütung mit Vigantol. (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Verfasser verabreichte 32 rachitisgefährdeten Kindern den ganzen Winter über prophylaktisch mit viertägigen Intervallen immer zwei Tage lang 2 X 5 Tropfen Vigantol, wodurch es in allen Fällen gelang, den Ausbruch der Krankheit zu verhindern. Aus den Kontrollversuchen muß angenommen werden, daß die angegebenen Mengen nahe der Minimaldosis liegen, die eine Prophylaxe mit Sicherheit gewährleistet. Diese prophylaktische Dosis minima beträgt also bei Kindern bis zu einem Gewichte von 13 kg, auf den Tag berechnet, etwa 1 1/4 mg bestrahltes Ergosterin. Bei den an Rachitis erkrankten, mit Vigantol behandelten Kindern ließen sich oft schon nach 10 Tagen neben dem Rückgang der objektiven Symptome auch eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, besserer Appetit und Gewichtszunahme konstatieren. Zeitlich war dieser Erfolg im allgemeinen ebenso schnell wie bei den mit Quarzlampe bestrahlten Rachitikern, aber schneller als bei 2 Kindern, die zur Versuchskontrolle zweimal täglich 1/2 Kaffeeleffel Lebertran erhielten, festzustellen. L. Gordon, Berlin.

Götche, Aortenstudien bei Kindern. (Jb. Kinderheilk., 71., Heft 5/6.) Röntgenologische Messungen der Aorta ascendens im ersten und zweiten schrägen Durchmesser bei normalen und kongenital luetischen Kindern in verschiedenen Lebensaltern (4. bis 15. Jahr). Bei luetischen Kindern soll zuweilen — analog der Erwachsenenpathologie — eine Verbreiterung der Aorta gefunden werden. Jahr.

Lewinson, Maurice, Freilich, Ellis B., und Oskar B. Ragins: Lordose als Ursache der Stellungsalbuminurie. (Arch. Intern. Medic., 42., 440.) Unter 25 Kindern mit ausgeprägter Lordose fanden sich nur 3 mit deutlicher orthostatischer Albuminurie. Durch Alkalizufuhr wurde die Eiweißausscheidung nicht beeinflusst. Im Blut der Albuminuriker fand sich keine Abweichung von der Norm. Es sind zwei Arten von Albuminurie im Wachstumsalter zu unterscheiden. Bei dem ersten Typus findet sich die Eiweißausscheidung dauernd, während sie in anderen Fällen im Liegen verschwindet. Der Lordose ist kaum eine Bedeutung bei der Entstehung der Albuminurie zuzuerkennen. Biberfeld.

Smidt, Das Seeklima und das weiße Blutbild. (Jb. Kinderheilk., 71., Heft 3/4.) Die unter dem Einfluß des Seeklimas bei 24 tuberkulösen Kindern festgestellten Blutveränderungen sind: Neutropenie, Rückgang der Linksverschiebung und Monozytose. Die Lymphocyten wurden nicht deutlich beeinflusst. Jahr.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.

Schnaase, M., Erfahrungen mit Coramin. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1887, 1928.) Das Coramin ist ein gutes, dem Kampfer durch die Vorzüge der Wasserlöslichkeit, besseren Dosierbarkeit und Schmerzlosigkeit überlegenem Analeptikum. Die Eigenschaft des Coramins, Kreislauf, Atemtätigkeit und Expektorations zugleich kräftig anzuregen, verleiht ihm jedoch eine Sonderstellung unter den Analeptika überhaupt. So bewährte sich das Coramin auch bei der Bekämpfung der zugleich mit bestehender postoperativer Kreislaufschwäche drohenden Gefahr einer aus Sekretstauung oder Aspiration sich entwickelnden Pneumonie. Arnold Hirsch, Berlin.

Wülfing, Max, Ueber Behandlung mit Kalziumglukonat. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1884, 1928.) Das Kalziumglukonat, Kalzium Sandoz, das in seiner Wirkung dem CaCl₂ gleichwertig, dabei aber wesentlich weniger giftig als dieses ist, hat vor den bisher angewandten Kalziumpräparaten den Vorzug der besseren Verträglichkeit bei oraler Verabreichung und der vollkommenen Reizlosigkeit bei intramuskulärer Injektion. Es ist das erste Kalziumpräparat, daß außer der intravenösen auch intramuskuläre Anwendung gestattet, und bedeutet deshalb eine wesentliche Bereicherung der Kalktherapie. Arnold Hirsch, Berlin.

Schüller, J., und P. Trendelenburg, Der Gehalt der Hinterlappenauszüge des Handels an uteruserregender Substanz. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 46, S. 1913, 1928.) Das Ergebnis der Untersuchung der Autoren ist im ganzen noch so wenig befriedigend, daß eine weitere Besserung der Einstellung der Hinterlappenpräparate gefordert werden muß. Diese Forderung muß um so eindringlicher erhoben werden, als die Verwendung von zu stark eingestellten Auszügen gesundheitsschädliche Folgen haben kann. Denn wenn zur Wehenförderung statt der für diesen Zweck genügenden Menge von zwei bis drei Einheiten vielmals soviel eingespritzt wird, können die Wehen sich zu Krampfwehen steigern, die den Tod des Kindes herbeiführen oder durch Uterusruptur das Leben der Mutter gefährden können. Arnold Hirsch, Berlin.

Müller, Johannes, Ueber die Verteilung des Quecksilbers auf die verschiedenen Organe von Hunden nach Salyrganinjektionen. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1881, 1928.) Nach intravenösen Salyrganinjektionen bei Tieren findet sich der größte Prozentsatz Quecksilber in der Gallenblase, den Ausscheidungsorganen, Niere und Dickdarm, sowie in den Nebennieren. Die größte Menge Quecksilber wird bei Mensch und Tier aus dem Körper mit dem Urin eliminiert, nur ein kleiner Teil verläßt den Körper mit den Fäzes. Etwa 24 Stunden nach der intravenösen Injektion von 1 ccm Salyrgan ist bei herz- und nierengesunden Menschen die Quecksilberausscheidung beendet. Arnold Hirsch, Berlin.

Bloedorn, W. A., und P. F. Dickens, Gefahr der Epinephrinanwendung bei Herzinsuffizienz. (Arch. Intern. Medic., 42., 322.) Durch Ephedrin kann bei Kranken mit Herzmuskelschädigung eine akute Dekompensation ausgelöst werden, die mit Pulsus alternans einhergehen kann. Sobald daher unter Ephedrin toxische Symptome, wie Herzklopfen, Tachykardie, Arrhythmien oder vasomotorische Störungen, sich einstellen, ist das Medikament abzusetzen. Bei der Diagnose des Asthma bronchiale ist größte Sorgfalt anzuwenden, da nicht selten Fälle von kardialen Asthma mit dieser Erkrankung verwechselt werden und durch unzumutbare therapeutische Maßnahmen ernstlich geschädigt werden. Biberfeld.

Sobernheim, G., und E. Tomarkin, Ueber die Desinfektionswirkung des Chloramin Heyden. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 44, 1928.) Die vorliegenden Versuche bestätigen das günstige Resultat, das man allgemein mit den Chlorpräparaten erhalten hat. Chloramin Heyden übt auch in hohen Verdünnungen eine starke, keimtötende Wirkung. Selbst dann, wenn die Prüfung unter besonders schweren Bedingungen vorgenommen wurde, d. h. indem die Desinfektionslösungen mit äußerst großen Bakterienmengen versetzt waren. Gegenüber angetrockneten Bakterien war die Desinfektionskraft der Chloraminpräparate bemerkenswerterweise etwa gleich stark gegenüber den wäßrigen Suspensionen. Diese Tatsache spricht ganz besonders zugunsten der desinfektorischen Leistungen des Chloramins.

Die starke Desinfektionskraft der Chloraminpräparate, wie sie im Laboratoriumsexperiment zutage tritt, ließ sich auch unter den Bedingungen der Praxis gegenüber infektiösem Material nachweisen. Die Frage der Sputumdesinfektion, speziell bei Tuberkulose, wird durch Anwendung von 5prozentiger Choramminlösung in befriedigender Weise gelöst. Die Händedesinfektion mittels Chloramin leistet im Dienste der Seuchenbekämpfung alles, was man verlangen muß. Praktisch nicht unwichtig ist, daß die Lösungen von Chloramin längere Zeit haltbar bleiben. Nach einer Aufbewahrung von 4 Monaten nahm die Desinfektionskraft dieser Lösungen nicht ab. Held.

278.

Stern, Eduard, Untersuchungen über die ekzematogenen Eigenschaften des Persils. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 43, 1928.) Die hier mitgeteilten Versuche ergeben, daß das Persil in den zur Anwendung gelangenden Konzentrationen nicht reizt und deshalb als durchaus harmlos bezeichnet werden muß. Selbst Konzentrationen bis zu 50% konnten in der Mehrzahl der Fälle kaum mehr als eine leichte Rötung und Braunfärbung der Haut hervorrufen, niemals aber ein eigentliches Ekzem. Worauf die Braunfärbung der Haut beruht, ließ sich bisher nicht ermitteln. Uebereinstimmende Resultate ergaben Untersuchungen in den Krankenhäusern von Berlin, Düsseldorf und Freiburg. Es ist natürlich, wie bei allen derartigen Substanzen, der Vorbehalt zu machen, daß es ausnahmsweise einmal Leute geben kann, die auch auf Persil mit einer akuten Dermatitis reagieren. Praktisch spielt dies aber keine Rolle. Held.

279.

Mrongowius, Ju., und G. Duchan, Zur Frage der Vermeidung der Komplikationen bei der Thalliumtherapie. (Derm. Wschr., 87., Nr. 48, 1928.) Die üblichen Thalliumdosen werden erfahrungsgemäß von Kindern über 10 Jahren und von Erwachsenen nicht gut vertragen, sind vielmehr von Komplikationen begleitet. Versuche, diese durch gleichzeitige Darreichung von Natriumthiosulfat zu bekämpfen, scheinen erfolgreich zu sein. Zunächst stört dieses Mittel den Haarausfall nicht. Wurde es bei Personen zwischen 12 bis 18 Jahren in einer Dosis von 1,0 bis 1,5 g dreimal täglich bis zur völligen Epilierung innerlich gegeben, so blieben Nebenerscheinungen aus, während nur mit Thallium behandelte gleichaltrige Kranke am fünften bis sechsten Tage über Schmerzen in den Kniegelenken klagten; nach Zufuhr von Natriumthiosulfat schwanden bei ihnen die Erscheinungen. Ernst Levin, Berlin.

280.

Vigortschick, N. A., Zur Frage der ärztlichen Begutachtung bei Bleivergiftung. (Monatschr. f. Unfallh., Nr. 4, S. 106, 1928.) Die in Sowjetrußland gültigen Gesetze der sozialen Versicherung berechnen Invaliden, die ihre Arbeitsfähigkeit infolge einer Berufskrankheit verloren haben, zu erhöhten Ansprüchen auf Entschädigung.

Die Beantwortung der Frage, ob die bestehende Arbeitsunfähigkeit mit andauernder Bleiwirkung in der Vergangenheit in Verbindung stehe, ist besonders schwierig in Fällen, in denen beim Arbeiter, der viele Jahre in einem Bleiberuf tätig gewesen ist, Leiden, wie Arteriosklerose, Marasmus oder Lungentuberkulose sich entwickeln. Bekanntlich spielt das Blei in der Aetiologie dieser Erkrankungen eine sehr wesentliche Rolle. Das Leningrader Institut zum Studium der Berufskrankheiten hat bestimmte Richtlinien für die Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit infolge der Bleivergiftung ausgearbeitet.

I. Arteriosklerose und Marasmus.

Es kommen drei Kategorien von Fällen vor: a) Fälle, wo Arteriosklerose und Marasmus vorwiegend von der Bleiwirkung abhängen; b) Fälle, wo, im Gegenteil, diese Erkrankungen von nicht beruflicher Ursachen hervorgerufen worden sind, und c) Fälle mit gemischter Aetiologie, mit mehr oder weniger starkem Uebergewicht der beruflichen oder nicht beruflichen Einwirkungen.

Es wird ferner folgendes zu beachten sein:

1. Die Dauer der Bleiarbeit in Berufszweigen, wo die Arbeiter mit minimalen Dosen Blei in Berührung kommen, wird als minimale Arbeitsdauer 20 Jahre angenommen. Wenn es sich um Arbeiter anderer Gewerbegebiete handelt, wo die Bleiwirkung stärker ist (z. B. Abwrackarbeiter, Arbeiter der Akkumulatorenfabrik), genügt eine kürzere Arbeitsdauer, jedoch nur bei „aktivem“ Verhalten des Bleies.

2. Das Alter. Dieses darf nicht zu hoch sein, da in gewissem Alter Arteriosklerose und Marasmus ohne jegliche exogene toxische Wirkung eintreten. Als Grenzalter wird 60 Jahre angenommen. Je früher beim Bleiarbeiter die betreffenden Erscheinungen auftreten, desto mehr Grund hat man, eine berufliche Aetiologie anzunehmen. Nach 60 Jahren nimmt der Verdacht auf berufliche Gesundheitsschädigung fortgesetzt ab, und bei 65 Jahren und darüber enthält sich das Institut, bei dem Untersuchten auf berufliche Arbeitsunfähigkeit zu entscheiden.

3. „Aktives Verhalten“ des Bleies in der Vergangenheit oder Gegenwart.

Aktives Verhalten des Bleies in der Vergangenheit äußert sich im Auftreten von Bleikrankheiten in der Vorgeschichte: wiederholte Bleikolikanfalle, typische Lähmungen, Anfälle von Enzephalopathie oder andere Erkrankungen, die von zuständiger Seite als Bleikrankheiten qualifiziert worden sind. Alle Symptome, die gewöhnlich bei der Diagnose der Bleivergiftung in Betracht gezogen werden — charakteristische Blutveränderungen, Hämatoporphyrin im Urin, der Bleisaum, spastische Obstipation, Arthralgie usw. — sind in der Gegenwart, d. h. zur Zeit der Untersuchung, von Bedeutung.

4. Der Nephrosklerose und der Hypertonie im Krankheitsbilde wird große Bedeutung beigelegt.

5. Abwesenheit von anderen ätiologischen Momenten. Hierbei gehören insbesondere Alkoholismus, Lues und schwere akute Infektionen.

Arteriosklerose und Marasmus werden rückhaltlos für eine Folgeerscheinung der Bleiintoxikation angenommen, wenn es sich um einen Arbeiter handelt, der, noch nicht 61 Jahre alt, nicht weniger als 20 Jahre in Bleiarbeit gewesen ist, wiederholt an Erscheinungen deutlicher Bleivergiftung gelitten hat und auch gegenwärtig gewisse Anzeichen von Bleivergiftung aufweist, — bei hohem Blutdruck und Fehlen von Alkoholismus, Lues oder akuten Infektionskrankheiten in der Vorgeschichte.

Dagegen wird die Bleiätiologie der Arteriosklerose und des Marasmus verneint, wenn das Alter des zu Untersuchenden 60 Jahre übersteigt, die Bleiarbeitsdauer 20 Jahre nicht erreicht, wenn weder in der Vergangenheit noch gegenwärtig irgendwelche Symptome der Bleiintoxikation zu verzeichnen sind, wenn Hypertonie konstatiert wird und endlich, wenn in der Vorgeschichte außer Blei andere schädigenden Einflüsse verzeichnet sind.

II. Tuberkulose.

Vom heutigen Standpunkt der Wissenschaft aus ist es höchst wahrscheinlich, daß anhaltendes Einatmen von Bleistaub imstande ist, die Lungentuberkulose zu aktivieren und den Verlauf des Prozesses zu verschlimmern.

Für einen Zusammenhang der Tuberkulose mit der Blei einwirkung spricht:

1. das Fehlen eines Lungenleidens oder der völlig kompensierten Zustand eines solchen beim Antritt der Bleiarbeit;
2. das „aktive Verhalten“ des Bleies in der Vergangenheit;
3. ein verhältnismäßig schnelles Fortschreiten der Lungentuberkulose;
4. das Fehlen tuberkulöser Vererbung; das Fehlen tuberkulöser verdächtiger Erkrankungen vor der Bleiperiode.

281.

Achard, Ch., Bleikolik. (J. Prat., Nr. 42, 1928.) Die Mehrzahl aller Fälle von Bleikolik sind beruflichen Ursprungs, und zwar stellen die Maler das Hauptkontingent. Das Blei tritt gewöhnlich auf dem Wege der Verdauung in den Körper ein. Am Verdauungstrakt schlägt sich jener bleihaltige Staub nieder, der in der eingeatmeten Luft frei schwebt und von dem man früher glaubte, daß er in die Luftwege eindringe. Auch bestreitet man heute ein Eindringen des Bleies durch die Haut. Die toxische Wirkung des Bleies ist nicht bei allen Betroffenen gleich intensiv. Es scheint, daß gewisse Individuen besonders leicht darauf ansprechen.

Die Therapie der Bleikolik hat noch heute als Grundlage ein Behandlungsschema, das aus dem Jahre 1602 stammt. Die Hauptelemente desselben sind: Purgativa, besonders Drastika, schweißtreibende Mittel und beruhigende Opiate. Unter den Purgativa bevorzugt man heute Schwefelpräparate, um das Blei aus den Verdauungswegen zu präzipitieren. Nützlich ist bisweilen das Hinzufügen von Kalium iodatum in kleinen Dosen. Während des starken Schmerzanfalls gibt man Morphininjektionen.

Die individuelle Prophylaxe hat als Grundlage die Sauberkeit, Schwefelbäder, Kleiderwechsel. Die allgemeine Prophylaxe besteht währt heute den Opfern der berufsmäßigen Bleivergiftung die Wohl in der Ausmerzung bleihaltiger Arbeitsmaterialien. Das Gesetz gebietet, daß einer Gewerbekrankheit zukommen und unterwirft sie der öffentlichen Meldepflicht. Eine Maßregel, die schon ihre Früchte getragen hat. Held.

282.

Herrmann, G., und H. Hliskowski, Blutgruppen und Verlauf der Impfmalaria. (Med. Klin., Nr. 44, 1928.) Die Blutgruppenzugehörigkeit spielt bei der Impfung mit Malaria eine hervorragende Rolle für die Dauer der Inkubation, für die Höhe des Fiebers und für die Art des Verlaufs der Malaria. Bei den unter günstigen Blutgruppenverhältnissen Geimpften beträgt die Inkubationszeit (bei intravenöser Impfung mit Blutmengen von 6 bis 9 ccm) im Durchschnitt nur etwas über 3 Tage, bei den unter ungünstigen Blutgruppenverhältnissen Geimpften im Durchschnitt 4½ Tage. Dem entsprechend sind bei den unter günstigen Blutgruppenverhältnissen Geimpften auch die Temperaturen höher. Im Zusammenhang mit der Verkürzung der Inkubation scheint das Auftreten des sogenannten Quotidianatypus zu stehen. Es handelt sich bei dieser

typus anscheinend nicht um eine sogenannte Duplexform, sondern um eine Verkürzung der Plasmodienentwicklung. Der klinisch annehmteste Tertianatypus kann am häufigsten durch Ueberimpfung von ungünstigen Blutgruppenverhältnissen erreicht werden.

L. Gordon, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

^{283.} Beck, A., und H. J. Lauber, Zur Frage der pH-Messung des Urins unter vitalen Verhältnissen. (Klin. Wschr., Nr. 47, S. 2241, 1928.) Die Untersuchungen der Autoren sollen zeigen, welchen Umständen ganz beträchtlichen Fehlermöglichkeiten man bei der üblichen pH-Messung des Urins mittels Indikatoren ausgesetzt ist. Sofern es nur auf größere Unterschiede ankommt, wird man damit immerhin ganz brauchbare Vergleichsresultate bekommen. Will man aber auf kleine Reaktionsverschiebungen im Urin (nach Alkalieleastung u. ä.) bindende Schlüsse aufbauen, so müssen die angegebenen Kautelen unbedingt berücksichtigt werden. Andernfalls wird man auf kleine Differenzen als innerhalb der Fehlerbreite der Methode gelegen keinen ausschlaggebenden Wert legen dürfen und nicht berechtigt sein, mit solchen Befunden eine Hypothese zu stützen.

Ob es überhaupt einen Urin gibt, dessen Reaktion unter vitalen Verhältnissen alkalischer ist als die des Blutes, erscheint den Autoren mehr als fraglich.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{284.} Sturm, Alexander, Beiträge zur Kenntnis des Jodstoffwechsels. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 129.) Wenige Tage nach der Schilddrüsenexstirpation sinkt der Blutjodgehalt um etwa die Hälfte, während gleichzeitig eine stark vermehrte Jodausscheidung durch den Harn sich einstellt, die 10 Tage anhält. Ein weiterer Abfall des Blutjodspiegels oder gar ein Verschwinden des Jods aus dem Blut erfolgt nicht. Charakteristisch für den schilddrüsenlosen Zustand ist eine weitgehende Abhängigkeit des Blut- und Harnjodes von exogenen Einflüssen, die durch das Fehlen einer Regulation des Jodstoffwechsels zu erklären ist.

Biberfeld.

^{285.} Jahn, Dietrich, und Otto Kesselkaul, Abhängigkeit des Blutjodspiegels von der Tätigkeit der Ovarien. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 143.) Die periodisch wechselnde innersekretorische Tätigkeit der Ovarien, die zum Teil die Vagus-, zum Teil die Sympathikuswirkung fördert, verursacht eine besondere Labilität des vegetativen Nervensystems der Frau. Die langdauernde Störung des vegetativen Gleichgewichtes bei Ausfall der Ovarialfunktion begünstigt die an sich schon vorhandene Neigung zu Erkrankungen des vegetativen Systems im Sinne der Thyreotoxikose. Die Veränderungen im vegetativen System kommen in einer Erhöhung des Blutjodspiegels zum Ausdruck, die im Klimakterium, in der Menopause und vor allem bei künstlicher Ausschaltung der Eierstöcke nachzuweisen ist. Die Vermehrung des Jodgehaltes im Blut entspricht nur in etwa der Hälfte der Fälle einer ausgesprochenen Steigerung des Grundumsatzes. Denn trotz der durch den Jodspiegel nachweisbaren sympathikotonischen, zu vermehrten Verbrennungen führenden Einstellung kann sich eine Fettsucht entwickeln, die Berechnungen des Energieumsatzes unmöglich macht.

In der Norm ist eine deutliche Steigerung des Blutjodspiegels während der Menstruation vorhanden, die nicht plötzlich einsetzt, sondern sich entsprechend der allmählichen Umwandlung der Uterusschleimhaut langsam entwickelt. Bei übererregbarem vegetativen System findet sich eine abnorm starke Erhöhung des Jodspiegels. Das Ausmaß der Steigerung des Jodgehaltes steht zur Steigerung des Grundumsatzes in keiner Beziehung. Weder die Thyreotoxikose noch das Myxödem an sich können Stärke oder Dauer der Blutung nach der einen oder anderen Richtung hin beeinflussen, sondern es kommt auf die Größe des Ausschlages im vegetativen System an (kurzdauernde Menses bei starker, langdauernde bei geringer oder fehlender Reaktion). Die hohen Zahlen des Jodgehaltes im Menstrualblut sind nicht als Ausgleichsmaßnahmen des Organismus für die menstruellen Schwankungen des Blutjodspiegels zu deuten. Sie weisen vielmehr auf eine erhebliche Anreicherung des Uterus mit Jod außerhalb der Menstruationsphase hin.

Biberfeld.

^{286.} Sternberg, W., Histamin und Biersche Flecke. (Z. Kreislaufforsch., Nr. 22, S. 665, 1928.) Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, daß in die Bierschen Flecke punktiertes Histamin eine Erweiterung der Hautgefäße hervorruft, und daß eine bestehende lokale Histaminrötung durch einen sich später bildenden weißen Bierschen Fleck nicht zum Verschwinden gebracht wird. Das bedeutet, daß die Entstehung der weißen Bierschen Flecke nicht auf einer Ansammlung histaminähnlicher Substanzen beruhen kann. Nimmt man mit Th. Lewis an, daß eine vasokonstriktorische Substanz der ursächliche Faktor ist, so gilt für diese dasselbe wie für die meisten bisher untersuchten vasokonstriktorischen Substanzen

(Adrenalin, Pituitrin usw.). Histamin wirkt stärker und hebt den vasokonstriktorischen Effekt auf.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{287.} Wittkower, E., Ueber den Einfluß der Affekte auf den Gallenfluß. (Klin. Wschr., Nr. 46, S. 2193, 1928.) Gewisse Sensationen in der rechten Oberbauchgegend nach Aerger finden durch Spasmen der Gallenwege ihre plausible Erklärung.

Die Verdauung des Geärgerten dürfte ähnlich wie bei Obstruktionsikterus verlaufen.

Psychische Faktoren spielen möglicherweise eine unterstützende Rolle für die Ikterus-, evtl. auch Gallensteinsteigerung.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{288.} Moldawsky, I., Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und den blutbildenden Organen. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1875, 1928.) Jede Erhöhung der Funktion der Schilddrüse hat eine Steigerung der Tätigkeit des erythropoetischen Systems des Knochenmarks zur Folge. Diese Reizung ist eine dauernde, und die Intensität des Reizes entspricht nicht immer derjenigen des erhöhten Grundstoffwechsels bei den betreffenden Kranken. Die erhöhte erythropoetische Funktion geht in solchen Fällen mit einer Herabsetzung der Funktion des myeloiden leukopoetischen Systems und mit einer Zunahme des Lymphozytengehaltes einher.

Zu den Kardinalsymptomen der Basedowkrankheit muß noch ein weiteres, stets vorhandenes Merkmal hinzugefügt werden: die Reizung der Erythropoese des Knochenmarks, die sich in der Zunahme der Granulofilozyten äußert.

Die Erhöhung der erythropoetischen Funktion des Knochenmarks, die in der Zunahme der Menge der Granulofilozyten zum Ausdruck kommt, stellt einen biologischen Prozeß dar, der ein ständiges und sicheres Symptom ist und im Zusammenhang mit dem klinischen Bild die Frühdiagnose des Status praebasedowicus ermöglicht.

Man darf diesen Schluß einer erhöhten Erythropoese auf Grund vermehrter Granulofilozyten aber nur dann ziehen, wenn die untersuchten Patienten keine Anämie erheblicheren Grades haben, daß Anämie als solche gleichfalls zur Vermehrung der Granulofilozyten führt.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{289.} Rubino, P., B. Varela und I. A. Collazo, Vergleichende Versuche über die Wirkung des Insulins und des Synthalins auf die Glykogenmenge der Leber und des Muskels. (Klin. Wschr., 46, 1928.) Das Insulin beschleunigt nicht nur den Umsatz des Traubenzuckers im Körper, sondern es ist auch zu bedenken, daß die synthetische Verwandlung desselben in Glykogen ebenso begünstigt wird. Bei kleinen Synthalingdosen wird dieses synthetische Stadium vielmehr gehemmt oder vielleicht der Zersetzungsprozeß erhöht. Alle diese Wirkungen sind möglicherweise als toxische anzusehen oder stehen jedenfalls sehr nahe an der therapeutischen Grenze.

Tatsächlich haben die Versuche der Verfasser in einigen Fällen bei täglichen geringen Synthalingdosen per os mit gleichzeitiger Zuführung großer Mengen von Kohlehydraten eine günstige Wirkung auf die Glykogenablagerung bewiesen, ohne daß irgendwelche Störungen zu bemerken waren, wie z. B. Steigerung des Reststickstoffes im Blute oder Leber- oder Nierenentartung, wie es zum ersten Male bei größeren Synthalingeingaben gefunden wurde.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{290.} dell'Acqua, Giovanni, Zur Frage der Beeinflussung der Hautkapillaren endokrin Kranker durch Hormonpräparate. (Klin. Wschr., 46, S. 2195, 1928.) Verfasser kann die Angaben Bocks, die spezifische Kapillarreaktion bei endokrinen Insuffizienzständen auf die parenterale Zufuhr des entsprechenden Hormons, nicht bestätigen. Er hält daher auch jeden Versuch für hinfällig, mit Hilfe dieser Kapillarreaktion eine Analyse unklarer, pluriglandulärer Störungen unternehmen zu wollen, wie Bock dies in Fällen von endogener Fettsucht und genuinem arteriellem Hochdruck getan hat. Warum Bock von einer „paradoxen“ Kapillarreaktion spricht, ist Verfasser unverständlich.

Verfasser hat die Reaktion auf parenteral injizierte Organpräparate auch in einer Reihe von Fällen studiert, die nicht als gut definierte oder überhaupt nicht als endokrin Kranke anzusehen waren (16 Fälle). Hierbei erscheint wiederum eine gewisse Beziehung zwischen sehr starker Reaktion auf Hypophysenhinterlappenextrakte und geringer Reaktion auf Adrenalin (Fall von konstitutioneller Fettsucht, Vasoparalyse der Hände), ferner die schwache Pituitan- und starke Adrenalinreaktion bei einem Hochdruckkranken, der sich also entgegen der Bockschen Auffassung diesbezüglich ganz ebenso verhielt wie der Addisonkranke, und schließlich das Fehlen jeder Kapillarreaktion auf Ovaglandol und Testosan bemerkenswert. Thyroxin intravenös löste in einem Falle von beginnender Sklerodermie mit schweren vasoparalytischen Störungen an den Extremitäten eine schwache Reaktion aus. Irgendwelche Anhaltspunkte für eine insuffiziente Schilddrüsenentätigkeit waren in diesem Falle ebenso wenig vorhanden wie ein therapeutisches Resultat der späterhin

versuchten Thyreoidinbehandlung. Bei vier weiteren Fällen hatte Thyroxin keine Aenderung des Kapillarbildes zur Folge. Verfasser weist ferner darauf hin, daß er nach einer subkutanen Pilocarpin-injektion in zwei daraufhin untersuchten Fällen eine Erweiterung des arteriellen und venösen Kapillarschenkels mit beschleunigter Strömung beobachten konnte.

Arnold Hirsch, Berlin.

Wendt, H., **Lipidstoffwechsel am Hungertier.** (Klin. Wschr., 46, S. 2183, 1928.) Bei Hungerhunden nehmen der lipide Phosphor und das Cholesterin in den ersten Tagen des Hungerns im peripheren Blute zu und fallen im weiteren Verlaufe des Hungerns allmählich zu antnormalen Werten ab. An der Zunahme des Cholesterins in den ersten Hungertagen ist das freie und das Estercholesterin ungefähr gleichmäßig beteiligt, ebenso auch an dem späteren Abfall.

Der auch am Normaltier beobachtete Anstieg des lipiden Phosphors und der Cholesterinester nach Trioleinbelastung ist am Hungerhund viel deutlicher ausgeprägt.

Es wird versucht, das Verhalten des lipiden Phosphors und des Cholesterins beim Hungertier und auch das in der Literatur angegebene Verhalten dieser beiden Lipide unter verschiedenen anderen Bedingungen zu erklären durch die Annahme, daß der Abbau der Fette über das Lezithin bzw. die Cholesterinester geht.

Arnold Hirsch, Berlin.

Schmidt, Peter, **Aktivierung und Reaktivierung der Gonaden.** (Med. Welt, Nr. 44, 1928.) Fehlende oder gestörte Ertüchtung und Potenz sind ein Ausdruck der Gesamtstörung. Der Altersprozeß verläuft im wesentlichen unter einem Versagen des Sympathikotonus, der sich in einem Dauerkampf der Gefäße äußert. Der Geschlechtsakt ist der denkbar mächtigste Tonisator und dadurch auch ein ideales physiologisches Verjüngungsmittel. Die Kurve des Lebensablaufes läßt sich folgendermaßen darstellen: Pubertät ist Aktivierung der Gonaden. Vollreife bedeutet dauerndes hohes Aktivsein. Das Klimakterium und Alter ist der Ausdruck des Nachlassens und des schließlichen Aufhörens der gonadalen Aktivierung. Der Steinach-Impuls ist als Reaktivierung zu bezeichnen. Nach der Meinung der Schule von Ruzicka besteht der Altersprozeß in einer Abnahme der löslichen Zellbestandteile und in einem Ueberwiegen schwerer löslicher Substanzen. Es handelt sich dabei um eine zunehmende Kondensation der Gewebe mit Wasserverlust. Diesen Schrumpfungsprozeß nennt Ruzicka die Hysterese des Protoplasma. Wie Ruzicka nachweisen konnte, ist die Hysterese ein reversibler Prozeß: bei der Reaktivierung der Gonaden findet eine Totalverjüngung statt, eine Verjüngung bis in das Kolloid des Protoplasma. Der zweite Kardinalfaktor der Reaktivierung besteht in der Wiederherstellung des Sympathikotonus; bei der klimakterischen bzw. senilen Hypertension sinkt nach der Reaktivierung der Druck mit Regelmäßigkeit ab. Der antihysteretische und der sympathikotonische Faktor der Verjüngung beweisen mit Sicherheit, daß die Jahreszeiten des Lebens von der interstitiellen Drüse abhängen. Die Reaktivierung der Gonaden muß immer zur Reaktivierung des Organismus führen. Das Gonadalthormon ist der individuelle endogene Reifungs- und Altersfaktor.

L. Gordon, Berlin.

Nitschke und Meyer zu Hörste, **Ueber den Mineralgehalt und das Säurebasengleichgewicht im Säuglingsserum.** (Jb. Kinderheilk., 71., H. 3/4.) Von den Untersuchungsergebnissen der Autoren über den Mineralgehalt des Säuglingsserums erscheint folgendes bemerkenswert: Vigantol erzeugte bei einigen Fällen von Rachitis und Tetanie. — dagegen nicht bei zwei normalen Säuglingen — eine deutliche, auf Abnahme der organischen Säuren beruhende Alkalose.

Bruch, **Gaswechseluntersuchungen über die Erholung nach Arbeit bei einigen gesunden und kranken Kindern.** (Jb. Kinderheilk., 71., H. 1/2.) Arbeitsversuche (Kurbeldrehen bei verschieden großem Reibungswiderstand) bei gesunden und stoffwechselgestörten Kindern (Diabetes, Myxödem, endogene Fettsucht). Untersucht wurden Art und Umfang der Atmung, des Sauerstoffverbrauchs, der Kohlenoxydbildung und der Pulszahl. Nach den eigenen Angaben der Verf. können die gewonnenen Erkenntnisse nur als Einzelergebnisse gewertet werden. Irgendwelche allgemeinen Gesetzmäßigkeiten konnten nicht aus den bisherigen Untersuchungen abgeleitet werden.

Hoffstaedt, Ernst, **Beobachtungen über Verlangsamung der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 46, S. 1925, 1928.) Ebenso wichtig wie die Beobachtung der Blutkörperchen-Senkungsbeschleunigung ist die Erfassung und Kenntnis der Blutkörperchen-Senkungsverlangsamung. Diese kommt konstitutionell vorzugsweise bei vegetativ Stigmatisierten, Neurotikern, Hysterikern, Allergikern usw. vor, außerdem bei organischen Gehirnkrankheiten, insbesondere der vegetativen Zentren, und bei einigen anderen Krankheitszuständen, wie bestimmten Leberkrankheiten und kardialen Stauungszuständen. In Fällen von konstitutioneller Sen-

kungsverlangsamung können mäßig starke und geringgradige Beschleunigungen leicht verdeckt und daher übersehen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Hauffe, Georg, **Die Bedeutung des Herzohres für die Vorwärtsbewegung des Blutes.** (Kreislaufrorsch., Nr. 21, S. 634, 1928.) Das Herzohr ist der bisher vermiste Motor des Vorhofes. Am Anfangsteile der gesamten Blutbewegung angebracht, erteilt es nach Ablauf der Anspannungszeit mit der Zusammenziehung seiner balkenförmig ins Innere vorspringenden Muskulatur dem Vorhofsblute die Bewegungsrichtung nach der Kammer. Zusammen mit dem Einbaue des Herzens in eine luftdichte Hülle, als gleichzeitig wirkender Druck- und Saugpumpe, ist nun die Strömungsrichtung des Blutes von Anfang an festgelegt. Klappen an der venösen Einmündung erübrigen sich. Das Herzohr wirkt wie eine hydraulische Presse auf die Fläche der Kammerklappen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Fischer, Robert, **Klinische Untersuchungen über den Jugularvenenpuls.** (Z. Kreislaufrorsch., Nr. 20, S. 601, 1928.) Nach Trinken einer größeren Menge Wasser (1,5 Liter) nehmen beim Menschen die Ausschläge der Venenpulscurve zu.

Bei Zuständen von Hypertrophie des linken Ventrikels im Dekompensationsstadium findet sich häufig eine starke Größenzunahme des Plebogramms, welche auf vermehrter Blutgeschwindigkeit beruht.

Bei der Beurteilung der Form des Venenpulses ist nicht nur die Tätigkeit des rechten Vorhofes, sondern auch die zirkulierende Blutmenge und die Blutgeschwindigkeit in Betracht zu ziehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Meyerstein, **Ueber Einwirkungen des Lichtes auf das Blut.** (Klin. Wschr., Nr. 47, S. 2344, 1928.) Die Versuche des Verfassers können als eine Stütze für die Auffassung betrachtet werden, daß das Licht die Zusammensetzung des Blutes im Organismus beeinflusst und sie sind nach Ansicht des Autors auch geeignet, Beobachtungen bei Tieren, die im Dunkeln gehalten wurden, und sonstige experimentelle Feststellungen über die Wirksamkeit von Bestrahlungen zu ergänzen. Es besteht wohl auch nur ein scheinbarer Widerspruch zwischen der Tatsache, daß die Erythrozyten unter der Wirkung des Lichtes schneller aufgelöst werden, und der aus einigen Erfahrungen abgeleiteten Annahme, daß das Licht einen fördernden Einfluß auf die Blutzusammensetzung des Organismus ausübt. Von Kepinow wurde gezeigt, daß dem Körper einverleibte Erythrozytenbestandteile die Neubildung der roten Blutkörperchen steigern können, und so ist es wohl denkbar, daß unter der Einwirkung des Lichtes der Blutwechsel die Mauserung des Blutes, angeregt und begünstigt wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Lawaczek, Hwinz, **Ueber primäre und sekundäre Hyperazidität des Magens.** (Klin. Wschr., 46, S. 2194, 1928.) Therapeutisch ergibt sich aus den Ausführungen des Verfassers folgendes: Die Beschwerden bei primärer Hyperazidität wird man nach wie vor durch Alkalidarreichung per os bekämpfen können. Wenn auch bei der Auslösung der Beschwerden bei Azidismus Motilitätsmomente eine Rolle spielen mögen, so sieht man doch immer wieder, wie oft schon bei dem ersten Schluck einer Alkalilösung die Magenschmerzen prompt und restlos verschwinden. Bei dieser Alkalimedikation, die bei vielen Patienten zu einem ziemlichen Missbrauch führen kann, wird in Kauf genommen, daß der Harn noch alkalisch wird, und vielfach gelangt dabei ein trüber phosphaturischer Harn zur Entleerung. Die Anwendung von Erdalkalien erscheint daher wegen der schwereren Löslichkeit zur Bekämpfung der primären Hyperazidität unzuweckmäßig.

Bei der sekundären Hyperazidität muß auf die Bekämpfung der Hyperazidämie das Hauptaugenmerk gerichtet werden. Gelingt es, diese zum Verschwinden zu bringen, so schwindet auch die Hyperazidität des Magens und vielleicht auch die Ulkusbereitschaft. Nun besitzen wir in vermehrter Atmung ein Mittel, die H-Ionenkonzentration des Blutes nach der alkalischen Seite zu verschieben. Gelingt es doch durch Ueberventilation, das Blut bis zur Alkalose, bis zum Auftreten der Tetanie alkalisch zu machen! Es wäre also vielleicht denkbar, daß bei Ulkuskuren eine planmäßig durchgeführte Atemgymnastik von Nutzen sein kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde.

Kogan, J. M., **Verwendung des Assoziationsexperiments bei der Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers.** (Nach dem Material des Ukrainischen Kabinetts für Erforschung des Verbrechertums.) (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Die jetzige Methodik des Assoziationsexperiments besteht bekanntlich darin, daß der Experimentator ein Wort ausspricht (das sogenannte Reizwort) und den Prüfling anweist, das erste Wort zu sagen, das ihm einfällt (das sogenannte Reaktionswort). Die Zeit, welche zwischen dem Reiz- und

der Reaktion verstreicht, wird von einem Sekundometer vermerkt. Es hat sich erwiesen, daß ein gesunder Mensch auf einen für ihn indifferenten Reiz mit einer raschen indifferenten Reaktion reagiert, wobei die Assoziationen entweder dem Klang, der Ähnlichkeit oder der Angrenzungen nach stattfinden. In den Fällen aber, wenn der Reiz verdrängte unbewußte Komplexe in Bewegung setzt, ist die Reaktionszeit oft sehr verlängert; die Reaktion selbst wird inadäquat und ist von Affekt begleitet, was zahlreiche mimische, vasomotorische, sekretorische und andere Reaktionen (wie Lachen, Weinen, Rotwerden, Schwitzen usw.) beweisen. Eine sehr interessante Ergänzung, die aber ausschließlich in einem Laboratorium ausgeführt werden kann, wurde von Veraguth in das Assoziationsexperiment eingeführt. Während des Experiments wird der Untersuchte in einen elektrischen Kreis eingeschaltet, indem man seine Hände mit Metallplatten verbindet. In diesen Kreis wird ein empfindliches Galvanometer eingeschaltet. Da psychische Erregung eine Veränderung der elektrischen Leitungsfähigkeit des menschlichen Körpers durch das vegetative Nervensystem hervorruft, findet bei jeder affektiven Schwankung des Untersuchten eine Ablenkung des Galvanometers statt, die um so größer ist, je stärker der Affekt des Untersuchten ist (die sogenannte psychogalvanische Reaktion). Besonders scharf tritt der Komplex hervor, wenn die Liste der Reizwörter so zusammengesetzt wird, daß indifferente Reize mit solchen abwechseln, welche nach der Meinung des Experimentators für den Untersuchten Komplexreize sein können.

An Hand von acht Fällen kommt Verfasser zu der Auffassung, daß die Experimente eine überwiegende Mehrheit extrasignaler Reaktionen enthalten. Aber während im ersten Falle „Die Extrasignalität“ oder, besser gesagt, die Inadäquatität der Reaktion, in bezug zu dem Reizwort als Ausdruck einer Schutz Tendenz erscheint, beweist sie im anderen Fall eine Dissoziation der Persönlichkeit unter dem Einfluß eines krankhaften Vorganges. Dieses Beispiel beweist klar, wie unproduktiv eine schematische, rein statistische Behandlung der Resultate des Assoziationsexperimentes ist. Daher muß man, um vollwertige und richtige Folgerungen aus den mit Hilfe des Assoziationsexperimentes gewonnenen Ergebnissen zu erhalten, bei der Klassifikation der Reaktionswörter parallel ihre allgemeine Tendenz vermerken: den Schutz- oder Protestcharakter, ihre Komplexität oder Indifferenz usw. Dann wird man neben der logisch-grammatischen Schätzung einen Hinweis auf die affektogene Kraft der Reizwörter erhalten, und das wird helfen, manche Seiten der zu erforschenden Persönlichkeit des Verbrechers klarzustellen.

Hans Knospe, Berlin.

301.

Luseenburger, Hans, Vorläufiger Bericht über psychiatrische Serienuntersuchungen an Zwillingen. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Verfasser hat seine Untersuchung vorerst für die drei großen Erbpsychosen: Dementia praecox, manisch-depressives Irresein und Epilepsie in Angriff genommen und als Kontrastmittel eine im wesentlichen exogene Psychose von großer Häufigkeit gewählt, die progressive Paralyse. Das Material für die lückenlosen Serien setzt sich bis dato zusammen: Aus den Archiven der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München und des genealogischen Laboratoriums der Basler Klinik. Aus dem Stichtagsbestand der Anstalten Bayreuth, Deggendorf, Erlangen, Gabelsee, Insee, Kaufbeuren, Klingenmünster, Kutzenberg, Lohr, Mainkofen, Regensburg und Werneck. Unter den 16 382 Ausgangsfällen sind 6443 Schizophrene, 2030 Manisch-Depressive und 1058 Epileptiker. An schizophrenen Zwillingen fand Verfasser 100 Einzelprobanden und 3 Fälle, bei denen auch der Partner schizophrener Zwillingenproband war, d. h. an sicherer Dementia praecox erkrankt war und in den zeitlich und örtlich begrenzten Zahlbezirk fiel. Manisch-depressive Zwillingenprobanden fand Verfasser 38, und zwar 36 Einzelprobanden und einen Fall von Doppelprobanden; epileptische Zwillingenprobanden waren 19. Bei dem Versuch, sich von der Häufigkeit der Zwillingenprobanden neben den Schizophrenen, Manisch-Depressiven und Epileptikern im Vergleich mit den Verhältnissen der Gesamtbevölkerung ein Bild zu machen, kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß es nicht angeht, aus den gewonnenen Ziffern einen positiven Einfluß der Zwillingschaft auf den Eintritt der drei großen Erbpsychosen oder umgekehrt einen Abmangel infolge der Wirkung von Letalfaktoren zu erschließen. Verfasser stellt ferner fest, daß die Zwillingspartner aller unserer sicheren Schizophrenen, für welche die Herkunft aus einer befruchteten Eizelle höchst wahrscheinlich gemacht werden konnte, nach vollkommener Absolvierung der Gefährdungsperiode ebenfalls an Dementia praecox erkrankt sind. Das Fehlen einer starken Letalauslese bei einer so hohen Manifestationswahrscheinlichkeit verbietet stricte, die Rinchischen Proportionen mit Monohybridismus erklären zu wollen. Es ist nach Befunden des Verfassers ausgeschlossen, daß die Dementia praecox dem einfach rezessiven Erbgang folgt. Man kann weder einen positiven noch einen negativen Einfluß der Zwillingschaft überhaupt und der zweieiigen Zwillingschaft im besonderen auf den Eintritt der Dementia praecox feststellen. Was die

Manisch-Depressiven und die Epileptiker anlangt, so ist das Material zu Schlüssen statistischer Natur noch zu klein. Es darf aber darauf hingewiesen werden, daß auch beim manisch-depressiven Irresein die sicher konkordant erkrankten Partner sich unter den Identischen finden. Die als zweieiig zu bezeichnenden Partner sind alle unauffällig.

Auf Grund klinischer Studien hält Verfasser nicht für ausgeschlossen, daß die Dementia praecox als ein erbliches Merkmal aufgefaßt werden dürfte, das einer erheblichen, meist aber erst im vorgerückteren Alter sich geltendmachenden Paravariabilität unterliegt, während seine reinen, von Außeneinflüssen wenig beeinflussten Phänotypen durch die hebephrenen und einfachkatatonen Frühformen repräsentiert würden. Für die Gestaltung des Einzelfalles würde der Zeitpunkt des Beginns dann eine nicht unbedeutende Rolle spielen; dieser aber ist, wie früher schon erwähnt, auch auf Grund der zwillingsstatistischen Befunde als von Außeneinflüssen abhängig zu bezeichnen. Was das manisch-depressive Irresein anlangt, so gilt über Beginn, Verlauf, krankheitsfreie Perioden und Ausgang das gleiche wie für die Dementia praecox. Nur sind — was vielleicht nicht nur an dem kleineren Material liegt — ganz durchweg die Verschiedenheiten geringer, die Uebereinstimmungen größer. In einem Fall zum mindesten wurde ein geradezu auffallender Parallelismus besonders in der Periodizität der Attacken beobachtet. Vor allem stimmt Beginn, Dauer und Intensität melancholischer Phasen oft gut überein. Das große Eindrucksbild der Psychose, ihr im ganzen manischer oder depressiver oder zirkulärer Charakter scheint stets gleich zu sein. Verfasser sah — in einem auffälligen Gegensatz zu Psychosen bei Geschwistern — noch kein identisches manisch-depressives Zwillingenpaar, bei welchem der eine Partner nur manisch, der andere nur depressiv gewesen wäre. Ueber die Epilepsie kann an Hand der zwei Fälle noch nichts ausgesagt werden.

Ueber die Symptomenkomplexe innerhalb der schizophrenen Psychosen bei erkrankten und eineiigen Paarlingen ist zu sagen, daß möglicherweise nicht einzuschließen ist, daß der halluzinatorische Komplex zusammen vielleicht mit gewissen Bildern der Schizophrenie einen der für die Manifestierung der Dementia praecox bedeutsamen Anlagefaktoren entspricht. Auf der anderen Seite sind auffallende Verschiedenheiten in bezug auf paranoide Syndrome und hyperkinetische wie hypokinetische Bilder zu finden.

Hans Knospe, Berlin.

302.

Gravestien-Briedé und F. J. Stuurmann: Körperbau und Charakteruntersuchungen bei melancholischen Frauen im klimakterischen und präsenilen Alter. (Z. neur., 116., 3 u. 4, 1928.) Aus den Befunden an 58 melancholischen Frauen im klimakterischen und präsenilen Alter glauben Verfasser die folgenden Schlüsse ziehen zu dürfen: Fälle mit reinem Körperbau wurden selten gefunden; fast alle Fälle hatten Merkmale zweier oder mehrerer Körperbautypen; jedoch war meistens unschwer zu entscheiden, welcher Körperbautypus überwog; dasselbe galt für die Charaktertypen. Eine große Korrelation wurde zwischen dem pyknischen Körperbau und dem syntonen Charakter gefunden. Von den Charaktertypen nach Heymans und Wiersma zeigten die Primären eine große Korrelation mit dem pyknischen Körperbau, weil die Verteilung nach der Grundeigenschaft der Primär- bzw. Sekundärfunktion im großen und ganzen parallel geht mit der Verteilung in Syntone und Dystone. Die Grundeigenschaften der Emotionalität und der Aktivität zeigten keine deutlichen Korrelationen, weder mit dem Körperbau noch mit der Kretschmerschen Charaktereinteilung. Die große Mehrheit aller Fälle zusammen hatte einen überwiegend pyknischen Körperbau und ebenso einen syntonen präpsychotischen Charakter. Die reinen, endogenen Formen der Melancholie zeigten eine viel größere Korrelation mit dem pyknischen Körperbau und dem syntonen Charakter als die unreinen, nervösen Formen und psychogenen Depressionen, indem die sehr atypischen Formen mit starkem Halluzinieren, Negativismus, Stereotypen usw. nur eine geringe Korrelation mit dem pyknischen Habitus und dem syntonem Charakter zeigten. Die körperliche und geistige Konstitution bestimmt also in gewissem Maße die symptomatische Form der Psychose, obwohl darauf auch noch andere, teils bekannte (z. B. exogen- oder somatogen-intoxikatorische), teils unbekannte Faktoren einwirken. Weil eine kleine Minderheit der Fälle doch ein anderes psychotisches Bild zeigte, als man nach dem Körperbau und dem Charaktertypus erwarten würde, so muß man wohl annehmen, daß die Psychose sich unabhängig vom Körperbau oder Charakter entwickeln kann, gleichwie auch Körperbau und Charakter untereinander eine gewisse Unabhängigkeit zeigen.

Hans Knospe, Berlin.

303.

Guttmann, Erich, Ueber flüchtige zerebrale Herderscheinungen. (Dtsch. med. Wschr., 45, S. 1878, 1928.) Faßt man zusammen, was außer der Flüchtigkeit der Erscheinungen an den angeführten Beobachtungen das Gemeinsame zu sein scheint, so kommt man gerade auf den Umstand, der die Flüchtigkeit der Störungen erklärt, nämlich ihre Pathogenese. Die Herderscheinungen sind der Aus-

druck funktioneller Abänderungen nicht zwar in den nervösen Zentralorganen selbst, sondern in den sie umgebenden und ernährenden flüssigen Medien: Vasospasmus oder Stase, Liquoransammlungen oder Oedeme der Hirnhäute führen sekundär zu Symptomen von seiten des Zentralnervensystems. Dabei fehlt in den Beobachtungen des Autors noch die funktionelle Blutung, also etwa eine Auswirkung dessen im Zentralnervensystem, was Schindler als psychogene hämorrhagische Diathese umschrieben hat.

In psychiatrischer Hinsicht erscheinen solche Fälle vor allem beachtenswert wegen des Krankheitswertes, den hier funktionelle Störungen beanspruchen. Hysterische Symptome pflegen auf funktionellen Störungen zu beruhen, d. h. auf quantitativen Abänderungen der normalen Funktion, wie sie auch auf andere Weise, nicht psychoreaktiv, zustande kommen können. Aber selbst dort, wo funktionelle Organstörungen sicher, hysterisch, im engsten Sinne ideagen, Ausdruck tendenziöser Reaktionen sind, läßt sich nicht von vornherein entscheiden, ob sie reversibel bleiben. Auch einmalige oder wiederholte Rückbildung der Erscheinungen läßt nicht mit Sicherheit vorhersagen, ob nicht einmal ein Defektsymptom sich herausbildet.

Gewiß sind Fälle selten, wo gerade hysterische funktionelle Störungen zu Ausfallssymptomen führen; daß sie aber überhaupt vorkommen, ist von größter Bedeutung für die Theoriebildung und sicherlich auch nicht ganz unwichtig für die Praxis.

Arnold Hirsch, Berlin.

Müller-Deham, A., Ueber einseitigen Zungenbelag nach Alkoholinjektion in das Ganglion Gasserle. (Klin. Wschr., Nr. 47, S. 2253, 1928.) Nach Alkoholinjektion des Ganglion Gasserle wegen Trigemineuralgie fand sich als Dauerfolge neben Anästhesie und Agnosie ein einseitiger Zungenbelag als Ausdruck der Trigemineuläsion.

Arnold Hirsch, Berlin.

Montzka, Kurt, Beitrag zur Klinik der Encephalitis disseminata. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Fünf in der Arbeit aufgeführten Fällen ist der akute, meist fieberhafte Beginn, die paralytische Lähmung der Beine, bei vollkommen intakter Sensibilität zu Beginn der Erkrankung und fehlenden Patellarsehnenreflexen, die nur in einem der Fälle erhalten, ja sogar leicht gesteigert sind, eigen. Dieser Symptomenkomplex allein muß auch außerhalb von Epidemiezeiten an die Heine-Medinsche Krankheit denken lassen, die ja bekanntlich sporadisch immer und überall wieder einmal auftritt. Zwei Fälle bieten heute, etwa ein Jahr nach Beginn der Erkrankung, ein in vieler Hinsicht der Poliomyelitis anterior ähnliches Bild: atrophische Lähmungen mit fehlenden Sehnenreflexen bei vollkommen intakter Sensibilität beherrschen hier derzeit das Krankheitsbild. Die zwei letal ausgehenden Fälle bieten das Bild der akuten, aufsteigenden Spinalparalyse. Nach einer schlaffen Lähmung der Beine kommt es in kurzer Zeit zu Lähmungen der oberen Extremitäten, zu Blasen-Mastdarmstörungen und bulbären Erscheinungen, bis schließlich der Tod durch Atemlähmung eintritt. In einem Falle entwickelte sich innerhalb von acht Tagen das Bild einer vollständigen Querschnittsmyelitis des Lendenmarkes mit schlaffer Lähmung der Beine, vollkommenem Erlöschensein der Reflexerregbarkeit und vollständiger Anästhesie der unteren Extremitäten, Stuhl- und Harnretention. Auch in diesem Falle lokalisiert sich der Krankheitsprozeß klinisch vorwiegend in der grauen Substanz der Vorderhörner an verschiedenen Stellen und mit verschiedener Intensität im Rückenmark. Beide Beine und der linke Arm können ein wenig bewegt werden bei stark herabgesetzter motorischer Kraft. Wie in den früheren Fällen auch hier Erlöschensein der Reflexerregbarkeit an den gelähmten Extremitäten; nur am paretischen rechten Arm ist der Sehnenreflex leicht gesteigert, was eine Miterkrankung der weißen Substanz vermuten läßt. Für eine disseminierte, herdförmige Erkrankung sprach weiter die Erschwerung des Schluckens, die als bulbäres Symptom gedeutet werden mußte. Der eine Fall mit Parese der unteren Extremitäten, gesteigerten Patellarsehnenreflexen, normaler Sensibilität und sonst normalen Reflexen läßt klinisch Erkrankung der Vorderhörner und mit Rücksicht auf die gesteigerten Patellarsehnenreflexe auch Läsion der Seitenstränge, also auch Mitbeteiligung der weißen Substanzen vermuten. Bei einem Vergleich der Redlichschen und der von Pette beschriebenen Fälle mit den angeführten fünf Fällen lassen sich weitgehende Uebereinstimmungen unschwer feststellen. Die von Müller ausgesprochene Vermutung, daß viele Fälle von Landryscher Paralyse nichts anderes als eine besondere Erscheinungsform der Poliomyelitis anterior acuta, hervorgerufen durch dasselbe Virus, darstelle, scheint durch die von Paul angestellten experimentellen Versuche eine exakte wissenschaftliche Basis erhalten zu haben. Es scheint, als ob die epidemische Kinderlähmung mehr denn je in allen Ländern bedrohliche Formen annimmt. Aus diesem Grunde wäre die Klärstellung eines Zusammenhanges bzw. der Identität von Landryscher Paralyse und disseminierter Enzephalomyelitis mit epidemischer Kinderlähmung nicht allein von rein theoretischem und wissenschaftlichem Interesse, sondern auch von großem praktischen Werte.

Hans Knospe, Berlin.

306.

Powitzkaja, R. S., Zum Mechanismus der Wahnbildung bei epidemischer Enzephalitis. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Zusammenfassend drückt Verfasser seine Vorstellungen über den Mechanismus der Wahnbildung bei der epidemischen Enzephalitis in folgenden Sätzen aus: Die Bildung der Wahnideen ist unmittelbar mit den vegetativen Verletzungen verbunden. Die Störung der biologischen Vorgänge, die dem Wesen nach die Gefühls- und Aufnahmeprozesse verändert, bildet die Möglichkeit der Entwicklung von Wahnideen. Die Wahnideen müssen in derartigen Fällen gleichzeitig mit den Halluzinationen und der Affektivität als Reaktion des ganzen Organismus auf die vorsichgehenden Veränderungen angesehen werden. Derartige Wahnideen glaubte Verfasser mit Recht als katastrophische bezeichnen zu dürfen, da in ihrer Genese Störungen der Gefühls- und Aufnahmeprozesse vorhanden sind. Ein in der Arbeit erwähnter Fall ist insofern sehr interessant, als hier die beschriebenen Erscheinungen sozusagen in statu nascendi beobachtet wurden.

Hans Knospe, Berlin.

307.

Lüthy, Fritz, und Karl M. Walther, Ueber Polioencephalitis haemorrhagica superior (Wernicke). (Z. Neur., 116., 3 u. 4, 1928.) Der histologische Befund eines in der Arbeit aufgeführten Falles mit im übrigen charakteristischen Erscheinungen der Polioencephalitis haemorrhagica superior stimmt nicht mit demjenigen überein, den Wernicke 1881 bei der Aufstellung des Krankheitsbildes der Polioencephalitis haemorrhagica superior gefunden hat. Ueberlegungen führten nun Verfasser zu dem Ergebnis, daß die entzündliche Natur der Wernickeschen Polioencephalitis haemorrhagica superior im engeren Sinne des Wortes abgelehnt werden muß. Es handelt sich um einen Prozeß, der auf toxischer Grundlage entsteht und am ehesten mit dem Vorgange der Degeneration und Organisation verglichen werden kann, wobei allerdings die Erscheinungen der Degeneration kaum, diejenigen der Organisation und Regeneration hingegen sehr stark hervortreten. Entsprechend den Untersuchungen von Spielmeier und Gamper können daher hämorrhagische Diathesen aus den neugebildeten Gefäßen auftreten, die zuweilen das histologische Bild beherrschen.

Versucht wird die Wernickesche Erkrankung des Ventrikelhöhlengranns durch chemische Intoxikation vom Ependym aus, analog der Farbstoffversuche von Spatz sowie anderer Untersucher. Deshalb ist sie auch stets nur in das unter dem Ventrikelpendym gelegene Höhlengrann zu lokalisieren.

Von dieser Form streng zu scheiden ist die auf infektiöser Basis beruhende, echt entzündliche Erkrankung des zentralen Höhlengranns. Diese kann sekundär die Wernickesche Erkrankung imitieren und dadurch das Bild der echten, entzündlichen Polioencephalitis haemorrhagica superior hervorrufen. Sie ist in diesem Falle nicht an das zentrale Höhlengrann gebunden, sondern kann über diesen Bezirk hinausgreifen und weitere Teile des Zentralnervensystems befallen.

Diese Auffassung scheint geeignet zu sein, die Inkongruenzen zwischen dem klinischen und dem histologischen Befunde zu erklären, insbesondere die Verschiedenheiten der histologischen Befunde zu deuten. Andererseits führt sie dazu, klinisch genaue Beobachtungen zu erheben, besonders auch darauf zu achten, ob nicht doch im Gesamtverlauf des klinischen Bildes sich Unterschiede nachweisen lassen, die der Kliniker differentialdiagnostisch verwerten kann, im Sinne einer reinen, alkoholischen Polioencephalitis haemorrhagica superior gegenüber der echt entzündlichen Polioencephalitis haemorrhagica superior.

Hans Knospe, Berlin.

308.

Zingy, Suzanne, Kasuistischer Beitrag zur Frage der Hirnschwellung. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Eine 1907 geborene Frau, die früher gesund war, erkrankte im Frühjahr 1924 mit unbestimmten Symptomen (Müdigkeit, Amenorrhöe). Ende August stellten sich aphasische Erscheinungen hinzu. Anfang Oktober wird sie wegen Verdacht auf Enzephalitis (Sprechschwierigkeiten, subfebrile Temperaturen) ins Spital eingewiesen: Somatisch läßt sich kein pathologischer Befund nachweisen; im Anschluß an eine Lumbalpunktion deren Resultat vollständig negativ ist, wird die, abgesehen von den Sprachschwierigkeiten, psychisch unauffällige Patientin aufgeregt, so daß sie Mitte Oktober in die Anstalt Burghölzli eingewiesen werden muß. Hier bietet sie bis Ende November 1924 eine ganze Anzahl rasch aufeinander wechselnder differentialdiagnostisch nicht eindeutiger Zustandsbilder (katatonen und sonstige schizophreneaähnliche unklare Dämmerzustände) neben Bildern, die eindeutig auf eine schwere organische Störung des Gehirns hinweisen. Ein neurologischer Befund ist nur zeitweise in Andeutung vorhanden. Ende November treten bei der Kranken epileptiforme Anfälle auf, die bald in solche des Jacksonschen Typus übergehen, wobei bald die eine, bald die andere Seite bevorzugt wird. Anfang Dezember macht die Patientin eine Pneumonie durch; die epileptiformen Anfälle, die während derselben sistiert hatten, treten nach deren Abklingen wieder auf, die Kranke ist einige Tage in einer tiefen Benommenheit und stirbt an einer Lungenembolie. Bei der Sektion finden sich, statt

es angenommenen Hirntumors, die Zeichen starker Hirnschwellung. Diese ist im vorliegenden Falle als endogene Hirnschwellung im Sinne von Reichardt aufzufassen, solange wir diese Art von Krankheitsbilder nicht weiter zu differenzieren imstande sind. Das besondere Hervortreten schizophrener- und epileptieähnlicher Symptome im psychischen Krankheitsbild läßt sich erblichologisch erklären (starke Belastung mit Epilepsie und sonstigen organischen Hirnminderwertigkeiten einerseits, mit abnormem Charakter im Sinne der Schizoidie bis zur manifesten Schizophrenie andererseits) und entspricht auch dem präpsychotischen Charakter der Kranken (epileptoide und schizoide Charakterzüge).

Hans Knospe, Berlin.

309.

Ambrus, Die Symptome der Meningitis. (Jb. Kinderheilk., 71, 5/6). Eine Anzahl von zerebrospinalen Symptomen, wie Kernig, Rudzinski usw., findet sich sowohl bei Meningitis als auch bei einer Reihe von fieberhaften Erkrankungen des Säuglings und Kleinkindesalters. (Meningismus.) Auf Grund klinischer, anatomischer Beobachtungen und Überlegungen und experimenteller Untersuchungen wird das Zustandekommen dieser zerebrospinalen Symptome zurückgeführt auf eine Quellung der Hirnrinde (Hirnödem).

Jahr.

310.

Zischinsky, Das Vorkommen primärer eitriger Meningitis im Kindesalter ablaufenden akuten Infektionskrankheiten. (Jb. Kinderheilk., 71, H. 5/6). Kasuistische Zusammenstellung von 72 Fällen eitriger Meningitis im Ablauf von Infektionskrankheiten des Kindesalters. Das Material, das der Arbeit zugrunde gelegt wurde, umfaßt 1000 Infektionskranke (Erysipel, Diphtherie, Scharlach, Masern, Pertussis). Unberücksichtigt blieben die übrigens seltenen Fälle von togener Meningitis. Das Hauptkontingent der Meningitiden stellte der Keuchhusten: 51 durch Obduktion erhärtete Fälle bei einer Gesamtzahl von 10 900. Weitere Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

311.

Chasanow, M., Ein Beitrag zur Klinik der Pseudosklerose. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Nach Anführung von drei beobachteten Fällen kommt Verfasser zusammenfassend zu den Schlußfolgerungen: Die Pseudosklerose und die Wilsonsche Krankheit stellen eine Krankheit dar; klinisch zeigen sie aber manche Unterschiede, die allerdings fließend ineinander übergehen: in den Grundsymptomen fallen beide Erkrankungen zusammen. Die Wilson-Pseudosklerose kommt nicht bloß im Jugendalter vor, sondern auch im vorgerückten Alter. In der Pathogenese der Wilson-Pseudosklerose kommt dem endokrinen System, ganz insbesondere den Geschlechtsdrüsen, eine bedeutende Rolle zu. Ob zwischen Pseudosklerose und spastischer Pseudosklerose einerseits und multipler Sklerose andererseits klinische Übergangsstufen bestehen, ist nicht erwiesen. Trotz klinisch mitunter ähnlicher Krankheitsbilder muß es sich um prinzipiell verschiedene Prozesse handeln. Hans Knospe, Berlin.

312.

Zimmermann, Richard, Ein weiterer Fall von Pseudosclerosis spastica. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Es wird ein neuer Fall der Jakobschen Pseudosclerosis spastica als siebenter histologisch beschrieben und der Versuch gemacht, den anatomischen Befund mit dem Krankheitsbild zu vereinbaren. Histologisch handelt es sich um zwei Dinge: 1. um einen diffusen fortschreitenden Prozeß, 2. um kleinherdige nervöse Zellaussfälle und herdartige Gliawucherungen. Die Glia hat massenhaft nervenzellzerstörende Formen angenommen. Die Pyramidenzellen sind sklerosiert und heftig entartet oder im Zerfall begriffen. Die Krankheit hat die gesamte Großhirnrinde, besonders die großen grauen Kernmassen, das Stirn- und Schläfenhirn wie die Centralis anterior befallen.

Hans Knospe, Berlin.

313.

Glaubermann, L. M., Eine Kleinhirnzyste, kompliziert durch chronische Arachnoiditis. (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) In einem Falle von angeborener Kleinhirnzyste kam es nach verhältnismäßig leichtem Trauma zur schnellen Entwicklung einer serösen Meningitis mit einer zweiten zystischen Abkapselung in der hinteren Schädelgrube. Die wiederholt ausgeführten Punktionen hatten anfänglich eine bedeutende Herabsetzung der objektiven Symptomatologie zur Folge, bildeten jedoch gleichzeitig ein begünstigendes Moment für den nachträglichen Übergang der aseptischen serösen Meningitis in eine aseptische eitrige. Sowohl die Entwicklung der posttraumatischen serösen Meningitis als auch ihr leichter Übergang in eine eitrige und der ausschließlich langwierige Verlauf der letzteren waren scheinbar durch die in der Kleinhirnschubstanz vorhandene „einfache“ Zyste bedingt, die, an und für sich latent liegend, dennoch die Bedingungen für eine Schädigung der normalen Zirkulationsverhältnisse des Liquors schuf und dadurch zu einer im voraus gegebenen Irritabilität der Meningen führte.

Hans Knospe, Berlin.

314.

Wilder, Josef, Bemerkungen zur Frage der Lipodystrophia progressiva. (Zugleich Mitteilung eines Falles mit Hyper-

trophie eines Beines.) (Z. neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Es wird ein Fall von Lipodystrophia progressiva mit Hypertrophie eines Beines beschrieben, der sicher mit ovariellen Störungen zusammenhängt. Auch familiäre (konstitutionelle) Einflüsse sind nicht auszuschließen. Es wird die Hypothese aufgestellt, daß der Fettschwund der oberen Körperpartien auf einer unbekannten Ursache, die Fetthypertrophie der unteren auf Hinzutreten von Keimdrüseninflüssen beruht. Es werden zwei Formen unterschieden: die infantile (unbekannte Ätiologie, Epiphyse (?), Thyreoidea (?), vorwiegend Lipomatrophie) und die juvenile Form (Keimdrüsenätiologie, vorwiegend Lipohypertrophie).

Hans Knospe, Berlin.

315.

Likint, Fritz, Einzelbeiträge zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis. V. Mitteilung. Der Kochsalzgehalt des Liquor cerebrospinalis. (Z. Neur., 116., 3 u. 4, 1928.) Es wurden insgesamt 450 Liquore auf ihren Gehalt an Kochsalz nach der Methode Volhard-Neubauer untersucht und dabei unter 70 Fällen ein Normalwert von 704–783 mg% festgelegt. Die meisten Werte lagen zwischen 720 und 775 mg% und damit etwa 140 mg% höher als der Serumkochsalzwert, der nach annähernd 2000 Bestimmungen zwischen 570 und 620 (bis 630) mg% gelegen ist. Die geringste Differenz zwischen Serum und Liquor betrug 67 mg%, die höchste 231 mg%. Ein Parallelismus im Abfall und Anstieg zwischen Serum und Liquor-NaCl besteht nicht. Die von einigen Autoren aufgestellte Regel der NaCl-Erniedrigung bei Erweißvermehrung bestätigte sich in einem Teile des Materials nicht. Bei 35 Liquores von chronischer Nephritis ohne und mit urämischen Erscheinungen wurde sechsmal Erniedrigung, 15mal normales Verhalten und 14mal deutliche Erhöhung gefunden. Ein sicherer Unterschied zwischen beiden Formen der Nephritis besteht nicht. Bei Ekklampsie fanden sich fast immer normale Werte. Bei wenigen Fällen von Diabetes mit und ohne Koma normale Werte. Ebenso kein wesentliches Abweichen von der Norm bei 45 Fällen von latenter Lues und Lues cerebrospinalis. Bei acht Tabikern zeigten zwei deutliche Erniedrigung. Weitere neurologische Erkrankungen (Enzephalitis, Hirnabszeß, Hirn- und Rückenmarkstumoren, Comotio cerebri, Hydrozephalus, Epilepsie, Myelitis, Sclerosis multiplex usw.) ergaben meist normale Werte mit gelegentlichen Abweichungen nach oben und unten, die wohl durch eine sekundäre Beteiligung der Meningen oder des vegetativen Regulationsmechanismus der Liquorsekretion zu erklären sind. Bei allen Formen von Meningitis (Tuberkelbazillen, Meningokokken, Pneumokokken, Streptokokken, Staphylokokken und Influenzabazillen) fanden sich bei 154 Liquores meist erniedrigte Werte zwischen 580 und 700 mg%; jedoch können auch gelegentlich normale Werte im hochentzündlichen Stadium vorkommen. Sichere Unterschiede zwischen den einzelnen Formen der Meningitis bestehen ebenso wenig wie eine sichere prognostische Verwertbarkeit von Kochsalzbestimmungen. Die Ursache des häufigen Abfalles könnte theoretisch eine erhöhte Permeabilität der Blutliquorschranke sein. Mit Hilfe von Vergleichsbestimmungen anderer Substanzen (Kalzium und Cholesterin), der Walterschen Brommethode und Farbstoffversuchen war diese Frage jedoch nicht eindeutig zu klären. Bei Meningismus wurden normale Werte gefunden. Differentialdiagnostisch läßt sich die Liquor-Kochsalzbestimmung insofern benutzen, als Werte unter 670 mg% mit einer sehr großen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Meningitis sprechen (nur bei Urämie kann gelegentlich einmal ein gleich niedriger Wert vorkommen). Dagegen ist es auch nicht mit Wahrscheinlichkeit möglich, aus einem Wert von über 800 mg% auf das sichere Vorliegen einer Urämie zu schließen.

Hans Knospe, Berlin.

316.

Altenburger, H., Untersuchungen zur Physiologie und Pathophysiologie der Koordination. I. Mitteilung. Die Bedeutung der Sensibilität für die Agonistentätigkeit. (Z. Neur., 116., 3 u. 4, 1928.) Sowohl nach Hinterwurzel durchschneidung beim Menschen als auch bei pathologischen Läsionen der ersten gemeinsamen sensiblen Wegstrecke kommt es zu einer Verstärkung der Muskelaktionsströme, die in erster Linie die Amplituden betrifft, in geringerem Ausmaße auch die Frequenz.

Bei Vorderhornläsionen ist ein Aktionsstrombild abzuleiten, das dem bei Hinterwurzelläsion weitgehend ähnelt, in einzelnen Punkten aber grundsätzlich Unterschiede aufweist.

Aus den Aktionsstrombeobachtungen wird der Schluß gezogen, daß es bei der Tätigkeit eines Muskels zur Entstehung afferenter sensibler Impulse kommt, die hemmend auf die von höheren motorischen Stationen kommenden Erregungen wirken und das Innervationsmaß auf das dem Bewegungsziel adäquate Maß bringen. Dem gegenüber stehen die Dehnungsreflexe, deren physiologische Bedeutung und Abgrenzung gegenüber der Eigenhemmung des Muskels untersucht wird. Auf Grund der physiologischen und pathologischen Befunde wird die Stellung der Eigenhemmung des Muskels unter den übrigen zur Ataxie führenden inkoordinatorischen Faktoren diskutiert.

Hans Knospe, Berlin.

317.

Guttmann, L., und C. F. List, **Zur Topik und Pathophysiologie der Schweißsekretion.** (Z. Neur., 116., Heft 3/4, 1928.) Ueber eine neue Farbreaktionsmethode zur Untersuchung der Schweißsekretion hat Viktor Minor berichtet. Das Prinzip dieser Methode besteht darin, daß der Körper oder Körperteil des zu Untersuchenden mit einer Lösung: Jodi puri 15,0, Olei ricini 100,0, Spir. vini 900,0 eingepinselt wird. Nach Eintrocknen der Lösung auf der Haut wird diese mit feinstem Reispuder gleichmäßig eingepudert bzw. die Stärke in die Haut eingepreßt. Die überschüssige Stärke wird mittels eines Föns weggeblasen. Nun werden verschiedene schweißtreibende Mittel angewandt. Mit Eintritt der Schweißsekretion entsteht auf der Haut durch die Feuchtigkeit eine Jod-Stärke-Reaktion, die sich in einer schwarzbraunen Negerfarbe zu erkennen gibt, während die nichtschwitzenden Hautpartien ihre durch das Pudern bedingte weiße Farbe behalten.

Verfasser berichten über die Ergebnisse von 165 Versuchen, die an 135 Patienten mit dieser Methode ausgeführt wurden. Dabei ergaben sich für die Pathophysiologie der Schweißsekretion folgende Gesichtspunkte: Bei Totaltrennung eines gemischten peripheren Nerven kommt es in seinem Ausbreitungsgebiet zu einer Anhidrosis, die ungefähr mit dem Areal für die Analgesie bzw. taktile Anästhesie zusammenfällt. Die Anhidrosis besteht sowohl bei Anwendung der zentral angreifenden Schweißmittel, wie auch für das anderwärtig angreifende Pilocarpin, ferner ist auch reflektorisch keine Schweißsekretion mehr auszulösen. Der Zeitpunkt, wann bei Totaltrennung eines peripheren Nerven Anhidrosis für Pilocarpin auftritt, ist individuell etwas verschieden. In der Nachbarschaft der von der Anhidrosis bei Totalläsionen betroffenen Gebiete sieht man oft eine perifläsionelle Hyperhidrosis als Ausdruck einer erhöhten Ansprechbarkeit der das Läsionsgebiet umgebenden normalen Schweißfasern auf den thermischen Reiz. Bei der Regeneration nach Nervennaht scheint nach den bisherigen Erfahrungen die Rückkehr der Schweißsekretion parallel zu gehen mit der Rückkehr des Schmerzgefühls. Die Beobachtungen bei Läsionen der einzelnen Gesichtsnerven sprechen im Sinne einer doppelten Versorgung der Schweißsekretion. Es wird eine Bahn angenommen, deren Fasern im Fazialis verlaufen.

Die Untersuchungen ergaben ferner: Die spinalen Schweißzentren zeigen eine weitgehende regionäre bzw. segmentale Gliederung, so daß auch innerhalb der Segmente für das Gesicht. Dabei besteht eine starke Ueberlagerung der einzelnen Segmenttributäre. Bei Totaltrennung des Rückenmarkes kommt es mit dem Auftreten des spinalen Reflexautomatismus zu einer reflektorischen Spontanhidrosis der infraläsionellen Gebiete, während auf zentral wirkende Mittel eine Hypohidrosis der infraläsionellen Gebiete besteht. Das spricht dafür, daß die zerebrofugalen Schweißbahnen sowohl eine inhibitorische wie eine innervatorische Funktion besitzen. Die im Rückenmark absteigenden zerebrofugalen Bahnen liegen im Seitenstrang ganz dicht in der Nähe des Pyramidenbahnareals bzw. des Seitenhorns selbst. Einseitige isolierte Vorderseitenstrangdurchschneidungen machen keinen Dauerausfall der Schweißsekretion, wenn die Grenzschicht des Seitenhorns intakt bleibt. Die Minorsche Methode eignet sich in hervorragender Weise zur Bestimmung der Beziehung jeder vorderen Wurzel zu ihrem zugehörigen Hautbezirk. Die Beziehungen der hinteren Wurzeln zur Schweißsekretion, besonders die Frage der Hemmungsfunktion der hinteren Wurzeln, ist noch nicht restlos geklärt. Ebenso ist die Frage einer Doppelinnervation im Bereich der Extremitäten und des Rumpfes noch nicht erwiesen.

Bulbäre und pontine Schweißstörungen wurden unter dem vordringenden Material nicht beobachtet, dagegen zahlreiche Fälle von subkortikalen bzw. Stammgangliarläsionen. Schweißsekretionsstörungen fanden Verfasser ferner bei Läsionen des Parietallappens, der vorderen und hinteren Zentralwindung, der ersten Schläfenwindung und der präzentralen Gebiete im Sinne einer kontralateralen Hyperhidrosis. Keine Schweißsekretionsstörungen waren bisher bei Prozessen der vordersten Stirnhirnregion und des Okzipitallappens zu beobachten. Auf Grund der eigenen Beobachtungen und zahlreicher Literaturangaben ist innerhalb des erwähnten Bezirkes noch eine weitere somatotopische Gliederung anzunehmen.

Ein Parallelismus zwischen Stärke der Schweißsekretion und Stärke der motorischen Paresen kann nicht in allen Fällen beobachtet werden. Besonders deutlich war die kontralaterale Hyperhidrosis immer bei frischen Prozessen zu beobachten. Bei der Funktion der kortikalen wie zerebralen Schweißzentren überhaupt bestehen große Ausgleichsmöglichkeiten. Es wird ferner angenommen, daß dem Kortex sowohl ein inhibitorischer wie ein innervatorischer Einfluß auf die Schweißsekretion zukommt.

Zum Schluß stellen an Hand einer Zeichnung Verfasser das System der Schweißinnervation, aus fünf Neuronen zusammengesetzt, folgendermaßen dar:

1. Neuron: Vom Kortex durch die innere Kapsel zu den subkortikalen Ganglien, wahrscheinlich Hypothalamus. 2. Neuron: Vom Hypothalamus zum vegetativen Oblongatakern. 3. Neuron: Vom vegetativen Oblongatakern, teils gekreuzt, teils ungekreuzt zum

Seitenhorn des Rückenmarkes. Die Kreuzung findet wahrscheinlich etwa in der Höhe der Pyramidenkreuzung statt. 4. Neuron: Vom Seitenhorn durch vordere Wurzel via Ramus communicans albus im Grenzstrangganglion. 5. Neuron: Vom Sympathikusganglion in den peripheren Nerven zur Schweißdrüse.

Während für die Schweißinnervation der Extremitäten und des Rumpfes der sichere Nachweis nur einer zerebrofugalen Innervation, nämlich der sympathischen, gelungen ist, besteht für Gesicht und Hals eine Doppelinnervation. Außer der von unten aufsteigenden sympathischen Bahn besteht noch eine direkte parasympathische Bahn, die aus dem bulbopontinen Kerngebiet entspringt. Nimmt man zu den bis jetzt erwähnten efferenten Schweißbahnen die mit ihnen verkoppelten afferenten Bahnen hinzu, so besteht das ganze System der Schweißinnervation aus einem Etagenwerk von Reflexbögen, und zwar:

1. Aus einem kortikalen Bogen, der besonders durch psychische Einwirkungen zu erregen ist; 2. einem subkortikalen Bogen, der vor allem thermischen Impulsen zugänglich ist; 3. einem bulbären Bogen, der z. B. auf Geschmacksschmeize antwortet, und aus 4. dem spinalen Reflexbogen, der auf sensible Hautreize in Tätigkeit tritt.

Hans Knospe, Berlin.

318.

Klein, Robert, **Ueber ein Dorsalflexionsphänomen der großen Zehe.** (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) Bei einem Falle von unklarer Genese mit leichten meningealen Erscheinungen — der Fall wird später genauer angeführt — konnte, wenn man bei der Prüfung auf Kernig bei gebeugtem Hüft- und Kniegelenk das letztere streckte, eine isolierte Dorsalflexion der großen Zehe beobachtet werden. Es lag bei diesem Falle nahe, das Auftreten dieses Symptoms mit den meningealen Erscheinungen in Zusammenhang zu bringen, zumal der Kernig deutlich positiv war. Patient bei der Prüfung lebhafte Schmerzausprägungen von sich gab. Eines war jedoch immerhin auffallend und ließ an einem direkten Zusammenhang mit dem Meningismus Zweifel aufkommen: Während bei der Prüfung auf Kernig absolut keine Seitendifferenz festzustellen war, trat die isolierte Dorsalflexion der großen Zehe bei der geschilderten passiven Bewegung auf dem einen Beine ganz ausgesprochen auf, am anderen Bein war sie nur leicht angedeutet. Dieses veranlaßte den Verfasser, dieses Symptom an den der Klinik zur Verfügung stehenden Fällen anzusehen. Wenn auch die Zahl der daraufhin untersuchten Fälle relativ gering ist und noch kein abschließendes Urteil gestattet, so lassen die wiedergegebenen Beobachtungen die Vermutung zu, daß dieses Symptom mit bestimmten organischen Erkrankungen in Parallele zu bringen ist. Bei Fällen, die einen vollkommenen normalen neurologischen Befund zeigten und die in recht großer Zahl daraufhin untersucht wurden, konnte dieses Symptom niemals beobachtet werden. Verfasser führt alle Fälle seiner positiven Beobachtungen an. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten geht hervor, daß es sich in der ganz überwiegenden Mehrzahl der positiven Fälle um eine Erkrankung des extrapyramidalen Systems handelt. Nur in zwei Fällen konnte aus den klinischen Symptomen eine Schädigung dieses Systems nicht erschlossen werden. Die vom Verfasser beobachteten negativen Fälle von extrapyramidalen Störungen waren stets Folgezustände nach Encephalitis epidemica unter ihren vielfach schwersten Bewegungsstörungen mit Hypertonie und Tremor. Allerdings war gerade das untersuchte encephalitische Material nicht sehr groß. Edelmann hat einen solchen Reflex bereits bei Meningitis beobachtet. Es besteht aber darin ein recht wesentlicher Unterschied, daß bei der Meningitis die isolierte Dorsalflexion nach Ueberwindung einer aktiven Spannung hervorgerufen wird, während in den vom Verfasser erwähnten Fällen das dauernde Bestehen eines erhöhten Tonus der betreffenden Muskulatur festgestellt werden konnte: dann gab es auch noch Fälle, in denen jegliche groben Tonusanomalien vermißt wurden. Es ist daraus ersichtlich, daß der Mechanismus des Symptoms in den vom Verfasser beobachteten Fällen von denen Edelmanns verschieden sein scheint.

Hans Knospe, Berlin.

319.

Salkan, D. M., **Der Grenzstrang des sympathischen Nervensystems als Empfindungen fortleitende Nervenbahn.** (Z. Neur., 116., 1 u. 2, 1928.) An Hand einer Beobachtung kommt Verfasser zu nachstehenden Schlüssen: Die völlige Unterbrechung des Rückenmarks schließt die Empfindungsfähigkeit, insbesondere für Schmerzen, die von unterhalb der Unterbrechung gelegenen Körperteilen ausgehen, nicht aus. Als konstanteste Erscheinung in derartigen Fällen ist das Erhaltenbleiben der Empfindung in der koenitalen Gegenrichtung zu betrachten. Ein solches Erhaltenbleiben der Empfindung in der kongenitalen Gegenrichtung bei histologisch festgestellter völliger Unterbrechung des Rückenmarks läßt das Vorhandensein irgendeiner die Empfindung fortleitenden Nervenbahn vermuten. Spontane Schmerzen und solche, die durch starken Druck in unterhalb der Unterbrechung gelegenen Körperteilen hervorgerufen werden, müssen ebenfalls auf der Nervenbahn Sympathikus-Grenzstrang und höher hinauf über die oberen Brustwurzeln ins Rückenmark geleitet gedacht werden.

reflektorische Dermographismus gibt uns ein zuverlässiges Kriterium für die Lokalisation und den Grad der Rückenmarksläsion an der Hand. Der reflektorische Bogen der Schweißabsonderung hat scheinend einen spinalen Abschluß. Hans Knospe, Berlin.

320.
Grabow, C., und J. Krey, Zur Rekurrenzbehandlung der progressiven Paralyse. (Z. Neur., 116., 3 u. 4, 1928.) In der Arbeit über die Erfahrungen berichtet, die in einem fast dreijährigen Zeitraum an der Landesheil- und Pflegeanstalt Neustadt in Holstein bei der Behandlung der progressiven Paralyse mit afrikanischer Rekurrenz gemacht werden konnten und über die mit dieser Behandlung erzielten Erfolge. Der Hauptanteil und das günstigste Material stammte aus Altona a. d. Elbe; der zweite, wenig günstige Anteil aus der Kieler Psychiatrischen und Nervenklinik. Es sind dies durchweg Leute, die entweder schon erfolglos behandelt worden waren oder solche, bei denen man sich von einer Behandlung keinen Erfolg versprach.

Über den klinischen Verlauf der Impfrekurrenz deckten sich die eigenen Erfahrungen mit den von anderen Autoren veröffentlichten. Zusammenfassend äußert sich Verfasser über die Behandlungserfolge dahin, daß seine gewonnene Zahl der erreichten Remissionen vielleicht hinter sonst veröffentlichten Statistiken etwas zurückbleibt. Ein einwandfreies Bild ist jedoch schwer zu gewinnen, da die Autoren ihre Remissionen anders einteilen. Vereinfacht man die Ergebnisse des Verfassers mit den von Kilm für die Malariabehandlung bei einem dem vorliegenden anscheinend ähnlichen Material mitgeteilt, so zeigt sich, daß die Rekurrenzbehandlung den Wettbewerb mit der Malariatherapie durchaus erfolgreich aufnehmen kann. Allerdings betont Verfasser nochmals, daß auch die Impfrekurrenz durchaus nicht die verhältnismäßig harmlose Erkrankung ist, als die sie von den meisten Autoren bisher geschildert wurde. Neben allen übrigen Komplikationen ist es namentlich der Umstand, daß sie nach Meinung des Verfassers gelegentlich paralytische Anfälle provoziert. Mit Kilm stimmt Verfasser ferner darin überein, daß im Solganal ein Mittel gefunden ist, das, wenn es auch nicht sicher eine Beendigung der gesetzten Infektion bewirken mag, doch imstande ist, der Krankheit einen so milden Verlauf aufzuwingen, daß die Gefährdung der Kranken auf ein Minimum beschränkt bleibt. Vor allem wird man die Rekurrenzbehandlung dort empfehlen können, wo man, wie Verfasser wegen zu starker Überbeanspruchung des Geländes mit Anopheles von der Benutzung der Malaria Abstand nehmen möchte, und auch dort, wo wegen zahlenmäßig zu geringen Materials die Haltung eines Malaria Stammes Schwierigkeiten macht oder nicht möglich ist.

Hans Knospe, Berlin.

321.
Jossmann, P., Die sogenannte traumatische Neurose. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 19, 1928.) Nach Oppenheim, der das Krankheitsbild im ersten Male beschrieb, soll es sich bei den neurotischen Zuständen um echte Krankheiten handeln, die durch molekulare Veränderungen in der Gehirnstruktur hervorgerufen werden. Nachdem man heute die Psychosen traumatischer Natur hinreichend kennt, kann man sie von den sogenannten traumatischen Neurosen wesentlich unterscheiden, da bei ersteren es sich meist um Störungen der Gedächtnisfunktion handelt. Die Psychosen klingen gewöhnlich in kurzer Zeit ab; dauern sie länger, so finden sich außerdem Herdsymptome, die beim Neurotiker fehlen. Viele Aerzte glauben heute, daß bei Neurotikern die Rentenansprüche abgelehnt werden, weil organische Symptome fehlen. Die Erfahrungen haben erwiesen, daß es sich bei einer traumatischen Neurose stets um eine psychogen zu bewertende Reaktion handelt. Alle möglichen Beschwerden, wie Reizbarkeit, Willensschwäche, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, werden von den Neurotikern erwähnt. Mitunter finden sich neurologische Krankheitszeichen, die durch einen neurotischen Zustand überlagert sind. Mögen diese fehlen oder vorhanden sein, kann die psychogene Reaktion feststellen dadurch, daß die objektiven und subjektiven Erscheinungen im größten Widerspruch stehen. Man muß sich vor einer ungeschickten Untersuchungstechnik hüten, da man dadurch direkte Symptome hervorrufen kann. Die Tatsache, daß bei Personen, bei denen eine Entschädigungsfrage in Betracht kommt, neurotische Zustände fehlen, erhält die Bedeutung des Rentenwunsches. Auch nach Abschluß des Rentenverfahrens haben meist die neurotischen Zustände aufgehört. Der neurotische Zustand ist auch abhängig von der Konstitution; bei psychopathischer Veranlagung findet er sich häufiger. Die bewußte Absicht, zu täuschen, spielt meist keine Rolle, da oft die Motive von der betreffenden Person in ihrer Tragweite nicht richtig beurteilt werden. Lehnt man die traumatische Neurose ab und hält sie nur für eine psychogen bedingte Reaktion, so hört damit der Zusammenhang mit dem durch einen Unfall gesetzten Trauma auf. Dies ist die praktische Rechtsprechung von größter Bedeutung. Therapeutisch empfiehlt sich stets eine rasche Entscheidung in den schwebenden Fragen, die mitunter die Neurose schnell zum Abklingen bringt. Eine möglichst frühzeitige Untersuchung durch geschulte

Aerzte ist angezeigt. Da der Rentenwunsch meist das Hauptmotiv darstellt, ist es besser, von einer Rentenneurose zu sprechen, eine Bezeichnung, die heute bereits von vielen angenommen worden ist. Kosminski, Berlin.

322.
Keller, L., Vorteile und Nachteile der Nirvanolbehandlung bei Chorea minor. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1880, 1928.) Das Nirvanol ist ein durchaus wirksames, die Krankheitsdauer erheblich abkürzendes, aber kein gefahrloses Arzneimittel in der Behandlung der Chorea minor. Es erfordert genaueste Dosierung und fortlaufende ärztliche Überwachung, so daß seine Anwendung für die Regel nur bei klinischer Behandlung zu empfehlen ist. Ein voller Erfolg tritt nur dann ein, wenn eine genügend große Einzeldosis, in der Regel 0,3 pro die, gegeben wird. Von praktisch größter Wichtigkeit ist die Beachtung der Regel, bei den ersten Anzeichen der Nirvanolkrankheit das Mittel sofort abzusetzen. Im besonderen lehrt der eine vom Verfasser zitierte Fall, daß bei vagotonischen Kindern eine erhöhte Aufmerksamkeit erforderlich und jede Möglichkeit eines sensibilisierenden Reizes (Sonnenlicht!) fernzuhalten ist. Um die gefährlichen Schwankungen im Säurebasenhaushalt, die die schweren anaphylaktischen Erscheinungen hervorrufen, auszuschalten und einen azidotisch gerichteten Stoffwechsel herzustellen, wäre die Beeinflussung durch entsprechende Säurediät (Salmiak, Salzsäuremilch und Scheer usw.) zu erwägen. Hierüber sind jedoch noch weitere Untersuchungen erforderlich. Arnold Hirsch, Berlin.

323.
Barborka, J. Clifford, Die Behandlung der Epilepsie Erwachsener mit ketogener Diät. (J. Amer. med. Assn., Vol. 91, Nr. 2, 1928.) Im Laufe von vier Jahren wurden an der Mayo-Klinik 32 an idiopathischer Epilepsie leidende Patienten mit ketogener Diät behandelt. Von diesen wurden 7 vollständig geheilt, 12 sichtlich gebessert, in 13 Fällen war kein Erfolg zu verzeichnen, hauptsächlich deswegen, weil die Patienten sich nicht vollkommen den gegebenen Diätvorschriften fügten. Bei Aufstellung einer Diät, welche imstande sein soll, die Bildung mäßiger Mengen von Ketonkörpern hervorzurufen, sind zwei Punkte zu berücksichtigen: erstens muß der Energiebedarf des Patienten soweit als möglich gedeckt werden, zweitens muß die tägliche Kohlehydratquote bei allmählich zunehmendem Fett- und gleichbleibendem Eiweißgehalt der Nahrung nach und nach herabgesetzt werden. Für praktische Zwecke genügt es, den Energiequotienten mit 16 Kalorien pro Pfund (0,453 kg), d. i. 35 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht anzunehmen. Durch Multiplikation der Gesamtkalorien mit 0,035—0,006 (siehe folgende Tabelle) ergibt sich die Kohlehydratmenge in Gramm, welche zur Erzeugung einer allmählich zunehmenden Azidose dem Patienten täglich zu verabreichen ist. In ähnlicher Weise wird die täglich zu verabreichende Fettmenge bestimmt, und zwar durch Multiplikation der Gesamtkalorien mit 0,09—0,10. Die Eiweißmenge soll $\frac{1}{2}$ des Körpergewichtes in Pfund, d. i. $\frac{1}{2}$ des Körpergewichtes in Kilogramm, betragen. Die Durchführung der Behandlung ist aus dem in der folgenden Tabelle enthaltenen Schema ersichtlich.

Diät	Kohlehydrat (g)	Eiweiß (g)	Fett (g)	Probendiät
1	Kal. mal 0,035	Körpergew. mal $\frac{1}{2}$	Kal. mal 0,09	Ubergangsdiät
2	" " 0,02	" " $\frac{1}{2}$	" " 0,09	Ubergangsdiät
3	" " 0,015	" " $\frac{1}{2}$	" " 0,10	Ubergangsdiät
4	" " 0,010	" " $\frac{1}{2}$	" " 0,10	Ubergangsdiät
5	" " 0,008	" " $\frac{1}{2}$	" " 0,10	Ubergangsdiät
6	" " 0,006	" " $\frac{1}{2}$	" " 0,10	Ubergangsdiät

Bevor der Patient auf ketogene Diät gesetzt wird, erhält er 6 bis 7 Tage hindurch Diät 1, um zu ermitteln, ob die verabreichte Kalorienmenge zur Erhaltung des Körpergewichtes hinreicht, wobei Schwankungen von 0,5—0,9 kg nach aufwärts oder abwärts unberücksichtigt bleiben. Im Falle größerer Zu- oder Abnahme wird die tägliche Kalorienmenge entsprechend herabgesetzt bzw. erhöht. Nach 7 Tagen erhält der Patient Diät 2, die eine Ubergangsdiät zur kohlehydratarmen und fettreichen ketogenen Diät (3) darstellt. An Stelle der Diät 2 kann auch eine zweitägige Fastenperiode vor Verabreichung der Diät 3 eingeschaltet werden. Sollte Erbrechen auftreten, was mitunter bei Patienten, die nicht an fettreiche Nahrung gewöhnt sind, vorkommt, so genügt es, etwas Orangensaft zu verschreiben. Diät 3 wird durch 3 bis 5 Tage gegeben. Bei dieser Diät kommt es in der Regel schon zum Auftreten von Ketonkörpern in geringer Menge. Diät 4, 5, 6 werden verordnet, um die bereits vorhandene Ketose zu verstärken und zu unterhalten.

Es ist selbstverständlich, daß der Erfolg der Behandlung zum großen Teil von der Mitwirkung und dem Verständnis des Patienten abhängt. Ähnlich wie diabetische Patienten müssen auch diese Patienten unterrichtet werden, wie sie ihre Nahrung zu bereiten, ihren Harn täglich auf Azetonkörper zu untersuchen haben, um sich über ihren Zustand vergewissern zu können. Kehren die Anfälle trotz bestehender Ketose immer wieder, dann sollte eine Periode absoluten Hungerns in der Dauer von 7 bis 10 Tagen eingeschaltet und nur der Saft von zwei Orangen und etwa 1 bis 2 Liter Wasser täglich genommen werden. Nach der Hungerperiode ist die ketogene

Diät allmählich wieder aufzunehmen. Im allgemeinen ist ein Urteil über den Erfolg der Behandlung nach Ablauf von 6 Monaten möglich.
L. Büchler.

324.

Brussilowski, L., Beeinflussung der neuropsychischen Sphäre durch das Erdbeben in der Krim 1927. (Z. Neur., 116., 3 u. 4, 1928.) Je näher und rascher die Katastrophe vor sich geht, um so schwieriger ist es, Beobachtungen anzustellen an den verschiedenen Reaktionen des Organismus. In dieser Hinsicht zeichnete sich das Erdbeben in der Krim durch einige eigenartige Besonderheiten aus; es trat unvorhergesehen ein, hatte keinen übermäßig stürmischen katastrophalen Verlauf, wies anhaltende Schwingungen neben erdstoßfreien Perioden auf. Verfasser zeigt an Hand zahlreicher Beispiele in der Arbeit das Erdbeben als ätiologischen Faktor neuropsychischer Traumen, die Reaktionen auf das Erdbeben bei den Tieren, Reaktionen der Kinder und die allgemeine Symptomatologie der Erwachsenen. Zusammenfassend äußert er: Zahlreiche Symptome der durch das Erdbeben hervorgerufenen Zustände waren die Folge rein physiologischer Einwirkungen des Erdbebens auf die vegetativen Mechanismen. Wiederholte Stöße begünstigten die Ausbildung bedingter Reflexe auf die Angst vor Erdbeben. Der Erdbebenschock hemmte den Einfluß der Hirnrinde und förderte dadurch die Auswirkung der Unterbewußtseinsphäre der Instinkte.
Hans Knospe, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie.

325.

O. Bumke, Ueber die seelische Behandlung kranker Menschen. (Schluß.) (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 19, 1928.) Bei manchen Zwangskranken hat Verf. sich zur Hypnose entschlossen. Die Suggestivtherapie ist bei der Behandlung psychogener Krankheitserscheinungen nicht zu entbehren. Das Geheimnis des Erfolges liegt immer im Glauben an sein eigenes Verfahren. Nur muß man sich vor gedankenloser Art der Behandlung hüten und den Patienten nicht zu verstehen geben, daß man an die gewählte Behandlungsmethode selbst nicht glaubt. Die letzte Vorbedingung für das Gelingen ist die subjektive Sicherheit der vom Arzt gestellten Diagnose, so daß man also niemals an die Möglichkeit eines organischen Leidens glauben darf. Bei der Hypnose soll sich der Patient lediglich auf die Gedanken einstellen, die vom Arzt ausgehen. Der Patient muß die Hauptarbeit leisten und sich auf das strengste konzentrieren können. Man muß sich davor hüten, Kranke in der Hypnose zum Reden zu bringen, weil man dadurch leicht hysterische Dämmerzustände erzeugen kann. Besitzt ein Kranker eine psychopathische Konstitution, so kann man diese nicht beseitigen, jedoch den Kranken eindringlich lehren, mit dieser auszukommen und sein Leben darnach einzurichten. Voraussetzung ist, daß es sich um junge Menschen handelt, da ältere nur noch schwer beeinflussbar sind. Zweck der ganzen Behandlung soll der sein, den Kranken selbständig zu machen, so daß er schließlich den Arzt entbehren kann. Verfasser gibt dann seine Meinung über die Psychoanalyse. Trotz hoher Anerkennung für die Leistungen von Freud wird dieselbe von ihm abgelehnt. Das Verfahren besteht bekanntlich darin, die Kranken sich aussprechen zu lassen und dann aus diesem Material Schlüsse zu ziehen, die ausschließlich auf sexuellem Gebiet liegen. Was die Kranken sagen, müssen wir als Tatsache hinnehmen, jedoch die Schlüsse, die die Psychoanalyse daraus zieht, indem sie denkbare und bewiesene Zusammenhänge dauernd verwechselt, werden vom Verfasser abgelehnt. Man darf die große Rolle der Sexualität für manche jungen Menschen nicht in Abrede stellen, aber jeder Versuch, innerhalb des Seelischen Grenzen zu ziehen, muß auf Hindernisse stoßen. Die zartesten Äußerungen der geschlechtlichen Liebe unterscheiden sich von den Zartheiten der Eltern zu ihren Kindern äußerlich zwar nicht, denn alle Lustgefühle sind miteinander verwandt. Jedoch wird man sich immer scheuen müssen, diese zarten menschlichen Verhältnisse mit der großen Vereinigung der Geschlechter zu vergleichen, wie es von Freud und seinen Anhängern getan wird. Verfasser erwähnt noch die Methoden von Jung und Adler, deren Individualpsychologie er anerkennt. Das Wesen zahlreicher Psychopathen erklärt sich aus dem Widerspruch, der sich aus einem starken Geltungsbedürfnis und dem Bewußtsein der eigenen Unzulänglichkeit ergibt. Jedoch nicht alle Nervosität ist hierauf zurückzuführen, und man darf auch hier den Bogen nicht überspannen. Die seelische Behandlung kranker Menschen darf nicht nur Nervenärzten überlassen bleiben, sondern jeder Arzt muß instande sein, seine Kranken seelisch zu beeinflussen.

Kosminski, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin.

326.

Saube, Erich, Der Lungenkrebs der Schneeberger Bergleute. (Med. Welt, Nr. 44, 1928.) Von den Schneeberger Bergleuten erliegen mindestens 52% dem Lungenkrebs. Das klinische Bild ist charakteristisch. Anamnestisch geben die Bergleute an, daß sie häufig an

Erkältungen gelitten haben und daß der Auswurf von grauer Beschaffenheit sei, gelegentlich auch einmal kleine Blutbeimengungen enthalte. Typisch ist die sich ganz allmählich steigende Atemnot bei der Arbeit. Bei der Untersuchung findet man die Patienten mit hochgradiger Orthopnoë im Bett sitzen. Die Haut ist graugelblich und zyanotisch, der Ernährungszustand reduziert. Ueber der Lunge findet man meist eine paravertebrale oder parasternale Dämpfung. Die Blutuntersuchung ergibt öfter eine Leukozytose und Eosinophilie. Die Röntgenuntersuchung zeigt bei der Mehrzahl der älteren Bergleute die für Pneumonokoniose charakteristischen Veränderungen. Ätiologisch muß man ein Zusammenwirken mehrerer schädlicher Faktoren annehmen. Einer dieser Faktoren ist die Staubinhalation. Als weitere Hilfsmomente sind zu nennen: der nicht unbeträchtliche Arsengehalt des Gesteinsstaubes und das reichliche Vorkommen einer gasförmigen Radiumemanation in der Grubenluft. Als Hilfsursachen müssen auch die häufigen Erkältungen der Bergleute und die hierbei auftretenden katarrhalischen und entzündlichen Affektionen erwähnt werden. Möglich ist auch, daß erbblologische Momente eine unterstützende Rolle spielen. Der Schneeberger Lungenkrebs ist zweifellos eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit.

L. Gordon, Berlin.

Neu erschienene Bücher:

Schinz, Baensch und Friedl: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie. Thieme, Leipzig. 1928. — Bei der ungeheuren Ausdehnung, welche die Röntgendiagnostik auf allen Gebieten der Medizin beansprucht, scheint es fürs Erste verblüffend, ein Lehrbuch der Röntgendiagnostik vornehmlich vom chirurgischen Standpunkt zu bearbeiten. Dieses klare, programmatische Bekenntnis bringt unserst recht in den Sinn, daß wir in der Tat bisher auf dem Gebiete der Röntgendiagnostik in einer gewissen Einseitigkeit gelebt haben, indem die bisherigen Lehrbücher dieses Faches zumeist von internistisch eingestellten Ärzten bearbeitet sind. Das Lehrbuch von Schinz und seinen Mitarbeitern, aus den Chirurgischen Kliniken von Payr und Clairmont hervorgegangen, hat so grundsätzlich im voraus das Sinesische. Sein Eigenwert stünde aber fest, wenn es auch nur das Kapitel „Röntgenuntersuchung der Knochen und Gelenke“ auf Neues brächte. Zur Zeit besteht keine andere Möglichkeit, sich röntgenologisch auf diesem Gebiete zusammenfassend und erschöpfend zu orientieren. Auf nahezu 350 Seiten wird die Knochenbiologie und -pathologie behandelt. Auch seltenere Krankheiten sind berücksichtigt. Die Wuchs- und Reifestörungen — der Kretinismus von Looser bearbeitet — umfassen 16 Seiten. Unter Mithilfe von Ulrich und Jüngling, die das Schläfenbein und die Nase mit ihren Nebenhöhlen bzw. die Ventrikulographie übernommen haben, ist die Röntgendiagnostik des Schädels auf etwa 60 Seiten abgehandelt. Es folgen die Kapitel „Myelographie“ und „Weichteile und Fremdkörperlokalisation“. Die Röntgenuntersuchung der Brusteingeweide, unter Beihilfe von Ulrich, Liebmann und Hotz bearbeitet, erstreckt sich über 335 Seiten. Auf löblich breitem Raume wird die Grundlage des normalen Thoraxbildes besprochen. Auch der Kehlkopf ist berücksichtigt. Im Abschnitt „Pathologisches Thoraxbild“ interessiert besonders die „Rolle der Röntgenuntersuchung für die Indikationsstellung operativer Eingriffe bei Lungentuberkulose“ und „Röntgenbefund nach operativen Eingriffen an Lunge und Brustwand“. Bei den „Erkrankungen des Zwerchfells“ scheint die stärkere Betonung der frontalen Untersuchung für die Erkennung des subphrenischen Abszesses erwünscht. Im Abschnitt „Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße“ ist chirurgisch-röntgenologisch das Kapitel „Akute Herzverletzungen und Fremdkörper im Herzen“ wichtig. Die vorwiegend chirurgische Einstellung der Herausgeber hat uns im Abschnitt „Röntgenuntersuchung der Verdauungswege“ im 274. Seiten die schönen Kapitel „Röntgenbild des postoperativen Ulkustumors“, „Allgemeine Wirkung der Laparotomie auf den Magen-Darm“ und die „Typischen Magenoperationen und ihre Komplikationen im Röntgenbild“ beschert, hat aber wohl auch mit zu der etwas stiefmütterlichen Behandlung beispielsweise der Bleivergiftung beigetragen. Ein eigenes Kapitel betrifft die „Bewertung der Röntgendiagnose“, „Magentumoren“ und „Beurteilung der Operabilität“. Auch beim Dickdarm begegnen wir wieder einem Kapitel „Postoperativer Darmbefund“. Dagegen könnte ich selbst in diesem Werke nicht mehr von dem Payrschen Kombinationsverfahren der Elektromagnetischen Untersuchung finden. Im Abschnitt „Röntgenuntersuchung der Harnorgane“ fällt der Pessimismus hinsichtlich der Röntgendiagnostik der Nierensteinleiden auf. Er dürfte zu weit gehen.

Im ganzen ist das Lehrbuch der Röntgendiagnostik von Schinz und seinen Mitarbeitern eine umfassende, bewundernswerte Leistung, welche kritisch durch den Operationsbefund oder an der Leiche geläutert den Röntgenologen vor drohender Einseitigkeit bewahrt. Dabei wird ihm in diesem Werke vieles geboten, was er sich bei der zerstreuten Literatur bisher mühsam zusammensuchen mußte.
J. Kottmaier, Mainz.

Mehr als sechzigtausend Exemplare pro Nummer.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Straße 1

448.8
F77

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag oder den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten angeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 4

BERLIN, DEN 22. FEBRUAR 1929

47. JAHRGANG

Bei Bronchitis acuta und chronica,
sowie Tuberkulose

SIRAN

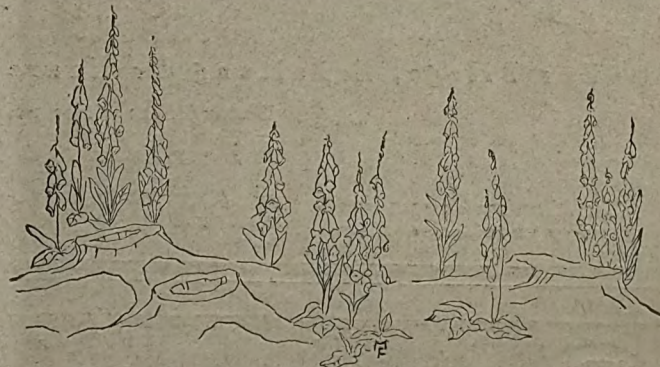
das
führende deutsche Expectorans

Kassenwirtschaftlich: Kassen-Packung Mk. 1,75 — Privat-Packung Mk. 2,10 — Klinik-Packung 1 Kilo Mk. 6,—

TEMMLER WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL



Johannes Bürger
Ysaffabrik
Wernigerode



Als

Digitalismittel der Wahl

hat sich seit Jahrzehnten erfolgreich bewährt

Digitalysatum Bürger

Tropfen, Tabletten, Ampullen, Suppositorien

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. med. E. Rubensohn, Facharzt für innere Krankheiten, Köln: Ist Hysterie bzw. deren Folgen schadenersatzpflichtig?	79
Prof. Dr. W. Vaubel, Darmstadt: Der Standpunkt des Arztes zur Milchfrage	80
Dr. Kurt Heymann: Die Fixationsreaktion nach Besredka bei Hauttuberkulose	82
(Aus dem Institut für Sexualwissenschaft. Dr.-Magnus-Hirschfeld-Stiftung.)	
Dr. Levy-Lenz, Berlin: Die Ursache der akuten, postonaniatischen Schwäche	83
Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.	
Oberregierungs-Medizinalrat Dr. v. Schnizer: Dienstbeschädigung für Gelenkrheumatismus angenommen	84
Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	85
Referate nach Fachgebieten:	
Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte	92

Augenheilkunde	92
Bakteriologie und Serologie	92
Chirurgie und Orthopädie	93
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	94
Geschichte der Medizin	101
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	101
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	101
Hygiene	105
Infektionskrankheiten	105
Innere Medizin einschließlich Tuberkulose	106
Kinderheilkunde	112
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie	114
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	117
Psychiatrie und Nervenheilkunde	119
Psychologie und Psychopathologie	123
Soziale und gerichtliche Medizin	123
Strahlenforschung u. -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie	124

EATAN

das organotrope Aminosäuren-Präparat

Seit Jahren in Klinik und Praxis als Anregungs- und Aufbaumittel bewährt. Es begünstigt die organische Zellregeneration und wirkt dadurch als starker Heilfaktor.

Probe und Literatur durch die Eatinon G. m. b. H., München

Töpfers' Keramin-Haarspiritus

ist ein Heilmittel im wahrsten Sinne des Wortes bei

Seborrhoe (Schmerfluß).

Zur Pflege, Erhaltung der Haare und gegen Haarbodenerkrankung

Bestandteile: Reine weingeistige Lösung von Keramin

Resultate: 100 Prozent Vollerfolg

Zur Krankenkassenverordnung
zugelassen K.-P.

Carl Töpfer, Naumburg a. S. Proben und
Literatur gratis

Pernionin

(Zusammensetzung: Ol. Salviae, Ol. Gaultheriae, art. Mitin)
In Salben- und Tablettenform.

Hervorragende Wirkung bei
Trosschäden
aller Art.

Literatur und Proben kostenlos.

Chem. Fabrik Krewel & Co. G. m. b. H., Köln a. Rh.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 4 BERLIN, DEN 22. FEBRUAR 1929 47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Ist Hysterie bzw. deren Folgen schaden-ersatzpflichtig?

von Dr. med. E. RUBENSOHN, Facharzt für innere Krankheiten, Köln.

Hat man bis zum Jahre 1920 jede Neurose, und sei es auch nur eine Renten-Neurose (insbesondere die Kriegsneurosen), in dem Sinne begutachtet, daß man stets hierbei eine Kriegsdienstbeschädigung bzw. eine Unfallfolge in der privaten Versicherungs-Praxis anerkannte, so ist die Ansicht der Fachwelt seit 1921 in das glatte Gegenteil umgefallen. Jede „traumatische Neurose“ wird als Unfallfolge nicht anerkannt, das Krankheitsbild an und für sich als fälschlich bezeichnet und in ihr lediglich eine Rentensucht gesehen. Dagegen wird bei einer traumatischen Neurasthenie, einer traumatischen Hysterie eine Abfindung zuerkannt (Feilchenfeld, Lehrbuch der praktischen Medizin); wenn Unfallfolgen bzw. Kriegsfolgen und traumatische Neurasthenie in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können.

Die Unklarheit der Begriffsbestimmung der traumatischen Neurasthenie bzw. der traumatischen Hysterie und die daraus in wirtschaftlicher Hinsicht für die Versicherungs-Spruch-Praxis resultierenden Folgen geht aber bereits daraus hervor, daß man lediglich die Begriffsbestimmung der traumatischen Neurose nicht anerkennt und diese aufgehen läßt in die traumatische Neurasthenie oder traumatische Hysterie. Durch die Hintertür läßt man also in der traumatischen Hysterie das wieder hinein, was man mit gewaltigem Satz durch die Vordertür der „Neurose“ verwiesen hat. Es gilt nun hier wie auf allen Gebieten den Mittelweg zu finden und von Fall zu Fall auf Grund eingehender Beobachtung und Begutachtung zu entscheiden oder aber an Hand eingehenden Aktenstudiums festzustellen, ob für hysterische bzw. neurasthenische Zustände im Anschluß an die Kriegsfolge bzw. an die Unfallfolgen eine Dienstbeschädigung bzw. Unfallschaden anzuerkennen ist. Und so möge es mir gestattet sein, an Hand der Akten des Versorgungsamtes über einen Fall zu berichten, wo die Möglichkeit einer Sicherheit der Bejahung für Hysterie vorliegt, ferner aber auch die Verschlimmerung des Leidens selbst nach Ablauf von etwa 8 Jahren als Kriegsdienstfolge anerkannt werden muß.

Der ehemalige Sergeant, jetzige Zollassistent B. stellt unter dem 24. Januar 1928 den Antrag auf Anerkennung seines „Rheumatismus“ als Kriegsdienstbeschädigung. Diese wurde ihm abgeschlagen, da bei der jetzigen Untersuchung nicht die geringsten Symptome einer rheumatischen Erkrankung nachweisbar waren, und somit Dienstbeschädigung für ein Rheuma-leiden nicht vorliegt (Akten des Versorgungsamtes vom 17. Juli 1928).

Es geht aus den Akten des Versorgungsamtes (Bl. 21) hervor, daß B. Rente bezog wegen allgemeiner Nervenschwäche und damit verbundener Herzstörung. „Wenn jetzt, so heißt es weiter, eine Verschlimmerung der Nervenschwäche eingetreten sein sollte, so ist dies nicht mehr auf die seinerzeit anerkannte D.-B. zurückzuführen, sondern hat ihren Grund in anderen Ursachen. Der Anspruch muß also abgewiesen werden, weil keine allein berechnete Minderung der Arbeitsfähigkeit vorliegt.“

Zur Vorgeschichte sei bemerkt, daß B. vor seinem Eintritt zum Truppteil stets gesund war (siehe Akten). Während des Krieges wurde er wegen Krampfadern vom 18. Januar bis 12. Juni 1915 sowie wegen Herzbeschwerden und allgemeiner Nervenschwäche vom 2. Juli bis 12. November 1916 im Lazarett behandelt. Es wurde ihm unter dem 5. Januar 1920 eine D.-B. zugesprochen wegen nervöser Herzstörungen mit allgemeiner Nervenschwäche und Krampfadernbildung in der linken Wade. Es wurde ihm wegen des Nervenleidens allein 50 Prozent zugebilligt. Eine weitere Untersuchung durch den Facharzt für innere Krankheiten sowie einen Facharzt für Nervenleiden auf Anregung des Reservelazaretts Kassel stellt bei B. eine geringe Lungenarterienverengung als Folge der 1916 erlittenen

Gasvergiftung fest, ferner ebenfalls eine nervöse Herzstörung mit allgemein erheblicher Nervenschwäche. Die Störungen des Herzens und der Lunge wurde mit 20 Prozent, die des Nervensystems mit 15 Prozent abgegolten, wobei eine gesamte Erwerbsbeschränkung von 33 1/2 Prozent als angemessen erachtet wurde. In der Folgezeit kränkelte B. nun dauernd weiter. In einem ärztlichen Gutachten vom 22. November 1921 ist von einer Lungenarterienverengung und Bronchialkatarrh die Rede, dem sich zeitweise Herzkrämpfe zugesellten. Ein weiteres Attest vom 8. November 1924 (Dr. Westenhoff) spricht sich über die Herzneurose des Erkrankten aus, die B. für einige Tage arbeitsunfähig machte. Gleichfalls war er weiter wegen Herzneurose und Darmkrampf am 21. Juli 1924 in ärztlicher Behandlung und arbeitsunfähig. Ein Krankenkassenschein vom 5. Januar 1927 berichtet über „hysterische Zustände“ des B.

Die heute nun von mir vorgenommene Untersuchung ergibt folgenden Befund:

B. macht einen deprimierten Eindruck. Der Gesichtsausdruck ist müde; die Gesichtsfarbe dunkelgrau mit leichtem subikterischem Kolorit. Die sichtbaren Temporalarterien geschlängelt. Der Gang ist langsam und müde, dagegen erfolgt prompte Beantwortung aller Fragen. B. ist 1,66 groß und hat ein Gewicht von 64 1/2 Kilo. An der linken Wade sind deutlich variköse Knoten von größerer Ausdehnung nachweisbar. Der Brustkorb ist gut gebaut und symmetrisch gewölbt. Die Lungengrenzen hinten unten sind am elften Dornfortsatz und bei der Atmung gut verschieblich. Ueberall, auch über den Spitzen, lauter reiner Klopfeschall, überall normales reines Bläschenatmen nachweisbar, keinerlei Nebengeräusche, lediglich vereinzeltes Giemen über dem rechten Unterlappen. Die Herzaktion ist beschleunigt, und zwar ist bei der ersten Untersuchung eine Frequenz von 140 Schlägen nachweisbar, bei einer nachfolgenden Untersuchung lediglich 110. Die Herztöne sind überall gleichmäßig laut und rein. Der zweite Ton über der Aorta normal akzentuiert. Das Herz hat im ganzen die Konfiguration eines Tropfenherzens. Der Spitzenstoß findet sich fast im VI. J. K. R. deutlich innerhalb der Warzenlinie. Die rechte absolute Grenze ist noch einwärts des linken Sternalrandes. Der Puls ist kräftig, regelmäßig, dagegen die Frequenz bedeutend vermehrt; er zeigt folgende Werte: in Ruhe 110, nach 10 Kniebeugen 150, und kehrt nach einer halben Minute wieder zur Norm zurück. Bei einer weiteren Untersuchung beträgt die Pulszahl lediglich 80. An den übrigen Organen ist sonst keinerlei krankhafter organischer Befund zu erheben. Der Leib ist überall weich und gut eindrückbar. Der Leberrand schneidet mit dem Rippenbogen ab. Milz nicht fühlbar. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Die Haut- und Sehnenreflexe sind lebhaft gesteigert. Fußklonus angedeutet. Romberg, Oppenheim, Babinski, Westphal negativ. Die Zunge wird gerade, aber zitternd herausgestreckt. Feinschlägiges Zittern der Hände beim Ausstrecken. Lebhaftes Dermographie. Wie bereits gesagt, macht B. psychisch einen deprimierten Eindruck und leidet an Gemütsdepressionen, die nach seinen Angaben besonders durch Schlafstörungen und Kopfschmerz gesteigert werden. B. hüllt sich wegen seines „Nervenleidens“ in ein Meer von Allgemeinbeschwerden und klammert sich dauernd an seine krankhaften Vorstellungen. Von ihnen kommt er nicht mehr los; er fühlt sich völlig dienstuntauglich und zum Leben nicht mehr brauchbar. Er erblickt alle Empfindungen, die er hat, durch die Brille seines Leidens, ist dadurch völlig energielos, geistig und körperlich bedrückt und besitzt keinerlei Fähigkeiten mehr, sich zu irgendeiner Tatkraft aufzuschwingen.

Es ist nun die Frage, ob auch nach evtl. Besserung der Herzbeschwerden des B. eine Dienstfähigkeit des B. zu erzielen ist, da sich ja der Herzneurose, wofür die D.-B. ja anerkannt ist, noch lebhaft psychische Störungen beigesellten, deren bisher in den Akten kaum Erwägung getan ist. Die erhöhte Pulsfrequenz, die verstärkte, anfallsweise Herzaktion, die Atemstörung, die Magen- und Darm-

erscheinungen, deren in den Akten ja dauernd Erwähnung getan ist, sind ja lediglich von psychischen Momenten abhängig, da ein echter, organischer Befund bis heute — nach Ablauf von 10 Jahren — nicht erhoben ist! Die große Labilität des Pulses und der Wechsel zwischen hohen und niedrigen Zahlen gilt ja als sicheres Zeichen dafür bei genügender Vorsicht in der Bewertung dieser Symptome, daß keinerlei Simulation oder Rentensucht diese Zustände hervorgerufen, da diese Erscheinungen sich doch regelmäßig finden und durch Beobachtung am Krankenbett mehrfach bestätigt sind. Es ist sehr fraglich, ob ein Lungenkatarrh, dessen in den Akten häufig Erwähnung getan ist, überhaupt vorhanden war, denn bei der Chronizität des Katarrhs müßte bei der Dauer des Leidens bereits ein echtes Emphysem bzw. ein Tiefstand der Lungengrenzen eingetreten sein. Davon ist aber weder in den ärztlichen Berichten des Jahres 1924 oder 1927 noch jetzt bei der Untersuchung etwas nachweisbar. Trotzdem klagt B. auch heute noch über „Asthma-Anfälle“ und anfallsweise auftretendem Bronchialkatarrh; es ist somit die nervöse Entstehung dieser Störung aus dem Gesamtverhalten des Vagotonikers leicht zu erklären. Das Vorhandensein der vasomotorischen Störungen beweist weiterhin, daß keinerlei Simulation vorliegt, vielmehr eine echte Hysterie, vergesellschaftet in diesem Falle mit Neurasthenie und melancholischen Zuständen. B. zeigt als Hysteriker viele und sehr wechselnde Klagen; der Simulant dagegen trägt diese Beschwerden stark auf und gibt diese in der Regel mit einigen stereotypen gleichen Redewendungen wieder, die sich niemals ändern. Etwas Neues kommt selbst bei langer Beobachtung nicht hinzu, da der Simulant sein Krankheitsbild auf einen bestimmten Plan aufgebaut hat. Der Simulant beteuert stets die Wahrheit. B. ist dagegen von seiner Krankheit so überzeugt, daß er vom Arzt voraussetzt, die Krankheit müsse auch von ihm gefunden werden. Der Simulant gibt vage, unsichere, zögernde, verschleierte Angaben, sucht sich in nichts zu vergebem oder zu verraten, spielt mitunter den wilden Mann in Miene und Geberden. Bs Angaben sind offen, nicht verzögert; er ist einer neuen Behandlung meinerseits in dem Wunsche einer Besserung sehr zugänglich. Er läßt sich behandeln, wie er ja auch bis jetzt stets neue Aerzte hinzugezogen hat. Der Simulant dagegen verweigert jede Behandlung und erklärt sie für Zwang und zwecklos.

Da nun die Diagnose einer Hysterie auf Grund des obigen Befundes der Beobachtung gesichert, so ist die zweite Frage, die wir stellen müssen: ist die Hysterie bzw. Hystero-Neurasthenie verschlimmert gegenüber dem Befund von 1920, ist diese überhaupt identisch mit dem Leiden im Jahre 1920, und wenn ja, kann heute trotzdem noch eine Verschlimmerung für dieses Leiden angenommen werden trotz abschlägigen Bescheides des Versorgungsamtes vom 17. Juli 1928? Die gleichen Beschwerden, das gleiche psychische Verhalten, in den Akten 1920 bereits angedeutet, wenn auch nicht geschildert, die Herzkrämpfe, die gehäuften asthmatischen Zustände wie geringe Erregungen, weiterhin die sonstigen funktionischen Störungen auf dem Gebiete des Nervensystems beweisen, daß das Leiden in seinem Urbilde das gleiche ist. Lediglich hat eine quantitative, nicht qualitative Veränderung stattgefunden. Es hat sich allein im Jahre 1926 ein „Rheumatismus“ dem hysterischen Leidenszustande hinzugesellt. Es handelt sich aber gar nicht um einen Rheumatismus bzw. Myalgie, da keinerlei objektiver Befund vorhanden ist, die Beschwerden so vage sind und auf keine Muskelgruppe lokalisiert. Es handelt sich und kann sich nur handeln um sensible Störungen, die vom Erkrankten fälschlicherweise als rheumatische beurteilt werden und auf die nun auch die Gutachter irrümlicherweise faßten, statt diese Erscheinung in das Gesamtbild seines Leidens einzureihen. Wenn nun Neurotiker, wie Lewandowski richtig bemerkt, auf Grund anerkannter D.B. oder Kriegs-D.B. mit Versorgung ausgeschrieben, später durch Behandlung geheilt sind und daher Versorgungs- und Pensionsanspruch verloren haben, erneut mit den früheren durch Behandlung beseitigten neurotischen Erscheinungen erkranken, so erübrigt sich die erneute Prüfung der D.B.- oder K.D.B.-Frage, und der Pensions- oder Versorgungsanspruch lebt ohne weiteres wieder auf. Es handelt sich nun bei B. um die Reaktionsform eines an sich unveränderten Zustandes. Die Erwägung, daß durch Anerkennung von D.B. bei einem Psychopathen eine die Heilung verhindernde Krankheitssuggestion erzeugt wird, darf demnach nicht ausschlaggebend für die D.B. sein. Sind erst einmal 1 bis 2 Jahre verstrichen und wird Rente bewilligt, so ist es weiterhin schwer, einem Hysterischen die Rente herabzusetzen und die Arbeitsfähigkeit zu erzielen. (Feilchenfeld S. 382.)

Es ist also im Einklang mit dem Gutachten des Reservelazaretts Kassel eine K.D.B. anzuerkennen. Die jetzigen Beschwerden, zuletzt der fälschlicherweise als „Rheumatismus“ bezeichnete vagotone Komplex sind eine ursächliche Folge des hysterischen Leidens bzw. eine Verschlimmerung desselben. Ich erachte demgemäß bei B. wiederum eine Rente, und zwar eine Dauerrente, von 50% für angebracht.

Literatur:

1. Max Herz, Lehrbuch der Herzkrankheiten.
2. Brugsch, Ergebnisse der Gesamtmedizin, 6. Band (Vegetatives Nervensystem und psychische Störungen).
3. Feilchenfeld, Lehrbuch der praktischen Versicherungsmedizin.
4. Mehrings Lehrbuch der inneren Medizin (Kapitel über traumatische Entstehung innerer Krankheiten, bearbeitet von Hirsch).
5. Horn, Ueber nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen.
6. Lewandowsky, Praktische Neurologie.
7. Oppenheim, Kassirer, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
8. Medizinische Klinik, Jahrgang 1927 (Ärztliche Gutachten aus dem Gebiete des Versicherungswesens).
9. Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
10. Nägeli, Unfalls- und Begehrungsneurose 1927.

Der Standpunkt des Arztes zur Milchfrage.

Von Prof. Dr. W. VAUBEL, Darmstadt.

In vielen deutschen Städten finden gegenwärtig in mehr oder minder an die Öffentlichkeit dringender Weise Auseinandersetzungen statt über die beste Art einer hygienischen Milchversorgung der städtischen Bevölkerung. Die Frage ist auch für die Aerzte von Wichtigkeit, da sie doch die Vertrauenspersonen des Publikums sind, an die es sich um Aufklärung wendet. Man sollte nun glauben, in einer so wichtigen Sache eine einheitliche Meinung in der Ärzteschaft erwarten zu können. Dies ist aber tatsächlich nicht der Fall. Vielen liegt die Angelegenheit nicht, da sie nicht genügend unterrichtet sind, und sie lassen sich von dem leiten, was ihnen ein mehr oder minder guter Sachkenner unter den Kollegen vorschlägt. So kommt es, daß einmal ganz entgegengesetzte Urteile von Aerzteorganisationen abgegeben werden, dann aber auch die Stadtverwaltungen ohne entsprechende Rücksichtnahme auf die Ärzteschaft die Frage der Milchversorgung der städtischen Bevölkerung von überwiegend wirtschaftlichem Standpunkt zu lösen versucht. Allerdings muß auch zugegeben werden, daß die Meinungen unter den führenden Persönlichkeiten der Ärzteschaft noch keineswegs völlig geklärt sind oder daß diese zu Kompromissen neigen, so daß der einzelne nur schwer den Weg zu einer klaren, festumrissenen Stellungnahme findet. Aus diesem Grunde habe ich es im nachstehenden unternehmen, die Vorteile und Nachteile der einzelnen Arten von Milchversorgung, insbesondere in hygienischer Hinsicht, ausführlicher zu erörtern.

Man unterscheidet im wesentlichen eine Frischmilchversorgung und eine solche mit dauererhitzter Milch. Unter dieser letzteren ist eine solche zu verstehen, die während 30 Minuten auf eine Temperatur von 63–65 Grad erhitzt und dann sofort tief gekühlt wird. Die frühere Art der Pasteurisierung, die mit einer höheren Erhitzung verbunden war, wird nicht mehr ausgeführt, da sie bekanntlich zu sehr schlechten Ergebnissen führte. Die Temperatur von 63–65 Grad ist eine solche, bei der der größte Teil der Keime abgetötet wird, bei der aber die Milch noch nicht allzuviel von ihren guten Eigenschaften eingebüßt hat. Bei der Frischmilchversorgung handelt es sich um eine Milch, die von dem Konsumenten zum Zwecke der Erhaltung und zum Zwecke der Abtötung gesundheitsschädlicher Keime kurz aufgekocht wird bei einer Dauer von 1 bis 2 Minuten und Unterrühren des Schaumes. Hierdurch ist Gewähr gegeben, daß im allgemeinen sämtliche infektiöse Keime abgetötet sind. Die zweite Art der Verwendung dieser Frischmilch ist das Hinstellen zu Dickmilch oder Sauermilch. Hierbei werden infektiöse Keime nicht vorher abgetötet, aber man kann mit einigem Recht annehmen, daß durch das Ueberwuchern mit säurebildenden Keimen die infektiösen Keime abgetötet oder doch in ihrer Wirksamkeit sehr geschwächt werden. Anders liegen die Verhältnisse bei Herstellung der Butter aus Frischmilch. Da sich die Bazillen beim Ausbuttern der Milch geradezu in der Butter ansammeln, so ist hierbei natürlich mit einer gewissen Infektionsgefahr durchaus zu rechnen.

Die Dauerpasteurisierung der Milch soll sie in einen solchen Zustand versetzen, daß sie dadurch möglichst keimarm gemacht wird und dann so direkt ohne weiteres Aufkochen genossen werden darf und soll. Zum Hinstellen als Dickmilch ist sie nicht mehr geeignet, da die Säure bildenden Bakterien abgetötet sind und erst neue zugefügt werden müßten, um eine richtiggehende Säuerung herbei-

zuföhren. Ueberläßt man eine solche dauerpasteurisierte Milch ohne erneuten Bakterienzusatz sich selbst, also unter entsprechendem Abschluß, so findet eine Zersetzung durch die übriggebliebenen peptonisierenden Bakterien statt, die eine Verwendung dieser Milch nicht mehr gestattet. Die dauerpasteurisierte Milch soll und darf nicht mehr gekocht werden, da dadurch die Milch in ihrem Nährwert weitere erhebliche Schädigung erleiden würde.

Der Vertrieb beider Arten von Milch erfolgt sowohl in Kannen wie in Flaschen. Frischmilch in Flaschen wird meist als eine Art Vorzugsmilch angesehen, also als eine solche, die unter erhöhten Vorsichtsmaßregeln in bezug auf die hygienischen Anforderungen gewonnen wird. Für die Frischmilch ist eine Zentralisierung nicht üblich und in keiner Weise notwendig. Wo sie früher geübt wurde, hat sie mit einem Fiasko geendet, denn, wenn schon Frischmilch verwendet wird, soll sie so rasch wie möglich an die Verbraucher gelangen. Für die Dauerpasteurisierung dagegen ist Zentralisation notwendig, und so bedeutet Zentralisation und Dauerpasteurisierung das gleiche, denn, wenn die Milch nicht noch behandelt werden soll, bedarf sie keiner Zentralisierung.

Wir wollen nun zunächst feststellen, was leistet die Dauererhitzung der Milch im positiven und im negativen Sinne und im Vergleich mit dem Kochprozeß.

Wir beginnen mit den Vitaminen. Die vier bekannten Vitamine A, B, C, D und das neu hinzugekommene Vitamin E besitzen antiskorbutische, antirachitische usw. Eigenschaften; das Vitamin E insbesondere auch solche, die Fortpflanzung und Laktation in erheblicher Weise beeinflussen. Alle fünf sind unbedingt lebensnotwendige Stoffe; sie sind alle in der Milch, natürlich auch in der Frauenmilch, vorhanden in verschiedener Menge. Es handelt sich dabei aber nur um sehr kleine Mengen. Alle vier oder fünf Vitamine werden durch die Dauererhitzung in ihrer Wirkung vermindert oder gar zerstört. Beim Kochen der Milch, die nur 1 bis 2 Minuten dauern soll, ist dies nicht in dem Maße der Fall.

Die Enzyme, d. h. die Frischerhaltungstoffe der Milch, werden beim Erhitzen auf 63 Grad nicht sehr geschädigt. Dies tritt erst bei höherer Temperatur ein.

Von den Bakterien kommt zunächst als wichtigstes und in der Milch sehr häufig vorkommendes Bakterium der Tuberkelbazillus in Frage. Dieser außerordentlich widerstandsfähige Bazillus wird nach vielfachen Beobachtungen bei der Dauererhitzung auf 63 Grad nicht vollständig abgetötet, sondern nur teilweise oder nur in seiner Virulenz geschwächt. Beim Kochen der Milch tritt vollständige Abtötung ein, sofern der sich obenauf bildende Schaum während des Kochens untergerührt wird.

Die eine Eutererkrankung, die Streptokokken-Mastitis, hervorrufenden Streptokokken werden wohl bei der Temperatur von 61 bis 63 Grad abgetötet oder doch erheblich geschwächt. Aber bei diesen Streptokokken handelt es sich im wesentlichen um die von ihnen produzierten Giftstoffe, und diese werden durch die Dauererhitzung nicht zerstört. Diese widerstandsfähigen Giftstoffe führen schwere Erkrankungen, sogar Todesfälle herbei. Sie sind auch nicht durch das Kochen zerstörbar. Während der Nachweis dieser Streptokokkenmilch in den einzelnen Kannen mikroskopisch leicht zu führen ist und unter Umständen auch schon durch das unappetitliche Aussehen der Milch zu erkennen ist, versagt er in den größeren Massen der zentralisierten Milch vollständig. Natürlich werden die Giftstoffe durch die Verdünnung weniger wirksam, aber die Möglichkeit der Herbeiführung von chronischen Erkrankungen durch fort-dauernden Genuß einer solchen, mit kleinen Giftmengen versehenen Milch ist nicht von der Hand zu weisen. Das Zentralisieren einer solchen, sehr häufig vorkommenden Milch bedeutet eine nicht zu unterschätzende Gefahr.

Als dritte, weitere schwere Erkrankungen herbeiführende Bakterienarten sind Typhus, Paratyphus und evtl. auch Ruhr anzusehen. Während die Tuberkelbazillen, falls nicht schwer tuberkulöse Menschen bei der Milchgewinnung tätig sind, im wesentlichen von der Kuh in die Milch gelangen und die Streptokokken sich wohl meist von den Verunreinigungen im Stall her an den Eutern ansiedeln oder von Menschenhand beim Melken dorthin übertragen werden, handelt es sich bei Typhus, Paratyphus und Ruhr um solche, welche nur vom Menschen aus auf die Milch übertragen werden. Hier beim Typhus sind die Meinungen am verschiedenartigsten. Die Anhänger der Dauererhitzung sagen, der Typhusbazillus werde hierbei restlos abgetötet; die anderen bestreiten es. Mit Worten kommt man hierbei nicht weiter; der Versuch ent-

scheidet. Ich ziehe die Untersuchungen von Seelmann hier heran. Dieser hat festgestellt, daß unter 15 geprüften Typhusstämmen zwei waren, die nach 30 Minuten langer Erhitzung nicht restlos abgetötet waren, das sind 13 Prozent. Unter 12 Paratyphus-B-Stämmen war einer, der die gleiche Resistenz aufwies, das sind 8 Prozent. Wenn nun aber Seelmann aus seinen eigenen Versuchen schließt, daß in Sammelmilch bei dieser Temperatur die Abtötung der Typhusbazillen regelmäßig eingetreten sein dürfte, so tut er der Wahrheit Zwang an, denn seine eigenen Versuche widersprechen ja dem. Wir sehen also hier eine Versagen der Dauererhitzung, während Abkochen die Milch von Typhuskeimen vollständig befreit. Dabei ist insbesondere auch darauf hinzuweisen, daß nach den neuesten Untersuchungen Formen des Typhusbazillus vorkommen, die den bekannten in keiner Weise ähnlich sind. Da durch die Dauererhitzung erhebliche Veränderungen der Lebensbedingungen für die Typhusbazillen eingetreten sind, so kann es sehr wohl möglich sein, daß solche bisher unbekannten Formen auftreten. Es müßte also in dieser Hinsicht eine Wiederholung der Versuche eintreten, ehe sie als vollkommen beweiskräftig angesehen werden.

Haben wir so mit der Möglichkeit zu rechnen, daß vorher in Einzelgefäßen vorhandene Typhuskeime in die große Masse der Milch gelangen, sich dort vermehren und nicht vollständig abgetötet werden, so liegt ein weiteres Gefahrenmoment darin, daß die dauererhitzte, in großen Kühlgefäßen offen dastehende Milch trotz aller Vorsichtsmaßregeln aufs neue infiziert wird. Wir haben außer den größeren Epidemien, die wir in den letzten Jahren in Deutschland hatten, eine fortgesetzte Zunahme der Typhuserkrankung in Einzelfällen zu beobachten. Mit der Ausbreitung in Einzelfällen steigt aber die Infektionsgefahr, da dadurch die Zahl der Keimträger fortgesetzt erhöht wird. Daß aber hierdurch auch eine erhöhte Gefahr der Infizierungsmöglichkeit der zentralisierten, dauererhitzten Milch gegeben ist, ist unbestreitbar. Wir haben wiederholt solche von Zentralmolkereien ausgehende Typhusepidemien gehabt, so in Wien schon vor dem Krieg, in Anklam, Hanau usw. Jedenfalls ist die Möglichkeit des Entstehens einer größeren Epidemie durch eine Zentralisierung viel eher gegeben als durch Vertrieb der Milch im Einzelhandel. Aus diesem Grunde sagte auch ein bekannter Professor der Medizin in Frankfurt mit Recht: „Zentralisieren der Milch ist Unsinn.“

Neuerdings kommt zu den erwähnten Infektionsmöglichkeiten noch die durch den Bang-Bazillus hinzu, der den fieberhaften Abortus der Rinder herbeiführt und der bei Menschen durch Milchinfektion schon zu schweren Erkrankungen auch in Deutschland geführt hat.

Von den Befürwortern der Dauererhitzung der Milch wird häufig angeführt, daß die Milch alsdann keimfrei sei. Dies ist durchaus nicht der Fall; sondern die dauererhitzte Milch enthält noch Keime, insbesondere die sogenannten peptonisierenden, die beim Warmwerden der pasteurisierten Milch diese verderben. In einer Kammergerichtsentscheidung in Hannover heißt es mit Recht: „Die Aufschrift ‚Keimfreie Milch, Molkerei Wirsingen‘ ist irreführend. Die Milch ist nicht keimfrei, da sie nicht auf 100 Grad erhitzt worden war.“

Haben wir so nachgewiesen, daß der Dauererhitzung wesentliche Nachteile anhaften, so muß noch kurz auf das Musterbeispiel eingegangen werden, das uns in der Pasteurisierung der Milch in den Vereinigten Staaten von Amerika entgegengehalten wird. Prof. Lichtenberger hat vor einigen Jahren Amerika bereist und von dort Wunderdinge berichtet, so daß allgemein in Deutschland der Wunsch entstand, es den Amerikanern gleichzutun. In Amerika wird wohl in den meisten Staaten pasteurisiert, doch nicht durchweg. So findet die Belieferung der Schulen in New Jersey zu 21 Prozent mit Frischmilch statt. Auch von anderen Seiten wird mitgeteilt, daß immerhin ein kleiner Teil Frischmilch vertrieben wird. Daß aber erhebliche Mißstände auch drüben herrschen, möge folgender Bericht dartun: Der Parlamentarier Mills hat in einem Artikel in der New York Evening Post erklärt, daß 87 Prozent der gesamten Milch, die augenblicklich in Brooklyn verkauft wird, den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht. Von 72 an verschiedensten Stellen der Stadt entnommenen Proben waren nur 8 einwandfrei.

Wir verwerfen also die Dauererhitzung und damit die Zentralisierung aus folgenden Gründen:

1. Die Vitamine werden in mehr oder weniger erheblicher Weise gemindert.
2. Die Tuberkel- und Typhusbazillen werden nicht restlos abgetötet.
3. Streptokokkengifthalte Milch kann zu chronischen Erkrankungen führen.
4. Typhusepidemien können durch Zentralisierung geradezu ausgelöst werden.
5. Bei der Dauerpasteurisierung findet nach längerem Stehen eine Fäulnis statt.
6. Zum Hinstellen für Dickmilch ist sie nicht geeignet, sofern nicht erneut Keime hineingelangt sind.

Auch nach dem Reichsviehseuchengesetz wird zur Vernichtung der Keime der Rinderseuchen eine höhere Temperatur gefordert, als sie bei der Dauerpasteurisierung aus guten Gründen angewendet werden darf. Vielfach findet eine vollständige Abtötung erst beim Kochen statt.

Wir kommen also zu dem Ergebnis, daß für Kinder und Erwachsene eine einwandfrei von gesunden Kühen durch gesunde Menschen gewonnene, sofort nach dem Melken gereinigte und gut gekühlte Frischmilch das beste ist. Dauererhitzte Milch sollte man nur dort verwenden, wo es aus zwingenden Gründen durchaus notwendig ist.

Die Fixationsreaktion nach Besredka bei Hauttuberkulose.

Von Dr. KURT HEYMANN.

Die Fixationsreaktion ist bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose des Menschen ausprobiert worden. Eine Gesamtübersicht über die veröffentlichte Literatur ergibt, daß sie in 90% positiv ist, wenn Lungentuberkulose vorliegt, während sie in 90 bis 95% der klinisch nicht tuberkulösen Fälle negativ ist. Bei der Tuberkulose des Urogenitalapparats, bei tuberkulöser Pleuritis, bei Drüsentuberkulose und Knochengelenk- und Augentuberkulose ist der Prozentsatz der positiv reagierenden Fälle gleichfalls sehr hoch.

Für die Deutung der Reaktion sind aber einige Vorbehalte zu machen. Sie ist nicht streng spezifisch, denn auch bei manchen Nichttuberkulösen (Syphilitikern, Malaria-kranken und Diphtherierekonvaleszenten) kann sie positiv sein. Gewiß eine für die Praxis sehr wichtige Einschränkung.

Sieht man hiervon ab, so bleiben noch genügend Fälle, in denen die Reaktion wertvolle Dienste leistet, also in denjenigen schwierigen Fällen, bei denen eine Differentialdiagnose mit eben genannten Krankheiten nicht in Betracht kommt. Man steht heute auf dem Standpunkt, daß die Reaktion zuweilen eine informatorische Bedeutung hat, daß sie zwar nicht durchaus den Schlüssel zur Diagnose gibt, aber doch unter Berücksichtigung des Gesamtbildes ihren Wert hat: Gemeinsam mit dem Röntgenbild und dem klinischen Befunde kann man mit ihr Fälle latenter Tuberkulose aufspüren.

Im Tierversuch waren die Resultate mit der Fixationsreaktion sehr brauchbar. So schwierig es sein kann, beim Menschen die Entscheidung zu treffen, ob er wirklich tuberkulös ist, so leicht hat man es beim Tier, wo man Kadaver zur Verfügung hat, die makroskopisch tuberkulös sind und in deren Serum man alsdann nach spezifischen Antikörpern suchen kann. Hier ist also die Reaktion ein echtes Laboratoriumsexperiment. Tatsächlich ist sie bei der Rinder-, Kaninchen- und Meerschweinchentuberkulose in 90 bis 100% positiv (Urbain, Arch. méd. et Pharm. Mil. t. 87, 1927, S. 543), während sie bei gesunden Tieren in 92 bis 100% negativ ist.

Was nun die Hauttuberkulose beim Menschen betrifft, so ist bisher die Methode der Komplementablenkung noch nicht so gut studiert worden wie bei den viszerale Formen. Bisher hat man vor allem eine Statistik über die Lupusfälle veröffentlicht (104 Fälle von Ichok, Goldenberg und Fried, C. R. Soc. Biol. t. 88, 1920, p. 1363). Andere Hauttuberkulosen sind nicht in so großer Zahl statistisch auf die Reaktion hin ausgewertet worden. L. Bethoux (C. R. Soc. Biol. t. 91, 1924, Nr. 24, S. 329) untersuchte außer 24 Lupusfällen noch 12 andere Formen: zweimal Tuberculosis verrucosa cutis, zweimal Lupus erythematosus, ein Erythema induratum Bazin, ein Erythema pernio, ein Erythema nodosum. Badoux studierte 11 Fälle (Thèse de Lausanne), Watanabe (Ztschr. f. Tbk., Bd. 42, 1925, p. 45) arbeitete nur mit Lupuskranken.

Von der Tatsache ausgehend, daß nun bei der Hauttuberkulose das letzte Wort über die Fixationsreaktion noch nicht gesprochen ist, daß die bisherigen Statistiken unvollkommen sind, daß die Frage nicht nur ein rein praktisches, sondern auch ein hohes pädagogisches Interesse hat, haben nun Lortat-Jacob, Bidault, Legrain und Urbain (in Annales de Derm. et de Syph. 1928, Nr. 10, in einer Arbeit, der ich diese Ausführungen entnehme) das Studium der Reaktion bei Hauttuberkulose in großem Stil aufgenommen. Gelingt es nämlich, zu beweisen, daß die Fixationsreaktion bei den als unbestreitbar tuberkulös geltenden Hautaffektionen ebenso beweisungskräftig ist wie bei Lungentuberkulose, dann ist man berechtigt, diese Methode zur Einordnung der Affektionen zu verwenden, deren Verwandtschaft mit der Tuberkulose zwar feststeht, deren endgültige Klassifizierung jedoch noch aussteht; es handelt sich um die Tuberkulide. Diese Hautleiden sind in der Tat noch ein schwieriges Problem. Ihre Symptomatologie ist noch nicht ganz geklärt; die pathologisch-anatomischen Untersuchungen lassen nur zu oft ebenso im Stich wie die bakteriologischen und experimentellen Bemühungen zur Klärung der Frage.

Auch die Kutireaktion, die Intradermoreaktion mit Tuberkulin können beim Erwachsenen die Fixationsreaktion nicht ersetzen. Die erstgenannte ist eine Zellreaktion auf die Durchtränkung mit Tuberkulin, die letztgenannte dagegen eine humorale Infektionsreaktion. Und daher muß die Fixationsreaktion herangezogen werden, wenn es sich darum handelt, die Anwesenheit aktiven tuberkulösen Virus' nachzuweisen. Immerhin ist es dann noch möglich, daß eine ihrem ganzen Charakter nach extern gebliebene Inokulationstuberkulose keine humorale Reaktion veranlaßt.

Wie dem auch sei, die Untersuchungen, die darauf hinzielten, tuberkulöse Antikörper nachzuweisen, sind noch sehr wenig zahlreich. Erst seitdem eine strenge Technik ausgearbeitet worden war, seitdem der Wert der zu benutzenden Antigene feststand, das heißt seit den Arbeiten von Calmette und seinen Mitarbeitern, sowie von Besredka, sind die Resultate brauchbar.

Bethoux ging nach der Technik von Calmette und Massel vor und verwandte das Methylantigen von Nègre und Boquet. Das Blut von 36 Kranken, die klinisch frei von Lungentuberkulose und wassermann-negativ waren, wurde untersucht. Die Ergebnisse waren folgende: unbehandelte Lupuskranken 6 Fälle, 4 positiv; Lupuskranken, mit äußeren Mitteln behandelt, 15 Fälle, 3 positiv; Lupuskranken, kompliziert mit anderen Lokalisationen äußerer Art, 3, davon 2 positiv; gummöse Ulzerationen 5 Fälle, davon 5 positiv; 2 Lupus erythematosus, keiner positiv; 1 Erythema induratum Bazin, positiv; 1 Erythema pernio, positiv; 1 Erythema nodosum, positiv.

Hieraus schloß Bethoux, daß bei den Hauttuberkulosen die Zahl der Antikörper wirklich gering ist (3 bis 7 Einheiten durchschnittlich) und daß man sogar bei Lupus zuweilen keine Antikörper findet.

Es scheint, als ob die Lokalbehandlung durch ihre Wirkung auf den tuberkulösen Herd die Bildung von Antikörpern unterdrückt. Bethoux stellt auch fest, daß kein Parallelismus zwischen den Ergebnissen der Kutireaktion mit Tuberkulin und dem Gehalt an Tuberkuloseantikörpern im Serum besteht.

Badoux arbeitete mit dem Antigen von Besredka und dem Wassermann-Antigen. Er fand, daß bei viszeraler und chirurgischer Tuberkulose diese beiden Antigene einander gleichwertig sind und gute Resultate geben, daß das aber bei Hauttuberkulose nicht der Fall ist. Wird mit einem dieser beiden Antigene die Fixationsreaktion gemacht, so sind die Resultate ungenügend. Margat und Devèze (Soc. méd. de Montpellier, 10. März 1922) versuchten die Methode bei verschiedenen Hautkrankheiten und glauben, daß sie bei Kranken im Beginn der tuberkulösen Affektion und im Zustand der Allergie positiv ist.

Grzybowski (siehe bei Urbain, La réaction de fixation dans la tuberculose, Paris, 1925, Masson et Cie.) teilte mit, daß die seröse Flüssigkeit, die er mittels Kohlensäureschnee aus tuberkulösen Phlyktänen gewann, nur 56% positive Resultate ergab.

Wir kommen nun zu den eigenen Versuchen von Lortat-Jacob, Bidault, Legrain und Urbain.

Die Autoren verwandten ausschließlich das Antigen von Besredka und richteten sich nach seiner Technik. Diese besteht ebenso wie die von Calmette und Massol, in der Anwendung

Antigen- und Serummengen und steigender Alexinmengen. Geringe Unterschiede sind: Fehlen der Anfangstitrierung und spezielle Technik in der Zubereitung des hämolytischen Systems.

Das Antigen von Besredka ist eine Emulsion von Tuberkelbazillen, die aus einer vier Tage alten Kultur (auf Einährboden) stammen, in physiologischer Kochsalzlösung; wenn diese Emulsion richtig titriert ist, ist sie vollständig konstant und haltbar.

Alle Kranken, deren Blut zur Reaktion verwendet wurde, sind vorher aufs genaueste untersucht worden (Lungenbefund, klinisch und röntgenologisch zur Ausschaltung einer Allgemeintuberkulose, Wassermann und Hecht zwecks Ausschaltung der Syphilis).

Die Fälle sind in folgende Gruppen eingeordnet:

1. Typische Hauttuberkulosen,
2. Tuberkulide,
3. Zweifelhafte Tuberkulide.

Erste Gruppe: Typische Hauttuberkulosen.
Lupus vulgaris.

Von 13 aktiven, verschieden schweren Fällen von Lupus des Gesichtes, die 2 bis 8 Jahre bestanden, wurden folgende Resultate erhoben: Stark positiv (4 Pluszeichen) 1 (2 Jahre alter Lupus disseminatus), positiv (2 Pluszeichen) 5, schwach positiv (1 Pluszeichen) 3, negativ 4.

Unter diesen 4 negativen Fällen war ein infizierter Lupus der Nase, der sich auf Umschläge hin rasch besserte, und 3 Lupus der Wange oder der Nase, teils ziemlich frisch. Der Zustand der Läsionen oder die Wirksamkeit der bisherigen Behandlung scheinen den Ausfall nicht beeinflusst zu haben. Mithin hat fast ein Drittel der Fälle keine Antikörper im Serum gehabt.

Ulzerierte tuberkulöse Gummien.

In dieser Gruppe befinden sich Fälle ulzeröser Wunden, die von Gummien zurückgeblieben waren und die man klinisch als tuberkulös aufgefaßt hatte, ohne daß dies exakt hätte bewiesen werden können.

7 Fälle ergaben folgende Resultate: Positiv 3, schwach positiv 2, negativ 2.

Von den drei positiven Fällen war einer ein ulzeriertes Gummi des Unterschenkels, das mit dem Antigen von Nègre und Boquet geheilt worden war und einen Monat nach der Behandlung deutlich negativ wurde. Keiner der Fälle war stark positiv.

Tuberculosis verrucosa.

Ein nicht ganz sicherer Fall war zweimal negativ. Er gestattet keine Schlußfolgerung.

Zweite Gruppe: Tuberkulide.

Papulo-nekrotische Form.

6 Fälle, klinisch ganz sicher, Sitz typisch, waren alle positiv, viermal stark positiv, einmal positiv (mit 2 Pluszeichen), einmal schwach positiv. Dieser letzte hatte außer typischen Papeln noch oberflächliche Bläschen, die an Acne cachecticorum erinnerten, und in deren Eiter sich Staphylo- und Streptokokken fanden: dieser, einem Meerschweinchen inokuliert, verursachte keine tuberkulöse Läsion. Der hämatogene Ursprung dieser papulo-nekrotischen Form ist der Grund für den hohen Prozentsatz der Positivität.

Papulo-nekrotische Form, kompliziert mit
Lupus erythematosus.

Ein einziger Fall, der am stärksten positiv reagierte (6 Einheiten).

Erythema induratum Bazin.

11 Fälle, einer davon zweifelhaft. Alle reagierten positiv. Auch hier handelt es sich um eine Aussaat von Bazillen auf dem Blutwege. Ausgangspunkt sind oft die Drüsen; vielleicht erklärt sich so die Bildung von Antikörpern, die aber nicht so zahlreich waren wie bei den papulo-nekrotischen Tuberkuliden.

Lupus erythematosus.

Von 6 Kranken reagierten 2 stark positiv, 1 positiv, 2 schwach positiv, 1 negativ. Diese Statistik deckt sich mit den Zahlen von Schumann und Heden.

Lupus pernio.

2 Fälle, charakterisiert nicht nur durch erythematöse Schwellung, sondern auch durch Bestehen von lupusähnlichen Elementen, waren schwach und stark positiv; der letzte hatte außerdem Läsionen an den Fingerknochen und Pseudosarkoide an den Unterschenkeln. Ein dritter Lupus pernio mit erythematösen Läsionen an den Fingern war positiv.

Dritte Gruppe: Zweifelhafte Tuberkulide.

Hierher gehören: 1. Granuloma annulare, 2. Pityriasis rubra pilaris, 3. Erythema nodosum, 4. Angiokeratoma Mibelli, 5. Symmetrische submalleolare Erythrozyanose.

Granuloma annulare: 3 typische Fälle, 1 zweifelhaft, 2 negativ. Nun rechnet aber J. Schumann das Granuloma annulare aus Gründen klinischer, pathologisch-anatomischer und allergischer Art zu den papulonekrotischen Tuberkuliden. Bei seinen 3 Fällen war die Intradermoreaktion mit Tuberkulin positiv; man kann aber aus zwei biologisch verschiedenen Reaktionen nicht die gleichen Schlußfolgerungen ziehen.

Pityriasis rubra pilaris: 1 Fall negativ.

Erythema nodosum: 4 Fälle, alle positiv, einer davon schwach positiv.

Angiokeratoma Mibelli: 1 Fall schwach positiv.

Symmetrische submalleolare Erythrozyanose.
Diese Affektion beansprucht, weil häufiger, ein allgemeines Interesse; sie kommt fast ausschließlich bei jungen Mädchen vor. Sie soll der Ausdruck verschiedener Affektionen sein, die sich zum Teil auf ein Defizit im endokrinen System zurückführen lassen. Andere wieder sind der Beginn von Störungen, die allmählich ins Erythema induratum Bazin übergehen, das seinerseits zweifellos tuberkulös ist. Die Formen, die schon ein bläuliches Oedem mit Infiltration und Verdickung der Haut zeigen, noch frei von Knötchen, stehen der Bazinschen Krankheit sehr nahe. Diese klinisch scheinbar homogene Gruppe, hinter der sich aber möglicherweise ganz verschiedene Ursachen verbergen, besteht bei den Autoren aus 10 Fällen: stark positiv 1, positiv 2, schwach positiv 2, negativ 5. Die positiven Fälle repräsentieren wahrscheinlich die Uebergangsformen zu dem Erythema induratum Bazin.

Aus den von den Autoren mitgeteilten Resultaten der Besredka-Reaktion ziehen sie folgende Schlüsse:

1. Man kann mit der Besredkareaktion bei Hauttuberkulose Antikörper im Serum der Kranken nachweisen.
2. Die Besredkareaktion bei Hauttuberkulose und Tuberkuliden hat dieselbe Bedeutung wie bei viszerale Evolutionstuberkulosen.
3. Hauptunterschied zwischen Hauttuberkulosen und bloßen Tuberkuliden: letztere ergeben in 90% positive Resultate, erstgenannte viel weniger, und zwar je nekrotischer die Affektion, um so geringer der Prozentsatz der positiven Reaktionen.
4. Lupus pernio und erythematosus: die Reaktion spricht hier für den häufig tuberkulösen Ursprung der beiden Affektionen.
5. Die anderen Affektionen gestatten noch keine Schlußfolgerungen; das Granuloma annulare scheint meist negativ zu sein.

(Aus dem Institut für Sexualwissenschaft. Dr.-Magnus-Hirschfeld-Stiftung.)

Die Ursache der akuten, postonanistischen Schwäche.

Von Dr. LEVY-LENZ, Berlin.

Die angeblichen Schäden durch Ipsation (Onanie, Masturbation) lassen sich zeitlich in drei Gruppen teilen, in die

1. primären Folgen, die als akute Schwäche sofort oder innerhalb 12 bis 24 Stunden post onaniam mit Abgeschlagenheit, Unlust und leerem Körpergefühl geschildert werden;
2. sekundären Folgen, zu denen das ganze Heer der Depressionen, Neurasthenien und Hysterien gehört;
3. tertiären Folgen, als welche organische, nervöse und Geisteskrankheiten angegeben werden.

Betrachtet man diese drei Kategorien in umgekehrter Reihenfolge, so ist es wohl heute sicher erwiesen, daß die tertiären Schädigungen in keiner Weise existieren: alle diesbezüglichen Leiden treten auch bei Nichtonanisten auf, resp. fehlen bei exzessiven Masturbanten. Die sekundären Erscheinungen lassen sich bei mäßig betriebener Ipsation mit dem Wort „Hypochondrie“ abtun und bei der häufiger getätigten wohl auf eine Ueberreizung des Nervensystems (Ejakulatio praecox z. B.) beschränken. Die akuten Folgen des einzelnen onanistischen Aktes dagegen lassen sich selbst nicht bei denjenigen bestreiten, die von der Unschädlichkeit der Selbstbefriedigung überzeugt sind: diese werden übereinstimmend als Unlustgefühle, Mattigkeit, brennende Augen oder ähnlich charakterisiert,

wie sie auch nach einer unruhigen, durchbummelten Nacht auftreten können.

Die Ursachen für diese sicher vorhandene Asthenie waren bisher unbekannt: Die Samenqualität und -quantität war nicht anders als beim Koitus, und auch ein mechanisches Moment konnte es nicht sein, da bei mutuellem Onanie die Schwächefolgen ausblieben. Man half sich damit, daß man das Fehlen eines „adäquaten Reizes“ oder einer „psychischen Abreaktion“ annahm, also die Ipsation als einen rein somatischen Akt hinstellte — im Gegensatz zum Koitus, der mit diesem den seelischen Orgasmus verbande. Aber seitdem man tiefer in die Vorstellungswelt der Onanisten eingedrungen ist, weiß man, daß diese Ansicht nicht ganz zutreffen dürfte, da diese Schwäche auch bei Ipsatoren auftritt, die gerade der psychischen Vorstellung wegen die Onanie der Kohabitation vorziehen.

Der Lösung der Frage kommt man vielleicht näher, wenn man davon abgeht, nach Differenzen intra coitum und ipsationem zu fahnden, und dazu übergeht, sich die Unterschiede post actum anzusehen: Nach dem Akt soll zwar jedes Wesen traurig sein, aber das trifft doch nur sehr bedingt zu; in Wirklichkeit ist das momentum triste sehr kurz, bald erfolgt die Erholung, die Partner betrachten und betasten sich, das alte Fluidum wirkt — wenn auch in vermindertem Maße — anregend, die Befriedigung steigt, die Libido wird neu angeregt und macht bei längerem Zusammensein der Partner einem neuen Spannungs- und Ladefühl Platz. Und das scheint das Wesentliche zu sein: Nicht daß, wie bei der Onanie — mag sie Körper- oder Gedankenonanie sein —, der Akt schroff abbricht, mit absolutem Schluß, ohne jedes Nachspiel, sondern daß das ganze Drum und Dran des Gegenspielers post coitum die Sexualität unmerklich neu entfacht und so die Sexualdrüsen veranlaßt, neue Hormone und neues Ejakulat zu produzieren. Sowohl nach der Ipsation wie nach dem Koitus sind die In- und Exkrete gleichermaßen verausgabt, Resultat: Unlust, Mattigkeit, Spannungslosigkeit. Während aber bei der Onanie dieser sekretlose Zustand lange anhält und erst ganz allmählich abklingt, werden nach dem Koitus durch den Reiz des noch vorhandenen Liebesobjektes die Hormondrüsen sofort wieder angedrosselt, die das Momentum triste schnell in den Zustand der Befriedigung und der frischen Stärke verwandeln.

Gestützt wird diese neue Hypothese durch die Praxis und das Experiment:

Einmal lehrt die Erfahrung, daß das Bild der postonanistischen Asthenie dasselbe ist, das nach Koitussexzessen auftritt, wenn also auch hier die Sexualdrüsen leer sind und momentan keine Hormone und Exkrete bilden können. Zweitens gelingt es tatsächlich, die geschilderten Onaniefolgen a tempo zum Verschwinden zu bringen, wenn der Onanist nach der Onanie sich sofort psychisch einen neuen Sexualreiz setzt. Selbst am nächsten Morgen, wenn er mit brennenden Augen und Schwächegefühlen aufwacht, wirkt eine solche künstliche Anregung der Libido zum Zwecke der Neubildung von Sexualstoffen sofort heilend; Voraussetzung ist natürlich, daß es sich um Menschen handelt, die von der Unschädlichkeit der Masturbation überzeugt sind, da sonst hypochondrische Momente das Bild verwischen.

Experimentell besteht die Schwierigkeit, daß es nur selten gelingt, Versuchstiere durch masturbatorische Handlungen zur Ejakulation zu bringen; Ratten und Meerschweinchen sind fast ganz unbrauchbar — bei 40 Männchen wurde ein einziges Mal ein richtiger Erguß erreicht — und größere Tiere — Hunde sind leicht onanierbar — in der nötigen Zahl schwer beschaffbar. Dagegen gelingt es nachzuweisen, daß bei Meerschweinchenböcken ein Unterschied in der Füllung der Samenblasen besteht — je nachdem man das Tier, nach dem Aufsprung in der Nähe des Weibchens beläßt oder es sofort völlig isoliert. Tötet man diese Tiere 30 Minuten nach der Begattung, so zeigen die beim Weibchen verbliebenen Tiere bei einem Durchschnittsgewicht von 6 g der Samenblasen ante coitum und einem durchschnittlichen Samenverlust von $1\frac{1}{2}$ g bereits wieder ein Samenblasengewicht von $5\frac{1}{2}$ g, während die sofort isolierten Tiere nur auf $4\frac{1}{4}$ g kamen. Auch hier hat also die Anwesenheit des weiblichen Reizes nach der Begattung eine schnellere Neubildung des Sexualsekretes bewirkt.

Mögen auch diese Tierversuche nur mit der größten Reserve auf den Menschen zu übertragen sein, so spricht doch die Ueberlegung und vor allem die Erfahrung aus der Praxis dafür, daß die post-

onanistische Schwäche darauf zurückzuführen ist, daß bei der Onanie nach der Ejakulation der Reiz fehlt, der zur Aufladung der sexuellen Spannungshormone notwendig ist.

Aus der Untersuchungsstelle Heidelberg.

Dienstbeschädigung für Gelenkrheumatismus angenommen.

Von Oberregierungs-Medizinalrat Dr. v. SCHNIZER.

Vorgeschichte. Der 1894 geborene Kupferschmied A. B. wurde bei der Musterung wegen Körperschwäche und Magenleidens zweimal zurückgestellt. 1915 mit Leistenbruch eingestellt, ebenso mit einer geringen Verbreiterung der Herzdämpfung nach links. 1916, 19. Juni, kam er wegen Gelenkrheumatismus ins Lazarett: Schmerzen in Fuß-, Knie- und Hüftgelenken, systolisches Geräusch über der Aorta. Er habe schon 1911 Gelenkrheumatismus gehabt. Wurde 10. November als dauernd garnisonverwendungsfähig Feld entlassen. 1917, Januar, militärärztliches Zeugnis: dauernd garnisonverwendungsfähig Heimat wegen Herzklappenfehler (unreiner erster Ton an der Spitze, beschleunigte Herzstätigkeit) und chronischen Gelenkrheumatismus. Erwerbsminderung unter 10%. 1. März entlassen.

1918, 12. Januar bis 20. März: Bronchialkatarrh, Mandelentzündung und Rheuma. 23. April bis 4. Mai: Gelenkrheumatismus. 28. Mai: Rentenanspruch wegen Verschlimmerung. 30. August: abschlägiger Bescheid: für die monatelang nach der Entlassung eingetretenen rheumatischen Störungen können dienstliche Einflüsse nicht mehr verantwortlich gemacht werden. Kriegsministerium: auf Einspruch hiergegen Dienstbeschädigung auch für die rheumatischen Erscheinungen 1918 angenommen, Erwerbsminderung 25%.

1922: Umanerkennung. Erwerbsminderung 20%. Krankenkasse: 1920, 27. Juli bis 10. September: Rheumatismus. 1923 abgefunden.

1927 Wiedergewährungsanspruch. Dr. S.: B. litt vom 23. Dezember 1926 bis 13. Juli 1927 an Gelenkrheumatismus und Herzklappenentzündung. Nachforschungen: in Ausübung seines Berufes als Installationsmeister ist B. wohl nicht behindert, aber ein voller Arbeiter ist er infolge seines Leidens nicht mehr. Krankenhaus L., wo B. vom 21. Januar bis 26. Februar 1927 wegen kombinierten Mitralf- und Aortenfehlers, Dilatation des Herzens lag: Dezember 1926 Mandelentzündung, systolisches Geräusch über sämtlichen Klappen, besonders über der Aorta. September versorgungszärztliches Zeugnis: Kombinierte Herzfehler, chronische Mandelentzündung. Der Antrag ist abzulehnen, weil Brückensymptome fehlen und damit bewiesen ist, daß die Krankheitsbereitschaft völlig beseitigt war, die durch die Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung entstanden ist und weil die Ursache des Rückfalles die Mandelentzündung 1926 ist, die als neues Leiden entstanden ist. Erwerbsminderung 40%, keine Dienstbeschädigung. Entsprechender Bescheid. Hiergegen Berufung Oktober: Der Vertreter führt aus, die Erfahrungen lehrten, daß chronischer Gelenkrheumatismus und Herzklappenfehler nie ganz ausheilen können, was ja auch von der Versorgungsbehörde durch das Vorhandensein einer Krankheitsbereitschaft anerkannt ist. Der große Zeitraum bis zum Wiederauftreten spielt keine Rolle. Dr. K.: Der im Januar 1927 aufgetretene Gelenkrheumatismus steht zwar im zeitlichen Zusammenhang mit einer vorher durchgemachten Halsentzündung. Möglicherweise ist diese Halsentzündung als die zuletzt auslösende Ursache der Gelenkentzündung aufzufassen. Wenn aber ein Gelenkrheumatismus und eine Herzklappenentzündung vorausgingen, so besteht eine vermehrte Krankheitsbereitschaft. Diese ist bereits 1918 als Dienstbeschädigung anerkannt worden, und deshalb muß auch die 1917 aufgetretene Erkrankung, obgleich mehrere Jahre seit der letzten akuten Krankheit verflissen sind, als Dienstbeschädigung anerkannt werden. 1928, 18. April, durch Gericht Erwerbsminderung 40%. Hiergegen Rekurs.

Beurteilung. Es handelt sich hier hauptsächlich um die Frage, ob für den Rückfall des Gelenkrheumatismus 1927 — ein solcher liegt außer allem Zweifel — Dienstbeschädigung anzuerkennen ist, bzw. ob dieser Rückfall ursächlich mit der Erkrankung an Gelenkrheumatismus im Felde zusammenhängt?

B. hat nun während seines Lazarettaufenthaltes 1916 angegeben schon 1911 Gelenkrheumatismus gehabt zu haben. Es liegt einerseits

kein Grund vor, an diesen Angaben des B. zu zweifeln, andererseits, wenn der Gelenkrheumatismus 1916 erst entstanden wäre, also reine Dienstbeschädigung in Frage käme, so würde, falls vor der Einstellung kein Gelenkrheumatismus vorgelegen hätte, die Erkrankung 1927 ohne weiteres Dienstbeschädigung sein. Da aber zunächst noch für den Gelenkrheumatismus 1916 und 1918 Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung anzusehen ist, so ist die Frage auch in diesem Sinne zu beantworten.

Der Gelenkrheumatismus ist eine Infektionskrankheit, deren Erreger, wie man annimmt, Streptokokken sind; sie können auch spezifischer Natur sein, tuberkulös oder syphilitisch. Aber im vorliegenden Fall liegt hierfür gar kein Anhalt vor. Meist wird der Gelenkrheumatismus durch eine Mandelentzündung eingeleitet, und man nimmt an, daß von dort aus eine Verbreitung der Erreger auf dem Blutwege im Körper erfolgt, welche ihre Veränderungen hauptsächlich an den Gelenken und auch besonders an den Herzklappen setzen. Es kommen beim Gelenkrheumatismus außerordentlich häufig Rückfälle vor. Sie sind jedesmal sowohl mit erneuten Veränderungen in den Gelenken, die schon befallen waren, oder in anderen verbunden; sie können auch etwaige Schädigungen an den Herzklappen oder an der Herzinnenhaut wieder zum Aufflackern bringen; jedesmal wenn durch irgendeine Ursache sozusagen eine Umstimmung des Körpers erfolgt, welche die Infektion aufs neue giftig werden läßt. Nun hat man häufig beobachtet, daß mit diesen Rückfällen eine chronische Mandelentzündung einhergeht, die jedesmal beim Rückfall wieder aufflackert, und man hat deshalb die Mandeln als die Eingangspforte für das Gift des Gelenkrheumatismus betrachtet. Nun ist es eine alte Erfahrung, daß der Gelenkrheumatismus oft erst nach jahrelanger Pause wieder rückfällig werden kann, und es dreht sich hier lediglich um die Frage, ob in der krankheitsfreien Pause der Gelenkrheumatismus abgeheilt ist, oder ob jeder neue Rückfall sozusagen eine Neuerkrankung ist. Damit kommt man auf den Begriff der Krankheitsbereitschaft. Es ist dies nach gewissen Krankheiten, zu denen auch der Gelenkrheumatismus gehört, eine durch die erste Infektion erworbene Neigung zu Rückfällen; sie besteht in einer Verminderung der Verteidigungsmaßnahmen des Körpers überhaupt gegen gewisse Krankheitserreger. Aber nicht dies allein. Es ist auch anzunehmen, daß von dem Infektionsgift gewisse Niederlagen im Körper zurückbleiben, sei es an den ersterkrankten Stellen, die immer Punkte des geringeren Widerstandes bieten, sei es, daß die Niederlagen von Krankheitserregern dadurch, daß der Körper durch irgendeine Ursache eine Umstimmung erfährt, hinsichtlich ihrer Giftigkeit wieder aufflackern. Auch die verminderte Abwehrkraft der Mandeln nach einem einmal überstandenen Gelenkrheumatismus gegen diese Infektion ist schon als Ursache angegeben worden. Man weiß dies aus analogen Erscheinungen von anderen Erkrankungen, wie z. B. bei Syphilis. Auch hier kann irgendeine Unregelmäßigkeit im chemischen Ablauf der Körperökonomie ein neues Aufflackern der Erkrankung bedingen. Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen, bei

denen ein einmaliges Ueberstehen eine dauernde oder zeitweise Unempfindlichkeit gegen erneute derartige Infektionen zur Folge hat.

Worauf bei den verschiedenen Krankheiten diese Folgen und Wirkungen der ersten Infektion beruhen, weiß man bis jetzt nicht genau, man kann sie nur so erklären, daß z. B. bei Gelenkrheumatismus durch das erste Ueberstehen der Infektion Niederlagen von Krankheitserregern im Körper zurückbleiben, die gelegentlich ähnlich auch wie bei der Tuberkulose wieder giftig werden, sei es durch irgendwelche äußere oder innere Einflüsse. Jedenfalls kann aber — und das ist wichtig —, wie die Erfahrung lehrt, diese Krankheitsbereitschaft über Jahre hinaus dauern, ohne günstigenfalls Rückfälle zu machen, und wenn späterhin Rückfälle kommen, ist es, wie aus dem Gesagten hervorgeht, immer noch die erste Krankheitsbereitschaft. Nun hat B., wie aus den Krankenblättern deutlich hervorgeht, 1916 einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht, weswegen er auch als dauernd garnisonverwendungsfähig Feld entlassen wurde. Es kam zu schweren Erscheinungen von seiten mehrere Gelenke wie auch des Herzens. Schon etwa ein Jahr nach seiner Entlassung hat er dann einen Rückfall von vier Monaten Dauer gehabt, der gleichfalls mit einer Mandelentzündung begann. Diese leichte Anfälligkeit der Mandeln gehört gleichfalls zum Begriff der Krankheitsbereitschaft. Es war deshalb lediglich folgerichtig, wenn das Kriegsministerium damals auch für die rheumatischen Beschwerden mit ihren Folgen für das Herz Dienstbeschädigung annahm, weil sich durch den schweren Rückfall 1916 im Felde die Krankheitsbereitschaft sozusagen erheblich steigerte. Daß dies der Fall war, beweist der ebenfalls längere Zeit dauernde Rückfall 1920. Durch die beiden Rückfälle 1918 und 1920 ist aber die Krankheitsbereitschaft noch weiter gesteigert worden, und wenn darauf eine längere krankheitsfreie Pause kam, so ist dies weniger einer verminderten Krankheitsbereitschaft zuzuschreiben oder etwa gar einer Heilung des Gelenkrheumatismus. Denn das systolische Geräusch über allen Klappen 1927 allein beweist, daß in der Zwischenzeit gegen den ersten Befund 1916 erhebliche Veränderungen am Herzen geschaffen worden sind, daß es sich dabei also um eine neue Infektion handeln kann, sondern daß eine ruhende Infektion an den Herzklappen durch die neuen Schübe aufflackerte und weitere Veränderungen setzte. Und endlich, was ebenfalls zu beachten ist, dürfte diese mehrjährige Pause auch dem Umstand zuzuschreiben sein, daß B. während dieser krankheitsfreien Pause einen leichteren Posten als Meister inne hatte. Denn der Arbeitgeber schreibt ganz richtig, daß er in seinem Meisterberufe wohl nicht direkt behindert gewesen sei, weil er nur Aufsicht ausgeübt habe, daß er aber seines Leidens wegen als vollgültiger Arbeiter nicht mehr anzusprechen sei.

Nach diesen Ausführungen ist die Erkrankung an Gelenkrheumatismus 1927 nicht eine Neuerkrankung, sondern eine Fortsetzung der Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung, welche letztere durch die Behandlung keineswegs behoben war. Es liegt also auch für den Gelenkrheumatismus 1927 Dienstbeschädigung vor.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache.

- Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), Berlin, 156., H. 3, 1928.
390. Zur Ätiologie des Lupus erythematoses. J. Olessoff.
391. Behandlung der Hauttuberkulose mit Lupoheal. Nicolaus von Hedry.
Ueber Lupussarkome. Heinrich Hoffmann.
Ueber den Säuregehalt des menschlichen Schweißes bei Hautkranken und Hautgesunden. Ernst Brill.
418. Zur Behandlung der Früh- und Spätlaes des Zentralnervensystems mit der kombinierten Malaria-Salvarsan-Wismutkur. Alois M. Memmesheimer.
393. Zur Frage der Allergie bei der Primärdermatitis. Alfred Peratz und Rudolf Rosner.
Pathologische Lichtüberempfindlichkeit in qualitativer und quantitativer Hinsicht, nebst Untersuchungen zur Pathogenese der Lichtquaddel. Vinzenz Wucherpfennig.
Lupus vulgaris der Vulva. A. Feßler.
391. Die Behandlung der Lues congenita, insbesondere der Säuglinge, mit Spirocid (Stovarsol). M. Oppenheim und A. Feßler.
Untersuchungen über das Wesen der intrakutanen Quaddel mit physiologischer Kochsalzlösung. A. Nadel.
Schwere Gelenkveränderung bei einem Falle von Pityriasis rubra. Wilhelm Richter.
472. Bericht über 2 Fälle salvarsanresistenter Framboesie. H. Heinemann.
Zur Fox-Fordyce'schen Krankheit. H. Fischer.
397. Experimentelle Untersuchungen über die allergische Natur und den primären Angriffspunkt der Ueberempfindlichkeit bei der Prurigo simplex acuta (Strophulus). Erich Urbeck und Albert Wiedmann.

332. Zur Bakteriologie des Ulcus-molle-Erregers. Wilhelm Frei.
386. Balanitis xerotica obliterans (post operationem) und ihre Beziehungen zur „Kraurosis glandis et praeputii penis“. A. Stühmer.
399. Zur Differentialdiagnose und Prognose der überlebenden Fälle von Ichthyosis congenita. Hermann Werner Siemens.
478. Neosalvarsandermatitis nach paravenösen Injektion. Rudolf L. Mayer.
385. Das hereditäre Ekzem. Arthur Jordan.
400. Ueber die Pathogenese gonorrhöischer Komplikationen. Ernst Klene.
Ueber das örtliche Vorkommen der Mycosis fungoides. Alfred Gerwig.
Ueber die Perspiratio insensibilis bei schweißdrüsenlosen Tieren (Kaninchen) nebst einigen Versuchen am Menschen. E. Heide.
Allergiestudien bei der Ascaridenidiosynkrasie. Werner Jadassohn.
- Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 136., Heft 1/2.
Schlafmittelstudien. I. Die Ursache der Weckwirkung der Kalksalze bei der Magnesiumnarkose. Yamawaki.
Einfluß der funktionellen Narkose und mechanischen Hirnausschaltung auf die Lungenkapillaren. Sternberg und Tamari.
Experimentelle Beiträge zum Wirkungsmechanismus des Hypophysins auf den Wasser- und Chloridwechsel. Buschke.
Wasserstoffwechsel des Säugetiermuskels unter verschiedenen experimentellen Eingriffen. Gläß.
Beeinflussung des Adrenalin-Lungenödems durch experimentelle Verletzungen des Hirnstammes und des Sympathikus. Gläß.
Studien an der überlebenden Purkinje-Faser des Katzenherzens. Strasser.
Ueber den Eintritt von Schlafmitteln der Barbitursäure- und Harnstoffreihe in das Zentralnervensystem. Ehrismann.
Tierexperimentelle Studien zum Wasserhaushalt. II. Die diätetische Beeinflussung der Plasmamenge. Korth und Marx.

- Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.).** Leipzig, 136., Heft 3/4.
Die Entstehung eines den Blutdruck senkenden und den Darm erregenden Stoffes aus Histidin durch Ultraviolettstrahlung. Ellinger.
Ueber den Mechanismus der Thyrophysinwirkung, zugleich ein Beitrag zur Verstärkung der Hormonwirkung. Grafi-Panesova.
Zwei Gifte der Adrenalingruppe (p-Oxyphenyläthanolmethylamin und sein Keton). Ehrsmann und Maloff.
Antinsulin und äußere Pankreassekretion. Meyer-Bisch, Bock und Wohleberg.
Zur Methode der Durchblutung isolierter überlebender Organe. Jacobi.
Das Fieber nach Heuinfus. Hesse und Taubmann.
- Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.).** Leipzig, 136., Heft 5/6.
Die Beeinflussung der Resorption vom Magen-Darmkanal aus durch die Galle. Langecker.
Differenzierung des leicht aspihbaren Blutesens auf Grund seiner Reaktion mit Kohlenoxyd und Sauerstoff. Barkan und Berger.
Zur Methode der Durchblutung isolierter überlebender Organe. Jacobi und Loeffler.
Experimentelle Untersuchungen über Coramin. Kohlhoff.
Gesamtstoffwechsel und die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung bei nephrektomierten Hunden. Strieck.
Regulation der Insulinproduktion. Grafe und Meythaler.
Ueber die durch Ergotamin und Adrenalin bewirkte Veränderung der Reststoffmenge in der aus den isolierten Organen abfließenden Flüssigkeit. Mednikianz.
- Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung (Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionsforsch.).** 14., Heft 5, Dezember 1928.
363. Antikonzeptionelle Mittel als blastophore Faktoren. W. Stefko (Moskau).
1. Kongreß für Sexualreform (Bericht). Hertha Riese (Frankfurt a. M.).
Nachruf auf Wilhelm Pfeffer. Max Hirsch (Berlin).
Die Frau im vaterrechtlichen Orient. P. Krusche.
Geschichte der Medizin. Max Hirsch (Berlin).
346. Psychoanalyse oder Hormonbehandlung. Max Hirsch (Berlin).
- Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.).** Berlin, 135., Heft 1, November 1928.
372. 25 Jahre „Wertheimische“ Karzinomoperation. W. Weibel (Wien).
369. Untersuchungen an Frauen mit genitaler Hypoplasie. H. Naujoks (Marburg).
368. Hypoplasie und Seelenleben. F. Mauz (Marburg).
Schleimsekretion und Schleimzysten in adenomatösen Korpuskarzinomen. F. Isbruch (Bonn).
353. Bakteriologische Untersuchungen zur Prüfung der Keimfreiheit der graviden Uterushöhle. (Gibt es eine „latente Mikrobenendometritis“?) F. Isbruch (Bonn).
Ueber den Einfluß der Erythrozytenzahl auf die Senkungsgeschwindigkeit. H. Schäfer (Gießen).
Blutdruck und Eklampsie. O. Schwarz (Königsberg).
Ueber die Veränderungen der Plazenta beim Hydrops gravidarum. L. Kraul (Wien).
347. Beitrag zur Lehre von der Placenta accreta. E. Klaffen (Wien).
Fermentuntersuchungen in der Plazenta. Wehefritz und E. Gierhake (Göttingen).
Der Einfluß des mensuellen Zyklus auf den Wasserstoffwechsel. H. Eufinger und R. Spiegler (Frankfurt a. M.).
Veränderungen des Uterus in der Gravidität. H. Kamniker (Wien).
Die partielle Ovarialresektion bei Oligomenorrhoe und Amenorrhoe. S. K. Lessnoi (Moskau).
349. Ueber den Wert der Pyramidonprobe zur Diagnose der unterbrochenen Tubar-gravidität. S. M. Klein (Woronosch).
373. Klinische Wertung der Wirkung des nach der Methode von Stern-Batelli hergestellten Ovarialpräparates. A. A. Kogan und J. L. Libin (Moskau).
- Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderheilk.).** Stuttgart, 85., Heft 3/4, 1928.
464. Die Myotonia congenita, eine heredo-regenerative Erkrankung. O. Katz.
541. Zur Röntgendiagnostik der Bronchotomie. O. Göttsche.
Ueber den Energiequotienten bei Frauenmilchkindern in der Klinik. N. Neumann.
469. Beitrag zur Abgrenzbarkeit der Erythrodermia desquamativa (Lelner) von der exsudativen Diathese. M. Rutherford.
470. Zur Kasuistik der Purpura fulminans. K. Boettiger.
Der Neubau der Basler Kinderklinik. E. Wicland.
463. Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes. Zehnte Mitteilung: Ueber die Rolle des Phosphors im Lebertran. M. Haase-Koeppel.
Pyelitis caseosa bei einem Säugling. J. Duken.
Beitrag zur Serumbehandlung der Meningokokkenmeningitis mit Liquorverdrängung durch Luft und Serum. K. Holtz.
- Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderheilk.).** Stuttgart, 86., H. 1, 1928.
Ueber die Frühsterblichkeit der Säuglinge in Mecklenburg in der Zeit vor und nach dem Kriege. H. Brünig.
Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes. 11. Mitteilung: Messungen der Durchlässigkeit verschiedener Gläser für die Ultraviolettstrahlen mit der Blutkörperchenmethode. Sander.
Ein Beitrag zur Kenntnis der perniziösen Anämien im Kindesalter. M. Frank.
Ueber die Wirkung von Solbädern sowie Waldschulaufenthalt auf das Chvostek-sche Phänomen im Kindesalter. H. Bischoff.
398. Zur Malariabehandlung der Vulvovaginitis gonorrhoea. W. Courtin.
Cholesteringehalt des Bluteserums beim hydrolabilen Kinde. F. Haustein.
Ueber die kutane Adrenalinempfindlichkeit bei Masern und Scharlach im Kindesalter mit Berücksichtigung des Hautkapillarbildes. M. Rueff.
- Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Arch. f. Psych.).** Berlin, 83., Heft 2, 1928.
523. Ueber die bösartigen Oligome. L. J. Smirnof.
506. Ein Beitrag zur Frage der religiösen Wahnideen. Erich Jakobi.
546. Sprachstörungen bei subfebrilen Temperaturen. Jenő Kollarits.
505. Zur Pathogenese der Halluzinationen. K. Schalaputow.
- Archiv für Verdauungskrankheiten (Arch. Verdauungskrkh.).** Berlin, 44., Heft 3-4.
497. Untersuchungen über Verdauung aus geschlossenen Pflanzenzellen und ihre Bedeutung für Physiologie und Pathologie der Verdauung beim Menschen. VII. Stärkeverdauung aus rohem Pflanzengewebe. Wilhelm Heupke, Frankfurt a. M.
496. Anazidität, Pseudoanazidität und Histaminreaktion. Vándorfy, Budapest.
Experimentelle Untersuchungen zur Frage des Sodaeinflusses auf die sekretorische Tätigkeit der Magendrüsen. Eug. Babsky, Moskau.
436. Ueber die Palpation der normalen Leber. J. Fleckel, Minsk.
Endoskopische Bilder vom Ulkusbogen. Roger Korbach, Oberhausen.
472. Ueber die Verabreichung galleleitender Mittel per os et per duodenum. N. S. Abrashelewa, Kasan.
Die Bedeutung verschiedener Würz- und Genußmittel für den menschlichen Organismus. Marie von Lemešić und Natalija Rotgoltz, Belgrad.
Zur Frage der Sekretion des nüchternen Magens. Sch. S. Chalifen, Azerbeldschau.

- Zur Methodik der Magenfunktionsprüfung. II. Mitteilung: Die praktische Durchführung der absoluten Bewertung der Magenfunktion. A. E. Lewin, Moskau.
Bemerkung zu der Arbeit A. A. Hiljman van den Bergh in Utrecht „Elliptische rote Blutkörperchen“ in Band 43, Seite 65 dieses Archivs. E. Fuld, Berlin.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. ärztl. Fortbild.).** Prag, Nr. 23/28.
Milchpolitik. Theodor Gruschka.
Die Diagnose und Differentialdiagnose der selteneren akuten Exantheme.
- Blätter für Volksgesundheitspflege (Bl. Volksgesdhpfl.).** Veiten, 28. Jahrgang, Heft 11, November 1928.
Wilhelm Wundt, B. Berliner (Berlin).
Zwei Tage aus dem Leben einer Kreisfürsorgerin. H. Abel (Berlin).
Die ärztlichen Untersuchungsmittel. W. Pinoff (Steglitz).
Karl Bornstein, Emil Abderhalden (Halle a. S.).
Die Kunst des Reisens. Werner Bab (Berlin).
Dies und das! Eindrücke von einer Vortragsreise durch Oberschlesien. K. Bornstein (Berlin).
Die Kölner Tagung des Deutschen Vereins für Volkshygiene.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.).** Leipzig, 87., Nr. 50, 15. Dezember 1928.
Offizieller Bericht der 90. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 1928. Abteilung Dermatologie. (Schluß.)
Ueber Bucky-Grenzstrahlen in der Dermatologie. Levy.
411. Ueber die Malariabehandlung der Frühleues. Kerl.
413. Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues. L. Arzt.
Weitere Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung. W. Worms.
Beiträge zur aktiven serologischen Untersuchung auf Lues, speziell nach der neuen Bruckens Methode. Kadisch.
Ulcer vulvae chronicum und „Syphilome anorectal“ in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis. Frei und Koppel.
Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen. E. Langer.
422. Die Bekämpfung der Lepra. Paul Unna Jr.
Die norddeutsche Pilzflora. Ergebnisse eigener Untersuchungen mit Bemerkungen über die Epidemiologie der Dermatomykosen, speziell in Hamburg. C. L. Karenberg.
- Dermatologische Wochenschrift (Derm. Wschr.).** Leipzig, 87., Nr. 51.
380. Eine Ursache beim Baden entstehender Hautausschläge. Touton.
382. Zur Frage der Ätiologie des Angioerkeratoma Mibelli. K. L. Golschmid.
- Dermatologische Wochenschrift (Derm. Wschr.).** Leipzig, 87., Nr. 52.
393. Ueber atypisch lokalisierte Hauterkrankungen durch Epidermophyton inguinale Sabouraud, August Matras.
Geschichtliche Beiträge zu dermatologischen Entdeckungen in Greifswald. W. Schönfeld.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Z.).** 54., H. 6, November 1928.
402. Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues. Erich Hoffmann.
Beobachtungen über den Einfluß von Gaskohle und Steinkohlenteer auf den menschlichen Organismus nebst experimentellen Beiträgen über die Wirkung von Steinkohlenteer bei weißen Mäusen (Pechkrebs). J. Barlewitz.
Umschriebene Hirnsklerose mit Mikrogyrie bei liquorpositiver Lues congenita. H. Rosenfeld.
388. Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge. Hans Westphalen.
- Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.).** Leipzig, 161., Heft 5 und 6, November 1928.
428. Vagusdruck und Koronargefäß. Ludwig Braun und Bernard Samet.
Mechanismus blutig verfärbter Hautabscheidungen. E. Jürgensen.
Beobachtungen über die Wirkung der Leberdiät besonders auf das Blutcholesterin. A. Adler und L. Schiff.
Durch gewerbliche Vergiftung bedingte Hämolyse und ihre Untersuchungsmethodik. B. Kogan und A. Kusnetzowa.
Gaswechsel von Leukämiekranken. Fr. Strieck.
Bedeutung der Polypeptidasen für die Diagnose der malignen Tumoren. R. Schaefer.
Eigenschaften des Blutes bei Diabetes und der Einfluß des Insulin auf dieselben. E. Zuckerstein und A. Streicher.
Wirkung des Ergotamins auf die essentielle arterielle Hypertonie. Mel. Georgopoulos.
Jod und Morbus Basedowii. A. Springborn und A. Gottschalk.
Tuberkulose oder Tumor cerebri. F. Kulis.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.).** Leipzig, Nr. 47, 23. November 1928.
430. Ueber zerebral-hypophysäre Magersucht. Hermann Zondek und Gertrud Koehler.
Ueber die gefäßweiternde Wirkung kleiner Jod- und Bromdosen. H. Quackenheimer und Irvin Fisher.
Ueber die Aufzeichnung des Jugularvenenpulses. Heinrich Rosin.
Ueber die psychologische Bedeutung und die Indikation der Syphilisreaktionen. A. Buschke.
331. Zur Frage des Verhaltens der Spirochaeta pallida im Meerschweinchen. H. Dold und W. Worms.
Endothel- und Thrombenbildung. A. Ritter.
543. Experimenteller Beitrag zur strahlensicheren Aufbewahrung von Radium. Mühlbradt.
Spezielle Arzneibehandlung, insbesondere die Chemotherapie in der Chirurgie. W. Kreh.
Appendizitis und Streptokokken. Hans Ferl.
Die Bedeutung des Chollins in der Sommer- und Wintermisch. W. Vaubel.
Zur Frage der Onanie im Kindesalter. Curt Boehnlein.
Das weiße Blutbild bei Mumps. F. Jahn.
Traubenzucker und Abstinenzerscheinungen der Morphinisten. Werner Leibbrand.
Ueber Punctionen mit tödlichem Ausgang. Franz Lehmann.
Glukhorment. Ferdinand Bertram.
Der jetzige Stand von der Lehre der Vererbung erworbener Eigenschaften. R. Fetscher.
Hat die Sterblichkeit an Krebs und Diabetes zugenommen? Georg Wolff.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.).** Leipzig, Nr. 51, 1928.
Neue Ergebnisse für die klinische Geburtshilfe. Max Henkel.
Die Klassifikation der Psychosen. Karl Birnbaum.
409. Experimentelle Studien mit Syphilis und Rekurrensspirochätose. O. Hartoch und M. Rothermundt.
Zur Frage der offenen Tuberkulose im Kindesalter. H. Opitz.
448. Bringt die Kombination von Alttuberkulin mit der Blutsenkungsreaktion eine Verbesserung der biologischen Diagnostik der Lunzentuberkulose? P. A. Schmidt.
434. Zur Insulindauerbehandlung des Diabetes mellitus gravis. Robert Gantenberg.
407. Syphilistherapie und die Zunahme der Mesoarthritis syphilitica. A. Müller-Dehann.
355. Die Wasserstoffionenkonzentration im Blute von Mutter und Kind während der Geburt. Heinz Siedentopf und Walther Eißner.
518. Liquorrhea nasalis. Samuel Frankl.
442. Perniziöse Anämie und Dünndarmflora. Walter Löwenberg.

441. Kombinierte Applikation von Leber, aktivem Eisenoxyd und bestrahltem Ergosterin zur Behandlung der Anämie. I. W. Moldawsky.
477. Die Verteilung und Ausscheidung innerlich und intravenös zugeführter körperfremder Stoffe im Zisternen- und Lumballiquor. W. Schönfeld und W. Leopold. Die Bedeutung des Blutbildes für die Frühdiagnose der Bleischädigung. W. Weisbach.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. Zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 22, 20. November 1928.
- Die rationelle, medikamentöse Behandlung des Wurzelkanals. Allgemeiner Teil. W. Wiechowski und H. Back. Spezieller Teil. Heinrich Back.
378. Vermaß der chirurgische Radikaltherapie die Oralsepsis sofort und sicher mit Erfolg zu bekämpfen? Walkhoff.
- Normung von Dental-Golden. L. Nowack.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. Zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 23, 5. Dezember 1928.
- Vermeidung von Komplikationen bei und nach den für den Praktiker wichtigen chirurgischen Eingriffen am Zahnsystem. Kortum.
508. Gebihrntersuchungen bei Manisch-depressiven und Psychopathen. Herbert Krauß.
- Störungen nach Lokalanästhesie und ihre Verhütung durch Cardiazol. Kurt Greiffenhagen.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 212., H. 3/4.
- Die Heilkunde, insbesondere die Chirurgie in der griechischen Antike. Hagedorn. Wie verhalten sich die Thrombozyten nach operativ behandelten Krankheitsfällen und bei der Entstehung postoperativer Thrombose? Erik Normann.
345. Die Aethernarkose nach Ombredanne. Immo Wymer.
- Endopleurale Erkrankungen nach Trauma des Brustkorbes. R. Nissen.
- Experimentelle Studien über den Pneumothorax. II. Ueber die Ursachen der Venendrucksteigerung bei Pneumothorax. H. Tsunoda.
439. Ueber die Hyperglykämie bei akuten Pankreaserkrankungen. Fr. Bernhard.
444. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die cholämische Blutung. (Cholämische, hämorrhagische Diathese.) S. Soelima.
- Zur Resektion des Rektumkarzinoms. Karl Stöcker.
338. Experimentelle und klinische Grundlagen der Spinkterbildung durch Einpflanzung von Kautschukringen. Hermann Marti.
- Das Verhalten der Zwischenwirbelscheibe bei Wirbelfraktur und Wirbelnukleose. Paul Rostock.
- Synoviale Osteochondromatosis und Trauma. F. Böhm.
- Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 106., Heft 1—6, Dezember 1928.
412. Myelodegeneratio bei Luikern. U. Hinrichs.
510. Syringomyelie bei Vater und Tochter. Johannes Tenner.
511. Torsionsähnliche Einstellung des Körpers bei Syringomyelie. L. J. Nemlicher.
- Wilsonsche Krankheit. Anna Elisabeth Schemmel.
- Lage- und Stellreflexe. Ernst Levinger.
- Objektive Darstellung von Bewegungen. Engelbert Kalt.
519. Lufteinblasung in Hirn- und Rückenmark. Adolf Friedemann.
- Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenheilk.), Leipzig, 107., H. 1—4.
515. Abwehrreflex der weiblichen Genitalsphäre. M. S. Margulis.
516. Zehenflexionsphänomen bei extrapyramidalen Erkrankungen. J. K. Babikow.
527. Encephalomyelitis chronica. R. Schaefer.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, Nr. 48, 25. November 1928.
- Das Scharlachproblem. U. Friedemann.
425. Ueber die Möglichkeit einer peripheren Behandlung der Herzkranken. Hans Eppinger und Karl Hinsberg.
328. Ueber Augenhintergrundblutungen bei Hypertonie. Ilse Lange und Fritz Lange.
502. Ueber den inneren Jodstoffwechsel bei primären Thyreotoxikosen (Primär-Basedow). Johan Holst, Gulbrand Lunde, Karl Closs und O. Chr. Pedersen.
- Graphische Registrierung der pulsatorischen Bulbuschwankungen. Wilhelm Wegner.
367. Die Veränderung der Kolloidstruktur des Blutes während der Menstruation und ihre Bedeutung für den Wasserstoffwechsel. Heinrich Eufinger.
- Erfahrungen mit Filterapparaturen bei allergischen Erkrankungen. Ernst Fränkel und Elise Levy.
429. Ein neues Verfahren zur Behandlung der Basedowschen Krankheit. Heinrich Lax.
- Die derzeitigen pharmakologischen Grundlagen einer rationalen Eisentherapie. Adolf Bickel und Oskar Baudisch.
- Erwiderung. E. Starkenstein.
- Zur CO₂-Ausscheidung durch die Haut. G. Endres.
- Die spezifisch-dynamische Wirkung und das vegetative Nervensystem. Stefan Ederer und Josef Wallerstein.
- Aktinomykose als Unfallfolge. Reckzeh.
- Die therapeutische Anwendung von Röntgenstrahlen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. v. Witzleben.
- Probleme und Aufgaben der Speichelphysiologie. Rudolf Weber.
- Eine einfache und rasche Methode zur Cholesterinbestimmung im Blutstrom. S. M. Neuschlosz.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 45, 9. November 1928.
- Die Tiefenperson. Fr. Kraus.
424. Neue Gesichtspunkte in der Klinik der Arteriosklerose. Fritz Munk.
349. Behandlung der Tubargravidität mit Erhaltung des Eileiters. Hugo Sellheim.
427. Zur Pathologie des Panzerherzens. Hugo Starck.
343. Hallux valgus und Metatarsus varus. Dreesmann.
- Präventivmaßnahmen. Fritz Heimann.
- Zum Problem der Angina pectoris bei Aerzten. Georg Recht.
- Kavernom der Leber. Fritz Clar.
453. Sanocrysinbehandlung bei experimenteller Kaninchentuberkulose. F. W. Wichmann.
459. Ueber den Nachweis von Tuberkelbazillen nach dem von Cooper modifizierten Verfahren sowie nach der Färbemethode von Jensen. P. v. Gara.
- Helikymnastische Beeinflussung gynäkologischer Erkrankungen. v. Liebermann.
- Einjährige klinische Erfahrungen mit der Verwendung von Fissanpräparaten zur Behandlung von Hautkrankheiten. C. L. Karrenberg.
- Zur Behandlung der Syphilis mit Myo-Salvarsan. Ignaz Prochnik.
- 140 chirurgische Fälle mit Vxin behandelt. Ernst J. Feilchenfeld.
- Alterstuberkulose und Beurteilung der Gewährung von Heilverfahren. C. Kleneberger.
- Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. Otto Strauß.
- Die Richtlinien für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden und die aus ihrer Anwendung sich ergebenden Mißstände. A. Wolff-Eisner.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 47, 23. November 1928.
- Die diffuse Peritonealendometriose. Johannes Koerner.
457. Zur Physiologie und Pathologie der Arbeit beim Phthisiker. Ernst Brieger.
- Umfrage über die Behandlung der Schenkelhalsbrüche. (Fortsetzung.) Aussprache. Coenen, Kirschner, A. Löhle, Richard Mühsam.
340. Echinkokkenaussaat in der Bauchhöhle. B. Kipnis.
- Blutgruppen in Ostpreußen. Brekenfeld.
354. Ueber eine Beobachtung von puerperaler Bacillus-suipestifer-Infektion von septischem Charakter. O. Roth.
- Gangrän nach Oberstcher Anästhesie. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Franz Halla in dieser Wochenschrift 1928, Nr. 41. Georg Wolfsohn. Schlußwort. F. Halla.
405. Zur Kasuistik der Gelenklues. Hans Lange.
- Nachtrag zur Arbeit: „Ueber den differentialdiagnostischen Wert der Bestimmung der Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit bei Karzinomen.“ Fritz Lickint.
- Ueber das Problem der bösartigen Geschwülste. Lothar Heldenhaln.
- Schlußwort auf die Äußerungen L. Heldenhalns. Karl Löwenthal.
- Praktische Fragen aus der versicherungsmmedizinischen Pathologie. (Fortsetzung.) Reckzeh.
456. Ueber plasmatherapeutische Versuche bei Lungentuberkulose. Ferdinand Mattausch.
- Ueber Ephetoninwirkung bei Urtikaria. Walter K. Fränkel.
- Dienstbeschädigung wegen Herzmuskelentartung und Nierenentzündung abgelehnt. v. Schnizer.
- Klinische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Übersichtsreferat. F. Glaser und Stöwsand.
- Aufruf zu einer allgemeinen deutschen Kaiserschnitt-Statistik für das Jahr 1928. G. Winter.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 45, 10. November 1928.
451. Ist Lungenspitzen-tuberkulose ungefährlich? Otto Ziegler.
- Lungenspitzenkatarrh und Frühinfarkt. Heinrich Graß.
431. Die Zuckerkrankheit im Lichte von Experiment und Klinik. Alfred Gotschalk.
- Beitrag zur Kenntnis des Morbus Addisonii. Felix Boenheim.
- Eigenartige Quecksilberdermatitis. Kurt Finkenrath.
- Neurose des vegetativen Nervensystems. Fritz Ritte.
447. Injektionstherapie der akut entzündeten Hämorrhoidalknoten. Walter K. Fränkel.
374. Anwendung des Sauerstoffschaumes in der Gynäkologie. Hans Schindler.
- Wirkungsweise verschiedenartiger Kohlensäurebäder. Wilhelm Rieck.
- Haut, ätherische Öle, Reiztherapie und Mineralstoffwechsel. Ihre Beziehungen zueinander und zur Balneologie. A. Ryszkiewicz.
- Die Bedeutung des Harnindikans oder seiner Indoxylkomponente für die Fehling-Nylanderische Probe. Carl Otto.
- Bemerkungen eines Sexualforschers zum Husmann-Prozeß. Magnus Hirschfeld.
- Ist Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Arzt als Abtreibung strafbar? Kuno Friesecke.
- Eine Glühlampe, die als Strahlenquelle der Sonne gleicht. Alfred Salmony.
- Die rechtliche Natur der Pflegschaft und Entmündigung und die Funktionen der ärztlichen Sachverständigen bei diesem Verfahren (Schluß). H. A. Adam.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 47, 24. November 1928.
- Scharlach und Scharlach auf Grund Königsberger Erfahrungen. Max Gentzen.
- Zusammensetzung und Beurteilung von Diabetikerbacken. W. Stüber.
- Die Behandlung der Akne vulgaris. Erich Langer.
- Fluor vaginalis. P. Meyer.
- Unfall oder natürlicher Tod? Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.
486. Behandlung von Schlangenbissen. Engel.
403. Provokationsmethode und Spontananschwankungen der WaR. Kurt Heymann.
- Erfahrungen mit Tachalgan. Hans Preuß.
- Die Atrophiasalbe. Albert Ruben.
- Perdolat als Analgetikum. Werner Leibbrand.
- Aus der Zukunft der Lehrfilme. C. Thoma'la.
- Aus der Praxis eines Gesundheitslehrers. Randbemerkungen zu den Aufsätzen von Falkenburger: „Wege zur hygienischen Volksbelehrung“ (Nr. 47, Jahrg. 1) und Classen: „Grundsätzliches zur medizinischen Volksbelehrung“ (Nr. 8, Jahrg. 2). Karl Bornstein.
- Medizinische Volksbelehrung durch ärztliche Rundfunkvorträge. Wilhelm Classen.
- Ein neuer Kinaufnahmeapparat für medizinische Operationen. Wilhelm Brusten.
- Neue Mikroprojektionslampen. F. A. Förster.
- Gräber berühmter Aerzte auf Berliner Kirchhöfen. Max Jampertz.
- Vom Spiel-, vom Lehr- und ärztlichen Unterrichtsfilm. F. Lampe.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 80., Heft 1.
362. Ueber die Beziehungen der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Augenleiden. E. Vogt.
- Ueber puerperale Gangrän. C. Lork.
- Uterusexstirpation wegen chronischer Gonorrhöe. F. Sieber.
- Karzinomatöse Portioleukoplakie? H. Hinselmann.
- Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psych.), Berlin, 70., Heft 6, Dezember 1928.
- Postenzephalitischer Blickkrampf. E. Stengel.
- Kohlenoxydvergiftung. K. Pohlsch.
502. Liquor bei multipler Sklerose. E. Sternberg.
- Münchener Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 48, 30. November 1928.
- Strahlende Energie und Lipode. Hans Much.
438. Neue Methode der Bakterienabtötung in den Gallenwegen bei Cholangitis bzw. Cholezystitis und Bakteriochole. K. Beckmann.
- Jahreszeitliche Schwankungen der Krankheiten. R. Hopmann.
- Apparate zum Einrichten von Knochenbrüchen unter Schraubenzug. Lorenz Böhrer.
- Erfahrungen mit Complamin, einem neuen Kombinationspräparat. Alfred Waegner.
- Erfahrungen mit der Lyssiasalbe. Joseph Duschl.
- Bestimmung von Elevations- und Öffnungswinkel mit dem Weberschen Raumwinkelmesser. Friedrich Pels Leuden.
- Furunkel- und Karbunkelbehandlung. Heddaeus.
- Ursache und diagnostische Bedeutung der sogenannten Karzinomkachezie. A. Krecke.
466. Klinik der perifokalen (epituberkulösen) Infiltrierung bei Kindern. Birk und Hager.
- Tuberkulöses Frühinfarkt als Gerichtsfall. Krutzsch.
- Bau und Entwicklung der papillärakapalen Leukoplakien und ihre Bedeutung für die Aetiology der Leukop'aken. Hans Hinselmann.
- Münchener Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 49, 7. Dezember 1928.
- Wirkung C-hypovitaminotischer Nahrung auf Schwangere. Föten und Neugeborene. Reyher, E. Walkhoff und O. Walkhoff.
- Erfahrungen in der Heufieberepidemie 1928 mit der desensibilisierenden Behandlung. M. J. Gutmann.
- Blut als Farbstoffspender. Ludwig Heilmeyer.
- Vereinfachung des kulturellen Nachweises der Tuberkelbazillen nach Hohn. F. E. Loewy.
- Frage des Zurücklassens von Stopflicchern in der Bauchhöhle. A. Döderlein.
- Dosierung unspezifischer Heilmittel unter besonderer Berücksichtigung des Saprovitans. K. H. Vohwinkel.

- „Vigantol“ als Kräfte- und Gewichtsbaumittel in der Frauenheilkunde. Franz Ertl und Anton Hain.
- Verbesserte, individuell anpassbare Einheitsrahmenschiene zur Behandlung von Ober- und Unterschenkelfrakturen und Frühmobilisierung der Gelenke. A. Ritter.
- Plessimeter, bei dem die Resonanz analog der Geige ausgenutzt ist. Richard Marder.
- Ein ewiger Säugling. A. Bretschneider.
- Völkerbund und Strahlenbehandlung. Friedrich Voltz.
- Erkrankungen der Leber- und Gallenwege; Uebergang der hepatischen Ikterusformen in Leberatrophie. O. Lepelne.
- Erfahrungen mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Arthur Alexander.
- Zur Frage: Assistentenmangel trotz Aerzteüberfluß. Rudolf Geinitz.
- Der Schmerz. 2. Heft 1, 1928.
489. Narkotika, Schlafmittel und die Modestromung ihrer Anwendung. W. Lipschitz.
- Die Entdeckung des Chloroforms. J. Grünwald.
- Ueber den Einfluß von örtlicher Betäubung und von Operationen in örtlicher Betäubung auf die Alkalireserve des Blutes. M. Kaappin und O. Soika.
- Ergebnisse ausgedehnter Versuche mit Stickoxydul-, Azetylen- und Äthylen-Sauerstoffbetäubungen. D. Goldman.
- Schmerzen bei Kehlkopftuberkulose. N. Rh. Blegvad.
491. Erfahrungen mit der Lachgasnarkose. F. Hesse.
490. Ueber Pernokton-Dämmerschlaf. Hartung.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 45, 1928.
- Der Kohlehydratstoffwechsel des Gewebes als Ausdruck des Funktionszustandes. E. Lüscher.
- Ueber das Schilddrüsenproblem. Otto Maier.
- Schweiz. Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 46, 1928.
- Ueber Ikterus beim Neugeborenen. J. Bernheim-Karrer.
356. Zur Bewertung der „Ausfallerscheinungen“ nach subtotaler und totaler Entfernung des Uterus unter Erhaltung der Ovarien. P. Jung.
- Beitrag zur Frage der Vererblichkeit der Blutgruppen. Alexander Juhasz-Schäffer.
- Tuberkulose-Fürsorge-Blatt, Nr. 12, 1928.
- Berichterstattung über Tuberkulosebekämpfung. Kreuser.
- Beitrag zum Schicksal tuberkulosegefährdeter Säuglinge und Kleinkinder. Harms und v. Heyden.
- Organisation der Tuberkulosebekämpfung.
- Aus der Fürsorgearbeit.
- Die Volksernährung (Volksern.), Berlin, 3. H. 23.
- Enthält die Pflanze neben den Vitaminen noch andere lebenswichtige Nährstoffe? W. Weitzel, Bad Dürkheim.
- Schutz der Saat und Ernte. A. E. Seifert, Kl.-Dembach.
416. Eiweißbrot. Dr. B. Rewald, Hamburg.
- Warum muß jede verantwortungsbewußte Hausfrau sich mit Fragen der Ernährungswissenschaft beschäftigen? Martha Zschörner.
- Rezepte für die Zubereitung von Gemüse in rohem Zustande. Lehrer Boller, Griesheim b. D.
- „Die italienische hauswirtschaftliche Bewegung.“
- Die kleinwirtschaftliche Erzeugung durch die Bediensteten der Reichsbahn. W. Berkowski.
- Reifungs- und Zersetzungs Vorgänge bei der Aufbewahrung und beim Gefrieren des Fleisches. E. Kallert.
- Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 78. Nr. 36, 1928.
433. Neue Probleme des Diabetes mellitus. Falta.
435. Die perkutane Ernährung bei Zuckerkranken. Takacs.
404. Ueber die Prüfung der Infektionsfähigkeit der latenten Lues durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Sperma bei geeigneten Fällen. Kertesz.
- Ueber die Besredkasche Tuberkulosereaktion. Mikulowski.
- Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 78. Nr. 37, 1928.
- Ueber die Immunisierung gegen Diphtherie mit dem Ramonschen Anatoxin. Frankl, Herzog, Nobel.
397. Die Trypaninfärbung der Gonorrhoe. Oppenheim und Freund.
- Die Bedeutung der Pathologie der Tropen für die Lehre der kosmopolitischen Krankheiten. Dake.
- Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Z. Geburtsh.), Stuttgart, 93., H. 3.
- Ueber die neue Leipziger Frauenklinik und über das Bauen von Frauenkliniken überhaupt. W. Stoeckel, Berlin.
- Etwas über den Geist der neuen Leipziger Universitätsfrauenklinik. Hugo Sellheim, Leipzig.
350. Die klinische Bedeutung der Tubendurchblasung und der Hystero-Salpingographie, unter besonderer Betonung der Methodik und Indikationen. G. Haselhorst, Hamburg.
- Die Grundlagen der Hystero-Salpingographie. Günther K. F. Schultze, Berlin.
- Ueber den Wert und die beste Methode der röntgenologischen Beckenmessung. v. Schubert, Berlin.
399. Die Bedeutung der örtlichen und allgemeinen Behandlung des Trippers beim Weibe für die weitere Ausbreitung auf die Gebärmutteranhänge. Alfred Reisner, Würzburg.
- Zur Frage der Ungefährlichkeit von Zitratbluttransfusionen. F. v. Mikulicz-Radecki und E. Kesser, Berlin.
- Untersuchungen über zyklische Veränderungen der zytologischen Bestandteile des Vaginalsekretes beim Menschen. E. M. Moser, Zürich.
- Eine verhornte gefelderte Portio. H. Hinselmann, Altona.
- Ursache und Bedeutung der Schwangerschaftspigmentationen. H. Großmann und Schönberg, Berlin-Neukölln.
351. Zur Frage der Zervixplazenta. F. Siegert, Düsseldorf.
357. Uterusrupturn durch den Credeschen Handgriff. Walter Cohn, Göttingen.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), Dresden, 20. Jahrgang, Heft 23, 1. Dezember 1928.
- Das Röntgenbild der Mitralklappenstenose. Hans Dietlen.
- Ueber sackförmige Abkapselung eines perikarditischen Exsudates. Giovanni Dell'Acqua und Jakob Freundlich.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), Dresden und Leipzig, 20. Jg., Nr. 24.
- Sauerstoffmangel und vermindertes Schlagvolumen als Ursache der Kreislaufschwäche nach Arbeitsleistungen. J. Kaup und A. Grosse.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 116., Heft 5.
- Ueber Zwangssymptome bei Encephalitis lethargica und über die Struktur der Zwangsercheinungen überhaupt. Hans Bürger und W. Mayer-Gross.
- Ueber ein tumorähnliches Knötchen der Seitenwand des Rückenmarkes bei einem menschlichen Embryo von 16,5 mm größter Länge. Arthur Bergel.
500. Kritischer Beitrag zur Permeabilitätsbestimmung der Meningen nach der Walterschen Brommethode. H. Fleischhacker und O. Scheiderer.
530. Zur grundsätzlichen Kritik der Individualpsychologie Adlers. Hans Kunz.
480. Eigenartige symptomatische Besonderheiten der Quecksilberenzephalopathie. Weitere Beobachtungen zur Frage der Quecksilbervergiftung. A. E. Kulkow.
- Trophische Störungen bei Diabetes insipidus. Gottfried Engerth.
520. Harnaziditätsbestimmungen bei Nerven- und Geisteskranken unter besonderer Berücksichtigung der Epilepsie. H. Stark.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 117., Heft 2 und 3.
- Die Eröffnung des Neubaus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. (Kaiser-Wilhelm-Institut.) Walter Spielmeyer.
- Das Geschenk der Rockefeller-Stiftung an die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. (Kaiser-Wilhelm-Institut.) Ansprache zur Einweihung des Neubaus. Walter Spielmeyer.
- Einige Grundgedanken Kraepelins über die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie. Felix Plaut.
- Ansprachen bei der Gründung eines Kraepelin-Preises und seiner ersten Verleihung bei der Weihe des Neubaus der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München (Kaiser-Wilhelm-Institut) am 13. Juni 1928.
- L. Bonmann, W. Spielmeyer und O. Vogt.
- Ueber Nervenfasern und Nervenzellen in der „Epiphysis cerebri“. Giuseppe Pastori.
- Der Wert der Liquordiagnostik bei den Kaninchen. S. M. Fried und S. S. Orlov.
543. Ueber die pathogenetischen Beziehungen zwischen Rückenmarksgeschwülsten und Syringomyelie. Eugen Kirch.
- Beitrag zur Genealogie der Chorea minor. Bruno Schulz.
495. Untersuchungen über das Verhalten der Blut-Liquorschanke während der Malariaabehandlung der progressiven Paralyse, nebst weiteren Permeabilitätsbestimmungen mittels der Walterschen Brommethode bei Psychosen. Adalbert Kral.
- Ueber Artefakte des Zentralnervensystems. Vortäuschung von Tumoren. Heterotopien, Diplomyelien und Kleinhirnmißbildungen. Ilse Riedel.
344. Befunde am Zentralnervensystem bei Spätnarkosetodesfällen und bei Todesfällen nach Lumbalanästhesie. G. Bodechtel.
- Ueber ein Myelom des Schädelknochens und die Beziehungen der Myelome zu dem Nervensystem. S. Kalischer.
- Zur Physiologie des Patellarreflexes. J. Pfahl.
514. Zur Entwicklungsgeschichte und Klinik der Monakowschen Fußrandreflexe. Theodor Wolfensberger.
- Peripherer Eingriff bei Kolewnikoffscher Form der Epilepsie. J. I. Talmud.
- Untersuchungen an einem Kastraten mit transplantierten Affenhoden. (Hoden und vegetatives Nervensystem. — Kastration und Narkolepsie.) Josef Wilder.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene (Z. Schulgespfl.), H. 23/24, 1928.
535. Berufsärztliche Beratung. Kehr, Düsseldorf.
- Gesundheitsgemäße Schulmöbel. Dr. Berger, Dir. Keller, Düsseldorf.
- Beziehungen zwischen Schulbetrieb und Masturbation. Hinsche, Halle.
- Zeitschrift für Tuberkulose, 52., Nr. 2.
- Einige methodologisch-statistische Studien zur Epidemiologie der Tuberkulose. Greenwood und O. Wolff.
452. Die Bedeutung des Frühfiltrats für die Klinik der Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre Fürsorge. Frischbier und Beckmann.
454. Spontanpneumothorax als Folge der Lungenverletzung nach einem ursprünglich künstlichen Pneumothorax. Chmelnitzky.
- Das Kulturverfahren nach Hohn, ein Fortschritt im Bazillennachweis bei der Lungentuberkulose. Roloff.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 51, 22. Dezember 1928.
359. Geburt bei fixierter Adduktionsstellung des Oberschenkels. A. Mayer-Tüb.
- Dränge nach Art eines Sicherheitsventils bei gynäkologischen Laparatomien. Frigyesi.
- Vereinigung zweier Graafscher Follikel. Hausmann.
- Nochmals „Streptokokkeninfektion und Sekalepräparate“. Caffier.
- Erfolg einer Tubendurchblasung. E. Müller-Nürnberg.
360. Entstehung zentraler Dammrisse. Mandelstamm.
- Kasusistik der Uterusperforationen. Sergeeff.
- Erfahrungen mit „Sodiv“-Behandlung bei septischen puerperalen Erkrankungen. Sciapiades.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 52, 29. Dezember 1928.
- Insertio funikuli furcata und Nabelschnurzerreißung. Scheyer.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 1, 5. Januar 1929.
- Zur Neuorientierung der Geburtshilfe. Henkel.
- Aufruf zu einer allgemeinen Deutschen Kaiserschnitt-Statistik für 1928. Winter.
- Blutungen in der Menopause. Frankl.
- Frühdiagnose des Portiokarzinoms. Preisseecker.
- Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn durch Nachweis des Hypophysenvorderlappenhormons. Aschheim.
- Erfahrungen mit der Zondek-Aschheim'schen Schwangerschaftsprobe. Krad und Rippel.
- Tubenmuskelbewegung und Tubeninhalte. Kok.
- Zyklische Veränderungen des menschlichen Tubenepithels. Tietze.
- Erfahrungen mit Lachgasnarkosen. Straßmann.
- Uebergang von Pernokton auf das Neugeborene. Kobes.
- Röntgenschädigung der Frucht durch wiederholte Durchleuchtungen während der Schwangerschaft. Unterberger.

Zeitschriften in holländischer Sprache.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 41, 1928.
- Ueber Hämaturie. P. R. Michael.
499. Ueber die Funktion des Skrotums und die Behandlung der Retentio testis beim Menschen. R. J. Harrenstein.
- Stimmbandaffektionen und ihre Beziehungen zum Epithel, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Präkarzinoms. C. E. Benjamins.
- Unfälle nach aktiver Immunisierung gegen Diphtherie mit Toxin-Antitoxingemisch. H. Aldershoff.
- Ueber die Fraktur von Bennet. L. Havinga.
- Eine Modifikation des Graphoskops nach Feissly.
488. Eine Psychose als Folge von Bleivergiftung. C. H. Ribbeling.
- Ein Fall von epidemischer Enzephalitis nach Vakzination. E. de Vries.
492. Ueber die Wirkung von Hormonen auf die Geschlechtsfunktion. M. L. Muller.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 42, 1928.
330. Ueber Veränderungen des Pulsschlages während Augenoperationen. E. Marx.
342. Verwundung durch Tintenstift. H. Veer.
- Ueber familiäre typische und atypische Entartung der Netzhaut. K. T. A. Halbertsma.
- Ueber den Gang der klinisch-morphologischen Blutuntersuchung. O. C. van Walsam.
- Ein Fall von Quinckeschem Oedem des Larynx. W. J. H. Bunzenberg de Jong.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 43, 1928.
Schwangerschaft und Geschwülste. F. C. van Tongeren.
Harmonische Analyse von Temperaturkurven. E. Brouwer.
521. Einige Betrachtungen über das Wesen und Entstehen der Epilepsie. J. J. H. M. Klüssens.
Besondere Fälle aus der Praxis. E. W. de Flines.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 44, 1928.
446. Ueber die Milchsäureausscheidung in Urin und Schweiß während des Sports. J. L. Snapper, A. Grünbaum.
Chronische Pankreatitis. A. Haak.
Ueber die Psychologie des melancholischen Versündigungswahns. H. C. Jellgersma.
Bernardus Paludanus. W. T. Hunger.
Beiträge zur Geschichte der Endokrinologie.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 45, 1928.
Die Choleraepidemie 1927 zu Batavia. P. Peverelli.
Biologische Basis für Neurologie und Psychiatrie. C. T. van Valkenburg.
Ueber Degenerationspsychosen. E. A. D. E. Carp, A. H. Fortanier.
Ein Fall von sehr hohem Blutdruck mit psychotischen Erscheinungen. H. W. Schotman.

Nordische Zeitschriften.

Acta chirurgica scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, Vol. 64, Fasc. 3/4.
Bericht über die Fortschritte der Nordischen Gesellschaft für Orthopädie auf ihrer 9. Tagung in Gothenburg, Schweden, am 28. Juni 1927. P. G. K. Benzon.
Ueber die Behandlung der Fraktur-Luxationen des Schultergelenks. Nils Silfverskiöld.
Einige orthopädische Mitteilungen. Nils Silfverskiöld.
341. Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden. V. Meisen.
Ein Beitrag zur Aetiologie des Ulkus der großen Kurvatur. V. David.
Magengeschwür und Bayliß-Starlingsches Grundgesetz. V. Mandler.
4 Fälle von Leberabszess nach akuter Appendizitis. Silas Lindqvist.
Transfusion von leukämischem Blut. Karl Gramén.

Acta chirurgica scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, Vol. 64, Suppl. X.
334. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Fibroadenomatose der Mamma usw. Carl Semb.

Acta Dermato-Venerologica (Acta dermato-vener.), Stockholm, Vol. 9, Fasc. 4, November 1928.
Die Dosierung der Röntgenstrahlen und die beiden Einheiten „R“. Karl Gavalowsky und Olga Valentová.
396. Zwei Fälle von Parapsoriasis guttata mit positiver Wassermannsche Reaktion und starker Herdreaktion auf Tuberkulininjektion. J. Gay Prieto.
395. Beiträge zur Kenntnis der dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa hereditaria.

Acta obstetricia et gynecologica scandinavica (Acta obstetr. scand.), Helsingfors, 7., Heft 1/2, 1928.
Eindruck über die Geburtshilfe und Gynäkologie in Amerika. Ellis Essen-Möller.
Fall von tuberkulöser Ovarialzyste. E. A. Björkenheim.
498. Untersuchungen über den Transport reduzierender Substanzen von der Mutter zum Fötus bei alimentärer Hyperglykämie. John Naeslund.
364. Resultate der Eklampsie und Eklampsismusbehandlung an den geburtshilflichen Kliniken zu Stockholm in den Jahren 1920 bis 1927. Sam. Clason.
Angeborener Verschluss der außerhalb der Leber gelegenen Gallenwege. W. Vigholt.
Ueber das Primit der Eizelle. Axel Westman.
Spontane ovarielle Hämorrhagie mit akuten abdominalen Symptomen. L. Simon.

Acta psychiatrica et neurologica (Acta psychiatr.), Kopenhagen, 3., Nr. 4.
625. Amyotrophien bei chronischer epidemischer Enzephalitis. Aug. Wimmer und V. Axel Neel.
Epilepsie bei chronischer epidemischer Enzephalitis. August Wimmer.
526. Psychotische Syndrome bei chronisch-epidemischer Enzephalitis. Aug. Wimmer.

Hystica, Stockholm, 90., H. 22, 30. November 1928.
507. Einige Gesichtspunkte zu dem aktuellen Schizophrenieproblem. Torsten Lindner.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben (Norsk Mag. Laegevid.), Oslo, 89., Nr. 12, 1928.

445. Funktionelle Albuminurie. Otto Jerrell.
Angina lymphomatosa und Drüsenfieber. Yngvar Ustredt.
408. Nachuntersuchung nichtspezifisch behandelter Luetiker. E. Brunsgaard.
Zwei Fälle von Infektion der Urnhwege mit Bact. Morgan I. Anton Jerrell.
Ueber akute hämorrhagische Nephritis und deren periodisches, epidemisches Auftreten. Olaf Römcke.
Tuberkulinuntersuchungen. Axel Ström.
Komplementbindungsreaktion im Serum bei den verschiedenen klinischen Formen von Tuberkulose. Thjotta und Gundersen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 49, 1928.
Blutzuckerregulationen bei den chronischen idiopathischen Steatorrhöen. Th. E. Hess Thaysen und A. Norgaard.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 50, 1928.
Syphilis und Chirurgie. V. Meisen.
517. Der naso-okuläre Reflex und dessen diagnostische Bedeutung. Th. B. Wernoe.
Ein Fall sogenannter Kalkgicht. Erik de Fine Licht.
Die internationale Gesellschaft für medizinische Hydrologie. Arne Faber.
474. Atrobyl „Leo“. A. Damgaard-Rasmussen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 51, 1928.
Calmette-Guérins Tuberkulosevakzine. Thor. Madsen.
Kampfer-Ersatzpräparate. H. Baggesgaard-Rasmussen.
Ueber Nicordamin. Marie Krogh.
Eine arterielle Embolektomie mit günstigem Ausgang. O. Keller.
Intelligenzprüfungen. H. O. Wildenskov.
Ueber Tropenklima und Malaria am Kongo. Gregors Jensen.

Uppsala Läkarförenings Förhandlingar (Uppsala Läkar. Förh.), Uppsala, 34., Heft 3/4.
Wie soll man die Irrtümer bei der Blutgruppenbestimmung vermeiden, vor allem, wenn es gilt, sie schnellstmöglich durchzuführen? - E. D. Schödt.
756. Zur Röntgendiagnose klinisch schwer feststellbarer fettführender Tumoren, insbesondere Lipome. Hugo Laurell.
Einige weibliche Namen aus der Geschichte der Geburtshilfe. John Olow.
Untersuchungen über die Motilität des überlebenden Darmes bei Fiebertemperaturen. Bertil Hamne.
Das Reizleitungssystem des Herzens. Bernhard Wahlin.

Zeitschriften in englischer Sprache.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis, Vol. XVI, Nr. 3, September 1928.

Ueberblick über die Kaiserschnitte in Brooklyn. Ch. A. Gordon.
358. Längsuerde Geburt. H. Bailey.
Bakteriengleichheit des Uterus bei Kaiserschnitt. J. W. Harris und J. H. Brown.
361. Infektionen der Zervix im Puerperium. J. R. Goodall und M. Wiseman.
Stillung der postoperativen Blutung nach Nephrotomie. D. Bissell.
Drei Fälle von Struma ovarii. J. M. Frankel und M. Lederer.
Schwangerschaft nach Feststellung des Verschlusses beider Tuben durch Hysterosalpingographie. M. P. Rucker und L. J. Witthead.
Primäres doppelseitiges Tubenkarzinom. S. A. Wolfe.
460. Behandlung der Asphyxie neonatorum mit Injektion von Alpha-Lobelin in die Nabelvene. R. A. Wilson.
Weibliches Sexualhormon. R. T. Frank, M. A. Goldberger, L. C. McGee.
Rigide und stenosierte Zervix im ersten Geburtsabschnitt. A. Mathieu und G. C. Schaeffer.
Rotation des Kopfes mit Bemerkungen über die Kielland-Zange. F. P. McNally.
Leberfunktionsprobe mit Phenolte-rachlorphthalein bei Schwangerschaftstoxikosen. S. Berman.
Heilung eines Myoms bei Basedow durch Röntgenkastration. F. Lindenberg.
352. Stenotische Zervixitis. J. C. Masson und E. Parsons.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.), New York, Vol. XX, 2.

539. Röntgenologie des Kolons. J. W. Larimore.
538. Wichtigkeit der Frühdiagnose des Kolonkrebses. G. Goldman.
Polyposis des Dickdarms. J. F. Chapman.
540. Cholezystographie der Gallengangerkrankung. O. C. Zink.
537. Klinische Schwierigkeiten bei der Röntgentherapie der Haut. G. M. Mackee.
544. Beschaffenheit eines gutgeschützten Radiumpacks. G. Failla.
Untersuchung über den Widerstand gegen Tumorumplantation bei Ratten, welche vom Krebs durch Radon geheilt waren. K. Sugjura und St. R. Benedict.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.), New York, 20., Nr. 4.

755. Wert der Röntgentherapie bei primär-malignen Tumoren und gutartigen Riesenzelltumoren des Knochens. W. A. Evans und F. Leucutia.
Physikalische und biologische Probleme der Heliotherapie. E. A. Pohle und R. A. Sawyer.
Einige besondere Ergebnisse bei Röntgenogrammen der Baueingeweide. R. O. Moody und R. G. van Nuys.
437. Cholezystographie und transduodenale Galle. W. Snow.
Untersuchung eines Falles von bronchohepatischer Fistel mit röntgenoskopischer Beobachtung. J. M. Flynn und St. L. Warren.
Ein Fall eines in der Flexura duodeno jejunalis eingekleiten Fremdkörpers. J. E. Habbe.

Archives of Internal Medicine (Arch. int. Med.), Chicago, 42., Nr. 4, Oktober 1928.

Augenhintergrundsveränderungen als Maßstab für die Beurteilung der Arteriosklerose. S. A. Agatston.
Sklerodermie und Kalzinosis. Robert H. Durham.
Verhalten der Plasmachloride bei Obstruktionsikterus. I. S. Radvin und M. E. Morrison.
Moniliaerkrankung der Bronchien. W. R. Galbreath und Charles Weiss.
Beobachtungen über die Skapulac der Chinesen. H. Dabney Kerr.
Elektrokardiogramm bei Hypertonie. Thomas Ziskin.
Oesophagusulzeration: experimentelle Untersuchung. Julius Friedenwald, Maurice Feldman und Waiman F. Zinn.
440. Handflächenfarbe-Probe: einfache, praktische klinische Methode zur Feststellung von Anämie und Plethora. W. W. Duke.
Beziehungen der Nebenschilddrüsen zur Thyreoiden, mit besonderer Berücksichtigung des Hyperthyreoidismus. E. P. McCullagh.
Pankreastätigkeit beim Diabetes mellitus. Seizaburo Okada, Tsunamotu, Imazu, Kwanichi Kuramochi, Katsuo Horiuchi und Toshio Tsukahara.
Verhinderung experimenteller Exsudate durch Nebenschilddrüsenhormon (Collip). Harry Gold.
Kontinuierliche Zufuhr von Jod und anderen Salzen: vergleichende Untersuchungen über die Wirkung auf Körpergewicht und Wachstum. P. J. Hanzlik, E. P. Talbot und E. E. Gibson.
Vererbung der Migräne. William Allan.
Experimentelle Untersuchung über die Wirkung von Eisenmedikamenten auf die Eisenreserve. Charles Spencer Williamson und Paul Ewing.

Archives of Internal Medicine (Arch. int. Med.), Chicago, 42., Nr. 5, November 1928.

501. Xanthomasse und das retikulendotheliale System. Russell S. Rowland.
Synovialfösigkeit bei chronischer Arthritis: Bakteriologie und Zytologie.
Claud Ellis Forkner, Alfred R. Shands und Mary A. Poston.
Röntgenstrahlenbehandlung der Hypophyse bei Akromegalie; Wirkung auf Dextrosetoleranz. R. Emmet Allen und H. Lissner.
Syphilis des Magens mit besonderer Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien. Harry A. Singer und Frederick G. Dyas.
Nichtchirurgische Drainage der Gallenblase bei gleichzeitiger intravenöser Cholezystographie. H. L. Bockus und J. Gershon Cohen.
Experimenteller Obstruktionsikterus; Bedeutung des Alters bei der Entstehung der Bradykardie. William C. Buchbinder.
Sekretin ist kein Reiz zur Blutregeneration. I. T. King.
Neue klinische Untersuchungsmethode für Gewebeschmerz. William T. Thomas und Edmund Andrews.
Enthält das Insulin des Handels Vitamin B? Charles J. Stucky.
Hautempfindlichkeit rheumatischer Individuen gegenüber Streptokokkenfiltraten und ihre Beziehung zur akuten Polyarthrit. Edith I. M. Irvine Jones.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3536, 13. Oktober 1928.

Akute idiopathische Magendilatation. Fred Oundry.
Vier Fälle von Olloma retinae in einer Familie. T. W. Letchworth.
Phthise im Alter von 85 Jahren. D. A. Chamberlain.
Jahresversammlung der British Medical Association.
Abteilung für Orthopädie.
Ischämische Kontraktur und ihre Behandlung. Robert Jones.
Abteilung für Radiologie und Physiotherapie.
Ultraviolette Strahlen und das Publikum. W. E. Dixon und C. B. Heald.
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.
Diagnose und Behandlung der Sterilität. Arthur E. Giles.
370. Diagnose und Behandlung der Sterilität bei der Frau. Sidney Forsdike.
Diagnose und Behandlung der Sterilität beim Mann. Kenneth Walker.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3537, 20. Oktober 1928.
Herz-Gefäßkrankungen seit Harveys Entdeckung. Humphry Rolleston.
512. Spontanheilungen von den Erscheinungen des Hirntumors. C. O. Hawthorne.
503. Vitamin A als antinfektiöses Agens. H. N. Green und E. Mellanby.

- Vortäuschung einer Appendizitis durch perforiertes Duodenalgeschwür. K. C. L. Paddle.
- Plastisches Verfahren bei Warzenfortsatzoperation. W. H. B. Magauran.
- Fremdkörper im Verdauungstraktus. Charles Gilmour.
- Traumatische Milzruptur. C. J. Cellan-Jones.
- Varizellen nach folgendem Herpes. J. C. Lyth.
- Torsion des Omentum maj. W. Stewart.
- Jahresversammlung der British Medical Association.
- Abteilung für Orthopädie.
- Rückenschmerzen und Ischias. W. A. Cochrane.
- British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3538, 27. Oktober 1928.
432. Diabetes mellitus und Heredität. P. J. Cammidge.
- Thyreotoxikose und Indikanurie. Lambert Rogers.
- Schmerzlose Wehen. Mary DeCaris.
- Fremdkörper in der Blase. H. W. Webber.
- Schusswunde der Brust. L. G. Jakob.
- Tödliche Verletzung der Trachea durch Thymusentzündung. J. C. Hamilton.
- Tetanus mit Gasbrand. J. C. Moir.
- Zwerchfellriß in einem Fall von Jaksch-Hayemischer Krankheit. Stanley N. Now.
- Jahresversammlung der British Medical Association.
- Abteilung für Gesundheitspflege.
- Bemerkungen über den Hygieneunterricht. W. W. Jameson.
- Abteilung für Tuberkulose.
- Therapeutischer Wert der Schwermetalle bei der Lungentuberkulose. L. S. T. Burrell.
- Abteilung für Laryngologie und Otologie.
- Verletzungen des Ohres bei Schädelbrüchen. Edward D. D. Davis.
- Abteilung für Dermatologie.
- Ungewöhnliche Nebenwirkungen der Salvarsanbehandlung. W. J. O'Donovan
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 3, Juli 1928.
- Der erwachsene Krüppel. Archer O'Reilly.
- Nachuntersuchungen an ehemaligen Enzephalitikern. Lloyd H. Ziegler.
- Häufige Irrtümer in der Cholezystographie. L. R. Whitaker.
482. Wirkung von oral verabreichtem Paraffinum liquidum auf die Verdauung und Resorption der Nahrung. A. B. Olsen.
- Klinische Beobachtungen bei der Verwendung intravenöser Digitalispräparate. H. E. B. Pardee.
- Die karcinogene Wirkung von Tabakextrakten bei Mäusen. F. C. Helwig.
- Die gegenwärtige Behandlung intestinaler Protozoenkrankheiten und die Faktoren, welche ihren Erfolg bestimmen. Frank Smithies.
- Chemische Blutuntersuchungen. Reed Rockwood.
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 4, Juli 1928.
- Das Fortbestehen von Irrtümern in der Dermatologie. Udo J. Wile.
- Muskeltonus. L. J. Pollock.
484. Wismut als Diuretikum. G. H. Mehrtens und P. J. Hazlik.
336. Dimensionen resezierter Magengeschwüre und Karzinome des Magens. W. C. Alvarez und W. C. MacCarthy.
419. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Encephalitis epidemica. J. B. Neal.
- Erkrankung durch Milch (Folge einer Vergiftung mit Eupatorium urticaefolium (Wasserdistel)). J. F. Couch.
- Tularämie (Bericht eines Falles mit Obduktionsbefund). H. D. Palmer und G. H. Hansmann.
- Folgen der Anhäufung von Galle um die Leber (klinische und experimentelle Beobachtungen). W. Walters und J. L. Bollman.
443. Wirkung von Leberextrakt bei Spruceanämie. (Vorläufige Mitteilung.) B. K. Ashford.
- Schwankungen der Wasserstoffionenkonzentration des Speichels bei Epilepsie. A. M. Saunders.
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 5, August 1928.
- Das Massen-Produktionsprinzip in der Erzeugung von Heilmitteln. Roger I. Lee.
542. Statistik über die Erfolge der Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms. G. G. Ward und Lilian K. P. Farrar.
337. Operationen zur Ableitung der Galle in den Magen-Darmtrakt bei Verschluss der Gallenwege. E. Starr Judd.
483. Schwierigkeiten bei der Diagnose der Insulinhypoglykämie (Insulinschock). E. L. Sevringhaus.
462. Symptomatologie des B-Vitaminmangels bei Säuglingen. B. Raymond Hoobler.
- Akute gelbe Leberatrophie nach Einnahme von Cinchophen (A'ophan). Don C. Sutton.
- Ueberempfindlichkeit gegen Speisen als Ursache nasaler Erscheinungen (vasomotorische Rhinitis). Ch. H. Eyermann.
- Traumatische Neurose. J. Fetterman.
- Bronchialasthma. Georg Pineß.
- Herpes zoster als Frühsymptom bei Rückenmarkstumor (Bericht eines Falles). G. R. Kamman.
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 6, August 1928.
- Diathermie bei Pneumonie. Carl A. L. Binger und Ronald V. Christie.
450. Die Bestätigung der Diagnose Tuberkulose. (Neue Methode des kulturellen Nachweises von Tuberkelbazillen zu diagnostischen Zwecken.) J. H. Corper.
- Chirurgische Beseitigung von Schmerzen bei ausgebreiteten Erkrankungen malignen Charakters. Mit besonderer Berücksichtigung der Durchschneidung der sensiblen Vaguszweige bei tiefstehenden Schmerzen im Ohre. Temple Fay.
- Totale Nasenplastik. Gordon B. New.
- Lufthätige Zyste im Ischiorektalraum nach winziger Perforation des Rektums. Amos R. Koontz.
418. Die Schutzwirkung des Poliomyelitis-Rekonvaleszenten-serums. Simon Flexner und Fred W. Stewart.
- Organisation einer Untersuchungs- und Beratungsstelle für Unfruchtbare. S. R. Meaker.
- Sind die Serum-Antikörper identisch mit ihren Vorläufern in lebenden Geweben? W. H. Manwaring und Joseph L. Azevedo.
417. Präparatistische Poliomyelitis. (Beobachtungen in 106 Fällen, die mit Rekonvaleszenten-serum behandelt wurden.) W. Lloyd Aycock und Eliot H. Luther.
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 7, August 1928.
- Aufgaben und Wirkungskreis des Pathologen. H. R. Wahl.
- Oto-Laryngologie als Teil der Allgemeinbildung in Krankenhäusern. Austin A. Hayden.
- Gründlichere Ausbildung für die akademische Laufbahn. J. H. Pratt.
- Was die American Medical Association vom Krankenhaus als Lehrstätte erwartet. N. P. Colwell.
- Die Wirksamkeit und Unschädlichkeit der Bekämpfung des Kropfes. (Ergebnisse einer Untersuchung im Staate Michigan.) O. P. Kimball.
- Das Hebammenproblem. J. P. Bowdoin.
- Wirkungen der Aethylsen-Sauerstoffnarkose auf den gesunden menschlichen Organismus. J. D. Brumbaugh.
- Die Behandlung des Krebses. (Maßnahmen und Einrichtungen zur Behandlung und Bekämpfung des Krebses in einigen amerikanischen Städten.) H. C. Saltzstein.
- The Urologic and Cutaneous Review (Urologic Rev.), St. Louis, Nr. 12, 1928.
394. Ueber den Pleomorphismus des Epidermophyton inguinale. Mario Truffi. Padova.
379. Verbesserung des Aussehens von Narben durch Physiotherapie. C. L. Lindsay. Pasadena, Kalifornien.
- Die Behandlung der Hauteitheliome mit Röntgen und Radium. George F. Jackson. Little Rock, Arkansas.
415. Amöbenzystitis. Giuseppe Franchini. Bologna.
406. Schwangerschaft und Syphilis. Arthur M. Barnett. Louisville, Kentucky.
414. Konservative Methoden bei der Behandlung der Prostatahypertrophie. Albert Rosenberg.

Zeitschriften in französischer Sprache.

- Annales de Dermat. et de Syph. (Ann. de Dermat.), Paris, Nr. 11, 1928.
- Klinische und biologische Studie einer Trichophytiepidemie auf der Haut, verursacht von Trichophyton niveum radicans. P. Ravaut, Basch, Rabreau.
- Beitrag zum Studium der Schambergischen Krankheit. A. Racinoski.
- Axiphoide und ihr Wert für die Diagnose der kongenitalen Syphilis. G. L. Landa.
- Annales de Dermat. et de Syph. (Ann. de Dermat.), Paris, Nr. 12, 1928.
- Die Amyloidzunge. M. Letulle; G. Petit, Morceau.
- Atrophische, bullöse und allopapulöse Hautdystrophie. A. Pasini.
- Biologie médicale (Biolog. méd.), Nr. 4, 1928.
- Die funktionellen Rhythmen beim Menschen. R. Porak.
- Zur Prophylaxe und Therapie mit Vakzins. Dosierung? R. Pirret.
- Biologie médicale (Biolog. méd.), Nr. 5, 1928.
377. G. Harvey und die Blutzirkulation. Léon Launoy, André Launoy.
- Einführung zum Studium der Beziehungen des Sympathikus zum Klima. Laiznel-Lavastine.
- Dokumente zu den neuen Methoden der Syphilisdiagnostik mittels Flokulation. C. Boikine.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 2, 1928.
381. Zur Frage des Epithelialkrebses, vom dermatologischen Standpunkt aus betrachtet. L. M. Pautrier.
- Bulletin de la Soc. de Pathologie exotique (Bull. Soc. Path. exot.), Nr. 8, 1928.
- Beobachtungen über Malaria und die Gametenformen des Plasmodium in Kulturen. R. Row.
420. Ein Fall von Schwarzwasserfieber mit deutlich malarialhaftem Charakter. Stovarsol behandelt. H. Dupuy.
- Das Gift der Larve Megalopygeum urens. A. Gaminaria.
434. Wirkung des Quinio-Stovarsol auf die Schizonten von Plasmodium falciparum. F. M. A. Legendre, A. Mondain.
- Immunität bei Orientbeule. E. I. Marcinkowsky.
- Beobachtungen über Bronchialsprochätose. H. Poldie.
- Die Malaria in der Provinz Diégo-Suarez. J. Raynal.
- Stand der Lepra in Marokko. P. Remlinger.
- Beitrag zur Frage der Trichomonaskultur. A. I. Schourenkova, L. L. Lissovsky.
- Arsenpräparate im Kampf gegen die Anopheleslarven. O. D. Tichenko.
- Behandlung der Gewässer der Stadt Noumea mit Eau de Javelle. Tisseuil.
- Winterepidemie der Dengue in Nordchina. Tournier, Guénolé.
- Das 269 und das 417 von Fournau in der Behandlung der menschlichen Schlafkrankheit. F. van den Branden.
333. Frambösiekontrolle in Costa-Rica. T. von Bulow.
476. Die Rolle des Gluthation bei der Bildung von Trypanotoxyl und Bismoxyl. C. Levaditi, T. E. Anderson, Y. Manin.
- Clinique et Laboratoire (Clin. et Labor.), Nr. 9, 1928.
468. Die Migräne bei Kindern. Nobécourt.
- Das Tuberkulisationsfieber und seine Diagnose beim Kinde. F. Armand Deille.
- Die Behandlung des Diabetes. Mathieu-Pierre Weil.
- La Gynécologie (Gynéc.), Paris, 27. Jahrgang, Juni 1928.
- Histologische Formen der inneren Mykosen beim Menschen. G. Durante.
475. Beitrag zum Studium des Follikulins. E. Imparato.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 83, 17. Oktober 1928.
- Die Zerfallsprodukte des Schwefels bei der Hämolyse. M. Loeper, J. Decourt und R. Garcin.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 84, 20. Oktober 1928.
- Zur kurativen Fibrose der Hämorrhoiden mittels Injektionen. G. Delater und K.-J. Vendel.
- Die Behandlung der urethralen Fisteln durch Radiotherapie der Nieren. J. Sénèque.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 85, 24. Oktober 1928.
- Die fausten Torsionsformen der morgagnischen Hydatide. A. Mouchet.
- Die Rechte der Klinik und der Serologie in bezug auf die Syphilis. A. Vernes.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 86, 27. Oktober 1928.
473. Einige neue Gesichtspunkte zur Jodbehandlung des Hyperthyreoidismus. L. Dautrebande.
- 513a. Die gegenwärtige Anschauung über die Enuresis. M. Nathan.
- Rev. Internat. de l'enf. (Rev. intern. l'enf.) November 1928.
- Wie Amerika erzieht. Paul Dengler, Wien.
- Konzerte für Kinder. Felix Weingartner, Basel.
- Die Wohltätigkeitswoche in Paris. Yvonne Cramer, Genf.
536. Der junge Missetäter. R. G. Gordon, England (Bath).
- Revue neurologique (Rev. neur.), 35. Jahrg., 2., Nr. 5, November 1928.
- Zytoarchitektonik. C. V. Economo.
513. Cauda-Lumbosakralmarkstumor. Riser, Bezy u. Boularan.
- Revue neurologique (Rev. neur.), 35. Jahrgang, 2., Nr. 6, Dezember 1928.
528. Syndrom der A. cerebellaris superior. G. Guillain, J. Bertrand und N. Péron.
524. Amyotrophische Lateralsklerose oder Pseudobulbärparalyse? J. Bertrand und Boeff.
- Nystagmus. P. van Gehuchten.
504. Erregung und Verwirrtheit. Magalhaes Lemos.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 40, 1928.
461. Maxilläre Dysmorphosen bei debilen Kindern. F. Watry.
- Wie wirkt der Schock auf den Grundumsatz. H. de Waele.

Zeitschriften in italienischer Sprache.

La pediatria (La pediatria), Neapel, 36., Heft 23.

467. Klinische Beobachtungen über die Therapie der Bronchiektasien im Kindesalter. M. Gerbasi.

Pathologische - anatomische Untersuchungen über das Gehirn und Drüsen mit innerer Sekretion in einem Fall von mongoloider Idiotie. Pietro Verga.

Die normale Verweildauer der Nahrung in den verschiedenen Darmabschnitten des gesunden Säuglings. Giuseppe Maurizio Reviglio.

Bemerkungen zur Arbeit: Ueber ein Syndrom von splenomegaler familiärer Anämie im Kindesalter. L. Auricchio.

Ueber Influenzabazillusmeningitis im Kindesalter. (Sammelreferat.) Donato D'Annato.

Rivista di patologia e clinica della tubercolosi, Jahrg. 2, Heft 10.

Biometrische Untersuchungen über das Wachstum von tuberkuloseprädisponierter Kinder. Giuseppe Del Duca.

Individuelle Wachstumsformeln tuberkuloseprädisponierter Kinder. Giuseppe Del Duca.

Bericht über den VI. internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose. Rom, 25. bis 27. September 1928.

Bericht über den VI. Kongreß der italienischen Gesellschaft für Tuberkulose. Rom, 22. bis 23. September 1928.

Rivista di patologia e clinica della tubercolosi (Riv. patol. tubercul.), Mailand, Jahrg. 2, Heft 11, 30. November 1928.

Ueber ein neues Pneumograph (Thorakopneumograph) zur Untersuchung der Atembewegungen in verschiedenen Teilen des Brustkorbes. S. Baglioni.

449. Ueber Mätfysche Reaktion; Oberflächenspannung des Harns und Stalagmometrie bei Lungentuberkulose. Giulio Nannini.

455. Ueber die bei therapeutischem Pneumothorax bestehenden pleuritischen Verwachsungen. Rosario Scalabrino.

453. Die derzeitige Auffassung der Pathogenese und Evolution der Lungentuberkulose. A. Alessandro Raimondi.

Rivista Ospedaliera (Riv. Ospedal.), Nr. 6, 1928.

423. Die Pathogenese der Arteriosklerose. Mario Aresu.

Zeitschriften in polnischer Sprache.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 8.

Erbrechen bei der Avitaminose und seine Behandlung. A. K. Werner. Statistische Daten über die in Kobierzyn behandelten Kranken mit Paralysis progressiva. F. Debski.

371. Indikationen zur Ausräumung der Gebärmutter. B. Kowalski. Die Ernährung im Krankenhaus. A. Puławski.

Spontanruptur eines Angioma cavernosum der Leber mit tödlicher Blutung in die Bauchhöhle. A. Siedlecka.

Bemerkungen über den therapeutischen Wert des Coramins „Ciba“. N. Meller.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 9.

Ueber Fremdkörper des Mastdarms. E. Piórek.

Beobachtungen über gewerbliche Vergiftung mit aromatischen Nitratverbindungen. Wl. Filiński, Z. Grodzki und Z. Maka.

Ein Fall von Retention der Plazenta 159 Stunden nach normaler Geburt. M. Głowiński.

Zur Behandlung der Eklampsie. P. Smolaga.

Schwangerschaftsunterbrechung und Geschlechtskrankheiten. A. Karwowski.

Die bakterizide und antiseptische Wirkung des Adrenasols L. S. S. (Spieß) bei Behandlung von Verbrennungen.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 10.

Die frühzeitige Diagnose der Lues congenita auf Grund der III. Meinicke-Reaktion. T. Zuralski.

Die Anwendung des Eptons bei Lungenblutungen. E. Wajs.

Zur Behandlung der Eklampsie. P. Smolaga.

Nowiny Lekarskie, 39., Heft 11.

Der Einfluß des Hypophysenhinterlappenauszugs auf die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens und die motorische Tätigkeit des Darms beim Menschen. T. Kucharski und S. Kozłowski.

Ein Fall von mit Insulin behandelter Raynaud'scher Krankheit. Z. Messing.

Das hängende Radioskop. T. Alkiewicz.

Akute septische Lungengangrän beim Kinde. Wl. Mikulowski.

Nowiny Psychiatryczne (Now. psychiatr.), Heft 3/4, 1928.

534. Kritische Bemerkungen zum Gesetzentwurf betr. das öffentliche Fürsorgewesen für Geistesranke. Al. Piotrowski.

531. Die Strafgesetzbildung betr. Minderjährige, von psychiatrischen und medizinisch-pädagogischen Gesichtspunkten betrachtet. J. Gawronski.

532. Sensibilitätsstörungen bei Epileptikern. H. Zajaczkowski.

533. Epilepsie und Strafrecht. O. Bielawski.

VIII. Psychiatrischer Kongreß in Warschau (den 27., 28. und 29. Mai 1928).

VI. Kongreß der Internationalen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in Rom, den 24. bis 28. September 1928.

XIII. Kongreß der polnischen Aerzte und Biologen in Wilno.

Jahresversammlung der Aerzte des östlichen Polen in Łuck.

Referate und Besprechungen.

Berichte aus psychiatrischen Heilanstalten Polens. Varia.

Anhang: Ueber Verbrechen und Verbrecher. O. Bielawski.

Zeitschriften in russischer Sprache.

Klinitscheskaja Medicina (Klin. Med. russ.), Moskau, 6., Heft 9 (84), 1928.

522. Epilepsiebehandlung. N. J. Korotnew.

Unsystematisches wissenschaftlich-medizinisches Denken (VI). N. M. Rudnitski.

Zur Frage der experimentellen Alkalose und deren Wirkung auf den Tonus des parasympathischen Nervensystems. W. G. Lytkin, W. P. Sokolowski und W. K. Tarantalew.

339. Zur Diagnose der Pankreasgeschwülste. W. S. Sholty.

494. Klinische Bedeutung der Diastasebestimmung im Harn. D. G. Eustrach und B. J. Serebrennik.

Ueber Insulinbehandlung bei nichtdiabetischen Erkrankungen. Q. L. Magasanik.

Klinische Beobachtungen über den Harnsäuregehalt im Blute. K. Kasparow.

Zur Klinik der hypophysären Kachexie (Simmondsche Krankheit) mit Diabetes-insipidus-Symptomen. A. F. Korownikow und M. E. Beresnjak.

Klinitscheskij Zurnal Saratowskogo Uniwersiteta (Klin. Z. Saratow-Univ.), Saratow, 5., Heft 1, 1928.

471. Wirkung des Benzols auf den blutbildenden Apparat. R. A. Dymshits.

Ueber das Schwinden der Spirochaetae pallidae im Primärsklerosen-Reizserum der Kaninchen unter dem Einfluß der Bismuttherapie. P. W. Fomin und S. J. Pardyko.

Zur Behandlung der trophischen Extremitätsprozesse mittels Alkoholbefeuchtung der Arterienstämme. N. N. Nasarow.

329. Ueber Augenerkrankungen bei Grippe. E. M. Faktorowitsch.

Die Bedeutung des Nachtschlafes während der Erdbeben und Eisenbahnkatastrophen. P. Podapolski.

421. Zur Frage der Kryotherapie bei Lepra. K. Jaryschewa.

Wratschebnaja Djelo (Wratsch. Djelo), Charkow, 1. Jahrg., Nr. 9.

Ueber Sekretion des nüchternen Magens. W. Iwanow.

Zur Untersuchungsmethodik des Dünndarms mittels dünner Sonde (Schluß).

W. N. Winogradow, J. M. Gelbird und S. A. Chadshamiraw.

Zur Kasuistik des primären Bronchus- und Lungenkarzinoms. M. M. Ekelow.

Die Rolle der Infektion im Verlauf der chronischen Gastrointestinalgeschwüre. P. J. Budarin.

529. Ueber Pathogenese der Geophagie. A. J. Driginkina.

Erscheinungen der „dauernden Inkubation“ und Chininresistenz des Plasmodium malariae vom biochemischen Gesichtspunkte aus. E. N. Malma.

Ueber die Notwendigkeit der einheitlichen Nomenklatur der Isoagglutinationsgruppen. N. W. Popow.

Zur Frage der Vergiftung mit Abzugsanalagen. J. G. Dobrin.

Die Wirkung des Kreosots auf die Haut (Schluß). D. D. Schapiro.

Ueber den Einfluß der Solbäder auf die Knochentuberkulose. J. Grunin und O. Poltoratzkaia.

485. Ueber den Einfluß der Sol- und Schlammäder auf die Blutzirkulation. J. O. Kornblit.

Fall von Aortenaneurysma. N. M. Beinissowitsch.

Fall von primärem Lungenarkom. A. J. Strukow.

Ueber Hypnoseanwendung in Sanatorien. J. M. Protopopow.

Fall von chronischem hämolytischem Ikterus. M. K. Kutjew.

437. Zur Neosalvarsanbehandlung des Milzbrandes. G. B. Rabinowitsch.

Wratschebnaja Gasetta (Wratsch. Gasetta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 8, 1928.

Ueber „Alkohololonen“. G. E. Schumkow.

Bedeutung des Röntgens bei essentiellen Lumbalgien und die Beziehungen der letzteren zu Entwicklungsdefekten der Wirbelsäule. A. M. Doroschenko.

436. Zur Frage der Palpation der normalen Leber. J. M. Fleckel.

Zur Frage des Mechanismus der Pirquet-Reaktion und ihrer Formen. W. J. Kurawitzki.

Zur Hypnotherapie des Alkoholismus. W. M. Feibuschewitsch.

Erythrodermia desquamativa Leiner. B. S. Hirschberg.

Endokarditis lenta mit Lokalisierung des Prozesses in der Lungenarterie. S. D. Iwanow.

Viermalige Laparotomie wegen eines Magen- und Dünndarmgeschwürs. N. W. Bogojawlenski.

481. Jod-Chinintherapie der Malaria. N. J. Wladykin.

Wratschebnaja Gasetta (Wratsch. Gasetta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 9, 1928.

Basedowsche Krankheit und Hyperthyreoidismus vom klinischen Standpunkte. J. A. Ratner.

426. Differentialdiagnostische Bedeutung der Erythrozytensenkungsreaktion bei Endokarditis lenta und anderen Herzerkrankungen. J. D. Sobak.

Zur Frage der Chromocholoskopie. A. J. Lebedow.

Rheumatismus und Erkältung. N. F. Golubow.

392. Thalliumbehandlung der Haarpilzerkrankungen. N. N. Sachariwskaja und A. M. Petrow.

Bacterium paracoli und Widal'sche Reaktion bei Dysenterie als epidemiologische Erkennungszeichen. N. L. Blumenthal.

Einfluß der Kalziumionen auf die Erregbarkeit und Zuckung der Muskeln. M. J. Besbokaja.

Blutdruckveränderungen bei Perniziosakranken nach subkutanen Adrenalin-

einspritzungen. S. J. Koslowskaja.

493. Ueber Harnsäureverteilung im Blute. S. J. Winokurow und M. S. Turkel'taub.

375. Vaginale Schlammbehandlung außerhalb des Kurorts. M. W. Kuramischina.

Einige Worte über die sogenannten „Narben-Rasselgeräusche“. E. M. Shadkewitsch.

Modifikation des Telemannschen Verfahrens zum Nachweis von Bandwurmeiern in den Fäzes. W. N. Alafusow.

Wratschebnaja Gasetta (Wratsch. Gasetta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 10, 1928.

Ueber ein einfaches Verfahren zur Gewinnung von Insulin aus der Pankreas.

M. J. Galwajlo und A. A. Schmidt.

366. Blutgruppen und Superfekundation. S. S. Sabolotny.

Neuralgia brachialis und Periarthritis humero-scapularis. G. D. Aronowitsch.

Versuch der Beurteilung des Geburtsmechanismus mittels eines auf die äußeren

Bauchdecken angelegten Apparates. N. J. Kuschtalow.

Ueber Lungenmykosis beim Menschen. L. M. Schabad.

Syndrom der Akromyrie. A. A. Ochs.

465. Zur Frage der Magenperforation und zur Kasuistik der Geschwür-

perforation im frühen Alter. W. M. Durnaschkin.

365. Ein seltener Fall von „Hebammen-Operation“. D. W. Toskin.

Ein Fall von gewaltsamer Uterusruptur. K. Inogda.

Zur Verteidigung eines alten pharmazeutischen Präparats. N. F. Golubow.

Diagnose des kindlichen Klauens während der Geburt. P. J. Rulle.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte.
2. Augenheilkunde.
3. Bakteriologie und Serologie.
4. Chirurgie und Orthopädie.
5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.

6. Geschichte der Medizin.
7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.

11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.
13. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
14. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

15. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.
16. Psychologie u. Psychopathologie.
17. Soziale u. gerichtliche Medizin.
18. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik u. Therapie.
19. Zahnheilkunde.

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte.

327.

Fetscher, R., **Der jetzige Stand von der Lehre der Vererbung erworbener Eigenschaften.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 47, S. 1975, 1928.) Ein Beweis für die Erblichkeit von Modifikationen wurde bisher von keiner Seite erbracht, insbesondere sind auch im Leben erworbene psychische Eigentümlichkeiten ohne Einfluß auf die Nachkommenschaft.

Mutationen sind im Tier- und Pflanzenexperiment erwiesen. Eine direkte Beobachtung einer Mutation beim Menschen liegt nicht vor, sondern nur indirekter Beweis.

Die Möglichkeit einer Keimschädigung durch chemische und physikalische Einflüsse ist durch das Experiment erwiesen und für den Menschen zu vermuten. Arnold Hirsch, Berlin.

Augenheilkunde.

328.

Lange, Ilse, und Fritz Lange, **Ueber Augenhintergrundblutungen bei Hypertonie.** (Klin. Wschr., 48, S. 2286, 1928.) Bei Retinahämorrhagien ist in der Regel eine Hypertonie vorhanden; eine reine Arteriosklerose fanden die Verfasser dabei niemals. Die Fälle reifer Hypertonie weisen auf die ursächliche Bedeutung der Hypertonie für die Entstehung der Netzhautblutungen hin: Die Retinahämorrhagien sind demnach nicht zum Krankheitsbild der Arteriosklerose, sondern zu dem der Hypertonie zu rechnen.

Gefäßveränderungen, bestehend in Kaliberschwankungen und abnormen Schlingelungen der Blutgefäße des Auges, kommen besonders häufig bei Hypertonikern vor, so daß die Autoren oft nur auf Grund dieser Gefäßveränderungen auf eine vorhandene Hypertonie aufmerksam wurden. Sie finden sich aber auch, allerdings viel weniger ausgeprägt und weit seltener, bei reiner Arteriosklerose. Da sie auch ganz vereinzelt beim Normalen zu finden sind, ist ein gültiger Schluß, worauf sie beruhen, vorerst mit Sicherheit noch nicht zu ziehen.

Ganz ähnlich wie bei Retinablutungen verhalten sich offenbar die spontanen subkonjunktivalen Hämorrhagien, die schon von Weekers als der Hypertonie angehörend beschrieben worden sind. Auch die Verfasser fanden in einer kleinen Auswahl subkonjunktivale Hämorrhagien durch reine Hypertonie bedingt.

Die Augenblutungen weisen nach diesen Feststellungen interessante Uebereinstimmungen mit den Hirnblutungen auf. Eine apoplektische Hirnblutung findet sich niemals ohne Hypertonie, es sei denn, daß der Hochdruck durch Herzinsuffizienz kachiert war. Für die Retinahämorrhagien konnten die Verfasser dieselbe Regel aufstellen.

Die große Mehrzahl der apoplektischen Hirnblutungen sind nach den Untersuchungen von Westphal und Baer kapillären Ursprungs und entstehen nicht, wie man früher annahm, immer durch Rupturierung größerer Blutgefäße. Die Art der Retinablutungen, häufig klein und punktförmig, und ihr Auftreten oft ganz unabhängig von sichtbaren Gefäßen in den verschiedensten Gebieten, spricht — wenigstens in einem großen Teil der Fälle — gleichfalls für den kapillären Ursprung dieser Blutungen. Arnold Hirsch, Berlin.

329.

Faktorowitsch, E. M., **Ueber Augenerkrankungen bei Grippe.** (Klin. Z. Saratow. Univ., 5, H. 1, S. 35, 1928.) Mitteilung über 2 Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um eine 19-jährige Patientin, bei der im Anschluß an grippöse Erkrankung eine Abduzenslähmung am rechten Auge sich entwickelte. Im Laufe von 1½ Monaten wurde das Leiden durch entsprechende Salzybelbehandlung behoben. — Der zweite Fall betraf einen 2 Jahre alten Knaben, bei dem zunächst Entwicklung einer Iridochorioiditis auf beiden Augen mit nachfolgender Blindheit sowie Hör- und Sprachstörungen auf die überstandene Grippe zurückgeführt wurden. E. Kontorowitsch.

330.

Marx, E., **Ueber Veränderungen des Pulsschlags während Augenoperationen.** (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 42, 1928.) 1. Bei Operationen an den äußeren Augenmuskeln kommen häufig Pulsveränderungen vor, besonders in der Schnelligkeit, Größe, Form und

Dikrotie. 2. Gewöhnlich nimmt die Schnelligkeit des Pulses ab, manchmal aber auch zu. Die Größe des Pulses nimmt meist zu; die Form des Pulses ähnelt zuweilen der des Kardiogramms; die Dikrotie ändert sich meistens nur wenig. 3. Die beschriebenen Erscheinungen müssen wahrscheinlich als Reflexe aufgefaßt werden, deren Bahnen noch nicht sicher bekannt sind. Kurt Heymann, Berlin.

Bakteriologie und Serologie.

331.

Dold, H., und W. Worms, **Zur Frage des Verhaltens der Spirochaeta pallida im Meerschweinchen.** (Dtsch. med. Wschr., 47, S. 1962, 1928.) In größeren Versuchsreihen (insgesamt 71 Meerschweinchen) gelang es den Autoren bei perkrotaler, intratestaler bzw. subkutaner Impfung mit Gewebstreifiltraten in keinem Falle, weder bei der ersten, noch bei der zweiten, noch bei der dritten Meerschweinchenpassage, äußerlich sichtbare syphilitische Erscheinungen bei Meerschweinchen zu erzielen.

Im Hinblick auf die positiven Ergebnisse anderer Autoren, die sich der Gewebsstückchenimpfung bedient haben, scheint den Verfassern demnach diese Art der Impfung für das Zustandekommen einer äußerlich wahrnehmbaren syphilitischen Erkrankung beim Meerschweinchen von wesentlicher Bedeutung zu sein.

Durch Kontrollverimpfung auf Kaninchen konnten die Verfasser sich davon überzeugen, daß die Meerschweinchen, ohne daß sie auch nur die geringsten äußerlichen Erscheinungen zeigten, dennoch durch alle drei Passagen in ihren Organen (insbesondere in den Drüsen und Hoden) für Kaninchen vollvirulente Syphilisspirochäten beherbergten. Arnold Hirsch, Berlin.

332.

Frei, Wilhelm, **Zur Bakteriologie des Ulcus-molle-Erregers.** (Arch. Derm., 156, H. 3, 1928.) Untersuchungen an von verschiedenen Ulcus-molle-Formen (gewöhnliches Ulcus molle, Ulcus molle miliare, Ulcus molle serpinosum, Ulcus-molle-Bubonen) herrührenden Stämmen zeigten übereinstimmend, daß der Ducey-Unnasche Bazillus in der Kultur eine gewisse hämolysierende Wirkung besitzt, daß er zu den fakultativ anaeroben Bakterien gehört und gegen Hitze, einwirkung, Phenol, Sublimat, Kristallviolett empfindlicher als eine Reihe anderer Keime ist. Die von dem Ulcus molle serpinosum gezüchtete Kultur unterschied sich in nichts von den anderen Stämmen; diese klinische Form scheint also eher auf bestimmte Allergiezustände des befallenen Organismus zu beruhen. Ernst Levin, Berlin.

333.

von Bülow, T., **Frambösiekontrolle in Costa-Rica.** (Bull. de la Sec. de Pathologie exotique, Nr. 8, 1928.) Seit dem Jahre 1924 hat der Verfasser Gelegenheit gehabt, in Costa-Rica Frambösie festzustellen und zu beobachten. Bisher war die Krankheit in dem Lande nicht konstatiert worden. Er gibt Aufklärungen über die Verteilung der Krankheit auf die einzelnen Gegenden, die serologischen Zahlen von 251 Kranken, die allen Perioden der Frambösie angehörten. Die Inkubationszeit der Frambösie, bisher noch dunkel, wird vom Autor auf 3 Jahre festgelegt. Hieraus ergibt sich, daß bei der Bekämpfung der Krankheit und nach Sanierung einer Gegend die Aufsicht noch lange Zeit hindurch weitergeführt werden muß.

Was den Modus der Infektion angeht, so scheinen die Zechen eine große Rolle zu spielen, aber auch mechanische Uebertragung durch die Zweige einer Staude: Sida rhombifolia, die überall die Fußwege umgibt und einsäumt, ist mehr als wahrscheinlich. Die Eingeborenen haben sehr häufig ihre Manifestationen an den Unterschenkeln und Füßen; sie streifen wiederholt die Zweige beim Gehen, andere Vorüberkommende werden von den Zweigen berührt und eventuell verwundet; die Infektion tritt ein. Hieraus folgt die Forderung, die Zweige dieser Pflanze abzutragen.

Die Behandlung der Kranken bestand meist in Novarsenbenzolinjektionen, wenn die Behandlung durch den Arzt stattfinden konnte. Ein Kind war so von Hauterscheinungen verunstaltet, daß buchstäblich kein Platz da war, wo man hätte hineinstecken können. So griff der Autor zum Stovarsol und heilte sämtliche Erscheinungen in 3 Tagen; das Mittel ist dem Salvarsan vollkommen gleichwertig. Kurt Heymann, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie.

334.

Semb, Carl, **Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Fibroadenomatose der Mamma und ihre Beziehung zu anderen pathologischen Zuständen der Mamma.** (Acta chir. scand., Vol. 44, Suppl. 10, 1928.) Der erste Teil der sehr umfassenden Arbeit umschließt den pathologisch-anatomischen Teil. In dem ersten Kapitel sind die pathologisch-anatomischen Befunde über die Fibroadenomatose dargelegt, wo diese als eigenes Krankheitsbild auftritt. Bei der Fibroadenomatose der Männer gehören fast sämtliche Beobachtungen zu der gleichartigen Gruppe, bestehend aus Milchgängen, Lobuli sowie Bindegewebe, während bei der Fibroadenomatosis der Frau ein deutlicher Unterschied zwischen der Fibroadenomatosis simplex (mikrocystica) und der Fibroadenomatosis cystica mammae zu machen ist. Die weiteren pathologisch-anatomischen Untersuchungen befassen sich mit dem Verhältnis der Fibroadenomatose zu anderen pathologischen Zuständen der Mamma: zur Entzündung, zu dem Papillom in den Milchgängen, zu den begrenzten Fibroadenomen in der Mamma, zu den selteneren Formen von Tumoren, zum Sarkom der Mamma und zum Karzinom. Besonders erörtert wird das Verhältnis der Fibroadenomatose zum Brustkrebs durch ein sehr eingehendes Studium und durch eine sehr genaue Beobachtung der zur Verfügung stehenden Fälle über Jahre hinaus.

Der zweite Teil befaßt sich mit den klinischen Untersuchungen. Ätiologisch wird besonders hervorgehoben, daß beim Mann die Fibroadenomatose in zwei besonderen Altersgruppen auftritt; die größere Gruppe liegt zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr, die etwas kleinere Gruppe zwischen dem 48. und 82. Es ist wohl möglich, daß konstitutionelle Verhältnisse, vielleicht in Verbindung mit der inneren Sekretion der Geschlechtsorgane, beim Mann eine Rolle spielen. Bei der Frau tritt die Fibroadenomatosis simplex im Durchschnittsalter von 33 Jahren auf, während die Fibroadenomatosis cystica eine Erscheinung kurz vor dem Klimakterium ist. Bei Untersuchungen über das Verhältnis zur Ehe wurde gefunden, daß die Fibroadenomatose bei unverheirateten Frauen weit häufiger auftritt als bei verheirateten. Auch bei sterilen Ehen kommt die Fibroadenomatose häufiger vor als in Ehen, in denen Frauen geboren haben.

In dem weiteren klinischen Teil wird besonders das Krankheitsbild der Fibroadenomatose im klinischen Sinne geschildert. Die Fibroadenomatose kann in der Regel konservativ behandelt oder auch lokal operiert werden; auf jeden Fall ist aber eine sehr sorgfältige Beobachtung erforderlich. Bei der Fibroadenomatosis cystica soll im allgemeinen die Entfernung der ganzen Mamma angestrebt werden. Bei jugendlichen Individuen ist wohl mit dem verstümmelnden Eingriff eine Zeitlang zu warten und der Versuch, mit einer lokalen Entfernung auszukommen, gerechtfertigt. Eine Ablatio mammae wird aber immer gerechtfertigt sein, falls es sich um eine rapide Ausdehnung der Erkrankung, um Karzinomverdacht oder um eine blutende Mamma handelt.

335.

David, V., **Ein Beitrag zur Ätiologie des Ulkus der großen Kurvatur.** (Acta chir. scand., Vol. 44, Fasc. 3/4, 1928.) Es werden zwei Fälle von Ulkus der großen Kurvatur mitgeteilt, wo es gelang, die Ätiologie festzustellen. In dem ersten Falle handelte es sich um ein Geschwür, das nach Verätzung durch 50% Zinkchlorid entstanden war. In dem zweiten Falle wurde das Geschwür erst durch die mikroskopische Untersuchung geklärt, denn es wurde histologisch eine aleukämische Lymphadenose festgestellt.

E. Gohrbandt, Berlin.

336.

Alvarez, Walter C., und W. C. MacCarty, **Dimensionen resezierter Magengeschwüre und Magenkarzinome.** (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 4, 1928.) Um die von einigen amerikanischen Autoren (MacCarty, Carman und andere) vertretene Ansicht, daß chronische ulzeröse Veränderungen des Magens (nicht des Duodenums), welche einen Kraterdurchmesser von mehr als 2,5 cm aufweisen, mit großer Wahrscheinlichkeit bereits als karzinomatös betrachtet werden können, auf ihre Richtigkeit zu prüfen, nahmen die Autoren genaue Messungen des Durchmessers resezierter peptischer und karzinomatöser Magengeschwüre vor und gelangten hierbei zu folgendem Ergebnis: Magengeschwüre mit einem Durchmesser von mehr als 2,4 cm, sowie Karzinome (karzinomatöse Geschwüre) mit einem Durchmesser von weniger als 2,4 cm werden nur äußerst selten angetroffen. 80% der nichtmalignen Geschwüre des Magens sind kleiner als 1,8 cm, 92% kleiner als 2,4 cm. Es ist sehr zweifelhaft, ob benigne Geschwüre (ausgenommen gastrojejunale und syphilitische) jemals einen Durchmesser von mehr als 3,7 cm erreichen. 23% der resezierten Karzinome (karzinomatösen Geschwüre) hatten einen Durchmesser, wie ihn die Mehrzahl der benignen Magengeschwüre aufwies. Geschwüre, welche kleiner sind als 2,4 cm, sind nur sehr selten karzinomatösen Charakters; ein Durchmesser von mehr als 3,7 cm spricht aber nahezu mit Sicher-

heit für Karzinom. Die Kenntnis derartiger Verhältnisse ist für die Differentialdiagnose gutartiger und bösartiger Magengeschwüre von großer praktischer Bedeutung und kann dort, wo die röntgenologische Untersuchung einen großen Krater aufdeckt, als Warnung dienen, kostbare Zeit mit internen Behandlungsmethoden zu verschwenden.

L. Büchler.

337.

Judd, E. Starr, **Operationen zur Ableitung der Galle in den Magen-Darmtrakt bei Verschuß der Gallenwege.** (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 5, 1928.) Operationen zur Herstellung von Anastomosen zwischen Gallensystem und Gastrointestinaltrakt sind indiziert in Fällen von Verschuß der Gallenwege durch Veränderungen und Neubildungen malignen oder benignen Charakters. Unter den in der Mayo-Klinik an 212 Patienten ausgeführten Operationen waren die Hepatikoduodenostomie und die Cholezystogastrostomie die am häufigsten vorgenommenen Eingriffe (Hepatikoduodenostomie: 76 Fälle, Cholezystogastrostomie: 83 Fälle). In Fällen, in denen die Gallenblase intakt und der D. hep. durchgängig ist, ist die Cholezystogastrostomie — Ableitung der Galle in den Magen — die Operation der Wahl. Wie zahlreiche Untersuchungen (Beaver und Mann) an Hunden, bei denen der D. choledochus unterbunden und die Gallenblase mit der vorderen Magenwand anastomosiert worden war, gezeigt haben, bewirkt die Anwesenheit von Galle im Magen keinerlei Veränderungen im Chemismus der Verdauung oder Störungen der sekretorischen Funktion des Magens. Die Säurewerte erleiden keine Veränderungen. Eine fast regelmäßige Folge der künstlichen Verbindung von Gallensystem und Magen-Darmtrakt ist jedoch die früher oder später sich entwickelnde infektiöse Cholangitis, die durch den Wegfall des Sphinkterenabschlusses zwischen Darm und Gallengängen begünstigt wird. Die klinischen Erscheinungen (Schüttelfrost, Fieber, intermittierender Ikterus) sind aber bei weitem nicht so schwer, wie man auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde an Gallenblase und Leber operierter Tiere erwarten würde.

L. Büchler.

338.

Matti, Hermann, **Experimentelle und klinische Grundlagen der Sphinkterbildung durch Einpflanzung von Kautschukringen.** (Dtsch. Z. Chir., 212, H. 3/4.) Durch Tierversuche wurde festgestellt, daß ein um den Darm gelegter Kautschukring extra- und intraperitoneal einheilen und über zwei Jahre lang seine Funktion behalten kann. Die histologische Untersuchung ergab in den Versuchen, daß der Kautschukring von einer dünnen Bindegewebskapsel mit schmaler Granulationsschicht umgeben war.

Für die künstliche Sphinkterbildung am Menschen soll metallfreier Kautschuk verwandt werden. Verfasser schlägt den sogenannten „Patentgummi“ vor, da er die geringste Fremdkörperreaktion hervorruft. Der elastische Abschluß darf nicht etwa oberhalb des Colon pelvinum zur Durchführung gebracht werden, da dann ileusartige Erscheinungen auftreten. Er wird am zweckmäßigsten um das untere Ende des Mastdarms herumgeführt. Vorgeschlagen wird die Anlage einer durch Patentgummi bedingten Sphinkterbildung bei dem künstlichen After, besonders aber bei dem Mastdarmvorfall der Kinder. Das Verfahren soll nur eine Verstärkung des elastischen Sphinkterwiderstandes herbeiführen und ist deshalb physiologischer als andere Methoden. Die bisher beim Menschen derartig angelegten Sphinkterbildungen hatten stets gute Resultate.

E. Gohrbandt, Berlin.

339.

Sholty, W. S., **Zur Diagnose der Pankreasgeschwülste.** (Klin. Med. russ., 6., H. 9 [84], S. 518, 1928.) Bei der Diagnostik der Pankreasgeschwüre spielt die Gleitpalpation der Bauchorgane eine bedeutende Rolle. Vor allem erscheint hier die Bestimmung des Zustandes und der Topographie der mit der Pankreas benachbarten Organe als wichtig. Ist der Pankreastumor groß genug, um zwischen Magen und Colon transversum die vordere Bauchwand zu erreichen, so erscheint die Diagnose nicht allzu schwierig. Die Lage des Magens kann man mit Hilfe der palpatorischen Perkussion, d. h. des Plattschergeräusches, erkennen. Um das letztere deutlich hervorzurufen, läßt man den Patienten mitunter vor der Untersuchung ein halbes Glas Wasser trinken. Die palpatorische Erkennung des Colon transversum ist schwerer und gelingt etwa in 70% der Fälle. Wenn aber der vorliegende Tumor nicht sehr entwickelt ist, so kommt vor allem differentialdiagnostisch ein Magentumor in Betracht. In solchen Fällen bringt die tiefe gleitende Palpation (nach Hausmann) der großen Kurvatur eine Klärung, wobei das Vorhandensein ihrer respiratorischen Beweglichkeit eher für den Pankreastumor spricht.

E. Kontorowitsch.

340.

Kipnis, B., **Echinokokkenausaat in der Bauchhöhle.** (Med. Klin., Nr. 47, 1928.) Eine Echinokokkenausaat in der Bauchhöhle kann auf zweierlei Art zustande kommen: Primär in der Weise, daß aus dem Darm eine Anzahl von Eiern in die Bauchhöhle gelangt und durch ihr weiteres Wachsen multiple Zysten hervorgerufen, und sekundär, indem eine bereits vorhanden gewesene Echinokokkuszyste

(meistens der Leber) und ihr Inhalt (Brutkapseln, Skolizes oder Tochterblasen) sich in die Bauchhöhle entleert. Die Entscheidung, ob in einem bestimmten Falle eine primäre oder sekundäre Aussaat vorliegt, ist nicht immer leicht zu treffen. Die Therapie einer Echinokokkenaussaat kann nur eine operative sein. Derartige Operationen, wo die Zahl der Zysten groß ist und dieselben mit den Nachbarorganen sehr eng verbunden sind, sind sehr schwer. Von einem idealen Operieren (Entfernung der Zysten ungeplatzt und primärer Verschluss der Bauchhöhle) kann in solchen Fällen nicht die Rede sein. Im Falle des Verfassers mußte von einer Entfernung der zahlreichen kleinen und kleinsten Zysten, die diffus in der unteren Bauchhälfte, überall auf dem Peritoneum, auch des Darmes, im großen und kleinen Becken zerstreut waren, Abstand genommen werden. Um die zurückgebliebenen kleinen Zysten zu vernichten und das Aufkommen etwaiger zurückgebliebener Keime (Skolizes, Brutkapseln) zu verhindern, hat Verfasser die ganze Unterbauchgegend, Flexur, Coecum, unterste Dünndarmschlingen, Beckenhöhle mit fünfprozentiger Formalinlösung, darauf mit Jodtinktur energisch betupft. Diesem Vorgehen glaubt Verfasser den günstigen Ausgang und die 15 Jahre währende Rezidivfreiheit in seinem Falle verdanken zu müssen.

L. Gordon, Berlin.

Meisen, V., Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden. (Acta chir. scand., Vol. 44, Fasc. 3/4, 1928.) Verfasser, der bereits vor 3 Jahren in gleicher Zeitschrift für die Injektionsbehandlung der Varizen eingetreten war, veröffentlicht seine Erfahrungen, die er an 1700 Patienten mit Krampfaden gemacht hat. Der letzte Fortschritt in der Behandlung liegt darin, daß 50% Traubenzucker zur Injektion verwandt wird. Dieses Mittel wirkt vollkommen schmerzfrei und gibt keine Nekrose. Auch bei Hämorrhoiden ist zu gleicher Zeit das Injektionsverfahren, und zwar bisher bei 100 Fällen, angewandt worden. Die Technik der Injektion bei Hämorrhoiden besteht darin, daß die Hämorrhoiden zunächst mit Biers Stauungsglas oder digital vor den Anus gebracht werden. Erst dann wird etwa 1 ccm einer Novokainlösung injiziert und danach höchstens 1 ccm einer Lösung von Chin. chlor. 0,50, Aethylurethan 0,25, Aq. dest. ad 2 ccm.

Verfasser glaubt, daß in Zukunft auch die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden an Stelle der operativen Behandlung treten wird, weil sie schmerzlos ist, ambulant ausgeführt werden kann und keine Narkose erfordert.

E. Gohrbandt, Berlin.

Veen, H., Verwundung durch Tintenstift. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 42, 1928.) Eine Verwundung mit der Spitze eines Anilinbleistifts darf nicht als gleichgültige Verletzung aufgefaßt werden. Die fortschreitende örtliche Nekrose, die der in die Umgebung eindringende Farbstoff verursacht, kann bedenklichen Umfang annehmen. Diese chemische Schädigung gibt dem Krankheitsbild einen besonderen Charakter, um so mehr, da durch die bakteriziden Eigenschaften des Farbstoffs Bakterienwirkung nicht mispricht. Bei den sonstigen Verwundungen durch Fremdkörper sprechen aber außer den mechanischen Folgen die bakteriellen Einflüsse weitgehend mit. Es ist bekannt, daß die nach den Regeln der Kunst in den Körper eingebrachten Gegenstände, z. B. bei operativer Behandlung von Knochenbrüchen, oft später wieder entfernt werden müssen, wenn sie scheinbar jahrelang reaktionslos liegen geblieben sind. Andere Stoffe geben deutliche chemische Reaktionen: eine Bleikugel kann eine Bleivergiftung auslösen. Örtliche Nekrose gibt es auch nach Schußverletzungen, bei denen kleine Phosphorpartikeln in die Gewebe gekommen waren. Die nekrotisierende Wirkung von Chlorzink und Lapisstiften ist bekannt.

Der Autor geht ausführlich auf die in der Literatur bekannt gewordenen Anilinbleistiftverletzungen ein und teilt dann einen eigenen Fall mit. Eine Apothekerin kam zu Fall; sie hatte einen Tintenstift in der Hand. Sie verletzte sich; die Bleistiftspitze drang ins rechte Nasenloch. Es gelang ihr, die Spitze zu entfernen, wie sie glaubte, in Wirklichkeit war sie in der Nasenhöhle geblieben. Bald fühlte sich die Patientin krank, klagte über Muskelschmerzen, die offenbar auf Rechnung der chemischen Einwirkung kommen. Die hervorstechendste Erscheinung war aber die schon einige Stunden nach der Verletzung auftretende Schwellung von Wangen und Augen. Diese nahm am folgenden Tage noch zu und dehnte sich auch auf die Unterkiefergegend aus. Der Hausarzt verschrieb warme Umschläge mit Borwasser. Nach einem Monat hatte sich die Schwellung stets mehr nach der Gegend unter dem Augapfel konzentriert. Die Punktion machte schließlich allen Hypothesen ein Ende: sie ergab 10 ccm dunkle violette Flüssigkeit, die völlig steril war. Unter Narkose Eröffnung der Höhle, Entfernung der Tintenstiftspitze, für die Wandbehandlung mit scharfem Löffel.

Welchem Stoffe ist nun die schädliche Wirkung zuzuschreiben? Die meisten Untersucher meinen, daß es das Methylviolett sei. Bei der großen Eignung der Anilinfarbstoffe für alle möglichen therapeutischen Zwecke ist es vielleicht nicht ohne Nutzen, auch einmal auf die Gefahren hinzuweisen.

Kurt Heymann, Berlin.

Dreesmann, Hallux valgus und Metatarsus varus. (Med. Klin., Nr. 45, 1928.) Das Primäre des Leidens ist der Metatarsus varus; erst im weiteren Verlauf, und zwar unter Einwirkung des Schuhwerks, vielleicht auch der Strümpfe, entsteht der Hallux valgus. Man findet schon bei kleinen Kindern häufig, daß die Gelenklinie zwischen Met. I und Os cun. I abgeschrägt ist, und zwar von außen lateral zehenwärts, nach innen median kopfwärts. Hierdurch wird der Met. I ganz naturgemäß in die Varus-Stellung gedrängt; er wächst mehr nach der medianen Seite hin. Nunmehr muß die große Zehe durch den Schuh in die Valgus-Stellung gedrängt werden, da die Zehe in dem mehr oder weniger vorn verschmalerten Schuh sonst keinen Platz finden würde. Da der Metatarsus I auch als Phalanx I betrachtet werden kann, ist der Metatarsus varus vielleicht als atavistische Erscheinung aufzufassen (bei dem Affen wird die erste Zehe zum Greifen benutzt). Therapeutisch empfiehlt Verfasser bei ausgesprochenem Hallux valgus und Metatarsus varus folgendes: Zunächst keilförmige Resektion am Os cun. I mit der Basis lateralwärts, dann Querspaltung der Gelenkkapsel am Grundgelenk der großen Zehe an der lateralen Seite und dann nach Naht der Wunden einen festen Heftpflasterverband, der den Met. I fest an den Met. II herandrückt und die große Zehe in etwas Ueberkorrektur drängt. Außerdem muß der Fuß in leichter Valgusstellung bandagiert werden, um das Entstehen eines Plattfußes zu verhüten. Nach etwa drei Wochen kann der Patient aufstehen, doch wird man ihn zweckmäßigerweise in den ersten Monaten noch eine Plattfußeinlage tragen lassen.

L. Gordon, Berlin.

Bodechtel, G., Vier Befunde am Zentralnervensystem bei Spätnarkosetodesfällen und bei Todesfällen nach Lumbalanästhesie. (Z. Neur., 117., Nr. 2/3.) Drei angeführte Fälle demonstrieren bestimmte gemeinsame Veränderungen am Zentralnervensystem, obwohl sie ätiologisch streng genommen nicht zusammengehören. Sie werden im wesentlichen von dem Gesichtspunkte des Histopathologen, d. h. des Morphologen gewertet. Weil das Eintreten der Schädigung zeitlich festgestellt werden konnte, gewährt sie Einblick in die in gewissen Zeitabschnitten möglichen Reaktionsweisen des Gewebes. Außerdem lehren sie, wie verschiedene Medikamente gleiche pathophysiologische Vorgänge auslösen können, die qualitativ ganz ähnliche, nur quantitativ ganz verschiedene Veränderungen zur Folge haben. Es sei betont, daß es verfehlt wäre, aus solchen pathohistologischen Raritäten bestimmte Schlüsse über den Wert der einzelnen Narkotika zu ziehen. Es wäre nur zu wünschen, daß künftighin bei allen postoperativen Todesfällen, bei denen der Verdacht auf Narkoseschädigung bzw. Schädigung durch das Lumbalanästhetikum besteht, eine gründliche Untersuchung des Zentralnervensystems vorgenommen würde. Manche „konstruierte“ Todesursache würde dann auf festeren Füßen stehen. Für Morphologen sind solche Fälle ein wertvolles Vergleichsmaterial für pathogenetische Studien.

Knospe:

Wymer, I. m. o., Die Aethernarkose nach Ombrédanne. (Dtsch. Z. Chir., 212., 3/4. Heft.) Das Prinzip der Ombrédanneschen Maske besteht darin, daß die vorgewärmte Ausatemungsluft, die mit Aether und Kohlensäure durchsetzt ist, in einen Atmungsbeutel entleert wird, aus dem sie wieder eingeatmet wird. Der Zutritt der freien Luft kann durch eine verstellbare Kommunikation mit der Außenluft reguliert werden. Die Vorteile der Ombrédanneschen Maske bestehen darin, daß der Aetherverbrauch wesentlich geringer ist als mit anderen Masken. Die Patienten schlafen schnell ein und erwachen früher aus der Narkose. Das Exzitationsstadium ist sehr geringgradig und von kurzer Dauer. Die postnarkotischen Erscheinungen (Uebelsein und Erbrechen) fehlen in der Mehrzahl der Fälle. Auch die postnarkotischen Lungenkomplikationen sind, soweit es sich bisher überblicken läßt, geringer. Der einzige Nachteil der Ombrédanneschen Maske ist, daß sie wesentlich schwerer und unhandlicher ist als die übrigen Masken, die zur Narkose bisher benutzt wurden.

E. Gohrbandt, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Hirsch, M., Psychoanalyse oder Hormonbehandlung. (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 14., Heft 5, 1928.) Trotz aller Fortschritte der Lehre vom endokrinen Stoffwechsel und insbesondere der Lehre von den Sexualhormonen muß zugegeben werden, daß es ein therapeutisch zuverlässiges Sexualhormon nicht gibt. Vielleicht ist man auf dem Wege, ein solches Hormon für das weibliche Geschlecht zu finden. Solange dies nicht der Fall ist, wird man der psychoanalytischen Behandlung das Recht zubilligen müssen, ihrerseits Wege zur Heilung in den Fällen von endokrinen Störungen des Geschlechtslebens zu gehen. Die Psychoanalyse ist den konstitutionellen Faktoren und hormonalen Grundlagen gegenüber keineswegs blind, aber sie behauptet, imstande zu sein, in der Neurosenbehandlung

gewisser Frauentypen mit männlichem Einschlag und umgekehrt gewisser männlicher Personen mit weiblichen Attributen diese Erscheinungen zu beseitigen. Das erfolgreichste Feld der psychoanalytischen Betätigung ist die weibliche Frigidität. — Die Psychoanalyse sieht ihre Aufgabe darin, da einzugreifen, von wo das hormonale Geschehen, welches vorerst noch der chemischen Beeinflussung trotz, geändert werden kann — das ist im Psychischen.

Rudolf Katz, Berlin.

^{347.}
Klaften, E., Beitrag zur Lehre von der Placenta accreta. (Arch. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Fälle von angewachsener Placenta sind relativ selten. An der I. Frauenklinik in Wien wurden in den Jahren 1900 bis 1927 unter etwa 70 000 Geburten 5 Fälle von Placenta accreta beobachtet. — Der Zustand einer Placenta accreta vera liegt vor, wenn die Decidua spongiosa vollständig fehlt und auch von einer Decidua compacta zum großen Teil nichts mehr anzutreffen ist. Es lagern sich dann die Chorionzotten direkt der Uterusmuskulatur an; in schweren Fällen kommt es sogar zu einem tiefen Eindringen der Chorionzotten in die Muskulatur. — Berücksichtigt man nur solche Fälle, bei denen die mikroskopische Diagnose sichergestellt war, so kann man die Komplikation der Placenta accreta als eine das Leben der Mutter und des Kindes in hohem Grade gefährdende bezeichnen. Die meisten Mütter erlagen diesem Leiden und auch von den Kindern gingen die meisten zugrunde. Die Placenta accreta kann in jedem Stadium der Schwangerschaft angetroffen werden. — Als Ursache der Placenta accreta spielt die wichtigste Rolle die Beschaffenheit der Uterusmukosa zur Zeit der Eiindikation, wie auch in den Fällen des Verfassers. — Die Therapie der Placenta accreta kann nur eine operative sein und in der Exstirpation des Uterus bestehen, die allerdings rechtzeitig ausgeführt werden muß. Von den Fällen, die am Ende der Schwangerschaft beobachtet wurden, ist es nur einmal gelungen, die Mütter am Leben zu erhalten. Der eine vom Verf. beschriebene Fall stellt den zwölften Fall dar, in welchem die Mutter gerettet wurde. Verf. bevorzugt den vaginalen Weg deswegen, weil die stark ausgebluteten, anämischen Frauen diesen Eingriff viel besser vertragen. — Was die Prophylaxe der Placenta accreta betrifft, so ist dieselbe seit Einführung der konservativen Leitung der Nachgeburtsperiode viel seltener von Komplikationen begleitet, als in früheren Jahrzehnten. Die seltenen Fälle von Anwachsung der Plazenta werden sich zum großen Teil durch eine weitere Verbesserung der Indikation zur manuellen Lösung der Plazenta und durch eine Besserung der Asepsis vermeiden lassen. Durch eine strenge Indikation zur manuellen Lösung der Plazenta wird ein ätiologisch wichtiger Faktor ausgeschaltet werden können. Die Prophylaxe des Puerperalfiebers bedeutet bis zu einem gewissen Grade auch eine Prophylaxe der Anwachsung der Plazenta. — Im übrigen kommt es vor allem auf die rechtzeitig gestellte Diagnose dieser gefährlichen Komplikation und auf eine bis zur Ausführung der Operation sachgemäße Leitung der Nachgeburtsperiode an. Denn es kann sogar die Ausführung des Credéschen Handgriffes das Schicksal der Betroffenen besiegeln (Uterusruptur); bei dem Versuch der manuellen Plazentalösung kann es, wie in einem der vom Verf. geschilderten Fälle, nur Inversio uteri und auch zur Perforation der Uteruswand kommen.

Rudolf Katz, Berlin.

^{348.}
Sellheim, Hugo, Behandlung der Tubargravidität mit Erhaltung des Eileiters. (Med. Klin., Nr. 45, 1928.) Beschreibung der Technik der konservativen Behandlung der Tubargravidität. Es geht in den meisten Fällen, daß man über einen Mandrin das Tubenloch mit feinen Kreuz- und Quernähten stopft oder den blutenden Trichter umsäumt. So vermag man die Blutung exakt zu stillen und den Eileiter in seiner Lichtung wieder herzustellen; er kann mit der Hoffnung auf Funktionsfähigkeit belassen werden. Das Resultat kann mittels Durchblasung nachgeprüft werden.

^{349.}

Klein, S. M., Ueber den Wert der Pyramidonprobe zur Diagnose der unterbrochenen Tubargravidität. (Arch. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Auf Grund der Beobachtungen des Verfassers, der die sog. „Pyramidonprobe“ bei 68 verschiedenen Frauenkrankheiten angewendet hat, kommt er zu dem Resultat, daß bei 90% aller Fälle mit gestörter ektopischer Schwangerschaft (21 Fälle), die operativ bestätigt wurden, diese Probe positive Resultate gibt. Verf. ist der Meinung, daß die Pyramidonprobe zusammen mit anderen klinischen und anamnестischen Betrachtungsweisen uns bei der genauen Diagnose der gestörten Extrauterinschwangerschaft unterstützt. Die Reaktion verdient um so mehr Aufmerksamkeit, als sie sehr einfach und leicht auch in den Krankenhäusern auf dem Lande durchführbar ist.

^{350.}

Haselhorst, G., Die klinische Bedeutung der Tubendurchblasung und der Hystero-Salpingographie, unter besonderer Berücksichtigung der Methodik und Indikationen. (Z. Geburtsh., 93., Heft 3,

1928.) Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen und Erfahrungen mit der Tubendurchblasung sieht H. die Tubendurchblasung als leicht erlernbar und von jedem Facharzt leicht ausführbar an; sie gehört nicht ohne weiteres in die Klinik, sondern kann ambulant ausgeführt werden. Dagegen gehört die Salpingographie unbedingt in die Klinik. Gute Ergebnisse sind nur durch einen Untersucher gewährleistet, der große Erfahrung mit der Methodik und der Deutung von Röntgenbildern hat. Die Domäne für die Tubendurchblasung ist die unkomplizierte Sterilität. Versuche, mit regelmäßig wiederholten Durchblasungen den Weg für Samen und Ei freizuhalten und dadurch das Eintreten einer Schwangerschaft zu begünstigen, sind durchaus berechtigt. — Die Hystero-Salpingographie dient zur Ergänzung der Perturbation in allen Fällen mit negativem Durchblasungsergebnis, mit erschwelter Luftpassage und bei solchen Fällen, bei denen einseitige Verschlüsse als Folgezustände nach Erkrankungen im kleinen Becken angenommen werden können. Außerhalb der Sterilität handelt es sich um Fälle mit hartnäckigen Beschwerden ohne palpatorisch feststellbaren Erkrankungsherd, bei denen das Röntgenbild dann zuweilen Tubenverschlüsse mit Adhäsionen oder schlaffe Hydrosalpinxsäcke aufdeckt, oder um Fälle mit plastischen Operationen an den Tuben zwecks späterer Kontrolle der Durchgängigkeit und um Genitalanomalien.

Rudolf Katz, Berlin.

^{351.}

Siegert, F., Zur Frage der Zervixplazenta. (Z. Geburtsh., 93., Heft 3, 1928.) Auf Grund eines von ihm beobachteten Falles und der gesamten einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Zervixplazenta eine über die Isthmusplazenta hinausgehende Implantationsanomalie ist, eine graduell verschiedene Ausbreitung der Plazenta unterhalb des Orificium internum anatom. Der Isthmus spielt dabei keine funktionelle, sondern eine ätiologische Rolle. Das Os int. histolog. (seine untere Grenze) geht histologisch und funktionell verloren; die Grenze wird durch Vordringen der Plazenta und durch mangelhaften Verschuß des Zervikalkanals — besonders bei Hypoplasie, Infantilismus, konstitutionellen Verschiedenheiten oder bei muskelschwachem hypoplastischem Uterus — überwunden und somit bedeutungslos. Immer muß der Isthmus, ob primär oder sekundär, der Ausgangspunkt für eine Zervixplazenta sein. Der Name Placenta isthmica cervicalis nach Nürnberger drückt am besten den Charakter dieser Anomalie aus. In Wirklichkeit handelt es sich meist bei der Placenta praevia cervicalis, da das Gewebe wandständig inseriert, um eine Placenta lateralis cervicalis.

Rudolf Katz, Berlin.

^{352.}

Masson J. C., und E. Parsons, Zystische Zervizitis. (Amer. J. Obst., XVI, S. 1348, 1928.) Unter 226 900 Frauen wurden in 2368 Fällen zystische Zervizitiden beobachtet. Die hauptsächlichsten Symptome sind: Fluor, Menstruationsstörungen und Schmerzen im Unterleib. Die Indikation für eine Kauterisation oder Amputation der Zervix hängt nur von dem lokalen Befunde ab, nicht von den Symptomen. Die Kauterisation stellt nach den Erfahrungen der Verf. die beste Methode der Behandlung dar: Nach lokaler oder paraskraler Anästhesie werden alle Zysten mit dem Paquelin punktiert und ihre Wandungen gründlich zerstört. Bei Hypertrophie der Zervix oder Eversion des Endometrium ist es zweckmäßig, etwa sechs tiefe Einstiche parallel dem Zervikalkanal zu machen, um möglichst viel Gewebe zu zerstören, die Blutversorgung der Endozervix aber nicht zu unterbinden. Die ersten beiden Wochen nach dem Eingriff sieht die Zervix nekrotisch und zerklüftet aus mit Neigung zu Blutungen. Nach sechs Wochen aber ist die Heilung soweit fortgeschritten, daß die Zervix kleiner erscheint als vorher und die Erosion verschwunden ist. Nach gründlicher Kauterisation der Zervix sind Schwangerschaften häufiger, Fehlgeburten seltener, die Wehentätigkeit meist normaler als nach Amputation; auch Lazerationen treten nicht so häufig auf. Die klinische Beobachtung ergibt keine Anhaltspunkte dafür, daß die zystische Zervizitis die Ca-Bildung begünstigt.

Braun.

^{353.}

Isbruch, F., Bakteriologische Untersuchungen zur Prüfung der Keimfreiheit der graviden Uterushöhle. (Gibt es eine „latente Mikrobenendometritis“.) (Arch. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Der gravide Uterus ist gewöhnlich bis zur Geburt keimfrei. Die wenigen positiven Bakterienbefunde bei Unterbrechungen sind meistens auf Verunreinigungen oder Luftkeime zurückzuführen; sie lassen sich bei geeigneter bakteriologischer Prüfung als solche identifizieren. Die meisten positiven Befunde bei Kaiserschnitten zum normalen Termin finden sich bei sekundären Kaiserschnitten bei langdauernder Geburt nach dem Blasensprung; sie dürften also durch Emporwandern der Keime von der Scheide aus zu erklären sein. — Es muß jedoch zugegeben werden, daß pathogene Keime oder solche, die pathogen werden können, selbst bei ganz kurz dauernder Geburt und noch stehender oder gerade gesprungener Blase in der Plazenta oder Dezidua gefunden werden können. — Es ist nicht erwiesen, daß so gefundene, kulturell als pathogen zu bezeichnende Keime unter allen Umständen

schwere Krankheitserscheinungen hervorrufen müssen. Andererseits muß mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß so gefundene für „saprophytär“ anzusehende Keime schwere Erscheinungen hervorrufen können.

Verf. ist daher mangels irgendwelcher histologischer Befunde in den untersuchten Deziduen nicht der Ansicht, daß es eine latente Mikroben-„Endometritis“ gibt. **Rudolf Katz, Berlin.**

354.

Roth, O., Ueber eine Beobachtung von puerperaler Bacillus-suipestifer-Infektion von septischem Charakter. (Med. Klin., Nr. 47, 1928.) Bericht über einen Fall von Puerperalsepsis, die am dritten Tag post partum mit einem Schüttelfrost einsetzte. Sehr früh ließ sich bei der Patientin ein seröser rechtsseitiger pleuraler Erguß nachweisen, sonst aber fand sich keinerlei spezielle Lokalisation der Infektion auf ein bestimmtes Organ. Interessant war der Blutbefund während des ganzen Verlaufes der Erkrankung: Trotz der schweren Krankheitserscheinungen kam es während der Fieberperiode nie zu einer eigentlichen Hyperleukozytose; die Zahl der Leukozyten hielt sich innerhalb der Norm, wobei aber trotzdem bezüglich der Neutrophilen eine geringe Neigung zur Linksverschiebung sich fand. Die Lymphozytenwerte waren fast konstant ziemlich hoch. Aus diesem Blutbefund ließ sich so viel entnehmen, daß es sich auf keinen Fall um eine Streptokokkensepsis handeln konnte, sondern daß wohl eher ein Erreger der Typhus-Paratyphusgruppe in Frage kommen mußte. Als der seröse pleurale Erguß in einen dünnflüssigen eitrigen Erguß sich umgewandelt hatte, konnte aus dem Exsudat in Reinzüchtung ein gramnegatives Stäbchen gezüchtet werden, nicht gas-, nicht säurebildend, das durch Testagglutination als *Bacillus suipestifer* sicher identifiziert wurde. Im Stuhl und im Urin der Patientin war der *Bacillus suipestifer* nicht nachweisbar. Gastro-enteritische Symptome waren nicht vorhanden. Der *Bacillus suipestifer* (Hog-cholera-Bacillus) gehört in die Typhus-Paratyphusgruppe und spielt bei der Schweinepest eine gewisse Rolle. In fast allen bis jetzt beschriebenen Fällen von Infektion mit *Bacillus suipestifer* beim Menschen handelte es sich um typhus-paratyphusähnliche Krankheitsbilder. In dem Fall des Verfassers muß eine Übertragung über das Genitale angenommen werden. **L. Gordon, Berlin.**

355.

Siedentopf Heinz, und Walther Eißner, Die Wasserstoffionenkonzentration im Blute von Mutter und Kind während der Geburt. (Dtsch. med. Wschr., 54. Jahrg., Nr. 51, S. 2145.) Die Verfasser untersuchten während der Geburt die Reaktion des mütterlichen und kindlichen Blutes, ausgedrückt durch die Wasserstoffionenkonzentration. Zu den Versuchen benutzten sie die sehr genaue elektrometrische Methode nach Mislowitz und eine besondere für exakte Blutuntersuchungen geeignete Spritze nach Lasch. Bei 66 Kreißenden wurden keine erheblichen Verschiebungen gegenüber dem normalen nichtschwangeren Organismus gefunden. Wenn die Angabe zutrifft, daß während der Schwangerschaft eine gewisse Säuerung des Blutes eintritt, so würde der Befund der Autoren eine Rückverschiebung der Blutreaktion während der Geburt nach der alkalischen Seite bedeuten. Die Kinder wiesen stets eine deutlich sauerere Reaktionslage auf als die Mütter. Die Plazenta läßt also — mindestens unter der Geburt — einen ungehinderten Ausgleich der Reaktion zwischen mütterlichem und kindlichem Blute nicht zu. Gewisse Überlegungen sprechen dafür, daß für den Unterschied zwischen Mutter und Kind nicht eine Kohlensäureanhäufung, sondern organische Säuren verantwortlich sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

356.

Jung, P., Zur Bewertung der Ausfallserscheinungen nach subtotaler und totaler Entfernung des Uterus, unter Erhaltung der Ovarien. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 46, 1928.) Bei subtotaler, häufiger vielleicht noch bei totaler Entfernung des Uterus vor Eintritt des Klimakteriums können gewisse Folgezustände eintreten, die man mit der Operation in Beziehung bringen darf. Dabei ist es aber viel weniger die Ausschaltung des Erfolgsorgans der menstruellen Blutung als das Operationstrauma als solches, bei bereits vorhandener Psycholabilität, das maßgebend ist für eventuelle Folgezustände und für die Art, wie diese empfunden werden. Je nachdem die Frau überhaupt auf ihre Umwelt reagiert, wie sie sich seelisch gegenüber negativ gefühlbetonten Eindrücken stellt, das sind die entscheidenden Momente für Fehlen oder Ausbleiben und Intensität der sogenannten Folgezustände. Will man diesen bestmöglich begegnen, dann muß es durch die vorsichtige Erfassung der psychischen Reaktivität vor der Operation geschehen, und zwar nicht nur des momentanen psychischen Verhaltens, sondern auch die Möglichkeit seiner Änderungen durch den Eingriff selber muß ins Auge gefaßt werden. Fehlen oder Ausbleiben längerer Folgezustände sind in allererster Linie abhängig von der psychischen Krankheitsbereitschaft der Patientin.

Strenge Indikationsstellung, Einschränkung der Operation auf die einer sonstigen Behandlung trotztenden Fälle, möglichst konservatives Vorgehen bei der Operation selbst und tunlichste Berücksichtigung

der Aufrechterhaltung der Periode, nicht sowohl aus Furcht vor einem hormonalen Ausfall, als in Würdigung der psychischen Komponente, d. s. die Konsequenzen unserer Überlegung. Man kann die Folgezustände zwar nicht direkt in Abrede stellen, indessen muß betont werden, daß sehr viele Frauen, wie übrigens auch Aschner zugibt, nach der Operation von solchen Beschwerden gänzlich frei sind und bei der überwiegenden Mehrzahl der anderen sie erst viel später zur Zeit der physiologischen Wechseljahre sich bemerkbar machen. In einer gründlichen Aufklärung der Patientin scheint die wichtigste Prophylaxe gegeben; ihre Überzeugung, das selbst bei eventuellem Ausbleiben der Menses durch Erhaltung der Keimdrüsen sie keineswegs vor der physiologischen Zeit wirkliche Ausfallserscheinungen zu befürchten hat, wird sie am besten vor späteren Beschwerden schützen. **Held.**

357.

Cohn, W., Uterusruptur durch den Credéschen Handgriff. (Z. Geburtsh., 93., Heft 3, 1928.) Bei einer 35jährigen Drittgebärenden, die fünf Jahre zuvor ein fieberhaftes Wochenbett, zwei Jahre darauf eine Frühgeburt im achten Monat durchgemacht hatte, traten nach glatter Entbindung schlechte Nachgeburtswehen auf; die Plazenta folgte nicht auf Credéschen Griff. Erst nach noch zweimaligem Versuch, wobei dann eine Blutung aus dem hart kontrahierten Uterus erfolgte, und nach einem weiteren vergeblichen Versuch in Aethernarkose wurde mit der Hand in den Uterus eingegangen und in der Gegend der linken Adnexabgänge eine für zwei Finger durchgängige Öffnung, durch die ein Teil der Nachgeburt in die Bauchhöhle ausgetreten war, im Uterus konstatiert. Supravaginale Amputation des Uterus nach manueller Lösung der Plazenta. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Umgebung der Rißstelle wurden kleinzellige Infiltrationen in der Muskulatur und pathologische Bindegewebsvermehrung sowie Degenerationserscheinungen in den einzelnen Muskelzellen gefunden, Zeichen einer einstmals vor fünf Jahren stattgehabten Entzündung, einer Myositis, Periarthritis und Periphrinitis im Wochenbett. — Zu bemerken ist, daß die Frau in der zweiten Schwangerschaftshälfte ständig über Beschwerden in der linken Bauchseite klagte und über starke Druckempfindlichkeit des Uterus während der Nachgeburtszeit. — Es ist daher notwendig, eine genaue Anamnese über frühere Wochenbetten aufzunehmen, und ratsam, bei vorausgegangenen Kaiserschnitten, Operationen an der Gebärmutter, manuellen Plazentalösungen, an die Gefahren einer Uterusruptur bei Credéschem Handgriff zu denken, denselben aber auch nicht zu brüsk und lieber in Narkose auszuführen. **Rudolf Katz, Berlin.**

358.

Bailey, H., Langdauernde Geburt. (Amer. J. Obst., 15., S. 324, 1928.) Unter 15 000 Entbindungen während der letzten 6 Jahre traten 5 Narkosetode auf. Bei allen diesen Fällen war eine lange Wehentätigkeit vorausgegangen. Nach langdauernden Geburten entwickelt sich eine Azidosis, die mit einer Verminderung des Blutdruckes einhergeht. Die klinischen Zeichen der Azidosis sind hellrote Lippen, trockene Haut, niedriger Blutdruck und deutliche Erschöpfung. Therapeutisch steht Morphin am ersten Stelle, das das CO₂-Bindungsvermögen hebt und die nervöse Spannung der Kreißenden verringert. Jedoch soll Morphin nicht angewandt werden, um die Patientin für spätere Wehenarbeit zu stärken, sondern um sie für die operative Entbindung vorzubereiten. Dauert eine Geburt mehr als 12 Stunden, so soll die Kreißende eine leicht assimilierbare Nahrung von hohem Kaloriengehalt, wie Milchzucker mit Zitronensaft, erhalten. Dauert die Geburt länger als 24 Stunden, ohne daß sie aus geburtsheillicher Indikation beendet werden kann, so soll eine intravenöse Zuckerinfusion gegeben werden. Bei einem Blutdruck unter 85 darf nicht operiert werden, sondern der Blutdruck muß zunächst durch intravenöse Zufuhr von 350 ccm einer Glukoselösung bis auf 100 oder darüber gesteigert werden. Am schwierigsten ist die Behandlung der langdauernden Geburten bei primärer Wehenschwäche und rigider Cervix. Der Kaiserschnitt ist in solchen Fällen infolge der bereits bestehenden Erschöpfung und Azidosis, die die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen, besonders nach Blasensprung und wiederholten vaginalen Untersuchungen, herabsetzen, häufig kontraindiziert. In solchen Fällen ist es besser, einen Metreurynter einzulegen und später mittels Zange zu entbinden, wenn eine genügende Dilatation vorhanden ist. Plötzliche und unklare Todesfälle, die am Ende einer langdauernden Geburt auftreten, können z. T. verhütet werden, wenn man auf die klinischen Zeichen der Azidosis achtet und eine Narkose und Operation nicht eher vornimmt, bis der Blutdruck auf 100 gestiegen ist. **Braun.**

359.

Mayer, A., Tübingen, Ueber die Geburt bei fixierter Adduktionsstellung der Oberschenkel. (Zbl. f. Gyn., Nr. 51, 1928.) Als eine Spezialindikation für die Anlegung der Kjellandschen Zange sieht Verfasser die fixierte Adduktionsstellung der Oberschenkel an, bei welcher eine genügende Spreizung der Beine im Hüftgelenk nicht möglich ist. Berichtet wird über 3 Fälle von Hüftgelenksankylosen, welche als Folge durchgemachter spinaler Kinderlähmung, doppelseitiger Koxitis und einseitigem Hüftgelenkstrauma zurückgeblieben

waren. In allen Fällen gelang es, da die natürlichen Geburtskräfte nach vielen Stunden versagten, mit der Kiellandschen Zange die Geburt gut zu Ende zu führen. Der Vorteil dieses Zangenmodells im Gegensatz zu den früher gebräuchlichen Zangen besteht darin, daß es auch bei mangelnder Spreizbarkeit der Beine angelegt werden kann, da die Beckenkrümmung fehlt. S c h w a b, Hamburg.

350.

Mandelstamm, A., Zur Entstehung zentraler Dammrisse. (Zbl. f. Gyn., Nr. 51, 1928.) Zur Erklärung des Entstehungsmechanismus der zentralen Dammrisse werden die anatomischen Verhältnisse des platten Beckens mit relativ geringer Beckenneigung herangezogen. Hierbei findet sich stets eine bedeutende Verlagerung der Vulva nach vorn. Dadurch wird bei der Austreibung der kindliche Kopf nicht mehr, entsprechend der Krümmung der Beckenachse, zur Vulva hingelenkt, sondern bohrt sich, die hintere Scheidenwand vor sich herschiebend, gegen den Damm hin. Infolge des relativ raschen Tiefertretens des Kopfes und der Ueberdrehung der Scheide kommt es dann zu einer zentralen Zerreißung des Damms, die jedoch nicht in erster Linie durch die Beschaffenheit des Gewebes (Rigidität) als vielmehr durch den geringen Neigungswinkel des Beckeneingangs, wie er sich besonders häufig beim platten Becken findet, bedingt ist. S c h w a b, Hamburg.

351.

Goodall, J. R., und Wiseman, M., Infektionen der Zervix im Puerperium. (Amer. J. Obst., 16, S. 339, 1928.) Die Wochenbettmorbidity hat sich seit der vorantiseptischen Zeit im ganzen nicht verringert, aber sie hat ihren Charakter wesentlich geändert; die ersten schweren Fälle sind in erheblichem Maße zurückgegangen; aber wir finden heute einen hohen Prozentsatz von Wochenbettinfektionen, die weniger virulent verlaufen und Mehrgebärende in stärkerem Grade befallen als Erstgebärende. Hierhin gehören die häufigen Subinversionen und die Thrombophlebitis der Beckenvenen und entfernter Venengebiete. Diese Erkrankungen sind auf eine chronische Endozervicitis und Zervicitis zurückzuführen. Um diese zu verhüten, ist es notwendig, bei Primiparen jede Infektion von außen abzuhalten: Nach dem üblichen Einlauf wird die Vulva rasiert und gesäubert. Danach wird ein steriler Glaskatheter in die Vagina bis zur Zervix eingeführt und zweiprozentige Merckurochromlösung eingegeben. Diese intravaginalen Injektionen werden täglich bis zum siebenten Tage post partum wiederholt. In den Fällen, in denen bereits eine endozervikale Infektion besteht, wie es nach mehrfachen Geburten außerordentlich häufig der Fall ist, ist die Behandlung und Verhütung einer puerperalen Erkrankung weit schwieriger. Denn die in einer katarrhalischen Zervix vorhandenen latenten Mikroorganismen werden durch den Einfluß des Geburtstraumas virulent und führen häufig zu den erwähnten Wochenbettserkrankungen. Eine zweckentsprechende Behandlung muß demnach der Schwangerschaft vorangehen; d. h. jede Form von Endozervicitis muß mit Kauterisation oder operativ behandelt werden. Zweifellos sind die meisten Zervixerkrankungen auf Verletzungen und Traumen unter der Geburt zurückzuführen. Daher untersucht Verfasser jede Frau bei der Entlassung und außerdem 6 Wochen später mit dem Spekulum, um frühzeitig Verletzungen feststellen und entsprechende Behandlung einleiten zu können. B r a u n.

352.

Vogt, E., Ueber die Beziehungen der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Augenleiden. (Mscr. Geburtsh., 80., Heft 1.) Bei der Menstruation beobachtet man häufig Veränderungen an den verschiedensten Organen. Der Blutdruck steigert sich mitunter, die Pulszahl nimmt zu, und auch die Temperatur ist bisweilen erhöht. Besonders bei chronischen und latenten Infektionen findet man diese Symptome häufiger und deutlicher. Die Beziehungen der einzelnen Abschnitte des Sexuallebens der Frau zu den Augenkrankheiten sind sehr mannigfaltig. Die Menarche wirkt auf die Augenkrankheiten oft günstig, da die Menstruation im Sinne einer Entgiftung vor sich gehen soll. Es ist für den Augenarzt daher wichtig, die Methoden zu kennen, die unter Umständen den Eintritt der ersten Periode beschleunigen können. Hierzu gehören alle Mittel, die hyperämisierend wirken, wie Bädokuren, Diathermie und auch die hormonale Behandlung. Bei den Beziehungen zwischen Menstruation und Augenleiden muß man zwischen einer schmerzhaften Dysmenorrhöe und wirklichen Augensymptomen unterscheiden. Die Psychotherapie verdient hier ernste Beachtung. Die Unterdrückung der Menstruation kann ein Augenleiden verschlimmern, und man sieht oft nach Wiederauftreten eine Besserung. Verfasser zählt die verschiedenen Methoden auf, die sich bei sekundärer Amenorrhöe bewähren. Bei dem Vorkommen von Augenerkrankungen in der Schwangerschaft erhebt sich die Frage, ob eine künstliche Unterbrechung angezeigt ist. Bei der Retinitis albuminurica soll man in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft unterbrechen. Nach dieser Zeit sind die Ansichten der Autoren geteilt. Die meisten unterbrechen erst bei einer Verschlimmerung des Augenleidens. Eine neue Schwangerschaft ist bei dieser Erkrankung möglichst zu verhüten. Die eklampsische Amaurose hat

eine günstige Prognose; die Behandlung erstreckt sich nur auf die Eklampsie. Bei der Neuritis optica ist möglichst sofort zu unterbrechen, und weitere Schwangerschaften sind ebenfalls zu verhüten. Nur ausnahmsweise führt eine Augenoperation zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Es empfiehlt sich jedoch, als Zeitpunkt den Termin der außerhalb der Schwangerschaft fälligen Menses zu vermeiden. Augenerscheinungen, die bei der Geburt auftreten, können psychogener Natur oder durch die ungewöhnliche Muskelanstrengung hervorgerufen sein. Im Puerperium kommt es zu Augenstörungen bei Anwendung intravenöser Mittel zur Behandlung septischer Zustände. Bei schwerem Puerperalfieber kommt es zur Panophthalmie. Augenverletzungen beim Neugeborenen werden bisweilen besonders bei operativen Geburten und engem Becken beobachtet. Bisweilen sieht man im Anschluß an Blutverluste besonders bei Myomen Störungen, die meist doppelseitig sind. Hier ist die Ursache der Blutung sowie die Anämie zu behandeln. Manche Autoren behaupten, daß die Laktation bei gleichzeitiger Amenorrhöe ein Augenleiden verschlimmert. Im Klimakterium, wo es zu erheblichen Veränderungen des Blutdruckes kommt, sieht man bisweilen Blutungen in das Auge und Entstehungen von Glaukomen. Direkte Beziehungen zwischen gynäkologischen Erkrankungen und Augenleiden, wie z. B. Metastasen, kommen selten vor. Hin und wieder findet man als Nachwirkung von Lumbalanästhesie Abzusslähmungen, deren Ursachen nicht geklärt sind. Wahrscheinlich löst das eingespritzte Mittel die Lähmung selbst aus. Die Migräne, die oft mit Augensymptomen einhergeht, kann bisweilen ovarieller Natur sein. Man hat mit Röntgenkstration schwere Fälle von Migräne geheilt. Nach Bestrahlungen von Schwangeren in den ersten Monaten hat man bei Neugeborenen Mikrozephalie mit Augenstörungen beobachtet, weshalb beim geringsten Verdacht auf Schwangerschaft überhaupt nicht bestrahlt werden darf und bei versehentlicher Bestrahlung einer Schwangeren der Abort eingeleitet werden muß. Schließlich gibt es weibliche Berufsarbeiten, wie die von Haarnetzarbeiterinnen und solchen von Metallknöpfen, die zur Schädigung des Auges führen. — Es gibt jedenfalls zahlreiche Beziehungen zwischen der Gynäkologie und Augenheilkunde, deren Studium auch für den Gynäkologen von Interesse ist. K o s m i n s k i, Berlin.

353.

Stefko, W., Antikonzeptionelle Mittel als blastophore Faktoren. (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 14., Heft 5, 1928.) Manche antikonzeptionellen Stoffe üben eine physikochemische Einwirkung auf den Uterus aus (wir rechnen dazu auch den Silkworm). In den Fällen, wo die Schwangerschaft bei der Anwesenheit der Reaktionsveränderungen in den Uterus eintritt, wirken die letzteren auf die Entwicklung im Stadium sowohl der Blasto- als Organogenese ein. Dieser Einfluß wird in einzelnen Fällen durch die Anwendung der toxischen Stoffe noch gesteigert (Chinin). Der Einwirkungsmechanismus der bezeichneten Stoffe scheint die Störung der Fruchternährung, besonders des Salzumsatzes, zu bedingen, was die Abweichungen der Entwicklung der einzelnen Organe und Systeme bewirken kann. Diese Veränderung des Salzumsatzes des sich entwickelnden Eis ist vielleicht die kausale Ursache in der Pathologie der Embryonalentwicklung. Der Embryo der ersten Wochen und Monate des Lebens kann vollständig in seiner Entwicklung stocken und einer vollen Degeneration mit nachträglicher Auflösung unterworfen werden (bläschenförmige Embryonen). Die Hauptveränderungen im Stadium der Ontogenese werden im Nervensystem nachgewiesen, das einer völligen Zerstörung und Histolyse unterworfen wird; die folgende Stelle nimmt das Gefäßsystem ein, welche durch eine defektive Entwicklung und die Anwesenheit der pathologischen Veränderungen sich auszeichnet. Hier haben wir degenerative Embryoformen (zylindrische und atrophische).

Rudolf Katz, Berlin.

354.

Clason, Sam., Resultate der Eklampsie und Eklamosismusbehandlung an den geburtshilflichen Kliniken des Karolinischen Institutes zu Stockholm in den Jahren 1920 bis 1927. (Act. obstetr. scand., 7., Nr. 1/2, 1928.) Die Eklampsie wurde seit dem Jahre 1913 mit geringen Abänderungen nach der Stroganoff-Zweifelschen Methode behandelt. Narkotika wurden nur in den schwereren Fällen nach dem Schema Stroganoffs gegeben; in leichteren Fällen begnügte man sich mit geringeren Dosen. Aderlässe wurden in 29 von 125 gemacht. Ferner sorgte man für reichliche Flüssigkeitszufuhr, unter Umständen mittels Tropfkästlers. Am Ende der Entbindung wurden die Frauen narkotisiert. Waren die Weichteile vollkommen erweitert, so wurde die Austreibungsperiode durch Extraktion oder Zange beendet. Operative Eingriffe bei gar nicht oder nicht vollständig offenen Weichteilen wurden nur in 10% der Fälle vorgenommen. In 4 Fällen wurde die Geburt durch Eliaustich eingeleitet; weitere 4 Fälle wurden durch Kaiserschnitt entbunden. Die Mortalität in den Jahren 1926/27 betrug bei dieser Therapie 5,6%; die fötale Mortalität war 27%. Für die Föten scheint die rein aktive Therapie günstiger zu sein. Prinzipiell wird eine modifizierte Therapie

nach Stroganoff eingeleitet; gehen die bedrohlichen Symptome nicht zurück, so wird die Patientin entbunden und danach weiter mit Stroganoff'scher Methode behandelt. Unter Eklampsismus versteht Verfasser eine Eklampsie ohne Krämpfe. Während die Grenze gegen Eklampsie demnach scharf zu ziehen ist, ist der Uebergang von Eklampsismus zur Nephropathie fließend. Die schwereren Fälle weisen folgende Symptome auf: Albuminurie, pathologisches Harnsediment, Oedeme, erhöhten Blutdruck, Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen. Die Gesamtzahl der Fälle an Eklampsismus in den Jahren 1920 bis 1927 betrug 190, darunter 68 leichte und 122 schwere Fälle. Von den schweren bekamen 20 eine Eklampsie. Die mütterliche Mortalität betrug 1,6%, die kindliche 22,5%. In 13% der Fälle wurde die Schwangerschaft unterbrochen. Die Behandlung bestand im übrigen in Bettruhe und Diät, in schwereren Fällen in Verabreichung von Narkotika oder in Stroganoff'scher Diät. 90 Fälle von schwerem Eklampsismus kamen bereits krebend zur Aufnahme; von diesen verliefen 3 letal.

^{365.} Toskin, D. W., Ein seltener Fall von „Hebammen-Operation“. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 10, S. 743, 1928.) Verf. berichtet über einen ungewöhnlichen Fall von seltener Komplikation beim Partus — ein Bild von der Tätigkeit der Kurpfuscher in Rußland. 38-jährige Bäuerin wurde in bewußtlosem Zustand und stark ausgeblutet in die Geburtsanstalt eingeliefert. Puls klein, 120 in der Minute; hochgradige Anämie. Der Fundus steht zwei Querfinger breit über dem Nabel. Das Palpieren der Frucht ist wegen heftiger Schmerzhaftigkeit unmöglich. Wehen sind nicht vorhanden. Bei der inneren Untersuchung wird festgestellt, daß aus der entfalteten Zervix die Nabelschnur vorgefallen ist; ferner ist aus der Gebärmutter der rechte Fuß des Kindes herabgeglitten. Es fiel ferner auf, daß aus der Vulva ein starker Geruch von Brennöl dringt. Durch Extraktion am Fuß wird das Kind sehr leicht herausbefördert; es war bereits tot und erwies sich als ausgetragenes Kind (3400 g). Keine Blutung. Der Uterus begann sich zu verkleinern. Drei Stunden später stand der Fundus drei Querfinger breit unterhalb des Nabels. Da sich die Plazenta weder von selbst noch nach Expression mit Credé'schem Handgriff löst, nimmt der Verf. die manuelle Lösung vor. Die in die Scheide eingeführte Hand verfolgt die Nabelschnur nach oben und gerät im vorderen linken Scheidengewölbe in eine Öffnung, welche die Handfläche frei durchläßt. Sich vorsichtig orientierend, fühlte der Verf. bald durch das von der vorderen seitlichen Wand abgesetzte Bauchfell die Darmschlinge und etwa vier Querfinger breit unterhalb des linken Rippenbogens die dort eingedrückte Plazenta. Durch Ziehen an der Nabelschnur konnte die Plazenta ohne weiteres herausbefördert werden. Ihre uterine Seite war gründlich verknüllt und die Eihäute beschädigt. Bei der genauen Untersuchung wurde an der linken Seite des Scheidengewölbes eine 4 mal 2 cm große, bis in die Scheide klaffende Rißwunde vorgefunden. — Was die Ursache der Verletzung betrifft, so stellte sich folgendes heraus: Die Patientin hatte ihre früheren sechs Geburten stets mit Hilfe der Dorfhebamme glatt überstanden und hatte sich auch jetzt ihrer Hilfe anvertraut. Die Hebamme unternahm unmittelbar vor der Geburt bei der Patientin eine Oelung aller Geburtswege, soweit nur die Hand eindringen kann, mit Brennöl. Diese Prozedur wird in manchen russischen Dörfern vorgenommen, und zwar, nach der Behauptung der Dorfhebammen, aus folgenden Gründen: 1. weil die Geburt des Kindes auf dem geöfneten Wege leichter verläuft, und 2. weil „das Oel aus dem vom dem Heiligenbild hängenden Lämpchen heilig ist“. (!) Bei der Vornahme dieser Prozedur stellten sich bei der Gebärenden infolge der Placenta praevia plötzlich starke Blutungen aus der Uterushöhle sowie Wehen ein. Da dies, nach Ansicht der Hebamme, „noch zu früh“ war, so versuchte sie, die Plazenta mit der Hand mit Gewalt zurückzuschieben, was ihr auch gelang. Bei dieser Manipulation entstand die Verletzung, und die Patientin verlor das Bewußtsein. — Dieser Fall ist darum merkwürdig, weil die Patientin trotz der Schwere dieser „Hebammenoperation“ und der starken Blutung am Leben blieb. Sie wurde nach 23 Tagen nach entsprechender Behandlung als geheilt entlassen.

E. Kontorowitsch.

^{366.} Sabolotny, S. S., Blutgruppenbestimmung und Superfekundation. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 10, S. 725, 1928.) Zur Untersuchung gelangten vier Fälle von Mehrlingsgeburten: 2 zwei- bzw. dreieiige Zwillinge und 2 dreieiige Drillinge. Nach den Gruppenbestimmungen bei allen diesen Kindern und ihren Eltern sind die Verhältnisse in den ersten 3 Fällen als ganz „legal“ zu betrachten, während im Fall 4 zwei Kinder zur Gruppe A gehören, das dritte dagegen zur Gruppe B. Da der Rezeptor B dieses Kindes in diesem Falle weder vom Vater A noch von der Mutter O ererbt sein kann, so ist anzunehmen, daß dieses Kind von einem anderen Vater, nämlich von einem Manne mit dem Rezeptor B abstammen muß, und hier eine Superfekundation vorliegt, bzw. daß hier weder Vater A, noch Vater B, sondern als Vater aller 3 Kinder

ein Mann der Gruppe AB in Betracht kommt. Da das Kind später zugrunde ging, konnte der Verf. die Frage der Vaterschaft in diesem Fall nicht endgültig klären.

E. Kontorowitsch.

^{367.} Eufinger, Heinrich, Die Veränderung der Kolloidstruktur des Blutes während der Menstruation und ihre Bedeutung für den Wasserstoffwechsel. (Klin. Wsch., 48, S. 2291, 1928.) Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß der Eintritt der Menstruation in vielen Fällen eine methodisch nachweisbare, chemisch-physikalische Umstellung der Säftestruktur besonders im Sinne einer Verschiebung der Eiweißphasen nach der grobdispersen Seite hervorruft, deren Auswirkung sich in etwa 50% bei gesunden Frauen unter anderem auch in einer Beeinträchtigung des Wasserstoffwechsels äußert. Diese Möglichkeit einer durch die Menstruation ausgelösten Erhöhung der Oedembereitschaft bei der gesunden Frau bedarf der Beachtung und ist geeignet, unser Verständnis von dem Zusammenhang bestimmter Krankheitsäußerungen und Menstruation zu fördern.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{368.} Mauz, Friedrich, Hypoplasie und Seelenleben. (Arch. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Die psychologischen Untersuchungen an 45 nicht geisteskranken Frauen mit körperlicher Hypoplasie hatten zunächst das Ergebnis, daß der morphologischen Hypoplasie kein prägnantes, eindeutiges psychopathologisches Bild entspricht, etwa wie bei den bekannten endokrinen Korrelationsstörungen, dem Basedow, dem Myxödem oder der eunuchoiden Fettsucht. — Häufig spielen körperliche Hypoplasien und Infantilismen in das hysterische Gebiet hinein. Fast immer gibt die auch in ihrem Körperbau zum Ausdruck kommende „unausgereifte und unsichere Sexualität“ den Anstoß zu den hysterischen Produktionen. Man findet bei dieser Gruppe in etwa 70% der Fälle ein reichlich verspätetes Lebensalter der ersten Menstruation (durchschnittlich 17½ Jahr), Dysmenorrhöe, überhaupt Störungen und Unebenmäßigkeiten im Einsetzen der einzelnen Pubertätszeichen. Dem entspricht auf seelischem Gebiet eine nicht recht zielsichere Sexualität. — In anderer Weise wirkt sich die konstitutionelle Hypoplasie bei bestimmten explosiven Psychopathentypen aus. Hier ist die eigene körperliche Kümmerform der chronisch affektive Reiz für die explosive Veranlagung: Verstimmungen, Neigung zu plötzlichen und heftigen Insuffizienzgefühlen, schwere Affekt Krisen und epileptiforme Krampfanfälle stehen im Vordergrund. Außerdem fand Verf. eine dritte Gruppe, die affekt-lähmen, meist leicht debilen Psychopathen als Auswirkung der Hypoplasie. Bei diesen zeigt sich eine einfache körperliche und seelische Schwäche; es besteht bei derartigen Frauen nach jeder körperlichen Krankheit eine außerordentlich verlängerte Rekoneszenz, die an psychogene Momente denken läßt, aber letzten Endes nur auf der Anlageminderwertigkeit beruht. — Zahlenmäßig verteilen sich die hypoplastischen Typen des Materials des Verfassers etwa je zu einem Drittel auf die hysterische, explosive und affekt-lähme Gruppe. — Die drei Wirkungsweisen: körperliche Hypoplasie bei der hysterischen, explosiven und affekt-lähmen Gruppe sind natürlich nicht scharf voneinander getrennt, sondern haben fließende Uebergänge. Da, wo Hypoplasien irgendwelcher Art unseren Blick auf eine Unterentwicklung und Minderwertigkeit im Körpersystem lenken, werden wir meist auch im Gesamtbild des Betroffenen, in seinem körperlichen oder seelischen Krankheitsgeschehen auf eine oder andere dieser Wirkungsweise stoßen.

Rudolf Katz, Berlin.

^{369.} Naujoks, H., Untersuchungen an Frauen mit genitaler Hypoplasie. (Arch. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Die Untersuchungen des Verfassers bezogen sich auf rund 100 Kranke an der Universitätsklinik in Marburg, wobei es sich herausstellte, daß die genitale Hypoplasie in Hessen auffällig gehäuft vorkommt. Im Symptombild des unterentwickelten Genitals steht die Dysmenorrhöe bei weitem im Vordergrund; den zweiten großen Symptomenkomplex der genitalen Hypoplasie bilden die Blutungsanomalien, sei es, daß gar keine Periode auftritt, daß die Blutungen selten, schwach und unregelmäßig kommen, oder daß abnorm starke Blutverluste bestehen. Im Mittelpunkt steht die ungenügende Funktion des Ovariums. — Die Mehrzahl der Genitalhypoplastischen gehört dem leptosom-hageren (asthenischen) Typ an, der an sich ja eine gewisse Minderwertigkeit, Schwächlichkeit, mangelnde Widerstandsfähigkeit besitzt; seltener ist der universelle Infantilismus, der pyknische und dysplastische Habitus. In allen Gruppen finden sich, wenn das Gesamtbild auch auf dem ersten Blick einen harmonischen, ziemlich normalen Eindruck macht, stets reichlich infantile, dysplastische Zeichen einer Partialminderwertigkeit. — Eine häufige Vergrößerung der als Waldeyer'scher Rachenring bezeichneten lymphatischen Apparate war nicht festzustellen; engere Beziehungen zwischen Genitalhypoplasie und Status lymphaticus sind darum unwahrscheinlich. Der Spitzbogengauamen als infantiles Stigma ist eine nahezu regelmäßige Begleiterscheinung der Genitalhypoplasie. — Orthodiagraphische Herzmessungen ergaben

zeigt, daß in solchen Fällen die Abrasio mucosae uteri recht gute Resultate gibt.

K. Bross, Poznań.

^{372.}
Weibel, W., 25 Jahre Wertheimscher Operation. (Arch. Gynäk. 135., Heft 1, 1928.) Verf. berichtet über das gesamte Wertheimsche Material von 1500 Fällen, die alle nach der Methode Wertheims abdominal radikal operiert worden sind und von denen nach Ablauf von 25 Jahren etwas über 1000 mindestens 5 Jahre lang nachkontrolliert waren. — Die Zahlen für die Dauerheilung von 1000 Radikaloperierten betragen 40%, für die Dauerheilung der Ueberlebenden dagegen 47%. — Dieser Bericht wird wohl die letzte große Zusammenstellung sein, die auf den alten Grundsätzen der Karzinomstatistik aufgebaut ist, mit Zugrundelegung eines Materials, das einer einzigen Behandlungsmethode unterworfen wurde. Heute, wo durch allseitige Herabsetzung der Operationsmortalität und durch die Anwendung der prophylaktischen postoperativen Radium- resp. Röntgenbestrahlung, ferner durch ausschließliche Strahlenbehandlung auch operabler Fälle und endlich auch durch die an zahlreichen Stellen nebeneinander geübte vaginale und abdominale Radikaloperation die Resultate der früheren Zeit schon längst überholt sind, dürfte wohl jeder Gynäkologe auf den Standpunkt stehen, alle ihm zur Verfügung stehenden Heilmöglichkeiten in richtiger Auswahl und Kombination erschöpfend zur Anwendung zu bringen. Deswegen kann man heute nur noch berechnen, welche Gesamtergebnisse eine Station in der Behandlung der Kollumkarzinome mit allen aufgewandten Behandlungsmitteln hat.

Rudolf Katz, Berlin.

^{373.}
Kogan, A. A., und I. L. Libin: Klinische Wertung der Wirkung des nach der Methode von Stern-Batelli hergestellten Ovarialpräparates. (Arch. f. Gyn., 135., Heft 1, 1928.) Das nach dieser Methode gewonnene Eierstockpräparat wurde vom Verf. in 62 Fällen angewendet, in den meisten Fällen wurden täglich 1 bis 2 mal 50 bis 100 ccm per rectum verabreicht. Verf. erklärt die günstigen Ergebnisse der von ihm angewandten Therapie dadurch, daß bei diesen Kranken die Störungen der Geschlechtsdrüsen den Anstoß zur Störung auch in anderen Drüsen des endokrinen Systems, hauptsächlich in der Thyreoidea gaben. In dem Präparat ist zweifellos das wirksame Agens in genügender Menge vorhanden. In den Fällen, wo die Funktion der Ovarien aufgehört hat (natürlicher Klimax, chirurgische Kastrierung), kann dieses Präparat die ausgefallene Funktion der Geschlechtsdrüsen nur während der Zeit seiner Anwendung und der nächstfolgenden paar Wochen ersetzen. In den Fällen, wo aus irgendeinem Grunde die Funktion der Ovarien ungenügend ist, kann das Ovarialpräparat die eigenen Geschlechtsdrüsen des Organismus stimulieren. In Fällen, wo sich ein Zusammenhang zwischen lädierter Funktion der einzelnen innersekretorischen Drüsen und den Störungen seitens der Genitaldrüsen feststellen läßt, ist vor Ausführung eines chirurgischen Eingriffs ein Versuch mit dem Präparat wünschenswert. Um einen Effekt bei Ausfallserscheinungen zu erzielen, ist Anwendung des Präparates im Laufe von nicht weniger als drei Wochen erforderlich. Um jedoch völlige Stimulierung der Ovarien zu bewirken, ist eine Frist von nicht weniger als 4 bis 6 Wochen erforderlich.

Rudolf Katz, Berlin.

^{374.}
Schindler, Hans, Anwendung des Sauerstoffschaumes in der Gynäkologie. (Med. Welt Nr. 45, 1928.) Der nach dem Sandor-Verfahren hergestellte physikalische Sauerstoffschaum ist ein Gemisch von Wasser, dem ein Schaumbildner (Saponin-Substanz) zugesetzt ist, und Sauerstoff. Die Bildung des Schaumes ist unabhängig von der Wassertemperatur. Aus einem Liter Wasser lassen sich 10 bis 15 Liter Schaum herstellen. Der Schaum besitzt einen hohen Adhäsionsgrad und eine außerordentliche Zähigkeit, so daß er mehrere Stunden erhalten bleibt. Es ist gelungen, kleine elektrische Aufladungen qualitativ nachzuweisen. Für die gynäkologische Therapie ist ein handlicher Apparat konstruiert, mit dem es möglich ist, vaginale Schaumspülungen zu applizieren. Man kann dem Schaum auch medikamentöse Zusätze beimengen und so außerordentlich feine Verteilung der Medikamente im Schaum erreichen. Bei der Schaumspülung wird die Scheide durch den unter erheblichen Druck eindringenden Schaum ausgedehnt und aufgeblasen, so daß die Vaginalwände ad maximum gespannt sind. Die mikroskopisch kleinen Schaumbläschen dringen dadurch in die feinsten Falten und Buchten der Scheidenwand ein. Der nicht unbeträchtliche Adhäsionsgrad bedingt ein langsames Abfließen des Schaumes aus der Vagina und erhöht dadurch die reinigende Wirkung. Durch das ununterbrochene Zerplatzen der Bläschen wird ein kontinuierlicher Reiz auf die Scheidenwand, eine Art feinsten Massage, ausgeübt. Zu diesen rein mechanischen Reizen kommt noch die lokale Heilwirkung des Sauerstoffs, und zwar eine gewisse bakterienschädigende Wirkung sowohl an der Oberfläche wie auch in der Tiefe der Schleimhaut und eine lokale Umstimmung des Gewebes durch arterielle Hyperämie und folgende Leukozytose, also Anregung und Leistungssteigerung der natürlichen Heilkräfte. Die besten Heilerfolge erzielte Verfasser mit Sauerstoffschaum beim unkomplizierten Fluor albus, d. h. in Fällen,

wo weder die Zervix sichtbar beteiligt war noch wesentliche Störungen konstitutioneller Natur nachzuweisen waren. Gute Erfolge waren ferner zu verzeichnen bei entzündlichen Veränderungen des unteren Genitalabschnittes, also bei makroskopisch sichtbaren Veränderungen im Bereich der Vulva und Vagina (Intertrigo, Kolpitis usw.). Etwas schlechter waren die Resultate bei Mitbeteiligung der Zervix. Gut beeinflussbar waren auch Fälle von frischer Gonorrhoe.

L. Gordon, Berlin.

^{375.}
Kuramischina, M. W., Vaginale Schlammbehandlung außerhalb des Kurorts. (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 9, S. 685/688, 1928.) Die vaginale Schlammbehandlung in Form von Tamponen kann sowohl ambulant als auch stationär während des ganzen Jahres mit Erfolg durchgeführt werden. Die Tamponen, deren Temperatur 35 bis 37 Grad beträgt und allmählich bis 55 Grad gesteigert wird, bleiben eine halbe bis eine Stunde in der Scheide. Die Behandlung erfolgt täglich mit Ausnahme der Menstruation, Verschärfung der Beschwerden und Fieberzustände. Die Kur dauert 1 bis 1½ Monate und beträgt gewöhnlich 25 bis 30 Tampone, deren Zahl in Fällen mit beträchtlichen Exsudaten auf 35 erhöht wird. Nach den Erfahrungen der Verfasserin werden die besten therapeutischen Resultate bei Metroendometritis und Parametritis exsudativa erzielt, dann folgen die chronischen eitrigen Adnexitiden. Wie die klinischen Untersuchungen zeigen, wirkt die vaginale Schlammbehandlung nicht nur lokal, sondern sie beeinflusst auch den ganzen Organismus und dessen Stoffwechsel günstig.

E. Kontorowitsch.

^{376.}
Essen-Möller, Ellis, Eindrücke von der Geburtshilfe und Gynäkologie in Amerika. (Acta obstetr. scand., 7., Nr. 1/2.) Die meisten Kliniken in Amerika ebenso wie in England werden im Gegensatz zu Schweden aus privaten Mitteln erbaut und erhalten; daher sind viele Krankenhäuser außerordentlich geräumig und luxuriös ausgestattet, so z. B. das Fordsche Krankenhaus in Detroit. Auffallend ist, daß die verschiedenen Disziplinen in ein- und demselben Gebäude untergebracht sind, während in Schweden, wenigstens in den Universitätsstädten, die innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Kinderheilkunde usw. jede ihr eigenes Haus haben. Die Zahl der Angestellten eines Krankenhauses ist außerordentlich groß. Nicht nur die Aerzte und Schwestern sind weit zahlreicher vertreten als in Schweden, sondern die Menge der Schreibmaschinisten und Buchhalter ist fast unzählbar. Auch in den Operationssälen sind viel mehr Aerzte und Schwestern beschäftigt als in Schweden. Der Operateur arbeitet i. a. mit 2 oder 3, in einer Klinik sogar mit 4 Assistenten. Für jeden Patienten wird eine Krankengeschichte in einem besonderen Bande angelegt; infolge der sorgfältigen Registrierung ist der Verlust einer Krankengeschichte ausgeschlossen. Die hervorragende Organisation zeigt sich auch bei der täglichen Arbeit. Die Operationen folgen aufeinander ohne eine Pause. In Cleveland führte Dr. Crile an einem Vormittag 20 Kropfoperationen aus; jede Operation dauerte durchschnittlich 15 Minuten, was nicht nur auf seine bewundernswerte Geschicklichkeit, sondern auch auf die glänzende Organisation im ganzen Krankenhaus zurückzuführen ist. Während in den skandinavischen Ländern und in Deutschland für Geburtshilfe und Gynäkologie zusammen ein Lehrstuhl besteht, sind in Amerika fast durchweg die beiden Fächer getrennt, was wohl historisch verständlich, aber den heutigen Anschauungen entsprechend als ein Nachteil anzusehen ist. Die Gynäkologie hängt eng mit der Chirurgie zusammen, und die Geburtshilfe erscheint in den Krankenhäusern häufig als ein Anhängsel. Die Folge davon ist, daß, obgleich der Unterricht in den geburtshilflichen Operationen am Phantom ausgezeichnet ist, die Übung in der praktischen Betätigung der Geburtshilfe ungenügend ist. Allerdings haben die Medizinstudierenden in Amerika den großen Vorteil, viel außerklinische Geburtshilfe treiben zu können. Dies hängt damit zusammen, daß es in Amerika keine staatlich anerkannten Hebammen gibt und daß der Hauptteil der Geburtshilfe in den Händen der Aerzte liegt. — Einige chirurgische Maßnahmen sind bemerkenswert: Nicht nur die Haut, sondern auch die Vagina wird ante operationem jodiert; das Operationsgebiet wird ferner durch die einfache Anwendung einer Mullkompressen für Nabel und Anus geschützt; die Därme werden mit Gummitüchern abgedeckt; in zwei Kliniken wird vor jeder Myomoperation der Wurmfortsatz entfernt. Die geburtshilfliche Rektaluntersuchung wird sehr geschätzt. Geburtshilfliche Operationen, wie Kaiserschnitt und Zangen, werden häufiger ausgeführt als in Schweden, wogegen sich zahlreiche amerikanische Gynäkologen wenden. Wenn in gewisser Hinsicht die Geburtshilfe und Gynäkologie in Amerika noch nicht dieselbe Stellung einnehmen wie in Europa, so liegt es in der Hauptsache daran, daß die beiden Fächer getrennt sind. Nach ihrer Vereinigung aber wird Amerika Europa überflügeln, da es nicht nur unbegrenzte Hilfsmittel, sondern auch die Fähigkeit der Organisation, Enthusiasmus und hohen Idealismus besitzt.

Geschichte der Medizin.

377.

Launey, Léon, und Launey, André, Harvey und der Kreislauf. (Biologie Méd., Nr. 5, 1928.) Vor 300 Jahren, 1628, veröffentlichte Harvey in Frankfurt sein Werk: „De motu cordis et sanguinis in animalibus.“ Richet übersetzte das Buch 1879 ins Französische. Was nun heute ganz selbstverständlich erscheint, mußte Harvey damals erst umständlich beweisen und seine Gegner niederkämpfen. Pascal hat diesen Kampf geschildert.

Einer der heftigsten Gegner Harveys war Riolan, der unter Ludwig XIII. eine angesehene Stellung bekleidete. Er war Dekan der Medizin in Paris und erster Arzt der Königin-Mutter. Er verweigerte der These Harveys das Bürgerrecht.

Ludwig XIV. griff in den Streit zugunsten Harveys ein; er bestimmte, daß seine Lehre zu verbreiten sei und das gegen den Willen der Fakultät! In der Anatomieschule im königlichen Garten wurde die Lehre vom Kreislauf den Studenten beigebracht. Sprecher war Dionis, der 1690 seine Anatomie des Menschen veröffentlichte. Der Titel lautete: „Die Anatomie des Menschen, nach der Lehre vom Blutkreislauf und den letzten Entdeckungen.“ Der Titel zeigt uns noch die Hitze des vorangegangenen Kampfes.

Auch ein kleines Buch von Riolan, dem Hauptgegner Harveys, ist erhalten. Es ist besonders wertvoll durch zwei Antworten von Harvey, die die Biologie Médicale jetzt übersetzen läßt.

Kurt Heymann, Berlin.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

378.

Walkoff, Vermag die chirurgische Radikalthherapie die Oral-sepsis sofort und sicher mit Erfolg zu bekämpfen? (Dtsch. zahnärztl. Wschr. Nr. 22, 1928.) Verfasser wendet sich sehr scharf gegen das wahllose Extrahieren bzw. die wahllose Ausführung der Wurzelspitzenresektion an Zähnen nur auf Grund eines Verdachtes des Zusammenhanges mit einem Herde in anderen lebenswichtigen Organen. Die Wurzelspitzenresektion ist durchaus nicht ein souveränes, eine Zahn- und Körperinfektion sofort beseitigendes und ausschaltendes Mittel. Der zurückbleibende Wurzelstumpf enthält in der Hälfte aller Fälle lebende Mikroorganismen. Ferner ist der durch die Operation gesetzte Knochendefekt noch größer als ursprünglich und kann deshalb mindestens ebensogut ein Tummelplatz der Bakterien aus dem antiseptisch durchaus nicht einwandfrei behandelten prämaxillären Herde, nämlich dem Wurzelstumpf werden. Es muß unbedingt verlangt werden, die Zähne durch konservative Behandlung möglichst zu erhalten.

L. Gordon, Berlin.

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.

379.

Lindsay, H. C. L., Verbesserung des Aussehens von Narben. (Urologic Rev., Nr. 12, 1928.) Da Narben die verschiedenste Beschaffenheit haben können, so gibt es keine einheitliche Methode ihrer Verbesserung. Injektionen aller Art, wie die von Fibrolysin, Thiosinamin, Cicatricin, Jodojysin, haben nur selten einen Wert. Dagegen werden erhabene Narben gut durch Gefrieren mit Kohlen-säureschnee in Verbindung mit unmittelbar folgender Röntgenbestrahlung oder Radiumbehandlung abgeflacht. Man verwendet hierbei ziemlich harte Strahlen, 5 bis 9 Holzknecht. Die Intensität der Röntgenbestrahlung sowie die Dauer der Vereisung muß sich nach der Dicke der Narbe richten; aber beide Maßnahmen soll man lieber zu gering wählen und eventuell sie nach einiger Zeit wiederholen, als daß man sie zu stark nimmt und Schaden anrichtet. Geringe Reste, die bei diesen Maßnahmen stehen bleiben, werden durch Kromeyer-Lampe oder Höhensonne beseitigt. Kleine erhabene Narben kann man auch durch Fulguration oder durch Elektrolyse mit Strömen von 2 Milliampere zerstören. Hierbei wird die Nadel im Abstand von $\frac{1}{4}$ cm vertikal eingesetzt. Jedesmal läßt man den Strom solange durchgehen, bis leichte Schwellung der Umgebung eintritt; man wiederholt die Prozedur so oft, bis die ganze Narbe systematisch durchbehandelt ist. — Die Behandlung mit Beiersdorfs Guttaplastermull ist bisweilen recht brauchbar, aber sehr langweilig. Bei keloider Entartung ist die Anwendung von Extrakt der Thyreoidea sehr wertvoll, doch muß man Dosen geben, die den Puls um 20 Schläge beschleunigen, ihn also auf 100 ansteigen lassen. — Eingesunkene Narben nach Akne usw. wirken besonders häßlich, wenn sie steile Ränder und einen unebenen Grund haben, resp. wenn Hautbrücken usw. sich über diesen hinziehen. Durch CO₂-Schnee kann man die Ränder abflachen und dadurch die Narben unauffälliger machen. Auch hier wirkt Nachbehandlung mit Höhensonne oder Röntgen unterstützend. Narben nach Lupus erythematosus heilen sich nicht selten nach ein bis zwei Injektionen von Goldsalzen auf, wie Sanokrysin, Novarsenobenzol. Ueberdosierung, wie sie meist mit fünf bis sechs Injektionen vorgenommen wird, ist hierbei unnötig.

Bab.

380.

Touton, Eine Ursache beim Baden entstehender Hautausschläge. (Derm. Wschr., 87., Nr. 51.) In den letzten Jahren sind mehrfach Fälle beobachtet worden, in denen beim Baden oder bei auf das Baden folgendem Lagern im Ufergrase urtikariaartige Hautausschläge auftraten. Die Vermutung, daß es sich dabei um durch irgendwelche Pflanzen hervorgerufene idiosynkrasische Erscheinungen handelte, erfährt eine Stütze durch eine Beobachtung, in der die Erscheinungen durch Berührung mit der im Wasser schwimmenden Ceratophyllum-(Hornblatt-)Pflanze direkt nachgewiesen werden konnte. Das schädigende Agens wird in der verkieselten Oberfläche des Hornblattes zu suchen sein, wodurch physikalisch, wie auch bei einer ganzen Reihe sonstiger Idiosynkrasien durch physikalische Agentien oder durch mechanische Traumen histaminähnliche Körper oder fremdes Eiweiß in den Geweben frei gemacht werden und dadurch die Reaktion des allergisch eingestellten Gewebes mit dem Antigen ermöglicht wird.

Ernst Levin, Berlin.

381.

Pautrier, L. M., Zur Frage des Epitheliakrebses vom dermatologischen Standpunkt aus betrachtet. (Brux. Méd., Nr. 2, 1928.) Die Dermatologie, die ja mit offenen Karten arbeitet, gestattet auch eine genaue Beobachtung präkanzeröser Stadien. Dabei hat sich gezeigt, daß eine bestimmte Anzahl von Hauterkrankungen, die man bisher für präkanzerös gehalten hatte, in Wirklichkeit veritable Epitheliome darstellen. Die Pagetsche Krankheit der Brustwarze ist ein echter Krebs, der von Drüsen in der Tiefe seinen Ausgang nimmt. Die Erythroplasie ist gleicherweise ein Epitheliom, welches das Problem der zellulären Kanzerisation als Vorläufer der Gewebsekanzerisation dartut.

Held.

382.

Golschmid, K. L., Zur Frage der Aetiologie des Angiokeratoma Mibelli. (Derm. Wschr., 87., Nr. 51.) Für das Auftreten des Angiokeratoma Mibelli sind verschiedenartige Ursachen (Tuberkulose, Abfrieren, individuelle Eigenschaften des Organismus, endokrine Störungen) angeschuldigt worden, von denen aber keine als die alleinige betrachtet werden darf. Von den beiden hier beschriebenen Fällen betraf einer eine Kranke mit aktiver Lungentuberkulose, in dem zweiten wirkten angeborene Gefäßschwäche und toxische Momente (Masern) zusammen. Therapeutisch bewährte sich Kryotherapie außerordentlich.

Ernst Levin, Berlin.

383.

Perutz, Alfred, und Rudolf Rosner, Zur Frage der Allergie bei der Primeldermatitis. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Zwei Personen, die, die eine zu wiederholten Malen, an einer akuten Dermatitis nach Berührung von Primeln erkrankt waren, zeigten gegen die Blätter und Blüten bei funktioneller Handprüfung eine deutliche Reaktion, die auch auf den Aetherextrakt eines Blattes auftrat, während das extrahierte Blatt sie nicht mehr hervorrief; das Primelallergen war also in den Extrakt übergegangen. Zum ersten Male gelang es auch die Primel-Ueberempfindlichkeit auf eine nicht überempfindliche Person durch den Inhalt einer spontan aufgetretenen Blase zu übertragen. Es fand sich dabei eine Sofort- und eine Spätreaktion, auch war eine Fernreaktion auszulösen.

Ernst Levin, Berlin.

384.

Hirschberg, B. S., Erythrodermia desquamativa Leiner. (Wratsch. Gasetta, 32, Nr. 8, S. 592, 1928.) Bericht eines Falles bei einem zwei Monate alten Brustkinde. Typisches Krankheitsbild, wenn auch die dyspeptischen Erscheinungen nicht allzu stark ausgeprägt waren. Die von anderen Autoren vertretene Anschauung, die Säuglinge mit Leinerscher Krankheit zwecks Therapie auf gemischte Ernährung zu setzen, kann der Verf. nicht teilen, da in seinem Fall die Heilung binnen einiger Wochen eintrat, obwohl das Kind während dieser Zeit ausschließlich mit Brust ernährt wurde.

E. Kontorowitsch.

385.

Jordan, Arthur, Das hereditäre Ekzem. (Arch. Derm., 156., H. 3.) In einer durch vier Generationen verfolgten Familie kam Ekzembereitschaft mit z. T. wiederholten Schüben so oft zur Beobachtung, daß eine vererbte Neigung nicht von der Hand zu weisen ist. Es bestand gleichzeitig eine tuberkulöse Veranlagung, die aber für die Ekzemneigung wohl nicht in Betracht kommt, da die Kombination von Ekzem und Tuberkulose verhältnismäßig selten ist.

Ernst Levin, Berlin.

386.

Stühmer, A., Balanitis xerotica obliterans (post operationem) und ihre Beziehungen zur „Kraurosis glandis et praeputii penis“. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) In mehreren Fällen wurde beobachtet, daß nach Operationen angeborener Phimosen sich Schrumpfungsprozesse der Oberfläche der Glans und des Vorhautrestes einstellten, die mit Verengerungen der Harnröhrenöffnung, starkem Spannungsgefühl und Verminderung der Sensibilität verbunden waren. Trotz gewisser Uebereinstimmung des klinischen und histologischen Bildes sind die Fälle von der Kraurosis glandis et praeputii penis zu trennen; es fehlt das quälende Jucken, und es handelt sich um Patienten in viel frühe-

rem Lebensalter. Das Auftreten der Krankheit wird mit dem plötzlichen Freilegen der Glans in Verbindung gebracht, als Folge der Austrocknung der bis dahin stets durchfeuchteten Haut und der mechanischen Schädlichkeiten, die Krankheitserregern den Weg ebnen. Deshalb sollen nach der Operation längere Zeit hindurch Borsalbenverbände getragen werden. Ernst Levin, Berlin.

^{387.}
Urbach, Erich, und Albert Wiedmann, Experimentelle Untersuchungen über die allergische Natur und den primären Angriffspunkt der Ueberempfindlichkeit bei der Prurigo simplex acuta (Strophulus). (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Ein 12jähriger polyvalent idiosynkrasischer Knabe erkrankt regelmäßig an Erscheinungen von Prurigo simplex acuta nach Genuß von Rindfleisch und Eiern. Die Reaktion wird auch durch epikutanes Auflegen von Rindfleischextrakt und rohem Hühnerweiß erzeugt, passive Uebertragung der Ueberempfindlichkeit gelingt nicht. Durch Ausschaltung der Allergene oder vorübergehende Zufuhr der spezifischen Septone können die Erscheinungen verhindert werden. Bei den allergisch bedingten Prurigofällen kommt eine primäre Irritation der sensiblen Nerven nicht in Frage, die Noxe greift vielmehr an den Gefäßzellen bzw. dem vasomotorischen Apparat der Gefäße an. Ernst Levin, Berlin.

^{388.}
Westphalen, Hans., Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge. (Dermat. Z., 54., H. 6, 1928.) Das Vorkommen echter Psoriasis an der Mundschleimhaut ist noch bis in die neueste Zeit hinein bestritten worden. In dem beschriebenen Falle einer ausgebreiteten Psoriasis der Haut fanden sich auf der Wangenschleimhaut zart-weiß-gefärbte Partien, ganz wenig erhaben, gefeldert, auf der Oberfläche der Zunge zahlreiche weißliche, fast warzig aussehende, gefelderte Effloreszenzen. Daß es sich hierbei um unzweifelhafte Psoriasiserscheinungen handelt, zeigt der für solche typische histologische Befund (Akanthose, Parakeratose, Spongiose, Mikroabszesse). Im Gegensatz zur Leukoplakia oris, die differentialdiagnostisch allein in Betracht kommen kann, fehlt Hypertrophie der Eleidinkörnerschicht und Sklerosierung im Korium. Ernst Levin, Berlin.

^{389.}
Siemens, Hermann Werner, Zur Differentialdiagnose und Prognose der überlebenden Fälle von Ichthyosis congenita. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Die ursprünglich für ganz infaust gehaltene Prognose der Ichthyosis congenita kann nicht mehr aufrecht erhalten werden; es kommen doch auch leichtere Fälle vor, die besonders beweisend sind, wenn sie, wie drei der hier beschriebenen, sowohl nach der Geburt wie auch später untersucht werden konnten. Es ist allerdings differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen, ob es sich in solchem Falle nicht gelegentlich nur um Ichthyosis sebacea handelte. Von den Fällen fanden sich drei bei Geschwistern, die, wie in der Regel bei Erkrankten aus gleicher Familie, die gleiche Form der Erkrankung aufwiesen. Von der Ichthyosis vulgaris ist die Ichthyosis congenita unterschieden durch die starke Beteiligung der großen Gelenkbeugen, der Palmae und Plantae, des Gesichts und der Ohren, und das Ektropium; es fehlt die bei der ersten Affektion häufige Keratosis follicularis. Nagelerkrankungen sind bei Ichthyosis congenita häufiger. Da im späteren Leben die äußeren Erscheinungen sich verwischen können, ist der histologische Befund von Bedeutung. Ernst Levin, Berlin.

^{390.}
Olessoff, I., Zur Ätiologie des Lupus erythematoses. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Nach dem Material der Dermatologischen Klinik der I. Moskauer Universität wurde innerhalb von 30 Jahren die Krankheit in einem überwiegenden Prozentsatz bei Frauen beobachtet, darunter sehr viel Hausfrauen; Bedeutungsvoll für die Entstehung scheint der Einfluß hoher oder niedriger Temperaturen zu sein, Trauma, Sonnenverbrennung und andere äußere Reize spielen auch eine Rolle; doch genügen die Sonnenstrahlen allein nicht, es muß noch eine Hypersensibilität der Haut hinzukommen. Ein Zusammenhang mit Lues konnte nicht nachgewiesen werden, hingegen ist ein solcher mit Tuberkulose, die sich in 37,5% der Fälle fand, anzunehmen. Ernst Levin, Berlin.

^{391.}
von Hedry, Nikolaus, Behandlung der Hauttuberkulose mit Lupoheal. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Die Wirkung dieser Salben beruht auf ihrem Gehalt an Zinksulfat und entspricht ungefähr der der kupferhaltigen ohne schädliche Nebenwirkungen. Lupoheal I-Salbe (10%) bewirkt zunächst Schwellung, Mazeration der behandelten Stellen, starke Eiterung; es zeigt sich eine elektive Wirkung auf die tuberkulösen Knötchen. Bei beginnender Granulationsbildung wird zu Lupoheal II-Salbe (5%) übergegangen, die dann sehr schöne weiße, glatte, elastische Narben erzielt. Ernst Levin, Berlin.

^{392.}
Sacharjewskaja, N.N., und A. M. Petrow, Thalliumbehandlung der Haarpilzkrankungen. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 9, S. 668/673, 1928.) Die Thalliumepilation wurde bei 126 Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren mit Trichophytie, Mikrosporie und Favus durchgeführt. Während von 47 Kindern, bei denen 9 mg Thallium

acet. pro Kilo Körpergewicht verabreicht wurden, eine vollkommene Epilation bei 32 (68%) eintrat, war von 78 Kindern, welche 8 mg bekamen, eine ausreichende Epilation nur in 30 Fällen (38%) zu verzeichnen. In 28 Fällen mit unvollkommener Epilation konnten die noch vorhandenen Haare mittels Pinzette leicht entfernt werden. In den übrigen Fällen war kein günstiges Resultat zu verzeichnen. Nebenerscheinungen, wie Schmerzen in den Extremitäten, Magenstörungen, beobachtete man nur bei einigen Kindern über 8 Jahre; sie waren jedoch nicht sehr ausgeprägt und verschwanden binnen einigen Tagen. Wie Verf. bemerken, werden Rezidive bei Thalliumepilation häufiger als nach Röntgenbehandlung beobachtet. Bei Kindern bis zum 5. Lebensjahre muß das Thallium als das einzige Epilationsmittel angesehen werden, da hier die Röntgenstrahlen nicht angezeigt sind. E. Kontorowitsch.

^{393.}
Matras, August, Ueber atypisch lokalisierte Hauterkrankungen durch Epidermophyton inguinale Sabouraud. (Derm. Wschr., 87., Nr. 52.) Die ihrem Aussehen und ihrer Lokalisation nach atypischen Formen der Epidermophytie beruhen wahrscheinlich auf unterschiedlicher Disposition der Haut der betroffenen Individuen. Es war hier in einem Falle Kopf, Kinn und Gesicht in Form von oberflächlichen, an Trichophytie erinnernden Herden befallen, in dem anderen fand sich an der rechten Brusthälfte ein großer solitärer Plaque vom Aussehen eines Herpes tonsurans erythematosis quamosus. Die Ätiologie wurde mikroskopisch und kulturell festgestellt, während eine in dem ersten Falle in der Inguinalgegend lokalisierte, einem Erythrasma ähnelnde Effloreszenz durch die mikroskopische Untersuchung als Pityriasis versicolor identifiziert werden konnte. Ernst Levin, Berlin.

^{394.}
Truffi, Mario, Ueber den Pleomorphismus des Epidermophyton inguinale. (Urologic. Rev., 28, Nr. 12.) Von einem Falle von Ekzema marginatum wurden gleichzeitig zwei Kulturen angelegt, die sonderbarer Weise bald ganz verschiedenes Aussehen zeigten. Die eine Kolonie zeigte die erwarteten Hyphomyzeten (Epidermophyton inguinale), während die andere solche vom Charakter des Trichophyton und Mikrosporum niveum aufwies. Tr. glaubt nicht, daß auf derselben Effloreszenz zwei verschiedene Pilzarten — die eine vielleicht saprophytisch — gelebt haben, sondern er nimmt an, daß diese beiden Typen verschiedene Erscheinungsformen desselben Pilzes — nämlich des Epidermophyton inguinale — und einer seiner pleomorphen Formen darstelle. Diese pleomorphen Formen ändern sich vielleicht von Beginn der Sprossung in dem künstlichen Nährboden, eine Hypothese, die, wenn sie weiterhin bestätigt würde, von großer Wichtigkeit für die Erforschung der Biologie der Hyphomyzeten wäre. B. a. b.

^{395.}
Maschkilleißen, L. N., Beiträge zur dystrophischen Form der Epidermolysis bullosa hereditaria. (Acta Dermato-Vener., 9., Fasc. 4.) Die Epidermolysis bullosa simplex und die Epydermolysis bullosa dystrophica sind verschiedene Erkrankungen, die nicht durch die gleichen Störungen des Keimplasmas bedingt sind. Aus der Tiefe der Blasenbildung läßt sich, nach den Beobachtungen von M., nicht die klinische Form der Epidermolysis feststellen; vielmehr beschränkt sich die Symptomatologie der Epidermolysis bullosa simplex auf Blasenbildung der Haut; während bei der dystrophischen Form außerdem solche der Schleimhaut vorkommen, daneben aber noch zwei Arten von Hautatrophien, Veränderungen der Nägel sowie Epidermalzysten. (Gleichzeitige Erkrankung an beiden Formen sind in ein und derselben Familie bisher mit Sicherheit nicht beobachtet worden.) Das Nikolsky-Merkmal — Provokation der Blasen durch mechanische Reizung — gelingt bei Epidermolysis simplex immer und auch leicht, fehlt dagegen sehr häufig bei der dystrophischen Form, so auch in 4 von 5 Fällen, die M. beobachten konnte. Eine häufige Begleiterscheinung der Epidermolysis bullosa ist die Hyperhydrose, sowohl die allgemeine wie auch die partielle der Handflächen und Fußsohlen. Wie weit zwischen diesen beiden angeborenen Anomalien ein Zusammenhang besteht, ist unbekannt, besonders da das wahrscheinlichste ätiologische Moment der Epidermolysis bullosa eine angeborene Minderwertigkeit des elastischen Gewebes ist. Beide Formen der Epidermolysis bullosa sind bisher in ein und derselben Familie nicht vorgekommen — wenigstens soweit es sich um absolut sichere Fälle handelt. Die beste Bezeichnung für die Epidermolysis bullosa dystrophica wäre „Dystrophia bullosa-atrophicans congenita“. B. a. b.

^{396.}
Prieto, J. Gai, Zwei Fälle von Parapsoriasis guttata mit positiver Wassermannscher Reaktion und starker Herdreaktion auf Tuberkuloseinjektion. (Acta Dermato-Vener., 9., Fasc. 4.) In zwei Fällen klinisch und histologisch einwandfreier Parapsoriasis, die, wie bei Parapsoriasis nicht selten, mit Leukoderm einhergingen, wurde eine positive Wassermannsche Reaktion gefunden. Einer der beiden Patienten war gegenüber dem Salvarsan hypersensibel, indem er jedesmal eine Herdreaktion zeigte; bei dem anderen Patienten war

die Dermatoze nach einer gemischten antiluetischen Kur aufgetreten. Bei beiden Patienten gaben intradermale Tuberkulininjektionen lokale Herdreaktionen, während solche von Trichophytin, Milch, Vakzine ohne jeden Effekt blieben. — Der Verfasser enthält sich ausdrücklich jeder Schlußfolgerung aus seinen beiden Beobachtungen.

Bab.

397.

Oppenheim, M., und Freund, Ferd., Die Trypaflavinbehandlung der Gonorrhöe. (Wiener med. Wschr., 78., Nr. 37.) Verfasser berichten über die Resultate der intravenösen Trypaflavinbehandlung bei männlicher Gonorrhöe. Das Trypaflavin ist das erste Mittel, mit dem es gelingt, vom Blutwege her direkt abtötend auf die Gonokokken zu wirken. Die Resultate waren bisher nicht voll befriedigend, doch sind die Verfasser der Ansicht, daß die Zukunft der Therapie der Gonorrhöe in der Anwendung von Akridinfarbstoffen liege, da es wahrscheinlich gelingen wird, wirksamere und gleichzeitig sehr wenig giftige Körper aus der Akridinreihe darzustellen.

398.

Courtin, W., Zur Malariabehandlung der Vulvovaginitis gonorrhöica. (Arch. f. Kinderheilk., 86., S. 28, 1928.) Malariaimpfung soll in einigen Fällen den Verlauf der ja meist sehr hartnäckigen Vulvovaginitis gonorrhöica abgekürzt haben. (Referent hält diese Therapie für so drastisch, daß man sie kaum für praktisch geeignet halten kann, selbst wenn eine gewisse Abkürzung zu verzeichnen wäre.)

399.

Reisner, A., Die Bedeutung der örtlichen und allgemeinen Behandlung des Trippers beim Weibe für die weitere Ausbreitung auf die Gebärmutteranhänge. (Z. Geburtsh., 93., Heft 3, 1928.) Von 621 an Tripper erkrankten Frauen bekamen 76% Gebärmutterhals-erkrankungen; in 33% der Fälle bestanden Adnexerkrankungen bereits bei der Aufnahme oder traten später auf; in 20% der Fälle entstanden die Adnexitiden während des klinischen Aufenthalts. Mittelbar oder unmittelbar entfallen auf die Menses 12%, auf die Behandlung allein 8%, mittelbar oder unmittelbar auf die Behandlung fallen 15%, auf die Menses allein 5%. 17% der Adnexerkrankungen hatten Rückfälle mit etwa dem gleichen Verhältnis wie vorher. Von 401 mit Tripper des Gebärmutterhalses wurden 89% geheilt, 11% ungeheilt entlassen. Nicht nur die Menses, sondern auch die Tage vor und nach den Menses erscheinen in gleicher Weise gefährlich für das Auftreten von Anhangsentzündungen. Bei der intravenösen Behandlung stieg mit der Höhe des Fiebers auch die Anzahl der Adnexerkrankungen; es gaben die kolloidalen Silber- und Farbstoffpräparate und deren Kombinationen mehr Anlaß zu Adnexerkrankungen (37%) als die Vakzinepräparate (14%). Es sind daher starke Fiebersteigerungen während der intravenösen Behandlung zu vermeiden und die verstärkte Vakzinebehandlung nach Zieler zu bevorzugen, aber nur außerhalb der Menses. — Besonders wichtig zur Verhütung von Adnexerkrankungen ist die dauernde Ruhigstellung der Gebärmutter im Verlauf der Behandlung durch Papaverin oder durch Atropin.

400.

Kiene, Ernst, Ueber die Pathogenese gonorrhöischer Komplikationen. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Die Gonokokken breiten sich nicht nur flächenhaft aus, sondern können auch in die tieferen Gewebsschichten vordringen. Auch wenn zunächst keine Komplikation eintritt, liegt nicht immer eine örtliche beschränkte Entzündung vor; es kann trotzdem eine hämatogene Aussaat der Gonokokken stattgefunden haben, als im allgemeinen angenommen wird. Diese hämatogene Aussaat findet bereits zur Zeit des akuten Entzündungsstadiums in der Harnröhre statt, nicht erst vor dem Auftreten der metastatischen Erscheinungen. Begünstigt werden Früh- und Spätmetastasen durch schädigende Momente (Bewegungen, physiologische Vorgänge bei der Frau). Mit der Annahme einer häufigen hämatogenen Aussaat der Gonokokken stehen auch die bei der Gonorrhoe nachweisbaren, mit anderen Infektionskrankheiten übereinstimmenden Immunitätsvorgänge in Einklang.

401.

Oppenheim, M., und A. Fessler, Die Behandlung der Lues congenita, insbesondere der Säuglinge, mit Spirocid (Stovarsol). (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Spirocid wurde mit bestem Erfolge bei der kongenitalen Syphilis, besonders auch bei ihren exanthematischen und Augenerkrankungen angewendet. Bei der Dosierung muß dahin gestrebt werden, mit einer möglichst geringen Gesamtmenge auszukommen, die pro kg Körpergewicht 1 Tablette (0,25 g) betragen, nach oben abgerundet und um 1 bis 2 Tabletten überschritten werden soll. Die Tagesgabe wird zunächst klein gewählt, bei guter Verträglichkeit gesteigert; beim Neugeborenen 0,01 bis 0,03, bei Säuglingen bis zu einem halben Jahre 0,05 bis 0,12, bei Kindern bis zu einem Jahre 0,06 bis 0,25, bei älteren 1 bis 2 Tabletten. Dargebungen an 2 bis 3 aufeinanderfolgenden Tagen, dann ebensolange Pause.

Ernst Levin, Berlin.

402.

Hoffmann, Erich, Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues. (Dermat. Z., 54., H. 6, 1928.) Die Infektion des Fötus erfolgt von der Mutter aus, gewöhnlich erst vom 5. Monat ab. Dabei scheint neben dem Einbruch der Spirochäten in die Blutbahn auch der lymphogene Gewebsweg eine Rolle zu spielen. Die paterne Uebertragung ist abzulehnen. Für die Früherkennung der angeborenen Syphilis beim Neugeborenen tritt die Blutuntersuchung gegenüber dem Spirochätennachweis zurück; dieser erfolgt am besten im Geschabepräparat der Venenwand des peripheren Nabelschnurendes, ferner auch aus der Nasen- und Konjunktivalschleimhaut oder auch vom Grunde künstlich gesetzte Hautblasen. Bei der Mutter gibt die WR, besonders in Verbindung mit Sacho-Georgi und Meinicke fast immer ausreichend sichere Befunde; hinzukommen Liquorumuntersuchung, Spirochätennachweis aus Zervix, Urethra, Tonsillen: Verhütet wird die angeborene Syphilis so gut wie sicher durch zwei kräftig kombinierte Kuren während der Schwangerschaft, von denen die erste nicht vor dem 4. Monat der Schwangerschaft, die zweite nach einer Pause von 5 bis 6 Wochen begonnen wird. Dabei wird wöchentlich zweimal Salvarsan (von 0,3 auf 0,45 steigend) und entsprechend Wismut gegeben. Eine gleiche dritte Kur kurz nach der Entbindung gegeben heilt die Mutter und erübrigt dann weitere Behandlung bei späterer Schwangerschaft. Von ihren an infektiöser Syphilis leidenden Männern stark gefährdete Frauen sollen präventiv behandelt werden; ebenso auch alle von syphilitischen Müttern stammenden Kinder, wenn während der Geburt ungenügende oder keine Behandlung stattgefunden hatte. Ausnahmsweise findet hier eine Behandlung ohne sichere Diagnose statt. Kranke Kinder sind der maximalen Frühbehandlung zu unterwerfen (z. B. 6 Wochen lang 2 mal wöchentlich am gleichen Tage pro kg 0,015 bis 0,02 Neo- oder Myosalvarsan und 0,002 metallisches Wismut), bei schwächlichen Kindern ist vorsichtiger vorzugehen, mit einigen Hg-Einreibungen zu beginnen und dann mit halben Dosen Wismut und Salvarsan sich einzuschleichen. Nach 5 bis 6 Wochen gleichstarke zweite, nach wieder 6 bis 8 Wochen dritte Kur, weitere Behandlung nach klinischem, serologischen, Liquorbefund. Die Erfolge in bezug auf Herabsetzung der Infektiosität und Dauerheilung sind hiermit sehr gute; für die Beurteilung des Erfolges der verschiedenen Kursysteme ist eine groß angelegte Statistik erforderlich. Ernst Levin, Berlin.

403.

Heymann, Kurt, Provokationsmethode und Spontanschwankungen der WaR. (Med. Welt, Nr. 47, 1928.) Bericht über die in Frankreich durchgeführten Untersuchungen zur Klärung des diagnostischen und prognostischen Wertes der Provokationsmethode und des klinischen Wertes der Spontanschwankungen bei Syphilitikern und Nichtsyphilitikern. Die Provokation bestand entweder in einer Injektion von 0,3 Neosalvarsan oder in drei Injektionen von 1 g einer 10prozentigen Xeroformlösung (Wismut). Den höchsten Prozentsatz gelungener Provokationen stellte die latente Syphilis (40%). Am häufigsten trat der Umschlag der WaR am fünften und am vierzehnten Tage ein. Die Provokation gelang in 14,5% der Fälle. Zur Kontrolle der Spontanschwankungen wurden die Blutentnahmen jeden zweiten bis dritten oder vierten bis fünften Tag gemacht. Spontane Schwankungen der WaR wurden ohne jede Behandlung in 14,6% der Fälle festgestellt. Die Prozentzahl gelungener Provokationen entspricht also der Prozentzahl der Spontanschwankungen. Es liegt also die Möglichkeit vor, in Zukunft die Provokationsmethode durch die Prüfung der Spontanschwankungen (an fünf aufeinanderfolgenden Tagen auszuführen!) zu ersetzen. Ein Fortschritt liegt in der völligen Ungefährlichkeit dieses Verfahrens, während nach provokatorischen Injektionen entweder oft Rezidive folgen oder, wenn sie negativ ausfallen, der Kranke aus der Beobachtung zu verschwinden pflegt.

404.

Kertesz, G., Ueber die Prüfung der Infektionsfähigkeit der latenten Lues durch Nachweis der Spirochaeta pallida im Sperma bei geeigneten Fällen. (Wiener med. Wschr., 78., Nr. 36, S. 1136.) Dem Sperma kommt in der Verbreitung der Lues eine große Bedeutung zu. In manchen Fällen von latenter Lues ist das Sperma zum Nachweis der Spirochäten besonders geeignet. Verf. befolgte folgendes Verfahren: Es wurde $\frac{1}{10}$ ccm Sperma, das sich durch vorherige Untersuchungen frei von Gonokokken, Staphylokokken und anderen Keimen erwies, in das Auge, und zwar in den Glaskörper von weißen Kaninchen injiziert. In den Kaninchenaugen, die mit Sperma sicher positiver, mit Ausschlägen befallener Personen geimpft waren, entwickelte sich in den ersten Tagen nach der Impfung eine Keratitis, Iritis und Iridozyklitis, nach 7 bis 14 Tagen eine Panophthalmitis. Mikroskopisch wurden in diesen Augen perivaskuläre Infiltrate und Spirochäten nachgewiesen. Schon beim Durchschneiden erwiesen sich diese Augen auffallend hart und resistent, einige machten den Eindruck verkäster Gummien. Die mit Sperma gesunder Personen geimpften Augen zeigten keine wesentlichen Veränderungen. Weiterhin wurde in dieser Weise das Sperma von Personen untersucht, die

luetisch infiziert waren, aber keine Erscheinungen seit Monaten oder Jahren hatten. Die Wassermannreaktion dieser Patienten war positiv oder negativ, in den Ehen dieser Personen kamen Frühgeburten oder Aborte vor oder luetische Nachkommen; das Blut der Gattinnen war stark positiv. Die Untersuchung des Spermas von diesen Individuen (20 Fälle) ergab in 25% positive Spirochätenbefunde, 25% nur Spirochäten sprossen, 50% waren ganz negativ. In der Praxis hat die Untersuchung des luetischen Spermas in solchen Fällen einen Zweck, wo man vorzeitig mit der antiluetischen Kur aufgehört hat; zweckentsprechend ist sie in allen Fällen vor der Eheschließung. Auf Erfolg ist nur dann zu rechnen, wenn man mittels wiederholter Impfung in das Kaninchenauge nach den Erregern forscht.

Maslow sky.

405.

Lange, Hans, **Zur Kasuistik der Gelenklues.** (Med. Klin., Nr. 47, 1928.) Die Gelenklues wird sehr häufig nicht diagnostiziert, sie kommt aber viel häufiger vor, als gewöhnlich angenommen wird. Bei der klinischen Untersuchung findet man die erkrankten Gelenke meist erheblich geschwollen. Diese Schwellung geht entweder von der erkrankten Epiphyse oder von der Synovia aus. Bei der synovialen Form handelt es sich meist um eine teigige Schwellung, deren Abgrenzung gegen einen Gelenkerguß diagnostische Schwierigkeiten bereiten kann. Die Schmerzhaftigkeit des erkrankten Gelenks pflegt meist geringer zu sein als bei rheumatischen oder gonorrhoeischen Affektionen. Das Röntgenbild bei der ossalen Lues ist eindeutig. Große Teile der Epiphyse sind wolkig getrübt, ohne Struktur; oft ist eine erhebliche periostitische Knochenbildung zu erkennen. Bei der synovialen Form ist kein nennenswerter Röntgenbefund am Gelenk zu erheben. Die Atypie des Befundes und des Verlaufes einer Gelenkrankheit muß den Arzt immer an Lues denken lassen. Bei Verdacht ist eine schonende antisiphilitische Behandlung — Bismutinjektion und Jodkali — einzuschlagen.

L. Gordon, Berlin.

406.

Barnett, Arthur M., Louisville, **Schwangerschaft und Syphilis.** (Urologic Rev., Nr. 12, 1928.) Die während der ersten vier Monate ihrer Schwangerschaft intensiv behandelte luetische Frau hat 100% Sicherheit, ein klinisch und serologisch gesundes Kind zur Welt zu bringen. Auch während der nächsten vier Monate zeitigt die Behandlung annehmbare Resultate, doch wird dann das Blut des Neugeborenen Wa.-positiv sein, bzw. in den ersten zwei Jahren werden sich bei dem Neugeborenen Zeichen von Syphilis zeigen. Nach dem achten Monat soll jede spezifische Behandlung, da gefährlich, unterbleiben. B. behandelt daher jede Frau, die irgendwann einmal eine Lues durchgemacht, luetische Kinder erzeugt, oder deren Mann Lues gehabt hat, in den ersten vier Monaten ihrer Schwangerschaft mit zwei intensiven Salvarsankuren. Die Salvarsandosist richtet sich nach dem Gewicht der Schwangeren, deren Blutdruck und deren Nierenfunktion dauernd überwacht wird. Wird Salvarsan schlecht vertragen, so wird es eine Zeitlang ausgesetzt und inzwischen Natriumthiosulfat gegeben, bis Salvarsan wieder vertragen wird.

Dr. Bab.

407.

Müller-Deham, A., **Syphilitische Therapie und die Zunahme der Mesoarthritis syphilitica.** (Dtsch. med. Wschr., 51, Jg. 54, S. 2144.) Die Zunahme der Mesoarthritis syphilitica in den letzten Jahren ist vermutlich nur scheinbar, durch die bessere klinische und pathologisch-anatomische Diagnose und den Zudrang der Kranken in die Krankenhäuser bedingt.

Die Fälle von Mesoarthritis sind in der überwiegenden Zahl gar nicht oder nur ganz ungenügend vorbehandelt. Es hat weder die zur Zeit übliche intensive Frühbehandlung, noch insbesondere das Salvarsan mit der behaupteten Häufung etwas zu tun.

Die an Mesoarthritis Leidenden haben fast durchweg eine Syphilis mit fehlenden oder geringen Hauterscheinungen durchgemacht. Ob die mangelnde Mobilisierung der Abwehrkräfte der Haut oder die ungenügende Therapie die Erkrankung begünstigt, ist nicht sicher zu entscheiden, wahrscheinlich ist das letztere.

Aus dem Studium der Mesoarthritis ist kein Argument gegen eine intensive Frühbehandlung oder die Salvarsantherapie abzuleiten.

Arnold Hirsch, Berlin.

408.

Brunsgaard, E., **Nachuntersuchungen nicht spezifisch behandelter Luetiker.** (Norsk Mag. Laegevidensk., Nr. 12, 1928.) Gefäß- und Herzleiden nehmen einen wichtigen Platz ein bei der Nachuntersuchung nicht spezifisch behandelter Syphilitiker; sie sind auch häufig Todesursache. Im Sekundärstadium spielen Augen- und Ohrleiden wie Meningealaffektionen eine große Rolle, während Tabes und Syphilis verhältnismäßig eine seltene Affektion bei den nachuntersuchten Syphilitikern darstellen. In einer großen Anzahl der nicht spezifisch behandelten Syphilitiker hat der Organismus selbst die Kraft, die Infektion in Schach zu halten und ihre Folgen zu überwinden. Darauf beruht auch die Wirkung nichtspezifischer Heilmittel, wie die Malaria usw., wodurch die Widerstandskraft des Organismus gehoben wird und derselbe instand gesetzt wird, die

Krankheit zu überwinden oder auch auf die spezifischen Mittel kräftiger zu reagieren.

S. Kalischer.

409.

Hartoch, O., und M. Rothermundt, **Experimentelle Studien mit Syphilis und Rekurrensspirochätose.** (Dtsch. med. Wschr., 51, Jg. 54, S. 2136.) Rekurrensinfizierte Mäuse lassen sich in der Frühperiode durch Behandlung mit einer einzigen Injektion einer Salvarsandosist, die erheblich kleiner als die Dosis tolerata ist, regelmäßig sterilisieren.

Bei der Entscheidung der Frage, ob rekurrensinfizierte Mäuse durch Chemotherapeutika sterilisiert worden sind, werden durch Organverimpfung Ergebnisse erzielt, welche genau mit den Resultaten übereinstimmen, die bisher durch die Reinfektionsmethode gewonnen wurden. Bei Neosalvarsan ist durch beide Verfahren in gleicher Weise eine Menge von $\frac{1}{300}$ g pro 20 g Körpergewicht als sterilisierende Mindestdosis ermittelt worden.

Bei der Prüfung der Chemotherapeutika dürfen nur solche Rekurrensstämme Verwendung finden, die in ihrem biologischen und immunisatorischen Verhalten nicht vom Normaltypus abweichen. Es hat sich gezeigt, daß die beiden bis jetzt bekanntgewordenen Rekurrensstämme, die, wahrscheinlich infolge ihrer antigenen Sonderstellung, zu einer chronischen Infektion des Gehirns führen, sich auch hinsichtlich ihrer Beeinflussbarkeit durch Salvarsan abweichend verhalten.

Arnold Hirsch, Berlin.

410.

Memmersheimer, Alois, M., **Zur Behandlung der Früh- und Spätstadien des Zentralnervensystems mit der kombinierten Malaria-Salvarsan-Wismutkur.** (Arch. Derm., 156, H. 3, 1928.) Die kombinierte Kur ist indiziert bei Patienten, die ungenügend oder gar nicht behandelt, krankhaften Blut- und Liquorbefund aufweisen und erfahrungsgemäß häufig auf Salvarsan-Wismut nicht genügend reagieren. Kontraindikationen bilden Herzfehler, Tuberkulose, Nierenleiden, schwere Anämie, Schädeltraumen, abgelaufenes oder bestehendes Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi. Kurverlauf: Vorbehandlung mit 2 Salvarsan- und 2 Wismuteinspritzungen, 8 bis 10 Fieberanfälle (Kupierung mit Solrochin), Nachbehandlung mit je 8 bis 10 Salvarsan- und Wismuteinspritzungen; bei ungenügender Beeinflussung nach 2 Monaten nochmals und eventuell nach weiteren 3 Monaten dritte Salvarsan-Wismutkur. Die Pat. müssen sehr gut gepflegt werden. Uebertragung auf die Umgebung ist nicht zu befürchten. Der Einfluß der Behandlung war ein sehr guter auf klinische Erscheinungen, serologische und Liquorveränderungen, zeigt sich jedoch oft erst einige Zeit nach Beendigung der Kur. Die WR war im allgemeinen widerstandsfähiger als die Liquorveränderungen, besonders bei Lues cerebri. Diese Veränderungen gingen auch bei Tabes nur langsam zurück, wovon aber klinische Befreiung unabhängig war. Auch bei Frühstadien des Zentralnervensystems ist die Behandlung zu empfehlen.

Ernst Levin, Berlin.

411.

Kerl, **Ueber die Malariabehandlung der Frühstadien.** (Derm. Wschr., 87, Nr. 50, 1928.) Eine Nachuntersuchung eines großen Teils der in der Frühperiode der Syphilis mit Malaria geimpften Fälle zeigte im Stadium der Frühlatenz eine auffallend große Zahl klinischer und serologischer Rezidive, bes. bei liquornegativen Fällen. In der Spätlatenz gleichfalls zahlreiche Rezidive, häufiger bei liquornegativen Fällen, hier nur serologische, als bei den liquorpositiven, hier auch klinische. Die Wirkung der Malariakur war eine bessere in den späteren Stadien der Lues II als in den früheren; auf dieses spätere Stadium der liquorpositiven Syphilis (4. bis 6. Jahr nach der Infektion) sollte die Malariabehandlung beschränkt bleiben.

Ernst Levin, Berlin.

412.

Hinrichs, U., **Myelodegeneratio bei Luikern.** (D. Ztsch. f. Nerv. 106, Heft 1—6, Nr. 15.) Zwei Fälle werden mitgeteilt: Luiker; bei der histologischen Untersuchung wurden trotz aller Sorgfalt keine für die Lues spezifischen Erscheinungen aufgedeckt; als Ursache des klinischen Bildes fand man vielmehr Zerfallherde im Rückenmark, die vaskulär bedingt sind, aber keine spezifisch luischen Zeichen bieten. Pathogenese: morphologisch nicht nachweisbarer Spasmus der Gefäße, vielleicht ganz unabhängig von der Syphilis.

Kurt Mendel.

413.

Arzt, L., **Liquorbefunde bei tertiärer Haut-Schleimhaut-Lues.** (Derm. Wschr., 87, Nr. 50, 1928.) Legt man die Ergebnisse der Liquoruntersuchungen zugrunde, so ist ein absoluter Antagonismus zwischen tertiär-syphilitischen Haut- bzw. Schleimhauterkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems abzuleiten, jedoch zeigt sich ein relativer Antagonismus in der verhältnismäßig geringen Zahl von Syphilitikern mit tertiären Erscheinungen und gleichzeitigen Nervenbefunden. Die Zahlen der positiven Liquorbefunde erscheinen durch die vorangegangenen Kuren nicht beeinflusst. Der Liquor wird anscheinend durch allergische Prozesse günstig beeinflusst, was geringere Prozentzahlen positiven Liquors bei positiver Luetinreaktion zeigen. Deshalb sollte bei gummöser Haut-Schleimhaut-Lues und

positiver Luetinreaktion zunächst abgewartet, die weitere Behandlung nach Heilung der Erscheinungen von dann wiederholter Punktion abhängig gemacht werden, während luetinnegative Fälle energischer zu behandeln sind.
Ernst Levin, Berlin.

414.
Rosenberg, Albert, Die konservativen Methoden der Behandlung der Prostatahypertrophie. (Urologic Rev., Nr. 12, 1928.) Das Verfahren von Luys, bei Prostatahypertrophie die Prostata zu „tunneln“, hat sich zwar glänzend bewährt, doch besteht hierbei die Gefahr, daß nicht nur die vordere, sondern auch die hintere Blasenwand durchbohrt wird. Um dies zu vermeiden, führt L. die Operation in der unbequemen Trendelenburg-Position aus. R. hat nun ein Diathermiemesser konstruiert, das mit einem Zystourethroskop so verbunden ist, daß der Prostatalappen wie bei einem Zystoskop unter Leitung des Auges koaguliert und durchbohrt werden kann. Die unter Lokalanästhesie vorgenommene Operation ergab in allen sieben Fällen völliges Verschwinden des Residualharns. Die Operation wurde gewöhnlich nachmittags um 5 Uhr ausgeführt, und am anderen Morgen gingen die alten Herren wieder ihrer gewöhnlichen Arbeit nach. Nur einmal trat eine Komplikation — nämlich eine sekundäre Orchitis — auf.
Dr. B a b.

415.
Franchini, Giuseppe, Amöbenzystitis. (Urologic Rev., Nr. 12, 1928.) Fr. berichtet eingehend über neun eigene Fälle von Amöbenzystitis. Alle zeigten die typischen Symptome der Zystitis. Pollakisurie, Pyurie und Schmerzen beim Wasserlassen, besonders am Schluß desselben. Das charakteristische zystoskopische Bild zeigte neben der Rötung und Schwellung der Schleimhaut, Hämorrhagien und Ulzera, ferner meistens auch hirse- bis haferkorngroße Protuberanzen. Diese saßen an der Seiterwand und am Scheitel der Blase und ähnelten polypösen Neubildungen. Im Urin fanden sich Amöben. Im frischgelassenen Urin konnte man deutlich die transparenten Pseudopodien erkennen sowie das helle Ektoplasma, das sich sehr scharf von dem granulierten Endoplasma abhob, während ein Kern hier nicht sichtbar war. Dagegen konnte man im gefärbten Präparat die typische Struktur der Entamoeba histolytica erkennen. — In allen Fällen waren auch im Stuhl Amöben nachweisbar. Stets war die Injektion von Tartarus stibiatus erfolgreich, aber auch nur dieses Mittel wirkte auch andererseits.
Dr. B a b.

Hygiene.

416.
Re wald, B., Eiweißbrot. (Volksernährung, 3. Jahrgang, Heft 23, 1928.) Durch Zusatz von Soja-Eiweißmehl (aus der Sojabohne) wurde unter Leitung von Geheimrat Rubner ein Verfahren ausgearbeitet, das es gestattete, ohne weiteres dem Brot 15% Eiweißmehl zuzufügen, wodurch der Gehalt des Brotes an Eiweiß sich um etwa 7% steigert, so daß ein derartiges Brot etwa 14–15% Gesamteiweiß enthält. — Der Eiweißgehalt unseres Brotes, das seiner ganzen Natur nach bisher fast ausschließlich als Träger der Kohlenhydrate anzusehen ist, beträgt im Durchschnitt etwa 7%, ganz gleichgültig, ob man Roggenbrot oder Weizenbrot nimmt. Das bedeutet eine Eiweißzufuhr durch das Brot von 30–40 g, während der normale Verbrauch an Eiweiß mindestens 80–90 g für einen gesunden normalen Menschen beträgt. — Mit dem Rubner-Brot werden jedoch bei einem durchschnittlichen Verbrauch von 500 g Brot pro Tag etwa 75 g Eiweiß dem Körper zugeführt, wodurch schon der Hauptbedarf an Eiweiß für den normalen Erwachsenen gedeckt ist. Auch volkswirtschaftlich hat dieses Brot große Bedeutung, da es das Eiweiß in einer billigen und einwandfreien Form dem Körper zuführt. — Rubner hat auch die Ausnutzung des Eiweiß in solchem Brot untersucht und festgestellt, daß das Eiweiß nicht nur so gut wie vollkommen ausgenutzt wird, sondern auch zum Ansatz im Muskelfleisch geeignet ist.
Rudolf Katz, Berlin.

Infektionskrankheiten.

417.
A ycock, Lloyd W., und E. H. Luther, Präparalytische Poliomyelitis. Beobachtungen an 106 Fällen, die mit Rekonvaleszenten-serum behandelt wurden. (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 6, 1928.) 106 Patienten mit Poliomyelitis, die während des „präparalytischen“ Stadiums, d. i. während der ersten vier Tage der Erkrankung zur Beobachtung kamen, wurden mit intraspinalen und intravenösen Injektionen von Poliomyelitis-Rekonvaleszenten-serum behandelt. Von diesen starb einer, der am zweiten Tage der Erkrankung injiziert wurde, bei 64% der restlichen 105 Fälle traten in der Folge Lähmungen auf. Unter den im Laufe des Jahres 1927 im Staate Massachusetts angezeigten — nicht letalen — Poliomyelitisfällen (1023) waren 541 mit Serum behandelte, 482 unbehandelte. Der Prozentsatz der Fälle, bei denen sich Lähmungen einstellten, betrug in der Gruppe der Unbehandelten 46, in der Gruppe der Behandelten 57. Ausbreitung und Grad der Lähmungen variierten bei den Behandelten je nach dem Zeitraum, der zwischen dem Auftreten der ersten Krank-

heitssymptome und der Serumeinspritzung lag. Aus den verfügbaren statistischen Daten ist der günstige Effekt der frühzeitigen Behandlung mit Rekonvaleszenten-serum deutlich zu ersehen: Niedrige Mortalität und auffallend niedrige Zahl der Fälle mit Lähmungen schwereren Grades.
L. B üchler, Wien.

418.
Flexner, Simon, und W. F. Stewart, Die Schutzwirkung des Poliomyelitis-Rekonvaleszenten-serums. (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 6, 1928.) Vorläufiger kurzer Bericht über Experimente an Affen, welche Verf. unternahmen, um 1. die prophylaktische Wirkung intravenös injizierten Rekonvaleszenten-serums gegen eine 24 Stunden später vorgenommene intrazerebrale Inokulation von Poliomyelitisvirus, 2. die Dauer der passiven Immunität nach subarachnoidealer Einspritzung von Rekonvaleszenten-serum festzustellen. Verf. empfehlen, im Falle gehäuften Auftretens von Erkrankungen an Poliomyelitis, menschliches Rekonvaleszenten-serum so früh als möglich zu injizieren, und vor allem Kinder, die von der Erkrankung besonders leicht befallen werden, zu berücksichtigen.

Vorgeschlagen wird, jüngeren Kindern 10 cm, älteren Kindern und Erwachsenen 20 cm subkutan zu injizieren. Bei länger dauernden Epidemien wäre eine Wiederholung der Serumeinspritzung in Betracht zu ziehen.
L. B üchler, Wien.

419.
Neal, J. B., Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Aetiologie der Encephalitis epidemica. (J. Am. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 4, 1928.) Kurze Besprechung der bisher aufgestellten Theorien. Gegenwärtig verdienen drei verschiedene Ansichten eine ernste Berücksichtigung und weitere experimentelle Ueberprüfung: 1. Die Encephalitis epidemica ist eine durch Toxine hervorgerufene Erkrankung des zentralen Nervensystems. Diese Toxine werden erzeugt a) von im Respirations- oder im Magendarmtrakt lokalisierten Mikroorganismen, b) durch Stoffwechselstörungen. 2. Der Erreger der Encephalitis ist ein kultivierbarer Mikroorganismus oder 3. ein filtrierbares Virus. Trotz der zahlreichen experimentellen Untersuchungen, welche im Laufe der letzten Jahre auf diesem Gebiete unternommen wurden, ist die Frage der Aetiologie der Encephalitis noch nicht in allseits befriedigender Weise geklärt.
L. B üchler.

420.
Dupuy, H., Ein Fall von Schwarzwasserfieber von deutlich malarialhaftem Charakter mit Stovarsol behandelt. (Bull. de la Soc. de Pathologie exotique, Nr. 8, 1928.) Es handelte sich um einen chronischen Malaria-kranken, der es vernachlässigt hatte, die Chininprophylaxe anzuwenden. Nach einer Chininbehandlung von vier Tagen bekam er plötzlich einen heftigen Anfall von Hämoglobinurie. Chinin war wirkungslos. Seruminjektionen milderten den Zustand nur vorübergehend. Immer wieder wurden neue Schizonten frei, die Temperatur stieg und die Hämoglobinurie war heftig. Sie wird vom Autor nicht auf das Chinin, sondern auf die Malariainfektion zurückgeführt. Es lag nahe, die Hämatozoen durch ein anderes Medikament anzugreifen; die Wirksamkeit des Stovarsols bei Plasmodium vivax sprach zugunsten dieses Präparats. Zunächst wurden schwache Dosen, 0,5 pro die, gegeben. Am folgenden Morgen ist der Urin klar, aber die Temperatur noch 39. Jetzt wird 1 g Stovarsol verabfolgt, und schon abends ist das Fieber auf 37,8 gesunken und am nächsten Tage ist der Kranke fieberfrei. Das Präparat wird noch einige Tage weiter gegeben, der Kranke ist genesen. Sein Allgemeinzustand bessert sich erheblich.

Das Wesentliche an dieser Mitteilung ist:
1. Es gibt ein Schwarzwasserfieber, das von den Hämatozoen verursacht und unterhalten wird und das mit einer Antimalariatherapie behandelt werden muß.
2. Bei Chininresistenz ist das Stovarsol ein wichtiges Medikament, es hat eine elektive Wirkung auf die benigne Tertiana.
Kurt Heymann, Berlin.

421.
Jaryschewa, K., Zur Frage der Kryotherapie der Lepra. (Klin. Z. Saratow-Univ., 5., H. 1, S. 43, 1928.) Bei einem leprosen 13jährigen Mädchen, das seit zwei Jahren krank war, wurde Ätzung der Knoten mit Kohlensäureschnee nach Paldrock angewendet. Die nach den ersten drei Sitzungen eingetretene erhebliche subjektive und objektive Besserung wurde jedoch im Laufe der späteren Behandlung durch Verschlimmerung des Prozesses abgelöst, so daß die CO₂-Behandlung abgebrochen werden mußte.
E. Kontorowitsch.

422.
Unna jun., Paul, Die Bekämpfung der Lepra. (Derm. Wschr., 87., Nr. 50, 1928.) Die Ansteckungsgefährlichkeit der Lepra wird sehr überschätzt, deshalb kann mit dem mittelalterlichen System der Isolierung gebrochen werden. Dafür ist für geeignete Behandlung zu sorgen, die zunächst eine möglichst frühzeitige Erkennung der Krankheit voraussetzt; diese wird sich bei Aufhebung der Isolierung eher ermöglichen lassen, da dann die Kranken nicht so wie jetzt das Bestreben haben werden, ihre Krankheit zu verheimlichen, was gerade bei den gefährlichen frischen, geringe Erscheinungen aufweisen-

den Fällen die Gefahr der Weiterverbreitung steigert. Die Lepra muß durchaus als heilbar betrachtet werden, wenn auch diese Aufgabe eine der schwierigsten therapeutischen ist. Empfohlen wird die innerliche Behandlung mit Chauemoograöl und äußerliche Zerstörung mit Pyrogallol und anderen reduzierenden Mitteln; wirksam ist auch Chauemoograöl intravenös und die kombinierte Kohlensäureschnee-Goldmethode.

Ernst Levin, Berlin.

Innere Medizin einschließlich Tuberkulose.

423.

Aresu, Mario. Die Pathogenese der Arteriosklerose. (Riv. Ospedaliera, Nr. 6, 1928.) Das Auftreten initialer arteriosklerotischer Veränderungen hängt in erster Linie von einer Parese der Media ab, welche das arterielle System in verschiedener Verteilung befällt, bald in Form von isolierten Knoten, bald mit zusammenfließenden Knoten, bald auf einzelne Bezirke beschränkt, bald diffus. Die degenerativen dystrophischen Veränderungen, welche auf diese Parese folgen, sind verschiedener Natur, nicht allein in bezug auf die Intensität und die Dauer der Parese, sondern sie hängen auch ab von der verschiedenen Dichte der Gefäßwände unter Berücksichtigung konstitutioneller Varianten. In Anbetracht der weitgehenden anatomisch-pathologischen Unterschiede, welche man von Fall zu Fall beobachtet, ist die Annahme nicht unberechtigt, daß über die pathologische Anatomie hinaus auch die Klinik nicht umhin kann, die verschiedenen toxischen oder dyskrasischen Einflüsse getrennt zu betrachten, da sie dem Prozeß der Verkalkung ihre besondere morphologische Prägung geben.

Held.

424.

Munk, Fritz. Neue Gesichtspunkte in der Klinik der Arteriosklerose. (Med. Klin. Nr. 45, 1928.) Die Pathogenese der Arteriosklerose kann weder durch mechanische Einflüsse noch durch chemisch-toxische Momente allein erklärt werden. Neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß wir in der Grundsubstanz des Gefäßwandgewebes ein außerordentlich reaktionsfähiges kolloides Organ haben. Bei dem kolloidalen Kontakt zwischen der Blutflüssigkeit und dieser Grundsubstanz muß sich bei jeder physikalisch-chemischen Veränderung der durchspülenden Flüssigkeit auch eine entsprechende Anpassung ihrer kolloidalen Phase einstellen, die unter physiologischen Verhältnissen reversibel ist, unter pathologischen Einflüssen aber irreversibel werden kann. Dann haben wir den Beginn der „Arteriosklerose“. Trotz dieser Erkenntnisse muß aber die Arteriosklerose nach wie vor als eine Abnutzungskrankheit aufgefaßt werden. Ein paralleler Zusammenhang zwischen den bekannten ätiologischen Momenten und dem Auftreten einer Arteriosklerose läßt sich keineswegs mit einer Regelmäßigkeit feststellen. Man muß aus diesem Grunde bei der Beurteilung der Arteriosklerose in jedem Einzelfalle die konstitutionelle Betrachtung heranziehen. Die konstitutionellen Momente sind in den Erbfaktoren des vegetativen Systems, ganz besonders aber in der Beschaffenheit der Gefäßsubstanz selbst gegeben. Die Beschaffenheit der Zellkolloide bzw. der Grundsubstanz bestimmen letzten Endes die Langlebigkeit bzw. die Art und den Verlauf der Arteriosklerose. Pathologisch-anatomisch kann man verschiedene degenerative Vorgänge unterscheiden, die sich vorwiegend an den inneren Gefäßschichten abspielen. Die primär schleimige Quellung und Entartung hat vorwiegend ein anatomisches Interesse. Die schleimige Entartung wird als eine „Saftstauung“, als eine Auflockerung des gesamten Schwamm- und Netzgefüges der Gefäßwand, als eine kolloide Desorganisation der Grundsubstanz aufgefaßt und kann in der Klinik durch kein diagnostisches Merkmal erfaßt werden. Sie wird vorwiegend bei einem besonderen Typus von Menschen angetroffen, die sich als „Anämische“, „Astheniker“ oder „Hypotoniker“ erweisen. Die fettige oder lipoidde Degeneration der Gefäße steht in enger Beziehung zum Cholesterinstoffwechsel. Ein greifbares klinisches Merkmal der Degeneration besitzen wir im Nachweis der Hypercholesterinämie. Eine erschöpfende Erklärung der Pathogenese der Arteriosklerose geben uns die neuen Untersuchungen über die Rolle des Cholesterinstoffwechsels nicht; die lipoidde Degeneration kann nur eine Form der Pathogenese der Arteriosklerose bilden. Die primäre Verkalkung der Gefäßwand ohne nachweisbare vorausgegangene Degeneration tritt hauptsächlich bei Stoffwechselstörungen und Infektionskrankheiten auf. Die den Kliniker am meisten interessierende Mediasklerose ist vorwiegend in den Extremitätenarterien lokalisiert und entspricht in erster Linie der klinisch von einer „zentralen“ Arteriosklerose unterschiedenen „peripheren“ Arteriosklerose. Die Palpation peripherer Arterien für die Diagnose einer Mediasklerose ist unzuverlässig; viel aufschlußreicher ist das Röntgenverfahren. Die entsprechenden Untersuchungen des Verfassers haben gezeigt, daß die Mediasklerose ein relativ seltenes Vorkommen ist. Interessant ist, daß bei fast allen Fällen von genuiner Hypertonie die Mediasklerose fehlte, wodurch die Abnutzungstheorie der Arteriosklerose widerlegt wird. Eine ausschlaggebende Rolle spielen konstitutionelle Momente, die sich insbesondere in Schädigungen des Stoffwechsels äußern. Der häufig anzutreffende Satz, daß jeder

Mensch seine Arteriosklerose in dem Gefäßgebiet bekommt, das er am meisten angestrengt hat, stimmt nicht. Jeder bekommt vielmehr die Form und den Grad von Arteriosklerose, die durch seine Konstitution und seine Lebensweise bedingt sind.

L. Gordon, Berlin.

425.

Eppinger, Hans, und Karl Hinsberg, Ueber die Möglichkeit einer peripheren Behandlung der Herzkranken. (Klin. Wschr. 48, S. 2284, 1928.) Durch Massage gelang es bei drei Patienten nicht nur eine wesentliche Besserung ihres Gesundheitszustandes herbeizuführen, sondern vor allem auch eine Aenderung im Stoffwechsel zu bedingen; die Verfasser sind weit entfernt, die psychische und subjektive Beeinflussung nicht auch in Betracht zu ziehen, aber an der Tatsache, daß sich bei Herzkranken mittels zweckdienlicher Massage die Oekonomie des Arbeitschemismus, also an Hand eines objektiven Maßes, im günstigen Sinne bewerkstelligen läßt, darf nicht vorübergegangen werden. Verfasser weisen auf ihre vielen Beobachtungen hin, wo sie bei Herzkrankheiten mittels Massage ausgezeichnete Erfolge in die Wege leiten konnten, und so scheint es ihnen dringend geboten, in der Folge auf diese therapeutischen Maßnahmen mehr Rücksicht zu nehmen als es bisher der Fall war; selbstverständlich soll man die Kranken nicht auf der Höhe der Inkompensation massieren lassen oder solange noch stärkere Oedeme im Vordergrund stehen, wohl aber in den Zwischenstadien, besonders wenn die Patienten im Anschluß an eine gelungene Digitaliskur als magere und völlig wacklige Menschen einhergehen, und wo man immer den Eindruck gewinnt, daß bei nächster Gelegenheit — vielleicht ausgelöst durch eine kleine Ursache — das schwere Bild der vollkommenen Dekompensation neuerdings in Erscheinung tritt; oft sind es gerade diese Fälle, bei denen sich durch den chronischen Gebrauch kleiner Digitalisdosen der Organismus daran so gewöhnt, daß bei einer neuerlichen Verschlimmerung die typischen Kardiacy vollkommen versagen; gerade diese Fälle scheinen den Autoren ein geeignetes Objekt, wo vielleicht durch systematisch durchgeführte Massage mehr zu erreichen ist, als durch fortgesetzten Gebrauch der verschiedenen Herzmittel. Jedenfalls muß bei Herzkranken der Kapillarisierung vor allem der Muskel der durch den trägen Kreislauf geschädigten peripheren Anteil die höchste Aufmerksamkeit zugewendet werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

426.

Sobak, J. D. Differentialdiagnostische Bedeutung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei Endokarditis lenta und anderen Herzkrankheiten. (Wratsch. Gaseta, 32, Nr. 9, S. 648/655, 1928.) Auf Grund seiner Beobachtungen spricht S. der Prüfung der Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit bei Endokarditis lenta großen differentialdiagnostischen Wert zu. Während bei alten Vitien auch bei Auftreten von Kompensationserscheinungen und Abnahme der Herzfähigkeit gewöhnlich keine Abweichung von der Norm in der Erythrozytengeschwindigkeit (S. G.) sich findet, ist bei Endokarditis lenta stets eine erhebliche Senkungsbeschleunigung der roten Blutkörperchen festzustellen, wobei diese von der Temperatur und klinischen Besserung völlig unbeeinflusst bleibt. Wie es scheint, beruht die S. G. bei End. lenta auf irgendwelchen, unter dem Einfluß des Krankheitsprozesses im Organismus stattfindenden, noch nicht aufgeklärten Veränderungen. In den E.-l.-Fällen mit Abweichungen vom typischen Bild, mit nicht deutlichem Verlauf, und wo die Diagnose erschwert erscheint, kann die Anstellung der S.-G.-Prüfung als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel herangezogen werden, vorausgesetzt natürlich, daß andere die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten beeinflussende Momente (wie z. B. zufällige Entzündungsprozesse u. dgl.) völlig ausgeschlossen werden.

E. Kontorowitsch.

427.

Stark, Hugo. Zur Pathologie des Panzerherzens. (Med. Klin. Nr. 45, 1928.) Verkalkungen im Perikard finden sich nur auf dem Boden alter Perikarditis, wobei die Pleurablätter verwachsen, sich in Schwarten umwandeln, die in engste Verbindung mit dem Myokard treten. Der Kalk lagert sich in Form von Platten und Spangen in die Schwarte ein. Kalkfortsätze erstrecken sich gelegentlich auch in die oberen Schichten des Myokards. Eine vollkommene Panzerung des Herzens ist noch nicht beobachtet worden, stets finden sich zwischen den Spangen und Platten kalkfreie Bezirke. An der Verkalkung beteiligen sich nacheinander der Sulcus coronarius, die rechte Herzkammer, der rechte Vorhof, der linke Ventrikel und der linke Vorhof. Dieses chronologische Auftreten ist vermutlich auf die verschiedenen starken Bewegungen der einzelnen Herzabschnitte zurückzuführen. Das Panzerherz kann vollkommen symptomlos verlaufen. Wenn Symptome hervorgerufen werden, so können sie durch eine Beteiligung des Myokards, das eingepanzert sich allmählich erschöpfen muß, oder auch durch eine fibröse und kalköse Umwandlung seiner oberflächlichen Muskelschichten bedingt sein. Eine weit größere Rolle spielen aber Einschnürungen von Gefäßen, insbesondere der Vena cava inferior, wodurch das beim Panzerherz häufig auftretende Bild der Pickschen Pseudoleberzirrhose hervorgerufen werden kann. Die Diagnose des Panzerherzens kann nur mit Hilfe

der Röntgenstrahlen gestellt werden. Die Prognose des unkomplizierten Panzerherzens ist günstig. Therapeutisch ist das Panzerherz noch nicht in Angriff genommen. Bei der Pseudoleberzirrhose durch Einengung der Vena cava wäre die Lösung der Umschnürung Erfolg versprechend.

428.

Braun, Ludwig, und Sernard Samet, „Vagusdruck“ und Koronargefäß. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 161., 257.) Ausgedehnte klinische Erfahrungen erweisen, daß der Vagusdruckversuch für die Diagnose und Prognose der Herzkrankheiten von großer Bedeutung ist. Ein auffälliger deutlicher, pulsverlangsamender Effekt des rechteitigen Vagusdruckes weist mit einem sehr hohen Grade von Wahrscheinlichkeit auf eine Veränderung in den Kranzgefäßen, besonders des linken Ventrikels, hin und ist prognostisch sehr ungünstig zu bewerten. Zwischen dem Grad der Kranzgefäßschädigung und der Stärke des Druckeffektes, insbesondere der Leichtigkeit, mit der die Pulsverlangsamung zu erzielen ist, besteht ein gewisser Parallelismus. In höchstem Maße begünstigten Status anginosus und Anginabereitschaft die Auslösbarkeit und den Grad des Effektes, so daß schon mach-leichtem Aufsetzen der Fingerspitzen auf die Gegend der rechten Karotis eine Pulspause sich einstellen kann, die 7 bis 8 Sekunden anhält. Der Versuch darf nur am liegenden Kranken vorgenommen werden, um unangenehme Zwischenfälle zu vermeiden. Die während des Druckes häufig eintretenden subjektiven Beschwerden (Leere im Kopf, Schwindel, Stechen in der Herzgegend) verlieren sich ebenso rasch wie sie gekommen sind. Ein negativer Ausfall des Druckversuches gibt nicht das Recht, eine ausgesprochene Myokardaffektion abzulehnen. Gelegentlich ist der Druckversuch links allein positiv und löst eine deutliche Pulsverlangsamung aus. Ab und zu gelangt neben der Bradykardie noch eine respiratorische Arrhythmie zur Beobachtung. Der Druckversuch ist nur bei Kranken mit Sinusrhythmus sicher zu beurteilen, da bei Vorhofflimmern oder Leitungsstörungen die Vagusreizung oft keinen deutlichen Effekt ergibt und bindende Schlüsse daher nicht aus dem Versuch zu ziehen sind.

Biberfeld.

429.

Lax, Heinrich, Ein neues Verfahren zur Behandlung der Basedowschen Krankheit. (Klin. Wschr. 48, S. 2295, 1928.) Bei 16 von 22 mittelschweren und schweren Basedow-Kranken konnte durch Behandlung in einer Unterdruckkammer innerhalb 3 bis 4 Wochen Herabsetzung des pathologisch gesteigerten Grundumsatzes, Verringerung der subjektiven Beschwerden und objektive Besserung (bzw. Erscheinungsfreiheit) erzielt werden. Nach der bis jetzt zurückliegenden Beobachtungszeit von 9 Monaten scheint es sich um Dauererfolge zu handeln.

Arnold Hirsch, Berlin.

430.

Zondek, Hermann, und Gertrud Koehler, Ueber zerebral-hypophysäre Magersucht. (Dtsch. med. Mschr., 47, S. 1955, 1928.) Bei einer nicht geringen Zahl von Magersüchtigen liegt dem Zustand eine mit Funktionsverminderung einhergehende Affektion der Hypophyse, insbesondere wohl des Vorderlappens zugrunde. Häufiger handelt es sich um eine funktionelle oder anatomische Störung zerebraler Zentren im Bereiche des Zwischenhirnes. Es handelt sich hierbei nicht immer um ausgesprochene Kachexie, sondern oft nur um mildere Formen der Abmagerung, deren Entstehung nach der gewöhnlichen kalorischen Betrachtungsweise häufig nicht zu klären ist. Die zerebral-hypophysäre, in manchen Fällen auch peripherisch bedingte Magersucht stellt das Gegenstück zu der auf gleicher Grundlage entstandenen Fettsucht dar. Bei beiden spielen offenbar neben anderen das System Hypophyse-Zwischenhirn schädigenden Faktoren (Enzephalitis, Tumoren usw.), die zerebralen Druckverhältnisse, namentlich im Bereiche des III. Ventrikels eine pathogenetische Rolle. Die Untersuchung deckt meist Funktionsstörungen der Stoffwechselzentralen des Zwischenhirns, häufig auch solche des Wärmezentrons (langdauernde Neigung zu subfebriler Temperatursteigerung, auch zu Untertemperaturen) auf, zuweilen ist lediglich ein periodisch schwankender, im ganzen aber deutlich gesteigerter Hirndruck nachweisbar.

Arnold Hirsch, Berlin.

431.

Boenheim, Felix, Beitrag zur Kenntnis des Morbus Addisonii. (Med. Welt Nr. 45, 1928.) Es gibt Fälle von chronischer gutartiger Hypofunktion der Nebennieren, bei denen die Behandlung mit Tabletten oder Suppositorien aus der gesamten Nebenniere (Suprenototal) von Erfolg gekrönt sein kann. Bei Unwirksamkeit des Suprenototals muß ein Versuch mit Röntgenreizbestrahlung der Nebennieren gemacht werden. Wie Verfasser an zwei Fällen gesehen hat, ist in geeigneten Fällen durch eine Röntgentherapie eine weitgehende Besserung oder gar eine Restitutio ad integrum zu erzielen. Ein Versuch mit Röntgenreiztherapie muß auch bei ausgesprochenem Krankheitsbild gemacht werden.

L. Gordon, Berlin.

432.

Cambridge, P. J., Diabetes mellitus und Heredität. (Brit. med. J., 3538, 738.) In fast 30% der Diabetesfälle lassen sich hereditäre Beziehungen nachweisen. Die zur Glykosurie führende Stö-

rung des Kohlehydratstoffwechsels kann dominierend oder rezessiv vererbt werden. Der rezessiv übertragene Diabetes verläuft von Anfang an schwer, neigt zu langsamer Verschlimmerung und ist durch diätetische Maßnahmen nur in geringem Umfange zu beeinflussen. Der dominierend vererbte Typus ist fast immer gutartig und kann selbst in jugendlichen Jahren lange bestehen, ohne zu Komplikationen oder einer stärkeren Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zu führen. Er ist viel häufiger als die rezessive Form. In Familien mit diabetischer Veranlagung setzt die Erkrankung in absteigender Linie in immer früheren Lebensjahren ein, gleichgültig ob die Veranlagung dominant oder rezessiv in Erscheinung tritt. Ob die ererbte Anlage die direkte Ursache der Erkrankung darstellt oder ob sie nur die Entwicklung des Diabetes als Folge einer Infektion oder anderer Krankheitsprozesse begünstigt, läßt sich nicht entscheiden. Die als Rässendiabetes bei Juden, Hindus und Japanern bekannte Störung des Kohlehydratstoffwechsels entsteht auf dem Boden einer dominierend vererbten Anlage, die durch das jahrzehntelange Festhalten an einer unzweckmäßigen Ernährungsweise manifest wird. Die Heirat zwischen Diabetikern oder die Einheirat in Diabetikerfamilien ist nach Möglichkeit zu verhindern. Die genaue Aufnahme der Familienanamnese gewährt häufig eine größere Sicherheit in der prognostischen Beurteilung als die klinische kurzfristige Beobachtung.

Biberfeld.

433.

Falta, W., Neue Probleme des Diabetes mellitus. (Wiener med. Wschr., 78., Nr. 36 u. 37, S. 1131 u. 1162.) Verfasser bespricht zunächst den Mechanismus, durch den der Zuckergehalt des Blutes reguliert wird und die Zuckerversorgung der Organe von den Schwankungen der Nahrungsaufnahme unabhängig gemacht wird. Daran sind hauptsächlich Inselorgan und Adrenalinorgan beteiligt. Das Insulin macht die Zellen des Körpers zuckeravid. Dies äußert sich an den peripheren Organen dadurch, daß die Zellen befähigt werden, mehr Zucker aus dem vorüberströmenden Blute abzuschöpfen, in den Zellen der Leber darin, daß die Zuckerabgabe in das Blut gedrosselt wird. Das Adrenalin dagegen wirkt zucker-mobilisierend; es steigert in der Leber die Zuckerabgabe in das Blut. Jede Hyperglykämie führt automatisch eine Mehrproduktion von Insulin herbei. Andererseits führt jede Hypoglykämie, welche durch einen vermehrten Verbrauch an Zucker hervorgerufen wird, automatisch zu einer vermehrten Mobilisierung in der Leber. Dies kann entweder durch eine gesteigerte Erregung der sympathischen Nerven in der Leber oder durch eine Mehrproduktion von Adrenalin oder durch beides gleichzeitig zustandekommen. In alle diese in den Inkretorganen sich abspielenden Vorgänge greifen die vegetativen Zentren im Hirnstamm regulierend ein. Vom Diabetes mellitus ist die renale Glykosurie, der die Hyperglykämie fehlt, getrennt. Man stellt eine renale Glykosurie am besten durch eine Belastungsprobe unter gleichzeitiger Verfolgung der Blutzuckerkurve fest. Beim Diabetes mellitus kann die Störung zweifacher Natur sein: Entweder handelt es sich um eine Insuffizienz des Inselorgans, die eine Herabsetzung der Zuckeravidität der Zellen zur Folge hat. Dadurch, daß Zucker vom Gewebe nicht rasch genug aufgenommen wird und daß die Drosselung der Zuckerabgabe in der Leber nachläßt, steigt die Hyperglykämie so rasch und so stark an, daß das Blutzuckerniveau die Nierenschwelle überschreitet und Zucker ausgeschieden wird. Die zweite Möglichkeit der Störung der Blutzuckerregulation besteht in einer primären Ueberproduktion von Zucker in der Leber, sei es durch nervöse Erregung oder durch eine vermehrte Adrenalin ausschüttung. Durch die Einführung des Insulins in die Behandlung des Diabetes gelingt es, den einen Faktor, der auf Insuffizienz des Inselorgans beruht, zu kompensieren. Durch das Studium des Insulinbedarfs, d. i. derjenigen Menge von Insulin, die gerade nötig ist, um den Zucker dauernd zum Verschwinden zu bringen und die Tagesblutzuckerkurve annähernd normal zu gestalten, konnten eine Reihe klinisch wichtiger Fragen geklärt werden. So konnte der Zuckerwert der Nahrung bestimmt werden. Kohlehydrate und Eiweißsubstanzen sind als Zuckerbildner zu betrachten. Die Eiweißsubstanzen können im Organismus in Zucker umgewandelt werden. Bezüglich des Fettes gelangte Verfasser auf Grund eigener Untersuchungen zu der Feststellung, daß unter gewöhnlichen Verhältnissen das Fett nicht als Zuckerbildner zu betrachten ist und daß für den Insulinbedarf der Fettgehalt der Nahrung gleichgültig ist. Nur bei ganz bedeutender Ueberernährung mit Fett ist der Insulinbedarf etwas erhöht. Durch Feststellung des Insulinbedarfes bei einer Standardkost von bestimmter Zusammensetzung konnte festgestellt werden, daß der Insulinbedarf bei Patienten, die vorher ganz irrational gelebt und ihr Inselorgan überlastet hatten, im Beginn der Behandlung wesentlich höher ist als später. Dies gilt besonders von Fällen mit schwerer Azidose. Bei einem Fall, dessen Säfte mit Zucker und Ketonkörpern überladen waren, wird anfangs schon deshalb eine große Insulinmenge gebraucht, weil nicht nur der aus der Standardkost entstehende Zucker, sondern auch das Plus zur Assimilation gebracht werden

muß. In manchen Fällen ist aber der Gegensatz zwischen dem Insulinbedarf am Anfang und später so groß, daß diese Erklärung nicht ausreicht. In diesen Fällen kann angenommen werden, daß das Inselorgan erschöpft war und durch die Behandlung eine Erholung des Inselorgans eintrat. Die Versuche mit Insulinisierung bei einer Standardkost geben einen klaren Einblick in die Progressivität des Leidens. Bei progredienten Fällen müssen immer häufiger Insulinperioden eingeschaltet werden, und der Insulinbedarf steigt sich immer mehr. Außer den progredienten Fällen gibt es besonders im höheren Lebensalter Fälle, die dauernd stationär bleiben, der Insulinbedarf sich also kaum ändert. Bei subkomatösen Zuständen oder bei vollentwickeltem Koma ist der Insulinbedarf enorm groß. Dort, wo es sich um ein Ueberlastungskoma handelt, ein plötzlicher Zusammenbruch des Inselorgans besteht, ist durch hohe, eventuell intravenös verabreichte Insulindosen ein voller Erfolg zu erreichen. In manchen Fällen von vollentwickeltem Koma ist der Erfolg dagegen ungenügend. Insulinüberempfindliche Fälle sind solche, die bei der Standardkost viel Zucker ausscheiden, aber schon bei kleinen Dosen von Insulin leicht hypoglykämische Erscheinungen bekommen. Wie die bei Addisonkranken beobachtete Insulinüberempfindlichkeit wahrscheinlich macht, dürfte bei diesen Fällen eine Schwäche der Gegenregulation (Adrenalinssystem oder Sympathikus) bestehen. Die hypoglykämische Reaktion kann man in solchen Fällen oft durch eine relativ kohlehydratreiche Kost vermeiden. Bei schwerem Anfall von Hypoglykämie wäre Adrenalin zu empfehlen. Insulinresistenz findet sich vor allem da, wo Komplikationen mit infektiösen Prozessen bestehen. In manchen dieser Fälle wird das Insulin anscheinend durch im Blute kreisende pyogene Fermente zerstört. Außerdem gibt es Insulinresistenz, deren Ursache auf einer erhöhten Erregbarkeit der nervösen Apparate beruht, wobei jeder Versuch, den Blutzucker durch Insulin herabzudrücken, mit einer Erhöhung der Zuckerabgabe in der Leber beantwortet wird. Solche Fälle pflegen auf starke Einschränkung des Eiweißes und Weglassung von Kohlehydraten meist gut zu reagieren, woraus geschlossen werden kann, daß auch alimentäre Momente diese Zuckerabgabe in der Leber beeinflussen. Bezüglich der Behandlung des Diabetes hebt Verfasser hervor, bei der Insulinbehandlung des Diabetes sind alle extremen Kostformen unnötig geworden. Man kann im allgemeinen eine Kost von normaler Zusammensetzung geben. Insulin soll dann angewendet werden, wenn durch diätetische Maßnahmen allein der Ernährungszustand und die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nicht auf entsprechender Höhe erhalten werden können.

434.

Gantenberg, Robert, Zur Insulindauerbehandlung des Diabetes mellitus gravis. (Dtsch. med. Wschr., Nr. 51, Jahrg. 54, S. 2141.) Es werden die Krankengeschichten von drei Schwerzuckerkranken mitgeteilt, die auf eine dauernde Zufuhr größerer Insulinmengen angewiesen sind. Von diesen drei Patienten bietet der erste ganz besonderes Interesse, weil er bisher drei Jahre ununterbrochen in der Klinik unter Insulinbehandlung steht. Unter anderem wird auf Komplikationen hingewiesen, die sich bei ihm aus der parenteralen Applikationsweise des Insulins ergeben haben. Es wird die Schwierigkeit einer rationalen Insulindauerbehandlung an den mitgeteilten Fällen erläutert und als ein Mittel, sie wesentlich zu unterstützen, die Opiumkur empfohlen. Außerdem werden Erfahrungen mit Mellitose, Glukhorment und Petrischer Kost mitgeteilt, unter Berücksichtigung der Erfahrungen auch bei anderen Schwerzuckerkranken. Gegenüber dem Vorschlag der späten Abendinjektion von Gottschalk und Springborn werden auf Grund der an den mitgeteilten Fällen gewonnenen Beobachtungen Einschränkungen gemacht. Auf die Bedeutung der Blutzuckertageskurve gegenüber der einfachen Nüchternblutzuckerbestimmung wird besonders hingewiesen.

435.

Takacs, Ladislaus, Die perkutane Ernährung bei Zuckerkranken. (Wiener med. Wschr., 78, Nr. 36, S. 1134.) Verfasser hat das Verhalten der Kohlehydrate bei der Glykosurie und Azetonurie von Zuckerkranken bei perkutaner Verabreichung von Kohlehydraten untersucht. Wenn man neben mäßigen, jedoch eine gleichbleibende Glykosurie verursachenden peroral eingeführten Kohlehydratmengen noch eine gewisse, nicht zu große Menge Kohlehydrate durch die Haut einführt (mittels des Stejskalschen Dinutron), so vergrößert sich die Zuckerausscheidung nicht, sondern zeigt eine ausgesprochene Senkung; in leichteren Fällen verschwindet der Harnzucker vollständig. In einzelnen Fällen wurde auch die Azetonurie sehr günstig beeinflusst. Ebenso wirkte die perkutane Zuckerzufuhr in einzelnen Fällen verbessernd auf die Toleranz. Es werden somit die Kohlehydrate bei perkutaner Verabreichung ähnlich wie bei rektaler vom Diabetiker besser ausgenutzt und anscheinend gleichzeitig auch die peroral verabfolgten Kohlehydrate besser verwertet. Die perkutane Ernährung kann daher bei Zuckerkranken neben der normalen Diät dort dort verwendet werden, wo man mit einer erhöhten Insulinempfindlichkeit rechnen muß und dasselbe nicht verwenden kann

oder wo die Auffütterung des Kranken neben Verminderung der Azidose das zu erstrebende Ziel ist. Man kann das Dinutron in Kombination mit Hungertagen verwenden, wenn man einerseits durch Einreibung Nahrung zuführen will, andererseits kann man eventuell die mit den Hungertagen auftretende Azidose dadurch abschwächen.

Maslowsky.

436.

Fleckel, Palpation der normalen Leber. (Arch. Verdauungskrkh., 44., Nr. 3/4.) Die Hauptbedingung für das Palpieren der normalen Leber ist eine tiefe Zwerchfellatmung, bei der die Leber um etwa 2 cm tiefer sitzt und in etwa $\frac{2}{3}$ der Fälle tastbar wird. Wichtig ist ferner die Methodik: „Der Untersucher legt vier Finger seiner linken Hand auf die Lumbalgegend und die letzten Rippen der untersuchten Person und drückt mit dem Daumen der linken Hand vorne auf den Rippenbogen, so daß auf diese Weise die Leber nach vorne geschoben und gleichzeitig eine beträchtliche Erweiterung des Brustkastens verhindert wird. Die rechte Hand wird mit der Volarseite im rechten Epigastrium flach aufgelegt, wobei zweiter, vierter und fünfter Finger ganz gerade gestreckt sind und der dritte leicht gekrümmt ist; die Spitzen dieser vier Finger werden unter dem rechten Rippenbogen gelagert.“ Bei der Inspiration gleitet dann der Leberrand über die Fingerspitzen. Diese von Obrastzow angegebene Methodik hat Verf. dahin modifiziert, daß die Finger der rechten Hand sämtlich leicht gekrümmt sind und daß die rechte Hand während der Inspiration eine leichte Gegenbewegung gegen den herabgleitenden Leberrand ausführt.

Fiegl.

437.

Snow, W., Cholezystographie und transduodenale Galledränge. (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 4.) 800 Fälle von Cholezystographie bei Verdacht auf Gallenblasenerkrankung. 150 dieser Fälle wurden der transduodenalen Galledränge unterzogen, 135 Fälle davon wurden operiert. Als normal wurde eine Gallenblase angesehen, wenn sie zarte Umrisse und gleichmäßige Dichte besaß, nachdem sie sich mit der Farbe gefüllt hatte, und wenn sie zwei Stunden nach einer fettreichen Nahrung auf die Hälfte ihrer Größe zurückging. Ihre Lage im Abdomen wurde als von geringerer Bedeutung angesehen. Bei gedungenen Personen lag sie mehr hoch und quer, bei dünnen näher der Spina und mehr vertikal. Im Stehen war die Gallenblase und die Leber öfter etwa 8 cm tiefer als im Liegen. Nach zwei vergeblichen Versuchen, die Gallenblase darzustellen, wurden pathologische Verhältnisse angenommen, meist Verlegung des gemeinsamen Ganges durch Steine oder Cholangitis, weniger häufig Störung der Gallenblasenfunktion. Indessen kann dieser Mangel auch bei Verwachsungen mit Nachbarorganen oder Metastasen vorkommen. Bei Schatten in der Gallenblase wurde auf Steine geschlossen. Doch ist große Verwechslungsmöglichkeit mit Gasaansammlung im Dickdarm gegeben. Viele dieser Fälle zeigen schwache Schatten, ungenügende Entleerung nach der Mahlzeit und Drehung, welche die Folge von Verwachsungen ist. Eine Schattenschwäche wurde angenommen, wenn die Gallenblase die Dichte der Leber oder der Niere besaß. Indessen ist dieser Umstand zu abhängig von unkontrollierbaren Faktoren, um allein ausschlaggebend zu sein. Wenn sich ein schwacher Schatten jedoch mit mangelhafter Entleerung nach einer fettreichen Mahlzeit verbindet, so kann man fast gewiß das Vorliegen pathologischer Verhältnisse annehmen. Gelegentlich ist die Gallenblase sichtbar, bevor noch Kontrastfarbe gegeben wurde. Es kann sich um Gesunde handeln, es kann aber auch der Ausdruck eines Hydrops sein. Adhäsionen und Distorsionen sollten erst angenommen werden, wenn andere Ursachen, welche einen unregelmäßigen Gallenblasenschatten geben können, ausgeschlossen sind. Oft liegen lediglich Projektionen aus ungewöhnlichem Winkel vor. In einigen Fällen kann das Vorhandensein von Adhäsionen durch gastrointestinale Untersuchungen sichergestellt werden. Die transduodenale Galledränge gelang in 80% der 150 Fälle. Der Patient spült den Mund aus und wird zur Erleichterung des Eintritts der Duodenalsonde in das Duodenum auf die rechte Seite gelegt. Gelingt die Sondierung, so ergießt sich gallig gefärbte, alkalische Flüssigkeit. Nun werden ungefähr 25 ccm 30prozentiger Magnesiumsulfatlösung langsam injiziert. Bald beginnt die Galle zu tropfen, wenn das Ende der Sonde in Höhe des Patienten gehalten wird. Die erste Galle ist goldgelb vom spezifischen Gewicht 1,010. Sie stammt wohl von dem gemeinsamen Gang. Man bezeichnet sie mit „A“. Die Galle „B“, gleichfalls klar, braun oder ambrabfarben, besitzt das spezifische Gewicht 1,020. Die Galle wird dann leichter in der Farbe und kommt vermutlich vom Ductus hepaticus. Sie wird mit „C“ bezeichnet. Ihr spezifisches Gewicht ist 1,010. Mikroskopisch zeigt die normale Galle gelegentlich eine weiße Blutzelle, eine Epithelzelle oder einen Cholesterinkristall. Es konnte bei Operationen gezeigt werden, daß die Galle „B“ mit der Gallenblasengalle identisch ist. Pathologisch-weise finden sich weiße Blutzellen in großer Menge oder zusammengeballt, viele epitheliale Zellen, viel Schleim oder Trümmer, Sand oder Gries, viele mikroskopische Kristalle, dickflüssige Galle, Bakterien, keine Gallenblasengalle, zum Zeichen des Zystikusverschlusses.

Die operative Untersuchung zeigte nun, daß in 90% die Röntgenuntersuchung und die transduodenale Gallenblasendränage zugleich im Sinne des Normalen oder Anormalen sprachen. Waren beide Untersuchungen normal in ihren Ergebnissen, so wurden auch bei der Operation normale Verhältnisse gefunden. Das gleiche Verhältnis besteht für pathologische Veränderungen. Wurden im Röntgenbild Gallensteine nachgewiesen, so förderte die transduodenale Gallendränage meist keine „B“-Galle zutage. Sie fehlte auch bei jenen Fällen, welche, bevor noch Kontrastfarbe einverleibt war, einen Gallenblasenschatten erkennen ließen, der auch nicht nach fettreicher Mahlzeit verging. Es handelte sich meist um Gallenblasenhydrops. Der Chirurg bedarf strengerer Indikationen als abnormer „A“- „B“- „C“-Galle und Gallenblasenverwachsungen oder schlechter Entleerung.

J. Kottmaier, Mainz.

438.

Beckmann, K. **Neue Methode der Bakterienabtötung in den Gallenwegen bei Cholangitis bzw. Cholezystitis und Bakteriochole.** (Münch. med. Mschr., 48, 2042.) Durch mehrtägige Verabreichung von Natriumkarbonat in 5% Lösung (50 ccm) mit der Duodenalsonde oder von Geloduratkapseln mit 0,5 g Natr. cab. gelingt es, die Reaktion der Galle beträchtlich nach der alkalischen Seite zu verschieben. Praktisch zeigt es sich, daß diese Reaktionsänderung der Galle genügt, um die Gallenwege bakterienfrei zu machen. So verschwanden bei entzündlichen Affektionen unter dieser Therapie die vorher nachweisbaren Keime (Streptokokken, Bact. coli und Proteusbazillen) aus der Galle und die Krankheitserscheinungen bildeten sich zurück. In drei Fällen von Bazillenträgern mit Ausscheidung von Paratyphus-B-Bazillen durch die Galle wurde ebenfalls mit dieser Methode Bakterienfreiheit der Galle erzielt.

439.

Bernhard, Fr. **Ueber die Hyperglykämie bei akuten Pankreaserkrankungen.** (Dtsch. Z. Chir., 212, 3/4. Heft.) Die Hyperglykämie ist ein wichtiges Symptom der akuten Pankreaserkrankungen. Sie kann durch die Zuckerbelastungsprobe leichter und eindeutiger festgestellt werden als mit einer Nüchternblutzuckerbestimmung. Die Zuckerbelastungsprobe besteht darin, daß die Kranken nüchtern nach einer Blutentnahme für Blutzuckerbestimmung 50 g Traubenzucker per os erhalten. Der Zuckergehalt des Blutes wird dann nach ¼ und nach zwei Stunden ermittelt. Besonders wichtig ist die Zuckerbelastungsprobe bei der Differentialdiagnose gegen Gallengangserkrankungen, bei denen ebenfalls Hyperglykämie vorhanden sein kann. Schon ein leichter Fall von akuter Pankreasnekrose wird durch die Zuckerbelastungsprobe diagnostiziert, bei dem die Nüchternblutzuckeruntersuchung im Stiche läßt.

Die Ursache der Hyperglykämie wird auf Insulinmangel zurückgeführt. Aus diesem Grunde wird bei der akuten Pankreasnekrose energische Insulinbehandlung angeraten. E. Gohrbandt, Berlin.

440.

W. W. Duke, **Handflächenfarbe-Probe.** (Arch. Intern. Medic., 42, 533.) Leichte Grade von Anämie oder Plethora find durch einen Vergleich der Handfläche des Kranken mit der eines Gesunden sicher festzustellen. Die Haut der Handfläche ist deswegen als Vergleichsobjekt zu verwerten, weil ihre Farbe unter den üblichen Bedingungen konstant ist. Im Gegensatz zu den übrigen Oberflächen wird sie durch körperliche Anstrengungen, durch Temperaturunterschiede und psychische Erregungen nicht verändert. Während die Farbe der Fingernägel und der Lippen bei den einzelnen Individuen — unabhängig von Blutmenge und Hämoglobingehalt — außerordentlich verschieden ist, sind die Schwankungen in der Intensität der Handflächenfarbe wesentlich geringer. Sobald die Handfläche leicht gebeugt in Herzhöhe gehalten wird, bleibt jeder Lagewechsel ohne Einfluß auf die Farbe, während Änderungen der Stellung die Farbe des Gesichtes oder der Bindehäute in starkem Maße verändern können. Bei der perniziösen Anämie erlaubt die Farbe der Handfläche keinen sicheren Rückschluß auf den Grad der Anämie. Bei dieser Erkrankung enthalten die Kapillaren der Haut mehr Zellen als das Venenblut, so daß die Körperoberfläche besser durchblutet erscheint als es den Tatsachen entspricht. Bei starker Zyanose oder ausgeprägtem Ikterus ist eine vergleichende Prüfung der Handteller nicht auszuführen. Auch bei Gefäßerkrankungen (Morbus Raynaud) und in manchen Fällen von Hyperthyreoidismus versagt die Probe. Ihr Wert liegt darin, daß sie dem Praktiker eine schnellere und bessere Beurteilung der Blutbeschaffenheit ermöglicht als die Betrachtung der Gesichtshaut und der Schleimhäute. Biberfeld.

441.

Moldawsky, I. W., **Kombinierte Applikation von Leber, aktivem Eisenoxyd und bestrahltem Ergosterin zur Behandlung der Anämie.** (Dtsch. med. Wsch., 51, Jg. 54, S. 2150.) Verfasser zeigt an einigen Beispielen, daß das Ferronovin eine oft auffällig günstige Wirkung hervorruft, sowohl im Sinne der Beeinflussung der Regeneration des roten Blutes als auch hinsichtlich der Gewichtszunahme und der Besserung des Allgemeinbefindens der Kranken. In einigen der beschriebenen Fälle trat zwar die Regeneration des roten Blutes nicht so augenfällig zutage. Bei allen Patienten ließ sich aber ohne

Ausnahme im Anschluß an die Ferronovinbehandlung eine Gewichtszunahme feststellen. Ebenso besserte sich bei allen Patienten das Allgemeinbefinden und die Eblust, was Verfasser auf die Wirkung des aktivierten Eisens zurückführt. In den beschriebenen Fällen stieß das Ferronovin auf die Gegenwirkung des der akuten Erkrankung zugrundeliegenden Virus. Die Annahme scheint also nahezuliegen, daß die in dem Medikament enthaltenen Ingredienzien noch stärkere Wirkung bei solchen Kranken haben, die lediglich an einer herabgesetzten erythropoetischen Funktion des Knochenmarks ohne jede Komplikation durch eine akute Erkrankung oder aber an Allgemeinschwäche und Ueberanstrengung des Nervensystems leiden.

Arnold Hirsch, Berlin.

442.

Löwenberg, Walter, **Perniziöse Anämie und Dünndarmflora.** (Dtsch. med. Wsch., 51, Jg. 54, S. 2148.) In 50 Fällen von perniziöser Anämie fand sich stets eine pathologische Bakterienbesiedlung des Dünndarms. Diese ist für die perniziöse Anämie nicht als spezifisch anzusehen, da sie auch bei anderen Zuständen, z. B. bei der gewöhnlichen Gastritis anacida sowie auch bei Erkrankungen der Gallenwege vorkommt.

Weder auf serologischem Wege noch durch den Nachweis besonderer biologischer Eigenschaften der Kolibazillen ergaben sich Anhaltspunkte für eine ätiologische Rolle der Koliflora im Dünndarm beim Zustandekommen der perniziösen Anämie.

Die pathologische Bakterienansiedlung im Dünndarm ist als eine Folge des Fehlens der bakteriziden Schutzkräfte (Bakterizidine) des Dünndarms anzusehen. Selbst wenn man sie als eine Giftquelle für den Organismus betrachtet, so müßte bei der perniziösen Anämie eine weitere spezifische Funktionsstörung angenommen werden, durch die ein Uebertritt von Toxinen in den allgemeinen Kreislauf erfolgt.

Die Tatsache, daß nach Leberbehandlung, selbst in fortgeschrittenen Stadien der Remission, die abnorme Bakterienflora, wenn auch mitunter an Zahl vermindert, weiter fortbestand, spricht ebenfalls in dem Sinne, daß sie nicht die primäre Ursache der Erkrankung ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

443.

Ashford, Bailey K.: **Wirkung von Leberextrakt bei Sprueanämien.** (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 4, 1928.) Von 20 Patienten mit typischer Sprueanämie (davon 14 vom Typus der Perniziösa, sechs vom Typus der sekundären Anämie) wurden 14 mit mit der vom Verfasser angegebenen Spruediät (reichlich Eiweiß, frisches Gemüse und Obst, sehr wenig Fett, kein Zucker, keine Hülsenfrüchte) und mit Leberextrakt, vier nur diätetisch, ein diätetisch mit Monilia-psilosis-Vakzine und ein nur mit Vakzine behandelt. (Die Vakzine bestand aus einer 1% Aufschwemmung abgetöteter Kulturen und wurde in steigenden Dosen, beginnend mit 0,1 ccm, in wöchentlichen Intervallen bis zur Gesamtdosis von 1 ccm gegeben.) Zehn von den 14 mit Spruediät und Leberextrakt behandelten Patienten hatten eine Anämie von perniziösem Typus.

Die Erythrozyten- und Hämoglobinwerte betrugen bei fünf Patienten vor Beginn der Behandlung 23,2 bzw. 35,8 % der Normalwerte. Nach neunwöchiger Behandlung waren die Werte auf 71,8 bzw. 93 % des Normalen gestiegen. Die Zunahme der Retikulozyten erreichte mit 162 pro 1000 Erythrozyten ihren Gipfel und hielt sich etwa zwölf Tage auf dieser Höhe. Der Beginn dieser Zunahme fiel in der Regel auf den 1. bis 6. Tag nach Verabreichung von Leberextrakt. Bei den anderen fünf Patienten dieser Gruppe machte sich lediglich eine Zunahme der Erythrozyten- und Hämoglobinwerte, aber kein Anstieg der Retikulozyten bemerkbar (einer von diesem war bereits mit Vakzine, ein anderer mit Bluttransfusion, Vakzine und Leberdiät, der Rest mit Leberdiät behandelt worden). Bei vier von den 14 mit Spruediät und Leberextrakt behandelten Fällen war die Anämie vom Typus der sekundären Anämie. Keiner reagierte auf die Verabreichung von Leberextrakt mit einer Zunahme der Retikulozyten.

Von den nicht mit Leberextrakt behandelten Fällen (6) antworteten nur die mit Spruediät behandelten mit einer deutlichen Zunahme der Retikulozyten, die mit der nach Verabreichung von Leberextrakt erzeugten vergleichbar ist. Vier als Kontrolle verwendete Patienten mit sekundärer Anämie, denen längere Zeit hindurch Leberextrakt verabreicht worden war, zeigten nicht die geringste Veränderung der Retikulozytenwerte.

Verfasser faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Sprueanämien mit hohem Färbeindex und weniger als 2000 000 Erythrozyten reagieren auf die Verabreichung von Leberextrakt fast regelmäßig mit einer Ausschwemmung von Retikulozyten, vorausgesetzt, daß das Knochenmark nicht hypoplastisch ist. Sprueanämien mit Erythrozytenzahlen von mehr als 60% des Normalen und hoher Färbeindex ließen keine Vermehrung der Retikulozyten nach Zufuhr von Leberextrakt erkennen. In einem Falle von Sprueanämie, dessen Blutbild von dem einer perniziösen Anämie nicht unterscheidbar war, stellte sich nach rein diätetischer Behandlung eine Zunahme der Retikulozyten ein, die mit der durch Leberextrakt

hervorgerufenen vergleichbar ist. Die plötzliche Ausschwellung von Retikulozyten, welche durch Leberextrakt bewirkt wird, kommt einer internen Transfusion gleich und ist innerhalb weniger Wochen von einer deutlichen Zunahme der Erythrozyten und des Hämoglobins gefolgt. Auch in jenen Fällen, in denen eine Heilung eintritt, und die Werte für Erythrozyten und Hämoglobin hoch sind, bleibt der Typus der perniziösen Anämie, wie hoher Färbeindex und Größe der Erythrozyten erkennen lassen, noch für mindestens zwei Monate nach der Behandlung mit Leberextrakt bestehen. Sekundäre Anämien zeigten nach Verabreichung von Leberextrakt niemals Knochenmarksreaktionen.

L. Büchler.

^{444.}
Soejima, S., **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die cholämische Blutung.** (Cholämische, hämorrhagische Diathese.) (Dtsch. Z. Chir., 212., 3/4. Heft.) Es muß als feststehend anerkannt werden, daß es eine cholämische, hämorrhagische Diathese gibt, die aber nicht nur für Ikteruskranken spezifisch ist. Sie tritt zwar am häufigsten beim Ikterus und beim latenten Ikterus auf, kommt aber auch ganz ohne Ikterus vor. Am häufigsten ist sie beim Verschuß des Choledochus durch bösartige Geschwülste, weil sich durch den immer stärker werdenden Verschuß die Leberfunktionsstörungen andauernd vermehren. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß die Ursache der sogenannten cholämischen, hämorrhagischen Diathese nicht im Ikterus, sondern in Funktionsstörungen der Leber zu suchen ist. Neben vielen Tierversuchen, die dafür sprechen, begründet er seine Anschauungen durch Beobachtungen beim Menschen. Wenn nach langdauerndem Ikterus der Ikterus allmählich schwindet, so kommt es vor, daß nicht etwa eine Wiederherstellung der Blutgerinnungsfähigkeit, sondern eine Verschlimmerung eingetreten ist. Die Ursache hierfür kann also, da der Ikterus geschwunden ist, nicht mehr in dem Ikterus beruhen, sondern nur in Leberfunktionsstörungen, die infolge der Gallenstauung eingetreten sind.

E. Gohrbandt, Berlin.

^{445.}
Jerrell, Otto, **Funktionelle Albuminurie.** (Norsk Mag. Laegevidensk., 89., Nr. 12, 1928.) Bei 3507 Sportsleuten im Alter von 10 bis 40 Jahren fand sich in 9,9% der Fälle Albuminurie, und zwar transitorische häufiger als orthostatische. Einige trainierte Sportsleute bekamen leicht, andere nie Albuminurie. Nach längerem Trainieren schwindet oft die anfängliche Albuminurie. Von 112 Studenten hatten 13 nach dem kurzen Seebad Albuminurie. Die funktionelle Albuminurie tritt vor der Wirkung der Milchsäure auf das Nierengewebe ein. Bei einer Milchsäurekonzentration von über 75 mg% im Blute nach Anstrengungen wurde stets Eiweiß im Urin gefunden. — Von 72 Lebensversicherten mit orthostatischer Albuminurie sind 3 nach 1 bis 22 Jahren gestorben (einer an chronischer Nephritis). Eine nachgewiesene funktionelle Albuminurie dürfte weder für Lebensversicherungen noch für Militärdienst oder Sportstraining eine Kontraindikation abgeben. S. Kalischer,

^{446.}
Snapper, I., Grünbaum, A., **Ueber die Milchsäureausscheidung durch Urin und Schweiß während des Sports.** (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 44, 1928.) Vor den olympischen Fußballspielen wurde im Urin von 55 Spielern nur eine Spur Milchsäure gefunden. Nach dem Wettspiel wurden im Urin derselben 55 Spieler nur höchstens Spuren von Eiweiß gefunden; einmal war Glykose nachzuweisen.

Nach den Wettspielen an warmen Tagen wurden im Urin von 55 Spielern nur sechsmal mehr als 60 mg Milchsäure gefunden. Dagegen wurden in zwei Wettspielen an kalten Tagen im Urin von nur 13 Spielern auch sechsmal mehr als 60 mg Milchsäure nachgewiesen.

Auf Grund der Tatsache, daß ein selber Spieler nach dem Wettspiel an einem warmen Tage weniger Milchsäure ausscheidet als an kalten Tagen, war es wahrscheinlich, daß während der Arbeit Milchsäure auf anderem Wege als durch den Urin in größeren Mengen den Körper verläßt. In der Tat sind im Schweiß große Mengen rechtsdrehender Milchsäure anwesend.

Während eines Fußballwettspiels, 1½ Stunden, bei sonnigem Wetter wurden mit dem Schweiß durchschnittlich 1,1 bis 2,2 g Milchsäure ausgeschieden (55% von 2 bis 4 g Chlor). In einigen Fällen vermutlich mehr.

Im Beginn des Schwitzens enthält der Schweiß mehr Milchsäure als am Ende. Der Milchsäuregehalt des Schweißes ist mindestens zehnmal höher als der des Blutes.

Kurt Heymann, Berlin.

^{447.}
Fränkel, Walter K., **Injektionstherapie der akut entzündeten Hämorrhoidalknoten.** (Med. Welt, Nr. 45, 1928.) In Analogie zur Krampfadertherapie muß die Injektionstherapie der Hämorrhoidalknoten als Methode der Wahl bezeichnet werden, den Hämorrhoiden sind Varixknoten der V. haemorrhoidalis inferior. Die Behandlung kann in der Sprechstunde durchgeführt werden. Das Verfahren erfordert keine Vorbereitungen und kaum eine Nachbehand-

lung; zwei bis drei Tage nach der Injektion klingen die bestehenden heftigen Schmerzen bereits ab; nach etwa acht Tagen ist gewöhnlich Heilung mit völliger Schmerzlosigkeit eingetreten. Zur Injektion bevorzugt Verfasser Kaloröselösung. Die Technik ist einfach. Gewöhnlich genügt eine Schleimhautanästhesie durch Pinselung mit 10%iger Kokainlösung. In jeden prolabierte Knoten werden 1 bis 2 ccm Kaloröselösung injiziert, bis dem Kranken das Eintreten des Spanngefühls unerträglich wird. Diese Schmerzempfindung geht gewöhnlich in wenigen Minuten vorüber. Der Kranke befindet sich am besten in gynäkologischer Untersuchungslage. Injektionen in entzündete Knoten sind ungefährlich. Gewarnt muß werden vor Injektionen in kleine, nicht entzündete Schleimhautfalten, sogenannte äußere Hämorrhoiden. Da es im Gebiet der V. haemorrhoidalis inferior keine zentrifugale Strömung gibt, kann das Injektionsmittel mit dem Blute sehr schnell in den großen Kreislauf treten und sehr unangenehme Folgeerscheinungen machen. Bei starker Entzündung in den Knoten ist dagegen ein so schneller Transport des Injektionsmittels nicht zu befürchten.

L. Gordon, Berlin.

^{448.}
Schmidt, P. A., **Bringt die Kombination von Alttuberkulin mit der Blutsenkungsreaktion eine Verbesserung der biologischen Diagnostik der Lungentuberkulose?** (Dtsch. med. Wschr., Jahrg. 54, Nr. 51, S. 2140.) Verfasser glaubt aus seinen Beobachtungen folgern zu können, daß eine gesetzmäßige Beziehung der Senkungsreaktion weder zur klinischen Reaktion auf diagnostisch gegebenes Alttuberkulin Koch, noch zur Stärke des Pirquet besteht. Verfasser muß es ablehnen, nur aus einer Beschleunigung der Senkungsreaktion auf eine einmalige unterschwellige Alttuberkulin-Koch-Dosis eine aktive, d. h. für uns behandlungsbedürftige Lungentuberkulose abzuleiten, da die klinischen Beobachtungen sich vielfach damit nicht in Einklang bringen lassen. Es wird noch bemerkt, daß auch die positive klinische Reaktion ohne sicher nachweisbare Herdreaktion auf diagnostisch gegebenes Alttuberkulin-Koch vom Verfasser nur als ein Verdachtsmoment gewertet sind. In letzter Linie muß dann das Ergebnis der Gesamtuntersuchung entscheiden.

Arnold Hirsch, Berlin.

^{449.}
Nannini, Giulio, **Ueber Matéfyische Reaktion, Oberflächenspannung des Harns und Stalagmometrie bei Lungentuberkulose.** (Riv. patol. Tuberc., Jahrg. 2, Heft 11.) Zwischen Matéfyischer Reaktion und Oberflächenspannung des Harnes, gemessen mit dem Stalagmometer von Traube bzw. von Schemensky, gibt es keine sicheren Zusammenhänge. Die drei verschiedenen genannten Untersuchungsmethoden in Beziehung zur Prognose und auch Studium der Krankheit werden abgelehnt.

Eugen Stransky, Wien.

^{450.}
Corper, H. J., **Die Bestätigung der Diagnose Tuberkulose: Neue Methode des kulturellen Nachweises von Tuberkelbazillen zu diagnostischen Zwecken.** (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 6, 1928.) Zur Züchtung von Tuberkelbazillen aus tuberkuloseverdächtigem, bazillenarmem Untersuchungsmaterial empfiehlt Verfasser an Stelle des von Petroff angegebenen Eiernährbodens einen Schwefelsäure-Kristallviolet-Kartoffel-Nährboden, der in folgender Weise zubereitet wird: Große, unbeschädigte Kartoffeln werden nach gründlicher Reinigung in Wasser und Entfernen der Schalen in zylindrische Stücke von etwa 7,5 cm Länge und 1,5 cm Durchmesser geschnitten, die Zylinder der Länge nach halbiert und eine einprozentige Lösung von Natriumkarbonat, die 0,0015% Kristallviolet enthält, eingelegt. (Um Entfärbung zu verhindern, ist der Farbstoff erst unmittelbar vor Verwendung der Natriumkarbonatlösung zuzusetzen.) Nach spätestens 2 Stunden werden die Kartoffelstücke aus der Lösung herausgenommen, mit einem reinen Lappen sanft abgetrocknet und in Reagensgläser (15 cm lang und 2 cm weit) gebracht, die 1,5 cm einer 5% Glyzerinbouillon enthalten. Die Reagensgläser werden mit einem Wattepfropfen verschlossen und zwecks Sterilisation des Nährbodens 30 Minuten in den Autoklaven gestellt. Das Anlegen der Kulturen wird wie folgt vorgenommen: 1 cm des (durch Schütteln oder Verreiben) in eine homogene Masse verwandelten Untersuchungsmaterials wird in einem Zentrifugierrohrchen mit 1 cm einer 6% Schwefelsäure (hergestellt durch vorsichtiges Zugießen von 17 cm einer konzentrierten [95 bis 96%] Schwefelsäure [spezifisches Gewicht 1,84] zu 500 cm destilliertem Wasser) gründlich vermischt, das Röhrchen mit einem sterilen Kork verschlossen und für 30 Minuten in den auf 37° eingestellten Brutschrank gestellt. Hierauf wird der Inhalt mit 10 cm einer sterilen 0,9% Kochsalzlösung verdünnt, gut durchgemischt und zentrifugiert. Die über dem Sediment stehende Flüssigkeit wird vorsichtig abgesehen, das Sediment über die Oberfläche des Nährbodens nach allen Richtungen hin gleichmäßig verstrichen, das Röhrchen mit einem in heißen Paraffin getränkten Wattepfropf und einer Kappe aus Zinnfolie verschlossen und in den Brutschrank gestellt.

Auf diesem Nährboden werden auch bei Verwendung von sehr bazillenarmem Material oft schon in der zweiten, spätestens aber in der vierten bis fünften Woche üppige Kulturen von Tuberkelbazillen

sichtbar. Der Petroffschen Methode ist dieses Kulturverfahren entschieden überlegen. Von 20 Harnproben verschiedener Herkunft erwiesen sich nach der Petroffschen Methode nur 3 als tuberkelbazillenhaltig (eine nach der fünften Woche, zwei erst nach der zehnten bzw. dreizehnten Woche), während auf dem vom Verfasser angegebenen Nährboden (in Uebereinstimmung mit gleichzeitig angestellten Meerschweinchenversuchen) 6 Proben als positiv sich erwiesen, und zwar schon in der zweiten bis vierten Woche. Dem Meerschweinchenversuch steht die Methode an Verlässlichkeit nicht nach und hat den Vorteil, weniger Zeit und Arbeit in Anspruch zu nehmen. Verfasser empfiehlt daher dieses Kulturverfahren als Ersatz des Meerschweinchenversuchs, insbesondere in jenen Fällen, in denen Tuberkelbazillen im gefärbten Präparat nicht auffindbar sind.

L. Büchler, Wien.

451.

Ziegler, Otto, Ist Lungenspitzen-tuberkulose ungefährlich? (Med. Welt, Nr. 45, 1928.) Von den Pathologen ist der Beweis erbracht, daß die erste Manifestation der generalisierten Tuberkulose in den Lungenspitzen liegt. Dieselbe ist häufig so verborgen, daß sie klinisch und röntgenologisch nicht in Erscheinung tritt. Demgegenüber ist das Frühinfiltrat schon eine etwas spätere Erscheinung, gehört allerdings auch zu den frühesten Formen der manifesten Erwachsenen-tuberkulose. Dagegen ist das Frühinfiltrat als diagnostisch bei der Röntgendurchleuchtung leicht erkennbare frühe Manifestation der Lungentuberkulose für die Praxis für die Erkennung der beginnenden Tuberkulose außerordentlich wichtig. Die Spitzenherde können schon deshalb nicht so gutartig sein, weil aus ihnen in einem hohen Prozentsatz das Frühinfiltrat entsteht. Für sein therapeutisches Handeln muß den Arzt nicht der Sitz, sondern die Aeußerung der Krankheit auf das menschliche Befinden bestimmen.

L. Gordon, Berlin.

452.

Frischbier und Beckmann, Die Bedeutung des Frühinfiltrats für die Klinik der Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre Fürsorge. (Z. f. Tub., 52., 2.) Unter etwa 4000 Lungenfilmen, die Anzeichen einer aktiven, inaktiven und abgeheilten Tuberkulose enthielten, wurden 390 Frühinfiltrate und 137 Spitzen-tuberkulosen gefunden. In der rechten Lunge fand sich das Frühinfiltrat häufiger als in der linken; 151 Männern stehen 239 Frauen gegenüber. Das Pubertäts- und jugendliche Alter bis etwa 25 Jahre ist besonders bevorzugt. Ein sicherer Aufschluß über die endogene oder exogene Entstehung des Frühinfiltrats konnte nicht gewonnen werden. Die Frühinfiltrate neigen im Gegensatz zur Spitzen-tuberkulose zu raschem Fortschreiten mit Bildung von Einschmelzungen, Tochterinfiltraten und Aspirationsabscessen, so daß als erste Forderung zu ihrer Bekämpfung frühzeitige Erfassung durch praktische Ärzte und Fürsorgestellen erhoben werden muß. Die zweite Forderung ist die beschleunigte Ueberführung in eine Heilstätte. Bei der LVA. Berlin erfolgt die Heilstättenaufnahme 1 bis 2 Wochen nach der Diagnosenstellung.

453.

Raimondi, A. Alessandro, Die derzeitige Auffassung der Pathogenese und Evolution der Lungentuberkulose. (Riv. patologia tuberculosis, Jahrg. 2, Heft 11.) Schilderung unserer derzeitigen Kenntnisse über Heredität, Empfänglichkeit und Infektion hauptsächlich auf der Hand der einschlägigen französischen Literatur mit Besprechung der Frage des tuberkulösen Ultravirus ohne neue Gesichtspunkte.

Eugen Stransky, Wien.

454.

Chmelnitzky, Spontanpneumothorax als Folge der Lungenverletzung nach einem ursprünglich künstlichen Pneumothorax. (Z. Tuberk., 52., Nr. 2.) Die Verletzung der Lunge mit Uebertritt von Luft in den Pleuraraum stellt nach Punktionen, die zu der ersten Anlegung des künstlichen Pneumothorax vorgenommen werden, selbst bei negativen Manometrausschlägen eine sehr häufige Erscheinung dar. Passiert die Nadelspitze die Pleura pulmonalis, so erfolgt der Uebertritt von Luft in die Pleurahöhle, wenn Verwachsungen der Pleurablätter fehlen. Die verschiedene Größe der Gasblasen nach der Erstanlegung findet häufig ihre Erklärung in dem spontanen Luftübertritt aus der verletzten Lunge. Gewöhnlich erfolgt dieser Luftübertritt ohne besonders schwere klinische Erscheinungen und führt zu keinen besonderen Komplikationen. Die Ansaugung des Gases in die Pleurahöhle erfolgt manchmal nicht gleich nach dem Anlegungsversuch, sondern erst nach Tagen oder sogar mehreren Wochen.

455.

Scalabrino, Rosario, Ueber die bei therapeutischem Pneumothorax bestehenden pleuritischen Verwachsungen. (Riv. patol. tuberculosis, Jahrg. 2, Heft 11, 1928.) Pathologisch-anatomische bzw. histologische Untersuchungen an drei mit Pneumothorax und Verwachsungen ad exitum gekommenen Fällen, wie auch bei einer Reihe von Meerschweinchen, die mit ganz geringen Dosen von Tuberkelbazillen injiziert, subpleural lokalisierte Lungenherde und pleurale Verwachsungen aufwiesen. — Die strangförmigen Ver-

wachsungen bestehen aus einem zellreichen Granulationsgewebe mit geringster Tendenz zur Bindegewebsbildung. Letztere erscheint noch eher am pleuralen Teil, während am proximalen Teil Lungengewebe, wenn auch verändert, zu sehen ist. Sowohl im Gefüge als auch in der Umgebung der Verwachsung findet man nekrotische Zonen mit Riesenzellen und Anhäufung von Lymphoidzellen. Dieser Befund erklärt die Komplikationen bei der Resektion der Verwachsungen. — Die Verwachsungen sind auch sehr reich an Gefäßneubildungen, daher die Möglichkeit von Blutungen bei Resektion derselben. Die alten präexistierenden Gefäße weisen oft eine Panarteriitis chronica spezifischer oder mechanischer Natur auf.

Eugen Stransky, Wien.

456.

Mattausch, Ferdinand, Ueber plasmotherapeutische Versuche bei Lungentuberkulose. (Med. Klin., Nr. 47, 1928.) Verfasser hat bei der Behandlung der Tuberkulose das bereits 1905 von Lumière angegebene französische Präparat Hémoplasie angewandt. Es handelt sich bei der therapeutischen Verwendung des Hémoplasie um die Ausnützung der stimulierenden Wirkungen gelöster Blutkörperchen-Leibessubstanzen, also um eine im Hinblick auf die Krankheitsursache unspezifische Reizwirkung auf den gesamten Abwehrapparat, wobei speziell für den auf den bazillären Fettstoffabbau eingestellten tuberkulösen Organismus die in den Blutzellen enthaltenen Lipoidfette eine wichtige Rolle spielen dürften. Hémoplasie übt eine deutliche Einwirkung auf den Ablauf der leukozytären Reaktionen im Sinne einer Heilungsbeschleunigung aus, indem eine dem Stadium der Progredienz entsprechende Neutrophilenreaktion bald von der monozytären Reaktion abgelöst und auch diese Zwischenphase relativ rasch überwunden und das Stadium der Lymphozytenreaktion erreicht wird. Neben diesen typischen Einflüssen auf das weiße Blutbild spricht noch die Zunahme der Erythrozytenzahl und des Hämoglobindex für eine direkte Einwirkung des Hémoplasie auf das Blut. Eine andere Einwirkung des Präparates auf den tuberkuloseinfizierten Organismus besteht in einer gewissen Entgiftung, die sich in der Verminderung oder dem Schwinden toxischer Allgemeinsymptome äußert. Besonders deutlich und fast regelmäßig kommt es bei Erwachsenen und Kindern zu einer bald einsetzenden und anhaltenden Vermehrung des Appetits. Bei schweren tuberkulösen Prozessen genügt natürlich die Hémoplasiebehandlung allein nicht. Hémoplasie wird am besten kombiniert per os und subkutan verabfolgt. Man steigt allmählich auf 6 Pillen pro Tag und injiziert zwei- bis dreimal wöchentlich 2 bis 3 ccm. Durch höhere Dosen wird der Behandlungseffekt nicht gesteigert.

L. Gordon, Berlin.

457.

Brieger, Ernst, Zur Physiologie und Pathologie der Arbeit beim Phthisiker. (Med. Klin., Nr. 47, 1928.) Der energetische Prozeß beim Phthisiker nicht in typischer Weise verändert. Der Phthisiker kann trotz erhöhter Senkung und trotz verminderter Vitalkapazität ökonomisch, d. h. mit günstigem Wirkungsgrad und normaler Restitution, arbeiten. Die Verschlechterung des Wirkungsgrades und die Verlängerung der Restitution hat er mit einem schwächeren und ungeübten Individuum gemeinsam. Immerhin geben die Methoden, welche den Wirkungsgrad und die Restitution bestimmen, objektive Anhaltspunkte für die Arbeitsfähigkeit des einzelnen. Die Leistungsfähigkeit des Phthisikers wird wesentlich gekennzeichnet durch das Verhalten des Pulses und der Atmung. Ueberventilation, Absinken der alveolären Kohlensäurespannung, Tachykardie kennzeichnen den Zustand des arbeitsunfähigen Phthisikers. Am zweckmäßigsten ist es auch hier, die Werte zu den Werten des Sauerstoffverbrauchs in Beziehung zu setzen. Die Regulationsstörung, die die Leistungsschwäche des Phthisikers bedingt, besteht in einem Mißverhältnis zwischen Lungenventilation und -zirkulation und ist sicher durch eine Stauung im Lungenkreislauf mitbedingt. Der Phthisiker ist bei der Arbeit sicher mehr herzkrank als lungenkrank.

L. Gordon, Berlin.

458.

Wichmann, F. W., Sanocrysinbehandlung bei experimenteller Kaninchentuberkulose. (Med. Klin., Nr. 45, 1928.) Verfasser konnte eine Beeinflussung des tuberkulösen Krankheitsprozesses bei Kaninchen durch Sanocrysin nicht feststellen. Da zwischen behandelten und unbehandelten Kaninchen keinerlei Unterschiede zu beachten waren, ist anzunehmen, daß in denjenigen Tuberkulosefällen bei Menschen und Tieren, bei denen Sanocrysin und auch andere Goldpräparate einen Heileffekt bewirken, dieser nicht auf eine direkte Abtötung der Erreger durch die Substanzen zurückgeführt werden darf. Verfasser glaubt, daß die therapeutische Wirksamkeit der Goldpräparate bei Tuberkulose auf Vorgänge beruht, die man der unspezifischen Reiztherapie zuzurechnen hat.

L. Gordon, Berlin.

459.

v. Gara, P., Ueber den Nachweis von Tuberkelbazillen nach dem von Cooper modifizierten Verfahren sowie nach der Färbemethode von Jessen. (Med. Klin., Nr. 45, 1928.) Die von Cooper

kürzlich angegebene Modifikation steht der Antiforminmethode von Uhlenhuth an Brauchbarkeit sehr nahe und hat für den Praktiker den großen Vorzug der leichteren technischen Anwendbarkeit. Coopers Methodik lautet: lufttrockene, fixierte Ausstriche 4 Minuten lang mit Karbolfuchsin erhitzen, dann 2 Minuten bis zur Niederschlagsbildung abkühlen lassen, abspülen in Leitungswasser, entfärben in fünfprozentigem Salpetersäurealkohol, abspülen, nochmals längere Zeit in Salpetersäurealkohol entfärben, nochmals abspülen, 2 Minuten in 95prozentigem Äthylalkohol, 1 Minute mit Löfflers Methylenblau nachfärben. L. Gordon, Berlin.

Kinderheilkunde.

460.

Wilson, R. A., **Behandlung der Asphyxia neonatorum mit Injektion von α-Lobelin in die Nabelvene.** (Amer. J. Obst., 16, S. 379, 1928.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Asphyxie der Neugeborenen die intravenöse Injektion von Lobelin in die Nabelvene: Ein Assistent hält das Kind an den Füßen mit dem Kopf nach unten; der Operateur legt die Nabelschnur auf die flache Hand und injiziert eine Ampulle Lobelin in die Nabelvene. Zur Identifikation der Nabelvene dienen folgende Punkte: Die Vene ist größer als jede der beiden Arterien. Diese verlaufen im Gegensatz zur Vene mehr oder weniger gewunden. Die Vene zeigt außerdem Erweiterungen und Varizen, wodurch sie leicht von den Arterien zu unterscheiden ist. Ferner pulsieren die Arterien, während die Vene pulslos ist. Sollte man trotz dieser Unterscheidungsmerkmale nicht sicher sein, ob man in die Vene oder eine Arterie injiziert, so ist es zweckmäßig, in jedes der 3 Gefäße je $\frac{1}{4}$ der Ampulle einzuspritzen. 7 bis 20 Sekunden nach der Injektion setzt die Atmung ein. Die Wirkung dauert 10 bis 20 Minuten. Braun.

461.

Watry, F., **Maxilläre Dysmorphosen bei debilen Kindern.** (Scapel, Nr. 40, 1928.) Die klinische Beobachtung einer großen Reihe von debilen Kindern bestätigt die Annahme, daß zwischen Entwicklungsstörungen und Mißbildungen des Oberkiefers ein enger Zusammenhang besteht. Die Häufigkeit von Dysmorphosen bei debilen Kindern kann ruhig als konstant gelten, so daß man sie in das klinische Bild der angeborenen oder erworbenen kindlichen Debität einreihen kann und ihre Behandlung als wesentlichen Bestandteil des Kampfes zum Schutze der debilen Kindheit betrachten muß. In der Mehrzahl der Fälle scheinen diese Dysmorphosen sich sekundär einzustellen, begünstigt durch eine vorliegende Rachitis. Held.

462.

Hoobler, B. Raymond, **Symptomatologie des B-Vitaminmangels bei Säuglingen.** (J. Am. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 5, 1928.) Auf den Philippinen, in Japan und fast in allen tropischen Gegenden, wo ein Großteil der Bevölkerung von poliertem Reis zu leben gezwungen ist, stellt die Säuglings-Beriberi eine ungemein häufige Erkrankung dar, der trotz frühzeitiger Erkennung eine große Zahl von Kindern des ersten Lebensjahres zum Opfer fällt. Die Krankheit tritt am häufigsten im dritten Lebensmonat auf bei Brustkindern, deren Mütter infolge des vorwiegenden Genusses von geschältem Reis Mangel an B-Vitamin (antineuritischem Vitamin) leiden. Es erkranken nicht nur die Kinder solcher Mütter, welche selbst Erscheinungen der Beriberikrankheit aufweisen, sondern auch die anscheinend gesunden Mütter. Das Krankheitsbild der Säuglings-Beriberi, wie Autor es auf den Philippinen zu sehen Gelegenheit gehabt hat, setzt sich aus folgenden Erscheinungen zusammen: 1. Frühzeitig auftretende gastro-intestinale Störungen, begleitet von Erbrechen, Obstipation, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme. 2. Unruhe und Verdräglichkeit. 3. Blässe und wächserner Teint. 4. Das Schreien ändert seinen Charakter, wird zu einem schwachen Wimmern; die Stimme kann gänzlich verloren gehen. 5. Verminderung der Harnmenge; die Windeln werden nur ein- bis zweimal täglich naß. 6. Plötzliche Anfälle von kolikartigen Schmerzen treten auf, während welcher das Kind steif und zyanotisch wird. 7. Meningeale Reizerscheinungen, wie choreiforme Bewegungen, Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, leichte Nackensteifigkeit, allgemeine Spasmen, Schielen, sogar Krämpfe treten gelegentlich auf, wobei die Lumbalpunktion einen normalen Liquor ergibt. 8. Die Muskulatur ist schwach, besonders die der Unterschenkel; die Patellarreflexe sind abgeschwächt. Allgemeine Schwäche der Extremitäten und gelegentlich vollständiger Verlust der Bewegungsfähigkeit. 9. Der Tod tritt, wenn die vitaminlose Ernährung fortgesetzt wird, infolge Versagens der Herztätigkeit ein.

Derart voll entwickelte, auf gänzlichem Fehlen des B-Vitamins beruhende Fälle infantiler Beriberi sind in den Vereinigten Staaten zwar nicht zu beobachten; jedoch finden sich einige der vorstehend aufgeführten Erscheinungen im Verlaufe von Ernährungsstörungen jüngerer Säuglinge auch in den Vereinigten Staaten, so daß Autor die Frage für gerechtfertigt hält, ob diesen Symptomen nicht in

manchen Fällen eine längerdauernde Unterschreitung des für den Säuglingsorganismus notwendigen Minimums an B-Vitamin zugrunde liegt. Diese Möglichkeit ist bei der in den Vereinigten Staaten gegenwärtig üblichen Ernährungsweise gravider Frauen und stillender Mütter nicht von der Hand zu weisen. Fett-, Eiweiß-, Kohlehydrat- und Mineralgehalt einer Brustmilch mögen normale Werte aufweisen, B-Vitamin kann aber fehlen, wenn die Nahrung der Mutter zu wenig B-Vitamin enthält. Auch von den zur künstlichen Ernährung der Säuglinge verwendeten Nahrungsmitteln und Nahrungsmischen enthalten nur die wenigsten B-Vitamine in hinreichender Menge (Kuhmilch und Orangensaft).

Die Auffassung der Beriberi als eine tropische Krankheit, die nur bei Völkern vorkommt, deren Nahrung vorwiegend aus poliertem Reis besteht, hat es bisher verhindert, daß der Frage nach dem Gehalt der Nahrung an B-Vitamin in nördlichen Gegenden genügende Beachtung geschenkt wurde. Zahlreiche unserer gewöhnlichsten und alltäglichsten Nahrungsmittel sind ebenso frei von B-Vitamin wie polierter Reis und können, wenn nicht von hinreichend B-vitaminhaltigen Stoffen in der täglichen Nahrung begleitet, Störungen zur Folge haben, die denen bei Beriberi einigermaßen vergleichbar sind. Die Symptome, welche sich bei Säuglingen einstellen, deren Nahrung längere Zeit hindurch ein Minus an B-Vitamin aufweist, sind: 1. Appetitlosigkeit, 2. Abnahme des Körpergewichtes, 3. spastische Zustände in den Armen und Beinen, 4. Steifheit des Nackens, 5. Unruhe, Weinerlichkeit und Verdräglichkeit, 6. Blässe der Haut und niedrige Hämoglobinwerte.

Versuche, B-Vitamin in konzentrierter Form herzustellen, um es in ebenso einfacher Weise wie andere Vitamine dem Säugling zuführen zu können, sind von verschiedenen Seiten unternommen worden. McLaughlin und Andrews stellten als erste ein alkoholisches Extrakt aus Reishüllen her, welches Beriberi verhinderte. Reich an antineurotischer Substanz sind Weizenkeimlinge. Besonders reich an B-Vitamin sind ferner die verschiedenen Arten von Hefe, insbesondere die Bierhefe. Zusatz von Bierhefe (einen halben Teelöffel pro Tag) zu der im übrigen gleichbleibenden Nahrung von Säuglingen, welche die oben erwähnten Zeichen des partiellen B-Vitaminmangels aufwiesen, brachte überraschende Resultate. Das fast niemals fehlende Symptom der hochgradigen Anorexie schwand erstaunlich rasch. Der zunehmende Appetit führte schließlich zur Aufnahme von Nahrungsmengen, die in einzelnen Fällen die Grenzen des Normalen überschritten. Hand in Hand damit ging eine auffallend rasche Gewichtszunahme, die auch dann noch anhielt, wenn die Nahrungsmenge keine weitere Steigerung mehr erfuhr, was in vollkommener Uebereinstimmung mit den in Tierversuchen gemachten Beobachtungen steht und dafür spricht, das B-Vitamin nicht allein den Appetit anregt, sondern auch eine bessere Ausnützung und Assimilation der Nahrung bewirkt. Auch die von Seiten des Nervensystems vorhandenen Symptome, die Steifheit der Extremitäten und des Nackens schwanden im Laufe der Behandlung mit Hefe. Auf Grund dieser günstigen Resultate ist Verfasser der Ansicht, daß jeder Säugling mit seiner üblichen Nahrung eine Zulage von B-Vitamin erhalten sollte, die ebenso regelmäßig zu verschreiben wäre wie z. B. Lebertran und Orangensaft. L. Büchler.

463.

Haase-Koeppel, Margerit, **Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in der Nahrung und im Körper des Kindes.** 10. Mitteilung: Ueber die Rolle des Phosphors im Phosphorlebertran. (Arch. Kinderheilk., 85, H. 3/4, S. 257, 1928.) Frischer, neutral reagierender Lebertran ist nach 2 Monaten biologisch und chemisch nachweisbar sauer geworden. Setzt man diesem Lebertran 0,01% Phosphor zu, so ist er nach 2 Monaten biologisch und chemisch nachweisbar sauer geworden. Setzt man diesem Leberstrahlen, so wird er schneller sauer als ebenso lange bestrahlter Lebertran. Also bildet der Phosphor ein wichtiges Konservierungsmittel des Lebertrans. Also nicht seine antirachitischen Eigenschaften, sondern sein Konservierungsvermögen machen ihn als Lebertranbestandteil wertvoll. Pogorschelsky, Breslau.

464.

Katz, G., **Die Myatonla congenita eine heredo-degenerative Erkrankung.** (Arch. Kinderheilk., 85, H. 3/4, S. 161, 1928.) Die Myatonla congenita ist eine auf einer im Keimplasma determinierten Minderwertigkeit der trophischen Nervenbahnen beruhende heredo-degenerative Erkrankung. Je nach dem Sitz der Erkrankung gibt es verschiedene Krankheitsbilder. Bei ausgedehnten, schon bei der Geburt manifesten Formen der Myatonie ist die Prognose schlecht. Bei leichteren Fällen kann man wohl eine Besserung, niemals aber eine völlige Heilung beobachten. Die sogenannte Werdnig-Hoffmannsche Krankheit (familiäre, progressive Muskelatrophie) ist nur eine Untergruppe der kongenitalen Myatonie. Bei der Therapie kommt es vor allem auf Schonung und Fernhalten des Kranken vor schädigenden Infekten an. Reiztherapie in jeder Form ist durchaus kontraindiziert. Pogorschelsky, Breslau.

^{465.}
Durmaschkin, W. M., Zur Frage der Perforation des Magengeschwürs und zur Kasuistik der perforierten Geschwüre im Kindesalter. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 10, S. 741, 1928.) Beschreibung eines Falles. 12jähriges Mädchen. Seit 2 Jahren drei Schmerzanfälle im Epigastrium. Im letzten halben Jahr keine Beschwerden. Jetzt plötzliches Auftreten von Magenschmerzen, die sich einige Tage später im Anschluß an körperliche Anstrengung verstärkten. Für Perforation typische Erscheinungen. Laparatomie: In der Bauchhöhle reichlich Eiter; Verwachsungen der hinteren Magenwand mit dem Dickdarm; in dem infiltrierten Mesenterium ein geldstückgroßes Loch, in dem sich Mageninhaltreste zeigten. Nach Heilverlauf von 6 Wochen genas das Kind und ist seit einem halben Jahr beschwerdefrei.
 E. Kontorowitsch.

^{466.}
Birk und Hager, Klinik der perifokalen (epituberkulösen) Infiltration bei Kindern. (Münch. med. Wschr., 47 und 48, 1991 und 2057.) Eine epituberkulöse Entzündung kommt dadurch zustande, daß Giftstoffe aus dem spezifischen Herd in die unmittelbare Nachbarschaft geraten und bei gesteigerter Giftempfindlichkeit des Gewebes eine sehr heftige Reaktion auslösen. Die perifokalen Entzündungen können sich sowohl um den Primärherd, wie um den Lymphweg, wie auch um den Lymphknotenherd herum entwickeln. Diese perifokalen Folgeerscheinungen sind nur bei jener Minderheit tuberkulös angestocker Kinder zu beobachten, bei der die Erstinfektion überhaupt zu klinischen Symptomen führt. Jedoch finden sich diese Veränderungen nicht nur im Anschluß an die Entwicklung des Primärkomplexes, sondern auch im Sekundärstadium. Die Vielgestaltigkeit der Lungen- und Pleuraveränderungen in diesem Stadium, von denen jede mit perifokalen Prozessen einhergehen kann, bedingt die verschiedensten Verlaufsmöglichkeiten und die mannigfaltigsten Röntgenbefunde. Bei der Beurteilung einer Platte drängt sich stets die Frage auf: Was ist wirklich tuberkulös und was ist auf perifokale, rückbildungsfähige Veränderungen zu beziehen?

In einem Teil der Fälle stellen die perifokalen Herde Zufallsbefunde dar, ohne daß jemals Lungensymptome bestanden haben, wenn auch andere Zeichen auf die stattgehabte Infektion hinweisen (Phlyktänen, Erythema nodosum u. a. m.). Die Mehrzahl der Kinder erwirbt den perifokalen Herd durch eine interkurrente Erkrankung. Gewöhnlich bleiben nach Abklingen der Infektion (Grippe, Masern, Scharlach, Varizellen, Mumps) hohe Temperaturen zurück, für die zunächst eine Ursache nicht gefunden wird und die zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes führen. Nicht nur Infekte, sondern überhaupt alle Schädlichkeiten (Ponndorfsche Impfung, Höhensonnenbestrahlung, Reizkörpertherapie) können unter Umständen die in der kindlichen Lunge sitzende Tuberkulose derart beeinflussen, daß sie mit einer perifokalen Entzündung reagiert. In seltenen Fällen kann die perifokale Herdbildung zu plötzlichem hohem Fieber führen, das nach Art einer akuten Infektion einsetzt und wo mit den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden zumeist kein Befund zu erheben ist. Die mit Fieber verlaufenden Fälle bleiben über Wochen und Monate fieberhaft bis — bei günstigem Ausgang — die Temperaturkurve allmählich zur Norm absinkt. Einzelne Erkrankungen verlaufen im allgemeinen wohl fieberfrei, wenn auch geringe Zacken vorkommen, und nur ein geringer Prozentsatz ist gänzlich fieberlos. Die Größe des Infiltrates beeinflusst den Temperaturverlauf keineswegs; es ist sogar in gewisser Weise charakteristisch, daß große, einen Lungenlappen einnehmende Infiltrate nicht mit Fieber einhergehen.

Auf Grund der Röntgenuntersuchung sind drei Formen von perifokalen Infiltrierungen zu unterscheiden. Die eigentlichen epituberkulösen Infiltrate sind dadurch charakterisiert, daß ihre Ausdehnung zumeist einem ganzen Lappen entspricht, daß sie immer groß, in sich geschlossene Herde darstellen. Sie finden sich gewöhnlich in den Oberlappen, besonders im rechten. Bei frischen Prozessen ist die Verschattung von gleichmäßiger Dichte. Später zeigen sich fleckweise Aufhellungen, so daß eine wolkige Trübung vorzuliegen scheint, die von wirklich tuberkulös-exsudativen Veränderungen sehr schwer zu unterscheiden ist. Ein Zusammenhang des epituberkulösen Herdes mit dem Hilus ist stets nachzuweisen. Bei den eigentlichen perifokalen Infiltrierungen handelt es sich um kleinere, haselnuß- bis apfelgroße, gut begrenzte Herde von gleichmäßiger Schattendichte, die zumeist mitten im Lungenfeld sich befinden. Sie können einzeln oder zu mehreren (auf einer oder beiden Lungenseiten) auftreten. Die Hilusgegend ist immer mit betroffen. Die wochen- und monatelang anhaltenden Fieberzustände gelangen bei den perifokalen Herden häufiger zur Beobachtung als bei den epituberkulösen Infiltraten. Als dritte Erscheinungsform ist die perihiläre Infiltration anzusehen, die im Hilus selbst gelegen ist. Sie entsteht durch Befallensein ganzer Drüsengruppen. Der Erkrankungsprozeß in seiner ganzen Ausdehnung ist niemals völlig faßbar, da stets ein beträchtlicher Teil vom Herz- und Gefäßschatten überlagert wird und auch bei Durchleuchtung im schrägen Durchmesser

nur bis zu einem gewissen Grade zugänglich wird. Die perihiläre Infiltration liefert entweder einen dreieckigen Schatten, der mit der Basis im Hilus liegt und mit seiner Spitze in das Lungenfeld hineinreicht, oder sie tritt in Form halbkugeliger Gebilde aus dem Hilusschatten hervor. In anderen Fällen erscheint sie als band- oder streifenförmiger Schatten, der etwas oberhalb des Zwerchfells beginnt, am Herzrand aufwärts zieht und über den Hilus hinweg bis zur Höhe der paratrachealen Drüsen sich erstreckt. Dieser Schattenstreifen ist links nur in einzelnen Teilen zu erkennen, während er rechts in ganzer Ausdehnung zu verfolgen ist, wobei er als Gebilde von sehr ungleichmäßiger Schattendichte erscheint. Die perihilären Infiltrationen stellen die häufigste Form der perifokalen Entzündung dar.

Die Diagnose der epituberkulösen Infiltration ist im wesentlichen eine Röntgendiagnose. Selbst bei den großen, einen ganzen Lappen einnehmenden Prozessen sind die mit Hilfe der Auskultation und Perkussion zu erhebenden Befunde gewöhnlich so geringfügig, daß sie von der Ausdehnung der Erkrankung keine richtige Vorstellung übermitteln können. Die perihilären Infiltrierungen sind gewöhnlich ohne Röntgen überhaupt nicht nachzuweisen, auch die perifokalen Herde verursachen nur geringe Abweichungen des Atemgeräusches. Systematisch zu röntgen sind die Kinder mit hoher Giftempfindlichkeit und niedriger Immunitätslage (ungewöhnlich stark positiver Pirquet), die im Sekundärstadium so häufig zum Auftreten perifokaler Herde führen. Der Gesamthabitus ist bei Kindern weder für die Diagnose der Tuberkulose noch für die einer epituberkulösen Affektion zu verwerten. Auch das Allgemeinbefinden gewährt nur selten einen diagnostischen Anhalt, wenn auch die meisten Kinder etwas kränkeln. Die Blutsenkung ist in frischen Fällen beschleunigt, wo auch eine ausgesprochene Neutrophilie mit Linksverschiebung anzutreffen ist. Die Therapie hat sich auf Freiluftliegekuren und Höhensonnenbestrahlungen zu beschränken. Versuche, die monatelang bestehenden Infiltrate durch Röntgenbestrahlung zu beeinflussen, sind zu unterlassen (Gefahr der akuten Verschlimmerung). Die Pneumothoraxbehandlung, die des öfteren infolge diagnostischer Irrtümer zur Durchführung gelangt, schadet zwar nicht, doch ist sie völlig überflüssig. Die Prognose der epituberkulösen Infiltrationen ist als günstig zu bezeichnen, da sie fast immer entweder restlos verschwinden oder unter Hinterlassung eines Kalkherdes, einer Interlobärschwarte oder eines Bezirkes verstärkter Bronchialzeichnung sich zurückbilden. Nur in 3 Fällen unter 50 führte die mit perifokaler Infiltration verlaufende Tbc. zum Tode. In seltenen Fällen lösen auch andere Infekte als der tuberkulöse typische perifokale Herdbildungen aus.
 Biberfeld.

^{467.}
Gerbas, M., Klinische Beobachtungen über die Therapie der Bronchiektasien im Kindesalter. (Pediatria, Jahrg. 36, Heft 23.) Auf Grund von vier Beobachtungen mit günstigen Resultaten wird die Pneumothoraxtherapie zur Behandlung der Bronchiektasien, wenn keine pleuritischen Verwachsungen vorhanden sind, empfohlen. Daneben soll noch eine spezifische Vakzinetherapie die Heilung beschleunigen.
 Eugen Stransky, Wien.

^{468.}
Nobécourt, Die Migräne bei Kindern. (Clin. et Labor., Nr. 9, 1928.) Die Migräne besteht in paroxysmischen Anfällen von kurzer Dauer; sie sind charakterisiert durch ein ausgeprägtes Symptomenbild. Hierzu gehören: der Kopfschmerz und zwar besonders der halbseitige, Uebelkeit und Erbrechen, Sehstörungen und schlechthier Veränderungen des Seelenzustandes.

Bei Kindern ist die Migräne nicht sehr häufig; unter 1000 Kindern betrifft sie höchstens 1 bis 2. Das Leiden kann schon in frühester Kindheit einsetzen, doch ist die Diagnose dann schwer zu stellen. Sind die Kinder schon über das sechste Lebensjahr hinaus, so können sie ihre Symptome selbst schildern, was die Diagnose erleichtert. In der frühen Kindheit sind die Symptome auch wenig deutlich. Das Kind wird plötzlich unruhig, erbricht, fiebert bisweilen leicht; mitunter stellen sich auch Krampfzuckungen ein. Der Anfall ist nach 2 bis 3 Stunden erledigt; ihm folgt ein mehrstündiger Schlaf. Später, wenn das Kind älter geworden ist und an die Stelle der eben beschriebenen Anfälle charakteristische Migränekrisen getreten sind, stellt man die Diagnose retrospektiv. Die Migränen der zweiten und dritten Kindheit ähneln schon mehr denen der Erwachsenen. Sie beginnen brüsk, ohne Vorzeichen, innerhalb weniger Minuten setzt sich der Schmerz fest, wobei es mitunter zu Nasenbluten kommt. Der typische einseitige Kopfschmerz, der frontal, parietal oder okzipital sitzt und nach der Augenhöhle ausstrahlt, ist um so stärker, je älter das Kind ist. Er wird durch Geräusche, Licht und Gerüche vermehrt. Fast allen Erkrankten ist die Lichtscheu gemeinsam. Manchmal beschreiben Kinder kleine Skotome. Bisweilen stehen Uebelkeit und Erbrechen im Vordergrund. Die Intoleranz des Magens ist dann so groß, daß das Kind selbst schluckweise genommene Flüssigkeiten wiedergibt. Andererseits leitet solches Erbrechen schon das Ende des Anfalles ein. Die

Dauer des Anfalls beträgt im Durchschnitt einen Tag, wobei aber der Schmerz nicht kontinuierlich zu sein braucht.

Bei der Erforschung der Krankheitsursache steht die Heredität obenan. Die Migräne beruht auf einer Gefäßzusammenziehung durch Sympathikuserregung. Der Schmerz wird verursacht durch Gefäßkrampf im Gebiete des Trigeminus und der Dura mater. Die Augenmigräne kommt zustande durch einen Gefäßkrampf in den kortikalen Region. Faktoren, die imstande sind, eine Sympathikuserregung und einen Gefäßkrampf herbeizuführen, sind zahlreich. Obenan steht die Anaphylaxie und zwar besonders die alimentäre. Milieu, Temperament und Diathese sind für die Entstehung von Migränen ebenfalls verantwortlich zu machen. Held.

Ruthardt, Max, Beitrag zur Abgrenzbarkeit der Erythrodermia desquamativa (Leiner) von der exsudativen Diathese. (Arch. Kinderheilk., 85., H. 3/4, S. 221, 1928.) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Erythrodermia desquamativa (Leiner) eine Erkrankung sui generis ist und mit der exsudativen Diathese nichts zu tun hat. Pogorschelsky, Breslau.

Boettiger, Kurt, Zur Kasuistik der Purpura fulminans. (Arch. Kinderheilk., 85., H. 3/4, S. 239, 1928.) Beschreibung eines Falles von Purpura fulminans, bei dem es aus vollster Gesundheit heraus durch ein geringfügiges Trauma zu sehr ausgedehnten Hautblutungen kam, die sich durch keine therapeutischen Maßnahmen aufhalten ließen und ad exitum führten. Pogorschelsky, Breslau.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.

Dymschitz, R. A., Wirkung des Benzols auf den blutbildenden Apparat. (Klin. Z. Saratow-Univ., 5., H. 1, S. 5, 1928.) Die experimentellen Untersuchungen an Kaninchen führten zu folgenden Resultaten: Eine subkutane Einführung von 1,0 ccm Benzol pro Kilo Gewicht ruft beim Tier eine hochgradige Leukopenie hervor. Nach 9 bis 10 Injektionen vermindert sich die Leukozytenzahl bis auf 300 bis 100 in 1 ccm. Auf das leukoplastische System wirkt das Benzol zerstörend; das lymphatische System wird in gleicher Weise betroffen wie das Knochenmark. Dabei erweisen sich die Myeloblasten als widerstandsfähigste Zellen. Zerstörungen werden auch im Erythroblastensystem vorgefunden. Was die Anämie bei der Benzolvergiftung anbetrifft, so ist sie von aplastischem Typus und nicht hochgradig. Die Abnahme der Erythrozyten bei Benzolvergiftung wird nicht durch ihre Zerstörung in der Blutbahn, sondern infolge ihres physiologischen Absterbens und ihrer Nichtergänzung seitens des Knochenmarks erklärt. Die Leukozyten werden nach Benzoleinverlebung nicht in der Blutbahn, sondern im Knochenmark und in der Milz zerstört. — Bei den Tieren, die der Einwirkung von Benzoldämpfen ausgesetzt wurden, beobachtete man danach eine Verminderung der Erythrozyten, wobei in den ersten zwei Wochen des Versuchs ihre Abnahme 1 500 000 bis 1 600 000 pro 1 ccm betrug. Später tritt wieder eine Zunahme der roten Blutkörperchen ein. Was den Charakter der bei den chronischen Vergiftung durch Benzoldämpfe beobachteten Anämie anbelangt, so bedarf diese Frage noch weiterer Untersuchung. E. Kontorowitsch.

Abrashejewa, Verabreichung galletreibender Mittel per os et per duodenum. (Arch. Verd. krkh., 44., Nr. 3/4.) Olivenöl, Rahmbutter, Gemisch von schwefelsaurer Magnesia und Pepton wirken auf die Ausscheidung der Galle in den Darm vollkommen gleichmäßig, sowohl bei der Darreichung per os wie durch die Duodenalsonde. Ein Gemisch von Magnes. sulf. 5,0, Pepton 2,0 und Aq. dest. 40,0 hat bei Darreichung per os einen noch stärkeren Gallefluß bewirkt wie bei duodenaler Anwendung. Es scheint zu den stärksten Reizen auf die Gallenabscheidung zu gehören, die wir überhaupt besitzen. Ficgel.

Dautrebande, L., Einige neue Gesichtspunkte zur Jodbehandlung des Hyperthyreoidismus. (Presse méd., Nr. 86, 1928.) Nach den Erfahrungen des Verf. in Belgien reagieren die thyreotoxischen Adenome auf Jod ebenso wie der echte Basedow. Die fortgesetzte und progressive Joddarreichung erhält bei einer Anzahl von Fällen den Grundsatz für längere Zeit auf ein Minimum. In Fällen, die rebellisch gegen die progressiven Dosen sind, empfiehlt sich die fraktionierte Dosierung, d. h. halbstündlich 3 bis 5 Tropfen, die noch weiter zu individualisieren ist je nach dem Verhalten des Grundumsatzes, das allein maßgebend für die Beurteilung der Erkrankung ist. Haber.

Damgaard-Rasmussen, A., Atrobyl „Leo“. (Ugesk. f. Laeger, Nr. 50, 1928.) Atrobyl „Leo“ ist eine Mischung von Aspirin und Atropin, die gegen Asthma bronchiale und Emphysem empfohlen wird. Der Verf. ließ dazu Tabletten herstellen, die Atropin sulphur. 0,000 und 0,56 Albyl enthielten. Er gab 4 bis

6 Tabletten täglich in allmählich steigender Dosis. Atrobyl läßt sich mit Expektorantien zusammen gut anwenden. S. Kalischer.

Imparato, E., Beitrag zum Studium des Follikulins. (Gynec., Juni 1928.) Wir wissen vom Follikelsaft, daß er folgende Eigenschaften hat:

1. einen deutlichen Einfluß auf den Genitaltraktus und die Mammæ;
2. ruft er bei jungen oder kastrierten Tieren den Oestrus hervor;
3. verlängert er während des Zyklus die östrischen Erscheinungen;
4. ruft er in starken Dosen einen Abort hervor.

Die Frage, ob der eingespritzte Follikelsaft Veränderungen im Ovarium hervorruft, wird von französischen Autoren im Sinne einer Proliferation beantwortet, während deutsche dieses bestreiten. Verf. studierte die Wirkungen, die dieser Stoff auf den Genitaltraktus und besonders das Ovarium ausübt. Er kommt zu dem Schluß, daß der Follikelsaft nicht nur auf Vagina und Uterus wirkt, sondern auch auf das Ovarium, und zwar durch Versuche am Meerschweinchen, das lange mit kleinen Dosen jeden zweiten oder dritten Tag behandelt wurde. Das Ovarium des behandelten Meerschweinchens wiegt 1,15mal soviel als das eines nicht behandelten. Die Zahl der Follikel ist verringert, aber die einzelnen Follikel sehr groß, was an Abbildungen erläutert wird. Einige der großen Follikel bilden sich zu Zysten um; Primordialfollikel sind kaum vorhanden. Man erreicht also mit Einspritzungen von Follikulin eine große Proliferation der Follikel und eine deutliche Zunahme der Atresie von Primordialfollikel. Kosminski, Berlin.

Levaditi, C., T. A. Anderson, Frl. Y. Manin, Die Rolle des Gluthation bei der Bildung von Trypanotoxyl und Bismoxyl. (Bull. de la Soc. de Pathol. exot., Nr. 8, 1928.) Levaditi und seine verschiedenen Mitarbeiter haben in ihren bis auf das Jahr 1908 zurückgehenden Untersuchungen über den Wirkungsmechanismus der Arsinsäurederivate (Atoxyl, Arsenophenylglyzin) und den Wismutkörper bei Trypanosomen und Spirilleninfektionen bewiesen, daß diese Körper frei von parasitötötenden Eigenschaften in vitro, sofort stark keimtötend wirken, wenn man sie mit Organextrakten (Leber, Niere, Muskel, Gehirn usw.) zusammenbrachte. Es bilden sich dann nämlich Metallweißverbindungen, Trypanotoxyl und Bismoxyl, die die Erreger nicht nur im Reagenzglas, sondern auch im lebenden Organismus abtöten. Levaditi hat von Anfang an behauptet, daß Reduktionsprozesse bei dieser Umwandlung eine Hauptrolle spielen. Um dies Problem weiter auszuarbeiten, untersuchen die Autoren jetzt die Rolle des Gluthation bei der Ausarbeitung von Trypanotoxyl und Bismoxyl.

Bekanntlich ist die Rolle des Schwefels, besonders in Form der Sulfhydrylgruppen im reduzierten Gluthation, eine sehr aktive im Oxydo-Reduktionsprozeß der Gewebe. Was nun zu dem Gedanken veranlaßt, daß das Gluthation bei der Ausarbeitung von Trypanotoxyl und Bismoxyl sowohl in vitro als auch in anima vili mitwirken könnte, waren die Beziehungen, die zwischen der Umwandlungskraft verschiedener Organe und ihrem Gehalt an reduziertem Gluthation bestehen.

Levaditi stellt jetzt folgende Tatsachen fest:

1. Reduziertes Gluthation ist unter bestimmten Bedingungen imstande, im Reagenzglas die Umwandlung von Wismut-Kalium-Natriumtartrat in Bismoxyl herbeizuführen.

2. Es besteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Gehalt der verschiedenen Organe an Gluthation und dem Verwandlungsvermögen dieser Organe gegenüber dem Atoxyl und dem Wismut-Kalium-Natriumtartrat in Trypanotoxyl bzw. Bismoxyl. Dies Abhängigkeitsverhältnis ist jedoch nicht absolut. Denn es besteht zum Beispiel eine größere Differenz zwischen der Gluthationskonzentration zweier Gewebe (Leber und Muskel z. B.) als dem Grade ihrer Umwandlungsfähigkeit. Die diesbezüglichen Versuche, die tabellarisch mitgeteilt werden, berechtigen dazu, dem Gluthation eine aktive Rolle bei der Ausarbeitung von Trypanotoxyl und Bismoxyl auf dem Wege der Oxydo-Reduktion zuzuerkennen. Doch gibt es hier Ausnahmen von diesem Prinzip, besonders verhält sich das Blut anders.

3. Das Phänomen der Oxydo-Reduktion ist nicht der einzige aktivierende Faktor. Je weiter die Umwandlung von As und Bi in Trypanotoxyl und Bismoxyl fortschreitet, desto mehr wird von dem im Organextrakt enthaltenem Gluthation verbraucht; aber dieser Verbrauch ist nicht vollständig trotz des Ueberschusses einer der genannten Metallverbindungen (Metalloidverbindungen). Man ist gezwungen, noch einen vorläufig unbekannten Faktor X anzunehmen, der außer dem Gluthation in diesen Prozeß eingreift.

4. Extrahiert man das reduzierte Gluthation eines bestimmten Gewebes mit Trichlorazetsäure, dann verliert das Gewebe einen Teil seiner Fähigkeit der Umwandlung, behält aber doch noch genügend, zum Nachweis: sie ist schwach für Bismoxyl, deutlich für Trypanotoxyl.

Hieraus geht hervor, daß das Gluthation nicht der einzige oxydo-reduzierende Faktor ist, der auf die therapeutisch wirksamen Arsinsäure- und Wismutverbindungen einwirkt.

5. Das Blut spielt eine besondere Rolle. Es ist am ärmsten an reduziertem Gluthation, sein Gehalt wechselt außerdem je nach der respiratorischen Funktion, z. B. Zunahme an Gluthation während der Asphyxie. Es ist nun eigenartig, daß die Fähigkeit des Blutes, das Wismut-Kalium-Natriumtartrat in Bismoxyl zu verwandeln, entsprechend seiner Gluthationarmut gleich Null ist, daß aber beim Atoxyl die Fähigkeit des Blutes zum Umwandlung in Trypanotoxyl ganz erheblich ist. Hier muß also gleichfalls noch ein anderer Faktor außer dem Gluthation eine Rolle spielen. Es ergab sich ferner, daß die Umwandlungsfähigkeit des Blutes an die Blutkörper gebunden ist und auf das Stroma und das Hämoglobin verteilt ist.

6. Auch beim Versuch mit Hühnerembryonen zeigte sich, daß die umwandelnden Eigenschaften dieser Organe meist ihrem Gluthationgehalt entsprechen, ebenso wie die Organe erwachsener Tiere.

477. Schönfeld, W., und W. Leopold, Die Verteilung und Ausscheidung innerlich und intravenös zugeführter körperfremder Stoffe im Zisternen- und Lumballiquor. (Dtsch. med. Wschr., 51, Jg. 54, S. 2152.) Brom innerlich fünf bis sechs Tage gegeben, reichert sich bei liquornormalen Fällen im Lumbalteile der Hirnrückenmarksflüssigkeit an; für Fälle mit Veränderungen gilt im allgemeinen dasselbe.

Intravenös in einer einmaligen Einzelgabe zugeführtes Uranin zeigt bezüglich seines Uebertrittes in und seiner Ausscheidung aus dem Liquorsystem einen wellenförmigen Ablauf; man findet zuerst einen höheren Stärkegrad im Zisternen- und wohl auch im Ventrikelliquor als im Lumballiquor, dann eine gleiche Verteilung über die ganze Liquorsäule und vor der endgültigen Ausscheidung einen höheren Stärkegrad im Lumballiquor.

Für das Aeskulin, Urotropin ist bei gleichen Einzelgaben wohl der gleiche Ablauf anzunehmen, für das Salvarsan, Wismut bei wiederholten Gaben nicht unwahrscheinlich.

Diese Befunde bestätigen eine überwiegende Beteiligung der Plexus chorioidei bei der Resorption körperfremder Stoffe aus dem Blute und lassen eine Beteiligung des Lumbalteiles bei der Ausscheidung dieser Stoffe aus dem Liquor erkennen.

Arnold Hirsch, Berlin.

478. Mayer, Rudolf L., Neosalvarsandermatitis nach paravenöser Injektion. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Der Fall bestätigt die schon öfter gemachte Beobachtung, daß eine Ueberempfindlichkeit gegen Salvarsan durch eine vorausgegangene paravenöse Einspritzung hervorgerufen werden kann. Die Dermatitis trat hier zunächst an der Infiltratstelle auf und breitete sich dann über den ganzen Körper aus.

Ernst Levin, Berlin.

479. Heinemann, H., Bericht über 2 Fälle salvarsan-resistenter Framboesie. (Arch. Derm., 156., H. 3, 1928.) Ähnlich wie bei der Syphilis kann auch bei der Framboesie in den letzten Jahren eine Zunahme der salvarsan-resistenten Fälle festgestellt werden. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei derartigen, auch bei anderen Krankheiten gemachten Beobachtungen um periodische Schwankungen in der therapeutischen Beeinflussbarkeit. Bedenklich ist, daß mit der Therapieresistenz oft ein schwerer Krankheitsverlauf einhergeht. Die Framboesie ist zwar durch Salvarsan im allgemeinen symptomatisch sehr gut zu beeinflussen, doch ändert das nichts an ihrer Neigung zu chronischem Verlaufe, bei dem auch die Möglichkeit innerer Erkrankungen nicht ausgeschlossen ist. Es sollte daher bei der Frühbehandlung über die üblichen kleinen Salvarsandosen hinausgegangen werden.

Ernst Levin, Berlin.

480. Kulow, A. E., Eigenartige symptomatische Besonderheiten der Quecksilberenzephalopathie. (Weitere Beobachtungen zur Frage der Quecksilbervergiftung.) (Z. Neur., 116., Nr. 5.) Vier neue Fälle von Quecksilbervergiftung unter den Thermometer anfertigenden Hausarbeitern des klinischen Kreises gaben die Möglichkeit, mehrere eigenartige Besonderheiten der neurologischen Symptomatologie in Form von atypischen Äußerungen der Encephalopathia mercurialis zu beobachten. Die Symptomatologie in Fällen des Verfassers, unter denen ein Fall durch seine Intensität und seine eigenartigen Symptome eine Sonderstellung einnimmt, besteht in der Hauptsache in Intentionstremor, skandierender Sprache (Dysarthrie), ataktischem zerebellärem Gang, Rombergschem Symptom, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, Adiadochokinesis, Veränderungen seitens der Hirnnerven, Amimie, vegetativen Störungen und Quecksilber im Liquor. Der Verlauf und die Prognose waren in bezug auf alle Symptome günstig, ausgenommen die Sprachstörungen, welche auch nach längerer Behandlung fast gar nicht zurückgingen. Bezüglich der Pathogenese des neurologischen Bildes kann in Anbetracht der Sättigung des Organismus mit Quecksilber (Quecksilber im Liquor, im Harn und im Speichel) eine Schädigung der Blut-Liquorschranke und das Eindringen größerer Mengen Quecksilbers in das Zentralnervensystem angenommen werden (in Anbetracht zu ziehen sind dabei die neurotrophen Eigenschaften des Quecksilbers [Hoff]). Obgleich die topische Diagnose einige Schwierigkeiten bietet, kann man doch auf

Grund des oben beschriebenen Symptomenkomplexes sagen, daß es sich in Verfassers Fällen um eine diffuse toxische Zerebropathie mit vorherrschender Schädigung des Kleinhirns und seiner Bahnen handelt. Eine Reihe vegetativer Störungen toxisch-merkuriellen Ursprungs bei angeführten Kranken muß ebenfalls erwähnt werden.

481.

Wladykin, N. J., Jod-Chinintherapie der Malaria. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 8, S. 597, 1928.) Verfasser empfiehlt in den chronischen Malariafällen Darreichung von Jod-Chinin, das sich in seiner Praxis sehr bewährt hat. Das Mittel kann sowohl in Tropfen- als auch in Pulverform gegeben werden. In einer Reihe von Fällen versuchte W. es mit folgender Zusammenstellung: Rp. Tinct. jodi 10%, Tinct. valerian. simpl. aa 7,5, Chinin. muriat. 6,0, MDS, dreimal täglich 20 Tropfen in Milch nach dem Essen. Der therapeutische Effekt war günstig, jedoch wurde bei vielen Patienten danach Jodismus beobachtet. Infolgedessen ging er zu folgender Pulverform über: Rp. Kalii jodati 0,15, Chinin. muriat. 0,2, Pulv. rad. valerianae 0,1. Man gibt davon täglich 3 Pulver, und zwar alle 6 Stunden nach dem Essen je 1 Pulver. Bei dieser Behandlungsweise, die je nach der Fieberkurve ununterbrochen bzw. mit Intervallen durchgeführt wird, sind keine Nebenerscheinungen zu verzeichnen.

E. Kontorowitsch.

482.

Olsen, A. B., Wirkung von oral verabreichtem Paraffinum liquidum auf die Verdauung und Resorption der Nahrung. (J. Am. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 3, 1928.) Tierexperimente und Versuche am Menschen ergaben, daß die orale Verabreichung von Paraffinum liquidum in therapeutischen Dosen (dreimal täglich 15 ccm) keine Störungen in der Verdauung und Resorption der Nahrung zur Folge hat. Die Menge des Stickstoffes und der reduzierenden Substanzen in den Fäzes war während der Versuchsperiode die gleiche wie vorher.

L. Büchler.

483.

Sevringhaus, Elmer L., Schwierigkeiten bei der Diagnose der Insulinhypoglykämie (Insulinschock). (J. Am. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 5, 1928.) Wie Verfasser an Hand zweier Fälle illustriert, kann die Diagnose einer unvermutet auftretenden Hypoglykämie Schwierigkeiten bereiten, wenn die Erscheinungen nicht dem gewöhnlichen Typus entsprechen und gleichzeitig bestehende pathologische Prozesse anderer Art (zerebrale Lues, Mastoidabszeß mit drohender Meningitis, Alkoholismus usw.) die richtige ätiologische Deutung des klinischen Bildes erschweren.

In dem einen vom Autor beobachteten Falle wurden die durch Hypoglykämie ausgelösten Symptome zunächst mit einerluetischen Gehirnerkrankung in ursächlichen Zusammenhang gebracht, in dem andern einer in Entwicklung begriffenen otogenen Meningitis zugeschrieben. In beiden Fällen bestanden Amnesie, Desorientierung und Neigung zu Krämpfen, während die führenden Symptome der Hypoglykämie — Schweißausbruch und Hungergefühl — vollständig fehlten. Zweifel an der Reinheit des verwendeten Insulinpräparates schienen nicht berechtigt, da die beiden Patienten sowohl vor wie nach diesem atypisch verlaufenden Schock hypoglykämische Reaktionen vom gewöhnlichen Typus hatten und andere Patienten, die die gleiche Dosis desselben Präparates erhalten hatten, keine ungewöhnlichen Reaktionen zeigten.

Neben genauer klinischer Beobachtung, Untersuchung des Harns auf Zucker und Azeton, empfiehlt Autor, in derartigen Fällen die „therapeutische Probe“, d. i. die intravenöse Injektion von 10 bis 20 ccm einer sterilen 50% Dextroselösung, vorzunehmen. Diese Probe kann auch dann vorgenommen werden, wenn Zweifel darüber bestehen, ob es sich um Hypoglykämie oder Coma diabeticum handelt. Hypoglykämische Erscheinungen schwinden nach Injektion von Dextrose innerhalb weniger Minuten, während ein Coma unbeeinflusst bleibt. Ein Schaden wird dem im Coma diabeticum befindlichen Patienten durch die Zufuhr von 10 ccm Dextroselösung nicht zugefügt.

L. Büchler.

484.

Mehrtens, H. G., und Hanzlik, P. J., Wismut als Diuretikum. (J. Am. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 4, 1928.) Die Prüfung der diuretischen Wirkung verschiedener Wismutpräparate an einer Reihe von Patienten mit Neurosyphilis ergab folgende Resultate: Intramuskuläre Verabreichung von metallischem Wismut (in Dextroselösung suspendiert), Kalium-Wismut-Tartrat oder Wismut-Salizylat in ölgiger Suspension, bewirken eine deutliche und prompte Steigerung der Harnmenge. Diese Wirkung ist dem Wismut-Ion zuzuschreiben und geht, wenigstens bei Verabreichung der bei der Behandlung der Lues üblichen Dosen, ohne nachweisbare Schädigung der Nierenfunktion vor sich. Orale Verabreichung von 3 bis 5 g Bismutum subnitricum bewirkt nicht immer eine Vermehrung der Harnabsonderung. Das gleiche gilt von Bismutum subcarbonicum. Die nach Verabreichung von Bismutum subnitricum auftretende Diurese darf wohl als Nitritwirkung aufgefaßt werden, wofür einerseits die Abwesenheit von Wismut im Harn, andererseits die mit dem Ein-

setzen der Diurese gleichzeitig auftretenden Symptome einer Nitritwirkung auf die Zirkulation (Sinken des Blutdrucks, Zunahme der Pulsfrequenz) sprechen. Bismutum subcarbonicum bewirkt keine Veränderungen des Blutdruckes und der Pulsfrequenz. Toxische Erscheinungen wurden weder nach oraler noch nach intramuskulärer Applikation der genannten Wismutpräparate beobachtet. Für die Behandlung von Oedemen kommen in erster Linie die intramuskulär zu verwendenden Präparate in Betracht, die hinsichtlich ihrer Wirkung weit verlässlicher sind als die oral zu verabreichenden.

L. Büchler.

^{435.}
Kornblitt, J. O., Ueber den Einfluß der Sol- und Schlamm-bäder auf die Blutzirkulation. (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 9, S. 728, 1928.) Untersuchungen an 287 Personen führten zu folgenden Resultaten: Bei Herzgesunden zeigt der Blutdruck nur nach einer einmaligen Schlammbadeprozedur (33⁹⁰) einen Anstieg, während er im Anschluß an die ganze Kur (1—1½ Monate) ohne wesentliche Schwankungen bleibt. Dagegen kommt es bei Patienten mit Veränderungen seitens des Herzgefäßapparates, insbesondere des Myokards, unter dem Einfluß der gleichen Behandlungskur zu einer starken Senkung des systolischen Druckes und Beschleunigung des Pulses. Eine erhebliche Blutdruckerhöhung wird zur Zeit der Verschärfung der Schmerzen beobachtet.

E. Kontorowitsch.

^{436.}
Eggel, Behandlung von Schlangenbissen. (Med. Welt, Nr. 47, 1928.) Ein bewährtes, einfaches und unschädliches Gegenmittel bei Schlangenbissen ist das übermangansaure Kali. Man spritzt von diesem Mittel nach Erweiterung der Bißwunde etwa 2 ccm einer 2prozentigen Lösung in die Umgebung. Von Nutzen ist möglicherweise auch die innerliche Anwendung. Hat man keine Lösung zur Hand, so kann man auch das fein gepulverte Mittel in die durch einen Einschnitt erweiterte Bißstelle fest einreiben. Auch das ist völlig unschädlich, da das Mittel stark antiseptisch ist.

L. Gordon, Berlin.

^{437.}
Rabinowitsch, G. B., Zur Neosalvarsanbehandlung des Milzbrandes. (Wrtsch. Djelo, 11., Nr. 9, S. 736, 1928.) Nach den Erfahrungen des Verf. zeigt das Neosalvarsan beim menschlichen Milzbrand eine rasche und sichere Heilwirkung. Alle 16 von ihm beobachteten Fälle, die teilweise schwere Erscheinungen darboten, kamen danach zur Heilung. Außer den Neosalvarsaninjektionen bekamen die Pat. Umschläge von Aq. plumbi oder Acid. carbol. 2proz. auf die affizierten Stellen.

E. Kontorowitsch.

^{438.}
C. H. Ribbeling, Eine Psychose als Folge von Bleivergiftung. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., Nr. 41, 1928.) Der Verfasser schildert eine Bleivergiftung bei einem Maler und kommt zum Ergebnis, daß Bleivergiftungen verschiedenartige Psychosen verursachen können. Diese gehen stets mit ernsteren somatischen Störungen einher, oder die Vergiftungserscheinungen gehen der Psychose voraus. Es sind: Koliken, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Nierenstörungen, Bleisaum, Anämie, graugelbe Gesichtsfarbe. Die Psychose bricht akut aus, meist nach körperlichen Schwächeerscheinungen. Bessert sich die Vergiftung, dann bessert sich in der Regel auch die Psychose. Die Psychose entsteht wahrscheinlich durch Giftwirkung auf die Hirnzellen; Störungen in der Zirkulation im Gehirn spielen gleichfalls eine Rolle. Vermehrung des Harnstoffs im Blut ist gleichfalls bei dem Patienten beobachtet und wird auch als Schädlichkeit gewertet. Genesung kann früher oder später mit vollkommener Krankheitseinsicht wiederkehren. Bei länger dauernder Vergiftung können die Schädigungen zu Veränderungen führen, die schließlich den Tod zur Folge haben; es kann jedoch auch zu einer Genesung mit Defekt kommen.

Kurt Heymann, Berlin.

^{439.}
Lipschitz, W., Narkotika, Schlafmittel und die Modeströmungen ihrer Anwendung. (Schmerz, 2., H. 1, 1928.) Der größte Fortschritt bei der Verwendung zentral lähmender Stoffe knüpft sich an die Entdeckung der flüchtigen Narkotika. Die ersten Wirkungen eines Inhalationsnarkotikums (Aether, Chloroform) sind lokaler Natur und bestehen in einer Reizung der Trigeminusendigungen in der Nase, die ihrerseits eine reflektorische Herz- und Atmungsverlangsamung verursacht. Die zweite lokale Wirkung beruht auf einer Reizung der sensiblen Vagusäste in der Lunge, die zur Atmungsvertiefung führt. Dann erst entsteht eine schnelle Sättigung des Blutes mit dem gasförmigen Narkotikum, die zuerst das Exzitationsstadium (Reizung der Großhirnrinde), bei weiterer Konzentration im Blute die tiefe Narkose hervorruft. Die schädlichen Nebenwirkungen des Chloroforms bestehen in einer Zellgiftigkeit besonders für Herz und Leber, während der Aether eine Sekretionsbeschleunigung im Respirationstraktus und damit die Pneumoniegefahr verursacht. Durch Kombination von Chloroform und Aether versuchte man die erwünschte Wirkung mit halbierten Gefahren zu erreichen. Jedoch hat sich dieses Verfahren nicht einbürgern können, und speziell das Chloroform scheint heute mehr und mehr Gegner zu finden. Als

Ersatz für das Chloroform wurde von Albrecht das Dichlören eingeführt, das zu 10 Teilen mit 90 Teilen Aether ein für Herz und Gefäße unschädliches Narkotikum darstellt. Völlig ungefährlich ist das Stickoxydul oder Lachgas, das, leider unter gewöhnlichen Verhältnissen zur Vollnarkose unzureichend ist und erst durch Ueberdruckapparate wirksam gemacht werden muß. Dagegen bedeutet die Einführung des Äthylens einen erheblichen Fortschritt, da es ohne Ueberdruckverfahren angewendet werden kann, kein Exzitationsstadium verursacht und bereits nach einer Minute zur tiefen Narkose führt. Asphyxie, Herzkollaps und andere Narkosenunfälle lassen sich bei vorschriftsmäßigem Vorgehen vermeiden. Der einzige Nachteil ist ebenso wie bei dem von Wieland und Gauß eingeführten Narzulen die Explosibilität. — Gegenüber diesen Narkotika sind die Hypnotika Stoffe, die langsamer in den Organismus eintreten, aber auch langsamer eliminiert werden. Die ausschließliche tiefe Schlafmittelnarkose, die im übrigen ein altes, längst als ungeeignet erkanntes Verfahren darstellt; ist insofern ein Irrweg, als es unmöglich ist, während des Betäubungsvorganges fein zu dosieren im Gegensatz zu den Inhalationsnarkotika und einen unter Umständen langen Nachschlaf zu verhüten. Die ausschließliche vollständige Schlafmittelnarkose muß daher als gefährlich abgelehnt werden, ob es sich um intravenöse Zufuhr von Barbitursäurederivaten, wie Somnifen oder Pernokton, oder um die rektale Applikation von Alkoholderivaten, wie Avertin, handelt. Dagegen sind diese Schlafmittel geeignet, einen Dämmer Schlaf herbeizuführen, der eine bedeutende Ersparnis am Allgemeinnarkotikum erlaubt. „Ein Dauerschlafmittel in normaler Dosis sollte nur die Roheinstellung der Narkose bedeuten, von der aus regelmäßig — wie am Mikroskop durch Mikroschraube — die individuell zu regulierende Feineinstellung der Blutkonzentration an narkotischem Gase vor sich geht.“

Paul Braun.

^{440.}
Hartung, Ueber Pernokton-Dämmer Schlaf. (Schmerz, 2., S. 47, 1928.) Pernokton soll kein Ersatz für Inhalationsnarkose sein; es dient nur zur Vorbereitung für dieselbe. Es ist ein Fehler, mit Pernokton eine Narkose durch höhere Dosierung erzwingen zu wollen. Die Dosierung ist individuell verschieden und nicht schematisch zu berechnen, 0,007 bis 0,008 pro Kilogramm Körpergewicht genügen im allgemeinen, um einen Dämmer Schlaf herbeizuführen. Am Abend vor dem Eingriff soll kein Veronal gegeben werden, da dieses nur sehr langsam abgebaut und ausgeschieden wird und durch das Zusammentreffen zweier Medikamente aus derselben Reihe eine zu starke Wirkung erreicht werden kann. Auch die Vorbereitung mit Morphin ist zu unterlassen, da sowohl das Morphin als auch das Pernokton das Atemzentrum angreifen. Bei den vielfach beobachteten motorischen Unruhezuständen im Pernokton-Dämmer Schlaf spielen wahrscheinlich psychische Faktoren eine Rolle. Daher ist eine suggestive Beeinflussung des Kranken vor und während der Injektion wünschenswert. Schädigungen von seiten des Herzens, der Nieren und der Leber wurden nicht beobachtet; das postoperative Erbrechen ist bedeutungslos. Die Dauer des Schlafes unterliegt keiner Gesetzmäßigkeit; sie betrug bei den Fällen des Verfassers 35 Minuten bis 8½ Stunden. Unter den 42 Fällen trat 1 Todesfall ein, der mit größter Wahrscheinlichkeit auf das Pernokton zurückzuführen ist. Trotzdem bedeutet der Pernokton-Dämmer Schlaf unter Beobachtung der notwendigen Kautelen zweifellos einen Fortschritt zur Vorbereitung der Inhalationsnarkose. Paul Braun.

^{441.}
Hesse, F., Erfahrungen mit der Lachgasnarkose. (Schmerz, 2., Nr. 4, S. 34, 1928.) Die Stickoxydul- oder Lachgasnarkose sollte nur von Aerzten gegeben werden, die über allgemeine Narkosenerfahrungen verfügen. Bronchitiden, postoperative Pneumonien, Nierenschädigungen und Schädigungen anderer parenchymatöser Organe sind weit seltener als bei den Inhalationsnarkosen mit Aether- oder Chloroform. Die Geruchlosigkeit des Gases bedeutet für den Patienten einen großen Vorteil. Da das Stickoxydul nur im geschlossenen System narkotisierend wirkt — denn seine narkotische Wirkung tritt nur bei einem Gemisch von 20 Vol.% Sauerstoff und 80 Vol.% Stickoxydul —, übt es im Gegensatz zum Aether auf alle im Operationssaal Anwesenden keine betäubende Wirkung aus. Der Eintritt der Lachgasnarkose erfolgt sehr schnell; dagegen wird die gewünschte Narkosentiefe verhältnismäßig spät, manchmal erst nach Zugabe von Aether, erreicht. Infolge der hohen Flüchtigkeit des Narkotikums erwacht der Patient nach Sperrung der Gaszufuhr außerordentlich schnell. Die Narkosenbreite des Stickoxyduls ist allerdings geringer als beim Aether, so daß eine dauernde Beobachtung des Kranken während der Narkose erforderlich ist, besonders in Hinsicht darauf, daß während der Gesamtdauer der Narkose der bestehende Grad der Sauerstoffverminderung ein wesentliches Gefahrenmoment für die Funktion des Atemzentrums sein dürfte. Bei auftretender Zyanose ist daher sofort Sauerstoff zuzuführen. Der Verfasser berichtet über 4 Todesfälle unter 500 Lachgasnarkosen, aber alle 4 bei eingehender Prüfung nicht ohne weiteres als Nar-

kosentode anzusehen sind. Die Stickoxydulnarkose verdient nach Ansicht des Verfassers, daß man sich in weitesten Kreisen mit ihr befaßt.

Paul Braun.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.

^{492.}
Muller, M. L., Ueber die Wirkung von Hormonen auf die Geschlechtsfunktion. (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 41, 1928.) M. L. Muller sprach in der niederländischen Gesellschaft zur Beförderung der Heilkunde über die Wirkung des Brunsthormons auf die weiblichen Geschlechtsfunktionen. Ueber das Ovarium hatte man trotz des mächtigen Anstoßes, den Brown-Séquard auch zum Studium dieser Frage gegeben hatte, gegen Ende des 19. Jahrhunderts noch sehr primitive Vorstellungen; die Funktion des Corpus luteum war nur Gegenstand von Vermutungen. Prénant erkannte ihm (1898) eine endokrine Rolle zu und stellte die Hypothese auf, daß es auf die Ovulation besonders in der Schwangerschaft hemmend einwirkte. Fränkel verbrannte mit dem Thermokauter beim Kaninchen alle Corpora lutea und fand, daß das Tier dann nicht schwanger werden konnte; war das Ei bereits eingenistet, so wurde die Schwangerschaft aufgehoben, wenn er die Eierstöcke in der gleichen Weise behandelte. Dann wurde die hemmende Wirkung, von der Prénant gesprochen hatte, durch Beobachtungen an Kühen mit einem sogenannten Corpus luteum persistens bewiesen; die Brunst blieb bei diesen Tieren aus, trat aber wieder auf, wenn die Corpora lutea entfernt wurden.

Die Kliniker hatten das Corpus luteum persistens auch bei der Frau gesehen; entfernte man es, so waren Menstruationsstörungen beseitigt. Dieser Befund und noch andere ähnliche sprachen dafür, daß das Corpus luteum eine regulierende und hemmende Funktion besaß. Für die Frage, welches die spezifischen Stoffe waren, die die Geschlechtsfunktion bei der Frau beeinflussen, waren diese Beobachtungen ohne Resultat. Bis zum Jahre 1914 waren Hormone, denen eine derartige Wirkung zukam, noch gänzlich unbekannt.

Seitz, Wintz und Fingerhut bereiteten aus dem Corpus luteum von Rindern einen lipoiden Stoff, das Luteolipoid, mit dem sie eine hemmende Wirkung auf zu starke Menstruationsblutungen, besonders in der Pubertät, erzielten. (Dies Produkt wurde von der Fabrik „Ciba“ als Sistomestin in den Handel gebracht.) Leider hatte es ungünstigen Einfluß auf Blutungen anderer Art. Noch ein anderer Stoff wurde von den genannten Untersuchern gefunden, ein Lezithalbumin, das Lipamin („Agomensin“ Ciba), mit dem eine Amenorrhöe, besonders wenn an den Genitalien wenig Abweichungen vorhanden waren, günstig beeinflusst werden konnte. Tierversuche bewiesen, daß bei jungen und bei kastrierten Tieren nach Agomensineinspritzungen der Uterus größer wurde und die Mammæ wuchsen. Jetzt glaubte man zwei auf die Geschlechtsfunktion einwirkende Bestandteile, zwei Ovarialhormone gefunden zu haben, da wies Gerby nach, daß auch Leberextrakt, und Zondek, daß auch völlig unspezifische Stoffe in Frage kommen, den Uterus zum Wachstum anzuregen. Die Hormontherapie für die Geschlechtsfunktion der Frau war auf einem toten Punkt angelangt. Da wurde in Amerika eine Methode bekannt, die bereits seit 1917 von Stockard und Papanicolaou angewandt, später durch Evans und Long, Allan und Doisy ausgearbeitet wurde; es war die Methode der vitalen Morphologie des Oestrus, der Brunst, bei kleinen Nagern, die hier völlig neue Wege wies. Von der Möglichkeit, durch einen einfachen vaginalen Abstrich bei Ratten und Mäusen die Proöstrus (die Zeit dicht vor der Brunst) vom Diöstrus (Zeit zwischen zwei Brunstperioden) und vom Oestrus zu unterscheiden, machten Allan und Doisy im Jahre 1923 Gebrauch und wiesen im Liquor folliculi ein Brunsthormon nach. Sie riefen bei kastrierten Mäusen durch Einspritzung eines öllöslichen Eierstockproduktes Brunst hervor, die sie durch die erwähnte Reaktion bewiesen. So wurde die bereits von Biedl und Schickel aufgestellte Hypothese, daß die Follikel eine wichtige innersekretorische Funktion hätten, Wahrheit. Es folgten Mitteilungen von Laqueur und Zondek, beide hatten, auf verschiedenen Wegen, ein Brunsthormon in wäßriger Lösung, frei von Eiweiß und Lipoiden, hergestellt, das schon in kleinen Mengen die Brunstaktion verursachte. Laqueur sprach von Menformon, Zondek von Follikulin. Laqueur eichte sein Präparat: eine Mäuseinheit war die kleinste Menge, die imstande war, bei mindestens zwei von den drei zum Versuch herangezogenen kastrierten Mäusen innerhalb 72 Stunden eine Veränderung des vaginalen Epithels hervorzurufen, die über das Bild des Proöstrus hinausging. (Selbstverständlich mußte bei den kastrierten Mäusen jede zyklische Veränderung vor Beginn des Versuches fehlen.)

Laqueur fand nun, daß die Follikelflüssigkeit reich an Hormon war, daß dies aber auch in dem Corpus luteum mit einer Follikelhöhle, im Corpus luteum graviditatis bis zum vierten Monat, in der Rinde des Ovariums, im Blut von Schwangeren vom vierten Monat ab bis zur Geburt, im Fruchtwasser, in der Plazenta und vor allem

im Urin der schwangeren Frau vorkam. Am reinsten erhielt man es aus Follikelflüssigkeit und aus der Plazenta.

Laqueur hat folgendes festgestellt: Mit weniger als 0,1 mg Menformon kann man bei kastrierten Mäusen, ferner bei jungen Tieren, die noch nicht brünstig waren, und auch bei senilen Tieren Brunst erzeugen. Bei jungen saugenden Tieren erfolgt eine Vergrößerung des Uterus, der Vagina und der Tuben, wobei die Ovarienentwicklung zurückbleibt. Ferner wird ein Einfluß auf das Mammawachstum bei jungen männlichen und weiblichen Tieren ausgeübt. Bei jugendlichen männlichen Tieren bleiben nach Menformonbehandlung Testes, Penis, Samenbläschen und Prostata im Wachstum zurück; also eine antimaskuline Wirkung. Bei kastrierten Tieren wird schon am zweiten Tage nach der Einspritzung der respiratorische Stoffwechsel gehoben. Menformon ist nicht giftig, selbst bei monatelanger Einspritzung (auch intravenös) großer Dosen. Van Dongen stellte mit Hilfe des Bauchfensters bei Ratten fest, daß Menformon keine Wirkung auf die Uterusbewegungen hat.

Die klinischen Untersuchungen stehen noch im Beginn. Amenorrhöe, Oligomenorrhöe, Infantilismus der Genitalien bleiben unbeeinflusst. Klimakterische Beschwerden reagierten gut und es scheint, daß das Brunsthormon imstande ist, bei bereits eingetretenem Klimakterium die Menstruation wiederkehren zu lassen. Fränkel glaubt bei endokrinen Störungen mit schlechter Ovarialfunktion und bei Klimakterium praecox oder Pubertas tarda gute Erfolge gesehen zu haben. Hier bleibt also noch viel zu untersuchen. Gelöst wurde dagegen die Frage, ob zwischen der Entwicklung der Eizelle und dem Brunsthormon ein Zusammenhang besteht. Zondek vernichtete die Funktion der Eizellen durch Bestrahlung und sah nach zehnfacher Kastrationsdosis den Brunstzyklus erhalten bleiben, wenn die Mäuse das Brunsthormon erhielten. Ohne daß lebende Eizellen vorhanden waren, gab die Vagina der Maus die bekannte Brunstreaktion. Eizelle und Hormon sind also unabhängig voneinander. Umgekehrt kann das Hormon ausgeschaltet werden (Thalliumfütterung), dann bleibt die Brunst aus, obwohl die Eizellen intakt sind. Andere Untersuchungen Zondeks ergaben, daß der Vorderlappen der Hypophyse die Bildung von reifen Eizellen und von Hormon bewerkstelligt; er ist also der wahre Motor der Geschlechtsfunktion.

K. Heymann, Berlin.

^{493.}
Winokurov, S. J., und M. S. Turkeltau, Ueber Harnsäureverteilung im Blute. (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 9, S. 682, 1928.) Die Verteilung der Harnsäure im Blute zwischen Plasma und Blutkörperchen ist ungleichmäßig, und ihre Konzentration ist hier individuellen Schwankungen ausgesetzt. Die von den Verff. angestellten Untersuchungen haben jedoch erwiesen, daß bei Gichtkranken der größere Teil der Gesamtharnsäure im Blute oft auf die Blutkörperchen entfällt, während er bei anderen Erkrankungen sowie in der Norm in der Mehrzahl der Fälle dem Plasma zukommt.

E. Kontorowitsch.

^{494.}
Eustrach, F. D. G., und B. B. J. Serebrennik, Klinische Bedeutung der Diastasebestimmung im Harn. (Klin. Med. russ., 6., H. 9 (84), S. 521/529, 1928.) Die Wohlgemuthsche Diastasebestimmung im Harn wurde an 130 verschiedenen Patienten und an 20 Gesunden geprüft. Erhöhte Diastasewerte fanden sich nur in den Fällen mit Beteiligung der Pankreas, während sie bei den übrigen in der Norm oder herabgesetzt waren. Ein Zusammenhang zwischen der Schwere der Pankreaserkrankung und der Diastasemenge im Harn ließ sich dabei nicht nachweisen. Gerade die Fälle mit Pankreaserkrankung leichteren Grades gaben hohe Diastasewerte. In Verbindung mit klinischen Erscheinungen stellt die Diastasebestimmung in der Diagnostik der Pankreaserkrankungen ein sehr wertvolles Hilfsmittel dar.

E. Kontorowitsch.

^{495.}
Kral, A., Untersuchungen über das Verhalten der Blut-Liquorschanke. (Z. Neur., 117., Nr. 2/3.) Die bei progressiver Paralyse erhöhte meningeale Permeabilität erfährt während der Malariabehandlung eine weitere Steigerung, der nach Beendigung der Kur ein Rückgang, in einzelnen Fällen bis zur Norm, folgt. Unter 50 Fällen von Schizophrenie konnte eine Verminderung der Permeabilität nur in 46% festgestellt werden, so daß sie nicht als differentialdiagnostisches Charakteristikum dieser Erkrankung angesehen werden kann.

^{496.}
Vandorfy, Anazidität, Pseudoanazidität und Histaminreaktion. (Arch. Verdauungskrrh., 44., Nr. 3/4.) Verf. fand in Fällen von Gastritis im akuten Stadium, die nach Boas-Ewaldschem Probefrühstück keine freie Salzsäure im Ausgeheberten hatten, das Auftreten freier HCl nach Doppelprobefrühstück, dagegen Fehlen der freien HCl bei fraktionierter Ausheberung nach Histamininjektion. Er glaubt, daß in diesen Fällen der sehr starke Histaminreiz lähmend auf die HCl-Sekretion wirke. Bei Fällen von sekundärer Gastritis nach Cholelithiasis oder Darmerkrankungen, ebenso bei Magenkarzinom war die Anazidität vollständig, ebenso bei konstitutioneller Achylie und Anaemia perniciosa.

497.

Heupke, Untersuchungen über Verdauung aus geschlossenen Pflanzenzellen. (Arch. Verdauungskrkh., 44., Nr. 3/4.) Robe Stärke in der menschlichen Nahrung, wie sie in Bananen, Nüssen, unvollständig gekochten Speisen vorkommt, wird von den diastatischen Dünndarmfermenten mehr oder weniger weitgehend aus den uneröffneten Zellwänden heraus verdaut, indem die Fermente die Zellmembranen durchwandern. Daneben findet in geringem Maße eine Verdauung durch die von vornherein in den Pflanzenzellen vorhandenen Fermente (Bananen!) statt. Ferner erfolgt eine Nachverdauung im Kolon. Die Verdaulichkeit der Stärke aus den geschlossenen Zellen heraus ist — offenbar in Abhängigkeit von der Dicke der Zellwände — verschieden. Fiegl.

498.

Naeslund, John, Untersuchungen über den Transport reduzierender Substanzen von der Mutter zum Fötus bei alimentärer Hyperglykämie. (Acta obstet. scand., Nr. 1/2, 1928.) Die Patientinnen erhielten kurz vor der Entbindung 200 g Dextrose; danach wurden in bestimmten Abständen Blutzuckeruntersuchungen der Mutter und gleich nach der Geburt solche aus dem Nabelvenenblut und vom Kinde angestellt. Die Hyperglykämie der Mutter verursacht zwar, wie aus den Versuchen hervorgeht, eine Erhöhung des Blutzuckergehaltes des Fötus; dieser ist aber im Nabelvenenblut bedeutend geringer als im Blut der Mutter und noch geringer in den Hautkapillaren des Fötus. Verf. schließt daraus, daß die Plazenta bei Hyperglykämie der Mutter nur für bestimmte Zuckermengen durchlässig ist, und daß wahrscheinlich auch in der Leber des Fötus eine gewisse Sperre vor zu reichlichem Zufluß des Zuckers von der Mutter her besteht.

499.

Harrenstein, R. J., Ueber die Funktion des Skrotums und die Behandlung der Retentio testis beim Menschen. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., Nr. 41, 1928.) Bis vor wenigen Jahren hat man auf die Frage, warum die Hoden ihren ursprünglichen Ansiedlungsplatz verlassen und um die Zeit der Geburt in den Hodensack hinabsteigen, keine befriedigende Antwort geben können. Dieselbe Erscheinung trifft man, wenn auch mit einigen Abweichungen, bei den meisten Säugetieren an. Obwohl man sich darüber klar war, daß dieser Deszensus nicht ohne physiologische Bedeutung sei, wußte man doch keine Erklärung für die Notwendigkeit dieses Vorganges.

Bekanntlich bleiben die Testes, wenn sie nicht herabsteigen, klein und werden atrophisch. Männer mit doppelseitiger Retentio sind unfähig zur Fortpflanzung, der Geschlechtstrieb ist aber vorhanden. Es wäre nun möglich, daß gerade die Hoden, die ursprünglich minderwertig angelegt sind, hierdurch außerstande gesetzt sind, das Skrotum zu erreichen. Dann wäre die mangelhafte Entwicklung des Hodens das Primäre. Hiergegen sprechen aber alle operativen Erfahrungen, die man mit künstlich herabgeführten Hoden gemacht hat. Werden nämlich die retinierten Testes an ihren Platz im Skrotum gebracht, dann nehmen sie, die erst klein waren, gegen die Pubertätszeit erheblich an Größe zu.

Die wahrscheinlichere Erklärung ist also, daß die ursprünglich normalen Hoden durch Ursachen, die mit der Anlage des Organs selbst nichts zu tun haben, das Skrotum nicht erreichen und sich nicht normal entwickeln können. Offen bleibt die Frage, wie der nachteilige Einfluß der Lage außerhalb des Hodens zu erklären ist.

Der Hodensack hat sich in den letzten Jahren als ein Organ mit ganz besonderen Eigenschaften erwiesen. Die eingeschlossenen Organe befinden sich in einer Umgebung mit niedrigerer Temperatur als sonst irgendwo in der Bauchhöhle. Dies ist von Bedeutung für die Entwicklung und die Funktion des Hodengewebes. Moore studierte den Einfluß der künstlichen Verhinderung des Deszensus bei Versuchstieren. Bei Meerschweinchen, Ratten und Kaninchen wurde der Leistenkanal geschlossen, die normale Blut- und Nervenversorgung blieb gesichert. Schon nach einer Woche zeigte es sich, daß das Keimepithel in den Samenkanälchen degeneriert war. Später war auch das Lumen der Samenkanälchen kleiner geworden. Nach zwei Monaten betrug der Hoden nur die Hälfte des normalen Organs der anderen Seite.

Andere Versuche gingen darauf aus, nachzuweisen, daß es der Temperaturunterschied war, der für die Veränderungen verantwortlich gemacht werden mußte. Die Testes blieben im Skrotum, aber besondere Maßnahmen verhinderten das Entstehen einer tieferen Temperatur darin. Auch jetzt waren — innerhalb von 80 Tagen — keine Spermatozoen mehr in den Testes. Das Versuchstier hatte also durch seine eigene Körperwärme die Produktion von Spermatozoen verhindert.

Unabhängig von diesen Arbeiten kam Fukui in Japan zu der gleichen Auffassung. Er brachte beide Testikel in die Bauchhöhle, kühlte dann aber an der einen Seite die Bauchwand in der Umgebung des retinierten Testikels künstlich ab. Dieser war normal geblieben, während der andere Degenerationserscheinungen zeigte.

Aus allen diesen Versuchen ergibt sich die Auffassung, daß die Funktion der Testes, Spermatozoen zu bilden, sehr empfindlich gegen

Abkühlung ist. Abnorme Steigerung der Temperatur in der Umgebung der Hoden hat einen hemmenden oder selbst vernichtenden Einfluß auf die Spermatozoenentwicklung.

Autor stellt fest, daß bisher beim Menschen diese Verhältnisse noch nicht untersucht worden sind. Er hat deshalb bei Jungen verschiedenen Alters diese Messungen ausgeführt und auch noch in einigen Fällen die Temperatur unter der Haut der Bauchwand aufgenommen. Bei 16 Knaben, die wegen Hernia oder Retentio testis operiert wurden, konnte die Temperatur durch den geöffneten Bruchsack gemessen werden, ein zweites Thermometer wurde in die Wunde der Leistengegend bis zum Skrotum geführt, ein drittes unter die Haut der Bauchwand gebracht. Die Temperatur im Hodensack wurde mit einem besonderen Thermometer für Untertemperaturen gemessen.

Es ergab sich, wie vorauszusehen war, ein nicht geringer Unterschied zwischen der Temperatur im Skrotum und in der Bauchhöhle, während andererseits der Unterschied zwischen Bauchhöhle und dem Gewebe unter der Bauchwand nur gering war. Die wichtige Differenz zwischen Bauchhöhlen- und Skrotumtemperatur betrug im Durchschnitt 4,9 Grad Celsius (oder 3,5 Grad Celsius, wenn eine andere Thermometerart benutzt wurde). Das Alter der Kinder scheint bei dieser Differenz gleichgültig zu sein.

Im Bau des Skrotums selbst können verschiedene anatomische Tatsachen dafür herangezogen werden, die die tiefe Temperatur hier erklären. Die Haut ist hier viel dünner als gewöhnliche Haut. Das subkutane Fett, der Schutz vor Abkühlung fehlt hier. Dagegen findet sich eine dünne Lage von glattem Muskelgewebe, die Tunica Dartos, die durch ihre Kontraktion instande ist, das Skrotum kleiner zu machen. Durch diese Eigenschaft der Haut übt das Skrotum auch eine wärmereregulierende Funktion aus: in warmer Atmosphäre hängt das Skrotum schlaff herab, so daß sein Inhalt fern vom übrigen Körper entfernt wird, während gerade die Verdampfungsoberfläche des Skrotums zunimmt. In kühler Umgebung zieht sich das Skrotum zusammen, so daß die Testes in unmittelbarer Nähe des wärmeren Körpers gelangen.

Diese Tatsachen überzeugen uns von der Notwendigkeit der Lage der Hoden im Skrotum. Jede Ueberpflanzungsmethode wird mit diesen Tatsachen rechnen müssen; besonders ist es sinnlos, Hoden unter die Bauchwand einzupflanzen und dann auf Fortpflanzung zu rechnen. (Ref.) Für die Behandlung der Retentio testis ergeben sich neue Erkenntnisse.

Der Autor weist noch auf die Versuche von Moore hin, der einen atrophischen Hoden nach ursprünglicher Retention in das Skrotum brachte und dann später eine Rückkehr zu normaler Entwicklung feststellte, während der andere in der Bauchhöhle verbliebene Testikel atrophisch geblieben war. Hieraus ergibt sich, daß das Vermögen zu Samenzellenbildung wiederherstellbar ist, wenn die Hoden nur nicht zu lange in ungünstigen Verhältnissen geblieben waren (Meerschweinchenversuch).

Lawrence fand, daß die einmal reif gewordenen Spermatozoen minder empfindlich sind als die Vorstadien dieser Zellen. Die Degeneration tritt bei normaler Körpertemperatur nur langsam auf; die Spermatozoen bewahren in den abführenden Wegen neun Tage hindurch ihre Beweglichkeit.

Die Indikation für die Behandlung der Retentio testis beim Menschen profitiert von diesen Tatsachen in folgender Weise:

Hauptschwierigkeit ist die Beurteilung, in welchen Fällen die operative Behandlung in Frage kommt. Ein Teil der Fälle bekommt auch noch in späteren Jahren einen spontanen Deszensus. Dieser darf aber bestimmt bei vollständigem Kryptorchismus nicht mehr erwartet werden. Er tritt nur bei Patienten ein, deren Palpation ergibt, daß die Hoden schon im Leistenkanal liegen. Hier besteht oft ein angeborener Leistenbruch.

Autor schildert zwei Typen von Retentio testis: die eine zeichnet sich durch kleine glatte Oberfläche und durch eine gewisse Beweglichkeit aus. Der palpierende Finger kann sie durch streichende Bewegung leicht gegen den obersten Abschnitt des Skrotums bringen. Nimmt man aber die Hand weg, so nimmt der Hoden sofort seinen alten Platz wieder ein. Hier ist ein spontaner Deszensus möglich. In anderen Fällen muß man aber genau suchen, um den Hoden zu erkennen. Er ist weniger glatt, weniger beweglich, er läßt sich kaum verschieben. Hier ist wenig Aussicht für spontanen Deszensus. Bei der Operation sind Samenstrang und umgebendes Muskelgewebe verwachsen.

Wenn also die Lage des Hodens und seine Beweglichkeit Aussicht auf spontanen Deszensus läßt, dann kann mit der Operation gewartet werden. Sind diese Aussichten schlecht, dann soll man das Organ nicht in einer Umgebung lassen, die für seine günstige Entwicklung gar keine Garantien bietet.

Kurt Heymann, Berlin.

500.

Fleischhacker und Scheiderer, Kritischer Beitrag zur Permeabilitätsbestimmung der Meningen nach der Walterschen Brommethode. (Z. Neur., 116., Nr. 5.) Ueber die Waltersche Brom-

Methode haben Versuche ergeben, daß Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einen deutlichen Einfluß auf Bromspiegel und spezifisches Gewicht in Blut und Liquor haben und die zuerst abgelassene Liquorportion den größten Bromgehalt hat. Daraus muß gefolgert werden, daß es nötig ist, die Versuchsbedingungen einheitlich zu gestalten. Die Verfasser schlagen vor, während des Bromversuches möglichst keine Medikamente zu verabreichen, in jeden Fall aber Blut- und Liquorentnahme am nüchternen Patienten vorzunehmen und zur Bestimmung des PQ. nur die zuerst abgelassenen 3 bis 5 ccm Liquor zu benutzen.

Knospé.

Rowland, Russell S., Xanthomatose und das retikulo-endotheliale System. (Arch. Int. Medic., 42, 611.) Das Christiansche Syndrom, das durch Zusammentreffen von Zwergwuchs, Exophthalmus, Diabetes insipidus und das Auftreten zerstörender Prozesse an den platten Knochen charakterisiert ist, beruht auf einer allgemeinen Störung des Lipidstoffwechsels. Bei dieser Erkrankung, von der bisher 18 Fälle beschrieben sind und die vorwiegend im jugendlichen Alter zur Beobachtung gelangt, handelt es sich um eine Form der generalisierten viszeralen Xanthomatose, bei der viele Teile des retikulo-endothelialen Systems mit Lipoiden überladen sind. Diese abnormen Verfattungsvorgänge führen entweder zu diffusen interstitiellen Veränderungen an den verschiedensten Organen (Lunge, Leber, Lymphknoten, Knochenmark und Milz), oder zu nodulären, hyperplastischen Gewebsreaktionen, wie sie an der Dura, am Periostrum und an den serösen Häuten zu beobachten sind. Diese histologischen Veränderungen sind als Versuch des Körpers aufzufassen, sich von der Überladung mit Lipidkörpern zu befreien. Ob eine abnorme kongenitale Disposition diese Überschwemmung der Körpersäfte mit Fettstoffen auslöst, ob überhaupt familiäre Momente eine Rolle spielen, kann erst an Hand weiteren Materials entschieden werden. Vielleicht ist die Erkrankung in dem gleichen Sinne als Stoffwechselanomalie anzusehen wie die Harnsäure- oder die Kalkgicht. Das Christiansche Syndrom ist anderen Störungen des Lipidstoffwechsels zur Seite zu stellen, die als Pick-Niemannsche Erkrankung (hyperakut verlaufende generalisierte Xanthomatose im Säuglingsalter) und als Morbus Gaucher (Ablagerung eigenartiger Fettweißkörper im retikulo-endothelialen System) bereits besser bekannt sind. Wenn sich auch für jedes dieser Krankheitsbilder ein typischer klinischer Verlauf und eine bestimmte Struktur der pathologisch-anatomischen Läsionen nachweisen läßt, so handelt es sich doch im Grunde um denselben Vorgang. Durch die Stoffwechselstörung kommt es zu allgemeinen proliferativen Reaktionen an den Bindegewebelementen, am retikulo-endothelialen System. Für die Erscheinungsform der Störung mitbestimmend sind sicherlich gewisse individuelle Unterschiede in der Stoffwechsellaage.

In der Symptomatologie der Christianschen Erkrankung nehmen Erscheinungen, die auf eine Schädigung der Hypophyse zu beziehen sind, eine bedeutende Stellung ein. Neben dem Zwergwuchs und dem Diabetes insipidus kann auch das typische Bild der Dystrophia adiposo-genitalis auf dem Boden einer Lipoidinfiltration der Drüse entstehen. Eine deutliche Lipämie konnte bisher bei keinem der Fälle nachgewiesen werden. Die wechselnde Ausdehnung der Lipoidzellenhyperplasie im hämatopoetischen System bedingt die verschiedenartigsten Veränderungen des Blutbildes, die zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben können (leukämieähnliche Befunde). Hautxanthome oder eine gelbliche Pigmentierung der Haut sind bei der allgemeinen viszeralen Xanthomatose nur selten vorhanden. Die Therapie ist nicht völlig machtlos. In einem Fall gelang es, durch Beschränkung der lipidreichen Nahrungsmittel und Verabfolgung von Thyreoidea- und Hypophysenvorderlappenpräparaten eine wesentliche Besserung zu erzielen.

Dieser allgemeinen Störung des Fettstoffwechsels, der „Lipoidgicht“, kommt sicherlich eine größere Bedeutung zu, als zumeist angenommen wird. Bei Berücksichtigung der verschiedenen Erscheinungsformen kann diese Erkrankung nicht als selten bezeichnet werden, besonders da geringere Grade der Störung recht häufig zu beobachten sind (Xanthelasma palpebrar., Xanthosis diabetica, Atheroma u. a. m.). Eine Reihe von Fällen, wo Diabetes mellitus oder Glykosurie mit Ikterus oder anderen Störungen der Leberfunktion und mit gewissen Nierenerkrankungen vergesellschaftet ist, entstehen die Ausfallserscheinungen erst sekundär auf Grundlage der Lipoidzellenhyperplasie. Die nodulären Bildungen, die an der Dura, am Periostrum und an den serösen Häuten bei der Fettstoffüberladung des Organismus entstehen, sind den verschiedensten pathologischen Veränderungen unterworfen, so daß sich in späteren Stadien die charakteristischen Schaumzellen nicht mehr nachweisen lassen. Die Auffassung liegt daher nahe, daß eine ganze Reihe von gelben oder braunen, lipoidhaltigen Tumoren der Dura, des Periostes, der Pleura und des Peritoneum (sog. Endotheliome, Angiome, Riesenzellenfibrösarkome) nicht als autonome Geschwülste, sondern als Gewebshyperblasten infolge von Lipoidspeicherung anzusehen sind.

502.

Holst, Johan, Gulbrand Lunde, Karl Gloss und O. Chr. Pedersen, Ueber den inneren Jodstoffwechsel bei primären Thyreotoxikosen (Primär-Basedow). (Klin. Wschr., 48, S. 2287, 1928.) Bei unbehandelter primärer Thyreotoxikose ist der Grundumsatz und der Blutjodspiegel, besonders dessen alkoholunlösliche organische Fraktion, stark erhöht. Die Schilddrüse ist jodarm und hat wenig Kolloid.

Bei der durch die Behandlung der Thyreotoxikose mit Lugolscher Lösung bewirkten Überschwemmung des Blutes mit anorganisch gebundenem Jod wird die alkoholunlösliche organische Komponente des Blutjodspiegels heruntergedrückt und erreicht schließlich eine normale oder fast normale Höhe, während die Schilddrüse gleichzeitig Jod und Kolloid zurückhält.

In diesen Tatsachen sehen die Autoren einen Anhaltspunkt dafür, daß die alkoholunlösliche Fraktion des Blutjodspiegels, jedenfalls teilweise, das aktive jodhaltige Prinzip des Schilddrüsensekrets enthält. Man muß weiter annehmen, daß die Überschwemmung des Blutes mit anorganischem Jod die Fähigkeit der Drüse zum Zurückhalten des Sekrets erhöht. Daraus folgt, daß die Menge des Thyreoidea-sekrets im Blut abnimmt; es tritt eine allgemeine Besserung der Thyreotoxikose ein, was durch das Schwinden der klinischen Symptome und das Sinken des Grundumsatzes deutlich zum Vorschein kommt.

Die Autoren erblicken in der Erhöhung der alkoholunlöslichen Fraktion des Blutjodspiegels eine wesentliche Ursache des erhöhten Grundumsatzes und der Thyreotoxikosesymptome.

Arnold Hirsch, Berlin.

503.

Green, H. N., und E. Mellanby, Vitamin A als antinfektiöses Agens. (Brit. med. J., 3537, 691.) Umfangreiche Versuche an Ratten erweisen, daß eine Vitamin-A-arme Kost nach kürzerer oder längerer Frist zur Entstehung infektiöser Erkrankungen führt. Das Allgemeinbefinden ist zunächst wenig beeinträchtigt, die Wachstumshemmung wenig ausgesprochen, bis kurz vor dem Tode die Zeichen der Infektion hervortreten. Durch Darreichung von Vitamin D wird an diesen Ergebnissen wenig geändert. Oft scheint sogar die Zufuhr von Ergosterin die Entwicklung der Infektion zu beschleunigen, vermutlich weil dieser Ergänzungsstoff die Wachstumsgeschwindigkeit anregt und so einen schnelleren Verbrauch der Vitamin-A-Vorräte des Organismus zur Folge hat. Schon sehr früh kommt es unter der vitaminlosen Ernährung zum Schwinden des Vitamin A aus der Leber, die als Hauptspeicher dieses Stoffes anzusehen ist. Die infektiösen Prozesse, denen die Tiere schließlich erliegen, werden durch die verschiedensten Arten von Mikroorganismen hervorgerufen. Die für den Vitamin-A-Mangel als charakteristisch beschriebene Xerophthalmie findet sich nur in etwa 40%. Bei fast allen Tieren sind Zungenabszesse vorhanden, die von Speicheldrüsen ausgehen und eine beträchtliche Größe erreichen können. Während eine Lungeninfektion nur selten zu beobachten ist (septische Bronchopneumonien in 9%), kommen entzündliche Darmveränderungen, bisweilen in Form einer epidemischen Enteritis, wesentlich häufiger vor. Typisch sind ferner die Erkrankungen der Harnwege. In fast der Hälfte der Fälle entwickeln sich Zystitis oder Pyelonephritis sowie Blasensteine. Diese Prozesse sind besonders bei den Tieren anzutreffen, die längere Zeit unter der einseitigen Kost am Leben blieben. Auf Grund dieser Versuche ist mit Sicherheit anzunehmen, daß das Vitamin A für das Bestehenbleiben der Widerstandskraft des Körpers gegenüber Infektionen von entscheidender Bedeutung ist. Zu einem Teil ist diese Wirkung des Vitamin darauf zu beziehen, daß es das physiologische Wachstum des Oberflächenepithels der Schleimhäute fördert und so das Eindringen der Bakterien unmöglich macht. Histologische Untersuchungen zeigen, daß bei Fehlen des Stoffes abnorme Verhornungsvorgänge an den oberflächlichen Epithelschichten sich herausbilden und daß allmählich eine Epithelhyperplasie zustande kommt. Weitere Untersuchungen müssen feststellen, ob noch andere Ernährungsfaktoren — außer dem Vitamin A — antinfektiös wirken. Das Ergosterin regelt nur die Verkalkungsvorgänge am Skelett und an den Zähnen, ohne daß es Schutz gegenüber Infektionen in der gleichen Weise wie das Vitamin zu verleihen vermag. Beim Ersatz des Lebertrans, der außer dem D- noch reichlich A-Vitamin enthält, durch Vigantol ist für eine ausreichende Zufuhr des Vitamin A Sorge zu tragen. Es ist anzunehmen, daß viele chronische infektiöse Prozesse des Menschen (Nasennebenhöhlenerkrankungen, Mittelohrentzündungen, Pneumonien und Ulzera im Mund und an den Augen) ätiologisch mit einer vitaminarmen Kost in Zusammenhang zu bringen sind.

Biberfeld.

Psychiatrie und Nervenheilkunde.

504.

Lemos, Magalhaes, Erregung und Verwirrtheit. (Revue neur., XXXV, II, Nr. 6.) Mitteilung eines Falles. Psychisches und physisches Trauma, Intoxikation und Infektion, welche ein gesundes, aber prädisponiertes Individuum treffen, können die Verwirrtheit aus-

lösen. Hingegen vermag eine angenehme Erregung, die im Laufe dieses Syndroms sich einstellt, die Heilung alsbald zu beschleunigen. Der Negativismus kann in gewissen Fällen von Verwirrtheit eine große Rolle spielen.

Kurt Mendel, Berlin.

^{505.}
Schalabutow, K., Zur Pathogenese der Halluzinationen. (Arch. f. Psychiatrie, 83., Heft 2.) Ballet definiert: „Die Halluzination ist Perzeption ohne Objekt.“ — Verf. versucht, eine zur Physiologie näherstehende Definition der Halluzination zu geben und findet an Hand klinischer Beobachtungen: 1. daß die Funktion der Rindenzellen nur bei Hyperämie möglich sei; 2. daß die Erschwerung des Blutzuflusses aus der Arteria cerebri posterior das erste Moment sei, welches die Halluzinationsentstehung befördert; 3. daß die Rindenhyperämie des Sehgebiets, das zweite Moment, unentbehrlich für das Halluzinationsbildn sei, da sie die Elemententätigkeit der Rinde erregt; 4. die Erschwerung der Blutzirkulation kann hervorgehoben werden: a) durch ein Hindernis auf der Bahn des Blutstromes, b) durch ein Vasomotorenspiel; 5. es gibt einen physiologischen Wechsel der Blutfüllung im Gehirn beim Uebergang vom Wachzustand in den Schlaf und umgekehrt, der das Erscheinen der Träume bedingt; 6. Umtatis umtandis können diese Erwägungen auch an die anderen Rindenzentren angewandt werden.

Bender.

^{506.}
Jakobi, Erich, Ein Beitrag zur Frage der religiösen Wahnideen. (Arch. f. Psych., 83., Nr. 2.) Wahnideen sind auf irrealer oder fehlerhafter Voraussetzung aufgebaute Urteile, unkorrigierbar gegenüber der eigenen Denkmöglichkeit. Der Uebergang zwischen Irrtümern, die aus Vorurteil und Aberglauben entstehen, und Wahnideen ist ein fließender. Bei Wahnideen auf religiöser Grundlage ist die Grenze besonders schwierig zu ziehen, da für die Voraussetzungen hier alle Beweise fehlen. Die Idee, zu einem großen Religionsstifter oder Prediger berufen zu sein oder in dauernder persönlicher Verbindung mit Gott zu stehen, ist, selbst wenn sie stark überwertig auftritt, noch nicht wahnhaft. Es kommt darauf an, ob Konflikte mit der Außenwelt entstehen, die zur Schädigung der eigenen oder einer fremden Person führen, ferner, ob sich auch sonstige Störungen des psychischen Geschehens nachweisen lassen. Deutliche Zusammenhänge der kranken Idee mit dem Sexualtrieb kommen vor, wie Verfasser an einem der Schizophreniegruppe zugehörigen Fall von religiöser Wahnbildung dartut.

Bender.

^{507.}
Lindner, Torsten, Einige Gesichtspunkte zu dem aktuellen Schizophrenieproblem. (Hygiea, H. 22.) Lindner sucht die Ursachen der Schizophrenie in Stoffwechselvorgängen, in Störungen der Protein- und Lipoidkörpererzeugung, die mit Dysfunktion der Leber in Zusammenhang stehen. Durch das Fehlen der geeigneten Filtrationswirkung der Leber für toxische Produkte, Peptone, Histamine, bakterielle Produkte werden die Zentralorgane beeinflusst, die zu weiterer Dysfunktion der Leber Veranlassung geben. Auch die endokrinen Apparate und gewisse subkortikale Zentren sind in Mitleidenschaft gezogen und stören die Bildung immunisierender Substanzen. Dabei handelt es sich um polyglanduläre Vorgänge mit Störung der nötigen Hormonbildung. Auch die Tätigkeit der Nebennieren soll sekundär beeinflusst sein. Toxikation, Detoxikation, Hormone, Immunsabstanzen, Stoffwechselanomalien werden von den verschiedensten Gesichtspunkten beleuchtet, um schließlich in diesen Vorgängen die Ursachen der Schizophrenie zu suchen.

S. Kalischer.

^{508.}
Krauß, Herbert, Gebührensuntersuchungen bei Manisch-depressiven und Psychopathen. (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 23, 1928.) Im Gegensatz zu der Dementia praecox und der genuinen Epilepsie, bei denen ein pathologisch-anatomisches oder serologisch-pathologisches Substrat nachgewiesen werden kann, zeigt sich bei der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins und der Psychopathen keine Abweichung von den bei Massenuntersuchungen psychisch Gesunder gefundenen Prozentzahlen sogenannter rachitischer Zähne. Die Hutchinsonsche Zahnform wurde an einem Material von 151 Kranken nur in zwei Fällen gefunden; in keinem der Fälle bestand eine nachweisbare Lues. Auffallend war die sehr hohe Prozentzahl von Abrasio, die mit 34,9% in Erscheinung trat. Diese abnorm hohen Zahlen werden nur dadurch verständlich, daß die Durchschnittszahl der noch vorhandenen Zähne nur 17,2 betrug. Außerdem wurde in 9,8% der Fälle der orthogone Biß (Kopfbiß) gefunden. In einem sehr hohen Grade trat auch die Parodontose zu Tage (39,8% bei einem Durchschnittsalter von 39,5 Jahren). Als Gründe für diese hohe Zahl sind zu nennen: sehr schlechte Zahnpflege bzw. fehlende Behandlung, starke Ueberlastung, Orthogenie. Die Resultate, namentlich betreffs der sogenannten rachitischen Zahnform, lassen bezüglich der Gruppen manisch-depressiver und psychopathischer Erkrankung den Schluß berechtigt erscheinen, daß in weitaus der Mehrzahl dieser Fälle sich zur Zeit der Zahnentwicklung noch keine Störungen im System der inneren Sekretion gezeigt haben, welche primär wesentliche Störungen im Aufbau des

Zahnsystems gezeigt haben. Somit ist auch sehr wahrscheinlich anzunehmen, daß zur Zeit der Zahnentwicklung im System der inneren Sekretion keine Veränderung stattgefunden hat, auf Grund welcher sich später Krankheitsbilder im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins oder der Psychopathie ausbilden konnten. Die spitze und hohe Gaumenform trat bei der Gruppe der Manisch-depressiven in 20% der Fälle auf und bei den Psychopathen in rund 40% der Fälle. Die niedrige Zahl von 20% der manisch-depressiven Gruppe entspricht der Erfahrung, daß bei dieser Geisteskrankheit die Erkrankten meistens körperlich gut und kräftig entwickelt sind. Dagegen entspricht die Zahl 40% der Tatsache, daß Psychopathen sehr oft Anzeichen von körperlichen Degenerationszeichen haben, wenn auch der spitze und hohe Gaumen nicht ohne weiteres als Degenerationszeichen aufgefaßt werden darf.

L. Gordon, Berlin.

^{509.}
Sternberg, E., Liquor bei multipler Sklerose. (Mon. f. Psych., 70., Heft 6.) Bei 126 Fällen von multipler Sklerose war in 90,5% der Liquor krankhaft verändert. Die serologischen Luesreaktionen waren regelmäßig in Blut und Liquor negativ; am häufigsten war eine Globulinvermehrung, die in mehr als der Hälfte der Untersuchungen als gering zu bezeichnen war. Die Goldsolreaktion ergab 74,8% positiver Ausfälle, unter denen Lueszacken etwas häufiger als Paralysekurven waren. Zellvermehrung bestand in 67,5% und war vorwiegend leichten bis mittleren Grades. Diese Kombinationen der verschiedenen Liquorreaktionen kann als typischer Befund bei der multiplen Sklerose gelten. Der zunehmenden Stärke der Ausflockung bei der Goldsolreaktion (negativer Ausfall — Lueszacke — Paralysekurve) entspricht einigermaßen eine Steigerung der anderen Reaktionen. Regelmäßige Beziehungen zwischen Verlaufsform, Schwere oder Dauer des Krankheitsbildes und dem Liquorbefund konnten nicht festgestellt werden.

Kurt Mendel, Berlin.

^{510.}
Tenner, J., Syringomyelie bei Vater und Tochter. (D. Ztschr. f. Nerv., 106., Heft 1—6.) Vater leidet an Syringomyelie, Tochter, 26jährig, an Syringomyelie, hysterischen Symptomen und angeborenem Herzfehler. Äußere Ursachen für die Krankheit sind bei Vater und Tochter nicht bekannt. Familiäre Syringomyelie ist selten (sechs Literaturangaben bei H. Schlesinger).

Kurt Mendel, Berlin.

^{511.}
Nemlicher, L. J., Torsionsähnliche Einstellung des Körpers bei Syringomyelie. (D. Ztschr. f. Nerv., 106., Heft 1—6.) Fall von Syringomyelie mit Torsionseinstellung des Kopfes und Rumpfes. Zur Erklärung dieser Torsionsstellung wird eine Läsion der die Magnusschen tonischen Labyrinthreflexe bedingenden Reflexbogen angenommen.

Kurt Mendel, Berlin.

^{512.}
Hawthorne, C. O., Spontanheilung von den Erscheinungen eines intrakraniellen Tumors. (Brit. med. J., 3537, 689.) Bekannt ist, daß Hirntumoren gänzlich symptomlos verlaufen können, und daß die Intensität der Reiz- und Ausfallserscheinungen im Verlauf der Erkrankung erheblich wechseln kann. Die Erklärung ist durch den Umstand gegeben, daß die Symptome weniger auf die Geschwulstmasse als solche, als auf die Kreislaufstörungen in ihrer Umgebung (Oedem, Anämie, Blutungen, Erweichungen) und die Beeinträchtigung des Liquorstromes zu beziehen sind. In der Literatur sind eine ganze Reihe von Beobachtungen mitgeteilt, in denen auf Grund der akuten klinischen Erscheinungen ein Hirntumor diagnostiziert werden mußte und wo es später zu einem teilweisen oder sogar vollständigen Rückgang der neurologischen Symptome kam. Wenn auch bei einzelnen dieser Fälle die bisweilen nach Jahrzehnten vorgenommene Autopsie erwies, daß die Diagnose falsch war (Hydrozephalus, Meningitis serosa, Sinusthrombose), so ist doch eine genügende Anzahl von Beispielen vorhanden, die erkennen lassen, daß es aus unbekannten Gründen zu einem Wachstumsstillstand und zur Schrumpfung von intrakraniellen Tumoren kommen kann. Zumeist bleibt die einmal eingetretene Optikusschädigung bestehen, wenn auch sonst keine neurologischen Veränderungen mehr nachzuweisen sind. Relativ selten bildet sich auch die Stauungspapille zurück und die Kranken erlangen wieder ein normales Sehvermögen.

Biberfeld.

^{513.}
Riser, Bezy, und Boularan, Kauda-Lumbosakralmarkstumor. (Rev. neur., 35., Nr. 5.) Mitteilung des Falles. Die Lipidolprobe war diagnostisch wertvoll bezüglich der Lokalisation der Geschwulst.

Kurt Mendel, Berlin.

^{514.}
Wölfenberger, Theodor, Zur Entwicklungsgeschichte und Klinik der Monakowschen Fußbrandreflexe. (Z. Neur., 117., Nr. 2/3.) Die Monakowschen Fußbrandreflexe stellen eine phylogenetische jüngere Entwicklungsstufe der Fußsohlenreflexe dar als der Babinski-Reflex; der innere F. R. R. seinerseits ist ein phylo- und ontogenetisch jüngerer als der äußere. Letzterer persistiert als physiologischer Reflex bis auf eine höhere Altersstufe

als der Babinski-reflex; er darf vor dem fünften Lebensjahr nicht als pathologischer Reflex gewertet werden. Der innere Fußbrandreflex kommt auch in einer erheblichen Zahl von Fällen mit vegetativem Befund am Zentralnervensystem vor und kann daher nicht als Symptom einer organischen Veränderung am Zentralnervensystem gewertet werden. Der äußere Fußbrandreflex ist ein sicheres Zeichen einer organischen Veränderung am Zentralnervensystem. Beim gesunden Erwachsenen tritt er nicht auf. Ebensovienig fand er sich bei Psychoneurosen. Der gelegentlich äußere Einwand, daß es sich beim F.R.R. überhaupt nicht um einen echten spinalen Reflex, sondern um einen Psychoreflex handeln könnte, etwa ähnlich wie die bewußten oder unbewußten Abwehrreflexe beim Kitzeln der Fußsohle, wird widerlegt durch das Ergebnis von Untersuchungen schwerer Fälle von Dementia senilis, die sämtlich vegetativen F.R.R. aufwiesen. Der äußere Fußbrandreflex tritt vorzugsweise auf bei leichter und leichtester Beeinträchtigung der Pyramidenbahn; er ist somit ein präspastisches Phänomen. Er erweist sich als diagnostisch wertvoll durch sein Vorkommen gerade bei Fällen leichter und leichtester Spastizität, bei denen andere sogenannte Pyramidensymptome, wie Babinski u. a., noch vermißt werden. Er ist also ein viel feineres Reagens auf leichteste Spastizität als der Babinski-reflex. Er ermöglicht in Fällen von einseitiger Lokalisation (z. B. Hirntumoren in stummen Regionen) oft allein die Seitendiagnose. Verfasser sah den äußeren F.R.R. bei zunehmender Spastizität mehr und mehr negativ werden. Ferner sah er, daß das Auftreten des F.R.R. offenbar mit einer schweren Affektion der spinocerebellaren und der Hinterstrangbahnen unvereinbar ist. Dies wird verständlich aus der Zugehörigkeit des F.R.R. zu den tonisch propriozeptiven Reflexen, die nach Sherrington stets die sukzessive spinale Induktion zur Voraussetzung haben, deren Bahnen zum Teil in den Hinterstrang-, zum Teil in den Kleinhirnseitenstrangrealen verlaufen und von deren Integrität offenbar das Zustandekommen des F.R.R. bis zu einem gewissen Grade abhängig ist.

Hans Knospe, Berlin.

515.

Margulis, Abwehrreflex der weiblichen Genitalsphäre. (Deutsche Z. f. Nervenheilk., 10., H. 1—4.) Die Reizung der Haut und der Schleimhaut der weiblichen Genitalien ruft einen genitalen Abwehrreflex hervor. Derselbe tritt unter physiologischen Bedingungen auf. Nach Morphologie und Charakter ist er eine komplizierte spinale Synergie, ein Reflex des spinalen Automatismus. Er findet sich nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern, was auf seinen allgemeinen Charakter, der mit der Genitalsphäre zusammenhängt, hinweist. Pathologische Prozesse im Nervensystem beeinflussen den Reflex insofern, als die motorische Fähigkeit derjenigen Muskelfasern gestört ist, die an der Synkinesie des genitalen Abwehrreflexes teilnehmen. Der genitale Abwehrreflex steht in enger Beziehung zu konstitutionellen und individuellen Faktoren, wie auch zur Stärke und zum Charakter des Reizes.

Kurt Mendel.

516.

Babikow, Zehenflexionsphänomen bei extrapyramidalen Erkrankungen. (Dtsch. Z. Nervenheilk., Bd. 107, H. 1—4.) Das Zehenflexionsphänomen besteht in einer Plantarflexion aller 5 Zehen bei Reizung der ganzen Oberfläche der unteren Extremitäten, des Beckens und der Lumbalregion der Wirbelsäule sowie von Penis- und Skrotumhaut. Dabei ist der Mendel-Bechterew-Reflex von der typischen Stelle aus nicht zu erhalten, so daß man von einem Mendel-Bechterewschen Zeichen mit sehr ausgedehnter reflexogener Zone nicht sprechen kann. Bei stärkerer Reizung auch Flexion des ganzen Fußes und Auseinanderspreizen der Zehen, evtl. auch Reflex an der gekreuzten Extremität. Verfasser fand das Zehenflexionsphänomen bei postenzephalitischen Zuständen. Es erscheint als ein Zeichen extrapyramidalen Erkrankung von bestimmter Lokalisation. Es stellt eine automatisierte Bewegung dar, die in der Norm durch subkortikale Einflüsse gehemmt wird.

Kurt Mendel.

517.

Wernoe, Th. B., Der naso-okuläre Reflex und dessen diagnostische Bedeutung. (Uges. f. Laeger, Nr. 50, 1928.) Der naso-okuläre Reflex besteht in konjunktivaler Hyperämie und Tränenabsonderung bei Reizung der Nasenschleimhaut mit Senf, Öl oder ähnlichen Substanzen. Häufig tritt die Wirkung nicht nur einseitig, sondern auch gekreuzt auf. Es ist ein echter Reflex, der fehlt in Fällen von Bulbärparalyse, wo die Zentren lädiert sind, ebenso bei Unterbrechung der zuführenden sensiblen Bahnen des Trigemini (Anästhesie). Er ist kein parasympathischer Reflex, auch kein direkter sympathischer Reflex (Hemmung der Vasodilatoren), sondern durch Sympathikuswirkung auf die sensiblen Endorgane der Konjunktiva (vasodilatatorischer Reflex). Diese Bahnen stehen mit dem Halssympathikus in Verbindung und verlaufen eine Zeitlang mit dem Nervus facialis; die Fasern verlassen am Knie den Fazialis, um zum Auge zu gehen. Von 1500 Fällen, in denen der Nasenreflex geprüft wurde, fehlten entweder bei Anästhesie der Nasenschleimhaut oder auch bei vorhandener Sensibilität derselben. War die Anästhesie einseitig, so ließ sich oft ein doppelseitiger Reflex von der

gesunden Seite auslösen. Sind Zeichen einer Bulbärparalyse da und der naso-okuläre Reflex ist doch vorhanden, so spricht das mehr zugunsten einer Pseudobulbärparalyse.

S. Kalischer.

518.

Frankl, Samuel, Liquorrhoea nasalis. (D. m. W., Nr. 51, Jahrg. 54.) Bei einem seit der Kindheit bestehenden Hydrozephalus ist Liquorrhoea aufgetreten. Es wird angenommen, daß entweder das Siebbein oder die Lamina cribrosa zufolge des ständigen endokrinalen Druckes (ebenso wie die sonstigen Gehirnknochen, siehe Röntgenbefund) dünner, vielleicht usuriert worden sind und daß so der Liquor bestrebt war, aus der subarachnoidalen Höhle gegen den weniger widerstandsfähigen Knochen auszuweichen und so in die Nase gelangt ist. Die angenommenen lokalen Veränderungen selbst konnten durch den Röntgenbefund nicht nachgewiesen werden. Oder aber es ist noch wahrscheinlicher — wie dies Oppenheim und Nothnagel in solchen Fällen annehmen —, daß bei hochgradigem Hydrozephalus der Liquor an den den Nervus olfactorius begleitenden Lymphwegen aus der subarachnoidalen Höhle trat und auf diese Weise die Liquorrhoea begann.

Arnold Hirsch, Berlin.

519.

Adolf Friedemann, Lufteinblasung in Hirn und Rückenmark. (D. Ztschr. f. Nerv., CVI, H. 1—6.) Technik und Nebenwirkungen der Lufteinblasung werden besprochen. Therapeutisch ist die Lufteinblasung anscheinend von einem Wert bei Meningitis, von größerem Werte bei genuiner und symptomatischer Epilepsie, besonders bei Status epilepticus. Als unterstützende Methode ist die Lufteinblasung bei Intoxikationszuständen, besonders Delirium tremens und Alkoholpsychosen, Alkaloidentziehung, Schwangerschaftspsychosen, Eklampsie und Metallintoxikationen zu empfehlen. Gelegentliche Erfolge der Lufteinblasung bei unklaren Erregungszuständen, Schizophrenien, zirkulärem Irresein, progressiver Paralyse und Tabes sind als Scheinerfolge zu buchen und haben nur Zufallswert. Ein vorsichtiger Ausbau der Lufteinblasung als Therapie ist empfehlenswert. Sie besitzt bei vorsichtiger Anwendung den großen Vorzug der Einfachheit.

Kurt Mendel, Berlin.

520.

Stark, H., Harnaziditätsbestimmungen bei Nerven- und Geisteskranken unter besonderer Berücksichtigung der Epilepsie. (Z. Neur., 116., Nr. 5.) Die angewandte Methode war folgende: Der Harn wurde zweistündlich tagsüber entnommen, zum größten Teil durch Spontanangabe, in einigen Fällen auch mit dem Katheter. Die untersuchten Personen erhielten Durchschnittskost. Der gewonnene Urin wurde so schnell wie möglich untersucht. Auf kolorimetrischem Wege wurde mit Hilfe der Nitrophenolmethode im Michaelschen Komparator der Wasserstoffexponent (pH) bestimmt. Die erhaltenen Werte wurden laufend mit Stundenangabe notiert, und es ergaben sich auf diese Weise zwangsläufig Kurven, wie sie in der Arbeit beschrieben werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergaben zusammenfassend folgendes: Die Tagesschwankung im pH-Wert des Urins unterliegt allem Anschein nach einer gewissen Gesetzmäßigkeit, in der Schlaf, Nahrungszuführung, organische Krampfanfälle eine gewisse Rolle spielen. Auch durch Medikation erscheint eine Beeinflussung der pH-Kurve möglich (Kalkzuführung). Die sich ergebenden pH-Kurven sind bei Krampfkranke und Gesunden verschieden. Die Kurven sind für Epilepsie zwar charakteristisch, nicht aber spezifisch; sie finden sich ähnlich auch bei anderen Krankheiten. Unter geeigneten Versuchsbedingungen ist es möglich, die pH-Kurve im Urin als hinweisende — jedoch nicht beweiskräftige — Reaktion auf Epilepsie zu benutzen, wenn Untersuchungen in noch größerem Maßstabe die hier niedergelegten Ergebnisse bestätigen.

Hans Knospe, Berlin.

521.

Klessens, J. J. H. M., Einige Betrachtungen über Wesen und Entstehen der Epilepsie. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 43, 1928.) Es ist völlig begreiflich, daß man die Epilepsie lange als eine Krankheit angesehen hat, die ihren Ursprung im Gehirn hat, denn man konnte die Hauptkrankheitserscheinung, die Krampfanfälle, durch Reizung der Hirnrinde auslösen. Zwar hat diese Auffassung durchaus nicht allgemein befriedigt, aber die meisten hielten bis vor kurzem zu ihr. Man betrachte sie als reine Organkrankheit mit primärem Sitz im Gehirn. Allmählich kam man aber zu der Ueberzeugung, daß man die Anfälle von dem eigentlichen Krankheitsbilde scheiden mußte. Die Anfälle sind schließlich nicht die Krankheit selbst.

Der Autor hatte Gelegenheit, zahlreiche Epileptiker zu untersuchen und fand viele Fälle von sporadischer Epilepsie. Das auffallendste war hierbei nicht, daß bei einem sonst ganz gesunden Kinde plötzlich und unerwartet Anfälle entstanden, sondern daß die Kinder oft mehr als mittelmäßig begabt waren und von sehr begabten Eltern abstammten. Neben die Epilepsie der Minderwertigen muß man nach Autor noch eine Epilepsie der Begabten stellen. Die intellektuellen Fähigkeiten sind im Beginn der Krankheit hier durch-

aus nicht geschädigt; allerdings findet man oft eine im Gegensatz zur Intelligenz stehende unbeeinflussbare Eigensinnigkeit bei diesen Kranken. Oft leidet eins der Eltern an Migräne.

Epilepsie entsteht also auch bei nervös nicht besonders belasteten Kranken. Sie ist durchaus nicht immer angeboren, sondern sie entsteht eben.

Die wichtigsten Abweichungen der Epileptiker zeigen sich am Ammonshornband in der sogenannten Randgliose und den sklerotischen Veränderungen. Diese werden jedoch auch bei anderen Krankheiten angetroffen.

Man stellt sich heute vor, daß unbekannte Ursachen die Hirngefäße in einen Krampfzustand bringen, wodurch in bestimmten Teilen des Gehirns eine unvollständige Versorgung der Hirnelemente entsteht; hierdurch entsteht der Anfall. Diese Gefäßkrämpfe sind kein Unterteil der Entladung des epileptischen Anfalls, denn die Chirurgen sahen während Operationen am bloßgelegten Gehirn einen Gefäßkrampf (Anämie) entstehen, bevor der Anfall eintrat. Man kommt also wieder zu einer Art von Gefäßtheorie zurück, die Nothnagel schon vor einigen Dezennien, wenn auch in etwas anderer Form, geäußert hat. Auch für die Genese anderer Krankheiten, Hypertonie, Apoplexie, Migräne, Eklampsie, Nephritis, Retinitis albuminurica sind die Gefäßkrämpfe von großer Bedeutung. Es ist sicher kein Zufall, daß auch bei ihnen epileptische Anfälle häufig vorkommen.

Woher stammt nun die Krampfeigung der Gefäße? Vielleicht ist die Theorie von Kraus, die sie auf das vegetative System beziehen will, ein Fingerzeig für die Antwort.

Kurt Heymann, Berlin.

522.

Korotnew, N. J., **Epilepsiebehandlung**. (Klin. Med. russ., 6., H. 9 [84], 1928.) In der Behandlung der Epilepsie sind in den letzten 30 bis 40 Jahren keine wesentlichen Erfolge zu verzeichnen, so daß auch jetzt noch die Frage, ob eine Epilepsie heilbar ist, als zeitgemäß betrachtet werden kann. Mit Ausnahme der syphilitischen, wird die Epilepsie nur in wenigen Fällen geheilt, und nicht selten läßt sie sich überhaupt nicht bessern. Andererseits sind Fälle von Selbstheilung bekannt. Vorauszusehen, in welchen Fällen man auf einen Erfolg rechnen kann und in welchen nicht, ist unmöglich; infolgedessen muß jeder Epileptiker einer sehr langdauernden, energischen und planmäßigen Behandlung unterzogen werden. Man kann jedoch sagen, daß die Chancen für einen Erfolg desto geringer sind, je früher die epileptische Erkrankung sich entwickelt hat. Die bis jetzt angewendete medikamentöse Behandlung wirkt nur symptomatisch. Hier stehen noch heute Borax-, Luminal- und Brompräparate obenan. Von den letzteren werden jetzt am meisten Bromkalium bzw. Bromnatrium gebraucht. Die Brombehandlung muß jahrelang fortgesetzt werden und wird nur bei schweren Bromismuserscheinungen abgesetzt. Eine schnelle Heilung bzw. Besserung wird bei dieser Behandlung jedoch nicht beobachtet. Nach den Erfahrungen des Verfassers werden nach Darreichung von Boraxpräparaten ausgezeichnete Resultate beobachtet. Er selbst bevorzugt das Natrium bitoracicum vor den Bromsalzen und Luminal. Dieses Mittel wird jetzt ganz zu Unrecht für giftig gehalten, obgleich es viel weniger schädlich ist, als z. B. das Brom und viel seltener Nebenerscheinungen hervorruft als dieses. Die von manchen Aerzten beobachteten Vergiftungserscheinungen nach dem Gebrauch dieses Mittels werden sicher auf die verschiedenen Beimischungen, welche den im Handel befindlichen Präparaten häufig beigegeben werden, zurückzuführen sein. Infolgedessen ist es empfehlenswert, stets ein chemisch reines Präparat anzuwenden. Was die Dosierung des Mittels betrifft, so beginnt K. die Behandlung mit der Dosis von 4,0 g täglich, die er allmählich bis 8,0 g erhöht. In der Mehrzahl der Fälle genügen 6,0 g pro die. Schwere Vergiftungserscheinungen waren nie zu verzeichnen. Nur selten kommen Nebenerscheinungen, wie Hautausschläge, Verdauungsstörungen, Durchfälle zur Beobachtung, die in der Regel nach Aussetzung des Mittels schnell verschwinden. Gute Resultate sah der Verfasser auch bei Kombination des Natrium bitoracicum mit Kodein (0,15 bis 0,2 dreimal täglich) und mit Luminal. In den Fällen, wo Störungen seitens des Herzgefäßsystems vorliegen, ist die Kombinierung dieses Mittels mit Adonis vernalis zweckmäßig. — Unterstützend wirken bei der Epilepsitherapie Veronal- und Baldrianpräparate, ferner warme Salz- bzw. aromatische Bäder (2 bis 3 Eßlöffel Baldrianextrakt auf ein Bad), kühle, nicht kalte Abreibungen und dergleichen.

E. Kontorowitsch.

523.

Smirnoff, L. J., **Ueber die bösartigen Gliome**. (Arch. f. Psych., 83., Nr. 2.) Gliosarkome sind Neoplasmen des Zentralnervensystems, welche große Schwierigkeiten für das Differenzieren zwischen Gliomen und Sarkomen bieten. Die Vorstellungen vom Gliosarkom sind demzufolge verschwommen, unbestimmt und widersprechend. — Bei Beobachtung zweier Fälle von schnell verlaufender bösartiger Wucherung des gesamten gliösen Apparates kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die entsprechenden Geschwulstzellen von

Elementen präexistierender Glia abstammen, als Ausdruck glialen Reaktion auf intoxicationelle und evtl. andersartige Einwirkungen und führt den Atypismus des Zellbestandes der gliösen Hyperplasie auf embryonale Defektivität der gliösen Grundlage zurück. „Das sich primär entwickelnde bösartige Gliom ruft eine sekundär reaktive gliöse Hyperplasie hervor, welche in Anbetracht der Migestalt des reagierenden Mechanismus und dessen konstanter Bereitschaft zur Vermehrung infolge erhaltener embryonaler Eigenschaften, in sich atypische Besonderheiten, Merkmale blastomatöser Umgestaltung trägt.“ — Verfasser hebt diese Gliome aus der allgemeinen Gliomgruppe in eine Untergruppe unreifer bösartiger Gliome (Glioma immaturans maligna) heraus. Bender.

524.

Bertrand, J., und Boeff, **Amyotrophische Lateralsklerose oder Pseudobulbärparalyse?** (Revue neur., XXXV, II, Nr. 6.) Mitteilung eines Falles, welcher die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen amyotrophischer Lateralsklerose und Pseudobulbärparalyse zeigt. Die amyotrophische Lateralsklerose kann unter dem Bilde einer Pseudobulbärparalyse verlaufen (näselle Sprache, schlechte Artikulation, Gaumenparese mit Erhaltensein des Gaumen- und Pharynxreflexes, Gang mit kleinen Schritten, Steigerung der Sehnenreflexe, Fehlen von deutlicher Muskeltrophie). Im vorliegenden Falle waren neurofibrilläre Alzheimersche Läsionen oder senile Plaques trotz des Alters der Patientin (73 Jahre) nicht nachweisbar. Die Diagnose „amyotrophische Lateralsklerose“ wird gestützt durch die anatomischen Veränderungen: Degeneration beider Pyramidenbahnen im Rückenmark, Atrophie der Fasern und Zellen der Vorderhörner, Atrophie der meisten Bulbärnervkerne (mit Ausnahme der Oculomotorii). Warum trotz Befallenseins der Vorderhörner die Muskelatrophie so gering war, ist schwer zu erklären. Kurt Mendel.

525.

Wimmer und Neef, **Amyotrophien bei chronischer epidemischer Enzephalitis**. (Acta psychiat., III, Fasc. 4.) 20 Fälle werden mitgeteilt. Die enzephalitischen Amyotrophien zeigen meist eine distale und bilaterale Lokalisation. Zwischen der Intensität der Lähmung und derjenigen der Amyotrophie bestehen keine Beziehungen. Selten sind fibrilläre Zuckungen, häufig dagegen Hyperkinesien und Myoklonien. Nur ausnahmsweise fehlen die Sehnenreflexe. Sensibilitätsstörungen weisen auf Ergriffensein der Hinterhörner oder Hinterstränge hin. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei dem spastisch-amyotrophischen Syndrom der chronischen epidemischen Enzephalitis um eine kombinierte Affektion der Vorderhörner und der Pyramidenbahnen, also um Läsionen wie bei der amyotrophischen Lateralsklerose. Kurt Mendel.

526.

Wimmer, **Psychotische Syndrome bei chronisch-epidemischer Enzephalitis**. (Acta psychiat., III, Fasc. 4.) Bei psychotischen Enzephalitiken kann die Hirnrinde vom Krankheitsprozeß stark betroffen sein, und zwar in einer Weise, die wir auch von anderen, nicht-psychotischen Enzephalitisfällen kennen, d. h. in Form von vorwiegend chronisch-degenerativen Veränderungen des nervösen Parenchyms mit mehr oder weniger starkem Zurücktreten des mesodermalen infiltrativen Prozesses. „Wo es zur Ausbildung eines mehr reichhaltigen und länger festgehaltenen Wahns kommt, wo zahlreiche, mehr komplizierte Halluzinationen auftreten, wo der Kranke von seinem Wahn verschlungen wird, dort dürfen wir uns doch wohl nicht mit der Annahme einer „mesenzephalen Psychose“, einem „Hirnstammkomplex“ (Kleist) begnügen, sondern müssen eine Mitbeteiligung der Hirnrinde annehmen. Und so auch, was die schizophrenen Enzephalitispsychosen anbelangt, wo meines Erachtens nur das rein motorisch-katatonische Verhalten der Kranken aus den basalen Gehirnläsionen verständlich sein dürfte.“

Kurt Mendel, Berlin.

527.

Schaefer, R., **Enzerhalomyelitis chronica**. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 107., H. 1—4.) Mitteilung eines Falles: Im Anschluß an eine Erkältungskrankheit langsame, aber stetig fortschreitende Lähmung sämtlicher Augenmuskeln von supranukleärem Typus, dann progrediente Parese der oberen und unteren Gliedmaßen mit Atrophien, schließlich bulbäre Störungen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen entzündlich-degenerativen, nukleär-funkulären Prozeß im Hirn und Rückenmark (Encephalomyelitis chronica).

Kurt Mendel, Berlin.

528.

Guillaín, G., Bertrand, J., und Péron, N., **Syndrom der Arteria cerebellaris superior**. (Revue neur., XXXV, II, Nr. 6.) Fall von Kleinhirnerweichung infolge Thrombose der Arteria cerebellaris superior. Sektionsbefund. Klinisch: Kleinhirnersyndrom mit unwillkürlichen Bewegungen rechts und Hemianästhesie links von syringomylem Typ. Das Hemisyndrom hängt ab von den Läsionen der Oberfläche der rechten Kleinhirnhemisphäre, die unwillkürlichen Bewegungen rechts von den Läsionen des rechten Pedunculus cerebelli superior oder des Nucleus dentatus, die linksseitige Hemianästhesie von dem Befallensein der rechten Pons.

seite: Diese Syndrome im Verein mit dem Fehlen von Pyramidenzeichen und von Hirnnervenlähmungen stellen das Syndrom der Arteria cerebellaris superior.

Kurt Mendel.

529.
Driginkina, A. J., Ueber Pathogenese der Geophagie. (Wratsch. Dielo, 11, Nr. 9, 1928.) Bericht über 2 Fälle, die in der Universitätsnervenklinik zu Taschkent zur Beobachtung kamen. Im ersten Falle handelte es sich um eine 47 Jahre alte Arbeiterin, die seit Jahren an einem unüberwindlichen Bedürfnis nach dem Verzehren von reinem Ton leidet. Als sie vor 15 Jahren in einem Betrieb arbeitete, wo viel mit Ton zu tun war, verspürte sie öfter einen starken Wunsch, ihn zu kosten, und seit dieser Zeit ist sie davon große Mengen, auch bis 5 Pfund täglich. Sie weiß sich in diesen Tonarten sehr gut zurechtzufinden und sucht nur eine bestimmte Art aus, die in ganz tiefen Bodenschichten gefunden wird. 1 bis 1½ Pfund Ton machen sie satt und ersetzen ihr die Mahlzeiten. Wegen der Absinzenzerscheinungen, wie Schlaflosigkeit, Unbefriedigungs- und Sehnsuchtsgefühl, Verstopfung, Hämorrhoidalblutungen, kann sie sich nicht länger als eine Woche vom Tonessen enthalten. Auch bei Gravidität ließ die Patientin von ihrer Gewohnheit nicht ab. In der letzten Zeit leidet sie an Appetitmangel, Unterernährung und Anämie. — Der psychische Intellekt entsprach dem Niveau ihrer sozialen Stellung. Die Untersuchung ergab Sympathikotonie und seitens des Magens Achylie und Hyposekretion. Die positive quantitative und qualitative Aenderung des Magensaftes, Verdauungsleukozytose, hämoklasische Krisen nach Widal, Entlastung des Organismus vom Kalziumüberschuß und Hebung der evakuatorischen Magenfunktion bei Tondarreichung und umgekehrte Erscheinungen bei seiner Entziehung sprechen dafür, daß die Geophagie hier als Folge des organischen Magenleidens aufgefaßt werden muß. Von Interesse ist, daß der Organismus den Ton in diesem Falle auch als einen mechanischen Faktor zur Bekämpfung der Verstopfung ausnutzte.

Der zweite Fall betraf ebenfalls eine Frau, 27 Jahre alt, die aber eine krankhafte Vorliebe für Kohle, Kreide und Zahnpulver hatte. Auch hier spielte das professionelle Moment eine Rolle: die Patientin handelte mit diesen Produkten. Das Leiden besteht seit 5 Monaten. Sie ist sowohl Holz- als auch Steinkohle, die letztere jedoch der Verdaulichkeit wegen nach Abglühen auf dem Feuer. Anstatt Kreide nimmt sie Zahnpulver, da es einen besseren Geschmack hat. Ab und zu verzehrt sie auch rohe Buchweizengrütze. In der letzten Zeit nimmt sie von diesen Produkten große Mengen an Stelle der Mahlzeiten zu sich. Allmählich traten allgemeine Schwäche, Kopfschwindel und Augenbeschwerden ein. Die Magenuntersuchung ergab hier Hyperazidität und Hypersekretion. Nach Probebrühe aus Kohle und Kreide nähern sich die Werte jedoch der Norm. Ferner wurde Verminderung des Ca-Gehalts im Blute und Vagotonie vorgefunden. Auch in diesem Fall handelte es sich nicht um ein psychologisches Phänomen. Auch hier war eine Magenkrankung, jedoch eine entgegengesetzte als im Fall 1, vorhanden, was sich auch in der Wahl anderer Produkte seitens der Patientin ausdrückte. Durch Einführung der Kreide (CaCO_3) regulierte sie ganz unbewußt die Azidität des Magensaftes. Durch Einwirkung von HCl auf CaCO_3 wird CaCl_2 gebildet ($\text{CaCO}_3 + 2\text{HCl} = \text{CaCl}_2 + \text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$), welches die im Blute fehlenden Kalziumsalze ersetzt und das sympathische Nervensystem stimuliert. Die Einführung der durch Adsorption und Porosität ausgezeichneten Kohle wirkte günstig auf den Sekretionsüberschuß im Magen. — Was die Therapie anbetrifft, so wird man in beiden Fällen die obenerwähnten Produkte durch entsprechende pharmazeutische Mittel zu ersetzen suchen.

E. Kontorowitsch.

Psychologie und Psychopathologie.

530.
Kunz, H., Zur grundsätzlichen Kritik der Individualpsychologie Adlers. (Z. Neur., 116, Nr. 5.) Verfasser versuchen das wissenschaftlich relevante Ergebnis ihrer kritischen Bemühung in folgenden Sätzen zusammenzufassen:

„Der Zusammenhang zwischen ‚echter‘ Organminderwertigkeit und Minderwertigkeitsgefühl einerseits, Ueberkompensation andererseits ist kein wesenhafter, sondern zufälliger, d. h. die Minderwertigkeitsgefühle als reaktiv-sekundär entstandene ‚Kränkungen‘ der spontanen Selbstwerthaltung (intentionale werterfassende Gefühlsakte) aktualisieren sich sowohl an ‚echten‘ und vermeintlichen Organminderwertigkeiten wie an umweltbedingten Erlebnissen, die für das Kind im Erwachsenenmilieu typisch sind.“

Das Minderwertigkeitsgefühl bedingt weder das Machtstreben, noch ist es überhaupt ein aus sich wirkender Faktor, sondern es fundiert umgekehrt auf vitalen (Wachstums- und) Machttrieben und weist dem gleichsinnigen Machtstreben des Ich die besonderen Wege der Kompensation und Ueberkompensation.

Kompensation und Ueberkompensation sind Lustungen der primären ätiologischen Machttriebe und vor allem des zweckgerichteten intentionalen Geltungsverlangens, das jedoch innerhalb der geist-

gekoppelten Ichakte nur eine, wenngleich wichtige Richtung verkörpert.

Das sogenannte Gemeinschaftsgefühl nimmt einstweilen bei Adler wesentlich die Rolle einer moralisch-normativen Idee ein; wieweit sich darin ein faktisches seelisches Geschehen verbirgt, harret der Analyse.

Zweckgerichtete Bestrebungen wirken in der eigentlichen Genese von Charakter, Neurose und Psychose nur soweit auf deren vitalen Grundlagen, als sie in final-rückläufig-kausaler Determination triebhaft-affektive Geschehen faktisch bestimmen. Zumeist handelt es sich aber dabei um wertende Stellungnahmen des Ich zu jenen primären, evtl. kranken Geschehen, die nachträglich oder gleichzeitig erfolgen und eine intestinale bzw. teleologische Struktur aufweisen.

Die individualpsychologische Grundanschauung von der „zielgerichteten Einheit“ der Psyche beruht auf einer hypostasierenden Verabsolutierung der teleologischen Erkenntniskategorie (Schema der Willkürhandlung), die lediglich für die Gesamtheit der Ichakte tatsächlich zutrifft und folglich auch soweit richtig ist, als in Charakter, Neurose und Psychose die Ichakte (und das von ihnen abgewandelte Trieb- und Affektgeschehen) eine Rolle spielen; alle vitalen, ursprünglichen Vorgänge werden gelegentlich und verfälschend umgedeutet.

Knospe.

Soziale und gerichtliche Medizin.

531.
Gawronski, J., Die Straßengesetzvorlage betr. Minderjährige, von psychiatrischen und medizinisch-pädagogischen Gesichtspunkten betrachtet. (Now. psychiatr., H. 3/4, 1928.) Verfasser gibt einen Ueberblick über die Straßengesetzgebung betr. Minderjährige in anderen Ländern, unterstreicht ihre Berührungspunkte, hebt die Unterschiedsmerkmale hervor, vergleicht sie mit dem polnischen Entwurf und stellt folgende Forderungen auf:

1. Zuziehung von Psychiatern und ärztlichen Pädagogen als Sachverständige zu den Gerichtsverhandlungen gegen Jugendliche;
2. Einrichtung von Spezialanstalten für straffällige Minderjährige sowie obligatorische Untersuchung der Jugendlichen durch Psychiater und Pädagogen in somatischer, anthropologischer und psychologischer Hinsicht;
3. Berücksichtigung der Ergebnisse der Anstaltsbeobachtung im Strafverfahren.

Makowski.

532.
Zajackowski, H., Sensibilitätsstörungen bei Epileptikern. (Now. psychiatr., H. 3/4, 1928.) Verfasser berichtet über die Ergebnisse seiner Untersuchungen, die er an Epileptikern in Dziekanka im intraproximalen Stadium durchgeführt hat. Bei allen stellte er Hyperalgesie in Gürtelform fest.

Die Reichweite der hyperalgetischen Zonen schwankte und stand in Beziehung zu den epileptischen Auren. Vor dem Anfall verbreiten sich die Zonen, und die Hyperalgesie verstärkt sich; nach dem Anfall nimmt ihre Intensität ab.

Verfasser kommt zu der Schlußfolgerung, daß die Ergebnisse seiner Untersuchung eine Bedeutung für die Prophylaxis haben könnten.

Makowski.

533.
Bielawski, O., Epilepsie und Straßengesetz. (Now. psychiatr., H. 3/4, 1928.) Verfasser zieht die wichtigsten Erscheinungen, welche auf eine psychische Entartung schließen lassen, in Erwägung und gibt der Meinung Ausdruck, daß Epileptiker, die deutsche Anzeichen psychischer Entartung aufweisen, in jedem Falle, wo diese Entartung eine straffällige Tat bedingt, nicht zur Verantwortung gezogen werden dürften. Hierin weicht Verfasser von der allgemein herrschenden Ansicht stark ab.

Makowski.

534.
Piotrowski, A., Kritische Bemerkungen zum Gesetzentwurf betreffend das öffentliche Fürsorgewesen für Geisteskranken. (Now. psychiatr., H. 3/4, 1928.) Verfasser berichtet über die Ergebnisse der Regelung des psychiatrischen Fürsorgewesens durch Gesetze. Er ist Anhänger der administrativen Verordnungen, die seiner Meinung nach praktischer sind und schneller zum Ziele führen.

Ohne die Vorzüge des Entwurfs zu verkennen, betont er doch, daß gewisse Bestimmungen die glatte und reibungslose Abwicklung der Anstaltsgeschäfte erschweren würden.

Verfasser wendet sich gegen die Ausübung einer Anstaltskontrolle durch Gerichtsbeamte bzw. Laien und verlangt Fachkontrolle durch psychiatrische Inspektoren, die mit weitgehenden Vollmachten ausgestattet werden müßten.

Zum Schluß macht Verfasser zweckdienliche Vorschläge zur Einsetzung einer psychiatrischen Behörde, der u. a. auch die Oberaufsicht über die Anstalten zukommen würde.

Makowski.

535.
Kehr, Berufsärztliche Beratung. (Z. f. Schulgshpfl. u. soc. Hyg., 1928.) Die Fragestellungen für den ärztlichen Berufsberater sind folgende: Kann der Jugendliche nach seiner körperlichen und geistigen Beschaffenheit den erwählten Beruf auf die Dauer ausüben? Wenn

nicht, kommt ein anderer Beruf in Frage, oder kann man Schritte tun und welche, um ihn berufstüchtig zu machen? Die letztere Erwägung kommt vor allem bei Körperschwäche und Unterernährung in Frage; es kann dabei durch etwa halbjährige Erholungsunterbringung etwas erreicht werden. Der berufsberatende Schularzt muß vor allem lückenlose Aufzeichnungen über den Jugendlichen möglichst schon aus dem Kleinkindesalter, wenigstens aber über die ganze Schulzeit als Unterlage bekommen. Notwendig ist die Anwesenheit der Eltern, die über die weitere Vorgeschichte, häusliches Verhalten Auskunft geben müssen. Es wird auf einzelne, für die Berufsberatung wichtige Punkte hingewiesen. Es ist zu beachten, daß in der Schulzeit verhältnismäßig geringfügige Störungen sich im Berufsleben zu recht schweren Erkrankungen auswachsen können. So gehen inaktive Tuberkulosen gerade im Jugendlichenalter in aktive, offene über. Eine Neigung zu Hautkrankheiten, Widerstandsunfähigkeit gegen chemische oder gasförmige Schäden trifft man sehr häufig bei asthenischen blutarmen Mädchen. Bei solchen Jugendlichen kommen bei gegebenen Umständen zum Beispiel sehr hartnäckige sogenannte „Nickel- und Bäckerkrätze“ vor, die oft nur durch Berufsveränderung heilen. Bei Ohrenkranken muß das Moment der Erkältungsgefahr berücksichtigt werden, z. B. Briefträger, Maschinist, Bergmann. Daß der Gärtnerberuf zu den schweren Berufen gehört, wird besonders betont, und sich deshalb nicht für herzkranken und tuberkulöse Personen eignet. Für Krüppel pflegen vorwiegend sitzende Berufe in Frage zu kommen. Besondere Aufmerksamkeit muß den Psychopathen wie den Deblen bei der Berufswahl geschenkt werden. Für die Deblen ist die Ueberführung in eine eigene Fortbildungsschule unerlässlich, die Berufsausbildung, soweit sie möglich, kann in einem Heim vor sich gehen. Bei Epileptikern muß einmal auf das Moment der Unfallgefahr geachtet werden, zweitens können ihnen keine verantwortlichen Aufgaben anvertraut werden wegen unberechenbarer Dämmerzustände.

P. Heymann, Berlin.

^{536.} Gordon, Der junge Missetäter. (Rev. Intern. de l'Enf., 11, 1928.) Verfasser hat in Bath, einer Stadt von 70 000 Einwohnern, eine gut zentralisierte ärztliche Erziehungsberatung eingerichtet. Die ärztliche Schulaufsicht und eine eigene Fürsorgerin geben die an sie gerichteten Meldungen der Schule oder der Eltern an die Stelle weiter. Sie sorgen für die notwendigen sozialen wie medizinischen Unterlagen und führen dann das Kind der Beratungsstelle zu, wo es einige Tage ambulant beobachtet wird. Es wird dann ein Erziehungsplan aufgestellt, dessen Ausführung überwacht wird. Unter den beobachteten Fällen sind drei Gruppen zu unterscheiden: medizinische, psychologische und soziale Fälle. Unter den medizinischen Fällen waren Epilepsie, Enzephalitis, hysterische und schizoide Neurosen. Psychologisch waren Fälle von Fehlen jeglicher Selbstbeherrschung, sogenannte moralische Minderwertigkeit, ferner psychologisch-pathologische Reaktionen auf abnorme Verhältnisse, wie z. B. uneheliche Geburt. Soziale Fälle waren solche mit schlechten häuslichen Verhältnissen, Erziehungsfehlern, übertriebene elterliche Strenge, schlechter Umgang, allgemeine Schwererziehbarkeit.

Heymann, Berlin.

Strahlenforschung u. -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie.

^{537.} Mackee, G. M., Klinische Schwierigkeiten bei der Röntgen-therapie der Haut. (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 2.) Viele Hautkrankheiten haben Begleiterscheinungen, welche durch Röntgen- oder Radiumbehandlung verschlechtert werden. Infektiöse ekzematöse Dermatitis, welche nässende Geschwüre und Wundtaschen usw. begleitet, gehört hierher. Beim Angiom, besonders dem kavernösen Typ, wird die durch Röntgen- oder Radiumstrahlen verursachte Atrophie, Vernarbung und Teleangiectasie erwähnt. Bei der Psoriasis bleiben oft Depigmentationen; sie wechselt bisweilen spontan zur Dermatitis exfoliativa. Auch die Mykosis fungoides entwickelte sich in manchen Fällen so, daß sie von ausgezeichneten Klinikern und Pathologen als Psoriasis diagnostiziert wurde. Die verschiedenen Typen der Sykosis und chronischen pyogenen Follikulitis kann Atrophie, Narbenbildung und dauernde Alopie zurücklassen. Eine Anzahl von Dermatosen, speziell der Lichen planus, kann ausgesprochene Pigmentation für viele Monate zurücklassen. Keloide können von Depigmentation, Atrophie und Teleangiectasie gefolgt sein, welche Trias der Röntgenhaut gleicht. Die Farmer- oder die Seemannshaut, welche sich auf der Lebenshöhe entwickelt, kann der Röntgenbehandlung, welche viele Jahre vorher statthatte, zur Last gelegt werden. Die Akne vulgaris kann mit punktförmigen Narben verheilen. Diese Vernarbung hängt von der Dauer, dem klinischen Typ, der Schwere und der Tiefe der Krankheit, dem Charakter der Haut, dem Alter und der angeborenen Anlage ab. Diese Vernarbung ist ungemein häufige Folge dieser Erkrankung, und sie ist oft schwer und entstellend. Für die Behauptung, daß die Röntgenbehandlung vornehmlich diese Vernarbung herbeiführe, besteht kein überzeugender Beweis, wohl aber scheint es, als ob die

Röntgenbehandlung diese Folge hintanhalt. Infolge der Kongestion, des Oedems und der großen Zahl von Pusteln, Komedonen, Papeln, Knoten wird während des Verlaufes der Krankheit diese Narbenbildung häufiger gesehen. Vor der Entdeckung der Röntgenstrahlen wurde diese Vernarbungsweise der Auskratzung, der Inzision und der Expression der Komedonen, lokalen Maßnahmen und der Arsenmedikation zugeschrieben! Es wurde von Patienten und Aerzten behauptet, daß die Röntgenstrahlen bei keiner anderen Krankheit zur Hypertrichosis führten. Der starke Haarwuchs ist wahrscheinlich Folge der langdauernden Kongestion der Follikel, denn es kommt zur Hypertrichosis bisweilen auch in solchen Fällen, welche niemals mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Der Lupus vulgaris und der Lupus erythematosus verursachen beide Narbenbildungen und Atrophie, der letztere auch Teleangiectasien. Dieses fälschliche Bild einer chronischen Radiodermatitis wird intensiviert durch die Tatsache, daß Epitheliome eine häufige Folge dieser Krankheiten sind. Kraurosis vulvae verursacht Atrophie und Sklerose, welche der Röntgen- und Radiumbehandlung nicht zur Last gelegt werden können. Diese Erkrankung muß ebenso wie die Leukoplakie, welche zur Atrophie und Sklerose von sich aus neigt, mit großem Geschick in der Röntgentherapie behandelt werden. Gegen die Behauptung von Sterilitätsfolgen nach Röntgenbehandlungen bei am Skrotum lokalisierten Dermatosen sollte man sich durch vorherige Samenuntersuchungen versichern. Röntgenresistente Psoriasisfälle können nach einem Intervall von vielleicht einem Jahre wieder sensibel gegen Röntgenstrahlen werden. Ist nach etwa 6 Bestrahlungen keine Besserung zu konstatieren oder kommt es schnell immer wieder zu Rezidiven, so lasse man also die Röntgenbehandlung. Behandelt man generalisierte Formen von Dermatosen, so muß eine Allgemeinschädigung vermieden werden. Hartnäckige Epitheliome, welche nicht auf die erste intensive Dosis reagieren, soll man mit dem Messer oder mit operativer Diathermie behandeln. Es gibt Typen, welche zunächst aussehen, als seien sie zur Strahlenbehandlung sehr geeignet, sich aber dann doch als strahlenresistent erweisen, vielleicht, weil sie von Lagen oberhalb des Stratum germinativum teilweise abstammen. Wegen der Teleangiectasien, die ohne beachtetes Erythem auftreten, kann man auch der Meinung sein, daß das Erythem infolge entzündlicher, der Natur der Krankheit entsprechender Rötung übersehen wurde. Auch kann man sich denken, daß das Erythem, infolge dicker Hornhaut, wie am Fuß, nicht genügend in Erscheinung treten kann. J. Kottmaier.

^{538.} Goldmann, G. Wichtigkeit der Frühdiagnose des Kolonkrebses. (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 2.) Fallbericht. Ein Patient hatte im Laufe der letzten drei oder vier Wochen mehrere Attacken von Leibschmerzen und Erbrechen. Jede Attacke dauerte einige Tage und war begleitet von Verstopfung, welche auf Laxantien gebessert wurde. Das Erbrechen wurde zum täglichen Ereignis, es kam zur Anorexie, Gewichtsverlust und Allgemeinschwäche. Die Familienanamnese und die Vorgeschichte des Kranken waren völlig negativ. Die Palpation ließ nichts erkennen, ausgenommen Druckempfindlichkeit im oberen Abdomen, besonders dem oberen linken Quadranten. Das Röntgenbild 24 Stunden nach der Kontrastmahlzeit zeigte eine beträchtliche Erweiterung des proximalen Kolons, mit einem Füllungsdefekt gerade links von der Mitte des Colon transversum, wobei etwas von der Kontrastpeise durch den Defekt tröpfelte. 48 Stunden p. c. zeigte die Dilation des proximalen Kolon bis zum Defekt eine weitere Zunahme mit Schlußunfähigkeit der Ileozökalklappe infolge rückläufigen Druckes. Das Kaliber des Colon transversum distal vom Defekt ist gering und enthält nur eine kleine Menge der Mahlzeit. Das Kontrastklystier zeigte das distale Kolon bis zum Defekt gefüllt 60 Stunden p. c. Das proximale Kolon ist noch beträchtlich mit der Bariummahlzeit gefüllt und ausgedehnt. Ein Jahr nach der Operation ist der Patient noch gut beimmen. J. Kottmaier.

^{539.} Larimore, J. W. Röntgenologie des Kolons. (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 8.) Die Gesamtfunktion des Kolons hängt von seinem anatomischen Aufbau ab: ein Muskelschlauch ist mit Drüsenepithel ausgekleidet und mit Gefäßnetzen versehen, welche die Resorption erleichtern; der innere Nervenplexus unterliegt der äußeren Nervenkontrolle. Störungen des Zusammenspiels dieser Elemente verursachen verschiedenartige Funktionsanomalien verschiedenen Grades. Die Durchtrittsgeschwindigkeit des Darminhalts bestimmt die Absorption. Dabei spielt die Länge des rechten Kolons eine Rolle, während der distale Kolonteil die Eindickung des Stuhles vornehmlich besorgt. Der Gesamtmotor und der der Segmentation wird solange aufrecht erhalten, als der neuro-muskuläre Mechanismus in Ordnung ist. Insuffizienz des Tonus der Darmmuskulatur ist die häufigste Veränderung des physiologischen Zustandes. Verstärkung des Tonus ist relativ selten. Die zarte, glatte Muskelfibrille strebt immer der Verkürzung zu, wodurch eine dauernde Tendenz zur Korrektur abnormer Stasen besteht. Der Tonus der Kolonmuskulatur

verrät sich im Röntgenogramm hauptsächlich durch die Kontur und die Zahl der Haustrationen. Der erhöhte Tonus muß von der neuromuskulären Irritabilität unterschieden werden, welche sich an der Irregularität der Haustrierung verrät, variierend nach dem Grade der Asymmetrie bis zur zackigen Grenzlinie, hervorgebracht durch fibrilläre Zuckungen der Muskulatur. Diese verschiedenen Veränderungen können von der äußeren Stimulierung der kontrollierenden automatischen Nerven kommen, ferner von der Reizung der Atrophie des inneren Nervengeflechtes oder von unmittelbarer Reizung des Muskels oder seiner Erschöpfung. Die geänderte Motilität des Kolons liegt der Diarrhoe und der Obstipation zugrunde. Diese wurde in die spastische und die atonische eingeteilt. Im Gegensatz zur klinischen Ansicht zeige das Röntgenbild die atonische, auf herabgesetzter Muskelfunktion beruhende, häufiger. Der dabei beobachtete Schmerz hat wohl zu dieser unrichtigen klinischen Anschauung verleitet. Ein Analyse von 562 Fällen vermittelst Bariummahlzeit und Bariumklyma zeigte in 13,2 Prozent Hyperrotation und übergroße Länge des rechten Kolons mit Beckenlage des Zökums. Eine Transportverzögerung oder Zökaltase ist oft mit dieser Variation verbunden, und diese Verzögerung nimmt mit fortschreitendem Tonusverlust des Muskels zu. Häufig ist mit dieser Anomalie Schmerz verbunden und der Blinddarmanhang wird oft entfernt. Häufig kommt auch dabei Erbrechen, Verstopfung und Kopfschmerz vor. Auch bei den Untersuchungen des Verfassers war mit Kolonstase häufig Migräne vergesellschaftet. Schmerzattacken kommen bei Frauen dabei vor, vermutlich durch Druck auf die Beckenorgane. Die Eintrocknung des Darminhalts, welche bei geringeren Graden der Zökum dilatation vorkommt, scheint bei ausgedehnteren Zökumerweiterungen zu schwinden, und es ist anzunehmen, daß die Absorptionsfähigkeit dieses Darmabschnittes verloren gegangen ist, wodurch es bei der fortbestehenden Flüssigkeit des Darminhalts für diesen möglich ist, in die distaleren normalen Segmente geschwemmt zu werden. In des Autors Serie kam Verlängerung des Sigmoids in 18 Prozent, vornehmlich beim sthenischen Habitus, vor. Diese Sigmoidverlängerung ist häufig mit motorischer Verschlechterung verbunden. Diese Krankheit geht mit Verstopfung, Gasansammlung und Schmerzen im Abdomen, Diarrhoe und intermittierendem Tumor einher. Die Prognose der geschwächten Kolonmotilität hängt von der Ursache des Tonusverlustes ab. Seine häufigste Ursache ist die ungebührliche Ueberdehnung der Muskulatur infolge schlechter Hygiene und Nachlässigkeit. Diese unangebrachten Zustände können durch Beseitigung der Ursachen der Darmdehnung behoben werden. Der weiche Darminhalt unterstützt die Muskelkontraktion. Bestanden die unhygienischen Zustände schon sehr lange, so dauert die mögliche Wiederherstellung sehr lange. Bei manchem Obstipierten ist das Röntgenbild von überraschender Normalität. In diesen Fällen genügt das Aussetzen gewohnheitsmäßiger Laxantien. Ehe es zur Hyermotilität der Kolonmuskulatur mit rascher oder zu schneller Motilität kommt, besteht eine spastische Verzögerung. Sie macht sich durch Intoleranz gegen Abführmittel, welche Schmerz verursachen und die Verstopfung verstärken, bemerkbar. Wenn auch für gewöhnlich, wie beim Hyperthyreoidismus, Hypertonie des Kolons Diarrhoe macht, so folgt nicht daraus, daß jede Diarrhoe auf Hypertonie und Hyperperistaltik des Kolons beruht. Es gibt Diarrhoen, welche auf einer Ueberflutung des Kolons beruhen. Die Kolonstruktur ist in hohem Grade von den allgemeinen und lokalen Ernährungsbedingungen abhängig. Man kennt schon lange die Wirkungen teilweiser Unterernährung. Die Wirkung vermindeter, unangeregter Ernährung gibt ein typisches Röntgenbild. Vitaminmangel führt zu definitiven Veränderungen und Funktionsstörungen, welche durch Korrektur der Nahrung noch anfänglich zu beheben sind. Diese Kolonveränderungen vermögen einen Circulus vitiosus allgemeiner Avitaminose einzuleiten. Sie vermindern die Aufsaugung der Nahrung, gestatten den Eintritt pathogener und saprophytischer Bakterien. Die anfängliche Reizbarkeit ist durch die wachsende Schleimausscheidung zu erkennen, welche mit Hyperperistaltik und Diarrhoe einhergeht. Die Avitaminose ist ein bestimmender Faktor der ulcerativen Kolitis. Sie kann ein Endresultat einer sekundären ulcerativen Tuberkulose des Zökokolons sein. Es gibt einen Typ extremer Kolondilatation, meist mit adynamischer Diarrhoe verbunden, welcher nicht mit dem echten Megakolon verwechselt werden darf. Das Röntgenbild stellt ein beträchtlich erweitertes, hypotonisches, ahaustiales und verlängertes Kolon dar, mit äußerst großer Einlauffähigkeit. Dieser Typ wurde in einem Falle von Sprue, perniziöser Anämie und idiopathischer Achlorhydrie beobachtet. Besserung des Darmstatus ging der klinischen Besserung parallel. Die dabei auftretenden Diarrhoen scheinen hauptsächlich die Folge eines Auswaschprozesses zu sein, weniger der muskulären Anstrengungen. Entzündliche Prozesse des Kolons sind oft so akut, daß Röntgenbeobachtungen nicht angestellt werden können. Einige mehr chronische und indolente Infektionen bringen mehr oder weniger charakteristische Bilder her-

vor, deren Studium das Verständnis der Schädigung der anatomischen Struktur gefördert haben und eine diagnostische Interpretation gaben. Die Diagnose: Ileoökaltuberkulose, ist wohl bei Lungentuberkulose wahrscheinlich, wenn bei der Durchleuchtung das Frühsymptom des Druckschmerzes erkennbar ist. Er geht der Kolonhypermotilität voraus. Ohne diese Kombination einer ätiologischen klinischen Diagnose ist die Differenzierung von retroökalem Appendix, Appendixabszesses, mesenterialer Adenitis, Karzinom und idiopathischer Infektion schwierig. Die Appendektomie führt dann zur Fistel. Eine Amöbendysenterie, welche das ganze Kolon befällt, gibt ein charakteristisches Bild. Schleimhaut und Submukosa sind allein geschädigt, und die Konturen sind gedieft infolge gereizter Muskularität. Es gibt Fälle unangreifbarer Amöbenkolitis, welche chronisch rezidivierend, etwa an der Flexura hepatica, organische Läsionen hervorbringen, die zur Diagnose Karzinom verleiten können. Die Syphilis befällt mehr das Rektum, das sie strikturiert, was im Röntgenbild charakteristisch hervortritt. Lichen planus kann ein Bild darbieten, welches einer Kolitis ähnlich ist. Arthritis ist eine häufige Komplikation chronischer ulcerativer Kolitis und Divertikulitis. Die Durchlässigkeit der Darmwand für Bakterien und deren Gifte muß auf Darmwandveränderungen beruhen, welche die Röntgenologie zwar nicht unmittelbar, sondern nur durch die damit verbundenen Konturänderungen, die Topographie und die Tonusabnormitäten sowie die Erregbarkeit nachweisen kann. Das Megakolon kann nur durch die Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden. Die genaue Differenzierung des neurogenen von anderen Typen gelingt nur vermittelst Heranziehung anderer klinischer Befunde.

J. Kottmaier.

540.

Zink, O. C., **Cholezystographie der Gallengangerkrankungen.** (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 2.) Die indirekten Zeichen der Gallenblasenerkrankungen sind so selten, daß ihr Wert fraglich erscheint. Wenn wir nur genug Filme machen und sie gut genug machen, können wir verdächtige Schatten in der Gallenblasenregion erhalten. Die Interpretation der Gallensteinfilme erfordert nicht nur Geschick und Urteilskraft, sondern ist auch Sache des Temperaments. So kommt es wahrscheinlich, daß einige Autoren 85% und andere 5% positiver Befunde erheben. Es ist sehr leicht, etwas in den Film hineinzulegen, was nicht da ist. In 50–60% sind tatsächlich Gallensteine vorhanden. Ungefähr $\frac{1}{10}$ gibt wirkliche Steinschatten und die übrigen $\frac{9}{10}$ geben verdächtige Schatten. Wenn wir auf Grund dieser Schatten dann eine positive Diagnose auf Gallensteine stellen, so wird uns die Operation in der Mehrzahl der Fälle rechtfertigen und dabei uns verleiten, die Hilfe des Röntgenfilms zu überschätzen. Die klinische Bekanntschaft des Patienten verleitet uns, diese Schatten, welche auf Filmen normaler Patienten gefunden werden können, als Erscheinungen von Gallensteinen anzunehmen. Die intravenöse Einverleibungsmethode der Farbe ist die beste. Ihre Kontraindikationen sind: Verlegung des gemeinsamen Ganges, ausgedehnte Leberzestörungen, Hypertensionen, Herzkrankheiten, besonders aurikuläre Fibrillationen oder Fälle mit starken Myokardschäden, Hyperthyreoidismus. Entzündliche Erkrankungen im Dünn- oder Dickdarm können die Absorption verzögern oder die Farbe zersetzen, oder die Dünn- und Dickdarmmotilität kann zu groß sein, so daß nicht genügend Zeit zur Absorption gegeben ist. Die Neigung zu Diarrhöen ist häufig nach oraler Gabe, und die Achylie, welche häufig bei Cholezystitis herrscht, verstärkt noch die Hyperperistaltik. Die neue Farbe Phenoltetraiodophthalein ist isomer dem Natriumtetraiodophenolphthalein. Sie wird intravenös 2–2,5 g in einer Injektion gegeben. Reaktionen sind vollständig ausgestaltet und die normalen Schatten sind etwas intensiver. Sie hat die Eigenschaft, die Alkalität des Blutes weitgehend zu beeinflussen und so zugleich eine Leberfunktionsprüfung in die Wege zu leiten. Diese wertvolle Eigenschaft vermeidet manche diagnostischen Irrtümer bei unzureichender Leberfunktion, indem dann nicht genügend Farbe in die Gallenblase eintritt. Die Gallenblase stellt sich auch bei intravenöser Einverleibung der Farbe nicht dar, bei Verschuß des Ductus cysticus, bei Leberinsuffizienz (Atrophie, Zirrhose), bei kleiner sklerotischer Gallenblase mit obliteriertem Lumen, bei Schädigung des Lymphsystems der Gallenblase. Die Zeit des Hervortretens des Gallenblasenschattens, seiner Dichte und Motilität sind indirekte Anzeichen pathologischer Verhältnisse der Mukosa. Topographische Defekte, Stundenglasformationen, Verlagerungen des Fundus durch äußere Adhäsionen sollen durch Filmaufnahme des Patienten in aufrechter Stellung in Ergänzung der üblichen Bauchlage festgehalten werden. Deformitäten müssen dann in jeder Lage vorhanden sein. Ferner ist wertvoll, die Schmerzpunkte als innerhalb oder außerhalb der Gallenblase liegend zu lokalisieren. Der Habitus beeinflusst die Gallenblasenbewegungen. Oft sieht man einen ungewöhnlich langen Dauerschatten bei Asthenikern, bei welchen eine allgemeine viszerale Hypotonie besteht, wohingegen man eine rasche Beweglichkeit häufig bei hypersthenischen Typen beobachten kann. Das Verhältnis zwischen der Gallenblasenstase mit folgender cholezystistischer Erkrankung und Steinbildung bei den ersteren wird zweifellos eines der interessantesten Kapitel

der Gallenblasenerkrankung in der Zukunft bilden. Von größerer Wichtigkeit ist die Zeit bis zum Auftreten des stärksten Schattens und ob eine allgemeine Verzögerung des Zyklus besteht. Nach den Erfahrungen des Autors zeigt der „Erdbertypus“ der Gallenblase eine merkliche Verzögerung des Konzentrationsphänomens. Entsprechend operativer Erfahrung zeigt eine Gallenblase, welche innerhalb der 24stündigen Beobachtung nur einen schwachen oder gar keinen Schatten erkennen läßt, wenn nicht makroskopisch, dann mikroskopisch pathologische Veränderungen der Schleimhaut. Der Gallenblasenschatten verschwindet durch fortschreitende Verdünnung des Gallenblaseninhalts, wie Experimente am Hund nachgewiesen haben. Öffnung und Schluß der Papilla Vateri wird durch die duodenale Peristaltik geregelt. Die Gallenblase ist aktiv nicht im Sinne einer Austreibung ihres Inhalts, vielmehr im Sinne seiner Umschließung tätig. Es gibt eine Gruppe von Gallenblasenerkrankung, welche mit allgemeinen Magenindispositionen einhergeht, wobei sich die Patienten den verschiedensten Kuren unterziehen ohne Erfolg. Sehr häufig wird der Appendix nutzlos entfernt, und man kann sagen, daß das Fortbestehen derselben Symptome mit Sicherheit eine Gallenblasenerkrankung mit pathologischem Gallenblasenbild anzunehmen gestattet. Jede Cholezystitis geht mit einer Hepatitis einher und, wenn die krankhaften Verhältnisse lange genug bestehen, so kommt es zur bilären Zirrhose. Die Erkrankung der Gallenblase beginnt nicht in der Mukosa, welche gegen die Einflüsse der in der Galle etwa enthaltenen Bakterien sehr widerstandsfähig ist, sondern in der Gallenblasenwand. Diese Hepatitis kann auch nach der Entfernung der Gallenblase eventuell noch eine Zeit fortbestehen, so daß die Symptome nach der Operation noch zunächst die gleichen sind. Wenn wir die Frage der Cholesterinpräzipitation gelöst haben, werden wir ein gutes Stück in der Verhinderung der Steinbildung vorwärtsgekommen sein. Eine Beziehung zwischen Konzentration und Kristallisation besteht nicht. Eine große diagnostische Irrtumsquelle ist der Nachweis einer normal erscheinenden Gallenblase, obgleich eine Cholezystitis sicher früher vorhanden war.

J. Kottmaier.

541.

Göttche, O., *Zur Röntgendiagnostik der Bronchotetanie*. (Arch. f. Kinderheilk., 85., H. 3/4, S. 185, 1928.) Kasuistischer Beitrag dieses seltenen Krankheitsbildes. Röntgenologisch war zuerst eine Verschattung im rechten Oberlappen feststellbar, die bei einer zweiten Aufnahme nach 24 Stunden völlig verschwunden war, was gegen Pneumonie und für Bronchotetanie sprach.

Pogorschelsky, Breslau.

542.

Ward, G., und K. P. Lillian Farrar, *Statistik über die Erfolge der Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms*. (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 5, 1928.) Im Laufe von zehn Jahren wurden 134 Fälle von Zervixkarzinom mit Radium behandelt und durch mindestens fünf Jahre in regelmäßigen Zeitabständen Nachuntersuchungen an den Behandelten vorgenommen. Neben einer statistischen Aufstellung der an den eigenen Fällen erzielten Erfolge enthält die Arbeit Auszüge aus den Tabellen der von Heyman im Jahre 1927 veröffentlichten Statistik über die operative und radiologische Behandlung des Zervixkarzinoms an 20 chirurgischen und 17 radiologischen Kliniken Europas und Amerikas. Unsere heutigen Statistiken zeigen, daß die mit der Strahlenbehandlung erzielten Erfolge ebenso gut und dauernd wie die durch die Radikaloperation erreichten, wobei noch die geringere Mortalität bei der Strahlenbehandlung hervorzuheben ist.

L. Büchler.

543.

Mühlbradt, *Experimenteller Beitrag zur strahlensicheren Aufbewahrung von Radium*. (Dtsch. med. Wschr., 47, S. 1965, 1928.) Das Auftreten eines Adenoms bei einer bestrahlten Maus und das Eingehen zweier anderer Versuchstiere kann kaum auf eine Beeinflussung durch die Radiumstrahlen zurückgeführt werden und ist wahrscheinlich nur als Zufallsbefund zu bewerten. Dagegen ist die regelmäßig auftretende Veränderung des Blutbildes im Sinne einer Monozytose durch den von außen einwirkenden Reiz der Radiumstrahlen zu erklären. Verfasser ist sich dessen bewußt, daß diese Einwirkungen auf den Tierkörper nicht ohne weiteres (allein schon wegen der Versuchsanordnung) auf den Menschen übertragen werden dürfen; so gibt aber doch die Tatsache zu denken, daß trotz eines Radiumschutzes, der den bisher üblichen wesentlich übersteigt, noch so deutliche nachweisbare Einwirkungen auf die Tiere stattfanden. Jedenfalls muß, nach Ansicht des Verfassers, nunmehr mit der Möglichkeit, wenn nicht sogar der Wahrscheinlichkeit eines schädigenden Einflusses auf die bei der bisher üblichen Aufbewahrungsart sich in der Nähe des Radiums aufhaltenden Menschen gerechnet werden. Es ergibt sich somit die Folgerung für die zukünftige Radiumaufbewahrung:

Radium darf nicht in Räumen aufbewahrt werden, in denen sich Menschen täglich einige Zeit aufhalten.

Die Wandstärke des Bleiblockes, in welchem das Radium aufbewahrt wird, in einer Dicke von etwa 7 cm genügt noch nicht, um absolute Sicherheit zu gewährleisten. Arnold Hirsch, Berlin.

544.

Failla, G., *Beschaffenheit eines gutgeschützten Radium-Packs*. (Amer. J. Roentgen., 20., Nr. 2.) Filterung des Radiums über 2 mm Messing hat keinen praktischen Wert. Man kann zur Abfilterung der weichen Sekundärstrahlen der Metallfilter noch ein Filter aus Leichtmetall hinzufügen. Die den Filtern aus 2 oder 3 mm Blei oder 1—2 mm Platin nachgesagte Selektivität ist schwer zu erweisen, wenn sie wirklich vorhanden ist. Die Gestalt des Einfallsfeldes und des Radiumträgers ist bei kleiner Radiumhautdistanz von wesentlicher Bedeutung, nicht aber bei großer, welche zur Tiefenbehandlung von Tumoren in Frage kommt. Bei der Anwendung einer kleinen Strahlenquelle in größerer Entfernung steigt die Tiefendosis durch Vermehrung der Streustrahlen durch Vergrößerung des bestrahlten Volumens. Damit ist ein tatsächlicher Zeitgewinn verbunden, indem die Tiefendosis früher erreicht wird. Bei großer Einfallspforte (großer Radiumträger) gehen die Strahlen von allen Punkten der Strahlenquelle unmittelbar auf den gegebenen Punkt. Die relative Tiefendosis ist größer als bei kleiner Strahlenquelle und gleichem Abstand. Bei gleichen Milligrammstunden senden dichter beieinander stehende Radiumtuben mehr Strahlen nach einem gegebenen Punkte als weiter voneinander stehende Tuben. Jedoch ist bei einer solchen Strahlenquelle die relative Tiefendosis größer. Auch ist der periphere Strahlenabfall kleiner dabei, was bei großen Tumoren besonders bedeutsam ist. Aus diesem Grunde ist es auch vorteilhaft, die Strahlenträger zunehmend nach der Peripherie zu konzentrieren. Der wichtigste Punkt der Radiumbehandlung, die Radium-Hautdistanz, entspricht in ihrer Bedeutung der Fokus-Hautdistanz der Röntgentherapie. Bei der Radiumbehandlung ist jedoch die Strahlenquelle meist so sehr ausgedehnt, daß sie in Vergleich zu ihrer Entfernung zur Haut gesetzt werden kann. Unter diesen Umständen spielt die Gruppierung der Radiumträger eine Rolle. Die prozentuale Tiefendosis wächst rascher mit der Entfernung kleiner Strahlenquellen und graduell weniger deutlich mit der Größe der strahlenden Fläche. 1 g Radium gefiltert durch 2 mm Messing, verteilt über 70 qcm, ergibt bei einem Abstand von 10 cm in 20 Stunden ein leichtes Erythem. Bei 15 cm Abstand sind 45 Stunden zum wenigsten nötig. Dabei kommt es auf die Lage des Radiums und die Art des zu behandelnden Falles an. Ob langdauernde Behandlung erwünscht ist, hängt ab von dem biologischen Effekt, welcher durch lange oder kurze Behandlung auf normales oder Krebsgewebe ausgeübt wird. Liegen keine definitiven Ergebnisse in dieser Hinsicht vor, so sind die speziellen Anschauungen des Radiotherapeuten bestimmend. Wenn langzeitige Behandlung vorgezogen wird, kann die Applikation des Radiums entsprechend ausgearbeitet werden und eine befriedigende Anordnung kann wahrscheinlich für die meisten Fälle durchgeführt werden. Bei einer hinreichenden Menge Radium (500 mg und mehr) bestehen weite Variationsmöglichkeiten für die Faktoren, welche die Tiefendosis bestimmen und die Dauer der Bestrahlung. Zur Zeit ist dies zum großen Teil subjektive Gewohnheit. Die Anordnung des Radiumpacks soll so sein, daß die größte Tiefenwirkung erreicht wird, während die Haut nur eine Erythemdosis bekommt. Die Notwendigkeit des Schutzes des Patienten und des Bedienungspersonals hat einen großen Einfluß auf die Bestimmung des Einfallsfeldes. Die notwendige Dicke des Bleischutzes hängt von einigen unbekannten Faktoren ab. Um Gammastrahlen vollständig zu absorbieren, sind wahrscheinlich 20 cm Blei erforderlich. Der Pack des Memorial-Hospitals enthält 4 g Radium. Das Spital verfügt über weitere 4 g, wovon 3,5 g das im ganzen Spital gebrauchte Radon liefern. Der Bleischutz des Radiumpacks beträgt 10 cm. Dadurch wird der Pack so schwer, daß er eine eigene Tragvorrichtung erfordert; die zugleich den Pack so beweglich wie möglich macht und leicht die Richtung des Strahles erkennen läßt. Die Patienten werden in einem eigenen Radiumzimmer behandelt. Die Forderung eines möglichst großen Einfallsfeldes zum Zwecke günstiger Verteilung der Strahlen innerhalb des Gewebes, hat ihre Grenzen in der Schonung des normalen Gewebes. Der Querschnitt der therapeutischen Strahlen ist je nach Lage und Größe des Tumors variabel. Das Radium wurde in einem Kreis von 7,5 cm Durchmesser im Pack angeordnet, in der Weise, daß die Strahlengrenze einen Kreis von 10 cm Durchmesser auf der Haut darstellt. Dieser Querschnitt ist groß genug, die meisten der zentralisierten Tumore zu decken, doch ist er nicht so groß, ernstlich mit der Kreuzfeuermethode zu konkurrieren, welche praktisch bei allen tiefsitzenden Tumoren angewandt werden muß, nicht nur, um eine bessere Tiefendosis zu erhalten, sondern auch, um einen großen Tumor ungefähr gleichmäßig zu bestrahlen. Der kreisrunde Querschnitt der Strahlen entspricht bei vielen Tumoren ihrer runden Gestalt. Nimmt man an, daß ein Patient (höchstens) 3 Stunden ruhig und unverrückbar liegen kann, so wird mit dem Radiumpack des Memorial-Hospitals über 12 000 Milligrammstunden verfügt.

J. Kottmaier, Mainz.

Für die interne Praxis



Silargel

das weisse Adsorbens

In Tablettenform:

Bei Magen-
und Darmerkrankungen.

Schachteln m. 30 Tabletten zu 0,5 g.

Klinikpackung:

Gläser zu 500 Tabletten zu 0,5 g.

Coffetylin

Bei Kopfschmerz, Migräne,
nervöser Abgespanntheit.

Glasröhren m. 20 Tabletten zu 0,5 g.

Papierröllchen mit 10 Tabl. zu 0,5 g.

Metall Dosen m. 20 Tablett. zu 0,3 g.

Klinikpackung:

Gläser mit 1000 Tabletten zu 0,5 g.

Agit

Bei Schnupfen, Grippe
und anderen fieberhaften
Erkrankungen sowie bei
Dysmenorrhöe.

Gläser mit 40 Dragees.

Glasröhrchen mit 20 Dragees
(Kassenpackung).

Klinikpackung:

Gläser mit 1000 Dragees

Proben und Druckschriften
für die Herren Ärzte kostenfrei!

Chemische Fabrik von Heyden A.-G.,
Radebeul - Dresden.

Jetzt auch Quarzlampen

Eine wesentliche Preissenkung für

Solluxlampen - Original Hanau -

erfolgte bereits am 15. Januar 1928!

„Künstliche Höhensonne“
— Original Hanau —

durch Senkung der Selbstkosten infolge verstärkter Nachfrage!

billiger!

Bach-Höhensonne	Standardmodell für Wechselstrom	M. 449.90	bisher	M. 539.90
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Wechselstrom	M. 404.45	„	M. 428.45
Bach-Höhensonne	Standardmodell für Gleichstrom	M. 275.80	„	M. 350.80
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Gleichstrom	M. 200.05	„	M. 205.05
Große Solluxlampe	nach Dr. Oeken auf Stativ, Standardmodell	M. 260.55	„	M. 292.55
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Bodenstativ	M. 102.95	„	M. 137.95
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Tischfuß	M. 77.50	„	M. 102.50

Die Preise gelten **einschließlich** Verpackung, Bruch- und Transportversicherung, nur die Frachtkosten treten hinzu.

Bitte verlangen Sie unverbindlich Angebot unter Angabe der Stromart und Spannung

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839

Das Hilfsmittel des Arztes **bestes u. billigstes**

EXPECTORANS „REORGANISATIONS-PRÄPARAT“

JUNICOSAN

in allen Apotheken Deutschlands u. General-Depots in:
WIEN · PRAG · BRÜNN · BASEL · AMSTERDAM · LONDON ·
MEXICO · BUENOS AIRES u. KALKUTTA erhältlich

unter Mitarbeit der Ärzte geschaffen
und dauernd kontrolliert

zur Kassenverordnung zugelassen

Probe und Literatur für Ärzte kostenfrei

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH 75 (Thür. Wald) Fabrik pharmaz.-chem. Präparate

JUNICOSAN

das beste und
zuverlässigste Mittel
gegen

GRIPPE

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

Zur gefl. Kenntnissnahme.

Herr Dr. Kurt Gerum, Frankfurt/Main, teilt uns mit, daß das in Nr. 24 der „Fortschritte der Medizin“, Jahrgang 1928, in seinem Beiträge angeführte Mittel „Algesin“ jetzt unter dem Namen „Epitropal“ im Handel ist. Das Präparat ist erhältlich in Tabletten zu je 0,25 (nicht wie früher 0,5). Hersteller: Dr. Fresenius, Frankfurt/Main.

Ueber die Wirkungsweise des Calium sulfoguaiajolicum und des Sirans im Organismus.

Referat aus der „Zeitschrift für medizinische Chemie“
Nr. 1 1928 von Dr. Richard Härtel, Berlin.

Das seit über 30 Jahren in die Therapie eingeführte Kalium sulfoguaiajolicum hat gegenüber dem freien Guaiajokol wesentliche Vorzüge aufzuweisen, z. B. Wasserlöslichkeit, Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit und Ungiftigkeit. Trotzdem ist es in manchen medizinischen Lehrbüchern (z. B. Fränkel, Arzneimittelsynthese, und Mayer-Gottlieb, Experimentelle Pharmakologie) lediglich auf Grund der Tatsache, daß es in vitro nur geringe Desinfektionswirkung aufweist und im Organismus kein Guaiajokol abspaltet, als verhältnismäßig schwach wirkend aufgeführt, während doch die praktische Erfahrung gezeigt hat, daß dem Präparat eine günstige therapeutische Wirkung zuzuschreiben ist. Nach dem Verfasser sind die früheren Anschauungen heute nicht mehr haltbar, und er berichtigt infolgedessen die Fränkelsche Ansicht, daß das Präparat wegen seiner Ungiftigkeit schwach wirkt und auch die seinerzeit von Knapp und Suter aufgestellte Behauptung, daß das Kalium sulfoguaiajolicum den Organismus unverändert passiere. Es haben nämlich die Beobachtungen von Raßbach gezeigt, daß selbst kleine Mengen des Mittels auffallende Gewichtszunahmen bewirken und daß der Schwefelgehalt des Harnes sowohl beim Tier als auch beim Menschen als Gesamtschwefel ansteigt, nicht als Sulfatschwefel. Daß das Präparat bei großen Dosen nur zu 73% resorbiert wird und nicht zu 100%, ist kein Beweis dafür, daß es den Körper unverändert passiert, denn nach Raßbach tritt nach kleinen Mengen interner Darreichung keine Phenolreaktion im Harn auf, während es bei der Empfindlichkeit der Reaktion mit Eisenchlorid selbstverständlich ist, daß bei zu reichlicher Medikation die nicht zur Resorption gelangten Anteile nachweisbar sind.

Die Wirkungsweise des Kalium sulfoguaiajolicums beruht nach Jaquet, Heukeshoven und Drago und Mottacoco (Klin.-Therap. Wochenschrift 31/32, 1902) darauf, daß die Blutbeschaffenheit verbessert und die Zahl der Erythrozyten und Leukozyten vermehrt wird. Außerdem wird die Blutalkaleszenz

und die Isotonie desselben gesteigert und die Phagozytose ganz bedeutend erhöht, so daß Blutserum von Tieren, welche mit Kalium sulfoguaiajolicum behandelt wurden, bakterizide Eigenschaften erhielt, welche sich vorher nicht nachweisen ließen.

Von den Zubereitungen des Kalium sulfoguaiajolicum in Sirupform ist das Siran das am meisten angewendete Präparat. Es enthält neben 6% des Salzes 0,4% Thymol und 6% Extr. Thymi. Der Thymolzusatz hat den Zweck, eine Desinfektion des Rachens und Kehlkopfes, sowie Bronchialperistaltik und Erleichterung der Expektoratión zu ermöglichen.

Die klinische Literatur über Siran äußert sich einstimmig in folgenden Vorzügen des Präparates: Rasche Linderung des Hustenreizes, Verschwinden des Fiebers und der Nachtschweiß, Erleichterung des Auswurfs, Appetitsteigerung, Verträglichkeit, guter Geschmack und günstiger Einfluß auf das Allgemeinbefinden.

Phenalgetin-Tabletten.

Ueber Phenalgetin-Tabletten (Dr. Hugo Nadelmann, Stettin) als ein „neues Schmerzsymptomatikum“ berichtet Dr. med. Gutzmann, Berlin, Facharzt für Frauenkrankheiten und Chirurgie, in Nr. 45 (1928) der „Fortschritte der Medizin“.

Die Phenalgetin-Tabletten enthalten: Cod. phosph. 0,01, Phenacetin, Ac. acetyl, sal. aa 0,25, Nux. Colae pulv. 0,25. Wie es bei der Zusammensetzung nicht anders zu erwarten war, ist die Wirkung durchweg eine gute (ohne unerwünschte Nebenwirkungen besonders von seiten des Magens), so bei Schmerzen aller Art, nach Operationen, bei Zephalgien verschiedener Ursachen, Migräne, Ischias und allen Erkältungskrankheiten. Da das Präparat in Flüssigkeit leicht zerfällt, ist es als leicht resorbierbar zu bezeichnen.

Tagesdosis für Erwachsene drei- bis viermal täglich 2 Tabletten, die man erst in etwas Wasser zerfallen läßt.

Besonders prompte Erfolge wurden bei dysmenorrhöischen Beschwerden gesehen, die in einer Reihe von Fällen erst gar nicht zum Ausbruch kamen, wenn das Mittel beim Beginn oder kurz vor Menstruation eingenommen wurde. Ferner wurden noch eine große Anzahl anderer Fälle mit gutem Erfolge mit Phenalgetin behandelt, das in kurzer Zeit Fieber und Schmerzen beseitigte, ohne daß dieselben wiederkehrten, und auch auf das Allgemeinbefinden durchaus günstig wirkte. Der Zusatz von Nux. Colae übt wegen seines Gehaltes an Koffein und Theobromin neben der schmerzstillenden eine tonisierende Wirkung aus.

Hervorzuheben ist, daß das Präparat relativ billig ist. Es ist von den Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

SARTORIUSWERKE AKT.-GES. GÖTTINGEN (PROVINZ HANNOVER)

Telefonruf 2129

Telegr.-Adr.: Sartoriuswerke

Abt. III:

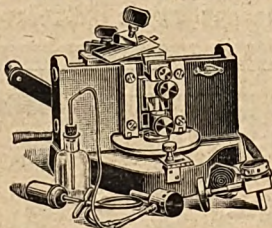
MIKROTOME

für verschiedene Arbeitsmethoden

Hand-
Mikrotome

Gefrier-
Mikrotome

Katalog „Mi 23“
kostenfrei



Schlitten-
Mikrotome

Gehirn-
Mikrotome

Makrotome



MALZ-SUPPEN-EXTRAKT
nach Prof. Dr. Keller

zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge. — Die grundlegenden Versuche von Professor Dr. Keller wurden seinerzeit mit Löflund's Extrakt durchgeführt. Diese Marke bietet daher auch heute sichere Gewähr für guten Erfolg.

ED. LÖFLUND & CO., GMBH
GRUNBACH BEI STUTTGART

Mitin

eine absolut indifferente, völlig reizlose, äußerst geschmeidige, geruchlose, haltbare, physiologische Salbengrundlage von größter Resorbierbarkeit, welche sich mit Arzneikörpern sehr leicht und in hohem Prozentsatze mischen läßt und ganz vorzügliche Salben und Pasten liefert.

Spez.: Mitin-Creme, Mitin-Pasta, Mitin-Quecksilber, Frostmitin, Lichtmitin, Mitin-Seife
Chemische Fabrik Krewel & Co., G.m.b.H., Köln a.Rh.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

U. S. Department of Agriculture

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten angeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121 958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 5

BERLIN, DEN 8. MÄRZ 1929

47. JAHRGANG

Die Telatuten-Kur kann jetzt auch oral gegeben werden.

Wir kommen damit einem seit langem und oft geäußerten Wunsche der Ärzteswelt nach einer oral verabreichbaren Modifikation unserer seit 1917 mit Erfolg angewandten ausschließlich intravenös gegebenen Telatuten-Injektionen nach und geben nach langjährigen Versuchen und sorgfältiger klinischer Prüfung nunmehr unsere Telatuten-Tabletten frei.

Die Telatuten-Tabletten eignen sich als Spezifikum gegen Arteriosklerose sowohl zu selbständigen Telatuten-Kuren, als auch zur Nachkur nach der intravenösen Telatuten-Injektions-Kur.

Handelsformen: Privat-Packung 25 Tabletten zu 0,25 g
Spar-Packung 12 „ „ 0,25 g
Groß-Packung 125 „ „ 0,25 g

Proben und Literatur auf Wunsch!

Leitpold-Werk München

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. med. Hans Senator, Berlin: Sammelreferat über den heutigen Stand der modernen Scharlachforschung	127
Arthur Keller: Weitere Beobachtungen über Adipositas im Kindesalter	130
San.-Rat Dr. S. Kalischer, Nervenarzt: Zur Psychotherapie	130
Dr. med. Rheinlaender, Berlin: Kritische Bemerkungen zur Milchbestrahlung	132
Dr. med. Nagel, Berlin-Treptow: Kurze Mitteilung über Erfahrungen mit dem Ultra-Rayor-Apparat ..	133
von Schnitzer: Ein für Aerzte außerordentlich interessantes Urteil	133

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	135
---	-----

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde	143
Bakteriologie und Serologie	144
Chirurgie und Orthopädie	144
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	146
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	150
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	150
Hygiene	152
Infektionskrankheiten	152
Innere Medizin einschließlich Tuberkulose	154
Kinderheilkunde	167
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ..	168
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	169
Psychiatrie und Nervenheilkunde	170
Psychologie und Psychopathologie	172
Soziale und gerichtliche Medizin	172
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	173
Zahnheilkunde	176
Neu erschienene Bücher	176

EATAN

das organotrope Aminosäuren-Präparat

Indikationen:

Bei Unterernährung, bei Schwäche- und Ermüdungszuständen, bei Blutarmut, im Wochenbett, nach Operationen, in der Rekonvaleszenz, bei nervösen Erkrankungen, bei Dysfunktionen des Magen- und Darmtrakts, bei Grippe, bei Tuberkulose.

Wirkung:

Anregung des Stoffwechsels, rasche Hebung des Appetits und des Körpergewichtes, günstige Beeinflussung des Gesamtbefindens und des Nervensystems, Beschleunigung der Rekonvaleszenz.

EATAN wird per os genommen.

Probe und Literatur durch die Eatinon G. m. b. H., München



Analgit

das zuverlässige
externe Analgeticum!
Den Einreibungen überlegen!



Analgit-Salbe

Äußerst wirtschaftlich!

Rezeptpreis: 70 Pf. die Tube.

Gratisproben und Literatur durch: C. LEUFFEN & Co., G. m. b. H., EITOLF (Steg).

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 5

BERLIN, DEN 8. MÄRZ 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Sammelreferat über den heutigen Stand der modernen Scharlachforschung.

Von Dr. med. HANS SENATOR, Berlin.

Der Scharlach ist in den letzten Jahren Gegenstand intensivster Forschungsarbeit gewesen, und zwar besonders in Amerika, aber auch z. B. in Italien, während wir uns in Deutschland mehr mit der Nachprüfung und kritischen Wertung der ausländischen Ergebnisse beschäftigt haben.

Die Symptomatologie und Klinik des Scharlachs ist schon seit langem so fest umrissen und Gemeingut der Aerzte geworden, daß die Diagnose in typischen Fällen ohne weiteres gestellt wird; in atypischen Fällen dagegen ist man auch heute noch nicht in der Lage, den Scharlach gegen die anderen in Betracht kommenden exanthematischen Krankheiten abzugrenzen. So gehen leichte Fälle oft unter der Diagnose Angina, und eine später einsetzende Hautschuppung offenbart erst den wahren Charakter der Krankheit, wobei entweder ein Exanthem gar nicht vorhanden war oder infolge seiner Geringfügigkeit übersehen wurde. Umgekehrt bereiten auch beim Fehlen sonstiger charakteristischer Erscheinungen selbst diffuse Exantheme mitunter der Diagnose unüberwindliche Schwierigkeiten. Röteln, Serum- oder Arznei-Exantheme und die sogenannte vierte Krankheit geben oft ein täuschend ähnliches Bild.

Auch die zahlreichen diagnostischen Hilfsmittel sind mit Vorsicht zu verwenden. Die Urobilinogenurie, das Blutbild (Eosinophilie bei Neutrophilie im Verein mit absoluter Leukozytose), die Doehle-Körperchen, das Rumpel-Leedesche Phänomen, alle diese sind nicht eindeutig, kommen nicht allein dem Scharlach zu, oder sie treten erst nach einigen Tagen auf, wenn man sie zur Diagnosenstellung nicht mehr benötigt. Auch das Auslöschphänomen, auf das man anfangs so entscheidenden Wert gelegt hat, läßt häufig im Stich, ist ebenfalls nicht scharlachspezifisch; immerhin ist es, wenn seiner Ausführung im Einzelfall keine praktischen Schwierigkeiten entgegenstehen, oft recht wertvoll.

Angesichts dieser diagnostischen Schwierigkeiten einerseits und der hohen Letalität des Scharlachs andererseits war die Suche nach dem Erreger nur zu verständlich, um auf exakte Diagnose fußend, frühzeitig die Isolierung der Kranken zu ermöglichen und damit der weiteren Verbreitung der tückischen Krankheit vorzubeugen.

Das Ziel ist, um es gleich vorwegzunehmen, bisher nicht erreicht worden. Es bestehen bezüglich der Ätiologie des Scharlachs in der Hauptsache zwei Theorien, nämlich:

1. die Streptokokkentheorie,
2. die Theorie des filtrierbaren Virus.

Das filtrierbare Virus.

Um mit diesem zu beginnen, so sei daran erinnert, daß der Gedanke schon sehr alt ist, daß neben den Streptokokken, die zwar klinisch das Krankheitsbild und auch die Komplikationen oft völlig beherrschen, ursächlich andere Erreger im Spiele sind, die sich mit unseren heutigen Methoden nur der Beobachtung entziehen. Ein derartiges, vorwiegend ultraviolettes, filtrierbares Virus wird nun seit 1923 von Di Cristina in Rom angenommen, der regelmäßig in dem Blute Scharlachkranker sehr kleine ovoide Kokken in geringer Zahl fand und fortzüchten konnte, deren Ueberimpfung auf Versuchstiere ein scharlachartiges Bild erzeugte, auch bei Verwendung bakteriendichter Filter.

Dieses filtrierbare Virus gilt heute noch in Italien als der Scharlacherreger, und es werden mit ihm, d. h. mit der abgetöteten Kultur desselben, prophylaktische Impfungen vorgenommen; mit

welchem Erfolge, steht noch dahin. Die Richtigkeit dieser Theorie wird in den übrigen Ländern stark in Zweifel gezogen, da die fraglichen Erreger sich zum Teil auch bei anderen Infektionskrankheiten und mitunter auch bei Gesunden finden sollen, wie Selma Meyer aus Düsseldorf festgestellt hat. In Deutschland hat diese Theorie kaum Anhänger.

Die Streptokokkentheorie.

Hier steht im Vordergrund die Streptokokkentheorie. Während man aber früher dem Streptokokken, wie erwähnt, mehr die Rolle von symbiotisch mit dem Scharlachvirus lebenden Mikroorganismen zuerkannte, ohne deren ausschlaggebende Bedeutung im Verlaufe der Krankheit zu verkennen, neigt man jetzt mehr dazu, einen ganz bestimmten Streptokokkentyp, nämlich den *Streptococcus haemolyticus scarlatinae*, für die Krankheit verantwortlich zu machen oder aber nach anderer Ansicht irgendwelche Streptokokken ohne spezifische Eigenschaften als Erreger des Scharlachs anzusprechen. Obwohl die Annahme eines bestimmten Scharlach-Streptokokkus wissenschaftlich und praktisch recht gut fundiert ist, wovon nachher noch die Rede sein wird, so genügt er doch nicht restlos den Forderungen, die wir an einen spezifischen Erreger stellen müssen.

Der Scharlach ist eine Ueberempfindlichkeitsreaktion.

Andererseits hat die Theorie, die das Auftreten des Scharlachs nicht an einen ganz bestimmten Streptokokkus bindet, sondern in ihm eine Ueberempfindlichkeitsreaktion auf wiederholt vorangegangene Streptokokkeninfektionen (Anginen usw.) erblickt, sehr viel Bestechendes an sich.

Nach dieser Hypothese ist der Scharlach mit seinem plötzlichen schockartigen Beginn (im Gegensatz zu den übrigen Infektionskrankheiten mit ihren Prodromalerscheinungen) ein anaphylaktischer Symptomenkomplex, hervorgerufen durch frühere Sensibilisierung des Organismus mit Streptokokkeneiweiß. Mit dieser Erklärung wäre die Suche nach einem spezifischen Scharlach-Streptokokkus überflüssig. Auch die geringe und sehr häufig wechselnde Disposition des einzelnen Menschen für Scharlach erklärt sich auf diese Weise zwanglos. Es kommt dabei auf sehr fein abgestimmte Verhältnisse bezüglich der Sensibilisierung an. Dasselbe Individuum, das heute noch unempfindlich für Scharlach ist, kann zu einem anderen Zeitpunkt bei vollendeter Allergie erkranken. Der Immunitätszustand jedes einzelnen ist verschieden; der Säugling z. B. erkrankt nach dieser Theorie deshalb nicht, weil über ihn noch keine Streptokokken-Infektionen hinweggegangen sind; der ältere Mensch wiederum bleibt deshalb von der Krankheit meist verschont, weil bei ihm an sich Streptokokkeninfektionen seltener werden.

Auch der wechselvolle Verlauf des Scharlachs von den leichtesten Formen bis zu den toxisch-septischen Fällen ist abhängig von dem jeweiligen Immunitätszustand des Menschen. Die verschiedene Allergie des Kranken ist das Maßgebende auch für die Schwere der Erkrankung, nicht, wie man früher annahm, die wechselnde Virulenz des unbekannten Erregers. Gerade die schwerste Form der Krankheit, der toxische Scharlach, mit seinen so plötzlichen Vergiftungs- und Lähmungserscheinungen, mit seinem schockartigen Auftreten ist eine weitere Stütze für die Lehre, die den Scharlach als ein anaphylaktisches Phänomen erklärt, welches durch irgendwelche Streptokokken ausgelöst wird.

Der *Streptococcus haemolyticus scarlatinae*.

Nun sind in den letzten Jahren in Amerika zahlreiche Arbeiten erschienen, besonders von Dochez und dem Ehepaar Dick, die den Nachweis führen zu können glaubten, daß nur ein ganz be-

stimmter Erreger für die Entstehung des Scharlachs in Frage käme, nämlich der *Streptococcus haemolyticus scarlatinae*.

Die bekannten Untersuchungen und Versuche der amerikanischen Autoren mit dem „Dicktest“ (einem verdünnten toxinhaltigen Filtrat von Kulturen hämolytischer Streptokokken aus dem Eiter Scharlachkranker) sind nun vielfach, allerdings vorläufig in einer verhältnismäßig nur kurzen Beobachtungszeit, einer Nachprüfung unterzogen worden, ohne daß ihnen immer und in allen Punkten beigepflichtet werden konnte. Immerhin hat sich z. B. ein Autor wie Ulrich Friedemann in Berlin, der wohl in Deutschland die größten Reihenuntersuchungen in dieser Beziehung vorgenommen hat, rückhaltlos der Dick'schen Auffassung angeschlossen, was um so bemerkenswerter ist, als er bis noch vor kurzem ein Gegner der Streptokokkentheorie gewesen ist.

Verfügen wir nun über Methoden, die Scharlachstreptokokken von anderen Streptokokken zu unterscheiden und so bakteriologisch die Diagnose einer frischen Erkrankung zu stellen?

Diese Frage muß praktisch verneint werden, da die genaue Differenzierung, wie sie tatsächlich von Friedemann und Deicher mehrfach durchgeführt worden ist, für die Praxis nicht in Frage kommt, da das Verfahren zu kompliziert und auch zu langwierig ist, so daß im Beginn der Erkrankung gerade die kostbarste Zeit verloren gehen würde.

Zwei Fähigkeiten sind es, die typisch gerade für die Scharlachstreptokokken sind, nämlich erstens die der Hämolyse und zweitens der Bildung des sogenannten Dick-Toxins, während rein morphologisch eine Unterscheidung noch nicht möglich ist.

Der alleinige Nachweis von hämolytischen Streptokokken im Rachenabstrich oder Eiter von Scharlachverdächtigen genügt, wie ausdrücklich hervorgehoben zu werden verdient, nicht zur Diagnose, da solche, wenn auch nicht gerade häufig, auch bei anderen Halserkrankungen und sogar gelegentlich bei Gesunden vorkommen. Dagegen kann das Fehlen hämolytischer Streptokokken in zweifelhaften Fällen Scharlach ausschließen, da sie hier regelmäßig ohne Ausnahme angetroffen werden.

Die zweite Eigentümlichkeit der Scharlachstreptokokken ist die Bildung des Dick-Toxins, dessen Auswertung durch intrakutane Impfung am Menschen und an der weißen Ziege, nicht aber an kleinen Versuchstieren, möglich ist. Es kommt zu einer ganz bestimmten, übrigens nicht einmal besonders eigenartigen Erythembildung, die auch sonst vielfach als Toxinwirkung anderer Streptokokken zu finden ist, also nur im Verein mit den übrigen Merkmalen Bedeutung gewinnt. Diese Methode ist also weder sicher noch hinreichend einfach genug, um praktischen Wert für die bakteriologische Diagnosenstellung zu besitzen.

Dagegen ist der Nachweis von hämolytischen Streptokokken in der Rekonvaleszenz von viel größerer Bedeutung geworden. Hier werden wir — wo die Diagnose bereits längst aus anderen Symptomen sichergestellt ist —, wenn wir bei dem betreffenden Kranken hämolytische Streptokokken nachweisen können, ohne die umständliche Prüfung auf die Fähigkeit der Toxinbildung, mit fast völliger Sicherheit annehmen, daß es sich um Scharlachstreptokokken handelt. Wenn diese nun aus dem Rachen und etwaigen eitrigem Absonderungen der Kranken verschwinden und auch bei mehrmaliger Untersuchung nicht mehr nachweisbar sind, dann wird man die Uebertragbarkeit der Krankheit als erloschen ansehen können.

Die Uebertragbarkeit.

Diese Tatsache ist aber von außerordentlich weittragender Bedeutung für das Problem der Scharlachübertragung geworden, deren Möglichkeit allerdings noch heute teilweise bestritten oder nur mit Einschränkungen zugegeben wird. Immerhin die Mehrzahl der Autoren steht auf dem Boden der Kontagiositätstheorie, und zwar wird neben der Kontaktinfektion der Uebertragung durch leblose Gegenstände besondere Beachtung geschenkt, worauf später noch zurückzukommen sein wird.

Die Dauer der Uebertragbarkeit wurde früher etwa mit sechs Wochen angegeben; maßgebend für die Aufhebung der Isolierung war die Beendigung der Hautschuppung; doch wissen wir heute, daß auch noch Wochen nach beendeter Schuppung die Infektiosität nicht immer erloschen ist; andererseits gibt es Autoren, die ohne Rücksicht auf die Schuppung schon vier oder fünf Wochen oder eine noch geringere Isolierungszeit für ausreichend halten, ohne eine weitere Verbreitung der Krankheit zu befürchten. Die Schwierigkeit der Beurteilung lag eben in dem Mangel an geeigneten bakterio-

logischen Methoden; überdies kommt noch als erschwerender Umstand die geringe Disposition der Menschen für Scharlach hinzu, so daß ein Urteil darüber nicht möglich ist, ob eine Uebertragung infolge Keimfreiheit des Rekonvaleszenten oder dank der natürlichen Immunität des der Ansteckung ausgesetzten Individuums ausgeblieben ist.

Seitdem nun aber der *Streptococcus haemolyticus scarlatinae* als spezifischer Erreger angesehen wird, hat man zuerst in Amerika große Reihenuntersuchungen an zahlreichen Kranken und Rekonvaleszenten vorgenommen. Es wurden Tonsillenabstriche, etwaige eitrige Absonderungen (Ohr- und Drüseneiterungen), Urin- und Hautschuppen bakteriologisch untersucht, wobei sich zeigte, daß der Urin, selbst bei offenkundiger Beteiligung der Nieren an dem Krankheitsprozeß, und die Haut stets völlig frei von Scharlachstreptokokken war, während auf den Tonsillen als Eingangspforte der Infektion, und im Eiter, wenn es zu derartigen Komplikationen gekommen war, wenigstens in den ersten Wochen stets Streptokokken nachgewiesen wurden, die sich mit den oben angegebenen Methoden mit Sicherheit als typische hämolytische Scharlachstreptokokken erwiesen. Es könnte auch schwerlich eine Erklärung dafür gefunden werden, auf welche Weise die Keime, die ja beim Scharlach normalerweise nicht in die Blutbahn eindringen, in die Haut gelangen könnten, es sei denn, daß sie zufällig äußerlich auf ihr haften. — Die Untersuchungen der amerikanischen Autoren wurden in vollem Umfange auch in Deutschland bestätigt, namentlich von Friedemann und Deicher, die auf der Infektionsabteilung des Berliner Virchow-Krankenhauses wohl über das größte Material verfügen.

Die Hautschuppen sind nicht infektiös.

Die Anschauung, daß die Haut einer der häufigsten Infektionsquellen ist und daß die Isolierung keinesfalls vor beendeter Schuppung aufgehoben werden darf, ist demnach heute als nicht mehr gültig anzusehen. Nach einem Reinigungsbade, durch das äußerlich etwa der Haut anhaftende Keime entfernt werden, sind schuppende Scharlachkranke für ihre Umgebung nicht gefährlicher als bereits abgeschuppte.

Maßgebend für die Uebertragung ist vielmehr der bakteriologisch sichergestellte Nachweis der toxinbildenden hämolytischen Scharlachstreptokokken, die übrigens nicht nur von den Kranken und Rekonvaleszenten selbst beherbergt werden, sondern auch von Gegenständen der Krankenzimmer gezüchtet werden können, eine Mahnung zur besonders gründlichen Desinfektion der Krankenzimmer von Scharlachpatienten, die sich während der bisher üblichen Isolierungszeit von sechs Wochen immer wieder von neuem mit dem Virus der frisch hinzukommenden Fälle infizieren müssen, wie umfassende Untersuchungen gelehrt haben; denn es erwiesen sich bei der Entlassung nach sechs Wochen noch 100% als Träger von Scharlachstreptokokken in den Rachenorganen. — Ausgehend von diesen Erwägungen der Reinfektionen hat man dann versucht, die Patienten nach drei Wochen in sogenannte Lüftungsstationen zu verlegen, in die frische Fälle nicht mehr aufgenommen wurden, mit dem überraschenden Ergebnis, daß jetzt ein großer Teil der Patienten schon vor Ablauf der bisher üblichen sechs Wochen oder gerade zu diesem Termin streptokokkenfrei wurden, während nur verhältnismäßig wenige Patienten auch nach dieser Zeit noch das Scharlachvirus beherbergten. — In der Privatpraxis, wo das Moment der Reinfektion durch frische, stark virulente Erreger fortfällt, liegen die Dinge, wie es allerdings nur an kleinem Material festzustellen gelungen ist, wesentlich günstiger.

Nun war es interessant festzustellen, ob tatsächlich ein Mißverhältnis besteht zwischen der Ansteckungsgefahr zweier Gruppen von Kranken, von denen die eine als keimfrei teil schon nach vier Wochen und noch im Stadium der vollen Schuppung aus dem Krankenhause entlassen wurde, während die andere Gruppe trotz positiven Rachenabstriches größtenteils nach sechs Wochen und nach vollständiger Schuppung in ihre Familie zurückkehrte.

Es zeigte sich nun bei systematischen Untersuchungen, die Friedemann und Deicher in dieser Richtung vorgenommen haben, daß z. B. von einer Reihe von 50 keimfreien Scharlach-Rekonvaleszenten kein einziger Heimkehrfall ausgegangen war, während in der Umgebung von 39 als Keimträger entlassenen Patienten fünf neue Scharlachfälle festgestellt wurden, eine Zahl, die als klein anzusprechen ist, trotz der relativ geringen Disposition des Menschen für Scharlach und wohl auf das allmähliche Nachlassen

der Virulenz bei den Bazillenträgern zurückzuführen ist, wie man das z. B. auch bei der Diphtherie kennt.

Es muß daher nach diesen Ergebnissen als Forderung des Tages gelten, die Isolierung in jedem Falle, ganz besonders aber in eitrigen komplizierten Fällen solange durchzuführen, bis eine mindestens dreimalige Untersuchung des Rachenabstriches bzw. der Absonderungen das Vorhandensein von Scharlachstreptokokken so gut wie ausschließt. Eine Schematisierung, wie sie bisher üblich war, ist ebenso zwecklos wie die Rücksichtnahme auf die Schuppung.

Wenn ganz vereinzelt Ansteckungen von Rekonvaleszenten ausgehen, die sich als frei von hämolytischen Scharlachstreptokokken erwiesen, so ist dies sicherlich sehr seltene Ereignis so zu erklären, daß dieselben einer Umwandlung in grüne Streptokokken fähig sind, die sich später wieder in virulente hämolytische und toxinbildende Scharlachstreptokokken zurückverwandeln. Die Möglichkeit einer derartigen Metamorphose bzw. Variabilität, die z. B. von Schottmüller völlig in Abrede gestellt wird, ist auch nach anderen Autoren als nur sehr gering zu veranschlagen.

Die Serumtherapie.

Ein weiterer Beweis für die Richtigkeit der Streptokokken-Ätiologie des Scharlachs wurde in der Wirksamkeit des Scharlach-Heilserums gesehen, das in Deutschland von den Marburger Behringwerken hergestellt wird, und zwar wird es nach deren Angabe „von Pferden durch Immunisierung mit Bakterien und Toxinen der hämolyisierenden Scharlachstreptokokken von Dick und Dochez gewonnen. Es hat in erster Linie antitoxische Eigenschaften“.

Die Serumtherapie des Scharlachs ist an sich schon alt (etwa 20 bis 30 Jahre), doch kam man wieder von ihr ab, weil einerseits nur einige Symptome durch sie gebessert wurden, andererseits aber durch die damals notwendigen großen Dosen oft schwere anaphylaktische Erscheinungen auftraten, die dann dem ohnehin geschwächten Organismus den letzten Rest von Widerstandsfähigkeit raubten.

Nun hat die Technik in der Herstellung hochwertiger Heilsera erhebliche Fortschritte gemacht, so daß nur verhältnismäßig geringe Dosen notwendig sind. So genügen von dem jetzt-gebräuchlichen Marburger Scharlach-Heilserum 25 bis 50 ccm, die intramuskulär, in schweren Fällen auch intravenös, gegeben werden. Hier sind die Nebenwirkungen in Gestalt der Serumkrankheit sehr viel weniger stürmisch und bestehen nur in geringem Fieber mit urtikariellem Ausschlag; Erscheinungen, die rasch wieder abklingen, ohne auf den Gesamtverlauf irgendwie nachteilig einzuwirken.

Uebrigens haben die Behringwerke in allerletzter Zeit ein konzentriertes Heilserum mit sehr geringem Eiweißgehalt herausgebracht, durch das die Möglichkeit der Serumkrankheit weiterhin verringert wird; auch wird zur Injektion nur $\frac{1}{2}$ der bisher üblichen Menge benötigt.

Die wichtigste Forderung bei der Serumtherapie ist die der frühzeitigen Anwendung. Selbst bei den früher hoffnungslosen von vornherein toxischen Fällen von Scarlatina fulminans sieht man häufig noch eine Wendung zur Besserung eintreten, wenn man am ersten oder zweiten Tage spritzt! In den mittelschweren Fällen ist die Wirkung nach Uebereinstimmung der Ansicht aller Autoren im allgemeinen rasch und sicher, soweit noch keine Komplikationen eingetreten sind. Auf diese sowie auf Nachkrankheiten aller Art ist eine zuverlässige Wirkung des Serums nicht zu erwarten. Eine bakterizide Wirkung, wie sie ihm anfangs von den Behringwerken zugeschrieben wurde, besteht nicht. Die Zahl der Heimkehrfälle, die von erfolgreich mit Serum behandelten Fällen ausgingen, war trotz langer Isolierung außerordentlich hoch.

Gleichfalls schon ziemlich alt ist die Therapie des Scharlachs mit Rekonvaleszentenserum, die allerdings in letzter Zeit durch die prompte Wirkung des Heilserums der Behringwerke in den Hintergrund getreten ist, zumal es nicht selten zu schweren schockartigen Zwischenfällen bei seiner Anwendung gekommen ist, ganz besonders schwer dann, wenn es sich um das Serum bereits auf gleiche Weise vorbehandelter Spender handelt, welche man daher immer von der Verwendung ausschließen sollte. Einer etwaigen biologischen bedingten Unverträglichkeit von Spenderserum und Empfängerblut sucht man dadurch zu begegnen, daß man das Serum möglichst von mehreren Spendern zusammenmischte; oft genug wird diese, wie gesagt heute nicht mehr häufig geübte Methode an der Frage einwandfreier nicht serotherapeutisch irgendwie vorbehandelter Spender scheitern.

Spezifische Prophylaxe.

Dagegen findet das Rekonvaleszentenserum noch verhältnismäßig häufig zur spezifischen Prophylaxe Anwendung in gleicher Weise wie das Scharlach-Schutzserum der Behringwerke, das analog dem Heilserum aber durch Immunisierung von Ziegen mit Scharlachstreptokokken bzw. ihren Toxinen gewonnen wird. Der Preussische Landes-Gesundheitsrat hat bereits vor einem Jahre anlässlich des gehäufteten Auftretens von Scharlach die spezifische Prophylaxe mit den angegebenen Maßnahmen empfohlen.

Die bisherigen Erfolge sind durchaus vielversprechend, immerhin ist die Beurteilung nicht leicht; denn bei der allgemein geringen Disposition für Scharlach fallen Infektionsgelegenheit und Erkrankung nicht ohne weiteres zusammen, wie beispielsweise bei den Masern, so daß immer fraglich bleibt, ob die Seruminjektion oder die natürliche Immunität des betreffenden Individuums die Erkrankung verhütet hat.

Bei möglichst frühzeitig vorgenommener Injektion (5—10 ccm Schutzserum) können nach den bisherigen Erfahrungen bis zu 95% der Gefährdeten geschützt werden; im Notfalle ist auch das von Pferden gewonnene Heilserum verwendbar, wobei man im Falle des Versagens allerdings nachher bei einer etwaigen spezifischen Therapie eine noch größere Anaphylaxiegefahr in Rechnung zu stellen hat. Das Schutzserum von Ziegen macht sehr häufig (fast in 50% der Fälle) eine Serumkrankheit, die aber infolge ihres stets leichten Verlaufes belanglos bleibt.

In der Natur dieser passiven Immunisierung liegt es aber begründet, daß die prophylaktische Wirkung nur etwa 3 bis 4 Wochen andauert bis zur Ausscheidung des körperfremden Serums, an das die Antikörper untrennbar gebunden sind. So ist es also erklärlich, wenn beispielsweise Geschwister eines erkrankten Kindes, zu Beginn erfolgreich prophylaktisch gespritzt, nach Rückkehr des Patienten aus der Klinik nach sechs Wochen oder noch längerer Zeit, wenn das Schutzserum seine Wirksamkeit längst eingebüßt hat, noch der Infektion anheimfallen und so zu sogenannten Heimkehrfällen werden. — In Erkenntnis dieser häufig beobachteten Tatsache erscheint es zweckmäßig, eine Wiederholung der Schutzimpfung bei den Gefährdeten kurz vor der Rückkehr des Erkrankten in die Behandlung vorzunehmen. Der dabei noch weiter erhöhten Anaphylaxiegefahr sucht man durch eine Vorspritze einer kleinen Menge des Schutzserums einige Stunden vor der Hauptinjektion zu begegnen.

Einen lange dauernden Schutz gegen die Erkrankung stellt natürlich nur eine aktive Immunisierung dar, wie sie durch Injektion steigender Dosen Dick-Toxins versucht wurde. Namentlich ungarische und russische Autoren haben an großem Material Dicks Angaben in dieser Richtung bestätigt und angeblich Scharlachimmunität erzielt, die durch das Negativwerden der sogenannten Dick-Reaktion (umschriebene Hautrötung nach intrakutaner Injektion von Dick-Test) als erwiesen angesehen wird. Eine genügend lange Beobachtungszeit liegt allerdings noch nicht vor, so daß sich über die Dauer einer solchen künstlich erzeugten Unempfindlichkeit für Scharlach noch nichts sagen läßt. In Polen z. B. mißt man der Dick-Reaktion keine erhebliche Bedeutung bei, da sie für sehr variabel gehalten wird. Ein großer Teil der bei einer Untersuchung dick-negativer Fälle erwies sich später als positiv.

Jedenfalls aber ist daran festzuhalten, daß nach dem heutigen Stand der Dinge eine derartige aktive Immunisierung mit Dick-Test, die ja bis zu ihrer vollen Entfaltung einige Zeit erfordert, erst bei einer wirklichen Epidemie am Platze ist, wie sie in Deutschland aber schon seit langem nicht mehr beobachtet worden ist.

Alle meine letzten Ausführungen über die Übertragbarkeit, Therapie und Prophylaxe des Scharlachs nahmen nun ihren Ausgangspunkt von der Annahme, daß ein bestimmter Scharlachstreptokokkus, gekennzeichnet durch die Fähigkeit der Hämolyse und der Bildung des Dick-Toxins, als alleiniger Erreger in Frage käme.

Wie ich auseinanderzusetzen versucht habe, spricht sehr viel für die Richtigkeit dieser Hypothese; allein der unumstößliche Beweis steht noch aus, und auch die anderen Theorien sind durchaus beachtenswert. So ist es angeblich auch den Italienern mit ihrem vermeintlichen ultraviolelen Scharlachvirus gelungen, Immunität herbeizuführen; über das, was dafür und dawiderspricht, habe ich bereits berichtet.

Selma Meyer, die an den Forschungen in der römischen Kinderklinik aktiv beteiligt war, ebenso intensiv aber an dem Institut der Düsseldorfer medizinischen Akademie an dem Scharlachproblem

gearbeitet hat, gab z. B. auf dem vorjährigen Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Budapest ihrer Meinung dahin Ausdruck, daß es nicht einen spezifischen Scharlacherreger gäbe, sondern daß die Krankheit eine spezifische Reaktion eines sensibilisierten Organismus auf Streptokokken schlechthin bzw. ihr Gift darstelle, ohne dem Scharlachtoxin besondere spezifische Eigenschaften zuzuerkennen. — Daß vielleicht die hämolytischen Streptokokken nach vorausgegangener Sensibilisierung besonders leicht eine Umstimmung hervorrufen können, die zum Ausbruch des Scharlachs führt, ist nicht von der Hand zu weisen, und so erscheinen die von Ulrich Friedemann gegebenen Richtlinien bezüglich der Isolierungszeit als durchaus für die Praxis berechtigt, daß nämlich die Infektiosität erst dann als erloschen anzusehen ist, wenn hämolytische Streptokokken bei den Kranken trotz mehrmaliger Untersuchung nicht mehr nachzuweisen sind.

Die Therapie mit Scharlach-Heilserum bleibt, wie auch auf dem deutsch-russischen Scharlachkongreß in Königsberg im letzten Sommer ausdrücklich hervorgehoben wurde, trotzdem die Erregerfrage also noch nicht als restlos gelöst zu betrachten ist, nach wie vor die Methode der Wahl in allen irgendwie als mittelschwer oder schwer imponierenden Fällen. Bei frühzeitiger Anwendung und in genügender Dosierung haben selbst die Gegner der Dickschen Theorie fast nur Erfolge gesehen, was nicht Wunder nehmen kann, da die Schwere des klinischen Bildes und der Komplikationen ja stets, wie seit langem bekannt, durch Streptokokken beherrscht wird.

Weitere Beobachtungen über Adipositas im Kindesalter.

ARTHUR KELLER.

Meine „Beobachtungen über Adipositas im Kindesalter“, die ich vor etwa 2 Jahren publiziert *) habe, sind mir von vielen Seiten als richtig bestätigt worden. Ich hob damals in Uebereinstimmung mit Czerny besonders hervor, daß Kinder mit grazilem Knochenbau nicht zu mästen sind, daß bei entsprechender Anlage Ueberernährung erst zu Steigerung des Knochenwachstums und Deformierung der Gelenke führt und dann erst in Verbindung mit Mangel an Muskularbeit zur Adipositas, daß bei Kindern und Jugendlichen die Abnormität des Knochenwachstums in solchen Fällen mindestens ebenso stark in Erscheinung tritt wie der Fettsatz. Meine Beobachtungen erstreckten sich damals auf 54 Schulkinder, über welche einige anamnestische und klinische Angaben in Tabellenform angeführt waren. Diese Kinder habe ich fast ausnahmslos in ihrer Entwicklung weiter verfolgt, und es haben sich in der Zwischenzeit andere 80 dazugesellt. Ich beabsichtige nicht, die Zahlentabellen zu erweitern, da die neuen Zahlen nur die alten bestätigen, sondern will über die fortgesetzten Beobachtungen berichten, die nunmehr, nachdem meine Aufmerksamkeit darauf hingelenkt war, bestimmte Richtung hatten.

Es sind doch verhältnismäßig wenige Kinder unter meinen „Dickserchen“, die vom ersten Lebensjahre an als dick auffielen. Nur bei ganz wenigen — es sind wirklich Ausnahmen — leugnet die Anamnese die Neigung zur Fettsucht bei der Aszendenz. Unter den 136 Kindern sind nur etwa 10, von denen die Eltern sagen, sie seien vom ersten Lebensjahre an dick und stark gewesen. Sehr häufig zeigt sich die Neigung zu starken Gewichtszunahmen im Anschluß an eine Infektionskrankheit, oder sie fällt dann den Eltern auf. Die Angaben darüber sind so präzise, daß man auf den Zusammenhang zwischen Infekten und Aktivierung endokriner Drüsen hingewiesen wird. Ganz entschieden geht nach meinen Erfahrungen die Veränderung im Knochenwachstum und die Deformierung der Gelenke der abnormen Fettablagerung voraus. Aber auch sie ist durch die Therapie zu beeinflussen.

Damit bin ich bei der Praxis angelangt. Ich habe die Kinder behandelt resp., wie es sich für den Schularzt gehört, ihnen Behandlung freigestellt. Zunächst habe ich bei auffallenden Formen von Fettsucht entsprechende Diät angeraten und habe in extremen Fällen mich zur Behandlung erboten, wenn ich der Ueberzeugung sein konnte, keinen Kollegen zu schädigen. Ich habe um wissenschaftlicher Forschung willen von der Fabrik Promonta, Hamburg, vier Arten von Schokolade-Pralinees erbeten, das eine Hypophysin

männlich, das andere Hypophysin weiblich, das dritte ein Schilddrüsenpräparat, als viertes ein Pralinee ohne jedes Medikament und schließlich Inkretan, das bromierte Schilddrüsen-Hypophysen-Präparat.

Meine Erfahrungen mit der Behandlung der fettsüchtigen Kinder dürften nicht ohne Interesse sein. Zunächst einmal ist festzustellen, daß der größte Teil der Kinder und der Eltern nicht das geringste Interesse an einer Behandlung der Fettsucht hat. Wieso? Die Mädel freuen sich ihrer „Stattlichkeit“ und die Jungen ihrer „Stärke“. Die „schlanke Linie“ hat bei den Schlächtern oder Restaurateuren meines Bezirks Anerkennung noch nicht gefunden, also sehen sie nicht ein, warum etwa ihre Nachkommenschaft ihr zustreben soll. Im Gegenteil kann vorkommen, daß sich der Vater von 120 Kilo Gewicht beleidigt fühlt, wenn der Schularzt wegen der 43 Kilo Gewicht des 7½-jährigen Sohnes (129 cm groß) Bedenken hat.

Meinen Rat bezüglich Diätetik habe ich in jedem Falle erteilt und in besonderen Fällen mich zur Hilfe erboten. Diese Hilfe in Form der oben genannten Präparate hat Erfolg gehabt. Aber ich stehe ihm skeptisch gegenüber. Diese Kinder, die alle 14 Tage zu mir kamen, um sich das Präparat abzuholen und die dabei untersucht wurden, wollen nicht noch dicker werden. Sie befolgen die Mahnungen betreffs Diät. Sie halten sich auf ihrem Gewicht durch ihren Willen — ob mit, ob ohne Medikament.

Aber die endokrinen Präparate unterstützen nicht nur dieses Wollen, sondern haben offenbar auch eine positive Wirkung: Bei Jugendlichen im Pubertätsalter habe ich häufig sehr gute Resultate erzielt und habe feststellen können, daß bei erfolgreicher Behandlung nicht nur der Fettsatz schwindet, sondern auch die Plumpheit der Knochen und Gelenke, so daß die Körperproportionen ganz anders erscheinen als 2 oder 3 Jahre vorher, damals, als die „Adipositas“ auf der Höhe war. In der Absicht, meine Behandlungserfolge zu kontrollieren, habe ich die Gewichtszunahmen der behandelten Kinder verglichen mit denen gleichaltiger normaler Kinder und glaubte dabei, besondere Erfolge nicht konstatieren zu können. Das ist falsch. Denn diese zur Adipositas prädisponierten Kinder gehorchen in der Wachstums- und besonders der Pubertätszeit anderen Gesetzen als die normalen. Die sogenannten Normalzahlen kommen für sie nicht in Betracht. Wenn man feststellt, daß ein am 12. November 1914 geborenes Mädel vom 2. Februar 1926 (39,3 Kilo bei 140 cm Größe) bis zum 16. Januar 1929 auf 72,5 Kilo bei 152,5 cm Größe, und ein anderes, am 29. Januar 1915 geborenes, vom 25. Oktober 1927 von 39 Kilo (bei 135 cm Größe) bis zum 16. Januar 1929 auf 64,5 Kilo (bei 158 cm Größe) zugenommen hat, dann kann man sich einen Begriff machen, daß die Hemmung der Zunahmen bei den von mir beobachteten und behandelten Kindern und Jugendlichen doch ein Erfolg ist, auch wenn die Zahlen innerhalb der Grenzen sind, die für normales Wachstum bekannt sind. Denn die beiden angeführten Kinder würden, den Normalzahlen entsprechend, in derselben Zeit 16 bis 18 Kilo anstatt 33 oder 8 Kilo statt 25 zugenommen haben.

Ich schreibe den Erfolg im wesentlichen nicht den Medikamenten zu, sondern dem Willen des Kindes resp. der Eltern; wir unterstützen das Kind in seinem Bestreben, nicht weiter zuzunehmen durch die endokrine Therapie, müssen aber jederzeit das Hauptgewicht auf die zweckmäßige Regelung der Diät legen.

Zur Psychotherapie.

Von San.-Rat Dr. S. KALISCHER, Nervenarzt.

Von seiten der verschiedensten Autoren sind in der jüngsten Zeit Stimmen laut geworden, die mit Recht vor Uebertreibung, schablonenhafter Einseitigkeit und fanatischer Anwendung der psychotherapeutischen Methoden warnen und zu einer mehr kritischen Bewertung und Begrenzung anraten, so z. B. Homburger, Binswanger, von Bergmann, Grühle, Kronfeld, Prinzhorn und andere. Und es unterliegt ja wohl keinem Zweifel, daß hier eine Klärung und Einschränkung notwendig ist. Dabei kommt nicht etwa die psychische Beeinflussung in Frage, die jeder Arzt und Facharzt bei funktionellen wie organischen Krankheiten schon immer und heutzutage noch zielbewußter anwendet, sondern es handelt sich vielmehr um die Tätigkeit der speziellen Psychotherapeuten und solcher, die sich so nennen. Denn diese müssen doch vor allem, wollen sie bei den Kollegen und Kranken die richtige Geltung haben, sich von der Behandlung aller Krankheiten fernhalten, die nicht rein

*) Fortschr. d. Med. 31. März 1927.

neurogener und psychogener Natur sind oder nicht wenigstens eine größere Komponente davon besitzen. Da kommen zunächst alle funktionellen Neurosen und Psychoneurosen in Betracht. Um hier wirksam vorzugehen, wäre doch eine gründliche neurologische Vorbildung am Platze wie auch psychologische Kenntnisse; nur mit diesen ist es möglich, differentialdiagnostisch organische und funktionelle Leiden zu unterscheiden. Dann kommt das Uebergangsgebiet zu den Psychosen, so die Psychopathien, Zwangsvorstellungen, Phobien aller Art. Für diese wiederum ist eine psychiatrische Vorbildung unbedingtes Erfordernis. Nun werden aber vielfach auch ausgeprägte Psychosen und ihre Erscheinungen, so die Depressionen, Manisch-Depressive, Melancholie, Dementia praecox usw., in den Bereich psychotherapeutischer Behandlung und Methoden gezogen; allein soll hier nicht leeres Stroh gedroschen oder auch direkt geschadet werden, so scheint mir eine kurze oder oberflächliche psychiatrische Ausbildung hier nicht genügend, sondern eine mehrjährige psychiatrische Erfahrung vonnöten. Hiergegen wird nicht mit Recht der Einwand erhoben, daß ja den Neurologen und Psychiatern im allgemeinen die Vorbildung und Erfahrung in den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden fehlt, eine Vorbildung, die bei manchen Richtungen sogar eine einjährige Selbstbehandlung durch einen anderen Psychotherapeuten zur Bedingung macht. Demgegenüber kann man nur hervorheben, daß auch von den erfahrenen Psychiatern in neuerer Zeit die mehr aktive Therapie, die psychologische Vertiefung und die psychotherapeutische Beeinflussung (auch durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie) in den Vordergrund gestellt wird, und daß dieselben den psychotherapeutischen Methoden der Neuzeit nicht gar so weltfremd gegenüberstehen. — Der spezielle Psychotherapeut muß vor allem sämtliche oder mehrere psychotherapeutischen Methoden beherrschen und nicht eine als die alleinigmachende ansehen, die kritiklos bei jedem Kranken seiner, nach seiner Auffassung, sehr weiten Domäne angewandt wird. Wenn dieser Arzt von einigen Autoren dem kritiklosen, einseitigen Kurpfuscher an die Seite gestellt wird, so ist doch ein Körnchen Wahrheit dabei. In dieser Beziehung sind ja zum Glück, namentlich bei Anhängern der Freud'schen Richtung und auch der Individualpsychologie, in neuerer Zeit weitgehende Konzessionen gemacht und reinigende, reformatorische Änderungen der Auffassung eingetreten. Sind sich doch alle Psychotherapeuten darin einig, daß sie in erster Reihe und zum Endziel aus ihren Klienten durch ihre Behandlung selbständige, schaffens- und lebensfreudige, sozial mögliche und tätige Menschen machen wollen, indem sie es vermeiden, sie zu abhängigen, unselbständigen Anhängseln ärztlicher Autorität heranzubilden. Diese Treibhauspflanzen ärztlicher Sprechstunden und Sanatorien werden jetzt ja ohnedies immer seltener, weil die materiellen Verhältnisse bei den meisten ein solches medizinisches Luxusleben nicht gestatten. Aber sie kommen doch noch vor, und es ist unsere Aufgabe, die ganze Einstellung dieser Kranken nicht aufkommen zu lassen und zu bekämpfen. Der Vertrauensarzt dieser Kranken kann unter Umständen gewissermaßen der Beschützer ihrer Krankheitsgefühle, ihrer nervösen Beschwerden, Eigenheiten und Einbildungen werden, und sie benutzen seine Autorität ihren Angehörigen gegenüber, zur Entschuldigung und Verteidigung ihrer egoistischen asozialen Ziele, ihres Krankseins und Bemitleidetwerdenswollens, ihrer angeblichen Hilflosigkeit, Untätigkeit und des Fernbleibens von allen nützlichen Aufgaben und Pflichten. Solchen Kranken und Naturen gegenüber ist besondere Vorsicht geboten. — Eine weitere Gefahr der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden liegt darin, daß manche Kranke sich gefallen, in philosophische, psychologische, medizinische, erotische Betrachtungen und Diskussionen sich zu ergeben, zu vertiefen oder vielmehr zu verflachen. Ihr Ich, ihre Krankheit wird ihnen ein interessantes Objekt und eine unerschöpfliche Quelle neuer Kombinationen, zum Teil künstlicher, suggerierter Konstruktionen, ohne daß ihr Kranksein geändert oder der Gesundungswille geweckt wird. Auch hier sind gewisse Grenzen zu ziehen und die Individualität des Kranken zu berücksichtigen. Kranke, die ohnedies zu Grübeleien, Zwangsgedanken, Selbstqualereien neigen, kommen dann noch tiefer in die hypochondrische Selbstzersetzung hinein, anstatt zu realen, nützlichen, werktätigen Zielen zugeführt zu werden, die ihre Selbstbeherrschung und Selbstüberwindung anregen. Gehen doch manche Kranke nicht zum Arzt, ihre Beschwerden loszuwerden, sondern nur um sich auszusprechen, einen Freibrief für ihre vermeintlichen Leiden zu bekommen, wobei sie nicht selten den Arzt irreführen und sich als Märtyrer hinstellen, daher „audiatur et altera pars“. Bei Mangel an vorsichtigem Vorgehen wird die Aufklärung

mißverstanden, werden unvorsichtige Fragen und Äußerungen des Arztes ausgenutzt und Triebe erregt, die besser schlummern sollten; da heißt es mitunter „quieta non movere“. — Eine Gefahr der Psychotherapie liegt auch darin, daß während der Behandlung organische Störungen, die schon vorher vorhanden waren oder sich während der Behandlung einstellen, leicht übersehen werden können oder als psychogene gedeutet werden, zumal sich bei manchen Methoden eine erfolversprechende Behandlung bis Methusalems Alter hinzieht. Aus diesem Grunde darf der Psychotherapeut nie die Fühlung mit der medizinischen Grundwissenschaft und den organischen Krankheiten verlieren. Besonders schwierig liegen die Verhältnisse bei den vegetativen Neurosen und den sogenannten Organneurosen, wobei oft mehr der konstitutionelle Anteil, die gesamte Psyche, die Persönlichkeit Beachtung verdient, als die in die Erscheinung tretende Organstörung. Noch schwieriger ist die Situation, wo zu wirklich organischen Veränderungen psychische und neurogene abnorme Reaktionen sich zugesellen. Eine minderwertige Veranlagung gewisser Organe kann sich mit einer eigenartigen körperlichen und seelischen Konstitution und Reaktion verknüpfen und beide sich gegenseitig schädlich beeinflussen. — Bei dieser Gelegenheit sei auf die Gefahr hingewiesen, welche die Annahme der Minderwertigkeit in irgendeiner Hinsicht bei grüblerischen Naturen haben kann, die dann dieser minderwertigen Konstitution zur Last legen alles, was sie an Selbstbeherrschung und Selbsterziehung versäumen. — Daß das ärztliche Ansehen leiden muß und viel Unheil angerichtet wird, wenn psychotherapeutische Methoden und Behandlungen von Laien ausgeübt werden, braucht wohl kaum hervorgehoben oder begründet zu werden, und hierin sollten die Psychotherapeuten aller Richtungen einig sein, und ohne auf eine Geheimkunst zu pochen, Laien auf die Unrichtigkeit dieser Anschauung hinweisen. — Die psychotherapeutischen Behandlungsmethoden können auch leicht einen gewissen therapeutischen Nihilismus, auf anderen Gebieten pharmakologischen, hydrotherapeutischen, klimatischen erzeugen, während es doch jedem erfahrenen Nervenarzt bekannt ist, daß in einzelnen Fällen ein Schlafmittel, ein Narkotikum, eine Packung, ein Dauerbad, eine Mastkur in kurzer Zeit mehr erreichen, wie stunden- und wochenlange psychotherapeutische Sitzungen, Suggestionen, hypnotische Einwirkungen oder Analysen. Oft ist die Kombination der physikalischen und medikamentösen Anwendung mit den psychotherapeutischen von großem Nutzen, und eine körperliche Kräftigung und Vorbehandlung erst die Basis für die psychotherapeutischen Wirkungen. — Wie und wodurch die einzelnen Methoden der Psychotherapie heilend wirken, ist noch nicht genügend geklärt, und selbst unter den Fachgenossen bestehen Zweifel darüber; so muß man z. B. bei der Dubois'schen Aufklärungs- oder Persuasionsmethode annehmen, daß nicht die intellektuelle Belehrung, die logische Auseinandersetzung das Ausschlaggebende ist, sondern die suggestive Wirkung der Persönlichkeit; in anderen Methoden spielt die Ablenkung des Kranken, die seelische Aussprache und Entlastung, das Gefühl des Verstandenwerdens und der eingehenden Beschäftigung des Arztes mit dem Kranken die Hauptrolle. — Der Psychotherapeut muß eine gewisse Selbstkritik anwenden und prüfen, ob er die Behandlung übernimmt und wann er sie eventuell unterbricht, sobald er den richtigen Kontakt nicht findet. Auch wird vielfach, namentlich von weniger erfahrenen Kollegen, der Fehler gemacht, daß man seine Ziel zu hoch steckt, daß man die gesamte Persönlichkeit mit allen ihren Disharmonien von der Wurzel aus ändern möchte, während es ratsamer wäre, mit der Beseitigung und Milderung einzelner Erscheinungen zufrieden zu sein. Denn viele Eigenheiten (krankhafte Temperamente, emotionelle Explosivität usw.) sind zu sehr mit der Konstitution verankert. Hier ist ein geduldiges Sichabfinden von Seiten des Arztes wie des Patienten am Platze, um endlosen Versuchen, die zu neuen Enttäuschungen und Entmutigungen führen, vorzubeugen. — Zum Schlusse möchte ich die Worte anführen, die ich bereits im Jahre 1916 in einer Arbeit: „Ueber die Grenzen der Psychotherapie“ am Ende des Aufsatzes aussprach: „Der Psychotherapeut beherrsche nicht nur die Richtungen der Psychotherapie, sondern er muß, um Individuen zu verstehen, auch auf anderen Gebieten des Lebens, der Kunst, der Wissenschaft sich auf der Höhe halten. Denn es ist nicht immer das medizinische Wissen und Können, sondern oft das menschliche Mitempfinden und Mitverstehen sowie das taktvolle Eingehen auf die verschiedenen Bestrebungen des Individuums, das ausschlaggebend ist für die Annäherung, das Vertrauen und den Erfolg der Behandlung.“

Kritische Bemerkungen zur Milchbestrahlung.

Von

Dr. med RHEINLAENDER, Berlin.

Bei der jetzt vielfach üblichen Bestrahlung von Frischmilch wecks Erzeugung des antirachitischen Vitamins, stellten sich verschiedene Nachteile heraus, die sich bisher nicht restlos beseitigen ließen. — Es traten auf:

1. ranziger Geschmack,
2. Zerstörung des antiskorbutischen Vitamins C,
3. Bildung starker Gifte in der Milch.

Dem ranzigen Geschmack suchte man abzuhefen durch Bestrahlung in CO₂-Atmosphäre, was zuerst von Gyorgy angeregt und später von Scholl weiter ausgebaut wurde. Dieses Verfahren ist aber, wie eine einfache Ueberlegung sagt, nur ein unvollkommener Notbehelf, eine Verlegenheitslösung.

Wenn auch der ranzige Geschmack vermieden wird, so wird doch von allen Seiten, selbst von den Herstellern dieser CO₂-haltigen Milch, zugegeben, daß das C-Vitamin dabei unbedingt zerstört wird. Dies geht, außer der unten angeführten Arbeit von Prof. Reyher der „Münchener medizinischen Wochenschrift“, vor allen Dingen aus der Veröffentlichung von Prof. Rietschelm, Dr. Szegö und Dr. Gertrud Prinke von der Universitäts-Kinderklinik, Würzburg (in der „Medizinischen Klinik“ Nr. 35, 1928) hervor. Diese schreiben wörtlich über ihre Versuche mit C-vitaminfreier Diät (Mafar): „Während bei Verfütterung der nicht bestrahlten pasteurisierten Milch kein Tier an Skorbut erkrankte, gediehen die Tiere, die die pasteurisierte und unter CO₂-Atmosphäre bestrahlte Milch erhielten, im allgemeinen schlechter und zwei Tiere erkrankten an einer Lähmung der Hinterbeine und gingen zugrunde.“¹⁾

Auch die Giftigkeit der bestrahlten Produkte ist zwar nicht immer vorhanden, kann aber ebenso leicht in CO₂-Milch, wie in Sauerstoffmilch entstehen, wie weiter unten dargelegt wird. Es ist bereits mehrfach über Vergiftungen mit bestrahlter Milch berichtet worden, und Prof. Reyher hat die Giftigkeit an Tierversuchen bestätigt gefunden („Münchener medizinische Wochenschrift“ Nr. 25, 1928).

Jedenfalls ist durchaus nicht einzusehen, warum etwa durch CO₂ die Milch weniger giftig werden sollte. — Rein photochemisch betrachtet, erklärt sich die Giftigkeit und Vitaminzerstörung durch die Wirkung der kurzwelligigen Strahlen des zweiten Ultraviolett²⁾ (200 bis 100 μ), welche Sauerstoff in den giftigen Ozon umwandeln nach der Gleichung: $3\text{O}_2 = 2\text{O}_3$. Dieser Ozon allein kann, da er teilweise in die Lösung geht, schon Giftwirkungen ausüben.

Wie soll nun CO₂ und wenn sie noch so vollständig den gesamten Luftsauerstoff verdrängt hat, diese Wirkung verhindern, wo sie doch selbst durch diese Strahlen Sauerstoff abspaltet, nach der Formel: $2\text{CO}_2 = 2\text{CO} + \text{O}_2$.

Ganz abgesehen davon, daß notwendigerweise 2 weitere Prozesse mit der Ozonbildung einhergehen:

1. Das unter dem Einfluß der Bestrahlung gebildete Ozon oxydiert organische Milchprodukte zu giftigen Oxyprodukten;
2. aber ist zu berücksichtigen, daß wiederum die Strahlen von der Wellenlänge von 200 bis 100 μ (auch Todesstrahlen genannt), nicht etwa bei der Luftzersetzung Halt machen, sondern alle organischen Substanzen, also auch die Milch, auflösen und vergasen, wodurch erst recht giftige Produkte in der Milch entstehen können.

Die Ungiftigkeit der CO₂-Milch ist daher mehr ein frommer Wunsch der Hersteller als eine wissenschaftliche Tatsache.

Der Weg, um diese Nebenerscheinungen auszuschalten, ist viel einfacher. Man braucht nur die oben genannten „Todesstrahlen“ durch Lichtfilter auszuschalten und die Belichtungsintensität richtig zu dosieren, um eine Zersetzung der Stoffe mit Sicherheit zu vermeiden.

Es ist ein leichtes, solche Filter herzustellen, welche die jekorisierenden Strahlen (320 bis 290 μ) passieren lassen, jedoch die schädlichen Todesstrahlen (200 bis 100 μ) und dazu noch die überflüssigen Strahlen des ersten Ultraviolett (280 bis 200 μ) unbedingt

ausschalten. — Diese letztgenannten Strahlen schaltet man zweckmäßig aus, weil man mit monochromatischem Licht die größte Energieausbeute erzielt und infolge des herrschenden Antagonismus die Strahlen verschiedener Wellenlänge ihre Wirkung nicht nur gegenseitig verzögern, sondern sogar umkehren. (Beispielsweise wird der oben genannte Prozeß der Ozonbildung $3\text{O}_2 = 2\text{O}_3$, der bei Strahlen von 200 μ auftritt, durch Strahlen von 250 μ wieder umgekehrt: $2\text{O}_3 = 3\text{O}_2$.)

Daß die Strahlen der Wellenlänge 320 bis 290 μ wirklich die Aktivierung bewirken, läßt sich in sehr einfacher Weise durch Bestrahlung von (nicht aktivierten) Cholesterin- bzw. Ergosterinlösungen beweisen. Da in beiden durch Bestrahlung zugleich mit der Aktivierung eine Aenderung der Oberflächenspannung eintritt, so braucht man eine solche Lösung nur vor und nach der Bestrahlung stalagmometrisch zu untersuchen, um festzustellen, daß die Aktivierung durch die oben genannten Strahlen eingetreten ist.

Außer der Veränderung der Oberflächenspannung tritt auch noch eine Veränderung des Spektrums der bestrahlten Stoffe ein, und auch dies liegt im oben genannten Spektralbezirk des ersten Ultraviolett. Nach dem Grothuss van t Hoff'schen Gesetz³⁾ kann daher nur dieser Strahlenbezirk bei der Jekorisation wirksam sein.

Die Ausschaltung der Strahlen entspricht in vollkommener Weise den natürlichen Verhältnissen, da auch die Strahlen des Sonnenspektrums nur bis etwa 280 μ reichen, doch genügen diese, um in der Natur und im Körper alle Vitamine und Heilwirkungen zu schaffen. Die Strahlenfiltrierung stellt also die Rückführung eines unnatürlichen Prozesses auf die natürliche Basis dar. Was man künstlich durch diese schädlichen Strahlen zu erzielen sucht, erreicht die Natur durch Photokatalysatoren, und diese sind auch in der Milch im reichlichsten Maße vorhanden.

Die Intensität der Bestrahlung ist für den Vorgang durchaus nicht gleichgültig, da dieser keine chemische Reaktion darstellt und z. B. auch dem Massenwirkungsgesetz nicht unterworfen ist. Die Aktivierung stellt schon eher eine photochemische Reaktion dar, die annähernd dem Bunsen-Roscoeschen Gesetz folgt, wonach die Lichtwirkung den Produkten der Intensität und der Zeitdauer I-t proportional ist.

Hierbei ist allerdings zu beachten, daß I eine variable Größe ist, da die Intensität bei den geringen in Frage kommenden Entfernungen einmal, wenn eine punktförmige Lichtquelle benutzt wird, dem Quadrate der Entfernung, ein anderes Mal jedoch, wenn als Lichtquelle ein schmales Band, z. B. eine Quarzröhre, benutzt wird, der ersten Potenz der Entfernung proportional ist.

Die Jekorisation stellt aber auch einen physiologischen Vorgang dar, und es ist daher von größter Wichtigkeit, auch die physiologischen Gesetze zu berücksichtigen, und vor allem, durch allmähliches An- und Absteigen des Lichtreizes eine allzu schroffe, chemische Erschütterung zu vermeiden.

Bestrahlen wir beispielsweise die menschliche Haut kurze Zeit mit starkem Licht, so entsteht Blasenbildung, also Zerstörung; bestrahlen wir dagegen lange Zeit mit schwachem Licht, so tritt nur eine Rötung ein, obwohl in beiden Fällen das Produkt I-t gleich ist.

Dieses Einschleichen des Reizes läßt sich bei der Milchbestrahlung in einfacher Weise dadurch erreichen, daß man die Milch über eine Ebene leitet, über deren Mittellinie die Röhre der Lichtquelle quer zur Stromrichtung angebracht ist.

Dadurch erzielt man, daß jedes einzelne Lichtteilchen bereits beim Anfließen aus weiter Entfernung von den Lichtstrahlen getroffen wird und allmählich näher an die Lichtquelle herangelangt, bis es senkrecht unter der Lichtquelle die größte Nähe, also auch die größte Intensität der Strahlenwirkung erreicht hat, die dann ebenso beim Weiterfließen wieder abnimmt. — Man bewirkt also so, daß jedes Lichtteilchen von einer gleichmäßigen, allmählich an- und absteigenden Intensität getroffen wird.

Zusammenfassung:

1. Die Bestrahlung von Milch in CO₂-Atmosphäre ist nur ein unvollkommener Notbehelf, da hiernach zwar der ranzige Geschmack vermieden, nicht aber die Vernichtung des C-Vitamins und das Entstehen giftiger Produkte verhindert wird. Es stellt also einen unnatürlichen Vorgang dar, da Strahlen von einer

¹⁾ S. a.: Wieland: „Schweizer med. Wochenschrift“ 1927, S. 625. Referat über „Pathologischen Wochenschrift“ 1927, S. 1603.

²⁾ Die Photochemie teilt bekanntlich die Ultraviolettstrahlen, die insgesamt den Spektralbezirk der Wellenlängen von 400–100 μ umfassen, in zwei Abschnitte: das erste Ultraviolett 400–200 μ und das zweite Ultraviolett 200–100 μ . Letztere Strahlen wirken immer zerstörend.

³⁾ Dieses Gesetz geht davon aus, daß nur die Strahlen photochemisch wirksam sind, welche von den Stoffen absorbiert werden, nicht die reflektierenden oder durchfallenden Strahlen.

Wellenlänge unterhalb 280 $\mu\mu$ (u. a. die „Todesstrahlen“) zur Anwendung gelangen, die im natürlichen Sonnenlicht nicht vorkommen.

2. Die Jekorisation wird bewirkt durch die Strahlen, deren ungefährer Bezirk die Wellenlänge von 320—290 $\mu\mu$ umfaßt. Man kann diese Strahlen in einfacher Weise von den übrigen Strahlen mit Lichtfiltern trennen.
3. Um eine allzu schroffe Strahlenwirkung zu vermeiden, muß man, den physiologischen Gesetzen folgend, ein Einschleichen des Bestrahlungsreizes zu erzielen suchen.

Kurze Mitteilung über Erfahrungen mit dem Ultra-Rayor-Apparat.

Von Dr. med. NAGEL, Berlin-Treptow.

Von Patienten wurde ich auf einen kleinen Apparat aufmerksam gemacht, mit dem man erstaunlich gute und schnelle Erfolge bei Schnupfen und Heuschnupfen erzielen könne. Ich ließ mir ihn kommen. Der Apparat heißt: Ultra-Rayor. Er besteht aus zwei kleinen, etwa 2½ cm langen Sparlämpchen aus blauem Glas, die durch gelenkige Verbindung zu einer Gabel vereinigt sind. Die Lämpchen werden in die Nasengänge möglichst tief hineingeschoben, was mühelos gelingt, und bestrahlen also, an die Taschenlampen-Batterie (4½ Volt) angeschlossen, direkt die Nasenschleimhäute. Der beigefügte Prospekt empfiehlt eine Bestrahlungsdauer von 5 bis 10 Minuten mehrmals täglich.

Ich war sehr mißtrauisch und hielt die ganze Sache für eine wertlose Spielerei. Trotzdem versuchte ich zunächst bei starken Schnupfenanfällen an Erwachsenen und Kindern die Wirkung der Bestrahlung. Vom Erfolg war ich ehrlich überrascht. Es tritt bereits nach 10 Minuten dauernder Bestrahlung subjektiv das Gefühl der Erleichterung auf. Die Patienten bekommen wesentlich leichter Luft durch die vorher verstopften Nasengänge, und das lästige Gefühl der Benommenheit verschwindet. Mitunter entleeren sich unmittelbar nach der Bestrahlung enorme Mengen von Schleim, und befreit legen die Patienten schon nach 10 Minuten den Apparat aus der Hand, um sich sehr nachhaltig der Besserung zu erfreuen. Bei akutem Schnupfenanfall genügt in der Tat mitunter eine einzige Bestrahlung zur restlosen Beseitigung.

Durch diese Beobachtungen kühner gemacht, versuchte ich in Fällen fieberhaften Nasen- und Rachenkatarrhs nur mit dieser Bestrahlungsbehandlung auszukommen. Das Experiment gelang. Ich ließ etwa dreimal täglich 10 Minuten bestrahlen, verordnete im übrigen nur Bettruhe und sah die Patienten in überraschend kurzer Zeit genesen.

Darauf ging ich dazu über, auch akute Mittelohrentzündungen mit direkt in den Gehörgang eingeführten Lämpchen zu behandeln, ließ die sonst üblichen heißen Breiumschläge weg und verordnete nebenbei nur Karbol-Glyzerin-Einträufelungen. Auch hier hat sich mir der kleine Apparat glänzend bewährt. Die bequeme und saubere Anwendungsform ließ mich gern auf die Breiumschläge verzichten. Eine Beobachtung drängte sich mir dabei auf: Ich hatte bei den mit dieser Bestrahlungsmethode behandelten Fällen von Otitis keine Exsudate im Mittelohr, ob zufällig, ob bedingt durch die Bestrahlungen, muß weitere Beobachtung lehren. Die Lämpchen dürfen bei der Ohrbestrahlung nicht an eine ganz frische Taschenlampen-Batterie angeschlossen werden, da sie sonst leicht zu warm werden, der man umwickelt sie mit einer ganz dünnen Schicht Watte, um namentlich den sehr empfindlichen Tragus zu schützen. Ich ließ auch hier viermal täglich 5 bis 10 Minuten hindurch bestrahlen. Die Ohrschmerzen ließen rasch nach, und auch die entzündliche Rötung des Trommelfelles ging erstaunlich rasch zurück. Selbst die heftigen Ohrfurunkel zeigten auf diese Behandlung subjektiv rasche Schmerzlinderung; oft verteilten sich die Entzündungen wieder oder schmolzen rasch ein.

Es sind natürlich reine Blaulichtstrahlen ohne Beteiligung der ultravioletten Strahlenkomponenten, die neben der sehr wertvollen Wärmewirkung diese Erfolge zeitigen. Der vielleicht irritierende, nicht ganz glücklich gewählte Name des Apparates soll keinesfalls dahin gedeutet werden. Die heilkräftigen und schmerzlindernden

Wirkungen der Blaulichtbehandlung sind ja allbekannt und dürfen als ein anerkanntes und vielseitig bewährtes Hilfsmittel in der therapeutischen Betätigung des Arztes gelten.

Ein für Aerzte außerordentlich interessantes Urteil.

Ein am pathologischen Institut des städtischen Krankenhauses X. durch Dienstvertrag angestellter Assistenzarzt, der demgemäß in seiner Stellung Sektionen von Leichen vorzunehmen hatte, hatte in Ausübung seines Dienstes die Sektion der Leiche eines an syphilitischer Hirnhautentzündung gestorbenen Kindes vorgenommen. Tod des Kindes 20 Stunden vorher. Dabei hat sich der Assistenzarzt eine Infektion zugezogen, die erst später als syphilitisch erkannt wurde. Er erkrankte infolgedessen schwer und hat gegen die Stadtgemeinde, den Vorstand des Krankenhauses und den Vorstand des pathologischen Instituts Klage angestrengt. Und zwar hat der Kläger beantragt: Feststellung der Verpflichtung der Beklagten, dem Kläger allen Schaden zu ersetzen, der durch die Ansteckung bei der Sektion entstand; eine vierteljährlich vorauszahlbare monatliche Rente von 400 M.; 10 000 M. mit 10% Jahreszinsen vom Tage der Zustellung der Klage von der Stadtgemeinde X.; 5000 M. mit 10% Jahreszinsen vom Tag der Klagezustellung ab vom Vorstand des pathologischen Instituts. Durch einstweilige Verfügung ist der Stadtgemeinde X. aufgegeben worden, dem Kläger von einem bestimmten Termin ab die vorauszahlbare Unterhaltsrente von 600 M. monatlich während der Dauer des Rechtsstreites zu zahlen. Durch Urteil der Zivilkammer 2 des Landgerichts X. ist diese einstweilige Verfügung dahin abgeändert worden, diese Rente nur für eine bestimmte Zeit zu zahlen. Durch Urteil des Oberlandesgerichts K. ist auf die Berufung der Beklagten das Urteil der Zivilkammer 2 und die erstgenannte Verfügung aufgehoben und der Antrag auf Erlassung einer einstweiligen Verfügung kostenfällig abgewiesen worden. Die Beklagte hat im ganzen 3000 M. bezahlt und hat widerklagend beantragt, den Kläger zur Rückzahlung dieser 3000 M. nebst den entsprechenden 10% Zinsen zu verurteilen. Der Kläger hat kostenfällige Abweisung der Widerklage beantragt.

Er behauptet: bei der Sektion des syphilitischen Kindes habe er sich nicht verletzt. Dennoch habe sich an der äußeren Seite des rechten Daumes eine entzündliche Veränderung bald nach der Sektion gezeigt. Der Vorstand des pathologischen Instituts habe dies für einen typischen Leichentuberkel erklärt. Als solcher sei auch die Wunde behandelt worden. Die Diagnose und demnach auch die Behandlung hätten sich als unrichtig erwiesen. Beim Kläger hätten sich nach einiger Zeit die Anzeichen einer syphilitischen Ansteckung zweiten Grades gezeigt, worauf der Kläger dann mit Salvarsan behandelt worden sei. Die Stadtgemeinde sei hiernach haftbar, weil ein von ihr zu vertretendes Verschulden in mehrfacher Richtung vorliege (§§ 618, 31, 823, 31, 89 RBG). Seit geraumer Zeit sei schon in der medizinischen Wissenschaft bekannt, daß die Gefahr unmittelbarer Ansteckung durch die Spirochäten, die Syphiliserreger, syphilitischer Leichen bestehe. Literatur darüber sei vorhanden gewesen. Mit dieser Ansteckungsgefahr habe die Stadtgemeinde, die Leitung des Krankenhauses und der Vorstand des pathologischen Instituts rechnen müssen. Es sei die unabwiesbare Pflicht des Beklagten gewesen, diejenigen Vorrichtungen zu treffen, die geeignet seien, den sezierenden Arzt, welcher Sektionen kraft Dienstvertrages vornehmen müsse, gegen eine Gefährdung seines Lebens und seiner Gesundheit zu schützen. In dieser Richtung habe es die Stadtgemeinde an der erforderlichen Sorgfalt fehlen lassen. Obgleich es an anderen pathologischen Instituten üblich sei, bei den Sektionen zum Schutze gegen die Infektionen Gummihandschuhe zu tragen, seien in X. solche nicht in Gebrauch gewesen. Der Kläger selbst habe dem Vorstand des pathologischen Instituts des öfteren die Frage vorgelegt, ob nicht die Gefahr syphilitischer Ansteckung bestehe, wenn ohne Handschuhe seziert würde, ob über die Möglichkeit einer Ansteckung keine Literatur vorhanden sei. Der Vorstand habe aber die Möglichkeit einer solchen Ansteckung bestimmt abgelehnt. Er habe unrichtigerweise behauptet, eine Literatur über diese Frage bestünde nicht. Er habe ausdrücklich gewünscht, daß ohne Handschuhe seziert werde. Bei der Einführung des Klägers in den Dienst durch den Vorstand habe dieser ausdrücklich erklärt, hier wird ohne Handschuhe seziert. Der Vorstand habe auch selbst keine Handschuhe benutzt, habe sich über den Gebrauch von Handschuhen ironisch geäußert und die Aerzte, die Handschuhe benutzt hätten, lächerlich gemacht. Wenn er auch die Benutzung von Handschuhen nicht ausdrücklich verboten habe, so habe er doch durch sein Verhalten, das einem Verbote gleichkomme, unter Einsetzung seiner Autorität den Kläger an der Verwendung von Handschuhen gehindert. Da Assistentenstellen schwer zu erhalten gewesen seien, habe es der Kläger nicht wagen können, sich gegen die Ansicht seines Chefs aufzulehnen, da er sonst mit dem Verlust seiner Stelle

hätte rechnen müssen. Die Behauptung des Vorstandes, es sei keine Literatur über die Frage der Infektion durch syphilitische Leichen vorhanden, sei positiv unrichtig und fahrlässig. Er habe die unbedingte Verpflichtung gehabt, sich zu unterrichten, wie Wissenschaft und Praxis sich zu dieser Frage stellten. Durch das eigenwillige und autoritative Vertreten seiner unrichtigen Auffassung habe der Vorstand den Unfall verschuldet. Er habe die Verantwortung für sich und die Stadtgemeinde durch sein Verhalten übernommen. An der erwähnten unrichtigen Ansicht habe er hartnäckig festgehalten; er habe die Auffassung vertreten, daß es sogar gefährlicher sei, mit Handschuhen als ohne solche zu sezieren. Er habe sich besonders über zwei andere Aerzte, die mit eigenen Handschuhen sezieren, lustig gemacht. Die Stadtgemeinde habe ihre Verpflichtung, brauchbare Handschuhe in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen, nicht erfüllt. Es seien im pathologischen Institut meist keine brauchbaren Handschuhe vorhanden gewesen. Erst nachdem das Unglück geschehen, d. h. die Ansteckung des Klägers erkannt worden sei, seien Gummihandschuhe angeschafft und aufgelegt worden. Eine Verletzung habe sich der Kläger bei der Sektion nicht zugezogen. Wenn er Handschuhe hätte verwenden können, wäre die Infektion nicht möglich gewesen. Vor und nach der Sektion habe der Kläger ordnungsmäßig seine Hände behandelt. Ein weiteres selbständiges Verschulden des Vorstandes liege in der unrichtigen Behandlung, die dem Kläger nach der Infektion zuteil geworden. Mit aller Bestimmtheit habe der Vorstand die Diagnose auf Leichentuberkel gestellt. Der syphilitische Charakter der Infektion sei durch das Verschulden der Krankenhausärzte zu spät erkannt worden. Hierauf sei der schwere Verlauf der Krankheit zurückzuführen.

Die Klage gegen die Stadtgemeinde stützt sich also 1. auf die Verletzung des Dienstvertrages (Nichtzurverfügungstellung genügend geeigneter Handschuhe durch die Stadtgemeinde); 2. auf unerlaubte Handlung: a) der Vorstand habe den Kläger durch das geschilderte Verhalten an seiner Gesundheit geschädigt, und für diese Fahrlässigkeit hafte die Stadtgemeinde, b) die Art der Krankheit sei nicht rechtzeitig erkannt, deshalb viel Zeit verloren, bis wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen worden seien. Auch dafür hafte die Stadtgemeinde.

Die Beklagten führen aus: Gummihandschuhe seien stets ausreichend vorhanden gewesen, und der Kläger habe sie auf Anforderung erhalten können. Unrichtig sei, daß erst am Tage nach Bekanntwerden der Infektion des Klägers hinreichend brauchbare Handschuhe aufgelegt worden seien. Wenn Kläger keine Handschuhe angefordert habe, so sei dies ausschließlich sein Verschulden. Es sei nicht wahr, daß der Vorstand die Verwendung von Handschuhen bei Sektionen verboten habe. Richtig sei allerdings, daß der Vorstand das Sezieren mit Handschuhen unter Umständen für gefährlicher gehalten habe als das Sezieren ohne Handschuhe mit ordnungsgemäß behandelten Händen. Es seien für das pathologische Institut ständig Handschuhe angefordert und geliefert worden, und auch die anderen Aerzte hätten Handschuhe verwendet. Es sei auch nicht richtig, daß der Vorstand behauptet habe, es gäbe keine Literatur. Die Ansicht des Vorstandes hinsichtlich der Gefährlichkeit der Handschuhe werde auch von angesehenen Pathologen geteilt. Die Stadtgemeinde treffe kein Verschulden, und für ein Verschulden des Vorstandes hafte sie nicht. Ein Verschulden der anderen Krankenhausärzte komme nicht in Betracht. Aber auch den Vorstand treffe kein Verschulden, auch nicht hinsichtlich der angeblich unrichtigen Behandlung: er sei Prosektor und pathologischer Anatom und habe den Kläger nie behandelt. Zudem habe ihm der Kläger den Fall erst nach einem Monat gezeigt. Kläger sei selbst Arzt und hätte sich viel früher in die Behandlung eines Fachmannes begeben müssen, wenn er über die Art seiner Erkrankung zweifelhaft war. Darin, daß der Kläger dies nicht getan habe, liege gleichsam ein Selbstverschulden. Fürsorglich werde noch behauptet, daß die Stadtgemeinde bei der Auswahl und Anstellung des Vorstandes die erforderliche Sorgfalt beobachtet habe. Auch bei Ueberwachung des Anstaltsbetriebes habe sie es an der erforderlichen Sorgfalt nicht fehlen lassen.

Das Gericht erachtet folgendes als festgestellt: Der ursächliche Zusammenhang zwischen der Leichenöffnung und der syphilitischen Infektion des Klägers steht fest. 5 Tage nach der Sektion wurde ein bläschenförmiges, stecknadelkopfgroßes Gebilde am rechten Daumen bemerkt, das der Kläger für einen Leichentuberkel hielt und selbst behandelte. 7 Tage nach der Sektion trat Kläger einen etwa dreiwöchigen Urlaub an, und nach seiner Rückkehr zeigten sich allmählich die ersten Erscheinungen von Seiten der Drüsen und der Lymphstränge, und etwa 3 Monate später wurde von einem Hautfacharzt die Syphilis festgestellt. Dann erfolgte Behandlung im

städtischen Krankenhaus, und etwa 6 Monate nach der Sektion hat Kläger seinen Dienst wieder aufgenommen. Einige Monate später trat er aus. Zu entscheiden ist die Frage, ob der durch die Sektion entstandene Schaden durch ein schuldhaftes Verhalten der Stadtgemeinde oder der Personen, für die sie haftbar ist, oder durch ein Verschulden des Vorstandes entstanden ist.

Es ist nicht erwiesen, daß ein Verschulden aus dem Vertrag vorliegt, weil die Stadt nicht gegen ihre Verpflichtungen nach § 618 BGB. verstoßen hat. Die Stadtgemeinde war verpflichtet, Gummihandschuhe zur Verfügung zu stellen und hat dies auch getan. Kläger hätte sie anstandslos, auch wenn sie unbrauchbar waren, auf Anforderung erhalten können. Kläger hat aber vor der in Betracht kommenden Sektion keine Handschuhe angefordert, weil er auf dem Wunsch des Prosektors bzw. auf die von ihm vertretene Auffassung über die Zweckmäßigkeit der Verwendung von Handschuhen bei Sektionen Rücksicht nahm. Wenn aber der Kläger vor dem Unfall keine Handschuhe verlangte, so hat deswegen die Stadt ihre Lieferpflicht der Handschuhe nicht verletzt und kann deshalb auch nicht durch Verletzung dieser Verpflichtung schadensersatzpflichtig gemacht werden. Es ist auch nicht erwiesen, daß die Stadt ihren sonstigen Pflichten aus dem Dienstvertrag nicht nachgekommen sei.

Dem Vorstand des pathologischen Instituts wird in dreifacher Richtung Fahrlässigkeit vorgeworfen, für die die Stadt nach § 31, 89 BGB. hafte. Er habe den Kläger durch sein Auftreten verhindert, Handschuhe zu tragen (durch die Erklärung beim Eintritt, durch die Verspottung der mit Handschuhen arbeitenden Aerzte). Hätte der Kläger Handschuhe getragen, so hätte er sich die Ansteckung nicht zugezogen. Der Vorstand bestreitet, daß er ein Verbot, Handschuhe zu tragen, ausgesprochen habe, aber er halte das Tragen nicht für richtig, und das Gericht nimmt an, daß der Vorstand diese seine Anschauung nachdrücklich und unter Einsetzung seiner ganzen Autorität vertreten hat. Das Gericht erblickt aber auch auf Grund von hierzu erhobenen Gutachten von der Universität darin kein zu Schadensersatz verpflichtendes Verschulden. Zumal, da dies auch die Anschauung vieler angesehenen Pathologen sei. Und diese Anschauung habe er auch seinen Assistenten gegenüber vertreten. Ein Verbot ist nicht festgestellt. So gut andere Aerzte Handschuhe trugen, hätte der Kläger als erster Assistent auch Handschuhe tragen können, hätte sich sehr wohl eine eigene Meinung bilden können und diese seinem Chef gegenüber vertreten können. Kläger brauchte sich in dieser Hinsicht seinem Chef nicht unterzuordnen, und es ist nicht glaubwürdig, daß sich Kläger dadurch einer Kündigung ausgesetzt hätte.

Wie sich der Vorstand über Schriften über diese Ansteckung geäußert hat, ist nicht genau festgestellt; der Vorstand brauchte sich ja den darüber erschienenen Veröffentlichungen nicht anzuschließen, und die bestimmte Erklärung, es gäbe keine Literatur, steht nicht fest. Wenn er eine bestimmte wissenschaftliche Veröffentlichung nicht gekannt hat, so ist das entscheidbar: er teilte die herrschende wissenschaftliche Auffassung. Ein Gutachten bezeichnet die Leichenansteckung mit Syphilis als Rarität, und ein anderes sieht in dem Verhalten des Vorstandes sowohl hinsichtlich der Literatur wie der Handschuhe nichts Schuldhaftes.

Endlich habe der Vorstand die Art der Krankheit nicht richtig erkannt und die Wunde falsch behandelt. Eine Haftung der Stadt für ein Verschulden darin läßt sich nicht begründen. Aber auch ein Verschulden durch falsche Behandlung kann nicht angenommen werden, weil Kläger selbst die Wunde für einen Leichentuberkel gehalten habe, sie dem Vorstand erst nach Monatsfrist gezeigt habe, der Vorstand kein behandelnder Arzt sei, was dem Kläger auch bekannt sei. Unbegreiflicherweise habe Kläger nicht rechtzeitig einen Facharzt herangezogen.

Nach den vorliegenden Gutachten ist nicht feststellbar, daß Kläger mit Handschuhen sich die Ansteckung nicht zugezogen hätte; sie bieten keinen Schutz.

Da also weder ein eigenes Verschulden der Stadtgemeinde, noch des Vorstandes oder der anderen Krankenhausärzte festgestellt werden kann, war die Klage abzuweisen, ohne in die Prüfung einzutreten, inwieweit die Stadtgemeinde ein Verschulden des Vorstandes oder der anderen Krankenhausärzte zu vertreten hat. Deshalb und weil dem Kläger ein Schadensersatz nicht zusteht, war der Widerklage stattzugeben und der Kläger zur Rückzahlung der Unterstützungsbeiträge von 3000 M. mit Zinsen zu verurteilen. Der Streitwert des Klageantrages wird auf 30 000 M. festgesetzt.

von Schnitzer.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend nummeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 137., Heft 1/2.

Die Wirkungssteigerungen von Lokalanästhetika durch bahnende Substanzen. Lipschitz und Weingarten.

Wirkungssteigerungen von Lokalanästhetika durch bahnende Substanzen. Laubender.

Physiologie des Fiebers. Die Bedeutung von Schilddrüse und Nebennieren für das Fieber. Borchardt.

Zur Kenntnis der Azetylcholin- und Acetylcholin-Kontraktur des Froschmuskels. Toda.

53. Untersuchung über Oxycholin. Grabbe.

Die Saisonempfindlichkeit des Froschherzens gegenüber Magnesiumsalzen und Sauerstoffmangel. Kisch.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 137., Heft 3/4.

Bedingungen und Menge der Cholinausscheidungen im Harn. Klee und Petropoulos.

Nierenfunktion. Die Zusammenhänge zwischen Harnstoffwirkung, Diurese und Mineralstoffwechsel. Mark.

Das Herz-Lungen-Nebennierenpräparat. Anitschkow und Kusnetzow.

Die Lokalisation der Wirkung des Nikotins auf die Nebenniere. Anitschkow und Kusnetzow.

Prüfung von Ovarialpräparaten des Handels. Kochmann.

Nachtrag zu der Arbeit von M. Kochmann, Trendelenburg und Gremels.

Sklerotische Organveränderungen, insonderheit der Arterien. Kreitmair und Hintzelmann.

Sklerotische Organveränderungen, insonderheit der Arterien. Wenzel.

Fixierung von Suspensionskolloiden durch anästhesierende und narkotische Stoffe. Spagnol.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 137., Heft 5/6.

Ein Apparat für vergleichende Untersuchungen am Warmblüterherzen in der Versuchsanordnung nach Langendorff. Heubner und Mancke.

Chronische Wirkungen von bestrahltem Saponin und bestrahltem Ergosterin. Handovsky.

Die Wirkung von Blut und Eisen bei der Aderlaßanämie des Hundes. Stieger.

Zur Pharmakologie des Bleis. III. Die Verteilung des Bleis zwischen Blut und Gewebe nach intravenöser Einspritzung. Behrens und Anton.

Zur Pharmakologie des Bleis. IV. Der Mechanismus der Bleivergiftung von Fischen. Behrens.

Ursache und Entstehung der pathologischen Hämagglutination. Kramar und Reiner.

Reiz- bzw. Erregungszustand und Entzündung. I. Angaben über den Gasstoffwechsel. Bricker.

Reiz- und Erregungszustand und Entzündung. II. Angaben über den Zuckerstoffwechsel. Bricker.

Wirkung des Ephedrins auf die Adrenalinhyperglykämie. Haintz.

Einfluß der Einführung von Wasser- und Salzlösungen auf die Nierenarbeit. Lomikowsky.

Zum Tonusproblem des Herzmuskels. Die Beeinflussung der Ruhezustandselastizität durch Gifte. Eismayer und Quincke.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), Berlin, 135., 2. Heft, Januar 1929.

579. Ueber Entzündungen der Plazenta und fetale Sepsis. F. Wohlwill und H. E. Bock (Hamburg).

Das Reizeitungs-system des graviden Uterus. J. Hofbauer (Baltimore).

Extrachoriale Fruchtentwicklung, in situ beobachtet. J. Hofbauer (Baltimore).

Die Stirnlagengeburt. H. O. Neumann (Marburg).

576. Der hohe Gradstand. H. O. Neumann (Marburg).

582. Zur Prognose kindlicher Geburtsverletzungen. H. Naujoks (Marburg).

563. Tuberkulose und Schwangerschaft. M. Beckmann und A. Kirch (Wien).

Der Kalium-Kalzium-Quotient in der normalen Schwangerschaft. R. Spiegler und W. Schol (Frankfurt a. M.).

569. Ueber objektive Zeichen der Erkennung der achtmonatigen Schwangerschaft. B. A. Libow (Leningrad).

Zur Biochemie der Ovarial-Lipoide. O. Flößner (Marburg).

Ueber das „Hormon“ der spontanen Uteruskontraktionen. J. Vogel und M. Margolina (Leningrad).

Ueber einen Fall von Karzinom der Theca interna (ausgehend von) einer Luteinzyste. J. Wallart (St. Louis).

Zur Genese kongenitaler Bauchspalten. H. O. Kleine (Heidelberg).

Bauchfenstermethodik bei tierexperimentellen Untersuchungen der Genitalorgane. A. Westman (Stockholm).

Archiv für Verdauungskrankheiten (Arch. Verdauungskrkh.), Berlin, 44., Heft 5-6.

660. Ueber leichte Formen von Pankreatitis. Einhorn (New York).

605. Ueber den Anschlagwert verschiedener Brotsorten. Salomon (Buenos Aires).

Untersuchungen über das Vorkommen von reduzierenden Substanzen im Mageninhalt von Gastritiskranken. Henning (Leipzig).

Harnzucker und Blutzucker nach Glukosebelastung. Barbara und Jacques Goldberger (Karlsbad).

Studien über die sekretorische und evakuatorische Magenfunktion. Lewin, Makarewitsch, Sissmann (Moskau).

Nutritive Allergie als Faktor in der Pathogenese initialer Lungentuberkulose. C. Funck (Köln).

Eine Modifikation der Technik der Oesophagoskopie. Bensaude (Paris).

Zur Frage über die Leberdiät. Manuel Pewsner und Lea Pewsner (Moskau).

Ueber meinen 25 Monate dauernden Ernährungsversuch bei niedriger Eiweißzufuhr. Süßkind (Charlottenburg).

Ein Fall von hohem Darmileus infolge eines inkarzierten Gallensteines. Mintz (Warschau).

Mastdarpolypen bei Tabes dorsalis. Plaschkes (Wien).

Sekretorische Funktion der Leber, des Pankreas und des Magens nach Einführung von $MgSO_4$ ins Duodenum. Hirschberg (Eupatoria, Krim).

Die Untersuchung der sekretorischen Funktion des Magens mittels eines Bierfrühstücks. Michailow (Rostow a. Don).

Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. ärztl. Fortbildg.), Prag, Nr. 24, 1928.

Die Ursachen der unmittelbaren und späteren Mißerfolge nach Magen- geschwüroperationen und die Behandlung des Ulkuszidivs. Finsterer.

715. Wesen und Bedeutung des Grundumsatzes. Walter Redisch.

Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. ärztl. Fortbildg.), Prag, Nr. 25, 1928.

Die Ursachen der unmittelbaren und späteren Mißerfolge nach Magen- geschwüroperationen und die Behandlung des Ulkuszidivs (Schluß). Finsterer.

736. Bestimmungen über Gesundheitsschutz und Unfallverhütung in gewerblichen Betrieben. Ziel.

Beitrag zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. ärztl. Fortbildg.), Prag, Nr. 26, 1928.

Unzulängliche Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechts- krankheiten (11. Juli 1922). Hugo Hecht.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), Berlin, 20., Heft 4 u. 5.

Die Allergie des tuberkulösen Kaninchens nach Superinfektion des Mesen- teriums der Konjunktiva und der Kutis. H. Kalbfleisch.

Spontanpneumothorax im Anschluß an die Erstickung. G. Cicconardi.

687. Die generelle mechanische Disposition der Lungenkuppen zur Tuberkulose. F. Orsós.

690. Eine rezidivierende perihiläre sekundäre Großinfiltration bei einem elf- jährigen Mädchen. K. Nüssel.

Ueber die Einwirkung von Komplikationen auf die Kolloidlabilität bei der Lungentuberkulose. Hantschmann und Streube.

Tierexperimentelle Studien über den Ablauf weiblicher Genitaltuberkulose im graviden, puerperalen und allergischen Organismus. J. Granzow.

Bericht über fünfjährige Behandlungsergebnisse bei 98 Lungentuberkulösen mit intrakutanen Injektionen mit Alttuberkulin Koch. M. J. Gutmann.

682. Nochmals zur Spezifität der Tuberkulinreaktion. K. Zieler und Hämel.

Drüsenreaktion auf Alttuberkulin-Applikation bei experimenteller Meer- schweinchentuberkulose. Ledermann.

Biologische Blutbildschwanungen bei der Fettstoffreizbehandlung Lungen- tuberkulöser. Mattausch.

686. Ueber das Kavernenfauchen. A. Winkler.

Ueber die Verstärkung zellaktivierender Fettstoffreizwirkungen bei Tuber- kulose durch Arsamon. Mattausch.

Blätter für Volksgesundheitspflege (Bl. Volksgeshpf.), Veltien bei Berlin, 28. Jahrg., Heft 12.

Ernst Abbe. K. Bornstein, Berlin.

723. Vorbeugung gegenüber geistigen Erkrankungen. Landesrat Dr. K. Thode, Kiel.

Ueber neuzeitliche Ernährung. B. Süßkind, Charlottenburg.

Zwei Tage aus dem Leben einer Kreisfürsorgerin. Dr. rer. pol. H. Abel.

Zehn Jahre Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung in Preußen. K. Bornstein.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), 88., Nr. 1, 5. Januar 1929.

Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. L. Pulvermacher. (Schluß folgt.)

594. Zur Frage der Uebertragbarkeit des Erysipels. Therese Kindler.

734. Ueber die Papillarlinienmuster der Finger als Ausdruck individueller Eigen- tümlichkeiten und ihre Bedeutung für die Identifizierung nach dem Tode. Karl Reuter.

604. Ueber den Einfluß der Neosalvarsaninjektionen auf die Inkubationsdauer der Impfmalaria bei Fröhysphilis. Franz Walter.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), 88., Nr. 2, 12. Januar 1929.

567. Prothesenrandknoten und ihre Entstehung. zur Verth.

Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. L. Pulvermacher. (Schluß.)

Zur pathologischen Anatomie aktiver Organismen. E. Brack.

Gibt es außer der Spirochätenform noch andere Formen des Syphiliserregers? E. Meirowsky.

Erwiderung auf die grundsätzliche Bemerkung des Herrn Meirowsky zu meiner Arbeit über die Bedeutung der Lymphdrüsenkrankungen für die Erkennung und Erforschung der Syphilis. Erich Hoffmann.

Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Z.), 55., H. 1, 1928.

Ueber einen durch Onchocerca (Filaria) volvulus verursachten Wurm- tumor eines Kamerunnegers. Erich Hoffmann.

593. Nervenschädigung und Ekzem. Ein klinischer Beitrag zur Frage der Ekzem- pathogenese. C. Bruck.

Ueber den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Ver- hältnissen. 4. Mitteilung. Ueber den Einfluß experimenteller Entzündungen (Quarzlampe, Senfö) auf den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt der Kaninchenhaut. E. Nathan und Fr. Stern.

Zur Kasuistik und Aetiologie des Trophödems Meige. Alois M. Memmers- heimer.

598. Ein Fall von aleukämischer Lymphadenose mit Hauttumoren. Heinrich Hoffmann.
603. Zur Frage der Uebernahme von Malariafieberkuren bei Syphilis durch die Landesversicherungsanstalten. Erich Hoffmann.
- Bitumen — Verbrennung. J. H. Broers.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Jahrg. 54, Nr. 52.
- Die Grundlagen der Medizin im 19. Jahrhundert und ihre gegenwärtige Krise. Paul Diepgen.
- Zur Frage der offenen Tuberkulose im Kindesalter. H. Opitz.
- Degenerierte Psychopathinnen höherer Stände. Müller de la Fuente.
- Lichttherapie mit ultravioletten Strahlen. Kurt Salomon.
- Zu den Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und den blutbildenden Organen. Julius Donath.
- Langsam verlaufende akute perorale Zyanalkaliumvergiftung. Raestrup.
- Repiatorium der Magenkrankheiten. VIII. Mageninhaltsuntersuchung. Walter Zweig.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 24, 20. Dezember 1928.
- Das Krankheitsbild der odontogenen Ostitis. Rudolf Weber.
757. Die Leukozytensenkungsreaktion in der Klinik der odontogenen Erkrankungen. R. Ssuchowskaja.
- Kasuistischer Beitrag zur Aktinomykose des Unterkiefers. Friedel Oppenheimer.
- Eklantane Heilerfolge bei Zahnfleisch- und Zahnbettterkrankungen. Felix Manasse.
- Der Fall einer großen Oberkieferzyste. H. Wolff.
- Goethe und die Stomatologie. Lewinski.
- Erklärung zu dem Artikel „Neues zur Amalgamfrage“. Eine Kritik von Dr. Fenchel, Erwiderung von Dr. Haber, in der D. Z. W. 1928, Nr. 21, S. 989. E. Wannenmacher.
- Unterliegen Buchforderungen der Einkommensteuer? Cordes.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), 212., Heft 5/6.
562. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Serums bei der vitalen Bluttransfusion. Hans Ulrich Kallius.
563. Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung des Wundstarrkrampfes mit einer Kombination von Kurarin und Avertin. Ernst Melzner.
- Weber-Rammstedtsche Operation und Loretasche Dehnung. Bruno Hundsdoerfer.
- Weitere Untersuchungen über den postoperativen Heilungsverlauf in röntgenbestrahlten Geweben. Sigurd Frey.
560. Die Funktion der Dünndarm-Dickdarm Anastomosen. W. Tönnis.
- Ueber experimentelle Wachstumsstörungen an Epiphysen und Metaphysen. Walther Müller.
- Ueber einseitige Patella bipartita und die Frage ihrer traumatischen Entstehung.
- Kleine Mitteilungen und Kasuistik:
- Ostitis fibrosa localisata (sogenannter brauner Tumor) mit Nachweis von Aktinomyzeten. H. Friedrich und M. Knorr.
- Ein Beitrag zur lokalisierten Ostitis fibrosa. W. Dahs.
- Zur Operation der Hasenscharte. Al. Hagentorn.
- Prolaps des Bichatschen Fettpolsters nach Verletzung der Wangenschleimhaut. Josef Brugger.
- Beitrag zum Kapitel der Odontome. J. Heine.
- Ein Fall von symmetrischer Fibromatose. Wolf Kreiner.
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 38., Heft 4.
743. Duodenaldivertikel. H. U. Albrecht.
739. Zur Verwendung des aufsteigenden Jodöls für die Röntgendiagnostik bestimmter Gehirnerkrankungen. Ernst G. Mayer.
- Ueber die Hiatushernien. Th. Barsony.
744. Zur Röntgentherapie der Röntgenakromegalie. L. Schenderow, S. Kopelmann.
- Umschriebene Ostitis fibrosa des Schädels. R. Wertheimer.
741. Ueber die Bedeutung von Thoraxqueraufnahmen bei Kindern, besonders zur Erkennung pseudoperipherer Verschattungen. G. Weber.
- Ueber ein Cholesteatom des Schädels. R. Wertheimer.
- Dauerkontraktion oder Kompression der Gallenblase. G. Herrnleiser.
- Zur Röntgendiagnose der Aortitis lula im unteren Teil der Aorta thoracica. Fhr. v. Falkenhausen.
- Die Darstellung der Vena longitudinalis posterior cerebrosplanialis bei intramedullärem Tumor. J. Schuster, E. Markovits.
- Links- und Duodenums bei reitendem Magen. V. Revesz.
- Ein Fall von Krebsmetastase im Knochen mit Spontanheilung. H. Hammer.
- Zur Frage der Frühdiagnostik der Magen- und Duodenaltumoren. J. L. Arkusky.
- Beitrag zur Röntgenologie des kindlichen Herzens. H. Lehmkuhl.
- Ueber eine neue röntgenologische Untersuchungsmethode des Dickdarms: Die Darstellung des Schleimhautreliefs mit Umbrathor. H. Kalkbrenner.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jahrb. Kinderh.), Berlin, 72., Heft 1/2, November 1928.
696. Asthma bronchiale im frühen Kindesalter. Stolle.
- Klinisches und Experimentelles zur Nirvanoltherapie bei der Chorea minor im Kindesalter. Leichtentritt und Lengsfeld. Pathologisch-anatomischer Teil: Silberberg.
- Zur Frage der NH₃-Ausscheidung beim Brustkind. Klinko.
- Beitrag zur Frage der Kalkseifenstühle. Oelsner und Klinko.
700. Studien zur Ernährung des kindlichen Diabetes. Hirsch-Kauffmann und Schädlich.
- Ueber die Umklammerung des Herzens mit Vollhardscher Einflußstauung im Kindesalter. Lengsfeld.
- Hämoptye bei nicht tuberkulöser Erkrankung. Laband.
- Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge durch Röntgenbestrahlung. Wiener.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jahrb. Kinderh.), Berlin, 72., Heft 3/4, Dezember 1928.
- Weitere Fortschritte in der Methodik der unbedingten und bedingten Speichelflexe. Krasnogorski.
- Ueber die äußere erlöschende Hemmung bedingter Reflexe bei Kindern. Juschtschenko.
- Der Einfluß der Ernährung auf die Zusammensetzung des Fettgewebes. Mosso und Brahm.
- Untersuchungen über den Stoffwechsel des Kindes bei parenteraler Proteinkörperzufuhr. 3. Mitteilung. Die Umstimmung des Fieberstoffwechsels durch Proteinkörpervorbehandlung. Beck.
610. Ueber die Pathogenese der Scharlachnephritis. Steiner.
- Ueber das Verhalten der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei akuten Infektionskrankheiten. v. Rohrböck.
- Ueber das Uranin als Diagnostikum bei Meningitis sowie eine Methode zu seiner quantitativen Bestimmung in Körperflüssigkeiten u. a. Schippers und Peters.
- Ein Fall von Neuroblastom der Nebenniere mit Lebermetastasen bei einem Kinde von 18 Tagen. van Veen.
- Das Ernährungssystem der Kinder im Alter von 9 Monaten bis zu 2 Jahren. (Auf Grund der Forschungsarbeiten des Institutes für Mutter- und Kinderschutz in Leningrad.) Hoffmann-Mendeleva.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, Nr. 52, 1928.
- Aufbau und Abbau der Fette im tierischen Organismus. Alfred Gottschalk.
- Ueber die melanotischen Pigmente. R. L. Mayer.
- Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems. 1. Zum Problem der Pathogenese syphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. I. L. Kritschewski und E. S. Heronimus.
- Bericht über 40 Typhusfälle bei Kindern. Nora Wundt.
719. Die Härte drüsiger Organe und ihre Veränderungen nach dem Tode. Hans Melzer.
- Basedow und Stammganglien. Walther Riese.
- Quantitative Beurteilung von Urinrührungen bei Krankheiten der Harnwege. Hans Steininger und Werner Heuer.
- Die Entstehung der Entzündungsleukozyten und die Grenzen der anatomischen Methode. Wilhelm v. Möllendorff.
- Die Enterotropie und die parenterale Wirkung des Choleragiftes. Martin Hahn und Julius Hirsch.
- Lebertherapie bei Skorbut. H. Aron, H. Hirsch-Kauffmann und E. Schädlich.
565. Ueber Frakturen der Lendenwirbel-Querfortsätze unter der Fehldiagnose „Nierenquetschung“. Walter K. Fränkel.
- Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 48, 1928.
- Die Erkennung der Ursachen genitaler Blutungen. W. Benthin.
661. Diabetes und Gallensteinerkrankung. Gustav Singer.
737. Gewerbehgienische und klinisch-röntgenologische Untersuchungen an Bäckern und Müllern. Elisabeth Krüger und Erich Saupe.
- Die Behandlung der Eierstockermüdungserscheinungen mittels intravenöser Eierstockextraktinjektionen. Bruno Cohn.
- Betrachtungen und Ergebnisse der „Kala-Azar“-Erkrankungen des kindlichen Alters. (Unter Zugrundelegung eines Materials von 96 Fällen.) Nikolaus J. Spyropoulos.
- In die Milz penetrierendes Ulkus der großen Kurvatur. Georg H. Feist.
- Zur Kasuistik der latenten Gonorrhoe. Kurt Finkenrath.
- Zur Kenntnis der Neuralgie des Nervus phrenicus. Paul Herszky.
- Der Rachen- und Larynxabstrich als Sputumgewinnungsmethode. Unverricht.
- Schlußwort zu vorstehender Bemerkung. Hans Edel.
- Alimentäre Azidosis. Oskar Loew.
- Eine Mikromethode zur Bestimmung des Gesamtkaliums im Blute. L. Feldmann.
- Praktische Fragen aus der versicherungsmmedizinischen Pathologie. (Fortsetzung.) Reckzeh.
- Ueber Robural bei der klinischen Behandlung schwerer Skoliosen. L. Frosch.
- Behandlung der Urethritis simplex und post gonorrhoea mit „Gynecolorin“. W. Trost.
- Die Schwefelbehandlung des chronischen Gelenkrheumatismus mit Detoxin. Ernst Treibmann.
- Beitrag zur Frage der „Unrichtigkeit“ früherer ärztlicher Beurteilung. S. Hirsch.
- Klinische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Uebersichtsreferat. (Schluß.) F. Glaser und Stöwsand.
- Ärztliche Sorgen. E. Loewy-Hattendorf.
- Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 49, 1928.
- Die Beziehungen von Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion zu den Sexualhormonen. Fritz Heimann.
634. Pathogenität des Tuberkelbazillenstamms Calmette (Stamm BCG) bei Injektion in die vordere Augenkammer. J. Igersheimer und H. Schloßberger.
- Zur Malariatherapie organischer Nervenkrankheiten. Rudolf Weinberger.
646. Ueber die metamorphosierenden Atemgeräusche. Alfons Winkler.
640. Beiträge zur Organtherapie der Fettsucht. Heinrich Uiberall.
- Ueber die Technik der Pistyan-Schlammbehandlung. Paul Bonheim.
- Die postvazinale Enzephalitis. Bemerkungen zum Aufsatz von Winkler in dieser Wochenschrift 1928, Nr. 22. Klotz.
- Die Harnblase als Ausdrucksgebiet für neuropsychische Vorgänge. Vulpius.
551. Ueber mögliche Vereinfachungen der Wassermannschen Reaktion. C. S. Engel.
- Praktische Fragen aus der versicherungsmmedizinischen Pathologie. (Fortsetzung.) Reckzeh.
- Neo-Trivalent. Carl Lewin.
- Gonokokkenlebendvaccine und Gonovitan. Friedrich Wolff.
- Die Spätfolgen eines Herzleidens. (Zur Frage der Dienstbeschädigung.) Rubensohn.
- Bronchial- und Lungenerkrankungen im Kindesalter. Sammelreferat. Rietschel.
- Die zweite Tagung der Kriminalbiologischen Gesellschaft. Buttersack.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 50, 1928.

- Ueber die peptischen Schädigungen des Magendarmkanals. L. Aschoff.
Das körperliche Röntgenbild, insbesondere bewegter Organe (Brust und Bauch). Max Cohn.
Umfrage über die Behandlung der Schenkelhalsbrüche. (Fortsetzung.) Aussprache. H. Schloffer, Flörken, Moritz Borchardt.
626. Ueber den Wirkungsmechanismus der Lebertherapie bei Morbus Biermer. Fritz Basch.
663. Chronische Synthallinschäden. E. Kaufmann.
629. Erfolgreiche Anwendung von Neosalvarsan bei leukämischer Tonsillenkreise. Hellmut Bertheau.
Die Gefährlichkeit der Hydrargyrum-oxycyanatum-Verordnung in der ambulanten gynäkologischen Praxis. Praktische Vorschläge zu dem gleichnamigen Artikel von Jacobi in dieser Wochenschrift 1928, Nr. 45. Ludwig Lewisohn.
Ueber Untersuchungen des operativ gewonnenen Gallenblaseninhaltes. Ein Beitrag zur diagnostischen Bewertung der Duodenalsondierung. Heinz Kubierschky.
Praktische Fragen aus der versicherungsmedizinischen Pathologie. (Schluß.) Reckzeh.
Ueber die Verwendung von „Intestinol“ bei Darmerkrankungen. Joseph Obstmayer und Klara Molnar.
Zwieback statt Nährzucker bei Eiweißmangel. Kurt Ochsenius.
Dienstbeschädigung für Koronarsklerose abgelehnt. v. Schnitzer.
Neuere Ergebnisse der Parasitologie, der Lehre von den Infektionskrankheiten und der exotischen Pathologie. Uebersichtsreferat. Hans Ziemann.
Operationspflicht. Schlager.

Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 51, 1928.

717. Ueber Sportschäden. W. Baetzner.
Ueber Wirkungsflächen, insbesondere die Wirkungsfläche des Sexualhormons. Heinrich Poll und Wilhelm Blotvogel.
Chirurgische und phonetische Erfolge der Spätoperationen von Gaumen-defekten. Halle.
Ueber Bekämpfung des Schmerzes in der Chirurgie. Max Jerusalem.
731. Ueber Folgezustände nach Encephalitis lethargica. W. H. Crohn.
Ueber chyliformen Aszites bei Leberlues. Hermann Steinitz und Albert Lewin.
692. Zur Klinik der chronischen Miliartuberkulose. Kasuistischer Beitrag Walter Heimann-Hatry.
Bemerkungen zur Mitteilungen von Dr. Hans Lange: „Zur Kasuistik der Gelenklues“. Hermann Schlesinger.
Schlußwort. Hans Lange.
Untersuchungen über die Brauchbarkeit des Phenol-Alkoholextraktes nach Ninni und Molinari als Antigen für die Wassermannsche Reaktion. Hans Groß.
635. Weitere Untersuchungen über die Kreatininausscheidung bei Basedowkranken. Leo Feldmann und Ada Wilhelm.
657. Ueber Untersuchungen des operativ gewonnenen Gallenblaseninhaltes. Ein Beitrag zur diagnostischen Bewertung der Duodenalsondierung (Schluß). Heinz Kubierschky.
Therapeutische Ergebnisse mit dem injizierbaren Eisenpräparat Sideroplen. Oskar Nemetz.
Zur Wirkung der Thyangol-Pastille. Collischonn.
Eine neue Abhörvorrichtung für mehrere Personen. (D. R. P. 458 340.) Wolfgang Caspar.
Neuere Ergebnisse der Parasitologie, der Lehre von den Infektionskrankheiten und der exotischen Pathologie. Uebersichtsreferat. (Schluß.) Hans Ziemann.
Eine ärztliche Studienreise über Schweden. Kurt Finkenrath.

Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 52, 1928.

658. Ueber die funktionelle Diagnostik der Pankreaserkrankungen. M. M. Gubergitz.
Ueber die Ketonkörperausscheidung bei Leberkranken. (Kurze Mitteilung.) Gerhard Schierk.
630. Beitrag zur Klinik und Therapie der Agranulozytose. Ernst Thoma.
600. Eigenblutunterspritzung bei Bubo inguinalis. E. A. Burmeister.
Bemerkungen zu der Arbeit von Saxl: „Ueber die blanden Embolien bei Endocarditis lenta“. (Diese Wochenschrift 1928, Nr. 37.) Paul Kimmelstiel.
602. Untersuchungen über Luesdiagnostik nach dem Rüttelverfahren im Vergleich zur Wassermann- und Meinicke-Reaktion. Rolf Doctor.
Erfahrungen mit Pifilgan. Simon Rittner.
Erfahrungen mit Varsano. A. Bessin.
Ein zweckmäßiges Heilzissenmodell zur Behandlung der Otitis. Leo Blumenthal.
Dienstbeschädigung für Tuberkulose angenommen. v. Schnitzer.
Bedarf es einer Organisation für die Wahrnehmung unserer ideellen Belange? Hermann Berger.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 48, 1928.

665. Praktische Bedeutung der Nierenfunktionsprüfungen. H. Lax.
Unterlassungen und Irrtümer auf dem Gebiete der Augenbehandlung. H. Lauber.
Klinische Erfahrungen mit Diuretika. Karl Herman.
Ein seltener Fall von Nephropathia gravidarum. F. Heger.
Perkutanbehandlung der gichtischen Erkrankungen. Paul Szanto.
Kritik der derzeit gesetzmäßig vorgeschriebenen Methode der Invalidenbegutachtung in Oesterreich. Ein Abänderungsvorschlag. Rudolf Menzel.
Sexuelle Disharmonien in der Ehe und Kameradschaftsleide. Hubert Peters.
Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz. Joh. Ude.
Zusammenwirken des Arztes und des Pädagogen bei der Erziehung abnormer Kinder. Ernst Deutsch.
Cheiron, das Urbild des Arztes. Constantino Curupl.
Der körperliche Rhythmus der Nation. Johannes Urzidil.
Prager Brief. Arthur Nascher.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 49, 1928.

- Die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen. Martin Schubert.
710. Zur Physiologie der Wirkung hautadäquater Salbengrundlagen auf die Hautspannung. R. W. Schulte.

589. Eierstockverpflanzung bei der Frau. Paul Sippel.
Nachmal Recresal und Leistungsfähigkeit. H. Griesbach.
632. Eigenblutbehandlung der Krebsgeschwülste. F. Blumenthal.
Avertinarkose bei chirurgischen Eingriffen. Hermann Stegemann.
Klinische Erfahrungen mit Dilaudid in Gynäkologie und Geburtshilfe. Hans Großmann.
Jodalacet in der Chirurgie. Egmont Orbach.
Pulmofluid bei Erkältungskrankheiten. Stude.
Krankenexamen auf der Kriminalpolizei. Hans Schaefer.
Krankenexamen auf der Kriminalpolizei. Hans J. Rehlfisch.
Der Rechtsschutz des Rundfunkempfangs gegen Störung durch elektro-medizinische Apparate. Harry Pincus.
Der Rechtsschutz der ärztlichen Sprechstunde gegen Störung durch übermäßigen Lautsprecherbetrieb. Harry Pincus.
Zuckerkrankheit, Zuckerverbrauch und Luxus im Wandel der Jahrhunderte. Eine Fragestellung aus der Geschichte. Erich Ebstein.
Das tägliche Brot. Paul Bondy.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 50, 1928.

- Arteriosklerose und Hirntrauma. W. Eliasberg.
Ein Fall von Paranoia. Analytische Psychotherapie. E. Bien.
Religionspsychopathologie. Adolf Hoppe.
733. Vom Stottern. I. Steinhart.
Funktionelle Stimm- und Sprechstörungen. Otto Brömme.
Psychotherapie. J. Hamburger.
Ueberdosierung bei Schlafmitteln. J. Saphra.
Behandlung der beginnenden Arteriosklerose. W. Busch.
Das Antineuralgikum und Analgetikum Citrovallin. Bruno Herold.
Gedanken eines Nervenarztes auf einem Kongreß für Psychotherapie. Albert Wagner.
Gefahren des Aberglaubens. Elwert.
Psychologie des Couéismus. Mit besonderer Berücksichtigung des Pariser Coué-Institutes. Otto Seeling.
Die Krise im Okkultismus. Graf Carl v. Klinckowstroem.
Strafe und Disziplin in Erziehungsanstalten vom psychoanalytischen Standpunkt. Kritische Bemerkungen zu dem Vortrage Dr. Bernfelds anlässlich der III. Tagung preussischer Anstaltspädagogen. Berndt Götz.
Yoga-Wunder. (Vgl. Med. Welt 1927, S. 854 und 964; 1928, S. 1113.) Reinhold F. Q. Müller.
Musik und Psychiatrie. Einige Bemerkungen zur Energetik des Klavierspiels. Werner Leibbrand.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 51, 1928.

- Der gegenwärtige Stand der Blutgruppenforschung beim Menschen. R. Fetscher.
738. Gewerbliche Angioneurosen. Franz Koelsch.
Die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen (Schluß). Martin Schubert.
Zwerchfell-Tiefstand. Rahel Hirsch.
Leontiasis ossea. Pathologische Demonstrationen. M. Stämmler.
Neue Methode der Wärme- und Belastungstherapie in der Gynäkologie. W. Liepmann.
Zur Frage der „Blutspender“. Hermann Sieveking.
676. Arthropathia climacterica. Georg Wolfsohn.
Assistentenmangel und Not der alten Aerzte. Paul Frank.
Die Schwangerschaftsunterbrechung (§ 218 StGB.) und die Aertzekammer Berlin. E. Dietrich.
Diätrestaurants. Curt Pariser.
Entziehung der ärztlichen Approbation und des Dokortitels. Max Rapp.
Medizinische Erlebnisse auf meiner Weltreise. Südamerika. H. F. O. Haberland.
Hämolyse und Blutgruppenreaktion im Mittelalter. Max Bertels.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 52, 1928.

622. Das Zustandekommen der Venenerweiterungen im Bereiche der Vena saphena magna („Krampfadern“). O. Gutknecht.
Seltener Fremdkörper in der Lunge. Relhef.
Spontanpneumothorax im Kindesalter. A. Kollmann.
Der spezifische Charakter der Heilquellen. S. Lachmann.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 80., Heft 2/3, 1928.

703. Erfahrungen mit Pernocton beim geburtshilflichen Dämmer Schlaf. E. Vogt.
Unsere Erfahrungen mit der Kiellandzange. K. Schwenke.
Eheliche Fruchtbarkeit und Geburtenrückgang in Europa. H. Albrecht.
Blutgruppenuntersuchungen am Retroplazentar- und Nabelschnurblut. J. v. Khreninger-Ouggenberger.
572. 1000 künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen (Abortus arte provocatus, Embryothripsia). J. Kallinikoff.
Ätiologie und Klinik der korporalen Blutungen in der Menopause. W. Benthin.
Bemerkungen zu Wieners Aufsatz (Band 79, S. 51): Die Operation des Pro-lapses und der Retroflexio uteri fixata nach Schubert. O. Schubert.
Granulosazellgeschwulst des Ovars. A. Hörmann.
746. Die Ergebnisse der Milzbestrahlungen in Kombination mit Röntgentherapie bei gynäkologischen Erkrankungen. G. H. Schneider.
Das histologische Heilungsbild des Karzinoms nach Röntgenbestrahlung. R. Dyroff.
753. Ueber die spätere Entwicklung der Kinder vorbestrahlter Frauen. W. Schmitt.
Münchener med. Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 50, 14. Dezember 1928.
718. Krankheitsbereitschaft und vegetatives Nervensystem. Ernst Friedrich Müller und William F. Petersen.
Nachforschungen nach der Gelbfieberspirochäte Noguchis in Organen von an afrikanischem Gelbfieber verstorbenen Menschen. W. H. Hoffmann und F. Jähnel.
669. Orthotische Albuminurie bei Sportausübenden. Arnold Brandeis.
Experimenteller Beitrag zur Vigantolwirkung. H. Behrendt und J. Berberich.

- Kalktherapie im Kindesalter.** Kurt Klare.
Typhusvorbeugung und Bekämpfung. (Epidemiologischer Rückblick aus der Zeit kolonialer Tätigkeit.) Fr. Poleck.
Bedeutung der Haut für Immunität und Immunisierung. F. Neufeld.
Bakteriologie der Gallenwege. Huntewiller.
Richtlinien für die Anwendung der Salvarsanpräparate. Reichsgesundheitsamt.
Ärztliche Gedanken zum Hußmann-Prozeß. Erich Meyer.
Völkerbund und Strahlenbehandlung. Friedrich Voltz.
Albrecht Dürer und sein Werk vom medizinischen Standpunkt betrachtet. Wilhelm Voit.
Blutungen im Wochenbett. Ernst Adolf Koch.
- Münchener med. Wochenschrift** (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 51, 21. Dezember 1928.
Erfahrungen mit der experimentellen Blasensteinerzeugung durch Avitaminose. S. Perlmann und Weber.
Bestimmung der Wirkungsstärke von Schlafmitteln durch den psychologischen Tagesversuch. Otto Graf.
609. Gaumentonsillen und Scharlachinfektion. K. Jordanoff.
Zisternenpunktion bei Kindern. Alois M. Memmersheimer.
Wert der Zusatznahrung für den Stoffansatz und den Mineralstoffwechsel des Blutes. E. Schuntermann.
Warme Dauerbäder im Freien. O. Neustätter.
Typhusvorbeugung und Bekämpfung. Fr. Poleck.
Phänomen von Gallspach (auf Grund eigener Beobachtungen). Eduard Wittmann.
Neuere geburtshilfliche Fragen. E. Vogt.
Belastete, Gelegenheitsinfizierte und Pirquetnegative — ihre Erwartung, an Tuberkulose zu erkranken. Flatzek.
Materielle und idealistische Auffassung des Arztberufes. Hermann Berger.
- Münchener med. Wochenschrift** (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 52, 28. Dezember 1928.
Beziehungen zwischen Diurese und Wassergehalt des Blutes (unter Einwirkung von Pituitrin, Salyrgan und Harnstoff). W. Raab.
547. Netzhautablösung und Brennung unter der Haut. Carl Hamburger.
613. Pathogenese der Impfmalaria. Julius K. Mayr.
Infiltrationstherapie der Gonorrhoe — Bartholinitis mit Akridinderivaten. F. Schmidt-La Baume.
649. Behandlung der kruppösen Pneumonie. Ludwig Veilchenblau.
Behandlung arteriosklerotischer Nasenblutungen. Erich Bergmann.
636. Zur Kasuistik der thyreotoxischen Magenstörungen beim Morbus Basedowii. Franz Schmitz.
Einheits-Trommelständer. v. Hoffmann.
Dyshidrotisches Ekzem. Hanns Neuberg und Ledermann.
Gefahren der Pneumothoraxbehandlung. W. Unverricht.
Erkrankungen der Leber- und Gallenwege; Uebergang der hepatischen Ikterusformen in Leberatrophie. G. Lephene.
Neuere geburtshilfliche Fragen. E. Vogt.
- Der Nervenarzt** (Nervenarzt), Heft 12, Dezember 1928.
Neurotische Krise. Hans von Hattingberg.
Die Mittellinie. Paul Schilder.
730. Nervenkrankheiten nach Kuhpockenimpfung. W. Keller.
- Reichsgesundheitsblatt** (Reichsgesundheitsbl.), Berlin, 51, 1928.
Der Reichsausschuß für Weinforschung Begründung und Tätigkeit in den 25 Jahren seines Bestehens.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 47, 1928.
Die „Pirquetsche Reaktion“ und ihre Bedeutung zur Diagnose und Bekämpfung der Kindertuberkulose. Emil Wieland.
751. Späterfolge der Radiumbehandlung bösartiger Geschwülste der oberen Luft- und Speisewege. E. Lüscher.
Lues oder Lupus. H. Haag.
Studie zur Radium-Radonemanation als internem, besonders in Form von Injektionen verwendetem Therapeutikum. Roger Fischer.
- Die Volksernährung** (Volksernährung), Berlin, Heft 24, 1928.
Rückblick 1928.
Die Ernährung des Arbeiters an der Betriebsstelle.
Unsere Industriespeiseanstalten. L. Banzhaf.
Die Hebung der Volksernährung durch Verbesserung der Böden und Produktionssteigerung auf dem Wege der Schlickverwertung. M. Winckel.
Ueber die Frage nach dem Eiweißbedarf des Menschen. B. Süßkind.
Der gesundheitliche Wert des Sauerkrauts. W. Weitzel (Bad Dürkheim).
Der Kochvorgang in den Dampfdrucköfen. Elise Hoffmann (Freiburg i. Sa.).
Apfelsinen, die Äpfel des Südens. A. J. Richert.
627. Die Leber, ein Heilmittel. Edelstein (Charlottenburg).
Schwefelungsgrenze bei getrockneten Früchten.
- Wiener Klinische Wochenschrift** (Wien. klin. Wschr.), Wien, Jg. 42, Nr. 1, 1929.
728. Einige Bemerkungen über die Impfmalaria. Wagner-Jauregg.
Zur Frage der Vererbung der Syphilis. Matzenauer.
Traumatische Meningokokken-Meningitis. Lode und Schmuttermayer.
Zur Bewertung der Streckhaltungen des Kindes in der Geburt. Kermauner.
Ueber den Einfluß von Dextrose auf die alimentäre Galaktosurie. Weltmann.
Die Appendizitis in ihren Beziehungen zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Zacherl.
558. Zur Diagnostik und Therapie der akuten Pankreasnekrose. Walzel.
Zur Frage der Fluortherapie mit Normolaktol. Malfatti.
Ueber die Bedeutung des Singultus als Symptom nervöser Erkrankungen. Kumer.
- Wiener Klinische Wochenschrift** (Wien. klin. Wschr.), Wien, Jg. 42, Nr. 2, 1929.
Ueber die Behandlung der Aortenlues. Hilt.
Ueber die Verstärkung der Novasurol-(Salyrgan-)diurese durch Ammoniumchlorid. Saxl und Erlsbacher.
- Tonsillektomie und Scharlach.** Zikowsky.
Zur Klinik der Periarthritis nodosa. Blum.
Ueber angeborene Syphilis. Hochsinger.
Ueber das Trachom. Hanke.
Krebsentwicklung in einer Thoraxfistel. Schey.
Ueber den therapeutischen Wert des kieselsauren Wismuts (Bismoterran). Vas.
Internationale Konferenz (Hyg. Völkerbundkomitee) über das Tuberkulose-Schutzimpfungsverfahren mit B. C. G. Kraus.
Bemerkungen zu obiger Mitteilung. Nobel.
747. Klinische Prognostik der Strahlentherapie bei den Karzinomen. Holzknacht.
Ursachen und Behandlung der postklimakterischen Blutung. Schiffmann.
- Wiener medizinische Wochenschrift** (Wien. med. Wschr.), Wien, Nr. 38, 1928.
Moderne Pharmakologie. H. H. Meyer.
Zur Dynamik und Theorie mehrphasischer Wirkung. Amsler und Rentz.
704. Experimentelle Pharmakologie und Digitalisprobleme am Krankenbett. Fahrnkamp.
705. Ueber chemische Mittel bei septischen Krankheiten. Fleckseder.
714. Kreislaufhormone. Fröhlich.
Neue Anwendungsgebiete der Schlafmittel. Hoff und Wermer.
Auswirkungen der Schule Hans Horst Meyer auf die ärztliche Praxis. Januschke.
Ueber einige erwünschte und nichterwünschte Nebenwirkungen von diuretisch wirkenden Mitteln. Landau und Zak.
Ueber neuere Forschungen über die Wirkung der Hypophysenhinterlappenpräparate und ihre Bedeutung für die Praxis. Leimdörfer.
Moderne Arbeitsmethoden der experimentellen Pharmakologie. Molitor.
Experimentelles zur Lehre von der Angina pectoris. Spiegel.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung** (Z. Kreislaufforschg.), Dresden u. Leipzig, 21. Jg., Nr. 1.
Ueber eigenartige Ausgänge der Periarthritis nodosa. I. Akuter Verblutungs-tod durch Diapedesis aus der Aortenwand. Martin Nordmann und Hans Remyß.
Ueber die Genese des akzidentellen systolischen Herzgeräusches. N. N. Sawitzki.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie** (Z. Neur.), Berlin, 117., Heft 4 und 5.
645. Ueber den Einfluß des extrakardialen vegetativen Nervensystems auf das Elektrokardiogramm. N. Messerle.
Eine vergessene Pathographie von Markus Herz über Karl Philipp Moritz aus dem Jahr 1798. Erich Ebstein.
Beschäftigungsstraum (Sisyphustraum) und Beschäftigungsdelir. H. Christoffel.
Ueber „Schizoidisierung“ bei innersekretorischen Störungen. M. Serejski.
721. Zur Frage über den Lipidgehalt des Blutes bei Geisteskrankheiten. I. A. Berger und S. A. Schubina.
Die Wiederbelebung des anatomischen Präparats. Ein Programm für neurologische Arbeit. Gustav Ricker.
Zur Methodik der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie. Hans-Luxenburger.
Das Magendarmgeschwür und seine Beziehung zu organischen Gehirnerkrankungen. L. Korst.
Schulverletzung des rechten Hinterhauflappens, des 10. und 12. Hirnnerven. (Ein Beitrag zur Frage der Lokalisation des temporalen Halbmondes des Gesichtsfeldes.) Franz Theodor Münzer.
Blutuntersuchungen der Zyklophreniker mit der biologischen Methode. D. Bogen.
722. Zur Frage der Psychosen bei Icterus catarrhalis. I. A. Berger und I. G. Rawkin.
716. Studie über die Synkinesien bei Gesunden im Zusammenhang mit der motorischen Begabung und den Körperbautypen. P. A. Badjul, A. M. Miro-polskaja und M. P. Andrejew.
Zur Prognose der epidemischen Enzephalitis im Kindesalter. Ergebnis einer Katamnese. Max und Hedwig Eyrich.
Zur Auffassung der optischen und konstruktiven Apraxie. Benno Schlesinger.
Ueber die Gehirnveränderungen bei puerperaler Ekklampsie und ihre Entstehung durch Kreislaufstörungen. (Zugleich ein Beitrag über weitere akute Kreislaufstörungen am Zentralnervensystem.) A. v. Braunnühl.
Untersuchung der näheren Verwandtschaft von Allgäuer Kropfoperierten auf Psychosenhäufigkeit und Kropfbefallenheit. Gleichzeitig ein Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. German Wolf.
Ueber die konstitutions- und vererbungspathologischen Grundlagen der Kombination der lipoidzelligen Splenohepatomegalie mit der infantilen Form der amaurotischen Idiotie. H. Kufs.
Die bikolorierte Mastixreaktion. I. Leitner.
720. Untersuchungen über die Blutkörperchensenkungsreaktion, Blutgerinnung und Fibrinogengehalt des Plasmas bei Psychosen. D. Schrijver und S. Schrijver-Herzberger.
Zur Psychologie der Ammen. Elise Neustadt-Steinfeld.
Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei der Malariaab-handlung der Paralyse. Alexandra Adler.
- Zeitschrift für Medizinbeamte** (Z. Medizinbeamte), Berlin, Nr. 24, 1928.
Nochmals: Das Tuberkulosegesetz. Weinberg.
Kritische Bemerkungen. R. Engelsmann.
Gesunde Milch. Müller-Lenhardt.
- Zeitschrift für Stomatologie** (Z. Stomat.), Wien, Nr. 11, 1928.
Die Ritzhärte des Schmelzes. Vorläufige Mitteilungen. Proell und Schuberl.
Einige Gesichtspunkte zum Problem der Wurzelfüllung. Gustav Hedström.
759. Die Aetiologie der follikulären Zysten im Lichte der Röntgenstrahlen. F. Lapidus.
760. Zur Frage der Wurzelspitzenamputation. Rudolf Kronfeld.
- Zeitschrift für Tuberkulose** (Z. Tbk.), Leipzig, 52., 3.
653. Ueber die meist gutartige Form des Spontanpneumothorax. W. Zinn und W. Siebert.

Erfahrungen mit Sanocrysin. E. Warlimont.
 Insulinastkuren bei Tuberkulösen. H. G. Zelter.
 Cholesterinspiegel und Abwehrkräfte bei der Lungentuberkulose. V. Hinze.
 Ueber die Lymphogranulomatose, insbesondere deren pulmonale Form.
 A. Bernstein.
 Ueber den Wert der Costa-Reaktion zum Nachweis aktiver Tuberkulose.
 Trojan und Pongor.
 Zur Tuberkulosesterblichkeit in Litauen. L. Kogan.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 2, 1929.
 Statistische Unterlagen der Hirschschen Neuordnung der Geburtshilfe.
 E. Sachs.

574. Intrauterine Kohlebehandlung bei Abortus. Geller.
 Sakralanästhesie. Rummel.
 Menstruation in ihrer Beziehung zur Peritonitis. Unterberger.
 Rudimentäre Nebenscheiden. Ottow.
 Heterotopie endometrioider Wucherungen am Nabel (Nabeladenome). Baltzer.
 Fall von unverschuldeter, endogener, puerperaler Spontaninfektion. Heer.
 573. Bewertung der Zuckertoleranzprobe für die Diagnose der Frühschwangerschaft. Kleitsman.
 575. Verwendbarkeit der Sachsschen Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Plazenta. Putz.

Zeitschriften in holländischer Sprache

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 46, 1928.
 Ueber die Behandlung des Pylorospasmus bei Säuglingen. A. van Westrienen.
 Teerversuche an mit Trypanblau gefärbten Mäusen. Kreuzwendedich von dem Borne.
 Zählung von Blutplättchen in der Praxis. A. Einthoven Schuil.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 47, 1928.
 Beobachtungen über den Verlauf von Schielen und Amblyopie bei Zwillingen. P. J. Waardenburg.
 Ueber die Reaktion von Besredka. G. J. Huët.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 48, 1928.
 599. Der diagnostische Wert der Komplementbindungsreaktion bei gonorrhoeischen Affektionen. J. J. Zoon.
 Eine Modifikation der Rekordspritze für Probepunktionen. H. Feriz.
 Ein neuer Mikroorganismus bei Mäusen.
 Terminologie des Vitamin-D.

Zeitschriften in nordischer Sprache

Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Läkaresällsk. Hdl.), Helsingfors, 70., November 1928.

- Augentuberkulose und Körperverfassung. V. Grönholm.
 548. Fetttransplantation bei Augennekrosen. J. G. Lindberg.
 545. Röntgenbehandlung hypertrophischer und infizierter Tonsillen. Bruno Nyström.
 Ueberschätzt Prof. E. Weber die Bedeutung der von den Bewegungsvorstellungen bewirkten Blutverschiebungen? D. Rancken.
 Eine neue Hörtheorie. F. Leiri.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 41, 1928.

- Dr. S. T. Sörensen. Nekrolog.
 712. Blausäurevergiftung durch Einnehmen eines Schuhreinigungsmittels. B. Bech Larsen.
 Die Bedeutung der Größe der Oberfläche des Glomerulus für die Nierenphysiologie. P. Brandt, Rehberg.
 Ein Fall von Myxödem, der mit synthetisch dargestelltem Thyroxin behandelt wurde. S. A. Holböll.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 42, 1928.

- Luxatio ossis iliaci. Christian Nanneslad.
 Experimentelle Untersuchungen über Autotransplantation vom Endometrium und vom Uterusepithel auf das Ovarium des Meerschweinchens (Fortsetzung). E. Dahl-Iversen.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 43, 1928.

- Experimentelle Untersuchungen über Autotransplantation vom Endometrium und vom Uterusepithel auf das Ovarium des Meerschweinchens (Schluß). E. Dahl-Iversen.
 Widal-Reaktion bei früheren Paratyphuskranken. Martin Kristensen.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 44, 1928.

406. Metallsalztherapie. Anders Friis.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 45, 1928.

- Ueber Darstellungen einer isotonen Blutserumauflösung. Ingrid Christensen und Erik J. Warburg.
 Metallsalztherapie. A. Brun.
 Ueber Anwendung von Kongorot-Injektion zur klinischen Diagnose der Amyloidose (Fortsetzung). Mogens Nathan.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 46, 1928.

- Infiltrative Prozesse in den Lungen tuberkulöser Kinder (Fortsetzung). Ernst Gjörup.
 Ueber Anwendung von Kongorot-Injektion zur klinischen Diagnose der Amyloidose (Schluß). Mogens Nathan.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 47, 1928.

- Infiltrative Prozesse in den Lungen tuberkulöser Kinder (Schluß). Ernst Gjörup.

Hospitalstidende (Hospitaltid.), Nr. 48, 1928.

752. Einige Untersuchungen über Kreislaufveränderungen in der Haut nach Bestrahlung mit verschiedenen Lichtquellen. H. Harthausen.

Hygilea (Hygiea), Stockholm, 90., H. 23, 15. Dezember 1928.

- Gedanken über die Ursachen der Degeneration. Harald v. Samson-Himmelslem.

Ueber die Methode Bangs zur Bestimmung der Blutlipide. Gunnar Blik.

Hygilea (Hygiea), Stockholm, 91., H. 1, 15. Januar 1929.

- Ueber gleichzeitige intra- und extrauterine Gravidität. E. Thalia.
 Ein Fall von hämorrhagischer Diathese bei Neugeborenen, der mit Bluttransfusion behandelt wurde. Herbert Marcus.

Norsk Magasin for Laegevidenskaben (Norsk. Mag. Laegevidensk.), Oslo, Nr. 1, Januar 1929.

- Ueber Blutgruppen in der Paternitätsfrage. Georg H. M. Waales.
 729. Röntgenbehandlung der Hirngeschwülste im Lichte fortgesetzter Beobachtungen. O. H. Mourad-Krohn und Ingrid Lossins.
 Staphylo-Pharyngo-Plastik nach Rosenthal. H. Fr. Harbitz.
 Eine Krebsfamilie. K. Löken.
 Tuberculosis incipiens. Johannes Heimbeck.
 Pykret-Untersuchungen in Trysil 1928. O. Scheel.
 Ein plötzlich entstandenes extrapyramidales Symptomenbild mit einem Anfall von grobschlägigem Tremor. Knut Moe.
 553. Die unmittelbare Reaktion auf die Strumektomie. Johan Holst.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar (Svenska Läk. Sällsk. Hdl.), 54., H. 4, 1928.
 672. Zur Kenntnis der Natur der muskelerheumatischen (myalgischen) Schmerzsymptome. Folke Lindstedt.

- Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 52, 27. Dezember 1928.
 726. Ueber Schlafmittel in der Behandlung Geisteskranker, und besonders über Dial-Ciba. Christian Geill.

Behandlung der Metropathia haemorrhagica mit Autobluttransfusion. Poul Kühnel.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 1, 3. Januar 1929.
 Ueber die Bekämpfung von Diphtherieepidemien in Kinderheimen und ähnlichen Instituten. Claus Jensen.

713. Studien über die Blutmengen bei Menschen. S. A. Holböll.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 2, 10. Januar 1929.
 639. Resultate über die Behandlung von Adipositas-kranken. S. A. Holböll.
 Böhringas Ureter-Steinfänger. O. Keller.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 3, 17. Januar 1929.

Ueber die manuelle künstliche Respiration. Svend Hansen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 4, 24. Januar 1929.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Lungentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese. Bjä Viontrup.

Ueber 2 Fälle angeborener, reiner und komplizierter Dextrokardie. J. N. Lorenzen

Zeitschriften in englischer Sprache

Amer. Journ. of dis. of childr. (Amer. J. of dis. of childr.), Vol. 36, Nr. 6, Dezember 1928.

- Die Bedeutung der Lagerreflexe für die Haltungsanomalien. R. S. Haynes.
 Aktiviertes Ergosterin in der Rachitistherapie. S. Kareltz.
 Die Bedeutung des Leberextraktes in der Identifizierung und Behandlung gewisser Anämieformen im Säuglings- und Kindesalter. H. K. Faber.

Bismutbehandlung der kongenitalen Lues. M. L. Bronson.

695. Subakute bakterielle Endokarditis beim Kinde. L. Rost und E. Fischer.
 Der Stoffwechsel des unterernährten Kindes. Chl. Che Wang, E. Hawes, M. Caucher.

611. Die Verwendung von Scharlachantitoxin. J. A. Toomey, E. G. Dolch.
 Rückenmarkstumoren beim Kind. B. Stookey.

Die sogenannte idiopathische Vergrößerung des Herzens im Kindesalter. G. Stoloff.

Ungewöhnlicher Fall von Meckels Divertikel als Ursache von Darmblutungen. F. Tisdall.

Kongenitale Dilatation des Duodenums oder chronische Obstruktion des Duodenums. J. H. Henke und R. Best.

Akute Torsion des nicht deszendierten Hodens bei einem Kinde. J. Feldstein.

Bedeutung der Mortalitätsziffer für die Gesundheitsstatistik. D. Holland und G. Palmer.

Hämolytische Anämie im Kindesalter. B. Cooley.

Guillaume de Baillou. J. Ruhrh.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgenol.), New York, Vol. XX, 3.

740. Die Bedeutung der Deformierung der Crista petrosa bei der Röntgendiagnose und Lokalisation der Hirntumoren. H. K. Pancoast.

Röntgenologische Untersuchung des Nackens. S. Brown und H. G. Reineke.

647. Massive Atelektase der Lunge. L. R. Sante.

Magendivertikel. W. K. Kalbfleisch.

Magendivertikel. B. M. Bernstein.

Retrograde Intubation des Coecums. H. C. Hoff.

Weitere Beobachtungen der Laterationmethode in der Röntgentherapie tief-sitzender maligner Erkrankungen. G. E. Pfahler.

Die Messung der effektiven Wellenlänge. W. Duane, J. C. Hudson und H. N. Sterling.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3542, 24. November 1928.

Schädelverletzungen durch Selbstverstümmelung bei einer Manisch-Depressiven mit Ausgang in Heilung. Joseph J. Levin.

707. Adrenallnmydriasis in der Menopause. John H. Hannan.

Kardiopasmus. H. H. Greenwood.

- Verhütung des vollständigen Dammrisses. T. Strehill Wright.
Plasmacholesterin und Grundumsatz. J. Addyman Gardner und Hugh Gainsborough.
Fremdkörper (Marmeladenglas) im Rektum. Philip Hawe.
Teratom an der Brust bei einem Neugeborenen. E. L. Galgut.
Jahresversammlung der British Medical Association:
Abteilung für Psychiatrie und Neurologie.
Frühbehandlung der Psychosen und Psychoneurosen. A. Helen Boyle.
Abteilung für Geschichte der Medizin.
Geschichte des Scharlach. J. D. Rolleston.
Abteilung für Augenheilkunde.
550. Lichtsinn beim Bergarbeiternystagmus. R. J. Coulter.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3543, 1. Dezember 1928.
Einige Erkrankungen der Lymphdrüsen. A. E. Gow.
Therapeutischer Wert der Nephropexie. William Billington.
Bettstelle für die Behandlung von Herzkranken mit Stauungserscheinungen. Thom. Lewis.
Völlige Gastrektomie bei Magenkarzinom. E. R. Flint.
Gehirnzystiziken. W. Broughton-Alcock, W. E. Stevenson und C. Worster-Drought.
Fall von Pneumokoniose. H. E. Seiler.
Zwilling mit Achondroplasia. Allan Warner.
Behandlung von Frakturen. E. W. Hey Groves.
Fall von Zwerchfellhernie (Eviszeration). J. L. Thomas.
591. Streichreflex bei Asthma nasaler Aetiologie. H. Mortimer Wharry.
Jahresversammlung der British Medical Association:
Abteilung für Laryngologie.
552. Drainage des Hirnabszesses. Percy Sargent.
Abteilung für Geburtshilfe.
Das „akute Becken“. Everard Williams.
Abteilung für Dermatologie.
597. Behandlung der Mikrosporie mit Thalliumazetat. J. E. M. Wigley.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3544, 8. Dezember 1928.
556. Einige Probleme der Magen Chirurgie. Berkeley Moynihan.
742. Deutung der Röntgenbefunde beim Magengeschwür. A. E. Barclay.
Behandlung der verschiedenen Formen der Prostatahypertrophie. Herbert Williams.
Behandlung des Krebses in der Allgemeinpaxis mit kolloidalem Blei. Ernest Talbot.
Behandlung der Hämorrhoiden durch Galvanokautik. W. S. Whitcombe.
Eingeklemmte Femoralhernie. Hamilton Bailey.
559. Reibegeräusche bei Peritonitis. Walter Broadbent.
Varizeninjektion mit Acid. carbol. P. P. Dalton.
Jahresversammlung der British Medical Association:
Abteilung für Chirurgie.
Nierenfunktion bei einseitigen Nierenerkrankungen. E. B. Mayrs.
Abteilung für Laryngologie und Otologie.
Neuritis optica nach Keilbeinhöhlenentzündung. Patrick Watson-Williams.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3545 15. Dezember 1928.
758. Wirkung des Vitamin-D bei der Zahnkaries der Kinder. May Mellanby und Lee Pattison.
Streptokokkenvakzine in der Behandlung des Puerperalfiebers. Richard R. Armstrong und Wilfred Shaw.
Beobachtungen bei Brusternährung. H. W. Pooler.
Ungewöhnlicher Fall von Dünndarmverschluss. George Millar.
Behandlung des Papillenödems bei gesteigertem Hirndruck. Griffith Evans.
Periostitis der Tibia nach Amöbenhepatitis. R. Hamer Hodges.
Jahresversammlung der British Medical Association:
Abteilung für Innere Medizin.
666. Akute hämorrhagische Nephritis. H. Letheby Tidy.
Abteilung für Tuberkulose.
693. Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose vom Gesichtspunkt des Praktikers. Norman Tattersall.
Trauma und Tuberkulose vom Standpunkt der Unfallversicherung. Otto May.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3546, 22. Dezember 1928.
Perniziöse Anämie. J. R. Charles.
623. Perniziöse Anämie mit freier Salzsäure im Mageninhalt. Stanley Davidson.
Polyzythämie mit Milzvergrößerung und Hypertonie. F. Parkes Weber.
Francis J. Barker, F. Shirley Adams und W. E. Carnegie Dickson.
Paraphimose der Clitoris. R. J. Willan.
Anämie nach der Entbindung. J. Allman Powell und J. B. Davey.
Retropharyngealabszess nach Fremdkörper im Hypopharynx. D. L. Sewell.
Lokale Asphyxie bei einem Kleinkind. F. F. Wheeler.
Selbstreposition der dislozierten Fibula. L. M. Lempiere.
Jahresversammlung der British Medical Association:
Abteilung für Kinderheilkunde.
Chronische Nephritis im Kindesalter. J. C. Spence.
Abteilung für Geschichte der Medizin.
Walliser Aerzte und die Renaissance. E. Roland Williams.
British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3547, 29. Dezember 1928.
655. Diagnose des Magenkarzinoms. William Gordon.
Der Kaiserschnitt. Frances Ivens.
Dünndarmsarkom. P. J. Moir und G. F. Walker.
Epitheliom, Erythema induratum (?) und Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. J. Goodwin Tomkinson.
Lungenaktinomykose. T. Warwick Preston.
Temperatur bei Lungentuberkulose. Colin Milne.
Hautallergie nach Anwendung von Diphtherieantitoxin. Arthur Compton.
Fall von generalisierter Meningokokkeninfektion. A. W. Gardiner.
Status lymphaticus. James Gilchrist.
Rattenbissfieber in Hongkong. G. E. Aubry.
Edinburgh Medical Journal (Edinburgh med. J.), Edinburgh, Vol. XXXVI, Nr. 1, Januar 1929.
Die Geschichte des Insulins. F. G. Banting.
Grundsätzliches zum Schema antituberkulöser Maßnahmen in jedwedem Lande. Rob. Philip.
703. Zephal Metastasen von Nebennierenblastomen bei Kindern. David M. Greis.
Biologische Betrachtungsweise des Todes. F. E. Reynolds.
The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91, Nr. 8, August 1928.
Die nächsten Schritte auf dem Gebiete der präventiven Medizin und der öffentlichen Gesundheitspflege. L. J. Harris.
Schmerzen in der Lumbosakralgegend. J. T. O'Ferrall.
595. Die Antitoxinbehandlung des Erysipels. D. Symmers.
Störungen im Kochsalzstoffwechsel. H. M. Trusler.
Aetiologie und Therapie der chronischen Arthritis. W. C. Stoner.
Malariabehandlung der Syphilis des Nervensystems. P. A. O'Leary.
694. Dermatosen bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Patienten. F. J. Eichenlaub.
Chronische, nicht durch Klappenfehler bedingte Erkrankungen des Herzens. H. A. Christen.
Kontrolle der öffentlichen Milchversorgung. W. F. King.
Lokalanästhetika. E. G. Martin.
Die Bedeutung der chronischen Infektionen der Prostata und der Samenbläschen. R. D. Herrold.
Primäres Adenokarzinom des Nebenhodens. A. J. Scholl.
The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91, Nr. 9, September 1928.
Der gegenwärtige Stand der Ovarialtherapie. Emil Novak.
662. Langdauernde Insulin-Hypoglykämie ohne Symptome. S. J. Maddock und H. C. Trimble.
Periodische Ophthalmie bei Einhufern und ihre Beziehungen zur Uveitis des Menschen. E. C. Rosenow und F. P. Lewis.
Gesundheitliche Ueberwachung der Angestellten in industriellen Betrieben. H. G. Murray.
601. Zisternenpunktion und Lumbalpunktion. H. C. Saunders und Leo Spiegel.
Die Beziehungen zwischen Bakterienflora und tracheobronchialen Fremdkörpern. C. J. Bucher.
Nierenfunktionsprüfungen. N. F. Ockerblad.
Rhinosklerom. F. A. Figi und L. Thompson.
The Journal of Clinical Investigation (J. clin. Invest.), Baltimore, VI, Nr. 3, Dezember 1928.
637. Temporäres und permanentes Myxödem im Anschluß an behandelte und unbehandelte Thyreotoxikose. Willard Owen Thompson und Phebe K. Thompson.
Quadrantenretention und Kalziumreserve als antagonistische Faktoren bei Tetra-chlorkohlenstoff- und Chloroformvergiftung. A. S. Minot und J. T. Cutler.
Studien zum duodenalen Rückfluß. I. Graco Medes und C. B. Wright.
Studien zur Harnstoffausscheidung. II. Beziehungen zwischen Urinmengen und Harnstoffausscheidung bei normalen Erwachsenen. Eggert Möller, J. F. McIntosh und D. D. van Slyke.
Studien zur Harnstoffausscheidung. III. Der Einfluß der Körpergröße auf die Harnstoffmenge. John F. McIntosh, Eggert Möller und Donald D. van Slyke.
Studien zur Harnstoffausscheidung. IV. Beziehungen zwischen der Urinmenge und dem darin enthaltenen Harnstoff bei Patienten mit Brightscher Nierenkrankheit. Eggert M. Möller, John F. McIntosh und Donald D. van Slyke.
Studien zur Harnstoffausscheidung. V. Tagesschwankungen der Harnstoffausscheidung bei normalen Individuen und Patienten mit Morbus Brightii. Eaton M. Mackay.
The Lancet (Lancet), London, 135, Nr. 5471, 7. Juli 1928.
Geschichte der Epidemiologie in den letzten 100 Jahren. William Heaton Hamer.
Entzündungen und Fisten der Speicheldrüsen und ihre Behandlung. Cecil P. G. Wakeley.
606. Die intensive Serumtherapie der schweren Diphtherie. H. Stanley Banks.
654. Die rheumatische Lunge. A. E. Naish.
Eine neue Technik der Verabreichung schwerer Metalle und ihre Beziehungen zur Behandlung des Krebses. J. Leon Jona.
Ein ungewöhnlicher Fall von akutem Darmverschluss. James Fanstone und Gerald Golden.
Ueber multiple oberflächliche Dünndarmgeschwüre. K. Kanagarayer.
The Lancet (Lancet), London, 215, Nr. 5472, 14. Juli 1928.
679. Ueber Dickdarmdivertikel. Robert Mailer.
608. Behandlung der Diphtheriebazillenträger. William Clunie Harvey.
644. Schmerzlose Infarktbildung im Herzen. C. F. T. East, C. W. Curtis Bain und Falkland L. Cary.
749. Radiumtherapie und chirurgische Maßnahmen beim Brustkrebs und „chronischer Mastitis“. J. H. Douglas Webster.
675. Das sakro-iliakale Problem. C. B. Heald.
Fall von malignem Papillom der linken Niere bei einem Knaben. O. W. Roberts.
Fall von Streptothrixinfektion von Brust- und Bauchorganen. William Turner.
J. A. Braxton Hicks, C. H. McIlraith.
Postvazinale seröse Meningitis. F. S. Saxby Willis.
The Lancet (Lancet), London, 215, Nr. 5473, 21. Juli 1928.
Das Problem des Aerzte- und Pflegepersonals. Leslie Mackenzie.
748. Radiumtherapie des primären Brustkrebses. Geoffrey Keynes.
Postoperativer massiver Lungenkollaps. Charles R. Boland und Jessie E. Sheret.
Radiumtherapie des Blasenkarzinoms. A. Clifford Morson.
612. Behandlung des Tetanus durch intrazysternale Injektion des Antitetanusserums. S. E. Denyer.

Fall von Heilung der Amyloidose. G. F. Walker.

Fall von Lymphogranulom mit generalisierter Metastasenbildung. B. B. Yodh und S. R. Jogiekar.

The Lancet (Lancet), London, Nr. 5474, 28. Juli 1928.

Retrospektive Uebersicht über gewisse Richtungen in der Medizin. Ewen Maclean.

60. Oeffentliche Wohlfahrt auf dem Gebiete der Krebsbekämpfung. George S. Buchanan.

Chemotherapie maligner Erkrankungen mit spezieller Berücksichtigung der Meitherapie. W. Blair Bell.

583. Zwei Fälle von Kontraktionsring und ihre Heilung durch Amylnitrit. C. R. Croft.

Stereoskopische Röntgenographie der Koronarzirkulation. John S. Campbell.

Serumphylaxe der Masern. D. Lage Sutherland und J. S. Anderson.

619. Kombinierte vitale und nicht vitale Färbungsmethode der Blutkörperchen. A. Cecil Alport.

The Lancet (Lancet), London, 215., Nr. 5475, 4. August 1928.

Zur Epidemiologie der infektiösen Kinderkrankheiten. Ulrich Friedemann.

642. Therapie der rheumatischen Endokarditis. Geoffrey Bourne.

Ueber das infiltrierende Larynxkarzinom. St.-Clair Thomson.

Behandlung der Prostatahypertrophie. F. Howard Humphred.

631. Aleucia haemorrhagica: Myelophthisis. W. J. S. Reid.

Zerebrale Embolie. A. Gurney Yates und D. Guest.

709. Ephedrin und Ephetonin. F. R. Curtis.

The Lancet (Lancet), London, 215., Nr. 5476, 11. August 1928.

Herz und Zirkulation bei Beri-beri. K. F. Wenckebach.

557. Die Endresultate der partiellen Gastrektomie. Norman C. Lake.

Standardisierung des Scharlachantitoxins durch klinische Methoden. Robert Cruikshank.

Die Aetiologie der Hypertonie bei Aegyptern. Abd-el Aziz Ismail.

628. Die Blutveränderungen durch Leberdiät bei jungen Rekonvaleszenten. K. Shirley Smith und L. E. H. Whitby.

Vergleichende Untersuchungen über die Titanumstrahlen und den metallischen Fungstein-Lichtbogen. B. D. W. Watters.

Herzabszeß als Todesursache. Francis McLugan.

The Lancet (Lancet), London, 215., Nr. 5477, 18. August 1928.

Beitrag zum Studium der Chorea: Symptomenbild nach Verletzung des Corpus Luysii. J. Purdon Martin.

Klinische Studie über den humanen und bovinen Typus der menschlichen Tuberkulose. John T. Morrison.

Die Infektionsquellen der nichtpulmonären Form der Tuberkulose. C. O. Staleybrass.

607. Die Dauer des Schick-negativen Stadiums. H. J. Parish und C. C. Okell.

Zur Technik der Radiumtherapie maligner Erkrankungen. Philip Gosse und F. E. Chester-Williams.

Bromsulphthalein in der Leberfunktionsprüfung. Ernest Bulmer.

The Lancet (Lancet), London, 215., Nr. 5478, 25. August 1928.

Students Guide — Studentischer Wegweiser.

Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, 128., Nr. 8, 1928.

Kolonspülungen bei ulcerativer Kolitis. M. Einhorn.

Dementia-praecox-Komplexe. J. K. Ernst.

678. Intestinale Intoxikation. H. J. Bartle.

Operative Behandlung des Hallux valgus. Morris B. Cooperman.

681. Analfissuren. C. C. Franken.

Das prä-rheumatische Kind. C. W. Vining.

Hyperemesis gravidarum. D. H. Bessenes.

Aktinomykose des Ovarium und der Tuba Fallopi. A. Stein.

Ektopische Schwangerschaft. B. Mann.

Gynäkologische Befunde bei Geisteskranken. H. F. Strongin.

Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, 128., Nr. 9, 1928.

685. Frühdiagnose der Lungentuberkulose. E. M. Ellison.

656. Krankheiten der Leber und des Gallentraktes. J. S. Diamond.

Intestinale Intoxikation. H. J. Bartle.

Pathogenes und Behandlung des Diabetes. W. H. Porter.

Das prä-rheumatische Kind. C. W. Vining.

Moderne Morphologie beim Studium der Krankheit. P. Rice.

670. Geographische und klimatische Verteilung des rheumatischen Fiebers. I. T. Clarke.

697. Prädisponierende Faktoren bei der rheumatischen Infektion der Kindheit. A. Dingwall Fordyce.

Der bakterielle Faktor bei der rheumatischen Infektion der Kindheit. C. F. Coombs.

673. Ursachen der Fibrositis und Pannikulitis. R. Stockman.

571. Erythrozytensenkung in den verschiedenen rheumatischen Zuständen. G. Kahlmeter.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 199., Nr. 17, 1928.

Wirkung der Anstrengung auf das Herz. P. D. White.

Die Bedeutung der Psychoanalyse. M. W. Peck.

Ueber Diabetes. G. Lusk.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 199., Nr. 18, 1928.

Toxische Hepatitis mit Splenomegalie nach Schwangerschaft. J. P. Bowler.

R. C. Syvertsen.

680. Was verursacht Verstopfung? C. Alvarez.

Medizinische und chirurgische Probleme bei Prostataobstruktion. H. Young.

Betrachtungen über Leberkrankheiten. L. G. Rowntree.

Kompressionsfrakturen der Spina. R. B. Osgood.

648. Aetiologie und Frühdiagnose der Bronchiektasie und des Lungenabszesses. D. T. Smith.

Variköse Venen und Ulzera. J. Homans.

Kolonirrigationen. W. A. Bastedo.

641. Schulterschmerzen. M. Cleveland.

The Practitioner (Practitioner), London, Nr. 727, Vol. CXXII, Nr. 1, Jan. 1929.

Der Wert des Schlafes. 1. Sir Robert Armstrong-Jones, 2. J. S. Risien Russell, 3. Wilfred Harris.

Die Behandlung des Schenkelbruchs. Arthur Rocyn Jones.

Der Wert moderner Tests bei Nierenerkrankungen. G. E. Beaumont.

592. Die Prognose bei Mastoiderkrankungen. E. Watson-Williams.

Das Blut bei chronischer Arthritis. Nathan Mutch.

677. Testikelschmerz. Kenneth Walker.

The Quarterly Journal of Medicine (Quart. J. Med.), Oxford, Nr. 85, 1928.

Arterieller Kohlendioxiddruck bei Herzdyspnoe. F. R. Fraser, C. F. Harris.

R. Hilton und G. C. Linder.

Zum Studium der Therapie des Morbus Basedowi. G. Scott Williamson und Innes H. Pearce.

Die klinische Anwendung der Gesamthloridbestimmung bei fraktionierter Probemahlzeit. W. S. C. Copeman und N. Gray Hill.

Dysphagie und Anämie. J. A. Munro Cameron.

727. Parkinsonismus; klinische und experimentelle Studie zur Wirkung von Stramonium, Hyoscin und anderer Alkaloide. E. Arnold Carmichael und F. H. K. Green.

Die Verteilung der Elektrolyten im Blute Hämophiler. Ronald V. Christie.

J. Sendroy, Jr. und D. D. van Slyke.

Primäre lobäre Pneumonie in Manchester 1925—1927. Fergus R. Ferguson und Reginald Lovell.

667. Der osmotische Druck der Blutproteine bei Nephritis. C. L. Cope.

Die Tonsillen. Adenoide Operation und ihre Ergebnisse.

639. Addisonische Krankheit mit Atrophie der Nebennierenrinde. O. Brenner.

Weitere Bemerkungen zur Senkungsschwierigkeit der roten Blutkörperchen. H. B. Newham.

Ueber Kreatinurie im Anschluß an Knochenbrüche und der Einfluß der Schilddrüsenfütterung darauf und auf die Kreatinurie des postenzephalitischen Parkinsonismus. Marion Hirst und C. G. Imrie.

Zeitschriften in französischer Sprache

Biologie médicale (Biol. méd.), Paris, Nr. 6, 1928.

561. Experimentelle Untersuchungen über den Darmverschluss. Léon Binet.

Angabe eines Spirometers mit reduziertem Volumen nach dem Studium der Flüssigkeitszirkulation in der „Flasche von Pescher“. H. Nouvion.

Biologie médicale (Biol. méd.), Paris, Nr. 7, 1928.

Die diskontinuierliche Struktur der Materie. Ihre Beweise, ihre Konsequenzen. Lambolez.

Biologie médicale (Biol. méd.), Paris, Nr. 8, 1928.

Niere. H. Coutière.

Traumatische Asymmetrie und funktionelle Asynergie in der Physiopathologie der Leber. Noel Fiessinger.

Sedimentierungsreaktion. C. Botkine.

Biologie médicale (Biol. méd.), Paris, Nr. 9, 1928.

Ueber die gegenseitigen Beziehungen der Aktivität der plurifunktionellen Drüsen. E. Gley.

Der Amnioniak. H. Delaunay.

616. Frambösiebehandlung mit Stovarsol. G. Bouffard.

732. Rutilationswirkungen. E. D. Wiersma.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 3, 1928.

Die Blastotoxie — Ursache der individuellen Degeneration — ist auch die Ursache für die Erblichkeit der Morbidität. L. Vervaeck.

596. Polyradiotherapie der Psoriasis. G. Archambault und A. Marin.

Ein neuer Fall von kindlicher Knocheneinwölbung durch das Promontorium. R. Schockaert.

Abtragung eines großen, im kleinen Becken eingekeilten Myoms. L. Devraigne.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 4, 1928.

Neue Untersuchungen über das gelbe Fieber. Henri de Beaurepaire Aragao.

Therapeutische Richtlinien in der Syphiligraphie. R. Bernard.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 5, 1928.

Neue Beiträge zum Experimentalstudium des Antituberkulosevakzins. Jean von Beneden.

Die Fettligbigkeit, ihre Definition und ihre Behandlung. Albert Govaerts.

Syphilis hereditaria und Makrosomie. M. S. delle Chiaie.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 6, 1928.

Verkürzung der Mitralklappe — Rekurrenzlähmung — Claude-Bernard-Hornersches Syndrom. L. Langeron.

625. Leber und perniziöse Anämie. N. Goormachtigh.
Prophylaxe und Behandlung der puerperalen Eklampsie. Jean-Louis Wodon.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 7, 1928.
Therapeutische Richtlinien in der Syphiligraphie. R. Bernard.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 8, 1928.
Akute Stenose des Duodenums durch Totalvolvulus des Dünndarm und des Colon ascendens beim Neugeborenen. M. Lust u. R. Bourg.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 9, 1928.
650. Neue Ausblicke für Asthmaphbehandlung. A. Haibe.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 10, 1928.
Beziehungen zwischen Krebs und Rasse auf den britannischen Inseln. Eugène Pittard.
643. Endocarditis lenta aufgepropt auf einen angeborenen Herzfehler. Marcel Wybauw.
- Bull. de la Soc. de Pathol. exotique (Bull. Soc. Path. exot.), Nr. 9, 1928.
615. Ueber die Behandlung der Frambösie. A. Barlovalz.
Studium der Mykosen. A. Catanel.
2 Fälle von Bilharziose. J. Khouri.
Perikarditis bei Amöbiendysenterie. J. Laligret.
Therapeutische Wirkung des Quinio-Stovarsol auf Plasmodium falciparum. L. Lambert.
Wichtigkeit der Diagnose Syphilis und Tuberkulose bei Leprösen. M. Léger.
Heilung der Orientbeule durch eine neue Therapie, das Synectol. R. Lerat.
617. 2 Fälle von Kubitalneuritis bei Lepra. H. Marneffe.
Erythema nodosum bei Lepra während der Behandlung. H. Marneffe.
Ein Fall von Leishmaniose. J. Mesnard.
Dengueepidemie. Ch. Nicolas.
Ueber die Blastozystose. 3 Fälle von Enteritis durch Blastocystitis hominis. A. Panayotaton.
- Clinique et Laboratoire (Clin. et Labor.), Nr. 10, 1928.
Konservative Nierenoperationen. Pierre Bazy.
711. Das Absinken des Alkohols in der Therapie. Jules Comby.
Angina pectoris. Klinische Formen und Entwicklung. Paul Halbron.
- Clinique et Laboratoire (Clin. et Labor.), Nr. 11, 1928.
550. Phlegmasia alba dolens in der Schwangerschaft und im Wochenbett. V. le Lurier.
Nephropathien pharyngealen Ursprungs. E. Lesné.
Die Entwicklung der Medizin vom 16. bis zum 20. Jahrhundert. Paul Delannay.
- La Gynécologie (Gynéc.), Paris, 27. Jahrgang, Juli 1928.
555. Vergleichende Studie über den Wert der Operationen bei Blasen-Scheiden-Fisteln. F. Legneu.
Temporäre Vorlagerung des Uterus am Ende der Schwangerschaft. G. de Rouville.
584. Die Indikationen der modernen vaginalen Uterusexstirpationen. H. Violet.
- La Gynécologie (Gynéc.), Paris, 27. Jahrgang, August 1928.
Ueber ein sehr umfangreiches Myom, welches auf dem linken Uterushorn gestielt und zum großen Teil subperitoneal saß. Paul Petit-Dutaillis.
586. Die subpubische Zystostomie vor den Operationen bei Blasen-Scheiden-Fisteln. E. Meriel.
- La Gynécologie (Gynéc.), Paris, 27. Jahrgang, September 1928.
754. Ueber die Entwicklung von Geschwülsten an Ovarien nach Röntgenbestrahlung. G. Tesaro.
Ueber einen Fall von uteriner Asystolie. A. Lemierre, R. Garcin, J. Lacave-Laplanche.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), Paris, 18., Nr. 5, November 1928.
578. Die Spätblutungen des Wochenbetts, Indikationen ihrer Behandlung durch sofortige Uterusexstirpation. A. Couvelaire, L. Portes und L. Dignonnet, Paris.
Ueber die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. S. A. Gammeltoft, Kopenhagen.
571. Ueber künstliche Frühgeburt bei Fällen von Geburtshindernis. E. Hauch, Kopenhagen.
Ueber 65 Fälle von künstlicher Frühgeburt bei engem Becken. Viggo Esmann, Kopenhagen.
Die Vorteile der uterinen Lipiodolinjektion in der Gynäkologie. M. van der Elst und E. Gautst, Brüssel.
583. Lendenschmerzen und ihre Behandlung. P. Rullé, Leningrad.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 43, 27. Oktober 1928
652. Die Zukunft der Pleuritiker. Ch. Achard.
Hydatidenzyste der Lunge, durch Röntgen diagnostiziert. Busila, Meller
683. Die Hansenschen Formen des Tuberkelbazillus. J. Dumont.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 44, 3. November 1928
Die Kinderkrankheiten 1928. P. Lereboullet, F. St. Girons.
688. Lungentuberkulose und Pubertät bei den Mädchen. P. Nobécourt, J. Coletsois.
698. Drüsenfieber. J. Comby.
Der einfache Ikterus des Neugeborenen. P. Lereboullet.
699. Periodisches Erbrechen bei Kindern. Q. Leven.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 45, 10. November 1928.
Die Spirochäten. H. Jausion.
Radio und Radiumdermatitis. H. Bordier.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 46, 17. November 1928.
Begutachtung des zivilrechtlichen Unfalls. Duvoir.
735. Die Häufigkeit der Arbeitsunfälle der Zeit nach. V. Balthazard, O. Villaret, R. Pédellèvre.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 47, 24. November 1928.
Sterkorome. P. Carnot.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 87, 1928.
Neue Untersuchungen über das Fleckfieber in den Mittelmeerländern. Boinet J. Piéri und Dunan.
Die wissenschaftlichen Grundlagen der Organtherapie der Nebennierenrinde. J. Mouzon.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 88, 1928.
651. Der Krampfhusten, ein Asthmaäquivalent. P. Vallery-Radot, P. Blamoutier und P. Thiroloix.
Zur Behandlung der Pankreasfisteln. M. Corachan.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 89, 1928.
Praxis und Resultate der Präventivimpfung gegen Tuberkulose mittels des BCG in Frankreich vom 1. Juli 1924 bis 1. Juli 1928. A. Calmette.
Bericht über die technische Konferenz zum Studium der BCG-Schutzimpfung. L. Bernard.
633. Die Azotämie durch Salzmenge. L. Blum.
581. Die kosmischen Einflüsse auf die Geburt des Menschen. A. Boudineau.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 90, 1928.
Der Wärmetest im Verlauf der Aktinotherapie bei Verdacht auf Lungentuberkulose. V. Paschetta.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 91, 1928.
566. Ueber den Mechanismus der artikulären Chondromatose und der Arthritis deformans. R. Leriche und E. Brenckmann.
Trockene und nässende psoriasiforme Parakeratosen. P. Ravant und H. Rabreau.
Die Osteoplasie des Ovariums. F. Jayle und J. Halperine.
Die Tuberkulose des linken Lungenflügels. A. Tolicescu.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 92, 1928.
Zur Spezialisierung in der Medizin; die Phthisiologie ist ein Spezialfach. L. Bernard.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 39, 29. September 1928.
587. Einfluß der manuellen Arbeit auf den Genitalapparat der Frau außerhalb der Schwangerschaft. P. Duhaill.
Präventivimpfung des Menschen gegen das undulierende Fieber. H. Rozière.
Nervenchirurgie. L. Plisson.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 40, 6. Oktober 1928.
Behandlung der Speichelauffektionen. M. Loeper.
Nervenchirurgie. L. Plisson.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 41, 13. Oktober 1928.
Appetit und Bittermittel. M. Loeper.
Allgemeines über Amputationen. L. Plisson.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 42, 20. Oktober 1928.
Ueber Schulübermüdung. M. Loeper.
Gedanken eines alten Arztes über psychophysiologische Pädagogie und pädagogische Reformen. P. le Gendre.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 43, 27. Oktober 1928.
Beschleunigte Konsolidation der Frakturen. G. Jeanneney.
Allgemeines über Amputationen. L. Plisson.
Luftdichte Ampullen. J. Lafont.
Koprostate und Kaskarin.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 44, 30. Oktober 1928.
555. Blutegel und chirurgische Phlebitiden. J. Ducuing.
624. Perniziöse Anämie digestiven Ursprungs. Lemaire.
663. Insulin bei Nephritis. Lemaire, Loeper, Ravier.
674. Behandlung der schmerzhaften rechten Flanke. Ramond, Jacquelin, Zizine.
549. Augensymptome bei Ependymitis serosa. Terrien.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 45, 3. November 1928.
Behandlung der Hyperchlorhydrie. Loeper.
724. Syphilis und Psychasthenie. Toporkoff.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 46, 10. November 1928.
Wohnungsnot und Hygiene. F. Roussel.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 47, 17. November 1928.
701. Ueber die Arteritis obliterans juvenilis. Leriche, Stricher.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 48, 24. November 1928.
634. Störungen der inneren Drüsen. Dubreuil-Chambardel, Fischer.
- Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, 55., Nr. 49, 1. Dezember 1928.
Allgemeine Charaktere der funktionellen Rhythmen. Bard.
570. Gewichtsveränderungen bei Schwangeren. Trillat.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 43, 1928.
554. 27 Fälle von Lungenerweiterung. Coquelet.

Zeitschriften in spanischer Sprache

- Revista Española de Medicina y Cirugía (Rev. españ. Med.), Barcelona.
11. Jahrg., Nr. 120, Juni 1928.
620. Untersuchungen über den venösen Druck. J. M. Villacian und C. Diez Fernandez.
Ueber ein neues Darmdesinfizenz. F. Bascompte.
Zur Bestimmung des aktuellen Säuregrades des Magensaftes. Francisco Pinero.
Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit vor dem Forum der Psychiatrie. S. Farreras.
Der derzeitige Stand der Neurologie in Nord-Amerika. A. Austrogesilo.

- Revista Española de Medicina y Cirugía** (Rev. españ. Med.), Barcelona, 11. Jahrg., Nr. 121, Juli 1928.
 Irrsinn und Politik. R. Royo Villanova.
 Die Kultur des Kochschen Bazillus im Serum Tuberkulöser, die mit Sano-krysin behandelt waren. José Valdos Lambéa.
 Die Rolle des Natrium bicarbonicum in der Pathologie und Therapie des Magens. Antonio Lloret Mingot.
 Katheterismus und Bougierung beim tubo-tympänen Katarrrh. J. Campos.
- Revista Española de Medicina y Cirugía** (Rev. españ. Med.), Barcelona, 11. Jahrg., Nr. 122, August 1928.
 577. „Der Schmetterlingsflügel“-Handgriff bei protrahiertem Partus. J. Proubasta.
 Die moderne Therapie der Schizophrenie. A. Vallejo Nagera.
 Die Komplementbindungsreaktion in der Diagnose der Tuberkulose. Vicente Gonzalez Calvo und Silvano I. Laguna.
 Tuberkulose und Thyreoiden. Valdés Lambea.
 Gibt es eine innere antitoxische Nierensekretion. Alvaro Osorio de Almeida.
- Revista Española de Medicina y Cirugía** (Rev. españ. Med.), Barcelona, 11. Jahrg., Nr. 123, September 1928.
 Zur Physiologie des Genitale. Serrallach.
 Der seelische Zustand bei Tuberkulösen. F. Gonzalez Deleito.
 Analyse des Magensaftes. F. Pinero.
 Der Zusammenhang zwischen der Pockenimpfung und der postvazinalen Enzephalitis. Ricardo Jorge.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Archivio di Patologia e Clinica Medica** (Arch. Pat. e Clin. med.), Bologna, Vol. VIII, Heft 1, Jan. 1929.
 Biologische Grundlagen der Psychotherapie. C. Ceni.
 Systematische Untersuchungen über die Genese und den Wert perivasaler Milzläsionen, die unter dem Namen „Gammassche Knoten“ bekannt sind. B. de Vecchi, L. Picchi, G. Patrassi.
 618. Das Plasma bei anämischen Zuständen. A. dalla Volta.
 Heilung des experimentellen Pankreasdiabetes durch operative Enektion der Nebennieren. A. Cimnata.
 644. Ueber den Fettstoffwechsel beim Diabetes mellitus. C. Cassano.
 La pediatria, Neapel, 36., Heft 24, 15. Dezember 1928.
 702. Ueber die Oedeme bei malariakranken Kindern. Giovanni Genese und Antonio Zalocco.

- II Policlinico, sezione pratica, Rom**, 35. Jahrg., Nr. 35, 3. September 1928.
 Ueber Rezidive der Leberkoliken. Lucio Urbani.
 Zur Radiotherapie der Karzinome. I. Callica.
- II Policlinico, sezione pratica, Rom**, 35. Jahrg., Nr. 36, 10. September 1928.
 Leberbehandlung der Anämie. Giuseppe Sorge.
 Fall von generalisierter Leukodermie bei einemluetischen Kind. A. Mucci.
- II Policlinico, sezione pratica, Rom**, 35. Jahrg., Nr. 37, 17. September 1928.
 Die Martenssche Reaktion in der Diagnose maligner Tumoren. M. Silvagni.
 614. Beitrag zum Studium der Micrococcus-tetragenes-Septikämien. G. Chiaberra und U. Reitani.
- II Policlinico, sezione pratica, Rom**, 35. Jahrg., Nr. 38, 24. September 1928.
 Kriterien bei der Auswahl von Tieren für die Produktion von hochtitriertem hämolytischem Serum. Tomaso Pontano.
 621. Die hämostatische Wirkung von Natrium citr. in der Hämophilie. E. Palmieri.
 Dengue. A. Filippini.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Sibirskij Archiv teoretitscheskoj i klinitscheskoj Meditsiny** (Sibir. Arch.), Tomsk, 3., Heft 3, 1928.
 Zur Geschichte der Medizin in Sibirien (Prof. W. A. Wanassein). M. O. Kurlow.
 Ueber die Wirkung der KCl- und CaCl₂-Ionen auf die Magensekretion. J. Egolinski.
 590. Zur Diagnostik des Echinokokkus in der weiblichen Beckenhöhle. M. P. Maslujkow.
 Zur Methodik der Leukozytenzählung auf Abstrichpräparaten. M. Kurlow.
 Zur Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlichen Pneumothorax. D. D. Jablowski.
 Zur Frage der Polyzithämie. Swarowski.
 Ueber Nephritis chronica dolorosa ohne Veränderungen im Harn. D. P. Kusnetzki.
 Zur Frage der Echinokokkuserkrankung in Westsibirien. S. F. Kossyck.
 725. Versuch mit Milchbehandlung in der psychiatrischen Praxis. N. P. Wolochow.
 Fibrosarcoma labii majoris dextr. W. W. Tretjakow.
 Vergleichende Abschätzung des Einflusses der heißen Halb- und Vollschlamm-bäder auf die Körpertemperatur und die Pulsfrequenz. M. K. Butowski.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

547.

Hamburger, Carl, **Netzhautablösung und Brennung unter der Haut**. (Münch. med. Wschr., Nr. 52.) Die Brennung unter der Haut wurde bisher in der Augenheilkunde nicht angewendet. Bei einer Frau mit Ablatio (Myopie) des einzigen Auges — das andere war an der gleichen Krankheit seit einem Jahrzehnt erblindet — hatten die üblichen Behandlungsmethoden zu einem Erfolg nicht geführt. Durch Brennung nach Hautschnitt unweit des Orbitalrandes, die zweimal vorgenommen wurde, gelang es, jedesmal ein Anlegen der Netzhaut für 14 Tage zu erreichen, das mit einer entsprechenden Verbesserung des Sehvermögens einherging. Von dem Gedanken ausgehend, daß durch eine Brennung näher am Auge die komplizierten Stoffwechselvorgänge im Augeninneren stärker zu beeinflussen wären, wurde eine orbitale Brennung vorgenommen. Als Ort der Brennung wurde eine Stelle oben außen gewählt und durch die Braue und das Lid unter Knochenabhebung 2 cm tief vorgegangen, wobei der Bulbus durch eine Ellenbeinplatte gesichert wurde. Nach der Brennung verschwand die große schwappende Ablösung bis auf zwei kleine flache Stellen, so daß von einer vollständigen Heilung nicht gesprochen werden kann. Die Sehschärfe ist jedoch bedeutend gestiegen (auf $\frac{1}{10}$) und das Gesichtsfeld hat sich beträchtlich erweitert. Vor dem Eingriff war nur Fingerzählen in 1 bis 2 m möglich, während die Kranke jetzt allein gehen und kleine Schrift lesen kann. In zwei anderen Fällen von Netzhautablösung, wo nur einmal temporal gebrannt wurde, blieb die therapeutische Wirkung aus.

Weitere Erfahrungen sprechen dafür, daß dieses Verfahren bei anderen Erkrankungen des hinteren Bulbusabschnittes mit schlechter Heilungstendenz zum Erfolg führen kann, sofern es rechtzeitig zur Anwendung gelangt.

Biberfeld.

548.

Lindberg, J. G., **Fetttransplantation bei Augenenukulationen**. (Finska Läksälsk. Handl., 70., November 1928.) Von 100 Eenukulationen aus den Jahren 1924–1928 wurde etwa die Hälfte mit nachfolgender Fetttransplantation operiert. 45mal gute Einheilung, zweimal wurde das Transplantat ausgestoßen.

E. Keller.

549.

Terrien, F., **Augensymptome der serösen Ependymitiden**. (Progrès méd., Nr. 44, 1928.) Die seröse Meningitis, richtiger Ependymitis, ist gar nicht so selten; wird wahrscheinlich sehr oft verkannt. Für die Diagnose sehr wichtig sind die Augensymptome. Die Menge des vom Ependym sezernierten Liquors beträgt 150 ccm, die sich fünf- bis sechsmal täglich erneuert. Bei Schädelfrakturen kann man 700 bis 1000 g sammeln. Aetiologisch kommen Traumen, ein heftiger Stoß auf den Kopf und besonders oft banale Infektionen, namentlich die Grippe, in Betracht. Manchmal auch der Typhus und die Meningokokkämien. Auch Infektionen vom Ohr, von der Nase aus. Die Syphilis spielt eine untergeordnete Rolle, wohl aber namentlich milde, leichte Tuberkulosen. Analog der serofibrinösen Pleuritis. Die allgemeinen Symptome sind die des intrakraniellen Hochdrucks, Kopfschmerzen, Erbrechen, Kontrakturen; letztere sind sehr selten. Dann das Bild des Pseudotumors. Die Augensymptome bestätigen oft die Diagnose. Es sind motorische und sensorielle Symptome: Ungleichheit, Verminderung oder Erlöschen der Reflexe, Diplopie, besonders durch Lähmung des Rectus externus. Aber damit kann man keine Lokalisation eines Tumors usw. begründen, weil diese Lähmung durch eine einfache Kompression auf Distanz, durch eine einfache Druckerhöhung eintreten kann. Selbst wenn der Tumor oder die Druckerhöhung auf der entgegengesetzten Seite sitzt. Ferner Störungen der Konvergenz oder Nystagmus. Sensorielle Störungen: Sehstörungen bis zur Blindheit, die plötzlich

auftreten können; in einem Falle wenige Tage nach einer intensiven Grippe mit Coryza, zunächst mit Schmerzen bei Augenbewegungen, wie sie bei der Grippe häufig sind. Hintergrund: peripapilläres Oedem. Dies ist gerade bei der serösen Ependymitis charakteristisch — die papilläre Stase ist das Hauptsymptom des Gehirntumors. Es tritt allmählich auf, nachdem der Kranke schon lange über Kopfschmerzen usw. geklagt hat. Dieses peripapilläre Oedem tritt aber schon 2 bis 4 Tage nach den ersten Störungen auf, besonders längs der Gefäße, ohne die Papille zu betreffen. Im weiteren Verlaufe kann es natürlich zu einer papillären Stase kommen. Zu unterscheiden ist das Oedem bei der hypertensiven Nephritis, das aber ebenfalls ganz charakteristisch ist. Man kann es auch mit einer Neuritis optica verwechseln: Kongestion der Papille, geschwellte Gefäße. Es ist einseitig, im Gegensatz zu den Gehirntumoren, bei denen es immer bilateral ist, wenn auch erst nach einiger Zeit. Auch die einfache kongestive Neuritis der Hypertropen kommt in Frage. (Nebelbildungen mehrfach am Tage.) Der bei der Punktion gewonnene Liquor ist klar, transparent (also keine Meningitis), keine oder wenige Lymphozyten, kein oder geringes Eiweiß (also kein Gehirnsabszess, bei dem beides erheblich vermehrt ist; keine syphilitische Meningitis, die erhebliche Lymphozyten aufweist). Bei der Behandlung kommt immer Hg in Betracht.

v. Schnitzer.

550.
Coultnier, R. J., **Lichtsinn beim Bergarbeiternystagmus.** (Brit. med. J., 3542, S. 929.) Bei chronischen Fällen von Bergarbeiternystagmus findet sich in etwa der Hälfte eine Herabsetzung der Empfindlichkeit für kleinste Lichtmengen sowie eine Abnahme der Unterschiedsempfindlichkeit. In frischen Erkrankungsfällen hingegen ist die Adaption gesteigert und die Empfindlichkeit für geringste Helligkeitsunterschiede vermehrt. Da die Prüfung des Lichtsinnes bei ausgesprochenen Krankheitssymptomen keine Abweichungen von der Norm zu ergeben braucht und andererseits selbst nach Heilung die optischen Störungen noch weiter bestehen können, gewährt diese Untersuchungsmethode kaum diagnostische Aufschlüsse. Die so häufig nachweisbaren Störungen des Lichtsinnes lassen es möglich erscheinen, daß bei der Entstehung dieser Erkrankung bei Bergarbeitern ein Mangel an Vitamin D in der Nahrung von Bedeutung ist. Denn auch bei anderen Avitaminosen (so Abortivform des Skorbut), deren Symptome den Allgemeinerscheinungen bei dem Nystagmus der Bergarbeiter ähneln, finden sich Adaptionsstörungen. Bei vielen der mit Nystagmus erkrankten Arbeiter erweist sich der Hämoglobingehalt des Blutes als deutlich vermindert. Zur Aufklärung der Aetiologie dieser Erkrankung ist daher ein Eingehen auf den Allgemeinzustand der Erkrankten sowie die Erforschung ihrer Lebensbedingungen und Ernährungsweise notwendig.

Biberfeld.

Bakteriologie und Serologie

551.

Engel, C. S., **Ueber mögliche Vereinfachungen der Wassermannschen Reaktion.** (Med. Klin., 49, 1928.) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß sich die WaR., ohne prinzipielle Abweichung von den amtlichen Vorschriften, so vereinfachen läßt, daß sie auch mit kleinen Mitteln ausgeführt werden kann. Abgesehen von den Fällen, in denen er ein autoritatives Urteil aus einem der öffentlichen Institute wünscht, kann der Praktiker selbst sowohl eine einfache Trübung als auch die vereinfachte WaR. ausführen. Die von dem Verfasser empfohlene Technik muß in der Originalarbeit nachgelesen werden.

L. Gordon, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

552.

Sargent, Percy, **Drainage des Hirnsabszesses.** (Brit. med. J., 3543, 971.) Bei der Therapie des Hirnsabszesses und der Erörterung der Erfolge der operativen Behandlung müssen die verschiedenen Formen der Abszeßbildung im Hirngewebe streng voneinander geschieden werden. Die diffuse septische Erweichung kann kaum den Abszessen zugerechnet werden. Sie ist eher als diffuse infektiöse Enzephalitis aufzufassen und mit der Bindegewebspneumonie zu vergleichen. Mit Ausnahme der Entlastungsdrainage kommt bei ihr kein chirurgischer Eingriff in Frage. In anderen Fällen (besonders bei Schußverletzungen des Gehirns) findet sich inmitten der erweichten Gewebszone eine Nekrose mit mehr oder minder ausgesprochener eitriger Einschmelzung. Bei derartigen Höhlen mit zeretzter Wandung bietet die Drainage einige Aussichten für den Erfolg. Eine vollständige Ausschälung des Herdes und ein sofortiger Wundverschluß ist häufig dort möglich, wo der Abszess von einer dicken starren Wandung umgeben

ist und das angrenzende Hirngewebe kaum Veränderungen erkennen läßt. Bei den gewöhnlich erst kurze Zeit bestehenden otogenen Abszessen im Schläfenlappen oder im Kleinhirn findet sich zumeist eine eitergefüllte Höhle in einer dünnwandigen, zarten Kapsel, die von einer Randzone ödematösen Hirngewebes umrahmt wird. Die Gefahren des Abwartens sind zu groß (Durchbruch in die Ventrikel, plötzliches Ansteigen des Schädelbinnendruckes durch kollaterales Oedem, sofortige Atemlähmung, besonders bei Kleinhirnsabszessen), so daß nach Stellung der Diagnose der Abszess sofort angegangen werden muß und nicht auf eine Verkapselung gewartet werden kann, die den chirurgischen Eingriff ungemein erleichtern würde.

Entscheidend für den Erfolg ist die Wahl des Zugangsweges und die Methode der Drainage. Bei den nach Knochenkrankung auftretenden Abszessen empfiehlt es sich, auf dem gleichen Wege vorzudringen, den die Infektion beschritten hat, da gewöhnlich an dieser Stelle meningeale Verwachsungen sich gebildet haben, die den Subarachnoidealraum abdichten. Wichtiger als die Frage des Materials, aus dem das Drain verfertigt ist, ist der Umstand, daß es von ausreichender Härte sein muß (Aluminium- oder Zelluloidröhren). Durch häufiges, vorsichtiges Durchspülen ist das Drain durchgängig zu halten. Solange noch das Hirn Neigung zum Prolaps zeigt, darf das Drain nicht entfernt werden. Durch die von Zeit zu Zeit ausgeführte Lumbalpunktion läßt sich das Oedem in der Umgebung des Herdes vermindern, das zum Prolaps des Hirngewebes beiträgt. Durch Auftreten von Komplikationen, wie Meningitis, sekundäre Abszeßbildung oder Enzephalitis, kommt es zu einem erneuten Anstieg des Binnendruckes mit Vorstülpung von Hirngewebe. Wenn sich zwischen den Ventrikeln und der Abszeßhöhle eine Verbindung entwickelt, so fließt Liquor aus der Wunde. Diese Komplikation braucht nicht immer zum Tode zu führen.

Biberfeld.

553.

Holst, Johan, **Die unmittelbare Reaktion auf die Strumektomie.** (Norsk Mag. Laegevidensk., Nr. 1, 1929.) Bei den Thyreotoxikern sind nach der Strumektomie zwei Phasen der Reaktion zu beobachten: eine psychische durch die Erregung und eine resorptive durch die Resorption thyreotoxischer Produkte aus der Wundfläche des Kropfrestes. Die psychische Phase besteht während der Lokalanästhesie und der Operation, und die resorptive ist postoperativ. In den schwersten Fällen gehen diese beiden Phasen ineinander über, was die Prognose verschlimmert. Die psychische Phase mit schnellem Puls sieht alarmierend aus, ist aber meist harmlos. Je kleiner der Kropfrest ist, desto ungefährlicher ist die resorptive Phase. Die Operation der Wahl sollte daher die subtotale Strumektomie in einer Sitzung sein.

S. Kalischer.

554.

Coquelet, Oct., **27 Fälle von Lungeneiterung.** (Scalpel, Nr. 43, 1928.) Die Behandlung der Wahl bei Lungeneiterung ist die vorzeitig ausgeführte Lobektomie. Medikamente sollen wohl versucht werden, aber man soll nicht zuviel Zeit damit verschwenden, wenn ihre Wirkung nicht bald manifest wird. Die Pneumotomie soll nur ganz besonderen Fällen vorbehalten bleiben. Für den Ausgang entscheidend ist die rechtzeitige Erkennung des Zustandes. Lungeneiterungen müssen nicht immer durch einen Eitersack offenbar werden; das ist bedauerlich, weil es die Diagnose erschwert, und weil deshalb Praktiker den Operationsvorschlägen Widerstand leisten bis zu einem Zeitpunkt, wo der Eingriff zu spät kommt.

Held.

555.

Ducuing, J., **Behandlung der chirurgischen Phlebitiden durch Blutegel.** (Progrès méd., Nr. 44, 1928.) Die Ergebnisse seit drei Jahren sind: zahlreiche postoperative Phlebitiden entwickeln sich danach ohne Veränderungen von Temperatur und Puls. Es treten wesentlich weniger Oedeme auf. Ebenso verschwinden die funktionellen Erscheinungen, Schmerzen, Ameisenlaufen, Harnretention oder sind weniger ausgesprochen. Embolien bei postoperativen Pneumopathien sind seither nicht mehr beobachtet worden. Lungensymptome sind seltener geworden. Zur Erklärung dieser Erfolge zunächst folgendes: der Blutegelbiß hat eine rein lokale Wirkung; durch das Hirudin kommt es zu einer rein lokalen Hämophilie. Wenn Hirudin ins Blut kommt, so ist es so gering, daß es nicht nachgewiesen werden kann — entgegen der landläufigen Ansicht. Sind schwere sekundäre Hämorrhagien aufgetreten, so liegen ernste Veränderungen an der Leber vor; keinesfalls fallen sie dem Hirudin zur Last. Um die Hämorrhagie nach Abfall des Blutegels zum Stillstand zu bringen, genügt Abwaschen mit physiologischem Serum. Aber immerhin scheinen gewisse dem Blutegelbiß eigentümliche Faktoren die allgemein günstigere Entwicklung der chirurgischen Phlebitiden zu erklären. Außer der präoperativen Fürsorge (intestinale Desinfektion, allgemeine Vakzination, intestinal oder lokal Tonika) und der postoperativen (Atemübungen, Mobilisation und frühzeitiges Aufstehen), also im wesentlichen Prophylaxe, ist der wichtigste Faktor frühzeitige Diagnose und Behandlung. Früher

hat man die fieberfreien Kranken, um Harn- und Stuhlentleerung zu erleichtern, am 15. Tage etwa aufstehen lassen und hat die Zeichen der Phlebitis übersehen: geringe Auftreibung des Leibes mit Pubisödem, Urinretention, leichte Dysurie, und war überrascht, kurz darauf eine brutale Pneumopathie mit voluminösem Ödem der unteren Gliedmaßen zu sehen oder einen plötzlichen Tod durch Embolie.

v. Schnizer.

556.

Berkeley Moynihan, Einige Probleme der Magen-chirurgie. (Brit. med. J. 354, 1021.) Zwischen Magen- und Duodenalgeschwür ist streng zu unterscheiden, da sowohl die klinischen Symptome als auch der Chemismus des Magens und der Verlauf bei beiden Affektionen ganz verschieden sind. Chronische Magen-geschwüre sind in der Pylorusgegend nur außerordentlich selten anzutreffen (weniger als 3 Prozent). Die Pylorusstenose beruht daher fast immer auf einem Ulcus duodeni. Akute Ulzera treten gewöhnlich multipel auf und haben eine sehr große Neigung zur restlosen Ausheilung. Nur äußerst selten führen sie zur Perforation oder zur lebensbedrohlichen Blutung. Die für die Erfolge der diätetischen Behandlungsmethoden, besonders der Sippykur, angeführten statistischen Ergebnisse sind nicht mit der notwendigen Kritik zusammengestellt. Vor allem ist in einer ganzen Reihe von Fällen das Vorhandensein eines chronischen Geschwüres nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt. Fernerhin ist zumeist die Beobachtungszeit viel zu kurz, um von einer Heilung sprechen zu können. Der Rückgang der Ulkusnische innerhalb weniger Wochen beweist durchaus nicht die Ausheilung eines „penetrierenden“ Geschwüres. Langjährige Erfahrungen lehren vielmehr, daß zur Rückbildung kraterförmiger Geschwüre zumeist Jahre erforderlich sind. In der Praxis ist der konservativen Behandlung keine große Bedeutung beizumessen, da sie höchst selten zur Heilung führen kann. Der Grund für dieses Versagen liegt zum Teil in der Unmöglichkeit, eine strenge Schonungsdiät lange genug durchzuführen. Die meisten Kranken, die der Geschwürsbehandlung und ihren Folgen erliegen, sterben heute deswegen, weil bei ihnen die interne Therapie versagte. So ist die Mortalität der konservativen Behandlungsmethoden bei weitem höher als die größte Sterblichkeit bei einem der chirurgischen Eingriffe zur Beseitigung des chronischen Geschwüres. Gewiß ist mit der internen Therapie zunächst zu beginnen; jedoch ist nach Fehlschlagen des zweiten Versuches keine Zeit mehr zu verlieren und der Kranke ist dem Chirurgen zuzuführen.

Die Erfahrung an einem riesigen Material während eines Vierteljahrhunderts erweist klar, daß die chirurgische Behandlung viel sicherer und schneller als die interne Therapie zum Ziel führt. Die direkte Operationsmortalität und die Sterblichkeit während der Nachbehandlung sind viel geringer und die Erfolge wesentlich günstiger, was besonders hervortritt, wenn das Schicksal der Kranken über Jahre verfolgt wird. Fehlschläge bei erfahrenen Operateuren sind fast immer durch Bildung neuer Geschwüre an der Anastomose bedingt, deren Entstehung durch die Diathese des Kranken oder durch die Art des operativen Vorgehens begünstigt wird. Zweck der Operation ist die völlige Ausschaltung des Ulkus: durch Gastrektomie beim Magengeschwür, durch Gastroenterostomie oder Gastroduodenostomie mit Kauterisation des Geschwüres beim Ulcus duodeni. Die Ausführung der Gastrektomie bringt beim Ulcus duodeni keine Vorteile mit sich, besonders wenn die Spätergebnisse berücksichtigt werden. Zwischen Magengeschwür und Krebsbildung bestehen so enge Zusammenhänge, daß schon allein aus diesem Grund die Gastrektomie als Methode der Wahl beim chronischen Ulcus ventriculi anzusehen ist. Äußerst selten erfährt hingegen das Duodenalgeschwür eine maligne Degeneration.

Biberfeld.

557.

Lake, Norman C., Die Endresultate der partiellen Gastrektomie. (Lancet, 215., 5476, S. 268.) Die partielle Gastrektomie ist die einzige Operation, welche tatsächlich die Ursache der Ulkusbildung behebt und in den meisten Fällen zur Heilung führt. Bei unkomplizierten, nicht sehr lange dauernden Duodenalgeschwüren genügt die Gastroenterostomie. Ergeben die präoperativen Probemahlzeiten einen hohen Säuregehalt, dann ist die partielle Gastrektomie indiziert. Ulzera der Kardie sind nicht so selten: hier ist die Exzision mit gleichzeitiger oder später partieller Gastrektomie indiziert. In Fällen, bei welchen das Geschwür nicht exzidiert werden kann, bringt die Entfernung des pylorischen Endes Dauerheilung.

Ashkenasy, Wien.

558.

Walzel, Zur Diagnostik und Therapie der akuten Pankreasnekrose. (Wr. klin. Wschr., 42 J., Nr. 1.) Die akute Pankreasnekrose (ac. P.N.) ist in den meisten Fällen eine Folgeerkrankung eines Leidens der Gallenwege. Dabei muß es sich nicht immer um eine Lithiasis handeln, sondern es kommt auch die Stauungsgallen-

blase und Cholecystitis sine concremento für die P. N. ursächlich in Betracht. Zu den Symptomen der ac. P. N. gehören: vernichtender Dauerschmerz, ausgesprochener Schmerz im linken Oberbauch mit linksseitigem Phrenikussymptom, häufiges, löfelförmiges Erbrechen, braungelbe Flecken oder gitterförmige Zyanoseerscheinungen der Haut. Alle diese Symptome können auch bei schwerer ac. P. N. fehlen. Ein sehr prägnantes Symptom ist dagegen die sogenannte „Diastaseentgleisung“ in Blut und Harn (Wohlgemut), d. i. die Vermehrung des quantitativ nachweisbaren diastatischen Fermentes in Blut und Harn. Glykosurie kommt bei der ac. P. N. nicht häufig vor und gilt als prognostisch ungünstiges Symptom, der Nachweis einer Hyperglykämie ist von diagnostischem Wert. Therapeutisch ist ein möglichst rascher Eingriff wichtig. Der Eingriff besteht einerseits in einer ausgiebigen Tamponade, durch die das infolge autolytischen Zerfalls Giftstoffe produzierende Organ von seiner Umgebung isoliert wird, wodurch man die Resorption der Giftstoffe vermindert; andererseits wird die geschwollene Drüse zur Entlastung von ihrem peritonealen Ueberzug befreit, an morschen Stellen stumpf aufgelockert oder gespalten, ihr Sekretabfluß durch Drainage in die Wege geleitet. Außerdem entfernt man veränderte oder steingefüllte Gallenblasen, räumt den Choleodochus aus und macht in allen Fällen, wo der Kräftezustand es erlaubt, eine Hepatikus-drainage, um die mit Bakterien beladene Gallenflüssigkeit vom Pankreas abzulenken. Die Prognose der ac. P. N. ist trotz der Verbesserung der Diagnostik eine sehr ernste, auch von den operierten Fällen gehen weit mehr als die Hälfte zugrunde. Ernst Pick.

559.

Broadbent, Walter, Reibegeräusche bei Peritonitis. (Brit. med. J. 3544, 1036.) In einem Fall von Perforation eines Duodenalgeschwüres, wo zunächst kein Erbrechen auftrat, fand sich neben heftigen Schmerzen deutliches Reiben rechts von der sechsten Rippe abwärts bis zum Rippenbogen. Dieses Symptom führte zur irrlichen Annahme einer Pleuritis, so daß die Operation zunächst nicht vorgenommen wurde. Erst als einige Stunden später das Reiben nicht mehr hörbar war, und die Leberdämpfung verschwand, wurde die richtige Diagnose gestellt. Solche Reibegeräusche über dem Rippenbogen wurden ferner bei einer hyperakuten Cholezystitis sowie bei Peritonitis nach Perforation eines typhösen Darmgeschwüres wahrgenommen.

Biberfeld.

560.

Tönnis, W., Die Funktion der Dünndarm-Dickdarmanastomosen. (D. Ztschr. f. Chir., 212., 5/6. H.) Bei Anastomosen zwischen Ileum und Kolon kommt es während der antiperistaltischen Tätigkeit des Kolons zu einer Rückstauung des Inhaltes in das Ileum. Durch die Rückstauung ruft aber der Inhalt durch Dehnung der Ileumwand peristaltische Kontraktionen hervor, so daß der rückgestaute Darminhalt wieder in das Kolon ausgestoßen wird. Eine wesentliche Verzögerung der Entleerung tritt durch die vorübergehende Rückstauung nicht ein. Legt man die Anastomosen Seit zu Seit an, so behalten die Anastomosen mit gleicher und kleinerer Weite als der Ileumquerschnitt ihre Form bei und besitzen einen toten Raum vor der Anastomose, während Seit-zu-Seit-Anastomosen mit weiterem Lumen nach spätestens einem Jahr einer End-zu-Seit-Anastomose gleichen. Die End-zu-Seit- und End-zu-End-Anastomosen geben funktionell die besten Resultate, da die Peristaltik bis dicht an die Nahtstelle herangeht. Die Seit-zu-Seit-Anastomosen können bei bestimmten Formen der Darmresektion (wegen Megakolon oder chronischer Obstipation) Anlaß zu funktionellen Störungen geben. Für diese Fälle empfiehlt es sich, die Anastomosen End zu End oder End zu Seit anzulegen.

E. Gohrbandt (Berlin).

561.

Binet, Léon, Experimentelle Untersuchungen über den Darmverschluss. (Biologie Médicale, Nr. 6, 1928.) Geschichte: Wegen seiner Häufigkeit, Symptomatologie und Schwere hat der Darmverschluss stets die besondere Aufmerksamkeit der Chirurgen erregt, seit einigen Jahren hat man aber erst systematische experimentelle Untersuchungen über dies Syndrom angestellt und ist durch biochemische Reaktionen auch der Therapie nähergekommen.

In mehrfachen Veröffentlichungen haben Roger und Garnier den autotoxischen Ursprung der durch den Darmverschluss hervorgerufenen Symptome festgestellt. Hierdurch wurde das Unbegründete der infektiösen und der Reflextherapie erwiesen.

Parallel hiermit entwickelten Draper, Whipple und Mitarbeiter eine ähnliche Therapie und bemühten sich, die Natur des Giftes, das im Duodenum entsteht, zu präzisieren; es handelte sich tatsächlich um eine Intoxikation mit Proteinen. Heute sind alle darüber einer Meinung, daß es sich um eine Toxämie handelt, aber nicht alle nehmen an, daß sie das Werk einer toxischen Sekretion duodenalen Ursprungs sei. Dragstedt baute eine Theorie aus, nach der die Intoxikation nicht das Resultat einer Produktion toxischer Sub-

stanzen von der Duodenalschleimhaut aus, sondern einer Alteration duodenaler Produkte durch proteolytische Bakterien sei.

Wie dem auch sei, der Darmverschluß bleibt eine Autointoxikation, manche Autoren vergleichen das Syndrom mit den Erscheinungen des autotoxischen Chöls, den manche Soldaten nach einer traumatischen Gewebszertrümmerung im Kriege bekamen.

Von größter Wichtigkeit ist das Studium der humoralen Symptome, man hat sie an Tieren studiert und gefunden, daß wichtige Veränderungen im Blut bezüglich Zuckergehalt, nicht eiweißhaltigem Stickstoff und besonders an Chloriden eintreten. Haden und Orr fanden vor allem eine Hypochloridämie, der eine ganz besondere Bedeutung zukommt, weil man sie therapeutisch bekämpfen kann.

Kurt Heymann.

562.

Kallius, Hans Ulrich, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Serums bei der vitalen Bluttransfusion. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 212., 5/6. H., 1928.) Im Tierversuch hat die Serumtransfusion bewiesen, daß sie von gleicher lebensrettender Wirkung ist wie die vitale Bluttransfusion. Es sind nicht die überpflanzten Erythrozyten, sondern es ist das arteigene Serum, daß beim Ersatz eines akuten schweren Blutverlustes die bedeutende Rolle bei der Bluttransfusion spielt. Die Nachteile, die der reinen Serumtransfusion anhängen, sind neben den anaphylaktischen Erscheinungen und der Agglutination der Empfängerblutkörperchen durch das Spenderserum bei sehr stark ausgebluteten Kranken (Gefahren, die der Bluttransfusion auch eigen sind) in erster Linie in der mangelnden Erythrozyten zu suchen. Ganz fehlt die Reizwirkung bei der reinen Serumtransfusion nicht, aber sie ist doch wesentlich geringer als bei der Bluttransfusion. Diesen Nachteilen bei der Serumtransfusion stehen wesentliche Vorteile gegenüber: die freie Spenderwahl, das längere Aufheben des Blutersatzmittels, die momentane Wirkung durch weitgehendste Auffüllung des Gefäßsystems, zeitliche und örtliche Trennung von Empfänger und Spender und die wesentlich vereinfachte Operationstechnik.

E. Gohrbandt (Berlin).

563.

Melzner, Ernst, Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung des Wundstarrkrampfes mit einer Kombination von Curarin und Avertin. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 212., 5/6. H., 1928.) Untersuchungen an mit Tetanus infizierten Mäusen haben ergeben, daß die Krämpfe durch das Avertin und das Curarin günstig beeinflusst werden, daß aber eine Beeinflussung mit bedeutend geringeren Dosen durch die kombinierte Anwendung von Curarin und Avertin erreicht wird. Es ist zu erwarten, daß auch beim Menschen die Kombination von Curarin und Avertin gute Erfolge haben wird und daß man beide Mittel längere Zeit, ohne an die letale Dosis heranzukommen, mit gutem Erfolge geben kann.

E. Gohrbandt, Berlin.

564.

Hirst, Marion und C. G. Imrie, Kreatinurie als Folge von Knochenbrüchen und der Einfluß der Schilddrüsenfütterung darauf und auf die Kretinurie des postenzephalitischen Parkinsonismus. (Quast. Med., Nr. 85, 1928.) Kreatinurie kommt nach Knochenbrüchen vor. Die Menge der Ausscheidung in 24 Stunden schwankt — individuell verschieden — zwischen Spuren und 500 mg. Das Kreatin verschwindet mit fortschreitender Heilung. Die Kreatinausscheidung ist nachts am geringsten.

Schilddrüsenfütterung vermehrte in einem Fall von Oberschenkelbruch die Kreatinausscheidung um das Dreifache, und zwar lag das Maximum der Ausscheidung in den Nachtstunden.

Die Kreatinurie des Parkinsonismus ließ sich praktisch durch Schilddrüsendarreichung nicht beeinflussen, obwohl die Dosen so groß gewählt worden waren, daß sie in dem Falle von Knochenbruch einen Anstieg der Gesamtstickstoffausscheidung und des Grundumsatzes bewirkten hatten. Die Steigerung der Diurese durch Schilddrüse war in jedem Falle unverkennbar.

Held.

565.

Fränkel Walter K., Ueber Frakturen der Lendenwirbel-Querfortsätze unter der Fehldiagnose „Nierenquetschung“. (Klin. Wschr. 52, J. 7, S. 2484.) Treffen mittelschwere und leichtere Gewaltwirkungen die Wirbelsäule, so können sie nach einem gewissen Latenzstadium zu erheblichen Beschwerden durch Spätfolgen führen. Diese Spätfolgen sind bei genauer Untersuchung klinisch und pathologisch-anatomisch durchaus erkennbar (Kümmell sen., Schanz, Schmorl). Unter ihnen nehmen die isolierten Brüche der Lendenwirbelquerfortsätze eine besondere Stellung ein, da sie „endogen“ durch starken Muskelzug entstehen und nicht selten als „Nierenschädigungen“ gedeutet werden. Die Kenntnis dieser Tatsachen ist besonders für die Unfallbegutachtung wichtig, indem sie „objektive Grundlagen für hartnäckig vorgebrachte Beschwerden solcher Verletzten gibt, in vielen Fällen gegen unberechtigten

Simulationsverdacht schützt und mancher Verlegenheits- oder Fehldiagnose ein Ende bereitet“ (Jausly). Da die entstandenen Verletzungsfolgen auf dem Röntgenbild oft schwer erkennbar sind (geringe Dislokation) oder durch Überschneidung (Psoas) Varietäten, Nierenkonkremente usw. vorgetäuscht werden können, muß in längeren Zwischenräumen Kontrolle durch Röntgenbild wiederholt werden. Entstandene Knorpelknötchen oder Kallusbildung an den Frakturstellen sichern die Diagnose.

Arnold Hirsch, Berlin.

566.

Leriche, R., und E. Brenckmann, Ueber den Mechanismus der artikulären Chondromatose und der Arthritis deformans. (Press. Méd., Nr. 91, S. 1441.) Während schon Exhausen auf nekrotische Herde bei gewissen Gelenkerkrankungen hingewiesen hat, beschäftigen sich Verfasser mit den humoralen und fissulären Folgeerscheinungen. Im Tierexperiment (Hund) ergab sich: 1. das Hineinbringen von Knochenfragmenten in eine Synovialis hat in allen Fällen eine filno-kartilaginöse und knöcherne Neubildung im benachbarten Synovialgewebe provoziert. 2. Wird ein totes Knochenstück ins Innere einer Synovialis gebracht, so wird es rasch von Fibrin eingeschlossen und an die Synovialis fixiert. Die Umgebung verdichtet sich, proliferiert und wird hyperplastisch. 3. Chemisch getöteter Knochen hat weder knorpelige noch knöcherne Metaplasien verursacht. 4. Knorpelfragmente, die dem epiphysären Knorpellager entnommen und in ein Gelenk gebracht sind, fixieren sich an die Synovialis wie die Knochenstücke, verschwinden aber durch Auflösung der Grundsubstanz. Die Knorpelzellen entdifferenzieren sich in Bindegewebszellen, und das Bindegewebe verzehrt das Transplantat. Aus diesen Tatsachen folgt, daß der unmittelbare Einschluß von dem Träger entnommenen Knochen im Kontakt mit der Synovialis eine lokale hyperplastische Synovitis hervorruft, ebenso wie die Bildung von Knorpel- oder Knochen-Knorpelherden in einiger Entfernung vom Transplantat. Ob alle diese Erscheinungen imstande sind, die Gelenke so zu verändern, wie es bei der Arthritis deformans geschieht, erscheint durch die Experimente zwar nicht unmöglich, aber keineswegs bewiesen.

Haber.

567.

zur Verth, Prothesenrandknoten und ihre Entstehung. (Derm. Wschr., 88., Nr. 2.) Besonders häufig bei Oberschenkelamputierten finden sich im Unterhautgewebe an Stellen zarter Haut unter dem Druck der Prothesenränder zustande kommende chronische Granulome. Sie beginnen als kleine, linsengroße, rundliche oder ovale Geschwülste, zunächst gegen die Haut verschieblich, wenig empfindlich, können bei Fortfall des Druckes sich wieder zurückbilden. Andrenfalls nehmen sie an Umfang zu und können sich zu größeren Geschwülsten vereinigen, die schließlich erweichen und eine trübe, eiterähnliche Flüssigkeit entleeren. Pathologisch-anatomisch findet sich ein von Bindegewebszügen umgebenes, zellreiches, vorwiegend Leukozyten, Fibroblasten, spärliche Rundzellen, zahlreiche Plasmazellen und Riesenzellen enthaltendes Infiltrat (Granuloma giganteo-plasmacellulare). Zur Entstehung der Knoten ist eine konstitutionelle Bereitschaft erforderlich, die eigentliche Ursache geben dann unter dem Druck der Prothesenränder durch die Haut eingedrungene kleinste Fremdkörper (Sämschlederfetzen?) ab, die man in Vakuolen liegend findet. Die Fremdkörper werden von Riesenzellen gefressen.

Ernst Levin, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

568.

Beckmann M., und A. Kirch, Tuberkulose und Schwangerschaft. (Arch. f. Gyn., 135., Heft 2, 1929.) Für den ganzen Komplex der Indikation Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose, aber auch für die Stellungnahme des Arztes bei der Frage, ob bei einer Frau mit Tuberkulose eine zukünftige Schwangerschaft eine Gefahr bedeute, handelt es sich nicht nur um die Erkenntnis des derzeitigen Prozesses und seine Qualifikation, es ist nicht nur zu entscheiden, ob die Tuberkulose derzeit aktiv ist oder nicht, sondern man muß nach Ansicht des Verfassers wenigstens mit einer praktisch ausreichenden Wahrscheinlichkeit die Dynamik der Tuberkulose einschätzen können, das heißt, im voraus den zukünftigen Verlauf unter gegebenen oder angenommenen Voraussetzungen mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit bezeichnen können.

569.

Rudolf Katz, Berlin.

Libow, B. A., Ueber objektive Zeichen der Erkennung der achtmonatigen Schwangerschaft. (Arch. f. Gynäk., 135., H. 2, 1929.) Bei der Diagnose des Zeitpunktes der Schwangerschaft stellen die anamnästischen Angaben einen großen Wert dar, aber man muß zu ihnen sich vorsichtig verhalten. Als objektive Zeichen für die Erkennung des Zeitpunktes der Schwangerschaft von acht Monaten

oder von 32 Wochen dienen: a) Die Größe der Gebärmutter oder das Niveau des Fundus uteri. b) Die Kopflage in bezug auf den Eingang in das kleine Becken und c) die Kopfgröße. Als die wertvollsten und konstantesten Zeichen erweisen sich die Lage des Kopfes hinsichtlich des Eingangs in das kleine Becken und seine Größe. Der Wert dieser Zeichen verändert sich in Abhängigkeit von dem Niveau des Fundus uteri. Je niedriger das Niveau des Fundus uteri ist, einen um so größeren Wert gewinnt als Zeichen die Lage des Kopfes in bezug auf den Eingang in das kleine Becken. Je höher das Niveau des Fundus uteri, einen desto größeren Wert erhält als diagnostisches Zeichen die Größe des Kopfes.

Rudolf Katz, Brln.

570.

Trillat, P., Gewichtsunterschiede der Schwangeren. (Progr. med., Nr. 49, 1928.) Die Untersuchungen von 1400 Frauen der verschiedensten Stände, wovon jedoch nur 350 Fälle als vollständig zu verwerten waren, haben ergeben: eine wesentliche Rolle bei der Gewichtszunahme spielen Ernährung, Ruhe und soziale Stellung. Im Mittel betrug die Gewichtszunahme in der Privatpraxis 11,68 kg; in der Ambulanz 9,41 kg; im Mütterhaus 9,08 kg. Dann die Zahl der Schwangerschaften. Von 172 Primiparen haben zwei an Gewicht verloren (1,2–1,8 kg); 100 haben unter 10 kg, im Mittel 6,8 kg zugenommen; 70 über 10 kg (Mittel 13,3 kg). Bei 59 Zweitgebärenden hat eine an Gewicht abgenommen; die Zunahmen betrugen im Mittel 7,5 bzw. 13,3 kg. Bei 21 Multiparen betrugen die Zahlen 7,1 und 13,9 kg. Jedenfalls erfolgt mit der Zahl der Schwangerschaften ein Gewichtszuwachs. Bei vier Zwillingschwangerschaften betrug das Mittel der Zunahme 11,8 kg. Außerdem bestehen gewisse Beziehungen zwischen dem Gewicht des Kindes und der Gewichtszunahme der Frau, die sich aber nicht in ein Gesetz fassen lassen. Besonders bei den Erstgebärenden. Wesentliche klinische Bedeutung hat die Gewichtszunahme in Krankheitsfällen. Und zwar besonders bei der Albuminurie: sie ist bis zum Auftreten der Albuminurie gering oder negativ, namentlich wenn strenge Diätvorschriften bestehen. In 7 Fällen war die mittlere Vermehrung 2,7 kg. Der größte Verlust betrug 3,8 kg bei einer Primipara mit 71 kg vor der Schwangerschaft und 2,7 kg im Mittel. Die Albuminurie wurde im achten Monat festgestellt; sie wich einer geeigneten Diät. Die Kinder dieser Schwangeren wogen im Mittel 2,7 kg. Dann bei der Tuberkulose: hier war die Gewichtszunahme im Mittel 4,6 kg; die Kinder wogen im Mittel 3,1 kg. Diese Untersuchungen sind ebenso wichtig wie die des Harns und des Blutdrucks; sie geben wichtige Fingerzeige über den Zeitpunkt der Diätmaßnahmen. Ein Teil der Gewichtszunahme kommt auf den Foetus und seine Adnaxe und auf die Hypertrophie des Uterus (4,25–4,35 kg bzw. 5 kg). Also bei einer Totalgewichtszunahme von 10 kg kommen 5 kg auf die Mutter allein. Wieviel auf die Zunahme der Blutmasse kommt, ist noch nicht klar; sie scheint aber eine wichtige Rolle zu spielen, weil Blutverluste von 1000–1200 g ohne Beschwerden ertragen werden. Auch der Fettzuwachs, der nach dem Wochenbett, besonders beim Stillen verschwindet, spielt eine Rolle.

v. Schnizer.

571.

Hauch, E., Künstliche Frühgeburt bei Fällen von Geburtshindernis. (Gyn. et Obst., 18., Nr. 5, 1928.) Verf. hat in 17 Jahren 67mal die künstliche Frühgeburt wegen Geburtshindernis eingeleitet, davon 57mal wegen engen Beckens, zehnmal wegen zu stark entwickeltem Foetus, und im ganzen sehr gute Resultate damit erzielt. Was die angewandten Methoden betrifft, so bediente sich Verf. zweimal der Bougie, neunmal des Ballons von Champetier de Ribes, einmal nur medikamentöser Behandlung und 55mal, also in den weitaus meisten Fällen, der Dilatation des Orifizium mit dem Bossi'schen Dilator bis zu 5 cm Durchmesser und künstliche Sprengung der Eibläse, hinterher vielleicht noch der Darreichung von Chinin, Rizinusöl und Pituitrin zur Anregung der Wehen. — Nach Ansicht des Verfassers ist die künstliche Frühgeburt ein Eingriff, der in die Klinik und nicht ins Privathaus gehört. — Vergleicht man die Resultate, die Verf. mit seiner speziellen Methode bei der künstlichen Frühgeburt erhalten hat, mit denen bei der Sectio caesarea, so ist die künstliche Frühgeburt in den dafür geeigneten Fällen durchaus vorzuziehen. Die mütterliche Mortalität beträgt 0 gegen 2–7 Prozent bei der Sectio caesarea; die Mortalität für die Kinder ist bei beiden Eingriffen ungefähr die gleiche.

Rudolf Katz, Berlin.

572.

Kallnikoff, J., 1000 künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen (Abortus arte provocatus, Embryothripsia). (Mschr. Geburtsh., 80., 2–3.) Verf. berichtet über den Verlauf von 1000 künstlichen Aborten, die bekanntlich in Rußland gesetzlich freigegeben sind. Es wurden ernstere Komplikationen nicht beob-

achtet. Da für uns die Technik von Interesse ist, sei hier erwähnt, daß Verf. nur die instrumentellen Methoden in einer Sitzung bis zum fünften Monat (!), bei erstmalig Schwangeren bis zu 4½ Monaten ausführt. Digitaalexploration wird vermieden und nur bei profusen Blutungen angewandt. Die Operation wird meist ohne Narkose ausgeführt (!). Im vierten Monat wird bis zu Nr. 15, im fünften bis auf Nr. 19 dilatiert. Nach der Erweiterung wird mittels des Embryothryptors die Hülle zerrissen und das Fruchtwasser entleert. Dann wird die Nabelschnur zerrissen, dann die Plazenta in größeren oder kleineren Stücken entfernt und schließlich die Frucht erfaßt. Da diese bei leichtem Anziehen zerreißt, gelingt es, auch die Frucht in einzelnen Stücken zu entfernen. Bei retroflektiertem Uterus, wenn es schwer fällt, den Kopf zu fassen, wird die Lage desselben mit Hilfe der Kürette ermittelt. Selbst bei einem fünfmonatlichen Fötus, wo bisweilen bedeutende Schwierigkeiten zu überwinden sind, den Kopf durch einen so engen Kanal zu bringen, gelang es immer, ihn stückweise in stark komprimiertem Zustande herauszubringen. Nach beendeter Ausräumung wird ein mit Jodtinktur angefeuchteter Mullstreifen für die Dauer von 24 Stunden in den Uterus gelegt. Die Frage, inwieweit bei häufiger Wiederholung des Abortes eine Schädigung eintritt, ist dahin zu beantworten, daß wahrscheinlich nach jeder Abrasio eine stärkere Entwicklung von Bindegewebe anzunehmen ist. Da auch der Zervikalkanal meist mit verletzt wird, so ist dieser Eingriff imstande, doch die Gesundheit beträchtlich zu schädigen. Bei sämtlichen 1000 Fällen hat Verf. keinen Mißerfolg erlebt. (Die angegebene Methode dürfte wohl von fast allen deutschen Autoren abgelehnt werden. Ref.) Kosminski, Berlin.

573.

Kleitsman, Dr. R., Zur Frage der Bewertung der Zuckertoleranzprobe für die Diagnose der Frühschwangerschaft. (Zbl. Gyn., Nr. 2, S. 104, 1929.) Vor einer Ueberschätzung der Zuckertoleranzprobe in der Diagnose der Frühschwangerschaft wird auch in dieser Arbeit gewarnt. Die Methode von Frank und Nothmann: die bekanntlich in der oralen Verabfolgung von 100 g Traubenzucker und dem evtl. Nachweis des Auftretens einer Glykosurie besteht, ist insofern nicht beweisend, als, wie Verf. nachweisen konnte, alle Frauen im Prämenstruum auf Einverleibung von 100 g Traubenzucker mit einer Glykosurie reagieren. Nach Verabreichung von 100 g Traubenzucker kann bei Schwangeren wie auch bei Nichtschwangeren die Blutzuckermenge um das 2½fache des Nüchternwertes steigen. Bei einer geschlechtsreifen Frau kann demnach eine positive Frank-Nothmann'sche Reaktion nur dann als Zeichen einer Schwangerschaft gedeutet werden, wenn die sonst regelmäßige Periode über die Zeit ausgeblieben und auch im Zeitraum von 10 bis 14 Tagen nach der Probe nicht wieder aufgetreten ist.

Schwab, Hamburg.

574.

Geller, Fr. Chr., Ueber intrauterine Kohlebehandlung bei Abortus. (Zbl. Gyn., Nr. 2, S. 82, 1929.) Günstige Erfahrungen, die mit der Kohlebehandlung bei fieberhaften Aborten, bei Plazentapolypen und bei der Endometritis puerperalis ursprünglich in der Veterinärmedizin erzielt und durch Benthin auch in der Humanmedizin bestätigt wurden, veranlaßten den Verf., der das Prioritätsrecht für sich in Anspruch nehmen darf, seine bereits 1925 begonnenen Versuche auf diesem Gebiet wieder aufzunehmen. Es gelang ihm in vitro und in viva der Nachweis, daß das Bakterienwachstum durch die Anwesenheit von Kohlegranulat ganz wesentlich gehemmt wird, wodurch schnelle Entfieberung und bei faulig zersetztem Uterusinhalt eine angenehme Desodorierung erreicht werden kann. Zur Anwendung kamen die von der Firma Merck gelieferten Kohlegranulatstifte von 10 cm Länge und 0,7 cm Dicke, die intrauterin nach Art der Laminaria-Stifte eingelegt werden. Als Nachteil ist zu bemerken, daß die Kohlegranulatstifte im Uterus häufig nur unvollkommen zerfallen, so daß die Adsorptionswirkung des Präparats nicht voll zur Geltung kommt. Ein endgültiger Entscheid über die Frage, was die intrauterine Kohletherapie zu leisten vermag, muß erst gefällt werden, wenn ihre Brauchbarkeit an größerem Material erwiesen ist.

Schwab, Hamburg.

575.

Putz, Dr. Joh., Ueber die Verwendbarkeit der Sachs'schen Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Plazenta. (Zbl. Gyn., Nr. 2, S. 110, 1929.) Ergibt die Inspektion einer Plazenta keinen sicheren Beweis ihrer Vollständigkeit, so empfiehlt Verf. die Anwendung der Sachs'schen Probe. Sie besteht darin, daß durch eine etwas stumpfe Rekordekanüle Luft aus einer 100-ccm-Spritze durch die Nabelvene in die Plazenta eingepreßt wird und diese sodann in einen mit Wasser gefüllten, genügend großen Eimer gebracht wird. Bei positivem Ausfall der Probe schwimmt die Plazenta horizontal, bei negativem Ausfall dagegen schräg, vertikal oder sie

schwimmt gar nicht. Der negative Ausfall der Probe spricht für Retention von Plazentateilen und macht eine Austastung erforderlich. Bei der Beurteilung der Schwimprobe will Verf. allerdings folgende Einschränkungen in der Schlußfolgerung eintreten lassen: Der negative Ausfall deutet bei Schräglage nicht unbedingt auf einen Defekt des Mutterkuchens hin; nur wenn auch die Inspektion an solchen Plazenten verdächtige Stellen erkennen läßt, ist die Austastung vorzunehmen. Nur wenn der Mutterkuchen vertikal schwimmt oder ganz auf den Boden des Eimers untergeht, ist die Unvollständigkeit der Plazenta erwiesen. Der positive Ausfall der Sachs'schen Probe kann immer als Beweis für die Vollständigkeit des Mutterkuchens gelten.

Sch w a b, Hamburg.

576.

Neumann, H. O., Der hohe Gradstand. (Arch. Gyn., 135., 2. Heft, 1929.) Zum hohen Gradstand kann es kommen, wenn irgendwelche Hindernisse bei normalem Schädel und normaler Beckenform den Einstellungsmechanismus stören (z. B. Armvorfall, Zervixmyom). Die Umkehrung des Widerstandsgefälles des Beckens bedingt zwangsläufig den hohen Gradstand (querverengtes Becken). Bei normalgroßem Becken und Brachycephalie, verbunden mit leichter Verformbarkeit und primärer Stellung des Rückens vorn oder hinten, kann der hohe Gradstand beobachtet werden. Normalgroßes Becken und Formabwegigkeit eines etwas kleinen kindlichen Schädels bei primärer Rückenstellung vorn oder hinten können den hohen Gradstand bedingen. Bei Köpfen, deren Fronto-okzipital-Durchmesser unter 11 cm liegt, steht die Möglichkeit außer Frage, da man von einem eigentlichen Mechanismus der Einstellung nicht sprechen kann. Atypische Form des platt-rachitischen Beckens mit einem hochstehenden Knochenvorsprung (doppeltes Promontorium!) und primärer medianer Rückenstellung kann auch ohne Formabwegigkeit den hohen Gradstand bedingen. Am häufigsten aber wird der hohe Gradstand beobachtet, wenn die Formabwegigkeit des Schädels im Sinne eines hinteren Oxyzephalus mit querovalen Planum suboccipitale-bregmaticale mit einem engen Becken und hier vor allem mit dem platt-rachitischen Becken zusammentrifft. — Abgesehen von seltenen Ereignissen, die zum hohen Gradstand führen können, muß die hintere Oxyzephalie, diese ontogenetisch ererbte Schädelform, zurzeit als Hauptursache der pathologischen Einstellung angesehen werden. Die Vorbedingung für deren Zustandekommen ist in dem Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken zu erblicken. — Was die Geburtsleitung bei hohem Gradstand betrifft, so ist Verf. der Ansicht, daß die Geburt komplikationslos, zumeist spontan verläuft, daß also unbedingt zunächst abgewartet werden muß. Die Beobachtungen der Fälle des Verfassers haben gezeigt, daß die Spontangeburt für Mutter und für Kind gefahrlos verlaufen sind. Alle Kinder leben und alle Mütter verließen ungeschädigt die Klinik. Die Geburtsdauer bewegte sich bei Erstgebärenden zwischen 12 Stunden und 48 Stunden, bei Mehrgebärenden zwischen 7 Stunden und 24 Stunden. Nur in 2 Fällen mußte Verf. operativ eingreifen, und zwar aus mütterlicher Indikation (Febris intra partum, drohende Eklampsie). — Es ist also der Satz aufzustellen: Der hohe Gradstand an sich ist keine Indikation zu einer operativen Entbindung. Operationen dürfen nur ausgeführt werden, wenn Indikationen gegeben sind von seiten der Mutter oder von seiten des Kindes oder bei absoluter Geburtsunmöglichkeit.

Rudolf Katz, Berlin.

577.

Proubasta, J., Der Handgriff des „Schmetterlingsfluges“ bei protrahierter Geburt. (Rev. espan. med., 11, 122, S. 464.) In Fällen von Dystozie infolge von primärer Wehenschwäche, Rigidity der Uterusmuskulatur, vorzeitigem Blasensprung bei zu großem Fötus, wo also die übermäßig lange Dauer des sehr erschwerten und schmerzhaften Geburtsaktes nicht durch eine Anomalie des knöchernen Anteiles der Geburtswege verursacht wird, empfiehlt sich folgendes Verfahren: Die Frau wird quer gelagert. Der vor ihr sitzende Arzt führt in das Collum uteri seinen linken Zeigefinger ein und versucht durch rotierende und dilatierende Bewegungen mit demselben, den Gebärmutterhals derart zu erweitern, daß die Einführung des rechten Zeigefingers ermöglicht wird. Dieser wird nicht neben, sondern unterhalb des in der Gebärmutter verbleibenden Zeigefingers eingeführt; bei nicht narkotisierten Gebärenden gelingt es nur auf diese Weise, den zweiten Finger einzuführen, da sonst das Perineum mit kräftigen Abwehrbewegungen darauf reagiert. Befinden sich nun beide Finger im Collum, so werden sie kreuzweise übereinandergelagert und flektiert, so daß die Fingerkuppen in der Nähe des äußeren Muttermundes zu liegen kommen. Jetzt beginnt man rhythmische, mehr oder weniger kräftige Flexionsbewegungen mit beiden Fingern auszuführen, von denen jeder auf der homonymen Seite des Collum sich stützt, wodurch es zu einer unerwartet rasch fortschreitenden Erweiterung des letzteren kommt, die bald die Ein-

führung des Mittelfingers gestattet. Die Lage der eingeführten Finger ist nun so, daß der Zeigefinger der einen Hand zwischen Zeige- und Mittelfinger der anderen zu liegen kommt. Die oben geschilderten Flexionsbewegungen, die dem Schmetterlingsflugschlag sehr ähnlich sind, werden fortgesetzt, bis eine Dilatation von Handflächengröße erreicht ist. Der Arzt kann nun durch Entfernung der Finger aus dem Collum und Eintauchen der Hände in heißes Wasser letzteren eine kleine Ruhepause verschaffen. Sobald die Ermüdung vorbei ist, werden die Zeige- und Mittelfinger beider Hände, also vier kreuzweise übereinandergelagerte Finger eingeführt und die Schmetterlingsflugbewegungen solange geübt, bis eine vollständige Dilatation erreicht ist. In diesem Stadium gelingt es leicht, durch eine Zange die Geburt zu beendigen. In leichteren Graden von Dystozie versucht man durch intramuskuläre Injektion geringer Mengen Pituitrin, eine handbreite Erweiterung des Gebärmutterhalses zu erzielen, worauf man ihn durch oben geschilderte digitale Dilatationsmanipulationen in überaus kurzer Zeit maximal zu erweitern vermag. Auch hier erfolgt die Beendigung durch mühelose Zangenanlegung. Steht der Kopf nicht fest, so ist die Zange unter Führung des Fingers anzulegen, wobei zu achten ist, daß der zweite Löffel den Saum des Collum nicht durchbohrt und bei der Traktion ein Stück desselben nicht abreißt.

Ashkenasy.

578.

Couvclaire, A., L. Portes und L. Dignonnet, Die Spätblutungen des Wochenbetts, Indikationen ihrer Behandlung durch sofortige Uterusexstirpation. (Gynec. et Obst., 18., Nr. 5, 1928.) Bei einer Spätblutung des Wochenbetts, nach einer regelrechten Entbindung, soll die intrauterine Untersuchung nur mit äußerster Vorsicht und nur, wenn das Kollum leicht durchgängig ist, erfolgen. Findet man in der Vagina oder in der Zervix ein Plazentarstück, so beschränke man sich darauf, dasselbe zu entfernen, ohne unnötigerweise in den Uterus einzugehen. Ist man jedoch gezwungen, in den Uterus einzudringen und findet der untersuchende Finger ein abgelöstes Plazentarstück, so wird man es herausnehmen. Findet man aber im Uterus einen Vorsprung der Innenwand, der vielleicht einem adhärennten Plazentarstück entsprechen könnte, so hüte man sich davor, den Uterus lokal zu behandeln oder auszuwaschen oder zu kürettieren. Vielmehr entschlüsse man sich in solchem Falle, ebenso bei Fällen, bei denen man in der Uterushöhle nichts findet, bei denen jedoch nach der Untersuchung Fieber eintritt oder eine neue Blutung sich zeigt, zur Entfernung des Uterus. — Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen den abdominalen Weg, der technisch für diese Fälle am geeignetsten, da die vaginale Totalexstirpation des Uterus nach der Entbindung technisch oft große Schwierigkeiten bereitet.

Rudolf Katz, Berlin.

579.

Wohlwill, F., und H. E. Bock, Ueber Entzündungen der Plazenta und fetale Sepsis. (Arch. f. Gyn., 135., Heft 2, 1929.) Verfasser berichtet über 4 Fälle echter Plazentitis, d. h. Amnion, Chorionplatte, Chorionzotten und Dezidua betreffender Entzündungen des Plazentargewebes. Die Plazentitiden sind bakteriell bedingt; allen Fällen liegt eine offenbar primäre Infektion der 4 bis 5 Monate alten Feten zugrunde. Sicher ist in allen Fällen die Plazentarentzündung vom Blutweg der Feten aus entstanden; sie ist eine Metastase der fetalen Sepsis. Dementsprechend sind die Chorionzotten am stärksten betroffen, wobei intervillöse Leukozytenansammlungen am Rande der Zotten bemerkenswert sind. Die Leukozyten sind wahrscheinlich mütterlicher Herkunft und sind durch Einwanderung in die fetalen Plazentarabschnitte gelangt. Alle anderen Fetalorgane sind — trotz Bakteriengehalts — leukozytenfrei. Die Folgen derartiger, metastatisch von fetaler Sepsis entstandener Plazentiden sind außer schwerster Schädigungen der Frucht septische Erkrankungen der Mutter, die durch direkten Uebergang von Keimen aus den betreffenden Zotten in die intervillösen Räume unterhalten werden. So starb in einem Falle des Verfassers die Mutter an einer von der Frucht entstandenen Kolisepsis, während in anderer Fall von Kolisepsis durch Totalexstirpation des Uterus geheilt werden konnte. Die Fetalsepsis ist in beiden Kolifällen wahrscheinlich durch Abtreibungshandlungen entstanden.

Rudolf Katz, Berlin.

580.

Lorier, V. I., Phlegmasia alba dolens der Schwangerschaft und des Wochenbetts. (Clin. et Labor., Nr. 11, 1928.) Welches sind die Ursachen der Phlegmasia alba dolens der Schwangerschaft und des Wochenbetts? Verlangsamung des Geburtsverlaufs, vorzeitiger Blasensprung, wiederholte innere Untersuchungen, Verletzungen des Gebärmutterhalses und des unteren Segments. Die Retention von Eihäuten ist eine wohlbekannte Ursache. Auch die Placenta praevia stellt ein gewisses Kontingent. Schließlich ist der Gefahren zu gedenken, die jede künstliche Entbindung mit sich

bringt. Das Alter scheint einen gewissen Einfluß auf die Entstehung von Phlebitiden zu haben, denn jüngere Frauen werden seltener davon befallen. Auch die Zahl der Geburten spielt eine Rolle. Auf 100 Fälle von Venenentzündung entfallen nur 30 Erstgebärende gegen 70 Mehrgebärende. Eine familiäre Disposition ist nicht zu verkennen. In der Schwangerschaft ist die Ursache für eine Venenentzündung extragenital zu suchen. Hier ist der Kolibazilliose zu gedenken. Patienten, die davon betroffen werden, machen eine Venenentzündung durch, manchmal während der Schwangerschaft, häufiger jedoch im Wochenbett. Schwierig ist es, in solchen Fällen den Nachweis zu führen, daß diese Venenentzündung auf Kolinfektion und nicht auf Streptokokken zurückzuführen ist.

Was die Behandlung anlangt, so steht an oberster Stelle die Verhütung einer Infektion durch peinlich genaue Beachtung selbst der geringsten genitalen oder perinealen Infektion. Ferner ist die Darmflora nach Möglichkeit zu modifizieren, was sowohl durch diätetische wie durch medikamentöse Therapie geschehen kann. Bei Fällen eitriger Thrombo-Phlebitiden hat man öfters erfolgreich die Unterbindung oder die Exzision der vereiterten Venen ausgeführt. Held.

581.

Boudineau, A., Die kosmischen Einflüsse auf die Geburt des Menschen. (Presse méd., Nr. 89, p. 1419.) Umfangreiche statistische Erhebungen, namentlich der Schweizer Autoren Goehrlert und Krafft, haben ergeben, daß ein täglicher Zyklus hinsichtlich der Zahl der Entbindungen festzustellen ist mit einem Maximum zwischen Mitternacht und vier Uhr morgens und einem Minimum im Verlauf des Nachmittags. Krafft hat zudem einen Zyklus für beide Geschlechter konstatiert, wonach für das männliche Geschlecht drei Maxima bestehen: zwischen Mitternacht und 2 Uhr morgens, gegen 7 Uhr morgens und gegen 6 Uhr abends; die drei Minima sind 6 Uhr früh, 2 Uhr nachmittags und 10 Uhr abends. Bei den weiblichen Geburten tritt eine viel regelmäßige Verteilung über den ganzen Tag auf, was beweise, daß der Einfluß der Sonne auf die männlichen Geburten größer sei als auf die weiblichen. Was den Einfluß des Mondes betrifft, so hat Arrhenius 1927 für 25 000 Geburten eine schwache Beziehung zwischen der Häufigkeit und der Umlaufzeit von 27,3 Tagen festgestellt, und zwar senke sich 40 Minuten nachdem der Mond in den unteren unteren Meridian getreten ist, die Zahl der Geburten für beide Geschlechter um 20 bis 50 Prozent des Stundendurchschnitts. Wenn das Gestirn dagegen einen Winkel von 60° mit dem Horizont bildet, steigt die Zahl so beträchtlich an, daß der vorhergehende Verlust wieder ausgeglichen wird. Einen Schluß auf Charakter und Mechanismus der Relationen oder irgendwelche praktischen Konsequenzen daraus zu ziehen, erscheine noch verfrüht. Haber.

582.

Naujoks, H., Zur Prognose kindlicher Geburtsverletzungen. (Arch. f. Gyn., 135., Heft 2, 1929.) Die kindlichen Geburtsverletzungen erfordern eine ernsthafte Beachtung, diagnostisch wie therapeutisch. Ihre Abgrenzung gegenüber intrauterinen Schädigungen und Entwicklungsstörungen ist vielfach nicht leicht; sowohl Diagnose wie Therapie dieser Verletzungen stellen dem Arzt recht schwierige Aufgaben, zumal da eine einigermaßen sichere Prognose nicht leicht festzulegen ist. Bei den Knochen- und mehr noch bei den Nervenläsionen sieht man bisweilen schwere Folgeerscheinungen. — Ist eine schwere Läsion bei der Geburt entstanden, so muß unbedingt so früh wie möglich orthopädischer Rat eingeholt werden. Die Art der Fixation, der Zeitpunkt der Bewegungsübungen, die Notwendigkeit chirurgischen Vorgehens, das sind für die Prognose so entscheidende Fragen, daß sie nur von spezialistischer Seite befriedigend beantwortet werden können. — Eine Besserung der Prognose ist nur durch längere Ueberwachung und schärfere Kontrolle der Kinder möglich. Rudolf Katz, Berlin.

583.

Croft, C. R., Zwei Fälle von „Kontraktionsring“ und ihre Heilung durch Amylnitrit. (Lancet, 215., 5474, S. 166.) In beiden Fällen bildete sich in einer Entfernung von 3,5 bzw. 5 cm vom Muttermund ein rigider Kanal, der eine Breite von mindestens 5 cm hatte und einen ebenso großen Durchmesser aufwies. Verfasser ließ beide Gebärenden je 0,35 ccm Amylnitrit inhalieren, worauf der Kontraktionsring sich sofort löste. Traktion am Rumpf. Beendigung der Geburt innerhalb 3 Minuten. Ashkenasy, Wien.

584.

Violet, H., Die Indikationen der modernen vaginalen Uterusexstirpationen. (Gynéc., Juli 1928.) In den letzten 20 Jahren wurden bei etwa 2000 Laparotomien 65 vaginale Uterusexstirpationen gemacht. Für den geübten vaginalen Operateur ist die vaginale Operation ein viel geringerer Eingriff von 15 bis 20 Minuten Dauer,

begleitet von einem unbedeutenden Schock und viel geringeren Operationsfolgen als denen bei der Laparotomie. Bei 12 Fällen handelte es sich um Uteruskarzinome, und zwar bei fetten Frauen in höherem Alter oder mit leichtem Emphysem. Bei enger Vulva empfiehlt es sich, eine ausreichende Episiotomie zu machen. Die Sorge, daß im Laufe der Operationen der Tumor einreißt, ist bei vorsichtigem Vorgehen unnötig und dem Verfasser nur einmal ohne irgendwelche Folgen vorgekommen. Im allgemeinen wird bei Uteruskarzinomen die Laparotomie vorgezogen wegen der besseren Uebersicht, aber bei fetten Frauen und wenn sonst eine Gegenindikation gegen die Laparotomie besteht, sind die Aussichten der vaginalen Operation besser. Auch bei Myomen, wenn es sich um dicke Patienten handelt, die auch die Beckenhochlagerung schlecht vertragen, ist die vaginale Operation von Vorteil. Beim Uterusprolaps, falls der Uterus selbst erkrankt ist, ist die vaginale Total-exstirpation mit dem übrigen plastischen Eingriff leicht zu verbinden. Viele Autoren verlangen hier die Operation in zwei Zeiten, eine Forderung, der Verfasser nicht beipflichtet, falls nicht eine Lebensgefahr gegen den Eingriff in einer Sitzung spricht. — Eine weitere Indikation ist die chronische Metritis, mit der allerdings die Radiumbehandlung in neuerer Zeit konkurriert. Manche Autoren machen auch bei puerperalen Infektionen die vaginale Hysterektomie, die ebenfalls vom Verfasser abgelehnt wird. Die Nachteile der vaginalen Operationen liegen in der geringeren Asepsis im Vergleich zur Laparotomie. Hier beginnt der septische Teil am Ende der Operation, während man dort sofort an einem infizierten Gewebe arbeitet. Ein zweiter Nachteil ist, daß, wenn man das Peritoneum vollkommen schließt, man die Scheidenwände nicht so gut vereinigt wie bei der Laparotomie, da man sich scheut, wegen der Infektionsgefahr alles zu schließen. Tritt dann wirklich eine Infektion auf, so ist die Versorgung der infizierten Teile, besonders des Ligamentum latum, schwierig. Es empfiehlt sich daher, auch zu tamponieren und die Tamponade so spät wie möglich zu entfernen. Die vaginale Operation hat nicht die zahlreichen Indikationen wie die Laparotomie, aber bei bestimmten Gegenanzeigen gegen diese kann sie ihren Platz wohl behaupten. Kosminski, Berlin.

585.

Legneu, F., Vergleichende Studie über den Wert der Operationen bei Blasenscheidenfisteln. (Gynéc., Juli 1928.) Auf Grund seiner Erfahrungen bei den Operationen der Blasenscheidenfisteln kommt Verfasser zu dem Schluß, daß für die tiefen Fisteln der vaginale Weg vorzuziehen ist wegen seiner großen Einfachheit und ausreichenden Sicherheit. Bei den hohen Fisteln, die bei Geburten entstanden sind, empfiehlt sich der vesikale Weg; bei den während einer Operation entstandenen ist der abdominale Weg vorzuziehen, der trotz gewisser Gefahren durch seine überlegene Heilkraft die besten Resultate gibt. Kosminski, Berlin.

586.

Mariel, E., Die subpubische Zystotomie vor den Operationen bei Blasenscheidenfisteln. (Gynéc., August 1928.) Die Ursachen der Mißerfolge bei vielen Operationen von Blasenscheidenfisteln sind in einer unvollkommenen Drainage der Blase zu suchen. Bei Anwendung des Pezzerkatheters verstopft sich das Lumen oft mit Gerinnseln, so daß man gezwungen ist, ihn oft zu wechseln. Es ergibt sich die Frage, ob es nicht besser ist, durch eine subpubische Zystotomie Abhilfe zu schaffen, die eine schnelle und dauernde Entleerung der Blase gewährleistet, bis die Blasenscheidenfistel verheilt ist. Dieser Vorgang wird beim Manne schon lange Zeit geübt. Verfasser wandte die Methode in 5 Fällen an und zwar besonders in solchen, wo die Fistel sich nach der Operation bald von neuem gebildet hatte, so daß es zu wiederholten Operationen kam. Seitdem die Zystotomie gemacht wird, ist dieses nicht wieder vorgekommen. Nach der Zystotomie wird durch die Öffnung ein Dauerkatheter eingelegt, durch den die Blase täglich gespült wird. 10 Tage danach wird die Fisteloperation vorgenommen, nach weiteren 14 Tagen wird die Sonde durch eine andere ersetzt, und nach einem Verlauf von 20 bis 22 Tagen beginnt die Patientin spontan zu urinieren. Die Methode wird vom Verfasser zur Nachprüfung empfohlen. Kosminski, Berlin.

587.

Duhail, P., Einfluß der körperlichen Arbeit auf den Geschlechtsapparat der Frau außerhalb der Schwangerschaft. (Progrès méd., Nr. 39, 1928.) Körperliche Arbeit hat auf die Entwicklung der Frau und besonders des Mädchens einen ungünstigen Einfluß. Beckenverengung trifft man bei 70 bis 80% Frauen an, die in ihrer Entwicklungsperiode schwere körperliche Arbeit geleistet haben; 40% bei Bergwerksarbeit, 29% in der Metallindustrie, 17% in der chemischen Industrie, 12% bei Landarbeiterrinnen und 8% bei Mädchen, die keine schwere Arbeit leisten. Und zwar je früher die Arbeit begann, um so zahlreicher: bei Frauen, die zwischen 11 und 12 Jahren im Bergwerk und in der Metall-

industrie begonnen haben, 90%; Landarbeiterinnen 17%. Zwischen 13 und 14 Jahren: 71 bzw. 12%. Mit 16 Jahren: 15 bzw. 8%. Auch Menstruationsstörungen trifft man nicht selten bei solchen überarbeiteten Mädchen: oft Zeichen einer Prä tuberkulose oder einer bis dahin unvermuteten Tuberkulose. Spätes Auftreten ist Folge innerer Drüsenstörungen und schlechter Hygiene, kommt nicht durch schwere Arbeit allein. Dagegen findet man sekundäre Amenorrhöe bei Frauen, die mit toxischen Produkten arbeiten, wie Pb, P, Nikotin, die definitiv werden kann, wenn die Intoxikation lange dauert. Besonders Nikotin kann Amenorrhöe und Sterilität verursachen. Auch Abort. Retroversionen des Uterus findet man häufig bei stehend Arbeitenden, Anteversionen bei sitzend Arbeitenden. Natürlich spielen dabei auch frühere Schwangerschaften und Puerperium eine Rolle. Besonders wird die sekundäre Fixation im Douglas begünstigt. Wie es eine traumatische Hernie gibt, gibt es auch eine traumatische Retroversion. Der Uterusprolaps ist namentlich in der Metallindustrie und in Bergwerken häufig. Aber auch hier spielen frühere Schwangerschaften die Hauptrolle. Dauernde Erschütterungen durch eine Maschine, Pedaltreten usw. sind meist das auslösende Moment; daneben findet man oft Wanderniere, Hernien, Viszeroptose. Es liegt hier eine Prädisposition vor kongenital bei der Nullipara, erworben bei der Multipara. Akuter Prolaps ist selten: Hämorrhagie, heftige Schmerzen, Peritonealreaktion, Schock. Intraperitoneale Hämorrhagien kommen vor bei Extrauterinschwangerschaften, die Unfall sein können. Diese Fälle können aber große juristische Schwierigkeiten bieten. Viel seltener sind Rupturen eines Corpus luteum, eines Follikels, Venenrupturen bei Fibromen oder bei Ovarialtumoren mit Stieldrehung. Zu einem Genitaltumor hat die Arbeit an sich keine Beziehung, wohl aber zu Komplikationen bei einem schon bestehenden Tumor. So bei flüssigen Ovarialtumoren, wenn sie ruptieren, bei Fibromen: Hämorrhagie, Nekrose durch Infektion. Ferner Torsion von gestielten Tumoren. Praktisch noch wenig bekannt sind die Beziehungen zwischen Arbeit und maligner Degeneration von Tumoren durch mechanische und chemische Einflüsse. Lange penible und ermüdende Arbeit kann eine verminderte Widerstandskraft und eine Veränderung in der Genitalflora hervorrufen, dadurch Entzündungen und mehr oder weniger septische Ausflüsse. Andererseits kann Arbeit in immer derselben Stellung Stagnation und Retention normaler Sekretionen veranlassen. Ebenso die Konstitution: Stase, Oedem in den Uterus-sakralbändern. Entzündliche Zustände der Adnexe, des Uterus und kleinen Beckens findet man besonders häufig bei Frauen aus der Textilindustrie. Vulvitis findet man häufig in der Tabakindustrie durch den Staub. Man findet aber auch diese entzündlichen Erscheinungen durch toxische Produkte, die durch Lungen, Magen und Haut eingeführt werden; am gefährlichsten sind Pb, As, Petroleumdämpfe, Kautschuk.

588.

Rullé, P., Lendenschmerzen und ihre Behandlung. (Gyn. et Obstétr., 18., Nr. 5, 1928.) Wenn bei der Anamnese einer Patientin Lendenschmerzen vorhanden sind, muß man bei der gynäkologischen Untersuchung seine Aufmerksamkeit auf das Kreuzbein, auf die Lendengegend und auf die Gelenke richten. Das wirkliche Vorhandensein von schmerzlosen Gichtknoten spricht für deren latenten Zustand, der durch jede beliebige innere oder äußere Ursache akut werden kann. Die häufigste Ursache der Lendenschmerzen bei den Frauen sind die Gichtknoten in der Lendengegend. Als Therapie empfiehlt Verf. eine Kombination von Bromlithium 0,5 oder Lithiumkarbonat 0,5 oder Jodlithium 0,5 mit Antipyrin 0,4 und Extr. Belladonnae 0,07, zweimal täglich 1½ Stunden nach dem Essen verabreicht, ein Mittel, mit dem glänzende Resultate erzielt werden.

Rudolf Katz, Berlin.

589.

Sippel, Paul, Eierstockverpflanzung bei der Frau. (Med. Welt, 49, 1928.) Die homöoplastische Eierstocküberpflanzung ist zu empfehlen in den leichten Fällen von Hypogonitismus. Bei Dementia praecox und vorzeitigem Klimakterium mit vorzeitigem Altern der Frau soll man einen Versuch der völlig gefahrlosen Ueberpflanzung nicht unterlassen, dieselbe vermag in geeigneten Fällen noch Gutes zu leisten. Die Erfolge der homöoplastischen Ovarientransplantation müssen wir auf einen spezifischen, aktivierenden Reiz der Transplantate auf das Genitalsystem der Empfängerin zurückzuführen. Diese Reizwirkung scheint sich unmittelbar oder mittelbar durch Anregung des gesamten endokrinen Systems entfalten zu können.

590.

Masljukow, M. J., Zur Diagnostik des Echinokokkus in der weiblichen Beckenhöhle. (Sibir. Arch., 3., Heft 3, S. 185—192.) Bericht über 4 Fälle. In einem Fall ging die Solitär-Echinokokkenzyste vom Netz aus, in zwei Fällen vom subperitonealen Bindegewebe des Beckens und in einem Fall von der Uterusmuskulatur. In drei Fällen handelte es sich um primäre Echinokokken und in

einem Fall um einen sekundären mit primärer Lokalisation in der Leber. Die Erkrankungsdauer schwankte in allen Fällen zwischen 1½ und 4 Jahren. Bis auf einen Fall, wo die Echinokokkenzyste auf der Uteruswand saß und Meno- und Dysmenorrhöe vorhanden war, wurde die Funktion der Genitalien nicht gestört. Von drei Fällen, wo gleichzeitig Schwangerschaft bestand, konnte diese in zwei Fällen ausgetragen werden. — Was die Diagnose anbelangt, so war sie in drei Fällen auf Ovarialzyste und in einem Fall auf Fibromyom des Uterus gestellt worden; erst die Laparatomie brachte Klärung. — Die Diagnose der Echinokokkuserkrankung, insbesondere des weiblichen Beckens, ist schwierig und meistens nur dann möglich, wenn bei der Differentialdiagnostik der gespannt-elastischen, unbeweglichen Tumoren in der weiblichen Beckenhöhle die Möglichkeit des Vorhandenseins des Echinokokkus angenommen wird und neben den klinischen Symptomen biologische Reaktionen herangezogen werden.

E. Kontorowitsch.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

591.

Mortimer Wharry, H., Streichreflex bei Asthma nasaler Aetiologie. (Brit. med. J., 3543, S. 935.) Beim sanften Bestreichen der Schleimhaut am vorderen Teil des Septum oder an der unteren Muschel mit einer Sonde kommt es reflektorisch zur Tränensekretion am Auge derselben Seite in Fällen von Asthma nasaler Aetiologie. Beim Normalen ist dieser Reflex nicht auszulösen, ebenso wenig bei Asthma aus anderen Ursachen. Beim Vorhandensein dieses Reflexes versprechen die üblichen Methoden der nasalen Desensibilisierung und chirurgische Maßnahmen Erfolg. In veralteten Fällen von nasalem Asthma mit ausgesprochenen Veränderungen der Nasenschleimhaut kann dieser auf eine Steigerung der Sensibilität zu beziehende Reflex fehlen. Die nasale Therapie führt in solchen Fällen selten zur Heilung.

Biberfeld.

592.

Watson-Williams, E., Die Prognose bei Erkrankungen des Mastoids. (Practitioner, Nr. 727, Vol. CXXII, Nr. 1, Jan. 1929.) Primäre Erkrankungen des Mastoids betreffen besonders die frühe Kindheit und sind selbst bei Säuglingen nicht selten. Die Mortalität der Erkrankung ist meist auf ein zu langes Abwarten zurückzuführen, läßt sich also vermeiden. Die Thrombose des Sinus sigmoideus ist die häufigste der katastrophalen Komplikationen.

Das Operationsrisiko ist — abgesehen von sonst bestehenden Komplikationen — praktisch gleichzusetzen dem Risiko der Narbose. Ein trockenes Ohr und ein gutes oder wenigstens leidliches Gehör sollte das Operationsergebnis jedes Falles von primärer akuter Mastoiditis sein, der für die Schwartze'sche Operation geeignet war.

Bei chronischer Mastoiditis sollte man wenigstens bei 80 Prozent der Fälle ein trockenes Ohr erzielen, ist die Schwartze'sche Operation ausführbar, dann den gleichen Prozentsatz leidlich guter Gehörfunktion. Nach Radikaloperationen ist gutes Hören die Ausnahme; aber bei 80 Prozent der Patienten sollte wenigstens die Otorrhöe sistieren. Bei vielen Patienten wird man nach dieser Operation eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine Abnahme der lokalen Beschwerden erwarten dürfen.

Gleichzeitige Erkrankungen der Nase und des Nasopharynx sind häufig und erfordern Behandlung.

Held.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

593.

Bruck, C., Nervenschädigung und Ekzem. Ein Beitrag zur Frage der Ekzempathogenese. (Derm. Zschr., 55., H. 1, 1928.) In der Ekzempathogenese stehen sich die Theorie des epithelialen und des nervösen Ekzemreizes gegenüber. Für die Berechtigung der letzteren spricht ein Fall, in dem bei einem Pat., der infolge einer Kriegsverletzung an einer rechtsseitigen Fazialis- und Trigemusparesie litt, ein nässendes, krustöses Ekzem die linke Gesichtshälfte in ausgedehntem Maße ergriffen hatte, während es die rechte vollkommen frei ließ. Es hatte hier also die Nervenschädigung eine Untererregbarkeit für den ekzematösen Prozeß geschaffen, womit nicht im Widerspruch steht, daß andere, quantitativ und qualitativ verschiedene Nervenschädigungen umgekehrt gerade eine Uebererregbarkeit bewirken.

Ernst Levin, Berlin.

594.

Kindler, Therese, Zur Frage der Uebertragbarkeit des Erysipels. (Derm. Wschr., 88., Nr. 1.) Ueber die Ansteckungsfähigkeit des Erysipels sind sehr verschiedene Anschauungen verbreitet. Verf. versuchte bei drei Patienten mit Nervenlues, bei

denen Malariaabehandlung keinen genügenden Erfolg gebracht hatte und wiederholte Malariainjektionen erfolglos blieb, eine weitere Fieberbehandlung mit Erysipel. Dieses schien zum Zwecke der Beeinflussung der Nervenläsungen auch aus dem Grunde geeignet, weil durch den vorwiegend in den obersten Schichten der Kutis sich abspielenden Prozeß eine Umstimmung der Haut und Bildung spezifischer oder unspezifischer Abwehrkörper erwartet werden konnte. Obwohl nun die Uebertragung des Erysipels auf die verschiedenste Weise und unter Zuhilfenahme verschiedener Unterstützungsmittel versucht wurde (intrakutane Injektion des Blaseninhaltes, Auftragen von Reizserum auf Skarifikationen oder Bedecken solcher mit von den Kranken benutzten Umschlägen und Verbänden, vorausgehende Schädigung der Haut durch Krotentritt oder Kantharidenpflaster erzeugte Dermatitis), gelang sie niemals. Durch eine besondere Widerstandsfähigkeit der Tabiker und Paralytiker gegen die Inokulation oder durch die Tatsache, daß es sich um verhältnismäßig junge, kräftige Menschen handelte, läßt sich der Mißerfolg nicht erklären, vielmehr läßt er die Zweifel an der großen Uebertragungsgefahr des Erysipels berechtigt erscheinen.

Ernst Levin, Berlin.

595.

Symmers, Douglas, Die Antitoxinbehandlung des Erysipels. (J. Am. Med. Assoc., 91, Nr. 8, 1928.) Im Bellevue-Hospital in New York wurden im Laufe eines Jahres (Mai 1927 bis Mai 1928) 705 Erysipelfälle mit antitoxischem Serum behandelt. (Das Serum stammte von Pferden, die mit Erysipelt toxin und Erysipelstreptokokken vorbehandelt waren.) Das Serum wurde in Dosen von 10 ccm stets intramuskulär injiziert. Blieb die erste Injektion ohne sichtbaren klinischen Erfolg, dann wurde die Einspritzung in Intervallen von 24 Stunden so oft wiederholt, bis eine deutliche Besserung der lokalen Erscheinungen (Stillstand des entzündlichen Prozesses, Abnahme des entzündlichen Oedems) zu erkennen war. Dem Verhalten der Körpertemperatur wurde hierbei keine Beachtung geschenkt. In leichten Fällen war es möglich, den Prozeß durch eine einzige Seruminjektion zum Stillstand zu bringen, schwerere Fälle erforderten 2—4—6 Einspritzungen. In einzelnen, besonders schwer verlaufenden Fällen wurden sogar 20—25 Injektionen verabfolgt, allerdings vielfach ohne Erfolg. Fälle, die nach 8 Einspritzungen eine nennenswerte Besserung nicht erkennen ließen, waren in der Regel auch durch weitere Seruminjektionen nicht mehr zu beeinflussen. Gesichtserysipelo ergaben im allgemeinen weit bessere und promptere Resultate als Erysipelo des Stammes oder der Extremitäten. Unter den 705 Fällen waren 563 Fälle mit Erysipel des Gesichtes, 142 Fälle mit Erysipel des Stammes oder der Extremitäten. Die Behandlungsergebnisse in diesen beiden Gruppen waren wie folgt: 1. Gesichtserysipelo: Geheilt 92,1 Prozent in 2—7 Tagen, 1,9 Prozent in 8—14 Tagen; unbeeinflusst 0,8 Prozent; Zahl der Todesfälle 28 (4,9 Prozent); 2. Erysipelo des Stammes und der Extremitäten: Geheilt 78,1 Prozent in 3—7 Tagen, 9,8 Prozent in 8—14 Tagen; unbeeinflusst 3—5 Prozent; Mortalität 8,4 Prozent. Die Abkürzung der Krankheitsdauer durch die Behandlung betrug nahezu 60 Prozent, ein nicht unbedeutender ökonomischer Vorteil sowohl für den Patienten als auch für die Anstalt.

L. Büchler.

596.

Archambault, G., und A. Marici, Polyradlotherapie der Psoriasis. (Brux. Méd., Nr. 3, 1928.) Die Leitidee dieser Behandlung ist, die Intervalle zwischen den Rezidiven immer größer zu gestalten und die Rezidive selbst immer mehr abzuschwächen. Wir beginnen zunächst mit Röntgenstrahlen, um das Gewebe für die Wirkung der ultravioletten Strahlen empfänglicher zu machen. Acht Tage nach der Röntgenbestrahlung wird eine zehnprozentige Kalomelsalbe verabfolgt. Danach setzt gleich die Ultraviolettbestrahlung ein. Man muß mit einem Dutzend Bestrahlungen rechnen, deren Intensität sich steigert in dem Maße, wie die Haut sich pigmentiert.

Held.

597.

Wigley, J. E. M., Behandlung der Mikrosporie mit Thalliumazetat. (Brit. med., J. 3543, 984.) Im Durchschnitt vergehen bis zum Eintritt des Haarausfalles nach Anwendung des Thalliumsalzes 24—26 Tage. Nur in etwa der Hälfte der Fälle erfolgt die Depilation ganz spontan. Entscheidend für den Wert dieser Medikation bei den Pilzkrankungen des Haares ist der Umstand, daß die infizierten Haarstümpfe langsamer ausfallen als die gesunden Haare und daß die Haare viel schneller als nach Röntgenbestrahlung erneut zu wachsen beginnen. So ist die Möglichkeit gegeben, daß die heranwachsenden Haare von den noch nicht ausgefallenen infizierten Stümpfen wieder angesteckt werden. Die nach Verabfolgung von Thallium im allgemeinen durchgeführte energische antiparasitäre Behandlung (Pinselfung mit Jodtinktur, Einreibungen mit Salizyl- und Schwefelsalben) kann dieses Moment der Unsicherheit nicht beseitigen, zumal bei ambulanter Behandlung die Ausführung

der Verordnung zumeist den Angehörigen überlassen werden muß. Dem Röntgenverfahren ist die Thalliumtherapie fernerhin durch die Tatsache unterlegen, daß trotz aller Vorsicht toxische Symptome (Gliederschmerzen, Gelenkergüsse, Exantheme, epileptiforme Anfälle) sich einstellen können und daß eine dauernde ernstliche Schädigung des wachsenden Organismus durchaus im Bereich des Möglichen liegt.

Mit Hilfe von ultravioletten Strahlen, die durch Woodsches Glas hindurchtreten, lassen sich die mit Pilzen infizierten Haare leicht entdecken, da diese Fluoreszenz aufweisen. So finden sich nicht selten anscheinend gesunde Haare von ormalter Länge mit Fluoreszenz, die auch bei Betrachtung mit der Lupe normal erscheinen und bei denen erst die mikroskopische Untersuchung oder die Kultur die Anwesenheit der Pilze erweisen. Betont sei, daß bei Haaren mit intakter Kutikula die Fluoreszenz fehlen kann, obgleich Endothrix sich in ihnen vorfindet.

Biberfeld.

598.

Hoffmann, Heinrich, Ein Fall von aleukämischer Lymphadenose mit Hauttumoren. (Derm. Zschr., 55, H. 1, 1928.) Die Differentialdiagnose zwischen leukämischen Hauttumoren und Sarkombildung kann außerordentlich schwer sein, da auch histologisch die Unterscheidung zwischen Lymphozyten und Sarkomrundzellen versagt. In dem beschriebenen Falle hatte, obwohl die Sektion mit Sicherheit eine Leukämie in Form der aleukämischen Lymphadenose ergab, eine relative Lymphozytose gefehlt und die richtige Diagnose war bei Lebzeiten auch von sehr erfahrener Seite nicht gestellt worden.

Ernst Levin, Berlin.

599.

Zoon, J. J., Der diagnostische Wert der Komplementbindungsreaktion bei gonorrhoeischen Affektionen. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 48, 1928.) Wenn es auch leicht ist, die Neißerschen Gonokokken bei Gonorrhoe mikroskopisch nachzuweisen, womit dann die Ätiologie sichergestellt ist, weiß doch jeder Arzt aus Erfahrung, daß es schwierig oder auch unmöglich sein kann, Gonokokken bei Patienten zu finden, die an Komplikationen leiden. Die größten Schwierigkeiten machen die chronische Gonorrhoe des Mannes und der Frau, die Adnexaffektionen und die Fälle von Arthritis mit dunkler Ursache.

Selbst mit Kulturen kommt man oft nicht weiter. Außerdem ist ein negatives Resultat der mikroskopischen oder kulturellen Untersuchung verdächtigen Materials kein Beweis, daß sich nicht irgendwo in der Tiefe Gonokokken finden, die später doch wieder Rezidive veranlassen können.

Man sucht also mit Recht nach anderen Hilfsmitteln. Die Komplementbindungsreaktion nimmt in der diesbezüglichen Literatur den breitesten Raum ein. Man gewinnt aus ihr den Eindruck, daß diese Reaktion, wenn auch kein so wichtiges Hilfsmittel wie bei der Syphilisdiagnose, doch einen gewissen Wert hat. Die verschiedenen Resultate und Ansichten der einzelnen Autoren sind auf verschiedene Methoden zurückzuführen; es scheint schwierig zu sein, ein geeignetes Antigen zu finden.

Der Verfasser hat seine eigenen Untersuchungen an die von van der Hoede angeschlossen. Er ist der Meinung, daß die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe spezifisch ist. Er selbst führt die Reaktion im Zentralen Laboratorium für die Volksgesundheit in Utrecht aus; jeder Arzt kann Material einsenden.

Ueber den Wert der Reaktion bei Kindern und Frauen teilt Autor folgendes mit.

Kinder: Von 95 Patienten mit Vulvovaginitis fand er nur bei 3 eine schwach positive Reaktion im Serum.

Frauen: Hierfür gibt Verfasser eine Tabelle, aus der hervorgeht, daß bei Zervizitis, Adnexerkrankungen und verdächtigen Fällen die Reaktion ein gutes Hilfsmittel ist. Gerade diese Fälle bieten große Schwierigkeiten, wenn im Mikroskop keine Gonokokken gefunden werden; oft fand Autor sie erst nach wiederholter Untersuchung und nachdem die Serumreaktion positiv war.

Bei Arthritis gonorrhoeica ist der Wert auch sehr hoch: alle 9 Patienten reagierten positiv. 16 mit nicht gonorrhoeischer Gelenkentzündung waren negativ.

Bei 267 Kontrollpatienten, die angeblich nie Symptome von Gonorrhoe oder Lues gehabt hatten, fand Autor nur einmal eine positive Reaktion. Sie ist also spezifisch.

Kurt Heymann, Berlin.

600.

Burmeister, E. A., Eigenblutunterspritzung bei Bubo inguinalis. (Med. Klin., 52, 1928.) Verfasser hat bei 30 Fällen von schankerösem Bubo mit dem Verfahren der Eigenblutunterspritzung sehr gute Erfolge erzielen können. Nach Hitzeapplikation wurde der erweichte Bubo inzidiert und gleichzeitig — in einigen Fällen

auch 24 bis 48 Stunden vorher — 5 bis 8 bis 10 ccm Eigenblut unterspritzt. Die Unterspritzung wurde in zwei- bis dreitägigen Intervallen, etwa zwei- bis dreimal wiederholt. In keinem Falle traten Rezidive auf, unmittelbar benachbarte Drüsen blieben anscheinend ohne jede Infektion. L. Gordon, Berlin.

601.

Saunders, H. C., und L. Spiegel, Zisternenpunktion und Lumbalpunktion. (J. Amer. Med. Assoc., 91, Nr. 9, 1928.) Bei 43 Patienten mit Syphilis des Nervensystems prüften die Verff. das Verhalten von Globulinreaktion, Goldsolreaktion, Wassermannreaktion und Zellzahl in dem durch Zisternenpunktion und Lumbalpunktion gewonnenen Liquor. In 41 Fällen ergab die Wassermannsche Reaktion im Lumbalpunktat genau dasselbe Resultat wie im Zisternenpunktat, nur in 2 Fällen bestanden geringe Unterschiede bezüglich der Intensität des Ausfalles. Globulinreaktion, Goldsolreaktion und Zellgehalt zeigten stets deutliche, praktisch allerdings nicht sehr bedeutungsvolle Unterschiede. Im Hinblick darauf und auf die bereits von anderen Autoren (Nonne, Baumann, Memmesheimer, Hartwic und Spiegel) betonten Vorteile, welche die Punktion der Cisterna magna (Subokzipitalstich) gegenüber der Lumbalpunktion für den Patienten besitzt, empfehlen die Verff. die Zisternenpunktion der Lumbalpunktion vorzuziehen.

L. Büchler.

602.

Doctor, Rolf, Untersuchungen über Luesdiagnostik nach dem Guttadiaphotverfahren im Vergleich zur Wassermann- und Meinicke-Reaktion. (Med. Klin., 52, 1928.) Verfasser hat das Guttadiaphotverfahren in 80 Fällen nachgeprüft. Bei frischen Infektionen traten Abweichungen von der WaR. und Meinicke-Reaktion nicht auf. In einem Falle zeigte das Guttadiaphot sogar früher als die WaR. einen positiven Ausschlag, in einem anderen war der Wassermann eher positiv als das Guttadiaphot. Bei länger zurückliegenden Infektionen zeigten sich größere Abweichungen. Bei Lues latens sah Verfasser unter 16 Fällen 6 Abweichungen, bei Lues III unter 7 Fällen 2. Die größten Differenzen fanden sich bei Patienten, die nichts von einer Infektion wußten und keinerlei klinische Anzeichen für Syphilis boten. Von 24 Fällen stimmten 10 nicht mit der WaR. und Meinicke-Reaktion überein. L. Gordon, Berlin.

603.

Hoffmann, Erich, Zur Frage der Uebernahme von Malariafieberkuren bei Syphilis durch die Landesversicherungsanstalten. (Derm. Zschr., 55, H. 1, 1928.) In der Frühperiode spielt die starke Chemotherapie (Salvarsan-Wismut) die Hauptrolle, da die Malariabehandlung die Ansteckungsfähigkeit nicht aufhebt. Starke Salvarsan-Wismutkur ist auch erforderlich nach der Malaria-therapie in den Fällen, in denen diese indiziert ist, nämlich in Spätfällen mit offenkundiger oder latenter Nervenkrankung, in frischeren Syphilisfällen jenseits des zweiten Jahres nach der Ansteckung mit deutlichen Liquorveränderungen, in den sehr seltenen gegen die übliche Behandlung refraktären Fällen, auch bei nicht besonders starken Liquorveränderungen. Die Lumbalpunktion, die zweckmäßig durch die Zisternen- oder Subokzipitalpunktion ersetzt wird, sollte auch im Frühstadium, etwa 1 Jahr nach Beendigung der Behandlung, ausgeführt werden, da sie die Möglichkeit späterer Nervenkrankung aufdeckt. Die Malaria-therapie in Verbindung mit kräftiger Chemotherapie gibt so viel Besserungen, daß den Landesversicherungen dadurch spätere größere Kosten erspart werden. Sie sollten daher dem Beispiel der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz folgen und das Malariaheilverfahren in geeigneten Fällen übernehmen. Ernst Levin, Berlin.

604.

Walter, Franz, Ueber den Einfluß der Neosalvarsaninjektionen auf die Inkubationsdauer der Impfmalaria bei Frühsyphilis. (Derm. Wschr., 88, Nr. 1, 1929.) Für die bei der Impfmalaria längere oder kürzere Inkubationsdauer sind sehr verschiedene Gründe angeführt worden (Menge des geimpften Blutes, Zeit der Impfung, Blutgruppenzugehörigkeit, klimatische bzw. meteorologische Verhältnisse). Sie alle scheinen, soweit sie überhaupt in Betracht kommen, eine geringere Rolle zu spielen als vorausgegangene Neosalvarsaninjektionen. Nach diesen zeigte sich die normalerweise längstens eine Woche betragende Inkubationszeit der inokulierten Malaria verlängert, und zwar war ihre Dauer eine um so längere, je eher nach der letzten Neosalvarsaneinspritzung die Impfung vorgenommen wurde. Die im Blute kreisenden Salvarsanderivate beeinträchtigen die Vitalität der Plasmodien und da die Ausscheidung des Salvarsans aus dem Organismus ungefähr fünf Tage dauert, soll die Impfung erst nach Verlauf von mindestens fünf Tagen vorgenommen werden.

Ernst Levin, Berlin.

Hygiene

605.

Salomon, Anschlagswert verschiedener Brotsorten. (Arch. Verdgskrkh., 44, 5/6.) Die Versuche Friedbergers und Seidenbergs über den verschiedenen Anschlagswert verschiedener Brotsorten bei jungen Tieren werden bestätigt. Die Erklärung dafür wird jedoch darin gesehen, daß die besser anschlagnenden Brotsorten von den Tieren auch in größerer Menge aufgenommen werden. Versuche mit gleichmäßiger Nahrungszufuhr an Weißbrot und Schrotbrot bei den Tieren sind im Gange. Fiegel, Berlin.

Infektionskrankheiten

606.

Banks, Stanley H., Intensive Serumtherapie der schweren Diphtherie. (Lancet, 215, 5471, 4.) Verfasser verabreicht bei den schwersten Fällen, von Diphtherie 70 000—200 000 Antitoxineinheiten und zwar so, daß der Patient am Tage der Aufnahme ins Krankenhaus 50 000 A.E. intravenös und 20 000 intramuskulär erhält. Is nach 12 Stunden eine Besserung nicht festzustellen, die sich durch Abhebung der Membranbänder und Zurückgehen der Anschwellung der Halslymphdrüsen, vor allem aber durch größere Regsamkeit des Kranken kundgibt, dann wird die erste intravenöse Dosis wiederholt. Noch höhere Dosen werden nach 24—36 Stunden verabreicht, wenn es der schlechte Zustand des Kranken indiziert. In mittelschweren Fällen werden 20 000 A.E. intravenös und 8000 bis 16 000 intramuskulär injiziert; nur gelegentlich ist eine Wiederholung der ersten Dosis erforderlich. Technik: Die intravenöse Injektion bei Kindern erfolgt in eine der Ven. basilic., bzw. wenn dieser Weg nicht gangbar ist, in eine oberflächliche Hautvene der Sprunggelenkgegend oder des Fußrückens. Gewöhnlich reagieren die Kinder auf die intravenöse Injektion mit Kollapserscheinungen, die jedoch in der Regel nur vorübergehend sind. Um solche alarmierende, wenn auch keine besondere Gefahr bedeutende, Erscheinungen zu vermeiden, gibt Verfasser im Anschluß an die Seruminjektion entweder 0,3—0,5 ccm Adrenalin intravenös oder 0,5 Pituitrin intramuskulär. Auch während des Kollapses kann man 1—2 ccm Adrenalin intramuskulär injizieren. Der Vorteil der intravenösen Injektion liegt darin, daß unmittelbar nach derselben die höchste Konzentration des Antitoxins im Blute nachweisbar ist, während es bei intramuskulärer Verabfolgung erst nach 24 Stunden bei subkutaner nicht vor drei Tagen der Fall ist. Die intensive Serumtherapie setzt nicht allein in bedeutendem Maßstabe die Mortalität herab, sondern sie verhindert in den meisten Fällen das Auftreten von Komplikationen und verringert die Dauer der Krankheit bzw. der Rekonvaleszenz in sehr bedeutendem Maße (letztere vor 3—4 Monaten auf durchschnittlich 70 Tage des Krankenhausaufenthaltes). Bei seinem verhältnismäßig großen Krankenmaterial fand Verfasser nach dieser Behandlung keine Bazillenträger. Serumexantheme treten zwar regelmäßig bei dieser Therapie auf, geben aber keinen Anlaß zu irgendeiner besonderen therapeutischen Maßnahme. Ashkenasy, Wien.

607.

Parish, H. J., und C. C. Okell, Die Dauer des Schick-negativen Stadiums. (Lancet, 215, 5477, S. 322.) Von 533 Kindern, welche bei der ersten Untersuchung Schick-negativ befunden worden sind, erwiesen sich nach 1—7 Jahren 1,1 Prozent als Schick-positiv. Von 440 Schick-positiven Kindern, die durch die Immunisierung negativ wurden, waren nach 1—7 Jahren 5 Prozent positiv. Die in beiden Gruppen als Rückfälle zu erwartenden Schick-positiven Kinder reagierten schon auf geringe Gaben von Diphtherieserum mit Produktion von im Blut zirkulierendem Antitoxin und konnten daher als im Zustande der Immunität befindlich erachtet werden. Ashkenasy, Wien.

608.

Harvey, William Clunie, Behandlung der Diphtheriebazillenträger. (Lancet, 215, 5472, 58.) Das größte Augenmerk ist den Bazillenträgern mit Diphtheriebazillen in der Nase zuzuwenden. Richtig ausgeführte Nasenduschen mit leicht alkalischen Lösungen haben sich in solchen Fällen am besten bewährt. Beim Vorhandensein von Diphtheriebazillen im Rachen, ist die Tonsillektomie indiziert. Schwierig gestaltet sich die Behandlung von Bazillenträgern mit übrigen selten vorkommenden Bazillen im Ohr. Das größte Gewicht bei der Behandlung von Diphtheriebazillenträgern ist auf die Behebung lokaler pathologischer Zustände zu legen. Die Bazillenträger sollen womöglich noch während der Rekonvaleszenz, sobald die Gefahr von plötzlichen Komplikationen nicht mehr vorhanden ist, der Behandlung unterzogen werden; je länger die Bazillen im infizierten Gebiet verweilen, desto schwieriger gestaltet sich ihre Beseitigung. Ashkenasy, Wien.

609.

Jordanoff, K., Gaumentonsillen und Scharlachinfektion. (Münch. med. Wschr., 51, 2172.) Gemäß den Ergebnissen der letzten Jahre ist der Scharlach als eine im Rachen lokalisierte Streptokokkenkrankung mit Toxinausschwemmung in den Organismus aufzufassen. Wie wichtig die lokale Tonsilleninfektion ist, erweisen folgende Zahlen. Von 362 Tonsillektomien gaben nur 3,3 Prozent eine Scharlachinfektion an, wovon drei Fälle unter das Krankheitsbild des Wundscharlachs einzureihen sind. Acht Fälle mit Scharlach nach Tonsillektomie ließen bei der Nachuntersuchung noch mehr oder weniger große Tonsillenreste erkennen. Von 110 Scharlachkranken bot nur einer den Status der Tonsillektomie, die zudem erst zwei Tage vor der Infektion ausgeführt worden war, so daß ein Wundscharlach anzunehmen ist. Das Material ist bis jetzt noch zu klein, um einwandfrei den Schluß zu erlauben, daß tonsillektomierte Kinder weniger vom Scharlach befallen werden als Kranke mit Tonsillen. In welchem Prozentsatz tonsillektomierte Kinder an anderen Infektionskrankheiten erkranken (Masern, Diphtherie) bedarf noch der Feststellung. Jedenfalls berechtigen die bisherigen Ergebnisse zu der Annahme, daß die lokale Tonsilleninfektion beim Scharlach eine sehr wichtige Rolle spielt. Vielleicht erweisen die Erfolge der Tonsillektomie im frischen Stadium der Scharlatina, daß eine Toxinerkrankung des gesamten Organismus zunächst nicht vorliegt. Biberfeld.

610.

Steiner, Pathogenese der Scharlachnephritis. (Jb. Kinderheilk., 72, Nr. 3/4.) Auf Grund von Beobachtungen an 4 Fällen von Scharlachnephritis wird gegen die Volhardsche Auffassung der extrarenalen Pathogenese der Scharlachnephritis polemisiert als einer nur infolge des allgemeinen Gefäßkrampfes entstandenen sekundären Erkrankung der Nieren. Nach Ansicht des Verf. stellt die Scharlachnephritis eine primäre Nierenläsion dar; als solche ist sie völlig äquivalent allen übrigen Nachkrankheiten des Scharlachs, die ihrerseits wiederum Folgezustände der durch den Scharlach bedingten allergischen Umstimmung des Organismus darstellen.

Jahr.

611.

Toomey, J. und Dolch, Die therapeutische Anwendung des Scharlachantitoxins. (Amer. Journ. of Dis. of Child., 36., 1173, 1928.) Bei ihren vergleichenden Studien kommen Verf. zu dem Resultat, daß sie bei mit Scharlachserum (intravenöse Zufuhr) behandelten Patienten sich nicht von einer sicheren Wirkung des Antitoxins überzeugen konnten. Im ganzen und großen zeigte die Erkrankung denselben Verlauf wie bei den unbehandelten Fällen. Sicher ist nach den Verf. nur, daß nach der intravenösen Seruminjektion eine ungewöhnlich schwere Serumkrankheit zu beobachten ist, die oft viel schlimmer ist als der Scharlach selbst. So lehnen sie die Anwendung des Scharlachserum für die meisten Fälle ab und wollen es nur in den schwersten Scharlachfällen anwenden. Schiff.

612.

Donner, Stanley, E., Behandlung des Tetanus durch intrazysternale Infektion von Antitetanusserum. (Lancet, 215., 5473, 119.) Technik: Die Cisterna magna liegt nach vorne vom Lig. occipito-atlanticum. In einem Umkreis von 5 cm wird das Haar rasiert, die Stelle mit Jodtinktur eingepinselt und 1 bis 2 ccm Novokain (2%) injiziert, und zwar in der Linie, in welcher die Punktion erfolgen soll. Der Kranke wird auf die linke Seite gelegt mit entsprechemd nach vorne gebeugtem Kopfe. Die Nadel (5 cm und mehr lang bei kräftigen Patienten, da in einer Tiefe von 4,5 bis 6 cm der Liquor aspiriert werden kann) wird gerade oberhalb der Spin. epistroph. eingeführt und langsam nach vorne geschoben, bis der Rand des Foramen magnum mit der Nadelspitze gefühlt wird. Nun wird sie gesenkt und vorsichtig nach vorne geschoben, wobei der Mandrin öfters entfernt werden muß, um sich zu orientieren, ob man bereits die Zyste erreicht hat. Es empfiehlt sich, die Nadel rotierend vorzuschieben, da auf diese Weise die Durchstoßung der Membranen erleichtert und so die Gefahr der Verletzung der Medulla vermieden wird. Sobald der Liquor zu fließen beginnt, werden 30 oder mehr ccm davon abgelaufen und eine etwas geringere Menge Serum injiziert. Die Gesamtdosis des zu injizierenden Antitetanusserums beträgt 192 000 E. Nach erfolgter Injektion wird der Kopf des Patienten niedrig (auf ein kleines Kissen) gelegt und das Bettende erhöht. Ashkenasy, Wien.

613.

Mayr, Julius K., Pathogenese der Impfmalaria. (Münch. med. Wschr., 52, 2208.) Uebertragungsversuche erweisen, daß die Menge der einverleibten Erreger in keinem regelmäßigen Parallelismus zum Impferfolg steht. Bereits eine Stunde nach der Impfung gelingt es, Plasmodien durch das Blut auf Gesunde weiter zu übertragen. Unter Berücksichtigung der im Organismus vollzogenen Verdünnung des ursprünglich überimpften Blutes ergibt sich, daß

zur Infektion winzige Mengen von Blut genügen, die sicher unter den Blutspuren zurückbleiben, die von einem Insekt aufgesaugt werden können. Die Ueberimpfung gelingt nur bei intravenöser Uebertragung. Auf Grund dieser Ergebnisse ist die Anschauung einer Revision zu unterziehen, das malarieinfizierte Kranke auch dort keine Gefahr für die Umgebung bedeuten können, wo Anophelesmücken vorhanden sind. Eine eigene Beobachtung erweist, daß die Uebertragung der Impfmalaria durch Insektenstiche durchaus im Bereich des Möglichen liegt, wenn auch zu ihrem Zustandekommen das Zusammenwirken mehrerer Faktoren notwendig erscheint. Zu berücksichtigen ist weiterhin, daß die Plasmodien gegenüber den gebräuchlichen Injektionsflüssigkeiten (Neosalvarsan, Strontturan u. a. m.) wenig empfindlich sind. Die Reinigung einer Spritze, in der Blut von einem Malaria kranken für kurze Zeit aufgezogen war, mit Alkohol, Aq. dest. genügt nicht, um die Spuren von Malaria blut unschädlich zu machen, die am Dichtungsring noch vorhanden sein müssen. Mit dieser Technik war in 3 von 5 Fällen ein positiver Impferfolg zu erzielen, wenn auch die Plasmodien sich als geschädigt erwiesen (Verlängerung der Inkubationszeit, Auftreten weniger Anfälle, spontanes Erlöschen der Infektion).

Für die Dauer der Inkubation, die Regelmäßigkeit der Anfälle und den ganzen Ablauf der Impfmalaria ist die Menge der übertragenen Erreger von erheblicher Bedeutung. Bei Weiterimpfung vor Angehen der Infektion ist zumeist die Inkubation beim Spätergeimpften wesentlich verlängert. Auch die Anfälle hören häufiger nach 3 bis 4 Fieberzacken gänzlich auf. Während der Inkubationszeit sind Parasiten mit den üblichen Untersuchungsmethoden im Blut nicht nachzuweisen, sofern nicht kurz vor Beginn des ersten Anfalles untersucht wird.

In seltenen Fällen kommt es nach der Malaria kur zu Rezidiven nach einem Intervall von 5 bis 8 Wochen, obgleich die Kur in der üblichen Weise durchgeführt und Chinin in ausreichender Menge verabfolgt wurde. Der Möglichkeit ist daher Rechnung zu tragen, daß von solchen, zunächst nicht diagnostizierten Fällen Ueberimpfungen ausgehen können (durch Benützung gleicher Spritzen nach alleiniger Reinigung mit Alkohol).

Biberfeld.

614.

Chiabrera, G. und U. Reitani, Beitrag zum Studium der Micrococcus-tetragenes-Septikämien. (Polich. sez. prat., 35., 37, S. 1775.) Der Mikrokokkus kann Septikämien von leichtem Grade bis zur tödlichen verursachen. Das klinische Bild ähnelt dem des Typhus abdominalis. Schwere, langwierige Rekonvaleszenz. Diagnose nur durch Anlegung einer Blutkultur möglich. Die besten therapeutischen Resultate gibt die Behandlung mit Autovakzine. Ashkenasy, Wien.

615.

Barlovatz, A., Ueber die Behandlung der Frambösie. (Bull. de la Soc. de Pathol. exot., Nr. 9, 1928.) Die Beobachtungen des Autors stammen aus belgisch Mayumba, wo die Frambösie endemisch ist und in allen ihren klassischen Formen gesehen werden kann, in den chronisch mutilierenden Formen besonders. Sie weisen auf eine hohe Virulenz der Spirochäten hin.

Der Verfasser stellte sich die Aufgabe, das beste Medikament für die Frambösie festzustellen. Man hat hier als Kriterium nur das Verschwinden der Manifestationen, man kann es dem Autor also nicht zum Vorwurf machen, wenn er hiernach die Aktivität der einzelnen Mittel zu messen versucht (wie es in der Diskussion von Montel versucht wird).

Es besteht ein hohes Interesse, die Krankheitsdauer abzukürzen. Es wurde also untersucht, unter welchen Bedingungen man die Abheilung mit einer einzigen medikamentösen Intervention erzielen kann. Diese Bedingung erwies sich allerdings als zu streng. Keines der Medikamente heilte in 100 Prozent.

Nur wohl charakterisierte Fälle wurden mitgerechnet, die gewöhnlichen Sekundärfälle ohne Komplikationen. Die vollständige Vernarbung aller Papeln wurde als Erfolg gebucht, das Gegenteil, Persistieren der Papeln als Mißerfolg. Die Kontrolle fand zehn Tage bis 2½ Monate nach der letzten Spritze statt. So wurden gerade die Rezidive erfaßt.

Die Mehrzahl der Kranken waren Kinder, alles Neger. Zunächst wurde das Stovarsol probiert. Wurde weniger als 10 cgr pro kg gegeben, dann war der Erfolg: 14 Fälle, acht Heilungen. Wurden 10—15 cgr gegeben, dann wurden sämtliche Fälle geheilt (6 von 6). Für Erwachsenen sind also zur Heilung mit einer Tagesdosis 6 Gramm nötig, die von den Schwarzen zwar vertragen werden, jedoch eine ziemlich hohe Dosis darstellen. Nebenwirkungen: eine akute Nephritis, ein generalisiertes Oedem, beide bei Kindern.

Das Narsenol (Neosalvarsan in keratinisierten Pillen) erwies sich als wirkungslos. Das Novarsenobenzol Billon war das beste verwendete Mittel, intravenös gegeben hatte es sehr gute Erfolge. Etwas schwächer war das Azetylarsan, ein Stovarsolderivat, das

intramuskular gegeben wird. Ein hochprozentiges, lösliches Wisniumsalz war sehr gut. Das Jodwisnium steht mit dem Neosalvarsan auf gleicher Stufe (Biquinyl). Die Erfolge schienen aber nicht in direktem Verhältnis zu der injizierten Metallmenge zu stehen.

Stovarsol hatte 57 Prozent, Novarsenobenzol 83 Prozent, Azetylsarsen 67 Prozent, Biquinyl 83 Prozent. Die weniger guten Medikamente bleiben unerwähnt. Peroral war das Stovarsol am besten, intravenös das Novarsenobenzol, das aber mit dem intramuskulären Biquinyl die gleiche Erfolgsziffer gemein hat.

Kurt Heymann, Berlin.

616.

Bouffard, G., **Behandlung der Frambösie mit Stovarsol.** (Biol. Med., Nr. 9, 1928.) Die Erfahrungen Bouffards mit der Stovarsolbehandlung der Frambösie übertreffen die aller andern Autoren offenbar bei weitem. Er hat seit Mitte 1924 das Mittel an der Elfenbeinküste, wo die Frambösie endemisch ist, ausprobiert. Die Bedeutung der Krankheit übersteigt die der Syphilis in Europa ganz erheblich. Es gibt Gegenden, in denen kein Kind verschont bleibt. Die Wichtigkeit einer Methode, die schmerzlos ist und frei von Nebenwirkungen ist, liegt im Sozialen. Mit Hilfe des Stovarsol scheint die Immunität einzutreten, nach 2 Jahren ist kaum mehr auf ein Rezidiv zu rechnen.

An der Elfenbeinküste wurden in 3 Jahren 40 kg Stovarsol aufgebraucht, keine Nebenerscheinungen, billigste Medikation. Stämme, die von der europäischen Kultur unberührt bleiben wollten (die Lobis) eilten herbei, um sich das Mittel zu holen. So gewann es politische Bedeutung. Vom Juli 1924 bis 1. Januar 1927 wurden 15 000 Fälle behandelt. Im Jahre 1926 war der Verbrauch 25 kg, im Jahre 1927 erreicht er 50.

Der Autor resümiert folgendermaßen:

1. Die Frambösiekur bei jungen Kindern geschieht leicht mit sechs Tabletten Stovarsol pro 48 Stunden, das heißt drei Tabletten zwei Tage hintereinander. Diese Dosis ist stets ungefährlich.

2. Diese Dosis, die bei Kindern bis zu acht Jahren immer ausreichend ist, muß für Ältere erhöht werden, von 10—15 Jahren acht Tabletten, zwei Tage hintereinander je vier. Bei Kindern über 15 Jahren und bei Erwachsenen sind zwölf Tabletten, je vier an drei Tagen, erforderlich.

3. Die Knochenaffektionen der Spätperiode, genannt Goundou, reagieren auf verlängerte Behandlung, vier Tabletten 15 Tage hintereinander, nicht. Die schwache Toxizität des Mittels zeigt sich darin, daß diese Kur doch vertragen wird.

4. Frührezidive sind große Ausnahmen, 5 Prozent, Arsenresistenz existiert, ist aber selten.

5. Spätrezidive sind selten, 2—3 Prozent der behandelten Fälle.

Kurt Heymann, Berlin.

617.

Marneffe, **Zwei Fälle von akuter Neuritis des N. cubitalis im Verlauf der Lepra.** (Bull. de la Soc. de Pathol. exot., Nr. 9, 1928.) Die Schwellung der Nervenstämme bei Lepra wird bekanntlich durch den Hansenschen Bazillus, der die Nervenscheiden infiltriert, hervorgerufen. Klinisch drückt sich dies durch anfangs subjektive Zeichen aus: Neuralgien und sehr wechselnde schmerzhaftes Sensationen, die die Exzitationsphase der leprösen Neuritis darstellen. Ihr folgt die Degenerationsphase mit Störungen der Sensibilität, Motilität und Ernährung.

Der Autor teilt zwei Krankengeschichten mit, die er in französisch Guajana beobachtet hat. Beide zeichneten sich durch ein plötzliches Wiederauftreten der neuritischen Symptome aus, obwohl sich die Kranken bereits in der degenerativen Phase zu befinden schienen. Die Heftigkeit der Erscheinungen war durchaus ungewöhnlich, aber am interessantesten war die schmerzhaftes Streckung des Unterarms gegen den Oberarm, ein Gegenstück zu dem Lasuëgischen Phänomen.

Der erste Fall zeichnete sich ferner durch das Zusammentreffen von neuritischen Phänomenen mit einer Blaseneruption im Gebiete des Kubitalis aus. Dieser Parallelismus macht die engen Beziehungen beider Affektionen zu einander klar. Der Autor spricht von Pemphigus leprosus auf trophoneurotischer Grundlage. Die Blaseneruption zeigte alle Merkmale eines Herpes zoster palmaris, sie ist ein Gegenstück zu früher beobachteten Fällen von Herpes zoster thoracicus bei behandelten Leprakranken. Labernadie bezeichnete diese Fälle als Provokationen durch die medikamentöse Behandlung.

Kurt Heymann, Berlin.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

618.

Volta, Adella, **Das Plasma bei anämischen Zuständen.** (Arch. Pat. e Clin. Med. Vol. VIII, Heft 1, 1929.) Verfasser beobachtete die Modifikation des Blutplasmas bei einer Gruppe

von 25 Anämikern verschiedenen Schweregrades, und zwar sowohl vom volumetrischen Standpunkt aus, als hinsichtlich der Plasmaproteine. Er bediente sich hierzu der Kongorotfärbung, der Refraktometrie und der Viskosimetrie. Er gelangte hierbei zu folgenden Schlüssen:

Jede einigermaßen erhebliche Einschränkung der zirkulierenden roten Blutkörperchen geht einher mit einer absoluten Zunahme des Blutplasmas. Diese Hyperplasie kompensiert die verlorene Menge von Blutkörperchen bald unzureichend, bald überschießend, aber immer so, daß das Gesamtvolumen des Blutes gleich bleibt.

Ist die Menge der roten Blutkörperchen auf 50 Prozent reduziert, so ändert die reaktive Hyperplasie nichts am Blutvolumen, sinkt sie unter 50 Prozent, aber nicht tiefer als 36 Prozent, so führt die reaktive Hyperplasie zu einer Zunahme des Blutvolumens. Geht aber der Verlust an roten Blutkörperchen über 60 Prozent hinaus, so kann die reaktive Hyperplasie den Mangel nicht mehr ausgleichen, es kommt zu einer Verminderung des Blutvolumens.

Bei hämorrhagischen Anämien und bei der Perniziosa (im Stadium der Dekompensation) gleicht die Hyperplasie den entstandenen Mangel nie ganz aus.

Die Eiweißkonzentration — auf refraktometrischem und viskosimetrischem Wege bestimmt — war bei der komplizierten Anämie normal.

Das Vorkommen einer echten plasmatischen Plethora konstatiert man bei nichthaemorrhagischen sekundären Anämien, ebenso wie bei primitiven Formen im Verlaufe des Heilungsprozesses, und zwar stellt diese plasmatische Plethora die Phase dar, die einer Rückkehr des Blutes zu normalen Verhältnissen unmittelbar vorausgeht. Die Feststellung, daß die Rückkehr zum Normalzustand sich in Schwankungen vollzieht, die graphisch einer zweiphasigen Kurve gleichen, erklärt die Unterschiede die man im Verlauf haemozytometrischen Bestimmungen bei in Heilung befindlichen Anämien antrifft.

Held.

619.

Alport, Cecil A., **Kombinierte vitale und nichtvitale Färbungsmethode der Blutkörperchen.** (Lancet, 215., 5474, 170.) Die Methode hat den Vorteil, daß nicht allein die Retikularzellen mit Kresylblau und die Leukozyten mit dem Leishmanfarbstoff sich färben, sondern sie ist so einfach wie eine Leishmanfärbung. Eine 0,3prozentige Lösung von Kresylblau in physiologischer Kochsalzlösung, wobei zwecks Verhinderung der Gerinnung noch 0,2% Kal. oxal. zugeführt wird, wird mit einem mittels Pipette auf den Objektträger gebrachten Bluttropfen gut vermischt (mehrmals Aufziehen in die Pipette). Ein Tropfen dieser neuen Lösung wird nun auf einen fettfreien Objektträger gebracht und mittels eines zweiten im Winkel von 50° geneigten Objektträgers ausgestrichen. Die Neigung des letzteren ist deshalb von Wichtigkeit, weil bei kleinerem Winkel ein viel zu dünner Ausstrich erfolgt. Jetzt wird der Ausstrich mit 12 Tropfen einer frischen unverdünnten Leishmanfarblösung bedeckt, welche während zwei Minuten belassen wird, worauf die gleiche Menge destillierten Wassers hinzugefügt und 7 bis 30 Minuten lang gefärbt wird. Der Ausstrich wird nun solange unter einem Wasserstrahl gewaschen, bis die blaue Farbe gänzlich verschwunden ist. Abtrocknen mittels Fließpapiers. Ein gut gefärbtes Präparat zeichnet sich durch schwach blauen Farbton aus. Die Waschung des Präparates muß sehr vorsichtig erfolgen, da zu kräftiger Wasserstrahl den blauen Farbstoff aus den Granula der Retikulozyten entziehen läßt, ein zu geringer dagegen zu viel Blau in den Leukozyten läßt und den Effekt der Leishmanfärbung verdirbt. Die Färbung ist dauernd. Bei der Färbemethode sieht man an Stelle der polychromatophilen Zellen in den meisten Zellen Retikulozyten; die gewöhnlich gefundene Polychromasie kommt wahrscheinlich nur durch die für die Retikulozyten ineffektive Methode der Leishmanfärbung zustande.

Ashkenasy, Wien.

620.

Villacian, J. M., und C. Diez Fernandez, **Untersuchungen über den venösen Blutdruck.** (Rev. Españ. med., 11., 120, 329.) Der venöse Blutdruck, gemessen mit dem Manometer von Claude, schwankt bei normalen Individuen zwischen 12 und 13 cm H₂O. Bei Zirkulationsstörungen mit Dekompensationserscheinungen ist der venöse Druck immer erhöht, wobei zwischen demselben und dem Grad der Herzinsuffizienz ein direkt proportionelles Verhältnis besteht. Beharren der venösen Hypertension spricht trotz Rückgang anderer Krankheitserscheinungen für eine nur vorübergehende Besserung der Herzinsuffizienz. Bei kompensierten Viten ist eine venöse Drucksteigerung scheinbar nicht festzustellen; sie kann jedoch in solchen Fällen schon bei minimalen Leistungssteigerungen, die bei Gesunden spurlos vorübergehen, leicht gefunden werden. Aktives Erheben der unteren Extremitäten um 90 sowie wiederholte Beugeübungen mit dem Oberkörper bewirken bei Herzkranken, speziell solchen mit latenter Asystolie, erhebliche Steigerung des venösen Blutdruckes. Regelmäßig findet man bei der fibrösen Form der Tuberkulose eine venöse Hypertension, bei Nierenerkrankungen

nionen geht der venöse Druck mit dem arteriellen parallel, während sein Sinken bei der Pneumonie prognostisch als ungünstiges Zeichen zu werten ist. Am wirksamsten wird die venöse Hypertension durch intravenöse Gaben von Digalen beeinflusst.

Ashkenasy, Wien.

621.

Palmieri, Ettore. Die hämostatische Wirkung des Na. citric. bei Hämophilie. (Polich., sez. prat., 35., 38, S. 1817.) Intravenöse Injektion einer frisch bereiteten sterilen 20prozentigen Lösung von Nat. citr. tribasic. bei einem Hämophilen, dessen Zustand erst anlässlich einer Varikozelenoperation erkannt wurde, brachte die Blutung sofort zum Stehen. Während der langsam vor sich gehenden Injektion verspürte der Kranke metallischen Geschmack im Munde.

622.

Gutknecht, O. Das Zustandekommen der Venenerweiterungen im Bereiche der Vena saphena magna („Krampfadern“). (Med. Welt, 52, 1928.) Das Wesen der Krampfadern besteht in einer Ausweitung und Verlängerung der Venen und einer Zunahme der elastischen und muskulären Elemente der Media als Arbeitshypertrophie, die bei längerer Dauer zur Atrophie führt. Die Ursache für diese Vorgänge ist in einem erschwerten oder verhinderten Abfluß des venösen Blutes nach dem Herzen zu suchen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei, nach Meinung des Verfassers, die anatomischen Verhältnisse: Die Vena saphena magna reitet gewissermaßen auf dem scharfen Rande des Cornu inferius des Margo falciformis. Dadurch haben schon geringe Verschiebungen und Zerrungen nach vorn oder nach oben einen Druck auf die Venenwand zur Folge; sie können dabei sehr leicht eine Knickung dieses verhältnismäßig dünnen Schlauches herbeiführen. Der Organismus versucht die auf diese Weise entstehende Erschwerung der Blutströmung durch Zubildung kontraktiler Substanz der Venenwand auszugleichen. Bei Fortbestehen oder Zunahme des Hindernisses erlahmt schließlich die Kontraktionsfähigkeit der Venenwandung, es kommt zur Atrophie und zu der von Magnus nachgewiesenen Blutströmung nach den abhängigen Körperteilen.

L. Gordon, Berlin.

623.

Davidson, Stanley. Perniziöse Anämie mit freier Salzsäure im Mageninhalt. (Brit. med. J., 3546, 1123.) Die Achylia gastrica beim Morbus Biermer ist funktionell und nicht durch eine Gastritis bedingt. Bei allen bisher untersuchten Fällen war sie schon vor Beginn der Erkrankung nachzuweisen. Durch Remissionen oder Therapie wird sie nicht beeinflusst. Daß konstitutionelle Faktoren mitspielen, beweist das häufige Vorkommen der Achlorhydrie bei den Angehörigen der an perniziöser Anämie Erkrankten. Obwohl die Achylie ein Kardinalsymptom der Erkrankung darstellt, das vielleicht sogar ätiologisch von Bedeutung ist, schließt der Nachweis von freier HCl im Mageninhalt das Bestehen eines Morbus Biermer nicht aus. Bei einem 34jährigen Mann, der jahrelang an Magenbeschwerden und Anämie gelitten hatte, wurde nach Perforation eines Ulcus duodeni eine Gastroenterostomie angelegt. Zwei Jahre später fand sich bei ihm das typische Blutbild der perniziösen Anämie mit erhöhtem Icterusindex bei charakteristischen Allgemeinerscheinungen. Bei wiederholter Untersuchung war stets Salzsäure nach Probebrüstück in normaler Stärke nachzuweisen. Unter Leberdiät erfuhr den Allgemeinbefinden und Blutbild eine rasche Besserung. Das Zusammentreffen von Morbus Biermer und Ulcus duodeni — das megalozytäre Blutbild bestand bereits vor der Operation — ist bisher noch nicht beschrieben. Auffallend erscheint, daß dieser Kranke sich in seinem Aussehen von dem gewöhnlichen Typus der perniziösen Anämischen unterschied, die in ihrem Habitus an Akromegalie erinnern.

Biberfeld.

624.

Lemaire, André. Die perniziöse Anämie digestiven Ursprungs. (Progrès méd., Nr. 44, 1928.) Man findet die perniziöse Anämie oft bei digestiven Veränderungen. So bei gewissen Magenkrebsen, bei Dünndarmstenosen; ähnlich sind auch die Anämien nach Dysenterie, Sprue und Cochinchinadiarrhoe, wobei Kachexie, Stomatitis und Glossitis die Ähnlichkeit nahelegen. Fast konstant findet man bei der Biermerschen Krankheit Achylia gastrica. Und zwar von Anfang an auch bei den Remissionen und im ganzen Verlauf, so daß ihr Fehlen die Diagnose in Frage stellt. Im Verlauf dieser Achylien bestehen schon Blutveränderungen, lange ehe die Anämie manifest wird, Verminderung des Hb, Vermehrung des Durchmessers der roten Blutkörperchen. Aber noch keine Hyperhämolyse. Meist ist die Achylie konstitutionell, von Kindheit an, bei mehreren Familienmitgliedern. Dabei finden sich bestimmte morphologische Eigentümlichkeiten: breites Gesicht mit starker Diastase der Augen, kurzer Thorax mit stumpfem epigastrischem Winkel. Es handelt sich aber dabei lediglich um eine funktionelle

Veränderung im Magen, nicht um eine strukturelle. Manchmal ist die Anämie sekundär nach Magenkrebs, Gastroenterostomie oder großer Gastrektomie. Oft findet man eine Atrophie der Schleimhaut. Aber weder die Achylie, noch Dünndarmstenosen, noch gewisse Diarrhöen sind die direkten Ursachen; sie begünstigen nur die intestinale Infektion, die Bildung und Resorption hämolytischer Toxine. Der Darminhalt ist in einem gewissen Abschnitt relativ aseptisch durch den sauren Magensaft, die Peristaltik und das mechanische Hindernis der Ileozökalklappe, die einen Rückfluß verhindert. Und dieser Selbstschutz fehlt bei der Biermerschen Krankheit. Man findet im Ileum eine reiche Bakterienflora, die ascendierend vom Kolon stammt. Aber auch bukkale Infektionen kommen hier in Frage. So die Alveolarpyorrhoe, eine chronische Streptokokkenglossitis, auch Infektionsherde in den Mandeln und in den Nasensinus. Wie nun die hämolyisierenden Toxine zustande kommen, durch Streptokokkenarten, Perfringens usw., ist noch nicht klar. Aus dieser intestinalen Infektion gehen nun Hämotoxine hervor, die aufs Knochenmark wirken und dort die bekannte Wirkung aufs Blutbild hervorrufen, und Hämolsine, die die Anämie und die Bilirubinämie hervorrufen. Die Hämotoxine treten hauptsächlich in den Remissionszeiten auf; sie können auch lange vor der Anämie bestehen. Außerdem bilden sich aber noch Neurotoxine. Diese Hypothese befriedigt nicht alle. Andere nehmen eine Pankreassklerose an, andere eine Störung im Fettstoffwechsel, so daß Seifen, die hämolytisch sind, übergehen; wieder andere fassen die Krankheit als Avitaminose auf: Mangel an Vitamin-B. Die Behandlung hat zu bekämpfen prophylaktisch die Achylie und die Darminfektion, alle Infektionsherde, die Anämie. Neuerdings sind Erfolge mit der Lebertherapie verzeichnet, wodurch die Hämolsine des Perfringens u. a. neutralisiert werden. Sie sprechen für die intestinale Ätiologie der perniziösen Anämie.

v. Schnizer.

625.

Goormachtig, N. Leber und perniziöse Anämie. (Brux. méd., Nr. 6, 1928.) Die anatomisch-pathologischen Veränderungen der Leber bei perniziöser Anämie sind konstant, aber nicht spezifisch. Sie erinnern stark an die der iktero-hämorrhagischen Spirochätose und an andere Schädigungen, die ebenfalls Mikroben oder Toxinen ihre Entstehung verdanken. Oft auch nähern sie sich denen der akuten gelben Leberatrophie. Das läßt vermuten, daß bei der perniziösen Anämie infektiöse oder toxische Ursachen mitsprechen, die besonders die Leber betreffen. Sie erwecken den Verdacht einer präexistierenden Fragilität dieses Organs. Die Whipplesche Methode könnte demnach als Substitutionstherapie wirken.

Held.

626.

Basch, Fritz. Ueber den Wirkungsmechanismus der Lebertherapie bei Morbus Biermer. (Med. Klin., 50, 1928.) Es handelt sich bei der Lebertherapie der perniziösen Anämie nicht um eine spezifische Behandlung, sondern es wird das Hauptsymptom des unbekannten Toxins, die Hämolyse, die sich besonders in der Bilirubinämie und der Urobilinausscheidung im Stuhl äußerst, beseitigt, so daß die regenerative Komponente sich voll entfalten kann, wobei es zu einem erheblichen Anstieg der Erythrozyten kommt. Die übrigen Symptome der Perniziosa werden nicht beseitigt. Als ausreichende Menge zur Erhaltung der Remission werden drei- bis viermal wöchentlich 250 oder 125 g Leber angegeben, je nach dem Grade des Auftretens der Hämolyse.

L. Gordon, Berlin.

627.

Edelstein, Die Leber, ein Heilmittel. (Volksernährung, 3., Heft 24.) Den Amerikanern Minot und Murphy gebührt das große Verdienst, in systematischen, großangelegten Versuchsreihen eine Heilmethode der perniziösen Anämie erprobt zu haben: 150–200 g Leber täglich sind nötig, um allmählich, aber stetig eine Besserung zu erreichen. Sowohl Rinder- als Kalbsleber, roh, gekocht oder kurz gebraten, eignen sich dazu. Am besten wird frische, rohe Leber fein gewiegt und mit Zitronensaft vermischt, im eisgekühlten Zustand gereicht. Die Zahl der so behandelten Kranken hat bereits das erste Hundert weit überschritten; die Beobachtungszeit erstreckt sich auf mehr als drei Jahre. Diese Behandlung ist auch in allen anderen außereuropäischen und europäischen Ländern mit Erfolg durchgeführt worden. Wenn man von der Vorstellung ausgeht, daß ein bestimmter Stoff nötig ist, um im Knochenmark die Reifung der Blutkörperchen anzuregen und daß dieser Stoff bei „Perniziosa“-Kranken fehlt, so muß er, wenn die Leberdarreichung hilft, in der Leber enthalten sein. Man ist daher neuerdings noch einen Schritt weiter gegangen und hat aus der Leber einen Extrakt dargestellt, der ebenfalls wirksam ist. Vielleicht stehen wir, nach Ansicht des Verfassers, vor der Entdeckung bzw. Reindarstellung dieses Stoffes, die der medikamentösen Behandlung von Krankheiten, die mit Blutarmut zusammenhängen, ungeahnte Wege ebnet.

Rudolf Katz, Berlin.

628.

Smith, Shirley K., und L. E. H. Whitby, **Blutveränderungen durch Leberdiät bei jungen Rekonvaleszenten.** (Lancet, 215., 5476, S. 277.) Verabreichung von Leber bei Kranken, die weder an perniziöser Anämie noch an irgendeiner anderen Blutkrankheit leiden, ruft ähnliche Veränderungen hervor, wie die Leberdiät bei perniziöser Anämie, wobei die Eosinophilie besonders bemerkenswert ist. Die ausgesprochene Erhöhung der Erythrozyten und Knochenmarksleukozyten beweist die stimulierende Wirkung der Leber auf das Knochenmark. Die Leber scheint an Substanzen reich zu sein, die für die richtige Funktion des Knochenmarkes von wesentlicher Bedeutung sind. Bei der perniziösen Anämie werden aus bisher unbekannten Gründen (vielleicht wegen der Achylia gastrica) diese Substanzen aus der gewöhnlichen gemischten Kost nicht absorbiert und müssen daher durch Leberdiät zugeführt werden.

Ashkenasy, Wien.

629.

Bertheau, Hellmut, **Erfolgreiche Anwendung von Neosalvarsan bei leukämischer Tonsillenekrose.** (Med. Klin., 50, 1928.) Verfasser sah in zwei Fällen akuter Leukämie vorzügliche Wirkung von Neosalvarsaninjektionen. Der Mechanismus der Neosalvarsanwirkung ist unklar, da aber das Salvarsan im allgemeinen nicht auf den Parasiten direkt einwirkt, sondern indirekt im Organismus Bedingungen schafft, welche das Verschwinden des Parasiten befördern, so darf die therapeutische Wirksamkeit des Salvarsans bei der akuten Leukämie nicht als Stütze der Infektionstheorie dieser Erkrankung vermutet werden.

L. Gordon, Berlin.

630.

Thoma, Ernst, **Beitrag zur Klinik und Therapie der Agranulozytose.** (Med. Klin., 52, 1928.) Bericht über zwei Fälle von Agranulozytose als Beitrag zur Wirksamkeit der Röntgentherapie bei dieser Erkrankung. Im ersten Falle wurde durch die Röntgenbestrahlung eine deutliche Heilungsphase eingeleitet, doch konnte bei dem extrem schweren und durch starke Blutungen komplizierten Fall der tödliche Ausgang nicht verhindert werden. Im zweiten Fall trat eine erkennbare Besserung bereits 8 Stunden nach der Röntgenbestrahlung ein. Der Dauererfolg der Behandlung konnte bei der Nachuntersuchung konstatiert werden. Da der Erfolg der Röntgenbehandlung bei frischen Erkrankungen wesentlich günstiger zu sein scheint, muß bei zweifelhaften Anginafällen stets durch frühzeitige Blutuntersuchung die Diagnose gestellt werden.

L. Gordon, Berlin.

631.

Reid, J. W., **Alukia haemorrhagica: Myelophthisis.** (Lancet, 215., 5475, S. 223.) Folgendes Symptomenbild wird beschrieben: Ziemlich akuter Beginn mit petechialen Hämorrhagien, später Rachen- und Nierenblutungen. Tod infolge Hirnblutung. Die Temperatur zeigte septischen Typus und ihre Erhöhung trat etwas später als die Petechien auf. Keine Zeichen der Regeneration des Blutes trotz schwerer Anämie infolge Hämorrhagie. Eine Leukopenie war nicht festzustellen. Ein großer Prozentsatz der weißen Blutkörperchen bestand aus kleinen Lymphozyten. Reduktion der Thrombozyten auf ein Minimum. Weder Milz- noch Lymphdrüsenanschwellung. Die postmortale Untersuchung des Knochenmarkes ergab Fehlen der Erythrozyten, Erythroblasten, Megakaryozyten und granul. Zellen. Verfasser hält die von ihm beobachtete Krankheit für eine Untergruppe der primären aplastischen Anämie.

Ashkenasy, Wien.

632.

Blumenthal, F., **Eigenblutbehandlung der Krebsgeschwülste.** (Med. Welt, 49, 1928.) Die Eigenblutserumbehandlung ist in Kombination mit der Strahlenbehandlung in manchen Fällen sehr wirksam. Von einem wirklichen Heilmittel des Krebses kann aber nicht die Rede sein. Was die Technik anbetrifft, so ist die intravenöse Anwendung bei der Blutserumtherapie der intramuskulären weit an Wirksamkeit überlegen. Das Blut wird dazu aseptisch in einem sterilen Gefäß aufgefangen und aseptisch aufgehoben, das Blutserum abgegossen und in Dosen von 5–10 ccm ohne irgendeinen Zusatz intravenös eingespritzt. Die Einspritzungen werden jeden dritten bis vierten Tag wiederholt und im ganzen 10–20 Einspritzungen gemacht. Es muß immer frisches Blut genommen werden, weil die Wirksamkeit möglicherweise beim Stehenlassen abnimmt. Bei der Behandlung mit Aszites oder pleuritischem Exsudat gibt man 30–40 ccm intramuskulär ebenfalls alle 3–4 Tage, wobei man dann allmählich mit den Dosen heruntergeht. Die Eigenblutserumbehandlung, intravenös angewandt, gibt anfangs überraschende Erfolge, aber sie sind nur von kurzer Dauer (vier bis sechs Wochen), wenn nicht die Bestrahlung angeschlossen werden kann. Ob es sich bei der Eigenblutbehandlung um die Anwendung von spezifischen Antigenen handelt, oder ob es einfach eine Proteinkörpertherapie ist, wobei das eigene Blutserum gegenüber den

fremden Eiweißkörpern den Vorzug hat, daß die Gefahr der Anaphylaxie nicht besteht, ist noch nicht festgestellt. Der Eigenblutbehandlung überlegen ist, wo sie anwendbar ist, die Autovakzination oder die Autolysatbehandlung mit eigenen Tumor.

L. Gordon, Berlin.

633.

Blum, L., P. Grabar und van Canlaert, **Azotämie durch Salzangel.** (Press. Méd., Nr. 89, S. 1411.) Während eine Azotämie, die mehr als 1 g beträgt, immer einer venulären Affektion zuzuschreiben ist, besteht auch beim Diabetes sehr häufig eine Azotämie, hervorgerufen durch eine stark salzarme Regime, das nach Verabreichung von Salz wieder verschwindet. Die Nieren zeigen danach keinerlei Zeichen einer Läsion. Wenn Diabetiker im Verlauf von Komaanfällen sofort Infusionen von physiologischem Serum erhalten, tritt keine Azotämie auf. Auch bei anderen durch Salzangel hervorgerufenen Erkrankungen findet sich Azotämie. Heftiges Erbrechen, profuse Diarrhöen entziehen dem Organismus große Mengen Salz, daher Azotämie bei Pylorusstenose, hochsitzen dem Duodenalverschuß, auch bei Gastro-Enteritis, Typhus usw. Verfasser stellen als Theorie auf, daß der humorale Salzangel eine Verminderung der molekularen Konzentration zur Folge hat, die der Organismus durch eine Vermehrung des Harnstoffs auszugleichen sucht. Die Azotämie wäre demnach ein kompensatorisches Mittel, mit dem der Organismus einer allzu starken Herabsetzung der molekularen Konzentration des Blutes entgegentritt.

Haber.

634.

Dubreuil-Chambardel, L., H. Fischer, **Störungen der inneren Drüsen.** (Progrès méd., Nr. 48, 1928.) Bei allen diesen Störungen ist das skoliotische Symptom zu beobachten. Die Thyreoidea hat die allgemeine Entwicklung des Körpers und die besondere des Skeletts unter sich; ihre Bedeutung zeigt sich namentlich in der Entwicklungsperiode. Nach Exstirpation bei Tieren Knochenatrophie, Brüchigkeit, Erweichungen, Verkrümmungen. Ähnlich beim Myxödem: bei derartigen Kindern kann man in jedem Alter die Morphologie des Säuglings beobachten. In jedem Falle kann man dabei eine Kyphose oder richtiger eine Kyphoskoliose feststellen. Auch bei der Hypothyreoidea kann man dies ebenso wie beim Basedow beobachten. Besonders wenn derselbe hereditär noch junge Individuen betrifft. Und zwar hier so häufig, daß es gerade ein symptomatisches Charakteristikum ist. Dies geht so weit, daß man bei jugendlichen Thyreoidikern die Pflicht hat, die Eltern auf eine eintretende Deviation der Wirbelsäule hinzuweisen. Man ist über die Häufigkeit der Thyreoidestörungen überrascht, wenn man eine systematische Untersuchung ihrer Funktion bei skoliotischen Kindern vornimmt. Also neben der orthopädischen Behandlung Jod und Drüsenpräparate, und man wird über die rasche Wirkung auf die Wirbelsäulenverbiegung erstaunt sein. Auch bei Thymusstörungen kommt es zu der Thymusrachitis, die oft von Skoliose begleitet ist. Das gleiche gilt von den Störungen der Hypophyse. Die Mandeln und der lymphatische Rachenring können Mißbildungen des Thorax und der Wirbelsäule rein mechanisch hervorrufen durch die Atembehinderung. Dann aber auch physiologisch: bei Kindern, denen man nicht selten Skoliosen, also scheinen die Mandeln die Ossifikation beim Kinde zu beeinflussen. Bei Nebennierenstörungen beruhen die Veränderungen der Wirbelsäule auf den dadurch bedingten Muskelstörungen. Bei den Eunuchen sind Skoliosen und andere Knochenveränderungen gar nicht so selten. Man hat also auch bei Kindern, die eine Anomalie des Hodens haben, die Pflicht, die Wirbelsäule systematisch zu untersuchen. Dasselbe gilt von Ovarialstörungen.

v. Schnitzer.

635.

Feldmann, Leo, und Ada Wilhelm, **Weitere Untersuchungen über die Kreatininausscheidung bei Basedowkranken.** (Med. Klin., 51, 1928.) Die Kreatininausscheidung ist bei Basedowkranken vermindert. Die Erniedrigung der Kreatininausscheidung ist ungefähr verkehrt proportional der Erhöhung des Sauerstoffverbrauchs; mit der Besserung der Erkrankung steigt sie wieder an. Da die Kreatininausscheidung bei anderweitig erhöhtem Stoffwechsel, Leukämie, klimakterischer Stoffwechselsteigerung, afebrilen Tuberkulosen, erhöht ist, muß die Herabsetzung derselben bei Basedow für eine spezifische Erscheinung gehalten werden. Die verminderte Kreatininausscheidung hängt mit der Verminderung des Tonus bei Basedow zusammen. Da aber der Tonus der Muskulatur dem vegetativen Nervensystem unterliegt, muß eine Regulationsstörung in den Geweben zu einer Störung in der vegetativen Innervation führen. Mit Rückgang dieser Störung, klinischer Besserung, kommt es zu einer Steigerung des Tonus, erkennbar an der Steigerung der Kreatininausscheidung. L. Gordon, Berlin.

636.

Schmitz, Franz, **Thyreotoxische Magenstörungen beim Morbus Basedowii**. (Münch. med. Wschr., 52, 2212.) In seltenen Fällen können beim Morbus Basedowii die eigentlichen typischen Symptome infolge der das ganze Krankheitsbild beherrschenden schweren Magenstörungen so in den Hintergrund treten, daß zunächst eine akute Magendarmaffektion diagnostiziert wird. So wurde in einem einschlägigen Fall mit schwerstem krisenartigen Erbrechen, das innerhalb kurzer Zeit zum Tode führte, während der ersten Krankheitstage an einen Ileus gedacht. Bei sogenanntem nervösen Erbrechen ist stets an die Möglichkeit einer Schilddrüsenaffektion zu denken, um durch rechtzeitige Operation das Eintreten von unstillbarem Erbrechen zu verhüten. Biberfeld.

637.

Thompson, Williard Owen, und Phebe K. Thompson, **Temporäres und permanentes Myxödem im Anschluß an behandelte und unbehandelte Thyreotoxikose**. (J. clin. Invest., 6, Nr. 3.) Myxödem als Folge einer behandelten Thyreotoxikose kann temporär oder permanent sein. Das letztere kommt selten vor; man schätzt es in der Klinik auf weniger als 1% in Fällen, die einer subtotalen Thyreoidektomie unterzogen worden sind und auf etwa 4% bei Fällen, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Es kann im Anschluß an unbehandelten toxischen Kropf auftreten.

Auffallend war bei den meisten Fällen, in denen die Thyreotoxikose durch Röntgenstrahlen behandelt wurde, das späte Auftreten des Myxödems — bis zu 5 Jahren nach der Behandlung. Ein Myxödem von zeitlicher Dauer kann erst 1 bis 1½ Jahre nach Abschluß der Röntgenbehandlung auftreten.

Die Schilddrüsen-therapie soll periodisch unterbrochen werden, damit man ein Urteil darüber gewinnt, ob das Myxödem temporär oder permanent ist. Held.

638.

Brenner, O., **Addison'sche Krankheit mit Atrophie der Nebennierenrinde**. (Quart. J. med., Nr. 85, 1928.) 5 Fälle von Addison'scher Krankheit werden mitgeteilt. Bei 4 von ihnen bestand eine eigentümliche und charakteristische Schädigung der Rinde, die fast gänzlich zerstört war; das Mark dagegen war wenig oder gar nicht geschädigt. Im fünften Falle fehlten die Nebennieren vollständig. Möglicherweise stellt dieses Fehlen das Endresultat eines Prozesses dar, der bei den vorherbeschriebenen noch im Gange war.

In vielen Fällen von Addison'scher Krankheit, die auf Nebennierenatrophie oder Tuberkulose beruhen, sind andere endokrine Drüsen mitbeteiligt. In einem der mitgeteilten Fälle war die Schilddrüse fast eben so stark verändert wie die Nebennieren, obgleich klinische Anzeichen dafür fehlten. In Fall III bestanden mäßige symptomlose Veränderung der Schilddrüse und des Hodens. In Fall IV waren die Symptome und pathologischen Veränderungen des Morbus Basedowii ebenso ausgeprägt wie die der Addison'schen Krankheit. Held.

639.

Holbøll, S. A., **Resultate über die Behandlung von Adipositas-kranken**. (Ugeskr. Laeg., Nr. 2, 1929.) 100 an Fettsucht leidende Kranke mit Komplikationen an den Zirkulationsorganen und Belastungsbeschwerden an den unteren Extremitäten wurden mit Abmagerungskuren behandelt und nachuntersucht. Die meisten Kranken besserten sich wesentlich während der Hospitalsbehandlung. Bei den Nachuntersuchungen nach 4 bis 21 Monaten hatten alle wieder an Gewicht zugenommen und ihre alten Beschwerden; sie hatten sich einer strengen Nachbehandlung und Diät entzogen. Es ist zu überlegen, wie die Nachbehandlung in der Häuslichkeit vorzunehmen und zu kontrollieren ist. Im Krankenhaus bekamen sie täglich etwa 1200 Kalorien und einmal wöchentlich einen Carell-Tag. Fettstoffe wurden mitunter durch Nujolmayonnaise ersetzt. Einige bekamen anfangs kalorienarme Tage von 300 g Gemüse, 20 g Butter und 2 Äpfeln. Gleichzeitig wurde in 85% Thyreoidin gegeben, und zwar eine Dosis von 800 Hormoneneinheiten (zweimal täglich Tabletten Gland. thyreoid. Nr. 4). Bei Kranken mit starker nervöser Erregbarkeit und Herzbeschwerden wurde Thyreoidin nicht gegeben. S. Kalischer.

640.

Uiberall, Heinrich, **Beiträge zur Organtherapie der Fettsucht**. (Med. Klin., 49, 1928.) Bei endokrin bedingter Fettsucht sind im allgemeinen Schilddrüsenpräparate indiziert. Mit Rücksicht darauf, daß in der Regel derartigen Fettsuchtfällen pluriglanduläre Erkrankungen zugrunde liegen, haben Kombinationen mit anderen Organextrakten den Vorzug. Bei Empfindlichkeit gegen diese Therapie kann man gelegentlich schon mit Extrakten einzelner endokriner Drüsen, in der Regel aber mit Gemischen derselben, die Fettsucht mit Erfolg bekämpfen. Die Therapie wird völlig beschwerdefrei vertragen. Grundumsatzsteigerungen und Gewichtsabnahme, auch bei längerer Verwendung der Präparate ohne Kost-

reduktion, die den durch Schilddrüsenmedikation erzielten keineswegs nachstehen, beweisen die Wirksamkeit des eingeschlagenen Verfahrens. L. Gordon, Berlin.

641.

Cleveland, M., **Schulterschmerzen**. (New England J. Med., 199, Nr. 18, 1928.) Ursachen außerhalb: krankhafte Zustände, die via Phrenikus Keize senden von der Pleura, Mediastinum, Abdomen, auch von einer rupturierten Extrauterinschwangerschaft. Neurologische Zustände, die den fünften und sechsten Zervikalnerven betreffen, Pott und Tumoren der Zervizylspina, auch intradurale Tumoren. In der Schulter selbst entstehen Schmerzen durch Trauma; durch ihre größere Beweglichkeit und Abhängigkeit vom Muskeltorus ist die Schulter häufiger disloziert als ein anderes Gelenk. Fraktur des anatomischen Halses ziemlich häufig, bei jedem Patienten über das mittlere Alter hinaus in Betracht zu ziehen. Bursitis subdeltoidea durch Trauma oder Erkältung: Schmerzen bei der Adduktion, Bursa unter dem Akromion. Dann Neuritis des fünften und sechsten Zervikalnerven. Myositis nach Trauma. Spezifische chronische Infektionen: Tuberkulose (Schmerzen, Spasmen, Atrophie, unter Umständen Erosion), jedoch selten. Gewöhnlich werden dadurch die gewichttragenden Gelenke befallen. Osteomyelitis des Humerus. Arthritis. Eine negative Röntgenplatte hat bei Affektionen der Weichteile wenig Bedeutung. Bei Behandlung einer Bursitis ist auf die Entfernung von Infektionsherden zu achten. v. Schnitzer.

642.

Bourne, Geoffrey, **Therapie der rheumatischen Endokarditis**. (Lancet, 215, 5475, S. 217.) Solange auch nur ein Symptom für das Bestehen eines aktiven Prozesses spricht, ist strenge Bettruhe zu verordnen; auch nach Abklingen des aktiven Stadiums ist das kranke Kind noch 2 Monate lang im Bett (flach liegend auf einem dünnen Kissen) zu belassen. Dann ist in achtstägigen Intervallen die Rückenlage durch Legen auf zwei Kissen zu erhöhen; Aufsetzen zuerst für eine halbe, dann für eine volle, schließlich für 3 Stunden am Tage. Während dieses Stadiums tägliche Massage der Beine. In einem späteren Zeitraume ist das Aufstehen gestattet. Sobald sich aber das geringste Zeichen eines Rezidivs kundgibt, sofort Rückkehr zur alten Ordnung. Die Bettruhe ist auch die einzige Maßnahme, die Pulsfrequenz auf einem normalen Niveau zu erhalten. Der Effekt der Digitalismedikation ist unsicher, häufig nur vorübergehend. Bei Tonsillenerkrankung und Inaktivität des Prozesses Tonsillektomie. Ashkenasy, Wien.

643.

Wybauw, Marcel, **Endokarditis lenta, aufgepfropft auf einen angeborenen Herzfehler**. (Brux. Méd., Nr. 10, 1929.) Ein Kranker, der seit 28 Jahren an einem angeborenen Herzfehler leidet (Pulmonalstenose und Septumdefekt) stirbt an Endokarditis lenta. Die Autopsie bestätigt die klinische Diagnose in allen Punkten. Zu diesem Fall ist praktisch folgendes zu sagen: Die angeborene Erkrankung wurde verhältnismäßig leicht ertragen. Ein Dekompensationsstadium bestand nur vorübergehend in der Pubertät. Der Patient konnte heiraten und konnte auch ein beruflich ziemlich anstrengendes Leben führen.

Es geschieht nicht selten, daß sich der Streptokokkus auf Herzklappen ansiedelt, die eine angeborene Mißbildung aufweisen: ebenso sieht man ihn sich ansiedeln auf rheumatisch veränderten Herzklappen. In diesem Falle hat sich das Bakterium auf der verkürzten Pulmonalklappe angesiedelt, denn dort war die Stelle der größten Wucherungen. Infolge des Septumdefekts sind dann die anderen Klappen mit ergriffen worden. Bis wenige Tage vor dem Tode war von einem Versagen der Herzkraft nichts zu merken. Man hatte bei dem Kranken den Eindruck einer Allgemeininfektion und nicht den einer speziellen Herzerkrankung. Keine der bisher gebräuchlichen Behandlungsarten hat Anspruch auf Erfolg. Held.

644.

East, C. F. T., Bain, Curtis C. W., und Carry, Falkland, L., **Schmerzlose Infarktbildung im Herzen**. (Lancet, 215, 5472, 60.) In einer Anzahl von Fällen kann es bei scheinbar gesunden Individuen zur Infarktbildung im Herzen kommen, wobei der Krankheitsvorgang ohne die bekannten Schmerzempfindungen vor sich geht. Kommt es zu plötzlichem Herzkollaps und Atemnot, ohne daß eine andere Ursache dafür in Betracht gezogen werden kann, so darf man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Infarzierung des Herzens annehmen. Erholt sich der Patient, so kann als Residuum des vorangegangenen Geschehens eine gewisse Schwäche und Anfälligkeit des Herzens verbleiben. Ashkenasy, Wien.

645.

Messerie, N., **Ueber den Einfluß des extrakardialen vegetativen Nervensystems auf das Elektrokardiogramm**. (Z. Neur.

117., Nr. 4/5.) Unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten und auf Grund der Untersuchungen des Verfassers wird auf die Veränderungen im Elektrokardiogramm bei verschiedenen körperlichen und psychischen Zuständen hingewiesen. Diese Veränderungen deuten darauf hin, daß Schwankungen im vegetativen Nervensystem mehr oder weniger deutlich im Elektrokardiogramm zum Ausdruck kommen. Bei Körperanstrengungen und gesteigerter psychischer Aktivität oder gesteigerter Affektivität finden sich oft im Elektrokardiogramm Zeichen einer Verschiebung des vegetativen Gleichgewichts zugunsten des Sympathikus. Im Schlaf finden sich Veränderungen, welche als Zeichen einer Steigerung des Vagotonus aufgefaßt werden. Die Auswirkung des Höhenklimas im Elektrokardiogramm besteht bei einer Gruppe von Menschen im Auftreten von Zeichen einer Steigerung des Sympathikotonus, bei einer anderen Gruppe aber im Auftreten von Zeichen einer Steigerung des Sympathikotonus, andererseits aber auch von solchen von Parasympathikotonus. Letzteres wird als charakteristisch für die Tonisierung des ganzen vegetativen Nervensystems betrachtet. Die beschriebenen Veränderungen im Elektrokardiogramm können nicht durch evtl. Lagewechsel des Herzens durch Zwerchfellverschiebungen erklärt werden. Es wird ferner darauf hingewiesen, daß infolge Verabreichung von einigen Mitteln der inneren Sekretion es möglich ist, auf elektrokardiographischem Wege festzustellen, ob ein solches Mittel als ein wirksames Therapeutikum angewendet worden ist oder nicht.

Knospe.

646.

Winkler, Alfons, Ueber die metamorphosierenden Atemgeräusche. (Med. Klin., 49, 1928.) Die metamorphosierenden Auskultationsphänomene sind dadurch charakterisiert, daß sie in der Regel während einer Inspiration eine plötzliche oder allmähliche Änderung ihrer Lautheit, Klanghaltigkeit und Höhe erkennen lassen. Zur Gruppe der metamorphosierenden Auskultationsphänomene gehören die vesikulären und bronchialen metamorphosierenden Atemgeräusche und das Kavernenfauchen. Die konstant nachweisbaren bronchialen metamorphosierenden Atemgeräusche sind ebenso wie das Kavernenfauchen beweisende auskultatorische Kavernenzeichen, während die vesikulären metamorphosierenden Atemgeräusche nicht an das Vorhandensein von Kavernen in der Lunge gebunden sind. Die bronchialen metamorphosierenden Atemgeräusche unterscheiden sich von den vesikulären dadurch, daß sie stets in irgendeinem Abschnitt ihres Gehörbildes eine sehr voll entwickelte Klanghaltigkeit, d. h. einen vollentwickelten bronchialen Charakter aufweisen, wobei der Amphorie und Metalle hinichtlich des Höhenwechsels besondere Bedeutung zufallen dürfte. Die bronchialen metamorphosierenden Atemgeräusche grenzen sich vom Kavernenfauchen dadurch ab, daß das Fauchen in der Regel nur in unmittelbarem Anschluß an einen kurzen, tonlosen, mittelkräftigen und gut abgesetzten Hustenstoß als kurzes, reines Geräusch von ausgesprochenem Krescendogepräge nachweisbar ist und besonders bei Anwendung einer speziellen Untersuchungsmethode, bei welcher dem Hustenstoß ein strenger Atemstillstand angeschlossen wird, in voller Ausprägung am deutlichsten während des Atemstillstandes differenziert werden kann. Die große Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der metamorphosierenden Auskultationsphänomene findet sowohl hinsichtlich der Art der Metamorphose als auch des Charakters und des Höhenwechsels ihre Erklärung in der großen Variationsbreite der an Kavernen jeweils gegebenen physikalischen Grundlagen für die Mechanogenese und die Ausprägung des Charakters der diesen eigenartigen Auskultationsphänomenen zukommenden Grundatemgeräusche.

L. Gordon, Berlin.

647.

Sante, L. R., Massive Atelektase der Lunge. (Amer. J. Roentgenol., 20., Nr. 3.) Massive Atelektase der Lunge kommt am meisten als postoperative Komplikation bei Abdominalerkrankungen vor. Sie wurde ferner beschrieben bei Femurfrakturen oder Beckenbrüchen und als ein bisweilen triviales Verletzungsergebnis der Brustwand, des Bauches und des Gesäßes. Sie kommt vor nach postdiphtherischer Lähmung des Zwerchfells, nach Septikämie und Poliomyelitis. Bei einer Frau, welche einer Beckenoperation unterzogen wurde, trat sie beiderseitig auf; bei einem Individuum nach Nierenoperationen zu verschiedenen Zeiten zweimal. Der Autor konnte zeigen, daß vier seiner Patienten mit massiver Lungenatelektase, indem man sie auf der nicht betroffenen Seite hin- und herrollte und sie veranlaßte, zu husten, ihre kollabierte Lunge unter direkter röntgenoskopischer Beobachtung wieder entfalteten. Verfasser berichtet von einem weiteren Fall, der mit Pneumothorax vergesellschaftet war.

J. Kottmayer, Mainz.

648.

Smith, David T., Ätiologie und Frühdiagnose von Bronchiektasie und Lungenabszeß. (New England J. Med., 199.,

Nr. 18, 1928.) Analyse von 100 Fällen von Spirochätose der Lungen. Die Spirochäten vom Vincenttyp können einen Bronchus zerstören und in der Lunge Höhlen bilden. Nach neueren Forschungen gehören dazu aber noch fusiforme Bazillen, Vibrionen und Kokken. Nun findet man aber nicht bei allen Patienten mit Bronchiektasie den Vincenttyp; wohl aber weiß man, daß die Spirochäten der Alveolarpyorrhoe Bronchiektasie und Lungenabszeß verursachen können. Sie sind auch die Urheber des postoperativen Lungenabszesses. Nun werden manche Fälle von Bronchiektasie und Lungenabszeß als postoperative Pneumonie diagnostiziert, weil diese Bakterienkombination in den ersten 7 bis 8 Tagen das Bild der Pneumonie gibt. Aber schon 10 Tage nachher wird das Bild ein anderes. Eine richtige Pneumonie führt selten zum Abszeß, und Influenza und andere Infektionen zerstören das Lungengewebe nicht so rapid wie die Spirochäten. Sicherste Diagnose: Untersuchung des Sputums. Behandlung: Neosalvarsan. Das klinische Bild gleicht nicht selten der Tuberkulose, oft aber auch einer ungelösten Pneumonie, einem Lungenabszeß nach Tonsillektomie, einer blutigen Bronchitis.

v. Schnitzer.

649.

Veilchenblau, Ludwig, Behandlung der kruppösen Pneumonie. (Münch. med. Wschr., 52, 2210.) Durch konsequente Anwendung der Chemotherapie bei der kruppösen Pneumonie gelingt es, wie eine Reihe von Krankengeschichten erweist, zumeist innerhalb von 36 Stunden eine Entfieberung zu erreichen und Pneumokokkenkomplikationen zu verhüten. Alle vier Stunden wurde folgendes Pulver in Milch verabfolgt: Optochin. bas. 0,15, Chin. mur., Pyramid. aa 0,12, Rad. ipec. pulv. 0,02, Op. plv. 0,03 ad caps. amyl. Nach der Entfieberung wurde dieses Pulver zwei Tage lang noch alle fünf Stunden, so dann viermal täglich gegeben. Weitere drei bis fünf Tage wurde ein halbes Pulver noch dreimal täglich verabfolgt. Diese spezifische Therapie ist durch Infektion von Solvochin (ein- bis zweimal täglich bis zum Tage nach der Entfieberung) zu unterstützen.

Wenn auch die aus dem Sputum hergestellte Autovakzine zumeist so spät eintrifft, daß sie in den ersten Krankheitstagen nur selten zur Anwendung gelangen kann, so darf auf die Vakziniierung nicht verzichtet werden. Da es sich bei der kruppösen Pneumonie häufig um eine Mischinfektion handelt und nur in der ersten Zeit die Pneumokokkeninfektion im Vordergrund steht, so ist die Autovakzine mit Nutzen bei der Nachbehandlung zu verwenden.

Biberfeld.

650.

Haibe, A., Neue Ausblicke für Asthmabehandlung. (Brux. Méd., Nr. 9, 1928.) In 80% der Sputa von Asthmatikern findet man hämolytische Streptokokken, im Nasenschleim Staphylokokken. Die Intraderminjektion ist ein wertvoller Indikator zur Bestimmung der antigenen Rolle isolierter Keime. Die am gleichen Ort wiederholten Vakzinationen schaffen einen lokalen Refraktärzustand, ein Zustand, der die Neigung zur Generalisierung besitzt, wenn man jedesmal an einer neuen Hautstelle impft. Die Vakzineinjektionen bewirken, wenigstens im Beginn, einen beträchtlichen Zustrom von polymukleären weißen Blutkörperchen zu den erkrankten jungen Partien; sie stimulieren die Leukozytose des Blutes und verschieben das Blubild im Sinne einer neutrophilen Polymukleose. Die Autovakzinetherapie bewirkt in zahlreichen Fällen die Verstopfung der Quelle der antigenen Streptokokken und unterdrückt die katarrhalischen Symptome; die Antivirustherapie strebt die Heilung der Rhinopharyngitis an. Nach 12jähriger Beobachtungszeit und eingehenden Untersuchungen ist Verfasser überzeugt, daß beim Bronchialasthma die hämolytischen Streptokokken eine pathogene Rolle erster Ordnung spielen und daß die Autovakzine, die aus ihnen hergestellt werden, bei 80% der Asthmatischer günstige Ergebnisse zeitigen.

Held.

651.

Vallery-Radot, Pasteur, Blamoutier, Pierre, und Paul Thirollet, Der Krampfhusten, ein Asthmaäquivalent. (Presse Méd., Nr. 88, 1928.) Die Beobachtung an 60 Patienten erwies den Zusammenhang zwischen Krampfschnupfen, Krampfhusten und Asthma als verschiedenartiger Ausdrucks derselben Störungen, zu denen sich häufig noch Urtikaria, Pruritus, Ekzeme und Migräne gesellten. Als Ursache kamen meist die thermischen, barometrischen, hygroskopischen Variationen, Staubsuspensionen, Polleninhalation, Proteineinflüsse usw. in Betracht, die sich alle am Respirationsapparat auswirken. Die Therapie ist für alle die gleiche, Atropin, Ephedrin, Gardenal. Unterdrückung der Ursache, Intrakutaninjektionen von Pepton, Radio- und Aktinotherapie. Beim Erwachsenen haben sich die X-Strahlen, beim Kind die ultravioletten Strahlen am besten bewährt.

Haber.

652.

Achard, Ch., Die Zukunft der Pleuritiker. (Paris méd., 18., Nr. 43, 1928.) Die akute serofibrinöse Pleuritis, die früher der Erkältung, jetzt meist der Tuberkulose zugeschrieben wurde, heilt zwar oft, gibt aber oft auch eine unsichere Prognose. Sie ist eine der häufigsten Krankheiten. Nicht in allen Fällen geht die Resorption mit oder ohne Punktion vor sich, bald rasch unter Fieberabfall, bald langsam mit Wiederauftreten des Ergusses nach der Punktion oder nach der Entfieberung. Oder das Exsudat verschwindet, und das Fieber bleibt. Man kann also auf die Variationen des Exsudats keine Prognose aufbauen, zumal da der Verlauf völlig regellos ist. Scheinbar geheilt, bleibt manchmal keine Spur zurück; manchmal kommt es zu mechanischen Veränderungen im Brustkorb und seinen Organen oder mehr oder weniger spät zu einer Lungentuberkulose. Der Thorax wird auf dieser Seite flacher; es besteht eine Skoliose nach der gesunden Seite; die kranke Seite wird retrahiert; die Muskeln, besonders der Pectoralis major, scheinen atrophiert. Die Lunge verliert durch länger dauernde Kompression ihre Elastizität; es kommt zu Adhäsionen. Auch das Herz verschiebt sich. Auf der gesunden Seite kann es zu Emphysem kommen. Der Beginn kann der einer allgemeinen Krankheit sein mit schleichender Entwicklung der Pleuritis, die erst, wenn der Allgemeinzustand recht schlecht ist, erkannt wird, oder es bleiben lokale Folgen zurück, und allgemeine Störungen lassen an eine Tuberkulose denken; der ganze Verlauf ist der einer Typhobazilliose. Die Verwachsungen können lokale Schmerzen nach sich ziehen, besonders an der Basis; wenn sie die Pleura costalis mit dem unteren Lungenrand und dem Perikard betreffen, kommt es zu Einziehungen der Interkostalräume. Wenn sie das Mediastinum betreffen; zu Dysphagie, mit Schmerzen, oder es kommt zu einer Sklerose des Mediastinums mit Zirkulationsstörungen, Stase in der Vena cava, Herzdilatation mit Insuffizienz später. Die Kortikopleuritiden an der Spitze und in den Skissuren sind weniger Folge serofibrinöser Pleuritiden, als Propagationen tuberkulöser kortikaler Veränderungen. Die pleuroparietalen Verwachsungen können Kalkeinlagerungen bekommen; sie können am Periost der Rippen ansetzen und zu einer kondensierenden Peritonitis führen; das Lungenparenchym selbst kann sklerosieren: chronische pleurogene Pneumonie. Alle diese Verwachsungen, die sich äußerst langsam entwickeln, gehen nicht zurück, und wenn auch bei jungen Leuten die thorakalen Veränderungen sich bis zu einem gewissen Grade korrigieren, so bleibt in den Lungenveränderungen stets die Tendenz, sich zu verschlimmern. Die Lunge reinigt sich nur unvollkommen; eine Grippe, Bronchitis, Lungenkongestion heilen weniger rasch und hinterlassen eine neue Spur. Es kommt zu Emphysem, zu Bronchitiden im Winter; die Bronchien erweitern sich, verlieren ihre elastische Muskulatur.

Von allen diesen Folgen ist die wichtigste die Tuberkulisierung. Sie kann sehr früh einsetzen: eine Meningitis, Peritonitis kann noch vor oder sofort nach der Resolution einsetzen; wahrscheinlich hat die Aussaat der Tuberkelkeime gleichzeitig stattgefunden, und die Pleuritis war nur der erste symptomatische Ausdruck. Außerdem ist der Unterschied zwischen der primären serofibrinösen Pleuritis und der sekundären Pleurotuberkulose nur ein rein klinischer, denn bei der ersteren kommen die Bazillen aus einem alten, vielleicht fernen Herd: Knochen, Drüsen, Lungen, Hilusdrüsen. Und in solchen Fällen kann die Lungentuberkulose sich erst nach Jahren entwickeln. Aber auch andere Krankheiten können eine serofibrinöse Pleuritis hervorrufen, so die Grippe, der Keuchhusten. Man hat aber keine genaue Statistik, wie häufig nach Pleuritis Lungentuberkulose auftritt; immerhin ist sie nach der Hämoptyse das häufigste Gefahrssignal. Man kann nach einer Pleuritis postpleuritische tuberkulöse Veränderungen an der Lungenspitze finden, an der Basis eine Verwachsung und an der Spitze Kalkeinlagerungen und sogar Kavernen. Oder es entwickeln sich schubweise wenig progressive aber sehr ausgedehnte kortikale Veränderungen. Aus ihnen geht die pleurogene tuberkulöse Pneumonie hervor.

v. Schnitzer.

653.

Zinn, W., und W. Siebert, Ueber die meist gutartige Form des Spontanpneumothorax. (Tub., 52., 3.) Beschreibung von 8 Fällen von gutartig verlaufendem Spontanpneumothorax. Dieser bei vorher anscheinend klinisch Gesunden plötzlich, ohne besondere Gewaltwirkung eintretende Spontanpneumothorax entsteht durch das Platzen von Spitzennarbenblasen. Bei der Dünnwandigkeit dieser Blasen genügen oft geringe Drucksteigerungen in ihnen zur Ruptur. Die Spitzennarbenblasen entwickeln sich durch sekundäre Gewebsveränderungen wohl fast immer auf dem Boden ausgeheilter tuberkulöser Spitzenerde. Daß der Einbruch von Luft in den Thoraxraum aus der offenbar keimarmen oder keimfreien Narbenblase der Spitze erfolgt, erklärt die in der Regel gutartige Prognose im Gegensatz zum sogenannten tuberkulösen Pneumothorax, der den Durchbruch infektiösen Materials aus einer

Kaverne oder eines die Pleura ulzerierenden Oberflächenherdes zur Voraussetzung hat. Da bei dem beschriebenen Spontanpneumothorax außer den genannten ursächlichen Spitzennarbenblasen meist keine weiteren Veränderungen an Lungen und Pleuren vorhanden sind, ist der Pneumothorax überwiegend ein vollständiger. Für die Richtigkeit der angeführten Pathogenese spricht ferner die alte Erfahrung, daß die Spontanpneumothoraxfälle auch im Laufe späterer Jahre weder an Tuberkulose noch an Emphysem erkranken.

Zwerg, Dresden.

654.

Naish, A. E., Die rheumatische Lunge. (Lancet, 215., 5471, 11.) Bei Kindern mit aktiver rheumatischer Herzmuskelentzündung findet man bei sehr genauer Untersuchung mehr oder weniger ausgedehnte Dämpfungszonen in den Rückenpartien der Lungen. Diese Dämpfungszonen treten meistens schleichend auf, ohne Fieber und Dyspnoe. Husten nur zu Beginn und nicht besonders auffallend. In selteneren Fällen tritt die Dämpfung ganz plötzlich auf, wobei sie sich innerhalb von 2 bis 3 Tagen über den größeren Teil eines Lungenlappens ausbreitet, bleibt dann monatelang stationär, um ebenso plötzlich zu verschwinden. Ueber der Dämpfung hört man bronchiales Atmen in allen möglichen Abstufungen bis zur vollkommenen Atelektase. Meistens beginnt die Dämpfung an der linken Basis, wo sie auch am intensivsten ist; bei sorgfältiger Untersuchung jedoch findet man sie auch an anderen Stellen. Weder der allgemeine Krankheitszustand noch die Prognose werden durch die Lungenaffektion besonders ungünstig beeinflusst. Die Verabreichung von Na. salicyl. ruft keine oder nur eine unbedeutende Temperatursteigerung hervor. Bemerkenswert ist der pathologisch-anatomische Charakter der Verdichtung: enorme endotheliale Proliferation, wobei die Zellen ihren Ursprung wahrscheinlich in der Wandung der Alveolarkapillaren haben.

Ashkenasy, Wien.

655.

Gordon, William, Diagnose des Magenkarzinoms. (Brit. med. J., 3547, 1163.) Als ein fast für das Bestehen eines Karzinoms pathognomonisches Zeichen ist eine Veränderung der Herzdämpfung anzusehen, die sonst nur noch bei hochgradiger Unterernährung sowie nach schweren Diarrhöen anzutreffen ist. Es kommt zu einer beträchtlichen Verkleinerung der absoluten Herzdämpfung in Rückenlage, die bisweilen sogar gänzlich verschwinden kann. Natürlich ist das Bestehen eines Emphysems oder einer anderen Lungenerkrankung, die das Herz nach rückwärts verlagern oder mit Lunge überdecken kann, bei der diagnostischen Verwertung dieses Zeichens auszuschließen. Zu dieser Verkleinerung der Herzdämpfung bei Krebskranken tragen verschiedene Faktoren bei. Zunächst wird das Herz an sich beim Karzinom infolge der braunen Atrophie kleiner; außerdem verliert das Herz in gleicher Weise wie die Skelettmuskulatur ihren Tonus, wodurch es leichter nach hinten sinkt. Weiterhin bedingt die auch in Frühfällen schon vorhandene Kreislaufschwäche eine schlechtere Füllung. In gleicher Weise wie die Haut verliert ferner die Lunge ihre Elastizität, so daß infolge eines „falschen Emphysems“ größere Lungenabschnitte als in der Norm sich der Herzfläche auflagern.

Biberfeld.

656.

Diamond, J. S., Neuere Methoden in der Diagnose und Behandlung der Krankheiten der Leber und des Gallentraktes. (Med. J. a. R., 128., Nr. 9, 1928.) Man muß die Leber als ein exkretorisches Organ des Gallenpigments betrachten, das ihr vom Blut zugebracht wird, nicht als alleinigen Produzenten des Pigments. Die Gelbsucht beim hämolytischen Ikterus, der perniziösen Anämie, der paroxysmalen Hämoglobinurie, nach starken hämorrhagischen Extravasationen und Infarkten ist ursprünglich extrahepatisch und durch die Wirkung der anderen retikuloendothelialen Zellen im Körper entstanden. Es gibt gewisse Veränderungen in der Leber, mit mäßigen Funktionsstörungen und einer toxischen Symptomatologie, die lange Zeit unerkant bestehen kann. Bis sie plötzlich in ein chronisches Stadium kommen mit ausgesprochener Pathologie wie die Zirrhosen. Bei solchen Leuten kann ein chirurgischer Eingriff plötzliche Umwälzungen in der Leberfunktion bringen und damit den Tod. Bei 567 Fällen von Leberuntersuchungen hat Diamond 29 Jugendliche gefunden, die als Neurasthenie oder Psychoneurose behandelt wurden und bei denen eine ausgesprochene Leberdysfunktion festgestellt wurde, ein latenter Ikterus. Bei manchen konnte eine Diätindiskretion (Konserven) als Ursache festgestellt werden. Hier hat es sich sicher um eine toxische Hepatitis durch putrefaktive Proteinsubstanzen gehandelt, die nur mit modernen Methoden bewiesen werden könnte. Bei wie vielen dieser hat sich daraus ein chronischer Zustand entwickelt? Also auch zur Verhütung sind solche Untersuchungen von Wert. Auch bei Migränesfällen des kephalischen und abdominalen Typs konnte eine Leberstörung nachgewiesen werden. Solche Fälle sind aller-

gische Manifestationen infolge Unfähigkeit einer defizienten Leberzelle, animale Proteine umzusetzen und Aminokörper zu entgiften. Manchmal sind diese abdominalen Symptome der Migräne fälschlich als Gallenblasenstörungen aufgefaßt worden. Statt einer wertlosen Operation war hier Enthaltbarkeit von animalen Proteinen, Veränderung der intestinalen Flora, Entfernung der intestinalen Toxämie am Platze.

Ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist die van den Berghsche Serumreaktion auf Bilirubin: sie läßt einen latenten Ikterus, lange ehe er sich sonst zeigt, erkennen. Man findet ihn bei akuter Cholezystitis und kurz nach Gallensteinkoliken; bei chronischer Cholelithiasis findet man keine Vermehrung des Pigments. Auch etwaige Fortschritte, z. B. bei vollständiger mechanischer Blockade des Ductus communis lassen sich so erkennen. Die Urobilinprobe im Urin: bei obstruktivem Ikterus mit vollständiger Blockade, z. B. beim Krebs des Pankreaskopfes, findet man nie Urobilinogen im Urin, weil keines in den Darmkanal tritt. Andererseits findet man viel Urobilinogen im Harn beim katarrhalischen Ikterus oder bei toxischen Formen, weil hier immer Galle in den Darm kommt. Wenn die Leberzelle das Urobilinogen nicht mehr ausnützen kann, so kommt es in die Zirkulation und von dort in die Nieren. Die Blockade bei einem Stein ist selten vollständig: also auch hier positiv.

Die Phenoltetrachlorphthalein- oder Bromsulphaleinprobe beruht auf der Fähigkeit der Leber, aus dem Kreislauf diese Stoffe durch die Galle zu eliminieren und die Schnelligkeit dessen ist ein Index für die Leberfunktion. Intravenös injiziert zu 5 bzw. 2 mg pro kg Körpergewicht — das letztere ist weniger toxisch —, wird das Blut nach $\frac{1}{2}$ —1 Stunde untersucht; bei obstruktiver Gelbsucht infolge Blockade durch Stein usw. erreicht die Retention hohe Grade: sie ist aber hier rein mechanisch. Bei Leberzirrhose — 20–40 Prozent — ist dies die schärfste Probe. Die Gallenblase ist lediglich ein Ueberflußrezeptakulum, gleichsam ein Divertikel des Ductus communis ohne kontraktiles Vermögen, sich füllend, wenn der intradukale Druck höher steigt, passiv sich entleerend, wenn er sinkt. Durch Graham weiß man, daß die Blase sich leert durch Anwendung von Olivenöl, durch eine fette Mahlzeit, und daß andere Nahrungsreize die Blase gar nicht beeinflussen. Außer der mechanischen Wirkung der Stasis spielen bei der Bildung der Gallensteine noch eine Störung des Cholesterinstoffwechsels und die Infektion eine wichtige Rolle. Ein Schlag, Fall, der Druck des Korsetts auf die Gallenblasengegend erleichtern die Bakterieninvasion, ebenso Infektionen, Tonsillitis, Puerperalfieber, akuter Gelenkrheumatismus, Gastroenteritis, Typhus, Paratyphus. Und zwar sind es meist Streptokokken. Klinisch sind die digestiven Störungen im Intervall und die Anfälle wichtig. In der Anamnese genügen oft Schmerzen in der rechten Schulter, im rechten Hypochondrium anfallsweise, um eine positive Diagnose zu stellen. Oft gleichen die Erscheinungen auch denen eines Duodenalulkus. Oft ist Kardiospasmus im mittleren Alter, Aufstoßen das einzige Symptom. Selten kommt der Schmerz auch im linken Hypochondrium vor. Wichtig sind die Head'schen Zonen. Auch Angina pectoris und besonders Koronararthrose kommen in Frage differentialdiagnostisch (Temperatursteigerung, leichte Leukozytose, Empfindlichkeit des Leberlandes). Ebenso die gastrischen Krisen. Wenig Aufmerksamkeit ist bisher der Cholesterinämie in der Schwangerschaft und Laktation geschenkt worden. Am besten ist Vorbeugung, Erkennung aller Infektionsherde, keine Ueberfüllung des Magens und der Därme. Zwei- bis dreimal täglich Entleerung der Blase; bei Fetten am besten ein Eßlöffel Olivenöl vor der Mahlzeit.

v. Schnizer.

657.

Kubierschky, Heinz, Ueber Untersuchungen des operativ gewonnenen Gallenblaseninhaltes. Ein Beitrag zur diagnostischen Bewertung der Duodenalsondierung. (Med. Klin., 51., 1928.) Die Blasengalle Gesunder ist in der Regel dunkel, zäh, fadenziehend. Sie enthält mikroskopisch, abgesehen von häufiger beobachteten „kristallähnlichen Schollen“, meist nichts, vor allem keine Leukozyten: Cholesterinkristalle in kleinen Mengen, Epithellen und Detritus kamen nur in je einem Falle vor. Leukozyten in der Blasengalle sind immer ein pathologisches Zeichen. Es gibt jedoch auch sicher entzündliche, zum Teil schwer erkrankte Gallenblasen, in deren Inhalt keine Leukozyten gefunden werden. Der Befund von Epithelzellen ist bei operativ gewonnener Blasen-galle nicht beweisend (Operationstrauma); nach den Erfahrungen bei Duodenalsondierungen soll aber reichlicher Epithelzellenbefund verdächtig sein. Detritus fand der Verfasser mit Ausnahme eines Normalfalles nur in kranken Gallenblasen; in den meisten Fällen handelte es sich vorwiegend um Zellreste. In sämtlichen Pericholezystitisfällen war der Befund der Gallenblase normal. Eine etwa erhaltene „Reflexportion“ hätte also den Verdacht nicht auf die Gallenblase gelenkt. In mehreren sicher kranken Gallenblasen wurde hell gefärbte Galle gefunden. Bei Fällen also, in denen auf

MgSO₄ u. a. kein Reflex beobachtet wird, ist neben Choledochus- und Zystikusverschluß und anderen, den Eintritt des Reflexes ver-hindernden Momenten daran zu denken, daß sich die Gallenblase zwar reflektorisch entleert haben kann, daß sie aber keine Bestandteile enthält (Farbe), die ihren Inhalt als „Blasengalle“ gegen-über dem Duodenalsaft charakterisiert („konzentrationschwache Gallenblasen“).

L. Gordon, Berlin.

658.

Gubergritz, M. M., Ueber die funktionelle Diagnostik der Pankreaserkrankungen. (Med. Klin., 52, 1928.) Wenn man Personen mit vollkommen gesundem Pankreas auf eine isolierte Diät (Kohlehydrate, Fette, Eiweiß) für zwei Wochen bis einen Monat setzt, so paßt sich das Pankreas allmählich an die Diät an; es beginnt, in größerer Menge diejenigen Fermente abzusondern, die notwendig sind, und vermindert die Produktion derjenigen, deren es momentan nicht bedarf. Diese Anpassung bildet sich erst im Laufe einer längeren oder kürzeren Zeitdauer aus. Auf diese Weise läßt sich durch Veränderung der Diät in physiologischen Grenzen, auf einem den normalen Verhältnissen entsprechenden Wege ein Dyspankreatismus erzielen. Die entsprechende Regulierung der Pankreasfunktion wird durch das vegetative System besorgt. Von großer praktischer Wichtigkeit ist die Tatsache, daß sich bei Erkrankungen des Pankreas ein Fehlen des Anpassungsvermögens der Drüse an eine einseitige Kost feststellen läßt. Die Störung des Anpassungsvermögens offenbart sich, indem bei isolierter Kost das entsprechende Ferment nicht in größerer, sondern in derselben, manchmal auch in verminderter Quantität gebildet wird. Das Fehlen des Anpassungsvermögens kann dabei von verschiedener Natur sein: es kann eine Produktionsstörung aller drei Fermente im gleichen Maße oder eine isolierte Verminderung des Anpassungsvermögens gegenüber dem einen oder dem anderen Stoffe vorliegen. Eine auf Grund dieser Beobachtungen aufgebaute Funktionsprüfung des Pankreas ist außerordentlich empfindlich, denn sie gibt ein positives Resultat auch bei den Kranken, bei denen im Blute noch keine Steigerung der atoxyl-resistenten Lipase nachgewiesen werden kann. Der Nachteil der Methode besteht in ihrer Langwierigkeit.

L. Gordon, Berlin.

659.

Jones, D. F., Beziehungen zwischen Gallenblasenerkrankungen und Pankreatitis. (New England J. Med., 199., Nr. 15, 1928.) Es gibt zwei Formen von Pankreatitis, einmal die dramatische akute hämorrhagische: wie der Blitz aus heiterem Himmel plötzliche Leibschmerzen und Schock im Mißverhältnis dazu und zum Befunde; hier geht ein destruktiver Prozeß mit Infiltration des interstitiellen Gewebes vom Parenchym aus; Gallenblasenerkrankungen können vorhanden sein oder nicht. Oder nach häufigen Anfällen von Koliken oder Cholezystitis findet man ein verdicktes hartes Pankreas, meist im Kopf; eine Cholezystotomie oder Ektomie bringt völlige Besserung; keine Veränderung des interstitiellen Gewebes, keine Nekrose. Zur Erklärung gibt es zwei Theorien: die Retrofektion von Galle in den Ductus pancreaticus und die Infektion des Pankreas von der Gallenblase aus durch die Lymphgefäße. Beide Theorien sind noch nicht klar bewiesen. Die zweite Theorie ist experimentell nicht gestützt, und außerdem gibt es Fälle, die außerhalb des Rahmens beider fallen. Klar ist es aber, daß Nekrose nur entstehen kann durch aktiviertes proteolytisches Enzym der Pankreassekretion. Und das mächtigste Aktivierungsmittel ist der Duodenalinhalt, der ins Pankreas dringt. Die Klärung dieser Fragen ist hauptsächlich von prophylaktischer und therapeutischer Bedeutung; zumal, da heutzutage die Fälle von chronischer Cholezystitis ohne wesentliche Symptome, namentlich durch die Röntgendiagnose, erheblich zugenommen haben. Der letzte Standpunkt ist der, Gallensteine mit der Gallenblase zu entfernen, wenn keine Kontraindikationen bestehen. Aber es liegt kein Beweis vor dafür, daß Fälle von sog. chronischer Cholezystitis ohne grobe Pathologie und von Cholesteralgallenblasen irgendeine ursächliche Beziehung zur akuten hämorrhagischen Pankreatitis haben; jedenfalls können sie nicht nur entfernt werden, um eine akute Pankreatitis zu verhüten.

v. Schnizer.

660.

Einhorn, Ueber leichte Formen von Pankreatitis. (Arch. Verdgskrh., 44., Nr. 5–6.) Leichte Formen von Pankreatitis kommen häufig vor. Sie sind aus Anamnese und Fermentbestimmungen zu diagnostizieren und brauchen kein schweres Krankheitsbild zu machen. Man soll aber an diese Diagnose denken, auch wenn sie nicht gleich mit Sicherheit zu stellen ist.

Fiegl, Berlin.

661.

Singer, Gustav, Diabetes und Gallensteinkrankheit. (Med. Klin., 48, 1928.) Sowohl Erkrankungen des Leberparenchyms

als ganz besonders die entzündliche und die Steinkrankheit der Gallenwege können in bestimmter Form an dem Zustandekommen des Diabetes beteiligt sein. Das Syndrom kann auf zwei Wegen zustande kommen: Entweder die primäre Erkrankung sitzt in der Leber und den Gallenwegen und führt sekundär zur Erkrankung des Pankreas, oder ein zunächst in der Bauchspeicheldrüse lokalisierter Prozeß bedingt ein Miterkranken der Gallenwege und der Leber. Die Veränderungen des Pankreas im Verlaufe einer Cholezystopathie sind oft nur minimal und unmerklich. Sie können sich schleichend entwickeln und latent bleiben, bis später ein charakteristischer Umschwung im Krankheitsverlaufe zeigt, daß seit Jahren schon die Bauchspeicheldrüse in den primären entzündlichen Prozeß an den Gallenwegen einbezogen war. Der Grund dafür, warum Pankreaserkrankungen geringeren Grades der Erkenntnis entgehen, liegt in der Unzulänglichkeit unserer Untersuchungsmethoden. Der Zusammenhang zwischen primären Erkrankungen der Leber und der Gallenwege sowie des Pankreas wird auch durch das nicht seltene Auftreten von Diabetes im Verlaufe oder Anschluß an eine Cholezystopathie bewiesen. Gestützt wird dieser Zusammenhang weiter durch die häufige Provokation latenter, unbekannter Cholezystopathien bei der Proteinkörperbehandlung des Diabetes. Es wird dadurch bewiesen, daß in der Reihe der Diabetiker latente Gallensteinträger nicht selten sein dürften.

L. Gordon, Berlin.

662.

Maddock, S. J., und H. C. Trimble, **Langdauernde Insulin-Hypoglykämie ohne Symptome.** (J. Am. Med. Assoc., 91, Nr. 9, 1928.) Blutzuckerbestimmungen, die die Verfasser bei vier Diabetikern (Alter: 6, 17, 22, 27 Jahre) und bei zwei pankreaslosen Hunden im Laufe von 24 Stunden wiederholt (in ein- bis dreistündigen Intervallen) vornahmen, ergaben, daß Blutzuckerwerte von 50 mg (und weniger) pro 100 cm mehrere (1–6) Stunden hindurch bestehen können, ohne entsprechende hypoglykämische Erscheinungen auszulösen. Verft. glauben, daß solche symptomlos verlaufende hypoglykämische Perioden ein ziemlich häufiges Vorkommnis bei insulinbehandelten Diabetikern darstellen und für die Unstimmigkeiten und Schwierigkeiten der Insulindosierung in manchen Fällen verantwortlich zu machen sein dürften.

L. Büchler

663.

Kaufmann, E., **Chronische Synthalinschäden.** (Med. Klin., 50, 1928.) Beschreibung eines tödlich verlaufenden Falles chronischer Synthalinerschädigung im Anschluß an einen $\frac{3}{4}$ Jahre fortgesetzten Synthalingebrauch von täglich nur 10 mg und Aussetzen an jedem dritten Tage. Klinisch war der Fall ausgezeichnet durch Dösigkeit, Schläfrigkeit und unbestimmte Leibes Schmerzen, dabei Uebelkeit und Brechreiz, starke Appetitlosigkeit und Nahrungsverweigerung. Zwei Tage nach diesen Prodromalsymptomen traten plötzlich heftige diffuse Schmerzen im ganzen Leib, quälender Brechreiz ohne Erbrechen, Frösteln und Durchfall auf. Das Krankheitsbild besserte sich anfangs auf kleine Insulindosen, führte aber schließlich nach vier Wochen zum Exitus.

L. Gordon, Berlin.

664.

Cassano, C., **Ueber Fettstoffwechsel bei Diabetes mellitus.** (Arch. Pat. e Clin. Med., Vol. VIII, H. 1, Jan. 1929.) Beim Diabetes sind Störungen des Fettstoffwechsels nur teilweise vorhanden; sie sind sekundär und stehen im direkten Abhängigkeitsverhältnis von den Störungen des Kohlehydratstoffwechsels.

Die Störung des Fettstoffwechsels kommt dadurch zustande, daß die sekretorische Tätigkeit, welche die Gewebs-Lipodiarrese regelt, herabgesetzt ist. Die Azidose, die sich aus der Anhäufung toxischer Produkte herleitet, vermehrt in ganz spezifischer Weise primäre und sekundäre Störungen.

Die Wirkung des Insulin ist eine doppelte: 1. durch Verbesserung der Fähigkeit, Kohlehydrate auszunutzen, macht es den Fettstoffwechsel weniger aktiv; 2. durch seine Wirkung auf die Bauchspeicheldrüse als spezifisches Stimulans kann es die Sekretion, welche die Lipodiarrese regelt, wieder zu normaler Tätigkeit anheben.

Fettsäuren, Cholesterinester und in diesem Falle auch freies Cholesterin sind im Blute vermehrt.

Held.

665.

Lax, H., **Praktische Bedeutung der Nierenfunktionsprüfungen.** (Med. Welt, 48, 1928.) Von praktischer Bedeutung ist nur die Konzentrations- und die Verdünnungsprobe. Die Verdünnungsprobe soll stets bei liegenden Patienten vorgenommen werden, da man sonst bei Vitium cordis und bei Myodegeneratio falsche Werte erhält. Die Konzentrations- und Verdünnungsprobe ist an verschiedenen Tagen vorzunehmen. Die Konzentrationsprobe soll der Verdünnungsprobe stets vorangehen; geht die Verdünnungsprobe der

Konzentrationsprobe voran, so kann das verzögert ausgeschiedene Wasser der Verdünnungsprobe den Urin verdünnen. Eine schlechte Konzentration hat eine größere Beweiskraft für Niereninsuffizienz als eine schlechte Verdünnung, weil bei letzterer auch im Falle sicher festgestellter Nephritis nie mit voller Sicherheit extrarenale Faktoren ausgeschlossen werden können. Wie Untersuchungen des Verfassers beweisen, kann die Sekretionsarbeit der Niere durch systematische Belastung, d. h. durch eine Art Uebung wesentlich erhöht werden. Dies gilt auch für die Niereninsuffizienz, bei der das gesund gebliebene Nierenparenchym anscheinend auch ohnehin mit maximaler Leistung arbeitet. Auf Grund dieser Erkenntnis empfiehlt Verfasser, in Analogie zur modernen Herztherapie (Terrainkuren), das Nierentraining. Dieses müßte in der Zwischenschaltung von salz-, eiweiß- und wasserreicheren Tagen zwischen den Phasen der Diätruhe bestehen. In der akuten Phase der Erkrankung muß natürlich auch weiterhin nach den Grundsätzen der absoluten Schonung vorgegangen werden. Der Rest-N-Gehalt des Blutes ist nicht ein Maß der Retention. Die Erhöhung des Rest-N pflegt verhältnismäßig spät, im vorgeschrittenen Stadium der Niereninsuffizienz aufzutreten, also zu einem Zeitpunkt, in dem bereits andere klinische Symptome die nahende Urämie mit Sicherheit erkennen lassen. Daraus folgt für die Praxis, daß man von der systematischen Bestimmung des Rest-N absehen kann.

L. Gordon, Berlin.

666.

Letheby Tidy, H., **Akute hämorrhagische Nephritis.** (Brit. med. J., 3545, 1077.) Von der akuten Glomerulonephritis muß auf Grund der Symptomatologie und der Prognose die akute hämorrhagische Nephritis abgegrenzt werden, die nicht selten als „essentielle Hämaturie“ bezeichnet wird. Diese Nierenaffektion gelangt zumeist bei Kindern und bei Erwachsenen vor dem 30. Lebensjahr zur Beobachtung. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle läßt sich — besonders bei Kindern — ein Zusammenhang der Erkrankung mit akuten Affektionen des Rachens oder der Halsdrüsen (Drüsenfieber) nachweisen. Die Scharlachinfektion spielt in der Aetiologie dieser Nierenerkrankung keine Rolle. Verschiedentlich ist eine hereditäre und familiäre Form beschrieben.

Charakteristisch für diese Erkrankung ist der plötzliche Abgang einer größeren Menge Blutes mit dem Urin, dessen Eiweißgehalt der Blutmenge entspricht. Zylinder und Leukozyten finden sich im Sediment nur vereinzelt und vorübergehend. Ungewöhnlich ist eine Oligurie bei Beginn der Krankheit, die plötzlich einer Polyurie weicht, bei der ein fast von Blut freier Urin, entleert wird. Bei der bakteriologischen Untersuchung erweist sich der Harn gewöhnlich als steril, wenn auch die Infektion im Rachenraum noch akut ist. Zumeist jedoch tritt das Blutharnen ein bis zwei Wochen nach dem Verschwinden der Angina oder der Lymphadenitis cervicalis in Erscheinung. Von Allgemeinsymptomen ist fast stets nur Mattigkeit vorhanden. Von den klassischen Zeichen der akuten Glomerulonephritis fehlen Oedeme (nur selten leichte Schwellung der Lider mit Blässe) und Blutdrucksteigerung, so daß die Diagnose kaum Schwierigkeiten bereiten kann. Typisch ist fernerhin der weitere Verlauf. Bei fast allen Fällen klingt die Hämaturie in 3–4 Tagen ab, und im Urin ist nur noch Eiweiß in Spuren sowie eine geringe Zahl von Erythrozyten nachzuweisen. In einigen Fällen bleibt die Hämaturie noch mehrere Wochen bestehen, um dann nahezu immer nach Tonsillektomie zu verschwinden. Nur äußerst selten zeigt sich die Hämaturie monatelang. Bei der Nachuntersuchung der Erkrankten nach mehreren Jahren ergibt sich, daß etwa die Hälfte klinisch völlig gesund erscheint und daß im Urin keine pathologischen Bestandteile anzu treffen sind. In der überwiegenden Mehrheit der restlichen Fälle finden sich zwar Eiweiß und rote Blutkörper im Harn, jedoch läßt das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig, und es fehlen jegliche Zeichen für das Bestehen einer entzündlichen Nierenerkrankung. Bei einigen dieser Kranken hat sich die Hämaturie in der Zwischenzeit wiederholt, ohne daß eine Schädigung des Allgemeinzustandes ausgelöst wurde. Nur in weniger als 5 Prozent der Fälle finden sich Anzeichen für die allmähliche Entwicklung einer Niereninsuffizienz mit Hypertonie und Neigung zur Stickstoffretention. Diese Fälle mit ungünstiger Prognose sind gewöhnlich schon bei Krankheitsbeginn daran zu erkennen, daß keine Erholung eintritt und daß der Urin stets pathologische Bestandteile enthält. Mit Hilfe der Nierenfunktionsprüfungen läßt sich schon relativ früh eine gewisse Insuffizienz erkennen, die im Laufe der Jahre allmählich fortschreitet. Klinisch entspricht das Endstadium dem der Schrumpfnieren.

Pathologisch-anatomisch erscheint das Krankheitsbild nicht einheitlich. Wahrscheinlich sind mehrere Gruppen mit verschiedener Aetiologie zu unterscheiden. Im allgemeinen steht die Erkrankung zwischen Nephritis und hämorrhagischer Diathese. Nur selten ist naturgemäß Gelegenheit geboten, die Nieren in Frühfällen zu untersuchen. Es finden sich im akuten Stadium entzünd-

liche Veränderungen an den Kapillarschlingen einiger Glomeruli und vereinzelte Rundzellenherde im interstitiellen Gewebe. Ähnliche Veränderungen sind mit Regelmäßigkeit bei der Endokarditis lenta nachweisbar (embolische Herdnephritis), ohne daß die Ansiedlung von Bakterien in den Glomeruli bei der akuten hämorrhagischen Nephritis ätiologisch von Bedeutung sein könnte. Es läßt sich nicht entscheiden, ob die der Nierenaffektion zugrunde liegende infektiöse Erkrankung (neben Angina auch infektiöse Monozytose) zu Entzündungsvorgängen in den Nieren führt oder nur die Durchlässigkeit der Kapillaren erhöht. Für eine ausgedehnte Gefäßschädigung spricht das häufige Vorkommen von Epistaxis im akuten Stadium. Bemerkenswerterweise ist verschiedentlich das gehäufte Auftreten der Nierenaffektion im Anschluß an eine Anginaepidemie beobachtet worden.

Biberfeld.

667.

Cope, C. L., Der osmotische Druck des Blutstickstoffs bei Nephritis. (Quart. J. Med., Nr. 85, 1928.) Der normale osmotische Druck beträgt 30–32 cm Wasser. Bei Allgemeinerkrankungen schwankt dieser Druck zwischen 20–45 cm. Bei nichtödematöser Nephritis ist er nicht herabgesetzt, in geringem Maße nur unmittelbar vor dem Tode. Er kann indessen höher als normal sein, obwohl dieser Anstieg keineswegs mit einem erhöhten Blutdruck zusammenfallen muß.

Bei Nephritis mit Oedem fällt der osmotische Druck des Blutstickstoffs, kehrt aber mit dem Verschwinden des Oedems zur Norm zurück. Bei versagender Herzkraft kann der Druck unvermindert sein, auch bei bestehendem Oedem, kann aber auch herabgesetzt sein, ohne daß sich ein Oedem nachweisen läßt.

Held.

668.

Loeper, Lemaire, Ravier, Die Wirkung des Insulin bei Nierenkranken. (Progrès méd., Nr. 44, 1928.) Intravenös eingeführtes Insulin wird z. T. durch die Nieren eliminiert, aber schlecht bei undurchgängigen Nieren. Der normale Harn enthält Insulin. Der Harn des Nephritikers enthält wenig oder keinen. Die Retention injizierten Insulins beim Nephritiker vermehrt den hypoglykämisierenden Einfluß. Die Retention des autochtonen Insulins — im normalen Blut enthalten, aber schwer nachweisbar — würde sehr wahrscheinlich beim Nephritiker eine Hypoglykämie verursachen, wenn sich der Organismus nicht an die Insulinwirkung gewöhnte, wenn das Insulin gar nicht im Gegensatz stünde zu anderen gleichzeitigen Retentionen antagonistischer Substanzen. Man muß also bei Nephritikern die Durchgängigkeit der Nieren prüfen und sich hüten vor starken und wiederholten Injektionen. Die Frage hat aber auch ein biologisches Interesse, weil die Retention endokriner Substanzen bei Nephritikern beträchtlich ist: es gibt Hyperkriniker durch Nierenretention.

v. Schnizer.

669.

Brandeis, Arnold, Orthotische Albuminurie bei Sportausübenden. (Münch. med. Wschr., 50, 2132.) Die Pathogenese der orthotischen Albuminurie ist nicht einheitlich und die Wirkung der einzelnen Faktoren (spontane Lordose, Wechsel der Körperstellung, neurotische Konstitution) ist bei den verschiedenen Individuen schwer zu beurteilen. Bei der rein funktionellen Form mit intaktem allgemeinen Kreislauf ist das Verbot einer sorgfältig überwachten Sportausübung nicht zu rechtfertigen. Die planmäßige Körperschulung, wie sie regelmäßige leichtathletische Übungen (Beginn mit ruhigem Laufen über 200–300 m, Sprung- und Wurfübungen, Arbeit an der Sprossenwand) und der Skilauf zur Folge haben, scheint sogar die Eiweißausscheidung günstig zu beeinflussen. In welcher Weise die sportliche Betätigung die Albuminurie zum Verschwinden bringt, ist noch ungeklärt. Auffallend erscheint die Tatsache, daß die orthotische oder orthotisch gewesene Niere keineswegs zur Arbeitsalbuminurie prädisponiert, die nach größeren körperlichen Anstrengungen (Wettläufen, Ringkämpfen) bei vielen Menschen zur Beobachtung gelangt. Bei Orthotikern mit anderen Zeichen der Konstitutionsschwäche (Lymphatismus, Asthenie) erfordert das Körpertraining besondere Ruheintervalle.

Biberfeld.

670.

Clarke, J. Tertius, Die geographische und klimatische Verteilung des rheumatischen Fiebers. (Med. J. A. R., 128., Nr. 9, 1928.) In den Tropen gibt es keinen akuten Gelenkrheumatismus, keine Chorea, keine Mitralklappenstenose dadurch. Wird die Diagnose doch einmal gestellt, so liegt sicherlich ein Irrtum vor. Der heißeste Monat in England ist 9 Grad kälter als die kälteste Nacht in Malaga und 19 Grad kälter als das Jahresmittel dieses Landes.

Der Rattenfloh, *Ceratophyllus fasciatus*, ist der Träger der Krankheit und die braune Ratte ist ihr konstanter Faktor. Man findet die Ratte in schlecht gebauten, niedrig am Wasser liegenden

Häusern, schlecht gepflegt, feucht. Dies sind auch die Bedingungen für den Rheumatismus articuloire. In trockenen, gut gebauten und gehaltenen Häusern findet man keine Ratten, auch kein rheumatisches Fieber. Also hat Rheumatismus und die Ratte mit ihren Flöhen dieselben Umgebungsbedingungen. Der Zusammenhang zwischen Mandelaffektionen und rheumatischem Fieber beruht lediglich auf einer gemeinsamen Ursache, den ungesunden Verhältnissen; aber wenn man auch bis jetzt angenommen hat, daß die Mandel die Eingangspforte sei: Tonsillitis ist eine der häufigsten Erkrankungen in öffentlichen Schulen, in denen rheumatisches Fieber fast unbekannt ist. Die Gewohnheiten der Ratte und die biologischen Verhältnisse ihres Flohes erklären das Vorkommen der Krankheit im letzten Teil des Jahres; der Floh ist am zahlreichsten im späten Sommer und frühen Herbst und der Höhepunkt der Krankheit ist wenige Wochen danach. Da nun die Ratte einen Teil ihrer Flöhe bei ihrer jährlichen Wanderung aufs Land in der Stadt zurückläßt und in der Stadt einen Floh erwirbt, der den Menschen nicht beißt, so ist es klar, warum in den ländlichen Bezirken von Cambridge und Huntingdon die Krankheit viel seltener ist als in den Industriebezirken von Nordwestengland. So erklärt sich auch die Seltenheit des juvenilen Rheumatismus in Holland: die dortige Heizungsart produziert trockene Hitze, die dem Floh und seinen Larven schädlich ist; er braucht niedere Temperatur und hohe Feuchtigkeit. Und mit diesen Unterschieden von Temperatur und Feuchtigkeit hängt das Vorkommen bzw. Nichtvorkommen des rheumatischen Fiebers zusammen. Im gemäßigten Klima sind die meisten Fälle im Herbst, die wenigsten im Frühjahr: das Maximum der Krankheit liegt im Oktober und November.

v. Schnizer.

671.

Kahlmeter, G., Senkung der roten Blutkörperchen bei verschiedenen rheumatischen Zuständen. (Med. J. and R., 128., Nr. 9, 1928.) Die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen ist abhängig von dem Prozentsatz der Globuline und des Fibrinogens, wahrscheinlich auch der Lipide im Blut. Sie ist also beschleunigt bei allen Prozessen bei denen das Protein im Körper verändert ist, also bei infektiösen Fiebern, bei der exsudativen Lungentuberkulose, Pleuritis, Erythema nodosum, akuter und chronischer Arthritis, nicht rein degenerativer Natur, bei akuter Gicht, bei malignen Tumoren, nephritischen Zuständen, in der Schwangerschaft. Diagnostisch ist sie natürlich nicht spezifisch für irgendeine Krankheit, sie sagt nur das unter Umständen eine solche mit vermehrter Geschwindigkeit fehlt, wenn nicht gleichzeitig eine solche vorliegt. Wenn also bei einem Ulcus eine vermehrte Senkungsreaktion vorliegt, so ist entweder die Diagnose nicht richtig oder es liegt gleichzeitig eine andere Komplikation vor mit vermehrter Senkung. Auch prognostisch und therapeutisch hat sie Bedeutung, aber hier nur bei Serienuntersuchungen: sie ist in dieser Hinsicht vielleicht der Temperatur zu vergleichen, nur ist sie etwas sensibler. Die beste Methode ist die nach Westergreen, die für gesunde Männer nach 1 Stunde 1–7 mm, für gesunde Frauen 1–11 mm ergibt. Der akute Gelenkrheumatismus gibt hohe Werte, nach 1 Stunde 100 bis 120 mm. In manchen Fällen fällt die Kurve steil ab, in manchen langsam, aber sie erreicht die Norm erst, wenn lange keine Fiebersteigerung mehr bestand und die Kranken frei von Erscheinungen sind. Man hat also durch diese Reaktion eine größere Möglichkeit der Heilung als durch andere Reaktionen. Jedenfalls zeigt eine abnorme Senkungsreaktion an, daß der Prozeß noch nicht beendet ist. Bei Rückfällen steigt auch die Reaktion wieder. Sie gibt auch hinsichtlich der physikalischen Therapie wichtige Fingerzeige. Dasselbe gilt von den subakuten Fällen. Bei den chronischen Fällen mit multiplen Erscheinungen findet man gewöhnlich Werte von 40–50. Bei der degenerativen Arthritis, Osteoarthritis, einschließlich des Malum coxae senilis findet man gewöhnlich normale Werte: hier fehlt in der Ätiologie die Infektion. Auch bei den anderen Formen des Rheumatismus. Fibrositis, Myalgie, Ischias Neuralgie sind normale Werte nicht über 15 die Regel. Chronische Fälle von gichtischer Arthritis zeigen gewöhnlich 20–30. Man muß aber dabei bedenken, daß die akute Gicht nicht ein Ausdruck infektiöser entzündlicher Prozesse ist: hier besteht ein Parallelismus zwischen Sedimentierungsreaktion und dem Harnsäuregehalt des Blutes. Vielleicht ist hier die Harnsäure selbst oder irgendeine Lipidsubstanz die Schuld.

v. Schnizer.

672.

Lindstedt, Folke, Zur Kenntnis der Natur der muskell rheumatischen (myalgischen) Schmerzsymptome. (Svensk. Läkars Handlingar, 54., Heft 4, 1928.) Nach Lindstedts Auffassung sind die meisten Myalgien oder Muskelrheumatismen Schmerzsymptombilder von verschiedenen Schäden, die sich sammeln und mehr oder weniger neuralgischer Natur sind. Die lokalisierten ursächlichen Momente hängen in vielen Fällen mit muskulären Ueberanstrengungen und Ermüdungen zusammen. Es liegt also eine neuralgische

Anlage vor, zu der Arbeitsschaden und Ermüdung, wie Ueberanstrengung der Muskeln hinzutreten. Die muskulären rheumatischen Schmerzsymptome sind ein Sammelbegriff für diese Zustände; sie sind nie für sich allein ein getrennter Krankheitsbegriff. Sie lokalisieren sich oft auf den disponierten, überanstrengten Muskelteil. Mitunter wandern die Myalgien durch ihre neuralgische Natur, zu der das Muskelsystem bei diesen Menschen disponiert ist. Dabei kann der gesamte psychische und neurotische Zustand des Menschen eine Rolle spielen, auch Infektionen können zu multilokulären Myalgien führen. S. Kalischer.

673.

Stockman, R., Die Ursachen der Fibrositis und Pannikulitis. (Med. J. a. R., 128., Nr. 9, 1928.) Fibrositis und Pannikulitis beruhen auf einer regionären geringen Entzündung chronischer Natur des weißen fibrösen Gewebes im lokomotorischen System und subkutanen Fett (Muskeln, Faszien, Panniculus adiposus, Periost, Aponeurosen, einschließlich ihrer kleinen Blutgefäße und Nerven). Die klinischen Symptome und die Anamnese fällt ganz verschieden aus, je nach Art und Zahl der pathogenen Keime, nach der lokalen oder allgemeinen Invasion des Organismus. Die Bildung neuen Bindegewebes ist Folge bakterieller und chemischer Reize und in diesen Fällen nicht wesentlich verschieden von den schmerzhaften Adhäsionen bei infizierten Wunden, von den Verhältnissen bei einer Pleuraverdickung oder einer Leberzirrhose usw. Das Reizende beim chronischen Muskelrheumatismus ist ein Bakterientoxin, das entweder am Sitz der Affektion entstanden oder auf dem Blutwege weiter hergeführt wurde. Zunächst kommt es zu einer lokalen Serumexsudation und zur Proliferation von Fibroblasten; es kommt nicht zu einer Leukozytenansammlung und deshalb auch nicht zu Eiterbildung. Zu der Zeit können die kleinen Schwellungen noch leicht spontan oder durch Massage verschwinden; bleiben sie aber bestehen, so wird das Gewebe dichter, die kleinen Blutgefäße werden zahlreicher und in ihren Wandungen dicker, ebenso wie die fibrösen Scheiden der Nervenfasern. Mit der Zeit, wenn noch Druck darauf liegt, kommt es zu einem harten dichten und dicken Gewebe, wie z. B. an der großen Zehe. Bei diesen schmerzhaften fibrösen Verdickungen sind nun nicht ohne weiteres Mikroben als Ursache nötig; starke Quetschungen, Verstauchungen, Musklzerreißen können dasselbe bewirken. Solche fibrösen Stellen können lokal am Hals, in der Lendengegend oder weit verbreitet vorkommen, z. B. diffus über der Lendenaponeurose, oft als erbsengroße Massen fühlbar. Die häufigsten Ursachen sind akuter Rheumatismus, Influenza, gonorrhoeische Septikämie, Tonsillitis. Auf diesen lokalen Entzündungen beruhen die Muskel- und Knochenschmerzen bei Influenza: Infiltrationen. Muköse Kolitis, chronische Koliinfektion der Blase kommen ätiologisch gleichfalls in Frage. Auch das Grabenieber hatte solche Erscheinungen zur Folge. Ferner Berufe, bei denen leichte Traumen durch Muskelüberanstrengung vorkommen, Athleten, gewisse Arbeiter; gewöhnlich werden die Erscheinungen erst im vorgeschrittenen Alter gefühlt. Kälte und Nässe jedoch spielen mehr eine sekundäre Rolle: sie exazerbieren die schon vorhandenen Veränderungen, die auch gegen Veränderungen des barometrischen Drucks, kalte schneidende Winde und andere atmosphärische Einflüsse sehr empfindlich sind: Kongestion der verdickten kleinen Gefäße, Serumexsudat, keine Resorption, rheumatische Schmerzen, Steifheit usw. Dadurch macht auch die Proliferation des Gewebes größere Fortschritte. Auch chronische intestinale Indigestion hat einen Einfluß auf diese fibrösen Veränderungen, ebenso ungewöhnliche Muskelanstrengung. Akuter Rheumatismus und Mandelinfektion können schon sehr früh dazu führen, und hier pflegen die Erscheinungen später zuzunehmen und werden chronisch; die Infektion kann sich aber auch tot laufen und dann bleiben nur die Verdickungen zurück. v. Schnizer.

674.

Ramond, F., C. Laquelin, Zizine, Die Behandlung der schmerzhaften rechten Flanke. (Progrès méd., Nr. 44, 1928.) Man findet den rechten Zöliakalpunkt an der Vereinigung des inneren mit den zwei äußeren Dritteln der Ileumbilikalinalie bei allen Reizzuständen in der Nachbarschaft. Falsch interpretiert hat dies auch einen therapeutischen Irrtum zur Folge. Sehr häufig findet man auch den epigastrischen Punkt dabei. Die schmerzhaft rechte Flanke kommt vor bei chronischer Appendizitis, bei der einfachen, nicht kalkulösen Cholezystitis, was wenig bekannt ist. Ptose, Kōkumatonie, Perityphlitis und regionale Epiploitis rufen diesen Schmerzpunkt nur dann hervor, wenn eine Typhlitis vorliegt, also ein infektiöser Reizzustand der Schleimhaut, bei dem die zökale Stase nicht notwendigerweise die Hauptursache ist. Wie beim Magen die Gastritis die Hauptrolle spielt, ob sie nun durch eine primäre Infektion oder durch eine alimentäre Stase und Hypersekretion dadurch hervorgerufen ist. Man muß also, unabhängig von der Appendizitis und der chronischen Cholezystitis, die Stase verhindern und die Zökampulle möglichst desinfizieren, also Diät,

geeignete Medikation und richtige Auswahl der Abführmittel. Man darf das Kolon nicht als ein autonomes Organ betrachten: es hängt viel vom Dünndarm ab und dieser von der Leber und vom Magen, und dann spielt das Nervensystem noch eine gewichtige Rolle. Also ein sehr kompliziertes Problem, das man tastend in der Praxis lösen muß. Eier und Milch sind wenigstens zeitweise immer wegzulassen: 10, 20 Tage lang, und vorsichtig wieder aufzunehmen; dasselbe gilt von Erbsen, Linsen, Bohnen. Zu empfehlen sind Kartoffeln, Nudeln, Reis, grüne Gemüse. Letztere sind bei Reizzuständen zu meiden. Immer in Breiform. Früchte als Kompott, Marmelade. Wenn der Magen und der Dünndarm Fleisch verträgt, so ist dies auch beim Kolon der Fall. Man darf hier nicht zu ängstlich sein. Waschungen des Kolon reizen ebenso wie Purgantien. Wenn keine entzündliche Typhlitis vorliegt, kann man durch die Diät laxieren: morgens statt Brot oder Tapioka 4 Eßlöffel einer Suppe von gerösteten Zerealien. Beim Frühstück regelmäßig Sellerie oder Ochsenmaulsalat. Wenig reizend ist ein Einlauf von $\frac{1}{2}$ l Althäawasser. Glycerinsuppositorien, Oeleinläufe, besonders Paraffinöl auch per os, kommen in Frage. In der ersten Woche alle Morgen nüchtern einen vollen Suppenlöffel von gereinigter Tierkohle 200, Wismutkarbonat 100, Benzonaphthol 20, Süßholzpulver 10 g. Bei Diarrhoe und Koliken mit etwas Opiumpulver oder Ipekakuanha; bei alkalischen Stühlen 20 bis 40 g Laktose. In der nächsten Woche Typhlovakzin oder das enteritische Vakzin per os. Bei Schmerzen ist Opium nicht zu fürchten, bei Konstipation Papaverinchlorhydrat: 2 bis 4 cg. Eventuell mit Belladonna.

v. Schnizer.

675.

Heald, C. B., Das sakro-iliakale Problem. (Lancet, 215., 5472, 66.) Unter den Affektionen des sakro-iliakalen Gelenkes läßt sich eine Anzahl zu einer Gruppe zusammenfassen, die durch folgende gemeinsame Merkmale charakterisiert ist: Plötzliches Einsetzen von Rückenschmerzen, nach einer „überraschenden“ Muskelbewegung, die jedoch an und für sich nicht genügt, um eine Dislokation in einem Gelenke von der Größe der Synchondrosis sakro-iliaca hervorzurufen. Exazerbation der Rückenschmerzen und Ausstrahlung in die Gegend der Glutäen bzw. das Versorgungsgebiet des Nerv. ischiad., besonders beim Husten. Parästhesien. Vollkommene Unmöglichkeit in Rückenlage simultan beide Beine bei einer Spreizungsdistanz von etwa 15 cm und gestreckten Knien zu erheben. In sitzender Position sowie beim Uebergang von letzterer in aufrechte Stellung empfinden die Kranken ein größeres Unbehagen als beim Stehen. Schließlich setzt bei den Kranken sofort ein krampfartiger ausstrahlender Schmerz ein, sobald sie sich im Bett in der Richtung der erkrankten Stelle bewegen. Die Ursache dieses Syndroms ist wahrscheinlich ein Riß in dem inneren Anteil des Quadratus lumborum sowie dessen vorderen Faszie. Die Therapie richtet sich nicht allein nach dem Grade, Dauer und Schwere des Krankheitsbildes, sondern hängt auch von der Körperkonstitution des Kranken ab. Bei sehr kräftigen Individuen ist strenge Bettruhe (Rückenlage mit einem Kissen unter den Nates) zu verordnen. Elektrisieren. Läßt bei spontanen Bewegungen der Schmerz nicht nach, dann Heftpflasterverband, der ein Gebiet bedeckt, das von unterhalb der Linie zwischen beiden Punkten der sakro-iliakalen Verbindung bis 5–8 cm oberhalb derselben und nach außen bis an die Spin. anter. super. beiderseits reicht. Versagt auch diese Maßnahme, dann wird der Kranke nach Entfernung des Heftpflasterverbandes auf eine am Fußboden liegende Matratze gelegt, narkotisiert, worauf passive Mobilisation ausgeführt wird: zuerst mit der gesunden, dann mit der kranken Extremität. In gewöhnlicher Rückenlage scheinen diese Bewegungen beiderseits gleich und vollkommen frei zu erfolgen, in Bauchlage jedoch sieht man, wie die Hyperextension des erkrankten Beines bei fixiertem beschränkt ist und so muß hauptsächlich diese Bewegung geübt werden, bis die volle Exkursionsbreite erreicht wird. Der Kranke wird dann ins Bett zurück gebracht, durch 2–3 Tage wie früher behandelt (Rückenlage mit erhöhtem Becken, Elektrisierung, Massage, passive Bewegungen) und am 5. bis 7. Tage erhält er wieder den Heftpflasterverband. Er darf nun aufstehen, sofern die Fähigkeit, passive Bewegungen) und am 5. bis 7. Tage erhält er wieder möglich ist. Schonung noch durch einige Wochen hindurch. In weniger schweren Fällen genügt ein Heftpflasterverband ohne Einhaltung der Bettruhe. Manchmal gelingt es durch eine überraschende Hyperextension des Beines in Bauchlage ohne Narkose und unmittelbarer Applikation des Heftpflasterverbandes den Heilungsprozeß einzuleiten. Ashkenasy, Wien.

676.

Wolfsohn, Georg, Arthropathia climacterica. (Med. Welt, 51, 1928.) Die klimakterische Arthropathie der Frau stellt vielleicht das größte Kontingent unter allen chronischen Arthritiden dar. Es ist nicht immer leicht, den Nachweis zu führen, daß im vorliegenden Falle eine Arthropathie mit Dysfunktion hormonaler Drüsen in Zu-

sammenhang zu bringen ist. Es kann sich immer auch um ein zufälliges Zusammentreffen des Leidens mit der Menopause oder mit sonstigen ovariellen Störungen handeln. Will man eine Arthropathia climacterica bzw. ovarica diagnostizieren, so müssen mehrfache Symptome in kombinierter Form vorhanden sein, die auch bei kritischer Betrachtung ein ziemlich charakteristisches Krankheitsbild darbieten. Die in Frage kommende Arthropathie kommt nur, oder fast nur, bei Frauen vor. Vielfach fällt die Entwicklung der Arthropathie mit dem Beginn der Menopause zusammen. Es können aber auch andere ovarielle Dysfunktionen mitsprechen, wie Puerperium, Laktation, operative Schädigung der Ovarien und dergleichen. Besonders hartnäckig und schmerzhaft sind diejenigen Arthropathien, die bei Frauen unterhalb des 40. Lebensjahres nach operativer Schädigung der Ovarien entstehen. Fast stets ist das Kniegelenk Hauptsitz der Erkrankung. Die Doppelseitigkeit ist die Regel, wenngleich auch die Beschwerden zunächst nur einseitig auftreten. Ein eigentlicher Gelenkerguß ist meist nicht vorhanden. Ueberhaupt sind die rein entzündlichen Symptome an Ort und Stelle so gut wie gar nicht nachweisbar. Es besteht im wesentlichen nur eine periarthrale Verdickung, hervorgerufen durch Schwellung der Weichteile, der Kapsel und der Gelenkbänder. Auch die Haut- bzw. das Unterhautfettgewebe pflegt sich um das Gelenk herum in Gestalt von fettreichen Säcken zu verdicken. Bei Bewegungen im Kniegelenk fühlt man ein leichtes Reiben und Knirschen. Die Bewegungen sind meist schmerzhaft und mehr oder weniger stark beschränkt. Vielfach besteht auch eine Lipomatose der ganzen unteren Extremitäten mit Varizen, varizösem Ekzem oder Ulkus mit belastetem Plattfuß, Fettanhäufungen in den Knöchelgegenden und Zyanose auf der Streckseite der Unterschenkel. Die anderen Gelenke sind meist frei und bleiben es auch im Verlaufe der Krankheit. Das Röntgenbild ist insofern von diagnostischer Bedeutung als man in allen Fällen, in denen schwerere Veränderungen im Sinne einer Arthritis deformans sichtbar sind, mit großer Wahrscheinlichkeit eine klimakterische Arthropathie ausschalten kann. Die Therapie der Erkrankung besteht in einer Kombination der bekannten Mittel zur Behandlung der chronischen Gelenkentzündung (Heißluft, Diathermie, Massagen, Salizyl- und Atophanpräparate, Proteinkörper- und Schwefeltherapie) mit einer sinngemäß angewandten Organtherapie, also mit Eierstockpräparaten.

677.

Walker, Kenneth, Testikelschmerz. (Praktitioner, Nr. 727, Vol. CXXII, Nr. 1, 1929.) An der Hand zweier Fälle wird nachgewiesen, daß eine Varikozeloperation durchaus nicht immer die Symptome beseitigt, um derenwillen sie vorgenommen wurde, sondern daß sie sogar verschlimmernd wirken kann.

Die Tatsache, daß Varikozelen zur Pubertätszeit auftreten und im Alter verschwinden, läßt erkennen, daß sie im engen Zusammenhang mit der Geschlechtstätigkeit stehen. Ein weiterer Beweis dafür ist die Tatsache, daß sie verschwinden, sobald der Hoden atrophiert, z. B. nach Orchitis bei Mumps. Eine Varikozele an sich ist nicht die Ursache des Schmerzes; erst wenn ein Blutandrang zu den Genitalien stattfindet, wie bei sexueller Erregung, werden Beschwerden manifest.

Man sollte daraus die Lehre ziehen, daß operative Eingriffe nur als „ultimum refugium“ zu gelten haben. Heid.

678.

Bartle, H. J., Behandlung der intestinalen Proteinintoxikation. (Med. J. and R., 128., Nr. 8, 128.) Die toxischen Symptome kommen zustande durch Absorption der Zersetzungsprodukte des Protein, Proteosen, durch eine entzündete, permeable Darmschleimhaut; weniger die Kolonstase als die im Dünndarm (Gallenblase und Appendix) sind für die akuten Symptome verantwortlich. Dazu gehören fünf Faktoren: eine Nahrung die sich zersetzen kann; putrefaktive Organismen, namentlich wenn sie unter anäroben Bedingungen leben; katarrhalische Entzündung der Intestinalschleimhaut; Stasis durch Enteroptose, Adhäsionen, Reflexe (Infektionsherde, Zähne, Endokrine, Hämorrhoiden, Analfissuren, nervöse Einflüsse, Uebearbeitung, Kummer Chemikalien, Tabak, Kaffee, Alkohol. Endlich Nachlaß der Leberfunktion. Ihre entgiftende Wirkung ist erklärlicherweise herabgesetzt bei Zirrhose oder bei chronischer passiver Kongestion; jedoch sind die Verhältnisse noch nicht ganz geklärt, in denen pathologische Veränderungen nicht nachweisbar sind. Hier scheint die Leber, die auch nur eine gewisse Arbeit leisten kann, durch einen allzu reichlichen Zufluß von Toxinen aus dem Darm zu versagen und mit explosivem Ausbruch der Intoxikationssymptome, Kopfschmerzen, Anorexie, Nausea, Erbrechen, gastrointestinaler Stasis zu antworten. Die Toxine kommen in der Hauptsache von der Eiweißnahrung, Proteosen, giftige Derivate der Aminosäuren, Cholin, Neuridin, Histamin usw., oder giftige Gase daher, Methan, Schwefelwasserstoff. Es ist dies keine Einheit, sondern ein recht kompliziertes, oft wechselndes Bild. Bei

einer Serie von 50 Fällen waren der Reihe nach die Symptome: Nervosität, geistige und körperliche Ermüdung, Konstipation, Unbehagen im Leib, exzessive Flatus, schlechter nicht erfrischender Schlaf, Aufstoßen, schlechter Geschmack im Munde, Kopfwahl, migränöide Anfälle von Hemikranie, Muskelschmerzen. Anamnese: zweimal soviet Frauen als Männer, in 50 Prozent Gewöhnung an Abführmittel in 80 Prozent Kaffeeabusus. Physikalisch: Visceroptose, Untergewicht, Duodenitis, Gallenblasenatonie, verzögerte Peristaltik, übermäßig Schleim, chronische katarrhalische Kolitis. In keinem Falle lag aktive Tuberkulose vor. Wenn die Behandlung auch individuell sein muß, besonders nach den vorherrschenden Symptomen, so hat sie doch einen gewissen Plan: Detoxikation des Patienten, Verhütung weiterer Intoxikation, Korrektur der krankhaften Veränderungen und Erhöhung des Körpertonus. Also Entfernung sämtlicher Herdinfektionen. Dies ist oft leichter gesagt als getan und erfordert eine gründliche Untersuchung. Zähne, Mandeln, Sinus können in Frage kommen, Gallenblase, Prostata, Appendix, Tuben usw. Reinigung des Dünndarms, Durchspülung des Pfortaderkreislaufs, also Gallendränage, Magnesium-, Natriumsulfat-, Kolonspülungen nebenher. Täglich warme Bäder mit kalten Abwaschungen, Gymnastik. Diät: längere Zeit, eventuell monatelang, kein Fleisch. Vom Tiere ist nur Milch, Butter, Käse, Rahm erlaubt. Auch Milch kann unter Umständen ausscheiden müssen (Diarrhoe oder Konstipation). Nicht zu viel Fett. v. Schnizer.

679.

Maier, Robert, Ueber Dickdarmdivertikel. (Lancet, 215, 5472, 1928.) Nicht komplizierte Divertikel des Dickdarms erfordern keine besondere Behandlung. Bekämpfung der Obstipation. Auch bei leichten Entzündungsgraden ist die konservative Therapie noch angezeigt. In schwereren Fällen ist wegen der Gefahr des Darmverschlusses die Kolostomie mit nachfolgender Resektion oder letztere allein indiziert. Bis auf eine residuale Obstipation zeigten die so behandelten Fälle des Verfassers noch nach Jahren vollkommenes Wohlbefinden. Ashkenasy, Wien.

680.

Alvarez, Walter C., Was ist Konstipation? (New England J. med., 199., Nr. 18, 1928.) Konstipation betrifft keineswegs das ganze Kolon. Bei näherem Zusehen findet man, daß die Konstipation bedingt ist, dadurch daß sich das Rektum nicht völlig entleert, daß das Kolon ungewöhnlich groß oder zu klein ist. Eine andere Form, die eigentlich keine Obstipation ist, ist durch Pylorusobstruktion bedingt, wenn nicht genug Material aus dem Magen geht, um die Peristaltik anzuregen. Die gewöhnliche Behandlung durch Purgantien ist unlogisch: das Kolon muß sich erst bis zu einem gewissen Grad füllen, ehe es sich entleeren kann. Bei einem zu großen Kolon läßt man der Natur am besten ihren Lauf: hier ist alle paar Tage eine Entleerung noch nicht krankhaft. Ebenso kann eine schlackenarme Diät nicht einen reichlichen Stuhl täglich geben. Auch die Annahme, daß die Residuen der Nahrung schon am nächsten Tag im Stuhl erscheinen, stimmt nicht: dies kann mehrere Tage dauern. Und endlich gibt es Leute, die aus Angst vor einer Autointoxikation Mißbrauch mit Purgantien treiben: aber ihr angeblich toxisches Kopfwahl weicht nicht nach einer Entleerung; sie lassen am besten das Kolon selbst machen und die Abführmittel weglassen. Konstipation kann durch Veränderung am Pylorus zustande kommen (Karzinom) oder bei Frauen am häufigsten durch eine Gallenblasenerkrankung, also im Duodenum; durch Obstruktion des Dünndarms; durch Reizung des Ileozökalsphinkters durch einen kranken Blinddarm; im Kolon durch eine maligne Geschwulst oder einen Divertikel; im Rektum durch Druck eines Tumors der umliegenden Organe; durch Spasmus im Antrum (psychischer Faktor: Kummer, Nervosität). Enteroptose ist selten Ursache der Konstipation, wohl aber Adhäsion. Alle konstipierten Därme sind spastisch; alle atonischen diarrhoisch. v. Schnizer.

681.

Franken, C. C., Analfissuren. (Med. J. and R., 128., Nr. 8, 1928.) Meist hinten, bei Frauen mehr vorne, wegen des dünneren Septums, zwischen Genitourinalorganen und Anus, ist die Hauptursache Proktitis, die in allen Altern vorkommen kann. Und zwar ist nicht die Konstipation das Primäre, sondern die Proktitis verursacht Konstipation und Analfissur. Schwere konstitutionelle Infektionskrankheiten, wie Syphilis, Tuberkulose, Diabetes prädisponieren, indem sie allgemein den Gewebstonus herabsetzen. Auch lokale Störungen: Hämorrhoiden, Polypen, hypertrophierte Papillen, infizierte Morgagnische Krypten, Kondylome. Auslösende Ursachen: inkorrekte chirurgische Maßnahmen, mangelhafte Hygiene auf dem Abort, Zeitungspapier, Fremdkörper oder harte Einlaufmündstücke, harte Fäzes, unzuverlässiger Gebrauch von Abführmitteln. Namentlich länger und regelmäßig gebraucht erfordern sie immer größere Dosen, der schließlich dauernd spastische Sphinkter läßt die Fäzes immer härter werden und die An-

strengungen der Defäkation immer schwieriger. Je näher die Fissur dem mukokutanen Gewebe ist, um so größer ist der Schmerz; je später der Schmerz nach der Defäkation auftritt, um so höher oben ist die Fissur. Bekommt man weder einen digitalen noch einen okulären Befund: Morgagnische Krypta. Oft ist eine Hauttasche pathognomonisch. Subjektive Symptome: heftige Schmerzen während oder nach der Defäkation, Blutung dabei, Schmerzen in der Nacht, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Konstitution, Pruritus, Blutstreifen an den Fäzes. Objektiv: starke Empfindlichkeit, Hauttasche, Fissur, Proktitis, Blut beim Umdrehen der anorektalen Schleimhaut. Komplikationen: Ulzera. Pruritus ani, nur eine andere Form der Schmerzen, oft das einzige Symptom, reflektorisch oft Schmerzen im Rücken und im Oberschenkel, die als Ischias gedeutet werden, schwieriges Wasserlassen wie bei einer Strikturen, bei Frauen oft Schmerzen im Uterus und in der Vagina, Dysmenorrhoe und andere genitourinale Symptome. Oft sind Fisteln der weitere Verlauf unbehandelter Fissuren. Bei der Untersuchung Novokain oder sonst ein Anästhetikum. Nicht-operative Behandlung: Sorge für regelmäßigen weichen Stuhl, Sedativa für Schmerzen und Spasmen Sitzbäder, Ruhelage besonders nach der Defäkation. Aber bei Induration, Sphinkterspasmus und Komplikationen kommt nur operative Behandlung in Frage. Bei einfacher Fissur: erst Novokain, dann Ichthyol täglich. Taschen werden aufgeschnitten. Beseitigung anderer Zustände, wie Ekzem, Uterusverlagerung, Strikturen, Syphilis usw. Man kann auch eine 1/2prozentige Chininharnstoffhydrochloridlösung direkt unter die Fissur injizieren oder bei sehr kleinen Fissuren Argentum nitricum anwenden. Keine Suppositorien; bei der Defäkation nur Watte, erst feucht, dann trocken und dann eine Salbe oder Zinkpuder. Dies täglich; oft kommt es aber bei dieser Behandlung zu Rückfällen. Ist in vier Wochen keine Heilung erzielt: Operation, die viel weniger Zeit in Anspruch nimmt. Inkontinenz des Sphinkters kommt nur bei schief durchschnittenem Sphinkter vor. Strikturen meist bei unbehandelten Fissuren. Verzögerte Heilung bei zu starken antiseptischen Lösungen, bei Syphilis, Gicht, Bright, Tuberkulose, Diabetes; es kommt nur Exzision, nicht Inzision in Frage.

v. Schnizer.

682.

Zieler, K., und Hämel, Nochmals zur Spezifität der Tuberkulinreaktion. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 4-5.) Entgegen den neuesten theoretischen Einwänden Selters und Blumenbergs wird die Spezifität der Tuberkulinreaktion auch durch das Ergebnis weiterer experimenteller Untersuchungen gesichert, denn: Hautimpfungen mit Alttuberkulin, die bei Tuberkulösen stets tuberkuloides Gewebe ergeben, haben bei Tuberkulosefreien, selbst in Mengen von 1 und 10 mg, nur Veränderungen im Sinne einer geringfügigen aseptischen Entzündung hervorgerufen, ohne jede Andeutung tuberkuloider Bildungen. Hautimpfungen bei den gleichen tuberkulosefreien Kranken mit Kolisubstanz erzeugen Gewebeveränderungen von ausgesprochen tuberkuloidem Bau. Soweit ist der Einwand hinfällig, daß die betreffenden tuberkulosefreien Kranken zur Bildung tuberkuloiden Gewebes vielleicht überhaupt nicht fähig sind. Das Verhalten der Allgemeinreaktion (Körperwärme) nach Einspritzung von Alttuberkulin bei Tuberkulösen unterscheidet sich grundsätzlich von dem Verhalten der Allgemeinreaktion nach Kolisubstanz. Einem langsamen Ablauf der Alttuberkulinreaktion steht ein sehr rascher Verlauf der Reaktion nach Kolieinspritzung gegenüber. Der grundsätzliche Unterschied zwischen den Aufflammungen der Alttuberkulinimpfstellen und den Pseudoaufflammungen der Koliimpfstellen nach subkutaner Alttuberkulininjektion geht auch daraus hervor, daß die Alttuberkulinimpfstellen um so stärker und regelmäßiger aufflammen, je größer die zur Impfung verwendete Alttuberkulinmenge gewesen ist, während die Koliimpfstellen sich gerade umgekehrt verhalten. Hier treten um so weniger Pseudoaufflammungen ein, je konzentrierter der verwendete Koliimpfstoff gewesen ist.

Zwerg.

683.

Dumont, J., Die Hansenschen Formen der Tuberkelbazillen. (Paris med., 18., Nr. 43, 1928.) In nicht allzu häufigen Fällen findet man die Tuberkelbazillen haufenweise angeordnet, lang, ziemlich dick, wenig granuliert, oft frei in Eiterzellen und daneben die Haufen von 4-10 Stück, manchmal auch in V- oder Y-Form. Sie sind dann klein, oft nur punktförmig, in einem kleinen durchscheinenden Flecken gruppiert, auch intraleukozytär und intranukleär. So bei einer tuberkulösen Nephritis bei einem Kinde, bei einer käsigen Bronchopneumonie, bei einer eitrigen Hüftentzündung. Sie können dann den Hansenschen Bazillen zum Verwechseln ähnlich sein. Vielleicht ist es eine Agglutinationsform; oft bei sehr evolutiven Formen mit wenig reichlicher Sekretion von Antikörpern. Sehr wahrscheinlich handelt es sich aber um die Myzelform der Tuberkelbazillen. Jedenfalls bedarf der Fund noch weiterer Klärung.

v. Schnizer.

684.

Igersheimer, J., und H. Schlossberger, Pathogenität des Tuberkelbazillenstamms Calmette (Stamm BCG) bei Injektion in die vordere Augenkammer. (Med. Klin., 49., 1928.) Der Stamm BCG ruft bei Verimpfung in die vordere Augenkammer fast immer einen spezifischen Prozeß hervor, der mehr oder weniger intensiv ist. Dieser kann stark progredient sein und bis zur Phthisis bulbi führen, es können sich aber auch bei starker Reaktion Zeichen von Rückbildung erkennen lassen, und er kann schließlich auffallend mild auftreten. Der Prozeß bleibt im allgemeinen auf das Auge beschränkt, denn es kommt, von seltenen Ausnahmen abgesehen, nicht zu einer regionären Drüenschwellung; eine Tuberkulose der inneren Organe haben die Verfasser bei ihren Untersuchungen nie beobachtet. Eine Virulenzsteigerung des Stamms BCG durch Aufenthalt des BCG im Warmblüterorganismus konnte bei Passageversuchen am Auge nicht gefunden werden.

L. Gordon, Berlin.

685.

Ellison, E. M., Frühdiagnose der Tuberkulose. (Med. J. a. R., 128., Nr. 9, 1928.) Sehr wichtig ist die Anamnese, die Exposition in der Jugend und Kindheit, frühere Krankheiten, wie Anal-fisteln, ischiorektale Abszesse, Adenitis, Knochen- und Gelenktuberkulose, Nierentuberkulose usw. Dann gewissermaßen als Schrittmacher Influenza, Pleuritis, Pneumonie, Tonsillektomie. Bei chronischem Husten, Abmagerung, Fieber, allgemeiner Schläffigkeit, Nachtschweißen, Brustschmerzen ist die Diagnose gesichert. Jeder Fall einer langdauernden Infektion der Luftwege mit Zervikaldrüsen ist verdächtig. Das günstigste Alter ist das zwischen 20 und 40; vor 15 und nach 45 ist die Krankheit verhältnismäßig selten. Hilustuberkulose herrscht bei Kindern zwischen 3 und 12 vor, kommt auch bei Erwachsenen vor. Für sich oder kombiniert mit Lungentuberkulose. In vielen Fällen ist das einzige Symptom Ermüdbarkeit; ebenso wichtig ist Fieber. Hier ist die intradermale Probe von Bedeutung: positiv ist sie ein sicherer Beweis für eine aktive oder latente Infektion. Gefahrsignale sind: dauernde Ermüdbarkeit, Gewichtsverlust, Anorexie, Indigestion, Husten, länger als 4 Wochen, Blut im Sputum. Aber keines dieser Symptome ist pathognomonisch: sie erregen nur Verdacht. Beginn meist schleichend. Typisch wie folgt: unerklärliche Ermüdbarkeit, wochen- und monatelang, guter aber nicht erfrischender Schlaf, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Widerwille gegen Dinge, die früher Spaß machten, launischer, schlechter Appetit, Diarrhoe oder Verstopfung, Magenruhen, Nausea, Erbrechen, Gewichtsverlust, wiederholte Erkältungen, oft heiser, nervös reizbar, neurasthenisch, Dyspnoe bei Anstrengungen, Treppensteigen, Tachykardie, die in der Ruhe bestehen bleibt, fühlt sich nachts oft friebig, fröstelt manchmal; beim tiefen Atmen Brustschmerzen; unter Umständen die klassischen Symptome eines Typhus aber mit konstant negativem Widal. Klassische Zeichen: Blutsputten, etwa in 30 Prozent aller Fälle ist in 90 Prozent tuberkulöser Natur. Seitenschmerzen, oft wichtiges Initialsymptom; man tut gut, alle idiopathischen Pleuritiden so lange für tuberkulös zu halten, bis das Gegenteil bewiesen ist. Sicherstes einzelnes diagnostisches Zeichen: dauerndes, mäßig grobes Rasseln über der dritten Rippe und dem dritten Dornfortsatz, potentiell tuberkulös; besonders wichtig, wenn direkt nach dem Husten und vor der Inspiration gehört. Röntgen allein gibt keinen eindeutigen Ausschlag: Tuberkelbazillen sind natürlich beweisend. Man muß aber seine Diagnose revidieren bei extensiven physikalischen Zeichen und konstant negativem Sputum. Weniger konstant ist Fieber und Tachykardie; schon leichte Steigerungen sind von Bedeutung, außer wenn Anstrengungen vorausgingen, bei Menstruation, während der Verdauung und bei Kindern. Die Patienten wissen oft von ihrer Temperatursteigerung nichts. Puls von über 72 beim Erwachsenen, über 100 beim Kinde ist verdächtig, wenn er auch in der Ruhe anhält. Husten braucht nicht immer da zu sein; kann mit und ohne Sputum, wenn er andauernd ist, auf Narben in der Lunge hindeuten, ohne über die Aktivität etwas zu sagen. Hierher gehören auch Pneumothorax, Trommelschlegelfinger, Muskelatrophie, Zyanose von Füßen, Händen und Lippen, Hypotension, Nachtschweiß, Schlaflosigkeit und üble Träume, Nephritis, ameisensaurer Schweißgeruch, besonders in der Achsel, symmetrische Vergrößerung der Thyreoidae, Stimulation der Sexualbegehrde. Ebenso eine sekundäre Anämie, Leukopenie, Vermehrung der Lymphozyten. Wichtig ist daß physikalische Zeichen, einschließlich Röntgen, bei positiven Fällen völlig negativ sein können. Auskultation hat verlässlicheren Wert wie Perkussion, Inspektion und Palpation. Wichtig ist die paravertebrale Dämpfung zwischen den Schulterblättern. In Frühfällen kann die Auskultation oft irreleiten: orale und nasale Stenosengeräusche können fortgeleitet werden. Differentialdiagnose: mediastinaler oder pulmonärer Abszeß, Bronchialasthma, Mitralstenose, septische Endokarditis, Emphysem, Fibrose, fungöse Infektion, Hodgkin,

Hyperthyroidismus, Influenza, Malaria, Pertussis, Pneumonie, Sinusitis, Syphilis, Thymusvergrößerung, Tumoren.

v. Schnizer.

686.

Winkler, A., Ueber das Kavernenfauchen. (Beitr. Klin. Tub., 70., Nr. 4—5.) Das Fauchen konnte nur über den Projektionsstellen vereinzelter großer oder multipler, größerer, röntgenologisch einwandfrei feststellbarer Kavernen nachgewiesen werden. Es ist somit als ein beweisendes Höhlensymptom anzusehen. Das Fauchen ist als ein Stenosengeräusch anzusehen, das an einer engen Stelle des zur Kaverne führenden Bronchus dadurch entsteht, daß infolge starker Volumschwankungen der Kaverne während eines Hustenstoßes Atemluft in die Kaverne einströmt. Das Kavernenfauchen hört man am besten in der Weise, daß man kurz und kräftig husten und dann eine Weile den Atem anhalten läßt.

Zwerg, Coswig.

687.

Orsos, F., Die generelle mechanische Disposition der Lungenkuppen zur Tuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 4—5.) Der konzentrierte Zwerchfellzug in der Lungenkuppe schafft zweierlei zur Tuberkulose allgemein disponierende mechanische Gelegenheiten. Es entstehen erstens entspannte Stellen an der Oberfläche, welche infolge Ablagerungsgelegenheiten korpuskulärer Elemente für die Entstehung primärer initialer Herde Bedeutung haben. Zweitens bildet der konzentrierte Zwerchfellzug an und für sich einen wichtigen Faktor der generellen Disposition der Lungenkuppen, und zwar hauptsächlich für die sekundäre Ausbreitung des Prozesses, insbesondere in dem schon allergischen oder relativ immunen Gewebe. Selbstverständlich können beide Dispositionen individuell verschieden stark ausgeprägt sein.

Zwerg, Coswig.

688.

Nobécourt, P. und J. Coletsos, Einfluß der Pubertät auf die Lungentuberkulose bei den Mädchen. (Paris méd., 13., Nr. 44, 1928.) An der Hand von 34 Fällen stellen die Verfasser die Frage, ob die Pubertät das Auftreten der Lungentuberkulose begünstigt oder eine Wirkung auf ihren Verlauf ausübt. Die Statistik ergibt, daß die evolutive Lungentuberkulose im 14. und 15. Jahre zweimal so häufig ist wie im 12. und 13. Ergebnis: Die regelmäßige Pubertätsentwicklung scheint die Entwicklung der Lungentuberkulose nicht zu begünstigen; sie war hier bei gutem Allgemeinzustand eher günstig. Wohl aber kann eine abnorme Entwicklung der Pubertätsperiode (Wiederaussetzen der Regel, nachdem sie aufgetreten, spätes Auftreten) den Verlauf der Lungentuberkulose begünstigen dadurch, daß das rapide Wachstum dieser Periode eine momentane funktionelle Schwäche der Organe zur Folge hat, wodurch die Widerstandskräfte vorübergehend vermindert sind. Hier spielen Hygiene, Ernährung und die Ermüdung in der Lehrzeit eine gewichtige Rolle mit. Neben der schlechten Hygiene in manchen Fällen auch die Schulüberbürdung. Eine Hämoptyse ist in den meisten Fällen in diesem Alter ein Zeichen der Tuberkulose, die bald danach manifest wird. Hier war sie nur in 4 Fällen zu beobachten, und diese waren nicht besonders schwer. Aber die alte Ansicht, daß in der Pubertät ein rapider, käsigerer Prozeß vorherrscht, trifft zu. Die Amenorrhöe ist in der Mehrzahl der Fälle dabei ein übles Zeichen. In einem Falle ist sogar mit dem Wiederauftreten der Regel eine Besserung eingetreten. Beginn meist progressiv, wobei die allgemeinen Störungen vor oder nach denen der Atmungsstörungen auftreten können. Appetitverlust, Ermüdung, Schwindel, Nachtschweiß, dann bändliches Fieber bei leichter Arbeit; Husten mit und ohne Auswurf, Seitenstiche, Anstrengungsdyspnoe. Auch Übergang aufs Peritoneum, auf die Drüsen kommt vor. Meist findet man aber im Höhepunkt einen ausgebreiteten käsigeren Prozeß. In 15 Fällen erhebliche Kavernen.

v. Schnizer.

689.

Gjörup, Ernst, Infiltrative Prozesse in den Lungen tuberkulöser Kinder. (Hospitaltidende, Nr. 47, 1928.) 4 Fälle von Epi-tuberkulose bei Kindern im Alter von 4 Monaten bis zu 2 Jahren werden mitgeteilt, in denen Infiltrationen der Lunge in dem obersten rechtsseitigen Lungenlappen vorhanden waren. Alle Kinder zeigten positive Tuberkulinreaktionen. In 3 Fällen konnte die Ansteckungsquelle von Personen der Umgebung festgestellt werden. Diese Infiltrationen schwanden mit der Zeit etwa nach einem Jahre mit Hebung des Ernährungszustandes; sie waren auch röntgenologisch nachzuweisen. In 3 Fällen bestanden subfebrile Temperaturen neben katarrhalischen Erscheinungen. Wenn auch dieses akute erste Stadium der Tuberkulose von allen Kindern gut überstanden wurde, läßt sich über die weitere Zukunft dieser Kinder noch nichts sicheres sagen. Nachuntersuchungen bis zu 3 Jahren zeigten ein gutes Heilresultat.

S. Kalischer.

690.

Nüssel, K., Eine rezidivierende perihiläre sekundäre Großinfiltration bei einem 11jährigen Mädchen. (Beitr. Klin. Tub., 70., Nr. 4—5.) Bei einem 11jährigen Mädchen entwickelt sich nach vorausgegangener, wieder resorbierter sekundärer perihilärer Kleininfiltration auf dem Boden einer rechtsseitigen tumorigen Bronchialdrüsentuberkulose in der Anstalt ohne erkennbare äußere Ursache fast über die ganze Seite eine perihiläre Großinfiltration, die in unmittelbarem Anschluß an die fast vollendete Resorption wahrscheinlich ausgelöst durch eine interkurrente Erkrankung nochmals zur Großinfiltration über den ganzen rechten Unterlappen führt und in kurzer Zeit wieder resorbiert wird.

Zwerg, Coswig.

691.

Hantschmann, L., und M. Steube, Ueber die Einwirkung von Komplikationen auf die Kolloidabilität bei der Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tub., 70., 4—5.) Bei unkomplizierter Lungentuberkulose fand sich meistens eine der Schwere des Prozesses ungefähr proportionale Beschleunigung der Blutsenkungszeit; die Labilisierung des Bluteiweißes, die in fast allen Fällen bei erhöhter Senkung vorhanden war, zeigte keine Proportionalität mit der Höhe der Senkung. Bei Kachektischen fanden sich oft auffallend niedrige Werte. Bei den durch andere Organtuberkulosen und entzündliche Erkrankungen komplizierten Fällen fand sich eine stärkere Vermehrung der Senkung und der grobdispersen Eiweißkörper, als es der tuberkulösen Lungenerkrankung entsprachen hätte. Bei Kreislaufstörungen, Lebererkrankungen, endokrinen und konstitutionellen Störungen wurde oft eine geringere Senkung gefunden, als nach dem Lungenbefund zu erwarten war. Bei zwei Fällen von Paraffin thorax wurden auffallend starke Senkungsbeschleunigungen gefunden.

Zwerg, Coswig.

692.

Heimann-Hatry, Walter, Zur Klinik der chronischen Miliartuberkulose. (Med. Klin., 51, 1928.) Die Prognose der Miliartuberkulose der Lunge ist nicht so völlig infaust, wie es bis vor kurzem angenommen wurde. Es ist mit Hilfe des Röntgenbildes gelungen, die Heilbarkeit auch der Miliartuberkulose nachzuweisen. Der Krankheitsbeginn der chronischen, in Heilung übergehenden Miliartuberkulose ist schleichend, meist ohne Fieber. Wesentliche subjektive Krankheitszeichen werden oft vermißt. Von seiten der Lunge bestehen inkonstante katarrhalische Beschwerden, die sich bei der physikalischen Untersuchung in spärlichen Rasselgeräuschen äußern. Sputum fehlt meist, noch seltener ist ein Bazillenbefund. Der Pirquet ist im Beginn meist negativ, später positiv. Diazo ist negativ. Die Blutsenkung ist mäßig beschleunigt. Die für die akute Miliartuberkulose typische Lymphopenie fehlt. Es besteht meist eine mäßige Dyspnoe, die nicht durch die Einschränkung der Atmungsfläche, sondern durch toxische Schädigung des Herzens bedingt ist. Der Verlauf der Erkrankung ist ausgesprochen chronisch. Die Knötchen können restlos resorbiert werden. Das Röntgenbild bei der chronischen Miliartuberkulose der Lungen unterscheidet sich in nichts von dem bei der akuten.

L. Gordon, Berlin.

693.

Tattersall, Norman, Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose vom Gesichtspunkt des Praktikers. (Brit. med. J., 3545, 1089.) Außer Frage steht der Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Trauma bei der Inokulationstuberkulose (Leichten-tuberkel, bei Schnittwunden durch ein zerbrochenes Sputumglas) sowie bei der Miliartuberkulose im Anschluß an ein Trauma (nach operativen Maßnahmen an einem tuberkulösen Gelenk oder an spezifisch erkrankten Drüsen). Ein sicherer Zusammenhang zwischen Trauma und Lungentuberkulose ist im ganzen nur selten festzustellen. Es ist zu unterscheiden zwischen Fällen, die bis zum Unfall keine Zeichen von Lungenerkrankung aufwiesen (Frage der Lokalisation einer Tuberkulose durch das Trauma) und Fällen, die bereits vor dem Unfall an Tuberkulose pulm. litten (Frage der Mobilisierung und Verschlimmerung durch das Trauma). Die Anschauung erscheint wenig gesichert, daß ein Unfall dadurch die Entstehung einer Tuberkulose auslöst, daß die zufällig in die Blutbahn eingedrungenen Erreger am Ort der Gewebsschädigung leicht haften. Vielmehr ist anzunehmen, daß das Trauma zufällig eine Stelle trifft, an der sich Bazillen in einem latenten Herd befinden. Bekanntlich sind nicht selten virulente Bazillen an Stellen im Lungen- oder Lymphknotengewebe aufzufinden, die makroskopisch als gesund erscheinen. Klarer erscheint die Entstehungsweise der traumatischen Verschlimmerung einer bereits bestehenden Lungenerkrankung. Die Tuberkulose führt zu Veränderungen am Thorax (Adhäsionen und Verlust der Elastizität), die eine Fortleitung der Erschütterung durch das Trauma auf den Herd begünstigen. Bisweilen kann es durch diese Änderung der mechanischen Bedin-

gungen zu einer schweren traumatischen Schädigung der gesunden Lunge kommen, die dann an Tuberkulose erkrankt. Als auslösende Traumen kommen fast nur Kompressionen in Frage, die auf einen großen Teil der Thoraxfläche eingewirkt haben (Verschüttung und dgl.). Die Entwicklung einer Lungentuberkulose nach Brustschüssen muß als selten angesehen werden. Röntgenologisch ist des öfteren nachzuweisen, wie sich nach dem Trauma von einem verkalkten Herd aus fächerförmig eine Verschattung in das Lungengewebe vorschiebt (Durchbruch einer verkästen Drüse in einen Bronchus mit intrakanalikulärer Ausbreitung).

Bei der Begutachtung eines einschlägigen Falles sind folgende Fragen besonders zu erwägen:

1. War der Kranke vor dem Unfall bereits aktiv erkrankt? Falls es zutrifft: Wie waren seine Lebensaussichten?
2. Hat sicher ein Trauma vorgelegen, das seiner Art nach einen aktiven oder latenten Herd mobilisieren kann?
3. Welche Zeitspanne liegt zwischen Trauma und Diagnose der spezifischen Erkrankung (Nachweis von „Brückensymptomen“)?

694.

Biberfeld.

Eichenlaub, F. J., **Dermatosen bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Patienten.** (J. Am. Med. Assoc., 91, Nr. 8, 1928.) 2539 ehemalige Heeresangehörige wurden untersucht, um die Häufigkeit des Vorkommens einiger wichtigerer Dermatosen bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Individuen festzustellen. Von den Untersuchten waren 759 (29,8 Prozent) tuberkulös, 1780 (70,2 Prozent) tuberkulosefrei. Die Zahl der Fälle mit Hauterkrankungen betrug in der Gruppe der Tuberkulösen 315 (37,15 Prozent), in der Gruppe der Nichttuberkulösen 1066 (53,15 Prozent). Tuberkulose der Haut wurde unter den mit Tuberkulose behafteten Personen relativ selten angetroffen. Lupus erythematosus fand sich nur ein einziges Mal unter 759 Tuberkulosefällen. (Unter 45 Lupusfällen betrug die Häufigkeit der Tuberkulose 11,11 Prozent.) Tuberkulide waren bei tuberkulösen Patienten häufiger anzutreffen als bei nichttuberkulösen (0,40 bzw. 0,17 Prozent). Von den mit Tuberkuliden behafteten Individuen waren 50 Prozent tuberkulös, während die Häufigkeit der Tuberkulose in der ganzen Gruppe 22,81 Prozent betrug. Auffallend selten war Tuberkulose unter den an Psoriasis erkrankten Patienten anzutreffen. Von 96 Psoriasisfällen hatten nur 4 (4,16 Prozent) Tuberkulose. Die vorstehenden Untersuchungsergebnisse erlauben es nicht, irgendeine Hauterkrankung mit Tuberkulose in Zusammenhang zu bringen.

L. Büchler.

Kinderheilkunde

695.

Rost, W. L., und A. E. Fischer, **Subakute bakterielle Endokarditis.** (Amer. Journ. of Dis. of Child., Vol. 36, 1144, 1928.) In den meisten Fällen der Verfasser kam ätiologisch Rheumatismus in Betracht. In 9 Fällen wurden nichthämolytische Streptokokken, in einem Falle Influenzabazillen gefunden. Die Frühsymptome haben keinen bestimmten Charakter, Anorexie, Schmerzen in den Gliedern, Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen können bestehen. Später treten Blässe und eine eigentümliche Pigmentation der Haut hauptsächlich am Gesicht auf. Knochenschmerzen und Gelenkschwellungen sind oft zu beobachten. Dann kommt es zu Embolien in Form von Petechien an der äußeren Haut und der Konjunktiva. Häufig schwillt die Milz und Leber an, und oft wird über Schmerzen im linken Hypochondrium geklagt. Auch zerebrale Störungen können auftreten (Bewußtseinsstörung, Hemiplegie, plötzliche Erblindung, Lähmung der Gesichtsnerven), ferner sind auch Lungeninfarkte zu beobachten. In manchen Fällen kommt es zur Melena. Diagnostisch wichtig sind Blutungen der Retina. Remissionen während des Verlaufes der Erkrankung kommen vor. Die häufigste Todesursache in den Fällen der Verfasser war zerebrale Embolie. Fast ausnahmslos beobachteten die Verfasser eine Hämaturie. Keine Therapie hat bisher Erfolge gezeigt. 12 selbst beobachtete Fälle werden mitgeteilt.

Schiff.

696.

Stolte, **Asthma bronchiale im frühen Kindesalter.** (Jahrb. Kinderh., 72., Nr. 1—2.) Kasuistische Mitteilung von 5 Fällen von Asthma bronchiale im frühen Kindesalter. Das klinische Syndrom, das die Kinder boten — das jüngste stand im Alter von 7 Wochen, das älteste war 3 Jahre alt — stimmt überein mit der klinischen Beschreibung Finkelsteins, der die hierher gehörigen Zustandsbilder unter dem Namen der spastischen Bronchitis eingehend geschildert hat. Ehle wählte für seine ebenfalls hierher gehörigen Fälle den Namen der Blähungsbronchitis. Ein Versuch einer pathogenetischen Deutung wird nicht gemacht, ebenso keine neuen therapeutischen Vorschläge. Von den fünf Patienten starben drei.

Jahr.

697.

Dingwall Fordyce, A., **Prädisponierende Faktoren der rheumatischen Infektion der Kindheit.** (Med. J. a. R., 128., Nr. 9, 1928.) Solche Faktoren sind ein instabiles Nervensystem, digestive Störungen, Schwäche der Lymphverteidigung. Letztere kann ohne die beiden ersteren Faktoren vorkommen. Und daraus resultieren wahrscheinlich verschiedene Formen der rheumatischen Infektion. Liegen alle drei Faktoren vor, so besteht eine ernste Gefahr für eine Infektion des Herzens und Chorea. Sind nervöse Instabilität und digestive Störungen allein vorherrschend, droht Chorea. Besteht lymphoide Schwäche allein: Gefahr einer Herzinfektion, kaum aber für Chorea. Diese Faktoren sind sehr einfach und bekannt, aber eben so schwer zu bessern.

v. Schnizer.

698.

Comby, J., **Drüsenfieber.** (Paris méd., 18., Nr. 44, 1928.) Meist in der kalten Jahreszeit, im Gefolge der Grippe (deren Drüsenform), mit der Eingangspforte in der Mandel (Streptokokken?), wobei aber die Mandelentzündung völlig im Hintergrund treten kann; schwere Mandelentzündungen im Beginn sind beobachtet, aber sehr selten. Das Fieber tritt plötzlich auf, kann hoch sein, aber auch mäßig, fällt nach 2—3 Tagen, kann aber nach einigen Tagen wieder auftreten; die Drüsenanschwellung, die beträchtlich sein kann, ist konstanter. Einseitig kann sie einen Tortikollis vortäuschen; bilateral kann man an Mumps und selbst an Diphtherie denken. Zwischen Unterkiefer und Warzenfortsatz, hart, warm, druckschmerzhaft, kann sie manchmal zur Vereiterung kommen, die durch eine kleine Inzision erledigt wird. Die Prognose ist immer gut, Tuberkulose ist auszuschließen. Bettruhe, flüssige Diät, Instillationen in die Nase von 1 Prozent Kampher- oder Eukalyptusöl, feuchtwarme Kompressen, Mundauspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd. Bei Fieber morgens und abends nach Einlauf Suppositorien von: Chininbromhydrat 0,1, Pyramidon 2 Zentigramm, Kakaobutter 1 Gramm.

v. Schnizer.

699.

Leven, G., **Das periodische Erbrechen der Kinder.** (Paris méd., 18., Nr. 44, 1928.) Ursache meist Aerophagie: die Kinder haben die Lippen geschlossen, die Zähne aufeinandergebissen, eine Mimik die zum Schlucken reizen muß. Man kann dies durch Tamponade der Nase verhindern. Man muß die Kinder anhalten, den Speichel nicht zu schlucken, sondern auszuwerfen. Man kann sie auch irgendeinen Gegenstand, die Zahnbürste z. B., zwischen die Zähne nehmen lassen. Die Behandlung hat sich hauptsächlich auf die Aerophagie zu richten. Die Aerophagie reizt den Plexus solaris; dazu kommen noch Ernährungsfehler, physische Ermüdung (zu lange Spaziergänge), auch intellektuelle Ermüdung können den Anfall auslösen. Ebenso zu reichliches oder unzumutbares Vesper.

v. Schnizer.

700.

Hirsch-Kauffmann und Schädlich, **Studien zur Ernährung des kindlichen Diabetes*.** (Jahrb. f. Kinderheilk., 72., Nr. 1 bis 2.) In ihrer neuen Publikation über die Ernährung kindlicher Diabetiker wiederholen die Verfasser ihre bereits im Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band 114, Heft 6, 1927, gemachten Erfahrungen. Wiederum bezeichnen sie die von ihnen angewandte Diätetik bei einem schwer pathologisch veränderten Stoffwechsel, wie ihn schließlich der Diabetes darstellt, mit dem Schlagwort „physiologisch“. Immer noch stehen den Angaben über die Wirksamkeit des Synthalins im Kindesalter die geradezu diametral entgegengesetzten Erfahrungen der Wiener und Berliner Kinderkliniken gegenüber. Das gleiche gilt von den günstigen Erfolgen auf die Ketonurie durch Salabrose, von der Freise und seine Mitarbeiter zeigen konnten, daß sie unverändert, nahezu quantitativ mit dem Stuhle wieder ausgeschieden wird.

Jahr.

701.

Leriche, R., und P. Stricher, **Ueber die Arteritis obliterans juvenilis.** (Progres méd., Nr. 47, 1928.) Trotz reichlicher Literatur ist noch manches dunkel. Man muß vier Formen unterscheiden: 1. Ein wiederholtes Trauma kann zu einer Ruptur, einer Arterie führen; das Gerinnsel in ihrem Lumen schreitet bis zur nächsten großen Kollaterale fort, selten weiter, wohl aber peripher, Monate nach dem Trauma, nachdem scheinbar ein definitiver Stand eingetreten war. 2. Nach Erfrierungen der Peripherie. 3. Es gibt dann noch eine Monarteritis beim Erwachsenen, ganz unter dem Bilde einer embolischen Thrombose, aber kein infektiöser Prozeß, mit lokalem Oedem, in Gangrän endigend, unbekannter Natur, durch vollständige Exzision zu heilen. 4. Ein besonderes Gesicht hat die Buergerische Krankheit, zwischen 25 und 30, wahrscheinlich infektiöser Natur. Die pathologische Anatomie

* Merkwürdiges Deutsch. Wird der Diabetes ernährt? A. K.

sagt uns über die Aetiologie nichts: wir sehen die Krankheit erst im Stadium der Thrombose. Man kennt aber aus der Erfahrung zwei Phasen, eine langsam sich entwickelnde Endarteriitis, die allmählich auf die Adventitia und weiter sich ausdehnt. Sicherlich bedingt die Obliteration an sich selbst bei einem großen Gefäßstamm noch nicht die Gangrän. Vasomotorische Störungen spielen vielmehr eine Rolle dabei: wenn der parietale Prozeß die Adventitia erreicht hat, so entstehen Vasomotorenreflexe auf die peripheren Gefäße — Kontraktion — ungenügende Ernährung — Gangrän. Mit anderen Worten, die Nervenplexus der Adventitia, sozusagen die Exteriorisation der Endarteriitis spielen eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen der Gangrän. Klinisch ist dies deshalb von Bedeutung, weil dem, der nicht genau prüft, insbesondere nicht systematisch die Druckverhältnisse der Gliedmaßen prüft, viele Fälle entgehen, also vor den trophischen Störungen. Diese Untersuchungen sind in allen Fällen nötig mit Schmerzen in den Beinen, Schwäche, kalten Füßen, trophischen Störungen: die beträchtliche Muskelatrophie, die verschiedene Färbung der Füße, eventuell mit Oedem, atypische Raynaudanfalle mit dauernder Zyanose, ohne Zirkulationsstörungen im Intervall der Schmerzanfälle. Charakteristisch ist das Hinken und trophische Störungen nach Pedikuremaßnahmen.

702.

Giovanni, Genoese, und Zaloco Antonio, Ueber Oedeme bei malarialranken Kindern. (Pediatria, Jahrg. 36, Nr. 24, 1928.) Achtzehn Fälle von Oedemen werden bei akuten Malariaanfällen, wie auch bei der chronischen Malaria cachexie beschrieben. Besonders hervorgehoben werden rasch auftretende und verschwindende Oedeme, gleichzeitig und in Verbindung mit der hämokrasischen Krise (? der Ref.). Häufig sind Oedeme bei gastrointestinalen Formen der Malaria zu beobachten. Die Herz und Nierenstörungen, wie auch die sekundäre Anämie durch Malaria, spielen im Gegensatz zum Erwachsenenalter in der Genese der Oedeme eine recht untergeordnete Rolle. Oedeme als Äquivalente von Malariaanfällen bei frischer Infektion werden selten beobachtet. Die Oedeme schwinden auf Chinintherapie ziemlich prompt.

Eugen Stransky, Wien.

703.

Greiff, David M., Kephale Metastasen von Nebennierenblastomen bei Kindern. (Edinburgh Med. J., Vol. XXXVI, Nr. 1, Jan. 1929.) Die Metastase eines Nebennierenblastoms, die den Gegenstand der vorliegenden Arbeit bildet, ist eine kephale und keine kraniale. Das heißt: die Metastase nahm ihren Ausgang von den weichen Geweben und drang von da aus in den Knochen ein; sie ist nicht im Knochen primär entstanden.

Die Knochenabsorption geht der Knochenneubildung voraus. Ein lokales Uebermaß an Kalksalzen ist der materielle Faktor, der für die Knochenneubildung bestimmend ist.

Die Knochenzelltätigkeit (Osteolyse) ist das direkte Ergebnis einer übermäßigen Vaskularisation, die den hier beschriebenen Tumor kennzeichnet.

Held.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

704.

Fahrenkamp, Karl, Experimentelle Pharmakologie und Digitalisprobleme am Krankenbett. (Wien. med. Wschr., 78., Nr. 38.) Klinische Beobachtungen bei chronisch Herzkranken führten auf die Tatsache hin, daß bei der intravenösen Strophantintherapie und gleichzeitiger Verwendung von Cardiazol oder Coramin ein optimaler Digitaliseffekt (besonders in bezug auf die Oedemausschwemmung) erzielt wurde, bei welchem die Strophantin-Einzel- und -Gesamtdosis mehr als um die Hälfte der bisher notwendigen Dosis verringert werden konnte. Experimentell konnte gezeigt werden, daß Cardiazol und Coramin im Zusammentreffen mit an sich unwirksamen Konzentrationen eines Digitalisglykosids — Strophantin, Digipurat, Scillaren — eine erhebliche Wirkungssteigerung im Sinne eines Synergismus entfaltete.

705.

Fleckseder, Rudolf, Ueber chemische Mittel bei septischen Krankheiten. (Wien. med. Wschr., 78., Nr. 38.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit verschiedenen chemischen Mitteln bei Behandlung septischer Allgemeininfektionen. Einige Aussicht auf Erfolg geben einerseits aus der Gruppe derjenigen Mittel, die die Abwehrkräfte des Körpers durch Leistungssteigerung des retikuloendothelialen und leukozytären Apparates anregen, das Dispargen und das Solganal, andererseits aus der Gruppe der inneren Antiseptika das Isotol und das Septojod.

Maslowsky.

706.

Friis, Anders, Metallsalztherapie. (Hospitalstidende, Nr. 44, 1928.) Friis wandte das Metallsalz mangan bei verschiedenen Krankheiten mit Stoffwechselanomalien an, so bei Eiterungen, Neuralgien, Bronchitis, Asthma und kommt zu dem Resultate, daß bei richtiger Anwendung der individuellen Schwankungen unterworfenen Dosis eine Aktivierung des Organismus durch dies Mittel stattfindet, und zwar der einzelnen Zelle, die dadurch befähigt wird, Schädlichkeiten (wie den Angriff durch Bakterien) abzuwehren; es tritt eine Stoffwechselregulierung durch dies Mittel im Organismus, die allen Stoffwechselanomalien vorbeugt, besonders durch die Vermehrung der Diurese.

S. Kalischer.

707.

Hannan, John H., Adrenalinmydriasis in der Menopause. (Brit. med. J., 3542, 931.) Ein beträchtlicher Teil der Frauen, besonders diejenigen, die an Wallungen leiden, zeigen in der Menopause eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen Adrenalin, indem die Einträufelung von einigen Tropfen Adrenalin in die Conjunctiva Mydriasis zur Folge hat. Diese transitorische Adrenalinmydriasis läßt sich regelmäßig bei Ratten auslösen, denen die Ovarien entfernt wurden. Durch Zufuhr des Oestrus erzeugenden Hormones in ausreichender Menge kann bei Ratten die Adrenalinmydriasis zum Verschwinden gebracht werden. Warum diese Adrenalinreaktion nicht stets im Klimakterium auftritt und warum sie nicht bei allen Frauen nachzuweisen ist, denen die Ovarien entfernt wurden, läßt sich befriedigend nicht erklären. Vermutlich sind die schweren vasomotorischen Störungen im Klimakterium eine Folge der Veränderung der Nebennierenfunktion, die aus dem Ausfall der Ovarien entsteht. Auch bei Frauen gelingt es, durch Zufuhr des Oestrus erzeugenden Hormones die Adrenalinüberempfindlichkeit und die Wallungen zu beseitigen. Dieses Hormon verliert auch bei peroraler Darreichung nichts von seiner Wirksamkeit, wenn auch bei den heutigen Herstellungsmethoden relativ große Dosen zum Erfolg notwendig sind.

Biberfeld.

708.

Vogt, E., Erfahrungen mit Pernocton beim geburtshilflichen Dämmerschlaf. (Mschr. Geburtsh., 80., 2/3.) Das Pernocton zeichnet sich aus durch seine intravenöse Anwendung und das rasche Einsetzen der Narkose und durch seine starke hypnotische Wirkung bei geringer Giftigkeit. Es genügt 1 ccm auf 12½ kg Körpergewicht. Die Narkose dauert etwa 2 bis 3 Stunden, die Einspritzung muß langsam erfolgen, zumindest in 2 Minuten Dauer. Das Aufwachen ist ein allmähliches, es kommt zur völligen Amnesie, und vor allem werden die Wehen nicht ungünstig beeinflusst. Die Kinder werden nicht geschädigt. — Die Tatsache, daß weder für die Wehentätigkeit noch für die Kinder eine Schädigung beobachtet wurde, läßt das Pernocton für den geburtshilflichen Dämmerschlaf als besonders geeignet erscheinen.

Kosminski, Berlin.

709.

Curtis, F. R., Ephedrin und Ephetonin. (Lancet, 215., 5475, S. 226.) Verf. bestätigt die Angabe von Chen, daß trotz der Ähnlichkeit beider Mittel in bezug auf die pharmakologische Wirkung das synthetische Präparat doch nicht dieselbe Wirkung auf die Blutdruckverhältnisse beim Menschen ausübt. Ephedrin wirkt zweimal so stark aktiv als Ephetonin.

Ashkenasy, Wien.

710.

Schulte, R. W., Zur Physiologie der Wirkung hautadäquater Salbengrundlagen auf die Hautspannung. (Med. Welt, 49, 1928.) Zur Prüfung der Wirkung hautadäquater Salbengrundlagen auf die Hautspannung wurde die Fissanpaste gebraucht. Diese übt auf die Haut eine kombinierte Wirkung aus: Die Hautadäquatheit der Salbengrundlage gibt sich als Tiefenwirkung und Hauternährung kund und ist durch das labile Milcheiweiß bedingt. Das Fissan-kolloid ist die Ursache der Flächenwirkung und, in Verbindung mit dem kolloiden Milcheiweiß, Ursache der typischen Reizwirkung. Die Absorptionswirkung gegenüber Krankheitsstoffen endlich ist auf den Gehalt der Salbengrundlage an präparierten mikroskopischen Diatomeen zurückzuführen. Die Hautspannung wurde geprüft mit einem speziellen Apparat. Die Fissanpaste übt eine deutliche nachweisbare Wirkung im Sinne größerer Weichheit der Haut aus. Vermutlich ist diese Wirkung auf die vorbereitende Auflockerung der Haut durch die Milcheiweiß-Fett emulsion sowie, infolge der Reizwirkung, der besonderen Flächen- und der starken Tiefenwirkung, auf die erhöhte Geschmeidigmachung und bessere Durchblutung im Sinne einer Hyperämie zu setzen. Wie weitere Versuche ergaben, übt die Fissanpaste einen die Wärme- oder Kältewirkung hemmenden Einfluß aus.

L. Gordon, Berlin.

711.

Comby, Jules, Das Absinken des Alkohols in der Therapie. (Clin. et Labor., Nr. 10, 1928.) Im Gegensatz zur allgemeinen Auffassung steht die Tatsache, daß der Alkohol zur Behandlung akuter Infektionskrankheiten nicht nötig ist. Insbesondere kann man bei Typhus, Lungenentzündung und Diphtherie auf ihn verzichten. Die Erhaltung der Kräfte oder ihre Wiederaufrichtung kann durch Ernährung, durch Lüftung und hydrotherapeutische Maßnahmen allein herbeigeführt werden, und nur manchmal werden wir in bescheidenen Dosen die Hilfe des Alkohols heranziehen. Die gegenwärtigen Heilbestrebungen im Kampf gegen akute oder chronische Infektionskrankheiten zielen darauf hin, mehr den Schutzimpfungen als dem Alkohol, mehr den Drüsenextrakten zu trauen; als gelegentliche stimulierende Medikation ziehen viele Aerzte der Alkoholdarreichung von Kampfer, Adrenalin oder Strychnin vor, ganz zu schweigen von ultravioletten Strahlen und bestrahltem Ergosterol, dessen prächtige Wirkungen den Praktiker oft in Erstaunen versetzen. **Held.**

712.

Larsen, R. Beck, Blausäurevergiftung nach dem Einnehmen eines Schuhreinigungsmittels. (Hospitalstidende, Nr. 41, 1928.) Ein Fall von Blausäurevergiftung bei einem 16jährigen Mädchen wird beschrieben, die eine Flasche eines Schuhputzmittels, „Cinderella“, ausgetrunken hat, das Mittel enthält Zyanwasserstoff, das auch durch Verdunstung giftig wirken kann durch das Putzen der Schuhe. Obwohl die Giftigkeit des Mittels auf der Flasche angegeben war, sollten diese Mittel gesetzlich verboten werden. Auch ein in Deutschland angewandtes amerikanisches Schuhputzmittel „Sölvsko (Wittmores Silberputzmittel)“ enthält Kaliumsilbercyanid und hat zu Vergiftungen Veranlassung gegeben. Ebenso sind nach Silberputzmitteln Vergiftungen beschrieben durch Verdampfen von Zyanwasserstoff. **S. Kalischer.**

713.

Holböll, J. A., Studien über die Blutmenge bei Menschen. (Uges. Laeg., Nr. 1, 1929.) Bei 96 Menschen verschiedenen Alters und in verschiedenem Ernährungszustand wurde die Blutmenge mit Lindhards Modifikation der Vitalrotmethode vorgenommen. Die Berechnung bei Normalen fand nach den Prozentsätzen des Körpergewichts statt. In den höheren Altersklassen war die Blutmenge ein wenig niedriger als bei jüngeren Individuen. Bei Leuten mit Uebergewicht war sie geringer als bei normal Wiegenden. Fettsüchtige haben eine bedeutende Blutmenge; inwieweit hiermit eine Herzinsuffizienz zusammenhängt oder verbunden ist, soll später untersucht werden. Bei beiden Geschlechtern ist die Blutmenge im wesentlichen nicht verschieden. Mit Abnahme des günstigen Ernährungszustandes sinkt auch die Blutmenge. **S. Kalischer.**

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

714.

Fröhlich, A., Kreislaufhormone. (Wr. med. Wschr., 78., Nr. 38.) Herzaktive Substanzen wurden aus den Herzen von Warm- und Kaltblütern einerseits von Demoor und Rylant, andererseits ungefähr gleichzeitig von Haberlandt dargestellt. Das Demoorsche Hormon wurde durch Extraktion aus der Gegend des Keith-Flackschen-Sinusknotens der Warmblüterherzen gewonnen, sie vermögen am isolierten Froschherzen positiv inotrope und chronotrope Wirkungen auszuüben. Auch nach Haberlandt findet sich das Herzhormon vor allem im Sinus des Froschherzens, sodann im Infundibulartrichter, dagegen nicht in der Herzspitze, es ist demnach an das Vorhandensein des spezifischen Reizbildungsapparates gebunden. Haberlandt konnte mit seinem Hormon, dem Körper entnommene Froschherzen, die bereits schlaglos waren, noch nach 2—3½ Tagen wieder zum Schlagen bringen. Gegen die Haberlandtschen Herzhormone wurde eine Reihe von Einwendungen erhoben, doch liegt kein Anlaß vor, zu bezweifeln, daß sich aus den Herzen von Warm- und Kaltblütern herzaktive Substanzen, die man „Herzhormone“ nennen könnte, gewinnen lassen. Dagegen ist es durch neuere Untersuchungen zweifelhaft geworden, daß eine Spezifität der Herzhormone angenommen werden kann. Es gelang auch aus anderen Organen Extrakte darzustellen, die ganz ähnliche Effekte am isolierten Herzen hervorbringen können. Aus der Leber wurde ein Kreislaufhormon, das Eutonon, dargestellt. Es wird angegeben, daß Eutonon, das auf eine optimale Einstellung des Blutdruckes hinarbeitet, bei niedrigem Blutdruck steigernd, bei pathologisch erhöhtem Drucke, drucksenkend wirke. Ueber die therapeutische Bedeutung dieses Mittels kann noch kein abschließendes Urteil gegeben werden. **Maslow sky.**

715.

Redisch, Walter, Wesen und Bedeutung des Grundumsatzes. (Beitr. ärztl. Fortbildg., Nr. 24, 1928.) Normalerweise ist der Grundumsatz bei ein und demselben Menschen konstant. Natürlich besitzt er eine gewisse Variationsbreite, die wir mit 10% annehmen. Das gilt allerdings nur für den erwachsenen Menschen der gemäßigten Zonen. Beim wachsenden Kinde sowie in extremen Klimaten erheischen die Grundumsatzverhältnisse eine andere Beurteilung.

Erhöhung des Grundumsatzes über die Variationsbreite gilt uns als charakteristisch für eine Ueberproduktion der Schilddrüse. Da eine beginnende Tuberkulose klinisch oft einer leichten Hyperthyreose gleicht, so ist hier die Grundumsatzbestimmung von ganz besonderer differentialdiagnostischer Bedeutung. Die Steigerungen des Grundumsatzes bei Schilddrüsenüberfunktion liegen erfahrungsgemäß zwischen 15 und 80%. Bei der vielgeübten Jodbehandlung der echten Basedowschen Krankheit sind fortlaufende Grundumsatzbestimmungen unbedingt notwendig, denn das Verhalten des Grundumsatzes ist wohl der früheste und feinst ansprechende Indikator für eventuelle Jodschäden.

Nicht so eindeutig wie die Steigerungen sind die Minderungen des Grundumsatzes. In erster Linie führen Unterfunktionen in der Schilddrüse zu einer Grundumsatzminderung. Ihre Bestimmung gibt die Möglichkeit, latente Hypothyreosen zu entdecken und ungeklärte und daher unbeeinflussbare Symptome durch Schilddrüsen-darreichung einer raschen Heilung zuzuführen. Grundumsatzminderung bei Fettsüchtigen dürfen wir nur dann als Symptom einer Störung der Keimdrüsen- oder Hypophyseninkretion deuten, wenn andere klinische Symptome mit einiger Wahrscheinlichkeit nach dieser Richtung weisen. **Held.**

716.

Badjul, Miropolskaja und Andrejew, 6. Studie über die Synkinesien bei Gesunden im Zusammenhang mit der motorischen Begabung und den Körperbautypen. (Z. Neur., 117., Nr. 4/5.) Die Mitbewegungen zeichnen sich bei gesunden Leuten durch große Verschiedenartigkeit sowohl im Grade ihrer Prägnanz wie in Charakter und Form der Kurven aus. Für die gut ausgeprägten Synkinesien sind steile und hohe Aufstiege, Vorherrschen derselben auf der rechten Seite und Verstärkung unter wiederholten Kontraktionen charakteristisch. Je ausgesprochener die Synkinesien, um so mehr übertrifft der M. biceps in der Anstiegs-höhe der Kurven den M. triceps; bei schwachen Synkinesien gleichen sich die gesamten Unterschiede aus, und in einigen Fällen ist sogar ein Uebergewicht des Triceps in den Biceps zu beobachten. Die quantitative Schätzung der Synkinesien nach dem Grade ihrer Prägnanz ist das beste Verfahren zum Vergleich derselben mit der motorischen Begabung und dem Körperbau. Völlige Abwesenheit von Synkinesien ist bei gesunden Leuten mittleren Alters nach den Befunden des Verfassers in 8—9% zu beobachten. Aus dem Studium der Synkinesien im Zusammenhang mit der motorischen Begabung ist hervorzuheben, daß letztere um so höher steht, je besser die Synkinesien quantitativ ausgeprägt sind, und umgekehrt die motorische Begabung um so schwächer ist, je schlechter die Synkinesien ausgesprochen sind. Dem Körperbau nach repräsentierten die untersuchten Rotarmisten in großer Menge mittlere und unbestimmte Formen; unter den bestimmten Körperbautypen ist ein Vorherrschen des muskulären Typs zu erkennen. Der Reichtum an Mittleren und die Neigung zur Muskularität hängen verständlich mit der Auswahl bei der Rekrutierung zum Militärdienst zusammen. Die quantitative Wertung der Prägnanz der Synkinesien und die summarische Schätzung der motorischen Begabung, die einander parallel gehen, lassen einen bestimmten Zusammenhang mit den Körperbautypen erkennen. Das höchste Werturteil erfolgt bei den Muskulären, das niedrigste bei den Dysplastikern. **Knospe.**

717.

Baetzner, W., Ueber Sportschäden. (Med. Klin., 51, 1928.) Die Leibesübungen sind Reize, und der Körper reagiert darauf wie auf Reize aller Art nach der bekannten Regel, daß kleine Reize die Lebenskraft anregen, mittlere sie verstärken und größte sie hemmen und schädigen. Leider bleibt es gewöhnlich beim Sport nicht bei den gesundheitsgemäßen mittleren Reizen: Richtung und Ziel der modernen sportlichen Körpererziehung sind Leistungssteigerungen zum Zwecke der Höchstleistung. Spitzenleistungen bringen Einseitigkeit mit sich. Beim Leistungssport arbeitet der Muskel nicht mit den für ihn günstigsten Arbeitsleistungen mittlerer Belastung und mittlerer Schnelligkeit, sondern er hat meist hochwertigste Leistungen auszuführen in Kraft, Dauer und Geschwindigkeit. Die Gelenke werden oft im Höchstmaße beansprucht. Dazu kommen unphysiologische Bewegungen, d. h. Bewegungen, die außerhalb der Mechanik der Gelenke liegen. Dasselbe läßt sich auch vom Knochen sagen. Dementsprechend kann man am Bewegungsapparat

auch Schädigungsreize beobachten: teils Wucherungen und teils Schwund. Der Muskel wird dünner und schlaffer, der Knochen verliert sein dichtes Gebälk, der Knorpel schleift sie ab, und Muskel, Knorpel und Knochen werden brüchig und reißen. Gleichartige Schäden erleiden sicher auch die anderen Organe des Körpers, besonders Herz und Lunge; es lassen sich auch Schäden des Geistes und der Seele feststellen. Von einer besonders schädigenden Wirkung auf die Gelenke sind der Boxsport und das Fußballspiel. Als beste Sportform bezeichnet Verfasser das Handballspiel.

L. Gordon, Berlin.

718.

Müller, Ernst Friedrich, und William F. Petersen, **Krankheitsbereitschaft und vegetatives Nervensystem.** (Münch. med. Wschr., 50, 2127.) Die Gewebe des Körpers besitzen in hohem Grade die Fähigkeit, abnormen Bedingungen sich anzupassen, indem Änderungen des Milieu und Reize der verschiedensten Art gesetzmäßig biologische Reaktionen auslösen, deren Endserfolg für den Weiterbestand der betroffenen Abschnitte entscheidend ist. Dieser Selbstschutz der Gewebe führt nicht zu histologisch erfassbaren Veränderungen und unterscheidet sich durch das Fehlen von Exsudatbildung und dem Ausbleiben der Wanderung wesentlicher Mengen von Blutzellen vor dem Vorgang der Entzündung. Der örtliche Selbstschutz verhindert z. B. die Infektion mit den als Parasiten auf der Haut lebenden, an sich pathogenen Bakterien und stellt eine vitale Eigenschaft der betreffenden Gewebe dar. Die einzelnen Gewebelemente stehen im Organverband des Körpers unter wechselnden, hemmenden und erregenden negativnervösen Einflüssen. Hemmende Einflüsse bedingen gleichzeitig mit der Verringerung der Durchblutung eine Abnahme des Anpassungsvermögens und damit eine erhöhte Krankheitsbereitschaft. Auf Haut und Schleimhäute des Nasen-Rachenraums werden solche hemmenden Einflüsse wirksam, wenn — wie im Schüttelfrost und im Fieber — Steigerungen der Leistungen im Abdomen zustande kommen mit dem Abströmen großer Blutmengen in die aktiv erweiterten Splanchnikusgefäße (Entstehung des Herpes bei Koliinfektionen). Umgekehrt sinkt die Reaktivität der Schleimhäute des Darmes, wenn bei anhaltender Außenwärme die Leistungen der peripherischen Gewebe steigen und große Blutmengen in der Peripherie sich ansammeln. Die bei plötzlicher ungewohnter Abkühlung und auf akute wie chronische, psychische unlustbetonte Einflüsse hin sich einstellenden vegetativen Impulse auf die peripherischen Organe und Gewebe führen nicht nur zu Gefäßkontraktionen, sondern sie wirken gleichzeitig hindernd auf sämtliche Phasen des örtlichen Gewebsschutzes, während Wärme, Stauung und psychisch lustbetonte Einflüsse Gewebsschutz und Heilungstendenz steigern. Vegetative Einflüsse, die die Permeabilität der Zellen erhöhen, lassen das Widerstandsvermögen gegenüber Infektionen ansteigen, während durch Herabsetzung der Permeabilität das Eindringen von Erregern und toxischen Stoffen begünstigt wird. So bietet nicht die mechanische Dichte des äußeren Integumentes den wirksamsten Schutz, sondern der Zustand des Gewebes, in dem die Anpassungsfähigkeit der Zellen voll zur Entfaltung gelangen kann. Mit zunehmender Einschränkung der Gewebsvitalität (mit zunehmender Gefäßkontraktion, Schrumpfung, Wasserverlust und entsprechender Umsatzeneinschränkung der Einzelelemente) steigt die Anfälligkeit in allen Geweben, die unmittelbar oder von anderen Energiezentren her hemmende Einflüsse auf vegetativ-nervösem Wege empfangen.

Biberfeld.

719.

Meltzer, Hans, **Die Härte drüsiger Organe und ihre Veränderungen nach dem Tode.** (Klin. Wschr., J. 7., Nr. 52.) Es wurden mit dem Mangold'schen Sklerometer Härtemessungen an Leber, Milz und Niere der verschiedensten Warmblüter ausgeführt und deren Durchschnittshärte festgestellt.

Die Untersuchungen wurden über mehrere Tage post mortem fortgesetzt. Es zeigte sich bei diesen Organen (am regelmäßigsten bei der Leber und Niere, nicht ausnahmslos bei der Milz), daß eine deutliche Härtezunahme stattfindet, welche etwa 3—8 Stunden nach dem Tode ihren Höhepunkt erreicht. Sie wird in der Diskussion der Ergebnisse auf eine postmortale Zustandsänderung der Eiweißkolloide in den Zellen zurückgeführt. Arnold Hirsch, Berlin.

720.

Schrijver, D., und S. Schrijver-Herzberger, **Untersuchungen über die Blutungsreaktion, Blutgerinnung und Fibrinogengehalt des Plasmas bei Psychosen.** (Z. Neur., 117., Nr. 4/5.) Untersucht wurden 189 psychiatrische Fälle.

1. Normale Senkungsreaktion fand sich bei 69 Prozent der Oligophrenen und bei nur 51 Prozent der Schizophrenen. Beschleunigte SR. von mäßigem Grade fand sich bei 20 Prozent der Oligophrenen und bei 31 Prozent der Schizophrenen. Diese beschleunigte

SR. zeigte sich besonders oft bei den Dem. paranoides. Besondere Bedeutung kommt der verlangsamten SR. zu, die sich bei nur 2 Prozent der Oligophrenen, jedoch bei 11 Prozent der Schizophrenen vorfindet und relativ oft bei Schizophrenen im Prozeß und bei Katatonen.

2. Extreme Werte der Blutgerinnungszeit fanden sich öfter bei Schizophrenie und bei Oligophrenie, wie bei Epilepsie (außerhalb der Anfallzeit). Die Schwankungen in der Gerinnungszeit waren besonders groß bei der Katatonie und bei der Dem. paranoides. Bei der Schizophrenie gab es sowohl verlängerte wie abgekürzte Gerinnungszeiten.

3. Eine gewisse diagnostische Bedeutung könnte dem Befund von gleichzeitig beschleunigter SR. und abgekürzter Gerinnungszeit zukommen für die Diagnose Dem. paranoides.

4. Im Gegensatz zu den Befunden der internen Klinik fehlte in dem vom Verfasser untersuchten psychiatrischen Fällen eine Korrelation sowohl zwischen Blutgerinnungszeit und SR. wie zwischen Fibrinogengehalt und SR. Vielleicht war also die Senkungsbeschleunigung in diesen psychiatrischen Fällen von anderer Art als die in der internen Klinik.

Knosp.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

721.

Berger, J. A., und Schubina, **Zur Frage über den Lipidgehalt des Blutes bei Geisteskrankheiten.** (Z. Neur., 117., Nr. 4/5.) Die Saponin-Lipoid-Probe im Blute ist unspezifisch, hilft aber, den Grad der Resistenz des Organismus verschiedenen Noxen gegenüber festzustellen. Die vom Verfasser angewandte Methodik ist einfach und kann unter den gewöhnlichen Krankenhausverhältnissen ausgeführt werden. Die Bedeutung dieser Reaktion bei Erkrankungen des Zentralnervensystems liegt in folgendem: Sie zeigt einen deutlichen Unterschied der Zustände, die der Anstaltsbehandlung bedürfen, und solcher, die poliklinisch behandelt werden dürfen. Die Ernährung spielt hierbei keine Rolle. Aus der Gruppe der syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems kann die progressive Paralyse als eine Form mit Hypolipoidie ausgeschieden werden. Bei der Schizophrenie lassen sich hinsichtlich des Lipidgehaltes einerseits amente und katatonische Formen mit Hyperlipoidie, andererseits einfache Formen unterscheiden, unter welchen sich die Anstaltsbedürftigen durch ihre Tendenz zur Hypolipoidie von den poliklinischen scharf unterscheiden.

Knosp.

722.

Berger, J. A., und Rawkin, **Zur Frage der Psychosen bei Icterus catarrhalis.** (Z. Neur., 117., Nr. 4/5.) Verfasser führt einen Fall mit akuter Psychose an, die bei einem jungen Individuum — mit relativ geringer erblicher Belastung (väterlicher Alkoholismus) und irgendwelchen psychopathischen Symptomen in der Anamnese — im Verlaufe eines Icterus catarrhalis sich entwickelte. Es ist interessant hervorzuheben, daß es sich um einen schizophrenen Symptomenkomplex handelt, der bei einer nicht schizoiden Persönlichkeit auf dem Boden einer exogenen Schädigung zur Entwicklung gelangte, was die Ansicht Bunkes von der Möglichkeit einer exogenen Ätiologie der Schizophrenie bis zu einem gewissen Grade bestätigt. Die Entwicklung schizophrenen Komplexes auf dem Wege der Exogene (nach exogenem Typus) veranlaßt Kirsch, eine besondere Form einer symptomatischen Schizophrenie im Gegensatz zu der genetischen oder idiopathischen Schizophrenie zu isolieren. Außerdem findet auch die Tatsache Beachtung, daß man auch bei subkortikalen Schädigungen schizophrenen Symptomen begegnet. Man weiß, daß auch einige andere Erkrankungen, bei welchen Alterationen in den subkortikalen Ganglien sich entwickeln, ebenfalls häufig schizophrene Symptomkomplexe zeigen.

Knosp.

723.

Thode, K., **Vorbeugung gegenüber geistigen Erkrankungen.** (Bl. f. Volksgesundh., 28., Nr. 12.) Die Vorstellung in der Bevölkerung ist vielfach noch so, daß geistig und seelisch erkrankende Personen, ehe sie in eine Anstalt mit fachärztlicher Behandlung gelangen können, erst „für die Irrenanstalt reif werden“ müssen, wie der Volksmund sagt, d. h. den Verstand erst ganz verloren haben müssen. Die Geisteskrankheiten entwickeln sich aus körperlichen und geistig seelischen Anlagen des einzelnen Menschen und den ungünstigen Einwirkungen seiner Umwelt. Je eher die beginnende Fehlentwicklung erkannt wird, je eher eine fachärztliche Behandlung einsetzt, um so größer ist die Aussicht, die geistige Erkrankung zu verhindern oder wenigstens nicht zu voller Entwicklung kommen zu lassen. Durch eine rechtzeitig eintretende vorbeugende Behandlung muß nach Möglichkeit verhindert werden, daß Menschen anstaltsreif werden. — Dringend zu wünschen ist daher, daß für jeden örtlichen Verwaltungsbereich eine Beratungsstelle für Geisteskranke und Psychopathen errichtet wird.

Eine solche Beratungsstelle hat die dreifache Aufgabe, im fürsorglichen Sinne über das Wesen der Geisteskrankheiten und die Behandlung Geisteskranker Aufklärung zu verbreiten, der Vorbeugung und der Nachbehandlung zu dienen. Vor allem aber wird die Beratungsstelle sich der Kinder- und Jugendfürsorge anzunehmen haben; eine solche Beratungsstelle bedarf der ärztlichen Tätigkeit eines Psychiaters, damit Früh- und Grenzfälle geistig-seelischer Erkrankungen rechtzeitig begutachtet werden und nötigenfalls der Behandlung zugeführt werden.

Rudolf Katz, Berlin.

724.

Toporkoff, Die Syphilis bei der Aetiologie der Psychasthenie. (Progrès méd., Nr. 45, 1928.) Unter den zahlreichen äußerst wechselnden Symptomen dieser einheitlichen Krankheitsform gibt es ein pathognomonisches Kriterium: ein unruhiger argwöhnischer Charakter. Um dieses gruppieren sich die verschiedenen Symptome, von denen das eine oder das andere vorherrscht. Man unterscheidet eine hypochondrische, eine obsessive und eine sexuelle Form; oft ist die sexuelle mit der hypochondrischen vereinigt; die Grenzen sind nicht scharf. Von 109 Fällen gehörten 72 zur hypochondrischen Form, bei der man meist auch Syphilomanie feststellen kann. 7 Fälle betrafen Frauen. Zwei Punkte sind wichtig: der rein psychogene Ursprung und die konstitutionelle Prädisposition. Manche Autoren machen noch eine hereditäre Prädisposition geltend: alkoholisch, psychopathisch. Soukhanoff legt Wert auf die tuberkulöse Heredität. Wenig Bedeutung wird der Syphilis zugemessen, obgleich sie einen günstigen Boden für die Entwicklung der Psychasthenie abgeben kann. Toporkoff hat nun sein Material eingehend daraufhin untersucht und bei 23 Syphilis festgestellt; 22 waren auf kongenitale Syphilis suspekt und 64 hatten sie wahrscheinlich. In keinem Falle erworbene Syphilis. Die Mehrzahl der Kranken wies organische Symptome auf, die für Neurosyphilis sprachen, Dystrophien, Enuresis nocturna, die Toporkoff ganz besonders als hereditärsyphilitisch bezeichnet wissen will. Alle Kranken leugneten eine Syphilis in der Ascendens. Leider konnten die Eltern nicht untersucht werden. Wie wichtig das ist, beweist die Tatsache, daß bei einer Untersuchung von 110 Hysterikern in 29 Fällen die Eltern untersucht werden konnten und daß dabei in 24 Fällen die kongenitale Syphilis zu beweisen war. In den Fällen in denen die Eltern nicht untersucht werden konnten, wiesen 15% Syphilis auf. Zur Entwicklung der Psychasthenie braucht es eines degenerativen Bodens. Deshalb ist auch in nicht wenigen Fällen die spezifische Behandlung von Erfolge begleitet. Die Gefahr, daß man Syphilomanie erweckt, ist nicht groß, wenn man dem Kranken sagt, daß er hereditär syphilitisch sei. Diese Behandlung kommt besonders dann in Frage, wenn die Psychotherapie versagt.

v. Schnitzer.

725.

Wolochow, N. P., Versuch mit Milchbehandlung in der psychiatrischen Praxis. (Sibir. Arch., 3., Heft 3, S. 224—230.) In 55 Fällen von Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse, Lues cerebri und präseniler Psychose wurden Milchinjektionen therapeutisch angewandt. Die Einspritzungen erfolgten jeden zweiten Tag intragluteal in Dosen von 2,0 ccm steriler Milch, insgesamt 40 Injektionen bzw. mit 2,0 ccm anfangend und allmählich bis auf 14,0 ccm pro dosi ansteigend, im ganzen 30 Injektionen. Von 40 Schizophreniefällen konnte konstatiert werden: in 8 Fällen (20%) geringe symptomatische Besserung, in 9 (22,5%) bedeutende Besserung, in 15 (37,5%) völlige Herstellung der Arbeitsfähigkeit und in 5 (12,5%) keine Veränderung. In 2 Fällen (5%) trat Verschärfung der vorhandenen Lungentuberkulose ein. Das Alter der Patienten betrug vorwiegend 20 bis 30 Jahre. Am günstigsten werden von den Milchinjektionen die katatonen und paranoiden Formen beeinflusst. Akute Fälle ließen sich günstiger beeinflussen als chronische. Unter 7 Fällen von genuiner Epilepsie wurde in 2 Fällen bedeutende und in 2 geringe Besserung erzielt; in 1 Fall trat Verschärfung der Lungentuberkulose ein. In zwei Fällen von progressiver Paralyse wurde neben Milchinjektionen Serumtherapie angewandt. In einem Falle erzielte man hier eine bedeutende Besserung des somatischen und psychischen Zustandes des Patienten, in dem anderen, vorgeschrittenen Falle nur eine vorübergehende Besserung. Ferner erwies sich die Milchtherapie bei Hirnsyphilis (3 Fälle), wo sie parallel mit der spezifischen Behandlung durchgeführt wurde, sowie in drei Fällen von präseniler Psychose als durchaus wertvoll.

E. Kontorowitsch.

726.

Geill, Christian, Ueber Schlafmittel bei Geisteskranken, besonders Dial-Ciba. (Ugeskr. Laeg., Nr. 52, 1928.) Opium und Pantopon, die sich vorzüglich eignen als Beruhigungsmittel bei Melancholie, Depressionen, Angstzuständen, sind als Schlafmittel weniger zu empfehlen. Viele Schlafmittel, die in den Tag hineinwirken wie Veronal, wirken am Tage nicht beruhigend, sondern eher benebelnd und schwindelerregend. In schweren Fällen von

Schlaflosigkeit wandte Geill Nirvanol gern an, obwohl es oft Exantheme erzeugt und kumulativ wirkt. Bei leichteren Psychosen und Neurosen mit Schlaflosigkeit zieht er Dial-Ciba vor, und zwar in Dosen von 0,1 bis 0,3, selten bis zu 0,4 g. Es wirkt zugleich sedativ. Meist tritt danach ein fünf- bis achtstündiger Schlaf ohne üble Nachwirkung ein; bei Depressionen wirkte mitunter schon 0,05 mehrfach wiederholt beruhigend und schlafmachend. 0,15 Dial entspricht einer Wirkung von 0,5 Veronal. Das Luminal vermag Dial jedoch bei Epilepsie und Kramp fzuständen keineswegs zu ersetzen.

S. Kalischer.

727.

Carmichael, E. Arnold und F. H. K. Green, Parkinsonismus. (Quart. J. med., Nr. 85, 1928.) Tinctura Stramonii, in großen Dosen gegeben, mildert den Parkinsonismus und steigert die Möglichkeit, rasche und feine Bewegungen auszuführen, was sich graphisch festhalten läßt. Anscheinend bessert es auch die geistige Verfassung des Patienten; dagegen läßt es den Tremor unbeeinflusst. Es ist mindestens so wirksam wie Hyoscin, subkutan in großen Dosen gegeben, ist besser als Hyoscin per os und kann längere Zeit hindurch verabreicht werden. Die optimale Dosis ist individuell verschieden. Gewöhnlich liegt sie zwischen 45 bis 60 minus, dreimal täglich.

Selbst bei hohen Dosen sind toxische Symptome selten; man erlebt sie häufig bei älteren Patienten mit idiopathischer Paralysis agitans als bei jüngeren Postenzephalitikern.

Tinct. Stramonii ist wirksamer als Atropin oder links- und rechtsdrehendes Hyoscyamin. Indessen ist die Wirkung beruhigend und nicht heilend.

Held.

728.

Wagner-Jauregg, Einige Bemerkungen über die Impfmalaria. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 1.) Die Impfmalaria verläuft bei Paralytikern verhältnismäßig selten in reinem Tertianatypus, sondern entweder in einem teils tertianen, teils quotidianen oder in einem rein quotidianen Typus. Bei anderen geimpften Kranken, z. B. nichtparalytischen Luetikern, ist dagegen der quotidiane Typus selten zu beobachten. Die Beschaffenheit des Organismus, in dem die Impfmalaria sich abspielt, übt also auf das Zustandekommen des quotidianen Typus einen Einfluß aus. Dieser Einfluß besteht in einer Geschwindigkeitsänderung der Entwicklung der Plasmodien, und zwar im Sinne einer Förderung. Letzteres geht daraus hervor, daß bei intravenöser Injektion und gleichzeitigem Zusammentreffen von günstigen (d. h. nichtagglutinierenden) Blutgruppen die größte Zahl von Quotidiana erzielt wurde, während bei intrakutaner Impfung mit ungünstigen (agglutinierenden) Blutgruppen die reinen Tertianafälle überwiegen. Also bei Zusammentreffen zweier günstiger Faktoren vorwiegend Quotidiana, bei ungünstigen vorwiegend Tertiana. Daraus kann man den Schluß ziehen, daß auch das Vorwiegen der Quotidiana beim Paralytiker seinen Grund in einer Förderung der Plasmodienentwicklung im Organismus hat. Diese Förderung dürfte die Folge einer verminderten Widerstandskraft des paralytischen Organismus gegen die Entwicklung der Malaria Parasiten sein. Da bei der progressiven Paralyse das quotidiane Fieber die Kräfte des Kranken zu stark in Anspruch nimmt, soll man zu seiner Vermeidung mit einer ungünstigen Blutgruppe intrakutan impfen; bei Patienten dagegen, bei denen eine möglichste Abkürzung der Kur erwünscht ist und eine Gefährdung durch das Fieber nicht besteht, soll mit einer günstigen Blutgruppe intravenös geimpft werden.

Ernst Pick, Wien.

729.

Monrad-Krohn, H., und Ingar Lossins, Röntgenbehandlung der Hirntumoren. (Norsk Mag. Laegevid., Nr. 1, 1929.) In 11 Fällen von Hirntumor, die längere Zeit mit Röntgenbestrahlung behandelt wurden, konnte ein erheblicher Erfolg nicht verzeichnet werden. Natürlich kommt die Bestrahlung nur in den Fällen in Frage, in denen eine Radikaloperation nicht vorgenommen werden kann. In einigen Fällen schien anfänglich eine günstige Wirkung zu folgen, aber diese hielt nicht an. Die Prognose der Behandlung kann wohl nicht für alle Arten der Tumoren und bei dem verschiedenen Sitz gleichmäßig beurteilt werden. Wie sich die einzelnen Tumoren dazu verhalten, kann erst eine längere Erfahrung und Statistik lehren.

S. Kalischer.

730.

Keller, W., Nervenkrankheiten nach Kuhpockenimpfung. (Nervenarzt, I., H. 12.) Verf. bespricht die Vakzineenzephalitis und die für ihre Pathogenese aufgestellten Theorien. Es empfiehlt sich, die Kuhpockenimpfung nicht über das erste Lebensjahr hinauschieben, denn fast ausschließlich wurden die postvakzinalen Erkrankungen bei Erstimpfungen nach dem ersten Lebensjahre beobachtet. Theoretisch läßt sich diese scheinbar verminderte Empfänglichkeit des Säuglings schwer erklären. Sie mag mit der geringeren spezifischen Immunisierungsfähigkeit oder besonderen

dispositionellen Eigentümlichkeiten seines Nervensystems zusammenhängen. Beim Säugling sehen wir ja auch äußerst selten eine Herpesinfektion. Auch sollen nur ganz gesunde Kinder in epidemiefreien Zeiten geimpft werden. Kurt Mendel, Berlin.

731.

Crohn, W. H., Ueber Folgezustände nach Encephalitis lethargica. (Med. Klin., 51, 1928.) Bericht über einen Fall von Encephalitis lethargica, bei dem nach etwa einem Jahr eine vollkommene Aenderung des Charakters und der psychischen Persönlichkeit ohne Störung des Intellekts, völlige Interessenänderung bzw. Verschiebung, Steigerung der Affekte und Größenvorstellungen, die stark an Paralyse erinnerten, eingetreten sind. Der Patient galt bei der Allgemeinheit nicht als Kranker, sondern stieß überall an und gab Anlaß zu Konflikten. Zu alledem kam die Häufung einer schon vorhandenen Eigenschaft, des Schreibens grober Briefe, die durch die Encephalitis ohne Zweifel in verstärktem Maße ausgelöst wurde. Die abwegigen Züge im somatischen Verhalten als auch in dem psychischen Geschehen werden verständlich, wenn man sie ansieht unter dem Gesichtspunkt einer Enthemmung.

L. Gordon, Berlin.

732.

Wiersma, E. D., Wirkungen des Rutonal. (Biol. Méd., Nr. 9, 1928.) Obwohl das Luminal den Bromsalzen überlegen ist, hat es doch manche unzureichenden Eigenschaften toxischer Art. Der Autor griff also zum Rutonal, der Phenylmethylbarbitursäure, bei der das Äthylradikal des Luminal durch ein Methylradikal ersetzt ist. Dies neue Produkt zeichnet sich durch geringere Giftigkeit und sichere Wirksamkeit aus. Die Dosen sind etwa doppelt so hoch wie beim Luminal.

Wiersma hat das Rutonal in zahlreichen Fällen, in denen die Bromsalze aufgegeben werden mußten, angewandt, Rutonal war ihnen weit überlegen, und dem Luminal ebenbürtig, wenn auch vielleicht nicht ganz so rasch wirkend. Intoleranzerscheinungen sind selten. Die gewöhnlichen Dosen sind 0,2–0,8 g. Exantheme kommen vor wie beim Luminal. Gliederschmerzen hat der Autor nie beobachtet.

Die Wirkung des Rutonal erstreckt sich nicht nur auf die epileptischen Anfälle, sondern auch auf den psychischen Zustand der Kranken. Kurt Heymann, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie

733.

Steinhardt, I., Vom Stottern. (Med. Welt., 50, 1928.) Das Stottern ist eine spastische Koordinationsstörung, d. h. das für den normalen Ablauf des Sprechvorgangs nötige geordnete, geregelte Zusammenwirken der Muskeln und Muskelgruppen der Respiration, der Phonation und der Artikulation wird durch Spasmen gestört. Diese Spasmen können klonischer oder tonischer oder klonischer und tonischer Art sein. Beim Stottern wird der Muskelwiderstand, der beim normal Sprechenden den kaum meßbaren Bruchteil einer Sekunde ausmacht, auf längere Zeit ausgedehnt; solange er nicht gelöst oder überwunden ist, stockt die Rede. Im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes steht dabei das bewußte Bemühen, der Schwierigkeiten der Sprachhemmung und -unterbrechung Herr zu werden. Mit der rein motorischen Störung der Sprechmuskulatur geht auch eine allgemein nervöse Komponente parallel, die von größter Bedeutung ist. Eigentlich kann der Stotterer alle Buchstaben, Silben und Wörter richtig bilden und aussprechen, nur setzen unter gewissen Voraussetzungen Hemmungen in wechselnder Stärke und an wechselnden Angriffspunkten ein, die die Lautbildung gefährden. Ein weiteres, deutlich nervöses Symptom ist die hochgradige Suggestibilität. Das Stottern kann auch als Aufmerksamkeitsneurose, Angstneurose oder Erwartungsneurose bezeichnet werden. Der Stotterer hat Furcht vor den einzelnen Lauten, die sich derart steigern kann, daß eine richtige Sprechangst, Logophobie, entsteht: Das konzentrierte Denken an die drohenden Fährnisse des mechanischen Sprechaktes führt beim Stotterer schließlich dazu, daß der gefürchtete Laut oder Buchstabe an der gefürchteten Stelle tatsächlich nicht herausgeht, während er meistens tadellos gelingt, wenn und wo er nicht beachtet wird. Die Ursache und Wirkung greifen dabei ineinander über: Der Stotterer hat Angst, weil er schlecht spricht, und er spricht schlecht, weil er Angst hat. Die Schule übt auf das Stottern einen schädigenden Einfluß aus, weil sie vom ersten Schultag an zum scharfen, präzisen Aussprechen erzieht, also die Aufmerksamkeit auf den mechanischen Sprechakt direkt hinlenkt. Organischen Veränderungen kommt beim Stottern keinerlei ätiologische Bedeutung zu. Die Prophylaxe und Therapie des Stotterns besteht in erster Reihe in der Ablenkung der Aufmerksamkeit vom mechanischen Sprechen. Das Stottern muß übertrieben ignoriert werden. Die Behandlung hat aus diesem Grunde nicht beim Kind, sondern bei den Eltern einzu-

setzen. Die Behandlung selbst besteht in Atem- und Sprechübungen. Atemübungen sind nötig, weil die meisten Stotterer unzuweckmäßig und schlecht atmen, zu oft und zu oberflächlich ein- und fast nie vollständig ausatmen. Die Sprechübungen können mit den Atemübungen verknüpft oder getrennt von ihnen durchgeführt werden. Eine wertvolle Unterstützung kann dabei unter Umständen die Autosuggestion nach Coué liefern. Die Hypnose wird von maßgebenden Autoren im allgemeinen abgelehnt. Die Psychoanalyse ist wegen der Schwierigkeit des Sprechens erst dann anwendbar, wenn sich das Sprechen schon gebessert hat. Als Adjuvans kommt leichte Zimmergymnastik und Sport in jeder Form in Betracht. Unter Umständen können auch Tonika und Nervina verordnet werden. Erstaunliche Erfolge lassen sich gelegentlich mit schwachen galvanischen Strom erzielen. Vom faradischen Strom hat Verfasser nie einen Erfolg gesehen. Im allgemeinen ist es verkehrt, eine bestimmte Behandlungsmethode anzupreisen, die Behandlung muß von Fall zu Fall individualisiert werden.

L. Gordon, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

734.

Reuter, Karl, Ueber die Papillarlinien der Finger als Ausdruck individueller Eigentümlichkeit und ihre Bedeutung für die Identifizierung nach dem Tode. (Derm. Wschr., 88., Nr. 1.) Die Daktyloskopie kann zur Erkennung unbekannter Leichen herangezogen werden, da unter diesen sich unter Umständen Personen befinden werden, von denen bei Lebzeiten polizeilicherseits Fingerabdrücke genommen worden sind. Allerdings wird das Verfahren durch Fäulnis und Leichenveränderungen sehr erschwert (durch Kälte und Austrocknung wird die feine Struktur des Papillarmusters konserviert); mittels Druckerschwärze sind dann brauchbare Abdrücke nicht mehr zu erhalten. Interdessen kann man, wenn die abgelösten Waschhäute vorhanden sind, das Papillarmuster an ihrer Innenfläche als Negativ sehr deutlich sehen und davon durch Abformung mittels elastischer Maße ein positives Relief hervorbringen und auf Papier abdrucken. Andererseits lassen sich auch an der Lederhaut noch Reste des Papillarmusters erkennen und durch Konservierung und geeignete Vorbehandlung mit fixierenden Reagentien zu einer elastischen Konsistenz bringen und zu Abdrücken auf Papier geeignet machen. So gelang es in dem beschriebenen Falle die Person eines Getöteten und dadurch auch die des Täters nachzuweisen. Ernst Levin, Berlin.

735.

Balthazard, Villaret, Piédlièvre, Die zeitliche Häufigkeit der Arbeitsunfälle. (Paris méd., 18., Nr. 46, 1928.) In einer Statistik von 2678 Unfällen hingen 17 Prozent nicht vom Arbeiter ab und 82 Prozent waren durch das Fehlen exakter Bewegungen bedingt. Zu den Ursachen eines Unfalles gehört auch, daß der Arbeiter sich nicht immer im selben physiologischen Zustand befindet, daß seine Widerstandskraft gegen Ermüdung, die Schnelligkeit der Produktion, die Aufmerksamkeit wechselt mit den Lebensbedingungen selbst, dem Alter, dem moralischen Zustand und vielleicht auch mit den Veränderungen im familiären Milieu. Die gegenwärtige Statistik umfaßt die Jahre 1905–1914, also noch die Zeit vor dem Achtstundentag, also zu einer Zeit, in der noch Pausen in der Arbeit möglich waren, die es heute nicht mehr gibt. Die Jahreskurve nimmt gewöhnlich vom Februar ab zu und erreicht im Mai ihr Maximum und ein zweites Maximum, im September beginnend, im November. Sicherlich besteht hier ein noch unerkanntes Gesetz, vielleicht analog der Zunahme der Morde und Selbstmorde im Mai. In der Woche findet man eine Zunahme der Unfälle am Samstag. Vielleicht hängt dies damit zusammen, daß sie (in Frankreich) erst Samstags gemeldet werden oder daß folgenlose Unfälle dabei sind, die nur eine andere leichtere Arbeit zur Folge haben. Von 729 Unfällen Samstags waren 445 folgenlos, 284 hatten Folgen. Ein wichtiger Faktor dabei ist immerhin die Ermüdung am Ende der Woche. Eine zweite Zunahme der Unfälle findet am Montag statt: neue Adaptation des Arbeiters nach der Sonntagsruhe oder Folge des Sonntags? Hinsichtlich der Tageszeit: abends sind Unfälle häufiger als morgens. Dann sind zwei Maxima in den späten Morgen- und in den späten Abendstunden: hier spielt sicher die psychische und physische Ermüdung eine Rolle mit. Sicherlich bestehen hier gewisse Gesetze, die zu erforschen zu einer Prophylaxe der Unfälle nötig ist.

v. Schnitzer.

736.

Ziel, Bestimmungen über Gesundheitsschutz und Unfallverhütung in gewerblichen Betrieben. (Beitr. z. ärztl. Fortbildg., Nr. 25, 1928.) Die Mehrzahl gewerblicher Betriebe verursacht Störungen allgemeiner und individueller Art. Sie nach Möglichkeit zu mildern, ist die Aufgabe beamteter Aerzte, denen die Prüfung

der Betriebe obliegt. An oberster Stelle steht die gute Belichtung der Arbeitsstätten. Wo genug Licht, leichte Reinhaltung, verminderte Unfallgefahr. Die Gesamtläche der Fenster soll nicht unter $\frac{1}{5}$ der Bodenfläche sinken. Zwecks persönlicher Reinigung sind den Arbeitern Waschgelegenheiten oder Brausen, für spezielle Arbeiten Ueberkleider bzw. Schutzhandschuhe, bereitzustellen. Rauchverbot: Einnehmen von Mahlzeiten in solchen Räumen nicht gestattet. Jedem Arbeiter sollen mindestens 12 cbm Luft zum Verfügung gestellt und für ausreichende Lüfterneuerung drei- bis viermal in der Stunde gesorgt werden. Letztere hat die gebildete Wärme abzuführen, die Wärmeabgabe zu erleichtern, den verbrauchten Sauerstoff zu ersetzen, gasige Verunreinigungen, Staub und etwaige Krankheitserreger zu beseitigen. Die Lüftung erfolgt auf natürlichem Wege oder künstlich durch Absaugung.

Die Abwehr der Staubentwicklung bildet eine der wichtigsten Aufgaben der Gewerbehygiene. Wenn es der Fabrikationsprozeß zuläßt, ist das Rohmaterial anzufeuern. Wo es sich um die Gewinnung von Mahlprodukten handelt, sind die Mahlvorrichtungen abzudichten, das Feinprodukt auf elektrischem Wege niederzuschlagen und am Boden der Staubkammer zu sammeln.

Zur Vermeidung der Bleivergiftung sind besondere Schutzmaßnahmen erlassen worden. Die Amtsärzte haben alle Arbeiter in Betrieben, die mit Blei arbeiten, einmal jährlich auf die Anzeichen einer etwa vorhandenen Bleivergiftung zu untersuchen.

Zu den äußeren Bedingungen menschlicher Arbeit gesellt sich als zweites Moment die Arbeitsdauer. Sie ist nach den Forderungen zu bemessen, die man an die Körperbeschaffenheit und Leistungsfähigkeit des Arbeiters stellen kann.

Da sich die Entwicklungsperiode bis ins 18. Lebensjahr erstreckt, sollte die Altersgrenze der Erwerbsarbeit nicht unter das 16. Lebensjahr herabgesetzt werden.

Held.

737.

Krüger, Elisabeth, und Erich Saupe, **Gewerbehygienische und klinisch-röntgenologische Untersuchungen an Bäckern und Müllern.** (Med. Klin., 48, 1928.) Verfasser haben 33 Bäcker und 25 Müller, die fast durchweg in Großbetrieben beschäftigt waren, untersucht. Auffällig war die Häufigkeit der Lungensymptome, insbesondere des Hustens und des Auswurfes, sowie die objektiv häufig nachgewiesenen Bronchitiden und die röntgenologisch erkennbare mehr oder minder erhebliche Verstärkung der Lungenzeichnung, die zum Teil ausgesprochen netzartigen Charakter hatte, evtl. mit einzelnen eingelagerten Flecken. Alle diese Befunde waren bei Müllern öfter anzutreffen als bei Bäckern. Eine wirklich schwere Amylose konnte nicht gefunden werden. Der Mehlstaub ist nicht die einzige Staubart, die bei diesen Berufskategorien vorkommt; die Leute haben teilweise auch mit Stein-, Getreide-, Kohlen- und Ascheflugstaub zu tun. Inaktive Spitzenherde sind häufig, aktive Tuberkulose spielt keine besondere Rolle. Reizerscheinungen leichter Art werden an den Schleimhäuten des Auges und der Mund- und Rachenhöhle bei beiden untersuchten Berufsgruppen ziemlich oft gesehen. Das Gebiß ist meist stark defekt. Ueber Beschwerden, wie sie sonst bei Superazidität bekannt sind, klagen die Bäcker, kaum je die Müller. In erheblicher Häufigkeit werden rheumatische Beschwerden der verschiedensten Art von den Arbeitern mitgeteilt, die durch raschen Temperaturwechsel, starkes Schwitzen bei der Berufstätigkeit, bei Müllern auch infolge Durchnässung auftreten. Neben osteoarthritischen und arthritischen Gelenkveränderungen kamen Plattfüße, X- und O-Beine in außerordentlicher Häufigkeit und ziemlich oft in schwerer Ausprägung zur Beobachtung. Die älteren Müller zeigen vielleicht ein Berufsstigma in Gestalt grau-schwarzer Flecken, namentlich über den Dorsalseiten der Fingergrundphalangen, das Müllerzeichen, auch Müllerkrätze genannt. Die Flecken entstehen durch das Eindringen kleiner Stahlsplitterchen und wohl auch Steinteilchen beim Schärfen der Mühlsteine.

L. Gordon, Berlin.

738.

Koelsch, Franz, **Gewerbliche Angioneurosen.** (Med. Welt, 51, 1928.) Seit etwa 2 Jahren wird in der mechanischen Schuhindustrie eine eigenartige Erkrankung beobachtet, welche die an den „Anklopfmaschinen“ beschäftigten Arbeiter betrifft. Der schräg vor der Anklopfmaschine stehende Arbeiter muß den Leisten mit gebeugten, in die Seite gestemmten Armen fest gegen rasch rotierende Hammerringe, die an einer Trommel exzentrisch befestigt sind, drücken. Bei den Arbeitern, die steif mit krampfhaft gespannter Körper- und Armmuskulatur vor ihrer Maschine stehen und dadurch die gesamte Vibration auf ihren Körper übertragen, werden die eigentümlichen krankhaften Störungen beobachtet. Die Leute klagen über „Pelzigsein“, „Weißwerden“, „Absterben“ der Finger, über Gefühlslosigkeit, Kältegefühl, Steifigkeit, besonders in den ersten Arbeitsstunden. Die Hände zeigen

dabei das Bild der „Totenfinger“. Kaltes Wetter oder Berührung mit kaltem Wasser wirken erheblich verschlimmernd. Es handelt sich dabei um eine traumatische Angioneurose der Fingerkapillaren. In manchen Fällen kommt es auch zu einer Schädigung der Fingergelenke. Die Erkrankung führt zu längerem Kranksein; gelegentlich ist Arbeitswechsel erforderlich. Die betreffenden Fälle haben eine gewisse versicherungsrechtliche Bedeutung, da die Krankheit unter die zu entschädigenden Berufskrankheiten nicht aufgenommen ist. Als vorbeugende Maßnahmen kommen in Betracht: Ersatz der Anklopfmaschinen durch andere technische Methoden oder technische Änderungen dieser Maschinen, entsprechende Arbeiterauslese, regelmäßiger Arbeitswechsel in drei- bis vierwöchigen Zwischenräumen, heiße Armäder und dergleichen, mehr.

L. Gordon, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

739.

Mayer, Ernst G., **Zur Verwendung des aufsteigenden Jodöls für die Röntgendiagnostik bestimmter Gehirnerkrankungen.** (Fortschr. Röntgenstr., 38., 4, 1928.) Verfasser berichtet auf Grund eigener Beobachtungen und der in der Literatur niedergelegten Ergebnisse über die Verwendung aufsteigenden Jodöls für die Röntgendiagnostik bestimmter Gehirnerkrankungen. Es wird darauf hingewiesen, daß das Jodöl zu meningealen Reizerscheinungen und dadurch in der Mehrzahl der Fälle von Gehirnerkrankungen zu starken Beschwerden führt. Ferner wird betont, daß die Befunde nach Lipiodolfüllung der Liquorräume des Gehirns keineswegs eindeutig sind, vielmehr zu schwerwiegenden Irrtümern Anlaß geben können, da die Angaben Sgalitzers hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen einem Hydrocephalus occlusus und einem Hydrocephalus communicans, ferner hinsichtlich Differentialdiagnose zwischen einer Selladestruktion durch einen intrasellären Tumor und einer solchen durch einen Hydrozephalus des dritten Ventrikels nur für einen Teil der Fälle zutreffend sind. Es wird gezeigt, daß die Anwendung der Methode eine spätere, exakte Röntgenuntersuchung in der Mehrzahl der Fälle auf Jahre hinaus unmöglich macht, ein Umstand, der im Hinblick auf die dürftigen Ergebnisse derselben als schwerer Nachteil gewertet werden muß.

Kirschmann.

740.

Pancoast, **Die Bedeutung der Deformierung der Crista petrosa bei der Röntgenanalyse und Lokalisation der Hirntumoren.** (Amer. J. Röntgenol., 20., 3.) Der größte Erfolg in der Diagnose und Lokalisation der Hirntumoren wird durch die Zusammenarbeit des Neurologen und des Röntgenologen erreicht. Von 221 Fällen einer Statistik waren 65 Hypophysentumoren, 97 Hirntumoren und 59 Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Die 65 Hypophysentumoren waren 58mal, die 97 Hirntumoren 55mal und die 59 Kleinhirntumoren 26mal röntgenologisch, in einigen Fällen durch Ventrikulographie, nachgewiesen. Von 95 Fällen in der hinteren Schädelgrube waren 30 mit röntgenologischen Erscheinungen, aber nur 2 davon konnten durch lokale Knochenatrophie lokalisiert werden. Die Röntgenerscheinungen extrasellärer Gewächse sind folgende: Kalzifikation, welche bei 11 von 97 Fällen in Erscheinung tritt, besonders als Verkalkung der Zystenwände; bei keinem zerebellaren oder Tumor der hinteren Schädelgrube kam sie vor. Hyperostose, verbunden mit Meningiomen ist von diagnostischem Wert und ermöglicht definitive Lokalisation. Effekte eines ansteigenden intrakraniellen Druckes infolge Blocks im Ventrikularsystem und Ausdehnung der Ventrikel. Unglücklicherweise sind diese nicht für Hirntumoren allein charakteristisch. Die Effekte können in Atrophie der Hirnwindungen, besonders bei jungen Individuen, bestehen. Der Autor fand sie häufiger in Verbindung mit Kleinhirntumoren als mit Hirntumoren. Selladeformationen, eine Folge des Druckes des ausgedehnten dritten Ventrikels. Der Processus clinoides posterior verschwindet zuerst und läßt ein weniger ausgeprägtes und graduell verkürztes Dorsum mit geringer oder gänzlich fehlender Ausbildung der Fossa zurück, zum Unterschied von der Wirkung eines intrasellären Tumors. Das schließliche Resultat eines extrasellären Tumors kann schwer von jenem einer weit fortgeschrittenen Hypophysengeschwulst zu unterscheiden sein. Prominenz der Suturen ist mehr bei Jungen anzutreffen. Ein dünner Schädel ist eine Begleiterscheinung von keinem besonderen individuellen Wert. Kalkablagerung im Corpus pineale, welche bei 45 bis 48% normaler Individuen vorkommt, entsteht auch unter dem Einfluß von Tumordruck. Lokale Druckeffekte kommen durch direkte Tumorwirkung oder bei besonderer Lokalisation durch indirekte Einwirkung eines anderen Mediums zustande. Diese Veränderungen am inneren Schädel

finden sich nun unglücklicherweise auch als Variationen. Es ist schwer zu verstehen, wie direkter Druck allein eine solche Atrophie herbeiführen kann. Die übertragene Pulsation kann dabei einen Hauptfaktor darstellen. Das Hervortreten von Gefäßburchen und Kanälen bei der Ausdehnung meningealer Gefäße oder diploischer Venen ist nur von Wert, wenn es einseitig ist. Lokalisierte Knochenatrophie des Os petrosus tritt hervor bei der Okzipitalansicht. Die Crista petrosa tritt an jeder Seite von der Artikulation mit dem Basilarprozeß bis zur Verbindung mit der inneren Tafel des Schädels an der temporo-parietalen Suture in Erscheinung. An diesem Punkt macht der Sinus lateralis seine scharfe Kurve unter der Crista nach abwärts, um das Foramen jugulare zu erreichen. Die scharflingige Gestalt wird in ihrem äußeren Drittel nur dann weniger dicht, wenn ungewöhnliche Mastoidzellenentwicklung bis zur Crista petrosa reicht. Glücklicherweise sind die beiden Seiten in ihrer Dichte ungefähr symmetrisch, ausgenommen den Fall einer einseitigen chronischen Mastoiderkrankung. Akustikustumoren können eine ausgesprochene Erosion der Crista petrosa bei der Okzipitalansicht des Schädels erkennen lassen. Jedoch wurde in einigen Fällen der Tumor auf der anderen Seite gefunden. Abgesehen von zufälligen Abweichungen der symmetrischen Gestaltung beider Seiten, welche sehr selten sind, läßt sich diese Besonderheit in den genannten Fällen als Tumorauswirkung, vielleicht durch übertragene Pulsation, erklären. Der Sinus lateralis, welcher rechts gewöhnlich größer ist, in den sich der Sinus longitudinalis häufig direkt ergießt, scheint hier bei der Nähe eines Tumors eine übertragene Wirkung auf die Crista petrosa auszuüben.

J. Kottmaier, Mainz.

741.

Weber, G., Ueber die Bedeutung von Thoraxquer-aufnahmen bei Kindern, besonders zur Erkennung pseudoperihilärer Verschattungen. (Fortschr. Röntgenstr., 38., Heft 4, 1928.) Schattenbildungen, die bei dem Sagittaltbild in die Hilusregion projiziert sind, bieten mitunter erhebliche diagnostische Schwierigkeiten. Die gewöhnliche Uebersichtsaufnahme in dorso-anteriorer Richtung gestattet nicht, zu entscheiden, ob das betreffende Gebilde in, vor oder hinter dem Hilus liegt. Diese Entscheidung ist aber sehr wichtig, da z. B. die tuberkulösen perihilären Infiltrationen sich gewöhnlich an die Hilusdrüsen selbst anschließen, während die pneumonischen Infiltrate die rückwärtigen Lungenpartien bevorzugen. Allerdings gibt es von dieser Regel nicht wenige Ausnahmen. Perihiläre Schatten können weiter durch Interlobärpleuritiden vorgetäuscht werden oder mit ihnen kombiniert sein. Auf dem Sagittaltbild sind Ergüsse oder Schwarten in den großen Hauptspalten nicht von einem Lungeninfiltrat zu unterscheiden. Auch große Bifurkationsdrüsen können differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Zur sicheren Beurteilung dieser Zustände ist außer der Sagittalaufnahme und den Durchleuchtungen in verschiedenen Richtungen auch eine seitliche (frontale) Aufnahme erforderlich.

Kirschmann.

742.

Barclay, A. E., Deutung der Röntgenbefunde beim Magengeschwür. (Brit. med. J., 3544, 1026.) Selbst ein ganz flaches Geschwür, das noch nicht einmal die Schleimhaut völlig durchbricht, kann im Röntgenbild als typische Nische mit Luftblase erscheinen. Durch wallartige Erhebung der den Defekt umgebenden Schleimhaut kann das Vorhandensein eines tiefen Kraters vorgetäuscht werden. Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprechen die Röntgenbefunde bei fortlaufender Kontrolle der Heilungsvorgänge an einem solchen Geschwür. Tiefgreifende, penetrierende Geschwüre können kaum in kurzer Zeit abheilen, während in der Tat Nischen sich innerhalb weniger Wochen zurückbilden, denen pathologisch-anatomisch nur eine Schleimhauterosion zugrunde liegen kann. Denn die Nische verschwindet nicht dadurch, daß die Ränder des Kraters über dem Defekt zusammenheilen und die Ausbuchtung verschleimen. Vielmehr wird der Krater allmählich flacher und nimmt langsam eine V-förmige Gestalt an, da mit dem Fortschreiten des Heilungsprozesses die umgebende wallartige erhobene Schleimhaut nach und nach wieder das normale Niveau erreicht. Der Röntgenologe kann wohl das Vorhandensein eines Schleimhautdefektes mit Sicherheit feststellen. Die heutigen Untersuchungsmethoden gestatten es jedoch nicht, ein Urteil darüber abzugeben, ob dieser Defekt auf die Schleimhaut beschränkt ist oder ob er sich auch auf tiefere Gewebsschichten erstreckt.

Biberfeld.

743.

Albrecht, H. U., Duodenaldivertikel. (Fortschr. Röntgenstr., 38., Heft 4, 1928.) Das Duodivertikel sitzt am häufigsten in der Pars descendens duodeni, namentlich in der Papillengegend. Zuweilen treten Divertikel multipel auf. Man beobachtet sie erst nach dem 40. Lebensjahre. Bezüglich der Entstehung sind sie als

erworbene Pulsionsdivertikel auf kongenitaler anatomischer Prädisposition aufzufassen. Die Divertikelwand wird gewöhnlich von Schleimhaut und Submukosa gebildet. Die Verbindung mit dem Duodenum ist verschieden lang und breit und oft gestielt. Die Ausdehnung schwankt zwischen Erbsen- und Hühnereigröße.

Die Gefahr für den Träger des Divertikels hängt von der Retentionsfähigkeit ab. Es kann bei Stagnation zu Entzündung, Vereiterung, Verblutung, Perforation oder Stieldrehung kommen. Verfasser beschreibt 20 Fälle von Duodenaldivertikel. Davon waren 17 Männer; das Durchschnittsalter betrug 52,8 Jahre. Weit aus den meisten Patienten klagten Jahre hindurch über Magenbeschwerden, die in den meisten Fällen dauernd bestanden (keine Periodizität wie bei Ulkuskranke); es traten Schmerzen im Bauch auf, Druckgefühl, Brennen, gelegentlich mit Ausstrahlung in den Rücken rechts oder links. Erbrechen bestand nur in der Minderzahl. Die Beschwerden traten meist $\frac{1}{4}$ bis 2 Stunden nach dem Essen auf. Der Ernährungszustand war fast durchweg reduziert; in einigen Fällen fand sich ein streng lokalisierter Druckschmerz. Die Säurewerte waren verschieden. In den meisten Fällen lag Anazidität oder Subazidität vor. Mittels röntgenologischer Untersuchung ist die Diagnose leicht zu stellen, am besten mit Anwendung einer wässrigen Aufschwemmung des Kontrastmittels und mit Aufnahmen bei dosierter Kompression. Es ist auch in horizontaler und Schräglage zu untersuchen und das Schleimhautrelief genau zu studieren. In weitaus den meisten Fällen wurden stunden- und tagelang Retentionen im Divertikelsack beobachtet. Weitere Charakteristika bestehen darin, daß der rundliche Schatten sich in scharfen Konturen innerhalb des Duodenums abgrenzen läßt und der Kontrastbrei über oder neben dem Fleck vorbei in die abführenden Darmabschnitte passiert. Bei der Untersuchung mit dosierter Kompression läßt sich oft eine Schleimhautfalte beobachten, die von dem Duodenum durch den Stiel in das Divertikel führt.

Therapie besteht in Bettruhe, Diät und Wärme. Die Erfolge der konservativen Therapie sind gut. Operative Behandlung ist gefährlich.

Kirschmann.

744.

Schenderow, Kopelmann, Zur Röntgentherapie der Akromegalie. (Fortschr. Röntgenstr., 38., 4, 1928.) Bericht über 11 Fälle von Akromegalie, die der Röntgenbestrahlung unterzogen wurden. Die Fälle wurden während eines Zeitraumes von 6 Monaten bis 3½ Jahren beobachtet. In 3 Fällen wurden sehr gute Resultate erzielt, in 7 Fällen waren die Resultate befriedigend (Verschwinden der Kopfschmerzen, bedeutende Verbesserung des Sehvermögens — Visus und Gesichtsfeld — und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit). Die akromegalen Symptome im engeren Sinne verschwanden jedoch nicht. Rezidive sind nicht beobachtet worden. Die Autoren berichten, daß die Röntgentherapie in allen Akromegaliiefällen der chirurgischen Behandlung vorzuziehen ist, und nur in Fällen, wo diese Therapie keinen Erfolg aufweist, ist die chirurgische Methode anzuwenden, da diese Methode einen beträchtlichen Prozentsatz von Todesfällen aufweist.

Kirschmann.

745.

Nyström, Bruno, Röntgenbehandlung hypertrophischer und infizierter Tonsillen. (Finska Läkaresällsk. Hdl. 70., November 1928.) Bericht über 74 Fälle. Bei Nachuntersuchung konnte in Fällen von Tonsillitis chronica bei 84% eine Besserung und bei 40% zugleich eine Volumabnahme der Tonsillen festgestellt werden.

Die Röntgenbehandlung eignet sich bei Tonsillitis chronica am besten in Fällen mit mäßig vergrößerten Tonsillen, die eine höckerige Oberfläche mit Krypten und Eiterpfropfen aufweisen. In Fällen, wo die Tonsillen schon im nicht entzündeten Zustande stark vergrößert sind, und ebenso bei der einfachen Hypertrophie der Rachentonsillen ist, namentlich bei Kindern, nur dann zur Röntgenbehandlung zu greifen, wenn gegen operative Behandlung Kontraindikationen vorliegen.

E Keller.

746.

Schneider, G. H., Die Ergebnisse der Milzbestrahlungen in Kombination mit Röntgentherapie bei gynäkologischen Erkrankungen. (Mschr. Geburtsh., 80., 2/3.) Oft beobachtet man, daß bei Röntgenbestrahlung eines Myoms oder Karzinoms die verlangte sofortige Sistierung der Blutung nicht eintritt, da die Bestrahlung in den Mechanismus der Blutgerinnung nicht genügend eingreift. Verf. hat daher die Bestrahlung zunächst mit einem Milzfeld begonnen und daran anschließend die gynäkologische Dosis gegeben. Die Bestrahlungen im Anschluß an die Milzbehandlung wurden besser vertragen wie solche ohne vorhergehende Milzdosis. Bei 5 Myomen wurde nur eine einmalige schwache Blutung vor Eintritt der Amenorrhoe beobachtet. Bei 3 weiteren Fällen von Kollumkarzinom wurde ebenfalls nach vorausgegangener Milzbestrahlung ein viel leichter Röntgenkater festgestellt. Schließlich wurden

5 klimakterische Blutungen behandelt. Gerade hier ist es von Wichtigkeit, daß die Patientinnen möglichst sofort keine Blutungen mehr haben. Es läßt sich nur selten sicher behaupten, daß die Bestrahlungswirkung nur davon abhängt, in welchem Zeitpunkt des Intermenstruums bestrahlt wurde. Auch bei diesen Fällen wurde grundsätzlich außer der Kastrationsdosis eine Milzdosis gegeben. Auch hier kam es zu einer sofortigen Beendigung der Blutung. — Besonders dann ist die Milzbestrahlung von Wert, wenn es sich um die Zeit, die dem letzten Abschnitt des Intermenstruums entspricht, handelt. Bei der Milzbestrahlung darf es sich nur um eine einmalige Dosis handeln, damit man die Menge auch eindeutig bestimmen kann. Man kann also durch diese Methode die gefährlichen schwächenden Blutungen vermeiden, und es gelingt infolge der größeren Sicherheit, eine größere Zahl röntgenologisch zu heilen bisher und dadurch die Zahl der operativ zu behandelnden Fälle zu verringern.

Kosminski, Berlin.

747.

Holzknicht, Klinische Prognose der Strahlentherapie bei primären Karzinomen. (Wien. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 2, 1929.) Die bisherigen medizinischen Begriffe von günstiger bzw. ungünstiger Lage eines Karzinomfalles haben für die prognostische Beurteilung der Strahlentherapie keine Bedeutung. Ein prognostisch wichtiges Moment ist der Ausgangspunkt der Geschwulst. Karzinome folgender Organe sind für die Strahlenwirkung relativ empfänglich: Pharynx, Harnblase, Mamma, Uterus, Rektum, Haut. Ungünstig sind: Wangen, Ösophagus, Magen, Darm, Penis. Bei Metastasen kann es auf den Ort derselben ankommen. So reagieren ausschließlich im Knochenmark auftretende Metastasen meist günstig. Bedeutungsvoll ist auch die Grenzbeschaffenheit der Geschwulste. Die gut abgrenzten sind meist besser zu beeinflussen. Auch das Alter des Karzinomträgers spielt eine Rolle, bei älteren Leuten ist der Effekt in besserer. Ueberraschend ist die Bedeutung des Stadiums, in welchem sich die Geschwulst zur Zeit der Bestrahlung befindet. Das erste Stadium der Geschwulstentwicklung ist ungünstig, das zweite Verlaufsstadium dagegen am günstigsten. Gut reagieren ältere Fälle mit leichter Kachexie mit Ausnahme der nach Radikaloperationen ausschließlich in den Knochen aufgehenden Metastasen. Frische Tumoren sind prognostisch ungünstiger als weiche. Sehr bedeutungsvoll ist der Zustand der vom Karzinom noch nicht erfüllten Umgebung des Tumors, des Geschwulstbodens. Seine Reaktionsfähigkeit ist ein günstiges, seine veränderte Beschaffenheit (Entzündung) ein ungünstiges Moment. Intratumorale Nekrosen verhebeln die Prognose. Bei den allergünstigsten Fällen vermischen sich mehrere oder alle guten Zeichen. Wichtig ist die eingehende Dosierung der Bestrahlungen, besonders bei kombinierter Anwendung von wirksamen Mitteln zur Steigerung des Röntgeneffektes.

Ernst Pick, Wien.

748.

Keynes, Geoffrey, Radiumbehandlung des primären Brustkrebses. (Lancet, 215., 5473, 108.) Die Vorteile der Radiumtherapie gegenüber anderen Behandlungsmethoden sind folgende: einfache Technik, da die Einführung der Radiumnadeln ein harmloses Verfahren ist und meistens in Lachgasnarkose gelingt. Keine Verunstaltung. Die Drainage der Drüsen erfolgt hier besser als beim chirurgischen Eingriff, da nicht allein die axillären, sondern auch die supra- und infraklavikulären sowie die interkostalen Drüsen der Behandlung unterzogen werden. Kein Oedem des Armes. Mit Ausnahme sehr großer Tumoren kann die Radiumtherapie überall angewendet werden. Auch in inoperablen Fällen bringt Radiumbestrahlung augenscheinlich Nutzen. Die Nachteile dieser Therapie sind: Hoher Preis des Radiums, der jedoch dank der kürzeren Behandlungsdauer den niedrigeren Preis anderer Verfahren wettmacht. Ferner besteht bei mageren Individuen die Gefahr der Hautverbrennung; in der Regel ist aber dauernde Invalidität in solchen Fällen nicht zu befürchten. Gelegentlich kommt es zur Verschörfung stark vaskularisierter Tumoren, was die Entstehung schwer heilbarer Geschwüre zur Folge haben kann.

Ashkenasy, Wien.

749.

Webster, Douglas J. H., Strahlenbehandlung und operative Therapie des Brustkrebses und der „chronischen Mastitis“. (Lancet, 215., 5472, 63.) Die chronische Mastitis ist häufig ein Vorläufer des Mammakarzinoms. Die Erzeugung der künstlichen Menopause, welche ohne besondere Störungen durch Strahlenwirkung (1 bis 3 Stunden) erzielt werden kann, ist als wertvolles Hilfsmittel in der Bestrahlungstherapie des Brustkrebses anzusehen.

Ashkenasy, Wien.

750.

Fischer, Roger, Studie zur Radium-Radon-Emanation bei primärem, in Form von Injektionen verabfolgtem therapeutischen Gebrauch. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 45, 46, 47, 1928.) Die

Radonbehandlung der Krebse muß eine kombinierte sein. Abgesehen von ganz speziellen Fällen muß man das Radon injizieren, nachdem man es vorher an ein geeignetes Vehikel fixiert hat; ferner muß man den Einführungsweg sorgfältig überlegen und sich dabei auf die Kenntnisse stützen, die man über Absorptionswege und Ausscheidung besitzt. Das Vehikel hat nicht nur die Aufgabe, die Emanation aufzulösen, es muß Gewebsaffinitäten besitzen, und diese Affinitäten werden das Radon an diejenigen Gewebe heranbringen, an denen seine Wirkung erwünscht ist; so werden seine therapeutischen Wirkungen sich zu denen des radioaktiven Gases gesellen. Zu der lokalen Behandlung, die man nicht vernachlässigen soll, soll die medikamentöse treten. Letztere besteht in Organpräparaten und in subkutanen Sauerstoffinjektionen. Diese Hinzufügung von Sauerstoff resultiert aus Experimenten, die man über die Fragilität der Krebszellen gemacht hat in einer Atmosphäre, in der Sauerstoff in Ueberdruck und in Ueberspannung vorhanden ist. Der unter die Haut injizierte Sauerstoff resorbiert sich langsam im strömenden Blut, und man erreicht dadurch eine langsame und ungefährliche Ueberoxygenation des Blutes. Man erreicht dadurch nicht nur eine Hebung des Allgemeinzustandes, sondern man kann danach auch die Dosis des injizierten Radons beträchtlich steigern. Die Organtherapie hat u. a. das Ziel, den Kalkstoffwechsel, der beim Krebskranken immer darniederliegt, zu beleben. Wir wissen noch wenig vom Stoffwechsel des Krebskranken, wir wissen nur, daß er ein Hyperglykämiker ist, das seine Alkalireserven nicht mehr normal sind, und daß seine endokrinen Drüsen nicht auf der Höhe ihrer Funktion stehen. Unsere Pflicht ist es daher, diesem Defizit entgegenzutreten.

Die Radoninjektion selbst ist niemals belanglos. Der Krebsherd wird geringer, wenn es sich um ein vorgeschrittenes Stadium handelt, er verschwindet definitiv, wenn er noch im Beginn seiner Entwicklung stand. Diese Verminderung ist begleitet von Nekrosen und zellulären Zerstörungen, mit denen der Organismus fertig werden muß. Es ist zu verstehen, daß sein Gleichgewicht dadurch erheblich erschüttert wird. Radoninjektionen in indifferenten Flüssigkeit haben inconstante Resultate ergeben, wobei gute Resultate zahlreichen Fehlschlägen gegenüberstanden. Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse können wir sagen, die Radoninjektion ist eine mächtige Waffe in unserem therapeutischen Rüstzeug und gibt bei der Behandlung von Krebsleiden so ermutigende Resultate, wie wir sie vor Einführung des Radons noch nicht kannten. In Fällen mit zahlreichen Metastasen, wo sich die Wirkung auf viele Herde zugleich erstrecken soll, muß man die Anzahl der Injektionen vervielfältigen und auch die einzelne Dosis steigern. Den Venenwänden schaden gehäufte Injektionen nicht. Bei 500 intravenösen Injektionen erlebte Verfasser weder Nekrosen noch Venenentzündungen. Diese Folgeerscheinungen würden sich nur dann einstellen, wenn die Emanation in der Venenwand verweilt, denn die zerstörende Wirkung einer Bestrahlung stellt sich nicht momentan ein.

Held.

751.

Lüscher, E., Späterfolge der Radiumbehandlung bösartiger Geschwülste der Luft- und Speisewege. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 47, 1928.) Die Anwendung von Radium allein oder in Kombination mit anderen Verfahren hat in der Behandlung von 100 Fällen von bösartigen Schleimhautgeschwülsten der oberen Luft- und Speisewege von 14 Fällen die folgenden Dauererfolge ergeben:

- a) von 91 Karzinomen sind 9 am Leben und rezidivfrei, 2 länger als 3 Jahre; Kankroid des Mundbogens, Plattenepithelkrebs des Kehlkopfenganges, 5 länger als 2 Jahre; Kankroid des weichen Gaumens, des Mundbodens, des Kehlkopfenganges; Plattenepithelkrebs der Speiseröhre, des Ohres, 2 länger als 1½ Jahre; Lymphoepitheliom des Epipharynx; Kankroid der Zunge.
- b) Von 6 Sarkomen: ein Lymphosarkom der Tonsille länger als 3 Jahre.
- c) 3 Nasen-Rachenfibromen: je 1 Fall länger als 4½, 3½ und 1 Jahr. Die letzteren Tumoren lassen sich durch Elektrokoagulation und Radiumbestrahlung derart gefahrlos und dauernd beseitigen, daß die blutige Exzision nicht mehr in Frage kommt. Aber auch bei Karzinomen und Sarkomen kann man selbst bei inoperablen Tumoren in einer gewissen Anzahl von Fällen mit jahrelanger dauernder lokaler Abheilung Wiederherstellung der Funktion und der allgemeinen Gesundheit rechnen.

Held.

752.

Haxthausen, H., Einige Untersuchungen über Kreislaufveränderungen in der Haut nach Bestrahlung mit verschiedenen Lichtquellen. (Hospitalstidende, Nr. 48, 1928.) Nach Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen trat meist eine Erweiterung der kleinen Hautarterien ein, die sehr variieren kann und von einer Temperaturerhöhung bis zu 2 Grad begleitet ist; es kann ein Erythem von kurzer Dauer entstehen. Auch in der Nachbarschaft treten ähnliche Erscheinungen auf, das sogenannte Reflexerythem der kleinen

Kapillaren und Venen. Zwischen Kohlen- und Quecksilberlicht trat kein wesentlicher Unterschied der Wirkung ein; namentlich konnte eine chemische Wirkung des Kohlenlichts auf die kleinen Hautarterien nicht festgestellt werden. Kohlenlicht bewirkt stärkere Vermehrung der Blutzirkulation, die mitunter über 24 Stunden dauert, und zwar teils indirekt mehr oberflächlich, reflektorisch und flüchtig, dann aber auch direkt durch penetrierende Wärmestrahlen (rote und ultrarote), die die tieferen Gefäße und Hautlagen ergreift, ein tieferes Rot (Erythem) erzeugt und auf die bestrahlte Partie begrenzt bleibt.

S. Kalischer.

753.

Schmitt, W., Ueber die spätere Entwicklung der Kinder vorbestrahlter Frauen. (Mschr. Geburtsh., 80., 2/3.) Der Nachweis einer Schädigung der Nachkommenschaft durch vorausgegangene Bestrahlung der Mutter kann nur statistisch erbracht werden. Bei 25 Frauen könnten 42 Schwangerschaften nach vorausgegangener Bestrahlung beobachtet werden, 8 endeten durch Abort, 2 durch Frühgeburt, 31 wurden ausgetragen und eine besteht noch zur Zeit. Von den 34 lebend Geborenen waren 28 bei der Geburt kräftig, 4 schwächlich, 2 zu früh geboren. Im ersten Jahre sind 5 Kinder gestorben, von den übrigen 29 konnten 22 nachuntersucht werden. Nur bei 4 Kindern fand sich bezüglich Größe und Gewicht eine Abweichung, die als unternormale Entwicklung bezeichnet werden muß. Alle übrigen Kinder waren normal entwickelt. Einen sicheren Anhaltspunkt für Nachkommenschädigung haben die Nachforschungen nicht ergeben. Es wird angeregt, daß alle Kliniken bei bestrahlten Frauen nach späteren Schwangerschaften forschen sollen, um die bedeutungsvolle Frage der Nachkommenschädigung richtig beantworten zu können.

Kosminski, Berlin.

754.

Tesaro, G., Ueber die Entwicklung von Geschwülsten an Ovarien nach Röntgenbestrahlung. (Gynec., September 1928.) An Hand eines Falles, der ursprünglich für ein Myom gehalten und bestrahlt worden war, bei dem sich jedoch später bei der Operation herausstellte, daß es sich um einen Ovarialtumor handelte, werden die durch Röntgenstrahlen gesetzten Veränderungen studiert. Es handelt sich mikroskopisch um ein Follikuloma maligna mit Granulosazellen. Im Zentrum befinden sich Nekrosen, in der Rinde ist der Sitz einer starken Proliferation. Es erhebt sich die Frage, ob der ursprünglich gutartige Tumor durch die Röntgenstrahlen zum malignen umgewandelt wurde. Nach Beclère gibt es in der Literatur keine Beobachtung, die die Annahme gestattet, daß durch die gesunde Haut die Röntgenstrahlen in einem inneren Organ ein Neoplasma hervorzurufen. Verf. kommt zu dem Schluß, daß es zur Zeit nicht möglich ist, diese Frage zu entscheiden. In vielen Fällen wird die Malignität bereits vor der Bestrahlung bestanden haben, jedoch besteht die Hypothese zu Recht, daß eine frappante Analogie zwischen dem Aussehen des vom Verf. bestrahlten und studierten Tumors und den tierexperimentell hervorgerufenen Veränderungen vorhanden ist. Dieses Problem muß weiter eingehend studiert werden, da es von größter Tragweite für die Behandlung mit Röntgenstrahlen ist.

Kosminski, Berlin.

Zahnheilkunde

757.

Ssuhowolskaja, R., Die Leukozytensenkungsreaktion in der Klinik der odontogenen Erkrankungen. (Dtsch. zahnärztl. Wschr., 24, 1928.) Bei der Entstehung eines Prozesses steigen, beim Rückgang desselben sinken die Leukozytensenkungsreaktionswerte. Zwischen dem Krankheitsverlauf und dem Verlauf der Leukozytensenkungsreaktionskurve besteht nicht immer ein völliger Parallelismus. Die Ursache dieser Inkongruenz ist noch nicht geklärt. Von Osteomyelitiden zeigen die akuten Prozesse die höchsten Leukozytensenkungsreaktionswerte; subakute zeigen mittlere, chronische Prozesse niedrige Werte. Von Periodontitiden zeigen die akuten Formen niedrige Leukozytensenkungsreaktionswerte; bei den chronischen Formen sind die Werte fast gleich Null. Wegen des großen zahlenmäßigen Unterschieds zwischen den Leukozytensenkungsreaktionswerten bei den akuten Osteomyelitiden einerseits und denjenigen bei den akuten Periodontitiden andererseits kann die Leukozytensenkungsreaktion als differential-diagnostisches Hilfsmittel dienen.

L. Gordon, Berlin.

758.

Mellanby, May, und C. Lee Pattison, Wirkung des Vitamin-D bei der Zahnkaries der Kinder. (Brit. med. J., 3545, 1079.) Ausgedehnte Untersuchungen an jungen Hunden haben erwiesen, daß Nahrungsmittel, die das antirachitische Vitamin enthalten, die Verkalkungsvorgänge an den Zähnen ungemein fördern, während vitaminarme Kost (Zerealien) die Verkalkung verzögert. Bei Verabfolgung vitaminreicher Kost an Kinder ergab sich, daß die

Vitamine dem Beginn kariöser Prozesse entgegenwirkten und auch die weitere Ausdehnung der Karies verhinderten. Bei diesem prophylaktischen Erfolg spielt sicherlich der Gehalt der Nahrungsmittel an Vitamin-A eine wesentliche Rolle. Dieses Vitamin vermag es infolge seiner antiinfektösen Wirkung, den Beginn der kariösen Zahnerkrankung zu verhüten, die ihrem Wesen nach als infektiöse Schädigung aufzufassen ist. Das Vitamin-D hat jedoch einen größeren Wirkungsbereich. Aus Untersuchungen an Kindern der verschiedensten Altersstufen (5 bis 10 Jahre) ergibt sich zwingend, daß die Zufuhr von Ergosterin häufig die Karies zum Stillstand bringt und ein Ausheilen der erkrankten Zähne herbeiführt. Unter dieser Vitamin kommt es zur Bildung von sekundärem Dentin in erheblichem Umfang, wodurch dem Vordringen der Bakterien Halt geboten wird, und zum „Hartwerden“ der erweichten Stellen. Die durch Zufuhr des Ergosterins erlangten Erfolge scheinen günstiger zu sein als die durch Verabfolgung von an Vitamin-D reichen Nahrungsmitteln erzielten. Für die prophylaktische Bekämpfung der Karies reicht eine Kost aus, die neben Vitamin-D auch genügend Mengen von Vitamin-A enthält.

Ueber die Erfolge der Ergosterinmedikation bei der Zahnkaries Erwachsener konnte noch kein abschließendes Urteil gewonnen werden. Die bisherigen Versuche an einem kleinen Material sprechen durchaus für die Möglichkeit, mit Hilfe der Vitaminzufuhr die Zahnaffektion zum Stillstand und zur Ausheilung zu bringen.

Biberfeld.

759.

Lapidus, F., Die Aetologie der follikulären Zysten im Licht der Röntgenstrahlen. (Z. Stomat., 11, 1928.) Die sogenannte follikuläre Zyste ist das Resultat eines Entzündungsprozesses eines kranken Milchzahnes oder eines bleibenden (schon durchgebrochenen) Zahnes. Der in der nächsten Nachbarschaft des Entzündungsherdos gelegene Zahnkeim setzt seine Entwicklung nach den gewöhnlichen Entwicklungsgesetzen fort, wobei auch Mißbildungen nicht ausgeschlossen sind. Die Vorstellung von der follikulären Zyste als einem Prozeß, der von einem retinierten Zahn ausgeht, entspricht nicht dem Wesen dieses Prozesses. Prophylaktisch muß besondere Beachtung allen Entzündungsprozessen zugewandt werden, die sich im kindlichen Kiefer entwickeln. Zu diesem Zwecke soll, wo nicht eine absolute Sanation der Zähne bei allen noch nicht schulpflichtigen Kindern durchführbar ist, wenigstens eine genaue Untersuchung derselben stattfinden. Bei Konstatieren von persistenten Milchzähnen (Röntgenologie) ist besondere Vorsicht zu empfehlen. Die follikuläre Zyste wird wie eine radikuläre mit Beseitigung des tatsächlichen kausalen Moments operiert. Die Zahnkeime müssen dabei zur weiteren Entwicklung zurückgelassen werden.

L. Gordon, Berlin.

760.

Kronfeld, Rudolf, Zur Frage der Wurzelspitzenamputation. (Z. Stomat., 11, 1928.) Wie an einem genau durchuntersuchten Fall gezeigt wird, genügt eine, wenn auch noch so exakte Füllung des Wurzelkanals allein nicht, um eine weitere Entzündung und Infektion der Umgebung auszuschließen, da eine solche auch von dem infizierten Dentinquerschnitt ausgehen kann. An zwei weiteren Fällen von lange zurückliegender Fraktur von Zähnen mit lebender Pulpa unter Zurücklassung einer Wurzelspitze im Kiefer gelang dem Verfasser der Nachweis, daß nicht infiziertes Dentin unter Bildung eines Zementüberzuges glatt und reaktionslos einheilt.

L. Gordon, Berlin.

Neu erschienene Bücher

Dr. Wolfgang Freiherr von Wieser: Röntgentherapie des Schwachsinnes bei Kindern. Otto Nemnich Verlag Medizinisch-technische Abteilung, Kempten, 1928. 241 Seiten mit 155 Abb. und 6 Tafeln. Die Monographie Wiesers, die als 10. Band der „Radiologischen Praktika“ erschienen ist, wird nicht nur bei den Röntgenologen, sondern auch bei den Psychiatern und Pädiatern und darüber hinaus in den weitesten Kreisen Beachtung finden. Die hier gezeigte Möglichkeit, den kindlichen Schwachsinn in seinen verschiedenen Erscheinungsformen so weitgehend zu bessern, daß völlig hilflose Kreaturen in nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft verwandelt werden, ist von eminenter Bedeutung, nicht zuletzt auch für die Volkswirtschaft. Verfasser berichtet über zum Teil verblüffende Erfolge bei Mongoloismus, Infantilisimus, mikrozephaler Imbezillität, Dementia epileptica, Herderkrankungen des Gehirns, Schizophrenie und andere Psychosen. Die Behandlung besteht in Röntgen-Ganzbestrahlung, Röntgenbestrahlung des Gehirns und der endokrinen Drüsen. Es wäre gewiß zu wünschen, daß diese vielversprechenden Anfänge weiter ausgebaut werden, wozu die Mitarbeit weitester Kreise notwendig ist. Aber vorläufig ist ein Zweifel an dauerndem Erfolg erlaubt. Arthur Keller.

Ref.: Dr. Kirschmann, Berlin.

Kombinierte Caseosan - Sufrogel - Therapie

Caseosan

Sterile

Kaseinlösung - Heyden

Zur parenteralen Proteinkörpertherapie
bei lokalisierten Entzündungen, prophylaktisch zur
Verhütung oder bei Beginn von Infektionskrankheiten.

Zur Vorbereitung der Sufrogel-Behandlung.

Schachteln mit 3 und 10 Ampullen zu 1 ccm.
Schachteln mit 6 Ampullen zu 5 ccm.
Klinckpackungen: Schachteln mit 50
und 100 Ampullen zu 1 ccm.

Literatur:

Dollinger,
Wien. klin. Woch. 1925,
Nr. 47,
Ostheimer,
Wien. med. Woch. 1927,
Nr. 39.

Sufrogel

Schwefel-
suspension in Gelatine

Zur parenteralen Schwefeltherapie
chronischer Gelenkerkrankungen, selbst bei
Arthritis deformans wirksam.

Gute Verträglichkeit, rasche Wirkung.

Schachteln mit 3 Ampullen zu 1 ccm
Klinckpackung: Schachteln mit
50 Ampullen zu 1 ccm

Proben und Literatur für die Herren Ärzte auf Wunsch kostenfrei
Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden

Intramuskuläre,

intravenöse und orale

Strophanthus-Therapie

durch

Strophalen „Tosse“

Ohne Nebenerscheinungen ist die Möglichkeit der intramuskulären Injektionen
beachtlich für den Praktiker, zumal diese Injektionen sehr nachhaltig sind.

„Fortschritte der Therapie“ Nr. 14, 1928

Proben und Literatur durch

E. TOSSE & CO., HAMBURG P. 22



SARTORIUSWERKE AKT.-GES.
GÖTTINGEN (PROVINZ HANNOVER)

Telefonruf 2129

Abt. III:

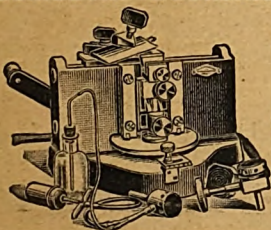
Telegr.-Adr.: Sartoriuswerke

MIKROTOME

für verschiedene Arbeitsmethoden

Hand-
MikrotomeGefrier-
MikrotomeSchlitten-
MikrotomeGehirn-
Mikrotome

Makrotome

Katalog „Mi 23“
kostenfrei

Löflund's

MALZ-EXTRAKTE

die Vitamine und die andern wirksamen Bestandteile des Gerstenmalzes enthaltend, seit 60 Jahren bewährt als Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder, Kranke und Genesende. Bei Husten und Katarrhen als Linderungsmittel unübertroffen.

MALZ-EXTRAKT REIN
und mit Zusätzen von Chinin-Eisen, Eisen,
Jod-Eisen, Kalk und Lebertran.

ED. LÖFLUND & CO., GMBH
GRUNBACH BEI STUTTGART

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

Erfahrungen mit dem Schlaf- und Beruhigungsmittel „Somno-Fluid Ophheyden“.

Das mir von den Biologischen Werken Ophheyden, Brackwede, zur Verfügung gestellte Präparat „Somno-Fluid“ habe ich in mehreren geeigneten Fällen angewandt, die Erfolge waren recht zufriedenstellend.

Zunächst ist zu bemerken, daß das Präparat völlig frei von jeder Giftigkeit bzw. Schädlichkeit, wie von jeder kumulierenden Wirkung ist. Durch die getroffene Kombination wird eine potenzierte Wirkung erreicht.

Das Somno-Fluid wird bei Schlaflosigkeit eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen verabreicht (etwa 25–30 Tropfen in Wasser), als Sedativum bei allgemeiner Nervosität 3–4mal täglich 15–20 Tropfen.

In Fällen, wo die Schlaflosigkeit rein nervös bedingt war, hat sich „Somno-Fluid“ als besonders wirksam erwiesen. Bei Schlaflosigkeit infolge starker Schmerzen war die Wirkung meist gering.

Zusammenfassend kann man sagen, daß wir im „Somno-Fluid“ ein gut verträgliches und unschädliches Beruhigungs- und Schlafmittel haben, das sich in Fällen rein nervöser Schlaflosigkeit gut bewährt hat, hervorzuheben ist die sedative Wirkung des Präparates, insbesondere bei Neurasthenie und Hysterie.

Schädliche oder unangenehme Nebenerscheinungen, auch bei längerer Darreichung, sind nicht beobachtet worden. Das Präparat wird leicht und gern genommen.

Dr. med. M. Marcuse, Charlottenburg.

Ditonal

ein neues gynäkologisches Schmerzstillungsmittel.
(Sedativum und Hypnotikum.)

Die Ditonalzäpfchen der Fa. Athenstaedt & Redeker, Hemeilingen, sind frei von jeglichem Rauschgift; sie wurden bei allen Arten dysmenorrhöischer Beschwerden, bei schmerzhaften Regelstörungen klimakterischer und bei nervöser Dysmenorrhoe mit gutem Erfolg angewandt, ebenso bei schweren prämenstruellen Beschwerden aus Gebärmutterlageanomalien, Urethritis, Zystitis und Pyelitis. Die Patientinnen bekamen das Mittel als Schmerzstillungsmittel per rektum täglich 2–3 Zäpfchen, sie wirkten 20 Minuten nach der Einführung des Zäpfchens 4–5 Stunden lang; bei 2 Zäpfchen innerhalb einer Stunde trat ausnahmslos ein tiefer erquickender Schlaf ein, ohne eine Spur von Schlafmittelkater am anderen Morgen. — Die Zäpfchen können im weitesten Umfange als postoperatives Schmerzlinderungsmittel in der operativen Gynäkologie gebraucht werden, wenn die orale Verabreichung nicht anwendbar

erscheint: auch bei vaginaler Einführung waren die Wirkungen die gleichen. — Das Präparat verdient als wirksames und wirtschaftlich günstiges Mittel dem gynäkologischen Arzneischatz einverleibt zu werden.

Dr. Wilhelm Dücker, Berlin-Schöneberg.

Beiträge zur Morphologie und Biologie der Diphtheriebazillen.

Die Oberfläche von Nährbodenplatten mit Reinkulturen verschiedener pathogener Bakterienarten wurde in dünner gleichmäßiger Schicht mit Silargel bestreut. Nach 24stündiger Bebrütung konnte festgestellt werden, daß das Silargel die auf die Platten gebrachten Diphtheriebazillen, Staphylokokken und Kolibakterien regelmäßig abtötete. In flüssigen Nährböden wurden die genannten Bakterienarten durch Zusatz von 1% Silargel in ihrer Entwicklung gehemmt, obgleich sich das Silargel in der Flüssigkeit nicht merklich löste. Die Verfasser nehmen an, daß die Bakterienabtötung durch Silargel weniger auf einer oligodynamischen Wirkung als auf der starken adsorptiven Kraft des Präparates beruht.

Im Tierversuch wurden mit Diphtheriebazillen infizierte Meerschweinchen unmittelbar nach der Infektion durch Bestreuen der Wunden mit Silargel, Xeroform oder Noviform behandelt. Hierbei zeigte es sich, daß die mit Silargel behandelten Tiere alle am Leben blieben, während die unbehandelten sowie die mit Xeroform und Noviform behandelten Tiere zugrunde gingen, obgleich diese beiden Präparate im Streuver such auf oberflächliche Kulturen die Diphtheriebazillen sicher in 24 Stunden abtöteten.

Es gelang ferner, durch einen 5%igen Zusatz von Silargel zu den Bouillonkulturen die Diphtheriebazillen nach 24 Stunden abzutöten. Diese abgetöteten Kulturen hatten keine antigene Wirkung mehr. Bei dem Versuche, eine 1%ige Suspension des Silargel in einer angewachsenen Diphtheriebouillonkultur eine Stunde im Brutschrank zu halten, fanden sich jedoch noch lebende, jedoch ungiftige Diphtheriebazillen vor. Mit dieser Diphtheriebazillensuspension wurden zehn Meerschweinchen intrakutan infiziert. Von diesen erwiesen sich neun als immun gegenüber einer zehnfach tödlichen Dosis, während eines an Diphtherievergiftung starb.

Ähnlich war die Einwirkung einer 5%igen Silargelsuspension in angewachsenen Bouillonkulturen. Diese wurden nach 24 Stunden atoxisch. Die mit diesen Kulturen infizierten Meerschweinchen blieben gesund und vertrugen nach drei Wochen die doppelte tödliche Dosis reaktionslos. Gins, H. A., und Jermoliewa, Z., Aus dem Institut „Robert Koch“ (Abteilungsdirektor: Prof. H. A. Gins). Zeitschr. f. Hygiene, 1928, Bd. 109, H. 1.



MAGGI'S Würze

regt auch den Appetit an

Wenige Tropfen
— den Speisen zugefügt —
genügen

Rosmarol

(Zusammenstellung:
Ol. Rosmarini, Ol. Gaultheriae, art. Mitin)
Neueres vorzügliches Mittel gegen
rheumatische Erkrankungen
aller Art und selbst schwerer Formen
Literatur und Proben kostenlos
Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

Pernionin

(Zusammensetzung: Ol. Salviae, Ol. Gaultheriae, art. Mitin)
In Salben- und Tablettenform.
Hervorragende Wirkung bei
Frostschäden
aller Art.
Literatur und Proben kostenlos.
Chem. Fabrik Krewel & Co. G. m. b. H., Köln a. Rh.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgebühr bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für

Oesterreich	3.50 Sch.	Jugoslawien	30.— Dinare	Skandinavien	2.15 Dän. Kr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien		Holland	1.45 Gld.	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen	
Ungarn	2.90 Pengö	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121 958		Italien	11.— Lire
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest		Gravenhage		Polen	5.20 Sloty
Tschechoslowakei	17.00 Kč.	Schweiz	3.— Fr.	Amerika	jährlich 2.35 Dollar
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha		Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII		Für alle anderen Länder	2.40 Rmk.

NUMMER 6

BERLIN, DEN 22. MÄRZ 1929

47. JAHRGANG

**Bei Bronchitis acuta und chronica,
sowie Tuberkulose**

SIRAN

das
führende deutsche Expectorans

Kassenwirtschaftlich: Kassen-Packung Mk. 1,75 — Privat-Packung Mk. 2,10 — Klinik-Packung 1 Kilo Mk. 6,—
In allen Apotheken stets vorrätig.

TEMMLER WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

Intestinol „Henning“
Pankreas-Secretin-Kohle-Präparat

gegen
*Dyspepsie, Gärungskatarrhe,
Flatulenz u. a. Verdauungsstörungen*

Literatur und Proben auf Wunsch

Dr. Georg Henning
Berlin - Tempelhof

Mitin

eine absolut indifferente, völlig reizlose, äußerst geschmeidige, geruchlose, haltbare, physiologische Salbengrundlage von größter Resorbierbarkeit, welche sich mit Arzneikörpern sehr leicht und in hohem Prozentsatze mischen läßt und ganz vorzügliche Salben und Pasten liefert.

Spez.: Mitin-Creme, Mitin-Pasta, Mitin-Quecksilber, Frostmitin, Lichtmitin, Mitin-Selfe

Chemische Fabrik Krewel & Co., G.m.b.H., Köln a.Rh.

Eduard Kaufmann, ord. Professor der allgemeinen Pathologie u. patholog. Anatomie, Direktor des Patholog. Instituts der Universität Göttingen, Geheimer Medizinalrat

Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie

Für Studierende und Aerzte. 7. u. 8. völlig neu bearbeitete und vermehrte Auflage

1. Band mit 594 Abb. im Text und auf 3 farbigen Tafeln, zuallermeist nach Originalzeichnungen des Verfassers. 1922. Groß-Oktav. Seiten I—V, 1—998. Geb. Rm. 40.—
2. Band mit 393 Abb. im Text und auf 4 farbigen Tafeln, zuallermeist nach Originalzeichnung des Verfassers. 1922. Groß-Oktav. Seiten 999—1962 Geb. Rm. 40.—



Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen Prospekt kostenfrei

Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10, Genthiner Straße 38

Somno-Fluid

„Opheyden“

Extr. aus: Fol. Melissa, Cort. Piscidia, Rad. Valeriana, Fol. Trifol. fibr., Fol. Menthae pip., Herba Veronicae. Vollkommen unschädliches Schlaf- und Beruhigungsmittel, angezeigt bei Schlaflosigkeit u. nervösen Beschwerden aller Art. Bitte fordern Sie Proben!

Biologische Werke Opheyden,
Brackwede, Westf. 35.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — Diätkuren — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Bad Nassau, Nassau-Lahn

Kurhaus, Sanatorium f. Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke.

Leit. Ärzte: Dr. Fleischmann, Dr. Poensgen.
Das ganze Jahr geöffnet.

Partenkirchen Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung **„DER KURHOF“**
das vornehme Familienhotel

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.**

Kurheim Moorbade Dachau bei München

Vorortsverkehr / Moderne Anstalt
Beste Verpflegung. — Diätküche. — Pension von Mk. 9.—, Mk. 10.—
Jahresbetrieb. Prospekt durch **Dr. Blank.**

Dr. BODE'S Kinder-Sanatorium

Lindenberg-Glienicke (Mark)

Alter: 2—10 Jahre. Tagespreis 4—6 Mk.

Diejenigen Herren Aerzte, die sich für soziale Fragen und das ärztliche Standesleben interessieren und sich über wirtschaftliche Fragen orientieren wollen, können das am besten durch ein Abonnement auf das

Groß-Berliner Aerzteblatt

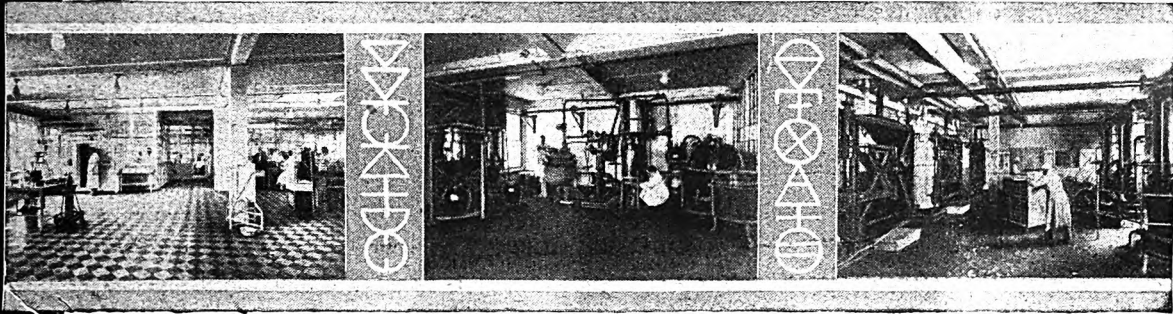
mit Berliner Aerzte-Correspondenz und Berliner ärztliche Anzeigen (Rotes Blatt)

Zentralorgan zur Vertretung der ärztl. Standesinteressen Groß-Berlins, Ankündigungsorgan der Aerztekammer für die Prov. Brandenburg, Grenzmark Posen-Westpreußen u. den Stadtkreis Berlin, der Berliner mediz. Gesellschaft, des Groß-Berliner Aerztebundes (E. V.) u. der anderen kollegialen, wissenschaftlichen, sozialen u. wirtschaftl. Aerztlevereinigungen Groß-Berlins

Bezugspreis bei Bestellung durch die Post
2,50 RM monatlich

VERLAG HANS PUSCH

Berlin SW 48 / Friedrichstraße 231



Philonin

Heil- und Wundsalbe

Beschleunigte Epithelisierung

durch

bestrahltes Cholesterin

KASSENÜBLICH

Originaltube mit ca. 35 g Inhalt
Klinikpackung mit ca. 250 g Inhalt

Hepatopson liquidum

Hochwirksamer Leberextrakt

Wohlschmeckendes
Wirtschaftliches

Spezifikum

gegen

Anämia perniciosa
und andere schweren Anämien

Originalflasche à 100 g = 1000 g Frischleber
Klinikpackung à 500 g = 5000 g Frischleber

Literatur und Proben zur Verfügung der Herren Ärzte

Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H. ♦ Hamburg 26

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

- Dr. med. Strahlmann, Delmenhorst: Das Krebsproblem und die Ernährung der modernen Kulturmenschheit 177
- Johann Susmann Galant, Moskau: Ueber Krösomanie 179
- Dr. med. Kerstan, Frauenarzt in Berlin: Ditonal bei Unterleibserkrankungen, erprobt in der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin 179

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 180

Referate nach Fachgebieten:

- Augenheilkunde 187
- Bakteriologie und Serologie 188
- Chirurgie und Orthopädie 189
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 191

- Geschichte der Medizin 193
- Haut- und Geschlechtskrankh., Urologie 194
- Hygiene 196
- Infektionskrankheiten 197
- Innere Medizin einschließl. Tuberkulose 198
- Kinderheilkunde 205
- Mund- und Kiefererkrankungen 206
- Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 206
- Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie.. 209
- Psychiatrie und Nervenheilkunde 210
- Psychologie und Psychopathologie 214
- Soziale und gerichtliche Medizin 214
- Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 215
- Neu erschienene Bücher 216

Englisches Insulin

„A.B.“ Brand

Generalvertreter für Deutschland

Dr. Fresenius, Birschpotheke Frankfurt a. M.

Dr. H. Sachse G. m. b. H., Berlin NW 7

Vorzüglich bewährt durch

größte Reinheit und stärkste Wirksamkeit

in ständigem Gebrauche in den bedeutendsten Krankenhäusern und Kliniken der Welt

Orig.-Pack.: 5 cem = 100 E.
 5 cem = 200 E. (verstärkt)
 25 cem = 500 E.

Sanguinal

(Kombination mit Arsen — jede Pille enthält 0.0006 Arsen — Chinin, Guajacol, Lecithin, Jod und Kreoso usw.) Seit Jahrzehnten vorzüglich bewährtes Präparat gegen

Anaemie und Chlorose und verwandte Krankheiten
 Seine Wirkung beruht auf dem Osmose bedingenden hohen Gehalt an Blutsalzen.

Literatur und Proben kostenlos

Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

Das Hilfsmittel des Arztes bestes u. billigstes

EXPECTORANS u. REORGANISATIONS-PRÄPARAT

JUNICOSAN

zur Kassenverordnung zugelassen

in allen Apotheken Deutschlands u. General-Depots in:
 WIEN · PRAG · BRÜNN · BASEL · AMSTERDAM · LONDON ·
 MEXICO · BUENOS AIRES u. KALKUTTA erhältlich

unter Mitarbeit der Ärzte geschaffen und dauernd kontrolliert

Probe und Literatur für Ärzte kostenfrei

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH 75 (Thür. Wald) Fabrik pharmaz.-chem. Präparate

JUNICOSAN

das beste und zuverlässigste Mittel gegen

GRIPPE

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 6

BERLIN, DEN 22. MÄRZ 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Das Krebsproblem und die Ernährung der modernen Kulturmenschheit.

Von Dr. med. STRAHLMANN, Delmenhorst.

Wir leben in einer Zeit stark zunehmender Teuerung infolge unserer augenblicklichen schlechten außen- und innenpolitischen Lage, welche auf absehbare Zeit wahrscheinlich keine Besserung erfahren wird, weil dazu keine einzige Voraussetzung gegeben ist. Da erhebt sich nun die brennende Frage: Inwiefern wirkt diese Teuerung schädigend ein auf den Konsum und die Ernährung unseres Volkes? Besteht eine Gefahr für unsere Volksgesundheit? Sind die ärztlichen Errungenschaften der letzten Jahre in bezug auf Verminderung der Gesamtsterblichkeit und besonders auf Rückgang der Säuglingssterblichkeit wieder in Gefahr, verloren zu gehen? Ist die Ernährung unserer breiten Volksmassen die richtige? Ist unsere Ernährungspolitik die richtige? Ergeben sich aus unserer heutigen Ernährungsweise Gefahren für unsere Gesundheit? Soviel Fragen, so viele Antworten, welche je nach der Einstellung natürlich grundverschieden lauten. Was zunächst die allgemeine Teuerung angeht, wird diese durch zwei Faktoren beeinflusst. Der erste ist die zunehmende Teuerung auf dem ganzen Weltmarkt, auf die wir keinen Einfluß haben, der zweite die steigende Genußsucht und der wachsende Materialismus aller Volksschichten, die wir Aerzte unbedingt bekämpfen müssen. Die allgemeine Teuerung kann für Deutschland nur dann zur Gefahr werden, wenn es nicht gelingt, diese steigende Genußsucht zurückzudämmen. Wie sieht es denn mit der Ernährung der breiten Volksmassen heutzutage aus? Macht sie die Menschen gesünder, leistungsfähiger und kräftiger? Oder zeigen sich gewisse Erscheinungen, auch Erkrankungen, im steigenden Maße, welche uns mit wachsender Sorge erfüllen müssen? Die letzte Frage muß leider entschieden bejaht werden! Verfolgen wir nun im einzelnen, welche Momente hier die entscheidende Rolle spielen!

Es ist vor einiger Zeit in Amerika das Buch eines Chemikers Mac Can „Kultursiechtum und Säuretod“ erschienen, von dem allerdings eine deutsche Uebersetzung vorliegt (Verlag Emil Pahl, Dresden), welches aber längst nicht genügend in Deutschland beachtet worden ist. Mac Can legt in diesem Buche einwandfrei klar, daß die moderne Kulturmenschheit infolge ihrer jahrlangen falschen Ernährung einem Säuretod verfallen ist, an dem Millionen von Menschen dahinsiechen!

Das Buch sollte ungeheures Aufsehen erregen! Entweder der Mann hat nicht recht, dann müßte man es ihm nachweisen, oder er hat recht, und dann wäre dies allerdings eine Tatsache, welche katastrophal in ihren Auswirkungen wäre! An Hunderten von Beispielen führt Mac Can aus, welche Lebensmittel es vor allem sind, welche diesen schleichenden Säuretod bedingen. Er beweist uns, daß heutzutage eine Verfälschung von Lebensmitteln im großen Maße von einer interessierten Industrie begangen wird, welche direkt völkermordend sich auswirkt! Wir wollen hier nur einige Hauptpunkte herausgreifen. Da ist zunächst unser tägliches Brot. Unsere Vorfahren und Väter aßen in der Hauptsache Roggenbrot und fühlten sich wohl und leistungsfähig dabei. Dieses „Schwarzbrot“ enthält in der Tat alle Bestandteile, welche der menschliche Organismus braucht, vor allem die so wichtigen Nährsalze! — „Wasser und Brot macht die Wangen rot“, heißt ein altes Sprichwort. Es ist doch wohl kein Zufall, daß in Westfalen, dem Lande des „Pumpernickels“, ein besonders kräftiger und gutgewachsener Menschenschlag lebt, ebenso im ganzen Nordwestdeutschland, in dem noch heute Schwarzbrot das Hauptnahrungsmittel bildet. Wie

sieht es aber im übrigen Deutschland, vor allem in den Großstädten, aus? Weite Kreise, leider auch schon Arbeiterkreise, lehnen das Roggenbrot als nicht fein genug ab und wenden sich immer mehr dem Weißbrot bzw. dem Feinmehl zu. Was ist dies denn eigentlich? Feinmehl wird gewonnen aus Weizenmehl durch ein ganz besonderes Mahlverfahren. Die Mühlenindustrie hat sich in dieser Hinsicht mehr und mehr umgestellt, indem sie dazu überging, anstatt des einfachen deutschen Mühlsteines (Kalkstein) den „Holländerstein“ oder den „Champagnerstein“ zu verwenden, auf den dann die modernen Walzenmühlen folgten, mit denen eine viel feinere Ausmahlung erzielt wird. Immer mehr große Mühlenwerke sind entstanden, während 40 000 Kleinmühlen eingingen. Aber das Mehl war immer noch nicht „fein“ genug. Man erfand das Bleichen mit Chemikalien, um das Mehl besonders zu „verschönern“. Beeinflußt durch die amerikanische Konkurrenz, welche, besonders nach dem Weltkriege, enorme Weizenmengen auf den Weltmarkt wirft und diese Verfahren längst angewendet, hat auch die deutsche Mühlenindustrie das moderne Verfahren der Bleichung eingeführt. Diese erfolgt nach mehreren Verfahren. Entweder man verwendet gasförmiges Chlor oder Nitrosylchlorid oder Benzoylsuperoxyd zu diesem Zweck. Ein weiteres Verfahren ist die Beigabe von Kaliumbromat, wobei zu bemerken ist, daß dann das gebleichte Mehl einen erhöhten Bromgehalt aufweisen muß. Die gebleichten Mehle sind meistens von fadem Geruch; sie besitzen nicht den vollkräftigen, würzigen Geruch ungebleichten Mehles. Durch diese weitgehende Ausmahlung des Mehles entsteht eine direkte Entmineralisierung; die Kleie, welche die vollwertigen Vitamine enthält, wird als Viehfutter verwandt; das Mehl wird peinlichst davon gesäubert! — Also, man stelle sich vor, auf der einen Seite wird man heutzutage mit künstlichen Vitaminpräparaten direkt überschwemmt, auf der anderen Seite entzieht man unserem täglichen Brot die durchaus notwendige Vitaminmenge, indem man behauptet, der Kleiegeuß wirke schädigend und belaste unnütz den Darm. Wir erwähnen bereits, daß Westfalen und Nordwestdeutschland, wo man noch Roggenbrot zu schätzen weiß, den gesündesten Menschenschlag hat! — Reformversuche in dieser Hinsicht, an welchen es natürlich nicht fehlt (z.B. das Verfahren nach Steinmetz oder Klopfer) bleiben leider auf kleine Kreise beschränkt. — Ein ausgezeichnetes Brot besitzt man noch in Schweden, das sogenannte „Knäckebröt“, welches gesund und wohlschmeckend ist. Es ist wohl allgemein bekannt, daß die Schweden durchweg ein kräftiger rassischer Menschenschlag sind. Sollte dies vielleicht alles Zufall sein? — (Nicht aber genug damit, daß die Broternährung unseres Volkes auf falschem Wege ist, es verbindet sich mit ihr ein wachsender Zuckerkonsum, welcher äußerst bedenklich ist. Während reiner Naturzucker, mäßig genossen, nahrhaft und blutbildend ist, kann man von dem jetzt überwiegend genossenen raffinierten Zucker das Gegenteil behaupten.)

Vor dem Kriege war das Bleichen des Mehles in Deutschland gesetzlich verboten. Wie man in Fachzeitschriften häufiger lesen kann, liegt der deutschen Mühlenindustrie wenig an der Mehlebleichung, sie ist aber gezwungen, infolge der wachsenden amerikanischen Konkurrenz die Mode, welche eine Laune und eine Geschmacksverwirrung der Käufer fördert, mitzumachen, weil sonst die Käufer das schon an sich etwas billigere und hochweiße amerikanische Mehl einfach bevorzugen; daher ließ sich auch das behördliche Verbot nicht mehr halten. Ist schon aus volkswirt-

schaftlichen Gründen die steigende Einfuhr amerikanischen Mehles höchst bekämpfenswert, noch viel mehr aus gesundheitlichen; das muß einmal ganz offen gesagt werden! In Bäckerzeitungen kann man lesen, daß aus schwerwiegenden Gründen immer wieder vor dem amerikanischen Mehl gewarnt worden ist, daß man vor dem Kriege noch vorwiegend Roggenbrot, nur etwa ein Drittel weißes Brot verbakken hat, während es heutzutage fast umgekehrt sei. Fachleute versichern, daß eine Bleichung des Mehles nicht notwendig sei, daß unser inländisches Mehl in keiner Weise dem ausländischen nachstehe, daß die Verminderung der Backfähigkeit vielmehr auf die chemische Behandlung zurückzuführen sei. Das allerschlimmste bei der Sache ist, daß unser deutscher Roggenanbau in ernste Gefahr gerät, wenn diese Entwicklung weitergeht. Was dies für unsere ganze Volksernährung besagen will, leuchtet wohl ohne weiteres ein. Wir deutschen Aerzte haben allen Grund, schon jetzt unsere warnende Stimme zu erheben, wenn wir berufene Vertreter unserer Volksgesundungsbestrebungen sein wollen! — Wenn Gegner des Roggenbrotes darauf hinweisen, daß Roggenbrot zuviel Ballast enthalte, so ist darauf zu sagen, daß der menschliche Verdauungsstraktus direkt darauf eingerichtet ist, eine Menge Ballast mit der Nahrung aufzunehmen und es übel vermerkt, wenn er diese nicht erhält, indem sich sehr bald chronische Verstopfung einstellt. Die ungeheure Verbreitung der habituellen Obstipation der modernen Kulturmenschheit sollte doch da endlich zu denken geben. Dieser „Ballast“ wirkt direkt als mechanischer Reiz zur Beförderung der Darmpéristaltik! Das zellulosereiche Kleiebrod wird neuerdings vielfach als Mittel gegen chronische Stuhlverstopfung mit Erfolg angewandt.

von interessierten Kreisen aufgebrachte Suggestion, daß Roggenbrot weniger nahrhaft sei als Weizenbrot (weil daran weniger zu verdienen ist!), ist falsch und muß gerade von ärztlicher Seite energisch bekämpft werden. Im Gegenteil muß festgestellt werden, daß Kleiebrod einen vierfachen Vorzug hat, auf den bereits Zahnarzt Ferdinand Baden in einer interessanten Broschüre „Teuerung, Nahrung, Entartung“ (Berlin 1910, Berliner Verlagsanstalt) hingewiesen hat: 1. es ist eisenreicher, 2. es ist kalkreicher, 3. regt es durch seinen Zellulosegehalt die Darmpéristaltik an, 4. reinigt und kräftigt es die Zähne. — Es sei in diesem Zusammenhang auch auf eine andere Tatsache verwiesen: die steigende Zahl von Appendizitisfällen, auch unter der bauerlichen Bevölkerung! — Wer wußte noch vor 30 Jahren auf den Dörfern viel von Blinddarmentzündung?

Neben dem steigenden Fleischkonsum, welcher die Darmfäulnis so reichlich fördert, spielt wahrscheinlich hier auch der Genuß gebleichten Mehles eine große Rolle. Bei dem täglichen Genuß reinen Roggenbrotes hatte man jedenfalls diese Erkrankung längst nicht so häufig! Daraus sollte man doch die notwendigen Schlüsse ziehen! — Gerade der steigende Konsum des raffinierten Zuckers ist, wie Mac Can und andere Reformer eingehend physiologisch-chemisch begründet haben, die Hauptursache der Uebersäuerung unseres Organismus mit allen seinen schädlichen Folgen. Wenn das Blut, das normalerweise alkalisch reagieren soll, infolge falscher Ernährung jahrelang eine saure Reaktion aufweist, so kann sich jeder naturwissenschaftlich Denkende sagen, daß daraus chronische Leiden entstehen müssen. Die steigende Zahl der Stoffwechselleiden der Kulturmenschen ist der beste Beweis dafür. Die Veränderungen im menschlichen Körper gehen allerdings langsam vor sich, und deshalb ist es schwierig, klinisch auf experimentellem Wege diese Erfahrungstatsache sicherzustellen. Man sollte aber in der modernen Medizin vielleicht häufiger einmal den gesunden Instinkt, über dessen Hinschenden schon Friedrich Nietzsche geklagt hat, sprechen lassen und sich nicht allzusehr auf die klinisch-experimentelle Forschung, welche immer nur einseitig sein kann, verlassen! Ein solcher Instinkt hat z. B. auch Semmelweis geleitet! — Das allerschlimmste ist, daß schon der jugendliche Organismus verdorben wird, indem man schon den Kindern unverständigerweise Süßigkeiten, Schokolade und andere Leckereien zuführt und damit schon beim Kinde mit der Uebersäuerung des Organismus den Anfang macht. Woher die schlechten Zähne der heutigen Menschheit rühren, kann sich nach dem Ausgeführten jeder Leser selbst sagen. Die ungeheure Verbreitung der Zahnkaries ist der allerbeste Beweis für

unsere unzureichende Ernährung. Kalkmangel und Uebersäuerung des Organismus hängen bekanntlich auf das allerengste zusammen!

In seiner interessanten Arbeit „Der wachsende Zuckerkonsum und seine Gefahren“ führte schon vor längeren Jahren Professor v. Bunge aus, daß dieser eine enorme Gefahr für die gesamte Volksernährung bedeute. Leider hat in Ländern, in denen das Alkoholverbot besteht, ein derartiger Zuckerkonsum eingesetzt, daß dies äußerst bedenklich erscheint und man so vielleicht den Teufel mit Beelzebub austreibt. Wenn man die wichtige Rolle, welche die Mineralien, wie Kalk, Eisen, Phosphor, Kali und Natron, in unserem Organismus spielen, erwägt — bei den vielerwähnten Vitaminen aller Grade bilden sie wahrscheinlich den Hauptbestandteil neben sogenannten Enzymen, welche die Rolle eines Katalysators spielen —, so kann man schon jetzt ruhig behaupten, daß ihr dauernder Mangel im Organismus sich automatisch rächen muß! — Die Erfahrungstatsache, daß Rückgang der Militärtauglichkeit und zunehmende Karies der Zähne bei den meisten Kulturvölkern zusammenfallen, beweist, daß eine unrichtige Ernährung in Form der Uebersäuerung des Organismus eine allgemeine Konstitutionsschwäche bedingt, welche eine wachsende Gefahr für die Kulturvölker bildet. Die Beliebtheit der sogenannten Nährsalze beim Publikum, mit denen übrigens ein großer Schwindel getrieben wird, indem eine geschickte Reklame die unwissende Menge irreführt, deutet auf einen richtigen Instinkt der Menschen, daß ihnen in ihrer heutigen Nahrung etwas fehlt. Würde man sich richtig ernähren, würde man alle künstlichen Vitamine und Nährsalze nicht nötig haben. Die Diätreformer haben seit langer Zeit auf diese Tatsache hingewiesen. Männer wie Lahmann, Birch-Benner, Ragnar Berg sind mit aller Energie für die Bedeutung der Nährsalze eingetreten. Die moderne Medizin sollte ihr Interesse mehr diesen Fragen zuwenden, dann würde das Publikum sich nicht so häufig an Kurpfuscher wenden oder sich einer so unhaltbaren Richtung, wie es die sogenannte „Biochemie“ darstellt, in die Arme werfen! —

Hand in Hand mit der Zunahme des Zuckerkonsums und der weißen Mehlsorten geht der Fleischkonsum, welcher wieder seit den Kriegsjahren in allen Kulturländern enorm steigt. Wenn man bedenkt, daß die heutige Menschheit sich durchaus viel zu wenig Bewegung macht, der heutige Mensch an mangelnder Oxydationsfähigkeit krankt, bedeutet der steigende Fleischkonsum insofern eine weitere Gefahr, als dadurch die Bildung von Darmgiften gefördert wird, weil gerade tierisches Eiweiß sehr leicht im Darm der Fäulnis anheimfällt. Also eine Zunahme der Autointoxikation, welche gleichzeitig das weitere Kulturübel, die chronische Obstipation, mitbedingt. Verschlimmert wird die Sache noch dadurch, daß die heutige Art der Fleischkonservierung absolut nicht hygienisch einwandfrei ist. So z. B. werden Hackfleisch und Wurst, um Frische vorzutäuschen, welche sie häufig nicht mehr besitzen, mit Salpeter und schwefelsaurem Natrium konserviert. Nach Ragnar Berg werden Schabe- und Hackfleisch häufig mit Borax, Bismutit und Salpeter hochrot gefärbt; bei der Fleischpökung werden salpetersaure Salze angewandt, welche sich im Fleisch zu Nitriten umwandeln, von denen man weiß, daß sie ein Herzgift darstellen. Also eine schleichende Vergiftung mit chemisch bearbeiteten Lebensmitteln. — Man sollte es dankbar von ärztlicher Seite anerkennen, wenn ein physiologischer Chemiker wie Mac Can den Mut aufbringt, einmal ganz offen auf diese Mißstände der Nahrungsmittelgroßindustrie hinzuweisen und die Aufmerksamkeit der ärztlichen Welt hinzulenken auf die Bedeutung einer schleichenden Nahrungsmittelvergiftung für den menschlichen Organismus. Glaubt man wirklich, daß die jahrelange falsche Ernährung bzw. schleichende Vergiftung im menschlichen Körper keine Spuren hinterlassen wird? Ist es da noch notwendig, nach spezifischen Erregern zu suchen, wenn man Leiden wie den Krebs erforschen will? Wenn man sich auf der einen Seite freuen kann über den Rückgang der Tuberkulose in allen Kulturländern, stellt die Zunahme der Stoffwechselleiden und des Krebses die gesamte Ärzteschaft vor neue und schwere Aufgaben. — Ergänzt wird das interessante Buch Mac Cans auf das Beste von dem Werk eines englischen Gelehrten, Ellis Barker, dem der Londoner Chirurg Dr. Sir Arbuthnot Lane ein Vorwort geschrieben hat, betitelt: „Krebs, Ursachen und sichere Verhütung!“ (deutsche Uebersetzung von Dr. v. Borosini, Verlag Emil Pahl, Dresden). Die Tatsache,

daß ein namhafter Chirurg dem Werke eines Nichtmediziners ein Vorwort schreibt, dürfte bereits eine genügende Empfehlung sein. Ellis Barker fußt auf denselben Gedankengängen wie Mac Can, wenn er unsere falsche Ernährung für die Ursache des Krebses verantwortlich macht und dies an Hunderten von Beispielen ausführt. Man kann nur allen in dieser Frage Interessierten raten, das Buch selbst zu studieren. Kein Leser wird es ohne reichen Gewinn aus der Hand legen, auch wenn er sich nicht allen Ausführungen anschließen kann. Für einen deutschen Leser ist es fesselnd, zu lesen, wie ein kritisch und praktisch veranlagter englischer Geist rückwärts aus dem einmal für richtig Erkannten seine Schlüsse zieht, ohne sich viel an Autoritäten zu kehren, was in Deutschland so leicht vorkommen könnte. In England hat der Krebs mehr als in irgendeinem anderen Lande in der letzten Zeit zugenommen und diese beunruhigende Tatsache hat der Verfasser zu jahrelangen fleißigen Vorarbeiten veranlaßt, nach deren Abschluß er zu dem Endresultat kommt, daß der Krebs eine Zivilisationskrankheit ist, die man bei primitiven Rassen kaum kennt, die hauptsächlich durch unsere verkehrte Lebensweise und namentlich durch falsche Ernährung und Mangel an lebenswichtigen Stoffen in den raffinierten, präparierten und konservierten Nahrungsmitteln des Kulturmenschen bedingt ist. Das Werk hat in England ungeheures Aufsehen erregt und innerhalb einiger Jahre viele Auflagen erlebt. Es dürfte allmählich an der Zeit sein, daß man sich auch in Deutschland mit diesem Problem befaßt und sich nicht einseitig damit beschäftigt, auf tierexperimentellem Wege der Erforschung der Krebsursachen näherzukommen, was niemals zum Ziel führen wird. Barker vermißt sich nicht, ein neues Krebsheilmittel entdeckt zu haben, sondern er will den Weg zur Krebsvorbeugung durch richtige Ernährung weisen. Barker ist überzeugt, daß der Weg der Heilung gangbar ist, solange nur eine Krebsdiathese besteht, d. h. es noch nicht zur Ausbildung einer Geschwulst gekommen ist. Man könnte sich sehr leicht vorstellen, daß die chronische Uebersäuerung im menschlichen Organismus eine Art Krebsdiathese entstehen läßt, welche mit zunehmendem Alter in Geschwulstbildung übergeht. Es kommt also in erster Linie darauf an, diese Krebsdiathese in der Entwicklung zu verhindern! — Wenn man bedenkt, daß alle bisherigen Behandlungsmethoden des Krebses einer kritischen Beurteilung viel zu wünschen übrig lassen — von der Operation bis zur Röntgentherapie —, so muß man es doch dankbar begrüßen, wenn Mittel und Wege aufgezeigt werden, wie man Krebs überhaupt verhindern kann. Von welcher Seite diese Vorschläge kommen, sollte in diesem Falle weniger wichtig sein. Es ist doch sehr leicht denkbar, daß ein physiologischer Chemiker oder Nahrungsmitteltechniker, welcher sich intensiv diesen Fragen widmet, auch als Nichtmediziner zu höchst beachtenswerten Resultaten kommen kann. Es ist schon mehr als einmal viel dadurch geschadet worden, daß man fortschrittlichen Erkenntnissen sich widersetzt, nur weil es Nichtmediziner waren, welche diese fanden.

Die Aufhellung des Krebsproblems wird die Aufgabe des 20. Jahrhunderts sein, und es wäre sehr ratsam, wenn die ärztlichen Forscher sich nicht einseitig auf eine Forschungsrichtung festlegen wollten, sondern dankbar alles aufgreifen würden, was ernste Denker zu diesem Thema zu sagen wissen. Das Krebsproblem ist einmal aufgelöst und wird nicht eher zur Ruhe kommen, bis es restlos klargelegt ist. Daß es im wesentlichen ein Stoffwechselproblem darstellt, läßt sich heute schon mit Sicherheit sagen!

Ueber Krösomanie.

JOHANN SUSMANN GALANT, Moskau.

Unter Krösomania (Krösus + Mania) möchte ich diejenigen Wahnideen verstehen, die zu ihrem Inhalte Vorstellungen von ungewöhnlichem Reichtum und über großes Vermögen haben. Bekanntermaßen begegnet man am öftesten diesen krösomanischen Wahnideen bei Paralytikern und zwar bei der sogenannten klassischen Form der Paralysis progressiva. Doch kommen kröso-

manische Wahnideen auch bei anderen Geisteskrankheiten vor, so z. B. bei der Dementia senilis. Ein seniler Patient behauptet, daß er vor einem Monat in den Kremel in Moskau gebracht worden sei, wo man ihm hundert Millionen Goldrubel ausgeliefert habe; außerdem besitzt er goldene Kasten voll Gold, die bei der Witwe Lenins aufbewahrt werden. Er ladet ein auf seine prunkvolle Hochzeit; er heiratet ein außergewöhnlich reiches Fräulein usw. usw.

Krösomanischen Wahnideen begegnet man oft bei der Dementia paranoidea, doch nicht so oft wie bei der Dementia paralytica. Krösomanie kommt weiter vor bei manischen Kranken der manisch-depressiven Gruppe, bei Pseudodeliranten, bei paranoischen Kranken und hier und da auch bei verschiedenen symptomatischen Psychosen.

Das öfte Vorkommen bei Geisteskranken der krösomanischen Wahnideen macht es an sich wenn nicht notwendig, so doch recht wünschenswert, diesen Komplex der Wahnideen unter einem besonderen Namen zu fassen. Der Terminus krösomania scheint mir am passendsten zu sein.

Für die progressive Paralyse aber, wo die krösomanischen Wahnideen in ihrer charakteristischen Form von großem diagnostischen Wert sind und sie nicht selten der erste Anhaltspunkt sind, um die Vermutungsdiagnose progressive Paralyse stellen zu können, dürfte der Terminus krösomania von besonderem Wert sein. Er erlaubt kurz, in einem Worte, eine wesentliche Erscheinung im allgemeinen Krankheitsbild zu bezeichnen und hervorzuheben. Aus diesem Grunde habe ich es mir erlaubt, diesen neuen Terminus in unsere psychiatrische Wissenschaft einzuführen.

Ditonal bei Unterleibserkrankungen,

erprobt in der Universitäts-Frauenklinik in Berlin

Dr. med. Kerstan, Frauenarzt in Berlin.

Angeregt durch die Arbeit von Dr. Holtschulte, Frauenarzt in Bremen, im „Zentralblatt für Gynäkologie“ Nr. 32, 1928, über die Behandlung von akuten Unterleibserkrankungen mit „Ditonal“, habe ich dieses Mittel in meiner Privatpraxis sowie bei einer großen Zahl von poliklinischen Fällen der Berliner Universitäts-Frauenklinik nachgeprüft und kann es als wertvolle Bereicherung in der gynäkologischen Praxis zur Eindämmung des Verbrauches von Morphin und anderen Narkotica empfehlen.

Wirksam im Ditonal sind die altbekannten und bewährten Verbindungen Trichlorbutylsalizylsäureester und Dimethylamidophenyl-dimethylpyrazolon; die das Zentralnervensystem von verschiedenen Angriffspunkten aus beeinflussen und dadurch sich gegenseitig in ihrer schmerzstillenden Wirkung potenzieren.

Ferner wirken als mildes Tiefenantiseptikum der vorgenannte Salizylsäureester und das seit vielen Jahrzehnten als Adstringens und Antiphlogistikum auch in der Gynäkologie bestens bekannte „Alsol“.

Diese Kombination ist in Zäpfchenform anwendbar, ein nicht zu unterschätzender Faktor, wenn man bedenkt, wie häufig sonst eine Spritze gegeben oder bei Verordnung von Narkotica per os Magenverstimmung und Erbrechen hervorgerufen wurde.

Erwähnenswert ist die Billigkeit des Präparates.

Die Bekämpfung des Schmerzes spielt in der Gynäkologie eine große Rolle, angefangen vom leichten Ziehen im Leib bis zu den akut einsetzenden unerträglichen Schmerzen einer Tubenruptur, Stieldrehung usw. Von diesen Schmerzen soll hier nicht gesprochen werden, da wir in inneren, starkwirkenden Narkotica die Möglichkeit haben, sie erträglich zu gestalten, sondern von den Beschwerden, wie sie in der Sprechstunde täglich geschildert werden. Unter ihnen überragt die Dysmenorrhoe.

Die geschilderten Beschwerden sind abhängig von dem Stadium der Hyperämisierung und der erhöhten nervösen Reizbarkeit, aber auch in den leichteren Fällen ist die Patientin für jede Erleichterung dankbar. Ich habe statt der üblichen Analgetika, wie Pyramidon, Gelonida antineuralgica stets Ditonal gegeben, und es hat sich so gut bewährt, daß die meisten Patientinnen es nicht mehr missen wollen. Auch in Fällen chronischer Appendizitis und Adnaxerkrankungen, die während der Menstruation schmerzhaft werden, hat es nicht versagt. Zur Ergänzung folgende Beispiele:

1. 26jährige Näherin, seit 1 Jahr verlobt und Verheiratet. I. Menses mit 15 Jahren; mittelstark, regelmäßig. Mit 19 Jahren Eintritt in das Berufsleben; Menses sehr schmerzhaft und stärker, muß

Experimentelle Versuche über die Anregung des Haarwuchses durch äußere Behandlung. Elsa Eichholz.

Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Z.), Berlin, 55., Heft 2, 1929.

818. Myositis gummosa. A. Jordan und A. Popora-Blum.
Histologische und elastometrische Untersuchungen über die Wirkungen lokaler Hautmassagen. Alois M. Memmesheimer.
764. Die Serodiagnose der Gonorrhoe. Alfred Cohn.
808. Klinische Erfahrungen über die Serodiagnose der Gonorrhoe. Carl Fr. Funk.
Experimentelles und Klinisches zur Wismuttherapie. (Spirobismol solubile: Resorption und Wirkung auf Spirochäten.) J. Dörfel und R. Pachur.
817. Statistische und therapeutische Beobachtungen bei Ulcus molle. B. Hanow.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 1. 1929. 25 Jahre geburtshilflicher Schmerzlinderung. C. J. Gauß.

787. Die klinischen Anwendungsgebiete der Sexualhormonpräparate. Robert Schröder.

Die gegenwärtigen praktischen und wissenschaftlichen Bestrebungen in der Psychiatrie. E. Meyer.

772. Grundsätzliches zur chirurgischen Behandlung des Magen-Duodenal-Ulkus. G. E. Konjetzny.

Zur Frage der aktiven Schutzimpfung gegen Diphtherie. W. Stoeltzner.

Klinische Ergebnisse der Chemotherapie auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde und der Krankheiten der oberen Luftwege. Otto Fleischmann.

Ueber Bedeutung und Bewertung der serologischen Syphilisreaktionen. H. Sachs.

Spirochätenhaltige ulzeropustulöse Veränderungen bei der weißen Maus; hervorgerufen durch Kulturimpfungen. J. Schereschewsky.

Eine neue Pneumothoraxnadel. Oskar Adler.

Ein neues Verfahren zur Behandlung der weiblichen Harnröhrengonorrhoe. A. Stern.

Reptitorium der Alterskrankheiten. I. Die Lungentuberkulose im Senium. Hermann Schlesinger.

Deutsche Medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 2.

Prinzipielle Gedanken über moderne Arzneistoffe. Fritz Eichholtz.
8 Jahre Yatrenbehandlung der Amöben- und Bazillendysenterie und ihrer Folgen. P. Mühlens.

Neue Wege der Diphtherieprophylaxe. Ernst Loewenstein.

Ueber ein neuartiges Diphtherie-Scharlach-Schutzserum. Becker.

Neodorm, ein neues Schlafmittel der Fettsäurereihe. I. Chemie und Toxikologie. W. Biebler, G. Hildebrandt und E. Leube.

Neodorm, ein neues Schlafmittel der Fettsäurereihe. II. Pharmakologie. H. Freund.

Neodorm, ein neues Schlafmittel der Fettsäurereihe. III. Klinische Erfahrungen. Paul Kaczander.

Klinische Ergebnisse der Chemotherapie auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde und der Krankheiten der oberen Luftwege. Otto Fleischmann.

Spitzentuberkulose und Frühinfiltrat. Unverricht.

Zur Frage der Avertinnarkose in der Psychiatrie. Gustav Blume.

Unsere Erfahrungen über den Einfluß von Höhen- und Sonnenbestrahlungen auf die Milchmengen stillender Mütter. Drossel.

Epidemisches Auftreten von Kieferwinkeldrüsenentzündungen bei Grippe und ihre Bekämpfung. Anton Plate.

Organverfälschungen unter dem Einfluß von Vitamin D. C. R. H. Rabl.

Reguläre Überhitzungsfelder bei Diathermie und deren Vermeidung. Oscar Dieterich.

Reptitorium der Alterskrankheiten. II. Die Pneumonie. Hermann Schlesinger.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 213., Heft 1/2.

769. Ueber den Einfluß operativer Eingriffe am vegetativen Nervensystem und an der Milzarterie auf die Blutkörperchen. K. Flick und E. Traum.

Die Bedeutung der heterotropen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut für die Chirurgie. Fr. Groß.

Ueber chirurgische Eingriffe an der Kardia und am Bauchabschnitt der Speiseröhre bei gutartigen Erkrankungen. Erich Hesse.

777. Chirurgische Appendizitis-Erfahrungen, mit besonderer Berücksichtigung ungewöhnlicher Operationsbefunde. Th. Papayannou.

Beitrag zur Ätiologie und Behandlung des Zuckergußdarmes. H. Toole.

Diagnostische Schwierigkeiten der Brusttumoren, besonders des primitiven Lungenkrebses. P. L. Mirizzi.

Ueber eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Epi- und Metaphysen eines fünfjährigen Knaben. Thilo Hühne und Herbert Schönfeld.

781. Die angeborene Verrenkung des Sprunggelenkes (Verlagerung des Sprunggelenkes). Carl Deutschländer.

Kurze Mitteilungen, Einzelbeobachtungen usw.:

Zur pathologischen Anatomie der alten Frakturen. E. Brack.

Vollständiger plastischer Ersatz des vorderen Kreuzbandes und funktionell-anatomische Wiederherstellung desselben. E. Gold.

Die Beugekontraktur der großen Zehe. H. Dieterich.

Zur Frage der Osteomyelitis. M. Nakaba.

Sarkom der Vena cava inferior. Eduard Melchior.

In die Bauchhöhle perforiertes Aneurysma der Bauchorta. Hans Mannheim.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 12, 1928.

Antrittsvorlesung des Dozenten für Homöopathie an der Universität Berlin. Bastianier.

Cardaminum pratense. Rabe.

914. Epilepsie, Zentralnervensystem, Nervenspora. Olsevius.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 1, 1929.

Virchow und die Homöopathie. Grabert.

Dürfen wir Geschlechtskrankheiten homöopathisch behandeln. Planer.

889. Vergleichende Studien über Moschus und Baldrian. Rabe.

Die Bedeutung der Bakterienflora für gastrointestinale Autointoxikationen. Kreuscher.

916. Vorläufige Mitteilung zur Epilepsiebehandlung. Schmegg.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 38., Heft 5, 1928.

853. Ueber die Divertikel des Magens. E. Koppenstein.

938. Röntgendiagnostik chronischer Gelenkerkrankungen und ihre Klassifikation. A. A. Lemberg.

Beitrag zur Hysterosalpingographie. Tubargravidität — Hätokele. L. Popovic, Milan Smokvina.

937. Die Röntgendiagnostik der Erkrankungen der rechten Zwerchfellkuppe. A. Uspensky.

Eine kurze Zusammenfassung über den gegenwärtigen Stand der Cholezystographie. B. B. Kirkin.

Ein seltener Fall von Lungentumor. Fr. Strick.

Gemeinsames Vorkommen von Mischgeschwulst und Echinokokkus der Niere. J. Erdelyi.

Ueber Entleerungsstörungen und Darmerweiterungen bei Dickdarmkarzinomen. L. Hollaender.

939. Die Sella turcica bei Psoriasis-kranken. M. L. Karlin.

Ueber eine neue mit Achondroplasie (Chondrodystrophie) verwandte Krankheitsform. Z. Grudzinski.

Standardisierung in der Röntgenmeßtechnik. B. Rajewsky.

Der heutige Stand der stereoskopischen Durchleuchtungstechnik. R. Gartenmeister.

Die Intensität der Röntgenstrahlen als Funktion des Winkels ihres Austritts aus der Antikathodenoberfläche. A. Bouwers, P. Diepnehorst.

Genu valgum arthriticum. D. Campbell.

Strahlungsmessungen an Röntgenröhren bei Hochfrequenzbetrieb. R. Glocker, L. Graf.

Hippokrates, Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin, Stuttgart, 1. Jahrg., Heft 3, 1928.

822. Der Wandel in den Erscheinungsformen des epidemischen Erkrankens. Wolter.

Die Psychopathologie in ihren Beziehungen zu den Natur- und Geisteswissenschaften. Storch.

Allgemeines zur Neugestaltung der Therapie. Sarason.

Die metaphysischen Hintergründe der ärztlichen Kunst. Buttersack.

Ist der Geburtenrückgang eine bevölkerungspolitische Gefahr? Fürth.

Hippokrates, Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin, Stuttgart, 1. Jahrg., Heft 4, 1928.

Die Indikationen zur psychoanalytischen Behandlung. Landauer.

789. Gynäkologische Zustandsbilder und ihre Behandlung. Lehfeldt.

864. Systematik der hämatogenen Nierenkrankheiten und Homöopathie. Mayer.

Prinzipielles zur Reform des medizinischen Studiums. Kautsky.

Gutachten über einen vermeintlichen Fall von Unfallneurose. Monakow.

Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), Berlin, 72., Heft 5/6.

Die diätetische Behandlung der Durchfallsstörungen im Säuglingsalter mit kaseinfreier Einstellungsdiät. Moll.

Dünndarmperistaltik. Peiper.

Die Behandlung akuter Entzündungen mit niedrig dosierten Röntgenstrahlen. Viethen.

Zur Frage der Klassifikation klinischer Scharlachformen bei Kindern. Koltypin.

Ueber schwere Scharlachform. Edelmann.

825. Zur Frage der Klinik der Scharlachnephritis. Hirschberg und Ssucharewa.

Beiträge zur Psychologie des Kindesalters. Galant.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 1, 1929.

Zur Frühdiagnose der Krebswucherungen im Magen-Darmkanal. R. Schmidt.

773. Der Mastdarmkrebs und seine chirurgische Behandlung. Auf Grund von 1300 Fällen. Hermann Küttner.

Die Herkunft des Kreatins bzw. Kreatinins im tierischen Organismus, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Purinstoffwechsels. Emil Abderhalden und Severian Buaize.

771. Ueber die Behandlung von schweren Infektionen mit dem Glühisen. August Bier.

770. Behandlung der Endocarditis lenta durch Brennen am Orte der Wahl. Constantin v. Bramann.

845. Koronarspasmus — Angina pectoris. J. Pal.

843. Prognose und Therapie des intermittierenden Hinkens und der beginnenden Extremitätengangrän. Hermann Schlesinger.

884. Schwere Schädigungen von Kaninchen durch Vigantol. R. Fischl und B. Epstein.

Dringliche Therapie in der inneren Medizin. Werner David.

Zur Nachbehandlung nach eingreifenden gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen, insbesondere nach großen Blutverlusten mit Ferronovin.

Karl Abel.

Ueber Heißfieberbehandlung mit Pyrufer. C. Moewes.

Eine Blutdifferenzierungsplatte. K. Heuler und O. Hoffmeinz.

Sammelbericht über neuere Arzneimittel. Curt Heidepriem.

Nervenschwäche und Arbeitsunfähigkeit im Sinne der RVO. P. Schenk.

Neuere Untersuchungen über die Physiologie und Pharmakologie der Lipide. Übersichtsreferat. Erich Hesse.

Aus dem Gebiet der Augenheilkunde. Sammelreferat. C. Adam.

Fünfundzwanzig Jahre „Medizinische Klinik“. K. Brandenburg.

Auftrag zu einer allgemeinen deutschen Kaiserschnitt-Statistik für das Jahr 1928. O. Wintler.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 2, 1929.

762. Diabetes und Augenerkrankungen. A. Eischig.
Gibt es eine tuberkulöse lymphoglanduläre Exazerbation in Lymphknotengruppen ohne unmittelbare Verbindung miteinander. A. Ghon und H. Kudlich.
791. Die Zukunft der häuslichen Geburtshilfe. G. Winter.
783. Die funktionell bedingten Blutungen in der Gynäkologie. Max Henkel.
847. Physikalische Erscheinungen in der Präkordialgegend und deren Deutung. Norbert Orner.
Zur Klinik des sogenannten „Pseudotumor cerebri“. Emil Redlich.
Zur Frage der Niereninsuffizienz beim komatösen Diabetes mellitus. O. Klein und H. Holzer.
Zur Frage der meningealen Permeabilität. E. Singer und A. Woldrich.
Die lokale Strontiumtherapie. Gerhard Gabriel.
Erfahrungen und Erfolge mit Novoprotin. Rudolf Gaschke.
782. Verfahren zur Herstellung von Fußmodellen. Siegfried Peltesohn.
Dienstbeschädigung für Malaria und Lungentzündung abgelehnt. v. Schnizer.
Neuere Arbeiten über Herz- und Gefäßkrankheiten. Sammelreferat. Ernst Edens.
Blutgruppenuntersuchungen im Vaterschaftsprozeß. Schläger.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 1, 1929.

- Aufruf zu einer allgemeinen deutschen Kaiserschnitt-Statistik für das Jahr 1928. G. Winter.
Epidemiologie des Scharlachs. Franz Schütz.
Neue Beobachtungen über Stoffwechselwirkungen des Arsens. Beziehungen zum Wachstum. A. Bickel.
800. Sind Diätikuren bei Hautleiden gerechtfertigt? Carl Stern.
860. Behandlung akut entzündeter Hämorrhoidalknoten. I. Boas.
Behandlung der am häufigsten vorkommenden Nagelerkrankungen. Joh. Fabry.
Behandlung der Blutung in der Geburtshilfe. E. Sachs.
Eine objektive Sputumgewinnungsmethode. Walter Unverricht.
Lücke im Strafgesetz? Notwendigkeit eines Bewahrungsgesetzes.
Sexualverbrechen und Trunksucht. Albert Moll.
Manisch-depressive und schizophrene Zustände. Richard Henneberg.
Enzephalitisrestzustände, arteriosklerotische und senile Gehirnerkrankungen. Alkoholismus. F. H. Lewy.
Neurotische Krankheitszustände. Paul Schuster.
Epileptiker, Haltlose, Asoziale. Berndt Götz.
Morphinisten. Fritz Möllenhoff.
Der juristische Standpunkt. Franz Themel.
Bad Berka a. d. Ilm. P. Heims-Heymann.
Die Vergilbung der Augenlinse. Einfluß auf das Sehen und Gestalten bei Malern. Walter Gräff.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 2, 1929.

- Mutterkornpräparate und Gangrän. K. Spiro.
Magendinfektion. Georg Rosenfeld.
Die Haltbarkeit der Vitaminfaktoren A und D. B. Bleyler.
Die Sitzung der „Radiologischen Kommission“ des Völkerbundes an der Universitätsfrauenklinik München. 10. bis 14. Dezember 1928. Friedrich Voltz.
Heilerfolge bei Lepra. Gottlieb Olpp.
Die Sterilität des Weibes und ihre Behandlung. A. Eisner.
Lücke im Strafgesetz? (Vgl. Med. Welt 1929, Nr. 1, S. 20.) Sterilisierung der Verbrecher. Fritz Reuter.
Lobelin- und Kardiazolinjektionen durch Laien? Rudolf Habs.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), Nr. 1, 1929.

- Aufruf zu einer allgemeinen deutschen Kaiserschnittstatistik für das Jahr 1928. G. Winter.
30 Jahre Schnittentbindung (Kaiserschnitt). Heinrich Dörfler.
890. Lipide und Morphine. Hans Muck.
Medizin und Philosophie. Richard Koch.
Intravenöse Behandlung der Lepra mit Kall jodatum und ihre Konsequenzen. Olpp.
Behandlung der weiblichen Sterilität. R. Amersbach.
Verabreichung von Knoblauch zu Heilzwecken. A. Tilger.
Behandlung des Darmverschlusses. A. Krecke.
Ergebnisse kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose. G. Baer, A. Herrmannsdorfer und H. Kausch.
Albrecht Dürers Krankheit und die medizinische Umwelt seiner Zeit. O. Muck.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), Nr. 2.

- Psychologische Grundlagen der Anamnese. G. Grund.
Exophthalmus, seine Diagnose und Behandlung in der Chirurgie. Fritz Böhm.
Verletzungen und Spätschäden am Bewegungsapparat bei Skifahrern. K. Gebhardt.
Schäden des Handbades bei offenen Hand- und Fingerverletzungen. Fritz Schnek.
Verfahren zur Haltbarmachung des Blutes für die Blutzuckerbestimmung. H. Lax und I. Szirmai.
Scharlach vom Gesichtspunkte des Sozialhygienikers. Arthur Schloßmann.
Erfahrungen in Berlin bei der Durchführung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Karl Fr. Funk.
Syphilis des Nervensystems. Max de Crinis.
870. Ergebnisse kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulosen. G. Baer, A. Herrmannsdorfer und H. Kausch.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), Nr. 3, 1929.

- Endokrine Vererbung. W. Weygandt.
828. Keuchhustenprophylaxe mit Vakzine. F. v. Bernuth.
Entstehungsbedingungen der Zuckerkrankheit. Ernst Wiechmann.

- Übersicht über 113 Kaiserschnitte an der geburtshilflichen Abteilung der Klinik in der Zeit vom 1. Januar 1926 bis 6. Juni 1928. A. Heßler.
Beziehungen der Orthopädie zur inneren Medizin und Nervenheilkunde. Max Lange.
Behandlung der Zystopyelitis mit ätherischen Ölen. Grete Stern.
Wirkungen der Stiche blutsaugender Insekten. Albrecht Hase.
Notwendigkeit der Fürsorgestellen für Diabetiker. W. Löwenberg und G. Noah.
Auswirkungen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Erich Langer.
Verblutung in der Menarche bei 12jährigem Mädchen. Maximilian Plaut.
Vervollkommenung des Miederprinzips zur Verallgemeinerung seiner Anwendung für Wund-, Zug- und Druckverbände. Sarason.
Lebensfähigkeit Neugeborener bei sehr großen Nabelschnurbrüchen. Durlacher.
Erkrankungen des Ohres bei Lues. J. Zange.
Italianischer Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch. J. Schiedermaier.

Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2., Heft 1, 1929.

915. Psychogenese und Psychotherapie der Epilepsie. Emil Redlich.
926. Fetischismus. Freiherr v. Qebsattel.
Mastixreaktion. A. A. Levenson.
920. Exitus nach Zisternenpunktion. Pinéas.
918. Traumatische Hämatomyelie. Ernst Clemens Benda.

Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 48, 1928.

- Ueber den sogenannten Status thymo-lymphaticus und seine Beziehungen zum endokrinen System. Ad. Oswald.
Ueber das Vorkommen von chronisch sich wiederholenden Anfällen von Vorhofflimmern nach Starkstromunfall. Anna Dick.
Licht- und Kohlenhydratstoffwechsel. Alfred Gijon.
Morbidity und Mortalität im Wochenbett. René Meylau.

Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 49, 1928.

- Jean-Georges Zimmermann. Aug. Bouvier.
Johann Georg Zimmermann. H. E. Sigerist.
Johann Georg Zimmermann m. D. Stadtphysikus von Bruys, J. Karcher.
Johann Georg Zimmermann und die Psychiatrie. A. Kielholz.
Zimmermanns Philosophie des Arztes. Owsei Temkin.

Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 50, 1928.

- Beiträge zur Scharlachfrage. W. Tobler.
Licht und Kohlenhydratstoffwechsel. Alfred Gijon und René Boulénaz.
Beitrag zum Studium der tuberkulösen Syphilis.

Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 51, 1928.

- Moderne Diuretika. M. Großmann.
Die Kropfendemie bei den Bataks auf Sumatra und ihre Genese. C. R. Pfister.
Kritisches zur Physiologie der Leibesübungen. W. Knoll.
886. Ueber das sogenannte Aktinomykom der Wange. Wladyslaw Dobrzaniecki.
Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanokrysin. F. L. de Murali und P. Weiller.

Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 52, 1928.

- Die Bedeutung der Einstellungsbreite am Anomalskop für die Diagnose der einzelnen Typen der Farbensinnesstörungen, nebst Bemerkungen über ihren Vererbungsmodus. A. Franceschetti.
Ueber Pyelitis. Walter Isler.
Zur ätiologischen Bedeutung von atypischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen bei menschlichen Erkrankungen. K. R. Grilicheß.
867. Der Nachweis der Tuberkulose durch die Kultur der Tuberkelbazillen. A. Dimtza.
Die Verschiebung der Sexualproportion bei den Kindern und die Schilddrüsen der Eltern. C. R. Pfister.
Orbitale Komplikation (Oberlid-Subperiostabszeß) einer postanginösen akuten Pansinusitis erster Serie. Karl Bernfeld.
Hämorrhagische Nebenwirkungen nach Salvarsaninjektionen. Arthur Guth.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 9, 1928.

929. Die biologischen und sozialen Faktoren der Individual- und Volkserkrankung. Dr. M. H. Baerge.
Die Industrie- und Gewerbegruppen, in denen die in der Verordnung vom 12. Mai 1925 erwähnten Berufskrankheiten am häufigsten vorzukommen pflegen. Wenzel.
Krüppelfürsorge. Böhm.
Zur Frage des Zusammenhangs und der statistischen Beobachtung von Krankheitsbewegung in der Krankenversicherung und konjunktureller und saisonmäßiger Arbeitslosigkeit. H. v. Waldheim.
887. Ueber dentale Empyeme. Chalm.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 10, 1928.

- Die Mitarbeit des Arztes an der amtlichen Todesursachenstatistik. Bludan-Galewski.
Die Industrie- und Gewerbegruppen, in denen die in der Verordnung vom 12. Mai 1925 erwähnten Berufskrankheiten am häufigsten vorkommen. Wenzel.
930. Zur Frage des Zusammenhangs und der statistischen Beobachtung von Krankheitsbewegung in der Krankenversicherung und konjunktureller und saisonmäßiger Arbeitslosigkeit. H. v. Waldheim.
Krüppelfürsorge. Böhm.
934. Die Bedeutung der Schulzahnklinik für die Schulzahnpflege. Schenk.
893. Welche Arzneien bevorzugt der Berliner Kassenarzt. Fritz Wartenberg.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 11, 1928.

932. Krankensynthese und wirtschaftliche Krankenbehandlung. A. Hirschbruch.
 928. Psychotherapie als wirtschaftliche Behandlungsweise. Lehmann.
 Merkblatt zur Information der Aerzte über die Blinddarmentzündung.
 Mitarbeit des Arztes an der amtlichen Todesursachenstatistik. Budan und Gajewski.

Gibt es Wohnungen für kränkliche Menschen? Korach.

Innere Sekretion und Zahnheilkunde. Boenheim.

Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin, 30., Heft 1.

Ueber die Abgrenzung der Indikationen für die Röntgenbehandlung maligner Tumoren gegen die anderen Behandlungsmethoden (Radium, Operation und medikamentöse Therapie). R. Werner.

768. Nachkommenschädigung nach Ovarialbestrahlung. Walther Schmitt.

Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Hypophyse und an deren innersekretorischen Drüsen. II. Mitteilung. Weitere experimentelle Beiträge zur Frage der gegenseitigen Beziehungen zwischen Hypophyse und Genitalapparat. L. D. Podljaschuk.

Der Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Diffusion und auf die Durchlässigkeit der Zellmembran. K. Kpacs.

Die Dosismessung nach R-Einheiten mit dem Eichstandgerät im Härtebereich der Hauttherapie und Diagnostik. H. Hase, H. Küstner.

Die Dosierung mit dem Baryum-Platin-Cyanür-Tablette. V. Wucherpfennig.

623. Probleme der Meeresheilkunde. Otto Kestner.

Probleme der Seeklimaforschung. Franz Müller.

Die Abkühlungsgröße in verschiedenen Klimaten nach Dauerregistrierungen mittels des Davoser Frigorimeters. C. Dorno.

Quantitative Messungen im sichtbaren und ultravioletten Absorptionsspektrum des Blutes und seiner Bestandteile. Dritter Teil: Vergleichende Messungen an den Blutkörperchen und dem Plasma verschiedener Tiere. R. Suhrmann, Werner Kollath.

Ueber die Anwendung einer physikalischen Einheit als Standard bei der Messung des ultravioletten Lichtes. E. Björling.

Strahlenmessungen des elektrischen Lichtbogens und anderer therapeutischer Lichtquellen. W. W. Coblenz, M. J. Dorcas, C. W. Hughes.

Die Eichung von Röntgendosismessern mit Radium. Hermann Bahnken, Jaeger. Lichtempfindliches Trockenfixierpapier für medizinische und klimatologische Zwecke. H. Pflaederer.

Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, Jg. 42, Nr. 3, 17. Januar 1929.**901. Allergie des Lebensalters. Pirquet.**

Ueber einige Versuche am Menschen über die Reizung des Sympathikus und über die Pathogenese und chirurgische Behandlung der Angina pectoris. Danielopolu.

Der Grundsatz in Theorie und Praxis. Niederwieser.

Ueber angeborene Syphilis. Hochsinger.

Ein Rechenschieber für Stoffwechseluntersuchungen. Stengel.

815. Ueber die Behandlung der Aortenlues. Hilt.

Die Behandlung der Placenta praevia. Peters.

Die Behandlung der Placenta praevia. Sahler.

An welche Erkrankungen muß der praktische Arzt bei der Diagnose Ileus denken? Lotheissen.

Ueber Cholangitis und Cholezystitis. Saxl.

Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, Jg. 42, Nr. 4, 24. Januar 1929.

Ist die Unmöglichkeit der Uebertragung der Syphilis direkt vom Vater auf den Fötus erwiesen? Almkvist.

827. „Infektiöse Mononukleose“ — „Drüsenfieber“ — „Angina mit lymphozytärer Reaktion“ als einheitliche Infektionskrankheit. Schwarz.

Subazidität und Ulcus duodeni. Gianini.

Untersuchungen über die Erfolge von Badekuren. Bauer.

Die Beeinflussbarkeit subfebriler Temperaturen durch Pyramidon. Mayrhofer.

Ueber Erstschluck. Haberd.

Behandlung der Nervenschmerzen. Straneky.

Ueber angeborene Syphilis. Hochsinger.

Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft. Fellner.

Zur Frühdiagnose der Schwangerschaft. Bucura.

Vorbeugung der angeborenen Hüftverrenkung. Lorenz.

Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Scharlachdiagnostik? Pospischil.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbild.), Jena, 25. Jahrg., Nr. 20.**861. Erkrankungen des Rektum und Sigmoidum vom Standpunkte der internen Therapie. H. Strauß.**

Ueber Oedem. G. Walterhöfer.

Periodisches Erbrechen der Kinder mit Azetonämie. E. Wentzler.

801. Die Therapie der Acne vulgaris. G. Stümpke.

Die praktische Verwendung der Elektrokoagulation. E. Langer.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbild.), Jena, 25. Jahrg., Nr. 21.**859. Verdauungskrankheiten im vorgerückten Lebensalter. J. Boas.**

Zahninfektion als Ursache von Allgemeinerkrankungen. Determann und Christ.

799. Ueber die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Gesamtorganismus. B. Bloch.

Die postvaksinale Enzephalitis. Klotz.

Zeitschrift für Medizinbeamte (Z. Medizinbeamte), Jahrg. 42, Nr. 1, 1. Januar 1929.**Ministerialdirektor Dr. O. Krohne.**

Ueber die amtsärztlichen Nebeneinkünfte. Dreyfuß-Ludwigshafen.

Zur Prophylaxe der Augenblennorrhöe. Bergl-Berlin.

931. Fall von elektrischem Herztod. Schott-Eßlingen.**Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 118., Heft 1.**

Ueber örtliche Vulnerabilität. W. Spielmeyer.

909. Ueber die Histopathologie des Zentralnervensystems bei der Psychosis pellagrosa. A. Pentschew.**925. Klinische und anatomische Untersuchungen über eine eigenartige organische Erkrankung des Zentralnervensystems im Präsenium. Adolf Heidenhain.**

906. Zur pathologischen Anatomie der Myasthenie. B. N. Biermann und B. J. Scharapow.

Ueber die Variabilität der konstitutionellen Eigenschaften des klinischen Organismus unter dem Einfluß biologischer und sozialer Faktoren. M. Gurewitsch.

Psychische und psychotische Reaktionen Erwachsener und Kinder bei Erdbeben. T. Simson.

927. Bemerkungen zur Psychologie der in der Hypnose suggerierten Sinneseindrücke. Ludwig Eidelberg.

924. Einige Fälle von Narkolepsie in einer Familie. J. P. Bugaisky.

Zeitschrift für Stomatologie (Z. Stomat.), Wien, Nr. 12, 1928.

Das Problem der Wurzelbehandlung. I. Mitteilung. Versuch einer biologischen Kontrolle von Wurzelbehandlungsmethoden. B. Gottlieb, A. M. Schwarz, G. Stein.

Zur Aetiologie, Genese und Therapie des offenen Bisses. Vorläufige Mitteilung. M. Leist und L. Bencze.

Ueber die Mittel zur Zahnpflege. Gustav Kurz.

Briefe aus Amerika. B. Orbán.

Ueber Blutungen und Blutstillung in der Zahnheilkunde. Max Egon Wolf.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), 52., 4.

866. Die Beeinflussung der Temperaturkurve des lungen tuberkulösen Weibes durch den Menstruationsvorgang und die klinische Bedeutung. A. Beekmann.

876. Anthrakose und Tuberkulose. H. Schulte-Tiggens.

Die Aufeinanderfolge der anatomischen Formen im Verlaufe der chronischen Lungentuberkulose. Westenrik.

Die Costa-Reaktion in der Tuberkulose des Kindesalters. K. Nüssel und Heibach.

Tuberkulosefürsorge an den deutschen Hochschulen. Kattentidt.

Ueber den Ablauf der Tuberkulose in Stadt und Bezirk Gießen a. N. J. Eiselt.

Die Gefährdung der Allgemeinheit durch ansteckende Tuberkulose und die gesetzlichen Maßnahmen zu ihrer Verhütung. A. Sißle.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 3, 1929.

Eigenartiger Unglücksfall bei einer Abortausräumung. Sellheim.

Durchbruch einer Ovarialendometriose in die Scheide. Hermstein.

Hochfrequenzkaustik in der Gynäkologie. Feldweg.

Erfahrungen mit Pernoktondammerschlaf. Löfkovits.

Röntgendiagnose einer Drillingschwangerschaft im achten Monat. Albano.

Schnürringbildung am Neugeborenschädel infolge Rigidität des Muttermundes. Oing.

784. Therapie der verschleppten Querlagen. Neue Vereinfachung der Dekapitation. Freid.

Klimakterische Blutungen und Kreislaufstörungen. Stemmer.

Myomenukleationen in der Schwangerschaft. Liebmann.

Ein Fall gleichzeitiger doppelseitiger Tubengravidität. Blagodarow.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 4, 1929.**786. Pruritus vulvae. Labhardt.**

Nachweis von Keimen im Blut unmittelbar nach rechtzeitiger afebriler Geburt. Kulka.

Icterus toxicus gravis in der Schwangerschaft. Rabau.

796. Behandlung der Schwangerschaftsödeme mit Schilddrüsenextrakt. Barczl.

Brauchbarkeit der Trübungsreaktion nach v. Mertz. W. Schmidt-Hannover.

Wandlung der ärztlichen Ethik in der Abortfrage? Niedermeyer.

Neues Instrument zur Dekapitation der Frucht. Szteblo.

Arsylen-Roche in der frauenärztlichen Praxis. Braun.

Selbsthaltende Uteruskanüle für Tubendurchblasung. Ziwatoff.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 5, 1929.

Hysteroskopie beim Studium des Endometriums. v. Mikulicz-Radecki.

Wird die Geburt durch die soziale Lage beeinflusst? Küstner.

Uebertragungsproblem und Zangemeister. Frigyesi und Sellheim.

Tödliche intrakranielle Blutung des Kindes infanter äußerer Wendung. Naujoks.

Vereinfachung der Maßberechnung bei seitlichen Schwangerschaftsaufnahmen. Guthmann.

Behandlung des Uteruskarzinoms. Lundh.

Prolaps des graviden Uterus durch Riß der hinteren Scheidenwand. Henkel.

Kohabitationsverletzungen. Falk.

793. Abriß der Muttermundlippe bei Spontangeburt. Schwarzkopf.**797. Geburten nach künstlichem Abort. Bronikowa.****Zeitschriften in holländischer Sprache****Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.**

Nr. 49, 1928.

Hämatopoiese und Myelom. J. L. C. Overbosch.

Geburtshilfe und Kindersterblichkeit bei der Geburt. G. C. Nijhoff.

Experimenteller Beitrag zur Kenntnis der Hypophysenfunktion. A. Geesink, S. Koster.

Experimenteller Beitrag zur Funktion der Hypophyse. S. Koster.

Das Monochlorbenzol als Heilmittel gegen Pernionen. G. C. van Walsem.

836. Perniziöse Anämie und Leberdiät. J. M. Planteydt.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem.

Nr. 50, 1928.

Die Prognose der Tuberkulose bei Kindern. G. J. Huet.

Experimentelle Untersuchung nach der Hypophysenfunktion beim Hunde. IV. A. Geesink, S. Koster.

Myatonia congenita und spinale Muskelatrophie von Werdnig-Hoffmann in einer Familie. T. Halbertsma.

Ueber die Dosierung von Menformon enthaltenden geeichten Ovariumpräparaten. A. H. M. J. van Roy, K. de Snoo, S. E. de Jongh, I. A. Wijsenbeek.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 51, 1928.

Ein besonderer Fall mit Syndrom von Adams-Stokes. A. A. Hijmans van den Bergh.

Akute Felsenbeinentzündung. F. H. Quix.

Ueber Degenschlucken und Oesophaguskopie. Eelco Huisinga.

Ueber „Schaltungen“. G. Jelgersma.

Ein Fall von CO-Vergiftung. T. Nagtegaal.

Ein Fall von Parkinsonscher Krankheit nach Enzephalitis, entstanden nach einer Enzephalitis der Mutter. P. Passma.

Zeitschriften in nordischen Sprachen

Acta Radiologica (Acta radiol.), Stockholm, Fasc. 4, Nr. 50.

798. Robert Knox. In Memoriam. Gösta Forsell.

Die radiotherapeutische Klinik des Kanzervereins in Stockholm, in Radiumhemmet, ihre Organisation, Arbeitsmethoden und Behandlungsergebnisse, Gösta Forsell.

Ein Fall von Sarkom nach Radiumbehandlung eines Epithelioms in der Schläfengegend. Aage Wagner.

935. Ueber Röntgenbefunde bei retrobulbären Erkrankungen unklarer Aetiologie und ihre differentialdiagnostische Wertung. Ernst G. Mayer.

Skelettveränderungen bei einem Fall von Cutis verticis gyrata. Axel Renander.

Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska Läkarsällsk. Utdl.), Helsingfors, Dezember 1928.

Die Kurzsichtigkeit. P. Ask.

Erblicher Star und feingelocktes Haar bei mehreren Mitglieder derselben Familie. S. Werner.

863. Lymphogranulomatosis inguinalis. A. Cedercreutz.

906. Bluttransfusion. L. J. Lindström.

Ein Fall von gravidem perniziöser Schwangerschaftsanämie. E. Björkenheim.

874. Erfahrungen über Thorakoplastik bei Lungentuberkulose. Faltin.

Extrapleurale Thorakoplastik bei Lungentuberkulose. R. Oehmann.

Lebertherapie bei perniziöser Anämie. F. Saltzmann.

Berichtigung zu meiner Arbeit „Eine neue Hörtheorie“. Leiri.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 49, 1928.

910. Ueber die Diagnose der paranoiden Formen der syphilitischen Psychose (Plant's syphilitische Halluzinose). August Wimmer.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 50, 1928.

Versuch einer Zusammenstellung der Erfahrungen über Toekrebs mit den Erfahrungen über Krebs in den letzten Jahren. Fridtjof Bang.

Ein Fall von Vertebra plana (Calvé). H. J. Panner.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 51, 1928.

Untersuchungen über Isohämolyse im Menschen-Plasma. Olaf Thomsen und Axel Thisted.

Tabelle zur Umrechnung der Blutzuckerbestimmung durch Natriumthiosulfat zu n/200. Holm.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 52, 1928.

Untersuchungen über die Linkshändigkeit in Grönland. A. Bertelsen.

Ein Fall operativ behandelten Karzinoms der Papilla Vateri. E. Busch.

Hygien (Hygien), Stockholm, 90., H. 24, 1928.

Einige Gesichtspunkte betreffend die Blutgruppenuntersuchungen zum Vaterschaftsbeweis durch die Blutprobe. E. D. Schött.

839. Insulinvorbehandelte Basedowkranke und eine Reihe mit Lugolscher Lösung vorbehandelter Basedowkranke. Henny Berg.

Eine Antwort auf den gerichtlich-psychiatrischen Fall des Oberarztes L. Vestberg. Alfred Petron.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben (Norsk Mag. Laegevidensk.), Oslo, Nr. 2, 1929.

882. Paralleluntersuchungen des leukozytären Blutbildes mit Senkungsreaktionen bei Kindertuberkulose. Harald Bjelke.

Ulkuskarzinom. N. Backer Gröndahl.

895. Sublimatvergiftung mit Urämie. Otto Jeevill.

Vergleichende Untersuchungen der Senkungsreaktionen und des Blutbildes bei rheumatischen Muskel- und Gelenkleiden, mit Berücksichtigung der lokalen Infektion. Haakon Björn-Hansen.

Vernicklungsausschlag. Kr. Orön.

Ueber Nasenplastik. R. Ingebrigtsen.

Das feminine Sexualhormon. E. Poulsen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 5, 1929.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Lungentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese (Schluß). Bj. Vimtrup.

802. Eine eigentümliche Pigmentierungsform (Berloque-Dermatitis). V. Gerner.

Ein Fall von tertianer Malaria, der mit Plasmochin behandelt wurde. Aage Nyfeldt.

Sekkerkrankheit und Atropin. Victor Larsen.

Ueber die Injektionsbehandlung der Varizen mit Zuckerauflösungen. Oscar Horn.

„Dänen-Haut“. Arne Faber.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 6, 1929.

Krebszellen. Albert Fischer.

838. Morbus Basedow und perniziöse Anämie. E. Meulengracht.

Die Prinzipien für Prothesenanlage bei angeborener Gaumenspalte. Axel Fischer.

Milzexstirpation in einem Fall von Morbus Pickii (Polyserositis). Poul Iversen.

Einfügung eines Hautlappens ohne Naht bei partieller Rhinoplastik. A. Dujardin.

Zeitschriften in englischer Sprache

Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. phys. Ther.), Omaha, 9., Nr. 9, 1928.

779. Anwendung der Diathermie bei der Verhütung und Behandlung des Operationschocks. U. V. Portmann.

821. Der therapeutische Wert der Diathermie in der Urologie. Lewis Wine Bremerman.

Indikation und Grenzen der physikalischen Therapie in der Oto-Laryngologie.

A. R. Hollender, M. H. Cottle.

Osteomyelitis. E. C. Duval.

Physikalische Behandlung der Erkrankungen des Anus und Rektums. Charles J. Drueck.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3548, 1929.

Miteinander verwachsene Zwillinge. John Bland-Sutton.

904. Lymphadenoides Struma und ihre klinische Bedeutung. G. Scott-Williams, I. H. Pearce und R. McCarrison.

Prophylaxe und Frühdiagnose des „akuten Abdomens“. Zachary Cope.

Behandlung des Asthma mit Bestrahlung. S. Gilbert Scott.

Sprachstörung nach Tonsillektomie und ihre Therapie. James Dundas Grant.

Behandlung des Lupus erythematosus mit Goldverbindungen. J. H. Twiston Davies.

Dicktest bei Scharlach. William Brown.

Einrisse an der vorderen Harnröhrenwand der Frau und ihre Beseitigung. William Lee.

Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Bernard Hudson.

Normales Ventrikulogramm. H. Martin Grey.

Rapide Heilung einer Pleuropneumonie. S. M. Wells.

Flexner-Dysenterie bei einem zwei Tage alten Kind. J. C. Kerrin und J. M. Gill.

Zwillingabort bei einem Uterus didelphys. R. T. Bannister.

Ungewöhnlicher Tumor (Lipom der Mamma?). R. L. Paterson.

Ungewöhnlicher Fall von Diphtherie. H. Mortimer Wharry.

Glasgow Medical Journal (Glasgow med. J.), Glasgow, 29., Nr. 6.

842. Klinische Merkmale des Koronarverschlusses. Geo. A. Allan.

844. Herzruptur infolge Abszesses im Herzmuskel. G. H. Stevenson und A. J. Marshall.

Verborgene Tuberkulose. Crockett.

Glasgow Medical Journal (Glasgow med. J.), Glasgow, 30., Nr. 1.

Die Schule von Salerno. John F. Ferguson.

Ein ungewöhnlicher Fall von Leistenbruch mit Tube und Ovarium als Inhalt. J. L. Orr.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 10, 1928.

814. Chämie und andere Blutveränderungen bei Syphilis. Clyde L. Cummer.

Knochenfrakturen bei Arbeitern in industriellen Betrieben. P. A. Davis.

Die Behandlung der essentiellen Hypertonie. Herman O. Mosenthal.

Pränatale Syphilis. C. H. Marshall.

Bakterizide Wirkung von Merkurochrom-220 Soluble und Jodlösungen als Hautdesinfizienten. J. S. Simmons.

Merkurochrom und Jod als Desinfizienten der Schleimhäute des Mundes. F. E. Rodriguez.

Merkurochrom-220 Soluble U.S.P. Jodtinktur (Vergleich ihrer keimtötenden Wirkung). G. F. Reddish, W. E. Drake.

Plan für die Ausbildung von Distriktsärzten. J. W. Mountin.

Aplastische Anämie. W. W. Duke.

897. Intramuskuläre Injektion von Dextrose. Jerome Glaser.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 11, 1928.

Verteilung und Ausbreitung der Tuberkulose. Gerald B. Webb.

Beziehungen des Harnblasendruckes zur Funktion der Harnblase. Edwin W. Hirsch.

Epidemiologie des Typhus. C. F. Kendall.

Hormonale Schwangerschaftsprobe. A. C. Siddall.

Klinische Erfahrungen mit bestrahltem Ergosterin. Alfred F. Hess und J. M. Lewis.

Behandlung der Asphyxie bei Neugeborenen. (Vorläufiger Bericht.) Paluel J. Flagg.

Rekurrierender Herpes zoster. A. L. Skoog.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 12, 1928.

Knöchelfrakturen. F. D. Dickson.

Lungenabszeß: Experimentelle Studien über den chronischen Verlauf derselben. Ivan F. Weidlein und Louis G. Herrmann.

Reizleitungsstörungen des Herzens bei akuten rheumatischen Infektionen. James G. Carr und Walter G. Reddick.

833. Die erythropoetische Reaktion verschiedener Anämien auf Lebertherapie. William S. Middleton.

832. Experimentelle Anämien, diätetische Faktoren und pathologische Veränderungen bei menschlichen Anämien. G. H. Whipple.

Leberfraktionen bei perniziöser Anämie. Randolph West und Emily O. Nichols.

Gesundheitliche Verhältnisse in industriellen Betrieben. C. L. Ferguson.

Druckerschwärze-Dermatitis. E. A. Oliver.

601. Durch Splenektomie günstig beeinflussbare Erkrankungen im Kindesalter. Roger L. J. Kennedy.
- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 13, 1928.
- Wesen der perniziösen Anämie. J. H. Means, Wyman Richardson.
634. Die Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber und Leberextrakt. Thomas Ordway und L. W. Gorham.
635. Mit Leberdiät und Leberextrakt behandelte perniziöse Anämie. Elmer H. Heath.
- Angeborene totale Farbenblindheit. S. Judd Beach.
- Experimentelle Hauteruptionen durch *Ancylostomum braziliense*. Bedford Shelmire.
- Koronarthrombose und akute abdominale Erkrankungen. J. P. Anderson.
- Granuloma coccidioides. C. C. Tomlinson, Paul Bancroft.
- Geistige Störungen und Erkrankungen der Glandula pituitaria. W. C. Meninger.
- Gutartige Uterusblutungen. Henry Schmitz.
- The Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), 43., Nr. 4.
- Fälle von Bangscher Krankheit im Staate New York. R. Gilbert und M. B. Coleman.
- Allergische Reaktionen mit Streptokokken von Polyarthritiden. K. E. Birkhaug.
- Entgiftende, keimtötende und oberflächenspannung herabsetzende Wirkung von Seifen. F. R. Davison.
763. Laboratoriumsinfektion mit Influenzabazillen. J. E. Walker.
- Staphylococcus aureus — Konjunktivitis beim Neugeborenen. A. B. Thomas.
- Chemische und bakterielle Verhinderung der Gasbildung in Bakterienkulturen. M. Ishikawa.
- Einfluß des Jodids auf die bakterielle Spaltung von stickstoffhaltigen Substanzen. M. Ishikawa.
- Wärmefall von *Brucella abortus* in Milch. R. Boak und C. M. Carpenter.
- Trennung von *Bact. alcaligenes*, *pyocyaneum* und *fluorescens*. B. L. Monias.
- Antigenanalyse von Typhusbazillenstämmen. L. C. Havens.
- Glyzerol und Brillantgrünfärbung zur Isolierung von Typhusbazillen aus dem Stuhl. L. Havens und C. Rigway.
- Septische Infektion von *Bact. Morgani* 1. Th. Thijötta.
- Bakteriologische und Lysinstudien an infizierten Urinen. C. A. Caldwell.
- The Journal of Urology (J. Urol.), Baltimore, 20., Heft 1.
- Die chirurgische Pathologie der Mißbildungen von Nieren und Harnleitern. James E. Davis.
- Die peristaltischen und antiperistaltischen Bewegungen des exzidierten Harnleiters und ihre Beeinflussung durch Arzneimittel. Charles M. Gruber.
820. Endergebnisse der mit neuen Methoden behandelten Steine der oberen Harnwege. Guy L. Hunner.
- Gonokokkeninfektion der Niere. Bakteriologischer und histopathologischer Bericht über einen Fall von gonorrhöischer Hydropyonephrose. Konrad E. Birkhang und Allan L. Parlow.
- Kavernöses Hämangiom der Niere. Kasuistik. I. A. Jenkins und A. M. Dreunan.
- Nephroureteroanastomose. Hamilton Bailey.
- Ureteroureterostomie zur Behebung von Abflußbehinderungen bei Duplikatur der oberen Harnwege. Frederic E. B. Foley.
- Harnleitererweiterungsbougies und Zystoskop. Raymond L. Schulz.
- Alkalische inkrustierende Zystitis, Urethritis und Prostatitis. Walter M. Kearns.
- Priapismus mit ungewöhnlicher Aetiologie. Kasuistik. W. A. Frontz und E. P. Alvea.
819. Ein neues Lithotriptoskop. A. Ravich.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 10, 1928.
- Politik versus Medizin. E. H. Williams.
- Ueber die Erziehung des Mediziners. C. L. Minor.
- Beziehungen zwischen Blutzucker und Blutharnstoff. H. John.
841. Chronische Ermüdungsintoxikation. Meyer Golob.
826. Der bakterielle Faktor bei der rheumatischen Affektion der Kinder. C. F. Coombs.
- Anämie durch ulcerierte innere Hämorrhoiden. F. Saphir.
780. Nachbehandlung der Frakturen. W. Boorstein.
- Gesundheitsuntersuchungen bei Krebs. F. A. Faught.
- Radiumbehandlung bei malignen Fällen. S. Newcomet.
862. Karzinomdiagnose des Dickdarms. Milton Goldsmith.
- Ein Fall von Lymphosarkomatose. O. Hensel.
- Radiumemanation bei gutartigen Uterusaffektionen. J. Muir.
- Mercurochrom 220 bei intestinaler Tuberkulose. H. F. Gammons.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 11, 1928.
- 40 Jahre Tuberkulosebekämpfung. S. A. Knopf.
- Röntgen bei neurozirkulatorischen Krankheiten. H. B. Philips.
- Hypercholesterolemie. L. N. Boston, F. J. Jodzis.
913. Ueber Asphasie. A. Gordon.
852. Brustkrebs. H. B. Wood.
908. Geistige Erkrankungen und ihre Behandlung von verschiedenen Aspekten aus. B. C. Keister.
854. Scheinbarer Sanduhrmagen durch innere Mittel geheilt. Max Finhorn.
776. Komplementäre Enterostomie bei akuter Appendizitis. H. Koster.
- Perforation multipler gastrojejunalen Ulzera. P. I. Nixon, S. T. Lowry.
856. Klinische Bewertung der Leberfunktionsproben. V. Knapp.
857. Röntgenologische Diagnose der Gallenblasenerkrankungen. J. Friedmann.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 19, 1928.
840. Diabetes als Todesursache. A. D. Hambley, E. P. Joslin.
883. Größe, Gewicht und Intelligenz bei zurückgebliebenen Schulkindern. Nell A. Dayton.
- Diphtherietodesfälle in Massachusetts 1927. E. A. Lane.
- Injektionsbehandlung variköser Venen. F. Day, W. S. Levenson.

- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 20, 1928.
766. Die Hinton-Glyzerol-Cholesterolfällungsprobe. L. Splaine, A. Cheever.
- Die Hintonreaktion als diagnostisches Kriterium. L. Splaine, A. L. Cheever.
- Die Hintonreaktion als therapeutischer Führer. A. Cheever, L. Splaine.
- Behandlung der Asphyxie. Y. Henderson.
877. Asphyxie der Neugeborenen. B. C. Sword.
- Impetigo Neonatorum. O. R. Chadwell.
- Ein Fall von Krebs der Zunge und des Mundbodens. W. O'Brien.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 21, 1928.
- Ungewöhnliche periphere Gangrän nach subakuter bakterieller Endokarditis. M. Finland, D. Davis.
850. Asthma und Jahreszeit. F. M. Rackemann.
- Stottern. S. T. Orton.
871. Auswahl der Lungentuberkulosen für die chirurgische Behandlung. F. W. Archibald.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 22, 1928.
858. Seltenheit der primären Infektion bei Gallenblasenerkrankungen. H. M. Feinblatt.
- Behandlung der frontalen Sinusinfektion. O. A. Lothrop.
875. Täuschungen und Ueberraschungen im Verlauf der Lungentuberkulose. E. O. Otis.
907. Fortschritte in der Psychiatrie. I. H. Coriat.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 23, 1928.
- Pankreassteine. B. Morrison, K. Bogan.
- Adenom der Nebenniere. B. Hicks.
- Diagnose und Behandlung des Uteruskrebses. H. Schmitz.
- Behandlung des Uteruskarzinoms. C. Wilkins.
- The Urologic and Cutaneous Review (Urologic. Rev.), St. Louis, Nr. 1.
813. Allgemeine Pathologie der kongenitalen Lues. Giuseppe Bertaccini, Perugia (Italien).
816. Der Wert der Malaria-therapie im Früh- und Spätstadium der Syphilis. Heinrich Ruge, Hamburg.
- Johannes Frenelius Ambianus und die Geschlechtskrankheiten. William Renwick Riddell, Toronto (Canada).
775. Verschiedene Behandlungsmethoden bei suprapubischer Prostatektomie. Arthur H. Crosbie, Boston.
- Vorschriften für die Anamnese in der Dermatologie. Hermann Goodman, New York.
805. Pathologie der weiblichen Urethra. Winfield Scott Pugh, New York.
804. Röntgentherapie bei inoperablen Epitheliomen des Gesichtes. G. Scaduto, Palermo.
- Regeneration der Blase. Experimentelle Studie. Simon Perlmann, Berlin.
810. Ueber die Behandlung der follikulären gonorrhöischen Urethritis mit Diathermie. D. Liebfried, Harkow (Rußland).
809. Gonorrhöische Urethritis. Ein halbkritischer Kommentar. Georg P. Beutel, Louisville.
- Zurückbringung der Paraphimose. Heinrich L. Wehrbein, Brooklyn.
- Soor der Haut. Bericht über einen Fall, der mit Pilzbildung an Mund, Händen und Füßen einherging. D. E. Pl. Cleveland, Vancouver (Canada).

Zeitschriften in französischer Sprache

- Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 46, 17. November 1928.
- Komprimierende Form der Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen. Bitonaler Husten. Stridor expiratorius. Marfan.
- Diagnose und Behandlung der Kniescheibenbrüche. Delbet.
761. Homonyme laterale Hemianopsie; Bedeutung, Erkennung, Ursachen. Prosper Veil.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 43, 1928.
896. Die Therapie 1928. Harvier.
940. Radiotherapie der Angina pectoris. Lian und Marchal.
- Behandlung der chronischen Purpura haemorrhagica. Marquay.
892. Behandlung der kranialen Hypertension. Riser, Sorel.
898. Therapeutische Eigenschaften und Indikationen des Laktoserums. M. Renaud.
- Follikulin bei einem Fall von Sklerodermie. Harvier, Lichtwitz.
- Technik der Magenspülung. Chavigny.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 49, 1928.
- Lepra in Norwegen. Ch. Groen.
- Berufsgeheimnis und Ehescheidung. Peytel.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 50, 1928.
- Die Gynäkologie 1928. S. Huard.
- Ovarialzysten und Schwangerschaft. E. Forgeue.
- Chirurgische Intervention bei den Rückwärtsverlagerungen des Uterus. R. Proust.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 51, 1928.
- Ein Fall von Mitralstenose. Langeron, Loheac.
768. Behandlung der Meningokokkämien. F. Coste.
- Rapide Desinfektion von Meningokokkentragern. Reilly, F. Coste.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, 18., Nr. 52, 1928.
- Die Geburtshilfe 1928. J. Ravina.
- Ueberlegungen über die Perineorrhaphie. A. Brindeau.
- Prophylaxe der fötalen Mortalität während der Schwangerschaft. A. Couvelaire.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 93, 1928.
891. Halogen-Magnesiumsalze und Karzinom. P. Delbet.

- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 94, 1928.
 Peri-entero-Kolitiden und akuter Intestinalverschluss. F. Tremoulières und J. Marceau.
 Der Liquor cerebrospinalis nach der Rachianästhesie. P. Stephanovitch.
 Einführung von Metallmerkzeichen in den Dornfortsatz auf subkutanem Wege. J. Calvé.
 Die intravenöse Injektion am hängenden Arm. Ch. Mantoux.
 Meteoropathologische Fragen. P. E. Mohrhardt.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 95, 1928.
 Antrittsvorlesung von Prof. M. Villaret. Die großen Etappen der Hydroklimatologie.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 96, 1928.
 Alkalose und alkalische Diathese. R. Gouffon.
 Allgemeinarkose jeder Art mit Chloräthyl. E. Caillaud.
 Hereditäre Spätsyphilis des Rückenmarks. M. Faure-Braulien.
 Das Artischockenblatt bei der Behandlung von Lebererkrankungen. H. Leclerc.
 Besteck zur Blutgruppenbestimmung. P. Michon.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 97, 1928.
 Ueber einige extraintestinale Erscheinungen bei Amöbenerkrankung. R. Deschiens und P. Meinotte.
 Die Temporal- oder Okzipitaltrepanation bei Ohreiterung unter Lokalanästhesie. H. Abvulker.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 98, 1928.
 Das Azetylcholin und die Schweiß der Tuberkulösen. M. Villaret und R. Even.
 Ueber den Wert der serologischen Reaktionen bei Syphilis. Ch. Flandin.
 869. Die Milzorgantherapie zur Behandlung der Tuberkulose. Bayle.
- Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, Nr. 50, 1928.
 Ueber Entwicklung und Fortschritt der Puerikultur in Frankreich. G. Variot.
 912. Paradoxyer Rhythmus des Ermüdungsgefühls und der Asthenie bei einer besonderen Form der Neurasthenie. M. Montassut.
 Ein Fall von Pseudodementia praecox. M. Nathan.
- Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, Nr. 51, 1928.
 855. Symptomatologie und Diagnose der Pyloroduodenitiden. Merklen.
 Behandlung der Cholelithiasis. M. Loeper.
- Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, Nr. 52, 1928.
 Casimir Davaine. Ch. Achard.
- Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, Nr. 53, 1928.
 Ueber eine Typhusepidemie im Hospital Tenon. Paris. M. Schulmann, V. Oumamsky.
 Exophthalmus pulsatilis. F. Terrien.
- Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, Nr. 1, 1929.
 767. Behandlung der Meningokokkenaffektionen durch Meningokokkenendoprotein. J. A. Chavany.
 905. Theorie über die Pathogenie des Krebses. L. Hirtzman.
 Eine neue Form des Intestinalbades, das Gymnakolon. Reboul.
- Revue neurologique** (Revue neurol.), Paris, 36. Jahrg., 1., Nr. 1, 1929.
 919. Posttraumatische amyotrophische Lateralsklerose. G. Soderbergh und E. Sjövall.
 911. Katatonisches Syndrom. H. de Jong und H. Baruk.
 923. Tabische Arthropathien. Gonzalo R. Lafora.
 921. Syringobulbie. A. Austregesilo und J. V. Colares.
 917. Postenzephalitischer Tic der Zunge. Charles Dubois.
 Intrarachideale Zyste. Benhamon und Goinard.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Archivos Españoles de Pediatría** (Arch. Españ. Ped.), Madrid, Nr. 10, 1928.
 879. Therapeutische Notiz betreffend die Skabies der Kinder. Meneses Gonzales.
 878. Quarzlampebestrahlung zweier Empyemkinder. Marin Bosch.
- Archivos Españoles de Pediatría** (Arch. Españ. Ped.), Madrid, Nr. 11, 1928.
 Drüsen- und Lungentuberkulose im Kleinkindesalter. Valdés Lambea.
 Zu einem Fall von Pneumonie bei einem vierjährigen Knaben. Sainz de los Terreros und Salvator Elizondo.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 40, 1928.
 Zur Diagnose und Therapie der Störungen des Magendarmkanals. Rocha Vaz.
 Fall von generalisierter Blastomykose. Flaviano Silva.
 Epidemiologische Probleme bei Gelbfieber. A. da Silva Mello.
 Die Rolle des Pankreas im Kohlehydratstoffwechsel. Salvio Mendoca.
 Zwei Fälle von asphyktischer Krise bei Säuglingen. Martinho da Rocha Jr.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 42, 1928.
 Ueber Schmerzphänomene in der Genitalsphäre. J. Adeodato.
 Der Anthrax als sanitäres Problem in Rio Grande del Sul. E. Bassewitz.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 43, 1928.
 Die Konzentration des Nachtharns bei Sumpffieber. Hector Fróes.
 Ueber Urethraldrüsen. Americo Valerio.
 Die Entwicklung eines intrathorazischen Tumors beim Meerschweinchen nach Splenektomie. J. M. Mayer.
 Injektion von Schwefelwasser zu therapeutischen Zwecken. Mario Mourao.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 44, 1928.
 Ueber Gelbfieber. Sebastiao Barroso.
 Die Therapie der Malaria und häusliche Prophylaxe. Antonino Ferrari.

- Zur Differentialdiagnose des Gelbfiebers bei Kindern. Moncorvo Filho.
 Die körperlichen, moralischen und sozialen Folgen der gonorrhoeischen Infektion beim Weibe. Anigel Alves Nazareth.
 Ueber Stickstoffoxydul. Leonido Ribeiro.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 45, 1928.
 Die Wirkung von Hypophysin auf die Peristaltik bei einem dystrophischen Säugling. Martinho da Rocha Jr.
 Prodromalsymptome der Lepra. A. Aleixo.
 Ueber Gelbfieber. Sebastiao Barroso.
 Inguinale Epidermophytie. J. Ramos da Silva.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 46, 1928.
 803. Melanonychie. A. Aleixo.
 Ueber syphilitische sympathische und parasymphatische Affektionen. Americo Valerio.
 903. Eine neue Färbemethode von Blutparasiten mit Blau-Eosin. Antonino Ferrari.
 Rosazea. J. Ramis da Silva.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 47, 1928.
 Syphilis des Hodens und Nebenhodens. Americo Valerio.
 812. Fall von Ulcus durum von sehr langer Inkubationsdauer. J. M. Gomes.
 Molekularerscheinungen bei Kontakt von festen und flüssigen Substanzen. A. L. Pimenta Bueno.
 811. Die Malariatherapie der Gonorrhöe. Agenor Cancado.
 Eitrige Prozesse an der Schläfe. Paulo Mangabeira Albernaz.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 48, 1928.
 Ueber Gelbfieber. A. da Silva Mello.
 Ueber Nebenwirkungen an der Haut bei der Wismuttherapie der Syphilis. A. Aleixo.
 Ueber die Therapie der Harnblasenepithelien. Americo Valerio.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 49, 1928.
 Senile progressive Paralyse und das pseudobulbäre Syndrom. Cunha Lopes und Alcides Vasconcellos.
 Pathogenetische und therapeutische Probleme der Lepra. Ernst Bassewitz.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 50, 1928.
 Gelbfieber. Cassio de Rezende.
 Einige grundsätzliche Maßregeln beim Ureterenkatheterismus. Americo Valerio.
 Der Nystagmus der Encephalitis lethargica. I. Malaguetta.
 Primäre Augendiphtherie bei einem dreimonatlichen Kinde. Ferreira da Silva.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 51, 1928.
 Beitrag zur Klassifikation der Psychosen in Lateinamerika. Henrique Roxa.
 Zystizerkose der Augen. Penido Burnier.
 Die Gefahren der Rückenmarksanästhesie. Leonido Ribeiro.
 Molekularerscheinungen bei Kontakt von flüssigen Substanzen. A. L. Pimenta Bueno.
- Brasil Medico** (Brasil med.), Rio de Janeiro, 42., Nr. 52, 1928.
 Das Proteinprognostikum bei Syphilis nervosa. Hélio Pova und A. Cerqueira Luz.
 Gonorrhöe und Laboratoriumsarbeit. Americo Valerio.
 Chirurgische Tuberkulose und Heliotherapie. Jarbas de Carvalho.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 28.
 Schwangerschaftsbeihilfe und Schwangerschaftshygiene. Arnaldo Moraes.
 829. Mittel zur Auswertung des Sinkens der Malaria morbilität nach einer prophylaktischen Kampagne. G. de Souza Pinto und S. Ferreira Pinto.
 Moskitos und Fermentationskammern. Alcides Prado.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 29.
 Drei Fälle von Prostataktomie. Leao de Aquino.
 Prophylaxe der Rabies in Rio de Janeiro. Octavio A. da Veiga.
 Pathogenie der Myositis ossificans. Barboza Vianna.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 30.
 Ueber Exostosen. Barboza Vianna.
 837. Diagnose der Leukämie durch Harnuntersuchung. Oswino Penna.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 31.
 794. Postnataler Schock. Baptista Serrao.
 Eigenartiger Fall von Exostose. Barboza Vianna.
 Die Indikation für die As-, Bi- und Hg-Medikation bei Lues. A. Ferreira da Rosa.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 35.
 Fall von plastischer Chirurgie des Nasenflügels. Jayme Poggi.
 Fortschritte der Urologie in Argentinien. Estellita Lins.
 Öffentliche Einrichtungen zur Bekämpfung der kontagiosen Krankheiten von Inhauma. Edgar Corte Real.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 11., Nr. 36.
 Entwicklung und Bedeutung der Dermatologie. Joaquim Motta.
 Die physiologische Wirkung der Mineralwässer. Xavier Pedrosa.
- La Pediatría Española** (Ped. españ.), Madrid, Nr. 192, 1928.
 Klinische Betrachtungen über das Erbrechen der Säuglinge. Cayenzt. Santiago.
 Einige Betrachtungen über die Scharlachangina und ihre Therapie. Cayenzt. Santiago.
- Revista Española de Medicina y Cirugía** (Rev. esp. med. cir.), Barcelona, Jahrg. 11, Oktober 1928.
 Aktuelle Probleme der Obstetrik. P. Farreras.
 Die Duodenalsonde in der Handhabung des praktischen Arztes. Francisco Pinero.

795. Behandlung der Gebärmutteratonie post partum. Domingo E. V. Esquivel. Kretschmers Lehre und ihre Bedeutung in der fortgeschrittenen Kindheit. Vally y Aldabale.
Organisation des Gesundheitswesens in den Vereinigten Staaten. J. Palanca.
Die Heilung einiger Fälle von Tetanus mit hohen Serumdosen. Gioio Scabini.

Revista Española de Medicina y Cirugía (Rev. esp. med. cir.), Barcelona. Jahrg. 11, November 1928.

- Ein Nährboden zur Züchtung des *Bacillus typhosus* Wilson und Blair. Francisco Pinero.
Augentuberkulose. M. Soria Escudero und J. Casanovas Carnicer.
Pseudotumoren der Orbita entzündlichen Ursprungs. Juan Arjona Trapote.
Die Außenwelt, das retinale Bild und die Sehfunktion. German Bertines.

Revista Española de Medicina y Cirugía (Rev. esp. med. cir.), Barcelona. Jahrg. 11, Dezember 1928.

922. Eine bisher nicht beschriebene Form der progressiven Muskeldystrophie. José María Villacian.
Die Magensaftuntersuchung durch den praktischen Arzt. Francisco Pinero.
Richtlinien für die intellektuelle Erziehung von Mädchen. Victor Conill.
Die internationale Standardisierung der Heilmittel. A. Gamir.

Revista Médica de Chile (Rev. méd. Chile), Santiago. 56. Jahrgang. Nr. 7, 1928.

- Die Malariaerapie der progressiven Paralyse vom histopathologischen Standpunkte. Jakob.

894. Klinische Studie über Hualtata. T. Rifo Bustos.

- Zur Frage des Alters und Geschlechtes der Glaukomkranken. E. Espildora Luque.
Ueber dem ödematösen Typus der Hyperthyreoidie. A. Gareton Silva, I. Mena und J. Reyes.

- Behandlung der Schlüsselbeinbrüche. A. Mery, E. Rieci und R. Villarvel.

Revista Médica de Chile (Rev. méd. Chile), Santiago. 56. Jahrgang. Nr. 8, 1928.

- Das retikulo-endotheliale System und die endokrinen Drüsen. Gustavo Pittaluga.
Die antituberkulöse Vakzination. Suarez Herreros.
Ueber periphere und zentrale Hemianopsien. H. Lea Plaza und C. Espildora Luque.

785. Ueber Varikozelen des kleinen Beckens. Alvarado Wall.
Zur Bleitherapie des Karzinoms nach Blair Bell. C. F. Tapia.
Zur Organisation der Tuberkulosebekämpfung. Victor M. Villagra.

Revista Médica de Chile (Rev. méd. Chile), Santiago. 56. Jahrgang. Nr. 9, 1928.

- Fall von meningealem Fibroendotheliom. Lucas Sierra und H. Lea Plaza.
Ueber merkurielle Vergiftungen. T. Rifo Bustos.
Die Behandlung des Gebärmutterkrebses. Leonardo Guzman.
Fall von Hemiatrophie sympathischen Ursprungs. A. Vivado.
Ueber Genitalblutungen. E. Gonzalez Donoso.
Luetische Meningitis bei einem Säugling. José O. Symon.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. méd. lat.-amer.), Buenos Aires. 13. Jahrgang. Nr. 155, 1928.

843. Ueber Asystolie. C. Mayer Patino und E. S. Mazzei.
846. Angina pectoris. F. C. Arillaga.
936. Ueber einen Fall von diagnostischem Irrtum auf röntgenologischem Gebiete. Manuel Luis Perez und A. I. Sosa y Sanchez.
Ueber die Emanation ultravioletter Strahlen durch einige bestrahlte organische Phosphate. César Serono und Alfonso Cruto.
Betrachtungen über zwei Fälle von angeborener Macrognathosomia praecox. Aquiles Gareiso und Aquiles S. Marotta.
Arteriitis obliterans der unteren Extremitäten. C. J. Tassart.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. méd. lat.-amer.), Buenos Aires. 13. Jahrgang. Nr. 156, 1928.

- Ueber alternierende oder multifforme Formen der Kammerextrasystolie. R. A. Bullrich.
899. Eine neue Methode zum Nachweis der Inkompatibilität des Blutes bei Transfusionen. I. Lucio Ymaz.
774. Subkutane Hydatidenzyste in der Linea alba, eine epigastrische Hernie vor-täuschend. Alberto Lacroze, Carlos Mesa und Lorenzo F. Rivolta.

- Fall von purer enter Meningitis infolge einer Knochenphlegmone dentären Ursprungs. Ernesto Rossi.
Angina pectoris. F. C. Arillaga.
Fall von Darmparalyse und akuter Magenerweiterung nach Operation. Marcellino Reyes.
Die Lymphbahnen des rechten subphrenischen Raumes. Pablo Schlanger.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. méd. lat.-amer.), Buenos Aires. 13. Jahrgang. Nr. 157, 1928.

- Sino-aurikulärer Block. Rafael A. Bullrich.
Embryotomie des lebenden Fötus oder Gefährdung der Mutter? Juan B. Gonzalez.
Fall von spontaner kompletter Uterusruptur während der Geburt. Daniel A. Rojas.
Ueber Fremdkörper in den Luftwegen und im Oesophagus. Antonio Zambrini.
Fall von arteriovenösem Aneurysma der Nierengefäße. Manuel E. Varela.
Die Bärersche Krankheit. Lelio Z. Zeno, Oscar Cames und José M. Cid.
Die Hämorrhagien des Neugeborenen. Francisco A. Deluca.
Temperatur der Nahrungsmittel. César Cardini.
Der diagnostische Wert des Wannerschen Zeichens. Eduardo Casterán.
868. Beitrag zum Studium pseudokavernöser Symptome. Carlos Alberto Videla.
Zum Problem der Regeneration bei Knochenfrakturen. K. Korff.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. méd. lat.-amer.), Buenos Aires. 14., 158. November 1928.

849. Sclerosis splenica phlebitica. Pedro Escudero.
Symptomatologie der Mediastinalerkrankungen. Pablo M. Baralaro.
Die Krebsreaktion von Roffo. L. M. Correa.
Duodenalsondierung. J. Tassart.

Zeitschriften in italienischer Sprache

Rivista di patologia e clinica della tubercolosi (Riv. pat. e clin. tbc.), Jahrg. 2. Heft 12, 1928.

851. Fall von Bronchialspirochätose. Giovanni Dagnini und Tommaso Strozzi.
873. Vitalkapazität und künstlicher Pneumothorax. Giuseppe Luachi.
872. Die Apnoë bei künstlichem Pneumothorax. G. Laurenti.
Beiträge zur Kenntnis der aktiven Immunotherapie bei der Lungentuberkulose. Anna Zambianchi.

Zeitschriften in russischer Sprache

Wratschebnoje Dielo (Wratsch. Dielo), Charkow. 11. Nr. 10, 1928.
Festschrift für Prof. A. W. Reprew (Charkow).

- A. W. Reprew. J. Postojew.
Rudolf Virchow. S. Guréwitsch.
Zur physikalischen Leberuntersuchung. J. O. Hausmann.
Bestimmung der Lebersekretionsfähigkeit mittels Chromoskopie. N. W. und L. J. Kusnetzow und W. N. Suchow.
Zur Frage der Vorbeugung der Wundendehiszenz und Bruchbildung nach Laparatomie. D. M. Ott.
Varizellenprophylaxe. W. N. Waltzow.
Das vegetativ-endokrine System und seine Rolle in der Permeabilitätsfähigkeit der Gewebe. D. E. Alpern.
902. Einfluß des endokrinen Systems auf die Absorptionsfunktion des retikulo-endothelialen Systems. S. M. Leites und A. A. Rjabow.
Die Wirkung des Chlornatriums auf das Herzgefäßsystem. F. J. Gutowko.
750. Wirkung der äußeren Epithelkörperchen auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Fruchtentwicklung. W. M. Iwanow.
933. Verhütung exogener tuberkulöser Superinfektionen in der Schule. F. J. Polanitschek.
Wege zur Ausarbeitung von Indikationen und Kontraindikationen zur Sol- und Moorbildung der chronischen Gelenkerkrankungen. M. M. Dieterichs.
Ueber Besonderheiten der Erkrankung des Bewegungsapparates bei der ländlichen Bevölkerung. J. Spirt und S. S. Schklowskaja.
Ein neues Instrument zur Eierstocksimplantation in die Gebärmutter. M. Samostschin.
885. Rachitis und Malaria. P. M. Netschajew.
Ein seltener Fall von Abdominalsyphilis. P. P. Depolowitsch.
Ein Fall von Osteomalazie bei einer Erstgebärenden. A. S. Teitzlin.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

761.

Voll, Prosper. Laterale homonyme Hemianopsie. Bedeutung, Erkennung, Ursachen. (J. Prat., Nr. 46, 1928). Durch eine

rasche Prüfung des Gesichtsfeldes mit der Hand ist auch der Praktiker imstande, eine bis dahin vom Patienten unbeachtete Hemianopsie aufzudecken. Die Sehschärfe bei Hemianopsie ist unversehrt, ebenso bleibt die Lichtempfindung auch im hemianoptischen Feld bestehen. Fehlt sie, so weiß man, daß man es mit einer irre-

parablen Störung zu tun hat. Der Hemianopsie kann eine Hemianchromatopsie vorangehen.

Immer verrät eine laterale homonyme Hemianopsie, daß etwas im Verlaufe der Sehbahn geschädigt ist, und zwar hinter dem Chiasma, auf der der Hemianopsie entgegengesetzten Seite.

Die Diagnose bereitet keine Schwierigkeiten, sobald man überhaupt an die Möglichkeit denkt; ist ein Trauma vorausgegangen, so wird auch der ätiologische Faktor offenbar sein; in anderen, weniger klaren Fällen wird man an Gliom, Tuberkulom, Gumma denken.

Ein Tumor der Meningen, der eine Hemianopsie im Gefolge hat, verursacht Reizungen der Gehirnrinde in Form von epileptischen Krisen von Jacksonischem Typ.

Die häufigsten Ursachen für Hemianopsien bilden Erweichungen durch Arterienthrombose, wie man sie bei Hypertonikern, Nierenkranken oder jungen Syphilitikern antrifft, bei denen die Gehirnarterienluetisch infiziert sind. Die Hemianopsie ist heilbar, wenn z. B. ein Tumor entfernt wird, der auf die Sehbahn gedrückt hat oder im Verlauf einer antiluetischen Kur. Die vorübergehende Hemianopsie bei Migräne ist bedeutungslos.

Held.

762.

Elschnig, A., **Diabetes und Augenerkrankungen.** (Med. Klin., Heft 2, 1929.) Unter allen diabetischen Angenerkrankungen ist am meisten die Entstehung der Kataraktformen geklärt: durch den diabetischen Prozeß wird das Ziliarkörperfilter geschädigt (zweifellos nicht durch die Erhöhung des Blutzuckerspiegels, sondern durch Autotoxine im weitesten Sinne des Wortes); dadurch entstehen schwerwiegende Verschiebungen im Zuckerspiegel, im Elektrolytengehalt und im Hydroxylionengehalt des Kammerwassers, vermehrte Azidose des Kammerwassers, die insgesamt zu einer Ernährungsstörung der Linse, zu einer rapiden Aufquellung ihrer Kolloide, damit zu einer Trübung derselben führen. — Die diabetische Iritis hat keine speziellen Charakteristika. Die Häufigkeit des in ihrem Verlaufe auftretenden Sekundärglaukoms ist darauf zurückzuführen, daß das Pigmentepithel der Iris charakteristische hydropische Veränderungen aufweist, die Zellen dadurch hinfallen sind, zerfallen und das freigewordene Pigment eine weitere toxische Wirkung entfaltet. — Die Bedeutung des Diabetes als ätiologisches Moment für die Iridozyklitis liegt nicht in ihrer Häufigkeit, sondern darin, daß sie schon bei jugendlichen Individuen bei geringer Zuckerausscheidung auftritt. Häufig tritt bei Diabetikern eine metastatische, unfehlbar zum raschesten Ruin des Auges führende Iridozyklitis aus entfernten Eiterherden, so z. B. nach Furunkeln. — Die wichtigste, mit der Ziliarkörperfunktion in Zusammenhang stehende Veränderung des Auges des Diabetikers ist die Hypotonie. Diese entsteht anscheinend dadurch, daß irgendwelche toxischen Substanzen die Augengewebe, insbesondere den Ziliarkörper, so schädigen, daß die Kolloide des Glaskörpers entquellen, die Flüssigkeitsproduktion vermindert wird, und damit die hochgradige Spannungsverminderung entsteht. — Die Retinitis diabetica kann in verschieden schwerer Form auftreten. Prognostisch ist sie nicht sicher zu verwerten. Bei jugendlichen Diabetikern kommen rezidivierende Blutungen vor, die schließlich das Bild der sogenannten Retinitis proliferans liefern können. Auf Insulin oder seine Ersatzpräparate sprechen die Fälle schwerer Retinitis nicht besonders an. — Ophthalmoskopisch sehr erkennbar ist die Lipämie. Die Veränderung der Farbe der Netzhautgefäße ist schon bei einem Fettspiegel von 4 bis 5% erkennbar. — Die Beteiligung des Sehnerven an den diabetischen Veränderungen in Form der retrobulbären Neuritis mit Zentralskotom ist selten. — Bezüglich der Pupillenphänomene scheint der Diabetes keine Bedeutung zu haben. — Nicht zu selten kommen Lähmungen äußerer Augenmuskeln vor. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei um degenerative Prozesse in der Kernnigra (Hirnstamm, Rautengrube).

L. Gordon, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

763.

Walker, J. E., **Laboratoriumsinfektion mit Influenzabazillen.** (J. Infect. Dis., Nr. 4, 1928.) Ein Laboratoriumsgehilfe infizierte sich mit einer Influenzabazillenkultur, die ihm teilweise ins Gesicht verspritzt wurde. Nach 28 Stunden traten Kopfschmerzen auf, 2 Stunden später Niesen mit profusem wäßrigem Schnupfen. Es folgte Konjunktivitis und Bronchitis. An der Oberlippe bildete sich ein Herpes. Von der Nasenschleimhaut, den Konjunktiven und aus dem Auswurf wurden Influenzabazillen gezüchtet, die sich serologisch als mit dem Ausgangsstamm identisch erwiesen. Die Infektion zeigt, daß manche Pfeifferstämme eine außerordentliche Neigung zu den Schleimhäuten besitzen. Die Bazillen werden in diesem Falle als primäre Krankheitsursache angesehen.

Henning, Leipzig.

764.

Cohn, Alfred, **Die Serodiagnose der Gonorrhöe.** (Derm. Zschr., 55, Heft 2, 1929.) Die Bedeutung der Komplementbindungsreaktion der Gonorrhöe hat sich erst in letzter Zeit Bahn gebrochen. Das Antigen wird durch Züchtung von Gonokokken auf Levinthalschem Kochblutagar erhalten; es empfiehlt sich, mehrere (6 bis 12) Stämme dazu zu verwenden; das Alter der Stämme spielt keine Rolle. Nach Abschwemmen der Reinkulturen mit physiologischer Kochsalzlösung, nach mehrmonatigem Aufbewahren im Eisschrank wird das Antigen austitriert. Das Patientenserum wird bei 56° eine halbe Stunde inaktiviert, Komplement in einer Verdünnung von 1 : 10, Hammelblut 1 : 20 angewendet; im Gegensatz zur WaR. lösen die schwachen Hemmungen rasch; es darf deshalb nicht zu spät abgelesen werden. Schwache Hemmungen (+ und ++) sind bei fehlender Gonorrhöeanamnese als zweifelhaft bzw. verdächtig anzusehen; negative Reaktion kommt unter Umständen auch bei sicheren Tripperfällen vor; im allgemeinen tritt die positive Reaktion am Ende der zweiten Woche nach der Infektion auf, um an Stärke zuzunehmen, besonders bei chronischen Fällen und Komplikationen. Das Schwinden der positiven Reaktion als Beweis für die eingetretene Heilung ist im Zeitpunkte des Eintritts noch nicht sichergestellt. Unspezifische Reaktionen sind nicht ganz auszuschließen. Schlüsse hinsichtlich einer prognostischen Beurteilung kommen der Serodiagnose nicht zu.

Ernst Levin, Berlin.

765.

Jacobsthal, E., **Bemerkungen zur mikroskopischen Diagnose der Gonokokken und Meningokokken.** (Derm. Wschr., 88, Nr. 3, 1929.) Manche Staphylokokkenstämme bilden Semmelformen von der Größe der Gonokokken und können bei intrazellulärer Lagerung mit diesen verwechselt werden. Die Gramfärbung ist von maßgebender Bedeutung bei der Darstellung vereinzelter grampositiver Kokken, während bei vereinzelt gramnegativen intrazellulären Kokken die Färbung mit Methyleneblau, Karbolthionin und Karbol-Methylgrün-Pyronin ihr überlegen ist. Man soll deshalb grundsätzlich in jedem Falle Gramfärbung und eine der anderen Färbungen anwenden. Bei Befund vereinzelter gramnegativer Kokken neben grampositiven muß man mit der Diagnose auf Gonorrhöe sehr vorsichtig sein, da es sich um Involutionsformen ersterer handeln kann; andererseits kann auch der Gonokokkus bisweilen grampositive oder wenigstens gramlabile Formen bilden. Bei dieser Schwierigkeit der mikroskopischen Diagnose der Gonorrhöe sollten stets die wichtigsten klinischen Momente herangezogen und in zweifelhaften Fällen die kulturelle Untersuchung angeschlossen werden.

Ernst Levin, Berlin.

766.

Cheever und Splaine, **Die Hinton-Glyzerol-Cholesterolsenkungsreaktion.** (New England J. Med., Nr. 20, 1928.) Hinton verwendet als Indikator eine Mischung einer ätherlöslichen, alkoholunlöslichen Fraktion des Beefsteakmuskels mit einer 0,7% Cholesterollösung in absolutem Alkohol, zu der eine 5% Salzlösung und nach Umschütteln eine redestillierte Glycerinlösung zugefügt wird. Zu dieser Mischung kommt dann die Serumprobe ins Wasserbad für 16 bis 18 Stunden bei 27°. Neuerdings hat Hinton noch einige zweckmäßige Veränderungen vorgenommen, die demnächst veröffentlicht werden. Praktisch wichtig aus sämtlichen drei Artikeln ist: Die Hintonprobe ist der Wassermannprobe ganz erheblich überlegen; sie ist 50% empfindlicher; falsche positive Ergebnisse fehlen. Im primären Stadium ist sie nur wenig besser als Wassermann. Deshalb ist sie auch ein verlässlicherer Führer in der Therapie.

v. Schnitzer.

767.

Chavany, J. A., **Meningokokkenendoprotein.** (Progrès méd. Nr. 1, 1929.) Bessere Erfolge als die Serotherapie, die besonders in den letzten Jahren viel Versager brachte, gibt das Meningokokkenendoprotein. Die getrockneten Meningokokken werden mit CINa in einem Achatmörser zerquetscht, und nachdem aus diesem Pulver mit destilliertem Wasser eine 8% isotonische Lösung hergestellt ist, werden die Mikrobenreste durch Zentrifugieren entfernt. Damit hat man in klarer Flüssigkeit die Mikrobenalbumine. Intramuskuläre Injektion beim Gesunden gibt zwei Stunden nachher Fieber und Schüttelfrost. Intraspinal findet man außerdem intensives Kopfweh, Nackensteifigkeit, Rachialgie für vier bis fünf Tage; eine aseptische meningale Reaktion. Beim Meningitiker ist die intraspinale Injektion ganz vom Befunde des Liquor abhängig: ist er purulent: 1 bis 2 ccm. Im allgemeinen verträgt die Krankheit Meninge mehr als die gesunde. Vor jeder neuen Injektion Prüfung des Liquor: ist er zyto- und bakteriologisch besser, Heruntergehen auf ¼, ½ ccm. Durch zu hohe Dosen kann man in den folgenden Tagen unter Umständen eine aseptische Meningitis auslösen, die abtödt. Rückfall imponieren kann. In den Intervallen der intraspinalen Injektionen intramuskuläre: alle drei Tage steigend, 1,5 bis 3 ccm. Man hört mit den intraspinalen Injektionen auf, wenn der Liquor

Klar ist, mit den intramuskulären, wenn die Allgemeinerscheinungen verschwunden sind und die Temperatur normal. Das Kind verträgt höhere Dosen als der Erwachsene. Bei mittleren Fällen reicht man mit drei bis vier Injektionen aus und erreicht gewöhnlich in zehn bis zwölf Tagen Heilung. Bei schweren Fällen Liquor eiterig — hat man eigentlich richtige meningale Abszesse vor sich; man erreicht wohl vorübergehende Besserungen, die gewöhnlich von Rückfällen gefolgt sind. Kommt es zu Heilungen, so erfolgen sie ohne nachteilige Folgen. Man muß sich klar machen, daß in diesen Fällen die Resorptionsfähigkeit des Organismus gestört ist. Wichtig ist immerhin, daß bei dieser Behandlung Sekundärinfektionen durch Pneumo- oder Streptokokken selten sind. Liegt eine Ventrikulitis oder eine Ependymitis vor, so hat man wenig Aussichten. Ebenso bei den Säuglingsformen. Die Methode ist jedenfalls sehr aussichtsreich.

v. Schnitzer.

768.

Coste, F., Behandlung der Meningokokkämien. Für den Praktiker ist folgendes wichtig: Da alle Heilwirkungen, abgesehen von der Akridintherapie und vielleicht vom Fixationsabszeß, durch Schock vor sich gehen, empfiehlt es sich, die einfachsten und zuverlässigsten zu wählen. Die Absicht ist, eine genügend intensive und ausgiebige Reaktion zu erzielen. Das Serum entspricht nicht dieser Forderung. Oft ergibt es keinen Schock, ist wirkungslos deshalb; spinal eingeführt ist es umständlich und gefährlich. Es erfordert große Mengen: Serumkrankheit. Also abzuraten. Das Meningokokkenendoprotein gibt konstante Resultate in den Fällen, in denen es auf Schockwirkung ankommt, also solchen, die schon einige Wochen alt sind. Früh angewandt, sind Mißerfolge zu erwarten, weil sich der Organismus nur langsam an das Meningokokkenantigen gewöhnt und weil der Grad dieser Sensibilisierung immer schwach ist. Im allgemeinen darf man sich erst vom zwanzigsten Tag ab auf Schockphänomene verlassen. Dies ist ein großer Nachteil, der etwaigen Metastasen wegen. Derselbe Einwurf gilt auch für die Fixationstherapie und die Pyotherapie, die wahrscheinlich auch erst im Spätstadium Erfolg geben. Aber alle diese Methoden können trotzdem im Frühstadium versucht werden. Aber man muß daran denken, daß Mißerfolge häufig sind. Deshalb ist hier die Chemotherapie das gegebene: Akridinpräparate von vornherein, täglich und intensiv angewandt, sind wirksam, intravenöse injiziert. Gleichzeitig Desinfektion des Rhinopharynx, nasale Instillationen mit denselben Präparaten, Gurgelungen.

v. Schnitzer.

Chirurgie und Orthopädie

769.

Flick, K., und E. Traum, Ueber den Einfluß operativer Eingriffe am vegetativen Nervensystem und an der Milzarterie auf die Blutkörperchen. (D. Ztsch. f. Chir., 213., Heft 1/2, 1928.) Das vegetative Nervensystem scheint auf den Ablauf der normalen Blutmauserung in Milz und Leber keinen Einfluß zu haben. Jedenfalls wird der Ausfall der Nerven durch andersartige Regulationsvorgänge schnell kompensiert. Einen wesentlichen Einfluß scheint dagegen die Unterbindung der Milzarterien zu haben. An den Versuchstieren wurde jedenfalls eine deutliche Zunahme der Erythrozytenresistenz nachgewiesen. Es wird also in Zukunft nicht an den Milzvenen, sondern an den Milzarterien operiert werden müssen.

E. Gohrbandt, Berlin.

770.

v. Bramann, Constatin, Behandlung der Endokarditis lenta durch Brennen am Orte der Wahl. (Med. Klin., Nr. 1, 1929.) Genauer Bericht über die im vorhergehenden Artikel Biers erwähnten 16 neuen Fälle von Endokarditis lenta. Die Technik des Eingriffes war im allgemeinen etwa folgende: In Lokalanästhesie wurde ein Lappen mit unterer Basis über dem Herzen gebildet; der obere Bogen überschritt nach allen Richtungen die Herzgrenze. Nach sorgfältiger Blutstillung wurde die ganze Wundfläche mit dem Thermokauter gebrannt. Die Wunde wurde dann absolut dicht wieder vernäht. Bei sehr stark heruntergekommenen Kranken wurde eine wesentlich kleinere Wundfläche angelegt und das Brennen in der gleichen Weise an der gleichen Stelle nach Ablauf einiger Wochen einmal oder mehrmals wiederholt. In den ersten Tagen nach dem Eingriff stellte sich bei fast allen Patienten eine Fiebersteigerung ein. Nach etwa 8 Tagen hörte das Fieber bei einigen Patienten ganz auf und trat dann erst nach längerer Zeit wieder auf. Auffallend war bei vielen Kranken eine erhebliche Steigerung des Appetits und eine wesentliche Besserung des Schlafes, die oft über mehrere Monate anhielt. Fast alle Operationswunden heilten per primam intentionem. Eine Beeinflussung der Anämie durch das Brennen konnte nicht festgestellt werden. Eine Beeinflussung des Herzbefundes fand nicht statt. Haut- und Milzembolien hörten bei 3 Patienten für längere Zeit ganz auf. Der

Streptokokkus viridans, der vor der Operation in 6 Fällen nachgewiesen wurde, konnte nach längerer Zeit in 4 Fällen noch gezüchtet werden. Von den 16 Patienten sind 15 nach längerer oder kürzerer Zeit gestorben. Die meisten starben 3 bis 6 Monate nach dem Eingriff, nachdem zuvor in 5 Fällen eine deutliche Besserung eingetreten war. Der Tod erfolgte in 13 Fällen an Dekompensation, in 2 Fällen an Gehirneinfarkt. Bei der Sektion zeigte sich, daß keine einzige Endokarditis ausgeheilt war. Von dem gesamten Material des Verfassers wurden durch die Glühheilmethode von der sonst mit fast absoluter Sicherheit zum Tode führenden Krankheit nur die wenigen Fälle gerettet, die in einem noch verhältnismäßig guten oder leidlichen Zustande in die chirurgische Klinik geschickt wurden. Verfasser kommt daher zu dem Schlusse, daß das Brennen am Orte der Wahl bei Kranken mit Endokarditis lenta und sonstigen septischen Zuständen zu empfehlen ist, sobald die interne Therapie über mehrere Wochen erfolglos bleibt.

L. Gordon, Berlin.

771.

Bier, August, Ueber die Behandlung von schweren Infektionen mit dem Glühheilmethode. (Med. Klin., Nr. 1, 1929.) Auf Grund eines größeren Materials sieht sich Verfasser genötigt, die von ihm in seinem berühmten Vortrage (M. Kl., 1928, Nr. 8 bis 8) ausgesprochene optimistische Auffassung von der Behandlungsmöglichkeit der Endokarditis lenta mit dem Glühheilmethode zu revidieren. Er sprach damals von 6 Heilungen (50%) unter 12 Fällen. Inzwischen sind von den 6 angeblich Geheilten noch 3 an den Folgen ihrer Endokarditis gestorben. Die Erfolge bei den in der Zwischenzeit neu hinzugekommenen 16 Fällen waren sehr schlecht.

L. Gordon, Berlin.

772.

Konietzny, G. E., Grundsätzliches zur chirurgischen Behandlung des Magen-Duodenal-Ulkus. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 1, S. 9.) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß es kein Schema für die Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung auch des chronischen Magen-Duodenal-Ulkus geben kann, sondern daß den Besonderheiten eines jeden Falles im weitesten Maße Rechnung getragen werden muß. Es gibt nur eine chirurgische Indikationsstellung für den einzelnen Fall, und in diesem kann sie nicht streng genug sein. So wird die Frage, welches Ulkus intern und welches chirurgisch behandelt werden soll, am besten ihre Beantwortung finden.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß organische Stenosen und freie Perforation des Ulkus eine absolute Anzeige zum chirurgischen Eingriff darstellen. Für rezidivierende Blutungen gilt das gleiche. Dagegen ist die Frage, ob die erste schwere akute Blutung unbedingt ein chirurgisches Eingreifen erfordert, noch nicht endgültig entschieden.

Zunächst hält Verfasser eine absolut klare Diagnose an Hand moderner Röntgenuntersuchung und mit Berücksichtigung aller klinischen Erscheinungen für das wichtigste. Selbst nischenbildende chronische Ulzera können bei geeigneter interner Behandlung noch einer Heilung fähig sein.

Verfasser setzt die interne Behandlung des Magen-Duodenal-Ulkus an die erste Stelle. Diese darf sich jedoch nicht nur auf die Säurebekämpfung beschränken, sondern muß von der Ueberzeugung ausgehen, daß es im wesentlichen auf die Bezwingung entzündlicher Schleimhautveränderungen ankommt, also auf die Behandlung der Gastritis-Duodenitis. Diese ist die Ursache der Hypersekretion sowie auch der Ulzeration, die beide nebeneinander stehen und selbst keine ursächlichen Beziehungen zueinander haben. Man kann durch rechtzeitige interne Maßnahmen verhindern, daß das Ulkusleiden in das Stadium der chronischen Geschwürsbildung mit allen seinen Gefahren gelangt, in welchem in der Regel eine Heilung durch innere Behandlung ziemlich aussichtslos ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

773.

Küttner, Hermann, Der Mastdarmkrebs und seine chirurgische Behandlung. (Med. Klin., 1, 1929.) Die grundlegende Voraussetzung für die Radikalheilung des Mastdarmkrebses liegt in der Frühdiagnose. Im Gegensatz zu den meisten anderen Krebsen des Verdauungstraktes ist hier die Frühdiagnose in allen Fällen möglich. Ihre Grundbedingung ist die selbstverständliche sorgfältige Digitaluntersuchung in jedem Falle von Mastdarmbeschwerden. Um die Digitaluntersuchung bei empfindlichen Kranken gründlich genug durchführen zu können, empfiehlt sich die Gabe eines Anästhesinzäpfchens oder, wenn dies nicht ausreichen sollte, die Verabreichung einer Morphiuminjektion ½ Stunde vor der Untersuchung. Bei sehr hochsitzenden Rektumkarzinomen untersucht man den Kranken in aufrechter Stellung und läßt ihn stark nach unten pressen. Ist das Karzinom digital nicht erreichbar, so wird es mit Hilfe des Rektoskops und der Röntgenuntersuchung diagnostiziert. In jedem Falle muß eine Probeexzision ausgeführt werden. Bei Frauen muß außerdem immer per vaginam untersucht werden. Die Therapie des Mast-

darmkrebses wird beherrscht von der Radikaloperation. Bei oberhalb der Anal- und Sphinkterpartie sitzenden Karzinomen greift Verfasser immer zur Resektion und führt nicht grundsätzlich die Amputatio recti aus. Ausgiebigsten Gebrauch macht er dabei von der Kreuzbeinresektion. Die Operation wird entweder in Rückenmarksanästhesie oder in Aethernarkose durchgeführt. Bei der dorsalen Amputation hat sich dem Verfasser als Darmversorgung am meisten die Bildung eines Anus sacralis bewährt, bei der der Darm nach der Abtragung in winkliger Knickung dicht unterhalb des Kreuzbeinstumpfes eingenäht wird. Die Kranken finden sich mit dem Sakralalter auffallend gut ab und können wieder vollkommen gesellschaftsfähig werden. Sehr häufig bildet sich vor dem Anus sacralis eine Art neuen Sphinkterapparates aus; fast stets stellt sich in dem verkürzten Darm auch das Gefühl für herannahenden Stuhl wieder her. Die primäre Mortalität der Radikaloperation beträgt am Material des Verfassers 16,4%. Die Nachbehandlung ist bei allen Radikaloperationen sehr schwierig; eine häufige Komplikation ist bei Männern die Zystitis. Was die Dauererfolge anbetrifft, so ergibt das Material des Verfassers folgende Zahlen: Von den Radikaloperierten, die die Operation überstanden haben, haben länger als 3 Jahre gelebt 46,5%, länger als 5 Jahre lebten 32%, länger als 8 Jahre 24,1% und länger als 10 Jahre 19%.

L. Gordon, Berlin.

774.

Lacroze, Alberto, Carlos Mesa und Lorenzo F. Rivolta, Subkutane Hydatidenzyste in der Linea alba, eine epigastrische Hernie vortäuschend. (Rev. méd. lat.-amer., 13., 156, S. 2185.) Sehr hochgewachsener 19jähriger Mann, von kräftiger Konstitution, bisher immer gesund, weist in der Linea alba, zwei Querfinger unterhalb des Processus xiphoideus, eine taubeneigroße Anschwellung, welche irreduzibel und druckempfindlich ist. Die Haut darüber normal. Abdomen weich. Anamnese wichtig ist, daß die Anschwellung vor 5 Jahren aufgetreten, vollkommen schmerzlos war, sich im Laufe der Zeit bis zur beschriebenen Größe entwickelt hat, ohne dem Patienten jemals, auch bei der schwersten landwirtschaftlichen Arbeit, Beschwerden zu machen, daß er sie erst infolge einer Bronchitis als unangenehm empfand, da er an dieser Stelle beim Husten sowie bei linksseitiger Lage Schmerzen verspürte. Es wird die Diagnose einer epigastrischen Hernie gestellt und zur Operation geschritten, bei welcher es sich aber herausstellte, daß es sich hier um eine isolierte Hydatidenzyste der Linea alba handelte. Das interessante an dem Falle war außer der Symptomatologie auch die sehr seltene Lokalisation der Hydatidenzyste.

Ashkenazy, Wien.

775.

Crosbie, Arthur H., Verschiedene Behandlungsmethoden der suprapubischen Prostatektomie. (Urologic Rev., I, 1929.) Die suprapubische Prostatektomie ist zwar die bequemste Methode, um die Prostata zu entfernen, aber sie ist nur dort anzuwenden, wo voraussichtlich die Eukleation leicht gelingen wird; bei Adhärenz und Malignität der Prostata ist der perineale Weg vorzuziehen. Von den beiden Methoden der suprapubischen Prostatektomie benutzt Verfasser die „geschlossene“ nicht die „offene“. Die Drainage der Blase, die bei Residualharn der Operation vorhergehen muß, ist fast nie durch den Katheter — wegen der Infektionsgefahr —, sondern durch suprapubische Drainage mittels $\frac{3}{4}$ Zoll dicker Tube auszuführen. Bei der Operation wird bei der „offenen“ Methode die gesetzte Fistel breit erweitert; die Eukleation geschieht unter Leitung des Auges und wird mit Skalpell und Schere ausgeführt. Bei der „geschlossenen“ Methode wurden zwei Finger der linken Hand in das Rektum geführt, die die Prostatektomie dem rechten Zeigefinger, der durch die Fistelöffnung zur Prostata gebracht wird, entgegendrücken. Dieser Zeigefinger der rechten Hand löst auch das Adenom aus der Kapsel, gegen die dann eine Zeitlang ein Schwamm zwecks Blutsstillung gedrückt wird. Bei der „geschlossenen“ Methode eine zweite Öffnung neben der Drainagefistel anzulegen, wie von einigen Autoren neuerdings vorgeschlagen wurde, lehnt Verf. ab. Nach der Operation wird die Tube solange wieder eingeführt, bis der Urin ganz klar ist. Die Operation wird nie in Allgemeinnarkose, sondern in Spinalanästhesie ausgeführt.

Dr. Bab.

776.

Koster, Harry, Vernachlässigte Fälle von Appendizitis. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) Die größte Mortalität zeigen die Spätfälle. In 40% dieser ist der paralytische Ileus die Todesursache. Postoperatives klinisches Bild: die Temperatur bleibt hoch, der Puls rapid vermehrte Respiration, starke Auftreibung, häufiges andauerndes Erbrechen, das durch Spülungen nicht zu bessern, ebenso wenig, wie Einläufe die Auftreibung bessern; sie kommen klar zurück, keine Flatulenz. Erhöhung des Nichtprotein-N, Harnstoffs und des CO₂-bindenden Vermögens, Sinken der Blutchloride: Ileus. Rapide Verschlimmerung des Zustandes. Scharfe krampfartige

Schmerzen mit sichtbarer Peristaltik. Daher auch die Ansicht: keine Appendizitis ohne Ileus. Aber bei Appendizitis liegt stets ein gewisser Grad von Peritonitis vor und diese hat den Ileus zur Folge. Bei Peritonitis gewinnen Bakterien und ihre Toxine Zutritt zur Zirkulation; der paralytische Ileus läßt die Absorption von Peptonen, Peptiden, Aminen und Toxinen zu: Toxämie. Alle Mittel, den paralytischen Ileus zu bekämpfen (Irrigationen, hypodermische Medikation, Enterostomie usw.), kommen zu spät. Die Peritonitis hat aber manchmal auch fibrinöse Exsudation zur Folge und damit Adhäsionen und mechanische Obstruktion. Aber der Endeffekt ist in beiden Fällen der gleiche: Toxämie, nicht Bakteriämie. Die Mortalität dieser Fälle hängt ganz davon ab, wie früh der Ileus bekämpft wird (innerhalb 12 Stunden). Und diese Frühdiagnose ist nicht allzu schwer. Die Anamnese und die abdominalen Zeichen (Aufreibung, Rigidity im oberen rechten Quadranten, Druckempfindlichkeit in der Nachbarschaft des Appendix) leiten darauf hin. Deshalb gleichzeitig mit der Entfernung des Appendix Enterostomie, nicht Jejunostomie. In 20 Fällen war diese von Erfolg begleitet. Das gegebene Anästhetikum dabei ist die Spinalanästhesie, wegen der gründlichen Erschlaffung der ganzen Bauchmuskulatur, die bei tiefer allgemeiner Narkose nötig wäre, wobei die Gefahr von Schock usw., auch von Toxämie wesentlich größer wäre.

v. Schnitzer.

777.

Papayannou, Th., Chirurgische Appendizitiserfahrungen mit besonderer Berücksichtigung ungewöhnlicher Operationsbefunde. (Dtsch. Ztsch. f. Chir., 213., 1/2. H., 1928.) Bei jeder akuten Appendizitis soll unverzüglich in den ersten 24, höchstens 48 Stunden operiert werden, da der Eingriff zu der Zeit am ungefährlichsten ist. Selbst wenn die Diagnose nicht ganz sicher feststehend ist, hat manchmal die Operation gezeigt, daß bei geringen äußeren Anzeichen schwere lokale Veränderungen am Wurmfortsatz und in seiner Umgebung vorliegen. Kommt ein Appendizitis-kranker erst am dritten Tage in die Behandlung, so ist der Krankheitszustand zu beobachten. Klingt der Entzündungsvorgang ab, so wird unter konservativer Behandlung ein völliger Rückgang abgewartet und die Appendektomie nach 6 bis 10 Wochen ausgeführt. Schreitet der entzündliche Prozeß fort, so ist die Operation unverzüglich vorzunehmen. Bei Abszeßbildung ist nur der Abszeß zu öffnen. Ein langes Suchen nach dem Wurmfortsatz ist fehlerhaft wegen der Verschleppungsmöglichkeit der Infektionserreger. Er wird bei Eröffnung eines Abszesses nur entfernt, wenn er im Operationsgebiet liegt.

Selbst bei septischen Bauchfellentzündungen soll man sich nicht von der Vergeblichkeit des Tuns abschrecken lassen und die Operation, unter Umständen nur die Ablassung des Eiters, wenn möglich in örtlicher Betäubung, wagen. Verf. will auf die Drainage der Bauchhöhle bei den perforierten Appendizitiden und bei Abszeßbildung nicht verzichten. Der Wurmfortsatz soll bei sämtlichen anderen Operationen, besonders bei gynäkologischen Operationen, bei denen er im Operationsfeld liegt, mit entfernt werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

778.

Bonheim, Paranephritische Abszesse. (Derm. Wschr., 88, Nr. 3, 1929.) Paranephritische Abszesse werden häufig verkannt, weil nicht an sie gedacht wird. Sie treten sekundär nach Furunkeln, Karbunkeln, Schweißdrüsenabszessen, impetiginösen Prozessen an den Händen (alles Staphylokokkeninfektionen) auf, bisweilen erst mehrere Monate nach der ursprünglichen Krankheit. Die Niere selbst braucht, da die Fettkapsel ihre eigene Gefäßversorgung hat, nicht in Mitleidenschaft gezogen zu werden, und es fehlen dann Harnveränderungen, andererseits kann aber auch ein kleiner Rindenabszeß nach außen durchbrechen. Charakteristisch für den Prozeß ist Fieber und Druckschmerz in der Lendengegend; die Diagnose wird durch Probepunktion gesichert; nach der operativen Eröffnung verläuft die Krankheit schnell und glatt.

Ernst Levin, Berlin.

779.

Portmann, U. V., Beobachtungen über die Anwendung der Diathermie bei der Verhütung und Behandlung des Operationschocks. (Arch. Physic. Ther., 19., Nr. 9.) Einer der wichtigsten Ursachen des Operationschocks bei Bauchoperationen ist die Abkühlung der Leber. Bei Notoperationen, die in kalten Räumen stattfinden müssen, ist die Mortalität infolge Schock besonders groß. Das war besonders während des Krieges in ungeheizten Feldlazaretten oft genug zu beobachten. Verf. hat daher versucht, durch Anwendung von Diathermie auf die obere Lebergegend, untere Lungenpartie und Herzgegend den Schock zu verhüten. Je eine große Elektrode wird beiderseits unter die Achselhöhle angelegt. Die Behandlung wird zweckmäßig begonnen, bevor die Narkose vorgenommen wird. Die Temperatur der Leber wird auf diese

Waise erhöht oder mindestens auf der Norm gehalten, während sie ohne diese Vorsichtsmaßnahme sinkt.

Kirschmann.

780.

Boorstein, S. W., **Nachbehandlung der Frakturen.** (Med. J. A. Rec., Nr. 10, 1928.) Für die Behandlung der Frakturen sind folgende Regeln aufgestellt: Behandle jeden zweifelhaften Fall solange als Fraktur, bis das Gegenteil bewiesen ist. Das ist kein Kredit für Uebersehen einer Fraktur und kein Mißkredit für den umgekehrten Irrtum. Laß dich nicht durch das Fehlen von Formveränderung und Gebrauchsunfähigkeit täuschen: es gibt Frakturen, bei denen die Glieder vollständig gebrauchsfähig sind. Stets vorsichtige Handtierung eines gebrochenen Gliedes. Gebrauche nur die einfachsten Methoden bei der Untersuchung zwecks Diagnose. Eine bestimmte lokalisierte Empfindlichkeit eines Knochens kann auf eine Fraktur deuten. Suche nie Krepitieren hervorzurufen. Begrenze die Korrektionsmanipulationen auf die Hautformveränderungen. Nach der Einrichtung Dauerverband. Möglichst früh röntgen und dann sofort zweckmäßige Behandlung. Sieh, ob nicht noch andere Frakturen vorliegen, keine anderen Körperschädigungen. Ferner: Jede Fraktur ist als Problem für sich zu behandeln. Endzweck: gute Funktion. Die heutigen ökonomischen Verhältnisse bedingen baldige Rückkehr zur früheren Beschäftigung: dies ist das Prinzip der Nachbehandlung. Massage nur durch tüchtige Masseure und möglichst früh. Physikalische Therapie ist nicht identisch mit Apparathherapie. Der Gebrauch der Krücken ist eingehend zu instruieren. Aktive Bewegungen sind passiven vorzuziehen. Langdauernde Immobilisierung ist schädlich. Eine schlechte Vereinigung ist zu korrigieren. Eine etwaige Ursache der Beschränkung der Nachbargelenke sollte sorgfältig überlegt und beseitigt werden.

v. Schnizer.

781.

Deutschländer, Carl, **Die angeborene Verrenkung des Sprunggelenks (Verlagerung des Sprunggelenks).** (Dtsch. Ztsch. f. Chir., 213, 1/2, H., 1928.) Es ist richtiger, von einer Verlagerung des Sprunggelenks als von einer angeborenen Verrenkung zu reden; denn es handelt sich um einen Entwicklungsfehler des Fußskeletts, der häufiger vorkommt, als man annimmt. Die Störungen spielen sich in der Hauptsache im Rückfuß ab, während der Vorderfuß meistens normal entwickelt ist. „Charakteristisch ist die Sturz- bzw. Gleitstellung des Sprunggelenks und die Horizontalstellung des Fersenbeins.“ Die angeborene Verlagerung des Sprunggelenks heilt nach den bisher beobachteten Fällen nicht von selbst aus, es ist in den meisten Fällen mit einer Verschlimmerung der Beschwerden zu rechnen. Ueber die zweckmäßigste Art der einzuschlagenden Therapie liegen bei den wenigen bisher beobachteten Fällen noch keine genügenden Erfahrungen vor. Von drei Fällen, bei denen die blutige Reposition vorgenommen wurde, traten zwei Rückfälle auf, obwohl das Ergebnis unmittelbar nach der Operation als günstig bezeichnet werden mußte.

E. Gohrbandt, Berlin.

782.

Peltesohn, Siegfried, **Verfahren zur Herstellung von Fußmodellen.** (Med. Klin., 2, 1929.) Das Verfahren des Verfassers zur Herstellung von Modellen zur Einlagenbeschränkung sich auf die Abformung der plantaren Hälfte des Fußganzes. Das Verfahren wird folgendermaßen ausgeführt: In eine emaillierte Schale, wie man sie zum Entwickeln von Platten 18 × 24 cm braucht, werden etwa 2½ kg Glaserkitt gebracht; die Masse wird plattgedrückt. Solange sie nicht verwendet wird, wird sie luftdicht unter einer Wasserschicht aufbewahrt, weil sie andernfalls hart und somit unbrauchbar werden würde. Soll ein Fußabdruck hergestellt werden, so wird das Wasser abgossen, der durch Eintauchen in Wasser gut angefeuchtete, herabhängende Fuß des sitzenden Patienten in der vom Arzt als zweckmäßig erkannten korrigierten Stellung und Form (z. B. beim Plattfuß: Supination des Kalkaneus, Pronation des Vorfußes, Hebung des H. bis IV., Herabdrücken des I. und V. Metatarsusköpfchens) in die plastische Masse ein wenig hineingedrückt und zirkulär mit von den Seiten herangeholtem Kitt wallartig umgeben. Vorsichtig wird nun der abgeformte Fuß herausgehoben; das Negativ ist fertig. Dieses Negativ wird jetzt mit Paraffin angefüllt, das vorher auf einer Pfanne oder in einem Tiegel auf dem Herde flüssig gemacht worden ist. Die Erhärtung des Paraffins erfolgt langsam mit horizontaler, fast ebener Oberfläche; sie kann durch Zuführung von Kälte (Eintauchen in kaltes Wasser oder dgl.) etwas beschleunigt werden. Nach völligem Hartwerden des Paraffins wird das fertige positive Modell der plantaren Fußhälfte herausgehoben. Es kann leicht durch Abschaben, weniger gut durch Auftragen von Paraffin vom Arzt nach Wunsch und Bedürfnis nachmodelliert werden. Nach dem Paraffinmodell läßt sich die Metalleinlage besonders exakt von der Hand treiben. Statt mit Paraffin kann man das Kittnegativ auch mit Gipsbrei ausfüllen. Auf diese Weise verschafft man sich ein dauerhaftes Gipspositiv.

Gordon, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

783.

Henkel, Max, **Die funktionell bedingten Blutungen in der Gynäkologie.** (Med. Klin., 2, 1929.) Die funktionell bedingten Blutungen können in sehr verschiedener Art auftreten: anhaltend, mehr oder weniger stark und in längeren oder kürzeren Intervallen. Je nach der Stärke und Dauer der Blutung können auch die Rückwirkungen auf den Allgemeinzustand mehr oder minder schwerwiegend sein. Die erste Aufgabe des Arztes besteht in der möglichst raschen Stillung der Blutung. Die früher vielgeübte Ausschabung des Uterus hat längst die ihr zugemessene Bedeutung verloren. Viel besser sind Bettruhe, Eigenblutinjektionen, Gelatine und Tamponade des Uterus mit Gazestreifen, die mit Blutserum getränkt sind. Sehr wichtig ist die nebenhergehende Kalkanreicherung des Blutes, Eisenzufuhr und kräftige Ernährung. Die weitere Behandlung hängt von der Ermittlung der eigentlichen Ursache der funktionellen Blutung ab. Eine große Rolle spielt dabei natürlich die Organtherapie. Einige Injektionen eines an sich richtig gewählten Hormons führen noch keine Heilung herbei; dies ist erst dann der Fall, wenn der Inkretausfall nicht nur vorübergehend, sondern durch Funktionsregulation des in Frage kommenden Organs dauernd ausgeglichen wird, und das kann unter Umständen längere Zeit dauern. Daraus erklärt es sich auch, weshalb funktionelle Blutungen so leicht zur Wiederholung neigen. Meist handelt es sich bei den funktionellen Blutungen um eine ovarielle Hyperfunktion, nebenher gehen die durch den Uterus direkt oder indirekt bedingten Funktionsstörungen, die sich mehr oder weniger auf die Funktion des Eierstockes auswirken. Die Strahlentherapie kann durch Röntgenstrahlen und durch intrauterine Anwendung des Radiums zur Anwendung gelangen. Die erste Methode wirkt ausgesprochen auf die Eierstöcke, die zweite auf den Uterus und sekundär durch diesen auf die Eierstöcke.

L. Gordon, Berlin.

784.

Stemmer, W., **Klimakterische Blutungen und Kreislaufstörungen.** (Zbl. Gyn., Nr. 3, S. 162, 1929.) Es bestehen häufig Beziehungen zwischen starken Genitalblutungen und Kreislaufstörungen. Insbesondere finden sich bei hypertensiven Frauen oft Menorrhagien, die als Entlastungsblutungen aufgefaßt werden können. Meist besitzen diese Fälle eine gute Blutregeneration und werden daher nicht anämisch. Auch findet sich häufig bei ihnen eine geringe Einschränkung der Konzentrations- und der Verdünnungsfähigkeit der Niere. Bei dieser Gruppe von Frauen ist Röntgenbestrahlung kontraindiziert, weil sie erfahrungsgemäß starke Ausfallserscheinungen bekommen. Die Röntgenbestrahlung stellt bei Blutungen im klimakterischen Alter ein eingreifendes Behandlungsverfahren dar und darf, nach Ansicht des Verfassers, nur dann zur Anwendung kommen, wenn die Gefahr der Anämie besteht, nicht aber bei Blutungen, die den Hämoglobingehalt nur wenig beeinflussen.

Schwab, Hamburg.

785.

Wall, Alvarado J., **Ueber Varikozele des kleinen Beckens.** (Rev. méd. Chile, 56., 8, S. 989.) Die Symptome der Varikozele des Plexus pampiniformis sind: Stark vergrößerter, stark retroflektierter Uterus, von derart weicher Konsistenz, daß der Fingerdruck bestehen bleibt. Schmerzen und Gefühl der Schwere im Hypogastrium und der Lendengegend mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten, wobei die Beschwerden bei Stehen und in der prämenstruellen Phase exazerbieren. Diese subjektiven Symptome erfahren eine Besserung oder verschwinden während der Menstruation, die sich durch verhältnismäßig lange Dauer und profuse Blutung auszeichnet. Hochgradiger Fluor.

Ashkenasy, Wien.

786.

Labhardt, Alfr., **Pruritus vulvae.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 4, S. 197, 1929.) Prinzipiell sind drei Ursachen für die Entstehung des Pruritus vulvae zu unterscheiden: Lokale Erkrankungen der Vulva mit Mazeration des Scheideneinganges durch Fluor und als Folge von Allgemeinerkrankungen (Diabetes, Choleämie); ferner der ovariogene Pruritus mit Leukoplakie, endlich der neurogene und psychogene Pruritus. Der Pruritus ist jedoch stets als ein Symptom, nicht als eine selbständige Krankheit zu werten. Findet er sich bei einer lokalen Erkrankung der Vulva, so ist er als Teil-symptom bei dieser zu erwähnen. Meist ist er ein Symptom der Leukoplakie, die ihrerseits wieder durch eine Unterfunktion der Ovarien oder durch Pankreasdysfunktion (Diabetes) bedingt ist. Die Kraurosis vulvae ist als Folgezustand der Leukoplakie anzusehen, mit ihr zusammen ovariell bedingt. Die Therapie des Pruritus muß in erster Linie die Grundkrankheit bekämpfen, kann aber meist nur symptomatisch bleiben. Anwendung kalter Sitzbäder und Duschen, besonders abends vor dem Schlafengehen,

Pinselfungen mit 2—5prozentigem Arg. nitr. und Applikation einer 50prozentigen Naphthalanpaste sind empfehlenswert.

Schwab, Hamburg.

787.

Schröder, Robert, **Die klinischen Anwendungsgebiete der Sexualhormonpräparate (ihre klinischen Tests)**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 1, S. 3.) Die biologisch schon gut ausdosierten Sexualhormonpräparate müssen erst auf klinische Brauchbarkeit hin geprüft werden. Dies muß mit Kritik, aber auch mit Nachdruck unternommen werden, wenn die wertvollen theoretischen biologischen Ergebnisse dieser Forschungsrichtung nicht ohne praktische Auswirkung bleiben sollen. Geeignet sind zur klinischen Prüfung der Hormonpräparate zunächst Fälle, bei denen es sich einzig und allein um einen mäßigen Ausfall von Ovarialhormon ohne weitere andere Krankheitserscheinungen im Körper handelt. Als klinischer Test kommt analog dem Wachstumstest bei Tieren die Turgor- und Wachstumsanregung eines geschrumpften Uterus und analog der Brunstreaktion die Temporegulierung des Eintrittes der Regelblutung, also des Zyklustempos, in Frage. Nicht geeignet dagegen sind verstärkte Regelblutungen oder durch abnorme Prozesse bedingte Dauerblutungen. Diese sind durch so mannigfache, fast stets lokale Faktoren des Genitalschlauches bedingt und haben dann mit der ovariellen Funktion nicht das geringste zu tun. Unnötig ist die Verwendung der dosierten Präparate bei den sogenannten Ausfallserscheinungen. Arnold Hirsch, Berlin.

788.

Schmitt, Walther, **Neue Beobachtungen zur Frage der Nachkommenschädigung nach Ovarialbestrahlung**. (Strahlenther., 30., Heft 1.) Weder bei der Ovarial-Schwachbestrahlung, noch bei der zwecks Daueramenorrhoe vorgenommenen Ovarial-Vollbestrahlung hat Verf. jemals eine mit der Röntgenbehandlung in Zusammenhang stehende Schädigung gefunden. Es wurden im ganzen bei 25 Frauen 42 Schwangerschaften nach der Ovarialbestrahlung beobachtet. Eine Gefahr für die Nachkommenschaft scheint sonach nicht zu bestehen.

Kirschmann.

789.

Lehfeldt, Hans, **Gynäkologische Zustandsbilder und ihre Behandlung**. (Hippokrates, Nr. 4, 1928.) Der von Kräpelin in der Psychiatrie eingeführte Begriff „Zustandsbild“ scheint sich in der Gynäkologie auch durchzusetzen und damit eine einheitliche Auffassung von Krankheiten zu ermöglichen, welche heute noch als nicht zusammengehörig betrachtet werden. Nach Aschner sind bei etwa 10% aller Frauen Menstruationsstörungen vorhanden, welche er als Hypomenorrhoe zusammenfaßt. Kombiniert mit dieser Störung sind fast regelmäßig extragenitale Krankheitserscheinungen wie Haut- und Augenleiden, psychische und rheumatische Störungen, Erkrankungen der Leber, Gallenblase u. ä., ferner Zeichen von Autointoxikation, Schilddrüsenenerkrankungen und Vollblütigkeit. Nach Aschner handelt es sich dabei generell um Menstruationstoxikosen im Sinne einer Dyskrasie der alten Aerzte. Diese Beobachtungen kann Lehfeldt bestätigen. Als Mittel der Behandlung dieser Zustandsbilder werden Abführmittel und Aderlässe empfohlen.

Dermitzet.

790.

Iwanow, W. A., **Wirkung der äußeren Epithelkörperchen auf den Verlauf der Schwangerschaft und die Fruchtentwicklung**. (Wratsch, Djelo, 11., Nr. 10, S. 805—808, 1928.) Auf Grund von Versuchen an einer Reihe von trächtigen Hündinnen, bei denen Exstirpation der beiden äußeren Epithelkörperchen und eines Schilddrüsenläppchens mitsamt dem inneren Epithelkörperchen vorgenommen wurde, werden folgende Schlüsse gezogen:

1. Zwischen der Funktion der äußeren Epithelkörperchen und der weiblichen Genitalsphäre ist eine enge innere Beziehung vorhanden.
2. Entfernung der äußeren Epithelkörperchen hat beim trächtigen Tiere eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge.
3. Der Ausfall ihrer Funktion beeinflusst die Entwicklung und das Leben des Fötus ungünstig.
4. Die Insuffizienz der Epithelkörperchenfunktion stellt nicht die ausschließliche Ursache der Tetanieentstehung dar.

Diese Versuchsergebnisse legen den Gedanken nahe, ob die habituellen Aborte und vorzeitigen Entbindungen von toten bzw. nicht lebensfähigen Früchten in den Fällen, wo die Aetiologie unklar ist, nicht durch die Insuffizienz der äußeren Epithelkörperchen bedingt werden.

E. Kontorowitsch.

791.

Winter, G., **Die Zukunft der häuslichen Geburtshilfe**. (Med. Klin., 2, 1929.) Verfasser wendet sich energisch gegen die Forderung von Max Hirsch, daß die operative Geburtshilfe als Fachwissenschaft dem praktischen Arzt entzogen und in die Hände des Facharztes in der Klinik gelegt werden soll. An Hand eines großen

statistischen Materials kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die operative Geburtshilfe der praktischen Aerzte unter den schwierigen Verhältnissen der täglichen Praxis doch recht gute Resultate aufweist und, alles in allem genommen, den in der Klinik gewonnenen nahekommen beginnt. Verfasser sieht die zukünftige Entwicklung der operativen Geburtshilfe nicht darin, daß sie in die Anstalten verlegt wird, sondern daß unter einer Scheidung in „große“ und „kleine“ Geburtshilfe nur diejenigen Fälle von den Aerzten in die Kliniken überwiesen werden, welche sie nach allen Voraussetzungen nicht mit gutem Resultat zu Ende führen können. Für den praktischen Arzt scheiden vollkommen aus: die Sectio caesarea abdominalis, die Lymphsiotomie und die Sectio caesarea vaginalis. Zu seiner Domäne gehören: Zange, Extraktion, Wendung, künstliche Frühgeburt, Kraniotomie und Embryotomie, Reposition von Arm und Nabelschnur, einzelne Umwandlungsverfahren, Dilatationsmethoden, Behandlung der mütterlichen Verletzungen, manuelle Plazentalösung, Abortbehandlung. Alle Dammrisse, alle Scheidenrisse, alle Klitorisrisse, alle Portiorisse muß der praktische Arzt unmittelbar nach ihrer Entstehung vernähren können. Nur allein die Uterusruptur muß sofort in eine Anstalt transportiert werden. Für den praktischen Arzt können dagegen ohne Schaden für Mutter und Kind bleiben: Alle normalen Geburten, alle Beckenendlagen, die Deflexionslagen ohne enges Becken, Querlagen bei normalen Becken, Zwillingsgeburten, Nabelschnurvorfälle, Armvorfälle, Fieber in der Geburt, Geburtsstillstand ohne jede Komplikation, soweit er ausschließlich auf Wehenschwäche und Insuffizienz der Bauchpresse beruht, die fötale Asphyxie, soweit sie nicht bereits im Beginn der Eröffnungsperiode auftritt, Nachgeburtsblutungen, Verletzungen der Gebärenden, Aborte, wobei zu bemerken ist, daß der fieberhafte Abort im allgemeinen als ein Objekt der Krankenhausbehandlung zu betrachten ist.

L. Gordon, Berlin.

792.

Gauß, C. J., **25 Jahre geburtshilflicher Schmerzlinderung** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 1, S. 1.) Es bestehen keinerlei religiöse Bedenken gegen die Anwendung einer geburtshilflicher Schmerzlinderung.

Auch vom ethischen Standpunkte aus muß der gebärenden Frau das Recht auf Schmerzlinderung zugebilligt werden.

Die Methode des „Chloroform à la reine“ ist wegen der besonderen Gefährlichkeit des Mittels bei der gebärenden Frau zu verwerfen, zumal ihre Anwendung nur über einen kurzen Teil der Austreibungsperiode möglich ist. Die protrahierte Aethernarkose kommt wegen ihrer wehenverschlechternden Wirkung ebenfalls nicht in Frage. Das Aethylchlorid sollte wegen seiner hohen Gefährlichkeit bei längerer Anwendung nur als kurzer Rausch verwandt werden. Die Gasnarkose mit Stickoxydul, Narzolen und Aethylen kann bei der für die Schmerzlinderung ausreichenden niedrigen Gaskonzentration auf längere Zeit und ohne Schaden für Mutter und Kind angewendet werden, verlangt aber eine teure, komplizierte Apparatur und die dauernde Bedienung derselben durch einen Arzt.

Die Lumbal- und Sakralanästhesie ist sowohl wegen ihrer kurzen Dauer als auch wegen der durch sie bedingten völligen Aufhebung der Bauchpresse für die geburtshilfliche Schmerzlinderung unbrauchbar. Die parametran, parasakrale Anästhesie und die Pudendusnästhesie beeinträchtigen die Preßwehen zwar nicht wesentlich, haben aber wegen ihrer kurzen Wirkungsdauer sowie der Umständlichkeit und Infektionsgefahr der vaginalen Injektionstechnik nur geringen praktischen Wert.

Das synergetische Verfahren nach Gwathmey hat ebenfalls nur eine kurz dauernde Wirkung und ist außerdem mit verschiedenen Nachteilen (Wehenschwäche, Erregungszustände, Versagen) behaftet. Aus den gleichen Gründen ist auch die rektale Avertinarkose nicht als die Methode der Wahl anzusehen, zumal die Verwendung eines so differenten Mittels bei einem physiologischen Vorgang Bedenken hat.

Hypnose und Suggestion kommen nur in Ausnahmefällen in Frage. Die Verstärkung ihrer Wirkung durch Zusatznarkose ist nicht zu empfehlen.

Der medikamentöse Dämmer Schlaf mit Morphin und Skopolamin ist über längere Zeit ohne Gefahr für Mutter und Kind durchzuführen, verlangt aber Erfahrung in der Dosierungstechnik, da eine schematische Verabfolgung der verwendeten Mittel Nachteile hat. Von den übrigen Formen des medikamentösen Dämmer Schlafes hat sich die intravenöse Injektion des Pernoktons bewährt, wenn die Geburt nicht zu lange dauert; wiederholte Pernoktongaben sind nur ausnahmsweise erlaubt.

Der neuerprobte Pernokton-Skopolamindämmer Schlaf scheint nach den bis jetzt vorliegenden Erfahrungen die beste Art der geburtshilflichen Schmerzlinderung zu sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

793.

Schwarzkopf, Ernst, **Abriß der Muttermundslippe bei der Spontangeburt**. (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 5, S. 290, 1929.) Es

wird über einen Fall mit engem Becken berichtet, bei dem der größte Teil der vorderen Muttermundslippe durch den Kopf gegen die Symphyse gedrängt und abgequetscht wurde. Begünstigt wurde das Eintreten dieser Verletzung durch vorzeitiges starkes Mitpressen der Kreißenden und ferner durch die Injektion von Physormon zu einem Zeitpunkt, als der Kopf noch nicht tief ins Becken eingetreten war. Für die Praxis folgt aus dieser Beobachtung, daß bei der Geburt beim engen Becken vor der Injektion eines Wehenmittels auf die Möglichkeit einer Einklemmung der vorderen Muttermundslippe zwischen Kopf und Symphyse geachtet werden muß. Es empfiehlt sich, vor der Injektion des Hypophysenpräparates bei der Untersuchung vom Rektum oder von der Vagina aus den eingeklemmten Teil der vorderen Muttermundslippe zurückzuschieben und solange nach oben zu halten, bis einige starke Wehen den Kopf in den unteren Raum des Beckens vorgetrieben haben. Da die Heilungsaussichten für derartige durch Abquetschung abgetrennte Gewebstücke sehr gering sind, so tut man gut, solche Gewebstücke abzutragen und nicht erst das Wiederannähen des Lappens zu versuchen.

Schwab, Hamburg.

794.

Serrao, Baptista, **Postnataler Schock.** (Folha med., 11., 31.) Nicht selten kommt es nach normaler Geburt des Kindes und der Plazenta, ohne daß irgendwelcher Eingriff stattgefunden hat, mitten im besten Wohlbefinden der Wöchnerin zu vorübergehenden Schüttelfrösten, die, wenn auch meistens harmloser Natur, unter Umständen jedoch einen bedrohlichen Charakter annehmen und zu einem fatalen Ausgang führen können. Dieser Zustand wurde nach Wallich (1908) als „Choque obstétrique“ — postnataler Schock — bezeichnet. Derselbe ist durch plötzliches Einsetzen (Schüttelfröste, profusen Schweiß, Blässe, Blutdrucksteigerung, schnellen Puls, oberflächliche Atmung, Sehstörungen, Angstgefühle) bei erhaltenem Bewußtsein charakterisiert. Gegenüber der Synkope zeichnet sich der Schock durch längere Dauer, Erhaltung des Bewußtseins, nicht übermäßige Pulsbeschleunigung, mehr livide Gesichtsfarbe, geringere Ansprechbarkeit der Bluttransfusion, gegenüber der akuten gastro-duodenalen Dilatation des Puerperiums durch die kahnförmige Einziehung der Magengegend aus. Die Ursachen des postnatalen Schocks können entweder in der plötzlichen Entleerung des Abdomens, besonders bei Hydramnion, die eine hochgradige Erweiterung der Abdominalgefäße und konsekutive zentrale Anämie zur Folge hat, oder toxisch in einer Absorption von Plazentagewebe durch den Kreislauf (Analogie zwischen dem postnatalen und traumatischen Schock), im Versagen der Herztätigkeit, oder schließlich in einer Schwangerschaftstoxämie liegen. Die Prognose ist im allgemeinen gut, seltener kommt es zur fettigen Degeneration der Leber und Veränderungen des Nierengewebes, speziell des Epithels der Tubuli contorti.

Eine Prognose läßt sich auf Grund der Anfangssymptome nicht stellen. Einen sehr zuverlässigen Maßstab bildet die Messung des Blutdrucks. Therapeutisch kommen physiologische Kochsalzlösung, Adrenalin, Digalen sowie andere Herztonika, Sauerstoffzufuhr, die Trendelenburgsche Lage, Autotransfusion in Betracht. Verf. schildert zwei Fälle von postnatalen Schock eigener Beobachtung mit gutem Ausgang.

Ashkenasy, Wien.

795.

Esquivel, Domingo, **Behandlung der Gebärmutteratonie post partum.** (Rev. esp. med. cir., 11., 608.) Verf. bekämpft die Uterusatonie nach Geburt durch Hypophyseninjektionen unmittelbar in die Gebärmutter und hat in einer großen Zahl von Fällen ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen. Die Technik ist folgende: In eine 3 ccm fassende Spritze werden 2 bis 3 Ampullen des Hypophysenpräparates aufgezogen, der Uterus durch die Bauchdecken hindurch fixiert und an einem Punkte, der vorher mit Jodtinktur bezeichnet wurde, eine 5 cm lange Nadel schlagartig durch die Bauchdecken hindurch in den Uterus eingestochen, worauf ein Teil des in der Spritze befindlichen Mittels eingespritzt wird. Das Eindringen der Nadel in das Gewebe der Gebärmutter gibt sich durch eine charakteristische Empfindung kund. Jetzt wird die Nadel aus dem Uterus, jedoch nicht über die Bauchdecken, hinaus entfernt und eine andere Stelle desselben wird mit der Nadelspitze aufgesucht und nach erfolgtem Einstich der andere Teil des Spritzeninhaltes injiziert. Nach wenigen Minuten kommt es zu einer energischen Kontraktion der Gebärmutter, welche von Schmerzüßerungen der Wöchnerin begleitet wird. Je nach dem Grade der Atonie kommt es entweder zur sofortigen kompletten Kontraktion oder bei sehr schwerem Grade kontrahiert sich die Gebärmutter zuerst an den Injektionsstellen und erst allmählich erstreckt sich die Kontraktionswelle auf den Rest des Gebärmutterkörpers; in solchem Falle wird die Massage als Hilfsmittel herangezogen und innerhalb einer Minute kommt es zur kompletten Kontraktion. Ist das nicht der Fall, so liegt hier ein technischer Fehler vor, indem die Uterusmuskulatur durchstoßen und das Mittel in die Gebärmutterhöhle eingespritzt wurde. Gelingt es nicht, die Gebärmutter durch die

Bauchdecken hindurch zu tasten, so wird die Hand in das Uteruskavum eingeführt und so der Uteruskörper an die Abdominalwand gehoben. Wird die Muskulatur durchstoßen und das Mittel in die Gebärmutterhöhle injiziert, so ist die richtige Injektion zu wiederholen. Bei primärer Atonie versagt das Verfahren, indem es zwar zu einer sofortigen Uteruskontraktion kommt, die jedoch einer sehr bald darauf einsetzenden Erschlaffung weicht, wobei auch wiederholte Injektionen von Hypophysin in die Gebärmutter keinen Nutzen bringen. In solchen Fällen muß man eine Hysterektomie ausführen. Schwierigkeiten der Erfassung der Gebärmutter durch die Bauchdecken begegnet man bei fettleibigen Gebärenden; bei genügender Praxis schwindet auch diese Erschwerung. Die Gefahr der Verletzung eines dazwischen gelegenen Darmstückes ist eine sehr geringe, da es sehr selten vorkommt, daß der Darm zwischen Gebärmutter und Abdominalwand unter der Geburt zu liegen kommt. Auch die Injektion des Mittels in ein Blutgefäß resultiert in einer schnellen Kontraktion des Uterus, ohne daß irgendwelche unerwünschte Nebenerscheinungen auftreten. Ashkenasy, Wien.

796.

Barczy, Eugen, **Behandlung der Schwangerschaftsödeme mit Schilddrüsenextrakt.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 4, S. 209, 1929.) Ausgehend von der Annahme, daß die Ursache der Schwangerschaftstoxikosen in dem verminderten Anpassungsvermögen der innersekretorischen Drüsen, insbesondere der Schilddrüse, zu suchen sei, welche den durch die Schwangerschaft gestellten Anforderungen nicht gewachsen sind, hat Verf. zur Bekämpfung der Schwangerschaftsödeme und zur Vorbeugung der Eklampsie Schilddrüsenextrakte in Tablettenform mit individueller Dosierung in drei- bis fünföchigen Kuren mit bemerkenswertem gutem Erfolg angewandt. Die Schwangerschaftsödeme verschwanden in jedem Fall gänzlich und erschienen auch nicht wieder nach Aufhören der Behandlung, obwohl auf jede Diät, Diuretika und Bettruhe verzichtet wurde. Auch wurden in keinem der Fälle thyreotoxische Symptome beobachtet; ebenso wenig trat eine Eklampsie auf, obwohl mehrere der Schwangeren an sehr starken Oedemen litten. Verf. glaubt, daß es sich bei der Schilddrüsenbehandlung der Schwangerschaftsödeme nicht um eine einfache diuretische Wirkung der Schilddrüsenpräparate handle, sondern daß dadurch eine Umstimmung des ganzen innersekretorischen Systems erreicht werde.

Schwab, Hamburg.

797.

Bronnikowa, X., **Geburten nach künstlichem Abort.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 5, S. 292, 1929.) Wiewohl der schädliche Einfluß des künstlichen Aborts auf die nachfolgenden Geburten von manchen Seiten völlig negiert wird, ist es doch von größtem Interesse, das Resultat von Beobachtungen zu hören, wie sie der Verf. auf dem VIII. Allrussischen Gynäkologenkongreß in Kiew, Mai 1928, mitgeteilt hat. Am Krankenmaterial der Klinik für Geburtshilfe der 2. Moskauer Staatsuniversität ließ sich feststellen, daß die Dauer normaler, unkomplizierter Geburten bei jungen wie bei älteren Frauen nach Aborten $1\frac{1}{2}$ bis 7 Stunden länger ist als bei den entsprechenden Kontrollfällen. Der Prozentsatz der pathologischen Geburten (atonische Blutung, Placenta accreta, Wehenschwäche) war im allgemeinen nach Aborten mehr als zweimal größer als bei den Kontrollfällen. Auch die Zahl der Wochenbettserkrankungen war nach Aborten fast doppelt so hoch wie bei den Kontrollfällen. Auch das Geburtsgewicht der Kinder nach Aborten ist um so geringer, je mehr Aborte vorangegangen sind. Aus alledem ergibt sich, daß der künstliche Abortus, auch wenn er bei einer gesunden Frau ohne sichtbare Komplikationen verläuft, den Uterus in schlechtere Bedingungen versetzt, die bei nachfolgenden Geburten einen ungünstigen Einfluß ausüben. Ein Kommentar erübrigt sich, auch für alle, die eine Freigabe des Abortus aus rein sozialer Indikation nach russischem Muster erstreben.

Schwab, Hamburg.

Geschichte der Medizin

798.

Forssell, Gösta, Robert Knox. In Memoriam. (Acta Radiol., Fasc. 4, Nr. 50.) Forssell gibt einen umfassenden Überblick über Einrichtung und Organisation des bekannten Stockholmer Radiumhemmet und die Prinzipien der dort üblichen Krebsbehandlung. Die Zentralisation der Strahlenbehandlung, insbesondere der Radiumbehandlung, hat Fortschritte ermöglicht, die an anderen ähnlichen Instituten, meist Anhängsel einer Spezialklinik, nicht möglich wären. Der Klinik stehen über 2 g Radium zur Verfügung. Durch weitgehende Unterstützung seitens der Kommunen ist dafür gesorgt, daß die Behandlung auch Minderbemittelten zugute kommen kann. Was die Zentralisation der Radiotherapie im Dienste der Krebsbehandlung bedeutet, sei mit den eigenen Worten des Verf. wiedergegeben: „Die Radiotherapie bei Tumoren war in Schweden wie

auch in anderen Ländern anfangs auf die verschiedenen Spitäler des Landes zersplittert und geschah so gut wie ausschließlich in Form von Röntgentherapie. Nachdem das Radiumhemmet mehrere Jahre in Tätigkeit gewesen war, wurde es aber sowohl den Radiologen wie auch den anderen Ärzten immer klarer, daß an der radiotherapeutischen Klinik wesentlich bessere und sicherere Resultate erreicht wurden als an den Krankenhäusern, wo die Röntgentherapie nicht unter der Leitung von spezialistisch ausgebildeten Radiologen ausgeführt wurde. Die Notwendigkeit einer Zentralisierung der Radiotherapie bei Geschwülsten in besonders ausgerüsteten Kliniken, wo die Ärzte sich ganz dieser Therapie widmen, werde auch immer deutlicher, je mehr Erfahrung gesammelt werde. „Die Erfahrung hat gelehrt, daß sowohl Röntgendiagnostik wie Röntgentherapie durch eine selbständige Abteilung auf ein ganz anderes Niveau gehoben werden, als wenn die Röntgenarbeit dilettantenmäßig als eine Nebenbeschäftigung neben Chirurgie oder innerer Medizin betrieben wird. Es ist weder einem Chirurgen noch einem Internisten möglich, neben seinem eigenen Fach die Radiologie in ihrer stetig fortschreitenden Entwicklung zu beherrschen.“ Was die Behandlung anbelangt, so ist in den meisten Fällen eine Kombination zwischen Röntgenstrahlen und Radium der beste Weg zum Erfolg; zwar dominiert das Radium sowohl in Kontakt- wie auch in Distanzbehandlung, doch ist Röntgenbestrahlung daneben unentbehrlich. Beide Methoden werden oft miteinander kombiniert. Auch chirurgische Behandlung wird in geeigneten Fällen vorgenommen, zum Teil in Kombination mit Radiotherapie. Die Resultate, die Verf. mitteilt, gehören zu den besten Ergebnissen der Krebsbehandlung im allgemeinen und der Strahlenbehandlung des Karzinoms im besonderen.

Für die einzelnen Krebslokalisationen sind in dieser Zeitschrift die Statistiken wiederholt referiert worden, so daß von einer nochmaligen Besprechung Abstand genommen werden kann.

Kirschmann.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

799.

Bloch, B., Ueber die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Gesamtorganismus. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 21, 1928.) Früher sprach man von Stoffwechseldermatosen und stellte den Begriff der Diathese auf. So kam man dazu, die verschiedensten Hautkrankheiten mit Ernährungsvorschriften zu behandeln. Manche Hauterkrankungen werden mit der Gicht zusammengebracht, so z. B. das Ekzem und die Psoriasis. Bei den diabetischen Dermatosen ist der Zusammenhang zwischen Erkrankung und Hautleiden nicht zu bezweifeln. Pruritus, Furunkel und Ekzeme finden sich häufig. Die Stoffwechselstörung erzeugt die Dermatoze nicht selbst, sondern stimmt den Boden so um, daß auf ihm die Erreger gute Ernährungsbedingungen finden. Eine große Gruppe stellen die dyshormonalen Dermatosen dar. Es gibt sicher Hautleiden, deren Ursachen in endokrinen Störungen zu suchen sind. Das Myxödem, die Addisonische Krankheit und die Sklerodermie gehören hierher. Enge Beziehungen sind zu den Keimdrüsen vorhanden. Bekannt sind in der Pubertät die Seborrhöe und die Akne. Besonders beim weiblichen Geschlecht gibt es eine Reihe von Dermatosen, die sicher mit der Sexualsphäre zusammenhängen. Die interessanteste ist die Impetigo herpetiformes, die sicher mit der Gravidität zusammenhängt. Auch Pigmentalterationen gehören hierher (Chloasma). Am stärksten tritt der Ausfall einer Drüsenfunktion bei der Addisonischen Krankheit zutage. Eine besondere Stellung nimmt die Lehre vom Ekzem ein. Es handelt sich um eine idiosynkrasische Reaktion der Haut auf irgendwelche Schädigungen. Es handelt sich um einen allergischen Prozeß, bei dem die Epidermis gegen körperfremde Substanzen eine entzündliche Abwehrreaktion hervorbringt. Die Beziehungen zum Asthma und Heufieber sind lange bekannt. Auch Nahrungsstoffe kommen als Antigene in Betracht, wie wir das für die Urtikaria schon lange wissen.

Kosminski, Berlin.

800.

Stern, Carl, Sind Diätikuren bei Hautleiden gerechtfertigt? (Med. Welt, 1, 1929.) Untersuchungen des Ekzemerums haben den Nachweis ergeben, daß die Ekzeme einzuteilen seien in „saure“ und „alkalische“, mit anderen Worten, daß zum Zustandekommen des Krankheitsbildes des „Ekzems“ außer dem auslösenden äußeren Reiz doch noch eine Zustandsänderung im Körper notwendig sei, die man in vielen Fällen als „Uebersäuerung“, in anderen als „Untersäuerung“ bezeichnen kann. Wie Untersuchungen vieler Autoren gezeigt haben, findet sich beim Ekzem eine Erhöhung der Blutzäure. Ob diese Ursache oder Folge des Ekzems ist, ist noch nicht geklärt. Ist die Anhäufung von Säuren Ursache des Ekzems, so muß es gelingen, auf alimentärem Wege günstig auf den Prozeß einzuwirken. Im allgemeinen kann man als saure Kost bezeichnen: Haferflocken, Fleisch mit Zugaben von chloresäuren Salzen, vor allem

auch Kochsalz. Als alkalisierend ist zu rechnen: Kost mit grünen Gemüsen, Obst, Kartoffeln und vor allem Milch (laktovegetabilische Diät). Die praktischen Erfahrungen, die mit Diätikuren beim Kindereczem gemacht worden sind, und die Untersuchungen von Hermannsdorfer, der eine Änderung der Ionenkonzentration im Wundgebiet unter dem Einfluß von Diätänderungen fand, haben gezeigt, daß Diätikuren in der Dermatologie sowohl theoretisch als auch praktisch begründet sind.

L. Gordon, Berlin.

801.

Stümpke, G., Die Therapie der Acne vulgaris. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 20, 1928.) Die Acne vulgaris, die häufig in der Entwicklungszeit auftritt, hängt nach den neuesten Forschungen mit den Genitalorganen zusammen. Man hat daher diese Krankheit mit Extrakten dieser Organe oder anderer Drüsen mit innerer Sekretion behandelt. Mitunter kann man bei Frauen durch Eierstockspräparate ohne sonstige Therapie eine Akne heilen. Eine Kombination mit Präparaten der Schilddrüse und Hypophyse hat sich bewährt. Trotzdem ist die endokrine Therapie durch andere Methoden zu ergänzen. So hat sich die autovakzine Behandlung gelegentlich wirkungsvoll gezeigt, ebenso die Proteinkörpertherapie. In letzter Zeit ist man zur Röntgen- und Lichtbehandlung übergegangen. Die örtliche Behandlung ist oft zeitraubend und besteht in Elektrolyse, Kältebehandlung mit Kohlensäureschnee. Am besten hat sich noch immer eine Salbe mit Schwefel bewährt. Berücksichtigung von Organkrankheiten ist daneben nicht zu vergessen.

Kosminski, Berlin.

802.

Genner, V., Eine eigentümliche Pigmentierungsform (Berloque-Dermatitis). (Ugeskr. Laeg., Nr. 5, 1929.) Die Berloque'sche Dermatitis stellt eine Pigmentveränderung der Haut dar, die nur an unbedeckten Hautstellen auftritt nach längerem und stärkerem Gebrauch (Waschung) von Kölnischem Wasser oder anderen spirituösen Lösungen und folgendem Aussetzen der Haut dem Sonnenlicht, besonders am Strande. Die Pigmentveränderung tritt in Tropfenform auf. Vielleicht spielt auch das Salz- und Seewasser dabei eine Rolle oder das im Kölnischen Wasser enthaltene ätherische Öl. Subjektive Störungen fehlen meist. Einigmal trat Abschuppung ein. Diese Pigmentierung konnte durch Hoffmann und Schmitz künstlich erzeugt werden durch Waschungen mit Kölnischem Wasser und folgender Sonnenbestrahlung oder Höhensonne. Gewisse Analogien bestehen zum Beleuchtungs- oder Lichterythem, das jedoch plötzlich auftritt, während die Berloque'sche Dermatitis mehr schleichend verläuft. Man sollte die Haut unmittelbar nach dem Waschen mit Kölnischem Wasser nicht dem Licht und der Sonnenbestrahlung aussetzen.

S. Kalischer.

803.

Aleixo, A., Melanonychie. (Bras. med., 42., 46.) Bei dieser Affektion handelt es sich um eine Hyperchromie eines oder mehrerer Nägel in Form von länglichen, mehr oder weniger breiten, schwarzen Streifen. Die Affektion ist sehr selten, wurde zuerst im Jahre 1913 von Oaks, im Jahre 1917 vom Verf. und bis jetzt nur noch von einigen wenigen Autoren beschrieben. Das Pigment befindet sich in der Lamina propria des Nagels. Andere Veränderungen des Nagels wie Mißbildung desselben, Hypertrophie, Atrophie, Schuppung oder Rauigkeit sind nicht vorhanden. Die Affektion kommt sehr häufig bei Schwarzen (Negern und Mestizen) der brasilianischen Provinz Estado de Minas vor.

Ashkenasy, Wien.

804.

Scaduto, Röntgentherapie bei inoperablen Epitheliomen des Gesichts. (Urolog. Rev., Nr. 1, 1929.) Als inoperable Epitheliome bezeichnet Scaduto 1. Neoplasmen, die zwar wiederholt mit anscheinend vollkommenem Erfolg chirurgisch entfernt worden sind, die aber stets wieder rezidierten; 2. solche, deren Sitz — z. B. innerer oder äußerer Augenwinkel, Ober- oder Unterlid — die Exzision nicht tunlich erscheinen lassen; 3. Neubildungen, die wegen ihrer Multiplizität nicht beseitigt werden können, und 4. ulzeröse Prozesse, die so groß sind, daß sie wegen ihrer Ausdehnung nicht entfernt werden können. In diesen Fällen, die durch zahlreiche Abbildungen belegt sind, kann durch Röntgenbestrahlung fast stets ein voller Erfolg erzielt werden, und zwar — im Gegensatz zur Meinung der meisten Röntgenologen — ohne Rücksicht auf die histologische Struktur des Tumors. Allerdings darf man bei der Behandlung den Tumor nicht als Lokalhäsion auffassen, sondern man muß den gesamten Körperzustand in Betracht ziehen. So muß man Alkohol- und Nikotinabusus sowie industrielle und urämische Intoxikationen beseitigen, erworbene und kongenitale Lues behandeln, hohen Blutdruck bekämpfen usw. Berücksichtigt man diese und ähnliche Zustände, dann wird man gute und dauernde Erfolge bei der Röntgentherapie erzielen.

Dr. Bab.

805.

Behdjat, H., Behandlung des Rhinophyma. (Derm. Wschr., 88., Nr. 4, 1929.) Bei zwei Kranken, von denen der eine durch die

Erkrankung eine derartige Entstellung erlitten hatte, daß er keinen Beruf ausüben und sich kaum auf die Straße wagen konnte, wurde mit sehr gutem Erfolge Diathermie angewendet, und zwar in Form des Kaltkauters, dessen Funken man bis zu einer Tiefe von 1,7 bis 2 cm eindringen ließ. Es erscheint danach die Dekortikation mit dem Messer oder dem Galvanokauter nach Ollier überflüssig.

Ernst Levin, Berlin.

806.

Scott, Winfieldt, Pathologie der weiblichen Urethra. (Urologic Rev., Nr. 1, 1929.) Die Untersuchung der weiblichen Urethra wird in Steinschnittlage vorgenommen und besteht in direkter Inspektion, Palpation, Sondierung mittels Bougie à boule, Urethroskopie sowie in mikroskopischer und bakterieller Untersuchung. Die wichtigste Erkrankung der Urethra ist die Urethritis, die meistens durch den Gonokokkus verursacht ist; bei der nicht-spezifischen Urethritis ist gewöhnlich das Bact. coli zu finden. Die beste Behandlung der gonorrhoeischen Urethritis besteht in Anwendung der Diathermie, ist diese nicht vorhanden, in Spülung mit Acroflavin. Bei längerdauernder Urethritis ist meistens eine Infektion der Skeneschen Gänge vorhanden, die dann durch Koagulation zerstört werden müssen. Bei chronischer Gonorrhöe findet man häufig auch einen polypösen Ring um die Urethra dicht vor ihrem Eintritt in die Blase, der Blasenbeschwerden aller Art verursachen kann, und der am besten durch Diathermie zerstört wird. Auch die Karunkel, deren Herkunft noch nicht geklärt ist, und die häufig Blasen- sowie nervöse Beschwerden verursachen, werden am besten koaguliert, da ihre chirurgische Entfernung nicht selten überaus heftige Blutungen verursacht. Bei ängstlichen Personen kann man auch versuchen, die Karunkel durch Aetzung mit Argentumstift zu beseitigen. Karzinom der weiblichen Urethra ist äußerst selten, ebenso Steinbildung. Recht häufig dagegen sind Strikturen, die auf Gonorrhöe zurückzuführen sind, und die nur durch Bougie à boule festgestellt werden können. Sie sind nämlich stets weicher Natur, und werden daher bei Einführung eines Zystoskopes übersehen. Ihre Behandlung besteht in Dilatation; nur wo diese Methode nicht zum Ziele führt, kommt Urethrotomie in Frage.

Dr. Bab.

807.

Fränkel, Walter K., Behandlung von Ulcus cruris mit Milan. (Derm. Wschr., 88., Nr. 3, 1929.) Neben der kausalen Behandlung des Unterschenkelgeschwürs durch Varizenverödung ist, da deren Wirkung erst nach mehr oder minder langer Zeit eintritt, zur Linderung der erheblichen Beschwerden eine symptomatische Behandlung erforderlich. Hierzu erwies sich Milan (trichlorbutylmalonsaures Wismut) geeignet. Angewendet wird es als 10proz. Salbe zum Verbinden des Geschwürs und als Pinselung (1 : 10 Traumaticin) des begleitenden Ekzems.

Ernst Levin, Berlin.

808.

Funk, Carl Fr., Serodiagnose der Gonorrhöe. (Derm. Zschr., 55., H. 2, 1929.) Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe wird nach der Originalvorschrift der WaR. ausgeführt, als Antigen eine vielstämmige Gonokokkenaufschwemmung benutzt; die Reaktion darf nicht zu spät abgelesen werden. Das Positivwerden der Reaktion in frischen Fällen trat zwischen dem 9. und 20. Tage ein; der Prozentsatz der positiv reagierenden Fälle betrug bei akuter Gonorrhöe 60, bei chronischer 80, bei Komplikationen stieg er auf 90 bis 97. Unspezifische positive Reaktionen fanden sich nur selten (Polyarthritis rheumat. mit Purpura, Polyarthritis acuta, R.-positive Lues, Scarlatina). Der Wert der Reaktion liegt in der Differentialdiagnose sonst unklarer Fälle, Residuen früher gonorrhoeischer Prozesse. Ob die Antikörperbildung die restlose Heilung der Gonorrhöe überdauert, ist noch nicht sichergestellt; positive Reaktionen nach anscheinend vollkommener klinischer Heilung wurden noch nach einem halben Jahr beobachtet. Vielleicht bedeuten diese doch das Bestehen eines abgeschlossenen, klinisch nicht nachweisbaren Herdes.

Ernst Levin, Breslau.

809.

Bötel, Georg P., Gonorrhoeische Urethritis. (Urologic Rev., Nr. 1, 1929.) Die Behandlungsmethoden der Gonorrhöe sind heute noch so unwissenschaftlich und handwerksmäßig wie vor 40 Jahren zu Fingers Zeiten. Weder die oralen Medikamente noch die lokalen Injektionen sind wirklich wirkungsvoll. Ein Heilmittel gegen Gonorrhöe kann nur biochemischer Natur sein, das als Serum oder Vakzine intravenös injiziert wird. Es muß die Gonorrhöe in drei Wochen bzw. zwischen zwei Menstruationen beseitigen. Sein Wert ist größer als der von Perlen und Rubinen.

Dr. Bab.

810.

Liebfried, D., Ueber die Behandlung der follikulären gonorrhoeischen Urethritis mit Diathermie. (Urologic Rev., Nr. 1, 1929.) Bei follikulärer gonorrhoeischer Erkrankung der Urethra ist die Diathermie die beste Behandlungsmethode. Aber nur intensive Dosen haben Heilwert, während man schwache Dosen zu Provokations-

zwecken benutzen kann. Am zweckmäßigsten legt man die beiden Elektroden an beiden Seiten des Penis an.

Dr. Bab.

811.

Cancado, Agenor, Die Malariatherapie der Gonorrhöe. (Brasil med., 42., 47.) Wenn auch die tägliche Beobachtung in den Tropen lehrt, daß die akute bzw. chronische Gonorrhöe, welche sich vollkommen refraktär jeder Therapie gegenüber erwiesen hat, im Falle der Erkrankung des Gonorrhoeikers an Malaria sofort und dauernd verschwindet, so wendet sich Verf. gegen die Versuche der Malariatherapie bei diesen Kranken, da die Malaria zumindest eine so schwere Krankheit wie die Gonorrhöe ist und ihre Anwendung dem Prinzip „primum nil nocere“ widerspricht.

Ashkenasy, Wien.

812.

Gomes, J. M., Ulcus durum von übermäßig langer Inkubationsdauer. (Brasil med., 42., 47.) Verf. berichtet über einen Fall von Chancre mixte, bei welchem die charakteristische Induration erst am 60. Tage festgestellt werden konnte. Als Ursache der übermäßig langen Inkubation ist entweder die geringe Virulenz der Spirochäten oder die durch hereditäre oder ausgeheilte Syphilis erzeugte Immunität des Patienten anzunehmen.

Ashkenasy, Wien.

813.

Bertaccini, Giuseppe, Allgemeine Pathologie der kongenitalen Lues. (Urologic Rev., Nr. 1, 1929.) Die Uebertragung der kongenitalen Syphilis von Eltern auf ihre Kinder geschieht ausschließlich von der Mutter auf den Fötus vermittels der Plazenta, und zwar nach dem fünften Schwangerschaftsmonat. Eine päterne Uebertragung durch die Fötalhäuten ist zwar theoretisch möglich, aber bisher noch nicht einwandfrei demonstriert. Die Infektion des Kindes ist um so schwerer, je frischer die Krankheit der Mutter ist, und sie hängt außerdem von der Intensität der Behandlung der Mutter ab. Die dystrophischen Veränderungen bei der kongenitalen Lues sind der Ausdruck spezifischer Lokalisation von Spirochäten und ihrer Toxine. Eine Uebertragung auf die zweite und dritte Generation ist durchaus möglich.

Bab.

814.

Cummer, Clyde L., Anämien und andere Blutveränderungen bei Syphilis. (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 10, 1928.) Verfasser stellt folgendes Schema der bei Syphilis vorkommenden Blutveränderungen auf: 1. Anämie bei Frühsyphilis. 2. Anämien bei Spätsyphilis: a) vom Typus der perniziösen Anämie, b) vom Typus der sekundären Anämie mit oder ohne Splenomegalie. 3. Leukämie. 4. Hämolytische Anämie bei paroxysmaler Hämoglobinurie. Bevor die Diagnose syphilitische Anämie gestellt wird, sind andere für Anämie in Betracht kommenden Ursachen auszuschließen. Anämische Blutveränderungen können sich in jedem Stadium der Syphilis einstellen. Sie sind häufiger bei Frauen als bei Männern, und im Frühstadium der Syphilis gewöhnlich vom Typus einer leichten sekundären Anämie. In späteren Stadien der Syphilis kann die Anämie als Begleiterscheinung von Veränderungen an den inneren Organen (Aorta, Leber usw.), vorhanden sein. Eine gleichzeitig vorhandene Splenomegalie führt oft zu großer Ähnlichkeit mit dem Bilde der Bantischen Erkrankung. Ebenso kann durch Syphilis das klinische Bild einer Leukämie hervorgerufen werden. Bei der Behandlung syphilitischer Anämien mit Quecksilber und Arsen ist eine gewisse Vorsicht geboten, um Verminderung der Erythrozyten und des Hämoglobins zu vermeiden. Bluttransfusionen stellen ein geeignetes Mittel dar, den Blutstatus soweit zu bessern, um eine antisyphilitische Behandlung ohne Schaden für den Patienten durchführen zu können. In Fällen von Anämie mit Splenomegalie, in denen eine spezifische Therapie versagte, hat sich die Splenektomie sehr häufig als vorteilhaft erwiesen.

L. Büchler.

815.

Hift, Behandlung der Aortenlues. (Wien. klin. Wschr. 42. Jg., Nr. 2 und 3.) Die Wassermannreaktion soll bei allen über 30 Jahre alten Herzkranken angestellt werden, obwohl ihr Ausfall in zweifacher Hinsicht irreführend sein kann. Erstens kann bei sicherer luetischer Mesoarthritis der Wassermann negativ sein, andererseits beweist die positive Reaktion nicht mit Bestimmtheit, daß die Aortenveränderung luetischer Natur ist. Der anatomische Sitz der Mesoarthritis, das Vorhandensein eines Klappenfehlers, die Existenz oder Größe eines Aneurysmas haben für die therapeutische Indikationsstellung keine Bedeutung. Wesentlich ist vielmehr die Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, der Güte der Kreislauf-funktion und der subjektiven Beschwerden. Die Einschätzung der letzteren ist auch deshalb so wichtig, weil man meist nur aus ihrem Nachlassen oder Verschwinden den Erfolg der Kur ersehen kann, da sich die objektiven Symptome nicht ändern. Die subjektiven Symptome sind: 1. zentralnervöse Beschwerden (Krankheitsgefühl, Schwindel, Schwäche, Zittern). 2. Schmerzzustände (anginaartig

oder rheumatoid oder neuralgiform). 3. Herzneurotische Zustände. 4. Kreislaufinsuffizienzerscheinungen leichter Art. 5. Direkt vom Aneurysma mechanisch ausgelöste Symptome. Am besten beeinflusst werden durch die spezifische Therapie die Schmerzen der Mes-aortiker, leichte Kreislaufinsuffizienz bildet kein Hindernis gegen die Behandlung, während schwerster Allgemeinzustand, Status anginosus, schwere Kreislaufinsuffizienz Kontraindikationen sind. Ein kausaler Zusammenhang zwischen spezifischer Therapie und tödlichem Ausgang läßt sich nicht erweisen. Für Fälle mit leichter Kreislaufschwäche oder mit stärkeren anginösen Beschwerden wird Quecksilber oder Wismut, für gut kompensierte eine kombinierte Salvarsankur empfohlen. Ernst Pick, Wien.

816.

Ruge, Heinrich, Der Wert der Malariabehandlung im Früh- und Spätstadium der Lues. (Urologic Rev., Nr. 1, 1929.) Nach den Untersuchungen von Kyrtle, Jadassohn, Mulzer usw. ist die Malariabehandlung der Lues erst in den Spätstadien der Lues, also erst 4 bis 6 Jahre nach der Infektion wertvoll; in den ersten Jahren ist ihr die Behandlung mit Sa. Hg. Bi überlegen. Jeder Malariabehandlung soll eine Salvarsankur von 4 bis 6 g vorhergehen und eine solche von 3 bis 5 g folgen. An den fieberfreien Tagen der Malariakur sind Bi-Injektionen zu verabfolgen. Nach Beendigung der Malariakur sind zweimal in Abständen von 2 bis 3 Monaten weitere spezifische Kuren durchzuführen, und hinterher muß der Patient noch jahrelang unter dauernder Beobachtung gehalten werden. Dr. Bab.

817.

Hanow, B., Statistische und therapeutische Beobachtungen bei Ulcus molle. (Derm. Zschr., 55., H. 29, 1929.) Die Zunahme des Ulcus molle in den letzten Jahren ist eine wesentliche, das Verhältnis zur frischen Syphilis hat sich von 1:2 in 4:1 umgewandelt. Extragenitale Lokalisation fand sich sehr selten. Für die Behandlung erwies sich Chlorzink vorteilhafter als Acid. carbol. liquefact., da es die Krankheitsdauer abkürzte; auch traten danach seltener Bubonen auf, wenngleich die Schuld des Acid. carbol. liquefact. hieran nicht sichergestellt erscheint. Nach Anästhesierung durch einen mit 5% Novokain getränkten Wattebausch wird eine gesättigte, jedesmal frisch hergestellte Chlorzinklösung auf das Geschwür und unter die unterminierten Ränder gebracht, nach 4 Minuten abgetupft und mit Jodoformpulver, 5prozent. Anästhesin-salbe, Borvaseline vorbehandelt. Die Applikation findet nur einmal statt, außer bei schlecht zugänglichen Geschwüren, die möglichst freigelegt werden sollen.

Ein Schankrös werden der Inzisionswunde ist bei Chlorzinkbehandlung nicht zu befürchten. Ernst Levin, Berlin.

818.

Jordan, Arth., und A. Popora-Blum, Myositis gummosa. (Derm. Zschr., 55., H. 2, 1929.) Syphilitische Muskelerkrankungen scheinen zu den selteneren Erscheinungsformen zu gehören, zeitweise jedoch häufiger beobachtet zu werden. Es können die verschiedensten Muskeln ergriffen werden; in den 8 Fällen der Verfasser war, wie gewöhnlich, der Sternocleidomastoideus am häufigsten (fünfmal, in einzelnen Fällen doppelseitig) betroffen. Der Form nach kann es sich um zirkumskripte Knoten oder um mehr diffuse Schwellungen handeln, auch Uebergang in Eiterung kommt vor. Für die Diagnose sind Schmerzen an den Ansatzstellen des Muskels von Bedeutung, ferner der langsame, meist schmerzlose, fieberfreie Verlauf. Die Prognose ist günstig.

Ernst Levin, Berlin.

819.

Ravich, A., Ein neues Lithotriptoskop. (J. Urol., 24., H. 1.) Das Instrument hat eine Stärke von 27 F., es gestattet eine ständige Spülung der Blase während des Eingriffes. Teleskop und Lithotriptor können unabhängig voneinander bewegt werden. Die Linse entspricht dem McCarthy'schen Typ für eine schräg nach vorwärts gerichtete Blickrichtung, die Lampe ist besonders kräftig. Jede Bewegung der Branchen geschieht unter Leitung des Auges. Die Zertrümmerung wird nicht durch Aneinanderschrauben der Branchen erzielt, sondern durch einen Pistolengriff.

L. Lehmann, Berlin.

820.

Hunner, G. L., Endergebnisse der mit neuen Methoden behandelten Steine der oberen Harnwege. (J. Urol., 20., Heft 1.) Von 302 behandelten Fällen konnte Verfasser 78 nachuntersuchen. Hiervon hatten 33 Patienten Nieren- und 45 Harnleitersteine. Von den 33 Nierensteinen sind 7 durch Nephrektomie behandelt worden; 4 Kranke beherbergen noch Steine; bei einem kam es nach Harnleiterdilatation zum Spontanabgang; 21 wurden konservativ operiert. Unter den letzteren fand sich zweimal ein Rezidiv = 9,5%. Von 45 Uretersteinen zeigten 2 Rezidive = 4,4%; 22 Kranke wurden operativ, 20 mit Dilatation des Harnleiters, 3 durch Extraktion mit

Die Ergebnisse stützen zunächst einmal die Anschauung, daß unser Hauptaugenmerk auf die Schaffung genügender Abflußmöglichkeiten für den Harn gerichtet sein muß. Jedenfalls erscheinen die erzielten Ergebnisse bezüglich der Rezidive ungewöhnlich günstig und vorteilhaft. Schon die genügende Harnleitererweiterung führt oft zu spontaner Passage des Steines; auch wird durch sie die Handhabung der Steinzangen erleichtert. Die Gesamtfunktion der Niere steigt, und mit ihr hebt sich der allgemeine Zustand des Kranken. So können auch viele Patienten, bei denen ein Eingriff zunächst bedenklich erscheint, auf die Operation vorbereitet werden. Vor allem jedoch kommen die konservativen Behandlungsarten bei denjenigen Patienten in Frage, die wegen vorgerückten Alters, Lungenerkrankung oder Herzleiden nicht operiert werden können. Die Operation kann auch nach Herstellung guter Drainage des Harnes auf einen Zeitpunkt verschoben werden, der den Patienten bezüglich seines Erwerbslebens wenig beeinträchtigt. In denjenigen Fällen, bei denen die Funktion der Niere zunächst fast Null zu sein scheint, soll man einen Monat noch die Dilatationen des Ureters durchführen und dann erneut die Funktion prüfen. Dies gewährt einen Anhaltspunkt, ob man späterhin radikal oder konservativ operieren soll. Die konservativen Methoden vermeiden auch die Infektionsgefahr des Harnes, die durch die Operationsdrainage begünstigt wird; auch scheinen danach Rezidive seltener vorzukommen. E. Lehmann, Berlin.

821.

Bremerman, Lewis Wine, Der therapeutische Wert der Diathermie in der Urologie. (Arch. Physic. Ther., Vol. 9, Nr. 9.) Gute Erfolge bei gonorrhoeischen Komplikationen: Prostatitis im akuten Stadium, akute Epididymitis, im akuten Stadium innerhalb der ersten 24 Stunden anzuwenden, chronische Urethritis, Spermatozystitis, akute und chronische Zystitis, Nierenerkrankungen, z. B. Brightsche Nephritis, infektiöse Nierenerkrankungen. Chirurgische Diathermie ist angezeigt bei Blasen Tumoren.

Kirschmann.

Hygiene

822.

Wolter, Friedrich, Der Wandel in den Erscheinungsformen des epidemischen Erkrankens. (Hippokrates, Nr. 3, 1928.) Die bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts in der Seuchenlehre herrschende Vorstellung von der autochthonen Entstehung und Umwandlung der Seuchen geht auf Sydenham zurück, welcher seinerseits, durch Paracelsus beeinflusst, Einflüsse der Witterung, des Klimas, Jahreszeit und des Bodens annahm und darüber hinaus unter bestimmten Umständen Uebergänge einer Seuche in die andere vermutete. — Hier liegt der Gedanke an den Uebergang der sogenannten „Hannoverschen Krankheit“ in die Typhusepidemie in Hannover 1926 nahe. — Pettenkofer erbrachte dann die wissenschaftliche Begründung der Sydenhamschen Lehre. Im Gegensatz hierzu steht die Kochsche Schule, welche ihr Augenmerk nur auf den Erreger lenkt. Nun haben die letzten Forschungen doch erhebliches Material dafür gebracht, daß eine absolute Konstanz der Erreger nicht sicher ist, vielmehr Umwandlungen aus der einen Form in die andere möglich erscheinen, wie Boencke das für die Ruhr sehr wahrscheinlich hält. Hierbei scheinen miasmatische Einflüsse, welche besonders von einem siechhaften Boden aus anzunehmen sind, von weitgehender Bedeutung.

Dermitzel.

823.

Kestner, Otto, Probleme der Meeresheilkunde. (Strahlentherapie, 30., Heft 1.) Unter den Krankheiten, die am Meere regelmäßig gebessert werden, ist vor allem das kindliche Asthma zu nennen, ferner viele der sogenannten Erkältungskrankheiten, dann allgemeine Schwäche, mangelndes Wachstum und mangelnde Entwicklung und endlich die extrapulmonale Tuberkulose, über die vor allem aus Frankreich ein reiches Material vorliegt. Dagegen besteht Uebereinstimmung, daß die Lungentuberkulose am Meere weniger gut geheilt wird als etwa in den Höhenkurorten, daß nervöse Erwachsene und nervöse Kinder am Meere häufig verschlechtert werden, anstatt gebessert. Eine spezifische Einwirkung des Meeresklimas liegt nicht vor; die Wirkung des Seeaufenthaltes beruht vielmehr darauf, daß der Gesamtorganismus günstig beeinflusst wird. In erster Linie ist fast regelmäßig eine Gewichtszunahme zu beobachten. Es handelt sich hierbei nicht etwa um Fettsatz, sondern es nehmen namentlich die Muskeln an Masse zu. Die Atemexkursionen werden vergrößert; bei blutarmen Kindern ist eine schnelle Steigerung des Hämoglobingehaltes zu beobachten. Auch der Sauerstoffverbrauch, namentlich bei schwächlichen Kindern, ist erheblich gesteigert.

Von den einzelnen wirksamen Faktoren des Seeklimas ist an erster Stelle die Strahlung zu nennen. Durch die Reflexion von der

Wasserfläche und infolge der Staubfreiheit der Luft ist die Strahlung so stark und reich an Ultraviolett. Weitere Einflüsse sind Temperatur und Wind.
Kirschmann.

Infektionskrankheiten

824.

Cavengt, Einige Bemerkungen über die Scharlachangina und ihre Therapie. (Ped. Españ., Nr. 192, 1928.) Fall: dreijähriges Mädchen, erkrankt an Scharlach. Intensive Streptokokkenangina. Starke Schwellung und Rötung beider Tonsillen und des weichen Gaumens. Gefühl von Fluktuation. In der Annahme, daß es sich um phlegmonöse Prozesse handelt, wird an den genannten drei Stellen inzidiert (trotz Abraten des Verfassers). Es entleert sich kein Eiter. Die Wunden klaffen und bedecken sich nach 14 Stunden mit schmierigen Belägen. Intensive Behandlung mit Scharlachserum. Trotzdem Fortschreiten des ulzerösen nekrotischen Prozesses im Rachen. Tod an Septikämie. Schulz-Sembten.

825.

Hirschberg und Ssuchafewa, Klinik der Scharlalnephritis. (Jb. Kinderhik., 72., Nr. 5/6.) Von 845 Scharlachfällen zeigten 19,65% eine Nephritis. Die Häufigkeit der Nephritiden wächst mit zunehmendem Alter. Beginn der Nephritis am häufigsten in der dritten Krankheitswoche 23,3%, in der zweiten Woche 19,7%, in der ersten Woche 11,9%. Als Frühsymptom kann eine ansteigende Gewichtskurve beobachtet werden. Zur Diagnostik der rudimentären Formen ist die Erhöhung des Blutdruckes und die Akzentuation des zweiten Herztones von großer Wichtigkeit. Der Ausgang der meisten Nephritisfälle ist günstig: bei 65% vollständige Heilung; 14,4% wurden weitgehend gebessert entlassen; 3,6% kamen unge bessert zur Entlassung; 2,3% endeten tödlich.

Jahr.

826.

Coombs, C. F., Der bakterielle Faktor bei der rheumatischen Infektion des Kindes. (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1928.) Man hat das Bild einer Infektion des Körpers durch Streptokokken, verwandt und wahrscheinlich ausgehend von denen, die sich gewöhnlich im Nahrungstrakt finden. Und zwar geht der ganze Prozeß dosenweise vor sich, ein so dünner Infektionsstrom, daß er keine deutliche Reaktion erregt. Eintritt sicher durch die Mandeln, wahrscheinlich auch sonstwo. Das Gleichgewicht zwischen Verteidigung und Angriff ist gestört und zwar zugunsten des letzteren. Tatsächlich sind die aus dem Blut und aus den krankhaften Veränderungen gezüchteten Stämme virulenter als die Streptokokken aus dem Nahrungstrakt; also hat sich ihre Virulenz durch die Passage durch den Menschen erhöht. Diese Erhöhung ist also der Invasion nicht vorausgegangen. Nach neueren Untersuchungen scheint es, als ob die Fähigkeit dieser Organismen, Toxine zu produzieren, von Fall zu Fall verschieden ist. Jedenfalls ist sie inkonstant. Konstant sind aber die Umstände, unter denen die Invasion stattfindet. Und dies spricht dafür, daß eine besondere hereditäre Prädisposition vorliegt, zumal, da manche sonstige prädisponierenden Faktoren häufiger vorkommen als die rheumatische Infektion. Diese Faktoren sind die Vorliebe für die Dekade 5 bis 15, die Begrenzung auf die gemäßigten Klima und der Einfluß der Jahreszeit mit dem maximalen Vorkommen in den Wintermonaten.

Jedenfalls schafft das einmalige Ueberstehen nicht eine Immunisierung, sondern eher eine Sensibilisierung, eine Neigung zu weiteren Anfällen. Immerhin scheint aber eine gewisse Immunisierung möglich, wie das Abnehmen der Todesfälle infolge von Herzerkrankungen rheumatischen Ursprungs mit der Zunahme der Jahre beweist. Heute wissen wir nicht mehr, als daß die rheumatische Affektion der Kindheit eine Art Streptokokkenkrankung ist, daß diese Streptokokken wahrscheinlich aus dem Nahrungstrakt kommen, in dem sie immer vorhanden sind, daß sie nur in Verbindung mit äußeren Einflüssen fähig sind, die Gewebe schädigen zu können und daß die Konstanz der äußeren Einflüsse die Spezifität der Organismen selbst überwiegt. Die latente Chorea, die kleinen Knötchen, das prä-rheumatische Stadium, die oft erst im erwachsenen Leben entdeckte Mitralklappenstenose sind nur durch die dosenweise Einwanderung zu erklären. Ob aber dabei die Art der Einwanderung wechselt oder eine kumulative Wirkung unbemerkter Einfälle eine Rolle spielt, ob die Invasionen lediglich von der Widerstandskraft des Körpers abhängig sind oder von einem Wechsel der Bakterienart, dies ist noch nicht geklärt; jedenfalls kommt man aber mit der Zeit dazu, den Rheumatismus der Kinder verhüten zu können.
v. Schnizer.

827.

Schwarz, „Infektiöse Mononukleose“ — „Drüsenfieber“ — „Angina mit lymphozytärer Reaktion“ als einheitliche Infektions-

krankheit. (Wiener klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 4.) Krankheitsbild: Kurzdauernde, fieberhafte Erkrankung mit allgemeiner Lymphdrüenschwellung, Milztumor und ganz besonderer Blutbefund: Bei mäßiger Vermehrung der Gesamtzahl der Leukozyten ein starkes prozentuelles Ueberwiegen großer, lymphoider, rundkerniger Zellen mit häufig tief gefärbtem Protoplasma. In England und Amerika wurde die Erkrankung als besondere Entität, in Deutschland als eine konstitutionell bedingte „lymphozytäre Reaktion“ aufgefaßt. Gegen letztere Auffassung sprechen das Fehlen von irgendwelchen Merkmalen für die abwegige Konstitution des betreffenden Kranken, das Fehlen desselben „lymphoblastisch-plasmazelligen“ Blutbildes bei späteren fieberhaften Erkrankungen desselben Individuums (Angina, Otitis) und nach Proteinkörperinjektionen. Auch der große Milztumor und die multiplen Drüenschwellungen, die der von den Anhängern der „lymphatischen Reaktion“ als Ursache der Blutveränderung angesehenen Angina vorausgehen oder sogar ohne sie vorkommen können, sprechen für die Auffassung des Krankheitsbildes als Morbus sui generis. Weitere Gründe für die Annahme einer besonderen Erkrankung sind das epidemische Vorkommen (Baldrige), ferner das konstante Auftreten ähnlicher oder sogar identischer Blutbefunde bei Rubeola und einer in Brasilien nach Zeckenstichen beobachteten Krankheit. Der Erreger der Erkrankung ist bakteriologisch noch nicht bekannt, jedoch ist anzunehmen, daß es sich um ein lymphadenotropes Virus handelt, in dessen Gruppe auch die Erreger der Pertussis, Rubeola, Haberdenschen Zeckenkrankheit gehören. Pathogenetisch und morphologisch steht die Erkrankung der akuten lymphatischen Leukämie sehr nahe.
Ernst Pick.

828.

v. Bernuth, F., Keuchhustenprophylaxe mit Vakzine. (München. med. Wschr., 3., 96.) Durch Verwendung einer aus Bordet-Gengouschen Bazillen hergestellten Vakzine gelang es, in 5 von 7 Fällen, in denen ein Keuchhustenfall auf der Kinderstation auftrat, eine Weiterinfektion vollständig zu verhüten. Im ganzen erkrankten von 70 vakzinieren Kindern, die mit Keuchhustenfällen in Berührung kamen, nur 4 an Pertussis, ein zweifellos recht günstiges Ergebnis. Unter den Versagern waren zwei, etwa ein halbes Jahr alte Säuglinge, bei denen es bekanntlich sehr schwer zur Bildung von Antikörpern kommt. Die Schutzimpfung wirkt nur auf kurze Zeit, da bereits wenige Monate nach der Vakzination Pertussis erworben werden kann. Wie bei jeder anderen Vakzine ist Vorbedingung des Erfolges, daß die Impfung rechtzeitig vorgenommen wird. Von besonderem Wert ist diese Prophylaxe naturgemäß für Krankenhäuser; doch auch in der Praxis ist ihre Anwendung bei schwächlichen, rachitischen oder tuberkulösen Kindern in den ersten Lebensjahren unbedingt anzuraten. Neben der prophylaktischen Wirksamkeit hat die Vakzine einen therapeutischen Wert. Die frühzeitig gespritzten Fälle nehmen — ohne sonstige Therapie — einen auffallend günstigen Verlauf, indem der Keuchhusten sehr bald seinen typischen, unangenehmen Charakter verliert.

Zur Vakzinotherapie geeignet ist ein fabrikmäßig hergestelltes Präparat (Tuscosan, Gans-Oberursel), das in Packungen mit 6 Ampullen zu 1 ccm in den Handel kommt, die in steigender Keimzahl 25 bis 350 Millionen Keime im Kubikzentimeter enthalten. Erfolg ist nur von den stärker dosierten Vakzinen zu erwarten, besonders wenn sie aus mehreren Stämmen hergestellt werden. In Abständen von 3 bis 4 Tagen wird der Inhalt der 6 Ampullen der Reihe nach intramuskulär injiziert. Nur bei ganz jungen Säuglingen empfiehlt es sich, nur 0,5 ccm zu verabfolgen. Selten treten lokale oder allgemeine Exantheme nach den Injektionen auf, die stets in kurzer Zeit ohne nennenswerte Beschwerden verschwinden.
Biberfeld.

829.

De Souza-Pinto, G., und Ferreira-Pinto, S., Ueber das Sinken der Malaria morbidität nach einer prophylaktischen Kampagne. (Folia med., 11., 1928.) Im allgemeinen findet man nach Beendigung einer prophylaktischen Moskitobekämpfung ein rapides Sinken der Malariaerkrankung, wobei man feststellen kann, daß in den endemisch verseuchten Gegenden, welche ohne Schutzmaßnahmen geblieben sind, die als Rezidive angesehenen Fälle eigentlich „Reinfektionen“ darstellen.
Ashkenasy, Wien.

830.

Sülk, N., Vier geheilte Lepröse. (Derm. Wschr., 88., Nr. 3, 1929.) Aus dem Leprosorium Audako auf Oesel konnten vier Lepröse, die sich 4 bis 6 Jahre mit mäßig bis stark vorgeschrittener Lepra dort befunden hatten, als geheilt entlassen werden. Sie waren in Pausen von 4 Monaten mit Kohlensäureschnee vereist worden, hatten außerdem subkutane Einspritzungen von Ol. Gynoc., zum Teil auch intravenöse Einspritzungen von Antileprol bzw. Solganal erhalten. Die Lepraerscheinungen waren bei ihnen voll-

kommen geschwunden; während des letzten Jahres waren weder in Hautschnitten noch im Nasenschleim Lepraerreger nachweisbar gewesen. Ernst Levin, Berlin.

831.

Philadelphia, Andreas, Ueber Hautmilzbrand, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. (Derm. Wschr., Nr. 4, 88., 1929.) Bei der Behandlung des Milzbrandes stehen sich die energische örtliche chirurgische und die konservative Methode gegenüber. Gegen die erstere verhält man sich jetzt wegen der Gefahr der Verschleppung von Keimen ablehnender. Die konservative Methode, bestehend in Ruhigstellung des erkrankten Gliedes, indifferenten oder leicht antiseptischen Verbänden und Umschlägen auf die lokale Affektion in Verbindung mit Proteinkörpertherapie, Salvarsaneinspritzungen, Milzbrandserum, scheint bessere Erfolge zu geben. Insbesondere wirkte das Serum prompt in vier Fällen des Verfassers, die an drei aufeinander folgenden Tagen je 20 bis 40 cm subkutan erhielten. Die Prognose ist um so günstiger, je früher die Behandlung einsetzt. Ernst Levin, Berlin.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

832.

Whipple, G. H., Experimentelle Anämien, diätetische Faktoren und pathologische Veränderungen bei menschlichen Anämien. (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 12, 1928.) Verfasser untersuchte eine Reihe von Substanzen und Nahrungsmitteln auf ihre Fähigkeit, die Hämoglobinbildung anzuregen. Als Versuchstiere dienten Hunde, die durch wiederholte Aderlässe anämisch gemacht worden waren. An der Spitze der Substanzen, welche einen besonderen Einfluß auf die Regeneration des Hämoglobins besitzen, steht die Leber. Dieser an Wirkung sehr nahe ist die Niere. Aprikosen und Pfirsiche stehen ebenfalls hoch unter den die Hämoglobinbildung fördernden Stoffen, sind aber nur etwa halb so wirksam wie Leber und Niere. Die Wirksamkeit von Leberextrakten scheint eher auf einer Gruppe von Substanzen als auf einem einzigen Prinzip zu beruhen. Eisen ist nicht bei allen Anämien von der gleichen Wirksamkeit. Eine gewisse Bedeutung kommt anorganischen Substanzen zu. Die Asche von Aprikosen, Leber und Niere erwies sich als wirksam bei Anämien nach Blutverlusten. Perniziöse Anämie ist eine Erkrankung, bei der es sich um einen Mangel an stromabildendem Material oder um eine Störung des stromabildenden Mechanismus handelt. Die Annahme einer toxischen Ursache hat wenig für sich. Alles spricht eher dafür, daß die perniziöse Anämie ihre Ursache in dem Mangel irgendeiner Substanz hat. Büchler, Wien.

833.

Middleton, William S., Die erythropoetische Reaktion verschiedener Anämien auf Lebertherapie. (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 12, 1928.) Die außerordentlich günstigen Erfolge, welche mit der Verabreichung von Leber und Leberextrakten bei perniziöser Anämie bisher erreicht wurden, veranlaßten Verfasser, die Wirkung dieser Mittel auch bei anderen Formen von Anämie zu prüfen. Es wurden 40 Patienten mit sekundärer Anämie verschiedenster Genese nach dem von Minot und Murphy angegebenen Regime mit Leber behandelt. Der Erfolg war in 14 Fällen besonders günstig. In 7 von den 14 Fällen betrug die Zunahme der Erythrozyten im Laufe der Behandlung mehr als 1 Million, in einem Fall von Bleiämie sogar 2,17 Millionen. Hinsichtlich des Verhaltens der Retikulozyten (junge rote Blutkörperchen) bemerkt Verfasser, daß eine Zunahme derselben, wie sie beim Eintritt von Remissionen bei mit Leber behandelten perniziösen Anämien regelmäßig und frühzeitig zu konstatieren ist, nur äußerst selten zu beobachten war. Die bei sekundären Anämien gelegentlich zu beobachtende Besserung des Blutbefundes, scheint daher, wie Verfasser meint, nicht auf Wirkung des spezifischen Faktors in der Leberdiät zu beruhen, wofür auch das Ausbleiben einer erythropoetischen Reaktion im Sinne einer Zunahme der Retikulozyten nach Verabreichung von Leberextrakt spricht. Von 6 Fällen mit sekundärer Anämie, welche mit Leberextrakt behandelt wurden, zeigte keiner eine nennenswerte Zunahme der Erythrozyten oder der Retikulozyten. Es scheint daher der Schluß gerechtfertigt, daß die bei perniziöser Anämie spezifisch wirkende Substanz bei sekundären Anämien wirkungslos ist und die bei diesen durch Leberverabreichung zu erreichende Besserung lediglich auf dem Nährwert der Leber und ihren Gehalt an Eisen beruht. Büchler, Wien.

834.

Ordway, Thomas, und Görham, L. W., Die Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber und Leberextrakt. (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 13, 1928.) Verfasser behandelten im Laufe der letzten 2 Jahre 25 Patienten, welche an perniziöser Anämie litten, mit Leber und Leberextrakt. Die erzielten Erfolge waren in allen Fällen äußerst zufriedenstellend. Die Beobachtungsdauer be-

trug 3 Wochen bis 21 Monate. 19 Patienten erhielten Leberdiät; 6 wurden mit Leberextrakt behandelt. Die vor Beginn der Behandlung gefundene Höchstzahl von Erythrozyten betrug 2 680 000, die Mindestzahl 820 000. In keinem einzigen Falle konnten die Verfasser ein Versagen der Lebertherapie beobachten. Neben der Abnahme der klinischen Symptome zeigte sich als früheste und markanteste Veränderung im Blutbefund eine Zunahme der Retikulozyten, deren Zahl innerhalb 3 bis 5 Tagen nach Beginn der Behandlung von 1 bis 3% auf 5 bis 6% stieg und nach 10 Tagen den Höhepunkt mit 10 bis 30% erreichte. Die Hämoglobinwerte zeigten einen etwas langsameren Anstieg; der Farbeindex sank langsam auf Werte unter 1. Der Ikterusindex begann am Ende der ersten Woche abzusinken und erreichte gewöhnlich innerhalb 3 bis 4 Wochen normale Werte. Die Abnahme des Ikterusindex war begleitet von einem Verschwinden der eigentümlich gelblichen Hautfarbe der Patienten. Auch das morphologische Verhalten des Blutbildes näherte sich allmählich der Norm, indem Makrozyten, Mikrozyten, Poikilozytose und Polychromasie verschwanden. Mit der Zunahme der roten Blutkörperchen stieg auch die Zahl der weißen an, besonders die der polymukleären Leukozyten und der Eosinophylen. In einem der von den Verfassern behandelten Fälle stieg die Zahl der Eosinophylen bis auf 25%. Die Besserung im klinischen Befinden und Blutstatus trat bei den mit Leberdiät behandelten Patienten ebenso prompt ein wie bei den mit Leberextrakt behandelten. Büchler, Wien.

835.

Heath, Elmer H., Mit Leberdiät und Leberextrakt behandelte perniziöse Anämie. (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 13, 1928.) 24 Fälle von perniziöser Anämie wurden im Laufe von 2 Jahren teils mit Leberdiät, teils mit Leberextrakt behandelt und in allen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt. Büchler, Wien.

836.

Planteydt, J. M., Perniziöse Anämie und Leberdiät. (Nederl. Tijdschr. Genesk., Nr. 49, 1928.) Ein Patient, der an Perniziösa litt, hatte, noch bevor er die Ergebnisse der Lebertherapie kennen konnte, bei sich selbst herausgefunden, daß der Genuß von Leber ihm gut tat. Er aß das Gericht eine lange Zeit hindurch täglich, bekam aber schließlich Ekel davor. Später bekam er einen Rückfall. Der Verfasser meint, daß die Lebertherapie zwar Besserung aber keine Heilung bringt. Kurt Heymann, Berlin.

837.

Penna, Oswino A., Ueber einen durch Harnuntersuchung diagnostizierten Fall von Leukämie. (Folia med., 11., 30.) Bei einem Fall, der klinisch den Verdacht einer Pyelitis hervorrief, fand man im Harn sowohl im Zentrifugat wie im Ausstrichpräparat eine ausgesprochene Lymphozytose. Wie der weitere Verlauf der Krankheit und auch der autopsische Befund ergeben haben, war die auf Grund des Harnbefundes gestellte Diagnose lymphatische Leukämie richtig. Möglicherweise spielte die hier vorhandene Pyelitis insofern eine Rolle, als bei stattgehabter Infektion der Harnwege nur diejenige Art der Leukozyten im Harn zum Vorschein kommen konnte, die einzig und allein im Blute vorhanden war. Die klinische Frühdiagnose war durch den vorhandenen Aszites und starke Oedembildung erschwert. Ashkenasy, Wien.

838.

Meulengracht, E., Morbus Basedow und perniziöse Anämie. (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 6, 1929.) 8 Fälle von Morbus Basedow und perniziöser Anämie werden vom Verfasser mitgeteilt. Sie alle betreffen Frauen, die ja vorwiegend von Morbus Basedow befallen werden. Meist handelt es sich um mittelschwere Fälle von Basedow im Alter von 30 bis 40 Jahren. Die Zeichen der perniziösen Anämie treten oft auf, wenn die Basedowsymptome schon im Abklingen waren. Die Patienten waren meist sehr mager, zeigten Pigmentierungen der Haut. Der Bild der perniziösen Anämie wich nicht von anderen Kranken ab; es kamen vor Glossitis, Achylie, Akroparästhesien. Mitunter war der Zwischenzeitraum zwischen dem Beginne des Basedow und der perniziösen Anämie 7 bis 28 Jahre. Die perniziöse Anämie bei Basedowkranken könnte sich durch die mit dem Hyperthyreoidismus verbundene Achylie entwickeln, zumal sich bei einigen Kranken auch gleichzeitig eine Polyarthrit fand als Folge oder Komplikation der Achylie. Ein anderer Konnex zwischen dem Morbus Basedow und der perniziösen Anämie kann in erbologischen Veranlagungen liegen, indem gewisse Familien zu beiden Krankheiten eine erblich übertragene Disposition aufweisen. In jedem Falle scheint ein Verbindungsglied zwischen beiden Krankheiten zu bestehen. S. Kalischer.

839.

Berg, Henny, Insulin-vorbehandelte Basedowkranke und eine Reihe mit Lugolscher Lösung vorbehandelter Kranken. (Hygiea, 9., Nr. 24.) In einem Fall von Basedow mit lebensgefähr-

lichen Erscheinungen hatte die Vorbehandlung mit Insulin vor der Operation einen auffallend günstigen Erfolg, der wohl mehr der Besserung des Allgemeinzustandes zuzuschreiben war als einer spezifischen Einwirkung des Pankreassekretes (Insulin) auf den Hyperthyreoidismus. Sichere Resultate gab die Vorbehandlung der Basedowkranken mit Lugolscher Jodlösung, die auch in nicht operativen Fällen günstig und heilend wirkte. Gegeben wurden 6 bis 60 Tage von einer Lösung (5 Jod, 10 Jodkali, 85 Aqu. destill.) 5 Tropfen bis zu 3 g täglich. Die Abmagerung hörte danach auf, und in einigen Fällen trat sogar Gewichtszunahme und Pulsverlangsamung ein. Auch schwere thyreotoxische Basedowfälle lassen sich mit Lugolscher Lösung günstig beeinflussen.

S. Kalischer.

840.

Hamblen, A. D., und Joslin, E. P., **Diabetes als Todesursache**. (New England J. Med., Nr. 19, 1928.) Von 1902 bis 1927 hat sich in Massachusetts die Todesrate des Diabetes nach der internationalen Klassifikation ganz erheblich verschoben: der Diabetes rückte von Nr. 21 auf Nr. 11. Die Zahl der Todesfälle an Diabetes nahm zu, andere Todesursachen nahmen ab. 1902 starben 379, 1927 844 an Diabetes.

v. Schnizer.

841.

Golob, Meyer, **Chronische Ermüdungsintoxikation — eine bestimmte Krankheitseinheit**. (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1928.) Ruhe ist das physiologische Antidot für Ermüdung. Sie ist aber auch sonst ein physiologisches Heilmittel, indem sie z. B. bei Tuberkulose die Energieanforderung an den Körper vermindert und die Exkursionen der Lungen, bei Frakturen die Heilung beschleunigt. In diesem Sinne auch der Schmerz, der lokale Ruhe bedingt. Ebenso die allgemeine Mattigkeit bei Infektionen, die Anorexie bei Darmerkrankungen. Ermüdung spielt auch beim Auftreten und Übertragen von Krankheiten eine wesentliche Rolle. Nach Wilson hatten rechtzeitige Ruhepausen in Fabriken trotz der kürzeren Arbeitszeit eine Mehrleistung von 5 bis 10% zur Folge. Bei den klinischen Erscheinungen handelt es sich auch um eine Erschöpfung des endokrinen Systems. Man findet stets glanduläre Hypotonie, vaskuläre Hypotension, Hypochlorhydrie. Manche Patienten mit chronischer Ermüdung würden nutzlosen Operationen, wie Appendektomie bzw. Cholezystektomie unterzogen. Es ist interessant, daß manche dieser Patienten konstitutionelle Minderwertigkeit aufweisen: Unterernährung, Gastro-, Kolo-, Hepatoptose, Nephroptose usw. Der Anteil der Ermüdung an Unfällen ist bekannt. Man unterscheidet: akute Ermüdung physiologisch durch Überarbeitung, symptomatisch einer Infektion vorausgehend. Chronische Ermüdung entweder als Symptom einer organischen Krankheit, wie Basedow, oder als chronische Erschöpfung mit organischen pathologischen Unterlagen. Das charakteristische der letzteren Form ist das Mimikry der Symptome: es können endo- und exogene Krankheiten vorgetäuscht werden, z. B. eine gastrische Störung. Besonders häufig sind Gleichgewichtsstörungen der sympathischen und parasympathischen Innervation. Das klinische Bild kann das einer Hyperazidität sein, und objektiv findet man Hypo- und sogar Anazidität. Auch das Bild des chronischen Muskelrheumatismus ist vertreten, der ja von mancher Seite direkt als Ermüdungserscheinung aufgefaßt wird. Ein wichtiges Problem ist die Ermüdung der Schulkinder. Gerade hier spielt die konstitutionelle Inferiorität eine wichtige Rolle, die meist aber dabei vernachlässigt wird. Hier entsteht, wenn keine Ruheperiode eingelegt wird, leicht ein verhängnisvoller Circulus vitiosus, zumal da ein organischer Befund nicht zu erheben ist: Nachlaß in der Arbeit, Vorwürfe, Steigerung der Reizbarkeit, Minderwertigkeitsgefühl. Deshalb scharfe ärztliche Überwachung.

v. Schnizer.

842.

Allan, Geo. A., **Klinische Merkmale des Koronarverschlusses**. (Glasgow Med., 29., Nr. 6.) Unter 1000 Sektionen fanden sich 37% mit makroskopisch sichtbaren Veränderungen an den Koronargefäßen. Darunter starben über 10% mehr oder weniger direkt an dieser Erkrankung. Gewöhnlich handelt es sich um eine lokale Thrombose, weniger häufig um embolische Prozesse. Die unmittelbare Wirkung des Gefäßverschlusses ist eine Ischämie im Herzmuskel. Wohl können Anastomosen den Kreislauf wieder herstellen; bei Affektionen größerer Gefäße indessen ist der Kreislauf nicht auszugleichen. Die einzelnen klinischen Symptome sind zu bekannt, um hier referiert zu werden. Bemerkenswert ist, daß bei einer auftretenden Blutdrucksenkung der systolische Druck mehr fällt als der diastolische, so daß man daraus einen Rückschluß auf die wahre Größe ziehen kann. Pathognomonisch für Gefäßverschluß ist bei Angina pectoris lokales perikarditisches Reiben. Oft findet sich auch Temperaturerhöhung und Leukozytose. Das typische Bild tritt am deutlichsten auf, wenn der absteigende Ast des linken Kranzgefäßes verschlossen ist. Differentialdiagnostisch wichtig sind die Fälle, die mit Bauchsymptomen einhergehen und oft als akute Bauchkrankungen angesehen —

und mitunter auch operiert werden. Die Prognose ist stets ungewiß. Die Neigung zu Rezidiven ist sehr groß. Erstaunlich ist, daß man mitunter bei Kranken, die mit Herzschwäche ins Krankenhaus kommen, nach dem Tode die Koronargefäße fast ganz verschlossen findet, ohne daß Symptome von Angina pectoris bestanden hätten.

Erich Wolfenstein, Berlin.

843.

Mayer, Patino C., und E. S. Mazzei, **Ueber Asystolie. Das Bernheimsche Syndrom**. (Rev. méd. lat.-amer., 13., 155, S. 2015.) Verff. beschäftigen sich in ihrer Arbeit mit der Untersuchung des Entwicklungsganges des Begriffes Asystolie und gelangen so zu den Untersuchungen von Bernheim, welcher im Jahre 1908 zum erstenmal eine besondere Form der rechtsseitigen Asystolie beschrieben hat, welche nicht durch eine Erweiterung der rechten Kammer, sondern durch ihre Stenose, welche neben einer Hypertrophie des linken Ventrikels sich entwickeln kann, verursacht wird. Auf Grund der Beobachtung von zwei eigenen Fällen kommen die Verff. zu folgenden Schlüssen: Bei der Asystolie vom Bernheimschen Typus kann man zwei Phasen unterscheiden: Die anatomische, die symptomlos verläuft, und die klinische, welche in zwei Etappen verläuft. In der ersten beobachtet man Erweiterung der Halsvenen, leichte Zyanose des Gesichtes und im weiteren Verlaufe Dilatation der Venen der oberen Thoraxhälfte. Oedem der unteren Extremitäten, Leber- und Nierenstauung. Der Uebergang zur zweiten klinischen Etappe wird durch fortschreitende Entwicklung der Krankheitserscheinungen charakterisiert, vor allem durch Steigerung der Oedeme; die Asystolie, II. Etappe, selbst ist eine terminale Erscheinung, währt daher nicht lange und ist vorzüglich durch Stauungserscheinungen im kleinen Kreislauf gekennzeichnet. Sie wird durch den fast vollkommenen Verschuß der rechten Herzkammer bedingt. Der Verlauf der Erkrankung ist ein progredienter, mit nur geringen Perioden der Besserung und erinnert sehr durch sein refraktäres Verhalten gegenüber den therapeutischen Maßnahmen an die Asystolie infolge Herzbeutelverwachsung. Pathologisch-anatomisch wird die Stenose der rechten Kammer durch die rechtsseitige Deviation des Septums verursacht.

Ashkenasy, Wien.

844.

Stevenson, G. H., und Alice J. Marshall, **Herzruptur infolge Abszesses im Herzmuskel**. (Glasgow Med. J., 29., Nr. 6.) Mehr in der Pathologie als in der Klinik bekannt sind Fälle mit akuter Herzruptur infolge Wandabszesses. In der Literatur finden sich kaum 20 Fälle. Bei dem hier beschriebenen Patienten handelte es sich um einen neunjährigen Knaben mit einer von einer Verletzung am Enkel ausgehenden Sepsis (Metastasen in der Parotis), der eines Tages einen Sekundentod erlitt. Es fand sich bei der Sektion eine diffuse Perikarditis und ein Abszeß im Herzmuskel.

Erich Wolfenstein, Berlin.

845.

Pal, J., **Koronarspasmus — Angina pectoris**. (Med. Klin., 1, 1929.) Das pathologische Ereignis bei der Angina pectoris vera ist immer der Koronarspasmus. Gleichzeitig mit der Erregung der gefäßverengenden Nerven der Kranzarterien im Anfall geht eine Erregung der Vasomotoren (Vasokonstriktoren) in dem großen Kreislauf einher. Die Innervation der Kranzgefäße ist eine von den Arterien des großen Kreislaufes abweichende, da sie von dem Parasympathikus (Vagus) konstriktorisch, vom Sympathikus dilatatorisch innerviert werden. Das Zusammenfallen der Erregung der Vasokonstriktoren der Kranzarterien mit denen des allgemeinen Kreislaufs ist eine Dissoziation. Die Komponenten der Kombination sind die Konstriktoren der Kranzarterien und hauptsächlich die der splanchnischen Arterien. Die besondere Ansprechbarkeit der Vasokonstriktoren der Koronararterien ist das Wesen der Anfallsbereitschaft. Darin findet auch die „angine d'effort“ ihre Erklärung: bei jeder größeren motorischen Erregung der willkürlichen Muskeln laufen auch Erregungen der Vasomotoren mit. Akute Drucksteigerung allein macht keinen Anginaanfall. Die Reize, die den Anfall auslösen, sind zentralen (psychogenen) oder viszerale Ursprungs. In einer beträchtlichen Zahl der Fälle ist das Koronargebiet selbst der Ausgangspunkt; die den Anginaanfall auslösenden Reize können aber auch von anderen Gefäßen ausgehen, sobald Anfallsbereitschaft besteht. Diese Vorgänge können rein nervöser Natur sein. Die Suche nach einer bestimmten organischen Veränderung, um sie für den Angiospasmus verantwortlich zu machen, ist eine Voreingenommenheit. Der Schmerz beim Anfall ist nur eine Folge der grundlegenden Vorgänge desselben. Es kommt im Koronarspasmus zum Schmerz nur dann, wenn es zur arteriellen Stauung, zur Steifung in den Koronararterien kommt. Der Ort des Schmerzreizes ist das Wurzelgebiet der Koronararterien. Die gestreiften und gedehnten Arterien sind es, welche die periarteriellen, im weiteren Verlauf wahrscheinlich auch sensibilisierten, schmerzleitenden Nerven reizen. Alles, was das Zustandekommen oder Bestehen der Steifung aufhebt, hebt auch den Schmerz auf. Es

kann der Angiospasmus in den Kranzarterien fortbestehen und der Kranke im Zusammenhang mit dem Anfall — ohne Schmerz zugrunde gehen. Deshalb ist die Aufhebung der Schmerzempfindung allein, z. B. durch Morphin, nicht der richtige Weg, um die Gefahren des Koronarspasmus zu beseitigen. Der Angor mortis ist ein wichtiges, aber kein obligatorisches Merkmal der Angina pectoris. Im besonderen geben jugendliche Personen häufig die Todesangst nicht an. Der Anfall läßt sich am besten durch Lähmung des Vagus durch Atropin aufheben. Weit weniger toxisch ist das Novatropin, das auch in Mengen von 2 bis 4 mg mit sofortigem Erfolg intravenös gegeben werden kann. Ebenso wirkt seine Kombination mit Papaverin. Glaubt man, Morphin geben zu müssen, so ist es mit Atropin oder Novatropin zu kombinieren. Auch die Nitrite sind im Anfall wirksam, speziell 2 bis 3 Tropfen einer 1prozentigen alkoholischen Nitroglyzerinlösung perlingual, oder als Amylnitritinhalation. Bei öfterem Gebrauch der Nitrite tritt sehr rasch eine Abstumpfung ein. Vorbeugend wirken Xanthinkörper: Theobromin, Theophyllin, Koffein. Man muß sie in den Abendstunden und fortlaufend geben. Als zweckmäßig hat sich ihre Kombination mit kleinen Jod- und namentlich Rhodanmengen erwiesen.

L. Gordon, Berlin.

846.

Arrilaga, F. C., Ueber Angina pectoris. (Rev. méd. lat-amer., 13., 155, S. 245.) In Uebereinstimmung mit Vaquez unterscheidet Verf. in der Symptomatologie der Angina pectoris drei Hauptsymptome: Der Brustschmerz (prekordial oder retrosternal), der Ausstrahlungsschmerz in die Schulter, Nacken und Arm und das Angstgefühl, welches sich bis zur Todesempfindung steigern kann. In der Entstehungsursache der Erkrankung spielen anormale Verhältnisse des Magendarmtraktes eine große Rolle. Der Begriff der „Angina pectoris spuria“ wird verworfen, da die darunter verstandenen Symptome sich in vielfacher Hinsicht von der wahren Angina unterscheiden. Zusammen mit Galavardin wird die Existenz einer benignen Angina pectoris neuropathica angenommen. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß bei der neurotischen Angina der Schmerz die Tendenz hat, sich in dem Präkordialgebiet links, vorzüglich in der Gegend der Herzspitze und der Radio mammae zu lokalisieren, ferner ist eine dauernde Hyperästhesie besonders charakteristisch (Anginaanfalle beim Aufsetzen des Stethoskops). Außerdem findet man bei solchen Patienten vasomotorische Erscheinungen, Neigung zu Ohnmachten, Schwindel, Tremor, Parästhesien, häufigen Drang zum Urinieren. Wesentlich ist, daß der Anfall nie durch Anstrengung ausgelöst wird.

Ashkenasy, Wien.

847.

Ortner, Norbert, Physikalische Erscheinungen in der Präkordialgegend und deren Deutung. (Med. Klin., 2, 1929.) Für das Zustandekommen der präkordialen systolischen Vorwölbung oder Einziehung ist die Wandständigkeit bei guter Leistungsfähigkeit und Vergrößerung (nicht bei Hypertrophie) des rechten Herzens von erster Bedeutung. Vergrößerung des Herzens und Wandständigkeit bedingen einander. Tritt zur Dilatation auch noch Hypertrophie des Herzens, dann werden Vorwölbung oder Einziehung um so deutlicher in die Erscheinung treten bzw. erst deutlich nachweisbar werden. Daher hat ihr Zustandekommen fast immer die Paarung von Dilatation und Hypertrophie des Herzens zur Voraussetzung. Für das Zustandekommen der präkordialen systolischen Einziehung ist nicht allein die rechte Herzkammer, sondern ebenso auch die linke Herzkammer und ihr Spitzenstoßanteil von Wichtigkeit.

L. Gordon, Berlin.

848.

Schlesinger, Hermann, Prognose und Therapie des intermittierenden Hinkens und der beginnenden Extremitätengangrän. (Med. Klin., 1, 1929.) Das Vorhandensein des intermittierenden Hinkens zeigt die drohende Extremitätengangrän an. Das intermittierende Hinken ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, welches sich bei verschiedenen Arterienerkrankungen vorfindet, namentlich dann, wenn auf das kranke Gefäß noch ein Reiz einwirkt. Unter den provozierenden Momenten stehen Tabak und starke Gewürze an erster Stelle. Besonders gefährlich sind bei der Claudicatio intermittens Dauerspasmus der Arterien, da man in unmittelbarem Anschluß an dieselben nicht selten Thrombose mit nachfolgender Gangrän sieht. Daher ist Ausschaltung aller Schädlichkeiten oberstes Gebot der Prophylaxe. Von Wichtigkeit ist dabei das Beachten der Komplikationen des intermittierenden Hinkens. Zu den letzteren gehört vor allen Dingen der oft vorhandene Plattfuß. Wichtig ist auch die Berücksichtigung von Venenveränderung, insbesondere von Varizen, die in solchen Fällen unbedingt konservativ behandelt werden müssen. Das Vorhandensein von Neuritiden, die durch Sensibilitätsausfälle erkennbar sind, verschlechtert im allgemeinen die Prognose. Bei dieser Komplikation besteht die Gefahr, daß zur Behandlung der Nervenentzündung lokale Hitzeapplikationen zur Anwendung gelangen. Diese rufen aber durch die beim inter-

mittierenden Hinken meist bestehende inverse Gefäßreflexe nicht Gefäßweiterung, sondern Angiospasmus hervor. Da oft auch eine vasomotorische Dysreflexie besteht, kann einmalige Hitzeapplikation Dauerspasmus mit nachfolgender Arterienthrombose auslösen. Der Krankheitsverlauf des intermittierenden Hinkens kann verschieden sein. Es gibt progrediente und stationäre bzw. fast stationäre Formen. Das wichtigste bei der Behandlung dieser Zustände ist Zeit gewinnen, damit neueröffnete, allmählich sich ausweitende arterielle Kollateralen eine genügende Ernährung der Extremität ermöglichen. Die medikamentöse Therapie besteht in Verabfolgung gefäßerweiternder Präparate. Die periarterielle Sympathektomie nach Lerche schlägt Verfasser vor: 1. bei langwährendem intermittierendem Hinken und Versagen der anderen Therapie oder bei nur ungenügender Besserung, 2. bei rascher Verschlimmerung des intermittierenden Hinkens und dadurch nahegerückter Gangrängefahr, sowie bei andauerndem Schmerz selbst in der Ruhelage, 3. bei beginnender Gangrän in den Zehen, auch wenn multiple, aber nur kleine Läsionen vorhanden sind. Für die Nachbehandlung empfiehlt sich neben der medikamentösen Therapie der gefäßerweiternd wirkende absteigende galvanische Strom.

L. Gordon, Berlin.

849.

Escudero, Pedro, Sclerosis splenis phlebitica. (Rev. méd. lat-amer., 14., 158.) Es gibt eine einfache chronische Granulomatose, die keinen Zusammenhang mit einer vaskulären Läsion hat und durch eine nichtspezifische chronische Entzündung hervorgerufen wird, welche in erster Linie die Milzpulpa befällt; die zweite Form wird durch das Hinzutreten portaler und splenischer Phlebitis charakterisiert, welche mit Blutungen und einem Aszites mechanischer und entzündlicher Natur einhergeht. Verf. bezeichnet diese Form als Sclerosis splenis phlebitica. Beide Formen weisen klinisch große Ähnlichkeit auf: schleichender Beginn, hochgradige, symptomlos verlaufende Milzanschwellung, Anaemia aplastica, ohne Leukopenie oder Mononukleose, was sie von der Bantischen Splenomegalie unterscheidet. Bei der phlebitischen Milzsclerose bildet sich Kollateralkreislauf aus; in ätiologischer Hinsicht kommt Lues in Betracht. Dagegen ist die Splenogranulomatosis simplex infektiösen Ursprungs (anamnestisch Fieberattacken). Die Behandlung beider Erkrankungen ist rein chirurgisch: womöglich frühzeitige Splenektomie. Anatomisch findet man bei der phlebitischen Milzsclerose Sklerosierung der Milz und ihrer Venen, dagegen Freibleiben der Arterien. Außerdem findet man bei dieser Affektion eine allgemeine oder nur auf einen Zweig sich beschränkende Läsion des portalen Systems.

Ashkenasy, Wien.

850.

Rackemann, F. M., Asthma und Jahreszeit. (New England J. Med., Nr. 21, 1928.) Das Maximum des Zuganges hängt zum größten Teil von der Ursache des Asthma ab, in gewissem Grade auch von des Patienten Willen, aber nicht von der Schwere des Falles. Im Sommer ist die Pollenasthma ein wichtiger, aber nicht der einzige Grund, das Spital aufzusuchen: weniger als die Hälfte aller neuen Zugänge. Nicht genau kann entschieden werden, ob die große Zahl der unsicheren Pollendiagnosen daher kommt, daß unsere diagnostischen Hilfsmittel begrenzt sind. Im Herbst spielen die Infektionen der Atemwege eine wichtige Rolle. Im allgemeinen hat man den Eindruck, daß Asthma aus äußeren Gründen mild und verhältnismäßig leicht zu behandeln ist.

v. Schnizer.

851.

Dagnini, Giovanni, und Tommaso Strozzi, Fall von Bronchialspirochätose. (Riv. pat. e clin. tbc., Jahrg. II, Heft 12, 1928.) Ein 35 Jahre alter Mann erkrankt unter den Erscheinungen einer progredienten Phthise. Die Untersuchung des stets reichlichen Auswurfes ergibt wiederholt ein vollständiges Fehlen von säurefesten Stäbchen, dagegen findet man in demselben bei geeigneter Färbung Ummengen von Spirochäten von verschiedener Größe und Form. Trotz Neosalvarsan und sonstiger organischer Arsen-therapie führt die Krankheit in zwei Jahren ad exitum. Der Sektionsbefund ergibt eine chronische hämorrhagische Bronchitis mit Bildung zahlreicher Bronchiektasien. Die histologische Untersuchung ergibt nebst Gefäßerweiterungen zahlreiche Spirochäten in der ihres Epithels entblößten Bronchialwandungen. — Besprechung der ganzen einschlägigen Literatur.

Eugen Stransky, Wien.

852.

Wood, H. B., Brustkrebs, eine statistische Studie. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) In Pennsylvania ist Krebs die vierthäufigste Todesursache zwischen 40 und 60. Brustkrebs nimmt rapid zu: von 399 Todesfällen 1906 auf 820 1927. Er kommt bei weißen Frauen häufiger vor als bei farbigen, ebenso wie der Uteruskrebs. Er ist unter ledigen Frauen dreimal so häufig wie unter verheirateten. Also hat die Laktation keinen Einfluß. Beide Seiten waren fast

gleich ergriffen. Das mittlere Todesalter war 58. In der Mehrzahl der Fälle trat er nach 35 auf. Nach der Operation starben 251 Fälle: 4 am Tage der Operation, 12 eine Woche nachher, 24 einen Monat später, 92 ein Jahr später, 42 im zweiten Jahr, 32 im dritten, 17 im vierten, 8 vor Ende des fünften. Weniger als zehn Jahre nachher lebten 20. Etwa die Hälfte der Operierten heilten. Metastasen entwickelten sich in 372 Fällen: der Lungen in 91 Fällen, wovon die Berichte 9 Fälle auf derselben Seite, einen auf der Gegenseite erwähnen. In 8 Fällen wurde dies durch Röntgen nachgewiesen. 78mal in der Leber, 34mal in Magen, 20mal in der Spina, 13mal in Gehirn, neunmal im Darm, fünfmal im Uterus, zweimal in der Milz, je einmal in Niere, Larynx und Ovarium. Die Lebensdauer nach dem Auftreten der Metastasen betrug für die Lunge im Mittel 8 Monate, im Mediastinum 6 bis 12 Monate.

v. Schnizer.

853.

Koppenstein, Ernst, Ueber die Divertikel des Magens. (Fortschr. Röntgenstr., 38., Heft 5, 1928.) Die Einteilung der Magendivertikel in erworbene und kongenitale kann auf Grund neuerer Untersuchungen nicht bestehen bleiben. Bei weitem am häufigsten finden sich die Divertikel in unmittelbarer Nähe der Kardia. Sie sind mittels eines kürzeren oder längeren Stieles mit dem Magen verbunden und liegen nahe der Hinterwand des Magens. Sie füllen sich bei der Röntgenuntersuchung immer nach dem ersten Schlucken des Kontrastbreies und zeigen oberhalb des Kontrastniveaus eine Flüssigkeitsschicht und Luftblase. Im Divertikel bleibt ein Rest oft lange zurück. Die Konturen sind meist scharf.

Die Differentialdiagnose hat zu beachten: Ulkurnische, kaskadenartige Magenaltäre, Hernia hiatus oesophagei. Beschwerden macht das Magendivertikel im allgemeinen nur, wenn bei stärkeren Retentionen entzündliche Veränderungen auftreten.

Traktionsdivertikel infolge narbiger Bildungen können natürlich an allen Stellen des Magens vorkommen. Auch funktionelle Magendivertikel sind beobachtet worden.

Kirschmann.

854.

Finhorn, Max, Sanduhrmagen durch innere Mittel geheilt. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) Beschreibung von fünf benignen und zwei malignen Sanduhrmagen. Bei der Diagnose ist Röntgen mit und ohne Atropin ausschlaggebend, ebenso die schweren klinischen Symptome vor der Behandlung: Schmerzen, Erbrechen, die Notwendigkeit, Morphin anzuwenden. In einem Fall mit Pylorusobstruktion brachte die Gastroenterostomie keine Besserung, die Schwäche nahm zu: Duodenalernährung, Atropin. In zwei anderen Fällen wurde des Alters wegen eine Operation nicht vorgenommen; Magenspülungen, flüssige Diät und bei Schmerzen Opiate brachten Besserung. Auch bei den beiden Karzinomfällen wurde hierdurch vorübergehende Besserung erzielt. Allgemein ist zu sagen: wenn die Diagnose feststeht, sei sie maligne oder benigne, so ist die Operation zu empfehlen; in lediglich spastischen Fällen kann zunächst innere Behandlung versucht werden. Ebenso in malignen Fällen, wenn Kontraindikationen zur Operation vorliegt: hohes Alter, große Schwäche.

v. Schnizer.

855.

Merklen, Symptomatologie und Diagnose der Pyloroduodenitis. (Progrès méd., Nr. 51, 1928.) Die Pyloroduodenitis tritt in Anfällen auf mit unregelmäßigen Intervallen von Wochen bis Jahren. Die Anfälle sind Folge von Diätfehlern, Ueberarbeitung, Kummer usw., oder sie kommen ohne eruierebare Ursache. In den Intervallen volle Gesundheit. Bei den Anfällen liegt kein wirklicher Schmerz vor, mehr eine Empfindlichkeit, ein lokales Unbehagen; Maximum etwa 3 bis 4 Stunden nach der Mahlzeit; Milderung durch etwas Nahrung oder warme Flüssigkeit. Bei starkem Druck in der Magengegend keine Schmerzen, wohl aber bei Fingerdruck an einer eng begrenzten Stelle; manchmal in geringerem Grade zwischen den Anfällen. Oft findet man Schmerzen im Thorax, Rücken, in der Präkordialgegend während des Anfalles, die deshalb irreleiten können, weil sie meist stärker sind als die Erscheinungen von seiten des Magens. Wein, raue Nahrung usw. können namentlich, wenn sie etwas reichlich genossen werden, die Anfälle auslösen. Appetit selbst bei ganz akuten Anfällen erhalten, Verdauung ohne Besonderheiten; Magensaft normal, vielleicht eine Tendenz zur Uebersäuerung. Häufig Aufstoßen. Keine Nausea oder Erbrechen. Manchmal plötzlich Diarrhöe, fern von jedem Anfall, stunden- oder 2 bis 3 Tage lang, dann wieder normaler, vielleicht unregelmäßiger oder häufiger Stuhlgang. Die Stühle sind gewöhnlich hell, manchmal teils braun, teils gelb, ja sogar ganz weiß (Pankreas? Fettstoffwechsel?). Allgemeinsymptome: hauptsächlich Abmagerung und Ermüdung. Die Patienten fallen ihrer Umgebung als schwer krank auf; ihre Beine tragen sie kaum. Im Liegen fühlen sie sich am wohlsten. Merkwürdig ist, wie rasch beides eintritt, wie rasch die Abmagerung fortschreitet und wie rasch, nachdem der Anfall beendet, das alte gute Aussehen, das alte Gewicht wiedererlangt wird. Sonst: meist

leichtes Kopfweh, Oesophagusspasmen, Pruritus. Manchmal Schweißausbrüche, Schwindel, Ohnmachten. Desquamationen an den Händen, stets im Höhepunkt röntgen: keine Beweise für ein Ulkus, aber verzögerte Entleerung, vermehrte präpylorische Peristaltik, Pylorushindernis, kurz, was man indirekte Ulkuszeichen nennt. Aber — von praktischer Bedeutung — das Bild paßt nicht immer eng in diesen Rahmen. Man kann die Gastroduodenitis mit Ulkus, Dyspepsie, nervösen Störungen verwechseln. Die Differentialdiagnose mit dem Ulkus kann recht schwer sein: gemeinsam sind die Anfälle und die freien Pausen, die gastrischen Sensationen bei der Spätform und die Beruhigung durch geringe Nahrungsaufnahme, die durch Röntgen festzustellenden Entleerungsschwierigkeiten. Therapeutische Erfolge sind hier kein zuverlässiges Beweismittel, weil manche Maßnahme in beiden Fällen Besserung bringen kann. Angesichts dieser Schwierigkeiten ziehen manche Kliniker die Diagnose nicht sicher zu bestimmende Ulzerationen vor. Auf der anderen Seite gibt es doch für den Praktiker gewisse verlässliche Zeichen: die Hyperchlorhydrie spricht für ein Ulkus, ihr Fehlen für eine Gastroduodenitis. Für letztere auch unerklärliche, plötzliche Diarrhöen, die Färbung der Stühle. Ferner nicht alle Pylorusbehinderungen bedeuten systematisch ein Ulkus. Sodann die Schmerzen der Spätform sind beim Ulkus heftiger und konstanter; die Ulkusanfälle dauern länger, während die entzündlichen Zustände bei der Gastroduodenitis ein plötzliches Auftreten bedingen und ein rasches Verschwinden nach Ueberschreiten des Höhepunktes. Auch der Allgemeinzustand ist zu Beginn wenigstens beim Ulkus oft ein besserer als bei der Gastroduodenitis.

Dyspepsie: sicherlich sind viele Dyspepsien mit Pyloruserscheinungen reine Pyloritiden. Aber das oben beschriebene typische Bild der Gastroduodenitis ist doch ziemlich verschieden; diese braucht längere Zeit und vor allem Ruhe des Magens, um die entzündlichen Erscheinungen zum Zurückgehen zu bringen. Auch sind Rezidive häufiger.

Nervöse Störungen haben dann eine solide Grundlage, wenn ein Spasmus zugrunde liegt. Spasmen kommen aber beim Ulkus wie bei der Gastroduodenitis vor. Praktisch sprechen fixe, konstante Spasmen für ein Ulkus, hinsichtlich Lokalisation und Intensität variable für eine Entzündung.

v. Schnizer.

856.

Knapp, V., Klinische Bewertung der Leberfunktionsproben. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) Die Zuckertoleranzprobe. Leber und Muskel sind die beiden Hauptzuckerdepots. Die Aufspeicherung der Lävulose und Galaktose ist reine Leberfunktion. Bei Leberkrankheit tritt bei exzessiver Zuckeraufnahme Zucker im Harn auf. 100 g Lävulose nüchtern genommen: 75% treten bei Leberkrankheiten im Urin auf; 10% Gesunder reagieren ebenso. Wenn man Galaktose nimmt, genügen 40 g: mehr als 3 g im Urin sprechen für Leberkrankheit. Sensibler ist die Probe, wenn man nach einer Stunde das Blut untersucht. Das gleichzeitige Bestehen von Pankreaserkrankung und klinischem Diabetes, fehlerhafte Resorption im Darmkanal, Erbrechen beeinträchtigen den Wert der Probe.

Harnstoffbildung. Harnstoff ist das Endprodukt des Proteinstoffwechsels: aus den Aminosäuren vom Darm her macht die Leber durch Synthese des Ammoniakradikals Harnstoff. Die Probe ist aber angezweifelt worden, weil bei Leberkrankheiten die Bildung abnormer Stoffwechselsäuren stattfindet und zur Neutralisation dieser das Ammoniak gebraucht wird. Wichtiger ist der Nachweis von Aminosäuren im Harn nach Proteindiät und 10 g Gelatine. Positiv bei Ca, Leukämie, manchmal bei Diabetes. Zirkulation des Urobilins: das Bilirubin der Galle wird im Darm zu Urobilinogen; dieses wird resorbiert und in der Leber zur weiteren Verarbeitung des Gallenpigments verbraucht. Bei Störungen der Leberfunktion erscheint das Urobilinogen im Harn. Da sich das Urobilinogen in der Luft in Urobilin verwandelt, nur frischer Harn. Bei Ikterus infolge völligen Verschlusses des Ductus communis, wie bei Ca und Steinimpaktion, wird kein Urobilinogen im Harn gefunden. Ist die Probe aber positiv, so ist das ein Zeichen, daß die Galle den Darm wieder erreicht. Dies kommt aber natürlich nur bei entzündlichen, nicht bei malignen Zuständen vor. Im Zusammenhang mit anderen klinischen Daten und wenn Hämolyse fehlt, ist diese Probe von Bedeutung. Bei manchen Infektionskrankheiten, wie Scharlach, findet man manchmal Urobilinogen im Harn: Leberschädigung. Manchmal auch bei vorgeschrittener Tuberkulose und bei Herzinsuffizienz.

Phenoltetrachlorphthalein. Diese Farbe, ins Blut gebracht, scheidet die Leber in die Galle aus. Vor Beginn der Probe legen des Duodenalschlauchs. Normal erscheint die Farbe in 17,5 Minuten nach der Injektion. Leberkrankheit kann angenommen werden bei mehr als 20 Minuten. In klinisch malignen Fällen bei Lebervergrößerung bedeutet der positive Ausfall eine Leberaffektion. Ist die Leber aber nicht palpabel ohne Knoten und sonstwo Ca, so ist die Leber wahrscheinlich affiziert. Am meisten Wert hat die Probe, wenn Ikterus fehlt.

v. Schnizer.

857.

Friedmann, J., Röntgenologische Diagnose der Gallenblasenerkrankungen. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) Gallensteine, die Kalk enthalten, sind leicht zu entdecken, ebenso 50% der Cholesterinsteine mit Kalkdecke. Leichter bei Fetten als bei Dünnen, Unterernährten und als bei jungen Erwachsenen. Irrtümer in der Interpretation der Schatten: Intestinalinhalt, verkalkte Mesenterialdrüsen, kostochondrale Verknöcherungen, Nierensteine, Steine in der Leber, Nahrung im ersten Teil des Duodenums, in einem Haustum des Kolon im Bezirk der Leberflexur, intestinales Gas, eine herabhängende Brust, die während der Aufnahme nicht hochgehalten wurde. Nahrungsinhalt hat gewöhnlich nicht den ringähnlichen Schatten eines Cholesterinsteins mit Kalkkern und nicht den homogenen Charakter eines Kalksteins. Die orale Anwendung des Natriumtetraiodphenolphthaleins ist sicherer; gelegentlich Erbrechen, Nausea, Diarrhöe. Die Cholezystographie gibt eine frühe und genauere Diagnose, Röntgen nur Späterscheinungen. Gründliche Reinigung des Darms am Abend vorher: oft findet man dann schon Steine ohne Farbvereinlebung; wenn nicht, gibt man 3 Stunden nach einer vorherrschend weichen Diät am Abend vorher um 9 Uhr die Kapseln. Am nächsten Morgen um 9 Uhr Untersuchung, keine Nahrung vorher (Reflexkontraktionen!). Einfacher und besser ist die Tetradolemulsion: um 6 Uhr Abendmahlzeit, rohe oder gekochte Früchte, kein Rahm, keine Butter. Um 8 Uhr die ganze Flasche auf einmal. Kein Laxans. Am anderen Morgen kein Frühstück, nur eine Tasse Tee. Röntgen in der 12., 16., 18., 36. Stunde. Die Blase enthält in der 12. Stunde genügend Farbe zur Schattenbildung, dessen größte Intensität in der 16. Stunde. Der Schatten wird kleiner nach einer fetten Mahlzeit, Eier, Milch, Rahm, Butter. Der birnförmige, homogene Schatten mit glatten Konturen ist größer in den ersten Stunden. Reduktion in der Größe nach einer fetten Mahlzeit ist das beste Zeichen für normale Verhältnisse. Abnahme in der Dichtigkeit nach einer fetten Mahlzeit ohne Reduktion der Größe ist immerhin verdächtig auf Krankheit. Bloße Füllung und Leerung beweist nicht normale Verhältnisse: solche Blasen können verdickt und mit Steinen gefüllt sein. Andererseits kann eine fette Mahlzeit den Pylorus nicht passieren, und dann findet keine Kontraktion der Blase statt. Normal wird die Farbe durch die Därme absorbiert und kommt durch die Pfortader direkt zur Leber. In der Ruhe ist die intramurale Portion des Duktus durch die tonische Kontraktion des Duodenums verschlossen. Die Muskulatur der Gallenblase ist so gering entwickelt, daß sie nur regelt, nicht austreibt. Man weiß durch Graham, daß die Leber die Farbe vom Blut aus ausscheidet, daß die Gallenblase die Galle konzentrieren kann, daß ihr Kontraktionsvermögen die Spannung im Gallensystem regelt. Um die Blase sichtbar zu machen, ist es nötig, daß die Leber die Farbe sezerniert, daß der Ductus hepaticus, cysticus und communis offen ist, daß die Blase die Fähigkeit hat, sich selbst zu leeren und zu füllen, daß die einmal gefüllte Blase genügend Farbe hat, um Schatten zu geben und daß die Blase die Farbe konzentrieren kann. Ein Defekt in diesem Kreislauf ergibt: die Farbe kann nicht in die Blase eindringen: Obstruktion der zystischen Ampullen, des Ductus cysticus oder hepaticus durch Steine, Neubildung oder Entzündung, verdickte Galle, Spastizität allein, mit Steinen oder anderem nicht entleerbarem Inhalt gefüllte Blase, Okklusion der Duktuli von außen, z. B. durch einen Nierentumor. Im Widerspruch mit dem Eintritt der Farbe in die Blase steht, daß Patient nicht die Anordnungen befolgte, daß die chemische Qualität fehlerhaft war, daß Patient das Salz enbrach, verzögerte Absorption, pathologischer Zustand der Eingeweide, mangelnde Resorption oder Zersetzung des Salzes. Indirekte Zeichen einer pathologischen Gallenblase sind bei fehlender Zirrhose oder fehlender grober Störung der Leberfunktion: Die Blase füllt sich nicht mit Farbe, oder sie füllt sich langsam: dauernd blasser Schatten; die Füllung ist verzögert, der Schatten tritt später auf; Verzögerung in der Entleerung, Füllungsdefekte, unveränderlicher Schatten, konstant extreme Größe: unregelmäßige Sprengelung oder zentraler Defekt. Sprengelung im Schatten deutet auf Steine oder Papillome. Unveränderter Schatten: Elastizitätsverlust der Blasenwandung. Schwacher oder intensiver gleichmäßiger Schatten: die ganzen Aufnahmen hindurch: Erkrankung der Blasenwandung, ebenso, wenn dies über 36 Stunden besteht. Unregelmäßige Konturen, selten Adhäsionen am Duodenum oder Mesenterium. Fehlen des Schattens durch Nichtsekretion der Farbe ist nicht notwendig pathognomonisch für die Gallenblase: die Sekretion kann durch schwere Lebererkrankung, wie Zirrhose, gestört sein. Auch der Grad der Dichte des Schattens kann diagnostisch dubios sein: die Blase kann an sich normal sein, aber die Gallengänge können affiziert sein, so daß die Sekretion behindert ist. Die Blase kann geschrumpft sein mit verdickten Rändern, so daß eine Kavität kaum sichtbar ist; sie kann verdickte Wandungen haben und nur mit Schleim gefüllt sein; sie kann leicht verdickt und adhärent sein mit opaken Wandungen, aber

normalem Einfluß der Galle; sie kann äußerst dünn sein wie Pergament und nicht funktionieren. Man darf nie vergessen, daß Gallensteine manchmal gar keine Symptome machen. Man sollte ferner die Cholezystographie stets nur mit einer Röntgenuntersuchung des ganzen Darmtrakts verbinden, nach Magen- und Magenschwüren, Adhäsionen, appendikulären und reflektorischen Magensymptomen forschen. Kontraindikationen: Obstruktion des Ductus communis, ausgedehnte Lebererkrankung, ausgesprochener Diabetes, Hyperthyreoidismus, Arteriosklerose, Hypertension, Herzkrankung (Vorhoffibrillation), ältere Personen mit niedrigen Blutdruck, Pylorusobstruktion, Hyperemesis, Schwangerschaft.

v. Schnizer.

858.

Feinblatt, H. M., Die Seltenheit der primären Infektion bei Gallenblasenerkrankungen. (New England Med., Nr. 22, 1928.) Die histopathologische Untersuchung von 400 operativ entfernten Gallenblasen ergab, daß bei der Entstehung der Cholezystitis der Faktor der Infektion stark überschätzt wird, während die Stoffwechsel- und mechanischen Faktoren nicht die genügende Würdigung finden. Primäre Infektionen der Gallenblase sind außerordentlich selten, und von dort ausgehende Herdinfektionen sind nicht bewiesen. Da ferner Cholezystitis selten Anlaß zu Peritonitis gibt, so kann die chirurgische Behandlung nicht auf dieselbe Stufe mit der Appendizitis gestellt werden. Deshalb ist auch die Behandlung der Cholezystitis zunächst Sache des Internen; erst wenn mechanische Komplikationen sich entwickeln, gehört sie dem Chirurgen. Fälle mit mechanischen Schwierigkeiten, häufigen Rückfällen, progressiver Abmagerung gehören hierher, ebenso Stein im Ductus communis mit Ikterus; Empyem durch sekundäre Infektion vom Duodenum her.

v. Schnizer.

859.

Boas, J., Verdauungskrankheiten im vorgerückten Lebensalter. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 21, 1928.) Im höheren Lebensalter nehmen Verdauungskrankheiten einen anderen Verlauf als in jüngeren Jahren. Man muß unterscheiden zwischen solchen, die schon früher bestanden haben und sich allmählich bis ins Greisenalter hinziehen, und solchen, die erst von diesem aus sich entwickelt haben. Man findet im höheren Alter selbst bei Magengesunden sehr häufig eine Subazidität als Folge all der Einflüsse, die im Laufe der Jahre auf den Magen gewirkt haben und in der manche eines der präkanzerösen Momente sehen. Zwischen dem Ulkus älterer und jüngerer Leute ist, was den Verlauf anlangt, kein wesentlicher Unterschied. Beim Magenkarzinom wird behauptet, daß mit zunehmendem Alter weniger Metastasen auftreten und daß der Verlauf im allgemeinen milder ist als bei Jüngeren. Eine akute Appendizitis ist selten. Hier ist die Prognose immer sehr ernst. Chronische Blinddarmentzündung wird kaum beobachtet. Am häufigsten findet man die habituelle Obstipation. Eine sehr häufig anzutreffende Erkrankung, die auch den Verdauungsapparat unangenehm beeinflusst, ist die Prostatahypertrophie, bei der es oft zu üblen Magensymptomen kommt. Die Verdauungspathologie des vorgerückten Alters nimmt infolge ihrer Einzelheiten ein besonderes Interesse in Anspruch.

Kosminski, Berlin.

860.

Boas, I., Behandlung akut entzündeter Hämorrhoidalknoten. (Med. Welt, 1, 1929.) Bei den akut entzündeten Hämorrhoidalknoten kann es sich um dreierlei Formen handeln: einmal um akut entzündete innere Knoten, zweitens um akut entzündete äußere Knoten und drittens um prolabierte eingeklemmte Knoten. Die erstgenannten geben nur selten Veranlassung zu Schmerzen oder unangenehmen Druckempfindungen im Mastdarm. Wo es der Fall ist, gehen die Beschwerden bei Vermeidung von Koprostase und geeigneter lokaler palliativer Behandlung in wenigen Tagen zurück. Liegt eine Indikation für eine Injektionsbehandlung vor, so soll man zunächst das Abklingen des entzündlichen Stadiums abwarten. Akute äußere Hämorrhoiden sind nicht mit Schleimhautfalten zu verwechseln, die mit äußeren Hämorrhoiden absolut nichts zu tun haben. Akut entzündete äußere Hämorrhoiden sind subkutane Anschwellungen im Gebiete des Plexus haemorrhoidalis inferior, die ganz plötzlich (Preßbewegungen?) entstehen und die üblichen Erscheinungen jeder Entzündung aufweisen: Rötung, Schwellung, Schmerzhaftigkeit und in wenigen Tagen bei Ruhelage, allenfalls unter Zuhilfenahme kalter Umschläge oder essigsaurer Tonerdeumschläge vollkommen zurückgehen. Die Einklemmung prolabierter Knoten ist die schwerste Form der entzündeten Hämorrhoiden. Die Strangulation der prolabierten Knoten ist aber keine gefährliche Komplikation, sondern ein Vorgang der Naturheilung, der sich immer in gleicher programmatischer Weise wiederholt und immer wieder in Heilung ausgeht. Die strangulierten Knoten werden kurze Zeit nach der Abschnürung tiefdunkelrot und verfärben sich in den nächsten Stunden grau oder schwarzgrau. Es bildet sich mit andern Worten ein Zustand der Nekrobiose aus. Zugleich entsteht um die

Knoten herum ein perianaler ödematöser Wall. Diese perianale Schwellung hat für die spätere Heilung der Knoten eine große Bedeutung, denn sie hindert die Knoten am Zurückschlüpfen und steigert die akute Phlebitis. Die Schmerzen werden nicht durch die entzündeten Knoten, sondern durch das perianale Oedem verursacht. Mit der zunehmenden Nekrobiose der Knoten tritt in wenigen Tagen auch das perianale Oedem zurück. Es schwillt ab, die Haut wird runzlig, blasser, die Druckempfindlichkeit schwindet allmählich, und die Spontanschmerzen hören auf. Die Knoten selbst sind nun kohlschwarz geworden und beginnen stark zu stinken. Nach einigen weiteren Tagen stoßen sich die Hämorrhoidalsequester langsam ab, und man findet eines Tages eine schön granulierende Schleimhautfläche. Durch geeignete Streupulver (Xeroform, Aiol, Vioform) oder unter Anwendung von Pellidolsalbe schreitet der Granulationsprozeß schnell fort. In 8 bis 10 Tagen ist der ganze Heilungsprozeß beendet. Indem man durch Ansaugen der Knoten mittels der Bierschen Sauglocke diese herauszieht, kann man das Naturheilverfahren nachahmen. In den Fällen, in welchen eine wirksame Strangulation nicht zu erzielen ist, was namentlich bei alten Leuten mit schlaffem Sphinkter recti vorzukommen pflegt, tritt die Injektionsbehandlung in ihre Rechte. Bei der Behandlung von strangulierten Knoten ist dagegen das Injektionsverfahren mindestens überflüssig. Die Hauptdomäne der Injektionstherapie liegt in den chronischen Fällen innerer Hämorrhoiden, und zwar einmal beim Knotenprolaps mit oder ohne Blutungen, zweitens bei schweren dauernden oder sich oft wiederholenden und dadurch zu Kräfteverlust und Anämie führenden Blutungen und endlich bei intraanal sitzenden Knoten, die zwar nicht mit großen Beschwerden einhergehen, aber die Kranken durch starkes Nässen und den fast unvermeidlichen Pruritus ani stark belästigen.

L. Gordon, Berlin.

861.

Strauß, H., Erkrankungen des Rektum und Sigmoides vom Standpunkte der inneren Therapie. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 20, 1928.) Durch die Entwicklung der Endoskopie sind wir in der Lage, Krankheiten des Rektums und Sigmoides zu erkennen; besonders seitdem auch die Sigmoidoskopie eingeführt wurde, konnte man rechtzeitig hochsitzende Karzinome feststellen. Ferner konnte man die feineren Veränderungen der Schleimhaut frühzeitig erkennen und durch die Probeexzision sich über die Art von Polypen usw. informieren. Man muß bei jeder unklaren Blutung endoskopieren, nachdem eine Digitaluntersuchung vorangegangen ist. Außer Karzinomen finden sich 1. entzündliche Prozesse, 2. Stenosen und Polypen, 3. Hämorrhoidalerkrankungen, 4. einige wichtige Innervationsstörungen. Bei der Proktitis unterscheidet man am besten die sphincterica, coli und ampullaris und unter diesen die Oberflächen- und Tiefenerkrankung. Am häufigsten ist die Sphinkterika, die entweder in einer hämorrhagischen, proktalgischen oder gemischten Form auftritt. Eine große Zahl nervöser Spasmen wird durch eine Proktitis bedingt. Die Regelung des Stuhles ist die erste Forderung, Drastika sind fernzuhalten und am besten Gleitmittel anzuwenden. Bei stärkeren Reizzuständen sind Oelklistiere zu applizieren. Verfasser hat eine Sphinkterspritze angegeben, die sich besonders zur Behandlung eignet. Eine Regelung des Stuhles im Sinne eines 2-Tage-Zyklus ist zu empfehlen. Bei der Proktitis ampullaris muß man in akuten Fällen eine Schonungstherapie einleiten; bei chronischen Prozessen empfehlen sich adstringierende Mittel, wie Bleiklistiere von Dermatol. Auch die Pulvertherapie mit dem Rektalinsufflator hat sich bewährt. Nach ähnlichen Grundsätzen wird die Sigmoiditis behandelt. Mitunter ist eine Therapie mit Autovakzinen von Nutzen. Unter den Stenosen unterscheidet man angeborene und erworbene; erstere sind selten, letztere entzündlichen Ursprungs und werden wegen der Derbheit des Gewebes als Ulcus callosum bezeichnet. Vor jeder brüsen Dehnung ist zu warnen; bei stärkeren Stenosen muß operiert werden. Polypen kann man mit der kalten Schlinge leicht entfernen; sie sind immer mikroskopisch zu untersuchen, da sie oft eine Neigung zur Malignität haben. Die Hämorrhoidalerkrankungen machen meist erst durch Komplikationen größere Beschwerden. Für die Beurteilung der Therapie muß man die die Venenwand bedeckenden Gewebsschichten richtig erkennen. Blutungen kommen viel häufiger durch Zerreißen kleinster Arterien als durch Platzen der Knoten zustande. Um innere Hämorrhoiden nachzuweisen, bedient man sich der Sauginspektion. Prophylaktisch muß man für weichen Stuhl und Hygiene der Analregion sorgen. Nur milde Abführmittel kommen in Frage. Bei entzündlichen Komplikationen empfehlen sich die verschiedenen Zäpfchen. Die herausgesaugten Hämorrhoiden werden mit verschiedenen Lösungen bepinselt. Bei starken Blutungen ist Bettruhe angezeigt; bei Prolaps muß man reponieren. Sind die Knoten thrombosiert, so läßt man sie draußen, da sie oft fibrös veröden. Bei Gangrän kommt nur chirurgische Hilfe in Frage. In den letzten Jahren haben sich Injektionsbehandlungen mit Karbol-Glyzerin oder Alkohol bewährt. Bei den Spasmen muß man Sitzbäder und

krampfstillende Präparate verordnen. Die spastische Obstipation ist besser mit Klistieren zu behandeln als mit Abführmitteln.
Kosminski, Berlin.

862.

Goldsmith, M., Diagnose des Karzinoms des Dickdarms. (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1928.) Die Hälfte aller Ca-Fälle betreffen die Verdauungsorgane und ein Fünftel davon das Kolon. Der Reihe nach: Sigmoid, Kökum, Rektum, die Flexuren, Colon ascendens; selten ist das Transversum betroffen. Allgemeine Symptome: Abmagerung, Kräfteverlust, sekundäre Anämie, Fieber durch die Ulzeration, chemische Veränderungen, wie vermehrtes Indikan im Urin, Urobilin im Stuhl und Veränderungen in den biochemischen Reaktionen. Lokal: Blutung, Diarrhöe, häufiger Konstipation; Stühle flüssig oder halbflüssig, in kleinen Quantitäten, von üblem Geruch. Solange bei hohem Sitz, in den Flexuren, die peritoneale Seite nicht affiziert ist, selten lokale Symptome. Bei Rektumaffektionen setzt die Konstipation gewöhnlich abrupt ein mit Tenesmus, kleinen, flüssigen Stühlen mit Schleim, Eiter und Blut. Bei Sigmoidaffektion kann ein Tumor palpabel sein, aber mehr das entzündliche Gewebe als das Karzinom. Bei Blasenaffektionen Reizung des Utrinktraktes mit Blut oder Eiter im Urin, Schmerzen im Perineum oder den unteren Extremitäten, wenn die vorderen Zweige des Sakralplexus affiziert sind. Dies findet man aber nur in vorgeschrittenen Fällen, eventuell mit Metastasen, jenseits jeder Radikalbehandlung. Da diese allein aussichtslos, Frühdiagnose. Und hier ist wichtig, daß Schmerzen beim Ca des Verdauungstraktes selten früh auftreten. Also sind die Basis der Frühdiagnose objektive Symptome. Das wichtigste ist der Verdacht. Oft stehen rein gastrische Symptome im Vordergrund. In solchen Fällen ist eine eingehende Röntgenuntersuchung von großem Wert. Ferner ist von größter Wichtigkeit die Digitaluntersuchung, die leider nur zu sehr vernachlässigt wird; sie ist wichtiger als die Anamnese, neben Rektoskopie, Röntgen und Laboratoriumsuntersuchung. Beim Röntgen (Bariumeinlauf) ist ein dauernder Füllungsdefekt mit zackigen Rändern, die organische oder spastische Stenose, die Dilatation proximal vom Füllungsdefekt eine ausschlaggebende Trias. Jeder Fall mit solchen Symptomen muß solange, bis das Gegenteil bewiesen ist, als malign betrachtet werden; Syphilis und Tuberkulose sind natürlich auszuschließen. Alle Darmkarzinome haben die Tendenz, schon früh ringähnliche Stenosen zu bilden. Zu dieser organischen Stenose kommt die Neigung zu Spasmen, auch entfernt von der Geschwulst, dadurch plötzliche Unterbrechung der Peristaltik, Dilatation. Diese palpablen Steifungen sind sehr wichtig; an sich sind sie kein Zeichen für Ca, sondern für die Obstruktion organischen Ursprungs. In solchen Fällen unverzüglich den Chirurgen. Also alle Fälle mit digestiven Symptomen sorgfältig untersuchen; wenn eine allgemeine Herz- oder Nierenerkrankung auszuschließen ist, auch im oberen Abdomen nichts Pathologisches festzustellen ist, Konzentrierung der Aufmerksamkeit auf die Därme, besonders auf den Dickdarm. Wenn die allgemeine Untersuchung versagt, Rektaluntersuchung mit Rektoskopie, Röntgen. Eventuell Probelaparotomie.

v. Schnitzer.

863.

Cedercreutz, A., Ueber Lymphogranulomatosis inguinalis. (Finska Läk.sällsk. Hdl., Dezember 1928.) Das bei dieser Krankheit sich darbietende Blutbild, welches in 10 Fällen studiert wurde, weicht von dem bei Bubonen nach Ulcus molle und Gonorrhöe zu beobachtenden kaum wesentlich ab. Hauptsächlich läßt sich eine Zunahme der Menge der neutrophilen Zellelemente nachweisen.

Die beste Therapie scheint die Auflegung heißer Sandsäckchen, sowie, wenn Fluktuation eintritt, Punktion und Injektion warmen 10prozentigen Jodoformvaselins zu sein. Erst wenn diese Therapie während längerer Zeit versucht worden ist, ohne zum Ziel zu gelangen, ist Röntgenbehandlung zu empfehlen.

E. Kellier.

864.

Mayer, Systematik der hämatogenen Nierenkrankheiten und Homöopathie. (Hippokrates, Nr. 4, 1928.) Die Neugestaltung der Lehre von den Nierenentzündungen ist zu einem gewissen Abschluß gekommen insoweit, als für die bekannten Krankheitsgruppen die gewöhnlichen Symptome nach jeder Richtung ungefähr festgelegt sind, wenn auch über Einzelfragen eine Einigung noch nicht erreicht ist. An Hand dieser näher fixierten Krankheitsbilder beschreibt Mayer sehr eingehend die Indikationen der jeweilig angezeigten homöopathischen Mittel, worauf hier im einzelnen nicht eingegangen werden kann. Es sei aber betont, daß für jede Gruppe der Nierenerkrankungen dem Homöopathen eine Reihe vollwertiger Mittel zur Verfügung steht, mit denen sich tiefgreifende Erfolge erzielen lassen. Daß unter diesen Mitteln Quecksilber, Arsen, Apis, Kantharis und Phosphor, um nur einige herauszugreifen, eine wesentliche Rolle spielen, ist für jeden Kenner der Homöopathie klar.

Dermitzel.

865.

Gareiso, Aquiles, und Aquiles S. Marotta, **Beobachtungen über zwei Fälle angeborener Macrogenitosomia praecox.** (Rev. méd. lat. amer., 13., 155. S. 2087.) In beiden Fällen war kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines intrakraniellen Druckes oder eines Hypophysentumors der Glandula pinealis. Bei dem einen Fall handelte es sich um eine Macrogenitosomia praecox mit Hydrozephalus, spastischer Paraplegie und Krämpfen, die seit der Kindheit bestanden. Verfasser nehmen an, daß derselbe unbekannte Vorgang, der den Hydrozephalus sowie die Krämpfe bedingte, auch für die endokrinen Störungen verantwortlich zu machen sei, ohne daß hier tatsächlich eine anatomische Läsion der Zirbeldrüse vorgelegen wäre. Im zweiten Fall war die Makrosomie wahrscheinlich durch die Heredosyphilis verursacht worden, indem letztere Störungen innerhalb des endokrinen Apparates hervorgerufen hat.

Ashkenasy, Wien.

866.

Beckmann, A., **Die Beeinflussung der Temperaturkurve des tuberkulösen Weibes durch den Menstruationsvorgang und die klinische Bedeutung.** (Zeitschrift f. Tub., 52., 4.) Beim tuberkulösen Weibe wurden in 76% der Fälle prämenstruelle Temperatursteigerungen beobachtet; Erhöhungen bis 37,6 sind für die Aktivität einer Tuberkulose nicht beweisend. Höhere Werte deuten, falls eine interkurrente Krankheit nicht vorliegt, darauf hin, daß der Lungenprozeß noch nicht zur Ruhe gekommen ist. Ausgesprochene Temperatursteigerungen am Ende des Prämenstruums sind als Aktivitätszeichen zu werten. Bei Fällen mit febriler und ausgesprochen subfebriler Temperatur tritt die prämenstruelle Steigerung nicht mehr auf. Von großem klinischen Interesse ist der Verlauf des Temperaturabfalls nach Eintritt der Periode. Die Verzögerung des Abfalls deutet darauf hin, daß der bestehende Lungenprozeß noch nicht zur Ruhe gekommen ist. Die Stärke der Verzögerung ist immer als Gradmesser für den augenblicklichen Aktivitätsgrad der Erkrankung zu werten. Hohes, intramenstruelles und postmenstruelles Fieber kommt nur bei fortschreitenden Prozessen vor. Prognostisch ist ihr Auftreten ungünstig.

Zwerg, Coswig.

867.

Dimitza, A., **Der Nachweis der Tuberkulose durch die Kultur der Tuberkelbazillen.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 52, 1928.) Die bisherigen Resultate mit der Züchtung der Tuberkelbazillen zum Nachweis der Tuberkulose haben gezeigt, daß es sich um ein einfaches bakteriologisches Verfahren handelt. Die Diagnose der Tuberkulose kann in Tagen bzw. in ein oder zwei Wochen durch die Kultur gestellt werden. Die Sicherheit des Verfahrens ist derjenigen des Tierversuchs mindestens gleichzusetzen. Divergenzen bei 126 positiven Fällen ergaben, daß dreimal die Kultur bei positivem Tierversuch, achtmal der Tierversuch bei positiver Kultur versagte. Der Tierversuch wird auch weiterhin geübt werden müssen, doch sollte in jedem Fall bei Verdacht auf Tuberkulose und negativem Ausfall der Untersuchungen im direkten Ausstrich die Kultur angelegt werden.

Held.

868.

Videla, Carlos Alberto, **Beitrag zum Studium der pseudokavernösen Symptome.** (Rev. méd. lat.-amer., 13., 157. S. 3317.) Pseudokavernöse Symptome werden durch eine Deviation der Trachea infolge Retraktion einer sklerotisch veränderten Lunge verursacht. Sie werden im allgemeinen von einer Skoliose, Schluckbeschwerden, inspiratorischer suprasternaler Einziehung, Vertiefung der interkostalen Spalten und Verschiebung der Herzspitze mit Dextro- oder Sinustrokardie begleitet.

Ashkenasy, Wien.

869.

Bayle, M., **Die Milzorgantherapie zur Behandlung der Tuberkulose.** (Presse Méd., Nr. 98.) Wie Verfasser schon in früheren Arbeiten auseinandergesetzt hat, ist die Milzorgantherapie bei schweren Fällen von Tuberkulose noch wirksam, wo ein Pneumothorax nicht möglich war oder wo er, einseitig oder bilateral, den verheerenden Prozeß nicht aufhalten konnte. Verfasser verwandte dabei nicht Teil- oder Mischextrakte, sondern reine Totalextrakte aus Schweinemilz in Ampullen zu 5 ccm zur subkutanen Injektion und einen Sirup desselben Extraktes zur oralen Anwendung, teils, um die subkutane Wirkung zu verstärken und die Zahl der Injektionen herabzusetzen, teils bei einfach anämischen Patienten mit leichten Drüsenerkrankungen und zur Prophylaxe. Gegeben werden 4 Eßlöffel täglich zu den Mahlzeiten (25 g Milz pro Löffel), bei Kindern von 3 bis 14 Jahren 1 Teelöffel, steigend bis zur vollen Dosis, 21 Tage hintereinander, 8 bis 14 Tage Pause, neue Serie. Injiziert werden 1 bis 2 Ampullen beim Erwachsenen, beim Kind 1 ccm pro Lebensjahr in die Glutäen oder in das Unterhautzellgewebe des Abdomens, 12 Injektionen in 22 Tagen, und zwar am ersten und zweiten Tage je eine, am dritten und vierten keine,

am fünften und sechsten je eine usw. 8 Tage Pause, neue Serie. Die Behandlung wird fortgesetzt bis einige Monate nach der Heilung. Genaue Angaben der 22 behandelten Fälle. Die Injektionen sind so gut wie schmerzlos; fieberhafte oder anaphylaktische Reaktionen sind nicht beobachtet worden.

Haber.

870.

Baer, G., Herrmannsdorfer, A., und H. Kausch, **Ergebnisse kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose.** Die an weit über 100 Lungenkranken in mehr als drei Jahren gewonnenen Erfahrungen erweisen, daß dieses Diätverfahren schwere und schwerste Lungenerkrankungen günstig beeinflussen kann. Aus ausführlichen Krankengeschichtsauszügen und der Wiedergabe von Röntgenogrammen erhellt, daß selbst doppelseitige, vorwiegend exsudative Früherkrankungen mit hohem Fieber und starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens sowie beidseitige Zirrhosen mit frischen exsudativen Nachschüben und starkem Verfall bei konsequenter Durchführung der Diät eine erhebliche Besserung erfahren. Unter Einfluß der Ernährung entwickeln die exsudativen Prozesse eine Neigung zur Umwandlung in die produktiv-fibröse Form, wobei die Entfieberung erfolgt, der Auswurf sich beträchtlich vermindert und nicht selten die Tuberkelbazillen für dauernd verschwinden. Unterernährte Kranke erreichen bisweilen auffallend schnell ihr Normalgewicht. Dieser Erfolg ist nicht allein auf die Ueberernährung zu beziehen, da häufig vorausgegangene Kuren in Heilstätten einen Umschwung im Krankheitsverlauf nicht herbeiführen konnten, obgleich auf reichliche Ernährung größtes Gewicht gelegt wurde. Auch besonders günstige Umstände anderer Art sind für die Besserungen unter der Gersondiät nicht verantwortlich zu machen (Fortfall des klimatischen Reizes, Durchführung der Behandlung unter ungünstigeren hygienischen Verhältnissen als in den Heilstätten). Welche Formen der Lungentuberkulose für diese Ernährungstherapie besonders in Frage kommen, läßt sich allgemein nicht angeben. Jedenfalls ist ein Versuch immer angebracht, wenn die durch die Erkrankung ausgelöste Schädigung des Organismus eine starke Gegenwehr verhindert, wenn bisherige Heilversuche anderer Art erfolglos waren. Die bisher bei progressiven Fällen erzielten Besserungen berechtigen zu der Auffassung, daß mit der Diät in Frühfällen wesentlich mehr zu erreichen ist.

Für die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose ist dieses Heilverfahren von erheblicher Bedeutung. Denn durch die Ernährungskur lassen sich oft bei doppelseitigen Erkrankungen die Vorbedingungen für den operativen Eingriff schaffen, der allein bei den schwersten, mit ausgedehnten Einschmelzungen einhergehenden Prozessen eine Heilung herbeiführen kann. Durch ihre Anwendung können die Herde auf der weniger erkrankten Seite zur Vernarbung gebracht werden, so daß nunmehr die Operation zum Erfolg führen kann. In anderen Fällen genügt die Schaffung günstiger mechanischer Bedingungen durch den chirurgischen Eingriff noch nicht zur Heilung, und erst die als Nachbehandlung durchgeführte Diätkur vermag es, diese Kranken zu retten.

Biberfeld.

871.

Archibald, E. W., **Die Auswahl der Fälle von Lungentuberkulose zu chirurgischen Eingriffen.** (New England J., Nr. 21, 1928.) Zunächst ist hier zu nennen die extrapleurale Thorakoplastik, die die Atembewegungen der kranken Lunge aufheben und auf ihre Substanz selbst eine Kompression ausüben soll; dadurch Entspannung der kranken Lunge, funktionelle Ruhe, Verminderung der Absorption toxischer tuberkulöser oder Zellprodukte. Die physiologischen Prinzipien und die pathologische Wirkung ist im wesentlichen dieselbe wie beim künstlichen Pneumothorax. Am geeignetsten hierfür sind die chronischen, hauptsächlich einseitigen, fibrotischen und ulzerativen Tuberkulosen ohne aktiven Prozeß in der anderen Lunge. Der Grad der Fibrose ist der Maßstab seiner Widerstandskraft. Meist findet man auch Kavernen und eine Infiltration bronchopneumonischen Charakters im Status quo gehalten oder in Narbenbildung; Herz, Trachea und das obere Mediastinum sind dahin verzogen. Das Zwerchfell steht hoch. Ein meist versuchter Pneumothorax hat sich als ungenügend erwiesen. Der Film zeigt oft eine gewisse Infiltration des Hilus. Alte ruhende, nicht ausgedehnte Herde, die nicht vorzüglich im unteren Lappen liegen, sind auf der anderen Seite keine Kontraindikation. Andere ernsthafte Veränderungen wichtiger Organe dürfen natürlich nicht vorliegen; immerhin ist eine Larynx- oder Darmtuberkulose, wenn der Fall wirklich chronisch ist und eine gute Widerstandskraft zeigt, keine Kontraindikation. Die Auswahl muß der Internist treffen auf Grund seiner gründlichen Kenntnis des Falles, der Röntgeninterpretation und seines klinischen Instinktes. Dabei ist zu bedenken, daß auch dauernder Husten zur Ausbreitung beiträgt dadurch, daß er infektiöses Material in gesunde Alveolen treibt. Es handelt sich hier immer um offene, aber gute chronische Fälle, lange afebril, ohne Pulserhöhung, die aber, wenn

man sie läßt, sicher eine dunkle Prognose geben. Hier ist die Operation in allen Fällen auszuführen. Die zweite Klasse sind die bedingt Günstigen, die allmählich ihre Widerstandskraft verlieren; die Veränderungen sind ähnlich den vorigen, aber ausgedehnter; seit einiger Zeit, nachdem es länger ganz gut ging, subfebrile Temperatur, Pulserhöhung. Kleine Anfälle von Pleuritis; das Gewicht wird nicht gehalten, der Appetit unsicher; das allgemeine Wohlbefinden beginnt zu schwinden. Hier ist ein Pneumothorax völlig ungenügend. Die dritte größere Klasse sind die schlechten Chronischen. Hier kann man ein stetiges sicheres Fortschreiten beobachten, wenn auch die gute Seite gut zu bleiben scheint. Hier ist schon die Prognose für das nächste Jahr übel. Trotzdem bringt der Eingriff noch Besserung. Die vierte Klasse: der Prozeß ist noch einseitig, aber Kavernen und Fibrosis sind exzessiv. Der Zustand besteht schon jahrelang; Myokarditis, Dyspnoe usw. In solchen Fällen ist operativ wenig Aussicht. Dazu kommt noch eine fünfte Klasse: eine eng umgrenzte Spitzenaffektion mit ziemlich großer Kaverne und adhärenter Pleura, sowie eine sechste Klasse: die seltenen Fälle umschriebener Erkrankung des oberen Lappens allein. In beiden Fällen ist der Eingriff anzuraten.

Nun kommen die Fälle mit bilateralen Spitzenerkrankungen, bilateralen Kavernen, bei denen die unteren zwei Drittel jeder Lunge frei sind. Einmal solche, bei denen in den letzten 1 bis 2 Jahren frische akute Invasionen auf der guten Lunge stattfanden. Hier ist Vorsicht geboten: manche schneesturmähnliche Bilder auf dem Film sind eigentlich nur eine exsudative Antwort auf allergischem Boden und zeigen neue Aktivität und Widerstandsverlust an. Und gerade die Widerstandskraft, die Tendenz zur Heilung, ist hier das Ausschlaggebende. Wenn man sich hier nicht ganz klar ist, schiebt man die Operation besser einige Monate hinaus, oder man macht eine Phrenikotomie. Oder man findet bei solchen Fällen aktive Bezirke in der guten Lunge, oft erst nach wiederholten Röntgenuntersuchungen: hier ist die Thorakoplastik zu riskant. Dann kommen die Fälle, in denen ein spontaner oder künstlicher Pneumothorax vorliegt wegen einer frühen akuten Form oder bei chronischen produktiven Fällen, um eine interkurrente akute Ausbreitung zu verhindern. Im allgemeinen eignet sich ein künstlicher Pneumothorax besser für akute aktive Veränderungen und die Thorakoplastik besser für chronische produktive Sklerosen mit Kavernen: beim Pneumothorax hat sich so oft ein Empyem entwickelt, durch Ruptur einer Kaverne, weil der Druck nicht genügte. Sodann die Fälle, bei denen wegen Bandadhäsionen keine volle Wirkung des Pneumothorax eintritt: auch hier die Gefahr des Empyems, weswegen die Thorakoplastik dem Pneumothorax vorzuziehen ist. Ist an der Basis der Adhäsion keine Kaverne, dann offene Lösung. Endlich sind die Fälle zu erwähnen, bei denen beim künstlichen Pneumothorax ein auch mehreren Aspirationen nicht weichendes Exsudat vorliegt; fast immer ist dies eine tuberkulöse Pleuritis. In all diesen Fällen Thorakoplastik: zu oft entsteht daraus ein Empyem, eine Mischinfektion, die gewöhnlich tödlich endet. v. Schnitzer.

872.

Laurenti, G., Die Apnoe beim künstlichen Pneumothorax. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., 2. Jahrg., Heft 12, 1928.) Bestimmungen von freiwilliger inspiratorischer und expiratorischer Apnoe bei Trägern von Pneumothorax ergeben für beide gegenüber der Norm verkürzte Zeiten, abhängig vom Allgemeinzustand sowie Grad der Veränderung der Respirationsorgane der untersuchten Individuen. Die Bestimmungen der Apnoe nach wiederholten Füllungen ergeben erhöhte oder kürzere Zeiten, je nachdem, ob der Zustand der Kranken sich verschlechtert oder gebessert hat. Eugen Stransky, Wien.

873.

Lucchi, Giuseppe, Vitalkapazität und künstlicher Pneumothorax. (Riv. pat. e clin. tbc., Jahrg. II, Heft 12, 1928.) Spirometrische Bestimmungen der Vitalkapazität der Lungen vor und unmittelbar nach der wiederholten Pneumothoraxtherapie ergeben, daß die Kapazität wohl abnimmt, aber nicht in dem Maße, als die in die Brusthöhle eingeführte Luftmenge beträgt. Wenn die Vitalkapazität in dem oder über dem Maße der zugeführten Luftmenge abnimmt, müssen Verwachsungen oder andere störende Momente vorliegen. — Deswegen erscheint die Bestimmung der Vitalkapazität vor und nach der Pneumothoraxfüllung von Wichtigkeit. Eugen Stransky, Wien.

874.

Faltin, R., Erfahrungen über Thorakoplastik bei Lungentuberkulose. (Finska Läk.sällsk. Hdl., Dezember 1928.) F. hat 15 Patienten mittels Thorakoplastik behandelt. Von diesen starben 4 im Anschluß an die Operation; 7 sind später an Tuberkulose gestorben, indes 4 jetzt noch — 74 Jahre nach der Operation — am Leben sowie gesund und arbeitsfähig sind. E. Keller.

875.

Ottis, E. O., Enttäuschungen und Ueberraschungen im Verlaufe der Lungentuberkulose. (New England J. Med., Nr. 22, 1928.) Abgesehen von Fällen überraschender Heilung bei physikalisch weit vorgeschrittenem Befunde, selbst unter Fortsetzung des Berufes, also unter Außerachtlassung des heute als wesentlich betonten Faktors Ruhe, unter Umständen unter reichlichem Verbrauch von Alkohol, andererseits wieder Fälle mit geringem negativem Befunde und mit fast fehlenden charakteristischen Erscheinungen, bei denen die Sektion ganz unerwartete Zerstörungen enthüllte, sind nicht so selten. Eine sehr häufig verkannte Erscheinung ist die Hartnäckigkeit digestiver Störungen bei Jugendlichen: die gelegentliche Untersuchung der Lungen ergibt dann plötzlich die wahre Ursache; meist ist dabei wertvolle Zeit verlorengegangen. Also bei allen digestiven Störungen bei Jugendlichen stets die Lungen mit untersuchen, und zwar von vornherein. Chronische Ermüdung kann Ursache und Ausdruck einer Lungentuberkulose sein. Dauerndes Rasseln ist stets ein verdächtiges Zeichen.

Sehr häufig wird Bronchiektasie, die viel mehr verbreitet ist als man glaubt, irrtümlich als Lungentuberkulose angenommen, auch bei Jugendlichen. Die Lokalisation an den Basen, sorgfältige Röntgenuntersuchungen; das dauernde Fehlen von Tuberkelbazillen gibt hier den Ausschlag. Ueberraschend ist auch das rapide Fortschreiten der Lungentuberkulose bei Athleten, oft mit ganz akutem und fatalem Ausgang. Körperliche Ueberanstrengung? Praktisch wichtig, weil die kritische Ueberwachung des Arztes einschläfernd ist, auch die ephemere Besserung durch neue Arzneimittel.

v. Schnitzer.

876.

Schulte-Tiggas, Anthrakose und Tuberkulose. (Zeitschr. f. Tub., 52., 4.) Wie bei den anderen Koniosen, so spielt auch bei der Anthrakose der Tuberkelbazillus eine gewichtige Rolle. Darauf weist der Ausfall der Tuberkulosekomplementbindung nach Besredka hin, nach der angenommen werden kann, daß noch in viel mehr Fällen eine Staublungentuberkulose vorliegt, als man klinisch vermuten möchte. Zweg, Coswig.

877.

Sword, Brian C., Ursachen der Asphyxie bei Neugeborenen. (New England J. Med., Nr. 20, 1928.) Eine der verschiedenen Ursachen der Asphyxie der Neugeborenen ist die antenatale Medikation bei der Mutter: Morphin, Apomorphin, Hyoscinamin usw., auch Inhalationsanästhetika. In einem Falle, in dem bei der Mutter eine tiefe Aethernarkose angewandt wurde, brauchte S. volle zwei Stunden, um die Atmung in Gang zu setzen. (Inhalation von 10% CO₂ und 90% O.) Auch wenn Morphin 2 bis 3 Stunden vor der Geburt gegeben wird, kann es die spontane Atmung des Kindes hintanhaltend. v. Schnitzer.

878.

Bosch, Marin, Quarzlampebestrahlung zweier Empyemkinder. (Arch. Españ. d. Ped., Nr. 10, 665—670, Okt. 1928.) Bericht über 2 Fälle von Empyem, die nach Interkostalschnitt und Quarzlampebehandlung auffallend rasch zur Heilung kamen.

Schulz-Sembten.

879.

Gonzalez, Menesis, Therapeutische Notiz betreffend die Skabies der Kinder. (Arch. Españ. d. Ped., Nr. 10, 643—644, Oktober 1928.) Verf. empfiehlt warm die von De Keiser angegebene Krätzebehandlung der Kinder mit folgender Emulsion: Kreolin von Pearsen 50,0, Aqua dest. ad 250,0. Einreibung des ganzen Körpers an drei Abenden (Kopf ausgenommen), Bad am vierten Morgen. Vorzüge: Einfachheit, Billigkeit, Unschädlichkeit, gute Beeinflussung der sekundären impetiginösen Erscheinungen.

Schulz-Sembten.

880.

Hamburger, F., Stereotype Phantasiespiele der Kinder vor dem Einschlafen. (Arch. Kinderh., 86., Nr. 2.) Stereotype Phantasiespiele der Kinder vor dem Einschlafen sind nicht als erotisch bedingt aufzufassen, sondern das Stereotype ist in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen. Pogorschelsky, Breslau.

881.

Kennedy, Roger L. J., Durch Splenektomie günstig beeinflussbare Erkrankungen im Kindesalter. (J. Amer. Med. Assoc., Vol. 91, Nr. 12, 1928.) An der Mayo-Klinik wurden seit dem Jahre 1920 an 35 Kindern im Alter unter 15 Jahren die Splenektomie ausgeführt. Die Indikationen hierzu waren hämolytischer Ikterus in 18, hämorrhagische Erkrankungen in 10 und Anaemia splenica in 7 Fällen. Von den operierten Kindern starben insgesamt 6 aus

anderen Ursachen, die übrigen befinden sich wohl. Die histologischen Veränderungen, welche in den exstirpierten Milzen gefunden wurden, waren nicht charakteristisch für die betreffenden Erkrankungen. Böhler, Wien.

882.

Bejke, Harald, **Paralleluntersuchungen des leukozytären Blutbildes mit Senkungsreaktionen bei Kindertuberkulose.** (Norsk Mag. f. Laegev., Nr. 2, 1929.) 400 Serien-Paralleluntersuchungen des leukozytären Blutbildes nach Schilling und der Blutkörperchen-senkungsreaktion nach Vestergreen wurden an tuberkulösen Kindern vorgenommen. Das Blut der Proben wurde zu gleicher Zeit nüchtern zwischen 7—8 Uhr entnommen. Neben der Beeinflussung durch akute Infektionen müssen technische Fehlerquellen berücksichtigt werden. Die hämatologischen Eigenschaften des Kindesalters wurden ebenfalls beachtet. Trotz zahlreicher Abweichungen war ein Parallelismus zwischen den Reaktionen und der Blutbildung festzustellen. Doch ist zweifellos das Blutbild empfindlicher und vielsagender als die unpersönliche Senkungsreaktion. Zur Erkenntnis einer aktiven Tuberkulose sind diese Reaktionen nur vorsichtig zu verwerten. Denn ein negatives Blutbild und noch häufiger eine niedrige Senkungszahl lassen eine aktive Tuberkulose nicht ausschließen. Mitunter zeigt die aktive Tuberkulose ein im Verlauf labiles Blutbild und Senkungszahl. Die Reaktionen sagen prognostisch nicht viel, da sie nur den Ausdruck eines momentanen Zellenzustandes darstellen. S. Kalischer.

883.

Dayton, Neil A., **Größe, Gewicht und Intelligenz bei 3553 zurückgebliebenen Schulkindern.** (New England J. Med., Nr. 19, 1928.) Unter den 3553 zurückgebliebenen Schulkindern waren 72% Schwachbegabte; dies läßt einen allgemeinen Schluß nicht zu. Im Gewicht waren sie leicht unter dem Durchschnitt; in der Statur waren die Unterschiede weniger wesentlich. Es bestehen Beziehungen zwischen Größe und Intelligenz und Gewicht und Intelligenz: die Gruppen über den Durchschnittswerten wiesen mehr Fälle höherer Intelligenzgrade auf als die unter dem Durchschnitt. Wenn man sich diesen Beziehungen von der Intelligenz her nähert, so findet man, daß die höheren Intelligenzgrade mehr Kinder aufweisen über Durchschnittsgewicht und -größe, daß die niederen Intelligenzgrade mehr darunter aufweisen. Der Intelligenzquotient der Gruppen über dem Durchschnittsgewicht war entschieden höher als der der untergewichtigen Gruppen. Dasselbe gilt von den Größeverhältnissen. Weitere Forschungen in dieser Richtung sind nötig, ob solche Veränderungen der mentalen Minderwertigkeit vorausgehen, folgen oder sie bloß begleiten. v. Schnizer.

884.

Fischl, R., und B. Epstein, **Schwere Schädigungen von Kaninchen durch Vigantol.** (Med. Klin., 1, 1929.) Das Vigantol ist ein recht differentes Mittel, welches gewaltige kalkmobilisierende Wirkungen besitzt, die leicht über das gewollte Ziel und den geplanten Ort hinausschießen und zu schweren lebensbedrohlichen Veränderungen Anlaß geben können. Dabei ist, wie aus den Experimenten der Verfasser hervorgeht, eine erhöhte Verträglichkeit des Vigantols bei rachitischen gegen gesunden Kaninchen nicht vorhanden. Die nichtrachitischen Tiere scheinen besonders ausgedehnte und schwere Erkrankungen zu zeigen. L. Gordon, Berlin.

885.

Netschajew, P. M., **Rachitis und Malaria.** (Wratsch. Djelo, 11, Nr. 10, S. 827, 1928.) Prof. Netschajew will die Rachitis als Folge der Malariainfektion ansehen und bekennt sich demnach als Anhänger der schon 1882 von Oppenheimer ausgesprochenen Gedanken. Seine Schlüsse zieht N. aus folgenden Erwägungen: Bei den von ihm behandelten Rachitikern beobachtete er stets nach genauen Untersuchungen Milzschwellung, Vergrößerung des Herzens, Vorhandensein von Kalziumoxalat im Harn, sowie anamnestisch: periodische Schüttelfröste und katarrhalische Erscheinungen seitens des Magendarmkanals. Blutuntersuchung während des Fiebers ergab bei diesen Patienten Malaria plasmodien. Die bei allen diesen Fällen vorgenommene Chinintherapie während einiger Monate hatte zugleich mit dem Verschwinden der Malariaanfalle auch allmähliches Zurückgehen aller rachitischen Erscheinungen zur Folge. Den Hauptgrund für seine Behauptung sieht der Verf. in der Tatsache, daß er bei der Untersuchung des Harnsediments von an verschiedenen Malariaformen erkrankten Erwachsenen stets mehr oder weniger große Mengen von Oxalaten vorfinden konnte. Diese Erscheinung soll bei allen chronischen Malariaerkrankungen vorkommen und nach einer dauernden und fortgesetzten Chinintherapie zugleich mit den übrigen Malariaerscheinungen verschwinden, um jedoch bei deren Neuauftreten wiederzukehren. Dies weist auf eine Störung des Kalkstoffwechsels im Organismus bei Malariaerkrankung hin. Während aber beim

erwachsenen Malariker diese Störung keinen sichtbaren Einfluß auf das Knochengewebe hat, hemmt sie bei malarikranken Kindern in der Entwicklungsperiode die Verkalkung der Knochen und führt zu rachitischen Veränderungen am kindlichen Skelett.

E. Kontorowitsch.

Mund- und Kiefererkrankungen

886.

Dobrzaniecki, Wladyslaw, **Ueber das sogenannte Aktinomykom der Wange.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 51, 1928.) Der hier mitgeteilte Fall von Aktinomykom der Wange bestätigt die Ansicht, daß es in der Regel unmöglich ist, die richtige Diagnose vor der Operation zu stellen. Zugleich gibt der Fall einen krassen Beweis dafür, daß das radikale Vorgehen unter günstigen Bedingungen die besten Aussichten bietet. Die zerviko-faziale Form der Strahlenpilzkrankheit hat eine gewisse Neigung zur spontanen Heilung, indem es zur Abkapselung des Krankheitsherdes durch Bindegewebe oder zum Absterben und zur Verkalkung der Pilzdrüsen kommen kann. Als Lokalbehandlung werden empfohlen: Inzision und Exkochleation und parenchymatöse Einspritzungen von 1—2% Kupfersulfat und 5—10% Jodkalilösung neben Jodkali innerlich. Aus kosmetischer Rücksicht werden Radiumbehandlung oder Röntgenstrahlen empfohlen. In Fällen, die gegen Jod und Röntgenstrahlen resistent sind, gibt man Yatren intravenös. Held.

887.

Chaim, **Ueber dentale Antrumempyeme.** (Soc. Med., 9, 1928.) Die Empyeme der Highmors-Höhle sind zu 70% dentalen Ursprungs. Sie pflegen meist vom zweiten Bicuspidaten bzw. ersten Molaren auszugehen. In solchen Fällen braucht der affizierte Zahn nicht gezogen zu werden, sondern mit Wurzelresektion hat Verf. die besten Erfolge gehabt. Bei der Antrumoperation bevorzugt Verf. die Methode nach Luc-Caldwell; nur bei sehr spitzwinkliger Apertur piriformis operiert er nach Denker. Bei unklaren fieberhaften Allgemein- und Organerkrankungen ist stets die Mundhöhle auf das genaueste zu untersuchen und Eiferherde im Kiefer zu entfernen. Bei Neuralgien hat sich oft ein verlagelter Zahn als Ursache erwiesen, nach dessen Entfernung bzw. Wurzelresektion die Neuralgie schwand. Was die plastische Deckung der oralen Kieferhöhlenfisteln betrifft, so schließen sich feine Fistelgänge nach Argentumtuschierung schnell, mittelgroße Defekte können durch Kombination von mukösen Gaumen- und gestielten Wangenlappen gedeckt werden; bei größten Defekten hat Verf. mit Erfolg zur plastischen Deckung den Angularislapen benutzt.

Michaelis, Bitterfeld.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

888.

Donner, **Zur Pharmakodynamik des Mangans.** (Allg. Homöop. Ztg., 176., Heft 4.) An Hand eines Falles von Manganvergiftung, mitgeteilt durch Embden, welcher zu der Schlußfolgerung einer Ähnlichkeit der Manganvergiftung mit den Erkrankungsbildern des striopallidären Systems, insbesondere der Postenzephalitis, kommt, weist Donner nach, daß schon in der Literatur verschiedentlich Fehldiagnosen zwischen Manganvergiftung und multipler Sklerose niedergelegt sind. Auch die Symptome der Paralysis agitans zeigen weitestgehende Übereinstimmung mit denen einer Manganvergiftung, so daß Donner auf die homöopathische Anwendung des Mittels bei letzterer Erkrankung versuchs halber hinweist. Interessant ist diesen empirischen Ergebnissen gegenüber die Armut der im pharmakologischen Experiment gewonnenen Beobachtungen.

Dermitzel.

889.

Rabe, **Vergleichende Studien über Moschus und Baldrian.** (Dtsch. Z. Homöop., 1, 1929.) Angeregt durch Fuhrmann, welcher die Auffassung vertritt, daß gewisse Stoffe im Weltall eine Art Metamorphose durchmachen, die durch Passage des Mineralreiches, der Pflanzen- und Tierwelt erkenntlich wird, setzt Rabe die Indikationen der beiden Stoffe in Parallele. Das Beispiel ist aus dem Grunde so gut gewählt, da die Moschusreihe sich von Narden nahren, welche zu den Valerianaceen gehören. Tatsächlich zeigen die beiden Mittel eine derartig weitgehende Übereinstimmung, daß man Moschus im Arzneibild geradezu als eine verstärkte Baldrian ansehen kann. Wenn man der Bedeutung dieser Tatsache sich etwas näher hingibt, eröffnet sich weitreichende Perspektiven.

Dermitzel.

890.

Much, Hans, **Lipoide und Morphine**. (Münch. med. Wschr., L. 6, 1929.) Beim Zusatz von Morphium in bestimmten Mengenverhältnissen zu einer klaren wässrigen, zelldispersen Cholesterinlösung kommt es zu einer Flockung, die zum größten Teil aus Lipoid besteht. Diese Flockung bleibt aus, wenn das Alkaloid in der gleichen Weise mit den Gegenspielern des Cholesterin, den Lezithinen, gemischt wird. Wenn zu der Mischung Lipoid-Morphium menschliches Serum hinzugefügt wird, so kehrt sich das Bild um (Aufhebung der Cholesterin-Morphium-Flockung, Niederschlagsbildung bei dem Morphium-Lezithin-Gemisch). Welcher Stoff im Serum diese Wirkung bedingt, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Gehirnauszüge und manche Harne verändern diese Reaktionen in der gleichen Weise wie das Serum, unabhängig vom Eiweißgehalt.

In der ausgeflockten Mischung Cholesterin plus Morphium bleibt die für dieses Alkaloid charakteristische Diazoreaktion monatelang erhalten, ebenso auch in den nichtgeflockten Lezithin-Morphium-Mischungen. Nach Serumzusatz hingegen tritt schon nach kurzer Zeit eine Abnahme der Diazoreaktion ein, die allmählich völlig verschwindet. Dieser Ausfall der Versuche erweist, daß das Morphium in der Lösung zwar noch in gleicher Menge vorhanden ist, aber als Morphium in der bekannten Form verschwunden ist. Schneller als Serum bringen manche Harne und Galle die Diazoreaktion in den Alkaloid-Lipoid-Mischungen zum Verschwinden. Bemerkenswerterweise läßt Kaffee-Extrakt — ohne Hilfe des Lipoids — die Diazoreaktion des Morphiums in wenigen Stunden gänzlich verschwinden. Durch den Verlust der Diazoreaktion wird die Morphiummischung biologisch verändert, indem es teilweise entgiftet wird. Die zehnfache Maximaldosis läßt sich ohne Vergiftungserscheinungen verabfolgen, wobei die schmerzstillende Wirkung erhalten bleibt, während der euphorische Effekt und der Einfluß auf die Atmung fortfallen. Diese Ergebnisse weisen auf die engen Beziehungen hin, die zwischen Morphiumwirkung im Organismus und den Lipoiden bestehen müssen und sprechen für die Auffassung, daß bei der Entziehungskur das biologische Gleichgewicht des Organismus empfindlich gestört wird, daß die Entziehungserscheinungen nicht durch den Hunger nach einem Genußmittel ausgelöst werden.

Biberfeld.

891.

Delbet, P., **Halogen-Magnesiumsalze und Karzinom**. (Presse Méd., Nr. 93, 1928.) Verf. hat schon im Jahre 1915 eine zytophylaktische Wirkung des Magnesiumchlorids festgestellt, d. h. eine beträchtliche Aktivitätssteigerung der meisten Blutkörperchen, auf der eine Reihe von Erscheinungen beruhen, die im wesentlichen eine Wirkung auf das ektodermale Epithel und seine Derivate bedeuten. Magnesiumtiere lebten fast doppelt solange wie die Kontrolltiere ohne Magnesiumfütterung, was Verf. der Regulierung gewisser Synthesen zuschreibt, die der Vitaminmangel verhindert. Bekannt ist, daß Warzen, Akne, Psoriasis, Hühneraugen, manche Pruriten durch Magnesium sehr günstig beeinflusst werden, erscheinen aber wieder, wenn es fortgelassen wird. Ebenso wird Wachstum und Widerstandsfähigkeit der Nägel angeregt. Es wirkt also mehr als Nahrungsmittel anstatt als Medikament, und die Phänomene deuten an, daß bei vielen menschlichen Organismen Magnesiummangel besteht. Viele der genannten Läsionen, die auf Magnesiumzufuhr verschwinden, gehören zur Gruppe der präkanzerösen Affektionen, woraus Verf. schließt, daß das Magnesium als Vorbeugungsmittel gegen Krebs zu betrachten ist. Ferner fand Verf., daß die Einführung von Halogen-Magnesiumsalzen in das Duodenum einen energischen Gallenfluß verursacht, daher Cholezystiden günstig beeinflusst werden.

Haber.

892.

Riser, R. Sorel, **Hypertonische Lösungen gegen kraniale Hypertension**. (Paris méd., Nr. 48, 1928.) 10–20% Salzlösungen, intravenös in der Dosis von 0,25–0,5 pro Kilogramm, bewirken eine Senkung des Liquordruckes um 30–50% des primären Druckes für 1–3 Stunden. Dramatische Nebenwirkung: durch die plötzliche Hyperchlorisation des Blutes kann es zu einer richtigen nitritoiden Krise kommen: in wenigen Sekunden Gefühl der Todesangst, Gesichtskongestion, Infektion der Konjunktiven, Augentränen, Schwellung der Halsvenen, kalte Extremitäten, Erhöhung des arteriellen Druckes. In den folgenden Stunden: Erbrechen, Diarrhöe, reichliche Rhinorrhöe, starker Durst. Und all dies ist von einer plötzlichen Erhöhung des Liquordruckes begleitet: passive Vasodilatation der Gehirngefäße, Vermehrung des Gehirnvolums, wie nach Jugulariskompression und Inhalation von Amylnitrit. Derartige Zufälle sind bei den immer brüchigen tumoralen und peritumoralen Gefäßen zu riskant. Nicht gefährlich sind dagegen selbst bei starker Konzentration die Glukoselösungen. Im allgemeinen werden 50–60% Lösungen, 100 ccm, langsam auf 37 Grad injiziert, gut ertragen, denn der Zucker bleibt nicht lange im Blutstrom, wird in der Leber fixiert oder durch die Nieren ausgeschieden oder in den Geweben verbrannt. Aber die Drucksenkung ist geringer und

viel inkonstanter als CNa. Ergebnis: die hypertontischen Injektionen ersetzen die dekomprimierende Injektion in keiner Weise; die stärkste hypertontische Injektion ersetzt nicht eine Ventrikelpunktion. Man darf sie aber deshalb nicht als wertlos verwerfen, weil sie immer noch gute Erfolge gibt bei schmerzhaften Hypertensionen, z. B. nach einer Trepanation, bei den vorübergehenden wenig intensiven Hypertensionen nach Lendenpunktion, bei den Kopfschmerzen der serösen Meningitis bei Infektionen.

v. Schnizer.

893.

Wartenberg, Fritz, **Welche Arzneien bevorzugt der Berliner Kassenarzt**. (Soz. Med., Nr. 10, 1928.) Von den Rezepten entfallen nur 18% auf die Rezeptur, während 53% Spezialitäten betreffen. Im Interesse von Arzt, Kasse und Patient wird dringend ein Neuaufleben der Rezeptur verlangt.

Michaelis, Bitterfeld.

894.

Bustos, Rifo T., **Ueber Hualtata**. (Rev. méd. Chile, 56, 7, 828.) Hualtata ist eine in den sumpfigen Gegenden von Südamerika wachsende Pflanze, in deren Wurzel ein Alkaloid enthalten ist, welches digitalis-ähnliche Wirkung aufweist: Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Herzens, wobei vorzugsweise die Kontraktibilität der Herzmuskelfasern günstig beeinflusst wird. Bei Hypertonikern kommt es zur mäßigen Blutdrucksenkung. Die diuretische Wirkung der Droge beim kardialen Oedem gleicht vollkommen derjenigen der Digitalis. Auch die subjektiven Symptome, wie Palpitationen, Angstgefühle, Atemnot werden durch Hualtata günstig beeinflusst. Im allgemeinen ist die Wirkung der Hualtata im Vergleich mit der von Strophantus und Digitalis schwächer; hervorzuheben ist jedoch die Eigenschaft des Hualtataalkaloids, den als Wirkung der Digitalismedikation auftretenden Pulsus bigeminus prompt zum Verschwinden zu bringen. Die Droge wird entweder in Form eines Extraktes (150 bis 200 Tropfen pro die) oder in Tabletten (4 Tabletten à 1,0 g täglich) gegeben. Dauer der Verabfolgung der Höchstdosis 10 bis 15 Tage. In leichteren Fällen, ohne Oedeme und viszerale Kongestionserscheinungen, genügen 2 Tabletten täglich, beim Vorhandensein von nur subjektiven Symptomen kann die Dosis auf 1 Tablette im Tage reduziert werden. Die Minimaldauer der Hualtataverabreichung, selbst in Fällen, bei welchen die Zeichen der Dekompensation bereits zurückgegangen sind, beträgt 8 bis 10 Tage. Sehr zweckmäßig erweist sich die Kombination von Hualtata mit Theobromin (1,0–1,5 g des letzteren Mittels pro die). Auch im Sinne einer Vorbereitung für eine Digitaliskur, und zwar zwecks Erhöhung des diuretischen Effektes dieser letzteren, wird Hualtata mit Nutzen verabreicht. Mit Rücksicht auf die milde Wirkung des Mittels empfiehlt es sich, vor Verabreichung desselben bei Fällen mit erheblichen Oedemen und hochgradiger intestinaler Kongestion folgende Maßnahmen zu treffen: Aderlaß, Dekongestionierung des Pfortadersystems durch Abführmittel und Lumbalpunktion 15–20 ccm Liquor), welche letztere Maßnahme sich als besonders wertvoll, nicht bloß zur Senkung des arteriellen Hochdruckes, sondern auch zur Förderung der Diurese erweist.

Ashkenasy, Wien.

895.

Jervell, Otto, **Sublimatvergiftung und Urämie**. (Norsk Mag. f. Laeger., Nr. 2, 1929.) In einem Falle von Sublimatvergiftung wurden die charakteristischen Veränderungen gefunden, wie Aetzungserscheinungen im Ventrikel, Ulzera im Kolon, Degeneration, Nekrose, Kalkablagerungen in den Nieren. Die klinischen Erscheinungen wichen jedoch von den gewöhnlichen ab; nach eklamptischer Urämie folgte eine echte Urämie mit herabgesetzter Alkalireserve und erhöhter Harnstoffkonzentration im Blute. Die Diurese war reichlich. Die urämische Azidose kam von der Retention der Milchsäure her, die vermehrt im Blute gefunden wurde, und zwar drei- bis viermal mehr als normal.

S. Kalischer.

896.

Harvier, P., **Die Therapie 1928**. (Paris méd., Nr. 48, 1928.) Für den Praktiker wichtig ist das noch immer umstrittene Gebiet der antituberkulösen Schutzimpfung nach Calmette und Guérin. Bei den nicht geimpften Kindern, die im tuberkulösen Kontakt leben, beträgt die Mortalität des ersten Jahres 25%, von den geimpften, die im tuberkulösen Kontakt leben, noch nicht über 1%. Aber auch die allgemeine Mortalität fällt von 8,5% bei den nicht-geimpften auf 3,1% bei den Geimpften. Viele geistliche Einwürfe aus der Schweiz, aus Upsala werden mit der Nichtbeachtung der Vorschriften widerlegt oder damit, daß während der kritischen Zeit von der Impfung bis zum Eintritt der Immunität — 3 bis 4 Wochen — das Kind von der Mutter nicht streng getrennt wurde. Während die Experimente die Unschädlichkeit der Impfung ergaben, sind die klinischen Ergebnisse weniger optimistisch. Von 11 Geimpften zeigten 5 eine positive Hautreaktion und verschiedene tuberkulöse Veränderungen. Calmette erklärt dies so: eine folli-

kuläre Veränderung ist nötig, um die Tuberkulinsensibilität zu schaffen, und während der einfache zelluläre Parasitismus des Tuberkelbazillus genügt, um Immunität zu schaffen, bestimmt er nicht immer den Zustand der Allergie. Immerhin, diese Verhältnisse sind noch nicht klar. Man weiß auch nicht genau, wie lange die Immunität dauert; deshalb empfiehlt auch Calmette Revakzination am Ende des ersten und des dritten Jahres, aber nur bei den im kontagiösen Milieu Lebenden.

Donzelot weist auf den Mißbrauch der antisypilitischen Behandlung bei kardiovaskulären Affektionen der tertiären Syphilis hin: oft ist die Aetiologie dieser Syndrome, besonders der Angina pectoris, der chronischen Aortitis, des Stokes Adams, der Hypertension, eine ganz andere; und selbst wenn sie syphilitisch wäre, so wird dabei meist der Zustand des Myokards, der Leber und der Nieren außer acht gelassen. Man darf nie vergessen, daß nicht alle bei einem Luetiker auftretenden Affektionen ohne weiteres syphilitisch sind, daß jede spezifische Behandlung bei ungünstigen kardiohepatorenenalen Verhältnissen gefährlich sein kann, daß ein Versagen dieser Behandlung nicht immer bedeutet, daß Syphilis nicht die Ursache ist. Besonders gefährlich ist die Behandlung bei Herzinsuffizienz; hier müßte eine tonische Behandlung vorausgehen. Intravenöse Injektionen vertragen Herzranke oft schwer. Und Hg ist für Leber und Nieren weniger toxisch als Wismuth und besonders Salvarsan.

Die Behandlung der postoperativen oder puerperalen Phlebitiden durch Blutegel: 4 bis 6 Blutegel werden an der Wurzel des Gliedes angesetzt; Wiederholung nach 2 bzw. nach 4 Tagen. Auch die obliterierenden varikösen Phlebitiden und die subakuten venösen Septikämien profitieren davon. Sie kommt auch prophylaktisch bei Frauen in Betracht, die bei jeder Geburt rezidivierende Phlebitiden zu bekommen pflegen. Nutzlos in der obliterierenden Phase der Phlebitis. Gefährlich nach der Entbindung bei anderen Kranken, die zu Hämorrhagien neigen: es wird ein Zustand der Hämophilie geschaffen. Villaret und Besançon haben die vasodilatorische Eigenschaft (auf Arterien und Arterien, im Gegensatz zum Histamin, das auf Kapillaren wirkt) und die erregende Wirkung auf den Pneumogastrius des Chlorhydrats des Azetylcholin zur Behandlung des Raynaud ausgenutzt; subkutan 0,05 bis 0,1 g schon nach ½ Stunde Verschwinden der Schmerzen und der zirkulatorischen Störungen. Die Wirkung dauert 12 bis 72 Stunden. Auch bei der Arteritis mit stenosierender Tendenz wird der arteriäre Spasmus gelöst. Hier morgens und abends 0,15 g eine Woche lang. Ferner verzeichnen sie Erfolge bei intermittierendem Hinken, bei Sklerodermie, bei den trophischen Stumpfgeschwüren, bei den Nacht-schweiß der Tuberkulösen (1 bis 2 cg), bei den funktionellen Störungen der arteriellen Hypertension (Schwindel, Krämpfe = c), kurz bei allen Arten von Gefäßkrämpfen. Auch diagnostisch von Bedeutung bei Raynaud zum Unterschied von den juvenilen Akrozyanosen mit venöser Hypertension: letztere werden dadurch nicht beeinflusst. Ebenso erkennt man damit, ob bei einer Arteritis eine vollständige Obliteration vorliegt: wenn nach der Injektion kein Puls auftritt. Man kann heute pharmakologisch sämtlichen peripheren, vaskulären Elemente hinsichtlich ihres Zustandes feststellen: die Arteriole und Kapillare kontrahiert auf Pituitrin, die kleine Vene nicht. Histamin dilatiert die Kapillaren, ohne die anderen Gefäße zu beeinflussen. Azetylcholin dilatiert die Arterien, ohne die Kapillaren zu beeinflussen. Hydrastinin dilatiert die kleinen Venen.

897.

Glaser, Jerome: Intramuskuläre Injektion von Dextrose. (J. Am. Med. Assn., Vol. 91, Nr. 10, 1928.) Die parenterale Zufuhr von Dextrose kommt praktisch bei allen jenen Zuständen in Betracht, bei denen die Aufnahme von Nahrung auf gewöhnlichem Wege erschwert oder unmöglich ist. Zu diesen Zuständen sind unter anderem zu zählen: Toxämie, gastrische Erkrankungen, welche von gehäuften und heftigem Erbrechen begleitet sind, ferner gewisse Infektionskrankheiten, z. B. Pneumonie und Typhus, und schließlich von Diarrhöen begleitete Darmstörungen, bei denen die orale Verabreichung von Dextrose nicht angezeigt erscheint. Die parenterale Zufuhr von Dextrose stößt aber beim Kinde, insbesondere bei Säuglingen, sehr häufig auf große Schwierigkeiten. Rektale Zufuhr ist in der Regel unzureichend, intravenöse Infusion oft unmöglich. Als einfachsten Weg, Dextrose auch bei Kleinkindern und Säuglingen parenteral zu verabreichen, empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen an mehr als 100 Kindern, die intramuskuläre Einspritzung einer 10% Dextroselösung. Die Technik ist folgende: Eine 10% sterile Dextroselösung (als Lösungsmittel wird entweder destilliertes Wasser oder physiologische Kochsalzlösung verwendet) wird körperwarm in die Muskulatur der lateralen und anterolateralen Region des Oberschenkels möglichst langsam, eventuell unter Positionswechsel der Nadel, um eine Ueberdrehung des Gewebes zu vermeiden, injiziert. Die Dosis beträgt für Säuglinge 20 bis 40 cm, für ältere Kinder bis zu 100 cm

pro Injektion. Die Resorption selbst größerer Mengen von Dextroselösung geht in der Regel sehr rasch vor sich. Um Fieberreaktionen zu vermeiden, empfiehlt es sich, nur ganz frisch bereitetes destilliertes Wasser zur Herstellung der Dextrose zu verwenden. Ein mäßiger Grad von Karamelisation der Dextrose, wie dies entweder durch Ueberhitzen der Lösung beim Sterilisieren oder durch Auflösung der Dextrose in einem Lösungsmittel von alkalischer Reaktion, beispielsweise Ringerlösung, hervorgerufen wird, scheint keine Nachteile zu haben. Die Farbe der karamelisierten Dextroselösung gleicht ungefähr der einer wässrigen Kaliumdichromatlösung. Für die ungefähre Schätzung des Grades der Karamelisation kann der Iktusindex herangezogen werden. Verfasser selbst hat Dextroselösungen mit einem Iktus-, besser gesagt Karamelisationsindex von mehr als 1 — Farbenton einer wässrigen Kaliumdichromatlösung von 1 : 10 000 als Index 1 angenommen — niemals verwendet. Kontraindiziert ist die intramuskuläre Injektion von Dextrose, vor allem bei Hyperglykämie und dann bei Bakteriämie. Bei letzterer wegen der Gefahr der Ansiedlung von Bakterien in dem mit Dextrose erfüllten Gewebe. Verfasser hat die intramuskuläre Injektion von Dextrose in mehr als 100 Fällen, durchwegs Kinder, von denen die meisten an Pneumonie oder Ernährungsstörungen erkrankt waren, mit sehr gutem Erfolg angewendet und nur in 3 Fällen als einzige Komplikation das Auftreten von Indurationen an der Injektionsstelle gesehen, die aber innerhalb 1 bis 2 Wochen sich spurlos zurückbildeten.

L. Büchler.

898.

Renaud, M. M., Die therapeutischen Eigentümlichkeiten des Milchserums. (Paris méd., Nr. 48, 1928.) Im allgemeinen wird die Milchdiät bei den verschiedensten Krankheiten mehr schematisch als individuell, mehr quantitativ als qualitativ verordnet, mehr en-bloc und ohne Nuancen zwecks reduzierter Ernährung, leichter Assimilation und der günstigen Beeinflussung auf den ganzen Organismus. Praktisch kann man aber die verschiedenen Elemente der Milch trennen und so ihre therapeutische Wirkung besser ausnützen. Die Milch setzt sich zusammen aus einer flüssigen Grundsubstanz, dem Laktoserum, in dem die albuminoiden Substanzen kolloidal gelöst und grob emulsierte Fette beigemischt sind. Die therapeutischen Eigenschaften kommen lediglich dem Serum zu; Fette und Albumine haben nur Nährwert. Wenige Zeit nach der Ingestion eines Glases Laktoserum erhält man durch die Duodenalsonde eine goldgelbe Flüssigkeit: unmittelbare Erregung der Gallenwege; die stagnierende Galle entleert sich, und die Leber produziert viel klare, aber stark gefärbte Galle. Dieser Gallenfluß dauert etwa 30 Minuten und kann sich wiederholen; der Darm kontrahiert und entleert sich. 20 Minuten nachher zeigen sich die ersten Erscheinungen der Diurese: stärkere Urinmenge, Erhöhung des Gehaltes an Salzen, Harnstoff und Farbstoffen, und zwar im Verhältnis höher als das Volum. D. h., die Funktion der Niere erhöht sich. Dies hält etwa 1½ Stunden an und wiederholt sich bei jeder neuen Ingestion. Und dies ist das therapeutische Prinzip. Und da diese Wirkung lediglich mit physiologischen Mitteln erreicht wird, ohne jede Nebenwirkung, liegt die praktische Bedeutung klar auf der Hand. Ebenso das weite Indikationsgebiet. Entleerung und Reinigung des Darms, Anregung der Gallen- und Intestinalsekretion, Verstärkung der Diurese kommen bei den meisten akuten und chronischen Infektionen in Betracht — ja dies kann nie schaden. Zumal da auch eine Dekongestionierung der Leber dabei stattfindet. Bei den wenigsten Krankheiten kann man kausale Therapie treiben, und bei den meisten stehen die Organinsuffizienzen im Vordergrund, und deshalb findet man auch in groben Umrissen vielfach dieselben Syndrome, und in all diesen Fällen ist das Laktoserum das Gegebene: allgemeine Stimulation des Parenchyms zur Anregung der Elimination und Assanierung des Organismus, besonders bei Infektionen und Intoxikationen in Verbindung mit Bädern, gleich welchen Alters. Ohne Komplikation kann man hierbei ruhig das Ende des Fiebers abwarten. Wirk-samer als eine Mineralkur, evtl. in Verbindung damit, kommt sie besonders in Betracht bei den funktionellen Störungen der Arteriosklerose, bei akuten und chronischen Affektionen der Leber, Lithiasis; wo bei Nierenaaffektionen eine reichliche und regelmäßige Diurese, wobei Darmaffektionen regelmäßige und milde Evakuierung und Ruhe nötig ist. Entweder am Morgen 3 bis 4 Gläser 14 Tage lang oder ein Glas nüchtern morgens je nach dem gewünschten Erfolg.

899.

Ymaz, Lucio I., Eine neue Methode zum Nachweis der Inkompatibilität des Blutes bei Transfusionen. (Rev. méd. lat.-amer., 13., 156, 2177.) Die Methode der Transfusion des mit Na. citr. versetzten Blutes wurde seit ihrer Veröffentlichung im Jahre 1914 keiner Modifikation unterworfen. Die späteren Untersuchungen haben nur bestätigt, daß das zitrierte Blut die wesentlichen biologischen Eigenschaften des normalen Blutes besitzt. Die Ursache

der unangenehmen Nebenwirkungen der Transfusion liegt in der Inkompatibilität des Blutes des Spenders mit dem des Empfängers. Das Vorhandensein von Isoagglutininen und Isohämolytinen im Blut des Empfängers, welche die Fähigkeit besitzen, die injizierten roten Blutkörperchen zu verändern, ist eine der Ursachen der fühlbaren Nachwirkungen der Transfusion. Die Klassifizierung der Spender in vier Gruppen nach Moss ist zwar im allgemeinen von praktischer Wichtigkeit, wird jedoch durch das Vorhandensein von intermediären und doppelsinnigen Gruppen bedeutend erschwert. Noch mehr, die Zugehörigkeit zu einer Blutgruppe ist keine feste Eigenschaft des Individuums; sie wird durch Einnahme von gewissen Medikamenten, wie Chinin, Neosalvarsan, Wismuth, Aspirin, Calc. lactic., Antipyrin, Liquor Fowleri, durch Inhalation von Chloroform oder Aether bei der Narkose, durch Röntgenbestrahlung, vielfach verändert. Ohne die Wichtigkeit der Blutgruppenbestimmung für dringende Transfusionen zu vermeiden, muß doch festgestellt werden, daß die Bestimmung der Isoagglutinine und Isohämolytine sowohl beim Spender wie beim Empfänger (gekennzeichnet) vor jeder Blutübertragung eine viel exaktere Methode ist. Die Statistiken sind bestrebt, die Bedeutung der Isoagglutinine in der Genese der unerwünschten Nachwirkungen der Transfusion zu verneinen, da die Isoagglutinine, die in 25% der Fälle vorhanden sind, bloß in einem verschwindend geringen Prozentsatz der letzteren üble Zufälle auslösen. Die Untersuchungen des Verfassers ergeben, daß es die kolloidale Instabilität ist, welche die Nachwirkungen verursacht, und daß erstere durch folgende Methode nachweisbar ist: Man injiziert in die Vene des Empfängers eine geringe Blutmenge des Spenders und beobachtet das Auftreten von Erscheinungen des hämokrastischen Schocks, welcher bei Inkompatibilität des Blutes zustande kommt, wobei der peripheren Leukopenie eine wesentliche Bedeutung, mit Rücksicht auf ihre Sensibilität und Konstanz, zukommt. Der geringe experimentelle Schock, dem der Kranke ausgesetzt wird, ist absolut unschädlich und stellt eine überaus feine und präzise Methode, welche leichter durchzuführen ist und auch bessere Resultate liefert als die bisher bekannten.

Ashkenasy, Wien.

900.

Lindström, L. J., Bluttransfusion. (Finska Läk.sällsk. Hdl., Dezember 1928.) Gestützt auf 69 eigene Transfusionen, von denen 16 mit Zitratblut, die übrigen mit „Vollblut“ ausgeführt wurden, behandelt L. eingehend die Technik und die Indikationen der Bluttransfusionen.

E. Keller.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

901.

Pirquet, Allergie des Lebensalters. (Wr. klin. Wschr., Jg. 42, Nr. 3.) Allergie des Lebensalters ist eine durch die verschiedenen Lebensalter bedingte verschiedene Reaktionsfähigkeit des Organismus. Während z. B. bei der Tuberkulose der Primäraffekt in allen Altersstufen gleichartig verläuft, zeigen die folgenden Stadien je nach dem Alter verschiedene Entwicklungsformen. Der Säugling neigt zu einer sekundären Entwicklung von Tuberkeln in allen Organen; beim Kleinkind beschränken sich die Sekundäreffloreszenzen mehr oberflächlich im Sinne der Skrofulose, beim Schulkind kommt es meist überhaupt nicht zur sekundären Ausbreitung. Das Tertiärstadium mit seinem Sterblichkeitsspitzen zwischen 15 und 25 Jahren zeigt die Allergie des Lebensalters noch deutlicher. Auch bei der Syphilis, beim Diabetes mellitus, bei der Leberzirrhose, bei malignen Tumoren, beim Rheumatismus, bei der Appendizitis ist aus den Morbiditäts- bzw. Mortalitätskurven die Bedeutung der Altersallergie zu ersehen. Worauf die Altersallergie beruht, ist noch nicht bekannt.

Ernst Pick.

902.

Leites, S. M., und A. A. Rjabow, Einfluß des endokrinen Systems auf die Absorptionsfähigkeit des retikulo-endothelialen Systems. (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 10, S. 798.) Auf Grund der experimentellen Untersuchungen kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß die Entfernung der Schilddrüse, der Eierstöcke, sowie die Einführung von Insulin und Pituitrin die Absorptionsfunktion des retikulo-endothelialen Systems erhöhen; Einführung von Adrenalin setzt sie herab. Durch die Entfernung der Bauchspeicheldrüse, der Epithelkörperchen oder der Hoden wird die Absorptionsfunktion des retikulo-endothelialen Systems anscheinend nicht beeinflusst. Die besten Bedingungen für eine experimentelle Blockade des retikulo-endothelialen Systems gibt die Splen- und die Ovariectomie.

E. Kontorowitsch.

903.

Ferrari, Antonio, Eine Schnellfärbungsmethode von Blutpräparaten. (Brasil med., 42., 46.) Verfasser gibt eine Schnellfärbungsmethode von Blutschnitten, speziell zur Darstellung von Blutparasiten geeignet und mittels welcher es gelingt, innerhalb 3 Minuten sehr instruktive Bilder, die den durch Giesma oder Romanowskifärbungen erzielten vollkommen gleichwertig sind, zu bekommen. Die Farblösung wird folgendermaßen bereitet:

Lösung I.

Methylenblau	1,0
Ammon. carbon.	1,0
Aqu. destill.	100,0

Die Substanzen müssen in einem sehr sauberen Gefäße gemischt werden, und nach vollständiger Lösung wird die Farblösung durch 8 bis 10 Tage in einer 200-ccm-Flasche aufbewahrt und täglich gut umgeschüttelt. Die Lösung wird dichrotisch, indem sie gegen Licht violett reflektiert. Am achten bis zehnten Tage fügt man dieser Lösung die frisch bereitete

Lösung II

Eosin	1,0
Aqu. destill.	500,0

hinzu. Die Mischung dieser beiden Lösungen erfolgt in einer recht großen Eprouvette, die ein gutes Umschütteln ermöglicht, da es zur Bildung eines sehr starken Niederschlags kommt, sobald die oberflächliche Schicht dieser Mischung mit der atmosphärischen Luft in Berührung kommt. Man läßt nun die Farblösung 24 Stunden an der Luft stehen und filtriert erst dann, wobei man den Niederschlag im Brüten bei 37° gut austrocknen läßt und ihn dann in 500 ccm Methylalkohol pur. löst, welcher Lösung III man noch 0,25 g Methylenblau zusetzt. Zwecks Konservierung kann man noch neutrales Glyzerin (5%) hinzufügen. Die Färbung erfolgt folgendermaßen: Es genügt, das frische Blutpräparat mit 4 bis 5 Tropfen der Farblösung zu beschenken, die man 1 Minute einwirken läßt, worauf man die doppelte Tropfenmenge destillierten Wassers zufügt und das Präparat leicht hin- und herschwenkt, damit die Flüssigkeiten gut durchgemischt werden: die so verdünnte Lösung läßt man zwei Minuten einwirken. Abspülen unter einem dünnen Wasserstrahl. Die Differentialfarben gleichen denen der Giemsa-Färbung.

Ashkenasy, Wien.

904.

Scott - Williamson, G. Pearse, I. H., und R. McCarrison, Lymphadenoides Struma und ihre klinische Bedeutung. (Brit. med. J., 3548, 4.) Außer der Kolloidspeicherung hat die Schilddrüse noch die Aufgabe, ein besonderes Sekret zu bilden, das von Jod freisetzt („lymphogene Sekretion“). Dieser physiologische Sekretionsvorgang findet gesondert in bestimmten Epithelsäulen (Drüseneinheiten) statt. Parallel diesem Sekretionsvorgang geht eine vermehrte Tätigkeit der Retikuloendothelzellen, die zur Ansammlung von Lymphozyten in den zwischen den Follikeln liegenden Lymphräumen führt. Die Steigerung dieser physiologischen Funktion hat eine Ueberproduktion von Lymphozyten zur Folge (Lymphadenoides Struma). Es kommt zur Ansammlung dieser Zellen am Hilus und später auch in den perivaskulären Lymphspalten, die kreisförmig die Drüseneinheit umgeben. Das sezernierende Epithel beginnt zu wuchern, so daß schließlich die Lymphräume verschwinden. An den Drüseneinheiten, die Kolloid speichern, ist diese Lymphozytenanhäufung und die Epithelveränderung nicht zu erkennen. Unter Einfluß der Hyperfunktion leidet das retikuloendotheliale Gewebe, das allmählich durch Bindegewebe ersetzt wird. Auch das durch die gesteigerte Sekretion funktionell erhaltene spezifische Epithel erfährt langsam eine bindegewebige Umwandlung. So wird allmählich eine Drüseneinheit nach der anderen durch Bindegewebe ersetzt. Die Bindegewebsinseln verbinden sich nach und nach miteinander, bis schließlich die ganze Drüse in einen bindegewebigen Knoten umgewandelt ist, in dem spezifisches Epithel nicht mehr vorhanden ist. Durch Schrumpfung wird aus dem zuerst vergrößerten Organ ein derber fibröser Knoten ohne typische Struktur. Als Folge dieses pathologischen Prozesses tritt Myxödem in Erscheinung.

Diese fibröse Umwandlung der Thyreoidea mit Untergang des spezifischen Parenchyms entsteht nicht — wie bisher angenommen wurde — auf Boden eines entzündlichen Prozesses. Die Bezeichnung „chronische oder granulomatöse Thyreoiditis“ kann nicht auf diese Erkrankung angewendet werden. Vielmehr beruht diese auch als Riedelsche Krankheit oder Holzstruma beschriebene Affektion auf einer Störung der lymphogenen Sekretion der Drüse.

Biberfeld.

905.

Hirtzman, L., Versuch einer pathogenen Theorie des Krebses. (Progrès méd., Nr. 1, 1929.) Die gereizte Zelle, und zwar am meisten die am wenigsten differenzierte, teilt sich; dazu muß der Reiz eine gewisse Intensität haben und sich in gewissen

Intervallen wiederholen. Der Reiz kann physikalisch, chemisch, mechanisch oder biologisch (Parasiten, Mikroben mit gemäßigter Virulenz) sein. Also theoretisch der Vorgang der Narbenbildung. Bei einem Trauma verschwinden die tödlich getroffenen Zellen durch Phagozytose; die anderen ersetzen diese, indem sie sich teilen. Beim Krebs durchbricht nun eine Anarchie dieses Gleichgewichts der Zellproliferation. Warum? Die Annahme eines spezifischen Agens erklärt uns schlecht die Nichtübertragbarkeit der meisten Krebse, den Einfluß des Alters, die große Verschiedenheit der Veränderungen, die auf physikalischen und chemischen Reiz entstandenen Krebse; das wechselreiche vielfältige klinische Bild stimmt schlecht zur Annahme einer und derselben Infektionskrankheit. Andererseits würde dieser Parasit oder Mikrobe vom biologischen Standpunkte aus unverständlich: er müßte eine ganz besondere Affinität zum Zentrosoma haben; die Zelle würde selbst zum Parasiten, und damit wären die benignen Tumoren und ihre Umwandlung in maligne nicht zu erklären. Gewiß können Würmer und gewisse filtrierende Gifte und Mikroben Krebs veranlassen, aber zu dieser Auslösung bedarf es unbedingt noch anderer Ursachen. Man kennt auch Reizwirkungen, die benigne Tumoren zur Folge haben, für die man aber ein einheitliches pathogenes Agens nicht annehmen kann. Folglich scheint das kausale Agens, das zur Neubildung führt, nicht einheitlich zu sein; jedenfalls ist ihm unmittelbar der Krebsprozeß nicht aufzurechnen; es kommt noch ein sekundäres Moment in Betracht. Fest steht jedenfalls, daß die Zellproliferation aus den verschiedensten Reizfaktoren bestehen kann, daß sie ein allgemeiner Reaktionsmodus ist all der Zellen, die sich die Eigenschaft, sich zu vervielfältigen, erhalten haben, daß er besonders den wenig differenzierten, kurzlebigen, sich normal regenerierenden Zellen eigen ist. Woher kommt nun der Zellenanarchismus? In der lokalen Reizursache findet man kein neues Moment dafür, also muß man im Organismus selbst suchen. Es bestehen im Organismus Hormone, die die Zellfähigkeit provozieren oder aufhalten können; damit hat der Organismus Mittel, Zellteilungen zu regulieren. Man kennt aber auch im Gegensatz dazu zytolytische Seren. Sie sind einmal experimentell festgestellt; aber man weiß auch, daß der Tod von Zellen im Verlauf mancher Krankheiten serologische Veränderungen hervorruft, deren Wirkung für Zellen derselben Gattung, die noch am Leben blieben, schädlich ist. Und solche Veränderungen des inneren Milieus können sich vererben, daher die konstitutionelle Meiopragie gewisser Organe (Leber, Milz) beim Kinde. Nun ist es nur logisch, anzunehmen, daß es außer den physiologischen Hormonen, ebenso wie es zytolytische Seren gibt, auch noch zytopoetische Seren gibt (abnormer Reiz, dauernd oder zeitweise, Zellteilung, Resorption veränderter Zellprodukte, Modifikationen des inneren Milieus, Produktion zytopoetischer Hormone). Zur Entstehung des Krebses wären also folgende Bedingungen nötig: permanenter oder wiederholter, aber immer schwacher Reiz mit Resorption abnormer Zellprodukte und daraus folgend Veränderung der serologischen Eigenschaften. In jeder Neubildung wie in jeder Entzündung mit Zellteilung durch Reiz gibt es mobile leukozytäre und fixe Zellelemente aus dem Gewebe oder dem Organ. Das Verhältnis hängt ganz ab von der Qualität und Intensität des Reizes: je toxischer und rapider in der Wirkung, um so größer die entzündliche Reaktion; bei langsamer, wenig toxischer Wirkung sind die Organzellen mehr betroffen. Bei der Tuberkulose herrscht die entzündliche Reaktion vor, aber die aus Wanderzellen zusammengesetzten Granulationen erleiden durch das Tuberkeltoxin keinen Zelleiz, sondern nekrotisieren. Anders beim Krebs: hier findet eine langsame, längere wiederholte Wirkung statt — die Resorption der zytolytischen Produkte bestimmt die Malignität. Allerdings gibt es Krebsformen, die unter dem Bilde einer akuten Infektion, rapid generalisieren. Entweder handelt es sich hier um noch unbekannte richtige Infektionen, die nicht zu den Krebsen gehören, oder wahrscheinlich um miliäre Septikämien, bei denen das entzündliche Element vorherrscht. Wenn nun die beiden Faktoren, langsame oder wiederholte Reizung und Resorption veränderter Zellprodukte, zusammenkommen, wird der Krebsprozeß ausgelöst. Deshalb sind die Zysten-tumoren benign, weil die Zystenmembran die Resorption und damit die serologischen Veränderungen verhindert. Nur durch diese Resorption werden aus benignen maligne Tumoren, aus gewissen Naevus und embryonalen Trümmern Krebs. Teerkrebs: Reiz + Zelltrümmerresorption, weil der undurchlässige Teer die Resorption nach innen begünstigt. Die Säfteveränderung bei Karzinom ist schon lange bekannt: man findet häufig bei Sektionen auch andere gutartige Tumoren, also eine richtige Prädisposition zu Neubildungen. (Da die Veränderungen des inneren Milieus hereditär übertragbar sind, wäre damit ein Faktor der Krebsanlage erklärt.) Jetzt versteht man auch, wie derselbe Keim im Knochenmark ein Sarkom, eine Myelitis oder eine Leukämie hervorrufen kann; man versteht die Rolle der Spirochäte mit abgeschwächter Virulenz bei Neubildungen: ihre Virulenz wirkt nur mehr als Reiz, nicht mehr zelltötend. Schnitzer.

906.

Biermann und Scharapow. Zur pathologischen Anatomie der Myasthenie. (Z. Neur., 118., Heft 1.) Die größten Veränderungen wurden in den Nebennieren und den sympathischen Ganglien vorgefunden; weniger ausgedrückt waren die Veränderungen in den Muskeln. Die Veränderungen in den sympathischen Ganglien und Nebennieren verdienen besondere Aufmerksamkeit, da sich in der bekannten Literatur über Myasthenie keine Mitteilungen über ähnliche Veränderungen finden. Die Befunde in den sympathischen Ganglien und den Nebennieren verdienen Interesse auch vom Standpunkte der Pathogenese dieser Erkrankung. Alle angeführten Theorien über die endokrine oder vegetative Pathogenese der Myasthenie sind im gewissen Grade spekulativer Natur und entbehren genügender tatsächlicher Begründung. In dem vom Verfasser beschriebenen Falle hat einerseits die klinische Untersuchung eine Hyposympathikotonie festgestellt; die Anwendung von Adrenalin führte zu einer zwar vorübergehenden, aber doch sehr bedeutenden Besserung. Andererseits hat die pathologisch-anatomische Untersuchung des in der Arbeit erwähnten Falles eine deutliche Affektion der Nebennieren und der sympathischen Ganglien aufgewiesen. Dieser Parallelismus der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde kann nicht zufällig sein. Verfasser betrachtet es vielmehr als wahrscheinlich, daß die pathogenetische Grundlage der Myasthenie in der Affektion der Nebennieren und der sympathischen Ganglien zu suchen ist.

Hans Knosp.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

907.

Coriat, H. Fortschritte in der Psychiatrie. (New England J. Med., Nr. 22, 1928.) Die heutige Psychiatrie legt weniger Wert auf eine Einreihung der Symptome in traditionelle Klassifikationsgruppen als auf eine Interpretation der Symptome, und man kann heute die klinischen Symptomenkomplexe in drei breite Erscheinungsformen kleiden: Residualerscheinungen nach einer Psychose, die Ueberbleibsel eines Normalstatus oder einer Neurose darstellen; milde affektive Depressionen; Regressionsphänomene, wie schizophrenen Stupor, Zerstreuung; Erscheinungen, die Versuche der Heilung oder Anpassung darstellen, paranoide oder paraphrenische Symptomenkomplexe. Und zwar erfolgt die Interpretation mit Hilfe psychoanalytischer Prinzipien, der allgemeinen Biologie und psychodynamischer Gesichtspunkte. In diesem Sinne ist die Neurose das Resultat eines Konfliktes zwischen dem Ego und dem Unbewußten, während bei einer Psychose die Beziehungen zwischen Ego und Umgebung gestört sind. Auch das Alkoholproblem wird zu einer Frage der individuellen Psychologie: wie reagiert das instinktive Leben darauf? Wie beeinflusst er die individuellen Beziehungen zur Umgebung? Welche Faktoren des Individuums und der Umgebung führen zum Alkohol? Abgesehen von den komplizierten Fragen von Ego und Libido; manche Formen von Alkoholismus können als künstliche manisch-depressive Zustände bezeichnet werden. Der Dipsomane hat manche Charakteristika eines Zwangsneurotikers. Endlich kann der Alkohol manche perverse sexuelle Strebungen, z. B. latente Homosexualität, wecken, und in diesem Sinne ist er eine Pseudoperversion. Ebenso steht er in enger Beziehung zur psychosexuellen Impotenz.

Die neueren Ansichten über Aphasie nach Head: Sprechen und der Gebrauch der Sprache erfordern eine völlige Durchbildung und Zusammenarbeit recht komplizierter Prozesse, und diese Akte der Symbolbildung und des Symbolausdrucks stehen auf einer viel höheren Stufe als Bewegung, Sehen, Hören, und infolgedessen kann auch Aphasie nicht als Defekt dieser Funktionen bezeichnet werden; dies sind rein linguistische Ausdrücke. Er unterscheidet: verbale Aphasie, Schwierigkeit in der Wortbildung für äußere und innere Sprache; die Störung betrifft hauptsächlich die verbale Struktur, und Worte als integraler Bestandteil des Satzes, ihr normaler Wert und Bedeutung bleiben verhältnismäßig intakt. Die syntaktische Aphasie ist im wesentlichen eine Balance- und Rhythmusstörung; die Anordnung zu koordinierten Sätzen fehlt; auch die innere Verbalisation ist schwierig. Die nominale Aphasie: Verlust der Fähigkeit, Namen zu gebrauchen, und Mangel von Verständnis der Bedeutung der Symbole. Semantische Aphasie: Mangel an Verständnis der vollen Bedeutung der Worte und des Satzes, abgesehen von ihrer direkten verbalen Bedeutung. Es gibt keine spezifischen Zentren für Sprechen, Lesen, Schreiben. Nach Forster können psychische Störungen bei genuinen und bei eingebildeten und hypochondrischen Herzkrankheiten vorkommen. Das klinische Bild wechselt je nach der Reaktion auf zerebrale Kongestion oder Anämie oder toxische Zustände infolge kardiovaskulärer Störungen oder durch Adaptationsmangel auf persönliche konstitutionelle Defekte. Bei schwerer Herzinsuffizienz Schlafstörungen, unter-

brochen durch halb bewußte Perioden mit Träumen, Delirien, Halluzination, maniakalischen Ausbrüchen. Bei schweren Herzkrankheiten kommen psychische Störungen vor, die toxischen oder Erschöpfungsneurosen gleichen, Persönlichkeitsveränderungen, Hervortreten bisher schlafender Züge.

Huntingtons Chorea beruht nach Dunlap auf bestimmten konstanten Veränderungen im Corpus striatum und in Hirnrinde und Mark. Schizophrenie: Heredität ist ein wichtiger Faktor. Psychosen in der Aszendenz werden hier dreimal so oft gefunden als in nicht schizophrenen Fällen. Ebenso abnorme Charaktere, geistige Abnormalitäten. Jedoch sind diese Faktoren entschieden komplizierter, als sie das Mendelsche Gesetz zeigt.

Pearson schlägt für die zentrale Neuritis und axonale Chromatolysis die Bezeichnung primäre zytolytische Degeneration vor. Es handelt sich dabei nicht um einen prälethalen Zustand, auch nicht um eine axonale Schädigung, Infektion, Erschöpfung, exogene oder endogene Toxine, sondern um feinere Stoffwechselstörungen, durch die die Ernährung der Zelle leidet. Die Diagnose kann auf Grund der klinischen Symptome nicht im Leben gestellt werden. Im wesentlichen sind die Pyramidenzellen der Hirnrinde betroffen. Man kann drei Symptomgruppen unterscheiden: neurologische, bedingt durch Funktionsstörungen der Neurone, besonders des kortikospinalen Systems. Schwierigkeiten in der Lokomotion, Jaktationen der Glieder, Rigidität, Veränderung der Reflexe; systematische: Diarrhöe, Abmagerung, Fieber; mentale: Unruhe, Angst, Delirium, Stupor. Die Geistesstörungen des Alters können in vier Gruppen geteilt werden: arteriosklerotische Entartung, Erweichung in den großen Gefäßen, plötzliche mentale oder neurologische Symptome bei vorher Gesunden, Hemiplegie. Dann progressive arteriosklerotische Psychosen, multiple miliare Erweichung der kleinen Gefäße. Ferner arteriosklerotische Demenz, eine Kombination der beiden ersteren Gruppen, grobe und mikroskopische Erweichungsherde. Endlich die senile Demenz, fibrotische Entartung der Gefäße, dieselben Involutionerscheinungen an den Gefäßen wie an den anderen Organen. v. Schnitzer.

908.

Keister, B. C., Geisteskrankheiten und ihre Behandlung von verschiedenen Gesichtswinkeln aus. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.) Trotz der Tatsache, daß die Geisteskrankheiten in der Welt rapid zunehmen, sieht man wenig von einer Verhütung und Maßnahmen dazu. Ein hervorragender Pathologe hat kürzlich entdeckt, daß schlechte Laune den Blutzuckerbetrag im Blut um 10 bis 30% erhöht in wenigen Minuten: Heißblütigkeit durch Kohlehydratintoxikation von Muskel und Gehirn durch die Dysfunktion einer winzigen Drüse. Nach Starr Myres haben von den 105 Millionen Einwohnern der Staaten 45 Millionen nur die Kapazität eines dreizehnjährigen Jungen, 15 Millionen nur die eines achtjährigen. Von den übrigen 45 Millionen sind 25 als mittelmäßig zu klassifizieren; 5 Millionen gehören mental zur Klasse A und der Rest zur Klasse B. Und diese beiden Klassen besorgen die ganze geistige Arbeit Amerikas. Dieses trübe Ergebnis legt die Frage nahe, ob man nicht den Geisteskrankheiten und besonders ihrer Verhütung mehr Aufmerksamkeit schenken soll. Die drei Hauptfaktoren, die in Betracht kommen, sind Heredität, Umgebung und Erziehung. Gegen früher haben die beiden letzteren mehr Vordergrund gewonnen, wenn man auch zugeben muß, daß Leidenschaften und Strebungen, die hereditär bedingt sind, schwerer zu bessern sind und stärker auftreten. Aber keiner ist mit einer Konstitution geboren, die unfähig zur Tugend ist. Viel zur Bildung des Charakters und zur Verhütung von Abnormalitäten in dem jungen reifenden Geiste trägt die Erziehung und Umgebung in der Jugend bei; dies ist der Boden, auf dem die Ideale wachsen und der spätere Erfolg. Aus diesen Eindrücken entsteht entweder ein gestählter oder ein zerbrechlicher Geist.

Die Dementia praecox ist eine Krankheit des frühen Lebens und von Beginn an ein Demenzprozeß. Manche sind in der Schule aufgeweckt, fassen und lernen leicht, sind eindrucksfähig und zeigen rasche nervöse Reaktionen. Andere halten sich mit Mühe in ihrer Klasse: Gedächtnis und Auffassung sind gut, Ueberlegung und Urteil weniger; oft Kopfschmerzen; gedrängt brechen sie bei den Schularbeiten zusammen; unberechenbar, hemmungslos, träumerisch, können sich nicht konzentrieren. Erotizismus geht manchmal in geistige Störung über. Oft plötzliche Aenderung im Gefühlsleben und im Handeln zusammenfallend mit der Pubertät, ausgelöst durch Fieber, einen Unfall, Schock. Akute Depression oder Erregung können vorkommen. Hebephrenische Form: reserviert, schüchtern bei Fremden, Depression, leicht verwirrt, meidet Gesellschaft, wird tieferelig, treibt Mißbrauch mit seinem Ich, übertrieben in der Kleidung usw., später bombastisch, egoistisch, brütend, fällt gerne in die Hände von Quacksalbern. Die katonische Form unterscheidet sich hauptsächlich durch die Stupidi-tätszustände, Muskelrigidität, Negativismus, Automatismus. Auch die paranoide Form hat viel Gemeinsames mit den beiden vorher-

gehenden. Im Vordergrund steht der Egoismus, die Ruhmredigkeit, Glauben an eine besondere Mission, Reform der Gesellschaft usw. Gefährlich durch impulsive Akte, oft unerwartet. Manche hebephrenischen Formen nehmen ihren Ausgang wahrscheinlich von einer perversen Sexualität. Die Behandlung muß recht früh beginnen mit dem Einsetzen der Symptome — dies ist für den Hausarzt wichtig —: der Patient muß ruhig gehalten werden, abgeschlossen von der Außenwelt, Nervina, kalte und warme Bäder, für 6 Monate bis zu einem Jahr aus der Schule, Tomika, gute Ernährung, Früchte usw. Sonderbarerweise nehmen manche Fälle der Kindheit und der Erwachsenen ihren Ausgang von leichten Ursachen, Fieber, besonders nach längeren Krankheiten, Typhus, Tuberkulose, Urämie, Diabetes, Influenza. Dann haben wir manche Arzneimittel, Hyoszin, Kokain, Morphinum, die eine mentale Gleichgewichtsstörung, die an milde Formen einer manischen Depression grenzen, hervorrufen. Auch alkoholische Getränke können hier in Frage kommen. Ebenso Gasvergiftungen, Trommelfeuer. Manche dieser Soldaten wiesen den Stand eines 12jährigen Knaben auf. Hier ist ganz spezielle Anstaltsbehandlung nötig, die (auch in Amerika) noch nicht überall vollkommen ist. Von den 867 420 Freiwilligen usw., die im Weltkriege wegen physischer und geistiger Untauglichkeit verworfen wurden, kommen, abgesehen von den Analphabeten, über 50% auf geistige Mängel. 1918 gab es in den Staaten 239 820 Geistesranke: ein Drittel dieser Geisteskranken sind Fremdgeborene (ein Achtel der ganzen Bevölkerung). Geisteskrankheiten nehmen in Amerika ungeheuer zu: die Vermischung der verschiedenen Rassen ohne Rücksicht auf die eugenischen Gesetze, die Vergnügungssucht usw. In dem konservativen Alt-Virginia kam es 1927 zu 3000 Ehescheidungen. Die Unruhe der Nationen, die Unterminierung von Kirche und Staat, der Antagonismus zwischen Kapital und Arbeit, Aberglaube, Bolchewismus, Kommunismus beeinflussen die Mentalität der Jugend sehr übel. Neben diesen äußeren Faktoren spielt natürlich die Heredität eine ungeheure Rolle. Angesichts dieser Tatsachen wird man der Frage der Sterilisation doch näher treten müssen. Man zählt in den Vereinigten Staaten über 1 Million Süchtige, über 500 000 an Intellekt, Gehör, Gesicht Defekte, 2 Millionen in Kranken- und Siechenhäusern, 100 00 in Besserungsanstalten, ebensoviel in Gefängnissen, manche fürs Leben, also 4 Millionen, die dem Staate und der Wohltätigkeit zur Last fallen. Auf jeden 16. Menschen kommt ein Minderwertiger usw. Hier kann nur der Arzt und die Rückkehr zu den einfacheren Sitten unserer Väter helfen. v. Schnitzer.

909.

Pentschew, A., Die Histopathologie des Zentralnervensystems bei der Psychosis pellagrosa. (Z. Neur., 118., Heft 1.) Alle 7 beschriebenen Fälle zeigen in klinischer Hinsicht eine ziemlich weitgehende Uebereinstimmung. Die anatomischen Veränderungen des Zentralnervensystems lassen sich in 4 Gruppen gliedern: 1. entzündliche Veränderungen, 2. Verfettungen, 3. Veränderungen an den Kapillaren und Präkapillaren und 4. Nisslbild erkennbare Veränderungen der Nerven- und Gliazellen. Im Gegensatz zu Literaturangaben glaubt Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen feststellen zu müssen: Die Pellagra ist keine „primäre Systemerkrankung des Rückenmarks“ und überhaupt keine Rückenmarkskrankheit, sondern eine charakteristische Erkrankung, in deren späteren Stadien das Großhirn — in Anbetracht der psychischen Störungen — ergriffen sein muß. Die dabei nicht seltene Mit-erkrankung des Rückenmarks, die oft vollkommen fehlt, hat mit der vollkommen unbekannten Pellagraursache nichts zu tun, sondern wird durch die diese Krankheit begleitenden Ernährungsstörungen unbekannter, aber unspezifischer Art hervorgerufen.

Hans Knospe.

910.

Wimmer, August, Ueber die Diagnose der paranoiden Formen der syphilitischen Psychose (Plaunts syphilitischer Halluzinose). (Hospitalstid., Nr. 49, 1928.) Zur Diagnose einer syphilitischen Psychose muß die syphilitische Infektion anamnestisch oder serologisch festgestellt werden. Wichtig ist ein zeitmäßiges Zusammenfallen der psychischen Störung mit anderen syphilitischen Erscheinungen des Nervensystems oder des Körpers. Der Befund der Spinalflüssigkeit und namentlich eine positive Wassermannsche Reaktion sind ebenfalls wichtige diagnostische Hilfsmittel. Aber dieser positive Wassermann besagt nur, daß ein syphilitisches Leiden des Zentralnervensystems vorliegt, so wie der positive Wassermann des Blutes uns nicht darüber Aufschluß gibt, ob die vorliegenden psychischen Störungen mit der Lues im Zusammenhang stehen oder ob nur ein zufälliges Auftreten einer Psychose (vielleicht konstitutioneller Natur) bei einem Syphilitiker vorliegt. Von Wichtigkeit ist noch das ganze klinisch-symptomatologische Bild der Psychose das bei der syphilitischen Psychose mehr den Typus der exogen entstandenen Störung (Verwirrtheit, Amentia) hat. Echte Bilder von endogenen Psychosen,

le der Dementia praecox, Paranoia, manisch-depressiven Irre-
 mens, sind auf Basis von Syphilis kaum beobachtet; sie kommen
 bei Syphilitischen mehr zufällig und auf konstitutioneller Anlage vor.
 In dem hier beschriebenen Falle handelt es sich um das Auftreten
 einer paranoiden Deruenz bei einem Syphilitiker mit meningealen
 und serologischen Störungen. Halluzinatorische, paranoide, kato-
 nische Psychosen auf Basis von Syphilis bei Nichtparalytikern
 sind sehr selten. S. Kalischer.

911.

de Jong, H., und H. Baruk, Katatonisches Syndrom.
 (Rev. neurol., 36. Jahrg., 1. Nr. 1.) Bei der Katatonie bestehen
 gewichtige Hirnrindenveränderungen. Daher, trotz einiger Ana-
 logien, die Unterschiede zwischen den Parkinson- oder mesen-
 cephalen Syndromen und der Katatonie. Die Rindenläsion genügt
 aber nicht, um alle Symptome der Katatonie zu erklären. Die
 Katatonie kann nicht unter dem Gesichtswinkel einer engen Lokal-
 isation betrachtet werden. Sie ist wahrscheinlich toxischer Her-
 kunft. Die experimentelle Katatonie wird nur durch den Gebrauch
 mittlerer Bulbocapnindosen erzielt. Kurt Mendel, Berlin.

912.

Motassat, M., Paradoxe Rhythmus des Ermüdungsgefühls
 und der Asthenie bei einer besonderen Form der Neurasthenie.
 (Progrès méd., Nr. 50, 1928.) Es gibt Neurastheniker mit einem be-
 sonderen täglichen Rhythmus ihres Ermüdungsgefühls; meist sind
 es schon seit Jahren bestehende Zustände; manche erscheinen
 konstitutionell (obgleich dieser Bezeichnung nur ein provisorischer
 Wert zugesprochen wird). Die akuten Antezedentien infektiöser
 oder toxischer Natur, die übliche Ueberarbeitung, Traumen findet
 man selten, wohl aber häufig eine chronische Autointoxikation.
 Meist bei Erwachsenen von asthenischem Habitus, lang mager; die
 Asthenie ist das konstanteste Symptom, das nicht auf Einbildung,
 sondern auf objektiver Realität beruht. Meist bei Männern spielt
 der Beruf keine Rolle. Die potentielle Energie ist gewöhnlich intakt,
 aber rasch erschöpfbar. Das Aufstehen morgens verzögert sich oft
 durch eine unwillkürliche Somnolenz, wobei das Ermüdungsgefühl
 maximal ist. Intellektuell kann es bis zu Dämmerzuständen kom-
 men, jedoch mit Erhaltung eines gewissen motorischen Automatismus.
 Langsamer Ideengang, pessimistischer Einschlag, schmerz-
 hafte Muskelgefühle, Rachialgie. Durch Gymnastik, laue Ab-
 waschungen, Luftbäder kann dieser Zustand abgekürzt werden.
 Auch durch Erregungen. Das Mittagessen bringt gewöhnlich keine
 Euphorie; die Somnolenz, intellektuelle Atonie und das Ermüdungs-
 gefühl nehmen eher zu, dazu noch eine gewisse gastrische
 Hypothese. Besserung kommt erst gegen 5 Uhr abends: es stellt
 sich eine erhöhte intellektuelle Aktivität ein, eine Muskelfreudig-
 keit, es kommt eine leichte intellektuelle Erregung, Arbeitsfreudig-
 keit, Euphorie; das Schlafbedürfnis kommt erst spät und der Kranke
 legt sich frischer hin als er aufsteht. Für die Familie ist dieser
 widerspruchsvolle Zustand oft skandalös. In gewissen Grenzen ge-
 halten, kann Arbeit diesen Zustand günstig beeinflussen; aber nicht
 insofern, als sie den Zustand verschlimmert (Erholung vom Urlaub).
 Ein tiefer Schlaf ermüdet die Kranken mehr als ein kurzer. Nah-
 rungsexzesse bringen spät, oft erst nach 24 Stunden, eine intensivere
 länger dauernde Asthenie, von der gastrointestinale Störungen lar-
 viert bleiben können. Alkalien verschlimmern die Symptome; vor-
 übergehendes Fasten bessern sie, wenn der Kranke seine Aktivität
 erhält. Alle diese Kranken atmen ungenügend; eine mäßige Atem-
 gymnastik bessert, eine Hyperpnoe verschlimmert den Zustand, und
 wahrscheinlich spielt der nächtliche Atemrhythmus eine wichtige
 Rolle in der Pathogenie der Asthenie. Zu warme Bäder, zu warmes
 Schlafen verschlimmern den Zustand. Nacktübungen sind emp-
 fehlenswert.

Dieser Rhythmus ist nur scheinbar paradox: er erklärt sich aus
 den Veränderungen des Säure-Blasengleichgewichts. Und zwar
 nach der alkalischen Seite hin. Die Alkalose, die bei Neurasthenie
 häufig beobachtet wird, wechselt täglich parallel dem Gefühl der
 Ermüdung, der Asthenie. Die postprandiale Alkalose, die Gasalka-
 lose durch Hyperventilation der Lungen bei zu heißem Bad sind
 die näheren Ursachen. Ebenso der Schlaf in zu warmen Räumen.
 Umgekehrt beschränkt die Blutalkalose die Lungenventilation: ober-
 flächliche Atmung der Neurastheniker. Heilmittel sind alle Fak-
 toren, die Azidose bewirken, also Arbeit, Fasten usw. Die Tages-
 arbeit bringt die Besserung am Abend. Eng mit dem Säure-Basen-
 gleichgewicht zusammen hängt auch das Gleichgewicht bzw. der
 Rhythmus des vegetativen Nervensystems: die morgendlichen
 Symptome dieser Neurastheniker gehören der Vagotonie an (ober-
 flächliche Atmung, Neigung zu Spasmen, Depression, Asthenie und
 Somnolenz). Der abendliche und auch der nächtliche Zustand setzt
 sich zusammen aus Elementen der Sympathikotonie. Im täglichen
 Wechsel erfolgt der Ausschlag nach der einen und nach der an-
 deren Seite. Manche Forscher haben bei Karbophosphaturie und

bei Asthenie Vagotonie festgestellt und Alkalose als ein Zeichen
 der Hypervagotonie (Ursache oder Wirkung?), ferner einen über-
 raschenden Parallelismus zwischen Urinalkalose und Vagotonie.
 Sicherlich spielt aber auch die Leber eine Rolle dabei: sie ist an
 der Regulation der Blutalkalose beteiligt und wahrscheinlich in
 reziproken Beziehungen zum vegetativen Nervensystem.

s

v. Schnitzer.

913.

Gordon, Alfred, Diagnostische Betrachtungen über neuere
 und ältere Ansichten der Aphasie. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1928.)
 Nach Broca ist das Sprachzentrum in der 3. Frontalwindung für
 rechtshändige links und für linkshändige rechts; es kontrolliert nur
 die Artikulation der Worte. Dazu kam später das Zentrum für
 Worttaubheit (Wernicke), das für Wortblindheit (Déjérine) und das
 nicht allseitig anerkannte Schreibzentrum Exners. Man hatte also
 so um 1906 vier Sprachzentren: eins der motorischen Aphasie in
 der 3. Frontalwindung und drei für die sensorische, die Temporal-
 windung für das Worthören, den Angulargyrus für das Wortsehen
 und die 2. Frontalwindung für das Schreiben. Diese vier Zentren
 können für sich oder kombiniert gestört sein. Bei der motorischen
 Aphasie spricht Patient überhaupt nicht oder gebraucht nur wenige
 und immer dieselben Worte; bei der sensorischen spricht er ge-
 wöhnlich sehr viel. Wenn das auditorische Zentrum gestört ist, ver-
 liert der Kranke den Regulator seines Sprechens: er gebraucht son-
 derbare Worte, die nur denen, die er aussprechen will, gleichen oder
 substituiert neue Worte ohne Beziehung zur ursprünglichen Idee.
 Die Aussprache der Worte ist korrekt, aber sie haben keine Be-
 deutung. Ebenso ist es bei Wortblindheit. Es können aber auch
 alle Zentren gestört sein: totale Aphasie bei einer Hemiplegie rechts,
 nicht persistent. Auch bei Brocas Aphasie kann vorübergehend
 Worttaubheit und -blindheit vorkommen durch Distanzeinflüsse. Nun
 kam 1906 Marie: es gibt nur eine Aphasie, keine Spezialzentren für
 Worttaubheit und -blindheit: sie beruhen auf einem intellektuellen
 Defekt, der alle Aphasieformen begleitet, Brocas Gegend spielt bei
 der Funktion des Sprechens keine Rolle; die Aphasie betrifft die
 lentikuläre Zone: äußere Kapsel, nucleus lenticularis und caudatus
 vorderes und hinteres Segment der inneren Kapsel, Thalamus opti-
 cus. Nach Marie ist Brocas Aphasie eine gemischte Sprachstörung,
 Störung der inneren Sprache und Anarthrie. Nach Marie ist
 Aphasie Wernicke plus Anarthrie und den motorischen und senso-
 rischen Symptomen liegt eine anatomische Veränderung irgendwo
 in der lentikulären Zone zugrunde. Damit ist aber keine weitere
 Klärung, sondern Konfusion in die Frage gekommen. An der Hand
 eines Falles wird nun nachgewiesen, daß Brocas Originalbeobach-
 tung unerschüttelt dasteht.

v. Schnitzer.

914.

Gisevius, Epilepsie, Zentralnervensystem, Nervenpsora.
 (Dtsch. Z. Homöop., Heft 12, 1928.) Zuerst beschäftigt sich Gisevius
 mit dem spezifisch homöopathischen Begriff der Psora und ihren
 krisenhaften Erscheinungen, ein Gebiet, welches dem Fernstehenden
 nicht mit wenigen Worten zu umreißen ist, doch mag als Andeutung
 gelten, daß der von der französischen Schule geschaffene Begriff
 „Arthritismus“ ein Teil der unter dem Namen Psora zusammen-
 gefaßten konstitutionellen und konditionellen Grundlagen umfaßt.
 des weiteren zeigt er, daß die moderne Auffassung der Fachwissen-
 schaft Anklänge an diese alten homöopathischen Ideen jetzt zeigt,
 indem vor allem auf die Stoffwechselvorgänge bei der Epilepsie
 mehr Rücksicht genommen wird. So wird auch der epileptische
 Anfall als eine Reaktion des Gehirns zur Beseitigung von Toxinen
 aufgefaßt, womit eine Verbindung zu dem homöopathischen Begriff
 der psorischen Krise gegeben ist. Vor allem sei hingewiesen auf
 die Rolle, welche das Cholesterin bei der Epilepsie zu spielen
 scheint.

Dermitzel.

915.

Redlich, E., Psychogenese und Psychotherapie der Epilepsie.
 (Nervenarzt, II., Heft 1.) Auch bei echter, unzweifelhafter Epilepsie
 kann das Auftreten von Anfällen durch äußere Momente ausgelöst
 oder mindestens begünstigt werden. Das gilt auch von psychischen
 Schädlichkeiten, speziell von emotionalen Erregungen verschiedener
 Art. Solche Momente können — allerdings bei vorhandener Dis-
 position — einen Anfall, auch den ersten, auslösen. Eine Hystero-
 epilepsie gibt es nicht. Die affektepileptischen Anfälle der Degene-
 rierten (Bratz) gehören nicht zu den psychogenen oder hysterischen
 Anfällen, sondern zum Grenzgebiet der Epilepsie, vielleicht zur
 echten Epilepsie. Auch bei den gehäuft kleinen Anfällen von
 Friedmann sind psychische Faktoren wirksam, desgleichen bei
 den sogenannten respiratorischen Affektkrämpfen von Ibrahim im
 Säuglings- und frühesten Kindesalter. Gibt man aber auch zu, daß
 epileptische Anfälle durch psychische Momente ausgelöst werden
 können, so muß doch daran festgehalten werden, daß es sich dabei
 nicht um ein gewöhnliches Vorkommnis, eher um die Ausnahme
 handelt, daß vor allem selbst bei Kranken, wo der ein-

zelne Anfall psychogen ausgelöst wird, für andere Anfälle ein solches Moment fehlt. Was den Erfolg der psychoanalytischen Behandlung der Epilepsie betrifft, so ist bei der Mitteilung dieser Erfolge zunächst hohe Skepsis am Platze, ob es sich wirklich um Epilepsie handelte. Ist dies aber der Fall, so kann unter Umständen eine seelische Beeinflussung des Kranken, insbesondere in Fällen, wo psychische Schädlichkeiten anfallauslösend oder wenigstens begünstigend wirken, eine Ruhigstellung der Psyche, die Aussicht auf endliche Heilung des Uebels, günstig wirken, wenigstens vorübergehend. Lange Zeit fortgeführte Katamnesen sind aber von den Psychoanalytikern zu verlangen. Jedenfalls ergibt eine kritische Durchsicht der Literatur, daß das vorliegende Material nicht ausreicht, die Psychogenese der Epilepsie, die Berechtigung ihrer psychoanalytischen Deutung zu erweisen, die psychoanalytische Behandlung der Epilepsie als die einzig richtige darzutun. Die ausschließlich psychoanalytische Behandlung der Epilepsie mit Vermeidung aller antiepileptischen Mittel erscheint vielmehr als nicht unbedenklich.

Kurt Mendel.

916.

Schmegg, Vorläufige Mitteilung zur Epilepsiebehandlung. (Dtsch. Z. Homöop. 1, 1929.) Schmegg hält genau wie Gisevius in seiner kürzlich hier besprochenen Arbeit auch die Epilepsie für eine Stoffwechselstörung. Verschiedene Ueberlegungen brachten ihn dazu, Drüsenextrakte therapeutisch zu versuchen, indem er sie, homöopathisch potenziert, je nach Lage des Falles in der 12. bis zur 1. Dezimalpotenz anwandte. Um die Wirkung der Potenzen zu studieren, setzte er intrakutane Quaddeln mit der jeweilig gebrauchten Lösung und fand, genau wie Müller, bei Basedow und Myxoedem auffallende Verminderung der Hautreaktion. Nach einer therapeutischen Anwendung der 3. Dezimale für etwa 3 bis 4 Wochen ausgesprochene Verstärkung der Hautreaktion und parallel damit Anfallsfreiheit.

Dermitzel.

917.

Dubois, Charles, Postenzephalitischer Tik der Zunge. (Rev. neurol., 36. Jahrg., 1., Nr. 1.) 33jähriger Mann. Nach wahrscheinlicher Enzephalitis Tik der Zunge. Derselbe wird als Hyperkinese organischer Natur, bedingt durch Striatumläsion, angesehen. Es bestanden ferner: Salbengesicht, Salivation, Steifigkeit der Haltung, Bewegungsarmut, Adipositas, kleine muskuläre Gesichtszuckungen. (Ref. sah einen Fall von Zungenbewegungen nach Enzephalitis epidemica, welche er, ihrer Form nach, am besten als „Zungennystagmus“ bezeichnen möchte.)

Kurt Mendel, Berlin.

918.

Benda: Traumatische Hämatomyelie. (Nervenarzt, 2., Heft 1.) 2 Fälle werden mitgeteilt. Der Höhepunkt der klinischen Erscheinungen zeigte sich nicht gleich nach dem Unfall, sondern wurde erst Wochen, im ersten Falle sogar Monate, nach dem Unfall erreicht. Die Traumen, die zu einer Blutung in die Rückenmarkssubstanz führen, erscheinen oft gar nicht sehr schwer; eine Zerstörung der knöchernen Wirbelsäule fehlt zumeist, so daß das Röntgenbild negativ ausfällt.

Kurt Mendel, Berlin.

919.

Soderbergh, G., und E. Sjövall: Posttraumatische amyotrophische Lateralsklerose. (Rev. Neur., 36. Jahrg., 1., Nr. 1.) Mitteilung des Falles: amyotrophische Lateralsklerose mit myodystonischer Reaktion nach schwerem Trauma. Autopsie. Keine entzündlichen oder vaskulären Veränderungen. Störungen des Stoffwechsels der grauen Substanz der Hirnrinde, des Neostriatum und Thalamus. Außer der myodystonischen Reaktion bestanden extrapyramidale Symptome in Form von Steifigkeit. Die Sektion ergab neben typischer Degeneration der Pyramidenbahnen schwere Alterationen im Neostriatum, insbesondere Läsionen der großen Ganglienzellen.

Kurt Mendel, Berlin.

920.

Pinéas, Exitus nach Zisternenpunktion. (Nervenarzt, 2., Heft 1.) Fall von Verdacht auf Lues cerebri. Zur Klärung der Diagnose wird die Zisternenpunktion ausgeführt: bei einzelnen mit der Nadel am sitzenden Patienten bis auf etwa 6 cm Tiefe noch kein Liquor. Daher Herausziehen der Nadel und erneutes Eingehen 1 cm unterhalb der ersten Einstichstelle. In etwa 5 cm Tiefe kein Liquor zu gewinnen. Als die Nadel vorsichtig vorgeschoben werden soll, Kollaps, Pulsus bigeminus, Cheyne-Stokes, Schweißausbruch, Exitus. Autopsie: schwerste chronische Gefäßveränderungen am gesamten Rückenmark, an Medulla oblongata und Hirnstamm. Diese Gefäßschädigung hat im hinteren Bereiche des Plexus chorioideus ventr. IV zu einer ausgesprochen „schwartigen“ Verlöthung des Kleinhirns mit der dorsalen Partie der Medulla oblongata geführt, so daß hier eine Zisterne nur unvollkommen vorhanden ist. Ferner bestehen als Folge der Zisternenpunktion massenhafte, mehr oder weniger ausgedehnte Blutungen überall im Gewebe.

Kurt Mendel, Berlin.

921.

Austregesilo, A., und J. V. Colares, Syringobulbie. (Rev. neurol., 36. Jahrg., 1., Nr. 1.) Mitteilung eines Falles (27jährige Frau). Hauptsymptome: Amyotrophie, Schmerzen, Parästhesien, dissoziierte Empfindungslähmung, Lebhaftigkeit der Reflexe, Schwindelanfälle, Romberg, doppelseitige Schwerhörigkeit, nystagmiforme Zuckungen, Dysphonie, Abweichung des Zäpfchens nach links und Herabsinken des Velum palatini nach der gleichen Seite, Anisokorie, Gesichtsatrophie.

Kurt Mendel, Berlin.

922.

Villacian, José Maria, Eine bisher nicht beschriebene Form der progressiven Muskeldystrophie. (Rev. esp. med. cir., 11., 727.) Es handelt sich um eine primäre Myopathie, die bei einem Geschwisterpaar beobachtet wurde. Der hereditäre Charakter der Affektion ist dadurch bewiesen, daß unter 14 Familienmitgliedern, die das 40. Lebensjahr überschritten haben, 9 diese Affektion aufwiesen. Die Krankheit beginnt zwischen dem 40. und 45 Jahre, weist einen progredienten Charakter auf und bewirkt nach 10 bis 15 Jahren den Tod des von ihr befallenen Individuums. Die motorische Insuffizienz und Atrophie der Muskeln beginnt in den oberen und unteren Extremitäten, entweder fast gleichzeitig oder indem die unteren Gliedmaßen etwas früher befallen werden. Die Gesicht- und Halsmuskeln sowie die Zunge bleiben frei. Im Beginn klagen die Kranken über schmerzhaft spastische Kontraktionen, später über die Empfindung der Schwere bei brusken Beugebewegungen. Obwohl bei beiden Geschwistern serologisch und klinisch eine Lues nachgewiesen wurde, ist die Rolle derselben bei dem Zustandekommen der Affektion nichtdestoweniger fraglich. Keine Störungen der endokrinen Funktion. Therapeutisch war die Opothérapie erfolglos.

Ashkenasy, Wien.

923.

Lafora, Gonzalo R., Tabische Arthropathien. (Rev. neurol., Jahrg. 36, 1., Nr. 1.) Verfasser schließt sich der Charakotschen Theorie von der trophischen Genese der tabischen Arthropathien an. Es gilt für sie dasselbe wie für das Mal perforant. Die trophischen medullären Läsionen bereiten das Terrain vor und führen dann zum Ulcus an der Fußsohle oder zur artikulären Fraktur und Arthropathie.

Kurt Mendel, Berlin.

924.

Bugaisky, J. P., Einige Fälle von Narkolepsie in einer Familie. (Z. Neur., 118., Heft 1.) Der Arbeit liegt die Beobachtung dreier Fälle zugrunde, die derselben Familie zugehören, zweier Schwestern und eines Bruders. Sie leiden an episodisch auftretenden, schlafähnlichen Zuständen. Jeder der Fälle ist durch ein eigentümliches klinisches Bild charakterisiert. Die Gegenüberstellung dieser Fälle wirft ein Licht auf den treibenden Mechanismus und die Pathogenese der Erkrankung und gibt die Möglichkeit, die methodologische Richtigkeit der Fragestellung zu überprüfen. Die Blutsverwandtheit der Patienten verleiht dem Material besonderes Interesse, übrigens auch in der Bereicherung der Familienkasuistik.

Hans Knospe.

925.

Heidenhain, A., Klinische und anatomische Untersuchungen über eine eigenartige organische Erkrankung des Zentralnervensystems im Präsenium. (Z. Neur., 118., Heft 1.) Die in der Arbeit gemachten Ausführungen gelten der näheren Kennzeichnung dreier eigenartiger Krankheitsfälle, welche im Laufe der letzten 4 Jahre in der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen zur Beobachtung kamen. Alle drei ließen sich keinem bekannten Krankheitsbilde zuordnen. Bei eingehender Betrachtung ihrer klinischen und anatomischen Eigentümlichkeiten stellte sich dagegen heraus, daß sie offenbar ihrerseits eine nosologische Einheit bilden. Bei Durchsicht der Literatur gelang es, nur in den Arbeiten von A. Jakob und Kirschbaum etwas Ähnliches zu finden. Unter den von den genannten Autoren mit der Bezeichnung „spastische Pseudosklerose“ versehene Erkrankung finden sich einige Fälle, welche mit den in der Arbeit beschriebenen Kranken der Klinik in gewissen Beziehungen stehen. Was die drei Fälle des Verfassers von denen Kirschbaums unterscheidet, ist vor allem die Lokalisation des Prozesses, der, obwohl über die gesamte Rinde verbreitet, doch die von Jakob gekennzeichneten Prädispositionsstellen in erster Linie befallen hat, in der Rinde also vor allem die vordere Zentralwindung und demnächst die agranuläre Frontalrinde, während in den angeführten Fällen, wenigstens bei zwei von ihnen, die Okzipitallappen am stärksten ergriffen sind und gerade die vordere Zentralwindung in allen drei Fällen eine auffallend gute Erhaltung zeigt. Gerade auf diese gewisse Neigung zur systematischen Ausbreitung des Prozesses legen nun Jakob und Kirschbaum bei der Beschreibung ihrer Fälle außerordentlichen Wert, was ja schon daraus hervorgeht, daß Jakob bei

der Namengebung die Erkrankung des Pyramidensystems als ganz wesentlichen Faktor mit den Namen der neuen Krankheit herein-genommen hat.

Hans Knospe.

Psychologie und Psychopathologie

926.

v. Gebssattel, Fetischismus. (Nervenarzt, 2., Heft 1.) „Der Fetisch ist eine Liebeswirklichkeit ertümllicher Bildung. Er stellt dar die Indifferenz des Männlichen und Weiblichen, des Wirklichen und Phantasiemäßigen, des Ich und des Du. Daß es zu solchen Verstümmelungen der Liebeswirklichkeit kommt, hat seinen Grund in einem Antagonismus von Liebe und Sexualität einerseits, von Ich-Sphäre und Vitalität andererseits im entwicklungsgehemmten Individuum. Die Fetischbildung ist als physiognomische Tatsache aufzufassen: sie drückt die erotische Verfassung des Individuums aus, eine besondere Abart der autoerotischen Verfassung. Sie ist ferner als soziologische Tatsache zu bewerten insofern, als sie im Gegensatz steht zum Normgemäßen der erotischen Wir-Bildung. Erschaffen auf der Flucht vor der fremden Persön-lichkeit und vor dem fremden Sexus ist der Fetisch Ersatz ebenso für das fremde Du wie für die fremde Leiblichkeit. Diese Ersatz-funktion begründet seinen überraschenden Reizwert. Entwick-lungsgeschichtlich besagt die Flucht in den Fetisch, daß der Feti-schist im mütterlichen (oder väterlichen) Liebeskreis stecken-geblieben ist, ohne ihm zu entwachsen.“

Kurt Mendel, Berlin.

927.

Eidelberg, L., Bemerkungen zur Physiologie der in der Hypnose suggerierten Sinneseindrücke. (Z. Neur., 118., Heft 1.) Untersucht man mit objektiven Methoden körperliche Verände-rungen, die in Hypnose durch Suggestion von Sinneseindrücken an geeigneten Versuchspersonen gesetzt werden, so muß man Phäno-mene, die normalerweise durch Vorstellungen ausgelöst werden, von jenen unterscheiden, die ohne entsprechende Vorstellungen durch Erregungszustände der Sinnesorgane entstehen. Während zahlreiche Versuche verschiedener Autoren die objektive Fest-stellung erlauben, daß die Suggestion von Sinneseindrücken in der Hypnose die den suggerierten Vorstellungen entsprechenden Ver-änderungen hervorrufen, zeigen zwei mitgeteilte Versuchsanord-nungen, daß bei Suggestion von Sinneseindrücken in der Hypnose keine den suggerierten Reizen entsprechenden Veränderungen des optischen Sinnesorgans erfolgen. Es wird die Vermutung aus-gesprochen, daß jene Phänomene, die durch Erregungszustände der Sinnesorgane ohne entsprechende Vorstellungen ausgelöst werden, in der Hypnose durch Suggestion von den diesen Erregungs-zuständen entsprechenden Sinneseindrücken nicht erzeugt werden können.

Hans Knospe.

Soziale und gerichtliche Medizin

928.

Lehmann, Psychotherapie als wirtschaftliche Handlungs-weise. (Soc. Med., 11, 1928.) Verfasser bekämpft mit Recht die Unsitte, den multiplen Beschwerden des Neurotikers mit ebenso vielen Mitteln des Arzneischatzes zu begegnen. Ebenso hält er ihre Verschickung in Erholungsheime für ganz verkehrt. Eine Krankschreibung hält er nur in zwei Fällen für notwendig: bei schweren Angstneurosen und bei ausgeprägten Zwangsneurosen. Alle diese Mittelchen sind wertlos. „Unsere Aufgabe muß vielmehr darin bestehen, den nervösen Patienten ihre Konflikte zum Be-wußtsein zu bringen und ihnen in der Auseinandersetzung und Ab-findung mit diesen beizustehen.“

Michaelis, Bitterfeld.

929.

Baegge, M. H., Die biologischen und sozialen Faktoren der Individual- und Volkseutartung. 2. Volkseutartung. (Soc. Med., 9, 1928.) Sie ist verursacht durch eine Zunahme der Erb- oder der Milieuentartung. Ererbte krankhafte Anlagen können in zahlen-mäßig fortschreitender Weise auf die Nachkommen übertragen werden, oder es können fortschreitend neue ungünstige Keimände-rungen auftreten und immer weitere Volkskreise ergreifen. Die Vererbung entspricht dem Melndelschen Gesetze; es sind bisher noch keine Regeln gefunden. Die natürliche Auslese hindert eine zu rapide Zunahme. Eine Auslese durch Vererbung findet auch insofern statt, daß die rezessiven krankhaften Anlagen durch die Reduktionsteilung der Keimzellen vor der Befruchtung abgestoßen werden. Nur der von beiden Eltern her in gleicher Weise Be-lastete läuft Gefahr, zu erkranken. Die relative Wirkung der Infek-tionskrankheiten (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Säuglings-

und Kindersterblichkeit) ist noch sehr zweifelhaft, ebenso die des Alkoholismus. Daneben können aber auch fortgesetzt neue krank-hafte Anlagen entstehen. Diese fortgesetzt neu entstehende Keim-schädigung ist auf jeden Fall größer als die durch Fortpflanzung von Geschlecht auf Geschlecht. Bei der Milieueinwirkung spielen die sozialen Faktoren die Hauptrolle. Durch unseren jetzigen ge-sellschaftlichen Schutz können wir diese Schäden weitgehend be-kämpfen. Der Mensch ist in der Lage, die Geringwertigkeit seines Keimplasmas durch die Arbeit, die er an der Verbesserung des Milieus leistet, überzukompensieren. Wir können die eherner Konstanz der Vererbung durch künstliche Gestaltung des Milieus umgehen.

Michaelis, Bitterfeld.

930.

v. Waldheim, H., Zur Frage des Zusammenhangs und der statistischen Beobachtung von Krankheitsbewegung in der Kranken-versicherung und konjunkturellen und saisonmäßigen Arbeitslosig-keit. (Soc. Med., 8 bis 10, 1928.) Verfasser sucht diese oft auf-geworfene Frage an der Hand statistischer Unterlagen zu lösen. Er kommt zu folgendem Resultate: „Gesunde“ wirtschaftliche Jahre fallen mit niedrigen durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeiten und „ungesunde“ wirtschaftliche Jahre auch mit ungesunden Verhält-nissen bei der Krankenversicherung zusammen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß wirklich vorhandene Krankheiten auf die Zeit der Erwerbslosigkeit aufgespart werden; außerdem findet man eine Uebereinstimmung der saisonmäßigen Krankheitsbewegung und der saisonmäßigen Sterblichkeitsbewegung; ferner muß man bedenken, daß die Krankenkassenmitgliederzahl bei Arbeitsentlassungen kleiner wird, während die aus den guten Zeiten übernommene Krankenzahl nicht entsprechend sinkt.

Michaelis, Bitterfeld.

931.

Schott, Fall von elektrischem Herztod. (Z. Med. beamte, 1, 1929.) Ein 30jähriger, kräftiger Mann war plötzlich bei Be-dienung eines elektrischen Kranes tot umgesunken. Die gericht-liche Leichenöffnung ergab keinerlei organische Grundlage für den angenommenen Herztod. „Strommarken“ konnten nicht nach-gewiesen werden. Schrotte fand bei 36 Fällen von elektrischem Stromtod das „Brieschen“ erhalten. Diese besondere Körper-beschaffenheit soll eine Schwäche des Herzens gegen die Ein-wirkung des elektrischen Stromes bedingen, so daß leichter als bei anderen Menschen ein tödlicher Ausgang erfolge. Auch bei Schotts Patienten war das Brieschen noch erhalten. Auf Grund dieser Tatsache wurde der „Unfall“ als solcher anerkannt.

Michaelis, Bitterfeld.

932.

Hirschbruch, Albert, Krankenpsyche und wirt-schaftliche Krankenbehandlung. (Soc. Med., 11., 1928.) Bei der Be-urteilung der Arbeitsfähigkeit werde die Rücksichtnahme auf die psychische Eigenart vermißt. Es sei falsch, das Maximum an Widerstandsfähigkeit gegen Krankheitsgefühl zur Norm der Arbeits-fähigkeit zu machen. Eine maßvoll höhere Wertschätzung der Ge-sundheit sei durchaus berechtigt. Nur eine hysterisch-übertriebene Krankheitsangst sei zu bekämpfen. Die Statistik zeige nur eine Zunahme der ärztlichen Inanspruchnahme, keine wahre Zunahme der Morbidität. Die durch Krieg und Inflation gründlich veränderte Mentalität ist die Hauptursache der erhöhten „Morbidität“. Auch sind jetzt andere Kreise in die Fürsorge eingeschlossen als früher, welche gewohnt sind, sich gesundheitlich zu schonen. Je öfter einer wegen Krankheit die Arbeit ausgesetzt hat, um so geringer wird seine Widerstandsfähigkeit gegen die Neigung sein, sich auch schon bei geringen Gesundheitsstörungen zu schonen. Diese seelische Schwäche wird zur Krankheit. Diese mit rauher Hand zur Arbeit zu zwingen, sei ungerecht und falsch. Dagegen seien diejenigen zur Arbeit zu zwingen, bei denen kein innerer Zwang bestehe. Arbeitsunfähigkeit und Wille zur Arbeit gehen nicht parallel. Die absolute Arbeitsunfähigkeit bedingt in den Kranken-kassen nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der Arbeitsunfähigen. Alles übrige ist labil und von psychischen Faktoren abhängig. Schmerzhaft Affektionen seien frühzeitig durch Narkotika zu be-seitigen, damit nicht erst der Wille zur Arbeitsunfähigkeit auf-taucht. Alle Heilmittel müssen physischen und zugleich psy-chischen Postulaten genügen.

Michaelis, Bitterfeld.

933.

Bolanitschek, F. J., Zur Frage der Verhütung exogener tuberkulöser Superinfektionen in der Schule. (Wratsch. Djelo, 11., Nr. 10, S. 809, 1928.) Auf Grund der Literatur und eigener Un-tersuchungen wird auf die wichtige Rolle hingewiesen, welche die Lehrer mit offener Lungentuberkulose als Infektionsquelle in der Schule spielen. Insbesondere sind Maßnahmen zur Verhütung der exogenen Superinfektionen durch krankes Lehrpersonal in den ersten Schulaltersstufen notwendig, da die Superinfektion bei den

jungen Kindern wegen ihres immun-biologischen Zustandes sehr gefährlich ist. Folgende Maßregeln sind zu fordern: Jeder, der sich der Lehrtätigkeit widmen will, muß eine ärztliche Bescheinigung über den Zustand seiner Lungen beibringen; alle Lehrpersonen, insbesondere an den Vorschulen, müssen sich mindestens einmal im Jahr einer ärztlichen Untersuchung unterziehen. Die noch heilbaren tuberkulösen Lehrer sind durch Sanatoriumsaufenthalt und Behandlung der Heilung entgegenzuführen, während die Lage der dienstunfähig tuberkulösen Lehrpersonen durch Gehaltserhöhung wirtschaftlich zu bessern und hierdurch ihr freiwilliges Ausscheiden aus der Lehrtätigkeit zu ermöglichen ist.

E. Kontorowitsch.

934.

Schenk, Elisabeth, Bedeutung der Schulzahnklinik für die Schulzahnpflege. (Soc. Med., 10, 1928.) Interessantes Bild des Lebens und Treibens der Schulzahnklinik in Bonn. 90% der Kinder lassen ihr Gebiß sanieren. Notwendig für den Erfolg ist die Einstellung der ganzen Arbeit und Organisation auf die Psyche des Kindes; engster Zusammenhang zwischen Schule und Schulzahnklinik, Behandlung durch einen operellen Kinderarzt in einer dem Kinde angepaßten Umgebung.

Michaelis, Bitterfeld.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

935.

Mayer, Ernst G., Ueber Röntgenbefunde bei retrobulbären Erkrankungen unklarer Aetiologie und ihre differentialdiagnostische Wertung. (Acta Radio., Rasc. 4, Nr. 50.) Ausgedehnte und starke Nebenhöhlenverschattung bei geringen Veränderungen an den Wänden der Orbita spricht für primäre Erkrankung der Nebenhöhlen. Geringe Veränderungen an den Nebenhöhlen und ausgebreitete Erkrankung der Orbitalwände weist auf intraorbitalen Sitz der Erkrankung hin. Geringe Veränderung der Lamina papyracea mit isolierter Siebbeinverschattung muß in erster Linie an intraorbitalen Prozeß denken lassen. Völliges Fehlen pathologischer Veränderungen findet sich am häufigsten bei benignen intraorbitalen Tumoren. Einseitige Schleierung oder mäßig dichte Verschattung der Nebenhöhlen kann ihre Ursache in einem retroorbitalen Prozeß haben. Es ist daher in solchen Fällen auch die mittlere Schädelgrube genau zu untersuchen. Die Diagnose Tumor kann nicht nur aus evidenter pathologischer Veränderungen gestellt werden, sondern auch aus an sich unscheinbaren Druckusuren, die in gleicher Form auch als Varianten vorkommen. Die Häufung solcher geringfügiger Abweichungen von der Norm auf der kranken Seite und in einem engen Bereich spricht für einen pathologischen Prozeß, für lokalisierte endokranielle Drucksteigerung.

Kirschmann.

936.

Perez, Manuel Luis, und A. I. Sosa y Sanchez. Fall von diagnostischem Irrtum auf röntgenologischem Gebiete. (Rev. méd. lat. amer., 13, 155, S. 2077.) Es handelt sich um Kranke, bei der nach propoziertem Abortus eine Schwellung der linken Darmbeinrinne festgestellt wird, aus welcher sich bei der Incision etwas Eiter entleert. Fistelbildung. Die einige Monate später ausgeführte Lipojodolinjektion in die Fistel ergibt das Vorhandensein einer Abszeßhöhle. Die wiederum nach einem Monat in die Gebärmutterhöhle erfolgte Lipojodoleinspritzung täuscht das Bestehen einer Verbindung zwischen diesen beiden vor. Bei der Operation erwies sich aber, daß die Abszeßhöhle gänzlich abgeschlossen war und keine Verbindung zwischen ihr und der Gebärmutter bestand.

Ashkenasy, Wien.

937.

Uspensky, A., Die Röntgendiagnostik der Erkrankungen der rechten Zwerchfellkuppe. (Fortschr. Röntgenstr., 28, Heft 5, 1928.) Die Eventratio der rechten Zwerchfellkuppe gehört zu den außerordentlich seltenen Erkrankungen. Es sind zwei Arten von Eventratio der rechten Zwerchfellkuppe zu unterscheiden: Angeborene Eventratio der rechten Kuppe, eine seltene Erscheinung; Ursache: Erkrankung des Zwerchfells selbst. Erworbene Eventratio, eine viel häufigere Erscheinung, die Ursache ist in anderen Organen zu suchen. Man unterscheidet vier Typen klinischer Symptome bei Eventratio diaphragmatica der rechten Zwerchfellkuppe: Pulmonaler Typ, kardialer, gastroenteraler Mischtypus. Es gibt keine absolut zuverlässige Methode, um die partielle Eventratio der rechten Zwerchfellkuppe von einer Hernia derselben zu unterscheiden. Bei der Differentialdiagnose der Eventratiadiaphragmatica dextra muß die Möglichkeit einer Pleuritis diaphragm., eines subphrenischen Abszesses, eines Tumors in der rechten Bauchhälfte in Erwägung gezogen werden.

Kirschmann.

938.

Lemberg, A. A., Röntgendiagnostik chronischer Gelenkerkrankungen und ihre Klassifikation. (Fortschr. Röntgenstr., 28, Heft 5, 1928.) Bei der Diagnostik der chronischen Gelenkerkrankungen kommt dem Röntgenbild eine überragende Bedeutung zu. Auf dem Röntgenogramm sind nicht nur die Knochen zu studieren, sondern auch Knorpel, Gelenkkapsel und übrige Weichteile. Am Knochen ist außer den Konturen und etwaigen Formveränderungen die Schattendichte zu beachten sowie die Strukturzeichnung.

Die echten entzündlichen Gelenkerkrankungen, die als sekundär chronische Arthritis im Anschluß an eine akute Arthritis entstehen, zeigen bei längerem Bestehen im Röntgenbilde als Zeichen eines Exsudates eine Erweiterung des Gelenkspaltes sowie eine Vergrößerung und Verdichtung der Kapsel. Die Konturen der Gelenkpartien sind unscharf. Im weiteren Verlauf, wenn es zur Schrumpfung der Kapsel kommt, ist der Gelenkspalt verschmälert. Schließlich kann es zu Ankylosen kommen. Die Osteoporose ist bei beginnenden Prozessen umschrieben, breitet sich aber im späteren Verlauf aus. An den Epiphysen treten unregelmäßige Zacken auf, gelegentlich auch Randusuren an den subchondralen Knochenpartien.

Die primär chronische Arthritis gibt im Röntgenbild genau den gleichen Befund wie die sekundär chronische Arthritis.

Bei Gelenkentzündungen typhösen Ursprungs kann im Anfang ebenfalls dasselbe Bild entstehen. Später kommt es zu stärkeren Deformationen des Gelenks. Meist ist nur ein großes Gelenk befallen.

Die tuberkulösen Gelenkerkrankungen sind gekennzeichnet im Beginn durch den typisch keilförmigen Herd, der sich allmählich ausbreitet, durch die starke Osteoporose und Verdünnung der Knochenbälkchen, subchondrale Usuren (Karies) und Sequesterbildung. Beim tuberkulösen Fungus findet man eine Verdichtung der Gelenkkapsel und des periartikulären Gewebes.

Bei luetischen Gelenkerkrankungen im Säuglingsalter finden wir eine Verdichtung der Epiphysenknorpel. Zwischen Knochen und Knorpel kann man gelegentlich eine schmale Aufhellungszone nachweisen, die jungem Granulationsgewebe entspricht. Bei Erwachsenen bewirkt die gummös-synoviale Form bei ihrem Uebergang auf den Knorpel Usuren mit scharfen, sklerosierten Konturen ohne Atrophie. Der Knochen ist häufig eburnisiert, und zeigt periostische Auflagerungen.

Von den nicht infektiösen Gelenkerkrankungen sind zu erwähnen: gichtische Gelenkerkrankung, posttraumatische Arthritiden und das Blutergelenk. Die Tophi der Gicht zeigen sich als scharf abgegrenzte Aufhellungen, meist nahe dem Gelenkspalt gelegen. Die Gelenkkapsel ist dabei oft verdickt. Das Blutergelenk zeigt hochgradige Deformierungen. Die Arthritis deformans (bzw. Arthrosis deformans) ist nach Ansicht des Verfassers als Arthrosis angiosklerotika senilis aufzufassen. Im Röntgenbilde findet man die bekannten Deformitäten sowie starke Knochenatrophie. Die neuropathischen Gelenkerkrankungen weisen höchstgradige Deformierungen auf. Bei den Arthrosen auf endokriner Grundlage sind die Fingergelenke bevorzugt, es finden sich in späteren Stadien kleine Bandusuren ohne wesentliche Osteoporose und ohne Ankylosen.

Kirschmann.

939.

Karbin, M. L., Zur Frage über die Sella turcica bei Psoriasis-kranken. (Fortschr. Röntgenstr., 38, Heft 5, 1928.) In 10,5% aller Psoriasisfälle wurde eine Sella beobachtet, deren Größe an der höchsten Grenze steht. Bei einigen Kranken haben die Hände einen akromegaloiden Charakter. Der Form nach weicht die Sella bei den untersuchten Kranken nicht von den innerhalb der Norm vorkommenden Varianten ab. Die maximale Größe der Sella, wie sie bei einigen Psoriatikern gefunden wurde, beweist noch nicht, daß die Hypophysis vergrößert ist, und daß mit dieser Vergrößerung eine Funktionsstörung verbunden ist; aber die Möglichkeit einer Hyperfunktion unter dem Einfluß einer Funktionsstörung anderer Drüsen oder des vegetativen Nervensystems bei Vorhandensein einer konstitutionellen Prädisposition ist nicht auszuschließen. Es ist möglich, daß eine kombinierte Bestrahlung der Sella und des Zwischenhirns bei einer demgemäß ausgearbeiteten Technik und besonderen Dosierung in einigen Fällen gute Resultate ergeben kann.

Kirschmann.

940.

Lian, C., und M. Marchal, Radiotherapie der Angina pectoris. (Paris méd., Nr. 48, 1928.) Die Angina pectoris kann Begleiterscheinung einer Coronaritis obliterans, Aortitis, einer arteriellen Hypertension sein, kann aber auch jede valvuläre, myo- oder perikarditische Kardiopathie komplizieren, kann Folge digestiver Störungen wie Aorophagie, von Gallensteinen sein oder toxischen Ursprungs (Tabak) oder endlich hysterisch oder neurotisch. Kurz, sie ist der Leidensschrei des Plexus cardiacus, der sich im Schmerzparoxysmus der Sternal- und Präkordialgegend mit Aus-

strahlung in den linken Arm, Thoraxenge und Todesgefühl äußert. Wahrscheinlich spielt auch ein vasokonstriktorischer Reflex; ausgelöst durch eine Erregung des Plexus, mit einer Rolle, ein circulus vitiosus: umgekehrter spontaner oder provoziertes vasomotorischer Einfluß. Röntgen vermindert die Empfindlichkeit des Plexus, besonders auch die Erregung des Sympathikus, damit Senkung der Glykämie, Alkalose, Vermehrung des Gewebskalks. Die Schilddrüse muß geschützt werden. Im allgemeinen drei Sitzungen vier Wochen lang von 5, 10, 15 und 20 Minuten, in rebellischen Fällen eine fünfte Sitzung. Man kann schon in der zweiten Woche eine Besserung feststellen: Ausstrahlung und die unangenehmen thoracalen Empfindungen lassen nach. Die Besserung pflegt in der Regel anzuhalten. Wirkung nicht kausal, lediglich Milderung der Plexussensibilität. Versager sind ausnahmsweise; dann zu wenig, zu schwache Sitzungen, zu kleine Felder. Kontraindikationen: Deprimierte Kranke, solche mit großer Herzinsuffizienz (Oedeme, alternierender Puls, Blutdrucksenkung). Endlich Patienten über 70. Sodann jede Verschlimmerung durch die Sitzungen: vorsichtige Wiederaufnahme später. Abgesehen davon kommt Röntgen in allen Fällen in Frage, in denen medikamentöse Behandlung versagt; im allgemeinen bessert sich ein alter Angor leichter und rascher als ein frischer damit. Rapide Besserung ist die Regel. In ersten Fällen am besten von vornherein.

v. Schnitzer.

Neu erschienene Bücher

Dr. Herbert Assmann: **Die klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen**. Vierte, umgearbeitete und verstärkte Auflage. 1001 Textabbildungen und 20 Tafeln. F. C. W. Vogel, Leipzig. Geb. 80 RM. — Seit ihrem ersten Erscheinen 1921 steht Assmanns klinische Röntgendiagnostik innerer Krankheiten in der vordersten Reihe gleichartiger Lehrbücher. Was das Werk aber von vornherein vor den meisten anderen auszeichnet, ist die Einheit des Geistes, welche es schuf. Nicht ohne Bedeutung scheint mir seine Widmung an Ludwig Lichtheim und Adolf Strümpell. War doch Strümpell vielleicht der letzte Kliniker, welcher es unternehmen konnte, das Gesamtgebiet der inneren Medizin in seinem berühmten Lehrbuche einheitlich und gleichmäßig darzustellen, wie sein Schüler Assmann das Gebäude der Röntgendiagnostik innerer Krankheiten nach einheitlichem Plane harmonisch vor uns aufbaute. Und die medizinische Welt weiß beiden Autoren Dank für diese Geschlossenheit des Geistes. Strümpells Lehrbuch erscheint im gleichen Jahre in neuer Jugend zum 27. Male, als das Werk Assmanns zum viertenmal umgearbeitet und vergrößert vor uns tritt. Ueberall begegnet man der bessernden Hand, manche Abschnitte sind neu bearbeitet. Durch neue Untersuchungsmethoden erschlossen oder ausgebaut erforderlichen Neudarstellung Bronchusfüllung, Gallenblasenfüllung, Pyelographie und Myelographie. Wenn Rezensent auch bei der umfassenden Darstellung des Stoffes einige Stichproben bietet und ein paar persönliche Wünsche vorbringt, so möchte er bei einem breiten ärztlichen Publikum Interesse für Assmanns Lehrbuch wecken und seinen Teil zur möglichsten Vervollkommenung des Werkes beitragen. Bei einem Raum von 169 Seiten, den Assmann Herz und Gefäßen widmet, wäre vielleicht auch noch möglich gewesen, die Beziehungen von Geschossen zum Kreislauforgan zu berücksichtigen, da A. offenbar auch aus seiner Eigenschaft als poliklinischer Lehrer heraus mit Recht die Grenzgebiete der inneren Medizin pflegt. Bei der Röntgenuntersuchung der Lunge werden die Fehlerquellen der Durchleuchtung betont. Das Kreuzfuchssche Phänomen der verminderten Spitzenaufhellung wird ohne erheblichen Wert erachtet. Williams Symptom, die verminderte Exkursionsbreite einer Zwerchfellhälfte als Frühsymptom einer tuberkulösen Spitzenerkrankung mit Schädigung des Nervus phrenicus ist nicht eindeutig, indem es nicht nur bei allen möglichen Erkrankungen der Lunge, sondern auch des Abdomens ein Zeichen reflektorischer Ruhigstellung des erkrankten Organs ist, wie z. B. beim subphrenischen Abszeß. Auch von Jamins Beobachtung des zurückbleibenden medialen Zwerchfellanteils leidet unter ähnlicher Vieldeutigkeit. Mit Recht mißt A. der frontalen Röntgenuntersuchung des Zwerchfells große Bedeutung zu (paraneuritischer Abszeß, Leberechinokokkus). Bei der Untersuchungstechnik des Magens führt der Autor, daß im Gefolge der Haudekschen Doppelmahlzeit der Ueberblick über die später zu verfolgende Darmpassage beeinträchtigt wird und eventuell ein bei der ersten Untersuchung bereits gefülltes Colon transversum Teile des Duodenums verdecken könnte. Die Antiperistaltik des Magens wird von A. bei Pylorusstenose — im Gegensatz zu anderen Röntgenologen — öfter gesehen. Zur Feststellung einer leichten Pylorusstenose scheint die Nüchternnauseahebung nach reichlich mit Pflaumen und Preiselbeeren gemischter Abendmahlzeit der Röntgenuntersuchung überlegen. Insuffizienz der Bauhinschen Klappe berechtigt allein nicht

zur Diagnose eines pathologischen Zustandes. Sie hat erst im Verein mit anderen klinischen Zeichen eine gewisse Bedeutung. Ebenso ist die Füllung des Wurmfortsatzes nicht nur bei krankhaften Verhältnissen möglich. Bei der Gallenblasenuntersuchung empfiehlt A. nach Anfertigung der Aufnahmen anschließend die Untersuchung des Verdauungskanales mit Baryumaufschwemmung, um die Beziehungen der Gallenblase zu dem benachbarten Duodenum und dem Dickdarm zu bestimmen. Die Notwendigkeit fortwährender Beobachtung der Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase und ihrer Entleerung hätte vielleicht in dem Lehrbuch im Abschnitt Untersuchungsmethode und Technik hervorgehoben zu werden verdient. Bei der Untersuchung der Harnwege wird gegenüber dem Rosensteinschen Verfahren der Sauerstoffeinblasung in die Nierenlager wegen damit verbundener Gefahren Zurückhaltung empfohlen. Im Abschnitt Nervensystem wird der seltene direkte Nachweis von Hirnherden und die indirekte Erkennung durch Veränderung der Schädelknochen besprochen, ebenso die vom Schädel ausgehenden sekundären Einwirkungen auf das Hirn, u. a. die Befunde bei Epileptikern, welche häufig jedoch einen völlig negativen Röntgenstatus besitzen. Es folgen die Röntgenerscheinungen bei den Erkrankungen des Rückenmarks und der Wirbelsäule (Tabes, Syringomyelie, Poliomyelitis acuta), der peripheren Nerven und zugehörigen Knochen, der Neurosen, angio- und trophoneurotischen Störungen. Eine Abhandlung über Enzephalographie und Myelographie beschließt das Kapitel. Mit besonderer Liebe ist von dem Strümpellschüler der Abschnitt „Knochen und Gelenke“ behandelt. Mit dem kleinen Kapitel „Muskeln, Sehnen, Unterhautzellgewebe“ schließt das Buch. Bei allen Literaturzusammenstellungen fiel mir die geringe Berücksichtigung des ausländischen Originalschrifttums auf. Im ganzen aber müssen wir Assmann dankbar sein für das einzigartige, umfassende, in strenger Selbstkritik am Obduktions- und dem Operationsergebnis geprüfte Meisterwerk, um das uns die Welt beneiden kann.

J. Kottmaier, Mainz.

I. Trumpp: **Schulkinderpflege**. Verlag E. H. Moritz, Stuttgart. Brosch. 5,50 M. — Eltern und Lehrern bringt der bekannte Münchener Pädiater das, was sie, seiner Ansicht nach, über Kinderpflege wissen müssen, um die Schulkinder richtig betreuen zu können. Einteilung: Körperliche Entwicklung des Schulkindes — die Schulpflicht — Schulschäden — öffentliche und häusliche Schulkinderpflege. Die Darstellung ist gut. Nur will es mir nicht gerechtfertigt erscheinen, z. B. Sprachfehler und Infektionskrankheiten als „Schulschäden“ zu bezeichnen.

Keller.

G. Schmorl: **Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden**. 15. Aufl. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig. Brosch. 30 M., geb. 32 M. — Schmorls Lehrbuch ist wohl allen Aerzten, alten wie jungen, aus ihrer Studienzeit bekannt. Die neue Auflage ist, wie sich aus Stichproben ergibt, wiederum durchgearbeitet und ergänzt.

Keller.

Carl Posner, Alfred Rothschild, Friedrich Necker: **Ikongraphia urologica**. Georg Stilke, Berlin, 1928. Die Herausgeber der „Ikongraphia urologica“ haben es sich zur Aufgabe gemacht, bisher unveröffentlichte Abbildungen aus allen Gebieten der Urologie, von Seltenheit, besonderem Interesse und Wichtigkeit, teils in farbigem, teils in schwarz-weißem Druck mit kurzem erläuternden Text zur Darstellung zu bringen. Garantieren eigentlich schon die Namen der Herausgeber und die Deutsche Gesellschaft für Urologie, in deren Auftrag die Herausgabe geschieht, den Wert des Buches, so ist man doch bei der Durchsicht des Buches überrascht, in wie geradezu künstlerischen Abbildungen die naturgetreue Wiedergabe der krankhaften Prozesse gelungen ist. Wer sich selbst mit den pathologischen Veränderungen des Urogenitalsystems diagnostisch und therapeutisch beschäftigt hat, wird ohne weiteres zugeben, daß mit der Herausgabe dieses Werkes wirkliches etwas Wertvolles geschaffen wurde.

Der den Abbildungen beigelegte Text ist absichtlich kurz gehalten; er ist nur erläuternd und beschreibend. Aus dem Vorwort der Verfasser geht hervor, daß ihnen bereits eine weitere größere Anzahl von ebenfalls sehr wichtigen Abbildungen zur Verfügung steht, so daß wir mit einer Fortsetzung dieser sehr interessanten Abbildungen rechnen dürfen. Die erste Lieferung enthält 33 Abb. (14 farbige und 19 schwarz-weiße). Sie ist im Verlag von Georg Stilke zu Berlin erschienen und kostet 6 Mark.

E. Gohrbandt, Berlin.

Hermann Kümmel jr.: **Leukoplastverbände**. Kinogrammata medica. Verlag Georg Stilke, Berlin, 1928. Mit der Mappe IX, „Leukoplastverbände“, von Hermann Kümmel jr., erhalten die Kinogrammata medica eine wertvolle Bereicherung. In ihr sind die Möglichkeiten der Verbände, die wir heutzutage mit dem reizlosen, haltekraftigen und festen Heftpflaster ausführen können, in guter Darstellung zum Ausdruck gebracht. Der Wert der Abbildungen liegt besonders darin, daß uns nicht eine einzige Abbildung einen

fertigen Verband bringt, sondern daß mehrere Abbildungen uns das Anlegen des Verbandes erläutern, ihn gewissermaßen vor unseren Augen entstehen lassen. Wo irgendwelche Zweifel auftreten können, sind dieselben durch Richtpfeile und einen kurzen erläuternden Text behoben.

Die Darstellung ist auch für den Praktiker von Interesse und Bedeutung, denn sie zeigt ihm die Vielgestaltigkeit der Verwendung des Heftpflasters zu Verbänden sowie das zweckmäßige Anlegen der Verbände selbst.

E. Gohrbandt, Berlin.

Heinrich Fabian: **Spezielle Anatomie des Gebisses.** (Dr. Werner Klinkhardts Kolleghefte, Heft 12.) 132 S., mit 128 Abb. Leipzig 1928. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt. Geheftet 10 M. — Das in der altbewährten Form der Klinkhardtschen Kolleghefte erschienene und mit vielen sehr guten Abbildungen ausgestattete Buch von Fabian bringt in erschöpfender Darstellung das in den allgemeinen Lehrbüchern und Atlanten der Anatomie etwas stiefmütterlich behandelte Gebiet der Anatomie des Gebisses. Das Buch wird nicht nur dem Studierenden der Zahnheilkunde, und dem fertigen Zahnarzte, sondern auch dem Arzte und insbesondere dem Anthropologen als wertvoller Berater zur Seite stehen. Für den letzten wird die Berücksichtigung der vergleichenden Anatomie von besonderem Interesse sein. Sehr zu begrüßen ist die kurze aber klare Darstellung des schwierigen Gebietes der Physiologie des Kiefergelenks. Der Preis ist bei der gediegenen Ausstattung des Buches als nicht zu hoch zu bezeichnen. L. Gordon, Berlin.

Emile Forgue: **An der Schwelle der Chirurgie.** F. C. W. Vogel, Leipzig. 1928. — Das Werk von Emile Forgue „An der Schwelle der Chirurgie“ (eine wohlgelungene Uebersetzung von Georg Schmidt in München) gehört zu den Berufsbetrachtungen, wie sie gerade in letzter Zeit besonders von Bier, Liek und Sauerbruch über den Arzt und seine Tätigkeit angestellt wurden. Die großen Erfahrungen eines bedeutenden Mannes, seine umfassenden Kenntnisse des internationalen Schrifttums und der Philosophie verleihen ihm eine deutliche Sprache, die nicht nur dem, der Chirurg werden will, sondern auch dem fertigen Chirurgen noch einmal die ganze Verantwortlichkeit, die Pflichten und den ethischen Wert des Berufes vor Augen führt. Seine Ansichten versucht Verfasser durch viele sehr treffende Beispiele besonders aus der Geschichte der Chirurgie zu belegen.

Hoffentlich findet das Werk nicht nur bei Aerzten, sondern gerade auch in Laienkreisen Verbreitung. Denn es ist nicht nur ein Wegweiser für den jungen Arzt und ein Wertmesser für den fertigen Chirurgen; es wird auch jedem Laien die nötige Achtung vor dem Arzte und seinem Berufe aufzwingen (obwohl das das Buch nicht beabsichtigt).

Die Uebersetzung ist im Verlage von F. C. W. Vogel, Leipzig, erschienen und kostet 10,— Mark. E. Gohrbandt, Berlin.

Dr. H. Foltys: **Die Heilwerte der Rohkost.** Verlag Carl Flügge, Berlin SW 48. 90 Seiten, kartoniert 1,80 M. — Da in der jüngsten Zeit die Bedeutung der Rohkost auch in der wissenschaftlichen Medizin mehr betont worden ist, nimmt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen der Hydrotherapeutischen Klinik der Universitätsanstalt Berlin zu dieser Frage Stellung. Er kommt zu dem Schluß, daß Rohkosttage und besonders Obsttage in der Behandlung vieler Erkrankungen einen hervorragenden Platz verdienen und oft sogar den einzigen Weg darstellen, zum Ziele zu kommen. Sie sind aus der Heilkunde nicht mehr zu streichen, und nur die Zukunft kann es lehren, ob mit zunehmender Erfahrung auf diesem Gebiet nicht noch größere Ueberraschungen bevorstehen.

Die vorliegende Schrift, die auch das Wesen der Rohkost von chemischen und physiologischen Gesichtspunkten aus beleuchtet und die in klarer Uebersicht die Meinungen der anderen Forscher über die Rohkostfrage berücksichtigt, gibt einen wertvollen Beitrag zur „Rohkostfrage“, diesem bisher besonders stiefmütterlich behandelten Gebiete der Ernährungsheilkunde.

Rudolf Katz, Berlin.

Juan-Carlos Navarro und Enrique A. Bereterave: **Sifilis del Aparato Respiratorio en Los Niños.** Buenos Aires, La Semana Médica, imp. de E. Spinelli. Córdoba 1928. — Die Autoren geben eine Anzahl von Krankengeschichten von Syphilis des Respirationstraktus wieder; sie besprechen die klinischen Formen dieser Krankheit bei Kindern und teilen sie ein in Affektionen des Larynx und Pharynx (syphilitischer Pseudokroup), in bronchiale Lokalisationen, worunter rezidivierende und prolongierte syphilitische Bronchitis verstanden wird, ferner in Bronchiektasien, hämoptoische Formen ohne Herderkrankungen, in infiltrative und in pseudotuberkulöse Formen. In vielen Fällen ist es unmöglich, selbst bei Anwendung aller diagnostischen Hilfsmittel, die Krankheit zu erkennen oder von der Lungentuberkulose abzugrenzen. Dann hilft aber die eingeleitete spezifische Probenbehandlung sofort.

Kurt Heymann, Berlin.

Dr. med. et phil. Niesl v. Mayendorf: **Die Psychotherapie in der ärztlichen Praxis.** Kleine klinische Bücherei Nr. 32. Repetitorienverlag Leipzig und Plarogg bei München. 1928. — Diese kurze Anleitung zur Psychotherapie hat den Vorzug, nicht nur Theorien, sondern vor allem rein praktische Ratschläge zu geben, die sowohl der Facharzt wie der Allgemeinpraktiker befolgen kann. Sie enthalten im wesentlichen erzieherische Maßnahmen in bezug auf Lebensweise, Tagesplan usw., wobei der feste Wille des Arztes, sein kategorischer Imperativ der wichtigste Faktor der Therapie ist. Andererseits bevorzugt Verfasser von den verschiedenen psychotherapeutischen Methoden die Wachsuggestion, da sie den Willen des Kranken besonders beansprucht und nicht ausschaltet wie die Hypnose. Die Psychoanalyse wird als Theorie nur in ihren Schlagworten gestreift, als Behandlung nicht in Betracht gezogen. Verfasser meint im Gegenteil, daß seelische Ursachen körperlicher Beschwerden dem Patienten unbewußt in den Hintergrund gedrängt werden müssen, statt sie bewußt zu machen; die Hauptgebiete der analytischen Behandlung, wie Erröten, Stämmeln, Perversionen, Kleptomanie, Homosexualität und alle Süchte hält er für psychotherapeutisch nicht beeinflussbar, trotzdem er im ganzen der Ansicht ist, daß jeder Patient geholt sein will, ein Glaube, der durchaus nicht von allen Psychotherapeuten geteilt wird. Verfasser hält die Psychotherapie nicht für eine lehrhafte Wissenschaft, da sie kein selbständiger Zweig sei und nur für einen beschränkten Kreis von Krankheitszuständen in Betracht komme.

Haaber.

Gustav Bucky, New York: **„Grenzstrahlen-Therapie“** mit Beiträgen von Otto Glässer und Olga Becker Manheimer. S. Hirzel, Leipzig. 146 Seiten, 40 Abbildungen. Geh. 9 M. geb. 11,50 M. — Bucky's Arbeiten über die sogen. Grenzstrahlen (überweiche Röntgenstrahlen) sind in dieser Zeitschrift wiederholt referiert worden, so daß sich eine ausführliche Besprechung der nurmehr vorliegenden zusammenfassenden Darstellung erübrigt. Erwähnt sei nur kurz, daß die noch immer schwierige Dosimetrie der Grenzstrahlen eingehend behandelt wird und daß die therapeutischen Erfolge ausführlich beschrieben, zum Teil durch Abbildungen belegt sind.

Kirschmann.

G. Gabriel: **Die Technik der Röntgenuntersuchung aus „Radiologische Praktika“**, Band 9, mit 97 Seiten, 52 Abbildungen. Eine knappe, aber dennoch umfassende Darstellung der modernen Röntgentechnik. Der wichtigste Abschnitt des Buches behandelt die typischen Einstellungen, die durch zahlreiche Abbildungen veranschaulicht sind. Darüber hinaus finden sich einige treffende Bemerkungen über Indikation der einzelnen Untersuchungsmethoden wie auch über die diagnostische Verwertbarkeit der Resultate. Das Buch ist eine wertvolle Ergänzung der bekannten Lehrbücher der Röntgendiagnostik.

Kirschmann.

Emile Bordet: **„Die Herzerweiterung im Durchleuchtungsbild.“** In deutscher Uebersetzung von A. Eugster. Mit Vorwort von H. Vaquez, mit einem Geleitwort von Hans R. Schinz. 137 S., 73 Abb. Kart. 8 M. Verlag Georg Thieme, Leipzig. — Die bekannten Arbeiten von Bordet und Vaquez finden in der vorliegenden kleinen Broschüre ihre Fortsetzung. Verf. betonen die Notwendigkeit der Orthodiagraphie, speziell der Anwendung derselben in transversaler und in den schrägen Durchleuchtungsrichtungen. Nur so ist es möglich, die Größe der einzelnen Herzabschnitte zu messen. Gegenstand der vorliegenden Untersuchungen ist im wesentlichen die Feststellung und Ausdeutung lokalisierter Erweiterungen. Ein sehr interessanter und wertvoller Abschnitt sind die radioskopischen Frühsymptome, die in dieser Form bisher wohl kaum dargestellt worden sind.

Das Studium des kleinen Werkes ist jedem, der in die Herzdagnostik tiefer eindringen will, unbedingt zu empfehlen.

Kirschmann.

Gerd Kohlmann, Walter Gravinghoff: **„Röntgenbehandlung in der Kinderheilkunde.“** Handbuch der Röntgentherapie. 3. Teilband. Verlag Georg Thieme, Leipzig. 179 Seiten, 9 Abbildungen. Geh. 5 M. — In der vorliegenden Lieferung des Handbuches der Röntgentherapie, einer etwa 50 Seiten umfassenden Broschüre, werden die Besonderheiten der Röntgenbehandlung im Kindesalter zusammenfassend dargestellt. Das Indikationsgebiet ist ja im Kindesalter verhältnismäßig klein, dennoch ist eine reiche Literatur auf diesem Gebiete vorhanden, die auch entsprechend gewürdigt ist. Mit Recht warnen die Autoren vor einer Ueberschätzung des Röntgenverfahrens bei der kindlichen Lungentuberkulose, wissen andererseits ihre günstige Wirkung bei der Bauchfelltuberkulose zu rühmen. Auch auf die Röntgenbehandlung der adenoiden Wucherungen, die in Deutschland sicherlich zu wenig geübt wird, weisen die Autoren hin.

Kirschmann.

Hans F. R. Günther: Kleine Rassenkunde des Deutschen Volkes. J. F. Lehmann, München, 1929. 147 Seiten mit 100 Bildern und 13 Karten. 3 M. bis 4,50 M. „Des Menschen Erlebnisse entscheiden über sein endgültiges Schicksal“, hat C. Gerhardt einmal im Kolleg gesagt. Das trifft nur zum Teil zu. Wichtiger ist seine ererbte Konstitution, d. h. seine Zugehörigkeit zu einer bestimmten Familie bzw. Rasse. Das zu eruieren ist freilich ein schwieriges Problem, und weil es sich sowohl den anatomisch-histologischen, wie chemisch-physikalischen Methoden entzieht, will die dermalige offizielle Medizin nichts davon wissen. Nur Praktiker mit offenem Blick wissen, daß die Tuberkulose bei Blondem schneller verläuft, daß Kurzhalsige mehr von Apoplexien, „schöne“ Männer von Paralyse bedroht sind. Man müßte da auf die Grundeigenschaften und ihre Verknüpfung, also auf die Rasse, zurückgehen. An diesem Punkt wird die Rassenfrage auch für die Heilkunde praktisch. Bereits praktisch ist sie im Bereich der biologischen Geschichte der Völker in ihrer politischen und kulturellen Entwicklung. Jeder denkende Arzt, welcher nicht bloß Symptome bekämpft, sondern auch den Zusammenhang der Dinge im individuellen und im Volksleben begreifen will, wird deshalb gern den „kleinen Günther“ zur Hand nehmen und das in ihm enthaltene reiche Material nach seinen Bedürfnissen kombinieren. Die 100 Bilder von Köpfen der als Konstitutionen in Betracht kommenden Rassen in Verbindung mit den zugehörigen somatischen und psychischen Eigenschaften sind zur vorläufigen Orientierung schon in der Sprechstunde wertvoll. Buttersack, Göttingen.

Theilhaber: Die Bekämpfung der Krankheitsdisposition als Heilmethode. Hippokrates-Verlag, Stuttgart. In dem ersten Teil des Werkes beschäftigt sich der Verfasser mit mehr allgemeinen Fragen, indem er den Einfluß der Schwangerschaft, Geschlecht, des Alters, Erkrankungen der einzelnen Organsysteme, der Ernährung, Beruf, Wohnung, Rasse und ähnl. auf die Krankheitsdisposition untersucht. Er hat dabei ein ungeheures literarisches Material verarbeitet, doch bringt er im wesentlichen nichts, was nicht einem denkenden Arzt geläufig ist. Im zweiten Teil des Buches geht er dann besonders auf ein Spezialgebiet, Frauenleiden, ein, um auch hier im wesentlichen Neues nicht zu bringen, wenn man von einer fortlaufenden Empfehlung der von ihm bei den verschiedensten Krankheitszuständen inaugurierten Organtransplantation absieht. Im ganzen hat Referent bei dem Buch den Eindruck, daß es etwas der heutigen Strömung in der Medizin seine Entstehung verdankt. Dermitzel.

Hans Much: Von homöopathischen Dingen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart. Much bringt in kurzer aphoristischer Art interessante Probleme, welche sich aus der Homöopathie ergeben, andeutungsweise zur Sprache. So das Auftreten von verschiedenen Maxima und Minima der Wirkung im Verlauf immer weiter gesteigerter Arznelpotenzierung. Des weiteren setzt er sich kurz in einer allerdings angreifbaren Weise mit der Arndt-Schulzchen-Regel auseinander. Im ganzen aber ein Heftchen, welches reichlich Anregungen bietet. Dermitzel.

Julius Mainzer und Lotte Geppert: Das Leben im Sonderkindergarten. Mit 26 Abbildungen. Verlag der ärztl. Rundschau. Otto Gmelin, München. Geh. 4,80, geb. 6 M. Der eine ist Psychiater des Jugendamtes, die andere Leiterin des Sonderkindergartens in Nürnberg: Auf Grund fünfjähriger Erfahrung im Sonderkindergarten — bestimmt für Vorschulpflichtige, in der Hauptsache psychopathische Kinder — erfolgt die Darstellung der Organisation und der Methoden, die sich gesundheitlich, erzieherisch, heilpädagogisch bewährt haben, und der Einrichtungen zur erzieherischen Schulung und Heranziehung der Eltern. Im speziellen Teil wird die Arbeit an den Kindern beschrieben und mit zahlreichen Beispielen belegt. Interessant die kritische Stellung zur Psychoanalyse und zu den Testprüfungen und andererseits zu den verschiedenen Beschäftigungsmethoden und Spielen der Kinder. Die Schrift wird jeden, der sich mit diesen Dingen beschäftigt, interessieren. Arthur Keller.

J. Zappert: Die Krämpfe im Kindesalter (Anfallskrankheiten). Band 5. Bücher der ärztlichen Praxis. Verlag J. Springer, Wien und Berlin. 1928. Im Rahmen der Bücher der ärztlichen Praxis wird in kurzer, leicht faßlicher Form eine Differentialdiagnose der Krampfstörungen im Kindesalter gegeben. Die Unterteilung der Darstellung in Säuglingskrämpfe und Krämpfe des späteren Kindesalters ist geeignet, dem Praktiker das Verständnis der teilweise ebenso schwierigen wie umstrittenen Materie zu erleichtern.

In den Kapiteln der Therapie ist die Behandlung der Spasmodien mittels ultraviolettbestrahlung bzw. ultraviolettbestrahlter Nahrung (bestrahlte Milch, bestrahltes Ergosterin) nicht erwähnt.

Ebenso hat bedauerlicherweise die von amerikanischen Autoren gelegentlich empfohlene Diätbehandlung der Epilepsie mittels ketogener Kost nicht einmal Erwähnung gefunden. Müller.

Johannes Lange: Verbrechen als Schicksal. Studien an kriminellen Zwillingen. Georg Thieme, Verlag, Leipzig. 1929. Der Streit um die Frage Anlage oder Milieu ist bisher nie zu einem einigermaßen befriedigenden Abschluß gekommen, da es an zwingenden Argumenten für die eine oder andere Theorie mangelte. Die Kriminalbiologie und Kriminalpsychologie leiden unter dem Zustand dieser inneren Unsicherheit. Schlimmer aber noch daran ist die kriminalistische Praxis: Gesetzgebung, Strafvollzug und Verbrechenverhütung. Das Problem der Bewahrung (Verwahrung) und das der Sterilisierung Asozialer steht im Vordergrund des Interesses. Bei dieser Sachlage beansprucht jede objektive Untersuchung über die Verursachung der Kriminalität erhöhte Aufmerksamkeit. Lange hat in der vorliegenden verdienstvollen Arbeit den Versuch gemacht, durch Anwendung der Zwillingsmethode den Wert der beiden Faktoren, Anlage und Umwelt, für das Zustandekommen der Kriminalität sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Dafür standen ihm 30 Zwillingspaare zur Verfügung, die er zum größten Teile mit Hilfe des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz und der Kriminalbiologischen Sammelstelle am Zuchthaus Straubing sammelte und untersuchen konnte. Und zwar waren es 13 eineiige und 17 zweieiige Zwillingspaare. Von den eineiigen Zwillingen waren in zehn Fällen beide Zwillinge bestraft, während in den drei übrigen nur der eine Zwilling kriminell geworden war. Von den zweieiigen Zwillingspaaren waren nur in zwei Fällen beide Brüder mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten, während bei allen übrigen nur der eine Zwilling kriminell wurde. Zudem ergab ein Vergleich der Befunde an zweieiigen Zwillingen mit der aus einem großen Material errechneten Häufigkeit der durchschnittlichen Geschwisterkriminalität, daß von zweieiigen Paaren beide Partner etwa so häufig sich strafbar machten, als der Erwartung entspricht. Lange schließt aus diesen Ergebnissen, daß bei den heutigen sozialen Verhältnissen für das Abgleiten in Kriminalität die ererbte Anlage von überragender Bedeutung ist, jedenfalls wesentlich bedeutsamer als heute in weiten Kreisen man anzunehmen geneigt ist. Andererseits läßt sich aus seinen Untersuchungen doch immerhin auch die mitverursachende Rolle der Umwelt nicht verkennen. „Unserer Erwartung (bei diskordanten, eineiigen Zwillingen. Ref.), als äußere Verbrechenursachen vorwiegend soziale und seelische Ursachen aufzufinden, widersprechen unsere Beobachtungen in eindrucksvoller Weise.“ Vielmehr spielen körperliche Störungen die wesentliche Rolle. Lange versäumt nicht, in eingehender Weise den Umwelteinwirkungen nachzuforschen und er ist weit entfernt davon, sie zu unterschätzen. Für das kriminalpolitische Handeln zieht er aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß Vergeltung und Strafe für den Anlageverbrecher sinnlos seien. Es bleibt also ihm gegenüber nur die Sicherungsverwahrung oder mindestens ein progressiver Strafvollzug mit ausgedehnter Entlassenenfürsorge übrig. Er knüpft schließlich daran drei weitere Forderungen. Die erste ist die Beseitigung des Alkoholfreies; die zweite die Früherkennung und Frühseparation dauernd Verwahrungsbedürftiger. Die dritte und zugleich höchste Aufgabe ist die Vorbeugung. Nicht als ob Lange annehmen wollte, daß es möglich sei, durch eugenische Maßnahmen die Erzeugung jener „bescheidenen Rechtsbrecher zu verhindern, welche die Mehrzahl der heutigen Gefängnisinsassen ausmachen“, aber es kann doch heute schon wenigstens die „Hochzucht verbrecherischer Anlagen“ vermieden werden.

Die mühsamen Untersuchungen, deren Unwiderleglichkeit beim heutigen Stande der Vererbungswissenschaft nicht bezweifelt werden kann, werden zwar, wie Lange selbst meint, die reinen Milieutheoretiker nicht belehren; sie bedeuten aber für die Wissenschaft eine wichtige Etappe in der Erkenntnis kriminalbiologischer Zusammenhänge und für den objektiv denkenden Praktiker einen zwingenden Anlaß, sein Handeln an dieser Erkenntnis zu überprüfen. Es verdient noch besonders hervorgehoben zu werden, daß die Arbeit nicht in einer teuren Fachzeitschrift, sondern als Broschüre erschienen und dank ihrem flüssigen, im besten Sinne allgemeinverständlichen Stil zur weiten Verbreitung besonders geeignet ist. Villingen, Hamburg.

Johannes Müller: Die Leibesübungen. 5. Auflage mit 541 Abbildungen und 25 Tafeln. Verlag von B. G. Teuber, Leipzig. Geh. 18 M., geb. 20 M. — Im Jahrgang 1926 S. 586 ist die 4. Auflage von berufener Seite besprochen und allen Sportärzten dringend empfohlen worden. Eine wesentliche Aenderung im Aufbau ist nicht vorgenommen, wohl aber sind alle Abschnitte ergänzt, die Abbildungen verbessert und vermehrt, so daß auch dieser Auflage eine gute Prognose zu stellen ist. A. Keller.

LIBRARY
RECEIVED
MAY 18 1929
Department of Agriculture

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.	Jugoslawien 30.— Dinare	Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien	Holland 1.45 Gld.	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Ungarn 2.90 Pengö	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121 958	Italien 11.— Lire
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest	s'Gravenhage	Polen 5.20 Sloty
Tschechoslowakei 17.00 Kc.	Schweiz 3.— Fr.	Amerika jährlich 2.35 Dollar
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 134 61 Zürich VIII	Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 7

BERLIN, DEN 5. APRIL 1929

47. JAHRGANG

Konservative Ulcus - Therapie

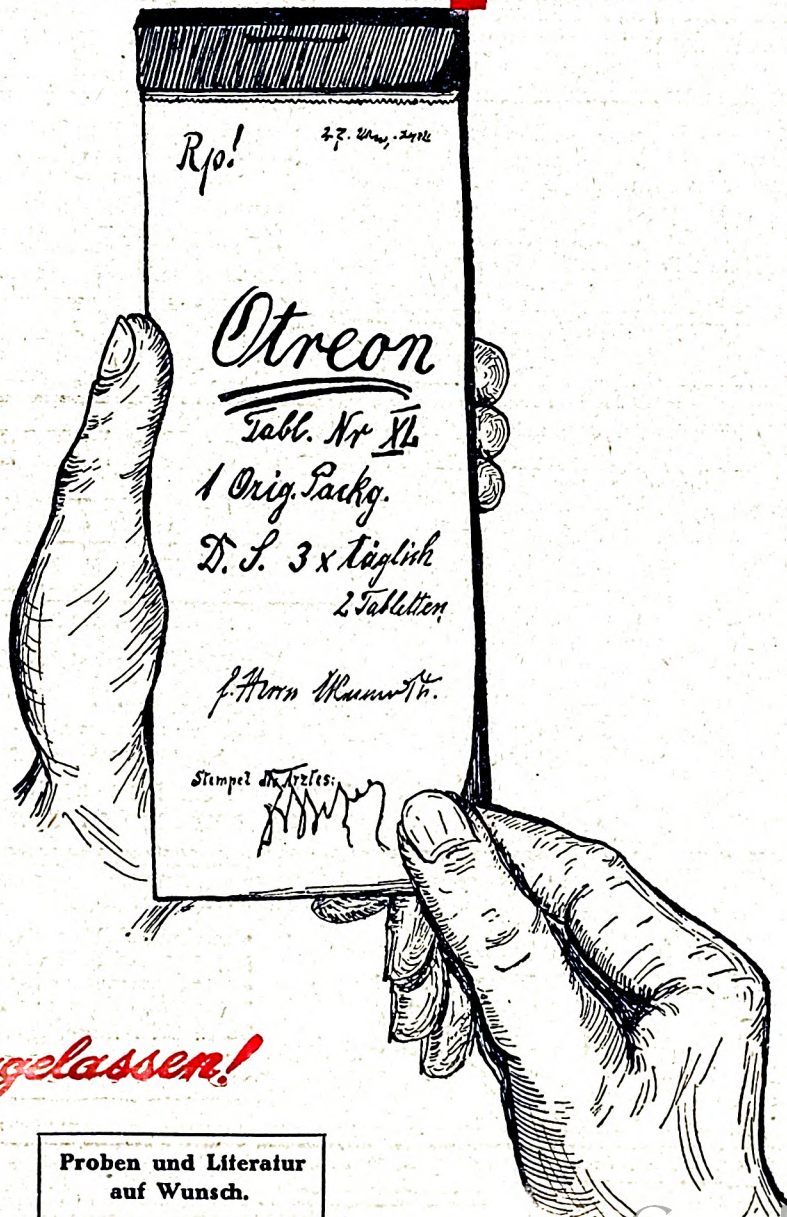
„ Die ganze Ulcustherapie hätte in diesem Fall bislang versagt, die Anfangserfolge mit Otreon aber waren derartig ermutigend, daß sich der Patient mit Freuden zum weiteren Versuche entschloß.“

„ Bemerken muß ich, daß Sch. bereits nach 6 wöchiger Otreon-Kur arbeitsfähig war und dies bis heute geblieben ist und seit 3 Monaten Otreon nur dann nimmt, wenn er das Gefühl des Völlseins nach vorher gemiedenen Speisen verspürt.“

„ Ich verordne absolute Ruhe, Wärme, strengste Ulcusdiät und Otreon. Die günstige Einwirkung desselben ließ nicht lange auf sich warten. Die großen Schmerzen ließen immer mehr nach, so daß ich den Patienten, der sich sichtlich erholte, nur durch mein ganz energisches Veto nach 5 wöchiger Otreon-Kur von der Wiederaufnahme seiner schweren Arbeit zurückhalten konnte.“

„ Otreon, nebst strenger Ulcusdiät, Ruhe und Wärmeapplikation brachten auch in diesem Falle bald vollkommene Beschwerdefreiheit, und da sich der Patient dabei sehr gut erholte, nahm er Ende September bereits die Arbeit in der Fabrik wieder auf und fühlte sich seither beschwerdefrei und wohl.“

„ doch ist für mich der vorläufige Erfolg Beweis genug, daß Otreon beim Ulc. ventr. günstig einwirkt und in jedem Falle, der nicht einen sofortigen chirurgischen Eingriff benötigt, des Versuches wert ist.“ *Brade, M. Kl. 1927, Nr. 11.)*



Zur Kassenpraxis zugelassen!

**Luitpold-Werk
München**

Proben und Literatur
auf Wunsch.

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekonvaleszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurfstaubenschießstand, Autogesellschaftsfahrten.

Dr. BODE'S Kinder-Sanatorium

Lindenberg-Gliencke (Mark)

Alter: 2-10 Jahre. Tagespreis 4-6 Mk.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz, 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärzt. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch
Hausarzt: **Dr. Hartmann.** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Somno-Fluid

„Opheyden“

Extr. aus: Fol. Melissae, Cort. Piscidae, Rad. Valerianae, Fol. Trifol. fibr., Fol. Menthae pip., Herba Veronicae.

Vollkommen unschädliches Schlaf- und Beruhigungsmittel, angezeigt bei Schlaflosigkeit u. nervösen Beschwerden aller Art. Bitte fordern Sie Proben!

Biologische Werke Opheyden,
Brackwede, Westf. 35.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung
das vornehme Familienhotel **„DER KURHOF“**

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

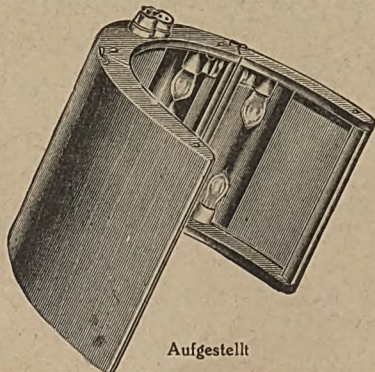
Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.**

Bad Nassau, Nassau-Lahn
Kurhaus. Sanatorium f. Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke.
Leit. Ärzte: Dr. Fleischmann, Dr. Poensgen.
Das ganze Jahr geöffnet.

Sanatorium Dr. Kohnstamm
Königstein - Taunus
Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — **Diätkuren** — alle modern. psychotherapeutischen Methoden
Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Zeitschrift für Sexualwissenschaft u. Sexualpolitik
Mitteilungsblatt der internationalen Gesellschaft für Sexualforschung
Unter ständiger Mitarbeit von zahlreichen Fachgelehrten herausgegeben von
Dr. MAX MARCUSE, Berlin
Band XV. Jahrgang 1928/29, Vierteljährlich 2 Hefte
Preis vierteljährlich RM. 6.—
Mit der steigenden Bedeutung der Sexualwissenschaft ebensowohl nach der medizinischen wie auch ganz besonders nach der kulturwissenschaftlichen Seite ist diese Zeitschrift der Mittelpunkt aller Bestrebungen geworden, die in ihr eine gewaltige Quelle neuer Erkenntnisse sehen.
Probeheft unt. Bezugnahme auf diese Anzeige kostenlos!
A. Marcus & E. Weber's Verlag,
Berlin W 10, Genthiner Straße 38

Wilhelm Krahl, Berlin NW 28, Schiffbauerdamm 8



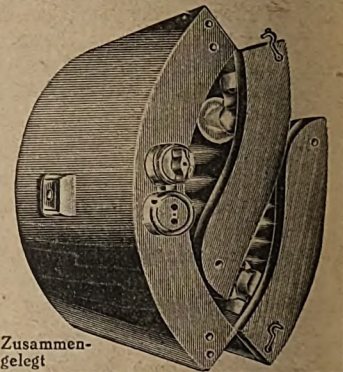
Aufgestellt

Alleinverkauf der zusammenlegbaren HeiBluft-Apparate u. elektr. Lichtbäder

nach **San.-Rat Dr. Hennig**

Vorzüge: Äußerst stabile Konstruktion
Unbedingte Zuverlässigkeit — Wenig
Raum beanspruchend — Leicht transportabel — Intensive Licht- bzw. Wärme-
wirkung — Günstige Preise

**Verlangen Sie kostenlose Übersendung
meines ausführlichen Spezialprospektes A**



Zusammen-
gelegt

Mitin

eine absolut indifferente, völlig reizlose, äußerst geschmeidige, geruchlose, haltbare, physiologische Salbengrundlage von größter Resorbierbarkeit, welche sich mit Arzneikörpern sehr leicht und in hohem Prozentsatz mischen läßt und ganz vorzügliche Salben und Pasten liefert.

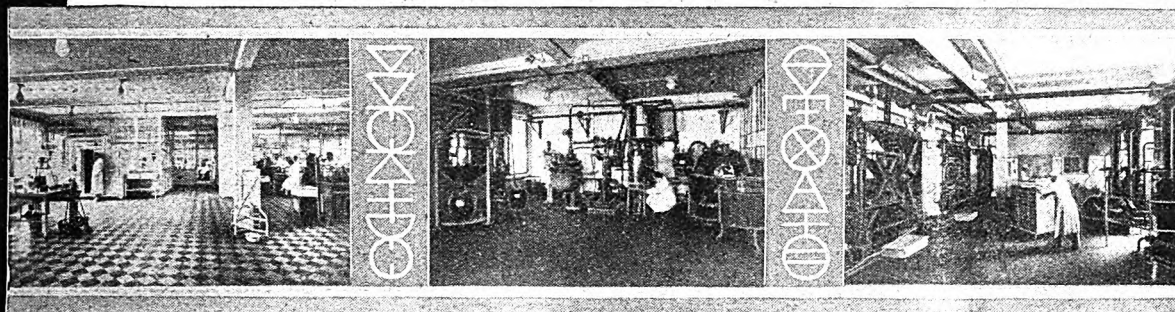
Spez.: Mitin-Creme, Mitin-Pasta, Mitin-Quecksilber, Frostmitin, Lichtmitin, Mitin-Seife

Chemische Fabrik Krewel & Co., G.m.b.H., Köln a.Rh.

Kriegstagebuch eines Arztes:
Vielfach
hervorragend besprochen !

Als Arzt in Mazedonien 1916/18

von Dr. Schede, mit vielen
Bildern und Karten. Verlag
Hornickel, Nordhausen. 4.50 M



Inkretan

standardisiertes, exakt dosierbares
Hypophysen-Schilddrüsen-Präparat

Zur Fettsuchtbehandlung

KASSENÜBLICH

Orig.-Packung à 50 Tabletten
Klein-Packung à 25 Tabletten

Testifortan

Polytropes Sexualtherapeutikum
Sonderindikation: Klimakterium virile

3mal täglich 2 Tabletten
Zur Unterstützung 2täglich 1 Amp. subcut.

Orig.-Schacht. à 100 u. 50 Tabl.
bzw. 10 Amp.

Literatur und Proben zur Verfügung der Herren Aerzte



Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H. ♦ Hamburg 26

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.

Prof. H. Opitz: Die Bedeutung der Bluttransfusion für die Kinderheilkunde	219
Dr. Othmar Reimer, Graz: Röntgenshäden und Röntgengeschwüre	222
v. Schnizer: Die funktionellen Beziehungen zwischen Komplementen, Vitaminen und Hormonen	224
Dr. Paul Michaelis: Was bringt die neue Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten?	227

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	228
---	-----

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde	235
Bakteriologie und Serologie	235

Chirurgie und Orthopädie	235
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	237
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	238
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	239
Hygiene	243
Infektionskrankheiten	243
Innere Medizin einschließlich Tuberkulose	244
Kinderheilkunde	252
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ..	254
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	254
Psychiatrie und Nervenheilkunde	255
Psychologie und Psychopathologie	257
Soziale und gerichtliche Medizin	257
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	258
Neu erschienene Bücher	259

EATAN

das organotrope Aminosäuren-Präparat

Die außerordentlich günstige Wirkung bei Appetitlosigkeit und die dadurch bewirkte rasche Hebung des Allgemeinbefindens wird von allen Klinikern und praktischen Ärzten, die das Mittel erprobten, hervorgehoben.

Probe und Literatur durch die EATINON G. m. b. H., München

Jetzt auch Quarzlampen

Eine wesentliche Preissenkung für
Solluxlampen — Original Hanau —
erfolgte bereits am 15. Januar 1928!

„Künstliche Höhensonne“
— Original Hanau —

durch Senkung der Selbstkosten infolge verstärkter Nachfrage!

billiger!

Bach-Höhensonne	Standardmodell für Wechselstrom	M. 449.90	bisher	M. 539.90
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Wechselstrom	M. 404.45	„	M. 428.45
Bach-Höhensonne	Standardmodell für Gleichstrom	M. 275.80	„	M. 350.80
Bach-Höhensonne	vereinfachte Stativlampe Gleichstrom	M. 200.05	„	M. 205.05
Große Solluxlampe	nach Dr. Oeken auf Stativ, Standardmodell	M. 260.55	„	M. 292.55
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Bodenstativ	M. 102.95	„	M. 137.95
Kleine Solluxlampe	nach Dr. Cemach auf Tischfuß	M. 77.50	„	M. 102.50

Die Preise gelten einschließlich Verpackung, Bruch- und Transportversicherung, nur die Frachtkosten treten hinzu.

Bitte verlangen Sie unverbindlich Angebot unter Angabe der Stromart und Spannung

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau am Main, Postfach 839

Rosmarol

(Zusammenstellung:
Ol. Rosmarini, Ol. Gaultheriae, art. Mitin)
Neueres vorzügliches Mittel gegen
rheumatische Erkrankungen
aller Art und selbst schwerer Formen
Literatur und Proben kostenlos
Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1.

NUMMER 7 BERLIN, DEN 5. APRIL 1929 47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

(Aus der Univ.-Kinderklin. zu Berlin.)

Die Bedeutung der Bluttransfusion für die Kinderheilkunde.

Von Prof. H. Opitz.

Die Bluttransfusion ist eine sehr alte Behandlungsmethode, die aber im Laufe der Jahrzehnte ein sehr wechselndes Schicksal gehabt hat. Zeiten begeisterter Empfehlung wechselten mit solchen entschiedener Ablehnung. Diese verschiedene Beurteilung ist darauf zurückzuführen, daß manche Autoren ausgezeichnete Erfolge mit der Blutzufuhr erzielten, während andere schwerste, zum Teil tödlich endigende Schockerscheinungen beobachteten. Diese unberechenbare Wirkung hat erst ihre Aufklärung gefunden durch die Feststellung der Blutgruppen. Von der Gruppenkonstellation zwischen Spender und Empfänger ist es abhängig, ob ein Blut verträglich ist oder nicht.

Man hatte zuerst die Beobachtung gemacht, daß das Serum schwerkranker Menschen die Erythrozyten gesunder agglutinierte und glaubte, daß diese Agglutination von Erythrozyten derselben Spezies, die sogenannte Isoagglutination, nur den Sera derjenigen Menschen zukomme, die an besonders schweren Erkrankungen litten. Landsteiner hat das Verdienst, gezeigt zu haben, daß die Fähigkeit zur Isoagglutination eine Eigenschaft zahlreicher normaler Sera ist. Zu den von ihm bereits aufgestellten drei verschiedenen Gruppen kam später noch eine vierte Gruppe hinzu, so daß man jetzt auf Grund zahlloser Untersuchungen die Menschheit in vier Blutgruppen einteilt. Und zwar hat man zu unterscheiden einmal die Isoagglutinine, d. h. Serunkörper, die ein Zusammenballen der Erythrozyten bewirken, und zweitens Agglutinogene, d. h. Erythrozyten, deren Struktur so beschaffen ist, daß sie den entsprechenden Sera einer Agglutination ermöglichen. Die Zugehörigkeit zu der einmal ermittelten Blutgruppe ist nach den übereinstimmigen Angaben aller Autoren unveränderlich; nur in allerneuester Zeit will man bei zwei Fällen schwerer Bluterkrankung einen Gruppenwechsel beobachtet haben. Dagegen kann man im Laufe der Beobachtung, besonders unter dem Einfluß von Krankheiten, Schwankungen in der Höhe des Agglutinititers feststellen.

In die Nomenklatur der Blutgruppen ist dadurch eine große Verwirrung hineingetragen worden, daß Moß und Jansky zwei verschiedene Schemen aufgestellt haben, in denen die Gruppen I und IV vertauscht sind. Man hat sich zur Zeit dahin geeinigt, die Gruppen nach den Agglutinogenen, die mit den Buchstaben A und B bezeichnet werden, zu benennen. Außer diesen Agglutinogenen hat man noch die Agglutinine der Sera zu berücksichtigen, die mit anti-A oder α und mit anti-B oder β bezeichnet werden. Es ergibt sich demnach folgendes Schema, wobei wir zur besseren Uebersicht auch noch einmal die verschiedenen Gruppenbezeichnungen zusammenstellen wollen.

Tabelle 1.

Gruppen nach Jansky	Gruppen nach Moß	Agglutinogene	Agglutinine
I.	IV.	O	$\alpha + \beta$
II.	II.	A	β
III.	III.	B	α
IV.	I.	AB	—

Aus untenstehender Tabelle 2 ergibt sich folgendes:

Gruppe O: Das Serum agglutiniert die Erythrozyten sämtlicher anderen Blutgruppen; die Erythrozyten dieser Gruppe werden jedoch von keinem anderen Serum agglutiniert.

Gruppe A: Das Serum agglutiniert die Erythrozyten der Gruppen B bzw. AB (B-Anteil); die Erythrozyten werden von den Sera der Gruppen B und O agglutiniert.

Gruppe B: Das Serum agglutiniert die Erythrozyten der Gruppen A bzw. AB (A-Anteil); die Erythrozyten werden von den Sera der Gruppen A und O agglutiniert.

Gruppe AB: Das Serum agglutiniert keinerlei andere Erythrozyten, dagegen werden die Erythrozyten dieser Gruppe von den Sera der drei anderen Gruppen agglutiniert.

Tabelle 2.

		Sera			
		O	A	B	AB
Erythrozyten	AB	+	+	+	—
	B	+	+	—	—
	A	+	—	+	—
	O	—	—	—	—

Agglutinationen innerhalb einer Gruppe kommen nicht vor. Daher ist jeder Mensch als Spender geeignet, der derselben Gruppe wie der Empfänger angehört. Aber auch Angehörige anderer Gruppen können unter Umständen als Spender benutzt werden. Maßgebend hierfür ist in erster Linie, daß die Erythrozyten dieser Gruppe nicht von dem Empfänger agglutiniert werden. Das trifft für die Gruppe O zu, da hier überhaupt keine Agglutinogene vorhanden sind. Die Agglutinine des Spenders sind deswegen von untergeordneter Bedeutung, weil das agglutinierende Vermögen des Serums mit zunehmender Verdünnung abnimmt, um schließlich ganz zu verschwinden. Der hierzu erforderliche Verdünnungsgrad ist individuell sehr verschieden. Bei den einen genügt eine fünf- bis zehnfache Verdünnung, bei anderen sind 50- oder 100fache oder selbst noch höhere Verdünnungszahlen nötig. Im allgemeinen kann man damit rechnen, daß eine nennenswerte Agglutination nicht mehr eintritt, wenn das Spenderblut im Empfängerorganismus etwa zehnfach verdünnt wird. Diese Tatsache ist von großer praktischer Bedeutung, da dadurch die Zahl der geeigneten Spender erheblich vergrößert wird. Immerhin muß man bei großen Transfusionen, wo unter Umständen ein Drittel bis ein Viertel der gesamten Blutmenge des Empfängers übertragen wird, daran denken, daß ein zufällig stark agglutinierendes Spenderserum einmal unerwünschte Folgen haben kann. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse läßt sich folgende Uebersicht aufstellen:

Gruppe O stellt die idealen Spender dar, da die Erythrozyten dieser Gruppe von dem Serum keiner anderen agglutiniert werden, kann aber selbst nur von Angehörigen der eigenen Gruppe empfangen.

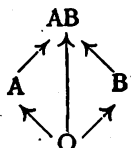
Gruppe AB stellt die idealen Empfänger dar, da das Serum keine Agglutinine besitzt, d. h. daß die Erythrozyten keiner anderen Gruppe agglutiniert werden können. Die Angehörigen aller anderen Gruppen sind also als Spender hierfür geeignet. Dagegen darf das

Blut dieser Gruppe nur auf Personen derselben Gruppe übertragen werden, nicht auf solche einer anderen.

Gruppe A ist Spender für A und AB, Empfänger für Blut von A und O.

Gruppe B ist Spender für B und AB, Empfänger für Blut von B und O.

Die verschiedenen Möglichkeiten sind sehr klar aus folgendem Merkschema ersichtlich:



Die Blutgruppenbestimmung erfolgt bei Zimmertemperatur. Praktisch gestaltet sie sich folgendermaßen: Man bringt auf einen Objektträger je einen Tropfen Serum von Gruppe A und B, benetzt zwei Ecken eines anderen Objektträgers mit einem der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen entnommenen Blutstropfen der zu untersuchenden Person und vermischt das Blut der einen Ecke mit dem Serum A, das der anderen mit dem Serum B. Dann bewegt man den Objektträger leicht hin und her und beobachtet, ob eine Zusammenklumpung stattfindet. Dies geschieht oft schon nach wenigen Sekunden, jedenfalls aber innerhalb von 5 Minuten. Zeigt sich eine Agglutination in beiden Proben, so muß das untersuchte Blut, wie aus der Tabelle 2 hervorgeht, zur Gruppe AB gehören. Agglutiniert nur das Serum B, so handelt es sich um Gruppe A; agglutiniert nur das Serum A, so handelt es sich um Gruppe B, und tritt keinerlei Agglutination ein, so stammt das Blut von einem Angehörigen der Blutgruppe O. Wenn man stark agglutinierende Sera benutzt, d. h. solche, die bei einer mindestens fünfzehnfachen Verdünnung noch wirksam sind, was allerdings auch für die einwandfreie Beurteilung der Prüfung nötig ist, pflegt die Entscheidung keine Schwierigkeiten zu machen. Manchmal freilich kann man unsicher sein, ob eine Agglutination vorliegt oder nicht. Man hat nämlich festgestellt, daß auch bei Verwendung von Serum und Erythrozyten ein und derselben Person geringfügige Zusammenballungen (Geldrollenbildungen) vorkommen können. Setzt man aber in derartigen Fällen ein oder zwei Tropfen physiologischer Kochsalzlösung der Probe zu, so verschwindet das Phänomen wieder. Diese sogen. Pseudoagglutination muß man kennen, um Verwechslungen zu vermeiden. Im Gegensatz zu ihr bleibt bei echter Agglutination trotz Verdünnung die Klümpchenbildung bestehen. Die Beobachtung dieser serologischen Reaktion erfolgt makroskopisch. Nur in zweifelhaften Fällen empfiehlt es sich, die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. — Zweckmäßig ist es, neben den beiden Serumarten A und B zur Kontrolle noch das Serum O, das ja die Agglutinine α und β enthält, heranzuziehen.

Die Testsera A und B kann man von verschiedenen serologischen Instituten beziehen. Sie sind, dunkel und kühl verwahrt, monatelang benutzbar. Bei häufigerer Anwendung der Transfusion empfiehlt es sich, unter Ärzten und Pflegepersonal die entsprechenden Gruppen herauszusuchen, um von Zeit zu Zeit selbst Testsera zu gewinnen und das verwahrte Serum auf die Wirksamkeit zu prüfen.

Außer den Isoagglutininen kommen im Serum noch Isohaemolysine vor. Letztere werden aber viel seltener beobachtet und immer nur gleichzeitig mit Agglutininen. Daher erübrigt sich eine Prüfung auf Haemolysine, wenn man die Agglutinationsproben anstellt.

Die Blutgruppen werden entsprechend dem Mendelschen Gesetz vererbt, wobei die Eigenschaften A und B dominant sind. Daraus geht hervor, daß die Kinder keineswegs immer die Blutgruppe ihrer Mütter besitzen müssen; vielmehr können sie ebensogut die Gruppe des Vaters haben oder die rezessiv vererbliche Gruppe O.

Dem widerspricht nicht, daß Neugeborene fast stets das mütterliche Blut gut vertragen, denn die Neugeborenen besitzen zwar bereits Agglutinogene, aber im allgemeinen noch keine oder wenigstens noch keine erheblichen Agglutinine. Letztere werden erst im Laufe der ersten beiden Lebensjahre erworben.

Die Feststellung der Gruppenzugehörigkeit ist also ausschlaggebend für die Wahl des Spenders. Ob dieser blutsverwandt oder fremd ist, ist für den Transfusionseffekt völlig gleich. Immerhin möchten wir empfehlen, sich bei der Spenderauswahl nicht ledig-

lich auf die Gruppenbestimmung zu verlassen. Man hat verschiedentlich trotz vorausgegangener Prüfung schwere Transfusionsfolgen beobachtet. Diese sind wohl zum Teil auf fehlerhafte Gruppenbestimmung zurückzuführen, aber doch nicht sämtlich. Besonders bei Verwendung von Spendern der Gruppe O haben wir mehrfach schon nach Injektion von 10 bis 20 ccm Blut hohes Fieber und Schüttelfrost gesehen, selbst dann, wenn der Empfänger zu derselben Gruppe O gehörte. Die agglutinierende Wirkung des Serums, die vielleicht für die einer anderen Gruppe angehörenden Empfänger in Frage kommen könnte, schaltet hier aus, da Agglutinogene bei der Gruppe O angeblich nicht vorhanden sind. Wir verlassen uns daher nicht allein auf die Gruppenbestimmung, sondern prüfen außerdem noch das Spender- und Empfängerblut direkt unter Zusatz von einem Tropfen Natrium-citricum-Lösung, wobei man zweckmäßigerweise die Empfängererythrozyten vorher durch Chloroformzugabe haemolysiert, um keine Agglutination mit dem Plasma des Spenders zu bekommen. Natürlich kann man statt dessen auch rasch gewonnenes Serum des Empfängers verwenden. Als letzte und wichtigste Vorsichtsmaßregel wenden wir die sogenannte biologische Vorprüfung an, die darin besteht, daß man zunächst eine kleine Blutmenge (bei Säuglingen etwa 10 und bei größeren Kindern 20 bis 30 ccm) injiziert. Da die Erscheinungen, die eine Unverträglichkeit des Blutes anzeigen, zunächst nur subjektiver Art sind (Beklemmungsgefühl, Kopf- und Kreuzschmerzen u. dgl.), und daher von den kleinen Patienten nicht geäußert werden können, müssen wir nach objektiven Symptomen fahnden. Wir beobachten also in den folgenden Stunden den Patienten sorgfältig und warten ab, ob Temperatursteigerung oder in der ersten Harnprobe eine Haemoglobinurie auftritt. Erst wenn das nicht der Fall ist, lassen wir die Haupttransfusion folgen. Der dadurch bedingte Zeitverlust beträgt im allgemeinen nur 3 oder 4 Stunden. Ein Verzicht auf diese Vorinjektion kommt nur dann in Frage, wenn eine Indication vitalis, z. B. bei schweren Blutungen, ein sofortiges Eingreifen erfordert.

Es versteht sich von selbst, daß als Spender nur gesunde Personen in Frage kommen. Die Uebertragungsmöglichkeit von Krankheitskeimen, insbesondere von Lues, Tuberkulose, Malaria, muß unbedingt vermieden werden. Dabei gehen wir nicht soweit, daß wir Personen mit positiver Tuberkulinreaktion, wenn keine klinischen Erscheinungen bestehen, ausschließen. Bei unbekannten blutsfremden Spendern wird man im Zweifelsfall den röntgenoskopischen Befund und auf jeden Fall die Wassermannsche Reaktion heranziehen.

Nachdem die Spenderwahl getroffen ist, muß man sich über die zu transfundierende Blutmenge schlüssig werden. Wir gehen dabei von der gesamten Blutmenge des Empfängers aus, die wir mit etwa ein Dreizehntel oder ein Fünfzehntel des Körpergewichts in Anschlag bringen. Da das Gewicht der Kinder je nach der Altersstufe und dem Entwicklungszustand sehr erheblichen Schwankungen unterworfen ist, stellt die absolute Blutmenge eine sehr variable Größe dar. Man kann sich daher von dem Transfusionseffekt keine richtige Vorstellung machen, wenn man nur die zugeführte Blutmenge in Kubikzentimetern angibt, vielmehr muß man diese immer auf das Körpergewicht beziehen. Die Berechnung gestaltet sich sehr einfach, da die Uebertragung von 15 ccm Blut pro Kilo Körpergewicht einem Erythrozytenzuwachs von ungefähr einer Million entspricht. Man kann also, wie man sieht, mit relativ kleinen Blutmengen einen sehr erheblichen Effekt erreichen, und da es vielfach gerade auf ergiebige Transfusionen ankommt, ist die Anwendung dieser Methode beim Kinde besonders erfolgreich. Im allgemeinen transfundieren wir in einer Sitzung etwa 15 bis 20 ccm pro Kilo Körpergewicht, was etwa einem Fünftel der gesamten Blutmenge des Kindes entspricht. Man wird vielleicht in manchen Fällen auch mit kleineren Mengen auskommen, je nach dem Effekt, den man anstrebt. Im allgemeinen halte ich es aber für richtig, wenn man schon einmal eine Transfusion vornimmt, diese oben bezeichnete Menge zu verabfolgen. Dabei denke ich in erster Linie an jüngere Kinder, wo die Beschaffung dieses Blutquantums noch keine Schwierigkeiten macht. Die Kinder vertragen nicht nur derartige, sondern auch größere Transfusionen gut. So habe ich gelegentlich ein Drittel der gesamten Blutmenge des Empfängers ohne nachteilige Folgen zugeführt. Doch glaube ich, daß man auf solche große Quantitäten verzichten kann; gegebenenfalls kann man ja die erste Transfusion nach einer halben oder einer Woche wiederholen. Nur in den Fällen, wo vielleicht eine Ueberlastung des Gefäßsystems in

Frage kommt, z. B. bei Pneumonie oder Kreislaufschwäche, wird man vorsichtshalber unter der angegebenen Menge bleiben und lieber mehrfach kleinere Transfusionen vornehmen.

Für den Paediater ist die Methode der Wahl die indirekte Transfusion, da die direkte gewöhnlich chirurgische Maßnahmen und bei unruhigen Kindern ev. auch Narkose erfordert. Lediglich bei größeren Kindern habe ich den Beckschen Transfusionsapparat angewandt, der die direkte Uebertragung des Empfängerblutes zum Spender ermöglicht. Statt dieses Apparates kann man natürlich auch Spritzen mit einem Mehrwegehahn benutzen. Für kleinere Kinder empfehlen sich diese Methoden nicht, da die technischen Schwierigkeiten hier zu groß sind. Ich verwende daher bei diesen ausnahmslos Zitratblut. Diesem gebe ich gegenüber defibriniertem Blut den Vorzug, um die Erythrozyten möglichst wenig zu alterieren, um jede Sterilitätsgefährdung zu vermeiden und um gegebenenfalls sofort nach der Blutentnahme transfundieren zu können. Denn defibriniertes Blut muß man zur Vermeidung toxischer Nebenwirkungen erst einige Stunden stehen lassen. Das Blut wird aus der Kubitalvene des Spenders entnommen und in einem graduiereten Kolben aufgefangen. Zu je 50 ccm Blut werden 5 ccm 2,5 prozentige sterile Natrium-citricum-Lösung zugesetzt. Dieses portionsweise Hinzusetzen empfiehlt sich, um die Gerinnung mit Sicherheit zu vermeiden. Das Blut soll möglichst am gleichen Tage verwendet werden, doch ist es auch nach ein- bis zweitägigem Stehen im Eisschrank noch benutzbar. Vor der Injektion wird das Zitratblut durch eine vier- bis sechsfache Schicht von sterilem Mull filtriert, um etwaige Gerinnsel abzufangen. Zur Injektion selbst werden eine Anzahl von 10-ccm-Rekordspritzen verwandt, die immer wieder mit Kochsalzlösung durchgespült werden.

In technischer Hinsicht bieten sich mitunter Schwierigkeiten, die durch den Mangel an geeigneten Gefäßen bedingt sind. Gewöhnlich sind sichtbare Venen an den Extremitäten bei kleinen Kindern nicht vorhanden, oder sie sind so dünn, daß sie nur geringe Flüssigkeitsmengen zu fassen vermögen. In der Mehrzahl der Fälle findet sich jedoch nicht nur beim Säugling, sondern auch beim Kleinkind eine geeignete Schädeldvene an der Schläfenseite oder an der Stirn. Vielfach wird diese erst nach Rasieren der Haut oder Abreiben mit Xylol, das vasodilatatorisch wirkt, deutlicher sichtbar. Eine vermehrte Venenfüllung erzielt man außerdem durch Schreienlassen des Kindes und durch Stauung mittels Fingerdruckes. Die Vena jugularis externa möchte ich für die Injektion größerer Flüssigkeitsmengen wegen einer eventuellen akuten Ueberlastung des rechten Vorhofes nur im Notfall empfehlen. Von der Benutzung des Sinus longitudinalis wird besser Abstand genommen. Die Durchführbarkeit einer Transfusion hängt natürlich letzten Endes, wie bei allen subtilen Methoden, von der Geschicklichkeit und Uebung des Operateurs ab.

Wenn man die erwähnten Vorsichtsmaßregeln befolgt, erlebt man, abgesehen von gelegentlichen Fiebersteigerungen oder auch einmal einem Schüttelfrost, keine alarmierenden Nebenwirkungen. Selbstverständlich wird man aber trotzdem den Empfänger während der Blutzufuhr aufs sorgfältigste beobachten, um bei etwa auftretender Zyanose oder Blässe die Blutzufuhr sofort abbrechen.

Die unmittelbaren Wirkungen sind bei erfolgreichen Transfusionen vielfach eklatant. Die Haut und Schleimhäute zeigen sich besser durchblutet, die anfangs apathischen oder verdrießlichen kleinen Patienten werden zugänglicher, lachen und spielen und interessieren sich für die Vorgänge in ihrer Umgebung. Ebenso macht sich der Einfluß auf den meist sehr darniederliegenden Appetit günstig bemerkbar. Das Blutbild zeigt eine Besserung für Haemoglobin- und Erythrozytenwerte, die vielfach genau den zugeführten Blutmengen entsprechen, mitunter aber auch darunter bleiben oder darüber hinausgehen. Damit sind schon zwei hervorragende Komponenten des Transfusionseffektes gekennzeichnet, nämlich die Zufuhr lebensfähig und funktionstüchtig bleibender Erythrozyten im Sinne einer Substitution und der Knochenmarkreiz. Aber die Wirkung ist noch viel komplexer. Die Blutübertragung wirkt ferner durch Resistenzsteigerung und überhaupt allgemeine Leistungssteigerung, als Haemostyptikum, durch Zufuhr von Erythrozytenbaustoffen, durch Flüssigkeitszufuhr und durch Blutdrucksteigerung.

Aus dieser verschiedenen Wirkungsweise ergeben sich für den Paediater die Indikationen. Die Domäne für die Bluttransfusion bilden zweifellos die Anaemien. Am reinsten zeigt sich der Transfusionseffekt bei den Blutungsanämien, wo eine doppelte Aufgabe zu

erfüllen ist: einmal die Blutungsquelle zu verstopfen, wenn dies auf mechanischem Wege nicht möglich ist, und dann Ersatz für das verlorene Blut zu schaffen. In anderen Fällen wieder wird es sich empfehlen, ausgeblutete Patienten durch die Transfusion für eine etwa notwendig werdende Operation vorzubereiten.

Da die Blutzufuhr zweifellos das wirksamste blutstillende Mittel ist, das wir besitzen, ist sie für die schweren Formen der haemorrhagischen Diathese von unschätzbarem Wert. Es sollte heutzutage nicht mehr vorkommen, daß sich ein Haemophiler oder ein Werlhofkranker verblutet. Ebenso werden andere Formen von Blutungsbereitschaft günstig beeinflusst. Es sei nur an die Melena neonatorum erinnert. In einem Teil dieser Fälle wird es das wesentlichste sein, die Blutung zum Stillstand zu bringen. Denn dann pflegt bei nicht gerade exzessiven Blutverlusten die Regeneration rasch spontan zu erfolgen. Man kann daher zweifellos in vielen Fällen eine günstige Wirkung auch mit intramuskulären Blutinjektionen erzielen. Führen diese aber nicht bald zum Ziele, oder ist der Patient sehr stark ausgeblutet, so sollte man unverzüglich die intravenöse Blutzufuhr heranziehen.

Ausgezeichnet sind die Erfolge der Blutübertragung bei vielen Fällen von alimentärer Anämie, mag es sich um Formen vom chloritischen oder vom embryonalen Blutbildungstyp handeln. Hier kann man schon innerhalb einer Woche recht beträchtliche Erythrozytenverminderungen beseitigen. Dabei handelt es sich nicht nur um einen vorübergehenden Effekt, sondern um einen Dauererfolg. Wer diese rasche Beseitigung der Anämie und den völligen Umschwung im Befinden des Kindes einmal erlebt hat, wird von der Substitutionswirkung der Transfusion überzeugt sein. Man kann natürlich auch hierbei, besonders in der Praxis, einen Versuch mit intramuskulären Injektionen machen, doch muß man sich klar sein, daß diese nur als Reiz wirken können. Ob dies in den Fällen, wo die zahlreichen Normoblasten im Blutbild eine stark gesteigerte Tätigkeit der Blutbildungsstätten anzeigen, empfehlenswert ist, scheint mir doch sehr zweifelhaft. Ich ziehe hier unbedingt die intravasale Applikation der extravasalen vor. Es soll keineswegs jeder Anämiefall transfundiert werden, vielmehr möchte ich meine Stellungnahme zu dieser Behandlungsmethode folgendermaßen formulieren: Transfundieren soll man:

1. wenn die Erythrozytenzahl sehr niedrig ist, d. h. nicht mehr als 1,5 Millionen pro ccm beträgt, um die in ihrer Resistenz stark geschädigten Kinder möglichst rasch unter günstigere Bedingungen zu bringen;
2. wenn die Erythrozytenzahl zwar nicht extrem vermindert ist, aber gleichzeitig bestehende Infekte ungünstig auf Blutstatus und Allgemeinbefinden einwirken;
3. wenn die Reparatoren bei der eingeschlagenen Therapie keine Fortschritte macht oder rezidivierende Infektionen das Leben des Kindes gefährden.

Die durch die Transfusion bedingte Resistenzsteigerung der anämischen Kinder schätzen wir mindestens ebenso hoch ein wie die Verbesserung der Hämoglobin- und Erythrozytenwerte. Denn nicht die Anämie als solche fürchten wir, sondern die mit ihr vergesellschaftete Widerstandslosigkeit der kleinen Patienten. Diese sterben ja nicht infolge mangels an Sauerstoffträgern, sondern sie erliegen einem interkurrenten Infekt. Die Abkürzung der bei der üblichen Behandlungsweise meist mehrere Wochen oder Monate betragenden Reparationszeit auf 1 bis 2 Wochen bildet daher einen nicht zu unterschätzenden Gewinn. Es braucht auch bei schweren Anämien nicht das Ziel zu sein, die Kinder lediglich durch Transfusionen auf einen normalen Blutstatus zu bringen. Wir wissen ja, daß dies auch durch geeignete diätetische Behandlung möglich ist. Wir werden uns also vielfach damit begnügen können, durch eine große Transfusion die Kinder aus ihrem gefährlichen Stadium herauszubringen, um dann die endgültige Heilung durch zweckmäßige Ernährung zu bewirken.

Die Erhöhung der Immunität läßt die Blutübertragung bei post-infektiösen Anämien ganz besonders aussichtsreich erscheinen. Hier besteht ja ein dauernder Circulus vitiosus, da der Infekt zu Anämie führt und die Anämie ihrerseits die Resistenz des Organismus gegenüber der Infektion herabsetzt. Hier erfüllt also die Transfusion einen doppelten Zweck: Durchbrechung des Circulus vitiosus durch Schaffung normaler Erythrozytenwerte und direkte Vermehrung der Abwehrkräfte. Am häufigsten sieht man im Kindesalter schwere Pyurien, eitrige Infektionen (Pyodermien, phlegmonöse und pyämische Prozesse usw.) und subakute oder chronisch verlaufende

Lungenaffektionen (Empyeme, chron. Bronchopneumonien usw.) Anämien verursachen. In diesen Fällen ist auch ohne hochgradige Erythrozytenverminderung die Transfusion indiziert. Aber auch dort, wo keine Anämie vorliegt, wird nach dem Versagen der üblichen Behandlungsmethoden ein Versuch mit der Bluttransfusion erlaubt sein. Die amerikanischen Aerzte treten sehr für die Blutzufuhr bei infektiösen und septischen Prozessen aller Art ein und wollen besonders beim Säuglingserysipiel sehr gute Erfolge gesehen haben. Wo es möglich ist, wird man das Blut von Rekonvaleszenten verwenden, da man sich hiervon noch eine besondere spezifische Wirkung versprechen kann. In Verfolgung dieses Gedankenganges hat man auch das Blut von gesunden Personen übertragen, die eigens zu diesem Zwecke mit einer spezifischen Vakzine vorbehandelt worden sind. Doch sind die Erfahrungen hierüber noch gering. Es dürfte sich empfehlen, auch in Deutschland die Transfusion bei Sepsis in größerem Umfange als bisher zu verwenden. Die Erfahrungen der Breslauer Kinderklinik mit häufigen intravenösen Injektionen von 20 bis 50 ccm Blut sind durchaus ermutigend.

Auch bei anderen toxischen mit Anämie einhergehenden Zuständen kann die Blutzufuhr von Nutzen sein. Das gilt besonders für die schweren Fälle von Erythrodermie und angeblich auch für ausgedehnte Verbrennungen.

Die Anaemia perniciosa, die bis zum Aufkommen der Lebertherapie das Hauptanwendungsgebiet für die Bluttransfusion bei Erwachsenen darstellte, spielt in der Pathologie des Kindesalters keine Rolle. Dagegen treffen wir gerade im jugendlichen Alter nicht selten schwere Anämieformen an, die sich in keines der bekannten Krankheitsbilder einreihen lassen, und für die sich ätiologisch auch gewöhnlich nicht der geringste Anhaltspunkt finden läßt. In diesen Fällen bleibt nur die rein symptomatische Behandlung der Anämie übrig. Hier sollte man nicht mit medikamentöser Therapie kostbare Zeit verlieren, sondern sich bald, wenn die üblichen Methoden zur Besserung der Anämie versagen, zur Bluttransfusion entschließen. Man erlebt dabei manchmal ganz überraschende Erfolge und kann vielleicht auf diese Weise ein Leben noch retten, was sonst verloren wäre.

So erfolgreich die Bluttransfusion bei den eben genannten Anämieformen ist, so läßt sie doch bei einigen anderen vollkommen im Stich. Das gilt für die aglastische Anämie und für Fälle, wo die Anämie die Folge einer generalisierten Systemerkrankung ist. Bei Leukämie, bei Lymphogranulomatose und Lymphosarkomatose haben wir entweder gar keinen oder doch nur einen vorübergehenden Erfolg gesehen, selbst wenn diese Behandlung schon im allerersten Beginn einsetzte.

Nach unseren bisherigen Kenntnissen sind die wichtigsten Gebiete für die Anwendung der Blutübertragung die verschiedensten Formen der Anämie und der hämorrhagischen Diathese. In Amerika macht man noch bei einer weiteren großen Krankheitsgruppe in ausgedehntem Maße von ihr Gebrauch, das sind die Ernährungsstörungen der Säuglinge. Verschiedene Gesichtspunkte sind es, die die Blutzufuhr bei den schwersten Formen der akuten Ernährungsstörungen, den alimentären Toxikosen, nahelegen. Man erhoffte von der Bluttransfusion bei den in ihrem Wasserbindungsvermögen hochgradig gestörten, resistenzlosen und schwer zu ernährenden Säuglingen durch Zufuhr einer körperphysiologischen Flüssigkeit, durch Uebertragung von Schutz- und Nährstoffen und vielleicht durch eine allgemeine Leistungssteigerung des Organismus eine günstige Beeinflussung. Dabei beschränkt man sich nicht nur auf die Behandlung der akuten Störungen, sondern empfiehlt die Transfusion auch bei allen möglichen Formen alimentärer Dystrophie und Atrophie, ferner bei Lebensschwäche und überhaupt bei nicht-gedeihenden Säuglingen verschiedenster Art. Meines Erachtens kann man bei den letztgenannten Zuständen durch die Bluttransfusion nur eine Umstimmung des Organismus erwarten, und da dürfte die extravasale Blutzufuhr dasselbe leisten. Ich selbst habe mich bei einer allerdings nur kleinen Anzahl von alimentären Toxikosen von dem sicheren Wert der Blutübertragung nicht überzeugen können.

Ich möchte unbedingt dafür eintreten, daß man sich bei der Anwendung der Bluttransfusion an strenge Indikationen hält und sie nicht bei allen möglichen Erkrankungen rein spekulativ oder gefühlsmäßig ohne eine klare Vorstellung von der zu erwartenden Wirkung ausprobiert. Damit soll nicht gesagt sein, daß sich das Anwendungsgebiet nicht noch erweitern ließe. Wir machen ja

hauptsächlich von der substituierenden, resistenzerhöhenden und hämostyptischen Wirkung der Bluttransfusion Gebrauch. Es ist durchaus möglich, daß für besondere Fälle die anderen Komponenten von gleicher Bedeutung sind. Ich denke dabei an schwere Stoffwechselstörungen, wie wir sie beim Heubner-Herterschen Infantismus beobachten können, und an Zustände hochgradigster Anorexie unbekannter Ursachen, die durch nichts zu beeinflussen sind und die das Leben der Kinder vielfach gefährden.

Wie bereits verschiedentlich erwähnt worden ist, kann man unter Umständen auch mit der intramuskulären Injektion ähnliche Erfolge erzielen wie mit der intravenösen. Das gilt besonders für die Fälle, wo wir in erster Linie einen Knochenmarkszellreiz anstreben oder wo wir eine Blutung bekämpfen wollen. Gerade für den praktischen Arzt bildet diese Applikationsweise gegenüber der Transfusion erhebliche Vorzüge. Es fällt die Auswahl des Spenders mit Hilfe der Blutgruppenbestimmung weg; denn da die intramuskulär deponierten Erythrozyten nicht in den Kreislauf gelangen, kann das Blut jedes beliebigen gesunden Menschen benutzt werden. Es fallen ferner weg die mitunter nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten. Bei extravasaler Anwendung kann man das mit oder ohne Zusatz von Natrium citricum in eine Spritze aspirierte Blut sofort injizieren. Dabei wird man zur Erzielung einer Reizwirkung ein- oder zweimal wöchentlich 5 bis 10 bis 20 ccm verwenden, während zur Blutstillung im allgemeinen doppelt so große Mengen erforderlich sind, da man ja hier mit der Injektion einen sofortigen Effekt erzielen will. Es ist also durchaus berechtigt, wenn der praktische Arzt in geeigneten Fällen zunächst diesen Weg einschlägt, jedoch sollte er sich bewußt sein, daß die intramuskuläre Blutzufuhr nicht in allen Fällen einen Ersatz für die intravenöse darstellt. Die Wirkung der intravasalen Bluttransfusion ist viel komplexer und, was von ausschlaggebender Bedeutung ist, ungleichlich intensiver und zuverlässiger. Man wird also z. B. bei einem hochgradig ausgebluteten Hämophilen oder bei einer sehr schweren und resistenzlosen Anämie sich sehr genau überlegen müssen, ob ein Versuch mit intramuskulären Blutinjektionen noch erlaubt ist oder ob das Leben so unmittelbar bedroht ist, daß ein sofortiges energisches Eingreifen erfolgen muß. Es versteht sich von selbst, daß man unter diesen Verhältnissen lieber zehnmal zuviel als einmal zu wenig transfundieren sollte.

Von der intraperitonealen Blutzufuhr rate ich in praxi Abstand zu nehmen. Wohl ist im Tierversuch wie beim Menschen nachgewiesen, daß die in die Bauchhöhle injizierten Erythrozyten intakt in den Kreislauf aufgenommen werden können. Aber einmal hängt beim kranken Menschen die Geschwindigkeit der Resorption von so vielen mechanischen und anderen Bedingungen (z. B. das Verhalten des Kreislaufsystems) ab, daß die Schnelligkeit und Ausgiebigkeit der Blutkörperchenresorption nicht vorausgesagt werden kann, und dann ist diese Applikationsweise nicht ganz ungefährlich, da man gelegentlich Peritonitis danach beobachtet hat. Man wird also besser darauf verzichten.

Die Bluttransfusion bildet zweifellos eine glückliche Bereicherung unserer Therapie. Man wende sie jedoch nicht kritiklos an. Wir wissen zwar, daß heutzutage die Blutübertragung im Gegensatz zu früher im allgemeinen einen harmlosen Eingriff darstellt, aber es darf doch nicht verschwiegen werden, daß unliebsame Zwischenfälle auch bei Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen sind. Daher frage man sich stets, ob man nicht mit einer weniger aktiven Behandlung zum Ziele kommt. Auf der anderen Seite darf man aber natürlich auch den richtigen Zeitpunkt zum Eingreifen nicht versäumen. Vorbedingung dafür ist natürlich, daß man die Technik vollkommen beherrscht. Andernfalls könnte ein Verfahren wieder in Mißkredit geraten, das imstande ist, manches sonst verlorene Menschenleben zu retten.

Röntgenschäden und Röntgengeschwüre.

Von Dr. OTHMAR REIMER, Graz.

Nicht lange nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen erkannte man, daß dieselben imstande sind, auf das Gewebe einen zerstörenden Einfluß auszuüben. Schon im Jahre 1896 teilte Ingenieur O. Leppin in der Dtsch. Med. Wochenschrift mit, daß an seiner linken Hand, die er als Prüfungsobjekt für Durchleuchtungsversuche benutzte, eine eigentümliche Rötung und Blasenbildung entstand; als

ob er sich „verbrannt“ hätte. Nur wo der Ring den Finger umschloß, blieb die Haut weiß. Noch nach 5 Wochen sei die geschädigte Hand gerötet und runzlig gewesen, so daß sie um viele Jahre älter erschien als ihre Schwester. Als man daran ging, die Röntgenstrahlen als Therapeutikum zu verwenden, wurde bald die Zahl der Schädigungen eine sehr bedeutende.

Das therapeutische Prinzip der Röntgenstrahlen beruht auf ihrer Fähigkeit, lebendes Gewebe zu schädigen. Daß aber Röntgenstrahlen überhaupt therapeutisch angewendet werden können, hat seinen Grund darin, daß nicht jede Zelle in gleicher Weise röntgensensibel ist.

Der Hauptangriffspunkt für die Röntgenstrahlen ist der Zellkern mit seinem Chromatingerüst. Zuerst leidet die Funktion der Zelle, sodann hört die Zellteilung auf. Degenerative Veränderungen am Zellkörper setzen ein, nachdem sich schon zuvor Kernschwund und Kernzerfall eingestellt hat.

Der Grad der Beeinflussung einer Zelle ist in starker Abhängigkeit von der Qualität und Quantität der Strahlen. Nach Hampson wirken kleine Strahlendosen anregend, große zerstörend; weiche Strahlen zerstören leichter oberflächliches Gewebe, während harte tiefer eindringen. — Ist die Strahlendosis keine zu große, kann es zu Zelllähmungen kommen, die nach längerer oder kürzerer Zeit wieder schwinden. Die erholte Zelle vermag ihren physiologischen Leistungen wieder nachzukommen. Dennoch hat sie dauernde Veränderungen erlitten, wenn auch diese Veränderungen sich auf die feinste molekulare Struktur beziehen und durch unsere Hilfsmittel nicht sichtlich nachgewiesen werden können. Daß dies der Fall ist, beweist die kumulierende Wirkung der Röntgenstrahlen. Treffen gleiche Strahlenreize, die anfänglich gar keine nachweisbare Veränderung bewirken, wiederholte Male den gleichen Zellkomplex, verursachen sie dauernde Veränderungen desselben, bis zur effektiven Schädigung. Dies ist so zu erklären, daß schon die ersten Bestrahlungen zu einer Dekomposition der Zellstruktur geführt haben, solcher Art, daß bei den folgenden Bestrahlungen das Abwehrvermögen der Zelle geschwächt ist. Es trifft demnach bei späteren Bestrahlungen die gleiche Strahlendosis ein Gewebe, das sich in einem röntgensensibleren Zustand befindet als ehemals. Es ist bekannt, daß auch andere Momente die Röntgensensibilität der Zelle zu beeinflussen vermögen. Wir wissen, daß Quarzlichtbestrahlungen die Zelle gegenüber Röntgenstrahlen empfindlicher machen. Ferner wissen wir, daß durch Toxine die Röntgensensibilität erhöht wird. Ich verweise besonders auf die Beobachtungen von Bogrow und Grinitschar, welche Fälle fanden, die zweimal stärker als normale auf Röntgenstrahlen reagierten und eine Abnahme der normalen Resistenz von Gewebe und Gefäßen unter dem Einflusse von Toxinen (Tbc.) annahmen. Andererseits wären Richter und Lenz zu nennen, welche fanden, daß mit Adrenalin anämisierte Haut gegen Röntgenstrahlen bedeutend widerstandsfähiger ist als nicht anämisierte. Es sind also Zellveränderungen, seien diese dauernde oder vorübergehende, imstande, die Röntgensensibilität zu erhöhen oder zu vermindern.

Eine Entäußerung des durch Röntgenstrahlen irritierten Gewebes stellt auch das Früherythem (Röntgenprimärythem) dar. Die hier auftretenden Veränderungen sind aber einer restlosen Rückbildung fähig.

Verschiedene Individuen zeigen Röntgenstrahlen gegenüber eine verschiedene Empfindlichkeit. Bei wieder anderen Patienten tritt zwar keine lokale Schädigung auf, es kommt aber nach Bestrahlungen zu Allgemeinreaktionen, von Schwindelgefühl und Schwächezuständen bis zu schwerem Erbrechen oder Kollapsen. Ich meine das allgemein als Röntgenkater bezeichnete Zustandsbild. All' die letztgenannten Beobachtungen drängen zur Fragestellung: „Gibt es eine Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen?“ Die Frage ist mit nein zu beantworten. Wir könnten von einer Idiosynkrasie nur dann sprechen, wenn eine vollständige Intoleranz eines Individuums vorliegen würde. Es müßten also Röntgenschädigungen auftreten, gleichgültig, welche Körperstelle bestrahlt wird. Die meisten meiner Patienten mit Röntgenschädigungen, es sind bis jetzt weit über hundert, wurden an mehreren Körperstellen bestrahlt und doch traten nicht überall Schädigungen auf. Wohl aber ist zu sagen, daß nicht alle Personen in gleicher Weise gegen Röntgenstrahlen widerstandsfähig sind, wie bereits kurz erwähnt wurde. Allgemein anerkannt ist heute, daß Personen, die ein labiles, leicht zu irritierendes Gefäßsystem besitzen, gegen Röntgenstrahlen empfindlicher sind. All' jene besitzen eine erhöhte Röntgensensibilität,

deren sympathisches Nervensystem defekt ist. Die Zahl der so Erkrankten ist keineswegs gering, gehören doch hierher auch alle an Dyshormonie Leidenden, alle die Affektionen zeigen, die dem angioneurotischen Symptomenkomplex angehören. Es ist gleichgültig, ob die Schwäche des sympathischen Systems nur als solche, isoliert zu bestehen scheint oder ob die nachweisbare erhöhte Irritabilität des Gefäßsystems ein Symptom einer anderen vorliegenden Erkrankung darstellt. Auch jene sind röntgenempfindlicher, deren Gefäße zufolge organischer Veränderungen die Fähigkeit eingebüßt haben, auf alle Reize, die sie treffen, prompt zu reagieren. Es ist nicht möglich, heute diese Gedankengänge zu Ende zu führen, gestatte mir vielmehr auf meine Arbeit: „Ein Beitrag über das Zustandekommen von Röntgenulzera“ zu verweisen, wo ich diesen Betrachtungen einen größeren Platz einräumte, besonders den Rheumatismus nodularis berücksichtigt.

Daß verschiedene Körperstellen ein und desselben Individuums auf Röntgenstrahlen verschieden reagieren, hängt einmal von der Gefäßversorgung des zu bestrahlenden Gebietes ab, andererseits aber, und zwar in ganz besonderem Maße von dem Umstand, in welchem Zustande sich die zu bestrahlenden Zellkomplexe befinden. Zellen, die sich in höchster Lebenstätigkeit befinden, die unmittelbar vor, während oder nach dem Teilungsstadium sind, sind ganz besonders röntgensensibel. Je blutreicher ein Gewebe, desto größer seine Röntgensensibilität. Deshalb die außerordentliche Beeinflussbarkeit der Keimdrüsen und der blutbildenden Organe, deshalb die größere Empfindlichkeit entzündeten Gewebes. Gerade die Zellbrut bietet den Röntgenstrahlen einen trefflichen Angriffspunkt.

Und weil bestimmt geartete Zellkomplexe empfindlicher auf Röntgenstrahlen reagieren als die Nachbargebilde, weil pathologisches Gewebe debiler ist als normales Organgewebe, resultiert eine, ich darf vielleicht sagen, nosotrope Wirkung der Röntgenstrahlen. Wenn wir z. B. einen malignen Tumor bestrahlen, wollen wir ihn zur Rückbildung bringen. Wie soll dies möglich sein? Das pathologische, an und für sich körperfremde oder wenigstens ortsfremde Gewebe des Tumors besitzt eine größere Röntgensensibilität als das gesunde Gewebe der Umgebung. Durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen erhoffen wir eine Schädigung des Tumorgewebes. Wir hoffen es in einen Zustand überzuführen, der den vereinten Abwehrkräften des Organismus eine Resorption des geschädigten Tumorgewebes ermöglicht. Die Regenerationsarbeit wird von den gesunden Zellen der Umgebung geleistet. Sie besitzen eine geringere Röntgensensibilität. Das therapeutische Prinzip ist das gleiche, möge es sich um einen Lupus, eine Psoriasis, ein Ekzem oder was immer handeln. Beabsichtigt ist, das pathologische Gewebe zur Degeneration zu bringen, während das gesunde, die Umgebung bildende Gewebe erhalten bleiben soll.

Darin aber liegt die Gefahr, daß der Grad der Röntgensensibilität von pathologischem und normalem Gewebe oft kein sehr verschiedener ist. Jede pathologische Veränderung am Körper bewirkt in ihrer Umgebung einen Zustand erhöhter Zelltätigkeit, einer Entzündung. Entzündetes Gewebe ist aber bedeutend röntgensensibler als normales Gewebe im Ruhezustand. Wir müssen auf diese Erörterungen in der Folge noch einmal zurückkommen.

Dadurch, daß verschiedene Organe eine verschiedene Röntgensensibilität besitzen, aber auch die Zellen des gleichen Organes je nach ihrem Zustande auf Röntgenstrahlen verschieden reagieren, ferner weiche und harte Strahlen eine verschiedene Wirkung zeigen, und in der Praxis, auch bei strengster Filterung, dennoch mit Strahlengemischen gearbeitet wird, resultiert im Falle von Schädigungen ein überaus kompliziertes Bild.

Nach relativ zu intensiver Strahleneinwirkung stellt sich, oft schon kurz nach der Bestrahlung oder auch erst nach einigen Tagen, starke Rötung und Schwellung des bestrahlten Gebietes ein. Die geschädigte Stelle fühlt sich zuerst heiß, später kühl an. Es kommt zu schmerzhaften Sensationen und Parästhesien. Allmählich klingen Rötung und Schwellung ab, an ihre Stelle treten Pigmentanomalien: Pigmentverschiebungen, -anhäufungen, -atrophien. Das Unterhautzellgewebe schwindet, Muskulatur, auch Knochen können atrophieren. Die Haut wird zur Glossy skin, ist seidenknitterig, glänzend, trophisch, besitzt abnorme Vulnerabilität. Nägel werden brüchig, Haare fallen aus, Talg- und Schweißdrüsen atrophieren. Andererseits kommt es wieder zu mächtigen Hyperkeratosen. Wo solche vorliegen, bilden sich häufig Rhagaden, die zur Eintrittspforte für Infektionen werden können. Unter jeder Bedingung stellen Rhagaden Defekte dar, die in röntgengeschädigtem Gebiete

niemals unbedenklich sind. Die Hyperkeratosen überbrücken oft freiliegendes Korium, Nischen und Taschen sind mit geronnener Flüssigkeit gefüllt. Es bilden sich reichlich Teleangiectasien, unter der dünnen Haut sind kleine rote und schwarze Punkte sichtbar, welche kleinen subkutanen Blutungen oder Aneurysmen entsprechen. Das Leiden kann arges Kitzelgefühl, auch starken Schmerz verursachen. Die schmerzhafteste Stelle kann oft nicht genau angegeben werden. Es ist ein unbestimmt lokalisierter Irradiationsschmerz. — Wir haben es mit einer chronischen Röntgndermatitis zu tun. Eine solche kann sich aber auch entwickeln, ohne daß ein sichtliches Stadium entzündlicher Reizung, wie es hier beschrieben wurde, vorangegangen wäre. Auch muß nicht jede Röntgndermatitis alle hier beschriebenen Merkmale aufweisen. — Die Röntgndermatitis stellt immer ein ernstes Leiden dar, da die Prognose absolut unsicher ist. Noch nach vielen Jahren können sich Ulzera mit weitreichendem Zerfall und allen ihren Schrecken entwickeln.

Nach Tiefenbestrahlungen kommt es vor, daß nach längerer oder kürzerer Zeit, ohne daß eine Frühreaktion bestanden zu haben braucht oder sonst irgendwelche Erscheinungen aufgefallen wären, in der Tiefe des Gewebes derbe, harte Platten entstehen. Sie können sich an jeder Körperstelle bilden, sind aber an den Bauchdecken am schönsten zu beobachten. Diese Platten können entweder von scheinbar ganz unveränderter verschieblicher Haut überdeckt sein, oder aber sie reichen bis an die Oberfläche und es haftet ihnen die dünne Haut mit ihren teils überpigmentierten, teils pigmentlosen Stellen, mit ihren reichlichen Teleangiectasien und oben beschriebenen Veränderungen unverschieblich wie eine Politur an. So groß kann diese Plattenbildung sein, daß z. B. die ganze Bauchdecke von ihr eingenommen wird. — Diese Platten sind nichts anderes als ein eigenartiges Narbengewebe. Es kam durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen nicht per primam zu einem augenfälligen Destruktionsprozeß, doch wurden je nach der Empfindlichkeit der verschiedenen Zellen diese in mannigfaltiger Weise geschädigt. Degenerationen, Resorptionen, neue Gewebsbildung mit bindegewebiger Schrumpfung, Gefäßobliterationen mit resultierenden Ernährungsstörungen, Infiltration, Induration usw. Schließlich resultiert im allgemeinen ein zellarmes, faszikuläres Bindegewebe.

Im röntgengeschädigten Gewebe kann in einem Bilde Atrophie und Hyperplasie vereint sein. Die Blutgefäße sind zumeist schwer verändert. Es kommt zu vakuolisierender Degeneration von Intima und Muskularis, es stellen sich Wucherungen an der Intima ein, die bis zur Obliteration des Gefäßes führen können. Auch durch narbige Schrumpfung kommt es zu Obliteration. Die Gefäße verlieren ihre Elastizität, werden spröde, brüchig, können einwirkenden Noxen keine Abwehr mehr entgegensetzen, da sie ihre Kontraktilität verloren haben. Aneurysmatische Bildungen und Gefäßbrüche sind die Folge. Die Bildungen pathologischer Gefäßsprossen wurden schon als Teleangiectasien genannt. Natürlich kann ein Gewebe mit solchen Gefäßen nicht ordnungsgemäß ernährt sein. Schon aus dieser Ursache entspringen die mannigfachsten trophischen Störungen der versorgten Gebilde. Viele Gewebekomplexe haben aber zugleich mit den Blutgefäßen durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen selbst schweren Schaden erlitten, sind bereits atrophisch oder weisen auch Hyperplasien von minderwertigem Gewebe auf. Wenn nun ein Gewebe, das schon primär durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen schwerst verändert wurde, noch sekundär weitere Schädigungen durch die sich einstellenden Gefäßveränderungen erfährt, kann man sich einen Begriff machen, in welchem gefährlichen Zustande sich das ganze Gebiet befindet.

Die bis jetzt beschriebenen Röntgenschäden stellen Krankheitsprozesse dar, die sich nur langsam entwickeln. Es handelt sich um Schädigungen, die nicht durch einen Reiz augenblicklich in ihrer endgültigen Form gesetzt werden. Die primären Veränderungen merken wir gar nicht oder sie sind scheinbar unbedeutend. Das Krankheitsbild entsteht erst dadurch, daß der Schaden durch die Fortentwicklung des Prozesses aufgebaut wird.

Die beschriebenen Narbenplatten und die Teleangiectasien kommen bei Röntgenschäden in einer ganz charakteristischen Form vor, wie wir sie bei keiner anderen Erkrankung finden. Doch gibt es auch Röntgenschäden, denen diese beiden Merkmale gänzlich fehlen.

Unter den Röntgengeschwüren möchte ich folgende Gruppen unterscheiden:

1. Geschwürsbildung, verursacht durch primäre Zellvernichtung durch Röntgenstrahlen.

2. Sekundäre Geschwürsbildung in röntgengeschädigtem Gewebe.
3. Mischformen von 1. und 2.
4. Rezidivgeschwüre (Narbengeschwüre).

Die reinen Fälle der Form 1 finden wir dort, wo es schon nach einmaliger Durchleuchtung oder Bestrahlung zu rascher Geschwürsbildung kommt. Schon am Bestrahlungstage, oder auch erst nach 2 bis 3 Tagen tritt intensive Rötung und Schwellung der Bestrahlungszone auf. Unter außerordentlichen Schmerzen bilden sich verschieden große Blasen, die nach kurzer Zeit bersten. Der Blasengrund erweist sich als von nekrotischem Gewebe gebildet. Es setzt sich sehr reichliche, seröse Sekretion ein. Das Ulkus entstand durch primäre Zellvernichtung. Die Regenerationskraft des Gewebes erweist sich als sehr schlecht, die Ränder des Geschwüres werden scharfkantig abfallend. Der nekrotische Geschwürsgrund wird immer mehr weiß, bis er schließlich einer Diphtheriemembran gleicht. — Doch braucht der Zerfall nicht unbedingt mit Blasenbildung einzusetzen. Es kommt auch vor, daß sich in den rot und livid verfärbten Hautbezirken kleinere oder größere Areale düster verfärben. Schließlich erfolgt scharfe Demarkation gegen die Umgebung mit einem dunkelroten Saum. Das umsäumte Areal zerfällt nekrotisch. Nach Abstoßen des Integumentes sehen wir wieder ein diphtheroides Geschwür. Diese Form des Röntgenschadens stellt noch keinen unbedingt gefährlichen Zustand dar. Denn noch haben keine bedeutenden Degenerationsercheinungen Platz gegriffen, noch sind die Gefäße der Umgebung nicht so schwer verändert. Es handelt sich noch immer um einen lokalen Schaden in reaktionsfähiger Umgebung. Gelingt es nun in kurzer Zeit, die Geschwüre zur Reinigung und Ueberhäutung zu bringen, so sind bedeutend günstigere Verhältnisse geschaffen, wenn auch noch nicht jede Gefahr behoben ist. Der weitere Verlauf des Prozesses hängt davon ab, ob und in welcher Intensität im Laufe der Zeit sich trophische Störungen und Degenerationsercheinungen einstellen. Gelingt die Heilung von Geschwüren, die primär, durch direkte Zellvernichtung durch Röntgenstrahlen entstanden, nicht in kurzer Zeit, so besteht die Gefahr, daß die Gewebeschädigung der Umgebung deutlich manifest wird und das Geschwür so sekundär die Charakteristika eines Spätschadens, eines Geschwüres in röntgengeschädigtem Gewebe annimmt.

Uebergänge zu sekundärer Geschwürsbildung in röntgengeschädigtem Gewebe stellen jene Fälle dar, wo es nach mehrmaligen Bestrahlungen, aber doch kurz nach Beginn der Bestrahlungsbehandlung, zu Geschwürsbildung kommt.

Damit es zu Form 2, einer sekundären Geschwürsbildung in röntgengeschädigtem Gewebe kommen kann, muß naturgemäß ein röntgengeschädigtes Gewebe vorliegen. Wir haben bereits die Charakteristika desselben besprochen. Doch kann ein Gewebe schon durch Röntgenstrahlen Veränderungen erfahren haben, die wir nicht a priori zu erkennen vermögen. Wie wiesen darauf schon bei Besprechung der kumulierenden Wirkung der Röntgenstrahlen hin. Besonders dann finden wir häufig ein abweichendes Verhalten röntgenbestrahlten Gewebes von normalem, wenn wir gezwungen sind, in röntgenbestrahltem Gebiete zu operieren. Meine diesbezüglichen Erfahrungen decken sich vollständig mit jenen Königs. Sehr häufig sind wir doch gezwungen, in röntgenbestrahltem Gebiete zu operieren, z. B. bei malignen und benignen Neubildungen, besonders oft bei chirurgischer Tuberkulose. Die schlechte Heilungstendenz, die bei solchen Fällen häufig angetroffen wird, die Neigung zu Nekrosenbildungen, sind oft auf das Konto der vorhergegangenen Bestrahlungen zu setzen.

(Fortsetzung folgt.)

Die funktionellen Beziehungen zwischen Komplementen, Vitaminen und Hormonen.

Von v. SCHNIZER.

Man faßt den Geist der heutigen Medizin am besten in Form eines Gleichnisses. Da stehen prächtige alte Stämme zwischen Bäumen mittlerer Größe und Kümmerlingen; von manchen stehen nur noch die Stümpfe; andere sind schon früh morsch und dazwischen sprießen neue Pflanzen, bisher nie gesehen, über deren Entwicklung man noch nichts Genaues weiß und deren Klassifikation nach dem heutigen Stande auch noch nicht recht gelingen will. Aber man sieht jetzt schon deutlich, daß sie manchen alten Pflanzen Licht und Luft nehmen. Ein Gemeinsames mit den schon

vorhandenen haben sie: sie wachsen auf demselben Grundstück; aber man weiß noch nicht, was sie aus dem Boden herausziehen und ob sie ihn verändern. Mit anderen Worten: auch in der Medizin ist eine neue Zeit heraufgekommen; die alten Dogmen haben ihre Goldwährung teilweise verloren; das Mikroskop und auch die Chemie erklären uns diese neuen Mysterien nicht mehr völlig. Wir sind mitten in einem Umschwung, der sich in aller Stille vollzieht. Praktisch rüsten wir uns dazu, indem wir nicht mehr rein anatomisch, rein chemisch denken. Zu diesen neuen Mysterien gehören auch die Komplemente, Vitamine und Hormone, deren funktionellen Beziehungen die folgende Betrachtung gewidmet sei.

Bordet hat gefunden, daß Fermente zu ihrer Wirkung einer anderen Substanz bedürfen; er hat diese Entdeckung nicht weiter verfolgt. Ehrlich hat dann diesen Gedanken aufgenommen und diese Substanz Komplement genannt, und wenn Wassermann seine bekannte Reaktion nicht darauf gegründet hätte, so wäre diese Entdeckung klinisch wenigstens in Vergessenheit geraten.

Die gemeinsame Basis dieser drei Substanzen ist das Ferment. Es gibt im Körper nur wenig Vorgänge, die rein mechanisch oder rein chemisch sind: so die O-Aufnahme und die CO_2 -Abgabe. Sonst beruhen so ziemlich alle Stoffwechselvorgänge auf Fermentwirkung: sie verdauen die Nahrung und machen sie assimilationsfähig; sie bauen die fürs Wachstum nötigen Gewebe auf, entfernen die toten Zellen und sind im Kampfe gegen die Bakterien eine schlagfertige Armee. Auf ihnen beruhen die Phänomene der lebenden Materie. Aber sie wirken nie allein, nur wenn die andere Substanz auch da ist.

Es gibt anabolische aufbauende und katabolische zerstörende Fermente und dem entsprechend auch die genannten Hilfssubstanzen. Bei der Verdauung, bei der Beseitigung toter Zellen und im Kampfe gegen Bakterien werden hochmolekulare Körper in ihre einfacheren Komponenten zerlegt. Dies ist die Hilfssubstanz, die Bordet beobachtet hat und die Ehrlich Komplement nannte. Die aufbauenden Hilfssubstanzen dienen der Funktion der verschiedensten Organe, sie ermöglichen die Drüsensekretion, die Kontraktion der Muskeln usw. Dies sind die Vitamine; sie und die Komplemente werden von außen her mit der Nahrung aufgenommen, im Gegensatz zu den im Körper gebildeten, den Hormonen. Der Einfachheit wegen hat man vorgeschlagen, alle drei Hilfssubstanzen Fermentine zu nennen.

Man macht sich einen katabolischen Prozeß am besten klar an der Wa-Reaktion. Man kann das Ferment einem Arbeiter vergleichen, der Stumpfen sprengen soll; das Fermentin ist dann das Dynamit. Solange der Arbeiter Dynamit hat, kann er sprengen; solange das Ferment Komplement hat, kann es wirken. Im Prinzip gehören zur Wa-Reaktion rote Blutkörperchen vom Hammel, spezifische Fermente, die in Verbindung mit einem Komplement diese Blutkörperchen auflösen. Das syphilitische Blut hat nun eine im normalen Blut nicht vorhandene Substanz, die dieses Komplement hemmt oder zerstört. Soll also normales Blut untersucht werden, so bleibt das Komplement im Versuchsgemisch intakt, das Ferment tut mit Hilfe des Komplements seine Arbeit und löst alle roten Blutkörperchen auf. Dann ist die Reaktion negativ. Je nach der Menge nun, die in dem zu prüfenden Blut von dieser das Komplement zerstörenden Substanz vorhanden ist, bleiben 25, 50, 75 oder 100 Prozent der roten Blutkörperchen ungelöst, weil eben die syphilitische Substanz die Auflösung in diesem Verhältnis dadurch hindert, daß sie das Komplement unwirksam macht. Und ohne Komplement kann ja das Ferment nicht wirken. Man hat also einen Wa, der mit 1, 2, 3 oder 4 Kreuzen positiv ist. Damit haben wir auch gleich die für das Ferment geltenden biologischen Gesetze. Nämlich nur wenn Ferment und Komplement zusammen arbeiten, können sie wirken. Denn Ferment ist immer da, es ist unzerstörbar und es braucht zur Wirkung nur verhältnismäßig wenig zu sein. 3. Das Komplement wird wie das Dynamit verbraucht. Endlich: wie der Arbeiter ohne Dynamit nicht sprengen kann, so hört auch die Wirkung des Ferments auf, wenn das Komplement aufgebraucht ist. Auch sonst im Körper findet man ähnliches: ohne HCl wirkt das Pepsin nicht und die HCl verschwindet während der Tätigkeit des Pepsins und muß, um dieses wirksam zu erhalten, erneuert werden. Dasselbe ist mit dem Milch gerinnenden Ferment im Magen, dem Rennin: es wirkt nur, wenn Kalzium erreichbar ist, und dieses Kalzium verschwindet während des Gerinnungsprozesses.

Endlich das proteinlösende Ferment im Blut, das Präzipitin, das nur in Verbindung mit ClNa wirkt.

Dies hat auch klinische Bedeutung: die Antitoxine sind nichts anderes als spezifische Fermente. Diphtheriebazillen wachsen lustig auf einem Boden, der Antidiphtherieserum enthält, weil dem letzteren das Komplement fehlt um die Bakterien zu töten. In jedem gesunden normalen Körper ist es aber in hinreichender Menge vorhanden. Trotzdem töten aber wieder lebende virulente Bakterien, wenn sie einem Tier injiziert werden, weil sein erreichbares Komplement, wie groß es auch sein mag, ebenso untätig ist wie das Dynamit ohne Arbeiter. Das Komplement wirkt aber sofort, wenn gleichzeitig mit den Bakterien Serum eingespritzt wird. Jetzt könnten Ferment und Komplement zusammen arbeiten. Wieder andere Resultate erhält man, wenn der Körper seines natürlichen Komplementvorrates beraubt ist. Man sieht dies an den gegen Diphtherie immunisierten Pferden: jedesmal wenn in regelmäßigen Zwischenräumen Diphtherietoxine injiziert werden, produziert der Pferdekörper spezifische Fermente, die diese Fremdkörper in unschädliche Endprodukte aufrechnen. Aber bei jeder Einspritzung wird etwas vom Komplementvorrat aufgebraucht, und wenn die volle Immunität erreicht ist, ist auch das Komplement erschöpft. Werden nun noch weiter Toxine injiziert, so können schon geringe Mengen davon tödlich wirken, eben weil das Komplement erschöpft ist. Ähnliches liegt bei der Anaphylaxie vor. Also sind die Komplemente die besten Heilmittel bei Infektionen.

Hier müssen wir nun einen Moment haltmachen und auf ein verwandtes Gebiet übergreifen, nämlich auf den genialen Gedanken des Franzosen Milian über Biotropismus und Infektionen.

Wenn wir uns die Ehrlichsche Chemotherapie genauer ansehen, so stockt die dem infizierten Tier einverleibte chemische Substanz entweder an der Zelle oder an dem eingedrungenen Keim. Ist die Affinität zum Keim größer, so entsteht ein Bakterienmassaker, aber — und das ist wichtig — der sterbende Keim entwickelt vor seinem Tode nochmal seine ganze Energie. Dies ist der Biotropismus, der geheime Grund der syphilitischen Neuro- und Hepatorezidive, der Herxheimerschen Reaktion, der serologischen Reaktivierung der Antikörper. Schwache Dosen begünstigen ihn, starke machen ihn zunichte. Jetzt versteht man, warum bei der As-Kur der Syphilis die mittleren Dosen die gefährlichsten sind. Aber dies gilt nur, wenn eine einzige Keimart vorliegt. Dies kommt aber fast nie vor, denn im Körper vegetieren latent viele Bakterienarten und im Krankheitsfalle entsteht hier eine Biologische Konkurrenz und es tritt eine Art triumphierend in den Vordergrund. Das Medikament peitscht alle Bakterien auf, auch die Saprophyten, und man kann infolgedessen, je nach dem herrschenden Virus, eigentlich nur von einer regierenden Krankheitsursache sprechen. Durch diesen Biotropismus aller anderen Keime durch das Medikament versteht man die verwischten, unklaren oft verkannten Krankheitsbilder bei der ersten As-Medikation bei Syphilis. Hierher gehören auch die sogenannten Eruptionen des 9. Tages: es sind dies verwischte Skarlatina, Masern, Röteln, ausgelöst durch die Behandlung, vollkommen legitime Infektionen. Denn nachweisbar fehlt jeder Kontakt in einer reichlich bemessenen Inkubationszeit in all diesen Fällen. Auch bei anderen Medikamenten als As hat man solche Infektionen beobachtet, so hat Jausion nach Akridininjektionen gegen Gonorrhöe Skarlatina, Mumps und Röteln beobachtet, Milian nach Veronal ein skarlatiformes Erythem. Hierher gehören wahrscheinlich auch die früher in den Lazaretten nicht so selten gesehenen skarlatinaähnlichen Eruptionen nach Chinin.

Diese Beobachtungen stellt alle unseren bisherigen Ansichten auf den Kopf, nicht zuletzt auch hinsichtlich der Therapie.

Noch weiter ist beobachtet: Gürtelrose nach As, Hg, Bi, Akridin, auch nach Proteinkuren; ebenso Herpes, letzterer auch nach Urotropininjektionen gegen Grippe. Ferner: Erysipel nach Salvarsan, Streptokokkennephritis nach Hg, Akne nach Brom. So dann sind hier auch die vielen Fälle von Furunkulose zu erwähnen, die Stomatitis nach Bi und Hg. Außer den einfachen und komplexen Kristalloiden können auch Kolloide und Bestrahlungen solche biotropischen Phänomene auslösen. Sowohl der medikamentöse fieberhafte Shock, wie die spontane Pyrexie kann durch die Erschütterung des Organismus sekundäre biotropische Infektionen auslösen. Diese sind dann kein Syndrom, sondern in Wirklichkeit

de Einheit. Der Biotropismus ist das Band, das zu den Infektionen hinüberleitet. Nach Milian können alle Krankheiten eine latente Syphilis wecken. Das Grippievirus, Bakterien der Pneumopathien mobilisieren. Streptokokken, Keime, den Pfeifferschen Kokkobazillus, ferner die Erreger der Meningitis und Meningitis. Vor allem die rhinopharyngealen Infektionen, an denen dort scheinen viele Infektionen auszugehen. Es kann die Infektion der Tuberkulose, der Pocken, die Agglutinine der Ratte, die Gruppe lähmen. Die Variola öffnet dem Streptokokkus die Tore. Vielleicht sind diese Provokationsviren nur die unsichtbaren filtrierenden Formen der

schon wichtig ist aus diesen Beobachtungen, daß die Multiplikation der Krankheitsursachen die Regel ist, mehr als man bisher dachte. Ferner die Inkubation der eruptiven Fieber, die wahrhaftig 10 Tage beträgt. Besonders wichtig ist, daß in erster Linie die Anergie des Bodens dabei in Frage kommt, weniger die der Keime. Dabei spielt aber das neurovegetative System eine Hauptrolle, denn Anergie ist seine Reaktionsfähigkeit. Es ist aber das endokrinovegetative System und das vegetative. Und dabei spielen die Fermente und Fermentine eine wesentliche Rolle, gerade im Kampfe gegen die Bakterien. Damit sind wir wieder auf unserem eigentlichen Thema.

Ich möchte ich aber noch darauf hinweisen, daß das Blut eine wichtige Richtschnur dabei gibt. Bei Anaphylaxie, die ja in der Tat eine Fermentinlosigkeit ist, sieht man in der Tat eine Anaphylaxie; bei den subakuten Affektionen mit Lähmung der zellulären Verteidigung Leukopenie; bei der Hyperthermie in Infektionen neutrophile Polynukleose. Die vegetative Anergie der chronischen Zustände äußert sich in Lymphozytose und in Vitaminen. Für sie gilt der Vergleich mit dem Dynamismus, weil sie aufbauenden Fermenten dienen. Aber auch sie während der Zelltätigkeit wie die Komplemente verbraucht und deshalb stets erneuert werden, um die Fermente aktiv zu halten; ihr Verbrauch ist proportional der geleisteten Arbeit. Wenn aufgebraucht sind, hören die Fermente mit der Arbeit auf. Die Komplemente dienen sie den Fermenten, die feinen Umwandlungen im körperlichen Haushalt zu bewerkstelligen. Sie gleichen also sonst in allem den Komplementen. Wenn Vitamine aufgebraucht sind, stoppen die Fermente: es kommt eine allmähliche Verminderung aller vitalen Funktionen. Die Drüsensekretionen nehmen ab, die Organe schwinden, die Leistung sinkt. Wie bei der Erschöpfung, nur kommt hier noch die Regeneration der Organe hinzu, weil sie sich nicht reparieren können. Hierüber sind sich die Forscher noch nicht einig. Ragnar Sörensen, man könne bei der polyneuritischen Paralyse die Ursache am Nerven nicht nachweisen, auch am Muskel nicht, sei sie nie vollständig; und endlich gehe die Heilung bei der Gicht mit Vitaminen sozusagen explosiv vor sich. Das Rätsel der Gicht zu lösen: die Vitamine sind Fermentine; ihr Fehlen legt die Gicht des Körpers lahm; die Fermente werden aber nicht zerstört und sind immer vorhanden; wenn also Vitamine wieder gegeben werden, so können sie ihre Tätigkeit jederzeit wieder aufnehmen.

Die stimulierende Wirkung der Vitamine wird durch ihren Einfluß auf die Verdauungssäfte klar: Speicheldrüsen, Magen, Darme, Leber arbeiten im direkten Verhältnis zu der zugeführten Nahrung. Und zwar ohne das Nervensystem. Der Wirkung der Vitamine ist an den Nervenenden, also in den Zellen. Man kann allerdings auch der Zustand der Fermente kein vollkommener sein, wie z. B. beim Marasmus und anderen Schwächezuständen der Fall ist.

Sehen wir am besten bei den Hormonen, die wir im allgemeinen besser kennen, weil einige von ihnen isoliert sind und therapeutisch verwandt werden.

Ein gutes Beispiel für ein Hormonfermentin ist das Insulin, das ausschließlich für ein Ferment halten. Aber es ist nicht albuminartig, verschwindet bei Tätigkeit und wird im Verhältnis zur geleisteten Arbeit verbraucht. Alles Kennzeichen des Fermentwerts wirkt nicht in allen Fällen von Diabetes, weil es untätig das Ferment fehlt. Aus dieser allerdings seltenen Tatsache läßt sich Taubig u. s. M., daß es zwei Arten von Diabetes gibt, eine, bei denen die Produktion von Insulin fehlt und solche,

bei denen die Fermente fehlen. Noch deutlicher ist dies bei dem Fermentin Thyroxin. Hier sind die Versager zahlreicher als beim Insulin. Dieses Hormon kontrolliert den Fettstoffwechsel und wird in diesem Sinne auch therapeutisch verwandt, versagt aber in vielen Fällen und kann dann wirksam gemacht werden. Wenn neben der Darreichung eine Vermehrung der Produktion und Tätigkeit der Fermente durch körperliche Arbeit, frische Luft und Sonnenschein erreicht wird. Das Gleiche erzielt man, wenn man neben der Darreichung Milchinjektionen macht, ein mächtiges Stimulans der Zell- und Fermentreaktion. Man sieht also hier deutlich, wie sehr die Hormone von dem Zustand der Fermente abhängen. Ihre Wirksamkeit ist wie die der anderen Fermentine potentiell. Dasselbe geht aus der Überdosierung der Hormone hervor, die u. U. lebensgefährlich sein kann. Ist die Tätigkeit der Fermente dabei zu gering, so ist Unterfunktion, Krankheit und selbst Tod die Folge. Auch wenn sie zu groß ist, kommt es zu Überfunktion mit stürmischen Erscheinungen und u. U. ebenfalls zum Tode. Übermäßige Fermentinzufuhr liegt vor bei der frühzeitigen Entwicklung der Sexualorgane der Kinder, wobei die Nebenniere oder bei den Fällen von Gigantismus, wobei die Hypophyse beteiligt ist. Daraus, daß man dies nur am kindlichen Körper beobachtet, ist zu schließen, daß die Fermente, die zu dieser Wirkung der Fermentine nötig sind, im erwachsenen Körper fehlen. Dies ist nichts ungewöhnliches, um nur an den Thymus zu erinnern. Entwicklung und Wachstum entstehen durch die Fermente, nichts spricht dafür, daß sich etwa die Fermentine ändern. Ein weiteres Beispiel, daß die Hormone zu den Fermentinen gehören, ist der Geburtsmechanismus. Die Fermente dafür entstehen im stetig wachsenden Uterusmuskel, die Fermentine in der gleichzeitig hypertrophierenden Hypophyse. Anreiz die Produkte der Konzeption, die in die Zirkulation gelangen. Störungen können vorkommen, es wird z. B. zu wenig Fermentin produziert; dann bringt eine Hypophysenextraktinjektion die nötigen Kontraktionen. Es kann aber auch ungenügend Ferment entwickelt werden und dann versagt diese Injektion, eben weil das Ferment fehlt.

Die Entwicklung der höheren Tiere verlangt, daß die Ausarbeitung so lebenswichtiger Funktionen, wie z. B. der Wehen und des stets wechselnden Blutdrucks nicht von unsicheren äußeren Quellen abhängt und deshalb die Herstellung gewisser Fermentine im Körper durch besondere Organe. Und zwar verlangt die zunehmende Differenzierung des höheren Organismus mehrere Organe um den Bedarf sicher zu decken.

Ziehen wir nun das Fazit für die Praxis daraus, so müssen wir uns zunächst klar machen, daß wir die Fermentwirkung nur im Verein mit der Tätigkeit der Organe, der Drüsen und besonders des inneren, des vegetativen Nervensystems und des Blut- und Lymphsystems betrachten können. Denn all diese Kreise schneiden sich, wenn auch ihr Mechanismus noch nicht ganz geklärt ist, vielfach. Wir müssen also hier schon den Anfang machen nicht rein chemisch zu denken.

Besonders wichtig ist die Symptomatologie bei Störungen des normalen Ablaufs. Gerade hier wird man erstaunen, wie vielfache Ursachen den gleichen Wirkungen zugrunde liegen.

Zunächst die Nahrungsalergie. Das heißt eigentlich lediglich, die Fermente arbeiten bei der Verdauung anders als sie sollen. Sicherlich liegt hier eine familiäre oder erworbene Anlage, wahrscheinlich im Sinne des Lymphatismus. Und Anlage bedeutet eigentlich die Art der Organe zu arbeiten, ob mehr weniger richtig. Die abdominale Allergie zeigt Erscheinungen, die auf die Leber, den Gallentrakt hindeuten, Magenstörungen, Sodbrennen, abwechselnd Diarrhöe und Konstitution, Koliken, appendizitisähnliche Erscheinungen. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um Spasmen der glatten Muskulatur oder um lokales angioneurotisches Oedem. Ja selbst die Symptome können zu unberechtigten chirurgischen Eingriffen verleiten. Bekannt sind die Folgen Urthymus, angioneurotisches Oedem, Ekzem; auch Migräne ist eine nicht seltene Folge, und nach neueren Forschungen auch Epilepsie. Ein Zusammenhang zwischen Epilepsie und Migräne ist ja auch früher schon angenommen worden. Oft beobachtet man Fieber unbekannter Ursprungs, eine Art allergischer Intoxikation, Blasenstörungen; bei denen wahrscheinlich auch Oedeme die auflösende Ursache abgeben. Und die Bestätigung der richtigen Diagnose findet man dann in der Wirksamkeit des Peptons, der

Proteintherapie und der Kalziumverbindungen. Sicherlich gehören viele Magenstörungen, die wir zu beurteilen haben, in dieses Gebiet, zumal, da auch das Bild des Magengeschwürs in dieser Gruppe vorkommt.

Eines der eklamtesten Beispiele ist die Azidose. Deren auslösende Ursachen sind Zunahme der normalen Säuren, also der Milch-, P- und S-Säure, Verlust fixer Basen, Veränderung im osmotischen Druck. Die eigentlichen Ursachen sind Dehydratation durch Diarrhöe, Erbrechen Polyurie, dann abnormer Stoffwechsel, der Anlaß gibt zur Zunahme abnormer organischer Säuren, also Beteiligung der Fermentwirkung und Nachlaß der Nieren durch Oligurie oder wirkliche Nierenschädigungen. Im wesentlichen handelt es sich um eine Gleichgewichtsstörung zwischen Körperflüssigkeit und Zelltätigkeit. Hier haben wir auch ein deutliches Beispiel dafür, daß außer der Fermentwirkung noch andere Faktoren mitspielen. Auch der Diabetes gehört hierher. Ueber dessen Pathogenese und die Zuckerausnützung dabei, hat Porter eine recht interessante Theorie aufgestellt. Die einzigen Endprodukte der Verbrennung des Zuckers sind CO_2 , H_2O und Wärmeenergie; Zucker ist das am leichtesten und vollständigsten oxydable Nahrungselement und führt nie zu toxischen Endprodukten. Seine Schädigung beruht aber nicht, wie man annahm, auf einer unvollständigen Verbrennung, sondern auf einer Ueberschmelzung; die normale oxygenierende Fähigkeit des Organismus wird erheblich überschritten und es bleibt nicht genügend O übrig, um die Proteinelemente zu verbrennen, und es kommt so zu schädlichen, unvollständigen Endprodukten.

Ich möchte es nicht unterlassen, hier ein für uns ebenso interessantes wie wichtiges Gegenstück zu geben, dafür, wie verschiedene Ursachen ähnliche Wirkungen hervorbringen können. Ich möchte auf das gastrische Mimikry der Myokarderkrankungen kommen. Hier spielen die Fermente keine Rolle; die Hauptsache spielt sich im Gebiete des Vagus ab. So kann sich eine myokardiale Schwäche unter einem Bilde verbergen, das an eine Herzerkrankung zunächst nicht denken läßt: Appetitverlust, Gasaufreibung, Druckgefühl, ausgesprochene Ermüdbarkeit, Atemnot. Die akute vollständige oder unvollständige Koronarobstruktion kann ein Ulcus pepticum, einen Gallensteinanfall, eine akute Pankreatitis oder eine Intestinalobstruktion vortäuschen. Auch hier steht leichte Ermüdbarkeit, Druckgefühl im Epigastrium und Atemnot im Vordergrund. Auch ein dauerndes Erbrechen kann die Aufmerksamkeit auf den Magen lenken; es ist von Fällen berichtet, bei denen man ein Karzinom annahm. Hier kann u. U. Digitalis die Situation sofort klären. Ähnliche Beispiele gibt es noch mehr.

Noch ein kurzes Wort über die Milliansche Theorie: Ihr Hauptwert für uns liegt darin, die Zusammenhänge, bzw. Nichtzusammenhänge von gewissen Leiden mit dem Dienst klarstellen zu können. Hier liege aber jedes Fach besonders, bestimmte Regeln lassen sich hier nicht geben.

Was bringt die neue Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten?

Von Dr. PAUL MICHAELIS.

Die Verordnung vom Jahre 1925, welche den ersten Versuch in Deutschland darstellte, gewisse Berufskrankheiten den Unfällen gleichzusetzen, hat sich nach Ansicht der Reichsregierung durchaus bewährt.

1927 wurden 4261, 1928 3939 Berufskrankheiten gemeldet. Entschädigt wurden hiervon 1927 292, 1928 268 Fälle. Während von den gemeldeten Unfällen 10 bis 12 % entschädigt wurden, wurden von den Berufskrankheiten nur 7 % entschädigt.

90 % aller gemeldeten Berufskrankheiten betrafen Bleikranke; 2,87 % Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologe, Nitro- und Amidoverbindungen; 2,16 % Glasmacherstar; 1,45 % Schwefelkohlenstoff; die übrigen Stoffe waren unter je 1 %.

454 Fälle wurden irrtümlich gemeldet.

Den Arbeitgebern entstanden aus diesem Gesetze 1927 273 000 M., 1928 597 000 M. Das sind ein Tausendstel bzw. ein Fünfhundertstel der durch die Unfallversicherung entstandenen Kosten.

Die Reihe der Berufskrankheiten hat eine Erweiterung erfahren, indem an Stelle der bisherigen 11 jetzt 22 getreten sind, und zwar:

Nr. Berufskrankheiten:

1. Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen.
2. Erkrankungen durch Phosphor.
3. Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen.
4. Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen.
5. Erkrankungen durch Verbindungen des Mangans.
6. Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen, Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe.
7. Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff.
8. Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff.
9. Erkrankungen durch Kohlenoxyd.
10. Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie.
11. Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch Galvanisierungsarbeiten.
12. Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch ausländische Holzarten.
13. Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe.
14. Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen.
15. Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackenmehl.
16. Schwere Staublungenerkrankungen (Silikose). Trifft eine schwere Staublungenerkrankung mit Lungentuberkulose zusammen, so gilt für die Entschädigung die Tuberkulose als Staublungenerkrankung.
17. Schneeberger Lungenkrankheit.
18. Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit.
19. Grauer Star.
20. Wurmkrankheiten der Bergleute.
21. Tropenkrankheiten, Flecktyphus, Skorbut.
22. Infektionskrankheiten.

Betriebe und Tätigkeiten:

Zu 1 bis 14:
Betriebe und Tätigkeiten, die der Unfallversicherung unterliegen.

Thomasschlackenmühlen, Düngemittelmischereien und Betriebe, die Thomasschlackenmehl befördern.
a) Betriebe der Sandsteingewinnung, -bearbeitung und -verarbeitung.
b) Metallschleifereien.
c) Porzellanbetriebe.
d) Betriebe des Bergbaues.

Betriebe des Erzbergbaues im Gebiete von Schneeberg.
Betriebe der Metallbearbeitung und -verarbeitung.

Glas- und Eisenhütten, Metallschmelzereien.
Betriebe des Bergbaues.

Betriebe der Seeschifffahrt.

Krankenhäuser, Heil- und Pflgeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten, die Personen zur Kur und Pflge aufnehmen, ferner Einrichtungen und Tätigkeiten in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und im Gesundheitsdienste sowie Laboratorien für naturwissenschaftliche und medizinische Untersuchungen u. Versuche.

Während in der ersten Verordnung die Schädigungen durch giftige Stoffe so bezeichnet wurden, daß einzelne besonders charakteristische Krankheitsbilder erwähnt wurden, sind in der jetzigen die Krankheiten nur allgemein umschrieben worden.

Besondere Krankheitsbilder, bei denen nur bestimmte Krankheitsercheinungen in Frage kommen, finden sich nur bei Nr. 11 bis 21 verzeichnet.

Ueber diese Berufserkrankungen werden im besonderen Teile des Entwurfes folgende Ausführungen gemacht:

Nr. 5: Erkrankungen durch Verbindungen des Mangans: Mangan wirkt nur in Verbindungen (Mangandioxyd, Braunstein). Es gelangt in Staubform in Braunsteinsmühlen und beim Hantieren mit dem Mahlgut in den Körper. Die chronische Vergiftung äußert sich in schweren Bewegungs- und Empfindungsstörungen mit psychischen Begleiterscheinungen.

Nr. 8: Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff: Schwefelwasserstoff entsteht bei einer Reihe von chemischen Prozessen und bei Zersetzungs Vorgängen schwefelhaltiger und organischer Substanzen.

Die schwere Vergiftung verläuft rasch und oft zum Tode. Symptome der chronischen Vergiftung sind: Schädigungen des äußeren Auges und allgemeine Störungen.

Nr. 9: Erkrankungen durch Kohlenoxyd: Kohlenoxyd ist im Leuchtgas, Generatorgas, Hochofengas, Explosionsgasen, Auspuffgasen enthalten, überhaupt dort, wo eine unvollständige Verbrennung stattfindet.

Unmittelbar tödlicher Ausgang ist nicht selten; als Symptome werden angeführt: Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche in den Beinen, Bewußtlosigkeit, Verwirrtheit, Krämpfe, Atemstillstand, „schwere Nachkrankheiten“.

Nr. 11: Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch Galvanisierungsarbeiten: Es können vorwiegend Ekzeme auftreten, sowohl durch die verwendeten Metallsalze als auch durch die Reinigungs- und Entfettungsmittel.

Nr. 12: Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch ausländische Holzarten: Teakholz, Satinholz, Palisander, afrikanisches Buchsbaumholz können akute Hautentzündungen hervorrufen. Es kann sich eine gesteigerte Empfindlichkeit und Anfälligkeit entwickeln. In diesen Fällen kommt die Uebergangsrente in Betracht.

Nr. 13: Chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe: Es werden jetzt alle Hauterkrankungen erfaßt. Es wird besonders betont, daß auch die als Schmieröle oder Rostschutzfarben verwandten schweren Teerdestillate hierher gehören.

Nr. 15: Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackenmehl: Dieser feine Staub wirkt durch seinen Aetzkalkgehalt stark reizend auf die Schleimhäute und kann tödlich verlaufende Lungenentzündungen hervorrufen.

Nr. 16: Schwere Staublungerkrankungen (Silikosis): Feststellung nur mit Hilfe der Röntgenuntersuchung. Beim Zusammen treffen mit einer Lungentuberkulose ist die Untersuchung schwierig;

deshalb ist „die Lungentuberkulose vom Standpunkte der Entschädigungspflicht als Folge der Staubeinwirkung aufzufassen und anzuerkennen. Es wird die mit Silikose zusammentreffende Tuberkulose der Silikose gleichgestellt.“

Nr. 19. Grauer Star: Es wird die früher bestehende Einschränkung auf Glasmacher fallen gelassen. Auch die Arbeiter in Eisenhütten und Metallschmelzereien werden erfaßt.

Nr. 21. Tropenkrankheiten:

Flecktyphus kann auch außerhalb der Tropen erworben werden.

Da die Richtlinien zu allerlei Mißdeutungen Anlaß gaben, sind sie jetzt vollständig weggelassen und sollen durch anderweitige Belehrungen ersetzt werden.

Die neue Verordnung bezieht sich auf die gesamte Unfallversicherung; die bisher geltenden Einschränkungen sind gefallen.

Als Zeitpunkt des Unfalls gilt die letzte schädigende Betriebs tätigkeit, auf der die Krankheit beruht. Läßt sich dies nicht feststellen, so gilt der Beginn der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung oder der Beginn der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung oder das Ende der Beschäftigung des Versicherten in dem der Versicherung unterliegenden Betriebe.

Nach § 11 wird die Entschädigung auch gewährt, wenn die Krankheit wesentlich durch berufliche Beschäftigung nach dem 31. Dezember 1919 in einem Betriebe verursacht ist, der in der Verordnung bezeichnet ist.

Der Anspruch muß spätestens 1 Jahr nach Inkrafttreten der Verordnung bei dem Versicherungsträger angemeldet werden.

Auch die ärztliche Anzeigepflicht ist erweitert worden, indem jetzt der Arzt zur Anzeige verpflichtet ist, wenn er Krankheitserscheinungen feststellt, die den begründeten Verdacht einer Berufskrankheit rechtfertigen.

Die Anzeigepflicht besteht auch dann, wenn die Erkrankung auf einen Unfall beruht.

Verpflichtet ist jetzt nicht nur der behandelnde Arzt, sondern jeder Arzt, welcher die Diagnose stellt.

Die Anzeige wird dem Versicherungsamte übermittelt, nicht mehr der Ortspolizeibehörde.

Schon bei nicht rechtzeitiger Anzeigeerstattung erfolgt Bestrafung.

Der Verordnungsträger ist zur Zahlung des Arzthonorars verpflichtet.

Von Wichtigkeit ist noch § 4, welcher eine Uebergangsrente vorsieht für solche Patienten, bei denen eine Berufskrankheit wiederentstehen oder sich verschlimmern könnte, wenn sie in dem Betriebe weiterbeschäftigt werden. Es wird hier also der Fall vorliegen, daß ein Arbeiter neben seinem Lohne eine Unfallrente und eine Uebergangsrente bezieht!

Aus den obigen Ausführungen, welche sich eng an den offiziellen Text anschließen, ist ersichtlich, daß die neue Verordnung für uns Aerzte vielerlei Neues bringt und uns vor nicht immer leicht zu lösende Aufgaben stellt.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), Berlin, 157., Heft 1, 1929.

974. Frostschäden. Otto Dietrich.
Fall von Acanthosis niticans. Emanuel Wohlstein.
Die Autolyse der Haut. Mario Monacelli.
1007. Hautdiphtherie. W. Moongovius.
Zur Kenntnis und Differenzierung der Elazin- und Kollazindegeneration der Haut. K. Herzheimer und F. Schmidt-La Baume.
972. Allergische Hauterkrankungen. Praktische Auswertung der Allergieforschung. Gustav Biehl jun.
986. Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöbehandlung. Vermehrte bakterizide Tiefenwirkung durch „Citragan“. A. Kießmeyer.
983. Die Bedeutung der intrakutanen Gonotosinreaktion nach Herrold bei weiblicher Gonorrhö. K. A. Karyschewa und N. N. Velentei.

- Ueber die „metaphysischen“ Formen der Hautepitheliome. M. Juon.
- Ueber ein primäres metatypisches Epitheliom der Wange mit bläschenförmigen Bildungen. M. Juon.
- Stauungsbefunde im Gefäßendabschnitt der Haut. S. Bettmann.
987. Unsere Erfahrungen mit Malaria und Saprovitin. M. Kruspe.
981. Ueber Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris. Alfred Reiser.
- Ueber einen Fall von Cutis anserina persistens und Komedonenakne in Hitzschecher Zone. R. Lewith.
- Beiträge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut.
- III. Mitteilung. Der Zuckergehalt der Haut unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Erich Urbach und Grete Sicher.
- Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Beziehungen zwischen lokaler Infektion und Hautkrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung des chronischen Ekzems. Alois M. Memmesheimer.
- Chromoblastomykosis. Johann Tschernjowski.

Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 139., Heft 1/2.

Die Wirkung des Magnesiumsalzes auf die Blutzuckerkonzentration. Lász und Rigó.

- Einfluß von Ergotamin auf die Blutzuckerkonzentration.** Rigó und Veselszky.
- Die Beziehungen der Leber zu dem veränderten Diastasegehalt des Blutes bei der experimentellen Phosphorvergiftung.** v. Falkenhausen.
- Eiweiß- und Energiehaushalt im Pankreasdiabetes des Hundes.** Enderlen, Olatzel und Pö.
- Weitere Untersuchungen zur Erklärung der resorptionsfördernden Wirkung von Saponinen.** Petschacher und Nageeb.
- Zur Frage des retrograden Transports aus dem Dickdarm in höher gelegene Dünndarmabschnitte.** Maley.
- Zur Physiologie des Knochenmarks. Die Bedeutung der Nebennieren beim Zustandekommen der neutrophilen Reizleukozytose.** Borchardt.
- Der Einfluß verschiedener Höhenlagen auf die Schilddrüsenwirkung bei Hunden. Wirkung verschiedener Ernährung auf die Hyperthyreoidisation in einer Höhe von 2000 m. Mark.**
- Zur Physiologie und Pharmakologie der pH am Herzen.** Komiyama.
- Versuche am Nerv-Muskelpreparat des Frosches. Ueber die Steigerung der Giftwirkung von Hydrochinon durch Begünstigung seiner Oxydation.** Labes.
- Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, Heft 3/4.**
- Pharmakologische Studien an der Bronchialmuskulatur. I. Methodik. Tiefensee.**
- Pharmakologische Studien an der Bronchialmuskulatur. II. Die Bedeutung der Blutbeschaffenheit für den Tonus der Bronchialmuskeln und ihr Ansprechen auf Gifte. Tiefensee.**
- Spricht die Höhe des Blutdrucks kleiner Säugetiere gegen die Annahme eines Filtrationsprozesses in der Niere? Experimentelle Ermittlung des Blutdrucks der weißen Maus.** Behrens.
- Das Verhalten des Kreislaufes bei der postanämischen Hyperämie.** Jarisch und Gaisböck.
- Kombinierte Narkosen. I. Aether und Chloroform.** Lendle.
- Kombinierte Narkosen. II. Stickoxyd und Aether.** Lendle.
- Kombinierte Narkosen. III. Narzylen und Aether.** Lendle.
- Wirkung des Cholins auf den Gaswechsel.** Tangl.
- Wirkung des Sekretins auf den Gaswechsel.** Tangl und Than.
- Das Verhalten des Blutdrucks in der Vena cava bei plötzlichem Zirkulationsstillstand.** Rimpl.
- Das Verhalten des Kreislaufs bei Blutverlusten, operativer Schädigung, nach Halsmarkdurchschneidung, bei der Karotisabklemmung und der Kohlen-säurevergiftung.** Rimpl.
- Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 139., Heft 5/6.**
- Die Pharmakologie der Zirkulationsgröße.** Jarisch.
- Das Verhalten des Blutzuckers in der Nacht und in den Morgenstunden, Länge und Schloß.**
- Einfluß der Ernährung auf die Blutzuckerregulation.** Geiger und Kropf.
- Chemische Untersuchungen zur Avertinfrage.** Welsch.
- Tonusproblem des Herzmuskels. Die Beeinflussung der Ruheelastizität durch Gifte und durch Veränderung der Zusammensetzung der Nährlösung.** Eismayer und Quilcke.
- Oestrushormon in der Galle.** Osell-Busse.
- Funktionsveränderungen der Herznerven unter dem Einfluß von Kalium und Kalzium.** Grünberg.
- Ueber Noctal und Pernoxon.** Boedecker und Ludwig.
- Zur Kenntnis des Antagonismus zwischen Adrenalin und Ergotamin.** V. Euler.
- Archiv für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilkunde (Arch. Ohr- usw. Heilk.), Leipzig, 120., Heft 1.**
- 963. Grundlagen der Ozänatherapie.** Lautenschläger.
- 968. Zur Serodiagnostik der Kehlkopftuberkulose.** Herrmann.
- 967. Beitrag zur Frage der Kleinhirnanabszesse ohne Kleinhirnsymptome.** Specht.
- 969. Zur Behandlung des Epiglottiskarzinoms.** Reuter.
- Zur Kenntnis der hereditär-degenerativen Taubstummheit.** Brunner und Urbantschitsch.
- 966. Pulsation des Gehörgangseiters und Extraduralabszeß.** Oppikofer.
- Beiträge zur ärztlichen Fortbildung (Beitr. ärztl. Fortbildg.), Prag, Nr. 1, 1929.**
- 1004. Schule und Skoliose.** Bleucke.
- Ueber Fehlhaltungen.** Spitzky.
- Orthopädisches Schulturnen in Schweden.** Haglund.
- Sonderturnkurse und ihre Zukunft.** Brandes.
- Orthopädische Turnkurse in Prag.** Prochazka.
- Sonderturnen an deutschen Schulen der tschechoslowakischen Republik.** Gruschka.
- Schulsonderturnen in Aussig.** Maier.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 6, 9. Februar 1929.**
- Ueber einen mit Pyokaneus komplizierten und mit Röntgenstrahlen günstig beeinflussten Fall von Pyoderma vegetans.** Elisabeth Wilms.
- 976. Klinische Beiträge zur Frage der Atrophodermien.** Oskar Blatt.
- Cutis verticis gyrata.** S. A. Glaubersohn und A. A. Iwanoff.
- 975. Cutis verticis gyrata latens.** S. A. Glaubersohn und A. A. Iwanoff.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 7, 16. Februar 1929.**
- 977. Die amerikanische Form der Creeping-Disease.** C. O. West und W. Curth.
- 978. Rosacea der Jugendlichen (Rosacea juvenilis).** Josef Sella.
- Erythema perstans und endokrines System.**
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 8, 1929.**
- Ernst Delbanco zu seinem 60. Geburtstag.** J. H. Rille.
- Ernst Delbanco.** P. G. Unna.
- 971. Beitrag zur internen Behandlung der Ekzeme.** C. Bruck.
- Ein Fall von gonorrhöischer Bauchdecken-Tuben-Uterusfistel.** A. Buschke und Wilhelm Curth.
- Boecksches Sarkoid und papulo-nekrotisches Tuberkulid.** A. Buschke und A. Joseph.
- 992. Extremitätengangrän als Folge syphilitischer Gefäßschädigung.** F. Callomon.
- Zur Pathogenese der Psoriasis vulgaris.** Oscar Gans.
- 995. Berufliche Leicheninfektion mit Syphilis.** Erich Hoffmann.
- Tierversuche mit Leishmania tropica. (Orientbeule).** Martin Mayer.
- Zur Kenntnis der sogenannten Chondrodermatitis nodularis chronica helvici.** E. Meirowsky.
- Ueber miliare Lymphozytose der Haut.** P. Mulzer und E. Keining.
- 1001. Phimosenentstehung bei einem rituell zirkumzidierten Manne.** Felix Pinkus.
- 994. Ueber den syphilitischen Primäraffekt an der Vagina.** J. H. Rille.
- Neues zur Röntgen-Oberflächen-therapie.** Hans Ritter.
- 988. Unzulänglichkeiten bei der Gonorrhöbehandlung berufstätiger Mädchen.** Oscar Sprinz.
- Ueber Färbung von Fadenpilzen in der Oberhaut.** Paul Unna jun.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrgang, Nr. 3.**
- Strahlenbehandlung und Nachkommenschaft.** Eugen Fischer.
- 1068. Klinische Studien über Schlaf und Schlafmittel.** Adolf Friedemann.
- Ueber die Indikationen zur Blutreaktion auf Syphilis.** A. Stühmer.
- 961. Ueber medikamentöse Blutstillung in der Geburtshilfe und Gynäkologie.** Wilhelm Liepmann.
- 1057. Grippe und Tuberkulose. Schwalm**
- Zur Behandlung der doppelseitigen Lungentuberkulose mit Pneumothorax und Phrenikusexhairese.** Lasar Dünner und Albrecht Heilborn.
- 1020. Behebung der Schwierigkeiten bei der Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber.** Hans Pulfer.
- Zur Behandlung und Nachbehandlung der Adnexentzündungen, Peri- und Parametritis.** Karl Abel.
- Tierexperimentelle Studien über Dionin.** Ernst Joel.
- Ueber sogenannte Pseudoperitonitis und Pseudoileus.** P. S. Babitzki.
- 1036. Behandlung chronischer Entzündungen des Mastdarms durch Argentum-Kolloidstäbchen (Partagon).** Max Schreuer.
- Generalisierte Urtikaria nach Wespenstich.** H. Mühlpfordt.
- Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenheilk.), Leipzig, 107., Heft 5/6, Januar 1929.**
- 990. Lues nervosa.** F. H. Lewy.
- 989. Wassermannreaktion und Lues nervosa.** E. Littauer.
- 991. Frühdiagnose derluetischen Pupillenstörung.** L. S. Last.
- 993. Latente Lues bei posttraumatischen Beschwerden.** Stephan Weisz.
- Epileptischer Anfalls- und Ausnahmezustand.** Hanns Ruffin.
- Erbgang der Dystrophia musculorum progressiva.** Wilhelm Weitz.
- Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 162., Heft 3 und 4.**
- Gasstoffwechsel als Maß der körperlichen Leistungsfähigkeit; Untersuchungen beim Emphysem, chronischer Bronchitis und Asthma bronchiale.** Robert Herbst.
- 1030. Beiträge zur Kenntnis und Messung der diabetischen Azidose.** A. Wt. Elmer und M. Scheps.
- Therapie der perniziösen Anämie, unter besonderer Berücksichtigung der Milzexstirpation.** Hanna Meinertz.
- Entstehung der Thrombose bei Polyzythämie nach Phenylhydrazinbehandlung.** Imre Barta.
- Untersuchungen über das menschliche Venensystem; die hereditäre Aetiologie der Bein-Phlebektasien.** Friedrich Curtius.
- Klinische Bedeutung der Ellipsenform der Erythrozyten.** Hans Günther.
- Frage der agranulozytären Erkrankungen.** A. A. Tschistowitsch.
- Nephropathia acuta sine albuminuria (zur Kenntnis der Bedeutung der mikroskopischen Harnuntersuchung für die Diagnose).** Hakan Wickbom.
- Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 162., Heft 5 und 6.**
- Gasstoffwechsel als Maß der körperlichen Leistungsfähigkeit.** Robert Herbst.
- Behandlung der akuten fibrinösen Pneumonie mit spezifischem Serum.** v. Voithenberg.
- 1023. Tetraiodphenolphthaleinbilirubinämie.** A. v. Czike.
- 1019. Blutsatz bei verschiedenen Anämien und die Beeinflussung desselben durch die Behandlung mit Bluttransfusion, Salvarsan, Arsen, Eisen und Leberdiät.** N. S. Belonogowa.
- Untersuchungen über das menschliche Venensystem; die allgemeine, ererbte Venenwanddysplasie (Status varicosus).** Friedrich Curtius.
- 1017. Thyreotoxikose mit spinalen Symptomen.** Werner Burger.
- Chemische Wärmeregulation bei der Fettsucht (zugleich Beitrag zur Frage ihrer Genese).** Robert E. Mark.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jhrb. f. Kdhk.), Berlin, 73., Heft 1/2.**
- Lebertherapie bei Skorbut (tierexperimentelle Studien).** H. Aron, H. Hirsch-Kaufmann und E. Schädlich.
- Zur Bestimmung des Grundumsatzes im Kindesalter.** Z. v. Bokay.
- 1065. Ueber die Wirkung der Röntgentiefenbestrahlung auf gewisse Formen der Lungentuberkulose bei Kindern.** Z. v. Bokay.
- Das Fleckfieber bei Kindern (600 Fälle).** A. Koltypin.
- Röntgenologische Untersuchungen des Herzens im Kindesalter.** H. Lehmkuhl.
- Atypische Koli und Milchinfektion.** G. Abraham.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 1.**
- 1047. Ueber den phthisischen Reinfekt der Lungen.** L. Aschoff.
- Ueber den Tätigkeitsstoffwechsel des Nerven.** Otto Meyerhof.
- Untersuchungen zur Aetiologie und Pathologie des Gelbfiebers.** Max H. Kuczynski.
- Zur Klinik des Gelbfiebers.** Paul Jungmann.
- 1022. Ueber die Behandlung der Erythrämie mit einem Milzpräparat.** L. Lichtwitz und W. Francke.
- Morbus Basedowii und perniziöse Anämie.** E. Meulengracht.
- 1011. Das anämische Zungenphänomen, ein wichtiges Frühsymptom der arteriellen Luftembolie.** Q. Liebermeister.

Ueber die sekretorische Konzentrationsarbeit der Niere und ihren Mechanismus. Rudolf Höber.

Hyperthermie durch Tetrahydronaphthylamin und Blutleukozyten. O. Rosenow.

Multiple Fettembolien des großen Kreislaufes. Hellmuth Oppenheimer.

Ueber die Arthritis urica. S. J. Thannhauser.

Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 2.

Einige neue Ergebnisse der epidemiologischen Forschung. F. Neufeld.

Weitere Beiträge zur Bartonella muris ratti, ihre Übertragung auf weiße Mäuse und eine eigene Bartonella muris musculi n. sp. bei splenektomierten weißen Mäusen. Viktor Schilling.

Untersuchungen zur Ätiologie und Pathologie des Gelbfebers. Max H. Kuczynski.

Ueber die Beziehungen zwischen Ammoniakzahl und pH im Harn von Herzkranken. Hans Perger.

Zur Frage der Existenz einer histaminähnlichen Substanz beim Zustandekommen des Dermographismus. Heinz Kalk.

Ein neuer Kohlehydratersatz zur Diabetesbehandlung. E. Kaufmann.

Untersuchungen zur biologischen Wirkung des aktiven Eisenpräparates Siderac. L. Fresenius und K. Harpuder.

Die Ultraviolettherapie des kindlichen Ekzems. Kurt Hulschinsky.

Untersuchungen über Beziehungen der Dünndarm-Kolibesiedlung und der Lebertherapie bei perniziöser Anämie. H. Adler, F. Sinek und F. Keimann.

Biologie und Färbung der Spirochaeti pallida. S. Bergel.

Erwiderung. C. Stern.

Abhängigkeit des Vagustonus von der Adrenalinämie. G. Viale.

Zur Kenntnis des Hyperizismus. W. Hausmann und F. Zaribnicky.

Ueber einen Fall von vorübergehender Atemlähmung bei Tabes dorsalis. A. Schüler.

Klinik und Ätiologie der Kontaktneurosen. F. G. v. Stockert.

Ueber Adovern, ein neues Herzmittel. Hertz.

Kolloidale Schwefelbäder und Schwefelmedikation in der Behandlung chronischer Gelenkleiden. W. Rödel.

Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 3.

Kropf und Jod. B. Breiter.

Ueber Hautreaktionen bei Applikation von verschiedenen Rhusarten. Hans Biberstein.

Physiologische und pathologische Bedeutung der parasympathischen Fasern in hinteren Rückenmarkswurzeln. Ken Kuré, Taro Sawatari und Ken Kawaguzi.

Untersuchungen über akute und chronische Morphinwirkungen. E. Grünthal und P. Hofer.

Ueber eine eigentümliche Form paroxysmal bradykardischer Anfälle. P. Uhlenbruck.

Zur Messung der Wasserstoffzahl des Harns. Fritz Mainzer.

Elektrokardiographische Beobachtungen bei Coma diabeticum. Heinz Taterka.

Eine neue Syphilisreaktion (MKR). Ernst Meinicke.

Zur Lösung des Problems der Blutgruppenvererbung. Berta Aschner.

Ueber die Möglichkeit von Koppelung der Blutgruppengene. Oluf Thomsen.

Erwiderung. K. H. Bauer.

Die Bedeutung des „inneren Kreislaufes“ für Kristalloide, speziell das Jodion. Werner Lipschitz.

Das Verhalten des Jodes in den Körpersäften nach Verflüchtung von Jodalkalien und Jodeiweiß. Georg Barkan und Wilhelm Leistner.

Der „innere Kreislauf“ des Jodids beim Menschen. Fritz Berger.

Lymphatische Reaktion am Blutblut bei Poliomyelitis anterior acuta. H. Simchowicz.

Vitamine und Säuglingsernährung. K. Scheer.

Der akute Rheumatismus. W. T. Talalajew.

Wochenschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psych.), Berlin, 71., Heft 1/2, Januar 1929.

Alexie. W. Misch und K. Frankl.

Optisches Halluzinieren. O. Ewald.

Kohlenoxydvergiftung. K. Pohlisch.

Wochenschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psych.), Berlin, 71., Heft 1/2, Januar 1929.

Ueber den Instinkt. L. R. Müller.

Tierblutbehandlung des Morbus Basedow. Arnold Zimmer und Wilhelm Fehlow.

Vakzinationstherapie des Febris undulans (Bacillus abortus Bang). H. Wendt.

Behandlung der Amenorrhoe mit Hormovar. A. Elsner.

Frage der Blutdruckerhöhung bei chronischer Bleivergiftung. Schnitter.

Tuberkelbazillen im Lichte einer neuen Färbungsmethode. Kast.

Frage der Blutgruppenänderung. E. Bahl.

Neue wärmebeständige Infusionsbürette. W. Pust.

Grippeprophylaxe. A. Reuter.

Vorschlag zur regelmäßigen gesundheitlichen Überwachung der Kapitäne, Schiffsoffiziere und anderer Personen. H. Wietfeld.

Klage des Sanitätsrates Dr. G. gegen E. wegen Beleidigung. A. Döderlein.

Frage der spezifischen Reaktion auf D-Vitamin mit Phosphorpentoxyd. H. Forscher und A. Hottinger.

„Arzt“ und Kassenarzt. Guido Möring.

Vererbung der Fistula auris bzw. auriculae congenita, zugleich ein klinischer Beitrag. J. Schüller.

Lungentuberkulose und Röntgenpraxis. H. Cramér.

Wochenschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psych.), Berlin, 71., Heft 1/2, Januar 1929.

Hirnrückenmarksflüssigkeit in der Dermatologie. W. Schönfeld.

Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung der Lues. Wilhelm Richter.

Arteriosklerose als Folge der Dauerausschaltung der Blutdruckzügler. H. E. Hering.

Intrakutane Pockenschutzimpfung in der Praxis. F. Gierthmühlen.

Anaphylaxie durch Bildung von Serum-Isoantikörpern nach wiederholter Transfusion gruppengleichen väterlichen Blutes. P. György und E. Witebsky.

Chirurgische Komplikationen der Dengue. Emm. Kondoleon und G. Joannides.

Kapillarmikroskopische Befunde bei Erythrocytosis crurum. Lars Nielsen.

Akute hämorrhagische Pankreasnekrose beim zweijährigen Kinde. Ernst Herzog.

Eklampsie in der gerichtlichen Medizin. Kunz.

Neue Methode der Harnuntersuchung auf Zucker, qualitativ und quantitativ. Dietrich Morek.

Ist Gonovitan eine Gonokokken-Lebendvaccine? F. Wolff und Blut.

Kann unser Versicherungswesen gründlich gebessert werden? Richard Bertelmann.

Der Nervenarzt (Nervenarzt), Jahrgang 2, Heft 2, Februar 1929.

1031. Phantomarm nach Plexuszerreißung. W. Mayer-Groß.

1038. Seelische Behandlung in der Klinik. H. Lottig.

1084. Röntgentherapie bei Hirn- und Rückenmarkstumoren. H. Higier.

1076. Psychogene Dermatosen. Th. W. Sack.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Schweiz. Arch. Neur.), Zürich, 23., Heft 2.

Die Basalganglien. S. Kodama.

1082. Mnestiche Störungen nach Hirntrauma. C. T. van Valkenburg.

Parasympathische Innervation der Skelettmuskulatur. August Meyer.

Frühkontraktur und Abwehrreflexe bei Zerebralparalysen. S. Dawidenkow.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 1, 1929.

Die Harnabsonderung in ihrer Abhängigkeit von physiologischen Faktoren. Leon Asher.

1025. Hepatose und Hepatitis. R. Roßle.

Ueber die Bedeutung der flüchtigen Gifte. H. Zangger.

1073. Zur Verbreitung und klinischen Bedeutung der Askaridenallergie. Otto Herzlich.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin-Charlottenburg, 12, 1928.

1096. Die Begutachtung Herzkranker vom röntgenologischen Standpunkte aus. F. Peltason.

1070. Kritische Uebersicht über die Methoden der Rachitisprophylaxe. L. Blumenthal.

Die Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. G. Tugendreich.

Aus der Begriffswelt der Reichsversicherungsordnung. Chr. Riedel.

Die Organisation der Berliner kommunalen Zahnpraxis.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin-Charlottenburg, 1, 1929.

1090. Die Versicherung der Mutterschaft im Lichte der sozialen Medizin. Joh. László.

1091. Die Lebenserwartung des Menschen. Georg Wolff.

Psychotherapie und Krankenkassen. Richard Sußmann.

Wandlungen in der Technik der Röntgenuntersuchung Lungenkranker. Peltason.

1089. Probleme der Eheberatung. Alfred Korach.

Aus der Begriffswelt der Reichsversicherungsordnung. Chr. Riedel.

Ueber Brücken und gestützte Prothesen als Zahnersatz. Alfred Raphaelsohn.

Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin, 30., Heft 2, 1928.

951. Röntgentherapie bösartiger Geschwülste an der Chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen. Walter Schmidt.

Die Strahlenbehandlung der Hypophysentumoren. M. Nemenew, Anna Jugenburg.

1100. Histologische Beobachtungen an acht vorbestrahlten Karzinomen des Collum uteri. W. Lahm.

Untersuchungen an sehr weichen Röntgenstrahlen (sogen. Grenzstrahlen). Boris Rajewsky, Gerhard Gabriel.

Die Dosierung der Buckyschen Grenzstrahlen mit dem Eichstandgerät. Hans Küstner.

Experimentelle Untersuchungen an der Froschzunge über die Wirkung verschiedener Strahlenarten auf die Gefäße. R. Motojima.

Ueber die Wirkung von Kathodenstrahlen auf Erythrozyten. W. Hausmann, W. E. Pauli.

Blau- und Rotlicht in der Dermatologie. Horst Günther Bode.

979. Röntgenbehandlung der Hauttuberkulosen. Sigmund Schönhof.

980. Ueber die Resultate der Strahlenbehandlung des Pruritus vulvae. Ivan v. Büben.

Zur kombinierten Trypaflavin-Injektions- und Höhensonnenbehandlung. Margot Hecht-Eleda.

Ermüdungserscheinungen an der Cadmiumzelle. Otto Kestner.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 25. Jahrgang, Nr. 22, 15. November 1928.

1046. Das „Frühinfiltrat“ im Beginn der Lungentuberkulose. H. Dorendorf.

Eigenhändig physikalische Behandlung treiben, ist der beste Weg zur Bekämpfung des Kurfuschertums. Hauffe.

1068. Ueber die Behandlung zuckerkranker Kinder im häuslichen Milieu. H. Hirsch-Kauffmann.

Die Diagnose der Knochengeschwülste. A. Hintze.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 25. Jahrgang, Nr. 23, 1. Dezember 1928.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer bei Augenerkrankungen. Silix.

1059. Magen-Darmkrankheiten des älteren Kindes. Schiff.

Tuberkulöser Gelenkrheumatismus. E. Melchior.

965. Ueber Kopfschmerzen nasalen Ursprungs. G. FINDER.

Die Diagnose der Knochengeschwülste. A. Hintze.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 25. Jahrgang, Nr. 24, 15. Dezember 1928.

Die Bedeutung der Leber für den Zuckerstoffwechsel. A. Bickel.

950. Die Aufgabe des Arztes bei frischen Bauchverletzungen. F. Schück.

964. Anzeigen und Erfolge der Mandeloperationen. Edm. Meyer.

Ueber Hochfrequenztherapie. A. Laqueur.

Das Denguefieber (Dandy fever). H. Dold.

Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenheilk.), 67., Heft 1/2, 1929.

Einige physiologische Probleme der menschlichen Tränenabflußwege. T. Triebberg.

941. Ueber die Myopie als eine konstitutionelle Veränderung. A. Inze.
Ueber Orbitaltumoren, ihre Diagnose, Prognose und Therapie. Stuelp.
Zur Kasuistik der seltenen Iriserkrankungen. O. A. Kaganowa.
Lanzentransfixion. A. Löwenstein.
Modifikation der Denigischen Schleimhautplastik. A. Löwenstein.
Physikalische Methoden der Behandlung der bandförmigen Hornhauttrübungen. J. Merkulow.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), Dresden und Leipzig, 21. Jahrg., Heft 2.

Ein Beitrag zur Frage der Herzsyphtis. Ida Hajoshi.

1040. Herzminutenvolumen in Ruhe und Arbeit nach der Johätyl- und Stickoxydulmethode. J. Kaup und A. Grosse (München).

Zeitschrift für Medizinbeamte (Z. Med.-Beamte), Berlin, Jahrg. 42, Nr. 2, 15. Januar 1929.

Zur ärztlichen Untersuchung der Motorfahrzeugführer. Lustig-Berlin.

1092. Rassenhygiene und Fürsorgeeinrichtungen. Rathmann-Potsdam.
Ein Beitrag zur Wasserversorgung Vorpommerns. Friedrich Pels-Leusden.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 118., Heft 2.

1078. Ueber propriozeptive Körperreaktionen in der topischen Hirndiagnostik. Stephan Weisz.

Zur Frage der Endzustände nach reaktiven Psychosen. Die Entwicklung postoperativer psychischer Invaliddität. J. N. Wwedensky.

1075. Jahreszeit und Psychose. Jakob Ratner.
Störung der Selbstwahrnehmung der Menstruation und der Blasenfunktion bei einer Kranken mit Hirntumor. Hans Ehrenwald.

1085. Ungewöhnliche Erscheinungs- und Verlaufsformen kindlicher Enzephalitis. Fritz von Bernuth.

1077. Konstitution und Motorik. 2. Zur Motorik der Schizophrenie. S. O. Jislin.
Unterschiede im Fieberverlauf der Impfmalaria und ihre Beziehungen zur Isoagglutination. Gottfried Engerth und Friedrich Stumpf.

Experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussbarkeit des Hirndrucks. Experimenteller. Hans Hoff.

Zwei von einander unabhängige Fälle von Myoplegia paroxysmatica periodica familiaris. Axel W. Neel.

Klinisch-anatomischer Beitrag zur Frage der Wilson-Pseudosklerosegruppe. L. Pines.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 52., 5.

1053. Grundsätzliches zur Thorakoplastik. H. Jessen.
Diagnose der Tuberkulose im ersten Lebensjahr. L. Bernard.

1048. Tuberkuloseinfektion und Tuberkulosevakzination. J. Heimbeck.
Statistische Erhebungen über die Erfolge von Lungenheilstättenkuren in der Ebene bei Patienten der R. f. A. S. Spiro.

1006. Ueber die Einwirkung von Kohlen- und Graphitstaub ohne Gesteinsbeimengung auf die Lunge. R. Hollmann.

Lungen- und Kehlkopftuberkulose in Preußen, im Ruhrkohlenbezirk und im Sauer- und Siegerland. F. Holtermann.

Rheumatismus der Schultermuskulatur und der Halswirbelgelenke als Tuberkulosemaske. R. Menzel.

Ueber neue Medikamente und Nährmittel für die Behandlung der Tuberkulose (Bericht über das Jahr 1927). G. Schröder.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 52., 6.

1055. Ueber Behandlung der Lungentuberkulose mit den neueren Goldpräparaten. A. Fischer.

Ueber die Widerstandsfähigkeit der Haut gegen die Tuberkelbazillen im Experiment. Podwysotskaja und Linnikowa.

1050. Die sogenannte idiopathische Pleuritis exsudativa tuberculosa. M. Häutemann.
Zu Rankes Allergielehre. H. Rieckenberg.

Der Einfluß der Röntgenbestrahlung auf die Intensität der Tuberkulinhautreaktionen. Abramowitsch und Rabuchin.

1066. Ermittlungen über die Infektionsquelle bei Todesfällen an Meningitis und Milchartuberkulose im Kindesalter. E. Frantz.

Ueber das Verhalten der Blutplättchen nach verschiedenen therapeutischen Verfahren. L. Vayda.

Wie wirken die Solbäder? A. Bretschneider.

Ueber die Wirkung des spezifischen Tuberkuloseschutz- und Heilmittels nach Arima und Aoyama im Tierversuch. R. Arima.

Bemerkung hierzu. Th. J. Bürgers.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 6, 9. Februar 1929.

953. Periarethritis chronica fibrosa bei der Frau. Nürnbergberger.

Defekt und Insuffizienz der Harnröhre. Frankel.

Goeblische Operation zur Beseitigung der Inkontinentia urinae. Cramer.

Technik der Inkontinenz-(Fistel-)Operation bei großen Defekten der Urethra. Joachimovits.

Operative Heilung großer Blasenscheidenfisteln. Zangemeister.

Pilokarpinschädigungen bei postpartaler- und postoperativer Harnverhaltung. K. Mayer-Berlin.

Spätschädigung der Harnblase nach Radiumbehandlung. Rulle.

Behelfsmäßige zystoskopische Darstellung von Blasenscheidenfisteln. Ottow.

Sonderbare Steinbildung in den Harnwegen. Kaiser.

Ureterknötung. Maluschew.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 7, 16. Februar 1929.

955. Unvollkommene Desquamation der Uterusschleimhaut usw. Lahm.

960. Spätblutungen im Wochenbett. Beckmann.

Eklampsiebehandlung. Engelmann.

Einleitung der Geburt nach Stein. Widera.

Plasmazellinfiltrate bei gonorrhoeischen Salpingitiden. Joachimovits.

Uterusrupr in alter Kaiserschnittnarbe. Süßmann.

Bedeutung der Frauenkunde für die Sozialversicherung. M. Hirsch.

Hirntumor und Schwangerschaft. Bickenbach.

Fälle von Scheidenplastik nach Schubert. Maluschew.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 49., 50.

1021. Leberbehandlung der perniziösen Anämie. Greinacher.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 49., 51.

1043. Angina pectoris. Schneider.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 49., 52.

Tachagan. Volmer.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50., 1.

Radiologenkongreß in Stockholm.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50., 2.

1008. Fernresultate einer Genickstarrepidemie. Wodarz.

Zeitschriften in nordischen Sprachen

Acta chirurgica Scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, Vol. LXIV, Fasc. V.

Leberzyste. R. Faltin.

Einiges über die Röntgenaufnahme von Diaphysenfrakturen an den Extremitäten. Bertel Bager.

Ueber zwei Fälle von Splenomegalie mit Bluterbrechen, durch Splenektomie geheilt. Hugo Ahlborn.

946. Ueber die Resultate nach Magenresektion wegen Magenkrebs. Alfred Pers.

948. Der Wert der Röntgendiagnostik beim Kolonkarzinom. Axel Renander.

Ueber einen Fall rachitischer Deformität beider Oberschenkelknochen. Ekkert Petersen.

Ueber einige Formen von solitären Nierenzysten, deren Genese auf Störungen der dualistischen Nierenentwicklung zurückgeführt werden kann. Ali Krogius.

Ein Fall von Ostitis fibrosa mit multiplen fibromyxomatösen Muskelumoren. Ali Krogius.

Acta Paediatrica (Acta paed.), S. H. 3, 22. Dezember 1928.

Klinische Betrachtungen zu einigen Herpes-zoster-Problemen. Arvid Wallgren.

Ueber das Babinskische Phänomen und über verwandte Reflexe im jüngsten Kindesalter. M. de Bruin.

1054. Ueber proliferative Formen der Tuberkulose bei Anwendung der B.C.G.-Vakzine. Nikolaus J. Spyropoulos.

Zur Kenntnis des Magen- und Duodenalgeschwürs bei Kindern. Nils Berglund.

Klinische Versuche über Ersatzmittel für Lebertran bei der Prophylaxe der Rachitis. I. Jundell.

Ueber histologische Organveränderungen nach Lebertranmedikation. Nils Malmberg.

Eine einfache Anordnung zur Bekämpfung familiärer und nosokomialer Infektionen. J. Jundell.

Tetanie und Azidose. Antwort an Herrn Prof. Dr. P. György. Paul Drucker.

Acta Radiologica (Acta radiol.), Stockholm, Fasc. 4, Nr. 51.

956. Beitrag zum Studium der Störungen nach Röntgenmenopause. A. Eghayan.

945. Massiver atelektatischer Kollaps der Lunge. I. R. Sante.

Angeborene Thoraxzysten und Lungendeformitäten im Röntgenbild. P. Flemming Moller.

Wärmeerzeugung durch hochfrequente Radioströme. Aöbert Seeland.

Der Röntgendosiszähler Mecapion, seine Verlässlichkeit und Konstanz. Siegmund Strauß.

Der Manometer, ein Hilfsmittel zur Erzielung scharfer Röntgenbilder respiratorisch beweglicher Organe. Hugo Laurell.

Bericht über radiologische Fälle aus dem Radiumhemmet. E. Berven.

J. Heyman.

Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Läkaresällsk. Hdl.), Helsingfors, Januar 1929.

Die Sozialneurosen des Kindesalters. Ellis Lövgren.

Die Histologie und die endokrine Funktion der Eierstöcke. J. Chydenius.

1033. Zur Frage der Prognose und Behandlung der ischämischen Lähmung. Rancken.

Die rhythmische Gymnastik. D. Rancken.

Bericht über die Tätigkeit des Vereins der Augenärzte Finnlands während des Jahres 1928.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, 96., H. 2, Januar 1929.

1069. Studien über das sogenannte unterernährte oder minderwiegende Schulkind. Gustav Nylin.

Reiseberichte (Internationale Vereinigung gegen Tuberkulose, Rom, und Kongreß im Institut für Prophylaxe, Paris). Robert Hansen.

Zeitschriften in englischer Sprache

Archives of Internal Medicine (Arch. int. Med.), Chicago, 42., Nr. 6.

Erzeugung von Nierenschädigung bei der weißen Ratte durch Nahrungseiweiß (Abhängigkeit der Schädigung von der Dauer der Verfütterung und von der Menge sowie der Art des Eiweißes). L. H. Newburgh und A. C. Curtis.

Generalisierte granulomatöse Lymphadenitis mit diffuser progressiver Fibrose der Lungen. Charles L. Connor.

Experimentelle urämische Enteritis. M. H. Streicher.

Übersicht über die technischen Methoden zur Demonstration der Herzkirkulation. Merrit B. Whitten.

Allergie, Blutkalium und Magensaftanalyse. Leo H. Crip und William S. McElroy.

Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung von gewöhnlicher Kost und von Standarddiäten auf die Dextrosetoleranz. J. Shirley Sweeney.

Harnstofftoleranzprüfung als Nierenfunktionsprobe. S. Edward King.

Agranulozytose und der agranulozytäre Symptomenkomplex. William C. Hueper.

Kreatinaufnahme, Verwertung und Ausscheidungsgeschwindigkeit bei arthritischen und gesunden Individuen. F. A. Cajori, L. M. Wright und Eleanor Stiltz.

Einfluß des Serum Gesunder und Anämischer auf das Wachstum von Pflanzenkeimlingen. Love Barnett Upjohn, Raphael Isaacs und Felix O. Gustafson. Gallensäuren beim Ikterus. Ichiro Katayama.

Verteilung des Blutzuckers zwischen Blutkörperchen und Plasma bei der diabetischen und alimentären Hyperglykämie. Michael Somogyi.

Einwirkung von Nebenschilddrüsenextrakt auf gewisse Faktoren bei der Oedementstehung. Abraham Cantarow und Burgess Gordon.

ives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. Physic. Ther.), Omaha, Vol. 9, Nr. 10, 1928.

Operation mit chirurgischer Diathermie. Grant Eben Ward.

Sechsjährige Erfahrung mit Diathermiebehandlung der Pneumonie. Harry Eaton Stewart.

Die Gefahren der Fettsucht. J. C. Elsom.

Behandlung der Knochen- und Gelenkerkrankungen. Frank H. Walke.

Vorteile der Ultraviolettbehandlung bei Hautkrankheiten. Claude B. Norris.

Infektion der Gallenwege, ihre medikamentöse und physikalische Behandlung. Harold M. Johnson.

Phototherapeutische Tatsachen und Irrtümer. Joseph O. Waddington.

tin of the Johns Hopkins Hospital (Bull. Hopkins Hosp.), Baltimore, 43, Nr. 2, August 1928.

Hereditärer Faktor bei einigen Erkrankungen des hämatopoetischen Systems. Humphry Rolleston.

Elektrokardiogramm von isolierten Streifen der Kammermuskulatur des Säugtierherzens. Helen B. Taussig.

Wasserstoffionenkonzentration gewisser Pufferlösungen, in denen das Hühnertumorstadium seine Aktivität behält. Margaret Reed Lewis und Leonor Michaelis.

Hauptkennzeichen der Karzinomzellen in vitro. Albert Fischer.

tin of the Johns Hopkins Hospital (Bull. Hopkins Hosp.), Baltimore, 43, Nr. 4, Oktober 1928.

Struktur und Funktion der Niere bei Lophius piscatorius. E. K. Marshall und Allan L. Grafflin.

Schwelle bei elektrischer Reizung der motorischen Rinde narkotisierter Säugtiere. Sarah Sheldon Tower.

Gonokokken im Lymphknotengewebe bei chronischer infektiöser Arthritis. Claude E. Forkner.

tin of the Johns Hopkins Hospital (Bull. Hopkins Hosp.), Baltimore, 43, Nr. 5, November 1928.

Endemischer Kropf bei Kaninchen; Häufigkeit des Vorkommens und Symptome. Thomas A. Clawson, M. Cresney und Bruce Webster.

Wärmeerzeugung bei kropfigen und nichtkropfigen Kaninchen. Bruce Webster, Thomas A. Clawson und Alan M. Cresney.

Wirkung der Jodverabfolgung beim endemischen Kropf der Kaninchen. Bruce Webster und Alan M. Cresney.

mal of Infectious Diseases (J. Inf. Dis.), Chicago, Nr. 5, 1928.

Bildung von Histamin, Tyramin, bronchospastischen und arteriospastischen Substanzen in Blutbouillon durch Bakterienreinkulturen. K. K. Koessler, M. T. Hanke und M. S. Shepard.

Stoffwechsel von Leishmania tropica. A. I. Salle und L. A. Schmidt.

Intranasale Infektionen bei Kaninchen mit Influenzabazillen. J. E. Walker.

Bakterien in Lungenabszessen und Bronchiektasen. L. H. Ermattinger.

Fehlen der Infektiosität in filtrierten Urinen von Diabetikern. O. H. Ettinger und O. B. Reed.

Wirkung von Bakteriophagen auf psychrophile Bakterien. A. L. Elder und F. W. Tanner.

Schleimbildender Organismus in eiternden Wunden von mit Vitamin-A-armer Diät ernährten Ratten. W. L. Bradford.

Biologische und serologische Studien am Streptococcus cardioarthritidis. W. A. Kreidler.

Schätzung der Diphtherietoxingiftigkeit in vitro. A. Locke und E. R. Main.

Aetiologie der Dermatitis bei pellagrakranken Ratten. W. D. Salmon, I. M. Hays und N. B. Ouerrant.

Beobachtungen am Kaninchenschnupfen. F. R. van der Caar und K. J. Kilgeriff.

Sensibilisierung und Immunisierung gegen experimentelle Pest mit Bakteriophagen. A. Compton.

Das Proteushämolyisin. J. F. Norton, E. Verder und C. Ridgway.

Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, Vol. XIV, Nr. 4.

Morphinmedikation zur Methodik protrahierter Asphyxie. Felix P. Chillingworth und Attilio Canzanelli.

Die Stellung des fortschrittlichen Arztes zu Sektionen. Ralph G. Mills.

Der Einfluß längerer Lagern auf chemische und antiseptische Eigenschaften von Silber-Elweiß-Lösungen. H. Wales und C. M. Brewer.

Der Ausfall des Hypophysenhinterkernes bezüglich Einwirkung auf den Grundstoffwechsel und den spezifisch-dynamischen Wert der Nahrung beim normalen Individuum. Morris E. Missal und Margaret Woodwell Johnston.

Untersuchung über osmotischen Druck und Wasserstoffionenkonzentration in Gentianaviolett- und Akriflavinflösungen mit Bezug auf ihre Haltbarkeit und ihren therapeutischen Wert. S. C. Vandecaveye.

Gewichtssveigerung durch Insulin. James J. Short.

Einstellung eines Standardantigens zur Präzipitinreaktion für Syphilis mit vergleichenden Resultaten von 3000 Sera. H. W. Rutler.

Die Konstitution des Neoparsphenamins. B. Salheim.

Hämagglutination im Hühnerblut. Warner M. Karschner.

Untersuchungen zur toxikologischen Chemie. Viktor E. Levine und Charles C. Fulton.

Eine neue Methode zur Aufzeichnung minimaler Fluktuationen von Flüssigkeiten in Kapillarröhrchen ohne Schwimmer. Maurice Myschat.

Bemerkung zur Antigenstandardisation für die Komplementbindungsreaktion bei Syphilis. A. Schaible.

944. Vergleich der Ergebnisse von Meinicke-, Kahn- und Wassermann-Reaktion. Hester A. Austin und Margaret M. Frey.

Schnellfärbung für direkte mikroskopische Milchuntersuchung. Norris M. Erb.

Die „White-Färbung“ für Negrische Körperchen. S. W. Bohls.

Statistische Untersuchungen über Diabetes. R. A. Kilduffe.

The Journal of Oriental Medicine (J. Orient. Med.), Dairen, Vol. X, Nr. 1.

Kindliche Ruhr in der Mandschurei, insbesondere über die bazillären Formen und über Blutbefunde. N. Hoshi.

Untersuchungen über die Beziehung zwischen den dispositionellen Unterschieden tuberkuloseempfindlicher Tiere und der Phagozytose ihres Blutes. S. Shibuya.

Ueber Zystoradiographie mit besonderer Berücksichtigung der Nierentuberkulose. J. Ogata.

1032. Ueber den klinischen Erfolg des Trypaflavins gegen Rheumatismus und seinen Einfluß auf die Phagozytose. E. Norioka.

Ueber Splenomegalien mit dem sogenannten Bantischen Symptomenkomplex. T. Itoh.

The Journal of Urology (J. of Urol.), Baltimore, 20., Heft 2.

Ansprache des Präsidenten auf dem Kongreß der Amerikanischen Urologischen Gesellschaft. Chicago, Juni 1928. 25 Jahre später. Richard F. O'Neil.

Die chirurgische Pathologie der Mißbildungen von Nieren und Harnleitern. James E. Davis.

999. Das anscheinende Verschwinden von Lungenmetastasen in einem Falle von Hypernephrom nach der Nephrektomie. Hermon C. Bumpus, Jos.

Traumatische Nierenruptur. Kasuistik. Augustus Harris.

998. Nebennieren und Nierenheterotopie. Kasuistik. Harold D. Caylor.

Papilläres Nierenkarzinom mit Zystenbildung von über 8 l Inhalt. George F. Cahill und Harold H. Gile.

1002. Schleimdrüsen in der Schleimhaut der Harnblase. Bericht über 2 Fälle. Leo Edelman.

997. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Urologie. Heinrich L. Wehrbein.

1000. Periostitis und Ostitis der Symphyse sowie des absteigenden Schambeinastes nach suprapubischer Blasenfistel. Edwin Beer.

1003. Der Wert von Einspritzungen in das Vas deferens bei chronischen Genitalinfektionen auf Grund einer Serie von 75 Fällen. Theodor Baker.

985. Vergleichung der Ergebnisse bei der Behandlung der akuten gonorrhöischen Epididymitis nach verschiedenen Methoden. Eric Stone.

984. Exostosen am Kalkaneus als Folge gonorrhöischer Infektionen. H. Knig Wade.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5497, 5. Januar.

Die Strahlenbehandlung vom chirurgischen Standpunkte. H. Sampson Handley.

Der Blutdruck bei afrikanischen Eingeborenen. C. P. Donnison.

Radiumtherapie des Mundhöhlenkrebses. Stanford Cave.

Diät und peptisches Geschwür beim Meerschweinchen. H. E. Magee.

W. Anderson und J. McCallum.

962. Ueber die schwere Schwangerschafts- und Wochenbettanämie. William Evans.

Appendizitis, andere Erkrankungen vortäuschend. Charles Flander und J. Campbell Gilroy.

Ueber Darmwaschungen. V. M. H. Rendall.

Submuköse Injektionen mit Chinin-Urea hydrochl. bei Hämorrhoiden. Christofer Howard.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5498, 12. Januar 1929.

Die „Fallgruben“ in der Diagnose der Lungentuberkulose. S. Vere Pearson.

Perorale Endoskopie. V. E. Negus.

Harnproteine in Nephrose, Schwangerschaft und Myelomatose. L. F. Hewitt.

Der Mechanismus des Adams-Stokesschen Syndroms. H. L. Heimann.

Quieszenz von bestrahlten Tumorzellen. Helen Chambers und S. Ruß.

Traumatische Milzruptur. J. Durlabh Dhruv.

Aktinomykose des Wurmfortsatzes. P. M. G. Sinclair und C. C. Dyke.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5499, 19. Januar 1929.

1044. Myofibrositis, andere Erkrankungen vortäuschend. G. R. Murray.

1013. Segmentale Hyperalgesie und Hämoptoe. A. I. G. McLaughlin.

959. Schwangerschaft, Kropf und Basedow. H. Gardiner Hill.

Lymphome der Orbita. R. S. Wright.

Bestimmung des Bleigehaltes der Gewebe bei bleibehandelten Menschen und Tieren. W. J. Dilling und W. Blair Bell.

Fall von Urämie, akuten Darmverschluß vortäuschend. L. Cole.

Chronische Psychose und ovarielle Dysfunktion. A. Danby und Kathleen Sykes.

Blutzuckerbestimmung beim diabetischen Koma. Philipp Bayer und A. V. Neale.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5500, 26. Januar 1929.

Wunde Finger und andere Trivialitäten. R. Kenn.

Tonsillektomie bei chronischer Arthritis. A. B. Pavay-Smith.

Pemphigus neonatorum. T. H. C. Benians und Bertram H. Jones.

Passive Immunisierung bei Scharlach. Alexander Joe und R. Swyer.

Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei Lungentuberkulose. R. R. Trail und Doris M. Stone.

Fall von Aneurysma dissecans der Aorta. C. V. Patrick und John P. Tylor.

Uterusruptur. E. A. Gerrard.

Familiäre hämolytische Iktereanämie. C. Van Dijke und A. Piljer.

The Lancet (Lancet), London, 216., 5501, 2. Februar 1929.

Ueber Lysozyme. Alexander Fleming.

Die akute Meningoenzephalitis des Kindesalters. R. Brain und D. Hunter.

Pemphigus neonatorum. F. Collins und H. Campbell.

Fall von Hirnhämorrhagie bei einem gesunden Kinde. G. Halden und H. Le Marquand.

Maligne Endokarditis der Trikuspidalis. A. Scott Pinchin und H. Morlock.

The Lancet (Lancet), London, 216., 5502, 9. Februar 1929.

Die Rolle der Blutplättchen in der Pathogenese der Anaemia splenica. W. Howell Evans.

- Die Lokalanästhesie in der Chirurgie des oberen Abdomens. C. A. Pannet.
Hypertrophie der distalen Partie des Ileums. R. McKinlay.
Kretinismus, Diabetes und Schwangerschaft. J. Witts.
Eine Serie von Monstren. Joan Parry.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 12, 1928.**
Suprapubische Prostatektomie. S. Pugh.
Dermoide des Thorax. R. Williams.
1074. Diabetes. W. H. Porter.
Röntgen bei neurozirkulatorischen Erkrankungen. B. Philips.
1071. Behandlung des Ulcus pepticum auf der Basis seiner Aetiologie. W. Lipschutz.
1024. Klinische Bewertung der Leberfunktionsprüfungen. V. Knapp.
1016. Physikalische Therapie bei manchen Zuständen des hohen Alters. R. Kovacs.
Physikalische Behandlung der Arthritis. M. Herring.
Elektrodesikation zur Entfernung der Mandeln. W. T. Power.
Bellische Lähmung. W. Martin.
Strahlentherapie bei Geisteskranken. Allen Jackson, R. Chamberlain.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 2, 1929.**
Der inkompetente und der habgütliche Arzt. O. B. Lake.
1035. Interkostalneuralgie der Abdominalwandung. J. B. Carnett.
Hämochromatose bei Pankreaskarzinom. G. R. Critchlow.
Entwicklung der Sprache. J. A. Glaburg.
1097. Kosten der Leistenbrüche. I. Mayer.
Pathogenese und Proteinausnutzung bei Diabetes. W. H. Porter.
Puerperale Morbidität und Mortalität. P. Brooke Bland.
Die Untersuchung gynäkologischer Patienten. T. Dannreuther.
957. Weibliche Sterilität. C. Maser, J. Hoffman.
Aberglauben bei Schwangerschaft. M. T. Macklin.
- The New England Journal of Medicine (New England J. med.), Boston, Nr. 24, 13. Dezember 1928.**
947. Spätkintussuszeptionen des Darms in den Magen. W. White, R. Jankelson.
O-Jodoxybenzoesäure bei Arthritis. A. G. Young.
Chirurgische Behandlung des Ulcus pepticum. G. A. Moore.
Bakterielle Endokarditis bei Kindern. M. Lawson, S. Palmer.
Mispeln gegen Hypotension. P. O'Hare, H. Hoyt.
- The New England Journal of Medicine (New England J. med.), Boston, Nr. 25, 20. Dezember 1928.**
Gutartige Läsionen des Cervix uteri und ihre Behandlung. E. Phaneuf.
Frühzeitige Trennung einer normalen Plazenta. W. O'Connor.
Serumbehandlung der Pneumokokkenpneumonie (Typ I). T. Lord.
1014. Mumpsorchitis und Sterilität. P. Twinem.
- The New England Journal of Medicine (New England J. med.), Boston, Nr. 26, 27. Dezember 1928.**
Ein dumpfes Herzgeräusch bei Kindern. S. Palmer, D. White.
Anurie nach Beckenabszß. C. Clifton, B. Landry.
958. Analyse von 370 Todesfällen bei Primiparis. Mary F. de Kruij.
1009. Paroxysmales Kopfweh. W. McClure, E. Huntzinger.
Azidosis und Alkalosis. L. Gamble.
- The New England Journal of Medicine (New England J. med.), Boston, Nr. 1, 3. Januar 1929.**
1039. Erfahrungen mit chronisch Herzkranken. M. Spear.
1093. Beschäftigungen für erwachsene männliche Herzkranken. C. Raymond.
1094. Beschäftigungen für erwachsene weibliche Herzkranken. L. Fletcher.
1095. Heimverhältnisse bei chronischen Herzkranken. B. Upton.
Deformität bei infantiler Paralyse. R. McAusland.
Fibroidtumoren des Uterus. W. Jameson.
1072. Behandlung des Erysipels. C. Tappan.
- Oriental Journal of diseases of infants (Orient. J. Dis. Inf.), Kyoto, 4. November 1928.**
Ueber latenten Verlauf von tuberkulösen Lungenkavernen beim Säugling. T. Suzuki.
Leberfunktionsprüfungen bei dysenteriekranken Kindern. S. Takeda.
Ueber Milchsäuremengen im Liquor cerebrospinalis. K. Nishida.
Ein Fall von Darmtuberkulose, der Dysenterie vortäuscht. H. Yamashita.
Ein Fall von Colon mobile, der Amöbenruhr vortäuscht. J. Iio.
Beziehungen zwischen dem Alter und dem Einfluß von Dysenterietoxin auf den Hasendarm. K. Suzuki.
- ### Zeitschriften in französischer Sprache
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 11, 1929.**
Paralytischer Ileus im Wochenbett. R. de Ouchtenecre.
Die therapeutische und diagnostische Dorsalpunktion syringomyelitischer Höhlen. Jiri Vitek.
Ueber die angebliche Beziehung zwischen Krebs und Rasse auf den britannischen Inseln. Eugène Pittard.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 12, 1929.**
Die Antituberkuloseimpfung mit dem B. C. G. P. Nélis.
Grundlagen der Diagnostik bei Syphilis der Verdauungsorgane. R. Bernard.
943. Der Nutzen bakteriologischer Untersuchungen im Scheidensekret von Schwangeren. Léon Bertrand.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 13, 1929.**
Fortschritte in der Diagnose und der Behandlung der Erkrankungen der Gallenblase. L. Mayer.
1057. Atresie der Valvula ileo-caecalis bei einem Neugeborenen. Paul Pastiels.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 14, 1929.**
Die Behandlung des Genitalprolapses bei älteren Frauen mittels ausgiebigen vaginalverschlusses. René Crousse.
Eindrücke von der Organisation des Gesundheitsdienstes von Angola. Trolli.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 15, 1929.**
949. Nierenresektion. A. J. Scholl und Jean Verbrugge.
- Uterusruptur und Placenta praevia. A. van Cannenberghe.
Zur Frage des Chinidingebrauchs. Camille Lian.
- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 16, 1929.**
Ovarielle und testikuläre Ueberpflanzungen. Latis Bey.
Die Diagnose der Syphilis des Nervensystems. R. Bernard.
Ein neues „Cervicotom“. Vanderzypen.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris, Nr. 47a, 1928.**
Gelenksyphilis. Ch. Achard.
Fraktur der Metatarsen. Hartmann.
1037. Billäre Askaridiose. Noël Fissinger.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris, Nr. 47, 24. Februar 1929.**
Purulente Bronchorrhöe bei einer alten Gasvergiftung. Sergent.
Die Behandlung der Lungengangrän. Bezançon.
1052. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose vom Pneumothorax zur Thorakoplastik. Philipp Czaczkes.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 1, 5. Januar 1929.**
Die Tuberkulose 1929. Lereboullet, Lelong.
1051. Das Syndrom der Retraction bei der Lungentuberkulose. Bezançon, Braun, Destouches.
Der Oleothorax. Courcoux, Biedermann.
1045. Massive und disseminierte Form der tuberkulösen Pneumonie. Ribadeau-Dumas, Rouqués.
1049. Thoraxkontusion und Tuberkulose. Pilod.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 2, 12. Januar 1929.**
Die filtrabeln Elemente des Tuberkelbazillus, ihre Rolle bei der Heredität und Infektion. J. Valtis.
Die Immunitätsreaktionen bei Scharlach. F. Coste, Petric.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 3, 19. Januar 1929.**
Die Dermatologie 1929. G. Milian, L. Brodier.
973. Bukklinguale Urtikaria. H. Gougerot.
Behandlung des Lupus erythematoses mit Wismuth. J. Nicolas, I. Lacassagne, J. Rousset.
970. Reaktionen des Organismus beim Ekzem. H. Jausion, P. Cot.
Ein Fall von Zona contagiosa. Michaud.
Behandlung der Zona. G. Milian.
Behandlung der Pyodermiden. Lotte.
Parakeratosen, Ekzematoide, Seborrhoide. Veyrières.
Ologenismus. G. Montandon.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 4, 26. Januar 1929.**
Bestrahltes Ergosterin und Vitamin D. L. Tanret.
Tumor des rechten Gehirnvventrikels. S. Livierato, F. Cosmettatos.
Funktionelle Leberprüfung durch die künstliche Hyperbilirubinämie. Kleinknecht und C. Dreyfus.
Neoplastische Appendizitis. A. Schwartz.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 5, 2. Februar 1929.**
Das Sternbild beim Magenulkus. Carnot, Dioklès.
Behandlung der Arteritis obliterans durch Röntgen. Delherm, H. Beau.
1099. Die radiologischen Aspekte der Bronchiendilatation. Duhem.
Systematische Röntgenuntersuchungen der Lungen bei klinisch Gesunden. J. Quivy.
1098. Interpretation des Röntgenfilms. J. Thoumas.
Lipodiagnostik der Sterilität bei der Frau. Ledoux-Lebard, C. Bécîère.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 6, 9. Februar 1929.**
1034. Evakuationsstörungen bei gastrischer Ptose. L. Timbál.
1010. Ophthalmische Migräne. Didabury.
Umschriebene Pleuritis bei latentem Aneurysma der Aorta thoracica descendens. D. Zanlier.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 99, 1928.**
Ueber den Einfluß der Ablatio des Ganglion cervicale superior des Sympathikus auf den traumatischen Diabetes insipidus. R. Leriche und R. Fontaine.
Bemerkungen zu den hämatogenen Zystiden. Desmoulins, Misrachi und Simard.
1056. Arterieller Druck und Tuberkulose. C. Glaros.
Der gegenwärtige Stand des Vitaminproblems. Ph. Pagnier.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 100, 1928.**
Ueber die Herabsetzung des Chlorgehaltes im Blut bei akutem Verschlufß im Verdauungstraktus und bei Erbrechen. A. Gosset.
Das Problem der milchlosen Ernährung in der ersten Kindheit. J. Cathala und M. Vermonet.
Die sklerosierende Behandlung der Krampfadern. Vacteron.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 101, 1928.**
Ueber den physiologischen Mechanismus der Polyurie im Verlauf des Diabetes insipidus. M. Labbé, P.-L. Violle und G. Dreyfus.
Schnell fortschreitende Gangrän der äußeren Genitalorgane der Frau E. Bodin.
Die Immunität im Sinne einer Abwehrreaktion. S. Metalnikov.
Die Lepra und ihre bakterioskopische Diagnostik. M. Leger.
Die Blutgruppen und ihre Beziehung zu den Rassen. E. Apert.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 102, 1928.**
Meteoropathologie und infantile Dysfunktion; Hitzschlag und hygometrischer Schock. G. Mouriquand und R. Charpentier.
Eine neue Auffassung der Diagnostik und Behandlung der Cholezystitis und verwandter Erkrankungen. B.-B. Vincent Lyon.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 103, 1928.**
1079. Die Katatonie, Klinik und pathologische Physiologie. H. Claude und H. Baruk.

1080. Die drei Grundgesetze, welche die Funktion des vegetativen Nervensystems im normalen und pathologischen Zustand regieren. D. Danielpolu.
Die Zergliederung des Emphysems. R. Clement.

La Presse Médicale (Presse méd.), Nr. 104, 1928.

- Die Störungen des Stickstoffumsatzes beim Diabetes und ihre Beeinflussung durch Insulin. M. Labbé.
Der eupraktische epileptische Automatismus. E. Toulouse, L. Marchand und J. Picard.
Betrachtungen zu den posttraumatischen schmerzhaften Osteoporosen. A. Floresco.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 1, 5. Januar 1929.

- Prostatiker ohne Prostata. Americo Valerio.
Zerebrospinale Meningitis durch „Haemophilus influenzae“ (Pfeiffer). Edouardo de Araujo.
Beitrag zum Studium exotischer Dermatosen. Ernst Bassewitz.
Infantile Syphilis. José L. de Mesquita.
Seltener Fall von Magen Chirurgie. Joao R. Villaca.
Zona. J. Ramos e Silva.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 2, 12. Januar 1929.

- Weibliche Gonorrhoe. Americo Valerio.
Beitrag zum Studium exotischer Dermatosen (Fortsetzung). Ernst Bassewitz.
1038. Ueber vermifuge Mittel. Samuel B. Pessoa.
Fall von Leishmaniasis der Haut. David Fuchs.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 3, 19. Januar 1929.

- Reiseeindrücke aus Argentinien und Uruguay. Henrique Roxo.
Onchyomykose (?) durch Acrotheca Pediculi. Aroeira Neves.
Ueber Molekularerscheinungen beim Kontakt von Flüssigkeiten. A. L. Pimenta Bueno.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 3, 25. Januar 1929.

- Radium und Operation bei Carcinoma uteri. M. M. Fabiao.
Zur Kasuistik urologischer Fälle. A. Valerio.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 9. Jahrg., Nr. 34, 5. Dezember 1928.

- Die Rolle des Dispensariums und der Wohnung in der Behandlung und Prophylaxe der Tuberkulose. Placido Barbosa.
Albumino-zytologische Dissoziationen. Hélon Povoa.
Gerichtliche Medizin. Tanner de Abreu.
Fall von Hypertensionsnephritis. A. Castro Barreto.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 2, 15. Januar 1929.

- Ueber Knochenautoplastik. Jayme Poggi.
Die Enzymotherapie bei Ernährungsstörungen des Säuglings. C. Mauro.

Revista Médica de Chile (Rev. méd. de Chile), Santiago, Heft 56, 10. Dezember 1928.

- Die Physiopathologie des vegetativen Nervensystems. H. Lea-Plaza.
Die Hämolyse vermittels Serum. Carlos Garcés und Raul Palacios.
Bluttransfusion. Eduardo Bunster.
Das Quinquenium der kindlichen Mortalität in Chile. Luis Mackena.

Revista española de medicina y cirugía (Rev. esp. med. cir.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 2, Januar 1929.

- Francisco de la Reyna. P. Farreras.
Ueber Gallensteine. J. Trias Pujol.
Gangliopulmonäre Tuberkulose der Kinder. J. Valdés Lambea.
Ueber die Stillpflicht der Mütter. M. Gonzalez Alvarez.
Clima domesticum. H. Rodriguez Pinilla.

Revista médica latino-americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos-Aires, 14. Jahrg., Nr. 159, Dezember 1928.

1033. Die Histaminprobe in der Diagnose der Magenkrankheiten. José Destéfano und Enrique Juan Lima.
Doppelte Fraktur des Coll. anatom. humeri. C. Lugones.
Angina pectoris. F. C. Arillaga.
Aszendierende periphere Neuritis traumatischen Ursprungs. Carlos Stajano und Juan Francisco Estable.
Uteruszyste, die aus dem Corp. Wolffii sich entwickelt hatte. Arturo G. Neumann.
Syphilitische Phlebitiden. Santiago Grezzi.

Revista médica latino-americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos-Aires, 14. Jahrg., Nr. 159, Dezember 1928.

1033. Die Histaminprobe in der Diagnose der Magenkrankheiten. José Destéfano und Enrique Juan Lima.
Doppelte Fraktur des Coll. anatom. humeri. C. Lugones.
Angina pectoris. F. C. Arillaga.
Aszendierende periphere Neuritis traumatischen Ursprungs. Carlos Stajano und Juan Francisco Estable.
Uteruszyste, die aus dem Corp. Wolffii sich entwickelt hatte. Arturo G. Neumann.
Syphilitische Phlebitiden. Santiago Grezzi.

Zeitschriften in italienischer Sprache

La Pediatria (Pediatria), Neapel, 37. Jahrg., Heft 1, 1. Januar 1929.

- Ueber den Schutz des Kindes vor tuberkulöser Infektion auf Grund der letzten Forschungen. (Antrittsvorlesung.) S. Canmata.
1061. Ueber den postenzephalitischen adiposogenitalen Symptomenkomplex. O. Cozzolino.

- Die Erfolge des Tuberkuloseambulatoriums in Messina in seinen ersten zwei Tätigkeitsjahren. A. Baratta.

- Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen der Immunität durch wiederholte Schickreaktionen. Eugenio Schwarz.
Ueber einen Fall von Pneumokokkenorchitis im Säuglingsalter. M. Miraglia.
Ueber zwei atypische Meningitis-purulenta-Fälle im Säuglingsalter. Jacchia.

La Pediatria (Pediatria), Neapel, 37. Jahrg., Heft 2, 15. Januar 1929.

- Antrittsvorlesung zur Eröffnung der neuen Kinderklinik in Neapel. Rocco Jemma.
Die neue Kinderklinik in Neapel. Alessandro Laurinsich.
1060. Betrachtungen über das Chlorom. M. Gerbasi.
Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Relaxatio diaphragmatica. M. Giffre.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 1, 7. Januar 1929.

- Der Laparatomieschnitt im rechten Abdomen. S. Solieri.
Fall von postdiphtheritischer Paralyse, geheilt durch hohe Serumdosen. L. Tanzi.
Eine Familie von Krebskranken. A. Cerioli.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 2, 14. Januar 1929.

- Die klinischen Untersuchungsmethoden in der Frühdiagnose der postskarlatinösen Nierenerkrankungen. E. Brostello.
Beitrag zur Kenntnis der kindlichen Appendizitis. A. Danni.
1064. Pneumonie und das appendizitische Syndrom bei Kindern. A. Zalocco.
Amöbepseudoappendizitis. G. Fanelli.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 3, 21. Januar 1929.

- Ueber Bubonepest. V. Marino.
Fall von Lungenechinokokkus mit Metastasen. O. Bussinco.
Differentialdiagnose bei Zysten des Lungenechinokokkus. P. Filipella.
Wiederbelebung des Herzens durch intrakardiale Adrenalininjektionen. L. Urbani.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 4, 28. Januar 1929.

- Ambulatorische Behandlung der Krampfadergeschwüre. Le de Gaetano.
Die hämoplastische Krise von D'Amato bei Lues. A. Mucci.
Seltenes Bild der hämorrhagischen Diathese. F. Ricci.
Hämorrhagische Septikämie durch Bacillus melitens. A. Poddighe.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 5, 4. Februar 1929.

- Fall von Brillischer Krankheit in Rom. A. Alessandri.
Die Bedeutung des Phenolzusatzes zum Antiribiesserum. C. Fermi.
Die nichttoxische Wirkung der Phenolkomponente des Antiribiesserums. C. Fermi.
Nah- und Fernresultate der extrapleuritischen Thorakoplastik. E. Curti.
Pneumoparicard nach künstlichem Pneumothorax. E. Tappainer.
Bluterguß beim künstlichen Pneumothorax. G. Luzzato Fegiz.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 6, 11. Februar 1929.

- Brucheklemmung bei einem bereits operierten Individuum. L. Dominici.
1042. Neue Ausblicke in der Therapie der Hypertonie? I. Civalieri und E. Livrand.
Darmverschluss in der Gegend des Meckelschen Divertikels. U. Bani.
Beitrag zur Kasuistik maligner Tumoren. A. Marchetti.

II Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 7, 18. Februar 1929.

- Beitrag zum Studium der akuten Leukämie. G. Rizzo.
Dengue bei Kindern. S. Vera.
Fall von Bluteigel im Larynx. G. Massione.
Entfernung von verschlucktem Gebiß auf dem Wege der Gastrotomie. M. Francini.

Zeitschriften in russischer Sprache

Wratschebnoje Dielo (Wratsch. Dielo), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 11, 1026.

- Zur Frage der kombinierten Behandlung der Cholezystopathien mit reflexogenen Substanzen. J. S. Rodow.
Zur physikalischen Leberuntersuchung (Schluß). F. O. Hausmann.
Ueber Sekretion des nüchternen Magens (Schluß). W. Iwanow.

952. Röntgendiagnostik und Aetiologie der Osgood-Schlatterschen Krankheit. S. K. Odisharija.

- Zur Frage der interstitiellen Schwangerschaft. S. S. Lewin.
Zur Methodik des Studiums der Röntgenstrahleneinwirkung auf die Blutgefäße an isolierten Organen. B. K. Rosenzweig.
Zur Frage der inneren Milzsekretion. M. J. Besbokaja.
Geschlechtskrankheiten unter den Insassen der Nachtsytle zu Charkow. M. G. Glasko, A. J. Siberowa und B. G. Rudinski.
Mittlere Hämoglobinwerte im Blut jugendlicher Arbeiter und Fabriklehrlinge zu Rostow a. Don. G. Chaskina-Munder.
Ueber den Einfluß des Adrenalins und der Kurort-(Essentuki)-Behandlung auf die HCl-Absonderung bei Hypo- und Achlorhydrien. M. O. Bakaltshuk.
Wege zur Ausarbeitung von Indikationen und Kontraindikationen zur Sol- und Moorbehandlung der chronischen Gelenkerkrankungen (Schluß). M. M. Dieterichs.

1058. Warmes Seeklima und Lungentuberkulose. N. F. Golubow.

- Ein Fall von Harnblasenruptur. G. N. Hartung.
Zur MgSO₄-Darreichung bei einigen Störungen des Magendarmkanals und des Harnabsonderungsapparats. A. S. Fuhrmann.
Ein Fall von Polyneuritis nach Morphiumvergiftung. R. O. Schenderowitsch.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

941.

Incze, Anton, Ueber die Myopie als eine konstitutionelle Veränderung. (Ztschr. f. Augenheilk., 67, 1929.) Bereits früher hat der Verfasser auf die Tatsache hingewiesen, daß unter den asthenischen Typen Kretschmers die Myopen in auffallend großer Zahl vertreten sind. Auffallend war auch die Kongruenz, die zwischen den geistigen Qualitäten der Myopie und der Schizothymen Kretschmers besteht. Durch diese Feststellungen bewogen, stellte der Verfasser Untersuchungen an, um festzustellen, ob aus dem Körperbau ein Schluß auf die Myopie gezogen werden kann. Der Verfasser untersuchte nach dieser Richtung hin 188 Myopen und kam zum Ergebnis, daß die Myopen zum $\frac{3}{4}$ Teil asthenischen Habitus aufweisen. Der Verfasser akzeptiert die Borchardtsche Definition der Konstitution als eine Körperbeschaffenheit, die teils angeboren und durch das Keimplasma übertragbar, teils aber erworben und unter Einwirkung späterer Einflüsse veränderbar ist und durch Entwicklungs- sowie Rückbildungserscheinungen zustande kommt. Auf Grund dieser Bestimmung des Begriffs und durch ihre Untersuchungen stellt sich nach vielen Forschern die Asthenie universalis congenita dar als die Hypoplasie und funktionelle Schwäche der Mesenchymderivate. Daraus folgt, daß zu den Symptomen der Asthenie auch die Myopie, besonders die Achsenmyopie gehört, da sie durch die Schwäche der Sklera entsteht, die letztere aber ein Derivat des Mesenchyms ist. Da nach Borchardt die charakteristische endokrine Störung der Asthenie in der Adrenalinarmut des Organismus besteht und die Funktionsstörung einer Blutdrüse unbedingt die anderen Blutdrüsen in Mitleidenschaft zieht, so sind auch bei der konstitutionellen Auffassung der Myopie die intraokularen Druckverhältnisse zu berücksichtigen. Ist doch der Einfluß des Adrenalins auf die Regelung des intraokularen Druckes allgemein bekannt, und nach vielen Forschern sollen sich sogar mehrere endokrine Organe dabei beteiligen.

Auf Grund dieser seiner Untersuchungen und Ueberlegungen faßt sich der Verfasser dahin zusammen, daß die Myopie nur eine Teilerscheinung der Asthenia universalis congenita Stilleri sei. Die konstitutionelle Schwäche des Mesenchymderivats — der Sklera — ermöglicht die Ausdehnung des Augapfels, die durch die Adrenalinarmut des Organismus wahrscheinlich noch begünstigt wird. Es muß beim Vererbungsproblem der Myopie nachgeprüft werden, wie sich im Verlauf des Erbgangs die einzelnen asthenischen Erscheinungen variieren.

Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

942.

Ermatinger, L. H., Bakterien in Lungenabszessen und Bronchiektasen. (J. Inf. Dis., Nr. 5, 1928.) In 33 Fällen von chron. oder akutem Lungenabszeß oder Bronchiektasen wurden isoliert: *Staphylococcus aureus* in 75,4%, hämolytische Streptokokken in 55,3% und Pneumokokken in 19,4%. Eine offenbar zur Gruppe der Leptospiren gehörige Spirochäte wurde in einem mitgeteilten Falle gefunden. Sie konnte in einer Bakterienmischkultur 14 Tage lang lebend erhalten werden.

N. Henning, Leipzig.

943.

Bertrand, Leon, Vom Nutzen bakteriologischer Untersuchungen im Scheidensekret Schwangerer. (Brux. Méd., Nr. 12, 1929.) Die Analyse der Vaginalflora Schwangerer zeigt, daß der Streptokokkus häufiger anzutreffen ist, als gemeinhin angenommen wird. Es muß also für den Streptokokkus Faktoren geben, die wir noch nicht kennen, die ihn plötzlich in das Virulenzstadium versetzen. Die Tatsache, daß an ganz auseinanderliegenden Punkten eines Landes im gleichen Augenblick gehäufte Erkrankungen an Kindbettfieber auftreten, spricht zugunsten dieser Tatsache.

Die Nachprüfung der aus dem Collum uteri während des Kindbettfiebers entnommenen Lochien zeigt den Streptokokkus im

Verein mit *Kolibazillus* und mit *B. perfringens*. Möglicherweise wird durch dieses Zusammenwirken die Virulenz des Streptokokkus, der die Situation beherrscht und die Schwere der Infektion bestimmt. Das Antistreptokokkenvirus, das seit nicht allzu langer Zeit unseren Arzneischatz bereichert, ist zur Zeit die wirksamste Waffe im Kampfe gegen den Streptokokkus, und zwar überall da, wo die Möglichkeit besteht, dieses Antivirus mit den Mikroben in direkte Berührung zu bringen. Die Wirkung dieses Antivirus als intravaginale und intrauterine Tamponade ist bemerkenswert in allen Fällen von Kindbettfieber, wo der Streptokokkus noch nicht in die Blutbahn eingedrungen ist. Es ist also immer vorteilhaft, kurze Zeit vor der Entbindung eine bakteriologische Untersuchung des Scheidensekrets vorzunehmen und bei Anwesenheit von Streptokokken zwei oder drei Tage hintereinander eine Tamponade mit Antistreptokokkenvirus durchzuführen. Zur Erhöhung der Sicherheit trägt noch die Injektion einer kleinen Dosis von Antistreptokokkenvakzine bei, die unmittelbar nach der Entbindung gegeben wird. Eine einmalige Dosis von zehn Millionen erscheint in solchen Fällen ausreichend.

Held.

944.

Austin, Hester A., und F. M. Frey, Vergleich der Ergebnisse von Meinicke-, Kahn- und Wassermann-Reaktion. (J. Lab. Clin. Med., Vol. XIV, Nr. 4.) Die Meinickesche Trübungsreaktion und die Kahnsche Präzipitinreaktion sind in ihren Ergebnissen etwa gleichwertig. Beide Reaktionen sind aber weniger empfindlich als die WaR. Ihre Hauptvorteile gegenüber der Komplementbindungsreaktion (WaR) liegen in ihrer Einfachheit bezüglich Technik und Apparatur. Die Verfasser sind der Meinung, daß in der Serodiagnostik der Syphilis beide Reaktionen nicht berufen sind, die WaR zu verdrängen.

Walter Goldstein, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

945.

Sante, L. R., Massiver atelektatischer Kollaps der Lunge. (Acta Radiol., Fasc. 4, Nr. 51, 1928.) Der Krankheitszustand ist charakterisiert durch plötzlichen Kollaps eines Lappens oder mehrerer in einer früher gut ventilierten Lunge, aus unbekannter Ursache. Am häufigsten wird er nach abdominalen Operationen, Wunden und anderen Traumen wie Frakturen der Pelvis oder des Femur beobachtet, er kann aber auch im Gefolge anscheinend unbedeutender Schädigungen auftreten. Röntgenologisch findet sich entsprechend einem Lappen oder mehrerer oder einer ganzen Lunge eine intensive Verdichtung von homogenem Charakter, ähnlich der Verdichtung durch eine Pneumonie. Die Verengerung des Brustkorbes an der befallenen Seite, die gegenseitige Annäherung der Interkostalräume, der Zwerchfelldurchstand und die Hinüberziehung des Herzens und der Mediastinalgebilde gegen die befallene Seite machen den Zustand leicht erkennbar.

Am logischsten erscheint die Annahme, daß der Zustand zurückzuführen sei auf eine Verhinderung des Hustenreflexes durch einen toxischen oder reflektorischen Reiz in Verbindung mit einer Funktionsstörung der Respirationsmuskeln, entweder einer Immobilisierung durch eine Abwehrreaktion oder einer Lähmung durch toxische Neuritis, wodurch es ermöglicht wird, daß die Sekrete sich ansammeln, den Bronchus verstopfen und so zu Atelektase führen. Keiner der beiden Faktoren ist imstande, den Zustand allein zu erzeugen; zu seiner Entwicklung ist ein gleichzeitiges Zusammenwirken beider notwendig. Die Behandlung ist einfach und besteht darin, daß der Patient auf der gesunden Seite hin und her gerollt wird. Gewöhnlich ist keine andere therapeutische Maßnahme erforderlich. Diese einfache Prozedur hat sich in allen Fällen, in welchen sie angewendet wurde, erfolgreich gezeigt, indem sie prompt die Lüftung der Lunge wiederherstellte.

Kirschmann.

946.

Pers, Alfred, Ueber die Resultate nach Magenresektion wegen Magenkrebs. (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. V, S. 405.) Der Verfasser hat während der Jahre 1904 bis 1922 bei 29 Patienten wegen Karzinom die Magenresektion ausgeführt. Unmittelbar im Anschluß an die Operation sind ihm acht seiner Patienten gestorben. Die Operationsmethode war die Operation nach Billroth II. Bei den 20 überlebenden Patienten wurde in 3 Fällen endgültige Heilung erzielt. Ein Patient überlebte die Operation 13%, ein zweiter 9½ und der dritte 22½ Jahre, während die übrigen Patienten innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Operation an Rezidiven oder Metastasierungen zugrunde gingen. Aus der Größe und der Art und der Beschaffenheit des Karzinoms am Magen sowie aus seinem Sitz läßt sich nicht immer die Prognose bei den chirurgischen Eingriffen stellen. Die beste Prognose bietet aber immerhin noch in möglichst frühzeitig erkannter und im Gesunden resezierter Krebs. E. Gohrbandt, Berlin.

947.

White, W., und R. Jankelson, Spätintussuszeption des Darms in den Magen nach Gastroenterostomie. (New England J. Med., Nr. 24, 1928, Bericht über 16 alte und 2 neue Fälle. Alter zwischen 21 und 61, die meisten zwischen 35 und 60. Im Durchschnitt 5 Jahre (8 Tage und 14 Jahre) nach der Gastroenterostomie, 9 Frauen, 9 Männer. Zu Beginn schwere epigastrische Schmerzen und Erbrechen, in 14 Fällen Blut, in einem kaffeesatzähnlich. In der Hälfte der Fälle zunächst Nahrung und Galle und dann Blut. Bei 5 schockähnliche Symptome. Wichtigste Zeichen der Tumor, faustgroß oder wurstförmig; sichtbare Peristaltik in 3 Fällen, Rigidität des Epigastriums in 4 Fällen. Präoperative Diagnose in 6 Fällen intestinale Obstruktion (bei 4 lag ein Tumor vor). Bei 2 Ulkusblutung, in 10 Fällen wurde keine Diagnose gestellt. In 15 Fällen war die Invagination retrograd, in 2 absteigend. Die Länge der Darmschlingen im Magen variierte zwischen 6 und 80 cm. Mortalität 50%. In einem Fall waren vorher einer, in einem 3 ähnliche Anfälle. Die Frühdiagnose ist vital. Anamnese und Hämatemese deuten streng auf ein rekurrendes Ulkus. Dann läßt man gewöhnlich einen blutbrechenden Patienten einige Tage in Ruhe, weshalb meist auch Palpation und Röntgenuntersuchung unterlassen wird. Und endlich ist die Kombination von Hämatemese und hoher Obstruktion sehr selten und deshalb irreleitend. Man muß also, um zur Diagnose zu kommen, an die Möglichkeit denken bei Hämatemese, wenn eine Gastroenterostomie vorausgegangen ist. Ferner muß man das Epigastrium trotz der Blutung sorgfältig und gründlich nach einem Tumor palpieren, denn eine frühe Operation ist lebensrettend. Beim Ulkus selten Tumor; Erbrechen, meist zuerst Blut, während hier erst Nahrung und Galle und dann Blut kommt. Sichtbare Peristaltik kann von Bedeutung werden. Ebenso, wenn möglich, Röntgen, jedoch ist zu bedenken, daß häufiges Barium bei Hämatemese schaden kann. Behandlung: möglichst rasch chirurgisch. Ursache lokaler Spasmus, Kontraktion des Darms, oder Reiz durch ein Ulkus. Der Spasmus im oberen Darm kann durch den Reiz des sauren Mageninhalts verursacht sein. v. Schnitzer.

948.

Renander, Axel, Der Wert der Röntgendiagnostik beim Kolonkarzinom. (Acta chir. scand., Vol. LXIV, Fasc. V, S. 417.) Der Verfasser hat die Dickdarmkarzinome zusammengestellt, die während der Jahre 1914 bis 1926 am Seraphimer Krankenhaus röntgenologisch untersucht und operiert wurden. Es waren im ganzen 63 Fälle. Auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen zieht Verfasser einen Vergleich zwischen der Zuverlässigkeit der klinischen Befunde einerseits und der röntgenologischen andererseits. Bei diesem Vergleich ergibt sich, daß im Anfangsstadium, wenn die klinischen Symptome noch nicht stark in den Vordergrund treten, gerade die röntgenologische Untersuchung wertvolle Aufschlüsse gibt, jedenfalls den rein klinischen Untersuchungsmethoden um fast 30% an Sicherheit überlegen ist. Werden dagegen die rein klinischen Symptome deutlicher, so kann der Tumor auch aus den klinischen Erscheinungen allein angesprochen werden, durch die zuhilfenommene Röntgenuntersuchung aber wird in vielen Fällen doch ein weiterer Aufschluß über Sitz und Art des Tumors gegeben. E. Gohrbandt, Berlin.

949.

Scholl, A.-J., Jean Verbrugge, Nierenresektion. (Brux. Méd., Nr. 15, 1929.) In dem hier mitgeteilten Falle handelt es sich um eine bilaterale Pyelonephritis mit einer ausgeprägten Funktionseinschränkung auf beiden Seiten. Die Nierenfunktionsprüfung (Phthaleinprobe) zeigte, daß die linke Niere immer noch besser arbeitete als die rechte. Man nahm darauf eine partielle Resektion der rechten Niere vor, die einen Abszeß und Steine enthielt. Die partielle Nephrektomie ist viel schwerer durchführbar als die Gesamtentfernung der Niere. Offenbar wird man nur in solchen

Fällen eine partielle Resektion vornehmen, wo man von der Funktionstüchtigkeit der anderen Niere nicht überzeugt sein darf. Denn das Fragment, das man zurückläßt, bleibt möglicherweise eine Infektionsquelle für die gesunde Niere. Tuberkulöse Nieren darf man niemals resektieren, denn obwohl das Gewebe makroskopisch anscheinend ohne Besonderheiten ist, enthält es oft genug Tuberkel. Angebracht ist die Resektion in gewissen Fällen von Nierenverletzung. Als man zuerst diese schonende Operation ausübte, war die Fistelbildung die gefürchtete Folgeerscheinung. Diese Gefahr besteht nicht mehr, seitdem man die Wunde nicht mehr tamponiert. Es gibt eine Bedingung, unter der teilweise Resektion streng indiziert ist, das sind jene Fälle, wo durch einen früheren Eingriff bereits die andere Seite entfernt worden ist. Geheilte Fälle von teilweiser Nierenresektion erbringen den Beweis, daß ein normaler Daseinsablauf durchaus vereinbar ist selbst mit einem bescheidenen Nierenfragment. Held.

950.

Schück, F., Die Aufgabe des Arztes bei frischen Bauchverletzungen. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 24, 1928.) Die Zahl der Bauchverletzungen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Daß die therapeutischen Resultate nicht schlecht sind, verdanken wir in erster Linie der guten Diagnostik. Das Aussehen der Bauchdecke allein ermöglicht nicht immer die Entscheidung, ob eine intraabdominale Verletzung vorliegt. Erfahrungsgemäß sind bestimmte Traumen mit diesen verbunden, wie z. B. der Hufschlag. Die Bauchdeckenspannung ist als Symptom für innere Verletzung nicht zu verwerten, da es sich nur um eine Muskelquetschung handeln kann. Vor allen Dingen kommen die Blutung und die Perforation in Frage. Hierzu tritt als drittes der Schock. Nun kann eine Darmperforation allmählich ohne Bild des Schocks in Erscheinung treten, so daß der primäre Schock nicht beweisend ist. Auch eine Blutung kann zunächst leicht verlaufen. Hier kann die zunehmende Dämpfung die Diagnose klären, sofern es sich nicht um ein retroperitoneales Organ handelt. Genaue Kontrolle des Urins kann die Nierenverletzung ausschließen. Bei Nierenrupturen unterscheidet man extra- und intraperitoneale, bei letzteren kommt es zum Bluterguß in den Bauch, der bei ersteren fehlt. Die Differentialdiagnose ist wegen der Wahl des richtigen Schnittes von Wichtigkeit. Bei genauer Aufmerksamkeit kann man eine intraabdominale Blutung rechtzeitig feststellen, während bei Darmzerreißungen die Verhältnisse schwieriger liegen. Bei der frischen Bauchverletzung fehlen die Symptome. Wenn diese auftreten, ist es meistens zu spät. Die frische Darmverletzung ist vom Schock nur schwer zu unterscheiden. Ein wichtiges Frühsymptom ist der Gasaustritt mit Verschwinden der Leberdämpfung, der jedoch nicht immer zu finden ist. Da auch der Gasaustritt allmählich stattfinden kann, beweist das Fehlen dieses Symptoms nichts. Wenn das Bild des schweren Bauchschocks anstatt abzuklingen sich verschlimmert, darf nicht abgewartet werden; umgekehrt ist eine unnötige Laparotomie im ersten Stadium des Schocks nicht ungefährlich. Doch soll man bei Perforationsverdacht lieber zu früh als zu spät operieren. Mitunter kommt es auch zu Zerreißen von Mesenterialgefäßen und Thrombosen. Die traumatische Perforation der Gallenblase ist verhältnismäßig selten, die Verletzung der Harnblase ist gefährlicher. Jeder bauchverletzte Kranke muß sofort zum Harnlassen angehalten werden. Bei Entleerung klaren Urins kann man die Blasenverletzung ausschließen. Ist eine spontane Urinentleerung nicht möglich, so muß die Blasedämpfung perkutiert werden. Findet man eine normal gefüllte Blase, so kann es sich um eine reflektorische Unfähigkeit oder eine Verletzung der Harnröhre handeln. Gelling der Katheterismus nicht, ist jeder weitere Versuch ein Kunstfehler. Man kann dann die gefüllte Blase punktieren. Fehlt die Blasedämpfung, so muß man an Ruptur denken. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die intraperitoneale Blutung meist rechtzeitig zu erkennen ist. Die Perforation des Magen-Darmkanals ist im Beginn oft schwierig und durch das Bild des Schocks verschleiert. Nimmt der abdominale Schock nicht ab, so hat man es mit Blutung oder Perforation zu tun. Kosminski, Berlin.

951.

Schmidt, Walter, Ergebnisse der Röntgentherapie bösartiger Geschwülste aus der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen. (Strahlenther., 30., Heft 2.) Bei den malignen Tumoren aus dem Gebiete der Chirurgie sind die Indikationen anders zu stellen als beim Uteruskarzinom. Die chirurgischen Karzinome sollen, wenn sie operabel sind, auf alle Fälle operiert und nicht bestrahlt werden. Nur das Hautkarzinom darf primär bestrahlt werden. Postoperativ ist die Bestrahlung (prophylaktisch) angezeigt, namentlich beim Mammakarzinom und bei allen nicht radikal operierten Tumoren. Ferner ist die Bestrahlung bei inoperablen Tumoren indiziert. Kirschmann.

952.

Odishcharija, S. K., Röntgendiagnostik und Aetiologie der Osgood-Schlatterschen Krankheit. (Wratsch. Djelo, 11, Nr. 11.)

S. 866, 1928.) Verf. berichtet über 5 eigene Fälle, die eine 13jährige Ballettänzerin und 4 Knaben im Alter von 14 bis 15 Jahren betrafen. Bei allen Patienten wurde röntgenologisch Absprengung der Tuberositas tibiae und als deren Ursache Trauma beim Turnen festgestellt. Es wird auf die große Bedeutung hingewiesen, welche die Röntgenuntersuchung bei der Schlatterschen Krankheit hat: alle Patienten kamen mit klinischen Diagnosen, wie Arthritis, Gonitis etc., Periostitis und dgl. — Was die Aetiologie betrifft, so zieht der Verf. den Schluß, daß die Osgood-Schlattersche Krankheit traumatisch entsteht, und zwar auf direktem Wege durch Gewalt oder indirekt, wie z. B. durch willkürliche Spannung des Musc. quadr. cruris; Entzündungsprozesse und Verknöcherungsstörungen können dabei eine begünstigende Rolle spielen. Große Bedeutung hat hier ferner die rasche Muskelentwicklung im Gegensatz zur unbeeendeten Konsolidation des Skeletts.

E. Kontorowitsch.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

953.

Nürnberg, L., Zur Kenntnis der Periurethritis chron. fibrosa bei der Frau. (Zbl. Gynäk., Nr. 6, S. 322, 1929.) Die Kenntnis der entzündlichen Veränderungen in der Umgebung der weiblichen Urethra, soweit sie nicht zu eitriger Einschmelzung, sondern zu chronisch-fibröser Verdickung des Gewebes führen, ist vor allem in therapeutischer Hinsicht von Bedeutung. Da es sich hierbei meist um einen harmlosen, wenn auch chronisch verlaufenden Prozeß handelt, so sind eingreifende operative Maßnahmen vollkommen überflüssig. Es ist also nicht nötig, etwa den verdickten Harnröhrenwulst zu exstirpieren und dabei möglicherweise die Urethra und die Blase zu verletzen. Man kommt hierbei vollkommen mit konservativen therapeutischen Maßnahmen aus (Bettruhe, örtliche Wärme, vor allem Diathermiebehandlung). Als unumgänglich notwendig aber empfiehlt Verf. die Vornahme einer tiefen Probeexzision. Diese gestattet nicht nur, andere Prozesse, vor allem bösartige Neubildungen, auszuschließen, sondern sie kann auch Aufschluß darüber geben, ob in der Tiefe Eiter vorhanden ist, ob es sich also um einen verborgenen periurethralen Abszeß handelt. Schwaab, Hamburg.

954.

Mayer, Karl, Pilokarpinschädigungen bei postpartaler und postoperativer Harnverhaltung. (Zbl. Gynäk., Nr. 6, S. 354, 1929.) Vor der Anwendung des Pilokarpins in der Behandlung der postpartalen und postoperativen Ischurie wird gewarnt, da durch dasselbe oft ganz unberechenbare Schädigungen hervorgerufen werden. Berichtet wird über 3 Fälle, bei denen eine gewisse Vasolabilität bestand, und bei denen trotz einwandfreier Technik und langsamer Injektion heftige und sehr unangenehme Nebenerscheinungen: roter Kopf, starke Tränen- und Speichelsekretion, Anfälle von Schluchzen und Gähnen, Schweißausbrüche, vor allem aber bedrohliche Erscheinungen von seiten des Herzens: akutes Nachlassen der Herzaktivität mit kleinem, weichem frequentem Puls und ausgesprochene Schüttelfröste, auftraten. In allen Fällen traten nach dem Schüttelfrost Temperaturen von 40–41° auf, die unter Schweißausbrüchen kritisch abfielen und nicht wieder auftraten. Zu Kollapserscheinungen ist es nie gekommen. Obwohl das Pilokarpin nach Versagen anderer Mittel in der Behandlung der Harnverhaltung nach Operationen und Geburten schon oft gute Erfolge gezeitigt hat, empfiehlt Verf. doch, wegen seiner ganz unberechenbaren Wirkungsweise von seiner Anwendung ganz Abstand zu nehmen.

Schwaab, Hamburg.

955.

Lahm, W., Die unvollkommene Desquamation der Uterusschleimhaut als eine Ursache von Menorrhagien. (Zbl. Gynäk., Nr. 7, S. 386, 1929.) Unbeschadet der Lehre von Hirschmann und Adler kann das Krankheitsbild der Endometritis glandularis nicht aus der Nomenklatur und der gynäkologischen Nosologie gestrichen werden. Die Endometritis glandularis und ihr Vorstadium, die basale Hyperplasia, tritt als zirkumskripte Form (Korpusadenom) oder mehr diffus als echte Endometritis glandularis auf. Dieselbe überdauert die menstruelle Desquamation und gibt dadurch Veranlassung zu Menorrhagien, Metrorrhagien, Dysmenorrhoe und Fluor. Sie ist auch der Boden, auf dem die Placenta accreta entsteht. Therapeutisch kann eine Abrasio gute Dienste leisten, doch ist ein abschließendes Urteil heute noch nicht möglich.

Schwaab, Hamburg.

956.

Egziayam, A., Beitrag zum Studium der Störungen nach Röntgenmenopause. (Acta Radiol., Fasc. 4, Nr. 51, 1928.) Im allgemeinen sind die klimakterischen Störungen nach Röntgentherapie weniger häufig und weniger stark als nach chirurgischer Kastration; die Unterschiede sind jedoch viel weniger ausgeprägt bei alleiniger

Hysterektomie verglichen mit Röntgentherapie. Die Verf. sind der Meinung, daß bei Röntgenkastration in loco vom Organismus resorbiert wird, und so gewissermaßen eine ovarielle Autoopotherapie zustandekommt, welche in vielen Fällen genügend ist, um die Mehrzahl der klimakterischen Störungen zu lindern oder gar ihr Auftreten zu verhindern.

Kirschmann.

957.

Mazer, C., und J. Hoffman, Weibliche Sterilität. (Med. J. a. R., Nr. 2, 1929.) Eine von 7 Ehen bleibt unfruchtbar. Eine Analyse von 500 Fällen ergibt, daß in etwa 25% der Mann schuld ist; indirekt ist er für die meisten Infektionen verantwortlich, aus denen weibliche Sterilität resultiert. In etwa 33% waren die Fallopischen Tuben stenotisch oder nicht offen. Hier hat die Insufflationsmethode Wert. Feindliche zervikale Sekretion ist in 10% verantwortlich. Endokrine Störungen, die bis zur Pubertät zurückgehen mit Unterentwicklung der Genitalorgane kam in 14% vor. In 4% entwickelten sich diese endokrinen Störungen sekundär, meist bei Stoffwechselstörungen, später nur in wenigen Fällen waren Uterusfibroide, Verlagerungen, Ovarialzysten verantwortlich. Infektionsherde waren die Ursache von Aborten und Frühgeburten, in den meisten Fällen relativer Sterilität. Syphilis war in 6 Fällen verantwortlich. In 1/4 der Fälle war eine Ursache für die Sterilität nicht zu finden. Und in 1/5 dieser Fälle wurden ohne bestimmte Behandlung eines oder mehrere lebensfähige Kinder später geboren.

v. Schnitzer.

958.

de Kruif, Mary F., Analyse von 370 Todesfällen bei Primiparis. (New England J. Med., Nr. 26, 1928.) In 60% waren Septikämie, Toxämie und Hämorrhagie die Todesursache; 72% waren operative Fälle (bei 614 Multiparis 53%). Unzweckmäßiges Verhalten vor der Geburt lag in 73% vor, in 1/3 der Fälle war überhaupt keine pränatale Fürsorge; ebenfalls in 1/3 stand die Todesursache dazu überhaupt nicht in Beziehung und war abhängig von der Entbindung und postnatalen Faktoren. Der Kaiserschnitt ergab in 71% lebende Kinder, ein viel höherer Prozentsatz als bei hoher oder mittlerer Zange, Wendung oder Exzision. Toxämien und akute Infektionen waren häufig mit Todegeburten und frühem Tod der Kinder verbunden. Von 103 prämaturn Beendigungen der Schwangerschaft lebten nur 27 Kinder. Und zwar waren in 54% Toxämien daran schuld. Der andere Anteil entfiel auf akute Infektionen, Herzkrankheiten und Hämorrhagien. Herzkrankheiten spielen eine wichtigere Rolle als man früher annahm, 6,2% bei Primiparis, 7% bei Multiparis, meist von früheren akuten Infektionen. Von plötzlichen Todesfällen ist Schock und Embolie nach Operationen zu nennen. Die meisten Kaiserschnitte waren dringliche Fälle ohne Beckenmessungen, nach langen Wehen und vielen vaginalen Untersuchungen. Die wichtigste Todesursache ist Fehlen der pränatalen Fürsorge und dabei spielt Toxämie die Hauptrolle.

v. Schnitzer.

959.

Hill, Gardiner H., Schwangerschaft, Kropf und Basedow. (Lancet, 216, 5499.) Während beim einfachen Kropf die Schwangerschaft ungestört verläuft, ist beim Morb. Basedow nur dann mit einem normalen Verlauf der Schwangerschaft zu rechnen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: gute äußere Verhältnisse, richtig durchgeführte präventive Behandlung der Grundkrankheit, nicht zu schwere Krankheitssymptome und Fehlen von Komplikationen seitens anderer Organe, speziell von Herz und Niere.

Ashkenasy, Wien.

960.

Beckmann, Dr. S., Ueber Spätblutungen im Wochenbett. (Zbl. Gynäk., Nr. 7, St. 291, 1929.) Die Ursachen für Spätblutungen nach Partus oder Abortus können mannigfacher Art sein. Neben der allgemein bekannten Retention von Plazentaresten kommen ätiologisch in Frage: Allgemeininfektionen, Gefäßaneurysmen, mangelhafte Rückbildung von Gefäßen in der Schleimhaut. Gelegentlich retinierte Deziduareste können gleichfalls verminderte Involution und schwere Spätblutungen bedingen. Langanhaltende Blutungen auch nach einwandfrei kompletten Fehlgeburten sind bekanntlich keine Seltenheit; diese kommen, soweit sie durch verzögerte Rückbildung der Dezidua hervorgerufen werden, erst dann zum Stillstand, wenn diese durch Ausschabung entfernt ist. Verfasser hebt diese Tatsache besonders hervor, da vor kurzem Fink sich dahin äußerte, daß das Nachkurettieren bei spontan erledigten, nicht komplizierten Aborten zum Zweck der Beseitigung von Deziduaesten unwissenschaftlich sei.

Schwaab, Hamburg.

961.

Liepmann, Wilhelm, Ueber medikamentöse Blutstillung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 3, S. 96.) In 9 Fällen von Methropathie, in 2 Fällen klimakterischer Blutungen, bei 3 Abortblutungen, bei 1 Myomblutung und bei 1 Blutung

bei Adnextumor wurde vom Verfasser das neue Präparat Ergopit angewandt. In allen Fällen trat nach einer bzw. zwei Injektionen völliges Sistieren oder wenigstens bedeutendes Nachlassen der Blutung ein. In 2 weiter beobachteten Fällen trat die Wirkung erst ein, wenn zu der Injektion noch dreimal 30 Tropfen per os verordnet wurden. Verfasser glaubt, daß diese Kombination für den Praktiker besonders geeignet ist, das bequemer als die Doppelinjektion und außerdem billiger als diese ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

962.

Evans, William, Ueber die schwere Schwangerschafts- und Wochenbettanämie. (Lancet, 216, 5497.) Wie bei der perniziösen Anämie ist auch bei der schweren Anämie während der Schwangerschaft und des Wochenbetts die Ursache bisher unbekannt. Die Erscheinungen bei dieser letzteren sind derjenigen der perniziösen Anämie in vielfacher Beziehung sehr ähnlich: Verminderung der Erythrozyten, Auftreten primärer Formen derselben. Steigerung der retikulozytären Elemente, leichte Milzhypertrophie und gute Ansprechbarkeit auf Leberdiät. Die Anämie scheint hier in erster Linie durch die Unfähigkeit der primären Knochenmarkzellen, sich zu differenzieren, bedingt zu sein, wobei die Bildung abnormer Stoffwechselprodukte während der Schwangerschaft auslösend wirkt. Eigenartig ist es, daß die Anämie auch bei späteren Schwangerschaften zum Wiederauftreten neigt. In der Regel führt die während der Schwangerschaft einsetzende Anämie zum Abortus. Die Prognose der Schwangerschafts- und Wochenbettfebrer-anämie ist im allgemeinen gut.

Ashkenasy, Wien.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

963.

Lautenschläger, Grundlagen der Ozänotherapie. (Arch. Ohren- usw. Heilk., 120., Nr. 1.) Die entzündliche Herkunft der Ozäna ist nach den Ausführungen des Verfassers sichergestellt. Alle sklerosierenden Vorgänge sind Folgen dieser Entzündung. Gefäße und Nerven werden von dieser Sklerose befallen und regressive Vorgänge in der gesamten übrigen Schleimhaut schließen sich an. Nur durch die Entzündungstheorie ist nach Meinung des Verfassers die eitrige Absonderung und durch die regressiven Folgen des Entzündungsvorganges die Stagnation des Sekretes, die Borkenbildung nach Verlust des Berieselungsmechanismus, der Foetor, der Verlust des Geruchsvermögens infolge Fehlens der Feuchtigkeit, die zur Weiterleitung der Riechstoffe zu den Riechzellen notwendig ist, verständlich. Bei der Operation der Ozäna ist die Beantwortung folgender Fragen wichtig: 1. In welchem Stadium befindet sich die Erkrankung? Je früher der Eingriff, um so besser die Heilungsaussichten. 2. Wie weit ist die Atrophie vorgeschritten? 3. Wie sind die anliegenden Nasennebenhöhlen beschaffen? Sind insbesondere polypöse Neubildungen noch vorhanden? 4. Zeigt das Röntgenbild eine starke Sklerosierung der peripheren Knochen? 5. Haben bereits operative Eingriffe irgendwelcher Art stattgefunden? Bei der Operation kommt es hauptsächlich darauf an, durch einen starken Reiz die Schleimhaut wieder zur Aktivität zu bringen, erst in zweiter Linie auf die Verengung der Nasenhöhle. Ein Reiz wird bei jeder Operation gesetzt, so bei der Implantation von Knochen zur Verengung der Nasenhöhle, bei der Verbeulung des Knochens der medialen Kieferhöhlenwand, durch längere feuchte Tamponade. Verfasser empfiehlt die Verengung der Nasenhöhle und gleichzeitige Einpflanzung des Ductus stenonianus in die Kieferhöhle zur Berieselung der Nasenhöhle als die Methode der Wahl. Dagegen spricht er der Serumtherapie, mit Ausnahme einer gewissen unspezifischen Einwirkung auf den Entzündungsvorgang, einen größeren Wert ab. Die Massage der Schleimhaut allein bedingt mit der Zeit ein Zugrundegehen des Zylinderepithels. Die operative Therapie ist so früh wie möglich einzuleiten, um so besser die Erfolge.

Hesse, Königsberg.

964.

Meyer, Edm., Anzeigen und Erfolge der Mandeloperationen. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 24, 1928.) Der häufigste Einwand gegen Mandeloperationen wird damit begründet, daß man dem Organismus seine Schutzvorrichtung nicht nehmen soll. Diese wird jedoch nur von der gesunden Mandel ausgeübt, so daß die Entfernung der erkrankten Tonsille, die das Eindringen von Infektionskeimen fördert, nur von Nutzen ist. Für die Operation kommt in Frage die Hyperplasie, hauptsächlich eine Erkrankung von Kindern, als Zeichen einer allgemeinen konstitutionellen Schwäche, und die chronische Entzündung der Mandeln. Das häufigste Symptom der Mandelhyperplasie ist die Behinderung der Nasenatmung. Katarrhe der oberen Luftwege sind die häufige Folge. Manche behaupten allerdings, daß die Hyperplasie der Rachenmandeln und die Nei-

gung zu Katarrhen als Folgen der exsudativen Diathesen aufzufassen seien. Trotzdem ist die Entfernung der Rachenmandeln hier angezeigt. Auch Tubenkatarrhe und Mittelohreiterung können Folgen von Mandel-Hyperplasie sein. Oft leidet das Allgemeinbefinden durch Störung der Nachtruhe, die auf die Nasenstenose zurückzuführen ist. Auch Pavor nocturnus und Enuresis können durch diese Operation gebessert werden. Die Hyperplasie der Gaumenmandeln ist operativ zu beseitigen, und zwar durch Kappung, wenn Sprachstörungen dadurch bedingt sind. Der Erfolg der Operation ist sehr bald sichtbar, Komplikationen sind selten. Die Blutung steht fast immer schnell. Bei pathologisch veränderten Mandeln ist die Ausschälung angezeigt. Das Absaugen der Mandeln führt nur zu vorübergehender Besserung und ist nur dann zu empfehlen, wenn eine Operation kontraindiziert ist. Die Frage, ob die Mandeloperation auf die Stimme einen Einfluß ausübt, kann verneint werden, wenn auch das Timbre sich ändern kann. Trotzdem soll man bei Sängern die Mandeln nur in dringenden Fällen entfernen. Bei tuberkulosegefährdeten Menschen erhöht eine Mandelvergrößerung die Infektionsgefahr und ist daher zu beseitigen, jedoch bei ausgedehnter Lungenaffektion kommt die Operation nicht in Frage. Hyperplastische Mandeln sind demnach operativ zu entfernen, wenn sie zu irgendwelchen Störungen führen. Bei der einfachen Hyperplasie genügt die Kappung, bei chronisch entzündlichen Veränderungen ist die radikale Entfernung angezeigt.

Kosminski, Berlin.

965.

Finder, G., Ueber Kopfschmerzen nasalen Ursprungs. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 23, 1928.) Für die Entstehung der Kopfschmerzen gibt es zahlreiche Möglichkeiten. Jeder raumbegrenzende Prozeß, jede Zirkulationsstörung im Schädel, konstitutionelle Erkrankungen, Abusus von Alkohol oder Nikotin und viele andere Ursachen führen zu Kopfschmerzen. Am häufigsten ist es die Nase mit ihren Nebenhöhlen, die zu diesem Symptom Anlaß geben. Aus dem Charakter der Kopfschmerzen lassen sich keine Schlüsse auf den Sitz der Erkrankung ziehen. Bei jeder Art von Nebenhöhlen-erkrankung werden die Schmerzen durch Ueberanstrengungen, Erregungen vermehrt. Die Druckschmerzhaftigkeit des Stirnhöhlenbodens ist differentialdiagnostisch wichtig gegenüber der Supra-orbitalneuralgie. Beim chronischen Empyem können Kopfschmerzen fehlen. Auch nichtentzündliche Vorgänge der Nebenhöhlen können Kopfschmerzen verursachen. Ob die Kopfschmerzen von einer Stelle des Septums ausgehen, kann man durch die sogenannte Kokainprobe feststellen. Hören nach Eintreten der Kokainwirkung die Schmerzen auf, so spricht das für eine Beteiligung eines sogenannten Kontaktpunktes. In letzter Zeit hat man für das Zustandekommen von Kopfschmerzen eine Erkrankung des Ganglion nasale angeschuldigt, da auch hier durch Kokaineinspritzung die Schmerzen zum Verschwinden gebracht werden.

Kosminski, Berlin.

966.

Oppikofer, Pulsation des Gehörgangseiters und Extraduralabszeß. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 120., Nr. 1.) Nach Marx spricht die Pulsation des Gehörgangseiters bei einer schon mehrere Wochen bestehenden Otitis oder, wenn dieses Symptom nach anfänglichem Verschwinden nach Wochen wieder auftritt, als Spätsymptom mit allergrößter Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Extraduralabszesses, welcher mit den Mittellohräumen in Verbindung steht und die Hirnpulsation durch die Trommelfell-perforation auf den Gehörgangseiter überleitet. Da dieses Symptom des Extraduralabszesses von anderen Autoren nicht anerkannt wurde, so wurde vom Verfasser am eigenen Material die Sicherheit dieser Erscheinung nachgeprüft. Es wurde insbesondere bei der Operation darauf geachtet, ob der extradurale Abszeß durch Knochenabbau mit dem Antrum in mehr oder weniger breiter Verbindung stand. Es konnte festgestellt werden, daß dieses durchaus nicht regelmäßig zutrifft. Die Eiterpulsation ist bei Fällen von extraduralem Abszeß hiernach nicht ohne weiteres durch Fortleitung der Hirnpulsation zu erklären; auch bei den Extraduralabszessen ist pulsierendes Sekret meist nur der Ausdruck der starken Hyperämie der Paukenschleimhaut. Trotzdem wird der Nachweis der Pulsation des Sekretes im Gehörgang bei schon mehr als 3 bis 4 Wochen dauernden Otiden oder die gleichzeitige mit dem Pulse erfolgende Erschütterung des Trommelfelles nicht als klinisch wertlos angesehen. Denn die Pulsation weist darauf hin, daß die Entzündung in der Paukenhöhle intensiv ist. Wenn dieses aber nach einem Monat noch der Fall ist, so besteht die Möglichkeit der Entzündung in der einen oder anderen tiefliegenden Warzenfortsatzzelle und ferner die Möglichkeit des Knochenabbaues nach einer der Schädelgruben hin, so daß man in solchen Fällen besonders auf die subjektiven und objektiven Symptome des Warzenfortsatzempyems zu fahnden hat, um den richtigen Zeitpunkt der Operation nicht zu verpassen.

Hesse, Königsberg.

967.

Specht, Beitrag zur Frage der Kleinhirnsabszesse ohne Kleinhirnsymptome. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 120., Nr. 1.) Es wird über einen Fall von rechtsseitigem Kleinhirnsabszeß berichtet, der mit Erfolg operiert, nach $\frac{1}{2}$ Jahr rezidierte und zu einer tödlichen Meningitis führte. Er war durch einen auffallenden Mangel an Symptomen ausgezeichnet. Es fanden sich zeitweise nur sogenannte relative Kleinhirnsymptome. In mehreren langen Perioden bestand vollkommene Latenz. Es wird insbesondere darauf hingewiesen, daß Probepunktionen sogar mit weiter Kanüle zur Feststellung eines Abszesses nicht durchaus zuverlässig sind. Die Operation von möglichst weit lateral gelegener Stelle, unter Umständen hinter dem Sinus sigmoideus, wird empfohlen.

Hesse, Königsberg.

968.

Herrmann, Zur Serodiagnostik der Kehlkopftuberkulose. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 120., Nr. 1.) Die Untersuchungsmethoden waren das Agglutinationsverfahren, die Präzipitationsproben und die Komplementbindungsproben; insbesondere wurde auf die letztere Untersuchungsmethode Wert gelegt. Die Untersuchungen wurden zu dem Zwecke unternommen, um festzustellen in wievielen Prozent der Fälle von sicherer Tuberkulose die Seroreaktionen positiv ausfallen, und weiter, um verschiedene Antigene auf ihre Spezifität und auf ihre antigene Wirksamkeit zu prüfen. Es wurde gearbeitet mit dem Antigen nach Besredka, ferner mit dem von Neuberg-Klopstock, drittens mit dem von Salomon und Raudonis. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß an der Spezifität nicht zu zweifeln ist. Zur Erkennung der Frühstadien der Tuberkulose wird sie freilich nicht beitragen. Sie wird aber entscheidende Dienste leisten können bei aktiven Krankheitsprozessen, deren Ätiologie nicht gesichert ist. Was insbesondere die Kehlkopftuberkulose betrifft, so kann die Reaktion auch hier die Diagnose klären, insbesondere in den Fällen, wo man sich sonst durch eine Probeexzision Sicherheit über die Art der Erkrankung zu verschaffen sucht, wobei unter Umständen die Eröffnung eines tuberkulösen Infiltrates stattfindet. Auch ist die Probeexzision nicht immer ganz sicher bei negativem Ausfall, weil vielleicht nicht die richtige, erkrankte Stelle getroffen worden ist. Bei diesen zweifelhaften Fällen kann die beschriebene Reaktion bisweilen wesentliche und entscheidende Schlüsse gestatten.

Hesse, Königsberg.

969.

Reuter, Zur Behandlung des Epiglottiskarzinoms. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 120., Nr. 1.) Es handelt sich um drei Fälle von im Zerfall begriffenen Tumor der Epiglottis, der auf die Umgebung übergegriffen hatte. Bei der Operation wurde der Tumor total entfernt. Irgendwelche Funktionsstörungen bei der Respiration und Nahrungsaufnahme blieben nicht zurück. Die Entfernung geschah durch Pharyngotomia subhyoidea transversa, die als die Methode der Wahl beschrieben wird.

Hesse, Königsberg.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

970.

Jausion, H., und P. Cot, Reaktionen des Organismus bei Ekzemen. (Paris méd., Nr. 3, 1929.) Von grundlegender Wichtigkeit für das Verständnis der Ekzeme ist die Auffassung individueller Reaktionen auf den Kontakt mit äußeren Reizen. Diese können nur transkutan, transmukös ins Innere kommen. (Die professionellen Inhalations- und Digestionsformen.) Endogen verbreitet sich die Reizsubstanz zunächst auf dem Lymphwege, von dem sie in die Zirkulation gelangt. Und insofern ist es berechtigt, wenn Sabouraud u. a. von Ekzemen sprechen, die symptomatisch sind für Ca., für appendikuläre oder cholezystitische Eiterungen. Aber auch modifizierte heterogen gewordene Proteine können den Wall der leukozytären Digestion durchbrechen, auf dem Blutwege Fernerscheinungen, Metastasen hervorrufen: Asthma, Urtikaria und Ekzem. Also: die Exoantigene führen auf dem Hautwege, die Autointoxikationstrümmer auf dem mesosomatischen Wege zum selben Ziel, zur vesikulösen Intoleranzdermatitis. Aber die Eingangspforte legt weder die Lokalisation noch die Entwicklung klar. Es gehören noch andere Faktoren dazu.

Die beiden Initialveränderungen des Ekzems sind das Oedem des Papillarkörpers und die Exoseroe. Darauf beruhen die klinischen wie die Entwicklungsformen. Beiden liegt dieselbe Ursache zugrunde, das Oedem durch Gefäßtranssudate, Oedem und Hyperämie des Papillarkörpers oder des Malpighischen Körpers. Mehr noch in anderen Sensibilisationseffekten bemerkt man dieses pathognomonische Oedem bei anaphylaktischen, alimentären, medikamentösen Erythemen, bei der Hydrorrhoe des spasmodischen Schnupfens und v. a. Bei allen diesen ungleichen Affektionen findet man dieselbe lokale, paroxystische Störung: Gefäßkongestion — Plasma-

exsudation — Oedem. Im Verlaufe dieser Sensibilisierung kommen noch andere Reaktionen: die Eosinophilie. Man sieht sie aber auch im Höhepunkt und in der Defervescenz verschiedener Infektionen. Also die abnorme Anwesenheit eosinophiler Zellen bedeutet in der Mehrzahl der Fälle Schock oder Anaphylaxie. Es besteht eine absolute Abhängigkeit der Leukozytenformel vom vegetativen System. Die Eosinophilie begleitet die Schocks der Sensibilisation. Dazu kommt noch die Fragilität der Leukozyten.

Chemisch ist die Verminderung des Cl und des Nichtproteins N nachzuweisen sowie eine Hyperglykämie im Beginn, die später abnimmt, bei chronischen und generalisierten Fällen normal ist und bei akuten Schüben zunimmt. Ferner besteht eine Störung des Säurebasengleichgewichts und eine Verminderung der Alkalireserve des Blutes. Die Rolle der inneren Drüsen ist nicht ganz klar. Man will Störungen der Thyreoidea und des Ovariums beobachtet haben.

Ueber die Insulinbehandlung des Ekzems sind die Akten noch nicht geschlossen. Nach den Anschauungen von Garrelon u. a. ist das Pankreas für den Vagus das, was die Nebennieren für den Sympathikus sind.

Nach klassischer Anschauung entwachsen die konstitutionellen Ekzeme dem Boden. Dieser ist aber nichts anderes als endokrines, vaguesympathisches und hämoleukozytäres System. Sie spielen eine wichtige Rolle in der Antigenreaktion und besonders in der Verteilung ihrer Wirkungen. Bestimmt wird die Lokalisation durch Ursprung und Natur der Antigenenerregung und durch den Zustand des Vaguesympathikus an der betreffenden Hautstelle. So kommt es zu einem „lokalen Gedächtnis“ als Ausdruck einer Allergie, einer vermehrten vegetativen Permeabilität. Dies ist die Ursache der beschleunigten Antwort. Wenn nun eine solche Allergie sich über das ganze Integument generalisiert, so kann die Brutalität der Totalreaktion zum Tode führen, wie man dies beim Säugling, dessen Hautoberfläche im Verhältnis zu seinem Volumen größer ist als beim Erwachsenen, bei der exfoliierenden Erythrodermie und bei der postekzematischen Anaphylaxie bemerkt. Manche nehmen hier eine foudroyante Septikämie an, andere eine bruske Resorption toxischer Produkte aus dem Ekzem. Die Czernysche Diathese ist die der modernen Physiopathologie mehr angepaßte neuere Form des alten (französischen) Neuroarthritismus. Der gemeinsame Faktor ist hier das Oedem und die Folge die Eosinophilie. Während Bolten als Substratum eine kongenitale Insuffizienz des sympathischen Systems annimmt sowie der akzeleratorischen Endokrinen, sieht Guillaume in diesen trophovasomotorischen Störungen, von denen das Ekzem ein Gesicht ist, die direkte Folge einer sympathischen Hypotomie in enger Verbindung mit einer endokrinen Insuffizienz. Mit anderen Worten: auf einem durch Infektionen labilen Boden keimt das Antigen, daraus entsteht ein mehr oder weniger akuter exsudativer Schub und davon ist das Ekzem nur ein Aspekt.

v. Schnitzer.

971.

Bruck, C., Beitrag zur internen Behandlung der Ekzeme. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Die Ekzemtherapie ist mangels genügender ätiologischer Kenntnisse immer noch eine wesentlich symptomatische; die bisherigen inneren Mittel haben auch keinen befriedigenden Erfolg gebracht. Neuere Anschauungen und Untersuchungsergebnisse geben Indikationen für wirkungsreichere Maßnahmen. Man setzt die Empfindlichkeit des Nervensystems (der Ekzemreiz scheint in erster Linie an der Nervenzelle anzugreifen) herab durch intramuskuläre Einspritzungen von Magnesiumbromat (Magnobrol) bei gleichzeitiger innerlicher Darreichung von Pulvis magnobroli. Antineuralgika (Antipyrin, Pyramidon) wirken bei stark juckenden, gereizten Fällen, auch bei lokaler Anwendung 5- bis 10prozentiger Salben. Bei vielen Ekzemen spielt der Stoffwechsel eine Rolle, ohne daß Ernährung, Kalksalze, Kieselsäure Wesentliches leisten. Aussichtsreicher ist die Darreichung von Säuren bzw. Alkalien, erstere bei Neurodermitis (Azidolpepsin), hier übrigens auch Pilokarpin durch Anregung der parasympathischen Fasern, ferner besonders bei der exsudativen Diathese des Kindesalters als Salzsäuremilch (Acid. hydrochlor. dilut. 50,0 : Aqua dest. 150,0, davon 20 ccm auf $\frac{1}{2}$ Liter vorher gekochte Milch unter Zusatz von 1 Eßlöffel Zucker). Die oft vorhandene Azidose erfordert Atophan, Natr. bicarbon., Magnes. usta, alkalische Wässer. Bei Hyperglykämie Versuch mit Insulintherapie.

Ernst Levin, Berlin.

972.

Riehl jun., Gustav, Allergische Hauterkrankungen. Praktische Auswertung der Allergieforschung. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 1.) Es erscheint wichtig, die funktionelle Hautprüfung der Therapie dienstbar zu machen; so gelang es, ein salvarsanüberempfindliches Kind durch Auflegen von mit Salvarsanlösung in steigender Konzentration (1 : 1000 bis 1 : 3) in allerdings längerer Zeit zu desensibilisieren. Nicht immer ist es leicht, die Empfindlichkeit des Patienten festzustellen, da die funktionelle Hautprüfung

negativ ausfallen, hingegen bei Einverleibung desselben Stoffes intravenös oder per os starke Hautreizung auftreten kann; hier handelt es sich dann um ein toxisches im Gegensatz zu dem allergischen Exanthem. Die Salvarsanüberempfindlichkeit läßt sich mit dem Sekret einer Reizblase auf vorher vollkommen tolerante Personen übertragen; dabei kann man Ueberempfindlichkeit nicht nur an der Stelle der Uebertragung, sondern auch an entfernteren Stellen der Haut (Fernauslösung) und unter Umständen auch bei intravenöser Einspritzung in Form von Allgemeinerscheinungen hervorrufen.

Ernst Levin, Berlin.

973.

Gougerot, H., **Bukkilinguale Urtikaria**. (Paris méd., Nr. 3, 1929.) Die plötzlichen, vorübergehenden Oedeme der Lunge und des Mundes urtikariellen Ursprungs sind wenig bekannt, aber praktisch wichtig wegen ihres oft dramatischen Verlaufs, der die Patienten erschreckt, und ihrer oft schwierigen Diagnose. An Hand von zwei Fällen wird ausgeführt, daß bei Urtikaria allgemeiner Natur plötzlich ein Kitzeln im Mund und auf der Zunge auftritt, auch im Larynx, daß es zu Schwellungen der Lippen, der Zunge, zu Atembeschwerden kommt, daß aber diese den Patienten unter Umständen sehr beunruhigenden Erscheinungen auch ganz plötzlich ohne allgemeine Urtikaria lediglich lokal auftreten können, ohne anaphylaktische Auslösung durch gewisse Nahrungsmittel, lediglich durch die Kälte. Das beste, am raschesten wirksamste Heilmittel ist Adrenalin per os in viel Wasser (20 Tropfen). Differentialdiagnostisch muß man die anderen Oedeme des Mundes, infektiöse Natur, Phlegmonen, die natürlich eine viel ernstere Prognose haben, ausschließen. Zu erinnern ist hier noch an den ebenfalls praktisch wichtigen, aber ziemlich unbekannten Herpes der Zunge, der oft während der Regel auftritt, ebenfalls mit der beängstigenden Schwellung der Zunge und nicht selten ohne Blasenbildung. Behandlung außer Adrenalin antianaphylaktisch, desintoxifizierend.

v. Schnitzer.

974.

Dittrich, Otto, **Frostschäden**. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 1, 1929.) Pernionen sind keine Erfrierungen im gewöhnlichen Sinne, sondern das letzte Stadium der verschiedenen, durch wiederholte Reize in Form von Temperaturschwankungen hervorgerufenen Zustände, deren vorausgehende Stadien durch die Perniosis follicularis acuminata s. plana, die in filtrierenden und bullösen Pernionen dargestellt werden. Die Perniosis zeigt sich an Ohren, Nase, oberen und unteren Extremitäten und Gesäß; Cutis marmorata scheint bisweilen voraufzugehen; in anderen Fällen ist der Beginn ein deutlich follikulärer. Sonst als Erythrocyanosis crurara puellarum, Erythrocyanose sus-malléolaire bezeichnete Zustände sind nichts anderes als Perniosis. Die Bedeutung der Follikel ließ sich auch histologisch nachweisen; wesentlich sind jedoch die Veränderungen am Gefäßsystem.

Ernst Levin, Berlin.

975.

Glaubersohn, S. A., und A. A. Iwanoff, **Cutis verticis gyrata latens**. (Derm. Wschr., 88., Nr. 6, 1929.) Als Cutis verticis gyrata latens wird ein Zustand bezeichnet, bei dem eine verstärkte Beweglichkeit der Kopfhaut und eine Faltenbildung bei ihrem Zusammenschieben besteht, diese sich jedoch nach Aufhören des seitlichen Druckes sofort wieder ausgleicht. Bei der Untersuchung von 1500 gesunden Männern in jugendlichem Alter zeigten 26,6% leichte Faltenbildung, 7,1% starke Faltenbildung, ähnlich wie bei Cutis verticis gyrata, hier auch vereinzelt Fälle, in denen Faltenbildung auch ohne seitliches Zusammenrücken der Kopfhaut bestand. Die eigentliche Cutis verticis gyrata ist das Ergebnis einer angeborenen Prädisposition der Kopfhaut zu Faltenbildung in Kombination mit lokalen entzündlichen und traumatischen Prozessen; auch bei einer geringen Entwicklung bestehen hier sichtbare Veränderungen. Die verstärkte Beweglichkeit der Kopfhaut an sich für eine latente Cutis verticis gyrata anzusprechen, wegen keine genügenden Gründe vor.

Ernst Levin, Berlin.

976.

Blatt, Oskar, **Klinische Beiträge zur Frage der Atrophodermien**. (Derm. Wschr., 88., Nr. 6, 1929.) Atropho- und Sklerodermien führen in ihrem Endstadium zur Atrophie der Haut. Man ist berechtigt, die letztere mit den verschiedenen Formen der ersteren (Acrodermatitis atrophicans, Anetoderma erythematodes s. Atrophia cutis maculosa, Poikiloderma atrophic. vascul.) zusammenzufassen, da sie wahrscheinlich eine einheitliche Pathogenese besitzen. Bei allen diesen Formen zeigte sich als wesentlich eine Beteiligung der Blutdrüsen, vor allem Hypofunktion der Hypophyse, ferner der Ovarien, Schilddrüse, Nebennieren, seltener Hyperfunktion der Schilddrüse und Nebennieren bzw. normale Funktion. Sehr auffallend ist auch das verhältnismäßig häufige Vorliegen von Syphilis; diese scheint den häufigsten, wenn auch nicht einzigen ätiologischen Faktor darzustellen.

Ernst Levin, Berlin.

977.

West, C. O., und Gurth, W., **Die amerikanische Form der Creeping-Disease**. (Derm. Wschr., 88., Nr. 7, 1929.) Die Creeping-Disease wird durch verschiedene in der Haut kriechende Parasiten hervorgerufen. In Süd-Amerika ist in den letzten Jahren ein epidemieartiges Auftreten der sonst nur sporadischen Krankheit zu beobachten; es finden sich hier bei einem Patienten Hunderte von Gängen; die sonst zu findenden Gastrophiluslarven kommen als Erreger nicht in Betracht; vielmehr handelt es sich um Larven des im Darm von Hunden und Katzen vorkommenden Ankylostomum brasiliense. Die Erkrankungen stammen zum großen Teile vom Meeresstrande, an dem die Fäzes von Hunden und Katzen abgelagert und in der feuchten Jahreszeit durch Regengüsse verteilt werden; so wird ein Kontakt mit den nackten Teilen der Badenden ermöglicht.

Ernst Levin, Berlin.

978.

Sellei, Josef, **Rosazea der Jugendlichen (Rosacea juvenilis)**. (Derm. Wschr., 88., Nr. 7, 1929.) Bei Jugendlichen zeigt sich eine besondere Form der Rosazea als schwach bläuliche oder auch tiefer rotblaue Verfärbung der Nase, die eine diffuse, durch passive Hyperämie entstandene ist; dabei gewöhnlich keine Seborrhöe der Gesichtshaut, keine Aknepusteln. In anderer Form zeigt sich die Verfärbung, durch Teleangiectasien bedingt; dabei auch Teleangiectasien an den Nasenflügeln ohne Hautrötung; bei dieser Form Seborrhöe, Komedonen, Akneknoten, Pusteln. Von den jugendlichen Fällen gehört die größere Zahl in die Erythrozyanosis nasi et vasonerosus outis zu bezeichnende Gruppe; sie stehen mit einer Vasonerose in Beziehung. Aetiologisch spielen bei der jugendlichen Rosazea die innersekretorischen Drüsen die Hauptrolle; am charakteristischsten ist die sich in dem erhöhten Grundumsatz kundgebende gesteigerte Funktion der Schilddrüse; es liegt dann also eine Thyreotoxikose vor. Hier muß man auf eine rationelle Behandlung der Rosazea Rücksicht nehmen.

Ernst Levin, Berlin.

979.

Schoenhof, Sigmund, **Röntgenbehandlung der Hauttuberkulosen**. (Strahlenther., 30., Heft 2, 1928.) Gute Resultate bei Skrofuloderma, Tbc. verrucosa und tuberkulösen Lymphomen. Beim Lupus befriedigende Resultate bei geeigneter Kombination mit Quarzlicht, Ganzbestrahlung und medikamentöser Behandlung.

Kirschmann.

980.

Büben, Iwan v., **Ueber die Resultate der Strahlenbehandlung des Pruritus vulvae**. (Strahlenther., 30., Heft 2, 1928.) Die Erfolge sind verhältnismäßig gut. Härtere Strahlen (140 Kilovolt, $\frac{1}{4}$ mm Zn. + $\frac{1}{4}$ mm. Al. Filter) haben sich als wirksamer erwiesen als weiche Strahlen.

Kirschmann.

981.

Reisner, Alfred, **Ueber Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris**. (Arch. f. Dermat., 157., H. 1, 1929.) Aus den beobachteten Fällen ergibt sich eine auffallend hohe Beteiligung von Frauen, zwischen dem Beginn des Lupus und des Krebses lag durchschnittlich ein Zeitraum von 30 Jahren. Besondere Einflüsse für das Auftreten des Krebses konnten nicht nachgewiesen werden, eine besonders intensive Behandlung hatte meist nicht stattgefunden; in zwei Fällen dürfte eine röntgengeschädigte lupöse Haut vorgelegen haben. Für die Behandlung kommen Röntgen, Mesotherapie, Operation in Betracht; die Erfolge sind im ganzen unbefriedigend.

Ernst Levin, Berlin.

982.

Schönfeld, W., **Hirnrückenmarkflüssigkeit in der Dermatologie**. (München. med. Wschr., 5, Seite 185.) Der Lumbalpunktion kommt für die Dermatologie nur eine geringe therapeutische Bedeutung zu. Durch das einfache Ablassen von 10 bis 15 ccm Liquor gelingt es, den Juckreiz bei einigen Dermatosen (Lichen ruber planus, bei gewissen Prurigo- und Pruritusformen) vorübergehend oder für dauernd zum Verschwinden zu bringen und gelegentlich auch die Hauterscheinungen günstig zu beeinflussen. Bisweilen hat dieser Eingriff in einzelnen Fällen den Rückgang eines Blasenschubes beim Pemphigus und bei der blasenbildenden Form der Dermatitis herpetiformis zur Folge.

Veränderungen der Liquorzusammensetzung sind bei einer Reihe von Dermatosen gefunden worden. Sie sind zumeist als seltene Ausnahmen anzusehen und weitergehende Schlüsse sind aus ihrem Nachweis nicht zu ziehen. Am häufigsten sind Pleozytose und Eiweißvermehrung beim Herpes zoster anzutreffen, wo sie als Ausdruck des Uebergreifens entzündlicher Vorgänge von den Spinalganglien auf die Meningen in Erscheinung treten. Bemerkenswerterweise sind derartige Liquorbefunde durchaus nicht in allen Zosterfällen zu erheben, Veränderungen des Liquor kommen gelegentlich bei Hauttuberkulosen vor, ohne daß zwischen der

Pathogenese der Hauterscheinungen und der Entstehung der Liquorbefunde unmittelbare Beziehungen denkbar sind. Für den Pemphigus und andere blasenbildende Dermatosen mit gelegentlichen Liquorveränderungen lassen sich derartige Zusammenhänge nicht ohne weiteres ablehnen, da noch andere Momente (Keratolysis universalis, Nachweis von organischen Veränderungen im Zentralnervensystem bei der Autopsie) für eine nervöse Entstehung dieser Erkrankungen sprechen. Biberfeld.

983.

Karyschewa, K. A., und N. N. Velentei, Die Bedeutung der intrakutanen Gonotoxinreaktion nach Herrold bei weiblicher Gonorrhöe. (Arch. f. Dermat., Berlin, 157., H. 1, 1929.) Mit intrakutaner Einspritzung von Gonotoxin (Filtrat einer Gonokokken-Bouillonkultur) läßt sich eine durchaus spezifische Hautreaktion hervorrufen, deren Ausfall durch die Bildung von Immunkörpern beeinflusst wird. Sie ist bei Gonorrhöikern bis zur dritten Woche nach der Infektion deutlich positiv, wird dann negativ und erscheint manchmal geraume Zeit nach der Heilung wieder. Bei gesunden Personen erwies sie sich in 95% positiv.

Ernst Levin, Berlin.

984.

King Wade, H., Exostosen am Kalkaneus als Folge gonorrhöischer Infektionen. (J. of Urol., 20., Heft 2.) Viele Patienten, die an „gonorrhöischem Rheumatismus“ leiden, haben in Wahrheit einen Kalkaneussporn, der sich im Verlauf einer Periostitis dieses Knochens entwickelt hat. Der Urogenitaltrakt kann längst darüber ausgeheilt sein, wenn dieser Infektionsherd noch weiter besteht. Bei der Behandlung, der operativen Abtragung des Spornes muß der gesamte Herd entfernt werden. Prädisponierend für die Exostosenbildung sind Traumen und Pedes plani. Beim Bestehen einer Periostitis am Hacken muß durch Bettruhe und lokale Behandlung eine Verhütung der Spornbildung versucht werden. Hierbei kann Jodnatrium erfolgreich angewandt werden. Die Inzision zur Abtragung der Exostose wird von der Planta pedis aus direkt auf den Sporn geführt. E. Lehmann, Berlin.

985.

Stone, Eric, Vergleichung der Ergebnisse bei der Behandlung der akuten gonorrhöischen Epididymitis nach verschiedenen Methoden. (J. of Urol., 20., H. 2.) 215 aufeinanderfolgende Fälle wurden verwertet und die Erfolge beurteilt: 1. nach der Länge der Zeit, die verstrich vom Beginn der Behandlung bis zum Eintritt von Schmerzf়reiheit, 2. die Länge der Zeit, die der Pat. zu Hause oder im Krankenhaus zubringen mußte, 3. die Länge der Zeit, die zur Rückbildung der Entzündungserscheinungen notwendig war. Es erwies sich zunächst die rein expectative Behandlung als unzulänglich. Die Epididymotomie bringt einer großen Minorität der Fälle sofortige Schmerzf়reiheit und einer großen Mehrzahl raschere Schmerzf়reiheit als bei allen anderen Methoden. Die Zeit der Arbeitsunfähigkeit ist halb so lang als bei abwartender Behandlung, auch die Rückbildung der Entzündung ist in über 80% rascher und besser als bei jeder anderen Behandlung, mit Ausnahme vielleicht der Aolantherapie. Die Anzahl der Rezidive ist gering und wird nur vom Merkurochrome um 2% noch überboten. Das Jodnatrium hat keine besseren Erfolge als die expectative Behandlung aufzuweisen, weitere Versuche wert ist das Kalziumchlorid. Das Aolan bringt nächst der Epididymotomie am schnellsten Schmerzf়reiheit und kürzt die Behandlungsdauer im Krankenhaus sowie die Rückbildungsperiode am meisten ab. Hiernach rangiert das Merkurochrome. Die Diathermie kann bei sorgsam ausgewählten Fällen eine Arbeitsunfähigkeit vermeiden, hat aber nur geringen Einfluß auf den Schmerz und bezüglich der Involution des Organes die schlechtesten Resultate.

Ist die Epididymitis frisch und der Schmerz gering, so ist bei sitzender Lebensweise der Patienten die Diathermie angezeigt. Bei fortgeschrittenen Fällen und wenn der Kranke körperlich arbeiten muß, soll bei heftigem Schmerz die Epididymotomie, sonst die Aolanbehandlung eingeschlagen werden.

Unter 900 Fällen von Gonorrhöe sah der Verfasser in seiner Privatpraxis 43 = 4,82% Epididymitiden.

E. Lehmann, Berlin.

986.

Kissmeyer, A., Zur Theorie und Praxis der Gonorrhöebehandlung. Vermehrte bakterizide Tiefenwirkung durch „Citragan“. (Arch. f. Dermat., Berlin, 157., H. 1, 1929.) Das neue Präparat „Citragan“ (Argentum-Natrium citricum) besitzt einen hohen Silbergehalt in ionisierbarer, dynamisch wirksamer Form, günstigen Einfluß auf die Diffusion, die eine Auswaschung des Gewebes und Verdünnung der Lösung in loco mit vermehrter Tiefenwirkung zur Folge hat. Darauf beruht seine günstige Wirkung, verhältnismäßig schnelle Heilung, keine Komplikationen infolge schneller Abtötung der Gonokokken. Die Lösung wird 10 Minuten in der Harn-

röhre gehalten, dann ein Stäbchen eingeführt; Spülungen mit Lösungen 30:500.

Ernst Levin, Berlin.

987.

Kruspe, M., Unsere Erfahrungen mit Malaria und Saproviton. (Arch. f. Dermat., Berlin, 157., H. 1, 1929.) Bei der künstlichen Infektion dürfte es sich im wesentlichen um eine intensive, unspezifische Reizkörpertherapie handeln. Behandelt wurden Paralyse, Tabes, syphilitische Gehirn- und Rückenmarkkrankheiten, hartnäckig positive WR, hartnäckiger Tripper; auch einzelne Fälle im frischen Sekundärstadium, deren sonstige ausreichende Weiterbehandlung nicht sichergestellt schien, hier jedoch ohne den erhofften Erfolg. Ueberimpfung meist während der Akme, doch ist dies nicht nötig; wichtiger ist Zeitabstand von letzter Salvarsaneinspritzung, der drei Tage betragen soll. Erstimpfung bei 86,4% erfolgreich, weitere versagten oft. Inkubationszeit 2 bis 15, am häufigsten 4 Tage. Für gute Wirkung ist regelmäßiger Tertiantypus und 60 Fieberstunden über 39 Grad von Wert. In dieser Beziehung ergab sich im Laufe der Jahre eine Verschlechterung des verwendeten Malariastammes, und zwar schien sich diese bei nach Passagen bei Paralytikern einzustellen, während er sich bei nicht an Metakues leidenden Patienten, besonders bei luesfreien, wieder erholte. Todesfälle wurden nicht beobachtet. Provokationen bei spontanem Versiegen gelangen nicht, die fehlenden Fieberstunden können in solchen Fällen durch Neo-Saproviton aufgefüllt werden. Die Kupierung gelang stets. Ein Negativwerden der WR tritt oft erst nach Schluß der Nachbehandlung ein, während der Impfmalaria kann eine positive WR proziert werden, die aber immer wieder negativ wird. Die Beeinflussung des Liquors (dessen positiver Befund jenseits des dritten Jahres der Syphilisinfektion stets bedenklich erscheinen muß) war eine schwankende, völlige Unbeeinflussbarkeit nur in vereinzelten Fällen. Von den Paralytikern wurde ein großer Teil hervorragend gebessert, fast 50% blieben unbeeinflusst; die Tabiker zeigten vielfach Besserungen. Stets ist ausreichende Vor- und Nachbehandlung erforderlich, besonders letztere ist von Bedeutung. Bei Gonorrhöe konnten in ungefähr 80% gute Erfolge verzeichnet werden. Saproviton, besonders in seiner verbesserten Form als Neo-Saproviton, kommt in Frage bei gegen Impfmalaria refraktären Fällen und spontanem, vorzeitigem Versiegen der Impfmalaria, bei hartnäckiger Gonorrhöe, wenn ein Impfmaliarastamm von syphilisfreien Patienten nicht zur Verfügung steht, und bei voraussichtlich durch kurzes Fieber gut zu beeinflussenden Krankheiten. Die Neosaprovitonbehandlung kann mit gleichzeitiger Salvarsanbehandlung kombiniert werden.

Ernst Levin, Berlin.

988.

Sprinz, Oskar, Unzulänglichkeiten bei der Gonorrhöebehandlung berufstätiger Mädchen. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Unter den weiblichen Tripperkranken hat die Zahl der berufstätigen Mädchen gegen früher wesentlich zugenommen, was mit einer auch in bürgerliche Kreise eingedrungenen laxeren Lebensauffassung zusammenhängt. Diese Mädchen sind in Bezug auf Geschlechtskrankheiten weniger erfahren als Kokotten, übersehen erste Krankheitserscheinungen und sind vielmehr gezwungen die Krankheit zu verheimlichen, worunter die Behandlung leidet. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Behandlung mehr in die ärztliche Sprechstunde zu verlegen, was aber auch mit Schwierigkeiten verbunden ist. Aus diesen Verhältnissen, die für die Heilung des weiblichen Trippers sehr schlechte Aussichten eröffnen, kann nur auf dem Wege der Einführung neuartiger Mittel zur Heilung des weiblichen Trippers ein Ausweg erhofft werden.

Ernst Levin, Berlin.

989.

Littauer, E., Wassermann-Reaktion und Lues nervosa. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 107., H. 5/6.) Die Langesche Methode im aktiven Serum muß als ein großer Fortschritt bezeichnet werden; mit ihrer Hilfe ist es möglich, viel früher als bisher einen Kranken als luetisch zu erkennen und zu einer Zeit zu behandeln, in der es zu größeren klinischen Symptomen und damit pathologischen Ausfällen von seiten des Nervensystems noch nicht gekommen ist. Damit bessern sich auch die Reparationsaussichten bei spezifischer Behandlung weitgehend.

Kurt Mendel, Berlin.

990.

Lewy, F. H., Lues nervosa. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 107., H. 5/6.) Verf. fragt, ob es nicht aussichtsreich sei, unter Heranziehung neuer diagnostischer Methoden, die bereits vorhandenen, unzweifelhaft wirksamen Heilmöglichkeiten ganz auszuschöpfen, die wir bei einer der wenigen wirklich heilbaren Krankheiten des Nervensystems, bei der Lues, besitzen (Salvarsan, Hg, Bismut). Wichtig ist es, in dieser Beziehung, früh und sicher genug die Lues nervosa zu erkennen. Hierzu hilft uns vor allem die Aktivmethode von C. Lange im Blutserum und das Heßsche Differentialpupillo-skop, welches eine ungenügende Pupillenreaktion aufdeckt. Ist

letzteres geschehen, so wird Anlaß genug sein, die WaR. nach der Langeschen Methode anzustellen. Auf diese Weise läßt sich ein erheblicher Prozentsatz von Lues nervosa erfassen und einer frühzeitigen und damit wesentlich aussichtsreicheren Behandlung zu führen.

Kurt Mendel.

991.

Last, L. S., **Frühdiagnose derluetischen Pupillenstörung.** (Dtsch. Z. Nervenheilk., 107, H. 5/6.) Mit dem Heßschen Differentialpupilloskop wurden 133 Normale und 121 Kranke untersucht. Bei Gesunden ist bei einer Unterschiedsempfindlichkeit von 0,89% noch mit normalen Verhältnissen zu rechnen; Werte darunter, u. z. sowohl für direkte wie konsensuelle Belichtung, sind als pathologisch anzusehen. Unter den 121 Kranken befanden sich nur 31, bei denen keinerlei Anhaltspunkte für eine Lues vorlag; und unter diesen waren 16, die überhaupt keine schwerere organische Nervenkrankheit aufwiesen. Bei einer größeren Anzahl der Luetiker erweckte erst die Differentialpupilloskopie nach Heß den Verdacht einer nervösen Lues, der dann durch Lumbalpunktion oder die WaR. mit aktivem Serum bestätigt wurde. Das Differentialpupilloskop gibt also bei neurologischen Erkrankungen schnell einen ersten Anhaltspunkt für das Bestehen oder Fehlen einer Pupillenreaktionsstörung, die mit bloßem Auge gar nicht oder nicht sicher nachweisbar ist.

Kurt Mendel, Berlin.

992.

Callomon, F., **Extremitätengangrän als Folge syphilitischer Gefäßschädigung.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Spontangangrän kann die Ursache vielfacher organischer und funktioneller Gefäßstörungen sein, wie das in ähnlicher Weise auch bei dem Raynaudschen Symptomenkomplex der Fall ist. Bei allen diesen Prozessen spielt auch die Syphilis eine wichtige Rolle, an die bei lokaler Asphyxie und beginnender Gangrän stets gedacht werden sollte. Haben sich bereits ausgesprochene Gefäßveränderungen entwickelt, so wird auch die spezifische Behandlung den Prozeß nicht mehr zum Stillstand bringen können, wie in dem beschriebenen, sicher auf kongenitaler Syphilis beruhenden Falle. Die anatomische Untersuchung des infolge der fortschreitenden Gangrän abgesetzten Beines ergab eine Thromboarteriitis obliterans. Die weitere Behandlung derartiger Fälle muß eine energische spezifische sein, um eine Gangrän an anderen Extremitäten zu verhüten, wobei auch Jod nicht zu vergessen ist.

Ernst Levin, Berlin.

993.

Weiß, Stephan, **Latente Lues bei posttraumatischen Beschwerden.** (Dtsch. Z. Nervenheilk., 107., H. 5/6.) Bei Verletzten mit funktionellen nervösen Beschwerden ist stets an latente Lues zu denken, welche dann eventuell die Langesche Serumreaktion oder das Heßsche Pupilloskop aufdeckt. Ein Trauma kann vorhandeneluetische Symptome verschlimmern oder noch nicht manifeste auslösen. Im letzten Falle verstreichen zwischen Trauma und den ersten Anzeichen der syphilitischen Affektion mehrere Wochen oder Monate. Demgegenüber tritt die Verschlimmerung bereits manifesterluetischer Erscheinungen plötzlich und gleichzeitig mit dem Trauma auf. Es kann ferner infolge bestehender Lues zum Entstehen eines Traumas kommen. Fälle mit peripherem Trauma bieten oft lokale Veränderungen am Orte des Traumas. Das Kopftrauma braucht nur leicht zu sein. Verf. berichtet über zehn eigene Fälle. In keinem Falle haben die nach dem Trauma in Erscheinung getretenen Exazerbationen desluetischen Prozesses zu anhaltenden Schädigungen geführt, auch nicht, wenn das Trauma erheblich war. In der Mehrzahl der Fälle kam es zu allgemein nervösen Beschwerden. Fälle mit manifesten Erscheinungen und solche im latenten Stadium gleichen sich in ihrem Verhalten einem Trauma gegenüber und zeigen im Prinzip dieselben Reaktionen auf äußere Einwirkungen. Der Einfluß des Traumas auf die Entstehung der Lues am Zentralnervensystem ist aber nicht zu überschätzen (Nonne).

Kurt Mendel, Berlin.

994.

Rille, J. H., **Ueber den syphilitischen Primäraffekt an der Vagina.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Die Seltenheit von Primäraffekten in der Vagina läßt sich zwar nicht bestreiten, doch konnte eine ganze Zahl sicherer Fälle zusammengestellt werden, wobei es sich in mehreren Fällen um multiple, bis zu neun Sklerosen handelte. Sie sind meist rundlich oder auch ovalär, auch nierenförmig, oder zackig, eckig und stellen flache oder etwas vertiefte, eingesunkene Substanzverluste von dunkelbraunroter, oft firnisartiger, glänzender Oberfläche dar; ist ein Belag vorhanden, so läßt er sich nicht abstreifen. Ist die Palpation möglich, so kann man Induration feststellen. Differentialdiagnostisch kommen traumatische und Aetzgeschwüre, Herpes, Aphthen, Vaginitis granulosa und das als Schankroid bezeichnete, durch vorausgegangene Syphilis modifizierte Ulcus molle in Frage. Am ähnlichsten können rezente karzinomatöse Geschwüre sein. Das Vorkommen ist bei

jüngeren Personen häufiger, da bei älteren die Scheide durch ihre Nachgiebigkeit Dehnungen und Zerrungen leichter verträgt. Die Seltenheit der Vaginalschanker wird weiter durch die schützenden Sekrete, den anatomischen Bau der Scheide, das Fehlen oder die Seltenheit von Drüsen erklärt. Tatsächlich scheint eine Zahl von Fällen übersehen zu werden, was auf die gebräuchliche Untersuchung mit Röhrenspekulum bezogen wird.

Ernst Levin, Berlin.

995.

Hoffmann, Erich, **Beruliche Leicheninfektion mit Syphilis.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Es muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß das Dogma der Unmöglichkeit von Leicheninfektion mit Syphilis nicht zu Recht besteht. Das Syphilisvirus ist nicht so hinfällig, wenn auch eine Herabsetzung der Penetrationsfähigkeit der Spir. pall. in der Leiche zustande kommt, die die Seltenheit der Leicheninfektionen erklärt. Den früher zusammengestellten 20 sicheren und 14 mehr oder weniger wahrscheinlichen Fällen werden zwei weitere, vollkommen einwandfreie (bei einem Arzt und einem Leichendiener) hinzugefügt; die beide bei der Sektion kongenital-syphilitischer Kinder bzw. Föten durch Stichverletzung zustande gekommen waren und erst nach Auftreten der Allgemeinerscheinungen richtig diagnostiziert wurden. Die wichtige Spirochätenuntersuchung hatte nicht stattgefunden. Eine derartige Leicheninfektion ist als Unfall anzusehen und entsprechend zu entschädigen.

Ernst Levin, Berlin.

996.

Richter, Wilhelm, **Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung der Lues.** (München. med. Wschr., 189., Nr. 5, 1929.) Bei Sonnenbrand, auch geringer Art, ist eine Neosalvarsanbehandlung sofort abzusetzen. Wie mehrere Beobachtungen erweisen, kann die durch Bestrahlung ausgelöste Schädigung der Haut zu Funktionsstörungen führen, die bei erneuter Salvarsanzufuhr eine Toxikose entstehen lassen können. Durch intensive Sonnenbestrahlung kann eine bereits abgeklungene Roseola wieder hervortreten. Diese Rezidiverscheinungen verhalten sich oft der spezifischen Therapie gegenüber refraktär. Bei der Behandlung der Salvarsanantoxikosen bewährt sich die Injektion von 1,0 ccm Neos. intram. am besten. Bemerkenswert erscheint, daß die schlagartige Besserung der Intoxikationssymptome nur nach der intramuskulären Injektion geringer Dosen von Neos. zu beobachten ist. Nach Anlegung einer Neos.-Hautquaddel kommt es zunächst — wenn auch vorübergehend — zu einer erheblichen Verschlimmerung der Beschwerden mit einer starken Fieberreaktion.

Die Wirkung ultravioletter Strahlen auf die spezifische Behandlung ist vor allem von der Dosierung abhängig. An sich genügt die Höhensonnenbestrahlung keinesfalls als Heilungsfaktor für die Lues. Ihre Wirksamkeit ist lediglich eine Folge des Hautreizes, der eine Aktivierung der in der Haut schlummernden Antikörper hervorruft. Nur Lichtreize, die nicht zu einer Gewebsschädigung führen, können daher esophylaktisch wirken.

Zur Entscheidung der Frage, ob es sich bei einer Neos.-Schädigung um eine Idiosynkrasie oder um eine Toxikose handelt, ist die funktionelle Hautprüfung nach Urbach-Königstein mit Nutzen zu verwerten. Das Ausbleiben von Hautreaktionen nach Auflegen einer mit Neos. getränkten Mullkompressen und nach intrakutanen Neos.-Injektionen spricht für das Vorliegen einer Toxikose.

Biberfeld.

997.

Wehrbein, Heinrich L., **Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit in der Urologie.** (J. of Urol., 20., Heft 2.) In schwierigen Fällen kann die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit zur Differentialdiagnose herangezogen werden und wertvoll sein. Zur numerischen Ausdrückung der Größe einer pathologischen Veränderung kann ihre Angabe von Wert sein bei therapeutischen Berichten.

E. Lehmann, Berlin.

998.

Caylor, Harold D., **Nebennieren und Nierenheterotopie.** (J. of Urol., 20., Heft 2.) Bei der 34jährigen Frau wurde die rechte Niere wegen Hydronephrose exstirpiert. Unter der Kapsel sah man auf der vorderen oberen Hälfte einen gelblichen Fleck, der sich als die heterotopie Nebenniere makroskopisch und mikroskopisch erwies. Die Heilung der Pat. verlief ungestört.

E. Lehmann, Berlin.

999.

Bumpus jr., Hermon C., **Das anscheinende Verschwinden von Lungenmetastasen in einem Falle von Hypernephrom nach der Nephrektomie.** (J. of Urol., 20., Heft 2.) Der 59jährige Pat. suchte den Verf. 15 Monate nach Exstirpation der Niere wegen Husten und blutigem Auswurf auf. Das Hypernephrom war histologisch nachgewiesen worden. Jetzt ergab eine Thoraxaufnahme zahlreiche

Metastasen in den Lungen. Auch hatten sich dreimal hemiplegische Anfälle leichten Charakters eingestellt, die daraufhin ebenfalls als metastatisch gedeutet worden waren. Die Prognose erschien völlig infaust, aber bereits nach 5 Monaten zeigte der Kranke eine Gewichtszunahme und völlige Arbeitsfähigkeit. Eine Röntgenkontrolle ließ keinerlei Metastasen mehr erkennen. Nach mehr als 4 Jahren waren die Lungen noch vollkommen frei und auch keine weiteren Metastasen erkennbar. E. Lehmann, Berlin.

1000.

Beer, Edwin, Periostitis und Ostitis der Symphyse sowie des absteigenden Schambeinastes und suprapubischer Blasenfistel. (J. of Urol., 20., Heft 2.) Dieses Krankheitsbild konnte der Verf. wiederholt beobachten, und zwar zumeist 3 Wochen nach der Operation. Wahrscheinlich entwickelt sich eine Infektion der Perioste dieser Knochenteile und der Zug des Musc. rectus am entzündeten Gewebe verursacht dann die typischen Beschwerden: Schmerzen beim Aufsetzen oder beim Husten. Die Schmerzen strahlen auch vielfach zum Oberschenkel zu aus. Röntgenologisch sind die Veränderungen nachweisbar. Die Behandlung ist dankbar und besteht in lokaler Wärmeapplikation, Sitzbädern und leichter Massage. Bei Verknöcherung des Krankheitsbildes kann man durch das Röntgenbild zur Annahme von Knochenmetastasen eines malignen Gewächses geführt werden. E. Lehmann, Berlin.

1001.

Pinkus, Felix, Phimosenentstehung bei einem rituell zirkumzidierten Manne. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 8, 1929.) Bei einem 40jährigen Manne, der in der Kindheit rituell zirkumzidiert worden war und sich später syphilitisch infiziert hatte, hatten sich an der Glans und der Penishaut tertiärsyphilitische Geschwüre gebildet, die spontan vernarbt. Dabei zog sich die Haut über die Glans herüber, so daß diese jetzt von einer ziemlich derben, an sie nicht angewachsenen Haut wie von einem Präputium bedeckt ist, deren enge, starre Oeffnung eine Phimose bewirkt.

Ernst Levin, Berlin.

1002.

Edelmann, Leo, Schleimdrüsen in der Schleimhaut der Harnblase. Bericht über 2 Fälle. (J. of Urol., 20., Heft 2.) Das Vorkommen von Schleimdrüsen in der Harnblase ist noch umstritten, während einige es ganz leugnen, geben andere ihr Auftreten zu oder glauben, daß es sich um abgesprengte Drüsen der Prostata oder Urethra handle.

Die Drüsen können auch von dystopen embryologischen Intestinaldrüsen, embryonalen Ueberresten, aus Hyperplasien und Metaplasien des oberflächlichen Blasenepithels oder durch Wucherungen bei Cystitis cystica entstanden sein. Die Symptomatologie ist uncharakteristisch; die Pat. klagten über Harndrang, Dysurie und Hämaturie. Die Diagnose ist nur histologisch aus einem exzidierten Gewebsstück stellbar. Die Behandlung besteht in Exzision oder thermischer Zerstörung der erkrankten Teile. Möglicherweise entwickeln sich auf der Basis dieser Drüsen Adenome und Adenokarzinome. E. Lehmann, Berlin.

1003.

Baker, Theodor, Der Wert von Einspritzungen in das Vas deferens bei chronischen Genitalinfektionen auf Grund einer Serie von 75 Fällen. (J. of Urol., 20., Heft 2.) Nach Freilegung des Vas deferens wurde in dieses eine Stichinzision gemacht und 10 bis 20 ccm einer 5- bis 10prozentigen Collargollösung injiziert. In etwa 40% der Fälle sah der Autor durch diesen Eingriff allein einen genügenden Erfolg, etwa weitere 40% bedurften einer weiteren Behandlung mit Massage, Sonden usw., in einigen weiteren Fällen wurde die Injektion durch entzündlichen Verschuß des Vas unmöglich gemacht. Immerhin bedeutete die erfolgreiche Injektion eine Abkürzung der Behandlungszeit. Indiziert ist die Injektion nur dann, wenn eine mehrmonatliche gründliche Behandlung erfolglos geblieben war; aber auch dann soll der Chirurg nicht zu optimistisch in bezug auf die zu erwartenden Erfolge sein. Unter den 75 Fällen hatten 28 keine Epididymitis gehabt, doch waren nur bei 6 Patienten Spermatozoen nach der Operation zu sehen; bei den anderen waren keine auffindbar oder es war nicht nach ihnen gefahndet worden. Nur in einem Fall mit Nebenhodenentzündung waren vor und nach der Operation Spermien nachweisbar, die aber später ebenfalls schwanden. Wendet man statt der Inzision der Vas deferens nur die Punktion an, so wird die Gefahr der Sterilität herabgesetzt. E. Lehmann, Berlin.

E. Lehmann, Berlin.

Hygiene

1004.

Blencke, August, Schule und Skoliose. (Beitr. ärztl. Fortbild., Nr. 1, 1929.) Wenn wir die Beziehungen der Schule zur Skoliose in kurzen Sätzen zusammenfassen wollen, so würden diese etwa folgendermaßen lauten:

1. Es kann zur Zeit kein Zweifel mehr darüber bestehen, daß der Schule nicht im entferntesten der Einfluß bei der Entstehung der wirklichen Wirbelsäulenverkrümmungen zukommt, der ihr in früheren Zeiten und auch jetzt noch von manchen Schulärzten und Lehrern fälschlich zugeschrieben wird.

2. Es sind beim Eintritt in die Schule nach genaueren Untersuchungen weit mehr Skoliosen vorhanden, als während der Schulzeit dazukommen, und es entstehen auch nach der Schulzeit noch eine ganze Menge schwerer Skoliosen bei Kindern, die während der ganzen Schulzeit gerade Wirbelsäulen hatten.

3. Es entstehen während der Schulzeit eine Anzahl Skoliosen und es verschlimmern sich auch während dieser eine Anzahl von bereits vor der Schule vorhanden gewesenen, deren Entstehung bzw. Verschlimmerung deshalb nun noch längst nicht immer der Schule zur Last gelegt werden darf. Hierfür sind ganz andere Ursachen verantwortlich zu machen, die allerdings mit dem Schulbesuch zusammenfallen, nicht aber durch diesen bedingt werden.

4. Es bleibt ein kleiner Bruchteil von Skoliosen übrig, die wir dem Einfluß der Schule zuschreiben müssen, die aber nur bei Kindern mit geschwächtem Muskel- oder Knochensystem beobachtet werden, niemals aber bei gesunden kräftigen Kindern.

5. Nach den allorts von Orthopäden gemachten Erfahrungen führen die Skoliosen, denen man vielleicht den Namen „Schulskoliosen“ beilegen könnte, nie zu erheblichen Deformitäten oder gar zu einem schweren Krüppeltum, wie es bei anderen Skoliosen oft genug der Fall ist. Sie können nach langem Bestehen klinisch höchstens einige leichte Fixationssymptome zeigen, die die Erwerbsfähigkeit der Träger in keiner Weise beeinträchtigen. Man kann sie nur als kleine Schönheitsfehler bezeichnen, die leicht durch die Kleidung verdeckt werden können. Held.

Infektionskrankheiten

1005.

Gierthmühlen, F., Intrakutane Pockenschutzimpfung in der Praxis. (Münch. med. Wochenschr., 194., Seite 5.) Die nicht so seltenen unangenehmen Begleiterscheinungen der bisher geübten Impfmethode (Fieberreaktionen mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, starke Areaentwicklung, Nebenpocken, Uebertragung der Lymphe auf zerkratzte Körperstellen u. a. m.) rechtfertigen die Suche nach einem anderen Verfahren, das Schutz vor der Variola gewähren kann, ohne so beträchtliche Nebenwirkungen hervorzurufen. Die bisherigen Erfahrungen erweisen, daß dieses Ziel durch intrakutane Injektion von verdünnter Kuhpockenglyzerinlymphe zu erreichen ist. Die intrakutane Methode bietet den Vorteil gegenüber der Schnittmethode, keine Narben zu hinterlassen und unter allen Umständen anzugehen, sofern überhaupt eine Empfindlichkeit gegenüber dem Pockenvirus bei der geimpften Person vorhanden ist. Am 4. bis 6. Tage kommt es ohne nennenswerte Temperatursteigerung und ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens zu einer in ihrer Stärke vom Reaktionsvermögen des Kindes abhängigen Infiltration der Stelle der Intrakutanimpfung, ohne daß Pusteln sich bilden. Im Verlauf von etwa drei Wochen verschwindet diese Infiltration, ohne irgendwelche Spuren zu hinterlassen. Diese Impfmethode ermöglicht es, die bisherigen Kontraindikationen der Impfung erheblich einzuschränken, da Kinder mit kleinen Ekzemen, Blepharitis, schwerer Rachitis, Spasmophilie und mit leichteren Formen der exsudativen Diathese ohne Bedenken intrakutan geimpft werden können.

Trotz dieser außerordentlichen Vorteile ist die intrakutane Impfmethode erst dann reif für die allgemeine Anwendung in der Praxis, wenn von den Impfanstalten eine gleichmäßige, standardisierte Lymphe geliefert wird, die mit genauen Daten ihrer Wirksamkeit versehen ist. Bisher ist der Praktiker auf Lymphe angewiesen, deren Verdünnungsquote an Kliniken festgestellt wurde. Die Lymphe ist unmittelbar vor der Injektion mit Kochsalzlösung bestimmter Konzentration zu verdünnen. Bei der Intrakutaninjektion ist das Eindringen von Lymphe in den Stichkanal und dadurch in die Einstichstelle zu verhüten. Biberfeld.

1006.

Hollmann, R., Ueber die Einwirkung von Kohlen- und Graphitstaub ohne Gesteinsbeimengung auf die Lunge. (Z. Tbk., 52., Nr. 5.) Kohlenstaub — ohne jede Gesteinsbeimengung! — sowie Kohlenstaub mit Graphitstaub vermischt, vermochten bei den untersuchten Arbeitern nur in 9,1% der Fälle eine ausgesprochene Kohlenstaublunge zu erzeugen, und zwar erst nach Einwirkung von vielen Jahren. Auch bei Arbeitern von über 20 Jahren Arbeitszeit in stärkstem Staub war meist keine Staublunge vorhanden. Die Kombination von reiner Kohlenstaublunge und Tuberkulose bot ein gutartiges Krankheitsbild. Zweg, Coswig b. Dresden.

1007.

Mrongorius, W., Hautdiphtherie. (Arch. f. Dermat., 157, H. 1, 1929.) Ueber mehrere Jahre sich hinziehend traten bei einem Patienten an zahlreichen Stellen des Körpers mit Borken bedeckte Geschwüre auf, die besonders am unteren Abschnitt des Abdomens eine große Ausdehnung annahmen. An Stellen mit geringem Unterhautfettgewebe, wo die Haut dem Knochen anliegt, trat ein Stillstand ein. Aus zunächst auftretenden Knoten entwickelten sich Pusteln, die mit Narben abheilten. Schließlich trat Heilung ein. Im Eiter grampositive Stäbchen, die einzelne dunklere Stellen zeigten, auf Agar kleinste grauweiße Kolonien bildeten, für Meeresschweinchen, Mäuse, andere Menschen nicht, für den Patienten selbst jedoch pathogen waren, Bildung von Pusteln und Geschwüren mit für Diphtherie charakteristischer Membranbildung bewirkten. Der Fall wird als primäre Hautdiphtherie (keine Diphtherie in der Umgebung des Kranken) aufgefaßt und das Stäbchen als *Corynebacterium diphtheriae ulcerogenes cutaneum* bezeichnet.

Ernst Lewin, Berlin.

1008.

Wodarz, Fernresultate der Genickstarreepidemie 1906. (Zbl. inn. Med., 50. Jahrgang, Nr. 2.) Nachprüfung einer 1906 am städtischen Krankenhaus Ratibor beobachteten Genickstarreepidemie mit 67 Kranken, bei denen der *Meningococcus intracell.* Weichselbaum festgestellt worden war. 27 Todesfälle während der Epidemie. Von den 40 Ueberlebenden konnten jetzt von 19 sichere Befunde erhoben bzw. Nachrichten eingeholt werden. 16 von den 19 erwiesen sich als gesund. Zwei weisen eine die Arbeitsfähigkeit nicht herabsetzende Ohrschädigung auf, nur einer ist geistig so minderwertig, daß er einen ständigen Beruf nicht ausfüllen kann. Diese Fernresultate sind günstiger als die von Schönbauer auf dem Chirurgenkongreß 1928 mitgeteilten über eine Wiener Genickstarreepidemie. Sie bestätigen, daß das Jochmannserum geeignet ist, nicht nur die Mortalität, sondern auch die Spätschädigungen der epidemischen Genickstarre herabzusetzen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

Innere Medizin einschließt. Tuberkulose

1009.

Clure, W. Mc., und M. F. Huntzinger, Paroxysmales Kopfweh. (New England J. Med., Nr. 26, 1928.) Von dem paroxysmalen Kopfweh, der Migräne, gibt es 3 Formen, eine, bei der das Kopfweh im Vordergrund steht, eine, bei der das Kopfweh gering ist, und eine, bei der mehr abdominale Erscheinungen, Leibschmerzen und Anfälle von Erbrechen und Nausea das Bild ausmachen. Gerade wegen der letzteren Erscheinungen sind schon Operationen vom Uterus bis zu den Nebenhöhlen der Nase irrtümlich ausgeführt worden. Die sensorischen Störungen, namentlich des Gesichtssinnes, sind dabei nicht zu vergessen. Eine Analyse von 78 Fällen ergibt, daß sich bei 65 die Migräne schon vor der dritten Dekade entwickelt hat, bei mehr als der Hälfte dauerte bis nach der vierten Dekade, bei 63 begann das Leiden schon mit der zweiten Dekade. Dauer des Anfalls sehr verschieden. Alle Formen des Kopfwehs. Nausea und Erbrechen, fehlten bei 53. Manchmal herrschen in der Jugend die abdominalen Formen vor, die nach der Pubertät in die des paroxysmalen Kopfwehs übergehen, das dann oft von epigastrischen Schmerzen begleitet ist. In 6 Fällen war eine Cholezystektomie vorgenommen worden, weil die kolikähnlichen Anfälle falsch gedeutet wurden; bei 4 wurde chronische Cholezystitis gefunden, die bei 3 mit Lithiasis verbunden war; bei allen besserte die Operation die Kopfschmerzen nicht, die Grahammethode zeigte keine Veränderungen an der Gallenblase. Die orale Grahammethode wurde bei 72 Patienten durchgeführt: bei 10 Steine, bei 4 chronische Cholezystitis bei der Laparotomie, welche Diagnose im ganzen bei 20 gestellt wurde, und zwar bei 25% Patienten über 40. Bariumuntersuchung des Intestinaltraktes bei 65: bei 7 typische Ulkussymptome und charakteristische Duodenaldeformitäten; Atonie und Ptose des Magens war nicht selten. Bei 65 Störungen der Leberfunktion. Bei 37 Hautsensibilitätsprüfungen, die bei 10 positiv ausfielen. Bei 29 intraduodenale Therapie (Einführung einer 33% Magnesiumsulfatlösung ins Duodenum — Gallenstimulus und Wirkung auf die Leberzellenfunktion): bei 18 Heilung, bei 6 Besserung. Wichtig ist die sondenmäßige Einführung ins Duodenum und die Konzentration. Die Abmagerung durch das Erbrechen wird am besten bekämpft durch rationelle Nahrungsvermehrung. Bei neun Patienten besserten sich die Ulkus- und Koliksymptome sofort durch eine Diätänderung. Schlußfolgerungen: oft ist das einzige Symptom Kopfweh. Beginn nicht immer in der Adoleszenz. Weglassen der sensibilisierenden Proteine ist bei der Therapie wichtig. Die Leberdysfunktion spielt eine wichtige Rolle. Es bestehen Beziehungen zum Ulcus pepticum und zur Cholezystitis. Duodenalileus

ist eine Folge der Migräne, nicht Ursache. Richtige Ernährung ist wesentlich. Vorsicht bei chirurgischen Eingriffen, die recht zu überlegen sind.

v. Schnizer.

1010.

Didsbury, Ophthalmische Migräne. (Paris méd., Nr. 6, 1929.) Es gibt eine isolierte Form mit Augensymptomen und ohne Kopfschmerzen und eine prodromale mit denselben Augensymptomen und einer gewöhnlich intensiven temporofrontalen Migräne. Beide in Anfällen. Beginn dieser juvenilen Affektion plötzlich mit vertikal (häufiger) oder horizontaler Hemianopsie meist einseitig, mit Mouches volantes, Skotom usw., mit und ohne Schwindel, eine halbe bis mehrere Stunden lang mit wechselnder Intensität und wechselnden Erscheinungen, sogar mit vorübergehender Aphasie, so daß die unglücklichen Opfer außer der Furcht, blind zu werden, auch noch die Stumm zu werden haben; es handelt sich hier nicht um psychopathische Erfindungen: Migränekranke sind nie suggestibel. Schwindelanfälle mit der Angst, zu fallen, gehen dem Anfall voraus oder begleiten ihn. In der Genese der Anfälle scheidet der Sehapparat völlig aus (Astigmatismus usw.). Die ophthalmische Migräne mit ihrer Tendenz zu Einseitigkeit ist eine Komplikation der Migräne, auf lang entstandener anatomischer Basis entwickelt, wobei Arthritis und die endokrinen Drüsen eine Rolle spielen, beruhend auf einer subkutanen Zellulitis rheumatischer Natur, weshalb sie weder in das Gebiet des Neurologen noch in das des Ophthalmologen gehört. Am sitzenden Patienten untersucht man die Austrittsstellen der Nerven und kann so Schmerzpunkte im Gebiete des großen Arnoldschen Nerven, des Trigeminus und des Plexus cervicalis feststellen. Am schwierigsten ist dies beim oberen Zervikalganglion, das bei der ophthalmischen Migräne besonders schmerzhaft ist, zu finden. Hinter dem Patienten stehend, kann man es längs des Kopfnickers in halber Beugung des Kopfes abtasten; es ist kaum zu fühlen, aber auf Druck darauf sinkt der Blutdruck und man kann Mouches volantes auslösen. Besonders die Ausstrahlung in die verschiedenen Nervengebiete ist dabei wesentlich. Man darf dabei die auslösenden Ursachen der Anfälle (nervöse Schocks — Erregungen; chemische Schocks — anaphylaktische Phänomene) nicht mit den anatomischen Ursachen verwechseln. Und heute beruht die Therapie darauf, die auslösenden Ursachen zu beseitigen. Wenn hier Desensibilisierung eingetreten ist, hat man die seltene Spontanheilung. Die eigentlich zweckmäßige Behandlung ist aber Angriff der superfiziellen Perineuritis durch Massage. Außer dieser Form ist aber noch die Beteiligung des Ganglion sphenopalatinum und oticum nicht zu vergessen, die allein oder in Verbindung mit den eben beschriebenen Erscheinungen vorkommen kann und dem Otologen gehört.

v. Schnizer.

1011.

Liebermeister, G., Das anämische Zungenphänomen, ein wichtiges Frühsymptom der arteriellen Luftembolie. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 1, S. 21.) Trotzdem Verfasser nur über 7 einschlägige Beobachtungen verfügt, hält er doch das Zungenphänomen für ein konstantes und wichtiges Frühsymptom der arteriellen Luftembolie, dessen Beachtung wahrscheinlich in den meisten Fällen die Entstehung schwerer Embolien verhüten läßt. Wenn die Annahme, daß die Luftblasen die höchstgelegenen Stellen aufsuchen, zutrifft, muß man in Zukunft die Kranke mit noch etwas stärker nach hinten abgelenktem Kopf lagern, damit möglichst wenig Luftblasen in die Carotis interna und in die Gehirngefäße gelangen. Das Fehlen des Zungenphänomens ist ein sicheres Zeichen dafür, daß keine Luftembolie vorhanden ist. Die Beachtung des Phänomens verringert die Gefahren der Pneumothoraxbehandlung ganz wesentlich; vielleicht ist seine Beobachtung auch bei Lungenoperationen von Wert.

Arnold Hirsch, Berlin.

1012.

Stewart, Harry Eaton, Sechsjährige Erfahrung mit Diathermiebehandlung der Pneumonie. (Arch. Physic. Ther., Vol. 9, Nr. 10, 1928.) Als Erfolg der Diathermie bei Pneumonien ist ein erheblicher Rückgang der Mortalität bei den behandelten Fällen nachzuweisen. Die Krankheitsdauer wird zwar nicht abgekürzt, aber Beschwerden werden erheblich vermindert und die Gefahr derselben herabgesetzt. Die Behandlung soll alle 4 Stunden vorgenommen werden, je 20 Minuten lang.

Kirschmann.

1013.

McLaughlin, A. I. G., Segmentäre Hyperalgesie und Hämoptoe. (Lancet, 216., 5499.) Das Vorhandensein einer segmentären Hyperalgesie in Verbindung mit Hämoptoe ist auch beim Fehlen klinischer, radiologischer und bazillärer Befunde als Frühsymptom einer nichtkavernösen, entzündlichen Läsion der Lunge zu werten. Die Hyperalgesie entspricht genau dem Sitze der Läsion, und man kann daher in solchen Fällen ihre Topographie bestimmen. Bei Affektion der Lungenspitze findet man die Hyperalgesie im 3., 4., manchmal auch im 5. Dorsalsegment der Wirbel-

säule, während die Läsion der Lungenbasis einer Hyperalgesie des 5., 6., 7., manchmal auch des 8. Segments entspricht. Die hyperalgetischen Zonen sind immer sowohl vorn als hinten nahe an der Mittellinie lokalisiert, und zwar befinden sich die der basalen Läsionen entsprechenden Zonen etwa 4 cm mehr lateralwärts als die apikalen.

Ashkenasy, Wien.

1014.

Twinn, F. Patton, Mumpsorchitis und Sterilität. (New England J., Nr. 25, 1928.) An der Hand zweier Fälle: Sterilität ist nicht so selten, wie man annimmt. Oft ohne Verlust der sexuellen Begierde und Potenz und ohne Abnormalität des sekundären Geschlechtscharakters. Mumpsrekonvaleszenzenterum im Beginn, um die Schwere der Krankheit zu mildern und Orchitis zu verhüten, ist zu empfehlen. Bei ausgesprochener Hodenvergrößerung in schweren Fällen sind multiple Inzisionen der Tunica albuginea vorzunehmen, um Hodenatrophie zu verhindern. Außerdem Diathermie. Diesen 3 Heilmitteln ist in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken, zudem sollte bei bilateralen Fällen das Vorhandensein der Spermatozoen festgestellt werden.

v. Schnizer.

1015.

Zimmer, Arnold, und Wilhelm Fehlow, Tierblutbehandlung des Morbus Basedow. (Münch. med. Wschr., 4, S. 146.) Während der letzten 1½ Jahre wurden 40 Fälle von Morbus Basedow (2 davon leicht mit einer Grundumsatzsteigerung bis 35%) mit Tierblutinjektionen behandelt. Es wurden nur intramuskuläre Injektionen von Frischblut (3 bis 5 cm) ausgeführt, wobei sich das am mildesten wirkende, frisch defibrierte Hammelblut und das kräftigere Rinderblut am besten bewährten. Bei Verabfolgung dieser beiden Tierblutsorten in regelmäßigem Wechsel kommt es nicht zu schwereren anaphylaktischen Allgemeinerscheinungen. Wenn nach der ersten Einspritzung keine stärkere Reaktion erfolgte, wurde die zweite bereits nach 8 bis 10 Tagen gegeben. In den meisten Fällen kam es dann zu einer Temperatursteigerung mittleren Grades mit entsprechendem Anstieg der Pulsfrequenz, die zumeist am nächsten Tag abklang. Nach der zweiten Injektion setzte gewöhnlich eine langsame und stetige Gewichtszunahme ein, die in einzelnen Fällen Monate hindurch anhielt. Die Krankheits Symptome erlitten rasch eine erhebliche Besserung, nur Exophthalmus und Glanzauge wurden wenig beeinflusst. Weitere Injektionen würden frühestens nach 4 Wochen, unter Umständen erst nach Monaten gegeben, wenn die Gewichtszunahmen und die Besserung einen Stillstand zeigten. Als praktisches Ergebnis ist zu verzeichnen, daß in 23 Fällen, in denen die Behandlung abgeschlossen werden konnte und die genügend lange beobachtet wurden, völlige Berufsfähigkeit erzielt werden konnte.

Die schnellsten und sichersten Erfolge waren in den Fällen zu beobachten, wo nach der Einspritzung eine stärkere Fieberreaktion festzustellen war, wenn auch der Erfolg bezüglich der Rückbildung der einzelnen Krankheitserscheinungen und der Gewichtszunahmen nicht unbedingt an die Temperatursteigerung gebunden war. Daß die Fieberzeugung allein nicht den Ausschlag geben kann, erweist die Tatsache des Versagens von intravenösen Natr.-nuclein-Injektionen, obgleich diese sich viel intensiver auswirken als die Einspritzungen von Tierblut. Das nicht so leicht zu beschaffende frische Tierblut läßt sich nicht durch Blutpräparate, wie das Hämaprofin, ersetzen. Die Tierbluttherapie ist auch im Hause des Kranken durchführbar, sobald die Möglichkeit einer genauen Ueberwachung während der ersten zwei Tage nach der Injektion vorhanden ist.

Biberfeld.

1016.

Kovacs, R., Physikalische Therapie bei manchen Zuständen des hohen Alters. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1928.) Die sekundären pathologischen Erscheinungen im Senium sind entweder durch Gefäßveränderungen bedingt: zerebrale Arteriosklerose (Thrombose, Embolie, Infarkt, Apoplexie), Koronarsklerose, Herzinsuffizienz, oder durch allgemeine Atrophie: Funktionsverminderung aller Organe und der Endokrinen, verminderte Widerstandsfähigkeit, vermehrte Empfänglichkeit für respiratorische Infektionen, endlich statische Erscheinungen: Infektionen des Harn- und Genitaltraktes, Cystitis prostatitis, Pyelitis, katarrhalische Stase im Nahrungstrakt. In Betracht kommen Wärmeanwendung (Diathermie), elektrochemische, dynamische oder mechanische Maßnahmen, Helio- und Aktinotherapie. Im Alter sind die Reaktionen etwas anders: sklerotische Gefäße reagieren auf Wärme entweder gar nicht oder mit einem mehr weniger langen Krampf. Ebenso vertragen sie starke Kälte schlecht. Ueberhitzung bei arthritischen Prozessen schwächt oft, kann auch eine Erkältung hervorrufen. Andererseits besteht eine verminderte Reaktion der Haut auf photochemische Einflüsse: dies gilt auch für die hämatopoetischen Organe.

Bei Hemiplegie heilen die meisten Symptome nach 9 bis 12 Monaten spontan; dies kann aber durch physikalische Maßnahmen beschleunigt und gleichzeitig die Moral gehoben werden. Kopfschmerzen und Schwindel werden durch den elektrischen

Strom günstig beeinflusst; er durchdringt den Schädel längs der Blutgefäße, dadurch bessere lokale Ernährung und Beschleunigung der Zirkulation. Am besten im Liegen, mit 1 MA beginnend, allmählich steigend auf 2 bis 5; zunächst 15 Minuten lang, später etwa 1 Stunde. Patient soll nur ein leichtes Prickeln und später angenehme Wärme empfinden. Wenn dies nicht möglich — manche reagieren mit Schwindel, Kopfschmerzen, Nausea —, leichte Diathermie. Man kann damit schon 1 bis 2 Wochen nach dem Anfall anfangen. Für die peripheren Muskelaaffektionen kommt ebenfalls der elektrische Strom in Frage, für Parästhesien und andere Schmerzempfindungen der monopolare Hochfrequenzstrom in mäßiger Anwendung. Bei Hypertension kommt Diathermie aber nur im primären Stadium, also nicht bei den sekundären Erscheinungen an Herz, Gehirn und Nieren in Frage. Daneben die übliche Behandlung. Bei Prostatismus elektrochemische und elektromechanische Maßnahmen.

v. Schnizer.

1017.

Burger, Werner, Thyreotoxikose mit spinalen Symptomen. (Dtsch. Arch. klin. Med., 162., 355.) Bei Kranken mit Morbus Basedow sind bisher die verschiedenartigsten Nervensymptome beobachtet worden, deren Entstehungsweise ungeklärt ist (Paraplegie, Mono- und Hemiplegien, Paresen von Hirnnerven). Die mitgeteilte Krankengeschichte zeigt folgendes: Bei einer Kranken, bei der sich innerhalb von zwei Jahren eine schwere Thyreotoxikose entwickelt, kommt es zu einer muskulären Insuffizienz der unteren Extremitäten, ohne daß Reflexanomalien nachzuweisen sind. Im weiteren Krankheitsverlauf zeigt sich eine Atrophie der kleinen Handmuskeln und eine Schluck- und Sprachstörung treten in Erscheinung. In wochenlanger Behandlung (Insulin) gehen diese neurologischen Ausfallserscheinungen ebenso wie die übrigen Krankheitssymptome langsam zurück. Auch in diesem Fall ist es unmöglich, zu einer sicheren Vorstellung über die Art der zugrunde liegenden Veränderungen zu gelangen. Am wahrscheinlichsten ist noch die Annahme einer Entzündung in den grauen Vorderhörnern und den entsprechenden bulbären Zellen.

Biberfeld.

1018.

Kalk, Heinz, Zur Frage der Existenz einer histaminähnlichen Substanz beim Zustandekommen des Dermographismus. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 2, S. 64.) Durch intensiven Hautreiz gelangt ein Stoff in den allgemeinen Kreislauf, der, wie das Histamin, eine Erregung der Magensekretion hervorruft. Die Annahme von Lewis, der den bei äußeren Reizen an der Haut auftretenden Komplex von Erscheinungen auf das Freiwerden einer histaminähnlichen Substanz zurückführt, erhält dadurch eine weitere Stütze.

Arnold Hirsch, Berlin.

1019.

Belonogowa, N. S., Blutumsatz bei verschiedenen Anämien. (Dtsch. Arch. klin. Med., 162., 297.) Zur Abschätzung der Hämolyse ist die Bestimmung der auf 100 g Hämoglobin des betreffenden Individuums innerhalb von 24 Stunden ausgeschiedenen Urobilinogenmenge besser geeignet als der entsprechende Wert für die Tagesausscheidung an sich, da vor allem derjenige Blutbestand Berücksichtigung erfordert. In einzelnen Fällen von sekundären Anämien ist auf diesem Wege eine reaktive Einschränkung der Hämolyse zu ermitteln. Bei der perniziösen Anämie ist die Zahl der Retikulozyten im Verhältnis zur Schwere der Anämie und zur Steigerung der Hämolyse gering und im floriden Stadium zumeist sogar unternormal. Die Lebertherapie führt zunächst zu einer Steigerung der Retikulozytenzahl im Blut, der unmittelbar eine Besserung der Hämoglobinwerte und der Erythrozytenzahlen folgt, während die Hämolyse erst nachträglich absinkt. Auch bei der Bothriocephalusanämie steigen nach erfolgreicher Bandwurmkur zuerst die Retikulozyten an, sodann Blutfarbstoff und rote Blutkörperchen, und die Steigerung der Hämolyse geht später und allmählich zur Norm zurück. Diese Befunde lassen die Annahme gerechtfertigt erscheinen, daß die primäre Ursache der Bothriocephalusanämie und des Morbus Biermer in der pathologisch veränderten Erythropoese zu suchen ist, daß die Steigerung der Hämolyse hingegen nur als sekundäre Erscheinung aufzufassen ist.

Bei Kranken mit perniziöser Anämie bewirkt Neosalvarsan eine ausgesprochene Steigerung der Hämolyse. Die Salvarsantherapie ist nur in den Fällen von Erfolg, wo das Knochenmark mit einer Vermehrung der Blutbildung reagiert. Die Neißersche Arsenkur hat nur selten eine Vermehrung der Hämolyse zur Folge. Sie regt zumeist die Erythropoese an, doch führt sie fast immer zu einer Leberschädigung (Steigerung der Urobilinausscheidung). Große Eisendosen (1,5 bis 3,0 g Ferrum hydrog. red.) hemmen die Hämolyse gewöhnlich deutlich und regen die Blutbildung an, ohne daß beide Wirkungen voneinander abhängig sind. In manchen Fällen von Morbus Biermer löst die Bluttransfusion eine beträchtliche Steigerung der Hämolyse aus, wobei nicht nur die fremden Blutkörperchen, sondern auch die der Kranken in höherem Grade zerstört werden. In anderen Fällen bleibt diese Steigerung der Hämolyse

nach der Blutübertragung aus und die fremden Erythrozyten werden nicht wesentlich schneller als die eigenen zerstört. Eine Remission stellt sich ein, wenn die Transfusion einen genügenden Reiz auf das hämatopoetische System ausübt. Die Steigerung der Erythropoese ist unabhängig von der Beeinflussung der Hämolyse durch die Blutübertragung.

Biberfeld.

1020.

Pulfer, Hans, Behebung der Schwierigkeiten bei der Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 3, S. 99.) Die Ausführungen der Verfasser zeigen, daß es gelungen ist, bei zwei Kranken mit perniziöser Anämie durch Verabreichung von Leberklysmen mit Leichtigkeit aller Schwierigkeiten Herr zu werden, die vorher bestanden hatten. Da es sich um Fälle handelt, die gar nicht oder nur sehr schwer mit Erfolg zu beeinflussen waren, glaubt Verfasser sagen zu können, daß die beschriebene Therapie wegen ihrer prompten und den Kranken schonenden Anwendungsweise als aussichtsreiche Behandlungsmethode in Frage kommt: 1. bei sehr schweren Fällen von perniziöser Anämie; 2. überall, wo bei längerer Leberdarreichung oder Verabreichung von Leberpräparaten Widerwillen gegen diese besteht; 3. wo das Quantum aegroti satis sehr große Volumina erfordert.

Die Anwendung ist folgende: Passierte Leber wird bis zur Leichtflüssigkeit mit Milch verdünnt, durch ein Haarsieb getrieben und mit etwa 15 Tropfen T. opii versetzt. Die so zubereitete Leber wurde mit dem Irrigator langsam in das vorher durch Einlauf gereinigte Rektum infundiert.

Die Erfolge waren mit dieser Behandlungsart verblüffend. Mit den vorher vergeblich behandelten Schwerkranken ging die gleiche Veränderung vor sich, wie sie von früheren, durch oral verabreichte Leber günstig beeinflussten Fällen bekannt ist. Die Besserung des Zustandes und des Blutbildes konnte von Tag zu Tag festgestellt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1021.

Greinacher, Leberbehandlung der perniziösen Anämie. (Zbl. inn. Med., 49. Jahrgang, Nr. 50.) Erfahrungen über 12 klinisch behandelte Fälle von perniziöser Anämie, davon 9 mit Bluttransfusionen und Leber zusammen, 3. mit ausschließlicher Leberdiät. Letztere zeigten den besten Erfolg. Leberbehandlung mit 250 g Kalbsleber täglich, eventuell Ersatzbehandlung mit Hepatrat. Die Behandlung greift am Gesamtsymptomenbild der Perniziosa an mit Ausnahme der Achylie.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

1022.

Lichtwitz, L., und W. Francke, Ueber die Behandlung der Erythrämie mit einem Milzpräparat. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 1, S. 17.) Die Autoren haben den Versuch gemacht, Kranke mit idiopathischer Erythrämie mit einem Milzpräparat zu behandeln.

Die Beobachtungen ergaben, daß dieses Präparat imstande ist, die Zahl der roten Blutkörperchen sehr rasch und sehr erheblich herabzusetzen, während der Hämoglobinprozentgehalt nicht immer und dann auch nicht sehr erheblich vermindert wird, in manchen Fällen sogar eine Zunahme erfährt.

Die mit Ausschluß jeder Suggestion, unter ausdrücklicher Erklärung, daß es sich um einen Versuch handle, durchgeführten Beobachtungen zeigten, daß die subjektiven Beschwerden, die nicht selten auch bei mäßiger Erhöhung der Blutkörperchenzahl sehr erheblich sein können, mit der Besserung des Blutbefundes schwinden.

Weiterhin zeigte sich, daß die Wirkung dieser Behandlung nicht lange anhält. Es wurde wiederholt beobachtet, daß etwa 8 Tage nach Absetzen des Mittels die Blutzahlen anstiegen und die Beschwerden wiederkehrten.

Die Zahl der Blutkörperchen kann bei dieser Behandlung unter die Norm sinken. Daher darf eine Dauerbehandlung mit diesem Präparat nur unter ständiger Kontrolle des Blutbefundes erfolgen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1023.

v. Czike, A., Tetraiodphenolphthalein-Bilirubinämie. (Dtsch. Arch. klin. Med., 162., 292.) Nach intravenöser Injektion der zur Gallenblasendarstellung verwendeten Tetrahalogen-Farbstoffe kommt es zu einer starken Vermehrung des Bilirubingehaltes im Blut. Dieses Bilirubin gibt stets die indirekte Reaktion, selbst bei hohem Bilirubingehalt des Serum tritt es nicht in den Harn über und führt auch nicht zum Ikterus. Nach der Injektion vermindert sich die Resistenz der Erythrozyten, und im Plasma wird vorübergehend freies Hämoglobin nachweisbar. Die Bilirubinämie nach intravenöser Injektion dieser Farbstoffe entsteht daher durch vermehrten Blutzerfall auf Grund derselben Vorgänge wie bei Wirkung anderer Blutgifte (Phenylhydrazin und Toluyldiamin). Die hämolytische Wirkung der einzelnen Präparate ist verschieden. Am günstigsten schneiden noch die deutschen ab, bei denen der

Bilirubingehalt nur auf etwa das zwei- bis fünffache ansteigt und bei denen die Nebenwirkungen entsprechend geringer sind.

Biberfeld.

1024.

Knapp, Victor, Klinische Auswertung der Leberfunktionsproben. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1928.) Die Van-den-Bergh-Probe auf Bilirubin ist sehr wichtig. Bilirubin, das durch die Leberzellen passiert, erleidet eine Veränderung und gibt dann eine direkte Reaktion nach van den Bergh, während das nicht passierende eine verzögerte indirekte gibt. Letzteres kommt bei den hämolytischen Krankheiten vor, ersteres bei Leberschädigungen und obstruktivem Ikterus.

Das von Cole eingeführte Phenoltetraiodophthalein ist zugleich eine Funktionsprobe und ermöglicht zystographische Studien. Normal werden 12% der intravenös gegebenen Farben nach einer halben Stunde ausgeschieden, 5% nach einer Stunde. Retention spricht für Leberschädigung. In malignen Fällen findet man wenig Farbretenition, viel dagegen beim entzündlichen obstruktiven Ikterus, zunehmend mit der Dauer desselben, weil hier eine beträchtliche Nekrose besteht. Bei mehr als 75% Retention kommt nur in dringlichen Fällen eine Operation in Frage, vorher Glykogen und Transfusion. Diese Probe ist sehr wertvoll.

Die digestive hämoklastische Krise Widals nimmt an, daß die Leber die Endprodukte des Proteins unschädlich macht. Nach einer Mahlzeit findet man normal Leukozytose, Erhöhung des Blutdrucks und der Refraktometrie des Serums. Bei Leberkrankheiten Verminderung der beiden letzteren und Leukopenie. Die Probe ist von zweifelhaftem Wert und wird wenig gebraucht. Die Prüfung der Oberflächenspannung des Urins, die durch Gallensäuren vermindert ist, hat keine große Bedeutung. Dasselbe gilt von der Meltzer-Lyon-Drainage und den Untersuchungen der Gallenblasenfunktion. Ebenso von den verschiedenen Farbreaktionen, Methylen, Congo, Indigokarmin, bengalisch Rot, sowie von dem Auftreten von Leuzin oder Tyrosin im Urin, dem Fibrinogen- oder Lipasegehalt des Blutes. Diese Proben sind prognostisch und therapeutisch wichtig. Eine chronische Cholezystitis ist immer mit einer gewissen Hepatitis verbunden, besonders bei ausgesprochenem Ikterus. Hier ist die Phenoltetraiodophthaleinprobe die gegebene: über 75% Retention abwarten bis besserer Zustand. Ebenso bei malignen Metastasen der Leber: hier ist der Ikterusindex und Phthaleinprobe verlässlich, ebenso bei Ikterus und Verdacht auf Malignität oder Entzündung.

v. Schnitzer.

1025.

Röbke, R., Hepatose und Hepatitis. (Schw. Med. Wschr., Nr. 1, 1929.) Die Hepatose als Bezeichnung eines degenerativen Zustandes des Lebergewebes ist vorläufig ein pathologisch anatomischer Begriff und hat mangels entsprechender klinischer Funktionsproben keinen ärztlichen Gehalt. Selbst für die mit Massennekrosen verbundenen Hepatosen sind die Beziehungen zwischen der Beobachtung am Krankenbett und des Befundes an der Leiche noch sehr dürftig. Die Leberzirrhosen sind chronische Leberentzündungen im narbigen Ausgangsstadium. Wenn die Hepatose überwiegt, muß es zu den atrophischen Formen der Zirrhose kommen. Hepatitis allein oder wenigstens in reinerer Form führt zur hypertrophischen Zirrhose. Das Verhältnis von Hepatitis zur Hepatose wechselt in allen Abstufungen und führt zu mannigfachen Uebergängen und Mischformen der Zirrhose. Die Entstehung von Hepatose und Hepatitis ist abhängig von der Elektivität und Dosis der in die Leber auf den verschiedensten Wegen gelangenden Gifte.

Held.

1026.

Rodow, J. S., Zur Frage der kombinierten Behandlung der Cholezystopathien mit Reflexmitteln. (Wratsch. Djelo, 11, Nr. 11, S. 853, 1928.) Nach den Beobachtungen des Verf. lösen die bei der duodenalen Behandlung der Erkrankungen der Gallenblase einverleibten Mittel (25prozentige MgSO₄- und subkutane Pituitrininjektion) den Gallenblasenreflex nicht aus, wenn Hyper- bzw. Hypotonie der Gallenblasen- und Sphinktermuskulatur besteht. Infolgedessen empfiehlt er, vor Einführung der Duodenalsonde und Darreichung der Reflexmittel in jedem Falle zunächst den Tonus der Gallenblasenmuskulatur zu prüfen (Adrenalin, Pilokarpin). Besteht Hypotonie, so sucht man durch Morphininjektion (1 ccm 1%prozentiger Lösung) diese zu tonisieren. Bei Hypertonie spritzt man in die Duodenalsonde 2,0 ccm 20prozentiges Ol. camphorae und gleich danach Infus. sennae salin. 100,0 + Inf. rad. Rhei 50,0 + Inf. fol. menthae pp. 50,0 ein. Auf diese Weise gelang es R. in allen Fällen, den Normaltonus herzustellen und den Gallenblasenentleerungsreflex zu erzielen. Um die infizierte Galle auch aus den Wandbuchten und Luschkaschen Gängen herauszulocken, spült man nach dem Abfluß der Galle die Gallenblase mit 2prozentiger Boräurelösung aus und verabfolgt dann durch die Sonde folgende Lösung: Urotropini 4,0, Natr. salicylici 1,0, Coffeini und Salicylici

0,3, Aqua dest. 50,0. Seine Methode erprobte der Verf. mit gutem Erfolg an einem Material von 27 Patienten. Beschreibung der Methodik.

E. Kontorowitsch.

1027.

Katayama, Ichiro, Gallensäuren beim Ikterus. (Arch. Int. Med., 42, 916.) Im Serum Normaler betragen die Werte für Gallensäuren 5–12 mg% (als glykocholsaures Natrium bestimmt). Im Harn lassen sich in der Norm Gallensäuren nicht nachweisen. Bei Cholezystitis, Ikterus, Stauungsleber und Duodenitis findet sich eine ausgesprochene Vermehrung dieser Säuren im Serum, die mit einer Ausscheidung der Säuren durch den Harn einhergeht. Jedoch gelangen nur geringe Mengen von Gallensäuren in den Harn, deren Größe aus unbekannter Ursache häufig beträchtlichen Schwankungen unterworfen ist. Zwischen Konzentration der Gallensäuren im Serum und der Höhe des Bilirubinspiegels im Blut bestehen keine Beziehungen. Sobald die Blutkonzentration 20 mg% überschritten hat, erscheinen die Säuren im Harn. Bei akutem Verschlussikterus sowie beim Ikterus simplex steigen die Werte für die Gallensäuren im Blut rasch auf das fünf- bis siebenfache der Norm an. Viel geringere Werte sind beim chronischen Obstruktionsikterus anzutreffen (Vermehrung um das Drei- oder Vierfache). Diese geringere Anhäufung der Gallensäuren im Blut bei länger bestehendem Gallengangverschluss erklärt sich daraus, daß im Organismus nur eine bestimmte Menge von Säuren gebildet wird. Diese gelangt bei freien Gallenwegen in den Darm, wo sie durch Rückresorption wieder dem Körper nutzbar gemacht und der Zirkulation erneut zugeführt wird, so daß die Gesamtmenge der Säuren ziemlich konstant bleibt. Bei längerer Dauer des Choledochusverschlusses werden ständig Gallensäuren mit dem Urin ausgeschieden und durch langsame Erschöpfung der im Organismus vorhandenen Vorräte sinkt der überaus hohe Wert für die Säuren im Blut allmählich.

Biberfeld.

1028.

Taterka, Heinz, Elektrokardiographische Beobachtungen bei Coma diabeticum. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 3, S. 110.) Es werden elektrokardiographische Veränderungen im Coma diabeticum beschrieben, die mit der Schwere und Dauer des Komas und dem Zustand des Herzmuskels parallel gehen (Abnahme der Zackenhöhe, insbesondere von T, ventrikuläre Extrasystolen verschiedener Ursprungsstellen). Diese Erscheinungen, die bei Coma anderer Genese und bei Diabetikern außerhalb des Komas nicht beobachtet werden, sind offenbar Anzeichen einer im Gefolge der Azidose aufgetretenen toxischen Myokardschädigung. Sie bildet die bereits zu vermutende Ergänzung der für das Coma diabeticum so charakteristischen Vasomotoreninsuffizienz (Blutdruckabfall mit Bulbushypotonie) und erklärt die trotz Beseitigung des Komas vorkommenden „Herztodfälle“.

Arnold Hirsch, Berlin.

1029.

Kaufmann, E., Ein neuer Kohlehydratersatz zur Diabetesbehandlung. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 2, S. 66.) Siazucker ist ein sechswertiger Alkohol von fester Konsistenz, angenehm süßem Geschmack, von relativ guter Verträglichkeit und Resorptionsfähigkeit. Diese sowie seine Eigenschaften als Eiweißsparer und in gewissem Sinne als Glykogensparer, seine geringe Einwirkung auf Blut- und Harnzucker und gute Ausnutzung im Stoffwechsel berechtigen bei Begrenzung der Dosis und Anpassung an die Eigenart des Krankheitsbildes für leichte bis mittlere Grade von Diabetes, seine Verwendung als diätetisches Hilfsmittel, und zwar als Kohlehydratersatz, zum Teil auch als Kostzulage.

Im Vergleich mit Salabrose (Tetraglukosan), dem zur Zeit gebräuchlichsten Anhydrozucker, besitzt Sia (Sorbit) den Vorzug des besseren Geschmacks und leichter küchentechnischer Verwendbarkeit, hat dagegen bei größeren Gaben eine geringe Steigerung von Glykämie und Glykosurie zur Folge, ohne entscheidende Wirkung auf die Azidose zu äußern.

Arnold Hirsch, Berlin.

1030.

Elmer, A. W., und M. Scheps, Beiträge zur Kenntnis und Messung der diabetischen Azidose. (Dtsch. Arch. klin. Med., 162., 144.) Vergleichende Bestimmungen der Säurekörper im Blut und im Harn lehren, daß eine hohe Ketonurie nicht immer mit den schweren klinischen Erscheinungen der Azidose einhergeht (niedrige Werte der Ketonkörper im Blut) und daß eine geringe Ketonurie nicht unbedingt auf eine geringe Ketonämie schließen läßt. Im Verlauf der Insulinbehandlung kann die Ketonurie zurückgehen, während die Azidose des Blutes fortbesteht, so daß bei alleiniger Berücksichtigung der Harnuntersuchung in fehlerhafter Weise die Insulindosen verringert werden. Diese Diskrepanz zwischen niedrigen Harn- und hohen Blutketonwerten ist nicht nur als Folge einer verminderten Durchlässigkeit der Nierenepithelien aufzufassen, sondern auch auf eine Reduktion der Fähigkeit des Organismus zu beziehen, die Säurekörper zu verbrennen. In vielen Komafällen, bisweilen auch im Präkoma, ist eine Erhöhung der Rest-N-Werte im Blut fest-

zustellen, die wahrscheinlich auf die degenerative Schädigung der Nieren zu beziehen ist (niedriger Ketonindex, Versagen der Harnausscheidung; anatomisch: Vakuolisierung und Schwellung der Tubuli, Schwellung der Glomeruli und Stauung der Kapillaren). Die Bestimmung der Ammoniakausscheidung kann für den Grad der Azidose keinen genauen Maßstab bilden, da die Schwere der klinischen Erscheinungen im wesentlichen von den im Organismus retinierten Säuremengen bestimmt wird und der Ammoniakgehalt des Harnes nur Schlüsse auf die Menge der ausgeschiedenen Säuren zuläßt. Ammonurie und Ketonurie gehen im allgemeinen parallel. Doch kann bei niedriger Ketonurie eine starke Ammoniakausscheidung nachzuweisen sein (Neutralisierung noch unbekannter organischer Säuren?), wie auch umgekehrt eine hohe Ketonurie mit geringer Ammonurie einhergehen kann (vermutlich Schädigung des Vermögens der Ammoniakbildung). Hohe NH₄-Werte beweisen nicht immer eine schwere Azidose, während andererseits eine geringe Ammonurie nicht auf eine leichte Azidose schließen läßt. Zwischen Ketonurie und Alkalireserve bestehen bei vielen Azidosefällen keine engen Beziehungen. Trotz sehr starker Ketonurie kann die Alkalireserve völlig normal sein. Andererseits kann bei geringer Ketonurie eine bedeutende Herabminderung der Alkalireserve auf den Eintritt des Komas hinweisen. Ebenso wenig wie die Ketonurie kann die Ammonurie bindende Aufschlüsse über die alkalischen Valenzen des Blutes vermitteln. Auch die alleinige Bestimmung der Ketonämie kann kein genaues Bild über den Grad der Azidose ergeben, wenn auch zumeist ein Absinken der Ketonämie einem Rückgang der Azidose entspricht. Es finden sich jedoch Fälle, in denen bei relativ niedrigem Blutketonspiegel eine starke Erniedrigung der Alkalireserve allein die unmittelbar drohende Gefahr anzeigt. Durch Zufuhr beträchtlicher Mengen von Natr. bicarb. neben Insulin kann die Alkalireserve auf normale Werte gebracht werden, die den tatsächlichen Grad der Azidose verschleiern, so daß nur die Bestimmung der Ketonämie die Gefahr der Azidose nicht übersehen läßt. Zur Bestimmung des Grades der Azidose und zur richtigen Behandlung ist daher die gleichzeitige Berücksichtigung der Alkalireserve und der Ketonämie notwendig. Nur bei Azidosefällen, die mit sehr starker Erniedrigung der Alkalireserve einhergehen (unter 40% CO₂), genügt die Untersuchung des CO₂-Bindungsvermögens.

Biberfeld.

1031.

Short, James J., Gewichtssteigerung durch Insulin. (J. Lab. Clin. Med., St. Louis, Vol. XIV., Nr. 4.) Insulin ist ein wertvolles Hilfsmittel bei Mastkuren. Es kann bei den verschiedensten Zuständen von Unterernährung mit gutem Erfolg angewandt werden. Auch bei psychogen bedingten Anorexien ist es häufig außerordentlich wirksam, da infolge der Injektionen meist sehr starkes Hungergefühl auftritt. Das zeitliche Optimum der Injektionen liegt etwa 30 Minuten vor den Mahlzeiten, die nicht nur reichlich Kohlehydrate, sondern auch sehr viel Fett enthalten sollen. Durchschnittlich werden dreimal täglich 10 Einheiten gegeben.

Genaueres über den Wirkungsmechanismus des Insulins als ansatzförderndes Mittel läßt sich heute noch nicht sagen, da eingehendere Untersuchungen über die Wirkung des Insulins auf den nicht-diabetischen Organismus noch nicht in genügender Zahl vorliegen. In erster Linie ist die Ursache der Insulinmast wohl in der vermehrten Nahrungszufuhr zu suchen, doch muß außerdem noch ein direkter Einfluß des Insulins auf den Gesamtstoffwechsel im Sinne einer Ansatzsteigerung angenommen werden.

Walter Goldstein, Berlin.

1032.

Norioka, E., Ueber den klinischen Erfolg des Trypaflavins gegen Rheumatismus und sein Einfluß auf die Phagozytose. (J. Orient. Med., Dairen, Vol. X, Nr. 1.) Bei den verschiedensten rheumatischen Erkrankungen hat der Verfasser intravenöse Trypaflavininjektionen mit gutem Erfolg angewendet. Das Präparat wurde in 2% Lösung, pro dosi 1 cm, bis zu siebenmal im einzelnen Fall gegeben. Die Schmerzen pflegen schon nach der zweiten Einspritzung erheblich nachzulassen, um im Laufe der weiteren Behandlung endgültig zu verschwinden. Bei traumatischer Neuralgie ist Trypaflavin unwirksam. Es muß also der hohe analgetische Effekt bei rheumatischen Prozessen als ätiotrope und nicht als symptomatische Wirkung gedeutet werden. Wahrscheinlich entfalten die intravenösen Trypaflavininjektionen sowohl eine bakterizide Wirkung als auch eine Steigerung der phagozytischen Fähigkeiten der Leukozyten im kreisenden Blut. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen der Einspritzungen wurden nicht beobachtet. Die Trypaflavinlösung muß aber intravenös injiziert werden, da sie subkutan schmerzhafte Infiltrationen hervorruft.

Walter Goldstein, Berlin.

1033.

Destéfano, José, und Juan Enrique Lima, Die Histaminprobe in der Diagnose der Magenkrankungen. (Rev. med.

lat.-amer., 14., 159.) Technik: Bei seit mindestens 12 Stunden nüchternen Patienten wird die Einhornsonde bis in den Magen eingeführt, wo sie während der ganzen Untersuchung bleibt. Mittels einer Spritze wird der Inhalt des Magens ausgehebert. Bei Ulkusverdacht erfolgt eine Magenwaschung und hernach sehr sorgfältige Entleerung. Nach einigen Minuten, welche man deswegen verstreichen läßt, damit die bei manchen Individuen auf das Olivenöl einsetzende Sekretion das Resultat nicht entstellt, wird 1 ccm von Histamin, hydrochlor. (Bayer) in den Oberschenkel subkutan injiziert. Das durch die Sonde entleerte Magensekret wird in Probegläser aufgefangen, die jede 10 Minuten gewechselt werden, wodurch eine fraktionierte und Serienuntersuchung ermöglicht wird. Nach 1 bis 3 Minuten nach der Injektion beobachtet man eine hochgradige Vasodilatation am Gesichte des Patienten, welche in manchen Fällen bis an den Hals und obere Thoraxhälfte sich erstreckt, die von Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrgeräuschen und Uebelkeiten begleitet sein kann. Die Resultate der Histaminprobe stimmen mit denen anderer Proben überein, wobei jedoch die Histaminprobe bedeutend präziser ist, da es hier zur Hypersekretion kommt, was beim Ulkus besonders stark hervortritt. Andererseits beweist diese Probe bei Fällen von Achylie oder Krebs die Unfähigkeit der Magenschleimhaut, auf einen derart starken Reiz zu reagieren, indem ihre Reaktionsfähigkeit auf einige wenige Kubikzentimeter von Schleim ohne freie Salzsäure sich reduziert.

Ashkenasy, Wien.

1034.

Timbal, Louis, Störungen der Evakuierung bei gastrischer Ptose. (Paris méd., Nr. 6, 1929.) Man unterscheidet drei Arten, je nachdem die Iliakallinie um 4 oder um 7 oder um mehr bis zu 12 cm überschritten wird. Die Verzögerung der Entleerung ist einmal durch die Veränderungen des Tonus und der Kontraktilität und dann durch die Lage des Duodenum rein mechanisch bedingt. Die vertikale Verlängerung des Magens ist nur Folge einer angeborenen oder erworbenen Schwäche der vorderen Bauchwand und der Atonie des Magens. Das Duodenum kann entweder an seinem Platze bleiben, der Bulbus verlängert sich aber ebenso wie das präpylorische Segment, und die Behinderung ist mechanisch und chemisch, weil die bulbäre Hyperchlorhydrie einen Pylorospasmus auslöst. Oder es kommt im Duodenum rein mechanisch zu einer richtigen Stenose. Der Pylorospasmus ist die Regel beim Ulkus der Pylorusgegend, aber er kommt auch häufig bei gastrischen Ptoßen vor. Das Röntgenbild zeigt, solange der Spasmus dauert, bei der rein spasmodischen Form am Pylorus ein transversales klares Band, darunter die zylindrische starre duodenale Wismutsäule. Der Kranke hat das Gefühl der Schwellung, ähnlich wie die Aerophagen, und man kann in diesem Moment eine leichte gastrische Spannung sehen und fühlen. Beim pyloroduodenalen Syndrom: Spätschmerzen mit Sodbrennen und Erbrechen, oft nüchtern Hypersekretion, periodische Anfälle, ähnliche wie beim Ulkus. Empfindlichkeit des Plexus solaris, der Pyloroduodenalgegend, was gewöhnlich durch Entleerung des Magens verschwindet, Plätschern und gewöhnlich Nierensenkung. Röntgen: beträchtliche Verlängerung des Magens, Duodenum in normaler Position, Ausziehung des präpylorischen Segments, des Bulbus und leichte Stase des Barytbreis dort, Verzögerung der Entleerung. Das eigentliche Duodenalsyndrom: Spätschmerzen, seltener Erbrechen, nüchtern Hypersekretion mit periodischen Krisen, die an Ulcus gastricum erinnern; am Ende der Spätschmerzen Diarrhöen wie bei Duodenalstenosen, häufig Leberstörungen. Objektiv findet man eine abnorme Sensibilität des Plexus solaris und des vertikal gestellten Duodenums, Verschwinden der Schmerzphänomene durch Horizontallagerung, ausgedehntes Plätschergeräusch, Ptose der Nieren. Röntgen: starke Vertikalverlängerung des Magens; das Duodenum ist nicht deformiert, beschreibt aber eine ausgesprochene Kurve, füllt sich schwer, der Brei stagniert im Bulbus, was im Liegen verschwindet, wenn sich nicht eine Periduodenitis entwickelt hat. Die Diagnose kann schwer sein; die Spätschmerzen beherrschen gewöhnlich das Bild, in mehr oder weniger langen Anfällen, mit Perioden scheinbarer Heilung; Nüchternsondierung des Magens: Hypersekretion und Hyperchlorhydrie; dadurch denkt man leicht an ein Ulkus. Aber ausschlaggebend ist das rapide Verschwinden der Schmerzen bei horizontaler Lage, die Feststellung der Ptose anderer Eingeweide, die beträchtliche Abmagerung und die schlechte Abdominalwand. Dann das Röntgenbild: die verzögerte Entleerung, die vertikale Dilatation (bei Pyloraffektionen transversal), die duodenalen Veränderungen. Manchmal können allerdings richtige Stenosen vorgetäuscht werden. Dann Beobachtung.

v. Schnizer.

1035.

Carnett, J. B., Vortäuschung intraabdomineller Affektionen durch Interkostalneuralgie der Abdominalwand. (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Die sieben unteren Interostal- und der erste Lumbalnerv versorgen die vordere Bauchwand. Gewöhnlich ist ein Reiz dieser durch eine Infektion, namentlich der oberen Respirations-

wege bedingt, während die Ursachen eines chronischen Reizes in der Spina (seitliche Krümmung, exzessive Lendenlordose, Arthritis) liegen. Man diagnostiziert die Stelle der Hyperästhesie durch Kniefen der Haut oder des Fettes, durch Stoßen mit den Fingern auf die gespannten gehaltenen Wandmuskel und durch Druck auf die Interkostalnervenstränge. Die Headsche Theorie des viscerosensorischen Reflexe ist vollkommen irreführend: man findet ihn auch ohne intraabdominelle Erkrankungen, und zwar häufiger bei funktionellen wie bei organischen Erkrankungen und kann die parietale Empfindlichkeit durch operative Eingriffe nicht bessern. Mangels richtiger Lokalisierung des parietalen Schmerzes kommt man gewöhnlich zur Diagnose Neurose, besonders bei großer Ausdehnung. Namentlich nach Autounfällen, bei denen die Spina irgendwie mit beteiligt war. Bei längerem Fieber aus anderen Gründen und Toxämie, z. B. bei chronischer Sinusitis, ist auch schon die Fehldiagnose tuberkulöse Peritonitis gefallen. Gerne wird auch die fehlerhafte Diagnose Abhäsionen gestellt, namentlich wenn eine Operation vorausging und wenn die Schmerzen gegen Abend schlimmer wurden und dann im Liegen besser oder sich beim Lagewechsel auf den Rücken besserten. Fälschliche Erklärung durch Zug an den Adhäsionen während die Inanspruchnahme der Spina schuld waren. Auch die Patienten sprechen gerne von diesem Zug auf die ptotischen Eingeweide, besonders wenn sie länger stehen, und Bandagen helfen mehr durch die Stützung der Spina. Auch die Angst vor dem Kriebs entspringt oft dieser Neuralgie. In akuten Fällen nimmt man irrtümlich Pankreatitis und in subakuten Pankreasabszess an, man muß aber eben einen Eiterherd sonstwo ausschalten. Nichtchirurgische digestive Störungen sind sehr häufig, besonders auch bei Viszeroptosen, bei denen auch diese parietalen Neuralgien nicht selten sind: daher viele Fehldiagnosen. Die parietale Neuralgie täuscht im oberen rechten Quadranten sehr häufig Choleozystitis, Steine der Blase, Ulkus und Appendizitis vor: durch eine Operation werden diese Zustände nie gebessert. Die akute toxische Form führt zu Erbrechen und kann dann im oberen Abdomen Magenkrankungen vortäuschen; bei dieser chronischen Form scheiden die Patienten oft von selbst ein Nahrungsmittel nach dem anderen aus, bis sie immer mehr abnehmen, obgleich alle Magenuntersuchungen negativ sind und lediglich die Maßnahmen gegen die Wirbelveränderungen, die die Ursache der Neuralgie sind, helfen. Wenn man sich die Wirkung des Tiefendrucks nicht klar macht, kommt auch leicht die Fehldiagnose Kolitis und chronische Veränderungen an der Lumbalspina und den Sakroiliakalgelenken zustande. Nun kann aber auch eine Kolitis gleichzeitig besetzen mit einer Parietalneuralgie, diese kann durch jene zum Aufflackern kommen. Ähnliche Verhältnisse können auf der anderen Seite auftreten: Pseudoappendizitis.

Die Symptome, die gewöhnlich einer chronischen Appendizitis zugesprochen werden, sind eine Kombination einer Parietalneuralgie und verschiedener Indigestionssymptome hauptsächlich durch Viszeroptosis, und die werden durch eine Appendektomie nicht besser. Bei der akuten Appendizitis handelt es sich in 50% eher um eine toxische parietale Neuralgie als um eine akute Appendizitis. Betrifft die parietale Neuralgie die Lendengegend, so wird oft irrtümlich eine Nierenaffektion angenommen. Hier ist namentlich der sog. gekreuzte Nierenreflex eine Mythe. Bei jungen Frauen kann der bilaterale parietale Schmerz sehr leicht Tubeninfektionen vortäuschen. Verlängerter Schmerz in einer abdominalen Narbe be ruht ebenfalls meist auf einer Interkostalneuralgie.

v. Schnizer.

1036.

Schreuer, Max, Behandlung chronischer Entzündungen des Mastdarms durch Argentum-Kolloidstäbchen (Partagon). (D. m. W., 55. Jg., Nr. 3, S. 105.) Auf Grund seiner Erfahrungen an 65 Fällen entzündlicher Proktitis kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die Behandlung dieser chronischen Entzündungen des Mastdarms mit den Partagonstäbchen einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden bedeutet.

Arnold Hirsch, Berlin.

1037.

Fissinger, Noël, Billäre Askariidose. (Journ. des Pratic., Nr. 47 a, 1928.) Vom klinischen Standpunkt aus präsentiert sich die Askariidose in verschiedener Weise. Sie tritt in Erscheinung unter Symptomen, die an Leberabszess, an Leberkoliken, an Ikterus und an chronischen Ikterus mit Cholelithusstein denken lassen. An Leberabszess wird man besonders bei Kindern denken, an Leberkoliken bei Erwachsenen. Daß Askariden bei der Steinbildung eine Rolle spielen, hat man in Japan erkannt, wo die biliäre Askariidose ziemlich häufig ist. Bei 56 Steinoperationen fand man siebenmal Reste von Parasiten als Kern des Gallensteins, zweimal enthielten die Steine Askarideneier. Die Diagnose bietet oft unüberwindliche Schwierigkeiten. Denn selbst wenn man Eier im Stuhl gefunden hat, so genügt das doch nicht, um eine hepato-biliäre Ansiedlung

der Askariden mit Sicherheit anzunehmen. Es können ja auch Askariodose des Darms und Cholelithiasis nebeneinander bestehen. Held.

1038.

Pessoa, Samuel, Ueber vermifuge Mittel. (Brasil med., 43., 2.) Verfasser schlägt folgende Therapie vor, die sich sehr gut bewährt hat: 15prozentige Lösung von Ammon. chlorat. wird in der Menge von einem Eßlöffel bei Erwachsenen und einem Kaffeelöffel bei Kindern zwei- bis dreimal täglich gegeben. Bei sehr stark infizierten Individuen gibt man anfangs Klysmen mit einer 3prozentigen Lösung von Ammon. chlorat., nach 2 bis 3 Tagen wird die perorale Medikation eingeleitet. Dauer der Medikation 15 Tage. Beim Versagen Wiederholung der Kur nach einer achtägigen Pause.

Ashkenasy, Wien.

1039.

Spear, L. M., Erfahrungen mit chronischen Herzkranken. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) Eine Analyse von 50 Fällen meist chronischer Endokarditis rheumatischen Ursprungs. Wesentliches Ergebnis: Endokarditis muß so lange ruhig gehalten werden, als eine Reizbarkeit des Herzens besteht. Beim ersten Aufsitzen außerhalb des Bettes steigt zunächst der Puls erheblich, die sich lange nicht auf den Stand der Bettruhe beruhigt. Also solche Fälle noch weiter im Bett behalten. Sehr wichtig ist ferner, daß trotz sorgfältigster Fürsorge und Ueberwachung und unter den besten Verhältnissen eine Tendenz zu Rückfällen besteht. Es kann gerade für den Praktiker nicht genug betont werden, daß trotz normaler wochenlanger Temperatur und ruhigem Puls in normaler Höhe ein Rückfall nie auszuschließen ist. Hier hat man oft mit den Angehörigen des Patienten große Schwierigkeiten. Lange Bettruhe ist namentlich wichtig für die Mehrzahl der Hospitalfälle. Besonders wichtig ist die Kontrolle der Fälle nach der Entlassung aus dem Hospital. Zu Hause haben die Kranken selten die Ruhe und Regelmäßigkeit wie im Hospital. Die Bedeutung dieser Forderung ist der Familie klarzumachen und sie ist anzuhalten, sich an der Kontrolle zu beteiligen.

1040.

Kaup, J., und A. Grosse (München), Herzminutenvolumen in Ruhe und Arbeit nach der Jodäthyl- und Stickoxydulmethode. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jg., Nr. 2, S. 44.) Zusammenfassend wird von den Autoren ausgeführt, daß die Jodäthylmethode von Hender-son und Haggard nach ihrem Ausbau mit der nach ihrer Technik als besonders verläßlich gerühmten Nitrooxydulmethode von Krogh und Lindhard als gleichwertig betrachtet werden kann. In Ruhe und in Arbeit haben sich nach beiden Methoden übereinstimmende Resultate ergeben. Mit dieser Feststellung ist jedoch auch der Nachweis erbracht, daß die Werte für das Herzminutenvolumen wie für das Schlagvolumen nach der vervollkommenen Jodäthylmethode auch in Uebereinstimmung mit allen verläßlichen Angaben in der Literatur nach anderen Methoden stehen. Alle anderen Methoden weisen jedoch weit größere technische Schwierigkeiten auf und namentlich sind sie auch von der besonderen Eignung der Versuchsperson abhängig. Die Jodäthylmethode jedoch ist auch bei Kranken oder überhaupt sensiblen Personen anzuwenden. Auf Ueberventilation ist allerdings streng zu achten. Der besondere Vorzug der Jodäthylmethode liegt jedoch auch in der gleichzeitigen Bestimmung der Sauerstoff- und Kohlensäurespannung in der Inspiration, Expiration und Alveolarluft. Auch lassen sich Blutdruckbestimmungen und auch Herzröntgenaufnahmen gleichzeitig durchführen. Sichere Resultate können jedoch nur gewonnen werden bei vollständiger Beherrschung der gasanalytischen Methode.

Arnold Hirsch, Berlin.

1041.

Uhlenbruck, P., Ueber eine eigentümliche Form paroxysmal bradykardischer Anfälle. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 3, S. 107.) Bei einem 16jährigen, wahrscheinlich organisch herzkranken, vegetativ stigmatisierten Jungen treten psychisch ausgelöste Anfälle paroxysmaler Bradykardie mit kurzer tachikardischer Vorperiode auf, die als Sinusbradykardie gekennzeichnet ist und bis zum völligen Versagen des Sinusrhythmus und zum Auftreten gehäufter Ersatzsystolen von sehr geringer Frequenz führt. Die beobachteten Fälle gleichen einerseits dem Bild der Affektepilepsie, andererseits haben sie Beziehungen zu den vagusbedingten Bradykardien und gehen mit krisenartig ansteigenden Blutdruckwerten einher.

Arnold Hirsch, Berlin.

1042.

Civalleri, I., und E. Livrari, Neue Ausblicke in der Therapie der Hypertonie? (Policlinico, 36., 6.) Die Injektion von Aqu. bidestill. oder einer 0,2prozentigen Traubenzuckerlösung eignet sich mehr zur Behandlung der Plethoriker sowie akuter spastischer Krisen der Hypertoniker, als zur Bekämpfung chronischer Blutdruckerhöhung. 10 ccm Aqu. bidestill. werden täglich

oder jeden zweiten Tag morgens bei nüchternem Magen intravenös injiziert. Dauer der Medikation 3 bis 6 Wochen.

Ashkenasy, Wien.

1043.

Schneider, Albert, Beobachtungen über Entstehung und Verlaufsarten der Angina pectoris. (Zbl. inn. Med., 49. Jg., Nr. 51.) Erfahrungen über 150 Fälle mit dem typischen Symptomenkomplex der Angina pectoris unter Ausschaltung der vasomotorischen A. p., der Herzklappenfehler mit A. p. ähnlichen Beschwerden, von Aortenerkrankungen mit retrosternalem Druckgefühl und aller luetischen Herz-Gefäßerkrankungen. Der Schmerz der A. p. wird als viscerosensorischer Reflex im Sinne der Theorie Mackenzie's aufgefaßt. Der A. p. gehen häufig jahrelang dumpfes Druckgefühl in der Herzgegend oder „Herzneurose“ voraus, bei deren Annahme auch im jugendlichen Alter Vorsicht geboten sei. Die einzelnen Anfälle werden allmählich stärker und leichter auslösbar infolge Einschleifung von Nervenbahnen analog dem Bronchialasthma. Daher bevorzugt Verfasser in der Behandlung der A. p. die monatelange Darreichung von Mitteln mit morphinähnlicher Wirkung (Dilaudid, Dicodid, Dionin usw.), die die Erregbarkeit des Nervensystems allmählich herabsetzen, so daß die Anfälle milder verlaufen und schließlich aufhören. Im Gegensatz zur allgemeinen Auffassung, daß schwere A. p. schlechte Prognose bezüglich Lebensdauer gebe, beobachtet Verf. einige Fälle schwerster A. p. seit Jahren. Eine scharfe Trennung von Ruhe- und Bewegungsangina erscheint nicht möglich.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

1044.

Murray, G. R., Myofibrositis andere Erkrankungen vor-täuschend. (Lancet, 216, 5499.) Die Myofibrositis der Abdominalwand kommt bei Frauen öfter als bei Männern vor und befällt dann vorzüglich die Musculi recti abdomin. Die Hauptmerkmale der Erkrankung sind: Dumpfer, meistens an einer Stelle empfundener und auch von dort ausstrahlender Schmerz. Derselbe wird gebessert oder verschwindet nachts bei Bettruhe, setzt aber morgens von neuem ein und steigert sich im Laufe des Tages. Keine Hyperästhesie der Haut. Exazerbation bei Bewegungen, besonders wenn dieselben nach einer gewissen Ruhepause erfolgen. Zur Untersuchung wird der Kranke flach gelagert mit angezogenen Knien. Man findet dann eine auf Druck leicht empfindliche Schwellung in den vom Schmerz befallenen Muskelpartien. Werden nun die Rekti durch Erhebung des Kopfes und Neigung des Oberkörpers nach vorn kräftig kontrahiert, und ein gewisser Druck mit den Fingern auf die schmerzhaften Stellen ausgeübt, dann tritt Exazerbation des Schmerzes ein. Charakteristisch für die Myofibrositis ist die Schmerzempfindlichkeit bei Kontraktion der Muskeln, während sie bei Relaxation geringer wird; bei intraabdominalen Erkrankungen findet man das Gegenteil.

Ashkenasy, Wien.

1045.

Ribadeau-Dumas, L., Rouquès, Die massive und disseminierte Form der tuberkulösen Pneumonie. (Paris méd., Nr. 1, 1929.) Nach Orsat ist eine klinisch primäre Pneumonie bei tuberkulöser Anamnese und tuberkulösen Stigmatis stets suspekt, selbst wenn die Pneumonie banal aussieht und heilt. Die Bezeichnung exsudative Veränderungen im Gegensatz zu den nodulären der tuberkulösen Infiltration ist deshalb überflüssig, weil sie unter den Begriff der pneumonischen Veränderungen fallen, die auch bei der Tuberkulose ganz den gewöhnlichen pneumonischen Prozessen gleichen. Man findet dabei verschiedene Formen, welche alle Grade der tuberkulösen Infiltration aufweisen, die graue, käsige, die gelatiniforme. Man findet aber auch Hepatisationen, die schwer anatomisch von den freien zu trennen sind, die Veränderungen der katarrhalischen Pneumonie, Splenisationen und beim Kinde nicht so selten die weiße Pneumonie, ähnlich der heredo-luetischen.

Wie auch die anatomische Form der tuberkulösen Infektion sein mag, die Natur der parenchymatösen Veränderungen ist zum mindesten im Beginn identisch mit der Pneumonie: Ankunft der Bazillen in den Alveolen — fibrinoleukozytäres Exsudat, Desquamation der Alveolen; es gibt richtige hämorrhagische Pneumonien. Diese pneumonischen Herde haben eine verschiedene Entwicklung: käsige Nekrose, Heilung, Resorption mit geringem Kalkdepot. Die elementare Veränderung ist immer die Alveolitis und die initiale Veränderung der Lungentuberkulose ist pneumonisch. Im allgemeinen sind die Röntgenbilder sehr einfach bei pneumonischen Prozessen im Gegensatz zu den fibrösen kaseösen Prozessen: hier sieht man unregelmäßige Schatten mit Strängen, die je nach ihrem Schub bzw. Alter mehr oder weniger dunkel sind, ferner die parenchymatösen Veränderungen, das Narbengewebe, die Tramitis. Die tuberkulösen Pneumonien heilen, ohne Spuren zu hinterlassen, trotz ihrer Ausdehnung ohne Narbengewebe. Manchmal findet man ein kleines Kalkdepot, besonders bei Kindern. Dieser Kontrast

zwischen der Ausdehnung der initialen Manifestation und den geringen Residuen gibt die Erklärung für gute Prognose im Gegensatz zu den kaseösen Veränderungen, die sich herdweise ausbreiten. Anders ist es mit den sekundären Pneumonien, eine Ausdehnung des tuberkulösen Prozesses vom Inokulationstuberkel aus über auf diesen Bezirk beschränkt. Diese Formen sind beim Kinde ernst. Die hämatogene Tuberkulose kann wie die aerogene miliäre Pneumonien und Bronchopneumonien zeitigen. Praktisch wichtig ist, daß es in manchen Fällen zum mindesten radiologisch eine Restitutio ad integrum gibt, je nachdem es sich um eine lobuläre oder massive, die ganze Lunge betreffende Pneumonie handelt oder gar um eine disseminierte. Bei dieser letzteren kann, ohne daß man die Gründe kennt, vollständige Heilung oder ein rapider Verlauf statthaben.

1046.

Dorendorf, H., Das „Frühinfiltrat“ im Beginn der Lungentuberkulose. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 22, 1928.) Die sogenannten „Frühinfiltrate“ sind die ersten wahrnehmbaren Herde, aus denen sich die Lungentuberkulose entwickelt. Es handelt sich um exsudative Herde im bisher gesunden Lungengewebe, die wegen ihrer zentralen Lage durch Auskultation und Perkussion kaum festzustellen sind. Erst die Röntgenuntersuchung bringt hier Klarheit, mitunter entscheidet der Sputumbefund. Im Anfang bestehen kaum Beschwerden, und Auswurf fehlt. Sind Symptome vorhanden, so werden sie so lange ignoriert, bis eine akute Verschlimmerung den Sachverhalt aufdeckt. Häufig sind die Herde infraklavikulär. Man findet das Frühinfiltrat in jedem Lebensalter. Entscheidend ist, ob der Prozeß zur Verkäsung führt oder nicht. Im Anfang zeigt der Röntgenfilm eine weiche Verschattung, dichtere Schatten kommen erst nach längerem Bestehen. Die weitere Entwicklung ist unberechenbar, die Infiltrate können restlos resorbiert werden, es kommt zur Heilung durch Resorption oder aber zur Induration und Vernarbung. Viel häufiger aber tritt im verkästen Teil eine Erweichung ein, und es kommt zur Kavernenbildung. Diese ist von großer Bedeutung, da sie den Ausgangspunkt zu Aspirationsabscessen bildet. Die Metastasenbildung kann sich auf wenige Herde in der nächsten Umgebung beschränken, und zwar nach abwärts und hiluswärts. In seltenen Fällen beobachtet man das Auftreten isolierter größerer Metastasen. In dem zerfallenen Frühinfiltrat ist die wichtigste Quelle der echten Lungenschwindsucht zu erblicken. Die Entstehung ist noch umstritten, meist sind es nicht primäre Herde, da man auf dem Film neben ihnen verkalkte Komplexe sieht. Je früher die Kranken in Behandlung kommen, um so größer ist die Aussicht, sie zu heilen. Mit dem Eintritt der Verkäsung verschlechtert sich die Prognose. Fast immer genügt eine allgemeine Ruhebehandlung bei guter Ernährung, eine Reiztherapie ist nicht angezeigt. Kommt es doch zu Zerfallerscheinungen, so ist der Pneumothorax fast immer ausführbar. Mit ihm ist die Mehrzahl der sonst verlorenen Kranken zu retten.

Kosminski, Berlin.

1047.

Aschoff, L., Ueber den phthisischen Reinfekt der Lungen. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 1, S. 1.) Unter Reinfektion der Lungen ist jede phthisische, von außerhalb der Lungen stammende, d. h. extrapulmonogene phthisische Neuinfektion derselben zu verstehen, gleichgültig, ob diese hämatogen (als endogene Metastase des lymphoglandulären Primäraffekts bzw. einer anderen Organphthise) oder aerogen (als exogener Superinfekt) entsteht.

Alle isolierten Reinfekte beginnen nach den Befunden der pathologischen Anatomie mit exsudativ-produktiven Reizzuständen (Frühinfiltrat), aus welchem sich in der Regel unter weitgehender Resorption des kollateralen Exsudats der Narbenzustand (kartilaginöse Pleuraschwiele, subpleuraler Narbenherd, intrapulmonale Narben mit oder ohne käsig-kreidige Einlagerungen) entwickelt.

Nach der Statistik aller Pathologen heilt die erdrückende Mehrzahl aller Reinfekte endgültig aus. Zu solchen Reinfekten gehören auch die Verhärtungen in den pleuralen Lymphknoten. Ueberhaupt sind alle umschriebenen Indurationen des Pleura- und des Lungengewebes, soweit nicht Gewerbekrankheiten hineinspielen, als spezifisch phthisische Narben anzusehen. Berücksichtigt man alle diese kleinsten Narben, so ist die Häufigkeit der Reinfekte bei den Erwachsenen ebenso groß wie die der Primärinfekte.

Eine Unterscheidung in zwei pathogenetisch und prospektiv verschieden zu wertende Reinfekte, Reinfekte des Kindes- und Reinfekte des Erwachsenenalters, wie sie die Klinik diagnostizieren zu können glaubt, ist pathologisch-histologisch bis jetzt nicht möglich. Jedenfalls lassen sich vor dem eigentlichen Pubertätsalter nur selten Reinfektnarben, insbesondere kreidehaltige nachweisen.

Die Mehrzahl der Reinfekte ist im Respirationbereich des apikalen Bronchus lokalisiert, doch finden sich auch isolierte Reinfekte im Respirationbereich des subapikalen Bronchus, oder in noch mehr kaudal gelegenen Bronchialgebieten. Die Größe der isolierten Reinfekte pflegt in der Richtung kranial-kaudal zuzunehmen.

Bei multiplen Herden ist die Möglichkeit unabhängiger Entstehung (multiple, gleichzeitig oder zeitlich nacheinander entstandene Reinfekte) durchaus zuzugeben, wobei bereits bestehende Spitzennarben zur Lokalisation des neuen Reinfekts in einem mehr kaudalen, subapikalen Bronchialgebiet disponieren.

Von fortschreitender Lungenphthise der Erwachsenen kann erst bei Beginn intrapulmonaler Aussaat von einem Reinfekt ausgesprochen werden. Sowohl die chronische, als auch die akute Form der Phthise kann aus jedem beliebigen Reinfekt hervorgehen.

Nach den pathologisch-anatomischen Untersuchungen spielt dabei weniger der Sitz des Reinfekts eine Rolle, als seine Beziehung zu einem größeren Bronchus und seine besondere Einschmelzungsbereitschaft (Gräff). Daß diese letztere bei den mehr kaudal lokalisierten Reinfekten (oder auch Streuungsmetastasen) durchschnittlich eine größere ist, als bei den rein apikalen, ist von den pathologischen Anatomen stets betont worden. Für eine Unterscheidung verschiedener Gruppen von Reinfekten (hämatogen oder aerogen) als Quelle verschieden verlaufender Formen von Lungenphthise vermag der Pathologe vorläufig keine Unterlage zu schaffen.

Daß sich der Erweichungsprozeß des verkästen Reinfektes, welcher für das Entstehen der fortschreitenden Phthise so wichtig ist, vorwiegend direkt an das Stadium des Frühinfiltrates anschließt, wie es die neue Lehre der Kliniker und Fürsorgeärzte ursprünglich behauptet hat, ist mehr als zweifelhaft. Aus den pathologisch-anatomischen Zustandsbildern ist dieses jedenfalls nicht herauszulesen. Das Frühinfiltrat kann ebensogut aus bereits mehr oder weniger zurückgebildeten, aber wieder aufflackernden Reinfekten hervorgehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1048.

Heimbeck, Tuberkuloseinfektion und Tuberkulosevaccination. (Z. Tbk., 52., 5.) Tuberkulinuntersuchungen mittels der Pirquetschen Reaktion in allen Altersklassen zeigen, daß nur eine Minorität als Kinder mit Tuberkelbazillen infiziert wird (erste Infektionsperiode). Die große Majorität wird erst vom 15. bis 20. Jahre infiziert (zweite Infektionsperiode). Eine benigne latente Tuberkuloseinfektion der Kinderjahre gewährt einen zuverlässigen Schutz gegen Tuberkulose im erwachsenen Alter. Versuche mit subkutaner Injektion von BCG (Impfstoff Calmettes) an Pirquet-negativen Erwachsenen und Kindern erweisen, daß die Vakzine Allergie herbeiführt, und nach Erfahrungen während dreiviertel Jahren mit BCG vakzinierter Krankenschwestern bewirkt diese BCG-Allergie dieselbe Tuberkulose-Immunität wie eine benigne natürliche Infektion.

1049.

Pilod, Thoraxkontusionen und Lungentuberkulose. (Paris méd., Nr. 1, 1929.) Die traumatische Tuberkulose ist im allgemeinen selten, und man kann überhaupt nur die Fälle dazu zählen, bei denen sich die Tuberkulose kurze Zeit nach dem Trauma bei einem vorher Gesunden entwickelte. Die Kontusion (Fall, Stoß usw.) muß so heftig sein, daß eine verschieden große und tiefe Zerreißen des Lungengewebes zustande kommt mit einem mehr oder weniger umschriebenen blutigeren Erguß und mit einer völligen Zerreißung des Lungenparenchyms an der Kontusionsstelle. Das Trauma treibt wohl den elastischen Brustkorb und die elastische Lunge zurück, aber die Luft aus letzterer kann nicht rasch entleert werden (instinktiver und reflektorischer Glottisschluß im Moment des Traumas, zu kleine Auslaßöffnung); das schwammige zerbrechliche Lungengewebe zerreißen also. Und wichtig ist dabei, daß die Zerreißung fern von der Traumastelle stattfinden kann. Klinisch: lokaler, oft intensiver Schmerz, eine mehr oder weniger starke Hämoptysc ohne Fieber, einige Stunden, oft aber auch 5 bis 6 Tage nach dem Unfall. Die Blutung hört nach 4 bis 8 Tagen auf; dauert sie länger, 12 bis 20 Tage, so muß man annehmen, daß sie nicht nur traumatisch ist, und nach Bazillen suchen. Am der Kontusionsstelle entwickelt sich, wie oben ausgeführt, das, was man eine traumatische Pneumonie nennt. Für Bakterienansiedlung ausnahmsweise geeignet. Durch Bronchialinfektion kann sich hier manchmal eine sekundäre Gangrän entwickeln. Wie kommt nun der Tuberkelbazillus dorthin? Sicherlich nicht durch Luftinfektion; dies ist noch nie beobachtet. Wohl aber kommt er aus schon vorhandenen latenten Herden; da diese meist in der Hilusgegend liegen, wird ein Geschoß auf dieser Bahn eher lebensgefährliche Blutungen verursachen, als latente Herde eröffnen. Meist treten die klinischen Zeichen in weniger als 3 Monaten nach der Kontusion auf, manchmal früher, seltener nach 4 bis 6 Monaten. Die Fälle, in denen die Tuberkulose erst ein Jahr oder später beobachtet wurde, sind wenig überzeugend; jedoch ist ein Zeitmaximum schwer anzugeben. Wichtig ist hier die Tatsache, daß der Zeitraum zwischen Trauma und Auftreten der tuberkulösen Späterscheinungen nie ganz schweigend ist: die Konvaleszenz vom Unfall zog sich sehr lange hin; trotz der Ruhe Abmagerung; progressiver Kräfteverlust; eine hartnäckige Anämie, die durch die initiale Blutung nicht zu erklären ist; Instabilität der Temperatur, des Appetits,

gastrointestinale Störungen. Kurz, man hat das vor sich, was **Sergent** Präphthuse nennt: die Ruptur der Immunität des Organismus oder seine Reinfektion, eine darauf hindeutende Symptomgruppe. Je nach dem Boden und der Art der Aussaat wird man diese Zeichen der Tuberkulisierung mehr oder weniger rasch finden. Diese Tuberkulisierung des Alveolenparenchyms enthüllt sich sehr häufig durch eine Hämoptysie mit Fieber, Husten, mukopurulentem, mehr oder weniger bazillenreichem Sputum. Jetzt findet man auch stethoskopische Zeichen der Verdichtung und Alveolenexudation. Auch Röntgen gibt jetzt Auskunft. Und zwar meist in dem der Kontusion entsprechenden Lappen. Ausnahmsweise fern davon oder in der anderen Lunge. Dann entwickelt sich die Tuberkulose weiter wie die aus anderen Ursachen. Auch die Prognose hat nichts Spezielles; es scheint aber, daß nach Kontusionen die leichten und abortiven Formen häufig sind.

Bei der Beurteilung der Frage des Zusammenhangs mit Kriegseinflüssen können oft große Schwierigkeiten entstehen. Hier ist es von Bedeutung, die Art der Kontusion und ihre näheren Umstände genau festzulegen; besonders ist die Erheblichkeit der Kontusion von Bedeutung, ihre Erscheinungen nach dem Unfall im Kriege; die Hämoptysie ist dabei ein wichtiges, wenn auch nicht unbedingt notwendiges Zeichen. Dann kommt die wichtige Frage: war das, was sich nach dem Unfall oder der Verwundung ereignet hat, auch wirklich eine Tuberkulose? Dieser Zusammenhang ist symptomatisch zu klären. Röntgen löst hier etwaige Zweifel nicht immer, deshalb muß man den Bazillennachweis verlangen. Man muß sich erinnern, daß traumatische Hämoptysen nicht immer tuberkulös zu sein brauchen, daß sie sich jahrelang wiederholen können mit lokalen Kongestionen, die eine tuberkulöse Infiltration vortäuschen können. Ist dann die Kontusion und die Lungentuberkulose wissenschaftlich festgelegt, so bleibt noch der Zusammenhang zu klären. Liegen die Details der beiden ziemlich nahe, so ist die Wahrscheinlichkeit ziemlich klar. Ist aber der Zwischenraum zeitlich mehr als 4 bis 6 Monate, ein, zwei Jahre und mehr, so ist Reserve am Platze. Hier gibt die Entstehung der Tuberkulose auf der Seite der Kontusion und dann die fortlaufende Entwicklung der Tuberkulose den Ausschlag. Man muß sich hier namentlich an den oft verschiedenen Verlauf der Tuberkulose erinnern. In einem Fall war 1914 eine Kontusion des Thorax durch Granatwirkung und die Tuberkulose wurde 1924 festgestellt. Die eingehende Verfolgung der Anamnese hat nun ergeben, daß ein Monat nach dem Trauma eine Pleuritis entstand auf der Seite des Traumas mit Begleiterscheinungen von seiten der Lunge, im nächsten Jahre eine Hämoptysie und dann bis 1924 verschiedene Erkrankungen von seiten der Lunge, die als tuberkulös zu deuten waren. Wichtig ist endlich auch der Nachweis, daß vor dem Unfall keine Tuberkulose bestand.

v. Schnizer.

1050.

Häutemann, Max. Die sogenannte idiopathische Pleuritis exsudativa tuberculosa. (Z. f. Tub., 52., 6.) Die tuberkulöse Natur der sogenannten idiopathischen Pleuritis ist durch verschiedene Untersuchungsmethoden, besonders durch den Tierversuch, sichergestellt. In zwei Dritteln aller Fälle bleiben diese Pleuritiden die einzige Äußerung der im übrigen latenten tuberkulösen Infektion. Diese günstige Prognose ist zwanglos mit den immunisierenden, bakteriziden Eigenschaften des Exsudates zu erklären. Mit Rücksicht auf die diagnostischen Fortschritte der letzten Jahre, besonders die Verbesserung der Röntgentechnik, ergibt sich, daß die große Mehrzahl der sogenannten idiopathischen Pleuritiden bereits von Lungeninfiltrationen begleitet ist.

Zwerg, Coswig.

1051.

Bezançon, F., Braun, P., Destouches, J. Das Syndrom der Retraktion bei der Lungentuberkulose. (Paris méd., Nr. 1. 1929.) Die Arbeiten der letzten Jahre haben auf die Häufigkeit der Lungen- und Thoraxretraktionen bei Tuberkulose hingewiesen, die ein semiologisches, diagnostisches, prognostisches und therapeutisches Interesse haben, die auch nicht lediglich von dem Pleura-prozeß abhängen.

Auf dem Röntgenfilm sieht man im Vergleich zur normalen Lunge eine morphologische und eine Transparenzveränderung. Morphologisch ist der Hemithorax auf einer Seite retrahiert, sowohl in der Tiefe wie in der Höhe; das Zwerchfell steht hoch; das Vertikalprofil der Rippen ist nicht gekrümmt, sondern geradlinig; die Rippen sind schief als normal, vorn dachziegelförmig übereinander. Die Zwischenrippenräume eng. Das supraklavikuläre Fenster (Klavikula — erste Rippe) ist reduziert oder nicht mehr vorhanden. Der obere Teil des Thorax ist nicht mehr harmonisch abgerundet, sondern zeigt einen spitzen Gipfel. Oft Skoliosen mit sekundären Kompensationen, manchmal auch eine Achsendrehung der Wirbelsäule. Oft sieht man die Transversalfortsätze der Brustwirbel durch diese Achsendrehung oder durch Retraktion im Lungenschatten. Das Hauptsymptom der Retraktion ist aber die

totale oder partielle Verlagerung des Mediastinums. Die Verlagerung des Herzens kann alle Grade annehmen. Bei den Dextrokardien kann der rechte Rand des Herzens und der Vena cava superior den Schatten der Wirbelsäule um mehrere Zentimeter überschreiten; bei den Sinistrokardien nähert sich dieser Rand dem Rippenrostgitter und läßt die Wirbelsäule ganz oder teilweise frei, so daß man die Zwischenwirbelsäulen unterscheiden kann. In den ausgesprochensten Fällen kann das Herz ganz in einem Hemithorax liegen, kann die Form eines pathologischen Schattens annehmen (Pleuritis, Pneumonie). Häufig auch eine Deviation der Trachea: geradlinig oder im Winkel oder beide Formen kombiniert. Die Veränderungen der Transparenz bestehen, allgemein gesagt, in einer allgemeinen Verminderung derselben mit einer Verminderung des Lungenfeldes und Uebergreifen in den Herzschatten und besonders in einer ausgesprochenen Vermehrung der bronchovaskulären Schatten. Drei Zeichen sind für die Retraktion wichtig: Erhöhung der Hili, Veränderung in ihrem Aspekt, Verlagerung und Achsenveränderung der Szißur. Die tuberkulösen Veränderungen sitzen gewöhnlich in den Spitzen, also Höherstehen der Hili; wenn beiderseits, so sind die absteigenden radiären Schatten unverhältnismäßig lang und vertikal, wenn einseitig, so ist der kranke Hilus durch die Attraktion des Mediastinums nicht mehr sichtbar; der entgegengesetzte tritt hervor. Normal ist die Szißur nicht sichtbar; bei einer Szißuritis aber kann man die Wichtigkeit der Verlagerung bewerten. Sie kann hier eine Schaukelstellung von innen nach außen und oben nach unten einnehmen, schwierig zu deutende Bilder. Es kann zu Veränderungen in der Bewegung des Thorax und des Zwerchfells kommen. Es gibt hier unendlich viele Varietäten. Die partielle Retraktion kann die oberen oder unteren Lungenteile betreffen; auf den Gipfel beschränkt: Teleskopform des Thorax. Wenn nur in der Mitte: Winkelbildung im Mediastinum, weil oft die Gefäße an dieser Basis des Herzens allein angezogen werden, während das Herz selbst in normaler Stellung bleibt. Wenn die Retraktion auf der einen Seite an der Basis, auf der anderen an der Spitze ist, so kann es zu eigenartigen Verdrehungen des Herzens kommen.

In der großen Mehrzahl der Fälle ist die Retraktion rein radiologisch, ohne Thoraxdeformation, ohne physikalisches oder funktionelles Zeichen, und zwar auch in intensiven Fällen. In anderen Fällen ist die Retraktion manifest, Hinüberhängen des Patienten nach der kranken retrahierten Seite. Oft findet man nur eine Skoliose, enge Interkostalräume, eingesunkene Seite.

Stethoskopisch findet man manchmal eine Verstärkung der Geräusche, Rasseln, Bronchophonie, kavernöses Blasen und demgegenüber wenig Auswurf und einen guten Allgemeinzustand. Beim Röntgen findet man dann keine Kaverne, aber eine starke Retraktion, eine Deviation der Trachea. Wichtig ist die Verstärkung der Geräusche in der gesackten Lunge; die Retraktion verändert das Kaliber der Bronchien, daher Rasseln und Blasen. Die sklerosierte Lunge ist außerdem ein Resonanzboden.

Man findet die Retraktion häufig bei der fibrösen Tuberkulose mit Narbentendenz mit relativ guter Prognose, auch bei der gewöhnlichen evolutiven ulzerokaseösen Form, wobei die Prognose der Retraktion wegen nicht günstig gestellt werden darf.

v. Schnizer.

1052.

Czaczkas, Philippe. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose vom Pneumothorax bis zur Thorakoplastik. (J. d. Prat., Nr. 47. 1928.) Bei jeder einseitigen Lungentuberkulose, die keine natürliche Heilungstendenz besitzt, soll man, ohne zu zögern, die Pneumothoraxbehandlung einleiten. Tuberkulöse einseitige Infiltration, tuberkulöse Kavernen, Infiltrationen von pneumonischem oder bronchopneumonischem Typ, rezidivierende Hämoptysen, die der gewöhnlichen Behandlung trotzen, bazilläre Kehlkopferkrankungen, das sind die Hauptindikationen. Die Schwangerschaft ist keine Gegenindikation, im Gegenteil. Tuberkulöse Schwangere mit Pneumothorax haben meist eine normale Entbindung und sind gegen den oft so verhängnisvollen Nachschub geschützt. Sogar Kaiserschnitte hat man bei dieser Art von Kranken ausführen können, ohne sie ernsthaft zu gefährden. Einer Statistik zufolge betrug die Sterblichkeit bei Kranken, bei denen der Pneumothorax nicht durchführbar war, 62%, dagegen 81% bei den Kranken, die ihn abgelehnt haben. Andererseits schwanken die Heilungen, die man mit ihm erzielt hat, zwischen 45 bis 50%.

Phrenikotomie: Wenn wegen Pleuraadhäsionen der Pneumothorax nicht durchführbar ist, oder wenn er nur partiell ist infolge von Verwachsungen der basalen Pleura, ferner, wenn man nach mehrjähriger Behandlung die Einblasungen einstellen will und doch eine gewisse Kompression des Lungengewebes aufrecht erhalten will, dann ist dieser Eingriff am Platze. Er wird in Lokalanästhesie ausgeführt und besteht in der Durchschneidung und Herausreißung des Nervus phrenicus in einer Länge von 10 bis 12 cm. Hierdurch erreicht man die Lähmung der gleichseitigen Zwerchfellhälfte und ein Ansteigen der Zwerchfellkuppe um mehrere

Zentimeter. Es resultiert daraus eine Zusammendrückung des Lungenparenchyms, das je nach Elastizitätsgrad um $\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{4}$ einschnürt. Diese Kompression berücksichtigt den Sitz der krankhaften Veränderungen nicht; sie beeinflusst die Spitzentuberkulose genau so günstig wie die Tuberkulose der Lungenbasis. Die Phrenikotomie dient gleichermaßen als Beweis für die Unversehrtheit der anderen Lungenhälfte, was wichtig ist, wenn man an eine Thorakoplastik denkt. Sie unterstützt ferner die chirurgische Behandlung eines tuberkulösen Empyems. Der Eingriff ist gutartig und kann — selbst als isolierte Behandlungsweise — zu überraschenden Heilerfolgen führen. In einer Anzahl von Fällen ist er sicher imstande, den Pneumothorax zu ersetzen.

Thorakoplastik: Die Thorakoplastik besteht in der Resektion einer Anzahl von Rippen. Durch ihre Wegnahme erzielt man eine Immobilisation der kranken Seite und zu gleicher Zeit eine Einschränkung des Blut- und Lymphkreislaufs. Von allen operativen Methoden ist die Sauerbruchsche fast einstimmig angenommen worden. Sie besteht in der Resektion des hinteren Rippensegments von der elften bis zur ersten Rippe. Welche Kranken können dieser Operation unterzogen werden? Zunächst nur solche, die im Alter zwischen 15 und 40 Jahren stehen. Vom klinischen Standpunkt aus sind es die sklerosierenden Formen, die torpiden oder wenig entwicklungsfähigen. Die Thorakoplastik begünstigt die Sklerosierung des Lungengewebes, aber sie kann die Ausbreitung einer käsigen Pneumonie nicht verhindern. Die Operationsmortalität beträgt im Durchschnitt 15%; bei mehr als 1000 Fällen war das Verhältnis der Spätergebnisse folgendes: $\frac{1}{2}$ Heilungen, $\frac{1}{2}$ anhaltende Besserungen und $\frac{1}{2}$ sofortige oder spätere Versager. Jeder chirurgischen Behandlung der Tuberkulose muß die Sanatoriumsbehandlung angegliedert werden.

Held.

1053.

Jessen, H., Grundsätzliches zur Thorakoplastik. (Z. Tbk., 52., 5.) Jessen verfügt über ein Material von 70 Thorakoplastiken und hat eine Operationsmortalität von 3 Fällen. Zwei von diesen starben einen typischen Herztod nach der zweiten Sitzung. Beides waren rechtsseitige Fälle mit schwerer toxischer Myodegeneration cordis und schwerer mechanischer Herzverlagerung, die nach einer zwanzigjährigen (!) Kur dem Chirurgen zugeführt wurden. Trotz zweizeitigem Vorgehen war die Behandlung erfolglos. Der dritte Fall, an sich richtig indiziert und zweizeitig projektiert, wurde wegen des während der Operation auffallend glänzenden Zustandes einzeitig operiert und starb an Herzinsuffizienz. Diese 3 Todesfälle hätten vermieden werden können, auf jeden Fall der letztere. Sie zeigen, daß es möglich ist, eine Statistik mit 0% Mortalität zu erzielen, wenn grundsätzlich jeder fragliche Fall ausgeschaltet wird, also grundsätzlich nicht die Spätoperation ausgeführt wird; und wenn bei allen Fällen mit schon geschädigter Herzkraft zweizeitig operiert wird. Das Gelingen einer Thorakoplastik ist in erster Linie von der Leistungsfähigkeit des Herzens abhängig. Im allgemeinen kann man sagen, daß jedes Intoxikationsjahr gradualiter das Herzparenchym schädigt und so die Prognose trübt. Nach vier- bis fünfjähriger Krankheitsdauer ist die einzeitig ausgeführte Plastik meist nicht mehr am Platze. Nach diesem Zeitpunkt bedeutet jedes weitere Jahr eine so ernste Herabsetzung der allgemeinen Resistenz und besonders der des Herzens, daß Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen 10 Intoxikationsjahre als äußerste Grenze der Operabilität ansieht.

Zwerg.

1054.

Spyropoulos, J. Nikolaus, Ueber proliferative Formen der Tuberkulose bei Anwendung der B. C. G.-Vakzine. (Acta Paed., 8., Heft 3, 1928.) Verfasser teilt hier 4 hochinteressante Beobachtungen mit. In 2 Fällen (18 Monate bzw. 10 Monate alte Kinder) wurde einwandfrei eine proliferative Tuberkulose festgestellt. Die Infektionsquelle war einmal die Großmutter, das andere Mal die kranke Mutter. Die bei beiden Kindern in den ersten Tagen nach der Geburt vorgenommene Impfung mit B. C. G.-Vakzine war völlig erfolglos geblieben. Der dritte Fall betrifft ein ebenso geimpftes Kind, das am sechsendreißigsten Tage nach der Geburt unter den Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis ad exitum kam. Pirquet schwach + am achtundzwanzigsten Tage. Eine angeborene Tuberkulose kam nicht in Frage; eine aus der nächsten Umgebung akquirierte Infektion kann mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Der letzte Fall, ebenfalls bald nach der Geburt vakziniert, zeigt im vierten Monat tuberkulöse Herde im rechten oberen Lungenlappen; Tuberkulose der peribronchialen Drüsen beider Lungenhilf und eine vergrößerte Halsdrüse weist histologisch Tuberkulose aus. Intra- wie extrafamiliäre Infektion ist abzulehnen. Verfasser wirft die wichtige Frage auf, ob die Vakzination mit B. C. G. wenigstens in den beiden letzten Fällen für die Erkrankung verantwortlich zu machen ist. Einen Erfolg hat jedenfalls die Impfung in keinem der 4 Fälle gebracht.

Käckell.

1055.

Fischer, A., Ueber Behandlung der Lungentuberkulose mit den neueren Goldpräparaten. (Z. f. Tub., 52., 6.) Verfasser berichtet über 115 mit verschiedenen Goldpräparaten behandelte Fälle von Lungentuberkulose. Erfolge konnten nur erzielt werden durch Behandlung mit großen Dosen aller angewendeten Präparate (Sanocrysin, Solganal und Lopian). Bei Behandlung mit kleinen Dosen konnte nichts erreicht werden. 2 Fälle, die mit Triphal in relativ großen Dosen behandelt wurden, konnten recht weitgehend gebessert werden. Die Goldtherapie dürfte keine echte Chemotherapie sein, sondern eine Reiztherapie über das retikulo-endotheliale System im Sinne Adoli Feldts. Anzustreben ist ein reaktionsloser Verlauf der Behandlung. Diesem kommt von sämtlichen verwendeten Goldpräparaten das Präparat Lopian am nächsten.

Zwerg, Coswig.

1056.

Glaros, C., Arterieller Druck und Tuberkulose. (Presse Méd., Nr. 99, 1928.) Der arterielle Druck ist normal bei Lungentuberkulosen, die nicht fiebern und deren Allgemeinbefinden gut ist, auch wenn Kavernen bestehen. Ein Absinken des Druckes tritt ein bei Fieber, Erschöpfung, Kachexie oder deutlicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens, wie z. B. bei schweren neuen Schüben, deren Prognose um so ernster ist, je beständiger der Druck sinkt. Der künstliche Pneumothorax sowie Pleuraergüsse scheinen keinen Einfluß auf den arteriellen Druck zu haben.

Haber.

1057.

Schwalb, Grippe und Tuberkulose. (D. m. W., 55. Jahrg., Nr. 3, S. 97.) Bei grippeartigen Erkrankungen muß man an die Möglichkeit eines akuten tuberkulösen Lungenprozesses denken und in dieser Richtung genau beobachten.

Bei geringfügigem, zweifelhaftem oder negativem auskultatorischem oder perkussorischem Lungenbefunde kann eine Röntgenuntersuchung bisweilen überraschende und diagnostisch ausschlaggebende Befunde ergeben.

Wenn nötig, sind derartige Patienten einer fachärztlich geleiteten Tuberkulosefürsorge zu überweisen, wo sie in fortlaufender Beobachtung bleiben können.

Verfasser ist überzeugt, daß es auf diese Weise gelingen kann, eine ganze Anzahl von Frühinfiltraten rechtzeitig zu erfassen als bisher. Von der rechtzeitigen Erkennung der Frühinfiltrate und der daraufhin frühzeitig einsetzenden Therapie hängt aber weitgehend das weitere Schicksal ihrer Träger ab. Eine Zeitversäumnis von einigen Wochen oder Monaten kann leicht zum Entstehen von Kavernen, Streuungsfeldern und zu fortschreitender Phthise führen. Aber auch für die Bekämpfung der Tuberkulose als Seuche ist die frühzeitige Erfassung der Frühinfiltrate von besonderer Bedeutung, da sie nicht selten zu Bazillenauswurf führen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1058.

Golubow, N. F., Warmes Seeklima und Lungentuberkulose. (Wratsch. Dielo, 11, Nr. 11, S. 897; 1928.) Auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen stellt Prof. Golubow (Jalta) die These auf, daß das warme Seeklima die besten Heilungsbedingungen für die Lungentuberkulose bietet. Seine Erwägungen illustriert der Verfasser durch einige Beispiele aus seiner 40jährigen Praxis. Viele Tuberkulose, die in bedenklichem Zustande nach der Krim übersiedelten, wurden dort trotz Fehlens eines Sanatoriumsregimes und zum Teil unter Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit (Aerzte, Beamte) geheilt und erreichten ein hohes Alter. Mißerfolge kommen nur bei ganz vorgeschrittenen Fällen bzw. bei ungenügender Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber der Infektion vor. Die Wirkung des Seeklimas, deren Wesen noch unbekannt ist, zeigt sich bei der Lungentuberkulose in der Förderung der raschen Vernarbung und der Bindegewebsbildung. In dieser Beziehung ist das Seeklima dem Hochgebirgsklima sowie der Kумыs-Kur weit überlegen. Ausgezeichnete Resultate beobachtete der Verfasser bei einer Kombination von Pneumothorax und Aufenthalt an der südlichen Meeresküste. Ferner verläuft hier die Nierentuberkulose gut, bei der in manchen schweren Fällen Aushellung beobachtet werden konnte.

E. Kontorowitsch.

Kinderheilkunde

1059.

Schiff, E., Magen-Darmkrankheiten des älteren Kindes. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 23, 1928.) Während bei dem Erwachsenen Appetitlosigkeit, belegte Zunge und Magenschmerzen auf Magen-Darmkrankheiten hindeuten, werden diese Symptome beim Kinde auch beim Fehlen von Magenstörungen oft beobachtet; besonders

entzündliche Prozesse des Nasen-Rachenraumes gehen mit belegter Zunge einher. Tritt hierzu noch Obstipation und Fieber, so wird die Diagnose Magen-Darmerkrankung gestellt. Eine wesentliche Rolle spielt die Rhinitis superior, die zu einer Geschmacksstörung führt und damit zur Appetitlosigkeit. Hier führt die Behandlung des lokalen Prozesses oft rasch zur Heilung. Eine weitere häufige Erkrankung ist die sogenannte Nabelkolik, die oft mit Appendizitis verwechselt wird. Es handelt sich um einen plötzlichen Schmerzanfall in der Nabelgegend ohne ersichtliche Ursache, der ebenso plötzlich verschwinden kann. Differentialdiagnostisch ist das Fehlen von Muskelspannung und von Fieber bei der Nabelkolik von Wichtigkeit. Handelt es sich um eine Lageveränderung der Appendix, so ist die Diagnose noch schwieriger, und man soll hier stets rektal untersuchen sowie die Blutuntersuchung heranziehen, da bei der Nabelkolik die Leukozytose stets fehlt. Wahrscheinlich handelt es sich bei der Nabelkolik um eine Vagusneurose, zumal eine Atropintherapie fast stets von Erfolg begleitet ist. Erbrechen kann oft das erste Anzeichen einer beginnenden Infektionskrankheit sein; wiederholt es sich häufig, so muß man an zerebrale Erkrankungen denken. Besteht eine auffallend starke Arrhythmie, so weist dies ebenfalls auf eine Beteiligung des Zerebrums hin. Besonders wichtig ist das Erbrechen nervöser Kinder, das frühmorgens vor dem Schulbesuch und bei der Abneigung gegenüber gewissen Speisen aufzutreten pflegt. Eine ziemlich seltene Erkrankung ist das ketonämische Erbrechen. Beim Kardiospasmus ist Erbrechen das führende Symptom und findet sich häufig bei nervösen Kindern. Durch suggestive Maßnahmen kann man den Spasmus beseitigen. Akute Durchfälle beim älteren Kinde finden sich bei fehlerhafter Ernährung und sind durch Diät rasch zu beseitigen. Beim chronischen Durchfall muß man an Darmtuberkulose denken. Der sogenannte intestinale Infantilismus geht mit chronischen Durchfällen auch einher. Ueber das Wesen der Erkrankung wissen wir nichts Genaues. Bei der Diättherapie muß man am besten eiweißreiche Nahrung geben, da Fett und Kohlehydrate schlecht vertragen werden. Bei der chronischen Obstipation muß man zunächst die Menge der zugeführten Nahrung berücksichtigen. Handelt es sich um schlackenarme Kost, so fehlt oft der die Peristaltik anregende Reiz. Die konstitutionelle Obstipation findet man beim vegetativ stigmatisierten Kinde. Sie ist mit Atropin gut zu beeinflussen. Bei der Hirschsprungschien Krankheit kommt es zu den höchsten Graden von Obstipation. Es zeigt sich eine Zunahme des Bauchumfanges und eine sichtbare Darmsteifung. Nach den neuesten Untersuchungen handelt es sich vielleicht um eine Innervationstörung. Mitunter gelingt es, durch Diät und Abführmittel die nicht ungefährliche Operation zu vermeiden. Blutungen aus dem Darm müssen immer an eine Infektion des Dickdarms denken lassen. Plötzliches Auftreten einer Darmblutung lenkt den Verdacht auf eine Invagination hin. In seltenen Fällen findet man auch Hämorrhoiden, bei denen die Ursachen jedoch häufiger Angiome als Varizen sind.

Kosmánski, Berlin.

1060.

Gerbas, M., *Betrachtungen über das Chlorom.* (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 2, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einem 20 Monate alten Knaben. Die Krankheit wird als eine Schädigung betrachtet, die auf den „Hämozytoblasten“ (die gemeinsame Stammzelle der roten wie auch weißen Zellreihe nach Ferrata; der Ref.) wirkt. Dadurch kommen atypische und degenerative Formen in allen Entwicklungsstadien der Zellen vor. — (Sektions- und histologische Befunde fehlen. Der Ref.)

Eugen Stransky, Wien.

1061.

Cozzolino, O., *Ueber den postenzephalitischen adipogenitalen Symptomenkomplex.* (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 1, 1929.) Bei einem acht Jahre alten, vorher grazil gebauten Knaben tritt im Anschluß an eine überstandene Encephalitis lethargica Fettsucht mit besonderer Lokalisation des Fettes an den Hüften und Oberschenkeln und eine vorübergehende Polyurie auf. Das kleine Genitale und der Ausfall der pharmakodynamischen Untersuchung weisen auf eine Hypophysenstörung hin, die auf Grund der Enzephalitis zustande gekommen sein dürfte.

Eugen Stransky, Wien.

1062.

Huldschinsky, Kurt, *Die Ultravioletttherapie des kindlichen Ekzems.* (Klin. Wschr., Jg. 8, Nr. 2, S. 71.) Verfasser glaubt, daß die Ultraviolett-Silbermethode ein Verfahren darstellt, das kindliche Ekzem mit größerer Sicherheit zu beherrschen, als es bisher möglich war.

Die kombinierte Ultraviolett-Silbermethode erreicht dreierlei:

I. ein fast sofortiges Ausfällen des Silbers aus der Lösung und Anhaften an der bestrichenen Hautpartie;

II. eine an sich verstärkte Ultraviolettwirkung und die Möglichkeit einer beliebig starken Dosierung;

III. die Verhütung der Tiefenwirkung und damit einer Lichtentzündung der erkrankten Partie bei stärkster Oberflächenwirkung, die zu schneller Neuüberhäutung führt.

Die Versuchsanordnung war folgende: Die ekzematöse Partie wurde, unter Abdeckung der gesunden Umgebung, mit einer dreißigprozentigen Argentumlösung bestrichen. Diese läßt man entweder antrocknen, oder man bestrahlt sie in noch nassem Zustande mit einer Quarzlampe in Abständen von 50 bis zu 15 cm, bis Schwärzung eintritt, evtl. erneuert man unter der Lampe die Lösung ein- oder mehrere Male. Für diese Behandlung sind 1–5 Minuten erforderlich. Man kann anstatt der Quarzlampe auch Sonnenlicht einwirken lassen, doch sind hierbei die Belichtungszeiten wesentlich länger (10–30 Minuten). Mit anderen künstlichen Lichtquellen, wie Solluxlampe, Vitaglaslampe usw., konnte Verfasser keine Schwärzung erzielen.

Die Wirkung der Ultraviolett-Silberbestrahlung tritt unmittelbar ein. Die nässenden Stellen trocknen sofort ein, die vorher geröteten Partien erscheinen schwarz und glänzend, der Juckreiz läßt nach und schwindet oft schon nach der ersten Bestrahlung ganz. Am folgenden Tage beginnen die trockenen, schwarzen Stellen sich langsam abzublättern, und es erscheint frische, gesunde Haut darunter; die nässenden Stellen haben sich mit einem Schorf überzogen, sie sind kleiner geworden und fangen an, sich zu überhäuten; meist bedürfen sie aber noch weiterer Behandlungen, um völlig abzutrocknen. Zwischen den Bestrahlungen hat Verfasser grundsätzlich nicht behandelt; nur in Fällen, in denen aus äußeren Gründen die Zwischenpausen sehr groß sein mußten, ließ er mit indifferenten Salben einstreichen.

Während Verfasser zuerst nur kleinere und nur nässende Herde behandelte, ging er allmählich auch zu ausgedehnteren Gesichtsgut- und Körpereckzemen über. Auch hier war der Erfolg ausnahmslos gut.

Arnold Hirsch, Berlin.

1063.

Pinero, F., *Das Kowarskische Zeichen in der Diagnose der Adenitis tracheobronchialis.* (Rev. esp. med. cirurg., 12., 1.) Das Zeichen von Kowarski wird folgenderweise ausgeführt: Der mit dem Rücken zum Arzt gewendete Patient wird vornüber gebeugt, wobei der Kopf und Arme ebenfalls in starke Flexionsstellung gebracht werden. Das Hörrohr wird zwischen Wirbelsäule und Skapularrand in der Höhe der Spina scapulae aufgelegt und jedesmal sowohl rechts als links von der Wirbelsäule verschoben. Gleichzeitig werden mit dem rechten Mittelfinger die Dornfortsätze des 5. bis 12. Brustwirbels leicht perkutiert. Bei normalen Verhältnissen ergibt die Auskultation beiderseits hellen klaren Lungenschall; bei Infiltration der Lymphdrüsen hört man eine mehr oder minder starke Dämpfung an der affizierten Seite. Beim Vorhandensein von Assistenz kann man deren Finger als Plessimeterfinger benutzen.

Ashkenasy, Wien.

1064.

Zalocco, A., *Pneumonie und das appendizitische Syndrom bei Kindern.* (Políclínic, 36., 2.) Der Interkostalnerv besitzt abdominale Endigungen, welche sich in der Hautzone der Iliakalgegend verzweigen. Bei Reizung der Thoraxbasis bei Pneumonie oder Pleuritis wird der Schmerz in den BcBurneyschen Punkt projiziert.

Ashkenasy, Wien.

1065.

v. Bokay, Z., *Ueber die Wirkung der Röntgentiefenbestrahlung auf gewisse Formen der Lungentuberkulose bei Kindern.* (Jhbr. f. Kdhk., 73., Heft 1/2.) Es wurden 29 Fälle von Hilustuberkulose im Kindesalter mit Röntgentiefenbestrahlungen behandelt und geheilt! Da jedoch die klinischen Daten vor und nach der Bestrahlung summarisch in einer Tabelle angegeben werden, bleibt der Verfasser jeden überzeugenden Beweis einer Heilwirkung seines Verfahrens schuldig. Dies ist um so bedauerlicher, da Hilusprozesse, wie allbekannt, auch ohne jede Behandlung die gleichen Heilungstendenzen aufweisen wie die in den Erfolgstabellen angegebenen.

Jahr.

1066.

Frantz, Egon, *Ermittlungen über die Infektionsquelle bei Todesfällen an Meningitis und Miliartuberkulose im Kindesalter.* (Z. f. Tub., 52., 6.) Unter 43 an Miliartuberkulose bzw. an Meningitis tuberculosa verstorbenen Kindern unter zehn Jahren wurde in 27 Fällen eine häusliche Infektion, d. h. eine Infektion innerhalb einer Wohngemeinschaft, nachgewiesen. In den meisten Fällen war einer der beiden Eltern oder Großeltern die Ansteckungsquelle. Ein Ueberwiegen dieser beiden Krankheiten als Todesursache nach extrafamiliärer oder unbekannter Infektion konnte also im Gegensatz zu den Angaben von Eliasberg und Kleinschmidt an unserem Material nicht festgestellt werden. Als Hauptursache der tödlichen

Miliartuberkulose bzw. Meningitis wird die in einer Wohngemeinschaft vorhandene Gelegenheit zu fortwährender Superinfektion angesehen, und auch diese Zusammenstellung als ein Beweis für ihre hohe Bedeutung betrachtet. Für die Tuberkulosefürsorge stellt sich hieraus, daß die Familienfürsorge an erster Stelle stehen muß, zumal auch hier die besten Möglichkeiten einer wirksamen Bekämpfung zur Verfügung stehen. Einer Vernachlässigung der extrafamiliären Gefährdungsmöglichkeit soll damit selbstverständlich nicht das Wort geredet sein. **Zwerg, Coswig.**

1067.

Pastieles, Paul, Atesie der Valvula ileocaecalis bei einem Neugeborenen. (Bruxelles Méd., Nr. 13, 1929.) Ein Tumor bindegewebigen Ursprungs verlegt bei einem Neugeborenen das Lumen der Valvula ileo-coecalis. Während klinisch die Diagnose exakt gestellt werden kann, versagt das Röntgenbild. Erstaunlicherweise war der Wurmfortsatz vollkommen entwickelt, was schwer erklärbar ist, da der Wurmfortsatz mit dem unteren Teil des Zökums, das im vorliegenden Fall nur bleistiftstark entwickelt war, aus der gleichen Keimanlage hervorgeht. Die Grundursache dieser Anomalie ist nicht klar. Die Behauptung, daß eine Röntgenuntersuchung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Fötus einen sehr großen Einfluß haben kann, ist vielleicht nicht ganz von der Hand zu weisen. **Held.**

1068.

Hirsch-Kauffmann, H., Ueber die Behandlung zuckerkranker Kinder im häuslichen Milieu. (Z. ärztl. Fortbildg., Nr. 22, 1928.) Vor der Entdeckung des Insulins gingen diabetische Kinder mit Sicherheit zugrunde. Kommt es zum Koma, das bei länger als achtstündigem Bestehen die Herzfunktion aufs äußerste schädigt, so muß zunächst sofort Insulin gegeben werden und erst dann Exzitantien. Was die Diät anlangt, so ist das Wichtigste für jugendliche Diabetiker ein normales Wachstum. Man soll daher die einzelnen Nahrungsbestandteile nicht schematisch festlegen; da man durch Insulin die Stoffwechselstörung kompensieren kann, kann man auch dem Wunsch der Kinder gerecht werden. Als einzige Einschränkung kommt das Verbot von Süßigkeiten in Frage, die durch Salabrose-Schokolade ersetzt werden können. Befinden sich die Kinder in stark reduziertem Ernährungszustand, so muß man sofort Insulin anwenden. Der Erfolg hängt davon ab, daß die Kost zu ganz bestimmten Zeiten regelmäßig verabfolgt wird. Nach der Entlassung aus der Klinik muß man die Eltern auf das Vorkommen von hypoglykämischen Schock aufmerksam machen. Im Gegensatz zum Erwachsenen kann man beim Kinde aus der Zuckerausscheidung die Insulinmenge nicht berechnen. Bei leichten Schockfällen genügt die Zufuhr von Zucker, Obst usw., bei schwereren muß man Traubenzucker intravenös geben. Nach neuesten Erfahrungen ist es möglich, durch Synthalinbeigaben die lästige Infektionstherapie zu ergänzen. Diese Kombination ist die Methode der Wahl. Die Durchführung der Diät scheitert oft aus sozialen Gründen, daher erscheint es notwendig, die gefährdeten Kinder auf Staatskosten in ärztlich geleiteten Heimen unterzubringen. **Kosminski, Berlin.**

1069.

Nyllin, Gustav, Studien über das Schulkind mit Untergewicht. (Hygiea, Heft 2, 1929.) 624 Kinder einer Schule wurden in bezug auf Gewicht und Ernährungszustand untersucht. Es waren nach den Tabellen von Word und Ljunggreen 24,3 Prozent mit Untergewicht behaftet, und zwar 62 Knaben. Diese wurden ganz genau untersucht, röntgenologisch, Muskulatur, Puls, Muskulatur subkutaner Gewebe. Während keiner der Knaben mit normalem Gewicht als asthenisch bezeichnet werden konnte, war ein Drittel der Knaben mit Untergewicht asthenisch; ein Zusammenhang zwischen Untergewicht und Ernährungszustand wie subjektivem Wohlbefinden ist nicht zu leugnen. **S. Kalischer.**

1070.

Blumenthal, Leo, Kritische Uebersicht über die Methoden der Rachitisprophylaxe. (Soc. Méd., 12., 1928.) Eine umfassende Rachitisprophylaxe ist von großer sozialer Bedeutung. Eine solche muß wirksam, billig, einfach und allgemein durchführbar sein. Die Höhenstrahlung steht zweifellos an erster Stelle. Sie gewährt leider nur für den Zeitraum ihrer Durchführung einen wirksamen Schutz, sie ist eine Massenbehandlung mit ihren Infektionsgefahren, sie ist umständlich, zeitraubend. An zweiter Stelle steht das bestrahlte Ergosterin, als Vigantol und Radiostol. Eine korrekte Durchführung stellt hohe Anforderungen an die Mütter. Belieb ist der Lebertran, dessen antirachitische Eigenschaften leider sehr schwach sind. Die Verabreichung bestrahlter Milch ist leider nicht überall durchführbar. Der Biovin-Zwieback der Promonta-Werke paßt sich den Forderungen der Praxis gut an. Die Praxis muß jetzt die bisherigen Ergebnisse der Forschung auswerten und zum Besten der Kinder anwenden. **Dr. Michaelis, Bitterfeld.**

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

1071.

Lipschutz, F. W., Behandlung des Ulcus pepticum auf Grund der Aetiologie. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1928.) Immer mehr kommt man darauf, daß Systemursachen in der noch keineswegs völlig geklärten Aetiologie eine Rolle spielen. Wie bei anderen für gewöhnlich nicht als hereditär betrachteten Krankheiten scheint auch hier ein Defekt im Keimplasma Anlaß zu einer hereditären Prädisposition zu geben. Wie bei Tuberkulose besteht auch hier ein Spezialtyp: magere Individuen mit einer Mischung von asthenischen und athletischen Elementen, vasomotorischer Instabilität, häufig endokrinen und genitalem Anomalien nach dem eunuchoiden Typ hin. Oft mit Tuberkulose vereinigt: die Konstitution prädisponiert zu beiden. Wichtig ist die autonome Instabilität: schwer arbeitende, bekümmerte Neurotiker neigen dazu. Neben der nervösen Prädisposition kommen manchmal auch Arteriosklerose und Gefäßstörungen in Frage. Ebenso vasoneurotische Zustände in den Kapillaren: Autodigestion, sobald exogene Faktoren dies gestatten. Auch der neurogene Faktor spielt eine Rolle: toxische Uebererregbarkeit im sympathischen und parasympathischen System, dadurch trophische Störungen. Auch die Infektion spielt eine Rolle: Erkältungen, akzessorische Sinuserkrankungen, Grippe, Infektionen der Atemwege. Im Darm Bacillus Coli comm. Auch Streptokokken sind gefunden worden. Gegen Infektion als alleinige Ursache spricht, daß nur wenig Leute mit infizierten Zähnen, Mandeln usw. Ulzera haben. Leute mit milden Infektionen entwickeln Ulzera, solche mit schweren nicht. Gewisse Tatsachen lassen eine anaphylaktische Entstehung annehmen: das jahreszeitliche Auftreten, wie beim Heufieber und Asthma, die Häufigkeit des Auftretens und der Heilung, die Ähnlichkeit zwischen den freien gastrischen und intestinalen Veränderungen bei Anaphylaxie und Ulkus (Stasis). Bei Allergie, besonders Asthma, hat man häufig gastrische oder intestinale Blutungen. Nach schweren extensiven Verbrennungen werden manchmal typische Ulzera beobachtet. In einem Fall noch nach 10 Jahren. Meist im ersten Teil des Duodenum. Ursache Exkretion toxischen Materials ins Intestinallumen, wie es dabei auch zu Schädigung der Nieren kommt, in schweren Fällen akute Nephritis. Trotz dieser Ähnlichkeit zwischen Ulkus und Erkrankungen allergischen Ursprungs hat die parenterale Proteintherapie wenig ermutigende Resultate ergeben. Bisher sind diese Systemfaktoren in der Aetiologie zu wenig herangezogen worden. Also Beseitigung aller Infektionsherde, Diät, Alkalien, ultraviolettes Licht (entoxifizierende Wirkung, Vermehrung des Stoffwechsels und der weißen und roten Blutkörperchen). **v. Schnitzer.**

1072.

Tappan, J. C., Erysipelbehandlung. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) T. benützt bei Erysipel und auch bei Tonsillitis eine Argentum-nitricum-Lösung von 1½ Drachmen auf 1 Unze (die Drachme = 3,8 g; die Unze = 28,4 ccm) und hat damit ganz überraschende Erfolge erzielt. **v. Schnitzer.**

1073.

Hegglin, Otto, Zur Verbreitung und klinischen Bedeutung der flüchtigen Gifte. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 1, 1929.) Aus den hier vorliegenden klinischen und experimentellen Erfahrungen ergibt sich für den Arzt die Forderung, bei Asthma und Urtikaria unbekannter Genese an Askariden zu denken. Er darf sich dabei nicht begnügen, eine Askaridiasis auszuschließen, sondern er muß auch nach Parasiten in der Umwelt des Pat. forschen, allerdings nur, wenn dieser eine Ueberempfindlichkeit gegen diese Parasiten besitzt. Eine solche Ueberempfindlichkeit gegen Askariden-Antigen ist stark verbreitet; doch muß bei der Feststellung derselben mit großer Vorsicht zu Werke gegangen werden, da schon außerordentlich geringe Mengen genügen, um schwere Erscheinungen hervorzurufen. **Held.**

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

1074.

Porter, W. H., Pathogenese des Diabetes und die Kohlehydratausnützung. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1928.) Das Kohlehydrat- oder Zuckermolekül ist hinsichtlich seiner chemischen Zusammensetzung sehr einfach; nicht so einfach ist seine Produktion und Ausnützung; die muß man aber kennen, um den Diabetes und andere Stoffwechselstörungen behandeln zu können. Aus dem

Pflanzenreich stammend ist oft das Stärkemolekül der Vorgänger des Zuckermoleküls. Alle Kohlehydrate müssen, bevor sie von der animalen Oekonomie ausgenutzt und absorbiert werden können, in Monosaccharide verwandelt werden, ebenso die Stärke. Im Tierreich findet man an Kohlehydraten die Laktose und das Glykogen, die animale Stärke, beides polymere Moleküle. Laktose wird aus den Proteinelementen des Blutes mit Hilfe von O gebildet. Auch das MilCHFett stammt aus den Proteinmolekülen, ein Oxydationsreduktionsprodukt. Diese polymere Form, die Laktose, wird durch die kindliche Verdauung leicht in die monomere übergeführt und regt so diese besondere Funktion des digestiven Systems, die für alle Kohlehydrate nötig ist, an. Die Glukosemoleküle produzieren nur Wärme und treten in keiner anderen Form in die Körperkonstruktion. Sie bilden auch bei ihrem Oxydationsreduktionsprozeß keine toxischen Produkte. Aber zu ihrer Umwandlung in die einzige resorbierbare Form $C_6H_{12}O_6$ ist ein großer Aufwand digestiver Energie nötig. Zur Erhaltung dieser wichtigen Digestionsfunktion ist ein Uebermaß von Kohlehydraten schädlich, nicht, weil das System diese Moleküle nicht in ihre Endprodukte oxydieren kann, sondern weil bei großen Quantitäten die oxygenierende Fähigkeit des Systems rasch überschritten wird, so daß nicht genügend O übrigbleibt, um die Proteine völlig zu oxydieren. Zu diesen Endprodukten der Proteinreduktion gehören Glykogen, Glukose u. a. Sie wie Laktose sind bis zu einem gewissen Grade normale physiologische Produkte. Im Uebermaß produziert sind sie pathologische Produkte, ebenso wie Harnsäure. Jedenfalls ist diese Theorie verständlicher als die ältere, nach der das Kohlehydrat ein H_2O abgespaltete und Glykogen wurde, das in der Leber aufgespeichert auf unerklärliche Weise das H_2O wieder aufnahm, Glykogen wurde und so schließlich Wärme erzeugte. Denn wenn das erste H_2O abgespalten wird, zerfallen auch die anderen Komponenten. Die Schädigung also, die der Körper erleidet durch eine übermäßige Kohlehydratzufuhr, besteht weniger in einer unvollständigen als vielmehr in einer Ueberverbrennung, wodurch die Oxygenkapazität des Systems rasch erschöpft wird und eine unvollständige Verbrennung stattfindet, und dadurch entstehen schädliche Endprodukte.

v. Schnitzer.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

1075.

Ratner, J., Jahreszeit und Psychose. (Z. Neur., 118., Heft 2.) Es wurden zwei Fälle von „Saisonpsychose“, einer periodischen Geistesstörung, die nur im Frühjahr ausbricht, mitgeteilt. Die beiden Fälle gehören zur vom Verfasser beschriebenen Diencephalosen Gruppe. Im Anschluß an diese Mitteilung werden folgende Fragen zur Diskussion gestellt:

Ob es berechtigt sei, den Begriff einer „Plexusneurose“ aufzustellen.

Ob es nicht die infolge der Hypersekretion des Liquors resp. Wasserretention im Schädelinnern als Kundgebung der allgemeinen vegetativen Uebererregbarkeit im Frühjahr aufgetretene intrakranielle Drucksteigerung sei, die die Mittel- resp. Zwischenhirnfunktion beeinträchtigend zur Psychose führe.

Hans Knospe.

1076.

Sack, W. Th., Psychogene Dermatosen. (Nervenarzt, Jahrg. II, Heft 2.) Betrachtungen über die Psychogenese von Hautkrankheiten. Der Pruritus kann gelegentlich halluzinatorischen Charakter haben. Er tritt dann in die Reihe der halluzinatorischen Hautsensationen. Bei endogenen oder reaktiven Depressionen ist der Pruritus ein recht häufiges Symptom, besonders bei den Depressionen des Rückbildungsalters. Mehrere Fälle von Pruritus senilis waren auf systematisch durchgeführte psychotherapeutische Beeinflussung ansprechbar. Ekzeme können als Reaktionen auf psychisch bedingtes Jucken und Kratzen entstehen; ein konstitutionelles Ekzem kann in einen neurotischen Mechanismus eingebaut und darin verwertet werden. Viele Fälle echter Rosazea haben eine neurotische Genese, indem bei psycholabilen Personen habituelles Erröten zur Erweiterung der Gesichtskapillaren mit nachfolgender Stase führt. Warzen werden suggestiv und hypnotisch zuweilen erfolgreich behandelt. Verschiedene Erytheme und Oedeme unklarer Aetiologie zeigten Abhängigkeit von seelischen Erregungen und konnten durch beruhigende Hypnotherapie geheilt werden.

Kurt Mendel, Berlin.

1077.

Jislin, S. G., Konstitution und Motorik. Zur Motorik der Schizophrenie. (Z. Neur., 118., Heft 2.) In dem angeführten Material wollte Verfasser die Bedeutung der sogenannten motorischen Konstitution für das Problem der schizophrenen Anlage hervorheben. Er sah, daß die motorische Konstitution sich gleichfalls

und mit derselben Beständigkeit wie alle anderen Äußerungen der Konstitution vererbt. Es ist fernerhin ersichtlich, daß manche konstitutionelle Eigenarten und Defekte der Motorik (einschließlich Handschrift) einen besonders intimen Zusammenhang mit dem Wesen der schizoiden Persönlichkeit sowie mit der Veranlagung zur Schizophrenie haben, auch an und für sich zuweilen auf das Vorhandensein der schizophrenen Anlage hinweisen können. Diese Arbeit stellt auch einen Versuch dar, nachzuweisen, daß die von Kraepelin beschriebenen, von ihm als „Verlust der Grazie“ bezeichneten, einen „organischen“ Eindruck machenden Störungen im Ablauf der Bewegungen am stärksten in einer besonderen Katatoniegruppe ausgeprägt sind; der Verfasser wollte eine solche Gruppe von der gesamten Masse anderer Katatonien, wo diese vom allgemeinen äußeren Krankheitsbild unabhängigen Störungen überaus geringfügig sein können, abgrenzen. Das Material des Verfassers scheint dafür zu sprechen, daß die betreffende Gruppe bestimmte Beziehungen zum Problem der motorischen Konstitution aufweist, sowie in denjenigen Fällen, in denen derartige katatonische Zustände von verschiedenem motorischen Beiwerk durchsetzt und überlagert sind, als auch in denjenigen, in welchen sie in reiner Form auftreten.

Hans Knospe.

1078.

Weiß, Lt., Ueber propriozeptive Körperreaktionen in der topischen Hirndiagnostik. (Z. Neur., 118., H. 2.) Die vom Verfasser angewandten Phänomene sind der Grundversuch, die spontane Steigreaktion, die Divergenzreaktion, die Konvergenzreaktion, das Pronationsphänomen, die Lagebeharrung, das Hyperflexionsphänomen, das Imitationsphänomen, die paradoxe Abweichungsreaktion und die Spontandrehung um die Längsachse. In den geschilderten 20 Fällen handelt es sich um zerebrale Affektionen, um Läsionen verschiedener Genese und Lokalisation, teils mit einfacher, teils mit komplizierter Symptomatologie. Sie erwiesen die klinische Brauchbarkeit der propriozeptiven Körperreaktion. Zur Prüfung und Beurteilung der propriozeptiven Körperreaktion ergibt sich aus den Erfahrungen des Verfassers folgendes: Man prüfe sie im Liegen, Sitzen und nach Möglichkeit auch im Stehen. In manchen Fällen sind die propriozeptiven Körperreaktionen nicht in allen Lagen in der geschilderten Reinheit zu beobachten. Einzelheiten treten bald in dieser, bald in jener Lage besser in Erscheinung. Was die Häufigkeit des Vorkommens betrifft, so ist zum Beispiel die negative Lagebeharrung bei Parkinson, von Hoff und Schilder auf etwa 60 Prozent veranschlagt worden. Die anderen Phänomene sind bei weitem konstanter. Soweit sie auftreten sind sie ein sicheres Zeichen. Es gibt jedoch auch Fälle, namentlich unter den frischeren, in denen sie fehlen. Die zeitlichen Verhältnisse sind besonders zu beachten. Für die Seitenlokalisation ist die Lagebeharrung, ferner der Grundversuch nicht zu verwerten, dagegen haben das Imitationsphänomen, die Kippreaktion, sowie die Pronationstendenz seitendiagnostische Bedeutung. Das Imitationsphänomen und die Kippreaktion sind Anzeichen einer homolateralen Kleinhirn- oder kontralateralen Stirnhirnaffektion; die Pronation tritt gesteigert auf bei homolateraler Kleinhirnläsion sowie auf der Seite der Pyramidenbahnerscheinungen. Die Divergenzreaktion ist auf der Seite der Kleinhirnschädigung gesteigert. Die Konvergenz ist in der Mehrzahl der Fälle ein kontralaterales Zeichen, hierbei ist jedoch besonders auf Latenz und Verlauf im Vergleich mit der anderen Seite zu achten. Außerdem wird die Kontur der einzelnen Reaktionen von verschiedenen Stellen aus beeinflusst und abgeändert. So ist zu erwähnen der torpide, protrahierte, diskontinuierliche Verlauf der Konvergenzreaktion bei den pontinen Fällen, sowie das Absinken des Schädelarmes bei Kopfdrehung nach der Herdgegenseite bei Kleinhirnbrückenwinkeltumor und schließlich den übermäßig positiven Ausfall des Lagerbeharrungsversuchs bei Kleinhirnaffektion. Interessant sind die Kombinationswirkungen: Das Auftreten von Stirn- und Mittelhirnzeichen, von Klein- und Mittelhirnzeichen nebeneinander, je nach Ausgangspunkt und Umfang des Prozesses. Mit Hilfe der propriozeptiven Körperreaktion ist man imstande, zerebrale Prozesse genauer zu lokalisieren. Die verschiedensten Sitzes als ein brauchbares diagnostisches Hilfsmittel erwiesen. Summarisch kann gesagt werden, die Gruppierung von Hoff und Schilder ist zutreffend. Die einzelnen meist topisch bedingten Abänderungen im Verlauf und Latenz, also in der Kontur der Reaktion, sind Modifikation, Schalterscheinungen, die keine grundsätzliche Abweichung bedeuten. Die Beobachtung des Imitationsphänomens bei sicherer Stirnhirnaffektion steht hierzu in keinem Widerspruch.

Hans Knospe.

1079.

Claude, H., und Baruk, K., Die Katatonie, Klinik und pathologische Physiologie. (Presse Méd., Nr. 103, 1928.) Die Ergebnisse der Klinik und der experimentellen Physiologie im Verein mit der pathologischen Anatomie zeigen, daß die Katatonie vorwiegend

an die höchstentwickelten und die jüngsten Zonen des Gehirns gebunden ist, wodurch ebenfalls die höchsten Funktionen, nämlich die willkürlichen psychomotorischen, geschädigt sind. Andererseits werden durch die Hemmung der kortikalen Kontrolle die primitivsten Systeme der Motilität, insbesondere der mesozephalen, tonigen und statischen Zentren frei. Dadurch erklären sich die Analogien und Unterschiede, die zwischen dem katatonen Syndrom und den mesozephalen, sträuren oder parkinsonistischen Syndromen bestehen. In beiden Fällen bestehen extrapyramidale Störungen, die beim Parkinsonismus direkt im Niveau des Mesenzephalons ausgelöst werden, bei der Katatonie dagegen erst sekundär über die Störung der kortikalen Kontrolle. Versuche mit Bulbokapnin konnten bei der Katze ein echtes katatonisches Zustandsbild erzeugen, das jedoch nach Abtragung der Rinde nicht eintrat. Bei Anwendung noch höherer Dosen traten Zeichen wie beim enthirnten Tier auf, wie Hyperextension, Hyperpronation usw.; dasselbe konnte beim Katatonen durch Somnifen erzeugt werden. Die gleichen dynamischen Phänomene der Hemmung und Enthemmung treten bei der Hysterie auf, augenscheinlich durch physiologische Erschütterungen verursacht, die sich ebenfalls auf die Kontrolle der extrapyramidalen Bahnen beziehen, sind aber hier oberflächlich, rein dynamisch und abhängig von einem emotiven oder affektiven Faktor. Die Hemmung hat einen funktionellen Charakter und kann daher suggestiv beeinflusst werden. Bei der Katatonie können die Störungen im selben Niveau liegen, sind aber toxisch-infektiöser Art und ergreifen die Zellen selbst, die sich allmählich histologisch verändern. Es gibt demnach keine absolute Trennung zwischen organischen und funktionellen Erkrankungen, sondern Zwischenglieder, zu denen in erster Linie die Katatonie gehört.

Haber.

1080.

Danielopolu, D., Die drei Grundgesetze, welche die Funktion des vegetativen Nervensystems im normalen und pathologischen Zustand regieren. (Presse méd., Nr. 103, 1928.) Das vegetative System befindet sich in einem Zustand dauernder Erregung: dem vegetativen Tonus. Dieser ist das Resultat mehrerer amphotroper Faktoren, deren Wirkungsweise im normalen Zustand gleichmäßig auf den Sympathikus und den Parasympathikus verteilt ist. Ein Ueberwiegen der Wirkung auf die eine oder die andere Gruppe tritt unter drei Bedingungen auf: 1. nach der Stärke der Wirkung, so z. B. beim Karotisreflex je nach dem Reizzustand des Sinus carotidis, der bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten verschieden sein kann. Bei den pharmakologischen Proben hängt die Intensität der Wirkung von der Größe der Dosis ab. Bei kleinen Dosen Adrenalin, Eserin, Pilocarpin, Kalzium überwiegt der Parasympathikus, bei großen Dosen der Sympathikus. Dasselbe gilt für die natürlichen Hypersekretionsphänomene. 2. Dieses Ueberwiegen hängt von dem allgemeinen vegetativen Tonus ab, je nachdem dieser schon bei der einen oder der anderen Gruppe von vornherein erhöht ist. 3. Das Ueberwiegen des amphotropen Faktors hängt vom Zustand des lokalen Tonus ab. Dieser kann verändert sein durch Läsionen des Organes selbst, durch Läsionen der extra-viszeralen Bahnen oder durch beides. Der vegetative Tonus wird unterhalten von einem zentralen und einem peripherischen Faktor. Letzterer entsteht in dem humoralen Milieu durch amphotrope Substanzen (Ca, K, Adrenalin, Cholin usw.), die einen Dauerreiz auf die sympathischen und parasympathischen Endigungen ausüben und die Funktion equilibrieren. Der zentrale Faktor wird durch die Funktion des Organes auf seinen zentripetalen Bahnen unterhalten. Es entsteht also ein zirkulärer Mechanismus mit doppelter Bahn des Sympathikus und Parasympathikus, wobei der zentrale Faktor den peripherischen und umgekehrt beeinflusst. Das ganze System regelt sich also nach den Gesetzen des Amphotropismus, der Prädominanz und des zirkulären amphotropen Mechanismus.

Haber.

1081.

Mayer-Groß, W., Phantomarm nach Plexuszerreißung. (Nervenarzt, 2. Jahrg., Heft 2.) Beim „Phantomglied der Amputierten“ tritt eine Sinnestäuschung, die bald als Halluzination, bald als Illusion bezeichnet wird, beim völlig geordneten, seelisch gesunden Individuum auf. Es handelt sich dabei um eine Manifestation zentraler Erregungsvorgänge. Die Beobachtungen am Phantomglied sind ohne Zweifel von Bedeutung für das Verständnis der Sinnestäuschung bei Psychosen. In dem vom Verfasser mitgeteilten ersten Falle trat das Phantom nach Plexuszerreißung, im zweiten Falle nach einer Querschnittsschädigung im Hals- und oberen Brustmark durch Unfall auf. Das Phantomglied verdient nicht nur als eine psychologische Seltenheit, sondern auch im Zusammenhang allgemein-medizinischer Fragestellungen und spezieller nervenphysiologischer und psychiatrischer Probleme Beachtung.

Kurt Mendel, Berlin.

1082.

van Valkenburg, C. T., Mnestische Störungen nach Hirntrauma. (Schweizer Arch. Neur., 23., Heft 2.) Mitteilung eines Falles. Sturz mit Schädelbruch im linken Parietale und an der Basis. Partielle, hauptsächlich rechtsseitige Hemianopsie. Hauptsächlich auf grün, braun und rot sich beschränkende partielle Achromatopsie. Ungenügende bzw. fehlende Farbvorstellung. Eine mnestische Störung dreierlei Art: a) eine allgemeine partielle Amnesie, besonders für Objekte und Erlebnisse sehr persönlicher Natur (veränderte „Instinkt“-Wirkung); b) eine amnestische (sensorische) Aphasie gewöhnlicher Art; c) eine „selektive“ Amnesie für die Bedeutung der Bezeichnungen jener Farben, deren Perzeption am meisten gestört ist. Sie wird nicht abhängig gestellt von der mäßigen amnestischen Aphasie im engeren Sinne, sondern von einer Insuffizienz in der Ekphorie der betreffenden Worte, welche zwar möglich ist, aber in einem Gehirn, dessen Funktion „allgemein-mnestisch“ beeinträchtigt ist, die spezifische Innervation chromatoptischer Abkunft entbehrt.

Kurt Mendel, Berlin.

1083.

Rancken, D., Zur Frage der Prognose und Behandlung der Ischämischen Lähmung. (Finska Läkarsällsk. Hdl., Januar 1929.) Verf. erstattet Bericht über einige je im Anschluß an eine durch zirkulären Gipsverband hervorgerufene Kreislaufstörung entstandene und folglich der Gruppe der sogenannten ischämischen Lähmungen beizuzählende Fälle von Lähmung. In denjenigen Fällen, wo die Behandlung unmittelbar nach der Entstehung der Lähmung begonnen hat, ist binnen 5 Wochen ein Restitutio ad integrum eingetreten.

Die Behandlung besteht in stark reizender aber keineswegs kräftiger Massage der Muskulatur und in Nervenfraktionen (etwa hundertmal in jeder Sitzung) sowie in Innervationsübungen, indem der Patient bei den passiv ausgeführten Bewegungen aufgefordert wird, zu versuchen, die betreffenden Bewegungen, jede für sich, aktiv mitzuführen. Sobald die Muskeln angefangen haben, auf die Willensimpulse zu reagieren, ist der Patient dazu anzuhalten, auf eigene Hand die Bewegungen vielmals im Verlauf des Tages zu wiederholen. Effleurage und Vibrationen sind wegen ihrer beruhigenden, hemmenden Wirkung vom Behandlungsprogramm auszuschließen, trotzdem sie allgemein als zirkulationsfördernd angesehen werden.

E. Keller.

1084.

Higier, H., Röntgentherapie bei Hirn- und Rückenmarkstumoren. (Nervenarzt, Jahrg. II, H. 2.) Verfasser meint, daß die Röntgenstrahlen viel weniger auf den Tumor selbst einwirken, der doch per se meist nur lokale Herdsymptome verursacht, als auf den Liquor innerhalb der Ventrikel und Meningen, der bei Uebermaß die schwersten Erscheinungen bedingt. Die Strahlen besitzen wahrscheinlich die Fähigkeit der Regulierung des Hirndrucks, modifizieren dessen Funktion derart, daß nach vorübergehender Hirnschwellung oder ohne dieselbe ihre Hypersekretion vermindert bzw. Hyperresorption gesteigert wird. Dies trifft sowohl für das Hirn wie für das Rückenmark zu. An erster Stelle ist immer die Operation zu erwägen. Wo die Röntgenbestrahlung auf die Dauer hilft, dort sind immer größere Flüssigkeitsansammlungen oder zystische Verwachsungen und Adhäsionen, genuine oder dem Tumor konkomitierende Exsudate, die sich unter dem Einfluß der Strahlen auf das liquorsezernierende Epithel der Plexus und Meningen resorbieren, zu vermuten. „Es gibt keine Präoperative, sondern postoperative und prophylaktische Bestrahlung. Die Röntgentherapie ist jedenfalls nicht als die Therapie der Wahl zu bezeichnen, und, wo schwere klinische Erscheinungen vorliegen, ist ihr stets eine palliative Trepanation am Schädel bzw. an der Wirbelsäule vorzuschicken.“

Kurt Mendel, Berlin.

1085.

von Bernuth, F., Ungewöhnliche Erscheinungs- und Verlaufsformen kindlicher Enzephalitis. (Z. Neur., 118., H. 2.) Bei zwei Fällen handelt es sich um eine Encephalitis epidemica bei Geschwistern, was äußerst selten ist. Der zweite dieser beiden Fälle verläuft unter dem Bilde eines Hirntumors mit hohem Hirndruck und starker Stauungspapille beiderseits und wird durch Trepanation und Ventrikelpunktion geheilt. In einem dritten Fall handelt es sich um eine Masernenzephalitis, als deren Folge sich schwere moralische und scheinbare Intelligenzdefekte einstellen, die den Eindruck einer starken Debilität erwecken, so daß das Kind in die Hilfsschule überführt wird. Diese Veränderungen bilden sich aber in wenigen Wochen zurück und das Kind macht nun einen ganz normalen Eindruck.

H. KnoSpe.

1086.

Friedemann, Adolf, Klinische Studien über Schlaf und Schlafmittel. (D. m. W., Nr. 3, 55. Jg., S. 91.) Die Prüfung von

Schlafmitteln muß am Tage erfolgen, unter Ausschaltung aller suggestiv wirkenden Einflüsse.

Zur Bestimmung der Schlafftiefe ist es ausreichend, in gleichen Zeitabständen etwa einhalbstündlich oder stündlich nach Verabreichung des Mittels die Qualitäten der Atmung, Zahl und Ausgiebigkeit der Bewegungen und eventuell den Pulsschlag zu kontrollieren. Man kommt so zu Ergebnissen, die bei fehlender Apparat praktisch mehr leisten als Weckreize und ebensoviel wie Aktogramme oder Blutdruckkurven.

Schlafmittelstudien lehren unter Heranziehung experimenteller und klinischer Erfahrungen, daß kein Gegensatz zwischen den verschiedenen Lokalisationstheorien des Schlafzentrum bestehen muß. Es ist wahrscheinlich, daß der Thalamus eine wesentliche Schaltfunktion für die Auslösung des Schlafes hat, die letzten Endes vielleicht doch im Höhlengrau des 3. Ventrikels zu suchen ist. Sicher ist, daß der Großhirnrinde nicht die wesentlichste Bedeutung als Träger der Schlaffunktion zukommt.

Die klinischen Studien lehren, daß die verschiedenen Schlafqualitäten nicht ohne weiteres zu identifizieren sind. Vielmehr kommt dem Zwangsschlaf grundsätzlich eine andere Bedeutung zu als dem Ermüdungsschlaf. Der Ermüdungsschlaf tritt nach dem Zwangsschlaf auf, meist durch kurzes Wachstadium unterbrochen.

Luminal, Veronal, Trional, Sulfonal und Somnifen schalten die diuretische Wirkung von Koffein und Theobromin aus. Es ergibt sich so aus klinischen Beobachtungen eine Bestätigung der Experimente Molitors.

Es wird ein Dauerschlafturnus angegeben, der aus der Verabreichung von 2 g Sulfonal plus 1 g Trional an vier aufeinanderfolgenden Abenden besteht. Tagsüber wird der Schlaf in gewünschter Tiefe durch Paraldehydgaben aufrechterhalten, dem man bedarfsweise Skopolamin zusetzen kann. Vom 5. Tage an empfiehlt es sich, Sulfonal und Trional abzusetzen, anstatt dessen kann zur Sicherung des Nachschlafes für eine oder mehrere Nächte die Avertinnarkose angewandt werden. Arnold Hirsch, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie

1087.

Misch, W., und K. Frankl, Alexie. (Mon. f. Psych. u. Neur., 71, H. 1/2.) Mitteilung eines Falles mit rechtsseitiger Hemiparese, anfangs schwerster sensorischer Aphasie, rechtsseitiger Hemianopsie, kompletter Alexie. Im Anschluß an diesen Fall versuchen die Verf., die Befunde an Alektischen mit den Ergebnissen der Lesepsychologie in Einklang zu bringen. Simultaneität und Sukzession gewährleisten gemeinsam das Lesen. Beide Faktoren sind zum vollendeten Lesen erforderlich.

Kurt Mendel, Berlin.

1088.

Lottig, H., Seelische Behandlung in der Klinik. (Nervenarzt, Jahrg. II, H. 2.) Grundsätzlich wurde die Einleitung einer Neurosenbehandlung von der Bedingung abhängig gemacht, daß es sich um fleißige, strebsame und lebensstüchtige Menschen handelte, nicht um arbeitsscheue oder zum Schmarotzen neigende Psychopathen. In psychotherapeutischer Hinsicht machte Verf. bei seinem klinischen Material gute Erfahrungen mit folgender der analytischen verwandten Technik: der Kranke sitzt dem Arzt frei gegenüber, erzählt, wird möglichst lange ungestört gelassen, wird angehalten, plötzliche Einfälle mitzuteilen, jede Kritik fernzuhalten, die Erzählung laufen zu lassen, wohin sie will usw., kurz, es wird eine passivere Art des Erzählens geübt, eine Mittelform zwischen freier Assoziation und kritisch gelenktem Gespräch. Bei diesem Verfahren zeigen sich nun regelmäßig schon nach kurzer Zeit körperliche Regungen oder Haltungen, die einen Ausdruck von Uebertragungserlebnissen darstellen und einen Weg zum Verdrängten bieten: die Art des Sitzens, der ganzen Körperhaltung, des Mimikspiels, der Sprache der Hände usw. Wird nun der Kranke zur gegebenen Zeit in einer von Wertkritik freien und neutralen Form auf diese Regungen hingewiesen und angehalten, seine spontanen Gedankenabläufe zu solchen Äußerungen mitzuteilen, so gelingt es meist, die Widerstände zu überwinden, verschüttete Inhalte ans Tageslicht zu holen und den zugrunde liegenden Konflikt bewußtseinsfähig zu machen.

Kurt Mendel, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

1089.

Korach, Alfred, Probleme der Eheberatung. (Soz. Med., 1, 1929.) Verf. gibt 3 Gruppen von Ratsuchenden — außer den Brautleuten — an, welche in den Eheberatungsstellen den Arzt konsultieren. Junge Leute, welche erst später eine Ehe eingehen

wollen, suchen oft schon frühzeitig Belehrung; zweitens suchen Rat in sexualhygienischer Beziehung Menschen, welche in „wilder Ehe“ leben; drittens kommen Leute, welche vor der Eheschließung konsultierten, später nach der Eheschließung wieder, oder aber andere, wenn in der Ehe sich sexuelle Schwierigkeiten ergeben. Diese Leute, welche nicht den „Brautleuten“ zuzurechnen sind, für welche nach dem Erlaß des Wohlfahrtsministers vom Februar 1926 eigentlich nur die Eheberatungsstellen bestimmt sind, dürfen keineswegs von der Beratung ausgeschlossen werden. Eine Beratung bzgl. Präventivmittel gehört auch zu den Pflichten dieses Arztes. Die Verabfolgung der mechanischen Mittel soll nur in Notfällen von ihm vorgenommen werden.

Michaelis, Bitterfeld.

1090.

Lászlo, Joh., Die Versicherung der Mutterschaft im Lichte der sozialen Medizin. (Soz. Med., 1, 1929.) Die soziale Medizin hat auf dem Gebiete der Mutterschaftsversicherung zwei Wege einzuschlagen: einerseits müssen die Mütter gegen die auf dem Wege der Mutterschaft eingetretenen Unfall- und Berufserkrankungen versichert, andererseits muß für die Familie, falls die Mutter an der Entbindung stirbt, gesorgt werden.

Michaelis, Bitterfeld.

1091.

Wolff, Georg, Die Lebenserwartung des Menschen. (Soz. Med., 1, 1929.) Auf Grund reichen statistischen Materiales weist Wolff nach, daß in den letzten 50 Jahren die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern um mehr als 20 Jahre zugenommen hat (von 35 auf 55 Jahre beim männlichen, von 34 auf 53 Jahre beim weiblichen Geschlecht). Das biblische Alter von 70 Jahren wird von 42% der Männer, von 47% der Frauen erreicht. (Gezählt wurden nur solche, welche das 1. Lebensjahr überschritten hatten.)

Michaelis, Bitterfeld.

1092.

Rathmann-Potsdam, Rassenhygiene und Fürsorgeeinrichtungen. (Z. Med.-Beamte, Nr. 2, 1929.) Durch unsere vielseitigen Fürsorgeeinrichtungen treiben wir Minderwertigen aufzucht. Wir treiben das Gegenteil von Rassenhygiene. Wir versuchen den Menschen von der Geburt an (bzgl. schon vor der Geburt) bis zu seinem Tode fürsorglich zu fassen, ihn vor allen Fährlichkeiten und Regressen zu schützen und ihm durch Geld und sonstige Vorteile unsere Wohltaten schmackhaft zu machen. Wir erziehen ihn systematisch zur Unselbstständigkeit, wir nehmen ihm jedes Verantwortungsgefühl und sind stolz darauf, wenn wir mit unseren Erfolgen (Statistik) prahlen können. Das Erreichte steht in keinem Verhältnis zu den aufgewandten Mühen und Kosten. Idiotische Kinder werden in musterhaften Provinzialanstalten unter fachärztlicher Leitung als Parasiten der menschlichen Gesellschaft aufgezogen, während Tausende von normalen Kindern in unglaublichen Verhältnissen vegetieren (Wohnungsfürsorge!) Wie ein gutgemeintes Gesetz vollkommen ins Umgekehrte ausschlagen kann, beweist die Erwerbslosenfürsorge. Einen tollwütigen Hund erschießt man, aber einen Unhold (mit § 51 in der Tasche) läßt man frei herumlaufen! Wenn nicht bald Remedur geschaffen wird, geht die Rasse zugrunde.

Michaelis, Bitterfeld.

1093.

Raymond, H. C., Beschäftigung erwachsener männlicher Herzkranker. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) Dabei kommt meist nicht nur die Herzkrankheit allein in Frage; andere Hemmungsgründe sind Mangel an Intelligenz, an Mitarbeit, Charakterdefekte, Indifferenz, Unfähigkeit mit anderen mitzuarbeiten oder um einen niederen Lohn, innere Konflikte, Selbstbemtüchtigung, Mangel an Selbstvertrauen, ein gewisses Vorurteil der Arbeitgeber erschweren die Sache weiterhin. Oft weiß der Kranke auch selbst nicht, was ihm schädlich ist. Auch der Arbeitgeber oft nicht. Und endlich kann sich der Arzt schwerer in den Zustand des Kranken versetzen als z. B. bei einem Armamputierten usw. In Betracht kommen Schreiarbeit und Zeichnen (verlangen aber besondere Vorbildung und eine gewisse Intelligenz); Aufzugwächter namentlich in Privathäusern, weil dabei größere Ruhepausen, sehr zu empfehlen. Wächter wird im allgemeinen als leichte Arbeit angesehen, was aber nicht der Fall ist. Magazinaufseher ist leichte Arbeit. Goldarbeiter erfordert Kenntnisse. Krankenwärter, namentlich bei Irren, ist mit Erfolg ausgeführt worden. Chauffeur in Privatstellung kann u. U. als leichte Arbeit gelten, in Fabrikbetrieben usw. ist dies als schwere Arbeit anzusehen. Kontrolleur ist leichte Arbeit. Am schwierigsten sind die ungelerten Arbeiter unterzubringen. Mitarbeit des Arztes ist besonders wichtig bei der Unterbringung.

v. Schnitzer.

1094.

Fletcher, G. L., Unterbringung herzkranker Frauen. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) Gegenüber den Männern besteht bei Frauen hier der Vorteil, daß viele Arbeiten bei ungelerten Frauen leicht sind, während sie bei ungelerten Männern schwer sind; andererseits werden ungelerte Männer mehr verlangt als un-

gelernte Frauen. Außer der Diagnose muß man wissen, wie lange sie arbeiten kann, ob sie heben soll und wie schwer, wieviel Treppentritten sie steigen soll und wie oft am Tage, wie lange sie sitzen oder stehen soll, wie lange sie nach vorne gebeugt sitzen muß (Nähmaschine), welche Armbewegungen nötig sind usw., wie oft sie die Arbeit für ärztliche Untersuchung unterbrechen muß, welche Anzeichen für eine Ueberarbeitung vorliegen. Man muß dem Arbeitgeber die Grenzen der Tätigkeit klarmachen, weil keine sichtbaren Hemmungen vorliegen. Ferner ist die Kenntnis des Arbeitsraumes, Lüftung, Fenster, Pausen, Zugang, Stellung bei der Arbeit, Bewegungen, Eile, Akordarbeit usw. von Wichtigkeit. Hier ist jeder Fall individuell zu behandeln. Hausarbeit kommt gewöhnlich nicht in Frage: lange Stunden stehen, heiße Öfen, andauernde Arbeit ohne Pausen; die leichteren Arbeiten behält sich gewöhnlich die Hausfrau vor. Nähräume kommen oft in Betracht, aber hier sind gerade die oben erwähnten Fragen von Bedeutung. Führerinnen in Geschäftshäusern, Empfangsdamen, Türhüterinnen. In der Fabrikarbeit gibt es keine festen Richtungspunkte: der physikalische Zustand des Klienten und die zu leistende Arbeit sind hier maßgebend. Man darf nicht außer acht lassen, daß zwei Arbeiten, die als gleich beschrieben werden, oft hinsichtlich ihrer Anforderungen recht verschieden sein können. Gelernte Arbeiter, Stenographen usw. kommen nicht in Betracht, weil sie sich selbst helfen.

1095.

Upton, Natalie B., *Die Heimverhältnisse chronisch Herzkranker*. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) Die Sozialpflegerin muß vom Arzt die Diagnose erfahren, die momentane und spätere Prognose, den Grad der Unfähigkeit und den Heilplan. Sowohl um ihre Tätigkeit danach einzurichten als um die Fragen des Patienten und seiner Angehörigen beantworten zu können. Von sozialem Standpunkt aus muß sie wissen, ob der Patient das medizinische Problem versteht, wie er sich dazu stellt, ob er mitarbeitet oder infolge seines Leidens deprimiert ist. Ob er Mittel und Fähigkeiten hat, seinen Plan durchzuführen, oder ob er Hilfe dazu braucht. Ob die materiellen Quellen genügend sind, wie er sich beschäftigt, ob eine Änderung seiner Tätigkeit eintreten muß. Genaue Besichtigung des Heims, da man sich auf die Angaben des Patienten nicht ganz verlassen kann. Besonders, auch seiner Lebensgewohnheiten. Wichtig sind die physikalischen Faktoren der Wohnung und Einrichtung, dann die verschiedenen Mitglieder des Haushalts. Wenn z. B. einer im 2. Stock eine sonnige Wohnung hat, so ist dies trotz des Treppensteigens u. U. besser, als wenn er dumpfes Erdgeschoß bewohnt. Dann sind für Ruheperioden bestimmte Tagesstunden schematisch festzulegen, die im allgemeinen für die Hausfrau einzurichten und einzuhalten besonders mit Hilfe der Sozialpflegerin nicht allzu schwer sein dürfte. Gerade hier kann die Pflegerin der Hausfrau in der Einrichtung ihres Haushaltes mit Rat und Tat zur Seite stehen (Waschmaschinen usw.). Vor allem hat sie zwei psychologische Probleme zu lösen: die übereifrige zu hemmen, die ängstliche und dadurch mit der Zeit untätige anzureißen. Da sind gerade Ablenkungsmittel und die kleinen Annehmlichkeiten des täglichen Lebens geeignet, Bücher, Radio usw. Helferin und Patient müssen hier zusammenarbeiten, und zwar nicht zu kurz. Dabei muß die Pflegerin stets Gründe für die Anordnungen des Arztes kennen und ins Feld führen und damit auch die Depressionsperioden des Patienten und der Familie überwinden. Sie muß auch in den Geist der Familie eindringen und besonders die Neigungen und Abneigungen der einzelnen Familienmitglieder kennenlernen und vernünftig ausgleichen. Dies ist oft nicht leicht. Ist dies geschehen, dann tritt von seiten der Pflegerin mehr eine Aufsichtstätigkeit ein.

v. Schnizer.

1096.

Peltason, F., *Die Begutachtung Herzkranker vom röntgenologischen Standpunkte aus*. (Soz. Med., 12, 1928.) Neben einer kurzfristigen Aufnahme ist die Durchleuchtung unentbehrlich. Eine auf höchste getriebene Genauigkeit in der Größenmessung des Herzens ist praktisch belanglos, ebenso an der Aorta. Man begnüge sich mit der Feststellung des Verhältnisses des Querdurchmessers des Herzschatteus zur Thoraxbreite am Zwergfellansatz. (1:1,8 beim quergelagerten, 1:2,0 beim schrägen Herzen in tiefster Einatmung im Orthodiagramm.) Wichtiger ist die „Funktionsprüfung“ vor dem Röntgenschirme. Kritische Würdigung der röntgenologischen Herzbefunde bei den einzelnen Herzerkrankungen.

Michaelis, Bitterfeld.

1097.

Maaier, Ignatz, *Die Kosten der Leistenbrüche*. (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Hernien kommen viel häufiger vor als man glaubt; in den Vereinigten Staaten leiden etwa 4—6 Millionen Männer daran; ein ernstes nationales Problem. Der Optimismus hinsichtlich der Radikaloperation ist nicht begründet: es kommen zu viel Rückfälle vor. Von 1000 Brüchen können nur zwei oder

drei als Unfall angesehen werden; meist liegt langsame Entwicklung einer kongenitalen Prädisposition vor. Nur systematische Untersuchung aller Arbeiter kann das Problem klären, ähnlich wie beim Militär. Bei schlafem Leistenring kann schon Schneuzen, Husten, Pressen beim Stuhl, starkes Lachen, Erbrechen, kurz, die gewöhnlichen Anstrengungen des Lebens das Austreten des Bruches nach sich ziehen. Ein Bruchband ist unangenehm und nicht ohne Gefahr. Die subkutane Injektionsmethode ist besser als die übliche Operation; 98 Prozent Erfolge.

v. Schnizer.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

1098.

Thomas, Jean, *Schwierigkeiten und Irrtümer bei der Interpretation des Röntgenfilmes*. (Paris méd., Nr. 5, 1929.) Zum Lesen der Filme — und zwar nur der Filme — gehören zwei Dinge: einmal ein Negatoskop und dann die Kenntnis der näheren Umstände der Aufnahme, Lage, Stellung, Entfernung der Röhre usw. Bei einer Lungenaufnahme kann zum Beispiel die weibliche Brust Schatten auf den Lungenbasen geben, namentlich wenn die Einatmung unvollständig ist. Das Schulterblatt kann unter Umständen eine Pleuritis parietalis vortäuschen. Auch die Kleidung, namentlich seidene Hemden, können oft ganz unerwartete Stränge auf dem Film zeigen. Knöpfe können für Verkalkungen oder Steine genommen werden. Das Bild einer Brustwarze kann einen Tuberkel vortäuschen. Auch Kavernen sind oft recht schwer zu lesen: das runde Bild der Spitze, ein Bronchus in der Parahilusgegend, namentlich links in seiner Achse gesehen, kann eine solche vortäuschen. Beim Magen, den Därmen, der Leber darf man nie die Diagnose auf einen Film bauen; beim Magen kann die Kontraktion der Bauchmuskulatur die Konturen des Magens verändern. Die Gasauftreibung von Darmschlingen kann durch Druck auf die Magenwandung lakunenähnliche Bilder geben. Wenn der Brei den duodenojejunalen Winkel im Moment der Aufnahme passiert, kann er das Bild eines Divertikels am Rande der kleinen Kurvatur geben. Gasauftreibungen können sowohl am Magen wie an den Därmen oft recht sonderbare Bilder geben. Nieren-, Blasensteine geben eigentlich selten scharf; meist erscheinen sie bei verschiedener Lichtintensität als diskrete Schatten. Fremdkörper, Flecke im Film, Knöpfe sind dabei zu beachten. Sehr viel kommt dabei auf die Expositionszeit an. Ebenso auf die Art der Entwicklung usw.

v. Schnizer.

1099.

Duham, Paul, *Radiologischer Aspekt der Bronchien-dilatation*. (Paris méd., Nr. 5, 1929.) Keine Affektion ist mit ihren verschiedenen Bildern schwieriger zu interpretieren. Bald sind die Bronchien vom Ampullenform, bald zylindrisch erweitert, bald mit purulentem Schleim angefüllt, bald bei reichlicher Expektorat-leer, bald besteht eine Lungensklerose, die auf dem Boden eines relativ normalen Parenchyms vorkommen kann. Das letztere ist sehr häufig. Diese nicht homogene Verschattung ist aber oft schwer von anderen pulmonären oder pleuralen Verschattungen zu unterscheiden. Charakteristika: die Verengung des betreffenden Lungenfeldes und die Verlagerung der mediastinalen Organe und des Herzens nach der sklerotischen Seite hin (Dextro- oder Sinistrokardie). Auch die Trachea kann verlagert sein. Auf dem dunklen Hintergrund der Sklerose erscheinen die Bronchien, wenn sie dilatiert sind, und schleimleer als klare Bilder, meist fächerförmig. Liegt keine Sklerose vor, so hat man ganz verschiedene Bilder, vom inneren triangulären Basisschatten bis zur mehr oder weniger ausgesprochenen Transparenzverminderung. Sicherste Methode die Injektion von Lipiodol. Am besten zweiseitige Aufnahmen. Das innere trianguläre Basisbild ist eines der wichtigsten Zeichen: es ist typisch für die umschriebene mediastinale Pleuritis, aber man sieht es auch weniger opak, weniger begrenzt bei der Bronchiektasie. Mit der Spitze im Sinus cardiophrenicus ist es rechts am besten sichtbar. Die Sklerose macht dabei das Zwerchfell unbeweglich. Außerdem findet man auch eine diffuse gräuliche Zone mit verminderter Transparenz. Nie kann man die klinischen Erscheinungen vom Röntgenbefund trennen.

v. Schnizer.

1100.

Lahm, W., *Histologische Beobachtungen an acht vorbestrahlten Karzinomen des Collum uteri, zugleich ein Beitrag zur Rezidivfrage und dem Problem der biologischen Krebsheilung*. (Strahlentherapie, Band 30, Heft 2, 1928.) Auf Grund histologischer Untersuchungen in acht Fällen von Uteruskarzinom, die vorbestrahlt und dann operiert wurden, kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen. Die biologische Heilung eines Krebses durch Strahlenbehandlung

wird eingeleitet durch regressive Veränderungen der Krebszellen, denen eine funktionelle Umstimmung entspricht. Später treten in der Umgebung des Krebses gekörnte haematogene Zellen auf und das retikuläre Gewebe hypertrophiert.

Aus den Untersuchungen folgt ferner, daß durch Strahlenbehandlung ein Karzinom zur weitgehenden Besserung oder völligen Heilung zu bringen ist, wenn es keine größere Tiefenausdehnung als 3 cm hat.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Brückner-Meisner: Grundriß der Augenheilkunde. II. Auflage. Verlag Thieme, Leipzig. — Das ausgezeichnete Lehrbuch erscheint in äußerlich neuem Gewande; im Gegensatz zur ersten Auflage, die kurz nach dem Kriege erschien, ist Druck und Bild einwandfrei. Die Abbildungen sind wesentlich vermehrt, namentlich sind auch farbige Bilder äußerer Erkrankungen und Hintergrundveränderungen hinzugekommen, die für den Unterricht sehr wertvoll sind. Der Text hat einige Erweiterungen erfahren, so daß er mit den heutigen Anschauungen übereinstimmt. Das Lehrbuch dürfte nicht nur für den Studierenden besonders wertvoll sein, sondern selbst für den erfahrenen Augenarzt manches Wertvolle enthalten.

Meesmann, Berlin.

Robert Saudek: Experimentelle Graphologie. Plan-Verlag Kurt Metzner G. m. b. H., Berlin, 1929. Eine Graphologie verdient ohne weiteres ernst genommen zu werden, die an den Anfang ihrer Untersuchungen folgenden Satz zu stellen wagt: „Die berechtigten Zweifel, die die Gerichtsbehörden an der Zuverlässigkeit der Untersuchungsmethoden der Schriftsachverständigen hegen, und die in noch viel höherem Maße berechtigten Zweifel naturwissenschaftlich gebildeter Kritiker an der Zuverlässigkeit der charakterologischen Graphologie haben dazu geführt, daß beide Gruppen von Schriftsachverständigen in Abwehr der an ihnen geübten Kritik die Bedeutung ihres Wissens und die Stärke ihrer Argumente fanatisch und phantastisch zu übertreiben pflegen.“ Die Erwartungen, die eine solche sachliche Selbstbestimmung erweckt, werden in der Tat in dem vorliegenden Buch in weitgehendem Maße erfüllt. Saudek will nicht mehr und nicht weniger, als von den bisher gültigen Lehrsätzen der Graphologie grundsätzlich nur das anerkennen, was durch das Experiment oder durch statistische Untersuchungen auf breiter Grundlage bewiesen werden kann. Jede „mystische oder metaphysische Einstellung zu den graphologischen Problemen“ lehnt er ab. Insofern stellt allerdings sein Werk etwas durchaus Neues in der graphologischen Fachliteratur dar. In dem ersten Kapitel über „die Entwicklung der Schreibfähigkeit von der frühesten Kindheit bis zur völligen Schreibreife“ gibt er eine entwicklungsphysiologische und entwicklungspsychologische Grundlegung der Handschrift. Er zeigt, daß die Handschriftanalyse in jedem Falle damit beginnen muß, zu untersuchen, ob es sich um das Produkt eines schreibreifen oder eines noch nicht schreibreifen Menschen handelt. Im letzteren Falle macht es wiederum einen gewaltigen Unterschied aus, ob bereits die Kenntnis und die Fertigkeit der Wiedergabe der Buchstabenformen und die Kenntnis der Rechtschreibung erreicht ist oder nicht. Beim schreibreifen Individuum dagegen spielen für das Zustandekommen des Schriftbildes mechanische Hindernisse, körperliche Störungen, Scheu vor ungenügender Deutlichkeit, vor Mangel an Schönheit oder an Originalität der Schriftzüge oder vor dem schriftlichen Ausdruck überhaupt, Manieriertheit der Schreibart und dergleichen eine bisher noch ganz und gar nicht genügend gewürdigte Rolle. Es muß bezüglich aller Einzelheiten auf das Buch selbst verwiesen werden. Für den Mediziner von besonderem Interesse sind die Abschnitte über „das zentrale Nervensystem und den Schreibakt“ und über die „Methode zur charakterologischen Analyse einer Handschrift“. Hier ist wenigstens der Versuch gemacht, pathologische Einflüsse auf das Schriftbild in der Beurteilung zu verwerten bzw. ihnen in einzelnen analysierend nachzugehen. (Vielleicht wäre gerade hier die Zusammenarbeit mit einem graphologisch vorgebildeten Neurologen zu weiteren Ergebnissen gelangt. Ansätze liegen vor zu einer Pathographologie, und die psychiatrisch-neurologische Literatur enthält bereits eine Anzahl von wichtigen Voruntersuchungen. Ref.) Die „Methode“ ist eine aus dem Inhalt des Buches sorgsam zusammengetragene systematische Zusammenstellung aller Gesichtspunkte, die vom Standpunkt der Graphologie des Verfassers bei der charakterologischen Beurteilung einer Schrift berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden müssen. Ausführliche Beispiele solcher Analysen beschließen das Buch. Anhangsweise ist eine Terminologie (Glossarium) beigelegt, die es dem Leser, der nicht graphologisch vorgebildet ist, ermöglicht, sich über die gebräuchlichsten Fachausdrücke rasch zu orientieren.

Man merkt es dem Buche an, daß es eine Uebersetzung (es erscheint gleichzeitig in fünf Sprachen) und daß der Verfasser ein Engländer ist. Eine Auseinandersetzung mit der übrigen wissenschaftlichen Graphologie ist gelegentlich angedeutet, aber nirgends durchgeführt. Die Bedeutung Saudeks liegt in seinem Bemühen, sich mit der Ontogenese und der Physiologie, teilweise auch der Pathophysiologie, der Schrift eingehend zu befassen und in der richtigen Würdigung aller ursächlichen Momente wichtige Fehlerquellen der psychologisch-metaphysisch eingestellten und der Salongraphologie schonungslos aufzudecken. Saudek weicht bewußt von der heute die Graphologie beherrschenden Auffassung von Ludwig Klages ab. Für Klages ist bekanntlich — in Anlehnung an die französische Graphologie — die Handschrift nichts anderes als eine fixierte Geste; als eine Ausdrucksbewegung, und er kam von da aus zu einer Theorie der Ausdrucksbewegung als eines Symbols psychischer Impulse bzw. Zuständlichkeiten. Saudek weist nach, daß die Klagesche Lehre erhebliche Mängel hat, insofern sie sich zu wenig mit der Geschichte — der Phylo- und Ontogenese —, der Ethnologie und mit den mechanischen und physiologischen Voraussetzungen des Schreibens befaßt. Und gerade diese Hinweise sind für den naturwissenschaftlich geschulten und denkenden Mediziner ein Beweis, daß die Graphologie im Begriff ist, sich eine tragfähige Basis zu schaffen und damit eine Wissenschaft zu werden; für ihre praktische Anwendung wird allerdings, ganz ähnlich wie in der Heilkunst auch, das Können, der Blick, die Synthese oder Intuition, oder wie man es nennen möge, von ausschlaggebender Bedeutung sein; ohne die wissenschaftliche Grundlage aber, die studierbar und nachprüfbar sein muß, bliebe sie Zeichendeuterei oder bestenfalls eine Art Geheimekunst, und davor haben wir Aerzte aus den Erfahrungen der Geschichte der Medizin heraus eine begründete Abneigung.

Villniger, Hamburg.

Hans F. K. Günther: Rassengeschichte des hellenischen und des römischen Volkes. München, J. F. Lehmann 1929, 6,50 bzw. 8,— M. 130 S. Text mit 83 Abbildungen und 3 Karten, dazu ein Anhang mit 64 Bildern auf Tafeln. — Durch unsere „exakten“ Untersuchungen haben wir uns verführen lassen, Leber, Niere und Gehirn von Müller denen von Schulze gleichzusetzen, und so haben wir der frührerlichen Doktrin von der Gleichheit aller Menschen unbewußt Vorschub geleistet. Zwar der Arzt als Medicus practicus ficht das nicht an. Aber als Homo sapiens betrachtet er nicht bloß die Krankheitsgeschichte der Blüte, sondern auch des Baumes, und da erkennt er an der Hand von Günthers Darlegungen, wie der Stamm eines Volkes krank wird und zugrunde geht, wenn dyskrasische Zustände in ihm Platz greifen. Gewiß sind die westlichen, ostlichen, vorderasiatischen Rassen an sich wundervolle Bildungen der Natur. Aber mit der nordischen vertragen sie sich nicht. Das gibt üble Mischungen, die nicht existenzfähig sind bzw. welche die von den Nordländern errichteten Paläste nicht zu erhalten imstande waren. Wie klinische Vorlesungen mutet es an, wie Günther die Verschiebung des Rassenchemismus und die dadurch letal erkrankte historisch-politische Geschichte der Griechen und Römer vorträgt. Als Demonstrationsobjekte dienen Bilder von Büsten. Die Prognose für das gegenwärtige Deutschland verweigert G. Der Leser kann sie unschwer selbst ableiten.

Der Gedanke drängt sich auf, daß auch in der Individualpathologie die verschiedenen Mischungen der Erbstücke eine Rolle spielen. Denn so wenig die Griechen des achten, fünften und dritten Jahrhunderts gleichgewesen sind, so wenig ist es das Individuum in seinem ersten, dritten und fünften Jahrzehnt.

Wie ein so wundervoll ausgestattetes Buch für so niedrigen Preis geliefert werden kann, ist ein Geheimnis des Verlags.

Buttersack, Göttingen.

— **Platon als moderner Eugeniker.** Eine der tollsten Behauptungen, die je aufgestellt worden sind, ist die von der Gleichheit der Menschen. Man muß — wenn nicht schon aus anderen Gründen — schon deshalb an dem ehrenvollen Beiwort „sapiens“ für die Menschen zweifeln, weil sie geradezu blind an der allgemeinen Ungleichheit vorüberzugehen belieben.

Auf einem morschen Grund kann man nur wackelige Gebäude errichten. So führt auch der Wahn, die gleiche Erziehung könne diese gleichen (?) Menschen zu dem gleichen Hochziel führen, zu seltsamen, ergebnislosen Bemühungen. In Wirklichkeit vermag die Erziehung zwar die eingeborenen, erbten Anlagen zur Entfaltung zu bringen, aber nicht sie zu schaffen. Es verhält sich damit wie bei Edelsteinen: der Schleifer kann ihnen Form und Glanz geben, aber niemals aus einem Simili einen echten Diamanten machen.

Wir denken manchmal, diese Erkenntnisse seien ganz neu. Ach nein! Schon Platon hatte sie erarbeitet und seinen Uebersetzungen über den Idealstaat zugrunde gelegt. Wenn wir — so ungefähr folgerte er — einen vernünftigen Staat schaffen wollen, so müssen wir seine Führung den — geistig und körperlich am besten ausgestatteten Männern überlassen. Und wenn wir diesen

Staat erhalten wollen, müssen wir Sorge tragen, daß immer erbmäßig gut ausgestattete, „wohlgeborene“ Männer vorhanden sind. Solche entstehen aber nur aus der Paarung hochwertiger Ehepartner. Also müssen wir Eugenik treiben und gleichzeitig die Nichtsnutze, die „schädlichen Leute“, die Minderwertigen zurückdrängen.

Man sollte denken, diese einleuchtenden Erkenntnisse müßten in ihrer ewigen Gültigkeit allezeit befolgt sein. Allein der Homo sapiens ist ein sagenhaftes Geschöpf. Die Geschichte lehrt auf Schritt und Tritt den unausgesetzten Kampf zwischen Licht und Finsternis, zwischen hohen Zielen und niederen Begierden, zwischen Hochwertigen und Unterwertigen. In welcher Phase dieses Kampfes wir uns dormalen befinden, kann jeder unschwer bestimmen, ebenso auch die Maßnahmen, welche die Tüchtigen zu ihrer Rettung ergreifen müßten.

H. Günther hat — wohl zum Erstaunen aller — die Stellen zusammengetragen, in denen der große Hellene die Prinzipien der Eugenik und damit der Staatserhaltung mustergültig ausgesprochen hat*). Nicht Reichtum, nicht glänzende Beredsamkeit oder sonstige Dinge machen den Wert, die *Kakò Kydiá* eines Menschen aus, vielmehr das harmonische Zusammenwirken von Vernunft (*lógos*), Müt (*áideia*) und Triebleben (*eudúmia*). Leute mit problematischem Erbgut suchen die Rassebiologie als Furor eugenicus, als Verteidigung überlebter Anschauungen lächerlich zu machen. Den Rassebiologen ist Platon ein wertvoller Bundesgenosse über Jahrtausende hinweg. Man könnte sagen: Platonem non odit nisi ignarus, d. h.: vor einem der größten Weisen des Menschengeschlechts versinken die Sophisten der alten und der neuen Zeit in das gebührende Dunkel. Die Übereinstimmung platonischer Weisheit und moderner Erbkunde müßte alle diejenigen aufrütteln, die als *Homines sapientes* gelten wollen.

Buttersack, Göttingen.

Hermann Königer, Erlangen: **Krankenbehandlung durch Umstimmung (sog. „unspezifische Therapie“)**. Verlag Georg Thieme, Leipzig 1929. Preis geh. 13 RM., geb. 15 RM. Seitenzahl 230. — Um den von Kraus als Ideal eines Arztes bezeichneten und erwünschten „Heilarzt“ heranzubilden, bedarf es für das therapeutische Handeln einer tiefen biologischen Einsicht, einer methodischen Ausnutzung der im Organismus des Kranken schlummernden Heilkräfte und des tieferen Studiums des kranken Menschen. Der Biologie und Pathologie der Person muß eine Therapie der Person notwendig als Prinzip eines neuen Lehrfaches folgen. In diesem Buche wird nicht nur eine Übersicht über die verfügbaren Mittel und ihre verschiedenen Indikationen gegeben, es wird die vielseitige Bedingtheit aller Therapie zur Grundlage von Methoden gemacht, das Erreichbare für die Heilung herauszufinden; es wird nicht mit Hypothesen und Theorien gearbeitet, sondern es wird die persönliche Auffassung eines Arztes über die Krankenbehandlung durch Umstimmung mit selten feinem Zergliedern biologischer Heilvorgänge dargelegt. Sonst ganz auf die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis eingestellt, ist die Beschreibung der Behandlungsverfahren vielfach über den Gegenstand hinausgewachsen zu einer Darstellung der „Funktion der Zeit in der therapeutischen Methodik“. Es ist unbegreiflich, daß diese Lücke in der klinischen Therapie noch nicht ausgefüllt werden konnte, und daß man trotz aller lauten Proklamationen von biologischer Einstellung, von konstitutioneller und individueller Behandlung, das gesamte Gebiet der Therapie mehr oder weniger auf Empirie und Experiment beruhen ließ, ohne (bis auf die Psychotherapie) die zeitliche Zustandsänderung von Krankheit zur Gesundheit als Forschungsgebiet näher zu bearbeiten. Ältestes und Allerneuestes wird friedlich nebeneinander betrachtet, überall wird die Grundlage gesucht: Warum wird bei dieser oder jener Behandlung der Mensch gesund? Wie geht der Gesundungsprozeß vor sich? Und es wird darauf die Antwort gefunden: durch biologische Umstimmung, d. h. polytrope Allergisierung oder Alteration. Es wird eine Methodik der umstimmenden Behandlung auf Grund der konstitutionellen Reaktionsfähigkeit und individuellen Verschiedenheit angegeben. Die Reaktionsänderung durch Krankheitsvorgänge und die physiologischen Schwankungen der Erregbarkeit werden dargelegt, die umstimmenden Heilmittel und ihre Indikationen in sorgfältiger und ganz eingehender Weise besprochen. Auch dort, wo man zunächst dem Autor nicht folgen zu können glaubt, besticht die von hoher ärztlicher Warte geschriebene und von tiefer biologischer Einsicht getragene Arbeit. Ein Buch, das jeder, der ein „Heilarzt“ werden will, gelesen haben sollte, ganz gleich, wie er sich kritisch dazu stellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

*) Hans F. K. Günther, Platon als Hüter des Lebens. Platons Zucht- und Erziehungsgedanken und deren Bedeutung für die Gegenwart. München 1928. J. F. Lehmann. 71 Seiten, 2,40 RM., geb. 3,60 RM.

Friedrich Umber: **Die Stoffwechselkrankheiten. Band 4** der klinischen Lehrkurse der Münchener med. Wochenschrift. J. F. Lehmanns Verlag, München. 2. Auflage. Preis geh. 5 RM., geb. 6,50 RM. S. 168. — In diesem relativ wenig umfangreichen Werk wird zwar das große Gebiet der Stoffwechselkrankheiten abrißartig behandelt, doch zeigt jede Seite tiefste wissenschaftliche Fundierung und Heranziehung der einschlägigen Literatur. Besonders hervorzuheben sind die Kapitel über den Diabetes mellitus, die steinbildenden Diathesen und die Aminosäurendiathesen. Das Kapitel über den Diabetes zerfällt in zehn Unterabteilungen, die eine schnelle Orientierung für die Praxis auch bezüglich der Physiopathologie usw. gestatten. Während im allgemeinen Stoffwechsellehrbüchern mit stark wissenschaftlicher Einstellung dem Praktiker durch die Menge ihm nicht geläufiger Methoden, schwieriger chemischer Problemstellungen, sowie wegen der im Verhältnis zu der Menge des Stoffes geringen praktischen Nützlichkeit eine schwierige und — seien wir offen — deshalb ungern zur Hand genommene Lektüre ist, ist gerade das vorliegende Buch geeignet, konzentriert und verständlich die fehlenden Kenntnisse aufzubessern, viel geübte Methoden durch ihre theoretische Erklärung individuell und rationell verwendbar zu machen. Gerade damit soll erreicht werden, daß der Schematismus diätetischer, organotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung, der in keinem Gebiete so verbreitet ist wie bei den Stoffwechselkrankheiten, endlich auch bei der nichtfachärztlichen Beratung verschwindet und an seine Stelle eine erfolgreiche und im besten Sinne moderne, auf Konstitution und Individualität abgestimmte Therapie tritt. Dazu wird dieses Buch ganz sicher beitragen, womit sein Zweck erfüllt ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

A. v. Borosini: **Rohe Zukost. Die goldene Mittelstraße**. Verlag Emil Pahl, Dresden 1929. — Ein für Laien bestimmtes Heftchen mit Rohkostrezepten. Der Titel ist irreführend, denn die Tendenz der Schrift ist nicht die Rohkost als „Zukost“, sondern der Weg zur reinen Rohkost über die rohe Zukost. Das Büchlein ist aber auch gefährlich, weil es mit der Kritiklosigkeit, die den fanatischen Vertretern eines „Systems“ in der Medizin eigen ist, unter ganz einseitiger Benützung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse versucht, weitere Kreise für die ausschließliche Rohkost zu gewinnen. Daneben stört der reklamehaft gehäufte Hinweis auf andere Schriften des Verfassers.


Fie gel.

Ragnar Berg: **Die Nahrungs- und Genußmittel**. Verlag Emil Pahl, Dresden 1929. 68 S. Großoktav. 5. Auflage. Kart. 4 RM. — Unsere Kenntnisse über den Mineralstoffwechsel befinden sich in den ersten Anfängen. Es fehlen heute noch für die meisten unserer Nahrungs- und Genußmittel gesicherte Untersuchungen über ihre chemischen Bestandteile. In übersichtlicher Tabellenform bringt Verfasser das Ergebnis seiner eigenen und fremder Untersuchungen, die die Grundlagen für eine rationelle Ernährung bezüglich der Mineralsalze werden können. Vor- und Nachwort enthalten wertvolle und interessante Aphorismen über die Zusammensetzung einer geeigneten Nahrung unter Berücksichtigung der physiologischen Bedeutung der Mineralstoffe. Trotz subjektiver Einstellung des Verfassers weht durch das ganze Büchlein ein kritisch-wissenschaftlicher Geist, der es auch, unabhängig von dem großen sachlichen Wert der mitgeteilten Tabellen, lesenswert macht.

Fie gel.

C. Bachem: **Arzneitherapie des praktischen Arztes**. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien. 5. Auflage. Preis geb. 7,20 RM. Seitenzahl 320. — Ein an sich recht nützliches Buch, welches mehr der Information über ein Medikament als der verständnisvollen Auswahl zu dienen scheint. Es ist nach klinischen Gebieten eingeteilt, was zwar Wiederholungen unvermeidlich macht, aber wenigstens die übliche alphabetische oder nach chemischen Gesichtspunkten geordnete Einteilung vermeidet. Ob allerdings das Buch den ihm zugedachten Zweck: dem Praktiker die Brücke zu bilden zwischen pharmakologischen Hörsaal und Klinik, zwischen Laboratorium und Krankenbett, erfüllt, erscheint leider zweifelhaft. Unangenehm und für einen großen Verlag m. E. nach nicht würdig, fällt die massenhafte Durchsetzung des Buches mit Reklamen und Inseraten auf, die gerade von der Gesamtheit der klinischen Lehrer als in medizinischen Zeitungen leider unvermeidlich, aber nicht der pharmakologischen Erziehung dienlich bezeichnet wird, und die deshalb ganz sicher nicht in ein pharmakologisches Lehrbuch gehören. Oder sollte doch der vielgehörte Vorwurf stimmen, daß die pharmakologische Disziplin zur Propagandawissenschaft der chemischen Industrie herabsinkt? Den erfahrenen Arzt können Reklamen nicht verlocken und macht eine solche Durchsetzung mißtrauisch, den Lernenden (Studenten) und den Anfängern in der Praxis wird sie verwirren und nicht zum Nutzen der Kranken zum Herumprobieren verleiten. Aesthetisch wirkt ein solches Buch in keinem Falle.

Arnold Hirsch, Berlin.



VIAL v. UHLMANN FRANKFURT a. M.

CARBOLUPHEN

KONDENSATIONS PRODUKT v. FORMALDEHYD
m. PHENOL an CARBO v. BOLUS GEBUNDEN

ABSORBENS
ADSTRINGENS
DESINFIZIENS

DARMANTISEPTIKUM
GEGEN:
ENTERITIDEN, FLATULENZ
GAHRUNGSDYSPEPSIE
AUTOINTOXIKATIONEN

COFFEIN

erregt das

Atemzentrum

Deshalb bei Lungen-
tuberkulosen nur

KAFFEE HAG

XYLAX

Hauptbestandteile Tub. Jalapae, Phenolphthalein

RADIKALMITTEL
gegen
Oxyuriasis

Ausgearbeitet unter Leitung von Prof. Dr. von Drigalski
XYLAX-LABORATORIUM, HALLE A. S.

Silizium- Pneumopan- Sirup

Kombinierte Kreosot-Silizium-Therapie bei Bronchitis,
Tussis, Pertussis und Erkrankungen der Lunge



Betreffs Proben und Literatur bitten wir die
Herren Aerzte, über uns verfügen zu wollen

E. TOSSE & CO. / HAMBURG 22



COMPLAMIN

(Phenacetin, Phenylchinolincarbons. Propylester, Calc. citr.)

vereinigt in sich die einzelnen Komponenten zu protrahierter Gesamtwirkung.
Spezificum gegen Grippe, Erkältungskrankheiten und Katarrhe der oberen Luftwege.
Ferner bei Neuralgien, rheumatischen Beschwerden, entzündlichen und exsudativen Er-
krankungen, Dysmenorrhoe, Lumbago usw. Verstärkte antiphlogistische Wirkung!

Gute Bekömmlichkeit! Keine Herzbeschwerden! Kein Eigengeschmack!

Muster und Literatur zur Verfügung.

JOHANN A. WÜLFING, CHEM. FABRIK, BERLIN SW 48



KURSE UND KONGRESSE.

- * April 1929: Internationaler Kongreß für psychische Hygiene, Washington.
- Frühjahr 1929: Aerztliche Fortbildungskurse in Wiesbaden.
- * Frühjahr 1929: Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, Nürnberg.
- * 3. bis 6. April 1929: 4. Tagung der Ständigen internationalen Kommission für Gewerbekrankheiten, Lyon.
- * 5. bis 8. August 1930: Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Zur Frage der Bromtherapie.

Von Dr. K. J o h n n, Tübingen, aus der Universitäts-Nervenklinik, Dir. Prof. Dr. Gaupp.

Nach genauer Feststellung der Diagnose wurden vom Verfasser die epileptischen Kranken ohne weitere Therapie mit dem Bromhefepräparat Brosedan behandelt, indem sie mittags und abends in ungesalzener Suppe je 5 ccm Brosedan und an einigen weiteren Tagen zweimal 10 ccm (zweimal 2 g Bromnatrium) bei gewöhnlicher Diät erhielten. In einigen

Fällen wurde die Brosedan-Dosis auf zweimal 15 ccm erhöht und in Fällen, wo Anzeichen von Bromismus auftraten, mehr Kochsalz zugeführt und die Brosedandosis langsam erniedrigt. Der Erfolg bei genuiner Epilepsie im Anfangsstadium war durchschnittlich gut, indem die Anfälle seltener auftraten, und es waren zur Erreichung dieses Resultates äußerst geringe Dosen erforderlich (zweimal 10 ccm).

Im allgemeinen wurde die Erfahrung gemacht, daß bei psychisch Kranken, Depressionen und Neurasthenikern zweimal 5 ccm pro die = 2 g Bromnatrium, denselben Effekt erzeugten wie bedeutend größere Dosen der gewöhnlichen Brommedikation ohne salzarme Diät. Da ein Teelöffel Brosedan 1 g Bromnatrium enthält neben den appetitanregenden und vitaminhaltigen Vitaminstoffen der Hefe, so läßt sich damit auch eine wohlschmeckende fleischbrühartige Suppe herstellen, welche bei nervösen Kopfschmerzen, Neuralgien, Migräne, nervösem Asthma und Pertussis Verwendung findet. Die Anwendung von Brosedan hat den Vorteil, daß man psychisch Kranken ohne deren Wissen das Brompräparat verabreichen kann, da sich die mit Brosedan hergestellte Fleischbrühe kaum von anderer unterscheidet.

Bei Rheuma, Gicht, Neurasthenie, nervösen Beschwerden usw.:

SICCOZON

Fichtennadel-Vollbad-Tabletten

Bei vielen Krankenkassen zugelassen!

z. B. Verordnungsbuch des Hauptverbandes Seite 65
Groß-Berliner Arzneiverordnungsbuch Seite 65
Heilmittelversorgung der Schutzpolizei Seite 35

SICCO A.-G., CHEMISCHE FABRIK, BERLIN O 112

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesia, Plaut-Vincentische Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

Töpfer's Blapsin-Kombinationsmittel

Blapsin-Seife.

Blapsin-Salbe.

Blapsin-Spiritus.

ist ein vorzügliches Präparat gegen

Psoriasis (Schuppenflechte).

Nach kurzer oder längerer Zeit wurden mit diesen Präparaten selbst veraltete Formen bei energischer Durchführung der Behandlungsweise prompt geheilt. Bei vorkommenden Rezidiven muß die Kur von neuem energisch begonnen werden. Nach den bisherigen Berichten sind Rezidive selten.

Bestandteile: 1. **Blapsin-Seife:** Grundlage Keramin, Chrysarobin. 2. **Blapsin-Salbe:** Unguentum, Chrysarobin, C. Ol. Caryophyllorum. 3. **Blapsin-Spiritus** Reine weingeistige Lösung von Blapsin

Resultate: **Zirka 80% Vollerfolg 10% Rezidive 10% Mißerfolg**

Von vielen Krankenkassen zur

Verordnung zugelassen. K. P.

Carl Töpfer, Naumburg a. S.

Glänzend begutachtet

Proben und Literatur gratis

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kč
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 8

BERLIN, DEN 19. APRIL 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Frühjahrskatarrhen

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

Sinolysin
„Henning“
zur Entfettung

Chem. u. pharm. Fabrik. Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof

Digitized by Google

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Konvaleszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurftaubenschießstand, Autogesellschaftsfahrten.

Sanatorium Landeck schles. mit medico-mechanischem Institut

Gicht, Rheuma, Unfallfolgen, Frauenleiden, Nervenkrankheiten, Altersveränderungen nach Stoffwechselstörungen. Prospekt San.-Rat Dr. Herrmann, leitender Arzt u. Besitzer

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel „DER KURHOF“

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. F. Wigger.**

Arzt als Teilhaber

mit 15—25000 Mk. für große Pension in 1000 m Höhe Oberbayerns gesucht. Offerten unter 054.

Bad Nassau, Nassau-Lahn

Kurhaus. Sanatorium f. Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke.

Leit. Ärzte: Dr. Fleischmann, Dr. Poensgen. Das ganze Jahr geöffnet.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstehn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch** Hausarzt: **Dr. Hartmann.** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Haustrinkkuren

bei Fettleibigkeit, Verstopfung, Stoffwechselkrankheiten etc. mit

Marienbader Kreuzbrunnen

oder natürlichem Brunnensalz

Bei den meisten KRANKENKASSEN Deutschlands zur Verordnung zugelassen

Broschüren durch die

Mineralwasserversendung Marienbad 26

Lehrbuch der forensischen Psychiatrie

Von Prof. Dr. A.H. Hübner. 1914 Gr.-Oktav. IX, 1066 Seiten. M. 30.—, geb. M. 33.—.

„Den vielen beamteten Ärzten, wie manchem Praktiker, er häufig mit forensisch-psychiatrischen Fragen befaßt wird, ist das Buch sicher als zur Zeit bestes Lehr- und Nachschlagewerk zu empfehlen.“

Deutsche Medizinische Wochenschrift.

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen Prospekt kostenlos.

A. Marcus & E. Weber's Verlag, Berlin W 10
Genthiner Straße 38



BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpines, nebelreies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder, 300 Betten. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt

Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Sanatorium Dr. Pick

Bad Kissingen

wieder eröffnet.

Unter persönlicher Leitung von Dr. Pick.



Töpfer's Töpferin-Salbe u. Töpferin-Spiritus

sind jedes für sich erprobte Mittel

gegen Hautjucken (Pruritus, Neurodermatosen)

Für alle Formen von Hautjucken, Regelung der Ernährung Bedingung. Verbot von Alkohol, Kaffee, Tee, Gewürzen und sauren Speisen. Bei reiner Magermilch-Kur überraschender Erfolg

Bestandteile: 1. Töpferin-Salbe: Menthol, Champh., Zinc. oxydat., Acid. salicylic., Eugenol.

2. Töpferin-Spiritus: Menthol, Acid. salicylic., Eugenol.

Resultate: Wirkung prompt. 100%, Vollerfolg.

Von vielen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen. K.-P.

Carl Töpfer, Naumburg a. S.

Proben und Literatur gratis.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Sanitätsrat Dr. Laserstein: Das Krebsproblem	261
Dr. Othmar Reimer: Röntgenshäden und Rönt- gengeschwüre (Fortsetzung)	263
Dr. S. Koslowsky: Mitteilung aus der Praxis. Diphtherieschutzimpfung und Bazillenträger	266

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Lite- ratur des In- und Auslandes	267
--	-----

Referate nach Fachgebieten:

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte	274
Augenheilkunde	274
Bakteriologie und Serologie	275
Chirurgie und Orthopädie	275
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	276
Geschichte der Medizin	279

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	280
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	281
Hygiene	284
Infektionskrankheiten	284
Innere Medizin, einschließlich Tuberkulose	285
Kinderheilkunde	290
Mund- und Kiefererkrankungen	292
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie	293
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	295
Psychiatrie und Nervenheilkunde	295
Psychologie und Psychopathologie	298
Soziale und gerichtliche Medizin	298
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	299
Neu erschienene Bücher	301

Silicol bei **Tuberkulose** die **wirksame Kieselsäure-Therapie**

30 Tabl. 0,6g M 1,50 200 Tabl. M 6,-

LECINWERK DR. ERNST LAVES HANNOVER

Neu!

Heparlifen Das bewährte Mittel bei Erkrankungen der Leber oder Gallenwege

Einzelpackg. (Wochenpackg.) M. 4,75 Literatur: R. Koch, Münch. Med. Wochenschr. Nr. 23, 1927
Klinikpackg. (Kurpackg.) . . . M. 12,—

Hersteller: A. von Michaelis & Co., Frankfurt a. M.

Alleinvertrieb für In- und Ausland:

Dr. Fresenius, Zell 111, Frankfurt a. M.

SARTORIUSWERKE AKT.-GES.
GÖTTINGEN (PROVINZ HANNOVER)
Telefonruf 2129 Abt. III: Telegr.-Adr.: Sartoriuswerke

MIKROTOME
für verschiedene Arbeitsmethoden

Hand-Mikrotome Schlitten-Mikrotome
Gefrier-Mikrotome Gehirn-Mikrotome
Makrotome

Katalog „Mi 23“
kostenfrei



Löflund's
MALZ-SUPPEN-EXTRAKT
nach Prof. Dr. Keller

zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge. — Die grundlegenden Versuche von Professor Dr. Keller wurden seinerzeit mit Löflund's Extrakt durchgeführt. Diese Marke bietet daher auch heute sichere Gewähr für guten Erfolg.

ED. LÖFLUND & CO., GMBH
GRUNBACH BEI STUTTGART

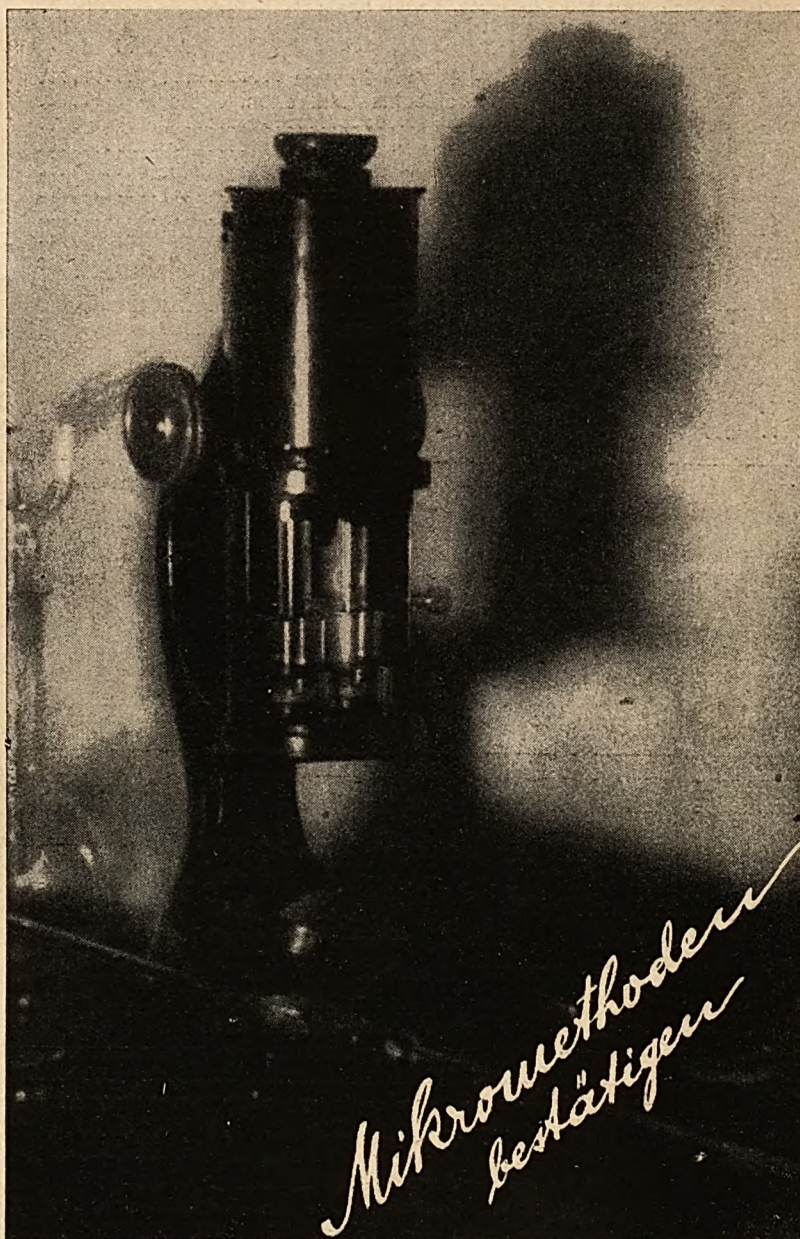
Wir machen unsere werten Leser auf die in diesem Heft enthaltenen Beilagen

der Firmen

Chemische Fabrik von Heyden A. G., Radebeul-Dresden über Sali und Coffetylín,
Athenstaedt & Redeker, Hemelingen bei Bremen über Difonal

besonders aufmerksam.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „Fortschritte der Medizin“ Bezug zu nehmen.



*Mikromethoden
bestätigen*

die Organspezifität der Gehirnlipoide

Es gelang, dank einer Fütterung mit homologen Hirnlipoiden (Promonta) eine Steigerung des Lipoidgehalts im Gehirn zu erreichen. — Durch Zuführung von Lipoiden anderer Herkunft war diese Steigerung nicht zu erzielen.

Serejski: Bioch. Zeitschrift
1928, 201. Band, Seite 292

Promonta

= Nervenahrung

Original-Packungen

Pulverform: 100 g und 250 g
Pastillenform: 54 Stück à 2 g

Dosierung

3 mal täglich: 1 bis 2 Teelöffel voll, bzw. 3 Pastillen

Kassenüblich



Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H., Hamburg 26

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 8

BERLIN, DEN 19. APRIL 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Das Krebsproblem.

Ein Uebersichtsreferat

nach einem im Friedenauer Aerzteverein gehaltenen Vortrage
von Sanitätsrat Dr. LASERSTEIN.

Obwohl über den Krebs mehr als an anderen Krankheiten gearbeitet worden ist, hat man seine Entstehungsursache nicht gefunden. Die Forscher haben sich damit begnügen müssen, folgende Probleme aufzustellen:

1. Die Reiztheorie von Virchow (1), der sowohl äußere Reize, wie Eiterungen, Fisteln, nicht heilende Geschwüre, künstliche Eiterungen durch Fontanellen, Teereinspritzungen, als auch innere, von Stoffwechselgiften herrührend, annahm.

2. Auf Parasiten, tierischer oder pflanzlicher Art, suchten bedeutende Kliniker, v. Leyden (1), Czerny u. a., die Ursache zurückzuführen. Aber man hat einen bestimmten Erreger nicht finden können. In allerletzter Zeit spielt allerdings das Bacterium tumefaciens, besonders in Frankreich, eine große Rolle. In seinem invisiblen „Bakteriophagen“, für dieses Bacterium pathogen wirkende Keime, behauptet d'Herelle (2) ein spezifisches Krebsmittel gefunden zu haben. Die deutschen Forscher stehen seinen Angaben skeptisch gegenüber und haben sich noch nicht mit der Nachprüfung befaßt. Freilich zeigt der Krebs in manchem gewisse Uebereinstimmung mit Infektionskrankheiten, wie in Metastasen, Rezidiven, Impfrezidiven und Inokulationen. Dagegen spricht, daß, trotzdem unzählige Operationen gemacht worden sind, nie eine Uebertragung auf die mit den Operationen Beschäftigten beobachtet ist. Verbreiten sich beide auch auf dem Lymphwege, findet man doch beim Krebs eine auffallend regelmäßige Anordnung von Krebsknötchen, weshalb man ihr den Namen Rosenkranzketten gegeben hat. Diese fast gesetzmäßige Gleichmäßigkeit widerspricht einer Verschleppung auf dem Lymphwege, die Zufälligkeiten unterliegt. Um Krebszellen mitzureißen, ist der Strom zu schwach, während er für die zehn- bis zwanzigfach kleineren Keime noch ausreicht. Ueberdies vermögen sich diese durch ihre starke Vermehrung und nicht seltene Fähigkeit einer Eigenbewegung selbst einen Weg zu bahnen. Sind ferner auch in beiden Fällen Lungen, Herz und Gehirn Hauptsitze der Metastasen, werden sie beim Krebs, besonders, wenn er vom Unterleib ausgeht, häufig im Rückenmark gefunden, was bei Infektionen kaum vorkommt. Nie aber treten sie, wie bei Infektionen, in Gelenken und Waden auf.

3. Abgekommen ist man ferner von der Vorstellung, daß in der frühesten Embryonalzeit epitheliale Zellen in mesodermale Gewebe geraten und im späteren Leben hier zu wuchern beginnen. Solche Zellabirrungen sind äußerst selten, vielleicht nur bei Teratomen anzunehmen, während die Zahl der Krebstodesfälle dauernd steigt und schon um 10 000 im Jahre 1928 die der Tuberkulose übertrifft (65 000 in Deutschland).

4. Desgleichen hat Gussenbauers (1) Annahme, daß die von ihm gefundenen kugelförmigen „Corpuscula“, die bei Krebsen zahlreich in Lymphgefäßen zu finden sind, die Erreger seien, keine Anerkennung erlangt. Der Autor stellte sich vor, daß diese Körperchen die Zellkerne, wie Samenfäden das Ei, befruchten und nicht nur zu begrenzter, sondern sogar zu unbegrenzter Vermehrung führen.

5. Mit Recht hat sich dagegen die Theorie der Disposition und Konstitution, die Billroth und Rindfleisch (1) angaben, durchgesetzt. Nebenbei wird letztere bekanntlich heute mit innerer Drüsensekretion identifiziert.

6. Als Erweiterung dieser, nicht als eigene Theorie, möchte ich die Ansicht von Frau Rhoda Erdmann (2), einer Zoologin, bezeichnen. Sie verlegt die Ursache in Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, dessen Blockade zu einer Ueberschwemmung des Körpers mit leukozytären Wanderzellen führt. Schon Virchow (1) hat deren außerordentliche Fähigkeit, sich zu vermehren, bei Defekten als Zellersatz zu dienen und unter gewissen Bedingungen krebsig abzuarten, nachgewiesen. Sie suchte ihre Idee durch künstliche Verstopfung der Lymphgänge mit einer Emulsion von chinesischer Tusche zu beweisen.

Unsere heutige Vorstellung nimmt als Entstehungsursache eine Verbindung der Reiztheorie und inneren Sekretionsstörung, also eine Stoffwechselkrankheit, an. Demnach können wir die Krebsfrage in ein Wachstums- und Stoffwechselproblem einteilen.

Das Wachstumproblem.

Die Krebszelle entsteht nach Virchow (1) durch Abartung der Epithel- oder der lymphozytären Wanderzellen. Eine ungeheure Vermehrungsfähigkeit kommt schon der normalen Zelle zu, worauf bekanntlich die Reinigung und Erneuerung des Körpers beruht. Dadurch besitzt er die Kraft, im Erkrankungsfalle spontan zu gesunden. Hier ist ihre Vermehrung an eine bestimmte Grenze gebunden, da bleibt sie unbegrenzt. Isolierte Krebszellen können wir von Normalzellen nicht unterscheiden. Sie sind nur in ihrem Verhalten zur Umgebung als bösartige Wucherzellen zu erkennen. Ihre Form und Färbbarkeit ist für beide Zellarten gleich. Selbst die von mir angegebene Ninhydrinfärbung (3), die nicht auf eingelagerten Farbkörpern, sondern sicherlich auf chemischer Reaktion beruht, geben für Epithelien und Krebszellen gleicher Weise eine sehr geringe Färbung. Ich habe dies Verhalten auf ihren Mangel an einfachen Eiweißen, Aminen, und eine Anhäufung kompliziert zusammengesetzter Eiweiße, Peptone und Albumine, zurückführen zu können geglaubt. Starke Blaufärbung gibt nebenbei dagegen die Muskelzelle, deren Amingehalt sehr groß ist. Auch in der Kern- und Zellteilung konnte in beiden Zellarten kein Unterschied festgestellt werden. Mikroskopisch wird das Krebsgewebe bekanntlich an seinen Krebsnestern, dem Vordringen von Epithelzellen in andersartige Gewebe oder an der Anhäufung unregelmäßiger Drüsen-schläuche erkannt. Makroskopische Zeichen sind durch die Geschwulst und die sehr lockere Bindung der Krebszellen gegeben, so daß sich das Gewebe schon mit dem Fingernagel abkratzen läßt, und sein abgestrichenes Lymphserum sich infolge entstehender Emulsion mit den gelösten Zellen trübt. Die Krebszelle behält endlich meist, selbst in Metastasen, ihren Charakter bei, so daß z. B. die Leberzelle auch hier galliges Sekret absondert. Ueberhaupt scheint ihre anatomische und chemische Abweichung von der Normalzelle geringer zu sein, als es nach der späteren Bösartigkeit der Erkrankung anzunehmen ist.

Das Stoffwechselproblem

konnte erst mit der Entdeckung des Dänen Jansen (2) 1901, fein zerkleinerte spontane Rattentumoren, in 0,9prozentiger Kochsalzlösung emulgiert, auf gesunde Ratten erfolgreich zu übertragen, seine Bedeutung erlangen. Aber die Tumoren wurden schließlich nur als Sarkome erkannt. Es gelang dem Amerikaner Flexner (2), erst nach einigen Jahren vom menschlichen Karzinom in gleicher Weise richtige Krebse auf Mäuse und Ratten zu überpflanzen. Fibiger (2) fand weiter im Rattenkrebs Nematoden, deren Schaben sogar durch Verfütterung an gesunde Ratten Krebse hervorbrachten. Noch viel wichtiger scheint mir sein Befund eines präkanzerösen Stadiums im Vormagen implantierter Krebsratten,

d. h. daß sich auf einer zuerst entzündlichen Stelle mit zahlreichen Leukozyten später ein Karzinom entwickelt. Hatte man auch den Versuch die Schlüssigkeit eines Beweises abgesprochen (v. Hanse-mann, Rübbert u. a.), weil der implantierte mit dem spontanen Tier- und gar dem menschlichen Krebs nicht zu identifizieren sei, hat sich die allgemeine Ansicht allmählich zur Zulässigkeit des Vergleiches bekannt (Blumenthal) (3). Nebenbei ergäbe sich aus Fäbiger's Befunden, die ebenfalls von Blumenthal bestätigt wurden, nicht nur die alte Forderung der Frühdiagnose und Frühoperation, sondern auch einer vorzeitigen Operation. Rhoda, Erdmann, Drews u. a. (3) studierten dann nach amerikanischer Angabe die Krebsgewebe in einer geeigneten Nährflüssigkeit, gewissermaßen in vitro, wobei die unübersehbaren zahlreichen Einflüsse des Körpers fortfallen. Die wichtigsten Ergebnisse aller dieser Forschungen waren folgende: Petry (3) fand eine Autolyse, Blumenthal (3) eine Proteolyse, Drews und Rhoda Erdmann (3) eine Fibrinolyse im Krebsgewebe. Damit ist seine Neigung zur Geschwürbildung, Nekrose und Zerfall erklärt, wozu allerdings noch der Gegendruck des zu durchwuchernden Wirtsgewebes und das oft zurückbleibende Wachstum der Blutgefäße hinter dem der Geschwulst hinzukommen.

Warburg (3) hat das Stoffwechselproblem am meisten gefördert, so daß wir heute vom Chemismus der Krebszelle mehr als von dem normaler Zellen wissen. Nach sehr komplizierten Untersuchungen stellte er fest, daß jene zu $\frac{1}{12}$ durch fermentative Gärung Glykose in Milchsäure umsetzen und nur zu $\frac{1}{12}$, wie normale Zellen, eine Oxydation und Atmung besitzen. Mit der Malignität steigen entsprechend Gärung und Milchsäureproduktion. Diese vermag Epithelien unter gewissen Bedingungen in Statu nascendi, was hier vorliegt, besonders an Stellen geringerer Widerstandskraft, nämlich wo eine Epithelart in eine andere übergeht, so zu schädigen, daß sie krebsig abarten.

Zweifel (4), Döderlein (5), Schröder u. a. (6) haben ähnliche Verhältnisse an der normalerweise schon Milchsäure produzierenden Schleimhaut der Scheide sicher festgestellt. Ihr mittlerer Abschnitt besonders gibt dem nur 1,56 g täglich betragenden Fluor eine 0,6prozentige Milchsäurekonzentration. Bei großer Unreinheit der Scheide, $R^0 = 3$ und 4, durch Eiterkeime, Gonokokken, Saprophyten oder auch Protozoen, besonders Trichomonaden, vermehren sich Fermente und Milchsäure so, daß bei einer Wasserstoffionenkonzentration $p_H = 3,6$ bis 4 die Epithelien geschädigt werden. Mit dem Untergang der Kerne erfolgt der ihrer Zellen; sie werden abgestoßen und an ihrer Stelle entstehen Erosionen, Ulzerationen, Krebstumoren. Schröder sah sich daher veranlaßt, wenn ein hoher Unreinheitsgrad der Scheide besteht, vor Anwendung von Milchsäurespülungen, die er gegen Fluor empfohlen hatte, zu warnen. Die schädlichen Wirkungen derselben suchte er durch Zusatz paralyisierender Salze zu verhindern. Wie mit äußeren Teerpinselektionen der Haut, ist es im Blumenthalschen Institut gelungen, durch Injektionen von Milchsäure Krebs zu erzeugen (2). Dieses außerordentlich giftige Stoffwechselprodukt sucht nun der Körper möglichst schnell unwirksam zu machen und fortzuschaffen. Jenes geschieht, da es sich um eine Säure handelt, mittels des Körpervorrats an Alkalien, Phosphor und Kalisalzen; dieses durch Ausscheidungen der Nieren, Schweißdrüsen usw. Findet man die Milchsäure bei Krebskranken im Urin, ist zu folgern, daß die Abwehr versagt. Unter dem Rückgang der Alkalireserve leidet vor allem die Verbrennungstätigkeit der Körperzellen, indem die Bindungen von Sauerstoff und Kohlensäure versagen. Da die Krebszelle beides kaum gebraucht, die Normalzelle aber ohne Sauerstoff nicht arbeiten und leben kann, erklärt sich das Ueberwuchern jener über diese in einfacher Weise. Der Verlust der Kalizumosalze, die in gleicher Weise zur Entsäuerung des krebsskranken Körpers herangezogen sind, benachteiligt die Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen, also nach Zondek die Umwandlung unwirksamer Proenzyme in wirksame Enzyme und Hormone. Es ist bezeichnend für den Zusammenhang von Krebs und innerer Sekretion, daß er gerade zur Zeit des Uebergangs vom Mannes- ins Greisenalter, also der labilsten Zeit der innersekretorischen Tätigkeit, am häufigsten aufzutreten pflegt. Man ist daher heute der Ansicht, daß Krebstumoren nur als Symptome einer allgemeinen Stoffwechselerkrankung, nicht als die eigentliche Krankheit aufzufassen sind. Die Verschiebung zugunsten der Krebsbildung und zuungunsten

seiner Abwehr zeigt sich auch in ihrem vermehrten Gehalt an A-Vitaminen, Lecithinen und Lipoiden, die natürlich dem Körper entzogen werden. Meine Nikotininjektionen im Blumenthalschen Institut zeigten, daß die Wucherung oft stark beeinträchtigt wird; und Nikotin ist bekanntlich ein A-Vitamin.

Nach den Ausführungen dürfte eine spezifische Krebstherapie also voraussichtlich nicht gefunden werden. Behelfsmäßig müssen wir uns daher weiterhin der verfügbaren Mittel bedienen: der Frühoperationen und gemäß der genannten Feststellungen Fäbiger's und Blumenthal's an implantierten Tierkrebsen, auch beim Menschen ein präkanzeröses Stadium annehmend, sogar der vorzeitigen, sodann der Röntgen- und besonders Radiumbestrahlung, oder für Oberflächenkrebs seines schwächeren Ersatzes der Thorium-X-Strahlen, endlich der inneren Therapie und Prophylaxe.

Die Operation

galt vor noch gar nicht langer Zeit als das Krebsmittel, wofern sie radikal ausgeführt werden konnte, hat aber heute infolge ungenügender Erfolge auch damit viel von ihrem Nimbus verloren. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß sie in absehbarer Zeit verlassen wird. Denn wie ich gezeigt habe, ist der Krebs sicherlich eine Stoffwechselerkrankung mit Geschwulstbildung. Obwohl Uteruskarzinome noch die günstigen Resultate aus bestimmten Gründen ergeben haben, und die Hervorragung Gynäkologen, wie Döderlein u. a., von ihr abgekommen. Bumm, Franz u. a. bevorzugen den Operationsweg von den Bauchdecken; Stöckel u. a. sind zu der alten vaginalen Methode zurückgekehrt. Legte Bumm den größten Wert darauf, nicht nur die ganzen inneren Genitalien, besonders die Ovarien, sondern auch die regionären Lymphdrüsen und Parametrien zu entfernen, hält Stöckel wohl im allgemeinen mit Recht die Entfernung von Uterus und Parametrien für genügend. Stöckel beseitigt allerdings durch prä- und postoperative Röntgen- und Radiumbestrahlungen die Funktion der Ovarien, deren schädlichen Einfluß Bumm als sicher annahm. Der vaginale Weg ist natürlich weniger eingreifend für die Kranken als der abdominelle. Außerdem injiziert Stöckel kurz vor Beginn der Operation besonders die Parametrien mit starken Adrenalinlösungen, um operative Blutverluste zu verhindern. Ich habe bei Flexner-Ratten nachweisen können, daß Adrenalin das Krebswachstum stört. Alle eingreifenden Operationen schädigen die Abwehr- und Widerstandskraft der Kranken, können auch durch Verletzungen der großen Bauchplexus Darmlähmungen hervorbringen, woran oft nicht gedacht ist. Eiterungen und besondere Jauchungen begünstigen auffallend das Eintreten von Rezidiven, worauf Bumm schon hingewiesen hat. Diese Beobachtung würde mit der angeführten Vermehrung und Schädigung der Milchsäure bei hohem Unreinheitsgrad der Scheide übereinstimmen und ein neuer Beweis des Zusammenhanges dieser Säure mit Krebs sein. Die hohe Operationsmortalität von 5–12% beruht auf dem heutigen Vorkommen hämolytischer Streptokokken. Bumm bekämpfte sie mit Pinselektion einer 10prozentigen Arg-nitricum-Lösung.

Die Aktinotherapie

zeigt dagegen viel geringere Schädigungen als die operative. Man ist aber zu der Ueberzeugung gekommen, daß mittelstarke Strahlen vor starken den Vorzug verdienen, wie auch große operative Eingriffe oft mehr schaden als nützen können. Leider kann ferner weder die zu verwendende Strahlenmenge berechnet noch festgestellt werden, wieviel von ihnen zur Wirkung gelangt. Die Behandlung gilt heute noch als Erfahrungswissenschaft. Man nimmt durchschnittlich 3000 Radiumelemente pro Fall an und 10 Tiefenbestrahlungen mit Röntgen mittlerer Dosis. Sie geht anscheinend wie in Schweden auch bei uns allmählich in die Hände von Spezialisten über. Dazu kommt, daß die Einrichtung für den Allgemeinpraktiker unerschwingbar teuer ist. Blumenthal und Stöckel haben sich auch bei uns für eine staatliche Zentralisierung ausgesprochen oder wenigstens für eine Behandlung in Spezialanstalten. Damit hörte die für Arzt und Kranke sehr unerfreuliche Siechenbehandlung auf, und bekäme auch die Statistik eine verbesserte Unterlage. Sollte sich das Vorgehen Stöckels, nämlich zuerst präoperativ zu bestrahlen, dann zu operieren und zuletzt postoperativ nachzubestrahlen, bewähren, würde die Gesamtbehandlung allerdings volle vier Monate beanspruchen. Als Vorbild gelten heute auch bei uns die schwedischen Einrichtungen.

J. Heymann (7), der Leiter der Stockholmer Zentrale, hat für den Uteruskrebs folgende interessante Sammelstatistik über absolute Heilung beim Kollumkarzinom veröffentlicht:

1. Durchschnittliche Heilung:

Operation	= 19,1% bei 5800 Fällen
Aktinotherapie	= 16,3% bei 3512 Fällen
2. Spitzenleistungen:

Operation	= 20,2% (4196)
Aktinotherapie	=
3. Einzelne Spitzenleistungen:

Operation:	
1. Zweifel	= 27,6% (435)
2. Franz	= 28 % (143)
3. Bumm	= 28,6% (234)
4. Stöckel	= 24,6% (350)
Aktinotherapie:	
1. J. Heymann (Stockholm)	= 25,6% (390)
2. Kehler	= 27,9% (129)
3. Eymmer (Wenge)	= 25,1% (203)

Demnach besteht ein nur geringer Unterschied von 3% zugunsten der Operation und reinen Strahlenbehandlung. Denselben findet man auch in den Spitzenleistungen hervorragender Spezialisten mit etwa 10% Verbesserung. Man kann nur auf höchstens 25% Heilung mit beiden Behandlungsmethoden rechnen. Stöckels präoperative Strahlenbehandlung vermag mindestens oft inoperable in operable Krebse zu überführen. Die Resultate des Brustdrüsen- und Magendarmkrebses sind noch viel ungünstiger, weil jener das breite Zwischengewebe des Parametriums fehlt, dieser zu den lebenswichtigen Organen gehört, deren Ausfall oder beschränkte Funktion den Widerstand der Kranken herabsetzt. Es ist bei jeder Behandlungsart in Betracht zu ziehen, daß der Körper oft mit Resten unzerstörten Krebsgewebes allein fertig werden kann. Bei Ovarialkrebs z. B. kann nach Exstirpation der Ovarien spontane Anheilung der gleichzeitigen Karzinose des Peritoneums erfolgen. Die harten Gammastrahlen schädigen, wie sie mit Vorliebe Keimdrüsen angreifen, die Zellkerne, welche ja als Fortpflanzungs- und Ernährungsorgan der Zellen aufzufassen sind. Je stärker das Teilungsvermögen einer Zelle ist, um so stärker scheint auch der zerstörende Einfluß der Strahlen auf ihren Zellkern zu sein. Daher leiden alle Embryonalgewebe unter ihnen am meisten.

Die Internbehandlung

erfolgt nach den gemachten Ausführungen zunächst durch eine hohe Zufuhr von Alkalien, Phosphor und Kalziumsalzen, um die Uebersäuerung mit Milchsäure zu bekämpfen, sodann von A-Vitamin, Lezithin, Lipoid, endlich, um die innere Sekretion anzuregen, das altgebrauchte Mittel Arsen. Einen großen Anteil dieser Wirkung ist auch dem Einfluß der Strahlenbehandlung zugeschrieben worden. Als Alkalien eignen sich: Emser Salz, Natrium bicarb., innerlich und intravenös 3prozentiges Natr. glyc.-phosph. in Ampullen 0,2 : 2,0 subkutan. Die Kalziumsalze vermehren sich mit Parathyreoidextrakten und Bestrahlungen von Blaurotlicht. Ferner Aienil in Ampullen einer 19prozentigen CaCl_2 -Harnstofflösung intravenös, wobei man langsam injizieren muß und nicht an der Vene vorbeistropfen darf. Zum inneren Gebrauch eignet sich Calc. chlor. cryst. plus Succ-Liq. aa 30, Aqua dest. ad 300, dreimal 1 Eßlöffel. A-Vitamine sind in allen Pflanzenölen, Spinat, Rüben, Limburger Käse, Grasbutter, Wildfleisch, Ferronovin usw. vorhanden.

Zu reichliche Ernährung bei ungenügender Bewegung und besonders übertriebene Fleischnahrung scheinen ungünstig zu wirken.

Prophylaktisch sind die in Teer-, Anilin-, Indolfabriken Beschäftigten, die Bergarbeiter z. B. der Schneeberger Gruben, endlich die Schornsteinfeger vor dem Teerreiz zu schützen. Auch der Lippenkrebs der Pfeifenkettensraucher beruht nicht auf Nikotin, sondern auf Teerwirkung. Ich habe bei Flexnerratten eine krebsverhindernde Wirkung mit Nikotin feststellen können.

Soweit der alte Hausarzt noch nicht von den städtischen Beratungsstellen, übrigens ein schlechter Ersatz, verdrängt ist, müßte er eben, in welchen beide Partner Krebsfamilien entstammen, verbieten.

Wechselfieber, Tuberkulose, besonders Lues, zeigen wie das Alter, indem sie die innere Sekretion stören und die Abwehr des Körpers vermindern, eine Begünstigung des Krebswachstums.

Endlich scheint mir in wiederholten Abtreibungen der Schwangerschaften und in ihren, von den Beratungsstellen allzusehr

propagierten Verhinderungen durch ovarielle Reizung die Gefahr für Krebswachstum zu liegen, worauf besonders zu achten wäre.

Zum Schluß können wir folgendes zusammenfassen:

1. Der Krebs ist eine Zellabartung infolge gestörten Stoffwechsels. Das Agens ist ein giftiges Abbauprodukt, die Milchsäure, zu dessen Oxydation die Zellen nicht fähig sind. Chemische, physikalische (Strahlen, Wärme, Stoß) und parasitäre Reize, Lues, Tuberkulose, Eiterkeime u. a. schaffen eine Disposition und, wenn eine geeignete Konstitution dazukommt, verlieren die normalen Zellen die Fähigkeit der Oxydation. Die dafür eintretende Milchsäureproduktion, falls ihre Neutralisierung nicht erfolgt, ist als spezielles Reizmittel anzusehen. Auf die Entziehung der Glykosen ist hauptsächlich die Krebskachenie zu beziehen.
2. Die gleichmäßige, rosenkranzähnliche Anordnung kleiner Krebsknoten in den Lymphgefäßen spricht gegen eine Infektion und weist auf ein chemisches Agens, für welches ich die Milchsäure halte. Daher fasse ich auch alle anderen Krebsaffekte nicht als sekundäre, sondern als primäre Sekundäraffekte auf, die Metastasen, Rezidive, Impfrezidive und Inkulationen.
3. Operation und Strahlenbehandlung sind nur behelfsmäßige, keine spezifischen Mittel. Ihre Wirkung befreit den Körper von den Krebstumoren und ermöglicht ihn, besonders bei Fortfall neuer Reize, mit unzerstörten Resten allein fertig zu werden. Eiterung und Jauchung begünstigen die Milchsäurebildung am meisten und sind bei Operationen zu vermeiden. Einen Anteil der Strahlenbehandlung müssen wir gerade in der Beseitigung dieser beiden sehen, einen zweiten in dem umstimmenden Einfluß auf das innere Drüsensystem und den letzten in der Zerstörung der Geschwulst und ihrer Zellen.

1. Billrot: Allg. chir. Pathol. u. Therapie. Verl. Reimer. Bln. 1889, S. 786 u. f.
2. Blumenthal: Ueber Ergebnisse der experiment. Krebsforschung. Festschrift 1928. Verl. Springer, Berlin. Mit genauer Literaturangabe, die zu vergleichen ist. S. 73—75.
3. Laserstein: Zeitschrift f. w. Mikrosk. u. mikrosk. Techn., Bd. 32, 1915, Seite 288.
4. Zweifel: Arch. f. Gyn. 1908, S. 86 u. f.
5. Döderlein: Das Scheidensekret. Leipzig 1892.
6. Schroeder: Arch. f. Gyn., Bd. 128. Leipzig 1892.
7. J. Heymann: Strahlentherapie, Jahrg. 1925. Urban & Schwarzenberg, Berlin. — Acta radiologica Scandinavica, Jahrg. 1928.

Röntgenshäden und Röntgengeschwüre.

Von Dr. OTHMAR REIMER, Graz.

(Fortsetzung.)

In röntengeschädigtem Gebiete kann es infolge verschiedener Ursachen zu Geschwürsbildung kommen. Das Charakteristische für Röntgenulzera ist der nekrotische Zerfall.

Und dies ganz selbstverständlich. Ein Defekt in einem Gewebe, das die vielgestaltigsten Degenerationserscheinungen aufweist, Atrophien zeigt, sich in ungenügendem Ernährungszustand befindet, von Narben durchzogen ist, das den inneren und äußeren Einflüssen sich nicht mehr anzugleichen vermag, muß zu Nekrotisierung führen. Solches sehen wir ja auch bei Gewebe, dessen Gefäße arteriosklerotisch verändert sind, sehen wir bei Lues, sehen wir bei den verschiedensten Nervenerkrankungen und Nervenverletzungen, die mit Degenerationserscheinungen und Atrophien einhergehen. Ob eine neurogene degenerative Atrophie vorliegt, ob die trophischen Störungen ihren Grund in Gefäßveränderungen haben, oder ob die Endorgane, z. B. Muskulatur, infolge auf sie speziell einwirkender Noxen der Atrophie und Degeneration verfallen, ist für das Zustandekommen von Nekrosen ziemlich einerlei. Im röntengeschädigten Gewebe finden wir gewissermaßen eine Sammlung aller dieser Schädigungen.

Häufig kommt es in röntengeschädigtem Gewebe zu Geschwürsbildung zufolge Fortentwicklung des Röntgenshädens, also aus sich heraus. Der Röntgenshaden entsteht doch erst allmählich. Braucht schon die geschädigte Einzelzelle Zeit, um alle Stadien der Degeneration zu durchlaufen, so kommt als eine der Hauptursachen für die Bildung von Ulzera aus der Fortentwicklung des Röntgenshädens, die pathologische Beschaffenheit der Blutgefäße in Betracht: Ein Gefäß obliteriert, der zugehörige schon an und für sich geschädigte Bezirk ist in seiner Ernährung beeinträchtigt. Die morschen

Gefäßwände lassen Flüssigkeit und zellige Elemente durchtreten. Kachektische Zellen werden imbibiert, ganze Zellkomplexe quellen, andere Gefäße werden komprimiert, teilungsfähige Zellen, die für die Regeneration in Betracht kämen, sind nicht vorhanden. Das Gewebe verfällt der Nekrose, einer Nekrose, die nicht auf reaktionsfähigem Grunde haftet, sondern deren Bett selbst sterbende Trümmer bilden.

Viele Patienten werden wegen irgendeines Leidens durch längere Zeit bestrahlt. Nach einer längeren oder kürzeren Bestrahlungspause neuerliche Bestrahlung. Kurz darauf rasch einsetzender Gewebszerfall. Die Patienten sind geneigt, anzunehmen, daß in solchen Fällen die letzte Bestrahlung nicht kunstgerecht durchgeführt worden sei. Diese ihre Ansicht kommt auch bei gerichtlichen Ersatzansprüchen zum Vorschein. Natürlich ist ihre Annahme nicht richtig. Die Strahlendosis entsprach genau den Vorschriften. Bei Berücksichtigung aller Momente hätte aber die Schädigung dennoch vermieden werden können. Durch die vorhergegangenen Bestrahlungen wurde das Gewebe schon derart verändert, daß es sich zur Zeit der neuerlichen Bestrahlung in einem Zustande bedeutender Röntgensensibilitätssteigerung befand. Hat demnach die Strahlenquantität auch den Vorschriften entsprochen, war sie doch in Bezug auf das Individuum, also relativ, zu groß. Die beschriebenen Vorkommnisse stellen sich zumeist ein, wenn der Patient den Arzt wechselt, die späteren Bestrahlungen von jemand anderem durchgeführt werden müssen als die früheren. Auch vorangegangene Radiumbehandlungen machen das Gewebe bedeutend röntgensensibler, versetzen es in einen Zustand erhöhter Zerfallsbereitschaft.

Einer meiner Fälle wurde nach dreijähriger Pause neuerlich bestrahlt. 3 Tage nach der zweiten Bestrahlung Zerfall.

Bei einem anderen Falle 4 Monate Pause. Neuerliche Bestrahlung. Nach 2 Tagen Zerfall.

Bei einem Fall ein Jahr Pause. Neuerliche Bestrahlung in 5 Sitzungen. 10 Tage nach der letzten Sitzung Zerfall.

Insulte verschiedenster Art sind imstande, röntgengeschädigtes Gewebe zu ulzerösem Zerfall zu bringen.

So bewirkte, wie Iselin berichtet, Jodanstrich Ulkusbildung in röntgengeschädigtem Gewebe. Auch ich selbst kenne einen Fall, wo ein Röntgenshaden, den man durch Jodtinktur therapeutisch beeinflussen wollte, in weiter Ausdehnung nekrotisch zerfiel.

Sehr häufig ist Gewebszerfall nach Sonnenbädern.

Bei einem Fall, den Pranter publizierte und den ich später in Behandlung bekam und ebenfalls publizierte, trat 2 Jahre nach der letzten Bestrahlung außerordentlich gefährliche Geschwürsbildung auf, ausgelöst durch den Druck eines Miederknopfes. 12 Jahre nach der letzten Bestrahlung Zerfall einer anderen Stelle.

Bei einer Patientin wurde eine Hyperkeratose in Lokalanästhesie exzidiert. Zerfall von Handflächengröße.

Ferner sind Fälle zu nennen, wo irgendwelche Geschwüre bestrahlt wurden. Kürzere oder längere Zeit nach der Bestrahlung erfolgt Umwandlung der ursprünglichen Geschwüre in Röntgenulzera, oder aber, es zerfällt das ganze Gebiet, wo die bestrahlten Geschwüre, die man durch die Röntgenstrahlen nicht zu beeinflussen vermochte, den letzten Anstoß für den Zerfall abgaben.

Hier kann ich einen Fall von Lupus nennen (Zerfall $\frac{1}{2}$ Jahr nach der letzten Bestrahlung), einen Lupus erythematodes (Zerfall während der Bestrahlungskur).

Eine Verletzung des Unterarms, Bestrahlung der nicht heilenden Wunde (vielleicht Tuberkulose) durch viele Monate. Zerfall des bestrahlten Gebietes ein $\frac{1}{4}$ Jahr nach der letzten Bestrahlung.

Ganz besonders ungünstig liegen die Verhältnisse, wenn nach Knochenoperationen Fisteln geblieben waren, z. B. bei Osteomyelitis, Karies, nach Kraskescher Operation und dergleichen, wenn sodann dieses Gebiet bestrahlt wird und einen Röntgenshaden erleidet. Es kann zum Zerfall der Fisteln als Röntgengeschwüre kommen; Knochen zerfällt. Zumeist ist es ja so, daß sich bildende Nekrosen, die ganze Gewebsschicht durchreichend, auch gleich die darüber liegenden Gewebspartien zum Zerfall bringen. Doch kommt es auch vor, daß die oberflächlichen Gebilde intakt bleiben, während in der Tiefe der nekrotische Zerfall fortschreitet, folgend den *Locus minoris resistentiae*, wo durch bestehende Entzündung, durch die

Anwesenheit jungen Granulationsgewebes eine erhöhte Röntgensensibilität vorliegt. Auf diese Weise entstehen in der Tiefe Höhlen und Gänge nach Phlegmonenart. Es stellt sich Schwellung, Rötung ein; das Gewebe fühlt sich heiß an; man tastet Fluktuation. Der Prozeß ist überaus schmerzhaft, die Körpertemperatur oft erheblich erhöht. Schließlich kommt es aber doch auch zum Zerfall der deckenden Schichten. Wir haben dann tiefe kraterförmige, minenartige Geschwüre vor uns. Es lassen sich nach verschiedenen Richtungen Gänge nachweisen. Nekrotisches Gewebe deckt den Grund und die Wände; es finden sich ganze Lappen und Vorhänge aus zähem, weißem, oft aber auch kohlschwarz verfärbtem nekrotischem Gewebe. Der Geruch ist penetrant, scharf, wie bei Zahnkaries. Die Sekretion ist reichlich, wässrig. — Ganze Gewebszüge können in beträchtlichem Ausmaße nekrotisch zerfallen sein, dem erhaltenen Gewebe nach Art von Mineraladern eingelagert. Da die Nekrose noch nicht verflüssigt ist, imponiert das Gewebe als fest. Suchen wir es aber abzutragen, so kommen wir immer tiefer; wir haben bereits einen tiefen Schacht, einen langen Gang gebildet, und noch immer sind Wände und Enden nekrotisch. Hat die Zerstörung auch Periost und Knochen ergriffen, so bildet das tote Periost Fetzen wie durchfeuchtetes Leder. Der Knochen ist kreidig, bröckelig; wenn Luft Zutritt, verfärbt er sich häufig schwarz. Entweder können Knochen in toto zerfallen, oder es kommt nur zum Zerfall einzelner Züge, so daß nach Abstoßung oder Abtragung der nekrotischen Teile durchgreifende Substanzverluste im Knochen resultieren können. Der nekrotische Zerfall kann auch ein durchgreifender bis in das Innere von Leibeshöhlen sein. Solches sah ich beim Sitz des Geschwüres in der Fossa supraclavicularis, an der vorderen Brustwand, nach Kraskescher Operation. Diese Fälle sind natürlich prognostisch absolut ungünstig. Bei einem Fall mit Sitz des Geschwüres im rechten unteren Bauchquadranten gelang mir die Heilung unmittelbar vor Perforation der Bauchhöhle.

Bei jedem Geschwür mit schlechter Heilungstendenz ist die Möglichkeit einer krebsigen Entartung gegeben, natürlich auch beim Röntgengeschwür. Es sind viele Röntgenulzera publiziert, die nachgewiesenermaßen malignen entarteten. Charles Allen Porter berichtet über 47 Fälle von Röntgenverbrennungen, von denen 36 Konkroide waren. Von den 36 Konkroiden endeten 9 mit dem Tode. — Trotz meines reichen Patientenmaterials konnte ich aber erst 2 Fälle mit maligner Entartung beobachten, die allerdings von besonderem Interesse sind:

Ein Herr wurde wegen eines Sarkoms am Rücken bestrahlt. Folge: ein schwerer Röntgenshaden mit fürchterlicher Geschwürsbildung. Nach langjährigem Bestand des Geschwürs Entartung zu Plattenepithelkarzinom. Und der zweite Fall: Eine Dame wurde wegen Mammakarzinoms operiert. Röntgenbestrahlung. Schwerer Röntgenshaden. 7 Jahre nach der letzten Bestrahlung Röntgenzerfall, aufeinanderfolgend an mehreren Stellen. Heilung der Ulzera. 10 Jahre nach der letzten Bestrahlung kam es zu Verhärtung des Röntgenshadens; in der Fossa supraclavicularis Tumorbildung. Die histologische Untersuchung ergibt Sarkom im ganzen Röntgenshaden.

Falsch wäre es, in die Gruppe der entarteten Röntgenshaden jene Fälle zu zählen, wo maligne Tumoren operiert wurden und post operationem das Operationsgebiet bestrahlt wurde, wo es trotzdem zu einem Rezidiv kam. Hier kann natürlich von einer Entartung des Röntgenshadens nicht gesprochen werden, doch möchte ich hervorheben, daß ein bestehender Röntgenshaden von einem Karzinom- oder Sarkomrezidiv außerordentlich schnell durchwachsen wird, wobei das maligne Gewebe in den Röntgenshaden wie in einen Schwamm hineinwächst. —

Oft habe ich folgendes Bild beobachtet: Besonders wenn ein Röntgenulkus an den unteren Extremitäten seinen Sitz hat und von den Patienten nicht exakteste Bettruhe gehalten wird, nehmen einzelne Granulationsgebiete ein glasiges Aussehen an. Diese umschriebenen Gebiete zeigen ein auffallend rasches, tumoröses Wachstum. Entweder sitzen sie flach der Geschwürsfläche auf oder sie stehen nur durch einen mehr oder weniger breiten Stiel mit dieser in Verbindung. Diese Gebilde sind zumeist jeder Ueberhäutung unfähig. Nur dann, wenn die gesteigerte Gewebsproliferationstätigkeit erst begann, während Haut bereits den Rand des Gebildes überzogen hatte, kann es zu vollständiger Ueberhäutung kommen. Stets aber besteht große Zerfallstendenz dieser Gebilde,

im nach Reinigung des wieder entstandenen Geschwürs abermals in tumoröser Art über das normale Wachstumsziel hinauszuschießen. Ein solches Gebilde von über Faustgröße sah ich im Zentrum eines großen Röntgenulkus in der vorderen Kniegegend. Kleinere Gebilde beobachtete ich unter anderem bei Röntgenulzera an den Unterschenkeln. Histologisch findet man in diesen Gebilden zur Hauptsache fibrinoid entartete Massen. Bindegewebsreste sind nur spärlich vorhanden, stark ödematös, perivaskulär angeordnet.

Ich lasse einen mikroskopischen Befund eines solchen Gebildes folgen; das einem Röntgenulkus an der Ferse entnommen wurde. —
Untersucher: Gonschegg vom pathologisch-anatomischen Institut der Universität Graz:

Graz, 21. April 1922.

Die Epidermis größtenteils erhalten, jedoch bedeutend verdünnt und ohne Retezapfen. Die tiefste Schichte des Stratum germinativum deutlich mit regelmäßigen zylindrischen Zellen. In den oberen Schichten macht sich eine stellenweise so weitgehende Blähung der Epidermiszellen bemerkbar, daß durch Konfluenz Hohlräume entstehen, die fast die ganze Dicke der Epidermis einnehmen. Man kann alle Uebergänge von geringer Blähung bis zur vollkommenen Auflösung der Zellen beobachten. Der Inhalt der so entstandenen Zysten erscheint im Schnitte feinkörnig und -fädig, mitunter auch hämorrhagisch. Eine wohlgebildete Epidermis mit all ihren charakteristischen Schichten ist nirgends auffindbar. In der Lederhaut fällt vor allem eine hochgradige seröse und hämorrhagische Durchtränkung sowie Vakuolenbildung auf, die in der obersten Schicht statthab. Das Flechtwerk der Bindegewebsbündel ist vergrößert; die Fasern sind homogenisiert. Kapillaren sind im nur andeutungsweise ausgeprägten Papillarkörper strotzend mit Blut gefüllt. Kleine Arterien sind nur vereinzelt zu sehen, ihre Wandung hyalin gequollen, das Lumen verschlossen. Im Zentrum 4 bis 6 aneinander gedrückte Endothelzellen, elastische Fasern ganz spärlich und aufgesplittet. Hier und da Anhäufungen von braunem, amorphem Pigment in Gesellschaft mit Rundzelleninfiltraten.

Wir haben gesehen, wie schwer die Zellveränderungen durch Röntgenstrahlen sein können. Auch Zellen, die aus den geschädigten gebildet werden, sind defekt, degeneriert; die ganze Zellnachkommenschaft ist entartet. Kommen hierzu noch andere schädliche Momente, wie z. B. Stauungen an den unteren Extremitäten; dann resultieren solche Bilder, wie beschrieben.

Wie weit ein Röntgenscha den in die Fläche und in die Tiefe reicht, läßt sich nicht sicher bestimmen, denn es wäre ganz falsch, anzunehmen, daß dort, wo die Teleangiektasien, die verschiedenen tropischen Störungen usw. enden, sich wieder gesundes Gewebe finde. Der Röntgenscha den reicht stets noch weit in das scheinbar gesunde hinein. Ich habe mich wiederholte Male überzeugen können, daß Operationsschnitte, die bei Röntgenscha den vorgenommen werden mußten, in — für Röntgengeschwüre typischer Weise zerfielen, in einem Gebiet, wo von einem sichtlichen Röntgenscha den keine Rede mehr war. An solches Vorkommen muß man denken, wenn man genötigt ist, bei derartigen Fällen zu operieren.

Es erübrigt uns noch, über Rezidive nach Röntgenulzera zu sprechen. Vielfach nennt man sekundäre Geschwürsbildung in röntgeschädigtem Gewebe Rezidivgeschwüre, wenn der Röntgenscha den ein augenfälliger ist und wenn es im Laufe der Zeit zu immer neuerlichem nekrotischem Zerfall kommt. Hier ist diese Bezeichnung nicht richtig. Von Rezidivgeschwüren können wir nur dann sprechen, wenn es zu einer Geschwürsbildung in den Narben kommt. Dies ist dann sehr häufig der Fall, wenn es nicht gelang, aus dem schlecht ernährten, degenerierten Geschwürsgrund solche Granulationen herauszuholen, die die Vorbedingung für eine solide Narbe hätte sein können. Wenn blasiges Gewebe von schlechter Haut gedeckt ist, zerfällt es natürlich sehr leicht wieder.

Nun noch zur Therapie: Am leichtesten liegen die Verhältnisse, wenn wir es mit einer primären Zellvernichtung durch Röntgenstrahlen zu tun haben. Wenn wir auch diese Geschwüre einer gewöhnlichen Verbrennung durch Feuer nicht gleichsetzen können, so weisen sie doch noch die größte Ähnlichkeit unter allen Röntgeschwüren mit einer gewöhnlichen Verbrennung auf. Sowohl bei der gewöhnlichen Verbrennung wie bei diesem Röntgeschwür steht im Vordergrund des Bildes der lokale Zelltod. Während

aber die Verbrennung ziemlich scharf begrenzt ist, geht beim Röntgeschwür das tote Gewebe in ein schwerst geschädigtes und dieses erst allmählich in das gesunde über. Immerhin aber haben wir es bei der primären Zellvernichtung durch Röntgenstrahlen mit Geschwüren zu tun, die eine noch reaktionsfähige Umgebung besitzen. Doch ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, diese Geschwüre rasch zur Heilung zu bringen. Und die ideale Heilmethode ist hier wie bei jeder Wundbehandlung die, die Abwehr- und Regenerationskräfte des Organismus anzuregen, ohne dabei auf das Gewebe einen ärgeren Reiz auszuüben. Sich auf den Standpunkt des gewöhnlichen Wundschutzes zu stellen, ist zu wenig. Auch ist es mit dem gewöhnlichen Wundschutz so eine Sache. Der sterile trockene Verband reicht vollkommen hin bei einer aseptisch gesetzten Wunde, die durch Naht verschlossen wurde. Bei einem Prozeß, der mit Sekretion einhergeht, ist er unzulänglich. Denn der trockene Verband vermag niemals das Eindringen von Bakterien abzuhalten; das sich zersetzende Wundsekret bildet für die Bakterien eine ausgezeichnete Brutstätte. Wo sich reichlich Bakterien befinden, kommt es auch zu reichlicher Toxinbildung. Und damit sind für eine Sekundärinfektion die Wege geebnet. Denn wir wissen, daß für eine Infektion eine bestimmte Mindestzahl von Bakterien erforderlich ist. Für die einzelnen Bakterienarten ist sogar diese erforderliche Mindestzahl experimentell erwiesen. Wo sollte der Grund für diese bekannte Tatsache liegen? Das Körpergewebe verhält sich einer bestimmten Anzahl von Bakterien gegenüber siegreich, einer größeren Anzahl gegenüber erliegt es. — Die größere Anzahl liefert eben mehr Toxine. Diese schädigen die Zellen, machen sie krank, vergiften sie. Die vergiftete Zelle ist wehrlos. Nur in das vergiftete Gewebe vermögen Bakterien einzudringen, in ihm vermögen sie sich auch zu vermehren. Von diesem Gesichtspunkte aus erklärt sich auch die Virulenz der Bakterien. Das hochvirulente, gesunde, aktive Bakterium ist ein fruchtbarer Toxinbildner. Gehört doch die Toxinbildung zu den normalen Lebensentäußerungen des Bakteriums. Bei der bestaunenswerten Fähigkeit der Bakterien von gänzlicher Inaktivität zu höchster Aktivität werden auch die Lebensentäußerungen und damit die Toxinbildung auf ein Minimum reduziert oder auch auf ein Maximum gesteigert.

Bezüglich der sogenannten indifferenten Salbenverbände ist zu sagen, daß sie niemals indifferent sind. Auch gewöhnliche Vaseline ist kein indifferenten Stoff. Zusätze von Kokain, Anästhesin, Orthoform und dgl. machen derartige Salben erst recht zu differenten Stoffen. Die Lokalanästhetika können in empfindlichen Geweben Nekrosen verursachen, röntgeschädigtes Gewebe erst recht vernichten. Von diesem Vorkommen habe ich mich wiederholte Male überzeugt. Uebrigens sind die Lokalanästhetika gar nicht geeignet, die Schmerzen bei Röntgenulzera zu stillen. Nur in den seltensten Fällen bringen sie Linderung. Durch die Lokalanästhetika wird die Sekretion vermindert und dadurch eine der wichtigsten Abwehrmaßnahmen des Organismus geschädigt.

Wir dürfen den Organismus in seinen Abwehrmaßnahmen unter keinen Umständen hindern; es genügt nicht, wenn wir ihn nicht stören, wir müssen ihn in seiner Säuberungs- und Bautätigkeit unterstützen. Ein Röntgenulkus muß sezernieren, um die vorhandenen Gewebsschlacken abzustößen; die lymphatische Gewebsausspülung muß unterstützt werden, um eine Sekundärinfektion zu vermeiden. Dem Zuwandern und der Tätigkeit beweglicher Körperzellen muß nicht nur freie Bahn gelassen werden; dieser wichtige Abwehrkampf muß vielmehr gefördert werden. Abgesehen davon, daß die Phagozytose sehr wichtig ist, muß das Bindegewebe, das den ganzen Aufbau zu bewältigen hat, in solche Bedingungen versetzt werden, daß es Granulationen zu bilden vermag. Der menschliche Organismus besitzt keine embryonalen Zentren, wie es die Meristeme der Pflanzen sind, die reparatorisch wirken könnten. Erst durch die Trephine der weißen Blutkörperchen wird das Bindegewebe in ein embryonales Ersatzmilieu versetzt. Es ist einleuchtend, daß nichts unternommen werden darf, was die Atmung der Zellen behindert. Zellen, die nicht nur ihre normale Funktion zu erfüllen haben, sondern überdies aufbauen müssen, müssen in optimale Atmungsbedingungen versetzt werden, besonders dann, wenn sie selbst, wie in unserem Falle, schwer geschädigt sind.

Ich habe bei meinem reichen Patientenmaterial mit meinen Präparaten, speziell mit Pasta Plumbi Dr. Reimer*), die gewünschten

*) Chem.-pharm. Werke des Landes Steiermark, Graz, Riesstr. 1.

gehabt; ich habe gefunden, daß sie den oben angeführten Eigenschaften nach Unterstützung der Abwehrkräfte des Organismus weichen. Gerade ihre Affinität zu den Lipoiden räumt meinen Körpern diese Sonderstellung ein, ferner ihre Eigenschaft, Stoffüberträger zu sein. Sie unterstützen die lymphavaganten chemotaktische Wirkung aus. Sie besitzen keine ätzenden Eigenschaften, da sie in Wasser unlöslich sind.

Die Charakteristika des Röntgenspätgeschadens haben wir besprochen. Eine Geschwürsbildung in solchem Gewebe habe ich keine klare Geschwürsbildung in röntgengeschädigtem Gewebe gesehen. Es ist verständlich, daß hier für den Körper die schlechtesten Bedingungen für seine reparatorischen Vorgänge und seine Regenerationsbestrebungen vorliegen. Wieder empfehle ich hier meine Pasta Plumbi. — Im allgemeinen sind Röntgenulzera konservativ zu behandeln. Doch gibt es Fälle, wo das Messer mithelfen muß. Ist der röntgengeschädigte Bezirk klein und die Möglichkeit vorhanden, einer Exzision die Lücke durch Naht zu verschließen, ist dies die kürzeste und schonendste Verfahren. Solche Fälle sind aber außerordentlich selten.

Selten ist es auch, daß ein Röntgenulkus mit dem Röntgenmesser exzidiert und der Defekt durch einen Lappen gedeckt werden kann. Auch hier muß es sich um einen bescheidenen, umschriebenen Prozeß handeln. Wird eine Transplantation versucht, der Lappen heilt nicht an, es bilden sich Nekrosen, das Sekret dann greifen Sie zu Pasta Plumbi. Besser Sie tun es früher. Bei in derartigen verzweifelte Fällen Reinigung, Entkeimung, komplette Anheilung des Lappens erreicht.

Wie wir haben erwähnt, daß das röntgengeschädigte Gewebe oft zu einer derben, narbigen Platten verändert wird, denen die typische verhärtete Haut wie eine Politur anhaftet. In diesem Gebiete kommt häufig zu Geschwürsbildung. Im allgemeinen sind diese Geschwüre konservativ mit Pasta Plumbi zu behandeln. Doch zeigt sich zu folgender Form: Es bilden sich größere oder kleinere Geschwüre, die von der nekrotischen, wie ein Schwamm durchsetzte Haut bedeckt sind. Das Sekret ist ausgesprochen wäßrig. Nekrosen haben keinerlei Neigung zur Abstoßung, doch zerfällt nicht der Grund, auf dem sie haften. Die derben Platten, auf die die Geschwüre sitzen, wirken auf die Abwehrkräfte des Körpers wie ein Filter. Solche Geschwüre müssen mit rundem Messer exzidiert werden, je nach dem Fall — in wechselnder Tiefe. Operationsfeld ist gleich post operationem oder, wenn eine starke Blutung auftritt, am nächsten Tage mit Pasta Plumbi zu behandeln. Unter Pasta Plumbi bleibt die Operationswunde frei von jeder unheiliger Reaktion; eine Infektion ist ausgeschlossen. Die Operationswunde bleibt wie ein anatomisches Präparat. Die Blutung nach solchen Exzisionen steht meist von selbst. Ligatur oder Umnaht ist zu vermeiden, denn beide führen zu Nekrose. Unter Pasta Plumbi setzt mächtige Sekretion ein, zunächst blutig-wäßrig, wenigen Tagen schon zellreich. Es kommt zu rascher Granulationsbildung und solider Ueberhäutung. Sollten einige Granulazirke glasiges Aussehen annehmen und klebriges Sekret abgeben, ist vorsichtig mit dem Lapisstifte zu ätzen. Nach Aushellen des Defektes erholt sich die Umgebung oft erstaunlich. Die derben Platten werden weicher, sogar Teleangiektasien bilden sich zurück, bräunlichen Pigmentierung Platz machend.

Auch wenn es zu Zerfall von Knochen gekommen ist, muß operiert werden; auch wenn der Zerfall fistulös in die Tiefe reicht, muß das Messer helfen. Doch rate ich, die Operationswunde stets unter Pasta Plumbi sich reinigen und heilen zu lassen. Wenn ein lange bestehendes, verjauchtes Röntgeschwür mit eitrigen Ränder angenommen hat, gibt es keinen Grund ab, operativ vorzugehen. Unter Pasta Plumbi schwindet das derbe Infiltrat, es folgt normale Heilung.

Wenn es in einem Röntgenulkus zu den oben beschriebenen Massen Wucherungen von matschem, zerfallsbereitem Gewebe gekommen ist, müssen diese Gebilde abgetragen werden.

Bei einem malignen entarteten Röntgeschaden kann nur die Operation helfen. Ob ein chirurgischer Eingriff überhaupt möglich ist, natürlich vom Sitz des entarteten Röntgeschadens abhängig.

Ein schwieriges Behandlungskapital stellt die Röntgendummose dar. Gegen die Pigmentverschiebungen ist nichts zu machen. Gegen die Teleangiektasien etwas zu unternehmen, ist gefährlich. Skarifikationen können Besserung bringen, doch dürfen sie nur gemacht werden, wenn tatsächlich nur die oberste Haut geschädigt ist und das Unterhautzellgewebe frei blieb. Insbesondere darf das Unterhautzellgewebe nicht im Sinne des Röntgenschadens narbig verändert sein.

Bei Hyperkeratosen sind schöne Erfolge zu erzielen, wenn Arzt und Patient genügend Geduld und Ausdauer besitzen. Bei flächigen aufsitzenden Schwielen ist die Sache schwieriger. Wo es aber zu Bildung von Hornkegeln kommt, findet man stets in der Basis dieser Kegel kleine Ulzerationen. Man exzidiert und läßt unter Pasta Plumbi heilen. Wenn der Eingriff in Lokalanästhesie ausgeführt wird, soll das anästhesierte Gebiet möglichst mitentfernt werden. Wo überhaupt tunlich, ist Lokalanästhesie zu vermeiden. Nie sollen wir vergessen, vor Vornahme eines operativen Eingriffes im röntgengeschädigten Gewebe die Patienten auf die Möglichkeit einzusetzen, den Zerfall des Gewebes aufmerksam zu machen.

Es kann nicht gesagt werden, daß Röntgenulzera seltener geworden sind. Unter den Röntgenologen schon. Das nichtärztliche Patientenmaterial hat kaum eine Verringerung erfahren. Verbesserungen der Apparatur und der Filter werden auch nicht die Röntgenshäden zum Aussterben bringen. Einzig und allein die Röntgenologen vermögen sie zu verhindern, wenn sie auf die individuelle Disposition des zu Bestrahlenden Rücksicht nehmen, worüber natürlich nur eine eingehende und sorgfältige Untersuchung vor der Prozedur Aufschluß geben kann.

Mitteilung aus der Praxis.

Diphtherieschutzimpfung und Bazillenträger.

Von Dr. S. KOSLOWSKY, Berlin-Lichtenberg.

Bei den aktiv gegen Diphtherie Geimpften ist es mir in einigen Fällen aufgefallen, daß in der Zeit von etwa 12 Stunden bis zu einer Woche nach der Impfung Fieber auftrat, das eine Rötung des Rachens und der Mandeln bis zur ausgesprochenen Membranbildung begleitete. Die Kieferdrüsen waren mehr oder weniger — im ganzen nicht erheblich — geschwollen. Der Rachenabstrich ergab einen positiven Befund. Auffallend war das schwach ausgeprägte Krankheitsbild: das Allgemeinbefinden war nicht wesentlich gestört, und wenn es zur Bildung der diphtherischen Membran kam, erfolgte diese nur langsam mit schrittweisem, fast zögerndem Fortschreiten.

Es ist selbstverständlich möglich, daß es sich nur um einen post hoc handelt. Aber da der Abstrich in den erwähnten Fällen einen positiven Befund ergab, zumal auch, nachdem ich aufmerksam geworden, einmal bei der kleinen gesunden, nicht geimpften Schwester im Rachenabstrich Diphtheriebazillen nachgewiesen wurden, und bei dem eigentümlich leichten Krankheitsverlauf, drängte sich mir der Gedanke auf, ob es sich vielleicht um Diphtheriebazillenträger handelt, die an und für sich genügend gerüstet sind, der Infektion standzuhalten; die geringste Verschiebung des offenen labilen Gleichgewichts läßt aber die Krankheit zum Ausbruch kommen (Ueberwiegen des Toxins über das im Körper vorhandene Antitoxin oder Reizwirkung).

Ich möchte betonen, daß ich meine Beobachtung zur Zeit nur in die Form der Mitteilung kleide, um weitere Aerztekreise dafür zu interessieren. Es handelt sich dabei keineswegs um etwas Endgültiges und als solches beweiskräftig Dargestelltes; dazu reicht mein Beobachtungsmaterial nicht aus. Sollte ich aber Bestätigungen finden und die Deutung anerkannt werden, so ergäbe sich daraus im Hinblick darauf, daß man ja, trotz meiner bisherigen Befunde, die Schwere einer ausbrechenden Diphtherie nicht voraussehen kann, daß bei jedem aktiv zu Immunisierenden vorher festgestellt wird, ob er Bazillenträger ist. Diese dürften dann nicht aktiv geimpft werden, oder aber — was richtiger ist — jeder, dessen Rachenabstrich positiv ist, müßte durch passive Immunisierung vorbereitet werden.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung, Leipzig, 15., Heft 1, Februar 1929.

136. Die Beziehungen der Geburten- und Frühgeburtenbewegung zur sozialen Lage in den Jahren 1912 bis 1927 auf Grund des Materials der Universitäts-Frauenklinik Leipzig. G. Schneider, Leipzig.

Ovulation bei einem Hunde nach Entwicklung eines linksseitigen Hodentumors. J. Heller, Berlin.

Ueber das Hymen. P. Orłowski, Berlin.
Die Frau im vaterrechtlichen Orient. (Fortsetzung.) Paul Kriche, Berlin-Lichterfelde.

Rosa Mayreder. Maria Kriche, Lichterfelde.
1274. Ehwandlung und Eheberatung. Max Hirsch, Berlin.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), Berlin, 135., Heft 3, Februar 1929.

119. Hyperplasie und Hypertrophie der Uterusschleimhaut. Max Beckmann, Wien.
Myoblasten im Uterus. R. Joachimovits, Wien.

Ueber die von Robert Meyer als „eine besondere Form von Karzinom bei Zwittern und scheinbar nicht zwitterigen Menschen beiderlei Geschlechts“ beschriebenen Tumoren. A. Babes, Bukarest.

1118. Salpingitis isthmica nodosa und Adenomyosis tubae. Oskar Frankl, Wien.
Der architektonische Aufbau der Gefäße der menschlichen Nachgeburst und ihre Beziehungen zur Entwicklung der Frucht. J. Shordania, Leningrad.

Ueber Antagonismus und Symbiose unter den Mikroben der menschlichen Scheide. A. A. Smorodinzew und M. J. Kott, Leningrad.

Die Gefrierpunktserniedrigung des mütterlichen und kindlichen Blutes. H. Füh und P. Wirz, Köln.

1120. Die Prinzipien der antisiphilitischen Behandlung der Schwangeren. E. Klasten, Wien.

1121. Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Präeklampsie. E. Klasten, Wien.

Archiv für Ophthalmologie, Berlin, 121., Heft 3, 1929.

Untersuchungen über die Brechung bei schiefer Inzidenz im menschlichen Auge. G. Caseio.

Die pupillomotorische und okkomodationsbeeinflussende Wirkung der autonomen Nervengifte bei relativ aufgehobener Blutkammerwasserschranke. Fr. Poos und G. Santori.

Experimentelle Untersuchungen über die Innervation der Pupille. J. Nitani.
„Grund“ und „Figur“ in ihrer Bedeutung für das Farbensehen der anomalen Trichomoten. Ernst Engelking.

Ueber die Entstehung der Farben des Tapetum lucidum und die Unterscheidung zwischen Tapetum cellulosum und fibrosum in den Augen von Haussäugetieren. H. Richter.

1106. Zur Frage der tuberkulösen Aetiologie der Iridozyklitis und zur Aetiologie der „Iridozyklitis mit unbekannter Ursache“. Frisch und Pillat.

Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen normaler Augengewebe nach Röntgenbestrahlung. I. und II. Mitteilung. W. Rohrschneider.
1103. Ueber Stauungspapille. Klinische, anatomische und experimentelle Untersuchungen. W. Kyrieleis.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), Berlin, 70., 3.
Zur chirurgischen Behandlung von Lungenabszß bzw. -gangrän. Lungenkollaps oder Pneumonie? L. Bräuer.

1206. Versuche an Meerschweinchen über die Virulenz des BCG-Stammes. L. Lange und Clauberg.

Die tuberkulöse Infektion des Menschen im Vergleich zu den übrigen bakteriellen Infektionen des Menschen. Le Blanc.

Filterbare Formen und Polymorphismus des Tuberkuloseerregers. O. Kirchner.
Meerschweinchenversuche zur Frage der filterbaren Formen. Lindemann und Bang Dscheng Li.

Nicht säurefeste Formen in Saponin-Glycerinbouillonkulturen. O. Kirchner.
Versuche an Ratten über den Einfluß des Vitaminmangels auf den Verlauf der Tuberkulose. K. Hagedorn.

Zur Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose. Stein und Schachsuwarly.
Kavernendiagnose mit Hilfe des diagnostischen Pneumothorax. Trenti.

1197. Ueber chronische Fieberzustände ohne nachweisbaren Organbefund. F. Jahn.
Zur Frage der Stenosenatmung. Anthony.
Zur Klinik und Pathogenese der Zwerchfellhernie. G. Adamy.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 9, 2. März 1929.

P. O. Unna. Zum Gedächtnis. J. H. Rille.
Resorbiert die Oberhaut Fettstoffe? Eugen Unna und Walter Fey.

1155. Die Bedeutung der Bestimmung der Eiweißrelation des Liquor cerebrospinalis für die Pathologie der Syphilis. V. Kafka.
L. Brocq, Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 83., Nr. 10, 9. März 1929.

Reaktionsprüfungen an Psoriasisefloreszenzen. Bettmann.

1173. Zoster generalisatus und Leukämie. Helmut Freund.
Ueber den syphilitischen Primäraffekt an der Vagina. J. H. Rille.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55., Nr. 4.
Gibt es eine wirksame Grippeprophylaxe? P. Schmidt.

1231. Narkosen durch Kombination steuerbarer und nicht steuerbarer Anästhetika. O. Gros.

Zur Deutung der negativen Schickschen Reaktion, insbesondere bei Säuglingen. E. Friedeberger und Fr. Heim.

1149. Ueber die Bedeutung der Komplementfixationsmethode für die Diagnose der Gonorrhöe. W. Scholtz und J. Dörfel.

Die Gefahren „partieller“ Seroreaktionen für Syphilitiker und Gesunde. H. Sowade.

Die Bekämpfung der Kindersterblichkeit bei der Geburt durch Neuordnung der Geburtshilfe. Max Hirsch.

Die Homöopathie im Wandel und Spiegel der Zeiten. E. Bastanier.
Können wir von der Homöopathie lernen? Hermann Freund.

Zur Biologie des Gonokokkus und zur Spezifität des Gonovitans. Alfred Cohn.
Zur Klinik und Pharmakologie des Dilauidids. Erich Simenauer und Hans Puffer.

1132. Novalgin als schmerzlinderndes Mittel bei Geburten. Christian Schmidt.

1225. Die Unterstützung der Reparation im Kindesalter durch Ferronovin. Albert Dingmann.

Frauenheilkunde. Karl Herold.
Die Berliner „Grippeepidemie“. R. von den Velden.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jg., Nr. 5.

1147. Blutzucker und Haut. G. A. Rost.

1232. Experimentelle und klinische Beobachtungen über die gefäßerweiternde Wirkung einiger Hypnotika, insbesondere kleiner sedativer Dosen von Chloralhydrat. Hans Guggenheimer und Irvin Fisher.

1183. Zur Adrenalin- und Ephetoninbehandlung der Adams-Stokesschen Krankheit. G. W. Parade und K. Voit.

Milchsäureausscheidung bei Sport. I. Snapper und A. Grünbaum.
Ueber das Schicksal der Patienten mit schweren Charakterveränderungen nach Encephalitis epidemica. Gottfried Engerth und Hans Hoff.

1254. Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei genuiner Epilepsie. Anne-Marie Brahn.

1187. Transitorische Hemiplegie. E. Kaufmann.
Die Anwendung und Bedeutung der Zysternen oder der Subokzipitalpunktion für den Praktiker. Ludwig Zweig.

Ostitis und Periostitis gummosa der Halswirbelsäule. Heinrich Wulfsohn.

1131. Unsere gynäkologischen und geburtshilflichen Lachgasanwendungen. Carl Schroeder.

Zur Frage des Impfschutzverbandes. Theodor Hoffa.

1145. Dysphagie in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Gerhard Rosenbaum.
Ein durch Infektiosität und serologisches Verhalten beachtenswerter Fall von Lues latens. Klütz.

Die epidurale Yohimbinbehandlung der Impotenz. Lissmann.
Ueber Erfahrungen mit Eutisol. Fritz Eisner.

Repititorium der Alterskrankheiten. III. Das Altersemphysem der Lungen. Hermann Schlesinger.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 1, 5. Januar 1929.

1226. Allgemeine Pathologie und spezielle Pathologie des Kieferknochens und der Wurzelhaut. H. Siegmund.

Die Pulpapathologie als Grundlage für die Wurzelbehandlung. Euler.
Apfelblß als Spur bei einem Einbruchdiebstahl. Nach einem Gutachten. H. Euler.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 2, 12. Januar 1929.

1227. Die Bakteriologie der Zahnpulpa und der Wurzelhauterkrankungen. Gins.
Pharmakologie und Pharmakodynamik der für die Pulpa- und Wurzelhauterkrankungen in Frage kommenden Mittel. Franz Müller.

Ueber die Klinik und Praxis der Wurzelbehandlung. Schlemmer.

1228. Kapillaruntersuchungen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen am Kiefer. Kurt Hunold.

Zur Pflege des Zahnersatzes mit Chloramin (Heyden). Oskar Heinemann.

Die Zahnbehandlung der Krankenkassen. Selka.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), 213., 3./4. Heft.

Beitrag zur Diagnose und operativen Behandlung maligner Tumoren der Papilla Vateri und des Pankreas. Gustav Dencks.

1196. Das spontane Bauchdeckenhämatom. Gustav Dencks.
Alarmierende Bauchsymptome bei inneren Erkrankungen. R. Ehrmann und Heinz Taterka.

1202. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose bei Kindern. I. Začek und A. Sonnenfeld.

Zur Kenntnis der intrathorakalen Flimmerepithelzysten. Heinrich W. E. Ehlers.

Interferometrie und innere Sekretion. Martin Landsberg.

1112. Avertinnarkose. Erwin Hahn.

1114. Händedesinfektion. Erfahrungen mit Vasoformpuder. H. E. Süßbach.
Ueber Knochenzysten. Georg Thiemke.

Ueber gonitale Synostose zwischen Radius und Ulna. Carl August Böckh.
Ueber Symphysenluxationen und ihre Behandlung. Emil Timm.

Ueber Spätfolgen nach Perthescher Krankheit. Mühlbradt.
Beitrag zur Pathologie der Geschwülste des großen Netzes. Kurt Strauß.

1189. Ueber perforierte Magen- und Duodenalulzera. Hans Wolff.
Ein Fall von tödlicher Magenblutung nach Talmacher Operation. H. Egel.

Ein Beitrag zur Frage der Appendicopathia oxyurica. Heinrich W. E. Ehlers.
Zur Differentialdiagnose der Splenomegalien. Heinrich W. E. Ehlers.

1194. „Spontanruptur“ der Milz. Jakob Schachnowitz.
Ueber doppelseitige Nieren- und Harnleiterssteine. Erich Renter.

1285. Röntgenbehandlung der Speichelfistel durch temporäre Ausschaltung der Parotis. Curt Wittkowsky.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 2, 1929.
Dürfen wir Geschlechtskrankheiten homöopathisch behandeln? (Schluß.) Planer.

1234. Argentum nitricum. Hellweg.
Die Behandlung der Lungentuberkulose. Biller.

Hippokrates (Hippokrates), Stuttgart, I. Jahrgang, Heft 5.
Versuch einer endokrinen Physiognomik. Riese.

1176. Neue Wege zur Behandlung des Basedow. Aschner.

1192. Neuere Gesichtspunkte zur konservativen Therapie Gallensteinkrankheit. Blond.

1137. Die Pathologie Hahnemanns. Stiegele.
Goethes Farbenlehre. Gablonski.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jg., Nr. 4.

Wandlungen des Konstitutionsproblems. Julius Bauer.
Die diagnostische Bedeutung der Röntgenstereoskopie. Werner Teschendorf.

1120. Weitere Untersuchungen zur Darstellung, Biologie und Klinik des Hypophysenvorderlappenhormons (Prolan). Bernhard Zondek.
Ueber den Zeitpunkt des Eindringens der Tuberkelbazillen in die regionären Lymphdrüsen und in die Blutbahn bei kutaner Meerschweinchenimpfung. H. Martenstein.

1166. Scharlachübertragung und Lüftungsstationen. G. Joudalewitsch, B. Leschkow und O. Bauer.

1186. Permanenter Knotenrhythmus mit Anfällen von Bewußtlosigkeit, verursacht durch Kammerflattern. Wilhelm Dressler.

1142. Tonsillektomie mit Diathermie. E. Aron.
Ueber Aszitespathogenese. Poul Iversen.
Gonoflavinebehandlung der Gonorrhöe. C. L. Karrenberg.

Erwiderung. E. A. Burmeister.
Krebszelle und Glycerinaldehyd. Bruno Mendel.
Tuberkuloseallergie und Bazillienstamm. Pagel.
Ein Fall von Spiraldrehung des Oesophagus. D. M. Levy.
Die klinische Bedeutung des Geruchs. Th. Janowski.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jg., Nr. 5.

Klinische Gesichtspunkte zur Prognosestellung bei der Lungentuberkulose. Franz Redeker.

1267. Grenzen, Möglichkeiten und Erfolge poliklinischer Psychotherapie. E. Wittkower.

1178. Weiterer Beitrag zur Blutzuckerregulation, Fett- und Kohlehydratstoffwechsel. F. Depisch und R. Hasenöhrl.

1180. Ueber das Auftreten von temporärem Hyperthyreoidismus während der Insulinkur. F. Högl.

Die gruppenspezifische Differenzierung der menschlichen Organe. II. Die gruppenspezifische Differenzierung des Menschen während der Ontogenese. O. M. Semzowa und A. A. Terechowa.

Ueber die endonasale Applikation des Insulins. H. Wassermeyer und A. Schäfer.

Die Eignung der Citocholextrakte zu den verschiedenen Formen des serologischen Luesnachweises. H. Sachs und E. Witebsky.
Zur Blutmorphologie der lymphoidzelligen Angina bei supravitaler Färbung. Karl Lorentz.

1184. Untersuchungen über den Rumpel-Leedeschen Stauungsversuch, insbesondere bei inneren Erkrankungen. Mich. Schour.

Der Arbeitssauerstoffverbrauch von Basedowkranken und Basedowiden. H. Herxheimer, R. Kost und K. Lange.

Ueber das Verhalten der Perspiratio insensibilis und des Körpergewichtes bei dekompensiertem Kreislauf. E. Zak.

Ophthalmoplegische Migräne mit ungewöhnlichen Symptomen. Karl Pakozdy.
Die Parodontosenkrankungen. Hoffmann.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 3, 18. Januar 1929.

1223. Die Behandlung der Rachitis. Leo Langstein.
Bemerkungen zur Frage der Asthmaätiologie und der Allergien überhaupt. K. Hansen.

1188. Sauermilchen für die Behandlung von Abdominalerkrankungen. Julius Kleeberg.

1248. Zur Klinik des sogenannten „Pseudotumor cerebri“. (Schluß.) Emil Redlich.

1207. Die Goldbehandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose. L. Rickmann.

1153. Behandlung der chronischen Gonorrhöe der Frau mit Lebendvaccine (Gonokokkenkulturen) unter besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate. Alfred Loeser.

1108. Ueber das Vorkommen hämolytischer Streptokokken bei Gesunden und seine Bedeutung für die Scharlachprophylaxe. Kurt Meyer und Walter Löwenberg.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. (Fortsetzung.) Werner David.

1235. Ephetoninwirkungen auf Magen und Darm. Walter K. Fränkel.
Luminal in der allgemeinen Praxis. W. Blumenthal.

Die Behandlung der Portloerose mit Tierkohle (Aristocarbon). Eduard Tichy.
Stau-Schelle. Leopold Feilchenfeld.

Dienstbeschädigung für Nierenentzündung abgelehnt. v. Schnitzer.
Neuere Uebersicht über die Beziehungen von Malaria und Impfmalaria zur Neurolues. Sammelreferat. Hans Ziemann.

Gesundheitsfürsorge und Heilstättenbehandlung der Zuckerkrankheit. Ernst Lyon.

Die ärztliche Standesbezeichnung. Schlager.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 4, 25. Januar 1929.

Die Ueberempfindlichkeitserkrankungen der Haut. Wilhelm Frel.

1170. Infektionen des Menschen durch das Bacterium Abortus Bang. Carl Prausnitz.
Umfänge über Ursache und Behandlung chronischer Gelenkkrankheiten. Einleitender Aufsatz. A. Laqueur. Aussprache. Hermann Schlesinger.

J. van Breemen, Morawitz, P. Köhler, Krebs.

1163. Ueber die Joachimstaler Bergkrankheit. (Vorläufige Mitteilung.) Julius Löwy.

1167. Die Anginen. Arthur Elkeles.

1177. Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit natürlichen Kohlen-säuregasbädern. Kretschmer und Wessel.

Muskelrheuma und Tastmassage. Erste Mitteilung: Erkennung und Behandlung der rheumatischen Muskelhärte. Walter Ruhmann.

Ueber gegenseitige Beeinflussung von akuten Infektionskrankheiten. (Masern und Keuchhusten.) Kurt Ochsenius.

1107. Ueber neue haltbare Dysenterie-, Gärtner-Paratyphus- und Proteus-X19-Diagnostika. Friedrich Höder.

Ditonal, ein neues gynäkologisches Schmerzstillungsmittel. (Sedativum und Hypnotikum.) Wilhelm Däker.

Zur Anwendung von Phosphorsalzen als Tonika und Roborantia in Form von Phytin in der Behandlung Tuberkulöser. Erich Basch.

Zur Behandlung der Säuglingslues mit Spirocid. Margarethe Danzer.

Neue Kopfelektroden für die Diathermie usw. F. Haller.

Dienstbeschädigung für Hochdruck und Aderverkalkung angenommen. v. Schnitzer.

Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. Otto Strauß.

Erfahrungen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. A. Buschke und F. Jacobsohn.

Die neue Grippewelle in Amerika und Europa. B. Möllers.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 3, 19. Januar 1929.

1271. Zur Statistik des chronischen Gelenkrheumatismus. Jacques Kroner.
Die rheumatischen Erkrankungen in der Kankenversicherung. Paul Reckzeh.

Behandlung der Blutung in der Geburtshilfe. (Fortsetzung.) E. Sachs.

Vergiftung mit Cantharidenpulver. Hartmut Czerwonka.

1195. Appendicopathia oxyuriaca. Ulrich Hammer.

1125. Conglutatio orificii externa. Aus der geburtshilflichen Praxis. Storp.

Hydrotherapie des praktischen Arztes. Paul Grabley.

Lücke im Strafgesetz? (Vgl. Med. Welt 1929, Nr. 1 und 2.) Der Standpunkt der freipraktizierenden Psychiater. Werner Leibbrand, Otto Juliusburger.

1275. Sterilisierung der Verbrecher. (Schluß.) Fritz Reuter.

Lobelin- und Kardiazolinjektionen durch Läten? (Vgl. Med. Welt 1929, Nr. 2.) Die Stellungnahme des Reichsgesundheitsamtes.

Heilmittel und Indikationen des Bades Ems. J. Diener.

Die Gripperepidemie 1918 in Südafrika. Kriele.

Beitrag zu Gotthold Ephraim Lessings Krankengeschichte. Zu seinem 200. Geburtstag am 22. Januar 1929. Erich Ebstein.

Eine vergrippte Angelegenheit. Annemarie von Bila.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 4, 26. Januar 1929.

Grippe in Berlin. Das Hauptgesundheitsamt. E. Seligmann. Der Epidemiologe. Georg Jürgens. Der Praktiker im Westen. H. Heine. Der Praktiker im Norden. Selma Held. Der Kinderarzt. S. Bittenwieser. Im Hospital. Jaques Kroner.

1253. Influenzaneuritis. Carl Weiß.

1160. Wann soll man Prostataktomie operieren? J. J. Stutzin.

Intravesikale Diagnostik und Therapie. Ernst Ruge.

Röntgenstereoskopie einst und jetzt. Max Cohn.

1282. Durchleuchtungserfahrungen bei durch Rotlicht erhelltem Raum. Georg Heinrich Schneider.

Zur Hellerschen Probe des Nachweises von Blut im Urin. Becker.

Harnsäureausscheidung und Urinreaktion. J. Goldberger.

Spirocid als Heilmittel bei Infektionen der Harnwege und der Haut. J. Stöhr.

50 Jahre Balneologische Gesellschaft. Eduard Dietrich.

Indikationen und Kontraindikationen unserer Heilbäder im Lichte von Empirie und Wissenschaft. F. Krone.

Hygiene und Kultur der Unterkleidung. Helene Dähle.

Monatsschrift für Kinderheilkunde (Mtschr. f. Kindheilk.), Leipzig, 42., Heft 1/5.
Festschrift für Arthur Keller.

1219. Ueber Knochenkrankungen bei intestinalem Infantismus. Baumann.

1214. Encephalitis interstitialis congenita Virchow. Berkholz.

1224. Ueber Pigmentierung der Haut nach Vigantoldarreichung. Bernheim-Karrer und Zaruski.

Ernährungsversuche mit kohlehydratangereicherter Vollmilch. Bessau.

Ueber den Bau von Kinderkliniken. Birk.

Ueber die semiotische Bedeutung der offenen embryonalen Fontanellen und weitere Beiträge zur Kenntnis der okkulten Hydrozephalie. Bokay.

Ueber Asthmabronchitis. Czerny.

1115. Ueber die Entstehung von Mißbildungen. Debrunner.

1162. Zur Pathogenese der Schrumpfnieren im Kindesalter. Einecke.

1216. Klinische Beobachtungen über Herpeserkrankungen im frühen Kindesalter. Eliasberg.

1213. Zur Frage der chronischen Blutdrucksteigerung im Kindesalter. Faerber.

Zur lymphatischen Reaktion beim Kinde. Ein Fall von Aleukie nach Nirvanol. Feer.

Ueber das akute Auftreten tuberkulöser Halsdrüsentumoren. Fernbach.

Meerschweinchenkorbut bei Frauenmilch. Frank.

Chronische Abwehr des Organismus gegen azidotische Einflüsse. Freise.

Ueber eine sehr leichte und doch folgenschwere Ernährungsstörung des Säuglings, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis pseudohypogalaktischer Zustände. Freund.

Uebertragung der Spirochaeta pallida aus Lymphknoten eines latent syphilitischen Säuglings auf Kaninchen. Hamburger.

1218. Klinischer Bericht über 165 Fälle von spinaler Kinderlähmung der Leipziger Epidemie 1927. Hässler.

Ueber die Behandlung des Tetanus im Kindesalter. Heim.

Arzt und Erzieher. Heller.

Eine eigenartige Wachstumsstörung im Kindesalter. Hühne und Schönfeld.

Die Wasserbilanz des ernährungsgestörten Säuglings. Jahr.

Die klinische Bedeutung des kapillarskopischen Bildes am Nagelfalz von Kindern. Karger.

1217. Intermittierendes Fieber und Schüttelfröste beim Kinde. Kleinschmidt.

Die Anwendung des Pneumothorax bei Pneumonien im Kindesalter. Klotz.

Hausinfektionen auf der Boxenstation. Knöpfelmacher.

Ueber die Wirkung der Wärme auf die Tätigkeit der Speicheldrüsen bei Kindern. Krasnogorski.

Dermatitis exfoliativa (Ritter) und Erythrodermia desquamativa (Leiner). Leiner.

- Zur Klinik der infektiösen Erkrankungen der ableitenden Harnwege im Kindesalter. Mettenheim.
- Indikationen und Kontraindikationen bei der Entsendung der Kinder zur Erholung ans Meer und ins Gebirge. Moll.
- Ueber die Kataphorese von Kuhmilch und Frauenmilch. Mommsen.
- Kindertuberkulosefürsorge für Freiburg und das badische Oberland als Beispiel einer vollständig ausgebildeten Fürsorge für tuberkulöse und tuberkulös gefährdete Kinder. Noeggerath und Viethen.
- Neue Erkenntnisse auf dem Gebiete der Lungentuberkulose im Kindesalter. Opitz.
- Rattenanämie und Leberbehandlung. Orban.
- Tetanie der Neugeborenen. Pelper.
- Säuglingsintoxikation und Bluthirnerkranklichkeit. Rosenbaum.
- Ketonämisches Erbrechen und Insulintherapie. Schiff.
- Ueber rezidivierende Parotisschwellung. Steinitz.
- Theorie der exsudativen Diathese. Stoltz.
- Die Behandlung der Ruhr des Säuglings und Kleinkindesalters mit Sahnegemischen. Uffenheimer und Lamprecht.
- Die Atemzahl des gesunden Kindes. Vogt.
- Wann beginnt die Ansteckungsfähigkeit des Scharlachs. Weigert.
- Aus der sozialhygienischen Praxis des modernen Schularztes. Welde.
1168. Ueber fieberhaften scarlatiniformen Rash bei Masern. Wieland.
- Studien zur Blutgerinnungslehre. Wiener.
- Monatsschrift für Kinderheilkunde** (Mtschr. f. Kinderheilk.), Leipzig, 42., Heft 6.
- Ein Beitrag zum Krankheitsbild des Pemphigus hereditarius. Kuse.
- Ein Beitrag zur Kenntnis der Sekretionsvorgänge der Brustdrüse von Säuglingen. Jaroschka.
- Ueber eine Beobachtung am Auge junger Säuglinge. Jaroschka.
1255. Kasuistischer Beitrag zur Encephalitis post vaccinatum. Walenta.
- Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie** (Mtschr. Psychiatr.), Berlin, 71., Heft 3/4, Februar 1929.
1260. Dyspraxie und Agraphie. H. Liepmann.
- Entstehung schizophrener Krankheitssymptome. H. Seefert.
1252. Rentenneurose. H. Schwarz.
1246. Beugetonus der Finger und Kleinhirn. E. Levinger.
- Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie** (Mtschr. Psychiatr.), Berlin, 71., Heft 5/6, März 1929.
- Ueber die Angst. H. Marcuse.
1261. Kongenitale Wortblindheit. E. Illing.
1269. Somatische Reaktionsweise Hypnotisierter. E. Klemperer und M. Weissmann.
1268. Vestibularfunktion, Schlafstellung und Traumleben. H. Hoff.
- Hyperkinetische Symptome auf dem Gebiete der Stimme. J. Wilder.
- Reichsgesundheitsblatt** (Reichsgesundheitsbl.), Berlin, Nr. 11, 1929.
- Neuere Untersuchungen über die Dauerpasteurisierung der Milch in modernen Apparaten, besonders über die Leistungsfähigkeit dieses Verfahrens hinsichtlich der Abtötung von Krankheitserregern in der Milch.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 2, 1929.
1153. Ueber die Prognose der Lues, vom Standpunkt der antiluetischen Therapie betrachtet. Max Tietche.
- Ueber tödliche Komplikationen im Verlaufe der Angina lacunaris. E. Schlittler.
1159. Ueber Nierenkrankheiten. Ferdinand Lebermann.
- Ueber Rückenbeschwerden. M. Dubois.
- Mikroskopischer Nachweis und Hoch-Substerilisationszüchtung thermoresistenter Keimzellen aus menschlichem Karzinom, aus Teer und Silikaten. Carl Spengler.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift** (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 3, 1929.
- Die durch Schistosomen erzeugte Leberzirrhose und Milzschwellung. M. Askanazy.
1265. Ist die Calmettesche Schutzimpfung ganz gefahrlos? J. Bernheim-Karrer.
1111. Vom Antivirul. A. Besredka.
- Ueber das Problem der Organotropie. Ursachen der speziellen Lokalisation der Dermatomykosen auf der Haut (Dermatotropie und Herotropie). Bruno Bloch.
- Ueber Resistenzabnahme der Knochen bei Fluorkachexie. H. Christiani.
- Ueber Enterokokken. A. Dittza.
- Pathogene Anaerobier und Wasserstoffionenkonzentration. S. Ducret.
1165. Der Einfluß der Reinigungszentrifuge auf den Bakteriengehalt der Milch. M. Duggelb.
- Soziale Medizin** (Soc. Med.), Berlin-Charlottenburg, Nr. 2, 1929.
- Aufgaben und Probleme der Sozialgynäkologie und Frauenkunde. Niedermeyer.
- Morbiditätsstatistik und Völkerbund. Roessler.
1273. Wie treibt man rationelle Eheberatung. Ludwig Lewisohn.
1272. Aus der Begriffswelt der Reichsversicherungsordnung. Chr. Riedel.
- Der Begriff der Krankheit. W. Rink.
- Die Heilbehandlungspolitik der deutschen Invalidenversicherung vor und nach dem Kriege. H. v. Waldheim.
- Die Verwendung von Porzellanwurzelzähnen bei Brückenersatz. Th. Lewald.
- Strahlentherapie** (Strahlenther.), Berlin, 30., Heft 3.
1291. Zur Technik der Röntgentherapie chirurgisch-tuberkulöser Erkrankungen. Jos. Palugay.
1122. Zur Strahlenbehandlung von Entzündungen der weiblichen Anhangs. H. Kamnitzer, St. Simon.
- 13 Jahre Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. G. Gambarow.
1293. Die Dauerheilung des Uteruskarzinoms nach Radium- und kombinierter Radium-Röntgenbehandlung. Wilh. Lahm.
- Die erweiterte Behandlung des Mammakarzinoms. F. Nahmmacher.
- Ist bei der Erreichung der Dauerramenorrhö eine Abstufung der Röntgendosis möglich und erwünscht? Hans Weigand.
- Die Röntgentherapie bei Purpura haemorrhagica menstrualis. G. H. Schneider.
- Zur Frage des Grundvorgangs der biologischen Strahlenwirkung. Fr. Dessauer.
- Ueber biochemische Röntgenstrahlenwirkung auf die proteolytischen und anderen Prozesse in vivo und in vitro. R. Gassul, R. Polakov.
- Ueber den Einfluß schwacher Röntgenbestrahlung der Ovarien auf die Nachkommenschaft bei weißen Mäusen. A. I. Krupski, M. F. Eisenberg.
- Azimutale Härte- und Intensitätsverteilung der Streustrahlung von sehr harten Röntgenstrahlen in einem niederatomigen Streuer. G. Goldhaber.
- Die Frage der Dosimetrie von Röntgenstrahlen. B. Rajewsky.
- Beitrag zur Frage der Normierung der kleinen Ionisationskammer. R. Jaeger.
- Vergleich der französischen und deutschen R-Einheit für die in der Dermatologie angewandten Strahlungen und Filter. K. Gawalowski.
- Bestimmung des Reflexionsvermögens von Metallen und Reflektoren für ultraviolette Strahlen mittels Kadmiumzelle und Elektrometer. A. Rüttenauer.
- Eine verfeinerte Methode zur Auswertung von Röntgenaufnahmen. F. Danne Meyer.
- Vergessene Pioniere der Lichttherapie. L. Freund.
- Internationale Röntgeneinheit.
- Strahlentherapie** (Strahlenther.), Berlin, 30., Heft 4.
1283. Ueber die Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. G. Holzknicht.
- Ueber die Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. G. Schwarz.
- Die oligosymptomatischen Thyreotoxikosen und deren Röntgenbehandlung. F. Pordes.
1284. Die Radiumtherapie der Basedowschen Erkrankung. F. Gudzent.
- Röntgenbehandlung der Gehirntumoren. E. H. Michalowski.
- Der prognostische Wert des „histologischen Malignitätsindex“ und der „klinischen Einteilung“ der Zervikalkarzinome des Uterus. W. C. Hueper, H. Schmitz.
- Einige Untersuchungen über die Kreislaufveränderungen der Haut nach Bestrahlung mit verschiedenen Lichtquellen. H. Haxthausen.
- Die Veränderungen der quergestreiften Muskulatur nach Röntgenbestrahlungen im Tierexperiment. L. Fedder, H. Hellner.
- Einfluß der Strahlenenergie auf das Eiweißmolekül. J. P. Mitschchenko.
- Beiträge zur Rückstreuung II. B. Rajewsky.
- Die Strahlen-Wärmereaktion der Haut. I. Mitteilung: Klinische Studie. Ph. Keller.
- Der hygienische Wert des ultraviolett durchlässigen Fensterglases. H. Pfeiderer.
- Die Dreifelder-Epilationmethode bei parasitären Erkrankungen der behaarten Kopfhaut. J. Liebersohn, M. Wassilewski.
1287. Ueber Röntgenbestrahlungen der Milz und Leber bei Lupus und anderen Hautkrankheiten. F. Thedering.
- Ueber eine Fehlerquelle der Röntgendosismessung. I. Trossel.
- Resultate der Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen (Prostatahypertrophie, maligne Tumoren, chirurgische Tuberkulose, Kropf und Basedow). H. Tiemann.
- Strahlentherapie** (Strahlenther.), Berlin, 31., Heft 1.
1286. Abhängigkeit der Röntgenstrahlenempfindlichkeit vom Zellalter? Beobachtungen bei der Epilation. H. Holthausen.
1293. Zur Kasuistik der Strahlenerfolge bei Tumoren. R. Werner.
1294. Unsere Erfahrungen über 25 Fälle von Knochensarkomen, welche mit Röntgentherapie behandelt worden sind. H. Holfelder.
1290. Die Strahlentherapie der Hirntumoren. A. Béciré.
- Ein durch Röntgenstrahlen geheiltes Riesensarkom. F. Gal.
- Ueberraschende Besserungen durch kleine Röntgendosen in als unrettbar angesehenen Uteruskarzinomfällen. F. Gal.
- Ueber Röntgenerfolg bei einem Wirbeltumor. E. Mühlmann.
- Resultate der Strahlenbehandlung bösartiger Tumoren der Schilddrüse. U. V. Portmann.
- Neue Ausblicke für die Röntgentherapie der Schilddrüsenerkrankungen. R. Sielmann.
- Zur Röntgentherapie des leukämischen Priapismus. P. Krause.
- Die Röntgentherapie der chronischen Arthritiden. K. Käding.
- Die Behandlung klimakterischer Erscheinungen durch Röntgenbestrahlung der Ovarien. F. M. Groedel.
- Versuch einer Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen im Kindesalter. W. v. Wieser.
1289. Röntgentherapie der multiplen disseminierten Sklerose. K. W. Ipatoff, A. A. Romanowa-Leskowa.
- Aus den ersten Jahren der Röntgenoberflächenbehandlung. A. Köhler.
- Thallium oder Röntgenepilation der Kopfmücken. Therapeutischer Vergleich und klinische Beobachtungen. W. Heuck, J. Vonkenne.
- Experimentelle Untersuchungen an Askarienseiern über die Wirkung der fraktionierten Röntgenbestrahlung. Kahlsdorf.
- „Haardheim“, Heilstätte für Knochen- und Gelenktuberkulose des Landkreises Recklinghausen. H. Klein.
- Wiener klinische Wochenschrift** (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 5.
- Biologische Beziehungen der klinischen Psychiatrie. Pözl.
- Pathogenese des Rheumatismus infectiosus. Lenz.
- Hypertonie und Atmung. Tirala.
- Nase und Allgemeinbefinden. Hefer.
- Die Füllung des Uterus. Popovic.
- Die Appendizitis in ihren Beziehungen zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Fabricius.
- Erwidern auf obige Bemerkungen. Zacherl.
- Augenstörungen als Zeichen nervöser Erkrankungen. Lauber.
- Die Unterscheidung intraabdomineller von urogenitalen Erkrankungen. Blum.
- Wiener klinische Wochenschrift** (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 6.
- Wege und Ziele physiologisch-chemischer Forschung. Fürth.
- Ist der Stamm B. C. G. ein Virus fixe? Schweinburg.
- Zum Krebsproblem. Bruda.
- Zur Unterscheidung der Ratinbakterien und anderer rattenförender Bakterien vom Bacterium enteritidis (Gärtner). David.

- Ergebnisse und Indikationen der Fieberbehandlung mit Pyrifur bei Nervenerkrankungen. Mandl und Sperling.
Ueber dringliche Darmoperationen. Schnitzler.
1143. Die Kehlkopftuberkulose. Wessely.
Zur Pathogenese des Rheumatismus infectiosus. Lenz.
Pneumothoraxbehandlung und Anstaltsaufenthalt. Pick.
Wodurch kann die Dauer einer Keuchhustenerkrankung wesentlich verlängert werden? Pospischil.
Schädliche Wirkungen der Atemübungen. Hofbauer.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 7.
1109. Perkutane Immunisierung. Löwenstein.
Die Behandlung der Tuberkulose mit lebenden Tuberkelbazillen. Kutschera-Alchbergen.
Differentialdiagnose des Pankreaskopfkarcinoms. Narbeshuber.
Männliche Osteomalazie und Vigantol. Goldstein.
Psychotherapie. Raimann.
Dringliche Darmoperationen. Schnitzler.
Endotheliome der Mundhöhle. Falta.
1251. Prophylaxe der nächtlichen Wadenkrämpfe. Gaertner.
Fortschritte in der Therapie der Neuritis und Polyneuritis. Albrecht.
Fortschritte in der Behandlung entzündlicher Adnextumoren. Heidler.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 8.
- Die mikroskopische Erkennbarkeit bösartiger Gewächse. Maresch.
Die Unterdrückung des Anfalles einer paroxysmalen Tachykardie durch Druck auf den Sinus caroticus. Danielopolu.
Grundlagen der Schmerzbehandlung. Spiegel.
Diphtherieschutzimpfung mit der Löwensteinischen Toxoidsalbe. Löwy.
1220. Behandlung der Amöbendysenterie bei Säuglingen. Teitel.
Hypophysen-Zwischenhirnsystem und Fettstoffwechsel. Raab.
Ueber den Mechanismus der Resorption und die Beeinflussung der Wirkung von Heilmitteln durch die Applikationsart. Knäfl-Lenz.
1140. Moderne Indikationen zur Tonsillektomie. Kofler.
- Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenheilk.), Berlin, Heft 3, Februar 1929.
Die Festigkeit der Hornhaut und der Grenzring von Schwalbe. H. Fuchs.
1104. Vererbung der Recklinghausenschen Krankheit. E. Ackermann.
Einige anatomische Details und Varietäten im knöchernen Aufbau der Tränensackgegend. K. Kofler.
Augenerkrankungen bei dem Denguefieber. J. Bistis.
- Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Z. Geburtsh.), Stuttgart, 94., Heft 1.
1127. Die Geburt in Streckhaltung des Kindes. F. Kermouner, Wien.
1129. Peritoneale Adhäsionen des graviden Uterus unter der Geburt. K. Meyerhoff, Gießen.
Versuche über den Einfluß der Ernährung auf den Eintritt der Geschlechtsreife und das weitere Verhalten des ovariellen Zyklus. W. Neuweiler, Bern.
Die Hysterosalpingographie. N. Temesváry, Breslau.
Histologische Befunde an zwei vorbestrahlten und dann radikal operierten Vulvakarzinomen. R. Marcus, München.
Was erreichen wir mit der Anstaltspflege kleinster Frühgeburten? O. Kort-hauer, Bremen.
1121. Ueber das Schicksal der frühgeborenen Kinder in der ersten und späteren Lebenszeit und über ihre Pflege. Theo Steinforth, Essen.
1111. Der Kernikterus der Neugeborenen. Günther Huwer, Jena.
Weiterer Beitrag zur klinischen Diagnose des atypischen Epithels am Muttermund. H. Hinselmann, Altona.
Dermoidale und epidermoidale Zysten und endometrioiden Bildungen im Ovarium. R. Brühl, Berlin.
Ein Beitrag zur Abortfrage. R. Commichau, Jena.
- Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten (Z. Hyg.), Berlin, 110., Heft 1, 1929.
Beitrag zum biologischen Verhalten der Pneumokokken. L. Haendel und L. Lange.
Einwirkung keimtötender Stoffe auf Tuberkelbazillen. E. Hailer.
Streptokokkenhämolyse und Zusammensetzung des Nährbodens. H. Dold und E. Jochimsen.
Praxis der Paratyphusbekämpfung. Rimpian.
Elektrosmose in Bakteriologie und Serologie. O. Ornstein.
Adsorption und Desinfektion. Versuche mit Phenol und Phenolderivaten. G. Lockemann und W. Ulrich.
Toxine europäischer Vipern. R. Otto.
Erzeugung syphilitischer Liquorveränderungen. G. Blumenthal.
Anaphylaxie und Atople. L. Adelsberger.
Epidemiologie der Malaria. C. Schilling.
Darmflora Karzinomkranker. F. Kauffmann.
Anreicherungsverfahren für die Typhus- und Paratyphusdiagnostik. W. Silberstein.
Vakzineinfektion zur Erforschung von allgemeiner Infektion und Immunität. H. A. Gins.
1110. Schwächung der Resistenz gegen Infektionen durch die Serumkrankheit. U. Friedemann.
Phagozytoseversuche in der Gewebeskultur. H. Loewenthal und G. Misch.
Paratyphus-Newportbazillen in Deutschland. F. Kauffmann.
Wirksamkeit von Blei- und Zinnverbindung auf Tumorstadium. W. H. Collier.
Typenspezifität, Virulenz und Pathogenität bei Pneumokokken. O. Schiemann.
Abwehrkraft der normalen Schleimhaut gegen Infektionen. W. Levinthal.
Immunisierende tuberkulöse Kindheitsinfektion und Superinfektion im späteren Alter. B. Lange.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), Dresden und Leipzig, 21. Jahrg., Heft 3.
Ueber gespaltene und sogenannte überzählige Herztöne. M. M. Gubergritz.
Die Messung des diastolischen Blutdruckes. Paul Engelen.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), Dresden und Leipzig, 21. Jahrg., Heft 4.
Die Behandlung des Hydrops. Gottfried Hübener.
Ueber eigenartige Ausgänge der Periarthritis nodosa. Martin Nordmann und Hans Reuys.
- Zeitschrift für Medicinalbeamte (Z. med. Beamte), Berlin, Nr. 4, 1929.
Gerichtsärztliche Betrachtungen und Wünsche für eine künftige reichsgesetzliche Regelung des Feuerbestattungswesens. Dyrenfurth.
1266. Zunahme der Geisteskrankheiten? Wollenweber.
Infektion einer Kuh mit echten humanen Paratyphusbazillen, mit eigenen Mitteilungen über im Verlaufe einer Paratyphusepidemie beim Menschen gemachten Erfahrungen. Engering-Wipperfurth.
- Zeitschrift für Medicinalbeamte (Z. med. Beamte), Berlin, Nr. 5, 1929.
1241. Alkoholismus und Erfristungstod. Bandel.
1164. Ueber einen Fall von elektrischem Hirntod. Vollmer.
Die Fürsorgetätigkeit der Hebammen auf dem Lande. Sorge.
Ist die ärztliche Untersuchung aller Motorfahrzeugführer überhaupt nötig? Simon.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 118., Heft 3.
Zur Kenntnis der Psychosen bei chronischer Encephalitis epidemica. Nebst Bemerkungen über die Beziehung organischer Strukturen zu den psychischen Vorgängen. Paul Schilder.
Psychologie einer Psychose bei kortikaler Enzephalitis. Paul Schilder.
1270. Der Rorschachsche Formdeutversuch bei Geschwistern. Manfred Bleuler.
1157. Ueber akute traumato-syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. G. J. Rossolimo.
Herde im Corpus geniculatum laterale bei multipler Sklerose. G. Hermann.
Eingriff in die rezeptorische Zone des pathologischen Assoziationsreflexes. J. L. Talmud.
Ueber halbseitige Leitungsstörungen am Kopf- und Halsteil des Nervus sympathicus im rhinoskopischen Bild des Adrenalinsondenversuchs. (Klinische Beobachtungen und Reizversuche.) O. Muck.
1247. Zur Analyse der vom Streifenhirn erhaltenen Reizwirkungen. E. A. Spiegel und Takano Keksak.
Eine Vereinfachung der Mastixreaktion. J. Vasarihelyi.
1263. Ueber Eisen im Gehirn bei progressiver Paralyse. W. G. Lasarew.
1243. Ueber den Säurebasenhaushalt im Schlaf, bei Schlaflosigkeit und im Schlafmittelschlaf. O. Wuth.
1262. Die Blutsenkungsreaktion bei Impfalaria. Rudolf Weithmar.
Zur Frage einer Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. Carl Brugger.
- Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 52., Heft 1.
Die Verbreitung der Schulkindertuberkulose in einem ländlichen Fürsorgebezirk. Rehberg.
1201. Ueber Säuglingstuberkulose. K. Scheer.
Die Bedeutung der vorbeugenden Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche. B. Gettkant.
1202. Zur Frage der Filterbarkeit des Tuberkulosevirus. L. Rabinowitsch-Kempner.
1152. Die Meningitis tuberculosa in ihrer Beziehung zu den Verlaufsförmern der Tuberkulose. K. Klare.
Zur pathologischen Anatomie der Mesenterialdrüsentuberkulose. M. Bock.
1203. Kritik der Verwendbarkeit des Blutbildes in der Klinik der Kindertuberkulose. L. Hindersin.
Ueber das Auswahlverfahren in der Kinderfürsorge, insonderheit der Tuberkulosefürsorge. K. Nissel.
Untersuchungen über die Verbreitung der Tuberkulose im ukrainischen Dorf. N. Morosowski.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 8, 23. Februar 1929.
1126. Geburtshilfe und Hirnschädigungen durch die Geburt. v. Jaschke.
Erhaltende Operation bei Gebärmutterzerreißung. R. Schmid-Reichenberg.
Histologische Schnellerkennung bösartiger Geschwülste. Dengler.
Zyklitische Veränderungen in der weiblichen Vaginalschleimhaut. Walter.
Symptomatologie der weiblichen Periode. Fendel.
Biologie des Chorionepithelioms. Fels.
Schubertsche Prolapsoperation. Gatter.
1117. Ist Douglas-Punktion gefährlich und hat sie diagnostischen Wert? v. Konrad.
1133. Erfahrungen mit Pernokton. Gantzow.
- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 9, 2. März 1929.
Schwangerschaftsniere. Nonnenbruch.
1135. Albuminurie und Glykosurie beim Neugeborenen. Jaroschka.
Hypernephrommetastasen in der Vagina. Gellhorn.
1116. Funktion des Ureters in der Gestationsperiode. Benda.
Beitrag zur Ureterknötung. Bierende.
Hernie der Harnröhre. Lange-Friesen.
Neues Verfahren bei Blasen-Scheiden- und Blasen-Gebärmutter-Fisteln. A. und E. Szendy.
Abschürfungen der Harnröhre und ihre Vermeidung. Scherback.
Ätiologie der Enuresis nocturna. Freund.
- Zeitschriften in holländischer Sprache**
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 52, 1928.
Depressionszustände. L. Bouman.
Aus der Klinik der Tuberkulose. C. de Lange.
Angiofibrom der Kniegelenkscapsel. G. B. Lauwers.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 1, 1929.
Die Scharlachfrage. E. P. Snijders.

Heilkundige Briefe. Laméris.
Retroperitoneal Leiomyom. Craciunescu.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.),
Haarlem, Nr. 2, 1929.
Paratyphus. Herdersche.
Heufieber auslösende Pflanzen. Benjamins.
Diroimpfungen. Fick.
Urticaria pigmentosa. Bloemen.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.),
Haarlem, Nr. 3, 1929.
Unspezifische Therapie. L. K. Wolff.
Antivirus Besredka. Aldershoff.
Chronische myeloide Leukämie und Schwangerschaft. Lammers.
Lobus Wrisberg. S. Keijser.
Pankreatitis und die Reaktion von Cammidge. van Waveren.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.),
Haarlem, Nr. 4, 1929.
Ectopia cordis. Stiemens.
Ballungsreaktion auf Syphilis. Goedhart.
Selten vorkommendes Trauma. Levy.
Varizellen nach Herpes zoster. van der Eijden.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.),
Haarlem, Nr. 5, 1929.
Stabilitätsreaktion bei Kindertuberkulose. Ougelot.
Frühzeitige Schwangerschaftsdiagnose. van der Plank.
Statistische Betrachtungen zur Tuberkulose. J. Sanders.
Kernfärbung im Trockenblutpräparat. van Walsem.
Aortenaneurysma. Meerlo.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.),
Haarlem, Nr. 6, 1929.
Bronchostenose bei Kindern. Benjamins.
Katatonie. de Jong.
Typhöse Form des akuten Gelenkrheumatismus. Kramer.
Individualitätstheorie der bakteriellen Veränderlichkeit. van Loghem.
Traumatisches subdurales Hämatom. A. Biemond.

Nordische Zeitschriften

Acta Dermato-Venereologica (Acta dermat.-vener.), Stockholm, Vol. IX,
Fas. 5, Dezember 1928.

1156. Ueber Ursache und Behandlung von Moniletrichosis. Th. M. van Leeuwen.
1156. Vergleich der Kahnschen Reaktion mit WaR. bei Syphilis. Th. Thyøtta und
Schyttle Blise.

1150. Der Wert der Komplementfixationsreaktion bei gonorrhöischen Infektionen.
J. J. Zoon.

1148. Die Komplementfixationsreaktion bei den verschiedenen klinischen Erschei-
nungen der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hauttuber-
kulose. Th. Thyøtta und E. Gundersen.
Streptokokkus. Ein ätiologischer Faktor beim Pemphigus vulgaris und beim
Ekzem. Karel Procházka.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 1, 3. Januar 1929.

1172. Die essentielle aplastische Anämie. S. A. Holbøll.
Ueber Divertikel im Duodenum. Jens Jurel.
Ein Fall von Ossificatio praecox haeditaria. A. Hotman-Bang.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 2, 10. Januar 1929.
Ueber Untersuchungen des Prostatasekretes und deren klinische Bedeutung.
V. Riemke.

1238. Zwei voneinander unabhängige Fälle von Myoplegia paroxysmatica (periodica,
familiaris). Axel V. Neel.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 3, 17. Januar 1929.
Zwei Fälle von Embolektomie. Jacob Nordentoft.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 4, 24. Januar 1929.
Einige diagnostische Hinweise betreffs Tumoren in der Regio retroperitonealis
lateralis. Bjørn Kristensen.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 5, 31. Januar 1929.
Apothekermidizin und Fabrikmidizin. H. C. Hagedern.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 6, 7. Februar 1929.
Nachweis von A-Vitamin in der Retina. Eiler Holm.

1101. Zwei Fälle von Akrocephalosyndaktylie bei Schwesterkindern. Johs. Nörvig.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 7, 14. Februar 1929.
Ein Beitrag zur Klinik der Lederer-Anämien. Tage Christiansen.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Kopenhagen, Nr. 8, 21. Februar 1929.
1255. Gastro-intestinale Störungen bei Dementia praecox. Otto Beyerholm.
Gravidität und Tuberkulose. Beitrag zur Klinik der Graviditätstuberkulose.
Jens Adolph Frederiksen.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 3, 15. Februar 1929.

Jonas Waern f. Erinnerungsworte. Wih. Wernstedt.
Histaminprobe bei Achylia gastrica. Karl Lundberg.
Eine Entgegnung an A. Petré. Edvard Vestberg.

Norsk Magasin for Lægevidenskaben (Norsk. Mag. Lægevidensk.), Oslo,
90. Jahrg., Nr. 3, März 1929.

Ein maskuliner und ein feminaler Pseudohermaphrodit. O. Berner.
„Karzinoidene“ im Dünndarm und Appendix. Bjarne Dahl.

Kaiserschnitt bei infizierten Früchten. Kr. Skajaa.
Behandlung der „Placenta praevia“ in den Frauenkliniken zu Oslo. Johan
Körster.

Placenta praevia und Schock. Kr. Skajaa.

Bemerkungen über den Schock bei Placenta praevia. Kr. Brandt.
1233. Atophan und Ikterus. Ketil Motzfeldt.

Ugeskrift for Læger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 7, 14. Februar 1929.
Fernand Vidal. Knud Faber.

Einige Aussprachen und Diskussionen über Fabrik- und Apothekenmedizinen.
Gad Andresen.

Akute Darminvasion bei Kindern mit Desinvagination unter Kontrolle von
Röntgenuntersuchungen. Jacob Nordentoft.

Ugeskrift for Læger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 8, 21. Februar 1929.
Radikalbehandlung des Mastdarmkrebses. Geert Espersen.
Ueber Gonorrhöbehandlung. Henry Hansen.

Ugeskrift for Læger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 9, 28. Februar 1929.
Fabrik- oder Apothekermidizin. H. Barfoed.

Ueber die Behandlung des Fluor albus mit Milchsäuremischung, speziell in
Bolusform (Laktazid, Oea). A. Kise Meyer.

Ein ungewöhnlicher Ausschlag bei angeborener Syphilis. C. Rasch.

Ueber die Aszitespathogenese. Poul Iversen.
1230. Ueber die Wirkung des von der Mundschleimhaut resorbierten Insulins. Otto
Olsen.

Zeitschriften in englischer Sprache

American Journal of Ophthalmology (Amer. J. Ophthalm.), Denver, Colorado,
Januar 1929.

Diagnose und Behandlung von Dakryozystitis. L. Daily und R. K. Daily.

Vakzinentherapie bei Augenleiden. C. Berens.

1102. Die Anwendung von Linseneiweißproben vor Kataraktoperationen. R. Courtney.
Ein Nävus der Conjunctivae bulbi. F. Rodin.

Eine ungewöhnliche Stirn- und Orbitalzyste. S. Gradle.
Eine empfindliche Probe für die Akkommodationsgleichheit. G. Pascal.

Infektion einer Kataraktwunde mit einem fakultativ-anaeroben Streptokokkus.
M. Langdon.

Epiphora bei Ektropium. J. McKellar.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.),
New York, Vol. XX, 5.

Gutartige Tumoren des Duodenums. R. Golden.

Röntgenbefunde beim Neuroblastom. Bericht über zwei Fälle. C. B. Henle.
Lungenkollaps bei Lungentuberkulose. J. S. Sproull.

1277. Röntgendiagnose der Hernia diaphragmatica. L. T. Wald.

1281. Hysterosalpingographie und die Diagnose der extrauterinen Schwangerschaft.
M. P. Rucker und L. J. Whitehead.

1276. Röntgenuntersuchungen der Knochen bei gewissen Erkrankungen des Blutes
und des hämatopoetischen Systems. R. G. Karshner.

1278. Knochenveränderungen bei hämolytischem Ikterus. L. J. Friedman.
1292. Technische Methoden der Radiumapplikation beim Mastdarmkrebs. G. E.
Binkley.

1229. Behandlung der malignen Neubildungen im Mund. J. D. Morgan.

1238. Behandlung maligner Neubildungen mit kolloidalem Blei. D. S. Pulford und
J. D. Lawson.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.),
Chicago, Vol. 91, Nr. 14.

Pylorusresektion. P. E. Truesdale.

Akute Perforationen des Magens und Duodenums. C. L. Gibson.

Papilläres zystisches Karzinom des Ovariums. John B. Deaver.

1144. Larynx-tuberkulose (Bericht über 500 behandelte Fälle). Edward A. Looper
und Leo V. Schneider.

Auffindung menschlicher Ovula in den Tuben. Edgar Allen, J. P. Pratt,
O. U. Newell, Leland Bland.

Behandlung der Tabes und zerebralen Syphilis mit Malaria. Franklin
G. Ebaugh.

Gesellschaft für physikalische Therapie: Organisation, Zweck und Tätigkeit.
A. U. Desjardins.

Diphtherieprophylaxe in Frankreich. G. Ramon und G. Illingworth Helle.
Ein synthetisches Ersatzmittel für Ephedrin. Hyman Miller und George Piness.

Die hämodynamische Wirkung des Epinephrins. Carl A. Dragstedt.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.),
Chicago, Vol. 91, Nr. 15.

Einfluß von Operationen am Magen auf die motorischen und sekretorischen
Funktionen desselben. Ernest H. Gaither.

William Brinton, einer der Begründer der Gastro-Enterologie. Joseph Sailer.
Angeborene Atresie und Stenose der Gallengänge. William E. Ladd.

1250. Behandlung der Trigeminalneuralgie mit Trichloräthylen. Ignaz Ollenick.
Studien über Blutcholesterin bei Karzinom. Walter L. Mattick und Kenneth
Buchwald.

Variköse Venen: Komplikationen (direkte und indirekte) nach Injektions-
behandlung. H. O. McPheeters und Carl O. Rice.

Erkrankungen im Bereich der distalen Hälfte des Dickdarms. Alexander
B. Moore.

Akute Laryngotracheobronchitis. H. L. Baum.

„Punch Drunk“ (Boxerkrankheit). Harrison S. Martland.

The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.),
Chicago, Vol. 91, Nr. 16.

Wirksamkeit der Tonsillektomie als Mittel zur Beseitigung fokaler Infektionen.
Paul S. Rhoads und Georg F. Dick.

1174. Tularämie. Edward Francis.

Periphere Gefäßerkrankungen. A. W. Allen und R. H. Smithwick.
Ein weibliches Sexualhormon. Ernst Laqueur und S. E. De Jongh.

Chronisches hereditäres Oedem. William F. Milroy.
Tuberkulose der Bartholinischen Drüse. William D. Fullerton.

- Ulzerative Kolitis. J. A. Bagen.
Schwerhörige Schulkinder. E. P. Fowler und Harvey Fletcher.
Verlagerung des Magens und des Darmes. Samuel Brown.
- Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, Vol. 91, Nr. 17.
Therapeutische Sterilisation. J. W. Williams.
Theophyllin-Aethylendiamin bei Herzkrankheiten. J. H. Musser.
Neuroblastom. G. W. Holmes und Richard Dresser.
Verdauung von Lecithin. Sidney A. Portis.
Hämorrhagische Erkrankungen. W. D. Little und Wendell W. Ayres.
Akute, schmerzhaft, ankylosierende Arthritis. W. G. Stern.
Lungenventilation. Robert Gesell.
Dünndarm-Dickdarmfistel. William Egbert Robertson.
Striktur der Harnleiter. W. F. Braasch.
Chinidin bei Vorhofflimmern. Harry Spiro und W. W. Newman.
Diät und Theophyllin bei Herzkrankheiten. Fred M. Smith.
Klinische Erfahrungen mit Masernstreptokokkentoxin und Antitoxin. N. S. Ferry, E. J. Gordon, F. W. Munro, A. H. Steele, L. W. Fisher.
Todesursachen bei Mastoiditis. O. Jason Dixon.
- Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), Chicago, Nr. 6, 1928.
Anwendung von Pectin bei Fermentproben. E. McCoy und W. H. Peterson.
Intestinale Stauung und Anämie. P. R. Cannon.
Hämolyse in Pneumokokkenkulturboillou. G. M. Sickles und J. M. Goffey.
Untersuchungen über Botulinostoxin. E. W. Sommer und H. Sommer.
Ein bei Mäusen peroral wirkendes Gift, produziert von B. enteritidis und B. aertryke. S. E. Brauhau, L. Robey und L. A. Day.
Neisseria-subflava-Meningitis bei einem Kind. H. Benson, R. Brennwasser und D. Andrea.
Opsonintest zur Schnellidentifizierung von Scharlachstreptokokken. K. M. Howell und M. Werner.
Antikörper in Pneumokokkenserum und Antikörperlösung. L. D. Felton.
Konzentration von Pneumokokkenantikörpern. L. D. Felton.
Spontan tuberkulose bei Kaninchen. M. J. Harkins und E. R. Saleeby.
Immunologische Funde bei tropischer Sprue in Porto Rico. Ch. Weiß und F. Landron.
Extrazelluläre Toxinproduktion durch B. botulinus. Verbindung dieser Toxinproduktion durch Glukose. Zerstörung von Diphtherietoxin durch Bakterien.
- Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5503, 16. Februar 1929.
Das Wesen des Karzinoms. A. Ballance.
Diagnose des Leptomeniogeoms des Rückenmarkes. Th. Thompson.
Methode der trachealen Insufflation und Intubationsinhalation von Anästhetika. W. H. Jones.
Häufigkeit der Skinfälle. W. Knoll.
Methode der Festhaltung der physikalischen Untersuchungsergebnisse bei rheumatischer Endokarditis. M. O. Raven.
Intravenöse Injektionen und Natr. bicarbonic. bei Schwarzwasserfieber. W. E. Cooke und H. Willoughby.
- Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5504, 23. Februar 1929.
Behandlung akuter abdominaler Störungen. R. McNeill Love.
Intravenöse Antitoxinjektionen bei Scharlach. H. Stanley Banks und J. McKenzie.
Cholesterinölgehalt des Blutes während der Menstruation und epileptischer Zyklen. E. Goodall.
Brucella-abortus-Infektion beim Menschen. J. Charles und S. Warren.
Bacillus-abortus-Infektion in England. A. Todd.
Bakteriologische Untersuchungen der gegenwärtigen Influenzaepidemie. D. Thomson und A. Thomson.
- Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5505, 2. März 1929.
Abweichungen vom Standard. O. Leyton.
Schwerer familiärer Icterus neonatorum. A. C. Hampson.
Arthritische Muskelatrophie. A. Beryl Harding.
Die Vernismethode der Flokulationsbestimmung syphilitischer Sera. H. Wansey Bayly.
Jodisierte Guajakolinktur in der Therapie der synovialen und serösen Affektionen. J. Marberly.
Dislokation des rechten Os innominatum. R. Warren.
Die respiratorische Wirkung des Lobelins beim Hunde. S. Wright.
Agranulozytische Angina. L. Batten und F. Curtis.
- Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 1, 1929.
Bestimmung des blutenden Punktes bei Epistaxis. B. McAuliffe.
Schmerzen bei Cholelithiasis. H. Cohen.
Hämorrhagie. J. W. Shuman.
Akute Infektionen des Gesichtes und Halses. O. Q. Speer.
Soziale und medizinische Aspekte der Sterilisation. Reuben Petersen.
Kurze Geschichte der Rachitis. T. Swann Harding.
Namengebung der medizinischen Elektrotechnik. H. Godman.
Die heutige Röntgentherapie der Mandeln. H. Fried.
Retropharyngeale Lymphadenitis und Abszeß. H. B. Sheffield.
Infektion, Immunität und Zellreaktion bei Tuberkulose. W. P. Nolan.
Tonsillarinfektion und Geisteskrankheiten. A. Jackson, H. V. Pike.
Tuberkulose der Unterlippen. M. Jacob.
Ein interessanter Fall von Fremdkörper im Bronchus. E. Birdsall.
Die Frage der Tonsillektomie. J. Coleman Scal.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 2, 1929.
Pasteurisation. M. J. Rosenau.
Tuberkulose als Unfall. John B. Hawes.
Thymusmode. Joseph Garland.
Bronchoskopie beim akuten Lungenabszeß. James F. Ballard.

- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 3, 1929.
1181. Maligne Lymphome. H. Jackson.
Radium bei der Krebsbehandlung. I. Gerber.
Elektrochirurgie bei der Krebsbehandlung. G. W. Taylor.
Krebs der weiblichen Genitalien. J. V. Meigs.
1175. Injektionsbehandlung der varikösen Venen. R. B. Cattell.
- The Urologic and Cutaneous Review. (Urologic Rev.), St. Louis, Nr. 2, 1929.
1154. Primäraffekt. Seine Diagnose, Prognose und Therapie. Leonard H. Jacobsen, Seattle.
1152. Diathermie bei der Gonorrhöebehandlung. Pio Pediconi, Rom.
Strahlenbehandlung des Zervixkarzinoms. Charles C. Norris, Philadelphia.
Gonorrhöische Urethritis und ihre Komplikationen beim Manne. Frank C. Bohannon, Louisville.
Ureterenspasmen infolge von Blasenpapillom. Maurice L. B. Clarke, Atlanta.
Symptomatische Alopecie; Ursachen, Behandlung und Prophylaxe derselben. Bernard L. Kahn, Philadelphia.
Reinfektion bei Lues. Bericht über 2 Fälle. Bernhard Erdmann, Indianapolis.
Sexualerziehung als Maßnahme gegen Masturbation. Herrmann Rohleder, Leipzig.
Penisklammer. Clayton Lane, Los Angeles.
Diagnose und Behandlung des Blasen- und des Peniskarzinoms. Benjamin A. Thomas, Philadelphia.
Einseitiges, angeborenes Fehlen jeder Nierensubstanz. Bericht über 2 Fälle. Warren W. Hewius, Evansville.
1151. Ergebnisse einer eingehenden Untersuchung über gonorrhöische Vaginitis. N. Z. Iwanow, Moskau.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales des maladies vénériennes (Annal. malad. vénér.), Nr. 12, 1928.
Flokulationsdiagnosen im Serum und Blut. A. Pruneli.
Soziale Prophylaxe der Gonorrhöe. Bebec und Dombay.
Multipler Schanker des Collum uterini. Lévy-Bing, Janet.
- Annales des maladies vénériennes (Annal. malad. vénér.), Nr. 1, 1929.
Rolle der hereditären Syphilis. L. Babonneix.
Zwei Fälle von Multisensibilisierung gegenüber den antisyphilitischen Heilmitteln. Kaploun, Faingold.
Zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe. J. E. Marcel.
Projekt zur Geschlechtskrankenbekämpfung aus dem Jahre 1769. Barthélemy.
- Annales des maladies vénériennes (Annal. malad. vénér.), Nr. 2, 1929.
Eosinosaures Caesium zum Anti-Schockbehandlung bei Arsenotherapie. Gougerot, Peyre, Bertillon.
Hereditäre Spätsyphilis am Testikel. W. Berardinelli.
Syphilitischer Schanker der Stirn ohne Adenopathie. Gougerot, Burnier.
Populäre Mittel in Marokko. Barthélemy.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), Paris, 18., Nr. 6, Dezember 1928.
1130. Scharlach im Wochenbett. V. de Lavergeue und A. Fruhinsholz (Nancy).
1128. Die Diagnose des kindlichen Kinnens im Laufe der Entbindung. P. Rulle (Leningrad).
Ueber ein neues Verfahren der Beckenmessung durch Röntgenuntersuchung. H. Antonetti (Paris).
Die chirurgische Sterilisierung der Frau. N. N. Sergueff (Leningrad).
1134. Studium der Oeburten infolge fehlerhafter Insertion der Plazenta. J. Rhenet und H. Pigeaud (Lyon).
- Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 50.
Kapillariiden, ihre Bedeutung in der Dermatosyphiligraphie. Gougerot.
1240. Der Zucker in der Therapie. Noël Fiessinger.
- Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 51.
Die Behandlung des kindlichen Ekzems durch Milchabarten, insbesondere durch Verwendung von homogenisierten und auf 108° überhitzter Milch. O. Valdt.
Ganglion des Handgelenks. Hartmann.
Der Zucker in der Therapie (Fortsetzung und Schluß). Noël Fiessinger.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 7, 1929.
1182. Ueber Lungenabszesse. F. Bézancon, A. Jacquelin.
1239. Methodische Atemübungen. J. Pescher.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 8, 1929.
1245. Ueber Oesophagusperforation bei Krebs. P. Carnot.
Behandlung der multiplen Sklerose durch hämolytisches Serum. Laignel-Lavastine, Korossios.
1244. Colitis appendicularis und Grenzfälle der Appendizitis. P. Jacquet.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 1, 1929.
1264. Klinische und biologische Resultate der Stovarsoltherapie bei 125 Fällen progressiver Paralyse. A. Sézary und A. Barlé.
Ueber die Wirkung der Psoas bei Hüftgelenksaffektionen. J. Gourdon.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 2, 1929.
Die bakteriologische Diagnostik des Keuchhustens. R. Debré, J. Marie und H. Pretet.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 3, 1929.
Gastrorrhagien im Verlauf der thrombophlebischen Splenomegalie. C. Frugoni.
1185. Neue Untersuchungen über die ichterische Bradykardie. Dumitresco-Mante.
Der akute Lungenkollaps, eine postoperative Komplikation. J. Rouillard.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 4, 1929.
Die chirurgischen Komplikationen des Denguefiebers. Th. Sapadopoulos.
Die gegenwärtige Behandlung der nasalen Eiterungen. Grain.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 5, 1929.

- Alimentation und Nutrition. H. Roger.
113. Die Wirkung der Rückenmarksanästhesie auf die intestinale Motilität. F. Domenech.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 6, 1929.

161. Die verschiedenen Typen der Nephritis mit Azotämie. L. Blum, van Caulaert und S. Grabar.
Die Diathermotherapie beim Syndrom: rechtsseitige Perikolitis. Gaston-Durand und L. Delherm.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 7, 1929.

- Heilung einer Synkope nach Rückenmarksanästhesie mit intralumbaler Injektion von Coffein nach Versagen von intrakardialer Adrenalininjektion. R. Bloch.
Schwangerschaftsdiagnostik und Vorderlappenhormon. P. E. Mohrhardt.

Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie (Revue Dermat. Vénér.), Nr. 9/10, 1928.

- Eine zyklische dreisymptomatische, wahrscheinlich infektiöse Erkrankung. Milian.

Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie (Revue Dermat. Vénér.), Nr. 11, 1928.

- Botriozephalus-Stomatitis. A. Cederberg.
Weicher Schanker der Zunge. Milian.
Grundloser Ikterus und Syphilis. Milian.
Multiple syphilitische Gummien. Milian.

Revue Française de Dermatologie et de Vénérologie (Revue Dermat. Vénér.), Nr. 12, 1928.

- Infantile syphilitische Psychopathien. Queyraf.
Praktischer Wert der Hämatoklasie in vitro. A. Olrauld.
Die großen Zwischenpausen der Syphilis. Milian und Michaux.
Lokalisierte nitritoidale Krise. Milian.

Revue neurologique (Revue neur.), Paris, XXXVI, I, Nr. 2, Februar 1929.

- Olivio-pontine Atrophie. Ludo van Bogaert und Ivan Bertrand.
Artificialer Nystagmus bei Hemiplegikern. L. Bard.
257. Spontane Hämatomyelie. M. Chiray und V. Serbanescu.
256. Peripachymeningitis spinalis chronica. O. Veraguth und P. Schnyder.

Zeitschriften in italienischer Sprache

La Pediatria (Pediatria), Neapel, Jahrg. 37, Heft 3, 1. Februar 1929.

1222. Ueber die Endemie von kindlicher Leishmaniose in Italien. R. Jemma.
Ueber die antirachitische Wirkung von Blut mit ultravioletten Strahlen bestrahlter Tiere. Cesare Giaume.
Ueber das Elektrokardiogramm bei Toxikose. B. Vasile.
1215. Erythrocyturia minima und Blutbild im Anfangsstadium der Barlowschen Krankheit. Angelo Dazzi.

La Pediatria (Pediatria), Neapel, Jahrg. 37, Heft 4, 15. Februar 1929.

1221. Die Amöbiasis in der Ätiologie des ruhrartigen Symptomenkomplexes im Kindesalter. Luigi Auricchio.
Die Ionendissoziation und Serumweißgehalt des Blutes bei den Anämien des frühen Kindesalters. M. Gerbasl.
Die hämokratische Krise bei Chloroformnarkosen. Francesco Graziano.
Lues, Alkohol und Krämpfe im Säuglingsalter. Antonio Zalocco.
Ueber einen Fall von Meningitis tuberculosa mit positiver Seroreaktion gegen Paratyphus A. Oscar Palesa.

I Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrgang, Nr. 9, 7. März 1929.

- Soll die Behandlung der Cholelithiasis intern oder chirurgisch sein? D. Taddei.
Eine neue Eigenschaft der trinkbaren Mineralwässer — ihr bakterizide Bioaktivität. G. Denes.
Fall von septischer Anämie. A. Ricci.

I Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrgang, Nr. 10, 14. März 1929.

193. Vertigo bei Leberkrankheiten, speziell bei Cholelithiasis. G. Sabatini.
Fall von Favismus. G. Borusso.
237. Die Tetrachlorkohlenstoffbehandlung der Ankylostomiasis. P. Timpano.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 4, 25. Januar 1929.

- Ureterenkatheterismus. Americo Valerio.
Beitrag zum Studium der familiären Sporotrichose. Aroeira Neves.
Primäre Spätblutung aus den Tonsillen und die Ligatur der Carotis externa. Theophilo Falcao.
Urtikaria. J. Ramos e Silva.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 5, 4. Februar 1929.

- Fall von akuter Kleinhirnentzündung grippaler Natur. R. S. Teixeira Mendes.
Beitrag zum Studium der photodynamischen Wirkung von Eosin. Samuel Pessoa und Jayme Pereira.
Therapie der Acne vulgaris. Renato Kehl.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 45, 5. Februar 1929.

- Die neuesten Strömungen auf dem Gebiete der Schulhygiene. O. Clark.
Die Schattenseiten der präoperativen Radiumtherapie des Krebses des Gebärmutterhalses. M. M. Fabio.

Revista Española de Medicina y Cirugía (Rev. españ. med. cir.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 3, März 1929.

- Therapie der osteoartikulären Tuberkulose. Ribo Rius.
Lateralisation und Deviation der Weberschen Probe. J. Campos.
Pathogenese des Ikterus. Calvo Criado.
Künstliche Konservierung der Leichen. André Colicz.

Revista Médica de Chile (Rev. med. Chile), Santiago, 57. Jahrg., Nr. 1, Januar 1929.

- Ueber schwere zöko-appendikuläre Zustände. J. Alvarado Wall.
Die Radiumtherapie maligner Tumoren. Leonardo Guzman.
Die Diagnose akuter maligner Endokarditis. A. Garretón Silva, I. Mena und J. Barrientos.
Die Luftschiffahrt als Krankheitsfaktor. Juan Marin.
Behandlung der Fingerbrüche. P. Schlack und E. Ibar.
Degenerierte melanotische Tumoren der Augenbindehaut. Jorge Oyarzun Day.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

Budapesti Orvosi Ujsag, 27., Nr. 1, 3. Januar 1929.

- Die Rolle der Calmetteschen Schutzimpfung im Kampfe gegen die Tuberkulose. F. Keller.
Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der tabischen Atrophie des Nervus opticus auf Grund der endolumbalen und subokzipitalen Lufteinblasungsmethode. S. Fazekas.

Magyar orvosi archivum, 29., Heft 1, Budapest 1929.

- Pharmakologie der Konzentrationsänderungen. VI. Mitteilung.
Potentialwirkung und Ionenantagonismus. L. Jendrassik und L. Antal.
Pharmakologie der Konzentrationsänderungen. VII. Mitteilung. Erklärung der vorübergehenden Wirkungen im allgemeinen. L. Jendrassik und A. Cziike.
Osmometrische Studien über Akazia-Gummi-Lösungen. Beiträge zum Problem des kolloidal-osmotischen Druckes. L. Went.
Die Viskosität der Akazia-Gummi-Lösungen und die Viskositätskonstante derselben in der Formel $\log \eta = \frac{1}{c} \log \frac{\eta}{\eta_0}$ von Arrhenius; das Verhalten dieser Lösungen in Anwesenheit von menschlichen Erythrozyten und Plasma. L. Went.
Erdheimsche Hypophysengeschwulst bei einem siebenjährigen Kinde. I. Gáspár.
Interpolierte supraventrikuläre Extrasystole beim Erwachsenen. I. Vitéz Gönczy und G. Györgyi.
Untersuchungen an menschlichen Gehirnen mit der qualitativen Eisenreaktion. M. Veress.
Versuche mit Thallium an stillenden Ratten. J. Vászaryhelyi.

Magyar Röntgen Közlöny, Budapest, 3., Heft 1/2, 1929.

1279. Ein neues Verfahren zur seitlichen Röntgenaufnahme der Halswirbeln. J. Erdélyi.
1280. Hystero-graphische Erfahrungen am schwangeren Uterus. G. Janáky.
Röntgenbilder der tuberkulösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke. E. Markovits.

Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, 73., Nr. 1, 1. Januar 1929.

- Hypernephrom von seltener Lokalisation. G. Illyés.
1179. Die Wechselwirkung zwischen Pankreas und Leber, geprüft am Verhalten der Blutzuckerkurve. E. Köntzey und M. Ambrus.
1259. Die Malariaabehandlung der Syphilis des Nervensystems auf Grund von 100 Fällen. L. Vitéz Hegedüs.
1105. Ueber die Ätiologie des Trachoms. J. Brana.
Ueber den Wert der Kiß-Reaktion in der Luesdiagnostik. R. Mazgon.
Hymenolepis-nana-Fälle in Ungarn. F. Lörincz.

Zeitschriften in russischer Sprache

Kasanskij Meditsinskij Zurnal (Kasan. med. Z.), Kasan, 24. Jahrg., Heft 6.

- Zur Methodik der Präparation von Gehirnarterien. W. J. Bick.
Ueber Hämoglobingehalt im abfließenden Blute der Nebennieren. N. W. Putschkow.
Tuberkulose und Konstitution. J. Portnow.
1190. Zur Frage der Magen- und Duodenumgeschwürsperforation. N. W. Sokolow.
Zur Frage der Desmoiden der vorderen Bauchwand. A. S. Saglowa.
1124. Die Anwendung der Autohämotherapie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. P. Kasanskij.
1169. Vakzinebehandlung des Keuchhustens. A. Schelogurowa.
1249. Das Schrammsche Phänomen als Frühmerkmal der Rückenmarksaffektionen. J. E. Halperstein.
Zur Klinik und Histologie des Lupus erythematoses des behaarten Kopfes. S. N. Orschebin.
1171. Die Costasche Reaktion bei Lepra. A. S. Rajewski.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

1101.

Nörrig, Johs., Zwei Fälle von Akrocephalosyndaktylie bei Geschwisterkindern. (Hospitalstidende, Nr. 6 und Nr. 7, 1929.) Zwei Fälle von Akrocephalosyndaktylie (gleichzeitige Mißbildungen am Schädel und an Händen und Füßen symmetrisch) werden ausführlich beschrieben. Neben diesen Knochen sind, wie Röntgenaufnahmen lehren, auch andere Knochen (Wirbelsäule, Schultern) durch Synostosen und Mißbildungen beteiligt. Diese Kranken ähneln einander sehr, weil die Mißbildungen bei allen die gleichen sind; auch sind sie meist etwas imbezill. Vorzeitige Verknöcherung der Suturen bedingen die Schädelanomalie. Charakteristisch sind die Syn- und Polydaktylien. Das sexuelle Leben schien in den beschriebenen Fällen normal, ebenso wie die Bildung der Geschlechtsorgane; es fehlten Adipositas, Genitalhypoplasie, Retinitis pigmentosa, die in Fällen beschrieben sind, welche diesen teils ähneln. (Bardet-Biedl.) Hier handelt es sich um Geschwisterkinder einer Familie, in der Geisteskrankheiten oder Epilepsie nicht vorkamen. Das Leiden wird nicht selten familiär beobachtet und auch in Familien, die mit anderen Nervenleiden belastet sind; es entsteht auf hereditärer Basis; mitunter sind in der Familie einzelne Defektbildungen angeboren vorhanden, ohne gerade diese Kombination (Akrocephalosyndaktylie) aufzuweisen. S. Katischer.

Augenheilkunde

1102.

Courtney, R., Die Anwendung von Linseneiweißproben vor Kataraktoperationen. (Amer. J. Ophthalm., Januar 1929.) Indem der Verfasser auf die von Verhoeff und Lemoine durch Experimente und klinische Beobachtungen festgestellte Anaphylaxie gegen Linseneiweiß Bezug nimmt, teilt er seine Erfahrungen bei 26 Patienten mit, die er vor Kataraktoperation in bezug auf ihre Empfindlichkeit gegen Linseneiweiß untersucht hat.

Es wurde den Patienten 0,1 ccm einer 10prozentigen Rinderlinseneiweißemulsion an einem Vorderarm intrakutan eingespritzt mit einer Kontrollinjektion von 0,1 ccm physiol. Kochsalzlösung am anderen Vorderarm. Bei keinem von den 26 Patienten ergab die Probe vor der Operation eine positive Reaktion (Erythem und Anschwellung an der Injektionsstelle). Dagegen zeigten fünf von zwölf bereits operierten Fällen eine ausgesprochene Empfindlichkeit gegen Linseneiweiß. Daraus und aus dem Verlauf der Behandlung dieser fünf Fälle schließt der Verfasser, daß es Patienten gibt, die gegen Linseneiweiß anaphylaktisch sind, bevor irgendeine Operation an ihrer Linse vorgenommen worden ist, während andere Patienten erst nach vollzogener Operation überempfindlich werden. Der Verfasser hält die Probe mit Linseneiweiß für indiziert, besonders bei weichen Staren. Fällt die Reaktion positiv aus, so muß der Patient mit Linseneiweiß so lange desensibilisiert werden, bis sie negativ wird. Hurwitz, Berlin.

1103.

Kyrieleis, W., Ueber Stauungspapille. Klinische, anatomische und experimentelle Untersuchungen. (Arch. f. Ophthalm., 121., Heft 3, 1929.) Der Verfasser streift einleitend kurz die alten Theorien der Pathogenese der Stauungspapille und geht ausführlich auf die beiden modernen mechanischen, der Schieckschen und der Behrschen, ein.

Bereits Levinsohn hat es durch seine Experimente wahrscheinlich gemacht, daß in den Optikuscheiden zwei Strömungen in entgegengesetzter Richtung stattfinden, und zwar eine des Liquor cerebrospinalis vom Gehirn in den Zwischenscheidenraum des Optikus, und eine der Lymphe der Netzhaut entlang, den Zentralgefäßen kranialwärts. Diese beiden Strömungen treffen sich am

Optikuskopf. Levinsohn nahm noch eine krankhafte Veränderung des Liquors an, durch die unter anderen Ursachen der Abfluß der Lymphe behindert wird. Die Tatsache aber, daß häufig eine Palliativtrepanation allein schon den Schwund und der Stauungspapille zur Folge hat, veranlaßt Schieck, der sonst die Levinsohnschen Anschauungen über die Strömungsverhältnisse im Optikus annimmt, die Notwendigkeit der pathologischen Veränderungen des Liquors zu negieren. Schieck erklärt mithin die Stauungspapille rein mechanisch, und zwar so, daß zuerst der unter hohem Druck stehende Liquor des Schädelraumes in die Sehnervenscheiden eindringt und den Abstrom der Lymphe durch den Axialstrang erschwert. Durch diese Stauung in den verivaskulären Räumen entsteht eine Abflußbehinderung in den Venen. Mit Zunahme des Druckes dringt der Liquor selbst in die verivaskulären Räume des Axialstranges ein, und die Stauungspapille erreicht endlich ihre voll ausgebildete Form. Diese Anschauung wurde auch durch das Tierexperiment bestätigt, und für Schieck ist der Hydrocephalus externus für das Zustandekommen der Stauungspapille eine *conditio sine qua non*.

Da es Behr bei seinen experimentellen Untersuchungen mit Injektionen von Berliner Blau nie gelungen ist, vom Zwischenscheidenraum aus die perivaskulären Lymphräume der Zentralgefäße zu füllen, schließt er daraus, daß auf diesem Wege ein Eindringen von Flüssigkeiten in den Axialstrang unmöglich ist. Daher stellt Behr für die Entstehung der Stauungspapille folgende Theorie auf. Bei zunehmendem Druck füllt das Gehirn den ganzen Raum im Schädel aus. Während aber die knöchernen Wände desselben dem Druck nicht nachgeben, bildet der Canalis opticus einen *Locus minoris resistentiae*, wird er doch in seinem kranialen Ende von einer Duraduplikatur überdacht, die dem Druck weicht und den Nervus opticus gegen seine knöcherne Unterlage komprimiert. Dadurch wird der Abfluß der parenchymatösen Flüssigkeit behindert, es entsteht eine Rückstauung im Nerven, die sich bis in die Papille fortsetzt. Durch dieses Oedem wird der Nervenstamm nicht verdickt; da sich die straffe Piascheide dem widersetzt, wohl aber gibt der Axialstrang nach, so daß die Vene gestaut wird und das Oedem zunimmt, bis zur Ausbildung des ophthalmoskopischen Bildes der Stauungspapille.

Auf Grund klinischer und anatomischer Untersuchungen von sieben Augen bei vier Patienten mit Stauungspapille entscheidet sich der Verfasser für die Schiecksche Theorie. Er fand in Bestätigung der Beobachtungen Schiecks, daß das Oedem im Nervenstamm in den Anfangsstadien sich auf die Septen des Axialstrangs beschränkt. Auch im gehärteten Präparat ist der Weg, den der Liquor nimmt, zu verfolgen, da er sich in der maschigen Erweiterung der perivaskulären Räume dokumentiert.

Der Verfasser beschreibt noch einen Fall mit Stauungspapille bei bestehender Polyzythämie (anfangs 8 Millionen rote Blutkörperchen, 140% Hb), den er seit mehreren Jahren beobachtete. Freilich bestand bei dem Patienten auch eine Hyperplasie der Hypophyse, die aber mit Rücksicht auf das Gesichtsfeld und die Sehschärfe nicht für die Stauungspapille verantwortlich gemacht werden konnte. (Bekanntlich macht ein Hypophysentumor fast nie eine Stauungspapille. Ref.) Der Verfasser glaubt, daß in Fällen von Polyzythämie mit Stauungspapille eine Zunahme des Cerebrospinaldruckes infolge der veränderten Blutzusammensetzung und vielleicht auch der Durchlässigkeit der Gefäße vorliegt. — Ferner analysiert der Verfasser die bereits in der Literatur veröffentlichten Fälle von Stauungspapille bei Hypotonie des Bulbus und teilt seine diesbezüglichen klinischen Beobachtungen und Ergebnisse der Tierversuche mit. Die Stauungspapille kommt nach ihm bei Hypotonie dadurch zustande, daß durch das Sinken des Druckes in den Lymphräumen der Liquor des Zwischenscheidenraumes nachdringen, und die nun nicht mehr ausgefüllten Räume füllen kann. Hurwitz, Berlin.

1104.

Ackermann, E., Beitrag zur Vererbung der Recklinghausenschen Krankheit. (Zsch. f. Augenheilkunde, Februar 1929.) Bericht über zwei Fälle — Vater und Sohn — mit Vererbung der Neuro-

fibromatosis und beachtenswertem Auftreten von Erscheinungen an den Augen.

Dem Vater wurde mit 6 Jahren das rechte Auge wegen Buphthalmus enukleiert. Bald darauf stellte sich allmähliche Schwellung des rechten Oberlides ein. Die Tumormassen wurden einmal exzidiert. Nach 25 Jahren wurden bei ihm Knötchen über dem ganzen Körper festgestellt und als Recklinghausensche Krankheit diagnostiziert. Beim Sohn wurden bereits mit zehn Jahren Knötchen über der ganzen Haut beobachtet. Mit 34 Jahren wurde er wegen Glaukoms links, mit 44 Jahren wegen beiderseitigen Glaukoms behandelt. Später wurde auch bei ihm die Recklinghausensche Krankheit festgestellt.

Wenn auch in der Literatur Fälle mitgeteilt sind über das Vorkommen von Neurofibromatosis der Lider mit Buphthalmus, so fällt hier die Tatsache auf, daß der an Neurofibromatosis kranke Vater mit Buphthalmus einen Sohn mit Neurofibromatosis und Glaucoma chr. an beiden Augen hat.

Hurwitz, Berlin.

1105.

Braná, J., Ueber die Aetiologie des Trachoms. (Orv. Hetil. 73., Nr. 1.) Bei einem großen Teil der Trachomatösen sind somatische degenerative Stigmata zu beobachten, die stets Zeichen eines angeborenen konstitutionellen Lymphatismus und der diesen begleitenden Neuropathie tragen, diese kommen aber außer bei den Trachomatösen auch bei Rachitis, Idiotismus, Mongolismus, Heredolues vor. Bei einem großen Teil der Trachomatösen sind solche Zahnanomalien nachzuweisen, welche auf eine Stoffwechselstörung der letzten intrauterinen und der ersten extrauterinen Lebensmonate zurückzuführen sind. Bei echten Trachomatösen sind die Zeichen von Heredolues oder einer abgelaufenen Rachitis nicht selten, in diesen Fällen ist auch der Verlauf des Trachoms und besonders die Vernarbung viel schwerer als unter sonstigen Umständen. Je schwerer der angeborene Lymphatismus und die konservative Neuropathie, desto schwerer auch der Verlauf des Trachoms.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Ostb.)

1106.

Trisch, A., und A. Pillat, Zur Frage der tuberkulösen Aetiologie der Iridozyklitis und zur Aetiologie der „Iridozyklitis mit unbekannter Ursache“. (Arch. f. Ophthalm., 121., Heft 3, 1929.) Da die histologischen und klinischen Untersuchungen der tuberkulösen Aetiologie einer Iridozyklitis nicht immer zum Ziel führen, bedienen sich die Verfasser der Intrakutanreaktion von Mantoux. Zunächst wandten sie diese Methode bei Iritiden mit sicherer tuberkulöser Aetiologie, den sogenannten Knötcheniritiden, an, um dadurch über den allergischen Zustand des Organismus in solchen Fällen Aufschluß zu erhalten. Sodann studierten sie diese Reaktionen bei der chronischen rezidivierenden Iridozyklitis sowie bei der „Iritis unbekannter Herkunft“.

Als Resultat dieser Untersuchungen ergab sich, daß die Intrakutanreaktion nach Mantoux eine sehr empfindliche und unschädliche Tuberkulinreaktion für tuberkulöse Augenerkrankungen und viel wichtiger als negative interne und Röntgenbefunde ist, und daß entgegen der bis jetzt geltenden Anschauungen die Tuberkulose auch das Bild einer akuten diffusen Iridozyklitis („seröse Iritis“ Fuchs) verursachen kann.

Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

1107.

Hoder, Friedrich, Ueber neue haltbare Dysenterie-, Gärtner-Paratyphus- und Proteus-X 19-Diagnostika. (Med. Klin., 4., 1929.) Verfasser hat Diagnostika für Typhus, Dysenterie, Bac. ent. Gärtner, Paratyphus A und B und Proteus X 19 hergestellt, die sich von den bisher bekannten dadurch unterscheiden, daß bei ihrer Verwendung weder eine Verzögerung noch eine Abschwächung der Reaktion stattfindet und daß ferner die Unterscheidung zwischen grober und feiner Flockung möglich ist. Die Diagnostika sind unbegrenzt haltbar und ersetzen restlos die lebenden Kulturen, so daß der praktische Arzt jederzeit in der Lage ist, sich seine Agglutinationen zu Hause zu machen. Die Ablesung kann schon nach wenigen Stunden vorgenommen werden. Die Präparate werden von der chemischen Fabrik „Labopharma“ hergestellt.

L. Gordon, Berlin.

1108.

Meyer, Kurt, und Walter Löwenberg, Ueber das Vorkommen hämolytischer Streptokokken bei Gesunden und seine Bedeutung für die Scharlach-Prophylaxe. (Med. Klin., 3., 1929.) Verfasser konnten ein sehr häufiges Vorkommen hämolytischer Streptokokken im Rachen Gesunder feststellen. Dieser Befund muß die Möglichkeit, die Entlassung von Scharlachrekonvaleszenten von einem negativen Streptokokkenbefund abhängig zu machen, erheblich einschränken. Die Diagnose der hämolytischen Streptokokken

ist mit großen Schwierigkeiten verbunden. Es müßten genauere Richtlinien für die Beurteilung der bakteriologischen Befunde gegeben werden, insbesondere eine scharfe Definition, was unter „deutlicher Hämolyse“ zu verstehen ist. L. Gordon, Berlin.

1109.

Löwenstein, Ueber perkutane Immunisierung. (Wr. klin. Wschr., 42 Jg., Nr. 7.) Die Haut des lebenden Organismus kann große Mengen Diphtherietoxin entgiften. Durch Einreiben in die unverletzte Haut kann Antitoxinbildung hervorgerufen werden, die sich im Blut nachweisen läßt. Aus Diphtheriebouillonkulturen, die mit Formol abgetötet worden waren, wurde eine Schutzsalbe hergestellt, welche bei perkutaner Anwendung Immunität gegen Diphtherie hervorruft. Im Blut der in 14tägigen Intervallen zwei- bis dreimal eingeriebenen Kinder sind nach 60 Tagen hohe Antitoxinwerte nachweisbar. Die Methode ist absolut harmlos und leicht durchführbar.

Ernst Pick, Wien.

1110.

Friedemann, U., Schwächung der Resistenz gegen Infektionen durch die Serumkrankheit. (Z. Hyg., 110., H. 1, 1929.) 2 Fälle von Pneumonie, 1 Fall von puerperalem Scharlach, 1 Fall von schwerer Diphtherie und 1 Fall von Gärtner-Infektion wurden mit spezifischem Serum behandelt. In allen 5 Fällen entwickelte sich ein Serumexanthem. Das gemeinsame der Fälle ist, daß im Anschluß an das Serumexanthem der bereits abgeklungene primäre Infekt wieder aufflammte. In den beiden Fällen von Pneumonie trat Pneumokokkensepsis auf. Bei dem Fall von puerperalem Scharlach bildete sich eine Staphylokokkensepsis aus, wobei die Erreger wahrscheinlich aus dem Uterus stammten. Bei einer Gärtner-Bazillenträgerin entstand eine Bakteriämie. Bei dem Fall von schwerer Diphtherie trat ein Streptokokkenempyem der Nebenhöhlen auf. Es erscheint dem Verfasser nicht ausgeschlossen, daß die langdauernden, sich bisweilen über Wochen hinziehenden Fieberbewegungen, die v. Pirquet und Moser nach Injektion großer Mengen von Serum beschrieben, auf solche, durch die Serumkrankheit ausgelöste Sekundärinfektionen zurückzuführen sind.

N. Henning, Leipzig.

1111.

Besredka, A., Vom Antivirus. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 3, 1929.) Der Name „Antivirus“ kommt Substanzen zu, die von Kleinlebewesen herkommen und imstande sind, eine lokale Impfung vorzunehmen, ohne Mitwirkung von Antikörpern. Das Antivirus wirkt in eleganter Weise wie die Mikroben selbst, von denen sie sich herleiten. Ihre Wirkung erstreckt sich nur auf eine bestimmte Gruppe von Zellen, die wir als Rezeptivzellen bezeichnen. Das Staphylokokken-Antivirus besitzt also eine elektive Affinität für die Zellen der Haut und gewisser Schleimhäute. Das Cholera-Antivirus wird durch die Darmwand angezogen usw. Die Wirkung des Antivirus ist unmittelbar; sie beschränkt sich auf die Zellen, mit denen es direkt in Berührung kommt. Indem diese Zellen das Antivirus adsorbieren, werden sie refraktär gegen die Wirkung der entsprechenden Virus: die nunmehr entstehende Immunität ist das Ergebnis dieser Adsorption. Obwohl die Immunisation des Antivirus zunächst nur lokal ist, kann sie doch zu einer allgemeinen Immunität führen. Beim Typhus z. B. sitzen die Rezeptivzellen in der Darmwand; von dem Augenblick an, wo der Darm für die Ansiedlung der Typhusbazillen ungeeignet wird, wird der ganze Organismus refraktär, da ja die anderen Organe von diesen Bazillen nichts zu fürchten haben.

Als allgemeine Regel kann man sagen, daß die Antivirus der Kultur fremder Kleinlebewesen günstig sind; manchmal hindern sie deren Kultur, aber immer hindern sie die Entwicklung der ihnen entsprechenden Mikroben, und hierauf beruht die Spezifität ihrer inhibierenden Wirkung. Weil das Staphylokokken-Antivirus sich für die Kultur der Diphtheriebazillen ungünstig erweist, wird man keineswegs behaupten, daß diese hindernde Wirkung von der gleichen Art ist wie die, die sie auf den Staphylokokkus ausübt: die Wirkung des Antivirus auf die Staphylokokken ist spezifisch, die Wirkung auf den Diphtheriebazillus ist es nicht.

Was vor allem zum Verschwinden der Bakterien führt, ist eben die Adsorption des Antivirus durch die Rezeptivzellen: Diese Zellen, ihrer Rezeptivität beraubt, reagieren nicht mehr auf das eigentliche Virus, das für sie zum Saprophyten wird. Die weißen Blutkörperchen, die nunmehr ihre Funktion als Freßzellen ungeschmälert ausüben können, sichern somit die Sterilität des infizierten Herdes.

Held.

Chirurgie und Orthopädie

1112.

Hahn, Erwin, Unsere Erfahrungen mit der Avertin-narkose. (Dtsch. Z. Chir., 213., 3./4. Heft, S. 202.) Die vom Verfasser

mitgeteilten Erfahrungen mit der Avertinnarkose unterscheiden sich im wesentlichen nicht von den in letzter Zeit im Schrifttum gemachten Mitteilungen. Die Avertinnarkose wird als eine Bereicherung für die Schmerzbetäubung anerkannt. Selbst Aerzte und Schwestern waren von dem Vorzuge so überzeugt, daß sie sich in dieser Art der Betäubung operieren ließen. Die Vorteile der Avertinnarkose beruhen nach Ansicht des Verfassers in dem ruhigen Einschlafen, in dem Fortfall des postoperativen Erbrechens und in Einschränkung der postoperativen Lungenkomplikationen sowie in einem längeren Nachschlaf und einer dadurch bedingten Verminderung der ersten Wundschmerzen. Nachteilig wirkt die ungenaue Dosierbarkeit, die häufig nicht ausreichende Analgesie und die vorübergehend auftretenden Störungen in der Atmung und der Herzstätigkeit.

E. Gohrbandt, Berlin.

1113.

Domenech, F., Die Wirkung der Rückenmarksanästhesie auf die intestinale Motilität. (Presse Méd., Nr. 5, 1929.) Die Rückenmarksanästhesie verursacht eine erhebliche und fast unmittelbare Steigerung der intestinalen Peristaltik. Diese beruht auf einer temporären chemischen Sektion der präganglionären Splanchnikusfasern, die dadurch ihren hemmenden Einfluß verlieren und die Wirkung des Vagus nicht kompensieren können. Durch Atropin wird die Hypermotilität nicht nur gehemmt, sondern das Intestinum vollständig gelähmt. Bei tiefer ausgeführten Anästhesien tritt die erregende Wirkung nicht ein, da der Splanchnikus relativ hoch entspringt und demnach das Anästhetikum nicht mehr mit allen präganglionären Splanchnikusfasern in Verbindung kommt.

Haber.

1114.

Süßbach, H. E., Beiträge zur Händedesinfektion. Unsere Erfahrungen mit Vasoformpuder. (Dtsch. Z. Chir., 213., 3./4. H., S. 211.) Die Händedesinfektion wurde mit Vasoformpuder (ein von den Vasenolwerken in Leipzig hergestellter, Formaldehyd abspaltender Puder) folgendermaßen durchgeführt: Uebliche sorgfältige Waschung der Hände mit Wasser und Seife, sodann tüchtiges Einreiben mit Vasoformpuder. Der Puder muß gut verrieben und in die Haut eingeknetet werden, damit er in die Poren eindringt und eine besondere Tiefenwirkung erreicht. Besonders müssen Nägel und die Interdigitalfurchen berücksichtigt werden. Ueber die so vorbereiteten Hände werden mit Vasoformpuder eingestreute Operationshandschuhe gezogen. Die Anwendung des Vasoformpuders beruht nicht nur auf der theoretisch angenommenen Desinfektion; dieselbe konnte schon früher experimentell bewiesen werden und wurde auch vom Verfasser noch einmal nachgeprüft. Verfasser kommt zu dem Urteil, daß in der Händedesinfektion mit Vasoform ein großer Vorteil zu erblicken ist, weil die Methode sehr leicht anzuwenden ist, eine große Zuverlässigkeit und Dauerwirkung besitzt. Es wird bisher über Erfahrungen an ungefähr 600 langdauernden Operationen berichtet, bei denen nie Schädigungen der Haut, wie sie sonst nach Alkohol, Sublimat und Oxyzyanat usw. beobachtet wurden, aufgetreten waren. Allerdings muß eine besondere Entpuderung der Hände nach dem Operieren stattfinden. Unter strengster Vermeidung von Wasser soll ein Entpudern der Hände mit einem trockenen Handtuch ausgeführt werden. Um den Rest des Puders zu entfernen, wird ein Einreiben der Hände mit Vaseline empfohlen. Auch der Rest des Puders, der sich mit der Vaseline gemischt hat, wird wiederum mit einem trockenen Handtuch entfernt. Erst dann darf eine Nachsäuberung mit Wasser und Seife stattfinden.

E. Gohrbandt, Berlin.

1115.

Debrunner, Ueber die Entstehung von Mißbildungen. (Mschr. f. Kinderheilk., 42., Heft 1/5.) Polemik gegen die mechanische Deutung der Entstehung angeborener Mißbildungen, eine Auffassung, die dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht mehr entspricht. In tabellarischer Uebersicht ergibt sich folgendes Schema für die Ursachen angeborener Mißbildungen:

I. Angeborene Mißbildungen:

1. Idiopathische Formen: Echte Keimvariationen oder -mutationen. Erbformen. Zu dieser Gruppe gehört die Mehrzahl aller typischen angeborenen Deformitäten (Klumpfüße, Hohlfüße, Luxationen, manche Defekte usw.).
2. Chemisch bedingte Formen: Seltene Spalt- oder Verwachsungsformen. Allenfalls erblich durch Vererbung der Dysonie. (Spina bifida, Schall, Keilwirbel, Störungen der Sakralisation, überzählige oder verwachsene Finger, Gaumenspalten usw.)
3. Mechanisch bedingte Formen: Selten und nur leichte Grade. Nicht ausgesprochen vererbbar (manche Fälle von Schiefhals, leichten Klumpfüßen, Hacken oder Knickfüße). Als Kontrakturen im Sinne von Dauer-Haltungsanomalien anzusehen.

II. Angeborene Verstümmelungen:

Intrauterine Amputationen. Mechanisch bedingt, ohne Formtypen. Nicht direkt vererbbar.

Jahr.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1116.

Benda, R., Ueber die Funktion des Ureters in der Gestationsperiode. Ein Beitrag zur Pathogenese der Pyelitis gravidarum. (Zbl. Gynäk., Nr. 9, St. 532, 1929.) Auf Grund seiner Untersuchungen wendet sich Verfasser gegen die vielfach vertretene Anschauung, daß das Pyelitisproblem in der Gravidität ein vorwiegend mechanisches sei. Er hat vielmehr beobachtet, daß in der ersten Schwangerschaftshälfte der Sympathikustonus gesteigert ist, und dadurch eine Zunahme der Zahl der Entleerungen aus den Harnleitern erfolgt, während in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft der Vagustonus überwiegt und infolgedessen meist eine Abnahme der Zahl der Entleerungen eintritt. Bei gleichbleibender Nieren-tätigkeit muß eine solche aber unbedingt zu einer Harnstauung im Nierenbecken führen, die ihrerseits das Auftreten der Pyelitis begünstigt und vorbereitet. Das Problem der Pyelitis gravidarum ist also nach Ansicht des Verfassers kein ausschließlich mechanisches, sondern ein vorwiegend neuro-muskuläres. Inwieweit es möglich sein wird, diese Erfahrungen der Therapie der Pyelitis in graviditate nutzbar zu machen, müssen weitere Untersuchungen lehren.

Schwab, Hamburg.

1117.

v. Konrad, E., Ist die Douglaspunktion gefährlich und hat sie therapeutischen Wert? (Zbl. Gynäk., Nr. 8, St. 470, 1929.) Die Douglas-Punktion ist nach Ansicht des Verfassers zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken unentbehrlich. Sie darf aber auch als gänzlich ungefährlich bezeichnet werden, wenn man nur vorsichtig zu Werke geht und einige wichtigen Vorsichtsmaßregeln nicht außer acht läßt. Dazu gehört zunächst die sorgfältige Auswahl der zur Punktion geeigneten Fälle. Man lasse sich nie verleiten, die Punktion hochgelegener Adnextumoren zu versuchen, sondern punktiere nur immer da, wo der Tumor dem hinteren oder seitlichen Scheidengewölbe fest anliegt oder dasselbe herabdrängt. Ferner achte man darauf, immer nur in der Mittellinie einzustechen und dann gegebenenfalls erst die Nadelspitze nach rechts oder links zu richten. Man dringe mit der Nadel nie weiter als 3 bis 4 cm tief ein und versuche niemals durch blindes Weitervorschieben der Nadel, um jeden Preis Eiter zu gewinnen. Jeder Probepunktion soll eine gründliche Desinfektion nicht allein des hinteren Scheidengewölbes, sondern der ganzen Scheide vorangehen. Beim Innehalten dieser Vorsichtsmaßregeln hat Verfasser jemals weder eine schwere Blutung infolge Anstechens eines großen Gefäßes noch die Vereiterung einer Haematocoele retrouterina gesehen, wohl aber diagnostisch und therapeutisch sehr viel Gutes mit der Douglas-punktion gewirkt.

Schwab, Hamburg.

1118.

Frankl, Oskar, Salpingitis isthmica nodosa und Odenomyosis tubae. (Arch. Gynäk., 135., Heft 3, 1929.) Die knotige Verdickung des isthmischen Tubenendes ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf entzündlicher Basis entstanden. Tiefenwachstum des Tubenepithels, Schlauchbildung bei gleichzeitiger Muskelhyperplasie sind Folgen einer Entzündung mit oder ohne Abszeßbildung. Die alte Bezeichnung Salpingitis isthmica nodosa besteht hier zu Recht. In seltenen Fällen hat die knotige Verdickung des isthmischen und interstitiellen Tubenanteils eine andere Genese. Entweder es handelt sich um eine vom Uterus fortgeleitete Adenomyosis, oder heteroplastisch innerhalb des Tubenlumens gelegene Uterusschleimhaut führt zur drüsigen Einsenkung in die Tubenmuskulatur. In solchen Fällen besteht ebenso wie bei der uterinen Adenomyosis interna keine entzündliche Ursache. Daher ist in diesen seltenen Fällen die Bezeichnung Adenomyosis tubae gerechtfertigt. Das schließt aus, daß künftig einmal vielleicht ein Fall von echter Adenomyosis tubae gefunden wird, bei welcher sekundär entzündliche Vorgänge das Bild verwirren. Eine Adenomyosis tubae sichert nicht gegen das spätere Einsetzen einer Entzündung. Für Studien über die Genese der Tubenschwellung sind solche Fälle, wenn sie je beobachtet werden, nicht geeignet.

Rudolf Katz, Berlin.

1119.

Beckmann, Max, Beitrag zur Frage der Hyperplasie und Hypertrophie der Uterusschleimhaut. (Arch. Gynäk., 135., Heft 3, 1929.) Man unterscheidet zwei Formen der Hyperplasie, die in sich gleichartige Hyperplasie, oder nach Adler Hypertrophie genannt, bei der man das Stadium des Ovulationszyklus deutlich erkennen kann und die sich klinisch durch stärkere und lang anhaltende Men-

struationen kennzeichnet, und die Hyperplasia endometrii glandularis cystica, bei der sich in der Schleimhaut die Bilder aller Funktionsstadien nebeneinander vorfinden. Die Abgrenzung beider Formen gegeneinander stößt mitunter auf Schwierigkeiten. Bei der Hyperplasia endometrii glandularis cystica findet man Fälle ohne Störungen der Menstruation, es ist also die glanduläre Hyperplasie nicht gleichbedeutend mit Blutung. Die Hyperplasia endometrii glandularis cystica setzt nicht das Fehlen des Corpus luteum voraus, das sich allerdings nur in einem kleinen Teil der Fälle findet. Die Ursache der Hyperplasie hat man im Ovar zu suchen, ebenso die Ursache der Blutung. Das Fehlen des Corpus luteum scheint für diese verantwortlich zu sein.

Rudolf Katz, Berlin.

1120.

Zondek, Bernhard, Weitere Untersuchungen zur Darstellung, Biologie und Klinik des Hypophysenvorderlappenhormons (Prolan). (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 4, S. 157.) Es konnte klinisch festgestellt werden, daß das Prolan intramuskulär injiziert stark hyperämierend auf den weiblichen Genitalapparat wirkt, so daß das Bild einer jungen Gravidität nach Turgor und Farbe vorgegaukelt werden kann. Diese durch direkte Betrachtung bei Operationen festgestellte Wirkung hat Verfasser thermometrisch bestätigt gefunden. Es konnte eine Temperaturerhöhung der Beckenorgane festgestellt werden, die nicht wie sonst 0,5 Grad, sondern bis zu 1 Grad über die Achseltemperatur liegt. Diese Beckenhyperämie wird zweifellos klinisch verwertet werden können. Das Prolan wird jetzt, auf Anregung von P. Klein, bei entzündlichen Beckenaffektionen der Frau angewandt, um durch die Hyperämie einen therapeutischen Effekt auszulösen.

Durch das Prolan wird auch beim Menschen ein Impuls auf die Ovarialfunktion und dadurch sekundär auf den Aufbau der Uterusschleimhaut ausgeübt. Injiziert man das Prolan vom ersten Tage der Menstruation bis zum achten Tage des Zyklus, und untersucht dann die Uterusschleimhaut, so findet sich in dieser bereits ein Aufbaustadium, das etwa dem 14. bis 16. Tage des Zyklus entspricht, dem Beginn der Sekretionsphase.

Bei zwei Frauen, nahe dem Klimakterium, trat nach Prolanbehandlung Milchsekretion der Brustdrüsen auf. Bei der Mehrzahl der Fälle war dies jedoch nicht der Fall.

Zehn Fälle echter hypohormonaler Amenorrhoe — mindestens seit ½ Jahren bestehend — wurden mit Prolan behandelt. Bei zwei Fällen wurde der Blutungserfolg nicht abgewartet, sondern nach der sechstägigen intramuskulären Injektionsbehandlung acht Tage gewartet, um die Wirkung auf die Uterusschleimhaut festzustellen. Hierbei wurde in einem Falle eine drüsenreiche Schleimhaut mit zystischen Drüsen festgestellt, im zweiten Fall zeigten die Schleimhautdrüsen an einer Stelle beginnende Sekretion. In fünf Fällen konnte 17–30 Tage nach Behandlungsbeginn eine mehrtägige Blutung ausgelöst werden, die sich meist noch ein zweites Mal im Intervall von 3–4 Wochen wiederholte. Es wird der weiteren Nachprüfung bedürfen, welche Dosen und welche Behandlungsdauer notwendig sein werden, um die ruhende Ovarialfunktion der Frau in dauerndem Rhythmus zu erhalten.

Vor kritikloser Anwendung des Prolans warnt der Verfasser, da man bei den intensiven biologischen Reaktionen mit diesem Hormon Schaden zufügen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

1121.

Klaften, E., Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Präeklampsie. (Gynäk., 135., Heft 3, 1929.) Das Problem der Eklampsie ist in den letzten Jahren hauptsächlich zu einer Frage nach der Entbindungsart Eklampstischer geworden, in dem Sinne, ob mittelst Sectio caesarea entbunden werden soll oder aber, ob die Entbindung in schonender Weise per vias naturales zu erfolgen hat. Durch die Sektio ist wohl eine Besserung der kindlichen Mortalität zu erwarten, die mütterliche Mortalität hat eine nennenswerte Besserung nicht zu erfahren. Die Mortalität betrug bei den Fällen des Verfassers 12,5 Prozent, im Material der Züricher Klinik 15 Prozent, bei Stöckel 8,4 Prozent. — Die Beobachtungen an den Hausschwangeren der Klinik und die Untersuchungen im präeklampsischen Stadium weisen daraufhin, daß der Ausbau der Frühdiagnose und der Frühbehandlung die Resultate verbessern werden. Wenn erst die von einer Eklampsie bedrohten Fälle rechtzeitig erkannt und einer prophylaktischen Behandlung unterzogen werden, ist eine Besserung der Mortalität zu gewärtigen. Alte Erstgebärende, alte Vielgebärende sowie Frauen, die bereits eine Eklampsie hatten, müssen während der ganzen Schwangerschaft in genauer Beobachtung gehalten werden. Kontrollen auf Eiweißausscheidung und Blutdrucksteigerung müssen in regelmäßigen Intervallen erfolgen; durch regelmäßige Untersuchung der Respirations-tiefe, durch Bestimmung der alveolären Kohlensäurespannung, des Kohlensäurebindungsvermögens, des Grundumsatzes und des dynamischen Eiweißquotienten werden gefährdete Frauen rechtzeitig zu erfassen sein. Der weitere Ausbau dieser Unter-

suchungen bedeutet den Ausbau der Prophylaxe. Sorgfältige klinische Beobachtung ermöglicht durch Feststellung der bekannten Prodromalerscheinungen sowie prämonitorischen Diarrhöen, der transitorischen Oedeme, der präparoxysmalen Albuminurie und durch das Verhalten des Blutdrucks vor der Eklampsie bedrohte Fälle frühzeitig zu eruieren. Dadurch wird die Frühbehandlung in größerem Umfange ermöglicht werden. Das Symptom der großen Atmung der Präeklampsie erscheint in diesem Zusammenhange für die Frühbehandlung der Eklampsie von besonderer Wichtigkeit. Durch den weiteren Ausbau unserer Kenntnisse des präeklampsischen Zustandes wird an Stelle der aktiven Prophylaxe mittels Sectio caesarea die wirkliche Prophylaxe des Grundleidens treten.

Rudolf Katz, Berlin.

1122.

Kamniker, H., und St. Simon, Zur Strahlenbehandlung von Entzündungen der weiblichen Anhänge. (Strahlenther., 30, 3.) Die besten Resultate wurden erreicht mit der geringsten Dosis (10 % der H.E.D.-Oberflächendosis = 2½ % Herddosis). Akute Entzündungen reagieren besser als chronische.

Dauererfolge namentlich bei Adnexitzündungen und Parametritis puerperaler Genese und nach Fehlgeburten.

Kirschmann.

1123.

Klaften, E., Die Prinzipien der antisiphilitischen Behandlung. (Arch. Gynäk., 135., Heft 3, 1929.) Die fast von allen Autoren anerkannte Notwendigkeit der antisiphilitischen Behandlung in der Schwangerschaft ist begründet, erstens durch Verminderung der Zahl der Rezidive während der Schwangerschaft und unter der Geburt sowie durch den günstigeren Verlauf des Wochenbetts der antisiphilitisch behandelten Frauen und zweitens durch die unvergleichlich größere Zahl lebender und gesunder Kinder. — Verfasser hat die Ergebnisse, die an 1946 Graviden gewonnen wurden, und die sich sowohl auf die eigenen Fälle als auch auf die der anderen Autoren bezogen, zusammengefaßt und kommt zu dem Resultat, daß jegliche Behandlung in der Schwangerschaft günstig wirkt; und daß die Behandlung in der Schwangerschaft für das Schicksal des Kindes eine viel größere Rolle spielt als die Behandlung vor der Schwangerschaft. Schon durch die bloße Quecksilberbehandlung während der Schwangerschaft werden die Chancen für die Nachkommenschaft von 16,1 % auf 50 % verbessert, trotzdem ist Verfasser der Ansicht, daß praktisch die alleinige Behandlung mit Hg so gut wie keinerlei Bedeutung für das Schicksal der Schwangerschaft hat. Ein höherer Prozentsatz gesunder Kinder wird erzielt bei der alleinigen Behandlung mit Neosalvarsan sowohl vor der Schwangerschaft als auch während derselben. Die kombinierte Behandlung mit Hg und Neosalvarsan oder Bismojenol und Neosalvarsan hat keine Verbesserung der Resultate der alleinigen Neosalvarsanbehandlung gezeitigt, soweit es sich um den Einfluß auf die Nachkommenschaft handelt. Die besten Resultate wurden erzielt, wenn die Frauen sowohl vor als auch während der Schwangerschaft antisiphilitisch behandelt wurden. — Auch jene Frauen, die vor der Schwangerschaft eine Malariabehandlung durchgemacht haben, sind in jeder neuerlichen Schwangerschaft einer antisiphilitischen Kur zu unterwerfen. — Bei der Behandlung mit Neosalvarsan ist die Gefährlichkeit des Mittels in Betracht zu ziehen, da besonders die Schwangerschaft, ebenso wie die Menstruation Zustände sind, welche eine Disposition für Salvarsanschäden schaffen können. Verfasser setzt auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen in der Behandlung schwangerer Frauen für diese die zulässige Höchstdosis von Neosalvarsan auf 0,3 g fest. Er beschreibt die Kette von Schädigungen durch das Salvarsan in der Schwangerschaft, die in Kopfschmerzen, Frost, Fieber bestehen und die weiterhin zu Konvulsionen, epileptiformen Anfällen und komatösen Zuständen, ja sogar zu den schwersten letalen Ausgängen führen können. Die Schädigungen können sowohl nach der intravenösen als auch nach einer intramuskulären Salvarsanbehandlung sich einstellen. Die meisten Autoren treten für die Salvarsanbehandlung in der Schwangerschaft ein, wenn auch einige, wie Wechselmann, Buschke, davon abraten. Durch sorgfältige Auswahl der Fälle, richtige Dosierung und genaue Kontrolle während der Kur, werden sich Fälle mit unglücklichem Ausgange vermeiden lassen. Fälle mit schweren organischen Krankheiten, wie Herzfehler, Nephritis, schwerer Tuberkulose, Kreislaufstörungen, arteriellem Hochdruck, Leberinsuffizienz, werden von der Salvarsanbehandlung ausgenommen. Jugendliche Gravidie müssen sorgfältig beobachtet werden und während der Behandlung wiederholt untersucht werden. Treten nach der ersten kleineren oder im Verlaufe der weiteren Behandlung nach den üblichen Dosen irgendwelche Nebenerscheinungen auf, dann ist die Salvarsanbehandlung zu unterbrechen. Kopfschmerzen, Fieber, Schüttelfrost usw. sind ein Fingerzeig für die Unverträglichkeit des Mittels und die Gefährdung der Patienten durch eine weitere Salvarsanbehandlung. — Bei allen

frauen, die eine besondere Belastung durch die Schwangerschaft selbst erfahren, wie z. B. Zwillingsschwangerschaft, Pyelitis, Placenta praevia mit wiederholtem Blutverlust, Graviditätsanämien, Polyneuritis, Ikterus in der Schwangerschaft, ist besondere Vorsicht bei der Salvarsanbehandlung erforderlich. — Wird das Neosalvarsan nicht vertragen, so geht man zur Behandlung mit Myosalvarsan über, wird auch dieses nicht vertragen, so gibt man Peroral Spirocid, ein sehr wirksames Arsenpräparat, jeden zweiten Tag je zwei Tabletten von 0,25 g, im ganzen 60 Tabletten. In allen Fällen wird gleichzeitig mit der Salvarsan-, sei es Neo- oder Myosalvarsanbehandlung, oder dem Spirocid Bismogenol (20 Injektionen $1\frac{1}{2}$ ccm intraglütal). Das Bismogenol macht keine lokalen Infiltrate wie das Hg, die erste Salvarsandosis gibt Wasser erst nach der fünften Bismogenolinjektion. — Die Dauer der ganzen Kur beträgt 20 Wochen; bei Behandlung in den ersten vier Schwangerschaftswochen macht man dann eine Pause von vier Wochen, um dann mit einer zweiten Kur zu beginnen. Denn ausnahmslos muß in den letzten 12 Wochen der Schwangerschaft behandelt werden, weil in dieser Zeit sich die größte Zahl der Infektionen ereignet.

Rudolf Katz, Berlin.

1124.

Kasanski, P. P., Einige Beobachtungen über die Anwendung der Autohämotherapie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (Kasanski, med. Z., 24., H. 6, S. 554.) Bericht über gute Erfolge mit Autohämotherapie in 28 Fällen von Hyperemesis gravidarum, Metrothrombolythia haemorrhagica, Menstruatio profusa et tarda im Präklimakterium, Metroendometritis post abortum und Menotoxikosen während der Schwangerschaft.

E. Kontorowitsch.

1125.

Storp, Conglutinatio orificii externa. (Med. Welt, 3, 1929.) Der Begriff der Conglutinatio orificii externa ist in der Literatur nicht einheitlicher. Man versteht darunter nicht nur eine Zusammenleimung des äußeren Muttermundes, sondern überhaupt eine mangelhafte Erweiterungsfähigkeit desselben. Leistet der primär rigide Muttermund den Wehen abnormen Widerstand, so kann es allmählich zu einer Abweichung des Muttermundes nach hinten (dem Promontorium zu) kommen. Befindet sich der Ring des äußeren Muttermundes nicht mehr in der Beckenachse, so kann auf ihn eine erfolgreiche Einwirkung im Sinne eines Zuges nicht mehr stattfinden. Unter dem Einfluß der Wehentätigkeit und schließlich der Bauchpresse wird die im untersten Abschnitt quer zur Beckenachse gestellte vordere Zervixwand und mit ihr die ganze Zervix mehr und mehr vorgetrieben und ausgedehnt. Die Geburt kommt nicht vorwärts, und es können unter Umständen große Zerreißungen eintreten. Wichtig ist deshalb, diese Anomalie rechtzeitig zu erkennen. Die rektale Untersuchung versagt hier, der Aufschluß gibt nur die vaginale Untersuchung. Die Erweiterung des Muttermundes macht im allgemeinen keine Schwierigkeiten, manchmal gelingt sie sogar verblüffend leicht und schnell. Nötigenfalls ist eine Inzision des Muttermundes zu machen; bei entfaltetem Zervikalkanal tritt dabei keine nennenswerte Blutung auf.

L. Gordon, Berlin.

1126.

Jaeschke, Rud. Th. v., Geburtshilfe und Hirnschädigungen durch die Geburt. (Zbl. Gynäk., Nr. 8, Seite 450, 1929.) Für den praktischen Geburtshelfer ist von Interesse, was Verfasser gegen das Zuweitreiben der aktiven Geburtshilfe sagt. Jede über das schon heute erreichte Maß von Aktivität hinausgehende Geburtshilfe wird unweigerlich eine höhere mütterliche Morbidität und Mortalität zur Folge haben, die den evtl. erreichten Mehrgewinn an lebenden Kindern, auf die Gesamtzahl der Lebendgeborenen berechnet, in sein Gegenteil verkehren müßte. Nach wie vor muß als Grundsatz in der praktisch-geburtshilflichen Tätigkeit sein, mit Vorsicht zu verfahren, die lediglich im Interesse des Kindes erfolgen, aber dadurch der Mutter vermehrte Gefahr bringen, zurückhaltend zu sein. Wenn jeder mütterliche Todesfall bedeutet einen viel größeren Ausfall an Kindern überhaupt als der selbst bei prinzipieller Anwendung der Schnittentbindung überhaupt mögliche Kindergewinn.

Schwab, Hamburg

1127.

Kermauner, F., Die Geburt in Streckhaltung des Kindes. (Z. Geburtsh., 94., Heft 1, 1928.) Es kommen für die Streckhaltung des Kindes folgende Stellungen in Frage: die Hinterhaupthaltung, die mentoposteriore Mittelscheitellage, die mentoanteriore Mittelscheitellage, Austritt im Querstand, die Vorderhaupthaltung, die Stirnhaltung als übelste Form, die Zwischenform zwischen Stirnhaltung und Gesichtshaltung. In allen diesen Stellungen steht das Kind unter einem Zwang, gegen den die Streckbewegungen des Kindes als Abwehrbewegungen aufzufassen sind. Meist sind die in Streckstellung geborenen Kinder recht groß, und dadurch kommt vielleicht eine noch schwierigere Bewegung der Halswirbelsäule

infolge der ausgebildeteren härteren Knochen in Frage. Die Streckhaltungen des Kindes sind schon oberhalb des Beckens voll ausgebildet (röntgenologisch nachgewiesen). — Nach Ansicht des Verfassers hängt die Entstehung der Streckhaltung, wie er durch röntgenologische Untersuchungen und Beobachtungen der Streckhaltungskinder feststellte, am wahrscheinlichsten mit einer Störung in der Ausbildung der obersten Halswirbelsäule bzw. ihres Ansatzes am Schädel zusammen.

Rudolf Katz, Berlin.

1128.

Rullé, P., Die Diagnose des kindlichen Kinnes im Laufe der Entbindung. (Gyn. et Obstétr., 18., Nr. 6, 1928.) Das kindliche Kinn ist mit Hilfe des dritten Leopold'schen Handgriffs leicht zu finden und muß vom Beginn der Geburt, von der ersten Untersuchung ab fixiert und festgestellt werden. Durch die Beobachtung der Bewegungen des kindlichen Kinnes hat man die Möglichkeit, den Mechanismus der Entbindung von Anfang an zu verfolgen. Durch die Diagnose des kindlichen Kinnes wird die innere Untersuchung seltener, und die Indikation, dieselbe vorzunehmen, strenger. Durch die aufmerksame und andauernde Beobachtung des kindlichen Kinnes ist es möglich, Vorsichtsmaßregeln beim Vermuten eines pathologischen Geburtsverlaufs zu ergreifen.

Rudolf Katz, Berlin.

1129.

Meyerhoff, Kurt, Peritoneale Adhäsionen des graviden Uterus unter der Geburt. (Z. Geburtsh., 94., Heft 1, 1928.) M. berichtet über eine 20jährige Primigravida, die sieben Wochen ante partum einen Pferdehuftritt in die rechte Bauchseite bekam und danach über heftige Schmerzen in der Lebergegend klagte. Bei der Laparatomie wegen Annahme einer inneren Verletzung zeigt sich Eiweiß der rechten Niere am oberen Pol; Tamponade dieser Stelle und seitliche Drainage, Bauchdeckennaht. Glatter Heilverlauf. — Drei Wochen nach Entlassung aus der Klinik, nach 42stündigem Kreißen, Spontangeburt eines lebenden Kindes. Nachgeburt folgt nicht. Man fühlt ein breites Adhäsionsband vom unteren Pol der Bauchnarbe an die Uterusvorderfläche heranziehend. Bei Anspannung des Bandes wird der untere Abschnitt der Narbe deutlich eingezogen. Während der Lösungsmanöver reißt das Band ein, und nach Entfernung der Plazenta gute Kontraktion des freigebliebenen Uterus. — Peritoneale Adhäsionen sind also in der Lage, den Uterus in der Nachgeburtperiode im Oberbauch zu fixieren und können jedenfalls ein nicht sehr kontraktionsfähiges Organ derart behindern, daß Plazentaretention und Nachblutung die Folge sind.

Rudolf Katz, Berlin.

1130.

Lavergne und Fröhinsholz, Scharlach im Wochenbett. (Gyn. et Obstétr., 18., Nr. 6, 1928.) Es gibt sicherlich einen „Wochenbett-Scharlach“, der zu unterscheiden ist von puerperaler Infektion mit scharlachartigem Exanthem. Außer dem gewöhnlichen Scharlach, der bei Wöchnerinnen ebensogut auftreten kann wie bei jeder anderen Frau, gibt es noch einen speziellen „Wochenbett-Scharlach“. Derselbe scheint seine Eingangspforte durch die puerperalen Wunden zu haben und zeichnet sich besonders durch Fehlen von anginösen Erscheinungen, von Himbeerzunge und von Drüenschwellungen aus.

Rudolf Katz, Berlin.

1131.

Schroeder, Carl, Unsere gynäkologischen und geburtshilflichen Lachgasanästhesien. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 5, S. 186.) Neben großen subjektiven Annehmlichkeiten für die Patienten haftet der Betäubung mit Stickoxydul ein wesentlicher Fehler an: Die auch sonst allgemein zugegebene Schwierigkeit ihrer Technik. Gerade sie ist ja auch der eigentliche Grund gewesen, der zur Heranbildung von Berufsnarkotiseuren in Amerika geführt hat. Verfasser warnt daher eindringlich davor, die Lachgasbetäubung dem praktischen Arzt und kleineren Krankenhäusern als Ersatz für die bisher üblichen Betäubungsarten zu empfehlen. Wer nicht über eine ausreichende Technik und Erfahrung in der Lachgasnarkose verfügt, wird schwere Enttäuschungen nicht vermeiden können. In den Händen eines für sie speziell ausgebildeten Arztes sieht Verfasser dagegen in der Lachgasnarkose, zumal wenn die aus besonderen Gründen dafür geeigneten Patienten richtig ausgesucht werden, eine wertvolle Bereicherung, soweit man bei nicht ausreichender Lachgaswirkung der Gefahr der Zyanose durch frühzeitige Aetherzugabe vorbeugt.

Arnold Hirsch, Berlin.

1132.

Schmidt, Christian, Novalgin als schmerzlinderndes Mittel bei Geburten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 4, S. 148.) Ein brauchbares Bekämpfungsmittel des Geburtsschmerzes darf erstens bei der Linderung der Schmerzen die Wehen nicht wesent-

lich beeinträchtigen und zweitens die Frau und das Kind nicht schädigen. Diese Forderungen werden von dem Novalgin durchaus erfüllt; Verfasser hat das Mittel sogar in solchen Fällen angewandt, in denen das Kind gefährdet war, d. h. beim Sinken der kindlichen Herztöne.

In konstitutioneller Hinsicht steht das Novalgin zwischen dem Melubrin und Pyramidon und wird in der inneren Medizin als Antipyretikum, Antirheumatikum und Analgetikum verwandt. Kontraindikationen für Novalgin sind höchstens bei schweren Leberschädigungen gegeben. Schädigungen auf Kreislauf und Nieren sind niemals beobachtet worden.

Die Versuche des Verfassers erstrecken sich über 100 Fälle. In der Eröffnungsperiode gibt Verfasser 1 ccm intramuskulär, beim Nachlassen der Wirkung nach etwa 2–3 Stunden wird ein weiterer ccm gegeben; es wird so ein Hindämmern der Kreißenden erzielt, ohne daß jedoch die Wehen ganz aufhören.

In der Austreibungsperiode verfährt Verfasser folgendermaßen: 2 ccm Novalgin werden in der Spritze aufgezogen, davon wird 1 ccm langsam in die Armvene injiziert, der Rest wird sofort danach intramuskulär gegeben. Dadurch erreicht man, daß die intravenöse Injektion sofort zu wirken beginnt und die intramuskuläre Dosis zu wirken anfängt, wenn die intravenös gegebene bereits verrauscht ist. Verfasser hält es jedoch für möglich, daß noch eine weitere Dosis gegeben werden muß, wie er überhaupt die angegebene Dosis nicht als allgemein gültig festlegen möchte.

Arnold Hirsch, Berlin.

1133.

Gantzkow, Dr. E., **Erfahrungen mit Pernokton.** (Zbl. Gynäk., Nr. 8, S. 474, 1929.) Ueber den derzeitigen Stand der intravenösen Pernoktonnarkose macht Verfasser einige besonders auch für den Praktiker instruktive Mitteilungen. Vom Gebrauch des Präparats zum geburtshilflichen Dämmer Schlaf ist er, wie viele andere Autoren in demselben Sinne berichten, abgekommen, da unter 14 Pernoktongeburten nur drei völlig schmerzlos waren, während die übrigen elf mit starker motorischer Unruhe, Erregungszuständen und Abwehrbewegungen einhergingen, was die geburtshilfliche Arbeit erschwerte, die Asepsis in Frage stellte und den Dammschutz unbefriedigend, ja unmöglich machte. Dagegen bewährte sich das Präparat bestens zur Einleitung der Aethernarkose vor allen Operationen; es wurde damit eine Aetherersparnis von 50 bis 80 Prozent erzielt. Atmung und Herzstätigkeit werden durch das Pernokton überhaupt nicht beeinflusst, der Blutdruck sinkt nur unwesentlich, durchschnittlich um 20 mm Hg, so daß das Pernoktonverfahren unbedenklich auch bei älteren Patienten angewandt werden kann. Die Gefahren der Inhalationsnarkosen werden durch vorhergehende Pernoktongaben ganz wesentlich herabgesetzt. Die Dosierung ist die übliche: 1 ccm auf 12½ kg Körpergewicht langsam (!) intravenös injizieren: nicht mehr als 1 ccm in 1 Minute! Es empfiehlt sich, ½ Stunde vor der Pernoktoninjektion 1 ccm Pantopon 2prozentig mit ½ ccm Atropinlösung 1,0 : 1000,0 subkutan zu injizieren.

Schwab, Hamburg.

1134.

Rhenter und Pigeaud, **Beitrag zum Studium der Fehlgeburten infolge fehlerhafter Insertion der Plazenta.** (Gyn. et Obstétr., 18., Nr. 6, 1928.) Bei 15 Prozent aller Spontanaborte ist die Ursache eine fehlerhafte Insertion der Plazenta. Gewöhnlich tritt bei diesen Fällen der Abort zwischen dem vierten und fünften Monat ein, selten nur vorher. Der Grund dafür ist in der Tatsache zu suchen, daß zwischen dem vierten und fünften Monat der Teil der Dezidua, der mit dem inneren Muttermund in Verbindung steht, verschwindet und die Eihüllen freiläßt, so daß es dann bei tiefer Insertion der Plazenta naturgemäß zum Abort kommen muß.

Rudolf Katz, Berlin.

1135.

Jaroschka, Dr. K., **Albuminurie und Glykosurie beim Neugeborenen.** (Zbl. Gynäk., Nr. 9, S. 522, 1929.) Als Ursache für das meist vorübergehende Vorkommen von Eiweißkörpern im Harn der Neugeborenen sind verschiedene Schädlichkeiten anzusprechen, die das Kind während oder kurz nach der Geburt treffen. Vor allem sind zu nennen: Schädeltraumen, Streckung und Schnürung des kindlichen Körpers, Quetschung des renalen Parenchyms beim Durchtritt durch den engen Geburtskanal, Wasserverlust, Abkühlung, veränderte Lebensverhältnisse nach der Abnabelung u. a. m. Ein Zusammenhang zwischen mütterlicher und kindlicher Albuminurie ist mit Sicherheit abzulehnen. Tatsache ist jedoch, daß sich die verschiedenen Ursachen während und nach der Geburt in mannigfacher Weise kombinieren können, so daß man nicht nur eine einzige Ätiologie zur Erklärung der Eiweißausscheidung der Neugeborenen heranziehen darf. Für das Auftreten der Glykosurie post partum ist nicht allein das Schädeltrauma, das etwa im Sinn des Zuckerstichs wirken würde, sondern auch die Kohlensäure-

anreicherung des Bluts verantwortlich zu machen. Albuminurie und Glykosurie der Neugeborenen sind meist vorübergehende Erscheinungen, die selten dauernden Einfluß auf das Befinden und die Entwicklung des Neugeborenen haben.

Schwab, Hamburg.

1136.

Schneider, G., **Die Beziehungen der Geburten- und Frühgeburtenbewegung zur sozialen Lage in den Jahren 1912 bis 1927 auf Grund des Materials der Univers.-Frauenklinik Leipzig** (Arch. f. Frauenk. u. Konst., 15., Heft 1, 1929.) Verf. hat auf Grund des Materials der Leipziger Universitäts-Frauenklinik, dem 25 109 Fälle zugrunde liegen, von 1912 bis 1927, also in einem Zeitraum von 15 Jahren die Schwankungen der Geburten- und Frühgeburtenzahl untersucht. Er stellte fest, daß diese Schwankungen des Kurvenverlaufs abhängen von der Politik und Wirtschaft des Staates, von der Weltanschauung seiner Bürger und dem geistigen Leben der Nation wie von den Gesundheitsverhältnissen und den Volkskrankheiten, daß also die Entstehung des menschlichen Nachwuchses sich als eine bedeutungsvolle Resultante durch das Kräftesystem des sozialen Organismus schlängelt. Will man die allgemeinen Bedingungen, von denen die Frequenzhöhe der Geburten und Frühgeburten abhängen, nennen, so kann man anführen: 1. den Konzeptionswillen, 2. die Konzeptionsmöglichkeit, 3. die Konzeptionsfähigkeit, 4. die Austragefähigkeit, 5. den Gebärwillen. Durch den Krieg nahm vor allem die Konzeptionsmöglichkeit ab, und die physischen Hemmnisse überwogen die psychischen, obgleich beide an Umfang zunahmen.

Rudolf Katz, Berlin.

Geschichte der Medizin

1137.

Stiegele, **Die Pathologie Hahnemanns.** (Hippokrates. 1. Jahrgang, Heft 5.) Im Gegensatz zu der Dosologie Hahnemanns, welcher die heutige Wissenschaft auf Grund ihrer Beobachtungen über Vitamine und ähnlichem nicht mehr so kraß ablehnend und verständnislos gegenübersteht, gilt seine Pathologie heute den meisten noch als Torheit. Daß sich auch hier zu der allerdings in den letzten Jahren wesentlich veränderten und freier gewordenen Wissenschaft sehr wohl Beziehungen finden, legt Stiegele in einem längeren und bei aller Sachlichkeit den homöopathischen Standpunkt wahren Artikel dar. Die heutige Pharmakologie hat die sehr aussichtsreichen Beziehungen zu den äußeren und inneren Krankheitsursachen nicht zu nutzen vermocht, während Hahnemann die Arznei mit dem durch Umwelteinflüsse geformten Krankheitsgeschehen in Verbindung brachte. In welcher Form er dies tat, legt Stiegele für den Begriff Disposition klar, indem er auf rheumatische Erkrankungen eingeht und darüber hinaus die Hitze, die jahreszeitlichen Dispositionen, die verschiedenen Altersdispositionen und ähnliches kurz in ihrer von Hahnemann geschaffenen therapeutischen Ausnutzung und Verbindung mit den Arzneimitteln bespricht. Des weiteren weist er nach, daß der von der modernen Medizin langsam anerkannte Begriff des Phänomenologischen gegenüber des bis dahin unter einem Diagnosenamen angewandten Typischen bei Hahnemann schon seine vollste Ausgestaltung fand. Hierin liegt auch begründet, weshalb die auch heute noch mancherorts vorgebrachte Forderung: „Ja, zeige uns zehn solche Fälle, und wir wollen daran glauben“, nicht nur unerfüllbar ist, sondern auch schon in ihrer Aufstellung eine Verkenntnis des von Hahnemann vertretenen und sich heute in der Schulmedizin langsam Anerkennung verschaffenden Grundsatzes bedeutet, daß jeder Krankheitsfall individuell gelagert ist und nicht noch einmal genau gleich vorkommt. Für die organotrope Arbeitsweise Hahnemanns, welche sehr wohl der modernen funktionellen Pathologie an die Seite gestellt werden kann, bespricht Stiegele sein Vorgehen bei der Verstopfung. Darüber hinaus aber führte Hahnemanns Arbeitsweise von der organotropen Beziehung zum Personotropismus, zur Ichbeziehung, an welche Auffassung man Anklänge heute von modernen Klinikern sehr wohl hören kann. So sind die experimentellen Arbeiten der Homöopathie geeignet, nicht nur therapeutisch, sondern auch direkt klinisch-diagnostisch weiterzuführen, eine Möglichkeit, von der heute der Wissenschaft erst die ersten Uransätze aufdämmern. Darüber hinausgehend führt die Arbeitsweise Hahnemanns in den Begriff des heute gepflegten Konstitutionalismus, nur daß er schon in der Lage war, ohne allerdings für die Praxis nutzlose, klingende Namen zu schaffen, seine Ideen in die Therapie umzusetzen. In der konstitutionellen Beschreibung zahlreicher homöopathischer Mittel findet man die Abbilder vieler heute geschaffener Konstitutionstypen. So stellt sich Hahnemanns Pathologie für jeden ernsthaft Suchenden als im vollen Sinne modern dar, nur soll niemand erwarten, ohne liebevolle Beschäftigung mit ihr tiefen Wahrheiten aus einem Kompendium erkennen zu können.

Dermitzel.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1138.

Auliffe, G. B., Bestimmung einer blutenden Stelle in der Nase. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Die Angst des Patienten, deshalb die Eile des Arztes, läßt den letzteren nur zu häufig die ganze Nase ausstopfen, ohne nach der blutenden Stelle zu suchen. Die Ursachen können recht verschieden sein: einfache septale Blutung, Hämophilie, Arteriosklerose, Herzklappenfehler, Sarkom, Druck auf die Halsvenen durch ein Aneurysma, Bronchocele, intrathorakale Tumoren, Typhus, Diphtherie, Obstruktion der Pfortaderzirkulation, Unterdrückung der Menses oder hämorrhoidaler Blutungen, postoperativ nach submuköser Reaktion, Tubenektomie, Ethmoidexenteration, Scharbock, Keuchhusten, allgemeine oder lokale Teleangiectasie, Absorption von P. Hg, Ergotin. Die Blutversorgung geschieht durch die Spheno palatina, die am hinteren Rande der mittleren Muschel eintritt; im allgemeinen liegen die größten Gefäße im hinteren und oberen Teile der Nase. Alte Leute bluten häufiger aus den Ethmoidalvenen; junge vom kieselbachschen Raum einen Zoll hinter und über der Spina nasalis. An diesem gewöhnlichen Sitze der Blutung sieht man meist venöse Blutung, gelegentlich einen Spritzer perpendikular aus dem Septum. Zuerst reinigt man diesen Raum von Gerinnseln und betupft dann mit Adrenalin. Kommt die Blutung von dort, so sieht man einen roten Fleck auf bleichem Untergrund: Chromsäure und Morphinum (beruhigt und hilft gerinnen). Der Lieblingssitz arteriosklerotischer Fälle ist der Ansatzpunkt der mittleren Muschel. Manchmal ist auch ein Polyp etwas halbwegs hinter der Mitte des Septums Ursache. Auch hinten an der Konvexität der unteren Muschel oder nahe dem Boden. Dann Feststellung durch Ansaugen mit einem Tropfglas. Alle diese Punkte sind, ehe man tamponiert, nachzusehen. An den hinteren Teilen kann man die Blutung mit Hilfe eines Tropfenzählers durch Ansaugen feststellen. Die Tamponade ist eigentlich nicht secundum ordinem, aber bei unbekannter Ursache nötig. In einem Falle war eine schwere Pneumokokkenmastoiditis Folge der Tamponade. Steht die Blutung, so gibt man trotz entgegengesetzter Meinungen eine gesättigte Kalziumlaktatlösung. Bei Jugendlichen neurovasculäre Behandlung, bei Alten Behandlung des hohen Drucks. v. Schnizer.

1139.

Fried, H., Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie der Mandeln. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Die Mandeln sind so wichtige Organe (Schutz gegen Bakterien, wobei sie allerdings selbst infiziert werden können; zahlreiche Phagocyten an der Oberfläche; Bildung von Antikörpern in hinreichender Menge durch die Anwesenheit der Bakterien in den Krypten), daß sie so lange als möglich erhalten werden müssen. Die Röntgenstrahlen wirken auf das Chromatin des Kernes, dadurch Degeneration, ein destruktiver Prozeß, eine biochemische Umwandlung. Dadurch Drainage des infizierten Raumes. Dadurch wird ferner dem Wachstum der Bakterien der Boden entzogen. In Betracht kommen alle Fälle chronischer Mandelentzündung, außer den fibrösen Mandeln, die Anlaß zu Eiterung, Retropharyngeal- und Peritonsillarabszessen geben, die für gewöhnlich dem Messer verfallen. Postoperative Bestrahlung kommt in Betracht bei Vergrößerung der Zervikaldrüsen namentlich im Kieferwinkel. Denn die Operation entfernt da bloß die Mandeln. Präoperative Bestrahlung verhindert die üblen schweren Komplikationen. Gefahren sind dabei absolut keine vorhanden. Alle Kontraindikationen für die Tonsillektomie sind Indikationen für die Bestrahlung. Also Mandelinfektionen mit protrahiertem Fieber, also subakute und chronische Fälle mit Exazerbationen, bei denen die Infektion aktiv ist. In solchen Fällen sind außer Pneumonie akute Mittelohrentzündung, Mastoiditis, Lungen- und Gehirnsabszesse, allgemeine Septikämie beobachtet worden, nach der Operation. Ferner bei Diabetes. Wenn das Insulin auch das Risiko der Operation vermindert, so erhöht es doch nicht die Widerstandskraft und verhindert fatale sekundäre Komplikationen und Infektionen nicht. Ebenso gehören hierher die Fälle von Chorea, Gelenkrheumatismus, beginnende Endokarditis, vorgeschrittene Lungentuberkulose, Hämophilie, Bright und Status thymicolymphaticus. Kinder bis zum 15. Jahre sollten niemals operiert werden. Bei Kindern ist nämlich Hyperplasie der Mandeln und Adenoide völlig normal und häufige Anfälle von Tonsillitis indiziert noch nicht die Entfernung. Jedenfalls wird die Mundatmung und die Obstruktion durch Röntgen bedeutend gebessert. Also mit Vorteil werden geröntgt: akute folliculäre und interstitielle, chronische hyperplastische Mandeln, Hypertrophie, die lymphoiden Massen und Bänder nach Tonsillektomie, die Zervikaldrüseninfektion und Vergrößerung nach einer Operation endlich die präoperative Bestrahlung. Kontraindikationen: Fibröse Mandeln, Tonsillar und Peritonsillarabszesse, Retropharyngealabszesse. v. Schnizer.

1140.

Kofler, Moderne Indikationen zur Tonsillektomie. (W. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 8.) Die Symptome und Folgeerscheinungen, die für die Indikation zur Tonsillektomie (T.) herangezogen werden können, werden eingeteilt in 1. lokale, 2. regionale und 3. Fernsymptome. Lokalsymptome der chronischen Tonsillitis sind: tiefröte Färbung der Tonsillargegend, Druckempfindlichkeit der Tonsille. Oberflächliche Mandelpfropfe bilden keine Indikation zur T., wenn ihre Umgebung nicht entzündlich verändert ist und wenn sie keinen üblen Geruch verursachen. Tiefersitzende Pfropfe, die erst bei stärkerem Druck auf die Tonsille zum Vorschein kommen, sind weniger harmlos. Tonsillar- und Peritonsillarabszesse bilden nach Abklingen des Prozesses eine Indikation zur T., Abszesse, die trotz Durchbruch oder Inzision dauernd weiterfisteln, müssen unbedingt durch T. beendet werden, ebenso subakute Tonsillitiden, die mit Rötung, Schwellung, Fieber und bedeutenden Drüsenschwellungen einhergehen und wochenlang weder zur Resorption noch zur Suppuration führen. Periodisch öfters auftretende Anginen berechtigen auch zur T.; auch im frühen Kindesalter ist diese der Tonsillotomie vorzuziehen. Zu den regionalen Symptomen gehören akute oder chronische Erkrankungen des Respirationstraktes einschließlich des Ohres, z. B. die Rhinitis chronica vasomotoria, rezidivierende Folliculitis und chronisches Ekzem des Vestibulum nasi, chronischer Tuben-Mittelohrkatarrh, Jucken in einem oder beiden Gehörgängen, ferner chronische Pharyngitis, Transversusparese des Larynx, dann chronische Laryngitiden, Tracheitiden und Bronchitiden, schließlich eine belegte Zunge mit pappigem Geschmack. Zu den Fernsymptomen gehören Schwellung der Halslymphdrüsen und schmerzhaft Affektionen der Muskeln und Nerven des Nackens und Schultergürtels, ferner zahlreiche Schädigungen fernabliegender Organe. Der Zusammenhang mit der Tonsillenerkrankung wird in diesen Fällen oft durch eine Verschlechterung oder ein Rezidiv des Leidens bei jeder Exazerbation der Tonsillitis erwiesen. Ernst Pieck, Wien.

1141.

Scal, J. Coleman, Die Frage der Tonsillektomie. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Die Mandeln und Adenoide und ihre Beziehungen zu verschiedenen Krankheiten haben eine hohe Bedeutung. Untersuchungen haben ergeben, daß Adenoide, vergrößerte Zervikaldrüsen, Konjunktivitis, Augenbeschwerden und defekte Zähne häufiger bei Kindern mit defekten Mandeln vorkommen, als bei solchen mit normalen oder ektomierten Mandeln. Beim gesunden Erwachsenen wird das lymphoide Gewebe resorbiert und nur das fibröse Gewebe bleibt zurück. Eine vergrößerte Mandel mit großen offenen Krypten, die mit käsigem Material gefüllt sind, braucht nicht so krank zu sein, wie eine versenkte Mandel, die nicht pathologisch aussieht, aber oft entzündlich auflackert. Hier oft kleine Abszesse und vergrößerte Zervikaldrüsen, besonders die Tonsillardrüse neben dem Kieferwinkel. Hypertrophische Mandeln brauchen bei einem Kinde noch nicht pathologisch zu sein: mit dem Wachsen nimmt auch das lymphoide Gewebe zu. Die Mandeln sind keine Lymphdrüsen, sondern lymphoides Gewebe zur Produktion von Lymphocyten, Reaktionszentren gegen einfallende Toxine. Skillern hat 9000 Kehlen Erwachsener untersucht: bei 82% infizierten Mandeln aber nur 1/2% Klagen über den Hals. Von 215 Herzfällen zeigten 53% infizierte Mandeln und bei Rheumatismussfällen 63%. Funktion der Mandeln und Adenoide: Schutz gegen die Invasion von Krankheitskeimen, Stimulation der Mandel und Produktion eines Antikörpers für besondere Keime. Man hat auch eine innere Sekretion angenommen. Die Adenoide verschwinden fast immer in der Adoleszenz, Indikationen zur Entfernung der Mandeln und Adenoide: sobald sie mechanisch die Respiration hemmen, bei wiederholter Tonsillitis mit und ohne Vergrößerung der Zervikaldrüsen, bei lokaler Infektion die nicht anders behandelt werden kann. Einzige Kontraindikation: Hämophilie (Status lymphaticus, Thymusvergrößerung). Bei Hämorrhagien: Chromsäure. v. Schnitzer.

1142.

Aron, E., Tonsillektomie mit Diathermie. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 4, S. 167.) Um die unangenehmen und die Operation störenden Blutungen bei der Tonsillektomie zu verhüten, empfiehlt der Verfasser die Anwendung der Diathermie, die sog. Kaltkaustik. Kaum eine andere Methode der Operation der Mandelausschälung bringt die Blutstillung in so idealer Weise zustande, wie die Diathermie. Die Operation selbst verläuft bei ihrer Anwendung viel angenehmer und unblutiger als sonst. Meist geht kein Tropfen Blut verloren, so daß die Operationsübersicht ungestört ist. Der Operationsvorgang wird genau geschildert. Verfasser hat bei Anwendung dieser Operationsmethode noch keine Nachblutung erlebt, doch wird selbstverständlich erst eine längere Dauer der Erfahrung abgewartet werden müssen.

Sollten sich jedoch Nachblutungen einstellen, so wird Verfasser auch diese mit der sog. Kaltkaustik behandeln, um die bisher übliche, nicht sehr angenehme Methode der Blutstillung mit ihren Folgen zu vermeiden. Nach Ansicht Arons gibt es kein einfacheres und sicheres Verfahren der Blutstillung, als die Diathermie, selbst bei Blutungen aus größeren Gefäßen.

Es wird hervorgehoben, daß nach der Operation mit dem Diathermielestrom die Reaktion im Wundgebiet für wenige Tage stärker ist, als man es sonst zu sehen gewöhnt ist, so daß besonders das Oedem der Uvula etwas hochgradiger ist. Es geht jedoch nach wenigen Tagen spontan zurück. Wegen des Wundschmerzes sind Narkotika notwendig. Verfasser verwendet lokal: Aufstäuben von Cycloform auf die Wunde, zweimal täglich, oder als Schmerzmittelung Psicobenzyl (R. und O. Weil), eine Emulsion mit Anästhesinzusatz.

Arnold Hirsch, Berlin.

1143.

Wessely, Die Kehlkopftuberkulose. (Wr. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 6.) Die Kehlkopftuberkulose (K.) findet sich in 10% der beginnenden, in 50% der fortgeschrittenen Fälle. Sie kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen. Im Kindesalter ist die K. selten; bis zum 20. Lebensjahr erkranken 4%, die meisten Erkrankungen fallen in das 3. und 4. Jahrzehnt. Das häufigste Symptom ist die Aphonie, die jahrelang andauern kann, ohne daß es zu schwereren Destruktionen des Kehlkopfes kommen muß. Die Dysphagie wird entweder durch oberflächliche Ulzerationen am Kehlkopfingang oder durch Perichondritis hervorgerufen. Schluckbehinderung findet sich dann vor, wenn beide Sinus piriformis durch Schwellung der aryepiglottischen Falten verstrichen sind. Die selten zu beobachtende Atemnot wird durch Stenosenbildung infolge ausgedehnter Schwellungen im Kehlkopf hervorgerufen. Die Manifestationen der K. sind: Infiltration, Epithelverlust mit Wucherung des tbc. Granulationsgewebes, Ulzeration, miliäre Aussaat. Therapeutisch ist die Allgemeinbehandlung am wichtigsten. Tuberkulin wirkt meistens schlecht, Goldpräparate sind mitunter erfolgreich. Die Lokalbehandlung gliedert sich in die symptomatische und die eine lokale Heilung bezweckende Therapie. Zur ersteren gehört die Tracheotomie zur Beseitigung der Atemnot und die Methoden zur Bekämpfung der Dysphagie: Menthölöl, Orthoform, Anästhesin, Kokain, dann Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus oder seine Resektion, Elektrokoagulation, lokale Lichtapplikation. Zu den auf lokale Heilung abzielenden Methoden gehört die Ruhigstellung (Schweigekur), die Reinigung der Geschwüre durch Milchsäurebehandlung, Abtragung oder kaustische Behandlung umschriebener Prozesse bei gutem Allgemeinbefinden. Sehr gute Erfolge erzielt man mit der lokalen Lichtbehandlung (natürliches Sonnenlicht oder künstliches Licht). Da besonders in beginnenden Fällen gute Erfolge zu verzeichnen sind, ist die ständige Kontrolle des Kehlkopfes bei allen Lungenkranken notwendig.

Ernst Pick, Wien.

1144.

Looper, Edward A., und L. V. Schneider, Kehlkopftuberkulose. (Bericht über 500 behandelte Fälle.) (J. Am. Med. Assn., 91., Nr. 14, 1928.) Verfasser berichten über außerordentlich zufriedenstellende Resultate, welche sie mit der Elektrokauterisation tuberkulöser Prozesse im Bereich des Kehlkopfes erzielten. Diese Behandlungsmethode verdient vor allen anderen den Vorzug, da sie wegen ihrer technischen Einfachheit sowohl in der Sprechstunde des Arztes als auch im Hause des Patienten angewendet werden kann, der Erfolg sicher ist und Komplikationen nicht zu befürchten sind. Je früher die Behandlung einsetzt, desto überraschender ist der Erfolg, aber auch in den schwersten und hoffnungslosesten Fällen ist sie als palliative Maßnahme zur Beseitigung der Schmerzen und des quälenden Hustens von unschätzbarem Werte. Daß neben der Lokalbehandlung auch eine entsprechende Allgemeinbehandlung eingeleitet werden muß, um die Widerstandskraft des Patienten gegen die Tuberkulose zu heben und der Patient sich des Gebrauches der Stimme vollkommen enthalten soll, ist selbstverständlich. Da die Kehlkopftuberkulose fast immer nur sekundär im Verlauf einer Lungentuberkulose aufzutreten pflegt (in 15 bis 30%) ist es prophylaktisch äußerst wichtig, lungentuberkulöse Patienten in regelmäßigen Zeitabständen der laryngologischen Untersuchung zu unterziehen, um die Kehlkopftuberkulose in ihren frühesten Anfängen zu entdecken und einer sicheren Heilung zuführen zu können. Oft findet man schon zu einer Zeit, wo noch keinerlei subjektive Beschwerden von seiten des Kehlkopfes vorhanden sind, ausgedehnte spezifische Veränderungen. Die Zahl der Patienten mit Kehlkopftuberkulose, die die Verfasser im Laufe von fünf Jahren zu beobachten Gelegenheit hatten, beträgt 500. Von diesen hatten 142 eine Lungentuberkulose leichten Grades, 358 wiesen Lungenprozesse schwereren Grades auf. 95 Patienten der ersten Gruppe und 138 Patienten der zweiten Gruppe wurden kauterisiert. 47 bzw. 222 blieben ohne Lokalbehand-

lung. Die Resultate waren wie folgt: Unter den Kauterisierten der ersten Gruppe waren 93 Heilungen oder Besserungen (65,5%) und zwei Todesfälle, verursacht in dem einen Fall durch chronische Nephritis, in dem anderen durch Erkrankung des Myokards. Bei beiden war der tuberkulöse Prozeß im Kehlkopf geheilt. Unter den Nichtkauterisierten (47) waren 15 Besserungen und Heilungen (10,6%), 26 (18%) blieben unverändert, 6 (4,2%) starben. Von den Patienten mit Lungenveränderungen schwereren Grades wurden durch Kauterisation 26,5% gebessert und geheilt, 6,1% blieben ungebessert, 5,8% starben. Von den Nichtkauterisierten dieser Gruppe wurden während der üblichen Anstaltspflege nur 4% geheilt, 31,1% blieben ungebessert, 26,8% starben.

L. Büchler.

1144 a.

Biller, Die Behandlung der Lungentuberkulose. (Dtsch. Z. Homöop., Heft 2, 1929.) Nach einer kurzen Betrachtung über die disponierenden Momente, wie Gemütsaffekte, Ernährung u. ä., werden die hydrotherapeutischen und anderen Hilfsmittel berührt. Den Hauptteil der Arbeit bildet eine Charakteristik der wesentlichsten homöopathischen Arzneien, welche im einzelnen nachgelesen werden muß. Im ganzen bewegt sich die Arbeit in den althergebrachten Bahnen.

Dermitzel.

1145.

Rosenbaum, Gerhard, Dysphagin in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 5, S. 189.) Die Anwendung des Dysphagins in der angegebenen Weise kann für Erkrankungen im Bereiche von Hals, Rachen und Kehlkopf durchaus empfohlen werden. Die subjektiven Beschwerden werden zweifellos gemildert, und dadurch wird der Eindruck gewonnen, daß das Mittel auch therapeutisch wirksam ist. Bei Behandlung von Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen unterstützt das Dysphagin die Wirkungen der üblichen Behandlung. Toxische Erscheinungen wurden niemals beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

1146.

Leeuwen, Th. van, Ueber Ursache und Behandlung von Moniletrichosis. (Acta Dermato-Vener., Vol. IX, Fasc. 5, Dezember 1928.) L. wagt nicht zu entscheiden, ob die Moniletrichosis eine dominante Erbkrankheit ist oder ob bei ihr eine unregelmäßige Dominanz vorliegt. Dagegen konnte er bei einem mit M. erblich belasteten Knaben die Spindeln nach einer Alopecia areata verschwinden sehen. Auch nach Röntgenepilation wuchsen hier, wie es bereits andere Autoren auch schon beobachtet hatten, die neuen Haare ohne Spindelbildung; daher ist anzunehmen, daß die M. nicht durch intermittierende Produktion von Hornsubstanz entsteht, sondern durch Druck der inneren Wurzelscheibe infolge zu früher oder pathologischer Verhornung. Durch die Röntgenbestrahlung werden nun die pathologischen Verhornungen im Follikelgrunde beseitigt analog denen an der Follikelöffnung bei Keratosis pilaris.

Bab.

1147.

Rost, G. A., Blutzucker und Haut. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 5, S. 173.) Die Bestimmung des Blutzuckerwertes kann als eine wertvolle Ergänzung der klinischen Untersuchungsmethoden bei Hautkrankheiten bezeichnet werden. Die hierfür angegebenen Mikromethoden, insbesondere nach Bang und Hagedorn-Jensen, haben sich als praktisch brauchbar bewährt. Verfasser fordert allerdings, daß bestimmte Regeln hinsichtlich der Art des verarbeiteten Blutes (Nüchternblut, Kapillarblut) beachtet werden; daß ferner die gefundenen in absoluten Zahlen oder variationsstatistisch aufbereitet angegeben werden und daß schließlich Belastungsproben ausreichend herangezogen werden. Die Aufstellung eines Normalwertes ist bisher nicht möglich gewesen, es kann höchstens von einer Schwankungsbreite um einen fiktiven Normalwert gesprochen werden. Es ist nach Ansicht Rosts überhaupt die Frage, ob nicht jedes Individuum einen individuellen Normalwert hat; d. h. die Reaktion der Haut unterliegt im Einzelfalle individuellen Schwankungen gegenüber Blutzuckergehalt von unterschiedlicher Höhe.

Die Untersuchungen des Verfassers konnten die bisher veröffentlichten Resultate nur teilweise bestätigen. Deutliche Erhöhung des Blutzuckers wurde nur bei Dermatitis intertriginosa, teilweise bei Psoriasis und bei Furunkulose gefunden. Ausgesprochene Hypoglykämie wurde beim Status exsudativus, und zwar sowohl in der Früh- als auch in der Spätperiode festgestellt. Keine ausgesprochene Hyperglykämie fand sich beim seborrhoischen Ekzematoid, der Akne, dem „echten Ekzem“ und bei einer Reihe anderer, nicht näher aufgeführter Affektionen.

Für die Durchführung der vielfach sehr wirksamen Insulinbehandlung kann die Blutuntersuchung nicht entbehrt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1148.

Thyotta, Th., und E. Gundersen, Die Komplementfixationsreaktion bei den klinischen Erscheinungen der Tbk. mit besonderer Berücksichtigung der Hauttbk. (Acta Dermato-Vener., 9., Nr. 5.) Die Komplementfixationsreaktion der Tbk. gibt bei Tbk. der Lungen gute, bei der chirurgischen Tbk. mäßige und bei der Hauttbk. schlechte Resultate. Die verschiedenartige Herstellung des Extraktes hat keinen Einfluß auf das Ergebnis der Reaktion.

Bab.

1149.

Scholtz, W., und J. Dörrfel, Ueber die Bedeutung der Komplementfixationsmethode für die Diagnose der Gonorrhöe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 4, S. 134.) Die Komplementfixationsmethode arbeitet bei Verwendung brauchbarer und richtig eingestellter Antigene bei gonorrhöischen Erkrankungen genügend spezifisch, um diagnostische Verwertung finden zu können.

Die Reaktion wird bei chronischen und komplizierten Tripperfällen im Laufe der Erkrankung in etwa 80 Prozent positiv, aber auch akute Gonorrhöen werden selbst bei bald einsetzender Behandlung zu etwa 75 Prozent positiv, und zwar ein kleiner Teil in der ersten bis zweiten Woche, die Mehrzahl bis zu Ende der vierten Woche, einige aber auch erst in der achten bis zwölften Woche.

In einem nicht geringen Prozentsatz bleibt die Reaktion, besonders bei chronischen und komplizierten Tripperfällen, auch nach offenkundig erfolgter Ausheilung, noch Wochen und Monate, ja jahrelang positiv, so daß für die Feststellung der Heilung der positive Ausfall nach Abschluß der Behandlung nicht viel besagt, während Negativwerden der vorher positiven Reaktion für die Feststellung der Heilung von großem Werte zu sein scheint.

Wie bei der WaR. ist auch bei der Komplementfixationsmethode bei Gonorrhöe die gleichzeitige Verwendung mehrerer (2—3) Antigene empfehlenswert.

Arnold Hirsch, Berlin.

1150.

Zoon, J. J., Der Wert der Komplementfixationsreaktion bei gonorrhöischen Infektionen. (Acta Dermato-Vener., Vol. IX, Fasc. 5, Dezember 1928.) Die Komplementfixation bei Gonorrhöe ist streng spezifisch. Sie gibt gute Resultate bei den Komplikationen der männlichen Gonorrhöe, bei Adnexerkrankungen der weiblichen Gonorrhöe, sowie bei gonorrhöischen Arthritiden. Sie versagt jedoch bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen.

Bab.

1151.

Iwanow, N. Z., Ergebnisse einer eingehenden Untersuchung über gonorrhöischen Vaginitis. (Urologic Rev., Nr. 2, 1929.) Iwanow, der etwa fünf Jahre die weibliche Gonorrhöestation des Moskauer Venereologischen Instituts leitet, kommt auf Grund seiner eingehenden Studien über gonorrhöische Vaginitis zu folgenden Ergebnissen, die stark im Gegensatz zu denen deutscher Autoren, vor allem von Bumm, stehen. Er fand nämlich: Alle Fälle akuter weiblicher Genitalgonorrhöe sind mit akuter Vaginitis, alle Fälle chronischer Gonorrhöe mit chronischer gon. Vaginitis vergesellschaftet, ohne daß eine Zervixinfektion vorzuliegen braucht. Bei der Vaginitis finden sich die Gon. zwischen den Epithelzellen und unter dem Epithel, und halten sich hier sehr lange. Von der Vagina aus kann der gonorrhöische Prozeß sich sowohl in das paravaginale Gewebe wie ins Parametrium fortpflanzen. Die Behandlung der Vaginitis besteht in Dauerwaschung der Vagina mit Silberlösung, der man bei chronischen Fällen eine solche von 10prozentiger Resorzinlösung vorangehen läßt. Bei dieser Waschung bleibt die Patientin etwa zwei Stunden auf dem Untersuchungsstuhl mit erhöhten Becken liegen, eine Prozedur, die fünf- bis achtmal wiederholt werden muß, ehe Heilung erzielt wird.

Bab.

1152.

Pediconi, Pio, Diathermie bei der Gonorrhöebehandlung. (Urologic Rev., 1929.) Da der Gonokokkus äußerst empfindlich gegen Wärme ist, so gibt die Diathermiebehandlung recht gute Erfolge bei zahlreichen gonorrhöischen Zuständen, so z. B. bei chronischer gon. Urethritis, Prostatitis sowie bei Epididymitis. P. wandte sie mit günstigem Resultate bei Frauen mit abundanter gonorrhöischer Sekretion aus der Zervix an. Nach höchstens fünf Sitzungen waren die Patientinnen gonokokkenfrei, nach 12 bis 15 waren sie klinisch und bakteriologisch gesund. Vor Anwendung der Diathermie der Zervix muß Schwangerschaft peinlichst ausgeschlossen werden, da es sonst zum Abort kommen kann.

Bab.

1153.

Loeser, Alfred, Weitere Erfahrungen bei der Behandlung der chronischen Gonorrhöe der Frau mit Lebendvaccine (Gono-

kokkenkulturen). (Med. Klin., Berlin, 3, 1929.) Um unerwünschte Nebenerscheinungen zu vermeiden, muß man sich bei Injektionen von Lebendvaccine vor einer Ueberdosierung schützen. Von einem Kulturröhrchen sollen zwei bis drei Kranke geimpft werden können. Man kann auch von der mit 3 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmten Kultur 0,5 bis 1,2 ccm pro Injektion geben. Weiterhin sollen nur frische, von einer möglichst akuten Gonorrhöe stammenden Gonokokken zur Züchtung verwandt werden. Um die Gewähr der Kulturreinheit zu haben, muß man drei Kulturpassagen abwarten; jede Passage ist 48 Stunden lang zu brüten. Um den Prozentsatz der Heilungen heraufzusetzen, gibt man am 14. Tage nach der Injektion für alle Fälle noch eine zweite Injektion und wiederum 14 Tage nach der zweiten eine dritte. Der größte Teil der vom Verfasser mit einer oder mehrfachen Subkutaninjektionen lebender Gonokokkenkulturen behandelter chronisch gonorrhöekrankter Frauen zeigte auch noch nach 2 bis 5 Jahren eine Dauerheilung. Das Gonovitan ist keinesfalls einer Frischkultur aus lebenden Gonokokken gleichwertig; es ist nur ein recht schlechter Nothelfer. Die Erfolge der Therapie mit Lebendvaccine scheinen lediglich von der Jugend und damit von einer gewissen Virulenz der verwandten Gonokokkenkulturen abzuhängen.

L. Gordon, Berlin.

1154.

Jacobsen, Leonard H., Seattle, Primäraffekt. Seine Diagnose, Prognose und Therapie. (Urologic Rev., 1929.) Die Diagnose des Primäraffektes wird vor allem durch die Feststellung der Spirochaete gesichert, die am besten durch Dunkelfeld geschieht. Der negative Ausfall der WaR. beweist nichts, da er auf mangelhafter Technik, Mischinfektion und vorhergehende antiseptische Behandlung des Primäraffektes beruhen kann. Auch ein schwach positiver WaR. ist nicht von Bedeutung, da er sich bei vielen anderen Krankheiten findet; er hat nur im Laufe der Behandlung erhebliches Interesse. Dagegen ist die WaR. von erheblicher Wichtigkeit für die Prognose. Die besten Heilungsaussichten bieten die Fälle, die neben negativen WaR. auch noch nicht vergrößerte Leistenröhrchen zeigen, und zwar gibt Exzision des Schankers mit gleichzeitiger Salv.- und Hg-Behandlung in 99 Prozent; Kauterisation desselben mit gleichzeitiger Salv.- und Hg-Behandlung in 96 Prozent Aussicht auf definitive Heilung. Der Umschlag der WaR. ins Positive tritt gewöhnlich 3 Wochen nach Erscheinen des Primäraffektes ein, kann aber bereits nach 10 Tagen vorhanden sein, ja mittelst verfeinerter Technik nach 3—4 Tagen nachgewiesen werden. Bei bereits positiven Wa. empfehlen einige Autoren eine mit Hg kombinierte Salv.-Behandlung sofort vorzunehmen, während andere Autoren hier Salv. ablehnen, da durch dieses Medikament die Antikörperbildung gestört wird, und die Lues sich anstatt auf der Haut auszutoben, das Nervensystem ergreift. Sie empfehlen vielmehr, in diesen Fällen zunächst nur Hg anzuwenden, und sich erst nach Auftreten der Sekundärsymptome des Salvarsans zu bedienen. An Stelle des Hg kann auch meistens das Bismut verwendet werden.

Bab.

1155.

Kafka, V., Die Bedeutung der Bestimmung der Eiweißrelation des Liquor cerebrospinalis für die Pathologie der Syphilis. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 9., 1929.) Die Bestimmung des Gesamteiweißes und vor allem eine Differenzierung der verschiedenen Liquoreiweißkörper ist für die praktische Liquorforschung auf dem Gebiete der Syphilis von großer Bedeutung. Die Grundlagen für die vergleichenden Untersuchungen bilden nach Verfasser die erste (volumetrische Bestimmung des Gesamteiweißes) und zweite Zahl (Bestimmung der durch Ammoniumsulfat gefällten Eiweißkörper). Nach Wiederauflösung des Ammoniumsulfatniederschlags und erneutem Niederschlagen, wie zuvor des Gesamteiweißes, wird von diesem der so gefundene Wert abgezogen und dadurch die Albuminzahl gewonnen. Globulinzahl durch Albuminzahl dividiert gibt den Eiweißquotienten, zweite Zahl durch Globulinzahl dividiert den Hydratationskoeffizienten (Erhöhung des Wasserbindungsvermögens des Ammoniumsulfatniederschlags). Seine Erhöhung erwies sich als besonders charakteristisch für Syphilis; er findet sich auch bei fehlenden klinischen Erscheinungen und sonst normalem Liquor. Diese Veränderung und ebenso die ausgesprochene Globulinvermehrung ist am deutlichsten bei der Paralyse; die zweite Zahl überragt hier, wie auch bei Tabes, die erste, während bei Gehirnsyphilis das Verhältnis ein umgekehrtes ist, auch der Hydratationskoeffizient ist hier ein niedrigerer.

Ernst Levin, Berlin.

1156.

Thyotta, Th., und A. Schyttle Blix, Vergleich der Kahnischen Reaktion und der WaR. bei der Syphilis. (Acta Dermato-Vener., Vol. IX, Fasc. 5, 1929.) Auf Grund von über 1500 eigenen, vergleichenden Untersuchungen beider Reaktionen kommen die Autoren zu folgenden Ergebnissen: Bei behandelter Lues ist die

Kahn-Reaktion schärfer. Sie ist auch leichter als die WaR. anzustellen aber schwieriger abzulesen. Die Kahn-Reaktion soll daher die WaR. nicht ersetzen, sondern ergänzen, und beide Reaktionen sollten stets gleichzeitig angefertigt werden. Bab.

1157.

Rossolimo, G. J., Ueber akute traumato-syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Z. Neur., 118., H. 3.) Abgesehen von dem bedeutenden theoretischen Interesse der beschriebenen Fälle wie auch ähnlicher Erkrankungen anderer Organe und Gewebe mit kombinierter Aetiologie haben die angestellten Beobachtungen eine große praktische Bedeutung für den klinischen Neuropathologen und Chirurgen. Sie enthalten eine Mahnung, daß man sich nicht mit der bloßen Feststellung einfacher gewöhnlicher Folgen eines Traumas mit allen daraus sich ergebenden üblichen therapeutischen Maßnahmen begnügen darf; daß man bei keinem nervenkranken Traumatiker die bei ihm nachweisbare Syphilis ignorieren soll, weil diese das klinische Bild verändert und dadurch wesentlich wichtige Momente sowohl für die Prognose als für die Therapie zutage treten läßt. H. Knospe.

1158.

Tièche, Max, Ueber die Prognose der Lues, vom Standpunkt der antiluetischen Therapie betrachtet. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 2, 1929.) Was Prognose anbetrifft, so verhalten sich die Wassermann-positiven Frühfälle und die späten Frühfälle wesentlich günstiger wie alle später zur Behandlung gelangenden Fälle der sekundären Periode. Wie ist nun die Prognose bei den späten Fällen von Lues, vom therapeutischen Gesichtswinkel betrachtet, zu stellen? Ist sie wesentlich ungünstiger wie bei den Frühfällen? Leider muß man es bestätigen. Nicht selten steht man auch nach intensiven Kuren Syphilitiker dieser Krankheitsperiode an Neuro-lues erkrankten. Man weiß folglich nicht, was aus allen latenten, scheinbar günstig verlaufenden Fällen noch wird.

Die gelegentlich an verschiedenen Orten sich häufenden Fälle von progressiver Paralyse (Buenos Aires) haben zu verschiedenen Deutungen geführt; man fragte sich, ob diese Häufung nicht im Zusammenhang mit der jetzt allgemein üblichen Salvarsantherapie stehe. Verfasser neigt dem Standpunkt zu, daß nebst den mangelhaft behandelten Patienten auch solche, welche sich übermäßig behandeln lassen, zu Paralysen usw. neigen. Die Ueber-treibung der Therapie kann also die Prognose verschlechtern. Da die Prognose von Syphilitikern mit ulzero-gummösen Prozessen im allgemeinen, was Neuro-lues anlangt, günstig ist, hat es keinen Zweck, diese chronisch intermittierend mit großen Kuren zu behandeln. Mit der Ueberbehandlung solcher Fälle kann schließlich mehr geschadet als genützt werden. Zusammenfassend kann man sagen, daß die Prognose der Lues in der Späterperiode nicht als sehr günstig zu betrachten ist. Immerhin ist sie günstiger zu stellen als zu der Zeit, da man nur mit Quecksilberpräparaten behandelte.

Der therapeutische Wert der Wismutbehandlung ist zur Zeit noch nicht geklärt. Wir wissen nicht, ob das Wismut nur wirkt wie eine Flüssigkeit, die man in einen Teich gießt, um gewisse Pflanzen und Tiere zu vernichten; die Pflanzen und Tiere tötet man, alles scheint vernichtet, aber die Larven überleben, und nach einem halben Jahr ist alles beim alten.

Zur Behandlung der Lues mit Malariainfektion ist folgendes zu sagen: Sie leistet im Frühstadium der progressiven Paralyse ausgezeichnete Dienste, so daß die Prognose dieser schlimmsten Form der Syphilis nicht mehr so absolut schlecht zu stellen ist wie früher und vielleicht auch vollkommene Heilungen vorkommen. Man hat daraufhin vorgeschlagen, Luesfälle aller Stadien, welche einen abnormen Verlauf nehmen, jahrelang Wassermannrezidive aufweisen, mit prophylaktischen Malariainfektionen zu behandeln. Das ist zu weitgehend. Die Impfmalaria ist gar nicht immer eine harmlose Krankheit. Auch kann man nicht von vornherein annehmen, daß, wenn bei Paralysen und sonstigen metaluetischen Zuständen diese Therapie gut wirkt, sie in der Frühperiode der Krankheit ähnliche Wirkungen auslöst. Die Indikation zur Anwendung dieser Kur sollte immer mit äußerster Vorsicht gestellt werden. Held.

1159.

Lebermann, Ferdinand, Ueber Nierenkrankheiten. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 2, 1929.) Verfasser gibt hier in gedrängter Kürze die für den Kliniker und Praktiker wichtigsten Ergebnisse der modernen Forschung über Entstehung, Diagnose und Behandlung der Nierenkrankheiten.

I. Aetiologie. Die Beteiligung der Infektionskrankheiten an der Entwicklung einer Nephritis ist längst bekannt. Sehr wenig wissen wir jedoch über die Entstehung derjenigen Nierenkrankungen, die wir mit dem Namen „Nephrose“ belegen. Man neigt jetzt zu der Anschauung, daß sie der Ausdruck einer allgemeinen Störung des Cholesterinstoffwechsels sind, daß die Erscheinungen der Niere nur sekundär sind, und daß möglicherweise der ganze

Komplex auf endokrine Störungen als letzte Ursache zurückzuführen ist.

Klar zutage liegt dagegen die Entstehung der reinen sekundären Nierenerkrankungen, die der Amyloidniere bei allgemeinen chronischen Eiterungen, der Stauungsniere dekompensierter Herzkranker und der embolischen Herdnephritis bei Sepsis.

Die verschiedenen Nierenfunktionsprüfungen lassen folgende Schlüsse zu: 1. Eine topische Diagnose, ob Glomerulus-, ob Tubulusapparat affiziert ist, ist kaum zu stellen, dagegen verfügen wir über sehr gute Verfahren, um eine primäre Nephritis von einer Stauungsniere abzugrenzen (Wasserversuch, Belastungswasserversuch, Säuren- und Basenbelastung). Wir könnten akute von chronischen Fällen unterscheiden durch Beobachtung der Urinmenge und Dichte; wir können, insbesondere durch Kontrolle des Cholesterinspiegels, auch die reine Nephrose mit ziemlicher Sicherheit erkennen. Das Schergewicht der Nierendiagnostik liegt jedenfalls in den verschiedenen Prüfungsmethoden; die Diagnose, oft auch das weitere Schicksal des Patienten, wird zum großen Teil im Laboratorium entschieden.

Prognose: Grundpfeiler der Prognose bildet die Kontrolle der Wasser- und Stickstoffausscheidung. Dauernd erhöhter Reststickstoff gibt stets eine ungünstige Prognose. In schweren akuten Fällen ist die Chlorbestimmung in Blut und Urin von großer Wichtigkeit. Eine trockene Chlorretention läßt den Ausbruch urämischer Erscheinungen befürchten. Held.

1160.

Stutzin, J. J., Wann soll man Prostatiker operieren? (Med. Welt, 4., 1929.) Bei der Indikationsstellung zur Prostataktomie muß die psychische Persönlichkeit des Patienten durchaus in erste Linie gestellt werden. Menschen mit besonders großer Sensibilität und mit starker seelischer Labilität reagieren erfahrungsgemäß mit groben körperlichen Ausschlägen auf den operativen Schock. Aehnlich verhalten sich Menschen mit depressiven und melancholischen Einstellungen. Eine nicht minder bedeutende Rolle spielt beim Prostatiker das kardio-vaskuläre System. Anginöse Zustände verbieten die Prostataktomie, wie alle Erscheinungen eines schwer geschädigten Herzens. Von großer Wichtigkeit ist die Beobachtung des Blutdrucks; man soll sich dabei aber nicht mit einer einzigen Messung begnügen, sondern ähnlich wie beim Fieber richtige Kurven anlegen. Dabei bildet eine konstante, mäßige Blutdrucksteigerung keine Gegenanzeige; viel gefährlicher sind die heftigen Schwankungen im Blutdruckbild als Zeichen der ungenügenden Equilibration des Gefäßsystems. Von allergrößter Wichtigkeit ist die Nierenfunktionsprüfung, einerseits um die Notwendigkeit der Operation nicht zu übersehen, andererseits, um nicht durch die Hinzufügung der operativen Schädlichkeit die latente Harnvergiftung zum Ausbruch zu bringen. Es müssen unbedingt mehrere Funktionsprüfungen angestellt werden, und zwar wiederholt. In gewissen Grenzen bewährt sich dabei als Nierenfunktionsprüfungsmittel das Abführmittel Istizin: Die Rotfärbung des Harns, die meist schon nach 1½ Stunden auftritt, verzögert sich je nach dem Grad der Schädigung der Nieren. Bei schwergeschädigten Nieren tritt sie überhaupt nicht auf. L. Gordon, Berlin.

1161.

Blum, L., van Caulaert und P. Grabar, Die verschiedenen Typen der Nephritis mit Azotämie. (Presse méd., Nr. 6, 1929.) Neben der echten Urämie mit Chloropexie gibt es eine Pseudo-Urämie, hervorgerufen durch Chloropenie, die der echten klinisch so ähnlich ist, daß nur die Laboratoriums-Untersuchungen die Diagnose sichern können. Die Bestimmung der Chlorämie ist ebenso wichtig wie die der Azotämie und muß bei allen schweren Fällen von Nephritis mit Azotämie vorgenommen werden. Eine erhöhte Azotämie gibt nur dann eine schlechte Prognose, wenn man die Ursache nicht kennt. Im andern Fall hat man in der Salzzufuhr eine wirksame Therapie gegen Azotämie. Während bei den Nephritiden mit Chloropexie Durchfall und Erbrechen als Abwehrreaktionen gelten können um Stoffe auszuschcheiden, für welche die Niere nicht durchgängig ist, sind sie dagegen bei Azotämie durch Chloropenie als verschlimmerndes Zeichen aufzufassen, da sie einen erheblichen Salzverlust mit sich bringen. Haber.

1162.

Einecke, Zur Pathogenese der Schrumpfnieren im Kindesalter. (Mschr. f. Kinderheilk., 42., Heft 1/5.) Zwei Fälle von kindlicher Schrumpfnieren bei Mädchen im Alter von 12 und 14 Jahren. Bei dem einen Fall ist die Erkrankung der Nieren Teilerscheinung einer systematisierten Gefäßerkrankung unbekannter Aetiologie, der Periarteritis nodosa, die mit Hypertonie, Herzdilatation und Rest-N-Erhöhung zur akuten Urämie und zum Tode führt. Im zweiten Falle lag der Nierenerkrankung eine juvenile Arteriosklerose mit allgemeiner Lipoidsklerose der Karotiden, Koronargefäße, des Aortenbogens, der absteigenden Brust- und Bauchorta, sowie eine

te histologische Lipoidsklerose der kleinen und kleinsten zu Grunde. Klinisch bestand eine durch 7 Monate beobachtete Hypertonie bis zu 24 mm Hg, Rest-N-Erhöhung bis zu 10 mg, die schließlich ebenfalls zur Urämie führten; beherrscht das klinische Bild durch die schweren pathologischen Veränderungen am Augenhintergrund, die eine völlige Erblindung verursachen.

Jahr.

1163.

Ueber die Joachimstaler Bergkrankheit. (n. 4., 1929.) Auf Grund von zwei genau beobachteten Lungenkarzinomen bei Joachimstaler Bergarbeitern wird ausgesprochen, daß der Lungenkrebs in Joachimstal als Schneeberg als berufliche Krankheit anzusehen ist. Annahme spricht auch eine gewisse Ähnlichkeit der Verhältnisse in Joachimstal und Schneeberg: In Schneeberg beträgt der Emanationsgehalt der Luft 50, in Joachimstal 40 Macheinheiten und der Staub ist in beiden Bergwerken arsenhaltig.

L. Gordon, Berlin.

1164.

Ueber einen Fall von elektrischem Hirntod. (Beamte, 1., 1929.) Der Nachtwächter eines Elektrizitätswerks wurde am Morgen tot neben der Schalttafel gefunden. Die Leiche zeigte brandschorfartige, zweimarkstückgroße Stellen auf der Brust und eine Blitzfigur auf der Brustseite. Zwischen der weichen Hornhaut fanden sich flächenhafte Blutungen; zwischen der weichen Hornhaut und der Hornsubstanz fanden sich Blutungen in die beiden ersten Hornventrikel. Sonst keine Veränderungen.

Endelte sich um Starkstrom von 500 bis 1000 Volt.

Michaelis, Bitterfeld.

1165.

Der Einfluß der Reinigungszentrifuge auf den Keimgehalt der Milch. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 3, 1929.) Die Milch wird reinlich gewonnenen und deshalb relativ keimarmen Milch kann durch das Passieren der Reinigungszentrifuge Keimgehalt bedeutend reduziert werden; bei einer unreinlichen oder behandelten und aus diesem Grunde keimarmen Milch dagegen, bei der eine Dezimierung der vorhandenen Keime besonders zu begrüßen wäre, bewirkte die Reinigungszentrifuge eine Vermehrung des nachweisbaren Keimgehaltes. Die Ergebnisse rechtfertigen aber auch die Maßnahme, die Reinigungszentrifuge nicht unbeschränkte Zeit arbeiten zu lassen, im Interesse der Versorgung mit relativ guter Konsummilchzeit für die Entfernung des abgeschiedenen, unappetitlichen Schlammes besorgt zu sein.

Von uns aber stets anzustrebende Ziel beruht darin, in der Milchgewinnung und -behandlung Maßnahmen durchzuführen, welche eine einwandfreie Milch garantieren, so daß die Milchwerke noch notwendige Reinigungszentrifuge flüssigen Inventarstück wird.

Held.

1166.

Übertragung und Lüftungsstationen. (Klin. Wschr., 8. Jg., 1929.) Die Beobachtungen von Friedemann und Deicher über häm. Befunde bei Aussaat aus dem Rachen bei Scharlachabteilungen, aus Eiterabsonderungen bei septischen Komplikationen, und in der Umgebung der Kranken, in und an den Wänden der Krankenräume werden von den Autoren bestätigt; außerdem werden oft Str. haem. in Nasen gefunden.

Bei sorgfältiger Isolierung, häufigen Bädern und durch die von besonderen Lüftungsstationen für Scharlachrekonvaleszenten gelingt es, ungefähr 70 Prozent der Rekonvaleszenten von Streptokokken zu befreien.

Antisepsien und Antivirusbildung nach Besredka führen zu den Zielen, das Scharlachheils Serum hat keinen Einfluß auf die Rekonvaleszenz.

Abstreifen von Rekonvaleszenten, welche keine Streptokokken in Rachen und Nase enthalten, können keinen Scharlach übertragen.

Ausbleiben von septischen Komplikationen können die Rekonvaleszenten ohne Gefahr der Scharlachübertragung nachlassen werden, wenn die dreifache Aussaat aus Rachen, auf Hustenplatten negativ ausgefallen ist.

Streptokokken können oft sehr lange (bis zum 90. Tage) in und auf der Schleimhaut der Nase haftenbleiben.

Die Träger können innerhalb 2 Wochen von den Streptokokken befreit werden.

Str. haem.-Träger sind die Quelle neuer Scharlachkrankheiten. Dadurch wird die allgemein bekannte Tatsache der häufigen Heimkehrfälle nach Entlassung von Rekonvaleszenten trotz abgelaufener sechswöchiger Frist und vollendeter Abschuppung erklärt.

Die sechswöchige Frist für Scharlachkranke oder die Entlassung nach vollendeter Hautschuppung ist wissenschaftlich nicht begründet.

Bei lang andauerndem Haftenbleiben des Str. haem. müssen die ausgeschiedenen Streptokokken auf ihre toxischen Eigenschaften hin untersucht werden. Da eine länger als 6 Wochen anhaltende Isolierung der Kranken nicht zweckmäßig ist, müssen in Familien der Kranken prophylaktische Maßnahmen getroffen werden: Isolierung oder Schutzimpfung der nicht erkrankten Kinder.

Für den erfolgreichen Kampf mit den Str. haem.-Trägern ist es nach Ansicht der Autoren notwendig, Schleusenabteilungen einzurichten zwecks allmählicher Durchführung der Kranken durch diese Abteilungen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Infektionskrankheiten

1167.

Elkeles, Arthur, Die Anginen. (Med. Klin., 4., 1929.) Die Angina agranulocytotica ist keine so seltene Erkrankung, wie es gewöhnlich angenommen wird. Die Erkrankung setzt meist ganz akut, mit Schüttelfrost, hohem Fieber und schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens ein. Nekrotisierende Prozesse finden sich am häufigsten an den Tonsillen, die durch eine besondere Trockenheit auffallen, aber auch der ganze Rachen oder auch das Zahnfleisch, Mundschleimhaut, Zunge, Kehlkopf, die Genitalien und Darm- und Schleimhaut können in Form von Ulzerationen oder nekrotisierenden-gangränösen Prozessen ergriffen sein. Mitunter handelt es sich auch nur um follikuläre Anginen, die jedoch durch besondere Schmerzhaftigkeit und schwere Schädigung des Allgemeinbefindens auffallen. Charakteristisch für die Erkrankung ist das Blutbild: Eine hochgradige Herabsetzung der weißen Blutzellen mitunter bis auf wenige Hundert, das Fehlen der granulierten weißen Zellen; im Blutaussstrich sieht man nur vereinzelt Lymphozyten, Plasmazellen und Monozyten; das rote Blutbild und die Zahl der Thrombozyten sind normal. Es handelt sich demnach um eine isolierte Schädigung des leukopoetischen Apparates. Die Ätiologie der Erkrankung ist bisher nicht geklärt. Die Erkrankung kommt vorwiegend bei Frauen vor. Die Prognose ist meist infaust. In ganz vereinzelten Fällen ist es neuerdings gelungen, durch Röntgenbestrahlung des Knochenmarks Heilung zu erzielen. Man bestrahlt die Ober- und Unterschenkel mit $1/20$ HED bei harter Filtrierung (0,6 mm Kupfer).

Gleichfalls akut, mit Schüttelfrost, hohem Fieber und gestörtem Allgemeinbefinden beginnt auch die Lymphozyten-Monozyten-Angina. Auch sie trägt mitunter follikulären Charakter, geht jedoch meist mit schmierig-grünlichen Belägen der Tonsillen oder auch mit schmierig-eitrigen Defekten der Tonsillen einher. Die häufig einseitigen Prozesse bleiben im Gegensatz zur Diphtherie meist auf die Tonsillen beschränkt; man findet Schwellungen der Hals-Axillär- und Inguinallymphknoten und Milzvergrößerung. Charakteristisch ist auch hier der Blutbefund, der sich meist durch eine Leukozytose von 10 000 bis 20 000 Zellen auszeichnet, von denen die überwiegende Zahl aus Mono- bzw. Lymphozyten zusammengesetzt ist. Die Prognose ist günstig. Die Dauer beträgt 1—2 Wochen. Therapeutisch scheinen tägliche Gaben von kleinen Dosen Sublimat (12 Tropfen $1/100$ Sublimatlösung auf ein Glas Wasser), über den ganzen Tag verteilt, günstig einzuwirken. Wo im Rachenabstrich Spirillen und fusiforme Stäbchen gefunden werden, empfiehlt sich die Beeinflussung des Lokalbefundes durch Pinselungen von Salvarsan 0,15 auf 10,0 Glycerin.

Bei der malignen Diphtherie stehen im Vordergrund des Krankheitsbildes die schweren Rachenveränderungen. Die Beläge sind meist unscharf begrenzt, ödematös durchtränkt, kleiden den ganzen Rachen aus und reichen häufig bis an den harten Gaumen und an die Zahnreihe heran. Die Patienten zeigen regelmäßig große ödematöse Drüsenpakete am Hals. Der toxische Zustand zeigt sich in dem kleinen frequenten Puls, der Zyanose und der ausgesprochenen Blässe. Die Extremitäten fühlen sich kalt an; häufig läßt sich schon zu Beginn die Verbreiterung des Herzens nachweisen. Gelegentlich beobachtet man eine ausgesprochene hämorrhagische Diathese. Im Beginn der Erkrankung sind die Temperaturen oft hoch und sinken erst am dritten oder vierten Krankheitstage auf subfebrile oder normale Werte herab. Die Patienten kommen unter Erbrechen, Leibschmerzen und motorischer Unruhe in wenigen Tagen ad exitum. Von Wichtigkeit ist die Beobachtung, daß bei den schweren Diphtherien die ersten Abstriche negativ ausfallen können. Bei diesen Formen der malignen Diphtherie versagt meist auch die Behand-

lung mit großen Dosen von Diphtherieheiserum. Der schwere Verlauf der Diphtherie ist wohl hauptsächlich durch die Toxität der Diphtheriebazillen zu erklären.

L. Gordon, Berlin.

1168.

Wieland, Ueber fieberhaften, skarlatiniformen Rash bei Masern. (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Mitteilung von fünf klinischen Beobachtungen über plötzlich einsetzendes Fieber, anginöse Beschwerden und skarlatinösen Rash im Inkubationsstadium der Masern, die zunächst als Scharlach imponierten und isoliert wurden. Erst das Ausbrechen der Masern klärte die Diagnose auf. Die Maserninkubation war jeweils beträchtlich (in zwei Fällen 2—3 Tage, in zwei Fällen mindestens 4 Tage, in einem Fall sogar 10 Tage!) hinausgeschoben. Als Ursache des seltenen und irreführenden skarlatiniformen Symptomenkomplexes mußte mit größter Wahrscheinlichkeit eine interkurrente Infektion der betreffenden Kinder während ihrer Maserninkubation verantwortlich gemacht werden (mehrmals Angina, einmal Influenza). Der eintretende Infekt bewirkte (vermutlich durch Störung der Masernantigen-Antikörperbindung) sowohl die Verlängerung der Inkubationszeit als auch den skarlatiniformen Rash.

Jahr.

1169.

Schelogurowa, A., Vakzinebehandlung des Keuchhustens. (Kasan. med. Z., 24., H. 6., S. 558—563.) Verfasser behandelte 125 Kinder im Alter von 2 Monaten bis 13 Jahren mit Vakzine von Bordet-Gengouschen Bazillen (4 Milliarden in 1 ccm). Die Injektionen erfolgten intraliquoral in 48stündigen Intervallen in einer Anzahl von drei bis fünf, je nach dem Verlauf. Bei Kindern bis zum dritten Lebensjahre führte er bei der ersten Injektion 1 Milliarde Keime, bei der zweiten 2 Milliarden, bei der dritten 4 Milliarden, bei der vierten 6 Milliarden usw. ein, während bei älteren Kindern mit Einspritzung von 2 Milliarden Keimen begonnen wurde. Die besten Erfolge wurden bei frühzeitiger Applikation der Vakzine erreicht. Abortiver Verlauf des Keuchhustens wurde in den Fällen beobachtet, wo die Vakzination spätestens am 11. Tage der Erkrankung erfolgte. In den Fällen, wo gleichzeitig andere Infektionen vorlagen, blieb die Vakzine wirkungslos. Ebenso trat keine Besserung ein, wenn mit der Vakzination nach dem 19. Tage der Erkrankung begonnen wurde. In 51,8 Prozent der Fälle wurde leichter Verlauf und Abkürzung der Erkrankung erzielt. Die Mortalität betrug 1,1 Prozent.

E. Kontorowitsch.

1170.

Prausnitz, Carl, Infektionen des Menschen durch das Bacterium Abortus Bang. (Med. Klin., 4, 1929.) Wie neue Untersuchungen ergeben haben, kommt die als „Malta-“ oder „Mittelmeerfieber“, auch „undulierendes Fieber“ bekannte Erkrankung nicht nur in Malta, sondern auch im übrigen Europa vor. So konnten in Kopenhagen in 9 Monaten 89 menschliche Infektionen festgestellt werden. Die Erkrankung wird durch das Bacterium melitense (Brucella melitensis, Bacterium Abortus Bang) hervorgerufen, das als Erreger des seuchenhaften Verkaltens der Rinder und der Ziegen nachgewiesen ist. Auf den Menschen wird die Krankheit durch den Genuß roher Milch abortkranker Kühe resp. Ziegen übertragen. Ansteckung von Mensch zu Mensch sind nicht beobachtet worden. Die Erkrankung ist durch einen typischen Fieberverlauf ausgezeichnet: Meist steigt die Temperatur rasch an, bleibt 1 bis 2 Wochen lang als Kontinua auf der Höhe, zeigt danach 1 bis 3 Wochen lang remittierenden Typ und fällt dann zur Norm; darauf folgen ein bis zwei oder mehr Fieberperioden, in denen die Temperatur meist langsam ansteigt und ebenso langsam wieder abfällt. Die Krankheitsdauer kann bis zu vielen Monaten, zuweilen sogar über 1 Jahr betragen. Die Kranken haben meist starke Schweißneigung. Der Puls ist oft relativ langsam, meist findet sich Leukopenie und relative Lymphozytose. Das Allgemeinbefinden ist fast immer gut. Am Beginn besteht oft katarrhalische Angina. Häufig wird eine Schwellung der Milz gesehen. Bei Kindern unter 15 Jahren sind keine Erkrankungen beobachtet worden. Ob die Krankheit auch beim Menschen zum Abort führen kann, ist noch nicht klaggestellt. Die Prognose ist meistens gut. Diagnostisch ist die Agglutinationsprobe mit der Abortuskultur wichtig. Aus diesem Grunde ist eine regelmäßige Untersuchung des Serums von Kranken mit typhusverdächtigen Erscheinungen oder unklaren Fiebern auch auf Agglutination von Abortusbakterien zu fordern. Da die Abortusbakterien durch halbstündige Erhitzung der Milch auf 60° mit Sicherheit zugrunde gehen, müßte sämtliche zum menschlichen Genuß bestimmte Milch pasteurisiert werden. Therapeutisch scheint Abortusbakterienvakzine in kleinen Dosen Erfolg zu versprechen.

L. Gordon, Berlin.

1171.

Rajewski, A. S., Die Costasche Reaktion bei Lepra. (Kasan. med. Z., 24., H. 6., S. 576.) Auf Grund der Untersuchungen bei 83 Leprösen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die Costasche-

Reaktion für Lepra nicht spezifisch ist; sie kann jedoch bis zu einem gewissen Grade zur Kontrolle der Resultate der Lepra-behandlung herangezogen werden. In allen Fällen war die Reaktion parallel der Intensität des Prozesses. Für die Diagnose der Lepra hat die Costasche-Reaktion dagegen keine Bedeutung.

E. Kontorowitsch.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

1172.

Holböll, S. A., Einige Bemerkungen über die essentielle aplastische Anämie. (Hospitaltidende, Nr. 1.) Zwei Patienten des Verfassers zeigten ein der perniziösen Anämie ähnelndes Krankheitsbild. Poikilozytose, Amisozytose, Megalozytose, Vermehrung der Mitteldurchschnittsgröße der Erythrozyten, Leukopenie, relative Lymphozytose usw. Beide Patienten wurden mehrere Wochen hindurch mit Leberextrakt behandelt, ohne daß die Hämoglobinwerte oder die Zahl der roten Blutkörperchen zunahmen. Die Retikulozyten-Reaktion während der Leberbehandlung, die für die perniziöse Anämie charakteristisch ist, war nicht zu erzielen. In dem einen Falle kam es zur Sektion, und es erwies sich das Vorhandensein einer essentiellen aplastischen Anämie. Der Fall lehrte, daß die essentielle aplastische Anämie ein jahrelang dauerndes Vorstadium haben kann, mit Herabsetzung der Zahl der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, aber ohne Zeichen irgendwelcher Regenerationsformen. Auf die essentielle aplastische Anämie bleibt die Lebertherapie ohne Einwirkung.

S. Kalischer.

1173.

Freund, Helmuth, Zoster generalisatus und Leukämie. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 10, 1929.) Von im ganzen 18 Fällen, in denen ein Zusammentreffen von Zoster und Leukämie beobachtet wurde, handelte es sich bei neun um einen Zoster generalisatus, was kein Zufall sein kann. Eine Erklärung ist darin zu suchen, daß der Zoster generalisatus häufiger bei älteren und in ihrem Allgemeinbefinden (hier durch die Leukämie) geschwächten Personen vorkommt und daß die Leukämie sehr häufig Veränderungen am Nervensystem und seinen Hüllen hervorruft (Blutungen, Infiltrate). Wenn einzelne Fälle mit Rücksicht auf die Leukämie behandelt worden waren, so ist der danach aufgetretene Zoster doch nicht als eigentlicher Arsen-Zoster aufzufassen, vielmehr hat sich dann die dispositionssteigernde Wirkung des Arsens mit der die Zoster-entstehung begünstigenden Leukämie kombiniert und addiert.

Ernst Levin, Berlin.

Nr. 1174.

Francis, Edward, Tularämie (Symptome, Diagnose und Pathologie). (J. Am. Med. Assn., 91., Nr. 16, 1928.) Auf Grund seiner Studien von 679 Fällen unterscheidet Verfasser vier klinische Typen dieser Erkrankung: 1. Ulceroglandulärer Typus: An der Eintrittspforte des Virus entwickelt sich eine Papel, später ein Geschwür, begleitet von regionärer Lymphdrüsen-schwellung. 2. Okuloglandulärer Typus: Die primären Erscheinungen bestehen in Konjunktivitis und regionärer Lymphdrüsen-schwellung. 3. Glandulärer Typus: Keine Veränderungen am Orte der Infektion, sondern lediglich eine Schwellung der regionären Lymphdrüsen. 4. Typhöser Typus: Keine Veränderungen an der Eintrittspforte, keine Lymphdrüsen-schwellung. Unter den vom Verfasser beobachteten Fällen waren solche des 1. Typus am häufigsten (455 Fälle), solche von rein glandulärem Typus am seltensten (25 Fälle) vertreten. Infektionsquellen waren: Kaninchen, Fliegen, Schweine, Katzen. Eine Uebertragung der Krankheit von Mensch zu Mensch durch bloßen Kontakt oder durch Insekten, die vorher Patienten gebissen hatten, wurde niemals beobachtet. Chirurgen, die eitrige Drüsen bei Patienten mit Tularämie inzidierten oder exzidierten, erkrankten niemals, Schwestern, die solche Kranke pflegten, blieben stets frei von der Infektion. In 259 Fällen war es möglich, die Inkubationsdauer der Erkrankung einwandfrei festzustellen. Sie betrug in der Mehrzahl der Fälle durchschnittlich dreieinhalb Tage. Die Krankheit beginnt ganz plötzlich mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Schüttelfrost, Schmerzen in den verschiedensten Körperpartien, Schweißausbruch, Fieber, wonach dann allmählich die lokalen Erscheinungen sich auszubilden pflegen. Die Erkrankung wurde bisher sehr häufig mit folgenden Erkrankungen verwechselt: Influenza, Sepsis, Typhus und Pneumonie. Von den Dermatologen wurde wegen des Auftretens subkutaner Knötchen oft die Diagnose Sporotrichose gestellt. Pathologische Anatomen hielten die Veränderungen in den Lymphdrüsen für tuberkulös. Diagnose: 1. Biß eines Kaninchens, einer Fliege oder einer Zecke in der Anamnese; 2. Auftreten einer Hautpapel, die geschwürig zerfällt oder einer Konjunktivitis mit geschwürigen Veränderungen der Bindehaut; 3. zunehmende Vergrößerung der regionären

Lymphdrüsen; 4. zwei bis drei Wochen hindurch anhaltendes Fieber machen das Bestehen einer Tularämie sehr wahrscheinlich. Die Bestätigung der Diagnose Tularämie kann erfolgen 1. durch Vornahme der Agglutinationsprobe (in der zweiten Woche der Erkrankung entnommenes Blutserum agglutiniert *Bacterium tularense*), 2. durch den Meerschweinchenversuch (Ueberimpfung von Blut oder Drüsengewebe in der ersten Woche der Erkrankung).

Die Rekonvaleszenz dauert oft mehrere Monate. Fieberattacken können noch mehrere Monate nach Ausheilung der lokalen Veränderungen auftreten. Ebenso lange kann sich die Eiterung in den Lymphdrüsen hinziehen.

Als Komplikationen konnte Verfasser beobachten: Appendizitis, Peritonitis und Pleuritis. Das Auftreten einer Pneumonie ist stets ein prognostisch ungünstiges Zeichen. Von dem vom Verfasser beobachteten 679 Fällen starben 24.

L. B. Büchler.

1175.

Cattell, R. B., **Injektionsbehandlung varlköser Venen.** (New England J. Med., Nr. 3, 1929.) Die Methode ist einfach, frei von Komplikationen, gibt gute Resultate und kann ambulant vorgenommen werden. Kontraindikationen: Phlebitis (Septikämie, Emboli). Herzbekompensation, schwere Nephritis, alte schwächliche Personen, allgemeines Oedem der Extremitäten. Am besten eine 20-%-Lösung von Natriumchlorid. Jodanstrich — stehend —, Anlegen einer Aderpresse. Dünne Nadeln, damit keine Blutextravasation aus den brüchigen Venenwänden vorkommt, was den Erfolg unsicher macht. Nach der Injektion Druck auf den Stichkanal und leichte Massage des ganzen Gebietes, etwa 1 bis 3 Minuten lang. Wichtig ist, daß die Lösung nicht daneben injiziert wird, dann längerer Schmerz, der für gewöhnlich dumpf ist und etwa eine Minute dauert. Menge 1, 2 bis 5,5 ccm, je nach der Größe. Einige Minuten bevor die Aderpresse gelöst wird, Umwicklung des Beines vom Fuß ab mit einer elastischen Binde; sollte jeden Morgen frisch angelegt werden und etwa eine Woche lang getragen werden, schützt gegen Emboli. 2 bis 4 Behandlungen wöchentlich, im Durchschnitt 6. Körperliche Anstrengungen sind zu vermeiden. Komplikationen einmal durch unrichtige Auswahl der Patienten. Unter 80 000 Fällen kamen nur 4 Todesfälle durch Embolie vor; sonst durch Septikämie, die schon vorher bestand. Eine nicht so seltene Komplikation ist die Injektion neben die Vene: dauernde Schmerzen, entzündliche Zustände, die 1 bis 4 Wochen dauern können.

v. Schnizer.

1176.

Aschner, **Neue Wege zur Behandlung des Basedow.** (Hippokrat., 1. Jahrg., Heft 5.) Operation und Bestrahlung stellen eine mehr oder minder brüsk eingreifende Lokaltherapie dar, welche die sichtbarste symptomatische Ausbreitung der Erkrankung zu beseitigen strebt, ohne die eigentliche Ursache zu fassen. So sind auch die Erfolge, abgesehen von den Gefahrenmomenten, keineswegs durchgehend befriedigend. Das gleiche gilt von der Jodbildung. Demgegenüber vertritt Aschner die Notwendigkeit der Behandlung entfernt liegender Ursachen und das direkte Angreifen der Struma mittels der heute vergessenen antilymphatischen und resolvierenden Arzneien. Mit Recht schiebt er die konstitutionelle Allgemeinbehandlung, welche lange Zeit vergessen war und nur, wie er offen zugibt, immer von der Homöopathie gepflegt wurde, mehr in den Vordergrund. Er macht eine Dyskrasie, eine Ueberladung des Blutes nicht nur mit Schilddrüsensekret, sondern noch mit anderen autointoxikationsartigen Stoffwechselprodukten verantwortlich. Er weist besonders hin auf die häufig vorkommende Magendyspepsie und Menstruationsstörungen. Therapeutisch bringt er wieder die in seinem Buch „Die Krise der Medizin“ ausführlich behandelten Möglichkeiten, wobei allerdings auch hier die dem homöopathischen Arzt zum mindesten selbstverständlichen feineren Indikationen des jeweiligen Handelns fehlen. Seine Art des Vorgehens bedeutet mehr ein Herumraten als ein im Einzelfall von bestimmten klaren Vorstellungen geleitetes Handeln.

Dermitzel.

1117.

Kretschmer und Wessel, **Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit natürlichen Kohlensäure-Gasbädern.** (Med. Klin., 4., 1929.) In den Fällen von Basedowscher Krankheit, die der internen Therapie vorbehalten bleiben müssen, sieht man sehr gute Erfolge von natürlichen Kohlensäure-Gasbädern im Bade Meinberg (Lippe). In Meinberg steigt aus einem Erdsplatt ein Kohlensäurestrom von etwa 1000 cbm Gas aus der Erde, der durch eine Rohrleitung in die besonders dazu hergerichteten Wannen geleitet wird. Die Bäder können im bekleideten Zustande genommen werden, da das Gas durch die Kleider hindurchdringt. Der Kohlensäure der Meinberger Gasquelle sind kleine Mengen von Radium (22,4 Macheeinheiten in 10 l) beigemischt.

L. Gordon, Berlin.

1178.

Depisch, F., und R. Hasenöhr, **Weiterer Beitrag zur Blutzuckerregulation, Fett- und Kohlehydratstoffwechsel.** (Klin. Wschr., 8. J., Nr. 5., S. 202.) Fettzufuhr hat in den von den Autoren verwendeten Mengen (50 g) keinen Einfluß auf die Blutzuckerkurve beim normalen.

Gleichzeitige Untersuchung im Kapillar- und Venenblut ergibt keinen Differenzwert, woraus geschlossen wird, daß die Fettzufuhr keine Ausschüttung von Insulin zur Folge hat.

Beim Diabetiker verläuft die Blutzuckerkurve nach Fett parallel mit der Hungerkurve, es fehlt auch eine Differenz zwischen Venen- und Kapillarblut.

Adrenalininjektion bewirkt beim normalen 3 Stunden nach Fettzufuhr einen steileren und höheren Blutzuckeranstieg als im Hungerkontrollversuch, woraus auf eine abnorme Lockerung des Leberglykogens durch das Fett geschlossen wird.

Fettzufuhr schwächt sowohl die Wirkung des exogen zugeführten als des endogen nach Zuckerzufuhr gebildeten Insulins deutlich ab.

Es wird ein Beispiel einer zentralen Zuckerausschüttung im Schüttelfrost angeführt.

Es wird gezeigt, daß unter Umständen minimale Zuckermengen genügen, um einen hypoglykämischen Zustand zu beseitigen bzw. zu verhindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

1179.

Köntzey, E., und M. Ambrus, **Die Wechselwirkung zwischen Pankreas und Leber, geprüft am Verhalten der Blutzuckerkurve.** (Orv. Hetil., 73., Nr. 1.) Im Ablauf des alimentär hyperglykämischen Mechanismus spielt die Wechselwirkung zwischen Pankreas und Leber eine Rolle. Spontan hohe Blutzuckerwerte kennzeichnen eher die Insuffizienz des Insularapparates (Diabetes, akute Pankreatitis), die Protrahierung der Reaktion dagegen wird mehr auf das Glykolyse regulierende Leberhormon, das Glykemin, zurückzuführen sein, d. h. eine alimentäre Hyperglykämie könne durch alle jene Zustände hervorgerufen werden, die eine Leberstauung bewirken (z. B. künstliche Verlegung des Cholechochus, Cholecholelithiasis, Pankreaskopkarzinom usw.).

R. b. Klopstock, Sommerfeld/Osth.

1180.

Högler, F., **Ueber das Auftreten von temporärem Hyperthyreoidismus während der Insulinkur.** (Klin. Wschr., 8. J., Nr. 5, S. 205.) Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei denen die Insulinmastkur anscheinend deshalb versagte, weil durch das Insulin ein temporärer Hyperthyreoidismus ausgelöst wurde.

Nach Falta unterscheidet man einen asthenischen und einen erethischen Typ von Magersucht. Bei ersterem steht die Störung des Nahrungstriebes im Vordergrund. Reichlichere Nahrungszufuhr erzeugt sehr bald ein Völlegefühl, das weitere Nahrungsaufnahme verhindert. Objektiv läßt sich im Magendarmkanal nichts Besonderes feststellen. Die Fälle von erethischem Typ bleiben mager, obwohl sie genügend oder sogar reichlich Nahrung zu sich nehmen, da durch die Nahrungszufuhr die Verbrennungsprozesse im Körper entsprechend gesteigert werden.

Die zitierten Fälle gehören dem letzteren Typus an. Trotz Verwendung mittlerer Insulinmengen mißlang die Insulinmast. Auch der Versuch mit Zuckermast blieb erfolglos.

Bei beiden Fällen traten während der Insulinkur Krankheitserscheinungen auf, die vollkommen denen bei Hyperthyreoidismus glichen. Tachykardie, feinschlägiger Tremor, feuchte Haut sowie maniakalische Erregungszustände ließen von vornherein keine andere Deutung zu. Durch die Feststellung eines beträchtlich erhöhten Grundumsatzes zur Zeit der Beschwerden wurde diese Annahme bestätigt. Nach Absetzen des Insulins schwanden die hyperthyreotischen Beschwerden und der Grundumsatz sank zum Ausgangswert ab.

Verfasser glaubt aus diesen Beobachtungen schließen zu können, daß die konstitutionelle Magerkeit eine ihrer Ursachen in einer abnormen Wechselwirkung zwischen Thyroidea und Inselapparat hat, indem jede exogene oder endogene Insulinvermehrung zu einer abnorm erhöhten thyreogenen Gegenregulation führt.

Verfasser nahm daraufhin bei einigen Fällen von asthenischem Typ systematische Grundumsatzbestimmungen vor. In keinem dieser Fälle trat eine Steigerung des Grundumsatzes über die Fehlergrenzen der Methode auf. Basedowische Symptome wurden niemals beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

1181.

Jackson, Henry, **Klinische Aspekte maligner Lymphome.** (New England, Nr. 3, 1929.) Die klassische Leukämie ist leicht zu diagnostizieren: vergrößerte Milz, das weiße Blutbild, die palpablen Lymphknoten. Schwieriger ist schon die aleukämische Leukämie: das weiße Blutbild kann normal sein, aber die Differentialzählung

ist immer, abnorm: unreife Zellen, Vergrößerung der Lymphknoten, Milz und auch der Leber. Die lymphatische und myelogene Leukämie können mit konstant niederem oder normalem weißem Blutbild vorkommen. Besonders bei geringen Infektionen kann auch die Form aleukämisch werden. Und dann ist die Diagnose besonders schwer. Ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz Mononukleärer ist immer verdächtig. Gerade hier ist aber eine Frühdiagnose sehr wichtig. Hier hilft nur eine sorgfältige Blutuntersuchung. In diese Leukämie-Lymphoblastomgruppe können besonders vier Formen Konfusion bringen. Einmal Fälle, die nur kommen, „weis es ihnen nicht gut geht“; keine besonderen Symptome. Hier muß man nach vergrößerten Lymphknoten und einem abnormen Blutbild fahnden; oft sind solche Fälle von einem vermehrten Stoffwechsel begleitet. Dann eine Gruppe mit primären Hautläsionen, die verhältnismäßig groß ist. Oft wird Skabies vorgetäuscht, zumal da leukämische Hautaffektionen manchmal jucken. Die Gänge fehlen natürlich. Dann Herpes simplex, in großer Ausdehnung, Erythema multiforme Knötchen aller Art, ekzemähnliche Formen. All dies sind Gefahrsignale. Namentlich wenn noch vergrößerte Lymphknoten dabei sind. Ferner akute abdominale Krisen: Schmerzen, Temperaturerhöhung, rapider Puls, empfindliches Abdomen, vermehrtes weißes Blutbild; dies tritt namentlich auf bei Druck auf Nervenknoten. Diese Fälle sind oft recht schwer zu diagnostizieren. Vergrößerung von Milz, Leber und Lymphdrüsen machen die Diagnose leichter. Endlich Fälle mit neurologischen Symptomen: Fazialislähmung, Ischias, Symptome eines Spinaltumors und andere Symptomkomplexe bei Druck auf einen Nervenknoten. Die Diagnose kann leicht, aber auch unmöglich sein. Oft ist eine richtig ausgeführte Biopsie das einzige diagnostische Hilfsmittel.

v. Schnizer.

1182.

Bézancon, F., und A. Jacquelin, **Die großen pyogenen Lungenabszesse**. (Paris méd., Nr. 7, 1929.) Wie bei der Leber muß man die großen Lungenabszesse von den kleinen disseminierten, multiplen, therapeutisch nicht zu beeinflussenden trennen. Man unterscheidet akute zirkumskripte, meist heilbar; chronische ausgedehnte, progressive mit Schüben, häufig tödlich; ausgedehnte akute mit nekrotisierender Tendenz, hochvirulenten Keimen, unter dem Bilde einer Pneumonie, tödlich. Bei den akuten zirkumskripten handelt es sich meist um junge Leute ohne pathologische Vorgänge, seltener um ältere, geschwächte oder Alkoholiker. Ausgang von einer primären Pneumopathie oder einer Embolie durch einen entfernten Infektionsherd. Das Hauptsymptom ist das eiterige Sputum, reiner homogener grüner Eiter, elastische Fasern, eine einzige Bakterienart (Pneumo-, Streptokokken) im Unterschied zur Bronchiektasie. Prognostisch kann die Verminderung, wenn keine Retention besteht, wertvoll sein. Schmerzen können fehlen, wenn keine Pleurabeteiligung, keine Dyspnoe. Der physikalische Befund kann je nach der Lage sehr wechseln, u. U. ganz fehlen. Unbedingt nötig ist Röntgen. Die Interpretation kann schwierig sein, ist gewöhnlich leicht. Aber hier findet man keine Retraktionen, keine Deviationen der Trachea, keine pleuropulmonäre Sklerose. In der Regel Heilung, oft rapid; parallel mit der Drainage schwinden Fieber und Infektionszeichen. In seltenen Fällen tödlich: Septikämie. Die chronischen Abszesse mit Schüben können monate- und jahrelang dauern, bis sie zum Tode führen. Praktisch wichtig ist das Vorangehen häufiger Bronchitiden, auch einer (tuberkulösen) pleuropulmonären Sklerose und ihr schleicher Beginn. In einem Falle ist auch ein Diabetes von verschlimmernder Einwirkung gewesen. Das Sputum ist nicht rein eiterig; reichlich Schleim und Eiter; Beteiligung der Bronchien. Die Infektion wird sehr rasch polymikrob mit späterem Vorherrschen einer Art. Die Dyspnoe ist ausgesprochen, der Husten stärker, oft mit Brechen. Verschiedene Schichten des Sputums. Physikalisch deutliche Höhlensymptome. Röntgen: charakteristisch ist die Sklerose, die so dicht sein kann, daß die Abszesse völlig unsichtbar sind. Allgemeine Zeichen subakut, Schübe. Oft rapide Abmagerung, Anorexie. Manchmal ganz das Bild einer (Pseudo-) Tuberkulose. Manchmal hämoptoische Formen; manchmal ist die Thorakoplastik von einigem Erfolg, im allgemeinen Prognose infaust. Die dritte Form ist endlich die der dissezierenden nekrotischen Pneumonie. Entwicklung in 2 Phasen: pneumonisch oder pseudopneumonisch und dann nekrotische Veränderung; Dauer 5 bis 8 Wochen. Prognostisch kommen weniger der Sitz, die Größe des Abszesses oder die allgemeine Widerstandskraft in Frage als die Art des Mikroben. Die Pneumokokkenabszesse heilen spontan, am raschesten, wenn keine Komplikationen, und entwickeln am wenigsten Tendenz zur Chronizität. Die Streptokokkenabszesse können auch so verlaufen, aber sie dauern in der Regel länger, können schwere Formen nekrotischen Charakters mit Schüben maskieren. Die gefährlichsten sind die Friedländer'schen Pneumobazillen. Praktisch wichtig hinsichtlich der Prognose ist auch die Unterscheidung zwischen akut und chronisch; auch die Anamnese gestattet prognostische Erwägungen. Intern

kommen Antiseptika in Frage: Injektionen von Eukalyptusöl, oder per os Natriumhyposulfit 4,0 g täglich mit Eukalyptussirup. Urotropin intravenös. Lokal Aspiration, intratracheale Injektionen usw. Serotherapie, Vakzine. Durstkur, Drainage durch die Lage. Sonst Pneumotomie, Phrenikotomie, Pneumothorax. In den chronischen Fällen kommen nur chirurgische Maßnahmen in Frage.

v. Schnizer.

1183.

Parade, G. W., und K. Voit, **Zur Adrenalin- und Ephetoninbehandlung der Adams-Stokesschen Krankheit**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 5, S. 179.) Es wird über einen Fall von schwerer Adams-Stokesschen Krankheit berichtet, bei dem es gelang, durch Adrenalin die Anfälle zu beseitigen und durch fortgesetzte Darreichung von Ephetonin das Auftreten weiterer Anfälle zu verhindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

1184.

Schour, Mich., **Untersuchungen über den Rumpel-Leedeschen Stauungsversuch, insbesondere bei inneren Erkrankungen**. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 5, S. 213.) Das Rumpel-Leedesche Phänomen ist kein Zeichen einer hämorrhagischen Diathese noch einer organischen Gefäßerkrankung, ist jedoch ein Symptom bei Funktionsstörungen der Kapillargefäße. Diese Störungen bzw. das R.-L. Phänomen hängt häufig zusammen mit einer Schwäche — „Neurodysergie“ (Strauß) — des vegetativen Nervensystems. In geringerem Maße tritt das Symptom in gewissen Stadien mancher inneren Leiden auf. Daher findet man das R.-L. Symptom beinahe in 50 % bei inneren Erkrankungen vor, viel häufiger bei Frauen als bei Männern. Charakteristisch für das R.-L. Phänomen ist seine hohe Labilität.

Arnold Hirsch, Berlin.

1185.

Dumitresco-Mante, **Neue Untersuchungen über die ikterische Bradykardie**. (Presse Méd., Nr. 3, 1929.) Die ikterische Bradykardie bedeutet nicht immer eine einfache vagale Hypertonie. Die reine Hypervagotonie ist im Gegenteil bei Ikterischen selten; viel öfter finden sich hypoaamphotische, hyperaamphotische und sogar hypersymphathikotonische Formen. Intravenöse Injektionen von gallensauren Salzen konnten beim Normalen nur selten und nur passager eine Pulsverlangsamung hervorrufen. Bei den vom Verf. beobachteten sieben Fällen konnte die Bradykardie weder durch Wirkung von Gallenelementen noch durch eine Läsion des Myokards erklärt werden, dagegen fanden sich im Blute Veränderungen des K, Ca und besonders des Cholingehaltes, der stark vermehrt war. Diese Cholinämie spielt sehr wahrscheinlich die wichtigste Rolle in der Pathogenese der ikterischen Bradykardie.

Haber.

1186.

Dressler, Wilhelm, **Permanenter Knotenrhythmus mit Anfällen von Bewußtlosigkeit, verursacht durch Kammerflattern**. (Klin. Wschr., 8. J., Nr. 4, S. 165.) In einem Falle von dauernder Bradykardie und Anfällen von Bewußtlosigkeit zeigte die elektrokardiographische Registrierung Knotenrhythmus mit Paroxysmen von Kammerflattern, welche den Ohnmachtsanfällen zugrunde lagen.

Es wird auf das häufige Auftreten von Kammerflattern und -flimmern in Fällen von Herzblock hingewiesen und die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose dieser Anfälle aus prognostischen und therapeutischen Gründen betont. Die Möglichkeit der klinischen Erkennung dieser Zustände wird kurz erörtert.

Arnold Hirsch, Berlin.

1187.

Kaufmann, E., **Transitorische Hemiplegie**. (Dtsch. med. Wschr., 55. J., Nr. 5, S. 184.) Es wird ein charakteristischer Fall von transitorischer Hemiplegie beschrieben. Dieser Fall belegt instruktiv, wie erst eine Kette von Verknüpfungen zum Herdsymptom führt. Als Vorbedingungen findet man vegetative Stigmatisierung, essentielle Hypertonie und beginnende Aortensklerose bei einem Manne im Beginn des Seniums, als auslösende Vorgänge psychische Alteration, Spasmen der Koronarien, akute Kreislaufinsuffizienz, Hirnämie mit partiellen Ausfallerscheinungen in einem funktionell geschädigten Gefäß. Bei diesem dürfte es sich nach Ansicht des Verfassers mit Wahrscheinlichkeit um einen Ast der Arteria fossae Sylvii sinistra handeln, nach den Symptomen etwa um die Arteria lenticulostriatae, die bekanntlich am häufigsten sklerotisch verändert und dabei Endarterie ist. Der Herd kann in der Capsula interna und den benachbarten Stammganglien angenommen werden, wobei das Fehlen von pyramidalen (Babinski, Oppenheim, Klöni) gegenüber thalamischen Reflexstörungen bei der nur partiellen Blockierung nicht weiter auffällig wäre. Erst in zweiter Linie wäre eine Störung im Bereich der Arterie temporalis posterior zu diskutieren, die bei kortikaler Aufzweigung dieses Gefäßes im Parietalhirn auch mäßige Aphasie (Dysphasie) und Hemiparese hervorrufen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

1188.

Kleeberg, Julius, Sauermilchen für die Behandlung von Abdominalerkrankungen. (Med. Klin., 3, 1929.) Unter allen Arten von Sauermilchen entsprechen Yoghurt und Kefir allen Anforderungen, die ein Arzt für die Behandlung von Magen- und Darmkrankheiten stellt. Die biologische Wirkung dieser beiden Sauermilchen ist in ihren physikalisch-chemischen und rein chemischen Eigenschaften begründet. Die beträchtlichen Mengen freier Milchsäure sind für alle Koliarten ein wirksames, wachstumshemmendes Mittel. Die freie Milchsäure hat auch eine bestimmte Wirkung durch die freien Wasserstoffionen, die eine für viele fermentative und nervös-regulatorische Abläufe günstige Milieubedingungen schaffen. Dadurch, daß in diesen Mitteln ein großer Teil des Milchzuckers zu Milchsäure vergoren ist, ist die Bekömmlichkeit für milchentwöhnte Erwachsene eine gute. Die Verträglichkeit und Verdaulichkeit ist auch noch dadurch gesteigert, daß das Milcheiweiß zu fein ausgeflocktem Kasein ausgefällt und gleichzeitig in geringem Grade angedaut ist. Die Fettstoffe und die Salze bleiben in den Sauermilchen unangegriffen. Die Vitamine B und C sind durch das Kochen zerstört, A und D sind erhalten. Außer diesen, den beiden Sauermilchen gemeinsamen Eigenschaften hat Kefir noch besondere Qualitäten. Er ist durch seine Flora und die längere Gärdauer zu höheren Säuregraden zu bringen, 1 bis 1,5 bis 2 Prozent (drei- und viertägiger Kefir). Hervorragende Dienste leistet Yoghurt bei der Behandlung der Ruhr, da die Ruhrbazillen ein alkalisches Milieu lieben und bei einer Wasserstoffzahl von etwa 4,0 und darunter absterben. Man geht bei der Ruhr so vor, daß man am ersten Tage mit Rizinus gründlich abführt und nur Tee reicht. Am zweiten Tage gibt man dünnen Schleim und teelöffelweise Yoghurt, in 12 Stunden etwa $\frac{1}{4}$ Liter (zweitägiger Yoghurt). Am dritten Tage steigert man die Menge auf $\frac{1}{2}$ Liter und bleibt dabei, höchstens geht man auf $\frac{3}{4}$ Liter, unter allmählichem Aufbau zu gehaltreicherer Kost. Deutet klinischer und der Stuhlbeund auf Fortbestehen der Entzündung hin, dann beginnt man am dritten Tage mit Yoghurteinläufen: einmal am Tage wird ein Klysma aus 100 bis 150 ccm Schleim und 100 bis 150 ccm Yoghurt körperwarm gegeben und muß wenigstens $\frac{1}{2}$ Stunde gehalten werden. Bei den Motilitätsstörungen des Darmes, bei den reinen Superaziditäten des Magens und bei der Gastritis mit Uebersäuerung darf man sich von den Sauermilchen keine Wirkung versprechen. Bei der Gastritis anacida und bei der reinen Achylie kann ein- bis zweitägiger Yoghurt Gutes leisten. Bei den Achylien mit schweren Durchfällen ist drei- und viertägiger Kefir sehr wirksam. Beim Ulcus ventriculi und duodeni vertragen jene Kostformen, die Milch als Beginn der Grundkost haben (Lenhartz-Kur), manchmal mit gutem Erfolg ein Zugaben von mildem Yoghurt; Kefir wäre da zu sauer. Zu empfehlen sind die Sauermilchen auch bei manchen Fällen von chronischen Cholezystopathien; besonders geeignet ist hier der stark saure, viertägige Kefir. Mit das dankbarste therapeutische Gebiet für die Sauermilchen ist die chronische Obstipation. Man verwendet hier zweitägigen Kefir bei gemischter, schlackenreicher Kost. Man gibt Brot, Butter, Speck, Gemüse, Salate, Honig, ein Ei, etwas Käse, $\frac{1}{4}$ Liter Milch, wenig oder gar kein Fleisch, dafür reichlich Obst. Dazu zunächst $\frac{1}{4}$ Liter zweitägigen Kefirs. Am besten läßt man morgens Obst essen und abends den Kefir trinken.

L. Gordon, Berlin.

1189.

Wolff, Hans, Ueber perforierte Magen- und Duodenalulzera. (Dtsch. Z. Chir., 213., H. 3—4, S. 262.) Während in den früheren Jahren fast sämtliche perforierten Magen- und Duodenalulzera mit Uebernähung und Gastroenterostomie behandelt wurden, schlägt Verfasser vor, in Zukunft sich möglichst nur auf das Uebernähen des Ulkus zu beschränken und nach einem Viertel- bzw. halben Jahr die Radikaloperation auszuführen. Diese Abänderung der Behandlungsmethode wurde auf Grund der klinischen Erfahrungen geschaffen, die darin bestanden, daß die Uebernähung und Gastroenterostomie Rezidive aufwies, daß Ulcera peptica beobachtet wurden und eine notwendig werdende Nachoperation dadurch erschwert wurde, daß Verwachsungen an der Gastroenterostomie-Stelle aufgetreten waren oder die Gastroenterostomie die normalen anatomischen Verhältnisse am Magen geändert hatte.

E. Gohrbandt, Berlin.

1190.

Sokolow, N. W., Zur Frage der Magen- und Duodenumgeschwürsperforation. (Kasan. med. Z., 24., H. 6, S. 539—545.) Die operative Mortalität bei der Ulkusperforation kommt bis zu einem gewissen Grade auf Rechnung der allgemeinen Narkose. Insbesondere gilt dies bei den schweren Fällen, wo die Operation nicht sofort nach der Perforation erfolgt. Die Anwendung der örtlichen Betäubung kann hier die Chancen auf günstigen Ausgang erhöhen.

E. Kontorowitsch.

1191.

Cohen, H., Schmerzen bei Cholelithiasis. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Die Größe eines Steins ist für die Schmerzen und die Kolik bei Cholelithiasis nicht verantwortlich. Oft hat man bei Kolik und Cholezystitis bei der Operation keinen Stein gefunden. Ob die Anfälle dadurch zustande kommen, daß kleine Steine mit scharfen Ecken durch den Duktus passieren wollen oder ob Steine den Duktus zu unregelmäßigen peristaltischen Wellen reizen und die Kolik so zustande kommt oder ob Schauer von Cholesteinkristallen durch den Duktus passieren, ist noch nicht klar. Wahrscheinlich kommen mehrere Ursachen zusammen.

v. Schnizer.

1192.

Blond, Neuere Gesichtspunkte zur konservativen Therapie Gallensteinkrankter. (Hippokrates, 1. Jahrg., Heft 5.) Zuerst wendet sich Blond gegen die Auffassung, welche in der Gallenblase nur ein Entleerungsorgan sieht, und bringt dafür eine Reihe plausibler erscheinender Gründe vor. In dem gleichen Sinne sprechen ihm auch die Beobachtungen über Kolikanfälle ohne Stein. Auch die Beobachtung der Wirkung bei Ulkusoperationen verwendet er in seinem Sinne. Demgegenüber sieht er den Beginn der Erkrankung der Gallenwege in einem intermittierenden Abflußhindernis im Duodenum, welches dann parallel den Vorgängen an der Harnblase zu einer aufsteigenden Entzündung führt. Auf dieser Anschauung bauend, hat er die Erfahrungen der Volksmedizin mit ihren Gallentees therapeutisch versucht und besonders in Frühfällen recht gute Erfolge erzielt. Wie er sie erklärt, legt er in interessanten Ausführungen dar. Für Blond bildet die Entfernung der Gallenblase nicht wie bisher das Ziel der Frühoperation, sondern dient ihm als letztes Auskunftsmittel.

Dermitzel.

1193.

Sabatini, Giuseppe, Vertigo bei Leberkrankheiten, speziell bei Cholelithiasis. (Policlinico, 36., 10.) Der bei Leberkranken sehr häufig auftretende Schwindel beruht auf einer Auto-intoxikation, welche an und für sich schon eine Uebererregbarkeit des Labyrinths hervorruft; letztere ist jedoch keine unbedingt notwendige Voraussetzung für das Auftreten von Vertigo.

Ashkenasy, Wien.

1194.

Schachnowitz, Jakob, „Spontanruptur“ der Milz. (Dtsch. Z. Chir., 213., H. 3—4, S. 283.) Auf Grund eines sehr eifrigen Studiums des Schrifttums und auf Grund eigener Erfahrungen stellt Verfasser die Behauptung auf, daß es keine Spontanruptur der gesunden, normal gelagerten Milz gibt. Eine Milzruptur entsteht nur, wenn ein früheres Trauma vorliegt oder wenn es sich um eine pathologische Veränderung des Organs selbst handelt. Es bedarf nicht immer einer besonders starken Gewaltwirkung, um eine Milzruptur hervorzurufen. Schon eine geringe Verletzung kann unter besonderen Umständen (bei schlaffen Bauchdecken oder bei tiefstehender Milz) einen Riß der Milz zur Folge haben. Wenn jegliche Anhaltspunkte ätiologisch fehlen, so ist doch nach einem vielleicht auch länger zurückliegenden Trauma zu fahnden.

E. Gohrbandt, Berlin.

1195.

Hammer, Ulrich, Appendicopathia oxyuriaca. (Med. Welt, 3, 1929.) Die Oxyuren spielen in der Pathologie des Wurmfortsatzes eine erhebliche Rolle, was durch die große Zahl der allein wegen des Vorhandenseins des Wurms notwendig werdenden Appendektomien bewiesen wird. Bevorzugt wird das Alter von 14 bis 25 Jahren; das weibliche Geschlecht überwiegt. Klinisch steht im Vordergrund der spontane Schmerz, der anfallsweise auftritt, nicht sehr heftig und in der Ileocekalgegend lokalisiert ist. Druckschmerz ist im Anfall nur bei tiefem Druck vorhanden. Der Leib bleibt weich. Das Rowsing'sche Phänomen ist nicht nachweisbar. Uebelkeit wird häufig, Erbrechen seltener beobachtet. Stuhlträgheit spielt in der Krankheitsgeschichte eine große Rolle. Das Fieber bewegt sich meist in mäßigen Grenzen. Die Pulsfrequenz weist keine bemerkenswerte Steigerung auf. Dieses Verhalten von Puls und Körperwärme hat hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen echter Appendizitis und Appendicopathia oxyuriaca die größte Bedeutung. Im allgemeinen sind die Symptome nicht so charakteristisch wie bei einem echten appendizitischen Anfall. Aus dem Fehlen von Fadenwürmern im Stuhl darf man keine diagnostischen Schlüsse ziehen; der Wurmfortsatz stellt für die Oxyuren einen Zufluchtsort dar, in welchem sich einige Exemplare mit Erfolg den vernichtenden Einflüssen von Wurmmitteln und Abführkuren entziehen. Das Leiden bedarf dringend der Beseitigung. Das rationelle Behandlungsverfahren ist die Appendektomie, dies um so mehr, als die Differentialdiagnose gegenüber echter Appendizitis nicht immer einwandfrei zu stellen ist.

L. Gordon, Berlin.

1196.

Dencks, Gustav, Das spontane Bauchdeckenhämatom. (Dtsch. Ztschr. Chir., 213., H. 3—4, S. 159.) Die Ursache für die Bildung eines Bauchdeckenhämatoms kann verschieden sein. Am häufigsten ist wohl ein Riß im Musc. rectus anzunehmen. Man muß aber auch mit der Möglichkeit einer primären Ruptur der epigastrischen Gefäße rechnen, ohne daß arteriosklerotische Veränderungen vorhanden zu sein brauchen. Die mikroskopischen Untersuchungen, die Verfasser in einem Fall anstellte, wo als Ursache ein Riß des Muskels infolge verminderter Elastizität angenommen wurde, ergaben keine pathologischen Veränderungen der Gefäße noch der Muskel selbst. Das Hämatom kann hervorgerufen werden durch traumatische Rupturen und durch Spontanrupturen. Unter den Spontanrupturen kommt am häufigsten das Hämatom im vorgerückten Lebensalter vor.

E. G o h r b a n d t, Berlin.

1197.

Jahn, F., Ueber chronische Fieberzustände ohne nachweisbaren Organbefund. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 3.) Subfebrile Temperaturen bei Kranken ohne nachweisbaren Organbefund finden sich in der Hauptsache beim weiblichen Geschlecht. Eine Tuberkulose ist meistens bei diesen Kranken nicht nachweisbar, entwickelt sich auch nach den bisherigen Erfahrungen nur in ganz wenigen dieser Fälle. Die Kranken haben meist Beschwerden, wie man sie als Aktivierungssymptome bei der Lungentuberkulose zu sehen gewohnt ist. Die Prognose dieser Zustände ist eine durchaus gute, jedoch kehren die subjektiven Beschwerden immer wieder und beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit. Man darf nicht in den Fehler verfallen, die Subfebrilen ohne Lungenbefund in die Lungenheilstätte zu schicken; dadurch macht man diese psychisch labilen Patienten erst zu kranken Leuten. Eine manifeste Tuberkulose bekommen die Subfebrilen nur in den seltensten Fällen.

Z w e r g, Coswig.

1198.

Jacob, M., Tuberkulose der unteren Lungenlappen. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Das Vorkommen primärer tuberkulöser Veränderungen der Lunge anderswo als in den Spitzen wird von der Mehrzahl der Forscher als so selten hingestellt, daß manche dieses Vorkommen überhaupt leugnen. Jedoch mehren sich in neuerer Zeit die Fälle, bei denen die initialen Veränderungen an der Basis beobachtet werden. Den Grund dafür, daß die ersten tuberkulösen Veränderungen von den Spitzen ausgehen, sehen manche in der Inaktivität des oberen Lappens und besonders der Spitze; andere schreiben gerade der Spitze die größere Aktivität zu. Tuberkulöse Tracheal- und Hilusdrüsen sind bei Erwachsenen gerade so wie bei den Kindern eine stete Gefahrenquelle, wenn eine lokale Entzündung dort oder in ihrer Umgebung auftritt: Verkäsung, Ruptur, massive Infektion der kleinen Bronchien und Alveolen, tuberkulöse Pneumonie oder Bronchopneumonie; all dies spielt sich im Unterlappen ab. Wie bei Kindern gibt es auch bei Erwachsenen die gerade so gefährliche juvenile Form der Tuberkulose. Im Gegensatz zu der mehr gutartigen Spitzenaffektion neigt sie zur Höhlenbildung, ist exsudativen Charakters, während die Spitzenform mehr zur Fibrose neigt und nicht so akut ist. Da dabei die Spitzen stets normal sind — Röntgen ist in beginnenden Formen nicht unbedingt zuverlässig —, so denkt man gewöhnlich an eine Pneumonie oder Bronchopneumonie oder einen sich bildenden Lungenabszeß, einen Fremdkörper oder eine maligne Geschwulst. Man muß also in solchen Fällen — akuter oder subakuter Prozeß mit hohem Fieber und entsprechendem Puls und Respiration usw. — stets daran denken, besonders wenn in der Anamnese Pleuritis, Hämoptyse, Kontakt oder ein zögernder Verlauf zu verzeichnen ist. Sehr wichtig sind die Sputumuntersuchung und, wenn sie negativ, die anderen Laboratoriumsuntersuchungen; wiederholte Röntgenaufnahmen. Nie darf man mit der Diagnose warten, bis das Sputum positiv ist. Steht die Diagnose fest, Pneumothorax; ist er in vorgeschrittenen Fällen nicht möglich, Thorakoplastik. Am besten Sanatorium. Das sich bildende Exsudat nach Pneumothorax hat immunisierende Eigenschaften.

v. S c h n i z e r.

1199.

Klare, Kurt, Die Meningitis tuberculosa in ihrer Beziehung zu den Verlaufsförmern der Tuberkulose. (Z. Tbk., 52., 1.) Die Meningitis tuberculosa tritt im Schulalter weniger häufig auf als in den früheren und späteren Altersklassen. In den Monaten März bis Juli zeigt sich ein gehäuftes Auftreten der Meningitis (Frühjahrgipfel). Für die Entstehung einer Meningitis sind von den akuten Infektionskrankheiten besonders die Masern als disponierender Faktor anzusehen. Daneben mag der Konstitution (Status thymo-lymphaticus) eine gewisse Rolle zugeschrieben werden: Als wichtigstes Moment für den Ausbruch einer tuberkulösen Meningitis muß der jeweilige Durchseuchungsgrad angesehen werden. Hier-

durch läßt sich das verhältnismäßig seltene Auftreten der Meningitis im Schulalter erklären. Einen eindeutigen Zusammenhang zwischen bestimmten Tuberkuloseformen und der Meningitis tuberculosa konnte Verfasser nach seinem Material nicht feststellen.

Z w e r g, Coswig.

1200.

Hindersin, L., Kritik der Verwendbarkeit des Blutbildes in der Klinik der Kindertuberkulose. (Z. Tbk., 52., 1.) Zur Beurteilung des Blutbildes bei Kindern ist eine genaue Kenntnis der hämatologischen Eigenarten des Kindesalters notwendig. Die vom Blutbild des Erwachsenen her bekannten Verhältnisse dürfen hierauf nicht übertragen werden. Zur Erkennung einer aktiven, behandlungsbedürftigen Tuberkulose darf das Blutbild nur bei größter Kritik herangezogen werden. Der Wert des Blutbildes für die Prognose darf nicht überschätzt werden. Eine regelmäßig schlechte Blutbildkurve gestattet wohl die ungünstige Prognose, dagegen erlauben günstige Werte eine gute Prognose nur auf kurze Sicht. Die große Bedeutung des Blutbildes für die Tuberkuloseklinik liegt in seiner hohen Empfindlichkeit, durch die es zum schärfsten Ueberwachungsmittel der Therapie wird. Hierin ist das Blutbild der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit weit überlegen.

Z w e r g, Coswig.

1201.

Scheer, K., Ueber Säuglingstuberkulose. (Z. Tbk., 52., 1.) Auf Grund von vier selbstbeobachteten und den in der Literatur mitgeteilten Fällen von kongenitaler Tuberkulose werden zwei Hauptformen unterschieden: 1. die placentare Infektion mit primären Veränderungen im periportal Drüsengebiet, 2. Infektion mit primären Veränderungen im Respirationstraktus, entstanden entweder auch placentar über den Ductus venosus arantii oder bronchogen. Die Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose wird mit 5% der Säuglingstuberkulose errechnet. Weiter berichtet Verfasser über das Schicksal von 15 Kindern mit im ersten Lebensjahre erworbener Tuberkulose. In sieben Fällen war die Krankheit ausgeheilt, bei acht ruht der Prozeß. Die Prognose hängt davon ab, ob die Tuberkulose sich generalisiert oder nicht; sonst sind die Säuglinge kaum schlechter daran als Kinder, die sich erst später infizieren.

Z w e r g, Coswig.

1202.

Zadeck, I., und A. Sonnenfeld, Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose bei Kindern. (Dtsch. Z. Chir., 213., 3/4. Heft, S. 175.) Für die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose kommen Säuglinge und Kinder bis zum 4. Lebensjahre nicht in Frage, da die tuberkulösen Lungenprozesse größtenteils auch bei konservativer Behandlung eine gute Prognose geben. Im späteren Lebensalter soll nur bei tertiären Parenchymveränderungen operiert werden. Die Auswahl und die Indikationsstellung gleichen völlig denen bei Erwachsenen. Je nach der Notwendigkeit wird der künstliche Pneumothorax, die Phrenikusexhairese (allein oder beide kombiniert) und die extrapleurale Thorakoplastik angewandt.

E. G o h r b a n d t (Berlin).

1203.

Hawes, J. B., Tuberkulose als industrieller Unfall. (New England Med., Nr. 2, 1929.) Es ist nicht nur für den Praktiker wichtig, hier auch die amerikanische Auffassung kennenzulernen. The Workmans Compensation Act of Massachusetts entschädigt den Arbeiter, der eine persönliche Schädigung infolge und während seiner Beschäftigung erfährt. Dieser wenig streng begrenzte Begriff schließt auch das mit ein, was bei uns z. T. unter Gewerbekrankheiten fällt, so die Entwicklung einer Optikusneuritis durch Einatmung giftiger Gase im notwendigen Verlauf der Arbeit. Diese liberalere Auffassung der persönlichen Schädigung schließt jede Schädigung durch und während der Arbeit ein, die unfähig macht, Lohn zu verdienen. Andererseits konnte aber sinngemäß das Gesetz eine Neurose bei einem Zigarrenmacher nicht entschädigen; denn das Gesetz befaßt sich nur mit industriellen Schäden, mit den Verhältnissen der Arbeit, nicht mit allgemeinen Krankheiten, und plant keine Gesundheitsversicherung. Eine geistige oder körperliche Krankheit, die lediglich nur im Verlauf der Arbeit entsteht, wird vom Gesetz nicht eingeschlossen, weil der Begriff der Schädigung u. U. fehlt. Dieser Zusammenhang mit der Beschäftigung ist ausschlaggebend. Persönliche Schädigung und Krankheit sind nicht Synonyma, schließen sich nicht ein, können aber manchmal ineinander übergreifen. Ausschlag gibt „im Verlauf und durch die Arbeit“. Auch auf den Begriff des Wahrscheinlichen oder besser auf positive Faktoren des Falles legt das Gesetz Wert.

Bei 76 Fällen war die Diagnose Tuberkulose sowohl durch den Beruf (Steinhauer bei 27) wie durch den Verlauf ohne weiteres klar; in 11 Fällen lag Exposition in der Familie vor. Aber in 14 Fällen ergab eine eingehende Untersuchung, daß überhaupt keine Tuberkulose vorlag, sondern chronische Bronchitis, auch Asthma-

bronchitis, Bronchiektasen, kongenitale oder erworbene Herzkrankheiten und in manchen Fällen ausgesprochene Neurosen. Praktisch wichtig sind 14 Grenzfälle, die abgeschlagen wurden, weil die Schädigung durch die Arbeit nicht klar nachzuweisen war; bald waren die Pausen zu groß, bald die Schädigung nicht stark genug und nicht der Arbeit zur Last zu legen, sondern einer Influenza, bald war sie wie beim Kohlenladen nicht anhaltend und deshalb also Ursache ungeeignet. Auch für die gelegentliche Einwirkung von Schmiergel wurde der Zusammenhang gezeugnet, weil die Pausen zu groß waren. Manchmal wurde auch der normale Verlauf einer schon bestehenden Tuberkulose betont, wohl während, aber nicht durch die Arbeit. Im allgemeinen sind die Beurteilungen strenger als bei uns.

v. Schnizer.

1204.

Nolan, W. P., Bemerkungen über Infektion, Immunität und Zellreaktion bei Tuberkulose. (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Fast alle zivilisierten Menschen sind tuberkulös, und zwar schon in der Kindheit meist geworden. Die Grenzen zwischen tuberkulöser Erkrankung und tuberkulöser Infektion liegen sehr nahe beieinander, und die Symptome der Phthisis sind eigentlich nur die Projektion der verminderten Immunität für das tuberkulöse Virus nach außen hin. Bei jedem erwachsenen zivilisierten Tuberkulösen mit Symptomen und positivem physikalischen Befunde lag zweifellos eine relative Immunität vor, aber die Symptome traten durch eine interkurrente Erkrankung, eine Abweichung vom gewöhnlichen Lebenswege — Ueberarbeitung, Ansteckung, Unterernährung, Exzesse, die den Körperwiderstand lockerten — hervor. Wenn wir nicht alle an Tuberkulose sterben, so ist daran lediglich die Natur schuld, die uns dagegen immun macht: nur durch Ueberproduktion auf allen Gebieten kann sie die Hindernisse, die sich ihren Absichten entgegenstellen, beseitigen. Ohne die Infektion in der Kindheit könnte der Erwachsene keine natürliche Immunität erwerben; nur dadurch entrinnt er vielfach der Erkrankung und ihrer tödlichen Wirkung. Vom Immunitätsstandpunkt der Lungentuberkulose aus ist es recht interessant, die Wirkung der extrapulmonären Erkrankung zu beachten im Verlaufe der Lungentuberkulose (Knochen, Gelenke, Haut, Drüsen). Solche, die in der Jugend diese Erscheinungen zeigen, entwickeln später keine Lungentuberkulose. Andererseits findet man bei einer aktiven Lungentuberkulose äußerst selten Knochen- oder Gelenktuberkulose. In diesen extrathorakalen Affektionen werden spezifische Substanzen ausgearbeitet, die die Lungen schützen, als kein chirurgischer Eingriff an ihnen stattfindet: oft findet man danach eine akute progressive Tuberkulose. Hier ist Ruhe und Drainage das Gegebene. Das endotheliale System im Körper ist das einzige Gewebe, das mit dem Mechanismus der Infektion und Immunität zu tun hat; der endotheliale Lymphozyt beseitigt die fremden Eindringlinge, solange nicht die zweite Verteidigungslinie, die Bindegewebszellen, zum Kampf aufgeboten sind. Die Reaktion auf die Immunisierung nach tuberkulöser Infektion ist nur dann allgemein, wenn die Toxine von einem Herd absorbiert werden und die Lymph- und Blutzirkulation erreicht haben: dann hat man die klassischen Erscheinungen der febrilen Erkrankung. Tuberkulin hat keine immunisierende Wirkung; es verursacht nur eine Herdreaktion mit einer Gegenreaktion: Proliferation der Nabelgewebszellen durch Hyperämie. Ein mäßig fiebernder Tuberkulöser produziert sein eigenes Tuberkulin.

v. Schnizer.

1205.

Bernheim-Karrer, J., Ist die Calmettesche Schutzimpfung ganz gefahrlos? (Schweiz. Med. Wschr. Nr. 3.) Bei dem hier vorliegenden Material, das allerdings nicht besonders groß ist, haben sich doch einige beachtenswerte Ergebnisse gezeigt. Schädigungen der Kinder wurden nie beobachtet. Allerdings fiel bei einigen Kindern die Pirquetsche Reaktion positiv aus; daß aber trotzdem eine tuberkulöse Veränderung fehlen kann, konnte bei einem zur Sektion gekommenen Kinde mit Sicherheit festgestellt werden. Mehr Sicherheit auf diesem Gebiet werden wir allerdings erst gewinnen, wenn die Ergebnisse einer großen Zahl von Leichenöffnungen von an interkurrenten Krankheiten gestorbenen Kindern, welche nach Calmette premunisiert und Pirquetpositiv waren, vorliegen, und bei welchen außerdem eine nachträgliche Ansteckung mit virulenten Bazillen nicht stattgefunden hat. Bei der großen Zahl der Impfungen — in Frankreich allein schon etwa 75 000 — ist es auffallend, daß darüber noch fast nichts bekannt ist.

Held.

1206.

Lange, L., und Clauberg, Tierexperimentelle Nachprüfung der Schutzimpfung gegen Tuberkulose mit BCG. I. Mitteilung: Versuche an Meerschweinchen über die Virulenz des BCG-Stammes, unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses von Schädigungen der Versuchstiere. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 3.) Der BCG ist in massiven Dosen für Meerschweinchen nur schwach

virulent. Die durch ihn bewirkten tuberkuloseartigen Veränderungen sind umschrieben lokalisiert, erreichen ihre größte Ausdehnung relativ kurze Zeit nach der Infektion und bilden sich bald wieder bis zum völligen Verschwinden zurück. Sie sind in ihren Ausmaßen bei höheren Dosen nicht proportional der verimpften Bazillenmasse. Der BCG ist aus den durch ihn veränderten Organen auf künstlichen Nährböden züchtbar, jedoch sind Verimpfungen bazillenhaltigen, spezifisch veränderten Gewebes auf andere Meerschweinchen im allgemeinen ohne erkennbare Wirkung. Dasselbe gilt für die Uebertragung der Passagetierorgane auf weitere Versuchstiere. An dem genannten Tatbestand ändert sich nichts, wenn die Versuchstiere absichtlich früher oder später den verschiedenartigsten akuten oder chronischen Schädigungen ausgesetzt sind. Alle Bestrebungen, eine Virulenzzunahme des BCG im Körper des Meerschweinchens zu erzwingen, waren bisher erfolglos.

Zwerg, Coswig.

1207.

Rickmann, L., Die Goldbehandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose. (Med. Klin., 3, 1929.) Verfasser verwendet für die Behandlung der Lungentuberkulose das Krysolgan, für die Behandlung der Kehlkopftuberkulose hauptsächlich das Triphal. Das Sanokrysin und das Solganal hält er für diese Zwecke für ungeeignet. Das Gold ist ein Reizstoff, durch den die natürliche Bindegewebsbildung angeregt und beschleunigt wird. Die Voraussetzung für die Goldbehandlung ist infolgedessen das Vorhandensein eines funktionstüchtigen Gewebes, das bereits eine gewisse Tendenz zur Vernarbung in sich trägt. Die Goldbehandlung ist daher indiziert bei den stationären produktiv-knotigen und zirrhatischen Formen der Lungentuberkulose; alle akut progredienten produktiven und alle exsudativen Formen sind dagegen für diese Therapie ungeeignet. Günstiger als die Lungentuberkulose reagiert auf die Goldbehandlung die Kehlkopftuberkulose. Auch hier sind es vor allem die vorwiegend stationären produktiv-infiltrativen und ulzerösen Formen, die der Behandlung zugeführt werden müssen; die exsudativen Formen sind für die Goldbehandlung ungeeignet. Verfasser beginnt beim Krysolgan mit 0,001 und gibt als Höchstdosis 0,1. Das Triphal kann in bedeutend höheren Dosen verabreicht werden.

L. Gordon, Berlin.

1208.

Herwig, H., Blut und Blutbild der Tuberkulose im Hochgebirge: Refraktion, Viskosität und Senkungsgeschwindigkeit. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 6.) Bei den Blutuntersuchungen Tuberkulöser im Hochgebirge ergaben sich höhere Gesamteiweißwerte als bei entsprechenden Fällen im Tiefland und besonders erhöhter absoluter Albumingehalt. Die Bestimmung des Globulinegehaltes und die Senkungsreaktion ergaben in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle ungenügende Uebereinstimmung mit der klinisch festgestellten Prognose. Die Resultate beider Methoden sind darum nur im Rahmen des Ganzen und mit Vorsicht zu verwenden.

Zwerg.

1209.

Rabinowitsch-Kempner, Zur Frage der Filtrierbarkeit des Tuberkulose-Virus. (Z. f. Tbk., 52., 1.) Das seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus bekannte Stäbchen ist nicht die einzige Gestalt dieses Mikroorganismus, sondern nur eine Form desselben. Es können bestimmte Verhältnisse eintreten (Beschaffenheit des Nährbodens, Alter der Kultur u. a.), unter denen die Entwicklung der klassischen Form des Tuberkelbazillus ausbleibt und sich eine andere mikroskopisch unsichtbare Form bildet, deren Züchtung bisher noch nicht gelungen ist. Ihre Virulenz ist nicht hoch zu veranschlagen, da sie bei Versuchstieren meist nur geringfügige Veränderungen hervorruft. Unter welchen Umständen die Entwicklung der typischen oder der filtrierbaren Form möglich und begünstigt wird und unter welchen Umständen der Uebergang der einen Form in die andere stattfindet, muß die weitere Forschung lehren.

Zwerg, Coswig.

Kinderheilkunde

1210.

Hampson, A. C., Schwerer familiärer Ikterus neonatorum. (Lancet, 216., 5505.) Tritt Gelbsucht bereits am ersten oder zweiten Lebenstage auf, besonders bei familiärer Disposition, so ist die Krankheit grundsätzlich als schwer zu erachten; dabei können Temperatur, Stuhl sowie Leber und Milz vollkommen normal erscheinen. Bezeichnend ist die exzessive Bilirubinurie oder Urobilinurie. Bei nichtbehandelten Fällen nimmt die Krankheit einen ungünstigen Verlauf an. Die Therapie besteht in täglichen intramuskulären Seruminjektionen (5 bis 15 ccm), bis der Bilirubin-

gehalt des Plasmas auf 1:150 000 gefallen ist. Im allgemeinen werden 30 bis 60 ccm Serum (nicht Blut!) verabfolgt. Keine Nebenwirkungen.
Ashkenasy, Wien.

1211.

Huwer, Günther, **Der Kernikterus der Neugeborenen.** (Z. Geburtsh., 94., Heft 1, 1928.) Verfasser beschreibt einen Fall, in dem bei einer völlig gesunden II. para 6 Wochen nach dem errechneten Termin mit Hilfe von Wehmitteln die Geburt eingeleitet wurde. Spontangeburt von Zwillingen mit Gewicht von etwa 3000 g. Schon nach 3 Stunden deutliche Gelbfärbung der Haut, die schnell an Intensität zunahm. Nach 42 stündiger Lebensdauer schwerer Kollaps, völlige Apathie, Aussetzen der Atmung, Nachlassen der Herzaktion, und eine Stunde später Exitus beider Kinder. Gleiche Untersuchungsbefunde beider Kinder bei der Sektion. — Der Kernikterus ist nach Ansicht des Verfassers eine schon intrauterin bestehende Erkrankung, die durch den Stoffwechsel mit dem mütterlichen Organismus ausbalanciert ist. Es scheint sich um ein toxisches Geschehen in der Gravidität auf familiär-hereditärer Basis zu handeln. Der Angriffspunkt der Erkrankung ist im haematopoetischen System zu suchen; ausgesprochene Hämosiderose von Milz und Leber; vornehmlich die Durchtränkung mit eisenhaltiger Flüssigkeit der venösen Gefäßseiden und des Trabekelsystems der Milz, desgleichen an den Portalvenen der Leber, besonders hier der Endothelien. In der Milz findet ein starker Blutzerfall statt, in den Hirnkernegebieten besteht vor allem eine Einlagerung des hämoglobinen Farbstoffes im Gliagerüst und den Achsenzylindern, sowie der Peripherie degenerierter Ganglienzellen. Die Toxine reichern sich im Körper des Neugeborenen an und bedingen dann Degeneration und Nekrose lebenswichtiger Ganglienzellengruppen. Der Tod erfolgt meist unter den Symptomen zentraler Atemlähmung, auch mit Hinzutreten von Krämpfen und bulbären Erscheinungen.
Rudolf Katz, Berlin.

1212.

Steinforth, Theo, **Ueber das Schicksal der frühgeborenen Kinder in der ersten und späteren Lebenszeit und über ihre Pflege.** (Z. Geburtsh., 94., Heft 1, 1928.) Unter den 9432 vom Verfasser in den Jahren 1920 bis 1927 beobachteten Geburten fanden sich 2,66% Frühgeburten unter 2200 g Gewicht. Von diesen überlebten schon etwa ein Drittel nicht die ersten Tage, dazu gehören sämtliche Frühgeborenen bis 1400 g (Minimalgewicht). Haben die Frühgeburten das erste Jahr überlebt, so sind ihre Lebensaussichten nicht schlechter als die der ausgetragenen reifen Kinder. Die vorzeitige Geburt übt einen Einfluß auf das Wachstum des Kindes aus, der unter guten Lebensbedingungen, vor allem der ersten Zeit, nicht in Monaten, sondern erst in einer Reihe von Jahren überwunden werden kann. Bis zu drei Jahren etwa bleiben die Frühgeborenen in ihrem Körperwachstum zurück, dann bessern sich bis zu fünf Jahren diese Verhältnisse bezüglich des Längenwachstums. Erst im Alter von 5 bis 7 Jahren ist gewöhnlich der Unterschied ausgeglichen. — Bei der Pflege der Frühgeburten ist vor allem auf gute Warmhaltung und gute Wärmezufuhr zu achten; häufige Nahrungsaufnahme, allerdings anfangs nur in sehr kleinen Mengen, ist zweckmäßig zur Vermeidung asphyktischer Anfälle.
Rudolf Katz, Berlin.

1213.

Faerber, **Zur Frage der chronischen Blutdrucksteigerung im Kindesalter.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Bericht über die zweieinvierteljährige Beobachtung eines zwölf Jahre alten Jungen, der unter zerebralen Symptomen akut erkrankte: Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille; allmähliches Zurückgehen der genannten Erscheinungen und Hervortreten einer Symptomentrias: Hypertension (bis 180 mm Hg), Retinitis hypertonica und leichte Albuminurie (bis 1/4 pro mille); letztere erwies sich im weiteren Verlauf als vom Typus einer echten orthostatischen Albuminurie. Rest-N und sämtliche Nierenfunktionsprüfungen stets normal. Endlich Rückgang sämtlicher Erscheinungen sowohl der Hypertension als auch des Augenhintergrundbefundes.
Jahr.

1214.

Berkholz, **Encephalitis interstitialis congenita Virchow.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Der klinische Symptomenkomplex, der sich bei Neugeborenen, noch häufiger bei Frühgeborenen findet in Form von plötzlich einsetzenden schweren Gehirnerscheinungen: Sopor bis zum tiefen Koma, Atmungsinsuffizienz bei guter Herz- und Kreislaufaktion, ist schon von Virchow pathologisch anatomisch als Encephalitis interstitialis gedeutet worden. Die Ätiologie der Erkrankung ist noch nicht geklärt. Wahrscheinlich spielt das physiologische Geburtstrauma die hauptsächlichste Ursache für die von Fettkörnchenzellen durchsetzten Erweichungsherde im Gehirn. Bemerkenswert ist das zuweilen zu beobachtende familiäre Auftreten.
Jahr.

1215.

Dazzi, Angelo, **Erythrozyturia minima und Blutbild im Anfangsstadium der Barlowschen Krankheit.** (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 3, 1929.) In vier Fällen von Säuglingsskorbut wird die minimale Erythrozyturie auch im klinisch bereits genau erkennbaren Anfangsstadium vermißt. Ueberhaupt wurden Erythrozyten im Sediment unter zehn Fällen nur dreimal gefunden. Die Blutuntersuchung ergibt eine mäßige Herabsetzung der Hämoglobinwerte, normale Zahlen von roten und weißen Blutkörperchen sowie Plättchen, eine wesentliche Vermehrung der retikuloilamentösen Formen der roten Blutkörperchen und eine geringe Linksverschiebung. Sowohl die Erythrocyturia minima als das Blutbild können zur Frühdiagnose der Barlowschen Krankheit nicht herangezogen werden.
Eugen Stransky, Wien.

1216.

Eliasberg, **Klinische Beobachtungen über Herpeserkrankungen im frühen Kindesalter.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Auf Grund einer genauest beobachteten Kasuistik kann gesagt werden, daß entgegen den landläufigen Literaturangaben ein Herpes simplex schon im frühesten Kindesalter zu beobachten ist; meist als symptomatischer Begleitherpes neben einer fieberhaften Grundkrankheit. Es kommen aber auch schon im Kindesalter Endemien von Herpes simplex vor, die mit den Zoster-Varizellenendemien nicht identisch sind in bezug auf das auslösende Virus. Dafür spricht einmal die unregelmäßige Inkubationszeit. Ferner, daß bei einem Fall von rezidivierendem Herpes zwischen dem 2. und 3. Herpes Schub typische Varizellen auftraten. Schließlich kommen auch schon im Säuglingsalter alle vom Erwachsenen bekannten Lokalisationen des Herpes auf Haut und Schleimhäuten vor. Bemerkenswert ist das verhältnismäßig häufige Zusammentreffen von Herpes der Haut mit phlyktanulären Augenerkrankungen, die an die Möglichkeit der herpetischen Natur mancher Phlyktänen denken lassen.
Jahr.

1217.

Kleinschmidt, **Intermittierendes Fieber und Schüttelfröste beim Kinde.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Die landläufige Meinung, daß auf Grund eines intermittierenden Fiebers die Diagnose Sepsis in Erwägung zu ziehen ist, für das Kindesalter nicht berechtigt. Einmal gibt es einen für Sepsis charakteristischen Fiebertypus beim Kinde nicht. Zum andern gibt es intermittierendes Fieber bei Pyurie, Grippe, Lymphadenitis, Otitis, Sinusthrombose, Pneumonie, interlobärem Exsudat, Tuberkulose, Cholangitis. Ähnliches gilt vom Schüttelfrost. Der Schüttelfrost ist entgegen der üblichen Lehrbuchmeinung nicht gar so selten, auch im jüngsten Säuglingsalter nicht. Schüttelfrost ist zwar ein Zeichen für Bakterienschwemmung ins Blut, aber kein sicheres Zeichen für Sepsis. Immerhin kommen Schüttelfröste im Kindesalter am häufigsten bei Sepsis zur Beobachtung.
Jahr.

1218.

Hässler, **Klinischer Bericht über 165 Fälle von spinaler Kinderlähmung der Leipziger Epidemie 1927.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Eingehender klinischer Bericht über die letzte Leipziger Epidemie von spinaler Kinderlähmung im Spätsommer und Herbst 1927. Die lesenswerte Arbeit kann wegen der Fülle der einzelnen Beobachtungen nicht in allen Einzelheiten referiert werden. Für den Praktiker von Wichtigkeit erscheint die Tatsache, daß die Behandlung mit Rekonvaleszenten-Serum völlig versagt hat. Etwas besser erscheinen die Erfolge mit dem Serum des Pasteur-Institutes (Petittisches Serum); das letztere jedoch erst am Ende der Epidemie zur Verfügung stand, konnte es nur an Kinder verabfolgt werden, deren Prognose quoad vitam von vornherein besser gestellt wurde. Aber auch hier konnte ein eindeutiger Erfolg, zumal bei der geringen Anzahl der damit behandelten Kinder, nicht festgestellt werden.
Jahr.

1219.

Baumann, **Knochenerkrankungen bei intestinalem Infantilis.** (Mtschr. f. Kdhk., 42., Heft 1/5.) Verfasser hat bei zwei von drei Fällen von Herterischem Infantilis unter seiner klinischen Beobachtung einen Skorbut entstehen sehen, trotzdem er täglich den Saft einer Zitrone prophylaktisch verführte. Wäre ihm die Tatsache bekannt, daß der Vitaminbedarf bei sämtlichen chronischen Ernährungsstörungen, die längere Zeit mit einem Vitamindefizit ernährt worden sind, besonders hoch ist, so wäre er über den von ihm geradezu im Experimentum crucis erzeugten Skorbut nicht weiter erstaunt.
Jahr.

1220.

Teitel, **Behandlung der Amöbendysenterie bei Säuglingen.** (Wr. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 8.) In Palästina wurde Amöbenruhr (A.) auch bei ganz jungen Säuglingen beobachtet, die ausschließlich Brustnahrung bekommen hatten. Teitel hält die Fliegen in

diesen Fällen für die Ueberträger. Die Mortalität war weniger als 1%; diese günstige Statistik wird auf den frühzeitigen Behandlungsbeginn zurückgeführt. Als positive Erfolge wurden nur jene Fälle gewertet, bei denen keine Amöben oder Zysten im Verlaufe eines Monats gefunden werden konnten und bei denen es innerhalb dreier Monate zu keinem Rezidiv kam. Die besten Erfolge wurden mit Emetin erzielt (80% positive Erfolge). Es wurde subkutan in Dosen von 0,005 bis 0,03 verabreicht (2 bis 6 Injektionen). Die Höhe der Dosis wurde nach dem Allgemeinzustand bemessen; als erste Dosis wurde die halbe Menge gegeben, da manchmal unerwünschte Nebenerscheinungen (Erbrechen, Unruhe, Herzerkrankungen) auftreten. Mit Yatren allein wurden nur wenige positive Erfolge erzielt, am ehesten noch mit hohen Einläufen einer einprozentigen Lösung. Den besten therapeutischen Erfolg hatte die Kombination von Emetin mit Yatren oder mit Rivanol (Einläufe von 0,1 auf 200 bis 300 Wasser). Stovarsol wurde in Gaben von 0,005 bis 0,03 verwendet; schon bei kleinen Dosen kommt es zu toxischen Erscheinungen. Am besten wirkt Stovarsol als Abschluß einer Kur nach vorhergegangener Emetinbehandlung, aber nicht gleichzeitig mit letzterem.

Ernst Pick, Wien.

1221.

Auricchio, Luigi, Die Amöbiasis in der Aetiologie des ruhrartigen Symptomenkomplexes im Kindesalter. (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 4, 1929.) Beschreibung von zwei Fällen von Amöbenruhr unter dem Bilde einer chronischen Enterokolitis verlaufend. Im blutig-schleimigen Stuhl werden vegetative Formen von Entamoeba histolytica gefunden. Auf intramuskuläre Injektionen von Emetin-chlorhydrat in beiden Fällen rasche Besserung.

Eugen Stransky, Wien.

1222.

Jemma, R., Ueber die Endemie von kindlicher Leishmaniose in Italien. (Pediatria, 37. Jahrg., Heft 3.) Besprechung der Verbreitung von der kindlichen Leishmaniose in Italien; davon 551 Beobachtungen an der Kinderklinik in Neapel mit 78% Heilungen. Besprechung der Antimontherapie der Krankheit, wobei kleine Dosen in einer langen Kur den besten Erfolg versprechen.

Eugen Stransky, Wien.

1223.

Langstein, Leo, Die Behandlung der Rachitis. (Med. Klin., Heft 3, 1929.) Es ist falsch, die Rachitis lediglich als eine Erkrankung des Knochensystems zu betrachten. Die Rachitis ist ein Komplex von Symptomen, welche sich bei vorhandener angeborener Veranlagung an den Knochen, am Nervensystem, an der Muskulatur, im Stoffwechsel und Wachstum geltend machen, wobei bald das eine, bald das andere Gebiet stärker betroffen wird. Man darf von Rachitis sogar dann sprechen, wenn klinisch an den Knochen kein Befund erhoben wird. Als wichtigste ätiologische Momente der Rachitis sind zu bezeichnen: Mangel an Sonne, Licht und Luft infolge ungeeigneten Lebensraumes, ungeeignete, vor allem künstliche Ernährung, wobei nicht die Kalkarmut der Nahrung, sondern die Ueberfütterung mit Kuhmilch und Fett die ausschlaggebende Rolle spielt, und schließlich eine konstitutionelle Prädisposition zur Rachitis. Ausgelöst kann die Rachitis werden durch langdauernde Infektionen im frühen Kindesalter — Rhinopharyngitis, chronische Pneumonie, Pyelitis oder Enteritis. Aus diesen ätiologischen Momenten ergibt sich die Natur der prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen: Als spezifische Therapie der Rachitis kann die Therapie mit Lebertran, mit künstlicher Höhensonne und mit bestrahlter Milch bezeichnet werden. Durch das Vigantol resp. Radiostol läßt sich die Rachitis mit Sicherheit auch bei Frühgeburten vermeiden. Die Dosierung von 4 bis 6 mg pro die darf nicht überschritten werden. Bei der Vigantolverabreichung an tuberkulöse Kinder kann es zu Nierenschädigungen kommen. Diese sind aber nur bei der Verabreichung von Vigantol in ölicher Lösung, nicht aber bei der Tablettenverabreichung beobachtet worden. Nicht zu bezweifelnde Erfolge sind auch mit bestrahlter Milch erzielt worden.

L. Gordon, Berlin.

1224.

Karrer, Bernheim, und Zaruski, Ueber Pigmentierung der Haut nach Vigantoldarreichung. (Mtschr. f. Kdch., 42., Heft 1/5.) Die Beobachtung von Feer und Bernheim Karrer, nach welcher per os gegebenes Vigantol einen Pigmentreiz an der Haut auszuüben vermag, besonders bei an sich dunkel pigmentierten Kindern, wird an eineigen Zwillingen zu bestätigen versucht. Beide wurden unter genau gleichen Bedingungen gehalten; das eine erhielt anfänglich 5, dann 10 mg Vigantol pro die. In der Tat zeigte der Vigantol-zwilling makroskopisch eine stärkere Pigmentierung, besonders an den Handrücken, in den Achselhöhlen und an den Brustwarzenhöfen. Histologisch ließ sich jedoch eine stärkere Pigmentanhäufung nicht nachweisen.

Jahr.

1225.

Dingmann, Albert, Die Unterstützung der Reparation im Kindesalter durch Ferronovin. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 4.) Alle objektiven Kontrollen, Hämoglobinwert, Erythrozytenzahl und Körpergewicht, haben eine beachtenswerte Besserung durch die Behandlung gezeigt. Wenn auch noch kein abschließendes Urteil gefällt werden kann, so glaubt Verfasser doch auf Grund seiner guten Erfolge mit Recht behaupten zu können, daß die Kombination von Leber und aktivem Eisen in Verbindung mit bestrahltem Ergosterin und Lipoiden für die Reparation in jedem Kindesalter außerordentlich günstig ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

1226.

Siegmund, H., Allgemeine Pathologie und spezielle Pathologie des Kieferknochens und der Wurzelhaut. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., Heft 1, 1929.) Es ist nicht zu bestreiten, daß fokale Herde eine Gefährdung des Organismus bedeuten können. Unter welchen Umständen aber und auf welchem Wege in jedem Einzelfall die Möglichkeit einer Weiterverbreitung der Infektion über den Primärherd hinaus möglich ist, läßt sich zur Zeit noch nicht näher bestimmen. Einen Infektionsherd als Ausgangspunkt einer Allgemeininfektion oder metastatischen Erkrankung mit morphologischen Mitteln zu erfassen, ist nur in sehr beschränktem Umfange möglich. Der Prozeß kann ja an der Stelle des Primärinfektes schon längst zum Stillstand gekommen sein, wenn er in seinen Metastasen noch fortwirkt. Der färberische Nachweis von Bakterien im mikroskopischen Schnittpräparat ist für diese Frage fast wertlos, weil das Auffinden von Keimen sehr wenig, das scheinbare Fehlen gar nichts beweist. Charakteristische pathologisch-anatomische Befunde ergeben sich bei der Untersuchung eines Sepsisherdes meist nur zur Zeit einer frischen Generalisation: entweder eine eitrige Lymphangitis und Miterkrankung der zugehörigen Lymphknoten, oder, was noch häufiger ist, ein Einbruch des entzündlichen Prozesses in kleine Blutgefäße im Sinne einer charakteristischen, meist herdförmigen Thrombangitis. Wichtig für die Frage der fokalen Infektion ist die Tatsache, daß die verschiedenen Formen der Wurzelhautentzündung in Wirklichkeit immer Erkrankungen des Kieferknochens sind. Wesentlich für die Bekämpfung bzw. eine Vorbeugung der fokalen Infektion ist nicht die restlose Ausheilung des zerstörten und zugrundegegangenen Gewebes durch Vernarbung und Regeneration, sondern die Herstellung und Erhaltung möglichst steriler Verhältnisse im Entzündungsbereich.

L. Gordon, Berlin.

1227.

Gins, Die Bakteriologie der Zahnpulpa und der Wurzelhauterkrankungen. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., Heft 2, 1929.) Die Mannigfaltigkeit des Bakterienbildes der Karies wiederholt sich bei der Pulpitis nicht; hier sind es im wesentlichen die Eitenkokken und insbesondere die Streptokokken, welche das Bild beherrschen. Dies gilt auch für die Infektion der Wurzelhaut, für das Granulom und die Zyste. Im und am Zahn betätigen sich vorwiegend diejenigen Arten als Krankheitserreger, die sonst unter dem Zahnfleisch, auf den Tonsillen und am Zungengrund gefunden werden. Es ist sogar anzunehmen, daß die Flora der Pulpitis abhängig ist von derjenigen der Tonsillen oder des Zahnfleisches der betreffenden Patienten. Sollte sich diese Vermutung des Verfassers bestätigen, dann ist nicht einzusehen, warum beim Entstehen einer sekundären Infektion die Erreger den Umweg über die Zahnpulpa machen sollten, da ihnen der Weg aus der übrigen Mundhöhle viel weiter offensteht. Die allgemeine Sepsis, ausgehend von einem primären Herd an oder in den Zähnen, hält Verfasser für möglich, aber für sehr selten. Die Organspezifität von Bakterien aus Zahnherden lehnt er ab, da bisher keinerlei Beweis hierfür erbracht ist, und die Toxinämie von latenten Herden an den Zähnen erscheint ihm zwar nicht unmöglich, aber nicht entfernt so bedeutungsvoll als die von anderen lokalen Infektionsprozessen ausgehende Möglichkeit der Giftresorption. Der infektiöse Prozeß in oder am Zahn behält trotzdem seine Bedeutung und muß so behandelt werden, wie es der allgemeinärztlichen Übung entspricht, d. h. er muß entfernt oder zur Ausheilung gebracht werden. Der amerikanische Radikalismus scheint dem Verfasser nicht das Richtige zu sein.

L. Gordon, Berlin.

1228.

Hunold, Kurt, Kapillaruntersuchungen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen am Kiefer. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., Heft 2, 1929.) Verfasser konnte bei allen von ihm untersuchten Kindern mit Entwicklungsstörungen am Kiefer Kapillarhemmungsformen im Sinne der Jaenschen Klassifikation feststellen. Die erwähnten Ent-

wicklungsstörungen bestanden in Dentitionsverzögerung, Schmelzhypoplasien, Unterzahl von Zähnen, Gaumenspalten, Zapfenzähnen, perversem Durchbruch, unvollständiger Zahnentwicklung und schließlich Zahnfleischhochstand. L. Gordon, Berlin.

1229.

Morgan, J. D., *Behandlung der malignen Neubildungen im Mund.* (Amer. J. Röntgen, Vol. XX, 5, 1928.) Vermittels Diathermie wird Probeexzision gemacht. Die aktive Elektrode ist eine steife Drahtschlinge, welche ein kleines Gewebsstückchen ohne nachfolgende Blutung abzwinkt. So besteht nur wenig Gefahr der operativen Metastasierung, auch ist die Wärmeeinwirkung nicht lange genug, um auf das maligne Gewebe stimulierend einzuwirken. Gleichzeitig mit der Reinigung des Mundes vermittels schwacher Antiseptika, der Hebung des Blutbefundes, evtl. wird Leberdiät verordnet, der Instandsetzung der Zähne wird die Röntgenbehandlung der beiden Lymphdrüsengebiete des Nackens durchgeführt. 200 KV, 12 MA, 6 mm AL-F. Die HED wird dann erreicht bei 270 MA-Min. Diese Strahlenwirkung wird nach der Sättigungsmethode von Pfahler mindestens während einer Woche oder 10 Tagen aufrechterhalten. Stehen genügende Mengen Radiums zur Verfügung, so wäre dessen Anwendung zu bevorzugen, da seine Strahlen größeren biologischen Effekt haben. Diese Behandlung, in Verbindung mit den Bemühungen, den Mund zu reinigen, ergeben oft überraschend gute Resultate. Große, entzündlich oder durch Metastasen bereits vergrößerte Lymphdrüsen verkleinern sich oder verschwinden ganz. Im Mund erkennt man jetzt auch den wahren Umfang der Geschwulst, welche mit radonhaltigen Goldnadeln durchgeführt wird. Dabei werden, da durch diese lokale Behandlung keine Allgemeinschädigung des Körpers bewirkt wird, große Dosen gegeben. Das Geheimnis des Erfolges liegt in der Mitbehandlung des scheinbar gesunden umgebenden Gewebes. Wenn möglich, wenden die Nadeln durch die Haut und nicht durch die Schleimhautmembran eingeführt, um Infektionen zu vermeiden und so die Resultate zu verbessern. Man darf die Nadeln überhaupt nicht immer durch die Schleimhaut führen, noch sie in die Nähe von Knochen legen. Die Dosis richtet sich nach der Geschwulstgröße und beträgt 2500 bis 4500 mc-h. Bei den höchsten Dosen muß die Nachbarschaft durch dünne Bleifolien geschützt werden. Besonders die Tonsillentumoren sprechen gut auf die lokale Radiumbehandlung an, deren Dosierung sich auf der Basis 60 mc-h pro Quadratcentimeter bewegt. Gegen die Neoplasmen des harten Gaumens kann man sehr wirkungsvoll mit Elektrokoagulation vorgehen. Ehe man Tumoren des Zahnfleisches und der Alveolen auf gleiche Weise angeht, muß man sich durch das Röntgenbild versichern, ob der Knochen beteiligt ist, welcher die nahe Hitzeeinwirkung leicht mit Nekrose beantwortet. Ist die Wange befallen, so muß möglichst radikal elektrothermisch vorgegangen werden, da sonst zu fürchten ist, daß außen liegende Zellen durch die nach der Operation einsetzende Entzündung stimuliert werden. Evtl. Hautdefekte müssen dann durch Transplantationslappen gedeckt werden. Hinsichtlich befallener Nackendrüsen ist für die Behandlungsweise der Zustand und das Alter des Patienten, die Ausdehnung und die Art des Primärtumors maßgebend. Die Schmerzen, deren dauernde Bekämpfung durch Drogen untunlich ist, werden am besten durch Resektion der sensiblen Nerven des befallenen Bezirks behoben, wozu meist extrakranielles Vorgehen genügt.

J. Kottmaier, Mainz.

Arbeit des Verfassers geht deutlich hervor, daß es erstens unmöglich ist, ein Basisnarkotikum schlechthin als solches zu empfehlen; nur eine bestimmte Kombination kann empfohlen werden; zweitens aber genügt die Kenntnis der Eigenschaften der einzelnen Mittel nicht, um über die Wirkung einer Kombination mit Sicherheit etwas auszusagen. Ueber die Kombination des Avertins mit einem flüchtigen Narkotikum liegen keinerlei experimentelle Erfahrungen vor. Daher kann das Avertin auch keinesfalls als Basisnarkotikum unbedingt dem Kliniker empfohlen werden. Denn es ergibt sich sonst wieder das unerfreuliche Bild, daß an Stelle des Tierversuchs der Versuch am Menschen tritt.

Verfasser hält es für durchaus möglich, daß es eine Kombination des Avertins mit einem flüchtigen Narkotikum gibt, die unbedenklich ist, ja sogar günstiger wirkt als Äther allein. Besonders aussichtsvoll scheint eine Kombination des Avertins mit einem gasförmigen Narkotikum zu sein. Da aber die pharmakologischen Eigenschaften des Avertins selbst, deren Beeinflussung durch das Zusatznarkotikum experimentell noch nicht oder noch nicht in einem die Anwendung zur Narkose rechtfertigenden Grade im Tierexperiment untersucht sind, erscheint es Verfasser verfrüht, das Avertin als Basisnarkotikum für die Anwendung am Menschen zu empfehlen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1232.

Guggenheimer, Hans, und Irvin Fisher, *Experimentelle und klinische Beobachtungen über die gefäßerweiternde Wirkung einiger Hypnotika, insbesondere kleiner sedativer Dosen von Chloralhydrat.* (D. M. W., 55. Jahrg., Nr. 5.) Mittels der Ganterschen Methode konnten die Verfasser eine gefäßerweiternde Wirkung kleiner Dosen verschiedener Hypnotika nachweisen. Die Wirkung fehlte bei Veronalnatrium, war vorhanden bei Luminal, in noch kleineren Dosen bei Chloralhydrat, und zwar schon in Mengen, die im Tierversuch noch keine nennenswerte Blutdrucksenkung hervorriefen. Im Langendorffschen Herzpräparat und im Herzlungenpräparat von Starling ließen diese kleinen Mengen eine Erweiterung der Koronargefäße vermissen, weshalb die Autoren annehmen, daß es sich dabei um eine zentral hervorgerufene Gefäßerweiterung handelt. Kleine Dosen von Antipyrinpräparaten und Natrium salicylicum hatten bei der gleichen Versuchsanordnung gefäßverengende Eigenschaften. Pernokton und Avertin erweitern ebenfalls die peripherischen Gefäße; letzterer macht in größeren Dosen irreparable Schädigungen.

Kleine Dosen von Chloralhydrat überdaneben bei den nicht selten zentral übererregbaren Gefäßkranken heilsame dämpfende Wirkung aus. Bei zahlreichen Hypertonikern beobachteten die Verfasser davon meist in Kombination mit denen von ihnen angegebenen optimal kleinen Jod- und Bromdosen im Rahmen der sonst gebotenen Behandlung günstige Einwirkung auf arteriosklerotische Kopfschmerzen, Herzpalpitationen, Schlaflosigkeit und Schwindelerscheinungen. Gleichzeitig werden oft durch eine derartig zentral beruhigende Verordnung die hohen Blutdruckwerte dieser psychisch alterierten Kranken gemildert.

Arnold Hirsch, Berlin.

1233.

Motzfeld, Ketil, *Atophan und Ikterus.* (Norsk Magas. f. Laegevid., Nr. 3, 1929.) Die verschiedenen Chinolinpräparate, wie Atophan, Cinchophen, werden reichlich bei rheumatischen und gichtischen Leiden angewandt. Die Präparate werden ohne jede Beschränkung in den Büchern der Pharmakologie beschrieben und zwar als weniger toxisch wirkend als die Salzylylate. Der Autor beschreibt hier eine schwere toxische Gelbsucht bei einer 27jährigen Frau, die Phenyl-Chinolin-Carboxylicsäure genommen hatte, und zwar 117 g in zwei Perioden während zweier Monate. In den letzten zwei Jahren sind ähnliche Fälle in der Literatur beschrieben, nach Bilophin, Atophan und dessen Derivate. Im ganzen sind 25 Fälle mitgeteilt und zehn davon mit tödlichem Ausgang infolge von akuter gelber Leberatrophie. Die toxische Wirkung dieser Mittel auf die Leber ist noch zu wenig bekannt und berücksichtigt.

S. Kalischer.

1234.

Hellweg, *Argentum nitricum.* (Dtsch. Z. Homöop., Heft 2, 1929.) An Hand von zwei sehr ausführlichen und instruktiven Krankengeschichten, welche noch vom alten Grauvogl stammen und auch heute noch lehrreich sind, wenn man sich nur in die pathologischen Vorstellungen der damaligen Zeit hineinzuversetzen versteht, bespricht Hellweg in kurzer knapper Form dieses sehr wertvolle Mittel. Es zeigt wieder einmal, daß die homöopathisch-experimentell und empirisch gewonnenen Ergebnisse in ihrer feinen Durchbildung weit über den groben, nachweisbaren Veränderungen des Tierexperimentes stehen. Die Symptome im einzelnen und die sich daraus ergebenden Anwendungsmöglichkeiten müssen im Original nachgelesen werden.

Dermitzel.

1231.

Gros, O., *Narkosen durch Kombination steuerbarer und nicht-steuerbarer Anästhetika.* (D. M. W., 55. Jahrg., Nr. 4.) Aus der

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

1230.

Olsen, Otto, *Ueber die Wirkung des von der Mundschleimhaut resorbierten Insulins.* (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 9, 1929.) Insulin läßt sich im Notfall, wo Injektionen gescheut werden, auch von der Mundschleimhaut beibringen, wo es gut resorbiert wird. Man legt eine Insulintablette zu diesem Zwecke unter die Zunge und preßt die Zunge fest über die Tablette und sitzt einige Minuten so mit offenem Munde. Dann verteilt sich das Insulin über die ganze Mundschleimhaut, von der ein großer Teil aufgesaugt wird und direkt ins Blut kommt. Man kann auch Insulinlösungen benutzen, indem man dreimal täglich 10 Tropfen Insulin nach den Mahlzeiten nehmen läßt, indem man die Lösung einige Minuten im Mund hält und verteilt. Bei alten Leuten wurden mit dieser Methode gute Resultate und eine schnelle Wirkung des Insulins erzeugt.

S. Kalischer.

1235.

Fränkel, Walter K., **Ephetoninwirkungen auf Magen und Darm.** (Med. Klin., 3, 1929.) Ephetonin (racem. Ephedrin Merck) hat infolge seiner sympathikotonischen Eigenschaften wertvolle therapeutische Wirkungen auf den Magen- und Darmkanal. Vor allem scheint es in idealer Weise stuhlregelmäßig zu sein. Dabei fordert die Dosierung sorgfältiges Individualisieren, um mögliche Vagussteigerungen auszuschließen. Auch bei Röntgenkater, Luft- und Seekrankheit scheint seine Anwendung erfolgversprechend.

L. Gordon, Berlin.

1236.

Marberly, John, **Jodisierte Guajakoltinktur in der Therapie der synovialen und serösen Affektionen.** (Lancet, 216., 5505.) Das Präparat, die Tinct. iodo-guaiacol, besitzt eine selektive antiseptische und antiphlogistische Wirkung auf die serösen Häute bei septischen und tuberkulösen Prozessen sowie auch bei Entzündungserscheinungen traumatischer Natur. Die Dosis ist bei Erwachsenen zweimal täglich 4 g peroral, in akuten und rasches Handeln erfordernden Fällen kann die Dosis auf 8 und mehr g jede vierte Stunde erhöht werden. Kinder bekommen die halbe Dosis. Der Geschmack wird durch Zusatz von etwas Sir. simpl. und Verdünnung auf 15 bis 30 g Wasser verbessert.

A'shkenasy, Wien.

1237.

Timpano, P., **Die Tetrachlorkohlenstoffbehandlung der Ankylostomiasis.** (Policlinico, 36., 10.) Da die Verabreichung von Tetrachlorkohlenstoff (3—4 ccm) in Wasser unangenehme Nebenwirkungen, wie Nausea, Brechreiz, Erbrechen, hervorruft, gibt Verfasser das Mittel in Gelatinekapseln, und zwar 3—4 Kapseln, von denen jede 1,20 g enthält, auf einmal mit Nachtrinken von etwas Wasser. Kinder erhalten dieselbe Zahl Kapseln, deren jede nur 0,6 g Tetrachlorkohlenstoff enthält. Manchmal empfiehlt es sich, 10,0 g Magnes. sulfur., gelöst in einem Glas Wasser, nachtrinken zu lassen. Keine Nebenwirkungen der Tetrachlorkohlenstoffmedikation. Im allgemeinen findet man nach 10 Tagen keine Parasiten mehr im Stuhl.

A'shkenasy, Wien.

1238.

Pulford, D. S., und J. D. Lawson, **Behandlung maligner Neubildungen mit kolloidalem Blei.** (Amer. J. Roentgen., Vol. XX, 5, 1928.) Von 11 maligne erkrankten, mit kolloidalem Blei intra-venös behandelten Patienten starben 9, zwei weitere zeigten Fortschritt des Leidens. Zwei Patienten ließen vor dem Tode Rückgang des Tumors erkennen. Das kolloidale tri-ortho-Bleiphosphat, wie es von Bischoff geliefert wird, ist nicht toxisch, wenn es in Einzeldosen bis zu 100 mg gebraucht wird. Doch hat das Mittel eine gefährliche kumulative Wirkung. Nach der Meinung der Autoren kann man jeden zweiten oder dritten Tag 50 mg bis zu einer Gesamtdosis von 200 mg intravenös spritzen. Weitere Injektionen sind je nach dem Grade der basophilen Granulation der roten Blutzellen zulässig. Indessen haben sich Einzeldosen von 100 mg wöchentlich bis zur Gesamthöhe von 500 mg als unschädlich erwiesen. Als sichere Dosis kann man 1—1,5 mg per Kilo Körpergewicht ansehen. Das genannte Bleipräparat verursacht nur geringe Anämie, und keine schädlichen Wirkungen auf die Niere waren zu beobachten. Die Bromsulph-phthalein-Probe der Leber ließ keine Leberschädigungen erkennen. Es fehlt noch an genügender Erfahrung, um zu sagen, ob der Grad der Malignität der Krebszelle eine Rolle bei der Affinität zum Blei spielt. Blei kann aus den Knochen wieder verdrängt werden durch Ammoniumchloridsäure und durch Collaps Parathormone, einem Extrakt aus der Glandula parathyreoidea.

J. Kottmaier, Mainz.

1239.

Pescher, J., **Prophylaxe und Behandlung der Krankheiten des Respirationstraktes.** (Paris méd., Nr. 7, 1929.) Auf Grund einer 20jährigen Beobachtung und Erfahrung kommt Pescher zu dem Satz: Respirationskranke waren schon vor ihrer Krankheit ungenügende Atmer. Schon Villemin sagte: man hat nicht das Recht, eine Bronchitis zu haben. Wenn die Organe der Atmung gut funktionieren, sind sie auch im Vollbesitz ihrer Vitalität und ihrer Verteidigungsmaßnahmen. Die Tatsache und der Grad der respiratorischen Insuffizienz ist ebenso leicht zu bestimmen wie die Körperwärme. Man muß sich nur die Zahlen der Vitalkapazität bei guten Atmern vor Augen halten. Bei Männern findet man bei 1,78 m 5 Liter; bei 1,76 m 4,75; bei 1,74 m 4,5; bei 1,72 m 4,25; bei 1,70 m 4 und darunter 3,5 Liter. Bei erwachsenen Frauen bei 1,6 m und darüber 3—3,5 Liter. Unter 1,6 m 2,75 bis 3,25 Liter. Bei Kindern sind die Zahlen: bei 6—7 Jahren 1,2 Liter; 7—8 Jahren 1,3 Liter; 8—9 Jahren 1,45 Liter; 9—10 Jahren 1,65 Liter; 10—11 Jahren 1,77 Liter; 11—12 Jahren 1,9 Liter; 12—13 Jahren 2,2 Liter; 13—14 Jahren 2,25 Liter; 14—15 Jahren 2,5 Liter; über 15 Jahre 2,75 bis 3 Liter. Atemübungen kommen in Frage bei anämischen,

hypertrophischen, bronchitischen Kindern, bei denen der Ausfall bis zu 80 Prozent betragen kann; hier kann man schon in 6 Wochen die Kapazität verdoppeln. Ferner bei der Rekonvaleszenz von akuten Respirationserkrankungen; hier auch prophylaktisch. Dann beim kindlichen Asthma, bei Emphysem, Bronchiektasien, Sklerosen, bei Pleuritiden, Verwachsungen, Pleurafisteln, bei akutem Lungenkollaps, postoperativen Lungenkongestionen. Diese Atemübungen am Spiroskop haben eine große praktische Bedeutung; allmählich und progressiv durchgeführt geben sie überraschende Erfolge.

v. Schnizer.

1240.

Fiessinger, Noel, **Der Zucker in der Therapie.** (J. Prat., Nr. 50—51, 1928.) 1. Der Zucker als Passagemedikament. Im Magen spielt der Zucker eine neutralisierende sowie eine tolerierende Rolle. Er setzt die Magenazidität herab und begünstigt die Toleranz für gewisse Nahrungsmittel. Dieser Einfluß ist jedoch an die chemische Konstitution des hierzu verwandten Zuckers gebunden. In der Therapie verwendet man auf Verdauungswegen Monosaccharide wie Glukose, Galaktose und Lävulose wenig, weil sie vom Magen schlecht vertragen werden. Die als Verdauungsmittel gebrauchten Zucker gehören zur Reihe der Disaccharide, vor allem die Saccharose oder der Rohr- bzw. Rübenzucker und die Laktose oder der Milchzucker; Maltose wird wenig verwendet.

Rein gegeben, in Dosen von 20—40 g täglich, beruhigt der Zucker Schmerzen und Erbrechen bei Ulkuserkrankung. Die Dosis kann bei guter Verträglichkeit leicht gesteigert werden. Wir bieten damit dem Magen eine konzentrierte Nahrung, ohne die Magensekretion wesentlich zu erhöhen. Nützlich ist in solchen Fällen auch die Laktose. Ihre Wirkung ist analog der der Saccharose; ihre gärungserregende Wirkung ist praktisch sehr gering, weil sie so rasch absorbiert wird.

Puder- oder Milchzucker zu gleichen Teilen, mit alkalisch-erdigen Pulvern gemischt, verdoppeln deren Wirksamkeit und gestalten es, sich bei diesen Medikamenten minimaler Dosen zu bedienen. Bei Hyperchlorhydrie erhöht der Zucker die Toleranz gegen sonst schlecht verträgliche Nahrungsmittel, wie rohe Früchte. Bei Nahrungsmittelanaphylaxien führt die Zusetzung von Zucker oft zur Toleranz. Gute Dienste leistet er in Fällen von neuropathischem und dyspeptischem Erbrechen. Man denke hier an die Bekämpfung von Erbrechen, Dyspepsie und Hypotrophie bei Säuglingen mit Hilfe von hochkonzentrierten Zuckerlösungen.

2. Der Zucker als Fixationsmedikament. Der Zucker, der als Glukose von der Darmschleimhaut absorbiert wird, setzt sich zum großen Teil in den Leberzellen in Form von Glykogen fest. Dieses Glykogen ist, wie wir seit Claude Bernard wissen, eine Reserve, von der der Körper nach Maßgabe seiner Bedürfnisse zehrt. Ein besonders starker Glykogenverbrauch findet sich im Verlaufe von Vergiftungen und Infektionen.

Aus der Erkenntnis heraus, daß Kohlehydrate die Regeneration beschleunigen und die Widerstandskraft erhöhen, besteht man auf einer kohlehydratreichen Ernährung vor Operationen, sowie auf Zuckernährklystieren bzw. intravenösen isotonischen Traubenzuckerinjektionen nach Operationen. Bei der Verwendung von massiven Kampferdosen muß man daran denken, daß der Kampfer bei seiner Ausscheidung dem Leberparenchym Glukose entzieht. Um der unmittelbaren Kampferwirkung willen opfert man also einen Teil der organischen Widerstandskraft. Daraus ergibt sich, daß die Kampfertherapie stets eine Erhöhung der Zuckernahrung im Gefolge haben soll.

3. Der Zucker als Verbrennungsmittel. Bei der Behandlung der Epilepsie rühmt man die Zuckerkur. Indem man dem Brom, dem Bor, dem Luminol Zucker zusetzt, erhöht man die Wirksamkeit dieser Medikamente.

4. Der Zucker als Ausscheidungsmedikament. Bei allen Personen, deren Diurese man heben will, greift man zu subkutanen Injektionen von isotonischem glukosierte Serum oder zum glukosierte Tropfklystier. Intravenöse Injektionen dieser Art seien nur für schwere Fälle reserviert, insbesondere für gewisse Nephritiden oder Amorien. Aber hypertensive intravenöse Injektionen eignen sich für Oligurien oder für postoperative Anurien, bei denen die Nierenschädigung weder definitiv noch irreparabel ist. Denn die Wirkung der Glukose steht in direkter Abhängigkeit von der funktionellen Aktivität des Nierenparenchyms. Held.

1241.

Baudel, Rudolph, **Alkoholismus und Erfrierungstod.** (Ja. f. Med.-Beamte, Nr. 5, 1929.) Auf Grund der statistischen Unterlagen während der letzten 20 Jahre läßt sich sagen, daß für das männliche Geschlecht eine der häufigsten Hilfsursachen für den Tod durch Erfrieren der Alkohol ist, und dementsprechend wird auch in Zeiten geringer Alkoholerzeugung die Zahl dieser Todesfälle geringer.

Michaelis, Bitterfeld.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

1242.

Garland, J., **Seitenlichter zur Thymusmode.** (New England J. Med., Nr. 2, 1929.) Die Thymusdrüse, ein Organ, das überraschend wenige pathologische Veränderungen eingeht, hat durch die Röntgenologie eine ganz unberechtigte Bedeutung erlangt. Hierdurch ist eine Unsicherheit entstanden in der Unterscheidung zwischen der einfachen Hyperplasie und dem Status thymico-lymphaticus. Beide haben dasselbe Bild: Druckerscheinungen im Thorax, Husten, Atemstörungen, Zyanoseanfalle; mit und ohne Dyspnoe, und in extremen Fällen Konvulsionen. Nur liegt beim Status thymicus eine allgemeine Hypertrophie des Lymphgewebes vor, in die die Thymus mit ihrer lymphoiden Struktur mit hineinfällt. Manche Forscher leugnen den Status lymphaticus als Einheit. Vergrößerung des Thymus kommt in 75 Prozent von Basedow vor, häufig bei Addison, Akromegalie und Eunuchoidismus. Ihre mangelnde Rückbildung ist Folge der unvollkommenen Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. Ihre Größe hängt vom Zustande der Ernährung ab. Viele Fälle von Thymus stridor sind in Wirklichkeit Folge einer Infektion. Heute besteht die Tendenz, bei der Lösung der Frage des Status lymphaticus die Nebennieren in den Vordergrund zu stellen. Bei 1546 Autopsien bestand nur in 23 Fällen eine Thymusvergrößerung. Bei 9 Erwachsenen, davon lag bei acht Hyperthyreoidismus vor; bei einem eine schwere chronische Infektion. 11 Fälle hatten die unmittelbaren Folgen größerer Operationen überlebt. Jedenfalls ist die Häufigkeit der Thymusvergrößerung erheblich übertrieben, namentlich auch hinsichtlich der Röntgendiagnose. v. Schnizer.

1243.

Wuth, O., **Ueber den Säurebasenhaushalt im Schlaf, bei Schlaflosigkeit und im Schlafmittelschlaf.** (Z. Neur., 118., H. 3.) Im normalen Schlaf besteht eine Azidose. Bei Schlafbedürfnis infolge verlängertem Schlafentzug entwickelt sich nach Kroetz keine Azidose; eine solche kann also eine Rolle für den Vorgang des Einschlafens nicht spielen. Im Schlafmittelschlaf kann bald eine Azidose, bald eine Alkalose, bald ein phasischer Wechsel beider Zustände bestehen. Somit kann eine Azidose auch nicht wesentliche Vorbedingung des Schlafes sein, und auch die Symptome des Schlafes können nicht alle durch eine Azidose bedingt sein.

Verfasser geht mit Straub völlig einig, daß die im Schlaf zu beobachtende Azidose auf eine Senkung der Erregbarkeit des Atemzentrums zurückzuführen ist. Eine dominierende Rolle für Entstehung und Wesen des Schlafes kann dem Atemzentrum aber wohl nicht zugewillt werden. Dieses untersteht vielmehr mit anderen Zentren dem von Economo angenommenen Schlafsteuerungszentrum, und die Herabsetzung der Erregbarkeit des Atemzentrums mit seinen Folgen ist als eine sekundäre Erscheinung anzusehen. Die Versuche von Heß, der durch Reizung paraventrikulärer Gebiete Schlaf erzeugen konnte, die Erfahrungen der Enzephalitisforschung, sowie der fehlende Nachweis von Ermüdungsstoffen legen die Annahme nahe, daß es sich beim Schlaf um eine aktive Funktion des Hirnstammes handelt. Verfasser möchte daher auch vom stoffwechsel-pathologischen Standpunkt aus den Schlaf als ein aktives, primitives, periodisches oder rhythmisches Geschehen in der Funktion des Hirnstammes aufgefaßt wissen.

Hans Knospe.

1244.

Jacquet, P., **Colitis appendicularis und die Grenzfälle der Appendizitis.** (Paris méd., Nr. 8, 1929.) Der Appendix ist ein lymphoides Organ, das primär infiziert, sekundär als „Bakterienmutter“ das anliegende Colon dauernd oder zeitweise wieder infiziert. Namentlich die chronische Kolitis durch Appendizitis ist sehr häufig. Zu Beginn hat man das Bild einer einfachen Kolitis; bald klingt aber der appendikuläre Grundton an, der wieder verschwindet: es bleibt eine episodisch auftretende Kolitis, die man nur zu oft im Moment der Untersuchung gar nicht feststellen kann. Das Röntgenbild gibt aber Spasmen im Coecum und Ascendens, eine Hypertonie. Dadurch Verzögerung im Durchgang der Fäkalmassen — Pylorusreflex — gastrische Stase. Den Appendix charakterisiert, wenn beide Bilder vorliegen, eine reiche Sensibilität und Reflektivität, abgesehen von der Beteiligung des Peritoneums; das Colon zeigt nur die banale Reaktion einer gewöhnlichen gastrointestinalen Dyspepsie. Deshalb ist es auch verständlich, wenn man sein Hauptaugenmerk auf den Appendix richtet. Wenn man aber diese Fälle von Anfang an beobachtet, so findet man, daß mehr eine Alternanz als eine Gleichzeitigkeit dieser verschiedenen Erscheinungen besteht: Colon- und Appendixreaktionen

wechseln unregelmäßig. Dabei kann es lange Pause geben, in denen der Appendix gar keine Erscheinungen zeigt, gar nicht schmerzhaft ist, und erst allmählich stellen sich die Reflexsymptome vom Appendix her ein und erst nach langer Zeit kommt man auf die Diagnose Appendizitis, eben weil die Koloninfektion im Vordergrund zu stehen scheint. Dies erklärt auch die Tatsache, daß nach einer Appendektomie eine Kolitis noch weiter bestehen kann. Diese Kolitis ist in der Regel trocken, ohne viel Schleim, konstipierend und im wesentlichen druckschmerzhaft. Die Appendixgegend ist der Balken des Körpers und das Askendenz der Prügelknabe für die verschiedensten Affektionen des Abdomen, besonders auch der Blase. v. Schnizer.

1245.

Carnot, P., **Die Perforationen des Oesophagus in die Luftwege bei Oesophaguskrebs.** (Paris méd., Nr. 8, 1929.) Die Perforationen des Speiseröhrenkrebses in die Luftwege finden in mehr als der Hälfte der Fälle statt, und zwar in der Hälfte der Fälle in die Trachea, in ein Viertel der Fälle in den linken Bronchus; in einigen Fällen in die Drüsen, und sekundär in die Luftwege und endlich in wenigen Fällen in die Pleura und rechte Lunge. Bei den ersten drei Formen hängt es davon ab, ob die Neubildung im 1., 2. oder 3. Segment sitzt. In seltenen Fällen multiple Perforationen. Symptome: dramatisch, dauernde Hustenanfälle, namentlich bei der Aufnahme von Flüssigkeiten, die früher ohne Beschwerden durchgingen. Dabei werden die Flüssigkeiten durch die Luftwege mit dem Sputum ausgeworfen. Durch Schlucken in gewissen Stellen kann der Kranke dies verhindern; er merkt auch, daß Festes nicht in die Perforation gelangt. Die Hustenanfälle können auch spontan auftreten: Reiz durch feste Partikel im Fistelgang. Oder durch eine unvermeidliche Lungeninfektion. Endlich durch Druck der Drüsen auf den Rekurrens oder Pneumogastrius. Zwei Symptomgruppen sind hauptsächlich charakteristisch: die Passage von Nahrungsmitteln in die Luftwege: Hustenreiz, Asphyxie, Auswurf durch die Trachea. So kann man z. B. Milch oder Wein im Auswurf nachweisen, ein objektives Zeichen. Im Falle einer Kaverne Dämpfung, wenn sie gefüllt ist. Auch das Laryngoskop gestattet die Feststellung. Am sichersten ist aber das Röntgenbild mit Baryumaufschwemmung. Fötider Atem. Rapid kommt es zu einer Bronchopneumonie oder Gangrän, was die Prognose trübt. Oder Luft kommt in den Oesophagus: Ruktus und sofort nachher Hustenanfälle. Durch den plötzlichen Fall des Drucks im Oesophagus und im Larynx kommt es „zu einem Loch im Satz“. v. Schnizer.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

1246.

Levinger, E., **Beugetonus der Finger und Kleinhirn.** (Mschr. Psychiatr., 71., H. 3/4.) Bei einem typischen Fall von multipler Sklerose mit vorwiegend zerebellarer Symptomatologie fand sich als Kleinhirnsymptom eine verstärkte Beugetendenz der Finger. Kurt Mendel, Berlin.

1247.

Spiegel, E. A., und Kehlitz und Takano, **Zur Analyse der vom Streifenhügel erhaltenen Reizwirkungen.** (Z. Neur., 118., H. 3.) Obwohl die anatomischen Beziehungen des Striatums bzw. des ihm untergeordneten Pallidums zu den vegetativen hypothalamischen Zentren einen Einfluß der Vorderhirnganglien auf glattmuskelige Organe möglich erscheinen lassen, konnten bei Reizung des Streifenhügelkopfes am Querschnitt Änderungen im Zustande der Harnblase überhaupt nicht mit Sicherheit, Pupillen- und Blutdruckschwankungen nur dann beobachtet werden, wenn die kortikofugale Faserung aus dem Stirnhirn und der motorischen Region nicht degeneriert war. Die kortikofugalen, pupillomotorischen und vasomotorischen Bahnen durchsetzen demnach bloß den Streifenhügelkopf, ohne aber durch dessen Neurone unterbrochen zu werden. H. Knospe.

1248.

Redlich, Emil, **Zur Klinik des sogenannten „Pseudotumor cerebri“.** (Med. Klin., 3, 1929.) Es kommen gelegentlich Fälle mit dem vollentwickelten Bilde des Hirntumors zur Beobachtung, die, ohne daß eine Operation vorgenommen wurde, ganz oder wenigstens im wesentlichen heilen. Das Wesen solcher Fälle von „Pseudotumor cerebri“ ist noch nicht geklärt. Die Diagnose ist dementsprechend eine schwierige. Beruht die Symptomatologie auf diffuser seröser Meningitis, so kann an diese gedacht werden, wenn eines der bekannten ätiologischen Momente vorliegt (Trauma, Infektion), wenn der Verlauf ein akuter oder remittierender oder intermittierender ist, wenn die Hirndruckerscheinungen sich rasch geltend machen, wenn der Röntgenbefund oder die Ventrikulographie einen Hydrozephalus nachweist. Die Lumbalpunktion bringt meist keine

volle Aufklärung. Therapeutisch kommen neben dem Jod und dem Quecksilber vor allem Injektionen hypertonischer Lösungen und die Röntgenbestrahlung des Schädels in Frage. Die Lumbalpunktion ist nicht ungefährlich. L. Gordon, Berlin.

1249.

Halperstein, J. E., Das Schrammsche Phänomen als ein Frühmerkmal der Rückenmarkaffektionen. (Kasan. med. Z., 24., H. 6, S. 564—568.) Bei spinalen Erkrankungen ist das Schrammsche Phänomen als ein wertvolles diagnostisches Frühmerkmal anzusehen. Verf. empfiehlt, alle Kranken, bei denen dieses Phänomen positiv ist, einer genauen, evtl. auch wiederholten neurologischen Untersuchung zu unterziehen. E. Kontorowitsch.

1250.

Olienick, Ignaz, Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Trichloräthylen. (J. Amer. Med. Assoc., 91., Nr. 15, 1928.) Die Verwendung des Trichloräthylens zur Behandlung neuralgischer Schmerzen im Bereich des Nervus trigeminus geht auf die von Plessner während des Weltkrieges (1915) gemachte Beobachtung zurück, daß Soldaten, welche diese Flüssigkeit zur Reinigung fettiger Maschinenbestandteile benutzten, unter Vergiftungserscheinungen erkrankten, von denen neben Schwindelgefühl, Erbrechen, Uebelkeiten, Schwellung der Sehnervenscheibe, die vollkommene Anästhesie im Bereiche des Trigeminus besonders auffallend war, die auch nach Schwinden der übrigen akuten Vergiftungserscheinungen noch längere Zeit hindurch bestehen blieb. Störungen der Sensibilität im Bereich der angrenzenden Gebiete — Okzipital- und Zervikalregion — waren dabei niemals zu beobachten. Angesichts dieser ausgesprochenen Affinität des Trichloräthylens zu den sensiblen Fasern des Trigeminus und der damit verbundenen Wirkungen war es naheliegend, das Trichloräthylen therapeutisch bei schmerzhaften Affektionen des Nervus trigeminus zu versuchen. Die dabei gemachten Erfahrungen (Oppenheim) waren sehr ermutigend. In der Amsterdamer neurologischen Klinik wurden in der letzten Zeit zahlreiche Fälle von Trigeminusneuralgie mit Trichloräthylen in folgender Weise behandelt: 20 bis 25 Tropfen chemisch reinen Trichloräthylens werden auf ein Stückchen Gase getropft und die Dämpfe solange inhaliert, bis die letzten Spuren des süßlichen Geruches verschwunden sind. Während der Inhalation soll der Patient womöglich liegen oder doch in einem bequemen Lehnstuhl sitzen, um sich beim Auftreten von Schwindelgefühl oder Benommenheit vor Fall zu schützen. Abgesehen von den genannten Allgemeinerscheinungen treten bei manchen Patienten während der Inhalation Parästhesien im Bereich der Hände und der Füße auf, die aber sehr rasch wieder verschwinden. Die nach Inhalation von Trichloräthylen einsetzende schmerzfreie Periode kann selbstverständlich durch neue Schmerzattacken unterbrochen werden, die aber dann in der Regel von weit weniger schmerzhaftem Charakter sind. Da die Schmerzen durch Inhalation von Trichloräthylen nur sehr selten unbefruchtet bleiben, sollte in jedem Falle von Trigeminusneuralgie ein Versuch mit dieser Behandlungsmethode gemacht werden. Im Hinblick darauf, daß Trichloräthylen alle im Bereich des Gesichtes auftretenden Neuralgien, sofern sie nicht auf einer Erkrankung des Trigeminus beruhen, unbefruchtet läßt, dürfte das Mittel mitunter auch in differentialdiagnostischer Hinsicht von Wert sein.

L. Büchler.

1251.

Gaertner, Zur Prophylaxe der nächtlichen Wadenkrämpfe. (Wien. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 7.) Auf Grund einer Selbstbeobachtung und mehrerer anderer Fälle nimmt der Autor an, daß die Ursache der Wadenkrämpfe eine abnorme Bluteindickung sei. Für diese Annahme sprechen: Auftreten von Wadenkrämpfen bei allen Erkrankungen, die mit heftigem Brechdurchfall einhergehen und dadurch zur Wasserverarmung des Organismus führen, Verschwinden der Krämpfe nach intravenöser Zufuhr von physiologischer oder hypertotonischer Kochsalzlösung; ferner der Umstand, daß die Krämpfe meist gegen Morgen auftreten, also zu der Zeit, die am weitesten von der letzten Flüssigkeitsaufnahme entfernt ist. Schließlich spricht noch der prompte Erfolg der Therapie, die im Trinken von ein bis zwei Glas Wasser vor dem Schlafengehen besteht, für die Richtigkeit der Annahme. Ernst Pick.

1252.

Schwarz, H., Renten neurose. (Msch. Psychiatr., 71., H. 3/4.) An der psychogenen Natur des rentenneurotischen Syndroms besteht kein Zweifel. Unfälle ziehen in der Regel nur dann neurotische Zustände nach sich, wenn der Betroffene in irgendeinem Verhältnis zu einer entschädigungspflichtigen Instanz steht. Im allgemeinen spricht sich Verf. für die in einzelnen Teilen zwar verbesserungsfähige bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. September 1926 aus. Psychopathische Konstitution, Mangel an Arbeitsfreudigkeit und an Gemeinschaftssinn sind die Hauptursachen der Renten neurose. Durch jene Reichsversicherungsentscheidung

ist den Versicherungsämtern eine Handhabe gegeben worden, um das Heer der Rentenneurotiker unter eine einheitliche juristische Betrachtungsweise zusammenzufassen. Die Entscheidung ist geeignet, das Entschädigungsverfahren wesentlich zu beschleunigen und die Renten neurosen an Zahl hochgradig zu verringern; sie ergibt eine Möglichkeit, im Sinne psychischer Hygiene prophylaktisch auf das Entstehen von rentenneurotischen Bildern einzuwirken.

Kurt Mendel, Berlin.

1253.

Weiss, Karl, Influenza neuritis. (Med. Welt, 4., 1929.) Verfasser hat während der Influenzaepidemie 1927 eine Häufung von Erkrankungsfällen an Neuritis an der oberen Extremität beobachtet. Die Neuritis trat ausnahmslos einseitig auf, die häufige Beteiligung des Plexus brachialis war auffällig. Der Beginn war, da Fieber gewöhnlich fehlte, nur nach den initialen Parästhesien und Schmerzen zu bestimmen, der Verlauf schleichend. Ein Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit fehlte. Die Diagnose stützte sich auf die geläufigen Symptome: Sensibilitätsstörungen, Herabsetzung der Reflexe, Muskelatrophie und fibrilläres Muskelzittern. Die Beteiligung des Armplexus äußert sich in einer Abflachung des Deltoideus, in einem Abweichen des Schulterblatts nach außen und unten (sog. Schaukelstellung) und in einer Tonusherabsetzung der Halspartie des Trapezius. Die Therapie besteht im Stadium der Entwicklung der neuritischen Symptome in vollständiger Ruhe und Anwendung von Schwitzprozeduren unter Zuhilfenahme von Wärme und Salizylpräparaten. Schreitet die Neuritis nicht mehr fort, dann kann mit vorsichtiger Bewegung und elektrischer Behandlung begonnen werden. Die Massage kommt erst später zur Anwendung. Die Prognose ist bei frühzeitig auf die Erkrankung gerichteter Therapie im allgemeinen günstig. Heilungen sind selbst nach ein bis zweijährigem Bestehen der Atrophie noch beobachtet worden. Differentialdiagnostisch müssen vor allen Dingen professionelle Schädigungen, chronische Intoxikationen und Infektionen aller Art, Trauma und Stoffwechselstörungen ausgeschlossen werden. Außerdem hat die Neuritis einige gemeinsame Symptome mit anderen Erkrankungen des Nervensystems, besonders aus der Gruppe der chronischen progressiven nukleären Amyotrophien.

L. Gordon, Berlin.

1254.

Brahm, Anne-Marie, Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei genuiner Epilepsie. (Dtsch. med. Wschr., 55., J., Nr. 5, S. 183.) Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei genuiner Epilepsie ergaben einen beträchtlichen Prozentsatz an Abweichungen von der Norm.

Erwachsene Epileptiker zeigten unter den zu den Archiformen gehörigen Typen ein Ueberwiegen der Produktivformen, was für die Jaensch'sche Theorie der Archiproduktivformen als spätere Korrekturformen spricht.

Beziehungen des kapillarmikroskopischen Befundes zu dem einzelnen epileptischen Anfall oder zu der Schwere des klinischen Bildes ließen sich nicht feststellen.

Die Reichweite der Bedeutung der Kapillarskopie als Mittel zur Erkennung von Entwicklungsstörungen ist zur Zeit noch nicht sicher zu entscheiden, zweifellos stellt diese Methode aber eine bedeutsame Ergänzung der übrigen klinischen Untersuchungsmethoden dar.

Arnold Hirsch, Berlin.

1255.

Walenta, Kasuistischer Beitrag zur Encephalitis post vaccinationum. (Msch. Kinderh., 42., 6.) Kasuistik eines Falles von Encephalitis nach Schutzpockenimpfung bei einem 3½ Jahre alten Mädchen, das, weil zweimal ohne Erfolg geimpft, zum dritten Male der Impfung unterzogen wurde. Beginn der Erkrankung des Zentralnervensystems am 10. Tage nach der diesmal erfolgreichen Vakzination mit hohem Fieber, Benommenheit und Lähmung der Extremitäten. Innerhalb von 3 Wochen langsamer Rückgang sämtlicher, anfangs sehr bedrohlicher Erscheinungen und vollständige Wiederherstellung.

Jahr.

1256.

Veraguth, O., und P. Schnyder, Peripachymeningitis spinalis chronica. (Revue neur., XXXVI., 1., Nr. 2.) Fall von Pachymeningitis spinalis externa, schleichend nach einer Phlegmone des linken Armes entstanden. Die Myelographie zeigte eine verlangsamte Passage des Lipiodol. Darauf Laminektomie, welche zur Exzision eines Granulationsgewebes von nicht spezifischer Natur führte; das Gewebe komprimierte das Rückenmark in der angenommenen Höhe. Radiotherapie bringt langsame, aber konstante Besserung, so daß schließlich völlige Restitution zu erwarten steht.

Kurt Mendel, Berlin.

1257.

Chiray, M., und V. Serbanescu, Spontane Hämatomyelie. (Rev. neur., XXXVI., 1., Nr. 2.) Fall von Hämatomyelie

ohne vorhergegangenes Trauma oder irgendeine medulläre Affektion, und zwar in Höhe von C₄. Das Blut hat die graue Substanz des rechten Hinterhorns völlig zerstört, daselbst sind die Ganglienzellen verschwunden. Oberhalb und unterhalb von C₄ hat sich das Blut entlang des Hinterhorns ausgebreitet, und zwar von C₂ bis zum oberen Teil des Brustmarks. Man muß annehmen, daß ein Gefäß im Hinterhorn in Höhe von C₄ plötzlich und primär zerrissen ist. Eine bestimmte Ursache dieser Gefäßruptur war nicht zu eruieren, insbesondere fanden sich keine Anhaltspunkte für Syphilis. Die Sektion ergab keine prädisponierende Läsion, insbesondere auch nicht im Gebiete der Arterien. Das Heben eines Gewichtes, der Koitus oder militärische Uebungen können bei prädisponierten Individuen eine Rückenmarksblutung hervorrufen. (Vgl. Fall des Referenten in Klinische Wochenschrift 1924 Nr. 10).

Kurt Mendel, Berlin.

1258.

Neel, Axel V., Zwei voneinander unabhängige Fälle von Myoplegia paroxysmatica (periodica, familiaris). (Hospitalstidende, Nr. 2, 3, 4, 5.) Neel beschreibt hier zwei Fälle von paroxysmaler periodischer Muskellähmung in zwei verschiedenen Familien ohne hereditären oder familiären Zusammenhang miteinander. Im ersten Falle hatten der Vater und andere Verwandte auch an periodischer Lähmung gelitten. Der erste Anfall trat im siebenten Lebensjahre auf. Gewöhnlich ging der Anfall mit Gewichtszunahme oder auch mit verminderter Diurese einher. Nahrungsbeschränkung schränkte auch die Zahl der Anfälle ein. Im zweiten Falle lag keine familiäre Anlage zu periodisch auftretenden Lähmungen oder anderen Nervenleiden vor. Hier konnten die Anfälle durch Ruhe und Kälte mitunter ausgelöst werden; es kam auch zu einem Status myoplegicus, in welchem die Anfälle sich häufiger und hintereinander einstellen. Strychnininjektionen, Kalk- oder Kaliumbehandlung waren hier wirkungslos; bei viel Ruhe (Bettlage) und Ueberernährung nahmen die Anfälle zu, denen meist schlechtes Allgemeinbefinden, Uebelkeit, Kopfschmerz vorausgingen. Beide Fälle lehrten, daß die Symptome der familiären periodischen Lähmungen (Myoplegie) abhängig sind von der Ernährung und dem Gebrauch der Muskeln; sie bessern sich durch Fasten und Bewegung, nehmen zu durch Ueberernährung und Ruhe. Durch Regulierung dieser Faktoren bleiben oder werden diese Kranken arbeitsfähig. Der Zusammenhang dieser Lähmungen mit der Ernährung wird auch von japanischen Autoren hervorgehoben, so von Shinosaki. Dort waren hauptsächlich Kohlehydrate schädlich, während in den beiden hier beschriebenen Fällen die Zufuhr von Eiweißsubstanzen nachteilig wirkte. Diese Autoren brachten das Leiden mit Störungen der Schilddrüse in Zusammenhang (Dyshormone). Janota und Weber bringen neuerdings das Leiden mit einer Anomalie der sympathischen Innervation der Muskeln und vegetativen chemischen Veränderungen in Verbindung.

S. Kalischer.

1259.

Hegedüs, L. vitéz, Die Malariabehandlung der Syphilis des Nervensystems auf Grund von 100 Fällen. (Orv. Hetil., 73., Nr. 1.) Bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist die Malariabehandlung in den Kampf gegen sie die wirksamste Waffe, obwohl sie die klinischen Ausfallerscheinungen auch nicht wiedererwecken kann (Robertson, Achillesreflex, Crises gastriques); ist sie doch unter allen antiluetischen Behandlungsmethoden jene, die noch am meisten die Krankheitsprozesse zum Stillstand bringt.

Rob. Klopstock, Sommerfeld/Osth.

1260.

Liepmann, H., Dyspraxie und Agraphie. (Mschr. Psychiatr., 71., Heft 3/4.) Die vorliegende Arbeit fand sich im Nachlaß von H. Liepmann. Kramer veröffentlicht sie hier, trotzdem sie nicht ganz abgeblasen war, weil die Art der wissenschaftlichen Untersuchung und die Form der Darstellung die persönliche Eigenart Liepmannscher wissenschaftlicher Tätigkeit kundgibt. — Es handelt sich um einen Fall von Dyspraxie und Agraphie, dessen kindliche Erscheinungen anatomisch ihre Erklärung finden in einer Erweichung im Arm- und Beinzentrum der linken Hirnhälfte und in den mit ihr zusammenhängenden Degenerationen im Mark.

Kurt Mendel, Berlin.

1261.

Illing, E., Kongenitale Wortblindheit. (Mschr. Psychiatr., 71., H. 516.) Bei der kongenitalen Wortblindheit handelt es sich im wesentlichen um einen partiellen Intelligenzdefekt. Das Zustandsbild ist vererbbar, indem die Anlage, die Disposition, vererbt wird. Nicht selten kommen in einer Familie neben Debilen und Imbezillen Normal- oder sogar Ueberbegabte mit isolierter Schreib- und Lese-schwäche vor. Das Zustandsbild kann sehr mannigfaltig sein. Schwierigkeiten zeigen sich oft schon im ersten Schreib- und Leseunterricht beim Erlernen der Buchstaben und Laute; sie können verschwinden, sie können aber auch fortbestehen beim Lesen und

Schreiben oder nur beim Schreiben von Wörtern und Sätzen. Häufig jedoch ist das Erlernen der Buchstaben ganz ungestört oder nur wenig verlangsamt, und erst beim Lesen und Schreiben von Wörtern treten Schwierigkeiten auf. In den meisten Fällen ist das Lesen und Schreiben von Zahlen ungestört oder wenigstens viel besser als das Lesen und Schreiben von Wörtern. Durch fleißiges Ueben wird bei normaler Intelligenz das Zustandsbild wesentlich gebessert, mitunter verschwindet es ganz.

Kurt Mendel, Berlin.

1262.

Wethmar, B., Die Blutsenkungsreaktion bei Impfmalaria. (Z. Neur., 118., H. 3.) Es wurde bei 15 Paralytikern und Taboparalytikern während der Malariakur die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten reihenmäßig verfolgt. Hierbei ergab sich folgendes: Bei Metalurikern mit normalem Biotonus liegen keine beschleunigten Senkungswerte vor. Beschleunigte Senkungswerte fanden sich nur bei Patienten in reduziertem Allgemeinzustand, sei es auf Grund starker motorischer Unruhe, manischer Uebererregbarkeit oder unregelmäßiger und unzureichender Nahrungsaufnahme mit zeitweiliger Abstinenz. Bei diesen Patienten verlief die Kur fast stets mit Komplikationen. Aus diesem Grunde ist in solchen Fällen die Senkungsbestimmung vor der Kur als Sicherheitskoeffizient zu empfehlen. Nach dem fünften bis siebenten Malariaanfall erfolgt ein kritischer Sturz der Senkung bis zu 20 bis 15 Minuten (gleich 90 bis 110 mm), einerlei wie hoch auch der Ausgangswert war. Bei komplikationslosem Verlauf geht die Senkung nicht unter 15 Minuten herunter. Werte unter 15 Minuten fanden sich nur bei Komplikationen. Es wurden dann Senkungen bis 7 Minuten (gleich 140 mm) ermittelt. Hierbei ist im allgemeinen der klinische Eindruck frühzeitiger als das Ergebnis der Senkung, so daß praktisch zur Erkennung bedrohlicher Zustände die Senkungsreaktion nicht in Frage kommt. Das bekannte körperliche Aufblühen der Patienten nach der Kur zeigt sich auch in der stetig wieder zunehmenden Suspensionsstabilität des Blutes. Hierbei erfolgt jedoch die Restitutio ad integrum nicht so schnell wie bei der allgemeinen körperlichen Erholung. Ungefähr drei Monate nach Beginn der Kur ist der Ausgangswert der Senkung meist wieder erreicht; er wird dann in vielen Fällen noch überholt.

Hans Knospe, Berlin.

1263.

Lasarew, W. G., Ueber Eisen im Gehirn bei progressiver Paralyse. (Z. Neur., 118., H. 3.) Der Transport des Hämosiderins bei progressiver Paralyse wird in seinem Anfangsteil vermittelt der Mensenchymkörnchenzellen, die aus dem Intraadventitialraum in den Intramarginalraum eindringen, bewerkstelligt. Die Mensenchymelemente bilden jenseits der M. limitans gliosa perivascularis eine Ara Synzytium. Das Mensenchym-synzytium ist von dem Glia-synzytium abgesondert. Bei der progressiven Paralyse erleidet das allgemeine Gesetz der Abgrenzung der Mensenchymelemente von den ektodermalen durch Grenzmembranen in einem Punkte eine Einschränkung, nämlich beim Transport des Hämosiderins aus den Intraadventitialräumen in der Richtung der intramarginalen.

H. Knospe.

1264.

Sézary, A., und A. Barbé, Klinische und biologische Resultate der Stovarsoltherapie bei 125 Fällen von progressiver Paralyse. (Presse méd., Nr. 1. 1929.) Ueber die Behandlung von 125 Paralytikern mit dem fünfwertigen Natriumsalz der azetyl-oxy-aminophenyl-arsenigen Säure (Stovarsol) berichten Verff., daß eine Besserung in 68, 58 und 26% der Fälle eintrat, je nachdem eine Form mit Erregungszuständen, mit Intelligenzherabsetzung oder mit völliger Demenz bestand. Sie verändert die biologische Reaktion des Liquor cerebrospinalis weitgehend, reduziert die WaR. in 34%, die Leukozytose in 73% und die Hyperalbuminose in 47% der Fälle. Jedoch ist die Besserung nicht bei allen drei Anomalien parallel, auch wird die Rückenmarksflüssigkeit nie völlig normal; ferner stehen die biologischen Modifikationen mit den klinischen in keinerlei Beziehung, wie dies merkwürdigerweise auch bei allen anderen Therapien der Paralyse der Fall ist.

Haber.

1265.

Beyerholm, Otto, Gastro-intestinale Störungen bei Dementia praecox. (Hospitalstidende, Nr. 8, 1929.) Bei 50 untersuchten schizophrenen Frauen, von denen nur die Minderzahl dyspeptische Symptome darbot, konnten in 70% der Fälle Störungen in der sekretorischen Funktion des Magens nachgewiesen werden. Diese Störungen scheinen demnach bei Dementia praecox weit häufiger vorzukommen als bei Geistesgesunden. Ob äußere Umstände, unhygienische Lebensweise oder mehr pathogenetische Zusammenhänge der Psychose und der Magenfunktionsanomalien vorliegen, wird nicht entschieden. Durch die Untersuchung der Ventrikelfunktionen und den Vergleich der Mortalität der Geisteskranken an Magendarmstörungen ließ sich diese Frage nicht klären.

Sicher sind Magendarmstörungen bei Schizophrenen häufiger als bei geistig Gesunden. S. Kalischer.

1266.

Wollenweber, Zunahme der Geisteskrankheiten. (Z. Med.-Beamte, Nr. 4, 1929.) Statistiken über die Häufigkeit von Geisteskrankheiten, welche auf Anstaltsmaterial beruhen, sind irreführend. Die jetzt beobachtete Zunahme der Zöglinge an Irrenanstalten beruht darauf, daß die Scheu vor den Anstalten geschwunden ist und daß jetzt häufiger die Familien ihre Angehörigen — welche ihnen finanziell nur lästig sind — bringen, da sie dann aller Sorge enttoben sind. Michaelis, Bitterfeld.

Psychologie und Psychopathologie

1267.

Wittkower, E., Grenzen, Möglichkeiten und Erfolge klinischer Psychotherapie. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 5, S. 197.) Verfasser setzt sich für das gründliche Studium und die vermehrte Anwendung der systematischen Psychotherapie der inneren Medizin ein. Die von ihm mitgeteilten Fälle sind ausnahmslos (Hypertonie, Asthma bronchiale und Magenneuosen) aus den Gebieten der inneren Medizin entnommen. Diese Gebiete sind unmöglich von der internen Medizin abzutrennen und nur der Fachpsychotherapie zu überlassen. Dies kann weder im Interesse der Kranken noch in dem der Fachpsychotherapeuten liegen. Es handelt sich um Patienten, die den Internisten aufsuchen, um bei ihm Hilfe zu finden. Fast alle diese Kranken weisen mehr oder weniger leichte organische Veränderungen auf, die der ständigen Kontrolle des Internisten bedürfen. Die unbedingt jeder Psychotherapie vorangehende eingehende interne Untersuchung schafft einen Kontakt zwischen Arzt und Patient, der die psychische Exploration und Behandlung mit der kleinen Psychotherapie erleichtert.

Arnold-Hirsch, Berlin.

1268.

Hoff, H., Vestibularfunktion, Schlafstellung und Traumleben. (Mschr. Psychiatr., 71., H. 5/6.) Schwindelerleben und Angst sind innig miteinander verbunden. Es besteht eine innige Verknüpfung zwischen dem Vestibularapparat, der Schlafstellung und dem Traum. Die wichtige Funktion des Schlafes, die vielleicht als Ventil unseres psychischen Gleichgewichtes aufzufassen sein dürfte, ist weitgehend vom Gleichgewichtsapparat abhängig. Der Gleichgewichtsapparat, der unsere Stellung im wachen Zustand bestimmt, der unsere Auffassung von der Außenwelt festlegt, ist auch beteiligt an der Bestimmung der Stellung unseres Schlafes und an unserem Erleben und Wahrnehmen im Traum. Kurt Mendel, Berlin.

1269.

Klemperer, E., und M. Weißmann, Somatische Reaktionsweise Hypnotisierter. (Mschr. Psychiatr., 71., H. 5/6.) Als Ausdruck des Erwartungsaffektes besteht bei Hypnotisierten kurz nach dem Einschlafen eine erhebliche Blutbeschleunigung. Diese Blutbeschleunigung bildet sich dann zurück, es erfolgen aber, unabhängig von den gegebenen Suggestionen, immer kleine Schwankungen um die Ruhelage, die bei der Beurteilung jedes Versuches berücksichtigt werden müssen. Kurt Mendel, Berlin.

1270.

Bleuler, Manfred, Der Rorschachsche Formdeutversuch bei Geschwistern. (Z. Neur., 118., H. 3.) Der Rorschachsche Formdeutversuch fällt bei Geschwistern auffällig ähnlich aus. Diese Ähnlichkeit erstreckt sich auf die einzelnen, in der Rorschachschen Verrechnung angeführten Faktoren und auf viele nicht zu rubrizierende Einzelheiten in der Art der Deutungen. Bei Geschwistern finden sich auch häufiger gleichlautende Antworten als bei Nichtgeschwister. Die größere Ähnlichkeit der einzelnen verrechneten Faktoren und die Häufigkeit von gleichlautenden Antworten bei Geschwistern sind statistisch nachgeprüft und bestätigt worden.

Aus vorliegendem Material läßt sich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schließen, daß die Ähnlichkeit der Geschwisterprotokolle nicht bloß durch äußere Milieueinflüsse verursacht ist, sondern daß es ausschließlich oder vorwiegend hereditäre Momente sind, die die Ähnlichkeit bedingen. Der Einfluß der Heredität läßt sich also ebenso wie im Somatischen auch im Psychischen in die aller kleinsten und einzelnen Eigenschaften und Reaktionsweisen hinein verfolgen und macht sich nicht bloß in der Vererbung von größeren Eigenschaftskomplexen, Charaktertypen oder Krankheitsgruppen geltend.

Dadurch, daß die Geschwisterähnlichkeit so gut zum Ausdruck kommt, wird die große Leistungsfähigkeit des R.F. als psycho-

diagnostisches Experiment bestätigt. Ein Faktor, dessen Wichtigkeit bisher nicht genügend bekannt wurde, ist die absolute Zahl der guten Originalantworten, bei der die Geschwisterähnlichkeit besonders deutlich ist. H. Knospé.

Soziale und gerichtliche Medizin

1271.

Kroner, Jacques, Zur Statistik des chronischen Gelenkrheumatismus. (Med. Welt, 3., 1929.) An Hand des Materials des Städtischen Friedrich-Wilhelm-Hospitals Berlin errechnet Verfasser, daß bei nur 11,6 Prozent der chronischen Rheumatismusfälle der Beginn des Leidens vor dem 30. Lebensjahre lag und daß bei den Männern kein Fall vor dem 20. Lebensjahre seinen Anfang genommen hatte. Zwischen dem 30. bis 45. Lebensjahre begann nahezu ein Drittel aller Fälle, etwa ein Fünftel zwischen dem 45. bis 55. und wieder ein Drittel zwischen dem 55. bis 75. Lebensjahre. Noch beinahe 10 Prozent der Fälle nehmen ihren Anfang im Greisenalter. Der akute Gelenkrheumatismus neigt nur selten zur Chronizität. Wesentliche Unterschiede in dem Beginn des Leidens zwischen den genannten Lebensjahren bestehen bei beiden Geschlechtern nicht. Die Krankheitsdauer betrug bei etwa je ein Fünftel der Fälle weniger als 5,5 bis 10 oder 20 bis 25 Jahre. Mit zunehmender Krankheitsdauer ergibt sich bei beiden Geschlechtern eine weitgehende Uebereinstimmung. Der Beginn der Invalidität lag in 66 Prozent der Fälle vor dem 60. Lebensjahre, in 38,5 Prozent vor dem 50. und in noch fast 15 Prozent vor dem 40. Lebensjahre. Die Invaliditätsdauer betrug bei einem Drittel der Fälle weniger als 5, bei 29 Prozent 5—10, bei 90 Prozent 10 bis 15 und bei noch 10 Prozent 15—20 Jahre. Diese Zahlen liegen höher als die entsprechenden für die Tuberkulose. Wesentlichstes Ergebnis dieser statistischen Erhebungen ist, daß bei 225 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus die durchschnittliche Krankheitsdauer 15, die durchschnittliche Invaliditätszeit 10 Jahre betrug. L. Gordon, Berlin.

1272.

Ruedel, Chr., Arbeitsunfähigkeit (aus der Begriffswelt der Reichsversicherungsordnung). (Soz. Med., 2., 1929.) Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Erkrankte nicht, oder doch nur mit Gefahr seinen Zustand zu verschlimmern fähig ist, seiner bisher ausgeübten Berufsarbeit nachzugehen. Die Arbeitsunfähigkeit ist also auf die bisherige Berufsarbeit abgestellt. Dies gilt besonders für gelernte Arbeiter. Bei ungelernten Arbeitern gilt dafür „eine ähnliche leichte Arbeit?“ Etwa bestehende schlechte Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkte dürfen hierbei keine Rolle spielen. Es bedarf andererseits nicht des Nachweises, daß der Erkrankte aus der Verwertung seiner Arbeitskraft einen Erwerb gemacht hat. Auch Arbeitslose sind arbeitsunfähig. Dies gilt auch für Weiterversicherte und noch teilweise Arbeitsfähige; nicht aber für Ausgesteuerte, die sich freiwillig weiterversichert haben und bei denen das alte, die Arbeitsunfähigkeit bedingende Leiden fortbesteht. Es ist Voraussetzung, daß bis zur Erkrankung Arbeitsunfähigkeit bestanden haben muß. Ein völlig Arbeitsunfähiger kann nicht durch eine neue Krankheit noch einmal arbeitsunfähig werden. Auch die in Verbindung mit einer Krankheit fortbestehende Unfähigkeit zur Verrichtung einer Berufsarbeit, gilt als Arbeitsunfähigkeit, auch wenn die Notwendigkeit zur Gewährung der Heilbehandlung fortgefallen ist. Auch bei einer teilweisen Erwerbsbeschränkung liegt Arbeitsunfähigkeit vor. Arbeitsunfähigkeit und Invalidität sind durchaus verschieden; auch Invalide können noch arbeitsunfähig werden und Krankengeld beanspruchen. Wird von einem Versicherungsträger ein Heilverfahren eingeleitet, weil zu befürchten ist, daß die Arbeit in absehbarer Zeit zur Berufsunfähigkeit führt, so ist auch Krankengeld zu zahlen. Wird ein Versicherter aus einem Krankenhaus als schonungsbedürftig entlassen, so kann daraus nicht ohne weiteres Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden; der Nachweis muß besonders erbracht werden.

Arbeitsunfähigkeit ist in der Regel durch ärztliche Bescheinigung zu erbringen. Michaelis, Bitterfeld

1273.

Lewisohn, Ludwig, Wie treibt man rationelle Eheberatung? (Soc. Med., 2., 1929.) Die Eheberatungsstellen sind reformbedürftig. Leiter muß ein Gynäkologe sein. Der Gynäkologe treibt schon in der täglichen Praxis ausgedehnte Eheberatung, — auch an Männern. Es muß ein planmäßiges Zusammenarbeiten von Kommunalbehörden und Versicherungsträgern stattfinden. Es muß eine Zusammenlegung von Schwangerschaftsfürsorge- und Eheberatungsstellen unter Leitung eines Gynäkologen erfolgen. Michaelis, Bitterfeld.

1274.

Hirsch, M., Eheberatung und Eheberatung. (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 15., Heft 1, 1929.) Die Eheberatung wird, wenn sie Erfolg haben will, sich nicht nur auf gesundheitliche Dinge zu beschränken haben, sondern sie wird tief hineingehen müssen in das Wesen der Gegenwarts-kultur, indem sie auf ihrem Untergrund Wesenstypen von Mann und Frau zu gewinnen versucht, welche in ihrer praktischen Betätigung einen gewissen Rückhalt bieten. Friedenthal, der Leiter der Arbeitsstätte für Menschheitskunde an der Universität Berlin, teilt die Menschheit in drei Wesenstypen ein: die spirituellen, die materiellen und die intellektuellen. Es gilt nun, bei der Eheberatung diejenigen Menschen herauszufinden, die eine ausgesprochen abweichende Betonung aufweisen, um sie über diese Abweichungen zu unterrichten und sie auf die Notwendigkeit der Wahl eines gleichgerichteten Partners hinzuweisen.

Rudolf Katz, Berlin.

1275.

Reuter, Fritz, Sterilisierung der Verbrecher. (Med. Welt, 3, 1929.) Gegen die Sterilisierung oder Kastration eines Verbrechers, vor allem gegen die eines Sexualverbrechers, unter Einwilligung des zu Operierenden ist vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte nichts einzuwenden. Da es sich aber bei der Vas- und Salpyngektomie, besonders aber bei der Kastration um eine in die körperliche Integrität des Verbrechers eingreifende Operation handelt, so wäre es zweckmäßig, die Vornahme der Operation an die Zustimmung der Justizbehörde nach Einholung eines Gutachtens des Gesundheitsamtes zu knüpfen. Eine zwangsweise Sterilisierung oder gar Kastration von Verbrechern, vor allem von Sexualverbrechern, während der Straftat oder kurz vor der Entlassung aus dieser kann vorläufig vom ärztlichen Standpunkte noch nicht befürwortet werden, da unsere Erfahrungen über günstige Erfolge dieser Operationen in bezug auf Richtung und Intensität des Sexualtriebes noch zu gering sind.

L. Gordon, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

1276.

Karshner, R. G., Röntgenuntersuchung der Knochen bei gewissen Blutkrankheiten und Erkrankungen des hämatopoetischen Systems. (Amer. J. Roentgen., 20., 5, 1928.) Röntgenbefunde an Knochen sind bei Anämien und verwandten Erkrankungen nicht gewöhnlich, doch wenn sie vorhanden sind, sind sie sehr eindrucksvoll. Bei der Hodgkin'schen Erkrankung kann man nicht selten eine granulomatöse Periostitis, bisweilen begleitet von Osteophytenbildung oder Knochenrarefizierung mit Spontanfrakturen, welche an Metastasen denken lassen, feststellen. Die sekundäre, osteosklerotische Anämie infolge Zerstörung des Knochenmarks durch Metastasen, wobei im Blut unreife Formen von Erythrozyten und myeloische Leukozyten erscheinen, macht sich als osteoplastischer Prozeß oder als Osteoklastose geltend. Doch gibt es auch viele Fälle generalisierter, maligner Metastasen ohne jede Knochenveränderung. Ein spezifischer Typ von Anämie der myelophthisischen Gruppe geht bisweilen mit „Marmorknochenbildung“ einher. Es kommt zu ungleicher starker Verdickung der Cortex auf Kosten des Marks, so daß Spontanfrakturen zustande kommen können. Bei der v. Jak'schen Anämie tritt im Röntgenbild eine deutliche Verdickung des medullaren Teils der kranialen Knochen mit ungewöhnlich dünner Tabula externa und interna hervor. In den Frühstadien ist das Markgebiet gefleckt und schwammig, in den späteren Stadien kommt es zu Knochenneubildungen in Streifenform zwischen den Tafeln. Das Becken, die Wirbelsäule, Rippen und Skapula sowie die Knochen der Hände und Füße sind sehr porös, die Metakarpalknochen ausgedehnt. Die Kortex der langen Knochen ist sehr dünn. In dem ungewöhnlich hellen Markraum erscheinen die Trabekel scharf und pinselartig. Die Veränderungen sind am ausgeprägtesten in den Metaphysen. Von diesen Knochenveränderungen bei der Jak'schen Anämie unterscheiden sich jene, welche bei der Anämie vom Typ Gaucher vorkommen durch Knochenzerstörungen, Befallensein der Gelenke und Abhebung des Periosts, das Vorkommen von Spontanfrakturen und das Fehlen der bei jener Krankheit charakteristischen Schädelveränderungen. Die Veränderungen im Hüftgelenk können ununterscheidbar sein von jenen des Perthes'schen Typs. Sie dürfen nicht mit Tuberkulose verwechselt werden. Die Wirbelerkrankung des Gaucher'schen Anämietyps unterscheidet sich von der tuberkulösen Wirbelkaries durch die unveränderten Intervertebralaräume. Die

verschiedenen Formen der Leukämie gehen mit Knochenschmerzen einher, welchen im Röntgenbild Periostlösung oder Periostproliferationen entsprechen. Ferner sieht man Osteosklerose, kleinere oder größere Löcher von Knochenzerstörung, Dekalzifikation vom Markraum aus in Form von Mottenfraß. Taubheit kann eine Folge destruktiver und proliferativer Vorgänge im Schläfenbein sein. Ganz ähnlich sind die Röntgenerscheinungen am Knochen bei Chloroma. Die Röntgenerscheinungen am Knochen bei der Hämphilie erklären sich aus den Blutungen in die Gelenke und die anstoßenden Knochen. Man kann unterscheiden zwischen Frühformen ohne Destruktion und Spätformen mit solchen. Am häufigsten sind Knie, Ellbogen, Knöchel, Hüften und Schultern befallen. Es kann zur Kalzifikation kommen. Wie bei infektiös-chronischen Prozessen treten bisweilen an den Epiphysen runde destruktive Zonen auf, die in ihrem ausgestanzten Aussehen die Differentialdiagnose gegen Tuberkulose ermöglichen. Die Purpura bietet keine charakteristischen Knochenerscheinungen im Röntgenbild.

J. Kottmaier, Mainz.

1271.

Lewald, L. T., Röntgendiagnose der Hernia diaphragmatica. (Amer. J. Roentgen., 20., 5, 1928.) Bei Verdacht auf Zwerchfellhernie ist eine besonders sorgfältige Röntgenuntersuchung vornehmlich in seitlicher Richtung zu machen, um eine echte Hernia diaphragmatica von einem im Brustraum gelegenen Magen, einer diaphragmatischen Eventration und angeborenem Mangel einer Zwerchfellhälfte zu unterscheiden. Unbeschadet eines traumatischen Insults ist die Hernia diaphragmatica angeborenen Ursprungs.

J. Kottmaier, Mainz.

1278.

Friedmann, L. J., Knochenveränderungen bei hämolytischem Ikterus. (Amer. J. Roentgen., 20., 5, 1928.) Man unterscheidet den angeborenen und den akquirierten Typ. Röntgenologisch sind Knochenveränderungen am Schädel und den langen Knochen festzustellen. Diese Veränderungen sind am Schädel von jenen der Rachitis abgrenzbar. Während diese im Film einen mehr gleichmäßigen Schatten gibt und das osteoide Gewebe früh verkalkt, wodurch es zu abnormer Dicke und Dichte kommt, schreitet die Verknöcherung beim hämolytischen Ikterus auf Kosten der Diploe, welche vakuolisiert erscheint, in den Parietal- und Frontalknochen fort. Durch vorzeitige Verknöcherung der Koronar- und der Lambdanaht ist der Schädel an diesen Stellen sehr dünn. Die langen Knochen erscheinen im Röntgenbild axial gestreift. Die Kortex ist intakt, doch dünn. Mottenfraßähnliche Bilder von 1 bis 2 mm Durchmesser werden beobachtet. Diese Bezirke und die Streifung sind differentialdiagnostisch charakteristisch. Die Physiognomie nimmt mongoloiden Typ an, entsprechend den knöchernen Schädelveränderungen. Vergrößerung der Zunge und Verschiebung der Schneidezähne kommt bei den Knochenveränderungen des hämolytischen Ikterus nicht zustande; auch wird die geistige Entwicklung nicht beeinträchtigt.

J. Kottmaier, Mainz.

1279.

Erdélyi, J., Ein neues Verfahren zur seitlichen Röntgenaufnahme der Halswirbel. (Magyar Röntgen Közlöny, 3., Heft 1/2, 1929.) Verfasser gibt ein Verfahren an, bei dem in liegender Stellung sämtliche Halswirbeln, sogar der erste Rückenwirbel vorzüglich sichtbar gemacht werden kann. Der Kranke liegt auf der Seite; der Kopf wird mit Luftschwammplättchen auf die Art unterstützt, daß die Halbierungsebene des Schädels und auch der Hals parallel mit der Platte zu liegen kommt. Der Hauptstrahl dringt durch den ersten Halswirbel. Der Kranke läßt seine Schulter, auf der er liegt, so tief als möglich in kaudaler Richtung fallen; sie kommt also schief zu stehen. Die Verbindungslinie der beiden Schultern trifft ungefähr den Fokus. Die Platte liegt nicht an den Hals oder an den Kopf des Patienten an, sondern ist tief unter der Schulter. Der Kopf wird nach hinten gebogen. Fokus-Platten-Entfernung 65 cm. Expositionszeit bzw. die gewählte Strahlenstärke soll der Körperdicke in der Höhe des siebenten Halswirbels entsprechen.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

1280.

Janáky, G., Hystero-graphische Erfahrungen am schwangeren Uterus. (Magyar Röntgen Közlöny, 3., Heft 1/2.) Verfasser untersuchte 12 Fälle. Für eine intakte Schwangerschaft ist es im hystero-graphischen Bilde bezeichnend, daß das Kontrastmittel schon bereits bei der ersten Aufnahme wie auch bei den weiteren konsequent immer im Cavum uteri in Form von stecknadelkopf- bis linsengroße Schatten verteilt erscheint, auch bei pathologischer Wucherung des Chorions. Die Ursache dieser Streuungsbilder ist die Einwucherung der Chorionzotten in die Uterusschleimhaut, welche das Kontrastmittel fein zergliedert. Dieselbe Zergliederung des Schattens sehen wir auch beim Abort, nur sind hier die

Schattenflecke bohnen- bis haselnußgroß. Bei Subinvolution hat die Uterushöhle die gewohnte Form; sie ist jedoch etwas größer als normal; die Schattenränder sind mehr verschwommen, gefranst, evtl. unterbrochen. Ein Fall von Uteruskarzinom zeigte ein ähnliches Bild. Bei extrauteriner Schwangerschaft liefert das hysterosalpingographische Bild keine sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose, wir können höchstens erfahren, daß die Uterushöhle normal ist, beide Tuben oder nur die gravide undurchgängig sind; der Tubeneckenschatten kann gefranst sein. Die Lipiodolfüllung führte selbst bei dreizehntägiger Beobachtung bei intakter Gravidität in keinem einzigen Falle zur Unterbrechung. Zur Technik möchte noch bemerkt werden, daß die vordere Lippe der Portio nie mit Museux gefaßt wurde; nur bei einfacher Entfaltung führte man den Ansatz einer entsprechend modifizierten Braunschen Spritze in den Zervikalkanal. Rob. Klopstock, Sommerfeld.

1281.

Rucker, M. P., und L. J. Whitehead, **Hysterosalpingographie und die Diagnose der extrauterinen Schwangerschaft.** (Amer. J. Roentgen., 20., 5, 1928.) Man hat der Hysterosalpingographie bisweilen ihren diagnostischen Wert hinsichtlich der Unterscheidung zwischen intra- und extrauteriner Schwangerschaft abgesprochen. Andere bevorzugten bei der nichtrupturierten Tubargravidität das Pneumoperitoneum. In anderen Fällen wurde die Gravidität durch den Röntgennachweis des fötalen Skeletts erwiesen, wohingegen der extrauterine Sitz durch die Röntgendarstellung des Uteruskavums durch Kontrastfüllung sichtbar gemacht werden konnte. In den Frühstadien der Tubargravidität vermag auch die Füllung des Eileiters mit Kontrastmitteln keine Entscheidung zu bringen; hingegen gibt die Hysterosalpingographie indirekt wertvolle Hinweise einer bestehenden Tubargravidität. Der Uterus zeigt gerundete oder kugelförmige Gestalt, entsprechend „Schwangerschaftsatonie“. Dabei besteht kein Füllungsdefekt, woraus geschlossen werden kann, daß intrauterin kein Ei anwesend ist. Tritt das Kontrastöl in die Tube ein, und bildet es darin Füllungsdefekte, so können die entstehenden Bilder sehr charakteristisch sein, wenn das Öl etwa eine vorstehende kindliche Extremität umfließt. J. Kottmaier, Mainz.

1282.

Schneider, Georg Heinrich, **Durchleuchtungserfahrungen bei durch Rotlicht erhelltem Raum.** (Med. Welt, 4, 1929.) Bei der Durchleuchtung im völlig verdunkelten Raum sind subjektive und objektive Nachteile zu unterscheiden. Für den Röntgenologen handelt es sich hier um erhebliche Erschwerung der Arbeit. Die oft bei der Durchleuchtung erforderliche Palpation ist behindert, Drehung und Beugung des Patienten mit Schwierigkeiten verbunden. Für den Patienten bedeutet jede Einzelheit bei der Durchleuchtung etwas subjektiv Unangenehmes, wenn sie sich im Dunkeln abspielt. Bei den im Dunkeln vorgenommenen palpatorischen Griffen können bei feinfühligem und diffizilen Menschen unfreiwillige reflexartige und freiwillige Abwehrbewegungen und unangenehme Sensationen ausgelöst werden, die die Untersuchung sehr unerfreulich machen. Die subjektiven Unlustgefühle und Angstvorstellungen haben auch objektive Veränderungen zur Folge, die den zu erhebenden Röntgenbefund in maßgeblichster Weise beeinflussen können. Alle diese Nachteile fallen beim Arbeiten in erhelltem Raum weg. Durchleuchtungstechnisch ist zu bemerken, daß bei Verwendung der Grünfolie des Durchleuchtungsschirmes weder eine allgemeine noch eine spezielle Unterscheidung gegen andere Verfahren in Frage kommt. Die Helligkeit des Durchleuchtungsbildes wird durch das Rotlicht in keiner Weise verändert. L. Gordon, Berlin.

1283.

Holzknacht, G., **Ueber die Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit.** (Strahlenther., 30., 4.) Die Bestrahlung wird aus einem vorderen Feld vorgenommen, in das auch die Thymusgegend einbezogen ist. Nur bei sehr großen Strumen verwendet man zwei seitliche Felder. Der Larynx und die Lungen müssen abgedeckt werden. Je schwerer der Fall, desto kleiner die Dosis. Beginn mit $\frac{1}{2}$ der HED. Das Intervall zwischen den einzelnen Bestrahlungen soll mehrere Tage betragen. Refraktäre Fälle sprechen manchmal nach einer Insulinkur besser an. Verwachungen nach Röntgenbestrahlungen, die eine spätere Operation erschweren könnten, kommen nicht vor. Kirschmann.

1284.

Gudzent, F., **Die Radiumtherapie der Basedowschen Erkrankung.** (Strahlenther., 30., 4.) Technik: 100 mg Radiumelement in 6 Röhren unter 1,5 mm Messingfilter. Bestrahlungsdauer 24 Stunden. Nach Bedarf Wiederholung nach 10 Wochen. Ergebnis: Geheilt bzw. gebessert bezüglich der Struma 83,5%, bezüglich des thyreotoxischen Symptomenkomplexes 94%.

Der Heilungsverlauf ist ein sehr langsamer. Im Laufe von etwa 8 bis 10 Wochen tritt eine Verkleinerung der Struma ein. Zuerst schwinden die rein toxischen Symptome. Das Körpergewicht nimmt zu; der Schlaf bessert sich; die nervösen Symptome gehen zurück; der Grundumsatz nimmt ab. Allmählich bessern sich Tachykardie, Exophthalmus und Schilddrüsenhypertrophie.

Die chirurgische Behandlung kann nicht als gleichwertig anerkannt werden. Bei der Thyreotoxikose kommt nur die Bestrahlung in Frage. Nur wenn diese versagt, ist die Operation berechtigt. Bei der gewöhnlichen Struma dagegen bleibt die Operation die Methode der Wahl. Kirschmann.

1285.

Wittkowsky, Curt, **Röntgenbehandlung der Speichelfistel durch temporäre Ausschaltung der Parotis.** (Dtsch. Z. Chir., 213., Heft 3/4.) Die großen operativen Schwierigkeiten, die sich beim Verschuß einer Speicheldrüsenfistel herausstellen, können durch eine Röntgenbestrahlung vermieden werden. Die Speicheldrüsen besitzen eine große Radiosensibilität, so daß es gelingt, durch Bestrahlung eine temporäre Ausschaltung der Drüse und eine Heilung der Fistel herbeizuführen. Zur Bestrahlung sollen hart gefilterte Strahlen benutzt werden. Die volle Dosis wird in geteilten Dosen unter Einschaltung von kurzen Pausen gegeben. Verfasser berichtet über einen Fall, wo es gelang, eine Parotidfistel mit dieser Strahlung zu heilen, und führt aus der Literatur ähnliche mit gleich gutem Erfolge ausgeführte Bestrahlungen an. E. Gohrbandt, Berlin.

1286.

Holthusen, H., **Abhängigkeit der Röntgenstrahlenempfindlichkeit vom Zellalter? Beobachtungen bei der Epilation.** (Strahlenther., 31., 1.) Die Annahme, daß jugendliche, wenig differenzierte Zellen und solche, die sich in rascher Teilung befinden, eine erhöhte Radiosensibilität aufweisen, galt bisher in der Röntgenbiologie als fast unbestrittenes Gesetz. Zu den wenigen bisher bekannten Ausnahmen fügt Verfasser eine weitere. Eine Röntgendosis, die auf der normalen Haut eine Epilation hervorruft, ist nicht imstande, das Wachstum der Haare an einer Hautstelle, die vor 2 bis 3 Monaten durch Röntgenstrahlen epiliert wurde, zu hemmen oder auch nur zu verzögern. Diese eigentümliche Erscheinung ist nicht als eine durch die Vorbestrahlung erzeugte Strahlenresistenz zu deuten, sondern durch eine geringere Empfindlichkeit der jungen Haarwurzelzellen zu erklären. Eine verminderte Strahlenempfindlichkeit der jungen Zellen wurde auch von anderen Untersuchern gefunden, insbesondere von Nemenow. Kirschmann.

1287.

Thederling, F., **Ueber Röntgenbestrahlung von Milz und Leber bei Lupus und anderen Hautkrankheiten.** (Strahlenther., 30., 4.) Röntgenbestrahlung der Milz und Leber mit kleinen Dosen (1 bis 3% der HED) in Kombination mit örtlicher Kromeyer-Bestrahlung ergab gute Erfolge bei geschwürigem Hautlupus. Kirschmann.

1288.

Lahm, W., **Die Dauerheilung des Uteruskarzinoms nach Radium- und kombinierter Röntgenbehandlung.** (Strahlenther., 30., 3.) Die optimale Behandlung des Kollumkarzinoms besteht in Kombination von Radium- und Röntgenstrahlen. Das Radium wird vor der Röntgenbestrahlung angewandt. Die optimale Dosis beträgt bei operablen Fällen 5000 bis 7000 mgh. Kleinere Dosen werden innerhalb 1 bis 2 Wochen verabfolgt, größere Dosen (über 5000 mgh) in einem größeren Zeitraum. Die Wirkung ist inhomogen. Die Röntgendosis beträgt am Herd gemessen 400 bis 1000 R. Resultat: Operable Fälle 40,7%, Grenzfälle 31,2%, inoperable Fälle 17,1% Dauerheilung. Kirschmann.

1289.

Ipatoff, K. W., und Romanowa-Leskowa, A. A., **Röntgentherapie der multiplen disseminierten Sklerose.** (Strahlenther., 31., 1.) Unter 28 Fällen 22mal bedeutende Besserung bis Röntgenbestrahlung der temporo-okzipitalen Gegend (3 Felder, je 10% der HED), der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (je ein- bis zweimal 25% der HED). Insgesamt bis zu 10 Serien in Intervallen von 4 Wochen. Kirschmann.

1290.

Béclère, Antoine, **Strahlentherapie der Hirntumoren.** (Strahlenther., 31., 1.) Unter den verschiedenen Hirntumoren sind die Adenome des Vorderlappens der Hypophyse die einzige Geschwulstart, für die die Bestrahlung die Behandlung der Wahl ist. Sobald ein solcher Tumor diagnostiziert ist, muß bestrahlt werden. Beim Gigantismus und bei der Akromegalie muß man mit der Behandlung beginnen, sobald die charakteristischen Skelettveränderungen festzustellen sind. Man darf nicht warten, bis Zeichen gesteigerten Hirndrucks oder Störungen eingetreten sind oder bis

das Röntgenbild Veränderungen an der Sella turcica zeigt. Auch bei den anderen Formen der Hypophysenadenome hat die Strahlentherapie um so größere Aussichten auf Erfolg, je früher sie eingeleitet wird. Gegebenenfalls muß die Bestrahlung mit einer drucklatenten Trepanation kombiniert werden.

Bei Hirntumoren, die nicht sicher diagnostiziert sind, sondern nur angenommen werden, hat erfahrungsgemäß die Strahlenbehandlung oftmals überraschend günstige Resultate. Selbst palliative Erfolge (Beseitigung von Hirndrucksymptomen und schwerer funktioneller Störungen) sind nicht zu unterschätzen. Auch hier kann Trepanation zur Ergänzung notwendig werden. Bei chirurgisch freigelegten Tumoren, die nicht völlig entfernt werden konnten, ist die Prognose im allgemeinen schlecht. Ein gewisser Erfolg ist bei rasch wachsenden Gliomen möglich. Kirschmann.

1291.

Palugyay, J., Zur Technik der Röntgentherapie chirurgisch-tuberkulöser Erkrankungen. (Strahlenther., 30., 3.) Die besten Heilerfolge werden erreicht bei einer geringen Oberflächendosis und geringer Penetration der Strahlen. Die Wirkung der Strahlen besteht nicht in einer direkten Abtötung der Tuberkelbazillen, sondern es kommt zu einer Schädigung derselben auf indirektem Wege durch Zerstörung der Lymphoidzellen und Leukozyten. Diesem Vorgang folgt Bindegewebsneubildung und Abkapselung. Verfasser beobachtet selbst bei Dosen von nur 5% der HED (Oberflächendosis) eine leichte Temperaturerhöhung. Als Maximaiddosis empfiehlt Verf. eine Oberflächendosis von 5% und eine Herddosis von 1 bis 5% der HED. Eine Steigerung des Heileffektes durch eine Erhöhung der genannten Dosis konnte in keinem Falle erzielt werden. Im Gegenteil müssen bei fortschreitend destruktiven Prozessen die Dosen noch niedriger gewählt werden. Bei akuten Tuberkulosen kann vorteilhaft die Sekundärstrahlung ausgenutzt werden, indem unter Abdeckung des Herdes nur die Umgebung desselben mit Dosen bis zu 5% bestrahlt wird. Zwischen den einzelnen Bestrahlungen sind Pausen von 8 bis 14 Tagen einzuschalten. Bei den späteren Bestrahlungen kann die Dosis je nach Lage des Falles bis zu etwa 20% Oberflächendosis erhöht werden.

Kirschmann.

1292.

Binkley, G. E., Technische Methoden der Radiumapplikation beim Mastdarmkrebs. (Amer. Röntgen., 20., 5, 1928.) Die besten Resultate der Radiumbehandlung des Mastdarmkrebses hängen von der Art der Applikation und der eigentlichen Technik bei ihrer Durchführung ab. Interstitielle Bestrahlung durch schwer gefilterte Goldnadeln und äußere Bestrahlung mit dem Radiumpack sind die Methoden der Wahl. Dieser kann, wenn nicht genügend Radium vorhanden ist, durch Röntgentherapie ersetzt werden. Bei gewissen Tumorformen erlauben fischangelförmige Nadeln eine genauere Applikation. Bei manchen Typen des Rektumkarzinoms ist zur eigentlichen Einpflanzung der Nadeln Kolostomie erforderlich. Chirurgische Maßnahmen, verbunden mit diesen Methoden der Radiumapplikation, sind in gewissen Fällen erforderlich, und die Wahl der Behandlung wird durch die anatomischen Verhältnisse und den Typ und die Ausdehnung der Erkrankung bestimmt. J. Kottmaier, Mainz.

1293.

Werner, R., Zur Kasuistik der Strahlenerfolge bei Tumoren. (Strahlenther., 31., 1.) Bei einigermaßen gutem Gesamtzustand des Körpers soll man die Indikationen zur Strahlenbehandlung möglichst weit stecken, da selbst scheinbar wenig aussichtsreiche Fälle hier und da noch einer Heilung oder wenigstens weitgehender Besserung zugänglich sind. Die Dosis muß individuell variiert werden. Die Höhe derselben hängt davon ab, wie der Patient auf die Bestrahlung reagiert. Man darf nicht schematisch in jedem Falle eine einheitliche Karzinomdosis geben. Fraktionierte Bestrahlung ist der einzelnen Bestrahlung meist vorzuziehen.

Frisch entstandene Metastasen der Lymphdrüsen und Knochen reagieren meist gut. Es kommt bei der Bestrahlung solcher mitunter auch eine Fernwirkung auf andere Metastasen vor.

Kirschmann.

1294.

Holfelder, Hans, Unsere Erfahrungen über 25 Fälle von Knochensarkomen, welche mit Röntgentherapie behandelt worden sind. (Strahlenther., 31., 1.) Bei 25 Fällen von Knochensarkom wurden durch Strahlenbehandlung 13 Fälle klinisch geheilt. Hiervon betrafen 5 Fälle braune Riesenzellentumoren, während es sich in den übrigen Fällen um echte Sarkome handelte. Die Ergebnisse sind also besser als die der chirurgischen Behandlung. Dies fällt doppelt ins Gewicht, weil die Operation fast immer die schwersten Verstümmelungen zur Folge hat. Verfasser fordert daher, daß bei allen Formen von Knochensarkom die chirurgische Behandlung zugunsten der Bestrahlung aufgegeben werden soll.

Technik: Hohe Strahlendosen, 90 bis 120% der HED am Herd, einmalig verabfolgt. Aufsättigung nach 4 bis 8 Tagen. Wiederholung der Bestrahlungsserie nach 2 bis 4 Monaten. Schrumpfung und Ausheilung erfolgt in den günstig verlaufenen Fällen mitunter nach 4 Wochen, manchmal aber auch erst nach 8 bis 10 Monaten.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Richard Weissenberg, Entwicklungsgeschichte des Menschen mit Berücksichtigung der Wirbeltiere. Elfte neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Begründet von L. Michaelis. XII + 293 S. mit 260 Einzelfiguren in 102 Textabbildungen und auf 6 teilweise farbigen Tafeln. Leipzig 1929. Georg Thieme Verlag. Geb. 10.70 M. — Wer von uns hat seinerzeit nicht nach dem „kleinen Michaelis“ gelernt? Er war schon damals beim größten Teil von uns beliebt wegen seiner prägnanten zusammenfassenden Darstellung und wegen seiner guten und übersichtlichen Abbildungen. Inzwischen hat er sich unter der Hand Weissenbergs von Grund auf verändert und vergrößert. Es ist jetzt kein Kompendium mehr, sondern ein kurzgefaßtes Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte geworden. Viele Kapitel sind vollkommen geändert, einige neu geschrieben. Vom Standpunkt des Mediziners ist die neu hinzugekommene Darstellung der Schwangerschaftsveränderungen am menschlichen Uterus besonders begrüßenswert. Die vielen Abbildungen und insbesondere die farbigen Tafeln am Schluß des Buches sind zum größten Teil ganz vorzüglich. Es ist zu wünschen, daß das auch vom Verlag glänzend ausgestattete Büchlein sich weiter seiner früheren Beliebtheit erfreut.

L. Gordon, Berlin.

L. Kuttner: Fehldiagnosen und Fehlbehandlung sowie deren Verhütung auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten. Thieme, Leipzig. Preis 3 M. — Kuttners ausgezeichnetes Referat, das er auf der vorjährigen Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten gehalten hat, ist jetzt als Sonderdruck erschienen. Es enthält eine Fülle von Hinweisen auf die zahlreichen Fehldiagnosen, die — vielfach erst mit Hilfe modernster Untersuchungsmethoden — vermeidbar sind, und die man nur kennen muß, um sie zu vermeiden. Ungemein wichtig der Hinweis auf die Seltenheit von Organneurosen der Verdauungsorgane ohne anatomisches Substrat, bedeutungsvoll die Erörterung der Speiseröhrenkrankheiten und ihrer Differentialdiagnose. Bei den Magenerkrankungen zunächst die Feststellung der noch lange nicht genügend bekannten Tatsache, daß die Entero- und Gastropose nicht eine besondere Störungen verursachende Krankheit ist, sondern nur eine Anomalie. Warnung davor, eine klinisch sichere Ulkusdiagnose fallen zu lassen, weil der Röntgenbefund negativ ausfällt. In dieser Beziehung erwähnt Kuttner das 1925 von Arthur Fränkel bekanntgegebene „Riegelsymptom“, das einen kinematographisch nachweisbaren Bewegungsdefekt im Ablauf der Peristaltik der kleinen Kurvatur darstellt. Referent will es allerdings scheinen, als ob dieses, in einigen Fällen gewiß wertvolle Symptom eine gewisse Ueberschätzung erfährt. Leider geht Kuttner auf die moderne Schleimhautdiagnostik mittels des Röntgenverfahrens und auf die gezielten und Kompressionsaufnahmen des Duodenum nur andeutungsweise ein, obwohl diese Verfahren den direkten Ulkusanweis — wenigstens am Bulbus duodeni — in fast allen Fällen von Ulkus gestatten und damit die Ulkusdiagnose über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose hinaus zu einer sicheren machen. Bezüglich der Ulkustherapie interessiert die Forderung der energischen Frühbehandlung frischer Ulzera, die Empfehlung einer anfänglich strengen, später aber individuellen Diät, die Ablehnung der Sippykur und der früher üblichen großen Wismutdosen. Bei manifesten Ulkusblutungen empfiehlt Kuttner die von Plehn inaugurierten großen Bluttransfusionen. Von der parenteralen Eiweißtherapie hat Kuttner nie Dauererfolge gesehen. Bezüglich der chirurgischen Behandlung zieht er die Resektionsmethoden, wenn sie ausführbar sind, vor. Auch hierbei ist die diätetische Vor- und Nachbehandlung von größter Bedeutung. Beim Karzinom weist Verfasser auf die häufigen Douglas- und Ovarialmetastasen hin, ferner auf die Differentialdiagnose gegen den gutartigen Ulkustumor. Bei fehlendem Tumor ist die Unterscheidung zwischen Karzinom und chronischer Gastritis durch folgende Merkmale möglich: Anwesenheit von Blut und Eiter im nüchternen Magen, Retention mittleren und hohen Grades bei Achylie, linksseitige Pleuritis, verzögerte Blutzuckerkurve nach Glukosebelastung, Magensyphilis und Ulcus tuberculolum sind im Gegensatz zur Miliartuberkulose der Magenwandung selten. Verwechslungen zwischen organischem und spastischem Sanduhrmagen kommen durch falsche Deutung der Röntgenbilder immer noch vor.

den Darmkrankheiten folgt die Erörterung der Diarrhöen, auf die aus Blut, Schleim und Eiter bestehenden Spritzer- und Eiterkrankungen im Gegensatz zu den echten Diarrhöen charakter der „gastrogenen“, der Gärungs- und Fäulnis-erkrankungen. Weiter die Erörterung der Stenosen und Karzinome im Dickdarm, die Methoden zur Diagnose der Gallen- und Pankreaskrankungen, schließlich Fingerzeige auf seltene Fehler bei Tuberkulose, Zirkulationsstörungen, zetonämischem Erbrechen der Kinder. A. Fiegl.

Dr. med. Martin Vogel, wissenschaftlicher Direktor des Hygiene-Museums: **Ernährungsführer**. Deutscher Verlag für Wissenschaft und Kunst, Berlin. 1928. 41 Textseiten, 100 Abbildungen. Einzelpreis 20 Pfg., ab 100 Exemplare je Stück 18 Pfg. — Auf die Fragen, was und wieviel wir essen sollen, um die Gesundheit zu erhalten und nach Möglichkeit zu steigern, also auf alle anderen Fragen, die mit Nahrung und Ernährung zusammenhängen, gibt der kleine „Ernährungsführer“ in übersichtlicher und klar verständlicher Weise Antwort. Die gesicherten Erkenntnisse der Ernährungswissenschaft, die seit einer gewissen Zeit im Vordergrund des Interesses steht, werden im wesentlichen bezug auf das praktische Verwertbare dem Verständnis des Lesers gebracht und durch ausgezeichnete Abbildungen erläutert. Die Schrift, die in knapper Form das Wichtigste auf dem weiten Gebiet der Ernährung behandelt, verdient weiteste Verbreitung, nicht nur durch Behörden, Wohlfahrtsämter, Schulen usw., da jeder, der sich nicht nur praktische Ratschläge, sondern auch die zu dem Verständnis unentbehrliche Begründung findet.

Rudolf Katz, Berlin.

Dr. med. Herxheimer und Edmund Hofmann: **Die Hautkrankheiten**. Ein Leitfadens für Studierende und Ärzte mit 53 Abbildungen. Berlin 1929. S. Karger. — In den letzten Jahren zahlreiche Lehrbücher der Hautkrankheiten erschienen sind, wird doch dieser Leitfaden von Herxheimer und Hofmann sich seinen Freundeskreis zu erwerben. Ist er doch außerordentlich klar und flüssig geschrieben. Er hält sich von allen theoretischen und ästhetischen Betrachtungen fern, so daß man immer und immer wieder den Praktiker merkt, der das, was er gesehen hat, seinen Lesern mitteilt. Sorgfältig scheidet er das Wichtige von dem Unwesentlichen, ohne aber die außereuropäischen Hautkrankheiten ganz außer Acht zu lassen, da ja diese bei dem internationalen Verkehr auch bisweilen den heimischen zu Gesicht kommen. Die Bilder sind charakteristisch und gewählt, so daß der Leitfaden seinen Freunden ein guter und zuverlässiger Führer sein wird. Bab.

Dr. med. Vetterer: **Internationale Radiotherapie**. Bd. III. 1927/28. — Von dem verdienstvollen, auf internationaler Zusammenarbeit namhafter Gelehrter und Praktiker beruhenden Werk ist der dritte Band erschienen. In der neuen Anordnung des Materials durch den Herausgeber wurde die reichhaltige Literatur bewahrt, Stichproben überzeugen, daß danken der Autoren dem Leser tatsächlich klar und geistig übermittelbar werden. Der Band ist in 12 Kapitel gegliedert: Physikalisch-Technisches, Strahlentherapie und verwandte Methoden, Die biologischen Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlung, Des Lichtes und verwandter Agentien, Dermatologie, Onkologie, Maligne Tumoren, Tuberkulose, Innere Medizin, Zahn- und Geschlechtskrankheiten, Stomatologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Auge, Die Röntgentherapie bei Entzündungen. Der dritte Teil des Buches enthält die Festgaben zum 60. Geburtstag des Herausgebers sowie 35 Übersichtsarbeiten aus den verschiedenen Gebieten der Strahlenheilkunde. Da hierbei vielfach führende Forscher zu Worte kommen, gewinnt das Werk auch für die Strahlentherapeuten großes Interesse, welche nicht in der Lage sind, fremdländischen Anschauungen auf Kongressen und in der Literatur kennen zu lernen.

Dr. med. Vetterer hat durch die Herausgabe seiner Internationalen Radiotherapie nicht nur das Ansehen der deutschen Strahlenheilkunde gestärkt, sondern auch in seiner Weise den Friedenswillen der Welt zu offenbaren. J. Kottmaier, Mainz.

Dr. H. P. von Kerckhoff: **Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris und ihrer Behandlung**. S. Hirzel, Leipzig 1929. — Kerckhoff kommt durch interessante Untersuchungen auf den Gebieten der Histologie, Histochemie und Immunbiologie zu neuen Erkenntnissen über das Psoriasisproblem, die uns seiner Meinung nach näher zu bringen scheinen. Er zeigt, daß infolge von Störungen des Oxydationsvorganges in den Zellen des Stratum

germinativum und spinosum die Pigmentbildung nicht vollkommen vor sich geht und eine Anhäufung von lipoiden Stoffen — den Mutterstoffen des Präpigments — statthat. Diese konstante Vermehrung lipoider Stoffe führt auch eine Vermehrung lipoider Stoffe im Blut herbei (Cholesterin), die von Pulay in seinen Stoffwechselversuchen bei Psoriasis nachgewiesen wurde, und die die Möglichkeit der Herstellung einer Komplementbildungsreaktion gibt, die analog der Wassermannreaktion ausgeführt werden kann. Kerckhoff sieht also in der Psoriasis eine Krankheit, die durch Lichtlinderung verursacht wird. Therapeutisch folgt daraus, den Psoriasiskranken möglichst viel Licht zukommen zu lassen und die Kräfte der Oxydase zu stärken, was bisher unbewußt durch Chrysarolin oder Cignolin versucht wurde. Besser und angenehmer läßt sich die Stärkung der Oxydase durch in den Körper eingebrachte Manganverbindungen ermöglichen. Kerckhoff verwendet Collosol manganese (Crooks), das nach dem Schema von Moore intrakutan verabfolgt wird; zuerst $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{4}$ ccm wöchentlich, dann etwa 1 ccm. Gleichzeitig wird Ungt. Hebra oder Ungt. Hydr. praec. alb. 10% verabfolgt. Die mitgeteilten Erfolge sind zwar noch nicht ideal, aber als recht günstig zu betrachten. An diesem Werk mit seinen neuen und geistreichen Gedanken wird keiner, der sich mit dem Psoriasisproblem befaßt, vorübergehen können. Bab.

Dr. E. Graetzer, Berlin-Friedenau: **Führer durch die internationale Kasuistik**. Verlag Gustav Fischer, Jena. Bd. I. Heft 1. 1928/29. — Brosch. 2,50 RM. — Der Zweck dieser Sammlung soll sein, dem nicht auf eine große eigene Erfahrung gestützten Arzt atypische Krankheitsbilder näher zu bringen und dem Wissenschaftler ein Nachschlagen der Kasuistik bestimmter Gebiete zu erleichtern. Trotzdem ist es von vornherein erstens nur ein unvollkommenes, und dem praktischen therapeutischen Handeln nur ein ganz beschränkt dienendes Unternehmen, zweitens wird das Nachschlagen des Originals durch die Art des Referates bewußt nicht überflüssig gemacht, und drittens kann sich Referent nicht vorstellen, daß das Buch in die Bibliothek einer größeren Anzahl von Ärzten seinen Einzug halten wird. Es ist ein unvollkommenes, praktisches Lehrwerk entbehrendes, wissenschaftlich aber ein vollkommenes Unternehmen. Arnold Hirsch, Berlin.

Reinhard Planer: **Therapeutisches Taschenbuch**. Einführung in die homöopathische Therapie. Verlag Dr. Willmar Schwabe, Leipzig. — Das Werk enthält den in der jüngsten Zeit erschienenen Teil über die Colléo-Präparate der Schwabe, vereinigt mit einer Darstellung der übrigen wesentlichen homöopathischen Medikamente. Nach einer ganz kurzen Einführung in die Homöopathie werden die einzelnen Arzneimittel abgehandelt, indem zuerst die Allgemeinindikationen und die Leitsymptome stichwortmäßig umrissen sind und dann gegenüber gestellt die Organsymptome mit den jeweils koordinierten Diagnosen. Durch diese Art der Darstellung wird nicht nur dem Anfänger in der Homöopathie das Arbeiten sehr erleichtert, sondern auch der schon weiter Fortgeschrittene wird noch Anregungen finden. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß diese Darstellungsart eine Gefahr der Verflachung der Homöopathie in sich birgt, da zu leicht die wirklich feine Arzneimitteldiagnose unterlassen wird. Dermittel.

Schnirer, M. T.: **Medizinalindex und therapeutisches Vademecum**. (31. August 1929, Leipzig und Wien, Franz Deutscher, Pr. geb. 4,40 M.) Die vorliegende Ausgabe des rühmlichst bekannten Buches weist mehrfache Änderungen an Inhalt und Ausstattung auf. Eine Reihe von Krankheitsbildern wurden neu dazu aufgenommen, sämtliche gynäkologischen Artikel wurden von F. V. Mikulicz-Radecki (Berlin) neu bearbeitet und durch einen instruktiven Absatz über „falsche Diagnosen“ bereichert. Dem Arzneimittelverzeichnis wurden mehr als 40 neue Präparate zugefügt, wobei die zur Kassenpraxis zugelassenen besonders gekennzeichnet wurden. Die Kapitel „Diätetik“ und „Therapeutische Technik“ sind erweitert worden; neu aufgenommen wurden im Abschnitt „Chemie und Mikroskopie am Krankenbett“ die Nierenfunktionsprüfung und die Unterscheidung von Exsudaten und Transsudaten. Eine ganz neue Rubrik „Neue Fachausdrücke“ kommt einem mehrfach geäußerten Wunsche getreuer Leser entgegen. Leider haben diese Neuerungen rein äußerlich einen Uebelstand hervorgerufen: damit der Taschenbuchcharakter des Werkes gewahrt blieb — wozu Dünndruckpapier und geschickte Anordnung allem nicht ausreichen — ist ein Teil des Stoffes in ein besonderes Beiheft verlegt worden, eine Lösung, die mir nicht ganz glücklich scheint. Lieber hätte man m. E. auf die Kalenderblätter am Ende des Bandes verzichten mögen als auf die Unstabilität des broschierten Beiheftes, das sich bei öfterem Gebrauch sicher sehr rasch abnutzt. Held.

ULTRA-RAYOR I

Elektrophysikalischer Bestrahlungsapparat beseitigt akuten Schnupfen auch in schwerster Form in wenigen Minuten. Glänzend bewährt bei Stirn- und Nebenhöhlenverletzungen, chronischem Katarrh, Asthmaanfällen etc. Besonders empfehlenswert bei Otitis. **Preis Mk. 7.50**

ULTRA-RAYOR II

gegen Heufieber und Heuschnupfen. Eine neue Hellmethode mit glänzenden Resultaten, äußerst angenehm und einfach in der Anwendung und ohne jede schädliche Nachwirkung. **Preis Mk. 15.-**

Beide Apparate sind klein, handlich, können stets in der Tasche mitgeführt und an jede Taschenlampenbatterie angeschlossen werden. Unschätzbare Hilfsmittel für den prakt. Arzt. * Für Aerzte Spezialpreise. — Verlangen Sie bitte Literatur!

ULTRA-RAYOR-Ges., Berlin W8, Mauerstr. 83

COFFEIN

wirkt schon in mittelgroßer Dosis steigernd auf die Körperwärme. Deshalb bei fieberhaften Zuständen als Labungsgetränk

KAFFEE HAG**OXYLAX**

Hauptbestandteile Tub. Jalapae, Phenolphthalein

RADIKALMITTEL

gegen

Oxyuriasis

Ausgearbeitet unter Leitung von Prof. Dr. von Drigalski

OXYLAX-LABORATORIUM, HALLE A. S.

Das Hilfsmittel des Arztes
bestes u. billigstes

EXPECTORANS

u. REORGANISATIONS-PRÄPARAT

JUNICOSAN

zur Kassenverordnung zugelassen

In allen Apotheken Deutschlands u. General-Depots in:
WIEN · PRAG · BRÜNN · BASEL · AMSTERDAM · LONDON ·
MEXICO · BUENOS AIRES u. KALKUTTA erhältlich
unter Mitarbeit der Ärzte geschaffen
und dauernd kontrolliert

Probe und Literatur
für Ärzte kostenfrei!

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH 75 (Thür. Wald)

Fabrik pharmaz.-chem. Präparate

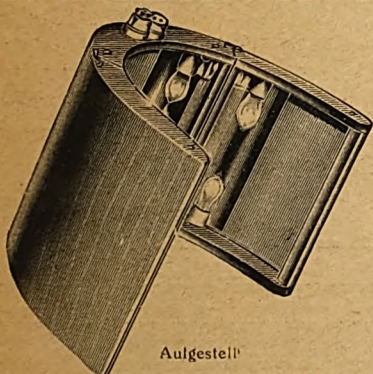
Wilhelm Krahl, Berlin NW 28, Schiffbauerdamm 8

**Alleinverkauf der zusammenlegbaren
Heißluft-Apparate u. elektr. Lichtbäder**

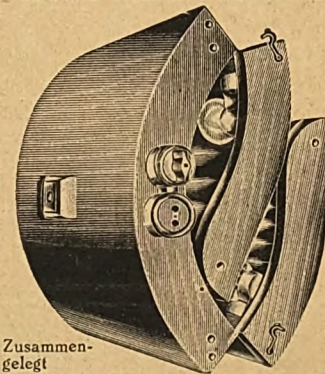
nach **San.-Rat Dr. Hennig**

Vorzüge: Äußerst stabile Konstruktion
Unbedingte Zuverlässigkeit — Wenig
Raum beanspruchend — Leicht transportabel — Intensive Licht- bzw. Wärmewirkung — Günstige Preise

**Verlangen Sie kostenlose Übersendung
meines ausführlichen Spezialprospektes A**



Aufgestellt



Zusammengelegt

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acetico-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung, Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien

Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
Rudolstadt.

KURSE UND KONGRESSE.

- * April 1929: Internationaler Kongreß für psychische Hygiene, Washington.
- Frühjahr 1929: Aerztliche Fortbildungskurse in Wiesbaden.
- * Frühjahr 1929: Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, Nürnberg.
- * 3. bis 6. April 1929: 4. Tagung der Ständigen internationalen Kommission für Gewerbekrankheiten, Lyon.
- * 5. bis 8. August 1930: Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Coffetylin.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Chemischen Fabrik von Heyden bei, in dem auf das bekannte schmerzstillende Einreibungsmittel Salit und das zuverlässige Analgetikum Coffetylin hingewiesen wird. Gleichzeitig wird angegeben, bei welchen Krankenkassen-Verbänden diese beiden Präparate zur Verordnung zugelassen sind. Wir bitten um freundliche Beachtung dieser Beilage, der eine Karte zur Anforderung von Aertemustern beigelegt ist.

Languinal

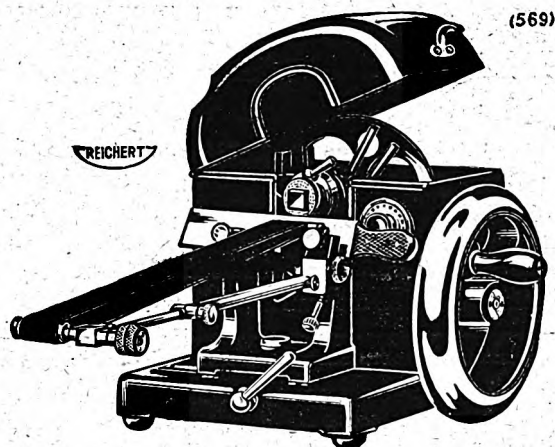
(Kombination mit Arsen — jede Pille enthält 0.0006 Arsen — Chinin, Guajacol, Lecithin, Jod und Kreoso usw.) Seit Jahrzehnten vorzüglich bewährtes Präparat gegen

Anämie und Chlorose und verwandte Krankheiten
Seine Wirkung beruht auf dem Osmose bedingenden hohen Gehalt an Blutsalzen.

Literatur und Proben kostenlos.

Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

REICHERT

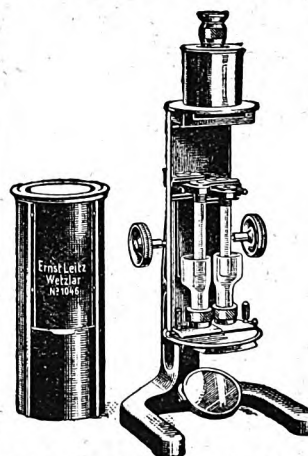


**MIKROSKOPE UND MIKROTOME
NEBENAPPARATE
WIEN VIII/2**

Leitz Kolorimeter

für die chemische Untersuchung von Blut, Harn, Liquor cerebrospinalis und anderen Körperflüssigkeiten sowie Organteilen

Hohe Präzision in der mechanischen und optischen Ausführung



Einrichtung für Messungen bei Tageslicht und künstlichen Lichtquellen

★
Verlangen Sie zur Erleichterung der Auswahl eines Kolorimeters unter fünf verschiedenen Stativen unsere ausführlichen Druckschriften Nr. 2587

Ernst Leitz, Wetzlar

Kolorimeter nach Dubosq für 50 mm Schichthöhe

Unsere verehrten Leser

werden dringend gebeten, bei Anfragen an inserierende Firmen auf unser Blatt

„Fortschritte der Medizin“

freundlichst Bezug zu nehmen. Dadurch werden wir in unserem Bestreben, allen deutschsprechenden Medizinern auf dem europäischen Kontinent ein gutes Fachblatt zur Verfügung zu stellen, wirkungsvoll unterstützt.

Der Verlag.

Die Schriftleitung.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

LIBRARY
RECEIVED

MAY 23 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pf. Bestenfalls kann der Bezug auch durch direkte Bezahlung an den Verlag unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

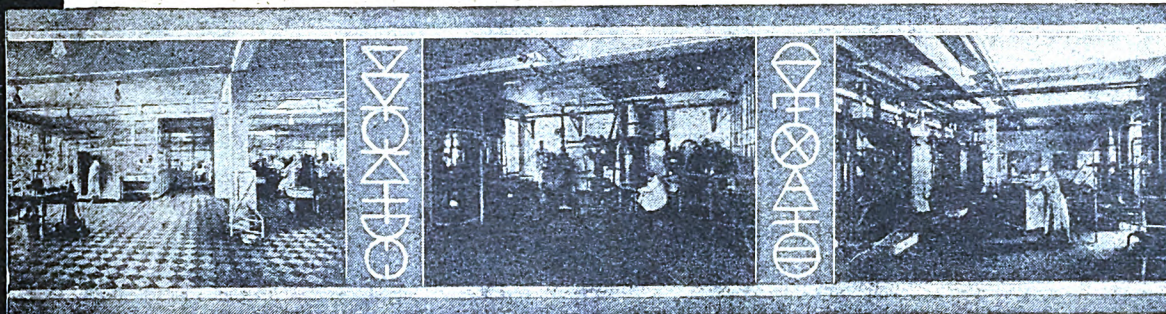
Jugoslawien 30.— Dinar
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Słoty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 9

BERLIN, DEN 3. MAI 1929

47. JAHRGANG



Philonin

Heil- und Wundsalbe

Beschleunigte Epithelisierung

durch

bestrahltes Cholesterin

KASSENÜBLICH

Originaltube mit ca. 35 g Inhalt
Klinikpackung mit ca. 250 g Inhalt



Literatur und Proben zur Verfügung der Herren Ärzte

Chemische Fabrik Promonta G. m. b. H. ♦ Hamburg 26

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekoneszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurftaubenschleßstand, Autogesellschaftsfahrten.

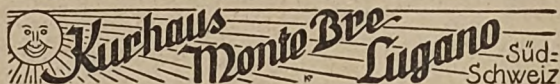
BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen



Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skrofulose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz, 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20 - (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis. Hausarzt: **Dr. Hartmann.**



Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel „DER KURHOF“

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. F. Wigger.**

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebel-freies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt

Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Lehrbuch der Unfallbegutachtung der inn. u. Nervenkrankheiten

Für Studierende und Ärzte. Von Prof. Dr. R. Finkelnburg. 1920. Gr.-Oktav. XXI, 544 Seiten. M. 13.60, geb. 15.60.

„Wir finden eine ausgiebige übersichtliche Darstellung der Verletzungen und Erkrankungen innerer Organe durch Unfälle. Der Entstehungsweise, der Symptomatologie, Prognose und Rentenabschätzung sind erschöpfende und lehrreiche Aufsätze gewidmet.“

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen Prospekt kostenlos.



A. Marcus & E. Weber's Verlag, Berlin W 10
Genthiner Straße 38

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
..... 1000 Meter

für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

Bad Frelenwalde a. O.
Sanatorium für Nervenkrankheiten.
Dr. E. Zenker, Nervenarzt.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

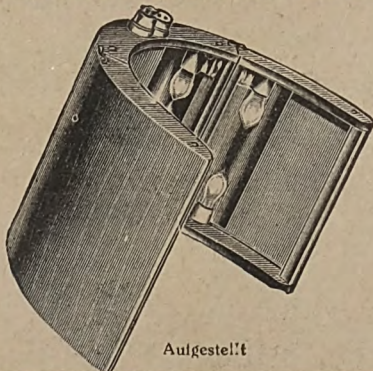
Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — Diätkuren — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

KURHAUS SEMMERING

Physikalisch-diätetische Höhenkuranstalt. 1000 Meter über dem Meere. 2 Stunden Bahnfahrt von Wien. Alle modernen Kurbehelfe. **Chefarzt: Med.-Rat Dr. Franz Hansy.** Frühjahr und Herbst ermäßigte Preise. Alles Nähere durch die Prospekte.

Wilhelm Krahel, Berlin NW 28, Schiffbauerdamm 8



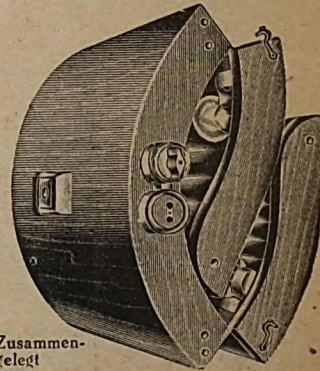
Aufgestellt

Alleinverkauf der zusammenlegbaren Heißblut-Apparate u. elektr. Lichtbäder

nach **San.-Rat Dr. Hennig**

Vorzüge: Äußerst stabile Konstruktion
Unbedingte Zuverlässigkeit — Wenig Raum beanspruchend — Leicht transportabel — Intensive Licht- bzw. Wärmewirkung — Günstige Preise

Verlangen Sie kostenlose Übersendung meines ausführlichen Spezialprospektes A



Zusammengelegt

Kriegstagebuch eines Arztes:
Vielfach
hervorragend besprochen!

Als Arzt in Mazedonien 1916/18

von Dr. Schede, mit vielen Bildern und Karten. Verlag Hornickel, Nordhausen. 4.50 M

Ein sozialhygienischer Uebelstand:

Die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ schrieb in Nr. 7, Jahrg. 47. (S. 196):

„Nach Mitteilung der Tagespresse haben die Geschlechtskrankheiten bei Kindern im Alter unter 14 Jahren in erschreckender Weise zugenommen. Das gehäufte Vorkommen von gonorrhoeischen Scheidenkatarrhen bei Schulmädchen ist längst festgestellt (vgl. diese Wochenschrift 1920, Nr. 27, S. 746) und hat dem Ministerium für Volkswohlfahrt Veranlassung zu einem Erlaß zur Bekämpfung gegeben.“

Neuerliche Feststellungen über die Geschlechtskrankheiten von Jugendlichen zeigen, daß eine Besserung dieser Verhältnisse noch nicht eingetreten ist.

und seine Bekämpfung:

„Wer die Behandlungsschwierigkeiten und die Langwierigkeit gerade der Gonorrhoeen bei kleinen Kindern in der bisher üblichen Weise kennt, muß erlöst sein, in den Spuman-Styli ein geradezu technisch ideales Mittel zu haben, das auch von den Eltern leicht appliziert werden kann, wenn ihnen in der Sprechstunde gezeigt wird, wie das Spuman-Stäbchen eingeführt werden muß. Der Vorteil besteht bei der Abwehrbewegung des Kindes in der sehr leichten Einführbarkeit und der automatischen Gasdruckausbreitung des Heilkörperschaumes in der engen Vagina und der hierdurch wie durch kein anderes Mittel gewährleisteten Schleimhautkontaktwirkung, wodurch das Mittel auch in der Hand ungeschickter Eltern oder Pflegepersonals seine Wirkung ausüben muß.“

(Caesar, Mediz. Klinik 1916, Nr. 45.)

Spuman-Antigonorrhoeica:

Spuman cum Protargol (2%)
Spuman cum Arg. nitric. (0,15%)
Spuman cum Zinc. sulfur. (2%)
Vaginal-Styli für Kinder zu 0,5 u. 0,2 gr.

Zur Kassenpraxis zugelassen!

„Mag es sich bei kindlichen Vulvovaginitiden um gonorrhoeische Infektionen oder um nicht spezifische Katarrhe handeln, jede andere Behandlung wird durch das Spuman-Verfahren in den Hintergrund gedrängt. In der Gynäkologie des Kindes besitzen wir eigentlich kein besseres Hilfsmittel.“

(Birnbaum, Gynäkolog. Rundschau 1916, Nr. 19 u. 20.)

Proben und Literatur auf Wunsch.

LUITPOLD-WERK, Chemisch-pharmazeutische Fabrik, MÜNCHEN

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

INHALT DES HEFTES

Originalien:

Dr. G. I. Katz: Ueber die Rolle des Adrenalins, des Insulins und des Glykogenzuckers im Mechanismus der Angina-pectoris-Anfälle	303
Dr. Kurt Heymann: Prophylaxe und Therapie mit Vakzinen	306
Medizinisch-rechtlicher Teil:	
Dr. J. Frankfurter: Das Steuervereinheitlichungsgesetz und die Arztpraxis	308
Leerkasten des medizinisch-rechtlichen Teils:	309
Literaturangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	309
Referate nach Fachgebieten:	
Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte	316
Augenheilkunde	316
Bakteriologie und Serologie	317
Chirurgie und Orthopädie	318
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	320
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	323
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	324
Hygiene	326
Infektionskrankheiten	326

Innere Medizin, Tuberkulose	327
Kinderheilkunde	332
Mund- und Kiefererkrankungen	333
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ..	334
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	336
Psychiatrie und Nervenheilkunde	339
Psychologie und Psychopathologie	341
Soziale und gerichtliche Medizin	342
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	342
Arbeiten über pharmazeutische Präparate:	
Dr. Friedländer: Detoxin zur Behandlung von infektiösen Erkrankungen	343
Dr. P. M. Suski: Ueber die Beeinflussung des Blutbildes durch das aktive Eisenoxyd „Siderac“	344
Dr. med. Hans Hirsch: Erfahrungen mit Lipolysin „Henning“	346
Primarius Dr. Oskar Löwinger: Behandlung von Grippediarrhöen mit einer Silberkohle- und Chlorsilber-Kieselsäure-Gel-Kombination „Adsorgan-Heyden“	346



MAGGI'S Würste
regt auch den Appetit an

Wenige Tropfen
- den Speisen zugefügt -
genügen

Sie **ersparen** weitgehend **Opium** und **Morphium** durch

Ditonal

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen
günstig beeinflussend.
Rektale Anwendung.

INDICATIONEN:

Schmerzhaftes Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben durch **ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN**

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 9

BERLIN, DEN 3. MAI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Aus der Zentralen Staatsklinik in Odessa.

Ueber die Rolle des Adrenalins, des Insulins und des Glykogenzuckers im Mechanismus der Angina-pectoris-Anfälle.

Von Dr. G. J. KATZ.

Seit Heberden (1768) sind über 100 Theorien der Entstehung der Angina-pectoris-Anfälle vorgeschlagen worden. Doch erkennt die weitäus überwiegende Mehrzahl der Autoren, daß diesen Anfällen ein Krampf der Koronargefäße des Herzens, manchmal auch des Herzmuskels selbst zugrunde liegt. Meinungsverschiedenheiten bestehen nur über die Frage, welches ursächliche Moment diesen spastischen Zustand der Vasa coronaria bzw. des Myokards auslöst.

Im Rahmen dieses Artikels ist es mir leider ganz unmöglich, auf die Einzelheiten der in jüngster Zeit veröffentlichten Theorien von Schaposchnikoff (Bildung eines sympathikotropen Hormons während des Angina-pectoris-Anfalles), von Deutsch (Phasen gesteigerter Tätigkeit und Ruhephasen, die miteinander abwechseln), von Danielopolu (Vergiftung des Myokards mit Ermüdungsprodukten), von L. Dmitrenko (vegetativer, emotioneller, schmerzhafter Symptomenkomplex mit vorwiegender Mitbeteiligung des Nervus sympathicus, als Folge der Gleichgewichtsstörung des vago-sympathischen Systems), von J. S. Schwarzmänn (primäre Erkrankung der Skelettmuskulatur im Sinne einer Störung der hormonbildenden Funktion) einzugehen. Ich will mich daher nur darauf beschränken, die Mitteilungen von Hetényi und von Strauß etwas ausführlicher zu besprechen, die diesen rätselhaften, als Angina pectoris bezeichneten Symptomenkomplex in helleres Licht setzen.

Hetényi veröffentlichte zwei Fälle von Diabetes und Kardiosklerose, bei denen im Anschluß an Einspritzungen geringer Insulinmengen jedesmal Angina-pectoris-Anfälle auftraten, die aber regelmäßig ausblieben, wenn er den Kranken gleichzeitig mit den Insulininjektionen Zucker verabreichte.

Von dieser Beobachtung ausgehend, glaubte Hetényi eine Verschlechterung bzw. ein Aufhören der Zuckerversorgung des Herzmuskels als Ursache der Angina-pectoris-Anfälle bei den von ihm geschilderten Fällen ansprechen zu dürfen. Es wäre aber auch nicht unmöglich, wie dieser Autor meint, daß das Insulin an und für sich direkt die Koronargefäße des Herzens oder den Herzmuskel selbst spastisch beeinflusst.

Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt Hetényi zu folgenden Schlüssen:

1. Bei Diabetes paßt sich das Herz an großen, im Blut zirkulierenden Zuckermengen an.
2. Indem das Insulin die Glykämie herabsetzt, entzieht es dem Herzmuskel den Zucker, wodurch das Zustandekommen des Krampfes der Koronararterien oder des Herzmuskels selbst begünstigt wird.
3. Bei Insulineinspritzungen ist eine gleichzeitige Zuckerzufuhr erforderlich, um der Entstehung des Spasmus vorzubeugen.

H. Strauß veröffentlichte (fast gleichzeitig mit Hetényi) seine Mitteilung über vier Diabetesfälle, in denen es ihm gelungen war, die im komatösen bzw. präkomatösen Zustand sich befindlichen Kranken durch Insulineinspritzungen am Leben zu erhalten; alle diese Kranken gingen aber kurz nachher an Insuffizienz des Herzmuskels zugrunde. Dieser Autor meint daher, daß kein Grund vorliege, eine direkte schädliche Wirkung des Insulins auf den Herzmuskel anzunehmen; es sei eher daran zu denken, daß die Stoffwechselanomalie

bei Diabetikern die eigentliche Ursache für die Herzschwächung abgeben könne.

Der dank der Insulintherapie bedeutend niedriger gewordene Prozentsatz der Sterblichkeit an Koma diabeticum soll nach Strauß durch den bei Diabetikern höher gewordenen Prozentsatz der Sterblichkeit an Kardioinsuffizienz aufgewogen werden.

Was die Frage nach dem Zuckergehalt im Blute der Herzkranken anbelangt, so zeigte Chasanoff, daß bei Kardiosklerotikern die Zuckermenge im Blute der Norm entspricht, dagegen bei Kranken mit Herzfehlern herabgesetzt erscheint, wobei je schwerer das Vitium, desto beträchtlicher die Hypoglykämie.

Chasanoff stellte zehn Versuche mit Zuckerbelastung nach Staubbán, wobei die Zuckerausscheidungskurve in allen Fällen verlängert und die Gesamtdauer auffallend vergrößert war.

Die bei Verschlimmerung der Herztätigkeit auftretende Hypoglykämie übt ihrerseits eine depressive Wirkung auf die Funktion des Herzmuskels aus.

Aus den Ergebnissen seiner Versuche zieht Chasanoff den Schluß, daß die Glukose einen Nährstoff für den Herzmuskel darstellt und daß die Abschwächung der Herzmuskelkraft und die Kompensationsstörung in engem Zusammenhang mit den Veränderungen der physikalisch-chemischen Eigenschaften des glukosearm gewordenen Blutes stehen.

Bündigen stellt die Behauptung auf, daß Zucker sich im Herzmuskel in Form von Glykogen ablagert. Führen wir also dem Herzen Zucker von außen her zu, so wird dadurch die funktionelle Fähigkeit des Herzmuskels, dem der Zucker als Nährstoff dient, gesteigert.

Derselbe Autor hebt hervor, daß intravenöse Infusionen konzentrierter Glukoselösungen osmotische Erscheinungen in den Geweben und Veränderungen in der Blutverteilung herbeiführen, Faktoren, die einen äußerst günstigen Einfluß auf Herzkrankheiten ausüben.

Wiechels konstatiert die Tatsache, daß der Blutdruck unter dem Einfluß intravenöser Traubenzuckereinspritzungen stark herabgesetzt wird, und weist darauf hin, daß die therapeutische Wirkung des Traubenzuckers vom vegetativen Nervensystem, der Mechanismus der Wirkung dagegen von den Veränderungen der kolloidalen Beschaffenheit des Blutes abhängt.

Auf Grund einer langen Reihe von Arbeiten kommt Hirschfeld zur Ueberzeugung, daß die Koronararterien eine selbständige vasomotorische Innervation besitzen und sich nicht nur unter dem Einfluß des Nervensystems durch lokale Reizung, sondern auch durch die Einwirkung von Stoffwechselprodukten erweitern und verengern können.

Wie ist die bekannte Tatsache zu erklären, daß Angina-pectoris-Anfälle nach einigen kräftigen körperlichen Anstrengungen bisweilen aufhören?

Viele Autoren weisen darauf hin, daß die in das Blut gelangende Adrenalinmenge bei Muskelanstrengungen zunimmt. Das im Blute zirkulierende Adrenalin befreit die Leber und die Muskeln vom Glykogen, das es in Glukose verwandelt, wodurch Glykämie, mitunter auch Glykosurie entsteht. Die Zuckermenge im Blut nimmt während 15 Minuten rasch zu, und der Zuckerüberschuß verschwindet nachher innerhalb einer Stunde, was mit den klinischen Beobachtungen Schwarzmänn's gänzlich zusammenfällt.

Wird, wie Schwarzmänn gezeigt hat, Individuen, bei denen Muskelspannungen eine Dämpfung der Herztöne (bzw. eine Verringerung der Amplitude der Herzkontraktionen) bewirken, bei Hypotonie des Herzmuskels 0,001 Adrenalin subkutan injiziert, so bleibt

die erwähnte Dämpfung in den meisten Fällen eine Stunde lang aus. Es folgt daraus, daß das Adrenalin imstande ist, die Neigung des Herzmuskels während der Phase der Anspannung der Skelettmuskulatur in einen spastischen Zustand überzugehen, innerhalb einer Stunde zu unterdrücken, oder mit anderen Worten, daß, so lange bis im Blut ein durch Einwirkung von Adrenalin auf Glykogen entstandener Zuckerüberschuß kreist, bis dahin jeder Krampf ausbleibt (Katz). Das Vorhandensein dieses Zuckerüberschusses im Blute genügt folglich, um den spastischen Zustand fernzuhalten; ist derselbe bereits eingetreten, so verschwindet er rasch unter dem Einfluß des in die Blutbahn eingeführten Adrenalins, d. h. im Anschluß an kräftige physische Anstrengungen.

Das im Blut zirkulierende Adrenalin mobilisiert das Glykogen, das es in Glukose überführt, um nachher, von der Leber und den Muskeln zerstört, aus dem Blut zu verschwinden.

Eine ganze Reihe experimenteller und klinischer Beobachtungen tat dar, daß Adrenalin und Insulin als Antagonisten anzusehen sind.

Herter zeigte, daß intravenöse Adrenalineinspritzungen Glykosurie herbeiführen, die als Folge der Adrenalineinwirkung auf das Pankreas auftritt.

Lépin, der nach Pankreasextirpation Adrenalin injizierte, bekam ebenfalls Glykosurie, aber in kürzerer Zeit als Herter.

Dadurch wurde die verschiedene Entstehung des Mechanismus der Glykosurie bei Adrenalineinspritzungen dargetan.

Zuelzer stellte fest, daß die Adrenalglykosurie ausbleibt, wenn gleichzeitig mit Adrenalin auch Insulin zugeführt wird, wobei die die Glykämie herabsetzende Insulinwirkung durch den die Glykämie fördernden Adrenalineffekt aufgehoben wird.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so gelangen wir zum Schluß, daß kräftige Muskelspannungen den Uebertritt des Adrenalins ins Blut und die Umwandlung des Glykogens in Zucker begünstigen — Momente, die ihrerseits den Spasmus der Koronararterien, d. h. den Angina-pectoris-Anfall, unterdrücken.

Was das Glykogen betrifft, so kommt es fast allenthalben im Tierkörper vor; in größerer Menge wird es hauptsächlich in der Leber und den Muskeln gefunden. Diese Organe sind also als Hauptdepots des Glykogens im Körper zu betrachten.

Die in der Leber und den Muskeln zum Ansatz kommende Glykogenmenge stellt eine für jeden Organismus bestimmte Größe dar. Kohlehydrate, die beim Stoffwechsel unverbraucht bleiben, komplettieren zunächst die vorhandenen Glykogenvorräte, worauf der Rest der Kohlehydrate in Fett umgewandelt wird, das sich, im Gegensatz zum Glykogen, in fast unbeschränkter Menge im Organismus ansetzen kann (Schur und Löw).

Die Menge des Muskelglykogens beträgt etwa $\frac{1}{2}\%$ (im nüchternen Zustand) bis 1% (nach Nahrungszufuhr); in größeren Mengen häuft sich das Glykogen hauptsächlich in der Leber und den Muskeln während der Verdauung an, im Hunger verschwindet es fast gänzlich; es nimmt unter dem Einfluß körperlicher Anstrengungen ab und kann bei Tieren bei künstlichen, durch Strychnin erzeugten Krampfzuständen vollständig schwinden (Landois).

Das Glykogen wird in der Muskelsubstanz selbst gebildet, jedoch nur bei normalem Blutkreislauf.

Der Herzmuskel hält seine Glykogenmenge fest, allerdings fester, als die Skelettmuskulatur und die Leber dies tun. Beim Hungern nimmt die Menge des Herzmuskelglykogens ab, beim Abkühlen bleibt sie unverändert, beim Ueberhitzen erfährt sie eine starke Abnahme (Haberlandt).

Wie ist nun die Tatsache zu erklären, daß physisch arbeitende Individuen verhältnismäßig selten von der Angina pectoris befallen werden?

Vom Standpunkte der oben angeführten Beobachtungen und Erwägungen aus wäre wohl anzunehmen, daß ständige physische Arbeit den Uebertritt des Adrenalins in die Blutbahn fördert. Letzteres mobilisiert die Glykogenvorräte im Organismus und wandelt das Glykogen in Zucker um, wodurch eine Glykämie entsteht, die den spastischen Zustand der Koronararterien beseitigt.

Die chemische Natur des Insulins ist noch nicht ganz aufgeklärt. Während einige Autoren dasselbe als Produkt der Bauchspeicheldrüse allein aufzufassen geneigt sind, vertreten andere die Ansicht, daß das Insulin von sämtlichen am Zuckerstoffwechsel beteiligten Geweben abgesondert wird.

Einigen Forschern gelang es, Insulin aus der Kropf-, Unterkiefer- und Schilddrüse; ferner aus Leber und Milz, aus Gemüsen und Hefe zu gewinnen.

Als Antagonist des Adrenalins vermehrt das Insulin die Menge des in der Leber und den Muskeln enthaltenen Glykogens, gibt dem Organismus die Fähigkeit wieder, Glykogen zu erzeugen und begünstigt einerseits die Verbrennung des Zuckers, andererseits dessen Ablagerung im Fettgewebe. Das Insulin wirkt nicht nur auf Glukose ein, sondern erzeugt auch tiefgreifende Erschütterungen im Stoffwechsel der Stickstoffverbindungen, der Fette und der Lipide.

Man sei auch des Thyreoidins eingedenk, das neben dem Adrenalin einen Antagonisten des Insulins darstellt.

Rosenberg wies darauf hin: 1. daß bei Basedowkranken die Zuckermenge im Blut im nüchternen Zustande oft vermehrt ist; 2. daß bei der spontanen Basedowschen Krankheit und bei der künstlichen, durch Thyreoidingaben hervorgerufenen Thyreotoxikose das Insulin keinen wesentlichen Einfluß ausübt, weil seine Wirkung durch das Vorhandensein größerer oder kleinerer Mengen seines Antagonisten — des Thyreoidins — aufgehoben wird; 3. daß dieser Antagonist, der besonders beim echten pankreatischen Diabetes zum Vorschein kommt, befähigt ist, das Aufflackern einer durch Insulin oder Diät bereits beseitigten Glykosurie zu veranlassen. Unter Insulinbehandlung verschwindet diese Glykosurie wieder, tritt dann nach Aussetzen des Insulins wieder auf und schwindet endgültig nach Beseitigung des Thyreoidins.

Dank der Arbeit Wilders wird das Vorhandensein des sogenannten Hyperinsulinismus in manchen Fällen begreiflich. So zeigte dieser Autor, daß der Hyperinsulinismus in einigen Fällen durch das Anschwellen der Langerhansschen Inseln infolge metastatischer Geschwülste bedingt war und daß eine systematische Einverleibung von Zucker dem Auftreten hypoglykämischer Krämpfe in solchen Fällen dauernd vorzubeugen vermochte.

Die sehr interessante Arbeit von Wadi gewährt uns einen Einblick in die Wechselbeziehungen zwischen Insulin und Adrenalin bei der im Verlauf der Addisonischen Krankheit auftretenden Hypoglykämie.

Wadi macht darauf aufmerksam, daß bei der experimentell erzeugten Nebennierenaffektion die gleichen Erscheinungen anzutreffen sind, wie bei dem von Banting geschilderten, in den ersten Tagen der Insulinbehandlung beim Menschen besonders oft auftretenden, hypoglykämischen Zustände.

Aus den Untersuchungen von Falta, Humber u. a. folgt, daß Fälle mit Nebenniereninsuffizienz gegen Insulin äußerst empfindlich sind, und daß es hier wohl möglich ist, das Auftreten eines hypoglykämischen Zustandes durch rechtzeitige Adrenalinzufuhr fernzuhalten.

Nach Wadi soll das Adrenalin als Gegenregulator des Insulins bei der Regulierung der Zuckermenge im Blute aufzufassen sein. Diese Wirkung soll auf der Mobilmachung des Leberglykogens durch das Adrenalin, und zwar so lange, bis die Glykogenvorräte noch nicht erschöpft sind, beruhen.

Von diesem Standpunkte aus betrachtet, wird uns die Tatsache begreiflich, daß der Zucker im Blut niedrige Werte aufweist. Aber auch diese niedrigen Werte schwanken in verschiedenen Grenzen, was damit zusammenhängt, daß die Untersuchungen in verschiedenen Perioden der Krankheit ausgeführt wurden.

In den meisten Fällen werden die Befunde während der Agonie erhoben; doch sind die niedrigen Werte weder von der Agonie, noch von der Kachexie abhängig.

Die letalen Fälle bei Diabetes mellitus, in denen die Insulintherapie zur Anwendung kam, sind auf die Rechnung der gestörten Korrelation in der hormonalen Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels zu setzen, wobei die stark prävalierende Insulinwirkung zu Hypoglykämie führt; die dabei auftretenden Krämpfe sind nicht als einfache Begleiterscheinung der Hypoglykämie, sondern als Folge der allgemeinen Störung des Kohlehydratstoffwechsels aufzufassen.

Wadi behauptet, daß die schweren Erscheinungen im Endstadium der Addisonischen Krankheit durch die Hypoglykämie bedingt seien; man könne sie durch intravenöse Einspritzungen von Glykose wiederholt beseitigen und auf diese Weise den letalen Ausgang auf lange Zeit hinausschieben.

Die Schwankungen der Zuckermenge im Blut und die Hypoglykämie zeugen davon, daß wir es hierbei mit einer tiefgreifenden Störung des allgemeinen Kohlehydratstoffwechsels zu tun haben.

Wadi gelangt zum Schluß, daß dem Adrenalin, außer den allgemein bekannten Eigenschaften, eine nur ihm eigene hormonale Funktion im Sinne der Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels zukommt, wobei es auf das Glykogendepot im Organismus einwirkt. Nach diesem Autor soll also der Hyperinsulinismus das pathogenetische Gegenteil des Hypoadrenalismus darstellen. Der klinische Ausdruck beider Phänomene wäre die Hypoglykämie mit all den daraus folgenden Konsequenzen. Um letztere zu beseitigen, wäre vonnöten, Kohlehydrate zuzuführen und diejenigen Bedingungen (u. a. kräftige körperliche Anstrengungen, weil bei der Addison'schen Krankheit Todesfälle im Anschluß an derartige Anstrengungen notiert wurden) fernzuhalten, die zu ihrer raschen Verbrennung beitragen.

Der Zuckergehalt des arteriellen Blutes übertrifft den des venösen um 30% (Rosenow); doch bei Kranken mit hochgradiger Adynamie fehlt dieser Unterschied im Zuckergehalt.

Barath konnte nachweisen, daß vegetative Gifte amphotrop wirken. Ca, Atropin, Pylokarpin, Eserin, Adrenalin und Insulin besitzen sämtlich — je nach der Dosierung und dem funktionellen Zustand der Organe — eine amphotrope Wirkung.

So vermag beispielsweise das in kleinsten Dosen intravenös eingeführte Adrenalin den Blutdruck zu steigern und gleichzeitig die Glykämie bis auf 20 bis 40% der ursprünglichen Glykogenmenge herabzusetzen. Auf diese Weise entsteht eine Dissoziation in der Adrenalinwirkung. Auch bei kleinen Insulingaben läßt sich zunächst eine Hypoglykämie konstatieren, die dann in eine Hyperglykämie umschlagen kann.

Diese amphotrope Wirkung gebietet uns die größte Vorsicht bei der Verwertung der bei der Analyse der funktionellen Störungen des vegetativen Nervensystems gewonnenen Daten.

Barath hebt die Tatsache hervor, daß die Neigung des Organismus zu Dezentralisation einerseits und die zahlreichen Schutzvorrichtungen der funktionierenden Organe andererseits die Analyse der vegetativen Wirkung der erwähnten Mittel sehr schwierig gestalten.

Zondeck und Uck taten dar, daß jede hormonale Wirkung zwei Phasen zeigt, und zwar beide von aktiver Natur. Dieselben Autoren zeigten auch, 1. daß bei hohen Dosen die ursprüngliche amphotrope Wirkung sich gleichsam verwischt, und 2. daß es möglich ist, die Wirkung des Hormons künstlich umzukehren. So bekamen die genannten Untersucher bei großen Kalziummengen, die sie dem Tier ins Blut einführten, eine perverse Wirkung des Insulins, d. h. eine Vermehrung des Zuckergehalts im Blute bei einer Insulindose, die gewöhnlich Hypoglykämie hervorruft.

Wie wirken Adrenalin und Insulin auf die Koronargefäße des Herzens ein?

Diese Frage steht in engem Zusammenhang mit der bis jetzt noch nicht endgültig geklärten Frage der Innervation der Vasa coronaria (Kuschnir und Romm).

Nach den Angaben Krawkows kann die Frage der Adrenalinwirkung auf die Kranzgefäße als endgültig gelöst gelten: nicht nur, daß das Adrenalin die Koronararterien nicht verengere, es erweitere sie sogar in der Mehrzahl der Fälle.

Schwarzmann hat die unfehlbare antispastische Wirkung des Adrenalins bei dem spastischen Zustande des Herzmuskels bewiesen. Er erklärt den Umstand, daß die Personen, die viel arbeiten, ziemlich selten an den Anfällen Angina pectoris leiden, damit, daß unter dem Einfluß großer Muskelanstrengungen sich bei ihnen der Eintritt des Adrenalins ins Blut vermehrt.

Was das Insulin anlangt, so stehen sich die Meinungen bezüglich seiner Wirkung noch schroff gegenüber. Einige Autoren (Staub, Kogan-Jassny, Breitmann) fassen es als vagotrop auf; andere (Simnitzky, Lande) erzielten durch Insulin eine Herabsetzung des Vagotonus bis zur Norm und eine Beseitigung der Erscheinungen der Spasmophilie, der eine große Bedeutung in der Entstehung von Schmerzsymptomen überhaupt zukommt.

Von weitgehendem Interesse sind die Beobachtungen Davids, der darauf hinwies, daß die durch Adrenalin oder Koffein hervorgerufene Hyperglykämie unter dem Einfluß von Röntgenstrahlen abnimmt, während die Insulinhypoglykämie unter der Einwirkung derselben Strahlen bis zum Auftreten von Krämpfen gesteigert werden kann.

Deicke führt einen Fall einer angiospastischen Hemiplegie mit motorischer Aphasie an, die als hypoglykämische Reaktion im Anschluß an eine Injektion von 40 Einheiten Insulin auftrat; der Anfall

wiederholte sich nach zwei Einspritzungen von je 25 Einheiten 6 Stunden nach der zweiten Injektion.

Die Versuche von Zondeck und Uck, in denen das Insulin bei Anwesenheit im Blute großer Kalziummengen nicht eine Hypoglykämie, sondern eine Hyperglykämie ergab, haben wir bereits oben besprochen.

Es ist wohl möglich, daß bei Anwesenheit im Blute reichlicher Mengen der Antagonisten des Ca — des K und des Cholins — das Insulin im umgekehrten Sinne wirken würde, und zwar so, daß der Organismus gegen minimale Insulinmengen sehr empfindlich werden und ein hypoglykämischer Zustand mit den entsprechenden Konsequenzen resultieren würde (Katz).

Dieser Gedanke findet seine Bestätigung:

1. in den klinischen Beobachtungen von Danielopolu und Maxim über die Veränderungen des K-, Ca- und Cholingehalts im Blute im Verlauf von Angina-pectoris-Anfällen. Diese Forscher zeigten, daß die K- und Cholinmenge während des Anfalls zunimmt, um nach einer halben Stunde rasch zu verschwinden; der Kalziumgehalt erfährt nur dicht am Ende des Anfalls eine geringe Zunahme;
2. in den Untersuchungen von Müller, Petersen, Kogan-Jassny und anderer Autoren, welche ergaben, daß die Abschwächung des Tonus des sympathischen Nervensystems Hypervagotonie mit Hypokalziämie, verminderte Adrenalin- und Thyreoidinabsonderung und verstärkte Insulinwirkung, die sogar den Insulinschock zur Folge haben kann, hervorruft.

Fassen wir die Anginaanfalle als einen vegetativen, emotionalen, schmerzhaften Symptomenkomplex auf, der als Folge einer Gleichgewichtsstörung des vegetativen Nervensystems entsteht (Dmitrenko), so läßt sich aus den obigen Untersuchungsergebnissen der Schluß ziehen, daß während des Anfalls das parasympathische Nervensystem, gegen das Ende des Anfalls das sympathische prävaliert (Katz).

Was nun die Wirkung intravenöser Einspritzungen von Traubenzucker betrifft, so finden wir in der Literatur eine lange Reihe einschlägiger, sowohl experimenteller, als auch klinischer Beobachtungen.

Bündingen nimmt an, daß bei Herzerkrankungen dem Myokard durch intravenöse Einspritzungen konzentrierter Traubenzuckerlösungen direkt Brennstoff zugeführt wird, der sich im Herzmuskel als Glykogen ablagert. Wie bei jeder Einführung hyperotonischer Lösungen ins Blut, beobachten wir auch hier eine Transsudation von Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn, eine ursprüngliche Steigerung des Blutdrucks, ferner Hydrämie, Verstärkung der Diurese, Aufsaugen in die Blutbahn subkutan eingeführter großer Flüssigkeitsmengen, Befreiung des Organismus von unbrauchbaren Stoffwechselprodukten, schließlich terminale Abnahme des Blutdrucks.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß diese Schwankungen der Flüssigkeitsmenge im Blut und in den Geweben auf das vegetative Nervensystem einwirken.

Handowsky hat gezeigt, daß die Einführung konzentrierter Traubenzuckerlösungen den spastischen Zustand der Gefäße beseitigt.

Weil beobachtete unter dem Kapillarmikroskop eine Erweiterung des zuführenden Kapillarschenkels, sowie eine Dilatation der Kranzgefäße unter dem Einfluß intravenöser Einspritzung von Traubenzuckerlösungen.

Meyer konstatierte eine Abnahme des Blutdrucks bei einigen Formen von Hypotonie; auffallend gute Resultate erzielte er bei Angina pectoris mit gesteigertem Blutdruck, ferner bei Arteriosklerose und intermittierendem Hinken.

Wiechels beobachtete eine Abnahme des Blutdrucks bei Hypertonikern im Anschluß an Injektionen von Traubenzuckerlösungen.

Vor großen chirurgischen Eingriffen injiziert Heß den Kranken 10 ccm einer 40prozentigen Traubenzuckerlösung. Diese prophylaktische Maßnahme soll einen guten Zustand des kardiovaskulären Apparats in der postoperativen Periode zur Folge haben.

Poljakow und Jan notieren eine günstige Einwirkung intravenöser Einspritzungen von Traubenzuckerlösungen auf Angina-pectoris-Anfälle, Fischer bei Herzmuskelschwäche.

Nach dem Gesagten wird die Bedeutung des Adrenalins, des Insulins und des Glykogenzuckers für die Entstehung derjenigen Angina-pectoris-Anfälle begreiflich, die durch den spastischen Zustand

der Koronararterien ausgelöst werden. Fälle von Angina pectoris, die durch partiellen oder vollständigen Verschluss der Kranzarterien bedingt sind, gehören selbstverständlich nicht hierher.

Die Erscheinungen der Statik und Dynamik der Inkrete sind noch nicht näher studiert. Es ist möglich, daß das Insulin in einigen Fällen in größerer Menge als in der Norm abgesondert wird und daß dann eine Hypoglykämie und ein spastischer Zustand des ganzen Herzmuskels oder nur der Koronargefäße entsteht, als Reaktion gegen die Verminderung des Zuckers, der dem Herzmuskel als Nährstoff dient.

Kommt der Antagonist des Insulins — das Adrenalin — hinzu, gleichgültig, ob letzteres intravenös, intramuskulär oder subkutan in die Blutbahn eingeführt wird oder nach physischen Anstrengungen in vermehrter Menge ins Blut übertritt, so mobilisiert es sofort die Vorräte des Glykogens, das es in Zucker verwandelt, und ersetzt dem Herzen den Nährstoff, dessen es beraubt war, wodurch der krampfartige Zustand des Herzens in toto oder nur der Vasa coronaria beseitigt wird.

Wir sahen aber aus der Arbeit Wadis, daß ein hypoglykämischer Zustand des Blutes auch dann eintreten kann, wenn das Insulin in normaler, das Adrenalin jedoch in kleinerer Menge als in der Norm abgesondert wird. Dann begegnen wir demselben Bilde wie bei dem Hyperinsulinismus, also Phänomenen, die ihre Entstehung der Störung der Korrelation zwischen dem Insulin und dem Adrenalin verdanken.

Das Adrenalin kann aber seine Wirkung nur dann entfalten, wenn in der Leber und in den Muskeln Glykogen vorhanden ist, d. h. derjenige Stoff, den das Adrenalin in Zucker verwandelt. Fehlt nun das Glykogen gänzlich oder ist es nur in geringer Menge vorhanden, so vermag das Adrenalin nicht, seine Wirkung zu entfalten, und es entsteht dann die Notwendigkeit, dem Herzen Nährstoff, d. h. Zucker, durch intravenöse Einspritzungen konzentrierter Traubenzuckerlösungen direkt zuzuführen.

Unter normalen Verhältnissen befinden sich die drei Glieder dieser Kette (das Insulin, das Adrenalin und das Glykogen) im Zustand einer vollen Korrelation. Es genügt aber, daß ein Glied aus der Kette herausfällt (im Sinne einer quantitativen oder qualitativen Aenderung seiner Funktion), um das Gleichgewicht zu stören; die Folge davon ist eine mangelhafte Zuckrzufuhr zum Herzen und ein spastischer Zustand des ganzen Herzens oder nur der Koronararterien allein.

Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß die Hypoglykämie nicht direkt auf die Koronargefäße einwirkt, sondern nur das Gleichgewicht des vegetativen Nervensystems stört, die eine oder die andere Stellung erzeugend, welche dann den spastischen Zustand der Koronargefäße auslöst.

Diese Theorie kann, wie mir scheint, die bis jetzt vorgeschlagenen, auf den ersten Blick so grundverschiedenen Theorien von Schaposchnikoff, Mackensie, Danielopulu, Deutsch, Dmitrenko, Schwarzmann und anderer Autoren in Uebereinstimmung bringen.

Wir ziehen aus der angeführten Theorie keine voreiligen Schlüsse, denn es ist uns klar, daß nur die Klinik imstande sein wird, diese recht komplizierten Verhältnisse zu klären und die alte, aber doch immer neue Frage nach den ursächlichen Momenten, die den Herzkrampf bzw. den spastischen Zustand der Koronararterien bedingen, bestimmt und endgültig zu beantworten.

Literatur:

1. Hirschfeld, D. med. Woch. 1928, Nr. 7. 2. Wenckebach, W. Kl. Woch. 1928, Nr. 1. 3. H'et'enyi, W. Arch. f. inn. Med. 1926 (refer. Aerztl. Rundschau 1926, Nr. 11, russ.). 4. Schwarzmann, Kl. Med. 1928, Nr. 18 (russ.). 5. G. Katz und E. Leibensohn, Comptes rend. de la S-té de Biologie 1928. 6. G. Katz und E. Leibensohn, Gibt es Herzthromose? 7. Laroche, L'opothérapie endocrinienne, Paris, 1925. 8. J. Pollakow und F. Jan, Kl. Med. 1927, Nr. 20 (russ.). 9. S. Romm und A. Kuschnir, Arb. des II. Allukr. Therapeutenkongr. 10. N. Krawkow, Grundz. der Pharmakol. (russ.). 11. Werschinin, Die Pharmakologie als Grundlage der Therapie, 1926 (russ.). 12. H. Strauß, Insulin u. Herzfunktion, Zbl. f. Herzkrankh. 1926, Nr. 2. 13. Heß, D. med. Woch., Nr. 24. 14. H. Handowsky, Ztschr. f. Kl. Med. Nr. 102, Heft 4/5. 15. Wiechels, ibid. 16. Weil, ibid. 17. Dmitrenko, D. med. Woch., 1926, Nr. 8. 18. Kogan u. Ponirowsky, Ztschr. f. die gesamte exper. Med. 1926, Nr. 47, Heft 4/5. 19. G. Katz, Paris Médic. 1928, Nr. 32. 20. G. Katz, Odess. med. Woch. 1928, Nr. 9 (russ.). 21. H'etényi, Kl. Woch. 1926, Nr. 18. 22. Müller und Petersen, Kl. Woch. 1926, Nr. 23. 23. Kogan-Jassy, Aerztl. Ztschr. Nr. 20 (russ.). 24. Barath, Kl. Woch. 1926, Nr. 23. 25. Wadi, Kl. Woch. 1928, Nr. 44. 26. Chasanoff, Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1928, Nr. 5 (russ.). 27. Pauli, Ztschr. f. Kreislaufforsch. 1927, Nr. 5. 28. Rosenberg, Kl. Woch. 1927, Nr. 14. 29. Epstein, Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1927, Nr. 9. 30. Müller-Deham, D. med. Woch. 1928, Nr. 49. 31. Fischer, M. med. Woch. 1928, Nr. 36. 32. David, Kl. Med. 1928, Nr. 21. 33. Deicke, D. med. Woch. 1928, Nr. 33. 34. Danielopulu und Maxim, Kl. Woch. 1928, Nr. 31. 35. G. Katz, Odess. med. Ztschr. 1928, Nr. 8 (russ.).

Prophylaxe und Therapie mit Vakzinen.

Von

Dr. KURT HEYMANN, Berlin-Grünwald.

(Vorbemerkung des Referenten:

Vor kurzem hat Ch. Nicolle den Nobelpreis für Medizin bekommen. Bei dieser Gelegenheit hat man in aller Welt die Verdienste des Forschers gewürdigt. Die Biologie Médicale Nr. 4, 1928, bringt eine kritische Studie von Dr. Robert Pierret zu einem Artikel von Charles Nicolle, der in den Archives de l'Institut Pasteur de Tunis erschienen ist. Die Gedankengänge Nicolles befassen sich vor allem mit der Dosierbarkeit der Vakzine; ich gebe sie hier in der Beleuchtung Pierrets wieder.)

Merkwürdigerweise ist die Dosierung der Vakzine heute immer noch eine Angelegenheit der Ampullen und nicht eine Angelegenheit der Zählung der Bakterienleiber oder des Gewichtsverhältnisses der Mikroben zur Volumeneinheit des Vehikels.

Das Vehikel wechselt je nach seiner Herkunft, das heißt je nach dem fabrizierenden Laboratorium. Ihm werden chemische Elemente zugesetzt, die ebenso verschieden sind wie die Konzentrationen, in denen dies geschieht. Diese chemischen Beimengungen sind natürlich nicht wahllos hinzugetan; sie dienen dem löblichen Zweck, Sekundärinfektionen (durch technische Fehler oder angebrochene Ampulle) zu verhüten; man kann aber sagen, daß diese Antiseptika bezüglich der Sterilisierung der aus wissenschaftlichen Gründen injizierten pathogenen Mikroorganismen eine Sicherheit mehr geben. Der gewiß sehr medizinische Ausgangsgedanke dieses Verfahrens war offenbar das „Primum non nocere“.

Es scheint aber, daß man sich sehr viel weniger darum kümmert hat, welche Wirkung diese Antiseptika auf das Vakzin selbst ausüben könnten. Man sagt uns: Sie tragen zur Haltbarkeit bei.

Aber das Wort Haltbarkeit ist eine Täuschung; wenn es sich darum handelt, das Vakzin vor dem Verschmutzen zu bewahren, so kann man allerdings hoffen, daß Phenol und Karbol hierzu nützlich sind. Aber, ohne auch nur auf die Frage der Möglichkeit einer Reizung einzugehen, man kann nur erstaunt feststellen, daß die viel betonte bloße Haltbarkeit doch in Summa eine negative Therapie darstellt.

Man wundert sich heute gar nicht mehr, wenn zu Impfstoffen, die einer spezifischen Prophylaxe und Therapie gelten, unspezifische Mikroben hinzugefügt werden, die, wenn der Kranke sie lebend beherbergen würde, vom Arzt mit allen Mitteln bekämpft werden würden. Es wird noch so weit kommen, daß man uns vorschlagen wird, wir sollten zu den Impfstoffen therapeutische Stoffe hinzusetzen, um ihre Wirkung zu erleichtern.

Auch das Vehikel ist nicht indifferent. Besieht man sich im Mikroskop das Zentrifugat eines frischen oder alten Impfstoffs, so sieht man sehr deutliche Unterschiede in der Morphologie, in der Aggregation der einzelnen Elemente und besonders in den tinktoriellen Eigenschaften. Auch ist es klar, daß es nicht gleichgültig ist, ob man Suspensionen oder Lösungen von Mikroben einspritzt.

Diese Tatsachen bewirken, daß die Vakzine einen mehr oder minder langen Zeitraum gebrauchsfähig sind, und dieser Zeitraum müßte eigentlich bei der Dosierung berücksichtigt werden. Es gibt aber kein chemisch definiertes Medikament, das eine so hohe Sicherheitsbreite hat wie die Mikrobenleiber.

Aus all diesem ergibt sich, daß nichts so schwer ist wie die Festlegung der Dosierung der bakteriellen Impfstoffe. Das wird so lange so bleiben, bis man eine Maßeinheit gefunden hat, die mit dem Ehrlichschen Diphtherieantitoxin oder mit der Giftinheit, die Launoy für Novarsenobenzol aufgestellt hat, vergleichbar ist.

Nikolle unterscheidet präventive und kurative Impfstoffe. Die Verwechslung dieser beiden Begriffe ist für ihn untrennbar von einer Konfusion in ihrer Anwendung.

Präventive Impfstoffe.

Die Schutzimpfung folgte allen Gesetzen der Prophylaxe. Bevor man versucht, eine Krankheit zu vermeiden, muß man sie kennen. Die vakzinelle Therapie ist daher meist der vakzinellen Prävention vorausgegangen; bei den Staphylokokkenkrankungen gibt es sogar nur die Behandlung nach Ausbruch der Krankheit. Mit präventiven Vakzinen verfolgt man das Ziel, bei einem

Gesunden oder jedenfalls von der betreffenden Krankheit noch nicht ergriffenen Menschen eine möglichst weitgehende und dauerhafte Immunität zu schaffen. Man nimmt daher die Mikroben der Spezies, die die Krankheit verursacht; entweder lebende oder abgetötete oder man nimmt die Produkte dieser Mikroben. Es ist klar, daß bei lebenden Mikroben die Dosis nur zu genügen braucht, daß sie bei abgetöteten Mikroben oder ihren Produkten so hoch sein muß, wie nur möglich. In diesem Fall ist die individuelle Empfindlichkeit die Grenze. Lassen wir den besonderen Fall der lebenden Vakzine beiseite, so können wir sagen, daß wir ohne Zweifel die höchste Dosis injizieren müssen, die der Organismus verträgt. Praktisch gesprochen brauchen wir also die Dosis maxima efficax, die nicht toxisch ist.

Wir müssen bei unserer Anwendung der Vakzine ferner gewisse Eigenschaften der betreffenden Mikroben berücksichtigen. Handelt es sich um Vakzine, die subkutan appliziert, schwere Lokalerscheinungen, womöglich Nekrose, machen, so wird man es vorziehen müssen, sie intravenös zu geben. Umgekehrt wird man vom intravenösen Wege zurückkommen, wenn man mit ihm schwere Allgemeinerscheinungen, Fieber, Störungen der Verdauung und am Nervensystem, erzielt und lieber subkutan vorgehen oder, wenn es schon intravenös sein muß, hier die kleinste Dosis wählen. Sind beide Applikationsarten nicht ungefährlich, dann kann man per os vakzinieren.

Aus anderen Gründen, besonders aber wegen der mit der lokalen Immunisierung Besredkas zusammenhängenden Vorgänge, tut man gut, das Vakzin gerade in das Gewebe einzuführen, das man immunisieren will, und das meist gleichzeitig die Eintrittspforte für den Mikroben und das seiner schädlichen Wirkung am meisten exponierte Organ darstellt. Diese Erwägungen rechtfertigen also den peroralen Weg für die Präventivimpfung gegen bazilläre Dysenterie, gegen Typhus und Paratyphus usw., Krankheiten, die gewöhnlich den Darm als Eintrittspforte wählen und sich vorzugsweise im Darm abspielen. Aber es ist noch anderes zu berücksichtigen: Bequemlichkeit der Einführung, Notwendigkeit der Kontrolle, der Gesundheitszustand des Betroffenen, sein Alter usw.

Für jeden Einführungsweg muß nun eine verschiedene Dosierung festgelegt werden. Intrakutan kann nur eine kleine Menge Vakzin eingeführt werden, daher eignet sich lebendes Vakzin nicht für diese Applikationsart. Auch intravenös muß die Dosis beschränkt sein wegen der stets drohenden Gefahr der Allgemeinreaktionen. Subkutan kann man dagegen mittelgroße, sozusagen normale Dosen einführen. Peroral muß man sehr große Mengen geben, denn die Absorption der Bakterienleiber oder ihrer Produkte ist hier an sehr viele noch dunkle Faktoren gebunden.

Die Tatsache der Wiederholung der Applikation hat auch Einfluß auf die Dosierung. Der Organismus verträgt eine toxische Substanz besser, wenn man sie ihm in zwei oder mehreren Dosen gibt. Da die erste Dosis oft die toxische Wirkung der nächsten abschwächt, so kann man auf diese Weise die Dosen allmählich erhöhen. Auch scheint eine fraktionierte Darreichung bei sonst gleichbleibender Gesamtdosis den Organismus besser zu immunisieren als die Inokulation der ganzen Menge in einer Sitzung. Vakzinieren man peroral, so garantiert die Wiederholung der Dosen gleichzeitig eine bessere Absorption, und wenn sich hier keine lokalen Reizerscheinungen, Diarrhöe, Schmerzen, einstellen, so kann man die Zahl der Gaben sozusagen unbegrenzt festsetzen.

Kurative Impfstoffe.

Die Individuen, denen wir diese Stoffe geben, sind nicht mehr gesund. Sie leiden an einer Krankheit, von der wir sie heilen wollen, und die durch Erreger der gleichen Spezies verursacht ist, wie wir sie mit unserem Vakzin einführen. Deshalb erscheint die Methode zuerst unüberlegt und gefährlich. Sie wäre beides, wenn die Bakterienkörper oder -produkte des Impfstoffes nicht außer den toxischen Substanzen, die sie enthalten und unter denen der Kranke schon leidet, nicht auch noch andere Produkte enthielten, die dem Organismus Verteidigungskräfte liefern. Die Methode ist dann besonders gefährlich, wenn das pathogene Agens nicht nur direkt, sondern auch durch die von ihm hervorgerufene Sensibilisierung des Kranken diesen schädigt. Der toxischen Wirkung im engeren Sinne gesellt sich eine spezielle toxische Wirkung, die sehr störend ist und

die das Problem kompliziert. Der erste Schluß, der hieraus zu ziehen ist, lautet, daß es für die zu inokulierenden Dosen des therapeutischen Vakzins stets eine Grenze gibt, und daß diese Grenze, die für jeden Impfstoff und jeden Applikationsweg eine andere ist, meist sehr niedrig liegt.

Um diese Grenzdosis zu präzisieren, müßte man eigentlich den Wirkungsmechanismus der kurativen Impfstoffe kennen. Mag man nun aber auch über ihre Wirksamkeit einigermaßen einig sein (die einen halten sie für manifest, andere wieder weniger), so kennt man aber weder ihre Wirkungsweise im allgemeinen, noch auch überhaupt in einem einzigen Falle. Will man sich von dieser Unkenntnis überzeugen, so braucht man nur die medizinischen Zeitschriften zu lesen, oder zu hören, was die Praktiker für Anforderungen bei den Fabriken stellen. Die einen wünschen strengste Spezifität, so daß sie eigentlich nur in ein Autovakzin Vertrauen haben. Die anderen leugnen jede spezifische Wirkung und glauben, daß die günstigen Resultate der Vakzinetherapie auch durch gewöhnliche Substanzen verschiedenster Art (Produkte und Körper von Bakterien anderer Spezies, Peptone usw.) erzielt werden können.

Diese Meinungsverschiedenheit ist die erste Schwierigkeit des Problems. Bedenkt man noch, daß die im Gebrauch befindlichen Impfstoffe sehr zahlreich sind — für jede einzige Krankheit, für jeden einzigen Mikroben gibt es viele —, bedenkt man, daß auch die am gewissenhaftesten bereiteten Vakzins doch miteinander nie zu vergleichen sind und daß viele wieder nicht mit der nötigen Gewissenhaftigkeit hergestellt werden, daß ferner der Praktiker je nach seinem Temperament bei jedem Kranken mit den Dosen wechselt, daß der Zeitpunkt der Krankheit offenbar eine Rolle spielt und besondere Dosen in den verschiedenen Perioden der Krankheit bedingen müßte, und daß schließlich alles, was sich bei einem Kranken abspielt, verschiedener Interpretation zugänglich ist (sowohl Erfolge wie Mißerfolge), so kommt man zu dem Schluß, daß die Beobachtung der behandelten Kranken zur Zeit keine ausreichenden Unterlagen für eine Ausarbeitung der Dosierung der Impfstoffe liefert.

Die Tierversuche vermögen dies ebenso wenig. Die Mehrzahl der Krankheiten des Menschen ergreift die Tiere nicht. Die Reaktion, die beim Tier nach einer Impfung eintritt, hat mit der menschlichen Krankheit gar nichts zu schaffen. Sie ist eine einfache Intoxikation und keine Infektionskrankheit. Sogar in den seltenen Fällen, wo das Tier eine gleichartige Empfindlichkeit zeigt wie der Mensch, wäre es gefährlich, Schlüsse zu ziehen.

Da nun der kurative Effekt der Mikrobenimpfung außer allem Zweifel steht, wenigstens für einige Mikroben, so müssen wir uns bei der Theorie nach der plausibelsten Erklärung für diese Heilwirkung umsehen. Wir finden sie in dem Begriff der Antigene. Man weiß, daß Antigene Substanzen (oder Eigenschaften) sein sollen, die in der Mikrobenzelle normalerweise vorhanden sind (in jeder Zelle), und mit deren Hilfe der kranke Organismus ebenso wie der gesunde die vakzinierenden Antikörper produziert, die, wie leicht festzustellen, den Prozeß der Immunisierung und der Abwehr charakterisieren. Da wir den Mechanismus, mit welchem das Antigen den Antikörper hervorbringt, nicht kennen, so wäre es zunächst von Wichtigkeit, die Antigenmenge zu fixieren, die am besten dazu imstande ist, dem Organismus bei seiner Abwehr zu helfen. Es kann sich hier nicht darum handeln, wie bei den präventiven Impfstoffen, die höchste Antigenmenge zu injizieren; denn wir haben es hier nicht mehr mit einem gesunden Organismus zu tun, und wir haben Grund, zu fürchten, daß eine zu hohe Antigenmenge, plötzlich eingeführt, weit davon entfernt, die Antikörperproduktion zu beschleunigen, sie vielmehr hemmen oder verzögern würde. Außerdem wissen wir sehr wohl, daß wir gleichzeitig mit den Antigenen viele andere Substanzen einführen, von denen die einen mehr oder minder toxisch sind, die anderen zwecklos, also in geringerem Grade auch schädlich sind. Es ist auch sehr möglich, daß die Giftigkeit und das Antigenvermögen, wenigstens in manchen Fällen, so eng miteinander verknüpft sind, daß man annehmen kann, daß sie zusammengehören, und daß das Antigen toxisch ist (beim heutigen Stande der Herstellung der Vakzine). Wenn aber die Giftigkeit der Impfstoffe schon bei der präventiven Impfung zur Vorsicht mahnen muß, so ist dies bei einem kranken, geschwächten

und bereits unter der toxischen Wirkung von pathogenen Mikroben leidenden Kranken noch vielmehr der Fall.

Wird die Impfung im rechten Augenblick und in der richtigen Dosis ausgeführt, dann stellt sie dem Organismus Mikrobenprodukte zur Verfügung, die sich schon in den verschiedenen Zuständen des Abbaues befinden. Der Organismus benutzt diese Zustände, um eine erste Lieferung von Antikörpern zu veranstalten, die er weiter progressiv zu steigern vermag, bis die Heilung erreicht ist. Und da die Natur niemals ohne Ueberschuß produziert, werden mehr Antikörper als unbedingt nötig hergestellt. Die Anfangswirkung des eingeführten Vakzins ist also die, zur Produktion von Antikörpern anzulocken. Es scheint also, daß die erste Inokulation eines therapeutischen Vakzins in schwacher Dosis zu geschehen hat.

Für die folgenden Dosen beachte man die Wirkung der ersten Dosis, man wiederhole sie, dann steigere man sie, je nach den Resultaten, die man beobachtet und je nachdem der Kranke reagiert.

Diese Reaktion, die Reaktion des Organismus auf die Gifte des Vakzins, ist ein Phänomen, das uns nicht entgehen darf. Manche Aerzte provozieren die Reaktion und geben die stärkste verträgliche Dosis. Nicolle zieht es vor, sie so schwach wie möglich sein zu lassen, ausgenommen in den Fällen, wo eine therapeutische Wirkung nur nach einer thermischen Reaktion eintritt (Impfung mit Dmelcos bei weichem Schanker).

Andererseits ist der Zeitpunkt der Krankheit, in dem geimpft wird, zu berücksichtigen. Beim Mittelmeerfieber ist der günstigste Moment für die Impfung die beginnende Entfieberung. In diesem Augenblick spannt der Organismus alle seine Abwehrkräfte; verfehlt man jetzt die vollständige Vernichtung der Erreger, dann kommt ein Rezidiv und man muß wieder bis zum Schluß der nächsten Fieberwelle warten.

Viel mehr läßt sich über die Grundlagen einer rationellen Dosierung der kurativen Impfstoffe heute noch nicht sagen: schwache Dosen, besonders am Anfang, und den besten Zeitpunkt zur Intervention wählen. Sieht man von diesen Vorsichtsmaßregeln ab, so ist an der nicht zu leugnenden Wirkung der kurativen Impfstoffe noch alles rätselhaft. Sache der Aerzte, die diese Produkte verwenden, ist es, einen verständigen Gebrauch von ihnen zu machen, in Serien, vergleichend, und zu beobachten. Sache der Hersteller der Impfstoffe ist es, für bestimmte Ver-

suche eine konstante Zusammensetzung der Impfstoffe, die sie liefern, zu suchen. Sache neuer Untersuchungen muß es sein, mehr Klarheit in dies alles zu bringen. Bis es soweit ist, rät Nicolle, nicht etwa die Vakzinetherapie zu vernachlässigen unter dem Vorwande, daß ihre Wirkung unsicher sei, und daß in den Fällen, wo eine Wirkung festzustellen ist, man ihren Mechanismus noch nicht erklären kann; aber nochmals: Lieber schwache als starke Dosen!

Pierret weist auf die Keuchhustenvakzine Néo-Dméthys hin, mit der er sowohl prophylaktisch wie kurativ sehr gute Erfolge erzielt hat. Nur die älteren Fälle scheinen refraktär zu sein. Bei dieser Behandlung des Keuchhustens kommt die Dosierungsfrage bei Kindern überhaupt zur Sprache.

Nicolle äußert sich zu diesem Thema etwa folgendermaßen: Es ist nicht leicht, zu bestimmen, ob das Kind gegenüber den toxischen Substanzen, die in den Impfstoffen nun einmal enthalten sind, empfindlicher ist als der Erwachsene. Unter gewissen pathogenen Einflüssen leidet das Kind mehr, zahlreiche Infektionen sind dagegen im kindlichen Alter weniger schwer als später. Die jungen Organe dürften aber bezüglich der Ausscheidung von Giften und bezüglich ihrer toxischen Wirkung resistenter sein als die älteren Leute.

Dennoch ist der Faktor Körpergewicht an die Spitze der Berechnung zu stellen.

Nicolles Regel für die präventiven und kurativen Vakzins bei Kindern lautet: Unter 6 Jahren die halbe Dosis, von 6 bis 12 Jahren zwei Drittel der Dosis des Erwachsenen. Soweit möglich, vermeide man, Kinder, die sich noch im ersten Lebensjahre befinden, mit bakteriellen Impfstoffen zu inokulieren. Doch gilt dies nicht für perorale Vakzins.

In der Frage der Spezifität der Impfstoffe nimmt Nicolle eine vermittelnde Stellung ein. Er glaubt zwar an sie, denn von allen Substanzen gleicher Art, mikrobiell oder nicht, die man einem Kranken zwecks Behandlung inokuliert, ist diejenige, die den Keim der zu heilenden Krankheit enthält, die allerwirksamste. Allerdings glaubt er auch an eine dieser spezifischen Wirkung benachbarte Aktion, die von anderen im Impfstoff befindlichen Stoffen ausgehen dürfte. Inokuliert man diese allein, so sind sie fast wirkungslos oder doch nur von banaler Wirksamkeit, die sich gegen alle Mikroben richtet, also notgedrungen schwach sein muß. Erst die Anwesenheit des spezifischen Antigens macht diese Stoffe wirksamer oder lenkt sie in bestimmte Richtung.

MEDIZINISCH-RECHTLICHER TEIL.

Bearbeitet von Dr. I. FRANKFURTER, Leipzig.

Das Steuervereinheitlichungsgesetz und die Arztpraxis.

Die finanziellen Belastungen der Berufsstände und Erwerbszweige, die durch die neue Steuergesetzgebung geschaffen werden sollen, sind in der jüngsten Zeit Gegenstand eingehender Diskussionen der davon betroffenen Kreise gewesen. Die Ärzteschaft hat allerdings bisher fast gar nicht zu den hier angeschnittenen Steuerproblemen Stellung genommen, und wir halten es deshalb jetzt schon für ratsam, das Augenmerk auf die Gesetzesvorbereitungen zu lenken, um die Gefahren, die dem Gesamtberuf in materieller Hinsicht durch Einwirkung einflußreicher Wirtschaftskreise auf den Gesetzgeber drohen, rechtzeitig aufzudecken. Es ist gerade unter den Aerzten und ihren Berufsorganisationen bisher dieser Rechtsmaterie nur wenig Beachtung geschenkt worden. Die drückende Lage des Arztberufes, die sich nicht zuletzt auf die bereits bestehenden zahlreichen öffentlichen Abgaben zurückführen läßt, ist es vor allen Dingen, die uns dazu veranlaßt, die hier aufgerollten Probleme nach ihrer rechtlichen und wirtschaftlichen Seite hin zu untersuchen.

Im Rahmen des Gesetzentwurfes über die Vereinheitlichung des Steuerrechtes, der im Reichsrat bereits in drei Lesungen durchberaten wurde und als Steuervereinheitlichungsgesetz vor wenigen Wochen dem Reichstag zur Beschlußfassung vom Reichsfinanzminister zugeleitet wurde, befindet sich auch die neue Gewerbesteuerregelung. In diesem Zusammenhange wurde von weiten Wirtschaftskreisen an die Regierung die Forderung gestellt, die freien Berufe, unter die auch die Aerzte fallen, nunmehr mit der Gewerbesteuer zu belegen. Bisher waren nur sechs Prozent der deutschen Aerzte

durch Landesgesetze zur Zahlung der Gewerbesteuer verpflichtet, trotzdem die gesamte Rechtsliteratur und mit ihr das Reichsgericht diese Belastung des Arztstandes als ungerecht ansehen, da die Arztpraxis nach dem geltenden Rechtszustande nicht als Gewerbe anzusehen ist. Die sieben Länder — Mecklenburg-Schwerin, Hessen, Braunschweig, Lippe, Oldenburg, Bremen und Lübeck — haben sich nur aus rein fiskalischen Gründen veranlaßt gesehen, diese Steuer ungerechtigkeit für ihren Machtbereich gesetzlich zu normieren, und es geht daher nicht an, diesen unhaltbaren Zustand noch auf das ganze Reich auszudehnen! Es ist vielmehr sehr an der Zeit, daß die Reichsregierung anläßlich des Finanzausgleiches die Länder zur Beseitigung dieses Steuerunrechtes veranlaßt und die Aufhebung der regionalen ärztlichen Gewerbesteuer fordert im Sinne der geplanten Steuervereinheitlichung für das gesamte Reich.

Die Reichstagsdebatte über das Steuervereinheitlichungsgesetz wird entsprechend der von Nichtärztenkreisen unternommenen Schritte die Frage aufrollen müssen, ob die Arztpraxis gewerbesteuerpflichtig sein soll und welche Regelung der Gewerbesteuer im allgemeinen und besonderen in Zukunft zu gelten hat. In dieser Voraussicht hat der Reichswirtschaftsrat im November des verflossenen Jahres eine Entschließung dahingehend angenommen, daß die Befreiung von der Gewerbesteuer für die freien Berufe nicht mehr als zeitgemäß zu betrachten sei, da die gesamten Steuerlasten auf breitere Schultern zu legen sind. Dies ist auch die Auffassung verschiedener Wirtschaftsverbände, wie die Hauptgemeinschaft des Deutschen Einzelhandels und die einzelnen Handwerksvertretungen. Um diesem sozialen äußeren Anstrich, der in Wirklichkeit aber sehr unsozial und geradezu für die Gewinnung gewisser politischer Kreise

bestimmt ist, eine Rechtsgrundlage zu geben, wird ein Umbau der Gewerbesteuer in die eigentliche Gewerbesteuer und die Berufssteuer gewünscht.

Vorher hat die Reichsregierung in ihrem Entwurfe dem nicht Rechnung getragen, vielmehr entgegen der Auffassung des Reichswirtschaftsrates die freien Berufe nicht in die Gewerbesteuerpflichtigen mit einbezogen, allerdings mit gewissen Ausnahmefällen, die aber zum größten Teile auch nach dem geltenden Rechte schon zur Gewerbesteuer herangezogen werden können. Da das Schicksal des neuen Steuergesetzes nunmehr von der Abstimmung der Volksvertreter im Reichsparlament abhängt, lassen wir im folgenden den wahren Sachverhalt für die gerechte Sache der Gewerbesteuerfreiheit des Arztberufes sprechen.

Sehr richtig ist vornehmlich das Gutachten des Breslauer Ordinarius für Staatswissenschaften, Professor Dr. Karl Bräuer, das ausführlich das Für und Wider zur Heranziehung der Aerzte zur Gewerbesteuer mit dem objektiven Blicke eines Wissenschaftlers betrachtet und die Ausschaltung der Steuer aus rechtlichen und sozialen Gründen für den Arztberuf auch unter der Geltung des neuen Gesetzes fordert. Die darin enthaltenen streng theoretischen Unterscheidungen und historischen Darlegungen über die Steuermaßnahmen gehören — so interessant sie auch sind — vorerst für den Steuerjuristen und sollen im großen und ganzen den Fachleuten klarmachen, daß eine Erweiterung der jetzt geltenden Gewerbesteuer in der von den genannten Wirtschaftsvertretungen verlangten Weise jeglichen Rechtsgrundes entbehrt. Diese Rechtsauffassung hat bereits der Preussische Staat schon seit mehr als 100 Jahren geteilt und die Aerzte, als im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege gelegen, von der Gewerbesteuer befreit, wobei die rein fiskalischen Interessen berechtigterweise hintangesetzt wurden. Das gleiche ist in fast ganz Süddeutschland rechtens gewesen und hat sich im öffentlichen Gesundheitsdienste für die Allgemeinheit recht erfreulich bemerkbar gemacht! Sehr zu beachten und nicht unwichtig für die Frage der Steuerbefreiung der Aerzte sind noch die wirtschaftspolitischen Erwägungen, die bei einer neuen Gesetzesregelung stark in die Wagschale fallen.

Recht und billig allein ist die höhere Belastung von fundiertem Vermögen, zu welchem die Erträge aus Vermögensbesitz gehören. Hingegen sind die Einkünfte aus einer ärztlichen Praxis als Ausfluß der beruflichen Tätigkeit reines Arbeitseinkommen, das im großen und ganzen als unfundiert und sehr variabel angesehen werden muß. Dies ist ein Hauptgrund für die geforderte Steuererschöpfung des Arzthonorares und ein Fundamentalsatz der Lehre von der Steuergerechtigkeit. Das ärztliche Instrumentarium ist nämlich kein Betriebskapital eines Gewerbes, sondern einzig und allein die Vorbedingung zur Ausübung der öffentlichen Gesundheitspflege.

Überdies würde sich die neue Gewerbesteuer insofern unsozial auswirken, als die Steuer auf die Patienten von den Ärzten abgewälzt werden müßte und zu einer „Krankensteuer“ praktisch hinführen müßte! Diese könnte aber dann schwere Wirtschaftskämpfe besonders von Seiten der Krankenkassen hervorrufen, und diese Tatsache allein muß den Gesetzgeber dazu bewegen, das Einkommen der freien Berufe und mithin der Aerzte als gewerbesteuerfrei zu erklären.

Briefkasten des medizinisch-rechtlichen Teiles.

Obermed.-Rat Dr. S. in H.: In allen Staaten von Nordamerika besteht das Kurfuscherverbot und wird strafrechtlich verfolgt. Als Kurfuscher wird nach dem Gesetze dort auch derjenige angesehen, der mit einer beschränkten Approbation eines amerikanischen Colleges (medizinische Universitätsfakultät) chirurgisch behandelt oder Pharmazeutika verschreibt, sich Arzt oder Dr. med. tituliert. Im übrigen werden in U. S. A. alle Krankenbehandler bestraft, die nicht amtlich als solche zugelassen sind.

San.-Rat Dr. W. in Gr.: Das Gesundheitswesen wird in Amerika nicht als gewerbsmäßige Krankenbehandlung angesehen und daher in jeder Form daselbst in sehr umfangreichem Maße als Erwerbsquelle ausgeübt. Dies wird hier als freireligiöse Handlung angesehen, die sich vollkommen jeder staatlichen Aufsicht entzieht. Es ist ganz richtig, daß dadurch sehr viel Unheil angerichtet wird, jedoch sind uns Statistiken aus der amerikanischen Literatur darüber nicht bekannt.

Doz. Dr. F. in L.: Die Novelle zum Opiumgesetz bzw. die Ausführungsbestimmungen zum Opiumgesetz verbieten neuerdings den Zahnärzten den Gebrauch und das Verschreiben von Kokain, und dadurch wird das unbeschränkte Arzneiverordnungsrecht dieser Fachärzte de facto aufgehoben. Selbstredend sind auch wir der Meinung, daß dieses Rauschgift hier lege artis zu Heilzwecken verwendet werden muß! Es ist vor allem die Aufgabe und Pflicht der Ständesorganisationen, gegen diesen gesetzlichen Eingriff in die ärztliche Behandlungsfreiheit anzukämpfen.

Dr. M. in H.: Ein vor kurzem ergangenes Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichtes behandelt den Fall der „Fachärzte der Naturheilkunde“ und kommt zu dem lauen Ergebnis, daß bei der Diagnostikstellung nach den allgemein üblichen wissenschaftlichen Methoden zu verfahren sei, die Krankenbehandlung selbst jedoch dem Arzte freigestellt ist. Nur wenn die Naturheilweise erfahrungsgemäß nicht den gewünschten Erfolg bringt, ist zu dieser Behandlung die Zustimmung des Patienten nötig. — Wir sind der Auffassung, daß eine solche Entscheidung auch in der juristischen Praxis nur geringe Zustimmung findet und das unerläßliche Vertrauen der Patienten zu ihrem Behandler bei einem derartigen Rechtszustande sehr stark leiden muß.

Dr. S. in B.: In Preußen dürfen im Auslande erworbene akademische Grade und Titel nur mit Genehmigung des Preussischen Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung geführt werden. Gemäß der Preussischen Verordnung über die Führung akademischer Grade vom 30. September 1924 gelten diese Bestimmungen in gleichem Maße für Reichsdeutsche und Ausländer. Mit ministerieller Genehmigung muß der Titel so geführt werden, wie er von der ausländischen Universität verliehen wurde und ist daher jegliche Abweichung davon unter Strafe gesetzt. — Das gesamte frühere Oesterreich und die jetzigen Sukzessionsstaaten sind rechtlich als Ausland zu betrachten und dürfte der daselbst verliehene MUDr. nach dem soeben Gesagten nicht mit dem Dr. med. der reichsdeutschen Universitäten tituliert werden.

Dr. Frankfurter, Leipzig.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

- Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 140., Nr. 1/2.
 Der Mechanismus der alimentären Hyperglykämie. I. Der Einfluß von Ergotamin und Atropin auf den Ablauf der alimentären Hyperglykämie. Pollak.
 Der Mechanismus der alimentären Hyperglykämie. II. Die durch Zuckerzufuhr ausgelöste Insulinsekretion und ihr Einfluß auf die glykämische Reaktion. Pollak.
 Ueber kontrakturierende Muskelgifte. Beitrag zur Kenntnis des Novokain-antagonismus. Zipl.
 Ueber den Angriffspunkt von Antipyretika: Chinin und chininähnlichen Stoffen. Girard.
 Die Adsorption von Wasserstoff und Hydroxylion an Tierkohle. Zur Messung der Wasserstoffionenkonzentration des Harns. Bohn.

- Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderheilk.), Stuttgart, 86., Heft 3, 1929.
 1418. Familienerziehung und Anstaltserziehung. F. Hamburger.
 Beobachtungen über die Appendixfunktion bei einem Fall von pneumonischer Pseudoappendizitis. J. Siegl.
 Vortäuschung von pneumothoraxähnlichen Bildern bei Thoraxrachitis. J. Siegl.
 Ein Fall von Dermatomyositis. H. Lehmkuhl.
 1371. Untersuchungen über Diphtheriebazillenträger. A. Kollmann.
 Untersuchungen über die Biologie der Scheide bei Säuglingen. G. Abraham.
 Nachtrag zur Arbeit über „Cholesteringehalt des Bluteserums beim hydrodabilen Kinde.“ P. Hausteil.
 Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), Berlin, 70., Heft 6.
 Die Entwicklung der neuen Auffassungen über den nichtapikalen Beginn der Lungentuberkulose. H. Gerhart.
 1385. Ueber pleurale Ergüsse. Arnstein und Huppert.
 1415. Zur Pathogenese der Meningitis tuberculosa im Kindesalter. v. Wangenheim.
 1406. Die Bedeutung der Temperatur des beim künstlichen Pneumothorax eingeführten Gases. A. J. Berlin.
 1404. Beziehungen zwischen Kavernen und Bronchiektasien. E. Melzer.
 Die Behandlung des Lungenabszesses. Brodow.

- Blut und Blutbild der Tuberkulose im Hochgebirge. H. Herwig.
 Gassstoffwechseluntersuchungen bei Tuberkulösen. F. Salus und H. Adler.
 Die wichtigsten Seroreaktionen auf aktive Tuberkulose. K. Behnke.
 Die günstige Beeinflussung des Tuberkulins durch die Gärung. A. Komis.
 1403. Pathologische Anatomie der Lungeninfiltrierungen. H. Rubinstein.
 Zur Kasuistik der primären Hauttuberkulose. S. Levy.
- Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), Berlin, 71., Heft 1.
 1399. Zur Pathologie der akuten disseminierten Miliartuberkulose der Lungen.
 W. Grethmann.
 1408. Zur Frage der Bekämpfung der Lungentuberkulose durch Staubinhalation.
 H. Hennes.
 1407. Unsere Erfahrungen bei 100 Phrenikoxalresen. H. Maendl und E.
 Schwarzmann.
 1400. Zur Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. H. Deicher und E. Lachmann.
 Ueber die Bedeutung von Konstitution und Kondition für die Entstehung der
 Lungentuberkulose. V. Schenck.
 Ueber die Bedeutung der Lipide am Aufbau und im Haushalt der Zelle, ins-
 besondere bei Tuberkulose. J. Schumacher.
 Ueber die Auskultation des Hustenlärms. A. Winkler.
 Zur Vorbehandlung der zeitlichen Disposition bei der Lungentuberkulose.
 M. Grossmann.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 11, 1929.
 Ueber die Schweißsekretion und ihre Bedeutung bei Dermatosen. Franz
 Hermann und Kurt Fürst.
 1425. Ueber die biologische Wirkung des Thalliumazetats. O. Truffl.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 12, 1929.
 1353. Palmar- und Plantaraffektionen bei Pityriasis rosea. Oscar Kieß.
 Zur Klinik der Spaltfemysen. Ernst Kell.
 Das Haarkleid des Menschen in seinen Beziehungen zu dem der Menschen-
 affen. Alexander Sokolowsky.
 1308. Die Mastix-Lumbotest-Reaktion nach Emanuel und Rosenfeld. W. Riebe.
 1356. Die Behandlung der gonorrhoeischen Urethritis mit Formalin und Joddämpfen.
 Dufke.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Zschr.), Berlin, 55., Heft 4, 1929.
 1348. Strichförmige akute Dermatitis. Hermann Werner Siemens.
 1435. Ueber die Beurteilung und klinische Verwertbarkeit der Blutkörperchen-
 senkungsgeschwindigkeit. K. H. Vohwinkel.
 Die Erscheinungsformen der erstmalig im höheren Lebensalter auftretenden
 Hauttuberkulose. (Eine klinisch-biologische Studie.) Friedrich Fischl.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Zschr.), Berlin, 55., Heft 3, 1929.
 Neues über Hormone. U. Ebbecke.
 1349. Die bullöse Freibad- und Wiesendermatitis. M. Oppenheim und A. Feßler.
 1362. Gibt es eine primäre gummöse Kavernitis? Carl Fr. Funk.
 1351. Naevus anaemicus und Morbus Recklinghausen. Hermann Schmidt.
- Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig,
 163., Heft 1 und 2.
 1432. Zur Klinik und Genese der Bleikrisen (Enzephalopathien). J. Gelman.
 1382. Ueber die Bedeutung der Extrasystolie bei Kreislaufschwäche im Coma dia-
 beticum. H. Strothmann.
 Ein weiterer Beitrag zur Klinik der Milzvenenthrombose. F. Seeber und
 G. Spröhle.
 1439. Ueber Verdauung und Ausnutzung tierischer Organe. I. H. v. Hoeßlin.
 1440. Gassstoffwechsel und Kohlensäurebindungsfähigkeit des Blutes. Dietr. Jahn
 und Rud. Sturm.
 Ueber den Gehalt des Serums an stickstoffhaltigen Bestandteilen und Koch-
 salz bei der Prostatahypertrophie, zugleich unter Betrachtung der Funktion der
 hydronephrotischen Schrumpfnieren. Fritz Lickint.
 Ueber Glykolyse im Blut. Sz. Donhoff und M. Mittag.
 Ueber einen Fall von isolierter, komplizierter Dextrokardie mit korrigierter
 Transposition der großen Gefäße. H. Strothmann.
 Nephrose bei Knochen- und Gelenktuberkulose. Siegr. Simon.
 1376. Polycythaemia rubra. Gerh. Hofheinz.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig,
 55. Jahrg., Nr. 6.
 Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre. Alfred Adler.
 Begriff und Bedeutung des retikuloendothelialen Systems. Rud. Jaffé.
 Zur Pathogenese und Therapie der perniziösen Anämie. J. Meinertz.
 Intoxikationen durch Amalgamplomben. O. Müller.
 1316. Hypophysin bei der Untersuchung der Gastroenteroanastomose. N. A.
 Podkaminsky.
 1332. Die Hystero-Salpingographie als Ergänzung der gynäkologischen Unter-
 suchungsmethoden. Will.
 Ein Frühsymptom der Meningitis tuberculosa. Kurt Ochsenius.
 Was leistet das Guttadiaphot für Praxis und Klinik? Bernhard H. U. Mohr-
 mann und Fritz Blut.
 1306. Ueber Syphilisdiagnose in der Lumbalflüssigkeit mit Trübungsreaktionen.
 R. Schnitzer.
 Sechs durch Spirocid geheilte (?) Pemphigusfälle. Kromayer.
 Ueber Apparate zur Erzeugung von galvanischem Strom. Martin Kaufmann.
 Die Quarzlichtbehandlung der Hypogalaktie. H. Fleisch und Ferd. Karniß.
 Leukanämisches Blutbild im Wochenbett mit Ausgang in Heilung. Emmerich
 Wiener und Carl Freier.
 Repititorium der praktischen Sexualmedizin. II. Krankhafter Samenverlust.
 Fürbringer.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig,
 55. Jahrg., Nr. 7.
 Schwangerschaftsunterbrechung, Heirat und Ehescheidung von Geisteskranken.
 E. Meyer.
 1347. Zum Basedowproblem. Kurt Dresel, Martin Goldner und Fred Himmelweit.
 Ueber Polyarthrit acuta im Kindesalter. E. Stettner.
- Zur Intermediärpathologie der Leber. S. Seelig.
 Zur Vereinfachung der Pneumothorax- und Punktionstechnik. Erich Leschke.
 Zur Frage der Neuorientierung in der Geburtshilfe. Hans Nevermann.
 1347. Differentialdiagnostische Anhaltspunkte für die Erkennung von Schädigungen
 des Gleichgewichtsapparates nach Schädelverletzungen. Klaus Vogel.
 1466. Zentrale Störungen nach unblutiger Nervendehnung. Lisbet Auerbach.
 Eine einfache Methode zur Mundwinkelhebung bei Fazialislähmung. Blume
 und Scholz.
 Ueber den Erfolg einer künstlichen Magenstiel bei progressiver Bulbär-
 paralysie. Max Seige und Otto Harzbecker.
 Duodenalspülungen bei Cholelithiasis. G. H. Oden.
 Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose. Artur Strauß.
 Haarausfall und Cholesterin. Krichel.
 Ist Mischspritzentherapie bei Syphilis noch zu empfehlen? F. W. Oelze.
 Repititorium der Alterskrankheiten. IV. Lungenerkrankungen. Hermann
 Schlesinger.
 Ueber die Herkunft einer Paratyphusepidemie in einem Krankenhaus.
 Paul Kolf.
 Zur Gripperekonvaleszenz. R. von den Velden.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig,
 55. Jahrg., Nr. 8.
 Die normale und pathologische Charaktergestaltung. F. Kehrner.
 1333. Klinische Erfahrungen über die praktische Brauchbarkeit der neuen Sexual-
 hormonpräparate. Rud. Th. v. Jaschke.
 1427. Zur Chemie, Pharmakologie und klinischen Anwendung des Acedions.
 Behrend Behrens, Wilhelm Nonnenbruch, E. Rischawy, Clemens Schöpf und
 Hermann Wieland.
 Blutgruppenbestimmung in der gerichtsarztlichen Praxis. Kurt Goroncy.
 Zur Klinik der Nephropathie. A. Ewald.
 Erfahrungen bei der Aufzucht von Frühgeburten. Albrecht Peiper.
 1357. Die Erkrankung der Nachbarorgane der männlichen Harnröhre bei Tripper
 und der Einfluß der Behandlung auf deren Häufigkeit. G. Birnbaum und
 W. Voigt.
 Akute Jodintoxikation nach Pyelographie mit Umbrenal. Eugen Joseph.
 1420. Parodontose und Diabetes. M. Dimitrowa.
 Physikalische und biologische Untersuchungen über die Grenzstrahlen.
 Gerhard Gabriel.
 Die Bekämpfung des Röntgenkaters. Alfred Waegner.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin,
 Nr. 3, 5. Februar 1929.
 1422. Klinik und Praxis der Wurzelbehandlung im Hinblick auf die Lehre von der
 fokalen Infektion. Rebel.
 1421. Welche Konsequenzen für die zahnärztliche Behandlung haben wir nach dem
 gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse von der oralen Infektion zu
 ziehen? Stein.
 Die biologische Prüfung der Wurzelbehandlung. Heinrich Back.
 Odontologie oder Stomatologie? Josef Kieffer.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin,
 Nr. 4, 20. Februar 1929.
 Neue Wege der biologischen Kontrolle von Wurzelbehandlungsmethoden.
 B. Gottlieb, A. M. Schwarz und G. Stein.
 Auf einfachem Wege zur Artikulation. Eichentopf.
 Ueber Porzellanguß. Russo.
 Die Keramik im Dienste der Orthodontie. Lewin.
 Odontologie oder Stomatologie? (Schluß.) Josef Kieffer.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin,
 Nr. 5, 5. März 1929.
 Voll-Porzellanbrücken. Fehr.
 Die Bedeutung der Aufnahme- und Entwicklungstechnik für das zahnärztliche
 Röntgenbild. Praeger.
 1419. Diabetes und Mundkrankheiten. J. Weicksel.
 Ist die Replantation von Zähnen bei tiefergehender Karies indiziert?
 M. Lipschitz.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin,
 Nr. 6, 20. März 1929.
 1428. Ueber die Beeinflussung örtlicher Entzündungsherde durch Gewebs-
 alkalisierung. Hauberisser.
 Die Behandlung chronischer parodontaler Eiterungen. J. Weinmann.
 Beitrag zur Behandlung von Kieferfrakturen. Thoring.
 Moderne zahnärztliche Sanierung im Kindesalter und amtliche „Schulzahn-
 pflege“. Ein Beitrag zur Spärmaßnahme auf dem Gebiete der vorbeugenden
 Gesundheitsfürsorge. F. W. Hopstein.
 Die Therapie der Mundkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der
 Reaktionsänderung der Mundhöhlenflüssigkeit durch perorale Medikation.
 Martha Oser.
 Seltener Fall eines verlagerten Sechsjähr-Molaren. Kurt Bertzbach.
 Zur Frage der fokalen Infektion. Erwiderung auf den Aufsatz in Nr. 22.
 Jahrg. 1928 dieser Zeitschrift. Adloff.
 Zahnbürstel Müller-Stade.
 Gerichtszahnärztliche Konstruktion in freier Folge. H. Gebhardt.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), Leipzig, 213.,
 Heft 5/6, 1929.
 1295. Der Anteil der einzelnen Wachstumszonen am Längenwachstum der Knochen.
 Ernst Bergmann.
 1449. Der Flüssigkeitsdruck in Kniegelenksergüssen. Paul Rostock.
 Der Lumbosakralwinkel. Herbert Junghans.
 1315. Zur Diagnose und Behandlung des partiellen Magenvolvulus. Karl Sutter.
 1313. Ueber Entfernung der Unterkieferseicheldrüsen und Lymphdrüsen bei der
 Operation des Unterlippenkrebses. E. L. Beresow.

Kurze Mitteilungen, Einzelbeobachtungen usw.

Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose der Glandula thyreidea. Luigi Frassi.

Überwiegern der rechten Seite beim muskulären Schiefhals. Karl Hutter.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), Leipzig, 214., Heft 1/5, 1929.

1317. Ueber die palliative Resektion des Magenkarzinoms. W. Anschütz.

1318. Kann man ein Magenkarzinom mit unseren heutigen klinischen Untersuchungsmethoden sicher ausschließen? Frhr. v. Schnurbein.

Das Ulcusleiden und die chronische Gastritis in chirurgisch-klinischer Betrachtung. R. Wanke.

Ueber die Bedeutung der anäroben Bazillen für die Perforationsperitonitis beim Ulcus ventriculi et duodeni.

Ueber Choleperitoneum hydatidosum. W. Anschütz.

Bericht über 712 Gallensteinoperationen, mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate. Harry Michelsohn.

1338. Unsere Erfahrungen der Magnesiumsulfatbehandlung bei akuten Gallenwegsaffectationen. Hans Junker.

Zur Klinik der Dickdarmdivertikel. Hans-Joachim Lauber.

1416. Zur Klinik der kindlichen Nierentumoren. Max Grauhan.

Das Säurebasengleichgewicht des Blutes bei chirurgischen Erkrankungen und operativen Eingriffen. A. Beck und H. J. Lauber.

1314. Ueber die sogenannte „traumatische“ Thrombose der Vena axillaris und subclavia. W. Löhr.

Beiträge zur Frage der periostalen Kallusbildung bei Schenkelhalsfrakturen unter Mitteilung eines anatomisch geheilten Falles von medialer Schenkelhalsfraktur. Kurt Lindemann.

Kurze Mitteilungen, Einzelbeobachtungen usw.

1327. Die Vereinigung des Nervus peroneus beim Pes planovalgus contractus. C. Mau.

Ueber röntgenologische Veränderungen an der Wirbelsäule ohne klinischen Befund. Hans-Joachim Lauber und Christian Ramm.

Ueber das Krankheitsbild der Arthropathia ovarii-privata. H. J. Lauber.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), Leipzig, 214., Heft 6, 1929.

Die praktische Bedeutung der Kahnischen Albumin-A-Reaktion für die Diagnostik bösartiger Geschwülste. Marieluise Fleck.

1477. Das Schleimhautrelief des Magens im Röntgenbilde. H. Chaoul.

Fünf Jahre Chirurgie des chronischen Geschwürs und Karzinoms des Magens der Klinik König. A. Oberniedermayr und E. Stahnke.

Klinischer Beitrag zur Genese und Therapie der postoperativen (reflektorischen?) Anurie und Darm lähmung. Boeminghaus.

Ein riesiges, dem Meckelschen Dünndarmdivertikel entsprechendes Sigmoiddivertikel, vergesellschaftet mit schwerer Mißbildung der weiblichen inneren Geschlechtsteile. Papayannou.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenheilk.), Leipzig, 108., Heft 1/3, März 1929.

Eduard Müller f. H. Curschmann.

1461. Chorea. S. A. Kinnler Wilson.

1469. Striäre Erkrankungen degenerativer Natur. Stefan Környey.

Muskelbiologie. Edgar Trautmann.

1468. Epiphysentumoren. Liebert.

Makrocephalosoma praecox bei cerebraler Kinderlähmung. L. A. Kwint.

1417. Neurosyphilis. M. S. Margulis.

Zeichen von Caciapuoti. Gerhard Kunert.

1470. Strychnin bei Polyneuritis, Depression, Alkoholismus usw. A. Meerhoff.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 38., Heft 6.

1479. Zur Beurteilung der Herzgröße. F. Moritz.

Hermann Rieder zum 70. Geburtstag. G. Boehm.

1478. Die Herzfläche als Maßstab für die Herzgrößenbestimmung. G. Hammer.

Ueber die Pneumokoniose der Sandstein-, Kieselkreide-, Granit-, Muschelkalk- und Zementarbeiter. K. Kaestle.

31 Jahre gemeinsamer röntgenologischer Arbeit. J. Rosenthal.

1413. Die röntgenologische Thoraxuntersuchung bei der Tuberkulose der Kinder. J. Duken.

Die Gestaltänderung des schlagenden Herzens im Röntgenbilde. Pl. Stumpf.

Zur Geschichte der röntgenologischen Magen-Darmuntersuchung. C. Loichinger.

Die Hysterosalpingographie. G. K. F. Schultze.

1345. Ueber Röntgenbefunde bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. E. G. Mayer.

Multiple Dünndarmdivertikel. E. Regnier.

Die Pneumoradiographie in der urologischen Differentialdiagnostik. A. Roseno.

Eine neue Anwendungsart der Kolloide in der Röntgendiagnostik. K. Frik.

Th. Blühbaum.

Hohe Rechtslage der Aorta bei normal gelagertem Herzen in einem Fall von Situs inversus viscerum subdiaphragmaticus. J. Großmann, O. Meller.

Lochfraktur eines Röhrenknochens durch Betriebsunfall. Fr. Duncker.

Zur Frage der Streustrahlung der Luft. E. Lorenz, B. Rajewsky.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 1.

Kymodensographische Untersuchungen des Herzens. P. P. Gotthardt.

Die technische Vervollkommenung der Röntgenkinematographie. F. M. Groedel.

Beiträge zur Diagnose und Therapie der Thymushyperplasie. Ph. Zoelch.

1480. Die cholezystographische Motilitätsprüfung der Gallenblase und ihre Ergebnisse. H. Bronner.

Ueber Kalkknötchen in der Zwischenwirbelscheibe. E. Lyon.

Ueberrückliche Lokalisationsstellen der Myositis ossificans traumatica. F. Schneek.

Photographische Studien an Kalziumwolframverstärkungsfolien. W. Barth, J. Eggert.

Standardisierung der technischen Bedingungen des Röntgenbildes. M. Michel.

Röntgenbefunde bei Blutergelenken. R. Heigl.

Ueber Schädigung nach Bestrahlung von Morbus Basedow. K. Goette.

Ueber eine typische Erscheinungsform des rechten Unterlappeninfiltrats. Th. Barsony, F. Polgar.

Die Symptomatologie der Kontrastdarstellung des weiblichen Genitale. O. K. F. Schultze.

Ein neues Doppelröhrenstativ für Aufnahmen und Durchleuchtungen. W. Nölke.

Die unregelmäßige Herztätigkeit am Röntgensschirm. H. Spitzer.

Zur Röntgenuntersuchung des Schleimhautreliefs am Dickdarm. H. H. Berg.

Zur Röntgenuntersuchung des Schleimhautreliefs am Dickdarm. H. Kalkbrenner.

Zur Frage des Reliefbildes am Dickdarm. H. H. Berg.

Bemerkungen zu der Arbeit von A. A. Lemberg: Röntgendiagnostik chronischer Gelenkerkrankungen. A. Kimmeler.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (Klin. Mbl. Augenheilk.), Stuttgart, 82., Januar 1929.

1303. Die Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit und ihre Bedeutung für die Ophthalmologie. Franceschetti und Guggenheim.

1300. Beitrag zur Kenntnis des Linsenkapselfühnchenglaukoms (Glaucoma capsulocuticular). Rehsteiner.

1299. Ueber die Sichtbarkeit der leprosen Nervenerkrankung in der Kornea an der Spaltlampe. Minder.

Zur Frage der Retinitis nephritica. Hanssen.

Ueber Epithelstreifenkrankung der Hornhaut. Schulte.

Eine Mißbildung im inneren Lidwinkel. Peters.

Ueber einen Fall von doppelseitigem, sogenanntem Lentiglobus anterior. Kienecker.

Ueber das klinische Bild der Ophthalmia anaphylactica nebst Bemerkungen zur Pathogenese der Keratitis parenchymatosa. Löwenstein.

Beitrag zur Kenntnis der Zonulallemelle. Cataneo.

Quartäre Staphylokokkenmetastasen im Bereich der vorderen Ziliargefäße. Thiel.

1298. Schwer stillbare Bindehautblutung beim Neugeborenen. Sattler.

Fremdkörper in der Vorderkammer nach Staroperationen als Ursache von Komplikationen. Klauber.

Natürliche Verbindung der Vorderkammer mit dem subkonjunktivalen Gewebe und hochgradige Hypotonie des Augapfels. Rosenthal.

Traumatische Epithelimplantationszyste des Ziliarkörpers. Schöpfer.

Weiteres über den vorderen äußeren Lederhautabschnitt bei Glaukom. Zirm.

Rätsel. Oppenheimer.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jg., Nr. 6.

Ueber Elektrostatik in der Biologie. Karl Umrath.

Ueber die sogenannten schizoiden Psychopathen. Eugen Kahn.

1436. Zur Kenntnis der Vorgänge bei der Arbeit und Ermüdung des Muskels. (Zunahme der „Mg“ und „Ca“ im Blute.) Leonhard Wacker.

1395. Ueber Urämie bei Amyloidnieren. Ernst Zadek.

Ueber die Beteiligung der Lungengefäße an den gesetzmäßigen Verteilungsänderungen der Leukozyten bei Allgemeinreaktionen. Ernst Friedrich Müller und Rose Hölscher.

Zur Frage der experimentellen Salvarsan-Ueberempfindlichkeit. Marion B. Sulzberger.

1336. Das Verhalten der Schilddrüse in der Schwangerschaft und die Reaktion nach Reid Hunt. R. Brühl.

Zur Kritik der „interferometrischen Methode“ zum Studium der Abwehrfermente. Paul Hirsch.

Neues Verfahren zum Nachweis der Wandverhärtung des Aortenbogens. Josef Erdélyi.

Zur peripherischen Behandlung Herzkranker. Goldscheider.

Moderne Rachitisbehandlung. E. Bahl.

Zur Theorie der Herzinsuffizienz und der Digitaliswirkung. S. Lauter und H. Baumann.

Das Verhalten der Adrenalin-Blutzuckerkuren bei Erkrankungen des Leberparenchyms. Bernhard Kugelman.

Zur Wachstumsgeschwindigkeit der Nierensteine. Rudolf Stern.

Die klinische Bewertung und Einordnung der Harninfektion. Otto O. Schwarz.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jg., Nr. 7.

Intersexualitätslehre und Hermaphroditismus und ihre Bedeutung für die Klinik. Ludwig Moszkowicz.

1379. Kreislaufinsuffizienz und Muskelstoffwechsel. Kurt Dresel und Fred Himmelweit.

1444. Zur Anwendung der Kapillarmikroskopie nach Jaensch-Hoepfner-Wittneben. Heinrich Brieger.

Rhythmische Stimmchwankungen als Symptom abnormer Pulsationen im kleinen Kreislauf. Erwin Schliephake.

1426. Die Wirkung des Insulins auf die Lipochromämie und die Xanthosis diabetica. A. W. Elmer und M. Scheps.

Ueber einen epidemiologischen Gegensatz von Ulcus molle und Skabies. A. Buschke und Fritz Spanier.

1355. Zur Komplementbindung bei Gonorrhoe. W. Freudenthal und M. Fischer.

Mit Bemerkungen über die Technik der Komplementbindung. Margarete Stern.

Kalteurikaria. E. Lehner.

Pathogenese und Resorption von Trans- und Exsudation in der Pleura (Salyrganwirkung). Poul Iversen und E. Hecht Johansen.

Die Entstehung der Entzündungsleukozyten. B. Fischer-Wasels.

Untersuchungen über Störkollinabbau in vitro. D. Schrijver.

Kobalt und Blut. Klara Waltner und Karl Waltner.

Sodoku in Ostpreußen. E. Bahl.

Die Lungensyphilis. Hellmuth Deist.

Chlorarme Kost mit Natriumzitrat statt Kochsalz. W. Stoeltzner.

Ein bromiertes Sedativum der Harnstoffreihe. J. S. Ochs.

Majolen. Eine neue Art von Ampullen.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jg., Nr. 8.

1445. Intersexualitätslehre und Hermaphroditismus und ihre Bedeutung für die Klinik. Ludwig Moszkowicz.

Neue Wege zur Sterilisation. Rudolf Degkwitz.

Ein neuer Konstitutionsindex. Friedrich H. Lorentz.

Ueber menschliche Infektionen mit *Bact. abortus* Bang und ihre Verbreitung in Schleswig-Holstein. F. Weigmann.

Inkrettherapie und Gaswechsel. W. Schemensky und M. Fink.

Diabetes und Trauma. Zugleich ein Beitrag zur Bronzediabetes und Marmorknochenkrankheit. E. Kaufmann.

Die Todesursache der Neugeborenen. Wilhelm Klimke.

Ueber die Verwendung von Kaugummi zur Desinfektion der Mundhöhle. Wolfgang Weichardt.

Eine einfache Methode zur Bestimmung des Blutcholesterins. G. Fettich.

Ueber die Funktion der oberen Harnwege nach Neueinpfanzung des Harnleiters in die Blase. Wilhelm Israel.

Milzexstirpation in einem Falle von Polyserositis. Poul Iversen.

Die ärztlichen Indikationen bei der Erholung der Kinder an der See und im Gebirge. L. Moll.

Geisteskrankheit und Tuberkulose. Hans Werner.

Innische Klinik (Med. Kl.) Berlin, Nr. 5, 1. Februar 1929.

Die Lungentuberkulose des Erwachsenen. I. Pathologisch-anatomischer Teil. H. Loeschke.

Die Lungentuberkulose der Erwachsenen. Harms.

Hypotonia nervosa, ein konstitutionelles Krankheitsbild. F. W. Stein.

Neubildung eines Gallensteines im Zystikusstumpf. Th. Walzberg.

Reizleitungsstörungen im Vorhof. Wilhelm Dreßler.

Beitrag zur Apoplexiegenese an Hand eines Falles von Bleischädigung. Arthur Rühl.

Muskelrheuma und Tastmassage. Erste Mitteilung: Erkennung und Behandlung der rheumatischen Muskelhärte. (Schluß.) Walter Ruhmann.

Zur Kasuistik der latenten Gonorrhöe. Levy-Lenz.

Schlußwort. Kurt Finkenraih.

Ueber Blutgruppenbestimmung und Verklumpungsanämie. C. S. Engel.

Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. Herbert Colman.

Zur Behandlung der Dysmenorrhöe. Wilhelm Liepmann.

Silargel für den Oto-Rhinologen. Hans Hamburger.

Dienstbeschädigung durch ungenügend behandelte Syphilis angenommen. v. Schnizer.

Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. (Fortsetzung.) Otto Strauß.

Der Arzt als Patient. Eine Studie. K. Kroner und E. Tobias.

Innische Klinik (Med. Kl.) Berlin, Nr. 6, 8. Februar 1929.

Der Streit um die Beurteilung der Unfallneurosen. Quensel.

Paranephritis. Wilhelm Fritz.

Unmittelbare und Spätresultate der Magenresektion wegen Karzinom. Hans Finsterer.

Ein Fall von subkutaner Längsfraktur des Schilddrüsenpels. Gottfried Jungmichel.

Hyperthyreose und Hochdruck. Otto Laufer.

Ein Fall von Typhobazillose-Landouzy unter dem Bilde der aleukämischen Mikromyeloblasten-Leukämie. Paul Eckel.

Helminthen und endokrin-vegetative Störungen. Jakob Ratner.

Licht und Hören. Leopold Freund und Lotar Hofmann.

Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. (Fortsetzung.) Herbert Colman.

Milchtherapie mit dem Milchpräparat Sava. Hermann Mohr.

Ueber die Behandlung klimakterischer Störungen mit Klimakton. Eduard Franz Tichy.

Dienstbeschädigung für Gehirneinfälle abgelehnt. v. Schnizer.

Ophthalmologische Rundschau. Sammelreferat. W. Gilbert.

Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. (Schluß.) Otto Strauß.

Der weitere Verlauf der Grippewelle in Amerika und Europa. B. Möllers.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 5, 2. Februar 1929.

Erblichkeitsverhältnisse der menschlichen Blutgruppen. Kritische Bewertung der bisher erschienenen Hypothesen. Oluf Thomsen.

Können die elektrischen Felder der Haut diagnostisch ausgenutzt werden? Georg von Wendt.

Wiederbelebungsversuche an getrockneten Tier- und Menschenorganen. B. D. Morosow.

Bazillenträger und Pathogenese der Cholera Asiatica. E. Chujo.

Das Blutbild bei Denguefieber. A. Floros.

Behandlung der Neurolues und Metalues. Zweifel und Ungewißheiten. G. Mingazzini.

Wirkung hypertoniischer Lösungen anorganischer Salze bei atherosklerotischen Störungen. S. Maikoff.

Behandlung der tropischen Sprue. C. Elders.

Blutdrucksenkung und Diurese nach Animasa. Shunzo Hayashi und Shinichi Shinoda.

Behandlung der Adipositas. Auf Grund eigener Erfahrungen und Krankenbehandlung. Hans Erdmann.

Die Aufgabe des Arztes bei der wissenschaftlichen Organisation der Arbeit. Vincenzo Mario Palmieri.

Die Sperrzahl der Menschheit. Karl Muley.

Heilmittel aus alter Zeit. Medikamente tierischen Ursprungs. Jules Garnier.

Regentage im Urwald und meine medizinischen Zeitschriften. Georg Legl.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 6, 9. Februar 1929.

Verdaulichkeit und Wert der Weizenkleie. M. Hindhede.

Grundlagen der Strahlenbehandlung in Gallspech. von Wendt.

Behandlung der Blutung in der Geburtshilfe. (Schluß.) E. Sachs.

Röntgendiagnose der Bronchialdrüsentuberkulose. Erich Säupé.

Warzen und Warzenbehandlung. Erich Langer.

1309. Gripeschutzimpfung. Fritz Meyer.

Gripetherapie. Praktische Erfahrungen mit Febromedical. Peter Feles.

Grippe und Bettennot in Berlin. Alfred Korach.

Der Jabelkongreß der Balneologischen Gesellschaft. E. Dietrich.

Thermosapparat zum Warmhalten von Tropfklutieren. H. Citron.

Gammastrahlen des Kaliums. A. Salmony.

Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2. Jahrgang, Heft 3, März 1929.

Moderne Charakterologie. E. Minkowski.

Psychopathische Konstitutionen. A. Homburger.

1472. Psychogene Ueberlagerung organischer Sprachstörungen. F. G. v. Stockert.

1465. Latent verlaufende Hirnabszesse. P. M. Feldmann.

1458. Iris bei Syringomyelie. E. A. Spiegel.

1457. Sulfofin bei Paralyse und Schizophrenie. Harry Marcuse und Franz Kallmann.

Gutachten über den Priester R. A. Hoche.

Reichsgesundheitsblatt (Reichsgesundheitbl.), Berlin, 4. Jahrgang, Nr. 12, 1928.

Die gesundheitlichen Röntgenshädigungen und deren Verhütung. Hesse.

Die Organisation des deutschen Veterinärdienstes. Bailer.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 4, 1929.

1476. Unfall- und Berufsschädigungen der Wirbelsäule beim Lastentragen. Fr. Steimann und K. Waezner.

Ueber Rückenbeschwerden. M. Dubois.

Zur Mikrobekimmung des Silbers in oligodynamischen Wässern. Carla Egg.

1394. Die Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen. Franz Wyss.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 5, 1929.

Ueber die künstliche Ernährung des Säuglings. A. Hottinger.

1329. Zur Bedeutung des Probekürettaments und der Probexzision. L. Stierlin.

Ein visuelles Führungsgastroskop. Wilhelm Sternberg.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 6, 1929.

Zur Isolierung der gruppenspezifischen Antigene menschlicher Erythrozyten. C. Hallauer.

Ueber die fettfreie Trockensubstanz der Milch. W. Prausnitz.

Jodiertes Kochsalz für die ganze Schweiz. Eugen Bircher.

Neuere Gesichtspunkte zur Beurteilung und Behandlung der Augentuberkulose. Ed. Werdenberg.

Zur Bedeutung des Probekürettaments und der Probexzision. (Schluß.) L. Stierlin.

Ein Fall von Hautaktinomykose der Hand. B. Galli-Valerio und L. Ribordy.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 7, 1929.

Der Status thymico-lymphaticus in seiner klinischen Bedeutung. E. Feer.

Die Zisternenpunktion im Kindesalter. Faucon.

Beitrag zur Differentialdiagnose der Miliartuberkulose und der miliaren

Karzinosis der Lunge. Walter Gloor.

Neurologische Skizzen. O. Veraguth.

Einige Bemerkungen über einen Fall von Primärsklerose in der Axilla. Dainow.

1370. Ueber die Zunahme der Krebstodesfälle. H. Hunziker-Kramer.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 8, 1929.

1401. Die Behandlung der „chirurgischen“ Tuberkulose. Hermann Matti.

Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen. Henri Paschoud.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 9, 1929.

Die Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose, ihre therapeutische, präventive und soziale Bedeutung. Rollier.

Demonstration eines geheilten Falles von Aktinomykose der Lunge, Pleura und Brustwand. R. Schweizer.

Demonstration eines Röntgenbildes mit offenem Ductus thyreoglossus. R. Schweizer.

Ueber die Anwendung der elektrischen Gleichstromtherapie in der Chirurgie. Heiner Heuber.

Ueber Morbus Grancher. Ruppauer.

1331. Resultate der Kastration bei Sexualabnormalitäten. F. de Quervain.

1320. Erfahrungen über die Bleibehandlung des Karzinoms. A. Brunner.

Endokrine Drüsen und Verlängerungsmethoden. P. Niehaus.

Die Verwendung der Allylisopropylbarbitursäure bei der chirurgischen Anästhesie. René Patry.

Der subkutane Darmprolaps durch Ruptur des Bauchmuskeltgürtels. E. Kammer.

1340. Röntgenuntersuchungen der Gallenblase in der Gravidität und im Puerperium. Th. Naegeli.

Ist nach Eröffnung eines appendizitischen Abszesses die sekundäre Appendektomie angezeigt? Th. Naegeli.

Demonstration von Spätergebnissen bei suprakondylären Humerusfrakturen, die in Anlehnung an die Niehanssche Technik mit temporärer Nagelung behandelt wurden. Perret.

Neues plastisches Material „Nidrose“, nutzbar für chirurgische, orthopädische und radiotherapeutische Zwecke.

Versuche über Rückenmarksnarkose. Alfr. C. Matthey.

Zweizeitige Operation eines Speiseröhrendivertikels. Gustave G. Moppert.

Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin, 31., 2. 1929.

Photochemie im Dienste der Medizin und Lichtbiologie. J. Plotnikow.

Probleme und Ergebnisse der Lichtbiologie. W. Kollath.

Licht und Immunität. H. Holtzhausen.

Die Bedeutung der modernen Lichtforschung für die Lehre von der Haut-photosphylaxie. A. M. Memmesheimer.

Ionen und Lichtwirkung. L. Pincussen.

Untersuchungen über den Zusammenhang der Strahlenreaktion des Eiweißes und des biologischen Mediums. K. Schwerin.

Die Meeresheilkunde. C. Häberlin.

50 Jahre Erfahrungen am Meeresstrande. R. Hertz.

1409. Die ambulatorische Behandlung der Tuberkulose. E. Kisch.

Die Bedeutung bestrahlter Milch für die Behandlung und Prophylaxe der Rachitis. K. Scheer.

Ueber die antirachitische Wirksamkeit der mit einer selbstkonstruierten Quarzlampe apparatur bestrahlten Milch. St. Bogdandy, L. Wamoscher. Die Verwendung des bestrahlten Ergosterins zur allgemeinen Rachitisprophylaxe. A. Adam.

Ueber Spasmophilie und Vagotonie nach kurzweiliger Bestrahlung. F. Löning. Forschungen auf dem Gebiete der Chromotherapie. F. Boerschmann. Die Lichttherapie von Augenleiden. A. Gutmann. Forschungsmethoden der Sonnen- und Himmelsstrahlung. R. Sühning. Tägliche, jährliche und säkulare Schwankungen der Sonnenstrahlung nach Beobachtungen in Davos. C. Dorn.

Ueber Erfahrungen bei U.-V.-Messungen mit der Kadmiumzelle. A. Rüttenauer. Ein Universalinstrumentarium für das Arbeiten in zerlegtem und kombiniertem Licht. W. Friedrich.

Vergleichende Strahlungsuntersuchungen im Hochgebirge und Mittelgebirge. W. Schultze, F. Händel. Bioklimatische Studien an der Nordsee. H. Pfeleiderer. Registrierung der Wärmestrahlung der Sonne und des Himmels in Hamburg und einige ihrer Ergebnisse. J. Georgi.

Das U.-V.-Glas. Fr. Peemöller, F. Danne Meyer. Die Beeinflussung der Lichtdurchlässigkeit neuer ultraviolett durchlässiger Fenstergläser durch Sonnenbestrahlung und Atmosphären. R. Suhrmann. Physikalische Untersuchungen über das Quecksilber- und Kohlenbogenlicht. H. D. Griffith.

Neuerungen am Dosismesser und Dosismesser Mekapion. S. Strauß.

Zeitschrift für Kinderheilkunde (Z. Kinderheilk.), Berlin, 46., H. 5 u. 6, 1928. Untersuchungen über die Phosphatstoffwechselstörung bei Rachitis. II. Mitteilung: Ueber die Ausscheidung endogener Phosphate. Walter Heymann. Untersuchungen über die Phosphatstoffwechselstörung bei Rachitis. III. Mitteilung: Phosphatämische Kurven rachitischer und nichtrachitischer Säuglinge nach parenteraler Zufuhr organischer und anorganischer Phosphate. Walter Heymann.

Ueber Streptococcus-mucosus-Erkrankungen im Kindesalter. Steffy Feilendorf. Bewegungsstudien bei frühgeborenen und jungen Säuglingen. A. Eckstein und H. Paffrath.

Die Bronchopneumonie des Säuglings im Röntgenbild, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese und Klinik. J. M. Jahr und W. Hirsch.

Ueber Störungen des Kohlehydratstoffwechsels bei zirrhotischer Leberveränderung im Kindesalter. H. Hamperl.

1363. Zur Statistik der Knochenerkrankungen bei Säuglings-syphilis. Hans Schmidt. Die paroxysmale Tachykardie im Kindesalter. Wolfgang Franke und Rudolf Wiener.

Der Trichocephalus dispar (Trichocephalus trichir) und seine Abtreibung bei Kindern durch Osarsol. B. Kosakov und E. Prochorova.

1411. Periodische Pathothermie. II. H. Vollmer.

1414. Ueber Thorakoplastik bei kindlicher Lungentuberkulose. J. Brock und W. Sauer.

Die phosphatämische Kurve des normalen und des rachitischen Organismus. II. Mitteilung. Joseph Warkany.

Der Wintergipfel der Atemniserkrankungen. I. Mitteilung: Infektion und Immunität. Richard Lederer.

Der Wintergipfel der Atemniserkrankungen. II. Mitteilung: Jahreszeit und Klima. Richard Lederer.

Blutuntersuchungen bei Melaena neonatorum. Max Grob. Ueber das Problem der Hausinfektion in Kinderspitälern. Richard Wagner.

Zystische Lungengebilde im Kindesalter. Herm. Vollmer. Keuchhusten und Herzgröße. (Bemerkungen zur Arbeit von Chales-Rosenbund.) Klotz.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Medizinalbeamte), Berlin, Nr. 6, 1929.

1369. Ueber Entstehung und Verlauf von Epidemien, eine Entwicklung der heute geltenden Lehren seit Pettenkofer. Augustin Foerster. Diphtheriebazillenträger. Nohl.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 118., Heft 4, 1929.

1451. Ueber die Pathogenese der Lipodystrophie. E. K. Ewserowa.

1452. Beitrag zur Epilepsiestatistik. Irene Guttmann.

Die histochemischen Grundlagen der Darstellung der Spirochaete pallida im Gefrierschnitt nach Kanzer und eine brauchbare Modifikation dieser Methode. H. Kufs.

Ueber Hirnarterienveränderungen, speziell bei Vergiftungen. E. Brack.

1454. Zur Anatomie und Physiologie des Nervensystems der Anecephalen. G. Sokolansky.

Ueber die Innervation der Schilddrüse. Zu dem gleichartig betitelten Referat von E. Flatow und E. Schill im Zbl. Neur. 50, 1/2, Ergebnisse 1928. L. Pines.

1443. Ueber die Beziehungen der Blutliquorschranke zum Gesamtstoffwechsel. Nippert. „Schizophrenie“-Psychosen bei Metenzephalitis. Erich Guttmann.

1474. Der Rorschachsche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse. M. Müller.

1462. Ueber einige Eigenheiten der Luminallwirkung bei Epilepsie. J. M. Kogan und L. A. Mirelson.

1473. Experimenteller Beitrag zur Psychologie der „Aufmerksamkeitsspaltung“ bei den Konstitutionstypen. Willi Enke und Laurenz Heising.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 53., 1.

Versuche über die Filtrierbarkeit des Tuberkelbazillus. L. Lange u. Clauburg. Ueber die Untersuchungen von Filtraten aus Tuberkelbazillenausgangsmaterial. W. Weichardt.

Arbeitstherapie bei der Lungentuberkulose. B. H. Vos. Ueber eine besondere Art von Atemübungen bei Lungentuberkulose. K. Siegfried.

1402. Erfahrungen mit Helioplin bei Lungentuberkulose. E. Homann.

1405. Die Verwertbarkeit der Komplementablenkungsreaktionen bei der Beurteilung gewisser allergischer Zustände. F. Loben und Olam.

Ueber Kohlenhydratstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. R. Ginsberg und Pewsner.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Zbl. Gewerbehyg.), 5. Jahrg., Nr. 1, 1929.

Untersuchungen in chemisch-technischen Laboratorien auf Quecksilberwirkung. Holtzmann.

1475. Zur Frage der Schädlichkeit der Schachtofen-Gichtgase in der Zementindustrie. Jötten-Sartorius.

Schädigung der Augen durch Schwefelwasserstoff. Scholte. Die Streckerschwäche. Teleky.

Aerztliche Gutachten in der Unfallversicherung. Floret.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 10, 9. März 1929.

1337. Sekalefrage. Guggisberg. Puerperalgangrän bei septischen Zuständen und Oxynergenmedikation. Saenger.

Abgestorbene Eizellen auf der Ovariooberfläche usw. Hinselmann. Amenorrhöe in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Graff und Novak.

1339. Kaiserschnitt wegen schwerer Schwangerschaftsblutung infolge Varicosis cerv. Naujoks.

Behandlung der Wehenschwäche mit Thymophysin. Demuth. Intraabdominelle traumatische Blutung aus dem Ovarium. Atajanz.

Soll man einen eitrigen Adnextumor operieren oder nicht? G. Katz.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 11, 16. März 1929.

Diabetes und Schwangerschaft, hormonale Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Holzbach.

Verhütung der Eklampsie. Baumgart. Beeinflussung der ovariellen Insuffizienz mit Ovarialhormonpräparaten. Hornung und Litten.

1335. Therapeutische Verwendung von „Hormovar“-Biedl. Kriß. Vollständige frühzeitige Erfassung von Lues congenita. P. E. Heine.

Fibrosarkoma cylindromatosum ovarii. W. Rosenstein. Hohe Kiellandzange bei Gesichtslage. Mandelstamm.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 12, 23. März 1929.

1338. Tod bei Hyperemesis gravidarum. Rupp. 1342. Pathologie der übertragenen Schwangerschaft. Holtermann.

Frühdiagnose der Schwangerschaft nach Dienst. Witte. Kavernöses Hämangiom des Mesenteriums. W. Schmitt.

Schicksal autoplastischer Eierstockeinpflanzungen. Michel. Entbindung durch Uterus-Bauchdeckenfistel nach Sellheim. Paunz.

Fibroadenomatose in Laparatomienarben. Legerlotz. Oberflächenspannung und Viscosität des Bluteserums bei den gynäkologischen Erkrankungen. Hochloff.

Erfahrungen mit Avertin. E. Rumpf. Curandra-Behandlung des spezifischen und unspezifischen Fluors. Gries.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 13, 30. März 1929.

Ändert sich die Berufsehre mit dem Gesetz? Sellheim. Avertinlösung in Amylenhydrat. Grossmann.

Hochgradige Torsion der Nabelschnur. Wahl. Gegen die Schwimmprobe auf Vollständigkeit der Plazenta. Kobes.

Fibromyom des Ligamentum rotundum. Kleff. Radiumtherapie. Gries.

1330. Neues Instrument zur Erweiterung des Gebärmutterhalskanals „Kolben-dilatator“. Härtl.

1341. Abortstatistik. Levit. Künstliche legale Abort und seine Folgen. Levit.

Echte intrauterine Arrhythmie (Extrasystolie) sub partu. Lork.

Nordische Zeitschriften

Acta obstetrica et gynecologica scandinavica (Acta obstetr. scand.), Helsingfors, 7., Heft 3, 1928.

1328. Ueber die operative Behandlung des Prolapses, mit besonderer Berücksichtigung der Interpositionsmethode. (Diakonissestiftens Hospital, Kopenhagen.) Peter Damm.

Ein Fall von ausgetragener Eierstockschwangerschaft und ähnliche Fälle aus der Literatur. (Gynäkologische Universitätsklinik Helsinki.) Aarne I. Sääntti.

Zwei Fälle von Nekrose der Nierenrinde bei Schwangerschaftstoxikose. (Geburtschilliche und gynäkologische Kliniken, Allmänna Barnbörds huset, Stockholm.) Axel Westmann.

Acta psychiatria et neurologica (Acta neur.), Vol. IV, Fasc. 1.

1447. Schlafproblem. Sture Berggren und Erik Moberg. Blinzelreflex bei Hemiplegie. Holger Ehlers.

Extramedullärer Tumor. Francis Harbitz und Ingvar Lossius.

1460. Plethysmographische Versuche bei Normalen und bei Tabes. H. de Jong und I. Prakken.

1463. Aetiologie der Impfenzephalitis. D. Wiersma. Durahernien der Pia-Arachnoidea. H. I. Gerald Pearson.

Acta radiologica (Acta radiol.), Stockholm, Vol. VX, Fasc. 6, Nr. 52.

1437. Der lebende Magen und seine motorischen Phänomene. L. G. Cole. Beitrag zum Studium der Aerokolie. A. Rosselet.

1481. Die Behandlung des Lymphgranuloms mit harten Röntgenstrahlen. R. Gilbert. Erfahrungen über den diagnostischen Wert der Cholezystographie. B. O. Pribram.

Reduktion der akuten Intussuszeption bei Kindern unter der Kontrolle des Durchleuchtungsbildes. L. Arntzen, A. Helsted.

Ein neuer Röntgenapparat mit komplettem Röntgenstrahlen- und Hochspannungsschutz. A. Bouwers.

Calcinosis intervertebralis. L. P. Rietema, S. Keijser.

Hydronephrose infolge abirrenden Gefäßes. A. F. Lindblom.

Acta Societatis Medicorum Fennicae, „Duodecim“, Helsingfors, Tom XI, Fasc. I, 1929.

1423. Morphologische Beobachtungen an den Zähnen der Finnen. Göran Hjelmaun.

- (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 4, Februar 1929.
 I. W. L. Johnson. Gedenkworte. O. I. Hult.
 Ueber Tetanus. Werner Möller.
 Ein Myokarditissymptom. J. Tillgren.
 Guttadiaphotproben. Ernst B. Salén und C. A. Haegström.
 (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 5, März 1929.
 Ferdinand Widal †. Gedenkworte. O. Rystedt.
 Johannes von Kries †. Gedenkworte. S. E. Henschen.
 Erinnerungsworte zum Gedenktage von v. Behrings 75jährigem Geburtstage.
 Alfred Petterson.
 Die Guttadiaphotprobe. Ernst B. Salén und C. E. Hoggström.
 Svenska Läkare Sällskapets Handlingar, Acta societ. medic. Suecance (Svenska Läk. Sällsk. Hdl.), 54., Heft 4, 1928.
 Zur Kenntnis der Natur der Schmerzsymptome bei Muskelrheumatismus (myalgische Schmerzen). Folke Lindstedt.
 (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 10, 7. März 1929.
 Ueber die Dosis des Leberextrakts „Exhepa“ bei perniziöser Anämie. N. R. Christoffensen und Thorkild Meyer.
 Einige Bemerkungen zur Behandlung der chronischen Urtikaria. S. A. Holbøll.
 Die Frage der Veränderlichkeit der Bluttypen. Olaf Thomsen.
 (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 11, 14. März 1929.
 Ueber die operative Behandlung der Sinusitis frontalis. Jes Jessen.
 Ein Versuch der Anwendung von „Nurnal“ (Roche) in der Psychiatrie. A. Hofman-Bang.
 Ein Fall von Insulinvergiftung. Poul Iversen.
 (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 12, 21. März 1929.
 Ueber Glieder- und Ankylosebehandlung. Harald Abrahamsen.
 Aufzeichnungen über eine kleine Pockenepidemie in Aarhus aus dem Jahre 1901. Joh. Lunddahl.
 Kolorimetrische Blutzuckerbestimmungen nach Crecelios-Seifert. Harald Hausberg und Poul Iversen.

Zeitschriften in englischer Sprache

- Journal of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. phys. Ther.), Omaha, 9., Nr. 11.
 Neubildungen an der Brustwand, Pleura und Lungen. A. F. Tyler.
 Elektrokoagulation der Tonsillen. Q. A. Dillinger.
 Behandlung des Karbunkels. A. D. Wilmoth.
 Ueber die Anwendung des Radiums in der Urologie. L. C. Dubois.
 Sinusoidale Ströme, ihr Mechanismus und ihre Wirkung bei Verstopfung. F. H. Morse.
 Diathermie in der Inneren Medizin. Fr. Nagelschmidt.
 Sekundäre Anämie, ihre Behandlung. Jean Jongwaard.
 Journal of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. phys. Ther.), Omaha, 9., Nr. 12.
 Behandlung von Blasentumoren mit chirurgischer Diathermie. A. G. Fleischmann.
 Physikalische Therapie im Lehrplan. D. Kobak.
 Arthritis. F. Nagelschmidt.
 Diathermie, ihre Anwendung und Technik. J. E. G. Waddington.
 Der gegenwärtige und zukünftige Stand der physikalischen Therapie in Behandlung, Unterricht und Untersuchung. Grober.
 Das Wie und Warum der Aussaugungsstonsilektomie. J. B. N. Waring.
 Die Beseitigung von Hämorrhoiden mittels des hochfrequenten Stromes. W. Bierman.
 Röntgenstrahlenschutz. R. A. Watters.
 Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 18, November 1928.
 Kruppöse Pneumonie und Bronchopneumonie. J. P. Crozer Griffith.
 Motorische und sekretorische Funktion des Magens. Q. H. Beck.
 Antagonismus zwischen Wachstum- und Sexualhormon des Hypophysenvorderlappens. Herbert M. Evans und Miriam E. Simpson.
 Frakturen der Metakarpalknochen und Phalangen. P. B. Magnuson.
 Funktion und Beherrschung der peripheren Sprachorgane. Elmer L. Kenyon.
 Bronchomykosis. W. D. Stovall und H. P. Greeley.
 Primäre Neoplasmen des Herzens. Ernest B. Bradley und Elmer S. Maxwell.
 Körperliche Übungen bei Herzkrankheiten. David P. Barr.
 Bestrahlung der Ovarien und der Hypophyse bei Menstruationsstörungen. Della G. Drips und Frances A. Ford.
 Myofaszitis vom Standpunkt des Orthopäden. F. H. Albee.
 Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 19, November 1928.
 Nachbehandlung der Poliomyelitis. Walter M. Dickie.
 Wirkung von Ovarialpräparaten auf die Symptome der Menopause und den Grundumsatz. John T. King.
 Antikörperpräparate bei Meningitis epidemica. J. B. Neal, H. W. Jackson, E. Appelbaum und E. J. Banzhaf.
 Erkrankungen der Harnorgane bei Kindern. B. A. Thomas und J. C. Birds.
 Nierensteine bei Kindern. C. K. Smith.
 Jejunal- und Gastrojejunalgeschwüre. John D. Camp.
 Wert der Bronchoskopie für die Diagnose maligner Erkrankungen der Lunge. P. P. Vinson, H. J. Moersch und B. R. Kirklin.
 Entzündung der Samenbläschen als Ursache von Ureterenverschuß. Winfield Scott Pugh.
 Phagedänischer Schanker des männlichen Genitales. John H. Labadie.
 Rolle der Vitamine in der Ätiologie und Heilung von Magen- und Duodenalgewüchsen. Seale Harris.
 Differentialdiagnose zwischen Hypothyreoidismus und Hyposuprarenalismus. Alfred E. Koehler.

- The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 20, November 1928.
 Behandlung der Lobärpneumonie. W. H. Park, G. M. Bulowa, M. B. Rosenblüth.
 Tinnitus aurium. Dana W. Drury.
 Hypertonische Erkrankungen. Joseph H. Barach.
 Identität der bei Nephritis im Harn vorkommenden Eiweißkörper. W. H. Welker, Edmund Andrews und William Thomas.
 Aerztliche Ueberwachung industrieller Arbeiter. D. C. O'Neill.
 Veränderungen der Körperhaltung. Clifford Sweet, R. O. Watson, H. E. Stafford.
 Erkrankungen des Herzmuskels und ihre Maskierung durch Erscheinungen von Seiten des Magens. David Riesman.
 Akuter Darmverschuß. W. C. Foster.
 Chemische Faktoren bei der Toxämie infolge Darmverschlusses. T. O. Orr und R. L. Haden.
 Intradermale Vakzination. Charles Armstrong.
 Leiomyosarkom des Uterus. Walter T. Dannreuther.
 Verschuß des Ureters bei Zervixkarzinom. C. L. Martin.
 Vorderarmfrakturen bei Erwachsenen. C. B. Francisco.
 The Journal of the American Medical Association (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 21, November 1928.
 Geburtshilfe und Gynäkologie im öffentlichen Gesundheitsprogramm. J. C. Lietzenberg.
 Veränderungen der Körperflüssigkeiten bei Verschuß der oberen Darmabschnitte. M. A. McIver und J. L. Gamble.
 Streptokokken im Liquor cerebrospinalis bei Poliomyelitis. E. C. Rosenow.
 Fortschritte der Gesundheitsfürsorge im Gebiet der Mississippiüberschwemmung. Charles N. Leach.
 Behandlung des Scharlachs mit spezifischen Antitoxinen und Seren. John A. Toomey.
 Verletzungen im Bereich des Brustkorbs. L. R. Sante.
 Die Bedeutung scheinbar geringfügiger Verletzungen der Wirbelsäule. Roland Hammond.
 Campidol zur Sichtbarmachung zerebrospinaler Veränderungen. Charles H. Frazier und Mark A. Glaser.
 Fibrose des Harnblasenhalses. R. H. Herbst.
 Perineale Prostataktomie. Edwin Davis.
 Nahrungsmittelallergie. Albert H. Rowe.
 Zwei Fälle von Rabies bei Menschen. T. B. Rice.
 The Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), Chicago, Nr. 1, 1929.
 Bothriocephalus in Amerika. T. Vergeer.
 Differentialnährböden für Salmonella pullorum, Salmonella gallinarum, Pasteurella avicola und Escherichia coli. W. L. Mallmann und D. Snyder.
 Salmonella pullorum im Darminhalt von Hühnern. W. L. Mallmann.
 Brilliantgrünanreicherung der Enteritisgruppe. R. Gilbert und M. Coleman.
 Sauerstoff und Wachstum des Cl. botulinum. G. M. Dack und E. H. Williston.
 Infektion der oberen Luftwege und des Mittelohrs. I. H. Fisher.
 Fehlen von heterophilen Antigenen in gewissen Nahrungsmitteln. J. Davidson.
 Hefeähnlicher Organismus vom Menschen. M. J. McKinney.
 1311. Uebertragung der Bartonellainfektion bei Ratten. P. R. Cannon und P. H. McClelland.
 Säureglutination der Bruzellagruppe. E. E. Ecker und M. A. Simon.
 Hämolyse und Hämagglutination für Hammelblutkörperchen. E. B. Perry und G. B. Rhoda.
 Hämolyse für Hammelblutkörperchen im Präzipitins serum von Kaninchen. L. Hektoen und E. B. Perry.
 The Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, 14., Nr. 5, Februar 1929.
 Weitere Beobachtungen über ein neues Verfahren zur Züchtung von Tuberkelbazillen: Vergleich der Meerschweinchenimpfung mit der Petroffschen Methode. H. J. Corper und Nao Myei.
 Tuberkulöse Endometritis. Harry L. Reinhardt und Robert A. Moore.
 Die Chemie und Zytologie der serösen Flüssigkeiten. Alvin G. Foord, O. E. Youngberg und Vera Wetmore.
 Primäres Karzinom der Eileiter. Ernest Scott und Marguerite G. Oliver.
 Die Auslegung allergischer Reaktionen. Warren T. Vaughan.
 Verfahren zur Messung der bakteriziden Eigenschaften des Vollblutes gegenüber grampositiven Kokken. William Thalheimer und Charlotte Colwell.
 1307. Auslegung der WaR. B. Markowitz.
 Konservierung des Complementes, eine praktische Untersuchung. B. W. Rhamy.
 1389. Die Senkungsgeschwindigkeit des Blutes bei Ikterus. N. Rosenthal und M. J. Blowstein.
 Ein vernachlässigtes Gebiet der Erbforschung. Harold D. Caylor.
 Die filtrierbare Form des Tuberkelbazillus. Gerald B. Webb.
 The Journal of Oriental Medicine (J. Orient. Med.), Dairen (Süd-Mandschurei), 10., Nr. 2, Februar 1929.
 Ueber den Einfluß von gekochten Bakterienleibern auf den immunisatorischen Prozeß. Experiment über Agglutininbildung. B. Sawada.
 Ueber den Einfluß von gekochten Bakterienleibern auf den immunisatorischen Prozeß. Experiment über die Phagozytose. B. Sawada.
 1377. Ueber einen Fall von atypischer lymphatischer Leukämie mit Lymphosarkomatose. T. Muto.
 Die Entwicklung der Knochenkerne in den Handwurzelknochen chinesischer Kinder. T. Ubita und K. Hatai.
 Ueber die Impedierung der spontanen Phagozytose (von Staphylococcus pyogenes aureus) betreffend Milzbrandbazillen. Sh. Oka.
 Experimentelle Untersuchungen über die Regeneration des Knochenmarks. M. Horluchi und T. Itoh.

- The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5506, 9. März 1929.**
Hungertherapie. E. Spriggs.
Bakteriologische Befunde bei einer Serie von Gebärmüttern nach Hysterektomie. E. Lepper und M. Martland.
- 1424.** Die therapeutische Anwendung von Azetylencholin. M. Villaret und L. Justin-Besançon.
Subakute Cholezystitis. W. Bain.
Ueber Milzchirurgie. A. Sheen.
Karotin und Vitamin A. Th. Moore.
Traumatisches Aneurysma der Arteria iliaca interna. W. Romanis.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 3, 6. Februar 1929.**
1442. Die therapeutische Bedeutung des Kalziumstoffwechsels. H. O. Colomb.
Akute myelogene Leukämie. H. Lerner.
- 1304.** Die 3 T in der Ophthalmologie. G. H. Bell.
Sichtbarmachung der weiblichen Beckeneingeweide. H. Cohen.
Puerperale Morbidität und Mortalität. P. Brooke Brand.
Kopfwahl nach Lumbalpunktion. T. J. Heldt.
Probleme der Prostatachirurgie. H. O. Bugbee.
Suppurative Orchitis. M. F. Campbell.
Vaginitis. J. A. Lopez.
- 1367.** Infektionen des Urinaltraktes. W. S. Pugh.
Nieren. J. W. Shuman.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 4, 20. Februar 1929.**
1448. Aetiologie des hohen Blutdrucks. F. H. Broadbent.
Gicht und gichtische Diathese. W. E. Fitch.
- 1430.** Der Wert des Narkosan bei Arzneigewöhnung. C. W. Scheib.
Sichtbarmachung der weiblichen Beckenorgane. H. Cohen.
Pruritus. J. W. Shuman.
- 1433.** Behandlung der Hypertension. L. Paine, J. C. Teas.
1429. Bestrahltes Ergosterol gegen Parkinson. E. H. Eising.
Die gewöhnliche Röntgenuntersuchung der Verdauungsorgane. A. L. Soresl.
Praktische Gesichtspunkte bei der Kolostomie. B. Carnett, C. Howell.
- 1392.** Megakolon beim Erwachsenen. Z. Sagal.
Behandlung der Koloninfektion. W. Wiltse.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 4, 24. Januar 1929.**
1397. Gallenblasenerkrankung. J. B. Deaver.
1467. Poliomyelitis nach Tonsillektomie. A. L. Aycock, E. H. Luther.
Der Syndromkomplex Menière. D. W. Drury.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 5, 31. Januar 1929.**
1310. Thrombose peripherer Venen nach Typhusvaccineinjektion. A. W. Allen, R. H. Smithwick.
1450. Ueber chronischen Rheumatismus. J. van Breemen.
Chirurgische Aspekte einiger Tropenerkrankungen. G. C. Shattuck.
- 1431.** Thyreoidea bei Fettsucht. L. E. Parkins.
Hilustuberkulose bei Alten. B. M. Fried.
- The Urologic and Cutaneous Review (Urologic. Rev.), St. Louis, Nr. 3, März 1929.**
Ein Fall solitärer seröser Nierenzyste. Bransford Lewis und Grayson Carrol, St. Louis.
- 1368.** Die Diagnose der Uretervaginalfistel. Robert E. Kinloch und Leo S. Drechsler, Brooklyn.
- 1364.** Neuere urologische Maßnahmen. Louis Clive Jacobs und Abelson Epstein, San Francisco.
- 1365.** Gewohnheitsgemäße Zystourethroskopie der hinteren Harnröhre bei chronischen und ungeklärten Blasen- und Sexualfällen. Edgar G. Ballenger, Omar F. Elder, Harold P. McDonald, Atlanta.
Der prostatiche Patient. Die Maßnahmen vor und nach der Operation. Elmer Heß, Erie (Pennsylvania).
- 1325.** Die Ureter-Blasenklappe und die Meatotomie des Ureters. Hugh J. Polkey, Chicago.
Die Betreuung des Prostatikers. Ellis S. Allen, Louisville.
Harnsteine. William J. Erikson, Philadelphia.
- 1324.** Indikationen und Technik der Meatotomie des Ureters. Henry A. R. Kreutzmann, San Francisco.
Vorläufige Bericht über die Ergebnisse und Technik bei der Behandlung von Verschlussbildung am Blasenhals sowie bei Geschwüren und Entzündungen der Blase. Lionel P. Player, San Francisco.
- 1322.** Fortschritt in der Behandlung der Blasensteine. Abraham Ravich, Brooklyn.
- 1323.** Abschnürung des Penis durch Fremdkörper, die von außen um ihn herumgelegt wurden. John G. Clem, Louisville.
Eine urologische Betrachtung über akuter Abdominalerkrankung. Jesse U. Reaves, Mobile Alabama.
Ein Fall von Harnröhreninfektion durch Micrococcus tetragenes. Bernhard Erdmann, Indianapolis.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical (Bruxelles méd.), Brüssel, Nr. 17, 1929.**
1312. Methoden und Resultate der chirurgischen Gesichtsplastik. Gustave San Venero-Rosselli.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 1, Januar 1929.**
1343. Meningitis tuberculosa und Schwangerschaft. A. Couvelaire und M. Lacomme (Paris).
- 1344.** Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe. Jean-Robert Henry und L. Jaur (Marseille).
Tödliche intraabdominale Blutung am Ende der Schwangerschaft infolge von dezi dualen Wucherungen an der hinteren Uteruswand. B.-J. Kouwer (Utrecht).

- 1334.** Extrakt des weiblichen Sexualhormons und Resultate der Follikulintherapie. Serdukoff (Moskau).
Chirurgische Wiederherstellung der weiblichen Urethra. J. Pérard (Paris).
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris, Nr. 52, 1928.**
Plazentarretention im Wochenbett. Klinische Entwicklung und Behandlung. Henri Verzelein.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris, Nr. 1, 1929.**
1464. Die seroresistenten Formen der Zerebrospinalmeningitis. Carnot.
Osteosarkom des oberen Humerusabschnittes. Hartmann.
Das Argyll-Robertson-Phänomen. Sein semiologischer Wert und seine Pathologie. Prosper Veil.
- Journal des Praticiens (J. des Prat.), Paris, Nr. 2, 1929.**
1325a. Nieren, die man nicht entfernen soll. F. Cathelin.
Die Behandlung der Melancholie. R. Benon.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 9, 2. März 1929.**
Die Syphilis 1929. Milian und Brodier.
1359. Narben bei viszeraler Syphilis. Gougerot.
1358. Lupus vulgaris und Syphilis. Hudelo, Rabut.
1360. Meningitis heredosyphilitica. H. Eschbach.
Wirkung des Tellur bei Syphilis. Guénol.
1296. Das Steißbeingrübchen. A. Tourine, L. Marceron.
1361. Behandlung syphilitischer Nephritiden. G. Petges, P. Joulia.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 10, 9. März 1929.**
Betrachtungen über das automatische Lachen. Cornil, Pacaud.
Ueber den pathogenen Mechanismus der Parasyphilis. Levaditi, Lepine, Sanchis-Bayarri.
1354. Behandlung des Lupus vulgaris durch lokale Antigenotherapie. G. Hufschmitt.
1434. Systematische Ausnützung des negativen Drucks beim therapeutischen Pneumothorax. A. Giraud.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 8, 1929.**
Der spontane Pneumothorax der Tuberkulösen. A. Jaquelin.
Modifizierte Inzisionen im Niveau der Finger zur RepARATION der Beuger. M. Iselin.
Zur Syphilis. Antwort an Ch. Flandin. A. Vernes.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 9, 1929.**
Tuberkulinempfindlichkeit beim Greise durch den B. C. G.
1391. Zur Vakzination bei Kolitiden auf bukkalem Wege. Gaehtlinger und A. Bécart.
Tuberkulose und Terrain. A. Raviner.
- Revue française de pédiatrie (Rev. franç. pédiatr.), Paris, 4., Nr. 1.**
Der Liquor cerebrospinalis beim Neugeborenen. Waitz.
Unterhautfettgewebnekrosen beim Neugeborenen. Woringer und Weiner.
1412. Die multiplen pulmonalen Arteritiden beim Neugeborenen und deren Folgen. Ribadeau-Dumas, Chabran und Wolff.
Vegetative Neurose (Akrodynie) beim Kind und Erwachsenen. Bogaert, Koumans und Sweerts.
- 1346.** Der plötzliche Tod der operierten Mastoiditisfälle bei Säuglingen. Canuyt.
Bemerkungen über die Atrophie. Cordey.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Il Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 11, 18. März 1929.**
Die Bradyasie und transitorische Kinesie beim postenzephalitischem Parkinsonismus. I. Sacchetto.
Korrektion des bilateralen Katheterismus in den Uretern nach Passage eines Teiles des Harns in die Blase. R. Sabatucci.
Die Schutzimpfung gegen Tuberkulose mit B. C. G. in den Verhandlungen des Hygienekomitees des Völkerbundes. A. Ascoli.
Zum Problem der Bluteigel in den oberen Luftwegen. G. Munna.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 6, 9. Februar 1929.**
Gedenksnummer anlässlich des Todes des Gründers der Zeitschrift Dr. A. A. de Azevedo Sodrê, Prof. der med. Fakultät in Rio de Janeiro.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 7, 16. Februar 1929.**
Infantile Syphilis. Martagao Gesteira.
Digitale Massage der Prostata. Americo Valerio.
- 1453.** Entstehung eines intrathorazischen Tumors bei einer Maus nach Splenektomie. Juvenal R. Mayer.
Die Therapie der Ostitis mit Protinectol und Calcinectol. Arnaldo Cavalcanti.
- La Prensa Médica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 22, 10. Januar 1929.**
1326. Schwere Frakturen des Kalkaneus und ihre Behandlung. J. Valls.
Fall von postenzephalitischer Demenz. J. Vivaldo und A. Haedo.
Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.
- La Prensa Médica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 23, 20. Januar 1929.**
Glukose und Lävulose bei Diabetikern. Th. Malamud.
Fall von perianaler Fistel bei Tuberkulose des Schambeins. O. Ratto und Q. Armanino.
Hyperglobulie infolge atmosphärischer Depression in der Berufseignungsprüfung der Flieger. S. Fradkin.
Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.

La Prensa Médica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 24, 30. Januar 1929.

1301. Tumoren der Scheiden des Nerv. opt. P. Satanowsky und E. Adrogué.
Die Schlattersche Krankheit und Pate-Witis adolescentium. M. Serfaty und O. Marottoli.
Pathogenese und Therapie des Asthmas. P. Cernadas.
Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.

La Prensa Médica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 25, 10. Februar 1929.

1302. Epibulbare Karzinome. A. Solares und O. Orosco.
Fall von traumatischer Epilepsie nach Projektilverletzung. J. Vivaldo.
Schwerer Herzzwischenfall während einer Gravidität. R. Moron.
Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.

La Prensa Médica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 26, 20. Februar 1929.

- Analytische Studie über 238 Syphilitiker im Primärstadium. L. Carrera.
Heilung einer thrombozytopenen Purpura haemorrhagica durch Splenektomie. A. Ceballos und H. Taubenschlag.
Verklebung des Orificium intern. colli uteri unter der Geburt und Placenta praevia. B. Moron.
Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos Aires, 14. Jahrg., Nr. 160, Januar 1929.

- Semiologie des Zwerchfellgebietes und des Traubeschen Raumes. P. Barlaro.
1386. Gastroduodenale Ulzera. O. de Carvalho.
Konsistenz der Nahrungsmittel. C. Cardini.
1417. Dysbasia lordotica progressiva oder Dystonia muscularis deformans. A. Gareiso.
Beitrag zum Studium der Embryologie des Ovars. J. Saber.
Die Wirkung der Polyvakzine und Seren auf die Menstruation. S. Jowan.

Zeitschriften in russischer Sprache

Paediatrica (russisch), Moskau-Leningrad, 12., Heft 5, 1928.

1297. Zur Frage der vegetativen Störungen bei Diphtherie. A. Wlassowa.
Zur Frage der Herzgefäßstörungen bei Scharlach. M. M. Bubnowa.
Zur Frage der spezifischen Behandlung des Scharlachs. N. S. Moroskin und E. S. Gurewitsch.
Ueber Masernenzephalitis. E. A. Bosse.
Untersuchungen der Hirn-Rückenmarksflüssigkeit bei Kindern mit kongenitaler Lues. W. S. Nesterowa.
Physische Entwicklung der Moskauer Schulkinder. A. D. Ostrowski.
Ein Fall von Diabetes insipidus. E. G. Halpern.
Ueber das periodische Erbrechen der Kinder. (Übersichtsreferat.) A. M. Spindler

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

1295.

Bergmann, Ernst, Der Anteil der einzelnen Wachstumszonen am Längenwachstum der Knochen. (Dtsch. Z. Chir., 213, 5/6. H., S. 303.) Durch Messung des Abstandes gleichzeitig entstandener metaphysärer Verkalkungslinien konnte Verfasser feststellen, daß beim Wachstum der langen Röhrenknochen von der distalen Knorpelfuge des Femurs die stärkste Längenzunahme ausging. Sie war etwas mehr als doppelt so groß wie die des proximalen Femurepiphysenknorpels. An der Tibia ergaben die Messungen annähernd gleiche Werte für beide Zonen. Am Arm war die Längenzunahme der ellenbeugefernen Wachstumszone etwa dreimal so groß wie die der ellenbeugenahen. E. Gohrbandt, Berlin.

1296.

Touraine, A., und L. Marceron, Das Steißbeingrübchen als syphilitische Dystrophie. (Paris méd., 1929, Nr. 9.) Bei zwei Dritteln Heredosyphilitischer trifft man in der Mitte des Steißbeins eine mehr oder weniger tiefe Grube, in der Medianlinie, die trichterförmig oder nur leicht eingedrückt sein kann. Sie ist schon bald nach der Geburt sichtbar, und zwar bei beiden Geschlechtern. Man findet dabei meist auch andere syphilitische Stigmata. Im wesentlichen eine spina bifida occulta. v. Schnizer.

1297.

A. Wlassowa, Vegetative Störungen bei der Diphtherie. (Paediatrica [russisch], 12., Heft 5.) Die akuten Infektionskrankheiten eignen sich ganz besonders zum Studium des vegetativen Nervensystems und seiner Störungen. Die Rachendiphtherie verursacht eine ganze Reihe von vegetativen Störungen, die auf Schädigung des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Systems durch das Diphtherietoxin zurückzuführen sind. In den ersten 3 bis 4 Krankheitstagen findet man bei der Diphtherie eine mäßige sympathikotonische Reaktion, die sich ausdrückt in einer Leukozytose mit Neutrophilie, Erhöhung des Blutdrucks, Beschleunigung des Pulses und normalem oder negativem Aschner-Phänomen. Vom 4. bis 5. Krankheitstage an sinkt der Sympathikustonus und mit ihm die Leukozytose und Neutrophilie sowie der Blutdruck. Der Puls wird frequenter und das Aschner-Phänomen positiv. In schweren Fällen besitzt das Absinken des Sympathikustonus eine sehr ernste prognostische Bedeutung. In leichten und schweren, aber unkomplizierten Fällen ist gegen Ende der zweiten Woche das vegetative Nervensystem wieder im Gleichgewicht. Die Serumkrankheit durchbricht ebenfalls das normale vegetative Gleichgewicht, es

stellt sich ein vagotonischer Symptomenkomplex ein mit sehr starkem Aschner. Die funktionellen Proben des vegetativen Nervensystems mit Atropin, Pilocarpin und Adrenalin ergeben die gleichen Resultate bezüglich der Tonuschwankungen während des diphtherischen Prozesses. Bemerkenswert ist, daß die Diphtherie der Nase und des Kehlkopfs das vegetative Nervensystem viel weniger schädigen als die Rachendiphtherie. Eliasberg.

Augenheilkunde

1298.

Sattler, C. H., Schwer stillbare Bindehautblutung beim Neugeborenen. (Klin. Mbl. Augenheilk., 82., Januar 1929.) Es handelt sich um einen drei Tage alten Säugling männlichen Geschlechts, bei dem seit der Geburt eine nicht zu stillende Blutung aus der Bindehaut eines Auges bestand. Clauden, subkutan eingespritzt, hatte nur vorübergehenden Erfolg. Nach Einspritzung von 10 ccm väterlichen Blutes hörte die Blutung sofort auf. Die Prüfung der Blutungszeit, der Gerinnungsfähigkeit und die Blutplättchenzählung haben keinen Anhaltspunkt für Hämophilie ergeben. Hurwitz, Berlin.

1299.

Minder, Fr., Ueber die Sichtbarkeit der leprösen Nerven-erkrankungen in der Kornea an der Spaltlampe. (Klin. Mbl. Augenheilk., Januar 1929.) In einer makroskopisch klaren Hornhaut eines Leprösen konnten mit der Spaltlampe feine, grauliche Infiltrate im Hornhautparenchym festgestellt werden. Die Infiltrate umgaben punkt- und spindelförmig die Nerven. Hurwitz, Berlin.

1300.

Rohsteiner, K., Beitrag zur Kenntnis des Linsenkapselhäutchenglaukoms (Glaucoma capsulolenticulare). (Klin. Mbl. Augenheilk., Januar 1929.) Der Verfasser teilt 17 neue Fälle und die histologische Untersuchung eines Auges mit, bei denen er die von Vogt beschriebenen Häutchen auf der Linsenkapsel und die bläulich-weißen Auflagerungen auf dem Pupillarsaum fand. 70% von diesen Fällen litten an Glaukom, und die Tatsache, daß es auch Fälle mit Häutchenbildung ohne Glaukom gibt, spricht dafür, daß Glaukom die Folge, nicht aber die Ursache davon ist. Was die Pathogenese dieser Häutchen anbelangt, so schließt sich der Verf. der Meinung Vogts an, daß es sich hier um die Abschlüpfung der oberflächlichen Lamellen der Linsenkapsel handelt, und verwirft diejenige Busaccas, der in ihnen einen feinförmigen Niederschlag aus dem Kammerwasser sieht. Der Verf. beanstandet auch die von vielen Autoren in bezug auf die Vogtschen Befunde angewandte Bezeichnung „Ab-

Lösung der Zonulalamelle, da es sich hier nicht um die Ablösung einer besonders gearteten einzigen Lamelle handelt, sondern häufig die Destruktion einer wechsellagernden Zahl der oberflächlichen Linsenlamellen zu sehen ist.
Hurwitz, Berlin.

1301.

Satanowsky, Paulina, und Esteban Adrogué. Tumoren der Scheiden des Nervus opticus. (Prensa med. argent., 15., 24.) (Augenkl. Buenos Aires.) Symptomatologie: Die Tumoren entwickeln sich meistens bei jungen Individuen, wobei als Hauptsymptome eine sich sehr langsam entwickelnde Exophthalmie verbunden mit einem Sinken der Sehschärfe, die nicht immer von den Kranken empfunden wird, auftritt. Die Motilität des Bulbus ist am Anfang noch gut erhalten; bei eingetretener Einschränkung derselben bezieht sie sich auf alle Richtungen. Schmerzen fehlen gewöhnlich, nur in wenigen Fällen (Endotheliome) wird über solche geklagt. Die Reaktion der Pupillen hängt vom Zustande des Optikus ab. Der Fundus kann normal trotz absoluter Blindheit sein; die Atrophie der Papille entsteht erst im Laufe der Zeit. Entwickelt sich der Tumor in der Nähe des juxta-bulbären Abschnittes, so findet man Oedem der Papille mit venöser Stauung und Hämorrhagien, manchmal auch weiße Flecke wie bei der Retinitis albuminosa. Auch Thrombose der Vena centrales, Uebergreifen des Tumors auf die Papille und Zystenbildung oberhalb derselben wurden beschrieben. Beim Fortschreiten des Exophthalmus kommt es zu Lagophthalmus, Keratitis, Perforation der Kornea und Phthisis bulbi. Selten sind zerebrale Symptome: Kontrakturen, epileptische Anfälle, hochgradige Kopfschmerzen. Ashkenasy, Wien.

1302.

Solares, Aniceto, und German Orosco. Epibulbäre Karzinome. (Prensa med. argent., 15., 25.) (Institut für patholog. Anatomie, Buenos Aires.) In der Ätiologie spielen Trauma und Präexistenz eines Nävus eine bedeutende Rolle. In der Kindheit kommen die Tumoren seltener vor. Unter den konjunktivalen Tumoren überwiegen die epithelialen; im allgemeinen aber sind Tumoren rein konjunktivalen Ursprungs sehr selten. Die Entwicklung epibulbärer Tumoren nach innen, in die Augenhöhle, wird sehr selten beobachtet. Ebenfalls selten ist Metastasierung in die benachbarten Lymphdrüsen. Die pigmentierten Tumoren weisen durchschnittlich einen schwereren Verlauf als die nichtpigmentierten. Benigne Tumoren können malignen entarten, und in solchem Falle bedrohen sie die Sehkraft oder gar das Leben des Individuums; daher die Forderung nach unbedingter Entfernung von Flecken oder Neubildungen. Die Therapie besteht zu Beginn in Exstirpation des Tumors, in fortgeschrittenen Fällen in Enukleation. Bei inkompletter Ablation besteht die Gefahr eines Rezidivs. Ashkenasy, Wien.

1303.

Tranceschetti, A., und Irma Guggenheim. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit und ihre Bedeutung für die Ophthalmologie. (Klin. Mbl. Augenheilk., 82., Januar 1929.) Robin Fäbraeus machte 1917 auf die diagnostische Bedeutung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (S.R.) aufmerksam. Obgleich die S.R. ein feiner Indikator für Veränderungen im Blute und erhöhten Gewebszerfall ist, zeigt sie keine Spezifität und ist differentiell diagnostisch von nicht allzu großem Wert. In der Augenheilkunde wurde die S.R. zuerst von Ascher beim Glaukom untersucht, und Elschsig fand, daß die körnige Strömung in den Netzhautgefäßen um so rascher auftritt, je größer die S.R. ist. Nach Howath dagegen hat die S.R. für die Augenheilkunde keinen diagnostischen Wert.

Die Verf. teilen nun ihre Resultate von 1000 S.R. bei Augenleiden mit. Bei Lues congenita (Kerat. parenchymat., Chorioretinitis) war die S.R. beschleunigt, doch ergab sich, daß die Ursache dafür nicht das Augenleiden, sondern die Lues war. Bei Lues acquisita ist die S.R. in der Regel beschleunigt, insbesondere bei nicht behandelten Fällen. Die skrofulösen und tuberkulösen Augenaffektionen machen als solche keine beschleunigte S.R.; bei beschleunigter S.R. ist zu allererst an Lungentuberkulose zu denken. Bei rheumatischen Augenleiden war die S.R. immer beschleunigt, und dies kann in Fällen, wo die Differentialdiagnose sich zwischen Rheumatismus und Tuberkulose bewegt und für die letztere kein Anhaltspunkt da ist, von großer Bedeutung sein. Im Gegensatz zu Ascher, der beim primären Glaukom eine beschleunigte S.R. fand, ergaben sich den Verf. beim akuten primären Glaukom normale Senkungsreaktionen. Beim Ulcus serpens war die S.R. regelmäßig beschleunigt, wurde aber nach Abklingen des Leidens wieder normal. Hurwitz, Berlin.

1304.

Beil, G. H. Die Rolle der 3 T und die Reformdiät in der Ophthalmologie. (Med. J. a. Rec., Nr. 3, 1929.) Die 3 T sind Intoxikation, Tonsillen und Zähne (Teeth). Ueber die Reformdiät kurz

folgendes: die Praxis, Proteine und Kohlehydrate bei derselben Mahlzeit zu kombinieren, erschöpft mit der Zeit die Verdauungsdrüsen und schädigt ihre Funktion. Grundsätze: schwere Kohlehydrate und Proteine soll man bei derselben Diät nicht mischen, ebenso nicht frische Früchte und schwere Kohlehydrate und Fette mit konzentrierten Proteinen. Schwere Kohlehydrate: Vollkornbrot, Kartoffeln, Reis, Makkaroni, Zerealien, Zucker. Schwere Proteine: Fleisch aller Art, Schellfisch, Eier, Käse. Wenn diese beiden zusammen gegessen werden, kommt es zu Gärungen und dadurch zu Toxämie. Ganz besonders ist dies der Fall bei dem üblichen Zuckermißbrauch bei Kindern. Rohe Milch, frische Vegetabilien, rohe Früchte. Alle vier Wochen Rizinusöl, das durch nichts anderes zu ersetzen ist. Die chronische Keratoiritis und das Glaukom beruhen zum großen Teil, wenn andere Ursachen auszuschließen sind, auf längerdauernder Autointoxikation. Die Zahnbürste sollte abends mit Tafelsalz gefüllt werden und so über Nacht stehenbleiben; einmal täglich sollten so Zähne und Zahnfleisch gereinigt werden. Pyorrhoe bessert sich meist überraschend nach Tonsillektomie und Reformdiät. Besonders zeigt diese Besserung das Blutbild. v. Schnizer.

Bakteriologie und Serologie

1305.

Salén, E. B., und C. A. Häggström. Die Guttadiaphotprobe. (Hygiea, 91., H. 4, 1929.) Die Guttadiaphotprobe (Prüfung des Bluttröpfens auf vorbereitetem Papierstreifen) wird genauer beschrieben, sowie ihre Methodik, die Fehlerquellen und die klinische Einschätzung. Die Arbeiten von Schilling, Meyer, Bierast, Bruch werden kritisch bewertet. Es wird bestätigt, daß diese Probe ein feines Reagens auf die pathologische Blutbeschaffenheit (infektiöse und toxische) und Blutkrankheiten darstellt. Mitunter gibt es jedoch Versager. Negativer Ausfall schließt mit großer Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein infektiöser oder toxischer Prozesse im Blut aus. Positiver Ausfall spricht bei männlichen Kranken für das Vorhandensein solcher Störungen; bei Frauen kann einer schwachen oder nur mittelstarken Reaktion keine solche Bedeutung erteilt werden. Bei negativem Ausfall hat die Probe einen ähnlichen Wert wie die Senkungsreaktion als Kontrolle auf die Gesundheit. Bei Lues wird mit dieser Probe bei einer ganzen Reihe von Fällen mit negativer WaR. ein positiver Ausfall erzielt. Eine solche Ueberlegenheit, wie Schilling und Bruch gegenüber der WaR. annehmen, hat diese Methode jedoch für Lues nicht. Von acht unbehandelten Luesfälle z. B. gaben alle positiven WaR., sechs positive und zwei negative Guttadiaphotproben. S. Kalischer.

1306.

Schnitzer, R. Ueber Syphilisdiagnose in der Lumballüssigkeit mit Trübungsreaktionen. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 6, S. 228.) Die M. T. R. in der Modifikation von Untersteiner kann bei Verwendung 2prozentiger NaCl-Lösung als Verdünnungsmedium zur Syphilisdiagnose im Liquor herangezogen werden. Sie steht aber an Empfindlichkeit der WaR. nach. Durch Zusatz eines Terpentinoloids zu einem geeignet verdünnten Syphilisleberextrakt erhält man ein Reaktionsgemisch von dosierbarer Empfindlichkeit, das zur Erkennung der Syphilis im Liquor geeignet ist. Die Reaktion ist unter Umständen empfindlicher als die WaR. unter Erhaltung der Spezifität. Arnold Hirsch, Berlin.

1307.

Markowitz, B. Auslegung der WaR. (J. Lab. Clin. Med., Vol. XIV, Nr. 5.) Die Wassermannsche Reaktion an sich ist keine wirklich spezifische Syphilisreaktion. Beimluetischen Individuum müssen irgendwelche, heute noch nicht näher erfassbare biochemische Veränderungen des Blutes angenommen werden, die die Bindung des Komplementes bewirken. Der Ausfall der WaR. sollte bei der Syphilisdiagnostik nicht als in jedem Fall beweisender Hauptfaktor gewertet werden. Die WaR. ist eben nur ein Symptom, das die Aerzte nur im Rahmen des gesamten klinisch-serologischen Symptomenkomplexes beurteilen sollten.

Schwankungen in der Komplementbindungsfähigkeit mancher Sera kommen innerhalb einiger Tage nicht selten vor. Bei unbehandelten, florid Syphilitischen kann die WaR. vorübergehend negativ sein, und umgekehrt tritt zuweilen bei ausreichend behandelten, bereits sero-negativen Patienten plötzlich für kürzere oder längere Zeit eine positive WaR. auf. Besonders labil ist die Wassermannsche Reaktion bei der tertiären Lues; nur in etwa drei Viertel der Fälle ist sie im Blut positiv. Dagegen pflegt sie bei der Dementia paralytica im Liquor cerebrospinalis stets positiv zu sein. Im Stadium des Primäraffektes sagt eine negative WaR. gar nichts. Im Reizsekret des Ulcus durum ist die WaR. schon positiv bei gleichzeitig noch negativem Blutbefund. Acht Tage nach Erscheinen des Primäraffektes kann die WaR. im Blut bereits positiv sein, etwa

in 14% der Fälle. Am Ende der dritten Woche sind etwa 70%, in der fünften bis sechsten Woche 96% positiv.

Schwach positiver Ausfall der WaR. bei sicher Nichtluetischen fand sich mehrfach. So bei schwerer Alveolaryporrhoe, bei Ikterus, bei schwerer Pneumonie, bei Endokarditis, bei Epilepsie.

Reichliche Alkoholzufuhr kann eine positive Wassermannsche Reaktion für Stunden bis einige Tage zum Verschwinden bringen.

Walter Goldstein, Berlin.

1308.

Riebe, W., Die Mastix-Lumbotest-Reaktion nach Emanuel und Rosenfeld. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 12, 1928. Die ursprünglich von Emanuel als Ersatz der Goldsolreaktion angegebene Mastixreaktion ist von Jacobsthal und Kafka zu der Normomastixreaktion ausgebaut worden, die seinerzeit als einfachste und zuverlässigste Kolloidreaktion gilt. Neuerdings haben Emanuel und Rosenfeld als Verbesserung der ursprünglichen Methode die Mastix-Lumbotest-Reaktion angegeben, die in 91,6% der Fälle eine Uebereinstimmung mit der Goldsolreaktion aufweisen, in den übrigen Fällen eine größere Spezifität bei der Differentialdiagnose der Lues cerebri gegen Paralyse zeigen und die meningitischen Arten schärfer hervortreten lassen soll. Nachprüfungen an 100 Fällen unter Vergleich mit der Normomastixreaktion zeigten eine Uebereinstimmung in 70 Fällen. Der stärkere Ausfall bei Meningitiden konnte bestätigt werden, erscheint jedoch aus differentialdiagnostischen Gründen nicht erwünscht; ihm steht ein schwächerer Ausfall bei Lues II gegenüber; eine genauere Differenzierung zwischen Paralyse und Lues cerebri war nicht festzustellen. Die Mastix-Lumbotest-Reaktion steht der Normomastixreaktion nach und kann zum alleinigen Gebrauch nicht empfohlen werden.

Ernst Levin, Berlin.

1309.

Meyer Fritz, Grippeschutzimpfung. (Med. Welt, 6, 1929.) Auf Anregung des Verfassers stellen die I. G. Farbwerke, Höchst, eine „Polyvalente Grippe-Misch-Vakzine“ her, die aus Pneumokokken, Streptokokken und Influenzabazillen zusammengesetzt ist. Es sind dies die Erreger, die man bei den meisten Grippekomplikationen zu finden pflegt. Die Impfung mit der Vakzine besteht in der subkutanen Injektion von 0,2, 0,5, 0,8 und 1,0 ccm in Abständen von 5 bis 6 Tagen. Die lokale Reaktion besteht in einer Rötung der Injektionsstelle, die allgemeine in einer starken Müdigkeit und einem Muskelziehen am Abend des Injektionstages. Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt Verfasser, daß die Impfung mit seiner Vakzine unschädlich ist und einen guten Schutz gegen die Grippeinfektion liefert.

L. Gordon, Berlin.

1310.

Allen, A. W., und R. H. Smithwick, Periphere Thrombose nach Injektion von Typhusvakzine. (New England J. Med., Nr. 5, 1929.) Die Reaktion auf eine intravenöse Typhusvakzineinjektion ist konstant und typisch: zunächst werden in einem Prodromalstadium von $\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden die Extremitäten kühler, die Schmerzen nehmen zu, die Oberflächentemperatur fällt und der Kreislauf in den Kapillaren steht fast still. Dann kommt der Frost, wenige Minuten bis zu $\frac{1}{2}$ Stunde, und darauf eine rapide Erhöhung der Körper- und Oberflächentemperatur der Extremitäten. Der Kapillarkreislauf steigt wieder. In der ersten Phase kommt die Thrombose zustande. Und diese Phase kann man namentlich bei Arteriosklerotikern ausschalten, wenn man die Extremitäten durch Warmflaschen und heiße Tücher stark erwärmt, ein Mittel, das aber nicht nur bei Arteriosklerotikern, sondern bei allen Patienten vorbeugend angewandt werden sollte.

v. Schnizer.

1311.

Cannon, J. R., und P. H. McClelland, Bartonellainfektion bei Ratten. (J. Inf. Dis., Nr. 1, 1929.) Wird bei Laboratoriumsratten die Milz entfernt, so entwickelt sich eine schwere Anämie. Diese Anämie ist auf ein Virus zurückzuführen, das von Ratte zu Ratte durch Blut oder Leberparenchym übertragen werden kann. Der Infekt kommt auch zustande durch Kontakt von nichtinfizierten Tieren mit infizierten. Läuse von infizierten Ratten übertragen das Virus auf nichtinfizierte Tiere. Die Infektion findet nicht statt, wenn infizierte und nichtinfizierte, entlaute Ratten zusammengebracht werden. Der Erreger ist vermutlich die Bartonella muris. Der Uebertragungsmodus läßt vermuten, daß auch bei der menschlichen Bartonellainfektion, dem Proyafieber, die Laus (Pediculus corporis) bzw. die Wanze als Ueberträger in Frage kommen.

N. Henning, Leipzig.

Chirurgie und Orthopädie

1312.

Venero-Rosselli, Gustave San. Methoden und Resultate der chirurgischen Gesichtsplastik. (Bruxelles Méd., Nr. 17, 1929.)

Die plastische Chirurgie des Gesichtes mit der Vervollkommenheit ihrer reparativen und rekonstruktiven Methoden verdient weitest Ausbreitung. Verfasser schildert hier die Vorteile der Hautüberpflanzungen, von denen man zwei Arten unterscheidet: 1. Die Epidermisüberpflanzung, 2. die Ueberpflanzung der gesamten Haut, welche die Haut bis zum Unterhautzellgewebe erfaßt. Für jede dieser beiden Arten gibt es bestimmte Indikationen. Der Vorteil der Epidermisüberpflanzung ist der, daß man sie überall mit größter Leichtigkeit, selbst auf Fettgewebe oder auf einen des Periostes beraubten Knochen aufpflanzen kann, ferner sie in ein Milieu bringen kann, das naturgemäß nicht aseptisch zu halten ist, wie das Naseninnere oder die Mundhöhle. Dem steht gegenüber, daß dieser Epidermisappen wegen seiner Zartheit schwer zu befestigen ist, und daß, um ihn zur Anheilung zu bringen, er ständig unter richtigem Druck gehalten werden muß. In Regionen, die Traumen ausgesetzt sind, oder wo ein stärkerer Substanzverlust vorliegt, wird man mit diesen zarten Gebilden nicht auskommen, sie verlangen ein etwas widerstandsfähigeres Material. Ferner fehlt auch diesen Epidermisappen der für eine gewünschte Stelle charakteristische Haarwuchs, Drüsenreichtum usw. Dann muß man schon Lappen wählen, die die gesamte Hautstruktur umfassen. Während sich der Epidermisappen, der gefäßlos ist, durch einfache Durchtränkung nährt, muß man zwischen dem Gesamthautappen und seinem Bett Gefäßverbindungen herstellen, die nicht nur schwer zu schaffen, sondern auch schwer zu erhalten sind. Hierin liegt der häufigste Grund für Mißerfolge. Neuerdings hat man herausgefunden, daß zur Vermeidung dieses Mißlingens ein Optimaldruck nötig ist. Man schätzt ihn auf 30 mm Hg. Auf diese Weise soll man 90prozentige Erfolge erzielen. Die Schaffung eines solchen Optimaldrucks wird gewährleistet durch Kautschuktaschen, an Form und Umfang ihrem jeweiligen Zweck angemessen und an ein Manometer mit Gebläse angeschlossen. Man läßt eine solche Ueberpflanzung 10 bis 12 Tage unberührt, unter genauer Druckregelung. Natürlich ist die Voraussetzung, daß das Bett, auf welches der Lappen aufgepflanzt wird, dem Einheilen förderlich ist. Der beste Boden ist der, der aus kleinen, frischen und möglichst sterilen Granulationen besteht. Verfügt man nicht über derartige Bedingungen, so muß man entweder versuchen, sie herzustellen, oder auf eine Gesamthautüberpflanzung verzichten und nur eine Epidermisüberpflanzung an ihre Stelle setzen. Beachtet man alle diese Vorsichtsmaßregeln, so kann die Hautüberpflanzung selbst ausgedehnte Defekte überdecken, was bei schweren Verbrennungen sie besonders wertvoll macht. Der Lappen ist immer dem Patienten selbst zu entnehmen. Das wird allgemein bestätigt. Bei der Herstellung kleiner Defekte im Gesicht: Ektropion, Substanzverlust nach Narbenexzision, Angiomen usw., oder nach Verletzungen, kurzum immer da, wo man eine sehr geschmeidige Haut fordert, findet man in der Haut des oberen Augenlides ein hervorragendes Material für Ueberpflanzungen, deren Einheilung man fast garantieren kann. Die Haut ist dünn, widerstandsfähig, gefäßreich, besitzt also alle Vorbedingungen für eine Ueberpflanzung. Zudem kann besonders beim Erwachsenen das obere Augenlid ein verhältnismäßig großes Stück Haut entbehren, ohne daß ein Ektropion zu befürchten ist. Am Ort der Ueberpflanzung liefert eine gut ausgeführte Naht eine fast unsichtbare Narbe. Bei den freien Ueberpflanzungen von Gesamthaut wird man immer danach trachten, den Lappen in bezug auf Farbe, Dichte, Zeichnung möglichst der Stelle anzupassen, die sie zu ersetzen berufen ist.

Held.

1313.

Beresow, E. L., Ueber Entfernung der Unterkieferspeicheldrüsen und Lymphdrüsen bei der Operation des Unterlippenkrebses. (Dtsch. Z. Chir., 213., 5/6. Heft, S. 391.) Bei der Operation des Unterlippenkrebses ist die radikale Entfernung der regionären Lymphdrüsen von besonderer Wichtigkeit, da der Lippenkrebs verhältnismäßig früh diagnostiziert wird und bei einer Mitausräumung der regionären Lymphdrüsen die Dauerresultate gut sind. Es ist statistisch einwandfrei nachzuweisen, daß die Dauererfolge wesentlich stiegen, seit man es als unbedingte Forderung aufstellte, daß die Drüsen mitausräumt werden. Verf. schlägt vor, die Operation zweizeitig auszuführen. Es soll zunächst nur die Lippe operiert und in einer zweiten Sitzung die Lymphdrüsenentfernung vorgenommen werden. Die Lymphdrüsen können ihrer anatomisch-topographischen Lage nach in Drüsen der ersten und zweiten Etappe eingeteilt werden. Wie weit die Drüsenentfernung vor sich zu gehen hat, hängt von dem mikro- und makroskopischen Befunde ab. Für die Operation des Krebses selbst vertritt Verf. den Standpunkt, nicht zu sparsam mit dem Lippenmaterial umzugehen und lieber weiter im Gesunden zu operieren und den Defekt durch eine Plastik zu decken, als sich durch allzu große Sparsamkeit der Gefahr eines Rezidivs auszusetzen.

E. Gohrbandt, Berlin.

1314.

Löhr, W., Ueber die sogenannte „traumatische“ Thrombose der Vena axillaris und subclavia. (Dtsch. Z. Chir., 214., 1/5. Heft.

S. 263.) Die traumatische oder autochthone Thrombose der Vena subclavia und Vena axillaris wird sehr selten beobachtet. Es scheint ein Ueberwiegen des rechten Armes vorzuliegen. Die Erkrankung verläuft in zwei besonderen Phasen. Im Beginn der Erkrankung tritt ein leichtes Schmerzgefühl auf. Der Arm wird matt und kraftlos, seine Haut schwillt leicht an und zeigt eine zyanotische Verfärbung. Das später auftretende Stadium (gewöhnlich erst nach 8 Tagen) besteht in einer Venenerweiterung, die als reparatorisches Stadium aufzufassen ist. Die Symptome beider Phasen bleiben noch längere Zeit nach dem eintretenden Venenverschluß bestehen.

Befallen wurden von dieser Erkrankung gewöhnlich Patienten im besten Lebensalter. Für die Erkrankung konnte bisher kein ätiologisches Moment gefunden werden, vor allen Dingen nicht, weil die sonst zur Thrombosebereitschaft führenden Krankheiten ausgeschlossen werden konnten. In der Literatur wurde bisher als wahrscheinliche Ursache eine Intimaverletzung angenommen, obwohl es bisher nicht gelang, dieselbe im Präparat nachzuweisen. Verf. sieht als wichtigstes Moment zur Entstehung der Thrombose der Vena axillaris bzw. subclavia die Dauerüberanstrengung und die sekundäre Ueberdehnung des Armmuskelgebietes (infolge eines zentralen Abflußhindernisses) an. Bei erhöhter dauernder Muskel-tätigkeit kommt es auf Grund der anatomischen Verhältnisse zu Stauungen, die um so schwerer zu bemessen sind, als an der oberen Extremität genügend große venöse Verbindungen von dem Arm her nach der Vena cava superior fehlen.

Das klinische Krankheitsbild der Subklavia-Thrombose kann auch entstehen, wenn ein rein mechanisches Abflußhindernis besteht (durch Drüsen, Strumen, Kallus usw.), ohne daß eine wirkliche Thrombose der genannten Gefäße vorzuliegen braucht. In einem Fall konnte durch die Entfernung einer den Blutabfluß hindernden Halsdrüse das Krankheitsbild für dauernd beseitigt werden.

Man muß also bei den klinisch gleich verlaufenden Krankheitsbildern einen Unterschied machen zwischen den Stauungsverhältnissen mit akuter Ueberdehnung und der echten Thrombose der Vena axillaris und subclavia. Der erste Zustand kann in den zweiten überführen. Durch Operation können die Stauungszustände bei vorhandenem mechanischem Abflußhindernis beseitigt werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

1315.

Sutter, Karl, Zur Diagnose und Behandlung des partiellen Magen volvulus. (Dtsch. Z. Chir., 213., 5/6. Heft, S. 341.) Ein Magen volvulus kommt durch eine gewisse Bereitschaft des Magens, die in einer pathologisch-anatomischen Veränderung des Magens selbst oder seiner Nachbarorgane besteht, und durch eine den Volvulus auslösende Ursache (Verletzung, Ueberfüllung des Magens, Peristaltik, Bauchpresse, Brechakt) zustande. — Der Mechanismus ist von der Drehungsachse und der Drehungsrichtung abhängig. Man kann einen mesenterio-axialen und einen organo-axialen Volvulus unterscheiden. Bei beiden Formen kann sich der Magen nach vorn oder nach hinten drehen (Volvulus anterior oder posterior). Das Kolon kann die Drehung mit- oder nicht mitmachen (Volv. infracolicus und supracolicus). Für den Kliniker liegt der Wert der Beurteilung mehr in dem Grad der Drehung, und man unterscheidet dementsprechend einen totalen akuten Volvulus und einen partiellen chronischen. Das Bild des chronischen Volvulus ist nicht charakteristisch, während der akute Volvulus unter dem Bilde des gastrischen Ileus verläuft. Die Behandlung besteht in Reposition des gedrehten Magens und, wenn möglich, in gleichzeitiger Beseitigung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

E. Gohrbandt, Berlin.

1316.

Podkaminsky, N. A., Hypophysin bei der Untersuchung der Gastroenteroanastomose. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 6, S. 221.) Unter dem Einflusse des Hypophysins erfolgt die Schließung der Gastroenteroanastomoseöffnung, und die Evakuation aus dem Magen geht nur durch den Pylorus vor sich; infolgedessen kann man sich eine genaue Vorstellung von seiner Funktionsfähigkeit machen.

Größere Mengen von Kontrastmasse, die in einer Zeiteinheit in das Duodenum kommen, ermöglichen seine sorgfältigere Untersuchung, was besonders bei Anlage einer Gastroenteroanastomose infolge Ulkus wichtig ist.

Die Anwendung von Adrenalin und Hypophysin bei der Röntgenuntersuchung der Gastroenteroanastomose stellt eine pharmakodynamische Methode dar, die eine genauere Vorstellung von der Funktionsfähigkeit des Magens ermöglichen kann als die gewöhnliche Röntgenoskopie.

Die beschriebene Methodik — Adrenalin-Hypophysinprobe — bei Gastroenteroanastomose ist technisch so einfach, daß sie in der alltäglichen Praxis sehr leicht Anwendung finden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

1317.

Anschtz, W., Ueber die palliative Resektion des Magenkarzinoms. (Dtsch. Ztschr. f. Chir., 214., 1/5. Heft, S. 1.) Bericht

über das sehr umfangreiche Magenmaterial der Kieler Universitätsklinik (320 Resektionen, die bis Ende 1928 beobachtet wurden). Verf. steht auf dem Standpunkt, daß, abgesehen von den Fällen, wo wir bewußt nur palliativ operieren (d.h. nur den Haupttumor entfernen, ohne die Metastasen angehen zu können), ein großer Teil der ausgeführten Operationen unbewußt palliativ ist. Eine große Anzahl der bewußt nur palliativ operierten Fälle hatte eine gleich lange Lebensdauer wie diejenigen, bei denen radikal operiert zu sein schien. Wirklich langdauernde Heilungen wurden jedoch nur in den Fällen beobachtet, wo man die feste Ueberzeugung radikalster Entfernung des ganzen krankhaften Prozesses hatte. Es sind unter diesen Fällen Patienten, die bis zu 20 Jahren nach der Operation ohne Erscheinungen geblieben sind. Derartige Fälle müssen uns immer wieder bewegen, möglichst frühzeitig und möglichst radikal zu operieren, denn sie beweisen, daß durch Operation völlige Heilung zu erzielen ist. Das späte Auftreten von Metastasen nach anscheinend radikaler Operation spricht dafür, daß nach Entfernung des Primärtumors eine Metastase lange Zeit stillliegen, ja sogar völlig überwunden werden kann. Die Erfolge, die an der Kieler Universitätsklinik bei Operation des Magenkarzinoms erzielt worden sind, ermutigen zu einem aktiven chirurgischen Vorgehen diesem Leiden gegenüber.

E. Gohrbandt, Berlin.

1318.

Frhr. v. Schnurbein, Kann man ein Magenkarzinom mit unseren heutigen klinischen Untersuchungsmethoden sicher ausschließen? (Dtsch. Z. Chir., 214., 1/5. Heft, S. 20.) Verf. berichtet über 326 nichtoperierte Magenfälle, die in der Kieler Universitätsklinik untersucht wurden und bei denen nur 3 Fälle von Karzinom nicht diagnostiziert wurden. Diese drei Fehldiagnosen hätten, wenn die Patienten sich den Anordnungen des Arztes gefügt hätten und das übliche Schema bei der Untersuchung hätte angewandt werden können, sich auch vermeiden lassen. Durch eine zuverlässige röntgenologische Untersuchungstechnik und durch einwandfreie Untersuchung auf okkultes Blut wird sich fast immer die Diagnose auf ein Karzinom stellen lassen. Es ist vielfach nötig, daß die Patienten zu dieser Untersuchung für einige Tage ins Krankenhaus aufgenommen werden und daß unter Umständen eine Wiederholung der Untersuchung nach 4 Wochen stattfindet. Bei ambulanter Untersuchung können derartige Fälle leicht übersehen werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

1319.

Finsterer, Hans, Unmittelbare und Spätresultate der Magenresektion wegen Karzinom. (M. Kl., 6, 1929.) Die Frage, ob ein Karzinom noch reseziert werden kann, läßt sich nur durch die Probeleraparatomie entscheiden. Schlechtes Allgemeinbefinden, schwere Herz- oder Lungenerkrankungen, hohes Alter sowie das Uebergreifen des Karzinoms auf die Nachbarorgane (Pankreas, Leber, Kolon usw.) sollen nicht als Kontraindikation für die Operation gelten. Bei dem auf den Magen beschränkten Karzinom sind die Resultate der Magenresektion relativ gut: 5,9% Todesfälle. Bei der Mitresektion des Pankreas oder anderer Nachbarorgane steigt die Mortalität sprunghaft in die Höhe: 37,8%. Die Todesfälle sind vorwiegend durch akute Pankreatitis, Peritonitis oder Insuffizienz der Oesophagusnaht bedingt. Zur Erzielung guter Dauerresultate muß möglichst radikal operiert werden. Verfasser nimmt in allen Fällen von Magenkarzinom das große Netz, das vom Kolon abgetrennt wird, im Zusammenhang mit den unterhalb des Duodenalwinkels an der vorderen Fläche des Pankreas gelegenen Lymphdrüsen und den Lymphdrüsen oberhalb des Pankreas bis zum Truncus coeliacus und das ganze kleine Netz weg. Die Spätresultate sind in erster Linie von der Ausbreitung der Drüsen-erkrankung abhängig. Das Material des Verfassers ergab 31,3% Dauerheilungen nach 5 bis 13 Jahren. Bei der Magen-Pankreasresektion sind 33% länger als 5 Jahre rezidivfrei geblieben. Es folgt daraus, daß man trotz der hohen Mortalität der Magen-Pankreasresektion doch berechtigt ist, diese Operation auszuführen. Bei der Resektion eines Ulkuskarzinoms sind die Dauerresultate nicht besser, obwohl es sich hier in der Mehrzahl der Fälle um Frühoperationen handelt. Verfasser hat bei den sicheren Ulkuskarzinomen nur 19% Rezidivfreiheit nach 5 Jahren zu verzeichnen. Bei 18,5% seiner Karzinomresektionen konnte Verfasser die Entstehung des Karzinoms aus dem Ulkus noch nachweisen. Er stellt daher die Forderung auf, das Magenulcus frühzeitig zu resezieren.

L. Gordon, Berlin.

1320.

Brunner, A., Erfahrungen über die Bleibehandlung des Karzinoms. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 9, 1929.) Bei der Häufigkeit der Karzinome drängt sich immer wieder die Frage auf, was mit den inoperablen Fällen zu geschehen habe. Die Erfolge der Strahlenbehandlung sind doch gerade bei den Krebsen des Magen- und Darmkanals nicht so ermutigend, daß sie auf das Suchen nach anderen und besseren Mitteln verzichten lassen. Die günstigen

Erfahrungen, die namentlich von Blair Bell in Liverpool über die Bleibehandlung der bösartigen Geschwülste mitgeteilt worden sind, gaben die Veranlassung zu einem Versuch mit der Chemotherapie des Krebses.

Benutzt wurde das haltbare englische Präparat, das unter dem Namen „Collosol Lead“ in London in den Handel gebracht wird. Es enthält 0,1% Blei und 0,1% Quecksilber in kolloidaler Form. Von letzterem wird eine gewisse antiseptische Wirkung erwartet. Das Mittel wird ausschließlich intravenös angewendet. Man beginnt mit kleinen Gaben von 5 bis 10 ccm der auf Körperwärme gebrachten Flüssigkeit und steigt bei zwei Einspritzungen wöchentlich auf 20 bis 50 ccm. Bei den verhältnismäßig großen Blei- und Quecksilbermengen, die man intravenös verabreicht, muß man mit Vergiftungserscheinungen rechnen. Meist treten sie aber erst nach Einzelgaben von 30 und mehr Kubikzentimetern auf und können dann so ausgesprochen sein, daß sie zum Verzicht auf die Weiteranwendung des Mittels zwingen. Selbstverständlich darf die Behandlung nicht ohne genaue Blut- und Urinkontrolle durchgeführt werden. Sinkt der Hämoglobingehalt unter 50%, so verzichtet man besser auf die Behandlung.

Nach den nun vorliegenden Erfahrungen scheint die kombinierte Behandlung mit Blei und Röntgenbestrahlung besondere Beachtung zu verdienen. Offenbar bewirken die Metalleinspritzungen eine gewisse Sensibilisierung der Tumoren. Allerdings darf man auch hier von der Behandlung nichts mehr erwarten, wenn es sich bereits um stark anämische und kachektische Kranke handelt.

Held.

1321.

Naegeli, Th., Ist nach Eröffnung eines appendizitischen Abszesses die sekundäre Appendektomie angezeigt? (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 9, 1929.) Zu Recht empfiehlt man Patienten, die wegen eines appendizitischen Abszesses operiert wurden, wobei nur der Abszeß eröffnet wurde, eine spätere sekundäre Appendektomie. Denn die früher angenommene Obliteration des Wurmfortsatzes nach Abszeßbildung geschieht doch nicht so häufig, so daß die Gefahr einer neuerlichen Erkrankung recht groß ist. Dieser Gefahr dürfen wir unsere Kranken nicht aussetzen.

Held.

1322.

Ravich, Abraham, Fortschritt in der Behandlung der Blasensteine. (Urologic Rev., III.) Abbildung und Beschreibung eines vom Autor angegebenen Lithotriptoskopes, bei dem das Fasson und die Zertrümmerung der Steine unter Leitung des Auges geschieht.

Bab.

1323.

Clem, John G., Abschnürung des Penis durch Fremdkörper, die außen um ihn herumgelegt wurden. (Urologic Rev., III, 1929.) Bericht über 2 eigene und 15 in der Literatur niedergelegte Fälle, in denen der Penis durch außen angelegte Ligaturen, Ringe usw. stark abgeschnürt wurde. Diese Einschnürungen können den Penis bis zur Urethra durchschneiden. In solchen Fällen muß durch tiefe Dorsalinzision durch das geschwollene Gewebe der abschnürende Fremdkörper freigelegt werden; ist dieser aus Metall, wird er am zweckmäßigsten mit einer scharfen Zange durchgeknipst. Die Abschnürung ist selten so stark, daß sie vollkommene Gangrän verursacht, dagegen gibt sie häufig Anlaß zu Urethralfisteln.

Bab.

1324.

Kreutzmann, Henry A. R., Indikationen und Technik der Ureteren-Meatotomie. (Urologic Rev., III, 1929.) Die Indikationen der Meatotomie der Ureteren sind 1. Steine, die im unteren Ende des Ureters eingeklemmt sitzen; 2. Ureterocele; 3. Strikturen im intramuralen Teile des Ureters. In den Fällen von 1 und 3 wird vor und nach der Operation der Ureterenkatheter zur Unterstützung der chirurgischen Maßnahmen mit bestem Erfolg herangezogen.

Bab.

1325.

Polkey, Hugh J., Die Ureterblasenklappe und die Meatotomie des Ureters. (Urologic Rev., III, 1929.) Im Gegensatz zu Waldeyer und Robinson behaupten Pampson sowie Satani, daß es keinen eigentlichen Sphinktermuskel an der Einmündung des Ureters in die Blase gibt. Vielmehr befinden sich am äußeren Rand der Einmündungsstelle einige Muskelzüge, während der innere Rand aus der Mukosa des Ureters und der der Blase gebildet wird. Diese Mündung kann klappenartige Form annehmen und durch mechanischen Verschuß zu Störung der Harnfunktion Anlaß geben. Zur Beseitigung dieser klappenartigen Bildung ist die Meatotomie des Ureters empfohlen worden, die aber nicht bis zum äußersten Rande der Klappe durchgeführt werden darf wegen Gefahr starker Hämorrhagien, zu deren Stillung Blasenschnitt wiederholt notwendig wurde. Dagegen ist Insuffizienz der Klappe sowie Strikturen derselben nach der Meatotomie zwar theoretisch denkbar, aber praktisch bisher noch nicht beobachtet worden.

Bab.

1325a.

Cathelin, F., Nieren, die man nicht entfernen soll. (J. des Prat., Nr. 2, 1929.) An erster Stelle steht die pyonephrotische, besonders im Gebiet des Hilus adhärenste Steinniere. Es handelt sich hier um tiefgehende Infektionen (meist mit Koli); gewöhnlich besteht die Erkrankung schon lange, und die Gewebsschädigung ist weit ausgedehnter, als es die klinischen Symptome ahnen lassen. Bei der Eröffnung zeigt sich, daß vorausgegangene Eiterprozesse zu zahlreichen Adhäsionen mit den Nachbarorganen geführt haben und daß keine noch so überlegte Ausschälung zum Ziel führen kann. Am besten ist es, sich auf eine Nephrostomie zu beschränken, den Eiter zu entleeren, alle Steine mit dem Steinlöffel zu erfassen, Reste alter Pyramiden zu zerstören und zu drainieren. Mit der Zeit reinigt sich die Niere, und selbst die resultierende Fistel kommt schließlich zur Heilung. Damit ist klinisch ein Zustand hergestellt, mit dem der Pat. zufrieden sein darf.

Wert der Erhaltung ist ferner die tuberkulöse Niere von normalem Aussehen. Ausschlaggebend für unser Handeln ist der Zustand des Ureters: ist er groß und induriert, so gibt es kein Zögern, man muß sich zur Nephrektomie entschließen. Die adhärenste übergroße Krebsniere bei ganz jungen und sehr alten Leuten ist ebenfalls eine Nolleme tangere. In beiden Lebensaltern bietet der Grundstoffwechsel nicht den notwendigen Ausgleich für eine so ausrottende Operation.

Auch die sklerotisierte Niere nach Eröffnung einer alten perinephritischen Phlegmone soll geschont werden. Bei diesen ausgedehnten Nierenerweiterungen haben sich Adhäsionen gebildet, deren Lösung, selbst wenn sie technisch einwandfrei gelänge, doch nie zu guten Endergebnissen führen würde — ganz zu schweigen von der Gefährlichkeit einer prolongierten Narkose.

Held.

1326.

Valls, José, Die schweren Frakturen des Kalkaneus und ihre Behandlung. (Prensa med. argent., 15., 22.) (Italien. Krankenhaus in Buenos Aires.) Bei schweren Frakturen bildet die unmittelbare blutige Reduktion die Methode der Wahl. Mit der Osteosynthese soll die Arthrodesis talo-calcanea verbunden sein. Der Gipsverband muß in Adduktionsstellung erfolgen, um das Gewölbe zu modellieren. Baldige Mobilisationsmanipulationen und aktive Bewegungen. Das Tragen von Einlagen zwecks Erhaltung des Fußgewölbes ist unbedingt notwendig. Bei dieser Behandlung gute Prognose. Veraltete Frakturen mit schmerzhaften Kallusbildungen und Erscheinungen einer chronischen Gelenkentzündung bessern sich bedeutend bei Anwendung des operativen Verfahrens.

Ashkenasy, Wien.

1327.

Mau, C., Die Vereisung des Nervus peroneus beim Pes plano-valgus contractus. (Dtsch. Z. Chir., 214., 1/5. Heft S. 319.) Die Vereisung des Nervus peroneus ist technisch sehr einfach. Dicht oberhalb des Fibulaköpfchens wird der Nerv in örtlicher Betäubung freigelegt, seine Umgebung so abgedichtet, daß eine Verletzung der ihn umgebenden Weichteile nicht stattfinden kann. In einer Entfernung von ungefähr 40 cm wird ein Chloräthylspray auf den Nerven gerichtet, der nach Durchfrierung des ganzen Nerven noch 1—1½ Minuten auf den bereits vereisten Nerven weiter gegeben wird. Unter Zuhilfenahme eines warmen Föns tritt ein rasches Auftauen des durchgefrorenen Nerven in 15 bis 20 Sekunden ein.

Die Vereisungsversuche haben ergeben, daß eine partielle Vereisung des Nerven beim Pes plano-valgus contractus nicht ausreichend ist. Die totale Vereisung führt dagegen, wo es sich um eine rein muskulär-spastische Fixation des Fußes handelt, zu einem sehr befriedigendem Dauererfolg. Rezidive gehören in diesen Fällen zur Ausnahme. Bestehen bereits ligamentäre oder knöcherne Veränderungen, so genügt die Vereisung des Nerven zur Heilung nicht. Nach der Vereisung ist in den sämtlichen Fällen die motorische Funktion des Nervus peroneus wiedergekehrt. Nur geringe Sensibilitätsstörungen, die keine Bedeutung haben, konnten auf dem Fußrücken festgestellt werden. Die Vereisung kann zweimal auf einer Seite und auch gleichzeitig auf beiden Seiten ohne die geringsten Bedenken ausgeführt werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1328.

Demm, Peter, Ueber die operative Behandlung des Prolapses, mit besonderer Berücksichtigung der Interpositionsmethode. (Acta obstetr. scand., 7., Nr. 3.) Die Hauptursache der Prolapse sind Geburtsverletzungen. In 35% der behandelten 231 Fälle trat der Prolaps nach der ersten Geburt auf. 227 Fälle hatten geboren. Zangenentbindungen stellen kein größeres Kontingent als andere Entbindungskomplikationen. Der Uterus war retrovestiert in 67 Fällen, retroponiert in 71 Fällen, antevestiert in 33 Fällen. Retro-

positio disponiert also ebenso wie **Retroversio**. Die **Interpositio uteri** wurde 105mal vorgenommen; das Material bestand hauptsächlich aus großen Prolapsen. Die Zervix wurde nur bei hypertrophischer Verlängerung amputiert. Ein senil atrophischer Uterus wurde nicht interponiert, da er nicht mehr als Stütze wirken kann. Bei Korpushypertrophie wurde ein Keil aus der Vorderwand exzidiert. 4 Todesfälle = 3,8%, 1 an Coma diabeticum, 1 an Magenblutung, 2 an Embolie. 79mal bestand die Prolapsoperation in vorderer und hinter Kolporrhaphie, darunter 1 Todesfall an Embolie. In einem Falle wurde der Interposition wegen anhaltender Blutung eine vaginale Hysterektomie nachgeschickt. Einmal war eine Interposition, die durch Enukleation vorhandener Uterusmyome ergänzt worden war, durch Infektion mit Abszeßbildung kompliziert. Unter 85 nachuntersuchten Interpositionen waren 4 Rezidive (4,7%), unter 59 Fällen vorderer und hinterer Kolporrhaphie 7 (11,9%), mit 27 Kolporrhaphien 2 (7,7%) Rezidive. Spontanes Urinieren erfolgte nach Interpositio nicht später als nach vorderer Kolporrhaphie, bei der Hälfte der Fälle am Tage nach der Operation, bei $\frac{1}{2}$ am zweiten bis vierten Tage, beim Rest bis zum 19. Tage.

Hans Hirsch, Mühlheim.

1329.

Stierlin, L., **Zur Bedeutung des Probekürettaments und der Probeexzision.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 5, 1929.) Die Exstirpation eines Uterus allein auf Grund karzinomverdächtiger Symptome müßte ungerechtfertigt. Es führt dies Verfahren zu einer großen Anzahl unnötiger Operationen. Das Probekürettament ist die einzige sichere diagnostische Methode zur frühzeitigen Erkennung des Korpuskarzinoms; nur 8,6% sämtlicher verdächtigen Fälle erwiesen sich als Karzinom. Das Probekürettament ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine unbedingt zuverlässige Methode, sofern wenigstens der Eingriff technisch richtig ausgeführt wird. Die in der Literatur angeführten Nachteile, wie Infektionsgefahr, Perforation des Uterus, sind ohne große Bedeutung. Die rapide Verschleppung karzinomatöser Zellen ist nicht bewiesen. Bei unsicherem Ergebnis oder anhaltenden verdächtigen Symptomen ist das Probekürettament zu wiederholen. Die sogenannten Überraschungen beim Probekürettament sind sehr selten. Die Angabe, daß durch die Untersuchung des kürettierten Materials ein Karzinom vorgeläuscht werden kann, ist durch keinen sicheren Fall bewiesen.

Heid.

1330.

Härtl, J., **Ein neues Instrument zur Erweiterung des Gebärmutterhalskanals.** (Zbl. Gynäk., Nr. 13, S. 799, 1929.) Zur Vermeidung der Nachteile des Kolpeurynters bzw. Metreurynters, der meist aus Gummi hergestellt, sich schlecht desinfizieren läßt und bei mehrmaligem Auskochen brüchig und damit unbrauchbar wird, hat Verf. ein Instrument angegeben, das die Form eines mit der Spitze nach unten gerichteten Kegels hat. Es ist zusammengesetzt aus einer Anzahl kleiner, gestielter Kolben, die sich, wie ein Blumenstrauß an den Stielen, zu beliebiger Größe und Dicke des Gesamtkolbens vereinigen lassen. Die Kolben werden einzeln eingeführt und die stricknadelartigen Stiele derselben dann durch eine Flügelschraube und eine Schnalle zusammengefaßt. Daran befindet sich ein Flaken zum Anhängen von Gewichten. Nach mäßiger Erweiterung des Zervikalkanals mit Hegarstäbchen werden, je nach Größe des Uterus, 2 bis 19 Kolben des Kolbendilatators ins Cavum uteri eingelegt und mit Gewichten beschwert. Nach wenigen Stunden erfolgt dann die Spontanausstoßung des Dilatators und unmittelbar anschließend der Frucht und Plazenta. Für das Frühstadium der Gravidität wird dasselbe Instrument in erheblich kleinerem Format geliefert. Hersteller: Medizinisches Warenhaus A.-G., Berlin NW 6, Karlstr. 31.

Schwab, Hamburg.

1331.

de Quervain, F., **Resultate der Kastration bei Sexualabnormalitäten.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 9, 1929.) Die Bilanz der Kastration bei Sexualstörungen ist im ganzen ein befriedigende, so daß die Nachteile, welche in Kauf genommen werden müssen, durch die Befreiung von einem Zwangszustande nach dem Urteil der meisten Operierten genügend, ja reichlich aufgewogen werden.

Diese Feststellungen berechtigen uns, die Operation in jedem Falle zu erwägen, in welchem sie uns von den Behörden und den Psychiatern im vollen und freien Einverständnis mit dem Patienten vorgeschlagen wird. Auf den letzteren Punkt ist besonders Gewicht zu legen, weil auf diesem Gebiet jeder Zwang rechtlich und menschlich ausgeschlossen ist. Der zu Operierende muß nach Belehrung über die Folgen der Operation den Wunsch, operiert zu werden, in aller Unabhängigkeit schriftlich kundgeben.

Der Indikationskreis erstreckt sich auf Fälle von immer wieder rückfälligen Exhibitionismus, von öfter wiederholter Notzucht und Unzucht mit Kindern, Homosexualität mit gesteigerter, zu gerichtlichen Konflikten führender Sexualität. Die Verfolgung der einzelnen Fälle zeigt mehr und mehr, daß durch Freiheitsstrafen auf

diesem Gebiet nur der öffentlichen Sicherheit gedient wird, nicht aber dem Delinquenten. Dieser kann, wenn seine Rückfälligkeit erwiesen ist, nur durch die Kastration zu einer geordneten Lebensweise gebracht werden.

Der Eingriff ist schließlich auch zu erwägen bei den Fällen, bei denen eine pathologisch gesteigerte Libido auch ohne strafrechtliche Konflikte die betreffenden Individuen sozusagen arbeitsunfähig macht. Der Entschluß zur Operation soll nur nach reiflicher Ueberlegung gefaßt werden, bei Verheirateten muß auch die Gegenpart damit einverstanden sein.

Heid.

1332.

Will, **Die Hystero-Salpingographie als Ergänzung der gynäkologischen Untersuchungsmethoden.** (D. m. W., 55. Jg., Nr. 6, S. 222.) Die Hystero-Salpingographie, richtig und bei geeigneten Fällen angewandt, hat sich als Untersuchungsmethode durchaus bewährt und stellt ein brauchbares, ergänzendes, oft ausschlaggebendes diagnostisches Hilfsmittel dar, wo andere Untersuchungsmethoden versagen oder nur zweifelhafte Resultate ergeben.

In Uebereinstimmung mit vielen anderen Autoren nennt Verfasser folgende Kontraindikationen der Hystero-Salpingographie: 1. Herzleiden, 2. akute Entzündungen des Uterus und der Adnexe einschließlich Gonorrhöe, 3. uterine Blutungen, 4. vorübergehende intrauterine Eingriffe und 5. Gravidität. In 7 Fällen von Schwangerschaft, bei denen wegen anderweitiger Indikation eine Interruption vorgenommen werden mußte, traten keinerlei Folgen im Sinne eines künstlichen Abortes ein. Es wird somit der Ansicht Palugyays und anderer Autoren zugestimmt, die sich für die Hystero-Salpingographie bei Schwangeren nur dann entschließen, wenn sowieso eine Unterbrechung vorgenommen werden muß.

Bezüglich der praktischen Auswertung hat die Hystero-Salpingographie bei zweifelhaftem Ergebnis und Versagen der bimanuellen und übrigen Untersuchungsmethoden bei folgenden Indikationen gute Dienste geleistet: 1. zur Nachkontrolle des Tastbefundes, 2. zur Prüfung der Durchgängigkeit der Tuben bei Sterilität und Feststellung des Sitzes eines eventuellen Hindernisses, 3. zur Diagnose der Extrauterin gravidität, 4. zur Differentialdiagnose von submukösen und intramuralen Myomen, 5. zur Differentialdiagnose von Tumoren des Uterus und seiner Anhänge, 6. bei Entwicklungsfehlern der Gebärmutter.

Zur Deutung der in ihrem Aussehen äußerst mannigfaltigen Röntgenogramme gehört große Erfahrung und vor allem eine Kenntnis der oft schon bei gesunden Frauen sehr variablen Bilder vom normalen Uterus und seiner Anhänge. Die Röntgenogramme können durch verschiedene Momente in ihrem Aussehen beeinflusst werden. Hierzu gehören die Art des Kontrastmittels, die davon eingespritzte Menge, ferner der Druck, mit dem die Flüssigkeit injiziert wird, das Zeitintervall zwischen Injektion und Aufnahme, nicht zuletzt die Lage der Patientin, der anatomische und funktionelle Zustand des Uterus und seiner Anhänge, sowie der gesamte Habitus der Frau.

Arnold Hirsch, Berlin.

1333.

v. Jaschke, Rud. Th., **Klinische Erfahrungen über die praktische Brauchbarkeit der neuen Sexualhormonpräparate.** (D. m. W., 55. Jg., Nr. 8, S. 301.) Mit der Sexualhormontherapie erzielt man nach Ansicht des Verfassers die besten Erfolge bei sekundärer Amenorrhöe oder zu seltener und zu spärlicher Menstruation, gleichgültig welcher speziellen Genese. Ueberwiegend häufig handelt es sich dabei nicht um eine reine Hypofunktion der Keimdrüsen allein, sondern um gleichzeitige Hypofunktion der Thyreoidea. Gerade bei diesen Personen gelang es dem Verfasser in den letzten Jahren fast regelmäßig, allein mit der Darreichung von Follikulin oder Hormovar zum Ziele zu kommen. Dabei genügt in leichteren Fällen die orale Darreichung von Menformen oder Hormovar; in schweren Fällen, in denen die Amenorrhöe schon über $\frac{1}{2}$ Jahr bestand, wurde daneben noch zweimal wöchentlich 1 ccm Hormovar oder Follikulin injiziert. Zu Beginn der Behandlung nimmt Verfasser regelmäßig eine Abrasio vor, die er als wirksames Stimulans für die Ovarialfunktion so hoch einschätzt, daß er geradezu von einer „Reiz-Abrasio“ spricht. Nur in Fällen mit ausgesprochen myxödematösen Veränderungen gab Verfasser neben dem Ovarialhormon Thyreoidin — natürlich unter ständiger ärztlicher Kontrolle —, während er früher auch bei leichten Graden von Hyperthyreoidismus und gleichzeitiger Hypofunktion der Keimdrüsen regelmäßig Thyreoidin geben mußte, um zum Ziele zu gelangen.

Ein zweites Hauptanwendungsgebiet scheinen die Fälle von Sterilität bei deutlich hypoplastischem Uterus zu sein, gleichgültig, ob dabei die Menses abnorm schwach oder nur in größeren Intervallen eintreten, oder ob im Gegenteil starke, wenn auch gewöhnlich kurzdauernde Periodenblutungen auftreten, die vom Verfasser in diesen Fällen nur als Folge eines mangelhaften Blutstillungsmechanismus im hypoplastischen Uterus aufgefaßt werden. Auch hierbei werden Hilfsmittel, wie die Reizabrasio, die Diszision der

hinteren Muttermundlippe nach Chrobak, regelmäßig mit herangezogen. Bei höhergradiger Hypoplasie mit deutlichem Infantilis-mus uteri wird großer Wert auf eine lokale Hyperämisierung, wo-zu besonders die Diathermie geeignet erscheint, gelegt.

Die Erfolge bei primärer Amenorrhöe infolge hochgradiger Hypoplasie des gesamten Genitalapparates sind vorläufig weniger zufriedenstellend. Und drei von diesen Fällen wurde bisher nur ein-mal ein Erfolg erzielt, allerdings standen zur Zeit die neuen, stärker dosierten Mittel noch nicht zur Verfügung. Wahrscheinlich spielt bei diesen Mißerfolgen die Unterdosierung eine bedeutende Rolle; Ver-fasser glaubt sogar, daß in manchen hierher gehörigen Fällen mit dem Ovarialhormon allein Erfolge vielleicht überhaupt nicht zu erzielen sind, sondern unter Umständen das Hypophysenvorder-lappenhormon gleichzeitig angewendet werden muß.

Im Klimakterium praecox leisten die Sexualhormonpräparate, selbst bei bloß oraler Verwendung, ganz ausgezeichnete Dienste. Es gelang v. Jaschke fast regelmäßig, einen normalen Menstruations-zyklus in Gang zu bringen; die vorher nur alle 8—12 Wochen auftretende schwache Periode wurde wieder regelmäßig und war größtenteils auch wieder normal stark.

Bei Ausfallserscheinungen junger, operativ kastrierter Frauen leisten Menformon und Hormovar ebenfalls gute Dienste. Die Aus-fallserscheinungen älterer, schon vor der Operation dem Klimak-terium nahestehender Frauen, wie auch die zum normalen Termin eingetretenen Wechseljahrsbeschwerden werden im allgemeinen durch diese Medikamente wenig beeinflußt und sprechen viel besser auf andere Präparate, wie Prokliman und Klimakton, an. Dagegen wurden bei einer spezifisch klimakterischen Störung, der Arthro-pathia climacterica, von der oralen wie subkutanen Verabreichung der Sexualhormonpräparate ganz ausgezeichnete Erfolge fast regel-mäßig erzielt. Vereinzelte Mißerfolge erklärt Verfasser daraus, daß die mit der Arthritis deformans in eine Linie zu setzenden Verände-rungen, die auch dann röntgenologisch nachgewiesen werden konnten, bereits zu weit vorgeschritten waren.

Arnold Hirsch, Berlin.

1334.

Serdukoff, Extrakt des weiblichen Sexualhormons und Resultate der Follikulintherapie. (Gyn. et Obstétr., 19, Nr. 1, 1929.) Verf. hat die Follikulintherapie bei 125 Frauen im Alter von 14 bis 50 Jahren angewendet, und zwar bei den verschiedensten Krank-heitssymptomen. Er nahm meistens Follikulin in wäßriger, desalbu-minierter Lösung, in steigender Dosis von 4 bis 15 cem pro Injek-tion, im ganzen durchschnittlich 10 Injektionen bei jeder Patientin, die alle zwei Tage erfolgte. — Die Resultate, die Verf. mit dieser Therapie hatte und die er in Zeiträumen von 6 bis 18 Monaten nach abgeschlossener Behandlung nachgeprüft hat, sind äußerst günstige: In 75% der Fälle Besserung des Allgemeinzustandes, in 50% Ver-mehrung der Libido und der sexuellen Befriedigung, bei 25% Auf-hören der Blutungen infolge hämorrhagischer Metropathien, in 18% Aufhören der Amenorrhöe und Dysmenorrhöe, in 25% Einsetzen eines normalen Menstruationstyps, Beseitigung der Sterilität in 6%, Verminderung pathologischen Fluors in 5%, Besserung der Arbeits-fähigkeit und Stärkung des Interesses am Leben in 10%, ferner Gewichtsveränderungen, Vermehrung bzw. Verminderung in 12%, und bei 20% der Fälle Weichheit und Sättereichtum des Uterus-gewebes, das vorher hart war.

Rudolf Katz, Berlin.

1335.

Kriss, B., Zur therapeutischen Verwendung von Hormovar Biedl („Unden“). (Zbl. Gynäk., Nr. 11, S. 678, 1929.) Mit dem von Biedl nach einem bestimmten Verfahren aus Ovar und Plazenta hergestellten, das weibliche Sexualhormon enthaltenden Hormovar konnte Verf. in 26 Fällen von Amenorrhöe und Metrorrhagie an-scheinend innersekretorischer Genese recht beachtliche Erfolge erzielen. Deutliche günstige Beeinflussung des Zustandes konnte in 66%, ein voller Erfolg in 56% aller Fälle erzielt werden. Die Wir-kung des Hormovar scheint nicht nur eine substituierende zu sein, es dürfte sich auch eine aktivierende Wirkung auf die Ovarial-tätigkeit bemerkbar machen. Lediglich bei Amenorrhöe, die durch spezifische tuberkulöse Lungenprozesse verursacht ist, ist wegen Exazerbationsgefahr der Tuberkulose Vorsicht in der Anwendung des Präparats geboten. Da derartige Erfolge bisher mit anderen Mitteln wohl kaum erzielt wurden, kann das Biedlsche Homovar als eine wertvolle Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel an-gesehen werden.

Schwab, Hamburg.

1336.

Brühl, R., Das Verhalten der Schilddrüse in der Schwanger-schaft und die Reaktion nach Reid Hunt. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 6, S. 254.) Es wurde der Versuch gemacht, mit Hilfe der Reid-Hunt-schen Reaktion das Verhalten der Schilddrüse während der Schwangerschaft zu prüfen.

Es gelang nicht, im Blute der Schwangeren und Wöchnerinnen solche Substanzen nachzuweisen, welche die Resistenz weißer Mäuse gegen Acetonitril erhöhen.

Nach Implantation von Schilddrüsentteilen von Kindern des zehnten bzw. achten Schwangerschaftsmonates wurde eine geringe Resistenzhöhung erzielt.

Arnold Hirsch, Berlin.

1337.

Guggisberg, H., Beitrag zur Sekalefrage. (Zbl. Gynäk., Nr. 10, S. 578, 1929.) Die Entdeckung des Ergotamins und seine Einführung in den Arzneischatz in Form des Gynergens stellt einen unbestrittenen Fortschritt auf dem Gebiet der Wehenmittel dar. Die einmalige Anwendung von Mutterkornalkaloiden bei Atonia uteri post partum oder im Frühwochenbett ist gefahrlos, solange die vorgeschriebenen Dosen nicht überschritten werden. Bei der energischen und an-haltenden Wirkung des Ergotamins ist gerade in diesen dringenden Fällen die Verwendung sicher dosierbarer und haltbarer Präparate wie die des Gynergens dringend zu empfehlen. Während des fieberfreien Wochenbettes kann Gynergen in mittleren-Dosen längere Zeit hindurch per os verabreicht werden, wenn eine mangelhafte Involution des Uterus vorliegt, ohne daß eine Gangrän zu befürchten wäre. Sollten trotzdem einmal bei neuropathischen Pat. Störungen im peripheren Nervensystem (Parästhesien) auftreten, dann sind die Sekalealkaloide sofort wegzulassen. Im Verlauf fieberhafter Wochenbetten ist auf die Anwendung von Sekalealkaloide ganz zu verzichten, vielmehr sind andere Uterustonika zu verwenden. Warum gerade bei fieberhaften Zuständen im Wochenbett durch Mutterkornpräparate besonders leicht eine puerperale Gangrän hervorgerufen wird, ist noch nicht klaggestellt.

Schwab, Hamburg.

1338.

Rupp, H., Tod bei Hyperemesis gravidarum. (Zbl. Gynäk., Nr. 12, S. 705, 1929.) Bericht über einen Fall von unstillbarem Schwangerschaftserbrechen bei einer Gravidität im dritten Monat, der letal endigte. Pathologisch-anatomisch fanden sich die An-zeichen einer schweren Toxikose mit ausgedehnten nekrotischen Veränderungen in der Nierenrinde und starkem Auseinanderfallen der Leberzellen. Besonders bemerkenswert ist, daß in dem beschriebenen Fall das Krankheitsbild ganz plötzlich aus scheinbar gutartigen, mehr neurotischen Erscheinungsformen in schwerste, lebensbedrohliche Symptome überging, so daß der entlastende künstliche Abortus zu spät kam. Jedenfalls ist davor zu warnen, daß man die volle Entwicklung der Toxikose abwartet, bis man sich zum Eingriff entschließt. Damit soll nicht einer laxen Indikations-stellung das Wort geredet werden; genaue Wertung des Allgemei-nzustandes, Beachtung der Pulsfrequenz und Körpertemperatur, Albu-minurie und Zylindrurie, trockene Zunge und beginnende Stomatitis lassen am ehesten das Nahen bedrohlicher toxischer Erscheinungen erkennen.

Schwab, Hamburg.

1339.

Naujoks, H., Kaiserschnitt wegen schwerer Schwanger-schaftsblutung infolge Varicosis cervicis. (Zbl. Gynäk., Nr. 10, S. 605, 1929.) Schwangerschaftsblutungen in den letzten Monaten der Gravidität werden, soweit eine Placenta praevia ätiologisch aus-scheiden kann, häufiger als gemeinhin angenommen wird, durch variköse Veränderungen an den genitalen Gefäßbezirken bewirkt. Die Diagnose ist nicht einfach. Je nach dem Sitz der Varizen kann das klinische Bild ein recht verschiedenes sein. Differentialdiagno-stisch kommen verschiedene schwere Geburtskomplikationen in Frage. Therapeutisch wird bei den „unteren“ Varizen, d. h. den an der Vulva, der Vagina und an den äußeren Partien der Portio lokalisierten Varixknoten, vaginales Vorgehen unter Erhaltung der Gravidität in den meisten Fällen möglich sein; bei den „höheren“, d. h. in der Zervix, dem unteren Uterinsegment und der Uterus-wand sitzenden, kommt nur Laparotomie und Entleerung des Uterus in Betracht.

Schwab, Hamburg.

1340.

Naegeli, T. H., Röntgenuntersuchungen der Gallenblase in der Gravidität und dem Puerperium. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 9, 1929.) Auf Grund von Untersuchungen, die an mehr als 40 Patientinnen vorgenommen wurden, kommt Verfasser zu dem Schluß, daß in der Gravidität und kurz nach der Geburt sehr häufig eine verzögerte Entleerung der Gallenblase auch bei physiologischen Entleerungs-reizen (Einnahme einer bestimmten Mahlzeit) stattfindet. Ob dies der Ausdruck einer Stauung infolge Atonie, oder infolge mecha-nischer Behinderung, ließ sich noch nicht entscheiden, wahrschein-licher ist das Erstere. Damit wäre also wiederum ein Faktor gefunden, der das häufigere Zustandekommen von Gallensteinen bei der Frau und in der Gravidität erklärt.

Eine andere Frage ist die, ob es möglich ist, diese Störung irgendwie zu beeinflussen. Es wäre dies denkbar, einmal auf pharmakologischem Wege durch Einführen gewisser, auf den Para-

sympathikus wirkender Medikamente oder aber durch Verabreichung hormonal auf die Gallenblase wirkender Substanzen (Ovarialhormone), durch die eine günstige Beeinflussung der Entleerung herbeigeführt werden könne. Versuche nach dieser Richtung sind im Gange. Held.

1341.

Levit, I. B., Beitrag zu Statistik des Aborts als einer sozialen Frage. Der künstliche legale Abort und seine Folgen. (Zbl. Gynäk., Nr. 13, S. 803 ff., 1929.) In zwei Arbeiten, die dasselbe Thema zum Gegenstand haben, sucht Verf. am Material des Staatl. Leningrader Institutes für Geburtshilfe den Nachweis zu erbringen, daß durch die Legalisation der Aborte die Gesamtzahl derselben weder verringert noch vermehrt worden sei. Nur die Zahl der „Sogenannten spontanen Aborte“ (gemeint sind die kriminellen) sei herabgedrückt zugunsten des künstlichen, in Sowjetrußland legalisierten Abortus, dessen Zahl gestiegen ist. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der abortierenden Frauen in Leningrad sind verheiratet, wiederholt geschwängert und nur im eigenen Haushalt beschäftigt. Sozialökonomische Momente geben neben der Lungentuberkulose die häufigsten Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ab. Als Vorteile der Legalisation des Abortus werden hervorgehoben, daß Uterusperforationen sowie Infektion nach Uterusausräumungen und deren Folgen jetzt seltener zur Beobachtung kommen, da ausschließlich aseptisch und unter klinischen Verhältnissen eingegriffen wird; bei ambulant ausgeführten Ausräumungen treten auch dort bei 20% der Frauen späterhin chronische Leiden der Genitalorgane auf. Schwab, Hamburg.

1342.

Holtermann, C., Ein Frühsymptom des drohenden intrauterinen Absterbens übertragener Kinder ohne erkennbare Ursache. (Zbl. Gynäk., Nr. 12, S. 701, 1929.) Der intrauterine Tod übertragener Kinder tritt, wie Verf. an vier Fällen nachweist, nicht plötzlich und überraschend ein, sondern es gehen Vorboten voraus in Gestalt von echten, temporär auftretenden fötalen Arrhythmien. Diese prognostisch ungünstig zu bewertenden Arrhythmien sind als ein Frühsymptom des drohenden intrauterinen Absterbens der übertragenden Kinder zu bewerten. Sie treten in der Schwangerschaft oder unter der Geburt auf und können mit einer Verlangsamung der kindlichen Herzaktion (Bradykardie) verbunden sein. Das Auftreten der fötalen Arrhythmie zeigt bei übertragener Schwangerschaft in jedem Fall eine Gefährdung des Kindes an. Es zwingt uns, im Interesse der Kinder die Beendigung der Geburt möglichst schnell und möglichst schonend vorzunehmen. Wir müssen dabei bei Uebertragung durch prophylaktische Geburtseinteilung Auftreten der fötalen Arrhythmie zu verhindern suchen. Die Geburtseinteilung soll unter strenger Kontrolle der kindlichen Herztöne schon vor dem zehnten Tag der Uebertragung eventuell mehrmals auf medikamentösen Wege versucht werden. Vaginale Eingriffe zur Geburtseinteilung sind nur als Notbehelf nach Versagen der für Mutter und Kind ungefährlichen und schonenderen, rein medikamentösen Einteilungsmethoden zu betrachten. Bei übertragener Schwangerschaft, welche erst spät oder erst kreißend in unsere Behandlung kommt, ist genaueste Kontrolle der Herztöne zur rechtzeitigen Erkennung der temporär auftretenden, echten fötalen Arrhythmie notwendig, um nach Auftreten dieses Warnungszeichens das bevorstehende intrauterine Absterben der übertragenden Kinder durch schnelle aktive Geburtsbeendigung verhindern zu können.

Schwab, Hamburg.

1343.

Couvelaire, A., und M. Lacomme, Tuberkulose Meningitis und Schwangerschaft. (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 1, S. 1, 1929.) Auf Grund von vier eigenen Beobachtungen und der in der Literatur veröffentlichten Fälle ist Verf. der Ansicht, daß die tuberkulöse Meningitis in der Schwangerschaft, besonders mit eklampthischen Krämpfen, und bei Fällen, bei denen sich die Meningitis in den ersten Schwangerschaftsmonaten entwickelt, mit Vomitus gravidarum verwechselt werden kann. Die meningale Form der tuberkulösen Infektion scheint im Laufe der Schwangerschaft den Fötus besondere Gefahren zu bringen, sogar größere Gefahren, als sie z. B. dem Neugeborenen bei der Tuberkulose der Lungen drohen. Der Grund scheint hier in der relativen Häufigkeit der transplazentaren Infektion zu liegen. Trotzdem besteht die Möglichkeit, Kinder ohne kongenitale Infektion zu erhalten, besonders wenn die Geburt kurze Zeit nach dem Auftreten der meningalen Symptome erfolgt. — Bei Vorhandensein einer tuberkulösen Meningitis im Laufe der Schwangerschaft, soll man, sobald die Diagnose gestellt ist, nicht die spontane Geburt, die im allgemeinen nicht eintritt, abwarten, sondern bei lebendem Kind sofort den Kaiserschnitt ausführen.

Rudolf Katz, Berlin.

1344.

Henry und Jaur, Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe. (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 1, 1929.) Auf Grund seiner Beobach-

tungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß die tiefe Lumbalanästhesie nur in den Fällen in Betracht kommt, bei denen man die Geburtsarbeit für 2 bis 3 Stunden unterbrechen will, also bei schwieriger äußerer Wendung und bei der inneren Wendung, bei der die Uteruskontraktion die Wendung erschwert. In allen anderen Fällen ist die tiefe Lumbalanästhesie zu verwerfen. Die tiefe Lumbalanästhesie, die beinahe gefahrlos ist, ist angezeigt in den Fällen, bei denen man die Diklation beenden will und eine Austreibung und schmerzlose Entbindung wünscht, ferner bei geburts-hilflichen Operationen, wie bei der Zange und bei der Dammnah. Weniger günstig ist die tiefe Lumbalanästhesie bei der inneren Wendung. Rudolf Katz, Berlin.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1345.

Mayer, E. G., Ueber Röntgenbefunde bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Fortschr. Röntgenstr., 38., 6.) Das akute Empyem gibt im Röntgenbilde eine leichte oder auch dichtere homogene Verschattung. Dabei können auch Knochenusuren zu beobachten sein. Im Stadium der Ausheilung, seltener auch im Frühstadium, findet man wandständige Verschattung. Das chronische Empyem verursacht eine dichte homogene Verschattung. Dabei können Knochenapposition und auch Knochenusuren bestehen. Eine wandständige Verschattung findet man hierbei nur nach Entfernung des Eiters. Die akute katarrhalische Entzündung gibt sich entweder in einer geringgradigen homogenen Verschattung oder in einer regelmäßigen wandständigen Verschattung meist mit leichter diffuser Verschleierung des Lumens zu erkennen. Bei der chronischen katarrhalischen Entzündung findet sich eine mehr oder weniger intensive homogene Verschattung oder eine regelmäßige wandständige Schattenauf-lagerung. Die vasomotorische Rhinitis ist durch unregelmäßige wandständige Verschattung gekennzeichnet oder durch leichte homogene Verschattung. Bei der Mukozele sehen wir homogene Verschattungen mit oder ohne Knochenusur oder auch Usuren ohne Verschattung. Die malignen Tumoren weisen meist dichte homogene oder randständige Verschattungen auf. Außerdem zeigt der Knochen Veränderungen von leichten Usuren bis zu ausgedehnten Destruktionen, zuweilen auch Knochenneubildung. Das Kennzeichen der primären Ostitis sind Hyperostosen und Eburnisation. Bei der sklerosierenden Form der Ostitis sieht man Sklerosierung mit Resorptionsherden, bei der osteoporotischen Form neben den Osteoporosen auch Hyperostosen.

Die Röntgensymptome sind also vieldeutig; eine Diagnose allein aus dem Röntgenbilde ist zumeist nicht möglich. Zur exakten Untersuchung aller Nebenhöhlen sind drei Aufnahmen in verschiedenen Richtungen notwendig. Am besten zu beurteilen sind die Kieferhöhlen und die Siebbeinzellen. Kirschmann.

1346.

Canuyt, Der plötzliche Tod der operierten Mastoiditis-Fälle bei Säuglingen. (Rev. franc. pédiatr., 4., Nr. 1.) Von 1922—1924 wendete dieser Autor für Mastoidtrepanationen mit weitgehender Eröffnung bei Säuglingen die allgemeine Narkose an. Mehrere Kinder starben akut nach dem Eingriff. Seit 1924 wurde nur noch in Lokalanästhesie bei möglichstster Einschränkung auf das chirurgische Minimum vorgegangen. Dabei kein Todesfall mehr.

1347.

Vogel, Klaus, Differentialdiagnostische Anhaltspunkte für die Erkennung von Schädigungen des Gleichgewichtsapparates nach Schädelverletzungen. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 7, S. 268.) Für die Erkennung von Schädigungen des Gleichgewichtsapparates nach Schädelverletzungen ergeben sich folgende charakteristische Merkmale, welche allerdings nicht immer vollständig vorhanden sind:

In der Anamnese: Drehschwindel, Taumelgefühl oder Schwindel bei Lagewechsel, Verdauungsstörungen, Hinterkopf- und Genickschmerzen, besonders auf der kranken Seite. Hörstörungen und Ohrensausen auf der kranken Seite.

Im Untersuchungsbefund: Rhythmischer Spontannystagmus. Kurzdauernder Nystagmus nach Kopfschütteln. Kopfstellungsnystagmus bei Lagewechsel. Konstantes spontanes Vorbeizeigen, Fallen oder Gangabweichen nach einer bestimmten Richtung. Konstante und abnorm große Seitendifferenzen bei kalorischer, rotatorischer oder galvanischer Reizung. Durch die verschiedenen Reizmethoden nachweisbare Nystagmusbereitschaft nach einer bestimmten Richtung. Identifikation des durch Labyrinthreizung erzeugten Schwindels mit dem spontanen durch den Patienten. Veränderungen der Gegenrollung. Häufig Hyperämie in der Tiefe des Gehörganges und im Trommelfell der kranken Seite; mitunter Bruchlinien. Die zur Ergänzung herangezogene Hörprüfung zeigt oft Innenschwerhörigkeit der kranken Seite.

Arnold Hirsch, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

1348.

Siemens, Hermann Werner, **Strichförmige akute Dermatitis**. (Dermat. Ztschr., 55., Heft 4.) Akute strichförmige Dermatitis sind anscheinend sehr selten. Hier zeigte sich die Erkrankung in Form eines akuten papulo-vesikulösen („dysidrotischen“) Ekzems beider Arme, bei dessen Uebergang in ein schuppendes Stadium sich die Grenzen etwas verwischten. Außer dem akuten Beginn ist das seltene bilaterale Auftreten hervorzuheben sowie der asymmetrische Verlauf der Linien an den beiden Armen: einmal von der Ellenbeuge radialwärts, das andere Mal ulnarwärts um den Arm herum zur Dorsalfäche des Unterarmes. Ernst Levin, Berlin.

1349.

Oppenheim, M., und A. Feßler, **Die bullöse Freibad- und Wiesendermatitis**. (Dermat. Ztschr., 55., Heft 3, 1929.) In den letzten Jahren sind mehrfach flecken- und streifenförmige bullöse Hauterkrankungen beobachtet worden, die nach Lagern auf Freibädern benachbarten Wiesen an unbedeckten Körperstellen auftraten. Versuche, die Krankheit experimentell durch Extrakte von den verschiedenen Gräsern und Pflanzen hervorzurufen, mißlangen, und nur in einzelnen Fällen konnte eine Ueberempfindlichkeit gegen Silizium und Siliziumverbindungen, die besonders in den scharfkantigen Gräsern vorkommen, nachgewiesen werden. Dafür, daß außer der den Reiz auslösenden Substanz noch andere, klimatische, Einflüsse mitwirken, spricht die Seltenheit der Erkrankung in dem sehr trockenen Sommer 1928. Ernst Levin, Berlin.

1350.

Langer, Erich, **Warzen und Warzenbehandlung**. (Med. Welt, 6, 1929.) (Dermatologische Abteilung am Krankenhaus Berlin-Britz.) Die Entstehung der Warzen ist noch nicht vollkommen geklärt. Die meisten Autoren nehmen eine infektiöse Genese an. Bei den planen juvenilen Warzen sollte man immer die interne Behandlung versuchen. Man gibt Arsen in der üblichen Weise oder Hg-Präparate (Hg jodatum flavum als Pillen à 0,01–0,02 dreimal täglich eine Pille, bis zu 60–90 Pillen insgesamt, oder Hg oxyd. flavum in Pillen à 0,03–0,09 pro die). Gute Erfolge zeitigt die operative Behandlung, bei der man die Warzen mit Chloräthyl vereist und mit dem scharfen Löffel abkratzt. Den Grund kann man mit Trichloressigsäure bzw. mit Liq. ferri sesquichlorati betupfen. Unter den chemischen Methoden ist am zweckmäßigsten das Betupfen mit Trichloressigsäure. Das gleiche kann man mit Acid. salicyl. 1,5, Acid. lact. 1,0, Collodit ad 25,0 durch täglich zweimaliges Aufpinseln erreichen. Es ist empfehlenswert, vor der eigentlichen Behandlung die Warze durch 10–20% Salizylsäureguttaplast zu erweichen. Mit der Röntgenbehandlung soll man sehr vorsichtig sein, da man bei den verrukösen Warzen Dosen verabreichen muß, mit denen man an die Grenze der schädigenden Wirkung kommen kann. Die Elektrokoagulation ist der Elektrolyse vorzuziehen.

L. Gordon, Berlin.

1351.

Schmidt, Hermann, **Naevus anaemicus und Morbus Recklinghausen**. (Dermat. Ztschr., 55., Heft 3, 1929.) Das gemeinsame Vorkommen von Recklinghausenscher Krankheit und Naevus anaemicus, die hier viel häufiger ist als bei normalen Menschen, bedeutet keinen Zufall, sondern ist durch einen kausalen Zusammenhang beider Anomalien zu erklären. Der Naevus anaemicus beruht wahrscheinlich auf einer Störung der Gefäßnerven, und auch die Recklinghausensche Krankheit stellt hauptsächlich eine Schädigung des gesamten autonomen und vegetativen Nervensystems dar. Auch die übereinstimmende Lokalisation der beiden Erkrankungen spricht für den Zusammenhang; so sind auch bei der Formes frustes die Naevi anaemici gewöhnlich nur in sehr geringer Anzahl zu finden. Ernst Levin, Berlin.

1352.

Holböll, S. A., **Einige Bemerkungen zur Behandlung der chronischen Urtikaria**. (Ugeskrift for Læg., Nr. 10, 1929.) Alle Urtikariafälle sind mit einer Azidose verbunden; in diesen Fällen kann mit dem Gebrauch von Kalziumchlorid kein Erfolg erzielt werden, während in manchen Fällen mit anderen Kalkpräparaten, wie Kalzan, ein guter Erfolg bei der chronischen Urtikaria erreicht wurde. Auch Kalziumlaktat hatte nicht so günstig gewirkt. Namentlich die Zusammensetzung von Kalziumlaktat und Natriumlaktat in Kalzan scheint gegen die Azidose wirksam zu sein. Dinkin sah vom Natrium bicarbonicum und salzarter Diät gute Erfolge bei hartnäckiger Urtikaria. Die Behandlung mit Chlorkalzium ist eine Kombination von Kalk- und Säuretherapie, die beide eine Steigerung der Serum-Kalk-Menge mit Hypokalkämie bei Tetanie hervorrufen. Bei Urtikaria jedoch wirkt vorwiegend Kalzan. S. Kälischer.

1353.

Kieß, Oskar, **Palmar- und Plantaraffektionen bei Pityriasis rosea**. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 12, 1929.) Die Lokalisation an Palmae und Plantae ist ebenso selten wie die an behaarten Kopf und Gesicht; immerhin sind einige Fälle beschrieben worden, in denen sich die Erscheinungen in den auch sonst am übrigen Körper beobachteten Formen (typische rosafarbene, schuppende, fleckförmige Herde, lebhaft rote, leicht erhabene und infiltrierte, hersekorngroße, makulopapulöse Effloreszenzen, rosarote Flecken mit erbsengroßen Blasen untermischt, dicht gedrängte, tiefsitzende, derbe, an Dysidrosis erinnernde Bläschen, Rötung und Abschilferung) fanden. In einem Falle mit außerordentlich generalisierten Erscheinungen, die auch Gesicht und behaarten Kopf betrafen, nahmen die Effloreszenzen nach den Extremitäten zu einen derberen Charakter an, waren sattrot gefärbt, an den Händen mit mehr gelblichem Zentrum kokardenartig, an den Seitenrändern der Füße und Fußsohlen Bläschen- und Blasenbildung. Die stärkeren exsudativen Erscheinungen an Händen und Füßen beruhten vielleicht auf einer hier bestehenden Hyperidrosis. Ernst Levin, Berlin.

1354.

Hufschmitt, G., **Lokale Antigentherapie bei Lupus vulgaris**. (Paris méd., Nr. 10, 1929.) Auskratzen und Ausbrennen geben selten Dauererfolge und lassen sich oft wegen der Größe der Affektion nicht durchführen. Gut sind die Erfolge in Fällen mit geringer Ausdehnung mit Koagulation durch Diathermie. Das Methylantigen Boquet-Nègre hat den Vorzug, keine Allgemeinreaktionen hervorzurufen und unschädlich zu sein. Es wird auf zwei Drittel verdampft und dann mit Lanolin und Cholesterinlanolin vermischt. Reduzierende oder oxydierende Substanzen sind zu vermeiden, weil sie die wirksamen Albumine fällen. Diese Antigensalbe wird je nach den Reaktionen alle 2 bis 3 Tage einmassiert: es entsteht eine geringe Rötung, etwas Oedem oder kleine Krusten; dann setzt man einige Tage aus. Nach 2 Monaten setzt man 2 Wochen aus, um dann mit einer konzentrierteren Salbe wieder zu beginnen. Die Erfolge waren durchweg gut, besser als mit Injektionen des Präparates. v. Schnitzer.

1355.

Freudenthal, W., Fischer, M. und M. Stern, **Zur Komplementbindung bei Gonorrhöe**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 7.) Unter 101 Fällen, bei denen die WaR. positiv waren, wies kein einziger gleichzeitig eine positive Gonorrhöekomplementbindung auf. Dreimal war die Gonorrhöekomplementbindung fraglich; davon ergab sich einmal anamnestic eine Gonorrhöe; in den beiden anderen Fällen blieben die Rückfragen an die übersendenden Aerzte erfolglos; viermal war die Gonorrhöekomplementbindung angedeutet gehemmt; auch in diesen 4 Fällen gelang es nicht mehr, anamnestic Angaben über die Patienten einzuholen. Der gleiche Umstand liegt in einem Falle mit fraglicher WaR. und angedeuteter Gonorrhöekomplementbindung vor.

Aus diesem Material kann also ein Einfluß der WaR. auf die Gonorrhöebehandlung nicht ersehen werden, ja er wird sogar ziemlich unwahrscheinlich. Daß unter den 101 WaR-positiven Fällen kein einziger mit positiver Gonorrhöekomplementbindung und nur zwei fragliche waren (ein dritter hatte gleichzeitig eine Gonorrhöe), ist nicht besonders auffallend, da ja in dem WaR.-Material der Klinik die wegen frischer Infektionen Untersuchten bei weitem die Minderheit bilden.

Die Autoren stehen damit in Uebereinstimmung mit einer ganzen Anzahl anderer Autoren, welche im Gegensatz zu einer wiederholt geäußerten Meinung einen Einfluß der WaR. auf die Gonorrhöekomplementbindung bestreiten.

Die Komplementbindung bei der Gonorrhöe ist in hohem Grade spezifisch. Zur Diagnose, besonders zur Differentialdiagnose, wird sich die Methode durchaus durchsetzen können. Der Verfasser erinnert an chronische Arthritiden, speziell an solche mit lange zurückliegender Gonorrhöeinfektion, bei denen die Ursache oft lange nicht entdeckt werden kann. Richtig bewertet, dürfte die Methode nach Ansicht der Autoren eine erhebliche Stütze für die Differentialdiagnose der gonorrhöischen Adnexitis gegenüber der Tubarigravidität oder Appendizitis werden. In einigen Fällen von tuberkulöser Epididymitis wie Arthritis hat der negative Ausfall bereits gute Dienste geleistet, um eine gonorrhöische Erkrankung (auch bei positiver Anamnese) wesentlich unwahrscheinlicher zu machen. Wertvoll ist die Methode besonders bei Frauen auch dann, wenn die Anamnese zunächst negativ ausfällt; wie bei der WaR. bekommt man, wenn auf Grund eines positiven Gonorrhöekomplementbefundes energisch gefragt wird, doch zuweilen noch positive Angaben. Prognostisch scheint die Methode kaum verwertbar, doch scheint eine negative Reaktion bei chronischen Komplikationen auf ungünstige Heiltendenz hinzuweisen; desgleichen ist sie nur, eingeschränkt bei der Frage der Ausscheidung verwendbar, da eine positive Reaktion keineswegs ausschließt, daß die Gonokokken nicht

doch definitiv eliminiert sind und sie bei einer negativen unzweifelhaft vorhanden sein können (unkomplizierte Gonorrhöe).

An der Präzisierung der Methodik und an der Verbesserung der Antigenbereitung wird nach Ansicht der Autoren weiter gearbeitet werden müssen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1355.

Dufke, Zur Behandlung der gonorrhöischen Urethritis mit Formalin und Joddämpfen. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 12, 1929.) Sowohl mit Formalin als mit Joddämpfen konnten Heilungen bei Gonorrhoe anterior und posterior erzielt werden, jedoch nicht mit genügender Sicherheit. Fälle, in denen durch Formalin die Entzündungserscheinungen herabgesetzt, die Gonokokken aber nicht geschwunden waren, heilten schnell unter anschließender Jodbehandlung. Die nicht gonorrhöische Urethritis wurde durch Formalin nicht, durch Joddämpfe nur vorübergehend beeinflusst. Die Hauptwirkung bei den erfolgten Heilungen dürfte der durch die Dämpfe erzeugten Dehnung zukommen.

Ernst Levin, Berlin.

1357.

Birnbaum G., und W. Voigt, Die Erkrankung der Nachbarorgane der männlichen Harnröhre bei Tripper und der Einfluß der Behandlung auf deren Häufigkeit. (D. m. W., 55. Jahrg., Nr. 8.) Eine Zusammenstellung der in den letzten Jahren an der Würzburger Klinik und Poliklinik beobachteten Fälle von Vorsteherdrüsen- und Nebenhodenentzündung bei Tripper hat ergeben, daß in etwa drei Viertel der Fälle vor deren Auftreten entweder keine oder nur eine völlig unzureichende Behandlung stattgefunden hat. Auch bei sachgemäßer Behandlung lassen sich diese Komplikationen vielleicht nicht immer vermeiden. Dagegen ist die gründliche sachgemäße örtliche Behandlung des Trippers vom Beginn an zur Zeit der einzige Weg, um das Uebergreifen auf die Nachbarorgane zu vermeiden. Dieses Uebergreifen wird also keineswegs durch sachgemäße Behandlung verschuldet, wohl aber durch völlig fehlende oder unzureichende Behandlung. Die Verfasser haben daher keine Veranlassung, von den bisher eingehaltenen Grundsätzen der Tripperbehandlung abzugehen. Diese ist gerade geeignet, die Heilung des Trippers ohne Störungen zu ermöglichen, und zwar meistens in verhältnismäßig kurzer Zeit.

Arnold Hirsch, Berlin.

1358.

Hudelo und Rabut, Lupus vulgaris und Syphilis. (Paris méd., Nr. 9, 1929.) Die Syphilis kann prädisponierender Faktor sein. Sergent sagt: Wenn man in allen Fällen von Skrofeln die Verhältnisse der Eltern genau erforschen könnte, würde man vielleicht immer Syphilis finden. Nach Fournier haben die Antisyphilitika eine unzweifelhafte Wirkung auf den Lupus. Dann gibt es aber auch hybride Formen, bei denen die Syphilis die primäre Infektion ist, auf die sich die Tuberkulose aufgefropft hat, oder sie kann sekundär auf tuberkulösem Boden erworben sein oder gemeinsam mit der Tuberkulose hereditär sein. Hier entscheidet der Erfolg der spezifischen Behandlung: rapide Besserung und auf lokale Behandlung voller Erfolg. Endlich gibt es einen syphilitischen Lupus. Praktisch wichtig ist bei dieser schon von alters her als tuberkulös katalogisierten Affektion, in allen Fällen an Syphilis zu denken und systematisch eine Probebehandlung einzuleiten, die unter Umständen eine überraschende Heilung ergeben kann, allerdings vielleicht selten. Bei den hybriden Formen ist sie jedenfalls ein wertvolles Hilfsmittel.

v. Schnizer.

1359.

Gougerot, P., Narbenreste bei der viszerale Syphilis. (Paris méd., Nr. 9, 1929.) Die Narbenreste bei Syphilis können dauernde oder vorübergehende Störungen hervorrufen: am Herzen und an der Aorta Angina pectoris-Anfälle, bei Sklerosen und Degeneration von Drüsen Myxödem, Nephritis, Leberzirrhose. Im Nervengewebe kommt Sklerose, chronische Entzündung, Degeneration vor. Die Erweichungsarben im Gehirn durch Arteriitis obliterans lassen spasmodische Hemiplegie oder intellektuelle Defekte zurück. Die radikulären Narben bei geheilten Tabikern sind wenig bekannt: gelegentlich ausgelöst durch digestive Ursachen u. a., die die Wurzeln kongestionieren, oft auch durch As- oder Bi-Injektionen; sie treten jeder antisyphilitischen Behandlung. Die Narben der Meningoenzephalitis oder der progressiven Paralyse lassen auch nach der Heilung allgemeine oder Bravais-Jackson-Epilepsie zurück. An der Hand von zwei Fällen wird ausgeführt: Man glaubt eine Heilung erzielt zu haben, und trotzdem die Kranken geheilt scheinen, trotz Fortführung der spezifischen Behandlung treten später die Anfälle wieder auf: die krankhaften Veränderungen, die die Rinde reizten, sind wohl geheilt, aber allmählich hat sich das Narbengewebe ausgebildet, das gelegentlich bei jeder Kongestion den Reiz wieder auslöst. Der Mechanismus ist folgender: digestive Störungen, Fermentationen, Konstipation, Kongestionen im Gesicht. Menstruationsstörungen mit Kongestionen im Kopf. Emo-

tionen, Depressionen, Hitze- oder Kältestöße. Es sind dies Kongestionen, die ein Gesunder ohne weiteres verträgt, z. B. auch Ueberessen. Oft findet man vorher auch Urtikaria. In all diesen Fällen ist das eigentlich keine Syphilis mehr, sondern lediglich Narbenreiz.

Auch bei Tabikern muß man unterscheiden zwischen allgemeinen oder lokalen Anfällen bei aktiver Syphilis, die eine spezifische Behandlung rechtfertigen und zwischen klinisch identischen Anfällen, die trotz klinischer und humoraler Heilung, trotz Fortsetzen der Behandlung und oft während derselben ausbrechen. Sie sind zu behandeln wie die nichtsyphilitischen Anfälle mit Brom, Gardenal, hepatorener Desintoxikation. Dies ist praktisch für die Prognose und Therapie außerordentlich wichtig. Man darf in solchen Fällen die spezifische Behandlung nicht intensiver gestalten. Und man muß diese Späterscheinungen stets im Auge behalten, um hinsichtlich der Prognose eine gewisse Reserve aufzuerlegen.

v. Schnizer.

1360.

Eschbach, H., Heredosyphilitische Meningitis mit Schwindel und Schweißausbrüchen. (Paris méd., Nr. 9, 1929.) Auch bei der hereditären Syphilis findet man nervöse Lokalisationen. Little, die Mehrzahl der kindlichen Enzephalopathien entsteht durch Spirochätenwucherung im Gehirn während der Schwangerschaft. Nach der Geburt herrschen meningeale Erscheinungen vor. Beschreibung eines praktisch sehr wichtigen Falles: Ein dreijähriges Mädchen wird plötzlich schwindelig; Schmerzen im Nacken und in den Beinen; Andauern des Schwindels; Fieber. Nach längerer Bettruhe eine Phase der Reizbarkeit, Insomnie, Agitation, Schreie, Zähneknirschen. Keine Parese, normale Reflexe und Intelligenz, beschleunigter Puls, jetzt keine Hyperthermie. Lanzinierende Schmerzen in allen Gliedern. Starke Schweißausbrüche mehrmals täglich. Vergrößerung der Leber. Lendenstich: 800 Lymphozyten im Kubikmillimeter, 0,8 Albumin im L., WaR. +, ebenso beim Vater. Der Schwindel war zerebral, und dies leitete auf die Lues. Die außerordentlichen Schweißausbrüche ließen auch an Akrodyne denken; sonst war die Differentialdiagnose zwischen Enzephalitis und Meningitis gegeben. Das ganze Bild verschwand nach zwei Monaten durch spezifische Behandlung. Keine Intellektstörung.

v. Schnizer.

1361.

Petges, G., und P. Joulia, Behandlung der akuten syphilitischen Nephritis. (Paris méd., Nr. 9, 1929.) An Hand von 3 Fällen von Nierenentzündung bei primärer und sekundärer Syphilis mit enormen Mengen von Eiweiß (45 und 77 g pro Liter) und einem Minimum klinischer Zeichen wird ausgeführt, daß in solchen Fällen As und Bi nicht in Frage kommen, weil sie geeignet sind, eine Verschlimmerung des Zustandes in hohem Grade herbeiführen zu können. Das Gegebene ist hier das Quecksilbercyanid, das die Nieren sehr gut ertragen, das eine große diuretische Wirkung hat und das ein starkes spirochätenentöndendes Mittel ist. Am besten intravenös (5 mg), bereitet es den Kranken ohne Gefahr für die As-, Bi- oder sonstige Hg-Kur vor. Vorsicht ist deswegen angezeigt, da leicht Stomatitiden oder Enteritiden entstehen können, die mit dem Aussetzen des Mittels rasch wieder verschwinden.

v. Schnizer.

1362.

Funk, Carl F., Gibt es eine primäre gummöse Kavernitis? (Dermat. Zschr., 55., Heft 3, 1929.) Auf Grund von 4 in den letzten Jahren beobachteten einwandfreien Fällen muß die in der Ueberschrift gestellte Frage bejaht werden. Die primäre gummöse Kavernitis tritt entweder als herdförmige Entzündung oder als diffuse gummöse Infiltration auf und befällt den Schwellkörper selbst, wodurch sie von der Induratio penis plastica, die sich streng zwischen Haut und Schwellkörper lokalisiert, scharf getrennt ist.

Ernst Levin, Berlin.

1363.

Schmidt, Hans, Zur Statistik der Knochenerkrankungen bei Säuglingssyphilis. (Z. Kinderheilk., 46., Heft 5 u. 6, 1928.) Untersuchungen an 53 Kindern ergaben, daß syphilitische Knochenerkrankungen im Säuglingsalter eigentlich die Regel bilden. Es gibt nur sehr seltene Ausnahmen. Nur ein einziges von den 53 Kindern war frei von syphilitischen Knochenerkrankungen. Die Verteilung über das Skelettsystem ist nicht gleichmäßig. Doch ist die Neigung zur Erkrankung bei den Knochen der oberen Extremität größer als bei denen der unteren. Besonders der distale Teil des Arms scheint häufiger befallen zu werden. Insbesondere bevorzugen die Osteochondritis und die Ostitis den Unterarm. Andererseits ist der häufigste Sitz der Periostitis die Tibia.

Beck, Tübingen.

1364.

Jacobs, Louis Clive und Abelson Epstein, Neuere urologische Prozeduren. (Urologic Rev., Nr. 3, 1929.) Die

Meatotomie, die Verfasser häufig für notwendig halten, wird ausgeführt, nachdem vorher eine 10% Kokainlösung einige Minuten lang in die vordere Harnröhre installiert wurde. Weiterhin empfehlen die Autoren, sämtliche Patienten zu endoskopieren und möglichst in allen Fällen ein Urethrogramm nach Injektion von 5 ccm Lipiodol in die Harnröhre anzufertigen. — Mit Hilfe der Diathermie können die angeblich sehr häufigen Urethral-, Polypen-, Karunkel-, Klappenbildungen der hinteren Harnröhre ambulant behandelt werden; dieses Verfahren eignet sich auch bei Entzündungen des Colliculus seminalis. Bei Blasen Tumoren empfiehlt es sich, die Anwendung der Koagulation erst nach suprapubischer Inzision vorzunehmen und diese mit dem Einlegen von Radiumnadeln zu verbinden, während bei chronischer Prostatitis neben der Anwendung der Diathermie die von unspezifischen Proteinen besonders günstig wirkt.

Bab.

1365.

Ballenger, Edgar G., Elder, Omar F., und Harold P. Mc. Donald, **Gewohnheitsgemäße Zystourethroskopie der hinteren Harnröhre bei chronischen und ungeklärten Harn- und Sexualfällen.** (Urologic Rev., Nr. 3, 1929.) Die gewohnheitsgemäße Endoskopie der hinteren Harnröhre in sämtlichen Fällen von Harn- und Sexualleiden klärt viele Beschwerden auf, die sonst unerkannt geblieben wären. So z. B. angeborene Klappen und Falten der hinteren Harnröhre, die von Sonden glatt passiert werden, dem Harnstrom aber ein Hindernis setzen und so zum Anlaß von Blasenentzündungen usw. werden. Auch Tumoren, Entzündungen usw. am Kollikulus können nur durch Spülzystoskop festgestellt werden. Die Autoren selber konnten mittels dieser Methode als Ursache einer persistierenden Bakteriurie einen dritten hydro-nephrotischen Ureter feststellen, der dicht neben dem Kollikulus mündete, der ihnen vorher bei allen anderen Untersuchungsmethoden ebenso wie zwei anderen angesehenen Urologen entgangen war.

Bab.

1366.

Israel, Wilhelm, **Ueber die Funktion der oberen Harnwege nach Neueinpflanzung des Harnleiters in die Blase.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 8.) Gesunde Nieren und Harnleiter werden lediglich durch die Möglichkeit der Entwicklung einer Verengung oder narbiger Stenose der neuen Mündung bedroht. Derartige Folgen fanden sich bei der Hälfte der operierten Tiere. Zwei 11 und 14 Monate nach der Operation getötete Hunde zeigten weder eine Verengung der neuen Mündung noch eine Erweiterung der oberen Harnwege.

Die im klinischen Schrifttum verbreiteten Hypothesen über Rückfluß und Atonie als notwendige Folgen der Resektion des distalen Harnleiters haben sich als irrtümlich erwiesen, desgleichen die Annahme, daß die Einpflanzung im Scheitel der Blase zur Erweiterung des Harnleiters führt. Daraus schließt Israel, daß in denjenigen klinischen Fällen, in denen bei Fehlen einer Strikturen der neuen Mündung das Auftreten von Rückfluß und Erweiterung oder von Erweiterung des Harnleiters allein nach der Einpflanzung beschrieben wurden, schon vor der Operation infektiöse Vorgänge des Ureters mit Stenose der Wand und Erweiterung der Lichtung bestanden.

Die Einpflanzung des Harnleiters hat sich ferner als wichtige Methode erwiesen, um die Physiologie der Schlußfähigkeit des normalen Ostiums zu klären. Der schräge Durchtritt des Harnleiters durch die Blasenwand und der so entstehende Ventilverschluß sind unter normalen Verhältnissen ebenso zu entbehren wie das distale Ende des normalen Harnleiters mit seinen natürlichen Verbindungen. Es gibt keinen Sphinkter der Harnleitermündung; dieser Begriff sollte endlich verschwinden. Die Öffnungs- und Schließbewegungen der Harnleitermündung sind nur das Ende der peristaltischen Bewegungen des ganzen Ureters.

Für die Schlußfähigkeit (Suffizienz) der Harnleitermündung sind zwei Faktoren unentbehrlich: bei schlaffer Blase der Eigentonus oder die Kontraktilität des Harnleiters bis zur Aufhebung seiner Lichtung, bei Entleerung des Harns die Kompression des distalen Harnleiters durch Kontraktion der Blasenmuskulatur.

Arnold Hirsch, Berlin.

1367.

Pugh, W. S., **Behandlung der Prostatitis.** (Med. J. a. Rec., Nr. 3, 1929.) Die drei Formen der Prostatitis, die katarrhalische, die follikuläre und parenchymatöse, sind eigentlich nur verschiedene Stadien desselben Prozesses und meist durch Gonokokken bedingt. Hier empfiehlt S. das Pyridium, ein halbkolloidales Kondensationsprodukt der Beta- und Gammaisomeren des Phenylazoalphanthridaminopyridinhydrochlorids, eines entfernten Verwandten des Chinins. Es ist deshalb eines der besten Urinantisepika per os, weil es mehr als irgendeine andere Substanz die Eigenschaft hat, in die Genitalorgane einzudringen. Daß es sogar den Samen erreicht, beweist, daß die Spermatozoen gefärbt werden. Dosis dreimal täg-

lich 0,2. Der Urin wird stark rot gefärbt. Es verträgt sich mit allen anderen Mitteln, außer mit denen, die Hg enthalten. In Verbindung mit Massage und Sandelöl kürzt es die Behandlung erheblich und ist auch besonders wirksam bei Salpingitis und der Vulvovaginitis der Kinder.

v. Schnizer.

1368.

Kintoch, Robert E., und Leo S. Drexler, **Die Diagnose der Ureter-Vaginal-Fistel.** (Urologic Rev., Nr. 3, 1929.) Verfasser konnten eine Vaginal-Ureter-Fistel beobachten, die durch Koagulation eines Zervixkarzinoms verursacht war. Die Diagnose dieser Fistelart ist im Gegensatz zu der der Blasen-Scheiden-Fistel nur auf indirektem Wege zu stellen. Nach Füllung der Blase mit färbender Flüssigkeit, wie Methylenblau oder Milch, zeigt sich nichts in der Vagina; dagegen werden nach intravenöser Injektion von Indigokarmin in die Scheide gepreßte Gazebäusche verfärbt. Die Ureter-Vaginal-Fisteln sind stets sehr klein und außerdem schwer zu finden, da sie von dem umgebenden Gewebe bedeckt sind. Plastische Operationen geben sehr häufig ungenügende Resultate, daher ist die Behandlung der Wahl die Einpflanzung des Ureters in die Blase resp. bei Infektion Nephrektomie.

Bab.

Hygiene

1369.

Foerster, Augustin, **Ueber Entstehung und Vergleich von Epidemien, eine Entwicklung der heute geltenden Lehren seit Pettenkofer.** (J. f. Med.-Beamte, 6, 1929.) Entstehung und Verlauf von Epidemien sind abhängig von den Erregern mit ihren wechselnden Eigenschaften — von der individuellen Disposition und Konstitution, der erworbenen und vererbten Immunität, von der zeitlichen Disposition insofern, als einerseits Erkältungskrankheiten in Jahreszeiten mit großer Bodenfeuchtigkeit und vielen Niederschlägen und andererseits Darmreizungen und Darmkrankheiten in warmen Jahreszeiten eine Rolle spielen können — von der örtlichen Disposition insofern, als die unsauberen Verhältnisse eines Ortes die Verbreitung und Vermehrung von Erregern hervorrufen können und damit Entstehung und Verlauf von Epidemien beeinflussen.

Michaelis, Bitterfeld.

1370.

Hunziker-Kramer, H., **Ueber die Zunahme der Krebstodesfälle.** (Schweiz. med. Wschr., Nr. 7, 1929.) Der Altersaufbau der Bevölkerung Basels hat sich in den letzten 25 Jahren stark verändert im Sinne einer Ueberalterung; die höheren Altersklassen sind bedeutend stärker besetzt als früher. Da das Karzinom vorzugsweise eine Erkrankung des höheren Alters ist, vergrößert der veränderte Altersaufbau an und für sich schon den prozentualen Anteil des Karzinoms an den Todesursachen dieser Stadt. Die Frage, ob das Karzinom als Todesursache an sich häufiger geworden ist, kann man nur unter genauer Berücksichtigung des Altersaufbaues der Bevölkerung entscheiden. Die einschlägigen Untersuchungen ergeben, daß das Karzinom in den letzten 25 Jahren in Basel eine tatsächliche Zunahme zeigt, und zwar um etwa 20% bei den Männern und 6% bei den Frauen. Bei den Männern betrifft die Zunahme eigentlich nur die Altersklassen der über 55 Jahre alten. Entgegen der oft in der Krebsliteratur geäußerten Annahme zeigt das vorliegende Material ein stetiges Häufigerwerden des Krebses von Altersgruppe zu Altersgruppe bis ins hohe Alter. Die vielfach behauptete Abnahme nach dem 70. Lebensjahr besteht hier nicht. Die oft vertretene Annahme, der Krebs sei beim weiblichen Geschlecht wegen der relativen Häufigkeit von Brustdrüsen- und Gebärmutterkrebs verbreiteter als beim Manne, stimmt für Basel nicht. Hier überwiegt beträchtlich in bezug auf die Krebssterblichkeit das männliche Geschlecht, und zwar sind hier in erster Linie bestimmend das Magen- und das Speiseröhrenkarzinom.

Held.

Infektionskrankheiten

1371.

Kollmann, **Untersuchungen über Diphtheriebazillenträger.** (Arch. f. Kdhkld., 86., 3, 1929.) (Städt. Kinderheilanstalt Augsburg.) Junge Säuglinge sind besonders häufig Diphtheriebazillenträger. Eine Bevorzugung eines Geschlechts läßt sich nicht nachweisen. Am geringsten ist die Zahl der Di-Bazillenträger im Sommer. Warmes Wetter im Frühjahr und Herbst scheint prädisponierend zu wirken. Ungünstige hygienische Verhältnisse begünstigen die Ansiedlung von Di-Bazillen, ebenso exsudative Diathese.

Neugeborene sind zu fast 40% Di-Bazillenträger! Wahrscheinlich wird diese hohe Zahl durch das Vorkommen von Di-Bazillen in den mütterlichen Genitalien erklärt.

Die Behandlung ist am besten mit Pinselungen mit 2% Höllensteinlösung durchzuführen. Wichtig ist ferner die Isolierung der Di-Bazillenträger.

Pogorscheisky, Breslau.

1372.

Chujo, E., **Bazillenträger und Pathogenese der Cholera asiatica.** (Med. Welt, 5, 1929.) Werden Meerschweinchen auf natürliche Weise mit Cholera Bazillen gefüttert, so können im Blut, in den zum Verdauungstraktus gehörenden Lymphdrüsen sowie in anderen inneren Organen Cholera Bazillen nachgewiesen werden. Dabei ändern sich die Ergebnisse nicht wesentlich, ob vorher Natrium bicarbonicum einverleibt worden ist oder nicht. Werden vorher immunisierten Meerschweinchen Cholera Bazillen einverleibt, so zeigen sich im allgemeinen keine Cholera Bazillen im Körperinnern. Wenn sie sich in seltenen Fällen zeigen, so nur in den Lymphdrüsen, nie in anderen inneren Organen oder im Blut. Wenn Cholera Bazillen eine bestimmte Zeit lang im Kreislauf zirkulieren, tritt Galleninfektion ein. Das Individuum wird Bazillenträger. Die Dosis sowie die Zirkulationszeit stehen in einem korrelativen Verhältnis zu der Widerstandskraft des Individuums und der Virulenz der Bazillen. Diese Ergebnisse, aus denen mit Klarheit hervorgeht, daß die in den Verdauungstraktus gelangten Cholera Bazillen eine Bakteriämie hervorrufen, werden auch dadurch bestätigt, daß im Urin von Cholera kranken häufig Cholera Bazillen nachgewiesen werden können und daß bei der Cholera schon in frühen Stadien das Agglutinationsphänomen in hohem Grade auftritt. Alle diese Tatsachen lassen sich sehr schlecht mit der bisherigen Theorie von der Cholera als einer Epithelinfection des Darms vereinbaren. Auch sieht man bei den schwersten Cholerafällen, in denen der Tod schon nach kurzem Krankheitsverlauf eintritt, nur äußerst geringfügige pathologische Veränderungen der Darmschleimhäute. Schließlich ist noch zu bemerken, daß eine erfolgreiche Immunisierung gegen die als Schleimhautinfektion betrachtete Cholera schwer verständlich wäre. Auf Grund dieser Tatsachen und Ueberlegungen erklärt sich der Verfasser die Pathogenese der Cholera folgendermaßen: In die Mundhöhle gelangte Cholera Bazillen dringen zunächst in den Lymphapparat des Rachens ein und gelangen mittels der Lymphgefäße in den allgemeinen Kreislauf. Ein anderer Teil der Bazillen wird mit der Nahrung verschluckt, kommt lebend in den Darm und gelangt von dort durch die Schleimhautfollikel hindurch gleichfalls in den allgemeinen Kreislauf. Werden bei dieser primären Vibriönämie die Keime sämtlich abgetötet, so erlischt die Krankheit. Tritt aber dabei eine Galleninfektion ein, so ergießt sich nach kurzer Zeit eine Reinkultur von Cholera Bazillen direkt in den Darmtraktus. Es kommt dadurch zu einer gefährlichen Masseninfection und einer heftigen Vibriönämie. Dabei tritt die typische Cholera algida ein, bei der die Darm- und Magensymptome nichts weiter als Teilerscheinungen der allgemeinen Vergiftung sind.

L. Gordon, Berlin.

1373.

Floros, A., **Das Blutbild bei Dengue-Fieber.** (Med. Welt, 5, 1929.) Man findet bei Dengue-Fieber in den ersten zwei Tagen Neutrophilie, geringe degenerative Verschiebung, Hypereosinophilie, vom dritten Tage ab meistens Hyperleukozytose bis Leukopenie, geringe degenerative Verschiebung, nicht selten Lymphozytose. Nach dem sechsten Tage in der Rekonvaleszenz normale Leukozytenwerte oder leichte Hyperleukozytose mit fast normalem Leukozytenbild; in einigen Fällen Eosinophilie. Prognostisch läßt sich das weiße Blutbild bei Dengue nicht verwerten. Differentialdiagnostisch kommt ihm eine Bedeutung zu gegenüber der Malaria.

L. Gordon, Berlin.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

1374.

Dresel, Kurt, Goldner, Martin, und Fred Himmelweit, **Zum Basedowproblem.** (D. m. W., 55. Jahrg., Nr. 7.) Durch Untersuchungen der Milchsäurearbeitskurve konnten die Verfasser die vermehrte Oxydation der Muskulatur indirekt nachweisen. Es wurde gezeigt, daß das Thyroxin direkt nicht oder nur in geringem Maße die Oxydationen der Gewebe anfaßt, daß aber nach Thyroxinjektion in der Leber Eiweißabbauprodukte in vermehrter Menge auftreten und daß diese, insbesondere das Tyrosin, geeignet sind, die Oxydationen zu steigern. Aus diesen Befunden haben die Autoren auf einen Circulus vitiosus geschlossen, in dem das Thyroxin zu vermehrtem Auftreten von Thyroxin führt und dieses nun durch Koppelung an Jod in der Schilddrüse zu Thyroxin aufgebaut wird. Den Befund der Glykogenverarmung der Leber als Folgen der Thyroxineinwirkung haben die Verfasser für eine einfache Standardisierungsmethode des Thyroxins verwendet, eine Methode, mit der sich noch 0,05 mg Thyroxin nachweisen lassen. Mit dieser Methode wurde im Blute von Patienten mit

Basedow, Basedowoid und Miniaturbasedow eine morbo eine thyroxinähnliche Substanz von weit stärkerer Wirksamkeit als das synthetische Thyroxin nachgewiesen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1375.

Engel, C. S., **Ueber Blutgruppenbestimmung und Verklumpungsanämie.** (Med. Klin., 5, 1929.) Wenn auch die normalen roten Blutkörperchen eine mittlere Klebrigkeit ihrer Oberfläche besitzen, welche in der Geldrollenbildung in die Erscheinung tritt, so können doch unter pathologischen Blutverhältnissen, insbesondere bei Anämien, Erythrozyten beobachtet werden, welche schon ohne Hinzubringen von Blutserum eines anderen Menschen erhebliche Verklumpung zeigen. Diese Selbstverklumpung der roten Blutzellen bei Anämien kann eine Fehlerquelle bei der Bestimmung der Blutgruppen bilden.

L. Gordon, Berlin.

1376.

Hofheinz, Gerhard, **Zur Kenntnis der Polycythaemia rubra.** (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 1 u. 2, S. 103.) Bei 12 von 14 Kranken hatte die Bestrahlung der Röhrenknochen, kombiniert mit großen Aderlässen und laktovegetabilier Kost, gute Erfolge, welche bei 8 auch noch nach 2½ Jahren bestanden.

Buttersack, Göttingen.

1377.

Muto, T., **Ueber einen Fall von atypischer lymphatischer Leukämie mit Lymphosarkomatoze.** (J. Orient. Med., 10., Nr. 2.) Mitteilung der Krankengeschichte eines Falles von chronischer lymphatischer Leukämie. Gleichzeitig bestand ein Lymphosarkom am Kopf. Bemerkenswert ist, daß im Verlauf unter der Behandlung mit Radiumbestrahlungen die chronische Leukämie in die akute Form überging.

Walter Goldstein, Berlin.

1378.

Eckel, Paul, **Ein Fall von Typhobazillose Landouzy unter dem Bilde der aleukämischen Mikromyeloblasten-Leukämie.** (M. Kl., 6, 1929.) (II. Innere Abt. des Städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) Es handelt sich bei der Typhobazillose Landouzy um ein Krankheitsbild, das klinisch anfangs als Abdominaltyphus imponiert, das aber zu den rein tuberkulösen Affektionen gehört. Die klinischen Erscheinungen können sehr verschieden sein. Die Typhobazillose ist im Gegensatz zu den anderen akuten tuberkulösen Erkrankungsformen der Rückbildung fähig; eine endgültige Heilung ist aber äußerst selten. Meist folgt bei Ueberstehen der ersten, akuten Erscheinungen ein wechselnd langes, fieber- und scheinbar krankheitsfreies Intervall, an das anschließend eine in einem Organ lokalisierte Tuberkulose auftritt, die dann unter dem Bilde der chronischen Tuberkulose den Tod herbeiführt. Die Obduktion ergibt in allen Fällen die Zeichen einer akuten Infektion, als prägnantes Charakteristikum aber in Leber, Milz und oft auch im Knochenmark meist schon makroskopisch feststellbare zahlreiche kleine Nekroseherde, die mikroskopisch die typische Struktur des Tuberkels vermissen lassen. Das Wesen der Krankheit besteht anscheinend in einer Tuberkelbazillensepsis.

L. Gordon, Berlin.

1379.

Dresel, Kurt, und Fred Himmelweit, **Kreislaufinsuffizienz und Muskelstoffwechsel.** (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 7, S. 294.) Durch fortlaufende Bestimmungen der Milchsäure im Armenvenenblut vor und nach dosierter geringfügiger Arbeitsleistung der Unterarm- und Handmuskulatur wird gezeigt, daß normale Versuchspersonen fähig sind, die bei der Arbeit durch die anaerobe Spaltung des Glykogens entstehende Milchsäure fast völlig zu verbrennen bzw. zu resynthetisieren. Eine Störung dieser Verbrennung bzw. Resynthese liegt beim Kreislaufkranken, beim Basedowkranken und beim Myastheniker vor. Der Kreislaufkranke ist nicht in der Lage, genügend Sauerstoff während der Arbeit an die Orte des Bedarfs zu befördern, weil die Kreislaufperipherie versagt. Der Basedowkranke ist in der Ruhe hinsichtlich der Sauerstoffzufuhr den infolge der gesteigerten Verbrennungen abnorm großen Anforderungen oft noch gerade gewachsen, versagt aber sofort bei Arbeitsleistung, entweder weil der periphere Kreislauf schon vorher maximal beansprucht ist oder weil, trotzdem genügend Sauerstoff vorhanden ist, die oxydativen Fähigkeiten der Muskelzelle nicht mehr steigerungsfähig sind. Der Myastheniker ist hinsichtlich seines Kreislaufes völlig normal, dagegen scheinen seine Muskelzellen nicht in der Lage zu sein, den dargebotenen Sauerstoff in entsprechender Weise zu verwerten.

Arnold Hirsch, Berlin.

1380.

Stein, F. W., **Hypotonia nervosa, ein konstitutionelles Krankheitsbild.** (Med. Klin., 5, 1929.) Menschen mit essentiell niedrigerem Blutdruck können ganz gesund sein; in gewissen Fällen liegt

Migräne oder ein anderes Zeichen von Gefäßdyspraxie vor; wenn gewisse Schädlichkeiten, wie Affektstrapazen, das Rauchen, der Kaffee, Sexualabusus usw., auf sie einzeln oder gehäuft einwirken, kann es zum Symptomenkomplex der Hypotonie, der Hypotonia nervosa kommen; durch diesen allergischen Schock erfährt der Organismus eine Umstimmung. Die subjektiven Symptome der Hypotonia nervosa sind rasche Ermüdbarkeit auf körperlichem und geistigem Gebiete, Reizbarkeit, Atemnot, die in einer Unfähigkeit durchzuatmen besteht (Gähnkrampf), Schwindel, Kopfschmerz, Gefühl von Druck oder Leere im Kopf, Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgegend, Gefühl des Herzstillstandes oder der beschleunigten Herztätigkeit, Pulsationen im Kopf und im ganzen Körper, Durchschlafstörungen, Darniederliegen der Libido, gewöhnlich ohne Potenzstörungen. Häufig leiden die Patienten an allergischen Erkrankungen, wie Urtikaria, und an gefäßdyspraktischen Störungen, wie Akroparesen, Pollakisurie, Migräne, Asthma, Dysbasia angiosclerotica u. a. Die objektiven Feststellungen ergeben: der asthenische Habitus und das männliche Geschlecht prävalieren; nicht selten sind die Kranken auffallend gut genährt und sehen blühend aus; der Blutdruck ist sehr labil und zeigt niedrige Werte; es besteht öfter Vagotonie mit vagotoner Adrenalinreaktion, seltener Sympathikotonie; das Herz ist klein, mit Lagewechsel ausgiebig verschieblich, fast immer organisch gesund; es besteht Zwerchfellhochstand; nicht selten ist eine Eosinophilie nachzuweisen; der Grundumsatz ist öfter erhöht; in einem größeren Prozentsatz besteht Hyperthyreose. Die Prognose der Hypotonia nervosa ist günstig. Die Behandlung des Krankheitsbildes ist einfach. Sie besteht in einer Fernhaltung der Schädlichkeiten und in einer Herabsetzung der Erregbarkeit des vegetativen Systems (Kalzium, Atropin).

L. Gordon, Berlin.

1381.

Lauffer, Otto, Hyperthyreose und Hochdruck. (Med. Klin., 6, 1929.) (Ambulatorium der I. Prager Krankenkasse der Handels- und Privatangestellten in Prag.) Das gleichzeitige Vorkommen von Blutdrucksteigerung und Schilddrüsenüberfunktion scheint ziemlich häufig zu sein. Der Mechanismus dieses Zusammenhanges ist noch unklar; es muß aber angenommen werden, daß die erhöhte Schilddrüsenaktivität das Blutdruckniveau durch Beeinflussung des Vasomotorentonsus erhöht. Diese Annahme läßt sich auch in Einklang bringen mit unseren Vorstellungen über die allgemein sympathikus-tonisierende Rolle des Schilddrüsenhormons.

L. Gordon, Berlin.

1382.

Strothmann, H., Ueber die Bedeutung der Extrasystolie bei Kreislaufschwäche im Coma diabeticum. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163, Heft 1 u. 2, S. 14.) Extrasystolie im Coma diabeticum ist ein übles Zeichen: es deutet auf besonders schwere Schädigung des Myokards; zu Beginn der Arbeit stellt Verf. neben das Myokard mit vollem Recht auch die Gefäße und Kapillaren. Weshalb er diese dann unberücksichtigt läßt, bleibt unklar. Am Kreislauf sind doch alle diese Faktoren gleichmäßig beteiligt. Wir haben unsere Aufmerksamkeit nur deswegen auf das Herz eingeeengt, weil es ein so bequem zu bearbeitendes anatomisches Gebilde ist.

Buttersack, Göttingen.

1383.

Maikoff, S., Wirkung hypertotonischer Lösungen anorganischer Salze bei athero- und arteriosklerotischen Störungen. (Med. Welt, 5, 1929.) Bei allen Krankheitsformen, von den Gehirn- und Herzaaffektionen an bis zur Gangraena spontanea, bei denen die Athero- und Arteriosklerose die Ursache der Affektion bildet, hat Verfasser mit dem von ihm hergestellten Präparat „Hypersol“ sehr gute Erfolge erzielt. Hypersol ist eine hypertotonische Lösung anorganischer Salze, deren Alkalität p^H 9–9,5 entspricht. Die Wirkung des Hypersols auf den Organismus besteht erstens in einer Erweiterung der Blutgefäße auf dem Wege über die Vasodilatoren mit konsekutiver Blutdrucksenkung und zweitens in einer Extraktion des Cholesterins und des Kalziums aus den Blutgefäßen. Das Präparat wird am besten subkutan oder intramuskulär gegeben. Um eine dauernde Besserung aller Krankheitssymptome zu erlangen, muß man 50 Injektionen zu 2,0 verabfolgen. Die subjektive Besserung pflegt sehr schnell, die objektive erst nach dem Ende des Heilkurses einzutreten. Verfasser konnte wiederholt nach zwei- bis dreijähriger Behandlung eine Rückkehr des Herzens und der Gefäße zur physiologischen Norm konstatieren. Wegen seiner dekalzinierenden Wirkung muß das Hypersol in Fällen der vorgerückten athero- und arteriosklerotischen Gefäßveränderungen und bei früherer, durch Kalkablagerung geheilter Lungentuberkulose nur mit Vorsicht und in kleinen Dosen angewandt werden.

L. Gordon, Berlin.

1384.

Dreßler, Wilhelm, Reizleitungsstörungen im Vorhof. (Med. Klin., 5, 1929.) Es wird über zwei klinisch beobachtete Fälle

von arto-ventrikulärer (a-v) Reizleitungsstörung und anderen Veränderungen in der Form der Vorhofkomplexe berichtet, welche auf Akkordomie im Vorhof zurückgeführt werden. Im ersten Falle bewirkt eine Leitungsstörung in den Vorhofsausläufern des a-v-Knotens das Auftreten von positiven P-Zacken bei a-v-Extrasystolen. Im zweiten Falle wird als Ursache der a-v-Leitungsstörung das Bestehen einer den a-v-Knoten isolierenden Vorhofsmuskulitis angenommen, welche einerseits zum Auftreten Wenckebachscher Perioden führt, andererseits Störungen in den Erregungsfortpflanzungen im Vorhof und dadurch auch Formveränderungen der Vorhofkomplexe hervorruft, welche durch die Art ihrer Lokalisation ihren Zusammenhang mit dem der a-v-Leitungsstörung zugrunde liegenden pathologischen Prozeß dartun.

L. Gordon, Berlin.

1385.

Arustein, A., und Huppert, Ueber pleurale Ergüsse, insbesondere in morphologischer Beziehung. (Beitr. Klin. Tbk., 70, 6.) Die Differentialdiagnose zwischen Hydrothorax, Tumopleuritis und entzündlichem Erguß, sowie die Differenzierung der entzündlichen Ergüsse untereinander, insbesondere der auf tuberkulöser Basis entstandenen von den nichttuberkulösen macht oft Schwierigkeiten und läßt sich durch die Untersuchung des Punktes allein häufig nicht durchführen. Hämorrhagischer Charakter läßt sich bei Tuberkulose, bei Tumoren, aber auch oft bei Ergüssen anderer Natur, besonders bei älteren Leuten, feststellen. Lymphozytose spricht im allgemeinen für Tuberkulose, Reichtum an Endothelien und Siegelringzellen für Tumopleuritis oder Hydrothorax. Nicht selten findet man in der Pleuraflüssigkeit Charcotsche Kristalle sowie Kristalle eines Hämoglobinderivates. Die in mehreren Fällen beobachtete milchige Trübung bzw. Opaleszenz dürfte mit dem Vorhandensein eines Pneumothorax in Zusammenhang stehen. Relativ selten scheint Gallenfarbstoff, Kohlepigment sowie Eosinophilie im Pleurapunktat vorzukommen.

Zwerg.

1386.

de Carvalho, Octavio, Gastro-duodenale Ulzera. (Rev. med. lat-amer., 14, 160.) In 25% der Fälle fehlt der Schmerz infolge der Reflexe seitens des Pneumogastrikus (Vagus). Für das Duodenalgeschwür ist folgender (3-Zeitenrhythmus) charakteristisch: Schmerz, Nahrungszufuhr, Wohlbefinden; für das Magengeschwür ein umgekehrter Ablauf: Wohlbefinden, Nahrungszufuhr, Schmerz. Im Gegensatz zu Durchleuchtungen sind die Serienaufnahmen von Röntgenbildern von größtem Wert, da nur diese eine präzise Diagnose ermöglichen. Der Prozentsatz der Magengeschwüre, die vornehmlich am Pylorus oder in der kleinen Kurvatur ihren Sitz haben, beträgt 30, während derjenige der Duodenalgeschwüre 70. Das Nischensymptom ist nicht immer feststellbar. Besonderen therapeutischen Bedeutung schreibt Verf. der Strahlenbehandlung (Röntgen) zu, deren Wert in einer Beeinflussung des vagosympathischen Systems liegt.

Ashkenasy, Wien.

1387.

Deaver, John B., Gallenblasenerkrankungen. (New England J. Med., Nr. 4, 1929.) Die chronischen Formen sind wichtiger für den Praktiker, weil häufiger und leichter irreführend. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß bei der einfachen, nicht kalkulösen Gallenblase die paroxystischen Schmerzen größer sind als bei der kalkulösen Form und mehr Morphium erfordern. Bei der gangränösen Gallenblase schwinden die Schmerzen gewöhnlich mit dem Einsetzen wie bei der gangränösen Appendizitis: Schmerzen: Schüttelfrost, Temperatur und Aufhören der Schmerzen. Diese Reihenfolge ist jedesmal ein Gefahrssignal. Bei beiden ist der Initialschmerz im Epigastrium; bei der akuten Gallenblase kommt das Erbrechen vor dem Schmerz, bei der Appendizitis nachher. Bei ersterer dauert es auch länger an. Die chronische Gallenblase ist durch die Cholezystographie mehr in Vordergrund getreten. Das wichtigste ist hier die umschriebene Empfindlichkeit und Rigidität. Eine chronische Gallenblase kann von vornherein chronisch sein durch eine milde, allmähliche Infektion und eine mangelhafte Drainage: eine einmal infizierte Gallenblase ist immer infiziert. Eine chronische Gallenblase kann nicht zu früh entfernt werden. Denn die innere Behandlung kann die pathologischen Veränderungen nicht beseitigen; diese nehmen vielmehr mit der Zeit zu. Es besteht die Gefahr des Uebergreifens auf das Pankreas. Die Leber, Herz, Nieren werden geschädigt, es kommt zu Adhäsionen. Die Steinbildung wird begünstigt, und wenn die Steine wandern, ist Aussicht auf Zirrhose, akute und chronische Pankreatitis, Karzinom. Hier bedeutet Verzögerung Verlust des Lebens.

v. Schnizer.

1388.

Junker Hans, Unsere Erfahrungen der Magnesiumsulfatbehandlung bei akuten Gallenwegsaffektionen. (Dtsch. Z. Chir., 214, 1/5, Heft, S. 177.) Die Magnesiumsulfatbehandlung bei akuten Gallenwegsaffektionen wurde folgendermaßen durchgeführt: Sofort bei der Einlieferung (auch nachts) werden dem Patienten mit der

Duodenalsonde 250 ccm einer 15prozentigen Magnesiumsulfatlösung in das Duodenum eingebracht. Gelingt es nicht, die Sonde in das Duodenum einzuführen, so begnügt man sich damit, das Magnesiumsulfat in den Magen zu geben. Vertragen die Patienten auch das Einführen der Sonde nicht (was nicht selten vorkommt), so wird die Lösung in gleicher Menge und in gleicher Konzentration zu trinken gegeben.

Das Magnesiumsulfat wird, da es kaum bitterer schmeckt als Karlsbader Salz, von den meisten Patienten gut vertragen. Es gelang durch diese Therapie bei einer großen Anzahl von Kranken, die mit akuter Gallenblasenentzündung oder Gallensteinleiden in Behandlung kamen, das akute Anfallsstadium zu überwinden und die Kranken in ein anfallsfreies Stadium zu bringen. Da eine große Anzahl der akut Erkrankten nach Ansicht des Verf. sicher nicht den schweren Eingriff überstanden hätte, so wird der Magnesiumsulfatbehandlung eine besondere Bedeutung zugesprochen, weil sie durch Ueberwindung des akuten Anfalles bei später notwendig werdender Operation wesentlich günstigere Verhältnisse zur Ausführung der Operation schafft. Durch die Magnesiumsulfatbehandlung wurde ferner die gestörte Lebersekretion postoperativ günstig beeinflusst.

E. Gohrbandt, Berlin.

1389.

Rosenthal, N., und M. J. Blawstein, Die Senkungsgeschwindigkeit des Blutes bei Ikterus. (J. Lab. Clin. Med., 14, Nr. 5.) Die Verfasser haben systematische Reihenuntersuchungen angestellt über die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei den verschiedensten, mit Ikterus verknüpften Krankheitszuständen. Methodik: Linzenmeier. Die Ergebnisse sind sehr wenig einheitlich und beweisen die unspezifische und komplexe Natur der Reaktion. Bei der überwiegenden Mehrzahl aller Ikterischen fand sich eine Senkungsbeschleunigung. Normale oder subnormale Werte sprechen für Ikterus simplex. Das hat differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber den ebenfalls fieberfreien, durch Karzinom bedingten Ikterusformen, bei welchen regelmäßig erhebliche Senkungsbeschleunigung vorhanden ist. Erhöhte Senkungswerte finden sich auch bei Cholangitiden, Cholelithiasis mit und ohne Cholelithusverschluss. Ein gewisser Zusammenhang zwischen Cholesteringehalt des Blutes und Senkungsreaktion ist unverkennbar. Hypercholesterinämie (Werte über 300 mg%) ist stets von einer Beschleunigung begleitet; Hypocholesterinämie ist ohne Einfluß. Der Fibrinogengehalt des Blutes ist in seinem Einfluß auf die Senkungsgeschwindigkeit nicht einheitlich zu beurteilen. Bei akuter gelber Leberatrophie findet sich neben Fibrinogenmangel eine Senkungsbeschleunigung.

Walter Goldstein, Berlin.

1390.

Elders, C., Behandlung der tropischen Sprue. (Med. Welt, 5, 1929.) Bei Leuten, die in den Tropen gelebt haben, und insbesondere bei denen, die früher an Amöbendysenterie gelitten haben, tritt manchmal die tropische Sprue ein. Die ersten Symptome bestehen in gelegentlichem Brennen an der Zungenspitze und im Auftreten von Bläschen an der Mundschleimhaut. Bisweilen sieht man Schluckschmerzen, Magenschmerzen, Sodbrennen und Erbrechen. Von Zeit zu Zeit treten Verdauungsstörungen auf, wobei Diarrhöen und Verstopfung abwechseln. Bei voll ausgebildetem Krankheitsbild stehen die Diarrhöen im Vordergrund. Der Patient entleert morgens ohne Schmerzen einen sehr kopiosen, grauen, schäumenden, sauer riechenden Stuhl. Auffallend ist auch die Anämie; das Blutbild ist dem der perniziösen Anämie ähnlich. Die Erkrankung ist unter strenger Diät absolut heilbar. In erster Reihe entleert man den Darm mit 25 ccm Rizinusöl. Am ersten Tage verabreicht man nur einen halben Liter roher Modellstatmilch, mehrmals pro Tag kleinere Quantitäten mit Zufügung von Aqua calcis 15 ccm in 200 ccm Milch. Am nächsten Tage kann man 200 g in Butter gebackenes Beefsteak gestatten. Sofort kann man etwas rohen Gurken-Tomaten-Salat mit etwas Zitronensaft zufügen. Außerdem gibt man sofort 4 bis 6 Apfelsinen pro Tag, später noch mehr. Besser als Apfelsinen wirken Erdbeeren ohne Zufügung von Zucker. Mit dem Fleisch steigt man um 50 g pro Tag, bis man die Menge von 800 g täglich erreicht. Von Leber sieht man keine besseren Erfolge. Vertragen die Kranken kein Fleisch, so verabreicht man ½ Liter Milch oder mehr pro Tag, darin das Gelb von 8 bis 10 rohen Eiern. Die Beurteilung des Erfolges ist nicht von der Diarrhöe, sondern von dem Allgemeinzustand abhängig; bessert sich der Blutbefund, so folgt schließlich auch der Darm. Um die blutbereitenden Organe und den Stuhl völlig normal zu bekommen, muß das Regime bis zu 2 Jahren fortgeführt werden. Die Diät kann nach den ersten Monaten etwas gelockert werden; nur Brot und andere Kohlehydrate enthaltenden Nahrungsmittel soll man lange fernhalten. Von den kohlehydrathaltigen Speisen eignen sich Leguminosen am besten und werden demnach zuerst vertragen.

L. Gordon, Berlin.

1391.

Gaehlinger und A. Bécart, Zur Vakzination bei Kolliden auf bukkalem Wege. (Presse Méd., Nr. 9, 1929.) Die Vakzination auf bukkalem Wege stellt eine aktive Therapie dar, da sie die intestinale Flora weitgehend modifiziert. Wenn möglich, benutzen Verfasser, besonders wenn es sich um Kolibazillen handelte, eine Autovakzine, die 15 bis 20 Tage in Bouillon wuchs, die also nicht nur reich an bazillären Bestandteilen, sondern auch an Produkten spontaner Lysis war. Diese Auflösung der Mikroben macht die Endotoxine frei, nur scheint sich die Aktivität der Vakzine beträchtlich zu erhöhen. Die bukkale Autovakzination bewerkstelligt eine rasche und viel wirksamere Desinfektion des Intestinums als die üblichen Mittel. Bei alten Affektionen ist natürlich keine Restitutio ad integrum zu erwarten; definitive Läsionen können nur gebessert werden.

Haber.

1392.

Sagal, Zachary, Megakolon bei Erwachsenen. (Med. J. a. Rec., Nr. 4, 1929.) Megakolon ist häufiger als man glaubt. Jeder Fall, der mehr als 3 Quart (1 = 1,1 l) braucht, um die Flexura hepatica zu erreichen, ist als Megakolon anzusehen. Es gibt kongenitale und erworbene Fälle; manche beruhen auf abnormer Klappenbildung, manche sind neurogen. Manche sind überhaupt nicht zu erklären. Wahrscheinlich wechselt die Ursache mit dem Fall. Manche entwickeln sich allmählich als Resultat einer falschen Hygiene oder durch partielle Obstruktion. Es handelt sich hier um einen alternierenden Prozeß wie bei der progressiven Herzvergrößerung. Diagnose durch Röntgen leicht. Eine tägliche Entleerung schließt eine Kolonstase keineswegs aus. Behandlung richtet sich gegen die Anhäufung von Fäkalmassen im Kolon. Unter Umständen chirurgische Behandlung.

v. Schnitzer.

1393.

Ratner, Jakob, Helminthen und endokrin-vegetative Störungen. (Med. Klin., 6, 1929.) (Pathologo-Reflexologisches Bechterew-Institut zu Leningrad.) Die Helminthen können eine ätiologische Bedeutung in der Entwicklung verschiedener endokrin-vegetativer Syndrome haben. Meist handelt es sich dabei um sogenannte *Formes frustes*, die nach der Helminthenbeseitigung verschwinden. Häufig sieht man verschiedene Menstruationsstörungen, Oedeme, Alopezien, trophische Nagelstörungen, spasmophile Erscheinungen, Schilddrüsenvergrößerung und dergleichen. Als Voraussetzung gehört dazu anscheinend eine konstitutionelle Schwäche des endokrin-vegetativen Systems und ein langes Bestehen der Helminthiasis.

L. Gordon, Berlin.

1394.

Wyss, Franz, Die Behandlung der Hernien mit Alkoholinjektionen. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 4, 1929.) Die Alkoholinjektionsbehandlung der Hernien ist ein Verfahren, das Schwäbe im Jahre 1876 zum ersten Male bekanntgab. Infolge seines schwierigen Ausbaus und durch die glänzende Entwicklung des operativen Eingriffs verdrängt, wurde es nur wenig beachtet. Die Behandlung kann klinisch und ambulant geschehen. In 91% der Fälle wird eine Dauerheilung erzielt. Dabei bleibt der Patient stets arbeitsfähig, wird keiner Lebensgefahr ausgesetzt und hat nur in 4% der Fälle eine Komplikation während der Behandlung zu befürchten. Die etwa eintretenden Komplikationen sind nicht erster Natur und heilen ohne bleibenden Nachteil restlos aus. Der ambulanten Behandlung können alle freien retinierbaren Hernien unterzogen werden, ohne Berücksichtigung des Alters und Gesundheitszustandes des Patienten oder des Alters oder der Größe der Hernien, inbegriffen die Operationsrückfälle. Die nach dieser Methode behandelten Fälle können bei eventuellem Rezidiv später mit gutem Erfolg operiert werden.

Held.

1395.

Zadek, Ernst, Ueber Urämie bei Amyloidniere. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 6.) Urämie kann bei an sich noch funktions-tüchtigen Amyloidnieren infolge Kombination mit Krankheitsprozessen eintreten, die allein und bei gesunden Nieren noch nicht zur Urämie zu führen brauchen (z. B. extrarenale Wasserretention, doppel-seitige Nierenvenenthrombose).

Es kann die Amyloidniere bei genügend langem Bestehen aber auch allein und ohne Komplikationen zur Urämie führen, wobei sich in allmählichem Verlauf das typische klinische Bild der Niereninsuffizienz mit Isosthenurie und renaler Wasserausscheidungsstörung entwickelt. Die Bedeutung einer genügend langen Lebensdauer für das Zustandekommen einer Niereninsuffizienz erhellt übrigens die Tatsache, daß es sich bei den von Zadek zitierten Beobachtungen durchweg nicht um Tuberkulose handelte, sondern um Kranke, bei denen das Amyloid auf Grund nicht so rasch zum Tode führender Krankheiten entstanden war; auffallend häufig waren dabei chronische Gelenkinfekte die Ursache.

Die Möglichkeit einer Urämieentstehung bei reiner unkomplizierter Amyloidniere erscheint Verfasser für die Auffassung vom Wesen dieser Erkrankung grundsätzlich wichtig. Diese Tatsache erscheint Verfasser geeignet, die Meinungsverschiedenheit zwischen Klinikern und Pathologen zu überbrücken. Ersterer sieht in der Amyloidniere — entsprechend ihrer gewöhnlichen klinischen Erscheinungsformen — nur die „Nephrose“, d. h. eine vorwiegend tubuläre Erkrankung; „klinisch und funktionell tritt durch die Amyloidentartung der Gefäße kein neuer Zug zu dem Bilde der einfachen Nephrose hinzu“ (Machwitz und Rosenberg). Der Anatom dagegen wehrt sich mit Recht, eine Erkrankung, die sich so überwiegend am Gefäßapparat der Niere lokalisiert, als „Nephrose“ zu bezeichnen. Aus den Beobachtungen des Verfassers geht hervor, daß bei nur genügend langer Lebensdauer die schwere Amyloidentartung der Glomeruloskapillaren gerade so zum klinischen Bilde der Niereninsuffizienz und zur Urämie führen kann, wie es von den sonstigen Erkrankungen des Glomerulusapparates bekannt ist. Die vom pathologischen Anatomen festgestellten Veränderungen am Gefäßsystem können also durchaus nicht als belanglos für die Klinik angesehen werden — wie Volhard es früher getan hat —; sie wirken sich auf das klinische Bild erst in vorgeschrittenen Stadien aus, die der Amyloidkranke nur selten erlebt. Aus diesen Gründen und um beiden Parteien gerecht zu werden, hält es Zadek für besser, das Wort „Amyloidnephrose“ und „nephrotische Schrumpfnieren“ ganz fallen zu lassen und nur den nichts präjudizierenden Ausdruck „Amyloidniere“ resp. „Amyloidschrumpfnieren“ zu gebrauchen.

Die Frage der Hypertonie und Herzhypertrophie bei Amyloidschrumpfnieren wird gestreift. Während Volhard, F. Koch und Aschoff auf Grund ihrer Erfahrungen einen kausalen Zusammenhang strikt ablehnen und jede Hypertonie und Arteriosklerose bei Amyloidschrumpfnieren als von dieser unabhängige primäre allgemeine Gefäßerkrankung deuten, hat Fahr relativ jugendliche Fälle von schwerer Amyloidniere mit Hypertonie und Herzhypertrophie beschrieben, in denen er die Blutdrucksteigerung allein auf die amyloide Glomerulusveränderung zurückführt. Unter 7 Fällen des Autors, die eine Azotämie bei Amyloidniere zeigten, hatte nur einer eine Hypertonie und Herzhypertrophie; aber auch dieser kann für die Entscheidung des erwähnten Problems nicht ausschlaggebend sein, da er in einem Alter stand, in dem auch die primäre Arteriosklerose häufig ist. Beweiskräftig für die Frage der Hypertonie und sekundären Arteriosklerose als Folge rein amyloider Glomerulusentartung werden nur Beobachtungen an jugendlichen Individuen sein können. Für die Mehrzahl der Fälle jedoch müßte nach Ansicht des Verfassers doch daran festgehalten werden, daß Hypertonie und Herzhypertrophie auch in vorgeschrittenen, zur Azotämie führenden Stadien nicht zum Krankheitsbild der Amyloidschrumpfnieren gehören.

Arnold Hirsch, Berlin.

1396.

Lindstedt, Folke, Zur Kenntnis der Natur der Schmerzsymptome bei Muskelrheumatismus (Myalgien). (Svensk. Läkars. Sellsk. Hdl., 54., Heft 4, 1928.) Die meisten myalgischen oder muskelerheumatischen Schmerzsymptome sind Summationsschädigungen mehr oder minder neuralgischer Natur. Muskuläre Ermüdungs- und Spannungsveränderungen geben die lokale Ursache dieser Schmerzsymptome ab. Muskuläre Anstrengungen geben oft die Ursache für diese lokalisierten muskelerheumatischen Schmerzen ab, besonders bei pathologischer Empfindsamkeit des Nervensystems. Die Hyperfunktion der Muskeln und unbedeutende Ursachen können die projizierten oder reflektierten Nervenschmerzen lokalisieren; besondere Muskelfunktionen und Teile des Körpers neigen besonders zu dieser Lokalisation; auch bei den wandernden und multiplen myalgischen Schmerzen sind lokale Ursachen zur Auslösung vorhanden. Psychische, nervöse Einflüsse, infektiöse Prozesse, klimatische Vorgänge geben mit einer allgemeinen Disposition ab zur Auslösung und Summierung dieser sogenannten myalgischen Schmerzsymptome, die klinisch mehr als neuralgische anzusehen sind.

S. Kalischer.

1397.

Ruhman, Walter, Muskelrheuma und Tastmassage. (Med. Klin., 5, 1929.) Die beim Muskelrheumatismus meist vorhandenen schmerzhaften Muskelhärtungen sind vielfach als umschriebene Abwehrkontrakturen von Muskelfasern um mikroskopisch nachgewiesene „rheumatische“ Krankheitsherde zu deuten. In seinem Wesen kann das chronische Muskelrheuma nur durch ein Heilverfahren erfaßt werden, das die rheumatischen Härtungen im Muskel erkennt und behandelt, d. h. durch ein manuelles Verfahren auf Grund geschulten Tastgefühls. Der Begriff „Tastmassage“ kennzeichnet gegenüber anders benannten Methoden der Rheumamassage objektiv das Vorgehen des suchenden und behandelnden Tastens äußerer Körperschichten einschließlich der Muskulatur. Die Technik der Tastmassage ist im wesentlichen ein tastendes Verschieben der Haut auf ihrer Unterlage mittels der Fingerbeere; sie

besteht aus einer diagnostischen und einer therapeutischen Tastung, die fortwährend ineinandergreifen. Die Stellung der massierenden Hand bei der diagnostischen Tastung ist so, daß die Beere des Mittelfingers unter leichtem Drucke so flach wie möglich auf der Unterlage ruht; die Bewegung, nicht ganz so schnell wie eigentliche Vibration, erfolgt seitlich, aus dem Unterarm, als Hin- und Herbewegen der elastischen Haut auf der Unterlage. Die Behandlung setzt an den Stellen ein, wo die diagnostische Tastmassage schmerzhaft Härtungen unterhalb Cutis und Subcutis entdeckt hat; sie erfolgt unter etwas kräftigerem Druck und geht vom seitlichen Hin- und Herbewegen über zu runden oder elliptischen Fingerexkursionen auf der gefundenen Resistenz und rings um diese. Die mit der Tastmassage bei Muskelrheuma gemachten Erfahrungen sind so günstig, daß die Methode als rationelles Verfahren der Rheumabehandlung empfohlen werden kann. Der Wirkungsmodus der Tastmassage besteht in örtlich vermehrter Blutdurchströmung, in herabsetzender Umstimmung des hyperalgetischen Zustandes und in Lockerung von Faserkontrakturen.

L. Gordon, Berlin.

1398.

Loeschke, H., Die Lungentuberkulose des Erwachsenen. (Med. Klin., 5, 1929.) Verfasser faßt die exsudativen azinösen, lobulären und lobären käsigen pneumonischen Herdbildungen als den Ausdruck einer Aspiration massenhaften tuberkulösen Materials auf und bezeichnet sie als Streuungstuberkulosen groben Kornes, im Gegensatz zu den Streuungstuberkulosen feinen Kornes, unter denen er Aspirationsmetastasen versteht, die durch Aspiration weniger Bazillen entstehen und sich mit dem decken, was man unter azinösen bzw. besser zentroazinären produktiven Tuberkuloseherden versteht. Der Erstherd der Erwachsenentuberkulose kann niemals ein käsig-pneumonischer Herd im Sinne des Frühinfiltrats gewesen sein, denn die Entstehung eines solchen Herdes ist nur durch eine einmalige Einfuhr massenhafter Tuberkelbazillen möglich; eine solche ist aber weder durch Verschleppung auf dem Blutwege noch durch Aspiration von außen möglich; sie muß durch Aspiration von einem innerhalb der Lunge befindlichen Herd bedingt sein. Dagegen kann man sich die Entstehung eines apikalen produktiven Herdes, zu dessen Entstehung nur wenig Bazillen nötig sind, sowohl auf dem Blutwege als auch durch Aspiration von außen denken. Wahrscheinlich werden beide Wege auch tatsächlich begangen werden. Die Auffassung des Ersthordes als produktive, in einem einzelnen Azinus beginnende Tuberkulose erklärt uns den schleichenden Beginn; der Umstand, daß in den ersten Stadien ausschließlich eine Streuung feinen Kornes möglich ist, erklärt uns die relative Gutartigkeit der rein apikalen Formen; die anschließende Thromboblronchitis caseosa mit ihren Streuungsmetastasen groben Kornes baut uns die Brücke zum Verständnis des „Frühinfiltrates“. Bei aktiver Streuungstuberkulose groben Kornes besteht immer eine erhebliche Infektionsgefahr für die Umwelt; aber auch bei der Streuungstuberkulose feinen Kornes ist ein Aushusten weniger Bazillen immer möglich; auch sie müssen als offene Tuberkulosen mit Infektionsgefahr für die Umwelt gewertet werden und sind als Vorstufen der malignen Tuberkuloseform behandlungsbedürftig.

L. Gordon, Berlin.

1399.

Grethmann, Zur Pathologie der akuten disseminierten Miliartuberkulose der Lungen. (Beitr. Klin. Tbk., 71, 1.) Wie die Miliartuberkulose vornehmlich jüngere Personen befällt, so besteht auch ein gewisses Ausschließungsverhältnis zwischen chronischer Lungenphthise und Miliartuberkulose. Die Reaktionsform, die uns in den einzelnen Miliartuberkeln entgegentritt, ist weitgehend durch die Immunitätslage des Körpers bedingt. Diese Beziehung geht jedoch nicht soweit, daß bei geringerem Durchseuchungswiderstand eine rein exsudative Miliartuberkulose entsteht (miliare Pneumonien) und nur rein quantitative Verhältnisse für den Uebergang von exsudativen zu produktiven Tuberkeln wirksam sind. Die Angaben über das Auffinden der Gefäßherde sind sehr wechselnd. Im Durchschnitt ist mit 20 bis 30% Fehlresultaten zu rechnen. Der Einbruch von Gefäßherden in die Blutbahn kommt ohne Zweifel vor. Aufbau, Oberfläche und Bazillengehalt der Intimatuberkel sprechen durchaus nicht für seinen Charakter als Anreicherungsstätte der Tuberkelbazillen. Die Lungenvenentuberkel sind ebenso wenig der Miliartuberkulose gleichgeordnet, wie ihre Ausdehnungs- und Zerfallsneigung als Ausdruck der Allergie II die mechanische Komponente der Dissemination erst schaffen hilft. Die Bedeutung für die Dissemination ist mehr als umstritten. Der Intimatuberkel ist ein produktiver Knoten und als solcher bazillenarm. Er ist der Ausdruck einer Organphthise, nämlich derjenigen des Gefäßsystems, die mit anderen Organphthisen in eine Reihe zu stellen ist. Die in verkästen Tuberkeln oft vorhandenen elastischen Faserreste entstammen meistens den Gefäßwänden. Sie sind durchaus nicht immer die Reste des Alveolargewebes und somit kein Beweismittel für den exsudativen Beginn der miliaren Tuberkel. Der

miliare Tuberkel entsteht aus der Gefäßwand, die überaus häufig in seinem Zentrum gefunden wird. Die miliaren Tuberkel sind kleine in Nekrose übergehende fibrinöse Entzündungen, die den Nistplatz für die Tuberkelbazillen abgeben und mit zunehmendem Alter produktiv werden. Tuberkelbazillen finden sich in großen Mengen auch in ganz produktiven Tuberkeln an Stellen, an denen ein stärkerer Zerfall von Kernen zu beobachten ist. Der Tierversuch zeigt bei entsprechend frühzeitiger Untersuchung als Erstes die Schwellung des reticulo-endothelialen Apparates, den Zerfall seiner Elemente, der erst die Leukozytenanhäufung folgt, neue Wucherung der retikulo-endothelialen Elemente, Verkäsung und wieder Leukozytenanhäufung. Die Vorgänge lösen sich ab, ihre Schnelligkeit und Stärke steht in fast gesetzmäßiger Abhängigkeit zu der Stärke des Virus.

Z w e r g.

1400.

Deicher, E., und E. Lachmann, Zur Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 1.) Die Technik der Strahlenbehandlung der Lungentuberkulose ist nicht einfach. Es ist große Übung und Erfahrung erforderlich, um die geeigneten Fälle klinisch herauszufinden und dann die richtige Dosierung der Strahlen anzuwenden. Trotz sorgfältigster klinischer und röntgenologischer Auswahl werden immer wieder ungeeignete Fälle unterlaufen. Bei der Beurteilung der Erfolge ist wesentlich ersichernd, daß auch ohne Bestrahlung erhebliche Besserungen erzielt werden können. Die endgültige Feststellung, welcher Therapie, ob der klimatisch diätetischen, die ja immer nebenher angewandt wird, oder der Strahlentherapie der Erfolg zukommt, dürfte nicht immer leicht sein. Es dürfen nur chronisch indurative Fälle der Strahlenbehandlung unterzogen werden. Von 37 mit Röntgenstrahlen behandelten Fällen wurden 22 gebessert, 3 blieben uneinflusst und 12 verschlechterten sich. Bei Nachuntersuchungen, die ein Jahr und länger nach der Entlassung erfolgten, wurde festgestellt, daß von den 22 gebesserten Fällen nur 12 anhaltend ziemlich beschwerdefrei waren. Es ist dabei in Betracht zu ziehen, daß die Kranken im allgemeinen körperliche Schwerarbeiter waren. Verfasser möchten der Röntgentherapie der Lungentuberkulose zwar einen Platz unter den therapeutischen Hilfsmitteln in der Hand des erfahrenen Tuberkulosearztes und Strahlentherapeuten einräumen; glauben aber nicht, daß sie besonders hochgestellte Erwartungen erfüllt. Das dürfte auch der Grund dafür sein, daß sich die Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose bis heute noch nicht mehr eingebürgert hat.

Z w e r g, Coswig.

1401.

Matti, Hermann, Die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Schweiz. med. Wschr. Nr. 8, 29.) Isolierte Knochenherde, besonders paraartikuläre Krankheitsherde mit Sequester sind primär, nach kurzer klinischer Vorbehandlung zu operieren. Die Behandlung der beginnenden und voll entwickelten Gelenktuberkulose jedoch soll zunächst eine konservative sein; führen diese Maßnahmen nicht innerhalb nützlicher Frist zum Ziel, so kommt für das Schulter- und Kniegelenk die frühzeitige Resektion in Frage. Auszunehmen von der Operation — aber auch von endlosen Sonnenkuren — sind jedoch wenig aktive, chronisch verlaufende Formen von Kniegelenktuberkulosen bei älteren Patienten; hier vermittelt oft die Versorgung mit einem gut sitzenden Schienenhülsen-Gehäpparat einen leidlichen Zustand. Bei allen übrigen Gelenklokalisationen ist solange als möglich konservativ zu verfahren. Operationen, besonders atypische Resektionen, kommen hier nur in Betracht, wenn sich das lokale Leiden trotz kombinierter konservativer Behandlung verschlimmert und wenn bei weiterem Zuwarten dem Leben des Patienten Gefahr droht.

Bei abundanter Eiterung und schwerer Mischinfektion ist von drainierenden Eingriffen, im Bedarfsfall gefolgt von sekundärer atypischer Resektion, ohne Zögern Gebrauch zu machen. Die souveräne Methode für die endgültige Unterdrückung chronischer Fisteleiterung ist in vielen Fällen von Gelenktuberkulose die Arthrodesse.

Die Drüsentuberkulose ist zunächst konservativ zu behandeln. Das Röntgenverfahren ergibt hier vorzügliche Resultate, doch ist ihm die helioklimatische Behandlung hinsichtlich Allgemeinwirkung überlegen. Vereinzelt derbe Drüsen mit nekrotischem Kern sind frühzeitig operativ zu entfernen. Auch dauernd oder nach rezidivierenden Schüben intermittierend fistelnde Drüsen sollen extirpiert werden. Systematische Ausräumungen, wie sie vor der Röntgen- und Sonnenära vorgenommen wurden, kommen heute nicht mehr in Betracht.

Mit Amputationen ist auch bei alten Leuten äußerste Zurückhaltung zu üben. Resektionen des tuberkulösen Sakroiliakgelenks kommen als Radikaloperationen nicht mehr in Frage, und zwar mit Rücksicht auf die ungünstigen anatomischen Verhältnisse. Dagegen können auch hier drainierende Eingriffe geboten sein. Das

Verfahren der Wahl für die Behandlung des Spondylitis ist die helioklimatische Kur, verbunden mit Fixation. Besonders wertvoll ist die systematische Einhaltung intermittierender Bauchlage im Hinblick auf die Korrektur des Gibbus und auf die Restitution der Rückenmuskulatur. Der versteifenden Spannpilast kommt nur die Bedeutung einer orthopädisch-chirurgischen Hilfsmaßnahme zu. Sie ist bei Kindern überflüssig und soll auch beim Erwachsenen auf ausgewählte, in Ausheilung befindliche Fälle eingeschränkt werden.

Die Chirurgie ist berufen, die Resultate der Helioklimatotherapie und der anderen konservativen Behandlungsmaßnahmen durch sinngemäße Eingriffe zu verbessern und die Erzielung vollständiger Heilung zu beschleunigen. Andererseits setzt die helioklimatische Vor- und Nachbehandlung das Risiko größerer Eingriffe herab und bedingt eine wesentliche Verbesserung der Wundheilung. Das Ideal der Behandlung chirurgischer Tuberkulose liegt also in einer verständnisvollen und von jedem Dogmatismus freien Zusammenwirken von Helioklimatotherapeuten und Chirurgen.

H e i d.

1402.

H o m a n n, E., Erfahrungen mit Helpin bei Lungentuberkulose. (Z. Tbk., 53., 1.) Bei proliferativen und produktiven Formen von Lungentuberkulose wurde fast durchweg Gewichtszunahme erzielt. Mit der Hebung des Allgemeinbefindens rückten teilweise die sehr hohen Anfangstemperaturen an die Grenze des Normalen. Entweder war die Menge der Bazillen im Auswurf und der Auswurf selbst wesentlich vermindert, oder die Patienten waren teilweise sogar bazillenfrei geworden. Ein großer Prozentsatz dieser Fälle konnte der Heilstätte zur Nachbehandlung überwiesen werden. Bei schweren Lungen- und Kehlkopfprozessen war der Erfolg nur gering. Die mit Helpin (Lipoidpräparat) erreichten Erfolge waren wesentlich besser als mit den üblichen Roborantien wie Arsen, Eisen u. a. Das Präparat wurde bei intramuskulärer Injektion von sämtlichen Patienten gut und reaktionslos vertragen.

Z w e r g.

1403.

R u b i n s t e i n, H., Zur pathologischen Anatomie der Lungeninfiltrierungen. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 6.) Ein Fall von großer Lungeninfiltrierung bei einem Kind wurde irrtümlich für ein interlobäres Empyem gehalten und operiert. Bei der Operation findet man kein Exsudat, sondern fühlt durch die Pleura hindurch hartes, höckeriges Lungengewebe, das als Tumor imponiert. Es werden daher vom Rande der Verhärtung ein paar Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung entnommen. Diese ergibt „Lungentuberkulose, Buhlsche desquamative Pneumonie“. Die Wunde heilt langsam, die Infiltrierung bildet sich nach vielen Monaten langsam zurück, das Kind wird vollständig gesund. Durch die mikroskopische Untersuchung des infiltrierten Lungengewebes konnte somit in diesem Falle der spezifisch-tuberkulöse Charakter der Infiltrierung festgestellt werden. Die Bezeichnungen wie Epi-, Para- und Perituberkulose bestehen also nicht zu recht. Der anatomische Grundcharakter des Prozesses ist ein pneumonisch desquamativer, etwa im Sinne der alten Buhlschen Pneumonie. Nicht nur entzündlich infiltriertes, also nur serös-lymphozytär durchtränktes Gewebe, sondern auch echtes tuberkulöses, produktives Gewebe, das sich histologisch tumorartig hart anfühlt und eine beträchtliche Größe erreicht, kann durch die reparativ-proliferativen Vorgänge des Organismus zur vollständigen Resorption gelangen. Bei den reparativen Vorgängen der Infiltrierungen können die Indurationserscheinungen so gewaltig werden, daß alle Zellarten des örtlichen Gewebes einschließlich der Alveolarepithelien regsten Anteil an der reparativen Bindegewebsneubildung nehmen. Dadurch erklären sich die nach Infiltrationsprozessen so häufig zurückbleibenden Indurationsfelder mit Bronchiektasien, die sogar zu schweren Zirrhosen, die klinisch manchmal von der echten tertiären Fibrose schwer zu unterscheiden sind, führen können. Das letzte Röntgenbild des beschriebenen Falles zeigt ferner, daß sogar Indurationsfelder mit der Zeit sich fast bis zur Norm auflösen können.

Z w e r g.

1404.

M e l z e r, E., Histologische Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Kavernen und Bronchiektasien, zugleich ein Beitrag zur Kavernenheilung. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 6.) Die völlige, d. h. anatomische Abheilung einer Kaverne konnte in keinem der untersuchten Fälle nachgewiesen werden. Die Untersuchung erstreckte sich jedoch auf Fälle von nur vorgeschrittener, zum Tode führender Lungentuberkulose. Die vollkommene Kavernenheilung wird am ehesten in jenen Fällen nachweisbar sein, in denen die Tuberkulose klinisch ausheilt. Die histologische Unterscheidung zwischen abgeheilten Kavernen und Bronchiektasien ist in den meisten Fällen möglich; nämlich dann, wenn sich in der Wand einer Höhlenbildung der Lunge typische bronchiektatische Gewebsstruktur nachweisen läßt (hohes, zylindrisches Epithel; zir-

oder längs verlaufende glatte Muskulatur; zirkulär angeordnete Züge von elastischen Fasern; Knorpelgewebe). Die so genannte bronchiektatische Kaverne erweist sich histologisch als Bronchiektasie. Der Ausdruck „bronchiektatische Kaverne“ ist nach einer *Contradictio in adjecto*, sofern man unter Kaverne Zerfallshöhle versteht. Bei der Schrumpfung von Kavernen entstehen in ihrer Umgebung Bronchiektasien, die sich in entzündliche Veränderungen zeigen und für deren Entstehung Schrumpfungsprozesse des umgebenden Lungengewebes verantwortlich zu machen sind. **Zwerg.**

1405.

Loben, F., und Glaum, Die Verwertbarkeit der Komplementreaktionen nach Besredka und Klopstock-Neuberg zur Beurteilung gewisser allergischer Zustände. (Z. Tbk., 53., 1.) Genannten Komplementreaktionen zeigen bei Gelenken und klinisch und biologisch inaktiven Tuberkulosen meist einen negativen Ausfall; bei den der tertiären Allergieperiode anhängigen, chronischen Phthisen und deren Komplikationen einen meist positiven Ausfall. Dagegen fallen die Reaktionen bei vornehmlich der sekundären Allergieperiode angehörenden Tuberkuloseformen (entzündlichen Infiltraten, Pleuritis exsudativa, chirurgischen Tuberkulosen) fast ebenso häufig negativ wie positiv aus. Den Reaktionen kommt somit nur eine beschränkte diagnostische Bedeutung zu. Immerhin bilden sie im Rahmen der gegenwärtigen Untersuchungsmethoden am Krankenbett und im Laboratorium eine nicht unwesentliche Ergänzung. **Zwerg.**

1406.

Berlin, Zur Frage nach der Wirkung, welche die Temperatur des bei dem künstlichen Pneumothorax in den Pleuraraum eingebrachten Gases hat. Ein Apparat zur Erwärmung des bei künstlichem Pneumothorax einzuführenden Gases. (Beitr. Klin. Tbk., 6.) Verf. glaubt, daß für das Auftreten unerwünschter Komplikationen im Verlaufe der Pneumothoraxbehandlung, z. B. für die Entstehung eines Exsudates, die Temperatur des eingeführten Gases eine Rolle spielt. Er hat deswegen einen kleinen elektrischen Erwärmer konstruiert, mit dessen Hilfe es möglich ist, ohne die übliche Technik des künstlichen Pneumothorax wesentlich zu komplizieren, dem einströmenden Gas eine konstante Temperatur von 37 Grad zu geben. Den überzeugenden Beweis von dem Wert dieser Methode bleibt Verf. jedoch schuldig, da er nur 5 Pneumothoraxfälle mit erwärmter Luft behandelt hat. Von diesen fünf bekam einer ein „nicht großes Exsudat“. **Zwerg.**

1407.

Maendl, H., und E. Schwarzmann, Unsere Erfahrungen mit der Phrenicoexairese. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 1.) Die Phrenicoexairese als selbständige Operation zur Behandlung der Tuberkulose hat volle Berechtigung. Verfasser sahen in einigen Fällen die Exzision von Kavernen. Die Exzision ist indiziert: als Voroperation vor Plombe, Plastik, Pneumothorax; nach technisch ungenügendem Pneumothorax; als Nachoperation bei Pneumothoraxresthöhlen; in Kombination mit gleichseitigem Pneumothorax; in Kombination mit Pneumothorax der anderen Seite; in Kombination mit Pneumolyse. Von 100 eigenen, mit Exzision behandelten Fällen (Kavernenträger) sind nach 1 bis 7 Jahren noch 91% am Leben und 4% gestorben; von den Lebenden sind fast 60% arbeitsfähig. Einige der vor Jahren operierten Frauen haben verheiratet und Schwangerschaften glatt überstanden. Im Vergleich mit der Statistik von Bakmeister, die etwa den gleichen Zeitraum umfaßt, daß von chirurgisch unbehandelten Kavernenträgern, die in Heilstättenbehandlung standen, nur 20% am Leben und 80% gestorben waren. **Zwerg.**

1408.

Hennes, H., Zur Frage der Bekämpfung der Lungentuberkulose durch Staubinhalation. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 1.) Gestützt auf die Ergebnisse der Gewerbestaubstatistik sowie der einschlägigen Tierexperimente und Untersuchungen hat Verf. einige zwanzig Lungentuberkulose (bazilläre Tuberkulosen) mit einer Mischung von Natriumsulfat und Kalziumhydroxyd inhalieren lassen. Er ist mit den Erfolgen sehr zufrieden, die Kranken waren zum Teil sehr schwere Fälle. Die bisherige Beobachtungszeit und die Zahl der behandelten Fälle ist jedoch viel zu gering, um ein abschließendes Urteil über die Methode geben zu können. **Zwerg.**

1409.

Kisch, Eugen, Die ambulante Behandlung der Tuberkulose. (Strahlenther., 31., 2.) Finanzielle Gründe zwingen dazu, stationäre Behandlung der Tuberkulose, die immer auf verhältnismäßig kleine Kreise beschränkt werden muß, durch eine ambulante Behandlung zu ergänzen. Auch ist nicht zu verkennen, daß der längerer Anstaltsaufenthalt auch nachteilige Wirkungen hat, die hauptsächlich auf psychischem Gebiet liegen. Die Einrichtung

ambulatorischer Heilstätten für die konservative Behandlung tuberkulöser Erkrankungen, wie dies von seiten der Stadt Berlin geschehen ist, erscheint daher dringend geboten. In der Berliner Heilstätte wird in erster Linie Sonnen-Freiluftkur angewandt, an sonnenlosen Tagen künstliche Lichtquellen (infrarote Strahlen). Zur Unterstützung wird die Röntgentherapie herangezogen. Großer Wert wird auf gymnastische Übungen gelegt. Mit der Anstalt verbunden ist eine Freiluftschule. Drüsentuberkulose und diejenigen Formen der Knochen- und Gelenktuberkulose, die nicht an der Wirbelsäule oder an den unteren Extremitäten lokalisiert sind, heilen bei dieser ambulanten Behandlung ebenso gut aus wie in der Heilstätte. **Kirschmann.**

Kinderheilkunde

1410.

Klimke, Wilhelm, Die Todesursache der Neugeborenen. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 8, S. 359.) Bei der Untersuchung von 1111 Neugeborenenleichen hat sich gezeigt, daß in 4 Fällen bei Totgeburten, in 11 Fällen bei Lebendgeborenen eine angeborene Pneumonie im Sinne einer teils eitrigen, teils hämorrhagisch-eitrigen Bronchopneumonie als Todesursache in Frage kam. Es sind dies die Fälle, die Hook zur vorzeitigen Aspiration mit Reaktion des Lungenparenchyms rechnet, unter seinem Material 5 Fälle. Ferner sind bei dem Material des Verfassers 9 Neugeborene an einer Aspirationspneumonie gestorben, Hook berichtet von 6 Fällen. Bei 85 Totgeburten und 34 Lebendgeborenen war im Material des Verfassers eine vorzeitige Aspiration ohne Reaktion des Lungenparenchyms die Todesursache, bei Hook in vier Fällen. Im Gegensatz zu den Hookschen Untersuchungen und der von ihm angegebenen Zahl von 13,6% bei Johnson ist also die Lungenaffektion, die reaktionslose Aspiration ausgenommen, bei Verfasser viel geringer (etwa 1,3% bei Hook 9%). Erst wenn er auch die Aspirationspneumonien und die reaktionslose Fruchtwasseraspiration dazuzählt, erreicht er mit 13 bzw. 14% die Johnsonsche Zahl.

Bei den Nachforschungen zur Entstehungsursache der allgemeinen Wassersucht (6 Fälle) konnten keine Fortschritte verzeichnet werden. Syphilis oder Nephritis der Mutter lag nicht vor.

Die Untersuchungen über die thymische Konstitution (8 Fälle) bestätigen die von Schridde mitgeteilten Ergebnisse.

Hervorgehoben wird die allmähliche Abnahme der angeborenen Syphilis als Todesursache der Neugeborenen von 15,75 bzw. 13,5% in den Jahren 1920 bis 1922 auf 0% im Jahre 1928.

Arnold Hirsch, Berlin.

1411.

Vollmer, H., Periodische Pathothermie. (Z. Kinderheilk., 46, H. 5. u. 6, S. 693, 1929.) (Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus.) Verfasser hat vor Jahresfrist in dieser Zeitschrift über ein Kind mit periodischer Pathothermie berichtet. Dies Kind ist inzwischen ad exitum gekommen. Bei der Obduktion fanden sich an zahlreichen Stellen des Gehirns Kapillarembolien von Bakterien, die nur auf eine eigenartige Form der Sepsis zurückgeführt werden können. Die Kapillarembolien waren gleichmäßig über das ganze Gehirn verbreitet und werden nach Verf. wahrscheinlich auch das Gebiet des Tubercinereum betroffen haben (das nicht besonders untersucht wurde). Inzwischen konnte Verf. einen anderen, ähnlichen Fall beobachten. Es handelt sich um ein anderthalb Jahre altes Kind, das in Größe, Statik usw. durchaus den Eindruck eines intestinalen Infantismus macht. Im Vordergrund des Krankheitsgeschehens stehen mit starken Gewichtsstürzen einhergehende hochgradige Steigerungen der Temperatur und profuse Schweißausbrüche. Ein sicherer Anhaltspunkt für einen Infekt war nicht zu gewinnen. Vorläufig fehlt jeder klare Einblick in das Krankheitsgeschehen. Man muß nach Verf. an eine Infektion des Zentralnervensystems denken. **Beck, Tübingen.**

1412.

Ribadeau-Dumas, Chabrun und Wolff, Die multiplen pulmonalen Arteritiden beim Neugeborenen und deren Folgen. (Rev. franz. de pédiatr., 4, Nr. 1.) In den Lungen der Kinder kann man multiple, obliterierende Arteritiden finden, die, bei größerer Ausdehnung, zu nekrotischen scharf abgegrenzten Infarkten Anlaß geben. Diese Arteritiden bilden die anatomische Unterlage für gewisse paroxystische Zyanosen und Dyspnoeformen. Sie finden sich bei vielen Bronchopneumonien nach Infekten: Grippe, Diphtherie, Masern, Tbk. usw. Sehr oft ist Lues hereditaria dabei. **Hittinger.**

1413.

Duken, J., Die röntgenologische Thoraxuntersuchung bei der Tuberkulose des Kindes. (Fortschr. Röntgenstr., 38., 6.) Der pri-

märe Herd ist gewöhnlich so klein, daß er im Röntgenbilde nur selten mit Sicherheit erkannt wird, wenn er sich nicht durch Kontaktwachstum auf ein ungewöhnliches Maß vergrößert hat oder kavernösen Zerfall zeigt. Verkalkte Primärherde sind natürlich leicht darzustellen. Kavernen, die aus einem Primärherd entstehen, können sich vollkommen zurückbilden. Differentialdiagnostisch interessant ist die Tatsache, daß in der kindlichen Lungen geblähte Parenchyminseln und auch Alveolarbezirke sich ausbilden können, die eine Kaverne vortäuschen können. Der Primärherd ist als lokaler Krankheitsprozeß meist gutartig. Jedoch gehen von ihm Verstreuungen von Bazillen aus auf dem Lymph- oder Blutwege sowie intrakanalikulär. Für die weitere Ausbreitung ist die wichtigste Station das Gebiet der Bronchialdrüsen. Die unmittelbare röntgenologische Darstellung der Bronchialdrüsen, wenn sie sich nicht im Zustande der Verkalkung befinden, gelingt nur relativ selten. Es können sich hierbei auch erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben. So sind frische Drüsenpakete unter Umständen kaum von einer vergrößerten Thymusdrüse zu unterscheiden. Die indirekten Symptome aber sind erst recht unsicher. Sie können auch bei unspezifischen Prozessen in der gleichen Weise vorkommen. Hilusschwellung, verstärkte Lungenzeichnung, Keilschatten am Hilus, interlobäre Schwarte oder Mantellexsudat sind keine für Tuberkulose beweisende Symptome. Besonders schwierig wird die Entscheidung, wenn gleichzeitig die Tuberkulinreaktion positiv ist. Erst längere systematische Beobachtung kann eine Entscheidung herbeiführen. Für die Beurteilung ist aber außerdem die Tatsache von Bedeutung, daß bei vorliegender Tuberkulose nicht alle Veränderungen als spezifisch angesehen werden dürfen. Es spielen unter anderem allergische Reaktionen hinein, ohne daß wir im einzelnen Falle trennen können, was spezifisch ist und was nicht.

Bei älteren Kindern werden die Lungenerscheinungen eindeutiger. Im Schulalter werden die meisten Schattenbildungen bei aktiver Bronchialtuberkulose von Exsudaten, namentlich solchen der Interlobärschatten, hervorgerufen. Solche Exsudate rezidivieren sehr leicht, auch wenn die zugrundeliegende Tuberkulose bereits abgeheilt ist. Keilschatten im Hilus können auch hervorgerufen werden durch Pneumonien, die sich in der Nachbarschaft tuberkulöser Drüsen entwickeln, insbesondere aber auch durch perifokale Entzündungen. Diese sind keineswegs immer gutartig. Es können sich daraus Streuungen und Zerfallsherde herausbilden. Das Bild der sekundären Tuberkulose ist außerordentlich mannigfaltig. Es kann unter den Symptomen einer akuten Infektionskrankheit auftreten und sogar an Sepsis erinnern. Selbst bei schwersten Anfangssymptomen kann Heilung eintreten. Ebenso wie die Veränderungen des Allgemeinbefindens sind auch die lokalen Veränderungen äußerst mannigfaltig. Das Röntgenbild zeigt im Anfang meist eine starke Hilusschwellung. Die Lungenfelder können das typische Bild der Miliartuberkulose zeigen ohne daß darum die Prognose schlecht ist. Solche Miliartuberkulosen können restlos ausheilen. Bei lokalisierten Prozessen sind die infraklavikulären Abschnitte bevorzugt. Doch können auch in den Spitzen gelegene Herde Veranlassung zu einer progredienten Tuberkulose geben.

Kirschmann.

1414.

Brock, J., und W. Sauer, Ueber Thorakoplastik bei kindlicher Lungentuberkulose. (Z. Kinderheilk., 46., Heft 5 u. 6, S. 703, 1928.) (Kinderklinik Köln und Marburg.) Verfasser berichten über zwei Fälle von käsiger Lungentuberkulose, bei denen nach Hinzutreten von Komplikationen die extrapleurale Thorakoplastik angelegt wurde. In beiden Fällen war eine sehr schlagartige Besserung zu erzielen. Die Einwirkung auf das Rumpfskelett war bei den beiden 10 und 12 Jahre alten Kindern keine andere, als sie vom Erwachsenen her bekannt ist, d. h. nur eine ganz geringe. Aus diesem Grunde ist die Indikation zu diesem Eingriff mehr als bisher herauszuarbeiten.

1415.

v. Wangenheim, Zur Pathogenese der Meningitis tuberculosa im Kindesalter. (Beitr. Klin. Tbk., 70., 6.) Am stärksten sind die Kinder vom Ende des ersten bis dritten Lebensjahres für die Meningitis tuberculosa disponiert. Der Grund für diese Altersdisposition ist in der besonderen Neigung junger Kinder zu ausgedehnter Tuberkulose der Bronchiallymphknoten zu suchen. Die größte Häufung der Fälle von kindlicher Meningitis tuberculosa findet sich im Frühjahr und zu Beginn des Sommers. Masern, Keuchhusten und klinisch manifeste Tuberkulose spielen nur selten eine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung einer Meningitis tuberculosa. Extrafamiliäre Infektion wurde doppelt so häufig gefunden wie die intrafamiliäre. Primäre Lungenherde fanden sich in ungefähr 95% der Fälle. Ihre Lokalisation in den einzelnen Lungenlappen ist für das Entstehen einer Meningitis ohne jede Bedeutung. Primärkomplexe mit frischen verkästen Lungenherden von Erbse- bis Haselnußgröße und ausgedehnt verkästen Bronchiallymphknoten

bilden bei Kindern den Ausgangspunkt einer tuberkulösen Meningitis. Primärherde im Darm fanden sich einwandfrei nur in 6,3% der Fälle. In 12% der Fälle haben Solitär tuberkel des Gehirns offenbar den Ausbruch einer Meningitis begünstigt. Seltenheit, Lokalisation und Beschaffenheit der Lungenvenentuberkel sprechen gegen Weigerts Lehre von tuberkulösem Einbruch in die Blutbahn und für Liebermeister-Hübschmanns Theorien über tuberkulöse Bazillämie und Implantation der Bazillen in die Gefäßwand bei Umstimmung des Organismus. Die ausgedehnte bronchiale Lymphdrüsentuberkulose gewisser disponierter Kinder wird als Ausgangspunkt dauernder Bazillämie betrachtet, die bei plötzlicher Umstimmung, sei es infolge von besonderen Witterungseinflüssen und gesteigerter endokriner Sekretion im Frühjahr, Umstimmung durch fieberhafte Erkrankungen, Vakzination, künstliche Höhensonne, zur miliären Aussaat führt und meistens mit dem Meningitistode endet.

Zwerg.

1416.

Grauhan, Max, Zur Klinik der kindlichen Nierentumoren. (Dtsch. Z. Chir., 214., Heft 1/5, S. 201.) Bei der Untersuchung der kindlichen Nierentumoren sind besonders die Unterschiede gegen die Nierentumoren bei Erwachsenen ins Auge fallend. Diese Unterschiede beruhen nicht nur in den verschiedenen histologischen Aufbau, sondern auch in der Beteiligung des Organs selbst. Bei einer ausgewachsenen Niere verhalten sich das Parenchym und die Wandungen des Kelchsystems rein passiv. Sie werden destruiert und durchbrochen. Beim kindlichen Organismus dagegen nehmen beide Teile aktiv an dem Wachstum teil, wie durch sehr exakt ausgeführte Messungen nachgewiesen werden konnte. Die gleiche Beobachtung wurde gemacht bei Nierenveränderungen infolge von Harnstauung. Bei der kindlichen Niere wirkt die Harnstauung als Entwicklungsimpuls, der zur Bildung gewaltiger Säcke führt, die das ursprüngliche Organvolumen um das Vielfache übertreffen.

E. Gohrbandt, Berlin.

1417.

Gareiso, Aquiles, Dysbasia lordotica progressiva oder Dystonia muscularis deformans. (Rev. med. latin-amer., 14., 160.) (Hospital des niños, Buenos Aires.) Es handelt sich um ein achtjähriges Mädchen, das in seiner körperlichen und geistigen Entwicklung zurückgeblieben ist. Keine hereditäre Belastung. Im Alter von fünf Jahren wurde eine Equinusstellung des rechten und kurz darauf auch des linken Fußes bemerkt. Später gesellten sich Spasmen der unteren und oberen Extremitäten, die von generalisierten athetotischen und choreatischen Bewegungen begleitet waren. In letzter Zeit traten auch motorische Störungen im Gesicht auf, mit Erschwerung des Kauens und Schluckens. Allmähliche Steigerung der Krankheitserscheinungen bis zum vollkommenen Stillstand der psychischen Entwicklung. Sistierung der Fortbewegung.

Ashkenasy, Wien.

1418.

Hamburger, F., Familienerziehung und Anstalterziehung. (Arch. f. Kinderheilk., 86., 3, S. 161, 1929.) Die Grundlage der Erziehung muß prinzipiell in der Familie liegen. Für eine gute Erziehung der Kinder ist selbstverständliche Voraussetzung ein geordnetes Familienleben. Ein großer Teil der verwahrlosten Kinder stammt aus zerrütteten Familienverhältnissen. Wichtig ist für das Seelenleben der Kinder das Zusammenleben mehrerer Kinder. Den Kinderärzten ist ja „das einzige Kind“ als Krankheitsbegriff nicht unbekannt. Vom kinderärztlichen Standpunkte aus dürfen Kleinkinder nur in Ausnahmefällen der Familienerziehung entzogen werden. Besser als Kinderheime und Erziehungsanstalten wären Mutterschulen, in denen die Mütter lernen, ihre kleinen Kinder richtig zu erziehen und ihre Mutterliebe erzieherisch zu veredeln. Vom Beginn des Pubertätsalters an ist in vielen Fällen bei Knaben Anstalterziehung der Familienerziehung vorzuziehen. Bei Mädchen, die ja auf den Mutterberuf vorbereitet werden sollen, liegen die Dinge viel komplizierter. Vor allem gilt es, ein enges Zusammenarbeiten von Kinderärzten und Erziehern anzustreben.

Pogorschelsky, Breslau.

Mund- und Kiefererkrankungen

1419.

Weicksel, J., Diabetes und Mundkrankheiten. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 5, 1929.) Die Pilzflora der Mundhöhle ist bei Diabetikern, besonders in schweren Fällen, durch das Vorherrschen der Soorpilze verändert; die Pilzbildung geht gelegentlich mit einer heftigen Stomatitis einher. Der Geschmack der Diabetiker ist häufig alteriert; er ist gewöhnlich fad und pappig, nicht selten ist er deutlich süßlich. Der Speichel zeigt bei Diabetikern häufig eine saure Reaktion. Die Zunge zeigt in ausgesprochenen Fällen

s selten eine normale Beschaffenheit; sie ist im Durchschnitt vergrößert, breiter und massiger und zeigt häufig Einkerbungen. Vielfach ist die Zungenoberfläche Einzelne Papillen oder ganze Papillengruppen sind wulstförmig, was leicht zu einer Verwechslung mit Leukoplakie führen kann. Fast immer sieht man eine Gingivitis, die in Fällen zu nekrotischem Zerfall der abgehobenen Zahnkrone führen kann. Später schrumpft das Zahnfleisch allmählich zusammen, die Zahnhäule werden bloßgelegt. Häufig ist bei Schwerzuckerkranken eine Alveolarpyorrhöe, und es häufig mehrere Zähne, teilweise ganze Zahnreihen, die Lockerung schreitet gewöhnlich von den Molaren aus. In der Regel ist hier der Oberkiefer der Ausgangspunkt. Bei Diabetes vorkommenden Zahnsteinauflagerungen so hart wie bei einer gewöhnlichen Alveolarpyorrhöe; ein hat gewöhnlich eine helle Farbe und lagert sich an. Neben der Alveolarpyorrhöe findet man auch oft Lockerung und Ausfallen ganz gesunder Zähne. Gelockerte Zähne aber beim Diabetes bei erfolgreicher Behandlung werden. Nicht sehr häufig ist eine durch Diabetes bedingte Karies. Wo aber eine Karieshöhle in einem Zahn vorhanden ist, wird sie beim Diabetes schneller an Ausdehnung zunehmen als beim Gesunden. L. Gordon, Berlin.

1420.

Rowa, M., **Paradentose und Diabetes.** (D. m. W., 8, S. 313.) Die Untersuchungen des Verfassers, die sich auf die von Diabetikern erstrecken und bei denen durch einen zahnärztlichen Befund eine Paradentose festgestellt werden können, neben dem gegenwärtigen Gebißstatus auf das Verhalten des Cholesterins und auf die Heilresultate oder die günstige Wirkung der Paradentose durch die spezifische Behandlung. In untersuchten klinischen Fällen von Diabetes wurden in keinem einzigen Falles ausgesprochen paradontotische Veränderungen beobachtet.

Zahnfleisch war bei manchen Patienten entzündlich verändert, anderen waren mehr morphologische Veränderungen vorhanden, wie sich in Taschenbildung und auch Zurücktreten des Zahnfleischs bis unter den Zahnhals dokumentierten. Meistens fanden sich in den Formen vorherrschend, bei welchen das Zahnfleisch tief unter die Wurzel zurückgetreten und bei welchen die Taschen mit purulentem Inhalt ausgefüllt waren. Bei allen Patienten war mehr oder weniger große Neigung zu Zahnverlust vorhanden. Ein anderes Charakteristikum der entzündlichen Paradentose konnte Verfasser bei allen Fällen feststellen, nämlich das Kronen- und pulpagesunden Zähne, eine Erscheinung, die auch den Patienten selbst schon frühzeitig und zuerst bemerkt wurde.

In der Ansicht des Verfassers besteht also tatsächlich zwischen Paradentose und Diabetes ein Zusammenhang. Es konnte nachgewiesen werden, daß bei fast allen Diabetikern mit der Hypercholesterinämie Hand in Hand geht, und somit die Resultate Berberichs und anderer Autoren vollaufkommen. Arnold Hirsch, Berlin.

1421.

Welche Konsequenzen für die zahnärztliche Behandlung nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse über die orale Infektion zu ziehen? (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 1929.) Die Behandlung oder schlecht behandelte pulpakranke Zähne sind der überwiegenden Mehrzahl Wurzelspitzenherde auf. Schwierig, durch das Röntgenbild eine genaue Vorstellung von der pathologisch-anatomischen Beschaffenheit der Wurzelspitzenherde zu gewinnen. An der Wurzelspitze pulpatoter Zähne überaus häufig Streptokokken von oft großer Virulenz vor, auch dann, wenn die betreffenden Zähne lange reaktionslos geblieben waren. Die Lehre Rosenows über die Lokalisation der Streptokokken besteht mindestens in gewissen Grade zu Recht. An der Wurzelspitze und oder schlecht behandelte pulpatoter Zähne findet man sterile Verhältnisse. An den Wurzelspitzen gut behandelte Zähne kommen Herde nur relativ selten vor. Die Heilung Wurzelspitzenherden ist durch gute Wurzelbehandlung möglich. Gute septische Erkrankungen können auch von oft jahrelang unheilbar gewesenen Wurzelspitzenherden ausgehen. Nach Entfernung der Wurzelspitzenherde sieht man gelegentlich, allerdings nur selten, eine auffallende Besserung von oft sehr lange bestehenden Gelenksleiden, das Verschwinden von monatelang anhaltenden subfebrilen Temperaturen usw. In unmittelbarem Anschluß an die Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenamputation oder Wurzelresektion beobachtet man mitunter die Exazerbation eines bestehenden (Polyarthrit, Endokarditis, Nephritis usw.) mit folgender Besserung. In einer Reihe von Fällen läßt sich die Besserung des Blutbildes von einem vor der Sanierung bestehenden pathologischen in ein normales oder annähernd nor-

males nach der Sanierung feststellen. Aus diesen, der Meinung des Verfassers nach, sichergestellten Tatsachen läßt sich die Schlußfolgerung ziehen, daß bei manifesten subakuten und chronischen Erkrankungen septischer und toxischer Natur (Polyarthrit, Nephritis, Endokarditis usw.) den Wurzelspitzenherden mindestens ebensolche Beachtung zu schenken ist wie den Tonsillen. Dies um so mehr, als Anhaltspunkte dafür bestehen, daß in manchen Fällen die pathologischen Veränderungen an den Tonsillen ihre Ursache in unhygienischen Verhältnissen und entzündlichen Prozessen am Gebiß haben. L. Gordon, Berlin.

1422.

Rebel, Klinik und Praxis der Wurzelbehandlung im Hinblick auf die Lehre von der fokalen Infektion. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 3, 1929.) Die odontogene Infektion ist entgegen den amerikanischen Lehren von der fokalen Infektion durchaus selten. Jeder Eingriff in den Pulpahohlraum hat unter sterilen Kautelen und unter stetiger antiseptischer Sicherung vor sich zu gehen. Unter diesen Voraussetzungen kann dort, wo primär das gesamte Wurzelgebiet nicht infiziert ist, auf die Beigabe dauerantiseptisch wirkender Substanzen zur Wurzelspitzenfüllung verzichtet werden. Ist auch das apikale Gebiet infiziert, so muß die Füllmasse dauerantiseptisch, nicht gewebsschädigende Potenzen entfalten. Periapikale osteitische Herde sind in der Regel nur dann zur Ausheilung zu bringen, wenn die aktive konservative Therapie direkt am Herd angreifen kann. Nicht selten versagt jede aktive Therapie durch den Wurzelkanal infolge anatomischer Verhältnisse. Die Ursache des Versagens der rein aktiv-konservativen Therapie kann ferner auch in der Größe, der Selbständigkeit des Herdes und den umfangreichen osteoklastischen Zerstörungen an der Wurzelspitze liegen. Endlich gibt es bestimmte konstitutionelle Typen, denen ein gewisses Maß notwendiger Widerstands- und Regenerationsfähigkeit fehlt; Vigantholgaben vermögen diese manchmal anzufachen. Spricht die konservative Therapie nicht rasch an, so verdient in Hinsicht auf die Möglichkeit einer odontogenen Infektion, in Hinsicht auf die soziale Lage des Patienten die Wurzelspitzenresektion bzw. die Extraktion den Vorzug. Sie wird zur absoluten Indikation, sobald die geringsten Verdachtsmomente einer kryptogenetischen Infektion vorliegen. Uebertriebener Konservatismus ist ebenso wie hemmungsloses Draufgängertum zu verurteilen. L. Gordon, Berlin.

1423.

Hjelmann, Gören, **Morphologische Beobachtungen an den Zähnen der Finnen.** (Act. Soc. Med. Fennica Duodecim, 1, 1929.) Zwischen Finnen und anderen Europäern bestehen keine Verschiedenheiten in bezug auf den Mittelwert der Zahndimensionen. Es kommen bei den Finnen alle Maxima und Minima der Terrassen vor, doch noch größer und kleiner. Die Molarenreihen weisen bei den Finnen im Oberkiefer ein von vorn nach hinten stufenweises Kleinerwerden der Molaren auf. Auch im Unterkiefer herrscht dieser Typus vor. Die Kronen der ersten und zweiten unteren Mahlzähne haben bei finnischen Frauen eine längliche, also primitive Form. Die Mahlzähne gleichen in bezug auf die Höckerzahl denjenigen der anderen Europäer. Die interstitiellen Höckerchen kommen bei Finnen häufiger vor als bei anderen. Die transversale Furoche ist an den Mahlzähnen der Frauen sehr selten. Am Gebiß der Finnen fehlt gewöhnlich der dritte Molarr Zahn am Ober- und Unterkiefer, während das Fehlen des zweiten Inzisiven zu den Seltenheiten gehört. Fälle von persistierendem zweiten Milchmolaren an Stelle der zweiten Prämolaren sind im Unterkiefer wie im Oberkiefer zu beobachten bei den Finnen. S. Kalischer.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

1424.

Villaret, Maurice, und L. Justin-Besancon, **Die therapeutische Anwendung von Azetylcholin.** (Lancet, 216, 5506.) Die Hauptwirkung des Mittels besteht in der Erweiterung der arteriellen Gefäße. Außerdem Beeinflussung des Herzens, Blutes und der Muskulatur. Am Herzen entspricht die Wirkung der faradischen Erregung des Pneumogastrikus (Vagus). Bei der Erregung der glatten Muskulatur handelt es sich um parasympathische Wirkungen, am gestreiften Muskel ruft es Kontraktion hervor, die durch Atropin behoben werden kann. Gerinnungshemmung des Blutes in vitro. Azetylcholin wird subkutan oder intramuskulär injiziert, die Injektion ist selbst bei Verwendung großer Dosen (0,2 ccm) schmerzlos und ruft weder Allgemein- noch Lokalreaktionen hervor. Der therapeutische Angriffspunkt sind die Arterien und Arteriolen der Extremitäten und es ist vor allem beim Morbus Raynaud und bei arterieller Gangrän indiziert. Die Dosierung

ist folgende: 0,05 ccm am ersten Tage, 0,1 ccm in den nächsten Tagen. Stellt sich der Erfolg nach 10 Tagen nicht ein, dann Steigerung der Dosis auf 0,2 ccm, mitunter zweimal täglich. Im allgemeinen kommt man aber mit 0,1 ccm aus, wobei eine Kur durchschnittlich in täglichen Injektionen von Azetylcholin durch 15 Tage im Monat während eines Zeitraumes von 2 bis 3 Monaten besteht, bis die Schmerzempfindungen, ferner die toxischen und trophischen Symptome verschwunden sind. Beim Morb. Raynaud zeigen die Finger 15 Minuten nach der Injektion normale Verfärbung, die 12 Stunden bis 3 Tage dauern kann. Rasches Verschwinden des Schmerzes, oft schon nach der ersten Injektion. Die dauernde Besserung hängt von dem Umfange und Intensität der Sekundärinfektion ab. Bei Arteriitis mit Tendenz zu Stenose (präsenile, senile und diabetisch-gangränöser Natur) werden mit Azetylcholin bemerkenswerte Erfolge erzielt. Dilatation der anastomosierenden Arteriole, Verringerung der Gefäßkrämpfe. Dosierung: 0,1 ccm morgens und abends am ersten Tage, und 0,2 ccm ebenfalls zweimal täglich an den folgenden Tagen. In milden Fällen genügen 15 Injektionen im Monat, bei schweren muß die Behandlung bis zur augenscheinlichen Besserung fortgesetzt werden. Schwinden der Claudicatio intermittens (nach 5 bis 6 Injektionen) ebenso Schwinden der trophischen Störungen, vorausgesetzt, daß sie oberflächlich und nicht sekundär infiziert sind. Die Schmerzlinderung gelingt in diesen Fällen besser als mittels Morphiums. Vor jeder Operation soll Azetylcholin verabreicht werden, wodurch eine Verringerung des Ausbreitungsgebiets des Eingriffs erzielt werden kann: z. B. Resektion unterhalb des Knies anstatt der Oberschenkelamputation. Bei der diabetischen Arteriitis wirkt die Kombination Azetylcholin-Insulin besser als Insulin allein. In einem Fall von präseniler Arteriitis wurde nach Versagen der Sympathektomie bereits nach der ersten Injektion von Azetylcholin Schwinden der Schmerzen und rapide Vernarbung der trophischen Substanzverluste erreicht. Günstige Beeinflussung der subjektiven Symptome bei Unterschenkelkrämpfen, „toten Fingern“, Sehstörungen. Bei alten Leuten sind wegen Hämorrhagiegefahr nur geringe Dosen zu verabreichen. In der Ophthalmologie bewirken intramuskuläre Injektionen von 0,15 bis 0,2 ccm Schwinden des Spasmus der Art. retin. Subkonjunktivale Injektion von Azetylcholin verringert den Tonus des Augapfels, ebenso wie die Miosis. Ausgezeichnete Wirkung bei tuberkulösem Schweiß: hier nur kleine Dosen: 0,01 bis 0,02 ccm subkutan oder intramuskulär täglich oder jeden zweiten Tag: höhere Dosen bewirken das Gegenteil. Bei Bleikolik gibt man 0,2 ccm Azetylcholin jede 10 Minuten und erzielt sehr gute Resultate mit 2 bis 3 Injektionen. Auch die Obstipation reagiert sehr gut auf hohe Dosen von Azetylcholin. Ashkenasy, Wien.

1425.

Truffi, G., Ueber die biologische Wirkung des Thalliumazetats. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 11, 1929.) Für den Wirkungsmechanismus des Thalliumazetats wird im allgemeinen die neuroendokrine Theorie angenommen. Zur Nachprüfung wurden Tieren kleinste, noch eine Vergiftung bewirkende Dosen verabfolgt, bei denen die schweren Symptome der chronischen Vergiftung ausblieben; die histologische Untersuchung der haarlosen sowie der in Epilation begriffenen Hautstücke ergab dann degenerative Prozesse der epithelialen Elemente, die den Haarausfall vollkommen erklären. Hingegen fanden sich an den endokrinen Drüsen und den inneren, gegen die Giftwirkung besonders empfindlichen Organen (z. B. Nieren) keine Veränderungen und auch keine funktionellen Störungen des neuro-endokrinen Systems. Auch bei präventiver Reizung des neuro-vegetativen Systems (Adrenalin, Pilocarpin) wurde keine Modifikation der Thalliumwirkung hervorgerufen. Perkutane Applikation des Thalliumazetats in Salbenform und Lösungen erzielte zirkumskripte und lokalisierte Alopezie an der Applikationsstelle und (ausschließlich in dieser Zone) die bekannten Haarveränderungen. Es muß eine größere Empfindlichkeit der Haarelemente dem Thallium gegenüber im Vergleich zu anderen zellulären Elementen angenommen werden, die direkte und initiale Beteiligung des neurosympathischen Systems als ausschließliche Ursache der durch Thallium hervorgerufenen Phänomene ist abzulehnen.

Ernst Levin, Berlin.

1426.

Elmer, A. W., und M. Schepps, Die Wirkung des Insulins auf die Lipochromämie und die Xanthosis diabetica. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 7, S. 300.) Das Insulin beeinflusst den Lipochromstoffwechsel, und zwar bewirkt es in den Fällen von Xanthosis diabetica eine Lipochromämieniedrigung, beugt oft dem Auftreten der Hautverfärbung vor bzw. läßt nur höchstens eine mäßig angedeutete Hautverfärbung zu, und wenn diese bereits erschienen ist, unterstützt es deutlich die Wirkung der lipochromarmen Diätbehandlung, indem es das Verschwinden der Xanthosis beschleunigt. In den diätresistenten Fällen von Xanthosis diabetica empfiehlt sich neben der lipochromarmen Diät die Insulinbehandlung. Das

Insulin allein, ohne eine entsprechende lipochromarme Diät, kann in manchen Fällen dem Auftreten der Xanthosis diabetica nicht vorbeugen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1427.

Behrens, B., W. Nonnenbruch, E. Rischawy, Cl. Schöuf und W. Wieland, Zur Chemie, Pharmakologie und klinischen Anwendung des Acedicon. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 8, S. 302.) Acedicon ist ein Abkömmling des Thebains, der nach dem Ergebnis des Tierversuches keinem der altbekannten Opiumalkaloide gleicht, sondern einer besonderen Gruppe angehört, die zwischen der des Morphins und der des Kodeins eingereiht werden muß. Ob Acedicon sich bei der Anwendung am Menschen mehr dem Morphin oder mehr dem Kodein nähert, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden; manches, besonders die Herabsetzung der Schmerzreaktion des Kaninchens unter Acedicon, spricht eher für seine Zugehörigkeit zur Morphingruppe.

Acedicon ist ein ausgezeichnetes Sedativum bei Reizzuständen der Luftwege, ein gutes Analgetikum und indirektes Hypnotikum. Es erscheint brauchbarer als Kodein und zeigt die wesentlichen Vorteile des Morphins ohne einen bedeutenden Teil seiner unerwünschten Nebenwirkungen. Es hat keine nennenswerte Steigerung der Dosis bei längerer Darreichung erfordert. In einer ausgedehnten Versuchsreihe wurde niemals ein Zeichen von Sucht beobachtet, doch bedarf die Entscheidung der Frage, ob Acedicon eine Sucht entstehen lassen kann, heute noch weiterer schärfster Beobachtung seitens aller Aerzte, die es anwenden. Acedicon ist nach Ansicht der Autoren eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes.

Arnold Hirsch, Berlin.

1428.

Hauberisser, Ueber die Beeinflussung örtlicher Entzündungsherde durch Gewebsalkalisierung. (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 6, 1929.) Wie Untersuchungen verschiedener Autoren ergeben haben, geht eine Entzündung mit einer ausgesprochenen lokalen Azidose einher. Diese Azidose kommt dadurch zustande, daß am Entzündungsort ein Stoffwechsel im Sinne eines fermentativen Gewebsabbaues einsetzt, wobei mehr freie H-Ionen (Aminosäuren) entstehen, als das Gewebe normalerweise enthält. Die Gewebsazidose ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Schmerzempfindung. Entsprechend diesen Untersuchungsergebnissen läßt sich der Entzündungsschmerz durch Zuführung alkalischer Lösungen zur Neutralisation der Gewebsazidose beseitigen. Man verwendet für diese Zwecke eine Lösung von sekundärem Natriumphosphat, die durch Kochsalz isotonisch gemacht worden ist und deren Wasserstoffionenkonzentration einen PH-Wert von 8,1—9,1 hat. Den genannten Voraussetzungen entspricht folgende Lösung, die von der Firma Woelm-Spangenberg in Ampullen in den Handel gebracht wird: sec. Natr. phosphor., Natr. chlorat. aa 6,4, Aqua dest. steril. ad 1000,0. Die Vorbedingungen für die Alkalisierung eines Entzündungsherdes liegen am günstigsten bei geschlossenen Abszessen und in den Fällen, in denen offene Gewebsspalten vorhanden sind. Durch Punktion und nachfolgende Spülung mit der Pufferlösung hat Verfasser sehr gute Erfolge in einigen Fällen von Zungenabszessen unter Mitbeteiligung des Mundbodens erzielen können. Schmerzlosigkeit und rasche Heilung tritt auch bei der Oberflächenbehandlung schmerzhafter Stomatitiden auf.

L. Gordon, Berlin.

1429.

Fising, F. H., Bestrahltes Ergosterol gegen Parkinson. (Med. J. a. Rec., Nr. 4, 1929.) Angeregt durch einen seit 8 Jahren bestehenden Fall von Parkinson, der sich bei einem Sturz den chirurgischen Hals des rechten Humerus brach, gab Fising zur rascheren Vereinigung der Fraktur bestrahltes Ergosterol. Dreimal täglich 3 Tropfen, später zweimal täglich und dann einmal täglich. Nach 6 Wochen wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes, der Depression und der Apathie, des Schlafes und des Appetites. Der Tremor ließ nach, ebenso die Muskelsteifigkeit, keine verstärkten Reflexe mehr, besserer Gang, größere Lebensfreude, vermehrtes Interesse. Wirkung durch Stabilisierung des Kalkstoffwechsels.

v. Schnizer.

1430.

Scheib, C. W., Narkosan bei Arzneimißbrauch. (Med. J. a. Rec., Nr. 4, 1929.) Narkosan ist eine Lösung von Lipoiden, nicht-spezifischen Proteinen, wasserlöslichen Vitaminen, durch einen komplizierten biochemischen Prozeß hergestellt. Morphin und andere narkotische Substanzen bilden nun wie Bakterientoxine antitoxische Substanzen im Körper, die die narkotisierenden Alkaloide neutralisieren. Werden die Narkotika plötzlich entzogen, so werden diese neutralisierenden Substanzen für den Körper selbst toxisch. Man entzieht das Narkotikum (Morphium, Heroin, Kokain oder Opiumderivate) vollständig sofort, gibt dann ein salinisches Laxans und Natrium bicarbonicum in Lösung (1 : 120), alle 3 bis 4 Stunden 1 EB-

löffel. Die Kur dauert 3 Wochen, intramuskulären Injektionen, im Anfang häufiger, in den ersten 3 Tagen alle 4 Stunden eine Injektion, unter Umständen wiederholt, wenn die nervösen Symptome ausgesprochener werden. Initiale Dosis 10 bis 12 Minims (1 = 0,06), steigend, unter Umständen in Verbindung mit Strychninsulfat ($\frac{1}{16}$ Grain (1 = 0,06)). Von großer Bedeutung sind die gastrointestinalen Symptome, Nausea, Erbrechen, Diarrhöe, Krämpfe, eine physiologische Reaktion: Katharsis, unter Umständen hohe Dosen von Natrium bicarbonicum, Zitronen- oder Orangensaft. Kürzere Behandlung zeitigt nur Rückfälle. Jedenfalls gestattet Narkosan die Behandlung mit einem Minimum von Beschwerden. Inferiore oder kriminelle Patienten bekommen wohl leicht Rückfälle, seltener der Durchschnittspatient. Bei den Entwöhnten ist die Reaktion auf Morphinum bei Operationen z. B. nicht anders wie bei Normalen.

v. Schnitzer.

1431.

Parkins, L. F., Ueberdosierung von Thyreoideaextrakt. (New England J. Med., Nr. 5, 1929.) Bei Thyreoideaextraktverabreichung gegen Fettsucht sollte man stets den Grundstoffwechsel zuerst bestimmen. Ist dies nicht möglich: dann Puls, Blutdruck, das Verhältnis von Nahrungsaufnahme und Arbeit. Myxödempatienten haben häufig konstitutionelle Symptome, Nausea, Erbrechen, Appetitverlust, ziehende Schmerzen im Rücken und in den Extremitäten bei Beginn der Medikation. Sie verschwinden nach 1 bis 2 Wochen. In den ersten 10 Tagen gibt man 2 bis 4 Gains täglich (1 = 0,06), später 1 bis 2. Die gewöhnlichen Dosen sind nicht schädlich. Bei großen Dosen beobachtet man bei Fettsüchtigen Nervosität, Tachykardie, Dyspnoe und akutes Lungenödem.

v. Schnitzer.

1432.

Gelmann, J., Zur Klinik und Genese der Bleikrisen (Enzephalopathien). (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., 1. u. 2. Heft.) Verf. bringt die im charakteristischen Aussehen der Bleikranken sich äußernde Störung des Pigmentstoffwechsels in ursächlichen Zusammenhang mit den klinischen Erscheinungen, und zwar sei es das Hämato- und Koproporphyrin, welches entweder direkt auf die bleiimprägnierten Organe wirke oder indirekt sie für anderweitige chemische oder physikalische Agentien (z. B. Licht) empfindlich macht.

Buttersack, Göttingen.

1433.

Paine L., und J. C. Teas, Behandlung der Hypertension. (Med. J. a. Rec., Nr. 4, 1929.) Analyse von über 400 Fällen mit systolischem Druck von 175 bis 275. Ursachen: Nierenerkrankungen oder ihr Vorstadium, Störungen der Cl- oder N-Retention (in 85% bestand eine abnorme Cl-Konzentration des Blutplasmas). In keinem Falle konnte eine Herdinfection als primärer Faktor nachgewiesen werden. Hypertension ist lediglich ein Symptom wie Fieber und hat keine gemeinsame Aetiologie. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren benutzen die Verfasser Diciturin (Monokaliumdiazetylzitat). Beginn mit 60 Gran pro die (1 = 0,06) zu 6 Dosen in dreistündlichen Intervallen. Bei ausgesprochener Nephritis 90 Gran in Dosen zu 15. Das Mittel ist unschädlich, reizt die Nieren nicht, stört die digestiven Enzyme nicht, hat keine deprimierende Wirkung auf Herz und Nerven. Zylinder und Eiweiß verschwinden rasch. Die Cl-Konzentration im Blutplasma verschwindet rasch. Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzpalpitationen lassen rasch nach. Diciturin ist kein Vasodilatator. Nur mäßige Diätrestriktion ist notwendig. Selbst bei Arteriosklerose und Nephritis anwendbar.

v. Schnitzer.

1434.

Giraud, A., Ausnützung des negativen Drucks beim therapeutischen Pneumothorax. (Paris méd., Nr. 10, 1929.) Genügend reichliche Insufflationen, um eine gute Retraktion des Stumpfes zu erzielen, die das Fortschreiten aufhält. Hinreichend niedriger Druck, um keine Pleurareizung hervorzurufen. Genügend große Höhle, um mit aller Sicherheit operieren zu können. Praktisch werden diese drei Forderungen verwirklicht sein, wenn der innere Rand des Lungensumpfes sich in gleicher Entfernung von der Thoraxwand und vom Mediastinum befindet, der Druck zwischen 2 und 5 schwankt. Nur so kann man Pleurakomplikationen vermeiden und Perforationen durch Zerreißen von Adhärenzen und vielleicht auch die Bilateralisation der Veränderungen.

v. Schnitzer.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

1435.

Vohwinkel, K. H., Ueber die Beurteilung und klinische Wertbarkeit der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit. (Dermat.

Zschr., 55., H. 4, 1929.) Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (B. S. G.) ist eine Abwehrreaktion, die jedoch mit der Intensität der Erkrankung nicht parallel geht. Für die Diagnose ist sie von keiner Bedeutung, mehr für die Therapie und Prognose. So spricht bei Epididymitis hohe B. S. G. für starke Abwehrerscheinungen im Körper; ihr Sieg zeigt sich in einem steilen Abfall der B. S. G.-Kurve, es sind dann Rezidive nicht zu befürchten; andererseits zeigt niedrige B. S. G. nur lokal begrenzte Abwehrprozesse an; die Krankheit kann sich dann viele Wochen hinziehen und noch nach Wochen, wenn man dem Patienten das Aufstehen erlaubt, zu Rezidiven führen. Bei natürlich erworbenener Tertiana und im allgemeinen auch bei Impfmalaria zeigt sich ein beträchtlicher Anstieg der B. S. G.; ist dies nicht der Fall, so handelt es sich um schlechte Reaktionsfähigkeit des Organismus, wie sie sich auch in Wassermannresistenz, Salvarsanresistenz, negativer War. bei maligner Syphilis äußert. Die Erfolge der Malariabehandlung sind dann oft schlecht. Normale B. S. G. kann also Gesundheit und schwerste Erkrankung bedeuten; zur Beurteilung ist kurvenmäßige Aufzeichnung erforderlich. Für die Behandlung folgt, daß bei hoher B. S. G. hohe Dosen unspezifischer Heilmittel kontraindiziert, hingegen bei normalen oder geringen Werten der B. S. G. zur Steigerung der Abwehrvorgänge indiziert sind.

Ernst Levin, Berlin.

1436.

Wacker, Leonhard, Zur Kenntnis der Vorgänge bei der Arbeit und Ermüdung des Muskels. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 6, S. 244.) Der Gehalt an Erdalkalien im Blute von Kaninchen, die durch elektrische Wechselströme in der Urethannarkose ermüdet werden, steigt erheblich an. Die Steigerung der Serum beträgt im Mittel beim Ca über 50%, beim Magnesium nahezu 140% des Ruhewertes in der Urethannarkose.

Die Magnesiumzunahme ist verhältnismäßig größer als jene des Kalziums. Es sinkt daher der Quotient $\frac{\text{Ca}}{\text{Mg}}$ von $\frac{10,84}{2,93} = 4,16$ beim unermüdeten Kontrolltiere auf $\frac{18,03}{7,01} = 2,57$ beim Ermüdungstiere.

Die Zunahme der Erdalkalien im Blute durch die Ermüdung geht nach einigen Stunden Erholung wieder auf den Ruhewert zurück.

Die im Blute ermüdeten Tiere aufgestauten Erdalkalien stammen aller Wahrscheinlichkeit nach aus dem Muskel, weil dort die Erdphosphate unter dem Einfluß der entstehenden Säure gelöst und dann in das Blut übergeführt werden.

In der Magnesiummarkose überwiegt das Magnesium des Serums das Kalzium. Der Quotient $\frac{\text{Ca}}{\text{Mg}} = \frac{9,40}{19,41}$ geht bis auf 0,48 zurück. Das Kalzium wird teilweise durch Mg verdrängt. Im normalen Kaninchen Serum sind 11,84 mg% Ca, im Narkoseserum 9,40 mg%.

Der Zustand des Muskels der Versuchskaninchen im Moment des Todes wurde durch das Starreintervall (Eintrittszeit der Totenstarre) kontrolliert. Beim unermüdeten Muskel, d. h. in der Urethan- und Magnesiummarkose trat die Starre erst nach 3 Stunden ein. Bei stark ermüdeten Kaninchen war die Starre schon nach $\frac{3}{4}$ Stunde wahrnehmbar, bei weniger starker Ermüdung nach etwa 53 Minuten. Gewährt man dem ermüdeten Muskel vor der Entblutung noch eine dreistündige Erholungspause, so tritt die Starre erst nach 3 Stunden auf. Das Verschwinden des Erdalkaliüberschusses aus dem Blute fällt demnach zeitlich zusammen mit der Erholung des Muskels.

Arnold Hirsch, Berlin.

1437.

Cole, L. G., Der lebende Magen und seine motorischen Phänomene. (Acta radiol., 60., Fasc. 6, Nr. 52.) Die Magenperistaltik ist die Funktion der Muscularis mucosa und nicht der eigentlichen Muskelschichten. Die Funktion der letzteren besteht im Tonus des Magens. Die Verdickung am Magenausgang, die von außen tastbar ist, wird nicht vom Sphincter pylori, sondern vom Pyloruskanal gebildet. Die Funktion desselben besteht in einer Auspressung der flüssigen Kontenta aus den festen, während die Pylorusklappe zur Filtration dient. Eine Muskulatur besitzt die Pylorusklappe nicht, besteht nur aus Mukosa und einer Kernschicht von Submukosa. Die Magenentleerung wird durch eine breite peristaltische Kontraktion des Dünndarms kontrolliert. Im Verlauf von etwa 20 Sekunden läuft der Magenzyklus ab, bestehend aus Systole und Diastole.

Kirschmann.

1438.

Hindhede, M., Verdaulichkeit und Wert der Weizenkleie. (Med. Welt, 6, 1929.) (Staatsinstitut für Ernährungsforschung in Kopenhagen.) Auf Grund seiner Versuche kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß der Mensch die Kleie ebenso gut verdaut wie die Wiederkäuer. Die Kleie enthält nicht nur die Vitamine und die meisten Salze, sie enthält auch die gesamten Eiweißkörper, die zur

Ergänzung des unzureichenden Kerneiwisses notwendig sind. Es ist aus diesem Grunde vollkommen falsch, dem Brotkorn so unentbehrliche Bestandteile zu entziehen, um sie den Haustieren zu geben. Wenn mancher Magen das Schrotbrot nicht vertragen zu können scheint, so ist die Ursache nicht in der Kleie zu suchen, sondern in Mängeln der Herstellung. L. Gordon, Berlin.

1439.

v. Hoesslin, H., Ueber Verdauung und Ausnutzung tierischer Organe. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 1 und 2, S. 28.) Stücken der verschiedensten Organe zeigten bei HCl und Pepsinverdauung höchst verschiedene Quellung. Am leichtesten verdaut sich Myosin, schwerer das Protoplasma der übrigen Organe und das sogenannte Bindegewebe, noch schwerer Elastin. Kernsubstanzen werden überhaupt nicht angegriffen. Mit dem Gefühl der Bekömmlichkeit hat die Quellung jedoch nichts zu tun.

Buttersack, Göttingen.

1440.

Jahn, Dietrich, und Rud. Sturm, Gasstoffwechselbestimmung und Kohlensäurebindungsfähigkeit des Blutes. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 1 und 2, S. 39.) Die spezifisch-dynamische Wirkung einer Probemahlzeit verläuft in einer hormonalen und einer Säurephase, d. h. als Anstieg des O-Verbrauchs und als Mehrausscheidung von CO₂. Zwischen Grundumsatz und respiratorischem Quotient besteht eine durchschnittliche Abhängigkeit. Je höher der O-Verbrauch, um so niedriger sind die Werte der respiratorischen Quotienten. Bei hohem Grundumsatz sind im allgemeinen die Werte des CO₂-Bindungsvermögens im Blut geringer als bei niedrigen. Bemerkenswerterweise sind es nicht sowohl muskuläre Leistungen, sondern hormonale Einflüsse, die den Grundumsatz regeln. Der respiratorische Quotient gibt somit kein unverändertes Bild von den Verbrennungen in den Geweben.

Buttersack, Göttingen.

1441.

Schemensky, W., und M. Fink, Inkrettherapie und Gaswechsel. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 8, S. 354.) Es ist den Autoren gelungen, durch Inkrettherapie einen einwandfreien günstigen Einfluß auf das Krankheitsbild auszuüben. Er zeigte sich in der Beeinflussung der pathologischen Grund-Umsatzwerte, einhergehend mit der Besserung der Krankheitssymptome.

Gaswechseluntersuchung bzw. -kontrolle hat sich als richtunggebend für den Erfolg der Therapie erwiesen, sie ist bei Thyreoidmedikation unbedingt erforderlich, da bei ihren bekannten Gefahren nur die Kontrolle im Gaswechsel den Grad der eingetretenen Veränderung objektiv erkennen läßt.

Im Gegensatz zu der günstigen Beeinflussung des Grundumsatzes blieb die spezifisch-dynamische Wirkung, mit Ausnahme eines Falles von Kastration stets unverändert. Während die Verfasser ebenso wie die übrigen Autoren den diagnostischen Wert der spezifisch-dynamischen Wirkung sehr hoch einschätzen, ihn bei allen hypofunktionellen Störungen für wichtiger halten als den Grundumsatz, scheint er ihnen auf Grund ihrer Erfahrungen bei therapeutischen Maßnahmen weniger wichtig zu sein, es genügt dabei das Verfolgen des Grundumsatzes.

Bei den geschilderten Krankheitsbildern sind sich die Autoren wohl bewußt, nicht alle diagnostisch prägnant erfaßt zu haben. Zum Teil ließen sie sich dabei von dem Erfolge des betreffenden Inkretes leiten, stellten eine Störung damit in den Vordergrund, der, wie auch schon früher betont, ihrer Ansicht nach stets pluriglandulären „Dyshormonie“. Nach dem heutigen Stand der ganzen Frage der Inkretstörungen ist man eben häufig noch nicht in der Lage, das betreffende Krankheitsbild klinisch klar zu erfassen.

Verwandt wurden Inkrete der chemischen Industrie und Rohsubstanzen: Thyroxin, Inkretan, Präphyson, Owowop, Rohovar, Rohoden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1442.

Colomb, H. O., Kalziumstoffwechsel und Therapie. Med. J. a. Rec., Nr. 3, 1929.) Ca ist in allen Geweben und ein notwendiges physiologisches Salz. Der Kalkstoffwechsel wird beeinflusst vom P: jede Ca-Abnahme verursacht eine P-Exkretion, das P-Ca-Gleichgewicht wird gestört. Ferner von den Vitaminen A und D: sie sind nötig, um eine positive Ca-Balanzen zu halten. Auch Sonnenlicht ist ein indirekter Faktor: es aktiviert das Cholesterin in der Haut. Ebenso die Parathyreoidea, indem sie die Anhäufung toxischer Produkte (Methylguanidin) verhindert und das nichtdiffundible Ca im Blut reguliert. Ferner die Thyreoidea indirekt durch ihre Beziehungen zur Parathyreoidea. Endlich die Hypophysis (Knochenwachstum). Vom therapeutischen Gesichtspunkt ist Ca wichtig bei Zuständen mit Ikterus, Toxämie, Hämorrhagie und Pruritus. Also bei Pandrastumoren, atrophischer Leberzirrhose, Krebs der Gallengänge, Cholelithiasis, hypertrophischer biliärer Zirrhose, Pankreassteinen. Eine zweite Gruppe umfaßt die intestinalen Toxämien:

Erythema multiforme, Asiatische Cholera, Bazillendysenterie, Hyperthyreoidismus; eine dritte Gruppe sind Krankheiten, die mit Ulzeration im Gastrointestinaltrakt einhergehen und Tendenz zu Hämorrhagien: Typhus, Gastro- und Duodenalgeschwüre, chronische ulzerative Kolitis, Tuberkulose. Endlich eine Gruppe von Zuständen, die auf Einführung exogener Gifte beruht, die hauptsächlich das erreichbare Blut-Ca reduzieren: Oxalvergiftung, Zustände nach intravenöser Injektion von Zitrat und Tartraten, Hg-Vergiftung, Jodschnupfen. Schließlich solche Krankheiten, die auf einer Gleichgewichtsstörung des Sympathikus-Parasympathikus beruhen und eng mit anaphylaktischen Zuständen zusammenhängen, wie Heufieber, Asthma, Urtikaria und Serumausschläge, angioneurotisches Oedem, hyperästhetische Rhinitis.

v. Schnizer.

1443.

Nippert, Ueber die Beziehungen der Blutliquorschanke zum Gesamtstoffwechsel. (Ztschr. f. Neur., 118., Heft 4, 1929.) Diejenige Dosis Jod, welche vom Normalen so verarbeitet wird, daß nicht mehr als 0,3 mg% im Urin nachweisbar wird, beträgt 0,0167 g per os und wird als optimal bezeichnet, da sie sich weit unter der Grenze des normalen mittleren Jodblutspiegels hält. Die Optimaldosis ist individuell schon beim Normalen verschieden und zeigt Unterschiede derart, daß schizoide und epileptische Typen sehr niedrige Werte haben. Luetische und jede andere Infektion steigert die Optimaldosis. Je höher die Optimaldosis, desto besser die Jodverträglichkeit und das Speicherungsvermögen. Die Jodausscheidung ist bei Schizophrenen und Epileptikern meistens unregelmäßig und verzögert (Speicherungsvermögen), bei luetischen und anders Infizierten verkürzt (Speicherung). Bei größeren Dosen natürlich infolge der Speicherung protrahiert. In den Lumbalsack tritt Jod nie in größeren Mengen ein. Es hielt sich immer unter 0,15 mg%. Im Liquor normaler Menschen soll nach Osborne 0,018 mg% Jod enthalten sein. Doch nimmt der Liquor eines Luetikers oder sonstwie Infizierten bei weitem mehr Jod auf als der eines Normalen oder Epileptikers. Am meisten Jod läßt sich bei Meningitis und nach abermaligen Punktionen nachweisen. Die Prüfung der Jodausscheidung bei Geisteskranken leistet dasselbe wie die Waltersche Bromprobe. Nur die Förstersche endolumbale Jodnatriumprobe hat den Anspruch eines gewissen selbständigen Wertes zur Prüfung der Liquorresorptionsverhältnisse. Eine Tabelle gibt das Untersuchungsergebnis von 60 Untersuchungen.

Hans Knospe, Berlin.

1444.

Brieger, Heinrich, Zur Anwendung der Kapillarmikroskopie nach Jaensch-Hoepfer-Wittneben. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 7, S. 296.) Die von Jaensch begonnenen und insbesondere durch Hoepfer fortgeführten Versuche, die Kapillarbilder am Nagelfalz systematisch zu sichten, verdienen nach Ansicht des Autors zweifellos Interesse und weitere Bearbeitung.

Die von Jaensch aufgestellte Theorie der Kapillarentwicklung hat Wahrscheinlichkeitswert, in gewissem Maße auch die Hoepfersche „Kapillarmorphogenese“. Das von den Autoren beigebrachte Material reicht jedoch nicht zu Beweise aus.

Die Deutung der „Kapillarhemmungsbilder“ als Teilerscheinung einer „zeitlichen Dysharmonie der Keimblattentwicklung“ ist weder klinisch noch statistisch durch die Autoren bewiesen. Letzteres gilt vor allem für die Annahme von Beziehungen zwischen endogenem Schwachsinn und Kapillarhemmung.

Der Empfehlung einer Therapie der Entwicklungsstörungen usw. im Sinne der Autoren stehen deren eigene bisher vorliegende Behandlungsergebnisse entgegen.

Die Möglichkeit, mit Hilfe der Kapillarmikroskopie nach Jaensch-Hoepfer-Wittneben tiefer in das Kropfproblem einzudringen, erscheint nach dem Gesagten vorerst nicht gegeben.

Der Verwendung der Kapillarmikroskopie nach Jaensch-Hoepfer-Wittneben zur ärztlichen Berufsberatung muß nach Ansicht Briegers zur Zeit noch entschieden entgegengetreten werden, ganz besonders aber den Versuchen der Popularisierung.

Arnold Hirsch, Berlin.

1445.

Moszkowicz, Ludwig, Intersexualität und Hermaphroditismus und ihre Bedeutung für die Klinik. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 8, S. 337.) Jede einzelne Zelle des Organismus ist bisexuell. Die Differenzierung eines Organismus in der Richtung eines Geschlechtes erfolgt dann, wenn im befruchteten Ei und demgemäß in allen Zellen, die davon abstammen, die eine Geschlechtlichkeit das Übergewicht hat. Ist dieses Übergewicht nicht genügend groß (epistatisches Minimum), dann kann im Laufe der Entwicklung ein Geschlechtsumschlag erfolgen.

Die menschlichen Hermaphroditen sind mit großer Wahrscheinlichkeit als solche Individuen aufzufassen, welche in ihrer embryonalen Entwicklung einen Geschlechtsumschlag durchgemacht haben (Intersexe). Sie lassen sich daher leicht in eine Reihe bringen, die

nach dem Grade der Intersexualität geordnet ist, d. h. die Kombination von Geschlechtsmerkmalen, welche bisher regellos erschienen, erweist sich als abhängig vom Zeitpunkt des Geschlechtsumschlages (Drehpunkt).

Für die menschliche Konstitutionspathologie verspricht die genaue Analyse jener Individuen, welche eine vollständige Geschlechtsumwandlung durchgemacht haben (Umwandlungsmänner, Umwandlungsfrauen), fruchtbar zu werden.

Wichtig ist ferner die Erkenntnis, daß infolge von Unstimmigkeit der Valenzen der väterlichen und mütterlichen Erbfaktoren die Entwicklung verschiedener Organe gestört sein kann, was die Genese der Mißbildungen erklären könnte.

Arnold Hirsch, Berlin.

1446.

Evans, Herbert M., und Miriam E. Simpson, **Antagonismus zwischen Wachstum- und Sexualhormon des Hypophysenvorderlappens.** (J. Amer. Med. Assoc., 91., Nr. 18, 1928.) Der Vorderlappen der Hypophyse produziert zwei hinsichtlich ihrer biologischen Bedeutung für den menschlichen Organismus wesentlich verschiedene Hormone, von denen das eine die geschlechtliche Entwicklung und Reifung, das andere das Wachstum fördert. Extrakte aus dem Vorderlappen der Hypophyse besitzen ja nach dem Verfahren, nach dem sie hergestellt werden, verschiedene Wirkung: 1. Alkalische wässrige Extrakte entfalten bei erwachsenen Tieren eine ausgesprochene wachstumsfördernde Wirkung, bewirken aber in denselben Mengen bei jungen Tieren keine geschlechtliche Reife. 2. Saure wässrige Extrakte beschleunigen bei jungen Tieren die geschlechtliche Reifung, haben aber keinen merklichen Einfluß auf das Wachstum älterer Tiere. 3. Alkalische und saure Extrakte aus der menschlichen Plazenta sind reich an dem die geschlechtliche Reifung fördernden Hormon, enthalten aber nur sehr wenig wachstumsförderndes Hormon. 4. Der Harn schwangerer Frauen enthält wohl das Sexualhormon, aber kein Wachstumshormon. 5. In saurer Lösung geht das Sexualhormon durch Berkefeldfilter hindurch, das Wachstumshormon jedoch nicht. Von Kaolin wird das Sexualhormon in saurer Lösung im Gegensatz zum Wachstumshormon nicht adsorbiert. — Im Tierexperiment bestimmten die Verf. die Menge, in welcher Hypophysenvorderlappengewebe intramuskulär an 25 Tage alte Ratten verabreicht werden muß, um eine geschlechtliche Reifung im Laufe von drei Tagen herbeizuführen. Tägliche Verabreichung von 12 bis 15 mg frischer Substanz genügte, um bei der überwiegenden Mehrzahl der Tiere am dritten Tage, in allen Fällen aber am vierten Tage nach Beginn der Behandlung den gewünschten Erfolg in Erscheinung treten zu lassen. Tiere, welche in der gleichen Weise behandelt wurden, gleichzeitig aber 0,5 ccm des neutralisierten wässrigen alkalischen Extraktes aus Rinderhypophyse erhielten, zeigten dagegen nicht die geringsten Zeichen geschlechtlicher Reifung nach Ablauf der festgesetzten Zeit, und auch die histologische Untersuchung der Ovarien dieser Tiere ließ jedwede Anzeichen beginnender Follikelreifung vermissen. Daß es sich in dem alkalischen wässrigen Extrakt tatsächlich um das Wachstumshormon handelt, welches diese antagonistische Wirkung gegen implantiertes Hypophysengewebe entfaltet, dürfte aus folgendem hervorgehen: 1. Alkalisch wässrige Extrakte aus anderen Geweben (Muskeln, Nieren, Gehirn) heben die Wirkung von Implantaten nicht auf. 2. Wird eine Lösung, welche Wachstumshormone enthält, erhitzt, so verliert diese Lösung die Kraft, die Wirkung von Implantaten aufzuheben. Ob auch die Wirkung des Wachstumshormons durch entsprechend hohe Dosen vom Sexualhormon aufgehoben werden kann, muß weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

L. Büchler, Wien.

1447.

Berggren, Sture, und Erik Moberg, **Schlafproblem.** (Acta psych. et neur., IV, Fasc. 1.) Das Schlafzentrum muß in die Nuclei infundibulares und Nuclei hypothalamici verlegt werden.

I. Eine intrazerebrale Injektion von CaCl_2 in Dosen von 0,26 bis 0,62 mg in isotonischer Lösung von 20 bis 48 cmm ruft bei der Katze Somnolenz oder Schlaf hervor, wenn die Injektion in die Nuclei infundibulares und deren Umgebung oder in die Nuclei hypothalamici des Tuber cinereum gemacht wird.

II. Eine intrazerebrale Injektion von KCl in Dosen von 0,44 bis 0,55 mg in isotonischer Lösung von 38,4 bis 57,6 cmm ruft bei der Katze Somnolenz und Schlaf hervor, wenn die Injektion in die Umgebung des Tuber cinereum gemacht wird.

III. Eine intrazerebrale Injektion von 0,65 mg KCl oder 0,62 mg CaCl_2 in isotonischer Lösung von beinahe derselben Menge und Konzentration kann bei der Katze eine entgegengesetzte Wirkung hervorrufen.

IV. Auf eine Injektion von Ringerlösung in einer Menge von 38,4 bis 43,2 cmm hinter das Tuber cinereum oder in den Nucleus infundibularis med. des Tub. ciner. folgt kein Schlaf.

V. Ein einfacher Einstich in das Tuber cinereum wie auch hinter Tuber cinereum vor dem Austritt des N. oculomotorius kann von Schlaf gefolgt werden.

Kurt Mendel, Berlin.

1448.

Broadbent, J., **Aetiologie des hohen Blutdrucks.** (Med. J. a. Rec., Nr. 4, 1929.) Wichtig ist die Rolle des vermehrten peripheren Widerstandes, nur sind die Ursachen desselben noch nicht geklärt: arteriokapilläre Fibrose, vermehrte Viskosität des Blutes, Hypertonus des arteriellen Systems, besonders der kleineren Arterien. Experimentell hat man festgestellt, daß die Injektion von Methylguanidin, einem normalen Exkretionsprodukt des N-Stoffwechsels, den Druck erhöht; dies hat man auch für manche toxischen Substanzen der Zelldesintegration in den Nieren angenommen. Aber man muß unterscheiden zwischen Hyperpiesie (hohem Blutdruck mit normalen Nieren) und hohem Druck bei Nephritis mit N-Retention und erhöhtem Harnstoffgehalt des Blutes. Allerdings sind die Symptome vielfach bei beiden gleich: Tendenz zu zerebralen Hämorrhagien, Kopfweh, Retinitis, kardiales Asthma, paroxysmale Dyspnoe usw. Aber hoher Harnstoffgehalt ist wohl prognostisch ein übles Zeichen, aber nie die Ursache dieser Symptome. Wohl aber liegt bei der Urämie eine Retention von N-Zerfallsprodukten vor, und sicherlich muß bei Hyperpiesie die Retention irgendeiner oder mehrerer toxischen Substanzen vorliegen, die durch die Nieren nicht ausgeschieden werden. Sicherlich kommt ja dieser periphere Widerstand durch einen Reiz des Vasomotorenzentrums zustande; nur kennt man den Mechanismus nicht. Wenn nun auch Heredität eine gewisse Rolle dabei spielt, so muß doch, da hoher Druck mit und ohne Nierenerkrankung vorkommt, eine gemeinsame Ursache für beide da sein. Diese kann also sicher nicht die unvollkommene Elimination von N-Zerfallsprodukten durch die Nieren sein. Wohl aber Störungen im Leberstoffwechsel, wenn N-Zerfallsprodukte, Creatin, Guanidin, im Uebermaß gebildet werden.

v. Schnizer.

1449.

Rostock, Paul, **Der Flüssigkeitsdruck in Kniegelenksergüssen.** (Dtsch. Z. Chir., 213., 5/6. H., S. 314.) Untersuchungen bei Gelenkeiterungen und bei Blutergüssen ins Kniegelenk (durch intraartikuläre Frakturen oder durch Weichteilverletzungen hervorgerufen) ergaben, daß der Gelenkinhalt unter einem erheblichen Drucke stehen kann. Es ist selbstverständlich, daß bei Eiteransammlungen im Kniegelenk Abfluß durch Punktion, Drainage oder Inzision geschaffen werden muß. Aber auch beim Bluterguß soll man frühzeitig durch Punktion den hohen Druck beseitigen. Verf. tritt besonders für die frühzeitige Punktion der Blutergüsse ein, weil nach seiner Erfahrung dann nicht die häufig sehr unangenehmen chronisch rezidivierenden Formen auftreten. Gelingt es nicht, durch die erste Punktion die Entspannung völlig herbeizuführen, so wird der Druck doch ein wesentlich geringerer, und es kann im Notfalle eine oder mehrere Nachpunktionen vorgenommen werden. Bei den chronisch rezidivierenden Ergüssen konnte stets nachgewiesen werden, daß der erste Erguß nicht punktiert, sondern konservativ behandelt worden war.

E. Gohrbandt, Berlin.

1450.

van Breeman, J., **Chronischer Gelenkrheumatismus.** (New England J. Med., Nr. 5, 1929.) Bei der Verschiedenheit der Auffassungen in Deutschland, England, Frankreich und Amerika hat das internationale Rheumatismuskomitee vier Hauptfaktoren systematisch untersucht. Einmal die fokale Infektion. Die Engländer betonen ihre Bedeutung, während diese auf dem Kontinent gering geschätzt wird. Der Amerikaner Pemberton warnt davor, ihr eine zu große Bedeutung beizumessen. Wissenschaftlich vom Laboratorium aus ist sie nicht fest begründet. Wichtig sind aber Pembertons Untersuchungen, die enge, bisher unerwartete Beziehungen zwischen Gelenkflüssigkeit und Intestinalinhalt dartun. Glukose per os ist sehr kurz nachher in der Gelenkflüssigkeit nachweisbar. Auf diesem Wege wird der Gelenkknorpel ernährt. Aber so können auch schädliche Substanzen vom Darm her zugehen. Dies läßt die Auffassungen der Engländer hinsichtlich der Beziehungen zwischen Rheumatismus und Intestinalerkrankungen in neuem Licht erscheinen.

Die arthritische Diathese. Manche Engländer nehmen eine milde chronische Azidose an, die dem fibrösen Gewebe, Muskeln, Nerven, Knochen und Knorpel Kalksalze entzieht. Dies wird durch moderne amerikanische Untersuchungen gestützt. Ebenso aber auch die französische Heredität und Familienprädisposition; auch die Amerikaner legen sitzender Lebensweise und Ueberernährung Wert bei. Wie weit innere Drüsenstörungen direkt oder indirekt beteiligt sind, steht nicht fest.

Zirkulationsstörungen besonders in der Haut, allgemeines oder lokales Kältegefühl ist bei chronischen Rheumatikern festgestellt. Sicherlich ist dies ein Symptom des arthritischen Syndroms, aber auch ein kausaler Faktor eines Circulus vitiosus.

Von äußeren Faktoren kommt vor allem das Klima in Frage. In trockenen warmen Klimaten weniger Fälle und günstigerer Verlauf. Indirekt sind respiratorische Infektionen bedeutungsvoll in kalten Klimaten als vorübergehender oder dauernder Infektionsherd. Dann die Beschäftigung: Temperaturwechsel, berufliche Ueberanstrengung gewisser Gelenke. Große Bedeutung auch in sozialer Hinsicht hat die Vorbeugung partieller Invaliderität.

v. Schnizer.

1451.

Ewserowa, E. K., Ueber die Pathogenese der Lipodystrophie. (Ztschr. f. Neur., 118., Heft 4.) Der in der Arbeit erwähnte Fall bot folgende Symptome: Spätmigräne (Migraine tardive), Beginn mit 30 Jahren, epileptische Anfälle von Jackson-typus, leichte Hyperreflexie, Fehlen der Kornealreflexe, Dysästhesie des linksseitigen Triginus, Lipodystrophie vom Typus Barraquer. Es erhebt sich die Frage, ob dieser Symptomenkomplex auf die bei der Patientin vorhandene Hyperostose bezogen werden darf, die von der Rückseite der Sella turcica wächst. Die Spätmigräne, die teilweise Einschränkung des Gesichtsfeldes sind Symptome einer in diesem Gebiet liegenden Geschwulst; das Ausbleiben des Kornealreflexes und der Ausfall der Sensibilität in der linken Gesichtshälfte sind wie die Hyperreflexie durch Druck der Geschwulst auf das Gehirn zu erklären, die tonischen Krämpfe durch den Druck auf das Mesenzephalon. Was aber die Lipodystrophie angeht, so spricht die Tatsache, daß sie sich gleichzeitig mit den anderen Symptomen entwickelte, zugunsten ihres Auftretens als Herdsymptom. Im erwähnten Falle unterscheidet sich die Lipodystrophie von der klassischen Form: a) durch den späteren Beginn der Krankheit, b) durch ihre rasche Entwicklung im Laufe von drei Jahren, c) durch die Kombination mit anderen Herdsymptomen seitens des Gehirnes. Dabei entsteht unwillkürlich die Frage, ob der Knochenprozeß die Hypophyse komprimiert habe; dagegen sprechen aber seinerseits die Röntgenbefunde — das Fehlen von Zeichen einer Zerstörung der Sella turcica, wo die Knochenneubildung nach oben hinzieht, und auch die klinischen Angaben — das Ausbleiben einer Polyurie und Dystrophie adiposogenitalis. Damit kam Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Lipodystrophie (Typus Barraquer) kann ein Symptom einer in der Rückseite der Sella turcica lokalisierten Geschwulst sein. In dem erwähnten Falle zeichnete sich die symptomatische Lipodystrophie durch spätes Auftreten, raschen Verlauf und Kombination mit anderen Herdsymptomen des Gehirnes aus. Die symptomatische Lipodystrophie bestätigt die Hypothese über die zerebrale Genese der Lipodystrophie.

Hans Knospe, Berlin.

1452.

Guttmann, Irene, Beitrag zur Epilepsiestatistik. (Ztschr. f. Neur., 118., Heft 4, 1929.) Folgende Punkte sind als beachtlich hervorzuheben: Die epileptischen Erkrankungen der Männer haben, anscheinend im Zusammenhange mit der Alkoholknappheit im Kriege, abgenommen, jene der Frauen nicht. Es hat fast den Anschein, als ob die Erkrankungen der Frauen häufiger werden. Jedenfalls bestehen in den letzten Jahren nur noch geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die lebensabkürzende Wirkung der Epilepsie erscheint als eine ganz beträchtliche. Dennoch ist die soziale Prognose eine viel bessere, als dies dem unkontrollierten Eindruck entspricht. Sehr zahlreiche Epileptiker leben in der Freiheit und bringen sich leidlich fort. Von diesen kommen auffallend viele zur Familiengründung, und die Zahl der auf Epileptiker zurückzuführenden Geburten ist eine sehr erhebliche. Im Hinblick darauf, daß die große Mehrzahl der epileptischen Erkrankungen in frühen Jahren manifest wird, könnte bei den allermeisten Kranken rechtzeitig die Geburtenbeschränkung erörtert werden. Dies erscheint um so wichtiger, als unsere Statistik den Gedanken nahelegt, daß die genuine Epilepsie sich ausbreitet.

Hans Knospe, Berlin.

1453.

Meyer, Juvenal R., Entstehung eines intrathorazischen Tumors bei einer Maus nach Splenektomie. (Brasil med., 43., 7.) Es handelt sich um einen transplantablen Tumor lymphosarkomatöser Natur, welcher mit dem sogenannten malignen Lymphom nicht identisch ist. Der Tumor kam bei einer Maus einige Monate nach Splenektomie zur Entwicklung. Der Tumor und seine Transplantate metastasierten in die benachbarten Lymphdrüsen wie auch in die Niere, nachdem eine längere Zeit nach der Inokulation verstrichen ist. Das Retikulum des Tumors, nach Maresch-Bielschowski gefärbt, erwies sich von interzellulärem Typus und war ziemlich unregelmäßig zerstreut innerhalb der Neubildung. Eine Partie des Tumors wurde um den unteren Teil der Trachea gelagert gefunden, wobei sie wahrscheinlich ihren Ursprung in einer peribronchialen Drüse genommen hatte.

Ashkenasy, Wien.

1454.

Sokolansky, G., Zur Anatomie und Physiologie des Nervensystems der Anenzephalen. (Ztschr. Neur., 118., Heft 4, 1929.)

Bei Anenzephalie fehlt eine Entwicklung nicht nur aller absteigenden, sondern auch der aufsteigenden langen Bahnen (wahrscheinlich mit Ausnahme des protoneuralen Faseranteils der Hinterstränge). Das weist auf das Bestehen einer besonderen „Biotaxis“ hin, deren Wirkung sich in der zweckmäßigen Entwicklungsordnung äußert. Das Fehlen von Zellen in den Hinterhörnern spricht dafür, daß der einfache Reflexbogen des metameren Apparates wahrscheinlich auch ohne Beteiligung der Zwischenzellen geschlossen werden kann und zwar vermittelt direkten Kontaktes der Hinterwurzelfaserkolateralen mit den Vorderhornzellen (Lenhosseks Befunde im Rückenmark der neugeborenen Maus). Die Wechselbeziehungen zwischen Funktion und Myelinisierung sind noch ungelöstes Problem. Gesichert ist nur die Tatsache des Bestehens dieser Beziehungen, und zwar, wie die anatomisch-physiologischen Beobachtungen zeigen, in komplizierter Wechselwirkung aufeinander. Die Myelinisierung des peripherischen Nervenapparates ist nicht bedingungslose Voraussetzung für eine elementare automatisch-reflektorische Auswirkung, jedoch scheint sie unumgänglich zu sein, wenn die komplizierten und feinen sensomotorischen Aktionen in präziser Ausführung gewährleistet sein sollen. Die Myelinisierung hat zellulofugale Richtung. Das Bestehen der Bauchreflexe bei Anenzephalen und dekapitierten Tieren läßt Zweifel daran aufkommen, ob die Hautreflexe überhaupt rein kortikaler Herkunft sind. Die Atmung kann kurzdauernd ohne Gehirn und Oblongata durch spinale Mechanismen vermittelt werden. Die spinalen Automatismen können sich unmittelbar nach der Geburt bei Mensch und Tier nicht bloß in elementaren motorischen Reaktionen, sondern auch in komplizierten, bisweilen koordinierten Aktionen auswirken.

Hans Knospe, Berlin.

1455.

Morosow, B. D., Wiederbelebungsversuche an getrockneten Tier- und Menschenorganen. (Med. Welt, 5, 1929.) Die Fähigkeit, den Trockenzustand zu überstehen, scheint eine allgemeine Eigenschaft der lebenden Zelle zu sein. Das Trockenverfahren hat für die Bewahrung der Lebensfähigkeit der isolierten Gewebe keine große Bedeutung. Vernichtend wirkt nur das Trocknen bei sehr hoher Temperatur und langsames Trocknen. Die Gewebe des isolierten Kaninchenohres werden bei der Mumifizierung in dem Zustande fixiert, in dem sie während des Lebens sich befinden; es finden dabei auch keine autolytischen Prozesse statt. Wie Versuche mit der Durchleitung pharmakologischer Präparate durch die wieder zum Aufleben gebrachten Ohren gezeigt haben, scheint der Gefäßweiterungsapparat geringer erhalten zu werden als die Vasokonstriktoren. Die Reizung des Nervus auricularis magnus durch faradischen Strom ergibt ein negatives Resultat. Gefäßverengende Präparate wirken auf die Gefäße in charakteristischer Weise, aber in geschwächtem Maße ein. Das isolierte mumifizierte Froschherz weist nach dem Wiederaufleben mehrstündige Kontraktionen auf. Fragmente getrockneter Frosch- und Axolotlherzen lassen sich in vitro züchten, wobei man eine Pulsation dieser Fragmente beobachten kann. Dasselbe läßt sich auch an Kulturen aus getrockneten Hühner- und Menschenherzen feststellen. Von Interesse ist, daß die Widerstandsfähigkeit der Vögel- und Menschengewebe der Austrocknung gegenüber größer ist als die des Froschherzens. Die Entwicklungshöhe und die Stellung des Tieres auf der phylogenetischen Leiter steht also nicht in einem umgekehrten Verhältnis zur Widerstandsfähigkeit der Gewebe.

L. Gordon, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

1456.

Werner, Hans, Geisteskrankheit und Tuberkulose. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 8, S. 367.) Die Wechselbeziehungen zwischen den eigentlichen Psychosen und der Tuberkulose werden besprochen. Die mitunter bei Tuberkulösen zu beobachtenden mehr oder minder großen psychischen Abwegigkeiten, soweit sie nicht unter die gebräuchliche Abgrenzung des Begriffes Psychose fallen, werden dabei außer Acht gelassen. Es wird vor allem die Lungentuberkulose berücksichtigt; nur in geringerem Maße wird auch die Tuberkulose des Darmes und die der anderen Organe erwähnt.

Die nichtpsychotischen Geschwister der Schizophrenen sterben weit häufiger — bis viermal so häufig — an irgendeiner Form der Tuberkulose als die gleichaltrigen Geschwister der Durchschnittsbevölkerung.

Die nichtpsychotischen Geschwister der Manischdepressiven verhalten sich in bezug auf die Häufigkeit der Todesfälle an Tuberkulose wie die Geschwister der Durchschnittsbevölkerung.

Die geringere Widerstandsfähigkeit der schizophrenen Geschwisterschaften ist nach Ansicht Werners sicher ein erbkonstitutionelles Moment.

positive Korrelation zwischen der Anlage zur Dementia (Schizophrenie) und der erblichen Schwäche der Gewebstextur, die zu der herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegen kulturelle Infektion führt, muß angenommen werden.
Arnold Hirsch, Berlin.

1457.

rcuse, H., und F. Kallmann, Sulfosin bei Paralyse (Schizophrenie). (Nervenarzt, 2., H. 3, März 1929.) Knud hatte im Jahre 1927 durch Einspritzungen von einprozentigem Schwefelöl (Sulfosin) ausreichende Temperaturungen und dadurch bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralsystems den Malariaerfolgen gleichkommende Besserungen. Verfasser prüften dies Behandlungsverfahren bei Paralyse (Schizophrenie) an über 100 Fällen nach. Injektion von Sulfosin im oberen Drittel der Oberschenkelaußenfläche supraparietal. drei Kuren à 45 bis 55 ccm Sulfosin in je 8 bis 12 Injektionen. Bei der dritten Kur außerdem Bismogenol und Neomycin. Fieber von 39 bis 40°, das gut vertragen wurde, 1 bis 2 Wochen nach der Injektion. Die Kur dauert — was ein Nachteil ist — 3 bis 5 Monate. Alle Paralysefälle waren nach der kombinierten Kur noch seropositiv. Im übrigen weitgehende Besserungen der Paralyse beobachtet, und es in veralteten oder erfolglos mit Malaria vorbehandelten in Behandlungsversuch mit Sulfosin empfohlen, ebenso bei Paralyse (Schizophrenie) bei denen eine Malariakur aus den verschiedensten Gründen unmöglich ist. Bei Schizophrenie sahen die Verfasser bei einigen eine weitgehende psychische Besserung; die Mehrzahl blieb davon unbeeinflusst oder zeigte nur vorübergehende Besserung.
Kurt Mendel, Berlin.

1458.

egel, E. A., Iris bei Syringomyelie. (Nervenarzt, 2., März 1929.) Fall von Heterochromie mit Zyklitis und Pupillenverengung bei Syringomyelie. Zwischen der Syringomyelie und der Heterochromie scheint insofern ein Zusammenhang zu bestehen, als man einander koordinierte Erscheinungen handelt, die Heterochromie ähnlich wie z. B. eine persistierende Halsrippe eine die Syringomyelie begleitende Entwicklungsstörung bzw. die Folge einer solchen darstellt.
Kurt Mendel, Berlin.

1459.

mann-Bang, A., Einige Versuche mit der Anwendung von Nurnal (Roche) in der Psychiatrie. (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 11, März 1929.) Das „Nurnal“ (Hoffmann-La Roche) ist eine Alkylisopropylamin-Hydrochloridsäure. Zur Injektion wird Nurnal in Ampullen zu 5 ccm 10% Lösung angewandt. Nurnal wirkt sehr schnell, aber nur sehr langwährende; aber der Eintritt derselben ließ oft warten (einige Stunden). Kleine Dosen haben keinen nennenswerten und therapeutischen Wert. Meist fehlen alle Intoxikationserscheinungen oder schädlichen Nebenwirkungen, und bei hohen, schnell sich folgenden großen Dosen traten Schwindel, Kopfschmerzen, Zittern auf. Eine kramperzeugende Wirkung fehlte. Eine Besserung des psychischen Zustandes als solchen trat bei den Patienten (Schizophrenie, Manisch-Depressiven, Enzephalitis) nicht ein. Intravenöse Anwendung eignet sich nicht für den täglichen Gebrauch von Beruhigungsmitteln; sie wurde hier nur angewandt, um eine sehr schnelle Wirkung erzielt werden sollte. Vor anderen Beruhigungsmitteln hat Nurnal als Hypertonikum in der Psychiatrie keinen besonderen Vorzug. Die Dosen schwankten zwischen 1/10 bis 1/2 Kilogramm Körpergewicht. Meist wurde jeden zweiten Tag oder täglich oder zweimal täglich injiziert. Nurnal wird bei Operationen zum mehrstündigen narkotischen Schlaf angewandt.
(Keller).
S. Kalischer.

1460.

Jong, H., und J. Prakken, Plethysmographische Veränderungen bei Normalen und bei Tabes. (Acta psych. et neurol., IV, 1929.) Verfasser stellten plethysmographische Reaktionen auf verschiedene Sinnesreize bei 7 normalen Versuchspersonen und bei 7 Patienten mit Tabes dorsalis fest. Sie wollten die Frage beantworten, ob auf diese Weise pathologische autonome Innervationen bei Tabes konstatiert werden können. Sie fanden folgendes: Bei 83 Reizen bei Normalen ergaben 77,1% eine Normalkurve, bei 83 Reizen bei Tabespatienten wurde nur in 3,6% eine Normalkurve erhalten, und im übrigen fast immer semispastische Kurvenbilder. Diese letzten Kurven beweisen, daß bei Tabes autonomer Tonus bei der Tabes dorsalis sehr oft vorliegt. Auch bei leichten Tabesfällen fanden sie die Reaktionskurven verschoben in die Richtung nach dem semispastischen und rigiden Gefäßzustand.
Viel leicht haben diese plethysmographischen Befunde einen diagnostischen Wert.
Kurt Mendel, Berlin.

1461.

Wilson, S. A. Kinnier, Chorea. (D. Ztschr. f. Nerv., 108, Heft 1 bis 3.) Die Sektion eines Falles, der wegen rechtsseitiger Chorea 11 Jahre lang in Beobachtung stand und mit 88 Jahren starb, ergab eine starke Schrumpfung der linken postzentralen Hirnrinde. Hingegen war das ganze linke Corpus striatum in allen seinen Teilen gut erhalten. Es bestand kein makroskopischer Unterschied zwischen dem Striatum der rechten und der linken Seite. Das linke Putamen wies mikroskopisch eine so gut wie normale Struktur auf; sowohl die großen wie die kleinen Zellen waren intakt. Verfasser schließt: Chorea und Choreoathetose stellen einen komplexen Typ von unwillkürlicher Bewegung dar, für deren Ausführung motorische Mechanismen kortikalen Sitzes erforderlich sind. Für Läsionen, die ihrer Entwicklung zugrunde liegen, ist die Annahme einer einzelnen, umschriebenen anatomischen Stelle nicht möglich. Chorea und Choreoathetose sind der Ausdruck der Störung eines Systems. Zu ihrem Fortbestehen trägt ein Defekt der afferenten zerebello-zerebralen Regulation bei; die transkortikale („willkürliche“) Kontrolle ihrer Aeußerungen ist sehr unvollkommen. Jede Theorie, die ihren Ursprung einzig und allein in zerstörenden Läsionen des Corpus striatum zuschreibt, ist völlig unmöglich.
Kurt Mendel, Berlin.

1462.

Kogan, J. M., und L. A. Mirelson, Ueber einige Eigenheiten der Luminalwirkung bei Epilepsie. (Zschr. Neur., 118., Heft 4, 1929.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu den Schlussfolgerungen: Die therapeutische Luminalwirkung besteht darin, daß sie die zur motorischen Sphäre führenden Wege und in weit geringerem Maße die zur psychischen Sphäre führenden für die Erregung ungangbar macht. Die Kontraindikationen für die Luminalverabreichung müssen genauer festgestellt und eine sorgfältige Individualisierung nicht nur im Sinne der Dosierung und der Behandlungsdauer, sondern auch im Sinne der Eignung des einen oder anderen Falles für die Luminaltherapie muß durchgeführt werden. Auf Grund der im ersten Satze ausgesprochenen Luminalwirkung darf Luminal nur in solchen Fällen verordnet werden, in welchen es sich hauptsächlich um somatische Epilepsie ohne wesentliche Veränderungen der psychischen Sphäre in Form von stabilen Erscheinungen (epileptischen Charakter) sowie in der Form von kurzdauernden abnormen Reaktionen (epileptisches Äquivalent) handelt. In den Fällen, wo neben den epileptischen Krampfanfällen auch psychische Epileptische Erscheinungen vorhanden sind, d. h. wo der spontane Krankheitsverlauf die Wege für die Erregungirradiation auf die psychische Sphäre ausgeschliffen hat, kann das Luminal die Erregungsausdehnung gerade in dieser Richtung fördern und auf diese Weise den epileptischen Ausnahmezustand hervorrufen oder verstärken und zur psychischen Degradation des Kranken beitragen. In Fällen, in welchen Petitmalanfälle vorhanden sind, muß man sehr vorsichtig mit der Luminalverordnung sein und bei den ersten Zeichen ihrer Anhäufung oder der Erscheinung psychischer Äquivalente muß man auf die Luminalbehandlung verzichten. Luminal ruft in manchen Fällen eine Aura verlängert hervor und erleichtert somit dem Patienten die Möglichkeit, den Krampfanfall durch die Ueberwindung einiger die Aura bildenden Symptome zu kupieren. Es muß das Problem des klinischen Studiums der psychischen (inklusive charakterologischen) Veränderungen, die bei Epileptikern unter dem Einfluß der Luminalbehandlung auftreten, aufgerollt werden.
Hans Knospe, Berlin.

1463.

Wiersma, D., Aetiologie der Impfenzephalitis. (Acta psych. et neurol., IV, Fasc. 1.) Wahrscheinlich vermag der in den menschlichen Organismus eingeführte Impfstoff ein anderes Virus, das bereits im Körper vorhanden ist, zu aktivieren und so die Enzephalitis zu verursachen. Die klinischen Eigenheiten und die bei Impfenzephalitis gefundenen histologischen Veränderungen beweisen, daß dieses Virus nicht das der Enzephalitis lethargica sein kann. Vielleicht spielt ein konstitutionelles Moment bei der Enzephalitis nach Impfung mit.
Kurt Mendel, Berlin.

1464.

Carnot, Die seroresistenten Formen der Zerebrospinalmeningitis. (J. des Prat., Nr. 1, 29.) Für das Mißgelingen einer Antimeningokokken-Serumtherapie kommen mehrere Faktoren in Betracht. Die Behauptung, daß ein zu spätes Einsetzen der Therapie für ihr Mißlingen verantwortlich gemacht werden muß, trifft nicht zu, denn auch unter den ganz früh behandelten Fällen sieht man Versager. In anderen erfolglos behandelten Fällen denkt man an blockierte Formen von Meningitis, die so allseitig abgeschlossen sind, daß das Serum mit den Krankheitskeimen überhaupt nicht in Berührung kommt. Indessen sind solche blockierten Meningitiden relativ selten.

So wie die Haut in unangenehmer Weise auf eine Serumbehandlung reagiert, so können das auch die Meningen tun. Es

kommt dann zu einem erneuten Fieberanstieg, zu einer Verschlimmerung der nervösen Symptome, die man fälschlich als eine Verschlechterung der Krankheit deutet. Wenn 5 bis 6 Tage nach einer Seruminjektion das Resultat dieser Behandlungsweise nicht zutage tritt, dann muß man mit einem Mißerfolg rechnen und wird von weiteren Injektionen absehen.

Held.

1465.

Feldmann, P. M., **Latent verlaufende Hirnabszesse.** (Nervenarzt, II, Heft 3, März 1929.) Mitteilung eines Falles mit Krebs der Speiseröhre und chronischer Pneumonie. Binnen 10 Tagen seitens des Nervensystems stürmische Erscheinungen, die zum Exitus führten. Autopsie ergab 8 Hirnabszesse. — Die multiplen metastatischen Hirnabszesse verlaufen bisweilen eine längere Zeit latent. Sie können mitunter ganze Hirnlappen zerstören, ohne irgendwelche klinischen Symptome zu erzeugen. Die chronische Pneumonie kann unter Umständen als ätiologisches Moment für die Bildung von metastatischen Hirnabszessen dienen.

Kurt Mendel, Berlin.

1466.

Auerbach, Lisbet, **Zentrale Störungen nach unblutiger Nervendehnung.** (D. M. W., 55. Jg., Nr. 7, S. 270.) Es wird ein Fall beschrieben, bei welchem wegen typischer rechtsseitiger Ischias, nachdem alle andere Therapie ergebnislos war, eine unblutige Nervendehnung in Chloräthylrauschnarkose vorgenommen wurde, die nicht stärker war, als sie bisher in zahlreichen anderen Fällen angewandt worden war. Nach dieser Dehnung waren die Ischias-symptome verschwunden; die Patientin konnte gehen; der vorher fehlende Achillessehnenreflex begann sich wieder zu zeigen. Am dritten Tage nach der Dehnung stellten sich die ersten Symptome einer Reithosenanästhesie ein, die sich in den folgenden Tagen in klassischer Weise ausbildete mit der dazugehörigen Blasen-Mastdarmlähmung. Auf der rechten, also der gedehnten Seite erstreckte sich die Anästhesie auch über den mittleren Teil des Oberschenkels, im weiteren Verlaufe bis zum Unterschenkel und vorübergehend auf den rechten äußeren Fußrand. Der rechte Gluteus maximus wurde gering paretisch. Diese Störungen blieben bis zum Ende der Beobachtung (4 Wochen nach der Dehnung). Die Motilität der Beine blieb vollkommen intakt. Schmerzen zeigten sich nur in der Steißbeingegend. Die Ischias war restlos verschwunden.

Verfasser nimmt an, daß dieser Störung eine Blutung zugrunde lag, wie sie nach Traumen (Fall, Stoß, abrupte Beugungen der Wirbelsäule usw.) häufig beobachtet wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

1467.

Aycock, W. L., und E. H. Luther, **Poliomyelitis nach Mandelentzündung.** (New England J. Med., Nr. 4, 1929.) Bei 714 Fällen von Poliomyelitis war in 30% eine Tonsillektomie der Poliomyelitis vorausgegangen, und zwar in 16 Fällen 7 bis 18 Tage vor dem Einsetzen der Poliomyelitis, also etwa in der entsprechenden Inkubationszeit. Gerade diese Tatsache spricht dafür, daß dem Infektionsgift, das zur Zeit der Operation sicher schon vorhanden war, eben durch die Operation die Blutwege geöffnet wurden. Außerdem wurden in 9 von diesen Fällen die Schlund- und Gaumenmuskel affiziert, höchstwahrscheinlich eine diphtheritische Lähmung. In all diesen Fällen ging der Lähmung Fieber voraus.

v. Schnizer.

1468.

Liebert, **Epiphysentumoren.** (Dtsch. Ztschr. Nervenheilk., 108., Heft 1/3.) Zehnjähriger Knabe mit vollkommener Blicklähmung nach oben, lichtstarrten Pupillen, Abweichen des rechten Armes nach außen, krampfartig auftretenden rechtsseitigen Streckspasmen, rechtsseitigen tonischen Krampfzuständen, Stauungspapille mit Blutungsherden, heftigen Kopfschmerzen, zeitweisem Erbrechen. Klinische Diagnose: Tumor der Vierhügelgegend, wahrscheinlich Epiphysengeschwulst. Eine besonders frühzeitige Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale war nicht festzustellen. Allerdings war Patient geistig weiterentwickelt, als seinem Alter entsprach. Sektion: Epiphysengeschwulst, die von den Parenchymzellen der ausgewachsenen Epiphyse ihren Ausgang genommen hat.

Kurt Mendel, Berlin.

1469.

Környey, Stefan, **Striäre Erkrankungen degenerativer Natur.** (Dtsch. Ztschr. Nervenheilk., 108., Heft 1/3.) Ein Fall von Wilsonscher Krankheit mit Sektionsbefund. Es wurde ein bilateralsymmetrisches isoliertes Befallensein der Putamina festgestellt. Alle übrigen Gehirnteile waren frei von chronischen histologischen Veränderungen. Der pathohistologische Prozeß in den Putamina besteht in einem wahllosen Untergang allerlei — nervenzelliger, faseriger und glöser — Ektodermabkömmlinge, welcher mit einem raschen ausgedehnten lipoiden Abbau einhergeht. Wilsonsche

Krankheit und Pseudosklerose stellen eine und dieselbe Krankheitsform dar mit Variation in der Lokalisation und der Intensität des Parenchymschwundes. Die Wilson-Pseudosklerose und gewisse Torsionsspasmusfälle, welche mit Leberzirrhose verbunden sind, zeigen das morphologische Bild der toxisch-ektodermotropen Erkrankung. Dieselben Syndrome können auf hereditäred degenerativer Grundlage erscheinen. Die Wilson-Pseudosklerose ist keine hereditäred degenerative Erkrankung. Ihr öfters beobachtetes familiäres Auftreten ist ein Zeichen der konstitutionellen Disposition, aber nicht der Vererbung.

Kurt Mendel, Berlin.

1470.

Meerhoff, A., **Strychnin bei Polyneuritis, Depressionen, Alkohollismus usw.** (Dtsch. Ztschr. Nervenheilk., 108., Heft 1/3.) Im Strychnin besitzen wir eins der wirksamsten zentral erregenden Mittel; doch muß es in hohen Dosen angewandt werden, um wirksam zu sein. Verfasser begann mit 3 mg und stieg in der Einzeldosis bis zu 35 mg. Progressiv vorgehend kann man monatelang 30 bis 60 mg täglich in einer oder zwei Dosen subkutan spritzen. In akuten Zuständen, hauptsächlich Lungenaffektionen älterer Leute, muß die Anfangsdosis hoch sein, 5 bis 10 mg, ein- bis mehrmals täglich. Niemals sah Verfasser Nebenwirkungen, auch keine Angewöhnung. Auffallend ist die starke Steigerung des Appetits nach hohen Strychnindosen. Wenn auch fast alle Polyneuritiden eine spontane Heilungstendenz aufweisen, verkürzt sich ihr Verlauf in hervorragender Weise, und die Restitutio ad integrum ist mit dem Gebrauch von höherer Strychnindosis fast ausnahmslos eine vollständige.

Kurt Mendel, Berlin.

1471.

Margulis, M. S., **Neurosyphilis.** (Dtsch. Ztschr. Nervenheilk., 108., Heft 1/3.) Die Neurosyphilis ist eine nosologische Form, die alle Symptomenkomplexe der nervösen Syphilis vom ätiologischen, biologischen, pathologisch-anatomischen Standpunkt verbindet. Das Eindringen der Spirochaeta pallida in das zentrale Nervensystem ruft eine lokale Gewebsreaktion hervor und stört das kolloide Gleichgewicht des ganzen Organismus, speziell des Nervensystems. Der biologische Zustand und die konstitutionellen Eigenschaften des Makroorganismus haben dominierende Bedeutung in der Pathogenese der Neurosyphilis und bestimmen den Verlauf und die Form der syphilitischen Infektion überhaupt und des Nervensystems im besonderen. Außer den entzündlichen Gefäßveränderungen in verschiedenen Stadien der Neurosyphilis werden Veränderungen im paraplastischen Teil des Mesenchyms beobachtet, die sehr große Bedeutung für die physisch-chemischen Prozesse und die Pathogenese der Neurosyphilis haben. Die konstitutionelle Disposition oder umgekehrt die Resistenz gegen Syphilis ist das gemeinsame Resultat der lokalen Immunität einzelner Gewebe und hauptsächlich des Mesenchymen. Die angeborene relative mesenchyme Immunität gegen die Spirochaete äußert sich klinisch durch die „leichten“ Formen von Syphilis und durch Fälle ohne Erscheinungen eines Primäraffekts. Angeborene Sensibilisation oder schwache Resistenz gegen das syphilitische Virus äußert sich klinisch durch die sogenannte bösartige Syphilis. Die Reaktion der Haut bei Syphilis bietet ein feines Reagens für den Grad der Funktionsfähigkeit des mesenchymen Gewebes. Die Haut- und die meningale Reaktion fallen zeitlich nicht zusammen.

Kurt Mendel, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie

1472.

v. Stockert, F. G., **Psychogene Ueberlagerung organischer Sprachstörungen.** (Nervenarzt, 2., Heft 3, März 1929.) Zum Zustandekommen einer ausgesprochenen psychogenen Ueberlagerung einer organischen Sprachstörung ist nicht nur die Aufmerksamkeitszuwendung nach dem behinderten Sprachakt, sondern auch eine Intaktheit, wenn nicht sogar eine Enthemmung des psychophysischen Schaltapparates erforderlich. Kurt Mendel, Berlin.

1473.

Enke, Wille, und Laurenz Heising, **Experimenteller Beitrag zur Psychologie der „Aufmerksamkeitsbasis“ bei den Konstitutionstypen.** (Z. Neur., 118., Heft 4, 1929.) Auch bei farblosen Tests, bei Anwendung einfacher, geometrischer Formen, zeigt sich durchweg die größere Fähigkeit der Leptosomen und Athletiker zur Registrierung getrennter Reihen (Spaltungsfähigkeit) im Bewußtseinsablauf. Das Lebensalter hatte keinen grundsätzlichen Einfluß auf die Versuchsergebnisse. Daneben ergaben sich als neue Resultate: Eine bei den Pyknikern nicht vorhandene Tendenz der Leptosomen, eigene Phantasieprodukte in einfache geometrische Formen zu projizieren. Bei experimentell festgelegtem Zeitablauf des Versuches die geringere Fähigkeit der Leptosomen gegenüber den Pyk-

n, sich einer von außen gegebenen Gesetzmäßigkeit unterzuordnen. Die zuletzt erwähnten Verhaltensweisen lassen unschwer auf den schizothymen Autismus zurückführen.

Hans Knospe, Berlin.

1474.

Müller, M., Der Rohrschachsche Formdeutversuch, seine Schwierigkeiten und Ergebnisse. (Z. Neur., 118., Heft 4, 1929.) Vom ostischen, prognostischen, praktisch-therapeutischen Gesichtspunkte wie auch vom Standpunkt des reinen Forschers aus ist es ordentlich bedauerlich, daß dem Rohrschachschen Formdeutversuch bisher eine allgemeinere Anwendung und Nachprüfung vergeblich ist. Die Schwierigkeiten, die seiner weiteren Verwertung entgegenstehen, scheinen im wesentlichen darin zu liegen, die Methode neben psychologischem Scharfblick vor allem ein gewöhnliches Maß von eigener Erfahrung verlangt, die aus der Rohrschachschen Originalarbeit allein kaum erworben werden kann, man mühsam in Hunderten von eigenen Versuchen und namentlich in Kontakt mit früheren Mitarbeitern Rohrschachs erarbeiten muß.

Hans Knospe, Berlin.

Forensische und gerichtliche Medizin

1475.

Stöten-Sartorius, Zur Frage der Schädlichkeit der Kohlenoxyd-Gichtgase in der Zementindustrie. (Ztrbl. f. Gew.-Med., 5. Jg., Nr. 1, 1929.) Die eingehenden Untersuchungen haben ergeben, daß weder in der unmittelbaren Nähe von modernen Kohlenoxyd-Schmelzöfen noch in den im Freien zu Boden gedrückten Kohlenoxydrauchschwäden eine derartige Menge von CO, CO₂ oder anderen Gasen enthalten ist, daß sie dem Menschen schädlich werden können.

Michaelis, Bitterfeld.

1476.

Steinmann, Fr., und K. Waegner, Unfall- und Berufsschäden der Wirbelsäule beim Lastentragen. (Schweiz. Med. Wochenschr., Nr. 4, 1929.) Das Lastentragen ist entschieden ein Beruf mit hoher Unfallziffer. Das hohe Unfallrisiko beim Ausüben dieses Berufes ist nicht zu bestreiten. Ein erheblicher Prozentsatz der bei diesem Beruf verursachten Schädigungen entfällt auf die Wirbelsäule, wobei verschiedene Momente, wie latente Krankheitszustände, Konstitution, angeborene Anomalien, einerseits das Zusammenkommen eines Traumas erheblich begünstigen, andererseits das Vorliegen eines Traumas in erheblichem Maße verschlimmern. Je höher die berufsmäßige, ständige funktionelle Belastung der Wirbelsäule, um so höher das Krankheitsrisiko.

Held.

Gallenforschung und Röntgendiagnostik u. -therapie

1477.

Chaoul, H., Das Schleimhautrelief des Magens im Röntgenbild. (D. Ztschr. f. Chir., 214., 6. Heft, S. 351.) Das Schleimhautrelief des Magens bezweckt, die Untersuchung nicht am ausgetragenen Magen vorzunehmen, sondern die Schleimhautfalten röntgenologisch zur Darstellung zu bringen. Die dazu angegebenen Methoden gleichen sich grundsätzlich. Es wird eine geringe Menge Kontrastmittel oder weniger konsistenten Kontrastbreies in Verbindung mit einer besonderen Lagerung, nachfolgender Verabreichung nichtschattender Füllungsmittele, wie Reisbrei, Luft, Anwendung der Kompression, gegeben. Verf. selbst erzielte die besten Bilder dadurch, daß er die Untersuchung in Bauchlage vornahm und eine Kompression durch sein Ballongürtkompressorium ausführte. Eine Anzahl gelungenere Bilder zeigt die hohe Leistungsfähigkeit dieser Methode. Der diagnostische Wert der Schleimhautreliefbilder liegt vor allem in der sicheren Erkennung des Geschwürs und der Gekrümtheit, sodann aber hauptsächlich in der Möglichkeit der Lokalisation. Gerade durch die Lokalisationsmöglichkeit wird die Indikationsstellung zur Operation eine stärkere Grenze erhalten, als es bisher der Fall war. E. Goßbandt, Berlin.

1478.

Hammer, G., Die Herzfläche als Maßstab für die Herzbestimmung. (Fortschr. Röntgenstr., 38., 6.) Ergänzungen der vorstehenden Arbeit von Moritz. Tabellen der Herzmaße. Ergebnis: Es bestehen ziemlich konstante Beziehungen zwischen der Größe der planimetrisch bestimmten Herzfläche und dem Produkt aus Körperlänge und orthodiagraphisch gemessenem Thoraxinnendurchmesser. Diese Beziehungen sind konstanter Horizontalorthostamm als bei der Untersuchung in aufrechter Stellung. Beim Übergang vom Liegen zum Stehen verkleinert sich die Herzfläche um etwa 20%. Pathologisch vergrößerte Herzen

(Vitien) scheinen sich besonders zu verkleinern. Zur Größe des Körpergewichts steht die Größe der Herzfläche nicht in konstanter Relation.

Kirschmann.

1479.

Moritz, F., Zur Beurteilung der Herzgröße. (Fortschr. Röntgenstr., 38., 6.) Für die genaue Feststellung der Herzgröße kommen zwei Untersuchungsmethoden in Betracht: die Herzfernaufnahme und die Orthodiagraphie. Letztere verdient den Vorzug. Sie wird am besten in Horizontallage vorgenommen. Ein wesentlicher Vorteil dieser Lagerung ist u. a. die Möglichkeit der genauen Darstellung der Herzspitze. Zweckmäßig ist es jedoch, diese Untersuchung durch eine solche in Vertikalstellung zu ergänzen. Die Angabe des Transversaldurchmessers zur Charakterisierung der Herzgröße ist vollkommen unzureichend. Das einzig zuverlässige Maß ist die planimetrisch ausgemessene Herzfläche. Ein Ersatz für diese Messung ist die Konstruktion eines Rechteckes aus dem Längsdurchmesser und der Summe der beiden Querdurchmesser. Die Fläche dieses Rechteckes steht zu der Herzfläche in fester Proportionalität.

Von den Körpermaßen, mit denen die Herzfläche in Beziehung zu bringen ist, eignet sich am besten das Produkt aus Körperlänge und Brustumfang (bzw. Thoraxtransversaldurchmesser). Auch das sogenannte Idealgewicht, das zu den letztgenannten Größen in einem proportionalen Verhältnis steht, kann zum Vergleich herangezogen werden.

Kirschmann.

1480.

Bronner, Hans, Die cholezystographische Motilitätsprüfung der Gallenblase und ihre Ergebnisse. (Fortschr. Röntgenstr., 39., 1.) Die Technik des Verf. ist folgende: 12 Stunden nach intravenöser Injektion des Kontrastmittels erste Aufnahme. Dann eine Mahlzeit von 3 gekühten Eidottern. Nach 10 Minuten eine Aufnahme, weitere Aufnahmen in Abständen von etwa 15 Minuten bis 1 1/4 Stunden p. c.

Bei parasympathischer Uebererregbarkeit ist die Entleerung der Gallenblase beschleunigt. Nach 45 Minuten ist der größte Teil entleert. Im Ruhezustand guter Tonus. Noch stärker beschleunigt ist die Entleerung bei Ulkuskranke (Ulcus ventriculi oder duodeni). — Die ersten Zeichen der Wirkung des Dotterreizes, die Erhöhung des Wandtonus, treten bereits wenige Minuten p. c. auf. Nach 15 Minuten kann man im Durchschnitt bereits den Beginn der Entleerung beobachten; bei den erwähnten pathologischen Zuständen sogar schon früher. Die Entleerung vollzieht sich durch eine langsame Kontraktion in allen Durchmessern. Am Kollum sind peristaltische Vorgänge nicht mit Sicherheit nachzuweisen; die Schwankungen in der Größe des Kollums entsprechen dem verschiedenen Füllungsgrad. Beim hypermotilen Typ ist der Ductus cysticus und choledochus fast immer darzustellen; bei langsam arbeitenden Gallenblasen sieht man den D. cysticus meist, den D. choledochus aber seltener. Rückstauungen kommen nur ganz ausnahmsweise vor.

Die Ulkuskrankheit an sich bedingt noch keine schlechte Darstellbarkeit der Gallenwege. Eine solche weist immer auf eine Funktionsbeeinträchtigung hin und ist in vielen Fällen durch Verwachsungen oder entzündliche Veränderungen bedingt. Dagegen findet sich bei Ulkus häufig eine starke Rückstauung von Blasen-gallen in das Hepatikusgebiet während der Entleerungsphase.

Kirschmann.

1481.

Gilbert, Rene, Die Behandlung des Lymphogranuloms mit Röntgenstrahlen. (Acta radiol., 9., Fasc. 6, Nr. 52.) Die Röntgen-therapie ist die Behandlung der Wahl. Die Bestrahlung muß mit harten Strahlen ausgeführt werden wie bei malignen Tumoren. Vom Anfang an ist auf das erkrankte Gebiet eine Strahlendosis zu geben, die genügt, um das erkrankte Gewebe zu zerstören, d. i. im Durchschnitt 450 R. Die für jede Stelle nötige Dosis ist auf einige Sitzungen zu verteilen, die innerhalb 10 bis 14 Tagen einander folgen müssen. Die Gesamtdauer der Strahlenbehandlung darf nicht einen Monat überschreiten. Es sollen auch die anscheinend gesunden Gebiete bestrahlt werden, von denen erfahrungsgemäß Rezidive besonders häufig ausgehen. Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist eine rein lokale. Eine Wiederholung der Bestrahlung soll erst genommen werden, wenn Rezidive auftreten. Während der Remissionen kann Arsen verordnet werden.

Kirschmann.

1482.

Bierman, William, Die Beseitigung von Hämorrhoiden mittels des hochfrequenten Stromes. (Arch. Phys. Ther. X-Ray, Radium, 9., Nr. 12.) Vorteile der Methode: Möglichkeit der ambulanten Ausführung unter Lokalanästhesie, keine Gefahr der Blutung oder Infektion. Ausführung mittels Elektrodesikation unter Verwendung des Oudinischen Stromes oder mittels Elektrokoagulation. Bei der ersteren Methode kann der Patient geerdet werden. Beschreibung einer vom Autor angegebenen Klammer für die Elektrokoagulation.

Kirschmann.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Detoxin zur Behandlung von infektiösen Erkrankungen.

Von Dr. FRIEDLÄNDER, Bad Brambach.

Die Proteinkörpertherapie hat in den letzten Jahren ihr zunächst eng begrenztes Gebiet der Heilkunde sehr erweitert. Trotz der unendlich angewachsenen Literatur über die Reiz- und Proteinkörpertherapie sind unsere Erkenntnisse über die Wirkung dieser Reizstoffe noch sehr mangelhaft. Ein einheitlicher Reizmechanismus ist noch nicht erwiesen. Schrittweise müssen wir hier unsere Erkenntnisse erweitern und in der Praxis der Erfahrung ihr Recht einräumen. Das Ziel jeder Reiztherapie muß sein, durch zweckmäßige Auswahl von Reizqualitäten regulierend in die Zellfunktion einzugreifen und den Heilungsprozeß zu beschleunigen, ohne die Körperkräfte des durch die Krankheit geschwächten Organismus übermäßig in Anspruch zu nehmen. Sehr viele Reizmittel haben den Nachteil zu starker Reaktionserscheinungen, wodurch die Weiterbehandlung erschwert, ja oft durch den Widerstand des Patienten unmöglich gemacht wird. Die Reiztherapie ist daher zu einem pharmakologischen Problem geworden. Sie darf sich nicht allein auf die pharmakologischen Untersuchungen an Tieren stützen, sondern sie muß ihre Wirksamkeit an gesunden und kranken Menschen genügend erweisen können. Erst dann kann die Reiztherapie Allgemeingut der Aerzte werden, wenn die Reizmittel ohne Gefahr für den Patienten angewandt werden können und nur solche Reaktionen im Organismus ausgelöst werden, die für den therapeutischen Effekt notwendig sind.

Ich hatte im verflossenen Jahr des öfteren Gelegenheit, ein neuartiges Eiweißpräparat (1) in meiner Praxis zu erproben, das diesen Vorzug der absoluten Unschädlichkeit im menschlichen Organismus hatte und bei keinem Patienten irgendwelche schädlichen Reaktionen oder anaphylaktischen Erscheinungen hervorrief. Dieses Reizmittel, das von der Firma Johann A. Wülfing, Berlin, unter dem Namen Detoxin in den Handel gebracht wird, besteht aus einem aus keratinösem Eiweiß mittels schonender Hydrolyse isolierten Komplex, der durch seinen hohen Gehalt an organisch gebundenem Schwefel ausgezeichnet ist.

Diesem Schwefelgehalt ist wohl nach den pharmakologischen Untersuchungen (2) in erster Linie die entgiftende Wirkung des Präparates zuzuschreiben. Außer dem Schwefel enthält das Detoxin noch von den hochwertigen Aminosäuren Tyrosin, Tryptophan und Phenylalanin in molekularer Bindung (3).

Angeregt wurde ich zu meinen Versuchen durch den Erfolg des Detoxins bei einem desolaten Fall von chronisch-septischem Gelenkrheumatismus und schwerster körperlicher Entkräftung, der nach allen möglichen spezifischen und unspezifischen Behandlungen, Badekuren usw. von Herrn Dr. Treibmann, Leipzig (4), nach einer Serie von Detoxininjektionen vollkommen geheilt worden war. Da ich den Patienten selbst kurz zuvor behandelt hatte und bei den schweren lebensbedrohenden Schwächezuständen und Fieberattacken an ein Aufkommen des Patienten nicht mehr glauben konnte, so hat hier das Detoxin wie ein Wunder lebensrettend gewirkt, da es den Patienten nach kurzer Behandlungszeit wieder vollkommen erwerbsfähig machte und dieser Erfolg bis zum heutigen Tage angehalten hat.

Meine Versuche erstrecken sich zunächst auf zwei Fälle von refraktärem Gelenkrheumatismus, die aller vorhergegangener therapeutischer Einwirkung getrotzt hatten.

Fall 1: 34jähr. Frau, früher viel Angina. 1925 Mandel entfernt. Bald danach starke Schmerzen in den Knie- und Schultergelenken, die anschwellen. Nach Besserung trat eine Cholangitis auf. Schwefel und Moorbadekuren hatten nur vorübergehenden Erfolg. 1926 und 1927 häufig Rezidive. Patientin magerte sehr ab. Im April 1928 begann ich zugleich mit der Radium-Emanationskur wie den Detoxininjektionen. Fortschreitende Besserung des Allgemeinbefindens, Abschwellen der Gelenke, Fieberfreiheit. Die Patientin erhielt im ganzen 16 Detoxininjektionen. Die vorher ganz hilflose Patientin konnte bei ihrer Abreise völlig schmerzlos alle Gelenke bewegen, die auch nach mehrstündigem

Gehen nicht anschwellen. Ende August erhielt ich die letzte Nachricht, aus der hervorging, daß die Patientin weder in den Gelenken noch in der Galle irgendwelche Rezidiverscheinungen erhalten hat und ohne Beschwerden ihren Haushalt versorgen kann. Gewichtszunahme von April bis August 24 Pfund.

Wenn auch die Radiumbadekur sicherlich den Heilungsprozeß günstig mitbeeinflusst hat, so muß ich doch bei objektiv kritischster Beurteilung dem Detoxin den Hauptanteil an diesem schönen Erfolg zuschreiben.

Fall 2: Im Sommer 1927, angeblich nach einer schweren Nikotinvergiftung — Patient war Tabakhändler —, Gelenkentzündung des Kiefers und der Knie. Bei Nikotinabusus seitdem stets Rezidive, wovon ich mich selbst überzeugen konnte. In der Literatur suchte ich vergeblich nach einer Entstehung von Gelenkentzündung nach Nikotinmißbrauch. Eine andere Ursache war aber von keinem Arzt bisher festgestellt worden. Ich mußte annehmen, daß das Nikotin hier zu einer vasoseptischen oder endarteriitischen Gelenkschädigung geführt hatte bei besonderer Empfindlichkeit des Körpers gegen das Nikotingift. Da im Tierversuch eine Entgiftung von tödlichen Nikotindosen durch Detoxin festgestellt worden war (2), versuchte ich bei meinem Patienten ebenfalls durch Detoxininjektionen die Nikotinüberempfindlichkeit herabzusetzen und Entgiftung des Körpers zu erreichen. Der Erfolg trat auch sehr bald ein. Nach der achten Injektion ließ ich den Patienten versuchsweise rauchen; es traten keine Gelenkentzündungen auf. Ich gab im ganzen zwölf Injektionen. Der Erfolg war so überzeugend, wie ich es kaum vorausgeahnt hatte. Patient hat seit vier Monaten trotz ausgiebigsten Tabakgenusses keine Rezidive mehr erhalten und ist trotz vieler anstrengender Reisen völlig beschwerdefrei. Der mir noch unerklärliche Zusammenhang zwischen Nikotin und Gelenkschädigung, sowie der prompte Erfolg nach der Detoxinkur ist sicherlich in doppelter Hinsicht von Interesse, weshalb ich ihn hier veröffentliche.

Von den übrigen, mit Detoxin behandelten Patienten möchte ich noch einen Fall von schwerer Gesichtsfurunkulose und Erysipel erwähnen. Da mit der üblichen Lokalbehandlung eine Besserung nicht eintrat und das sehr hohe Fieber mehrere Tage anhielt, gab ich vier Tage hintereinander Detoxin mit dem Erfolg, daß nach der vierten Injektion eine auffallende Heilungsbeschleunigung und Entfieberung eintrat. Denselben günstigen Erfolg konnte ich bei einem jungen Manne mit seit Jahren andauernd rezidivierender Nackenfurunkulose feststellen, der seit der Detoxininjektionskur völlig rezidivfrei geblieben ist.

Bei verschiedenen anderen Krankheitsfällen, so bei chronischen Ekzemen, bei einer Grippeenzephalitis habe ich noch kein objektiv klares Urteil, so daß ich hierüber erst später referieren möchte.

Bemerkenswert ist, daß Detoxin von allen Patienten völlig beschwerdefrei vertragen wurde, daß bei keinem der Kranken irgendwie angreifende Reizreaktionserscheinungen auftraten, und daß bei fast allen Patienten eine Zunahme des Appetits und damit des Körpergewichts beobachtet werden konnte.

Wenn diese Erfolge mit Detoxin auch noch kein endgültiges Werturteil über dieses neue Mittel zulassen, so habe ich doch den Eindruck, daß Detoxin bei allen septischen Erkrankungen und vor allem bei den durch Intoxikation im Organismus hervorgerufenen Schäden ganz vorzügliche Dienste leisten kann. Ich hoffe, daß meine Erfahrungen mit Detoxin eine große Anzahl von Kollegen dazu anregen wird, dieses Entgiftungsmittel in ihrer Praxis zu erproben. Ich glaube bestimmt, daß der Indikationskreis für Detoxin noch viel weiter zu ziehen ist, und daß dieses Medikament bald unserem medizinischen Heilschatz einverleibt werden wird.

Literatur:

1. Jena und Haupt: Ueber ein aus der Haut gewonnenes Eiweißderivat mit bemerkenswerten Eigenschaften. Deutsche Med. Wochenschrift 1927, 6.
2. Keeser: Ueber Entgiftungsmöglichkeiten im Organismus. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol., Bd. 122, H. 1/2, 1927.
3. Jena: Ueber die chemische Schutzwirkung der Haut. Ergeb. d. Hygiene, Bd. IX, 1928.
4. Treibmann: Die Schwefelbehandlung des chronischen Gelenkrheumatismus mit Detoxin. Med. Klin. 1923, 43.

Ueber die Beeinflussung des Blutbildes durch das aktive Eisenoxyd „Siderac“.

Von Dr. P. M. SUSKI (Los Angeles).

Die theoretischen Arbeiten von Professor Baudisch im Rockefeller-Institut für medizinische Forschung in New York über die Chemie und Physik des Eisens haben ein bedeutendes praktisches Ergebnis gehabt, indem sie zur Einführung des biologisch aktiven Ferrioxys „Siderac“ in die Therapie Veranlassung gaben. Es glückte nämlich Professor Bickel und seinen Mitarbeitern, durch zahlreiche Versuche an Kaninchen, Hunden und am Menschen nachzuweisen, daß die perorale Gabe dieses aktiven Oxyds „Siderac“ gewisse allgemeine Stoffwechseländerungen hervorruft, die man z. B. auch nach dem Genuß frischer Stahlquellen beobachtet. Diese Stoffwechselbeeinflussung vollzieht sich teils in der Auslösung assimilatorischer, teils aber auch dissimilatorischer Prozesse. Es kommen also sowohl bei der Sideractherapie, als auch bei der Medikation frischer Stahlquellen Vorgänge verstärkt zur Anschauung, die man andeutungsweise auch von der Wirkung anderer anorganischer Eisenverbindungen her kennt. Daß Siderac in ganz besonderer Weise befähigt ist, in den Gesamtstoffwechsel einzugreifen, findet seine Erklärung sicherlich zum großen Teile durch die neuen Versuche von Schwarz (1), der fand, daß von allen von ihm untersuchten Eisenverbindungen Siderac am besten nach der Resorption im Körper verwertet wird, wenn es oder die anderen Eisenverbindungen bei im übrigen schlechter Ernährung verabreicht werden. Siderac war das dem Körper adäquateste Eisen. Die Versuche von Schwarz, die sich in seiner in Virchow's Archiv veröffentlichten Arbeit finden, bringen geradezu grundsätzlich neue Gesichtspunkte für die Pharmakologie des Eisens und den Eisenstoffwechsel als solchen. Die von Schwarz festgestellte Sideracwirkung findet auch dadurch eine weitere Erklärung, daß Dr. I. Marks (2) in New York direkt unter dem Mikroskop die Resorptionswege für Siderac nach dessen peroraler Gabe verfolgen konnte.

Ich (3) selbst habe nachgewiesen, daß bei der Taubenberiberi, die durch Fütterung der Tiere mit geschältem Reis erzeugt wird, die tägliche Gabe von 5 mg pro Taube von diesem aktiven Baudischschen Ferrioxyd Siderac zwar den Todeseintritt nicht verzögert, wohl aber den Gewichtssturz etwas aufhält. Das erstere hatte auch schon Banerjee (4) in Kalkutta gefunden. Vielleicht hängt die Beeinflussung des Gewichtssturzes bei der Avitaminose durch Siderac, auch wenn sie noch so gering ist, mit der zum mindesten erheblichen Eignung zusammen, die Siderac zur Wachstumsbeschleunigung junger Tiere bei intragastraler Zufuhr erkennen läßt, wie Bickel (5) nachweisen konnte, aus dessen Versuchen sich übrigens auch in Übereinstimmung mit den oben zitierten Untersuchungen von Schwarz und Marks ergibt, daß die Verfütterung von Siderac zu einer sehr erheblichen Anreicherung des Gesamtkörpers an Eisen führt. Die Sideractiere enthielten etwa 40% mehr Eisen als die Kontrolltiere.

Diese neueren Sideracversuche fügen sich in ihren Ergebnissen zwanglos den Vorstellungen ein, die man sich über die Sideracwirkung auf Grund der früheren Stoffwechselversuche von Wada, Rosenkranz, Remessow, Goldbloom u. a. gemacht hatte, und die vor allem auch Änderungen in der Lage des Kohlenstoffquotienten des Harns, Erhöhungen, aber auch Senkungen entsprechend der Doppelwirkung des Eisens, ferner Verbesserungen der Resorption und vielfach Steigerungen der N-Bilanz im Sinne eines Positiverwerdens derselben dargetan hatten.

Da Siderac peroral gegeben werden soll, ist es wichtig, zu wissen, in welcher Weise es die Magenfunktion beeinflusst. Wenn man Siderac im Reagenzglas mit $\frac{1}{10}$ normal HCl versetzt, so tritt keinerlei sichtbare Wasserstoffentwicklung oder sonstige Zersetzung auf, wie das z. B. beim Ferrum reductum der Fall ist. Damit soll natürlich nur gesagt werden, daß es durch die Magensalzsäure schwerer als dieses angreifbar ist. Diese schwerere Angreifbarkeit des Siderac und die daraus sich ergebende außerordentliche Haltbarkeit des Präparates haben schon früher Bickel und van Eweyk nachgewiesen. So ist auch nicht anzunehmen, daß bei der Magenpassage stärkere Änderungen mit dem Präparat vor sich gehen oder daß irgendwie Salzsäuremengen von Belang dem Mageninhaltsgemisch entzogen werden können. Auch den Sekretionsprozeß beeinflusst Siderac so gut wie gar nicht. Eine Anregung der Magensekretion

steht ganz außer Frage; eher ist vielleicht eine Spur Hemmung zu sehen; aber das ist zweifelhaft. Um über die Sekretionswirkung des Siderac Aufschluß zu gewinnen, wurden an drei Pawlowschen Magen-Blindsackhunden folgende Versuche gemacht: Die nüchternen Tiere bekamen 200 ccm Wasser. Nach Ablauf der Sekretion auf dieses Wasser erhielten die Tiere je 200 ccm Wasser, in denen je drei fein pulverisierte Sideractabletten à 0,1 g Siderac aufgeschwemmt waren. In einer anderen Versuchsreihe erhielten die Tiere nach der Wassergabe Wasser, in dem 0,3 g Sideracpulver aufgeschwemmt waren. Dieses Sideracpulver entstammte demjenigen Sideracpulver, aus dem die im ersten Versuch benutzten Tabletten hergestellt worden waren. In einer dritten Versuchsreihe bekam jedes Tier 1,0 g Siderac in Wasser suspendiert. In der folgenden Tabelle I teile ich die Durchschnittswerte der Magensekretion bei den drei Versuchen jeder Versuchsreihe mit (Tabelle I).

Tabelle I.

Gabe von 200 ccm Wasser	3,37 ccm Magensaft
Gabe von 200 ccm Wasser + 0,3 g Siderac in Tabletten	3,43 ccm Magensaft
Gabe von 200 ccm Wasser	1,95 ccm Magensaft
Gabe von 200 ccm Wasser + 0,3 g Sideracpulver	1,43 ccm Magensaft
Gabe von 200 ccm Wasser	2,90 ccm Magensaft
Gabe von 200 ccm Wasser + 1,0 g Sideracpulver	2,86 ccm Magensaft

Die Sekretion dauerte immer 2 Stunden. Die Zahlen der Tabelle I sind die Durchschnittswerte der in den 2 Stunden abgesonderten Saftmengen bei jeder Versuchsgruppe.

Das Ergebnis dieser Sekretionsversuche wie auch der Reagenzglasversuche stimmt mit der Erfahrung überein, daß Siderac im allgemeinen gut vertragen wird.

Auf Grund aller bisher aufgezählten experimentellen Erfahrungen kann darüber gar kein Zweifel mehr bestehen, daß Siderac mit die für den Körper adäquateste Eisenverbindung darstellt und nach seiner peroralen Gabe intensive allgemeine Stoffwechseländerungen bewirkt und die Magenfunktion in keiner Weise stört. Das, was man als die robrierende Eisenwirkung auf Grund alter ärztlicher Erfahrung und insbesondere als die robrierende Wirkung der Trinkkur mit frischen Stahlquellen bezeichnet hatte, war durch diese Stoffwechseluntersuchungen unserem Verständnis näher gebracht worden.

Von einem Eisenpräparat verlangt man aber auch gemeinhin außer dieser Allgemeinwirkung auf den Stoffwechsel des gesamten Körpers noch ein anderes, nämlich einen günstigen Einfluß auf die Blutregeneration. Nun hatte Dr. Brodski (6) in Rostow bereits 1926 gefunden, daß eine Behandlung normaler Kaninchen mit peroralen Sideracgaben, wie auch subkutaner Einverleibung von Sideracemulsionen zu keinerlei Vermehrung in der Zahl der roten Blutkörperchen führt. Dagegen konnte Moldawsky (7) in der Czernyschen Charité-Kinderklinik in Berlin den Nachweis führen, daß Siderac bei den sekundären Anämien der Kinder vielfach ausgezeichnetes leistet und mitunter sich anderen Eisenpräparaten oder auch der Bluttransfusionsbehandlung gegenüber überlegen zeigt. Hervorgehoben zu werden verdient, daß Siderac von den Kindern und Säuglingen gut vertragen wurde. Wenn man die Beobachtungen Moldawskys mit denen von Brodski vergleicht, so ergibt sich daraus, daß Siderac zwar im gesunden Körper keine Hyperglobulie zu erzeugen vermag, daß es aber wohl im anämischen Körper ein Stimulans für die Blutregeneration abgibt. Dabei ist kaum zu erwarten, daß es bei den Formen der perniziösen Anämie nennenswertes leistet, bei denen die Lebertherapie ihre Triumphe feiert. Es kann hier nur als Adjuvans in Frage kommen, weil in ihm dem durch die Lebertherapie sich erholenden Organismus das Eisen in einer dem Körper sehr adäquaten Form zu geführt wird.

Da nun bisher kaum Beobachtungen über die Wirkung der Sideractherapie bei sekundären Anämien Erwachsener vorliegen, habe ich hierüber einige Erfahrungen zu sammeln mich bemüht. Ich gab das Siderac in der Regel nur drei Wochen lang und verfolgte am Blut die Änderungen in der Zahl der roten Blutkörperchen und in dem Hämoglobingehalt von Woche zu Woche. Unter den 19 Fällen — es handelte sich in der Regel um erheblicher kranke Personen —, die ich beobachtete, bestand in 7 Fällen allgemeine Schwäche und Unterernährung, in 4 Fällen kamen Blutungen, in 4 Fällen Tuberkulose, in 2 Fällen Nephritis, in 1 Fall Syphilis als Ursache der Anämie in Frage; nur in einem Fall ließ sich für die

Tabelle II.

Name, Alter, Geschlecht	Diagnose	Siderac-Dosis	Blutbild vor Beginn der Behandlung	Blutbild am Ende der 2. Behandlungswoche	Blutbild am Ende der 3. Behandlungswoche	Blutbild am Ende der 4. Woche nach Beginn der Behandlung	
K. T. 23. m.	Lungentuberculose Anaemie, allg. Schwäche	3 × 0,1	2 860 000 75	3 990 000 75	— —	— —	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
F. K. 34. w.	Nephritis, Anaemie Schwäche	3 × 0,1	3 490 000 60	3 800 000 60	4 180 000 60	4 340 000 60	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
M. T. 35. m.	Lues Anaemie	3 × 0,1	3 990 000 80	3 954 000 80	4 100 000 80	4 310 000 80	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
A. V. 32. w.	Schwere Tuberculose Anaemie	3 × 0,1	2 450 000 60	2 800 000 60	2 800 000 60	3 050 000 60	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
S. F. 25. w.	Nephritis, Recon- valescenz, Anaemie	3 × 0,1	1 880 000 50	1 720 000 55	2 400 000 55	— —	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
T. K. 39. m.	Allgem. Schwäche Anaemie	3 × 0,1	3 825 000 60	3 835 000 70	3 840 000 65	4 000 000 65	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
S. S. 21. w.	Blutung	3 × 0,1	2 900 000 60	3 000 000 63	3 000 000 45	3 150 000 65	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
S. M. 25. w.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,1	3 270 000 30	3 542 000 40	3 671 000 45	3 845 000 40	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
O. V. 27. w.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,1	3 280 000 65	3 280 000 65	3 315 000 65	3 272 000 65	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
R. T. 31. w.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,1	3 545 000 70	3 374 000 65	3 455 000 70	3 545 000 70	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
T. S. 30. m.	Tuberculose Anaemie	3 × 0,2	4 000 000 70	4 120 000 70	4 170 000 70	4 165 000 70	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
J. A. 24. w.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,2	3 800 000 65	4 000 000 65	4 150 000 70	4 000 000 70	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
W. M. 39. w.	Tuberculose Anaemie	3 × 0,2	3 000 000 65	3 615 000 70	3 550 000 70	3 590 000 75	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
M. K. 25. m.	Haemorrhagie Anaemie	3 × 0,2	2 880 000 70	3 000 000 70	3 450 000 70	3 550 000 80	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
C. O. 40. w.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,2	3 434 000 65	3 385 000 65	3 456 000 65	3 545 000 70	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
A. M. 40. m.	Allg. Schwäche Anaemie	3 × 0,2	4 500 000 85	4 400 000 85	4 550 000 85	— —	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
P. P. 24. w.	Schwere Anaemie	3 × 0,2	2 880 000 45	3 540 000 60	3 800 000 65	— —	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
R. G. 29. w.	Uterusblutung	3 × 0,3	4 200 000 60	4 150 000 60	4 400 000 65	4 350 000 65	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %
J. V. 30. m.	Blutung nach Ver- letzung	3 × 0,3	3 754 000 85	4 440 000 85	4 600 000 85	— —	Zahl d. Erythrocyt. Hb-Gehalt %

vorhandene schwere Anämie keine genaue Ursache ermitteln. Die Sideracdosierung war in 10 Fällen dreimal 1 Tablette = dreimal 0,1 g Siderac, in 7 Fällen dreimal 2 und in 2 Fällen dreimal 3 Tabletten pro Tag. Man muß darauf achten, daß die Tabletten gut durchgekaut werden.

Tabelle III.

Durchschnittlicher Wert vor Beginn der Behandlung	Gabe Siderac	Durchschnittlicher Wert am Ende der dritten Behandlungswoche		Zunahme
3 147 000	3 × 0,1 g	3 415 666	10 Fälle	268 666
3 499 143	3 × 0,2 g	3 875 143	7 Fälle	376 000
3 977 000	3 × 0,3 g	4 500 000	2 Fälle	523 000

Aus der Tabelle II ergibt sich, daß unter den 7 Fällen von allgemeiner Schwäche mit Anämie in 4 Fällen bei der Dosierung von dreimal 1 Tablette und dreimal 2 Tabletten keine Blutkörperchenvermehrung erzielt wurde; daß sie in einem Fall erst nach Aussetzen der Sideracbehandlung in der folgenden Woche auftrat, daß

in einem Fall der vorgenannten 4 Fälle ebenfalls eine solche Nachwirkung zu konstatieren war. In allen anderen Fällen aber hat die Sideracbehandlung in zweifelsfreier Weise eine Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen und vielfach auch des Hämoglobingehaltes gezeitigt. Wenn man bedenkt, daß bei vielen dieser Fälle das Grundleiden fortbestand und auch keineswegs leichter Natur war, so wird man nicht daran zweifeln können, daß trotz einer verhältnismäßig kurzen Behandlungsdauer befriedigende Resultate erzielt wurden.

Noch deutlicher erkennt man die Sideracwirkung bei meinem Krankenmaterial, wenn man die Durchschnittswerte für die Zahl der roten Blutkörperchen vor Beginn der Behandlung und am Ende der Behandlung und die Zunahme berechnet. Man sieht dann, wie es die Tabelle III lehrt, daß bei gleich langer Dauer der Sideracbehandlung mit steigender Dosierung die Erfolge sich bessern.

Bei der Beurteilung derartiger klinischer Beobachtungen, die die Wirksamkeit eines Eisenpräparates bei Anämien dartun sollen, kann man nicht vorsichtig genug sein. Indessen glaube ich doch annehmen zu dürfen, daß meine Beobachtungen, die sich auf den Einfluß der Sideracbehandlung auf die Blutregeneration bei sekundär-anämischen, erwachsenen Personen erstrecken im Ver-

ein mit den Befunden Moldawskys an anämischen Kindern; wie endlich im Verein mit den vielfältigen Beobachtungen über die Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels durch Siderac wohl in dem Sinne sprechen, daß dieses Eisenpräparat auch bei sekundären Anämien befriedigendes leistet. Seine vielfältigen Wirkungen, die ich hier kurz skizzierte, erklären wohl auch die ausgedehnte Verwendung, die dieses Eisenpräparat heute schon in der ärztlichen Praxis gefunden hat.

Literatur:

1. Schwarz, Einfluß der Ernährung auf die Eisenspeicherung der Leber und Milz der weißen Maus. Virchows Archiv Bd. 269, 1928, 628.
2. J. Marks, Untersuchungen über den Ort der Resorption des aktiven Eisenoxys Siderac im Verdauungskanal. Zeitschr. für die ges. exp. Med. Bd. 61, 1928.
3. P. M. Suski, Ueber den Einfluß der Verfütterung verschiedener aktiver Eisenverbindungen auf den Verlauf der Avitaminose bei Reistauben. Bioch. Zeitschr. 183, 1927.
4. Dr. Banerjee, Kann durch Verfütterung von Natr. bicarb. oder aktivem Eisenoxyd der Verlauf der Avitaminose bei Reistauben beeinflusst werden? Bioch. Zeitschr. Bd. 180, 1927.
5. A. Bickel, Untersuchungen über den wachstumsfördernden Einfluß verschiedener anorganischer Eisenverbindungen und über die Eisenanreicherung des Körpers bei Fütterung mit dem aktiven magnetischen Ferrioxyd. Siderac. Bioch. Zeitschr. Bd. 199, 1928.
6. Brodski, zitiert nach Goldbloom: Ueber die Beeinflussung der Blutbildung und des Stoffwechsels durch Verfütterung von aktivem Eisenoxyd und Radiotorium beim normalen Kaninchen unter Berücksichtigung des Harnquotienten C:N. Bioch. Zeitschr. Bd. 192, pg. 250, 1928.
7. Moldawsky, Beobachtungen über die Wirkungen von aktivem Eisenoxyd Siderac auf die Blutregeneration. Klinische Wochenschrift Nr. 42, 1927.

Erfahrungen mit Lipolysin „Henning“.

Von Dr. med. HANS HIRSCH, Charlottenburg.

Die Fälle von Fettsucht, deren Behandlung wir in folgendem zu schildern versuchen, sind keine Fälle schwerer endokriner Fettleibigkeit. Aber es sind bestimmt Fälle mit, wenn auch geringen, endokrinen Impotenzen. Exogene Fettsucht wäre zu heilen, wenn bei geregelter Bewegung eine mehr oder minder große Kalorienbeschränkung der Nahrung verordnet wird. Diese Maßnahmen haben sich unsere Patientinnen bereits auferlegt, bevor sie ärztlichen Rat einholten. Der Wunsch zur modernen Linie ist dabei stets tyrannischer als ein ärztlicher Rat.

Unsere Fälle konnten ihrer Natur nach nicht uniglandulär sein. Denn weder besondere Grade der Fettleibigkeit noch andere Symptome haben uns jemals auf etwa völliges Daniederliegen einer hormonalen Sekretion hingewiesen.

Unsere Fälle waren die der täglichen Praxis, denen damit gedient ist, wenn sie 10 bis 20 Pfund abnehmen. Pfunde, die, wie sie selbst fühlten, nicht durch Mangel an Bewegung oder zu gute Ernährung entstanden waren, die Trägerinnen belästigten und in ihrem Wohlbefinden störten. Es erschien notwendig, durch eine allgemeine Verstärkung der einschlägigen endokrinen Funktionen den Patientinnen zu helfen. Die Ueberzeugung, daß es sich nicht um eine bestimmte hormonale Insuffizienz, sondern um eine allgemeine hormonale Trägheit handelt, hat sich uns durch die Behandlung vieler Fälle als richtig erwiesen.

Auf Grund dieser Ueberlegungen war nur noch zu entscheiden, ob die notwendigen endokrinen Präparate im Wechsel oder kombiniert auf einmal zu reichen waren. Auf Grund der reichen Erfahrungen des englischen Endokrinologen Harrower entschlossen wir uns zur sofort kombinierten Behandlung; auf Grund der vorliegenden günstigen deutschen Beobachtungen für das Kombinationspräparat Lipolysin*).

Aus den bisherigen Darlegungen geht bereits hervor, daß wir auf eine spezialisierte Diäteinschränkung verzichteten. Die Anzahl der Kalorien, die unsere Fälle täglich zu sich nahmen, betrug im Durchschnitt gegen 1400; wir unterließen es absichtlich, an den bereits gewohnten Ernährungsmethoden etwas zu ändern. Daher konnten wir ein um so sichereres Urteil über die Wirkung des angewandten Arzneimittels, des Lipolysin feminin, gewinnen.

Forcierte Kuren, lange durchgeführte Injektionsserien, haben wir ebenfalls nicht gebraucht. Es kam uns nur darauf an, durch die Verbesserung bzw. Verstärkung der hormonalen Potenzen zu erkennen, wo ungefähr das für die betr. Fälle gemäß ihrer Anlage und Lebensweise normale Gewicht steckt, und mit welchen einfachsten Mitteln es zu erreichen und zu erhalten ist.

So wie wir das Mittel gegeben haben, wurde es stets gut vertragen. Wir haben weder Herzbeschwerden noch Unruhe, Zittern oder sonstige Symptome beobachtet. Wo mit Injektionen aufgehört wurde, geschah es aus äußeren Gründen. Hier und da zeigten die Patientinnen eine meist einseitige erhöhte Empfindlichkeit gegen die Injektionen, eine Beobachtung, die man häufig auch bei indifferenten Mitteln zu machen gewohnt ist. In einigen Fällen — auch bei anderen Injektionskuren — ist diese Seitendifferenz der Sensibilität äußerst frappant. Wie man auf der einen Seite bessere Venen findet als auf der anderen, so beobachtet man auch eine manchmal stark differierende Sensibilität.

Was wir mit unserer Notiz sagen wollten, läßt sich so zusammenfassen:

Ein ebenso wichtiges Gebiet wie die Entfettung von schwer pathologischen Fällen ist die Behandlung der Patientinnen, die, ohne wesentlich aus der Norm zu fallen, ein Gewicht haben, das weder zu ihrer Veranlagung zu passen scheint noch zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Diese Fälle sind als Folgen geringer hormonaler Impotenzen des gesamten in Betracht kommenden Hormonsystems aufzufassen und verhalten sich zur schweren glandulären Fettsucht ähnlich wie etwa ein harmloser Sonderling zu einem ausgesprochenen Schizophrenen. Das Lipolysin erscheint als geeignetes Mittel, das, ohne Störungen zu machen, das Körpergewicht auf die schätzungsweise normale Höhe schnell zurückführt.

Im allgemeinen erwies sich als zweckmäßig, mit dreimal täglich 1 Tablette zu beginnen, um auf dreimal 2 Tabletten zu steigern. Mehr als insgesamt 200 Tabletten im Verlaufe einer mehrere Wochen betragenden Kur wurden im allgemeinen nicht verordnet. Injektionen erfolgten, soweit sie überhaupt angewandt wurden, etwa jeden zweiten Tag.

Behandlung von Grippediarrhöen mit einer Silberkohle- und Chlorsilber-Kieselsäure-Gel-Kombination, „Adsorgan-Heyden“.

Von Primarius Dr. OSKAR LÖWINGER.

Seit den schweren Grippefällen am Kriegsende traten immer wieder Erkrankungen auf, welche entweder gleich zu Beginn mit stürmischen Diarrhöen einsetzten oder die nach Ablauf der Lungen- und Herzerscheinungen und nach Entfieberung unter neuerlichem Fieberanstieg Erbrechen und sogar teils blutige Diarrhöen zeigten. Dort, wo häufig sehr heftiges Erbrechen eintrat, konnte man kaum eine Medikation per os verabreichen, und wenn durch geringe Atropin- oder Belladonna-Gaben per injectionem oder Suppositorien etwas Ruhe eingetreten war, konnte man mit der für diese Fälle besten Medikation, der Kohleverabreichung, welche auch den Meteorismus und Spasmus beseitigt, beginnen. In dem Adsorgan (das aus Silberkohle und Chlorsilber-Kieselsäure-Gel besteht und nach Bechhold eine große Anziehungskraft auf Bakterien und Toxine besitzt, wie auch eine ausgesprochene Desinfektionswirkung aufweist), das ich versuchsweise bei dem einen oder anderen dieser Fälle anwandte, fand ich ein Medikament, welches, in kleinen Dosen gegeben (1 bis 2 Messerspitzen zweimal täglich), auch im Stadium der stürmischsten Erscheinungen gut vertragen wurde. Aus einer Anzahl im Laufe des heurigen Frühjahrs beobachteten Fälle (es waren gegen 20 Patienten) will ich einen hervorheben, der, schon gänzlich von der Grippe geheilt, starke Anorexie zeigte und einige Tage, nachdem er das Bett verlassen hatte, plötzlich unter Temperaturanstieg heftigen Brechdurchfall mit Kollapserscheinungen, Bradykardien bekam. Ich gab dem Patienten dreimal täglich eine Messerspitze Adsorgan, welches er gut vertrug. Kurz nach dessen Verabreichung hörte auch das heftige Brennen in der Magengrube, über das der Patient geklagt hatte, auf; die Diarrhöe stand am nächsten Morgen; auch das Fieber verschwand am nächsten Morgen. Der Bauch war schon nach der ersten Verabreichung von Adsorgan viel weicher geworden, die heftigen Krämpfe ließen nach; es wurde auch gleichzeitig reichlich Thermophor gegeben. Wenn ich auch nicht auf eine große Anzahl von Fällen hinweisen kann, so glaube ich doch, diese Kombination von Silberkohle und Chlorsilber-Kieselsäure-Gel gerade bei den unter so stürmischen Erscheinungen auftretenden Formen der Grippediarrhöe zum Versuche der Kupierung des Anfalles empfehlen zu können.

*) Hersteller: Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

LIBRARY
RECEIVED
JUN 11 1929

48.8
F77

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kč.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 10

BERLIN, DEN 17. MAI 1929

47. JAHRGANG

BROSEDAN

Das zuverlässige Sedativum.

Kochsalzarmes Brömhfepräparat, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch.

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit,
Epilepsie, Neuralgien, sexueller Übererregbarkeit.

Bei verschiedenen Kassen zur Verordnung zugelassen.

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

Sinolysin
„Henning“
zur Entfettung

Chem. u. pharm. Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekonvaleszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurf- und Schießstand, Autogesellschaftsfahrten.

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen



Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skrofulose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch**
Hausarzt: **Dr. Hartmann.** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



Kurhaus Monte Bre Lugano Süd-Schweiz
Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besudt. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ernäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.
Unter derselben Leitung **„DER KURHOF“**
Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts
Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ernäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.**

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subal-pines, nebelreies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallen-schwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt
Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

HOTEL VIKTORIA

Am Scharmützelsee — Nähe d. Moorbades
Einzig in Bad Saarow
für Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten
auf Wunsch Diät-Kur
Stets von Berliner Aerzten empfohlen!

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
1000 Meter
für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkrankheiten

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — **Diätikuren** — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann **Dr. B. Spinak**

KURHAUS SEMMERING

Physikalisch-diätetische Höhenkuranstalt. 1000 Meter über dem Meere. 2 Stunden Bahnfahrt von Wien. Alle modernen Kurbefehle. **Chefarzt: Med.-Rat Dr. Franz Hansy.**
Frühjahr und Herbst ermäßigte Preise.
Alles Nähere durch die Prospekte.

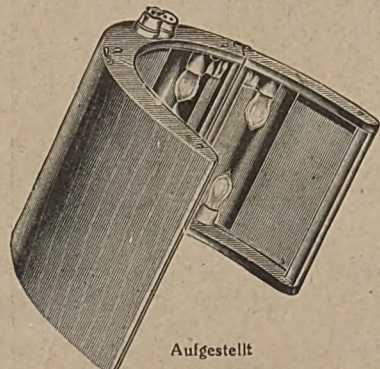
Wilhelm Krahel, Berlin NW 28, Schiffbauerdamm 8

Alleinverkauf der zusammenlegbaren
Heißluft-Apparate u. elektr. Lichtbäder

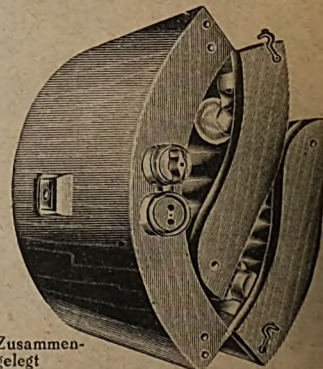
nach **San.-Rat Dr. Hennig**

Vorzüge: Äußerst stabile Konstruktion
Unbedingte Zuverlässigkeit — Wenig
Raum beanspruchend — Leicht trans-
portabel — Intensive Licht- bzw. Wärme-
wirkung — Günstige Preise

Verlangen Sie kostenlose Übersendung
meines ausführlichen Spezialprospektes A



Aufgestellt



Zusammen-
gelegt

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

- Prof. Dr. H. Günther, Leipzig: Rohkostlerium
und ärztliche Rohkostdiät 347
- Dr. med. Max Grünwald, Dortmund: Ueber
Verletzungen an Händen und Fingern 349

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

- Bakteriologie und Serologie 351
- Chirurgie und Orthopädie 358
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 360
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 366
- Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 367
- Hygiene 369
- Infektionskrankheiten 369
- Innere Medizin, Tuberkulose 371
- Kinderheilkunde 378
- Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 379

- Psychiatrie und Nervenheilkunde 382
- Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische
Anatomie 382
- Psychologie und Psychopathologie 384
- Soziale und gerichtliche Medizin 384
- Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik
und -therapie 385

Neu erschienene Bücher

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

- Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Max Beck in München:
Ein Beitrag zur Behandlung der bösartigen Ge-
schwülste 387
- Aus dem Marienhospital, Herne (Westf.):
- Dr. Brand, Assistenzarzt: Unterstützung der
Rekonvaleszenz durch Nahrungsmittel 389
- Dr. Kurt Heymann, Grünwald: Die Paralyse-
behandlung mit Stovarsolnatrium 389

Englisches

INSULIN

„AB“ BRAND

vorzüglich bewährt durch

größte Reinheit und stärkste Wirksamkeit
Sofortige Preisermäßigung

Original-Packung: 5 ccm = 100 E. 2.90 M
5 ccm = 200 E. (verstärkt) 5.70 M
25 ccm = 500 E. 14.— M

Generalvertreter für Deutschland:

Dr. Fresenius (Hirschapotheke), Frankfurt a. M., Zeil 111
Dr. Hans Sachsse & Scheidt, G. m. b. H., Berlin NW., Dorotheenstr. 36

TÖPFER'S KERAMIN-SEIFE

Nach Unna „Monatshefte für Praktische Dermatologie“ 39. Bd. 04:

Es ist ein kleines unansehnliches, braunes, nicht nach den Regeln moderner Seifenpraxis hergestelltes Stückchen, das mit dem Anspruch in die Welt tritt, **chronische, stark juckende, krustöse Kinderexzeme** ohne weitere Beihilfe zu heilen.

Carl Töpfer, Naumburg a. S.

Bestandteile lt. Reichsmedizinal-Kalender:

Sapo medicat. neutr., Balsamum Peruvianum, Ol. Caryophyllorum, Ol. Cinnamomi.

— **Zur Krankenkassenverordnung zugelassen K. P. —**
Besonders von Krankenkassenärzten glänzend begutachtet.

Von vielen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen. K. P.

Literatur und Proben gratis

Sanguinal

(Kombination mit Arsen — Jede Pille enthält 0.0006 Arsen — Chinin, Guajacol, Lecithin, Jod und Kreoso usw.) Seit Jahrzehnten vorzüglich bewährtes Präparat gegen

Anämie und Chlorose und verwandte Krankheiten
Seine Wirkung beruht auf dem Osmose bedingenden hohen Gehalt an Blutsalzen. Literatur und Proben kostenlos.

Chem. Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.



die günstige Beeinflussung
der

Blutregeneration

durch

Hepatopson liquidum

bei

Anaemia perniciosa

und anderen schweren Anämien

Packungen:

Originalflasche zu 100 g (= 1000 g Frischleber)
Klinikpackung zu 500 g (= 5000 g Frischleber)

Dosierung:

Als Tagesgabe 3 bis 5 Eßlöffel voll
(1 Eßlöffel Hepatopson liquid. = 100 g Frischleber)



Chemische Fabrik Promonta G.m.b.H., Hamburg 26

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 10

BERLIN, DEN 17. MAI 1929

47. JAHRGANG

* Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Rohkostlertum und ärztliche Rohkostdiät.

Von Prof. Dr. H. GÜNTHER, Leipzig.

Die volkstümliche Ernährung hat sich im Laufe der Jahrtausende durch Erfahrung und Gewöhnung auf eine bestimmte und offenbar zweckmäßige Norm eingestellt. Trotzdem finden doch von Zeit zu Zeit sektierende Fanatiker Anhang, welche enge und strenge Regeln der Lebensweise besonders auch hinsichtlich der Ernährung vorschreiben. So gibt es neuerdings eine große Zahl von Anhängern der Rohkostbewegung, welche glauben, daß diese Art der Ernährung allein zweckmäßig und gesundheitsförderlich sei. Das Rohkostlertum ist eine moderne Variante des seit Anfang des 19. Jahrhunderts existierenden Vegetarismus, der allmählich an Anhängern verloren hat. In neuerer Zeit entstandene Sekten, wie Mazdaznanen, sind mehr oder weniger strenge Bekenner zur Rohkostlerei. Andererseits wird auch behauptet, daß das Rohkostlertum eine Reaktion auf die einseitige Ueberschätzung der Kalorienbewertung der Hygieniker darstelle.

Es besteht kein Zweifel, daß unsere Krankenküche mancherorts dringend der Reform bedarf und daß auch auf diesem Verwaltungsgebiete der Arzt in erster Linie maßgebend sein muß. Der neue Aufschwung der ärztlichen Diätetik muß sowohl im Krankenhaus als in der Praxis den Patienten in vollem Maße zugute kommen. Wenn auch der Wert der jetzt modernen Rohkost im allgemeinen vielleicht etwas überschätzt wird, muß doch diese Kostform für die Krankendiät soweit ausgenutzt werden, als sie Vorteile vor der gewöhnlichen Kostform hat.

Während letztere durch Wässern und Kochen Mineralstoffe, Vitamine, Katalasen und andere wichtige Bestandteile verliert, bleibt in der Rohkost der Mineralbestand und Vitamingehalt in ursprünglicher Form erhalten. Das Sättigungsgefühl wird bei Rohkost mit kleineren Mengen als bei gekochter Nahrung erreicht; ferner ist wegen des reichen Wassergehaltes die Zugabe von Getränken unnötig.

Von Friedberger wurde behauptet, daß die Nahrung durch Kochen und besonders durch Uebergarkochen unterwertig werde. Die Behauptung des noch geringeren Wertes der übergaren Kost hält er nach Wiederholung der Versuche nicht mehr aufrecht, dagegen hält er an der Ueberlegenheit der Rohkost nach experimentellen Rattenversuchen (Wachstum) fest. Den angeblichen Unterwert gekochter Eier konnte Scheunert nicht bestätigen. Er konnte durch alleinige tägliche Fütterung von Ratten mit 35 g Hartei sogar Fortpflanzung erzielen; bei längerer Fütterung von Ratten mit Rohei traten Schädigungen auf, die durch Ersatz des Roheis durch Hartei geheilt werden konnten. Stenquists Versuche ergaben, daß „rohe Eiernahrung in hohem Grade minderwertig“ ist; Salomon fand keinen wesentlichen Unterschied zwischen Rohei und gekochtem Ei bei Ratten. Auch bei Menschen fand Salomon keinen Unterschied im Anschlagswert der Rohkost gegenüber gekochter Nahrung.

Der dem Kochen zur Last gelegte Mineralverlust läßt sich durch sachgemäße Behandlung (Dämpfen des Gemüses) weitgehend vermindern. Der Vitamingehalt wird durch Kochen nur teilweise zerstört; außerdem ist ja der gewöhnlichen Kost durchschnittlich immer eine gewisse Menge von Rohstoffen beigelegt. Andererseits ist der Vitamingehalt der Rohkost zweifellos größer, ohne daß die Gefahr der „Hypervitaminose“ besteht.

Der Sättigungswert der Rohkost ist zweifellos größer als bei gekochter Nahrung; der Kaloriengehalt läßt sich nach v. Noorden

ohne Aufkommen von Hunger bei einer Roh-Obst- und -Gemüsekost weitgehend einschränken, bei reiner Obstkost auf täglich 700 bis 1000 Kalorien.

Die Rohkost ist eine schlackenreiche Kost. Der Reichtum an schwer aufschließbarer Zellulose steigert die Kotmenge auf das Doppelte bis Dreifache und bewirkt eine Anregung der Darmperistaltik. Nach Straßburger beträgt der Stickstoffverlust durch Nichtkochen der Nahrung etwa 50%, während der Stärkeverlust (abgesehen von den Verlusten durch Darmgärung, die erheblich sein können) mindestens 7% und der Fettverlust auch etwa 7% beträgt. Der geringe Fettverlust erklärt sich daraus, daß die Fette ohne Verletzung der Zellhüllen infolge Durchdringens der Darmlipasen aus der Pflanzenzelle herausverdaut werden (Heupke und Marx). Obwohl die Darmfermente auch aus größeren Nahrungspartikeln, z. B. einer halben, unzerkauften Nuß, Eiweiß, Kohlehydrate und den größten Teil des Fettes herausverdauen können, ist doch die Ausnutzung um so geringer, je schlechter die Nahrung gekaut worden ist. Die Aufschließung ist bei Rohkost auch deshalb geringer, weil die Verweildauer im Magen wesentlich verkürzt ist. Rohe Kartoffeln und Kartoffelstärke sind so gut wie unverdaulich. Daher können Personen, die einen hohen Kalorienbedarf haben (Schwerarbeiter 3000 bis 5000 Kalorien) nicht ohne Mehl, Brot und Kartoffeln (die ohne Hitz Zubereitung ungenießbar) allein von Rohkost leben. Die gegenteilige Ansicht, daß eine Versuchsperson auch bei „Schwerstarbeit“ mit vegetabilischer Rohkost (und Milch) $\frac{1}{4}$ Jahr lang Gewichtskonstanz halten kann (Potz), wurde durch Versuche an der gleichen Person im Münchener hygienischen Institut nicht bestätigt (Ilzhöfer). Im Krankenhaus kann man aber mit Rohkost gute Gewichtszunahme erzielen (Schittenhelm).

Salomon glaubt, daß der Hauptnutzen der Rohkost im Schlackenreichtum liege, der besonders bei gleichzeitiger Verwendung von Vollkornbrot hervortrete. Seine „Schlackenkost“ besteht aus 250 bis 300 g Schrotbrot, 1 bis 2 kg Rohobst und sonstigen Speisen, ist also bis auf den reichen Obstgehalt keine Rohkost. Er glaubt, daß bei manchen Ernährungsformen von Rohkostlern (Bircher-Benner u. a., auch Gerson-Sauerbruch-Diät bei Tuberkulose) die Verwendung von Vollkornbrot (Schrotbrot) den wirksamsten Faktor bilde. Durch Schlackenkost soll nach Salomon die Ausscheidung von Urobilin und Lipoiden durch den Darm stark vermehrt werden.

Nach Stepp wird eine enorme Steigerung des Grundumsatzes erreicht, wenn nach etwa acht Rohkosttagen plötzlich viel Eiweiß gegeben wird.

Wenn sich auch die übliche Kost durch schmackhaft zubereitete Rohkost völlig ersetzen läßt, befürwortet Schittenhelm doch die Abwechselung zwischen Früchtefasttagen, strengen Rohkosttagen, Rohkosttagen mit gekochten Zulagen und Normalkosttagen bei der Behandlung.

Indikationen der Rohkostdiät:

Mastfettleibigkeit und Fettsucht sind in erster Linie zu nennen. Durch die Möglichkeit der langfristigen Reduktion der Kalorienzufuhr läßt sich das Hauptprinzip der Entfettungskuren leicht durchführen. Da meist auch eine Störung des Wasserhaushaltes vielleicht infolge Schilddrüseninsuffizienz (H. Eppinger) mit erhöhter geweblicher Wasserbindung besteht, ist die Anwendung der kochsalzarmen Obstkost besonders geeignet. Oft genügt nach v. Noorden die wöchentliche Einschaltung von 1 bis 2 Obsttagen zu einer langsamen, bequemen und unschädlichen Entfettungs-

entuell Beginn mit einer entwässernden Obstkur, dann Obstkost mit Buttermilch, zwei Eiern, Salaten.

Diabetesbehandlung wird zuweilen durch Rohkostdiät unterstützt. Die ärztliche Kunst vermag nach v. Noorden durch die richtige Wahl der abwechselnden Folge von „Fasttagen“, „Hafer Tagen“, „Obsttagen“ und „Obst-Reistagen“ zu bewerkstelligen. Die Ernährung nach fünf- bis zehntägigen Fasttagen, bei denen es erst nach Verordnung von Rohkost-Obst-Salattagen, an denen man bei Insulinbedürftigkeit auf ein Drittel der Dosis herabgehen kann. Auch Brauers Klinik empfiehlt 1 bis 2 Obst-Reistage unter zurückhaltender Anwendung des Insulins (Niemann). Schittenhelm berichtet über Diabetesfälle, bei denen es erst nach Verordnung von Rohkost möglich war, die Insulinmenge erheblich herabzusetzen; die Kohlenhydrate des Obstes und anderer Vegetabilien (verschiedene grüne Salat, Spinat, Sauerampfer, Tomaten, Gurken, Wurzeln, Kürbisse, Mandeln) wurden sehr gut vertragen. Der basische Charakter der Rohkost unterstützt die therapeutische Wirkung, vielleicht nach Schittenhelm in dieser enthaltene basische Stoffe.

schwerer Azidose entspricht Obstdiät nach Kleeberg Anforderungen an Geschmack, Abwechslung, Eiweißarmut, Einschränkung, Zuckerdarreichung in höchster assimilatorischer (Lävulose), Basenreichtum, Diuresewirkung und Stuhlregulation.

Obstipation wird bekanntlich durch schlackenreiche Kost günstig bekämpft; die Rohkost ist also hierzu geeignet (Kot weicher, wasserreicher, gleitfähiger). Schon in der Mitte des 19. Jahrhunderts hatte Trousseau vegetabile Kost und Rohkost bei Obstipation empfohlen. Andere legen größeren Wert auf das Verzehren groben Brotes (Schrotbrot) als Mittel gegen die Obstschalen, der harten und holzigen Frucht- und kleinen Kerne als Belastungskost.

Bei Magen- und Duodenalgeschwür fand Stepp günstige Beeinflussung der Aziditätsverhältnisse durch Trauben- und Apfelsäure. Berlet und Dennig raten dagegen, Frucht- und Apfelsäure zu vermeiden, da sie die Sekretion sehr anregen. Enterokolitis und Dyspepsien werden zuweilen durch Obstkur günstig beeinflusst (v. Noorden), bei Colica abdominalis rühmt Salomon die Vorteile der Schlackenkost.

Bei Leber- und Gallensteinleiden konnte man bereits 10 Jahren den Nutzen der Obstkuren. Der Bonner Kliniker A. Naumann empfiehlt (1835) bei Lebererkrankungen vegetabilische Speisen, Saft frischer Möhren, Gurken, Obst, (Quarner bevorzugte Erdbeeren); bei Gallenkrankheit reichlichen Genuß von Obst.

Bei Leberkrankheiten verschiedener Art sind Obstkuren erfolgreich. Mäßiger Aszites bei Leberzirrhose wird nach v. Noorden durch 2 bis 3 Obsttage völlig beseitigt; die Verordnung von einem Obsttag pro Woche ermöglicht es, die Notwendigkeit der Punktion auf längere Zeit hinauszuschieben zu vermeiden.

Bei der Behandlung der jetzt seltenen Gicht ist die Einordnung von Obsttagen sehr nützlich. v. Noorden verordnet 1 bis 2 Obsttage; er fand nach 1 bis 2 Obsttagen „oft ganz erstaunliche Mengen von Harnsäure“ im Urin. Der Harnsäurespiegel des Urins sinkt bei Rohkost nach Schittenhelm auf 1 bis 2 mg/100.

Bei Nierenkrankheiten sind die einseitigen Kuren, wie die Milch- und unzureichenden Mineralwasserkuren, verlassen worden. Die für den Patienten angenehmere und häufigere Einführung einer individualisierenden und häufigeren Kost unter reichlicher Anwendung von Obsttagen, von Fruchtsäften und der Einschaltung einiger „guter“ Speisen mit einer geringen Menge Fleisch hat sich bewährt.

Die Erfolge rein diätetischer Behandlung der Hypernatriämie sind noch strittig. Looft und Vogelsang erzielten bei arterieller Hypertonie allein keine dauernde Herabsetzung des Blutdruckes. Doch wird auch günstige Wirkung vegetabilischer Diät behauptet (Malten).

Versuche bei anderen Krankheiten sind noch kurz zu nennen. Bei eitriger Bronchitis, putriden Bronchitis, Bronchiektasen und Asthma kann die Einschaltung von Obsttagen nach v. Noorden nützlich sein. Vegetabile Nahrung und Obstdiät

wurde schon 1833 von Roliff zur Resorption von Extravasaten empfohlen. Nach Schittenhelm ist noch Rohkostbehandlung bei Morbus Basedow, Asthma, Anaphylaxie, Anämie und Hyperglobulie zu versuchen.

Auch in der Pädiatrie hat sich Rohkost teilweise bewährt (Feer), aber freilich nicht bei jungen Säuglingen (Camerer).

Die Rohkostküche. Unsere gewöhnliche Kost enthält mehrere Speisen, die als Rohkost direkt oder nach besonderer Zubereitung gegessen werden, wie Obst, Salate, Tomaten, Radieschen usw. Außerdem gibt es nicht wenige Menschen, die relativ große Mengen rohes Fleisch verzehren. (Ueber Zweckmäßigkeit rohen Fleischgenusses vgl. Richet und Monceaux). Die professionellen Rohkostler sind ihrem neuen Evangelium nicht in vollem Umfange treu. Einerseits meiden sie prinzipiell rohes Fleisch. Sie gehören entweder zur Sekte der strengen Vegetarianer oder setzen sich durch den Genuß von Milch, Quark, Butter, Käse, Rohkost der Verachtung der echten Vegetarianer aus. Andererseits verschmähen sie aber nicht grobes Brot (Schrotbrot, Graubrot, Kommißbrot), welches keinesfalls zur Rohkost gehört. Im Winter ist strenge Rohkost schwer zu beschaffen und teuer.

Bei der Bereitung der Rohkost ist der Zusatz von Kochsalz entbehrlich, er beeinträchtigt sogar oft den Geschmack. Je nach der therapeutischen Indikation kann man salzarme oder salzreiche Rohkost verabreichen. Zur Herstellung süßer Speisen sind bei Sektieren besonders Honig, Rübensaft und Birkenwasser beliebt, während zur schmackhaften Zubereitung der Rohkost auch unbedenklich Zuckerfabrikate (Rohrzucker, künstlicher Honig usw.) benutzt werden können.

Als Nahrungsmittel sind bevorzugt: Obst, Nüsse, Feigen, Datteln, Mandeln, grünes Gemüse, Salate, Kohle (Rot-, Weiß-, Blumen-, Rosen-), rohes Sauerkraut (in der Tschechoslowakei als Volksmittel gegen Lungen- und Bronchialerkrankungen bekannt, von Hartmann in gleichem Sinne empfohlen), Rüben, Möhren, Gurken, Kürbis, Tomaten, Maiskolben, ferner aufgeweichte rohe Körnerfrüchte, Reis (Haferflocken in Milch geweicht).

„Inwieweit sich der Kreis roh verzehrbaren Gemüsefrüchte, -wurzeln, -knollen, -stengel und -blätter über das landesübliche Maß erweitern läßt, ist teils Frage persönlicher Geschmacksrichtung, teils Frage küchentechnischer Kunst“ (v. Noorden). Die Art der Zubereitung spielt eine große Rolle, doch gibt auch Malten zu, daß die Rohkost an Wohlgeschmack hinter der üblichen gekochten Nahrung „wesentlich zurückbleibt“. Getränke sind im allgemeinen nicht nötig, man kann aber ad libitum Fruchtsäfte, Mineralwasser geben; Schittenhelm empfiehlt auch saure Milch, Mandelmilch, Hagebutten- und Lindenblütentee.

Spezialkuren:

Reine Obstkuren können alle Obstarten umfassen oder sich auf bestimmte Obstarten beschränken. Die wesentlichen Bestandteile der Obstkost außer Wasser sind: Traubenzucker, aromatische Ester, niedere organische Säuren (Fruchtsäuren), Zellulose, Hemicellulose, Vitamine (besonders antiskorbutisches), Pektine (durch Quellung die Darmpéristaltik anregend), wenig Proteine. Therapeutisch wichtig ist die Kochsalzarmut der Obstkost.

Leider ist das Obst infolge der mangelhaften inländischen Obstproduktion und Obstpflege als Volksnahrungsmittel noch zu teuer. Eine großzügige Umstellung der Landwirtschaft in dieser Hinsicht ist vorläufig nicht möglich (vgl. v. Noorden) und auch nicht notwendig. Es wäre schon viel erreicht, wenn die große Zahl der Gartenbesitzer den Wert des zweckmäßigen Obstbaues kennenlernt.

Obstkuren werden am besten kurzfristig verordnet (1 bis 3 Obsttage), während längere Obstkuren von über drei Wochen Dauer nach v. Noorden „mindestens ein Wagnis“ sind. Oft werden sie dahin erweitert, daß auch verschiedene andere Baumfrüchte verwendet werden, wie Feigen, Datteln, Kastanien, besonders aber Mandeln und Nüsse. Letztere zeichnen sich durch ihren reichen Fett- und Proteingehalt nebst fettlöslichen Vitaminen aus.

Traubenkuren waren in deutschen Weinbaugenden seit Mitte des 19. Jahrhunderts sehr verbreitet und werden auch jetzt noch gebraucht. Die Weintraubenkuren sollen vorsichtig mit 1/2 bis 1 kg täglich begonnen werden; um zu starke mechanische Darmreizung zu vermeiden, sollen die Schalen nicht verzehrt werden. Eine Reizung der Mund- und Rachenschleimhaut durch Fruchtsäuren und andere Reizstoffe kann mit kleinen Stücken Weißbrot gemildert

werden. Das Tagesquantum kann allmählich auf 4 kg gesteigert werden. Bei unvorsichtiger Anwendung sind Dyspepsien zu befürchten. Um die Einseitigkeit der Kur etwas zu mildern, werden mitunter einige Zugaben (z. B. in Meran einige Birnen und Feigen) gestattet. Das Interesse der Traubenkuren ist neuerdings wieder belebt worden durch die warme Befürwortung v. Noordens, der sie bei Fettleibigkeit, Leberkrankheiten und besonders Nierenleiden empfiehlt.

Manche Rohkostspezialmittel sind aus der Volksmedizin bekannt. Als Hausmittel mancherorts beliebte rohe geriebene Möhren oder Rüben gegen Madenwürmer werden neuerdings wieder empfohlen. Bei Hochfiebernden bewährt sich nach Stepp der Breinahrung beigemischter roher Karottensaft. Bei Sprue sind Erdbeerkuren, bei Nierenkrankheiten Kürbiskuren verordnet worden. Eine Zitronen- oder Selleriekur wurde auch von Alb. Hoffmann gelegentlich verordnet.

Neben den genannten Vorzügen der Rohkost dürfen die Nachteile nicht unberücksichtigt bleiben.

1. Zahlreiche Patienten, besonders starke Fleischesser, haben gegen diese Kost eine unüberwindliche Abneigung. Das wichtige Prinzip der Variabilität der Kost ist in viel geringerem Grade durchführbar, als bei der gewöhnlichen unbeschränkten Kost. Ferner machte Schittenhelm die Erfahrung, daß die Behandlung einzelner Patienten im großen Krankensaale mit Rohkost nicht durchführbar war, während die Darreichung im Einzelzimmer gelang.

2. Viele Patienten bekommen besonders zu Beginn der Rohkostkur Beschwerden (Leibschmerzen, Blähungen). Irrtümlich werden diese von Rohköstlern als „Heilkrisen“ angesehen. In höherem Maße als bei gewöhnlicher Kost ist hier Ruhe bei der Mahlzeit, langsames Essen und gründliches Kauen erforderlich. Bei besserem Kauen der Rohkost werden die Beschwerden geringer (Schittenhelm).

3. Nicht zu unterschätzen ist die Gefahr unzureichender Ernährung, welche in dem erhöhten Sättigungsgefühl trotz ungenügender Kalorienzufuhr und eventuell im Eiweißmangel begründet ist. Im Winter spielt auch der höhere Preis der Rohkost und die Schwierigkeit der Beschaffung eine entsprechende Rolle. Wenn man den Nahrungsmittelpreis nach Kalorien bewertet, so sind die animalischen Nahrungsmittel viel preiswerter (Gottschalk). Laien ohne physiologisch-diätetische Kenntnisse bedürfen als Rohköstler der ärztlichen Ueberwachung.

4. Hygienische Bedenken kommen bei vorwiegender Rohkost ernstlich in Frage. Friedberger meint übrigens, daß die Rohkostbewegung eine Reaktion auf das „Totkochen der Nahrung“ aus bakteriologischen Gründen sei. Doch vertritt die Hygiene der Ernährung nicht den Standpunkt, daß Sterilisierung der Nahrung notwendig sei, sondern den, daß nur die Uebertragung pathogener Bakterien durch geeignete Maßnahmen verhütet wird.

Verunreinigung der Nahrung, besonders von Gemüse, durch Aechtungung, unsaubere Hände, Fliegen, Staub, Anhusten erhöhen die Gefahr bakterieller Infektion. Eine Reinigung durch Wasserspülung ist völlig ungenügend.

Bei Befunden einer Verminderung der Bakterien im Rohkoststuhl (Pötz) ist die Vermehrung der Kotmenge auf das zweifache und die schnellere Passage zu berücksichtigen. Eine Veränderung der Darmflora bei veränderter Kost ist zu erwarten, eventuell auch die Verminderung von *B. coli*. Friedberger meint, daß die Gefahr der Bakterieninvasion nicht sehr groß sei, einmal der Darm des Rohköstlers eine größere Widerstandskraft besitzt.

Bei Rohgenuß von Körnerfrüchten besteht die Gefahr der Infektion mit Aktinomykose. Vor Anwendung der Rohkost ist besonders zu warnen bei Achylia gastrica wegen Mangels der bakteriziden Kraft des Magensaftes.

Dazu kommt noch die vermehrte Wahrscheinlichkeit der Erwerbung von Würmern. Malten fand bei einem Rohköstler 100 Askariden, dazu Oxyuren und Ankylostoma. Auf Zunahme der Pulwurmträger im Zusammenhang mit der Rohkost weisen auch Chinz und Heggelin hin.

5. Bei gewissen konstitutionellen Diathesen ist die Rohkost ungeeignet oder einzu-schränken. Bei Oxalatsteindiathese ist Rohkost besser zu meiden. Phosphaturie und Phosphatsteindiathesen sind nach bekannten diätetischen Grundsätzen unter Vermeidung

eines Mangels fettlöslicher Vitamine zu behandeln. Bei Uratsteindiathese ist vegetarische Rohkost unschädlich.

6. Die eventuell mögliche Hautfärbung durch Karotine nach zu häufigem und reichlichem Genuß von Möhren, Karotten, roten Rüben hat nur kosmetische Bedeutung.

7. Psychopathen werden zuweilen durch Rohkosternährung ungünstig beeinflusst. Malten hatte den Eindruck, daß Neuropathen mit schizoidem Einschlag durch Rohkost in ihrer „Neigung zu Eigenbrödelei gefördert“ werden (Vielleicht Beziehung zu Inanitionspsychosen.) Andererseits bemerkt er sehr richtig, daß gerade Psychopathen leicht für das Rohköstlertum zu gewinnen sind und dann oft durch hemmungslose Uebertreibung in ihrem Ernährungszustand sehr herunterkommen. Nach Grote sind besonders schizoide Psychastheniker Rohkostkandidaten, während sich unter den „Pyknikern“ selten Rohköstler finden.

Ueber Verletzungen an Händen und Fingern.

Von Dr. med. MAX GRÜNEWALD, Dortmund.

Von allen menschlichen Körperteilen ist die Hand mit ihren Fingern am häufigsten Verletzungen aller Art ausgesetzt, weil zur beruflichen Arbeit die Tätigkeit von Hand und Fingern fast unentbehrlich ist, und weil infolge dieses häufigen Gebrauchs natürlich auch die Verletzungsmöglichkeit am leichtesten eintreten kann. Wie wichtig der Gebrauch der Hand für den berufstätigen Menschen ist, kann man daraus ersehen, daß in der üblichen Rententabelle der Verlust der ganzen Hand oder aller Finger rechts mit 66% und links mit 50–60% Erwerbsbeschränkung angegeben ist.

Entsprechend der vielseitigen Betätigung ist der Aufbau und die Bewegungsmöglichkeit der menschlichen Hand außerordentlich sinn- und kunstreich. Ihr Mechanismus ist so kompliziert aufgebaut, daß eine Verfeinerung des Kraft- und Muskelsinns in verschiedenen Spielarten möglich ist. An die fünf Finger der Hand gehen 18 Muskeln und 18 Sehnen von langen Muskeln. Die fünf Finger jeder Hand werden also, wie der bekannte Anatom Braus sagt, von 36 „innervierbaren Motoren“ versorgt. Der Daumen allein wird von acht Muskeln bewegt, der kleine Finger von neun Muskeln. Die Gelenke zwischen Hand- und Mittelhandknochen sind sogenannte Wackelgelenke, welche durch straffe Bänder festgestellt sind. Am Mittel- und Endgelenk der Finger dagegen sind die Gelenkflächen nicht Abschnitte von Kugeln, sondern Rollen, d. h. reine Scharniergelenke, welche nur Beugung und Streckung gestatten. Die einzelnen Bewegungen der Fingerglieder sind im hohen Maße voneinander abhängig; wir können z. B. nicht im Grund- und Endgelenk beugen und gleichzeitig im Mittelgelenk strecken. Das Grundgelenk des Daumens ist kein Wackel-, sondern ein Sattelgelenk; die stärkste Beweglichkeit ist nicht wie bei den übrigen Fingern in diesem Grundgelenk, sondern in dem Gelenk zwischen Handwurzel und Mittelhand.

Ein so vielseitiges Gebilde, wie es die menschliche Hand mit ihren Fingern ist, kann bei der Berufsarbeit eine ganze Reihe von Verletzungen erleiden. Außer körperlicher Minderwertigkeit, wie z. B. infolge bereits erlittener Verletzung, sind mangelnde Übung, jugendlicher Leichtsinns und gar nicht selten Alkoholmißbrauch häufige Unfallsursachen. Dazu kommt ferner als Unfallursache die Nichtverwendung vorhandener Schutzvorrichtungen, das Außerachtlassen der Betriebsvorschriften, ungeeignete Kleidung, hie und da auch zu geringe Entwicklung des Verstandes. Die Verletzungen ereignen sich seltener beim normalen Gang der Maschinen, sondern mehr bei dem Versuch, ein Hindernis zu beseitigen oder bei der Reinigungsarbeit vor völliger Abstellung. Ein gewisser Prozentsatz von Unfällen kann freilich als unvermeidlich angesehen werden; es muß aber Aufgabe aller Beteiligten sein, diesen Prozentsatz immer mehr zu verringern. Zu diesem Zweck dienen u. a. auch zuverlässige Angaben über den Hergang des Unfalls; das Erinnerungsvermögen des Betroffenen ist aber meist beeinträchtigt durch vorübergehend vorhanden gewesene Bewußtseinsstörung oder durch die im kritischen Zeitpunkt vorhandene hochgradige Erregung.

Am meisten ist die Hohlhand Verletzungen ausgesetzt. Quetschungen hinterlassen Blutergüsse ins Unterhautzellgewebe, so daß eine blaurote Verfärbung der Haut entsteht, welche recht schmerzhaft ist und gewöhnlich bei Anwendung kalter Kompressen zurückgeht. Außer Verbrennungen und Erfrierungen kommen verschiede-

dene Arten von Wunden vor, wie Schnitt-, Hieb-, Stich-, Riß-, Quetsch-, Biß-, Schuß-, vergiftete Wunden und Wunden mit Substanzverlust. Schnittwunden sind besonders bedenklich in der Hohlhand, weil sie leicht die Beugesehenen oder Nerven durchtrennen können; solche Schnittwunden kommen z. B. dadurch zustande, daß bei Mordversuchen ein Messer, welches jemand festzuhalten versucht, durch die Hand gezogen wird, oder daß ein Glasgefäß beim Entkorken in der Hand zerbricht. Riß- und Quetschwunden werden in Fabriken häufig beobachtet, und zwar entstehen sie dadurch, daß die Hand zwischen Zahnrädern, Walzen, Hecheln usw. gerät und dabei einschließlich der Knochen so zermalmt wird, daß nur eine formlose Masse übrigbleibt, welche nicht zu erhalten ist. Die gleiche Art von Riß- und Quetschwunden entsteht auch bei der Gewaltwirkung von Eisen-, Granat-, Stein- und Holzsprengstücken, wobei einzelne Finger vollständig abgerissen und die Hand furchterlich verstümmelt werden kann; dagegen verursacht ein Kugelschuß aus weiter Entfernung lediglich Zertrümmerung einzelner oder mehrerer Knochen, aber niemals gewaltige Zerreißen von Weichteilen.

Bei den Handverletzungen verdienen Sehnen und Nerven besondere Beachtung; dicht über dem Handgelenk verlaufen zwei Nerven (Medianus und Ulnaris), welche bei Hiebverletzungen leicht getroffen werden können, so daß Lähmung eintritt. Quere Durchtrennung der Sehnen, z. B. am Handrücken, macht Sehnennaht notwendig, wenn die getrennten Enden durch entsprechende Stellung und Fixierung der Hand nicht genau aneinanderzuhalten sind. Falls bei einer Blutung aus der Hohlhand nach Vereinigung der Wundränder, also nach der Naht, oder nach Anlegung eines mäßig festen Druckverbandes die Blutung nicht zum Stillstand gekommen ist, so muß eine Unterbindung vorgenommen werden, welche dem Arzt oft nur nach vorheriger künstlicher Blutleere durch Anlegung des Esmarchschen Schlauches und durch Freilegung der verletzten Stelle gelingt. Eine Folge der gar nicht selten auf der Handinnenfläche eindringenden oder steckenbleibenden Fremdkörper sind die eitrigen Sehnenscheidenentzündungen, welche bei tiefem Sitz einen fortschreitenden und sich verbreitenden Krankheitsprozeß bilden; gar nicht selten wird auch als Folge eingedrungener Fremdkörper Wundstarrkrampf beobachtet.

Die nach Handverletzung zurückbleibenden Narben verhalten sich verschieden, je nach der Art der stattgehabten Verletzung, nach ihrer Tiefe und nach den Substanzverlusten, welche durch Absterben von Haut-, Sehnen- und Knochenstücken stattgefunden haben, wenn auch Zusammenziehung von Gewebsstücken und Versteifung von Fingern als Folge zurückbleiben können, so sind doch im allgemeinen diese Narben nach Verletzung der Hand nicht so schlimm, wie die durch Verbrennung entstehenden Narben. Falls eine Narbe in der Hohlhand schmerzhaft ist infolge Verwachsungen mit den dort liegenden Nerven, so muß sie herausgeschnitten werden. Für den Berufstätigen ist es mit Rücksicht auf seinen Broterwerb nötig, in möglichst kurzer Zeit einen möglichst hohen Grad von Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Dieser Erfolg ist oft beobachtet worden bei Naht glatter oder auch gequetschter Wunden, und zwar dann, wenn eine solche Wunde mit der im Krieg viel verwendeten Dakin-Lösung gespült worden war, die Chlorkalk, Natriumkarbonat und Borsäure enthält.

Die verschiedenen Arten von Fingerverletzungen ähneln in ihrem Wundcharakter den Verletzungen an der Hand; man unterscheidet auch Schnitt-, Hieb-, Stich-, Schuß-, Biß-, Riß-, Quetsch- und vergiftete Wunden sowie Wunden mit Substanzverlust. Die Finger sind häufiger als andere Körperteile von Verletzungen betroffen. Bei Quetschungen des Nagels wird dieser nicht selten aus seinem Bett herausgelöst oder ganz abgerissen; der sehr langsam sich bildende neue Nagel enthält eine regelmäßige und glatte Oberfläche, wenn man die Nagelwurzel und die Rückseite des Nagelgliedes mit einem Wachsplättchen bedeckt. Die Blutung kann bei Fingerverletzungen meistens durch Druckverband gestillt werden. Nur selten ist die Unterbindung eines Blutgefäßes notwendig. Im allgemeinen pflegen Fingerverletzungen bei sorgfältiger Behandlung gut zu heilen. Selbst z. B. durch eine Kreissäge abgetrennte oder sonstwie abgehaute Fingerspitzen, welche sogar stundenlang getrennt gewesen waren, sind mehrfach nach Naht wieder angeheilt. Bei Durchtrennung von

Sehnen, besonders bei Durchtrennung der Strecksehnen, welche durch einen starken Schlag gegen die Rückseite der Finger herbeigeführt werden kann, müssen die Sehnenenden durch übermäßige Streckung des Fingers einander nahe gebracht werden. Gelingt auf diese Weise das Zusammenwachsen nicht und tritt eine isolierte Uebernabung der Sehnenenden ein, welche zur dauernden Unbrauchbarkeit des gekrümmten Fingers führen würde, so müssen die beiden Sehnenenden wieder freigelegt, angefrischt und durch Naht vereinigt werden. Die Ergebnisse solcher operativen Eingriffe sind meist günstig.

Kommt es infolge Fingerverletzungen, z. B. durch Maschinen, zu umfangreichen Zerreißen und Zertrümmerungen, so kann gar nicht selten die Absetzung des Fingers bis zum Grundgelenk für einen glatten Wundverlauf ratsam sein. Jedoch bestehen in dieser Hinsicht Bedenken beim Daumen und Zeigefinger, weil diese beiden Finger am wichtigsten sind, d. h. ihre selbst teilweise Erhaltung ist von großer Bedeutung für die Gebrauchsfähigkeit der Hand. Aber auch in diesen Fällen kann ein ganz unbewegliches Fingerglied, welches durch Narbenschrumpfung und -zusammenziehung aus seiner normalen Lage verzerrt ist, bei der Benutzung der Hand mehr störend als nützlich sein. Die Frage also, ob und wie weit ein Finger zu erhalten ist, kann nur von Fall zu Fall richtig beantwortet werden. In die Finger eingedrungene Fremdkörper, wie z. B. Messer- und Nähnadelspitzen, oder Holz-, Glassplitter, Dornen usw., müssen wegen der Möglichkeit einer folgenden Eiterung möglichst bald entfernt werden, wenn auch gelegentlich Metall-, Glas-, Porzellan- und Steinsplitter monate- und jahrelang ohne Eiterung zurückbleiben und ganz einheilen können.

Ab- und Ausreißen von Fingern oder Fingergliedern einschließlich der Sehnen, namentlich der Beugesehenen, kommen vorzugsweise bei Kutschern, Pferdewärtern und Ochsenknechten vor, welche entweder die Fahrleine um den Finger geschlungen oder den Finger in den Ring einer Kette gesteckt haben, an der sie ein Tier führten. Werden nun z. B. durch Scheuen eines Pferdes die um den Zügel geschlungenen Finger plötzlich hochgerissen, so entstehen oft Ab- oder Ausreißen ganzer Finger bzw. ganzer Fingerglieder, oder auch gar nicht selten Brüche an den Fingergliedern, welche deshalb besonders vermieden werden sollten, weil sie eine verhältnismäßig lange Heilungsdauer von etwa 7 Wochen beanspruchen, und weil nach Beobachtungen von Ziegler festgestellt worden war, daß bei 403 Fingerbrüchen eine durchschnittliche Invalidität von 24,4% eingetreten ist. Von komplizierten Brüchen und manchmal auch Zermalmungen einzelner Finger werden die Arbeiter an Mischmaschinen dann betroffen, wenn sie entgegen der Betriebsvorschrift mit der Hand hineingreifen, um festzustellen, ob die Mischung fertig ist oder um Abfallstücke auszuräumen. Im Druckereigewerbe ereignen sich an der Tiegeldruckpresse zeitweise Quetschungen der Endglieder des zweiten und dritten Fingers beim Auflegen der Druckbogen. Die Bedienung der Heftmaschine führt in manchen Fällen zu einer typischen Spaltung der Fingerbeere durch den zum Heften bestimmten Draht. Bei Schneidern erfolgt durch die Nadel der Nähmaschine eine kennzeichnende durchdringende Stichverletzung des Nagelgliedes am linken oder rechten Mittelfinger; gar nicht selten bricht die Nadel ab, so daß ein Teil von ihr im Fingerglied zurückbleibt. Diese Verletzungen haben häufig eine Zellgewebsentzündung zur Folge. Zu charakteristischen Fingerverletzungen kommt es auch an der Kreissäge, wenn z. B. beim Versuch, ein Hindernis zu entfernen (Ast im Holz), die Schutzvorrichtung aufgeklappt ist und dann die Endglieder des vierten und fünften Fingers in schräger Richtung abgeschnitten werden.

In gewerblichen Betrieben sollen alle zur ersten Hilfe notwendigen Mittel stets in brauchbarem Zustand vorhanden sein und nur von kundigem Personal angewandt werden. An Stelle des in den Rettungskästen häufig noch vorhandenen Jodoforms und Karlsbols, zweier Medikamente, deren Gebrauch bei entsprechender Veranlassung des Verletzten zu lästiger Hauterkrankung führen kann, sollten Arbeiter, Werkführer und Beamte, wenn sie erste Hilfe leisten, das Wundstreupulver Dermatal oder Wasserstoffsuperoxyd bevorzugen oder als erste Hilfe lediglich einen keimfreien Verband anlegen, der keinen Schaden anrichten kann und für den Verunglückten nützlich ist bis zu Erlangung ärztlicher Hilfe.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path., Leipzig, 140., Heft 3/4.

Die Wirkung von Blut und Serum auf Warmblütergefäße. Feldberg, Flatow und Schill.

Das Verhalten des Pfortaderdruckes nach Injektion von Histamin und Pepton in den Kreislauf der Katze. Feldberg.

Einfluß von Pilokarpin und Physostigmin auf das isolierte Katzenherz nach Degeneration beider Nervus vagi. Testa.

Weitere Untersuchungen über Keratolyse. Pulewska.

Ueber die Wirkung des weißen Phosphors und des Vitasterins D (Vigantol) auf den respiratorischen Ruhezumsatz bei rachitischen jungen Ratten. Seel.

Ueber den Einfluß von Diuretika auf den Sauerstoffverbrauch am Starling'schen Nierenpräparat. Gremels.

Der Einfluß von Wasser auf die Blutgefäße des Frosches. Flatow und Osawa.

Ueber die Wirkung des Pituitrins und Insulins auf die Sekretion und Gefäße der isolierten Nebenniere. Nikolaeff.

Zur Auswertung der Digitalisblätter im Froschversuch. Behrens.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path., Leipzig, 140., Heft 5/6.

Wege zur hypertonen Sklerose im Tierexperiment. Rühl.

Untersuchungen am quergestreiften Muskel epinephrekomierter Tiere. Monanni.

Ueber das Volumen des tätigen Herzens am Ende der Diastole. Eismayer und Quincke.

Quantitative Untersuchungen über die Reversibilität der Szilaglykoside als Beitrag zum Wirkungsmechanismus der Herzmittel. Graf.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), Berlin, 136., Heft 1, März 1929.

Untersuchungen über die Biologie und Pharmakologie der Plazenta. I. Die Technik der Durchblutung der überlebenden Plazenta. H. Küstner und H. Siedentopf, Leipzig.

Reid-Huntsche Reaktion und Schwangerschaft. H. Eufinger, H. Wiesbader und L. Foscareanu, Frankfurt a. M.

Studien und Versuche zur Aetiologie der Schwangerschaftstoxikosen. (Sind Isoagglutinine, Isohämolyse oder Anaphylaxine von Bedeutung?) F. Isbruch und T. Wohlfeil, Bonn.

Zur Wasserstoffionkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Eklampsie, in bezug zur Aetiologie der eklampischen Krämpfe. G. Schpoliauky und A. Danzig, Leningrad.

Zur Frage des Glykogenabbaus in der Scheide. H. Schultheiß, Basel.

Beiträge zur Biologie der Scheide. I. Untersuchungen über das Verhalten von Scheidenflora und Chemismus außerhalb der Schwangerschaft und deren Abhängigkeit von der Avarialfunktion. H. Schultheiß, Basel.

Beiträge zur Biologie der Scheide. II. Ueber Flora und Chemismus des Scheidensekretes in der Schwangerschaft. H. Schultheiß, Basel.

1543. Stereoröntgenbefunde an Zwillingsplazenten. F. Kiffner, Berlin-Dahlem.

1547. Ueber das Zephalhämatom. H. Naujoks, Marburg.

Ueber den Mineralbestand der Zysten (Ca, K, Na, P und Cl). Anna Schepe-lynsky und Marie Kafitin, Leningrad.

Die histologische Rückbildung des Uteruskarzinoms nach Röntgenbestrahlung. R. Dyroff, Erlangen.

1520. Hypernephrommetastasen in der Vagina. O. Gragert, Greifswald.

1546. Ueber Gangrän des Vorderarms bei einem Neugeborenen. Walther Fischer, Rostock.

1519. Zur Histogenese der Uterusmyome. K. Ulesko-Stroganowa, Leningrad.

Ueber Oxydationsstörungen im Kohlenstoffhaushalt während der Schwangerschaft. A. Bock, Berlin.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. klin. Tbk., Berlin, 71., 2.

1627. Der diagnostische Wert der Vernesschen Resorzinreaktion. A. Woldrich.

1624. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Miliartuberkulose. W. Münchbach.

Beitrag zur Frage der Auswahl von Lungenkranken für Heilverfahren. F. Seligsolm.

1632. Spontanpneumothorax und Emphysem. H. Lichtenstein.

Parenterale Lipärentherapie bei der Lungentuberkulose. Becker.

Ueber Fermentchwäche bei Lungentuberkulose. P. Groner.

Einfluß die Menstruation die Senkungsgeschwindigkeit? J. A. Langer.

Untersuchungen über den Tuberkelbakteriengehalt des Hühnerreis. Raebiger.

Alimentäre Hyperglykämie bei Tuberkulosekranken. W. Chlebnikow.

Ueber den Nachweis von Tuberkuloseantigen am Gefäßpräparat tuberkulöser Meerschweinchen. U. Rabiosi.

Beinamputation und Lungentuberkulose. Pietsch.

1597. Gastrokardialer Symptomenkomplex nach Phrenikusexstirpation bei einem 12jährigen Kinde.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 13, 1929.

1555. Ueber anormale Lichenifikation. B. Beron.

Die intravenöse Behandlung Gonorrhöerkrankter mit Akridingelbpräparaten. W. Engelhardt.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 14, 1929.

Pyoderma chronica ulcerosa. S. A. Glaubersohn.

1558. Epitheliom der Haut nach Diathermiebehandlung. Hugo Hecht.

David Gruby (1810 bis 1898) als Forscher und Arzt Heinrich Heines. Erich Epstein.

Die Feier von E. Delbancos 60. Geburtstag. F. Callomon.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 15, 1929

Systematisch angeordneter Naevus hyperkeratoticus. Ant. Trýb.

1557. Granuloma annulare neben Lupus vulgaris. Mgebrova.

Ueber parasitische Fliegenlarven nebst Bemerkungen über die Kultivierbarkeit pathogener Mikroorganismen. E. Martini.

1559. Zur Behandlung des Herpes zoster mit Eigenblutinjektionen. Desider Kenedy und Eugen Neuwirth.

1571. Schicksal der unbehandelten Lues. Haakon Saethre.

1565. Die Behandlung der gonorrhöischen Urethritis mit Formalindämpfen. Ludwig Stein.

Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 63., Heft 3/4, 1929.

1530. Zur Serumtherapie des Scharlachs. Adolf Hartwich.

Ueber Verdauung und Ausnutzung tierischer Organe. II. H. V. Hoesslin.

Bestimmung der Fettsäure im Duodenalsaft. A. Schmidt-Ott und K. H. Stauder.

1609. Kreislauf und Atmung im hypoglykämischen Zustand. S. Lauter und H. Baumann.

1608. Untersuchungen über den hypoglykämischen Zustand nach Insulininjektion. III. Ernst Wiechmann und Fr. Koch.

1631. Intravenöse Kohleinjektion zur Behandlung der Lungentuberkulose. Th. Wedekind.

Beobachtungen zur rechtsventrikulären Herzinsuffizienz. P. Uhlenbruck.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jg., Nr. 9.

Ueber Gegenwartsströmungen in der Heilkunde. Goldscheider.

Der heutige Stand der Grippeätiologie. M. Neißer.

Ueber das Verhalten des Kreislaufs und der O₂-Dissoziation des Blutes bei Morbus Basedow und Präbasedow. H. Zondek.

Arbeitsstoffwechsel und Kreislauf bei endokrinen Erkrankungen. H. W. Bansi.

Die Gefahren des Aborts und die Möglichkeit, sie statistisch zu erfassen. Wilhelm Liepmann.

Die besondere Allergie des tuberkulösen Frühinfiltrats. Rehberg.

Kardiospasmus und bedingter pervertierter Reflex. R. Becker und W. Illig.

1554. Tonsillektomie und Allgemeinnarkose. Caesar Hirsch.

1620. Bemerkungen zur Heufieberbehandlung. Hamm.

Erwiderung hierzu. Hansen.

Die Prüfung des Katguts auf Keimfreiheit und Zugfestigkeit bei der Heeserverwaltung. Kersting.

1550. Erfahrungen mit Vocysat Bürger. H. J. Petermann.

Ueber einen neuen elektrischen Leibwärmer. Herzog.

Orthopädie. Hans Debrunner.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. Zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 7, 5. April 1929.

Das künstliche Gaumensegel. Sörup.

Mundbodenphlegmone. M. Waßmund.

Histologische Untersuchungen zum klinischen Bilde der Osteome. W. Meyer.

Untersuchungen über die Abschnürung des Schmelzorgans von der Zahnleiste. Reichenbach.

Beitrag zur Replantation. Ungewöhnlich schnelle Resorption einer Schneidezahnwurzel. Kurt Bertzbach.

Die Wandlung in der Zahnheilkunde und ihre Auswirkung auf das Studium. Selka.

Bemerkungen zu den Richtlinien der Arpa. P. Krüger.

Vermeidung von Komplikationen bei und nach den für den Praktiker wichtigen chirurgischen Eingriffen am Zahnsystem. Selka.

Wilhelm Sachs als Lehrer und Wissenschaftler. Hübner.

Steuerliche Abzugsfähigkeit unentgeltlicher Zuwendungen, insbesondere an Eltern oder Abkömmlinge. Cordes.

„Sedormid“, ein Mittel zur Beruhigung und Schmerzstillung. Hans Panten.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 215., Heft 3/5.

Widmung an Prof. v. Seydel.

Untersuchungen und kritische Betrachtungen über die Folgezustände nach Unterbindung der Arteria lienalis. v. Stubenrauch.

Ueber Thymus und Schilddrüse. Gebele.

Ueber die osteoplastische Freilegung des Fußgelenks. Fritz König.

Zur operativen Arthrodese des Talokalkanealgelenkes bei Klumpfuß. Konrad Port.

1497. Progenieoperationen. Georg Schmidt.

Zur operativen Korrektur der Progenie. Immo Wymer.

Extraorale Schienung bei Resektionen aus der Mitte des Unterkiefers. Ernst Stahnke.

1494. Spätergebnisse der Oberschenkelhalsfrakturen im Weltkrieg. R. Bestelmeyer.

1496. Ueber Gasödeminfektion. Jul. Feßler.

Die Geschwülste der Hypophyse und ihrer Umgebung (intra- und suprasellare Tumoren, Tumoren der Olfaktoriusgrube, Geschwülste des Hypothalamus) und ihre Zugangswege. F. Rupp.

1493. Ueber Rückenmarksverletzungen im Weltkrieg. Hugel.

Experimentelle Untersuchungen und klinische Beobachtungen über Entnervung der weiblichen Brustdrüse. Max Ernst.

Ueber Dauerresultate nach periarterier Sympathektomie. Raeb.

Zur Behandlung des Sinus pericranii. A. Krecke.

Herzstich und Gasbrandthorax. Hans v. Seemen.

Ergebnisse operativer Behandlung von Aneurysmen nach Schußverletzung der Arteria femoralis. Albert Angerer.

ur Operation großer Aneurysmen. Ein Arterien-drosselhaken. R. Grashy.
bedeckte Perforation eines Magenulcus nach Röntgendurchleuchtung; konser-
vative Behandlung mit Jejunostomie. Franz Colmers.
Leber Nahrungsmittel-Darmverschluss. A. Krecke.
Darmzerreißung durch die Bauchpresse. Lunckenhein.
Nephrektomie bei polyzystischer Nierendegeneration. Felix Schlagintweit.
Tumortumor der Nierenfettkapsel. Josef Duschl.
Universalschiene für untere Gliedmaßen. Wilhelm Deubner.

Die Wochenschrift (Klin. Wschr.), Nr. 9, Jg. 8:
Ueber die Pathogenese der Herzinsuffizienz. H. Schwarz.
Zum Scharlachproblem. Bürgers.
Das Scharlachproblem. U. Friedemann.
Insulin und Glykamin. III. O. Loewi.
Experimentelle Untersuchungen über einige Goldpräparate. Wolfgang Heubner.
Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Neodorm. H. W. Bansi und
H. Kretschmar.
Vergleichende Beobachtungen über Homologie zwischen natürlich vor-
kommenden alopezischen Mäusen und chronisch experimentell mit Thallium
vergifteten Ratten. A. Buschke und A. Joseph.
Studien über den arteriellen Tiefdruck (Hypotonie). I. Zur Frage der Be-
ziehungen zwischen Blutzuckerspiegel und Blutdruckwert. Franz Kisch.
Die Herzgröße der Amsterdamer Olympiadeteilnehmer. Herbert Herxheimer.
Orale Milztherapie bei Polyzythämie. U. Friedemann und H. Deicher.
Hämolyse nach einer Transfusion von Universalspenderblut auf einen Emp-
fänger der Blutgruppe II. Reinhold Boller.
Antirachitische und Arterienwirkung bestrahlten Ergosterins. Wolfgang
Heubner.
Ueber den verhütenden Faktor der Rattenpellagra. Werner Kollath.
Phreniksexalrese bei tiefer Vereinigung von Haupt- und Nebennerv unmittel-
bar über dem Zwerchfell. Ernst Salomon.
Tod nach Avertinnarkose. Hans Pfitzner.
Ueber Entstehung und Verlauf der phthisischen Reinfektionsperiode. Wilhelm
Starlinger.
Die Urologie als klinisches Fach. A. v. Lichtenberg.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 7, 15. Februar 1929.
Ursache und Behandlung der Dysmenorrhö. J. Novak und M. Harnik.
Ueber lokale Stützreaktionen, ihre Pathophysiologie und ihre diagnostische
Bedeutung beim Menschen. Schwab.
Agranulozytose. Edgar Reye.
Strikturierende Cavernitis gummosa der Harnröhre. A. Buschke und Ludwig
Loewenstein.
Operation der Zwerchfellhernien. F. Kerschner.
Ein Fall von operativ geheilter Ruptur der Pars retroperitonealis duodeni.
Alfred Kantor.
Ueber Verkleinerung des Herzens nach Aderlaß. Grothusen.
Ueber die Insulinmastkur. G. Fellegi.
Ueber die blauen Embollen bei Endocarditis lenta. Schlußwort auf die Be-
merkungen von Kimmelstiel in dieser Wochenschrift Nr. 52, 1928. Paul Saxl.
Untersuchungen über elektrische Ernährung und Wachstum. Hans Reiter.
Zur Teerbehandlung des Ekzems. Sulfanthren, ein gutwirkendes reizloses Teer-
präparat. F. Blut und B. Hajos.
Zur Erleichterung der Blutzellenzählung. Kretschmer.
Sammelbericht über neuere Arzneimittel. Curt Heidepriem.
Neuere Arbeiten über Rückenverbiegungen, insbesondere ihr Verhältnis zur
Schule. Sammelreferat. Siegfried Peltesohn.
Grundsätzliches zur Schulspeisung. (Zugleich ein Beitrag zum Konstitutions-
problem.) Roeder.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 8, 22. Februar 1929.
Konservatismus und Radikalismus in der Frauenheilkunde. W. Weibel.
Allergie und moderne Methoden zur Diagnostik und Therapie allergischer
Krankheiten. Ernst Fränkel und Else Levy.
Zur Klinik der Milzvenenthrombose. Johannes Kretz.
Hypokalprokation der Bleitüpfel. U. Winkler.
Ueber einen Fall von komplexer Salvarsantoxikose. Magnus Wölz.
Zur Häufigkeit und Diagnostik der Rektalgonorrhö bei Frauen. Walter
Schiffan.
Ueber Aqua phagedaenica lueta — ein vergessenes Mittel. H. Diener.
Bemerkung zu dem Aufsatz: „In die Milz penetrierendes Ulcus der großen
Kurvatur“ von Primarius Dr. Georg H. Feist. (In dieser Wochenschrift 1928,
S. 1866.) Heinz Lossen.
Schlußwort zu obiger Bemerkung von Herrn Dr. Heinz Lossen. G. H. Feist.
Ueber das Verhalten der Syphilissprosschäden im Mäuseorganismus bei
Passagen. H. Schloßberger.
Zur Einteilung und Behandlung der Potenzstörungen. Hermann Wollstein.
Klinische Erfahrungen mit Novo-Tropen. Dolf Hofmann.
Beitrag zur Anwendungs- und Wirkungsweise des Analgit. Albert Hirschbruch.
Dienstbeschädigung für Magenkrebs angenommen. v. Schnizer.
Das nichttuberkulöse Pleuraempyem des frühen Kindesalters. Sammelreferat.
Oskar Bosch.
Krankheiten und Berufskrankheiten. Werner Brandis.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 9, 1. März 1929.
Weitere Beiträge zur Therapie der Metalues. Oskar Fischer.
10 Jahre Autounfälle von ärztlichen und psychologisch-verkehrstechnischen
Gesichtspunkten. Carl Pervès.
Pharmakologische Untersuchungen mit dem Herzhoronpräparat. L. Haberlandt.
Klinische Beobachtungen mit dem Herzhoronpräparat „Hormocardiol“ nach
Haberlandt. K. Fahrenkamp.
Kasualistischer Beitrag zur Frage der Goldschädigungen. Knosp.
Abriß des Trochanter minor als Sportverletzung. A. Mosenthal.
Erfahrungen beim Denguefieber. Georg D. Oekonomides.

Grenzbestimmung tiefliegender Organe (Herz, Leber, Niere) mittels einer
neuen Perkussionsmethode vom Standpunkt der Lebensversicherung.
J. Révai.
Ueber einen Fall von akuter Enteritis mit protozoärer Mischfauna und Vor-
herrschen von Limaxmaböen im Stuhl. Ernst Silberstern.
Ueber einen Fall von Arthritis sacroiliaca syphilitica bilateralis. Bran-
Stanolević.
Zwerchfellrücken am Magenfundus. A. Friedel.
Perkutane Seifentherapie mit Isapogen bei Lungentuberkulose. W. V. Gerecke.
Ueber Erfahrungen mit Stryphon. E. Schip.
Silberglukosidtherapie bei gonorrhöischen Komplikationen. Adolf Pokorný.
Krebs keine Unfallfolge. W. Brandis.
Neuere urologische Arbeiten. Sammelreferat. Rudolf Paschkis.
Entgegnung auf „Die Richtlinien für die Anwendung elektrophysikalischer
Heilmethoden und die aus ihrer Anwendung sich ergebenden Mißstände“
von Prof. Dr. A. Wolff-Eisner, Berlin. Grünbaum.
Erwiderung auf obige Entgegnung. A. Wolff-Eisner.
Der Verlauf der Grippewelle in Amerika und Europa. 3. Mitteilung. B. Möllers.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 10, 8. März 1929.
1615. Entfettungskuren. E. Grafe.
1540. Der Geburtsverlauf bei Jugendlichen. Otto Panek.
1617. Kalkgicht (M. B. Schmidt) am Hand eines selbstbeobachteten Falles. Hans
Selye.
1575. Diagnostik der Zystenniere. Stillfried Litzner.
Pyuriefrage im Säuglingsalter. M. Boddin.
Ueber die Behandlung der Schenkelhalsbrüche. A. Mosenthal.
1666. Melancholiebehandlung. Max Seige.
Fall von Febris Undulans Bang mit neurologischen Komplikationen. Vera
Johnsson.
1485. Ueber die antigene Wirkung von Pallidasuspensionen in karbolisierter Koch-
salzlösung. 1. Mitteilung. W. Gachtgens.
1567. Kombinierte Salvarsan-Septojod-Behandlung. Erich Leschke.
Bismoterran in der Ulkustherapie. Franz Kadletz.
Ueber die Anwendbarkeit des Nährpräparates Alentina in der Kinderpraxis.
W. Köpchen.
Diagnostische Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Sammel-
referat. Leop. Freund.
Zur Geschichte der Krankheitsnamen. I. Fischer.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 11, 15. März 1929.
1584. Klinisches über die Banginfektion beim Menschen. Hans Curschmann.
Kritische Betrachtungen zu der Propaganda für die aktive Immunisierung
gegen die Diphtherie. H. Opitz.
Die Komotau-Görkau-Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit (gesteigerte
Adrenalin - Pituin - Ephetonin - Hautempfindlichkeit über einer gelähmten
Muskelpartie; auffällig herabgesetzte Tuberkulin-Coffein-Quarzlichtempfind-
lichkeit, normale lymphagoge Reaktion bei einem schweren Falle). Edmund
Hoke.
1510. Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Ottocar Gerich.
1590. Ein Beitrag zur Klinik und Pathogenese der Agranulozytose. Fritz Lasch.
Akromegalie und Diabetes. Adolf Flater.
1579. Ueber den Adams-Stokesschen Symptomenkomplex bei Diphtherie. S. Korach.
1601. Gedanken über die Entstehung des Bronchialasthmas und Erfahrungen in der
prophylaktischen Bekämpfung dieses Leidens. E. Schilcher.
Mikro-Meinicke-Reaktion bei syphilisinfizierten Mäusen. A. Zih.
1570. Die Behandlung der Neurolues mit Pyrit. Hans Dielmann.
1566. Zur Frage der Luesbehandlung mit Myosalvarsan. Johanna Waldemar-Kertész.
Geburtshilflicher Koffer. Egon Weinzierl.
Dermatologie des Kindesalters. Übersichtsreferat. Erich Loewy.
Die zweite internationale Schlafkrankheitskonferenz. B. Möllers.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 12, 22. März 1929.
1549. Vom Munde und Schlunde ausgehende septische Erkrankungen und ihre Be-
handlung. Claus.
1622. Zur Frage des sogenannten Frühinfiltrates bei Lungentuberkulose. W. Hanebuth.
1657. Die spezifischen und unspezifischen Wirkungen des Thalliums. A. Buschke.
Ludwig Loewenstein und Walter Joel.
Erfahrungen in der Behandlung der medialen Schenkelhalsfrakturen.
W. Anschütz.
1616. Erfahrungen mit der Polyarthrit acuta. Ferdinand Plate.
1489. Beobachtungen bei Karzinomen des Magendarmkanals. Otto Kraus.
1619. Die Kongorotprobe auf Amyloid bei nephrotischem Symptomenkomplex. Ulrich
Strasser.
Ein Fall von vorübergehender Zystinurie mit Ausscheidung von Zystein.
Lenzin und Thyrosin. A. Sylla.
Zur Röntgenanatomie der Cisterna cerebello medullaris. D. Markó.
Ueber fermentative Abspaltung der Halogene aus Jod-Brom-Eiweißverbin-
dungen. Ernst Mislowitzer.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. Werner David.
Beitrag zur Kenntnis der antirachitischen Wirkung des Lezithin-Perdynamins.
Arthur Fuchs.
Nervenärztliche Erfahrungen mit Dial und Zibalgin. R. Bauer.
Neue Arzneimittel und Präparate. Willy H. Crohn.
Arthritis deformans und Unfall. W. Brandis.
Neuere Arbeiten über Herz- und Gefäßkrankheiten. Übersichtsreferat. Ernst
Edens.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 7, 16. Februar 1929.
Die Krankheiten des uropoetischen Systems im frühen Kindesalter. Siegfried
Levy.
1645. Spinale Kinderlähmung. Encephalitis epidemica. Ihre Differentialdiagnose.
Miesbach.

- Kind und Unfallneurose. Bemerkung eines Psychoanalytikers zur Frage des Rentenentzuges. Heinrich Meng.
Kropfverbreitung. Th. Fürst.
Gesundheitsauslese und Gesundheitsbewahrung jugendlicher Berufsanwärter. Fürstenheim.
Spontanangrän der Extremitäten Jugendlicher. J. Becker.
Papillome des Kehlkopfes. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.
Röntgendiagnose der Bronchialdrüsentuberkulose. Erich Sauer.
Tabakrauchen — ein Stillhindernis? Josef K. Friedjung.
Rückgratverkrümmungen der Schulkinder. Hugo Maaß.
1500. Operationslose Behandlung der Osteomyelitis. A. Sachs.
Prompte Sistierung des Keuchhustens. Ortsveränderung. Luftveränderung oder geophysische Einwirkung? Hans Baumann.
Behandlung des Keuchhustens. Kurt Huldskinsky.
Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit. W. Th. Schmidt.
Verwendungsmöglichkeiten des Phytins in der Säuglings- und Kinderpraxis. Luise Ihm.
Onanie im Kindesalter. Max Kaufmann.
Lehrertuberkulose und Schülerschuld. Paetsch.
Gesundheitliche Notwendigkeit und Nutzen einer zusammenhängenden mehrwöchigen Freizeit für die erwerbstätige Jugend. Bogusat.
Zur Geschichte der öffentlichen Heilstätten für Kinder. Carl Hochsinger.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 8, 23. Februar 1929.
Tabak- und Alkoholgenuß bei 100 über 90 Jahre alten Männern. Fritz Lickint.
Peyold, Ernst Joel.
Der Kampf mit dem Tode. Kurt Heymann.
Somnifervergiftung. Odefey.
1656. Pathologische Demonstrationen. 1. Chloroformvergiftung. 2. Salvarsanvergiftung. M. Staemmler.
Die Arzt, die Bekämpfung des Alkoholismus und die Alkoholgefährdeten. Kafemann.
Gewerbehygienische Atemschutzgeräte. Ihre Anwendung in Prophylaxe und Therapie der allergischen Krankheiten. F. A. Förster.
Technik der Morphiumentziehungskuren. R. F. Weiß.
Morphiumentziehungskuren nach Kahle. Kritische Betrachtungen. Erich David.
1556. Frostschäden. Erich Langer.
Lobelin- und Kardiazolinjektionen durch Laien? Lindner.
Nikotinarme Tabakfabrikate. Leonhard Frank.
Geräuschbelastung und gesundheitliche Lärmschädigung. E. Dietrich.
Die Ärzteschaft und der Entwurf der Verordnung über das Verschreiben von Betäubungsmitteln und ihre Abgabe. Adolf Hamburger.
Zur geplanten Verordnung über Rauschgiftrezepte. Carl Otto.
Die Freiwillige Sanitätskolonne vom Roten Kreuz im öffentlichen Gesundheitswesen, besonders beim Unfallrettungsverfahren. Betke.
Verhütung von Unfällen. E. Mosbacher.
Tannenöl als Allheilmittel. Engel.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 9, 2. März 1929.
1572. Zur Syphilis-Framboesiefrage. P. Mantel und K. Herzberg.
Nichtinfektiöse Formen weiblicher adhäsiver Pelveo-Peritonitis. W. Lahm.
Das Herzshormon. Zugleich ein Versuch der Abgrenzung des Hormonbegriffes. G. Zuehrer.
Stellungnahme zu vorstehendem Aufsatz. L. Haberlandt.
Physiologie und Klinik des Geruchsinnes. Hesse.
1658. Weitere Ausgestaltung der Perkutanbehandlung. Johannes Petruschky.
Gefäßchirurgie. H. F. O. Haberlandt.
Paradoxe Embolie. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.
Krankengenen auf der Kriminalpolizei. Dührßen.
Ist die Blutgruppenuntersuchung im Alimentenprozeß verwendbar? G. Straßmann.
Das Annoncierverbot im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Grisebach.
Plazentophagie. W. Lenkeit.
Heilmittel aus alter Zeit. H. v. Mettenheim.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 10, 9. März 1929.
Biologische Wirkungsweise ultrakurzer elektrischer Wellen. E. Schliephake.
1512. Nichtinfektiöse Formen weiblicher adhäsiver Pelveo-Peritonitis. (Schluß.) W. Lahm.
Dosierung des Diphtherieserums? Eine Umfrage.
1577. Stellungnahme zu der Umfrage. R. Otto, Rudolf Fischl, H. Vogt, Heinrich von Mettenheim, Clemens von Pirquet, R. Degkwitz, H. Opitz.
Diphtherie und Angina Plaut-Vincenti in der Allgemeinpraxis. Adolf Bauer.
Angina mit Pyämie (und Parapharyngealabszeß) ohne Tonsillitis. Witzenhäuser.
Kopfschmerz und sein Zusammenhang mit Augenleiden. O. Thies.
Gynäkologische Blutungen. Karl Abel.
Ernährung in der Krankheit und Rekonvaleszenz. H. Kloth.
Erholungsfürsorge für Lehrlinge. Eduard Gräf.
Heilmagnetische Fernbehandlung eines Diphtheriekranken. Albert Hellwig.
Wissenschaftliche Forschung und Völkerbund. Friedrich Voltz.
Okkultismus und Verbrechen. A. A. Friedländer.
Verfütterung amerikanischer Gerste verursacht ungeklärte Erkrankung bei Schweinen. Kurt Ritter.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 11, 16. März 1929.
Tubenstieldrehung und Tubenresection. Eberhard Möhring.
Prognose der submukösen Myome. Auswertung eigenen Krankheitsmaterials. Karl Fink.
Behandlung des Abortus und ihre möglichen strafrechtlichen Folgen. Alfred Dührßen.
1545. Behandlung der sogenannten Entbindungslähmung. Gustav Drehmann.
1562. Isolierte Urethralgonorrhöe der Frau. F. Jacobsohn.
1524. Echter Schwangerschaftsleues. Storp.
Hygiene der Frau. W. Liepmann.

Das Abführmittel Rheopoplat. Kurt Fleischer.
Behandlung chronischer Adnexitiden. Theodor Friedrichs.
Empfangnisverhütung bei ledigen Frauen. Erich Goldberg.
Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz. Die erzieherische Mission des Arztes. Josephine Höber, Adele Schreiber.
Wie hilft Staat und Stadt den werdenden und jungen Müttern? Albert Ullmann.
Schwangerschaft und Tuberkulose. Eine hypothetische Arbeit. Julius Hagemann.
Goethes Freund Langermann und die Bordelle in Preußen. Hans Hausteint.
Sexualpsychologisches aus dem Tierreich. Eine erotische Tragödie im Hühnerhof. Paul Bondy.

- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 12, 23. März 1929.
Die Mastopathien. Fibromatose und zystische Entartung der weiblichen Brustdrüse. O. E. Konjetzny.
Verfahren zur Reinigung städtischen Abwassers. Beninde.
Frühdiagnose der Geschlechtskrankheiten. Paul Mulzer.
Die wichtigsten Komplikationen der Appendizitis. Ihre chirurgische Behandlung. O. Zeller.
Vorbeugung der Heine-Medinschen Krankheit (sogenannten epidemischen Kinderlähmung) in ihrer Art und Bedeutung. Konrad Biesalski.
Versicherungsmedizinische Krankheitslehre. Praktische Bedeutung für den klinischen Unterricht. Fr. Kraus.
Vernünftige Ernährung. Randbemerkungen. Karl Bornstein.
Klarheiten und Unklarheiten im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Schadenersatzpflicht eines nach dem Naturheilverfahren praktizierenden Arztes bei medizinisch unzureichender Untersuchung eines an Syphilis erkrankten Patienten. L. Schäfer.
Fällt das Wochenbettfieber unter das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? O. Baumgart.
Der juristische Standpunkt. Albert Hellwig.
Persönliche Erinnerungen an Paul Ehrlich. Zu seinem 75. Geburtstag am 14. März 1929. Martha Marquardt.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 80., Heft 4/5.
Zu dem Problem der Behandlung bösartiger Geschwülste. M. M. Datnow.
1535. Weiterer Beitrag zur Schwangerschaftsübertragung nebst Bemerkungen über den Zeitpunkt des ersten Auftretens des Vomitus matutinus. H. Füh.
1522. Beitrag zur Frage der fieberhaften Aborte. M. Mgalobeli.
Erfahrungen mit Avertin. W. Beck.
Beitrag zur Entwicklungsmechanik. L. Weill.
Haematokolpos lateralis. H. H. Schmid.
Zur Frage der metastatischen gastroenterogenen Ovarialkarzinome (Krukenberg-Tumoren). F. Isbruch.
1638. Das spätere Schicksal der Kinder mit intrakraniellen Geburtsläsionen. H. Naujoks.
Zur Ätiologie und Prognose des Genu recurvatum congenitum beim Neugeborenen. E. H. Obrawalde.
Schweigepflicht und Meldepflicht des Geburtshelfers. K. Gerdessen.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 80., Heft 6.
1511. Ueber Appendizitis und menstruellen Zyklus. K. Rosenlocher.
Asthma bronchiale und Schwangerschaft. E. Wiechmann.
1536. Dammschutz und Dammschnitt. Ed. Martin.
- Ueber die prophylaktische Thrombosierung von Varizen. E. Vogt.
1653. Zur Wirkung des weiblichen Sexualhormons Menformon, im besonderen auf die Mamma, zugleich ein Beitrag zur Bedeutung der Dosierung von biologisch wirksamen Präparaten. E. Laqueur und S. E. de Jongh.
Der Schmetterlingshandgriff nach Proubasta zur Erweiterung des Muttermundes. V. Conill.
- Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psychiatr.), Berlin, 72., Heft 1, April 1929.
1679. Schlafelerleben. P. Schenk.
1672. Vererbung der familiären spastischen Spinalparalyse. R. Klein.
1680. Psychopathologie des abergläubischen Verbrechers. F. Kallmann.
1687. Röntgendiagnostik bei Tabes. A. S. Stekotschikow und G. M. Freidowitsch.
Katatonische Kontraktionen. J. S. Galant
- Reichsgesundheitsblatt (Reichsgesundheitsbl.), Berlin, Nr. 13, 4. Jahrgang, 1929.
Ueber den gegenwärtigen Stand der Blutgruppenforschung. Schloßberger.
Die Milzbrandgefahr und ihre Bekämpfung. Uhlenhuth.
- Schweizer Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 10, 1929.
Augenverletzung und Unfallversicherung. A. Vogt.
1503. Bisherige Ergebnisse der Avertinmarkose. P. F. Nigst.
Das Symptomenbild des akuten Ileus bei Leberzirrhose. J. Kopp.
1683. Thorakoskopie und endopleurale Kaustik. Volte.
Erweiterung auf die Arbeit: „Ueber das Schilddrüsenproblem“ von Dr. O. Maier in Nr. 45, 1928, Schweiz. med. Wschr.
Ueber Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Goldsalz Aurophos. Alfred Kamsler.
- Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), 42., Nr. 9, 1929.
Chemische Diagnose des Karzinoms. Freund.
Encephalitis profunda progressiva. Demmer.
1484. Zur Frage der Serumtherapie der Bisse europäischer Vipern. Kraus.
Ueber Erweiterung der V. V. cava sup. und anonymae und über Oedem des Mediastinums bei Herzinsuffizienz. Granström.
Psychoanalyse im Kindesalter. Friedjung.
Schwurgericht und psychiatrische Sachverständige. Wagner-Jauregg.
Cholecystitis luetica. Strausz.
Behandlung der Lungentuberkulose mit Triphal. Melion.
1498. Prophylaxe und Therapie der postoperativen Thrombosen und Embolien. Schnitzler.
Ueber Behandlung magendarmkranker Säuglinge. Zarli.

Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. Kl. Wschr.), 42., Nr. 10, 1929.

- Die Radiumbehandlung des Karzinoms. Arzt.
Zur Radiumbehandlung des Karzinoms und seiner Vorläufer. Fuhs.
Die histologischen Veränderungen radiumbestrahlter Karzinome. Matras.
Ueber Fälle maligner Endokarditis bei Aortenlues. Skursky.
Ueber Prophylaxe bei Masern. Leininger.
Genitalblutungen junger Mädchen. Kermauer.
Ueber die klinische Wertung der Druckempfindlichkeit der Achillessehnen und der Hoden. Hunt.
Zur Behandlung der Malaria mit Plasmochin. Nissenbaum.
Diagnose und Therapie der Pyelitis. Blum.
Ueber die Behandlung des Morbus Basedowi. Pineles.

Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. Kl. Wschr.), 42., Nr. 11, 1929.

1605. Ueber die Krebskachexie und ihre Bekämpfung. Pal.
Menstruationsstörungen als Krankheitsursache. Aschner.
1633. Der nachträgliche doppelseitige Pneumothorax. Neumann.
Studien zur Frage der Darmspirochäten. Silberstern.
Ueber moderne Rheumatismusbehandlung. Freund.
Agranulozytose im Säuglingsalter. Christof.
Ueber eine vereinfachte Berechnungsmethode bei Grundumsatzbestimmung mit dem Kroghischen Apparate. Borger.
Sieben Monate Medizinstudium an der Universität London. Conrad.
Zur pathologisch-anatomischen Kasuistik der Thrombosen. Maresch.
Uterusblutungen und ihre Behandlung. Grafi-Pancsova.

Wiener Klinische Wochenschrift (Wien. Kl. Wschr.), 42., Nr. 12, 1929.

- Somatische und autonome Innervation. Heß.
Einiges über Paraldehydvergiftung. Schneider.
1499. Operative Behandlung der akuten, lokalisierten Phlebitis der unteren Extremität. Eisenkamm.
Physikalische Therapie der Hautkrankheiten. Fuhs.
Encephalitis lethargica und Encephalomyelitis subaigue diffuse von Cruchet. Economo.
Diphtheriebazillen in der männlichen Harnröhre. Wendelberger.
Ueber die Benzidinreaktion im Harn. Boas.
Die Beeinflussbarkeit subfebriler Temperaturen durch Pyramidon. Holló.
Bedeutung der Blut- und Liquordiagnose für die Praxis. Pappenheim.
Wie erkennen wir konstitutionelle Veränderungen am Herzen und an den Gefäßen. Kahler.

Zeitschrift für Kinderheilkunde (Z. Kinderheilk.), Berlin, 47., Heft 2, 1929.

- Zur Klinik der paratuberkulösen serösen Pleuritis. H. Huber.
Ueber den Vitamingehalt der Hefe. E. Maurer.
Der ultrafiltrierbare Anteil des Serumkalkes. Herzt.
Zur Technik der „Ruhe-Nüchtern-Umsatz“-Bestimmung beim Säugling.
I. Beeinflusst Somnifien diesen Umsatz? II. Zur Frage der Konstanz des Grundumsatzwertes beim Säugling. Hermine Baer.
Ueber Osteochondritis luetica im späteren Kindesalter. Fritz Moses.
1648. Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Klinik der Kinder-tuberkulose. A. Krovitzky und D. Schenkman.
Eine Belastungs- und Resistenzprobe der Niere. Karl Kundratitz.
1647. Zur Frage der Herdreaktion bei Tuberkulose. Herbert Koch.
Ueber die Spinnfähigkeit der Spüta. II. Mitteilung: Der Muzinhalt des Keuch-hustensputums. Johannes Jochims.
Weiterer Beitrag zur Klinik der Endocarditis lenta im Kindesalter. Nedselmann.
1635. Beitrag zur sogenannten Melaena neonatorum. Richard Bayer.

Zeitschrift für Medizinbeamte (Z. Med.-Beamte), Berlin, Jahrg. 42, Nr. 7, 1929.

Der Haushalt des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt (Abteilung für Volksgesundheit) für 1929 im Landtag. Solbrig.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 118., Heft 5.

1667. Versuch einer Behandlung der Schizophrenie mit „Cerebrotoxin“. Vorläufige Mitteilung. J. G. Liwischitz.
Zur Frage der Herdatrophien des Gehirns (Pickische Krankheit). M. S. Kaplinsky.
Erbbiologische Gesichtsbetrachtung, psychiatrische Eugenik und Kultur. Hans Luxenburger.
1663. Untersuchungen über Urobilinbildung und -ausscheidung bei Psychosen. D. Schriever.
Zur Klinik und Erbbiologie der hereditären spastischen Spinalparalyse. D. Futer.
Die Psychologie in der Psychiatrie. Gestaltliche Faktoren in der Psychiatrie. Werner Wolff.
1675. Ueber eine eigenartige Störung der vegetativen Zentren (Diabetes insipidus usw.). J. Silbermann.
1673. Ueber die Trigeminalneuralgie als Anfangssymptom der multiplen Sklerose. E. Hermann.
H. C. Andersen und die Behauptung seiner Homosexualität. H. Helweg.
Ueber eine eigenartige Spiegelreaktion im Rahmen einer senilen Demenz und über ihre Beziehung zu dem Gesamtbilde. Robert Klein.
1678. Experimentalpsychologische Studien zur Konstitutionsforschung. (Psychomotorische Untersuchungen.) Willi Enke.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 53., 2.

1628. Die neuen Anschauungen über die Entwicklung der Lungenphthise und die Auswirkungen auf die praktische Tuberkulosebekämpfung. G. Liebermeister.
Neurasthenia peripherica localis. J. Petruschky.
Ueber prä- und intramenstruelle Temperatursenkungen, besonders bei Tuberkulose. S. Kaufmann.
Zur Frage des Bazillennachweises mittels der Dunkelfeldmethode. v. Stubenrauch.
Das aus Meerschweinchenlunge gewonnene fettsplattende Ferment und dessen Wirkung auf den Tuberkelbazillus. Kanocz.
Paul von Baumgartens Anteil an der Tuberkuloseforschung. A. Dietrich.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung, 5. Jg., Nr. 2, 1929.

1682. Bleivergiftung oder Magenkrebs? Lederer.
Ueber einen Fall von Schwefelkohlenstoffvergiftung. Voitel.

Zentralblatt für Innere Medizin (Ztbl. inn. Med.), 50. Jg., Nr. 7 u. 8.

1684. Was leisten die röntgenologischen Untersuchungsmethoden bei chirurgischen Nieren- und Harnleiterkrankungen? A. Scheicher.

Zentralblatt für Innere Medizin (Ztbl. inn. Med.), 50. Jg., Nr. 9.

1604. Beitrag zur Kenntnis des Bronchialkrebses. R. Jaksch-Wartenhorst.

Zentralblatt für Innere Medizin (Ztbl. inn. Med.), 50. Jg., Nr. 10.

- Naturforscherversammlung in Hamburg. Abteilung XXI: Innere Medizin. Dienstag, den 18., bis Freitag, den 21. September 1928. Jahm.

Zentralblatt für Innere Medizin (Ztbl. inn. Med.), 50. Jg., Nr. 11 u. 12.

- Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie. (Juli bis September 1928.) C. Bachem.

Zentralblatt für Innere Medizin (Ztbl. inn. Med.), 50. Jg., Nr. 13.

1655. Beitrag zur konservativen Hämorrhoidalbehandlung mit Recto-Serol. Vermehren.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 14, 6. April 1929.

- Darstellung, Biologie und Klinik des Hypophysenvorderlappenhormons (Prolan). Zondek.
Milzperre und Streptokokkensepsis. Hubert.
Vom Gärtnerschen Gang stammende Uteruszysten. Fink.
Achsendrehung des Uterus. Sohn.
Lymphangiom der Tube. Schiffmann.
Studien zur Statistik des Abortus. Peller.
1533. Verblutungsstod bei frühen Aborten und Placenta praevia cervicalis. Magid.
Verwendung des Pernoxons in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. Goetz.
Neues Instrument für die Abdominalchirurgie „Assistierkugel“. Härtl.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 15, 13. April 1929.

- Hypophysenvorderlappenhormon des Fötus im Tierversuch. Schultze-Rhnhof und Niedenthal.
Genese des Chorionepithelioms. Nevinny.
Späteres Befinden von Frauen nach Röntgenkastration. Aschner.
1529. Spontanamputation des Gebärmutterhalses nach Isthmusgangrän. Stanca.
Vorfall beider Füße und einer Hand bei Schädellage. Heckscher.
Neue Modifikation der Technik des zervikalen Kaiserschnitts. Sztchilo.
Tödliche intrakranielle Blutung infolge äußerer Wendung. Bemerkungen. Maß.
1518. Diagnose der Hämatocele retrouterina. Vertes.
Fall von Gastro-Thorakoschisis. Mallebrein.

Zeitschriften in holländischer Sprache**Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 7, 1929.**

- Pneumoniebehandlung mit intramuskulären Einspritzungen von Chinin hydrochlor. E. D. Wiersma.
Beitrag zur Chirurgie der Leber und Gallenblase in Indien. M. N. Roegholt.
Blutgruppenuntersuchung und Vaterschaft. M. A. van Herwerden.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 8, 1929.

- Ueber die Erklärung des partiellen atrioventrikulären Herzblocks. van Buchen.
Blutdruckmessungen an beiden Armen. G. F. van Balen.
Zwei einander gleichende aber wesensverschiedene Augenabweichungen. Halbertsma.
Heilkundige Briefe. Laméris.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 9, 1929.

- Latente und manifeste postoperative Tetanie. van Staveren.
Weißes Blutbild bei Lungentuberkulose. J. Pinkhof.
Neurinom des Rückenmarks. Lietart Peerbolte.
Völlige Herstellung nach totaler Abschnidung der Ohrmuschel. R. A. Oldensta.
Höhensonnenbehandlung von Diphtheriebazillenträgern. O. A. Petit.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 10, 1929.

- Fall von Rattenbißkrankheit. A. Charlotte Ruys.
Adiponecrosis subcutanea neonatorum. M. de Bruin.
Abnormer Verlauf der Heilung mancher Wunden. J. W. Loos.
Hirntuberkel. M. Amir.
Incarceration uteri gravidit retroflecti. J. van Woerden.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 11, 1929.

- Pathogenese der Rattenbißkrankheit. F. C. Kuipers.
Milchsäureausscheidung im Urin und Schweiß bei verschiedenen Sorten Sport. Snapper und Grünbaum.
Viskositätsbestimmung des Bluteserums. van der Zee.
Bemerkungen über Perspektive. G. ten Doesschate.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 12, 1929.

- Paratyphus-B-Epidemie in Haarlem. Dijkstra und van der Hoeden.
Aktive Kohle als Adsorbens für Bakteriotoxine und Endotoxine. L. K. Wolff.
Blasensteinkrankheiten. M. N. Roegholt.
Ein Fall von Ileus im Wochenbett. H. Heymans van Amstel.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 13, 1929.
 Primäre Nephroureterektomie. Kopp.
 Autonome Insuffizienz und Sprue. van Loon.
 Spindelzellensarkom von außerordentlicher Größe. Pilon.

Nordische Zeitschriften

- Acta medica Scandinavica** (Acta med. Scand.), 69., Jg. 1928, Heft 3/4.
 1662. Zur Methodik der Thrombozytenzählung beim Menschen. Anders Kristenson, Schweden.
 1611. Ein Fall von spontanem hypoglykämischem Koma. Anna Stina Pettersson, Schweden.
 Zur Funktionsprüfung der Leber (Untersuchungen zur Wirkung der Diathermie). A. V. Frisch und F. Lasch, Oesterreich.
 1613. Die Ursache des raschen Eintretens von Koma auf plötzlichliches Abbrechen der Insulinzufuhr bei insulinbehandelten Diabetesfällen. Martin Odin, Schweden.
 1573. Ueber die Behandlung der Infektionen des Harnapparates. Knud Kelsted und E. Schidt, Dänemark.
 Beitrag zum Studium des Grundumsatzes beim Kropf in der Pubertätszeit. Sven M. Eldh, Schweden.
 1661. Der Pylorus-Schließungsreflex als klinische Methode zur funktionellen Prüfung des Pankreas und der Galle. N. W. Timofeief, U. R. S. S.
 Orientierende Untersuchung über die Verbreitung des Kropfes in Finnland und über deren Zusammenhang mit dem Jodvorkommen im Wasser. III. Erik Adlercreutz, Finnland.
Acta obstetricia et gynecologica scandinavica (Acta obstetr. scand.), Helsingfors, 7., Heft 4, 1928.
 1525. Untersuchungen über Reststickstoff, Harnsäure und Aminosäuren im Blut schwangerer und frisch entbundener Frauen, die an Albuminurie, Eklampsismus oder Eklampsie litten. Per Westerdal.
 Torsion der Tube mit sekundärer Hämatosalpinx. (Departementskrankenhaus Sonderborg.) W. Vigholt.
 1639. Ueber die Prognose überlebender Fälle intrakranieller Blutungen Neugeborener. (Södra Barnbördshuset, Stockholm.) Erik Rydberg.
 1664. Mütterlicher und kindlicher Blutzucker unter verschiedenen experimentellen Bedingungen. (Rigshospital, Kopenhagen.) Pauli Dahl.
 1663. Ueber den Deszensus der Geschlechtsdrüsen beim Menschen. Hl. Forssner.
Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska Läkarsällsk. Hdl.), Helsingfors, 71., Heft 2.
 1553. Ueber die Indikationen der Tonsillektomie. A. af Forselles.
 1587. Die Bedeutung der Bluttransfusion bei der perniziösen Anämie. Helge Roos. Veronalvergiftung. Ernst Ehrnrooth.

Zeitschriften in englischer Sprache

- American Journal of Obstetrics and Gynecology** (Amer. J. Obst.), St. Louis, 17., Nr. 1, Januar 1929.
 1688. Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. G. G. Ward.
 Veränderungen an den Leukozyten während der Geburt und im Wochenbett. J. Jarcho.
 1534. Vorzeitiger Blasensprung. Eine Analyse von 600 Fällen. Margaret Schulze.
 Eine Besprechung der Pathologie von 104 aufeinanderfolgenden Aborten in geburtschilflicher Privatpraxis. J. L. Huntington.
 1538. Die deiduale Reaktion bei Extrauterinschwangerschaft. B. S. Kline.
 1640. Impetigo oder Pyodermatitis neonatorum. Ch. B. Reed.
 1537. Bericht über einen Fall von Placenta accreta mit einer Erörterung seiner Behandlung und der ungewöhnlichen Folgen. R. A. Wilson.
 1508. Die Behandlung von Uterusläsionen. L. S. Schwartz.
 Bericht über 76 Fälle von Extrauterinraviddität. J. L. Bubs.
 1548. Die kindliche Mortalität bei Steißlagen. Ist die prophylaktische äußere Wendung anzuraten? E. L. King und A. H. Qadden.
 1523. Anämie in der Schwangerschaft. Ch. E. Galloway.
 1528. Einige physiologische Betrachtungen über die eklamptische Toxämie. L. A. Le Doux.
 1509. Traumatische Perforation des Uterus mit Durchtrennung des Rektums. W. Maxwell.
 Endometriosis einer Bauchnarbe nach Kaiserschnitt. P. H. Williams.
 Wechselseitige Beziehungen zwischen Krankheiten des Ernährungstrakts und des Genitalsystems. A. I. Walscheid.
 Fall von Darmverschluss, eine stielgedrehte Ovarialzyste vortäuschend. A. I. Fleischer.
 Ein vierblättriges Spekulum. H. M. Nelson.
 1527. Die Schwankung des Blutzuckers vor und nach einem eklamptischen Anfall. J. M. Laferty, I. A. Nark und I. I. Sweeny.
 Beseitigung von Vesikovaginalfisteln. A. E. Hertler.
 Doppelseitige Tubarschwangerschaft mit Ruptur beider Tuben. H. H. Johnson und J. S. Diasio.
 Frühes Adenokarzinom des Corpus uteri, vollständig entfernt durch Kurettagé. S. Seides.

- American Journal of Obstetrics and Gynecology** (Amer. J. Obst.), St. Louis, 17., Nr. 2, Februar 1929.
 1539. Die Beziehungen zwischen ektopischer Schwangerschaft und gleichzeitigen uterinen Veränderungen und vaginaler Blutung. S. H. Geist und M. R. Matus.
 1515. Die Frühdiagnose und Verhütung des Zervixkarzinoms. F. A. Pemberton und G. van S. Smith.
 1686. Röntgenographische Studie über Plazentarinfarkte. H. Thoms.
 Die Diagnose der frühen Schwangerschaft durch Auffinden des weiblichen Sexualhormons im Urin. Ch. Mazer und J. Hoffman.

Myom, Sarkom und Karzinom am gleichen Uterus. Q. U. Newell.
 Episiotomie mit modifizierter operativer Technik. W. J. Blevins.
 Rhythmische Schwankungen im Gefäßsystem des Uterus des Meerschweinchens im Verlaufe des Oestruszyklus. J. E. Markee.
 Der Fortschritt in Lehre und Praxis der Gynäkologie in den letzten vier Jahrzehnten. B. C. Hirst.

1544. Blasenkomplikationen nach der Geburt. G. C. Prather.
 1505. Proteintherapie in der Gynäkologie. G. F. Hibbert.
 1513. Die Interpositionsoperation des Uterusprolapses. J. L. Baer und R. A. Reis.
 1514. Karzinom des Uterusfundus nach Watkins' Interpositionsoperation. A. Corvase.
 Schwere Schwangerschaftstoxikose mit Ikterus. I. F. Stein und M. L. Leventhal.
 1517. Karzinom des Ovariums nach der Menopause mit gleichzeitiger Rückkehr der uterinen Blutung. A. Strauß.
 1531. Erfahrungen in der Behandlung von Schwangerschaften mit Herzkomplicationen. H. E. B. Pardee.
 1542. Eine Modifikation der klassischen Zange und ihre Anwendung. S. Seides.
 Ein neuer Ratschlag für die Anlegung der medianen Episiotomie. W. A. Michael.
The British Journal of Childrens Diseases, Nos. 298 bis 300, 25., Oktober-Dezember 1928.
 1637. Angeborene Stenose der Speiseröhre. C. C. Beatty.
 1643. Das rheumatische Kind. Gray Hill.
 Ein weißer „Naevus“ der Konjunktiva und ein dunkelblauer Naevus an der Stirn bei einem Kinde. Parkes Weber.
 Erosion der Nackengefäße bei Scharlach. (Bericht zweier Fälle.) J. D. Rolleston.

- Edinburgh Med. Journal**, 34., Nr. 3, März 1929.
 Tuberkulose der Wirbelsäule. John Fraser.
 Ultraviolettbestrahlung. R. J. Peters.
 Operative Behandlung der Bauchtuberkulose. James Taylor.
 1635. Sifilosis Fergus. L. Henderson.
 Demonstration von großen Paraffinschnitten der gesamten Lunge. Charles M. Weil und Agnes M. McGregor.
 Demonstration von Patienten zur Illustration des Intermediär- und Endstadiums bei der Behandlung der Zervikalkaries. Charles Cameron.
 Die Behandlung der Hüftgelenktuberkulose. Walter Mercer.

- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5507, 16. März 1929.
 Ueber Polyurie. E. Verney.
 1504. Die Avertinnarkose. J. Bloomfield und F. Shipway.
 Luftdichte Saugdrainage am Thorax. H. Burrows.
 Ueber sekundäre Psychosen. R. Wolmsley.
 Die Behandlung des Rektumkarzinoms mit Gammastrahlen. E. Wakeley und A. Callwell.
 Fall von Strangulation einer Hernie. H. Gabb.
The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5508, 23. März 1929.
 Chirurgie des Thorax. R. Young.
 1677. Zur Lokalisation intrakranieller Tumoren. H. Cairns.
 Ueber den Cholesterinstoffwechsel in der Schwangerschaft. J. Gardner und H. Gainsborough.
 Puerperalinfektion durch *Bacillus aerogenes capulatus*. F. Ivens.
 Vorhofflimmern bei einem Kinde nach Diphtherie. P. O'Donovan.

- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5509, 30. März 1929.
 Ueber Polyurie. E. Verney.
 1488. Postoperative Magenazidität. Ch. Lindsay und W. Evans.
 1492. Chordotomie. G. Stebbing.
 1578. Aktive Immunisation und Diphtherie. P. May und S. Dudley.
 1631. Schwangerschaftsunterbrechung vom psychiatrischen Standpunkte. B. Hart.
 1610. Viskosität des Blutes und Hyperglykämie beim Diabetes mellitus. A. Kennedy.
 Fall von Infektion mit *Bacillus moribundus bovi*. S. Warren.

- The Quarterly Journal of Medicine**, Nr. 86, Januar 1929.
 Akute eosinophile Leukämie und eosinophile Erythroleukämie. John Hay und William Howel Evans.
 1612. Besserung des Diabetes bei einer Schwangeren durch das fötale Insulin. R. D. Lawrence.
 1603. Ein neuer Test zur Nierenfunktionsprüfung. R. T. Brain und H. D. Kay.
 1595. Aetiologische Studie des primären Basedows unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der weiblichen Sexualepochen. H. Gardiner Hill.
 Die Ursachen der Aurikularfibrillation. John Cowans.
 1596. Stereoskopische Radiographie des Koronarsystems. John S. Campbell.
 Die Behandlung gewisser Formen kindlicher Atrophie in sauerstoff- und kohlenstoffangereicherten Atmosphären. Edith F. W. McCrea und H. S. Raper.
 Die Chinidinbehandlung des Aurikularflimmerns. John Parkinson und Maurice Campbell.
 1602. Febrile Albuminurie, mit besonderer Berücksichtigung der Pneumonie. L. C. Hill.
 Kritischer Ueberblick. Die Schicksche Probe und ihre Anwendung. Sheldon P. Dudley.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical** (Brux. med.), Brüssel, Nr. 18, 1929.
 Neue Behandlungsart des Ulcus callosus penetrans in Leber und Pankreas. M. R. Leriche.
 Desensibilisationsversuche durch Proteinkörpertherapie zusammen mit Chemotherapie bei bestimmten Hautkrankheiten. Gerard.
 1530. Schwangerschaft im Anschluß an eine tubare Lipiodoleinspritzung bei einem Falle von Unfruchtbarkeit. J. J. Snoeck.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 3, 1929.

Vakzinothérapie (kurative Vakzination). I. Rieux.

Das Problem der Lungentuberkulose; bakteriologisches Konzept. Bezançon.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 4, 1929.

Epitheliom des Corpus uteri oder rotes Fibrom. Delbet.

1502. Interstitielle Injektionen von Ziehlscher Flüssigkeit in alte Analfisteln. Raymond Bonneau.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 5, 1929.

1641. Die Behandlung des kindlichen Nabelbruchs. André Martin.

Aetiologie des Emphysems. Bezançon.

Eine plasmodiale Splenomegalie. Noël Fissinger, R. Grégoire und H. R. Olivier.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 6, 1929.

1581. Streptokokkenseptikämie in gangränöser Form. Ch. Achard.

Die Beziehungen der vier Abarten von Biogrammen. Laiguel-Lavastine.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 7, 1929.

Chronische Diarrhöen des Erwachsenen. R. Bensaude.

1561. Der Wert der Spermokultur. Pierre Barbellion.

Revue neurologique (Revue neurol.), 36. Jahrg., 1., Nr. 3, März 1929.

1671. Kortikale Blindheit. H. Lagrange, J. Bertrano und R. Garcin.

Vasomotoren nach Rückenmarksdurchschneidung. R. Leriche und R. Fontaine.

1670. Krennophobie. A. Bernard und Ch. Jung.

1669. Neue pathologische Reflexe. I. Grossmann.

Galvanische Erregbarkeit. Raisse Golante-Ratner und S. Manoukhine.

Zeitschriften in italienischer Sprache

Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ostetr. e Gin.), Mailand, 51. Jahrg., Nr. 1.

1516. Für den Kampf gegen das Karzinom des Ovariums, (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) E. Altieri.

1506. Ueber die Wichtigkeit der urologischen Untersuchung in der Gynäkologie. (Kritische Beobachtungen über einige atypische und vom Standpunkte des Gynäkologen interessante Befunde der Harnwege.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) L. Cattaneo.

Ueber die Diffusion von Flüssigkeit und Gas in der ödematösen Haut. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Parma.) B. Buzzì.

1521. Die Blutplättchen bei puerperal-septischen Erkrankungen. (Frauenheim und Hebammenschule in Verona.) E. Deblasi.

Archivio di patologia e clinica medica (Arch. Pat. e Clin. Med.), Bologna, 8., Heft 2.

1630. „Stimme“ Kavernen bei Lungentuberkulose. Federico Alzona.

Beobachtungen und Erfahrungen bei der Van den Berghschen Reaktion. Erfahrungen über Bilirubinogenese bei zwei Hämoglobinurikern. Lodovico Paterni.

Anatomisch-klinischer Beitrag zum Studium systematischer Affektionen des Retikuloendothelialapparates. Achille Segà.

Die kleinen Fieberattacken. Silvio De Candia.

1588. Die Wirkung der Lebertherapie bei schweren Anämien. Alessandro Dalla Volta.

Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e Venerologia, Bologna, 4., Heft 2, Dezember 1928.

Ueber den Wert und ständigen Fehler bei der Bestimmung des respiratorischen Quotienten und des Grundumsatzes bei Hautkrankheiten. E. Ciambelotti.

1568. Klinische Betrachtungen und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von primärer arsenresistenter Lues. Eugenio Tarantelli.

1560. Beiträge zur Frage des „Adenoma sebaceum“ (Typus Balzer-Ménétries). Giovanni Lanteri.

1564. Das Silbernatriumsulfat in der lokalen Therapie der Urethritis gonorrhoea. Aldo Marcuzzi.

Il Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 12, 25. März 1929.

1585. Beitrag zum Kreatininstoffwechsel bei Malaria. R. Carusi.

1487. Hernien der Linea alba. E. Donetti.

Fall von hämorrhagischer Pankreatitis bei einem Jugendlichen. V. Coen. Hochgradiges Hämoperitoneum nach Ruptur eines Graafschen Follikels. G. Petta.

Die antiadenoide Kampagne und ihre ersten Resultate. T. Mancioi.

Il Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 13, 1. April 1929.

1676. Neuralgie des Plexus sacralis, Ischiadikusneuralgie. G. Catola.

1642. Die Salvarsanbehandlung der Chorea. O. Paolo.

1551. Sarkom des Mittelohres. M. Silvagni.

Kanervom des Bodens des vierten Ventrikels. F. da Villa.

Il Policlinico, sezione pratica (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 14, 8. April 1929.

Das Ueberleben der Leukozyten in der Agonie und Prägonie. R. Lusena.

Beitrag zum Studium der hämatogenen Muskeltuberkulose. G. Corradino.

Nochmals über die Irreversibilität der WaR. A. Micci.

Rivista di patologia e clinica della tubercolosi, Bologna, 3. Jahrg., Heft 2, Februar 1929.

1629. Die Pathogenese der Tuberkulose und die präventive Tuberkuloseschutzimpfung. Dante Pacchioni.

1625. Das Leukozytenbild und Lebensdauer der Leukozyten bei Lungentuberkulose. Antonio di Natale.

Ueber die supponierten filtrierbaren Formen des menschlichen Tuberkelbazillus von gewissen Raupenarten (Bombyx mori und Galleria mellonella) und Spinnen (Epeira cruciata) herrührend. Lino Uricio.

1626. Die Bedeutung des Allergiestandes des Organismus in der Entwicklung des tuberkulösen Prozesses. Vittorio Lubich.

Zeitschriften

in spanischer und portugiesischer Sprache

Archivos Españoles de Pediatría, Madrid, 12., Nr. 12, Dezember 1928.

1646. Aetiologie der kindlichen Tuberkulose. Partearroyo.

Perinephritischer Abszeß beim Kinde. G. del Diestro.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 8, 23. Februar 1929.

Fall von akuter gonorrhöischer Aortitis. Thibau jr.

1586. Heilung eines Falles von Tetanus mit hohen Serumdosen. M. Salles.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 9, 2. März 1929.

Hämorrhagien ex vacuo. A. Valerio.

Die Leprazählung im Staate Amazonas. A. da Matta.

Seltener Fall von Simulation. H. Ribeiro.

Fall von Woronowscher Operation. G. da Frota und J. Americano do Brasil.

Neue Methode der klinischen Auswertung der Nierendurchlässigkeit. G. Perrin.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 10, 9. März 1929.

Rückblick auf die Entwicklung der Lepra im Staate Amazonas. A. da Matta.

Experimentelle Reproduktion der Dermatitis verrucosa. J. Gomes und S. Pessoa.

Ueber endemische Malaria im Staate Rio Grande do Sul. R. di Primio.

1583. Heilung eines dysenterieformen Syndroms. E. Wolfenbüttel.

A Folha Medica (Folia med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrgang, Nr. 5,

15. Februar 1929.

Praktische Eugenik. R. Kehl.

Sechs Monate Schulhygiene. O. Clark.

Proteinotherapie in der Urologie. J. Vanzolini.

Ueber das Jendrassik'sche Symptom. A. Szendy.

A Folha Medica (Folia med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrgang, Nr. 6,

25. Februar 1929.

1495. Eigenartige Verlaufsbahn eines Revolverprojektils. J. Poggi.

Der Kampf gegen die Tuberkulose. J. Barbosa.

Sechs Monate Schulhygiene. O. Clark.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

Gyógyászat, Budapest, Nr. 1, 6. Januar 1929.

1600. Neuere Untersuchungen über Asthma bronchiale und verwandte Erkrankungen. Z. Bien.

Die Anwendung von Insulin außer Diabetes. E. Forrai.

1649. Ueber die Behandlung der Lungenverätzungen im Kindesalter. J. Páunz.

Ueber Magendivertikel. E. Koppenstein.

Gyógyászat, Budapest, Nr. 2, 13. Januar 1929.

1574. Ueber Prostatitiden unklarer Genese. Zs. Faragó.

1541. Geburt durch Sellheimsche Gebärmutter-Bauchwandfistel. S. Páunz.

Die Anwendung von Insulin außer Diabetes. E. Forrai.

Das Immunitätsgeschehen der verschiedenen Impfungsmethoden. O. Breifner.

1552. Die Therapie der Hyperemesis encephalo-medullospinalis. I. Müller.

Gyógyászat, Budapest, Nr. 3, 20. Januar 1929.

Das zurückgesetzte Kind. M. Goldberger.

Ueber die Lymphfollikel der Uterusschleimhaut. D. Görög.

Geburt durch Sellheimsche Gebärmutter-Bauchwandfistel. (Fortsetzung.) S. Páunz.

Ein Fall von scheinbarer Heilung eines epibulbären basozellulären Papillomkarzinoms. Gy. Fehér.

Die Therapie der Hyperemesis encephalo-medullo-spinalis. (Fortsetzung.) I. Müller.

Gyógyászat, Budapest, Nr. 4, 27. Januar 1929.

Ueber die Funktionsstörungen der weiblichen Genitalien. O. Mansfeld.

Die Theorie der Lehre von der Konstitution. J. Berger.

Im Bilde der Anaemia pernicioza verlaufendes miliäres Hypernephrom. E. Somló.

Das zurückgesetzte Kind. M. Goldberger.

Die Anwendung von Leptachol bei Erkrankungen der Gallenwege. Z. Hanser.

Die Entwicklung der medizinischen Wissenschaften in Japan. F. K. Mayer.

Zeitschriften in russischer Sprache

Medizinisch-biologisches Journal (russisch), 4. Jahrg., Heft 2, 1928.

Ueber die photographische Venenpulsregistrierung nach Ohm als Methode der

Herzfunktionsprüfung. M. S. Wowski.

Ueber den Einfluß der Schilddrüse auf die höheren Nervenfunktionen der

Hunde. B. Zawadowski und A. Sack.

1660. Zur Frage über den Einfluß der vegetativen Zentren auf den Fermentgehalt

des Blutes. V. S. Drapkina.

Zur Frage nach der Wirkung des Ergotamins auf die Salivation. J. O.

Dimikiew und G. S. Chwoles.

Die sensorische Dominante des Gehirns und Rückenmarks und ihre Entwick-

lung. M. Winogradow und G. Konradi.

Ueber den Einfluß der Narkose auf die Stickstoffbestandteile des Gehirns.

A. Rewo.

Zum Artikel von Papadato über „Die Bedeutung des Sympathikus für die

Sekretion der Zerebrospinalflüssigkeit. L. Korejscha.

Physiologie und Pathologie der Kapillaren und ihre klinische Bedeutung.

(Übersichtsreferat.) J. Kabakow.

Index der russischen endokrinologischen Literatur für das Jahr 1926. D. Rossijskij.

Paediatrica (russ.), 12., Nr. 6.

- Zur Frage der Appendizitis bei Kindern. W. A. Surat.
Beobachtungen über Meningitiden. E. F. Rar.
1644. Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase bei scharlachkranken Kindern. E. A. Bosse.
Blutbildung außerhalb des Knochenmarks bei Säuglingen unter pathologischen Bedingungen. N. M. Nikolaew und L. L. Goldberg.
Zur Frage der chronischen myeloischen Leukämie im Kindesalter. M. S. Laptewa-Popowa.
Blutarmut bei Kindern vom biologischen Gesichtspunkt aus. O. P. Origorowa.
Ein Fall von Mikrocephalie im frühen Kindesalter. J. N. Nikolski.
Ein Fall von akuter eitriger Pfeiffer-Bazillen-Meningitis bei einem 6 Monate alten Säugling. O. J. Beloussowa.
Der gegenwärtige Stand der Lehre von den hämorrhagischen Diathesen. (Übersichtsreferat.) M. A. Distler.
Wratschebnje Djele (Wratsch, Djelo), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 12.
1606. Zur Frage der Behandlung des Magengeschwürs nach Jarotzki. K. G. Abramowitsch.
1607. Zur Methodik der Leberuntersuchung. J. E. Raschba.
Magenchemismus bei Malaria vor und nach der Behandlung. E. Karapetzan.
Behandlung des Magen- und Duodenumgeschwürs mittels Resektion. A. A. Böltz.
Zur Ätiologie und operativen Behandlung des veralteten puerperalen Uterusprolapses. L. A. Gussakow.
1674. Zur Bekämpfung der vegetativen progressiven Muskeldystrophie. Bedeutung der Ca-Iontophorese. A. E. Schtscherbak.
1680. Einfluß des Lezithins auf die Erregbarkeit der Großhirnrinde. A. M. Worobjew und J. N. Shurawlew.
Ueber Wirkung des Milchserums auf die Duodenal- bzw. Pankreassekretion. N. R. Schastin.
Trachom und andere Augenerkrankungen bei der Bevölkerung des Junakow-Bezirkes (Sumsk). J. N. Miller und E. J. Madilewskaja.
1576. Ueber Temperaturschwankungen des Körpers bei Arbeitern des Glasgewerbes. W. S. Landa.

- Odessa als Kurort für Herzranke. L. B. Buchstab.
Makroapparat zur Erythrozytensenkungsreaktion. J. A. Slobodjanik.
1486. Ueber Nagelperkussion. D. Stolarek.
1634. Anwendung der Aloe arborescens Mill. zur Behandlung der Lungentuberkulose. A. T. Kolesnikow.
Fall von Askaridiosis und Meningitis bei einem Erwachsenen. J. S. Teitzlin und P. M. Resnik.
Psychisches Trauma und epidemische Enzephalitis. G. Rosenzon.
Zeitschrift für moderne Chirurgie (russisch), 4. Jahrg., Heft 20, 1929.
1490. Chirurgische Komplikationen bei der Malarisplenomegalie. N. Gurewitsch (Orenburg).
1491. Zur Milzchirurgie. M. Gerassimow (Woronesh).
1665. Zur Frage der Reaktion des retikuloendothelialen Apparates auf die totale und partielle Splenektomie. B. Brandsburg (Charkow).
Milzmetastasen in der Leber. P. Rabiner (Leningrad).
Struma maligna. W. Gorbunow (Leningrad).
Appendizitis. J. Rabinowitsch (Saratow).
Myxoglobulose des Wurmfortsatzes. A. Pytel (Moskau).
Produktive myxomatöse chronische Peritonitis vom Wurmfortsatz ausgehend. B. Jegorow (Moskau).
Ueber Karzinoide des Wurmfortsatzes. M. Pewsner (Rostow am Don).
Zur Pathologie des Blinddarmes und Wurmfortsatzes im Bruchsack. N. Bobrik (Minsk).
Zur Kasuistik des Meckelschen Divertikels. A. Babulew (Saratow).
Experimentelle Myelographie und der Einfluß von Jodipin auf das Rückenmark und seine Häute. M. Bruskin und N. Propper (Moskau).
1685. Pneumopyelographie. J. Gottlieb und F. Strokow (Moskau).
Die Injektionstherapie der Trigeminusneuralgie. K. Kogau (Moskau).
Die Behandlung infizierter Wunden mit 10prozentiger Kochsalzlösung. B. Stark (Odessa).
Multiple Knorpelxostosen. A. Ginsburg und L. Posnjakow (Moskau).
Sollen Leistenbrüche nach Kocher operiert werden? A. Kogen (Saporoshe).
Sitzungsberichte.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Bakteriologie und Serologie

1483.

Fränkel, Ernst, und Levy, Else, Allergie und moderne Methoden zur Diagnostik und Therapie allergischer Krankheiten. (Hals-, Nasen- und Ohrenklinik der Universität Berlin.) (Med. Klin., 8, 1929.) Auf Grund ausführlicher theoretischer Erörterungen über die Allergie kommt Verfasser zu folgenden Grundprinzipien der Therapie allergischer Krankheiten: 1. Man versuche die Fernhaltung des Allergens durch Diätvorschriften, Veränderung des Klimas, berufliche Beratung usw., je nach den Ergebnissen der Anamnese. Fernhaltung des Allergens bezwecken auch die allergenfreie Kammer und „Allergolix“-Kammer und -Maske. 2. Man versuche die Herabsetzung der Ueberempfindlichkeit durch spezifische Desensibilisierung. Diese ist nur mit wirksamen Extrakten von einem besonders geschulten Spezialisten durchzuführen und muß wegen der Möglichkeit, Anfälle auszulösen, mit größter Vorsicht vorgenommen werden. In vielen Fällen ist auch eine unspezifische Desensibilisierung mit Witte-Pepton oder mit kleinsten Tuberkulindosen erfolgreich. 3. Man versuche die Unterbrechung des krankheitsauslösenden „Schockkreises“: a) zentral durch psychische, hypnotische oder narkotische Einwirkung; b) am vegetativen Nervensystem durch Adrenalin, Atropin oder eins der zahlreichen daraus hergestellten Präparate; c) am inneren Stoffwechsel (Elektrolyte, Aktivator-Stabilisator-Gleichgewicht) durch Kalzium oder hyperosmotische Kochsalzlösung (5 bis 10 ccm 10% NaCl-Lösung intravenös) oder Röntgenbestrahlung.

Praktisch gestaltet sich die Behandlung nach den eben angeführten Grundsätzen kurz zusammengefaßt folgendermaßen: Ist ein Krankheitsbild verdächtig, durch Allergene ausgelöst zu sein, so ist die erste Aufgabe, den oder die Auslöser festzustellen. Sind diese leicht vermeidbar, wie z. B. Nahrungsmittel, so genügt deren Ausschaltung durch Vermeidung in der Beköstigung. Bei in der Luft enthaltenen Schädlichkeiten, wenn sie, wie bei vielen Berufen, z. B. den Kürschnern und Bäckern, nur im Arbeitsraum vorhanden sind,

genügt es, durch Tragen eines geeigneten Atemgerätes sie hier fernzuhalten. Wird das Krankheitsbild aber ausgelöst durch Stoffe, die in der Luft allgemein oder häufig verbreitet sind, wie Schimmelpilze, Klimaallergene, so setzt man die Reizbereitschaft durch zumindest täglich mehrstündiges Einatmen allergenfreier Luft herab. Genügt diese Behandlung nicht oder ist sie aus äußeren Gründen nicht durchführbar, dann desensibilisiert man.

L. Gordon, Berlin.

1484.

Kraus, Zur Frage der Serumtherapie der Bisse europäischer Vipern. (Wien. klin. Wschr., 42. Jg. Nr. 9.) Da die Bisse europäischer Vipern schwere Erkrankungen und auch Todesfälle zur Folge haben können, ist die Serumtherapie, die in Indien, Südamerika und Afrika sehr günstige Resultate gibt, auch bei uns angezeigt. Zur Herstellung genügender Serumengen reichen die kleinen Giftmengen, die aus den europäischen Vipern gewonnen werden können, nicht aus, weshalb Versuche mit dem polyvalenten Serum, das mit verschiedenen südamerikanischen Vipern hergestellt wird, unternommen wurden. Da positive Erfolge erzielt wurden, sollte das Serum, das jahrelang haltbar ist, in schlangenreichen Gegenden in den Apotheken vorrätig gehalten werden.

Ernst Pick, Wien.

1485.

Gaehdgens, W., Ueber die antigene Wirkung von Pallidasuspensionen in karbolisierter Kochsalzlösung. (Med. Klin., 10, 1929.) (Hygienisches Staatsinstitut Hamburg, Abteilung für serologische Untersuchungen.) Eine in physiologischer Kochsalzlösung gewaschene, mit 0,5% Karbol abgetötete Pallidareinkultur stellt ein hochwirksames Präparat dar, das mit Luesserum, in weitgehender Uebereinstimmung mit der WaR, Komplement zu binden vermag. Die Wirksamkeit des Antigens ist an die gleichzeitige Anwesenheit von Karbol und hinreichenden Spirochätenmengen gebunden. Die Reaktion tritt nicht mit der Pallidaabgüßflüssigkeit ein; ihr Zustandekommen ist vielmehr an die Gegenwart der Spirochätenkörper gebunden. Untersuchungen an menschlichen Luessern und an den Seren vor-

behandelter Tiere zeigten, daß die Pallidareaktion spezifisch ist. Die Vorbehandlung von Kaninchen und Meerschweinchen mit der karbonisierten Pallidasuspension führte zur reichlichen Entstehung von Antikörpern, die sich in spezifischer Weise gegen das Pallidantigen richteten und auf heterologe Antigene nur in den stärksten Serumkonzentrationen gelegentlich übergriffen. Die WaR. und die Pallidareaktion sind wahrscheinlich als verschiedene Vorgänge aufzufassen, die im infizierten Organismus bis zu einem gewissen Grade selbständig nebeneinander hergehen.

L. Gordon, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

1486.

Stolarenko, D., Ueber Nagelperkussion. (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 12, S. 973.) Für die chirurgische Praxis wird eine eigene Nagelperkussionsmethode empfohlen, die folgendermaßen ausgeführt wird: Als Plessimeter dient die Endphalanx des Mittelfingers der linken Hand, die mit der Pulpa auf die Perkussionsfläche aufgelegt wird. Auf den linken Handrücken wird die rechte Handfläche in der Weise aufgesetzt, daß der Nagel des Zeige- oder Mittelfingers bei Bewegungen im Handgelenk auf den Nagel des Plessimeterfingers auftrifft. Die Schläge müssen kurz und leicht erfolgen. Diese Perkussionsart hat sich bewährt bei Entzündungsprozessen in der Bauchhöhle (Appendizitis u. a.), bei Lungenblutungen, bei Perkussionen in der Nachbarschaft von Wunden, bei kleineren Hernien und insbesondere bei Kindern zur Perkussion der Herzdämpfungsgrenze. Bei Peritonitis ruft diese Perkussionsart keinen Protest seitens der Patienten hervor. E. Kontorowitsch.

1487.

Donelli, Eduardo, Hernie der Linea alba. (Policlinico, 36., 12.) Die Hauptsymptome der kleinen, tiefen, oft schwer zu findenden Hernie sind: 4 bis 5 Stunden nach dem Essen auftretender Schmerz und gleichzeitiger Brechreiz, Uebelkeiten, Flatulenz, kalter Schweiß und allgemeines Unwohlsein. Der Schmerz kann überaus intensiv sein und verschwindet entweder nach spontaner Reposition des eingeklemmten Darmstückes oder erst nach Wärmeapplikation, Friktionen, Einnahme warmer Flüssigkeit. Bei supraumbilicalem Sitz Magensymptome mit Ausstrahlung in den linken Rippenbogen, so daß diagnostische Irrtümer, besonders beim Vorhandensein gesteigerter Salivation und Aufstoßen, leicht möglich sind (Ulkus der kleinen Krümmung). Bei rechtsseitiger Ausstrahlung liegt die Möglichkeit einer Verwechslung mit Gallenblasenaffektionen vor. Mitunter tritt der Schmerz gleich nach dem Essen auf, so daß der Verdacht eines Ulcus ad pylorum oder eines Duodenalgeschwürs entsteht. Bei schlechtem Allgemeinbefinden liegt auch der Verdacht auf ein Karzinom des Magendarmtraktes nahe. Bei infraumbilicalem Sitz kommt die Differentialdiagnose zwischen der Hernie und einer Appendizitis in Betracht. Häufige und genaue Beobachtung, speziell während des Anfalls, erleichtert die Diagnose.

Ashkenasy, Wien.

1488.

Lindsay, Charles E., und William Evans, Postoperative Azidität des Magens. (Lancet, 216., 5509.) (London Hospital, London.) Achlorhydrie nach operativen Eingriffen bei Magen- oder Dünndarmgeschwüren muß nicht immer eintreten und tritt auch tatsächlich in 50% der Fälle nicht ein. Auch wenn die postoperative Azidität höher als die präoperative befunden wird, können nichtdestoweniger die subjektiven Symptome dank der Operation verschwinden. Eine in den ersten 14 Tagen post operationem angestellte Probeausheberung liefert keine zuverlässigen Werte. Es scheint, daß ein anderer Faktor als die Regurgitation des alkalischen Duodenalsekrets auf die Verminderung der Säurewerte des Magensaftes einwirkt. Es liegt kein Beweis vor, daß die Heilung eines Duodenalgeschwüres mit vollständigem Verschwinden der subjektiven Symptome nach Gastrojejunostomie durch die partielle oder totale Neutralisation des Magensaftes erfolgt. Hohe postoperative Säurewerte, sogar die Gegenwart von 0,25% freier Salzsäure, sind mit einem guten Gesundheitszustand wohl vereinbar. Alkalithérapie, Rauchen, Alkohol scheinen nach den Untersuchungen der Verfasser keine konstante Wirkung auf die Säureverhältnisse des Magens weder vor noch nach der Operation auszuüben.

Ashkenasy.

1489.

Kraus, Otto, Beobachtungen bei Karzinomen des Magendarmkanales. (Med. Klin., 12, 1929.) Ein Dauererfolg bei der operativen Behandlung des Rektumkarzinoms ist um so sicherer, wenn es im symptomlosen oder symptomarmen Frühstadium diagnostiziert wird. In 3 Fällen von Magenkrebskrankungen konnte Verfasser lange vor Beginn der ersten Symptome eine Hodenschwellung

feststellen, welche sicher nicht auf eine venerische Infektion zurückzuführen war. Es liegt also die Vermutung nahe, daß es sich vielleicht um ein Frühsymptom im ersten Krankheitsstadium handelt. L. Gordon, Berlin.

1490.

Gurewotsch, N. (Orenburg), Chirurgische Komplikationen bei der Malarisplenomegalie. (Zeitschrift f. moderne Chir. (russisch), 4. Jg., H. 20, 1929.) Unter den chirurgischen Komplikationen von Seiten der Milz bei der Malaria spielen Torsionen und Rupturen die Hauptrolle. Die Torsion ist eine einfache Komplikation, wenn es sich um eine isolierte Torsion der Milz handelt; sie wird zu einer sehr ernststen Gefahr, wenn die Milz bei ihrer Drehung das mit ihr verwachsene Organ (Magen, Pankreas, Colon transversum) in Mitleidenschaft zieht.

Prophylaktisch ist das Tragen von Bandagen, Vermeidung mechanischer Anstrengungen bei Milzhyperplasie angezeigt. Eine beträchtlichere Splenomegalie erfordert eine Splenektomie.

Die Milzruptur ist die ernsteste Komplikation der Splenomegalie, die spontan und traumatisch sein kann. Bei Verdacht auf Ruptur ist die Bauchhöhle breit zu eröffnen; bei kleiner Ruptur genügt Muskel- oder Netzplastik; bei tiefergehender Beschädigung ist die Splenektomie angezeigt. Eliasberg.

1491.

Gerassimow, M. J., Zur Milzchirurgie. (Zeitschr. f. mod. Chir. [russisch], 4. Jg., H. 20, 1929.) (Chir. Universitätsklinik, Woronesh.) Milzrupturen sind operativ durch Milzexstirpation zu behandeln. Die Operationsresultate sind aber gute nur in den ersten 24 Stunden. Die Frage der Exstirpation der leukämischen Milz ist noch nicht spruchreif. Träger einer Malarisplenomegalie sind in beständiger Gefahr der Torsion oder Ruptur der Milz und sollten daher der Splenektomie unterzogen werden. Eliasberg.

1492.

Stebbing, George F., Chordotomie. (Lancet, 216., 5509.) (Lambeth Hospital, London.) Die Operation, Durchtrennung des antero-lateralen Rückenmarkstranges zwecks Schmerzlinderung in verzweifelten Fällen, kann ohne Herausbeschwörung einer besonderen Gefahr für den Kranken unternommen werden. Unter 17 Patienten des Verfassers bloß 2 Todesfälle, in keinem der überlebenden Fälle unerwünschte Nebenwirkungen. Wenn auch beim Karzinom die Schmerzlinderung keine absolute war, so hielt sie jedoch während des ganzen Lebens der Kranken an. Bei Tabes dorsalis war der Effekt mehr vorübergehender Natur, da nach einem Jahre die Schmerzanfälle rezidierten. Ashkenasy, Wien.

1493.

Hugel, Ueber Rückenmarksverletzungen im Weltkrieg. (Dtsch. Z. f. Chir., 215., 3/5. Heft, S. 295.) Die Beurteilung der Rückenmarksverletzungen im Weltkriege hat ergeben, daß man auch bei schweren Wirbelsäulenverletzungen mit Markerscheinungen nicht untätig sein soll. Die Markerscheinungen können durch Blutergüsse oder Druckwirkungen von Knochenbruchteilen hervorgerufen werden und können durch rechtzeitig ausgeführte Operation wieder zur Heilung gebracht werden. Wenn die Querschnittslähmung nicht komplett ist, so braucht man nicht immer zu zweifeln, sondern soll die Operation anraten.

E. Gohrbandt, Berlin.

1494.

Bestelmeyer, R., Spätergebnisse der Oberschenkel-schußfrakturen im Weltkrieg. (Dtsch. Z. Chir., 215., 3/5. Heft, S. 240.) Die Erfolge der Behandlung der Oberschenkel-schußfrakturen im Kriege sind, wie die angestellten Nachuntersuchungen ergeben haben, als wenig günstig zu bezeichnen. Als Dauerschädigung fällt in erster Linie die des Kniegelenkes mit fast 81% auf. Als weitere Schädigungen wurden gefunden: chronische Knochenentzündung 25%, starke Verkürzung 4,8% und die dadurch bedingte hohe durchschnittliche Erwerbsminderung um 58%. Die Schädigungen des Fußgelenkes sind verhältnismäßig selten, die des Hüftgelenkes spielen nur in 19,1% eine gewisse Rolle. Verf. pflichtet der Ansicht von Franz bei, daß bei den Oberschenkel-schußfrakturen zu wenig amputiert worden sei. Ueber die verschiedenen Behandlungsmethoden (Schienenverbände, Gipsverbände, Extensionsverbände) glaubt Verf. sich kein Urteil erlauben zu dürfen, da das Material zu verschiedenartig ist. Es wird der Ansicht Ausdruck gegeben, daß in künftigen Fällen Speziallazarette für Oberschenkelbrüche hinter der Front eingerichtet werden müssen, um bessere Resultate zu erzielen.

E. Gohrbandt, Berlin.

1495.

Poggi, Jayme, Bizarre Verlaufsbahn eines Revolverprojektils. (Folha med., 10., 6.) (Hospital S. Joao Baptista de Lagoa, Rio de Janeiro.) Es handelte sich um eine Zufallsverletzung durch

einen Revolverschuß, bei dem Patient zu Boden geworfen wurde. Er klagte sofort über heftigen Schmerz in der linken unteren Extremität, hatte das Gefühl, als ob er einen schweren Schlag über das ganze Bein bekommen hätte. Leichte Blutung aus der Einschußöffnung am Abdomen. Die röntgenologische Untersuchung ergab, daß das Projektil im Rückenmarkskanal in der Gegend des 2. Lendenwirbels steckenblieb, ohne bei seinem Verlauf irgendein abdominales Organ oder Gefäß, obschon es knapp an den großen Bauchgefäßen vorbeiging, zu verletzen, wofür Befund auch autopsisch anlässlich der Operation bestätigt werden konnte. Es scheint also, daß hier bloß eine makroskopisch nicht sichtbare Verletzung, sehr leichter Natur übrigens, des Rückenmarks vorgelegen hat, da der Pat. motorisch-sensible Störungen des linken Beines, die im Laufe der Zeit geringer wurden, aufwies. Auch die später aufgetretene Impotentia coeundi spricht dafür. Das Geschloß konnte nicht entfernt werden.

Ashkenasy, Wien.

1496.

Feßler, Jul., Ueber Gasödeminfektion. (Dtsch. Z. Chir., 215, 3/5, Heft, S. 248.) Die verschiedenen klinischen Formen des Gasödems, der Gasphlegmonie und des Gasbrandes gehören demselben einheitlichen Krankheitsbilde an, obwohl sie häufig durch Mischinfektion sehr verschieden gestaltet sind. Die Infektion wird als primäre Wundinfektion durch die Erde, durch mit Erde beschmutzte Geschosse und Tuchfasern übertragen. Sie wird in fast allen Fällen durch den Gasbrandbazillus Fränkel-Welch hervorgerufen, der oft von dem Bazillus Novy des malignen Oedems und vom Pararauschbrandbazillus begleitet wird. Ihre eitrige Abbauende Arbeit wird durch andere Anaerobier der putriden Infektion oder auch durch Streptokokken günstig beeinflusst. Vorbeugend gegen die Infektion wirkt die Spülung mit Dakinscher Lösung, verbunden mit aktiver Hyperämiebehandlung. Bei Steckschußverletzungen empfiehlt sich die Entfernung des Geschosses, Säuberung der Wunde und Spülung mit Dakinscher Lösung. — Ist die Infektion ausgebrochen, so ist breite Wundspaltung und Nachbehandlung mit Dakinscher Lösung unbedingt erforderlich. Schreitet die Phlegmonie trotzdem fort, so ist die hohe Amputation auch noch im ödematösen Gewebe unbedingte Forderung.

E. Gohrbandt, Berlin.

1497.

Schmidt, Georg, Progenieoperationen. (Dtsch. Z. Chir., 215, 3/5, Heft, S. 212.) Bericht über Progenieoperationen, die nach Lindemann-Bruhn ausgeführt wurden. Die Operation besteht in querer Durchtrennung im oberen Abschnitte des rechten und linken aufsteigenden Unterkieferastes unterhalb seiner halbmondförmigen Ausbuchtung und oberhalb der linken Lingula an der Innenfläche. Alsdann wird das gesamte distale Unterkiefergerüst zurückverlagert. Verf. operierte nach diesem Verfahren 7 männliche Kranke und war mit dem Resultat zufrieden.

E. Gohrbandt, Berlin.

1498.

Schnitzler, Prophylaxe und Therapie der postoperativen Thrombosen und Embolien. (Wien. Klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 9.) Besonders thrombose-(th.)gefährdet sind Fettleibige, Pykniker, Hypothyreoidotiker, Träger von Varizen, von chronisch entzündlichen Erkrankungen und von Neoplasmen. Ferner gibt es eine familiäre Disposition. Gegen letztere kommt prophylaktisch nur möglichste Zurückhaltung bei der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen in Betracht. Bei Varizenträgern kann die Beseitigung der Krampfadern oder die Unterbindung der V. saphena dicht an der Einmündung in die V. femoralis der Operation vorausgeschickt werden. Guf wirkt die prophylaktische Vorbehandlung mit Schilddrüsensubstanz; mit der Anwendung von Aderlässen und Blutegeln wurden keine wesentlichen Erfolge erzielt. Wichtig ist für die Prophylaxe der Th. die Bewahrung des Patienten vor Wasserverarmung (Vermeidung von forcierten Abführ- und Durstkuren vor der Operation). Auch die postoperative reichliche Flüssigkeitszufuhr (Tropfklysmen und Dauerinfusionen) ist zur Verhütung von Th. bedeutungsvoll. Das frühzeitige Aufstehenlassen nach der Operation verhindert die Th. nicht. Bei blander Thrombophlebitis ist Ruhe, Wärme und Blutegelapplikation empfehlenswert, bei septischer Th. soll womöglich aktiv vorgegangen werden (Unterbindung). Bei massiger Embolie der A. pulmonalis ist die Trendelenburgsche Operation manchmal erfolgreich; bei Embolie einer Extremitätenarterie kann die rechtzeitig ausgeführte Embolektomie die Extremität retten.

Ernst Pick, Wien.

1499.

Eisenklamm, Operative Behandlung der akuten, lokalisierten Phlebitis der unteren Extremität. (Wien. Klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 12.) Für die operative Behandlung geeignet sind jene Fälle von nichteitriger, oberflächlicher Thrombophlebitis, die lokalisiert bleiben, während bei den fortschreitenden Prozessen eine

aktive Therapie zu gefährlich ist. Ob die Entzündung lokalisiert bleibt oder zur Progredienz neigt, ist meist schon einige Tage nach Beginn der Erkrankung erkennbar. Operiert wird nach Abklingen des akuten Entzündungsprozesses. Technik: Vorsichtige Reinigung mit Benzin (Vermeidung festen Reibens, kein Jodtinkuranstrich), leichte Allgemeinnarkose. Inzisionen von 1 bis 2 cm Länge in der Hautspaltrichtung bis auf die Faszie. Die Inzisionen werden teils über der höchsten Erhebung des Infiltrats, teils an den Rändern desselben angelegt. Bei strangförmigen Infiltraten Inzisionen in 5 cm Abstand, die äußerste dort, wo die Vene schon frei ist (erkennbar an der Blutung). Die Koagula werden aus den Inzisionsstellen herausgehoben. Unterbindung und Naht sind überflüssig. Am Tage nach der Operation stehen die Patienten auf. Bei nichteitrigen Fällen Heilung nach 8 bis 11 Tagen, bei eitriger Einschmelzung längere Heilungsdauer. Abgesehen von der Abkürzung der Krankheitsdauer hat die operative Behandlung noch den Vorteil der Verhinderung von Rezidiven.

Ernst Pick, Wien.

1500.

Sachs, A., Operationslose Behandlung der Osteomyelitis. (Med. Welt, 7, 1929.) Bericht über zwei operationslos geheilte Fälle von Osteomyelitis. Die Behandlung bestand in Bettruhe und in langdauernden warmen Vollbädern (36° C) mit Zusatz von Sapokalinus. Vollbäder wurden aus dem Grunde gegeben, weil die dadurch geschaffene Hyperämie bereits vom Stammgebiet der Beingegefäße aus wirken sollte und weil bei horizontaler Lagerung die im Kapillar- und Venengebiet sich abspielende Entzündung kräftiger und wirksamer verläuft. Die konservative Behandlung der Osteomyelitis ist gefahrlos, weil das warme Bad den Entzündungsprozeß lokalisiert und ihn am Weiterschreiten in zentripetaler Richtung und zur allgemeinen Sepsis hemmt. Die Bäder wirken in zentrifugaler Richtung und leiten den Eiter zum Periost und nach außen.

L. Gordon, Berlin.

1501.

Mosenthal, A., Abriß des Trochanter minor als Sportverletzung. (Med. Kl., 9, 1929.) Es gibt aktive und passive Abrißfrakturen des Trochanter minor. Der aktive Abriß entsteht in den Fällen, wenn ein Mensch in einem Fahrzeug auf einem Bein steht und beim plötzlichen Anrücken des Fahrzeuges seinen Ileosoaas aufs äußerste kontrahiert. Das weit häufigere Vorkommnis ist das passive, welches beim Sport dadurch entsteht, daß der Patient im raschen Laufen oder Springen plötzlich durch irgendein Hindernis abstoppen muß; es kommt dabei durch nicht genügend rasche Entspannung des Ileosoaas zur Abrißfraktur. Prädisponiert zu dieser Verletzung sind Menschen bis zum 20. Lebensjahr und über 70 Jahre. Die Diagnose ist leicht zu stellen aus dem Entstehungsmodus und durch das Vorhandensein des Ludloffschen Phänomens. Dieses besteht darin, daß das kranke, gestreckte Bein im Sitzen nicht über die Horizontale erhoben werden kann, während dies im Liegen möglich ist. Das Phänomen kann schon kurze Zeit nach der Entstehung der Verletzung wieder verschwinden. Als charakteristische Druckschmerzpunkte für die Diagnose wird der tiefe Teil der Fossa pectinea in der Richtung auf den Trochanter minor angegeben. Ein zweiter, fast stets vorhandener Druckpunkt ist von hinten nach vorn, im inneren Drittel der Glutaealfalte in der Richtung nach dem Trochanter minor. Die Diagnose wird in jedem Fall geklärt durch den Röntgenaufnahme. Therapeutisch ist eine Fixation des Beines in Flexion, leichter Innenrotation und Adduktion das Gegebene. Es genügen meist 3 Wochen Bettruhe. Nach 6 bis 8 Wochen können selbst Sportübungen wie vor der Verletzung wieder ausgeführt werden.

L. Gordon, Berlin.

1502.

Bonneau, Raymond, Interstitielle Injektionen von Ziel-scher Flüssigkeit in alte Analfisteln. (J. des Prat., Nr. 4, 1929.) Bei alten tuberkulösen Analfisteln führt die Exairese gewöhnlich zu guten Ergebnissen; indessen ist man zuweilen genötigt, auf sie zu verzichten, und zwar in folgenden Fällen:

Bei rückfälligen Kranken, bei Patienten, die an Mastdarmtuberkulose leiden, bei ausgesprochener Kachexie. Hier wagt selbst der kühnste Chirurg nicht, zum Messer zu greifen; aber er braucht nicht mit gekreuzten Armen dazustehen. Die Injektion von Ziel-scher Flüssigkeit auf bestimmte Art und Weise einverleibt, gibt auch diesen Fällen noch die Möglichkeit des Erfolges.

Die Idee, Ziel-sche Flüssigkeit zu verwenden, ist dem Verfasser gekommen, weil diese Farbflüssigkeit eine spezielle Affinität für den Tuberkelbazillus hat. Mit 6 bis 7 cm langen Nadeln muß man sehr tief einstechen, hoch über den Sphinkter hinaus. Die Menge der injizierten Flüssigkeit beginnt mit wenigen Tropfen und steigt bis zu 2 ccm an, die auf 5 bis 6 Einstiche verteilt werden. Das Verschwinden der Fungusbildungen geht immer einher mit einem beabsichtigten Sklerosierungsprozeß, und zwar so, daß die letzten Injektionen auf ein ganz besonders resistentes Gewebe treffen.

Wegen der Venen und wegen des Sphinkters braucht man nicht in Unruhe zu sein. Die Injektionen macht man im Anfang alle 14 Tage, dann alle Monat und schließlich vier- bis fünfmal im Jahre. Im Laufe des ersten Jahres sechs- bis siebenmal.

Verfasser zögert, das Wort „definitive Heilung“ auszusprechen und demgemäß einen Schlußpunkt unter die Behandlung zu setzen; aber sowohl der Kranke wie der Arzt werden sich lieber einer zwei- bis dreimaligen prophylaktischen Injektionskur im Jahre unterziehen, als sich der Gefahr eines Rezidives auszusetzen.

Held.

1503.

Nigst, P. F., **Bisherige Ergebnisse der Avertinnarkose.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 10, 1929.) Als Vorteile der Avertinnarkose werden allgemein hervorgehoben:

1. das vollkommen ruhige, angenehme, natürliche Einschlafen und Erwachen mit Ausschaltung des psychischen Schocks,
2. das Ueberschlafen des ersten Wundschmerzes,
3. der Fortfall der unangenehmen Narkosenachwirkungen, wie postoperatives Erbrechen und Uebelkeit,
4. der ruhige Schlaf bei Basedowstrumen.

Dem stehen folgende Nachteile gegenüber: Mit dem Steigen der Dosis nimmt die Gefahr für den Patienten stark zu, mit dem Fallen die Leistung stark ab. Unvorsichtige und unrichtige Dosierung, die wegen der individuell großen Unterschiedlichkeit in der Wirkungsstärke schwierig ist, führt größte Gefahren herbei. Das Körpergewicht allein ist für die Dosierung nicht maßgebend; Alter, Allgemeinzustand, Konstitution, Temperament, Resorptionsfähigkeit des Dickdarms usw. spielen eine große Rolle. An Organschäden bemerkt man: hämorrhagische Nephritiden, Leberschädigungen, Mastdarmschädigungen, hämorrhagische Kolitiden, teils mit schweren Nekrosen. Die Empfindlichkeit der lebenswichtigen Zentren, vor allem Atem- und Vasomotorenzentrum, ist so ausgesprochen, daß bei guter Narkosentiefe regelmäßige Schädigungen auftreten. Das Avertin übertrifft bezüglich Schaffung von Schockbereitschaft infolge von Blutdrucksenkung den Äther und sogar das Chloroform. Die großen Kliniken haben allgemein einen warnenden, zum Teil völlig ablehnenden Standpunkt eingenommen.

Interessant ist, wie gerade in allerletzter Zeit die Parole dahin geht, mit Avertin allein keine Vollnarkose zu erzwingen, sondern mit einer niederen Schlafmitteldosis desselben die Narkose einzuleiten und mit einem Exhalationsnarkotikum die Vollnarkose zu schaffen. Die reine Avertinnarkose kann nach den bisherigen Ergebnissen den Vergleich mit anderen Narkosemethoden in bezug auf das größtmögliche Maß an Sicherheit nicht aushalten.

Held.

1504.

Bloomfield, J., und F. Shipway, **Die Avertinnarkose.** (Lancet, 5507.) Bezüglich der physikalisch-chemischen Eigenschaften von Avertin teilen Verfasser folgendes mit: Wenn das Mittel abgekühlt wird, kristallisiert es und zersetzt sich dann leicht, wenn es wieder auf 40° erhitzt wird. Das so gebildete Acid. hydrobromic, läßt sich durch die Kongoprobe nachweisen, und so kann die Anstellung letzterer knapp vor der Einleitung der Narkose die Gefahr der Benutzung einer verunreinigten Lösung ausschalten. Ihre Erfahrungen bezüglich der klinischen Verwertbarkeit des Mittels präzisieren die Verfasser dahin, daß sie keine lokale (Darm-) Reizung beobachtet haben, ferner daß die Vollnarkose mit Avertin allein nur durch Ueberdosierung des Mittels zu erzielen sei, die aber im allgemeinen keine toxischen Erscheinungen zeitigt. Eine subkutane Verabfolgung von Mo + Atropin oder Mo + Skopolamin oder Omnopon eine halbe Stunde vor Beginn der Narkose erweist sich als nützlich, da in solchen Fällen geringere Dosen von Avertin ausreichen. Am Abend vor der Operation ist eine Darmwaschung mit warmem Wasser vorzunehmen, worauf die Avertinnarkose am besten zwischen 9 und 1 Uhr des nächsten Tages ausgeführt wird. Die Verabfolgung der auf 35 bis 40° erwärmten Avertinlösung hat in linksseitiger Bettlage langsam zu erfolgen, wobei das Gummrohr etwa 10 cm tief ins Rektum eingeführt werden muß. Die Einlaufzeit darf nicht weniger als 10 Minuten betragen; das Einlaufrohr kann im Darm belassen werden. Der Einlauf soll entweder vom Arzt selbst gemacht oder zumindest unter seiner persönlichen Ueberwachung, damit der Grad der erreichten Betäubung bzw. die Notwendigkeit einer weiteren Zufuhr des Anästhetikums von ihm selbst kontrolliert werde. Bei der Avertinnarkose kommt es ebenso wie bei der Inhalationsnarkose zu einer Obstruktion der oberen Luftwege; sie ist jedoch hier nicht so intensiv wie im letzteren Falle. Dosierung: 0,09 bis 0,15 g Avertin in einer dreiprozentigen Lösung von destilliertem Wasser pro Kilogramm Körpergewicht. 0,10 g Avertin bei vorheriger Verabreichung von 1/2 Omnopon erweisen sich als optimale Dose zur Einleitung der Narkose; erreicht und erhalten wird jedoch das Stadium der Vollnarkose durch eine ergänzende Ätherinhalation. In einem Drittel der Fälle erzielen Verfasser Voll-

narkose mit 0,13 bis 0,15 g Avertin pro Kilogramm Körpergewicht ohne Ätherbeigabe. Auch die fraktionierte Darreichung hat sich als sehr nützlich erwiesen: 0,10 g zur Einleitung, nach 15 Minuten bei noch bestehender Schmerzempfindung 0,025 g, welche Dosis nötigenfalls solange wiederholt wird, bis das Maximum von 0,15 g erreicht wird. Die Resorption des Mittels erfolgt sehr schnell. Die Vorteile der Avertinrektalnarkose sind: schnellerer und ruhigerer Eintritt der Betäubung, kein Exzitationsstadium, Fehlen unangenehmer Sensationen, erhaltene Lichtreaktion, Relaxation der Muskulatur, regelmäßige, wenn auch nicht selten stertoröse Atmung, nach dem Erwachen keine unerwünschten Erscheinungen, danach 3 bis 4 Stunden hindurch kräftiger, wohlthuender Schlaf.

Ashkenasy, Wien.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1505.

Hibbert, **Proteintherapie in der Gynäkologie.** (Amer. J. Obst., 17, Nr. 2, 1929.) Akute und chronische Entzündungen im Becken können durch Injektion körperfremden Eiweißes (Aolan) sehr häufig gebessert werden. Proteintherapie sollte bei Entzündungen immer angewandt werden, bevor zu operativen Maßnahmen geschritten wird.

Hirsch, Köln.

1506.

Cattaneo, L., **Ueber die Wichtigkeit der urologischen Untersuchung in der Gynäkologie.** (Kritische Beobachtungen über einige atypische und vom Standpunkt des Gynäkologen interessante Befunde der Harnwege.) (Ann. di Ostetr. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 1.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) Eine genaue urologische, in erster Linie zystoskopische Untersuchung erweist sich in vielen Fällen von gynäkologischen Erkrankungen als notwendig; verbergen sich doch nicht zu selten hinter scheinbar harmlosen Symptomen gynäkologischer Natur ernste Krankheiten des uropoetischen Systems.

Es werden 6 Fälle mit genauen Daten der Krankengeschichte angeführt; von diesen betreffen 4 Fälle Nierentuberkulose: der erste mit leicht zystischen Beschwerden und +++ Gonokokkenbefund; im zweiten Falle bestand eine profuse für Tbc. remis nicht gerade charakteristische Hämaturie; im dritten Falle war der Urin konstant blutig tingiert; der vierte Fall wies einen Tumor im linken und rechten Quadranten auf, der ursprünglich die Differentialdiagnose „Ovarialzyste—ektopische Hydronephrose“ offenließ. In allen vier Fällen wurde die Diagnose Tbc.-remis durch die Nephrektomie erwiesen. Heilung. Im fünften Falle trat im Anschlusse an einen Partus ein mit hohen septischen Temperaturen einhergehender perinephritischer Abszeß auf, der nach Inzision und Ablassen des Eiters geheilt werden konnte. Im sechsten Falle bestand eine kongenitale, kaum für einen Ureterenkatheter Nr. 6 passierbare Stenose der Urethra. Dehnung mit Metallbougies nach Dittel-Pasteau bis zur Einführung des Zystoskopes. Heilung.

Szamek.

1507.

Novak, J., und M. Harnik, **Ursache und Behandlung der Dysmenorrhö.** (Med. Klin., 7, 1929.) (Gynäk. Abt. des Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatoriums in Wien.) Die Ursache der Dysmenorrhö muß nicht in anatomischen Veränderungen des Uterus, sondern in dem psychischen Verhalten der Kranken gesucht werden. Jede Menstrualkolik wurzelt in einem psychischen Trauma. Fällt dieses in die Zeit der Menstruation, so findet der dadurch ausgelöste unlustbetonte Affekt seine körperliche Auswirkung sehr leicht im Bereiche des Genitals. Ist es einmal auf diesem Wege zur Auslösung des dysmenorrhöischen Mechanismus gekommen, so sorgt die Angst dafür, daß eine Erwartungsneurose entsteht. In den meisten Fällen haben die Traumen, die zur Dysmenorrhö führen, eine unmittelbare Beziehung zur Sexualsphäre: die Defloration, verschiedene sexuelle Verfehlungen, versuchte oder auch durchgeführte Vergewaltigungen, üble Erfahrungen in Liebesangelegenheiten, Zerwürfnisse mit dem Freunde oder seltener mit dem Ehemann, Furcht vor den vermeintlichen schlimmen Folgen einer Verhütung während der Periode, Ekel vor der Beschmutzung durch das Menstrualblut, Verstimmung wegen der Behinderung sportlicher Betätigung oder gesellschaftlicher Vergnügen. In einigen Fällen hat das psychische Trauma keine unmittelbare inhaltliche Beziehung zur Sexualsphäre, sondern ist bloß zeitlich mit der Menstruation verknüpft: Eintreffen einer Unglücksbotschaft zur Zeit der Menstruation. Entsprechend dieser Theorie der psychogenen Entstehung der Dysmenorrhö muß die Therapie dieses Leidens in psychischer Behandlung bestehen. Die Behandlung besteht in erster Reihe in der Aufdeckung des ursächlichen psychischen Traumas und in der Aufklärung der Patientin über den Zusammenhang dieses Traumas mit ihren Schmerzen. Es gelingt meist, die Behandlung

in wenigen Sitzungen durchzuführen. Selbstverständlich muß jeder Behandlung eine genaue gynäkologische Untersuchung vorausgehen, um diagnostische Irrtümer zu vermeiden.

L. Gordon, Berlin.

1508.

Schwartz, Die Behandlung von Uterusläsionen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) 4 Fälle von Uterusperforation und 3 Fälle von Uterusruptur werden beschrieben, aus deren Verlauf sich folgende Schlußfolgerungen ziehen lassen: Vor jedem instrumentellen Eingehen in den Uterus ist die Lage des Uterus genau festzustellen. Wenn die Uterussonde weiter vordringt, als das Alter der Schwangerschaft vermuten läßt, soll man sofort an Perforation denken. Bei ausgetragener Schwangerschaft müssen alle intrauterinen Maßnahmen sorgfältig ausgeführt werden. Der Gebrauch von Hypophysenpräparaten soll nur ein indizierter sein. Die operative Behandlung der Läsion soll so schnell wie möglich vorgenommen werden. Da die größte Gefahr die Peritonitis ist, haben die innerhalb 12 Stunden operierten Fälle die relativ beste Prognose. Konservative Operation und nicht Exstirpation des Uterus und der Anhänge sollte die Regel sein. Das günstige Resultat konservierender Eingriffe belegen die mitgeteilten Fälle.

Hirsch, Köln.

1509.

Maxwell, Traumatische Perforation des Uterus mit Durchtrennung des Rektums. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Durch instrumentelle intrauterine Manipulation bei einem Abort im fünften Monat zwecks Entfernung der Plazenta war der Uterus zweimal durchbohrt und das Rektum zerrissen worden. In Unkenntnis dessen wurde ein Rektaleinlauf von 30,0 Magnesiumsulfat, 60,0 Glycerin und 90,0 Wasser gegeben. 30 Minuten später starb die Kranke durch Atemlähmung. Die Flüssigkeit fand sich bei der Autopsie intraperitoneal. Tierversuche zeigten später, daß intraperitoneale Injektion von Magnesiumsulfatlösung durch Atemlähmung tödlich wirkt.

Hirsch, Köln.

1510.

Gerich, Ottocar, Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. (Mod. Klin., 11, 1929.) Geburtshilfliche und Gynäkologische Abteilung des Deutschen Krankenhauses in Riga.) Bei der angeborenen Retroflexio findet man als ihre Ursache Kürze der vorderen Vaginalwand, mangelnden Deszensus der Ovarien mit abnormer Kürze der Lig. susp. Zugleich bestehen häufig nebenher noch andere Entwicklungshemmungen, infantile Form des Uterus, Verlängerung der vorderen Lippe der Portio vaginalis, abnorme Tiefe des Douglasschen Raumes. Die operative Lagekorrektur ist bei der angeborenen Retroflexio nur bei anhaltenden lokalen und konsensuell-reflektorischen Beschwerden sowie bei Sterilität berechtigt. Der Erfolg der Operation ist in solchen Fällen nicht immer befriedigend. Bei der erworbenen mobilen Retroflexio muß immer behandelt werden, wenn örtliche Krankheitserscheinungen auftreten. Diese sind Dysmenorrhöe, Menorrhagien, Hypersekretion, habituelter Abort, Koitussschmerzen, Darm- und Blasenbeschwerden, Sterilität. Als Operationsmethode hat sich dem Verfasser am besten die nach Webster-Franke-Baldy bewährt. Sie besteht in Laparotomie, Lösung der in den meisten Fällen bestehenden Verwachsungen, eventueller Appendektomie und Befestigung der durch Faltenbildung verkürzten Ligamente an der hinteren Uteruswand.

L. Gordon, Berlin.

1511.

Rosenlocher, K., Ueber Appendizitis und mensuellen Zyklus. (Mschr. Geburtsh., 80., Heft 6.) Bei der Appendizitis kann man bisweilen Störungen der Periodenblutungen beobachten, und zwar handelt es sich meist um Reizblutungen, die entweder plötzlich im Intervall auftreten oder die Menstruation beeinflussen. Mitunter kommt es zu einer ausgesprochenen Beeinträchtigung des gesamten Zyklus, und es konnte nachgewiesen werden, daß es sich nicht um eine fortgeleitete Entzündung handelte, da das Genitale ohne jegliche Veränderung war. In einem Falle handelte es sich um eine akute Exazerbation einer chronischen Appendizitis mit Störungen der Periodenblutung; in einem anderen Falle trat trotz bestehender Schwangerschaft eine einmalige Blutung auf, wohl infolge eines vom Appendix ausgehenden Reizes auf das Ovarium. Andererseits gibt es Fälle von Appendizitis, bei denen die entzündlichen Prozesse auf die Genitalorgane übergreifen. In ersterem Falle muß man die Möglichkeit einer Beeinflussung auf dem Wege des vegetativen Nervensystems denken.

Kosminski, Berlin.

1512.

Lahm, W., Nichtinfektiöse Formen weiblicher adhäsiver Pelveoperitonitis. (Med. Welt, 10, 1929.) (Laboratorium der Staatlichen Frauenklinik, Chemnitz.) Die infektiöse Pelveoperitonitis ist von Tubenveränderungen, vor allem einem Tubenverschluß, begleitet;

im Gegensatz dazu kann die nichtinfektiöse Pelveoperitonitis das Tubenende offenlassen. Eine Ausnahme von dieser Regel bildet die Pelveoperitonitis nach Endosalpingitis tuberculosa, bei der das Fimbrienende gewöhnlich völlig unverändert und offenbleibt. Die offene Tube bei schwerster Pelveoperitonitis ist also, soweit man eine Tuberkulose ausschließen kann, ein pathologisch-anatomisches Kennzeichen der nichtinfektiösen Pelveoperitonitis. Mit Hilfe der Salpingo-Hystero-graphie ist eine derartige Entscheidung eventuell auch klinisch zu treffen. Auf Grund eines Materials von je 35 Fällen infektiöser und nichtinfektiöser Pelveoperitonitis hebt Verfasser folgende Unterschiede in der Symptomatologie beider Erkrankungen hervor: Bei der infektiösen Pelveoperitonitis handelt es sich im wesentlichen um Frauen im Anfang der Dreißig; im Vordergrund stehen die Schmerzen und Blutungen; über Fluor wird in 30 bis 40% der Fälle geklagt; mit etwa gleicher Häufigkeit werden Kreuzschmerzen angegeben; alle anderen Symptome treten stark zurück. Die nichtinfektiöse Pelveoperitonitis kommt durchschnittlich 10 Jahre später als die infektiöse, durchschnittlich im Alter von 44 Jahren, vor; die Hauptrolle spielen auch hier Schmerzen und Blutungen; daneben machen sich aber Dysmenorrhöe, Blasenbeschwerden und Anämie stark bemerkbar; der Fluor tritt im Symptomenbild ganz zurück (10%). Konstitutionell fällt bei der nichtinfektiösen Pelveoperitonitis meist eine genitale Hypoplasie auf; charakteristisch ist auch die Anamnese in bezug auf frühere Krankheiten: Man findet in erster Linie tuberkulöse Belastung (40%), ferner Grippe, Lungenspitzenkatarrh, Erkältungskrankheiten, häufige Mandelentzündungen, rheumatische Erkrankungen. Was die Ätiologie der nichtinfektiösen Pelveoperitonitis anbetrifft, so fanden sich in allen 35 Fällen epitheliale Schlauch- und Drüsenbildungen auf der Serosa der Tuben, des Uterus, der Ovarien und dem parietalen Peritoneum, die den Bau der Uterusschleimhaut nachahmen und an dem menstruellen Prozeß teilnehmen. Auffallend war dabei das Einwachsen der Herde in die Muskulatur des Uterus, die Substanz des Ovariums, das Bindegewebe des Septum rectovaginale und die Muskulatur der Tubenwand. Die Therapie der Erkrankung besteht in der Exstirpation des Uterus und, wenn nötig, auch der Adnexe. In der Regel empfiehlt es sich, beide Ovarien zu entfernen.

L. Gordon, Berlin.

1513.

Baer und Reis, Die Interpositionsoperation des Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) Ueber 91 Interpositionsfälle wird berichtet. 64 hiervon wurden 5 Monate bis 7 Jahre später nachuntersucht. Hiervon waren 92% geheilt. Ein Todesfall in der Serie an Embolie ergibt eine Mortalität von 1,1%. Bei 40% aller Prolapsfälle wurde die Interposition vorgenommen; bevorzugt wurde sie bei großen Zystozelen, bei nicht zu kleinem und nicht zu großem Uterus, bei Fehlen stärkerer pathologischer Veränderungen an den Adnexen. Zervixamputation ist von Wert bei Elongation oder Zervixerkrankung. Ein gut rekonstruierter Damm ist wichtig für den Enderfolg.

Hirsch, Köln.

1514.

Corvex, Karzinom des Uterusfundus nach Watkins Interpositionsoperation. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) Der vorliegende ist der zweite in der Literatur beschriebene Fall von Korpuskarzinom nach Interpositio uteri. Da die Hysterektomie nach Interposition sehr schwierig ist, wird empfohlen, der Operation eine diagnostische Abrasio vor auszuschicken. Da auch eine Schwangerschaft nach Interposition eine große Gefahr bedeutet, ist die Frage aufzuwerfen, ob nicht, um beide Fatalitäten zu verhüten, der Operation eine Radiumeinlegung ins Uteruskavum vorausgehen soll.

Hirsch, Köln.

1515.

Semberton und Smith, Die Frühdiagnose und Verhütung des Zervixkarzinoms. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) (Free Hospital for Women, Boston.) Die chronische Zervizitis mit ihrem Wechsel zwischen intaktem Epithel, Erosion und Pseudoerosion und dem Widerspiel zwischen Platten- und Zylinderzellsbelag disponiert zum Karzinom. Dagegen ist bei Totalprolaps trotz starker mechanischer Reizung und häufiger Ulkusbildung am Muttermund bei gleichförmigem Plattenepithelbelag die Karzinomfrequenz sehr gering. In verdächtigen Fällen soll man nicht zögern, die Probeexzision zu machen, die bei einer Serie von 669 Fällen keinen Schaden tat, in 2,39% die Diagnose erst ermöglichte und in 10 von 16 Frühfällen zum Lebensretter wurde. Daß nur 5 von 3814 Fällen, bei denen eine Zervixplastik vorgenommen wurde, und daß keiner von 1408, deren Zervix kauterisiert wurde, und daß keiner von 740 Fällen von Zervixamputation Karzinom erwarb, soll für die prophylaktische Wirkung dieser Maßnahmen sprechen, ebenso, daß nur 12 von 669 Karzinompatientinnen eine Zervixplastik und keine eine Kauterisation oder Amputation der Zervix durchgemacht hatten.

Hirsch, Köln.

1516.

Alfieri, E., Für den Kampf gegen das Karzinom des Ovariums. (Ann. di Ostetr. e. Gyn., 51. Jahrg., Nr. 1.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) Auf Grund eigener und fremder Statistiken soll jeder diagnostizierte Ovarialtumor unbedingt sofort der Operation zugeführt werden. Abgesehen von den bedrohlichen Veränderungen, die eine Stieldrehung, Blutungen, Infektion, Vereiterung, Adhäsionsbildung usw. verursachen können, ist diese Forderung gerechtfertigt durch die Tatsache, daß etwa 20% aller Ovarialtumoren maligner Natur sind, nicht inbegriffen die beginnenden und klinisch nicht diagnostizierten Karzinome. Diese durchaus nicht neue und in allen Handbüchern des In- und Auslandes wiederholt vertretene Regel sollte Gemeingut der Aerzte und auch des Laienpublikums werden (analog den Bestrebungen im Kampfe gegen das Karzinom der Gebärmutter), damit der Möglichkeit, ein Ovarialkarzinom zu übersehen oder ein bestehendes nicht rechtzeitig zur Operation zu bringen, von vornherein die Spitze genommen werde. Szamek.

1517.

Strauß, Karzinom des Ovariums nach der Menopause mit gleichzeitiger Rückkehr der uterinen Blutung. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) (Monat Sinai Hospital, Cleveland.) Kranke mit primären malignen Ovarialtumoren weisen einen hohen Prozentsatz von Sterilität auf, was bei solchen mit sekundären malignen Ovarialtumoren nicht der Fall ist.

Die Entfernung aller Ovarialtumoren, sobald sie diagnostiziert sind, soll die Regel sein.

Wenn ein Ovarialkarzinom sich nach Eintritt der Menopause entwickelt, kann es von einer — meist schwachen und kurz dauernden — Uterusblutung begleitet werden und in seltenen Fällen kein anderes Symptom zeigen. Deshalb muß eine postklimatestische Uterusblutung, für die im Uterus selbst kein Grund gefunden werden kann, als verdächtig auf Ovarialkarzinom betrachtet werden. Hirsch, Köln.

1518.

Vertes, O., Zur Diagnose der Haematocoele retrouterina. (Zbl. Gynäk., Nr. 15, Seite 941, 1929.) An zwei Fällen von Haematocoele retrouterina konnte Verfasser folgende interessanten, pathognomonisch wichtigen Beobachtungen machen. Bei zwei nacheinander folgenden Untersuchungen ergab die im Douglas'schen Raum liegende Hämatocele verschiedene Tastbefunde. Die rasche Zersetzung des Hämatozeleninhalts, die zur völligen Verflüssigung der Koagula führte, hatte als Konsequenz, daß das bei der ersten Untersuchung als fest und höckerig getastete hintere Scheidengewölbe bei der zweiten Untersuchung durch eine deutlich fluktuierende Resistenz stark vorgewölbt gefunden wurde. Die wechselseitige Lageveränderung der Koagula und des flüssigen Blutes einerseits, die Zersetzung und Verflüssigung der Koagula andererseits können das Zustandekommen dieses Phänomens erklären. Da eine solche Veränderung bei zwei nacheinander folgenden Untersuchungen bei keinem anderen abdominalen Prozeß denkbar ist, ist dieses Symptom als pathognomonisch für das Bestehen einer Haematocoele retrouterina anzusprechen. Schwab, Hamburg.

1519.

Ulesko-Stroganova, K., Zur Histogenese der Uterusmyome. (Archiv f. Gynäk., 136., Heft 1, p. 189, 1929.) Die formale Genese der Uterusmyome kann heute als festgelegt bezeichnet werden. Genetisch entwickeln sich die Myome aus denselben Elementen, von denen auch das physiologische Wachstum der Muskelwände der Gebärmutter und deren physiologische Hyperplasien — sowohl die zyklischen als auch die durch die Schwangerschaft bedingten — abhängen. Einerseits sind das schon vorhandene Muskelgewebe, andererseits — die embryonalen (mesenchymalen) Reste, hauptsächlich die Adventialzellen in den Gefäßwänden. Einer der Hauptreizkörper ist bei der Entstehung der Uterusmyome offenbar das Hormon des Ovariums (Dysfunktion). Und tatsächlich kann bei fehlender Eierstocksfunktion, d. h. vor der Geschlechtsreife und im Klimakterium, keine Myomentwicklung beobachtet werden. Die verschiedenartigen histologischen Bilder bei Uterusmyomen sind durch den verschiedenen Differenzierungsgrad sowohl der jungen Muskelzellen in den Bündeln als auch der Myoblasten bedingt. Das maligne Myom entsteht infolge einer äußerst schnellen und hemmungslosen Vermehrung der jungen Muskelzellen in den Bündeln und der Myoblasten, die jegliche Differenzierungsfähigkeit eingebüßt haben. Rudolf Katz, Berlin.

1520.

Gragort, O., Hypernephrommetastasen in der Vagina. (Arch. f. Gynäk., 136., Heft 1, p. 167, 1929.) Die Metastasierungsmöglichkeit der Grawitz-Tumoren (im Nierengewebe vorkommende akzessorische Nebennierenkeime, die zu Geschwülsten ausarten und

die P. Grawitz als Struma lipomatodes oberratae bezeichnet hat) gilt als erwiesen. Verfasser berichtet kurz über die 10 in der Literatur beschriebenen Fälle von Vaginalmetastasen bei Hypernephrom und fügt denselben einen von ihm selbst beobachteten Fall hinzu. — Differentialdiagnostisch werden bei der Deutung der Vaginalmetastase eines Grawitztumors infolge der Variabilität des histologischen Bildes das Epitheliom und das Hämangioendotheliom bzw. das angioplastische Sarkom in Betracht zu ziehen sein. — Die histologische Diagnose gewinnt für den Kliniker deshalb eine sehr hohe Bedeutung, weil sie zugleich den Hinweis enthält, mit allen möglichen Untersuchungsmethoden nach dem Primärtumor zu fahnden. Ist erst palpatorisch oder röntgenologisch ein Tumor in der Nierengegend nachweisbar, so ist man im Hinblick auf den histologischen Befund des Vaginaltumors berechtigt, mit ziemlicher Sicherheit den Nierentumor als das primäre hypernephroide Blastom anzusehen. In Analogie zu der Erfahrung beim Chorioepitheliom wird daher rasche Exstirpation des Primärtumors und der Metastase einen Heilerfolg als möglich ansehen lassen, wenn auch die Prognose in jedem Falle als dubiös gilt (nur 17% wegen Grawitz-Tumoren operierte Fälle waren noch nach mehr als drei Jahren rezidivfrei, also praktisch geheilt). Trotz dieser schlechten Erfolgsziffer muß man bei histologisch sicherem Hypernephrom der Vagina in jedem Falle den primären Nierentumor entfernen, sofern nicht der Zustand der Patientin oder weitere Metastasierung in andere Organe dies als unmöglich bzw. zwecklos erscheinen läßt. Rudolf Katz, Berlin.

1521.

Debiasi, E., Die Blutplättchen bei puerperal-septischen Erkrankungen. (Ann. di Ostetr. e. Gyn., 51. Jahrg., Nr. 1.) (Frauenheim und Hebammenschule in Verona.) Zu Beginn des Infektionsprozesses nimmt die Zahl der Blutplättchen ab. Die Endphase der Erkrankung ist — falls sie letal ausgeht — charakterisiert durch eine absteigende Kurve. In den Fällen mit gutem Ausgang steigt die Kurve an. In den Zwischenstadien wechselt sie von Fall zu Fall. Szamek.

1522.

Mgalobeli, M., Beitrag zur Frage der fieberhaften Aborte. (Mschr. Geburts-H., 80., Heft 4/5.) Bei der Behandlung des fieberhaften Abortes unterscheiden wir drei Methoden: die rein konservative, die aktive und die abwartende. Verfasser befolgte in seiner Anstalt das Prinzip, aktiv nur vorzugehen, wenn die Infektion auf die Gebärmutter beschränkt bleibt, und nur in den Fällen, wo die Infektion sich weiter verbreitet hat, abzuwarten. Das aktive Eingreifen hatte weder bei fieberhaften noch bei fieberfreien Aborten schlechte Folgen. Je früher es vor sich ging, um so eher verließ die Patientin die Anstalt. Wenn dagegen ein Exsudat oder eine Adnexitis besteht, ist ein aktives Eingreifen unzulässig. Die Erkennung des lokalen Prozesses ist oft nicht mit Sicherheit möglich. Die Gefahr der Blutung ist oft sehr groß, wenn der Zustand der Kranken schon schlecht ist. Hier muß rechtzeitig die richtige Maßregel getroffen werden. Eine profuse Blutung gibt die Indikation zum aktiven Eingreifen. Dazu kommt, daß die Virulenz der Streptokokken im nekrotischen Gewebe zunimmt, so daß die Entfernung dieser Teile von Bedeutung ist. — Bei der abwartenden Methode bildet der Körper zwar einen Granulationswall und erzeugt Schutzstoffe, jedoch kann man diese günstige Wendung niemals voraussehen. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß möglichst früh ausgeräumt werden muß, da nur so der Aufenthalt in der Klinik verkürzt und die Arbeitsfähigkeit rasch wiederhergestellt werden kann. Nur wenn die Infektion über die Gebärmutter hinaus, sei es lokal, sei es allgemein, sich ausgebreitet hat, ist das aktive Vorgehen kontraindiziert. Kosminski, Berlin.

1523.

Galloway, Anämie in der Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Die Mehrzahl der Schwangeren hat einen niedrigeren Hämoglobingehalt und eine geringere Leukozytenzahl als die nichtschwangere Frau im Durchschnitt. Dieser anämische Zustand verschwindet meist innerhalb zweier Wochen nach der Entbindung. Bestrahlung mit ultraviolettem Licht und intramuskuläre Eiseninjektionen sind nützlich bei der Verhütung schwerer Anämie bei Schwangeren. Hirsch, Köln.

1524.

Storp, Echter Schwangerschaftsileus. (Med. Welt, 11, 1929.) (Provinzial-Hebammenlehranstalt Osnabrück.) Bericht über zwei Fälle von Kompression eines Darmabschnittes durch den graviden Uterus, was zu Meuserschleimungen geführt hat. In dem einen Fall war das Colon descendens, in dem anderen das Kökum zwischen dem graviden Uterus und dem Promontorium komprimiert. Eine andere Ursache für die Unwegsamkeit des Darmes anzunehmen, lag kein Anhaltspunkt vor. Das Verschwinden der Krankheitssymptome nach Entleerung des Uterus darf als Beweis gelten. Die Diagnose

war in beiden Fällen durch den für den Schwangerschaftsileus charakteristischen schleichenden Beginn erschwert.

L. Gordon, Berlin.

1525.

Wetterdal, Untersuchungen über Reststickstoff, Harnsäure und Aminosäuren im Blute schwangerer und frisch entbundener Frauen mit Albuminurie, Eklampsismus oder Eklampsie (Acta obstetr. scand., 7, Nr. 4.) Untersuchungen an 11 normalen Graviden und 144 Fällen von Schwangerschaftstoxikosen, darunter 23 Eklampsien bei meist in ein- oder mehrtägigen Intervallen wiederholten Blutentnahmen. Scheidet man alle Fälle von Nephritis aus und bewertet nur solche, die bei der Entlassung keine Blutdruckerhöhung, Eiweißausscheidung, Diuresehemmung oder Oedeme mehr aufwiesen, so ergibt sich, daß bei Albuminurie, Nephropathie und Eklampsismus der Rest-N-Gehalt die Neigung hat, etwas anzusteigen, daß aber der normale Höchstwert des Rest-N von 60 mg% im allgemeinen bei Schwangerschaftstoxikosen nicht überschritten wird. Nur in einigen wenigen Fällen von Eklampsie lag der Rest-N-Gehalt auf oder etwas über dieser Grenze. Die höheren Rest-N-Werte bestehen während oder kurz nach der Geburt. Eklampsische Anfälle außerhalb der Zeit der Geburt haben niedrige Rest-N-Werte. Die Rest-N-Bestimmung kann zur Differentialdiagnose dienen zwischen Albuminurie und Nephropathie auf der einen Seite und solchen Nierenerkrankungen, die den Rest-N erhöhen, auf der anderen Seite.

Der Harnsäuregehalt steigt von den leichteren zu den schwereren Schwangerschaftstoxikosen fast kontinuierlich an, von den geringeren Werten bis etwa 5 mg% bei Albuminurie bis zu Werten von 10 bis 11,4% bei Eklampsie. Aber man findet auch in allen Gruppen normale geringe Werte. Während und nach der Entbindung, besonders bei den Eklampsiefällen, ist ein Ansteigen der Werte festzustellen. Die Höchstwerte haben prognostische Bedeutung, doch erscheinen sie oft erst einige Tage nach der Entbindung. Harnsäurevermehrung im Blute ist ein Ausdruck der Niereninsuffizienz.

Die Aminosäurenwerte halten sich in der Regel in normalen Grenzen. Nur in einigen Fällen von Toxikose überschreiten sie während der Entbindung oder in den folgenden Tagen die Höhe von 8 mg%.

Es besteht keinerlei Parallelismus zwischen Rest-N-Gehalt, Harnsäurewert, Aminosäurewert und Blutdruck, Eiweißausscheidung und Urinmenge. Es trifft nicht zu, daß Fälle von Schwangerschaftstoxikose mit stärkerer Blutdruckerhöhung in der Regel eine Nephritis aufweisen.

Hans Hirsch, Mühlheim.

1526.

Schpollansky, G. und A. Danzig, Zur Wasserstoffionenkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Eklampsie, in bezug zur Ätiologie der eklampsischen Krämpfe. (Arch. Gynäk., 136., Nr. 1.) Auf Grund seiner Untersuchungen stellte Verfasser fest, daß man keineswegs von einer konstanten Azidose des Liquor cerebrospinalis bei Eklampsischen sprechen kann: vielmehr findet man neben einer Azidose eine beträchtliche Alkalose, und die Amplitude schwankt zwischen einem hohen Azidosegrad und einem hohen Alkalosegrad 6,36 bis 8,9. Weder die Azidose noch die Alkalose stehen in Abhängigkeit von der Schwere des Falles, der Anzahl der Anfälle und der Nierenfunktionsstörung. Vor der Geburt wird häufiger eine Alkalose, nach der Geburt eine Azidose beobachtet. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft entwickelt sich häufig eine Azidosis des Blutes, welche bei Gestosen hohe Grade erreicht, was durch Herabsetzung der Alkalireserve bestätigt wird. Je höher die Alkalose des Liquor cerebrospinalis ist, um so niedriger ist die Alkalireserve des Blutes. Die Alkalireserve des Blutes bindet vorerst die Azidose des Gehirns, wodurch möglicherweise eine Verschiebung des Liquor cerebrospinalis nach der Alkalose zu erklären ist. Eine Störung des H₂O-Gleichgewichts des Liquors geht mit einer Störung des Na⁺, K⁺, Ca-Isoionie einher, folglich kann man von einer Störung des Ionengleichgewichts überhaupt in den Säften und Geweben der Eklampsischen sprechen. Eine Störung des Ionengleichgewichts und insbesondere der ein- und zweiwertigen Ionen verändert die Durchlässigkeit und Erregbarkeit der Zellen und ist anscheinend als die unmittelbare Ursache der Reizbarkeit der motorischen Zentren der Hirnrinde verantwortlich zu machen.

Rudolf Katz, Berlin.

1527.

Laferty, Nark und Sweeny, Die Schwankung des Blutzuckers vor und nach einem eklampsischen Anfall. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Die Beobachtung von Titus, daß einem eklampsischen Anfall eine relative oder absolute Hypoglykämie vorhergeht, wird bestätigt.

Hirsch, Köln.

1528.

Le Doux, Einige physiologische Betrachtungen über die eklampsische Toxämie. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Fehler-

hafte Lebensweise, ungeeignete Diät mit Verstopfung und intestinalen Fäulnisvorgängen scheinen zur Eklampsie zu disponieren. Es sprechen Anzeichen dafür, zumal die ermutigenden Resultate der Zufuhr von Leberextrakten, daß die eklampsische Toxikose primär zurückgeht auf ein Versagen der entgiftenden Funktion der Leber. Pulsbeschleunigung und intermittierende Vaginablutung sind zwei Zeichen, die dem typischen Bilde der Eklampsie hinzugefügt werden sollten.

Hirsch, Köln.

1529.

Stanca, C., Spontanamputation des Gebärmutterhalses nach Isthmusgangrän im Verlauf der Schwangerschaft. (Zbl. Gynäk., Nr. 15, S. 931, 1929.) Eine ringförmige Ruptur des Gebärmutterhalses ist eine Komplikation, welche spontan im Verlauf der Geburt am normalen Schwangerschaftsende oder aber auch schon vor diesem Zeitpunkt eintreten kann. Die Ursache ist in den meisten Fällen eine abnorme Rigidität des Gebärmutterhalses. In dem vom Verfasser beschriebenen Fall wurde die genannte Verletzung bei einem Abortus im dritten bis vierten Monat der Gravidität beobachtet. Beim Zustandekommen der zirkulären Zervixruptur muß man in erster Linie eine ringförmige progressive Nekrose der Zervikalwand annehmen, die sich unter dem traumatischen Einfluß des in der Zervix eingeschlossenen Fötus entwickelt. Eine gewaltsame Abreißung des Halses vom Uterus, z. B. bei Extraduktion eines stark gequollenen Laminariastiftes, hätte sofort infolge der Zerreißung des zerviko-uterinen Gefäßbezirks eine tödliche Blutung zur Folge. Die Vitalität des Corpus uteri einerseits, die der Portio andererseits (beide zeigten im Falle des Verfassers ein anatomisch völlig normales Aussehen) sprechen dafür, daß die ringförmige Abtrennung sekundär nach einer septischen Gangrän erfolgte. Diese Annahme wird durch die Beobachtung von Schugt bestätigt, daß infektiöse Prozesse der Geschlechtsorgane die Ursache von Resistenz-Verringerungen der Uteruswand sein können. Während der Entzündungen vermehrt sich das Bindegewebe und vermindern sich die elastischen und Muskelfasern, manchmal lagert sich Fett zwischen diese ab, eine Tatsache, welche zur Schwächung der Resistenz des erkrankten Organs führt.

Schwab, Hamburg.

1530.

Snoeck, J. J., Schwangerschaft im Anschluß an eine tubare Lipiodoleinspritzung bei einem Falle von Unfruchtbarkeit. (Bruxelles Méd., Nr. 18, 1929.) Der Verfasser stellt die bisher veröffentlichten einschlägigen Fälle zusammen und fügt dieser Zusammenstellung noch eine persönliche Erfahrung hinzu. Es handelt sich hierbei um eine Sterilität, die nach einer Fehlgeburt entstanden war, und die durch eine Lipiodoleinspritzung in die Tuben geheilt wurde. Bei 15 Fällen handelte es sich siebenmal um primäre, dreimal um sekundäre Sterilität, in fünf anderen Fällen fehlte der Aufschluß. Jedenfalls hat es den Anschein, daß in einer gewissen Anzahl von Fällen von Unfruchtbarkeit tubaren Ursprungs eine Lipiodolinjektion auszureichen vermag, um die geschlossenen oder nur mangelhaft geöffneten Tuben durchgängig zu machen. Bei vier Patienten war mehrfach erfolglos eine Tubendurchblasung vorgenommen worden, während eine einzige Lipiodolinjektion zum Ziele führte. Das zeigt die Ueberlegenheit dieser Methode; sie ist nicht gefährlicher, gibt ausgezeichneten Aufschluß über die Lokalisation des Sitzes des Hindernisses und gestattet uns, in günstigen Fällen, die obliterierten Tuben wieder durchgängig zu machen. Die Furcht, daß das injizierte Lipiodol für das Vorrücken der Spermatozoiden oder des befruchteten Eies ein Hindernis ist, scheint unberechtigt. In dem hier mitgeteilten Fall erfolgte die Radiographie sechs Tage nach der letzten Regel. Es hatte zwischen dem sechsten und dem 15. Tage der postmenstruellen Periode eine Befruchtung stattgefunden, d. h. also in den Tagen, die unmittelbar auf die Injektion folgten.

Die Frage, ob das Lipiodol eine rein mechanische oder eine mehr chemische Wirkung ausübt, kann zur Zeit noch nicht beantwortet werden.

Held.

1531.

Pardee, Erfahrungen in der Behandlung von Schwangerschaften mit Herzkomplicationen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) Kranke mit organischen Herzleiden wurden in vier Gruppen eingeteilt. Klasse I: Solche, die die gewöhnliche Arbeit ohne ungewöhnliche Ermüdung, Herzklopfen oder Dyspnoe ausführen können. Klasse II A: Solche, die bei der Ausführung der Arbeit Beschwerden haben. „Gut kompensiert“. Klasse II B: Solche, die die übliche Arbeit ohne größere Pausen nicht verrichten können, z. B. nicht mehr als z. B. zwei Treppenabsätze ohne Ruhepause ersteigen können, „etwas Dekompensiert“. Klasse III: Stark oder gänzlich Dekompensiert, die die einfache Arbeit nicht ohne Erschöpfung, Kurzlufthigkeit oder Herzklopfen verrichten können. 60 Kranke der Klasse I hatten während der Entbindung keine Zeichen einer Herzstörung. Von 13 Kranken der Klasse II A hatten

fünf eine unbeeinträchtigte Geburt, drei wiesen eine leichte Puls- und Atembeschleunigung auf, drei andere wurden nach langer Eröffnungsperiode durch Forceps entbunden, ohne daß besondere Symptome von Herzstörung vorhanden waren. Eine hatte einen Puls von 120 und eine Atmung von 28 bei einer Fehlgeburt im sechsten Monat. Zu dieser Gruppe gehörte eine Patientin mit Anfällen von Zyanose im Wochenbett und eine, die nach einer Fußamputation wegen Gangrän nach Embolie der A. poplitea starb. Von 9 Kranken der Klasse II B hatten drei eine Geburt ohne Zwischenfall, eine litt an leichter Dyspnoe, eine an Blutung post partum. Zwei Patientinnen der Klasse II B kamen später schwer dekompensiert (Klasse III) in die Klinik, eine von ihnen starb nach Hysterektomie im fünften Monat, die eine genau nach Hysterektomie im dritten Monat. Zwei Kranke mit leichter Zirkulationsverschlechterung wurden durch Kaiserschnitt entbunden nach 24stündiger Wehentätigkeit ohne Fortschritt. Von sechs Fällen der Klasse III starben zwei bald nach der Einlieferung und einer nach vaginaler Sektio. Herzbehandlung in der Schwangerschaft soll sofort einsetzen, sobald Beschwerden eintreten, und die Schwangerschaft ist zu unterbrechen, wenn das Herz nach zwei- bis dreiwöchiger Behandlung nicht anspricht. Kommt eine Patientin mit einem Puls von 115 oder einer Atemfrequenz von 28 und subjektiver Dyspnoe zur Entbindung, so ist Gefahr im Verzug und die Entbindung soll beschleunigt werden. Die Sectio caesarea schließt keine große Mehrbelastung des Herzens in sich, besonders wenn sie in Lokalanästhesie vorgenommen wird. Die Prognose der Gruppen für die Schwangerschaft ist folgende: Eine Frau der Klasse I wird keine Herzinsuffizienz zu erwarten haben. Eine zur Klasse II A zu rechnende Patientin wird wahrscheinlich keine Störung haben, dagegen ist dies bei einer Patientin der Klasse II B anzunehmen. Die Behandlung der Klasse III ist sehr schwierig, die Mortalität ist hoch. Die Hauptsache ist, zu verhüten, daß die Patientinnen dekompensiert werden, daß sie in diese Gruppe fallen.

Hirsch, Köln.

1532.

Mazer und Hoffmann, Die Diagnose der frühen Schwangerschaft durch Auffinden des weiblichen Sexualhormons im Urin. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) (Monnt Sinai Hospital.) Außer dem Hypophysenvorderlappenhormon findet sich auch das weibliche Sexualhormon im Urin schwangerer Frauen in wechselnden Mengen schon in der ersten Woche nach der ausgebliebenen Periode. Der Nachweis geschieht durch den Allen-Doisy-Test der Vagina der kastrierten Maus. Er ist einfacher als der des Hypophysenvorderlappenhormons, aber, wie es scheint, auch weniger zuverlässig. In den ersten fünf Schwangerschaftswochen waren von 40 Fällen 35 positiv, fünf negativ. Vom dritten Monat ab waren alle positiv. Von 142 nichtschwangeren Frauen waren 127 negativ, 15 positiv. Akute Entzündungsprozesse im Becken wiesen 50% Positivität auf.

Hirsch, Köln.

1533.

Magid, M. I., Ueber den Verblutungstod bei frühen Aborten und Placenta praevia cervicalis. (Zbl. Gynäk., Nr. 14, S. 871, 1929.) Die Placenta praevia cervicalis stellt, auch in den frühen Schwangerschaftsmonaten, eine äußerst schwere Erkrankung dar, die nicht selten letal verläuft. Die Entleerung des Uterus hält hier für gewöhnlich die Blutung nicht auf, da der Uterushals nur schwach kontraktionsfähig ist. Bei anhaltender unstillbarer Blutung kommt für die Therapie nur die Totalexstirpation in Frage, die allein bei guter Technik und möglichst raschem operativem Vorgehen den tödlichen Ausgang aufzuhalten und abzuwenden vermag. Die von Hellendal bei Aborten mit schweren Blutungen vorgeschlagene Amputation des Uteruskörpers soll bei Placenta praevia cervicalis nicht angewandt werden. Der vom Verf. mitgeteilte Fall von tödlicher Verblutung bei Placenta praevia cervicalis bekräftigt die Tatsache, daß Todesfälle infolge Verblutung bei Abortus mit normaler Nidation des Eies und normaler Uterusfraktur zu den äußerst seltenen Erscheinungen gehören. Bei sehr profusen oder letalen abortiven Blutungen denke man deshalb auch stets an die Möglichkeit des Vorliegens einer Placenta praevia cervicalis.

Schwab, Hamburg.

1534.

Schulze, Margaret, Vorzeitiger Blasensprung. Eine Analyse von 600 Fällen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Vorzeitiger Blasensprung trat in 10% von 6500 beobachteten Gesamtgeburten ein. Disponierende Faktoren sind Erstgeburt, Ueberdehnung des Uterus, z. B. durch große Kinder oder Zwillinge, abnorme Lagen, Ausbleiben des Kopfeintretens, aber nicht das enge Becken an sich. Die wichtigste Ursache scheint ein Mangel an Dehnungsfähigkeit der Eihaut zu sein, der wahrscheinlich in einer ungenügenden Entwicklung des subommalen Bindegewebes beruht. Zahlreiche der Geburten waren Frühgeburten, was wahrscheinlich eher eine Folge als eine Ursache des vorzeitigen Blasensprungs ist. Die

Wehen setzten in 90% der Fälle innerhalb von 24 Stunden oder geringerer Zeit ein. Der längste Verzug war 19 Tage, ohne daß hierbei eine Infektion auftrat. Rizinusöl und Chinin wurden erfolgreich zur Wehenanregung gegeben in 90% der Fälle, in denen sie verwandt wurden. Keine fötalen Todesfälle können dem Chinin zur Last geschrieben werden. Die Durchschnittsdauer der Eröffnungsperiode war beträchtlich kürzer bei Erst- und Mehrgebärenden als die für gewöhnlich angenommene. $\frac{1}{4}$ der Primiparen und $\frac{1}{2}$ der Multiparen hatten sehr kurze Eröffnungsperioden — 6 Stunden und weniger. Die Austreibungsperiode war unbeeinflusst. Ueber 24 Stunden sich hinziehende Geburten waren weniger zahlreich als bei unausgewählten Serien. Fälle von vorzeitigem Blasensprung mit langer Geburtsdauer oder solche, die ernsthafte operative Maßnahmen erforderten, zeigten andere Abnormalitäten, wie abnorme Lagen, enges Becken, übergroßes Kind usw., in einem hohen Prozentsatz. Die kindliche Mortalität war nicht höher als gewöhnlich. Nabelschnurvorfälle waren doppelt so häufig als normal. Kein mütterlicher Todesfall war bei 600 Fällen zu verzeichnen. Die mütterliche Morbidität war etwas höher als in den 6500 unausgewählten Fällen. Bei abnormen Entbindungen, wie z. B. bei engem Becken, ungewöhnlicher Einstellung, wird die kindliche Gefährdung durch vorzeitigen Blasensprung vermehrt. Auch die mütterliche Morbidität wird durch diese Komplikation etwas vermehrt. Dies mag den schlechten Ruf, in dem der vorzeitige Blasensprung steht, erklären, denn gerade die schwierigen Fälle bleiben im Gedächtnis, doch ist die Schwierigkeit den anderen ungünstigen Faktoren zuzuschreiben, nicht dem vorzeitigen Blasensprung. Die Resultate der Behandlung durch Metreuryse waren schlecht.

Hirsch, Köln.

1535.

Füth, H., Weiterer Beitrag zur Schwangerschaftsübertragung, nebst Bemerkungen über den Zeitpunkt des ersten Auftretens des Vomitus matutinus. (Mschr. Geburtsh., 80., Nr. 4/5.) Verf. berichtet über einen Fall, bei dem die vom ersten Tage der letzten Menstruation bis zur Geburt verstrichene Zeit eine Schwangerschaftsdauer von 350 Tagen ausmachte. In diesem Falle war auch das Auftreten des Erbrechens ziemlich spät erfolgt, nämlich 10½ Wochen nach der letzten Menses. Die Ursache dafür, daß ein normal großes Kind nach einer sehr verlängerten Schwangerschaftsdauer geboren wird, kann entweder darin liegen, daß die Frucht zu langsam gewachsen oder daß sie nach Erreichung des Durchschnittsmaßes nicht mehr entsprechend weiter gewachsen ist. Verf. beobachtete ferner, daß das Schwangerschaftserbrechen frühestens nach einmaligem Ausbleiben der Menses eintritt und unterscheidet drei Gruppen: In der ersten wurde in 21,4% der Fälle innerhalb der ersten vier Wochen Erbrechen beobachtet, innerhalb des zweiten Schwangerschaftsmonats in 69% und nach demselben in 9,5%. Wenn die Einwirkung des Eies auf den allgemeinen Organismus hinsichtlich des Erbrechens erst möglich ist, wenn das Ei sich implantiert hat, so müßte nach den Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle die Implantation später erfolgen, als die Schleimhaut ihre Nidationsreife erlangt hat.

Kosminski, Berlin.

1536.

Martin, Ed., Dammschutz und Dammschnitt. (Mschr. Geburtsh., 80., Heft 6.) Bei manchen Geburten kann ein Levatorriß mit oder ohne Dammschnitt auftreten. Nicht immer kann man durch einen Einschnitt den Levatorriß vermeiden, nur ein Schnitt im Sinne des Schuchardt-Schnittes könnte vielleicht den Riß im oberen Muskel vermeiden lassen. Es handelt sich jedoch hier um so schwere Verletzungen des Beckengewebes, daß dieser Schnitt praktisch nicht in Frage kommt. Die Ausübung des Dammschutzes kann im allgemeinen die Zerreißen ebenso wenig verhüten wie die Unterlassung desselben. Nur der Dammschnitt dritten Grades kann durch einen Dammschutz hinten gehalten werden. Ausschlaggebend ist der Elastizitätskoeffizient des Levators, der auch bei noch so langsamer Dehnung einreißen kann. Nimmt man den Frauen durch irgendeine Methode den Schmerz bei der Dehnung des Beckenbodens, so wird sich der erschlaffte Muskel ruhiger dehnen können, als wenn er von den Frauen infolge ihrer Schmerzen ängstlich zusammengekrampft wird.

Kosminski, Berlin.

1537.

Wilson, Bericht über einen Fall von Placenta accreta mit einer Erörterung seiner Behandlung und der ungewöhnlichen Folgen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Ein retiniertes Stück Placenta accreta wurde am 14. Tage des Wochenbetts wegen andauernder Blutung manuell und instrumentell entfernt, was wegen der engen Verwachsung nur möglich war unter gleichzeitiger Lostrennung einiger Uterusmuskelwandstücke. Es trat im Anschluß daran Uterusgangrän, Beckenperitonitis, Thrombose der Iliakal- und Femoralvenen und doppelte Fußgangrän, schließlich der Exitus ein. Besser als die gewaltsame Lösung der Plazenta wäre in einem solchen Falle die Hysterektomie gewesen.

Hirsch, Köln.

1538.

Kline, Die deziduale Reaktion bei Extrauterinschwangerschaft. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Am 74 Fällen wurden folgende Befunde erhoben: Eine deziduale Reaktion in größerer oder geringerer Ausdehnung tritt konstant auf an der Stelle der Implantation. Das deziduale Gewebe besteht solange, als die Chorionzotten intakt sind. An die Beendigung der Schwangerschaft durch Hämorrhagie mit folgender Degeneration der Chorionzotten schließt sich eine Involution des lokalen dezidualen Gewebes an. Eine entfernte deziduale Reaktion in anderen Teilen der Tube, im Uterus oder sonstwo ist nicht konstant. Wenn sie auftritt, kann sie nach der Degeneration der Chorionzotten und der vollständigen Involution des lokalen dezidualen Gewebes fortbestehen. Das relativ häufige Auftreten einer vaginalen Blutung bei Extrauterin-gravidität hängt wahrscheinlich von anderen Vorgängen ab als der Abstoßung von uterinem dezidualem Gewebe. Vermutlich beruht die gewöhnliche Beendigung der Extrauterin-gravidität durch einen Bluterguß darauf, daß die relativ spärliche Dezidua der Tube nicht imstande ist, die Invasion der großen Blutgefäße durch den Trophoblast zu verhüten.

Hirsch, Köln.

1539.

Geist und Matus, Die Beziehungen zwischen ektopischer Schwangerschaft und gleichzeitigen uterinen Veränderungen und vaginaler Blutung. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) (Mount Sinai Hospital, New York.) Unter 39 Fällen extrauteriner Gravidität fand sich in 23 eine intrauterine Dezidua. Eine feste Gesetzmäßigkeit zwischen einer Uterusblutung und dem Vorhandensein oder Fehlen einer Dezidua im Uterus besteht nicht. Bei langer Blutungsanamnese kann die Dezidua vorhanden sein; bei erhaltenen lebensfähigen Zotten in der schwangeren Tube kann die Uterusdezidua fehlen und die Mukosa das Bild des Intervalls zeigen. Findet keine Blutung nach außen statt, so kann man erwarten, eine Uterusdezidua zu finden. Bei Tubarruptur wurde eine Uterusdezidua dreimal so häufig gefunden wie bei Tubarabort, wohl weil bei der Ruptur zur Zeit des Eingriffes mehr lebenskräftiges embryonales Gewebe vorhanden ist. Trotz langer Blutung nach außen kann ein lebender Foet vorhanden sein. Die Uterusdezidua wurde nach der Operation gewöhnlich nach 72 Stunden ausgestoßen. Der spontanen Dezidua-ausstößung ging in der Regel eine mehrwöchige Blutung voraus. Nach dieser Ausstoßung kann sich bei Vorhandensein lebensfähigen chorionalen Gewebes eine neue Uterusdezidua bilden. Obwohl es auch andere Ursachen für die Uterusblutung gibt, bedeutet sie in der Regel wahrscheinlich eine Abstoßung der Dezidua, die auf ein Schwinden der Vitalität des embryonalen Gewebes zurückgeht.

Hirsch, Köln.

1540.

Panek, Otto, Der Geburtsverlauf bei Jugendlichen. (Med. Klin., 10, 1929.) (I. Universitäts-Frauenklinik zu Wien.) Beobachtungen an 107 minderjährigen Frauen zeigten, daß in einigen Belangen ein Unterschied zwischen dem Geburtsverlauf dieser Frauen und dem erwachsener Erstgebärender besteht. In bezug auf die Dauer der Geburt, die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind findet man bei den Minderjährigen günstigere Verhältnisse. Die Häufigkeit von Wehenschwäche, engen Becken, Eklampsie und abnormen Fruchtlagen, sowie der Verlauf des Wochenbettes weicht nicht wesentlich von der Norm ab. Häufiger hingegen treten Frühgeburten und Weichteilverletzungen auf.

L. Gordon, Berlin.

1541.

Paunz, S., Geburt durch Sellheimsche Gebärmutter-Bauchwandfistel. (Gyógyászat, Nr. 2 und 3, 1929.) Bei einer 34jährigen Ill-para, bei der zu Beginn der Eröffnungsperiode die Uterushöhle schwer infiziert und die Frucht am Leben war, konnte durch eine Sellheimsche Uterus-Bauchwandfistel ein 4600 g schweres lebendiges Kind geboren werden, und auch die Mutter genas ohne irgend-eine sekundäre Operation. Im Verlauf von 20 Jahren ist der mitgeteilte Fall der sechste in der ganzen Weltliteratur; in allen sechs Fällen blieben sowohl Kind als auch Mutter am Leben. Vergleichend mit anderen in Betracht kommenden Operationsmethoden wird gezeigt, daß die Portessche mit ihrer 18,5% mütterlichen und 28,8% Kindsmortalität eine Berechtigung hat; die Müllersche Operation hat zwar 0% Mortalität aufzuweisen, aber den Nachteil, daß während des Zurückrollens des vorher vor den Bauch hervorgerollten und ausgeräumten infizierten Uterus zur Vermeidung einer Peritonitis keine absolute Sicherheit geschaffen werden kann. Verf. schließt aus seinen und aus den Ergebnissen der Weltliteratur, daß bei schwer infizierten Fällen bei absoluter Indikation für die Sectio caesarea die Sellheimsche Gebärmutter-Bauchwandfistel ebenso das Ei des Kolumbus sei wie bei reinen Fällen die Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Verf. schlägt als eine Modifikation der Methode vor, den Uterus nach seiner Entleerung nicht in die Hautwunde einzunähen, sonder nur mit dem Peritoneum vereinen, wo-

durch sich die sekundäre Operation notwendigmachende bleibende Uterus-Bauchwandfistel gar nicht bildet.

Rob. Klopstock, Sommerfeld, Osth.

1542.

Seides, Eine Modifikation der klassischen Zange und ihre Anwendung. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) Die neue Zange stellt eine Kombination der klassischen und des Kjellandschen Modells dar. Die Beckenkrümmung ist erhalten. Das Schloß ist ein „gleitendes“.

Hirsch, Köln.

1543.

Kiffner, F., Stereoröntgenbefunde an Zwillingsplazenten. (Arch. Gynäk., 136., Heft 1, S. 111, 1929.) Zwillingsuntersuchungen sind zu einem wichtigen Hilfsmittel menschlicher Erbforschung geworden. Ihre methodische Bedeutung liegt in dem Vergleich der zwei verschiedenen Zwillingsgruppen miteinander: der eineiigen, erbgleichen einerseits und der zweieiigen, erbverschiedenen andererseits. Von grundlegender Bedeutung für die Anwendung der Zwillingsmethode ist die exakte Bestimmung der Ein- oder Zweieiigkeit von gleichgeschlechtlichen Paaren. Als sicherster Beweis hierfür wird von gynäkologischer Seite der Befund der Nachgeburt, besonders der Eihäute angesehen. — Verf. untersuchte in jedem Falle nicht vollständig getrennter Hälften, also bei einfacher Plazenta, dieselbe röntgenologisch nach vorheriger Injektion der Gefäße mit einer Kontrastmasse. Es zeigte sich jedoch, daß für die Darstellung der Plazentagefäße und für die Beurteilung, ob die Blutkreisläufe einfacher Mehrlingsplazenta irgendwelche Gefäßverbindungen haben, die einfache Röntgenaufnahme nicht genügt. Stereoskopische Röntgenaufnahmen ergeben bedeutend zuverlässigere Bilder. In zweifelhaften Fällen empfiehlt sich, die Plazenta sowohl von der fetalen als auch von der uterinen Seite her zu photographieren. Die Untersuchungen des Verfassers haben bei monochorischen Zwillingsplazenten stets Gefäßverbindungen ergeben. Bei dichorischen Zwillingsplazenten konnten mit der vom Verf. benutzten Methodik Gefäßverbindungen nicht nachgewiesen werden.

Rudolf Katz, Berlin.

1544.

Prather, Blasenkomplikationen nach der Geburt. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) Blasenkomplikationen werden nach der Entbindung häufig übersehen. Sie ereignen sich in 87,6% bei Erstgebärenden; sie kommen nach allen Entbindungsarten vor. Unerklärtes Fieber kann auf sie zurückzuführen sein. Blasenquetschung sub partu, vermehrte Kapazität, vorübergehende Störung der Nervenfunktion sind die Ursachen. Zur Behandlung der akuten Harnretention empfiehlt sich wiederholtes Katheterisieren, das an sich kaum schädlich ist. Besteht nach 48 Stunden noch ein Resturin von über 30 ccm oder Fieber, das nicht anderweitig erklärbar ist, so soll ein Dauerkatheter eingelegt werden. Für die nicht akute Retention eines Urinrückstandes empfiehlt sich von vornherein die Behandlung mittels Dauerkatheters. Akute Retention und Urinrückstand disponieren zu postportal Pyelitis.

Hirsch, Köln.

1545.

Drehmann, Gustav, Behandlung der sogenannten Entbindungslähmung. (Med. Welt, 11, 1929.) Die Aetiologie der sogenannten Entbindungslähmung ist noch nicht ganz geklärt. Die Symptome sind die einer typischen Zerrungs- oder Drucklähmung am Erbschen Punkte. Die Entbindungslähmung ist nach der Geburt leicht erkennbar, wenn der Säugling einen oder selten beide Arme nicht in gebeugter Stellung mit den Fauststößen auf der vorderen Brustseite hält, sondern wenn der Arm in Streckstellung dem Rumpfe seitlich anliegt und nicht bewegt wird. Die Entbindungslähmung hinterläßt, auch wenn sie spontan zurückgeht, eine dauernde, die Funktion des Gliedes überaus störende Innenrotation des ganzen Armes. Durch eine sofort nach der Geburt einsetzende Schienung des Armes, und zwar des Schultergelenkes in rechtwinkliger Seitenstellung (Abduktion und Außenrotation), des Ellbogens in rechtwinkliger Beugung und der Hand in Streck- und Supinationsstellung, wird diese störende Innenrotation sicher vermieden. Durch die Schienung in dieser Stellung erreicht man in den meisten Fällen eine Besserung der Lähmung nach wenigen Tagen und später eine vollkommene und dauernde Heilung.

L. Gordon, Berlin.

1546.

Fischer, W., Ueber Gangrän des Vorderarmes bei einem Neugeborenen. (Arch. Gynäk., 136., Heft 1, S. 181, 1929.) Verf. berichtet über einen seltenen Fall einer Gangrän des Vorderarmes bei einem 14 Tage alten Neugeborenen mit ausgedehnten Thrombenbildungen in den Venen und Arterien dieses Armes, Thrombose der Aorta und der Pulmonalis, und Thrombenbildung im Hauptstamm der Pfortader. Das Kind verfiel sehr rasch und starb nach kurzer Zeit; die Mutter ist etwa acht Tage post partum an Kindbettfieber gestorben. — Wie in fast allen ähnlichen Fällen der Literatur

nimmt Verf. auch in seinem Falle eine mechanische Geburtsschädigung des Armes an. Diese Schädigung, sei es der Venen, sei es der Arterien oder beider zugleich, hat dann zu aufsteigender Thrombose der Armvenen, der Vena axillaris, geführt und schließlich zur Bildung des Thrombus in der Lungenarterie; die Thrombose von Armarterien hat dann rückläufig zur Thrombose der Art. axillaris und der Aorta geführt. — Wesentlich schwieriger ist die Frage, wie weit im Falle des Verfassers bei dem Zustandekommen der Thrombosen eine Infektion mitgewirkt haben könnte, ja, ob sie nicht am Ende die einzige Ursache dafür gewesen ist. Die Annahme einer Infektion des Kindes liegt um so näher, als ja die Mutter des Kindes an Puerperalfieber gestorben ist. Rudolf Katz, Berlin.

1547.

Naujoks, H., Ueber das Kephälhämatom. (Arch. f. Gynäk., Berlin, 136., Heft 1, p. 122, 1929.) Die klinische Bedeutung dieser Veränderung am kindlichen Schädel ist nicht groß, eine Behandlung kaum je notwendig, eine Prophylaxe nicht möglich, da die Entstehung keineswegs einheitlich beurteilt wird, wohl auch keine einheitliche Grundlage hat. — Was seine Aetiologie betrifft, so sprechen nach Ansicht des Verfassers sowohl Experiment wie klinische Beobachtung dafür, daß das Kephälhämatom nicht nur eine Steigerung der Erscheinung der Kopfgeschwulst darstellt, sondern eine wesentliche andere Entstehungsweise hat. Es besteht in bezug auf seine Aetiologie in der Mitte zwischen Kopfgeschwulst und intrakraniell Hämatom. Während bei der Kopfgeschwulst die Ansaugung, die Schröpfungswirkung das allein ausschlaggebende ist und ein umschriebener Druck gar nicht in Frage kommt, ist die Kompression, die Schüring, die Konfiguration bei den Blutungen im Innern des Schädels die Hauptsache. — Bei Zephälhämatom nun, das zwischen dem oberflächlichen caput succedaneum und der tiefen intrakraniellen Hämorrhagie steht, kommen wohl beide Komponenten in Betracht; doch steht entschieden der umschriebene Druck von außen, die tangential angreifende Kraft im Vordergrund, sie stellt das auslösende Moment dar, während die Saugwirkung nur unterstützt, verstärkt, gegebenenfalls durchaus fehlen kann.

Rudolf Katz, Berlin.

1548.

King und Gladden, Die kindliche Mortalität bei Steißlagen. Ist die prophylaktische äußere Wendung anzuraten? (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Verfasser empfehlen, um die in ihren zusammengestellten 158 Fällen von Steißlage 10,12 % betragende Mortalität der Kinder zu bessern, die äußere prophylaktische Wendung auf den Kopf zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche, wenn die Diagnose so frühzeitig gestellt wird. Kommt die Gebärende erst während der Wehen zur Beobachtung, so ist die beste Methode die Extraktion aus Steiß in Aethernarkose. Kolpeuryse und Episiotomie und gelegentlich die Zange am nachfolgenden Kopf werden empfohlen. Größere eigene Erfahrungen mit den Resultaten der äußeren Wendung haben die Verfasser nicht. Es sind kindliche Todesfälle im Anschluß an diese Methode beschrieben. Hirsch, Köln.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1549.

Claus, Vom Munde und Schlunde ausgehende septische Erkrankungen und ihre Behandlung. (Med. Klin., 12., 1929.) (Abt. für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Berlin.) Die Diagnose der Pyämie nach Angina ist oft schwer zu stellen. Die pyämischen Erscheinungen können 3 Tage bis 7 Wochen nach der Angina ausbrechen; an den Tonsillen ist dann meist nichts mehr zu sehen. In allen Fällen ist Druckempfindlichkeit am Kieferwinkel vorhanden; ein palpabler Strang entlang dem Sternocleidomastoideus braucht nicht fühlbar zu sein. Ein auffälliges Zeichen sind die Schüttelfröste, die aber, besonders bei Kindern, auch fehlen können. Die Betroffenen machen einen schwerkranken Eindruck mit subikterischem oder zyanotischem Kolorit des Gesichtes. Die Anfertigung des Blutbildes ist unerlässlich, um akute Leukämie, Angina agranulocytotica, Angina monocytica ausschließen zu können. Man findet bei der Pyämie eine starke Leukozytose mit erheblicher Linksverschiebung. Wird bei der Pyämie nicht möglichst früh eingegriffen, so kommt es schnell zu multiplen, kleinen Lungeninfarkten, denen die Kranken bald erliegen. Pathologisch-anatomisch liegt der Erkrankung eine Thrombose der V. facialis posterior oder der V. jugularis zugrunde. Die Therapie besteht im Ausschalten des primären Herdes durch die Tonsillektomie und durch Freilegung desselben von der Halswunde aus, indem man hinter dem Kieferwinkel an der V. facialis posterior nach oben bis zum Mandelbett vordringt und drainiert. Außer den foudroyanten Fällen gibt es auch subakute, die wochenlang mit mäßigem

Fieber verlaufen. Manchmal kommt es zu Phlegmonen, die die Neigung haben, nach abwärts fortzuschreiten und zu eitriger Mediastinitis zu führen. Man findet in solchen Fällen eine Schmerzhaftigkeit der Palpation am Halse, besonders aber im Jugulum, Temperaturen und einen kleinen, weichen, frequenten Puls. Eine kollare Mediastinotomie ist hier dringend erforderlich.

L. Gordon, Berlin.

1550.

Petermann, H. J., Erfahrungen mit Viscysat Bürger. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 9, S. 356.) Bei den vom Verfasser behandelten Fällen stand als Hauptsymptom im Vordergrund das Ohrensausen. Einige Patienten klagen daneben über Schwindelanfälle und unbestimmte Kongestionen im Kopfe. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Frauen im klimakterischen Alter. Die genauere Ohrenuntersuchung ließ einen bestimmten lokalen Anhaltspunkt für die Erklärung der vorhandenen Erscheinungen nicht finden. Dagegen wurde eine mehr oder weniger starke Erhöhung des Blutdruckes festgestellt, die durchschnittlich 150 mm Hg, bei einer Patientin sogar 175 mm Hg betrug. Verfasser mußte also nach Ausschluß lokaler Erkrankungen diese Hypertonien als Ursache für die Beschwerden annehmen. Es wurde daraufhin eine Behandlung mit Viscysat eingeleitet, wobei dreimal täglich 20 Tropfen gegeben wurden und alle 8 Tage der Blutdruck kontrolliert wurde. Bei der Kranken, die einen Blutdruck von 175 mm Hg aufwies, konnte dieser auf 140 mm Hg, bei einer anderen von 150 mm Hg auf 130 mm Hg herabgedrückt werden. Bei allen zur Beobachtung gekommenen Frauen gelang es fast ausnahmslos, den Blutdruck bis zur Norm herabzusetzen, was ein Schwinden des Ohrensausens oder sonstiger Beschwerden zur Folge hatte. Bei Männern waren die Resultate nicht so günstig; jedoch befanden sich diese meist in höherem Alter — durchschnittlich um 60 Jahre —, und ihre Beschwerden mußten zum Teil auf recht erhebliche Arteriosklerose zurückgeführt werden. Eine Herabsetzung des Blutdruckes konnte kaum erreicht werden, und es gelang daher auch nicht, die Betroffenen von dem Ohrensausen zu befreien.

Arnold Hirsch, Berlin.

1551.

Silvagni, Mario, Sarkom des Mittelohrs. (Policlinico, 36., 13.) (Otorhinolaryngologische Klinik in Rom.) Das Neoplasma, ein fuso-zelluläres Sarkom, bei einem fünfjährigen Kinde, entstand auf dem Boden einer Operationsnarbe nach Mastoiditis. Propagation durch das Tegmen antri und Tegmen tympani auf die Dura; letztere wird ebenfalls vom Tumor infiltriert und so im weiteren Verlauf eine diffuse Meningitis erzeugt.

Ashkenasy, Wien.

1552.

Müller, I., Die Therapie der Hyperemesis encephalo-medullo-spinalis. (Gyógyászat, Nr. 2 und 3, 1929.) Die chronische Hyperemesis ist eine endogene Toxikose. Sein klinisches Bild gestaltet sich im Zeichen der Säurevergiftung. Alle für die Behandlung bisher empfohlenen Mittel erwiesen sich dem Verfasser als unzulänglich. Neuerdings wurde von englischer und amerikanischer Seite ein Mittel unter den Namen „Motherzil“ Chloreton (Trichlorisobutylalkohol) und in kleinsten Mengen Skopolamin- und Atropinzugabe enthaltend, empfohlen, dieselbe Zusammenstellung wird von einer ungarischen Fabrik (Chemosan) unter dem Namen „Nautisan“ in den Handel gebracht; dieses erwies sich als ein Spezifikum gegen die Hyperemesis encephalo-medullo-spinalis. Der Trichlorisobutylalkohol wirkt elektiv auf das Brechzentrum des verlängerten Markes, ein weiterer Zusatz, Trimethylxanthin bewirkt die Durchgängigkeit der vaskulären Barriere. Das Mittel behebt natürlich nur ein Symptom, aber eines von sehr ungünstiger Prognose: In der Ruheperiode nimmt die Nahrungsaufnahme wieder seinen gewohnten Gang, und einer einzuleitenden spezifischen Therapie stehen keine unüberwindlichen Hindernisse im Wege.

Rob. Klopstock, Sommerfeld, Osth.

1553.

af Forselles, A., Ueber die Indikationen der Tonsillektomie. (Finska Läk. sällsk. Hdl., 71., Heft 2.) In der oto-rhino-laryngologischen Universitätsklinik zu Helsingfors sind während der Zeitperiode 1918 bis 1927 an 308 Patienten 561 Tonsillektomien ausgeführt worden. Von diesen Patienten ist einer, nachdem er schon entlassen worden war, in Diphtherie und Pneumonie gestorben. An Komplikationen sind zu erwähnen: 12 Fälle von schwerer Blutung während der Operation, 2 Fälle von Nachblutung sowie ein Fall von Glossitis.

Verfasser will die Indikationen zur Tonsillektomie nach nachfolgenden Grundsätzen aufstellen:

a) Bei Erwachsenen mit häufig rezidivierender Angina oder chronischer, mit lokalen oder allgemeinen Symptomen einhergehender Tonsillitis ist die Tonsillektomie indiziert.

b) Die Tonsillektomie ist ferner indiziert bei bösartigen Geschwülsten der Tonsille, und auch bei gutartigen Geschwülsten derselben, wenn die Prüfung der vorliegenden Umstände an die Hand gibt, daß die Tonsillektomie leichter ausführbar sein wird als die Exstirpation der Geschwulst.

c) In Fällen von tonsillärer Sepsis kann die Tonsillektomie, eventuell — je nach der Lokalisation des ursprünglichen septischen Herdes — in Verbindung mit Inzisionen am Halse, in Frage kommen.

d) Bei Kindern, bei denen ja etwaige tonsillare Beschwerden in der Regel durch Hypertrophie der Tonsillen bedingt sind, sollte man sich im allgemeinen mit der Tonsillotomie begnügen. Nur in Ausnahmefällen hat die Tonsille eine derartige Ausdehnung und Form, daß sich eine Tonsillotomie nicht bewerkstelligen läßt. In diesen Fällen ist man auf die Tonsillektomie angewiesen.

e) Bei Erwachsenen, welche keine tonsillaren Symptome aufweisen, und deren Tonsillen ein normales Aussehen darbieten, sind diese in Ruhe zu lassen.

E. Keller.

1554.

Hirsch, Caesar, **Tonsillektomie und Allgemeinnarkose.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 9, S. 353.) Die Idealanästhesierung für die Tonsillektomie ist nach Ansicht des Verfassers immer noch die Lokalanästhesie, wobei neuerdings zur Verringerung des psychischen Traumas mit Erfolg Skopolamin-(0,001)Eukodal-(0,002) Ephetonin (0,05) verwendet wird. Will man dem Patienten das psychische Operationstrauma ganz ersparen, so ist die Methode der Wahl für die Allgemeinnarkose nicht die Inhalationsnarkose, sondern die Avertin- bzw. Pernoktonbasinarkose mit einem etwaigen Zusatz einer Solästhininhalationsnarkose.

Arnold Hirsch, Berlin.

1555.

Beron, B., **Ueber anormale Lichenifikationen.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 13, 1929.) Neben den gewöhnlichen Lichenifikationen sind zuerst von Brosq und Pautrier anormale beschrieben worden, deren Diagnose sich auf ihr Vorkommen neben gewöhnlicher Lichenifikation und dem histologischen Befund (extreme Akanthosis, Hypergranulosis, perifollikuläre Infiltration und sklerotisch verändertes Bindegewebe), Freisein der Schleimhäute, Vorgehen starken, anfallsweise auftretenden Hautjuckens gründet. Von anderen werden jedoch diese Formen, wenigstens zum Teil dem Lichen ruber planus, bzw. auch der Urticaria chronica perstans zugezählt. Zu den anormalen Lichenifikationen gehört die hypertrophische (Lichenifikation géante), die hyperkeratotische (nodulaire circonscrite und L. verruqueuse), die diffus Lichenifikation des Gesichts, die Lichenifikation des behaarten Kopfes, die Lichenifikation der Handflächen, von denen allen Verfasser eigene Fälle mit Abbildungen und histologischen Befunden bringt.

Ernst Levin, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

1556.

Langer, Erich, **Frostschäden.** (Med. Welt, 8., 1929.) (Dermatologische Abt. am Krankenhaus Berlin-Britz.) Bei ganz leichten Frostschäden genügt Erwärmung des betreffenden Körperteils, evtl. leichtes Einpudern mit einem Zink- oder einprozentigem Mentholpuder. Bei stärkerer Rötung ist Salbenanwendung angebracht (1- bis 5prozentige Perubalsamsalbe, 5- bis 10prozentige Wismutsalbe, Kühlcreme, 3- bis 5prozentige Ichthyolvaseline). Tritt gleichzeitig mit dem Erythem Nassen auf, so macht man zunächst feuchte Umschläge (¼- bis ½prozentiges Resorcin, 3prozentiges Borwasser, Kamille). Bei starken Schmerzen setzt man zu den Salben 10% Anästhesin oder Cycloform zu. Blasen werden eröffnet und deren Inhalt entleert; dann wendet man Puder (Dermatol, Vioform, Xerofom, Silargel) und Salbenverbände an. Nach dem Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen empfehlen sich Wechselbäder, bei denen man mehrmals alle ½ bis 1 Minute zwischen heißem und kaltem Wasser abwechselt. Dem Wasser setzt man zweckmäßig Tannin (1 g pro Liter), Eichenrinde (eine Handvoll, abgekocht), essigsäure Tonerde oder Ormicet (1 Eßlöffel pro Liter) zu. Bewährt hat sich bei der Behandlung der Frostschäden Diathermie. Indiziert sind auch vorsichtige Höhensonnen- und Quarzlampebestrahlungen. Auch die Frostbeulen, wie auch „die roten Hände“ reagieren besonders gut auf Wechselbäder, Heißluft und Diathermie.

L. Gordon, Berlin.

1557.

Mgebrow, M. G., **Granuloma annulare neben Lupus vulgaris.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 15, 1929.) Bei einer Kranken, die an Lupus vulgaris und inaktiver Tuberkulose der Lungenspitzen bei positiver Pirquetscher Reaktion litt, fand sich ein typisches Granuloma

annulare. Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden, Meerschweinchenimpfungen fielen negativ aus. Beziehungen zur Tuberkulose konnte Verfasser wie auch andere in fast allen von ihm beobachteten Fällen nachweisen, doch ist damit nicht gesagt, daß die Tuberkulose das einzige ätiologische Moment zur Entwicklung des Granuloma annulare ist.

Ernst Levin, Berlin.

1558.

Hecht, Hugo, **Epitheliom der Haut nach Diathermiebehandlung.** (Derm. Wschr. 88., Nr. 14, 1929.) Eine zunächst als Warze aufgefaßte Affektion an der Oberlippe nahm nach Diathermiebehandlung in wenigen Wochen zusehends an Umfang zu, so daß eine Exstirpation vorgenommen wurde. Die histologische Untersuchung ergab ein Epitheliom mit beginnender Entartung. Es ist die Frage, ob von vornherein ein Epitheliom vorgelegen hatte, oder ob die Umwandlung einer gewöhnlichen Warze in ein solches unter dem Einflusse der Diathermiebehandlung zustande gekommen war. Jedenfalls hatte diese einen unheilvollen Einfluß ausgeübt.

Ernst Levin, Berlin.

1559.

Kenedy, Desider und Eugen Neuwirth, **Zur Behandlung des Herpes zoster mit Eigenblutinjektionen.** (Derm. Wschr., 88., Nr. 15, 1929.) Durch die Eigenblutinjektionen (5 bis 12 ccm alle 2 bis 4 Tage, kleinere Mengen auch täglich) konnte die Verlaufszeit des Zoster nicht abgekürzt, ein schnelleres Eintrocknen der Bläschen, eine schnellere Rückbildung der hyperämischen Plaques, die Weiterentwicklung noch in Ausbildung begriffener Herde, nicht erzielt, das Auftreten neuer Herde nicht verhindert werden. Die Schmerzen schienen in geringem Grade günstig beeinflusst zu werden.

Ernst Levin, Berlin.

1560.

Lanteri, Giovanni, **Beiträge zur Frage des Adenoma sebaceum (Typus Balzer-Ménétrier).** (Arch. Ital. di Derm. Sif. e Vener., 4., Heft 2, 1928.) Beschreibung eines Falles mit histologischer Untersuchung der betroffenen Hautpartien, Besprechung der Differentialdiagnose und der einschlägigen Literatur.

Eugen Stránsky, Wien.

1561.

Bensauve, R., **Der Wert der Spermokultur.** (J. d. Prat. Nr. 7, 1929.) Die schlecht ausgeführte Spermokultur ist eine leider viel zu verbreitete Gefahr; sie erbringt den Gonokokkennachweis nicht, obwohl welche vorhanden sind (fehlerhafte Nährböden).

Sie weist Gonokokken nach, obwohl keine vorhanden sind (Pseudogonokokken, die auf fehlerhaften Nährboden besonders gern wachsen).

Bei richtiger Technik, zuverlässigen Nährböden und sorgfältigem Ausschluß der Pseudogonokokken hat die Spermokultur eine große Bedeutung, da sie noch ungefähr 4% Gonorrhöefälle aufdeckt, die durch keine andere Methode als solche zu erkennen gewesen wären. Jede Spermokultur, die im Widerspruch zu dem klinischen Bild steht, muß wiederholt werden.

Held.

1562.

Jacobsohn, F., **Isolierte Urethralgonorrhöe der Frau.** (Med. Welt, 11, 1929.) (Dermatologische Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.) Die isolierte Urethralgonorrhöe der Frau kommt häufiger und chronischer vor, als im allgemeinen bisher bekannt oder beachtet zu sein scheint. Ihre Diagnose ist bei richtiger Untersuchungstechnik nicht zu verfehlen. Die Patientinnen sollen wenigstens zwei Stunden vor der Untersuchung keinen Urin gelassen haben. Dann wird, nachdem die Urethramündung und die Vulva mit einem Tupfer abgewischt worden ist, die Harnröhre mit einem in die Vagina eingeführten Finger sorgsam in ihrer Längsrichtung gegen die Symphyse und das Ligamentum arcuatum exprimiert. Bei Vorliegen einer Gonorrhöe quillt dabei sehr oft ein dicker, gelber Eitertropfen hervor, der meist massenhaft Gonokokken enthält. Kann man keinen Tropfen exprimieren, empfiehlt es sich, mit der Oese oder noch besser mit dem Aschsen Löffel die vier Wände der Urethra genau wie bei einem Kürettament abzuschaaben. Das Hineingehen mit der Platinöse ohne vorherige Expression bei gefüllter Blase wird selten oder nie eine Urethralgonorrhöe aufdecken. Die Urethralgonorrhöe soll gleich sehr energisch lokal behandelt werden. Man gibt Silberpräparate in möglichst hoher Konzentration, abwechselnd ionisierte und kolloidale. Von ersteren Arg. nitr. (2-3%), Transargan, Albargin, von den kolloidalen Präparaten Targasin (5-10%). Von Urethralstäbchen sah Verfasser keinen Erfolg. Kommt man mit Einspritzungen nicht zum Ziel, so muß man zweimal wöchentlich Dehnungen mit dem Kollmann vornehmen. Werden die Fälle auch dann in zwei bis drei Wochen nicht gonokokkenfrei, so handelt es sich um Veränderungen, die nur mit dem Urethroskop erkannt und richtig behandelt werden können.

L. Gordon, Berlin.

1563.

Schiffan, Walter, Zur Häufigkeit und Diagnostik der Rektalgonorrhöe bei Frauen. (Med. Klin., 8, 1929.) (Dermatologische Abteilung des Krankenhauses Berlin-Britz.) Die einfachste Methode zur Feststellung der Rektalgonorrhöe ist die Spülmethode. Man führt zu diesem Zweck ein doppelläufiges Glasrohr ein und macht durch dieses eine leichte Spülung mit Wasser oder Borlösung. Besteht eine Rektalgonorrhöe, so werden sehr schnell mit der Flüssigkeit Schleimhautfetzen ausgespült. Kotmassen, die hierbei ziemlich selten mit herausgebracht werden, lassen sich leicht absondern. Aus der Spülflüssigkeit fischt man sich einen gelblich-eitrig aussehenden Schleimhautfetzen heraus und streicht ihn auf dem Objektträger aus. Bei der Untersuchung des gefärbten Präparates fahndet man zuerst mit schwacher Vergrößerung auf Leukozytenansammlungen; darauf ist der Gonokokkennachweis meist sehr leicht. Verfasser fand unter 152 Fällen von weiblicher Gonorrhöe in 54% auch eine Rektalgonorrhöe. Stärkere subjektive Symptome treten beim Befallen des Mastdarms in keinem Fall auf. Die Therapie besteht in Rektumspülungen. Man verwendet am besten eine Lösung von Argentum nitricum 1:3000 abwechselnd mit anderen verdünnten Silberlösungen oder Kal. permang., essigsaurer Tonerde, Ormicet, Cinosol u. a. m. Daneben wendet man Suppositorien, z. B. Targesinzäpfchen, an. In den meisten Fällen werden die Präparate nach etwa drei- bis vierwöchiger Behandlung, die täglich zweimal durchgeführt wird, negativ. L. Gordon, Berlin.

1564.

Marcozzi, Aldo, Das Silbernatriumthiosulfat in der lokalen Therapie der Urethritis gonorrhoea. (Arch. Ital. di Derm. Sif. e Vener., 4., Heft 2, 1928.) Das Argibathol ($\text{Na}_2\text{Ag}_2[\text{S}_2\text{O}_3]_2$) wird zur lokalen Behandlung von gonorrhoeischen Urethritiden empfohlen. Seine Vorteile sind: 1. es enthält viermal mehr Silber als das Protargol, 2. es löst sich leicht im Wasser bei Zimmertemperatur, 3. die Lösungen bleiben lange unverändert, 4. sie sind farblos und hinterlassen keine Flecke, 5. es hat den Gonokokken gegenüber starke bakterizide Eigenschaften, und 6. es kann in hohen Konzentrationen (1:250) verwendet werden.

Eugen Stransky, Wien.

1565.

Stein, Ludwig, Die Behandlung der gonorrhoeischen Urethritis mit Formalindämpfen. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 15.) Die Einführung von Formalindämpfen in die Harnröhre wird zwar in den ersten Tagen gut vertragen, dann aber treten brennende Schmerzen, Schwellung der Eichel und des Präputiums auf. Oefters entwickelte sich eine Urethritis posterior. Durch die starken Entzündungserscheinungen ging Zeit verloren, bis eine andere Behandlung angewendet werden konnte. Auch durch Kombination mit Janet-Spülungen mit Kal. permangan. konnten Erfolge nicht verbessert werden. Die Formalindampfbehandlung der Gonorrhöe ist nicht nur unnütz, sondern schädlich. Ernst Levin, Berlin.

1566.

Waldemar-Kertész, Johanna, Zur Frage der Luesbehandlung mit Myosalvarsan. (Med. Klin., 11, 1929.) (Dermatologische Abteilung des Wilhelminen-Spitals in Wien.) Das Myosalvarsan stellt ein ausgezeichnetes Mittel in der antiluetischen Behandlung dar, es kann aber das Neosalvarsan nicht verdrängen, sondern soll nur bei Patienten angewendet werden, bei denen die Applikation einer intravenösen Neosalvarsan-Behandlungsmethode, infolge der Unzugänglichkeit der Venen, nicht durchführbar ist. Es deckt sich somit in diesem Punkte das Indikationsgebiet des Myosalvarsans mit dem des Spirocids. L. Gordon, Berlin.

1567.

Leschke, Erich, Kombinierte Salvarsan-Septojod-Behandlung. (Med. Klin., 10, 1929.) Die Auflösung des Neosalvarsans statt in Wasser in 20 ccm Septojod hat folgende Vorteile: Die Verdünnung des Salvarsans mit 20 ccm statt mit wenigen Kubikzentimetern steigert seine Wirkung. Die Kombination der beiden Arzneimittel mit verschiedenen Angriffspunkten (bakterio- und histotrope Wirkung) führt wahrscheinlich zu einer über die Summation hinausgehenden Verstärkung. Dazu kommt wohl auch der Einfluß des Jods auf die Blutgefäße, seine vasodilatatorische Wirkung und die Begünstigung des Stoffaustausches zwischen Blut und Gewebe. Endlich erleichtert die durch Auflösen von Salvarsan in Septojod entstehende hypertensive Lösung das Eindringen des Salvarsans in das Gewebe des Zentralnervensystems durch die Flüssigkeitsentziehung aus dem Gehirn und die Umkehr des Flüssigkeitsstromes in den perivaskulären Kanälen. Dadurch wird das Salvarsan, für welches der Plexus choroideus als Schranke zwischen Blut und Liquor undurchlässig ist, in einen intimeren Kontakt mit dem Nervengewebe gebracht. G. Gordon, Berlin.

1568.

Tarantelli, Eugenio, Klinische Betrachtungen und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von primärer

arsenoresistenter Lues. (Arch. Ital. di Derm. Sif. e Vener., 4., Heft 2, 1928.) Beschreibung eines luetischen Primäraffektes bei einem 22 Jahre alten Mann; der Herd ändert sich auf eine energische intravenöse Neosalvarsankur nicht, führt sogar zu einer Hauteruption. Bei den mit den Spirochäten des Patienten geimpften Kaninchen erweist sich aber die einseitige Neosalvarsanbehandlung als suffizient. — Somit ist die Ursache der arsenoresistenten Lues nicht in den Erregern, sondern in unbekannten Eigentümlichkeiten des erkrankten Organismus zu suchen. — Der Fall kam mit Wismutbehandlung zur Heilung. Eugen Stransky, Wien.

1569.

Fischer, Oskar, Therapie der Metalues. (Med. Klin., 9, 1929.) Auf Grund der Beobachtung, daß die progressive Paralyse am ehesten durch solche Prozesse beeinflusst wird, die mit einer starken Blutleukozytose einhergehen, hat Verfasser die Behandlung der Metalues mit der Nukleinsäure, die bekanntlich ein stark leukozytentreibendes Mittel ist, eingeführt. Die Nukleintherapie läßt sich noch verstärken, wenn man das Nuklein nicht als solches, sondern, chemisch zerlegt, dem Körper einverleibt. Ein solches, bis zur Biuretfreiheit abgebautes Nuklein ist das Phlogetan, das in 10prozentiger Lösung in den Handel kommt. An der Stelle der subkutanen Phlogetaninjektion kommt es zu einer lokalen Entzündung; es tritt immer eine Blutleukozytose und meist auch eine Temperatursteigerung bis 39° auf. Die besten Dauerresultate lassen sich durch wiederholte Phlogetanankuren erzielen. Die recht schmerzhaften Lokalreaktionen lassen sich vermeiden, wenn man statt des 10prozentigen das 20prozentige Phlogetan intramuskulär injiziert. Der therapeutische Effekt läßt sich noch verstärken durch gleichzeitige intravenöse Injektion einer geringen Menge abgetöteter Kolibazillen, etwa 5 bis 15 Millionen. Verfasser führt jetzt die Behandlung so durch, daß er mit dem 20prozentigen Phlogetan anfängt, in zwei bis drei Injektionen auf 5 ccm steigt und daran die Kombinationstherapie anschließt, indem zuerst nur ganz geringe Quanten Koli-vakzine injiziert werden. Die Koli-vakzine muß stets frisch sein. Die Erfolge dieser Therapie kommen denen der Malariabehandlung gleich. Der Liquor wird in allen Fällen beeinflusst: Bereits beim dritten und vierten Fieberanstieg läßt sich eine ganz beträchtliche Verminderung der Pleozytose und des Eiweißgehaltes des Liquors feststellen. Die Therapie mit Phlogetan hat folgende Vorteile vor der Malaria bzw. Saprovitinbehandlung: 1. Eine gesetzte Infektionskrankheit, ob Malaria oder Rekurrens, verhält sich wie eine abgeschossene Kugel, deren Verlauf man nur schwer beeinflussen kann. 2. Die Infektionskrankheit ist kaum dosierbar. 3. Für die Malaria ist eine Infektion nur von Mensch auf Mensch durchführbar, wodurch ständig ein Infektionsstamm weitergezüchtet werden muß. 4. Infektionen mit lebenden Mikroorganismen (Saprovitin) sind auch, wenn es sich um Saprophyten handelt, nicht ganz unbedenklich. L. Gordon, Berlin.

1570.

Dielmann, Hans, Die Behandlung der Neurolues mit Pyrifir. (Med. Klin., 11, 1929.) (Psychiatrische und Nervenkl. der Universität Würzburg.) Bei 150 Injektionen mit Pyrifir an insgesamt 12 Kranken (9 Neurolues, 3 Schizophrenen) ließen sich keinerlei schädliche Dauerfolge nachweisen. Die im Pyrifirfieber beobachteten Nebenwirkungen, wie Erbrechen, Kopf- und Gliederschmerzen, sind lediglich vorübergehender, keinesfalls lebensbedrohlicher Natur. Ueber die Möglichkeit der „Provozierung“ von Anfällen bei paralytischen und anderen Hirnkranken durch die Pyrifirbehandlung läßt sich vorerst nichts Abschließendes sagen. Die Fieberreaktion war in sämtlichen Fällen zufriedenstellend; die Temperatur erreichte stets die gewünschte Höhe, die durch entsprechend abgestufte Dosierung weitgehend bestimmbar ist; bei körperlich Hinfälligen wurden Temperaturen über 39° axillar vermieden; im übrigen können möglicherweise schon Temperaturen zwischen 38° und 39° axillar als genügend zur Herbeiführung einer therapeutischen Wirkung angesehen werden. Der Fieberanstieg — alle Kranken zeigten regelmäßige Schüttelfrost — erfolgte etwa ½ bis 1½ Stunden nach der Injektion; die Höchsttemperatur wurde nach weiteren 1 bis 2 Stunden erreicht. Das allmähliche Sinken des Fiebers zur Norm innerhalb 4 bis 7 Stunden war häufig durch eine Nachzacke unterbrochen. Die Injektionen fanden jeden zweiten oder dritten Tag statt, bei Körperschwachen in größeren Abständen; an den fieberfreien Tagen konnten die Kranken das Bett verlassen. Die durchschnittlich bei einer Kur gegebene Menge Einheiten war 2250. Die Remission nach der Pyrifirbehandlung sind bei dem zahlenmäßig geringen Gesamtmaterial sowie der kurzen Kontrollzeit vorerst nicht auswertbar. Weitere Versuche sind gerechtfertigt und zu empfehlen. L. Gordon, Berlin.

1571.

Saethre, Haakon, Schicksal der unbehandelten Lues. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 15, 1929.) Infolge der Anschauung Boecks, daß Quecksilber den Heilverlauf der Syphilis im Sinne

eines atypischen Krankheitsprozesses ungünstig beeinflusst, ist in Norwegen ein sehr großes Material unbehandelter Syphilis vorhanden. Es handelt sich um 2181 Fälle, unter denen sich bei 3,4% im primären und sekundären Stadium Komplikationen von Seiten des Zentralnervensystems fanden. Da nur die schwereren Formen festgestellt worden sind, ist der Prozentsatz wohl tatsächlich noch größer. In 7,37% dieser Fälle fand sich Leukoderm, in 2,88% Alopie, bei denen also größtenteils eine meningale Beteiligung vorgelegen haben dürfte. Soweit ein natürlicher Verlauf der Syphilis heute zu beobachten ist, scheint er von dem der damaligen Zeit nicht abzuweichen. Von 228 Fällen, die 10 bis 40 Jahre nach der Infektion nachuntersucht wurden, waren 152 symptomlos (davon 39 mit positiver WaR), von 79 nach 3 bis 10 Jahren untersuchten 48 (davon 29 mit WaR +). Spätaffektionen des Nervensystems fanden sich sehr selten. Paralyse nur in 0,6%, Beziehungen zu Frühkomplikationen des Zentralnervensystems bestanden hierbei nicht. Aortitis und andere Gefäßerkrankungen zeigten die ziemlich hohe Frequenz von 17,5%. Auffallenderweise hatten sämtliche Tabiker und Paralytiker im Frühstadium oft stark ausgebreitete Exantheme gezeigt.

Ernst Levin, Berlin.

1572.

Manteufel, P., und K. Herzberg, *Zur Syphilis-Frambösiefage*. (Med. Welt, 9., 1929.) (Hygienisches Institut der Med. Akademie Düsseldorf.) Die Frambösie ist eine endemische Syphilis, die vielleicht in den warmen Ländern einige Eigenarten (z. B. die Neigung zur granulierenden Sekundärpapule) aufweist, wie sie dort auch bei anderen kosmopolitischen Infektionskrankheiten in die Erscheinung treten. Eine ausreichende Begründung für die Aufstellung zweier verschiedener Schwesternkrankheiten liegt nicht vor.

L. Gordon, Berlin.

1573.

Kelsted, Knud, und E. Schit, *Ueber die Behandlung der Infektionen des Harnapparates*. (Act. med. scand., 69., Heft 3 bis 4, S. 268, 1928.) Die Autoren geben eine Uebersicht über die bisher berichteten Formen und Ergebnisse der Säuretherapie. Es wird über die Erfahrungen berichtet, die mit der Behandlung mit Kalzium- oder Ammoniumchlorid zusammen mit Hexamethylentetramin oder Salol in 70 Fällen gemacht wurden, von denen 12 völlig geheilt wurden. Die Gründe für das Versagen der Behandlung bezüglich der genügenden Säuerung des Urins und die manchmal vorhandene Notwendigkeit, den Urin zu konzentrieren, werden eingehend besprochen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1574.

Faragó, Zs., *Ueber Prostatitiden unklarer Genese*. (Gyógyászat, Nr. 2, 1929.) Eine idiopathische Prostatitis gibt es nicht, ihre Ursache ist stets eine Infektion, wenn auch die Einwanderung von Bakterien nicht nachzuweisen ist. Sind aber in die Prostata Bakterien eingedrungen, so bedeuten diese noch keine Prostatitis; ihre Entstehung verantworten dazukommende lokal-konstitutionelle oder allgemeine Faktoren, woraus folgt, daß Bakterien durch längere Zeit symptomlos latent in der Prostata verweilen können, sowohl wenn eine urethrale Entzündung besteht, als auch wenn diese schon ausgeheilt ist. Solche Monate, ja Jahre latent verweilenden, quasi avirulent gewordenen Bakterien können, wenn sie — durch Wirksamwerden eines bekannten oder unbekannten Momentes — virulent werden, schwerste Prostatitis hervorrufen. Eines dieser Momente ist die Durchnässung und Durchkühlung des Organismus.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

1575.

Litzner, Stillfried, *Diagnostik der Zystenniere*. (Med. Klin., 10, 1929.) (Med. Universitätsklinik Halle a. d. Saale.) Bei der Zystenniere können Veränderungen in der Form des Nierenbeckens auftreten, die sich sehr gut im Pyelogramm wiedergeben lassen. Man kann aus solchen Veränderungen, auch in Anfangsstadien der Erkrankung, mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine Zystenniere schließen. Die Veränderungen sind allerdings nicht so einheitlich, daß man von einem absolut typischen Pyelogramm sprechen kann. In einem Fall des Verfassers, der an Niereninsuffizienz zugrundegegangen war, war das Fehlen einer wesentlichen Herzvergrößerung und Blutdrucksteigerung bemerkenswert. Es können bei dieser Erkrankung ziemlich lange beschwerdefreie Intervalle (bis zu 6 Jahren) vorkommen.

L. Gordon, Berlin.

Hygiene

1576.

Landa, W. S., *Ueber Temperaturschwankungen des Körpers bei Arbeitern des Glasgewerbes*. (Wratsch. Dklo, 11. Jahrg., Nr. 12, S. 966.) Bei seiner Tätigkeit in einer Glashütte fiel dem Verfasser die große Zahl der sogenannten „fieberhaften“ Kranken unter den

Arbeitern auf. Außer erhöhter Temperatur sowie allgemeiner Schwäche und Kopfschmerzen waren bei diesen keine objektiven Veränderungen zu bemerken. Die bei den am Schmelzofen beschäftigten Arbeitern angestellten Körpertemperaturmessungen hatten folgende Ergebnisse: Die sofort nach der Arbeit gemessene Temperatur schwankte zwischen 37,3 bis 37,6 bis 37,7°; 10 Minuten später 37,1 bis 37,0°; ½ Stunde danach 37,0 bis 37,1°, und eine Stunde nach der Arbeitseinstellung war die Temperatur bei allen Arbeitern normal. Bei den Jugendlichen zeigte dabei die Temperatur höhere Werte als bei den Erwachsenen. Es steht also fest, daß die Temperaturerhöhung hier mit den Arbeitsbedingungen in Verbindung steht. Diese „Kranken“ werden gewöhnlich als „fieberhafte“ bzw. „grippöse“ usw. beurteilt, und bei Wiederaufnahme der Arbeit wiederholt sich dann das Krankheitsbild von neuem. Es ist deshalb von Wichtigkeit, in solchen Fällen die Temperaturmessung mindestens eine Stunde später zu wiederholen. Jugendliche sollte man nicht sofort am Schmelzofen anstellen, sondern ihnen eine gewisse Frist für eine allmähliche Anpassung gewähren.

E. Kontorowitsch.

Infektionskrankheiten

1577.

Otto, R., Fischl, Rudolf, Vogt, H., von Mettenheim, Heinrich, von Pirquet, Clemens, Degkwitz, R., und H. Opitz, *Stellungnahme zu der Umfrage über die Dosierung des Diphtherieserums*. (Med. Welt, 10, 1929.) Otto steht auf dem Standpunkt, daß der Zeitpunkt der Seruminjektion und die Applikationsweise viel wichtiger sind als die Dosierung. Der Arzt darf niemals bei ernsteren Zuständen das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung abwarten. Das Serum muß immer intramuskulär oder intravenös appliziert werden. Was die Dosierung anbelangt, so schlägt er vor: in leichten Fällen 3000 bis 4000 IE, in mittelschweren 5000 bis 8000 IE, in schweren und bei Larynxkomplikationen 15000 bis 20000 IE und mehr. Bei großen Dosen muß der Phenolgehalt des Serums (0,5%) berücksichtigt werden. Schwere anaphylaktische Zustände sind kaum zu befürchten; auf jeden Fall soll man bei allen Serumapplikationen zur Behandlung von Schockfällen Adrenalin bereithalten. — Fischl hält die Angaben von Schick, daß je nach der Schwere des Falles 100 bis 500 A. E. pro Kilo genügen und wiederholte Injektionen nicht notwendig sind, wobei er die Höchstdosis mit 30 000 A. E. bemißt, für ungeeignet; er gibt gelegentlich höhere Dosen und glaubt, daß selbst festverankertes Toxin sich noch auf diese Weise wenigstens partiell unschädlich machen läßt. Das Serum soll immer intramuskulär appliziert werden; intravenöse Therapie ist überflüssig. Bei in längerem Intervall nötig werdenden Reinjektionen, sollen möglichst Sera anderer Tierarten angewandt werden. — Nach Vogt soll man unter 3000 IE nur bei prophylaktischen Einspritzungen heruntergehen; für milde Fälle, die frühzeitig in Behandlung kommen, reichen 3000 bis 5000 IE aus; bei allen schweren und Spätfällen sind 8000 bis 10 000 IE erforderlich. Die Berechtigung noch höherer Serumdosen erscheint vorläufig sehr zweifelhaft. Die Injektion soll intramuskulär, in schwersten Fällen intravenös, nötigenfalls intraperitoneal ausgeführt werden. Die Gefahr der Anaphylaxie wird vielfach überschätzt; sie läßt sich durch vorausgeschickte Behandlung mit kleinen Gaben Serum in das Unterhautgewebe in viertelstündlichen Intervallen von 0,1 cm steigend um je 0,1 bis zu 0,5 cm vermeiden. — von Mettenheim glaubt, daß in der Praxis im allgemeinen zu niedrige Dosen verabreicht werden. Er gibt jetzt bei mittelschweren Fällen je nach dem Alter und der Schwere der Erkrankung 6000 bis 12 000 A. E. intramuskulär. Bei schweren Fällen werden die Injektionen gleichzeitig intramuskulär und intravenös verabfolgt und evtl. am nächsten Tage wiederholt. So hohe Dosen wie früher (50 000 bis 60 000 A. E.) gibt von Mettenheim jetzt nicht mehr. — An der von Pirquetschen Klinik wird das Diphtherieserum ausschließlich nach Schick dosiert. Die Injektionen werden immer intramuskulär ausgeführt. Nur bei der malignen Diphtherie wird die erste Injektion intravenös gegeben und am nächsten Tage in gleicher Dosierung wiederholt. — Degkwitz gibt bei Säuglings-Nasendiphtherien 4000 bis 4500 A. E., bei landläufigen Rachen-diphtherien des Kleinkindesalters 5000 A. E., im Schulalter 6000 A. E. In den ersten Krankheitstagen bei Kehlkopfdiphtherien mit Krupp- oder Stenoserscheinungen 10 000 bis 12 000 A. E., bei Diphtheria gravissima 20 000 bis 30 000 A. E. Die Injektion muß möglichst intravenös gegeben werden; die subkutane Injektion ist ein Kunstfehler; ist in schweren Fällen keine Vene zu finden, so injiziert man intraperitoneal. — Opitz dosiert das Diphtherieserum nach dem Körpergewicht und gibt in leichten Fällen 200 bis 300 A. E., in mittelschweren und schweren Fällen 500 A. E. pro Kilogramm Körpergewicht. Eine Ueberschreitung dieser Dosis ist nicht erforderlich. Die Beurteilung des Krankheitsfalles richtet sich nach dem

Allgemeinzustand, nach der Ausdehnung des Belages, nach dem Umfange der Drüsenbeteiligung bzw. des periglandulären Oedems und nach dem Krankheitstag. Das Serum wird ausschließlich intramuskulär gegeben. Bei hohen Dosen ist der Phenolgehalt zu berücksichtigen: 1 bis 2 g können bereits toxisch wirken.

L. Gordon, Berlin.

1578.

May, Percival M., und S. F. Dudley, **Aktive Immunisierung und Diphtherie**. (Lancet, 216., 5509.) (Royal Naval College, Greenwich Hospital School, London.) Verfasser berichten über das Verschwinden von Diphtherieerkrankungen in einer Anstalt, in welcher vor der Einführung der aktiven Diphtherieimmunisierung der Zöglinge durch 10 Jahre hindurch eine Durchschnittsmorbidität von 4% festgestellt wurde. Das gute Resultat ist daher als unmittelbare Folge der aktiven Immunisierung anzusehen. Unter nahezu 1000 prophylaktischen Injektionen kein einziger Zwischenfall, dank welchem auch nur ein Zögling für 24 Stunden den Unterricht bzw. den Dienst auszusetzen gezwungen worden wäre.

Ashkenasy, Wien.

1579.

Korach, S., **Ueber den Adams-Stokesschen Symptomenkomplex bei Diphtherie**. (Med. Klin., 11, 1929.) (Innere Abteilung des Israelitischen Krankenhauses in Hamburg.) Bericht über zwei schwere Diphtherieerkrankungen im jugendlichen Alter stehender, bis dahin völlig gesund gewesener Leute, bei welchen sich am Ende der zweiten Krankheitswoche foudroyant der unter dem Namen der Morgagni-Adams-Stokesschen Krankheit bekannte Symptomenkomplex entwickelte und nach einigen Tagen den Tod herbeiführte. Den leichteren Attacken gingen mitunter der epileptischen Aura ähnelnde Prodromalerscheinungen voran: Kopfschmerzen, Schwindel, aufsteigende Parästhesien, präkordiale Angstzustände, Erblassen des Gesichts bildeten den Symptomenkomplex dieser nur einige Minuten dauernden leichten Anfälle. Bei den schweren Anfällen tritt dagegen ganz unerwartet vollständiges Erblassen des Kranken ein, der bewusstlos mit starren, weit geöffneten Augen in die Bettkissen zurücksinkt; Pupillen quoad maximum erweitert, übergehend in Atemstillstand in Inspirationsstellung, tonisch-reaktionslos, erschwertes Atmen im Cheyne-Stokesschen Typus, klonische Krämpfe der Extremitätenmuskulatur mit Uebergreifen auf Gesichts- und Schlundmuskulatur. Nach mehreren Sekunden tritt ein tiefer Atemzug ein; das Gesicht wird dunkelrot; mit verstörtem Blick schaut der Patient um sich und knüpft häufig an das vor dem Anfall begonnene Gespräch an, völlige Amnesie für den beendeten Anfall. Gleichzeitig mit dem Erblassen des Patienten tritt eine Bradykardie auf mit Herabsetzung der Pulsfrequenz auf 25 bis 30, welche jedoch bald einem Aussetzen des Pulses Platz macht; nach kurzer Zeit (40 Sekunden maximal) erscheint der Radialpuls wieder rhythmisch. Das einzige Mittel, welches bei den Anfällen einigermaßen von Wirkung war und bei frühzeitiger Anwendung gelegentlich kupierend wirkte, war das Adrenalin mit seiner infolge Sympathikusreizung starken pulsbeschleunigenden Wirkung. Leider ist die Adrenalinwirkung eine zeitlich begrenzte. Eine protrahiertere Wirkung ist von der peroralen Medikation des Ephedrons zu erwarten.

L. Gordon, Berlin.

1580.

Hartwich, Adolf, **Zur Serumtherapie des Scharlachs**. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., S. 129.) 60 schwere Scharlachfälle wurden behandelt mit Scharlachstreptokokken-Antitoxin Höchst (binnen 48 Stunden zwei Injektionen intramuskulär von je 25 ccm „Scarlaserin“, bei Kindern unter 14 Jahren die Hälfte). In 7 Fällen trat leichte Serumkrankheit auf, schnell beseitigt durch eine Spritze Afenit. Wirkung: sofortige Milderung der toxischen Symptome, insbesondere der Benommenheit und des Allgemeinen Uebelbefindens, Temperatur sinkt, Puls wird kräftig. Jedoch der Gesamtverlauf und civil. Komplikationen (Otitiden) bleiben unbeeinflusst. Gestorben ist keiner.

Buttersack, Göttingen.

1581.

Achard, Ch., **Streptokokkenseptikämie in gangränöser Form**. (J. d. Prat., Nr. 6, 1929.) Streptokokkenseptikämien kommen im allgemeinen vor im Anschluß an eine akzidentelle Verletzung oder auch an eine operative oder puerperale, kurzum im Verlauf einer Schädigung, die für eine Infektion an den Schleimhäuten oder an der Haut eine Eintrittspforte schafft. Immerhin gibt es noch Fälle, bei denen der Eintrittsmodus nicht offenbar wird; das sind die kryptogenetischen Septikämien, für die Verfasser hier zwei Beispiele anführt. Obwohl man Streptokokkenseptikämien mit langsamem Verlauf beobachtet (besonders bei Endokarditis maligna, die sich sekundär auf eine alte Herzschädigung aufpropft), ist die Entwicklung der Streptokokkämien fast immer rapid und führt in 3 bis 12 Tagen zum Tode. Der Beginn ist brüsk, das Allgemeinbefinden sofort schwer gestört; es tritt Albuminurie auf und Fieber, das meist innerhalb weiter Grenzen schwankt. Außerdem beobachtet

man verschiedene Lokalisationssymptome: Endokarditis, Phlebitis, Arthritis, purulente Ergüsse der serösen Häute, Schädigungen der Lunge, der Leber, der Milz, der Nieren, der Haut, wie z. B. Rash und Purpura fulminans. Das Auftreten verstreuter, sich rasch ausbreitender Gangränen gehört zu den Seltenheiten.

Held.

1582.

Hoke, Edmund, **Die Komotau-Görkauer Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit**. (Med. Klin., 11, 1929.) (Bezirkskrankenhaus in Komotau, Böhmen.) Es werden 12 Fälle beschrieben, darunter 3 Erwachsene, mit 2 Todesfällen unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 13 Monaten und 46 Jahren. Der Beginn der Erkrankung erfolgte plötzlich in 8 Fällen; Fieber wurde fünfmal angegeben. Prämonitorische Schwächezustände konnten anamnestisch zweimal erhoben werden. Die rein myelitische Form der Heine-Medinschen Krankheit wurde siebenmal, die rein enzephalitische zweimal, Mischformen zweimal beobachtet; zweimal bestanden Erscheinungen einer Meningitis serosa. Gestorben sind 2 Kranke (Erwachsene!), 5 wurden geheilt, vollkommen ungeheilt entlassen 4 Fälle; 1 Fall mit zweifelhafter Prognose befindet sich noch in Beobachtung. Ein Beweis für eine direkte Uebertragung der Krankheit konnte nicht erhoben werden, doch stellt die Epidemie ein typisches Beispiel einer „Nesterepidemie“ dar, und damit ist sie ein indirekter Beweis für die infektiöse Natur der Krankheit. Schweißausbrüche, Schüttelfrost wurden nie angegeben, ebenso fehlten Angina und Magen-Darmerscheinungen. Bei einem, einen Erwachsenen betreffenden schweren Falle konnten eigenartige vasomotorische Störungen beobachtet werden, Erhöhung der Vaso-konstriktionsproben auf der gelähmten Seite, Fehlen der vasodilatatorischen Koffeinreaktion, fehlende Licht- und Tuberkulinempfindlichkeit sowie fehlende Schweißsekretion an der ganzen Körperhaut. Therapeutisch scheint die Anwendung der Diathermie günstig zu wirken; zur Massage hat sich ein kleiner, sehr brauchbarer Apparat gut bewährt, der „Elektrolier“ (Reinöhl, Aussig a. d. Elbe, Lange Gasse 13), welcher durch die Massage einen faradischen Strom erzeugt, also Massage mit Faradisation recht glücklich verbindet.

L. Gordon, Berlin.

1583.

Wolffenbuettel, Ervin, **Heilung eines dysenterieformen Syndroms**. (Brasil med., 43., 10.) Verfasser berichtet über einen Fall von schwerem dysenterieformen Syndrom (etwa 60 Entleerungen innerhalb 24 Stunden), das seit 4 Tagen bereits bestanden hat und bei welchem Yatren 105 (4 Kapseln à 0,15 g pro die durch zwei Tage hindurch gegeben) vollkommen versagte. Nun verordnete Verfasser Liquor alumin. acet. in der Dosis von 40 Tropfen viermal täglich, das sind 160 Tropfen innerhalb 24 Stunden. Infolge eines Mißverständnisses erhielt Patient bloß 40 Tropfen und zwar viermal zu je 10 Tropfen jede zweite Stunde. Daraufhin schlief Patient die ganze Nacht hindurch, ohne auch nur ein einziges Mal durch die Diarrhöe gestört zu werden. Am nächsten Tage normale, schmerzlose Entleerung. Keine Fortsetzung der Medikation. Bemerkenswert ist die innerhalb 8 Stunden vor sich gegangene Heilung.

Ashkenasy, Wien.

1584.

Curschmann, Hans, **Klinisches über die Banginfektion beim Menschen**. (Med. Klin., 11, 1929.) (Medizinische Universitätsklinik zu Rostock.) An Hand der Krankengeschichte einer typischen Banginfektion beim Menschen mit negativer Agglutinationsprüfung und negativer Komplementbindungsreaktion kommt Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß die Diagnose der Banginfektion, ebenso wie die Diagnose des Typhus und anderer Infektionskrankheiten, in sehr vielen Fällen ohne den bakteriologisch-serologischen Befund gestellt werden kann. Der Fall des Verfassers ergab folgende diagnostischen Indizien für eine Banginfektion: 1. Regelmäßiger Genuß roher Milch aus einem Bankverseuchten Stall. 2. Eine auffallend langdauernde Erkrankung mit deutlich wellenförmiger Fieberkurve; trotz hohen, langen Fiebers vorzügliches subjektives Befinden, keine Anämie, sogar Gewichtszunahme. 3. Beginn der Erkrankung mit einer fieberhaften Orchitis, was als ganz typisches Symptom des Krankheitsbeginnes gilt. 4. Leukopenie mit starker Linksverschiebung der Neutrophilen, deutlicher Lymphozytose und erheblicher Monozytose. 5. Ein allgemeiner Bläschenausschlag von der Art der Varizellen in der ersten Hälfte der Krankheit. 6. Die Möglichkeit, die bekannten Konkurrenzkrankheiten, wie Tuberkulose, Typhus, Paratyphus, Sepsis lenta, Kolipylitis usw. mit Sicherheit auszuschließen.

L. Gordon, Berlin.

1585.

Carusi, R., **Beitrag zum Kreatinstoffwechsel bei Malaria**. (Policlinico, 36., 12.) Bei Malaria ist die Kreatininausscheidung im Harn vermehrt, wobei jedoch der Zyklus nicht gleichmäßig ist und auch nicht immer mit dem Fieberabfall übereinstimmt. Der

Ashkenasy, Wien.

Salles, Murillo, Heilung des Tetanus durch hohe Serumdosen. (Brasil med., 43., 8.) Bei einem 11jährigen Kinde, das seit zwei Tagen das vollentwickelte Symptomenbild eines Tetanus zeigte, wurden zuerst 17 000 E. E. injiziert, außerdem Coramin, Natr. bicarbon. und Chloralhydrat peroral verabreicht. Unter dieser Medikation, wobei das Serum wiederholt bis zur Erreichung der Gesamtdosis von 120 000 A. E. gegeben wurde, trat nach acht Tagen vollkommene Heilung ein. Ashkenasy, Wien.

Ashkenasy, Wien.

Roos, Helge, Die Bedeutung der Bluttransfusion bei der perniziösen Anämie. (Finsk Läk. sällsk. Hdl., Nr. 71, Heft 2.) Verfeht insbesondere den Wert der Bluttransfusion in weit vorgeschrittenen Fällen hervor, wo sie das Leben des Pat. erhalten und den Eintritt einer Remission ermöglichen könne. Auch nach dem Aufkommen der Lebertherapie komme der Bluttransfusion in versauerten Fällen diese Bedeutung zu. — Da die Prognose der perniziösen Anämie nicht mehr als hoffnungslos zu betrachten sei, dürfe man nicht unterlassen, im letzten Stadium der Krankheit zur Bluttransfusion zu greifen. E. Kellér.

E. Kellér.

Dalla Volta, Alessandro, Die Wirkung der Lebertherapie bei schweren Anämien. (Arch. Pat. e Clin. Med., Vol. VIII, Heft 2, 1929.) (Mediz. Klinik der Universität Bologna.) Verf. untersucht die unmittelbaren und entfernten klinischen und hämatologischen Wirkungen, die die Lebertherapie bei primären und sekundären Anämien verschiedener Herkunft hervorbringt. An dem Studium des Pigmentstoffwechsels vor und während der Behandlung hat man bewiesen, daß die Hauptwirkung der Lebertherapie bei A. perniciosa in der raschen Verminderung der gesteigerten Hämolyse liegt. Die Persistenz dieser Hypererythrolyse bringt bei lange behandelten Fällen einen Zustand von Hyperglobulie hervor, den man ganz exakt feststellen kann, wenn man zu der hämolytometrischen Bestimmung noch die Volumenbestimmung des Blutes hinzufügt.

Die Lebertherapie wirkt auf symptomatischem Wege, nicht kausal; ihre antihämolytische Wirkung, charakterisiert durch einen verhindernden Einfluß auf die Funktion des Retikulo-Endothelialsystems, kann der Splenektomie angenähert sein. Und nicht allein bei Anaemia perniciosa, sondern auch bei allen anderen Anämien auf hämolytischer Basis gilt die Leberdiät als Therapie der Wahl, deren Ziel die Verbesserung des krankhaft gesteigerten Pigmentstoffwechsels ist.

Verf. bringt ferner ausreichende Begründungen für die These, daß bei der Entstehung der für diese Krankheit spezifischen Knochenmarksschädigungen die Hyperhämolyse verantwortlich zu machen ist, während die Megalozytose nur ein sekundärer Ausdruck für den Erschöpfungszustand des Knochenmarks ist und eine übermäßige Anstrengung darstellt, die durch die gesteigerte Hämolyse entstandenen Lücken auszufüllen. Held.

Held.

Reye, Edgar, Zur Frage der Agranulozytose. (Med. Klin., 7, 1929.) (IV. Med. Klinik des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.) Die primäre Störung der Leukopoese bei der Agranulozytose wird hervorgerufen durch eine infektiöse Erkrankung. Das Fehlen bzw. die hochgradige Verminderung der Granulozyten im Blut braucht an sich keinerlei ernstere Erscheinungen nach sich zu ziehen. Ein Individuum mit extremer Leukopenie kann ohne Beschwerden monatelang leben, es ist nur etwas matt und ermüdet vielleicht etwas schneller. Ein solches Individuum befindet sich aber in großer Gefahr gegenüber mechanischen Schädigungen und bakteriellen Invasionen. Zu dem schweren Zustandsbild der klassischen Agranulozytose braucht eine nekrotisierende Angina durchaus nicht zu gehören. Die Nekrosen treten erst sekundär im Verlaufe der Erkrankung auf, und zwar dann, wenn die Gewebe infolge des Leukozytenmangels die Widerstandsfähigkeit gegen Verletzungen und Infektionen verlieren. Es kommt dabei zu Nekrosen mit besonderer Vorliebe an denjenigen Stellen des Körpers, die am meisten Quetschungen, kleinen Verletzungen und Infektionen ausgesetzt sind. Das sind in erster Linie die

natürlichen Körperöffnungen, die Mund- und Rachenhöhle, After und Vulva, ferner die äußere Haut, besonders Gesicht und Hände, dann die Magen- und Darm Schleimhaut. Es handelt sich bei der Agranulozytose bestimmt nicht um eine septische Erkrankung. Werden dabei Keime im Blut gefunden, so handelt es sich dabei um solche, die erst sekundär von den nekrotisch zerfallenen Gewebspartien in die Blutbahn eingedrungen sind. Es ist dem Verfasser in keinem Falle gelungen, durch Reiztherapie, Bluttransfusion oder Röntgenbestrahlung die Agranulozytose irgendwie zu beeinflussen.

L. Gordon, Berlin.

Lasch, Fritz, Ein Beitrag zur Klinik und Pathogenese der Agranulozytose. (Med. Klin., 11, 1929.) (II. Med. Abteilung des Versorgungsspitales der Stadt Wien in Lainz.) Es wird ein klinisch und histologisch typischer Fall von Agranulozytose beschrieben, bei dem im Blute und Milz *Diplococcus lanceolatus* gefunden wurde. Der Fall ist als rasch verlaufende Sepsis von den Tonsillen ausgehend aufzufassen.

L. Gordon, Berlin.

Friedemann, U., und H. Deicher, **Orale Milztherapie bei Polyzythämie.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 9, S. 404.) Es wird über einen Fall berichtet, in welchem eine deutliche Beeinflussung der Erythrozytenzahlen und des Hämoglobingehaltes bei einem Polyzythämiker durch orale Milztherapie vorzuliegen scheint.

Arnold Hirsch, Berlin.

Boller, Reinhold, Hämolyse nach einer Transfusion von Universalspenderblut auf einen Empfänger der Blutgruppe II. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 9, S. 404.) Auf eine Transfusion von Universalspenderblut reagiert ein Fall von schwerer Anämie (aplastischer Anämie) mit Schüttelfrost, Fieber und Hämoglobinurie. Das Empfängerblut gehörte der Blutgruppe II an. In vitro konnte nachgewiesen werden, daß jedes Serum der Blutgruppe IV diese Empfängererythrozyten aufzulösen imstande ist. Zur Erklärung dieses Umstandes wird unter allem Vorbehalt die Möglichkeit als wahrscheinlich angeführt, daß es sich um ein Symptom dieser diagnostisch nicht klar präzisierbaren Blutkrankheit handeln dürfte.

Arnold Hirsch, Berlin.

Kisch, Franz, Studien über den arteriellen Tiefdruck (Hypertonie.) (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 9, S. 400.) Laut statistischer Erhebungen besteht in 9,5% der Fälle bei nichtdiabetischen Hypertonikern (Nephrosklerosen, chronischen Nephritiden, essenzielle Hypertonien, Arteriosklerose) eine Hyperglykämie, doch findet sich in 12,5% der Fälle bei nichtdiabetischen Kranken, deren Blutdruck normale Werte aufweist, gleichfalls eine Hyperglykämie. Der Hypertoniekranke zeichnet sich also nicht durch eine besondere Tendenz zu gleichzeitiger Hyperglykämie aus.

Unter den Diabetikern im Alter von 20 bis 40 Jahren weisen 28,7%, unter den Nichtstoffwechselkranken im Alter von 20 bis 40 Jahren 21,6% einen arteriell niedrigen Blutdruck (Hypotonie, Hypotension) auf. Um 7,1% übersteigt die Zahl der Hypotoniker unter den Diabetikern jene unter den Nichtdiabetikern im Alter von 20 bis 40 Jahren.

Unter den Diabetikern im Alter von 41 bis 80 Jahren weisen 36,8%, unter den Nichtstoffwechselkranken gleichen Alters 54,7% eine Hypertonie auf. Um 17,9% übersteigt die Zahl der Hypertoniker unter den Nichtdiabetikern jene unter den Diabetikern im Alter von 41 bis 80 Jahren.

Insgesamt befinden sich unter den Diabetikern im Alter von 20 bis 80 Jahren 12,5% Hypotoniker, 58,1% mit normalem Blutdruck und 29,4% Hypertoniker. Unter den Nichtstoffwechselkranken befinden sich insgesamt vom 20. bis 80. Lebensjahre 14,7% Hypotoniker, 51% mit normalem Blutdruck und 34,13% Hypertoniker.

Bei 58 Diabetikern mit arteriellem Tiefdruck fanden sich in 37,9% gleichzeitig solche Krankheitsprozesse, die an und für sich ein großes Kontingent der Hypotoniker stellen.

Bei 40,4% der Hypertoniediabetiker bestanden Komplikationen, die an sich, auch ohne das Bestehen einer Hyperglykämie, mit arteriellem Hochdruck einherzugehen pflegen.

Die Hyperglykämie als solche ist ohne Einfluß auf das Verhalten des Blutdruckes; sowohl bei höchsten wie bei mittleren als auch bei mäßigen Graden von Hyperglykämie sind die Diabetiker mit normalem Blutdruck in annähernd gleichem Prozentverhältnis vertreten, während die Prozentzahl der Hochdruckdiabetiker mit steigender Höhe der Hyperglykämie eher ab- als zunimmt.

Durch gleichzeitige Registrierung des Blutdruckes (Blutdruckkurve) und des Blutzuckerspiegels (Blutzuckerkurve) nach Dextrosebelastung wird festgestellt, daß weder beim Diabetiker noch auch beim Nichtdiabetiker mit dem Anstieg und Wiederabfall des Blutzuckerspiegels konforme Änderungen des arteriellen Blutdruckes vor sich gehen.

Jene Diabetiker, bei welchen eine vollkommene Entzuckerung erzielt werden konnte, weisen in etwa 16—19% der Fälle zur Zeit der erreichten Entzuckerung einen niedrigeren Blutdruck auf als vordem; diese Blutdruckherabsetzung wird hauptsächlich als Wirkung der dauernd beschränkten Kostform angesehen; da eine solche Herabsetzung des Blutdruckes bei einer sowohl mit als auch ohne Insulin erreichten Entzuckerung auftritt, dürfte dem Insulin hierbei keine ausschlaggebende Bedeutung zugesprochen werden.

Das Bestehen einer Ketomurie macht sich im Verhalten des Blutdruckes bei Diabetikern (ausgenommen im Koma) nicht irgend sinnfällig geltend; bei 47,7% der Diabetiker mit arteriellem Hochdruck und bei 51,7% der Diabetiker mit arteriellem Tiefdruck war eine Ketomurie zu verzeichnen. Arnold Hirsch, Berlin.

1594.

Bansi, H. W., und H. Kretzschmar. Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Neodorm. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 9, S. 395.) Durch die Kombination des Neodorms mit Jod lassen sich zahlreiche objektiv meßbare Besserungen erzielen, wobei die im allgemeinen in kurzer Zeit eintretenden erheblichen Gewichtszunahmen die mit anderen Behandlungsverfahren erreichten wesentlich übertreffen. Es wird aber betont, daß darin nicht das eigentlich Neue und Wesentliche zu erblicken ist, sondern in der dem klinischen Beobachter in die Augen fallenden Besserung des Allgemeinzustandes der Basedowkranken. Die Patienten wurden stets in ihrem Verhalten ruhiger und fühlten sich subjektiv auch wesentlich besser. Der Basedowiker reagiert auf das Neodorm völlig anders als der Gesunde oder andere Kranke. Während bei letzteren das Präparat einschläfernd wirkt, stellt sich, selbst nach viel höheren Dosen, beim Basedow nur das Gefühl der Beruhigung ein. Es wurden auch niemals Kumulations- oder Katererscheinungen beobachtet, ebenso trat keinerlei Gewöhnung ein. Die Kranken geben stets an, daß sie nicht müde werden, sondern nur das Gefühl der inneren Spannung und des Bewegungsdranges verloren haben.

Die das Neodorm so nachdrücklich ergänzende Wirkung des Jods verstehen die Autoren so, daß durch das Jod die Schilddrüse wieder in die Lage versetzt wird, das Thyroxin zu speichern, und somit der übermäßigen Hormonausschüttung gesteuert wird. Die Kombination des Neodorms mit dem Jod greift also einmal an der Peripherie bzw. dem Zentralnervensystem, andererseits an der Thyroidea selbst an, und scheint daher besonders geeignet, den Zustand des Basedowkranken zu heben.

Arnold Hirsch, Berlin.

1595.

Gardiner Hill, H. Aetiologische Studie des primären Basedow unter Bezugnahme auf die Bedeutung der weiblichen Sexualepochen. (The Quarterly Journ. of Med., Nr. 86; 1929.) (St. Thomas-Hospital.) 206 Fälle von primärem Basedow wurden daraufhin untersucht, welche Rolle die Sexualepochen ätiologisch bei ihnen spielen. Unter diesen 206 Patienten befanden sich 183 weibliche, 23 männliche. Unter den ersten standen 32 noch in den Entwicklungsjahren, 63 waren ledig, 88 verheiratet.

Das Auftreten der Krankheit beschränkt sich so gut wie ausschließlich auf die Epoche aktiven Sexuallebens, nur ein Fall gehört der Vorpubertätszeit an, ein anderer dem Klimakterium. In 80% dieser Fälle wurde die Krankheit durch äußere Faktoren ausgelöst, Schock, geistige Ueberanstrengung, Sepsis.

Pubertät, Schwangerschaft, Puerperium und Klimakterium sind anscheinend begünstigende Faktoren. Bei einem Drittel der hier in Frage stehenden Patientinnen trat die Krankheit in einem dieser Stadien auf. Im Puerperium fanden doppelt soviel Erkrankungen statt wie in der Schwangerschaft. Held.

1596.

Campbell, John S. Stereoskopische Radiographie des Koronarsystems. (The Quarterly Journ. of Med., Nr. 86, Jan. 1929.) (Path. Labor. des Kgl. Viktoriahosp. Belfast.) Die stereoskopische Radiographie ist äußerst wertvoll zum Nachweis jener Herzläsionen, die zur Autopsie kommen. Sie haben eine viel klarere Auffassung des Verlaufs jener zum Tode führenden Veränderungen.

Abweichungen in der anatomischen Verteilung der Kranzgefäße sind durchaus nicht selten und haben einen unverkennbaren Einfluß auf das klinische Bild einer Koronarerkrankung. Anastomose erfüllen die Funktion, den Herzmuskel zu erhalten, was in Fällen von Koronarerkrankung besonders wichtig ist.

Das neuromuskuläre Gewebe ist besonders gesichert durch viele alternative Versorgungskanäle. Koronarerkrankungen sind häufiger, als man sie vermutet, doch ist das Herz innerhalb weiter Grenzen imstande, sich selbst vorgeschrittenen Veränderungen des Gefäßlumens anzupassen, wenn nur diese Veränderung nicht allzu plötzlich auftritt oder ungewöhnliche Ausmaße annimmt. Held.

1597.

v. Bernuth. Gastrokardialer Symptomenkomplex nach Phreniksexairese bei einem zwölfjährigen Kinde. (Beitr. Klin.

Tbk., 71., 2.) Verf. beschreibt einen Fall von typischem gastrokardialen Symptomenkomplex mit paroxysmaler Tachykardie und Herzangst nach linksseitiger Exairese. Das Herz war in diesem Falle nicht nach links verlagert. Kreislaufstörungen nach Phreniksexairese sind außerordentlich selten. Keinesfalls dürfen Beobachtungen, wie die mitgeteilte, Veranlassung werden, eine Exairese in einem sonst geeignet erscheinenden Falle zu unterlassen, zumal sich die Beschwerden durch sehr einfache Maßnahmen lindern oder gar, wie in dem beschriebenen Falle, beheben lassen. Zwerg.

1598.

Schwarz, H. Ueber die Pathogenese der Herzinsuffizienz. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 9, S. 385.) Ueberblickt man die Darlegungen des Verfassers, so erhebt sich aus ihnen immer deutlicher der Befund der Oekonomie Störung herzkranker Menschen. In erster Linie wird man, nach Ansicht von Schwarz, Sauerstoffmangel als Ursache der schweren Stoffwechselstörungen auffassen müssen, die beinahe dazu berechtigen, den Herzkranken als Stoffwechselkranken zu betrachten. Der Sauerstoffmangel bedingt als wichtigste Folge eine Säuerung, die an und für sich eine Schädigung des Kreislaufes verursacht, auch sekundär eine Steigerung der Stoffwechselbefunde herbeiführt. Scheinen diese Darlegungen fast jeden Zweifel auszuschließen, so sind die dynamischen Ursachen des etwa bestehenden Sauerstoffmangels der Gewebe noch nicht restlos geklärt. Bei einer Reihe von Fällen mit kollapsartigem Krankheitsbild — sowie den Fällen mit guter Ausnutzung muß wohl der Sauerstoffmangel mit einer geringeren Inanspruchnahme des Herzens einhergehen — Verminderung des Herzminutenvolumens.

Bei den meisten Herzfehlern, die Verfasser untersuchen konnte, lag jedoch eine hohe Gesamtkreislaufleistung vor.

Die Tatsache, daß die so souverän die Herztherapie beherrschende Digitalis schon am normalen Herzen eine Herabsetzung der Zirkulation zur Folge hat, spricht für die allgemeinste Gültigkeit unserer Auffassungen. Versuche, an großem Material vorgenommen, werden hier den letzten Beweis erbringen können. Die Ursache des Sauerstoffmangels ist nur durch eine Störung im Kapillargebiet zu suchen, sei es durch eine etwa sich auswirkende Diffusionsbehinderung — Bestehen von Oedemen — oder durch eine Beeinträchtigung der den Geweben verfügbaren Kapillaren.

Arnold Hirsch, Berlin.

1599.

Grothusen. Ueber Verkleinerung des Herzens nach Aderlaß. (Med. Klin., 7, 1929.) 63,6% der Herzvergrößerungen werden durch Aderlaß verkleinert. Ein vergrößertes Herz kann durch Aderlaß nur verkleinert werden, wenn es noch einigermaßen kompensiert ist und Reservekräfte hat. Wenn das Herz zu sehr dekompenziert ist, hat der Aderlaß wohl noch oft die günstige subjektive Wirkung, objektiv kommt aber keine Verkleinerung des Herzens mehr zustande. In manchen Fällen sieht man sogar eine Vergrößerung des dekompenzierten Herzens nach dem Aderlaß.

L. Gordon, Berlin.

1600.

Bien, Z. Neuere Untersuchungen über Asthma bronchiale und verwandte Erkrankungen. (Gyógyászat, Nr. 1, 1929.) Die regelmäßig wiederkehrenden Angaben in der Anamnese von an Asthma bronchiale leidenden Frauen, wonach die asthmatischen Beschwerden nach einer Entbindung zum ersten Male aufgetreten sind, oder daß solche Anfälle sich während der Menstruation häuften, legten es nahe, auf diesen Zusammenhang zu achten. Die eingeholten gynäkologischen Befunde ergaben sehr oft Minderwertigkeiten des anatomischen Baues (Uterus bicornis, infantiler Uterus) oder Anomalien der Lage (Retroflexio, Prolapsus uteri et vaginae), jedoch konnten diese Befunde nicht einheitlich gedeutet werden, zumal bei Fällen mit schweren Anfällen oft kein gynäkologisch nachweisbarer Befund erhoben werden konnte. Diese Beobachtungen ausgedehnt auf das Analogon der gynäkologischen Befunde, auf die Prostata bei Männern ergaben die überraschende Tatsache, daß bei älteren, verhältnismäßig schweren Fällen die Prostata in toto, oft nur auf einen Lappen beschränkt, wesentlich vergrößert war; eine Parallele zeigte sich nicht nur mit dem Asthma bronchiale, sondern auch mit dem Bestehen einer chronischen Bronchitis; bei dieser ist die Prostata verkleinert (sehr wahrscheinlich ist es, daß die genitalen Veränderungen auch bei den Frauen in gleicher Gesetzmäßigkeit vorhanden sind, nur ist der Nachweis schwieriger zu erbringen, da die Palpation der weiblichen Genitalien nicht ohne weiteres Rückschlüsse auf die Funktion zuläßt); bei Asthmafällen geringen Grades, mit leichten Anfällen, ist die Vergrößerung der Prostata nur auf einen Lappen beschränkt. Nach Ansicht des Verf. (früherer Assistent von Storm van Leeuwen) ist die anatomische bzw. funktionelle Veränderung der Prostata nur eine nachweisbare Teilerscheinung mehrerer solcher konstitutioneller Veränderungen, deren Wesen im Bedingen jener Substanzen besteht, welche die Dilatation der sympathisch innervierten glatten Muskelemente be-

wirken. Eine solche Substanz ist auch das Sekret der Prostata, wofür die mit Prostatasekret vorgenommenen Versuche auch zu sprechen scheinen. Das Wesentliche in der Asthmafrage liegt danach nicht in dem Umstand, wodurch der Anfall ausgelöst wird, nicht in einem Plus, sondern in einem konstitutionell bedingtem Minus an jenen Substanzen, die in einem normalen Organismus in solcher Menge vorhanden sind, daß sie die durch physiologische Faktoren kontrahierten glatten Muskelemente zu Dilatation zu bringen stets ausreichen.

Rob. Klopstock, Sommerfeld, Osth.

1601.

Schilcher, E., Gedanken über die Entstehung des Bronchialasthmas und Erfahrungen in der prophylaktischen Bekämpfung dieses Leidens. (Med. Klin., 11, 1929.) Die Ernährung bildet einen grundlegenden Faktor hinsichtlich der Disposition für das Asthma. Purinreiche und fette Speisen, sowie sehr zuckerhaltige Speisen, Essig und reichliche Kochsalzmengen können das Asthma auslösen. Kalte Getränke können die meisten Asthmatiker nicht vertragen; warme und auch alkoholische Getränke in geringen Mengen bekommen ihnen gut. Reine Pflanzenkost ist diejenige Nahrung, welche den Anfall am sichersten mit vermeiden hilft. Eine zweite und viel wichtigere prophylaktische Maßnahme, durch welche das Erscheinen des Asthmas mit fast absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, ist eine mehrmals in der Woche durch starke körperliche Bewegung in warmer Luft hervorgerufene sehr reichliche Schweißabsonderung. Sie wird am besten durch Leichtgymnastik, Turnen oder Tanzen in sehr heißen Räumen mit Dampfheizung erzielt. Die Schweißsekretion muß dabei so stark sein, daß die Wäsche vollständig von Schweiß mehrere Male durchnäßt wird. Die Wirkung solcher Schwitzkuren pflegt durchschlagend zu sein; sie eignen sich aber natürlich nur für Asthmatiker, deren Herz-zustand noch ein ziemlich guter ist. Heißluftbäder wirken im allgemeinen nicht so gut. Wo aus äußeren Gründen die Transpirationsprozedur in erwärmten Räumen nicht möglich ist, erweisen sich als sehr vorteilhaft große drei- bis fünfstündige Wanderungen (Terrainkuren) in ebenem Gelände bei nicht zu langsamer Gangart (4 bis 5 km in der Stunde). Manche Asthmatiker bekommen nie Asthma, solange eine mehr oder minder reichliche Schweißsekretion an den Füßen besteht. Daher ist ein warmer Fußboden eine wichtige Forderung hinsichtlich der Vermeidung der Anfälle. Die warme Jahreszeit muß immer zu einem gründlichen Training der Atemmuskulatur durch Wandern, Dauerlauf und Reiten verwendet werden. Dabei wird „passive“ Atemgymnastik getrieben, die viel wertvoller ist als die viel geübte „aktive“. Nur muß dabei die Gehbewegung nicht zu langsam sein; ein Tempo von etwa 5 km pro Stunde muß eingehalten werden.

L. Gordon, Berlin.

1602.

Hill, L. C., Febrile Albuminurie mit besonderer Berücksichtigung der Pneumonie. (The Quarterly Journ. of Med., Nr. 86, Jan. 1929.) Bei jeder Pneumonie findet man in irgendeinem Zeitpunkt der Erkrankung Eiweiß im Urin, wobei die Eiweißmenge der Höhe der Temperatursteigerung entspricht. Indessen besteht die Neigung zur Persistenz in kleinen Mengen auch nach Abklingen des Fiebers. Temperatursteigerungen, die durch Empyem oder Mastoideriterung zustande kommen, beeinflussen die A. nicht. Zwischen der Urinmenge und der Höhe des ausgeschiedenen Eiweißes besteht kein gesetzmäßiger Zusammenhang. Im großen und ganzen entspricht die Intensität der A. der Schwere des Falles, ist also prognostisch wertvoll. In Fällen von Pneumonie mit tödlichem Ausgang findet noch kurz vor dem Tode eine Zunahme der A. statt.

Die Temperatursteigerung an sich ist nicht der Grund für die Eiweißausscheidung; sie ist immer ein Anzeichen für eine organische Schädigung der Niere. Man findet infolgedessen neben dem Eiweiß auch noch Formelemente. Das Wort „febrile Albuminurie“ sollte fallen gelassen werden, weil es Fieberzustände gibt (z. B. Malaria, chronische Tuberkulose, Hitzschlag und Influenza), wo jede Eiweißausscheidung fehlt.

Held.

1603.

Brain, R. T., und H. D. Kay, Ein neuer Test zur Nierenfunktionsprüfung. (The Quarterly Journ. of Med., Nr. 86, Jan. 1929.) (London-Hospital.) Beschreibung eines neuen Tests zur Nierenfunktionsprüfung, des „Glyzerophosphattests“. Er beruht auf der Ausscheidung einer Sondernmenge von Phosphor im Urin, eine Stunde nach intravenöser Injektion einer Standardmenge organischen Phosphors (550 mg) in Form von Natriumglyzerophosphat. Bei normalen Individuen, zum mindesten bei Nichtnienerkrankten, wird in dieser Zeit eine Sondernmenge von wenigstens 150 mg Phosphor ausgeschieden. Je nach dem Grade der Erkrankung erniedrigt sich bei Nierenläsionen dieser Betrag bis auf Null.

Dieser Test ist einfach in der Durchführung und ist Irrtümern weniger unterworfen als die Harnstoffkonzentration und die Phenolsulphthaleinprobe. Beiden Proben hat man den Glyzerophosphot-

test gegenübergestellt, wobei er sich ebenso brauchbar erwies wie jene beiden anderen. Stimmten aber in vereinzelten Fällen die Ergebnisse nicht überein, so entsprach der Glyzerophosphattest mehr dem klinischen Befunde als die beiden anderen Proben.

Held.

1604.

Jaksch-Wartenhorst, Der klinische Verlauf des Bronchialkrebses. (Zentralbl. innere Med., Jahrg. 50, Nr. 9.) Bei dem verschiedenartigen Verlauf des Bronchialkrebses, dessen allgemein beobachtete Zunahme Verf. aus eigener Erfahrung bestätigt, verdienen in den letzten Jahren wiederholt beobachtete Fälle Beachtung, die im Beginn leicht mit Lungentuberkulose verwechselt werden konnten: Im ersten Erkrankungsjahr mehrfache, jeweils nur mehrtägige fieberhafte scheinbare Grippeanfälle, gelegentlich mit leichtem physikalischem Spitzenbefund, der zur Annahme einer tuberkulösen Affektion verleitet. Erst im zweiten Erkrankungsjahr Zunahme des Hustenreizes und bisweilen blutig gefärbter Auswurf; katarrhalische Erscheinungen werden auch dann häufig auf ein bestehendes leichtes Emphysem zurückgeführt, zumal es sich meist um Patienten in vorgerücktem Alter handelt. Im zweiten Jahr meist noch eine stärkere Lungenblutung, die verhältnismäßig rasch abklingt, zu scheinbar völlig wiederhergestellter Leistungsfähigkeit führt und bei negativem Tuberkelbazillenbefund häufig auch den Arzt beruhigt. Erst bei wiederholten Lungenblutungen und dem sich allmählich einstellenden Symptom des Kompressionsatmens wird die Schwere der Erkrankung klar. Die Röntgenuntersuchung zeigt in diesem Stadium meist schon das Bild des fächerförmigen Hiluskarzinoms. Es folgen dann subjektiv beschwerdefreie Wochen, ja Monate mit voller Berufsausübung. Dann erst schwächen gehäufte Anfälle von Kurzatmigkeit den Kranken, die Kachexie nimmt zu, der Tumor wird physikalisch nachweisbar, und im dritten Jahr erfolgt der Exitus. Die Therapie der meist im Spätstadium diagnostizierten Bronchialkarzinome ist erfolglos, da Operation der vom Hilus ausgehenden Prozesse kaum möglich erscheint und Röntgentiefenbestrahlung gefährliche Symptome hervorrufen kann. Es muß daher auf rechtzeitige Röntgenuntersuchung als die allein sichere Methode der Frühdiagnose gedrungen werden, da nur langsam wachsende Tumoren im Frühstadium therapeutische Erfolge durch Tiefenbestrahlung versprechen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

1605.

Pal, Ueber die Krebskachexie und ihre Bekämpfung. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 11.) Die Verhinderung der Ausbildung einer stärkeren Kachexie ist deshalb wichtig, weil selbst operable Fälle bei Bestehen einer stärkeren Kachexie (K.) durch den Eingriff nicht gerettet werden können. Die K. wird als eine endokrine Insuffizienz aufgefaßt, bei der namentlich die Nebennierenrinde, Milz, Keimdrüsen eine wesentliche Rolle spielen. Ausgehend von Untersuchungen über Lebernahrung bei perniziöser Anämie kam Pal zur Anschauung, daß es hier ebenso wie bei anderen Anämien und bei der anämischen Krebskachexie auf Reizstoffe ankommt, die auch in anderen Organen (Niere, Muskel, Milz, Lunge, Nebennierenrinde) enthalten sind. Diese Reizstoffe wirken auf das Knochenmark ein, dessen Ansprechbarkeit eine verschiedene ist. Als Reizstoffe wurden therapeutisch das Histamin und das Cholin verwendet, zwei Substanzen, die in allen genannten Organen vorkommen. Der positive Erfolg äußert sich auch bei Krebskranken in einer Vermehrung der Erythrozyten und dem Wiederauftreten der Appetenz trotz bleibender Achylie, ferner in einer Besserung des Aussehens auch bei sehr fortgeschrittenen Fällen. Bei ansprechbarem Knochenmark läßt sich also ebenso wie bei anderen Anämien auch bei der anämischen Krebskachexie durch orale Zufuhr von Aminen eine Besserung des subjektiven und objektiven Zustandes herbeiführen. Das Wesen dieser Therapie liegt in einer konstanten Zuführung von Knochenmarksreizstoffen, die beim anämischen Krebskranken nicht in genügender Menge vorhanden sind.

Ernst Pick, Wien.

1606.

Abramowitsch, K. G., Zur Frage der Behandlung des Magengeschwürs nach Jarotzki. (Wratsch. Djelo., 11. Jahrg., Nr. 12, S. 933/938.) Die Hauptingredienzien der von Jarotzki auf Grundlage der Pawlowischen Versuche 1910 angegebenen Unkudität bestehen aus dem Eiweiß des rohen Eies und frischer ungesalzener Butter und hiernach dicken Suppen und Pürees ohne Kochsalz bei gänzlicher Vermeidung von Milch. Große Bedeutung mißt Jarotzki bei seiner Diät der aufeinanderfolgenden Darreichung dieser Nahrungsmittel bei (Eiweiß am Morgen, Butter bzw. Suppen am Tage), und sucht dadurch eine Kombination von minimaler Magen-funktion mit möglichst großer Kalorienzufuhr zu erreichen, sowie durch Herabsetzung der Magensekretion und der Azidität, geringe Reizung des Magens, kleinen Umfang der eingenommenen Nahrungsmenge und ihren raschen Uebertritt in den Darm günstige Bedin-

gungen für die Geschwürsvernarbung zu schaffen. — Verf. behandelte mit dieser Diät 10 Ulkuskranke im Alter von 22 bis 48 Jahren (am ersten Tage am Morgen Eiweiß von 2 bis 3 rohen Eiern und am Tage 40 bzw. 60 g Butter, 2 Eßlöffel einer ½prozentigen Sodaauslösung auf nüchternen Magen, jeden folgenden Tag Vermehrung um 1 Ei und 10 g Butter bis zu 10 Eiern und 160 g Butter täglich). Die Resultate waren bei der Mehrzahl der Fälle sehr günstig. Es wird empfohlen, das Schema von Jarotzki dadurch abzuändern, daß man den Pat. gleichzeitig mit Eiweiß und Butter genügende Mengen von Kohlehydraten verabreicht. So beobachtete Verf. am dritten bis fünften Tage der Durchführung einer strengen Eiweiß-Fett-Diät nach vorübergehender Besserung der Symptome Verschlechterung im Allgemeinbefinden der Patienten, die, wie es scheint, mit der dann sich einstellenden Azetonurie in Zusammenhang steht. Nach Darreichung von Kohlehydraten (Zucker, gesüßten Tee u. ä.) trat jedoch sofort Besserung ein. E. Kontorowitsch.

1607.

Raschba, J. E., Zur Methodik der Leberuntersuchung. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 12, S. 938/940.) Die Bestimmung der Leber- bzw. Gallenblasendruckempfindlichkeit spielt für die Diagnose, vor allem aber für die Differentialdiagnose verschiedener Schmerzanfälle in der oberen Bauchhälfte eine große Rolle. Hier kommt häufig die „Perkussion des rechten Rippenbogens“ zur Hilfe — eine vom Verf. an einem großen Krankenmaterial erprobte, einfache Untersuchungsmethode, die in der Beklopfung der auf den rechten Rippenbogen aufgelegten linken Hand mittels der zur Faust geballten rechten Hand besteht; die Linke legt man mit der Fläche nach unten in der Weise in die Lebergegend, daß der Zeigefinger auf dem Rande des rechten Rippenbogens dem Bereiche der Gallenblase entsprechend, d. h. in der Mamillar- und Parasternallinie, zu liegen kommt. Die Beklopfung wird nicht allzu stark ausgeführt und ruft bei bestehenden Erkrankungen der Leber und der Gallenblase einen Schmerz in deren Bereich hervor. Dieses Phänomen ist hauptsächlich in denjenigen Fällen positiv, wo ein Entzündungsprozeß in der Gallenblase oder akute Lebervergrößerung mit Kapseldehnung vorliegt, wie z. B. bei Stauungsleber, bei infektiösem Ikterus usw. In vielen Fällen von Herzkompensationsstörung mit Leberschwellung stimmte das Phänomen mit Besserung bzw. Verschlimmerung der Herzaktivität vollständig überein, indem die Intensität des Schmerzgefühles beim Beklopfen des Rippenbogens mit der Zu- bzw. Abnahme der Stauungserscheinungen parallel ging. Da bei akuter Cholezystitis schon die leiseste Beklopfung des rechten Rippenbogens eine starke Reaktion seitens des Patienten auslöst, spricht das Auftreten des Schmerzgefühles erst bei stärkerer Beklopfung bzw. der negative Ausfall eher gegen Cholezystitis. — Das Phänomen wurde vom Verf. auch bei der im Bereich des rechten Rippenbogens lokalisierten Pleuritis sicca wie auch bei Neuralgien dieser Gegend beobachtet. Bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür ist es negativ, vorausgesetzt, daß keine sekundären Veränderungen seitens der Leber bzw. Gallenwege vorhanden sind. Wenn dieses Symptom für Erkrankungen der Leber auch nicht pathognostisch ist und nur in Verbindung mit dem ganzen klinischen Bilde herangezogen werden soll, leistet es doch insbesondere in den Fällen, wo Leber und Gallenblase nicht palpabel sind, gute Dienste. E. Kontorowitsch.

1608.

Wiechmann, Ernst, und Fritz Koch, Untersuchungen über den hypoglykämischen Zustand nach Insulininjektion. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 3/4, S. 176.) (Klinik Moritz, Köln.) Diese Untersuchungen kommen im wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen wie Lauter und Baumann. Auch sie fanden, daß der hypoglykämische Anfall Schädigungen sowohl des Herzens wie der Peripherie hervorruft. Natürlich erträgt ein schon vorher geschädigter Kreislaufapparat diese neue Schädigung weniger leicht als ein intakter, ja es kann zum Periculum vitae kommen. Von allgemein-biologischem Interesse ist bei allen diesen Studien, daß Herz- und periphere Kapillaren, welche sich lange Zeit getrennt gegenüberstanden, allmählich wieder zu einem einheitlichen Ganzen zusammengeschlossen werden. Buttersack, Göttingen.

1609.

Lauter, S., und H. Baumann, Kreislauf und Atmung im hypoglykämischen Zustand. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 3/4, S. 161.) (Klinik Thannhauser, Düsseldorf.) Die Wirkung des Insulins auf den Herzgefäßapparat geht nicht parallel mit der diabetischen Stoffwechsellaage und dem subjektiven Befinden. Die hypoglykämische Kreislaufreaktion, wie sie das Insulin hervorruft, gilt allgemein nicht als bedrohlich. Mit Unrecht! Insulin kann unter Umständen eine schwere Belastung des Kreislaufs sein, namentlich bei Hochdruck. Die minutiösen Untersuchungen von L. und H. ergaben im hypoglykämischen Zustand: Veränderungen der T-Zacke des Elektrokardiogramms, Erhöhung des Minutenvolumens, Steigerung des arteriellen und venösen Drucks, O-Verbrauch,

CO₂-Spannung, Alkalireserve und pH im Blut nicht wesentlich verändert. Praktisches Ergebnis: Man kombiniert bei Herzkranken, Hypertonikern, bei Blutungsgefahr und im Coma diabeticum mit Traubenzucker. Buttersack, Göttingen.

1610.

Kennedy, Alex. Mills, Viskosität des Blutes und Hypoglykämie beim Diabetes mellitus. (Lancet, 216., 5509.) (Welsh National School of Medicine, London.) Der Fall des Verfassers zeichnete sich durch einen außergewöhnlich hohen Zuckerspiegel (754 mg in 100 ccm) des Blutes, das durch seine sehr dunkle Färbung und dicke, sirupähnliche Beschaffenheit aufgefallen ist. Die Kranke war zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus ein wenig benommen, jedoch nicht im Zustande eines echten Komas und klagte auch nie über „Lufthunger“. Als Ursache dieses Zustandes muß angenommen werden, daß ein derart dickes Blut zur Stagnation des Blutstromes im Kapillarsystem führte und auf diese Weise eine sich langsam steigernde Benommenheit und Torpor verursacht hat. Mit Ausnahme einer leichten Zyanose der Lippen bot die Kranke keine äußeren Zeichen von Kapillarstauung. Sehr rasche Rückkehr der Blutverhältnisse zur Norm auf Zufuhr von größeren Flüssigkeitsmengen und Insulin. Ashkenasy, Wien.

1611.

Pettersson, Anna Stina, Ein Fall von spontanem hypoglykämischen Koma. (Act. med. scand., Jahrg. 1928, 69., Heft 3/4, S. 232.) Es wird ein Fall von hypoglykämischem Koma beschrieben, das von Stenström den Namen spontanes hypoglykämisches Koma erhalten hat, weil keine von den sonst vorkommenden äußeren Ursachen — die gewöhnlichste ist Überdosierung von Insulin — dafür vorgelegen hatte. Außer Hypoglykämie wies die Patientin mehrere andere Symptome auf, z. B. niedrigen Blutdruck, niedrigen Grundumsatz, Anomalien an Haut, Haaren und Nägeln, die alle, nebst der Hypoglykämie, ihre Erklärung in der ausgesprochenen pluriglandulären Atrophie fanden, die in diesem Falle vorlag. Arnold Hirsch, Berlin.

1612.

Lawrence, R. D., Besserung des Diabetes bei einer Schwangeren durch das fötale Insulin. (The Quart. J. of Med., Nr. 86, Januar 1929.) Beschreibung einer Zwillingschwangerschaft bei einer Zuckerkranken. Bis zur 27. Woche verschlechterte sich die Kohlehydrattoleranz der Mutter. Von da ab bis zum Schwangerschaftsende besserte sie sich bis zu 100 g Kohlehydrat pro Tag. Diese Toleranzsteigerung hielt indessen nach der Entbindung nicht an; folglich kann sie nur auf die fötale Insulinbildung zurückzuführen sein, die der Mutter zustatten kam.

Eine Verminderung der Nierenschwelle machte sich von der 16. Woche an bemerkbar; von der 34. Woche an war der Wert wieder normal.

Eine Zunahme der Ketose oder des Verhältnisses, Fettsäure : Glukose wurde nicht beobachtet. Die Schwangerschaft komplizierte sich in den letzten Monaten durch schwere Oedeme infolge Salzretention und durch parenchymatöse Nephritis. Infolgedessen kam es zum Kaiserschnitt, wobei aber gesunde Zwillinge zur Welt befördert wurden. Heid.

1613.

Odin, Martin, Die Ursache des raschen Eintretens von Koma auf plötzlichem Abbrechen der Insulinzufuhr bei insulinbehandelten Diabetesfällen. (Act. med. scand., Jahrg. 1928, 69., Heft 3/4, S. 254.) Es wird gezeigt, daß nach dem bei Insulinkarenz rasch eintretenden Koma eine starke Retention von Ketonensäuren erfolgt, während deren Ausscheidung im Harn relativ gering ist. Besonders gering ist der in Form von Ammoniumsalzen ausgeschiedene Anteil. Die Ammoniakausscheidung ist im Verhältnis zur normalen nur unbedeutend erhöht. Eine stärkere Zunahme tritt in den folgenden Tagen auf, trotzdem die Insulinbehandlung von neuem eingesetzt wird. Weitere Untersuchungen sprechen dafür, daß bei allmählicher Verminderung und schließlichem Aufhören der Insulinbehandlung ein Koma in einem insulinbehandelten schweren Diabetesfälle vermieden werden kann. Der Organismus erhöht allmählich seine Ammoniakproduktion und vermag dadurch die Säuren aus dem Körper in solcher Menge auszuschcheiden, daß keine Retention eintreten kann, die durch ihre Menge ein Koma zur Folge haben könnte. Das heißt mit anderen Worten, daß ein rascher Eintritt des Todes nach plötzlichem Abbrechen der Insulinzufuhr bei gewissen insulinbehandelten schweren Diabetesfällen seine Erklärung darin findet, daß die ammoniakproduzierende Fähigkeit des Organismus sich nicht in zureichender Menge auszubilden vermag. Dazu ist eine gewisse Zeit erforderlich. Eine allmählich vor sich gehende Reduktion der Insulinzufuhr gibt dem Organismus Zeit, die Ammoniakverteidigung zu mobilisieren, so daß dann in gewissen Fällen die entstandenen Säuren aus dem Körper entfernt werden können. In diesen Fällen zum mindesten kann deshalb

das Insulin bisweilen einige Zeit fortgelassen werden, ohne daß es zu einem Coma diabeticum kommt.

Arnold Hirsch, Berlin.

1614.

Fellegi, G., Ueber die Insulinmastkur. (Med. Klin., 7, 1929.) Die Insulindosen müssen in jedem Falle individualisiert werden. Ausgiebige Gewichtszunahme tritt manchmal nach kleinen, manchmal aber nur nach großen Dosen ein. Von kleinen Insulinmengen hat man nur dann einen Erfolg zu erwarten, wenn es sich um sonst gesunde Individuen handelt, die trotz ihres guten Appetits kein Fett ansetzen können. Insulin ist in steigenden Dosen zu geben, erstens, weil der Organismus sich daran gewöhnt, und zweitens, weil der Kranke nach dem starken Anstieg seines Körpergewichts in der ersten Woche leicht eine Enttäuschung erlebt. Die Zahl der notwendigen Einheiten muß durch stete Kontrolle bestimmt werden. Meist genügt es, die Tagesdosis jede Woche um zweimal 5 bzw. zweimal 10 Einheiten zu erhöhen. Der Erfolg der Behandlung hängt von dem Abwarten der hypoglykämischen Reaktion ab. Der Kranke darf bis zum Auftreten der Wirkung nicht essen, muß sich aber an einem Ort aufhalten, wo er nötigenfalls sofort zu der entsprechenden Menge und Art von Nahrungsmitteln gelangen kann. Die Anzeichen der sich einstellenden Wirkung sind allgemeines Unbehagen, Schweißausbruch, Hungergefühl, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Zittern usw. Sobald derlei Zustände sich einstellen, muß der Kranke sofort eine konzentrierte Zuckerspeise zu sich nehmen: Mus, Honig, Kompott, Schokolade oder dergl. Sobald aber die Erscheinungen nachlassen, hat der Kranke die eben genannten Speisen stehen zu lassen und nach kurzer Pause normale Nahrung zu sich zu nehmen. Die Mahlzeiten sollen nicht mit dem Essen von Kohlehydraten beginnen. Der Kranke hat die normale Reihenfolge einzuhalten: Suppe, Fleisch, Gemüse, evtl. Brot mit Butter und Käse und erst hierauf Mehlspeisen. Diese sollen nicht zu süß zubereitet sein. Unmittelbar vor der Injektion darf nicht gegessen werden. Nur wenn der Kranke sich in ambulanter Behandlung befindet, muß er eine Stunde vor der Injektion etwas Nahrung zu sich nehmen und etwas süßes Gebäck oder Schokolade mit sich tragen. Gleichzeitig mit dem Insulin darf Traubenzucker nicht injiziert werden. Insulin ist nur dann indiziert, wenn der Magendarm frei von organischen Veränderungen ist. Die während der Insulinkur erreichte Gewichtszunahme hält auch nach Beendigung der Kur weiter an; oft kommt es sogar noch zu einer weiteren Zunahme. Bei dyspeptischen Beschwerden bewährt sich gleichzeitige Verordung eines Pankreaspräparates. Bei der chronischen fibrösen und fibrokavernösen Form der Tuberkulose läßt sich das Insulin mit Erfolg verwenden. L. Gordon, Berlin.

1615.

Grafe, E., Theorie und Praxis der Entfettungskuren. (Med. Klin., 10, 1929.) (Medizinische und Nerven-Klinik der Universität Würzburg.) Die Schwere einer Fettsucht läßt sich leicht durch Vergleich des Normalgewichtes mit dem tatsächlich vorhandenen feststellen. Übergewichte von 10 bis 20% machen vielfach keine Störungen und bedürfen keiner Entfettung. Bei Übergewichten über 20% müßte man immer, abgesehen von Tuberkulösen, Basedowkranken, Nervösen und alten Leuten, therapeutisch eingreifen. Für die initiale Entfettungsdiät kann man die Forderung aufstellen, den Kaloriengehalt der Nahrung gegenüber dem Bedarf um so viel Prozent zu reduzieren, wie der Gewichtsüberschuß beträgt, d. h. bei 30% Überschuß um etwa $\frac{1}{3}$, bei größeren herab bis zu 20%. Diese Zahl soll auch bei höheren Werten des Übergewichts nicht überschritten werden. Für die Dauerdiät, die in 4 bis 10 Wochen angeordnet werden kann, sind die genannten Sätze zu haben. Was die Verteilung der Nahrung auf die einzelnen Nahrungsmittel anbelangt, so ist das Fett fortzulassen und der Hauptteil der Kohlehydrate in Form von Gemüse und Obst zu decken; Eiweiß ist in großer Menge zu gestatten. Unter allen Umständen muß auch die Flüssigkeitszufuhr, in schweren Fällen auf $\frac{1}{2}$ Liter, reduziert werden. Hand in Hand mit der Flüssigkeitsbeschränkung muß Salzarmut gehen. Das Tempo der Gewichtsabnahme soll nicht zu rasch sein, da es für das Nervensystem und für das Herz ungünstig sein kann. Nach den ersten Wochen soll die Gewichtsabnahme pro Woche den Betrag von 1 bis 2 Pfund nicht überschreiten. In den Fällen, in denen die diätetische Therapie nicht ausreicht, muß zu Schilddrüsenpräparaten gegriffen werden. Hier ist noch immer das Thyrocin Merck sehr empfehlenswert (dreimal täglich 0,1 bis 0,3 auf- und absteigend, mit 1 bis 2 Wochen Pause). Die Thyroxinpräparate scheinen nicht so gut zu wirken wie die Gesamtschilddrüsensubstanz. Empfehlenswert sind immer Entwässerungsmittel nicht-kardialer Art. An erster Stelle steht hier das Novasurol bzw. Salyrgan, das intravenös oder intramuskulär in Mengen von 1 bis 2 ccm gegeben wird. Streng kontraindiziert ist die Verwendung dieser aromatischen Harnstoffquecksilberverbindungen bei Nierenkranken. L. Gordon, Berlin.

1616.

Plate, Ferdinand, Erfahrungen mit der Polyarthrits acuta. (Med. Klin., 12, 1929.) (III. Med. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck.) Der Verlauf der Polyarthrits acuta in Schüben zwingt dazu, an eine von einem Krankheitsherde ausgehende zeitweilige Ueberschwemmung des ganzen Organismus mit den krankmachenden Agentien zu denken. Man muß aus diesem Grunde in jedem einzelnen Falle genauestens nach jedem möglichen Herde fahnden und ihn ausrotten, so radikal es sich machen läßt. Am Material des Verfassers ließ sich in einem auffallend hohen Prozentsatz der Fälle (107 unter 176) eine chronische Tonsillenerkrankung nachweisen. Die Tonsillektomie hat sich dem Verfasser nicht gewährt, da es nicht in allen Fällen gelingt, die chronisch entzündeten Tonsillen restlos zu entfernen. Vorteilhafter ist die genaue Inspektion der Tonsillen mit dem von Paeßler angegebenen Haken und das Ausquetschen der Pfropfe. Das Herz scheint bei der Polyarthrits acuta wesentlich häufiger befallen zu sein, als es gemeinhin angenommen wird. Man soll deshalb jeden einzelnen Polyarthritiskranken von vornherein als Herzkranken betrachten. Verfasser rechnet aus diesem Grunde in unkomplizierten Fällen als Regel 6 Wochen absoluter Bettruhe. Eine objektive Bestätigung dieser Anschauung findet sich in der Blutkörperchenreaktion: sie kehrt nämlich zur Norm erst einige Wochen nach dem Verschwinden des Fiebers und der Gelenkerscheinungen zurück. Die Salizylsäure scheint ein Spezifikum gegen die Polyarthrits acuta darzustellen. Als wirksamste Form der Medikation hat sich dem Verfasser die reine Salizylsäure bewährt, die eigentlich immer gut vertragen wird, wenn man nach je 1 g der Säure 2 g Natrium bicarbonicum verabreicht. Diese Kombination scheint besser zu wirken, als das sonst übliche Natriumsalz der Salizylsäure. Man gibt in den ersten 2 Wochen 4 g Salizylsäure pro die und verringert die Dosis etwa jede Woche um 1 g. Bei dieser Art der Behandlung konnte Verfasser unter 176 Fällen nur 23 Patienten mit Herzbefund entlassen, bei denen aber 11 schon früher einen Herzfehler von der Polyarthrits acuta davongetragen hatten.

L. Gordon, Berlin.

1617.

Selye, Hans, Zur Kenntnis der Kalkgicht (M. B. Schmidt.) (Med. Klin., 12, 1929.) (Pathologisches Institut der Deutschen Universität in Prag.) Es wird ein Fall von Kalkgicht (M. B. Schmidt) beschrieben, bei dem sich ein Epithelkörperchenadenom fand. Die Frage, ob hier das Epithelkörperchenadenom Ursache oder Folge der Kalkgicht war, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden; jedenfalls zeigten weiße Ratten, bei denen durch Vigantolzufuhr künstlich das Bild der Kalkgicht erzeugt wurde, keine Vergrößerung der Epithelkörperchen. Auf Grund der bisher bekannten Fälle von Kalkgicht muß die Tuberkulose als wahrscheinlich begünstigendes Moment beim Entstehen dieser Krankheit angenommen werden. Diese Annahme wird auch an Hand von Tierexperimenten des Verfassers erhärtet, bei denen es sich gezeigt hat, daß man beim tuberkulösen Meerschweinchen durch Vigantoldarreichung konstanterweise Kalkablagerungen erzeugen kann, was beim nichttuberkulösen nur äußerst selten gelingt.

L. Gordon, Berlin.

1618.

Kretz, Johannes, Zur Klinik der Milzvenenthrombose. (Med. Klin., 8, 1929.) (I. Med. Abteilung des Kaiser-Franz-Joseph-Spitals in Wien.) Die Milzvenenthrombose scheint keine so seltene Erkrankung zu sein, wie es gewöhnlich angenommen wird. Charakterisiert wird sie durch das Symptomenrias: Milztumor, Anämie, Magenblutung. Das wichtigste Symptom ist dabei der Milztumor: Druckgefühl nach dem Essen infolge der Beengung des Magens durch die Milz, Stechen in der Milzgegend, auffällender Befund bei der Untersuchung. Ein besonderes Charakteristikum des unkomplizierten thrombophlebischen Milztumors ist das negative Verhalten einer Reihe von Symptomen, die bei Milztumoren anderer Genese einen Hinweis auf die Diagnose geben. In den meisten Fällen wird die Thrombosierung der Milzvene durch eine Tuberkulose der abdominalen Lymphdrüsen hervorgerufen. Wichtig ist das Verhalten des Blutbildes: Anämie infolge der Magendarmblutungen vom Typ der chronischen Blutungsanämie mit ausgesprochen geringer regenerativer Tendenz; die aregeneratorische Anämie wird immer von einer Leukopenie und Thrombopenie begleitet. Die Ursache dieses eigentümlichen Verhaltens des Blutbildes liegt in dem von der Milz ausgehenden hemmenden Einfluß auf das Knochenmark. Als Ausdruck der gestörten Korrelation Milz-Knochenmark ist auch die Polyglobulie in den Fällen ohne Magenblutungen zu deuten. Die Magenbeschwerden treten manchmal sofort, manchmal erst $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Essen als Druck in der Magengegend oder als Völlegefühl auf. Sie sind einerseits auf die Raumbegrenzung des Magens durch den Milztumor, andererseits auf die perigastrischen Verwachsungen zurückzuführen. Die Blutungen sind meist gering, können aber auch profus auftreten. Die Diffe-

rentialdiagnose der Milzvenenthrombose gegen eine Reihe anderer chronischer Splenomegalien ist äußerst schwierig. Zur Sicherstellung der Diagnose wird meist eine Probeparotomie erforderlich sein. Die Therapie der Milzvenenthrombose muß möglichst konservativ sein. Die Splenektomie hat wegen der ausgedehnten Verwachsungen um die Milz und des starken Gefäßreichstums infolge der Kollateralenbildung eine hohe Mortalität. Vor der isolierten Milzbestrahlung muß nachdrücklich gewarnt werden, da sie gewöhnlich zu einem rapiden Absinken der Leukozyten unter 1000 führt. Gegen die Anämie wirkt manchmal gut die Bluttransfusion. Wegen der meist tuberkulösen Aetiologie der Erkrankung sind systematisch durchgeführte Einreibungen mit Schmierseife, Hörsenonenbehandlung und allgemein robrierende Maßnahmen zu empfehlen.

L. Gordon, Berlin.

1619.

Strasser, Ulrich. Die Kongorotprobe auf Amyloid bei nephrotischem Symptomenkomplex. (Med. Klin., 12, 1929.) (II. Med. Abteilung des Krankenhauses Wieden.) Da nach den neuen Forschungsergebnissen anzunehmen ist, daß Amyloid rückbildungsfähig ist, wächst das Interesse daran, die Diagnose auch intra vitam stellen zu können. Die Probe beruht auf der Eigenschaft des Kongorotes, sich im Amyloid zu speichern. Bringt man 0,25 ccm einer 1prozentigen Lösung des Farbstoffes pro Kilogramm Körpergewicht intravenös ein, bestimmt nach 4 Minuten im Zitratplasma die Farbenintensität (Ausgangswert) und neuerlich nach einer Stunde die prozentuale Abnahme der Rotfärbung kolorimetrisch, so gewinnt man, falls mehr als 30% Abnahme gefunden wird, einen Anhaltspunkt dafür, daß Amyloid vorhanden ist. Eine Fehlerquelle entsteht bei tubulären Nierenaffektionen, da in solchen Fällen beträchtliche Mengen des Kongorotes durch den Harn ausgeschieden werden. Es muß daher auch der Uebergang des Farbstoffes in den Harn mitverfolgt werden.

L. Gordon, Berlin.

1620.

Hamm, Bemerkungen zur Heufieberbehandlung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 9, S. 355.) Verfasser beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit der Diathermiebehandlung des Heufiebers. Er hat auch besondere Nasenelektroden anfertigen lassen und eine große Anzahl Heufieberkranker jeden Alters damit behandelt.

Zur Behandlung der Heufieberkonjunktivitis empfiehlt Verfasser Einträufelungen von Suprarenin hydrochloricum ins Auge, und zwar dreimal täglich einen Tropfen der unverdünnten Lösung 1:1000. Man erreicht damit ein völliges Verschwinden aller Augenbeschwerden, muß aber während der ganzen Dauer des Anfalles die Einträufelungen machen. Verfasser hat gute Erfolge mit dieser Methodik erzielt und keinen Mißerfolg oder Schaden beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

1621.

Winkler, U., Jodkaliprovokation der Bleitüpfel. (Med. Klin., 8, 1929.) (Heilstätte Gottleuba der Landesversicherungsanstalt Sachsen.) Das Jodkali, das ein bekanntes Therapeutikum bei der Bleivergiftung ist, mobilisiert die im Körper vorhandenen Bleidepots und ist deswegen ein vorzügliches Provokationsmittel zur Sicherung der Diagnose. Man gibt in verdächtigen Fällen etwa 3 Wochen lang dreimal täglich einen Eßlöffel 5% Sol. kal. jodat. Vorher, zwischendurch und nachher untersucht man wiederholt auf Bleitüpfel.

L. Gordon, Berlin.

1622.

Hanebuth, W., Zur Frage des sogenannten Frühinfiltrats bei Lungentuberkulose. (Med. Klin., 12, 1929.) (Medizinische Universitätsklinik zu Bonn.) Man muß sowohl in der klinischen Bewertung als auch in der röntgenologischen Betrachtungsweise unbedingt an der Bedeutung der Lungenspitze für die Tuberkulose festhalten, zumal die immerhin eindrucksvollen Bilder der Infiltratbildungen viel weniger leicht dem Untersucher entgehen, als dieses bei den feinen Spitzenveränderungen häufig der Fall ist. Die Spitzenveränderungen sind häufig die Vorboten des oft erst viel später in Erscheinung tretenden Frühinfiltrates. So war an einem klinischen Material von 432 Fällen in 305 Fällen die Lungenspitze der Ausgangspunkt der Erkrankung, und nur in 100 Fällen lagen die spezifischen Veränderungen unterhalb der Klavikula, während die Spitzenveränderungen frischeren Datums waren.

L. Gordon, Berlin.

1623.

Starlinger, Wilhelm, Ueber Entstehung und Verlauf der phthisischen Reinfektionsperiode. (Klin. Wschr., 8 Jahrg., Nr. 9, S. 410.) Die lokale Kennzeichnung jeder phthisischen Neuherdbildung ist zuerst immer exsudativ, um weiterhin entweder zur Resorption oder zur reparativen Produktion oder zur einschmelzenden Verkäsung zu führen. Jedes lokale Fortschreiten mit Auftreten oder Zunahme von Zerfallserscheinungen erfolgt immer, auch im bereits

produktiv umgewandelten Herd, unter den Erscheinungen der exsudativen Exazerbation.

Die Unterteilung der phthisischen Gesamterscheinung in drei große Formenkreise der Primärinfektionsperiode, der endogenen, aerogen-bronchogenen (Reinfekts- oder) Superinfektionsperiode ist klinisch möglich und zur Erfassung des jeweiligen Zustandes im Sinne einer pathogenetisch-prognostischen Verlaufsbeurteilung unbedingt nötig. Innerhalb jeder dieser drei Formenkreise ermöglicht die verschiedene Herdentwicklung in exsudativ-resorptiver, exsudativ-produktiver oder exsudativ-käsiger Richtung die wichtigste, klinisch gut erkennbare Unterscheidung.

Die neuerdings mehrfach versuchte Ausschaltung einer aerogen-exogenen Superinfektionsperiode in Uebereinstimmung mit Ranke und im Gegensatz zu Aschoff ist nicht begründbar, während umgekehrt die Tatsächlichkeit einer aerogen-exogenen Superinfektionsperiode in Uebereinstimmung mit Aschoff und im Gegensatz zu Ranke als biologisch bewiesen gelten darf.

Zur bronchogenen und mit Zerfall fortschreitenden Phthise kann es im Verlaufe aller drei Formenkreise kommen: im Rahmen der Primärinfektionsperiode zur exsudativ-käsigen Kontaktausbreitung und zur Primärkomplexphthise, im Rahmen der lympho-hämatogenen Superinfektionsperiode zum käsigen bronchogenen Einbruch des hämatogenen Herdes und zur sekundär-bronchogenen Phthise, im Rahmen der aerogenen Superinfektionsperiode zum käsigen-bronchogenen Einbruch des aerogenen Herdes und zur primär-bronchogenen Phthise. Die letzteren beiden Formen sind klinisch in den meisten Fällen gut zu trennen. Die sekundär-bronchogene Form entspricht einem richtig begriffenen tertiären Stadium Rankes, dem Typus der Altersphthise der älteren Autoren, der fibrös-ulzerösen Phthise der französischen Klinik und Wilhelm Neumanns, den aus sogenannten „Spitzentuberkulosen“ hervorgehenden Phthisen der neueren Autoren, insbesondere Loeschkes. Die primär-bronchogene Form entspricht der ursprünglichen Reinfektionsperiode Aschoffs, der isolierten (aber hämatogen begründeten) Phthise Rankes, der fibrös-käsigen Phthise W. Neumanns, der aus sog. Frühinfiltraten hervorgehenden Phthise der neueren Autoren, insbesondere Redekers.

Der Beginn der primär-bronchogenen („echten“) Schwindsucht erfolgt immer mit großherdigen Einzelinfiltraten besonderer Kennzeichnung, sog. Frühinfiltraten, welche mit etwa vorhandenen Spitzennarben nicht im Zusammenhang stehen, sondern eine selbständige exogen-aerogene Neuherdbildung darstellen. Ihre Kennzeichnung ist also nicht in einseitig lokalisatorischen Eigenschaften begründet.

Nicht jedes Frühinfiltrat stellt den Beginn einer fortschreitenden Phthise dar, sondern eine große Zahl von Frühinfiltraten verfällt der restlosen Aufsaugung oder produktiven Reparation. Der letztere Vorgang führt zum Aschoff-Puhlschen Herd in reiner Form. Die klinische Prognostik ist in vielen Fällen in der Lage, die weitere Verlaufsentwicklung von Frühinfiltraten im Sinne ausbleibenden oder eintretenden Zerfalles vorauszubestimmen.

In seltenen Fällen liegt der Ausbildung von Frühinfiltraten vielleicht eine hämatogene Entstehung zugrunde, doch ist ein sicherer Nachweis in solcher Richtung nicht erbracht und kaum zu erbringen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1624.

Münchbach, W., Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Miliartuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 2.) Verf. schildert einen äußerst instruktiven Fall, der nach dem klinischen und vor allem nach dem Röntgenbild zunächst als Miliartuberkulose imponierte. Ein Jahr später ist der Patient wieder vollkommen gesund und arbeitet. Das Röntgenbild, anfangs beiderseits mit kleinfleckigen Herdschatten übersät, zeigt keine Herde mehr! Die Blutsenkung und Temperatur ist normal. Zur Zeit seiner fieberhaften Erkrankung waren reichlich Pneumokokken im Sputum, Urin und Blut nachgewiesen worden. Verf. kommt somit zu dem Schluß, daß es sich um eine durch Pneumokokken hervorgerufene miliare Bronchoalveolitis mit subakutem Verlauf gehandelt hat. Der Fall zeigt recht anschaulich, daß es Lungeninfiltrationen gibt, die ganz das Bild tuberkulöser Prozesse bieten, deren Ursache aber eine ganz andere ist.

Zwerg.

1625.

Di Natale, Antonio, Ueber das Leukozytenbild und Lebensdauer der Leukozyten bei Lungentuberkulose. (Rio di pat. e clin. della tbc., Jahrg. III, Heft 2, 1929.) Bestimmt wurden das qualitative weiße Blutbild und die Dauer der amöboiden Bewegungen des der Blutbahn entnommenen Leukozyten, daneben auch Hämoglobinwert, Zahl der roten und weißen Blutkörperchen und den verschiedenen Stadien der Tuberkulose. Eine Anämie wurde in allen Stadien, besonders aber bei chronisch-evolutiven Formen und terminal beobachtet. Die Leukozytenzahl schwankt sehr. Bei floriden Prozessen war eine Neutrophilie sehr häufig. Im großen und ganzen bestehen keine Relationen zwischen Blutbefund und

klinischem Status. Die Leukozyten bleiben bei den leichten und mittelschweren Fällen 6 bis 8 Tage (normal 8 bis 10), oft aber auch 8 bis 10 Tage am Leben, bei den schweren Fällen dagegen nur 3 bis 4 Tage.

Eugen Stransky, Wien.

1626.

Lubrich, Vittorio, Die Bedeutung des Allergiezustandes des Organismus auf die Entwicklung des tuberkulösen Prozesses. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Jahrg. III, Heft 2, 1929.) Auf Grund von ausschließlich deutscher Arbeiten (Ranke, Nicol, Redeker, Hubschmann, Glion usw.) wird die in der deutschen Literatur bekannte Frage ausführlich, aber nur referierend besprochen.

Eugen Stransky, Wien.

1627.

Woldrich, A., Der diagnostische Wert der Vernesschen Resorzinreaktion. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 2.) Die Resorzinreaktion nach Vernes (Die Technik der Reaktion müßte im Original eingesehen werden. Ref.) kann nicht als spezifische Tuberkulosereaktion gelten. Sie zeigt erst dann positive Resultate, wenn bereits mit anderen klinischen Untersuchungsmethoden die Diagnose Tuberkulose gestellt wurde, andererseits gibt sie bei klinisch einwandfrei diagnostizierten Fällen bis zu 27% negative Werte. Differentialdiagnostisch ist die Reaktion nicht verwertbar, da sie bei nicht-tuberkulösen Erkrankungen in 64% positiv ausfällt.

Zwerg.

1628.

Liebermeister, G., Die neuen Anschauungen über die Entwicklung der Lungenphthise und die Auswirkungen auf die praktische Tuberkulosebekämpfung. (Z. Tbk., 53., 2.) Die geschlossene Lungenspitzen-tuberkulose ist in der Regel eine gutartige Erkrankung. Zur Klärung, ob bei geschlossener Spitzentuberkulose eine Heilstättenkur erforderlich ist, ist stationäre Beobachtung nötig. Fälle, bei denen katarrhalische Erscheinungen dauernd fehlen, sind meistens gutartig und bedürfen in der Regel keiner Heilstättenbehandlung; man halte aber diese Fälle in den Fürsorgestellen unter dauernder Kontrolle, ohne sie psychisch zu Phthisikern zu stempeln. Spitzenbefunde mit katarrhalischen Erscheinungen behalte man mindestens solange in Beobachtung, bis der Katarrh verschwunden ist; der „Spitzenkatarrh“ braucht nicht unbedingt tuberkulöser Natur zu sein. Die mit echten katarrhalischen Erscheinungen einhergehenden Spitzentuberkulosen sind meistens offen. Daher ist häufige und sehr gründliche Untersuchung auf Bazillen in diesen Fällen notwendig. Die offene und fakultativ offene Lungenspitzen-tuberkulose ist solange stationär zu behandeln, bis sie dauernd geschlossen ist, was bei diesen Fällen meistens bei längerer Kurdauer erreichbar ist. Die Infiltrate und Kavernen bedürfen unbedingt stationärer Behandlung, und zwar in Tuberkulosekrankenhäusern oder modern eingerichteten Lungenheilstätten. Das einseitige Infiltrat, besonders das kavernisierte, ist frühzeitig mit künstlichem Pneumothorax zu behandeln. Während der Kollapsbehandlung achte man dauernd auf die andere Seite, weil Aspirationsherde mit ähnlichem Verlauf nicht selten sind. Bei doppelseitigen Infiltraten oder Kugelskavernen ist der doppelseitige Pneumothorax angezeigt. Jede Reiztherapie ist bei diesen frischen Fällen zu vermeiden. Die Heilstättenkuren sind bei allen Fällen von offener Tuberkulose erheblich zu verlängern; die früher übliche Kurdauer von 3 Monaten ist völlig unzureichend und muß verschwinden. Die Einrichtung von Beobachtungszentralen zur Auswahl der Heilstättenfälle ist sehr zu begrüßen. Vor allem muß jedoch dafür gesorgt werden, daß die Fälle mit Infiltraten ohne lange Formalitäten sofort in sachgemäße Behandlung kommen.

Zwerg.

1629.

Pacchioni, Dante, Betrachtungen über die Pathogenese der Tuberkulose und der präventiven Tuberkuloseschutzimpfung. (Rio di pat. e clin. della tbc., 3., Heft 2, 1929.) Bei den tuberkulösen Erkrankungen des Menschen spielen sowohl die durch Zerfall der Bakterien entstehenden Endotoxine als die durch den Stoffwechsel der Bakterien bedingten Exotoxine eine wichtige Rolle. Beiden kann man auch eine antigene Fähigkeit zuschreiben. Die bisher üblichen Präventivimpfungen mit lebenden wie auch abgetöteten Tuberkelbazillen können nur eine antibakterielle Immunität hervorrufen, wobei die Frage noch zu lösen ist, ob getötete Tuberkelbazillen bei Neugeborenen eine genügende Immunität bedingen können. Es ist wünschenswert, daß bei den mit Vakzine immunisierten Individuen durch eine Tuberkulinbehandlung auch eine antitoxische (exotoxische) Immunität erreicht werde.

Eugen Stransky, Wien.

1630.

Alzona, Frederico, „Stumme“ Kavernen bei Lungentuberkulose. (Arch. Pat. e. Clin. med., 8., Nr. 2.) (Allg. med. Klinik d. Univ. Bologna.) Der Autor bestätigt die Häufigkeit „stummer“ Kavernen der Lunge und gruppiert kavernöse Phthisen nach 3 Grundtypen:

1. Kavernöse Phthisen mit geringen und unbestimmten Symptomen unter Vorherrschaft eines Symptoms, das nicht unbedingt bezeichnend für eine Kaverne ist.

2. Kavernöse Phthisen ohne objektive Kavernensymptome, ja sogar ohne ausgesprochene Anzeichen für Tuberkulose.

3. Kavernöse Phthisen mit offensiblen Anzeichen von Lungentuberkulose, jedoch ohne charakteristische Kavernensymptome.

Für alle 3 Typen werden charakteristische Beispiele angeführt.

Held.

1631.

Wedekind, Th., Intravenöse Kohleinjektion zur Behandlung der Lungentuberkulose. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 3/4, S. 202.) (Klinik Kùlps-Köln.) Eine zunächst seltsam anmutende Therapie! 150 Pat., von denen 25 näher mitgeteilt werden, bekamen verschiedene häufige, intravenöse Kohlenstaubinjektionen (Präparat E. Merck) von 1 ccm. Das Ergebnis war immer gleich: Abfall der Temperatur, der Leukozyten, Beförderung der indurativen Prozesse, selbst bei schweren exsudativen und proliferativen Formen. Die besten Resultate wiesen junge Prozesse auf. Die Prognose wird um so schlechter, je größer die bereits zerfallenen Teile der Lungen sind. Verschlechterungen oder gar Schädigungen wurden nie beobachtet.

Buttersack, Göttingen.

1632.

Lichtenstein, H., Spontanpneumothorax und Emphysem. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 2.) Der Spontanpneumothorax entsteht meist durch eine Tuberkulose der Lunge. Auch andere Lungenerkrankungen können die Ursache für einen Spontanpneumothorax abgeben. Umstritten ist die Genese des Pneumothorax bei klinisch Gesunden. Von einigen Autoren wird auch in diesen Fällen trotz Fehlens manifester Erscheinungen eine Tuberkulose angenommen. Meist ist jedoch dieser Spontanpneumothorax bei jugendlichen Personen durch Platzen von Spitzemarmenblasen bedingt. In seltenen Fällen kann das echte Emphysem zur Ursache eines Spontanpneumothorax werden. Eine eigene Beobachtung beleuchtet das sich dann entwickelnde Krankheitsbild, das keinen Zusammenhang mit der Symptomatik des Spontanpneumothorax klinisch Gesunder aufweist. Durch genaue Sektionsbefunde in der Literatur wird die Entstehung eines Pneumothorax durch echtes Emphysem belegt.

Zwerg.

1633.

Neumann, Der nachträgliche doppelseitige Pneumothorax. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 11.) Die Pneumothoraxbehandlung ist auch dann möglich, wenn beide Seiten affiziert sind. Sogar das Vorhandensein einer Kaverne auf der besseren Seite hindert die Pneumothoraxbehandlung nicht; manchmal kommt sogar bei der Behandlung der einen Seite das andersseitige Kavum zur Ausheilung. In anderen Fällen wird nach der Ausheilung der einen Seite der Pneumothorax nachträglich auf der anderen angelegt. Dasselbe wird in den Fällen gemacht, wo während der Pneumothoraxbehandlung erst auf der anderen Seite eine Kaverne auftritt. Dieses Ereignis wurde früher als absolut infaust angesehen; erst durch den nachträglich doppelseitigen Pneumothorax können solche Patienten gerettet werden.

Ernst Pick, Wien.

1634.

Kolesnikow, A. J., Anwendung der Aloe arborescens Mill. zur Behandlung der Lungentuberkulose. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 12.) Auf Grund seiner Erfahrungen lenkt Verf. die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die Darreichung der Aloepflanze bei Lungentuberkulose, die in der Volksmedizin seit langem als gutes Mittel gegen Wundsein empfohlen wird. In den letzten 4 Jahren wandte K. die Aloe erfolgreich bei etwa 100 Lungentuberkulösen an und konnte sich von der trefflichen Wirkung dieses Mittels überzeugen. Abgesehen von ganz verschleppten Fällen, wurde bei den Patienten danach stets Abnahme des Hustens, Appetitverbesserung, Gewichtszunahme, Verschwinden der Nachtschweiß sowie Besserung des Allgemeinbefindens notiert. Die vom Verf. angewendete Applikationsweise war folgende: Ein Teil gut abgewaschene und feingestoßene Aloeblätter wird mit je zwei Teilen Schmalz und Honig vermischt (wegen des bitteren Geschmackes setzt man beliebig noch $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Pfund Kakao hinzu), 5 Stunden lang im Backofen gedämpft und danach, um Schichtung zu vermeiden, beim Erkalten bis zur Bildung einer homogenen Masse mit einem Löffel gerührt. Was die Dosierung anbelangt, so gibt man von dieser honigartigen Substanz, je nach Alter und Geschmack des Patienten, dauernd ein Tee- bis ein Eßlöffel auf ein halbes bzw. ganzes Glas heißer Milch. Um die Vitamine und Hormone der Pflanze zu erhalten, sind stets nur frische Blätter zur Bereitung des Gemisches zu verwenden. Man nimmt Aloe arborescens Mill., eine Gattung der Liliaceae. — Kontraindiziert ist Aloe bei Blutungen, Schwangerschaft und während der Menstruation.

E. Kontorowitsch.

1635.

Henderson, Fergus L., Silikosis. (Edinburgh Med. J., Vol. XXXVI, Nr. 3, 1929.) Der Röntgenfilm enthüllt oft das Vorhandensein einer Silikosis, doch ist es oft sehr schwer, aus dem Röntgenbild allein zu sagen, ob eine seit längerer Zeit silikotische Lunge nun auch tuberkulös ist; es ist daher wesentlich, den klinischen Befund in Einklang zu bringen mit dem röntgenologischen.

Nur ein kleiner Prozentsatz der Menschen, die in einschlägigen Betrieben arbeiten, weist makroskopische Veränderungen der Lunge auf. Man weiß nicht recht, was bisher den Ausschlag gibt.

Ein Teil der Arbeiter aus solchen Betrieben erwirbt Tuberkulose ohne silikotische Veränderungen, ein anderer Tuberkulose mit silikotischen Veränderungen; doch ist es völlig zweifelhaft, ob silikotische Veränderungen einen Menschen für Tuberkulose empfänglicher machen oder nicht.

Kommt zu einer Silikosis Tuberkulose hinzu, so nimmt die Krankheit scheinbar keinen anderen Verlauf als beim Fehlen der Silikose.

Held.

Kinderheilkunde

1636.

Bayer, Richard, Beitrag zur sogenannten Melaena neonatorum. (Ztsch. Kinderheilk., 47., Heft 2, S. 276, 1929.) (Pathol. anat. Institut, Graz.) Bei einem 4 Tage alten Säugling, der im Anschluß an starke Blutausscheidungen aus dem Darm und blutigem Erbrechen zum Exitus kam, fand sich ein Duodenalgeschwür mit zwei eröffneten Arterien auf seinem Grund.

Beck, Tübingen.

1637.

Beatty, C. C., Kongenitale Stenose der Speiseröhre. (Brit. J. o. Childr. Dis., Nr. 298—300, S. 237—270.) Es gibt zwei Varietäten dieser verhältnismäßig seltenen Anomalie. Die Speiseröhre kann membranös verschlossen sein durch eine Falte der normalen Mukosa, oder es besteht eine lokale Verengung des Lumens. Außer einer Hypertrophie der Muskulatur und Dilatation oberhalb der Anomalie zeigt die Wand des Oesophagus keine pathologischen Veränderungen im Gegensatz zu der erworbenen Speiseröhrenstriktur. Beim membranösen Verschuß ist die Prognose gut. Die Behandlung besteht in langsamer Dehnung mittels Bougies. Bei der nicht membranösen Striktur ist die Prognose in bezug auf das Leben auch nicht schlecht; manche Patienten haben ein hohes Alter erreicht. — Die Therapie ist bei diesen Fällen ziemlich machtlos.

Schulz-Sembten.

1638.

Naujoks, H., Das spätere Schicksal der Kinder mit intrakraniellen Geburtsläsionen. (Mschr. Geburtsh., 80., Heft 4/5.) Will man die Prognose des Schädeltraumas bei Neugeborenen verfolgen, so muß man entweder das spätere Schicksal geschädigter Kinder kontrollieren oder bei Auftreten von Nerven- und Geisteskrankheiten im späteren Leben retrograd ätiologische Beziehungen suchen. Im ersten Falle mangelt es an der Beschaffung größeren Materials, im zweiten sind die erhaltenen Auskünfte oft sehr unfechtbar und unsicher. Am besten ist es, auf sichere Erscheinungen seitens des Gehirns nach der Geburt zu achten und das Schicksal solcher Kinder zu verfolgen. Warum in dem einen Fall bei schwerer Geburt keine Gehirnblutung, im anderen bei leichter Entbindung eine solche auftritt, wissen wir nicht. Wahrscheinlich liegen die Ursachen zum Teil im Kinde selbst. Ob die Lues, wie oft behauptet wird, die Ursache ist, ist zweifelhaft. Neuerdings wurde die Frage wieder aufgerollt durch die Mitteilung von Schwartz, der bei 95% aller seziierten Neugeborenen Folgen von Schädeltraumen fand. Am wichtigsten ist die Frage, welche Opfer das Schädeltrauma noch später fordert und welche Folgen es für die Ueberlebenden haben kann. Verf. konnte in den letzten 20 Jahren die Daten nur von 24 Kindern zusammenstellen, die post partum deutliche intrakranielle Läsionen durchgemacht hatten, und über deren Schicksal es ihm gelang, Auskunft zu erhalten. Am häufigsten genannt als Folgeerscheinung sind Spasmen, besonders die zerebrale Kinderlähmung. Trotzdem kann man behaupten, daß viele Fälle mit intrakranieller Blutung und deutlichen Symptomen später vollkommen gesund werden. Der kindliche Organismus ist sehr weitgehender Reparationen fähig, und Verf. beweist an Hand von 9 Fällen, daß der zur Zeit herrschende Pessimismus gegenüber den Schädeltraumen übertrieben ist. Bei weiteren 4 Fällen wird eine Spätschädigung jedoch als wahrscheinlich angenommen. Schwere Allgemeinstörungen, wie Idiotie, Krämpfe usw., sind nie nachzuweisen gewesen. Die Diagnose einer intrakraniellen Verletzung ist nur mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Ein blutiger Liquor ist nur eines von vielen Zeichen. Für den Augenblick wirkt die Lumbalpunktion günstig. Ein Teil der Kinder stirbt noch nach Monaten oder Jahren an den direkten

Folgen der Schädelläsion, ein anderer Teil entwickelt sich durchaus normal, und die Symptome verschwinden vollständig. In zwei Fällen war ein Zusammenhang nicht sicher zu verneinen; bei zwei weiteren Kindern mit schwerem Druck der linken Schädelhälfte intrapartum entwickelten sich deutliche Sprachstörungen.

Kosminski, Berlin.

1639.

Rydborg, Ueber die Prognose überlebender Fälle intrakranieller Blutungen Neugeborener. (Acta obstetr. scand., 7., Nr. 4.) Unter der Zahl der asphyktisch geborenen, frühgeborenen oder durch Zangenentbindung geborenen Kinder ist nur ein geringer Teil, der später an Littleischem Leiden erkrankt. Die Zahl der Fälle Littleischer Krankheit und verwandter Zustände ist also im Verhältnis gering zur Häufigkeit der Kinder, bei deren Geburt die Littleischen ätiologischen Faktoren vorlagen. Leichte, nur durch Lumbalpunktion feststellbare Blutbeimengungen zur Zerebrospinalflüssigkeit sind häufig und meist ohne nachteilige Folgen. Intrakranielle Blutungen, die nach der Geburt klinische Symptome aufweisen, sind prognostisch ungünstiger.

Der Verfasser verfolgte die Entwicklung von 41 Kindern mit intrakranieller klinisch manifester Geburtsblutung, die den akuten Krankheitszustand überlebten. 4 Kinder waren so früh — vor dem Alter von 6 Monaten — gestorben, daß man weder über das Vorhandensein noch über den Grad zurückgebliebener Schäden ein Urteil haben kann. Von den restlichen 37 zeigte die Mehrzahl dauernde Schäden oder Abnormitäten, und nur 10 oder 11 waren frei von solchen. Die ganz symptomfreien und diejenigen, die nur leichtere Störungen im Nerven-Muskelapparat der Augen in Form eines Strabismus oder dgl. zeigten, sind zusammen 17 oder 18 an der Zahl. Nicht ganz die Hälfte der Kinder wies solche Abnormitäten auf, daß sie im erwachsenen Alter voraussichtlich eine wesentlich herabgesetzte oder gar keine Arbeitsfähigkeit haben werden, und gut $\frac{1}{2}$ waren hochgradig imbezill oder idiotisch. Die Prognose der überlebenden Fälle von geburts-traumatischen intrakraniellen, klinisch manifesten Blutungen muß mithin als dubia, aber nicht pessima bezeichnet werden.

Hans Hirsch, Mühlheim.

1640.

Reed, Impetigo oder Pyodermatitis neonatorum. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Während bis 1917 der Pemphigus neonatorum im Hospital nur selten und sporadisch beobachtet wurde, traten seitdem 10 Epidemien auf, die 1 bis 2 Monate anhielten. Der Name „Pyodermatitis neonatorum“ wird vorgeschlagen, da meist in den Eruptionen ein Staphylokokkus gefunden wird. Wahrscheinlich werden 30% aller exponierten Neugeborenen infiziert. Der Allgemeinzustand war nicht sehr angegriffen, die Virulenz des Erregers gering. Es gibt aber auch Epidemien mit 30% Todesfällen. Ein gewisser Prozentsatz der Kinder wird in utero infiziert und kommt mit entwickelten oder abheilenden Blasen auf die Welt. Diese sind dann meist steril. Nur in einem Fall enthielten sie Streptococcus haemolyticus. Der andere Teil der Kinder wird nach der Geburt infiziert. Es gelang durch Injektion von „Immunogen“ einer aus Bakterieneioplasmata gewonnenen Vakzine, die Infektion in einer Parallelserie zu vermindern.

Hirsch, Köln.

1641.

André, Martin, Die Behandlung des kindlichen Nabelbruchs. (J. d. Prat., Nr. 5, 1929.) Abgesehen von der Omphalozele, die schon in den ersten Lebensstunden einen Eingriff erforderlich macht, ist es fast immer empfehlenswert, das fünfte Lebensjahr als Termin der Operation anzusetzen. Nur wo es sich um eine rapide Volumenzunahme handelt oder um eine Irreponibilität, soll man von diesem Prinzip abweichen. Die Operation beim fünfjährigen Kinde ist einfach, die Schockgefahr nicht zu befürchten. Unter Erhaltung des Nabels beseitigt man einen Bruchsack, der im Laufe der Entwicklung, besonders bei der Frau, zunehmen kann, und man vermeidet dadurch funktionelle Störungen im erwachsenen Lebensalter.

Held.

1642.

Paolo, Ottonello, Die Salvarsanbehandlung der Chorea. (Policlinico, 36., 13.) (Neurolog.-psychiatrische Klinik in Pavia.) Verf. hat ein dem deutschen Neosalvarsan entsprechendes Präparat (Arsenobenzol Neo I. C. I.) benutzt, das intramuskulär verabreicht wurde. Beginn mit 0,10 g und Steigerung jeden vierten Tag um 0,10 g bis zur Höchstdosis von 0,40 g, worauf mehrmalige Wiederholung von durchschnittlich 0,20 g bei jüngeren und 0,30 g bei älteren Kindern folgt. Keine unerwünschten Erscheinungen. Im allgemeinen betrug die Gesamtdosis bei den so behandelten Kindern, welche im Alter von 10 bis 17 Jahren standen, 2,0 g, die auf 8 bis 10 Injektionen verteilt wurden; das Minimum von 1,20 g genügte bei einem zehnjährigen Kinde mit psychischen neben ausgesprochenen motorischen Symptomen, um die Krankheitserscheinungen zum Schwinden zu bringen; das Maximum von 3,0 g bei einem 14jährigen Kinde, das sehr schwere, seit 6 Jahren alljährlich wiederkehrende Erschei-

nungen aufwies und das bis dahin allen As-Präparaten gegenüber sich refraktär verhielt. Schon nach der zweiten Injektion könnte bei allen Kindern eine bemerkenswerte Besserung wie auch auffallender Rückgang der Krankheitserscheinungen beobachtet werden, die um so mehr ins Gewicht fällt, als es sich hier um ausnahmslos schwere Fälle handelte. Keine Rezidive. Durchschnittlicher Aufenthalt der Kinder im Krankenhaus betrug 30 bis 50 Tage. Diese guten Resultate sind nur der Durchführung der Behandlung im Krankenhaus zuzuschreiben.

Ashkenasy, Wien.

1643.

Hill, Gray, **Das rheumatische Kind.** (Brit. J. o. Childr. Dis., Nr. 298-300, S. 270-276.) Im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer Autoren hat Verf. an 400 Kindern mit Rheumatismus keine physikalischen Besonderheiten (rotes oder blondes Haar, Unfähigkeit zur Pigmentbildung bei Quarzlampebestrahlung usw.) konstatieren können. Auch hat er keine Beziehungen auffinden können zwischen dem Leben und der Arbeit in der Schule einerseits und dem Einsetzen des Rheumatismus andererseits.

Schulz-Sembten.

1644.

Bosse, E. A., **Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase bei scharlachkranken Kindern.** (Paediatrica [russisch], 12., Nr. 6.) Nebenhöhlenerkrankungen sind im Kindesalter keineswegs selten; von allen Höhlen erkranken am häufigsten die Kieferhöhlen. Bei Säuglingen sind die Ursachen der Nebenhöhlenerkrankungen verschiedenartig; Grippe, Erysipel, Konjunktivitis, Dakryozystitis, Noma und Lues spielen die Hauptrolle. Vom zweiten Lebensjahre an sind die Infektionskrankheiten die häufigste Ursache, und unter ihnen der Scharlach vor allem. Die Entzündung kann katarhalisch oder eitrig sein, oder auch mit Osteomyelitis einhergehen. Die klinischen Symptome der Nebenhöhlenerkrankungen sind Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Druckschmerz über der erkrankten Höhle, profuse Eiterabsonderung aus der Nase, Hautödem über der betreffenden Nebenhöhle, schließlich Exophthalmus bei Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen. Röntgenbild und vordere Rhinoskopie können in schwierigen Fällen die Diagnose stützen. Gleichzeitig mit dem äußerlich sichtbaren Oedem kommt es meist auch zu einer Vermehrung des Liquors im Subduralraum, und eitrige Meningitiden sowie Sinusthrombosen sind nicht ganz seltene Komplikationen. Bei katarhalischer Sinusitis genügt Behandlung mit Metholöl, Adrenalin, Kokain. Empyeme müssen operiert werden. In der akuten Periode des Scharlachs beobachtet man Sinusitis fast nur bei septischen Fällen; sie ist durch Streptokokken ausgelöst und verläuft unter dem Bilde schwerer eitriger Nasopharyngitis. In der Periode des zweiten Krankseins kann die Sinusitis sich zu allen Scharlachformen hinzugesellen. Das Sekret ist serös eitrig, der Verlauf akut, Heilung in 3 bis 4 Tagen. Rezidive sind häufig, besonders bei Kindern mit Adenoiden und chronischem Schnupfen.

Eliasberg.

1645.

Miesbach, **Spinale Kinderlähmung. Encephalitis epidemica.** (Med. Welt, 7, 1929.) Die Kinderlähmung ist pathologisch-anatomisch eine infiltrative Entzündung von lymphozytären Typ, ausgezeichnet durch perivaskuläre Zellanhäufungen, herdförmige und diffuse Gliawucherungen und degenerative Prozesse, namentlich in den Ganglienzellen. Man findet bei der Kinderlähmung zwar vorwiegend die Vorderhörner im Rückenmark befallen, daneben aber auch die Hinterhörner, die weiße Substanz des Rückenmarkes, die Pyramidenbahn, die Clarkschen Säulen; außerdem können Herde auftreten im Gehirn, vorwiegend in den Kernen der Medulla und der Brücke. Auch die Meningen sowie die Spinal- und die sympathischen Ganglien können in Mitleidenschaft gezogen werden. Entsprechend dem pathologisch-anatomischen Bilde variieren auch die klinischen Krankheitsbilder. Die Kinderlähmung kann eine Polynuritis, eine Landry'sche Paralyse, eine spastische Spinalparalyse, eine Friedreich'sche Ataxie, eine Polioenzephalitis, eine Bulbärparalyse und eine Meningitis vortäuschen. Ganz besonders schwierig ist die differentialdiagnostische Abgrenzung der Kinderlähmung gegenüber der Encephalitis epidemica. Pathologisch-anatomisch sind beide Erkrankungen überhaupt nicht zu trennen, so daß die Frage der nosologischen Selbständigkeit beider Erkrankungen noch nicht endgültig gelöst werden kann. Die Notwendigkeit, differente Erkrankungen anzunehmen, erblicken die meisten Autoren in der Verschiedenartigkeit der von beiden Erkrankungen befallenen Prädispositionsstellen im Zentralnervensystem und dem chronischen Verlaufskarakter der Encephalitis gegenüber der Poliomyelitis. Der chronische Verlaufskarakter der Encephalitis findet seine Erklärung in dem zerebralen Sitz der Erkrankung; die chronischen Spätstadien der Encephalitis sind nur Folgeerscheinungen des Entzündungsprozesses der früheren Stadien. Was die Prädispositionsstellen anbelangt, so befällt die Encephalitis vorwiegend die graue Substanz um den vierten und dritten Ven-

trikel im Mesenzephalon und die Poliomyelitis vorwiegend die graue Substanz um den Zentralkanal des kindlichen Rückenmarks. Diese geringen Abweichungen hinsichtlich des Sitzes der Erkrankungen im Zentralnervensystem finden ihre Erklärung in den anatomischen Verhältnissen im Zentralnervensystem der Kinder, so daß man daraus noch keine Berechtigung entnehmen kann, beiden Erkrankungen eine nosologische Selbständigkeit zuzuweisen.

L. Gordon, Berlin.

1646.

Patearroyo, F. R., **Aetiologie der kindlichen Tuberkulose.** (Arch. Españ. d. Ped., Nr. 12, 1928.) Früher galt die Tuberkulose allgemein als vererbare Krankheit. Dann gab es eine Aera, die die Möglichkeit der Vererbung ganz leugnete und ausschließlich die Ansteckung als Modus der Uebertragung von den Eltern auf das Kind gelten ließ. In den letzten Jahren hat man wiederum umdenken müssen. Es steht fest, daß es eine kongenitale Tuberkulose gibt. Die Infektion erfolgt nicht durch das Sperma oder Ei, sondern via Plazenta. Und zwar kann der Koch'sche Bazillus selber durch die Plazenta hindurch in das fötale Blut gelangen, oder aber — und das scheint bei weitem häufiger zu geschehen — in Form des filtrierbaren tuberkulösen Virus. — Trotz dieser interessanten Entdeckungen spielt praktisch die Uebertragung der Tuberkulose während der Gravidität nur eine ganz unbedeutende Rolle gegenüber der Ansteckungsgefahr nach der Geburt. Die sofortige Trennung von Mutter und Kind ist nach wie vor die wichtigste Forderung zur Verhütung der Infektionsgefahr des jungen Kindes.

Schulz, Sembten.

1647.

Koch, Herbert, **Zur Frage der Herdreaktion bei Tuberkulose.** (Z. Kinderheilk., 47., Heft 2, S. 625, 1929.) (Preyersches Kinderspital, Wien.) Bei intrakutaner Verabreichung von Alttuberkulin tritt beim Erythema nodosum keine Herdreaktion auf, auch nicht in den früheren Pirquetreaktionen. In diesen letzteren ist auch im Beginn des Primärstadiums keine Herdreaktion nachzuweisen. Verfasser glaubt, daß der Grund für dieses Verhalten in der großen Giftempfindlichkeit aller Gewebe in dieser Zeit zu suchen ist. Jedenfalls spricht das Ausbleiben einer Herdreaktion beim Erythema nodosum nicht gegen die tuberkulöse Ursache der Erkrankung.

Beck, Tübingen.

1648.

Krovitzky, A., und D. Schenkman, **Zur Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Klinik der Kindertuberkulose.** (Z. Kinderheilk., 47., Nr. 2.) Die Untersuchungen der Verfasser mittels der Adrenalincurve bei tuberkulösen Kindern ergaben, daß Fälle mit günstigem Verlauf vorwiegend bei vagotrop eingestellten Kindern vorkommen. Andererseits soll man Fälle mit ungünstigem Ausgang (exsudative Formen) meist bei sympathikotrop eingestellten Kindern finden. In der Mehrzahl der Fälle sollen die Schwankungen im funktionellen Zustand des vegetativen Nervensystems bei tuberkulosekranken Kindern dem klinischen Bilde parallel laufen. Bei vagotropen Kindern soll sich die Vorhersage für den Verlauf der Tuberkulose günstiger gestalten als bei sympathikotropen.

Beck, Tübingen.

1649.

Paunz, S., **Ueber die Behandlung der Laugenverätzungen im Kindesalter.** (Gyógyászat, Nr. 1, 6. Januar 1929.) In allen den Fällen, bei denen die Frühsondierung in der ersten Woche nach der Vergiftung (mittels der Salzerschen Sonde oder einer weichen Gummisonde) aus irgendwelchem Grunde nicht durchführbar oder unterblieben war, sind sobald als möglich in Behandlung zu nehmen, ohne Rücksicht darauf, wieviel Tage nach der Vergiftung schon verstrichen, ob der Vernarbungsprozeß schon abgelaufen oder nicht. Je früher solche verspäteten Fälle angegangen werden, desto weniger Speiseröhrenverengungen! Für die Behandlung empfiehlt Verfasser die weiche, stumpfe Rüscho'sche Sonde; er möchte als Regel gelten lassen, um die leicht reißbare Schleimhaut zu schonen, in einer Sitzung nur wenige Sonden einzuführen. In der ersten Sitzung soll nur der Grad der Verengung, in den weiteren das Verhindern eines Fortschreitens der Verengung bzw. das vorsichtigste Dilatieren bestrebt werden.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

1650.

Worobjew, A. M., und J. N. Shurawlew, **Einfluß des Lezithins auf die Erregbarkeit der Großhirnrinde.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 12, S. 953/957.) Die Untersuchungsergebnisse der

Verf. lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Bei der intravenösen Einführung des Lezithins in Dosen von 0,04 bis 0,075 g, was 0,01 bis 0,015% der ganzen Blutmenge des experimentierten Tieres (junge Hunde) entsprach, trat erhöhte Erregbarkeit der psychomotorischen Zentren ein, die sich sowohl in verstärkten Muskelkontraktionen bei gleicher Stromstärke als auch in vermindertem Schwellenwert äußerte und 1 bis 1½ Stunden anhielt.

E. Kontorowitsch.

1651

Fahrenkamp, K., **Klinische Beobachtungen mit dem Herz-hormonpräparat „Hormocardiol“ nach Haberlandt.** (Med. Klin., 9, 1929.) (Innere Abteilung des Mutterhauses vom Roten Kreuz in Stuttgart-Cannstatt.) Das als Hormocardiol geprüfte neue Herzmittel wurde bei allen Kranken peroral, intramuskulär und intravenös, auch in gehäuften Serien, ohne Nebenwirkung vertragen. Die günstige Beeinflussung Kranker mit Angina pectoris springt vor allem heraus. Bei dem Zusammentreffen von Hormocardiol und Digitalisglykosiden zeigt sich, daß Hormocardiol nicht die Digitalis ersetzt. Dagegen sprechen die Beobachtungen des Verfassers dafür, daß in dem Zusammentreffen von Hormocardiol und Digitalisglykosiden eine ähnliche Verringerung der Digitalisgesamt-dosis möglich wird, wie dies für die synergistische Wirkung von Digitalisglykosid und Cardiazol oder Coramin nachgewiesen werden konnte. Die bemerkenswertesten Einwirkungen der kombinierten Digitalis-Hormocardiol-Einwirkungen lassen sich im Elektrokardiogramm feststellen. Bei ungestörtem Erregungsablauf (normales Elektrokardiogramm) sieht man bei erfolgreicher Digitalisbehandlung im Elektrokardiogramm (Ekg.) für gewöhnlich nur eine Kammerfrequenzabnahme. Unter energischer Digitalisierung erwachen manchmal tertiäre Zentren in den Kammern (Verlängerung des P-R-Intervalles usw.). Diese abnormen Erregungen werden von den Kranken subjektiv sehr störend empfunden. Sie treten bei Hormocardiolgaben nicht mehr auf. Bei intravenöser Anwendung von Hormocardiol sieht man bei sämtlichen Kranken im Ekg. eine etwa in 10 bis 15 Minuten abklingende Frequenzsteigerung im Durchschnitt um 10–15% im Verhältnis zur Frequenz der Ruhe vor der Injektion. In zahlreichen Fällen schwerer Dekompensation mit Arrhythmia perpetua und Vorhofflimmern pflegt der erwünschte therapeutische Erfolg unter Abschwächung etwa vorher noch nachweisbarer Vorhofspotentiale unter dem Bilde der Kammerbradykardie mit Vorhofflimmern einzutreten. Das am Ende der Digitalis- und Hormocardiolbehandlung gewonnene Ekg.-Bild zeigte in einem Falle statt der Bradykardie eine fast regelmäßige Kammerfrequenz von 90 Schlägen in der Minute. Hormocardiol hebt somit einen unerwünschten Anteil der Digitaliswirkung auf. Bei Kranken mit Arrhythmia perpetua und tachysystolischen Vorhöfen werden bei der gleichzeitigen Verwendung von Digitalis und Hormocardiol die tachysystolischen Potentiale nicht abgeschwächt, sondern bleiben unverändert im Ekg. sichtbar. Es läßt sich im allgemeinen feststellen, daß in der kombinierten Digitalis-Hormocardiol-Behandlung bei Kranken mit Arrhythmia perpetua die Kammerfrequenz nur in erwünschtem Sinne abnimmt, unter Schwinden frustrierender Kontraktionen eine auffallende Kammerregularisierung eintritt, aber die Vorhoferregungen nicht im Sinne der Flimmererregungen abgeschwächt, sondern im Gegenteil verstärkt werden. Man muß daraufhin eine die Digitaliswirkung paralysierende Wirkung des Hormocardiols annehmen.

L. Gordon. Berlin.

1652.

Haberlandt, L., **Pharmakologische Untersuchungen mit dem Herz-hormonpräparat.** (Med. Klin., 9, 1929.) Das Herz-hormonpräparat, das neuerdings von der I. G. Farbenindustrie, Hoechst, unter dem Namen „Hormocardiol“ hergestellt wird, übt am isolierten Froschherzen einen sensibilisierenden Einfluß für Digitalisstoffe aus. Der sensibilisierende Effekt zeigt sich für Strophantin am stärksten, schwächer für Digipuratum und am wenigsten für Skillaren. Die Wirkungssteigerung der Digitalisstoffe nach vorheriger Herz-hormonzufuhr kommt folgenderweise zum Ausdruck: Es kann der systolische Effekt sofort eintreten, während er sich am Kontrollherzen innerhalb der ersten Minuten nicht zeigt; oder er erscheint am hormonbehandelten Herzen nach einigen Minuten, zu welcher Zeit am Kontrollherzen noch keine systolische Einstellung vorhanden ist; ferner kann die maximale systolische Wirkung am vorbehandelten Herzen früher und stärker auftreten als am Kontrollherzen, was auch vom systolischen Kammerstillstand gilt. Weitere Versuche zeigten eindeutig, daß die Widerstandsfähigkeit des isolierten Froschherzens gegenüber Chloroform- und Äthernarkose nach Vorbehandlung mit dem Herz-hormonpräparat im allgemeinen eine größere und sein Erholungsvermögen ein erhöhtes ist als ohne vorherige Herz-hormonzufuhr.

L. Gordon. Berlin.

1653.

Laqueur, E., und S. E. de Jongh, **Zur Wirkung des weiblichen Sexualhormons Menformon, im besonderen auf die Mamma, zugleich ein Beitrag zur Bedeutung der Dosierung von biologisch**

wirksamen Präparaten. (Mschr. Geburtsh., 80., Heft 6, 1928.) Das Menformon ist imstande, die Ausbildung der Mamma zu erzielen in Fällen, in denen sonst ohne Zufuhr dieses Mittels diese nicht auftreten würde. Wenn die Mamma sich natürlicherweise verändert, ist auch ein vermehrter Gehalt von Menformon im Körper vorhanden. Man kann also das Menformon als das Hormon der Mammaausbildung bezeichnen. Gegenüber ablehnenden Mitteilungen anderer Autoren wird diese unzweifelhafte Wirkung auf das Wachstum der Mamma nachgewiesen. Ferner wird gezeigt, daß das Menformon nicht nur eine vorübergehende Genitalvergrößerung, sondern ein echtes Wachstum jugendlicher Genitalien erzielt. Die negativen Ergebnisse beruhen auf ungenügender Dosierung, und es wird auf die Bedeutung des quantitativen Momentes hingewiesen.

Kosminski. Berlin.

1654.

Loewi, O., **Insulin und Glykämie.** (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 9, S. 391.) Welches immer die Ursache der Versager, und zwar der fast regelmäßigen beim Insulin, der selteneren beim Glykämie ist, ist nunmehr auf alle Fälle zu erörtern, welche Änderungen durch die geänderte Sachlage die aus den früheren Ergebnissen seinerzeit gezogenen Schlussfolgerungen zu erfahren haben.

Seinerzeit wurde auf Grund des Befundes, wonach Insulin in vitro die Glukosebindung steigert und seine Wirkung sich darauf beschränkt, mit aller gebotenen Zurückhaltung die Hypothese aufgestellt, daß der Angriffspunkt der Insulinwirkung in vivo dem in vitro gefundenen möglicherweise analog sei. Nachdem aber der Insulinzusatzversuch jetzt nicht oder kaum reproduzierbar ist, ist die seinerzeit vom Verfasser geäußerte Hypothese betreffend den Insulinangriffspunkt in vivo derzeit nicht mehr haltbar.

Die Steigerung der Glukosebindung in vitro durch Insulinzusatz bzw. unter dem Einfluß von Plasma, das nach Insulininjektion gewonnen war, mußte an die Möglichkeit denken lassen, daß der Versuch in vitro eine geeignete Methode zur Bestimmung von Insulin, z. B. auch in kleinen Blutmengen sei. Da diese Ergebnisse nicht mehr reproduzierbar sind, entfällt diese Möglichkeit.

Nachdem schon früher bekannt war, daß Glukosezufuhr zur Insulinsekretion führe, hatte Verfasser geprüft, ob das Plasma nach Glukosezufuhr sowie nach Insulinzusatz in vitro die Glukosebindung steigere. Diese wurde festgestellt, und von Harpuder wurde diese Beobachtung regelmäßig bestätigt. Seitdem aber Insulin selbst Glukosebindung in vitro nicht mehr steigert, sind Zweifel, wie sie von Harpuder geäußert wurden, berechtigt, ob die seinerzeit vom Verfasser gefundene Befähigung des nach Glukosezufuhr gewonnenen Plasmas, die Glukosebindung in vitro zu steigern, auch jetzt noch auf dessen Insulingehalt zurückgeführt werden dürfe. Verfasser erinnert daran, daß er den Schluß, die Befähigung des nach Kohlehydratzufuhr gewonnenen Plasmas, die Glukose in vitro zu steigern, sei auf dessen Insulingehalt zurückzuführen, seinerzeit erst gezogen hat, als er fand, daß nach vorhergegangener Vagotonie bez. Atropinisierung das nach Glukosezufuhr gewonnene Plasma die Glukosebindung nicht mehr förderte. Jetzt ist aber sichergestellt, daß diese beiden Eingriffe die sonst im Anschluß an Glukosezufuhr erfolgende Sekretion des Insulins nicht mehr zustandekommen lassen.

Der seinerzeit regelmäßig erhobene Befund, wonach hyperglykämisches Plasma bzw. sein Dialysatextrakt einerseits die Glukosebindung an Erythrozyten hemmt, andererseits die Glykogenolyse in der Leber steigert, würde das Zustandekommen von Hyperglykämie erklären, wofür man annehmen wollte, daß die an den Erythrozyten festgestellte Wirkung auch für die übrigen Körperzellen gilt. Da es für diese Annahme keine experimentelle Unterlage gibt, wurde seinerzeit nur mit der hierdurch gebotenen Reserve die obige Hypothese vom Zustandekommen der Hyperglykämie aufgestellt. Es schien dies um so eher zulässig, als das Insulin, das ja bekanntlich der Hyperglykämie entgegenwirkt, einerseits die Glykogenolyse in der Leber hemmt, andererseits damals nicht nur die Glukosebindung in vitro förderte, sondern auch die entgegengesetzte Wirkung des hyperglykämischen Plasmas bzw. Plasmadialysates in vitro aufhob.

Da letzterer Versuch infolge der Wirkungslosigkeit des Insulins in vitro nicht mehr gelingt, so muß zunächst die Hypothese vom Wesen des Antagonismus Insulin-Glykämie, insoweit sie sich auf den Versuch in vitro stützt, einstweilen fallen gelassen werden.

Da neuerdings ferner gefunden wurde, daß hyperglykämisches Plasma bzw. sein Dialysatextrakt nicht in jedem Falle die Glukosebindung hemmt bzw. hyperglykämisierend wirkt, es also Fälle von Hyperglykämie ohne Glykämiebefund im Blute gibt, ohne daß bisher bewiesen werden kann, daß es jedesmal sezerniert wird und nur im Blute der Peripherie nicht nachweisbar ist, ist auch die Hypothese, daß neben dem Insulinmangel dem Glykämie in allen Fällen eine kausale Bedeutung für die Entstehung der Hyperglykämie zukommt, nicht mehr ausreichend experimentell gestützt.

Arnold Hirsch. Berlin.

1655.

Vermehren, W., Hämorrhoidalbehandlung mit Recto-Serol. (Zentralbl. f. inn. Med., J. 50, Nr. 13.) Die Frage der konservativen Hämorrhoidalbehandlung erscheint Verf. das Recto-Serol gelöst, das auch bei prolapierten, eingelegten Knoten mit gangränähnlichen Exulcerationen restituo ad integrum gebracht habe. Wirkames Prinzip ist — gerbsäurehaltiger, Ref. — Hamamelisextrakt, das Präparat enthält ferner Formaldehyd als Desinfiziens, Alumin acet. tartar. als Adstringens und p-Amidobenzoyldiäthylaminoäthanolum hydrochlor. als Anästhetikum.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

1656.

Stae m m l e r, M., Chloroformvergiftung, Salvarsanvergiftung. (Pathologisch-hygienisches Institut der Stadt Chemnitz) (Med. Welt, 8, 1929.) Die Gefahr einer Spätschädigung wird, genau wie beim Frühod in der Chloroformnarkose, nicht durch die Menge des zugeführten Giftes allein bestimmt. Es gibt offenbar Ueberempfindlichkeiten; in denen schon ganz kleine Dosen tödliche Vergiftungen zur Folge haben können. Allerdings spielen wohl prädisponierende Momente eine Rolle. So infektiös-entzündliche Prozesse im Pfortadergebiet, durch die vielleicht doch schon vor der Chloroformwirkung kleine Mengen toxisch wirkender Substanzen in den Leberkreislauf gelangt sind und die Leberzellen geschädigt haben, so besonders infektiös-entzündliche Prozesse der Gallenwege, so schließlich anderweitige Leberveränderungen (Zirrhose, Alkoholismus). Wiederholte Chloroformwirkungen sind offenbar gefährlicher als eine einmalige. Jugendliche Personen scheinen besonders gefährdet zu sein.

Sehr oft werden die ersten Salvarsaninjektionen gut vertragen, und erst im Laufe der Kur kommt, wohl durch eine Häufung kleinster Schädlichkeiten, die Giftwirkung zum Vorschein. Alkoholismus, Epilepsie, Grippe und Malaria geben eine gewisse Disposition ab.

L. Gordon, Berlin.

1657.

Buschke, A., Ludwig Loewenstein und Walter Joel, Die spezifischen und unspezifischen Wirkungen des Thalliums. (Dermatologische Abtlg. des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin.) (Med. Klin. 12, 1929.) Die spezifischen Wirkungen des Thalliums haben eine endokrine Entstehung und äußern sich beim Versuchstiere in einer Alopecie, welche nur die sympathisch innervierten Haare, nicht aber die Sinneshaare, trifft, in Störungen des Knochenwachstums und krankhaften Prozessen in den Knochen, die der Rachitis und der Osteomalazie nahestehen, in einer Kataraktbildung, die vielfach mit Entzündung und Blutung in der Iris verläuft, in einer Störung des Brunstzyklus, in einer Eosinophilie im Blute, in einer Abstumpfung der Magensäure und schließlich in Krämpfen. Diese spezifischen Effekte des Thalliums finden sich in geringem Maßstabe auch bei anderen Schwermetallen, es gibt aber kein Element, das diesen Komplex endokriner Symptome auch nur annähernd in gleicher Weise hervorzurufen imstande ist. Die wichtigste unspezifische Wirkung ist die Wirkung auf die Nieren, bei der eine parenchymatöse Veränderung der Epithelien der Tubuli contorti gefunden wird. Auch bei der therapeutischen Anwendung des Thalliums sieht man bei Kindern gelegentlich eine vorübergehende Albuminurie.

L. Gordon, Berlin.

1658.

Petruschky, Johannes, Weitere Ausgestaltung der Perkutanbehandlung. (Med. Welt, 9, 1929.) (Hygienisches Institut der Technischen Hochschule Danzig.) Die perkutane Schutzbehandlung bei Ruhr hat sich im Kriege sehr gut bewährt. Es ist zu erwarten, daß sie auch bei Typhus gute Erfolge zeitigen wird. Das Material wird auf direkte Anforderung vom Verfasser unentgeltlich zur Verfügung gestellt. — Von Erfolg begleitet ist auch die perkutane Behandlung der akuten Katarrhe, die durch Streptokokken und Pneumokokken hervorgerufen werden und als Begleitinfektionen der Tuberkulose vorkommen. In letzter Zeit wurde zum Linimentum antitarrhale noch eine Reihe anderer Erreger hinzugesetzt. Es handelt sich dabei um die bei Grippekranken im Auswurf ständig vorhandenen Diplokokken, Influenzabazillen und Schleimbazillen. In schweren Fällen lassen sich Speziallinimente herstellen, die im Sinne der Autovakzination wirken. — Aus den Streptokokkenstämmen, die bei der sogenannten „Scharlach-Diphtherie“ gefunden werden, ist ein Liniment hergestellt worden, das sich zur Schutzbehandlung bei Scharlach sehr gut bewährt. Man beginnt die Einreibungen mit zwei Tropfen und steigt mit ein- bis zweitägigen Pausen ohne Verdoppelung der Dosen bis zu 6 bzw. 8 Tropfen pro dosi. Der Schutz scheint 6 Monate anzuhalten, was für die Dauer einer Epidemie genügend ist. — Ein weiteres Gebiet der perkutanen Vorbeugung sind die Eiterkrankheiten. Gefährdet sind Aerzte, Krankenschwestern und namentlich gravide Frauen.

Bei den letzten werden die Einreibungen 1 bis 2 Monate vor der Entbindung vorgenommen. Die Versuche des Verfassers mit seinem Linimentum antipyogenes (Pyolin) sind durchweg befriedigend verlaufen. Hergestellt wird das Pyolin aus Streptokokken und Staphylokokken. Behandelt man mit dem Pyolin bereits bestehende Furunkulosen, so sieht man, daß die kleinen, ganz frisch entzündeten Furunkel restlos zurückgehen. Die bereits stark infiltrierten stellen die weitere Entwicklung in der Richtung der Vereiterung ein; die zentrale Infiltration bleibt aber bestehen. Man muß daher das Linimentum antipyogenes erst nach der Entleerung der bereits stark entzündeten Furunkel in Anwendung bringen. Besonders gute Erfolge sieht man in Fällen von chronischer Furunkulose. Die Behandlung muß aber lange genug fortgesetzt werden. — Die Behandlung der Tuberkulose beginnt der Verfasser jetzt immer mit dem Linimentum antitarrhale; erst später geht er zum Tuberkuloseliniment über.

L. Gordon, Berlin.

1659.

Diener, H., Ueber Aqua phagedaenica lutea. (Med. Klin., 8, 1929.) Aqua phagedaenica lutea stellt dar 1 Teil Sublimat auf 300 Teile Kalkwasser. Bei seiner Herstellung bildet sich ein safranfarbener Niederschlag, bestehend aus Quecksilberhydroxyd und Quecksilberchlorid. Das Gemisch ist unbegrenzt haltbar und vor seinem Gebrauch jedesmal stark umzuschütteln. Sein Hauptanwendungsgebiet findet das Mittel bei den verschiedenen Arten des Ekzems. Besonders das frische, akute, nässende und juckende Ekzem reagiert prompt bei seiner Anwendung. Die Art seiner Anwendung ist folgende: Starkes Umschütteln der Flüssigkeit, Tränken eines Mull- oder Leinenlappens mit derselben und dann Benetzen und Betupfen der erkrankten Hautpartie, das etwa drei- bis vier- bis fünfmal täglich. Die erkrankte Stelle muß möglichst frei und offen getragen werden. Sehr gut wirkt das Mittel auch beim Wundsein der Säuglinge.

L. Gordon, Berlin.

1660.

Drapkina, B. S., Ueber den Einfluß der vegetativen Zentren auf den Fermentgehalt des Blutes. (Medizinisch-biologisches Journal [russisch], 4. Jahrg., Heft 2, 1928.) (Aus dem Universitätslaboratorium für pathologische Physiologie, Saratow, Dir. Prof. Tatarinow.) Untersuchungen über Verhalten der Amylase und Katalase des Blutes bei Kaninchen nach Zuckerstich am Boden des 4. Ventrikels, sowie nach operativer Abtrennung der Corpora striata (Dreselsche Operation) zeigen eine völlige Unabhängigkeit dieser Bluttermente von den vegetativen Zentren. Demgegenüber mobilisiert die Leber nach Zuckerstich energisch Glykogen und entfaltet eine lebhaft amylolytische Tätigkeit. Demnach gibt der Fermentgehalt des Blutes keineswegs ein Spiegelbild der fermentativen Prozesse, die sich in den Zellen und Geweben des Organismus abspielen.

Eliasberg.

1661.

Timofeief, N. W., Der Pylorus-Schließungsreflex als klinische Methode zur funktionellen Prüfung des Pankreas und der Galle. (Act. med. scand., Jahrg. 1928, 69., Heft 3—4, S. 309.) Die pathologischen Aenderungen der Magensekretion, die eine Senkung des Salzsäuregehaltes des Magensaftes mit sich bringen, die Krankheiten der Gallenwege und der Gallenblase haben eine Verminderung der funktionellen Aktivität des Pankreas und der Galle zur Folge, was sich durch eine Verlängerung des Pylorusschlusses kenntlich macht. Die hypersekretorischen Zustände des Magens zeigen im Falle einer Kompensation durch das Pankreas eine Verminderung der Zeitdauer des Pylorusschlußreflexes, und im Falle einer Dekompensation eine Verlängerung dieser Verschlusszeit.

Arnold Hirsch, Berlin.

1662.

Kristenson, Anders, Zur Methodik der Thrombozytenzählung beim Menschen. (Act. med. scand., Jahrg. 1928, 69., Heft 3 bis 4, S. 277.) Der Verfasser hat schon im Jahre 1922 Versuche über eine Methodik für direkte Zählung der absoluten Thrombozytenzahl beim Menschen veröffentlicht, auch bereits versucht, statt Venenblut als Material für diese Zählung Fingerblut zu verwenden, doch war die Methodik nicht exakt. Jetzt hat Verfasser eine Pipette konstruiert, die sich von der zur Zählung der weißen Blutkörperchen benutzten dadurch unterscheidet, daß der Anfangsteil ihres Kapillarröhrchens zu einer Ampulle erweitert ist, deren Volumen ungefähr ebenso groß ist wie das des Kapillarröhrchens. Am Übergang der beiden Teile befindet sich eine Marke. Die Entnahme geschieht derart, daß in die Extraampulle nach Einölen derselben mit einer 6prozentigen Lösung von Olivenöl in Aether Verdünnungsflüssigkeit bis zum Anfang des Kapillarröhrchens gesaugt wird. Der Einstich geschieht in die gut mit Olivenöl eingefettete Fingerbeere. Das weitere Aufsaugen und Verdünnen geschieht wie üblich, jedoch muß der Inhalt mehrmals ausgeblasen und wieder aufgesaugt werden, um eine gute Mischung zu erhalten. Man muß nur berücksichtigen,

daß durch das Ansatzstück der Verdünnungsgrad nicht 1:10, sondern 1:12 ist. Ein großer Vorteil dieser Methode liegt darin, daß die weißen Blutkörperchen in demselben Präparat gezählt werden können.

Arnold Hirsch, Berlin.

1663

Forssner, Ueber den Deszensus der Geschlechtsdrüsen beim Menschen. (Acta obstetr. scand., 7., Nr. 4.) Der Deszensus der Testikel beruht nicht auf einer aktiven Tätigkeit in darunterliegenden Geweben, die den Processus vaginalis und Testikel hinabziehen würden, er ist vielmehr dadurch bedingt, daß das darunterliegende Gewebe seine Tragkraft verliert. Der Deszensus ist eine Bruchbildung, die im Fötalleben entsteht und später ausheilt.

Das im Leistenkanal des männlichen Fötus liegende Ligamentum inguinale (sonst auch Guernakulum genannt) beginnt beim Fötus von über 7 cm Nacken-Steißlänge ab allmählich lockerer zu werden und drängt den Leistenkanal auseinander, der schließlich einen größeren Durchmesser hat als der Hoden selbst. Das Bindegewebe des Ligamentum inguinale nimmt mehr und mehr schleimigen Charakter an. Ist dieser Prozeß weit genug gediehen, so kann das pfeilerförmig ins Abdomen vorspringende Ligamentum den ihm aufsitzenden Hoden nicht mehr stützen. Der Hoden sinkt dann, die ihn umgebende Peritonealduplikatur umstülpend und so den Processus vaginalis bilden, in den Leistenkanal und endlich ins Skrotum hinein. Beim weiblichen Fötus tritt die Auflockerung des Ligamentum inguinale nicht ein. Hier verhindert auch die andere Lage des Ovariums und dessen feste Verbindung mit dem Uterus einen Deszensus.

Bei einem Fall vollständiger Retention der Testikel beim ausgetragenen Fötus war die peritoneale Anheftung des Hodens fester, der Canalis inguinalis war weniger ausgedehnt, und die schleimige Umwandlung des Ligamentum inguinale fehlte.

Hans Hirsch, Mühlheim.

1664.

Dahl, Mütterlicher und kindlicher Blutzucker unter wechselnden experimentellen Bedingungen. (Acta obstetr. scand., 7., Nr. 4.) In der letzten Zeit der Gravidität hält sich der Blutzucker der Frau an der unteren Grenze der Norm, im Durchschnitt bei 0,80%. Während der Wehentätigkeit steigt der Blutzucker dauernd an — auch in den Wehenpausen — und beträgt unter der Geburt bei der Mutter im Durchschnitt 0,116%. Narkose und fieberhafte Erkrankungen erhöhen den Blutzucker der Gebärenden etwas. In einigen Fällen von Eklampsie war der Blutzuckergehalt sehr niedrig, der geringste war 0,053%. Während der Konvulsionen steigt der Blutzucker stark an und fällt danach wieder langsam. Beim Fötus betrug der durchschnittliche Gehalt unter der Geburt in der Nabelvene 0,088%, in den Nabelarterien 0,076%. Traubenzuckerzufuhr von 60 g in 600 ccm Wasser 1½ Stunden vor der Geburt läßt den Blutzucker sub partu bei der Mutter (auf durchschnittlich 0,229%), in der Nabelvene (auf durchschnittlich 0,181%), in den Nabelarterien (auf durchschnittlich 0,154%) ansteigen. Der Blutzuckergehalt in Vene und Arterie verhält sich im Nabelstrang also umgekehrt wie im Gefäßsystem des Erwachsenen. Für gewöhnlich wirkt die Plazentapassage senkend auf den Blutzuckerspiegel. Dennoch kann auch eine hohe Blutzuckerkonzentration die Plazenta passieren, in einem Falle z. B. 0,240%. Dies zeigt auch der wahrscheinliche Uebertritt hoher Blutzuckerkonzentrationen auf den Fötus bei diabetischen Frauen.

Hans Hirsch, Mühlheim.

1665.

Brandsburg, B. B., Zur Frage der Reaktion des retikuloendothelialen Apparates auf die totale und partielle Splenektomie. (Zeitschr. f. moderne Chirurgie [russisch], 4., Nr. 20.) In 7 Hunden versuchten beschäftigt sich Verfasser mit dem Problem der Regenerationsfähigkeit der Milz. 4 Hunden wurde die Milz total extirpiert und kleine Milzstückchen ins Netz eingepflanzt. 3 Hunden wurde die Milz unter Erhaltung des Milzhilus reseziert und ebenfalls Stückchen ins Netz eingenaht. Wenn auch nicht so deutlich wie in früheren Versuchen des Verfassers, so zeigten doch auch seine jetzigen Experimente, daß bei totaler Exstirpation der Milz regenerative Erscheinungen an den Milztransplantaten auftreten bei geringer Reaktion des retikuloendothelialen Apparates. Bei partieller Resektion der Milz dagegen ist die Regeneration des Milzstumpfes und der Transplantate gering bei starker Reaktion des retikuloendothelialen Apparates.

Eliasberg.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

1666.

Seige, Max, Neue Wege der Melancholiebehandlung. (Med. Kln., 10, 1929.) (Nervenabteilung des Sanatoriums Bad Lieben-

stein.) Es ist jetzt möglich, bei der Melancholie eine aktivere Therapie zu treiben als es in früherer Zeit üblich war. So behandelt Verfasser jede klimakterische Depression und auch andere, bei denen durch Menstruationsstörungen und dergleichen der Gedanke an einen Hypogonitismus naheliegt, mit dem Ovarialhormon Follikulin-Menformon und Hypophysenvorderlappenpräparaten, wobei die Fälle bedeutend leichter und kürzer verlaufen. Die Behandlung männlicher Kranken mit sogenannten männlichen Sexualhormonen und Hypophysenvorderlappenpräparaten blieb dagegen erfolglos. Recht gute Erfolge, vor allem bei Angstmelancholien, und zwar nicht nur bei klimakterischen, leistet auch die Eigenblutbehandlung; man darf nur nicht zu kleine Mengen Blut nehmen. Verfasser entnimmt 15 ccm Blut mit einer Spritze, in der sich vorher etwa 5 ccm steriles Wasser befinden, und spritzt sofort dem ganzen Inhalt in die Gesäßmuskulatur. Auf Grund der Beobachtung, daß etwa zwei Drittel aller Melancholischen eine positive Zuckerreaktion im Harn haben, behandelte Verfasser Melancholische mit hohen Blutzuckerwerten mit Insulin. Die Behandlung viel vollkommen negativ aus, im Gegensatz zu der später vorgenommenen mit Synthalin B, die sehr gute Erfolge zeitigte.

L. Gordon, Berlin.

1667.

Liwschitz, J. G., Versuch einer Behandlung der Schizophrenie mit Zerebrotoxin. (Zschr. Neur., 118., Heft 5, 1929.) Sachgemäß hergestellte zytotoxische Sera können in entsprechenden Dosen als spezifische Stimulatoren für verschiedene Funktionen des Organismus benutzt werden. Das Zerebrotoxin ist in kleinen Dosen für den menschlichen Organismus unschädlich. Das Zerebrotoxin könnte bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, die mit einer Autointoxikation des Zentralnervensystems in Zusammenhang stehen, insbesondere bei der Schizophrenie, eine wichtige Rolle spielen. Das Zerebrotoxin könnte ebenso wie einige andere Zytotoxine vielleicht als Mittel benutzt werden, das die Resistenz lebenswichtiger Organe steigert, infolgedessen auch zur Bekämpfung des Alters dienen. Trotz der kurzdauernden Anwendung erzielte Verfasser mit dem Zerebrotoxin bei der Behandlung der Schizophrenie eine deutliche Besserung in 50% der Fälle; in den übrigen Fällen wurde ebenfalls eine, wenn auch keine so auffällige Besserung des körperlichen und geistigen Zustandes beobachtet. Letztere Fälle erheischen eine weitere Beobachtung. Höchstwahrscheinlich wird es sich ermöglichen lassen, das Menschengehirn durch das Gehirn einiger Tiere bei der Gewinnung des erforderlichen antihumanen Zerebrotoxins zu ersetzen. Sollte sich dies in der Folge bestätigen, so wird hierdurch die Herstellung des erforderlichen zytotoxischen Serums um ein vielfaches vereinfacht und hierdurch die Möglichkeit sowohl einer Massennachprüfung der empfohlenen Methode als auch einer Massenbehandlung derselben zu therapeutischen Zwecken geboten.

Hans Knospe, Berlin.

1668.

Schriiver, D., Untersuchungen über Urobilinbildung und -ausscheidung bei Psychosen. (Zschr. Neur., 118., Heft 5, 1929.) Es wurden quantitative Untersuchungen über die Urobilinausscheidung in Fällen von Schizophrenie angestellt. In einem großen Prozentsatz der Fälle erwies sich der Quotient Koturobinin : Harnurobin erniedrigt. Die hiermit aufgedeckte Leberfunktionsstörung ist im Einklang mit den früher vom Verfasser in Fällen von Schizophrenie beschriebenen Leberabweichungen. In vielen Fällen besteht eine absolute Verminderung des Koturobilins, welche Erscheinung mit dem Namen Hyposterkobiline benannt wird. Diese Hyposterkobiline ist wahrscheinlich die Folge einer langsamen Blutmauserung.

Hans Knospe, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

1669.

Grossmann, J., Neue pathologische Reflexe. (Rev. neur., XXXVI, 1., Nr. 3, 1929.) A. Der lumbosakro-glutäale Reflex. Beim Beklopfen der mittleren Partie des Kreuzbeins oder der Lendenwirbelsäule eines auf dem Bauch liegenden Individuums (Beine leicht gespreizt, Oberschenkel in Beugung) erhält man eine Kontraktur der Glutäalmuskulatur der kranken Seite bei Fällen von Neuritis und Neuralgien und beiderseitige Kontraktur bei Plexitis der unteren Gliedmaßen. Die Kontraktur ist ausgesprochen auf der Seite des lebhafteren Schmerzes und des pathologischen Herdes. Bei Gesunden fehlt dieser Reflex, desgleichen bei Neurasthenikern, bei zentral gelegenen Erkrankungen (Hirn, Rückenmark). Der Reflex kann differentialdiagnostische Bedeutung erlangen bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabes (gegenüber den neuritischen Schmerzen der unteren Extremitäten). Der Reflex zeigt

sich in 80 bis 90% der Fälle von organischer Störung des peripherischen motorischen Neurons; er ist medullären Ursprungs (L₅—S₁) und erschöpft sich leicht.

B. Der paradoxe skapulo-humerale Reflex. Beim Beklopfen des inneren Randes des Schulterblatts erhält man eine Kontraktur des Deltoideus und eine Beugung im Ellenbogen (Bechterewsche Reflex), ferner auch eine Adduktion der Schulter. Dieser Reflex ist konstant bei gesunden Individuen und bei Fällen ohne Pyramidenalterationen. Bei zerebraler Hemiplegie findet sich nicht eine Adduktion, sondern eine ziemlich starke Supination der Schulter: paradoxer skapulo-humeraler Reflex. Letzterer Reflex ist sehr konstant (90%) bei organischen Hemiplegien; um ihn zu erhalten, klopft man am besten auf den unteren inneren Skapularrand. Er kommt zustande infolge Ernährungsverminderung der Brustmuskulatur (Trapezius, Latissimus, Pectorales). Bei Gesunden und funktionellen Nervenkrankheiten fehlt der Reflex. Er ist medullären Ursprungs.

Kurt Mendel, Berlin.

1670.

Bernard, A., und Ch. Jung, **Kremnophobie**. (Rev. neur., XXXVI, 1., Nr. 3, 1929.) Die Kremnophobie (= Höhenschwindel) ist vom Schwindel zu unterscheiden; sie nähert sich vielmehr der Agoraphobie und den Angstzuständen. Vom subjektiven Standpunkt besteht sie in der Tat nicht in einem Gefühl der Rotation, vielmehr in einem respiratorischen Druckgefühl und in einer relativen Hemmung des Muskelsystems. Pneumo- und ergographische Untersuchungen bestätigen diese respiratorischen und dynamischen Störungen: die Atmung wird oberflächlich und schnell, die Ermüdung des Muskelapparats erfolgt auffallend schnell. Von seiten des Zirkulationsapparates ist kein besonderes Symptom festzustellen; von seiten der Nerven bestehen einige vagotonische Symptome. Die Kremnophoben sind sehr lebhaft beeinflusst, wenn sie einen anderen sich dem Abgrund nähern und in eine gefährliche Situation gelangen sehen. Hierbei spielt ein emotives Element eine gewichtige Rolle; es handelt sich dann nicht mehr um reine Kremnophobie.

Kurt Mendel, Berlin.

1671.

Lagrange, H., Bertrano, J., und R. Garcin, **Kortikale Blindheit**. (Rev. neur., XXXVI, 1., Nr. 3, 1929.) Mitteilung eines Falles von Seelenblindheit infolge Erweichung beider Kunei. Das erweichte Gebiet entsprach der Arteria cerebri posterior. Die beiden Lippen der Kalkarina waren völlig zerstört. Degeneriert waren infolgedessen die optischen Bahnen, welche die Kalkarina mit den subkortikalen Zentren verbinden. Retrograde Degenerationen fanden sich auch im Corpus geniculatum externum und im Wernickeschen Felde.

Kurt Mendel, Berlin.

1672.

Klein, R., **Vererbung der familiären spastischen Spinalparalyse**. (M. Psych., 72., Heft 1.) Spastische Spinalparalyse bei Mutter und zwei Kindern (Schwestern). Es zeigt, daß eine sonst klinisch nicht faßbare Schwäche eines Systems vielleicht durch Kombination mit einer anderen, nicht unbedingt homologen, aber gleichgerichteten Erbmasse sich derart verstärken kann, daß sie in der Nachkommenschaft zur Erkrankung führt, daß ferner ein solches Zusammentreffen eine derartige Durchschlagskraft für die folgende Generation haben kann, wie man sie sonst bei dem dominanten Vererbungstypus findet.

Kurt Mendel, Berlin.

1673.

Herman, E., **Ueber die Trigeminalneuralgie als Anfangssymptom der multiplen Sklerose**. (Zschr. Neur., 118., Heft 5, 1929.) Die Trigeminalneuralgie, die die klinischen Erscheinungen eingeleitet hatte und ständig subjektiv im Vordergrund stand, Remissionen, Besserung nach der Bestrahlung, endlich die Feststellung der Pyramidensymptome schon ein Jahr nach Auftreten der Neuralgie, dies alles weist darauf hin, daß man es in vorliegendem Falle nicht mit bloßer Koinzidenz zu tun hat, sondern daß die Neuralgie sicherlich den Ausdruck eines sklerotischen Herdes im rechten Ganglion Gasseri oder höher z. B. in der Eintrittsstelle der Quintuswurzel in der Brücke bildet. Die Trigeminalneuralgie bei der multiplen Sklerose pflegt im Beginn des Leidens aufzutreten, wie dies übrigens auch von der Ischialgie gilt. Es ist schwierig, irgendwelche sicheren Merkmale aufzufinden, die es erlauben würden, schon vom Bilde der Neuralgie selbst ihren symptomatischen Charakter abzulesen. Genau so wie bei der gewöhnlichen idiopathischen Quintusneuralgie, treten auch hier die Schmerzen einmal schwächer, einmal stärker auf, steigern sich bei allen auslösenden Reizen, vielleicht sind sie nur von längerer Dauer und haben keinen so scharf ausgeprägten Anfallscharakter wie bei der idiopathischen Neuralgie des Trigemini.

Hans Knospe, Berlin.

1674.

Schtscherbak, A. E., **Zur Bekämpfung der vegetativen progressiven Muskeldystrophie. Bedeutung der Ca-Iontophorese**.

(Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 12, S. 949.) In vielen Fällen von progressiver Muskeldystrophie konnte Verfasser durch Adrenalintherapie eine wesentliche Besserung und in einzelnen Fällen sogar Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erreichen. In der Mehrzahl der Fälle bewirkt Adrenalin eine Hemmung der Weiterentwicklung der Dystrophie, die 3 bis 4 Jahre anhält. Es wurde jedoch auch beobachtet, daß Wiederholung der Adrenalintherapie nach einigen Monaten nicht immer eine weitere Besserung herbeizuführen vermag; der nach den ersten Adrenalininjektionen erzielte Erfolg bleibt stationär, und die vorhandenen Symptome gehen nicht zurück. Bleibt die Adrenalinbehandlung längere Zeit (1 Jahr und mehr) aus, so tritt manchmal eine Verschlimmerung des Zustandes ein, welche sich wohl unter der neu einsetzenden Adrenalintherapie wieder bessert, ohne jedoch über die schon bei der früheren Adrenalintherapie erreichten Resultate hinauszugehen. Diese Variationen der therapeutischen Wirkung des Adrenalins bei muskulärer Dystrophie erklärt Verfasser mit der Theorie, nach welcher dieser Erkrankung eine angeborene, nicht selten familiäre Hypoplasie des für die quergestreifte Muskulatur bestimmten vegetativ-endokrinen Apparats zugrundeliegt. Wo diese Hypoplasie einen hohen Grad erreicht, ist der therapeutische Erfolg begrenzt. Von der vegetativ-endokrinen Theorie der muskulären Dystrophie ausgehend, wenden im Institut des Verfassers außer Adrenalin noch folgende Versuche zur Bekämpfung dieses Leidens angewandt: 1. systematische und dauernde interne Polyglandulindarreichung; 2. Aktivierung der Nebennieren mittels lokaler Anwendung von elektrischen Strömen hoher Spannung und 3. Kalziumiontophorese zur unmittelbaren Einwirkung auf die vegetativen Nervenendigungen in der erkrankten Muskulatur. Diese letztere hat sich bisher gut bewährt. Experimentelle Untersuchungen zeigten, daß der Muskel nach Ca-Iontophorese eine Anreicherung an Ca erfährt. In einem klassischen Falle (Typ. pelvifemoralis) erzielte man durch die Ca-Iontophorese, die bei nach Bier gestauten Extremitäten ausgeführt wurde, glänzende Resultate. Nach 15 Sitzungen von je 20 Minuten Dauer (Stromstärke 40 MA, Stromdichte 0,25 MA auf 1 qcm; 2prozentige CaCl₂-Lösung an der Anode) trat eine deutliche objektive Besserung nicht nur im behandelten Muskel (M. extens. crur. quadrig.), sondern auch in der ganzen Körpermuskulatur ein, was auf die von der lokalen Iontophorese ausgehende vegetativ-reflektorische Einwirkung zurückgeführt wird.

E. Kontorowitsch.

1675.

Silbermann, J., **Ueber eine eigenartige Störung der vegetativen Zentren (Diabetes insipidus usw.)**. (Zschr. f. Neur., 118., H. 5, 1929.) Die Entstehung eines psychisch bedingten Diabetes insipidus deutet Verfasser durch den Wegfall von kortikalen und endokrinen Hemmungsmechanismen. Für die Aufrechterhaltung der normalen Regulation der vegetativen Zentren, in diesem Falle des Zentrums des Wasserhaushaltes, ist Kortex und endokrines Drüsensystem notwendig, von dem bei Störungen des Wasserhaushaltes unter anderen an erster Stelle Hypophyse und Nebenniere stehen. Die starke Beeinflussbarkeit durch die Hormone scheint auf eine Funktionsstörung, auf eine Gleichgewichtsstörung des vegetativen Systems zu deuten. Die psychische Beeinflussbarkeit dieses Systems ist erwiesen, und so sind wohl auch die psychotherapeutischen Erfolge in der Behandlung der Gleichgewichtsstörungen im Wasserhaushalt, der rein funktionellen und doch echten Fälle von Diabetes insipidus zu erklären.

Hans Knospe, Berlin.

1676.

Catola, Ginio, **Neuralgie des Plexus sacralis. Neuralgie des Ischiadicus**. (Policlinico, sez. prat., 36., 13.) (Neuropathologische Klinik in Florenz.) Symptomatische Ischias kommt bei folgenden Krankheiten vor: Morbus Pottii, Lues oder Karzinom der Wirbelknochen, Spondylitis tuberculosa, gonorrhoea oder rheumatica, bei osteophytischen oder fibroplastischen Prozessen an der Wirbelsäule mit Ossifikation der Ligamente, bei Spondylitis rhizomelica, Sacralisation des fünften Lendenwirbels, Megapophysitis transversa lumbalis, intra- oder extraduralen Meningealtumoren. Ferner bei einer Anzahl von Krankheiten, deren Entstehung außerhalb der Wirbelsäule zu suchen ist: Tumoren, Frakturen, entzündliche Affektionen des Sakrum, Arthritis sacro-iliaca, Adnexerkrankungen, Karzinom des Rektums oder der Prostata, Appendizitis, traumatischen oder entzündlichen Affektionen der unteren Extremitäten, deformierenden Kallusbildungen an denselben bei Genu recurvatum und Pes planus. Schließlich kommen als Ursachen intraglutale Injektionen kaustischer oder nekrotisierender Medikamente, wie Chinin, Hg oder Kampfer, geburtshilfliche Komplikationen oder Eingriffe, Varizen, phlebitische oder periphlebitische Herde, die sich auf das Neurilemm fortsetzen, in Betracht. Auch gibt es eine Anzahl von Allgemeinerkrankungen, wie Diabetes, Gicht, Saturnismus, Vergiftungen, wie Alkoholismus, Kohlenoxydvergiftung, Infektionen, wie Malaria, Lues, Gonorrhöe, Tuberkulose, Influenza, Typhus oder Paratyphus, Meningitis cerebrospinalis, die eine Ischias als Kom-

plikation oder Folge aufweisen können. Die essentielle Ischias ist fast durchwegs rheumatischer Natur und kommt meistens bei Individuen mit mehr oder minder stark ausgeprägter Urikämie um das vierte Jahrzehnt herum vor. Klinisch kann man eine Neuralgie des Stammes, des Plexus, ferner eine funikuläre oder radikuläre Form unterscheiden. Die Ischias des Nervenstammes kann auch eine partielle sein: bei der Ischias plantaris sind Tarsalgien (Pes plano-valgus, Köhlersche Krankheit) sowie Talalgien auszuschließen. Für die Radikulitis sind folgende Symptome charakteristisch: Schmerzhaftigkeit der Valleixschen Punkte, Exazerbation beim Husten oder Niesen, eventuelle sensible Störungen, Kontrakturen mit alternativer Skoliose. Bei der Funikulitis handelt es sich eher um para-ischiadische, d. h. um perifunikuläre Veränderungen mit Reizung und Kompression des Nerven selbst, denn um essentiell-ischiadische Erscheinungen. Symptomatologie: Eine ganze Anzahl klinischer Symptome ist nichts anderes als der Ausdruck antialgischer Reaktionen von vorübergehendem oder fixem Verlauf, automatisch oder passiv provoziert, die eine Entspannung des Nerven bezwecken. Es sind dies das bekannte Zeichen von Lassègue, das Zeichen von Bechterew: Schmerzempfindung im erkrankten Bein bei Ausführung des Lassègueschen Manövers am gesunden Bein, von Kernig, von Brudzinski: Schmerzempfindung bei forcierter Beugung des Kopfes zur Brust hin, von Bonnet: Schmerz bei forcierter Adduktion des Oberschenkels, von Sicard: Schmerz bei forcierter Flexion des Fußes, von Neri: Flexion des Knies des erkrankten Beines bei Vorwärtsbeugung des Rumpfes des stehenden Patienten. Gekreuzte oder alternative Skoliose, erste bei funikulärer, zweite bei radikulärer oder tronkulärer Ischias. Häufig Asymmetrie der Schulterblätter. Die antialgische Kontraktur der sakrolumbalen Muskulatur und der Psoas kann sichtbare Verkürzung des Beines hervorrufen (Sciaticque spasmodique Brissaud, Sciaticque motonique Sicard). Ein markantes Symptom ist das Hochhalten der Ferse des erkrankten Beines. Sensible Störungen (Hypästhesien) sind hauptsächlich bei chronischer Ischias, besonders bei neuritischem Typus zu finden. Die am meisten in Betracht kommenden Valleixschen Punkte sind: Lumbaler Punkt, oberhalb des Sakrums, sakraler Punkt, entsprechend der Articulatio sacro-iliaca, glutäaler Punkt, im oberen Teil der Incisura ischiadica, der obere, mittlere und untere femorale Punkt an der hinteren Fläche des Oberschenkels, der popliteale Punkt an der äußeren Partie des Cavum popliteum, der peroneale Punkt am Wadenbeinköpfchen, der malleoläre Punkt an der hinteren und unteren Partie des Malleolus externus, der Achillespunkt (schmerzhaftige Sensation beim brüskten Kneifen der Achillessehne). Auch das Kneifen des inneren Randes der Adduktorenmasse des gesunden Oberschenkels wird beim Vorhandensein von Ischias viel schmerzhafter empfunden, als dasselbe Manöver auf der erkrankten Seite (Barré). Unfähigkeit, auf den Zehen zu stehen infolge Parese und Hypotonie der Mm. sol. und gemelli. (Ollivay). Hypotonie der Achillessehne, Abflachung des Fußgewölbes. Abschwächung oder Verschwinden des Achillessehnenreflexes, Steigerung folgender Hautreflexe: des glutäalen, Kremaster- oder Abdominalreflexes. Idiomuskuläre Zuckungen; Beklopfen der Wadenmuskulatur ruft auf der erkrankten Seite kräftigere faszikuläre oder fibrilläre Kontraktionen als auf der gesunden hervor (Sicard). Perkussion des medialen Randes der Achillessehne bewirkt Flexion des Hallux (Villaret und Faure-Beaulieu). Bei Prüfung der Sehnenreflexe müssen unter anderem folgende Krankheitszustände ausgeschlossen werden: Zerebrale oder medulläre Affektionen, Läsionen des Thalamus opticus, Encephalitis lethargica, Tabes dorsalis, spezifische Radikulitis, Affektionen des Sympathikus.

Ashkenasy, Wien.

1677.

Cairns, Hugh, Zur Lokalisation intrakranieller Tumoren. (Lancet, 216., 5508.) (London-Hospital, London.) Die klinischen Symptome eines intrakraniellen Tumors können nach Ventrikulographie oder osteoplastischer Kraniotomie und Dekompression eine Veränderung erleiden. Sofern die Operation technisch einwandfrei ausgeführt wurde, liegt die Ursache dieser Veränderung an der Lage- und Größenänderung des Tumors. Daher genaueste neurologische Befundaufnahme nach vergeblicher intrakranieller Exploration. Eine Ventrikulographie ist unter allen Umständen gefährlich und soll daher möglichst bald von der Operation gefolgt werden.

Ashkenasy, Wien.

Psychologie und Psychopathologie

1678.

Enke, Willi, Experimentalpsychologische Studien zur Konstitutionsforschung. (Psychomotorische Untersuchungen.) (Zeitschrift f. Neur., 118., Heft 5, 1929.) Feinheit und Abgemessenheit

der Hand- bzw. der Fingerbewegungen ist bei den Leptosomen am besten ausgeprägt, weniger gut bei den Pyknikern, am schlechtesten bei den Athletikern. In der Koordination der Gesamtmotorik sind die Pykniker durch weiche, abgerundete, flüssige und sperrungsfreie Bewegungen den Leptosomen und Athletikern deutlich überlegen. Bei den Leptosomen ist das Bewegungsganze häufig ausgesprochen steif, eckig und angewandt und oft durch abrupte Bewegungsentscheidungen unterbrochen. Ihre Begabung bezüglich koordinatorischer Gesamtleistungen steht hinter der der Pykniker weit zurück, zum Teil aber vermögen die Leptosomen durch gespanntere Konzentration auf die Aufgabe diesen Mangel gegenüber den affektiv-läblicheren Pyknikern auszugleichen. Die Schriftdruckkurven geben einen mathematisch exakt bestimmbarer Index für gewisse affektiv-willensmäßige Verhaltensweisen der Körperbautypen. Die Druckdifferenzen sind bei den Pyknikern am größten, sie weisen durchschnittlich den höchsten Maximal- wie den niedrigsten Minimaldruck auf. Die Dauerdruckhöhe aber ist bei ihnen wesentlich niedriger als bei den Leptosomen und Athletikern. Damit dokumentiert sich bei den Pyknikern ein Losgelöstsein ihrer motorischen Tätigkeit von affektiven oder willensmäßigen Gegentendenzen. Hingegen verrät die unnötige oder auch zweckwidrige Kraftentfaltung beim Schreiben, die sich in der größten Dauerdruckhöhe ausdrückt, bei den Leptosomen und Athletikern eine während des Schreibaktes anhaltende intrapsychische Spannung. Auch die Gesamtkurvenbilder haben deutliche Affinitäten zu den Körperbautypen.

Hans Knospe, Berlin.

1679.

Schenk, P., Schlafleben. (Mscr. Psych., 72., Heft 1.) Im Schlaf kommt das Erleben nicht zum Stillstand, sondern es fließt weiter wie in der Wachheit. Die Verschiedenheiten zwischen Schlafen und Wachen sind namentlich qualitativer Natur. Das Schlafbewußtsein unterscheidet sich vom Wachbewußtsein dadurch, daß im ersteren das Ganze über seine Teile in stärkerem Maße und in anderer Weise das Uebergewicht hat als im letzteren. Und zwar sind im Schlafbewußtsein die Teile weniger unter sich und weniger gegen das Ganze abgesondert, so daß das Schlafbewußtsein relativ ungefügt und ungegliedert ist. Je tiefer der Schlaf wird, um so mehr nähert sich das Erleben dem rein Gefühlsmäßigen, und je mehr das Individuum sich der Wachheit nähert, um so mehr entwickeln sich gefügtere und gegliederte Gestalten. Das Bewußtsein wird mit zunehmender Schlafvertiefung immer primitiver.

Kurt Mendel, Berlin.

1680.

Kallmann, F., Psychopathologie des abergläubischen Verbrechers. (Monatschr. Psych., 72., Heft 1.) Mitteilung eines Giftmordfalles, in dessen Motivbündel der Aberglaube zum mindesten eine Hauptrolle spielte. Schlußsätze: Verbrechen aus Aberglauben gehören im kriminalbiologischen Sinne zu den exogenen und haben in strafrechtlicher Hinsicht enge Beziehungen zu Ueberzeugungsverbrechen sowie zu echten Wahndelikten; ihre Aufklärung und kriminalpsychologische Bewertung erfordert die Erschließung der Beziehungen der den Hang zum Aberglauben nährenden Umweltlage zur Persönlichkeit des Täters und seiner kriminogenen Disposition. Bei abergläubischen Verbrechern ist vor allem die Echtheit ihrer abergläubischen Vorstellungen zu beweisen. Diese können bei labilen, phantastischen Psychopathen den Affektwert überwertiger Ideen und echter Wahnbildungen erreichen und entsprechende psychiatrische Berücksichtigung erfordern. Die Neigung zur paranoid-degenerativen Wahnbildung und der Glaube an abergläubische Vorstellungen haben in vielen Fällen ihre gemeinsame Wurzel in der Reaktion der insuffizienten Persönlichkeit auf konfliktvolle bzw. schuldhaft-affektbesetzte Erlebnisreize.

Kurt Mendel, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

1681.

Hart, Bernhard, Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vom psychiatrischen Standpunkte. (Lancet, 216., 5509.) (University College Hospital, London.) Bei Häufung von Anfällen von Irrsinn, besonders wenn noch andere nicht zu vernachlässigende Faktoren mitspielen, ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen indiziert. Die Schwangerschaft an und für sich ist als ein solch wichtiger Faktor anzusehen. Setzen derartiger Anfälle bereits während früherer Schwangerschaften oder Puerperien ein, wobei es zu einem seelischen Zusammenbruch in solchen Momenten wiederholt gekommen ist, dann besteht eine fast absolute Anzeige für die Einleitung eines Abortus.

Ashkenasy, Wien.

1682.

Lederer, E., Bleivergiftung oder Magenkrebs. (Ztbl. f. gew. Hyg., 5. Jahrg., Nr. 2, 1929.) Interessanter, auch für den praktischen Arzt wichtiger Beitrag zur Differentialdiagnose der Gewerbekrankheiten: Ein 46jähriger Schriftsetzer litt an Magen-Darmschmerzen, welche unter Berücksichtigung seines Berufes als Bleikolikden aufgefaßt wurden, zumal sich auch basophile gezielte Erythrozyten fanden. Die einmalige Tage nach der Begutachtung vorgenommene Röntgenuntersuchung deckte ein inoperables Magenkarzinom auf.

Michaelis, Bitterfeld.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

1683.

Voüte, Thorakoskopie und endopleurale Kaustik. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 10, 1929.) Die Thorakoskopie ist angezeigt bei jedem klinisch oder röntgenologisch nicht genügend wirksamen Pneumothorax. Um die Wirksamkeit eines Pneumothorax zu beurteilen, sollte man immer den Zustand zugrundelegen, wie er ungefähr 3 Monate nach Anlegung des Pneumothorax besteht. Dies aus Gründen der Dehnbarkeit der Verwachsungen, die nach dieser Zeitspanne wohl ihr Maximum erreicht hat. Ist nach dieser Zeit der Pneumothorax nicht restlos befriedigend, so ist eine Thorakoskopie am Platze. Durch diese Orientierung läßt sich die Entscheidung treffen, ob eventuell vorhandene Verwachsungen geeignet sind, durch die endopleurale Kaustik gelöst zu werden. Diese Entscheidung ist Sache des Spezialisten, der viel Übung mit der Methode haben muß. Der Spezialist wird seine Erfahrungen dazu brauchen, um bei Anblick und Studium einer Verwachsung sagen zu können: Da kann ich brennen, hier ist die Gefahr der Lungenverletzung, dort besteht die Gefahr der Blutung usw. Diese Beurteilung ist das Wesentliche in der Methode. Von ihr hängt der Erfolg der Operation ab.

Die Technik ist für die Thorakoskopie nicht schwer, dagegen kam sie für die Kaustik unüberwindliche Schwierigkeiten bringen. Vieles hängt von der richtigen Wahl der Einführungsstelle, der Optik und des Käuters ab. Die Gefahr der Blutung oder Lungenverletzung ist wesentlich verringert durch Anwendung eines Käuters, bei dem die Möglichkeit besteht, vor dem Brennen das Gewebe durch Diathermie zu nekrotisieren.

Die Erfolge sind gut bei richtiger Auswahl der Fälle. Vor allem müssen wir uns darüber klar sein, daß alle Fälle, welche für diese Operation in Frage kommen, sonst nur durch eine Thorakoplastik geheilt werden könnten. Nun ist aber eine Plastik ein Eingriff, der von vielen Patienten kategorisch abgelehnt wird, oder den der Patient wegen schlechten Allgemeinzustandes kaum überleben würde. Da ist nun dieser relativ kleine Eingriff eine äußerst willkommene Methode, die die gleichen Erfolge haben kann wie eine Thorakoplastik. Erst wenn die endopleurale Kaustik nicht anwendbar ist, wie z. B. bei ausgedehnten, flächenhaften Verwachsungen, sollte die Indikation zur Thorakoplastik gestellt werden.

Held.

1684.

Scheicher, A., Was leisten die röntgenologischen Untersuchungsverfahren bei chirurgischen Nieren- und Harnleitererkrankungen? (Ztbl. f. inn. Med., Jahrg. 50, Nr. 7 und 8.) Verf. gibt einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Röntgenuntersuchung der Nieren- und Harnleitererkrankungen und schildert die am Nymphenburger Krankenhaus in München gebräuchliche Methode der Pyelographie, während Pneumoperitoneum und Pneumoradiographie des Nierenlagers dort nicht geübt werden. Als Kontrastmittel dient die Jod-Lithium-Verbindung Umbrenal, wenn auch bei deren hohem spezifischen Gewicht infolge erschwerter Wasserlöslichkeit nicht selten Teilgebilde als Nachteil zugegeben werden müssen. Verwendet werden nur dünne Harnleiterkatheter von 4, höchstens 5 Charrière. Bei vorsichtiger Pyelographie wurden keine Schädigungen beobachtet. Die Pyelographie ist bei kongenitalen Anomalien und bei Dystopien erwünscht, bei Hydronephrosen und Tumoren unentbehrlich. Die Röntgenographie bringt hier bei dem häufig negativen Urinbefund bei dem oft fehlenden klassischen Bild der klinischen Hydronephrosensymptome die diagnostische Klärung. Bei Tuberkulose tritt die wegen Infektionsmöglichkeit obendrein gefährliche Pyelographie hinter der Zystoskopie zurück und versagt insbesondere für die Frühdiagnose der Tuberkulose. Der exakte Steinnachweis bereitet auch heute noch große Schwierigkeiten. Erfahrungen mit Pneumopyelographie scheint Verf. nicht zu besitzen. Abschließend wird vor Hintersetzung der notwendigen anderen Untersuchungsmethoden

zugunsten einseitiger Röntgendiagnostik gewarnt. Von dem Weiterausbau der röntgenologischen Methoden wird gerade für die Frühdiagnosen Wertvolles erhofft. Weiterausbau erscheint um so notwendiger, als nach neueren amerikanischen Veröffentlichungen Mazer unter 1000 Fällen mit chronisch-abdominellen Beschwerden unklaren Ursprungs in 50% den Harnapparat für die Symptome verantwortlich machen konnte, und Nichols fand, daß 30% aller rechtsseitig Nierenkranker schon teilweise erfolglose Bauchoperationen durchgemacht hatten. Gustav Hofmann, Nürnberg.

1685.

Gottloeb, J. G., und F. J. Strokow, Pyelographie mit Hilfe von Luft. (Ztschr. f. mod. Chir. [russisch], Jahrg. 4, Heft 20, 1929.) Die Pyelographie mit Hilfe von Luft hat bedeutende Vorteile vor derjenigen mit Flüssigkeiten, wie Bromnatrium. Bei der Pneumopyelographie fehlen alle Reizerscheinungen von seiten der Schleimhaut; sie ist schmerzlos und wird auch bei Fällen von Hydronephrose ohne schädliche Nebenwirkungen vertragen. Sie ermöglicht die röntgenologische Darstellung solcher Konkreme, die sonst keine Schatten geben. Sie gestattet eine Diagnose auf Grund eines einzigen Röntgenbildes. Die Luftzuführung ist einfach und ungefährlich; sie geschieht mit Hilfe einer an den Ureterenkatheter angeschetzten Rekordspritze.

Eliasberg.

1686.

Thoms, Röntgenographische Studie über Plazentainfarkte. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 2, 1929.) (Women's Clinic, Yale, University School of Medicine.) Nach Ausspülung der Plazenta wird von den Nabelarterien aus das Plazentengefäßsystem mit einer Bariumsulfat enthaltenden Mischung injiziert. Die Plazenta wird dann in Formalin gehärtet, in Streifen von 1 cm Dicke zerlegt und röntgenographisch aufgenommen. Es ergeben sich schöne Bilder des Kreislaufes, in denen Infarkte als weiße Flächen erscheinen. Die gewöhnlichen weißen Randinfarkte und die kleinen Infarkte auf der fötalen Seite der Plazenta kommen für die Zirkulation nicht in Betracht, denn sie betragen weniger als 1% der Gesamtfläche. Ein Parallelismus zwischen Infarktgröße und Toxikose konnte nicht nachgewiesen werden. Auch eine Infarktzirkulation von 24% des Gesamtvolumens der Plazenta beeinträchtigte Mutter und Kind nicht. Ursache der Infarkte sind vermutlich Störungen im mütterlichen Plazentarkreislauf und dadurch bedingte Ernährungsstörungen der Zotten.

Hirsch, Köln.

1687.

Stekolnikow, A. S., und G. M. Freidowitsch, Röntgendiagnostik bei Tabes. (Mscr. Psych., 72., Heft 1.) Verf. untersuchten 34 Tabiker mit sakralen Schmerzen und fanden in 75% der Fälle palpable Veränderungen der Wirbelsäule, in 100% der Fälle aber keine charakteristische Veränderungen von peristalem Charakter bei der Röntgendurchleuchtung der Wirbelsäule, insbesondere am 4. Lendenwirbel. Ähnliche perierostale Veränderungen fanden sich auch, wenn auch in weit geringerem Grade, an anderen Wirbeln; in einem Falle zeigte sich eine sehr ausgesprochene Periostitis an beiden Darmbeinen. Die Periostitiden zeigen einen eigenartigen Charakter, haben jedoch ihre Spezifität nicht eingebüßt. Zuweilen stellt man eine mehr oder weniger hochgradige Atrophie der Wirbelkörper bei Tabes fest.

Kurt Mendel, Berlin.

1688.

Ward, Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 1, 1929.) Von 154 Gesamtfällen radiumbestrahlter Zervixkarzinome wurde der Verlauf bei 146 verfolgt. Hiervon wiesen 23,1% eine fünfjährige Heilung auf. Von 32 des I. und II. Stadiums (operable und „Grenzfälle“) wurden 29 weiter beobachtet. Von diesen waren 53,1% nach 5 Jahren gesund. Verwandt wurden 280 mg Radiumsalz in Röhren und Nadeln. Die Anfangsdosis betrug 2400–4200 mg-Stunden. Massive Radiumdosen können keinem besseren Erfolg haben als sachgemäße und wiederholte Anwendung kleinerer Dosen. Bei fast 50% der Fälle wurde mehr als eine Radiumapplikation vorgenommen. Die Technik ist die übliche. Während der Bestrahlung wurde ein selbsthaltender Katheter in die Blase gelegt. Bei den durch Toxinresorption und septisches Fieber geschwächten Patienten erwies sich oft eine Bluttransfusion von 500 ccm als wertvoll. Der histologische Charakter des Krebses ergab keine prognostischen Anhaltspunkte. Verf. glaubt, daß die guten Erfolge mitbedingt werden durch die monatlich erfolgende Nachuntersuchung und sofortige Nachbestrahlung beim Auftreten verdächtiger Erscheinungen. Er ist der Ansicht, daß Radiumbehandlung der Operation in allen Stadien des Zervixkarzinoms vorzuziehen ist. In sehr frischen Fällen wird die Operation dieselben Resultate geben wie das Radium, aber mit einer höheren primären Sterblichkeit und einer höheren Morbidität.

Hirsch, Köln.

Neu erschienene Bücher

C. Falkenheim: Lichtwirkung und antirachitischer Schutzstoff im lebenden Organismus. Experimentelle und klinische Untersuchungen zur pathologischen Physiologie der Rachitis als Mangelkrankheit. Heft 19 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Beihefte zum Jahrbuch für Kinderheilkunde. Herausgegeben von Ad. Czerny. Verlag S. Karger, Berlin. Preis 9,80 M. — Zahlreiche sorgfältige tierexperimentelle und klinische Untersuchungen zur Feststellung des Wirkungsmechanismus von ultraviolettem Licht und von ultraviolett bestrahlten Stoffen. Auf die Wiedergabe der einzelnen Untersuchungsergebnisse kann um so eher verzichtet werden, als im großen und ganzen neue und grundsätzliche Fragestellungen weder gestellt noch beantwortet werden. Dies scheint dem Autor selbst weitgehend bewußt zu sein, da er wiederholt betont, daß seine Arbeit im April 1927 bereits abgeschlossen wurde.

Jahr.

A. Hottinger: Ueber die Aufzucht frühgeborener Kinder im Basler Kinderspital und deren Ergebnisse von 1922 bis 1927. Mit besonderer Berücksichtigung der Frühgeborenenrachitis. Heft 20 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Beihefte zum Jahrbuch für Kinderheilkunde. Herausgegeben von A. Czerny. Verlag S. Karger. Preis 8,40 M. — Die Arbeit erscheint weniger bemerkenswert in bezug auf die mitgeteilten Ergebnisse der Aufzucht von Frühgeburten, die dem Erfahrenen wenig Neues bieten, als wegen der schönen und eingehenden Untersuchungen über die Rachitis der Frühgeborenen. Auf Grund eingehender klinischer und röntgenologischer Beobachtungen, die durch besonders sorgfältige histologische Kontrolluntersuchungen ergänzt und gesichert werden, wird dargetan, daß die Rachitis nicht eine extrauterin erworbene Mangelkrankheit sein kann, sonst müßte durch optimale Ernährungsbedingungen, Frauenmilch mit Kalk und Phosphatzulagen zusammen mit Verabreichung großer Dosen des antirachitischen Faktors D das Auftreten der Krankheit mit Sicherheit verhütet werden können. Das ist bekanntlich nicht der Fall. Das muß meines Erachtens — mit Hottinger — um so mehr betont werden, als der Auffassung der Rachitis als einer Avitaminose nicht scharf genug entgegengetreten werden kann.

Jahr.

H. Knauer: Ergebnisse der Lipidstoffwechselforschung, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Kindesalter. Heft 22 der Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Beihefte zum Jahrbuch für Kinderheilkunde. Herausgegeben von A. Czerny. Verlag S. Karger, Berlin. Preis 7 M. — Uebersichtsreferat über die teilweise noch recht mageren und wenig einheitlichen Ergebnisse der Lipidstoffwechselforschung. Die eigenen Untersuchungen des Verf. betreffen das Verhalten der Lipide bei den verschiedensten Krankheitszuständen im Säuglings- und Kindesalter. Bahnbrechende und grundlegend neue Erkenntnisse für pathologisches Geschehen werden durch solche Art Forschungsarbeit vorerst nicht gezeitigt.

Jahr.

Liek, Erwin: Das Kropfrätsel, die Basedowsche Krankheit. Sammlung diagnostisch-therapeutischer Abhandlungen für den praktischen Arzt. Heft 30 und 31. Aerztliche Rundschau, O. Gmelin, München 1929. 53 bzw. 38 Seiten. 2,40 und 1,80 RM. — Man spricht immer vom Kropf mit der heimlichen Vorstellung: der Kropf sei überall das gleiche Krankheitsbild, sowohl ätiologisch wie physiologisch. Wer Liek's Schrift gelesen hat, ist von diesem Irrtum geheilt. Der tastbare Befund an der Schilddrüse ist nichts als der Ausdruck einer allgemeinen Diathese und zeigt an, daß irgendeine Störung im pluriglandulären System sozusagen mit Gewalt einen Ausgleich durch eine Wucherung der Schilddrüse sucht. Daher auch die Rückfälle nach Operationen. Im einzelnen kann die Störung verschiedenartig aussehen. Liek zeigt anschaulich die mancherlei Möglichkeiten und Lücken in unserem Wissen.

Fließend sind die Übergänge vom Kropf zum Basedow. Dessen tieferen Grund findet L. in seelischen Erschütterungen, die nicht zu Ausschüngen gekommen sind, sondern zu Störungen da und dort geführt haben. Vielleicht spielen intermediäre Stoffwechselvergiftungen dabei eine Rolle. Die Therapie muß demgemäß das konstitutionell labile psychische System vor Erschütterungen bewahren bzw. fort klingende Erschütterungen suggestiv zu beruhigen suchen; auch operative Eingriffe gehören dazu.

Liek's glänzende schriftstellerische Begabung kommt in beiden Heftchen zu voller Auswirkung. Buttersack, Göttingen.

Martin Bab: Moderne Kosmetik, unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Kosmetik. S. Karger. 1929. — Verfasser bringt in seiner Veröffentlichung einen Leitfaden für den praktischen Arzt, der ihn in die Lage versetzt, in Fragen kos-

metischer Art sich rasch mit den neuesten Ergebnissen vertraut zu machen. In kurzen, übersichtlichen Abschnitten werden zunächst die verschiedenen Mittel der allgemeinen Kosmetik aufgeführt und ferner die spezielle Kosmetik der Haut und des Haares sowie der einzelnen Körperteile geschildert. Besonders die plastischen Operationen; über die Verfasser infolge seiner Ausbildung bei den Erfindern dieser Methoden sich selbst ein gutes Urteil bilden konnte, werden ausführlich beschrieben. Ich glaube, daß das Büchlein dem praktischen Arzt, der sich mit diesen Fragen zu beschäftigen Gelegenheit hat, als guter Wegweiser dienen kann.

E. Kosminski, Berlin.

Kuschel, Lüdenscheid: Umsturz und Aufbau der praktischen Medizin. Band II und II. Oldenburg. 1929. Schulzschescher Verlag. 116 bzw. 142 S. — Der offiziellen Medizin geht es dermaßen nicht gut. Allenthalben sehen denkende Aerzte, daß man mit dem reinen Hochschulwissen, wie es von der heutigen — richtiger: vorgestrigen — Prüfungsordnung verlangt wird, im praktischen Leben nicht weit kommt. Insbesondere die jüngere Generation geht gegen die Ueberspannung der Zellulärpathologie und Bakteriologie, sowie der synthetischen Chemie an. Sie nimmt den Organismus wieder als Einheit, ja mehr als das: sie betrachtet ihn in seinem Zusammenhang mit der Umwelt. Wenn wir Virchow oder Koch im Staatsexamen von solchen Dingen erzählt hätten! . . .

So entstanden Kuschel's Abhandlungen über biologische Medizin und Augenheilkunde (Kuschel ist Augenarzt). Die beiden Bände II und III behandeln: Die Entthronung der Bakteriologie durch die Biophysik der Atmosphäre, die Meteorologie als Grundlage der physikalischen Heilmethoden, die Medizin im Dienst der Luftfahrt, sowie: Die Entthronung der Allopathie durch die Biochemie der Ernährung, die Heilung der konstitutionellen Herz- und Gefäßmuskelschwäche, wie auch der davon abhängigen schwer heilbaren Krankheiten mittels Mineralsalztrinkkuren.

K. zeigt, wie unzweckmäßig wir Opfer der modernen Kultur und Zivilisation leben und wie gut wir daran täten, einerseits uns in das große Naturgetriebe einzufügen, andererseits unserem Organismus die von einer nicht verunreinigten Natur dargebotenen Substanzen, insbesondere die Mineralsalze einzuverleiben. — Bei der Verschiedenheit der Standpunkte hat natürlich der eine dies, der andere das auszusetzen. Aber als Zeichen der Zeit — einem Vorpostengeplänkel vergleichbar — behalten Kuschel's Ausführungen doch ihren Wert.

Buttersack, Göttingen.

J. F. Montague: Taking the Doctor's pulse. Philadelphia, London, Chicago, Montreal. J. B. Lippincott company. 1929. 101 Seiten. 1 Dollar. — Eine Werbeschrift für Benützung des Films im medizinischen Unterricht. Im Film sieht der Stud. med. alles viel klarer und appetitlicher und gewinnt Zeit für den praktischen Krankendienst. Hier soll er sich zum Diagnostiker ausbilden und dann seine Patienten den zuständigen Spezialisten zuweisen. Diese ihrerseits verlieren keine Zeit mit Allgemein-ausbildung, sondern erlernen ihre Fachkenntnisse gleichfalls im Ohren-, Augen- usw. Film. In Kürze wird der Film das Buch verdrängt haben, und das ist gut. Denn das ungestörte Beschauen ermöglicht reinere Beobachtung und selbständigeres Denken. — Glückliche Zukunft.

Buttersack, Göttingen.

Leçons du dimanche par Carnot, Sainton, Bensaude, Villaret, Bénard, Baudouin, Dioclès, Tiffeneau, Halbron, Rathery, Harvier, Chabrol. Paris, J. B. Baillière et fils. 1929. 273 Seiten. 20 Fr. — P. Carnot läßt alle Sonntag vormittag zwischen Neujahr und Ostern klinische Vorträge aus der neuen inneren Medizin halten. Er selbst eröffnete die Reihe mit einem Vortrag über Verwachsungen in der rechten Bauchhälfte. Operative Lösungen helfen nicht immer, denn die Neigung zu Adhäsionen ist bei den verschiedenen Individuen verschieden. Merkwürdigerweise erwähnt er weder WärmeprozEDUREN, Moorbäder, noch Fibrölysin. Tiffeneau führt moderne Diuretika vor: Théobryl, Técarine, Cymarine, Quabarine (gastro-Chantine), Scillarene, Novasuröl, Salyrgan, Neptal. Er fußt zum größten Teil auf deutschen Forschern, während Harvier in seiner Vorlesung über Thyroxin und Folliculin den deutschen Zondek zwar zitiert, aber nach Wien versetzt. Folliculin sei angezeigt bei infantilen Genitalien, bei Amenorrhöe und Dysmenorrhöe, Menopause. — Lehrreich sprach Chabrol über Insulinkoma: Solche Patienten sind gut genährt, atmen frei, haben kräftigen Herzschlag; aber sie zeigen abundente Schweiß, leichte Gesichtszuckungen, Strabismus; im Urin kein Zucker, kein Eiweiß. Insulin setzt den Blutzucker und Blutdruck herab, führt also zu Hypoglykämie und Hypotension. So kann es zu Herzgefäßkolliaps kommen. Bevor man Insulin injiziert, versichert man sich ja, daß der Urin Zucker enthält; sonst gibt es üble Zufälle. Therapie: Zucker.

Buttersack, Göttingen.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Ein Beitrag zur Behandlung der bösartigen Geschwülste.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. MAX BECK in München.

Nach den eingehenden Untersuchungen von O. und W. Schmidt wird die Entstehung der bösartigen Gewächse auf einen von außen in den Körper eingedrungenen Parasiten als Erreger zurückgeführt. Durch Uebertragung des reingezüchteten Krankheitserregers auf Tiere ist ihnen auch die Erzeugung von Tumoren bei Ratten und Mäusen gelungen. Ueber den Erreger und dessen Reinzüchtung auf künstlichem Nährboden und in Tieren wird an anderer Stelle berichtet werden, ebenso über die Ueberimpfung der Kultur auf Tiere zur Erzeugung maligner Geschwülste. Wie aus Veröffentlichungen von O. und W. Schmidt hervorgeht, ist es ihnen gelungen, mit diesem Erreger mittels Tierpassage bei Mäusen schließlich erfolgreiche Impfungen bis zu 45% zu erreichen.

Nun hat neuerdings Heidenhain in einer umfangreichen experimentellen Arbeit zahlreiche Beweise für die infektiöse Theorie der bösartigen Geschwülste erbracht, die für die schon lange von O. und W. Schmidt aufgestellten Behauptungen eine fundamentale Stütze bedeuten. Es spielt keine wesentliche Rolle, wenn Heidenhain bei seinen Wärmeextraktübertragungen vorerst noch mit einem für ihn unbekannten Agens gearbeitet hat. Daß es sich hier in der überwiegenden Mehrzahl der entstandenen Neoplasmen nicht um Spontantumoren handelt, wie Fischer-Wasels in seiner Stellungnahme zu dem Werke von Heidenhain zu beweisen versucht, dürfte jedem Forscher, der sich lange mit der experimentellen Erzeugung von Geschwülsten beschäftigt hat, klar sein. Es gibt aber Pathologen, die immer noch, durch dogmatische Fesseln beengt, alles das, was Beweiskraft für die infektiöse Theorie der bösartigen Gewächse hat, von vornherein ohne Nachprüfung ablehnen, lediglich eben, weil sie sich nicht von ihren veralteten Anschauungen des Geschwulstproblems trennen zu können glauben.

Von seinen grundlegenden Arbeiten ausgehend, glaubte daher auch O. Schmidt in Anlehnung an andere parasitäre Erkrankungen, diesen Parasiten zur Immunisierung gegen die bösartigen Geschwülste mit Erfolg anwenden zu können. Die Versuche nach dieser Richtung sind auch von Anfang an wider Erwarten günstig ausgefallen, denn es hatte sich gezeigt, daß mit den abgetöteten und vorbehandelten Parasiten selbst schon in ganz geringen Mengen Reaktionen in dem kranken Gewebe ausgelöst und daß die Tumoren dadurch allmählich zum Abbau und zur Einschmelzung gebracht werden können, ohne daß unangenehme Begleiterscheinungen beobachtet wurden. Man darf daher annehmen, daß auf diesem Wege eine Immunisierung und eine Umstimmung nicht bloß des kranken Gewebes, sondern auch des kranken Körpers zustande kommt. Die Folgen dieser Vakzinebehandlung sind häufig mehr oder minder reaktive Erscheinungen, die sich durch Herd- und Allgemeinreaktionen dokumentieren. Analog dem aktiven Immunisierungsverfahren bei anderen, in erster Linie bakteriellen Erkrankungen, muß dieser Vorgang der Einverleibung des Agens in den Organismus als ein Aktivierungsprozeß des Abwehrapparates desselben aufgefaßt werden, der auf die Tumoren sowie auf den gesamten Organismus einen heilenden Einfluß im Sinne einer Immunisierung hervorruft.

Zur aktiven Immunisierung benutzen wir das Novantimeristem, eine Vakzine, die aus abgetöteten Reinkulturen des Schmidtschen Krebsreggers hergestellt wird. Die Vakzine ist, wie immer wieder bemerkt werden muß, gänzlich ungiftig und unschädlich. Es wird z. B. die größte beim Menschen zur Verwendung kommende Dosis, einer kranken Ratte intraperitoneal verabreicht, von dieser ohne irgendwelche schädigende Nebenwirkung vertragen. Bei sachgemäßer subkutaner wie intraglutäaler Applikation der Vakzine sind die Einspritzungen nicht schmerzhaft. Ich habe noch niemals diesbezügliche Klagen gehört. Es wurde mir dies auch von einem großen Krankenhaus bestätigt, wo in den letzten Jahren weit über 9000 Injektionen, meistens intraglutäal, mit dem Novantimeristem gemacht wurden. Wenn gelegentlich bemerkt wurde, die Injektionen seien schmerzhaft, so kann dies nur an der Ausführung der Einspritzungen liegen.

Zur passiven Immunisierung wird das Matussem angewandt, das von Pferden und Ziegen gewonnen wird, die größere Mengen ab-

getöteter Reinkulturen des Schmidtschen Krebsreggers subkutan und intramuskulär erhalten haben. Es ist gelungen, auf diese Weise ein hochwertiges Serum herzustellen. Die Anwendungsweise des Immunserum ist intraglutäal; in Krankenhäusern ist der intravenösen Verabreichung der Vorzug zu geben. Das Matussem dient in der Hauptsache als unterstützender Faktor für die aktive Immunisierung. Wir geben es einleitend der Therapie, wenn es gilt, unbekämpfbare Schmerzen möglichst bald zu beseitigen. Sonst ist es zweckmäßig, zuerst 4 bis 6 Wochen aktiv zu immunisieren und dann zur Erhöhung der Reaktionsbereitschaft des Organismus einige Dosen Immunserum in die aktive Immunisierung einzuschieben. Durch die gleichzeitige im Serum vorhandene unspezifische Eiweißkomponente gelingt es häufig, eine Umstellung des Organismus herbeizuführen und die Reaktionsfähigkeit für die nachfolgende aktive Immunisierung zu erhöhen. Die mittleren zur Verwendung kommenden Dosen bewegen sich um 10,0 ccm, von denen 4 bis 5 Injektionen gemacht werden müssen; es können auch anstandslos höhere Dosen gegeben werden.

Das Hauptgewicht bei der Behandlung ist jedoch stets auf die aktive Immunisierung mit Novantimeristem zu legen. Es gilt als Regel bei inoperablen Tumoren, mit kleinsten Dosen, d. h. mit Stärke „a“, einer Parasitenaufschwemmung von 1 : 200 000, zu beginnen und tastend, wenn keine Reaktionen auftreten, mit kurzfristigen Pausen, bis zur Stärke „c“ zu steigen. Wegen Raum Mangels muß ich hier auf die Literatur von O. und W. Schmidt hinweisen, wo schon wiederholt über das Vorgehen bei der aktiven Immunisierung berichtet wurde. (O. Schmidt, „Fortschritte der Medizin“, 1926, Nr. 3.)

Es fiel aus dem Rahmen meiner heutigen Arbeit, wollte ich näher auf den kausalen Zusammenhang des von Schmidt als Erreger der bösartigen Gewächse bezeichneten Parasiten bei Einverleibung desselben bei Krebskranken eingehen. Wenn aber selbst bei subkutaner Zufuhr minimalster Mengen einer Parasitenaufschwemmung, z. B. bei Dosen von 0,000001 g, noch Temperaturanstiege bei vorher normaler Temperatur bis 39,5° C eintreten und der vorher unempfindliche Tumor schon bei leisester Berührung überaus schmerzhaft ist und die Kranken nach der Injektion über ziehende, bohrende, stechende Schmerzen klagen, so muß ein Wechselspiel zwischen den malignen Tumoren und dem injizierten Mikroorganismus bestehen. Diese Beziehung kann aber nur eine kausale sein.

An Hand folgender Krankengeschichten sollen nun die Ergebnisse der Behandlung von 5 mikroskopisch einwandfrei festgestellten Fällen, die vorläufig als geheilt angesehen werden können, ein Sarkom des Oberkiefers und vier Karzinome, genauer beschrieben werden.

Fall 1. Frau A. E., 34 Jahre alt. 1922 Tumor am Oberkiefer, dreimal operiert. Erneutes Rezidiv anschließend an die Operation, das mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Anfangs Januar 1927 war der Befund durch den behandelnden Hausarzt Dr. A. in H. folgender: Sarkom des rechten Oberkiefers, welches in die Highmorehöhle durchgebrochen war und zu einer deutlichen Schwellung im Gesicht geführt hatte. Die Schwellung war unterhalb des Jochbeines rechts deutlich fühlbar. Im Munde war eine kleintaubeneigroße, ulzerierte Geschwulst am rechten Oberkiefer zu fühlen, in der zwei Backenzähne lose saßen. Auch der harte Gaumen ist in der Gegend des rechten Oberkiefers nach innen vorgewölbt. Bei der ersten Operation wurde die Geschwulst durch die mikroskopische Untersuchung als Sarkom sichergestellt. Das Gewicht der Kranken betrug damals 120 Pfund.

Am 13. Juli 1927 wurde mit Novantimeristem Stärke „a“ begonnen. Keine Temperatursteigerungen, wohl aber häufig Herdreaktionen: Ziehen und leichte Schmerzen im Tumor. Seit Anwendung der Stärke „e“ (Serie III) dauernde Verkleinerung der Tumormassen. Nach Beendigung der Serie III war die Schwellung im Gesicht völlig verschwunden, desgleichen die des harten Gaumens. Der stark ulzerierte Tumor des rechten Oberkiefers ist zu dieser Zeit bedeutend zurückgegangen und beginnt sich seitlich zu überhäuten. Fortsetzung der Injektionen bis einschließlich Stärke „f“. Das Gewicht war während der Behandlung mit Novantimeristem von 120 Pfund auf 134 Pfund gestiegen. Der Appetit und das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gehoben. Ende November 1927 kam Patientin in meine Behandlung. Es lag zu dieser Zeit folgender Befund vor: geringe Anschwellung der rechten Backe. Der Oberkiefer ist noch leicht verdickt und auf Druck schmerzhaft. Der harte Gaumen ist leicht eiförmig vor-

gewölbt, die Schleimhaut darüber stark gerötet. In die Geschwulst eingebettet sind zwei Mahlzähne, deren Krone eben noch aus dem Zahnfleisch des rechten Oberkiefers hervorragt. Das Zahnfleisch des Oberkiefers selbst ist stark geschwollen, schmerzhaft und in mäßiger Ausdehnung ulzeriert. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist, abgesehen von leichten, ziehenden Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, befriedigend. Ich machte zuerst, als die Patientin in meine Behandlung kam, alle 7 Tage eine Injektion mit Stärke „f“. Zuerst konnten nach den Injektionen noch lokal ziehende und stechende Schmerzen im Tumor festgestellt werden, einige Male auch leichte Temperaturanstiege bis $38,1^{\circ}$ (rektal). Die Reaktion hielt meistens 3 bis 4 Tage an.

Die Injektionen wurden weiterhin langsam steigend, alle 8 bis 10 Tage wiederholt, Oktober 1928 war nichts mehr von dem Tumor zu sehen, Schleimhaut des Gaumens ist glatt und blaß. Nachbehandlung mit Stärke „g“. Injektionen alle 14 Tage bis 3 Wochen. April 1929. Sehr guter Allgemeinzustand, vollständige klinische Heilung.

Fall 2. Frau C. W., 44 Jahre alt. Die Dame wurde Februar 1925 wegen Karzinom der rechten Brust operiert. Nach Angabe der Patientin bestand schon seit 4 Jahren ein Knoten in der rechten Brust, der jedoch von dem Hausarzt zunächst als harmlos erklärt wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Karzinom. April 1925 war eine erneute Operation mit völliger Ausräumung der Achselhöhle und der Supraklavikulargrube notwendig, da Metastasen in der letzten aufgetreten sind.

Im Juni 1926 wurde im oberen Teil der Narbe ein Rezidiv festgestellt. Die ganze Narbe fühlte sich hart an. Das Allgemeinbefinden der Patientin hatte sich verschlechtert, und klagte dieselbe über sehr starke Schmerzen in der Operationsnarbe und der umgebenden Haut, besonders auch über dem Brustbein. Zu dieser Zeit Beginn der Novantimeristemkur, die etwa 7 Monate durchgeführt wurde. Außer zeitweisen geringen Temperaturerhöhungen auf die Injektionen hin und zeitweise auftretenden Herdreaktionen wurden keine besonderen Erscheinungen festgestellt. Die Vakzination verlief vollständig normal. Der Allgemeinzustand besserte sich mit gleichzeitiger Gewichtszunahme und Besserung des Appetits. Ende 1926 war der Befund folgender: guter Allgemeinzustand, Gewichtszunahme, guter Appetit, gutes Aussehen, Narbe vollständig glatt, keine Drüsenmetastasen auf der operierten Seite. Die andere, gesunde Seite zeigt keine Anzeichen für ein Rezidiv. Es bestehen jedoch immer noch Schmerzen, die aber als Folge der sehr ausgedehnten Operation angenommen werden müssen.

Patientin kam im November 1927 in meine Behandlung, da ihr angeraten worden war, nochmals eine Behandlung mit Novantimeristem durchführen zu lassen mit Rücksicht auf das schnelle Auftreten von Drüsenmetastasen 2 Monate nach der ersten Operation und Rezidiv nach der zweiten Operation. Als ich die Patientin zum erstenmal sah, war an Stelle der rechten Brustdrüse eine ausgedehnte, von der Achselhöhle sich bis zum Brustbein hinziehende Narbe. Die Haut war zum Teil wulstig verdickt, nirgends gerötet oder entzündet. Die ganze Narbe war auf Druck leicht schmerzhaft empfindlich, besonders in der Gegend der rechten Achselhöhle, wo auch der Hautwulst stärker schmerzhaft war.

Auf die Einspritzungen mit Novantimeristem, das in der Stärke „f“, mit 2,0 ccm beginnend und langsam steigend, eingegeben worden war, trat anfangs in der Narbengegend und auch an der unverletzten Haut über dem Brustbein regelmäßig eine mehr oder weniger starke Rötung und Schwellung auf, die aber im Laufe der Behandlung gänzlich verschwand und zur Zeit nur als ein leichtes Brennen und Ziehen bezeichnet wird. Allgemeinreaktionen mit Fiebererscheinungen sind nie aufgetreten. Das Ganze erscheint jetzt völlig geheilt, jedoch soll die Patientin noch einige Zeit beobachtet und durch weitere Novantimeristeminjektionen, eine Dauerheilung angestrebt werden.

Fall 3. Außerdem möchte ich noch kurz über folgenden Fall, der vor 10 Jahren injiziert wurde und seitdem völlig rezidivfrei geblieben ist, berichten:

Eine Dame, die ein Karzinom der Bauchhöhle hatte, das nach Aussage von drei Chirurgen, die vorher die Operation machten, aber keine Tumormassen entfernen konnten, für eine weitere Operation gänzlich aussichtslos war, weil schon starke Verwachsungen mit lebenswichtigen Organen eingetreten waren, lebt heute nach 10 Jahren noch ohne jedes Rezidiv. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

Der Zustand der Dame war vollständig infast, so daß der damalige Leiter des Krankenhauses, als die Dame im Krankenwagen dorthin gebracht wurde, ihr noch eine Lebensdauer von 4 Tagen gab. Durch die Vakzinetherapie mit Antimeristem wurde innerhalb 3 Monaten ein solcher Erfolg erzielt, daß die Kranke das Krankenhaus verlassen konnte, aber unter dauernder Beobachtung stand und heute noch weiter beobachtet wird, so daß seit Beginn

der Antimeristemkur, wie schon oben erwähnt, 10 Jahre vergangen sind und die Kranke sich rezidivfrei im besten Allgemeinzustand befindet.

Charakteristisch ist auch der vierte Fall, ein mikroskopisch festgestelltes Karzinom, das jetzt vor 18 Jahren durch Entfernung der Brustdrüse operiert worden war, mit Ausräumung der Achselhöhle. Schon nach einem Jahr war ein Rezidiv eingetreten mit knolligen harten Hauttumoren. Darauf wurde die Kranke mit Antimeristem behandelt und zwar mit langsam steigenden Mengen. Es traten nach den Injektionen in den kranken Hautpartien deutlich lokale Reaktionen (Schwellung und Rötung der Knoten) mit leichter Temperatursteigerung auf. Das Allgemeinbefinden war stets ein gutes. Mit der Zeit der Behandlung kam es zu einer Einschmelzung der Knoten in der Haut, so daß schon nach 14 Tagen eine Verkleinerung um etwa die Hälfte zu bemerken war. Nach 3 Wochen waren die Tumormassen vollkommen erweicht und zum größten Teil eingeschmolzen. Die Patientin hatte bis dahin auch an Körpergewicht zugenommen. Das Allgemeinbefinden hatte sich erheblich gebessert. Die Schmerzen in der Lunge, worüber zu Beginn der Behandlung geklagt worden war, waren völlig geschwunden und die Atmung tief und unbehindert. Auch die oberflächlichen Geschwüre und Narben hatten sich im Laufe der Behandlung gereinigt und fingen an, sich zu überhäuten und nach etwa fünfwöchiger Kur begannen auch die harten, prall gespannten Tumoren zu erweichen und einzuschmelzen. Kurze Zeit darauf hatten sich die kleineren noch geschwürigen Reste der Narbe völlig überhäutet, so daß eine völlige Heilung des Karzinomrezidivs erfolgte.

Diese Patientin hatte noch einige Zeit Injektionen mit Antimeristem zur Verhütung des Rezidivs erhalten; sie wurde bis vor kurzem noch beobachtet und war, also nach etwa 18 Jahren, noch frei von einem Rezidiv.

Der fünfte Fall betrifft einen 71jährigen Kollegen Dr. R. von hier. Er hatte vor 2 Jahren eine Warze am Kinn bemerkt, die rasch größer wurde und einen stark entzündeten Rand zeigte. An der entsprechenden Halsseite war auch eine leicht vergrößerte Drüse zu fühlen. Die Warze wurde extirpiert und durch den pathologischen Anatomen als Gallertkrebs festgestellt. Aktive Immunisierung mit Novantimeristem mittels anfangs rasch steigender Dosen. Heilung der Wunde per primam. Die Drüsenanschwellung ging völlig zurück. Später wurden die Injektionen in größeren Pausen über ein Jahr lang fortgesetzt. Kein Rezidiv. Das Allgemeinbefinden ist andauernd ein gutes.

Das Ergebnis unserer bisherigen Erfahrungen mit Novantimeristem können wir in folgendem zusammenfassen:

1. Bei der Behandlung der bösartigen Gewächse ist nach wie vor eine frühzeitige ausgiebige Operation angezeigt. Die Behandlung operabler Fälle mit Novantimeristem und Mausem ist nur da vorzunehmen, wo aus bestimmten Gründen eine Operation nicht durchführbar ist. Dagegen ist bei noch operablen Kranken in jedem Fall sofort vor und nach der Operation die aktive Immunisierung mit Novantimeristem allein oder das kombinierte passive und aktive Immunisierungsverfahren mit Mausem und Novantimeristem zur Verhütung von Rezidiven und Spätmetastasen durchzuführen, da die Erfahrungen gelehrt haben, daß es in der größten Zahl der Fälle auf diese Weise gelingt, die Kranken dauernd frei von Rezidiven bzw. Metastasen zu halten.
2. Eine rechtzeitige Anwendung des Novantimeristem ist prognostisch von größter Bedeutung. Je früher die Vakzination oder auch die Serumtherapie, nachdem die Diagnose gesichert ist, aufgenommen wird, um so größer ist die Aussicht auf einen Heilerfolg. Die Lebenswahrscheinlichkeit der Kranken soll aber, will man einen Vollerfolg erwarten, noch mindestens 5 bis 6 Monate betragen. In solchen Fällen ist stets auf Grund der bisherigen Erfahrungen ein Versuch mit den Präparaten zu machen.
3. Es hat selbstverständlich keinen Zweck, Kranke, die nur noch Aussicht haben, wenige Tage oder Wochen zu leben, mit den Präparaten zu behandeln, um eine Heilung zu erreichen, denn erfahrungsgemäß besteht bei solchen Kranken keine Reaktionsbereitschaft des Organismus mehr. In solchen Fällen kann aber sowohl Mausem wie Novantimeristem noch beste Dienste leisten, indem es meist gelingt, die Lebensdauer der Patienten zu verlängern, äußerst günstig auf das subjektive Befinden zu wirken, indem Schmerzen und Blutungen aufhören, Appetit und Schlaf wiederkehren, häufig eine erhebliche Gewichtszunahme beobachtet wird, auch bei noch genügender Zeit ein Stillstand

im Fortschreiten des Krankheitsprozesses, ja sogar eine Verkleinerung der Tumoren erzielt werden kann und so ein erträglicher Zustand für die Kranken bis zum Ende geschaffen wird, so daß man häufig auf jegliche Narkotika verzichten kann.

4. Auf Grund langjähriger Erfahrungen einer großen Anzahl von Ärzten, die die Präparate sachgemäß angewandt haben, sind dieselben gänzlich unschädlich. Bei rechtzeitig und sachgemäßer, d. h. streng individueller Behandlung haben die Präparate fast ausnahmslos bei Krebskranken einen guten Erfolg gezeigt.

In einigen größeren Krankenhäusern wird die Behandlung mit Novantimeristem und Matusen ganz individuell, dem einzelnen Falle angepaßt, durchgeführt. Ueber die dabei gemachten Erfahrungen dürfte in Bälde berichtet werden.

Literatur:

Otto Schmidt: Eine Aufklärung und ein Leitfadens zur Behandlung der malignen Tumoren, 2. Aufl., München 1925. — Otto Schmidt: Reaktionen und Heilerfolge bei Karzinomen nach Behandlung mit abgetötenen Reinkulturen eines im Karzinom vorkommenden Parasiten. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. XVII. — Otto Schmidt: Zeitschrift für Krebsforschung, Bd. 23, Heft 6, 1926. — W. Schmidt: Vortrag, gehalten im Cancer Research Fund, Dublin, Journal of Cancer, Januar 1927. — W. Schmidt: Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten 1928, Originals, 109. Bd. — Lothar Reidenhain: Ueber das Problem der bösartigen Geschwülste, Julius Springer, Berlin 1928. — Fischer-Wasels: Münchener med. Wochenschrift 1928, Nr. 22. — O. Schmidt: Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 3.

Aus dem Marienhospital, Herne (Westf.).

Unterstützung der Rekonvaleszenz durch Nährmittel.

Von Dr. BRAND, Assistenzarzt.

Die neuen Nährpräparate zeichnen sich dadurch aus, daß sie neben ihrem Gehalt an Zellaufbau fördernden Lipoiden (wie Fetten, Fettsäuren, Phosphatiden und Cholesterinen) und anorganischen Bestandteilen (wie Kalk und Eisen), auch die für die Blutbildung notwendigen Vitamine enthalten. Ermuntert durch die Arbeiten von Whipple über die perniziöse Anämie, von Minot und Murphy über die Wirkungsweise der Leberdiät auf die perniziöse Anämie, sowie von Newton bei sekundären Anämien, ist man neuerdings dazu übergegangen, den hämoglobinbildenden und erythrozytenvermehrenden Einfluß der Leber nutzbar zu machen, und hat als neues Kombinationsmittel Leberextrakt zu diesen Nährpräparaten hinzugefügt.

Auf Grund dieser Veröffentlichungen sind auch wir zu der Verabreichung eines derartigen Präparates („Soluga“, das uns von den Nordmark-Werken in Hamburg bereitwilligerweise zur Verfügung gestellt wurde) an unsere Patienten übergegangen. Das Präparat enthält nach den Angaben der herstellenden Firma außer Lipidphosphor, wasserlöslichen Phosphatiden, Kalk, Kieselsäure, Ferrosalz und hochwertigen Eiweißstoffen wohl als wichtigste Bestandteile das antirachitische, bestrahlte Ergosterin und Leberextrakt.

Die Patienten erhielten täglich 3 Kaffeelöffel des Präparates mit etwas Milch. Die meisten nahmen das Mittel gern, ohne Widerwillen. Irgendwelche Magen- und Darmstörungen wurden nicht beobachtet. Auch war der Appetit bei diesen Leuten, der vorher fast ganz darniederlag, nach Verabreichung des Mittels durchweg ein sehr guter. Die durchschnittliche Gewichtszunahme der Patienten bewegte sich zwischen 0,7 und 1,5 kg pro Woche und war in den ersten Wochen meist am stärksten. So nahm z. B. eine Patientin mit tuberkulöser Wirbelkaries innerhalb 74 Tagen von 40 auf 48 kg zu. Eine andere Patientin, ebenfalls mit Knochentuberkulose, in derselben Zeit 11 kg. Bei beiden Patientinnen war trotz mehrfacher Versuche zur Hebung des Appetits bisher keinerlei Gewichtszunahme zu erzielen. Bei einer weiteren Patientin in stark reduziertem Ernährungszustand, die wegen einer akuten Appendizitis operiert wurde, stieg das Körpergewicht innerhalb 3 Wochen um 4,5 kg, ferner bei einem Patienten mit tuberkulösen Dünndarmstrikturen nach Resektion derselben innerhalb 47 Tagen um 8 kg. Ein wegen Ulcus pepticum jejuni perforatum und diffuser Bauchfellentzündung operierter Kranker hatte in 7 Wochen eine Gewichtszunahme von 5 kg zu verzeichnen. Ein Mann, der wegen eines paranephritischen Ab-

zesses mehrmals operiert wurde und körperlich sehr heruntergekommen war, nahm in 67 Tagen 8 kg zu; ein gleichfalls schwer Erkrankter mit metapneumonischem Pleuraempyem in 43 Tagen 7,5 kg.

Neben der Gewichtszunahme ging bei den meisten Patienten eine Besserung des körperlichen Wohlbefindens einher, die sich in einer frischeren Gesichtsfarbe und einem besseren Turgor der Haut zeigte.

Wenn wir in Betracht ziehen, daß es uns auch sonst bei unseren Patienten meist schon durch die gewöhnliche Kost gelingt, das Körpergewicht zu heben, so waren doch die Gewichtszunahmen oft so auffallend groß und das Gesamtergebnis so günstig, daß wir ohne Bedenken dieses Präparat als Unterstützungsmittel zur Wiederherstellung der Körperkräfte der Kranken, besonders in der Rekonvaleszenz, bestens empfehlen können.

Die Paralysebehandlung mit Stovarsolnatrium.

Von Dr. KURT HEYMANN, Grunewald.

Alle Autoren, die sich jemals mit der Behandlung der Paralyse beschäftigt haben, stehen unter dem Eindruck, daß die als spezifisch bekannten Antisyphilitika hier nicht die Wirkung zeigen, die ihnen bei allen anderen Affektionen ohne weiteres anhaftet. Die Versuche, diese Tatsache zu erklären, waren zahlreich; am meisten Wahrscheinlichkeit hat wohl die Hypothese, daß die bisherigen Antisyphilitika, besonders die Salvarsanpräparate, erst zur Wirkung kommen; wenn sie unter dem Einfluß der Oxydation stehen; das Gehirn ist aber ein Reduktionsort und hier befinden sich die Spirochäten wohlgeschützt vor der Vernichtung. Liegt hier das Hindernis im Organismus, so nach anderer Auffassung auch bei den Spirochäten: es scheint, daß diese sich während ihres Aufenthaltes im Organismus biologisch, chemisch und morphologisch verändern, ja Levaditi und Mitarbeiter haben sogar kürzlich den Beweis für derartige Veränderungen erbracht, sie fanden bei einer sehr interessanten Anordnung ihrer Versuche die Spirochäten modifiziert zu moniformen Filamenten, Keulenformen, achtförmigen oder nullförmigen Ringen, Kommabildungen und schließlich fast ultramikroskopischen Granulis; offenbar hatten sie die verschiedenen einanderfolgenden Phasen eines Involutionsprozesses der Pallida vor sich, der schließlich in einem granulären, fast nicht mehr sichtbaren Stadium des Erregers sein Ende findet. Dieses Ergebnis erklärt uns nun mit einem Schlage eine Reihe bisher rätselhafter Tatsachen: Die latente Syphilisinfektion, das Vorhandensein von Virus in Geweben, die spirochätenfrei sind, ferner die Paralyse oder Tabes ohne Spirochäten im Nervensystem, die Häufigkeit von Rezidiven trotz spezifischer Behandlung, weil diese veränderten Spirochäten, auch Resistenzform genannt, ja gegenüber den chemotherapeutischen Mitteln unempfindlicher sein können als die normalen vegetativen Spirochäten, und endlich findet auch die partielle Unwirksamkeit der spezifischen Behandlung bei Parasyphilis ihre Erklärung.

Hieraus ergibt sich, daß es praktisch und theoretisch berechtigt ist, die Parasyphilis anders zu behandeln als die früheren Formen, und die Malariatherapie verdankt ähnlichen, rein empirisch gewonnenen Ueberlegungen ihre Verbreitung. Nun liegt allerdings diese Behandlungsmethode nicht im Bereich aller Aerzte, sie ist umständlich, sehr kostspielig, verlangt Krankenhausaufnahme und besondere Vorsichtsmaßregeln wegen der Uebertragung der Malaria und vielleicht auch der Spirochäten durch Mückenstiche, sie ist nicht ungefährlich und hat auch schon eine nicht kleine Prozentzahl von Todesfällen auf ihrem Konto. (Nonne bezieht sie auf 8%, andere bis auf 16%.)

Sézary und Barbé, mehr chemotherapeutisch orientiert, haben seit dem Jahre 1921 eine neue Methode entwickelt. Sie sagten sich: Wenn es zutrifft, daß die dreiwertigen Arsenkörper nur nach Oxydation wirksam werden und dieser Prozeß bei dem starken Reduktionsvermögen des Nervensystems im Gehirn nicht stattfinden kann, so muß man ein Antisyphilitikum, möglichst aus der organischen Reihe der Arsenkörper, wählen, das seine Wirksamkeit nach Reduktion entfaltet. Diese Forderung erfüllen, die fünfwertigen Arsenkörper, die Arsinsäuren, unter denen das Natriumsalz der

3-azetylamo-4-oxyphenylarsinsäure oder Stovarsolnatrium einen besonderen Platz einnimmt. Während dieser Körper sonst seine Haupteigenschaften gerade per os entfaltet, ist hier die parenterale Applikation von den Autoren bevorzugt worden.

Sézary und Barbé sind nicht müde geworden, ihre sehr günstigen Resultate immer wieder zu veröffentlichen; in den Jahren 1923 bis 1927 haben sie wiederholt die Zahl ihrer Fälle, ihrer Erfolge und Mißerfolge dargestellt. Die intravenöse Zufuhr des Präparats wurde bald aufgegeben, es stellte sich heraus, daß nur nach intravenöser Applikation die neurotropen Eigenschaften, die sich gegen den Nervus opticus richteten, in einigen Fällen zu Einschränkung der Sehschärfe und leider auch zu einer Erblindung geführt haben, eine Herabsetzung der Dosierung, eine Auseinanderlegung der Dosen und eine subkutane Applikation, natürlich stets unter genauer Kontrolle des Gesichtsfeldes und der Sehschärfe, notwendig machten. Es sei betont, daß nach diesen Modifikationen in der Behandlung überhaupt keine Sehstörungen mehr vorgekommen sind. Von Wichtigkeit ist auch, daß man natürlich nicht mit allen fünfwertigen Arsenkörpern die gleichen Resultate erzielen kann, was einige Autoren in Unkenntnis der Eigentümlichkeiten dieser Körper angenommen hatten. Das Tryparsamid, das Arsazetin und auch das Atoxyl, von Sézary und Barbé vorher ausprobiert, ergeben nicht dieselben Resultate.

Die Autoren blicken jetzt auf 125 Fälle zurück; sie geben eine Totalübersicht im ersten Januarheft der *Presse médicale* 1929. Alle Paralytiker, die auf die Abteilung kamen, wurden ohne Ausnahme der Stovarsoltherapie unterzogen. Einige waren darunter, die sich in geistiger und körperlicher Beziehung in einem beklagenswerten Zustand befanden. Die Verfasser teilen ihre Kranken in drei Kategorien ein: Erstens solche mit Exzitationssymptomen und Größenideen, zweitens solche mit geistiger Schwäche und drittens die Dementen. Die Resultate variieren je nach der klinischen Form der Krankheit, und diese Einteilung ergibt die beste Uebersicht; auch kann man so die Stovarsoltherapie mit den anderen Methoden, die bei Kachektischen nicht angewandt werden dürfen, vergleichen.

31 Kranke gehörten zu den Exzitierten. Hier waren die Ergebnisse am besten. 68% wurden sehr deutlich gebessert; von diesen waren 55% imstande, wieder ihren Berufen nachzugehen, davon erschien bei 45% die klinische Heilung vollständig (!) und bei 10% blieb ein isoliertes Symptom zurück, z. B. Atonie des Gesichts, leichtes Zittern der Zunge. In 13% der Fälle war das Resultat befriedigend (*assez bon*); es blieb eine gewisse kindische Haltung oder intellektuelle Schwäche bestehen. Schließlich war das Ergebnis in 32% der Gruppe ungenügend oder gleich null.

41 Fälle gehörten zu der zweiten Gruppe: mit geistiger Schwäche. Bei ihnen war das Resultat in 58,5% der Fälle günstig: 17mal sehr gut (*parfait*), 22mal sehr gut oder gut, 19mal befriedigend; ungenügend war es in 41,5% der Fälle.

53 Kranke gehörten zu den Dementen. Hier ist das Resultat weniger gut, begreiflicherweise, denn es handelt sich um Kranke, bei denen der Prozeß weit vorgeschritten ist. 26,4% wurden gebessert, 9,4 davon sehr gut. Aber 73,6% blieben unbeeinflusst. Unter den Besserungen waren einige Fälle, die so weitgehend gestört erschienen, daß man auf eine Beeinflussung nicht gehofft hatte. Dies ist wichtig, wenn man einen Vergleich mit der Malaria-therapie aufstellen will. Es ist nämlich nicht möglich, die dritte Gruppe der Dementen, unter denen viele Kachektiker waren, mit Malaria zu inokulieren. Will man die beiden Methoden also vergleichen, so muß man von den mit Stovarsol behandelten Patienten nur die beiden ersten Gruppen heranziehen. Zieht man diese zusammen, so ergibt sich: 62,5% unbestreitbare Besserungen, von denen 47% berufsfähig geworden sind; denen stehen nur 37,5% Mißerfolge gegenüber. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Stovarsolbehandlung der Paralyse ebenso gute Resultate ergibt wie die Malaria-therapie. Dabei ist erstgenannte ungefährlicher, einfacher, billiger und hat ausgedehntere Indikationen.

Was die Dauerhaftigkeit der Resultate betrifft, so ist sie nicht leicht zu beurteilen. Eine Anzahl von Kranken ist nicht mehr zur Kontrolle gekommen. Diejenigen, die seit 1923 und 1924 beobachtet werden konnten, haben sich gut gehalten und dies sowohl dann, wenn sie wieder behandelt worden waren, als auch wenn sie unregelmäßig Behandlung bekamen oder wenn sie überhaupt nicht

wieder behandelt wurden. Bezüglich der Einwirkung der Stovarsoltherapie auf den Liquor sind drei Veränderungen fortlaufend untersucht worden: Die WaR., die Leukozytose und der vermehrte Eiweißgehalt. Meist wurden bei den einzelnen Kranken wiederholte Punktionen gemacht und die Resultate durch wiederholte Serienuntersuchungen kontrolliert.

Die Wassermannsche Reaktion wurde am häufigsten beeinflusst: in etwa 34% der Fälle (33 : 91). Die Beeinflussung gelang entweder progressiv oder mit einem Schlage. Diese Besserung des Wassermanns geht nicht einher mit einer klinischen Besserung, sondern verläuft ganz unabhängig davon, eine Tatsache, die die Autoren mit genauen Ziffern aus den verschiedenen Gruppen belegen.

Auch die Leukozytosebeeinflussung geht nicht mit der klinischen parallel. Von 93 lange studierten Paralytikern wurde die Leukozytose bei 73% gebessert, bei 27% nahm sie zu. Auch ein Vergleich zwischen dem Verhalten der WaR. und der Leukozytose im Liquor zeigt, daß diese beiden Reaktionen unter der Therapie ganz unabhängig voneinander beeinflusst werden. Nur bei 28 Kranken gelang es, die Leukozytose bis auf 2 Zellelemente zu reduzieren.

Die Hyperalbuminose ist noch schwieriger zu reduzieren. Außer in 4 Fällen, die sich konstant diesbezüglich normal verhielten, gelang es nur bei 12 Kranken, den Eiweißtitel normal zu gestalten. Im ganzen besserte er sich bei 47 (55,3%) und verschlechterte sich bei 38 (44,7%) Fällen; unter letztgenannten figurieren auch die stationären. Auch hier wieder kein Parallelismus mit der klinischen Beeinflussung. Im ganzen haben sich die 3 Anomalien des Liquors in 33% gebessert.

Immerhin beweist die Tatsache, daß überhaupt eine Beeinflussung der Liquor-anomalien möglich ist, eine gewisse Tiefenwirkung des Medikaments. Die Autoren wünschen trotz manchen sehr günstigen Ergebnissen, keinesfalls von Heilungen zu sprechen; vorläufig handelt es sich um totale oder fast totale Remissionen. Der Blutwassermann, der vielleicht noch herangezogen werden könnte, ist besonders bei Paralyse mit größter Vorsicht zu beurteilen, weiß man doch, daß hier die Spontanschwankungen mit oder ohne Behandlung ganz besonders häufig sind. Der Blutwassermann wurde in 32% der Fälle negativ, blieb in 60% positiv und wurde in 8% negativ für dauernd. Uebrigens blieb gerade bei den günstig verlaufenden Fällen diese Reaktion positiv.

Eigenartigerweise ist ein Echo dieser Methode in Deutschland fast ausgeblieben. Nur ein Referent der Medizinischen Welt, der die Resultate der Autoren aus dem Jahre 1927 resümierte, fügte hinzu, daß diese Behandlung in Deutschland noch zu wenig geübt sei. Dies war für mich ein Hauptgrund, den jetzigen Stand der Sache einmal ausführlich mitzuteilen. Nach meiner Kenntnis der peroralen Stovarsoltherapie und ihrer möglichen Zwischenfälle möchte ich unter Hinweis, daß die genaue Befolgung der Dosierungsvorschriften am besten vor Zwischenfällen schützt, annehmen, daß man die Stovarsoltherapie bei Paralyse jetzt empfehlen kann. Man vergesse auch nicht, daß es sich um eine der furchtbarsten Krankheiten handelt, der man entgegentreten versuchen muß, und sei es selbst mit dem Risiko einer Einschränkung der Sehschärfe.

Der Kurplan von Sézary und Barbé, von dem abzuweichen man nur dringend warnen kann, ist jetzt folgender: 3 subkutane Injektionen à 1 g pro Woche bis zur Gesamtmenge der Kur von 21 g. Ist die Besserung schon auffallend, so kann bis 30 g weitergegangen werden. Ein Monat Pause, dann Wiederholung der Kur. Nach nochmaliger Pause kann man die dritte folgen lassen usw. Bei diesem Vorgehen ist nie eine Erkrankung des Optikus eingetreten; die Kranken vertrugen die Kur vorzüglich und nahmen an Gewicht zu.

Die Ergebnisse anderer Autoren waren ebenso günstig. Keiner sah eine Schädigung; ihre Namen lauten: Bignone, Cornil und Haushalter, Bocard, Frl. Pascal, Abramowitz und Brian, Vurpas, Bériel und Devic; diese halten das Stovarsol für die beste chemische Behandlung der Paralyse; Trénel und Masquin erklärten, daß das Mittel auch bei fortgeschrittensten Fällen noch sehr wirksam gewesen sei.

(In Deutschland ist das Mittel in Ampullenform erhältlich bei Th. Traulsen, Hamburg 23.)

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

LIBRARY
RECEIVED

JUN 1 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellschein, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121 958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

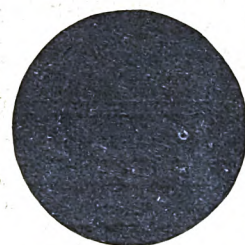
Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 11

BERLIN, DEN 31. MAI 1929

47. JAHRGANG

Hypermenorrhoe und Berufsleben



Die Tampospuman-Behandlung erzielt mit ihrer styptischen Schaumtamponade eine rasche Sistierung der oft störenden profusen Menstruationsblutungen und der Hypermenorrhoe.

„Die fast stets sofortige Wirkung der Tampospuman-Therapie beruhigt die meist geängstigte, oft schwer deprimierte Patientin; Berufsstörungen werden hinten gehalten. In den von mir mit Tampospuman behandelten Fällen wurden in zumindest 75% Erfolge erzielt.“

(Cordes, Fortschritte der Therapie, Jahrg. 1 Nr. 17.)

„Die therapeutische Wirkung trat meistens sehr schnell ein, so bei Hypermenorrhoeen aller Art nach zwei- bis fünftägiger Behandlung.“

(Schönwitz, die Therapie der Gegenwart, Jahrg. 56 Nr. 12.)

„Die Fälle der profusen Menstruation ohne objektiven Genitalbefund sind die Domäne der Tampospuman-Therapie“

„Ich habe eine ganze Reihe von Patientinnen angetroffen, die berichteten, dass sie nach mehrmaliger Tampospuman-Anwendung jetzt eine ganz normale Menstruation hätten.“

(Esser, die Therapie der Gegenwart, Jahrg. 60 Nr. 11.)

Zur Kassenpraxis zugelassen!

Proben und Literatur auf Wunsch.

LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

Digitized by Google

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekonvaleszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurftaubenschießstand, Autogesellschaftsfahrten.

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skroflose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.



Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebsmäßig. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Hausarzt: Dr. Hartmann.

Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch
Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel „DER KURHOF“

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fellsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter Dr. H. Lampé, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpines, nebel-freies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz, Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt
Direktion W. ERICHSEN, früher Kurhaus Baden-Baden

Dr. J. Hamburger's Kurhaus

für Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige.

Strausberg bei Berlin

Tel. 43. Sommer u. Winter.

Dr. R. Friedeberg
Bad Kudowa

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkrankheiten

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
1000 Meter
für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

Märkisches Sanatorium Wald - Sieversdorf

Fernruf: Buckow (Märk. Schweiz) 21, für innere Krankheiten, Nerven- u. Erholungsbedürftige. Bevorzugte Lage, Küchenleitung d. Spezial-Sanatoriums-Koch, Prosp. d. d. Verwaltg.
Leitender Arzt: Dr. Zachariae,
Facharzt für innere Krankheiten.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus.

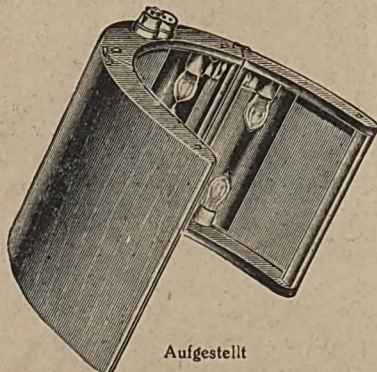
Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — Diätkuren — alle modern. psychotherapeutischen Methoden.

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

KURHAUS SEMMERING

Physikalisch-diätetische Höhenkuranstalt. 1000 Meter über dem Meere. 2 Stunden Bahnfahrt von Wien. Alle modernen Kurbehelfe.
Chefarzt: Med.-Rat Dr. Franz Hansy.
Frühjahr und Herbst ermäßigte Preise.
Alles Nähere durch die Prospekte.

Wilhelm Krahl, Berlin NW 28, Schiffbauerdamm 8



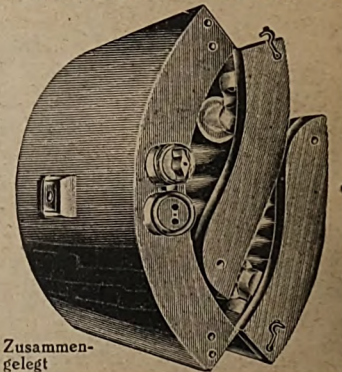
Aufgestellt

Alleinverkauf der zusammenlegbaren
Heißluft-Apparate u. elektr. Lichtbäder

nach San.-Rat Dr. Hennig

Vorzüge: Äußerst stabile Konstruktion
Unbedingte Zuverlässigkeit — Wenig
Raum beanspruchend — Leicht transportabel — Intensive Licht- bzw. Wärmewirkung — Günstige Preise

Verlangen Sie kostenlose Übersendung
meines ausführlichen Spezialprospektes A



Zusammengelegt

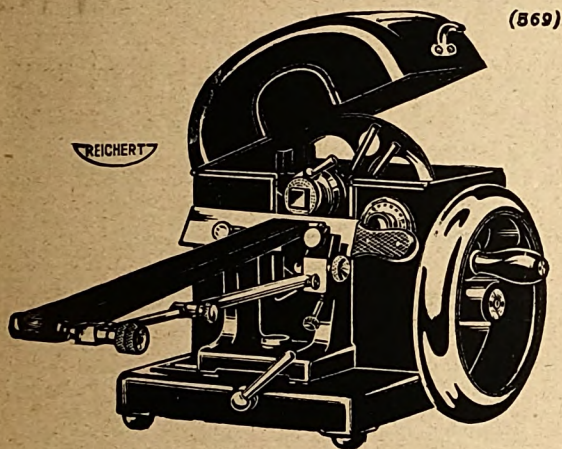
Kriegstagebuch eines Arztes:
Vielfach
hervorragend besprochen !!

Als Arzt in Mazedonien 1916/18

von Dr. Schede, mit vielen
Bildern und Karten. Verlag
Hornickel, Nordhausen. 4.50 M

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

REICHERT



**MIKROSKOPE MIKROTOME
UND
NEBENAPPARATE
WIEN VIII/2**

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist



Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.



Leitz R-Polarimeter

(D. R. P. und Ausl.-Pat.)

Für die Harnanalyse

Feste Lage des Analysators
Keine Nulleinstellung erforderlich
Große Ausschläge

Höchste Genauigkeit bei kurzer Rohrlänge
 $1/4$ u. $1/2$ Normalröhren / Tageslichtbenutzung

Fordern Sie kostenlos Liste Nr. 2566 von:

Ernst Leitz, optische Werke, Wetzlar

Unsere verehrten Leser

werden dringend ge-
beten, bei Anfragen an
inserierende Firmen
auf unsere Zeitschrift

Fortschritte der Medizin

freundlichst Bezug zu
nehmen.

Der Verlag.

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acetico-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung,
Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien

Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
Rudolstadt.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Johann Susmann Galant, Moskau: Die neuen rassenbiologischen Strömungen in Sowjetrußland	391
Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Dir. Prof. Sticker).	
Oberarzt Dr. G. Conrad: Gonorrhoeische Bauchdecken-Tuben-Uterus-Fistel	393
Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	394
Referate nach Fachgebieten:	
Augenheilkunde	400
Chirurgie und Orthopädie	401
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	404
Geschichte der Medizin	408

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	409
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	409
Hygiene	411
Infektionskrankheiten	411
Innere Medizin, Tuberkulose	412
Kinderheilkunde	417
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie	419
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	420
Psychiatrie und Nervenheilkunde	423
Psychologie und Psychopathologie	424
Soziale und gerichtliche Medizin	425
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	425
Neu erschienene Bücher	426

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

- | | |
|--|--|
| <p>27. V.—8. VI. Aerztlicher Lehrgang in den Leibesübungen, Köln.</p> <p>29. IV.—27. VII. Lehrgang zur Ausbildung von Kreis-, Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzten, Breslau.</p> <p>3.—15. VI. Internationale Fortbildungskurse über Chirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe, Gynäkologie, Urologie, Wien.</p> <p>10. VI.—13. VII. Sonderkurs über Malaria, Hamburg.</p> <p>* 12.—19. VI. Internationaler Krankenhauskongreß, Atlantic City (U. S. A.).</p> <p>* 28.—29. VI. Nordwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Rostock.</p> <p>* 3.—5. VII. Kongreß „Mutter und Kind“, London.</p> <p>* 4.—6. VII. Ophthalmologischer Kongreß, Oxford.</p> <p>* 8.—12. VII. Reichs-Sozialhygiene-Kongreß, London.</p> <p>* 13.—20. VII. Royal Sanitary Institute, Sheffield.</p> <p>* 22.—27. VII. Internationale Woche für therapeutische Lichtwirkungen, Paris.</p> <p>* 23.—26. VII. British Medical Association, Manchester.</p> | <p>* 5.—7. VIII. Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Königsberg.</p> <p>* 19.—23. VIII. Internationaler Physiologenkongreß, Boston, U. S. A.</p> <p>* September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.</p> <p>* 1.—17. IX. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Universität, Newhaven, U. S. A.</p> <p>2.—7. IX. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.</p> <p>* 6.—8. IX. Bayerischer Aerztetag, Regensburg.</p> <p>* 8.—12. IX. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.</p> <p>* 12.—14. IX. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tübingen.</p> <p>15.—21. IX. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs, Karlsbad.</p> <p>* 16.—18. IX. Deutscher Orthopädenkongreß, München.</p> |
|--|--|

Extrakte zur

Schloßberger-Reaktion

Eine neue Präzipitations-Reaktion auf aktive Tuberkulose

Alleinige Abgabestelle, auch für Versuchsmengen, kostenlos:

Dr. Fresenius, Hirschapotheke Frankfurt a. M.

Literatur:

G. Schröder, Schömberg:
Bd. 1, Heft 4, Immunität, Allergie und
Infektionskrankheit 1928/29
(Gmelin, München)

NEU!

COMPLAMIN

(Phenacetin, Phenylchinolincarbons. Propylester, Calc. citr.)

vereinigt in sich die einzelnen Komponenten zu protrahierter Gesamtwirkung. Spezifium gegen Grippe, Erkältungskrankheiten und Katarrhe der oberen Luftwege. Ferner bei Neuralgien, rheumatischen Beschwerden, entzündlichen und exsudativen Erkrankungen, Dysmenorrhoe, Lumbago usw. Verstärkte antiphlogistische Wirkung!

Gute Bekömmlichkeit!

Keine Herzbeschwerden!

Kein Eigengeschmack!

Muster und Literatur zur Verfügung.

JOHANN A. WÜLFING, CHEM. FABRIK, BERLIN SW 48

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 |
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 11

BERLIN, DEN 31. MAI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Die neuen rassenbiologischen Strömungen in Sowjetrußland.

Von JOHANN SUSMANN GALANT, Moskau.

Die Eugenik (Rassenbiologie) erfreut sich in Rußland eines großen Ansehens und gehört zu den wenigen jungen Wissenschaften (Endokrinologie, Konstitutiologie, Reflexologie), die mit besonderem Eifer betrieben werden und eine rasche Entwicklung zu verzeichnen haben. Die zwei russischen eugenischen Zentren in Moskau und Leningrad mit Professor N. Koltzow (Moskau) und Ju. Philipptschenko (Leningrad) an der Spitze entwickeln eine rege wissenschaftliche Tätigkeit und verhelfen der Eugenik, einen Zugang in die weiten Schichten der Bevölkerung zu gewinnen. Die verschiedensten Fragen der Rassenhygiene und ihrer Grenzgebiete finden eine sachgemäße eingehende Beleuchtung in dem Organ der russischen eugenischen Gesellschaft: „Russisches eugenisches Journal“ (Redaktion: N. Koltzow und Ju. Philipptschenko). Das „Bulletin des eugenischen Büros“ in Leningrad bemüht sich in derselben Richtung. Außerdem erscheinen von Zeit zu Zeit selbständige Arbeiten über Fragen der Eugenik und größere rassenbiologische Werke, unter welchen das Buch: „Eugenik“ von T. J. Judin, Professor der Psychiatrie und Direktor der psychiatrischen Klinik an der Universität Kasan, als ein Buch, das die Eigenschaften eines kurzen Lehrbuches mit solchen einer erschöpfenden Darstellung sämtlicher alten und neuen Probleme der Eugenik vereinigt, hier Erwähnung finden mag.

Bis vor kurzem war in der russischen Eugenik nur eine Forschungsrichtung, die im großen und ganzen mit den Forschungen der führenden englischen, deutschen und amerikanischen Eugeniker (Galton, Pearson, Lenz, Siemens, Belfield usw.) zusammenfällt, vertreten. Koltzow hält sich in seiner Auffassung der Eugenik streng an Galton, spricht von der Eugenik als von einer „neuen Religion“, der Religion der Zukunft, erwartet von dem „religiös-eugenisch“ eingerichteten Staate alles Heil für die Menschheit, und sieht in der Vererbung den Hauptfaktor, ja schier den einzig wirkenden Faktor des Menschwerdens (im weiten Sinne dieses Wortes). Auf dem gleichen Standpunkt stehen die meisten russischen Vertreter der Eugenik, so daß die russische Rassenbiologie ganz in den Fußtapfen der westeuropäischen Eugenik wandelte.

Neuerdings macht sich aber in der Sowjetunion eine neue eugenische Richtung bemerkbar, die in Professor M. Wolotzkoi, einem Mitarbeiter des Timirjasew-Forschungsinstituts in Moskau, ihren Hauptvertreter und Wortführer hat. Ueber diese neue Richtung, die sich zu einer „Biosozialen Eugenik“ herausarbeiten will, werde ich hier sprechen.

Die neuen eugenischen Strömungen in Rußland knüpfen an die Lehren des ersten, nie berühmten und ganz vergessenen russischen Eugenikers Wassilij Markowitsch Florinski (geboren am 16. Februar 1834, gestorben am 3. Januar 1899). Florinski war Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Petersburger Mediko-Chirurgischen Akademie, begnügte sich aber nicht mit seinen geburtshilflich-gynäkologischen Studien und gab im Jahre 1866 ein Buch, das die Überschrift: „Die Verbesserung und die Entartung des menschlichen Geschlechts“ trägt, heraus.

Was dies 161 Seiten starke Buch, das in Unkenntnis der Mendelschen Arbeiten über die Vererbung verfaßt worden ist, darstellt, werden wohl am besten folgende Zitate veranschaulichen:

*) Judin, T. J.: Eugenik. Die Lehre von der Verbesserung der angeborenen Eigenschaften des Menschen. Verlag Ssabaschnikolsky. Moskau 1925. 239 Seiten.

„... je weniger Vorurteile über die plebejische Abstammung es geben wird, um so mehr Chancen für eine moralische und physische Verbesserung des Menschengeschlechts. In diesem Sinne werden die Volkskräfte, als eine ungeheure Masse von Rohmaterial, ähnlich wie der Sauerstoff der Luft für das Brennen, eine unerschöpfbare Quelle für den Unterhalt des bürgerlichen und des Staatslebens sein“ (S. 107—108).

„Der Prozeß der geistigen Entwicklung und Reife besteht nicht darin, daß ein Mensch gewisse Kenntnisse erworben, Sitten und europäische Sprachen gelernt hat. Bei einer solchen Bildung spielt das Gehirn sozusagen eine passive Rolle. In vielen Fällen muß der scharfsichtige Bauer oder der Gewerbetreibende öfters sein Gehirn anstrengen, muß öfters denken und erfinden als der reiche, gebildete Adlige, der nicht weiß, wie und wo seine Bildung anzuwenden, und der sein Leben lang weder einen Gegenstand noch eine Frage, über die er nachdenken müßte, vor sich hat. Vollständig versorgt und zufrieden, lebt er (der Adlige) meist mit fremdem Verstand, arbeitet mit fremden Händen, und es gibt kein Mißgeschick im Leben, das ihn zwingen würde, eine starke Gehirnanstrengung zu machen, um sich aus einer erdrückenden Lage zu retten. Darum ist das Herrenkind so wenig für eine ernste geistige Arbeit fähig, darum verlieren verwöhnte Kindlein und überhaupt Menschen, die immer von anderen unterstützt werden, bei dem ersten Zusammenstoß mit den Härten des Lebens, bei der ersten Schwierigkeit, die ein einfacher Dorfjunge überwinden würde, ihre Geistesgegenwart. Darum kommt es vor, daß der Dorfjunge viel mehr erfinderisch, unternehmungslustig und waghalsig ist, als ein Knabe desselben Alters, der eine verzärtelte Erziehung, wie Oblomow²⁾ beispielsweise, genossen hat. Es ist also nach all dem begreiflich, wer mehr geistig arbeitet und wo wir bei der Nachkommenschaft eine stärkere Entwicklung des Gehirns zu erwarten haben. Jetzt wird es nicht mehr entfernend erscheinen, wenn wir sagen werden, daß die in den Jahrhunderten sich vollziehende geistige Entwicklung nicht allein in der sogenannten gebildeten Gesellschaft stattfindet, sondern mit noch größerer Energie, mit stärkerer Anstrengung geht sie allmählich und unbemerkt ansteigend, den nationalen Geist bereichernd, in jenen Klassen der Gesellschaft vor sich, die noch nicht lange her, wenn nicht als Halbmenschen, so doch als niedrige, von der Natur benachteiligte Wesen betrachtet worden sind“ (S. 57—58).

„Wenn wir bis jetzt gesehen haben, daß die weiße Rasse die Farbigen verdrängt und knechtet und die Leibeigenen unter dem Joch der Gutsbesitzer lechzen, so trägt daran weder die Natur, noch das Schicksal die Schuld, sondern die blutdürstigen Neigungen des Menschen selbst“ (S. 115).

„In der mittleren und höheren Klasse unserer Gesellschaft hat sich der Begriff der Schönheit und mit ihm der Geschmack ganz geändert. Ohne auf die Ursachen dieser Aenderung des Geschmacks einzugehen, sagen wir nur, daß hier eine nicht unbedeutende Rolle die Literatur gespielt hat. In vergangenen Zeiten lasen die Mädchen und die Knaben viel Schukowski und ihm verwandte Dichter, die das Ideal des Weibes in ätherischen, halbfertigen Formen gezeichnet haben. Ein solch krankhaftes verunstaltetes Ideal drang natürlich ins Leben. Mädchen und Frauen ergaben sich dem Hunger oder schämten sich wenigstens vor den Augen der Menschen zu essen, tranken Essig, aßen Kreide und Lehm und strebten auf allerlei andere Weise nach Magerkeit und Blässe, um einem nicht irdischen

2) Oblomow ist der Held eines Romans von Gontscharow, der denselben Namen trägt. (Anmerkung des Übersetzers.)

Wesen zu gleichen. Die Männer ihrerseits, von diesem verkehrten Geschmack angesteckt, bevorzugten eben solche Frauen. Eine gut gebaute, gesunde, hübsche Frau schien ihnen eine „Matriona“ zu sein. Außerdem hatten es die Männer selbst gern, sich auf diese Weise interessant zu machen, indem sie nach einer natürlichen oder künstlichen Blässe strebten und ihren Körper schlank machen wollten. Mit einem Wort, ein leidendes Aussehen war die Mode, und je krankhafter, blasser der Mensch aussah, desto interessanter erschien er. Man kann sich nun vorstellen, welche Nachkommenschaft man von einer Paarung solcher Individuen zu erwarten hatte. Und so erreichte man in den kommenden Geschlechtern eine ungewöhnliche Düntheit und Zartheit der Haut, eine Verdünnung der Knochen, ein Schwinden des Unterhautfettgewebes, mit einem Wort, man machte aus den privilegierten Gesellschaftsklassen etwas Körper- und Geistloses, denn ein gesunder Geist ist nur in einem gesunden Körper möglich“ (S. 72—73)³⁾.

Diese und mehrere andere ähnliche Ideen äußerte Florinski in seinem Buche „Verbesserung und Entartung des Menschengeschlechts“ im Jahre 1866, also erst fünf Jahre nach der Abschaffung der Leibeigenschaft in Rußland. Es ist darum begreiflich, daß diese Ideen keinen Widerhall in der Aristokratie und in den damaligen Gelehrtenkreisen gefunden haben: der Autor und sein Buch waren bald vergessen.

Aber auch jetzt noch stehen Florinskis rassenbiologische Ideen in völligem Widerspruch mit den landläufigen eugenischen Ansichten. Wollte Florinski die höhere, erfinderische Intelligenz nicht beim Adel, sondern beim Bauer und Proletarier finden; so behaupten die Rassenbiologen der Gegenwart, daß eben die höheren Gesellschaftsklassen die Befähigten und die Proletarier die nichtsnutzigen Elemente der Gesellschaft seien. Galton z. B. vertritt die Ansicht, daß „der Geist der Nation in ihren höheren Klassen enthalten sei“. Wenn man die Menschen, die diesen Klassen entsprechen, schon in der Kindheit erkennen und sie durch einen entsprechenden Geldersatz für den Staat erwerben könnte, damit man sie zu Engländern erzieht, so wäre es für die Nation ein lohnendes Geschäft, für jeden solchen heranwachsenden Mann einige hundert oder tausend Pfund Sterling zu bezahlen. Dr. Farr, ein hervorragender Statistiker, gab sich die Mühe, den mittleren Geldwert eines Kindes der Frau eines englischen Arbeiters zu berechnen, eines Kindes, das die gewöhnliche Zeitperiode in der für seine Gesellschaftsklasse üblichen Weise gelebt hätte. Mit einer sehr großen statistischen Kunst berechnete Farr den Geldwert eines solchen Kindes, indem er sich von zwei Momenten leiten ließ: 1. von den Kosten, die auf seine Erhaltung im Kindesalter und während seiner Altersschwäche aufgewendet werden müssen; 2. von der Summe seines Verdienstes in den Jahren seiner Jugend und im Mannesalter. Die Bilanz beider Seiten dieser Rechnung ergibt den Geldwert von 5 Pfund Sterling für ein Kind aus einer Arbeiterfamilie. Ausgehend aus denselben Berechnungen erhält man den Wert von 1000 Pfund Sterling für ein Kind aus den höheren Gesellschaftsklassen (Galton, „Essays in Eugenik“. Erste Vorlesung: „Der Wert des Kindes“).

Pearson drückt den Gedanken von der geistigen Ueberlegenheit der gebildeten Klassen über das Proletariat figürlich folgendermaßen aus: „Die mittlere intelligente Gesellschaftsklasse ist die Wirbelsäule der Nation. Ich bin geneigt zu glauben, daß diese Gesellschaftsklasse (durch Selektion und Ausleseerzeugung) im Verhältnis zu den Arbeiterklassen eine bedeutend größere Prozentzahl von Talenten liefert; diesem Unterschiede liegt nicht ein Mangel an Bildung zugrunde, sondern ein Fehler der Gattung.“

Im gleichen Sinne sprechen sich Niceforo, Lenz, Siemens und die anderen Eugeniker aus, und zwar manche von ihnen in einer so scharfen, die Vertreter des Proletariats so schwer verletzenden Weise, daß die Eugenik den Charakter einer Wissenschaft erhält, die den Klassenkampf verschärft, und indem sie sich ganz auf die Seite der Bourgeoisie stellt, den Kampf gegen das Proletariat predigt. Namentlich ist es Hermann W. Siemens, der überall eine „Proletariatsgefahr“ sieht, in dem Proletariat den Feind des Kulturfortschrittes erblickt, in ihm den Zerstörer der

alten Kulturen erkennt und vor der Proletarisierung des heranwachsenden Geschlechts wie vor der Pest warnt⁴⁾.

Diese tendenziöse Eugenik des Westens konnte natürlich nicht ohne Widerspruch in der Sowjetunion bleiben und rief eine entsprechende Reaktion hervor. Indem das junge Geschlecht der russischen Eugeniker an den Vater der russischen Rassenbiologie, Florinski, dessen Ideen über die Grundfragen der Rassenhygiene (die Konsequenzen aus diesen Ideen kann jeder leicht allein ziehen!) wir oben angeführt haben, entwickelt es die Idee einer neuen Rassenbiologie, die „Biosoziale Eugenik“ heißen soll. In seinem Büchlein: „Die Klasseninteressen und die Eugenik der Gegenwart“⁵⁾ gibt Wolotzkoi nach einem allgemeinen Ueberblick der rassenbiologischen Strömungen des Auslandes eine kurze Darstellung der künftigen biosozialen Eugenik, die aus folgenden Thesen ausgeht.

Die Eugenik ist im Prinzip der Arbeiterklasse gegenüber feindlich eingestellt. So wie sie jetzt ihre Entwicklung im Westen nimmt mit ihren Weltkongressen und Beratungen (z. B. in Mailand), wo die Kampfmittel mit der „Proletarisationsgefahr“ besprochen werden, bekommt sie, um sich mild auszudrücken, die Verfärbung einer reaktionären Weltassoziation. Dieser Umstand darf uns aber von der Eugenik in ihrem eigentlichen Wesen nicht abstoßen. Ist doch das Ziel der Eugenik die bewußte Beeinflussung des Prozesses der menschlichen Evolution. So verstanden, harmonisiert die Eugenik sehr mit den allgemeinen Aufgaben des sowjetischen Aufbaues. Wichtig ist nur, welchen Inhalt wir in die Eugenik hineingießen werden.

Jene wissenschaftliche Disziplin, die in der Sowjetunion als Antwort auf die eugenische Bewegung des Westens (die „Bourgeois-Eugenik“, wie sie Wolotzkoi bezeichnet) geschaffen werden soll, muß auf biosozialen Fundamenten gebaut sein — auf dem Darwinismus in Verbindung mit dem Marxismus. Die Eugenik der Gegenwart hat unter sich weder das eine noch das andere als Fundament, ist nur auf den konservativen Faktoren der Evolution — auf der Vererbung und der Selektion — gegründet und ignoriert dabei ganz den dritten progressiven Faktor — die Veränderlichkeit (Wandelbarkeit) (Ismentschiwost). [Die idiophorische, blastophthorische, phänotypische, mutalistische Veränderlichkeit usw.] Die Hineinziehung dieses Faktors (der Veränderlichkeit) in die Eugenik wird diese letztere aktueller, lebensfähiger machen und wird die Wirkungssphäre der Eugenik mächtig erweitern. Eine ganze Reihe von Aufbaumomenten (physische Kultur, Kinder- und Mutterschutz usw.) sowie von Abbaumomenten, für die die derzeitigen Eugeniker kein Interesse zeigen, werden alsdann eine ganz andere Beleuchtung erhalten. Das Studium der professionellen Schädlichkeiten vom eugenischen Standpunkt her kann eine neue Disziplin der professionellen Eugenik zeitigen.

Timirjasew⁶⁾ vergleicht die Vererbung mit der Inertion — „es ist die organische Inertion. Als Folge der Inertion behält ein Körper Ruhe, bis er aus dieser Ruhe gebracht wird; so auch der Organismus: Er bleibt unverändert, bis er einen Stoß bekommt, und gibt dann die erworbene Veränderung von Geschlecht zu Geschlecht weiter, solange eine neue Ursache dieser Weitergebung nicht im Wege steht“. Die Eugeniker der Gegenwart bauen ausschließlich auf der organischen Inertion der Organismen. Es ist darum sehr fraglich, ob sie große Erfolge ernten werden.

Im Gegensatz zur Vererbung stellt Timirjasew die Veränderlichkeit (Wandelbarkeit), als aktives Prinzip, das für die Entwicklung der Organismen eine weit größere Bedeutung hat, im Vordergrund der biologischen Forschung. In dieser Richtung muß auch die neue biosoziale Eugenik arbeiten.

Weiter verlangt Wolotzkoi eine vollständige Befreiung der russischen Eugeniker von dem Einfluß der ausländischen Autoritäten. Eine ganze Reihe biologischer Fragen, wie die Vererbung erworbener Eigenschaften, die Rolle der Auslese, der Evolution usw., müssen eine neue Beleuchtung erhalten, es müssen die „ein-

⁴⁾ Hermann W. Siemens: Grundzüge der Rassenhygiene. München, Verlag Lehmann, 1923, S. 70—71, und Arch. f. Rassen und Gesellschaftshistologie, Bd. XII, Nr. 1, S. 43—55.

⁵⁾ Wolotzkoi: Die Klasseninteressen und die Eugenik der Gegenwart. Verlag „Snanile und Schisn“. Moskau 1925.

⁶⁾ Timirjasew — weltbekannter russischer Botaniker und Biologe, gestorben 1921.

³⁾ Zitiert nach der zweiten Auflage. Moskau 1926.

geklemmten Affekte“, die dazu führen, daß die Eugeniker leidenschaftlich und voreingenommen diesen oder jenen Standpunkt verteidigen, analysiert und beseitigt werden und dergleichen mehr.

Soviel über die Methoden der „biosozialen Eugenik“. Was ihren Gegenstand betrifft, so muß die russische Eugenik im Gegensatz zu der ausländischen die Interessen der Arbeiter und der Bauern, als jener Gruppen der Bevölkerung, die die Grundreserven und die größte Schatzkammer der noch nicht ausgelebten Kräfte der Kulturmenschheit bilden, von den Eugenikern besonders berücksichtigt werden, und diese Klassen der Bevölkerung müssen den eigentlichen Gegenstand der Eugenik ausmachen.

So läßt sich kurz die sich neu andeutende „biosoziale Richtung“ der russischen Eugenik zusammenfassen. Wohin die jetzige Krise und die sich immer schroffer gestaltenden Gegensätze der alten und neuen russischen Eugenik führen werden, wird die nächste Zukunft zeigen.

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Dir. Prof. Stickel).

Gonorrhische Bauchdecken-Tuben-Uterus-Fistel.

Von Oberarzt Dr. G. CONRAD.

Bauchdecken-Tubenfisteln sind für den Gynäkologen nichts Außergewöhnliches. Sie kommen meist vor nach Adnexoperationen mit nicht primär verheilten Bauchwunden, wenn die Tuben nicht keilförmig exzidiert, sondern nur abgetragen und der Adnexstumpf nicht genügend peritonisiert worden ist. Gelegentlich beobachtet man auch periodische Blutentleerungen aus der Fistel. Einen einschlägigen Fall, der dadurch noch besonderes Interesse erweckt, daß es sich um eine gonorrhische Bauchdecken-Tuben-Uterus-Fistel handelt, konnten wir kürzlich auf unserer Abteilung beobachten. Da die Pat. wegen ihrer Gonorrhoe auf der hiesigen dermatologischen Abteilung monatelang ohne Erfolg behandelt worden war — es wurden immer wieder Gonokokken in dem Fisteleiter nachgewiesen — wurde sie zweck operativer Beseitigung der Fistel auf unsere Abteilung verlegt.

Pat. war im Jahre 1925 in einem Kreiskrankenhaus operiert worden (nach ihrer Angabe war eine Appendektomie gemacht worden). Im Jahre 1926 war Pat. wegen maligner Lues, Urethral- und Zervikal-Gonorrhoe und Ulcera molli mit beiderseitigen Bubonen, die inziert werden mußten, auf der dermatologischen Abteilung unseres Krankenhauses in Behandlung. Im Juni 1928 erfolgte wegen dauernd zunehmender derber Schwellung der Schamlippen erneute Krankenhausaufnahme.

Aufnahmebefund der dermatologischen Abteilung (Dr. Curth): In der rechten Unterbauchgegend befindet sich eine schräg zur Symphyse verlaufende, strahlige 15 cm lange Narbe, die etwas unterhalb des Mac Burneyschen Punktes eine pfenniggroße, gerötete, krustig belegte Stelle aufweist, aus der sich bei Druck etwas Eiter entleert. Die kleinen Labien sind über daumendick ödematös geschwollen, die Klitorisgegend ist an der Schwellung mitbeteiligt. Die Schleimhaut ist an der Innenseite ziemlich blaß, und auffallend starr. Zeichen stärkerer Entzündung fehlen. An dem vorderen Ende der kleinen Labien finden sich beiderseits fast pfennigstückgroße, schmierig belegte, zackig begrenzte perforierende Substanzdefekte (Esthiomene). Abstriche aus Urethra, Cervix und Rektum ergeben massenhaft typische Gonokokken.

Unter geeigneter Behandlung werden die Abstriche aus Urethra und Rektum negativ, jedoch zeigen die Cervixabstriche trotz aller angewandten Mittel immer wieder Gonokokken. Im September vorigen Jahres wurde auf der dermatologischen Abteilung zum ersten Male beobachtet, daß sich während der Menses Blut aus der Bauchdeckenfistel entleerte, wodurch der Verdacht auf eine Tubenfistel erweckt wurde, während Pat. bisher nur von einer Blinddarmoperation gesprochen hatte. In der daraufhin vorgenommenen Untersuchung des Fisteleiters wurden nun auch Gonokokken nachgewiesen. Auf eine briefliche Anfrage wurde dann vom Kreiskrankenhaus mitgeteilt, daß wegen eines appendizitischen Abszesses der Wurmfortsatz entfernt werden mußte, außerdem waren die entzündlich veränderten rechten Adnexe exstirpiert worden. Heilung per secundum int. Es blieb eine Fistelöffnung zurück, aus der sich dauernd geringe Mengen Eiter entleerten. Pat. wurde mir erstmalig im November vorigen Jahres zur gynäkologischen Untersuchung zugeschickt, und ich konnte durch Sondierung einwandfrei feststellen, daß es sich um eine

Bauchdecken-Tuben-Uterus-Fistel handelte, denn die oben eingeführte Sonde kam am äußeren Muttermund zum Vorschein. Außerdem wurde durch Röntgenaufnahme unter Jodipinfüllung die Diagnose bestätigt.

Am 5. November 1928 wurde in Rektalnarkose die Operation vorgenommen (Prof. Stickel). Zunächst Mittellängsschnitt zwischen Nabel und Symphyse, Lösung von zahlreichen Verwachsungen. Der rechte Tubenwinkel ist beckenwandwärts verzogen und mündet in den Fistelgang. Amputatio supravaginalis mit Entfernung der entzündlich veränderten und in Adhäsionen eingebetteten linken Adnexe. Peritonisierung. Dann erst erfolgt sorgfältiges Ausschneiden des Fistelganges. Verschuß beider Bauchdeckenwunden mit Knopf- und fortlaufenden Katgutnähten, Anschließend Exstirpation der Labien wegen der bestehenden Esthiomene.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Operationspräparates (Dr. Joel) ergab ein kernarmes Bindegewebe mit besonders lumenwärts zahlreichen Lymphozyten, Plasmazellen und vereinzelt Leukozyten. Zum Lumen zu finden sich im Gewebe vereinzelte, kaffeebohnenförmige, grüppchenförmig angeordnete Diplokokken vom Aussehen typischer Gonokokken. Die Uterusschleimhaut stark aufgelockert, Drüsen geschlängelt, Kapillaren strotzend mit Blut gefüllt. Im Myometrium haufenförmige Anordnung von lymphozytären und plasmazellulären Infiltraten, vielfach perivaskuläre Infiltration. Die Epithelien der Schleimhaut auffallend hoch, in ihr reichlich Leukozyten.

Die Heilung wurde dadurch verzögert, daß die mediane Laparotomiewunde nach 5 Tagen infolge der Spannung in ganzer Ausdehnung klappte und reichlich sezernierte, während die eigentliche Fistelwunde p. prim. fest verheilt war. Selbst eine zweimalige Sekundärnaht der medianen Laparotomiewunde mit starken Katgutknopfnähten hatte nicht den gewünschten Erfolg, infolge der starken Spannung schnitten die Fäden nach kurzer Zeit wieder durch, erst eine dritte am 26. März ausgeführte Sekundärnaht mit U-förmig gelegten Bronzedrähten führte endlich zum Ziel.

Nach der Operation setzte die antigonorrhische Behandlung der Cervix ein mit dem Erfolg, daß die Abstriche, die in regelmäßigen Abständen gemacht wurden, erstmalig am 12. Februar negativ wurden und es auch in der Folgezeit blieben.

Was die Entstehung der Bauchdecken-Tuben-Uterus-Fistel anbetrifft, so ist wohl eine einwandfreie Erklärung damit gegeben, daß die Peritonisierung des Adnexstumpfes nicht genügend war; so daß — im Zusammenhang mit der p. sec. heilenden Operationswunde — eine Fistel sich ausbilden konnte. Eine ausgezeichnete Peritonisierung des Adnexstumpfes ist in solchen Fällen dadurch zu erreichen, daß man das Lig. rot. über den Stumpf zieht und an der Hinterseite des Uterus durch Katgutknopfnähte fixiert, wodurch gleichzeitig eine Lagekorrektur des Uterus erzielt wird.

Daß in der Bauchdecken-Tubenfistel Gonokokken nachgewiesen wurden, ist ein äußerst seltener Befund; wie schwierig es ist, unter diesen komplizierten Verhältnissen eine Heilung der Gonorrhoe zu erreichen, zeigt die durch lange Wochen hindurch ohne den geringsten Erfolg durchgeführte antigonorrhische Behandlung der Cervix. In diesem Falle konnte nur die operative Entfernung der Fistel mit supravaginaler Amputation des Uterus eine Gewähr dafür geben, die Cervixgonorrhoe in kürzester Zeit zur Heilung zu bringen.

Betreffs des operativen Vorgehens kann man zwei Wege wählen. Da ja bei solchen Fisteln nach vorausgegangener Operation erfahrungsgemäß erhebliche Verwachsungen mit den Nachbarorganen bestehen, so ist es sicherer — wie wir es in unserem Falle getan haben — sich von einem medianen Laparotomieschnitt an den Fistelgang heranzuarbeiten, ihn zu isolieren und ihn dann in toto von einem um den Fistelgang ovalär gelegten Hautschnitt zu exstirpieren. Der Nachteil dieses Vorgehens besteht darin, daß zwei Wunden geschaffen werden, die infolge der großen Spannung nicht immer primär heilen. Bei dem zweiten Vorgehen sucht man sich nach Umscheiden der Fistelöffnung an dem Fistelgang selbst entlang zu präparieren; sind ausgedehnte Verwachsungen vorhanden, so ist dieser Operationsweg bedeutend unübersichtlicher, hat aber den Vorteil, daß die Spannung erheblich geringer und dementsprechend die Aussicht auf primäre Heilung größer ist. Eine feste Regel läßt sich jedoch nicht aufstellen, sondern die Art des operativen Vorgehens muß von Fall zu Fall entschieden werden.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und, unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 141., Heft 1/2.

Tierexperimentelle Untersuchungen über die Verteilung des Quecksilbers im Organismus und klinische Erfahrungen über die Ausscheidung desselben nach Salyrganinjektionen. (Unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie und Therapie der Typhusbazillenträger.) Müller.

Ueber die narkotische Wirkungskraft der Dämpfe der Chloride der Methans, des Aethans und des Aethylens. Lazarew.

Untersuchungen über die Pharmakologie und Pharmakodynamik von Salben und salbenbikorporierten Medikamenten. Moncorps.

Vergleichende Untersuchungen über die resorptionsfördernde Wirkung verschiedener Saponine und den Einfluß des Cholesterins. Kofler und Fischer. Zur Wertbestimmung von Lobelia inflata. Steppuhn und Swerff. Ueber die Wirkung einiger Metalle. Waltner.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. f. Hyg.), München, Nr. 1, 1929. Bestimmung des Trübungsgrades bei Wässern. H. Ilzhöfer.

Zur Frage der Trinkwasserepidemien. F. Wolter. Apparatur zur Dosierung von Gasen und Dämpfen. H. Brückner.

Untersuchungen über fleisch- und vitaminhaltige Hefenextrakte. E. Remy. Saccharinfütterungsversuche an Mäusepaaren. K. B. Lehmann.

Wirkung technischer und hygienischer wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus. E. Glaser und S. Fritsch.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. f. Hyg.), München, Nr. 2, 1929. Spinale Kinderlähmung im Freistaat Sachsen in den Jahren 1923 bis 1927. H. Krahn.

Verunreinigung der Lahn durch die Stadt Marburg. Kapeller. Haben die Unglücksfälle als Todesursache zu- oder abgenommen? Triebel.

Muskelkraft bei Saturnismus. J. M. Ulland.

Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderheilk.), Stuttgart, 86., Heft 4, 1929. Ueber den Anstieg der Toxikosen im Sommer 1928. F. Goebel.

Untersuchungen über die Blut-Liquor-Permeabilität im Säuglingsalter mittels der Walterschen Brommethode. F. Kruse.

Serumphosphat und Toxikose. F. Kruse und W. Gladzyk.

„Allgemein verbreitetes Emphysem“ als Komplikation von Bronchopneumonie und Pertussis. H. Unger.

Grenzfälle auf dem Gebiete der perniziös-aplastischen Anämie und der Leukämie. Opitz.

Zur Varizellen-Propylaxe. Bäumler.

atologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 16. Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces hominis. Benedek, 1927. 2. Mitteilung: Die Primärkultur (das mikroskopische Bild). T. Benedek.

Das Gebiet der ultravioletten Strahlen und die neue Osram-Ultralampe. F. A. Förster.

atologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 17. Neigung alternder Personen zur Bildung palpebraler und periorbitaler Komedonen. J. Csillag.

Die Rolle des Wismuts in der seronegativen Phase des Primäraffektes. E. Sonnenberg.

ches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 163., Heft 5/6.

Zur Kenntnis der lymphatischen Reaktion. Adolf Hartwich.

Der Wasserhaushalt der Diabetiker und seine Beeinflussung durch Insulin. Ernst Wichmann und Shuwen Liang.

Aorten-Isthmusstenose mit zwei weiteren Fällen. O. B. Bode und F. Knop, London.

Häm siderose der Lungen bei chronischer Pneumonie mit Karnifikation und Einschmelzung. A. Sylla.

Physikalische Grundbedingungen des Thorax-Perkussionsschalls und der „auskultierten Perkussion“. Cesare Minerbi-Ferrara.

Zur Pathogenese des Bronchialasthmas. S. Genkin und M. Owtschinski, Moskau.

Vom anatomischen zum biologischen Denken. F. Buttersack.

Studien zur spezifisch-dynamischen Nahrungswirkung. Krauß und Rettig.

Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei renalem Diabetes. W. Kempmann und W. Bröcker.

cho medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 10. Die normale und pathologische Charaktergestaltung. II. Charakter und Umwelt. Herm. Hoffmann.

Ueber Gegenwartsströmungen in der Heilkunde. Goldscheider.

Untersuchungen über das Komplement im Serum bei Leberkranken. Martin Goldner.

Zur Klinik und Bakteriologie der E-Ruhr. Gerhard Elkeles.

Zur pathologischen Anatomie des infraklavikulären Infiltrates. Pagel.

Ueber den Nährwert von rohem und gekochtem Eidotter. A. Scheunert und Elfride Wagner.

Ueber den Nährwert von rohen und gekochten Hühnereiern. E. Friedberger und A. Abraham.

Ueber Sionon, ein neues Zuckerersatzmittel. Helmuth Reinwein.

Die richtige Dosierung von Strophantins. P. O. Böttcher.

Rektale Lebertherapie. Anton Hiltmaier.

Zur Frage der Vigantolschäden. Ph. Bamberger

1873. Zur Röntgendiagnose des Lobus venae azygos, insbesondere seine Erkennbarkeit durch das stereoskopische Verfahren. Fritz Litten.

Ueber Diätversorgung auf See. Fritz Berger und Heinz Minning.

Therapeutische Notizen. W. Nipperdey.

Ein einfaches Verfahren zur Abkürzung der Belichtungszeiten bei photographischen Aufnahmen, speziell bei Röntgenaufnahmen. Fritz Ebert.

Reptitorium der Alterskrankheiten. VI. Die Pleuraerkrankungen (mit Ausnahme der neoplastischen). Hermann Schlesinger.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. J. Berberich.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 11. Abortbehandlung. H. Martius.

Die Grenzen der geburtshilflichen Tätigkeit des praktischen Arztes. Wilhelm Boecker.

1840. Die Bedeutung des Probefrühstücks in der Praxis. R. Ehrmann.

1795. Insulin bei der Behandlung der perniziösen Anämie. L. v. Varga.

1796. Phytotoxisches Phänomen bei Anaemia pernicioosa und sein Verhalten während der Lebertherapie. Leon A. Tscherkos und G. Goldstein.

1856. Zur Klinik der peripherischen Gefäßerkrankungen. Clemens Ernst Benda.

Sommerrachitis. J. Schönen.

1819. Ueber Kapillarmikroskopie im Kindesalter. L. Doxiades.

Ueber aktive Diphtherieimmunisierung. Irmgard Valentin.

Neueres auf dem Gebiete der Psychoanalyse. J. H. Schultz.

Pulverbläser mit Obturator. E. Gläß.

Reptitorium der praktischen Sexualmedizin. III. Sterilität. Fürbringer.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. J. Berberich.

Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jhrb. f. Kdhk.), 73., Heft 3/4.

1763. Vakzination und Nervensystem. A. Mader.

1847. Die apoischen Anfälle. A. Peiper.

1831. Lymphogranulom bei Kindern. W. Feer.

1752. Dermatitis exfoliativa jenseits des Säuglingsalters. O. Bäumler.

Ueber einen Fall von lipoidzelliger Splenohepatomegalie. G. Dienst.

1877. Die Röntgentherapie des spastischen Hustens und ihr Einfluß auf das Blutbild. K. Schütz und O. Vychtyl.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (Klin. Monatsbl. Augenheilk.), Stuttgart, 82., Jahrg. 1929, Februar.

1872. Strahlenbehandlung von Augenlidkrebs. (Aus der Klinik des Anthoni van Leeuwenhoeckhuis [Direktor: Dr. W. F. Wassink] und der Ophthalmologischen Universitätsklinik in Amsterdam [Direktor: Prof. Dr. W. P. C. Zeeman].) S. de Vries (Amsterdam).

1871. Untersuchungen über Zweckmäßigkeit des Augenschutzes bei Bestrahlung des Augenlides. (Aus der Klinik des Anthoni van Leeuwenhoeckhuis, Amsterdam. Niederländisches Institut für Krebsforschung [Direktor: Dr. W. F. Wassink].) D. den Hoed, G. Stoel und S. de Vries (Amsterdam).

Ueber die Trachombildung durch Radiumemanation (Radon). (Aus dem Staatsinstitut für Radio- und Röntgenologie zu Leningrad [Direktor: Prof. Dr. M. I. Nemenoff] und aus der Augenklinik des Staatsinstituts für medizinische Wissenschaften in Leningrad [Direktor: Prof. Dr. J. W. Selenowsky].) J. W. Selenowsky und A. A. Malischeff (Leningrad).

Eine neue Prothese zum Schutze des Auges gegen Röntgen- und Radiumstrahlen. (Aus der Universitäts-Augenklinik Berlin [Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Krückmann].) W. Rohrschneider (Berlin).

Ein Beitrag zur Zylindersklaskopie. E. Raubitschek (Tel-Aviv, Palästina).

1693. Dysakusis, Alopecia und Poliosis bei schwerer Uveitis nichttraumatischen Ursprungs. (Aus der Augenklinik der Tohoku-Universität in Sendai, Japan.) Y. Koyanagi (Sendai, Japan).

Zur Frage des Ulcus corneae rodens. O. Triebenstein (Rostock).

Ueber Anregung der Gefäßbildung in der Hornhaut mit Hilfe des kautischen Strichs, nebst Bemerkungen über die Filariaerkrankung des Auges. (Aus der Universitäts-Augenklinik Freiburg i. Br. [Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Th. Axenfeld].) F. Saeger (Freiburg i. Br.)

Zum Aufsatz: Kritische Bemerkungen zu Kreikers „Keilförmige Einpflanzung von Mundschleimhaut in den Intermarginalsaum. R. v. Gernet (Poniewesch, Litauen).

Ein Fall von Psammom der Orbita. E. Wiegmann (Hildesheim).

Zu dem Fortbildungsvortrag Prof. W. Stocks „Ueber die Behandlung des Glaukoms“ (Bd. 81 dieser Zeitschrift, S. 690–702). C. Hamburger (Berlin).

Eine Veränderung in der Form des Trepanns, um die Durchbohrung des Knochens bei der Totischen Operation zu erleichtern. Arruga (Barcelona).

Zur Bekämpfung der Schielamblyopie. Weckert (Goslar).

Beitrag zur Frage einer schädlichen Nachwirkung der Tränenröhrenexstirpation. P. Knapp (Basel).

Bemerkungen zu den Nebenwirkungen der Exstirpation der palpebralen Tränenröhre. Th. Axenfeld (Freiburg i. Br.).

Mitteilungen und Fragen aus der Praxis.

Kann eine Verletzungsfolge (eingehelter Irisprolaps) ein Glaukom verhüten? E. Wiegmann (Hildesheim).

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Leipzig, 8. Jahrg., Nr. 10.

Die Lehre von der Herzhypertrophie. H. Bohnenkamp.

1835. Darstellung der Wirkung des Lobelins und der Kohlensäure auf die Atmung des Menschen in der Narkose. Hermann Franken.

1721. Das Verhalten des arteriellen Blutdruckes im mensuellen Zyklus und seine Abhängigkeit vom vegetativ-hormonalen System. Heinrich Eufinger und Franz Eichbaum.

Vitalfärbung und Vitalspeicherung bei experimenteller Taubenberiberi. Werner Kollath.

Zur Bestimmung des Eiweißgehaltes des Urins nach Esbach. Hans Schulten.

Zur Serologie der Berliner Bevölkerung. F. Schiff.

Die Genverhältnisse im Blute der Völker und Rassen. Siegmund Wellisch.

- Ein einfaches Hilfsmittel zur mikrophotographischen Aufnahme von kleineren Gegenständen bei schwacher Vergrößerung und auffallendem Licht. Heinrich Ruge und Ferdinand Plett.
- Tonsillektomie mit Diathermie. Georg Finder
- Ueber die biologische Inaktivität des Ergosterinperoxyds. Wolfgang Heubner und Friedrich Holtz.
- Beitrag zur Entstehung von Melanin. B. Brahn und F. Bielschowsky.
1327. Ueber Nephrektomie bei Pyonephrose im Säuglingsalter. Hans Widenhorn. Die physikalische Behandlung der chronischen Kreislaufinsuffizienz. Adolf Schott.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), Leipzig, 8. Jahrg., Nr. 11.
- Ueber die Monozytenfrage. William Bloom.
1770. Ueber den Bestandstrom des menschlichen Körpers. Walter Strauß und Carl Müller.
1834. Klinische Untersuchungen über den Angriffspunkt der Analgetika. H. Hoff und P. Wermer.
1839. Radiologische Untersuchungen über Oesophagusinnervation. Ken Kuré, Naohisa Fujii und Ken Kawaguzi.
- Ueber Vergiftungen mit Dimethylsulfat. H. Strothmann.
1357. Zur Symptomatologie der nichteitrigen Sinusthrombosen. P. Hilpert.
1783. Ueber ein kardio-sympathisches Reflexphänomen. Walter Misch und Alfons Lechner.
1844. Ovarialhormon und Grundumsatz. Gertrud Koehler.
- Untersuchungen über die Blutmenge bei Patienten mit Adipositas. S. A. Holbøll.
- Zur Technik der Arterienpunktion. Kurt Dresel und Fred Himmelweit.
- Grundsätzliches über die anatomische Beschaffenheit des Lungenprimäraffektes. W. Blumenberg.
- Ueber die Zusammenhänge der oxydativen und anoxydativen Desaminationen und über die Rolle der Aminopurine im intermediären Gewebsstoffwechsel. J. K. Parnas.
- Der allgemeine Stoffwechsel beim Uteruskarzinom. N. Louros und Gaeßler.
- Agranulozytose mit monozytärer Reaktion. Manfred Landsberg.
- Neue Wege in der Therapie des Morphinismus. O. Wuth.
- Ueber die Abhängigkeit der Insulinwirkung von der Stoffwechsellaage. Peter F. Meyer.
- Günstige Beeinflussung von Intoxikationsamaurose durch Tetrophan. H. Stark.
- Ueber einen neuen Spirometer. Kohlrausch.
- Medizinische Klinik** (Med. Klin.), Berlin, Nr. 13, 28. März 1929.
- Dem Gedächtnis Theodor Billroths zu seinem 100. Geburtsage.
- Theodor Billroth. Georg Lotheissen.
- Theodor Billroth in seinem Verhältnis zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. W. Körte.
- Wandlungen in der Magen Chirurgie. H. Schloffer.
- Wie können die Heilungsaussichten der Krebskranken gebessert werden? Guleke.
1695. Zur Technik der Schädeltrepanation. Fr. Pels Leusden.
- Unglücks- und Glückszufälle in der operativen Chirurgie. H. v. Haberer.
- Die zentralen Knochenerkrankungen. H. Coenen.
1696. Zur Kenntnis der Herzstörungen bei arterio-venösen Aneurysmen und ihrer Heilbarkeit durch Operationen. Eduard Melchior.
1711. Ueber Operationen an Hermaphroditen. L. Moszkowicz.
- Ueber die Beziehungen des vegetativen Nervensystems zur Sensibilität. O. Foerster und H. Altenburger.
- Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten (Fortsetzung). Herbert Colman.
- Dringliche Therapie in der inneren Medizin (Fortsetzung). Werner David.
- Hormonbehandlung mit Thygan in der Frauenheilkunde. Erwin Graff.
- Neodorm, ein mildwirkendes Hypnotikum und Sedativum. Lorenz.
- Neuere Ergebnisse der praktischen Chirurgie. Sammelreferat. B. Wollmann.
- Wilhelm Baum und Theodor Billroth. I. Fischer.
- Billroth als Musiker. K. Feri.
- Die Medizinische Welt** (Med. Wel.), Berlin, Nr. 13, 30. März 1929.
1817. Die Bedeutung gesäuerter Milch für die künstliche Ernährung des Säuglings. H. Vogt.
1709. Die Mastopathien. Fibromatose und zystische Entartung der weiblichen Brustdrüse (Schluß). G. E. Konjetzny.
1744. Essentielle Thrombopenie (Morbus maculosus Werlhofii) in der Gravidität. Hammerschlag.
1829. Therapie der Pyurie im Kindesalter. H. v. Mettenheim.
1715. Schnitte und Drainage bei Eiterungen, insbesondere „gedeckte Doppelschnitte“. R. Klapp.
- Die Beseitigung rheumatischer Kontrakturen. Hermann Gocht.
- Vorbeugung der Heine-Medinschen Krankheit (sogenannten epidemischen Kinderlähmung) in ihrer Art und Bedeutung (Schluß). Konrad Biesalski.
- Die wichtigsten Komplikationen der Appendizitis. Ihre chirurgische Behandlung (Schluß). O. Zeller.
- Altes und Neues vom Kaffee. Julius Ruska.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie** (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 81., Heft 1/2.
- Beobachtungen über Uteringeräusche, insbesondere über klingendes Uteringeräusch. R. Joachimovits.
1743. Ueber die praktische Bedeutung der Reinheitsgrade für das Wochenbett. W. Löbner.
- Extractio Placentae Accretae. G. Aschermann.
- Schlußwort zu vorstehender Arbeit. W. Zangemeister.
1865. Die Psychotherapie des Gynäkologen. J. S. Galant.
- Erfahrungen mit der elektrisch betriebenen Milchpumpe nach Scheer. W. Schol.
- Ueber die Alkohol-Extrakt-Reaktion nach Sellheim-Lüttge-v. Mertz und einige ihrer Fehlerquellen. O. Gragert.
1739. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft mit gleichzeitiger temporärer Sterilisierung nach der Methode von Alfieri. S. di Francesco.
1745. Die Wertung des sogenannten Phrenikussymptoms bei unterbrochener Extrauterin gravidität. G. A. Bakscht.
- Uteruskarzinomextirpation bei einem 1½jährigen Kind. E. Kehrner und H. O. Neumann.
- Zu der Beschreibung des Schmetterlingshandgriffs nach Proubasta zur Erweiterung des Muttermundes von V. Conill. F. Proubasta.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie** (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 81., Heft 3.
- Einfluß der Textilarbeit auf Schwangerschaft, Geburt und die Lebensaussichten der Neugeborenen. F. Holtzmann.
1740. Die „neuen Wege“ in der Geburtshilfe von M. Hirsch. Ed. Martin und K. Spieckhoff.
1738. Prophylaxe und Therapie der Gebärmutterperforation beim künstlichen Abort. M. Wets.
- Ueber den Glykogengehalt der normalen, der hyperplastischen und der aenomyotisch dystopen Gebärmutter Schleimhaut. H. Bänder und O. Neurath.
1854. Zur prophylaktischen und therapeutischen Anwendung des Warnekrosserums bei Puerperalfieber. J. Wozak.
1728. Die Behandlung des Uterusmyoms. L. A. Kriwsky.
- Ueber Echinokokkeninfektion des weiblichen Beckens. D. Maluschew.
- Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie** (Mschr. Geburtsh.), Berlin, 81., Heft 4/5.
- Blutgruppenlehre und Bluttransfusion in der Frauenheilkunde. K. Heim.
- Ueber eine seltene Blutungsursache intra partum und abnorme Faltenbildungen in der Zervix. K. Jaroschka.
- Ein Fall von kongenitaler Erweiterung der fötalen Harnblase als Geburtshindernis. E. Goldberger.
1730. Die Fibromyome im Puerperium. L. Bublitschenko.
- Ueber Todesfälle durch Luftembolie bei kriminellem Abort. G. Straßmann.
- Ein Fall von allgemeiner, angeborener Hautatrophie. T. Antoine.
1843. Beiträge zur Morphologie der menschlichen Tube. M. Iwata.
1705. Ueber postoperative Eventrationen. J. B. Lewit.
- Einige gynäkologische Erfahrungen und Versuche in der neurologischen Praxis. Ebinger.
- Monatsschrift für Kinderheilkunde** (Mtsch. Kinderheilk.), Leipzig, 43., Heft 1.
- Die eideutsche Anlage der Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Pädologie. E. Liefmann.
- Das Aufflackern der Lues latens bei Kindern. V. Mikulowski.
- Einige Versuche mit Keuchhustenprophylaxe und -therapie. W. Hoffmann.
- Beiträge zur meningalen Permeabilität und Meningitisdiagnose im Kindesalter. H. Esselsbrügge.
- Eine seltene Anilinvergiftung beim Kinde. K. Ochsenius.
- Idiosynkrasie gegen Vigantol. K. Ochsenius.
- Monatsschrift für Kinderheilkunde** (Mtsch. Kinderheilk.), Leipzig, 43., Heft 2.
- Psychologische Untersuchungen über die Wirkung des Seeklimas auf Jugendliche. H. Voigts.
- Vulvitis aphthosa. E. Flusser.
- Ueber Ohrerotik bei Kindern. J. S. Galant.
1812. Beobachtungen über die Entwicklung von Frühgeburten in der offenen Fürsorge. I. Zimmermann.
- Ueber das Caput natiforme rachiticum. E. Podvinec.
1830. Ueber morbilliforme Neugeborenen Grippe mit septischem Ausgang. S. Rosenbaum.
- Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin** (Mschr. Unfallheilk.), Leipzig, 36. Jahrg., Nr. 4, 1929.
- Fraktur oder Lendenrippe. Hermann Meyer.
1719. Die Sozialisation des 5. Lendenwirbels als Ursache von Kreuz- und Rückenschmerzen. Rudolph Stor.
1867. Lassen sich Leitsätze in der Frage Arthritis deformans und Unfall aufstellen? Paul Ewald.
- Zur traumatischen Entstehung von Aortenaneurysmen. H. Kaufmann.
1868. Sekundäre Arthritis deformans und Unfall. S. W. Schmidt.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung**, 21. Jahrg., Heft 5.
1805. Kreislauf und Lungentuberkulose. Josef Poras.
- Ueber die Störungen des Sinusrhythmus. L. I. Fogelson.
- Ein Apparat zur direkten photographischen Aufzeichnung des Venenpulses. A. Weber.
- Zeitschrift für Medizinalbeamte** (Ztschr. Med.-Beamte), Berlin, Jahrg. 42, Nr. 8.
- Die Blutprobenentnahme in strafprozessualer und strafrechtlicher Bedeutung. Schorn, Bonn.
- Wie stellen sich die deutschen Medizinalbeamten zur Verstädtlichung des Hebammenwesens? Paul Ribmann, Hannover.
- Ursachen von Befundwidersprüchen bei Begutachtung Lungentuberkulöser. K. H. Blümel, Halle a. d. S.
- Zentralblatt für Chirurgie** (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 39.
1716. Zur Behandlung des Unguis incarnatus. K. Reschke.
1874. Die Röntgenuntersuchung bei der akuten Pankreatitis. A. Bronner.
1706. Pankreasstein. A. W. Meyer.
- Antitoxisches Koliserum bei eitrigen Abdominalerkrankungen. H. Kohler.
- Zur Aetiologie der intraabdominellen Ovarialblutungen. R. Geinitz.
- Zur Magenresektion bei perforiertem Ulcus ventriculi-duodeni. G. Hromada.
- Zur Frage der Anästhesie des Plexus brachialis. H. Hilarowicz.
- Zentralblatt für Chirurgie** (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 40.
- Avertinnarkose bei Phrenikusexstirpation. Th. Köller.
1713. Weitere günstige Erfahrungen mit der Behandlung der Aetherbronchitis nach Bier. E. Hayward.
- Zur drainagelosen Gallenchirurgie. B. O. Pribram.
- Kompression der Flexura duodenojejunalis durch Drüsen. O. Orth.
- Zur Therapie der Divertikel der basalen Teile der Harnblase. J. Bedrua.
- Ueber die Bedeutung der Pyelographie bei Nierenverletzungen. W. Antonin.

Ossiculum sesamoideum verum musculi gastrocnemii externi (Gruber). A. Gregory.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 41.
 Zur Frage der radikalen Exstirpation primärer maligner Knochengeschwülste bei bestehender Spontanfraktur. L. v. Stubenrauch.
 Appendicitis chronica (Appendicitis fibroplastica) unter dem Bilde eines Rektumkarzinoms. A. Dzialiszynski.
 Erfolge mit Koliserum bei diffuser und zirkumskripten Peritonitis. Lindemann.
 Die lokale Infiltrationsanästhesie bei Operationen an der Blase und Prostata. A. W. Wischniewsky.
 Nachtrag zur Arbeit „Zyloptropintod“, Zbl. Chir. 1928, Nr. 20 und 33. H. Edelmann.
 Zur Arbeit von Edelmann: „Zyloptropintod“, Zbl. Chir. 1928, 1230 und Vogt. Zbl. Chir. 1928, 2070 und Schreyer „Urotropinschädigung“, Dtsch. med. Wschr. 1928, 1036. H. Nölle.
 Kötumnekrose nach Appendektomien. C. Prima.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 42.
 Avertin und Phrenikotomie. H. Killian.
 Zur Lachgasnarkose bei Thorax- und Lungenoperationen. J. Beitz.
 Zur Wirkung des Avertins auf den Kreislauf. Domrich.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 43.
 Ein neues Modell der Einheitsschiene der Klinik Eiselsberg. R. Demel und H. Kunz.
 Ein Darmrohr zur Avertinnarkose. H. Burmeister.
 Ueber Appendizitis bei Masern. A. Burckhardt.
 Falsche Seitenlokalisation bei Nephrolithiasis. G. H. Feist.
 Plattfußbeschwerden und multiple Sklerose. F. Peyser.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 44.
 Eine plastische Operation für narbig eingezogene Sattelnasen. N. N. Petrow.
 Zur Lehre von den Darmsteinen. A. Drescher.
 Zur Technik der Resektion temporärer artifizieller Dünndarmfisteln. H. Kunz.
 Freie Gelenkkörper und Patellarluxation. J. Mendl.
 Die technische Vervollkommnung der Hallux- und Zehenoperationen mittels Osteotomiezeugen. H. Bär.
 Ein einfacher Handbohrer für Drahtextensionen. H. Steiner.
 Trockenkost als Reizfaktor in der Behandlung der Knochen- und Lungentuberkulose. F. Birkenhauer.
 Zur Mitteilung Z. Ogloblins, Zbl. Chir. 1928, Nr. 29: „Entfernung einer Lumbalpunktionsschneide, die ein Jahr im Rückenmarkskanal gesessen hatte.“ W. Milko.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 45.
 Appendektomie und Leistenhernie. K. Merminiges.
 Zur Kritik der Antrumresektion bei kardianalem Magengeschwür. H. Dietrich.
 Nierenperithelium, auf transperitonealem Wege entfernt. W. Graef.
 Zur malignen Degeneration des Leistenhödens (Chorionepithelium), J. H. Hommes.
 Zur Kasuistik der isolierten Kreuzbeinbrüche. V. Mandler.
 Zur Tetanusbehandlung. A. Heddaeus.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 46.
 Zur Operation der inguinalen Adnexhernien. H. Hilarowicz.
 Reinfusion intraabdomineller Blutungen. F. Dannheißer.
 Ueber die Schwierigkeit der Nierenechinkokkusdiagnose und den zweckmäßigsten Operationseingriff. W. Stark.
 Spontanerspringen von Gallensteinen. C. Hammesfahr.
 Die Heminephrektomie bei Erkrankungen der Doppelnieren. W. Heckenbach.
 Zur Klumpfußbehandlung. C. R. H. Rabi.
 Zur Versorgung der suprapubischen Blasenfisteln. G. Praetorius.
 Kurze Bemerkung zur Arbeit von Prof. W. S. Lewit, Moskau: „Ueber die Resektion des oberen Magenteiles“ im Zbl. f. Chir. 1927, Nr. 37. C. Hörhammer.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 47.
 Symmetrische Gangränen bei Infektionskrankheiten. P. Esau.
 Zur Kritik der Asthmaoperationen. R. Göbbel.
 Unser Verfahren bei den Brüchen des Dickdarms. Scanchis Perpina.
 Ein Fall von Formatio diverticuli artificialis duodeni aus dem Gallenblasenboden. Wsawolod Korchow.
 Die Bedeutung der Fawweusschen Reaktion bei den Echinkokkenkrankheiten. G. Raith.
 Eine neue Extensionszange zur Frakturbehandlung. L. Dusche.
 Ueberschene Fremdkörper. P. Esau.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 48, 1928.
 Zur Aussprache über die Avertinnarkose. H. Kohler.
 Die Spätsresultate der Arthrodese des Telo-Kruralgelenkes. N. A. Gurewitsch.
 Appendizitis und Trauma. J. Lévai. Die Heilung der Operationswunden beim Hallux valgus. M. Herz.
 Eine neue Magenklammer. R. Bachmann.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 49.
 Eine Blinddarmoperationsstatistik. W. Förster.
 Enteroanastomose bei Invaginationileus. L. Schmidt.
 Eine sehr seltene Darminneinklemmung. Wordatz.
 Ein Fall von transponierter Milzzyste. W. N. Nekudow und E. A. Nekudowa.

alblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 50.
 Ueber den resorbierbaren Tampon. H. Periz.
 Pleuro-peritoneale Tuberkulose. O. Bäumer und H. Edelmann.
 Die Umstechung der Gefäße. K. Merminiges.
 Beitrag zur Technik der Gastrostomie. B. Lubarsky.
 Kurzer Beitrag zur Herz- und Fremdkörperchirurgie. E. Birt.
 Choleodochusstriktur durch entzündlichen Reiztumor. C. Hammesfahr.

Zentralblatt für Gynäkologie (Ztrbl. Gynäk.), Nr. 16, 1929.
 Peristaltik und Antiperistaltik des Eileiters. Kok.
 1722. Prüfung der Tubendurchgängigkeit nach v. Ott. Frommolt.
 Pernokondammerschlag in der Geburtshilfe. Hole.
 1723. Spätblutungen im Klimakterium. Steinhardt.
 1813. Steigerung und Verminderung der Milchsekretion im Wochenbett. Wachtel.
 1815. Bad und Nabelbehandlung bei Neugeborenen. Anders.
 Prognose der Erstgeburt aus der Muttermundsform. Scherback.
 Dekapitationsinstrument. Weigl.
 Spitze Kondylome der äußeren Genitalien als eine seltene Indikation zum Kaiserschnitt. Prochorow.

Zentralblatt für Gynäkologie (Ztrbl. Gynäk.), Nr. 17, 1929.
 Entstehung der Kötyledonenfurchen der Plazenta. Frommolt.
 Geburtshilfliche Neuordnung und ihre statistische Begründung. M. Hirsch.
 Jodpinselung und Abschabung des Portioepithels. Schiller.
 Röntgenuntersuchungen des knöchernen Beckens im Profilbild. v. Schubert.
 1814. Temporäre Hämophilie der Neugeborenen. Siedentopf.
 Gruppenspezifische Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Ohnesorge.
 1747. Uterusdränage nach fieberhaften Geburten. Wigger.
 Kleidotomie an der lebenden Frucht. Jankelewitsch.

Nordische Zeitschriften

Acta medica Scandinavica (Acta med. scand.), 69., Heft 5/6, 1928.
 Ueber die Änderungen in der Wasserstoffionenkonzentration des Stuhles bei Obstipation. W. Thune Andersen und A. Norgaard, Dänemark.
 Pleuritis calculosa mit serösem Exsudat. Karl Gentz, Schweden.
 Eine Methode zum Studium der Blutkörperchen-senkungsreaktion einiger Tiere, die gewöhnlich zu Versuchszwecken gebraucht werden. Ragnar Lundgren, Schweden.
 Ein Fall von Pigmentkachexie. Sven M. Eldh, Schweden.
 Ein Fall von Morbus Paget der Knochen. Arthur Engel, Schweden.
 Die Wirkung von Embryonalextrakten auf das kardio-vaskuläre System und vornehmlich auf den Konus des Herzmuskels. N. P. Rasoumov und A. B. Nikolskaja, U. R. S. S.
 1786. Beobachtungen über die Thrombozytenzahl bei klinischer Venenthrombose. Anders Kristenson, Schweden.
 1790. Akridinderivate in der Diabetesbehandlung. Otto Jul Nielsen, Dänemark.
 1863. Psychosen und neurasthenische Zustände bei Achylia gastrica und Megalozytose und die Beziehungen dieses Syndroms zu der perniziösen Anämie. Erik I. Warburg und Stefan Jørgensen, Dänemark.

Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Läkaresellsk. Hdl.), Helsingfors, 71., März 1929.
 Das Vorkommen der perniziösen Anämie in vier Helsingforschen Krankenhäusern im Verlauf der Jahre 1898 bis 1927. Edvin Lindström.
 Zur Kenntnis des erblichen juvenilen Glaukoms. (Universitäts-Augenklinik in Helsingfors, Prof. v. Grönholm.) Sigurd Werner.
 Ein Fall von Zervikalgravidität. Julius Meyer.
 1748. Geschichte der Influenza. Bernt Lönnqvist.
 Zwei Fälle von Rhinitis vasomotoria, mit Kalziumchloridspülungen behandelt. F. Leiri.

Zeitschriften in englischer Sprache

The American Journal of Hygiene (Amer. J. Hyg.), Baltimore Nr. 1, 1929.
 Immunologische Untersuchungen über die perorale Typhusvakzination. R. E. Hoffstadt, R. L. Thompson und C. L. Martin.
 Intramuskuläre Infektion von Meerschweinchen mit Sporen von Bacillus botulinum. G. E. Coleman.
 Experimentelle Infektion mit Tetanussporen. G. E. Coleman.
 Einfluß des Sonnenlichts auf Infektionsempfänglichkeit rachitischer Ratten. E. Ch. Robertson.
 Krebs- und Tuberkulose. R. Pearl.
 Wasserbeschaffenheit und Moskitovermehrung. W. Rudolf und J. B. Lackey.
 Variationen im asexuellen Zyklus von Plasmodium cathemerium. G. H. Boyd.
 Diemitylos viridescens rafinesque als Mittel zur Moskitobekämpfung. R. Matheson und E. H. Hinman.
 Ermüdung und Empfänglichkeit von Kaninchen gegen Pneumokokken. G. H. Bailey.
 Präzipitinreaktionen mit Geweben von Ascaris lumbricoides und verwandten Helminthen. G. A. Canning.
 Das Problem der Uebertragung des Kala-Azar. I. Epidemiologie. C. W. Joung und M. Hertig.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis, 17., Nr. 3, März 1929.
 1735. Der therapeutische Wert eines neuen konzentrierten Streptokokkenantitoxins bei Puerperalfieber. A. F. Lash.
 1733. Experimentelle Endometriosis. Sidney S. Schochet.
 1736. Eine Studie über die Anwendung von Parathyreoidhormon zur Beherrschung der Menstrualblutung. Edward Allen und H. C. Goldhorpe.
 1734. Der Galaktosestoffwechsel. V. Der Einfluß des Gestationszyklus auf die Toleranz. Allan Winter Rowe und Mary McGuinness.
 1726. Torsion des myomatösen Uterus. T. C. Peightal.
 1737. Sterilität, mit besonderer Berücksichtigung der Spermatozoen. L. W. Masop.
 1724. Das Verhältnis des Harnstoffstickstoffs zum Gesamtstickstoff des Blutes in der normalen Schwangerschaft. W. Denis, E. L. King und F. Briggs.
 1742. Vergleichende Studie über 500 aufeinanderfolgende Fälle von Geburtseinleitung. R. A. Reis.
 Hemiplegie während der Schwangerschaft. Mit Bericht eines Falles. R. A. Scott.

1746. Sectio caesarea. C. B. Lull.
Prophylaktische Behandlung der puerperalen Infektion durch intrauterine Applikation antiseptischer Lösungen. Samuel S. Rosenfeld.
Einige Faktoren in der mütterlichen Wochenbettmorbidity. O. J. Toland.
- American Journal of Ophthalmology** (Amer. J. Ophthalm.), Denver (Colorado), Februar 1929.
Ueber einen Fall von Resten der Pupillarmembran und Ectopia lentis congenita. A. R. Crebbin.
Intrakapsuläre Exzision ohne Iridektomie. H. Morton.
Ein Besuch in der Klinik von Dr. Ignacio Barraquer zu Barcelona. G. O. Ring.
Die Bindehauttasche bei Kataraktoperationen. C. T. Eder.
Zum Studium der bei der Tiefenwahrnehmung beteiligten Faktoren. A. W. Loy.
Ein Fall von malignem Lymphom. M. Goldenburg.
1691. Subkonjunktivale Injektionen von Atropin und Adrenalin bei Iridozyklitis. A. L. Brown.
- Brain** (Brain), London-New-York, 51., Part. 4, 1928.
1860. Einige Bemerkungen über Kopiverletzungen. D. Armour.
1864. Histopathologische Veränderungen bei progressiver Paralyse nach Malaria-behandlung. R. W. Wilson.
1858. Vermehrter intrakranieller Druck. John J. B. Stropford.
1861. Das Elektromyogramm bei schwerer Myasthenie. H. G. Wolff, H. Keutmann und St. Cobb.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 22, Dezember 1928.
Neuere Betrachtungen über Azidose. McKim Marriot und Alexis F. Hartman.
Irrtümer bei der Diagnose chronische Appendizitis. J. B. Carnett und R. S. Boles.
Perniziöse Anämie. Raphael Isaacs, Cyrus S. Sturgis und Millard Smith.
Röntgendiagnostik primärer Lungeneplasmen. B. P. Stivelman.
Kompressionsfrakturen der Wirbel. C. F. Eikenbary.
Neoplasmen der Harnblase (Pathologie). P. W. Aschner.
Chirurgische Behandlung maligner Harnblasentumoren. V. C. Hunt.
Der Pollengehalt unbewegter Luft. W. W. Duke.
Chirurgische Behandlung des Rektumkarzinoms. T. E. Jones.
Geistesstörungen nach Kataraktoperationen. Allen Greenwood.
Röntgenologische Beobachtungen im Frühstadium des Ulcus duodeni. Edward L. Jenkinson.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 23, Dezember 1928.
Behandlung von Herzkrankheiten. James B. Herrick.
Achlorhydrie. John P. Schneider und James B. Carey.
Leberfunktionsproben. G. M. Piersol und M. M. Rothman.
Synergismus von Magnesiumsulfat und Morphinum. James T. Gwathmey.
Luft in den Koronararterien. G. J. Rukstien und E. R. Le Count.
Beziehungen des Hyperthyreoidismus zu Gelenkerkrankungen. W. S. Duncan.
Akute abdominale Erkrankungen und Thrombose der Koronararterien. T. H. Coffen und H. P. Rush.
Serumphylaxe bei einer Masernepestidemie. A. Clement Silverman.
Normale und abnormale Niere und Ureteren. R. L. Anderson.
Rolle des Linsenkerens bei Komplikationen im Gefolge von Kataraktoperationen. Arnold Knapp.
Verlust des Glaskörpers bei Kataraktextraktion. E. C. Ellet.
Sicherheitsmaßnahmen bei Operationen von Dickdarmkarzinomen. Walter E. Sistrunk.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 24, Dezember 1928.
Das optometrische Problem. Walter B. Lancaster.
Hypertonie bei Säuglingen. Hyman S. Lippman.
Behandlung funktioneller Herzkrankheiten. Frank J. Hirschboeck.
Traumatische Orchitis? Miley B. Wesson.
Keuchhusten. (Vakzinationstherapie oder Frühdiagnose?) Louis W. Sauer.
Erfolge mit der extraartikulären Fixation bei tuberkulöser Hüftgelenkentzündung im Kindesalter. F. C. Kidner.
Blastomykosis. I. D. Michelson.
Intradermale Vakzination mit B. C. G.-Virus (vorläufige Mitteilung). Arvid Wallgren.
Herzhypertrophie. J. A. E. Eyster.
Lebertran als Ersatzmittel für Sahne in der Säuglingsnahrung. H. E. Irish.
Wert der aktiven Immunisierung gegen Scharlach. Guy L. Kiefer.
Ikterus und Aszites bei Lebererkrankungen. James F. Weir.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Amer. Med. Assoc.), Chicago, 91., Nr. 25, Dezember 1928.
Erbrechen während der Schwangerschaft. John P. Gardiner.
Herzkrankheiten während der Schwangerschaft. Burton E. Hamilton.
Nephritis und Nephrose mit Oedemen. Edwin G. Bannick und Normann M. Keith.
Tuberkulöse Enterokolitis. Frank Smithies, Morris Weißmann und Frank Fremmel.
Physiologie der Harnentleerung. Francis H. Redewill.
Milchkrankheit. Harold A. Bugler.
Empyem. Ralph B. Bettman und Nathan N. Crohn.
Blasenstein. Hugh Cabot.
Anurie als Folge von Nierensteinen. George F. Cahill, Harold H. Gile.
Schlüsselbeinfrakturen. E. L. Eliason.
Postoperative Infektion nach Kataraktentfernung. W. S. Franklin und F. C. Cordes.
Moderne Kataraktbehandlung. Lloyd Mills.
Aschheim-Zondeksche Probe. H. W. Lourja und Maxwell Rosenzweig.
- The Journal of Clinical Investigation**, 6., Nr. 4, Februar 1929.
1800. Das gesamte Säurebasengleichgewicht des Plasmas bei Gesunden und Kranken. X. Die Azidose der Nephritis. John P. Peters, A. Maurice Wakeman, Anna J. Eisenmann und Carter Lee.
1801. Das Gesamtsäurebasengleichgewicht des Plasmas bei Gesunden und Kranken. XI. Hypochlorämie und Gesamtsalzverlust bei Nephritis. John P. Peters, A. Maurice Wakeman und Carter Lee.
1799. Das Gesamtsäurebasengleichgewicht des Plasmas bei Gesunden und Kranken. XII. Studien zum realen Oedem. John P. Peters, A. Maurice Wakeman, Anna J. Eisenmann und Carter Lee.
1850. Der Einfluß des Jors auf die Kreatinausscheidung beim Basedow. Walter W. Palmer, Donald A. Carson und Lawrence W. Sloan.
Der Vitamin-B-Gehalt des Krebses. Henry Jackson Jr. und Clement J. Krantz.
Studien über Digitalis bei ambulanten Herzkranken. II. Die Digitalisausscheidung beim Menschen. Harry Gold und Arthur C. de Graff.
- The Journal of Infectious Diseases** (J. inf. Dis.), Chicago, Nr. 2, 1929.
Dissoziation von Bacillus anthracis. W. J. Hungester.
Fettsäure-Tätigkeit von Bakterien. R. H. Turner.
Messung antiseptischer Mittel an der Hefegärung. S. E. Branham.
Ueberempfindlichkeit gegen Diphtheriebazillen. J. M. Neill, W. L. Fleming und E. L. Gaspari.
Proteine des Eiereiweißes. L. Hektoen und A. G. Cole.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 6, 7, Februar 1929.
Uretroplazentare Apoplexie. Roy J. Heffernan.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 7, 14, Februar 1929.
1718. Nichttuberkulöse Spondylitis. D. Carleton.
Oxygenotherapie bei Pneumonie und postoperativen Lungenkomplikationen. R. S. Falmer.
Tuberkulöse Infektion bei Schulkindern. H. D. Chadwick, D. Zacks.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 8, 21, Februar 1929.
Endokrine Faktoren bei Dementia praecox. R. G. Hoskins.
1837. Behandlung der Arthritis. F. Cooley Hall.
Behandlung von Arthritis, Rheumatismus und Neuritis mit Chemotherapie und Physiotherapie. M. Bartlett, E. Sunsson.
1832. Diagnose milder Poliomyelitisfälle. Eli Friedman.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 9, 28, Februar 1929.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 10, 7, März 1929.
Behandlung der bakteriellen Endokarditis durch Transfusion von immunisierten Spendern. Kurtz, White.
Blutbild bei Leberzirrhose. B. King.
1784. Führer bei der klinischen Diagnose des Herzrhythmus. D. Reid.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 11, 14, März 1929.
Praktisches über Pyclographie. D. I. Roberts.
Osteochondritis luetica. R. S. Bromer.
1794. Perniziöse Anämie. W. Richardson.
1750. Chronische Infektion der Submaxillardrüse. F. A. Semland, M. H. Curie.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 12, 21, März 1929.
Analyse von 50 Fällen perforierter Magengeschwüre. W. R. Morrison.
1700. Spätergebnisse von 109 Gallenblasenoperationen. A. Marks.
1717. Lumbosakrale Schmerzen. E. Ayers.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 13, 28, März 1929.
3 Fälle von aseptischer Meningitis. R. Viets, W. Watts.
Ueber Muskelübungen. Arlie v. Bock.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 14, 4, April 1929.
1848. Septische bronchopulmonäre Infektionen. R. Clifford.
Ueber physikalische Therapie. W. O'Brien.
Ueber Eklampsie. S. Rushmore.
- The Urologic and Cutaneous Review** (Urologic. Rev.), St. Louis, Nr. 4, April 1929.
Unspezifische chronische Blasengeschwüre. Rudolf Paschkis, Wien.
1764. Blasenoperationen. Technische Gesichtspunkte. Charles H. Chetwood, New York.
1765. Die Wichtigkeit des beiderseitigen Ureter-Pyelogramms für die Diagnose. Hal H. White, Paris (Texas).
1763. Die Harnpathologie der sogenannten chronischen Pyelitis im Kindes- und Jünglingsalter. Meredith F. Campbell, New York.
Komplette Gangrän des Skrotums. Winfield Scott Pugh, New York.
1766. Prostata und Samenblasen als Infektionsherde. Bericht über eigene Fälle. Claude G. Hoffmann, Louisville.
Angioneurotisches Oedem (Bericht über einen Fall). Charles E. Stolz, Los Angeles.
1767. Enuresis nocturna bei einem jungen Manne. Irwin H. Cutter, Louisville.
1758. Eine spezifische Behandlungsmethode der Ulzera molliä (Rosenwalds Methode). Harold J. Gordon, Akron (Ohio).
Frenelus und sein Bericht über die Lues in seinen kleinen Werken. William Renwick Riddell, Toronto.

unftgemäße Syphilisbehandlung. Alfred Schalek, Omaha.
 Prophylaxe der hereditären Syphilis. Charles Laurent, St. Etienne.
 Nitsaures Benzyläther bei der Behandlung der Hauttuberkulose. Jean
 cas, Rennes.
 Gefahr des Sonnenbrandes. Charles H. Bangs, Swampscott.

Schriften in französischer Sprache

Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 20, 1929.
 Einfluss des Insulins in einem Fall von totaler Sklerodermis
 Michaelis.
 Pharmakodynamie eines neuen posthypophysären Extrakts
 L. Wodon.
 Verbreitung des Krebses auf den Britanischen Inseln; mögliche Be-
 züge zwischen Krebs und Rasse. Eugène Pittard.
 Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 21, 1929.
 Feststellung der weiblichen Gonorrhoe. E. Tant.
 Problem der Eingeborenen-Mitarbeit im belgischen Kongogebiet. Daco.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 8, 1929.
 Gangrän und Lungenabszess. Sergeant.
 Chronische und inflammatorische Theorie der Asystolie bei organische
 Herzerkrankungen. L. Bard.
 Natur des unteren Femurendes. Delbet.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 9, 1929.
 Tuberkulose und Schwangerschaft. L. Demelin.
 Kann man von der Kuteraktion erwarten? Paul Quélin.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 10, 1929.
 Tuberkulose und Schwangerschaft. (Fortsetzung und Schluß.) Demelin.
 Fall von doppelseitiger kongenitaler Athetose. Marcel Demerliac.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 10a, 1929.
 Anker der Tonsille. Achard.
 Läsion des Lig. laterale int. am Knie. Hartmann.
 Tuberkulose und Sterilität. Henri Vignes.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 11, 1929.
 Cephalo-meningeales Syndrom im Beginn von kindlichem Typhus oder
 Paratyphus. Nobécourt.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 12, 1929.
 Diagnose der akuten Anginen. A. B. Marfan.
 Pratclens (J. Prat.), Nr. 13, 1929.
 Diagnose der akuten Anginen: (Fortsetzung und Schluß.) A. B. Marfan.
 Primäre und sekundäre Asthenie. M. Benon.
 Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 11, 1929.
 Ätiologie des Krebses nach Experimenten. J. Maisin.
 Stoffwechsel beim Krebs. J. Loiseleur.
 Behandlung der malignen Tumoren durch B.C. J. Lavedan.
 Médical (Paris méd.), Nr. 12, 1929.
 Chemotherapie beim Maltafieber. H. Cambessedès, G. Garnier.
 Frakturen der beiden Knochen des Vorderarmes. J. Baillis, A. Polliason.
 Médical (Paris méd.), Nr. 13, 1929.
 Primäre Septikämien durch anaerobe Bakterien. P. Teissier.
 Reilly u. a.
 Krebs mit Boulimie. N. Provedourakis.
 Médical (Paris méd.), Nr. 14, 1929.
 Pathologie der Digestionsorgane 1929. P. Carnot, Gaehtlinger.
 Tumorkrebs und seine Behandlung. Hartmann.
 Ankeranitis. Friedel.
 Okulation des Magens durch Dehnung des Fundus. G. Quénaux, P. Vasselle.
 Norme Formen der intestinalen Amöbiasis. J. Rachet.
 Médical (Paris méd.), Nr. 15, 1929.
 Prophylaxe der Infektionen. Modinos.
 Genhypertrophie. J. Céléc.
 Beobachtungen bei Typhus exanthematicus. P. Decourt.
 Ursachen des Versagens der Vakzinebehandlung. G. Sardou.
 La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 13, 1929.
 Ein Fall von Hg-Anurie durch unilaterale Dekapsulation der
 Niere. M. R. Turpin, S. Laurent und Ch.-O. Guillaumin.
 Lyso-Vakzinothérapie bei Bronchopneumonie. L. Duchon.
 Komplikationen bei Denguefieber. P. Schrumpt-Pierron.
 La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 14, 1929.
 Puerikultur und ihre Entwicklung. B. Weil-Hallé.
 Glaukom und seine medikamentöse Behandlung. Ch. Abadie.
 Biologische Problem der permanenten sogenannten solitären Hyper-
 tension. P. Noel Deschamps.
 La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 15, 1929.
 Infektion mit Paratyphus C. P. Teissier, P. Gastinel und J. Reilly.
 Chronische Endocarditis lenta mit operiertem Aneurysma des Vorderarms.
 Soupault, R. A. Gutmann, P. Rouche und R. Jahiel.
 La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 16, 1929.
 Über den peripheren venösen Druck bei mediastinalen Syndromen.
 Villaret und M. Martiny.
 Chronischer Rheumatismus und Sarkinonismus. J. Charles und Massière.
 Prä- und postoperative Eviszeration beim Erwachsenen. P. Monod und Kiraly

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 17, 1929.
 1804. Studien zur pathologischen Physiologie: Der katarrhalische Ikterus existiert
 nicht. M. Garnier.
 Klinische und therapeutische Bemerkungen über hämophile Hämorrhagien.
 P. Emile Weil.
 Die pruriginöse Form des Scharlachs. L. Lortat-Jacob.
 1782. Die Variationen der Cholesterinämie bei Thyreotoxikosen. G. Laroche.
 Seröse Abdominalzyste im Mesocolon sigmoideus.
 La Presse Médicale (Presse méd.), Nr. 18, 1929.
 Die Anwendung der Strahlen zu hämostatischen Zwecken. Ph. Pagnier und
 J. Solomon.
 Das Studium des Mediastinums durch die Radiographie im Profil.
 Ch. Lestocque und R. Lehmann.
 Das Verfahren „Paul Delmas“ der sofortigen schnellen Evakuierung des
 graviden Uterus. E. Macias de Torres.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 2, 1929.
 Prophylaxe des Typhus. E. Delorme.
 1866. Erweckung der Erinnerung bei Kriegsamnestikern. Lowental.
 1808. Finikoffs Behandlung der chirurgischen Tuberkulosen. A. Aimes.
 1826. Die chronische Albuminurie der Kindheit. Nobécourt.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 3, 1929.
 1807. Hilusreaktionen als Ausgangspunkt der Lungentuberkulose. J. Caassimon.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 4, 1929.
 Behandlung der Lungentuberkulose mit Cyanverbindungen. J. Lafont.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 5, 1929.
 Die hypoglykämisierende Wirkung von Bor und Insulin. Loeper, Ravier,
 Tonnet.
 1749. Kopfweh nasalen Ursprungs. M. Bouchet und M. Vial.
 Bradykardien durch aurikulo-ventrikuläre Dissoziation bei Jugendlichen.
 C. Lian, Barriau.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 6, 1929.
 Maligne. Ch. Lemormant.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 7, 1929.
 Melanodermie splenischen Ursprungs. Loeper, Ravier, Lesure.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 8, 1929.
 Der primäre Lungenkrebs. A. Lemaire.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 9, 1929.
 Paget der Brustwarze. G. Ménégau.
 1802. Die großen Oxalämien. Loeper, J. Tonnet.
 Klinische Auswertung der Dauer des digestiven Durchganges. E. Reboul.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 10, 1929.
 Ueber psychanalytische Theorien. G. Papilault.
 Der Bakteriophag d'Herelle bei Panaritien usw. A. Raiga.
 Masern und Tuberkulose. Nobécourt.
 Le Progrès médical (Prog. méd.), Nr. 11, 1929.
 Ueber Brusttumoren. G. Ménégau.
 Die Pigmente der Haut. H. Vignes.

Zeitschriften in italienischer Sprache

Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ostetr. e Gin.), Mailand, 51. Jahr-
 gang, Nr. 2.
 1727. Ueber die Koexistenz eines primären Endothelioms des Ovariums mit einem
 primären Karzinom des Magens. (Patholog.-anatom. Beitrag zur Kenntnis
 der Endothelgeschwülste des Ovariums.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl.
 Universität in Mailand.) L. Cattaneo.
 1855. Ueber die Morphologie und Pathogenese der Follikel- und Luteinzysten.
 (Patholog.-anatom. Institut der Kgl. Universität in Mailand.) L. Docimo.
 1741. Schwangerschaft und Geburt bei Frauen unter 18 Jahren. Das Schicksal
 ihrer Kinder. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.)
 P. Natale.
 1732. Ist die beiderseitige Oophorektomie in der Therapie der Osteomalazie not-
 wendig? (Universitäts-Hebammenschule in Catanzaro.) G. S. Procopio.
 1731. Endometriom des Douglas. (Kgl. Inst. der pathol. Anatomie und Buergerhospital
 in Palermo.) A. Mattina.
 La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 5, 1. März 1929.
 1833. Statistisch-klinische Beiträge zur Kenntnis der Heine-Medinschen Krankheit.
 Catello Sorrentino.
 1774. Ueber den Wert der Intrakutanreaktion bei Keuchhusten. Acha Lubrano.
 Die italienische pediatrie Literatur im Jahre 1928 (Übersichtsreferat).
 F. Lo Presti-Semerio.
 La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 6, 15. März 1929.
 1818. Ueber die subkutane Zufuhr von Traubenzucker bei alimentärer Toxikose
 und Atrophie im Säuglingsalter. G. Macciotta.
 1771. Untersuchungen über aktive und passive Diphtherieimmunisierung bei Meer-
 schweinchen. Domenico Blasio.
 1823. Einige Beobachtungen an einem Fall von Herzrhythmus. M. Gerbasio.
 Ueber Nierensteine mit gastralgischem Symptomenkomplex. A. Zalocco.
 La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 7, 1. April 1929.
 1820. Ueber den Wirkungsmechanismus der Vakzinetherapie. M. Miraglia.
 1694. Ueber den osteomyelitischen Ultravirus. G. Jemma.
 Experimentelle Beiträge zur Frage der Wirkung des bestrahlten Cholesterins
 bei der experimentellen Rattenrachitis. Giuseppe Vitetti.
 1822. Ueber die Behandlung der eitrigen Pleuritiden im Kindesalter. C. Catteruccia.
 Ueber den perinephritischen Abszess im Kindesalter (Sammelreferat).
 M. D'Alessandro.

Rivista di patologia e clinica della tubercolosi, Bologna, Jahrg. III, Heft 3, 31. März 1929.

Ueber die Frage der diaplazentaren Uebertragung des tuberkulösen Ultra-virus und Betrachtungen über ihre wahrscheinlichen Beziehungen mit einigen Krankheitsbildern der Tuberkulose. Luigi Ajello.

1811. Untersuchungen über den Wert des Kulturverfahrens mittels Schwefelsäure zur Diagnose tuberkulöser Prozesse. Carlo Verdina.

1809. Ueber einige seltene Schädigungen durch künstlichen Pneumothorax. Arturo Campani.

Ueber den derzeitigen Stand der prophylaktischen Tuberkuloseschutzimpfung. Attilio Omodei Zorini.

1810. Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei Lungentuberkulose. G. Gherardini.

Ueber die Chemotherapie der Lungentuberkulose. U. Carpi.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

Córdoba médica (Córd. méd.), Córdoba (Argentinien), 4., Heft 1.

Die Bildung der Gallensteine. Guillermo V. Stuckert.

Das sympathische Gleichgewicht. Alfredo D. Ceballes.

Córdoba médica (Córd. méd.), Córdoba (Argentinien), 4., Heft 2.

Hyperthermie als Folge von Unterernährung. (2. inn. Abt. des Allg. Krankenhauses Córdoba.) Carlos G. Carranza.

Postinfektiöse trockene juvenile Gangrän. (Chir. Klinik von Prof. Mirizzi.) G. A. Oddone und Francisco Rodriguez Ruiz.

Córdoba médica (Córd. méd.), Córdoba (Argentinien), 4., Heft 3.

Pilokarpin und Blutzuckerregulation. Alfredo D. Ceballes.

Ein Fall von Riesenzellensarkom. (Chir. Klinik von Prof. Mirizzi.) G. A. Oddone.

El Siglo Médico (Sig'o méd.), Madrid, 83., 3917.

Das Jubiläum des Siglo médico. Santiago Ramón y Cajal.

Der Leberechinokokkus. José Goyanes.

Einklemmung von Hernien in der frühesten Kindheit. A. Martinez Vargas.

Klinische Erinnerungen. — Malaria. — 666. — Streptokokkenkrankungen. Francisco Huertas y Barrero.

1692. Staroperation bei Diabetes. Manuel Márquez.

Erinnerungen eines Chirurgen im Ruhestande. Enrique Isla.

Entwicklung des Begriffes der Fermente in der Klinik. Obdulio Fernández.

Therapeutische Forschungen vergangener Jahrhunderte. Vicente Peset.

1788. Erregung als Ursache der Addisonischen Krankheit. Gregorio Marañón.

Die drei Typen diabetesähnlicher Kurven. R. Novoa Santos.

Orosanil und Lungentuberkulose. José Codina.

Die Schwankungen des Arterienpulses. Miguel Gil Casares.

1762. Einige Beobachtungen von extrarenaler Pyurie. Rafael Mollá.

Hygiene und Wohnungsproblem. Gustavo Pittaluga.

Ergebnisse der Behandlung des Keuchhustens. Jesús Sarabia y Pardo.

1720. Zur Kenntnis des kindlichen Schiefhalses. Joaquín Decref.

Klinische Beziehungen zwischen schizophrenen und manisch-depressiven Prozessen. Enrique Fernández Sanz.

Einige Beispiele von Wiederherstellungschirurgie und funktioneller Anpassung. Antonio Oller.

Ein Beitrag zur Geschichte der Bluttransfusion. Enrique Stocker.

Ein neues Gestell für die Potter-Bucky-Blende. R. Luis y Yague.

Ist an Heilung des Krebses in nächster Zeit zu denken? Antonio Morales.

Klinische Erinnerungen. Rafael del Valle y Aldabalde.

Untersuchungen über die Konstitution des Isoantikörpers. José Mouriz.

Einige Fragen an die Herren Kliniker. Concepción Aleixandre.

Zystische Erweiterung einer Uretermündung. Pulido Martín.

Pathologie der postoperativen Bronchopneumonie. Blanc Fortacin.

Chemotherapie als Ergänzung der Röntgentherapie des Krebses. Julián y Santiago Ratera.

Perniziöse Anämie, Magen-Darm-Erscheinungen und Lebertherapie. Santiago Carro.

Der akute Gelenkrheumatismus des Kindes. Baltasar Hernández Briz.

Tuberkulose und Hydronephrose durch Gefäßanomalie. Salvador Pascual.

Glaukosan bei Glaukom. Baldomero Castresana.

Das Studium der „Landes“-Medizin. Fidel Fernández Martínez.

Die geburtshilfliche und gynäkologische Praxis auf dem Lande. Vital Aza.

Vier Daten aus der spanischen Psychiatrie. Francisco Huertas y González del Campillo.

Die Pathologie des Herzens von 1854 bis 1929. G. R. Gonzalo.

Behandlung des Irrsinnis 1858 bis 1928. Antonio Vallejo Nágera Valdés Lambea.

Kritik an den Fortschritten der Staroperation. Meine persönliche Technik. Marín Amat.

Zur Kenntnis der unausgebildeten Formen des Thalamussyndroms. José María de Villaverde.

Bestrahlungen mit Infrarot bei Otitis media acuta. Barajas y de Vilches.

Magenkrebs und Tetanie. Luis Urrutia.

Klinischer Beitrag zum Begriff der tertiären Lues. José Fernández de la Portilla.

Die Notwendigkeit weiterer Verbreitung der medizinischen Topographie und Statistik. Felix Antiguada.

Die Cholera von 1854 im Siglo médico. Emilio Luengo.

Der Einfluß des Siglo médico auf die Ausbreitung der experimentellen Medizin. Antonio Fernández Martín.

Die spanische Augenheilkunde im Jahre 1854. Der Ophthalmologe Martínez Molina. Rafael Comenge.

Die Behandlung der Syphilis in den vergangenen 75 Jahren im Spiegel des Siglo médico. Javier Tomé y Bona.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, Jahrg. 73, Nr. 2, 12. Januar 1929.

Die Kehlkopftuberkulose im Lichte der neueren Tuberkuloseforschung. I. Mitteilung. J. Safranek.

1845. Periarthritis nodosa und innere Sekretion. J. Baló und Ö. Nachtnebel. Beiträge zur praktischen Bedeutung des weißen Blutbildes. J. Konrád und J. Juózt.

Ueber die Tuberkulose der Samenblase. B. Mezö.

1816. Die Entwicklungsnorm der Säuglinge in Ungarn. J. Lukács und P. Szta-vrovsky.

Die Wirkung des Synthalins auf die Motilität und den Sekretionsmechanismus des Magens. E. Egedy und G. Gyötygi.

1846. Sollen wir die Exzitationsmittel bei Lähmung des Atmungszentrums intra-zisternal oder intralumbal applizieren? G. Jánossy.

Die Wirkung des Insulins auf den Cholesteringehalt des Blutes. D. Aczél und G. Goldruber.

Sich wiederholende Amblyopie bei Menstruation. B. Pelláthy.

Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, Jahrg. 73, Nr. 3, 19. Januar 1929.

1690. Ueber die Erfolge chirurgischer Eingriffe bei narbigen Entropien am Staat-lichen Augenhospital zu Budapest. J. Petres.

Die Kehlkopftuberkulose im Lichte der neueren Tuberkuloseforschung. J. Safranek.

1754. Kapillarmikroskopische Beobachtungen bei Sklerodermie. K. Mészáros. Aus Meerschweinchen gewonnene fettsplittende Ferment und seine

Wirkung auf den Tuberkelbazillus. D. Kanócz.

Seitene teratoide Geschwulst an der Zungenwurzel. Z. Wein.

1772. Die Bedeutung des hämolytischen Scharlachstreptokokkus. Hornyánszky.

Therapia, Budapest, Jahrg. 6, Nr. 1, Januar 1929.

Neuere Gesichtspunkte in der Therapie der Syphilis. Klinischer Vortrag. St. Rothmann.

1799. Ueber die Abmagerung. J. Rosenhal.

Ueber Tokajer China-Eisenwein. Maria Laudon.

Der heutige Stand der Physiologie der Epithelkörperchen. Fortbildungskurs. A. Beznák.

Ueber die echte Urämie. Fortbildungskurs. St. Hetényi.

Therapia, Budapest, Jahrg. 6, Nr. 2, Januar 1929.

Ueber Obstipation im Kindesalter. K. Preisich.

Ueber die Technik der Venenpunktion. Gy. Báron.

Medizinische Institutionen in Aegypten. N. Róth.

Zeitschriften in russischer Sprache

Kasanskij Meditsinskij Zurnal (Kasan. med. Z.), Kasan, 24. Jahrg., H. 9/10, 1928.

Klinische Beobachtungen über Kalkämie. M. A. Nimzowitskaja.

Zur Behandlung der septischen Endokarditiden mit großen Dosen von polyvalentem Antistreptokokkenserum. B. M. Prossorowski.

Zur Frage der tropischen Malaria sub partu und der kongenitalen Malaria. M. J. Magid.

1699. Mammageschwüre bei Männern. A. J. Iwan'schenko.

1697. Zur Verhütung und Behandlung der postoperativen Lungenkomplikationen. M. S. Snamensky und W. W. Sytschew.

1842. Ueber Anwendung der Manoilowschen Reaktion zur Geschlechtsbestimmung. A. P. Tschigarin.

1729. Bedeutung der Blut- und Harn-Ninhydrinreaktion für die Diagnostik der Uterusmyome. D. J. Schirchow.

Pathogenese, Prophylaxe und Therapie der akuten Tonsillitis. J. M. Potapow.

Die Konstitution als ein wichtiger Faktor in den Fragen der Säuglings-ernährung. W. N. Woroblew.

Zur Frage des Mechanismus der periodischen Tätigkeit des Verdauungs-apparates außerhalb der Verdauung. S. Stscherbakow, N. Putschkow und W. Dmitrijew.

Zyto-logie des Sputums und ihre diagnostische Bedeutung. N. A. Kramow.

1710. Eine neue Methode der Impotenzbehandlung. M. Wakulenko.

Anwendung der lokalen Infiltrationsanästhesie bei zynäkologischen Operationen. A. J. Timofejew.

Blutgruppen bei Kindern. A. A. Belajew und J. A. Tschekalin.

Beobachtungen über Vakzine- und Au'ovakzinetherapie der epidemischen zerebralen Meningitis. G. M. Lopatin.

Klinitscheskaja Meditsina (Klin. Med. russ.), Moskau, 9. Jahrg., 6., Heft 15/16, (91/92).

Bright und seine Lehre. N. A. Kabanow.

Zur Geschichte der Medizinischen Gesellschaft zu Moskau in den letzten 30 Jahren. A. M. Kasatkin.

1777. Ueber eine neuartige infektiöse Erkrankung „Feldwasserfieber“. B. P. Kuschelewski.

Zur Klinik des Abdominaltyphus und Paratyphus B. S. W. Pyressow und M. N. Androsow.

Abweichungen im Verlauf der Typhusepidemie 1923 in Krasnodar. O. S. Demjanow.

Klinische Besonderheiten im Verlauf der Typhusepidemie im Jahre 1927 (malariaähnlicher Typhus). A. J. Dobrolubow.

1778. Zur Frage der Malarialiquidation. P. P. Mufel.

Ueber Pasmochinbehandlung der Malaria. Sch. J. Sirakjan.

Ueber klinische Anatomie der Milz und Veränderung ihrer Konfiguration bei Malaria. L. A. Oganessow.

1769. Zur Frage der Komplikationen seitens des Nervensystems nach Pocken-impfung. J. W. Konowalow.

1779. Zur Behandlung der Malaria mit Chinin-Jod-Alkohollösung. M. Golyanko.

Ueber das Wesen der bösartigen Geschwülste. N. N. Petzow.

1725. Einige klinische Daten zur Frage des Gebärmutterkrebses. N. M. Kakuschkin. Krebs und Beruf. N. S. Swonitzki. Ueber Bluttransfusion vor gynäkologischen Operationen in Fällen von schwerer Anämie nach Blutverlusten. J. L. Braude und E. M. Schwarzmann. Zur Aetiologie des Gebärmutterkrebses. O. G. Ter-Gabrielau. Zur Diagnostik und Klinik des primären Lungenkrebses. M. B. Rosenblum und J. S. Schücher. Serologische Reaktion bei Harnblasengeschwüren. R. M. Meizlisch und P. J. Helfer. Ueber Ovariumhämatome. A. F. Slatmann.
- Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med. russ.), Moskau, 9. Jahrg., 6., Heft 17 (92). Die Tatsachen, Begriffe und Probleme in der Epilesiopathologie. W. K. Choroschko. Die Theorie des akuten Rheumatismus. W. T. Talalajew. Ueber Röntgendiagnostik der Sella turcica. E. E. Abarbanell.
1862. Ueber Erfolge der Epilesiebehandlung mit Gehirnemulsionen. M. N. Stawrowskaja. Ueber Hungerempfindung bei pathologischen Zuständen des Gehirns. M. S. Busik und D. M. Mitnitski.
1859. Peptontherapie bei Migräne. S. M. Ochsenhändler. Die Rolle der Hyperämieaktion nach Schwefelwasserstoffbad (im Kurort Mazesta) in der Diagnose und Prognose der organischen Erkrankungen des Nervensystems und in der Erforschung der Mechanismen und Innervationswege der Gefäße. W. M. Wersilow, B. D. Kaplan und A. R. Schugam.
1841. Die quantitative Veränderung des Blutzuckers nach schwerathletischen Anstrengungen. A. P. Omelanz. Zur Behandlung der Neuroles mit Biochinol. R. A. Riftin.
- Klinitscheskij Zurnal Saratowskogo Universiteta (Klin. Z. Saratow-Univer.), Saratow, 3. Jahrg., 4., Heft 2.
1760. Zur Frage der Leicheninfektion mit Syphilis. P. S. Grigorjew und K. O. Jaryschewa. Klinische Beiträge zur Hämorrhoidenbehandlung nach R. Bensaude. E. J. Machlin. Ueber die gegenseitigen Beziehungen des Oppenheim-Phänomens und der Abwehrreflexe. W. A. Jerschow. Ueber traumatische subkutane Darmrupturen. A. A. Krylow.
1875. Röntgenographie der Nierensteine und ihre Irrtümer. A. S. Winogradow. Fall von Fox-Fordycescher Krankheit. A. F. Uchin.
1828. Gemischte Nierentumoren bei Kindern. B. A. Nikitin. Ueber einen durch Hypnose analysierten und geheilten Fall von Dämmerzustand mit Amnesie. N. N. Euplowa und A. M. Faktorowitsch. Zur Kasuistik der nichtparasitären Milzzysten. W. E. Lebedew.
- Terapewitscheskij Archiv (Ter. Arch. russ.), Moskau, 6., Heft 4. Zur Frage der Pathogenese der Angina pectoris. A. B. Vogt. Ueber den Cholesterinstoffwechsel. M. J. Wichert, S. A. Pospelow und A. P. Jakowlewa. Ueber Eiweißstoffwechsel und Azidose bei Diabetes mellitus. N. P. Solotarewa und L. M. Keiles. Ueber die eosinophile Pleuritis. F. W. Grünberg. Zur Methodik der Magenfunktionsprüfung. II. Mitteilung. A. E. Lewin. Zur Frage der Typhushepatis. S. M. Brodskaja und G. J. Sinaj. Einfluß der Adrenalininjektionen auf die physikalisch-chemischen Bluteigenschaften bei Tuberkulosen. W. N. Toparskaja.
- Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32., Nr. 11 bis 14. Ueber die örtliche Immunität. B. P. Ebert. Wirkung der Chloroform- und Aethernarkose auf die Schilddrüsenfunktion. N. W. Schwarz. Die Blutgruppen und der rassenbiologische Index bei den Wotjaken. B. W. Parin.
1824. Die Differenzierung des Organismus, speziell des Knochensystems, bei angeborenen Herzfehlern. D. G. Rochlin und J. I. Arkuski. Ueber die Komplikationen seitens des Nervensystems nach antirabischen Impfungen. M. S. Skoblo.
1757. Zur Frage der gonorrhoeischen Urethritiden bei Knaben. B. J. Fränkel. Die Streitfragen der Onkologie. M. M. Newjadomski. Veränderung der Glykämieaktion bei einseitiger Ernährung im frühen Säuglingsalter. W. L. Styrikowitsch.
1838. Die Behandlung der Sepsis mit intravenösen Alkoholinjektionen. N. Markow. Zur Erkennung der Simulation und Aggravation der Kreuzschmerzen. A. M. Doroschenko. Zur Klinik der Masern. M. J. Silbermann. „Erythrocytosis crurum puellaris id est feminea“. M. A. Rosenthal. Erythema exsudativum multiforme mit Erkrankung der inneren Organe und letalem Ausgang. J. E. Schkolnik. Zur Frage des Herpes simplex bei Malaria. N. A. Bogojawlenski und J. M. Orudshew. Seltener Fall von Bronchialkrebs mit Hautmetastase. Anna Gassul.
1712. Lumbalanästhesie als Behandlungsmethode beim postoperativen paralytischen Ileus. A. N. Isaakajan.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

1689.

Abadie, Ch., Das Glaukom und seine medikamentöse Behandlung. (Presse méd., Nr. 14, 1929.) Schon vor 31 Jahren hat Verf. die Theorie aufgestellt, daß es sich beim Glaukom nicht um eine Erkrankung des Auges selbst, sondern des okulären Sympathikus handelt, der zur Regulierung seiner Ernährung dient. Sie besteht in einer Reizung der Dilatoren der Augengefäße, die eine Hypersekretion der intraokulären Flüssigkeit und dadurch eine Hypertension zur Folge hat. Auf diese Theorie, die sich lange keinen Eingang erschaffen konnte, stützt sich die Behandlung mit vasokonstriktorischem Medikamenten, die, allein angewendet, Heilung bringen. Verf. gibt täglich dreimal 10 bis 20 Tropfen einer Lösung von Adrenalin 1:1000 mit etwas Wasser. Ferner 2 Eßlöffel folgender Mischung:

Ergotin fluid. 2,0
Calciumchlorur 20,0
Sir. cori. aurant. 100,0
Aqua 200,0

Außerdem dreimal täglich 1 bis 3 Tropfen in die Augen selbst von folgender Lösung:

Pilocarpinnitrat 0,20 g
Aqua dest. 20,0 g

Die Behandlung wurde bei allen Formen des Glaukoms mit Erfolg durchgeführt, auch bei den hämorrhagischen und den chronischen einfachen Fällen, wo alles andere versagte. Die einzige

Unbequemlichkeit liegt in seiner dauernden Anwendung, die nur für wenige Wochen unterbrochen werden darf. Haber.

1690.

Petres, J., Ueber die Erfolge chirurgischer Eingriffe bei narbigen Entropien am Staatlichen Augenhospital zu Budapest. (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 13, 19. Januar 1929.) Vom Standpunkte des chirurgischen Vorgehens ist zwischen dem narbigen Entropium und der Trichiasis ein Unterschied zu machen; bei ersterem ist der Tarsus verbogen, beim letzteren stehen wir einem Folgezustand einer Entzündung des Lidrandes gegenüber. Das narbige Entropium wird durch narbige Schrumpfung infolge chronischer Entzündung der subepithelialen Schichten der Lidbindehaut verursacht; diese kommt meistens bei Trachom, seltener bei Lues und Tuberkulose vor. Das narbige Entropium hat nach Blaskovich zwei Formen: Die inkomplette, welche nie zu einer vollkommenen wird, weil der Tarsus in größerem Umfange nicht erkrankt ist, die komplette, bei der die Verdickung des Tarsus die Hauptursache des Entropiums ist; bei letzteren besteht der operative Eingriff, den Tarsus wieder geradezumachen, bei letzteren den unbrauchbar gewordenen Tarsus zu entfernen. Operiert wurde nach Hotz (Tarsusredressio), nach Sreatfield (Keilexzision), nach Kuhn: bei Trichiasis die Blaskovich-Machekische Marginoplastik, die Friedesche Tarsusstreifentransplantation, die van Millingensche Mundschleimhauttransplantation, die Spencer-Watson-Methode. Bei vergleichender Auswertung der verschiedenen Methoden kann wohl gesagt werden, daß durch die Inversio tarsi das narbige Entropium des Oberlides mit Sicherheit behoben werden kann.

Rob. Klopstock.

1691.

Brown, A. L., Subkonjunktivale Injektionen von Atropin und Adrenalin bei Iridozyklitis. (Amer. J. Ophthalm., Februar 1929.) Bei schweren Fällen von Iridozyklitis injizierte der Verf. 4 Tropfen Adrenalin und 2 Tropfen einer 2prozentigen Atropinlösung subkonjunktival in der Nähe des Limbus gegenüber den zu sprengenden Synechien. Durch wiederholtes Einstreichen einer 2prozentigen Atropinsalbe wurde die Wirkung noch vergrößert. Verf. erzielte dadurch gute Resultate, die Pupille wurde sofort weit, bestehende Synechien gesprengt. Häufig bestand ein lokaler Schmerz an der Injektionsstelle, der aber nach etwa einer Stunde nachließ.

Hurwitz, Berlin.

1692.

Márquez, M., Staroperation bei Diabetes. (Siglo méd., 83., Heft 3917.) Es war früher fast unmöglich, den Star der Zuckerkranken zu entfernen, ohne daß Komplikationen eintraten. Dagegen ist jeder genügend insulinisierte Diabetiker dem Normalen gleichzustellen in bezug auf Indikation und Technik der Star-Extraktion. Es ist streng darauf zu halten, daß der Urin schon einige Zeit vor der beabsichtigten Operation zuckerfrei ist, so daß der Blut- und Gewebszucker einen möglichst niedrigen Stand erreicht. Vor, während und nach der ophthalmologischen Behandlung gehört der Diabetiker in die Hand des Internisten!

Günther Wolf, Berlin-Charlottenburg-Westend.

1693.

Koyanagi, Y., Dysakusis, Alopecia und Poliosis bei schwerer Uveitis nichttraumatischen Ursprungs. (Klin. Mbl. Augenheilk., Februar 1929.) Der Verf. beobachtete in vier Fällen von schwerer Uveitis das Auftreten von Dysakusis, Alopecia und Poliosis. Da dies auch im Anschluß an sympathische Ophthalmie beobachtet worden ist und das klinische Bild der vom Verf. mitgeteilten Fälle sich derjenigen der sympathischen Ophthalmie nähert, so lag es auf der Hand, die von verschiedenen Autoren aufgestellten Theorien für die Genesis der obigen Veränderungen bei der sympathischen Ophthalmie auch diese vier Fälle anzuwenden. Jedoch kann die anaphylaktische Theorie von Peters — das Labyrinthpigment werde durch anaphylaktische Toxine geschädigt — für die Gehörstörung in den Fällen des Verf. keine befriedigende Erklärung geben, da die Gehörstörung sich regelmäßig schon im Frühstadium der Erkrankung einstellte, wo das Uvealpigment in keiner Weise eine antigene Eigenschaft enthalten kann. Auch die Haaraffektion kann mit Hilfe der von Elschnig aufgestellten Theorie von der antigenen Eigenschaft des Uvealpigments nicht genügend erklärt werden, da mit Vorsicht ausgeführte Sensibilisierungsversuche gegen das Uvealpigment zu keinem bestimmten Resultat führten. Daher glaubt der Verf., daß die Haar- und Hautaffektionen sowie die Gehörstörungen bei seinen Fällen von Uveitis nicht als Folge der letzteren, sondern sie alle, auch die Uveitis, nur Folgen einer gemeinsamen, noch unbekannten Ursache sind.

Hurwitz, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

1694.

Jemma, G., Ueber den osteomyelitischen Ultravirus. (Pediatri., 37. Jahrg., Heft 7, 1929.) Von zehn Osteomyelitiskranken wurden zehn Stämme gewonnen, von denen zwei bei Kaninchen nach wiederholten Tierpassagen, ebenfalls Osteomyelitis hervorrufen konnten. Ultrafiltrate dieser Kulturen waren weder imstande, eine Osteomyelitis hervorzurufen, noch irgendeine Aenderung im Sinne eines Bakterienwachstums in aeroben oder anaeroben Nährböden zu bedingen, wie sie denn auch keine antigenen Eigenschaften besaßen.

Eugen Stransky, Wien.

1695.

Pels Leusden, Fr., Zur Technik der Schädeltrepanation. (Med. Klin., 13, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik Greifswald.) Die Eröffnung der Schädelhöhle mit Bildung des osteoplastischen Hautperiostknochenlappens nach Wagner hat verschiedene Nachteile, vor allem die Schwierigkeit der Blutstillung und die Behinderung des Zugangs zum Schädel durch den starren Lappen. Verfasser führt daher in den letzten Jahren die Schädeltrepanation prinzipiell als freie autoplastische aus, indem er den vollkommen herausgeschnittenen Knochen gegebenenfalls reimplantiert. Der Knochenlappen heilt immer anstandslos ein, selbst bei ganz großen Stücken. Die Methode ist auch als Entlastungstrepanation anwendbar, da das bewegliche Knochenstück, wenn die Dura nicht wieder verschlossen wird, einen gewissen Druckausgleich zur Entlastung zuläßt. In den Fällen, in denen man sich nicht gleich zur

Reimplantation des Knochens entschließen kann, läßt er sich beliebig lange in steriler Kochsalzlösung aufheben.

L. Gordon, Berlin.

1696.

Melchior, Eduard, Zur Kenntnis der Herzstörungen bei arteriovenösen Aneurysmen und ihrer Heilbarkeit durch Operation. (Med. Klin., 13, 1929.) (Chirurgische Klinik in Breslau.) Jedes arteriovenöse Aneurysma durchbricht jenes fundamentale Prinzip des Blutkreislaufs, welches auf scharfer Trennung des arteriellen vom venösen Blute basiert, und kann aus diesem Grunde schwerwiegende Folgen für den gesamten Kreislauf einschließlich des Herzens nach sich ziehen. In einem Falle des Verfassers handelte es sich um ein arteriovenöses Aneurysma der Femoralis mit ausgesprochenen Herzveränderungen, die sowohl klinisch als auch röntgenologisch einer Mitralkstenose vollkommen entsprachen. Nach operativer Beseitigung des Aneurysma verschwanden die Geräusche, und die Verbreitung des Herzens bildete sich völlig zurück.

L. Gordon, Berlin.

1697.

Snamensky, M. S., und W. W. Sytschew, Zur Verhütung und Behandlung der postoperativen Lungenkomplikationen. (Kasan, med. Z., 24., Heft 9, S. 874/885, 1928.) Bei der Entstehung der postoperativen Lungenkomplikationen spielen drei Momente die Hauptrolle: 1. Operationstrauma, 2. Infektion und 3. Konstitution des Patienten. Daneben kommen noch folgende Faktoren in Betracht, von denen keiner eine überragende Bedeutung hat, die aber in ihrer Kombination bzw. Gesamtheit begünstigend wirken können: vorhandene Katarrhe der Atmungswege, Tabakrauchen, Infektionsherde in der Mundhöhle, ungenügende Ventilation und Verseuchung der Krankensäle durch Pneumonieerreger (z. B. durch Nachbarschaft mit der inneren Abteilung), Erkältung, Jahreszeit, Geschlecht und Alter. Ferner die die Atmung und das Aushusten begrenzenden Faktoren, zu denen gehören: Ort des Eingriffs und durch ihn geschaffene Komplikationen, dauernde Rückenlage nach der Operation, funktionelle Herzinsuffizienz, Arteriosklerose, Alkoholismus. Die Verhütung der postoperativen Lungenkomplikationen soll auf Grund der Erfassung der ätiologischen Momente aufgebaut werden, wobei die Beseitigung bzw. Vermeidung einiger, sowie die Herabsetzung anderer ad minimum oft günstige Bedingungen schafft. — Was die medikamentösen Maßnahmen anbelangt, so sahen die Verfasser mit Aetheröl-injektionen nach Bier weniger Erfolg als mit subkutanen Injektionen von Chinopyrin, die sie, von den Versuchen Morgenroths und Lewys ausgehend, in letzter Zeit mit Erfolg anwendeten. Das Mittel wird nach der Zusammenstellung — Rp. Chinini muriciati 6,0, Antipyrini 4,0, Aq. dest. 10,0 — in der Dosis von je 1,0 ccm subkutan in der Weise gegeben, daß die erste Injektion am Tage vor der Operation, die zweite am Operationstage $\frac{1}{2}$ Stunde vorher, gleichzeitig mit der Morphiumspritze und die dritte am darauffolgenden Morgen erfolgt. Insgesamt wurden damit bis jetzt 30 Fälle behandelt, ohne daß einer von den Patienten an Pneumonie erkrankte. Die danach in manchen Fällen aufgetretene Bronchitis zeichnete sich durch schnell vorübergehende Temperaturerhöhung und leichteren Verlauf aus.

E. Kontorowitsch.

1698.

Göbell, R., Zur Kritik der Asthmaoperationen. (Zbl. Chir., Nr. 47, 1928.) Verfasser berichtet über 98 Fälle von Asthmaoperationen, bei denen die Kümmeleche Sympathektomie teilweise gleichzeitig mit Vagusresektion ausgeführt wurde. — Er kommt zu dem Schluß, daß einseitige Sympathektomie und rechtsseitige Vagusresektion allein keine Dauererfolge bringen. Mit einseitiger Sympathektomie und Vagusresektion erzielte Verfasser 41% Heilung; mit doppelseitiger Sympathektomie 42% Heilung, 30% vorläufige Heilung; mit doppelseitiger Sympathektomie und Vagusresektion 42,9% Heilung und 18% Besserung. — Man muß drei Jahre warten, bis der Operationserfolg sicher ist. — Ehe man die Operation vornimmt, müssen selbstverständlich alle inneren Mittel erschöpft sein.

Walter Grossmann, Berlin.

1699.

Iwantschenko, A. J., Mammageschwüre bei Männern. (Kasan, med. Z., 24., Heft 9, S. 865/869, 1928.) Bericht über 4 Patienten im Alter von 13 bis 27 Jahren mit Fibroadematose der Mamma. In einem Fall entstand die Geschwulst nach einem Trauma und in den anderen 3 nach chronischer Entzündung der Brustdrüse. Wegen des Uebergehens der Fibroadenome in bösartige Neubildungen ist deren chirurgische Entfernung erforderlich.

E. Kontorowitsch.

1700.

Marks, George A., Spätresultate von 109 Gallenblasenoperationen. (New England J. Med., Nr. 12, 1929.) Tuberkulose und

Krebs wurde in 6,4% anamnestisch festgestellt. 70% hatten schon früher andere Operationen überstanden. Typhus früher bei 11%. Gallensteine wurden durch frühere Operationen bei 8 Fällen festgestellt. 92% waren verheiratet; 83% hatten Kinder, und bei 18% wurde der Beginn der Krankheit mit einer Schwangerschaft in Beziehung gebracht. Beginn meist im Alter zwischen 25 und 40; Operation zwischen 30 und 44. 9 Fälle hatten keine Symptome von seiten der Gallenblase und kamen wegen anderer Gründe zur Operation. 58% hatten die Hauptschmerzen im oberen rechten Quadranten; 26 im Epigastrium; 10% im rechten unteren Quadranten (3 davon hatten früher eine Appendektomie). Bei 34% lag eine schwere chronische Obstipation vor, bei 40% früher Ikterus. Der rechte obere Quadrant war in 37 Fällen vor der Operation empfindlich. Cholezystektomie bei 62 Patienten. Ohne Drainage bei 13. Cholezystotomie bei 26, ohne Drainage bei 3. Kein operativer Todesfall. Bei 6,4% leichte Wundinfektion, bei 2,7% Infektionen der Luftröhre. Dauererfolg bei 68 nach 2 Jahren, bei 49 nach 5 und bei 17 nach 12. In 60% völlige Besserung der Beschwerden, mehr bei Cholezystektomie. Bei 28% gelegentliche digestive Störungen, bei 11 Wiederkehr typischer Anfälle. Bei 5% Folgen von Adhäsionen, bei 5% Folgen von Adhäsionen.

v. Schnizer.

1701.

Hammesfahr, C., **Choledochusstriktur durch entzündlichen Reiztumor.** (Zbl. Chir., Nr. 50, 1928.) Verfasser berichtet über einen Fall, in dem nach einer Operation zwei unresorbierbare Ligaturen am Zystikum zu einer chronischen Entzündung mit ausgedehnter Narbenbildung und dadurch zu einer Choledochusstriktur führten.

Außerdem fand Verfasser fünfmal bei 50 Relaparatomien schwer entzündliche Tumoren an Gastroenterostomieöffnungen durch unresorbierbare Serosanähte hervorgerufen. — Diese Fälle zeigen, welche schweren Folgen die Verwendung unresorbierbaren Fadenmaterials haben kann.

1702.

Levai, J., **Appendizitis und Trauma.** (Zbl. Chir., Nr. 48.) Unter 1054 Appendizitisfällen war nur neunmal (0,85%) in der Anamnese ein Unfall als Krankheitsursache angegeben. — Um den ursächlichen Zusammenhang zwischen einem Unfall und Appendizitis einwandfrei festzustellen, ist folgendes erforderlich: Es muß ermittelt werden: 1. ob der Unfall von Belang war; 2. ob die Lokalisation und die Art des Traumas geeignet war, auf den Blinddarm einzuwirken; 3. ob die Krankheitssymptome der Wundform entsprechend waren; 4. ob bei der Operation oder Autopsie sich erwies, daß der Wundfortsatz durch seine Lagerung und Beschaffenheit geeignet war, auf den Unfall einzuwirken. — Es darf nur bei speziellem Verlauf der Krankheit zu reagieren. — Es darf nur bei speziellem Verlauf der Krankheit zu reagieren. — Es darf nur bei speziellem Verlauf der Krankheit zu reagieren.

Walter Grossmann, Berlin.

1703.

Heckenbach, W., **Die Heminephrektomie bei Erkrankungen der Doppelnieren.** (Zbl. Chir., Nr. 46, 1928.) Die Doppelnieren sind eine relativ häufige Mißbildung, die wie jede Mißbildung eine stärkere Disposition zu Erkrankungen aufweist. Die atypische Gefäßversorgung, Verlagerungen des Beckens durch die Entwicklungsstörung, Knickungen und Verziehungen des Harnleiters tragen natürlich wesentlich zu Erkrankungen der Doppelnieren bei. Man kann mit der konservativen Behandlung bei Erkrankungen der Doppelnieren weniger oft zum Ziel kommen, so daß die Frage der Heminephrektomie oft aufgeworfen wird. Die Resektion einer erkrankten Hälfte der Doppelnieren wurde in letzter Zeit relativ häufig ausgeführt, und man kann diesen Eingriff bei Erkrankungen der Doppelnieren als die „Methode der Wahl“ bezeichnen. Am wichtigsten ist bei der Indikationsstellung die Art der Gefäßversorgung und der Grad der Infektion. Eine getrennte, für jede Hälfte eine selbständige Arterie ist günstig; dagegen macht ein isolierter Gefäßstamm für beide Teile die Ausführung der Heminephrektomie unmöglich, ohne die Gefahr einer Ernährungs- oder Zirkulationsstörung oder einer sekundären Infektion heraufzubeschwören. Auch bei Tuberkulose, schweren akut entzündlichen Erkrankungen einer oder bei der Hälfte oder bei Pyonephrose muß man die Heminephrektomie ablehnen. Für die Heminephrektomie kommen in erster Linie Hydronephrose und Steinerkrankungen in Betracht. Besonders bei ersterer wurde sie am häufigsten mit gutem Erfolg ausgeführt. In 3 Fällen von Ureter fissus, wo infolge unglücklicher Gefäßversorgung die Heminephrektomie nicht zulässig war, wurde durch plastische Operationen, Neointplantation des oberen Harnleiters in das Nierenbecken der anderen Hälfte ein gleichwertiger Erfolg wie bei der Heminephrektomie erreicht.

Walter Grossmann, Berlin.

1704.

Dannheisser, F., **Reinfusion intraabdomineller Blutungen.** (Zbl. Chir., Nr. 46, 1928.) In vier Fällen von Milzruptur, vier Fällen von Leberruptur, zwei Fällen von Leberstich und je einem Fall von Netzbriß und Mesenterialstich wurde Reinfusion ausgeführt. In drei Fällen von Leberrupturen trat Exitus ein. In den anderen Fällen erhielten sich die Patienten sichtlich sofort nach der Reinfusion. Unangenehme Folgen der Reinfusion traten in keinem Falle auf. Das Blut wurde nicht defibriert und ohne Zusatz gerinnungshemmender Mittel reinfundiert.

Walter Grossmann, Berlin.

1705.

Dewit, J. B., **Ueber postoperative Eventerationen.** (Msch. Geburts-H., Berlin, März 1929, Heft 4/5.) Bei der Ursache der postoperativen Eventeration spielt das Geschlecht, das Alter, die Schnittstelle und das Nähmaterial eine gewisse Rolle. Bisweilen sprechen konstitutionelle Eigenheiten mit. Die häufigste Ursache für das Auseinandergehen von Bauchwunden ist eine allgemeine Enkräftung des Organismus durch das Grundeiden. Das sofortige Zunähen der Wunde ist die Methode der Wahl bei diesem Leiden.

Kosminski, Berlin.

1706.

Meyer, A. W., **Pankreasstein.** (Zbl. Chir., Nr. 39, 1928.) Verfasser berichtet über die Entfernung eines röntgenologisch festgestellten Pankreassteins (Röntgenbild, der mosaikartig im stark erweiterten Hauptgang des Pankreas lag. Klinische Symptome waren: Druckgefühle im Oberbauch ohne Koliken und Störungen der Pankreassekretion in Form von Fettstühlen und Abgang einer gelb-ölgigen Flüssigkeit mit Stuhlgang und Flatus. Glatter Heilverlauf. (Siehe auch die Arbeit von Günther Wolff und Albrecht Tietze aus dem Westend-Krankenhaus, Klin. Wochenschr. 1928, 1182.)

Walter Grossmann, Berlin.

1707.

Drescher, **Zur Lehre von den Darmsteinen.** (Zbl. Chir., Nr. 44, 1928.) Es sind viele Fälle von Darmsteinen beschrieben, doch handelt es sich bei diesen Fällen meist nicht um echte Darmsteine, sondern entweder um reine Konglomerate von Nahrungsmitteln oder um Kotmassen. Auch die im Darm befindlichen Gallenblasen- oder Gallensteine darf man nicht zu den Darmsteinen rechnen. Für die Entstehung eines echten großen Darmsteins ist das Hineingelangen eines unverdaulichen Körpers in den Darmkanal nötig, der mit mineralischer Substanz inkrustiert wird. Selbstverständlich muß der Fremdkörper längere Zeit hindurch im Darmkanal verweilen. Daher findet man diese Darmsteine meist bei stuhlträgen Menschen. Die Fremdkörper, die das Zentrum der Darmsteine bilden, sind sehr verschieden. So können in den Darmkanal gelangene Fruchtkerne, Knochenstücke, Süßholzfaser, Granatsplitter, Stroh und Rinde, kohlensaurer Kalk, Kreide, schwer verdauliche Pflanzenstoffe, aber auch Arzneimittel (Magnesia, Benzoe, Salolsteine) zur Steinbildung führen. Die Darmsteine können jahrelang im Darmkanal liegen, ohne charakteristische Beschwerden zu verursachen. Am häufigsten erfolgt die Einklemmung im untersten Teil des Heums. Die Ansichten der Autoren über die Ursache der Einklemmung gehen auseinander. Am besten erklärte Körte alle Erscheinungen, der die Ursache der Einklemmung in einer Indigestion mit lokalem Krampf der um den Stein gelegenen Darmpartie sieht. Eine wichtige Hilfsursache spielt auch die Kampfbereitschaft des Darmes, die bei einzelnen Menschen konstitutionell ist.

Zur Verhütung von Darmsteinen ist nötig Vermeidung der Obstipation und Vermeidung der Einführung von Fremdkörpern in den Darmkanal.

Walter Grossmann, Berlin.

1708.

Lindemann, **Erfolge mit Koliserum bei diffuser und zirkumskriptor Peritonitis.** (Zbl. Chir., Nr. 41, 1928.) Verfasser berichtet über 8 Fälle von diffuser und zirkumskriptor Peritonitis nach Appendizitis, bei denen das Koliserum angewandt wurde. Die Injektionen wurden sofort nach der Operation ausgeführt, und zwar zunächst 1 ccm Serum prophylaktisch, dann später die eigentliche Serummenge (25 bis 50 ccm) intramuskulär. In allen Fällen trat rasch eine Besserung des Allgemeinzustandes ein und schwand der septische Allgemeindruck. Verfasser empfiehlt im Gegensatz zu Katzenstein die Injektion des Koliserums nicht nur bei diffuser, sondern auch bei zirkumskriptor Peritonitis auszuführen.

Walter Grossmann, Berlin.

1709.

Konjetzny, G. E., **Die Mastopathien. Fibromatose und zystische Entzündung.** (Med. Welt, 13, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik, Kiel.) Die Fibromatose der Brustdrüse ist im wesentlichen durch Schwund des spezifischen Drüsengewebes mit Wuche-

runge und Sklerosierung des interstitiellen Bindegewebes ausgezeichnet. Bei der zystischen Entartung stehen atypische Drüsenbildungen mit zystischer Erweiterung, solider, z. T. papillärer Epithelwucherung im Vordergrund. Im Rahmen dieser Extreme liegen alle möglichen Zwischenstufen. Die Erkrankung zeigt sich in einer diffusen und mehr umschriebenen Form. Die diffuse Form wird in der Regel bei Frauen über 40 Jahre beobachtet. In neuerer Zeit ist vielfach die maligne Entartung der Mastopathien nachgewiesen worden, so daß man in ihnen klinisch sehr wichtige präkarzinomatöse Zustände sehen muß. Es handelt sich bei der Fibromatose und der zystischen Entartung um verschiedene Formen desselben Krankheitsbildes. Beide sind als Begleiterscheinungen im wesentlichen präsenilen Involutionsvorgänge aufzufassen. Die subjektiven Symptome sind bei den Mastopathien nicht immer sehr ausgesprochen. Häufig ist eine Mastodynie vorhanden, die besonders zur Zeit der Menstruation auftritt; gelegentlich tritt eine deutliche Absonderung aus der Brustdrüsenwarze auf. Meist kommen die Frauen aus Krebsfurcht zum Arzt, weil ihnen eine Verhärtung mit Vergrößerung oder Verkleinerung der Brustdrüse oder Knotenbildung in derselben aufgefallen ist. Die objektiven Untersuchungsbefunde sind sehr verschiedenartig. In der Regel ist nur eine Brustdrüse befallen. Die erkrankte Brustdrüse kann kleiner oder größer als die gesunde sein. Die Brustwarze ist häufig eingezogen. Manchmal sieht man eine Verhärtung an umschriebener Stelle. Die Oberfläche fühlt sich in manchen Fällen gleichmäßig körnig, in anderen unregelmäßig höckerig an. Die Höcker können an und für sich eine im Gegensatz zur Umgebung auffallend glatte Oberfläche haben und sich prallelastisch anfühlen. Die klinische Differentialdiagnose gegenüber dem Brustdrüsenkrebs ist äußerst schwierig, oft geradezu unmöglich. Es muß daher meist eine ausreichende Probeexzision mit nachfolgender histologischer Untersuchung vorgenommen werden. Da es sich immer um eine mikroskopisch nachweisbare Erkrankung der ganzen Brustdrüse handelt, stellt Verfasser die Forderung auf, bei der zystischen Entartung der Brustdrüse älterer Frauen auch dann die Entfernung des ganzen Brustdrüsenkörpers vorzunehmen, wenn klinisch nur ein Teil der Brustdrüse erkrankt erscheint.

L. Gordon, Berlin.

1710.

Wakulenko, M., Eine neue Methode der Impotenzbehandlung. (Kasan. med. Z., 24., Heft 10, S. 1006, 1928.) Bei einem seit 2 Jahren an sexueller Impotenz leidenden 45jährigen Manne versuchte Verf. durch periarterielle Sympathektomie der Art. pudenda interna die Potenz wiederherzustellen. Die typische Leriche'sche Operation war wegen der tiefen Lagerung des Gefäßes durch die Methode von Rasumowski ersetzt worden, wonach die nach Kocher freigelegte rechte Art. pudenda interna mit 80prozentigem Alkohol befeuchtet wurde. An der linken Seite wurde gleichzeitig Unterbindung der V. efferentia am linken Hoden ausgeführt. Der Eingriff geschah unter Chloroformnarkose. In der auf die Operation folgenden Nacht stellten sich bei dem Pat. Erektionen ein, die auch in der darauffolgenden Zeit immer wiederkehrten. Vier Monate später kam der Pat. zur Nachuntersuchung; eine Störung der Potenz war nicht eingetreten. — Verf. meint, daß auch ohne Unterbindung des Samenstranges der Erfolg hier eingetreten wäre. Die periarterielle Sympathektomie führt fast stets in dem vom operierten Gefäß versorgten Bezirk Hyperämie herbei. Von diesem Gedanken ausgehend, könnte man vielleicht durch Befeuchtung der beiden Art. temporales mit Alkohol die Kahlköpfigkeit bei Männern oder der Art. maxillaris ext. das vorzeitige Altern des Gesichtes, Säcke unter den Augen, Runzeln und dgl. zu behandeln versuchen, sowie auch in geeigneten Fällen die Alkoholisierung der Art. testicularis zwecks „Verjüngung“ des Organismus durchführen.

E. Kontorowitsch.

1711.

Moszkowicz, L., Ueber Operationen an Hermaphroditen. (Med. Klin., 13, 1929.) Auf Grund einer Kritik zahlreicher Fälle aus der Literatur und eigener Praxis empfiehlt Verfasser äußerste Zurückhaltung in Fällen von unvollkommener Entwicklung des äußeren Genitales, namentlich wenn auch noch andere Zeichen unvollkommener Geschlechtsbestimmung vorliegen. Bei scheinbar männlichen Individuen, die eine Hypospadie und daneben einseitig oder beiderseits eine Retentio testis oder auch nur eine Leistenhernie aufweisen, muß man jedenfalls an die Möglichkeit denken, daß es sich um ein intersexuelles Individuum handeln kann. Dasselbe gilt für scheinbar weibliche Individuen, wenn neben einer Clitorishypertrophie oder gemeinsamer Ausmündung der Urethra und Vagina eine Leistenhernie besteht. Auch auf das psychische Verhalten der Kinder ist in solchen Fällen zu achten. Es wäre verfehlt, wenn der Chirurg in solchen Fällen voreilig durch eine Operation, z. B. Verschluß der Urethralrinne bei Hypospadie oder Amputation der angeblich hypertrophischen Clitoris, über das Geschlecht des Kindes endgültig entscheiden wollte. Das beste ist,

zunächst alle Operationen in solchen Fällen abzulehnen und abzuwarten, wie die weitere Entwicklung des Kindes werden wird.

L. Gordon, Berlin.

1712.

Isaakajan, A. N., Lumbalanästhesie als Behandlungsmethode beim postoperativen paralytischen Ileus. (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 13/14, S. 907—910.) Verf. schildert unter Hinweis auf die Arbeit von Asteriadés (Presse méd. 1925, Nr. 89) drei eigene Fälle. 1. Fall: 3 Tage nach Laparatomie (Extragravidität bei 33jähriger Frau) wegen paralytischen Ileus Lumbalanästhesie mit Novocain. Nach 10 Minuten stürmische Stuhl- und Gasentleerung. Nach 14 Tagen entlassen. 2. Fall: 36jährige Pat. wird wegen Ovarialzyste operiert. In den auf die Laparatomie folgenden Tagen trotz Darreichung verschiedener Mittel keine Gas- und Stuhlentleerung. Puls und Temperatur normal. Am dritten Tage wegen Ileuserscheinungen Lumbalanästhesie. Eine halbe Stunde danach Durchfall und Beruhigung. Am zwölften Tage geheilt entlassen. 3. Fall: 32jährige Frau. Extrauterin gravidität. Laparatomie. In den folgenden Tagen kein Stuhl. Temperatur normal. Am dritten Tag Lumbalanästhesie. Nach einer halben Stunde stürmische Stuhlentleerung und Beruhigung. Nach 12 Tagen geheilt entlassen. Vor der Lumbalanästhesie waren in allen Fällen die üblichen inneren Mittel und Einläufe erfolglos angewendet worden.

E. Kontorowitsch.

1713.

Hayward, E., Weitere günstige Erfahrungen mit der Behandlung der Aetherbronchitis nach Bier. (Zbl. Chir., Nr. 40, 1928.) Verfasser berichtet über 35 Fälle von postoperativer Aetherbronchitis, die nach Bier mit Aetherinjektionen behandelt wurden. 32mal genügte die einmalige Gabe, zweimal die zweimalige, um die Bronchitis und damit die Temperatur zum Verschwinden zu bringen; nur in einem Falle war dreimalige Injektion notwendig. Nicht erfolgreich sind nach Erfahrung des Verfassers die Aetherinjektionen dann, wenn es sich um prophylaktische Verabreichung handelt oder wenn Erkrankungen des Lungengewebes selbst (kruppöse Pneumonie, Infarkte usw.) vorliegen. Auch bei denjenigen Fällen der Avertinnarkose, wo Aether als Zusatz gegeben werden muß, sind die Bierschen Aetherinjektionen angebracht, da sie trotz der kleinen Aethergaben zur Aetherbronchitis neigen. Die günstige Wirkung des Aethers beruht nach den Untersuchungen von Rieß darauf, daß der in die Lunge ausgeschiedene Aether zu einer Hyperämie und vermehrten Absonderung der Bronchialschleimhaut führt. Ähnlich günstig wird diese Behandlungsmethode beurteilt von Schaack und von Seidel. (Döderleinsche Klinik).

Walter Grossmann, Berlin.

1714.

Feriz, H., Ueber den resorbierbaren Tampon. (Zbl. Chir., Nr. 50, 1928.) Verf. berichtet über ausgedehnte Versuche mit Vivocoll, bei denen er die Wirkung des Vivocolls auf die Wundheilung und die Reaktion des Körpers auf das Vivocoll beobachtete. — Er hat seine Versuche an Hunden und Meerschweinchen angestellt und kam zu folgendem Ergebnis:

Am besten kann man das Vivocoll in seinen Eigenschaften mit einem Blutextravortat vergleichen. Es wird sehr schnell resorbiert, so daß nach einer Woche die Stelle der Vivocollinjektion nicht mehr wiederzufinden ist. — Die Wundheilung wird nicht ungünstig beeinflusst. Größere Vivocollgerinnsel werden zum großen Teil bindegewebig organisiert. Die künstlich gesetzten Wunden zeigten, daß das Vivocoll für die Wundheilung und Narbenbildung ganz unschädlich ist. Anaphylaktische Erscheinungen traten auch bei wiederholten Injektionen nicht auf. Was die antiseptischen Eigenschaften des Vivocolls anbetrifft, so zeigte sich, daß es das Wachstum pathogener Bakterien hindert.

Die wertvollsten Dienste leistet das Vivocoll bei parenchymatösen Blutungen und Blutungen ex vacuo. Um eine durchaus gute Blutstillung zu bekommen, muß man das Eingießen des Vivocolls in die blutende Höhle mit der Injektion in die umgebenden Gewebe kombinieren. Bei größeren Blutungen muß man den Ort der Blutung komprimieren, bis die Flüssigkeit gerinnt.

Walter Grossmann, Berlin.

1715.

Klapp, R., Schnitte und Drainage bei Eiterungen, insbesondere „gedeckte Doppelschnitte“. (Med. Welt, 13, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik Marburg.) Im Gegensatz zu den üblichen Schnitten, die den Eiterherd ohne besondere Rücksichten auf dem kürzesten Wege direkt eröffnen, so daß die Abszeßhöhle oder das den Eiter beherbergende Gewebe oder Hohlorgan frei im Schnitt zutage liegt, ist unter gedeckten Doppelschnitten verstanden, daß man den Eiter durch zwei parallele Schnitte einrahmt, so daß der Eiter aus den beiden Öffnungen seitlich herausquellen kann, ohne daß die Eiterhöhle, Hohlorgan oder dergleichen im Schnitt zutage

liegt (Knorpel, Sehne und ihre Scheide). Die deckende Weichteilbrücke soll das den Abszeß umgebende Gewebe vor den Schädigungen, die mit dem Freiliegen für die Lebensfähigkeit und Regeneration verbunden sind, bewahren. Unter der Weichteilbrücke wird stets ein Gummistreifen gezogen. Die Enden bindet man mit einem Seidenfaden zusammen und hat nun beim Verbandwechsel nur nötig, die Weichteilbrücke mit dem Gummistreifen etwas anzuheben und sich damit zu versichern, daß der Abfluß frei ist.

L. Gordon, Berlin.

1716.

Raschke, K., *Zur Behandlung des Unguis incarnatus*. (Zbl. Chir., Nr. 39, 1928.) Um die Behandlungsdauer bei der Keilexzision des eingewachsenen Nagels abzukürzen, legt Verf. in die frische Wundmulde einen Thierschlappen, der mittels einer kleinen Jodoformgazerolle durch Heftpflasterstreifen angedrückt wird. — Nach 7 Tagen wird der Verband gewechselt und die Operierten können in weichen Schuhen umhergehen. — Nach 14 Tagen dürfen sie feste Schuhe tragen und ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Walter Grossmann, Berlin.

1717.

Ayers, Charles A., *Lumbosakrale Rückenschmerzen*. (New England J., Nr. 12, 1929.) Die 5. Lumbalwurzel ist Druck, Schädigung und Entzündung ihrer Lage nach besonders ausgesetzt. Von 36 Patienten klagten 27 über Ischias. Und bei 26 war eine mehr oder weniger ausgesprochene Destruktion der Zwischenwirbelscheibe zwischen 5. Lumbalwirbel und Sakrum. Ebenso eine arthritische Veränderung der lumbosakralen Gelenkflächen, eine richtige Arthritis in 9 Fällen. In einem Fall Sakralisation. In keinem Falle, in dem die Gelenkflächen gut waren, war eine Verdünnung der Zwischenscheiben. Folglich geht die Arthritis der Chondritis voraus. Anatomisch bestehen enge Beziehungen zwischen dem 5. Nerven, der lumbosakralen Scheibe und den lumbosakralen Gelenkflächen. Folglich wird jede Destruktion der Zwischenscheibe oder der Gelenkfläche einen Einfluß auf den 5. Lumbalnerv ausüben. Also Immobilisierung, eventuell operativ.

v. Schnizer.

1718.

Carleton, Dudley, *Nichttuberkulöse Spondylitis*. (New England J., Nr. 7, 1929.) Carleton hat in den letzten Jahren mehrere Fälle von Spondylitis beobachtet, die etwa 2 bis 5 Monate nach einer akuten Lungeninfektion auftraten. Hiervon berichtet er 5 Fälle. Röntgenologisch unterscheidet sich diese Affektion von der tuberkulösen Form darin, daß sie die hinteren Teile des Wirbels ausgesprochener affiziert. Die tuberkulöse Form ist bei Erwachsenen seltener als die Mischform mit Pneumokokken. Prognose gut, in kürzerer Zeit als bei Tuberkulose. Abszesse kommen leicht dabei vor.

v. Schnizer.

1719.

Stohr, Rudolf, *Die Sakralisation des 5. Lendenwirbels als Ursache von Kreuz- und Rückenschmerzen*. (Mscr. Unfallheilk., Nr. 4, 1929.) Unter Sakralisation versteht man die durch massige Entwicklung der Querfortsätze des Lendenwirbels 5 auf einer oder auf beiden Seiten mehr oder weniger vollständige Verschmelzung derselben mit den Seitenteilen des Kreuzbeines. Anatomisch war dieser Befund schon lange bekannt, klinisch fand er erst in den letzten Jahren die gebührende Beachtung.

Das wichtigste und oft das einzige Symptom sind die Kreuzschmerzen; sie werden als äußerst heftig bezeichnet und in die Gegend der unteren Lendenwirbelsäule lokalisiert. Ein weites Ausstrahlen wurde nie beobachtet. Die Schmerzen bei Bewegungen waren immer so stark, daß jede Bewegung peinlichst vermieden wurde.

Objektiv findet man eine Druckschmerzhaftigkeit, die beschränkt ist auf die Gegend über dem Dornfortsatz des 5. Lendenwirbels, nach oben scharf abschneidend, seitlich einige Querfinger weiter reichend.

Auch einseitige Sakralisation kommt vor.

Die Diagnose kann nur das Röntgenbild liefern.

Die Therapie war bisher nur wenig befriedigend. Verf. hat mit der Injektion einer Pregl-Pepsinlösung glänzende Erfolge gehabt. Die Technik ist folgende:

Der Kranke sitzt mit dem entblößten Oberkörper leicht nach vorn geneigt am Rand des Operationstisches, ähnlich wie zur Vornahme der Lumbalpunktion. Man tastet sich zunächst von oben her den Dornfortsatz des Lendenwirbels 5 ab. Dieser wurde in allen unseren Fällen exquisit druckschmerzhaft gefunden; sodann tastet man mit dem Drucke eines Fingers zunächst auf der einen, sodann auf der anderen Seite die Gegend des Dornfortsatzes ab und gelangt beiderseits etwa 2 Querfinger von demselben wiederum auf einen umschriebenen druckschmerzhaften Bezirk. Diese 3 Punkte werden durch Ritzten mit einer Nadelspitze auf der Haut sichtbar gemacht; sodann wird die ganze Gegend mit Äther und Alkohol gereinigt.

Mit einer dünnen, etwa 5 cm langen Nadel wird hierauf in der Mitte gerade auf den Dornfortsatz eingestochen und daselbst etwa 1 cm 1prozentige Novocain-Adrenalinlösung eingespritzt. Die Nadel bleibt stecken, die Spritze wird abgenommen, eine zweite, die Pregl-Pepsinlösung enthaltende Spritze wird aufgesetzt und wiederum 1–2 ccm injiziert.

Hierauf wird die Nadel herausgezogen, wieder mit der die Novocainlösung enthaltenden Spritze armiert und genau an der vorher bezeichneten Stelle auf der einen oder anderen Seite vom Dornfortsatz eingestochen. Je nach der Dicke der Haut geht man mit der Nadel 2–3 cm tief in die lange Rückenmuskulatur und injiziert wiederum etwa 1 ccm, die Nadel bleibt dort stecken, die Spritze abgenommen, die zweite Spritze mit der Pregl-Pepsinlösung aufgesetzt, worauf dann wiederum etwa 2 ccm dieser Lösung injiziert werden. Dasselbe wird auf der anderen Seite wiederholt. Die Kranken werden sodann zu Bett gebracht und bleiben unbedingt 2 bis 3 Tage ruhig liegen.

Michaelis.

1720.

Decref, J., *Zur Kenntnis des kindlichen Schiefhalses*. (Sigo méd., 83., Heft 3917.) Viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird, tritt eine Arthritis der Zwischenwirbelgelenke auf im Gefolge infektiöser Erkrankungen, sei es lokaler (Furunkel usw.), sei es allgemeiner Natur (Grippe, Typhus usw.). Der schwerste Fehler, der in der Beurteilung dieser durchaus gutartigen und verhältnismäßig leicht mit Wärme, Salizylaten und Massage zu behandelnden Arthritiden begangen werden kann, ist ihre Deutung als tuberkulöse Affektion, gefolgt von Maßnahmen, von denen D. annimmt, daß sie in vielen Fällen schon zu einem künstlichen und leicht zu vermeidenden Schiefhals geführt haben, wie Fixation in Gips oder durch Albeesche Operation. Wichtig ist der Beginn: immer schleichend bei Tuberkulose, immer akut bei banaler Infektarthritis.

Günther Wolf, Berlin-Charlottenburg-Westend.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1721.

Eufinger, Heinrich, und Franz Eichbaum, *Das Verhalten des arteriellen Blutdruckes im menstruellen Zyklus und seine Abhängigkeit vom vegetativ-hormonalen System*. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 10, S. 442.) Es wird festgestellt, daß das menstruelle Stadium eine verminderte Adrenalinempfindlichkeit hinsichtlich der Steigerungshöhe des Blutdruckes aufweist. Dieses Verhalten läßt sich in Parallele bringen mit der von den Verfassern und anderen Autoren relativ häufig beobachteten menstruellen Blutdrucksenkung. Diese Beobachtung steht scheinbar im Widerspruch zu den tierexperimentellen Ergebnissen Siegerts, der im Oestrus eine Verminderung der adrenalinwirksamen Substanz in der Nebenniere fand. Abgesehen davon, daß sich die Verhältnisse beim Tiere nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen lassen, muß daran gedacht werden, daß die Wirkung eines Stoffes von seinem Niveaufälle abhängig ist. In einem mit adrenalinwirksamen Substanzen angereichertem Blute (Oestrus des Meer-schweinchens) wird das Hinzubringen einer relativ geringen Adrenalinmenge ein geringeres Gefälle bewirken, als in einem an adrenalinwirksamen Substanzen von vornherein armen Blute.

Es wird hervorgehoben, daß weder die menstruellen Blutdruckänderungen noch die periodisch variierende Adrenalinempfindlichkeit ein gemeinschaftliches Kennzeichen aller geschlechtsreifen Frauen ist. Gerade das negative oder uncharakteristische Verhalten in einem Teil der Fälle muß die Aufmerksamkeit auch auf andere Einflußmomente richten. Wahrscheinlich werden es vor allem konstitutionelle Faktoren sein, die eine maßgebende Rolle für die individuell sehr verschiedene Reaktionsweise spielen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1722.

Frommolt, G., *Die Prüfung der Tubendurchgängigkeit nach v. Ott*. (Zbl. Gynäk., Nr. 16, Seite 971, 1929.) In Experimenten an Affen konnte Verf. nachweisen, daß intraperitoneal applizierte Tusche bei intakten Tuben mit Sicherheit im Zervixschleim innerhalb von 24 Stunden nachzuweisen ist. Dieses von v. Ott angegebene Verfahren zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit hat jedoch, nicht weniger als die Perturbation und die Salpingographie, ihre Schattenseiten und ihre Gefahrenquellen. Gleich nach der Injektion findet man nämlich bei den Versuchstieren eine fibrinöse Peritonitis, die möglicherweise nicht immer ohne Residuen ausgeht. Bei zwei von vier seziierten Tieren waren jedenfalls peritonitische Adhäsionen nachweisbar. Ein plötzlicher Todesfall, 5 Tage nach der Injektion, mit einer außerordentlich starken Über-

schwemmung der Milz und der Leber mit Tusche erhöht noch die Bedenken gegen die Anwendung des in Frage stehenden Verfahrens. Schwab, Hamburg.

1723.

Steinhardt, B., Zur Frage der Spätblutungen im Klimakterium. (Zbl. Gynäk., Nr. 16, S. 981, 1929.) Neuerdings wird der Frage der Blutungen in der Menopause wieder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt. Während man noch vor nicht allzu langer Zeit beim Auftreten von Genitalblutungen im Klimakterium vor allem eine maligne Neubildung im Uterus in Erwägung zog, weisen neuere Arbeiten darauf hin, daß einerseits gutartige Ursachen bei postklimakterischen Blutungen keine Seltenheit bilden, andererseits die Ursache der Blutung nicht nur im Uterus zu finden ist, sondern ebenso auch von pathologisch veränderten Ovarien ausgehen kann. Vor allem sind es die Granulosazelltumoren der Ovarien; aber auch rein bindegewebige Ovarialgeschwülste (Fibrome) und endlich Ovarialsarkome bedingen hyperplastische Zustände der Uterusschleimhaut, die zu gelegentlichen Blutungen Veranlassung geben. Als Blutung auslösendes Moment kommen nicht mechanische Faktoren, also Druck oder Stauungszustände im Bereich des Uterus, in Frage, sondern eine innersekretorische, die Uterusschleimhaut zum Wachstum und zur Blutung anregende Komponente. Schwab, Hamburg.

1724.

Denis, King und Briggs, Das Verhältnis des Harnstoffstickstoffs zum Gesamtreststickstoff des Blutes in der normalen Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Bei der normalen Schwangeren nimmt der Reststickstoff im Blut im Verlaufe der Schwangerschaft etwas ab; relativ stärker nimmt der auf Harnstoff beruhende Stickstoffanteil ab. Nach der Entbindung nehmen beide Faktoren wieder zu und auch das Verhältnis des Harnstoffstickstoffs zum Gesamtreststickstoff steigt wieder an. Hirsch, Köln.

1725.

Kakuschkin, N. M., Einige klinische Daten zur Frage des Gebärmutterkrebses. (Klin. Med. (russ.), 9. Jahrg., 6., Heft 16, S. 1100—1108.) Verf. behandelt das Problem des Gebärmutterkrebses auf Grund seines Materials von sozial-medizinischen Gesichtspunkten. Von 19285 Patientinnen, welche in der Zeit von 1913—1926 die Universitäts-Frauenpoliklinik Saratow aufgesucht haben, hatten 524 (2,7%) Uteruskarzinom. Die überwiegende Mehrzahl dieser letzteren lebten in einer Atmosphäre schwerer physischer Arbeit und äußerst ungünstiger Lebensbedingungen. Als am meisten prädisponiert für die Krebserkrankung haben sich ältere Frauen in der Periode des Erlöschens ihrer Sexualfunktionen erwiesen, welche früher viele Geburten bzw. puerperale Infektionen durchmachten. — Die prophylaktischen Maßnahmen sind nach folgenden Richtungen zu führen: a) Erhöhung des kulturellen Niveaus der Bevölkerung und Entwicklung der verbreitetsten und mannigfaltigsten kulturellen Bedürfnisse in ihrem Bewußtsein; b) die Verbreitung und Einprägung der Grundregeln der Individualhygiene unter der weiblichen Bevölkerung, insbesondere bezüglich der Diätetik der Ernährung; c) rationelle Gestaltung der Geburtshilfe auf dem Lande. Die zum Uteruskrebs prädisponierten Frauen sollten stets unter Kontrolle des Gynäkologen verbleiben. E. Kontorowitsch.

1726.

Peigthal, Torsion des myomatösen Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Die Torsion ist am häufigsten nach dem 45. Lebensjahr. Unter 86 Fällen entstand sie 14mal in der Schwangerschaft. Gravidität ist also kein wichtiger ätiologischer Faktor. Meist wog der Tumor 2 kg oder mehr. Es können gestielte oder interstitielle Tumoren sein, die meistens entfernt von der Mittellinie liegen. Die Kräfte, die die Torsion zustande bringen, sind unbekannt. Die Richtung der Torsion ist meist von links nach rechts. Die Zeichen der akuten Torsion sind die des peritonealen Schocks: Zwerchfellstillstand, Puls- und Atmungsbeschleunigung, Erbrechen. Nach einigen Stunden werden die Symptome weniger akut. Später, wenn das Gewebe mehr und mehr gangränös wird, treten wieder stärkere peritoneale Reizsymptome auf und die Temperatur steigt an. Zur Diagnose hilft das Fühlen des Tumors, die Höhe der Vagina, die meist vorhandene Unmöglichkeit, das Korpus zu sondieren. Bei chronischer oder subakuter Torsion können geringe Symptome vorhanden sein. Aber früher oder später kann Abklemmung der Venen zu akuten Attacken führen. Hämatometra oder Pyometra kann auftreten. Die Mortalität bei unbehandelten Fällen ist 75%, bei operierten 10,5%. Operation ist daher eine Notwendigkeit. Sie hat in Abtragung des torquierten Tumors oder des Uterus zu bestehen; bei akuten Fällen wird meist die subtotale oder supravaginale Uterusamputation bevorzugt. Bei schwangerem Uterus kann man in den ersten Monaten zuweilen die

Myomektomie ausführen und die Gravidität erhalten. Tritt die Torsion näher dem Geburtsfrühen ein, so wird man bei leichteren Symptomen unter Umständen die Gravidität bis zum Ende hinziehen, dann die Sectio caesarea mit Hysterektomie vornehmen können. Hirsch, Köln.

1727.

Cattaneo, L., Ueber die Koexistenz eines primären Endothelioms des Ovariums mit einem primären Karzinom des Magens. (Patholog.-anat. Beitrag zur Kenntnis der Endothelgeschwülste des Ovariums.) (Ann. di Ostetr. e Gyn., 51. Jahrg., Nr. 2.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) Sorgfältig beobachteter Fall. Es handelt sich um ein Lymph-Angio-Endothelioma („Retikuloma“) eines Ovariums und ein Karzinom des Magens. Genaues Studium der histologischen Präparate (zahlreiche schöne Mikrophotographien), der Sektionsbefund sowie die einseitige Entwicklung des Ovarialtumors (Metastasen immer doppelseitig) lassen keinen Zweifel darüber, daß es sich hier um eine selbständige, vom Karzinom des Magens vollkommen unabhängige Tumorentwicklung im Ovarium handelt. L. Szamek, Wien.

1728.

Kriwsky, L. A., Die Behandlung des Uterusmyoms. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 3, Februar 1929.) Die Frage der Myombehandlung zerfällt in 4 Punkte: 1. bedarf das Myom überhaupt der Behandlung, 2. genügt eine symptomatische, oder 3. ist eine radikale Therapie erforderlich, 4. soll operiert oder bestrahlt werden? Die Errungenschaften der letzten Jahre in der Strahlentherapie sind so bedeutend, daß man gern sagen möchte, die Operationen seien überflüssig geworden. Wenn man die Indikationen zu beiden Verfahren vergleicht, darf man nicht eher bestrahlen, als bis die Diagnose unkompliziertes Myom feststeht. Verf. zählt die bekannten Indikationen für und gegen Bestrahlung bzw. für und gegen Operation auf. Die konservativen Methoden zielen auf die Erhaltung der Konzeptionsmöglichkeit hin, sonst ist die radikale Methode, und zwar am leichtesten die supravaginale Amputation, vorzuziehen. Bei Verbindung mit Schwangerschaft neigt man zum Konservatismus. Auf Grund einer Rundfrage, die Verf. an Fachgenossen richtete, kommt Verf. zu der Anschauung, daß trotz der Erfolge der Strahlentherapie bei Behandlung der Myome die operative Behandlung zur Zeit noch vorzuziehen ist. Vielleicht wird die Strahlentherapie die operativen Methoden dereinst verdrängen. Vorläufig ist man aus materiellen und technischen Gründen in Rußland auf die operative Behandlung des Myoms angewiesen. Kosminski, Berlin.

1729.

Schirschow, D. J., Bedeutung der Blut- und Harn-Ninhydrinreaktion für die Diagnostik der Uterusmyome. (Kasan. med. Z., 24. Jahrg., Heft 9, S. 896.) Von dem Gedanken ausgehend, daß Uterusmyome gewisse organische Stoffe bilden, die in das Blut übergehen und auf Herz und Gefäße auch toxisch wirken können, stellte Prof. Schirschow experimentelle Untersuchungen mit Ninhydrinreaktion an, die auf einer Verfärbung der aus dem Harn, dem Blut oder der Geschwulst gewonnenen Peptide durch Ninhydrin beruht. Verf. bediente sich folgender Technik: 1. Der Harn von der betreffenden Patientin wird im Wasserbad bis zur Konzentration eines Sirups erhitzt oder das Blut bis zum trockenen Rest, oder die aus der Geschwulst entnommene Gewebssubstanz in einer Porzellanschale mittels Messer und Schwere zerbrockelt. 2. Der erkaltete Harnsirup bzw. der Rest des Blutes oder die zerbrockelte Gewebssubstanz werden mit Carbo Sanguinis Merck (zweckts Entfärbung) und darauf mit 50proz. Alkohol versetzt, wonach das Gemisch 5 Minuten lang im Wasserbad gekocht wird. 3. Die heiße Flüssigkeit wird filtriert, wobei die alkoholische Lösung primäre Albumosen enthält, welche bei Erkalten der Lösung im Niederschlag ausfallen. 4. Der Niederschlag mit den primären Albumosen wird abfiltriert, und 5. das Filtrat trocken ausgedampft. 6. Aus dem trockenen Rückstand werden mit Hilfe von 80proz. heißem Alkohol die zurückgebliebenen sekundären Albumosen extrahiert. 7. Das heiße Gemisch wird filtriert, wobei aus dem Filtrat beim Erkalten die sekundären Albumosen als Flocken ausfallen. 8. Der Bodensatz wird filtriert. 9. Aus dem Filtrat wird der Alkohol durch Verdunsten entfernt. 10. Der Rückstand wird in Wasser gelöst. — Die so gewonnene wässrige Lösung des Niederschlages enthält, je nach der ursprünglichen chemischen Zusammensetzung des Harns, des Blutes bzw. der Geschwulst, verschiedene Peptide. Zu $\frac{1}{2}$ ccm dieser Lösung werden nun 1 bis 2 Tropfen einer 1prozentigen alkoholischen Ninhydrinlösung hinzugefügt. Man konnte beobachten, daß die Peptide, die aus Myomen bzw. aus dem Harn oder Blut von Myomkranken stammten und in oben geschilderter Weise gewonnen wurden, mit der Ninhydrinlösung eine Blaufärbung von verschiedenen Nuancen ergaben, die besonders intensiv bei aus der Geschwulst stammenden Peptiden und am schwächsten bei den

Harnpeptiden war. Diese Tatsache spricht dafür, daß die in der myomatösen Geschwulst sich bildenden organischen Stoffe vom Blut aufgenommen und allmählich im Harn ausgeschieden werden. Die aus anderen Geschwülsten (Uteruskarzinome; Zystome) bzw. aus dem Harn oder Blut solcher Patientinnen stammenden Peptide gaben dagegen mit Ninhydrin eine rote Färbung von verschiedenen Nuancen. Eine rote Färbung gaben auch die Peptide, die aus dem Harn bzw. Blut von an Entzündungsprozessen leidenden Patientinnen stammten. Die zwecks Kontrolle bei 6 gesunden Frauen angestellte Reaktion fiel in 5 Fällen negativ und in 1 Fall unentschieden aus. Es ist noch zu bemerken, daß die von myomkranken Patientinnen gewonnenen Peptide ihre Blaufärbung etwa 1 Woche lang beibehalten, während die von anderen Patientinnen stammenden Peptide ihre Rotfärbung schon nach 24 Stunden verlieren.

E. Kontorowitsch.

1730.

Bublitschenko, L., *Die Fibromyome im Puerperium.* (Mschr. Geburtshilfe, Heft 4/5, März 1929.) Bei Komplikationen von Schwangerschaft mit Myomen muß der Geburtshelfer besonders an das Puerperium denken. Durch Freilegung der Oberfläche der Myomknoten, bei Abgang der Eihäute kann es zur Infektion der Knoten kommen. Ferner kann eine Ernährungsstörung mit Nekrose sich entwickeln. Infolge starker Anhaftung kann es zur Retention von Plazentaresten kommen, und schließlich können Störungen bei der Involution auftreten. Während man theoretisch annehmen müßte, daß bei Myomen die Geburtstätigkeit herabgesetzt und daher der Geburtsakt verlängert ist, ergab das Material des Verfassers, daß die Geburt schneller als gewöhnlich vor sich ging. In mehr als $\frac{1}{2}$ der Fälle waren geburtshilfliche Operationen nötig. Das Vorhandensein von Myomen führt also während der Geburt bisweilen zu Komplikationen und zur Anwendung geburtshilflicher Operationen. Ein Zusammenhang zwischen der Größe der Knoten und den Komplikationen war nicht zu finden. Allerdings findet sich bei großen Geschwülsten öfter Resorptionsfieber. In einigen Fällen kam es zur Nekrose, bedingt durch Infektion und schlechte Ernährung der Knoten und zeigte sich in einer Empfindlichkeit bei der Palpation. Fehlgeburten treten bei Myomen nicht häufiger auf. Die Komplikationen im Verlaufe des Geburtsaktes bedingen häufige Manipulationen in der Uterushöhle, wodurch es bisweilen zu fieberhaften Wochenbetten kommt. Im Puerperium tritt bisweilen eine schlechte Involution des Uterus ein. Therapeutisch ergibt sich folgendes: Nach Myomenukleationen kommt es bisweilen zu Uterusrupturen, daher ist die operative Entfernung während der Schwangerschaft nicht angezeigt, es sei denn, daß es zu Komplikationen in dieser Zeit kommt. Rasches Wachstum und bösartige Degeneration, bedeutende Größe, die zu Herzbeschwerden führt, und Nekrose gehören hierher. Bei Vorhandensein großer fibromatöser Knoten ist der Kaiserschnitt mit Enukleation angezeigt; bei kleineren kann man die Geburt den Naturkräften überlassen. Kommt es im Puerperium zu einer Vereiterung, so muß der Uterus sofort total extirpiert werden. Eine Ueberwachung der Gebärenden in der Nachgeburtperiode ist wegen der Gefahr der Plazentaretention notwendig.

Kosminski, Berlin.

1731.

Mattina, A., *Endometriom des Douglas.* (Patholog.-anat. und klinischer Beitrag.) (Ann. di Ostetr. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 2.) (Pathol.-anat. Institut der Kgl. Universität und Bürgerspital in Palermo.) Endometriome finden sich hauptsächlich im Klimakterium. Ihre Prädisloktionsstellen sind: die dem Fimbrienende zugewandte Seite des Ovariums, das Septum rectovaginale, die Hinterwand des Uterus, das Peritoneum des Douglas. Weniger häufig sind sie zu sehen an den Tuben, an den übrigen Teilen des Uterus, an den Lig. rotunda, in der Vagina, an verschiedenen Teilen des Intestinaltraktes, an Laparotomienarben, noch seltener im Nabel und in der Blasenwand.

Ihr Charakteristikum ist der Aufbau nach dem Typus der Mucosa uteri. Auch physiologisch nehmen ihre Elemente an den Veränderungen der Menstruation und Gravidität (deziduale Reaktion) teil. Sie bilden entweder solide Tumoren und sind dann hauptsächlich am Uterus oder an der Tube zu finden; ihr Wachstum ist in diesen Fällen zirkumskript oder auch infiltrierend, jedoch immer benignen Natur. Die zystischen Formen sind in der Mehrzahl der Fälle extragenital anzutreffen, gewinnen oft große Ausdehnung; ihr Inhalt ist hämorrhagisch tingiert, schokoladeartig.

Alle bisher zur Erklärung der Genese herangezogenen Theorien halten einer objektiven Kritik nicht stand.

Es folgt die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles: Operation ergibt zystische Bildungen an einem Darmkonvolut, im kleinen Becken, im Sept. uterovag., an der hinteren Wand des Uterus. Nach einem Monate Röntgenbestrahlung. Bald darauf Exitus an Peritonitis. — Die Therapie kann nur eine chirurgische sein.

L. Szamek, Wien.

1732.

Procopio, G. S., *Ist die beiderseitige Oophorektomie in der Therapie der Osteomalazie notwendig?* (Ann. di Ostetr. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 2.) Ein Fall von Osteomalazie. Sectio caesarea, supravag. Amputation des Uterus, Belassung eines Ovariums. Nachbehandlung mit Kalkpräparaten. Heilung. Die trotz Zurücklassung des Ovariums erzielte Genesung gibt dem Verf. Gelegenheit, sich mit den Theorien der Erkrankung zu befassen, und scheint ihm eine Stütze der von vielen Autoren derzeit vertretenen Anschauung zu sein, nach welcher die Osteomalazie ähnlich wie die Rachitis in erster Linie als eine durch Unterernährung und mangelnde Vitaminzufuhr entstandene Azidosis des Organismus und nicht unbedingt als direkte Störung der endokrinen Funktion des Ovariums aufzufassen ist.

L. Szamek, Wien.

1733.

Schochet, *Experimentelle Endometriosis.* (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Endometrium des Meerschweinchens wurde in die Augenvorderkammer des gleichen Tieres verpflanzt und konnte so dauernd beobachtet werden. Rhythmische Schwankungen im Gefäßsystem des transplantierten Endometriums wurden bereits von Markee beschrieben. Die Tiere wurden nach einigen Monaten getötet und die Transplantate pathologisch-anatomisch untersucht. Die Transplantate können resorbiert werden. Bei genügender Gefäßversorgung bleiben sie bestehen und können Metaplasie des Epithels und pseudopapilläre Proliferation zeigen. Um stärkere Proliferation anzuregen, wurden Vagina und Endometrium mit Scharlachrotöl und Lycopodiumsporen injiziert und dann später transplantiert. Es trat aber keine atypische Proliferation ein. Schließlich wurde versucht, das Zellwachstum nach dem Prinzip der Jaques Loeb'schen künstlichen Parthenogenese durch Veränderung des osmotischen Drucks und eine Oxydase zu stimulieren. Das Endometrium wurde dementsprechend vor der Implantation ins Auge einige Stunden in Strontiumchloridlösung und hyper-tonischer Kochsalzlösung gehalten. Tatsächlich zeigten die Transplantate später eine erhebliche Drüsenhyperplasie und das Auftreten synzytialer Formationen.

Hirsch, Köln.

1734.

Rowe und Guinness, *Der Galaktosestoffwechsel. V. Der Einfluß des Gestationszyklus auf die Toleranz.* (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Die einzelnen Stadien der geschlechtlichen Entwicklung und Tätigkeit beeinflussen anscheinend die Fähigkeit der Frau, Galaktose zu assimilieren und nutzbar zu machen. Verminderung der Ovarialfunktion hat eine Verminderung der Galaktosetoleranz zur Folge. In der Vorpubertät ist die Toleranz gering (20 g), sie wächst während der Pubeszenz und ist während der Geschlechtsreife hoch (40 g). In der Menopause und nach Kastration nimmt sie wieder ab. Auch während der Menstruation vermindert sie sich. In der Schwangerschaft sinkt die Toleranz, auch noch in der ersten Zeit der Laktation, um später, auch ohne Absetzen des Kindes, wieder anzusteigen. Die Brustentwicklung läuft außerhalb der Schwangerschaft gleichsinnig mit der Galaktosetoleranz; bei der schwangeren und stillenden Frau aber nimmt die Brustentwicklung zu bei sinkender Toleranz. Hieraus wird geschlossen, daß sie nur eine sekundäre Rolle spielen bei der Begrenzung der Galaktoseassimilation. Aus den Veränderungen in der Zuckertoleranz folgert der Verfasser, daß während der Schwangerschaft ein physiologischer Hypoovarianismus herrscht, der auch noch einige Zeit nach der Entbindung bestehen bleibt, um schließlich zu verschwinden.

Hirsch, Köln.

1735.

Lash, *Der therapeutische Wert eines neuen konzentrierten Streptokokkenantitoxins bei Puerperalfieber.* (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Ein konzentriertes polyvalentes antitoxisches Streptokokkenserum wurde von Pferden durch Immunisierung gegen Streptokokken von puerperalfieberkranken Frauen und Streptokokkentoxin gewonnen. Seine Stärke wurde nach der Dicktschen Hauttestmethode durch Toxinneutralisation festgestellt. Beim Vergleich mit Scharlachantitoxin von bekanntem therapeutischen Wert zeigte es einen gleichwertigen Titer. Die antitoxische Stärke des Serums wächst mit fortschreitender Immunisierung der Tiere. Von diesem Serum wurden im allgemeinen 40 ccm intravenös puerperalfieberkranken einmal oder wiederholt gegeben. Nicht bei allen, so häufigen Fällen von Fieber im Wochenbett wurde injiziert, sondern nur, wenn eine deutliche Uterus- oder Beckeninfektion vorhanden war, die sich durch Schmerzen und Druckempfindlichkeit am Uteruskorpus, mit oder ohne Druckempfindlichkeit des Parametrium, mit Fieber und Leukozytose kundtat. Nach der Einspritzung fühlten sich die Kranken meist wohl, die Toxikose schien nachzulassen. Bei unkomplizierten Fällen von Endometritis sank in der Regel auch die Temperatur ab, während sie in fortgeschrittenen Erkrankungen kaum beeinflußt wurde. Serumkrankheit trat

in 5% auf. Von 20 so behandelten Fällen von Endometritis starb 1 (= 5%), von 20 Fällen mit Parametritis 5 (= 25%), von 10 Fällen mit Peritonitis 9 (= 90%). Die Gesamtmortalität betrug also 32%. Eine Kranke starb 2½ Stunden nach der Injektion, so daß sich die Frage erhebt, ob sie an der Infektion oder an einer Serumreaktion zugrunde ging. Es besteht der Eindruck, daß das Serum einen entschiedenen Wert hat in frühen Fällen von Puerperalfieber, also bei akuter Endometritis, weniger bei Parametritis, geringen oder gar keinen bei Peritonitis. Es spricht für die Spezifität des Serums, daß mit zunehmendem Antitoxingehalt immer kleinere Dosen nötig waren, um gleiche Resultate hervorzurufen. Da das Serum in seiner Wirksamkeit dem Diphtherie-, Scharlach- oder Tetanusserum vergleichbar ist, soll es, wenn es wirken soll, innerhalb 36 bis 48 Stunden nach Beginn der ersten Symptome gegeben werden.

Hirsch, Köln.

1736.

Allen und Goldthorpe, Eine Studie über die Anwendung von Parathyreoidhormon zur Beherrschung der Menstrualblutung. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Da das Hormon der Nebenschilddrüsen den Blutkalkspiegel und die Gerinnungsfähigkeit des Blutes erhöht, erschien es gerechtfertigt, es zur Bekämpfung exzessiver Menstruationsblutungen anzuwenden. Die Ergebnisse waren unter 14 Fällen gut bei 5, befriedigend bei 6 und schlecht bei 3 Patientinnen. Die optimale Dosierung scheint 40 Einheiten täglich intramuskulär 5 Tage lang zu sein. Am wirksamsten war eine Kombination dieser Medikation mit Kalziumkarbonat oder -laktat per os. An Hyperkalkämie grenzende Kalziumwerte wurden nur fünfmal erreicht, und nur durch diese Kombination. Patientinnen mit so hohem Blutkalziumgehalt (13,24 bis 15,5 mg auf 100 ccm Plasma) klagten gewöhnlich über etwas Kopfschmerzen, Nausea und schnellen Puls. Die Blutung stand bei diesen Werten. Intravenöse Injektion des Hormons ist kontraindiziert. Derselbe Faktor, der die Menorrhagie hervorruft, scheint zur Sterilität zu disponieren. Wenn die Medikation versagt, kann direkte Einwirkung auf das Endometrium durch Radiumeinführung in den Uterus erzielt werden. Dabei können die Ovarien durch eine Bleiabschirmung geschützt werden, die für die 24stündige Dauer der Bestrahlung durch hintere Kolpotomie in den Douglas eingelegt wird.

Hirsch, Köln.

1737.

Mason, Sterilität, mit besonderer Berücksichtigung der Spermatozoen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Untersuchung des Spermas sollte in dunklen Fällen von Sterilität in ausgiebiger Weise vorgenommen werden, als es gewöhnlich geschieht. Der Prozentsatz abnormaler Spermien, der sich im Samen finden läßt, scheint ein Index für die Fruchtbarkeit des Individuums zu sein und ist von prognostischem Wert. Er betrug in fruchtbaren Ehen 5%, in unfruchtbaren 9%. Häufig konnte Sperma in Reagenzgläsern ohne andere Vorsichtsmaßnahmen als Schutz vor Austrocknung bei Zimmertemperatur 24 bis 60 Stunden lebend erhalten werden. Manche Samen zeigen aber schon 1 bis 3 Stunden nach der Ejakulation wenig oder kein Leben mehr. Das Sperma wurde entweder in einem Condom, das nahe der Körperhaut zum Arzt getragen wurde, oder in einer Thermosflasche gebracht, oder es wurde innerhalb 1 Stunde post congressum aus dem Scheidengewölbe gewonnen. Die Durchschnittsgeschwindigkeit der Spermien betrug 1,8 mm in der Minute oder etwa 11 cm in der Stunde. 3 bis 4 Stunden genügen den Spermien anscheinend reichlich, um ihr Ziel in der Tube zu erreichen. Zusatz von Vaginalsekret zum Sperma bewirkt eine Geschwindigkeitsvermehrung der Spermien, die aber nur vorübergehend ist. Die Lebensfähigkeit der Spermien ist in diesem sauren Medium um einige Stunden verkürzt. Auch Männer mit früherer Gonorrhöe und einseitiger Epididymitis hatten langlebige Spermien. Große Spermien mit viel Protoplasma scheinen länger zu leben als die von gewöhnlicher Größe. Die Spermien häufen sich im Os externum an. Es scheint ein negativer Chemotropismus gegenüber dem sauren Scheidensekret und ein positiver gegenüber dem alkalischen Zervixsekret zu bestehen. Nach Kurzrock und Miller besitzt der normale Samen ein Lysin, das den Zervikalschleim auflöst. Sein Fehlen kann Sterilität erklären. Dicker, zäher Schleim im Zervikalkanal bildet aber ein starkes Hindernis für den Durchtritt der Spermien. Kein Spermium drang unter dem Mikroskop weiter als einige Mikra in ihn ein. Die Zervix und der innere Muttermund bilden so das erste und wahrscheinlich größte Passagehindernis für die Spermien auf dem Wege zur Tube. Diese Barriere kann durch Einführung des Samens in den Uterus mittels einer Pipette anscheinend gefahrlos umgangen werden.

Hirsch, Köln.

1738.

Wets, M., Prophylaxe und Therapie der Gebärmutterperforation beim künstlichen Abort. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 3, Fe-

buar 1929.) Die größte Zahl der Perforationen geschieht durch Verletzung mit Instrumenten. Die digital ausgeräumten Aborte weisen selten Perforationen auf; deshalb muß man diese Methode auch für die schonendsten halten. Wenn trotzdem Perforationen vorkommen, so liegt es daran, daß bei schwierigen Situationen unter beengten Verhältnissen ein Zustand völliger Verwirrtheit eintreten kann. Ist es zur Perforation gekommen, so ist die schnellste Diagnosenstellung und sofortige klinische Behandlung erforderlich, wobei der von manchen Autoren gegebene Rat, konservativ vorzugehen, nicht zweckmäßig ist, denn eine Lebenssicherheit läßt sich nur bei radikalem Vorgehen und schnellster Operation gewährleisten, da die Naht des Uterus selbst bei unkomplizierten Verletzungen eine Mortalität von 11% und die radikale Operation nur eine solche von 2,8% abgibt.

Kosminski, Berlin.

1739.

di Francesco, S., Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft mit gleichzeitiger temporärer Sterilisierung nach der Methode von Alfieri. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 1/2, 1929.) Bei der Lungentuberkulose wird man oft neben der Unterbrechung der Schwangerschaft vor die Frage der Sterilisierung gestellt. Hier ist es oft von Nutzen, im Interesse der Patientin die beiden Eingriffe in einer Sitzung zu erledigen. Die Sterilisierung wurde entweder durch Röntgenbestrahlung oder operativ erzielt. Die temporäre Unfruchtbarmachung ist bei der ersten Methode unsicher, da mitunter vor der Heilung wieder eine Schwängerung auftreten kann, und andererseits die Frau bisweilen statt temporär dauernd sterilisiert wird. Bei der operativen Sterilisierung besteht jedoch die Möglichkeit, durch einen neuen Eingriff die Unfruchtbarkeit zu beseitigen. Man muß also eine Operationsmethode anwenden, die sowohl einfach wie sicher ist, und hier ist die von Alfieri hervorzuheben. Das Verfahren wird geschildert, und zwar handelt es sich um die Ausführung des kleinen Kaiserschnittes. Die durch den tiefen Uterusschnitt zur Entfernung des Eies erhaltene Schnittfläche wird benutzt, um die Tuben subperitoneal zu versenken, wodurch sie vom Eierstock getrennt werden. Diese Sterilisation ist sicher und dauernd, und die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit ist mit Leichtigkeit zu bewirken. Auch wenn eine nichtschwangere Frau wegen Retroflexio operiert und dabei sterilisiert werden soll, ist das Verfahren sehr zu empfehlen.

Kosminski, Berlin.

1740.

Martin, Ed., und K. Spieckhoff, Die „neuen Wege“ in der Geburtshilfe von M. Hirsch. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 3, 1929.) Die Verfasser nehmen Stellung zu der von Hirsch geforderten Neuordnung in der Geburtshilfe. Sie lehnen bei Temperatursteigerung innerliche Untersuchung, Tamponaden und Blasensprung länger als 6 Stunden die Schnittentbindung ab, und können somit in manchen Fällen das kindliche Leben nicht so wie wünschenswert berücksichtigen, da sie die Gesundheit der Mutter höher einschätzen. Auf Grund einer Statistik der mit Scheidenschnitt, Wendung, Zange und Perforation beendeten Geburten lassen die gefundenen Ergebnisse bei einer Gegenüberstellung mit der Schnittentbindung sowohl bei gereinigter als ungereinigter Statistik erkennen, daß die Schnittentbindung unter den Müttern prozentual mehr Todesopfer gefordert hat als die Eingriffe von der Scheide aus. Bei der kindlichen Mortalität liegen die Dinge anders, was sich mit dem soeben gekennzeichneten Standpunkt der Autoren erklärt. Es gibt nur einen Weg, um die Resultate für Mutter und Kind zu bessern, nämlich den, auf Aerzte und Hebammen so einzuwirken, daß pathologische Fälle schnell und unberührt in eine Klinik eingeliefert werden. Nur in wenigen Fällen kann man ohne Schaden für die Mutter zur Erhaltung des Kindes die Schnittentbindung ausführen. Im allgemeinen wiegen jedoch die Resultate für die Mutter schwerer als die für die Kinder, und wir werden stets mit einer gewissen kindlichen Mortalität rechnen müssen.

Kosminski, Berlin.

1741.

Natale, P., Schwangerschaft und Geburt bei Frauen unter 18 Jahren. Das Schicksal ihrer Kinder. (Ann. di Ostetr. e Gyn., 51. Jahrg., Nr. 2.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) Von 30 850 in dem Zeitraum 1918 bis 1927 der Mailänder Klinik zugegangenen schwangeren Frauen betrafen 366, d. i. 1,1%, Frauen unter 18 Jahren. Die statistischen Ergebnisse bringen eigentlich nichts wesentlich Neues. Von wichtigeren Daten wäre zu erwähnen, daß das Becken der jungen Schwangeren keine Unterentwicklung zeigt, daß auch geringe Grade einer Beckenverengung während der Geburt durch die Elastizität der Bandapparate und der Beckengelenke ausgeglichen werden. Die Dauer der Geburt ist bei diesen jungen Gebärenden gegen die Norm abgekürzt, und zwar auf Kosten der Dilatationsperiode. Es sind auch viel weniger

operative Eingriffe, weniger Dammerverletzungen, weniger Episiotomien zu verzeichnen. Die Kinder zeigen normale Entwicklung ihre Mortalität erstreckt sich innerhalb normaler Grenzen, und zwar in den ersten Lebensmonaten bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Im großen und ganzen liegt im organischen Zustande keine Gefahr für Mutter und Kind, wenn überhaupt, so ist sie in sozialen und moralischen Momenten gegeben.

L. Szamek, Wien.

1742.

Reis, Vergleichende Studie über 500 aufeinanderfolgende Fälle von Geburtseinleitung. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Bei 430 Patientinnen jenseits der 38. Schwangerschaftswoche wurden 500 Versuche, die Wehentätigkeit in Gang zu bringen, vorgenommen, bei 338 Patientinnen mit Erfolg. Bei 26 Schwangeren waren 2, bei 16 3 bis 5 Einleitungen nötig. Sechs Methoden wurden geprüft. Pituitrin in mehreren kleinen Dosen war erfolgreich in 26%, Rizinusöl (40 ccm) in 53%, Rizinusöl und Chinin in 63%, Rizinusöl und Pituitrin in 69%, Rizinusöl mit Chinin und Pituitrin in 73%, Metreuryse in 95%. Gleichzeitiges digitales Abstreifen der Eihäute vom unteren Uterinsegment, ohne sie zu zerreißen, erhöhte den Erfolg in jeder Gruppe. Nach diesem Abstreifen war Pituitrin erfolgreich in 36%, Rizinusöl in 77%, Rizinusöl und Chinin in 81%, Rizinusöl und Pituitrin in 83%, Rizinusöl mit Chinin und Pituitrin in 94%. Primiparae sprechen in gleicher Weise an wie Multiparae. Das Abstreifen der Eihäute beschleunigt den Weheneintritt nicht und verkürzt nicht die Geburtsdauer. Die mütterliche Morbidität wird durch die medikamentöse Geburtseinleitung nicht beeinflusst. Das Abstreifen der Eihäute erhöht sie um 25–30%. Die Morbidität nach Metreuryse war hoch (33%, „korrigiert“ 27,7%). Die kindliche Mortalität und Morbidität wurde nicht verschlechtert. Die wirksamste Methode der medikamentösen Geburtseinleitung am Ende oder nahe dem Ende der Schwangerschaft ist also die kombinierte Anwendung von Rizinusöl, Chinin und Pituitrin.

Hirsch, Berlin.

1743.

Löbner, W., Ueber die praktische Bedeutung der Reinheitsgrade für das Wochenbett. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 1/2, 1929.) Folgende Fragen beschäftigen die Bakteriologen unter den Geburtshelfern besonders: Haben die bei normalen Schwangeren gefundenen pathogenen Keime in der Scheide auf den Wochenbettsverlauf einen Einfluß? Woher stammen sie, unter welchen Bedingungen können sie einen virulenten Charakter annehmen? Eine Gruppe von Geburtshelfern empfiehlt dringend Spülungen vor der Geburt, eine andere hält sie für schädlich. Im allgemeinen wird betont, daß die verschiedenen Reinheitsgrade für den Verlauf des Wochenbettes nicht gleichgültig sind. Verf. untersuchte 100 Fälle und fand in 36% den ersten, in 43% den zweiten und in 21% den dritten Reinheitsgrad, und trotzdem nur in einem einzigen Falle eine erhöhte Temperatur, woraus geschlossen werden muß, daß an sich der Reinheitsgrad der Scheide keine Bedeutung für den Wochenbettsverlauf hat. Viel wichtiger ist die spontane Einwanderung von Außenkeimen, die bei häufigen Untersuchungen und bei vorzeitigem Blasensprung in die Tiefe gelangen können. Es kann also zu einer puerperalen Spontaninfektion kommen, die jedoch nicht endovaginaler Natur ist. Sicher spielt die rektale Untersuchung eine wichtige Rolle zugunsten der guten Resultate. Auch die Abkürzung des Geburtsverlaufes, besonders bei vorzeitigem Blasensprung, läßt das Infektionsfieber vermeiden. Das Thymophysin kann hier die günstigen Resultate noch verbessern helfen.

Kosminski, Berlin.

1744.

Hammerschlag, Essentielle Thrombopenie in der Gravidität. (Med. Welt, 13, 1929.) (Brandenburgische Landesfrauenklinik, Berlin-Neukölln.) Das Krankheitsbild der essentiellen Thrombopenie in der Gravidität ist äußerst selten. Der klinische Verlauf ist charakteristisch für den Morbus maculosus Werlhofii (Hautblutungen, Blutungen aus Schleimhäuten, Nase, Darm, Genitalien usw.). Die Prognose der Erkrankung ist als sehr ernst zu bezeichnen. Therapeutisch versucht man in leichteren Fällen absolute Bettruhe, vitaminreiche Nahrung, evtl. Leberdiät, Kalziumpräparate, Koagulen, Seruminjektionen. In schwereren Fällen scheinen wiederholte Bluttransfusionen von guter Wirkung zu sein. Für die schwersten Fälle kommt die Exstirpation der Milz in Frage. Eine Reizbestrahlung der Milz ist während der Schwangerschaft wegen der möglichen Einwirkung auf die Frucht nicht gestattet. Die künstliche Unterbrechung der Gravidität ist im allgemeinen abzulehnen. Die Geburt verläuft meist auffallend unblutig, doch ist höchste Alarmbereitschaft zwecks eventuellen operativen Eingreifens, Exstirpation des Uterus bzw. der Milz erforderlich.

L. Gordon, Berlin.

1745.

Bakscht, G. A., Die Wertung des sogenannten Phrenikus-symptoms bei unterbrochener Extrauterin gravidität. (Mschr. Geburtshilfe, Heft 1/2, 1929.) Bei der unterbrochenen Tubargravidität finden sich neben den klassischen Symptomen noch einige seltener auftretende Phänomene. Hierzu gehören das Hellendal-Cullensche Symptom (die bläuliche Verfärbung der Nabelgegend), das Blasen-symptom von Herzfeld und das Phrenikussymptom mit den in der rechten Schulter lokalisierten Schmerzen. Es handelt sich um eine Reizung der sensiblen Fasern des Phrenikus, die Verf. unter 50 Fällen zehnmal beobachtete und die sogar bisweilen eine ausschlaggebende Rolle spielte. In 2 Fällen, in denen die Anamnese und der objektive Befund nicht ausreichten, ergab das Symptom den richtigen Fingerzeig. Nach Ansicht des Verf. tritt das Phänomen häufiger als das Hellendal-Cullensche Zeichen auf.

Kosminski, Berlin.

1746.

Lull, Sectio caesarea. Ein Ueberblick über 109 Fälle. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 3, 1929.) Unter 2161 Gesamtgeburten wurde der klassische Kaiserschnitt in 109 Fällen = 5,4% vorgenommen. 77 waren Primiparae. Die Ursachen waren: Absolute Beckenverengung 30, Grenzfälle nach fruchtloser Wehentätigkeit 43, Beckenverengung mit früherer Sectio caesarea 11, Myome mit Abweichung des Kopfes 2, vorzeitige Plazentalösung 2, Placenta praevia centralis 5, Ausbleiben der Zervixdilatation 4, Epilepsie und Sterilisation 1, Uterusruptur 1, Präeklampsie 3, akutes Hydramnion 1, Herzkrankheit 2, Uterushernie 1, Symphyseentrennung und Hüfttuberkulose 1, Wehenschwäche nach früherer Uterusoperation 1. Eine Conjugata vera unter 8 cm gilt als absolute Indikation. Gewöhnlich wurde bei der zweiten Sektion sterilisiert, wenn beide Kinder lebten und die Patientin es wünschte. Bei 103 Fällen war die Blase noch nicht gesprungen; 6 wurden mit gesprungener Blase operiert. Sie waren vor der Einlieferung nicht untersucht. 7 Todesfälle ergeben eine Sterblichkeit von 6,4%. Bemerkenswert ist, daß ein Todesfall trotz idealer Konstellation, und zwar an Peritonitis eintrat. Diese Frau wurde wegen engen Beckens vor Einsetzen der Wehen bei stehender Blase ohne vorherige vaginale Untersuchung operiert. Unter den Todesfällen ist im übrigen 1 Uterusruptur, 1 Lungenkollaps, 1 Ileus, 1 Tabooovarialschmerz, 1 Anurie nach Herznierekrankheit, 1 Verblutung nach vorzeitiger Lösung der Plazenta. 9 Kinder wurden totgeboren oder starben kurz nach der Geburt.

Hirsch, Köln.

1747.

Wigger, Cl., Uterusdrainage nach fieberhaften Geburten. (Zbl. Gynäk., Nr. 17, S. 1072, 1929.) Durch eine neuere Arbeit aus der Zangemeisterschen Klinik wird die Drainagetherapie bei Infektion des Cavum uteri puerperalis in Erinnerung gebracht. Es wird beabsichtigt, durch die Einführung von Gazedrains die Passage für die uterinen Wundsekrete offenzuhalten. Zu diesem Zweck soll bereits 1 bis 2 Stunden nach der Geburt der Plazenta ein 20 cm breiter, vielfach gefalteter Gazestreifen steril (?) mit einer stumpfen Zange oder Pinzette bis zum Fundus uteri vorsichtig hochgeschoben und durch Zervix und Vagina bis zur Vulva herausgeleitet werden. Ein Aufräumen der Keime und eine Schädigung der Uteruswand erscheint dem Verf. ausgeschlossen, so daß er die Manipulation als leicht und gefahrlos bezeichnet. Die Mortalität bei Uterusdrainage betrug 1% gegenüber 3% ohne Drainage; schwerere Infektionen wurden in 34% gegenüber 44% bei nichtdrainierten Fällen beobachtet. Ob unter klinisch-aseptischen Verhältnissen diese Behandlungsart für die Zukunft Vorteile verspricht, läßt sich zur Zeit noch nicht erkennen. Jedenfalls darf sie nicht dem unter weniger günstigen Asepsisverhältnissen arbeitenden praktischen Geburtshelfer Vorbild und Richtschnur werden. Die Statistik seiner Wochenbettsmortalität und -morbidity dürfte sonst in kurzem wesentlich ungünstigere Prozentzahlen aufweisen!

Schwab, Hamburg.

Geschichte der Medizin

1748.

Lönnqvist, Bernt, Geschichte der Influenza. (Finska Läkarsällskapets Handlingar, 71., März 1929.) Nach einem Ueberblick über die ältesten Influenzaepidemien und -pandemien, die sich weit zurück durch die Zeiten verfolgen lassen, verweilt L. bei der Influenza im Norden, insbesondere bei ihrem Auftreten in Finnland. Die erste in Finnland beobachtete Influenzaepidemie trat hier in den 40er Jahren des 18. Jahrhunderts auf.

Die nahezu über die ganze Erde verbreitete Influenzaepidemie der Jahre 1781/82 hat auch in Finnland gehaust. Die Morbiditäts-

ziffer war hier unerhört hoch. Es gab Städte, wo sämtliche Einwohner von der Krankheit befallen waren. — Die von Rußland herkommende Influenzaepidemie von 1788 breitete sich über Europa aus; wahrscheinlich wurde aber Finnland diesmal verschont, was möglicherweise darauf beruht haben mag, daß damals zwischen Finnland und Rußland Krieg im Gange war.

Einige Jahre später, etwa an der Jahrhundertsschwelle, breitete sich wieder von Rußland her eine Influenzaepidemie über ganz Europa aus, und man kann sagen, daß diese Epidemie, mit kleineren Zwischenpausen, bis zum Jahre 1803 fortging. In Finnland und dem skandinavischen Norden dürfte sie schon in der Anfangszeit ihres Bestehens aufgetreten sein. — Die folgende große Influenzaepidemie (1830/33) nahm ihren Anfang in Asien. Auf ihrem Zug nach Westen erreichte sie im Jahre 1833 Finnland und den Norden und war hier weit verbreitet. — Nach zwei kleineren Epidemien (1837 und 1847), welche auch Finnland und Skandinavien heimsuchten, ist sodann die größte in der Geschichte der Medizin bekannte Influenzaepidemie, diejenige der Jahre 1889/90, zu notieren. — Die folgende schwere Influenzaepidemie trat im Sommer 1918 auf und dauerte mit kleineren Remissionen 10 Monate lang fort. Die Mortalität war in Finnland bei dieser Epidemie ungemein groß, vielleicht als Folge der im Lande damals herrschenden Lebensmittelschwierigkeiten. — Abgesehen von einer Frequenzsteigerung der Influenzafälle in den Jahren 1921/22, verliefen die folgenden Jahre, bis Anfang 1927, wo eine kleinere Epidemie im Lande beobachtet wurde, in bezug auf die Influenza verhältnismäßig still. Die gegenwärtig bestehende Epidemie hat, nach ihren Verheerungen auf dem Kontinent und in Skandinavien, nun auch Finnland erreicht und sich rasch über das Land ausgebreitet.

E. Keller.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1749.

Bouchet, M., und M. Vial, **Kopfweh nasalen Ursprungs.** (Prog. méd., Nr. 5, 1929.) Die an sich schon schwere Diagnose wird oft noch erschwert hinsichtlich der Lokalisation: sehr verschiedene Störungen können an sich ähnliche Erscheinungen hervorrufen, bald Kopfschmerzen, bald Neuralgien. Ätiologisch kann man einen mechanischen und einen infektiösen Faktor festlegen. Der erstere: Kongenitale Atresie ohne anatomische Mißbildung, Kompression der mittleren Muschel durch hohe Deviation, Leiste usw., Knochenhypertrophie der mittleren Muschel. Die einfache Schleimhauthypertrophie scheint keine Schmerzen auszulösen.

Die infektiösen Formen betreffen außer den Sinuseiterungen die Infektionen des mittleren Ganges. Es gibt aber auch ganz normale Nasen, bei denen der Schmerz auf eine Abtragung der mittleren Muschel verschwindet. Endlich gibt es Fälle, die in das sympathikotendokriner Gebiet schlagen: die Kranken bieten das Bild des nasalen Trigeminus sympathikus und seiner Anastomosen mit vaskulosekretorischen Störungen. Die Schmerzen nehmen zu bei Anstrengungen, bei der Verdauung, bei Hitze, bei Alkoholaufnahme und Tabak. Vorübergehende Besserung durch Atropin, Aconitin oder lokal durch Adrenalin (Vasokonstriktion). Die neuralgischen Druckpunkte bestehen nicht oder nur wenig; Druck auf die Augäpfel oder Konvergenz der Augen wird unangenehm empfunden. Rhinoskopie: Veränderung der mittleren Muschel. Hier kommt die Abtragung der Muschel in Frage. Kontraindikation: Kinder (Störung der späteren endonasalen Harmonie, eventuell Gefahr eines atrophischen Prozesses), Tuberkulose.

v. Schnizer.

1750.

Gareland, F. E., und M. H. Lurie, **Chronische Infektion der Submaxillardrüse.** (New England J., Nr. 11, 1929.) Der Komplikationen wegen ernst und nicht selten. Meist Steine. In der Drüse selber oder in den Ausführungsgängen durch Fremdkörper oder Bakterien meist. Lange Zeit keine Symptome, bis es zu partieller Obstruktion oder zur Infektion kommt. Dann Schmerzen, Eiterung, wiederholte Entzündungen. In Granulationen oder Infiltrationen eingebettet, kann er eine maligne Geschwulst vortäuschen. Oder eine Periostitis, deren wahre Ursache übersehen wird. Unbehandelt kann es zu Ulzerationen nach der Mundhöhle zu kommen. Symptome der akuten Obstruktion: starke Schmerzen, die beim Essen oder dem Anblick der Nahrung stärker werden. Diffuse Schwellung des Drüsenganges und der Drüse, Nachschmerzen nach dem entsprechenden Ohr hin ausstrahlend. Bei Eiterung Angina-Ludovici-ähnliche Zustände. Oft Beginn mit einer subakuten Schwellung, die sich nach Tagen oder Wochen rapid über den Mundboden und die Submaxillarregion ausdehnt; zunächst ist die Haut dabei blaß. Schwierigkeiten beim Schlucken, wenig konstitutionelle Störungen. Therapie: chirurgisch. Nie Öffnung vom Munde aus.

v. Schnizer.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

1751.

Bangs, Charles H., **Die Gefahr des Sonnenbrandes.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Zu lange ausgedehnte Sonnenbäder können recht unangenehme Hautentzündung hervorrufen; daher soll man diese Bäder nicht zu sehr ausdehnen und ihre Dauer lieber allmählich vergrößern. Besonders stark können die Entzündungserscheinungen sein, wenn man vorher gebadet hat; man soll daher bei Sonnenbädern nach einem Bade nicht vergessen, auch die Extremitäten und den Kopf mit dem Bademantel zu bedecken. Als Prophylaxe gegen den Sonnenbrand genügt Goldcreme; ist der Brand aber aufgetreten, so muß er wie eine Verbrennung ersten oder zweiten Grades behandelt werden.

Bab.

1752.

Bäumler, O., **Dermatitis exfoliativa jenseits des Säuglingsalters.** (Jahrb. Kinderheilk., Heft 3/4.) Beschreibung eines Krankheitsbildes bei einem 3½- und 4½-jährigen Knaben, das sich weitgehend mit der Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter) deckt. Das klinische Bild, das beide als Scharlach eingewiesenen Fälle boten, bestand in Fieber, allgemeinem Krankheitsgefühl, Gelenkschmerzen, Angina, Schnupfen und Bindehautentzündung. Auftreten eines Erythems mit nachfolgender Epidermolysen, teils mit, teils ohne Blasenbildung. In dem einen Fall schlossen sich impetiginöse Effloreszenzen an, in dem anderen pustulöse Hautveränderungen. Völlige groß- und kleinlammellöse Abschuppung. Im Blut Leukozytose, Linksverschiebung, Verminderung des Hämoglobins und der Erythrozyten. Fall 1 war schwer krank mit komplizierenden beiderseitigen Halsdrüsenvergrößerungen, während das Allgemeinbefinden des zweiten Falles keinerlei Störung aufwies und komplikationslos abheilte.

Aus der morphologischen Ähnlichkeit seiner beiden Fälle mit der Neugeborenen-Ritterschen-Krankheit wird vom Verfasser eine ätiologische und pathogenetische Einheit der Krankheitsbilder angenommen und deshalb vorgeschlagen, den Begriff der Dermatitis exfoliativa neonatorum zu dem größeren Begriff der Dermatitis exfoliativa infantum zu erweitern.

Jahr.

1753.

Csillag, J., **Neigung alternder Personen zur Bildung palpebraler und orbitaler Komedonen.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 17, 1929.) Während im allgemeinen die Komedonenbildung als an die Zeit der Geschlechtsreife gebunden betrachtet wird, zeigt auch die Zeit des Alters und das Alter selbst eine Neigung zur Bildung massenhafter Komedonen. Es wurde dies nur bei männlichen Personen, und zwar bei dem siebzigsten Jahre nahestehenden an den Augenlidern und um die Augenhöhlen herum beobachtet; bisweilen finden sich zwischen den Komedonen weiße, hirsekorngroße bis hanfkorngroße, runde dünnhäutige Talgzysten. Aknebildung kommt nicht vor. Es bestehen also Unterschiede von der juvenilen Form. Das Zunehmen im Alter stimmt in seiner Lokalisation mit der Faltenbildung überein, die die Stauung des Talgproduktes in den Follikeln befördert. Wahrscheinlich spricht auch eine erhöhte Seborrhöe dabei mit.

Ernst Levin, Berlin.

1754.

Mészáros, K., **Kapillarmikroskopische Beobachtungen bei Sklerodermie.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 3, 1929.) Nach den Beobachtungen des Verfassers hat die Sklerodermie ein kennzeichnendes kapillarmikroskopisches Bild. Am Limbus beträgt die Entfernung zwischen dem arteriellen und venösen Schenkel von 75 bis 150 µ (normal 15 bis 30 µ); auch die Veränderungen am Handrücken sind kennzeichnend: Die Kuppen der Papillen (d. h. die sichtbaren Kapillaren enthaltender Teil) sind verbreitert; der Längsdurchmesser kann von 60 bis 180 µ betragen; an der Brusthaut sind die Hautleisten nicht sichtbar; die Kapillaren sind spärlicher und verdickt geworden; der subpapillare Plexus ist mächtig verdickt, an manchen Stellen bis zu 150 µ verbreitert, liegt aber so oberflächlich, daß die Strömung in ihm sehr gut zu beobachten ist. Der Umstand, daß bei Sklerodermie die scheinbar gesunde Haut kapillare Veränderungen aufweist, ist ein Beweis dafür, daß die Erkrankung der Gefäße eine Frühveränderung ist und noch vor den anderen Hautveränderungen nachweisbar sein kann.

Rob. Klopstock.

1755.

Michaelis, O., **Bedeutender Einfluß des Insulins in einem Fall von totaler Sklerodermie.** (Brux. Med., Nr. 20, 1929.) Bei einer jungen Frau von 30 Jahren bestehen seit Monaten die Symptome einer progressiven, schon generalisierten Sklerodermie mit Raynaudscher Gangrän an beiden Händen. Eine prolongierte Insulinkur, kombiniert mit ultravioletten Strahlen, führt nach 16 Monaten eine deutliche Erweichung des Krankheitsprozesses am

gesamten Organismus herbei, ein Vorgang, der sich noch verstärkt, selbst als die Behandlung aufhört. Held, Berlin.

1756.

Lucas, Jean, **Zimmtsaurer Benzyläther bei der Behandlung der Hauttuberkulose.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Im Jahre 1919 machte Jacobson auf die Wirksamkeit des zimmtsauren Benzyläthers bei Tuberkulose aufmerksam und zwar bei Tuberkulose der inneren Organe. L. studierte dieses Mittel bei den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und fand: 1. Infiltrationen und Schwellungen von tuberkulösen Herden gehen schrittweise und sicher zurück, selbst in Fällen, die auf Röntgenbehandlung nicht angesprochen haben. 2. Suppurative Prozesse werden zunächst dickflüssiger, um allmählich völlig zu verschwinden. 3. Die eigentlichen Tuberkuloseherde vernarben allmählich unter besonders guter Narbenbildung. 4. Lupusgewebe wird zuerst sanguinolent, dann nimmt die Gewebsinfiltration langsam ab, und das Gewebe wird völlig weich und glatt. 5. Drüsen schmelzen entweder ein, so daß es zu heißen Abszessen kommt, die nach Eröffnung unter Narbenbildung abheilen, oder die Drüsen bilden sich im Laufe der Zeit völlig zurück. Lucas ersetzt die intramuskulären Injektionen durch die schmerzlosen subkutanen. Zunächst gibt er 5 Tage hindurch je 1 ccm, dann die nächsten 5 Tage 1½ ccm, dann 2 Tage 2 ccm. Nach einer Pause von 10 Tagen wird dieselbe Serie wiederholt. Nach der dritten Reihe wird eine Pause von 1 Monat eingelegt. Als Kontraindikation gegen dies Verfahren ist Nephritis und stärkeres Herzleiden anzusehen. Bab.

1757.

Fränkel, B. J., **Zur Frage der gonorrhöischen Urethritiden bei Knaben.** (Wratsch. Gaseta, 32., Nr. 11/12, S. 834.) Bericht über 5 Gonorrhöinfektionen bei Knaben: Koitus mit einer Prostituierten (zehnjähriger Knabe), Koitusversuch mit einem an Vulvovaginitis gonorrhöica leidenden fünfjährigen Mädchen (drei- bis dreieinhalb-jährige Knaben), Mitbenutzung eines Bettes mit gonorrhöekrankem Mutter (eineinhalbjähriges Kind), Koitus mit gonorrhöekrankem Dienstmädchen (siebenjähriger Knabe). Im letzteren Falle wurde ermittelt, daß der Knabe von dem Dienstmädchen aus dem Aberglauben heraus zum Koitus veranlaßt wurde, daß der Geschlechtsverkehr mit einem „Unschuldigen“ die Gonorrhöe zur Heilung bringen kann. E. Kontorowitsch.

1758.

Gordon, Harold J., **Eine spezifische Behandlungsmethode der Ulcera molliä.** (Urologic Rev., Nr. 4.) Empfehlung der Rosewaldmethode. Ein täglich zu wechselnder Leinenlappen wird mit der Rosewaldschen Suspension getränkt resp. mit der Rosewald-Salbe bestrichen, dann auf das Geschwür gelegt und durch einen Kondom befestigt, in dem eine Oeffnung für den Urinstrahl geschnitten wird. Kokainisieren der Wunde ist nur selten und dann höchstens für den ersten Verband notwendig. Am Tage nach dem ersten Verbande ist das kranke Gewebe bläulichgrün verfärbt; in den nächsten Tagen stößt es sich ab, und der Schanker nimmt das Aussehen einer gewöhnlichen Wunde an. Die Heilungsdauer beträgt bei dieser Behandlungsmethode ein Drittel bis die Hälfte der sonst benötigten Zeit. Die Formeln der Lösung resp. der Salbe sind: Kalomel 1, Zinc. sulfat. 2, Tinct. Opicamphor. 2, Kalkwasser 8, resp. Zinc. oxyd. 1, Amyl. 1, Gummicamph. 1, 3% Carbolinis. Vaselin 12, wobei die Zahlen Raum- und nicht Gewichtsteile bedeuten. Bab.

1759.

Laurent, Charles, **Prophylaxe der hereditären Syphilis.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Auf Grund der günstigen Erfolge von Cavaillon, Paris, hat das französische Ministerium für Hygiene in allen Departements Beratungsstellen für schwangere Frauen eingerichtet, die von Syphilidologen in Gemeinschaft mit Geburtshelfern geleitet werden. Außer klinischer und Familienanamnese wird stets ein serologischer Blutbefund erhoben; hierdurch wurde eine große Zahl von Syphilis innocentium entdeckt und möglichst zu Beginn ihrer Schwangerschaft einer energischen antiluetischen Kur zugeführt. Diese wird mit 0,05 Neosalvarsan intravenös begonnen; in der nächsten Woche wird 0,3 gegeben, dann jede Woche eine um 0,15 höhere Dosis bis 0,9. Diese Dosis wird 3 bis 4 Wochen je einmal gegeben, dann Ruhepause von 3 Wochen und darauf immer Wiederholung dieser Serie bis zur Beendigung der Schwangerschaft. Von 213 so behandelten Frauen hatten 3 Monate nach der Geburt 92 lebende Kinder; von ebensoviel nicht behandelten nur 27%. Bab.

1760.

Grigorjew, P. S., und K. G. Jaryschewa, **Zur Frage der Leicheninfektion mit Syphilis.** (Klin. Z. Saratow-Univ., 3. Jahrg., 4., Heft 2, S. 83.) Untersuchungen eines totgeborenen mazerierten syphilitischen Fötus und Verimpfung seiner Organe, die im Eisschrank aufbewahrt waren, auf Kaninchen zeigten, daß die Spiro-

chäten 48 Stunden nach der Geburt der Frucht ihre Virulenz behalten hatten. In den mit Silber bearbeiteten Leberpräparaten konnte man einzelne erhaltene Spirochäten 72 bzw. 96 Stunden und sogar 6 Tage nach der Aufbewahrung des Fötus im Eisschrank entdecken. Infolgedessen müssen alle Angestellten der pathologisch-anatomischen und gerichtlich-medizinischen Institute auf die Möglichkeit der syphilitischen Infektion auch von Leichen, die einige Tage im Eisschrank aufbewahrt werden, hingewiesen werden. E. Kontorowitsch.

1761.

Sonnenberg, E., **Die Rolle des Wismuts in der seronegativen Phase des Primäraffektes.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 17, 1929.) Wismut allein ist zur Abortivbehandlung des seronegativen Primäraffektes nicht ausreichend, weil bei der nur allmählich stattfindenden Resorption der unlöslichen Wismutpräparate genügend große Wismutmengen erst zu einer Zeit in den Organismus gelangen, zu der schon eine allgemeine Durchseuchung stattgefunden hat. Wohl aber kann es angezeigt sein, die Abortivbehandlung mit Salvarsan durch Wismut zu unterstützen, da ersteres sehr schnell ausgeschieden wird und der Körper vor erneuter Einspritzung ohne medikamentöse Einwirkung bleiben würde. Diese Lücken werden dann durch das Wismut ausgefüllt, das übrigens auch für den Fall eines Mißlingens der Abortivkur dann schon eine Einleitung der weiteren Heilmaßnahmen darstellt. Ernst Levin, Berlin.

1762.

Molla, R., **Einige Beobachtungen von extrarenaler Pyurie.** (Siglo méd., 83., Heft 3917.) Eiter im Urin kann sehr wohl von Prozessen außerhalb der Harnwege stammen, deren einziges Symptom allerdings eben die Pyurie sein kann. So brechen gelegentlich Abszesse der verschiedensten Lokalisation in der Bauchhöhle in das Nierenbecken oder den Ureter ein: von der Appendix oder den Adnexen aus, abgekapselte tuberkulöse Abszesse, selbst subphrenische Abszesse erreichen die Harnwege. Ebenso findet gelegentlich ein kalter Abszeß der Wirbelsäule den Weg bis ins Nierenbecken und den Ureter. Anhänge der Harnwege selbst, wie Blasendivertikel und die Prostata, sind häufig Eiterherde, ohne in ihren klinischen Erscheinungen unmittelbar auf die Harnwege hinzuweisen. Günther Wolf, Charlottenburg-Westend.

1763.

Campbell, Meredith F., **Die Pathologie der sogenannten chronischen Pyelitis im Kindes- und Jünglingsalter.** (Urol. Rev., Nr. 4, 1929.) Unter der Diagnose chronische Pyelitis bei Kindern verbergen sich in Wirklichkeit fast stets Eiterungen, die auf Verschuß im Gebiete der Harnwege beruhen, wie Ureterstriktur, Ureterknickung, Hydropyonephrose, Nierensteine usw. Dauert daher bei Kindern und Jugendlichen eine Pyurie trotz intensiver, interner Therapie länger als etwa 6 Wochen, so soll eine vollständige urologische Untersuchung des ganzen Harntraktes vorgenommen werden, die von Kindern ausgezeichnet vertragen wird. Bab.

1764.

Chetword, H. Charles, **Blasenoperationen. Technische Gesichtspunkten.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Die hauptsächlichsten endovesikalen Operationen, die unter zystoskopischer resp. endoskopischer Beobachtung ausgeführt werden sollen, sind: 1. Entfernung von Fremdkörpern, besonders von Steinen, 2. Entfernung von Gewebsteilen, die die Blasenmündung verschließen, also besonders solchen aus der Prostata, 3. Anwendung des Hochfrequenzstromes, der hier vor allem zur Zerstörung von Tumoren dient, und 4. zur Applikation von Radium. Ist infolge von Harnröhrenstriktur die Einführung eines Instrumentes in die Blase von der Urethra aus unmöglich, so macht man den Blasenstich, zieht dann unter Liegenlassen der Kanüle den Troikar heraus, und bringt dann durch die Kanüle das Zystoskop und die gewünschten Instrumente in die Blase. Bab.

1765.

White, Hal H., **Der diagnostische Wert des beiderseitigen Ureterpyelogramms.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Die Warnung vor der gleichzeitigen Füllung beider Nierenbecken ist unberechtigt, falls man nicht zu stark konzentrierte Lösungen verwendet; dagegen setzt man den Patienten bei der beiderseitigen Ureter-Nierenbeckenaufnahme nur einmal den bei diesen Aufnahmen stets vorhandenen Unannehmlichkeiten aus, während er sie sonst zweimal in Kauf nehmen muß; weiterhin sind für den Patienten die Kosten geringer bei einer Aufnahme als bei zwei, die an verschiedenen Tagen vorgenommen werden, und schließlich und hauptsächlich gibt nur die gleichzeitige Aufnahme beider Seiten ein Urteil über die Reaktion des sympathischen Nervensystems, da dieses, sonst das eine Mal im Stadium der Aktivität, das andere Mal im Stadium der Ruhe aufgenommen sein kann. — Als Kontrastmittel ist — wenn möglich — jodiertes nicht zu warmes Wasser zu verwenden. Ueberdehnung des Nierenbeckens muß stets vermieden

werden. Die Gegenindikationen gegen die doppelseitige Pyelographie sind dieselben wie bei der einseitigen, also weit vorgeschrittenen Schwangerschaft, kompletter Ureterverschluss und Nierenblockade. B a b.

1766.

Hoffmann, Claude G., **Prostata und Samenblasen als Infektionsherde. Bericht über zwei eigene Fälle.** (Urologic Rev., Nr. 4, 1929.) Die Prostata und die Samenblasen sind sehr häufig, auch wenn nie eine gonorrhöische Infektion vorausgegangen ist, Sitz einer chronischen Entzündung, ebenso wie es z. B. die Zähne und die Tonsillen sind. Von diesen Herden aus kann es zu Krankheitsercheinungen an ganz entfernten Organen und Körperteilen kommen, deren Zusammenhang schwer zu erkennen ist. So konnte H. eine Neuritis des N. brachialis sowie eine des Ischias beobachten, die zweifellos auf eine Erkrankung der Prostata zurückgeführt werden konnten, denn nach Sanierung der Prostata schwanden diese Nervenschmerzen gleichfalls von selbst. B a b.

1767.

Cutter, Irwin H., **Enuresis nocturna bei einem jungen Manne.** (Urologic Rev., Nr. 4.) Bei genauer urologischer Untersuchung wird man bei Enuresis nocturna junger Leute in den meisten Fällen einen anatomischen Befund erheben können, der die Ursache dieses Leidens ist, so z. B. Blasensteine, Polypen der hinteren Harnröhre, Oxalurie, Anämie usw. Weiterhin macht Young auf das Trigonum aufmerksam, das anscheinend für die Harnentleerung der Blase und für Störungen hierbei eine erhebliche Rolle spielt. C. konnte einen jungen Mann beobachten, bei dem im Trigonum krampfartige Kontraktionen ausgelöst wurden, die so stark waren, daß sie das Zystoskop fast herausstießen. Es läßt sich denken, daß diese Kontraktionen stark genug waren, nachts den Urin aus der Blase zu treiben, wenn während der Nacht das Gehirn ausgeschaltet ist. B a b.

Hygiene

1768.

Mader, A., **Vakzination und Nervensystem.** (Jahrb. Kinderheilk., 73., Heft 3/4.) Bericht über 6 Fälle von postvakzinalen Hirnkomplikationen, die klinisch teils unter dem Bilde einer Encephalitis dissimulata, teils einer Meningo-Enzephalitis verliefen. Sämtliche Erkrankungen heilten ab. Zwischen Impfung und Ausbruch der Erscheinungen bestand das charakteristische Intervall von 10 Tagen mit Ausnahme von 2 Fällen, wo es bereits nach 4 Tagen (bei einem 11½ Jahre alten Wiederimpfing) bzw. erst nach 17 Tagen (bei einem 6 Monate alten Säugling) post vaccinationem zum Ausbruch der zerebralen Erscheinungen kam. Untersuchungen zur Klärung der Differentialdiagnose bzw. Ätiologie, wie Nachweis des Vakzinevirus im Liquor oder Uebertragungsversuche auf Tiere wurden nicht unternommen. Jahr.

1769.

Konowalow, J. W., **Zur Frage der Komplikationen seitens des Nervensystems nach Pockenimpfung.** (Klin. Med. russ., 9. Jahrg., 6., Heft 15, S. 1076.) Ausführlicher Bericht über ein 2 Jahre 10 Monate altes Kind mit dem Bilde einer chronischen Poliomyelitis. Die Erkrankung hat im Anschluß an die im Alter von 3 Monaten erfolgte Erstimpfung begonnen.

E. Kontorowitsch.

1770.

Strauß, Walter, und Carl Müller, **Ueber den Bestandstrom des menschlichen Körpers.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 11, S. 483.) Die von den Autoren mehrere Monate hindurch untersuchten 5 Personen zeigten, falls ihr Wohlbefinden nicht durch besondere Ursachen beeinträchtigt war, eine erhebliche Konstanz der am Morgen vor Arbeitsbeginn gemessenen und als Ruhewert bezeichneten Bestandstrompotentialdifferenz zwischen Lippe und Arm. Der Bestandstrom erwies sich als ein außerordentlich feiner Indikator für solche körperlichen Störungen, die zugleich mit einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens die Leistungsfähigkeit der Person herabzusetzen imstande ist. Ungewöhnlich tiefe Werte erlaubten stets die Annahme eines Krankheitszustandes oder noch viel eher einer völlig ungenügenden Nachtruhe.

Psychische Einwirkungen, Beeinflussung, Schreck oder freudige Erregung haben auf den Ruhewert keinen bemerkenswerten Einfluß; nicht genug kann dagegen auf eine bequeme, vollkommen entspannte Lage der Versuchsperson während der Messung geachtet werden.

Die Untersuchung über die Tageskurve des Bestandstroms stellt eine Ergänzung früherer Arbeitsversuche dar. Die Anstrengung während der Tagesarbeit äußerte sich in einem gegenüber dem Ruhepotential herabgesetzten Abendwert. Der Abfall

vom Ruhenniveau war ungleichmäßig; klare Beziehungen zwischen Arbeitsgröße und Potentialsenkung ließen sich aus dem gesammelten Material mangels genügender Leistungskontrolle nicht ablesen. Jedoch ging aus besonderen Experimenten mit extremen Bedingungen diese Abhängigkeit deutlich hervor. Bei möglichst ruhig verbrachtem Tag differierten die Morgen- und Abendwerte nur wenig oder gar nicht. Arnold Hirsch, Berlin.

Infektionskrankheiten

1771.

Blasi, Domenico, **Untersuchungen über aktive und passive Diphtherieimmunisierung bei Meerschweinchen.** (Pediatri., Jahrg 37, Heft 6, 1929.) Meerschweinchen können aktiv gegen Diphtherie mit dem Ramonschen Anatoxin auf nasalem Wege immunisiert werden, während die passive Immunisierung mit Antitoxin durch die Nasenschleimhaut nicht möglich ist.

Eugen Stransky, Wien.

1772.

Hornyanzky, L., **Die Bedeutung des hämolytischen Scharlach-Streptokokkus.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 3, 1929.) Der hämolytische Scharlachstreptokokkus ist für die Verbreitung des Scharlachs von Bedeutung. Er ruft je nach dem Grade der Empfänglichkeit entweder nur eine leichte Tonsillitis, schwerere Angina (mit Exanthem) oder eine wirkliche Scharlacherkrankung hervor. Eine sich auf den Rachen beschränkende Infektion kann den betreffenden Organismus gegen Scharlach immunisieren. Der hämolytische Streptokokkus ist auch im Rachen von Gesunden aufzufinden, solche Bazillenträger können den Scharlach verbreiten. Die Isolierung von Scharlachkranken soll also nicht nach der gewohnten Sechs-Wochen-Regel durchgeführt werden, sondern unter ständiger Desinfektion des Mundes so lange aufrechterhalten bleiben, wie noch hämolytische Streptokokken nachweisbar sind; auch die sich in der Umgebung des Kranken Aufhaltenden sollen streptokokkenfrei sein.

Rob. Klopstock.

1773.

Krahn, H., **Spinale Kinderlähmung im Freistaat Sachsen.** (Arch. f. Hyg., Nr. 2, 1929.) Bericht über die Krankheit seit 1923. Besondere Berücksichtigung der Epidemie von 1927. Die meisten Erkrankungsfälle kamen im September vor. Die Epidemie vor 1927 begann im Juli und endete im Dezember. Die Morbidität war am größten im vorschulpflichtigen Alter, am geringsten im erwachsenen Alter. Die Letalität war am größten im erwachsenen Alter (30%), am geringsten im vorschulpflichtigen Alter (9,14%). Den Schulen und Kindergärten kam für die Krankheitsübertragung keine nachweisbare Bedeutung zu.

N. Henning, Leipzig.

1774.

Lubrano Acha, **Ueber den Wert der Intrakutanreaktion bei Keuchhusten.** (Pediatri., Jahrg. 37, Heft 5, 1929.) Untersuchungen mit einem Autolysat von Bordet-Gengouschen Bazillen in 0,5% Phenollösung, von der 0,1 cm intrakutan injiziert werden. Die Reaktion erweist sich spezifisch, denn physiologische Kochsalzlösung und Bakterieneiweiß sonstiger Provenienz ergeben negative Resultate, wie auch die spezifische Reaktion bei Keuchhusten immunen Kindern stets negativ bleibt. Im katarrhalischen und konvulsiven Stadium ist die Reaktion in 100% der Fälle positiv (Rötung und Schwellung der Injektionsstelle nach 36 bis 48 Std.). bei Kindern, die eben Pertussis überstanden haben, meist negativ, bei Kindern dagegen, die ein Inkubationsstadium sich befinden, stets positiv. Allerdings gibt es gesunde Kinder, die nicht in Kontakt mit Keuchhustenkranken waren und noch keine Keuchhusten durchgemacht haben und trotzdem positive Reaktionen aufweisen; bei diesen wird die Möglichkeit einer latenten Infektion für wahrscheinlich angenommen.

Eugen Stransky, Wien.

1775.

Decourt, P., **Beobachtungen bei einer Fleckfieberepidemie.** (Paris méd., Nr. 15, 1929.) Hinsichtlich des Pulses: vom 4. Tag ab eine Dikrotie, die 2 bis 3 Tage anhält. Dabei eine Dissoziation des Pulses und der Temperatur (90 bis 40 Grad). Hier kann die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Typhoid oft recht schwer werden. Vom 7. bis 8. Tag ab 110 bis 130 Puls. Jetzt Plateaubildung der Temperatur. Bei schweren Fällen in dieser Zeit der Puls. Vor der Entfieberung, gegen den 12. Tag, Extrasystolen und Unregelmäßigkeiten in der Intensität des Pulses: dies ist die Stunde der Komplikationen. Nach der Entfieberung oft eine gewisse Instabilität des Herzens: der wieder normale Puls steigt

plötzlich. Dies ist maßgebend für das erste Aufstehen. Der Blutdruck, der bei allen schweren Infektionen nieder ist, kann ohne bekannte Ursache gegen Ende der ersten Woche steigen. Vor der Krisis gegen den 12. bis 14. Tag senkt er sich rapid, steigt wieder bei der Entfieberung, kann aber bei der geringsten Gelegenheit wieder rapid fallen und damit schwere Komplikationen einleiten. Nach der Entfieberung kann er noch lange nieder bleiben. Herzkomplicationen sind nach der Entfieberung nicht selten. Arrhythmien, Extrasystolen, besonders in der 2. Woche. In manchen Fällen kann man gegen den 11. Tag beim Sinken der Temperatur Tachykardie beobachten, besonders bei schweren Fällen, unter Umständen mit Lebervergrößerung, stets Zeichen einer schweren Intoxikation. Zu fürchten ist der Herzkollaps im Moment der Entfieberung oder zu Beginn der Konvaleszenz: oft plötzlicher Exitus. Mit der Tachykardie und dem Sinken des Blutdrucks ist er die schwerste Komplikation; aber bei rechtzeitiger Behandlung, wenn sich die ersten Zeichen von seiten des Herzens zeigen, ist die Prognose nicht schlecht. Meist in schweren Fällen. Schon bestehende Herzfehler überstehen die Krankheit oft leicht.

v. Schnizer.

1776.

Heddens, A., **Zur Tetanusbehandlung.** (Zbl. Chr., Nr. 45, 1928.) Verf. erinnert an seine frühere Veröffentlichung (Münch. Med. Wschr., Nr. 44, 1914), in welcher er die intraarterielle Injektion in die Carotis int. für die Bekämpfung des Tetanus empfohlen hat. Die intrakranielle, subdurale Seruminjektion betrachtet er dagegen als einen Punktfehler, da diese Methode mit vielen Gefahren für die Pat. verbunden ist. Dies beweist auch der Fall 2 von Goedecke (Zbl. Chr., Nr. 17, 1928), in welchem eine Epilepsie die Folge der Duraschädigung war.

Mit der intraarteriellen Injektion in die Carotis int. erzielte Verf. 1914 sechs Heilungen unter acht Fällen.

Walter Großmann, Berlin.

1777.

Kuschelewski, B. P. (Swerdlowsk), **Ueber eine neuartige infektiöse Erkrankung: „Feldwasserepizootie“.** (Klin. Med. russ., 9. Jg., 6., H. 15, S. 1037/1048.) Juli bis November 1927 beobachtete K. eine gutartige, epidemisch aufgetretene Erkrankung, die nach ihrem Verlauf im großen und ganzen dem schon in Deutschland beschriebenen „Sumpffieber“ ähnelte. Die Erkrankung begann plötzlich mit Schüttelfrost bei starken Kopfschmerzen und Mattigkeit; nicht selten trat Erbrechen ein. Das Fieber zeigte raschen Anstieg — bis 39 und 40 Grad —, blieb dann eine bis anderthalb Wochen auf dieser Höhe, um lytisch abzufallen. Manchmal traten nach vier- bis fünftägiger fieberfreier Periode Rezidive mit subfebrilen Temperaturen ein, die in einzelnen Fällen zwei bis drei Wochen anhielten. Die Patienten waren hauptsächlich Bahnarbeiter, die viel mit schmutzigem Wasser und Erde zu tun hatten. Neben äußerst heftigen Kopfschmerzen klagte die Mehrzahl der Kranken noch über Schmerzen im Kreuz, in den Extremitäten und in der Halsmuskulatur. Bei allen bestand Konjunktivitis, Skleritis, Hyperämie des weichen Gaumens, belegte Zunge. In der Hälfte der Fälle trat am 6. bis 7. Krankheitstage ein scharlachformes Exanthem auf, das nach 24 bis 48 Stunden abbläute. In einem Drittel der Fälle wurde Milzvergrößerung und häufiger Lebervergrößerung beobachtet, die gewöhnlich nach dem Temperaturabfall auftrat und 2 bis 4 Wochen bestand. Ikterus kam in keinem Fall vor. Urin enthielt nur in einzelnen Fällen Spuren von Eiweiß, dagegen häufig Urobilin. Das weiße Blutbild zeigte im Anfang Hyposinophilie, Monozytose, später Lymphozytose und Neutropenie. Das Krankheitsbild erinnerte an die Weilsche Krankheit; diese war jedoch auszuschließen, da Ikterus, Nephritis und hämorrhagische Erscheinungen fehlten. Obwohl seine Untersuchungen negativ ausfielen, nimmt Verf. an, daß diese von ihm als „Feldwasserepizootie“ bezeichnete Krankheit durch eine Spirochäte verursacht wird, die von einer Feldmaus auf die Menschen übertragen wird.

R. Kontorowitsch.

1778.

Mufel, P. P., **Zur Frage der Malaria-Liquidation.** (Klin. Med. russ., 9. Jg., 6., H. 15, S. 1062/1065.) Bei der Bearbeitung der Krankengeschichten vom 14 244 Malarikern konnte festgestellt werden, daß die Behandlungsdauer und die Dauer der anfallsfreien Periode sich in der Regel im geraden Verhältnis befinden. Bei ambulanter Behandlung empfiehlt M. Chinindarreichung nach seinem Schema, mit dem er in den meisten Fällen günstige Resultate erzielen könnte: Die ersten 4 Tage dreimal täglich 0,3 g Chinin nach dem Essen, dann 2 Tage Pause. Danach abwechselnd 2 Tage Chinin, 5 Tage Pause. Behandlungsdauer: 9 Wochen. Auf diese Weise bekommt der Pat. insgesamt 18,0 g Chinin.

E. Kontorowitsch.

1779.

Golyanko, M., **Zur Behandlung der Malaria mit Chinin-Jod-Alkohol-Lösung.** (Klin. Med. russ., 9. Jg., 6., H. 15, S. 1979.) In chronischen Fällen, insbesondere wenn das in üblicher Dosis reichungsweise genommene Chinin unwirksam bleibt, wird Chinin-Jod-Alkohol-Lösung nach folgender Zusammenstellung empfohlen: Rp Chinini muriatici 6,0, T-rae jodi 4,0, Spiritus vini (40%) 10,0. Man gibt dreimal täglich 35 Tropfen in Schleimabkochung (Milch zum Nachtrinken) nach folgendem Schema: die ersten 4 Tage täglich Tropfen, 2 Tage Pause und wieder 2 Tage lang Tropfen. Danach während eines Monats einmal wöchentlich Tropfen und während des zweiten Monats einmal wöchentlich Tropfen. Dabei ist auf regelmäßige Darmfunktion zu achten. Wegen des leichten Zerfalls der Lösung sind die Tropfen stets in kleineren Mengen, am besten ein- bis zweimal wöchentlich, herzustellen.

E. Kontorowitsch.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

1780.

Deschamps, Pierre-Noël, **Das biologische Problem der permanenten sogenannten solitären Hypertension.** (Press. méd., Nr. 19, 1929.) Die solitäre, auch autonome Hypertension ist eine primäre Erkrankung des arterio-kapillaren Systems, die durch permanente Modifikationen des vaskulären Tonus charakterisiert ist und die nach Ansicht Pals und Franks in einer Verdickung der Tunica muscularis der Arteriolen besteht. Sie geht einher 1. mit einer deutlichen Störung im Stoffwechsel der Kohlehydrate, 2. mit einer Hyperglykämie, 3. mit Modifikationen des Cholesterinzyklus, meist im Sinne einer Hypercholesterinämie. Dagegen ist der Eiweißstoffwechsel nur dann gestört, wenn sie mit einer viszeralen Sklerose verbunden ist. Außerdem bestehen physio-chemische Variationen im Plasma und besonders solche des Säure-Basen-gleichgewichtes, die noch widersprechend sind und auf eine Alkalose deuten.

Haber.

1781.

Villaret, Maurice, und Marcel Martiny, **Ueber den peripheren venösen Druck bei mediastinalen Syndromen.** (Press. Méd., Nr. 16, 1929.) Der periphere Venendruck ist im allgemeinen bei mediastinalen Syndromen erhöht. Diese Erhöhung bricht auf eine Abschnürung der Vena cava superior durch eine fibröse Mediastinitis, in seltenen Fällen auf einer Herzaffektion (Aurikuläre Stauung und Erweiterung des rechten Ventrikels).

Der Venendruck kann normal oder niedrig sein bei den nach selteneren Fällen von klaffender Vene durch attraktive Mediastinitis. Der periphere Venendruck bildet ein direktes und dynamisches Zeichen im Gegensatz zu den zahlreichen indirekten und statischen Zeichen; er bedeutet eine Kontrolle für die Diagnostik und ein Hinweis für die Prognose und Behandlung, besonders für die Thonacanthese und den therapeutischen Pneumothorax.

1782.

Laroche, Guy, **Die Variationen der Cholesterinämie bei Thyreotoxikosen.** (Presse Méd., Nr. 17, 1929.) Für die Prognose beim Basedow ist die Bestimmung der Cholesterinämie von großer Bedeutung, der ein Abfall ein Zeichen schwerer Erkrankung ist. Sie ist verlässlicher als der Grundumsatz, der häufig bei den therapeutisch gut angreifbaren Fällen stärker erhöht ist als bei anderen, die nur nach sehr einschneidenden radiotherapeutischen oder chirurgischen Maßnahmen gebessert werden konnten. Verf. sieht darin einen Beweis für den engen Zusammenhang zwischen Schilddrüsensekretion und Lipidstoffwechsel, insbesondere dem cholesterinämischen und seiner Beziehung zu dem der Glukide und Proteide.

Haber.

1783.

Misch, Walter, und Alfons Lechner, **Ueber ein kardo-sympathisches Reflexphänomen.** (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 11, S. 500.) Als kardiosympathisches Reflexphänomen wird ein bei Herz- und Aortaerkrankungen beobachteter Reizzustand in den Erfolgsorganen des linken Halssympathikus beschrieben, der sich durch Mydriasis, Exophthalmus und Hemihyperidrosis im Trigemiusgebiet unter Aussparung des unteren Gesichtsdrittels äußert. Der Reflex läuft über die spinalen Segmente Cs bis Th₄.

Arnold Hirsch, Berlin.

1784.

Reid, William D., **Die klinische Diagnose des Herzrhythmus.** (New England J. M., Nr. 10, 1929.) Für den Praktiker ist diese Diagnose ohne die Hilfe eines Elektrokardiogramms oft recht schwer. Ein verlässliches Mittel dabei ist die Belastungsprobe.

Im allgemeinen ist folgendes zu bemerken: die häufigste Unregelmäßigkeit bei Insuffizienz ist Vorhofflattern. Tachykardie mit regulärem Rhythmus und fixem Puls in abrupten Anfällen ist paroxysmal. Dauert sie aber länger als zwei Wochen, so ist Vorhofflattern wahrscheinlich. Wiederholter Wechsel in der Intensität der Herztöne unabhängig von den Respirationsphasen: Herzblock. Bei der Diagnose des Pulsus alternans durch Auskultation des Herzens können Extrasystolen täuschen.

Bei regelmäßigem Rhythmus mit Herztönen in gleichmäßigen Intervallen kann man einen fixen Puls unterscheiden der physiologisch auf Lagewechsel, Anstrengung nicht sich ändert. Beträgt er weniger als 40, so kommt kompletter Herzblock in Frage. Mehr als 40: Paroxysmale Tachykardie (mehr als 100, weniger bei partiellem Herzblock) oder Vorhofflattern durch Arzneiwirkung oder Störungen im Hischen Bündel. Oder veränderlicher Puls bei physiologischen Wirkungen: Beschleunigung oder Verlangsamung. Hier ist einmal der normale Rhythmus zwischen 60 bis 100 zu erwähnen. Dann über 100 physiologisch bei Fieber, Erregung, Erschöpfung, Hämorrhagie, Atropin, selten freiwillig. Ferner bei Belastung, Herzneurose, Hyperthyreoidismus. 40 bis 60 findet man bei einfacher physiologischer Bradykardie, gelegentlich bei Myxödem, dann die vagalen Arrhythmien bei sinoaurikulärem Block und atrioventrikulärem Rhythmus. Weniger als 40 bei dem seltenen sinoaurikulären Block.

Unregelmäßiger Puls mit Herztönen in unregelmäßigen Zwischenräumen: 120 u. h. bei Aurikularfibrillation; bei der Belastungsprobe (unnötig, wenn schon 120 u. h.); wenn die Irregularität dabei bleibt oder zunimmt: aurikuläre Fibrillation; wenn sie verschwindet oder weniger wird: alle anderen Arrhythmien. Bei Pulsdefizit: entweder Extrasystolen oder Aurikularfibrillation. Ebenso bei forciertem Atmen. Seltener kommt es vor, daß bei fehlendem Pulsdefizit Extrasystolen nicht gehört werden, weil sie zu schwach sind oder Emphysem oder zu dicke Brustwandungen vorliegen. Bei Sinusarrhythmie kann Beschleunigung in einer und Verlangsamung in der zweiten Atempause vorkommen.

v. Schnitzer.

1785.

Bard, L., Mechanische Theorie und inflammatorische Theorie der Asystolie bei organischen Herzerkrankungen. (J. Prat., Nr. 8, 1929.) Die Affektionen des Herzens haben wie die Tuberkulose eine Periode der Heilbarkeit, während welcher man die davon Betroffenen nicht wie Greise oder Invalide behandelt, deren Leben man durch Schonung verlängert, sondern wie Kranke, die von einer akuten Erkrankung oder einer tuberkulösen Attacke erfaßt sind. Erst später — viel später als man gemeinhin annimmt —, wenn man die Degeneration des Myokard zu bekämpfen hat, oder wenn die Unheilbarkeit sich deutlich dokumentiert, dann können das Digitalis und seine Ersatzmittel noch Erleichterung schaffen und das Leben des Kranken bis zu einem gewissen Grade verlängern. In diesen Augenblicken wahren sie zu Recht ihre Monopolstellung hinter den verschiedenen Agentien der antiphlobitischen Medikation.

Aus dem gleichen Prinzip heraus wird empfohlen, die Salizylbehandlung selbst nach anscheinender Heilung rheumatischer Herzaffektionen noch monatelang fortzusetzen.

Held.

1786.

Kristenson, Anders, Beobachtungen über die Thrombozytenzahl bei klinischer Venenthrombose. (Act. med. Scand., 69., Heft 5/6, S. 453, 1928.) Die Untersuchungen Kristensons über die Anzahl der Thrombozyten bei Venenthrombose zeigen, daß diese starken und raschen Schwankungen unterworfen sind, welche die normale individuelle Variation und die Schwankungen weit übertreffen, die bei Injektionsbehandlung wegen Varizen nachgewiesen werden konnten. Es scheint, als ob die Senkungen der Blutplättchenzahl mit der Thrombosebildung in Zusammenhang gebracht werden können. So wurde in einem Falle eine auffallende Abnahme der Thrombozytenzahl beobachtet, die vor dem klinischen Hervortreten der Thrombose auftrat. Auch in den anderen Fällen lagen Senkungen der Blutplättchenzahl vor, die, wenn sie auch nicht so evident mit der Thrombosebildung in Zusammenhang gebracht werden können, doch vor den klinischen Anzeichen derselben auftraten. Zu bemerken ist, daß in den meisten Fällen den klinischen Thrombosemerkmalen keine Reaktion von Puls und Temperatur vorhergeht. In den Fällen, in denen eine solche Reaktion festgestellt werden konnte, ist diese unbedeutend und in keiner Weise charakteristisch. Dagegen ist die Thrombose in der Regel sowohl von Puls- als auch von Temperatursteigerungen während einer Woche gefolgt. Von großem praktischem Interesse sind die von Normann gemachten, jedoch bisher nicht veröffentlichten Beobachtungen. Dieser Autor konnte bei Untersuchungen chirurgischer Fälle eine Abnahme der Thrombozytenzahl vor dem klinischen Hervortreten postoperativer Thrombosen feststellen.

Verfasser ist sich darüber klar, daß auf Grund dieses geringen Materials keine bestimmten Schlußfolgerungen oder sichere Regeln für das zahlenmäßige Verhalten der Blutplättchen vor, während und nach der Thrombosebildung aufgestellt werden können. Dazu ist die Kenntnis von den Variationen der Thrombozyten in normalen und pathologischen Zuständen, von der pathologischen Physiologie der Thrombenbildung usw. zu gering; ferner ist die Möglichkeit, Thrombosen in den tiefen Venen zu diagnostizieren, nicht groß, was aus einem zitierten Falle hervorgeht, in welchem eine klinisch nicht beobachtete Thrombose der Vena linealis vorlag. Indes glaubt Verfasser, daß das Ergebnis dieser Untersuchungen die Auffassung rechtfertigt, daß das Verfolgen der Thrombozytenzahl die Möglichkeit bietet, in einem früheren Stadium von Thrombusbildung, d. h. vor dem klinischen Auftreten, Anhaltspunkte für ihre Diagnostizierung zu gewinnen.

Im Hinblick auf die Wichtigkeit einer so frühen Diagnostizierung eines Thrombus für die Verhütung der mehr oder minder gefährlichen Lungenembolien sind diese Untersuchungen Kristensons schon jetzt veröffentlicht worden, um eventuell Untersuchungen und Beobachtungen von anderer Seite anzuregen. Auf diese Weise kann gehofft werden, daß die Kenntnis von den Schwankungen der Blutplättchenzahl bei Venenthrombose vielseitiger und in kürzerer Zeit erweitert werden wird, als wenn diese Untersuchungen nur von einer Seite aus stattfänden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1787.

Genkin, S., und M. Ortschinski, Zur Frage der Pathogenese des Bronchialasthmas (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 5/6, S. 319.) Ja, wer diese Frage lösen könnte? Den beiden Verfassern ist es auch nicht geglückt. Zwar in der Mehrzahl ihrer 49 Fälle zeigte die Reaktionskurve des Blutdrucks einen vagotonischen Typus; außerdem nahm Ca. im Blut ab und der K/Ca-Quotient stimmte mit dem Typus der Blutdruckkurve nach Adrenalin überein. Allein es kamen auch Fälle mit den entgegengesetzten Symptomen vor. Es müssen also noch andere Einflüsse mit im Spiel sein; aber welche? Buttersack, Göttingen.

1788.

Marañón, G., Erregung als Ursache der Addisonischen Krankheit. (Siglo méd., 83., Heft 3917.) (Inn. Abtlg. des Madrider Allg. Krankenhauses.) Drei Beobachtungen der letzten Jahre haben den Autor davon überzeugt, daß es tatsächlich den Morbus Addison ex emotione gibt, obwohl er selbst sich früher gegen derartige Beobachtungen gewandt hat. In zwei Fällen führte eine plötzliche Gemütserschütterung zu einem schweren Schwächezustand, der nicht normal abklang, sondern ganz unmittelbar in das typische Bild des Morbus Addison überging. Ein dritter Patient litt 10 Jahre lang an einer krankhaften Furcht vor Morbus Addison, ohne in diesen 10 Jahren auch nur die Spur einer wirklichen Erkrankung zu zeigen, die dann jedoch sich auffallend rasch entwickelte und innerhalb eines halben Jahres zum Tode führte.

Günther Wolf, Charlottenburg-Westend.

1789.

Rosenthal, I., Ueber die Abmagerung. (Therapia, Jahrg. 6, Nr. 1, Januar 1929.) Bei gutem Appetit, d. h. bei normaler Kalorienzufuhr, kann der Körper an Gewicht verlieren bei Basedowscher Krankheit, bei Jod-Medikation, bei Diabetes, bei angestrenzter körperlicher Arbeit, wenn dem erhöhten Kalorienbedarf nicht durch erhöhte Kalorienzufuhr entsprochen wird; bei schlechtem Appetit aus lokalen Ursachen (Erkrankungen des Magen-Darmsystems), aus allgemeinen Ursachen (solche können sein: das Bestehen eines Tumors; Fieber; Anämie; Schmerzen, unmittelbar und durch gegen sie angewendete Mittel; psychische Momente).

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

1790.

Nielsen, Otto Jul., Acridinderivate in der Diabetesbehandlung. (Act. med. scand., 69., Heft 5/6, S. 482, 1928.) Die vorliegende Arbeit ist von pathologisch-anatomischen und klinischen Beobachtungen aus auf der Vermutung basiert, daß der Diabetes, jedenfalls gewisse Fälle, auf infektiösen Erkrankungen, sei es nun im Pankreas oder anderswo, beruhen, und daß diese einer Chemotherapie zugänglich sein könnten.

Die Versuche scheinen auf die Richtigkeit dieser Theorie hinzuweisen, scheinen aber auch zu zeigen, daß die angewandten Präparate keine idealen sind, wenn auch die Resultate mit den angewandten Acridinderivaten weit bessere als bei ausschließlicher Diätbehandlung zu sein scheinen. Verfasser hat daher seine Versuche fortgesetzt und arbeitet jetzt mit anderen Acridinderivaten, die bessere Resultate gezeitigt haben; diese Versuche sind aber noch nicht abgeschlossen.

Bei und nach jedem Fall sind Hyperglykämie, Glykosurie, Azidose bei jüngeren und älteren Diabetikern, diskutiert worden, die bei der Beurteilung der Acridinderivate in der Diabetestherapie besonders da in Betracht gezogen werden müssen, wo das Resultat manchmal nach relativ wenigen, manchmal nach einer Reihe von Injektionen erreicht wird. Zur Zeit und mit dem gegenwärtigen Material, und nicht zum wenigsten, weil die späteren Versuche mit anderen Acridinderivaten angestellt wurden, ist es unmöglich, diese Arbeit eingehender zusammenzufassen; aber diese Behandlungsmethode eignet sich nach der Ansicht des Verfassers nicht zur Kombination mit anderen, sondern scheint ihr besonderes Indikationsgebiet zu haben.

Die Wirkung, die Verfasser beobachtet zu haben glaubt, ist keine sofortige und scheint im ganzen keine direkte zu sein (absolut keine insulinartige). Sie ist daher nicht bei allen akuten Insuffizienzen indiziert.

Das Verhalten bezüglich der Einwirkung auf das Blut, das Hämoglobin usw. und den Darmkanal wird noch näher berichtet werden, aber die Einwirkung auf den Leberstoffwechsel ist nicht untersucht worden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1791.

Wiechmann, Ernst, und Shuwen Liang, *Der Wasserhaushalt der Diabetiker und seine Beeinflussung durch Insulin*. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 5/6, S. 282.) Je mehr man den Diabetes studiert, um so dunkler werden seine inneren Zusammenhänge. Blutverdünnung, Bluteindickung, Diurese, Hämoglobinkurve, gehen durchaus nicht immer parallel. Bei therapeutischen Insulindosen kommt es zu einer Senkung der Hämoglobinkurve, d. h. zu einer Blutverdünnung; gleichzeitig ist die Diurese gehemmt, das Körpergewicht steigt an. Bei toxischen Insulindosen haben wir Anstieg der Hb.-Kurve (= Bluteindickung), Versiegen der Diurese, starke Schweiß, Sinken des Körpergewichts.

Buttersack, Göttingen.

1792.

Kempmann, W., und W. Bröcker, *Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei renalem Diabetes*. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 5/6, S. 351.) Die Glykosurie, als Ausdruck einer Funktionsstörung der Nieren, ist vom echten Diabetes verschieden und wohl nur das letzte Glied in einer Kette noch ungeklärter, vielleicht von den nervös-hormonalen Zentren aus bedingter Störungen. Sie läßt sich durch hormonale bzw. vegetativ-nervöse Momente (Insulin, Adrenalin, Atropin) beeinflussen.

Buttersack, Göttingen.

1793.

Hartwich, Adolf, *Zur Kenntnis der lymphatischen Reaktion*. (Dtsch. Arch. klin. Med., 163., Heft 5/6, S. 257.) Eine nicht allzu seltene Erkrankung mit typischem Verlauf: schleicher beginnender Lymphdrüsenvergrößerung (namentlich am Hals), Angina, Milztumor, Leberschwellung, Leukozytose bis 14000 mit noch gradiger Zunahme der Lymphozyten (bis zu 86%). Gutartiger Verlauf; langsame Entfieberung. Das Wesen der Affektion ist noch dunkel. Offenbar handelt es sich um eine Infektion; aber warum verursacht diese solch eigentümliche Störungen? Mit „Konstitutionsanomalie“ und mit dem Alter (20 bis 25 Jahre) ist nichts anzufangen. Man muß also auf eine spezifische Eigenschaft des noch unbekannten Erregers zurückgreifen. — Man wird dabei an die Weilsche Krankheit erinnert, bei welcher man ja auch lange Zeit im dunkeln tappte.

Buttersack, Göttingen.

1794.

Richardson, W., *Analyse von 67 Fällen von perniziöser Anämie mit Leber behandelt*. (New England J. M., Nr. 11, 1929.) Von 67 Fällen starben 6 (2 an Pneumonie, je einer an einer Lungenkomplikation nach Cholezystektomie, an Koronarthrombose, an Thrombose der Hohlvene und der Mesenterialvenen und an schwerer Anämie). Diese Anämiker neigen sehr zu thrombotischen Prozessen, deshalb Vorsicht mit Transfusionen. In 14 Fällen Ataxie, vorübergehend neuritische Schmerzen und Parästhesien, die sich aber, wenn genügend Leber gegeben wird, alle bessern; man hat keine Störungen von seiten des Zentralnervensystems zu befürchten, wenn man die roten Blutkörperchen über 4,5 Mill. pro ccm hält. In 2 Fällen reine Psychosen bei Beginn der Behandlung (3,6 Mill. und 700 000 rote Blutkörperchen), die im ersten Falle nach 2 Wochen verschwand, im zweiten später. In 9 Fällen Blasen-symptome mit Pyurie, bei einigen auch Nokturie ohne Pyurie. In 3 Fällen Magenpolyposé. Mit dem Steigen der Retikulozyten bessern sich gewöhnlich auch die Symptome, und zwar bei genügender Leberzufuhr ziemlich rasch. Der Appetit kommt wieder, die Ruhelosigkeit verschwindet mit der belegten Zunge. Manchmal beobachtet man in der ersten Woche Diarrhöen, die aber von der

Fortsetzung der Therapie nicht abhalten dürfen. Andere interessante Beobachtungen: frühzeitiges Ergrauen in der Familie, eine Diät ohne oder mit wenig Fleisch, mit viel Butter oder Milchprodukten scheinen das Auftreten zu begünstigen. Oft geht ein allgemeines vages Unwohlsein voraus mit vagen abdominalen Beschwerden, ehe die Anämie auftritt. Im allgemeinen befinden sich die Patienten bei roher Leber sehr wohl; sie ist besser als gekochte und kann auch lange genug genommen werden. Kann sie nicht genommen werden, so ist ein Absud daraus ein guter Ersatz. Die Leberextrakte sind teuer. Bei dauernden gastrointestinalen Symptomen HCl. Rohe Leber 120 g täglich; gekochte 200 g; Leberbrühe 900 g alle 3 bis 4 Tage.

v. Schnitzer.

1795.

Varga, L. v., *Insulin bei der Behandlung der perniziösen Anämie*. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 11, S. 433.) In acht Fällen von perniziöser Anämie wurden Insulin und nachher auch Leberextrakt oder auch beide Mittel auf einmal verabfolgt. Es zeigte sich, daß bei der perniziösen Anämie die Insulinbehandlung keineswegs kontraindiziert ist, sondern daß gerade in den schwersten Fällen die Insulintherapie mit hierauf folgender kombinierter Insulin-Leberextrakt-Behandlung sehr gute Erfolge zeitigt.

Arnold Hirsch, Berlin.

1796.

Tscherkes, L. A., und G. Goldstein, *Phytotoxisches Phänomen bei Anaemia perniciosa und sein Verhalten während der Lebertherapie*. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 11, S. 434.) Die Beobachtungen der Autoren zeigen, daß die Lebertherapie, wenigstens in der Form, in welcher sie angewandt wird, bestimmte Stoffwechselstörungen, die zum Auftreten phytotoxischer Produkte führen, nicht behebt, und daß das Vorhandensein dieser phytotoxischen Produkte möglicherweise mit jenen Rezidiven in Zusammenhang zu bringen ist, die stattfinden, wenn die Lebertherapie unterbrochen wird.

Ähnlich den Beobachtungen von Macht, berechtigen auch diejenigen der Verfasser zu der Annahme, daß in der Bestimmung der phytotoxischen Eigenschaften des Blutes ein zuverlässiges Hilfsmittel für diagnostische Zwecke in zweifelhaften Fällen gefunden ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

1797.

Goldner, Martin, *Untersuchungen über das Komplement im Serum bei Leberkranken*. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 10, S. 392.) Aus den Befunden Goldners geht hervor, daß gerade diejenigen Lebererkrankungen, die mit epithelialen Leberschädigungen einhergehen, durch einen fast völligen oder völligen Schwund des Komplementes sich auszeichnen. Diejenigen Erkrankungen aber, bei denen es sich nur um eine entzündliche Veränderung, etwa der größeren Gallenwege oder um lokale zirkumskripte Erkrankungen innerhalb der Leber, handelt und bei denen eine Rückstauung der Galle ins Blut hinein eingetreten ist, zeigen nur einen in mäßigen Graden schwankenden Gehalt an Komplement.

Die unter verschiedenen pathologischen Umständen zu beobachtenden Komplementenschwankungen stehen, nach Ansicht des Verfassers, in einem funktionalen Verhältnis zu Veränderungen innerhalb der Leber.

Arnold Hirsch, Berlin.

1798.

Rachet, J., *Abnorme Formen der intestinalen Amöbiasis*. (Paris méd., Nr. 14, 1929.) Rachet führt 6 Fälle vor: eine intestinale Hämorrhagie von reinem Blut mit plötzlichem Beginn, eine hypertrophische Stenose des Rektums, eine akute und eine chronische Appendizitis, eine subakute ulzerogranulöse Kolitis. Nur in zwei Fällen waren typische Dysenteriestühle vorhanden; bei den anderen deutete klinisch nichts auf die Amöbiasis hin; man muß stets daran denken und beim geringsten Zweifel die entsprechenden Spezialuntersuchungen machen: die Rektoskopie, die die charakteristischen Ulzerationen enthüllt, die Blutuntersuchung, die unter Umständen eine abnorme Eosinophilie ergibt, und die Stuhluntersuchung, die die Amöbe ergibt. Diese Untersuchungen kann jeder Praktiker machen. Oder wenn einem entfernten Landarzt diese Untersuchungen nicht möglich wären, wird ein Versuch mit Emetin sofort das Rätsel lösen. Aber auch hinsichtlich der Ätiologie und Pathogenie sind diese Fälle für den Praktiker von Bedeutung: der Krieg hat uns gezeigt, daß es autochthone Fälle von Amöbiasis gibt. Da diese Erkenntnis noch nicht alle medizinischen Kreise durchdrungen hat, ist vor allem eine eingehende systematische Anamnese nötig. Und dann: wie kommt es, daß eine Amöbiasis lange Jahre latent bleibt und dann plötzlich aufflackert und als frische Infektion imponiert. Entgegen der Auffassung, die das Rektosigmoid als Aufenthaltsort der chronischen Amöbiasis ansieht, kommt man jetzt zu dem Schlusse, daß das Kökum die Prädisloktionsstelle für die Amöbenstagnation in den Latenzstadien ist. Ueber das plötzliche Wiederaufflackern einer latenten Amöbiasis weiß man hinsichtlich

der Ursachen nicht viel: Auslösung durch eine Operation, durch eine allgemeine Infektion. Oft kann es einem endlich begegnen, daß man selbst direkt von Geschwürsabstrichen keine Amöben findet. Aber einmal müssen hier die verschiedenen oben erwähnten Untersuchungen den Ausschlag geben, unter Umständen auch eine Röntgenaufnahme des Darmkanals, und dann ist die Emetinbehandlung so unschädlich, daß sie jederzeit vorgenommen werden kann.

v. Schnizer.

1799.

Peters, John P., A. Maurice Wakeman, Anna J. Eisenmann, Studien zum renalen Oedem. (J. clin. Invest., Nr. 4, Februar 1929.) Weder der Anstieg der Proteine im Serum, noch die Elektrolysenverteilung gestatten eine Unterscheidung zwischen Nephrose und dem nephrotischem Typ der chronischen Glomerulonephritis. Der einzig konsistente und charakteristische Befund bei allen Beobachtungen war der Proteinmangel im Serum. Die ist auch die einzige Anomalie, die zum Vorhandensein oder Fehlen von Oedem in deutliche Beziehung gesetzt werden kann. Letzteres wurde regelmäßig beobachtet, wenn die gesamte Proteinkonzentration unter 4% sank, dagegen niemals, wenn der Proteingehalt über 5% hinausging. Organische Säuren und anorganisches Phosphat bleiben in der Regel unverändert.

Bikarbonatveränderungen treten nur sekundär nach Störungen von Basen, Chloriden und Proteinen auf.

Hyperchlorämie wurde häufig beobachtet, Chloridmangel dagegen nie. Dies zugleich mit der Neigung, eine übermäßige Cl-Retention zu entwickeln; mit durch Ammoniumchlorid wenig beeinflussbarer Diurese zwingen zu dem Schluß, daß bei Patienten mit hydropigener Nephritis die Cl-Ausscheidung besonders erschwert ist.

Der Basengehalt war äußerst schwankend, häufiger unter der Norm als darüber hinaus, ein Hinweis darauf, daß die Wasserausscheidung genau so oder vielleicht noch schwieriger ist als die des Natriums.

Held.

1800.

Peters, John P., A. Maurice Wakeman, Anna J. Eisenmann, Die Azidosis der Nephritis. (J. clin. Invest., 6, Nr. 4, Februar 1929.) Studien über das gesamte Elektrolyten-gleichgewicht des Serums wurden an einer großen Reihe von Patienten mit ernstlicher Nierenschädigung, die auf Nephritis, Gefäßerkrankungen oder „chirurgische“ Nierenaffektionen zurückzuführen waren, gemacht.

Das hervorstechendste Moment ist die außerordentliche Variabilität jedes einzelnen Elektrolyten. Bikarbonat hält sich gewöhnlich unter der Norm, übersteigt sie nie; Phosphatanstiege sind für die Azidose ziemlich belanglos, und Sulfate und organische Säuren sind weniger bedeutungsvoll, als man vermutet hatte.

Ein Gemisch von organischer und Sulfosäure findet sich in größerer Menge bei Kohlehydratentziehung, und sinkt ab, sobald Kohlehydrate und Flüssigkeiten gegeben werden. Möglicherweise sind die in Frage stehenden Säuren teilweise Ketone.

Basen und Chlor sind äußerst variabel, aber häufiger unter der Norm als darüber. Aus Studien über das Cl-Gleichgewicht, aus Untersuchungen des Erbrochenen und anderer Exkrete und aus den Wirkungen der Therapie geht hervor, daß die Fluktuation dieser Elemente auf der Unfähigkeit der Niere und möglicherweise anderer Ausscheidungsorgane beruht, die übliche Balance zwischen dem Salz- und Wasserstoffwechsel aufrechtzuerhalten.

In einigen Fällen besteht ein echter Bikarbonatmangel, d. h. Basenreduktion ohne Reduktion anderer Säuren als der des Bikarbonats.

Held.

1801.

Peters, John P., A. Maurice Wakeman und Carter Lee, Hypochlorämie und Gesamtsalz-mangel bei Nephritis. (J. clin. Invest., 6, Nr. 4, Februar 1929.) Hypochlorämie und Basenmangel im Serum bei vorgeschrittener Nephritis resultieren anscheinend:

1. aus einer Tendenz zur Basen- und Chloridausscheidung, sobald das Cl des Serums unter das Niveau gesunken ist, das beim normalen Individuum eine Achlorurie bestimmt;
2. aus Erbrechen, wobei die Wirkung weniger durch Entstehung eines direkten Chlorverlustes zustande kommt, als durch Kollision mit der Salzzufuhr:
 - a) das urämische Erbrechen enthält wenig freie HCl;
 - b) obwohl die Cl-Konzentration beim Vomit selbst bei vorgeschrittener Hypochlorämie hoch bleibt, ist der gesamte Cl-Verlust durch Erbrechen klein im Vergleich zu dem im Urin;
3. beträchtliche Mengen Cl werden in manchen Fällen mit den Fäkalen ausgeschieden, selbst wenn keine Diarrhöe vorhanden ist.

Hypochlorämie und Basenmangel im Serum sind gewöhnlich Begleiterscheinungen von Anhydrämie und allgemeiner Entwässerung.

Held.

1802.

Loeper, M., und J. Tonnet, Die großen Oxalämien. (Prog. méd., Nr. 9, 1929.) Die Oxalgicht, Oxalurie ist in der Praxis wenig bekannt. Es ist eine kalte Gicht, eine anämisierende, manchmal hämorrhagische, immer eine algische und neuralgische Affektion mit viszeralen Krisen wie bei der Tabes, mit Migräne wie bei der Anaphylaxie, mit Asthma, mit pseudoulzerösen gastrischen Reaktionen und intestinalen mukorrhoidischen. Auch die Arthritis deformans. Sie bildet Steine in der Niere, im Darm und in der Prostata. Sie kann neben der Urikämie vorkommen und sich selbst mit Cholesterinämie verbinden. Sie kann exogen und endogen sein. Die Leber ist dabei beteiligt; sie bildet entweder zuviel Oxalsäure oder zerstört nicht genügend. Normal sind im Blut 1 cg, im Urin 2 cg. Pathologisch bis 0,5 cg. Die Angst, die Depression, die nervöse Erregbarkeit der Kranken geht parallel mit der Höhe der Oxalsäure. Ebenso die Leib- und Gelenkschmerzen und Mukorrhöe. Intestinale und gastrische Hämorrhagien mit heftigen Schmerzen kommen vor, so daß man ein Ulkus annehmen könnte. In der Spinalflüssigkeit kann man Oxalsäure bei Migräne nachweisen. Es liegt eine Störung in der Ernährung der Gewebe zugrunde; aber auch alimentär kann sie bedingt sein: Rhabarber, Schokolade. Oft hat sie einen intestinalen Ursprung: Bildung von Oxalsäure im Darm durch Fermentation gewisser Nahrungsmittel durch Bakterien: Aspergillus, Roux, B. diabeticus, coli. Vielleicht ist die häufig dabei gefundene Alkalose des Blutes mit die Ursache. Auch die mangelnde Durchgängigkeit der Niere. Man weiß nicht, ob sie an sich toxisch ist oder ihre Verbrennungsprodukte. Sie soll sich an den Nervenzentren fixieren, am Knochen, senkt den Druck in den Arterien und stört die Funktion des Herzens. Sie kann sich in CO₂ und in CO wandeln. Aufgabe der Therapie: Reduktion der Zufuhr, intestinaler Fermentationen, der Blutalkalose, Vermehrung der Verbrennung, der Elimination, Auflösung der Konkretionen. Für diese nicht leichte Aufgabe kommen fünf Medikationen in Frage: zunächst die kalzierte Magnesia (Darmantiseptis, Fällung des oxalsäuren Ca, Reduktion der Resorption), Magnesiumchlorid oder Sulfat (regt die Tätigkeit der Leber an und erleichtert die Auflösung), Phosphorsäure (reduziert die Blutalkalose und verhindert die Gewebniederschläge), Theobromin (vermehrt die Elimination durch die Nieren), Hypophosphit- oder Glycerophosphatinjektionen.

v. Schnizer.

1803.

Carler, Jacques, und Massière, Chronischer Rheumatismus und Parkinsonismus. (Presse méd., Nr. 17, 1929.) Der Gedanke, daß der deformierende Rheumatismus auf Läsionen des Rückenmarkes beruht, wurde zuerst von Charcot, dann von Roque und Tessier geäußert. Diese bezeichnen ihn als neuro-trophische Affektion; bei Autopsien wurden mehrfach Pläques von diffuser Meningitis gefunden, die die Wurzeln komprimierten; in anderen Fällen bestanden Läsionen der Vorderhornzellen. Durch zahlreiche klinische Analogien zwischen chronischem Rheumatismus und parkinsonistischen Syndromen ist erwiesen, daß der deformierende Rheumatismus auf Läsionen der grauen Kerne beruht. Sicard und Shermite haben bei einem Fall schwere Veränderungen im Corpus striatum, Pallidum, Putamen und Schweißkern gefunden. Natürlich gilt dies nicht für Formen gonokokkischen, tuberkulösen, gichtischen, syphilitischen oder endokrinen Ursprungs. Die Ursache der opto-striären Alterationen ist das Virus des akuten Gelenkrheumatismus, der klinisch schon lange als neurotrop bekannt ist.

Haber.

1804.

Garnier, Marcel, Studien zur pathologischen Physiologie: Der katarrhalische Ikterus existiert nicht. (Presse méd., Nr. 17, 1929.) Nach den Beobachtungen vom Verf. bilden die Angiocholitäten und der infektiöse Ikterus ganz getrennte Gebiete der Leberpathologie. Beide Erkrankungen können kombiniert vorkommen, aber niemals ist der Ikterus die Folgeerscheinung der Lokalisation des infektiösen Agens auf der Schleimhaut der Gallengänge. Statt der Bezeichnung Ikterus catarrhalis schlägt Verf. daher den Namen apyretischer akuter Ikterus vor, wodurch nur der klinische Charakter, nicht aber die Pathogenese bezeichnet wird.

Haber.

1805.

Poras, Josef, Kreislauf und Lungentuberkulose. (Ztschr. f. Kreislaufforsch., 21. Jahrg., Heft 7, S. 121.) Bei der Lungentuberkulose besteht eine Verschiebung des Säurebasengleichgewichtes nach der sauren Seite hin, was für die Kreislaufkrankungen von Eppinger und seiner Schule als Ursache für das Nachlassen des Herztonus und seiner Erweiterung der Kapillaren und

kapillaren aufgefaßt wird. Die Alkalireserve des Blutes ist geringert und sein Gehalt an Globulinen ist wie bei den Herzkranken vermehrt (Starlinger). Man hat also als ziemlich wahrscheinlich anzunehmen, daß auch bei der Lungentuberkulose die Stoffwechselstörung das Primäre sei und die Stauung im kleinen Kreislauf, wie auch die anatomischen Veränderungen des Herzkreislaufs das Sekundäre darstellen. Es folgt dann eine Aufzählung der Kreislauf- und Herzanomalien bei der Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung konstitutioneller Faktoren. Bemerkenswert ist die Zusammenstellung der klinischen Zeichen einer tuberkulösen Perikarditis: Das Zeichen nach Hirth: Der Patient sitzt liebsten vornübergebeugt und hält den Kopf zwischen den Händen; das Zeichen von Roth: die Herzdämpfung ist über dem rechten Interkostalraum verbreitert; das Zeichen von Ward: radiologischer Nachweis des Leberschattens und des nach rechts offenen Exsudatwinkels. Zur Behandlung der tuberkulösen Perikarditis werden das Pneumoperikard (Wenkebach) resp. die Perikardiotomie (Brauer) vorgeschlagen. Gegen die Herzschwäche verordnet der Verfasser mit Vorliebe das Cardiotonin, ein Mäglöckchenpräparat, das auf Peripherie und Zentrum gleichmäßig prompt wirkt und mit Coffein kombiniert ist, und das den Vorteil hat, daß chronisch verordnet werden kann, ohne daß die Hustenmittel, anders die Morphinderivate wie im digitalisierten Organismus, Brechmittel wirken.

Ohne der Ansicht von Rokitskij beizupflichten, daß sich Lungen- und Lungentuberkulose ausschließen, betont doch der Verfasser, daß sicher die Mitralstenose eine verminderte Disposition für die Lungentuberkulose bedeutet; nach Romberg dadurch, daß die stärkste Erweiterung kleinster Gefäße rein mechanisch die Entzündungsmöglichkeit von Bazillenembolien vermindert. Falls die Herzinsuffizienz zur braunen Induration der Lunge geführt hat, so kann sie eine gewisse Immunität der Lungentuberkulose gegenüber bedeuten. Der Tuberkuloseverlauf wird durch angeborene Nierenerkrankungen nicht beeinflusst. Rasch fortschreitende Tuberkulose begünstigt durch den gleichgerichteten Stoffwechselvorgang die Dependentierung der Vitien. Aortenfehler zugleich mit Lungentuberkulose sind verhältnismäßig selten. Kranke mit angeborener Pulmonalstenose, soweit sie das zweite Jahrzehnt überdauern, gehen an Lungentuberkulose sicher zugrunde (Lebert, Sauer).

Arnold Hirsch, Berlin.

1806.

Vignes, Henry, Tuberkulose und Sterilität. (Journ. d. méd., Nr. 10 a, 1929.) I. Genitale und horizontale Tuberkulose: Tubentuberkulose und Pelvipéritonealtuberkulose führen zu Sterilität. Auch die Folgeerscheinungen der gutartigen Ektasien von Genital- und Abdominogenitaltuberkulose führen häufig zu Sterilität. Man muß auch daran denken, daß die heilbare tuberkulöse Peritonitis der Kinder im Pubertätsalter in der Genitalzone diskreter Form wieder aufflackert.

II. Lungentuberkulose: Die fortschreitende Lungentuberkulose scheint eine zeitweise, keine absolute und definitive Sterilität zu bedingen. Sicher beeinflusst die aktive Tuberkulose die Fortpflanzung, sei es inhibitorisch, sei es erregend. Hat sich die Tuberkulose vor der Pubertät entwickelt, so ist das Ovar klein, atrophisch, sklerotisch, und der übrige Genitalapparat ist schlecht entwickelt. Manchmal sucht man vergebens nach Gründen für eine vorhandene Sterilität, bis sich die Aufmerksamkeit auf Narben an der Vagina findet, die von alten Drüsenerkrankungen herrühren. Dann darf man schließen, daß die Keimdrüsentätigkeit schon von Kindheit an abgesetzt, wo nicht ganz zerstört ist. Held.

1807.

Caussimon, J., Hilusreaktionen als Ausgangspunkt der Lungentuberkulose. (Prog. méd., Nr. 3, 1929.) Wie auch die Eingangsporte des Tuberkelbazillus sein mag, die tuberkulöse Infektion führt zu einer Tuberkulisierung der Tracheobronchialdrüsen und nimmt besonders beim Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Perihilitis und Perihilitis. In diesem Stadium der Periadénopathie kommen dann die Schübe der retrograden Lymphangitis, subpleuraler perivaskulärer, es kommt zur tuberkulösen, ausstrahlenden Perihilitis. Dann erst nach dieser Infektion des lymphoiden Gewebes kommen die Komplikationen, die Infektion der Pleura, die parenchymatösen Lymphveränderungen, die Reaktionen der Lungen, die Fistelbildung in den intravaskulären und bronchialen Gefäßen. Die Lokalisation in den Spitzen ist eine rein klinische Erscheinung lediglich auf Grund des ersten Auftretens der Auskultationszeichen. An der Hand eines Falles — 9jähriger Knabe, dessen Eltern tuberkulös — wird sehr instruktiv ausgeführt: anterogrades Stadium bis zum 5. Jahre hin; dann Masern und Keuchhusten; kurz darauf allgemeine Adénopathie, das typische tuberkulöse Invasionsfieber septikämischen Charakters, das gerade in der zweiten Kindheit und in der Adoleszenz häufig ist. Dann hiläre, perihiläre und skissurale Erscheinungen; Auskultation selbst bei den

fieberhaften Schüben negativ. Kein Husten, kein Auswurf. Röntgen rechts deutliche Hilusreaktion rechts. Die tuberkulösen Veränderungen von seiten der Bronchien waren sehr lange geschlossen, wie dies vorkommt. Daß sie aber doch nicht ganz inaktiv waren (nach dem Röntgenbefund waren sie anscheinend wenig ausgesprochen), beweist die Gewichtsabnahme zu gewissen Zeiten und die Instabilität der Temperatur. Ein charakteristischer Fall für den Satz: bei der Lungentuberkulose fängt die Drüse an. Spitzen inaktiv. Praktisch wichtig: Die hilären und perihilären Reaktionen sind im Beginn der Lungentuberkulose sehr wichtig; die darauf resultierenden Veränderungen können sehr lange geschlossen bleiben; in manchen Fällen sind sie aber deshalb doch nicht „inaktiv“, sie können schubweise evolutiv werden. Der bedauerndste Irrtum ist in solchen Fällen, sie deshalb nicht für tuberkulös zu halten, weil sie nicht husten, nicht auswerfen, weil infolgedessen der bakteriologische Nachweis unmöglich ist, weil die Auskultation negativ ist und nach den anatomischen Verhältnissen auch negativ sein muß. v. Schnizer.

1808.

Aimes, A., Resultate der Methode Finikoff bei den chirurgischen Tuberkulosen. (Prog. méd., Nr. 2, 1929.) Finikoff bekämpft die chirurgischen Tuberkulosen mit Erdnußöl, das die Lymphozyten und die Blutlipase vermehrt, mit Jod, ein leukozytogenes Agens, das auf den Tuberkelbazillus außerdem noch proteolytisch wirkt, und mit Kalzium. Er injiziert alle 7 Tage 1 ccm J mit 10 ccm Erdnußöl (steril) intramuskulär: die mononukleären zerstören den Wachspanzer, die polymukleären lösen die albuminoiden Substanzen des bazillären Protoplasmas. Um nun eine Dekalzifikation zu verhindern — die freiwerdenden schädlichen Fettsäuren werden durch das Kalzium des Körpers und der Nahrung neutralisiert —, gibt er nebenher Kalziumchlorür, Trikalzin usw., 4 g pro die. Beschreibung von 17 erfolgreichen Fällen. v. Schnizer.

1809.

Campani, Arturo, Ueber einige seltene Schädigungen durch künstlichen Pneumothorax. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Jahrg. III, Heft 3, 1929.) Es werden einige Fälle beschrieben, bei denen die Luftfüllung des einen Pleuraraumes zu akut toxischen Erscheinungen führt, teils in den Bronchien unter dem Bild eines Asthmaanfalles, teils im Darm unter dem Bild einer Enterokolitis, teils zu Neuralgien, teils zu Gelenkschmerzen. Alle diese Fälle haben den tuberkulösen Krankheitsherd an der Basis oder in der Hilusgegend der Lungen. Es ist wahrscheinlich, daß diese Erscheinungen eine Toxämie oder eine „relative“ Bakteriämie als Ursache haben, durch Inkarnation von pathologischen Sekreten in den Kavernen oder Bronchien hervorgerufen. Meistens schwinden die Erscheinungen nach kurzer Zeit.

Eugen Stransky, Wien.

1810.

Gherardine, G., Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei Lungentuberkulose. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Jahrg. III, Heft 3, 1929.) In der ersten Mitteilung werden die Ergebnisse des Stickstoffstoffwechsels erörtert. Die Stickstoffbilanz muß auch bei schweren Fällen nicht negativ sein. Der Stickstoff-(Eiweiß-)umsatz verhält sich bei fieberfreien tuberkulösen Individuen innerhalb der normalen physiologischen Grenzen. Bei fiebernden Kranken ist die Bilanz negativ, aber nicht durch den spezifischen Prozeß, sondern durch das Fieber, das auf die nervösen Zentren des Stoffumsatzes wirken dürfte. Bei Fällen mit großen Stickstoffverlusten mit geringer Eiweißzufuhr kann man nicht nur Stickstoffgleichgewicht, sondern sogar Ansatz erreichen, wenn man die zugeführte Kalorienmenge durch Mehrzufuhr von Fetten und Kohlehydraten erhöht (weiterer Artikel folgt).

Eugen Stransky, Wien.

1811.

Verdina, Carlo, Untersuchungen über den Wert des Kulturverfahrens mittels Schwefelsäure zur Diagnose tuberkulöser Prozesse. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Jahrg. III, Heft 3, 1929.) Vergleichende Versuche über den Wert der mikroskopischen Untersuchung, des Kulturverfahrens, nachdem das zu untersuchende Material 20 Minuten lang in 10prozentiger Schwefelsäure stand und nach Abzentrifugieren auf Nährböden verimpft wurde, und Tierversuche ergaben, daß von 137 Fällen positiven Bazillenfundes in 116 = 84,67% die Ueberimpfung auf das Meerschweinchen, in 83 = 60,58% die bakterioskopische Untersuchung, in 93 = 67,88% das beschriebene Kulturverfahren, in 25 = 18,24% nur Tierversuch und Kulturverfahren, in 19 = 13,86% nur der Tierversuch allein positive Resultate ergab.

Eugen Stransky, Wien.

1811a.

Birkenhauer, F., Trockenkost als Reizfaktor in der Behandlung der Knochen- und Lungentuberkulose. (Zbl. Chir., Nr. 44)

1928.) An Hand der Beobachtung von 45 Fällen kommt Verf. zum Ergebnis, daß Trockenkost für die Behandlung der Knochentuberkulose ungeeignet ist. — Die Höhenlagen über 1000 m zeichnen sich besonders durch geringen Feuchtigkeitsgehalt und Austrocknungsfähigkeit der Luft aus; deswegen ist es geradezu schädlich, dem Körper noch weitere Flüssigkeitsmenge zu entziehen. — Ganz besonders lehnt Verf. Trockenkost als diätetischen Reiz für untergewichtige Patienten ab. — Ueber den Wert der Trockenkost in der Behandlung der sekundären und tertiären Lungentuberkulose enthält sich Verf. des Urteils wegen der geringen Zahl der beobachteten Fälle.
Walter Grossmann, Berlin.

Kinderheilkunde

1812.
Zimmermann, I., Beobachtungen über die Entwicklung von Frühgeburten in der offenen Fürsorge. (Mtschr. Kinderheilk., 43., Heft 2.) An einem Material von 107 Fällen aus ärmlichsten Verhältnissen wird gezeigt, daß Frühgeburten von einem Geburtsgewicht über 1000 g in Familienpflege aufgezogen werden können mit einem Aufzuchtresultat, das bezüglich Lebensaussichten, körperlicher und geistiger Entwicklung jenem der geschlossenen Anstalten im allgemeinen nicht nachsteht. Von 107 Kindern konnten 86 am Leben erhalten werden. Es starben von:

10 Frühgeburten von 1000—1500 g	2
29 „ bis 2000 g	6
68 „ „ 2500 „	13

Die überwiegende Todesursache bilden die Erkrankungen der Atmungsorgane (Pneumonie und Pertussis).
Jahr.

1813.
Wachtel, M., Wege zur Steigerung und Verminderung der Milchsekretion im Wochenbett. (Zbl. Gynäk., Nr. 16, S. 987, 1929.) Die Idealnahrung für das neugeborene Kind bleibt nach wie vor die Muttermilch, denn sie verleiht größere Widerstandskraft gegen alle Infektionskrankheiten und bewahrt vor Ernährungsstörungen und Nährschäden. Bei ungenügender Milchbildung in der Mutterbrust empfiehlt Verfasser Höhensonnebestrahlungen in Verbindung mit malzreicher Ernährung der Mutter (Ovomaltine, malzreiche Biere). Als neueres Adjuvans wird der „Cenomilchquell“ nach Mandelbaum genannt, der aus bestrahlter Hefe unter Zusatz von Malzsirup besteht. Besteht umgekehrt die Absicht, die Milchsekretion zum Versiegen zu bringen oder die Milchbildung von vornherein zu unterbinden, z. B. bei Totgeburten, so sind Thyreoidin-gaben empfehlenswert. Sie ersparen die früher üblichen Zwangsmaßnahmen, durch starke Abführmittel eine Flüssigkeitsverarmung des Körpers und damit verringerte Brustdrüsensekretion zu erzielen. Dosierung: morgens und abends je eine Tabl. Thyreoidin 0,3, mittags zur Unterstützung je eine Tabl. Diuretin 0,5. Dabei Hochbinden beider Brüste. Fortsetzen dieser Therapie drei, höchstens vier Tage lang. Man achte hierbei auf etwa auftretende unerwünschte Nebenwirkungen der Schilddrüsenmedikation: Händezittern, Tachykardie. Häufige Pulskontrolle, besonders bei gleichzeitiger vorhandener Struma, unerlässlich.
Schwab, Hamburg.

1814.
Siedentopf, E., Temporäre Hämophilie der Neugeborenen. (Zbl. Gynäk., Nr. 17, S. 1068, 1929.) Die Neigung zu Blutungen bei Neugeborenen nach außen unter die Haut oder in Körperhöhlen ist auf die Beschaffenheit der Blutgefäße, das leichte Platzen der Kapillaren und die verminderte Gerinnungsfähigkeit des kindlichen Blutes zurückzuführen. Man kann bei Kindern in der ersten Lebenswoche Zustände beobachten, die an hereditäre Hämophilie erinnern und die Ritter als temporäre Hämophilie der Neugeborenen bezeichnet hat. Bericht über einen solchen Fall, bei welchem durch eine durch eine ganz oberflächliche, schnittartige Gewebsverletzung an der Haut des kindlichen Kopfes, welche durch den stumpfen Rücken der Schere bei der Dammspaltung verursacht war, eine lebensbedrohliche Blutung entstand. Es gelang erst am vierten Tag nach der Verletzung, die anhaltende Blutung zum Stillstand zu bringen trotz Gelatine-Injektionen, Koagulen und Injektionen von Mutterblut in den kindlichen Oberschenkel, daneben dauernden festen Kompressionsverbänden. Es gelang, das Kind zu retten, obwohl der Hämoglobingehalt von 62% auf 28% gefallen war. Ätiologisch werden die hochgradigen ödematösen Schwellungen der Mutter während der Schwangerschaft mit den schlechten Gerinnungsverhältnissen des kindlichen Blutes in Zusammenhang gebracht, daneben die Gefäßveränderungen, die durch eine starke Kopfgeschwulst bei langer Geburtsdauer hervorgerufen waren.
Schwab, Hamburg.

1815.
Anders, F., Zur Frage des Bades und der Nabelbehandlung bei Neugeborenen. (Zbl. Gynäk., Nr. 16, S. 991, 1929.) Wegen der Befürchtung erhöhter Infektionsgefahr ist der Wegfall des Kindesbades bis zur Verheilung der Nabelwunde von verschiedenen Seiten propagiert und neuerdings sogar im Hebammenlehrbuch von 1928 bestimmungsgemäß durch eine bloße Waschung des Säuglings ersetzt worden. Vergleichende Beobachtungen an 4000 Neugeborenen der Breslauer Hebammenlehranstalt lassen nun erkennen, daß die Waschmethode als sicheren Nachteil den verspäteten Abfall des Nabels im Gefolge hat. Da die Nabelwunde, auf die bis zur Entlassung aus der Klinik die größte Sorgfalt verwendet wurde, nunmehr ganz der Behandlung durch die Mutter überlassen bleibt, ist die Infektionsgefahr für das Kind wesentlich größer. Bei den gebadeten Kindern ist der Nabel in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bis zum Tage der Entlassung bereits abgefallen, die Nabelwunde verheilt. Jedenfalls stört das tägliche Bad den Heilverlauf des Nabels nicht, die Sorge vor einer Nabelinfektion durch das Bad erscheint zum mindesten sehr übertrieben. Verfasser empfiehlt daher, zur Methode des Badens der Neugeborenen zurückzukehren, vor allem auch deshalb, weil das Bad mehr reinigt
Schwab, Hamburg.

1816.
Lukács, J., und P. Szavrovsky, Die Entwicklungsnorm der Säuglinge in Ungarn. (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 2, 1929.) Der Durchschnitt des Geburtsgewichtes bei Knaben ist 3665 g, bei Mädchen 3480 g. Die Gewichtskurve bei Knaben zeigt in dem ersten halben Monat keine Erhebung, von da an aber steigt sie gleichmäßig bis zum 6. Monat, einer Zunahme von 3000 g, bis zum 12. Monat einer Zunahme von 6 kg entsprechend. Die Gewichtskurve der Mädchen zeigt in dem ersten halben Monat eine geringere Erhebung als die der Knaben, von da an steigt sie, bleibt aber gleichmäßig unter der der Knaben so, daß sie am Ende des 1. Lebensjahres einen um 500 g geringeren Wert als die der Knaben erreicht. Die Knaben mit ihrem viel größeren Geburtsgewicht scheinen sich dem Typus Pies, die Mädchen dagegen dem Typus Budiń zu nähern. Wenn man die Kurven mit der Heubner- und Camererschen vergleicht, so zeigt sich, daß die Werte unter diesen bleiben. Der Grund hierfür wird nicht nur in den ethnographischen Faktoren, sondern auch in dem Umstand, daß ein sehr großes Material wohllos verwertet wurde, erblickt.
Rob. Klopstock.

1817.
Vogt, H., Die Bedeutung gesäuerter Milch für die künstliche Ernährung des Säuglings. (Med. Welt, 13., 1929.) (Universitäts-Kinderklinik Münster.) Die Buttermilch bewährt sich nicht nur zur Behandlung akuter Ernährungsstörungen, sondern auch als Dauernahrung. Als solche übt sie auch einen gewissen Schutz gegen die Entwicklung parenteraler Störungen aus. Die entscheidende Bedeutung scheint dabei dem Säuregehalt der Buttermilch zuzukommen. Sicher ist, daß der in der sauren Nahrung herrschende Aziditätsgrad ausreicht, um eine gewisse hemmende Wirkung auf die Bakterienentwicklung auszuüben. Ob auch die Bakterienentwicklung innerhalb der Verdauungswege des Säuglings unmittelbar beeinflusst werden, ist dagegen zweifelhaft. Ein Vorteil der sauren Nahrung besteht auch darin, daß sie die Ueberführung des Kalks in lösliche Form und damit die Kalkresorption begünstigt. Zur Behandlung akuter Störungen genügt die Herstellung der Buttermilch mit einem Zusatz von 3% Mehl, während Zucker höchstens in Mengen von 1% zugegeben wird. Um der Kalorienarmut der Buttermilch für die Zwecke einer Dauernahrung abzuheffen, setzt man ihr eine aus Mehl und Butter hergestellte Einbrenne zu. Die im Haushalt schwer herzustellende Buttermilch läßt sich sehr gut durch die Milchsäuremilch ersetzen. Zu ihrer Herstellung wird 1 Liter kurz abgekochter und sorgfältig abgekühlter Vollmilch tropfenweise unter ständigem Rühren mit 8 ccm der reinen 75- bis 80prozentigen Milchsäure der Pharmakopoe versetzt. Zur Anreicherung mit Kohlehydrat setzt man 2% Mondamin und 4% Nährzucker zu. Bei Verwendung von Buttermilch und Milchsäuremilch braucht es oft eine gewisse Zeit, bis sich die Säuglinge an den Geschmack der Nahrung gewöhnt haben. Im Gegensatz dazu wird gut genommen und ist in der Herstellung sehr billig die Zitronensäurevollmilch, die durch Zusatz von 9 ccm 80prozentiger Zitronensäure hergestellt wird.
L. Gordon, Berlin.

1818.
Macciotta, G., Ueber die subkutane Zufuhr von Traubenzucker bei alimentärer Toxikose und Atrophie im Säuglingsalter. (Pediatrik, 37. Jahrg., Heft 6, 1929.) Bei Durchfallstörungen mit toxischen Erscheinungen und Hypoglykämie bedingt die subkutane Zufuhr von isotonischer Traubenzuckerlösung eine rasche Besserung des Allgemeinzustandes, des Durchfalles, der Diurese und Erhöhung des Blutzuckerwertes auf normale Werte. Nur wenig

Fälle verhalten sich refraktär. Auch bei Durchfallstörungen ohne toxische Komponente ist die Wirkung günstig. Bei atrophischen Säuglingen bedingen die wiederholten Traubenzuckerinjektionen eine rasche Gewichtszunahme, eine bessere Fettausnutzung und eine bessere Retention von Erdalkalien.

Eugen Stransky, Wien.

1819.

Doxiades, L., Ueber Kapillarmikroskopie im Kindesalter. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 11, S. 438.) Die Gestalt der kapillarmikroskopisch sichtbaren Haut- und Schleimhautkapillaren hängt in erster Linie vom Füllungsstand des Kapillarrohres ab. Der Füllungsstand wiederum ist vom Tonus der Kapillarwandzellen abhängig. Mit der Aenderung der Kapillarwandgestaltung laufen auch Durchlässigkeitsänderungen der Kapillarendothelien parallel. Bei der exsudativen Diathese besteht eine angeborene verstärkte Durchlässigkeit der Kapillarwand. Kapillarmikroskopisch finden sich abnorm hohe Kapillarschlingen und beschleunigte Strömung in ihnen. Die hypoplastischen Kapillaren sind durch eine geringe Permeabilität der Kapillarwand und ihre Folgeerscheinungen gekennzeichnet. Die kapillarmikroskopische Untersuchung einer positiven Kutanreaktion nach Pirquet ergibt starke Vermehrung und Erweiterung der Hautkapillaren und Oedem der Koriumzellen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1820.

Miraylia, M., Ueber den Wirkungsmechanismus der Vakzine-therapie. (Pediat., Jahrg. 37, Heft 7, 1929.) Untersuchungen an zehn mit Vakzine behandelten Typhusfällen ergeben, daß unter dem Einfluß der Vakzinetherapie die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen stets, wenn auch unabhängig von der Menge der Vakzine, zunimmt; die Gerinnungszeit ist während des Vakzine-schocks verkürzt, der Serumweißgehalt stets vermindert. Im Blut beobachtet man während des Auftretens des Schüttelfrostes eine Verminderung der Erythrozytenzahl und eine relative Lymphozytose.

Eugen Stransky, Wien.

1821.

Marfan, A. B., Die Diagnose der akuten Anginen. (Journ. Prat., Nr. 13, 1929.) Eine akute pseudomembranöse Angina muß immer als diphtherieverdächtig gelten und fordert die sofortige Serumbehandlung, außer wenn sie im Verlauf oder bei Abklingen eines Scharlachs eintritt, oder als Folgeerscheinung einer Mandeloperation, oder nach Kauterisation des Rachens, oder als Begleiterscheinung einer Mandelphlegmone.

Obwohl man in der Regel auf bakteriologische Nachprüfung der so definierten Anginen verzichten könnte, wird es dennoch nützlich sein, sie noch vorzunehmen und sie zu wiederholen, wenn sie negativ ausfällt; zunächst weil man niemals Beweise genug für eine Diagnosestellung erbringen kann und dann, weil nur die bakteriologische Untersuchung die Erkennung jener Ausnahmefälle gestattet, wo eine primäre pseudomembranöse Angina nichtdiphtherischer Natur ist.

Hat man es mit einer pseudomembranösen Angina zu tun, welche Scharlach oder Syphilis des Rachens kompliziert, die im Anschluß an eine Mandeloperation auftritt oder an eine Kauterisation des Rachens, hat man es mit einer typischen lakunären Angina oder mit einer Angina Vincenti zu tun, so ist die Diagnose „Diphtherie“ so gut wie auszuschließen. Indessen, in Anbetracht der seltenen Fälle, wo man ein Nebeneinanderbestehen dieser Zustände mit Diphtherie beobachtet hat, muß man, so oft man dazu imstande ist, die bakteriologische Untersuchung anschließen. Man soll nur nicht mit dem Entschluß, Serum zu injizieren, auf das Untersuchungsergebnis warten. Treffen wir eine Angina in einem epidemischen Milieu an, ist gleichzeitig eine Kehlkopfentzündung vorhanden, ein sero-sanguinolenter Schnupfen mit betonter Einseitigkeit, dann soll man mit der Seruminjektion nicht zögern.

Dieselben Regeln gelten für diejenigen Anginen, die durch weiße Belege charakterisiert sind, von denen man zunächst noch nicht sagen kann, welcher Natur sie sind.

Ganz allgemein gesprochen: In allen zweifelhaften Fällen, die durch eine bakteriologische Nachprüfung nicht aufgeklärt werden können, soll man sowohl in bezug auf Behandlung wie auf Indikation zur ersten Seruminjektion kann man ruhig stellen, ohne das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung abgewartet zu haben.

Held.

1822.

Cateruccia, G., Ueber die Behandlung der eitrigen Pleuritiden im Kindesalter. (Pediat., Jahrg. 37, Heft 7, 1929.) 41 Beobachtungen, darunter 34 Heilungen und 7 Todesfälle. Als Erreger wurden in 37 Fällen Pneumokokken allein gefunden, zu denen sich in zwei Fällen Streptokokken und einmal Staphylokokken gesellen.

Die Behandlung besteht in leichteren Fällen in Aspiration des Eiters nach Punktion und in einer Autovakzinetherapie; wenn diese Therapie nicht genügt, wird eine einfache Pleurotomie und Drainage bei Fortsetzung der Vakzinetherapie vorgenommen.

Eugen Stransky, Wien.

1823.

Gerbasi, M., Einige Beobachtungen über einen Fall von Herzflimmern. (Pediat., Jahrg. 37, Heft 6, 1929.) Beschreibung eines Falles von Herzflimmern bei einem sieben Jahre alten tuberkulösen Knaben. Das Flimmern tritt im Anschluß an eine Scharlacherkrankung etwa eine Woche nach dem Exanthem auf, um nach wenigen Wochen ganz zu verschwinden. Die Diagnose wird nebst klinischer Beobachtung durch Elektrokardiogramme gestellt.

Eugen Stransky, Wien.

1824.

Rochlin, D. E., und J. I. Arkuski, Differenzierung des Organismus, speziell des Knochensystems, bei angeborenem Herzfehlern. (Wratsch. Gaset, 32., Nr. 11/12, S. 819/822.) Bei angeborenem und früh erworbenem Herzfehler beobachtet man häufig Hemmung der Differenzierung des Organismus, die besonders deutlich im Knochensystem hervortritt. Während diese Hemmung und die Kardiodyplasien (wie Offenbleiben des Foramen ovale bzw. Duct. art. Botalli, Defekt des Septum ventriculorum usw.) nur als zu gleicher Zeit bestehende, aber voneinander unabhängige und anscheinend auf einem Vitium primae formationis beruhende Erscheinungen anzusehen sind, können die als Folge intrauteriner Erkrankung (Endokarditis) oder im frühen Kindesalter sich entwickelnden Herzfehler infolge der ungenügenden Blutversorgung und der Ernährungsstörung eine Hemmung der Differenzierung des Organismus durchaus bedingen.

E. Kontorowitsch.

1825.

Opitz, Grenzfälle auf dem Gebiete der perniziös-aplastischen Anämie und der Leukämie. (Arch. Kindheilk., 86., Heft 4, S. 293, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik Berlin.) Verf. weist darauf hin, wie schwierig, besonders im Kleinkindesalter, die Diagnose von Bluterkrankung ist. Echte perniziöse Anämie ist im Kindesalter sehr selten, doch gibt es im Verlaufe von meist kryptogenetischen Infektionen Blutbilder, die sehr dem Bilde der Erwachsenenperniziösa ähneln. Auch die Leukämie und die pseudoleukämischen Zustände stellen im Kindesalter selbst den erfahrensten Hämatologen vor ein oft unlösbares Problem. — Jedenfalls hat die Pädiatrie auf hämatologischem Gebiete noch sehr viel zu arbeiten.

Pogorschelsky, Breslau.

1826.

Nobécourt, Die chronischen permanenten einfachen Albuminurien der späteren Kindheit. (Prog. méd., Nr. 2, 1929.) Die Albuminurie ist hier ein Symptom: es fehlen Störungen der Nierenfunktion, vaskuläre und kardiale Störungen. Sie sind nicht intermittierend wie die digestive, die im Nüchternzustand, oder die orthostatische, die im Bett verschwindet. Der Harn kann, braucht aber nicht verändert zu sein. Hinsichtlich des Herzens muß man auf den physiologischen dritten Ton des Herzens achten. Die Kinder können völlig gesund erscheinen oder etwas anämisch, oft Hypotrophie oder staturale Hypertrophie, oft Dysmorphie der Jugendlichen, manchmal Neigung zu Fettsucht in Täuschender Blüte, oft Hypertrophie und chronische Infektion des lymphoiden Gewebes des Pharynx, dyspeptische Störungen, Konstipation, fötide Kolitis. Häufig neuroarthritisches oder lymphatisches Temperament. All dies ist nicht Folge der Albuminurie, sondern zufällige Beigabe. Sie kann auf jede akute oder subakute Nephritis folgen und zeigt drei Phasen: mit Albuminurie und Hydrops, dann verschwinden die Oedeme, um später mit Hypertension und Azotämie wieder aufzutreten. Oder man findet sie rein zufällig permanent oder intermittierend. Interkurrente Infektionen, wie Scharlach, können die Albuminurie beeinflussen. Außer den residuellen postinfektiösen Albuminurien gibt es Fälle, bei denen die chronische Albuminurie von vornherein besteht, Kinder, bei denen lediglich eine chronische Hypertrophie und Infektion des Pharynx besteht. Manchmal findet man dabei auch gastrische, intestinale, hepatische Affektionen; auch die Tuberkulose hat man verantwortlich gemacht: die prä tuberkulöse Albuminurie. Ebenso die kongenitale Syphilis, deren Rolle man aber nicht überschätzen darf. Sodann diabetische und dyskrasische Zustände, solche, die zu Fettsucht neigen, Hypothyreotiker, gichtische Eltern. Endlich die hereditären Formen, renale Meiopragie. Prognose im allgemeinen gut. Behandlung der Ursache; außerdem Hygiene, Diät, Ueberwachung der Ernährung und Darmtätigkeit, Fe, As, J, die organischen P-Säuren, Lebertran. Leichte diuretische und Mineralwasserkuren.

v. Schnitzer.

1827.

Widenhorn, Hans, Ueber Nephrektomie bei Pyonephrose im Säuglingsalter. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 10, S. 457.) Die

Bedeutung urologisch-chirurgischer Erkrankungen im Kindes- und besonders im Säuglingsalter und deren durchaus aussichtsreiche Therapie und Prognose bei rechtzeitigem chirurgischem Eingreifen nach genauer urologischer Untersuchung wird betont. Die größere Häufigkeit hämatogen entstandener Nierenerkrankungen gegenüber dem geringeren Auftreten ascendierender Formen von urologischen Erkrankungen wird besonders hervorgehoben. Es wird ein durch Nephrektomie geheilter Fall von Säuglingspyelonephrose beschrieben.

Arnold Hirsch, Berlin.

1828.

Nikitin, B. A., Gemischte Nierentumoren bei Kindern. (Klin. Z. Saratow-Univ., 4., 3. Jahrg., Heft 2, S. 135/143.) Bericht über 2 Fälle. 1. Fall: Knabe, 1 Jahr 4 Monate alt. Seit 3 Monaten bemerkte die Mutter unterhalb des rechten Rippenbogens eine Geschwulst, die mit der Zeit immer größer wurde. Keine Beschwerden. Transperitoneale Nephrektomie. Mikroskopische Diagnose des Tumors: Adenosarcoma (peritheliale) cysticum. ½ Jahr nach der Operation lokales Rezidiv. Das Kind ging zugrunde. — Im zweiten Falle ergab die Operation bei einem 3½-jährigen Knaben, der mit Hämaturie und einer etwa birnengroßen Geschwulst in der rechten Nierengegend aufgenommen wurde, ein Adenomyosarkom. Auch dieses Kind ging ½ Jahr später an einer Metastase in den extraperitonealen Drüsen zugrunde. E. Kontorowitsch.

1829.

v. Mettenheim, H., Therapie der Pyurie im Kindesalter. (Med. Welt, 13, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik Frankfurt a. M.) Die akuten leichten Katarrhe im Säuglingsalter heilen meist ohne Behandlung. Bei schweren Formen dagegen mit toxischen Zuständen (hohem Fieber, Durchfällen, bedrohlichen Symptomen von seiten des Zentralnervensystems, wie Meningismus, Krämpfen) ist in erster Reihe auf Ergänzung der großen Flüssigkeitsverluste zu achten. Gegen das Erbrechen wirken Magenspülungen mit Karlsbader Muhlbrunnen (38°C) oft günstig. Bei stärkeren Wasserverlusten gibt man Instillationen vom Darm aus oder kleine Haltedüsen, 20 bis 30 ccm, ein- bis zweistündlich, oder Infusionen mit 5,4prozentiger Traubenzuckerlösung, 150—200 g, subkutan oder intraperitoneal. Die Dyspepsie ist nach den üblichen Regeln zu behandeln. Bei sinkender Herzkraft sind Herzmittel notwendig. Was die antibakteriell wirkenden Medikamente anbetrifft, so werden die Kolibazillen besser durch Salol, die Kokken durch Urotropin beeinflusst. Die Dosis dieser Mittel darf nicht zu niedrig sein: bei Säuglingen 0,2 bis 0,25 g, bei größeren Kindern 0,5 g Urotropin oder Salol, fünf- bis sechsmal täglich, am besten auch nachts. Alle 3 bis 5 Tage soll man mit den Medikamenten wechseln, da scheinbar eine Gewöhnung eintritt. Am besten hat sich dem Verfasser die Alkalitherapie bewährt. Man gibt bei Kindern bis zu zwei Jahren sechs- bis achtmal 0,5 bis 1 g Natr. citr. oder Natr. bicarbon. (Vorsicht! Tetaniet!) Der Urin muß alkalisch werden und dauernd alkalisch gehalten werden. Nicht so sicher ist die Säuretherapie. Bei chronischen Fällen können Ausspülungen Anwendung finden. Am besten bewähren sich Einspritzungen von ¼ bis 1prozentiger Arg.-nitrlösung (Salzwasser nachspülen!), die, in Abständen von 3 Tagen vier- bis fünfmal angewandt, vielfach eine Heilung herbeiführen. Sehr zu empfehlen sind hohe, bei älteren Kindern literweise Darmeinläufe mit warmem Wasser (38 bis 40°C), Ringerlösung, Kamillentee mittels Darmrohr. In besonders hartnäckigen Fällen kann man die intravenöse Therapie versuchen. Zylotropin ist nicht ganz ungefährlich; gut wirken manchmal 3 Injektionen von 0,15 Neosalvarsan in zweitägigen Abständen. In chronischen Fällen muß die Uroskopie zu Hilfe gezogen werden. L. Gordon, Berlin.

1830.

Rosenbaum, S., Morbilliforme Neugeborenenngrippe mit septischem Ausgang. (Mtschr. f. Kdhk., 43., Heft 2.) Bericht über 5 morbilliforme Exantheme der ersten Lebenswochen, von denen 4 örtlich und zeitlich zusammentrafen. Die Grippenatur dieser Exantheme konnte durch den Nachweis von Influenzabazillen auf der Körperschleimhaut in hohem Grade wahrscheinlich gemacht werden. Die 4 zusammengehörigen Influenzafälle starben an einer sekundären Streptokokkensepsis. Zur Prophylaxe derartiger für die Neugeborenenperiode besonders verhängnisvoller Sekundärinfektionen ist strengste Isolierung der Kinder und Wartung nach den Regeln der Asepsis dringend geboten. Jahr.

1831.

Feer, W., Lymphogranulom bei Kindern. (Jhb. f. Kdhk., 73., Heft 3/4.) Bericht über 9 Fälle von Lymphogranulom im Kindesalter. Die Therapie der Wahl ist die Röntgenbestrahlung, die, je früher angewandt, um so nachhaltiger wirkt. Von den beschriebenen Fällen lebt einer nach einem Krankheitsbeginn vor 6½ Jahren ohne jedes Rezidiv; bei 2 anderen Kindern konnte trotz wahrscheinlicher Rezidive das Leben mittels Röntgenbehandlung bereits 5 bzw. 1 Jahr verlängert werden. Die durchschnittliche Krankheitsdauer aller 9 Patienten beträgt allerdings nur 29 Monate. Jahr.

1832.

Friedman, Eli, Die Diagnose milder Fälle von Polio-myelitis. (New England J. Med., Nr. 8, 1929.) Jede fieberhafte Störung bei Kindern mit Kopfweh, Nackensteifigkeit, spinaler Empfindlichkeit oder Empfindlichkeit der Extremitäten, gleichgültig wie leicht, sollte besonders in den Sommermonaten verdächtig sein: In allen zweifelhaften Fällen Lumbalpunktion, aber nicht später als am neunten Tage; sorgfältige Untersuchung jeder Muskelgruppe auf Paralyse oder Parese zu Epidemiezeiten, nach jeder fieberhaften Störung, bevor ein Kind als gesund angesehen wird.

v. Schnizer.

1833.

Catello, Sorrentino, Statistisch-klinische Beiträge zur Kenntnis der Heine-Medinschen Krankheit. (Pediatri., Jahrg. 37., Heft 5, 1929.) Bericht über 310 Fälle der Kinderklinik in Neapel in den Jahren 1923 bis 1927. Die Krankheit trat meistens sporadisch auf, wenn auch kleine endemische Herde zeitweise beobachtet wurden. Mehr als zwei Drittel aller Erkrankten waren unter 1½, beinahe 90% unter 2 Jahre alt, wobei Säuglinge unter 6 Monaten nur selten erkrankten. Knaben erkrankten häufiger als Mädchen (61,93 : 38,07%). — 89,3% der Fälle haben spinale Lokalisationen, wobei meistens die unteren Extremitäten betroffen werden. Die Krankheit tritt am häufigsten in den Sommermonaten auf. Eugen Stransky, Wien.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

1834.

Hoff, H., und P. Wermer, Klinische Untersuchungen über den Angriffspunkt der Analgetika. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 11, S. 488.) Nach intravenöser Injektion von Atophanyl, nach oraler Darreichung von Pyramidon steigt die Schmerzreizschwelle — gemessen nach der Methode von Martin-Macht — beim Gesunden auf beiden Körperhälften gleichmäßig an.

Auch bei zahlreichen Nervenkranken, die nach diesem Verfahren geprüft wurden, zeigte sich diese Wirkung der Analgetika. Bei 5 Fällen von ausgedehnten Thalamusläsionen — darunter 2 zur Obduktion gelangte Fälle von Thalamustumor — stieg die Schmerzschwelle nach Pyramidon und Atophanyl nur auf der gesunden Seite in normaler Weise an, während sie sich auf der kranken Seite nicht änderte.

In 3 von 5 Thalamusfällen, die auch auf ihre Reaktion auf Morphium untersucht wurden, war die Schmerzschwelle nach Morphium beiderseits gleichmäßig höher geworden.

Es wird angenommen, daß der Angriffspunkt des Atophanils und Pyramidons im Thalamus, der des Morphiums in der Hirnrinde liegt.

Das Refraktärbleiben thalamischer zentraler Schmerzen gegen Analgetika wird mit einer Schädigung des Angriffspunktes der Analgetika erklärt.

In einem von den erwähnten 5 Fällen konnte die richtige Diagnose einer Thalamusläsion auf Grund des einseitigen Ausbleibens der Reaktion auf Atophanyl gestellt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1835.

Franken, Hermann, Darstellung der Wirkung des Lobelins und der Kohlensäure auf die Atmung des Menschen in der Narkose. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 10, S. 439.) Die spezifisch erregende Wirkung des Lobelins auf das Atemzentrum des Menschen wird objektiv erwiesen.

Die intramuskuläre Anwendung in der üblichen Dosis von 0,01 ist, selbst wenn keine erhebliche Schädigung des Atemzentrums vorliegt, nicht sehr wirkungsvoll. Hierbei wird betont, daß die Verhältnisse für Neugeborene hier nicht berücksichtigt werden. Bei diesen wendet Verfasser stets Lobelin intramuskulär bei Asphyxien mit gutem Erfolge an.

Bei intravenöser Anwendung tritt jedoch der Erfolg schlagartig auf, und zwar schon bei 0,0015, jedoch dauert die Wirkung nur 1 Minute. Während dieser Zeit wird der Umfang des Atemvolumens verdoppelt. Bei Injektion von 0,003 kann die Wirkung durch langsames Injizieren bis zu 3 Minuten durchgeführt werden. Durch Injektion von 0,006 in 4 Minuten konnte ein 5 Minuten dauernder Effekt bewirkt werden.

Bei der Dosis von 0,003 intravenös injiziert, machten sich bereits Zeichen des Vagusreizes in Gestalt von Würgen, Husten und Magen-Darmgeräuschen bemerkbar.

Der dem Lobelin nachgesagte Effekt auf das schnelle Erwachen aus der Narkose kann der Förderung des Atemvolumens und damit

em schnelleren Exhalieren des Narkotikums zugeschrieben werden, da die Wirkung zu kurz ist; es wird vermutet, daß das Auftreten von Würgebewegungen usw. — Symptomen, die man im allgemeinen als Erwachungssymptome aus der Narkose anspricht — in den beobachteten Fällen zu der mißverständlichen Auffassung betreffs der Lobelinwirkung als Erwachungsmittel führten.

Die Wirkung der zur Veratmung gebrachten Kohlensäure ist ungleich intensiver. Sie kann praktisch beliebig lang fortgeführt werden und ist bei ihrer technisch einwandfreien Anwendung (2 bis 3%) absolut ungefährlich.

Bei Versagen der Atmung sollte immer Lobelin intravenös injiziert werden, und zwar 0,01 möglichst in einer Zeitdauer von mindestens 3 Minuten. Zugleich sollte versucht werden, mittels künstlicher Atmung oder im Ueberdruckverfahren Kohlensäure + Luft oder Sauerstoff zuzuführen. Ist die Atmung noch im Anfang, so ist Kohlensäure das souveräne Mittel, um sie nach Umfang und Zeit zu beherrschen, vor allen Dingen, wenn durch intravenöse Injektion von Lobelin für beginnende kräftige Atemzüge gesorgt wurde.

Arnold Hirsch, Berlin.

1836.

Modinos, Alexandrien, **Autoserothérapie durch Vesikantien bei infektiösen Krankheiten.** (Paris méd., Nr. 15, 1929.) Die Autoserothérapie ist ein alter Besitz der Menschheit: das Trinken des eigenen Harns bei gewissen Krankheiten, in gewissem Sinne auch das Schröpfen. Auch die Tiere wenden ähnliche Mittel an: sie lecken die Plazenta, um Blutungen zu verhindern; das Lecken einer Wunde. Das Serum einer durch ein Vesikan erzeugten Blase enthält Kohlehydrate, Lipide, Fermente (Oxydasen, Lipasen), Leukozyten verschiedener Art. Menge des zu injizierenden Serums im Höhepunkt der Infektion aus einer Blase gewonnen: je nachdem 10 bis 20 ccm. Anwendung mit Erfolg bei Grippeseptikämien mit bronchopulmonären Komplikationen, Typhus und Paratyphus, bei Pleuritis, Polyserositis, rheumatischem Fieber, bei der gonorrhoeischen Infektion. Ferner bei den Augenaffektionen des akuten Gelenkrheumatismus, bei der puerperalen Infektion, Phlegmasia alba dolens. Auch gegen Tuberkulose und Syphilis ist sie empfohlen.

v. Schnitzer.

1837.

Hall, F. C., **Behandlung der Arthritis.** (New England J. Med., Nr. 8, 1929.) Nicht alle Fälle von Arthritis haben die gleiche Ätiologie und Pathologie. Und deshalb darf man auch nicht alle gleich behandeln. Die Arthritis kann infektiös, toxisch, metabolisch und traumatisch sein. Und zwar sind die häufigsten Faktoren, die zu korrigieren sind, um die Affektion zum Stillstand zu bringen: Ermüdung, fehlerhafte Diät, schlechte Körpermechanik, Konstitution, endokrine Störungen. Ermüdung kann Arthritis nicht nur verschlimmern, sondern sogar einen Anfall auslösen. Arthritis findet man meist bei sehr nervösen Leuten, die Geschäft, Furcht, Ehrgeiz usw. mit ihren Erregungen bis zur Erschöpfung treiben, ohne immer das Gefühl der Ermüdung auszulösen. Sie muten sich meist zu und sind gewöhnlich besonders vor dem Auftreten der Arthritis ihrer Aufgabe nicht mehr gewachsen. Und hier ist Ruhe im Bett in horizontaler Lage eine Kardinalforderung, so wichtig, daß jeder Erfolg ohne sie zweifelhaft ist. Es ist zu unterscheiden zwischen Ermüdung und dem Gefühl davon, und das letztere findet man in vielen Fällen schon lange vor dem Auftreten der Arthritis. Eine zweite Kardinalforderung ist eine richtige Diät: Milchprodukte, grüne Vegetabilien und Zerealien, Früchte; die Knollengewächse, Zerealien und Kohlehydrate sind gewöhnlich viel zu hoch und die Milchprodukte und grünen Blättervegetabilien zu wenig. Mäßig Fleisch; Leber, wenn Anämie sekundär vorliegt. Lebertran (P und Ca!). Endlich Sonne. In vielen Fällen hilft schon die Korrektur dieser beiden Faktoren, Ermüdung und Diät. Von den Endokrinen kommt hauptsächlich das Thyreoideapräparat in Betracht, namentlich bei der atrophischen Form mit vasomotorischen Störungen, cyanotischen kalten Händen und Füßen. Es bessert den Blutzufluß im allgemeinen, vermehrt dadurch die Kapillaren und damit auch die Ernährung der Gelenke.

Normale oder schon geschädigte Gelenke können durch falschen oder übermäßigen Gebrauch gereizt werden und arthritisch darauf antworten. Auch hier ist Ruhe am besten. Viel wichtiger ist aber die Mechanik des Zirkulations-, Respirations- und Gastrointestinaltraktes ganz besonders bei Bettruhe. Von 89 Fällen waren nur 10% infektiös; 15% waren metabolisch; die mittlere Dauer der Erkrankung war 5 Jahre. Die Bekämpfung der obengenannten Faktoren ergab einen Erfolg in 95%.

v. Schnitzer.

1838.

Markow, N., **Die Behandlung der Sepsis mit intravenösen Alkoholinjektionen.** (Wratsch. Gaseta, 32. Jahrg., Nr. 13/14, S. 900.) In der vom Verfasser geleiteten gynäkologischen Universitätsklinik zu Smolensk wurden 13 zum Teil sehr schwere Fälle der Puerperalsepsis (Staphylokokkeninfektion) der Behandlung mit

intravenösen Alkoholinjektionen unterzogen. Alle Patientinnen, bis auf eine, bei der diese Therapie zu spät eingeleitet wurde, genasen. Der Alkohol (95%) wurde in einer Lösung von 50 bis 75 bis 100 g auf 500 g physiologischer Kochsalzlösung, im allgemeinen mit 50,0/500,0 anfangend, in die Kubitalvene eingeführt. Die Einspritzungen wurden, je nach der Schwere des Falles, nach 1 bis 2 oder 3 Tagen wiederholt und betrugen 1 bis 5. Abgesehen von einer Berauschung, die sich 6 bis 10 Minuten nach der Einspritzung zeigt, läßt die intravenöse Einführung großer Alkoholmengen keine Nebenerscheinungen erkennen und wird von den Kranken sehr gut vertragen. Besonders günstig werden davon Appetit, Schlaf und Allgemeinbefinden beeinflusst. In allen Fällen konnte Anstieg der gesamten Leukozytenzahl nachgewiesen werden.

E. Kontorowitsch.

Physiologie,

Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

1839.

Kuré, Ken, Fujii, Naohisa, und Ken Kawaguzi, **Radiologische Untersuchung über Oesophagusinnervation.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 11, S. 491.) Ca-Injektion verursacht eine gewisse Veränderung der Oesophaguspassage; sie schwächt die Peristaltik ab.

Durchschneidung der Vagi am Halse bringt die Peristaltik zum Verschwinden. Nach dieser Operation wird das Öffnen der Kardia unmöglich.

Durchschneidung der Vagi direkt oberhalb des Zwerchfells macht das Öffnen der Kardia unmöglich, bringt aber die Peristaltik nicht zum Verschwinden.

Exstirpation des Ganglion cervicale superius verursacht eigentümliche leichte Passagestörung im obersten Oesophagusteile.

Exstirpation der Ganglia stellata verursacht auch eine eigentümliche leichte Passagestörung im oberen Oesophagusteile.

Ausschaltung der sympathischen Fasern der Ganglia coeliaca verursacht in Kombination mit der Durchtrennung beider Vagi stärkere Passagestörung der Kardia.

Bei der Durchschneidung beider Vagi direkt oberhalb des Zwerchfelles wird die Kardiapassage ebenso stark gestört wie bei Durchtrennung derselben am Halse. Aber in normaler stehender Lage des Hundes passiert die Bariummasse im ersten Falle teilweise durch die Kardia infolge der sich wiederholenden Peristaltik, während im letzteren Falle der Bariumbrei kaum die Kardia passiert, weil hierbei die Peristaltik ganz ausbleibt. Damit ist die Ursache klargestellt, warum Kuré seinerzeit trotz vollständiger Entfernung beider Vagi direkt oberhalb des Zwerchfells die künstliche hochgradige Oesophagusdilatation nicht erzeugen konnte. Das Ausbleiben der Peristaltik und Tonusschwund des Oesophagus (abgesehen von der Kardia) waren eine wichtige Bedingung zur Erzeugung der experimentellen Oesophagusdilatation. Diese Tatsache stimmt gut mit der Annahme von Kraus über die Pathogenese der idiopathischen Oesophagusdilatation überein.

Arnold Hirsch, Berlin.

1840.

Ehrmann, R., **Die Bedeutung des Probefrühstücks in der Praxis.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 11, S. 431.) Durch die Entwicklung der modernen Magendiagnostik, vor allem der Röntgenologie, kommt der Magenausheberung nicht mehr die Bedeutung zu, die sie früher einmal besessen hat. Die Ermittlung genauer Aziditätszahlen ist für die Praxis nicht wesentlich; es genügt eine allgemeine Orientierung mit Hilfe eines Kongopapierstreifens. Der wichtigste und wertvollste Befund des ausgeheberten Mageninhaltes ist die Feststellung abnormer Beimengungen, wie Blut, zersetztes Wundsekret von Neubildungen, Darminhalt usw., sowie die Auffindung von eben noch gerade wahrnehmbaren Speiseresten bzw. groben Rückständen. Hierzu eignet sich am besten der von Ehrmann angegebene Probetrunk. Seine „fraktionierte“ Ausheberung aber ist für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis ungeeignet. Ganz besonders dann, wenn durch Verwendung der mit einer Olive armierten Duodenalsonde die Feststellung von Speiseresten und anderen abnormen Beimengungen so gut wie unmöglich gemacht wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

1841.

Omelanz, A. P., **Die quantitative Veränderung des Blutzuckers nach schwerathletischen Anstrengungen.** (Klin. Med. russ., 9. Jahrg., 6., Heft 17 (92), S. 1214.) Jede körperliche Arbeit ruft Mobilisierung des Zuckers im Organismus hervor. Im Anfang der Blutzucker entsprechend der Intensität der Arbeit erhöht; e

kommt aber im weiteren Verlauf je nach der Dauer und Art der Arbeit bzw. Eigenheiten des betreffenden Individuums ab, wobei eine Werte gewöhnlich zu Ende der ersten nach der Arbeit verlassenen Stunde desto niedriger im Vergleich zu dem Ausgangsniveau sind, je größer die Arbeit in quantitativer Beziehung war. Die Untersuchung einer Reihe von Sportsleuten führte zu folgenden Ergebnissen: Jede körperliche Anstrengung hat je nach ihrem Charakter (Dauer, Umfang, Intensität, Intervalle, Erholung) ihre spezifische glykämische Kurve: a) eine intensive, kurzdauernde körperliche Anstrengung, wie z. B. beim Boxkampf über 2 Runden in 3 Minuten mit einer Erholungszeit von 1 Minute, bewirkt unmittelbar nach der Leistung eine starke Erhöhung des Blutzuckerspiegels (bis zu 0,079 im Durchschnitt); die Blutzuckerwerte gehen jedoch bald zurück, um nach 45 Minuten wieder die vor der Leistung vorhandenen Zahlen zu erreichen. b) Ein Ringen von 10 Minuten Dauer ruft eine bedeutende Erhöhung der glykämischen Kurve hervor (bis 0,068 im Durchschnitt), die jedoch etwa 1 Stunde später wieder zum Ausgangsniveau zurückkehrt. c) Die körperliche Anstrengung mit einer Stange in 5 klassischen Bewegungen von 2 Stunden Dauer bewirkt eine unerhebliche Erhöhung der glykämischen Kurve (bis 0,012), die nach etwa 45 Minuten in der Mehrzahl der Fälle unter das Ausgangsniveau sinkt. — Bei verschiedenen Individuen verändert sich die glykämische Kurve unter dem Einfluß körperlicher Anstrengungen ganz verschieden. Wie es scheint, ist sie bei trainierten, kräftigen Personen im Vergleich zu ihrem Ausgangsniveau höher als bei untrainierten und schwächeren und fällt ganz allmählich langsam ab, indem sie in der Mehrzahl der Fälle zu Ende der ersten Stunde ihr Ausgangsniveau erreicht. Auf Grund der glykämischen Kurve, die während der körperlichen Anstrengung mit einer gewissen Belastung bzw. einige Zeit nachher erhalten wird, kann man sich über die Größe der „Glykohydratreserven“ in der Leber, wie auch über die Fähigkeit der Muskeln, Zucker in Lebensenergie umzusetzen, — oder, was dasselbe ist, über die Widerstandsfähigkeit der Untersuchungsperson — ein Urteil bilden.

E. Kontorowitsch.

1842.

Tschigarin, A. P., Ueber Anwendung der Maniowski'schen Reaktion zur Geschlechtsbestimmung. (Kasan. med. Z., 24. Jahrg., Heft 9, S. 887, 1928.) Die Maniowski'sche Reaktion weist für das Geschlechtsbestimmungsproblem keinen besonderen praktischen Wert auf, da sie nur in etwa 80% der Fälle eine richtige Lösung gibt. Die Untersuchungen, welche in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ausgeführt werden, sind weniger fehlerhaft als diejenigen in der ersten. Da die Eiweißstoffe für den Ausgang dieser Reaktion von qualitativer, insbesondere aber in quantitativer Beziehung von großer Bedeutung sind, ist bei ihrer Ausführung eine genaue Ausfällung in Bezug auf die Menge des untersuchten Blutes bzw. der Reagentien durchaus notwendig, wobei die letzteren chemisch vollkommen rein sein müssen.

E. Kontorowitsch.

1843.

Iwata, M., Beiträge zur Morphologie der menschlichen Tube. (Mschr. Geburtsh.-H., Heft 4/5, 1929.) Die Frage, ob zur Zeit der Menstruation es zu Veränderungen in der Tube kommt, kann noch nicht sicher beantwortet werden. Manche berichten über eine sogenannte Tubenmenstruation. Histologische Veränderungen der Tubenschleimhaut und sekretorische Erscheinungen wurden vielfach beschrieben. Auf Grund der Untersuchungen des Verfassers besteht im ampullären Teil der Tube zwischen zwei Menstruationen eine bestimmte zyklische Veränderung, und zwar in Form von Sekretionserscheinungen und einer begleitenden Veränderung des Schleimhautepithels. Das Flimmerepithel vergrößert sich beim Annähern des Prämenstruums, in welchem viele Flimmerzellen sekretieren. Die Flimmerzellen werden seltener durch Verlust der Flimmerhaare und die Sekretionszellen reichlicher. Später verschwindet das Sekret, und die Epithelien verkleinern sich. Im Postmenstruum werden die nicht flimmernden Zellen des Flimmerstrangs wieder ähnlich. Das Schleimhautstruma beteiligt sich wenig. Die Muskelschicht zeigt keine Veränderung. Glykogen sieht man im reichlichsten im Prämenstruum, während es im Menstruum und Postmenstruum gar nicht oder gegen Ende des Intervalls nur wenig sichtbar ist. Das Vorhandensein von Blut im Tubenlumen ist auf den Rückfluß aus der Gebärmutterhöhle zurückzuführen. Der Tatsache, daß das Sekret in der Tube sich im Prämenstruum vermehrt, wird eine große Bedeutung für die Ernährung des Eis zugesprochen. Ferner konnte Verfasser nachweisen, daß auch in der Tube spezifische Gefäßveränderungen vorkommen, und zwar ist die Schleimhaut des ampullären Teiles der Tube ein Lieblingssitz der Menstruationssklerose. Besonders bei Frauen, die oft geboren haben, finden sich derartige Venenveränderungen. Diese charakteristischen Gefäßveränderungen können deshalb nicht im Arteriensystem vorkommen, weil hier der elastische Widerstand größer ist als im Venensystem. Schließlich konnte festgestellt werden, daß die

Tubengefäße senil sklerotisch verändert sind, und zwar um so mehr, je näher sie sich am Uterus befinden. Zeichen von Arteriosklerose in der Tube finden sich bei allen Fällen im Alter von 40 bis 50 Jahren und in 80% der Fälle im Alter von 30 bis 40 Jahren, also häufiger als im Uterus und Ovarium.

Kosminski, Berlin.

1844.

Koehler, Gertrud, Ovarialhormon und Grundumsatz. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 11, S. 502.) In keinem der untersuchten Fälle konnte eine Beeinflussung des Gasstoffwechsels durch Verabreichung von Ovarialhormon festgestellt werden. Die Tatsache, daß es in zahlreichen Fällen bei objektiv nachweisbaren Störungen der Keimdrüsenfunktion, wie z. B. bei kastrierten Fettsüchtigen, nicht gelingt, durch Ovarialhormonzufuhr den Gasstoffwechsel zu steigern oder eine Gewichtsabnahme zu erzielen, dürfte ein Beweis dafür sein, daß die Keimdrüsen für das Zustandekommen der Fettsucht keine oder nur eine geringfügige Bedeutung haben, und daß letzten Endes wohl der Hypophyse und der Schilddrüse die dominierende Rolle als Regulatoren des Stoffhaushaltes zugesprochen werden muß. Es ist anzunehmen, daß die nach der Kastration auftretende Adipositas nicht direkt durch den Keimdrüsenausfall verursacht wird, sondern auf dem Wege über sekundär gesetzte Veränderungen der Hypophyse oder Schilddrüse entsteht.

Die bei den Versuchen gleichzeitig gemachte Beobachtung, daß es in einigen Fällen gelingt, eine Steigerung des Grundumsatzes durch Verabreichung z. B. von Koffeininjektionen bis zu 10% zu erzielen, dürfte nach Ansicht des Autors ein Hinweis dafür sein, daß die von anderer Seite bewirkte Grundumsatzerhöhung nach Ovarialhormonzufuhr nicht als spezifisch anzusehen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

1845.

Baló, J., und Ö. Nachnebel, Periarthritis nodosa und innere Sekretion. (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 2, 1929.) Die Erkrankungen der endokrinen Drüsen sind im Verlaufe der Periarthritis nodosa (P. n.) sehr häufig. Die Schilddrüse ausgenommen, kommen die Gefäßknötchen der P. n. fast in allen Drüsen mit innerer Sekretion vor und können das Zugrundegehen der Drüsensubstanz bedingen. Sehr häufig werden Veränderungen in der Nebenniere, in den Geschlechtsdrüsen und in der Bauchspeicheldrüse, weniger häufig in der Hypophyse und äußerst selten in der Schilddrüse gefunden. Der Umstand, daß die Drüsen mit innerer Sekretion eine reiche Blutversorgung besitzen, erleichtert das Eindringen von den Erregern der P. n. Die stets zu beobachtenden Nekrosen der lebenswichtigen Substanz der verhältnismäßig kleinen Organe macht es sehr wahrscheinlich, daß im Verlaufe der Krankheit die Funktion dieser Drüsen gestört ist. Wenn auch die Krankheit keine die Funktionsstörung einzelner Organe kennzeichnenden Symptome aufzuweisen pflegt, so wird wohl die Deutung der pathologisch-anatomischen Befunde nicht fehlgehen, wenn sie in den Veränderungen der endokrinen Drüsen eine der wesentlichsten Ursachen der für diese Krankheit so kennzeichnenden enormen Kachexie erblickt.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Ostb.).

1846.

Jánossy, Gy., Sollen wir die Exzitansmittel bei Lähmung des Atmungszentrums intrazisternal oder intralumbal applizieren? (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 2, 1929.) Die angestellten Versuche zeigen, daß die intrazisternale Applikation der das Atmungszentrum erregenden Mittel (Lobelin, Koffein usw.) durch eine intralumbale Applikation nicht zu ersetzen ist; demnach muß auch heute noch als die wirksamste Methode gegen Lähmungen des verlängerten Markes die intrazisternale Injektion angesehen werden.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Ostb.).

1847.

Peiper, A., Die apnoischen Anfälle. (Ein Beitrag zur Kenntnis des menschlichen Atemzentrums.) (Jhbr. f. Kdchk., 73., Heft 3/4.) In Analogie von Tierversuchen von Lumsden ist für das Neugeborene und speziell für das Frögeborene folgender Atemmechanismus wahrscheinlich: bei periodischer Atmung stellt ein höheres, die Atmung regelndes Zentrum seine Tätigkeit ein und ein niederes tritt an dessen Stelle. Im apnoischen Anfall sistieren plötzlich alle Teile der zentralen Atmungsregulierung. Dann fängt zuerst das stammes- und entwicklungsgeschichtlich am niedrigsten stehende Schnappzentrum allein zu arbeiten an, wodurch schließlich die höheren Teile des Atemzentrums wieder erregbar werden.

Jahr.

1848.

Clifford, Randall, Septische bronchopulmonäre Infektionen. (New England J. Med., Nr. 14, 1929.) Eine sehr verbreitete, viel zu wenig beachtete und klinisch und therapeutisch sehr

wechselsvolle Krankheitsgruppe. Die häufigsten Symptome: chronischer Husten und purulentes Sputum. Aspiranten dafür sind in der Regel mit aspirierten Fremdkörpern, nach Keuchhusten, Bronchopneumonie, Patienten mit infizierten Tonsillen, eiterigen Nasen- und Sinuserkrankungen, falsches Verhalten nach Exstirpation septischer Mandeln. Die Lungenbasen sind die Senkgruben für die Infektionen des oberen Respirationstraktes: Schädigung des Bronchialepithels, latente Infektion des Bronchialbaums, Reaktivierung durch eine neue Infektion, Uebergang aufs Lungenparenchym, Fibrosis, Pleuritis, Empyem. Von praktischer Bedeutung ist es, andere Infektionsherde im Körper zu eruieren. Septische Emboli nach Abdominaloperationen, ulzerativer Endokarditis, Phlebitis, perinephritischem Abszess können direkt zu septischer Bronchopulmonärer Infektion führen. Ebenso Fremdkörper, maligne Erkrankungen, vergrößerte Drüsen an der Lungenwurzel, Aneurysmen, rein mechanisch. Alles, was die Bronchien verstopft oder komprimiert, die Fibrosis nach einer Pneumonie: chronische Pneumonie, Atelektase, Bronchiektasie. Aber praktisch ebenso wichtig ist es, früh einzugreifen, es nicht so weit kommen zu lassen. Die Diagnose ist oft recht schwer, und viel hilft dabei eine eingehende Anamnese. Eingehende Untersuchung des Sputums: Menge, Geruch, Charakter, vorherrschende Bakterien. Blut ist nicht nur bei Tuberkulose, kommt auch bei Ektasie und malignen Tumoren vor. Röntgen, evtl. mit Lipiodol, Bronchoskopie. Verziehung des Herzens, leichte Erhöhung des Diaphragmas, dreieckiger Schatten mit der Spitze zum Hilus der Hypotenuse zum Diaphragma. Therapie: Ruhe, Beseitigung von Infektionsherden, Hygiene des Mundes, Drainage durch die Lage mehrmals täglich. In schweren Fällen unter Umständen Thorakoplastik. Arzt und Patient nehmen diese Zustände oft zu leicht.

v. Schnitzer.

1849.

Célice, Jean, **Hypertrophie der Lungen.** (Paris méd., Nr. 15, 1929.) Die Hypertrophie der Lungen wird heute vielfach mit Emphysem identifiziert, und zwar zu Unrecht. Man kann sie auf der gesunden Seite beobachten bei Emphysem, bei Pneumothorax, bei Hydrothorax. Hypertrophie und Emphysem sind aber zwei ganz verschiedene Dinge: erstere ist eine Verteidigungsmaßnahme der Lunge, letzteres eine richtige Krankheit. Und zwar handelt es sich um ganz verschiedene Veränderungen des Parenchyms. Vielleicht ist das, was man als Emphysem anspricht, Hypertrophie. Klinisch findet sie sich in den mobilsten Teilen des Thorax, besonders an den Basen; der Thorax dieser Gegend ist leicht vergrößert. Auch hier sind die Interkostalräume erweitert, die Rippen horizontal. Anatomisch findet man bei der Hypertrophie wie beim Emphysem eine Dilatation der Alveolen; aber die Kapillaren sind vermehrt, die Alveolenwände verdickt, die elastischen Fasern hyperplastisch. Beim Emphysem findet man aber gerade das Gegenteil. Die vitale Kapazität ist bei der Hypertrophie erhalten, ebenso die Beweglichkeit des Zwerchfells. All dies fehlt beim Emphysem. Hier ist auch die lipolytische Tätigkeit der Lunge vermindert; deshalb findet man Emphysem auch vielfach bei Fetten. Keineswegs entsteht aus der Hypertrophie, wie Bard z. B. hinsichtlich der Fetten meint, ein Emphysem. Dazu kommt, daß das Emphysem sich entwickelt auf einem kongenital minderwertigen Zustand der Lungen: die elastischen Fasern sind von vornherein schwächer angelegt. Der idiopathische Emphysematiker hat Arterien, Ptosens, kongenitale Hernien, minderwertige Tunicae musculares. Kurz, von Hause aus eine Dystrophie des elastischen Gewebes, die schließlich, nachdem sie sich an anderen Organen gezeigt hat, an der Lunge erscheint. Die Hypertrophie ermöglicht eine Adaptation der Atemfläche; bei Ausfällen entlastet das Herz, weil eine größere Menge Blut durch die Vermehrung der Kapillaren fließen kann.

v. Schnitzer.

1850.

Palmer, Walter W., Carson, Donald A., und Lawrence W. Sloan, **Der Einfluß des Jods auf die Kreatinausscheidung beim Basedow.** (J. clin. Invest., 6, Nr. 4, 1929.) An 12 Fällen von Basedow und 11 Fällen des sogenannten „toxischen Adenoms“ ist Kreatinurie beobachtet worden.

Bei allen Fällen, die Kreatin in schätzbarer Menge im Urin ausscheiden, findet eine deutliche Abnahme der Kreatinausscheidung statt im Anschluß an eine Joddarreichung. Gleichzeitig sinkt gewöhnlich — aber nicht immer — der Grundstoffwechsel. Held.

1851.

Loiseleur, J., **Die Glykolyse in den Krebszellen.** (Paris méd., Nr. 11.) Allgemein, unbeschadet von Ausnahmen, scheint die Anwesenheit von Kohlehydratreserven in einer Krebszelle in der Form von Glykogen parallel ihrer Malignität zu sein. Nach Warburg ist der Mechanismus der Ausnützung der Glykolyse durch die Krebszelle verändert zugunsten einer Vermehrung der fermentativen Prozesse, und Milchsäure ist das Resultat dieser Ferment-

tation. Aber damit ist man noch nicht sehr viel tiefer in das Wesen der Tumoren eingedrungen. Insbesondere hat man therapeutisch daraus noch keine Vorteile gewonnen. v. Schnitzer.

1852.

Maisin, J., **Die Aetiologie des Krebses auf experimenteller Basis.** (Paris méd., Nr. 11, 1929.) Bei den verschiedenen experimentellen Krebsen muß man unterscheiden zwischen den immer lokal bleibenden histologischen, die nie Metastasen bilden, sogar zurückgehen können, und den physiologischen, die nie zurückgehen und Metastasen bilden. Man kann heute im wesentlichen sagen: es existiert ein Status humoralis, der die Entstehung und Entwicklung des Krebses begünstigt. Dieser Status kann vorübergehend und permanent sein. Wir wissen aber über die engere Natur dieser besonderen humoralen Veränderungen nichts. Auch ist es bis jetzt noch nicht gelungen, aus den malignen Zellen der Säugetiere ein spezifisches Agens zu trennen, ähnlich dem Agens, das Rous für das Hühnersarkom gefunden hat. Wir kennen die tiefere Natur einer malignen Zelle nicht und sind zur Erklärung dieser Zustände lediglich auf Hypothesen angewiesen. v. Schnitzer.

1853.

Sardou, Gaston, **Ueber das Versagen von Vakzinen.** (Paris méd., Nr. 15, 1929.) Bei der Anwendung von Vakzinen spielt außer dem Alter des Präparates, der Dosis, dem Applikationsrhythmus auch noch manche persönliche Eigenschaft hinsichtlich der Wirkung eine Rolle. Dies wird an einigen Fällen dargetan. So trifft man besonders im Winter häufig Furunkulose, die besonders am Kopf, am Hals hartnäckig jeder Behandlung trotzt. Es handelt sich dabei um Vasotoniker: Vasodilatation am Kopfe durch die Kälte, entsprechende Vasokonstriktion an den unteren Extremitäten; dadurch neben Erkältungen, „kalten Füßen“, lokale Veränderungen in der Blutversorgung, die mit Eintritt der wärmeren Jahreszeit von selbst schwinden. Ebenso wie die Furunkel. Solche Faktoren sprechen auch bei Ekzemen mit. In einem anderen Falle waren Insektenstiche bei Hyperthyreodismus der Hinderungsgrund der richtigen Wirkung. In einem dritten Falle verhinderte eine falsch dirigierte Heliotherapie die Heilung. Und in einem vierten Falle stand ein Infektionsherd am Zahn der Heilung hindernd entgegen.

v. Schnitzer.

1854.

Wozak, J., **Zur prophylaktischen und therapeutischen Anwendung des Warnekros-Serums bei Puerperalfieber.** (Möschl. Geburts-H., Heft 3, 1929.) Die verschiedenen Antistreptokokkenserum sind bezüglich ihres therapeutischen Wertes von den Autoren verschieden beurteilt. Am besten eignen sich noch Rekonvaleszenten-serum von Kranken, die eine schwere Infektion überstanden haben. Die Dresdner Frauenklinik hat nun ein Serum von einem Stamm gewonnen, der eine tödliche Sepsis hervorgerufen hatte, und hat mit diesem neuen Serum hauptsächlich prophylaktisch gearbeitet. Dieses Serum wurde in 25 Fällen der Prager Klinik angewandt. Prophylaktisch wurden 7 Fälle behandelt, von denen das Fieber am ersten Tage in 6 Fällen, am zweiten Tage in 1 Fall fiel. 7 weitere Fälle, die nicht mit Serum behandelt wurden, entfierten vielmals am ersten, zweimal am zweiten und einmal am dritten Tage. Es war hier also kein positives Resultat zu bemerken. Auch bei den in therapeutischer Absicht behandelten Fällen fand sich kein merklicher Unterschied. Die Serumbehandlung wurde so schnell wie möglich und in hohen Dosen vorgenommen. Zusammenfassend kann Verfasser das Warnekros-Serum nicht als ein Mittel gegen Puerperalfieber bezeichnen, das den bisherigen in irgendeiner Weise überlegen wäre.

Kosminski, Berlin.

1855.

Docimo, L., **Ueber die Morphologie und Pathogenese der Follikel- und Luteinzysten.** (Ann. di Ostetr. e Ginec., 51. Jahrg., Nr. 2.) (Pathol.-anat. Inst. der Kgl. Univ. in Mailand.) In der Genese der Follikelzysten des Ovariums herrscht keine Einigung der Anschauungen. Nach Besprechung der verschiedenen Theorien (Pfannenstiel, Müller, Schröder, Fränkel u. a.) und Beschreibung der Präparate kommt Verf. zu dem Schluß, daß die zeitweise wiederkehrende, funktionell und organisch bedingte Hyperämie einen wesentlichen Faktor in der Entwicklung der Follikelzysten darstellt. Während für die an den peripheren Zonen des Ovariums gelegenen Zysten die Anschauung Pfannenstiels von der Verdickung der Albuginea und eines hierdurch verhinderten Follikelsprunges zur Erklärung herangezogen werden kann, entsteht in den tieferen, im Stroma gebetteten Follikel infolge des hyperämischen Zustandes in der Drüse eine nicht zeitgerechte und überstürzte Reifung, in deren Folge es zu einer Transsudation in die Höhle und zum Untergang des Eies kommt.

Für die Entstehung der Luteinzysten, auch der kleinsten, welche alle als pathologische Bildungen zu betrachten sind, gelten dieselben Grundlagen wie für die Follikelzysten. An eigenen und

von pathologischer Seite zur Verfügung gestellten Präparaten kann Verf. zeigen, daß auch hier das ausschlaggebende Moment die Hämorrhagie ist. Durch Blutung ins Corpus luteum, unvollständige Resorption des Blutes, Höhlenbildung und Transsudation in die Höhle ist die Entstehung der Zysten gekennzeichnet. Das charakteristische Zeichen dieser Zysten ist das Fehlen jeder epithelialen Bekleidung. An Stelle derselben findet sich ein amorphes oder ein Bindegewebe, das seine Entstehung dem Fibrinwalle der äußeren Begrenzung der Hämatomie verdankt. L. Szamek, Wien.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

1856.

Benda, Clemens Ernst, Zur Klinik der peripherischen Gefäßkrankungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 11, S. 434.) Bei einem 32jährigen, sonst angeblich ganz gesunden Mann bildet sich plötzlich ohne jeden ersichtlichen Grund nach 14tägigen Schmerzen in beiden Waden das Symptom des intermittierenden Hinkens heraus. Nach 5 Monaten stellt sich Nekrose der Innenseite der kleinen Zehe links ein. Die klinische Untersuchung kann eine allgemeine Gefäßkrankung der peripherischen Arterien nachweisen, wobei sowohl Arme wie Beine befallen sind, aber in sehr verschiedener Stärke. Unter Ruhigstellung und medikamentöser Behandlung geht der anfangs stark progrediente Krankheitsprozeß nicht weiter; die Veränderungen bilden sich langsam zurück und annähernd normale Verhältnisse stellen sich wieder her.

Zur Ätiologie konnte die histologische Untersuchung der amputierten Zehe keinen Beitrag liefern.

Ätiologisch bildet dieser Fall wie die anderen Fälle mit dem gleichen Symptomenbild mancherlei Unklarheiten. Die beschriebenen Pigmentverschiebungen, die Leukoplakie, die Rhagadennarben ließen den Verdacht auf Syphilis auftreten. Immerhin mußte man bei einem ziemlich floriden Prozeß mit großer Wahrscheinlichkeit einen positiven Ausfall der WaR. erwarten. Daß dieser auch nach Provokation und bei wiederholten Untersuchungen fehlte, läßt die Annahme berechtigt erscheinen, daß die Syphilis in diesem Falle zur Erklärung der Entwicklung der Krankheit nicht ausreicht und noch andere Momente in Betracht gezogen werden müssen.

Zur Ätiologie des Symptoms „intermittierendes Hinken“ nicht nur, sondern auch zur Ätiologie der „Arteriitis obliterans“ muß gesagt werden, daß eine ganze Reihe von Momenten zu dem gleichen Krankheitsbilde führen können, da die Reaktionsmöglichkeit der Arterien überhaupt beschränkt ist. Die große Bedeutung der Syphilis ist bekannt. Aber auch Infektionskrankheiten, mechanische Schädigungen, in erster Linie lang einwirkende Kältereize und das Nikotin kommen in Frage. Die Bedeutung des Nikotins ist allerdings noch zweifelhaft und kann nur im Sinne einer allgemeinen prädisponierenden Schädigung angenommen werden, da eine große Anzahl Menschen sehr hohe Mengen Nikotin konsumiert, ohne daß Schädigungen am Gefäßsystem nachgewiesen werden können.

Die interne Therapie ist nicht undankbar, besonders wenn das Leiden frühzeitig erkannt wird. Die Therapie im einzelnen hat sich selbstverständlich nach dem Grundeiden (Syphilis, Gicht, Diabetes) zu richten. Im speziellen steht bei der Bekämpfung der Angiosklerose unter den Medikamenten das Jod an erster Stelle. Es wird auf die resorptionsfördernde und periphere gefäßerweiternde, nach Heusser auch auf eine die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzende Wirkung des Jods hingewiesen. Dabei werden oft recht hohe Dosen vertragen; von Guggenheim wurde jedoch kürzlich darauf hingewiesen, daß die günstigste Wirkung des Jods und Broms bei sehr kleinen Dosen liegt (Natr. jod., Natr. brom. aa Aqua dest. ad 200). Von allen Beobachtern wurde gleichmäßig sehr bald eine auch subjektiv Erleichterung schaffende Wirkung dieses Mittels festgestellt. In fraglichen Fällen aus diesen Erfolgen auf eine syphilitische Ätiologie zu schließen, ist nicht erlaubt. Leider verliert sich die gute Wirkung des Jods in bezug auf die subjektiven Erleichterungen in den späteren Krankheitswochen oft wieder.

Als Medikamente empfiehlt Verfasser gefäßerweiternde Mittel: Nitrite, Nitroglyzerin, Chinin. Ganz besonders weist er auf das Aspirin hin, und zwar soll in diesem Falle gerade bei niedrigen Dosen (nicht über 0,5) der maximale Wirkungswert liegen, während von höheren Gaben ungünstigere Wirkungen beobachtet wurden. In zweiter Linie kommen Herztonika in Betracht, und zwar solche, von welchen eine bessere Blutversorgung und eine Begünstigung des Kollateralkreislaufes zu erwarten ist, ohne daß sie eine Wirkung auf Vasomotoren ausüben; also vor allen Dingen die Strophantuspräparate im Gegensatz zu Digitalis (Bing). Vor Digitalis wird gewarnt.

Je mehr ein schleicher und relativ gutartiger Verlauf das Bild einer Früharteriosklerose zeichnet, desto mehr werden milde physiko-therapeutische Maßnahmen, warme und elektrische Bäder, Galvanisation, Diathermie usw. in Frage kommen.

Ganz besonderer Wert ist auf die Einleitung der Gehübungen zu legen. Zu Beginn ist unbedingte Ruhe dringend erforderlich, später müssen die Gehversuche in ihrer Zeit vom Arzt genau festgelegt und reguliert werden, da Ueberanstrengung leicht zu einem Rückfall führen kann.

Die Prognose ist bei rechtzeitig gestellter Diagnose nicht ungünstig. Arnold Hirsch, Berlin.

1857.

Hilpert, P., Zur Symptomatologie der nichteitrigen Sinusthrombosen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 11, S. 496.) Auf Grund der wenigen berichteten Fälle wird sich natürlich grundsätzlich zur Diagnostik der nichteitrigen Sinusthrombose, die ohne charakteristische Stauungserscheinungen einhergeht, noch nicht allzuviel sagen lassen. Charakteristisch scheinen hauptsächlich die initialen psychischen Störungen, die stets mit den subjektiven Symptomen des Kopfschmerzes und Schwindels einhergehen, zu sein. Ferner ist die Gesamtentwicklung des Krankheitsbildes von der leichteren psychischen Störung ohne neurologischen Befund zu schweren psychotischen Störungen und kompakten neurologischen Ausfalls- und Reizerscheinungen typisch. Hinsichtlich der Diagnosenstellung ist es ja besonders wichtig, daß überhaupt an die Möglichkeit einer Sinusthrombose gedacht wird. Zu grundlegenden diagnostischen Ergebnissen wird nur eine reiche Kasuistik führen können. Die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose liegt vor allem darin, daß in manchen Fällen die Möglichkeit eines lebensrettenden chirurgischen Eingriffes zweifellos gegeben sein kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

1858.

Stopfond, John S. B., Manchester, Vermehrter intrakranieller Druck. (Brain, 51., Part. 4, 1928.) Der vermehrte intrakranielle Druck bei Tumoren oberhalb des Tentoriums ist durch Abdrängung der Falx und dadurch bedingte Kompression der großen Galenischen Vene entstanden, die eine starke Liquorproduktion hervorbringt.

Bei Tumoren unterhalb des Tentoriums entsteht der vermehrte Druck durch Emporwölbung des Tentoriums, wodurch ebenfalls die Kompression der Vene erfolgt.

Der Ursprung der Druckerhöhung liegt in einer Hinderung der venösen Drainage des Plexus choroideus oder in einem Block in der Gegend des Aquäduktes oder des vierten Ventrikels, wobei indessen noch eine Reihe sekundärer Faktoren mitsprechen.

Haber.

1859.

Ochsenhändler, S. M., Peptontherapie bei Migräne. (Klin. med. russ., 9. Jahrg., 6., Heft 17 (92), S. 1204—1209.) 11 Migränefälle wurden mit 5prozentiger Witte-Peptonlösung behandelt. Die Injektionen erfolgten einmal in der Woche intragluteal in einer Dosis von 1,5—3,0 ccm; in manchen Fällen, wo sie gut vertragen wurden, auch zu 5,0 ccm. Behandlungszeit 5 Wochen. Resultate: 4 Fälle geheilt (6 bis 8 Monate Beobachtungszeit), in 5 Fällen deutliche Besserung — die Anfälle wurden seltener und kürzer, der Kopfschmerz schwächer und das Erbrechen verschwand; in 2 Fällen Versagen. Wegen der in manchen Fällen beobachteten starken Reaktion bei Einführung von größeren Peptonosen muß die Dosierung individuell erfolgen. E. Kontorowitsch.

1860.

Armour, Donald, Einige Bemerkungen über Kopfverletzungen. (Brain, 51., Part. 4, 1928.) Da bei schweren Kopfverletzungen der erste Schock mit einem schnell wachsenden medullären Oedem und Kollaps verbunden ist, so soll eine Operation niemals im ersten Schock vorgenommen werden. Zunächst muß dieser in bekannter Art und Weise behandelt werden (nach Fay am wirksamsten mit rektalen Instillationen von Magnesiumsulfat). Ist bereits das terminale Stadium des medullären Oedems und des Kollapses eingetreten, kenntlich an der Atemlähmung der raschen und unregelmäßigen Herzaktion, maximal weiten Pupillen, tiefem Koma, vollkommener Muskeler schlaffung und ständig fallendem Blutdruck, so soll keine Operation mehr versucht werden; diese würde mißlingen und nur das Ansehen der Chirurgie schmälern. Die beste Periode zum chirurgischen Eingriff ist die der „kapillaren Anämie“, wenn der steigende Liquordruck sich dem Kapillardruck nähert, klinisch ausgedrückt durch langsamen Puls und leichtes Ansteigen des allgemeinen arteriellen Blutdrucks infolge Reizung des Vasomotorenzentrums. Die vermehrte venöse Stauung zeigt sich durch starke Kopfschmerzen, Unruhe, Delirium, Zyanose. Ophthalmologisch besteht Erweiterung der Netzhautvenen mit oder ohne Oedem der Papillen. Der Liquordruck ist 300 und höher. Die Operation besteht in einer rechtsseitigen subtemporalen Entlastung, da der darunter liegende Hirnteil eine stumme Region ist und eine Drainage der mittleren Schädelgrube an ihrer tiefsten Stelle erlaubt. Die Dura bleibt offen, das Drain 48 Stunden oder länger, je nach Fall, in der Öffnung. Haber.

1861.

Wolff, H. G., H. Kentmann und St. Cobb, **Das Elektromyogramm bei schwerer Myasthenie.** (Brain, 51., Part. 4, 1928.) Das elektromyographische Studium der Aktionsströme des aktiv kontrahierten Muskels bei schwerer Myasthenie ergibt deutliche Abweichungen von der Norm. Weder verändert sich die Frequenz mit dem Einsetzen der Erschöpfung, noch wächst die Amplitude, die von Anfang an gering ist. Sie bleibt gering oder nimmt sogar noch ab.

Die Erschöpfung des Muskels bei schwerer Myasthenie ist elektromyographisch ganz verschieden von der Ermüdung des normalen Muskels. Das Fehlen adäquater Aktionsströme beweist auch das Fehlen adäquater Muskelaktion oder Kontraktionsfähigkeit, nicht „exzessive Ermüdbarkeit“.

Die elektromyographische Prüfung beweist ferner, daß die Muskelererschöpfung einem fundamentalen Defekt peripher von der ventralen Vorderhornzelle, vermutlich in der Muskelzelle selbst, zuzuschreiben ist. Haber.

1862.

Stawrowskaja, M. N., **Ueber Erfolge der Epilepsiebehandlung mit Gehirnemulsionen.** (Klin. Med. russ., 9. Jahrg., 6., Heft 17 (92), S. 1187—1196.) Durch die Experimente Choroschkos und die Ergebnisse seiner Klinik angeregt, unterzog Verf. 60 Fälle von Epilepsie (45 Männer, 10 Frauen, 5 Kinder) der Behandlung mit Gehirnemulsion. Er benutzte eine 24 Stunden alte Rückenmarksemulsion, die während eines bzw. zweier Monate täglich zu je 1,0 ccm subkutan injiziert wurde, worauf eine ein- bis zweimonatige Pause folgte. Die Kur wurde drei- bis fünfmal wiederholt. In einzelnen Fällen wurden während der Pausen Sedativa gereicht. Was die Behandlungsergebnisse anbelangt, so können sie folgendermaßen zusammengefaßt werden: während dreijähriger Beobachtungszeit wurden nach dieser Behandlung keine schädlichen Nebenerscheinungen beobachtet, und die Injektionen erwiesen sich als vollkommen unschädlich. In 20% der Fälle wurde danach Sistieren der Anfälle beobachtet. Verschwinden der Anfälle auf kürzere oder längere Zeit bzw. Verminderung ihrer Stärke erfolgte in 45 Fällen (75%). Verminderung der Zahl der Anfälle wurde in 86,7% aller Fälle erzielt. Es sei bemerkt, daß zu Beginn der Injektionen sehr häufig Vermehrung und Verstärkung der Anfälle beobachtet wird, was jedoch nicht zum Abbruch der Behandlung Veranlassung geben soll. Auch in denjenigen Fällen, wo die Anfälle nach den Injektionen nicht verschwinden, bewirkt diese Behandlung eine wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes, des Appetits, des psychischen Status, sowie Erhöhung der Arbeitsfähigkeit. E. Kontorowitsch.

1863.

Warburg, Erik I., und Stefan Jørgensen, **Psychosen und neurasthenische Zustände bei Achylia gastrica und Megalozytose und die Beziehungen dieses Syndroms zu der perniziösen Anämie.** (Act. med. scand., 69., Heft 5—6, S. 437, 1928.) In Verbindung mit Achylia gastrica und Megalozytose findet man akute Erregungsstadien, oft verbunden mit Verfolgungsideen und anderen Halluzinationen. Diese irritativen Stadien können sehr kurz sein. Gewöhnlich jedoch dauern sie von einem Tage bis zu einigen Wochen. Nicht selten wird der Ausbruch durch ein psychisches Trauma hervorgerufen. In einigen wenigen Fällen war das akute Stadium megalomaniakalisch und von einem Typ, der ähnlich der generellen Parese ist. Vollkommene Verblöding ist dabei recht selten. Die geistigen Störungen waren immer mit einem bestimmten System der Illusionen und Halluzinationen verbunden: Herabgesetzte Merkfähigkeit und Konfabulation, wie sie bei der Korsakowschen Psychose häufig vorkommen. Im Exzitationsstadium werden die Patienten nicht selten für ihre Umgebung gefährlich, ja in einigen Fällen sogar für sich selbst. Oft gehen dem Ausbruch der Psychose langdauernde Zustände von Neurasthenie voraus. Die Beziehungen dieser Erkrankungsform zur perniziösen Anämie ist nicht ganz überzeugend dargestellt. Arnold Hirsch, Berlin.

1864.

Wilson, R. B., **Histopathologische Veränderungen bei progressiver Paralyse nach Malariaabehandlung.** (Brain, 51., Part. 4, 1928.) In 15 Fällen, die 6 Wochen nach der Behandlung zur Autopsie kamen, besteht histologisch ein schwerer diffuser paralytischer Prozeß: starke Gliaproliferation, Anhäufung von Eisen in den Gefäßwänden und Mikroglia, die auf vermehrte Permeabilität der Gefäße schließen läßt. Spirochäten fanden sich in einem Fall.

In 13 Fällen, 6 Wochen bis zu 2½ Jahr nach der Behandlung, fand sich eine graduelle Besserung in der Anordnung der Schichten und Nervenzellen bei reduzierter Infiltration und Gliaproliferation. Die beträchtliche Abnahme des Eisengehaltes der Gefäße und Mikroglia unterstützt den serologischen Nachweis der verminderten Durchlässigkeit der Gefäße. In keinem Fall fanden sich Spirochäten, ein Beweis der Zerstörungskraft der Malariaabehandlung.

Unter den Fällen, nach 6 Monaten bis 2½ Jahr, fanden sich in fünf von sechs Fällen Spirochäten. Bei diesen Fällen scheint der Infekt nicht erfolgreich bekämpft und kann nach 6 Monaten seine Virulenz wiedergewinnen. Hier war auch serologisch keine Besserung nach der Behandlung eingetreten, während bei Fällen mit histologischer Besserung auch die serologische Hand in Hand ging.

3 Fälle, 3 bis 5 Jahre nach der Behandlung, folgen den obigen Regeln weniger deutlich, woraus zu schließen ist, daß nach 3 Jahren die Malariaabehandlung ihren Einfluß verloren hat.

Haber.

Psychologie und Psychopathologie

1865.

Galant, J. S., **Die Psychotherapie des Gynäkologen.** (Mschr. Geburtshilfe, Heft 1/2, 1929.) Die Psychotherapie kann nur dann von Nutzen sein, wenn sie von einem geübten Arzt in richtiger Weise angewandt wird. Die psychotherapeutischen Maßnahmen des Frauenarztes sind allerdings begrenzt. Nur solche psychogenen Symptome, die einen Bestandteil einer gynäkologischen Erkrankung bilden, gehören in die Behandlung des Frauenarztes. Die Dysmenorrhöe ist oft psychisch bedingt. So gibt es die sogenannte induzierte Dysmenorrhöe, die durch die Darstellung älterer Frauen von den unangenehmen Begleitsymptomen des Unwohlseins hervorgerufen wird. Hier kann man prophylaktisch durch Schilderung der Menstruation als eines normalen beschwerdefreien Vorganges die Beschwerden beseitigen. Das gleiche gilt vom Erbrechen der Schwangeren, da die meisten Frauen, die schwanger werden, von allen Seiten gehört haben, daß das Erbrechen unbedingt hierzu gehören muß. Hier kann Psychotherapie Großartiges leisten. Liegt die Ursache eines Frauenleidens in einem psychischen Trauma, so ist die Behandlung langwieriger. Mitunter handelt es sich auch um eine bloße Aggravation, die ebenfalls durch suggestiv wirkende Worte beseitigt werden kann. Es gibt eine Reihe psychisch bedingter Störungen der Menses, die der Psychotherapie leicht zugänglich sind. So konnte man durch Hypnose die Menses hervorgerufen oder zum Stillstand bringen. Hier ist ferner die eingeübte Schwangerschaft zu nennen, bei der durch Autosuggestion alle typischen Symptome der Gravidität anzutreffen sind. In eine besondere Gruppe gehört die Frigidität und der Vaginismus, der allerdings auch organisch bedingt sein kann. Die Frigidität ist der Beeinflussung des Arztes weniger zugänglich. Hier muß versucht werden, die anderweitig gebundene Libido zu befreien. Ein dankbares Feld der Psychotherapie sind auch die Kreuzschmerzen. Hier ist nach Ausschließung organischer Symptome, wie Retroflexio usw., das psychische Moment einer Aggravation zu berücksichtigen und eine kombinierte Psychotherapie zu empfehlen. — Schließlich bildet das Klimakterium ein dankbares Gebiet der seelischen Behandlungsmethoden. Bei all diesen Erkrankungsformen ist die Erziehungstherapie, Suggestion und bisweilen Hypnose zu empfehlen, dagegen ist vor der Psychoanalyse zu warnen, da sie in der Hand des nicht geübten Frauenarztes gefährlich werden und zu schlimmsten Mißverständnissen führen kann.

Kosminski, Berlin.

1866.

Lowenthal, **Wie kann man die Erinnerungen der Kriegsanmesien wecken?** (Prog. méd., Nr. 2, 1929.) Die Amnesie interessiert heutzutage mehr Kreise als nur die Psychiater. Es ist heute wissenschaftlich möglich, in die Vergangenheit eines, der sein Ich verloren hat, einzudringen und ihm seinen Namen und sein Wesen wiederzugeben. Das Abramowskysche Gesetz lautet modifiziert: Jeder psychische intellektuelle oder organische Vorgang eines Individuums ist fähig, unter der Form vollständiger oder unvollständiger Erinnerungen in den offenen Zustand einzutreten, wenn es sich um erlebte Eindrücke oder erworbene Kenntnisse handelt oder unter der Form der Reizidee bei organischen Läsionen. Von den Kräften und der Materie, die in der Aszendenz das Wesen zusammensetzen, geht nichts verloren, alles wird offen oder latent auf die Deszendenz übertragen als Rudiment bei der Materie, als Instinkt, Erinnerung bei Fähigkeiten usw., und diese sind der Reversion fähig. Damit sind anscheinend übernatürliche Erscheinungen dem Natürlichen und damit der Wissenschaft nähergerückt. So hat Pascal als Kind mathematische Aufgaben gelöst, die den größten Mathematikern seiner Zeit Schwierigkeiten bereiteten; sein erworbenes Wissen war dabei sehr gering. Das latente Erworbene erscheint eines Tages beim Individuum im Unterbewußtsein (wenn Wille und Sinnesorgane gelähmt sind), die *conditio sine qua non*, daß Erlebtes vom Latenz- in den offenen Zustand übertritt, das ankestral Übertragene im Unbewußten (völliges Erlöschen des Willens usw.). Das Unbewußte überwiegt in den Werken des Genies und des Talents, und deshalb erkennen sie sich oft schwer darin wieder. In anarchischem Zustand hat man das Uebertreten vom Latenten

ins Offene im Delirium, hervorgerufen durch den Schock, der das Bewußtsein partiell oder total auslöscht. Das Gebiet des Schocks, eines der interessantesten Probleme der Psychologie und die Biologie, ist groß und noch wenig erforscht. Er bringt Tod oder Krankheit, Gutes, Böses, Ruhm, Schande, Mut, Feigheit, Tugenden, Laster, Verbrechen. Man unterscheidet den traumatischen, psychischen und toxischen Schock. Er ruft, gleichgültig aus welcher Ursache entstanden, eine Reihe psychobiologischer Phasen hervor, stets in der gleichen Folge, aber so rasch unter Umständen, daß eine Beobachtung unmöglich sein kann, die aber einzeln verschieden sein können. Zunächst verschwindet das zunächst liegende Bewußtsein mehr oder weniger rapid; progressiv erlischt dann die Perception der äußeren und inneren Welt (Sinnesorgane, Wille, freiwillige Bewegungen). Es folgt ein Defilé von Erinnerungen, eine Wiedergeburt erworbener Kenntnisse und deren Koordination. Oder Deliriumvisionen aus der Vergangenheit (der Ruft nach der Mutter bei Greisen); das ganze Leben mit längst vergessenen Episoden rollt in wenigen Stunden ab, wie bei geretteten Ertrunkenen beobachtet. In diesem Zustand der Hemianästhesie wurde wahrscheinlich Archimedes getötet. Dieser Zustand des Unterbewußten kann bei den Zerstreuten dauernd sein (Ampère legte den nassen Schirm ins Bett und stellte sich in die Ecke). Dann kommt in der zweiten Phase das Erlöschen des ankestral Uebertragenen, aber voraus gehen auch hier Erinnerungen, die in der Aszendenz aufgesammelt wurden oder in anderer Form Delirien, Visionen aus der ankestralen Vergangenheit, die gerade deshalb nicht zu entziffern sind. In diese Phase gehört der Somnambulismus, der Schlaf der Medien (das Sprechen fremder Sprachen z. B. usw.). Die dritte Phase: der Erethismus beim Unfall, die Exzitationsperiode (Narkose), das Delirium tremens, die Agonie, das Kollektivdelirium (Panik); bei allen Rassen und Klassen dasselbe bekannte Bild. Hier enthüllt sich das unbewußte Tierische in seiner ganzen Schrecklichkeit. In diesem Zustand begehen Alkoholiker, Idioten, Epileptiker, Morphisten, die fanatisierten Massen usw. Verbrechen. Auf diese dramatische, stürmische Phase folgt der letzte Akt, das Präludium des Endes, eine tiefe Ruhe, das physiologische, vegetative Unbewußte: das Individuum vegetiert wie eine Pflanze; die anatomische Architektur ist nur die trügerische Fassade, eine prinorielle Form. Robuste können dies überstehen, wenn keine Herz-, Nieren- oder Leberinsuffizienz dazu kommt, und dann geht es denselben Weg zurück. Die vegetative Phase kann jahrelang dauern bei schweren Kataleptikern, oder der Zustand kann kongenital sein bei Idioten. Jeder Eindruck bleibt für immer ins Gedächtnis eingraviert und geht nie verloren. Vergessen sind nur schlafende Eindrücke, die jederzeit erwachen können, aber nicht in einem vom Bewußtsein gewählten Moment. Dieses ist mit seinen tyrannischen, widersprechenden Forderungen eher eine Fessel, und das Gedächtnis und seine schaffende Kraft, die Koordinationsfähigkeit, schicken es, um in Frieden arbeiten zu können, geradezu schlafen: deshalb greifen Dichter usw. zum Wein, Kokain, Tabak usw., der Inspiration wegen, die lediglich ein Zustand des Unterbewußtseins ist. Und sehr wahrscheinlich kann man durch den toxischen Schock die Amnesie heilen, besonders durch den anästhetischen, mit Chloroform, Aether usw. Es ist dies das einzige Mittel, das wir haben, um ein Entzündungsdilid hervorgerufen. Und zwar nimmt man am besten die Aeußerungen mit einem Phonographen auf, um sie nachher in Ruhe entziffern zu können.

v. Schnizer.

Soziale und gerichtliche Medizin

1867.

Ewald, Paul, **Lassen sich Leitsätze in der Frage Arthritis deformans und Unfall aufstellen?** (Mschr. Unfallheilk., Nr. 4, 1929.) Ewald begründet nochmals seine 1925 auf dem Internationalen Kongreß für Unfallheilkunde aufgestellte Richtlinie:

„Eine im Gefolge einer Verletzung auftretende chronisch deformierende Gelenkentzündung kann als Unfallfolge nur anerkannt werden, wenn sie sich an der Stelle der Verletzung im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung entwickelt. Tritt sie hier oder gar an entfernt liegenden Gelenken erst nach mehr als einem Jahre auf, so ist sie nicht mehr als Unfallfolge anzusehen.“

Michaelis.

1868.

Schmidt, G. W., Dresden, **Sekundäre Arthritis deformans und Unfall.** (Mschr. Unfallheilk., Nr. 4, 1929.) Die primäre Arthritis deformans ist als Aufbrauchkrankheit oder Abnutzungskrankheit in den älteren Lebensjahren zu betrachten. Die sekundäre wird öfters bei jugendlichen Leuten beobachtet, sie tritt meist monoartikulär auf; unter den verschiedenen Ursachen kann das Trauma eine Rolle spielen.

Die sekundäre oder lokale Arthritis deformans kann die Folge selbst eines leichten Unfalles sein. Die traumatisch entstandenen

Corpora libera können zum Zustandekommen einer Arthritis deformans Veranlassung geben. Das Trauma braucht das Gelenk nicht direkt zu treffen. Es kann sich auch eine Arthritis deformans entwickeln, wenn außerhalb der Gelenkzone eine Komponente der funktionellen Einheit des Gelenkes geschädigt wurde. Die infolge eines Unfalles gestörte Statik kann auch zur Entstehung einer Arthritis deformans in einem entfernten Gelenk derselben Extremität führen.

Die Arthritis deformans soll sich gewöhnlich im Anschluß an den Unfall entwickeln und im allgemeinen nicht später als zwei Jahre nach diesem auftreten. Für die traumatische Arthritis deformans brauchen wir eine arthritische Disposition nicht annehmen. Die infolge eines Unfalles entstandene Arthritis deformans ist nur bis zur „subjektiven“ bzw. funktionellen Wiederherstellung zu entschädigen. Bei Verschlimmerung einer bereits bestehenden Arthritis deformans durch einen Unfall ist eine Rente nur solange zu gewähren, bis der alte Zustand wieder erreicht ist. Allgemein anerkannte Richtlinien für die Beurteilung des Zusammenhanges von Arthritis deformans und Unfall gibt es bisher nicht.

Michaelis.

1869.

Triebel, **Haben die Unglücksfälle als Todesursache zu- oder abgenommen?** (Arch. Hyg., Nr. 2, 1929.) Die tödlichen Betriebsunfälle der Industrie haben bis Kriegsende absolut zu-, von da an aber abgenommen. Eine relative Abnahme war bis Kriegsbeginn vorhanden. Die Abnahme hat sich nach einer vorübergehenden Steigerung in den Kriegsjahren weiter fortgesetzt. Die tödlichen Unfälle der Land- und Forstwirtschaft haben absolut und relativ bis 1907/1908 zu-, von da an wieder abgenommen. Die Kriegszeit blieb auf die Bewegung der Ziffern ohne Einfluß. Bei den Eisenbahnen haben die tödlichen Unfälle absolut bis 1918 zugenommen. Von diesem Zeitpunkt an setzte ein starker Rückgang ein. Relativ nahmen die Zahlen bis Kriegsbeginn ab, im Kriege zu, später wieder ab, sind aber noch höher als in den letzten Vorkriegsjahren. Die tödlichen Verkehrsunfälle in den Städten haben absolut zugenommen, relativ aber abgenommen. Die Gesamtzahl der tödlichen Unglücksfälle im Deutschen Reich hat bis 1919 absolut ungeheuer zugenommen. Von da an ist wieder eine Abnahme zu verzeichnen.

N. Henning, Leipzig.

1870.

Ufland, J. M., **Muskelkraft bei Saturnismus.** (Arch. Hyg., Nr. 2, 1929.) Dynamometrische Untersuchungen bei Bleikranken. Prüfung der Flexoren des Unterarmes, der Flexoren des Oberarmes und der Rückenmuskulatur. Bei Bleivergifteten sinkt die Muskelkraft. Die Schwäche erstreckt sich auf die verschiedensten Muskelgruppen. Die Aufnahme von Blei in den Organismus schwächt die Handkraft des Arbeiters in demselben Maße wie zehn Lebensjahre. Die Wirkung der Bleivergiftung ersten und zweiten Grades kommt dem Einfluß von 20 bis 25 Lebensjahren gleich.

N. Henning, Leipzig.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

1871.

den Hoed, G. Stoel und de Vries, **Untersuchungen über Zweckmäßigkeit des Augenschutzes bei Bestrahlung des Augenlides.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Februar 1929.) Die Verff. versuchten mit Hilfe einer Phantomanordnung die Intensität der Radiumstrahlen und ihre Einwirkung auf die verschiedenen Teile des Auges zu messen. Aus anatomischen Atlanten konnten sie die durchschnittlichen Entfernungen zwischen den Teilen des Auges feststellen. Sie fertigten feine Plättchen aus metallfreiem Gummi an und legten sie aufeinander mit Zwischenschaltung von photographischen Filmchen. Darauf brachten sie das Radiumpräparat an. Durch Messung der Schwärzung der Filmchen gewannen sie einen Einblick in den Intensitätsverlauf der tieferen Schichten. Bei Anwendung eines 2 qcm großen, durch 1½ mm Ag, ½ mm Fe und 1 mm Gummi filtrierten Radiumpräparates an der Haut ergab sich, daß die Conj. bulbi noch 40%, die Iriswurzel 20%, der hintere Linsenpol 10,5% und die entferntesten Teile der Retina 3% der Oberflächendosis erhielten.

Um das Auge gegen die schädigende Wirkung der Strahlen zu schützen, gibt es zwei Methoden: Entweder durch Einschaltung eines Schwermetalles — z. B. Blei — zwischen dem Strahlensender und dem Auge und durch Absorption einen Teil der Strahlen unschädlich zu machen, oder durch Vergrößerung der Entfernung zwischen dem Strahlensender und dem Auge, was man durch Einbringen einer dicken Prothese in den Bindehautsack erzielen kann. Die erste Methode hat insofern Nachteile, als das Schwermetall selbst zum Strahlensender von sekundären α -, β - und γ -Strahlen

wird, die von den Geweben im großen Maße absorbiert werden. Um nun die Wirkung der beiden Methoden zu studieren, brachten die Verf. zwischen Conj. palpeb. und Conj. bulbi Bleiplättchen, die mit einer kleinen Paraffinschicht bedeckt waren (Absorptionsmethode, und die Paraffinschicht zur Verkleinerung der schädlichen Wirkung der sekundären Strahlen), und verglichen die erhaltenen Resultate mit denjenigen, die man beim Anbringen von nur einer Paraffinschicht von derselben Dicke wie das Bleiplättchen (Entfernungsmethode) erhält. Dabei ergab sich, daß die Conj. bulbi und die Iriswurzel hauptsächlich durch die größere Entfernung geschützt werden, während für die tieferen Schichten außerdem die Absorption durch das Blei von einiger Bedeutung ist. Daraus folgern die Verf., daß das Auge bei Radiumbestrahlung am besten durch Anbringen einer Prothese aus einem organischen Stoffe — z. B. Paraffin — geschützt wird.

Hurwitz, Berlin.

1872.

de Vries, S., **Strahlenbehandlung von Augenlidkrebs.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Februar 1929.) Der Verf. behandelte mit Radium 32 Patienten mit Augenlidkrebs, von denen 30 geheilt wurden. Die Heilung erwies sich nach längerer Beobachtungszeit als dauernd; auch war der kosmetische Erfolg sehr gut. Es wurde festgestellt, daß kurz nach der Bestrahlung Epitheldefekte vorkommen, was zu einer Infektion führen kann. Aus diesem Grunde muß vor jeder Bestrahlung des Bindehautsacks auf infektiöse Mikroorganismen untersucht werden.

Hurwitz, Berlin.

1873.

Litten, Fritz, **Zur Röntgendiagnose des Lobus venae azygos, insbesondere seine Erkennbarkeit durch das stereoskopische Verfahren.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 10, S. 400.) Der Lobus venae azygos — ein akzessorischer Lungenlappen im Spitzenfeld der rechten Lunge — beruht auf einer fehlerhaften Anlage der Vena azygos beim Deszensus der Gefäße. Durch das stereoskopische Verfahren wird der Beweis erbracht, daß diese feine Schattenlinie im rechten Spitzenfeld der den akzessorischen Lungenlappen begrenzenden Pleuraduplikatur entspricht. Sein nicht seltenes Vorkommen ist für die Differentialdiagnose ähnlicher Gebilde von Bedeutung.

Arnold Hirsch, Berlin.

1874.

Bronner, H., **Die Röntgenuntersuchung bei der akuten Pankreatitis.** (Zbl. Chir., Nr. 39, 1928.) Die allgemein übliche, ablehnende Haltung gegenüber der Röntgenuntersuchung bei der akuten Pankreatitis erscheint ungerechtfertigt; zum mindesten ist sie zur Sicherung der Diagnose besonders für den weniger Erfahrenen heranzuziehen. Als Beleg für diese Auffassung führt Verfasser zwei Beispiele an, das eine davon ausführlicher (zwei Röntgenbilder). Es handelt sich um eine vor dem operativen Eingriff ausgeführte Durchleuchtung bei einer unter dem klinischen Bilde einer akuten Pankreatitis erkrankten Frau. Als typische Merkmale zeigten sich dabei: 1. Hochdrängung des Magens und Querstellung des Bulbus, 2. große C-förmige Duodenalschleife, 3. Ansammlung und Anstauung größerer Breimassen in den abhängigen Duodenalpartien, 4. entsprechend der Flexura duodenojejunalis eine Aussparung, jenseits derselben aber wieder gute Füllung der Jejunumschlingen. Nach einer Stunde war der Magen bis auf geringe Reste wieder leer und die Hauptmasse des Breies im Dünndarm. Es handelt sich um eine Vergrößerung des Duodenalbogens durch den stark vergrößerten Pankreaskopf und um Duodenalstauung infolge einer relativen Abklemmung durch den vom vergrößerten Pankreaskörper ausgeübten Druck. Trotzdem dieser Befund durchaus nicht eindeutig ist (Ähnlichkeit mit den Erscheinungen einer hochsitzenden Dünndarmstenose), stellt, nach Ansicht des Verfassers, sein Zusammentreffen mit dem klinischen Bild etwas für die akute Pankreatitis Charakteristisches und damit einen Hinweis für die Notwendigkeit schnellen chirurgischen Handelns dar.

Walter Grossmann, Berlin.

1875.

Winogradow, A. S., **Röntgenographie der Nierensteine und ihre Irrtümer.** (Klin. Z. Saratow-Univ., 3. Jahrg., Heft 2, Seite 123/126.) Wie bekannt, zeigt die Röntgenaufnahme in manchen Fällen von Nephrolithiasis keine Schatten, obwohl nach der Operation hier Steine gefunden werden. Um hierüber Klärung zu schaffen, unternahm der Verf. einige Versuche, indem er verschiedene Nierensteine in präparierte Nieren einlegte und diese röntgenologisch darstellte. Während die Oxalatsteine die besten Bilder lieferten, gaben die Uratsteine weniger scharfe Schatten, und die Phosphatsteine, insbesondere die von kleinen Dimensionen, waren überhaupt unsichtbar. Außer der chemischen Zusammensetzung und der Größe des Steines wird das Fehlen des Steinschattens auch durch pathologische Gewebsveränderungen in den Harnwegen und insbesondere durch starke Verdickung der Fettkapsel und Eiterprozesse in den Nieren begünstigt.

E. Kontorowitsch.

1876.

Förster, F. A., **Das Gebiet der ultravioletten Strahlen und die neue Osram-Ultralampe.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 16, 1929.) Die ultraviolette Strahlen aussendenden Lichtquellen zerfallen in „Temperaturstrahler“ und „Lumineszenzstrahler“. Zu ersteren gehören die Reinkohlen-Bogenlampe, die Wolframdraht-Glühlampe, die Punktlichtlampe, bei denen im allgemeinen infolge ihrer Verwendung zu Beleuchtungszwecken die ultravioletten Strahlen durch gewöhnliche Glasumhüllung grobenteils absorbiert werden. Auch bei den Lumineszenzstrahlern können höhere Temperaturen auftreten, sind jedoch hier von untergeordneter Bedeutung. Ausgesprochen kalte Lumineszenzlichter sind Tesla-, Moorelicht; eine gewisse Rolle spielt die Temperatur bei der Effekt-Bogenlampe und der künstlichen Höhensonne; hier ist durch die Erhöhung der Temperatur eine sehr erhebliche Zunahme der Ultraviolettstrahlung bewirkt. Außer in der Medizin findet sie als Analysen-Quarzlampe zu chemischen Zwecken (Aufdeckung von Scheckfälschungen) Verwendung. Ein völlig kaltes Lumineszenzlicht gibt der Quarzstrahler „Lumitra“, der im kleinen als Erzeuger künstlicher Höhenluft therapeutische Anwendung finden soll. Eine neue Wolframdraht-Glühlampe wird von der Osram-G. m. b. H. als „Osram-Ultralampe“ mit Ultraviolettstrahlung für 300 und 500 Watt hergestellt, die eine den übrigen Lampen gegenüber höhere Brenntemperatur besitzt und dadurch eine für therapeutische Zwecke in Betracht kommende milde, bis zu ungefähr 280 μ reichende Ultraviolettstrahlung zeigt; durch ein besonderes Spezialglas wird diese zum größten Teil hindurchgelassen. Es kann hier auf Erythemwirkung gerechnet werden, andererseits können auch Wärmestrahlen zur Wirkung kommen.

Ernst Levin, Berlin.

1877.

Schutz und Vychytil, **Die Röntgentherapie des spastischen Hustens und ihr Einfluß auf das Blutbild.** (Jhrb. f. Kdhk., 73., Heft 3/4.) Ein- bis zweimalige Röntgenbestrahlungen zeitigen guten Erfolg bei spastischem Husten, speziell bei Keuchhusten. Sistieren des Erbrechens binnen 2 bis 5 Tagen, allmähliches Schwinden der Hustenanfälle, Besserung des Allgemeinzustandes. Im Blutbild Rückgang der Hyperleukozytose; am meisten nehmen die Lymphozyten ab, relativ und absolut. Dem Rückgang des spastischen Hustens parallel geht die Rückbildung der intrathorakalen Drüsenvergrößerungen, die bei Keuchhusten ein wichtiges pathogenetisches Moment darstellen.

Jahr.

Neu erschienene Bücher

Schulz, Hugo, Greifswald: **Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen.** 2. Auflage. Leipzig 1929. G. Thieme. 310 Seiten, 14 bzw. 16 RM. — Vorurteilslos zu sein, gilt als besonderer Ruhmestitel. Die Frage ist nur, ob man wirklich vorurteilslos sein kann, schleppen wir doch — ebenso wie unser körperliches, so auch unser geistiges Ather mit uns. Und dazu kommen die zu Dogmen erhobenen Schlagworte der Gegenwart und der jüngsten Vergangenheit. Diese suggerierten uns die Allmacht der Chemie, der chemisch-reinen, kristallisierbaren Körper, sowie der Laboratoriumswissenschaft. Auf diese Weise sind die Kräuterkenntnisse unserer Vorfahren in unverdientes Dunkel geschoben worden. Und doch beweist die Tatsache, daß die Deutschen der Vorzeit auch ohne exotische Drogen und ohne synthetische Chemie ein gesundes und lebensfrohes Volk gewesen sind, die Wirksamkeit der bei uns wachsenden Arzneipflanzen. Man darf vermuten, daß damals die Kräuterkundigen in ebenso hohem Ansehen standen wie heute I. G. Farben, E. Merck, Schering, Riedel, v. Heyden usw.

In 12 Vorlesungen läßt Hugo Schulz, dem man füglich das Beiwort „der Weise“ zuerkennen kann, die Schätze unserer Flora an uns vorüberziehen; aber nicht in trockener, schwer verdaulicher Gelehrsamkeit, sondern mit souveräner, humordurchformter Beherrschung des botanischen, pharmakologischen, klinischen und historischen Materials. Man liest die kleinen Skizzen mit Entzücken, findet darin manche Perle für den praktischen Gebrauch und wundert sich am Schluß, daß unsere angeblich so vorurteilslose Zeit an diesen Gaben der Natur so kühl vorübergeht.

Buttersack, Göttingen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

LIBRARY
RECEIVED

JUL 3 - 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postcheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pf. Botenlohn, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postcheckkonto „Fortschritte der Medizin“ Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postcheckkonto Hans Pusch Nr. 121 938
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postcheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postcheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 12

BERLIN, DEN 14. Juni 1929

47. JAHRGANG

BROSEDAN

Das zuverlässige Sedativum.

Kochsalzarmes Bromhefepräparat, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch.

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit,
Epilepsie, Neuralgien, sexueller Übererregbarkeit.

Bei einer schweren Herzneurose, verbunden mit hartnäckiger Schlaflosigkeit und schweren Depressionen, hat Brosedan, regelmäßig genommen, einen guten Erfolg gehabt, nachdem alle anderen Brommittel versagten. Dr. G. in W.

Bei Kranken-Kassen zur Verordnung zugelassen.

Literatur: John, Univ. Nervenkl. Tübingen (Dir. Prof. Dr. Gaupp), Münch. Med. Woch. 1914, Nr. 43.
Friedemann, Univ. Nervenkl. Freiburg-Br. (Dir. Prof. Dr. Hoche), Aerztl. Rundschau 1929, Nr. 3

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentische Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.
Hessisches Staatsbad **Ganzjährige Kurzeit**
Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekoneszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurftaubenschießstand, Autogesellschaftsfahrten.

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen



Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarhen, Asthma, Emphysem, Skroflose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M. erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser, Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.** **Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch**
Hausarzt: Dr. Hartmann. Neuer illustr. Tiedruckprospekt gratis.



Kurhaus Monte Bre Lugano Süd-Schweiz
 Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel **„DER KURHOF“**

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. F. Wigger.**

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald Saison Mai—Oktober
SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlensaures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebelreies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt
 Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Höhenkuren im Schwarzwald!

Kurhaus Höchenschwand

1015 m. / **Höchstgeleg. deutsche Kuranstalt** mit ärztlicher Abteilung für Inn., Stoffwechsel- und Nervenkrankheiten, Tuberkulosefrei. Höchste Intensität der Sonnenstrahlung und Sonnenscheindauer.
 Prospekte durch die Verwaltung.

Leitender Arzt: **Dr. med. W. Bettinger.**

SANATORIUM PARKHAUS

Moorbad Muskau, Schlesien
 für Gemüts-, Nerven-, Innerlich- und Stoffwechselkrankheiten.
 Ganzjährig. **Dr. Ewald Halter.**

Die erste Erholungsstation der Südalpen

Nach Erkrankungen, bes. Grippe, nach Operationen und bei chronischen Leiden (Herz, Nieren, Nerven, Blut, Drüsen, Atmungsorgane, Stoffwechsel) ist mit seinem wunderbaren Alpenklima, südl. Sonne, allen modern. Kurmitteln und Heilmethoden. Städt. Kuranstalten, Privatsanatorien, ca. 100 Hotels und Pensionen. Hochsaison: Mitte Februar—Mai u. Herbst (Traubenkuren). Prospekte durch die Kurverwaltung.

Dr. R. Friedeberg
 Bad Kudowa

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkrankheiten

Dr. E. Zenker
 Nervenarzt

HANS VIRCHOW

Geh. Medizinalrat, o. Professor an der Universität Berlin

Anatomische Präparierübungen

I. Kurs. 1924. Mit 13 Figuren. Groß-Oktav. 66 Seiten.
 Gebunden Rm. 4.—.

INHALT: Vorbemerkung / Einleitung / Arm / Bein
 Brust / Bauch / Zwerchfell / Rücken / Hals / Kopf

II. Kurs. 1924. Mit 13 Figuren. Groß-Oktav. 110 Seiten.
 Gebunden Rm. 5.50.

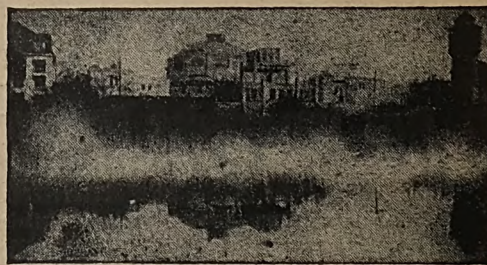
INHALT: Obere Rumpfhälfte / Auge / Situs cavi cranii
 Gehirn / Thorax / Wirbelkanal und Rückenmark
 Untere Rumpfhälfte.

Wir liefern unter Besugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen Prospekt kostenlos.



Walter de Gruyter & Co.
 Berlin W 10, Genthiner Straße 38

PISTYAN: die „VULKANINSEL“



Heiße Dämpfe über den Schlammquellen in der Waag.

Direkt über den orig. Quellen erbaute Naturschlamm-bassins (Fassungsraum 500 Badende). Verbunden mit **THERMIA-PALACE**, erstarrangl. Klin. Diät, am herrl. Waagstrand, weitere zahlreiche Hotels und Wohnungen im Kurorte in jeder Preislage. Tennis, Golf, Rudern, Fischen. **Ausk. u. Literatur: Pistyán-Büro, Berlin W15, Melerottstrasse 1. Tel. Oliva 4907.**

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

(Aus dem Röntgenlaboratorium Dr. Thomas, Berlin.)

Dr. Kirschmann, Facharzt für Röntgenologie: Ist die Anwendung der Röntgenstrahlen für Diagnostik und Therapie heute noch mit Gefahren verbunden? 427

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 431

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 438

Bakteriologie und Serologie 439

Chirurgie und Orthopädie 440

Frauenheilkunde und Geburtshilfe 443

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 444

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 445

Hygiene 448

Infektionskrankheiten 449

Innere Medizin, Tuberkulose 451

Kinderheilkunde 458

Mund- und Kiefererkrankungen 459

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 460

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 462

Psychiatrie und Nervenheilkunde 463

Psychologie und Psychopathologie 466

Soziale und gerichtliche Medizin 466

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 467

Kongreßkalender.

Der zweite internationale Kongreß für Sexualforschung, veranstaltet von der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung, wird in London im Hause der British Medical Association vom 3. bis 9. August 1930 abgehalten werden. Es sind, ähnlich wie beim Berliner Kongreß, für die Vorträge folgende Gruppen in Aussicht genommen: 1. Biologie, 2. Physiologie, Pathologie, Therapie, 3. Psychologie, Pädagogik, Ethik, Aesthetik, Religion, 4. Bevölkerungspolitik, Demographie, Statistik, 5. soziale und Rassenhygiene, Soziologie, Ethnologie und Volkskunde (Folk-lore), 6. Kriminologie und Familienrecht. Deutsche Reichsangehörige werden gebeten, sich wegen aller Anfragen an Herrn Geh. Sanitätsrat Dr. Albert Moll, Berlin W 15, Kurfürstendamm 45, zu wenden.

Neu!

Citochol-Extrakt

Neu!
zum serolog. Luesnachweis
nach

Prof. H. Sachs u. Dr. E. Witebsky
Hergestellt im Institut f. exper. Krebsforschung, Heidelberg

Literatur: Prof. H. Sachs u. E. Witebsky, Kliwo. Nr. 26 vom 24. 6. 28, Nr. 5 vom 29. 1. 29

Alleinige Abgabestelle für In- und Ausland:

Dr. Fresenius, Hirschapotheke, Frankfurt a. M.

Töpfers' Keramin-Haarspirit

ist ein Heilmittel im wahrsten Sinne des Wortes bei

Seborrhoe (Schmerfluß).

Zur Pflege, Erhaltung der Haare und gegen Haarbodenerkrankung

Bestandteile: Reine weingeistige Lösung von Keramin

Resultate: 100 Prozent Vollerfolg

Von vielen Krankenkassen zur
Verordnung zugelassen. K. P.

Carl Töpfer, Naumburg a. S. Proben und
Literatur gratis

RUBIO

Vitaminpräparat nach Prof. Aron, Breslau

Proben und Literatur kostenlos

Originalflasche (etwa 200 g), Klinikpackung (etwa 1 l)

Chemische Werke Rudolstadt GmbH, Rudolstadt

Sie **ersparen** weitgehend **Opium** und **Morphium** durch

Ditonal

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen
günstig beeinflussend.
Rektale Anwendung.

INDICATIONEN:

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben durch **ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN**

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

COFFEIN

wirkt schon in mittelgroßer Dosis
steigernd auf die Körperwärme.
Deshalb bei fieberhaften Zu-
ständen als Labungsgetränk

KAFFEE HAG

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist



Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 12

BERLIN, DEN 14. JUNI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Aus dem Röntgenlaboratorium Dr. Thomas, Berlin.

Ist die Anwendung der Röntgenstrahlen für Diagnostik und Therapie heute noch mit Gefahren verbunden?

Von Dr. KURT KIRSCHMANN, Facharzt für Röntgenologie.

Der Wert eines Heilmittels wird im wesentlichen bestimmt durch die zu erreichenden Erfolge und durch die mit der Anwendung desselben verbundenen Gefahren. Die Erfolge der Röntgentherapie sind bei den einzelnen Indikationen verschieden hoch zu veranschlagen. Ihr Anwendungsgebiet ist bekanntlich ein so ausgedehntes, daß sie die Entwicklung der Medizin auf vielen Gebieten maßgebend beeinflußt hat. Daß die Röntgentherapie sich dennoch nicht überall in dem Maße hat durchsetzen können, wie es ihren Leistungen entspricht, hat seinen Grund unter anderem in der Furcht vor Röntgenschädigungen. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß diese Furcht in den Entwicklungsjahren der Methode bis zur Nachkriegszeit nur allzu berechtigt war. Waren doch selbst Verbrennungen dritten Grades so häufig, daß ein bekannter Chirurg sagen konnte, in seiner Klinik lägen mehr Patienten mit Röntgenverbrennungen als solche, bei denen Röntgenbehandlung indiziert sei. Inzwischen hat sich aber manches geändert. Die Verbesserung der Apparate, der Ausbau der Meßtechnik, die Einführung von Sicherheitsvorrichtungen und vor allem der Ausbau der Strahlenbiologie und die vermehrte Erfahrung der Röntgenärzte hat die Sicherheit in der Strahlentherapie so erhöht, daß es an der Zeit ist, alte Vorurteile abzutun und die Frage der Gefahren bei der Röntgenpraxis einer neuen Untersuchung zu unterziehen.

Wodurch entstehen Röntgenverbrennungen?

Fast ausnahmslos durch Ueberdosierung! Die individuellen Verschiedenheiten der Hautsensibilität gegen Röntgenstrahlen spielen nur eine geringe Rolle. Eine „Idiosynkrasie“ gegen Röntgenstrahlen wurde bisher noch in keinem Falle einwandfrei nachgewiesen. Gewiß mag der eine oder andere Mensch eine etwas höhere Empfindlichkeit aufweisen als der Durchschnitt, ohne daß Ursachen dafür festzustellen sind. Solche Ausnahmen sind aber recht selten und — was für die Entstehung von Röntgenschädigungen von besonderer Wichtigkeit ist — der Unterschied gegenüber der normalen Sensibilität ist auch dann nur geringgradig.

Im Gegensatz zu dieser zweifelhaften „kryptogenetischen“ Ueberempfindlichkeit steht eine Erhöhung der Sensibilität bei gewissen Erkrankungen fest. Namentlich ist dies bei Basedowkranken, Psoriatikern und kachektischen Personen der Fall. Bei Patienten, die Jod-, Brom- oder Salvarsankuren durchmachen oder haben durchgemacht, ist die Radiosensibilität gleichfalls etwas erhöht. Vorbestrahlung mit ultravioletem Licht hat eine Verstärkung der Röntgenreaktion zur Folge, auch ohne sichtbares Ultravioletterythem. Daß alle hautreizenden Mittel, physikalische oder chemische Agenzien, die Hautempfindlichkeit vergrößern, ist allgemein bekannt, ebenso die Tatsache, daß entzündete Hautpartien empfindlicher sind. Für den Radiotherapeuten ergibt sich daraus die selbstverständliche Konsequenz, daß in solchen Fällen die Haut von vornherein nicht mit der vollen H.E.D. (Hauterheitsdosis) belastet wird, sondern mit entsprechend geringeren Dosen. Im zweifelsfalle könnte man auf einem kleinen Feld eine Probebestrahlung machen und die Sensibilität empirisch feststellen. Für die

Praxis wäre es jedoch sehr erwünscht, wenn der behandelnde Arzt, der einen Patienten zur Röntgenbehandlung schickt, dem Röntgenologen über die bisherige Behandlung berichten und weitere Maßnahmen während und unmittelbar nach der Strahlenbehandlung nur nach Rücksprache mit dem Röntgenarzt vornehmen wollte. Letzteres ist besonders wichtig, denn eine große Reihe sonst ganz harmloser Maßnahmen ist für die röntgenbestrahlte Haut unzutraglich. Bei starken Hautreizen ist dies ja selbstverständlich. Daher darf z. B. im Anschluß an eine Röntgenbestrahlung mit der vollen H.E.D. nicht sogleich Ultraviolettbestrahlung vorgenommen werden. Aber selbst ein Anstrich mit Jodtinktur kann unter Umständen unangenehme Folgen haben. Einmal sah ich bei einer Patientin, die nur mit 80% der H.E.D. bestrahlt wurde, eine starke Reaktion, die man schon als Verbrennung ersten Grades ansprechen konnte, im Anschluß an Kohlensäurebäder. Diesen Tatsachen muß man Rechnung tragen und lange Zeit nach Röntgenbestrahlungen, bei denen die Haut bis annähernd zur Toleranzdosis belastet wurde, jede Reizung, selbst mechanische Friktionen (Bandagen!) vermeiden. Aber man darf auch hierbei seine Vorsicht und seine Befürchtungen nicht übertreiben. Wenn hier und da von einem Fall berichtet wird, in dem mehrere Jahre nach der Röntgenbestrahlung ein Jodanstrich oder eine Verletzung zu einem Gewebszerfall der bestrahlten Haut geführt hat, so darf man wohl ohne weiteres annehmen, daß die Strahlenmenge an sich unzulässig groß gewesen ist. Strahlendosen, die an sich geeignet sind, eine Verbrennung herbeizuführen, können natürlich fatale Folgen haben, wenn irgendeine auch nur geringe Hautschädigung als auslösendes Moment hinzukommt. Daß aber nach einer rite ausgeführten Bestrahlung derartige Hautreize nach mehr als etwa drei Monaten eine unerwünschte Reaktion und gar eine solche mit Gewebszerfall hervorrufen könnten, ist einfach unvorstellbar.

Die sachgemäße Ausführung der Röntgenbestrahlung hat nun zwei Klippen zu berücksichtigen: den Bestrahlungsplan und die Bestrahlungstechnik.

Die Aufstellung des Bestrahlungsplanes ist die erste und vornehmste Aufgabe des Strahlentherapeuten. Der verhängnisvollste Irrtum auf diesem Gebiete besteht in der Ansicht, daß man die Röntgentherapie nebenher betreiben könnte, ohne sich spezialistisch hierfür auszubilden, oder daß man sie einer technischen Assistentin überlassen könnte. Die Kenntnisse in der Röntgenbiologie, Röntgenphysik und Röntgentechnik, die eine unumgängliche Voraussetzung für den Röntgentherapeuten sind, lassen sich auch von dem größten Genie nicht in einem drei- bis vierwöchigen Kurs erwerben, hierfür sind ebenso viele Jahre intensiver Arbeit erforderlich. Auch die Oberflächentherapie darf nicht unterschätzt werden, wenngleich sie sich natürlich viel leichter erlernen läßt als die Tiefentherapie. — Auf Grund unserer heutigen Kenntnisse über die Toleranz der Haut und der inneren Organe sowie auf Grund unserer Kenntnisse über die Dosenverteilung sind wir im allgemeinen in der Lage, jede lokale und jede Allgemeinschädigung zu vermeiden. Wenn man früher in einzelnen Fällen das Risiko eines akuten Röntgemikrus bewußt in Kauf nahm als das kleinere Uebel gegenüber der Grundkrankheit, so gilt heute auch in der Röntgentherapie das Nil nocere als oberstes Gesetz. Es darf heute wohl als Kunst-

fehler befohlen werden, wenn man den Bestrahlungsplan so aufstellt, daß eine Verbrennung dritten Grades die Folge sein kann. Auch eine Hautschädigung zweiten Grades werden wir bewußt nicht riskieren. Leichtere Reaktionen ersten Grades allerdings sind nicht immer ganz zu vermeiden, wenn man bei Krebsbestrahlungen die Haut bis zur Grenze der Toleranz belasten muß, um die wirksame Dosis an den Krankheitsherd zu bringen. Als Schädigungen sind solche Reaktionen aber kaum zu bezeichnen, da die damit etwa verbundenen Beschwerden so gering sind, daß sie gegenüber der Grundkrankheit gar nicht ins Gewicht fallen und bei richtiger Behandlung Spätfolgen nicht zu befürchten sind. Hinsichtlich der

Spätschädigungen

liegt das Problem viel komplizierter. Spätulzera treten in der Hauptsache dann auf, wenn eine an sich zulässige Dosis zu schnell oder zu oft wiederholt wird. Bei Beachtung der jetzt für die Wiederholung von Bestrahlungen gültigen Prinzipien (s. u.) werden Spätulzera sowie die schweren Formen des Sklerödems wohl nicht mehr beobachtet. Auch eine stärkere Hautatrophie mit Austrocknung infolge Zerstörung der Schweiß- und Talgdrüsen, mit Neigung zum Rissigwerden, mit oberflächlicher Narbenbildung und starken Teleangiektasien ist durchaus vermeidbar. So veränderte Hautpartien sind gegenüber etwaigen späteren Insulten weniger widerstandsfähig. Wir müssen uns also sehr wohl überlegen, ob wir im einzelnen Falle das Risiko solcher Veränderungen auf uns nehmen wollen. Die Art der Grundkrankheit ist auch hier für die Entscheidung maßgebend. Nach meinem Dafürhalten rechtfertigen nur maligne Erkrankungen einen solchen Bestrahlungsmodus, und das auch nur in Ausnahmefällen. Sind aber solche Veränderungen aufgetreten, dann ist es unsere Pflicht, dafür zu sorgen, daß daraus keine weiteren Schädigungen entstehen. Das geschieht gegebenenfalls durch Verordnung von hautstützenden Salben und insbesondere durch Belehrung des Patienten, daß er alles, was reizend auf die Haut wirken kann (Einreibungen usw.), unterlassen muß. Weitere Röntgenbestrahlung geschädigter Hautpartien kommt natürlich nicht in Frage. Die leichteren Grade chronischer Hautschädigung: Starke Pigmentation, Epilation, allenfalls auch leichte Atrophie mit geringen Gefäßerweiterungen sind bei häufiger angewandten Tiefenbestrahlungen nicht immer zu umgehen. Sie stellen aber an sich noch keine Schädigung sensu strictiori dar, bzw. werden es erst bei weiterer Fortsetzung der Strahlenbehandlung und bei Vernachlässigung der gebotenen Präventivmaßnahmen. Wenn es sich um maligne Tumoren oder chronisch rezidivierende Krankheiten handelt, die durch Röntgen geheilt oder doch günstig beeinflusst werden können, so vermag ich in solchen leichten Hautveränderungen keine Kontraindikation gegen die Bestrahlung zu sehen, selbst wenn letztere nicht absolut indiziert ist, sondern durch eine operative Behandlung ersetzt werden könnte. Was besagen schließlich die geschilderten leichten Hautveränderungen, wenn der Patient von seinem Karzinom oder seiner Aktinomykose befreit wird! Was bedeutet eine Epilation des Kopfhaares bei der Behandlung eines Hypophysentumors! Daß man ohne zwingende Gründe auch in solchen Fällen selbst die leichteste Hautschädigung nicht riskieren wird, ist dabei selbstverständlich. Bei harmlosen Erkrankungen müssen auch die leichtesten Hautveränderungen vermieden werden, besonders natürlich bei Bestrahlungen, die nur aus kosmetischen Gründen vorgenommen werden. An unbedeckten Körperstellen, namentlich im Gesicht, muß unter Umständen schon eine stärkere, abgegrenzte Pigmentation als Fehlresultat angesehen werden; um wieviel mehr Teleangiektasien und Hautatrophie. Zur Vermeidung all dieser Spätschädigungen ist es notwendig, zwischen den einzelnen Bestrahlungen bzw. Bestrahlungsreihen längere Pausen einzulegen. Wenn man früher — noch etwa vor 5 bis 6 Jahren — bei Tiefenbestrahlungen mit harten Strahlen eine Pause von etwa 6 Wochen zwischen der Verabfolgung von zwei vollen Hauteinheitendosen für ausreichend hielt, gilt heute die Regel, daß die H.E.D. an derselben Stelle frühestens nach 3 bis 4 Monaten wiederholt werden darf und daß mehr als drei volle H.E.D. an derselben Stelle überhaupt vermieden werden sollen. Bei Oberflächenbestrahlungen dürfen die Pausen kürzer sein, etwa 6 Wochen. Gewisse Schwierigkeiten können auftreten, wenn ein Patient den Arzt wechselt. Es ist daher Pflicht des Röntgenologen, sich in jedem Falle nach den vorausgegangenen Bestrahlungen zu erkundigen und die verabfolgten Dosen zu berücksichtigen. Hierbei ist unter Umständen die Mithilfe des Hausarztes willkommen.

Das Röntgenkarzinom

gehört hoffentlich endgültig der Vergangenheit an. Es entwickelt sich entweder auf dem Boden eines Röntgenulkus oder — häufiger — bei fortgesetzten Strahleneinwirkungen. Dieser schwersten Schädigung waren bekanntlich früher in der Hauptsache die Röntgenärzte selbst ausgesetzt, als die Schutzmaßnahmen noch unbekannt waren.

Außer der örtlichen Strahlenwirkung kommt noch die Allgemeinwirkung der Röntgenstrahlen als Schädigungsquelle in Betracht. Auch bei den

Allgemeinschädigungen

haben wir eine akute und eine chronische Form zu unterscheiden, obwohl die Uebergänge hier fließend sind. Der Röntgenkater, der am Bestrahlungstage selbst auftritt, oft kurze Zeit nach der Behandlung, stellt in seinen leichten Formen — Uebelkeit, Mattigkeit, Schwindel — eine unangenehme Begleiterscheinung, in seinen schweren Formen — Erbrechen, Herzstörungen, Kollaps — eine ernste Komplikation dar. Zwar gibt es Möglichkeiten zur Behandlung des Katers, doch dürfte es immer besser sein, den Kater nach Möglichkeit zu vermeiden, zumal er ja der Ausdruck einer erheblichen Stoffwechselstörung infolge Autointoxikation ist. Das Auftreten des Katers ist zwar bis zu einem gewissen Grade konstitutionell bedingt und insoweit unseren Maßnahmen unzugänglich. Wir wissen aber, daß die Katererscheinungen um so größer sind, je größere Körperstellen in einer Sitzung bestrahlt werden und je größer die Einzeldosis ist. Wenn wir also eine Bestrahlungsmethode ausführen, bei der in einer Sitzung nicht allzu große Dosen verabfolgt werden, können wir auf das Ausbleiben des Katers, zum mindesten aber der schweren Symptome desselben, rechnen. Das ist naturgemäß nur möglich, wenn die in Deutschland noch vielfach geübte einzeitige Massivbestrahlung verlassen wird zugunsten der fraktionierten Bestrahlungsmethode, bei der die Gesamtdosis auf mehrere Tage verteilt wird. Daß auch noch andere — strahlenbiologische — Gründe für die letztere Methode sprechen, sei nur nebenbei erwähnt. In der Tat ist es uns gelungen, durch Fraktionierung der Dosis und durch individuelle Festsetzung der Intervalle zwischen den Einzelsitzungen selbst die leichtesten Katererscheinungen bis auf seltene Ausnahmefälle zu vermeiden. Die chronische Allgemeinschädigung drückt sich in einer ungünstigen Beeinflussung des Blutbildes aus und führt in den schwersten Fällen zur Röntgenanämie und Röntgenkachexie. Durch systematische Blutuntersuchungen im Verlauf einer Strahlenbehandlung und namentlich vor Beginn einer neuen Bestrahlungsreihe können diese üblen Ereignisse sicher vermieden werden.

Schließlich kann eine

Indirekte Strahlenschädigung

aufreten durch unzumutbare Bestrahlung eines Organs und bei falscher Indikationsstellung. Wenn z. B. ein leukämischer Mediastinaltumor in einer Sitzung mit großen Dosen bestrahlt wird, kann man zwar eine rapide Einschmelzung des Tumors sehen, der unter Umständen innerhalb weniger Tage verschwindet. Aber die Freude über diesen Erfolg wird nicht lange dauern, denn es treten dann so stürmische Allgemeinerscheinungen infolge Resorption der zerstörten Zellelemente auf, daß der Tod die Folge sein kann. Hierher gehört ferner die unzumutbare Bestrahlung eines Skrotumekzems, die bei falscher Applikation Azospermie bewirken kann, die fehlerhafte Bestrahlung von tuberkulösen Herden, bei der durch falsche Dosierung der Prozeß aktiviert wird und vieles andere mehr. Auch die falsche (oder überhaupt unterlassene) Bestimmung der Tiefendosis und der Dosenverteilung überhaupt kann zu einer Schädigung führen, indem das zu behandelnde Organ nicht die gewünschte Dosis erhält, andere empfindliche Organe dagegen zu stark bestrahlt werden. Die früher gelegentlich beobachteten Blasen- und Darmschädigungen bei Uterusbestrahlungen sind hierbei zu erwähnen. Von falscher Indikationsstellung müssen wir sprechen, wenn andere Behandlungsmethoden einen besseren Erfolg gewährleisten und natürlich in erster Linie da, wo Röntgenstrahlen ihrer Natur nach schädigend wirken, also z. B. akutes Ekzem, progrediente exsudative Lungentuberkulose u. a. m. Aus vorstehenden kurzen Bemerkungen mag hervorgehen, daß die sachgemäße Aufstellung des Bestrahlungs-

planes zwar eine verantwortungsvolle und schwierige Aufgabe sein kann, daß aber der geschulte Röntgenologe es in der Hand hat, hierin begründete Möglichkeiten einer Schädigung fast mit Sicherheit zu vermeiden. — Ist der Bestrahlungsplan dem ärztlichen Rezept vergleichbar, so ist die

Ausführung der Bestrahlung

der Anfertigung des Medikaments an die Seite zu stellen. Aber der Röntgenologe befindet sich nicht in der beneidenswerten Lage des Apothekers, der in der Waage oder in anderen Meßinstrumenten ein sicheres objektives Mittel zur Bestimmung der Dosis hat. Die Messung der Röntgendosis ist eine der schwierigsten Aufgaben in der Strahlentherapie. Auf die mangelhafte Zuverlässigkeit der alten Meßverfahren ist ein großer Teil der Röntgenschäden zurückzuführen. Eine große Arbeit ist auf die Untersuchung der Brauchbarkeit der verschiedenen Meßverfahren verwendet worden. Die wichtigsten Fehlerquellen sind uns nunmehr bekannt und — den Fehler kennen, heißt auch hierbei ihn vermeiden. Auf Einzelheiten brauchen wir nicht einzugehen; es sei nur ganz kurz das Fazit gezogen: Für die Tiefentherapie kommen in erster Linie die Ionisationsinstrumente in Betracht. Die Anwendung derselben ist zwar meist ziemlich umständlich und zeitraubend; Fehlerquellen gibt es auch bei diesen zur Genüge. Dennoch sind sie die bei weitem zuverlässigsten Intensitäts- und Dosismesser. Mit Hilfe dieser Methode ist im übrigen auch die internationale Einheit der Röntgendosis (1 R) definiert worden. Im Durchschnitt entsprechen bei harten Strahlen etwa 600 R einer Hauteinheitdosis. Bei der meist angewandten Methodik nimmt man die Messungen nur gelegentlich (etwa wöchentlich ein- bis zweimal) vor zwecks Eichung der Röhre; das ist Bestimmung der Strahlenintensität. Bei diesem Verfahren ist man ganz besonders auf Einhaltung konstanter Bestrahlungsbedingungen und deren strenger Kontrolle angewiesen (siehe unten). Eine weit größere Sicherheit bieten die sogenannten integrierenden Meßinstrumente, bei denen die jeweils verabfolgte Dosis als solche direkt gemessen wird. Dies ist z. B. der Fall bei dem „Mekapion“. In einfacherer Weise haben wir auch in dem alten Holzknechtschen Verfahren eine integrierende Messung. Für die Tiefentherapie ist aber das letztere nur in Kombination mit einem Ionisationsinstrument als Kontrolle während jeder einzelnen Bestrahlung ausreichend. Für die Oberflächentherapie genügt die Holzknechttablette, wenn man sich nicht schematisch an die Angaben des Herstellers hält, sondern für die jeweils angewandte Strahlenart die für die Hauttoleranzdosis in Betracht kommende H-Zahl empirisch feststellt. Die Einhaltung konstanter Bestrahlungsbedingungen ist in jedem Falle geboten. Von den hierbei möglichen groben Fehlern, die jeder für sich schon eine schwere Verbrennung hervorrufen kann, seien erwähnt: Nichtbeachtung oder falsche Ablesung der Milliamperezahl (besonders leicht möglich bei Instrumenten mit mehrfachem Meßbereich), unterlassene oder falsche Messung des Fokushautabstandes, Verwechseln oder Vergessen des Filters. Eine konstante Strahlung hat weiterhin ein gleichmäßiges Arbeiten des Apparates zur Voraussetzung. Diese Forderung ist bei modernen Transformatorapparaten und bei Verwendung von Coolidge-Röhren zur Genüge erfüllt. Bei älteren Apparaten jedoch, namentlich bei Induktoren, kommen nicht unbedeutliche Schwankungen in der Sekundärspannung vor, die eine Inkonstanz der Strahlung hinsichtlich Härte und auch Intensität (unter dem Filter) zur Folge haben können, da die Stromschwankungen durch die Meßinstrumente nur unvollkommen registriert werden und sonach die Regulierung vom Schalterisch aus nur mangelhaft sein kann. Bei Schwankungen im Netzstrom können die Unterschiede ganz erheblich sein und unter Umständen sehr wohl zu einer Verbrennung führen. Wer genötigt ist, mit solchen Apparaten zu arbeiten, muß daher doppelt auf der Hut sein, d. h. genaue Intensitätsmessungen unter den verschiedensten Bedingungen vornehmen, um sich zu vergewissern, unter welchen Voraussetzungen eine genügende Konstanz der Strahlung besteht. Hierzu gehört dann vor allem noch die Ausschaltung der Fehlerquellen, die von einem mangelhaft arbeitenden Unterbrecher drohen sowie von veralteten Drosselvorrichtungen. Unter Einhaltung dieser Vorsichtsmaßnahmen ist auch mit Induktorapparaten ein einwandfreies Arbeiten möglich. Ionenröhren genügen unseren heutigen Ansprüchen nicht mehr und sind auch für Oberflächentherapie nicht zu empfehlen. Als weitere Fehlerquellen seien kurz erwähnt: unsorgfältige Abdeckung und unvollständige oder

vergessene Registrierung im Bestrahlungsprotokoll. Das sind natürlich grobe Nachlässigkeiten.

Die nachträgliche Feststellung, worauf eine Röntgenschädigung zurückzuführen ist und ob gegebenenfalls eine Fahrlässigkeit vorlag, ist außerordentlich schwierig. Der Außenstehende (und dazu gehören mitunter leider auch ärztliche Gutachter) ist mit bequemen Erklärungen oft schnell bei der Hand. Nur eine genaue Untersuchung aller Bestrahlungsbedingungen kann eine Erklärung für einen eingetretenen Schaden bringen und damit auch für die Frage der Verantwortlichkeit maßgeblich sein.

In Parenthese sei in diesem Zusammenhange darauf hingewiesen, daß nicht ganz selten Krankheitserscheinungen ganz anderer Art von Aerzten als Röntgenschädigungen angesehen und sogar gutachtlich bescheinigt werden. So erlebte ich, daß einmal eine Lymphangitis carcinomatosa, ein anderes Mal eine durch Sekretion eines tuberkulösen Ulkus bedingte Dermatitis für eine Röntgenverbrennung gehalten wurde, was den betreffenden Patienten zu einem aussichtslosen Prozeß veranlaßt hatte.

Die mannigfaltigen Gefahren, mit denen die Röntgentechnik belastet ist, haben zur Konstruktion von Sicherheitsvorrichtungen geführt, so unter anderem von Filtersicherungen. Zweifellos kommt durch solche Maßnahmen eine größere Sicherheit in den Betrieb. Erste Voraussetzung für Vermeidung von Fehlern ist aber gründliche Kenntnis der Strahlentechnik und eine vom Verantwortungsbewußtsein getragene Sorgfalt. Dies gilt sowohl für diejenige Person, die die Bestrahlung ausführt, als auch für den Arzt, der die Ausführung zu überwachen und zu kontrollieren hat. Daß es möglich ist, alle Klippen zu umgehen, beweisen die Tatsachen. Die Zahl der Röntgenschädigungen hat in den letzten Jahren außerordentlich abgenommen. Wenn man heute Patienten mit Geschwüren oder sonstigen Hautschädigungen sieht, dann handelt es sich fast ausnahmslos um Fälle, die vor mehreren Jahren bestrahlt worden sind. Wir haben auch nicht zu befürchten, daß bei den heute bestrahlten Fällen sich etwa noch nach Jahren unerwarteterweise Spätschädigungen irgendwelcher Art herausstellen werden. Wenn gelegentlich behauptet wird, daß bei anscheinend völlig intakter Haut noch nach vielen Jahren plötzlich eine Nekrose als Folge der vorangegangenen Röntgenbestrahlung entstehen kann, so entspricht das wohl nicht ganz den Tatsachen. Gewiß können Spätulzera auftreten, ohne daß vorher eigentliche Zeichen einer akuten Verbrennung aufgetreten wären (siehe oben). Aber wohl ausnahmslos ist dann bereits lange Zeit eine Schädigung der Haut nachweisbar gewesen, bestehend in Atrophie, Sklerödem, Verdünnung der Gefäße neben Telangiectasien usw. Wenn solche Zeichen einer chronischen Hautschädigung nach etwa 2 bis 3 Jahren nicht einmal andeutungsweise vorhanden sind, dann darf man wohl sicher sein, daß hier keine Veränderungen mehr auftreten, die ursächlich mit der Bestrahlung zusammenhängen. Wir sind daher sehr wohl in der Lage, auch über die weitere Prognose der in den letzten Jahren bestrahlten Fälle ein Urteil abzugeben.

Was lehrt nun die Praxis über die Gefahren, die heute noch mit der therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen verbunden sind? In der Literatur finden wir kaum noch Berichte über Röntgenschädigungen; eine bemerkenswerte Tatsache, da noch vor etwa 5 Jahren solche Mitteilungen durchaus nicht selten waren. Auch durch Umfrage konnte ich feststellen, daß in den letzten 3 bis 4 Jahren Röntgenschädigungen äußerst selten geworden sind. Jedenfalls verfügen zahlreiche Institute über Behandlungsreihen von Tausenden und Zehntausenden von Fällen, in denen eine unerwünschte Reaktion irgendwelcher Art nicht eintrat. Eine ziffernmäßige Feststellung der Gefahrenquote ist nur in ungefährer Schätzung möglich. Sie dürfte jedenfalls kleiner sein als 0,01%. Rechnet man die Allgemeinschädigungen hinzu, so kommt man freilich zu etwas größeren Zahlen. Die Gefahr der Röntgenanämie und der schweren Grade des Röntgenkaters hängen in hohem Maße von der angewandten Technik ab. Wie schon bemerkt, lassen sich diese Komplikationen durch entsprechend abgestufte Dosierung bei fraktionierter Bestrahlung fast ganz vermeiden. Alles in allem ist die

Behandlungsmorbidität kleiner als 1‰ zu schätzen.

So ist die Beantwortung der im Thema gestellten Frage auf eine kurze Formel gebracht. Daraus geht hervor, daß bei der Indikationsstellung die unmittel-

den Gefahren der Strahlenbehandlung kaum Gewicht fallen. Es ergibt sich daraus weiter, daß in allen Fällen, in denen die Aussichten der Strahlenbehandlung der chirurgischen Behandlung auch nur annähernd kommen, die Bestrahlung vorzuziehen ist.

bezüglich der

Gefahren der Röntgendiagnostik
 Wenn wir uns kürzer fassen. Vorausgeschickt sei, daß der Begriff der Röntgensschädigung in der Diagnostik anders gefaßt sein muß als in der Therapie. Wir müssen verlangen, daß bei einem diagnostischen Verfahren, das so allgemeine Anwendung findet, die geringste Schädigung vermieden werden muß. Sonach bei einer Röntgenuntersuchung die Belastung der Haut weit unter der Grenze der Toleranzdosis bleiben, damit nicht einmal ein Hautentzündungsrisiko entsteht. Diese Forderung läßt sich auch mit absoluter Sicherheit erfüllen.

Die Expositionszeiten für

Röntgenaufnahmen
 Bei moderner Apparatur so kurz, daß auch bei mehrfacher Wiederholung derselben die Toleranzdosis noch lange nicht erreicht wird. Daß man nicht gedankenlos — etwa bei wissenschaftlichen Untersuchungen — eine Aufnahme nach der anderen machen darf, ist dabei wohl selbstverständlich. Auch manche anderen Untersuchungsmethoden könnten den Uebereifrigen dazulehren, eine allzu große Anzahl von Aufnahmen vorzunehmen. Die Strahlenmenge, die bei der Magenaufnahme folgt, beträgt nach eigener Berechnung und Messung 0,6% der H.E.D., so daß selbst die bei Serienaufnahmen (10 Aufnahmen) verabfolgten Strahlenmengen noch immer gering sind. Entsprechend sind die Dosen bei Lungenaufnahmen erheblich kleiner, bei Gallenblasenaufnahmen, die mittels Sekundärstrahlblende vorgenommen werden, zwar wesentlich größer, aber absolut betrachtet noch immer weit unter der Gefahrenzone, selbst wenn man in ein und demselben 15 Aufnahmen und mehr vornehmen wollte. Naturgemäß ist die Höhe der Dosis je nach der Apparatur, der Expositionstechnik und der Phototechnik ganz verschieden. Bei Verwendung weniger Filme und Folien, bei schlechter Entwicklung und vor allem bei ungünstiger Exposition kann die verabfolgte Dosis ein Vielfaches von dem betragen, was unter optimalen Bedingungen notwendig wäre. Es muß daher gefordert werden, daß auch die Ärzte, die sich nur nebenbei mit der Röntgendiagnostik beschäftigen, sich die notwendigen Kenntnisse der Röntgentechnik und Meßmethoden aneignen. Weit mehr Aufmerksamkeit als Aufnahmetechnik erfordert hinsichtlich der verabfolgten Strahlenmengen

der Durchleuchtungsbetrieb.

Man drohen namentlich von zwei Richtungen: zu lange Durchleuchtung und Durchleuchtung mit unzweckmäßiger Strahlung. Wer nur einige Erfahrung besitzt, für den bestehen diese Gefahren nicht. Immerhin sollte man prinzipiell darauf achten bzw. die Kollegen darauf hinweisen, daß bestimmte Milliamperezahlen nicht überschritten werden. Im allgemeinen dürften 3 Milliampere genügen, in Ausnahmefällen für kurze Zeit die doppelte Stromstärke. Die Durchleuchtungszeit wird am besten von der Zeit registriert und bei Ueberschreitung der ein für allemal festgelegten Maximalzeit gemeldet, damit auch bei interessanten schwierigen Durchleuchtungen und namentlich bei Demonstrationen die Vorsicht nicht außer acht gelassen wird. Mangelhafte Einstellung des Untersuchers kann schließlich ebenso zu einer unzulässigen Belastung der Haut führen wie ungenügende Betätigung der Blende und Durchleuchtung mit unzweckmäßiger Strahlung. All diese Fehler sind mit absoluter Sicherheit und Leichtigkeit vermeidbar. Eine weitere Ausschaltung von Gefahren besteht in der prinzipiellen Anwendung eines Filters (mindestens ein Aluminium) und in der Benutzung von Diagnostikgeräten, die die Einhaltung eines bestimmten minimalen Fokushautabstandes gewährleisten.

Die Dosis, die bei einer Durchleuchtung des Magen-Darmtraktes angewandt wird, dürfte im Durchschnitt 15 bis 20% nicht überschreiten, in vielen Fällen darunter liegen (eigene Messungen und Berechnungen). Bei einer eingehenden kompletten Untersuchung

der Verdauungsorgane einschließlich Serienaufnahmen des Magens und Duodenums und einschließlich cholezystographischer Aufnahmen beträgt die Gesamtdosis sonach höchstens etwa 40 bis 50% der Toleranzdosis. Eine Hautschädigung ist also ausgeschlossen. Allerdings muß man sich hüten, bei einem Patienten, der kurze Zeit vorher anderswo röntgenologisch untersucht worden ist, ohne Berücksichtigung der früher verabfolgten Dosen weitere Strahlen zu diagnostischen Zwecken anzuwenden. Diesbezügliche Mitteilungen bei Ueberweisung von Patienten zur Röntgenuntersuchung sind ebenso notwendig wie bei der Röntgentherapie. Zusammenfassend können wir sagen, daß bei sachgemäßer Ausführung eine Gefahr bei der Röntgendiagnostik nach dem heutigen Stande der Technik nicht besteht. Wenn trotzdem noch irgendwo infolge eines Versehens einmal eine Schädigung vorgekommen ist, so fällt ein solches Ereignis angesichts der nach Millionen zählenden Röntgenuntersuchungen pro Jahr zahlenmäßig nicht ins Gewicht. Die Gefahr einer Röntgensschädigung bei der Diagnostik ist praktisch gleich Null.

Bei der Röntgendiagnostik sind aber noch andere Momente zu berücksichtigen als die Strahlenschädigung. Um mit dem wichtigsten zu beginnen: Die Kontrastmittel. Das für die Untersuchung des Magendarmtraktes heute allgemein übliche Baryumsulfat ist unschädlich, wenn chemisch rein. Vergiftungen sind vor einigen Jahren vorgekommen durch Verwendung eines Präparates, das durch lösliche Baryumsalze verunreinigt war. Wenn man ausschließlich das von verschiedenen Firmen gelieferte Baryumsulfat, purissimum in der Originalpackung oder die fabrikmäßig hergestellten Spezialpräparate benutzt, ist man vor derartigen Zwischenfällen sicher. Die Cholezystographie mit jod- oder bromhaltigem Phenolphthalein hat ihre Kontraindikationen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Bei der peroralen Verabfolgung, die ich früher mittels Infusion vornahm, sah ich einmal eine ziemlich schwere, aber günstig verlaufene Thrombose der V. mediana cubiti. Seitdem ich die Injektionsspritze hierfür verwende, habe ich keine Komplikationen gesehen. Die Pyelographie ist nicht immer eine ganz harmlose Untersuchungsmethode. Die hierfür gültigen Kontraindikationen — namentlich akut entzündliche und geschwürige Prozesse — müssen wohlbeachtet werden. Die Methode an sich ist praktisch ungefährlich, seitdem man als Kontrastmittel das Urografin (im wesentlichen Jodlithium) verwendet. Nur einmal wurde von einer Jodvergiftung hierbei berichtet (Idiosynkrasie). Dieselben Gesichtspunkte gelten für die Kontrastdarstellung der Blase, sei es mit Kontrastmitteln, sei es mit Luft. Röntgenuntersuchungen, die einen größeren Eingriff notwendig machen, sind naturgemäß nur bei strenger Indikationsstellung gerechtfertigt. Dies gilt für das Pneumoperitoneum und die Pneumoradiographie wie auch namentlich für die Bronchographie, Myelographie und Enzephalographie. Die bei diesen Methoden bestehenden Gefahren liegen aber natürlich nicht in der Röntgenaufnahme, sondern in dem vorbereitenden Eingriff.

Merkwürdigerweise werden gelegentlich Zwischenfälle der Röntgenuntersuchung zur Last gelegt, die mit derselben gar nichts zu tun haben. So wurde kürzlich in einer Polemik gegen zu häufige Anwendung des Röntgenverfahrens ein Fall von Ulcus ventriculi zitiert, bei dem im Anschluß an die Röntgenuntersuchung Perforation eintrat. Es ist doch wohl klar, daß nicht die Röntgenstrahlen die Perforation verursacht haben können, sondern vielleicht die mit dem Transport verbundenen Anstrengungen. Ein Ulkuskranke, bei dem Perforation droht, gehört ins Bett und nicht ins Röntgeninstitut. In einem derartigen Falle von einer Schädigung infolge der Röntgenuntersuchung zu sprechen, wie es tatsächlich geschehen ist, ist unlogisch.

Schließlich sind noch die Gefahren seitens der Hochspannung zu erwähnen. Bei Einhaltung der polizeilichen Vorschriften und Verwendung der üblichen Diagnostikgeräte sind solche nicht zu befürchten. Nur ganz grobe Fahrlässigkeit könnte zu einem Unfall führen. Im übrigen bestehen auch hierfür wirksame Schutzmittel. Wir dürfen sonach, den oben ausgesprochenen Satz erweiternd, aussprechen: Die Gefahr irgendwelcher Schädigung bei der Röntgendiagnostik ist praktisch gleich Null.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 141., Heft 3/4.

Prüfung von Wurmmitteln am Essigal. Rath.

Ueber Kurarewirkung der Tellurite am Frosch. Labes.

Ueber die pharmakologische Bedeutung der chemischen Reaktionen zwischen arseniger Säure und Thiolverbindungen. Labes.

Ueber die verschiedene Wirkung von Histamin und Adrenalin auf die Ohrgefäße des Kaninchens. Flatow.

Die Beeinflussung der Diastole des Herzens durch Ermüdung. Eismayer und Quincke.

Vom Mechanismus mehrphasischer Wirkungen II. Teil. Rentz.

Ueber sklerotische Organveränderungen, insonderheit der Arterien. Mancke.

Ueber quantitative Unterschiede in der Wirkung der Lokalanästhetika auf sensible und motorische Nerven. Boeminghaus und Kochmann.

Wirkung der Lokalanästhetika auf sensible und motorische Nerven in gepufferten Lösungen. Kochmann und Lyding.

Giftgewöhnung der Nervenfasern. Lanczos.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München-Berlin, Heft 3, 1929.

1968. Experimentelle Untersuchungen über den Ablauf der Infektion per os unter wechselnden Bedingungen. W. Seiffert.

Laboratoriumsinfektionen mit Typhusbazillen und anderen Bakterien. II. Mitteilung. K. Kibkalt.

Beatmung von Tieren mit luftkolloidem Blei. V. Froboese und H. Brückner.

Katathermometrische und andere hygienische Untersuchungen an Bord eines kohlebefeuerten Dampfers. C. Schwarz.

Internationale Gesellschaft für Mikrobiologie.

Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderheilk.), Stuttgart, 86., Heft 1.

1952. Der Einfluß der Leibesübungen auf Kinder und Jugendliche. II. Mitteilung: Die unmittelbare Wirkung des Turnens in der Schulturstunde. E. Schlesinger.

Die nachweislichen Entstehungsbedingungen der Ernährungsstörungen bei Säuglingen. E. Maier.

Zur Psychologie des versimpelnden Kindes. J. Susmann.

2032. Ueber die Wirkung einiger Eukalyptusöle auf Askariden. E. Mahlo.

Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie (Arch. orthop. Chir.), Berlin, 27., Heft 1.

1881. Behandlung des pulsierenden Exophthalmus (traumatisches Aneurysma arteriovenosum der Carotis interna). (Chir. Universitätsklinik Würzburg.) Fritz König.

2045. Experimentelle Versuche zur Erzeugung von Knochenzysten. (Chir. Universitätsklinik Würzburg.) Th. Teichmann.

1907. Zur Klinik der Osteochondroarthropathia necroticans vom Köhlerschen Typus. (2. chir. Klinik der Mittelasiat. Universität und Röntgenkabinett des Neuen Stadtkrankenhauses.) P. Zarenko.

1905. Sprunggelenksplastik bei angeborener Volkmannscher Sprunggelenksmißbildung und bei angeborenem Wadenbeindefekt. (Chir.-orthop. Privatklinik Dr. Deutschländer, Hamburg.) Carl Deutschländer.

1904. Ueber ein Hüftgelenk mit willkürlicher Luxation und Reposition. (Krüppelanstalten Volmarstein i. Westf.) Eduard Isigkeit.

1902. Welche Beziehungen hat die Skoliose zur Rachitis. C. R. H. Rabi, Saarbrücken.

Beitrag zu der Arbeit von Schulze-Hecht: „Ueber den Trapezusdefekt.“ (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir., Bd. 26, Heft 2.) Fr. Schade, Leipzig.

1909. Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa nach Alben. (Orth. Universitätsklinik Köln.) Joisten.

1899. Die primäre Wundnaht bei offenen Knochenbrüchen. (Chir. Abt. d. Krankenhauses „Bergmannsheil“, Bochum.) E. Koch.

1903. Endausgänge traumatischer Luxationen. (Chir. Abt. d. Krankenhauses „Bergmannsheil“, Bochum.) W. Wette.

1906. Ueber Luxatio pedis sub talo. (Chir. Abt. d. Krankenhauses Moabit.) Hans Schmidt.

Archiv für Verdauungskrankheiten (Arch. Verdgskrkht.), Berlin, 45., Heft 1/2.

1909. Neue Fälle von ulzerativer Kolitis, die durch Spülung des Kolon mittels Darmschlauch auf dem oralen Wege behandelt worden sind. Einhorn, New York.

Zur Frage der Permeabilität der Darmwand für Bakterien. Eickhoff, Berlin.

2037. Ueber Trauben Zucker als Diätetikum. Bickel, Berlin.

2036. Ueber den Einfluß des Spinats auf die Magensekretion. Haug, Berlin.

Untersuchungen über die Schichtung des Mageninhaltes und die Sekretion verschiedener Magenabschnitte. Glückmann, Berlin.

Das Problem der duodenalen Regurgitation. Jarno, Budapest.

Ueber die Einwirkung von Nähr- und Tropfküsten auf die Magensaftsekretion. Ruth Schereschewsky, Berlin.

Zur Frage über den Einfluß der Moorbehandlung auf den Säuregehalt des Magensaftes. Lewin, Moskau.

Untersuchungen mit der fraktionierten Magenabsaugung. Die Wirkung des Atropins auf die Magensekretion. Kellermann, Pécs.

Die Faltengallenblase. Bárony, Budapest.

Syphilis hepatis tarda. Dim. Antić, Belgrad.

1998. Zum Nachweis der Eier von *Taenia saginata* im menschlichen Stuhl. Parkas und Lauda, Wien.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), 71., Heft 4.

2004. Kritik der Stadienlehre der Tuberkulose, unter besonderer Berücksichtigung des Sekundärstadiums Rankes. Walter Blumenberg.

2008. Ueber die Phthise der subpleuralen Lymphknoten. F. Schmoe.

Ueber perifokale Blutungen der Tuberkulose. Lotte Simonson.

Vorschläge zur Nomenklatur perifokal entzündlicher Prozesse im Ablauf der Lungentuberkulose. Wilhelm Pfaff.

2020. Der Ablauf der kindlichen Lungentuberkulose im Röntgenbild, unter besonderer Berücksichtigung der perifokalen Entzündung. Wilhelm Pfaff.

2006. Die Beziehungen des sogenannten Frühinfiltrates zur Phthiseogenese. K. Baden.

Ueber einen Fall von „Sepsis tuberculosa gravissima“. Max Dugge.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 18, 1929.

1925. Hyperkeratosen und Pyodermien bei Psoriasis vulgaris. H. Parl.

1936. Die Kupfertherapie der Syphilis. J. Vignati.

Ungewöhnlicher Sitz spitzer Kondylome. H. Mühlpfordt.

1945. Endoskopie mit einer Optik für zwei Beobachter. E. Langer.

Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Zschr.), Berlin, 55., Heft 5/6, 1929.

1935. Weshalb soll die Zisternenpunktion zur Liquorüberwachung der Syphilis-kranken im Liegen vorgenommen werden? E. Hoffmann und A. M. Memmesheimer.

Kraurosis vulvae. W. Frieboes.

1928. Klinische und physiologisch-chemische Untersuchungen über die Hyperkeratosenbildung bei Gonorrhoe und bei Psoriasis pustulosa arthropathica. H. Löhe und H. Rosenfeld.

pH-Messungen bei Pilzkulturen. Asta v. Mallinckrodt-Haupt.

Ueber die Bedeutung der Nährbodenalkalität in der Mykologie. E. Kadisch.

1927. Neuere Farbstoffbehandlung (mit Pyridium) bei Ulcus molle und Gonorrhoe. E. Bernhardt.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 12.

Die normale und pathologische Charaktergestaltung. III. Charakter in Anlage, Vererbung und Entwicklung. Eugen Kahn.

Die normale und pathologische Charaktergestaltung. IV. Charakterausdruck und Ausdruckskunde. Arthur Kronfeld.

Zum Reaktionsmechanismus der Hautgefäße. Bettmann.

Ueber stumme Typhusinfektion ohne Immunitätsreaktion. Hans Reiter.

1964. Blutbilder während der Grippeepidemie. Wolfgang Nipperdey.

Ueber Dionin und sein Verhältnis zu Morphin und anderen Morphinderivaten. H. Winteritz.

Ephedrin, ein Kombinationsprodukt aus Ephetonin und Adrenalin (Paranephren). I. Pharmakologischer Teil. H. Kreitmair.

Ephedrin, ein Kombinationsprodukt aus Ephetonin und Adrenalin (Paranephren). II. Klinischer Teil. M. Leffkowitz.

2023. Ueber den Einfluß des biologisch-aktiven Eisenpräparates „Siderac“ auf den Lungengaswechsel des Menschen. Heinrich Zimmer.

1971. Sionon in der Diabetesbehandlung. K. H. v. Noorden.

Therapeutischer Einfluß des Denguefiebers auf organische Erkrankungen des Zentralnervensystems. Georg Pamboukis.

Sulfoderm, eine neue Form der Schwefelapplikation. L. Zippert.

Repetitorium der Alterskrankheiten. VI. Vorwiegend dem Alter eigentümliche Affektionen des Digestionstraktes. Hermann Schlesinger.

Fortschritte der Kollapsbehandlung der Lungentuberkulose. Harry Scholz.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 13.

1894. Ueber ein erfolgreich operiertes endomedulläres Lipom des Halsmarks, nebst einigen Bemerkungen zur Chirurgie der intramedullären Tumoren. V. Schmieden und H. Peiper.

Das Pleuraempyem. A. Fromme.

Ueber die Behandlung des Adhäsionsileus im Verlaufe schwerer intraperitonealer Entzündungen. Georg Schöne.

1948. Nachbehandlung nach urologischen Eingriffen. P. Janssen.

Endothel, Thrombose und Embolie. B. Fischer-Wasels und J. Tannenber.

2071. Zur Technik der Bronchographie. Alexander Lorey.

Die Entfernung eines großen künstlichen Gebisses aus der Speiseröhre ohne Narkose. L. Drüner.

Ueber Empyembildung beim Kinde. Anton Plate.

Zur Therapie der Tibiokondylenfrakturen. Hans Zielke.

1898. Die Erfolge der funktionellen Behandlung der Gelenkgonorrhoe. Paul Hubmann.

Fortschritte der Kollapsbehandlung der Lungentuberkulose. Harry Scholz.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 8, 1929.

Hochgradige mangelhafte Schmelzbildung in vier Generationen. H. Pflüger.

Experimentelle Beiträge zur Frage der Schädigung bleibender Zähne durch das Milchgebiß. Karl Greve.

Untersuchungen über Zinn-Silberamalgame. Wannenmacher.

2021a. Die entzündlichen Erkrankungen im Canalis nasopalatinus. K. Hauenstein.

Einiges über Antisepsis und Antiseptika unter besonderer Berücksichtigung des Metajodins. Felix Manasse.

Angemessene Vergütung zahnärztlicher Leistungen. Lorey.

Schutzhülse für Handstücke an zahnärztlichen Bohrmaschinen. P. Krüger.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 9, 1929.

Die Bedeutung der exakten Quecksilberdosierung bei der Anwendung von Amalgamgemischen. Bade.

Untersuchungen über verschiedene Eigenschaften der Silber-Zinnamalgame. II. Wannenmacher.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 108., Heft 4-6, Mai 1929.

- Extrazerebrale Tumoren: Hans Cohn und Kurt Goldstein.
 2058c. Extrapyramidale Symptomenkomplexe. Georg Schaltenbrand.
 2056a. Multiple Sklerose und kongenitale Syphilis. Arist-Stender.
 2058a. Muskeldystrophie. W. Runge.
 2051a. Atypische Paralyse. E. Liebert.
 Eiweißbestimmung im Liquor. K. Samson.
 Pollexreflex. Ladislaus Benedek.
 2057b. Friedreichsche und Marinesche familiäre Ataxie. L. Kallnowsky.
Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 12.
 Inselorgan und Stoffwechsel. Heinrich Schur.
 Untersuchungen über den Kohlehydratumsatz und den Abbau des Traubenzuckermoleküls. Erich Schneider und Ernst Widmann.
 2031. Zur Frage der chronischen Quecksilbervergiftung. Artur Hertz.
 1990. Zuckertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni. Georg Recht.
 Karzinom und Blutmilchsäure. Edmund Haintz.
 1982. Studien über den arteriellen Tiefdruck. Franz Kisch.
 Beiträge zur experimentellen Psychopathologie. Ernst Joel und Fritz Fränkel.
 1888. Ueber vergleichende Versuche zwischen der Kahn- und Bruck-Reaktion als serologische Schnelluntersuchungsmethoden auf Syphilis. Hans Groß.
 Ueber die Veränderungen der Niere beim insulinbehandelten Coam diabeticum mit Ausgang in Urämie. Theodor Weiß.
 Zum diagnostischen Wert der Interferometrie in der Psychiatrie. H. D. v. Witzleben.
 Ueber Bacterium coli bei Anaemia perniciosa. A. Engel und G. Olin.
 Ueber den therapeutischen Einfluß von Metallsalzen auf Infektionskrankheiten. H. Lyding.
 Ein Fall von akuter Enteritis mit auffallender Vermehrung von Blastocystitis hominis im Stuhle. Ernst Silberstein.
 Analysen zur Somatogenese der Neurosen. Bernhard Dattner.
 Ueber die Abhängigkeit der Insulinwirkung von der Stoffwechsellage. Peter Fr. Meyer.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 13.

- Das Zoster-Variellen-Problem. Heinruth Freund.
 1966. Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. G. Steiner und Viktor Fischl.
 2088. Zur Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen. Paul Schumacher.
 2001. Niere, Wasserhaushalt — Zuckerstoffwechsel. W. Kempmann und H. Clauditz.
 Zur mutmaßlichen Genese der Eosinophilie bei Askarisinfektion und evtl. auch bei anderen Wurmkrankheiten. W. Borchardt.
 Vergleichende Entwicklungsstudien an Säuglingen und Kleinkindern. Stephan Wurzlinger.
 Ueber den Mechanismus der Beendigung des Anfalles von Angina pectoris. D. Danielopolu.
 Erduntersuchungen auf Anaerobensporen. Joseph Birger.
 Zur Theorie der Herzinsuffizienz und der Digitaliswirkung. H. Schwarz.
 Erwidrerung. S. Lauter und H. Baumann.
 Zur Frage des „aktiven“ Eisens. Helmut Petow und Hans Kosterlitz.
 1979. Die Kontraktion der Extremitätenmuskulatur beim Herzkranken. H. E. Büttner.
 Lungentuberkulose und sportliches Training. Nervegno.
 Ueber die Beziehungen der Lungentuberkulose zur Hauttuberkulose. Ph. Keller und Schilling.
 Ueber Behandlung chronischer Entzündungen der Harnwege mit Alkorelin unter besonderer Berücksichtigung der männlichen Adnexerkrankungen. Heckenbach und Jacoby.
 Ueber die rektale und nasale Anwendbarkeit der Hypophysenpräparate in der Behandlung des Diabetes insipidus. Eugen Barath und Franz Borbély.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 14, 1929.

1957. Akute Kreislaufschwäche bei Infektionserkrankungen. (I. Mitteilung.) Theodor Brugsch und W. Grunke.
 1889. Chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. A. W. Meyer.
 Plurivegetative Regulationsstörungen. Erich Leschke.
 1965. Diagnose und Therapie der Meningitis epidemica. F. Külls.
 Immunisierungsversuche gegen Diphtherie mit T.A.F. H. Opitz und W. Bayer.
 Zur Frage der Diätik in Krankenhäusern. C. v. Noorden.
 2002. Beiträge zur Kenntnis des Muskelrheumatismus. Arthur Slavick.
 2039. Der Einfluß der Parabiose auf die innere Sekretion. Erich Fels.
 Fortgesetzte Versuche mit dem Herzhormonpräparat. L. Haberlandt.
 Weitere Untersuchungen über das direkte und indirekte Bilirubin. Oskar Weltmann und Herbert Hüchel.
 2060. Ergebnisse von Banisterinversuchen an Nervenkranken. P. Schuster.
 2062. Beeinflussung des senilen Tremors und anderer Tremorarten durch Salizylsäure. Lucie Rosenbund.
 Sammelbericht über neuere Arzneimittel. Curt Heidepriem.
 Tabes dorsalis — Granatsplitterverletzung — Mal perforant du pied. Kurt Mendel.
 Neuere Arbeiten über Herz- und Gefäßkrankheiten. Sammelreferat. Ernst Edens.
 Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. Otto Strauß.
 Der weitere Verlauf der gegenwärtigen Grippewelle in Europa und den außereuropäischen Ländern. 4. Mitteilung. B. Möllers.
 Gesundheitsfürsorge und Heilstättenbehandlung der Zuckerkrankheit. Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. E. Lyon in Nr. 3 dieser Wochenschrift. Anton Fischer.
 Bemerkungen zu obigen Ausführungen. E. Lyon.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 15, 1929.

1893. Die Diagnose und operative Behandlung des Morbus Gaucher. Richard Mühsam.
 Fruchtbarkeit und Sterblichkeit in den einzelnen Berliner Verwaltungsbezirken. Karl Freudenberg.
 1882. Okularer und chirurgischer Torticollis. Georg Braun.

1934. Ist das Guttadiaphot von Meyer, Bierast und Schilling für die Diagnose der Lues verwertbar? G. Blumenthal und T. Saito.

1919. Ueber auffallende, durch Grippe (?) bedingte Häufung sogenannter Otolithenaffektionen. (Vorläufige Mitteilung.) E. Wodak.
 Ein Fall von kongenitaler Oesophagusstenose beim Kinde. K. H. Link.
 Schiefnasenplastiken. Ernst Eitner.
 2080. Intensive Quarzlichtbehandlung der Ischialgie. R. F. Weiß.
 Auswertung des M.T.R.-Extraktes. Neue Technik. Hugo Hecht.
 Moderne Behandlung der Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten (Fortsetzung). Herbert Colman.
 Zur Behandlung vasolabiler Zustände, insbesondere des hypotonischen Symptomenkomplexes (der Hypotonia nervosa) mit Vasovasal. F. W. Stein.
 Lytussin, ein endermatisches Heilmittel für Erkrankungen der Atmungsorgane. Conrad Martin.
 Ein neues Hilfsinstrument zur Gonorrhöebehandlung. M. Badrian.
 Zur Auslegung des Begriffes „unlauter“ im § 7 des Geschlechtskrankheitsgesetzes vom 18. Februar 1927. (Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichtes.) Schlager.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 16, 1929.

1908. Die operative Behandlung operabler Uteruskarzinome in ihrer Beziehung zur Strahlentherapie. H. R. Schmidt.
 2082. Zur Radiumbehandlung der bösartigen Geschwülste. Claude Regaud.
 1953. Die Sportherverkleinerung. Felix Deutsch.
 Ueber zirkumskripte Osteoporose des Schädels. Arthur Schüller.
 Strahlenbehandlung der operablen Karzinome? Leopold Freund.
 2038. Die respiratorische Verschieblichkeit des Pankreas. Karl Hitznberger.
 2072. Zur Röntgendiagnose der Doppelgeschwüre im Magen und Duodenum. Fritz Eisler.
 Fraktur der ersten Rippe durch Muskelzug. Rudolf Pohl.
 Wirkt die Röntgenentzündungsbestrahlung steigend auf die Blutbakterizidie und die Proteinkörpertherapie gleichsinnig? G. J. Pfalz.
 Die neueren Methoden zur Erforschung der langwelligen Röntgenstrahlung. Gustav Ormer.
 Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten (Fortsetzung). Herbert Colman.
 Dringliche Therapie in der inneren Medizin (Fortsetzung). Werner David.
 Ueber die Behandlung des Röntgenkaters mit Nautisan. Frieda Sack.
 Kombinierte Salvarsan-Septojodbehandlung. Erich Leschke.
 Ein neues geburtschillich-gynäkologisches Operationsspekulum. M. Karp.
 Traumatische Spätapoplexie. Kurt Mendel.
 Einige neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie der Verdauungsorgane. Sammelreferat. Walter Wolff.
 Sozialmedizinische Gesichtspunkte in der Dermatologie. Ulrich Saalfeld.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 14, 1929.

- Wiesbaden und die Medizin. Heß.
 Pathomorphosen. W. Heilpach.
 2011. Neuere Wege zur Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Carl Prausnitz.
 Lues-Fehldiagnose im Gebiete der Nase, des Mundes, Rachens und der übrigen Luftwege. J. Zange.
 Altes und Neues aus der Lehre von der kindlichen Tuberkulose. H. Vogt.
 Erhaltung und Vernichtung lebensunwerten Lebens. F. Straßmann.
 Psychohygiene der Großstadt. W. Weygandt.
 Beziehungen zwischen Gynäkologie und Balneologie. Hugo Sellheim.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 15, 1929.

1949. Zu meiner Theorie der Harnbildung. K. Bujnewitsch.
 2077. Bioradioaktivität und Automatie. H. Zwaardemaker.
 2022. Zur Biologie der Jodverbindungen. I.: Wichtige Einwirkung des Kupferjodids Cu_2J_2 bei der A- und D-Avitaminose. Georg von Wendt.
 1956. Biologischer Konnex von Schlucken und Atmen vom Gesichtspunkt der Rettungstechnik. Stefan Jellinek.
 1923. Einfluß der inneren Sekretion auf den Dermographismus. Giuseppe Pintus Sana.
 Klinische und theoretische Ergebnisse der Frage Erythrozytensenkung. Dionys v. Klobusitzky.
 2044. Neue Modifikation der Indigokarminprobe zur Bestimmung der funktionellen Lebereigenschaften. N. W. Kusnezow.
 1954. Fleischnahrung als Ursache von Organkrankheiten. M. Hindhede.
 Elektrosmose und ihre medizinische Anwendung. Louis C. Barail.
 1916. Riesenkindergeburt. Alexander Mandelstamm.
 Transorgan bei der Gonorrhöebehandlung. Erwin Kunewälder.
 Baldrian-Disperst. Paul Biach.
 Behandlung der Ekzeme. Karl Schwarz.
 Bekämpfung der Tuberkulose in italienischen Gefängnissen. Vincenzo Mario Palmieri.
 Mediziner und Politiker. A. Nascher.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 16, 1929.

- Zum 100. Geburtstag Theodor Billroths. R. Klapp.
 Inwieweit läßt sich die Strömung im peripheren Blutkreislauf therapeutisch insbesondere balneotherapeutisch beeinflussen? Karl Hasebroek.
 2040. Technik der Blutgruppenuntersuchung. Pietrusky.
 Zur Diagnose der Extrateringravidität. E. Sachs.
 2003. Vier Fälle von Erythrocytosis crurum als Folge moderner Damenkleidung. A. Moeller.
 Lues bei Mutter und Kind. A. Buschke.
 Atmungsgymnastik — Atmungstherapie. Rahel Hirsch.
 Intravasale Diagnostik und Therapie (vgl. Med. Welt 4. 126). Paul Rosenstein.
 Soll der praktische Arzt zystoskopische Diagnostik und Therapie treiben? J. J. Stutzin.
 Stellungnahme zu vorstehenden Ausführungen. E. Ruge.
 Spektrographische Untersuchung des Altbuchhorster Mark-Sprudels. Wilhelm Scheffer und Paul Müller.

HeiBlutttrocknung bei Behandlung von Hautkrankheiten. R. Boerner.
Babylonischer Turmbau. E. Fuld.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir.), Jena, 41., Heft 1.
Djastase und Lipasewerte im Blut bei operativ gesetzten Pankreasverletzungen. Alfred Graßberger.

Frühjahrsgriffel beim Pylorospasmus der Säuglinge. Carl Hutter.

1995. Zur Klinik und Anatomie der Nebennierennekrose bei Pankreasfettgewebsnekrose. Carl Peus.

1997. Beiträge zur Frage über die Rolle der Oxyuren in der Ätiologie der Appendizitis. N. J. Ssolowjew.

Das osteoplastische Endotheliom der Dura. E. Cordes.

Experimentelles zur Frage des postoperativen Geschwürs. A. Winkelsbauer

1901. Ueber die Bedeutung der Epithelkörpervergrößerung bei der Ostitis fibrosa generalisata Recklinghausen. Ernst Gold.

1920. Ueber die Bedeutung der Karotissinusreflexe bei Halsoperationen. W. Gronover.

1922. Nachuntersuchungen an 208 vorwiegend intern behandelten Gallensteinkranken. W. Löwenberg, G. Noah und G. Scherk.

1994. Ueber Rezidive nach Cholezystektomie und die Ergebnisse ihrer Behandlung. Wilhelm Gundermann.

Milzextirpation bei hämolytischem Icterus. Carl Friesdorf.

Jodmangel und Struma. P. Schmitz-Moormann und Fr. Meis.

Erfahrungen mit der Cholezystographie. J. G. Knoflach.

Gewerbliche Erkrankungen der Schilddrüse, ihre Klinik und chirurgische Behandlung. A. D. Kaplan, R. M. Starschikowskaja und J. A. Goljanitzki.

1896. Ueber die Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi bzw. duodeni. C. Bauer.

1892. Zur Klinik der Comotio cerebri. Otto Bsteh und Fritz Driak.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (Msch. Psych.), 72., Heft 2/3, Mai 1929.
Optisch-agnostische Störungen. P. Joßmann.

2046b. Zirkumskripte Hypochondrien. H. Schwarz.

2057a. Heredität der Torsionsdystonie. B. N. Mankowsky und L. J. Czerny.

2058b. Muskelhypertrophien neuritischen Ursprungs. A. E. Kulkow.

2046a. Angstpsychosen. F. Rawak.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 14.
Ueber die Beziehungen der Chirurgie zur Balneologie. Schmieden.

2048. Encephalitis epidemica und Kriegsdienstbeschädigung. v. Romberg und Bremer.

Ueber salzarme Kost und das neue Geschmackskorrigens „Hosal“. Heß.

2034. Zur lokalen Behandlung der Verbrennungen. Makai.

Zur Pathogenie und Therapie der männlichen Impotenz mit besonderer Berücksichtigung tierexperimenteller Ergebnisse. Prange.

Erfahrungen mit der Lebertherapie bei Intoxikationszuständen nach Salvarsan.

Wismut, bei Infektionen und Psoriasis. Spiethoff.

Zur Simultanbehandlung juckender Dermatosen. Mohrmann.

1938. Zur Behandlung der Pleuraempyeme. Nielsen.

Erfahrungen mit Brojosan bei Otoklerose. Noack.

1985. Ueber gleichzeitige Auskultation beider Lungen. Jacoby.

Die diagnostische und prognostische Bedeutung von Dermographia rubra bei Pleuritis exsudativa. Sudzuki.

Ist Gonovitan eine Gonokokken-Lebendvaccine? Frieboes.

Die Densographie als Methode zur Verfeinerung der röntgenologischen Bildgebung. Stumpf.

Acne necrotica und Lichtreiz. Bettmann.

Die Bedeutung der Sakralisation des 5. Lendenwirbels. Rohrbach.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 15.
Ueber Scharlach. Schottmüller.

2025. Ueber ein neues Kombinationspräparat des Ephetonins (Ephedralin). Berger und Bogdanovic.

Nebennierenzyste — Exstirpation — Heilung bei einer Diabetikerin. Rieß und Schott.

1887. Die Klärungsreaktion von Meinicke (M.K.R.). Hohn.

Meine Klärungsreaktion auf Syphilis (M.K.R.). Meinicke.

Stufenphotometrische Untersuchungen auf dem Gebiet der Immunitätslehre. Bachmann.

1993. Beitrag zur Cholezystographie mit einer neuen internen Methode (Oral-Tetragnost). Hofmann.

2052. Drei Fälle von Halluzinose bei progressiver Paralyse. Gerweck.

1970. Perniziöse Anämie nach Magenresektion. Dennig.

1924. Zur Frage des schwarzen Dermographismus. Breitmann.

1918. Beitrag zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. Obadalek.

Zwei weitere Jahre Vollsals. Sepp.

Winterkurorte für Deutsche. Klimatische Stationen in der Zeit vorher und nachher. Schmidt.

Röntgenpraxis, Berlin, I., Heft 1, 1929.

Grundsätzliches zur Erhebung und Wertung des Röntgenbefundes bei endokrinen Affektionen. E. G. Mayer.

2037. Welche Behandlung bietet die beste Heilungsaussicht beim Melanosarkom. H. Hoffelder.

Die Entwicklung der Myelographie. H. Peiper.

2089. Kumulations- und Kombinations-Röntgenexposen. F. M. Groedel, H. Lossehn.

Beitrag zur Kenntnis der Ursache des Kardiospasmus. H. Appelrath.

Eine einfache Maßnahme zur Verhütung von Ueberdosierungen bei Durchleuchtungen, besonders Magen-Darmuntersuchungen. R. Janker.

Dorsoplatäre Röntgenaufnahmen des menschlichen Fußes. A. Nußbaum.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 11, 1929.

1878. Das Alter des Auges. A. Vogt.

Zum Vorkommen und zur Diagnostik des Febris undulans. W. Löffler.

1991. Ueber funktionelle Leberdiagnostik. H. Staub.

Leberphysiologie. Maurice Arthus.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 12, 1929.

Die Bedeutung der flüchtigen giftigen Gase. H. Zangger.

Zur Heilung der Netzhautablösung mittels Ignipunkt des Risses. Alfred Vogt.

Übergang des B. abortus Bang von fäustieren auf Menschen. W. Frey.

2026. Erfahrungen mit Coramin „Ciba“ in faustieren auf Menschen. W. Frey.

truppen 1928. E. Isler.

Allgemein anästhesierende oder kurarisierende Wirkung des Magnesiums. B. Wiki und Marc Réboux.

Neuer Beitrag zur Frage der Tetanusbehandlung. Ernest Ceppi.

Strahlentherapie, Berlin, 31., Heft 3, 1929.

2085. Zytologische Studien an oberflächlichen und tiefgreifenden menschlichen Karzinomen. P. Seulberger, W. Schmidt.

2079. Ueber den Einfluß des Zeitfaktors auf die Sterilisation des normalen und des neoplastischen Zellwachstums durch die Radiotherapie. Cl. Regaud, R. Ferroux.

2068. Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Wellenlänge, der Intensität und der Bestrahlungsdauer. H. Holthusen.

Ueber biologische Wirkungen von Radium- und Röntgenstrahlen, speziell in bezug auf die Faktoren Wellenlänge, Strahlungsintensität und der Bestrahlungsdauer. Douglas Quick.

2081. Die Ultravioletttemperatur der Vagina und ihr Absorptionsspektrum. H. Guthmann.

Indikationen und Erfolge der Röntgenkastration. H. Runge.

Die Strahlenbehandlung der mit entzündlichen Adnexerkrankungen komplizierten Uterusfibrome und Metropathien. Felix Gal.

Durchgreifende Bauchwandnekrose. 7 Jahre nach Röntgenkastration wegen Uterusmyom. M. Henkel.

Erfahrungen mit Duerdosimetrie bei gynäkologischer Tiefentherapie. Paul Feldweg.

Vergleichsmessungen mit deutschen Meßinstrumenten und die Beziehung zwischen R-Einheit und HED bei verschiedenen Strahlenqualitäten. Günther Hin.

Eine Mikro-Ionisationskammer für Röntgen- und Radiumstrahlen. E. Stahel.

Experimentelle Erzeugung von Röntgenstrahlenkatarakt. Wilhelm Rohrschneider.

Untersuchungen über die Beeinflussung der Avitaminosen durch ultraviolette Strahlen. Versuche mit reinen ultravioletten Strahlen bei Tauben-Beriberi und beim Meerschweinchen-Skorbut. Jaroslav Krizenecky.

Rot- und Blaulicht in der Dermatologie. Martin Schubert.

Untersuchungen über das Ultravioletttherm. Kurt Kirschmann.

Die medizinische Quarzlampe ohne Vakuum. H. Bach.

Erwähnung zu vorstehenden Ausführungen von Geh. San.-Rat Dr. Bach. Erich Uhlmann.

2070. Physikalische und biologische Versuche an Kathodenstrahlen. Walter Schäfer

Ernst Witte.

Strahlentherapie, Berlin, 31., Heft 4, 1929.

2078. Beitrag zur Röntgentherapie der Lymphogranulomatose, mit besonderer Berücksichtigung der neueren klinischen Ergebnisse. Carl Kruchen.

Vergleichende Betrachtung der Kollumkarzinome, der Krebse der Mundhöhle, der Mamma und des Rektums vom Standpunkt der radiotherapeutischen Behandlungsmethoden. Cl. Regaud.

2084. Beeinträchtigt die Sekundärinfektion im Uteruskarzinom den Erfolg der Strahlenbehandlung. Hans Dehler.

Die Radiumtherapie des Vulvakarzinoms. Iwan v. Büben.

Röntgenbehandlung der Gehirntumoren im Kindesalter. Paul P. Gotthardt.

Ueber die Behandlung der malignen Geschwülste mit radioaktiven Injektionen. Ferd. Tomaneck.

Zur Anwendungstechnik des Hoffeldertubus. St. Simon.

Ueber Dosierungsfehlerquellen bei unrichtiger Handhabung der Eichstandgeräte. H. Hase, H. Küstner, Piepenborn.

Die Messung der Gammastrahlen in absoluten R-Einheiten. E. Keßler, F. Sluys.

Beitrag zur Röntgenbestrahlung der Lungenentzündung. Franz Hell.

Ueber die Strahlentherapie des Diabetes mellitus. Erwin Kolta.

Ein Beitrag zur Röntgenbehandlung der Ozaena. S. Grauer.

Ueber Jodausscheidung durch den Organismus unter dem Einfluß der Röntgenbestrahlung. Arkusky.

Ueber Ausbildung und Fortbildung der deutschen Aerzte in der Röntgenologie. Paul Krause.

40 Jahre Lupusbekämpfung. Hans Axmann.

Zeitschrift für Kreislaufforschung, 21. Jahrg., Heft 6.

Die Atonie der Kapillaren als organische Grundlage von Neurasthenie und Neurosen. Rudolf Klotz.

Zeitschrift für Kreislaufforschung, 21. Jahrg., Heft 7.

1980a. Das Phonogramm bei Vorhofflimmern. W. F. Selenin und L. I. Fogelson.

2026a. Bemerkungen zum Skillaprobem. Cornelius Diest.

Zur Kenntnis der Herzbeutelgeschwülste. H. Loos.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin 119., Heft 1.

2049. Ueber den Einfluß des Hyoscins, Hyoscyamins und Atropins auf die Muskelleistungen und den Geist von Parkinsonismuspapienten nach der Encephalitis epidemica. W. Beyermann und A. Th. Leicher.

2051. Ueber die Psyche der Epileptiker. A. W. Illin.

Beitrag zur Belastungsstatistik der Durchschnittsbevölkerung. (Nähere Verwandtschaft in das Allgäu eingewanderter Oberpfälzer und Franken.) Fritz Magg.

Tuschreaktion des Liquor cerebrospinalis. Ladislaus Benedek und Eger von Thurzó.

Ueber die Elektivität des bulbärparalytischen Prozesses. (2. Beitrag zur Lehre von der Pathoklise.) F. Kino.

- Organischer Hirnprozeß als Spätfolge von Gehirnerschütterung. (Mit einem Gutachten.) Rudolf Rötter.
- Sippchaftsuntersuchungen über Allgäuer Kretinen und Schwachsinnige. Theo Lang.
- Die Eiweißrelation des Liquor cerebrospinalis. 4. Mitteilung: Die Beziehungen der Ergebnisse der Eiweißrelation zu den übrigen Liquorbefunden. V. Kafka und K. Samson.
- Schrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 55., 3.
- Tuberkulinallergie und Tuberkuloseimmunität. A. Calmette.
- Die intravenöse Kalkbehandlung der Lungentuberkulose. F. Becker.
- Kalkinhalation bei Lungentuberkulose. H. Siegel.
- Thorakoplastik und Geburt. F. Jessen.
- Die Wasserstoffkonzentration im Blute tuberkulöser Kaninchen. H. Zain.
- Ueber die Wasserreaktivität der Tuberkelbazillenfette. Model und Ssidelnikowa.
- Die Maßnahmen und Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt Sachsen im Kampfe gegen die Tuberkulose. Zwerg.
- Tuberkulosekranken Häuser. K. Henius.
- Schrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 1, 1929.
- Carl Posner †.
- Ein Beitrag zur Frage der zystischen Nierentumoren. Max Jacoby.
- Berechnung des polyurischen und Konzentrationskoeffizienten. E. M. Sienkiewicz.
- Seetio alta transperitonealis. P. Ssolowoff.
- Durch eine Ureterscheidenfistel verursachte Pyelonephritis. Andreas Matusovszky.
- Die Gallensäureprobe nach Matthew Hay (1886). Erich Ebstein.
- Symptom von Alexeieff-Schramm und seine diagnostische Bedeutung bei Nervenkrankungen. G. S. Epstein, A. S. Juschelevsky und J. D. Michelson.
- Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft am 26. Juni 1928.
- Demonstration zur Frage der Nierenzysten. Max Jacoby.
- Die Behandlung der Gonorrhöe mit Acridinfarbstoffen. Erich Langer und Dreßler.
- Die Behandlung der Gonorrhöe mit intravenösen Injektionen von Acridinfarbstoffen. Ludwig Loewenstein.
- Schrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 2, 1929.
- Pathologie und Therapie der Harnröhrenblutungen. A. Olgar.
- Immunisierung von Blut gegen Gonokokken in vitro. N. J. Baschkirzev.
- Zur Klinik und Behandlung der extravasikal mündenden Harnleiter bei der Frau. S. Perlmann.
- Cowperitis chronica gonorrhoea. Hans Riem.
- Ein neues Verfahren zur quantitativen Eiweißbestimmung. P. Spanier.
- Ein Prostataabszeß bei einem zweieinhalbjährigen Knaben. D. Szenkier.
- Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft am 24. Juli 1928.
- Zur Hämaturie bei Hydronephrose. W. Israel.
- Zur Frage der Harnleiterdivertikel. Bernhard Vormann.
- Fälle von kongenitaler Rückstauungsniere beim Kinde. H. Viethen.
- Ueber zwei Fälle von Hufeisenniere. H. Schmutte.
- Demonstration von drei Hydronephrosen im Kindesalter. Hans von Sauer.
- Ueber seltene und selten verlaufende Nierentumoren. E. Joseph.
- Schrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 3, 1929.
- Einfacher Apparat zur quantitativen Bestimmung des Harnzuckers. H. Citron.
- Ueber reno-renal Reflex. D. Szenkier.
- Experimentalstudie über das Eindringen von Kontrastlösungen aus dem Nierenbecken in den Kreislauf. Hans v. Sauer.
- Die Veränderungen der Flora bei akuter Urethritis gonorrhoea. N. Owtschinnikov und E. Ssemenjako.
- Argolavalspülungen in der Zystitis-therapie. L. Casper.
- Zur Winklung der Katheter im Harnleiterzystoskop. Friedrich F. Leiter.
- abblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 18, 1929.
- Neuorientierung oder besonnene Entwicklung der Geburtshilfe. Sellheim.
- Ephetonin-Merck bei der Behandlung des Gefäßkollapses. Holzbach.
- Röntgenologische Größenbestimmung des Kopfes beim engen Becken. Schumacher.
- Konfiguration des nachfolgenden Kopfes. Werboff.
- Ruge-Philippsche Virulenzproben bei 200 Karzinomfällen. Clauberg.
- Beitrag zur Blutgruppenforschung. Wachtel.
- Lipom des Eileiters. Sampoerno.
- Fibrom der Tube. Hochloff.
- abblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 19, 1929.
- Kaiserschnittdämmung. Gauß.
- Bedingungen der Hypophysenhinterlappenextrakt-Wirksamkeit. Knaus.
- Funktionelle Gefäßstörungen bei puerperaler Eklampsie. v. Braunnühl.
- Zur Frage der Spätblutungen. Frankl.
- Topographie des Uterus und der Harnblase im Röntgenprofilbild. v. Schubert.
- Geburtshilfliche Bedeutung der Coxa vara. Kienlin.
- Bedeutung der Frauenkunde für die Sozialversicherungen. Sellheim.
- Geschichte der Frauenkunde. Liepmann.
- Zwei Fälle von Eingeweideeinhüllungen in Uterusperforationsöffnungen. Laubenburg.
- Dammenschutz und operative Entbindung. Bardenheuer.
- Bakteriologie der Scheide des Neugeborenen. Smorodinzew u. Tschumakowa.
- ordische Zeitschriften**
- Dermato Venereologica, Februar 1929.
- Ein Fall von syphilitischer, interstitieller Pneumonie. Th. M. Vogelsang.
- Die Glukosebehandlung der Psoriasis. B. Hanusowicz.
- Zur Klinik und Pathologie der Acne conglobata Land. N. Tschernobugow und A. Pelevina.

1927. Zur Lehre von „Syphilis und Refzung“. A. A. Feldmann und L. J. Feingold.
- Zwei Fälle von Dermatitis Linearis Pruriens. „Lichénification géante“ und Naevus linearis. J. J. Zoon.
- Hygiea, Heft 6, 1929.
1886. Die Bluttransfusionsfrage. Sven Johansson.
- Beobachtungen einer Rubeolaepidemie an Bord eines Schiffsjungenfahrzeugs. Pierce Butler.
- Beobachtungen von T-Zacken im Elektrokardiogramm. Herbert Björklöv.
- Hygiea, Heft 7, 1929.
- Beitrag zur Kenntnis der Ohren- und Nasenhöhlen-Komplikationen bei der Influenza. H. Key-Aeberg.
- Bangs Abortbazillus als Krankheitsursache bei Menschen. Einar Thorfinn.
- Norsk Magazin for Laegevidenskapen, Nr. 4, April 1929.
- Ueber mediastinale Dermoidzysten und teratoide Geschwülste. P. Bull.
- Lokale Lichtbehandlung bei Larynx-tuberkulose. R. Moos.
- Verkannte Krebsfälle. F. G. Gade.
- Strumaphrophylaxe als allgemeines hygienisches Problem. Carl Schiötz.
- Sexualhormone im Urin bei Graviden. L. Kreyberg.
- Ueber Blutgruppen. H. F. Höst.
- Torsionen von intraabdominalem Fett. Eivind Hegge.
- Zwei Fälle von Pankreasnekrose bei Ileus. Eivind Hegge.
- Oberflächenhäute als Propf im Sahli-Glas. Rob. Engebretsen.
- Ueber das Schicksal von sanatoriumbehandelten Pleuritiskranken. L. B. Smith.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 13, 1929.
- Eine Vorlesung über Asthma. H. J. Bing.
- Saisonartig auftretender bullöser Ausschlag. V. Genner.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 14, 1929.
- Paratyphusepidemien in Aabyhof im Herbst 1927. L. Inul.
2028. Luminal oder dessen Ersatzpräparate in der Behandlung der Epilepsie. H. I. Schou.
- Familiäres Auftreten der Hernia funiculis umbilicalis. P. Hempel-Jorgensen.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 15, 1929.
2027. Untersuchungen über die Wirkung des Chlorophyllpräparates Phyllosan bei Kranken mit Hypertension. George E. Schröder und J. Madsen.
- Paratyphusepidemie in Aabyhof im Herbst 1927. I. Klinische Uebersicht. Svend Götz.
- Paratyphusepidemie in Aabyhof im Herbst 1927. II. Bakteriologie. Knud Bojlen.
- Ueber subkutane Venenläsion. Einar Thomsen.
- Kohlenoxydvergiftung. Heilung. J. Schlambusch.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 16, 1929.
- Paradysenterieepidemie in Skanderborg, Juni 1927. S. Ahrend Larsen.
- Mitteilung des Verlaufes von 2000 Geburten. Axel Tofte und Hjalmar Trier.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 17, 1929.
1922. Ueber die Behandlung des Krebses der Tonsillen. Jes Jessen.
- 903 Fälle von Appendizitis, die im Provinzkrankenhaus behandelt wurden. C. D. Bartels.
- Zwei Fälle von Tumor mediastini mit Kompression der Vena cava superior. Erik Morgenstern.
- Fortgesetzte Untersuchungen über die Behandlung der Gonorrhöe mit Citragan. A. Kißmeyer.
- Pathogenese und Resorption der Trans- und Exsudate der Pleura. Paul Iversen und E. Hecht-Johannsen.
2046. Sind Geisteskrankheiten erblich? Erik Lund.
- Ugeskrift for Laeger, Nr. 18, 1929.
- Resultate der modernen Tuberkuloseforschung. Knud Sæter.
- Lungentuberkulose im Kindesalter. Th. Oldenburg.
- Die Fälle auf den Tuberkulosestationen. Otto Lassen.
- Die Entwicklung der Lungentuberkulose. Otto Lassen.
- Neuere Gesichtspunkte in der Pathogenese der Lungentuberkulose. Sophus Bang.
- Metallsalzbehandlung im Lyster Sanatorium. N. Lunde.
1933. Syphilisinfektion bei Bluttransfusion. Ib Frenchen.
- Vitiligo in Grönland. P. Børresen.
- Hautleiden nach dem Gebrauch von „Facil“. Kaj Philipsen.

Zeitschriften in englischer Sprache

- The American Journal of the Medical Sciences (Amer. J. med. Sci.), 175., Nr. 6.
- Die Hämoglobininbildung im Körper in ihren Beziehungen zu diätetischen Faktoren. G. H. Whipple.
1880. Ophthalmoplegie bei Basedow. A. M. Wedd und H. H. Permar.
1974. Hyperthyreoidismus und Diabetes. Henry J. John.
1973. Vorübergehende hypoglykämische Hemiplegien nach Insulin. J. M. Ravid.
- Nebenniereninsuffizienz. Harold E. Marsh.
- Der Blutdruck bei der perniziösen Anämie. J. Lerman und J. H. Means.
- Pollenallergie. Die Hautreaktion vor und nach der Behandlung mit Frühjahrspollen. Robert W. Lamson, George Pineß und Hyman Miller.
- Pollenallergie. Die Hautreaktion vor und nach der Behandlung mit Herbstpollen. R. W. Lamson, George Pineß und Hyman Miller.
- Zwei Fälle von peripherer Neuritis, die der Landry'schen Paralyse ähneln. Robt H. Thompson.
2057. Diplegie facialis. Fred P. Currier.
- Meralgia paraethetica. James H. Huddleson.
- Ein biegsames Gastroskop. William S. Collens und Irving Gray.

- The American Journal of the Medical Sciences** (Amer. J. med. Sci.), 176, Nr. 1.
 1974a. Diabetes und Hyperthyreoidismus. Elliott P. Joslin und Frank H. Lahey.
 1974b. Hypertension und Diabetes. David W. Kramer.
 Pankreaskarzinom. Julius Friedewald und Thomas S. Cullen.
 Strahlenbehandlung der Hirngliome. George H. Hyslop und Maurice Lenz.
 Spontane Herzruptur, eine statistische Uebersicht. A. B. Davenport.
 Kardiovaskuläre Erscheinungen bei syphilitischen Frauen. John H. Arnett.
 Eosinophilie bei Heufieber. Louis Sternberg.
 Artifiziereller Pneumothorax im Material der Invalidenversorgung der Vereinigten Staaten. Philipp B. Matz.
 Der therapeutische Wert des Antitoxins des Bacillus Welchii perphringens. Vorläufiger Bericht über 25 behandelte Fälle. John O. Bower und Jefferson Clark.
 Untersuchungen über die Stickstoffausscheidung. I. Die Reststickstofffraktion im Urin. Allan Winter Rowe und Bernard Emerson Proctor.
 Studien über die Stickstoffausscheidung. II. Die Schwefelausscheidung. Allan Winter Rowe und Bernard Emerson Proctor.
- The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy** (Amer. J. Roentgenol.), New York, 20., 6.
 Das Kondensordosimeter und sein Gebrauch bei der Strahlenmessung über einen großen Bereich von Wellenlängen. O. Glasser, U. V. Portmann und V. B. Seitz.
 2074. Röntgen- und Radiumbehandlung der Verruca plantaris. L. R. Taussig und H. E. Miller.
 2007. Die Kaverne bei der Lungentuberkulose; röntgenologische und anatomische Untersuchungen: Fallbericht. M. Pinner.
 Leberabszess mit Röntgenologischer Darstellung einer Ruptur in die Gallengänge. W. H. Ude.
 Röntgenbeobachtung benigner Tumoren durch Magenvorfall durch den Pylorus. L. O. Riegler.
 Röntgenuntersuchung des invertierten Käkums. H. Fried.
 2073. Technik der Gallenblasenuntersuchungen. G. U. Pillmore.
 Kongenital abnormale Wirbel: Bericht über 3 Fälle. S. W. Donaldson.
 Variationen der Fußknochen; beiderseitige und angeborene Verwachsung des Talus und des Navikulare. J. B. Bullitt.
 1921. Agranulozytische Angina. Fallbericht mit Besserung. M. Call, B. H. Gray, F. M. Hodges.
- The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy** (Amer. J. Roentgenol.), New York, 21., 1.
 2033. Radiumtherapie des Krebses am Radiuminstitut Paris. C. Regaud.
 2086. Behandlung der Penisepitheliome mit Radiotherapie und Elektrokoagulation. G. E. Pfahler und B. P. Widmann.
 2069. Bestimmung der Radioaktivität postmortaler Probestücke eines über längere Zeit radioaktivem Material Ausgesetzten. H. B. Barker.
 2076. Röntgenanatomische Untersuchungen des Kolons bei Patienten mit Lungentuberkulose. H. L. Sampson und B. Halpert.
 2035. Verknöcherung der Rippenknorpel: ihre Beziehung zu Habitus und Krankheit. F. Riebel.
 Kriterien bei der Schaffung einer Standardionisationskammer. G. Failla.
 Vergleich der praktischen Meßmethoden der Röntgenstrahlenqualität bei der Therapie. E. H. Quimby.
- The American Journal of Surgery**, New York, neue Serie, 6., Nr. 1, 1929.
 1891. Ueber den Wert der Sauerstoffbehandlung nach Strumektomie. Samuel F. Haines und Walter M. Boothby.
 Jodtherapie bei Hyperthyreoidismus. Arnold S. Jackson.
 Grenzfälle des Hyperthyreoidismus. Howard M. Clute.
 Die Jodfrage im Tierexperiment. D. B. Bretnier.
 1890. Thyreoidektomie bei Basedow, verbunden mit Geisteskrankheit. Joseph L. De Courcy.
 Ueber die Behandlung der schweren Basedow-Fälle. J. Earl Else.
 Kropf und andere endokrine Störungen. James H. Hutton.
 Störungen der Nebenschilddrüsentätigkeit. Constantine F. Kemper.
 Bericht über mehr als 1000 Fälle von toxischem Kropf. B. T. King.
 Traumatische Augenerkrankungen. Conrad Berens und Ray R. Losey.
 1917. Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Behandlung frischer Nasenbrüche. William Wesley Carter.
 Chirurgische Abhandlung über den Zervikalkanal des Uterus. Rafe C. Chaffin.
 Schädelverletzungen mit Gehirnschädigungen. I. M. Gage.
 Rivanoldextrose, ein neues Antiseptikum für die Schleimhaut der Harnorgane. Thomas Clement Hill.
 Fett in traumatischen Kniegelenksergüssen. David H. Kling.
 Anfangsstadium der Tubenschwangerschaft. Abraham Koplowitz.
 Nierenbeckenverschuß. W. H. Mc. Neill.
 Subseröse Gallenblasenausschälung. Egbert L. Mortimer.
 Ueberzählige Gallenblase. William L. Wolfson.
 Mehrere Steine im linken Becken einer Hufeisenniere. Stanley R. Woodruff.
 Nieren-, Ureter-, Blasen- und eingekeilter Harnröhrenstein bei demselben Patienten. Stanley R. Woodruff.
 Transplantation des Ureters in den Darm. A. R. Stevens.
 Leukoplakie eines Blasendivertikels. A. R. Stevens.
 Dermoidzyste der Niere. J. J. Valentine.
 Doppelseitige Hüftgelenkluxation. Arthur M. Dickinson.
 Typhöses Fieber bei Gallensteinen. Arthur M. Dickinson.
 Doppelseitiges Aneurysma der Nierenarterie. William James Carson.
- The American Journal of Syphilis** (Amer. J. Syph.), St. Louis, 12., Nr. 4.
 1932. Prolongierte Behandlung bei Neurosyphilis. H. C. Solomon und A. Berk.
 1937. Prognostischer und therapeutischer Wert intradermaler Injektionen unspezifischer Proteine bei Syphilis. H. Gougerot.
 2075. Syphiliserkrankung der Knochen im Röntgenbild. R. Sante.
 1883. Syphilitische Erkrankung des Auges. M. Cohen.
 Syphilis der Prostata: Fallbericht. L. W. Riba.
 1931. Hereditäre Syphilis der Eierstöcke. W. C. Menninger.

1938. Klinische Resultate mit dem Mittel Bismarsen bei Tabes dorsalis. N. Tobias.
 2016. Positiver Liquorwassermann bei Neugeborenen. W. L. Funkhouser und R. W. Dickson.
 Gleichmäßige Resultate bei der Wassermannuntersuchung. E. H. Ruediger.
 Philosophische Betrachtungen der Spätsyphilis in dem Gedanken, eine stabilere Theorie ihrer Behandlung zu entwickeln. R. Moore.
 Syphilis. R. E. Jameson.
- Archives of Internal Medicine** (Arch. Int. Med.), Chicago, 43., Nr. 1.
 1980. Aneurysma der Koronararterien. (Med. Serv. of Gouvern. Hospit., New York). M. Packard und H. F. Wechsler.
 2037. Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Herz. 2. Teil: Mikroskopische Veränderungen der Herzmuskulatur von Ratten und Kaninchen im Verlauf einer Serie von Bestrahlungen. (University of Michigan Med. School.) A. S. Warthin und E. A. Pohle.
 1976. Das Herz bei Schilddrüsenerkrankung. 1. Teil: Veränderungen der T-Welle im Elektrokardiogramm beim Menschen nach Jodmedikation und Thyreoidektomie. (Thyroid Group Service and Cardiograph. Labor. Mich. Reese Hospit., Chicago.) W. W. Hamburger, W. S. Priest und H. C. Howard.
 2000. Spezifische Serumbehandlung der chronischen ulzerativen Kolitis. (Div. of Med. The Mayo Clinic, Rochester, Minn.) J. A. Bargen.
 Das Verhältnis zwischen Hiatus oesophagus des Zwerchfells und Magen: eine bedeutsame Funktion der Zwerchfellspeiler. (Departm. of Surg., Univers. of Illinois Coll. of Med.) M. Joannides.
 Narmaler Rhythmus der weißen Blutkörperchen bei der Frau. Walter H. Merriam Labor. Mount Holyoke Coll.) Ch. Smith und A. M. McDowell.
 Verhängnisvolle Luminalvergiftung. Bericht eines Falles mit toxikologischer Analyse. (Dep. of Pharm., Univers. of Minnesota.) H. N. Wright.
 2013. Senfgas und Tuberkulose. Eine Experimentalstudie. (Pathol. Sect., Med. Res. Div., Chemic. Warfare Serv., Edgewood Arsenal, Edgewood, Md.) A. R. Koontz.
 Normale Blutbefunde im Süden (scil. der Vereinigten Staaten). (Departm. of Med. Tulane Univ. of Louisiana School of Med.) M. M. Wintrobe und M. W. Miller.
 Experimentelle biliäre Peritonitis und ihre Behandlung beim Hunde. (Hull Physiol. Labor. of Univ. of Chicago.) O. H. Horral.
 Hyperbilirubinämie beim Ulcus pepticum. (III. Med. Divis. of Bellevue Hosp., New York.) M. Sturtevant und R. P. Wallace.
 Klinische Spirographie: Spirogramme und ihre Bedeutung. (Res. Departm. of Battle Creek San. Clinic, Battle Creek, Mich.) J. M. Nielsen und P. Roth.
 Albuminurie im Mechanismus der Entgiftung. (Dep. of Surg. and Physiol. Chem. Univ. of Illinois School of Med.) E. Andrews, W. A. Thomas und W. F. Welker.
- The Canadian Medical Association Journal**, Montreal, Nr. 3, März 1929.
 Geschichte der Medizin und Entwicklung der medizinischen Hochschulen in Canada. Leonard G. Rowntree.
 2019. „Thymus-Asthma“. H. Thursfield.
 2054. Ueberblick der Erfolge bei Anwendung von Tryparasmidie in 41 Fällen von Parese und Taboparese. E. C. Menzies.
 Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. J. S. Burris.
 2058. Dupuytren'sche Kontraktur. Ueberblick über die Literatur und Bericht über eine neue Technik der chirurgischen Behandlung. Abbott A. Clifford.
 2018. Die Sonnenbestrahlung und ihre antirachitische Wirkung. F. Tisdall und Alan Brown.
 Die Behandlung von Kieferbrüchen. Fulton Risdon.
 Laboratorische Hilfen bei der Diagnose der Gallenblasenerkrankung und ihrer Gänge. L. Ritchie und M. Rabinowitsch.
 Chronische Meningokokkenseptikämie. L. C. Montgomery.
 Schleichende Subduralhämorrhagie. F. Brodie.
 Ein Vorschlag bei infantilen Ernährungsstörungen. H. P. Wright.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 91., Nr. 26, 1928.
 1987. Behandlung der Lobarpneumonie mit konzentriertem Antipneumokokkenserum. Russel L. Cecil und W. D. Suliff.
 Geisteskrankheiten und Einleitung von Abortus. H. Douglas Singer.
 Bedeutung der Schwangerschaftsnephritis. Robert D. Mussey und Norman M. Keith.
 Kolitis (spastische Form). E. L. Eggleston.
 Chirurgische Behandlung ätiologisch unklarer Fälle von Blepharospasmus. E. S. Gurdjian und Henry Ward Williams.
 Rachitisstudien (3. Verhinderung der Rachitis durch Ultraviolettbestrahlung). Theodore K. Selkirk, J. Victor Greenebaum und A. Graeme Mitchell.
 Anwendung von Salyrgan bei Oedemen. M. H. Barker und James P. O'Hare.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 1, 1929.
 Gebrauch von Chlor zur Wasserreinigung. George C. Bunker.
 Dyspepsie als Folge von Gallenblasenerkrankungen. G. A. Dowling.
 Anämie im späteren Stadium der Schwangerschaft. Edward C. Lyon.
 Kolloidales Blei und Röntgentherapie bei malignen Erkrankungen. C. A. Waters, J. A. C. Colston und L. N. Gay.
 Kolloidales Blei und Bestrahlung bei Karzinom. H. J. Ullmann.
 Argyrie. A. W. Stillians und T. K. Lawleß.
 Uterusnarben nach zervikalem Kaiserschnitt. J. P. Greenhill und Benson Bloom.
 Tiefer Kaiserschnitt. Alfred C. Beck.
 Infantile Paralyse (Poliomyelitis) in Massachusetts. A. T. Legg.
 Augensymptome bei Kropf. T. B. Holloway, W. E. Fry, Hazel A. Wentworth.
 Heilungsprozeß von Wunden. E. L. Howes, J. W. Sooy, S. C. Harvey.
 Operative Behandlung der Wirbelsäulentuberkulose. Melvin S. Henderson.
 Paraneuritischer Abszess im Kindesalter. J. S. Eisenstaedt.
 1972. Diabetes bei Zwillingen. Allen H. Bunce.

- Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 2, 1929.**
 Intrakranielle Geburtsverletzungen. Hugo Ehrenfest.
 Wehenmechanismus. Bronson Crothers.
 Kolloidales Blei und Röntgen- und Radiumbehandlung bei Karzinom. Albert Soiland, W. E. Costolow und O. N. Meland.
 Störungen in der psychischen Entwicklung bei Kindern als Folge von Geburtstraumen. P. L. Schroeder.
 Bleitherapie. Leila Charlton Knox.
 Cholezystographie und Magenazidität. Dewey Davis und Daniel T. Talley.
 Merkurochrom und Jod als Hautdesinfizientien. W. W. Scott, J. H. Hill und M. G. Ellis.
 Beseitigung von Schmerzen durch Nervendurchschneidung. Francis C. Grant.
 Schlecht vereinigte Frakturen und unreponierte Dislokationen im Bereich des Ellbogengelenks. W. C. Campbell.
 Blasendysfunktion nach Prostataabsz. R. E. Cumming.
 Prostataabsz. Anders Peterson.
 Alkalien in der Behandlung des peptischen Geschwürs. Leon Bloch.
 Diabetische Kinder. Elliot P. Joslin und Priscilla White.
- Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 3, 1929.**
 Lepra in den Vereinigten Staaten. Ralph Hopkins und Oswald E. Denney.
 Bruzellinfektion beim Menschen. Alfred S. Giordano und Marjorie Ableson.
 Klinische Resultate bei der Behandlung der Angina pectoris mit Purin-Basen-Diuretika. N. C. Gilbert und John Austin Kerr.
 Digitalisdosierung. Albert W. Bromer und Herrman L. Blumgart.
 Brustdrüsenkarzinom (chirurgische Behandlung und Resultate). Stuart W. Harrington.
 Verhinderung von Verletzungen des Kindes bei Steißgeburten. E. B. Piper und Carl Bachmann.
 Häufige Irrtümer bei okzipitoposteriorer Lage des Scheitels. W. D. Porter.
 Die antirachitische Wirksamkeit des Lebertrans im Verhältnis zum Gehalt der Fischleber an Oel. Alfred F. Heß.
 Getrennte Nierenfunktion. L. C. Todd.
- Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 4, 1929.**
 Kontrakturen nach Verbrennungen. Sumner L. Koch und Allen B. Kanavel.
 Fraktur beider Unterschenkelknochen. James Morley Hitzrot.
 Karzinom und andere pathologische Veränderungen im Bereich der Eingeweide. Horace W. Soper.
 Verwertung der Cholezystographie. James T. Case.
 Wirkung der unspezifischen Therapie auf die Augenveränderungen bei multipler Sklerose. G. W. Hall und R. C. Gamble.
 Nierentuberkulose. Howard S. Jeck.
 Trichomonas vaginalis Donné. Carl H. Davis und Charlotte Colwell.
 Intraabdominale Entzündung in Beziehung zur diabetischen Azidose mit Leukozytose. James H. Smith.
 Spezifische Behandlung der Amöbendysenterie. Oskar W. Betha.
 Dosierung in der Heliotherapie. J. Rosslyn Earp.
- Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 5, Februar 1929.**
 Epiphysenlösung am oberen Femurende. (Summarische Uebersicht über 20 Fälle.) C. E. Badgley.
 Behandlung von Duodenalfisteln. (Weitere Beobachtungen.) Caryl A. Potter.
 Ist die Vitalkapazität der Lungen ein Hilfsmittel für die Diagnose der Hilusdrüsentuberkulose? Eli Friedman und J. B. Hawes.
 Kasein und Bufferung in der Säuglingsnahrung. Joseph Brennemann.
 Quarzlampe-therapie der menschlichen Rachitis und der rachitischen Spasmodie. (Wirksamkeit wöchentlich einmal vorgenommener Bestrahlungen.) H. J. Gerstenberger und J. I. Hartman.
 Peptisches Geschwür des Oesophagus. Chevalier Jackson.
 Sterilisation ohne Geschlechtsbeziehung. R. L. Dickinson.
 Divertikel des Oesophagus. Charles T. Sturgeon.
 Technik der Behandlung der Poliomyelitis mit Rekonvaleszenten Serum. W. Lloyd Aycock, Eliot H. Luther und S. D. Kramer.
 Untersuchungen über den Fischbandwurm in Minnesota. Henry B. Ward.
 Tuberkulöse Salpingitis unter dem Bilde einer rupturierten Tubargravidität. Karl A. Mayer und A. F. Lash.
- Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, 14., Nr. 6, 1929.**
 Die Ward-Burdick-Forschungspalette der American Society of Clinical Pathologists.
 Die Ursache der akuten Leukämie. A. S. Rubnitz.
 Ergebnisse der Infektionsherdentfernung und der Anwendung von Streptokokkenvakzine bei verschiedenen Erkrankungen. Edward C. Rosenow und Allen C. Nickel.
 Purpura haemorrhagica. Bericht über drei Fälle. Oskar P. Hunter.
 Verbesserung der Technik und der Ergebnisse betreffend die mikroskopische Untersuchung von Rasiernesserschnitten von 2000 bösartigen Gewebssücken. Benjamin Taylor Terry.
 Der Wert der Leukozytenzählung nach der Schillingschen Zähltafel für die klinische Medizin. F. W. Niehaus.
 Die Spezifität der Bakterien gegenüber der bakteriolytischen Wirksamkeit von Chemikalien, mit einer Bemerkung über deren Beachtung bei der Chemotherapie. Robert A. Keilty.
 Ein Schema für Sputumuntersuchung auf säurefeste Bazillen. H. C. Sweany und Asya Stadnichenko.
 Ein photo-elektrisches Hämoglobinometer. Charles Sheard und Arthur H. Sanford.
- Journal of Nervous and Mental Disease (J. Nerv. Dis.), New York, 68., Nr. 1, 1928.**
 Synreflexie (Assoziation von Reflexen). A. Austregesilo.

2050. Fall von Arachnoiditis spinalis adhaesiva mit den Symptomen eines Rückenmarkstumors. W. W. Young.
2066. Sterilisation aus eugenischen Gründen in Kalifornien. 6. Die Heiratsstatistik bei den Psychosen. P. Popenoe.
 Sadismus und Masochismus, mit Berücksichtigung der esoterischen Flagellation. J. L. McCartney.
2063. Psychosen bei Verbrechen; klinische Studien zur Psychopathologie des Verbrechens. 2. Teil: Klinisches und kasuistisches Material. (Schluß.) Ben Karpman.
- The Journal of Nervous and Mental Disease (J. Nerv. Dis.), New York, 68., Nr. 2, 1928.**
 1932a. Die Behandlung der Neurosyphilis mit Impfmalaria in dem Lazarett der Militärinvaliden der Vereinigten Staaten. Ph. B. Matz.
 Mitteilung eines Falles von Myasthenia gravis mit viszeralen Symptomen und klinischer Vergleich mit einem Fall von Dystonia musculorum deformans. A. N. Foxe.
2056. Makrocephalia bzw. Makromelia parästhetica; zur Klinik der vorübergehenden intrakraniellen Drucksteigerung. J. Ratner.
2053. Die Essigsäureanhydrid-Schwefelsäure-Probe bei progressiver Paralyse (Boltzprobe). A. Myerson und R. D. Halloran.
- The Journal of Nervous and Mental Disease (J. Nerv. Dis.), New York, 68., Nr. 3, 1928.**
 Einige moderne Strömungen in der Neuropsychologie und ihre Beziehungen zur Neuropsychiatrie. W. Malamud und D. Rothschild.
 Zur Biologie des Schwachsinnes. G. van Ness Dearborn.
2055. Pyrylarsamid-Behandlung der Paralyse; klinischer Bericht über 100 Fälle. R. C. Jaenike und G. W. Forman.
- The Journal of Oriental Medicine (J. Orient. Med.), Dairen (Süd-Mandschurei), 10., Nr. 3, 1929.**
 Ueber die Pestepidemie in Chienchiatien, in der inneren Mongolei. K. Tsuchiya und Li Te Chuan.
 Ueber rhythmische Veränderungen des Blutdruckes bei Kaninchen. T. J. Yen.
 2042. Der Einfluß gestörter Schilddrüsenfunktion auf die Milchdrüse. Y. Morita.
 Ueber die Veränderung des Blutbildes durch Inhalation aromatischer Arzneimittel. (II. Mitteilung.) R. Yoshida.
 Die Titrierung des Scharlachantitoxins. K. Ando und K. Kurauchi.
 Ueber das zwölfte Ganglion des Brustsympathikus. S. Matsushima.
 Experimentelle Untersuchungen über den Wirkungsmechanismus blutzuckersenkender Substanzen. (III. Bericht.) Ueber den Einfluß des Synthalins auf die Glykogendepots normaler und nach Traubenzuckerinjektion getöteter Ratten.
- The Journal of Oriental Medicine (J. Orient. Med.), Dairen (Süd-Mandschurei), 10., Nr. 4, 1929.**
 Ueber die Impedimentscheinung bei der Phagozytose von Milzbrandbazillen nebst dem wissenschaftlichen Anhaltspunkt für die sogenannte Protoplasmaaktivierung bei der Reizkörpertherapie. Sh. Oka.
 Untersuchungen über die Blutgefäßnerven. S. Mitsui.
 Ueber die Einflüsse experimentell hypo- und hyperthyreoidisierter Sera auf die Entwicklung der Eingeweide junger Kaninchen. K. Yoshitomi.
 2041. Beiträge zur Kenntnis der Schilddrüsenfunktion. T. Ukita und K. Yoshitomi.
 Beiträge zur Kenntnis der Chondrodystrophia foetalis. S. Matsushima.
- Lancet, The (Lancet), London, 216., Nr. 5510, 6. April 1929.**
 Chirurgie des Thorax. R. Young.
2033. Phenylcinchoninsäure in der Gichttherapie. G. Evans und A. Spence.
2021. Speichelsteine, Entstehung und Behandlung. C. Wakeley.
1989. Die Rolle der Salzsäure in der Ätiologie der Magenschmerzen. T. Hardy.
 Kontrolluntersuchungen mit Sanocrysin. B. Clarke und H. Haddi.
1977. Ulzerative Endokarditis der Trikuspidalis. J. Wilkinson.
 Lepröse Zerstörung der Kopfhaut. A. Davison.
- The Practitioner, 122., Nr. 5, 1929.**
 Die Behandlung der Lungentuberkulose. F. G. Chandler.
 Das Herz und wie man es erträgt. G. Arbour Stephens.
 Osteomyelitis. Harold Edwards.
2030. Antiseptika. J. E. R. McDonagh.
 Blutbilder in der Alltagspraxis. A. J. Fairlie-Clarke.
1983. Die rasche Reduktion des hohen Blutdruckes in akuten und gefährlichen Fällen. A. Graham-Stewart.
 Aix-les-Bains als Gesundheitsstation. Lennox Wainwright.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 19, 1929.**
 Neue Tatsachen zur Pathogenie und Behandlung der Cholelithiasis. H. Gachlinger.
1879. Zu welchem Zeitpunkt kann man den Altersstar operieren? Van Lint.
1996. Ein Fall von spontaner voluminöser Blutzyste des Pankreas. Georges Brohé und F. Evelyn.
- La Gynécologie, 27 Jahrgang, Oktober 1928.**
 1909. Kollumkarzinom eines graviden Uterus. Radiumbehandlung zur Rettung von Mutter und Kind. R. Condomin.
 Ueber Fehldiagnosen bei der Untersuchung mit Lipiodol. Ein Fall von polypoidem zystischen Adenomyom, das für einen Korpuskarzinom gehalten wurde. G. Tesaro.
- Journal des Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 14, 1929.**
 1884. Das Vorkommen filtrierbarer Elemente des Tuberkelbazillus in der Aszitesflüssigkeit der Laënnecschen atrophischen Zirrhose. Emile Sergent.
 Klimatische Tuberkulosebehandlung. Bezançon.
 Magenepitheliom. Delbet.

- Journal de Praticiens (J. Prat.), Paris, Nr. 15, 1929.**
 29. Die Hilfsmittel der Syphilis. Gougerot.
 Die klinische Bedeutung der Delirien. J. Vinchon.
 Das Denguefieber auf den Aegäischen Inseln. Cléanthe Sakellarios Zewos.
Revue belge de Sciences médicales (Rev. belge Scienc. méd.), Louvain, Nr. 1, 1929.
 Der Oberflächenschmerz bei Viszeropathien. A. Lemaire.
 39. Versuch einer lokalen Balneo-Thermotherapie-Applikation zur Behandlung der sekundären Syphilis beim Menschen. A. Bessemans, J. Vercoullie und R. Hacquaert.
 Ein Fall von thrombopenischer Purpura, behandelt mittels Ligatur der Milzarterie. René Crousse.
 Hämatologie. Übersichtsreferat. P. Lambin.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ostetr. e Gin.), Mailand, 51. Jahrgang, Nr. 3, 1929.**
 15. Zur Frage der Spontanruptur des Uterus nach Sectio caesarea im unteren Uterinsegmente. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) O. Dossena.
 14. Die durch das Bacterium coli hervorgerufene Augenentzündung des Neugeborenen als Komplikation der Pyelitis gravidarum. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) E. Voza.
 10. Primäres Karzinom der Tube in Verbindung mit einem Fibrom des Uterus. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) E. Bortini.
 11. Gefahren und Vorteile des diagnostischen Kürettments und der Biopsie. (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) C. Silva.
 Charaktere des Depot- und Organfettes während der Schwangerschaft. (Physiolog. Institut der Kgl. Universität in Mailand.) O. Machiarullo.

Zeitschriften

in spanischer und portugiesischer Sprache

- España Médica (España méd.), Madrid, 20. Jahrg., Nr. 562, 1929.**
 Das Problem der exzessiven infantilen Mortalität in Spanien. J. Pajares.
 Technik der Osteosynthese bei Frakturen beider Vorderarmknochen. G. Ballis und A. Fodiasson.
 Fall von syphilitischer Reinfektion. F. Mosquera.
Revista Española de Medicina y Cirugía (Rev. esp. med. cir.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 130, 1929.
 Symptomatologie der Schilddrüsenerkrankungen. G. Marañón.
 1943. Glykämie, Cholesterinämie und retikuloendotheliales System. A. Urra und J. Sánchez.
 Beziehungen zwischen Schizophrenie und Tuberkulose. A. Nagera und J. Lambea.
 Zur Ätiologie der Grippe. A. Farreras.
 1961. Zur Diphtherieprophylaxe am Lande. J. Paisan.
Revista Médica Cubana (Rev. med. Cub.), Habana, 39., Nr. 9.
 1834a. Vorläufige Mitteilung über die Unschädlichkeit des Bazillus B.C.G. im Tierexperiment. Cl. Inclán.
 Thorakoskopie oder Pleuroskopie und die Operation nach Jacobaeus. M. Mañas.
 Indikationen für die Tonsillektomie beim Kinde. A. F. Barrera.
 1885. Der dicke Tropfen als Fehlerquelle bei der Diagnose der Malaria. J. L. Salavarría.
Revista Médica Latino-Americana (Rev. méd. lat-amer.), Buenos Aires, 14. Jahrg., Nr. 161.
 1912. Postoperative Komplikationen. C. Stajano.
 1967. Das Vorkommen des Rhinoskleroms in Zentralamerika. A. Chavarria und E. Nauck.
 Die röntgenologische Diagnose der Zwerchfellhämung bei gleichzeitig bestehendem Pneumothorax. A. Vadone.
 2009. Die Seroreaktion nach Vernes bei Knochengelenktuberkulose. J. Valls und V. Girardi.
 Peritiliom der Karotisdrüse. D. Vivoli und R. Biot.
 Fall von linksseitiger angeborener Zwerchfellhernie. A. Giangioffe.
 Varizientherapie. J. Tassart.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

- Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, Jahrg. 73, Nr. 4, 1929.**
 Splenomegalia haemolytica mit anfallsartiger Hämoglobinurie. I. Barta und D. Görög (Pecs).
 2015. Ueber die Meningitis der Neugeborenen. O. Nachtnel (Budapest).
 Beiträge zu Megalokornea an Hand von 4 Fällen. J. Petres (Budapest).
 Ueber farbige Plattenpräparate, hergestellt durch Karbol-Gelatin-Einbettung der Organschnitte. Gy. Praznovszky (Szeged).
 Durch Natrium-Tetrajodphenolphthalein verursachte Bilirubinämie. A. Czike (Pecs).
 1960. Der Einfluß der Lipide auf die Diphtherietoxinwirkung. Tierexperimentelle Untersuchungen. Gy. König und Z. Gulácsy (Budapest).
 1962. Ein neues Symptom bei Masern: Das hämorrhagische Präenanthem. J. Petényi (Budapest).
 Schädelbasisfraktur mit ungewöhnlichem Ausgang und Optikussschädigung. B. Pelláthy (Budapest).
 Die experimentelle Grundlage der Calmetteschen Schutzimpfung gegen Tuberkulose. J. Huttyra (Budapest).

Zeitschriften in russischer Sprache

- Medizinisch-biologisches Journal, russisch, 4. Jahrg., Heft 3/4.**
 Körperliche „Gemeingefühle“ und ihre Beziehungen zur Affektivität. E. Kretschmer.
 1981. Die Blockade des Ueberleitungssystems und ihre prognostische Bedeutung. W. F. Selenin und L. J. Vogelsohn.
 Zur Frage des diagnostischen Wertes der Kaufmannschen Probe bei Gesunden und Herzkranken. A. Salitscher und A. Lewin.
 Ueber den Einfluß organischer und anorganischer Jodpräparate auf die Mause- und Depigmentierung der Geflügelfedern. W. Sawadowski und A. Titær.
 Ein mit pluriglandulärer Insuffizienz kombinierter Fall von Acanthosis nigricans. J. Barenblatt.
 Zur Frage der Veränderung des CN-Verhältnisses im Harn bei der parathyreopriven Tetanie. N. Mechwedjewa.
 Ueber die Wirkung des gelben Körpers und der interstitiellen Drüse auf die Konzeption. A. Malinin.
 Wirkung der Wachstumshormone auf Explantate, nach Cutanni kultiviert. R. Kawetzki.
 Ueber die Wirkung intravenöser Injektionen von Kalzium- und Magnesiumchlorid auf den Muskeltonus bei Parkinsonkranken. J. Russetzki.
 1984. Zur Frage der Prüfung des vegetativen Nervensystems bei organischen Erkrankungen des Nervensystems. A. Berlin.
 Ueber den zentralen Mechanismus der tonischen Hals- und Labyrinthreflexe. J. Berstow.
 Isohämagglutinationsgruppen bei den Gefangenen der Saratowschen Baracken. N. Solmi.
 Zur Frage der physikalischen Behandlungsmethoden der Basedowschen Krankheiten. (Übersichtsreferat.) E. Passynkow.
Sibirskij Archiv teoretitscheskoj i klinitscheskoj Mediziny (Sibir. Arch.), Tomsk, 3. Jahrg., Heft 4.
 Ueber Wirkungsmechanismus des Ephedrins auf die Blutgefäße. A. D. Timofejewski.
 1978. Auskultation der Arterien bei Aortenklappeninsuffizienz. M. G. Kurlow.
 Zur Frage der Amöbiase. W. M. Kurlow und G. N. Udintzew.
 Zur Kasuistik des Nierechinokokkus mit Echinokokkenurie. F. K. Menschikow.
 Chirurgische Behandlung des Unterlippenkrebses und seiner Metastasen. L. Pokryschkin.
 Epidemische Enzephalitis in psychopathologischer Beziehung. W. S. Derjabin.
 Ueber die Formen der Hyperkinesen bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. N. J. Sawtschenko.
 2064. Vasomotorische Störungen durch Hypnose. J. S. Sumbajew.
 Zur Kasuistik der Gallensteinkrankheit im Kindesalter. E. S. Bakin.
Terapewtitscheskij Archiv (Ter. Arch., russ.), Moskau, 6., Heft 5, 1928.
 1975. Zur Diagnose der Trikuspidalfehler. P. F. Tschangli-Tschajkin.
 2005. Die Erkennung verborgener Tuberkuloseformen im zweiten Rankestadium mit Hilfe der Präzisionsperkussion unter Kontrolle der Kochschen Tuberkulinprobe. Th. O. Hausmann.
 Ueber Sekretion des nüchternen Magens. Sch. S. Chalfen.
 Fall von akuter genuiner Hämato porphyrie mit Erscheinungen eines spastischen Ileus. A. Bejui und J. Gelmann.
 Zum Studium der Klinik des chronischen Gelenkrheumatismus. A. A. Grubar.
 Ueber den Milchsäuregehalt im Blute bei einigen Erkrankungen. E. M. Gelstein und M. J. Frankstein.
 Experimentelle Begründung einiger Details der Kumyswirkung und neue Richtlinien in der Kumysbehandlung. P. J. Sarnitzin.
Wratschelnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 15.
 Neues zur Lehre der Paratyphusbakterien. M. J. Stutzer.
 Ueber Heteroplastik des Karzinoms. M. M. Newjadomski.
 Zur Frage der Temperatur bei schleichenden septischen Endokarditiden. F. A. Udintzow.
 Die Atropin-Orthostatismusprobe zum Studium des vegetativen Nervensystems bei Scharlach. K. P. Bysow.
 Reststickstoffbestimmung nach Accl und Kowarski. S. J. Klein.
 Fall von akuter leukämischer Retikulosis. M. J. Barantschik.
 Glykosurie während der Geburt und ihre Beziehung zum vegetativen Nervensystem der Gebärenden. L. Schalit und D. Tuberowski.
 Ein neues Frauenpräservativ nach Dr. Bakaleinikow. W. Dembskaja.
 Ueber ein einfaches Verfahren zur automatischen Stromunterbrechung bei der Prostata-Parasitisation. M. W. Tur.
Wratschelnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 16.
 Wirkung der Kalksalze auf den Verlauf des tuberkulösen Prozesses. W. Iwanow-Nesnamow und G. N. Udintzow.
 Zur Frage der Kalziumtherapie bei Lungentuberkulose. M. M. Alperin.
 Chronische tuberkulöse Splenopneumonie. A. P. Wolkow.
 Zur Frage der Leberfunktion bei Lungentuberkulose. W. G. Litkin.
 Zur Kasuistik der sekundären tuberkulösen Geschwüre. D. A. Lapyschew.
 Doppelseitiger künstlicher Pneumothorax. M. E. Hofmann.
 1955. Die Rolle der Fliegen in der Uebertragung von Eingeweidewürmern. N. A. Bogolawlenski und A. J. Demidowa.
 Zur Frage der Eingeweidewurminvasionen. N. J. Moroskin.
 Fall von multiplem Zystizerkus. R. M. Achrem-Achremowitsch.
 Zur Frage der Askaridenmeningitis. S. G. Kitinski.
 Zur Kasuistik des Echinococcus multilocularis in der Sternumgegend. G. W. Gennig.
 Fall von Nierechinokokkus. S. S. Joanidi.
 Zur Kasuistik des Halsechinokokkus. J. F. Filatow.
 Echinokokkus der Gland. sublingualis. W. W. Tokarenko.
 Zur Kasuistik der tuberkulösen Zungengeschwüre. J. P. Dmitriew.

Ueber die Verbreitung der Askariasis unter der Landbevölkerung. K. N. Tokarewitsch.
Fall von Asphyktod durch Eindringen von Askariden in die Atemwege. A. W. Kijassow.
Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 17.
Bedingter leukozytärer Reflex bei Gesunden und Geisteskranken. J. M. Lobatsch.
Zur Verhütung der Röntgenschädigungen. A. J. Dombrowski.
Zur Frage der Standhaftigkeit des verdünnten Diphtherietoxins für die Schick-Reaktion. W. A. Krestownikowa.
Deheminthisation mittels der Duodenalsonde. W. J. Kondratjew.
Ueber zwei Reflexe bei Kindermeningitis. J. E. Kahan.
Zur Kasuistik der Pylorusstenose im Säuglingsalter. F. A. Meshewoj.
Plastik der oberen und unteren Lippe nach Prof. Filatow. S. M. Koldolew.
Zur Pathogenese des Morbus Recklinghausen. S. Gorodetzki.

Beiträge zur Frage der Syphilisverbreitung durch die städtische Prostitution. D. A. Lapschew.

Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 18.
Die Rolle der Zähne im Mundherdinfektionsproblem. A. J. Schreidei.
Ueber die Rolle des Zahnsystems in der Aetiologie der schleichenden septischen Erkrankungen. J. S. Peker.
1939. Einige experimentelle Beiträge zur Frage der aktiven Immunisierung mit Diphtherietoxin. G. J. Tetz und L. A. Hilmann.
Zur Behandlung der Kindergonorrhöe nach Abraham. W. W. Sacharow.
Zur Aetiologie der extrauterinen Schwangerschaft. W. B. Feinberg.
Zur Frage der Laparotomie bei Gebärmutterperforation. N. N. Petrov.
Zur Kasuistik der chronischen puerperalen Inversion des Uterus und deren Behandlung. S. W. Uspenskij.
1914. Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung. G. Amfiteatrow.
Zur Frage der spontanen Uterusrupturen. N. A. Kusmina.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
Heilheilkunde.
Kriologie und Serologie.
Chirurgie und Orthopädie.
Heilheilkunde u. Geburtshilfe.
Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.

17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Heilheilkunde

1878.

Vogt, A., Das Altern des Auges. (Schweiz. Medizin. Wschr., 11, 1929.) In der Tierreihe wird das Altern des einzelnen teils nicht durch die absolute Zahl der Jahre bestimmt, sondern ausschließlich durch die Keimesanlage der Art, der Rasse des Individuums. Manche Irrtümer und Mißverständnisse in der Auffassung des Altersstars ließen sich vermeiden, wenn man den Star nicht immer als etwas Besonderes aus dem Zusammenhange mit den übrigen Alterserscheinungen des Organismus heraushebt, sondern ihn als etwas von den anderen Alterserscheinungen Wesensverschiedenes anzusehen.

Es kann heute keinem Zweifel mehr unterliegen, daß nicht nur der Star als solcher, sondern auch die Starform vererbt wird. Es tritt zum Erstaunlichsten in der Erbpathologie, daß auf einem so kleinen Gebiete, wie dem der Linse, das Keimplasma einer Genauigkeit differenziert, die an chemische Reaktionen erinnert.

Mit dem Star ist der Zyklus der Altersveränderungen des Auges abgeschlossen. Der Struktur des Glaskörpers entsprechend, sind seine Altersveränderungen einförmiger. An der Netzhaut merkt man präsenile und senile Makuladegeneration, an der Sklera Sklerose der makularen Gefäße. Die Sklera zeichnet sich durch Rigidität aus, die bei der Starextraktion den Kollaps der Netzhaut zur Folge hat. Held.

1879.

Van Lint, Zu welchem Zeitpunkt kann man den senilen Star operieren? (Brux. Méd., Nr. 19, 1929.) Bei der extrakapsulären Methode muß man die fast völlige Reife abwarten; bei der intrakapsulären kann man den Eingriff vom 60. Lebensjahre an nehmen, unabhängig von dem Reifegrad des Stars. Der Vorteil der ersten Methode ist ersichtlich auf beiden Seiten der letzteren Methode, die es ermöglicht, Kranke dem aktiven Leben wiederzugewinnen, die jahrelange Arbeit, Lektüre usw. vernachlässigen müssen, weil ihr sich entwickelnder Star nicht die Reife erlangt, die für die intrakapsuläre Extraktion erforderlich ist. Zu dieser sozialen Bedeutung gesellt sich ferner die Annehmlichkeit, daß der Patient von dem Star in einer Sitzung befreit wird, ganz zu schweigen vom Fehlen des Sekundärkatarakts. Nicht unwichtig ist schließlich, daß der Operateur bei dieser Methode vor Infektionen sicher ist. Held.

1880.

Wedd, A. M., und H. H. Permar, Ophthalmoplegie bei Basedow. (Am. J. med. Sci., 175., Nr. 6.) Es wird ein Fall von paralytischem Basedow berichtet, bei dem symptomatisch zuerst Ophthalmoplegie auftrat. Der Patient starb während einer thyreogenen Krise tödlich. Die Autopsie zeigte Veränderungen in der Schilddrüse, die als Er-

schöpfungszustand angesprochen werden konnten. Es waren auch degenerative Veränderungen in der Nebennierenrinde zu sehen, während die Thymus ein ganz ungewöhnliches Stadium von Degeneration zeigte. Das Vorkommen einer Ophthalmoplegie beim Basedow wird näher geschildert und die Beziehungen der Myasthenie zu Veränderungen an Thymus und Nebennieren. In dem geschilderten Falle gehört die Ophthalmoplegie offensichtlich zum Syndrom des Basedow und ist nicht der Ausdruck eines unabhängigen Symptomenkomplexes. Arnold Hirsch, Berlin.

1881.

König, Fritz, Behandlung des pulsierenden Exophthalmus (traumatisches Aneurysma arterio-venosum der Carotis interna). (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chirurgische Universitätsklinik zu Würzburg.) Die Behandlung des pulsierenden Exophthalmus ist noch ungeklärt. Besonders wichtig sind Mitteilungen darüber, wie oft bei den nach Karotisunterbindung zum Tode gekommenen die Sektion Thrombosen oder Embolien feststellt oder vermissen läßt. Es wird über einen Fall berichtet, bei dem eine Heilung durch folgende Operationen erzielt wurde: Unterbindung und Durchtrennung der Thyreoidea sup., Legen eines ringförmigen Fasziennettstreifens um die Communis und Carotis externa; die Ringe wurden durch Naht befestigt. Nach 8 Tagen wurden Carotis externa und Communis vollständig unterbunden. Durch die nachweisbare Schwellung der Fasziennettstreifen wird das Gefäßrohr zunehmend eingeengt und somit die Ausbildung von Kollaterale gefördert. Eckhardt, Berlin.

1882.

Braun, Georg, Okularer und chirurgischer Tortikollis. (Med. Klin., 15, 1929.) (Deutsche Universitäts-Augenklinik in Prag.) Störungen des äußeren Augenmuskellapparates können die Grundlage eines Tortikollis bilden. Der chirurgische und der okulare Tortikollis haben gemeinsam nur die Neigung des Kopfes. Beim chirurgischen Schiefhals ist die eigentliche Ursache der pathologischen Kopfhaltung die Degeneration des Kopfnickermuskels. Beim okularen Tortikollis bevorzugt der Patient die falsche Haltung freiwillig, weil sie ihm einen Schutz vor Doppelbildern und die Möglichkeit besseren Sehens durch binokulare Einstellung gewährt. Das zweite Charakteristikum des chirurgischen Schiefhalses, das beim okularen Tortikollis fehlt, ist die Asymmetrie des Schädels und des Gesichtes, die darin besteht, daß die Mittellinie des Gesichtes einen nach der kranken Seite zu konkaven Bogen bildet. Die Unterscheidung der beiden Formen ist ausschlaggebend für die Therapie. Beim chirurgischen Tortikollis kommen Streckung, Massage, Gipsbetten, Halsmanschetten, evtl. die Durchschneidung des betroffenen Kopfnickermuskels oder dessen Exstirpation in Frage. Beim okularen Schiefhals hingegen kann nur eine Behandlung Erfolg bringen, die die Schiefstellung der Augen beseitigt. Ist der M. obl. sup. des einen Auges gelähmt, so kann eine Kompensation durch Tenotomie des M. rectus inf. am gesunden Auge erreicht werden, da man damit auf der gesunden Seite den gleichen Bewegungsdefekt setzt. Ebenso entspricht dem M. obl. inf. des einen Auges der M. rectus sup. der Gegenseite. Bei Lähmung des

ersteren scheint eine Rücklagerung des letzteren angezeigt. Da bei Affektionen des schrägen Heberpaares die genannte Operation am anderen Auge die gewünschte Korrektur ermöglicht, tenotomiert man bei Lähmungen des M. rectus sup. und inf. den M. obl. inf. bzw. sup. der Gegenseite. L. Gordon, Berlin.

1883.

Cohen, M., Syphilitische Erkrankungen des Auges. (Amer. J. Syph., 12, Nr. 4, 1928.) Neben der Haut ist das Auge eine der Prädisloktionsstellen syphilitischer Erkrankung. Augenlid und Augenbraue sind häufig der Sitz papulöser und papulo-pustulöser Effloreszenzen, auch Gummien bevorzugen diese Lokalisation. Nur Primäraffekte sind dort selten. Hereditäre Affektion des Auges ist nichts Ungewöhnliches. Es finden sich bei hereditär Luetischen neben Neuritis optica Iritis, Papillitis und Retinitis. Gummien der Orbita sind selten. Sie haben ihren Sitz in der Paraorbitalgegend unter dem Supraorbitalbogen und schreiten auf die Innenfläche der Orbita fort, wo sie Exophthalmus und Störungen der Muskeln und des Sehnerven hervorrufen. In diesem Stadium muß die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und anderen jugendlichen Tumoren in Erwägung gezogen werden. Hereditäre Spätsyphilis beginnt meist im 5. bis 6. Lebensjahre manifest zu werden. Häufig äußert sie sich zuerst in einer interstitiellen Keratitis. Unter 101 Fällen von interstitieller Keratitis sah Igersheimer dreimal Erkrankung des Optikus, zehnmal Verlust des Pupillarreflexes und zweimal Ophthalmoplegia interna. Können luetische Augenerkrankungen in frühester Kindheit zu dauernden Schädigungen führen? Abgesehen von Beobachtungen am Optikus scheint nur die Chorioretinitis prognostisch bedeutsam. — Luetische Affektionen der Sklera sind selten, wenn auch nach interstitieller Keratitis die Sklera so gelitten haben kann, daß das ganze Leben hindurch Protrusio besteht. Die Gummien der Sklera sind linsen- bis erbsengroße Infiltrationen, welche häufiger am äußeren Augensegment im Verlauf der geraden Augenmuskeln auftreten. Diese harten, empfindlichen Knoten verursachen Lichtscheu und Behinderung der Augenbewegung. Die syphilitische Iritis stellt mehr als 50% der entzündlichen Veränderungen der Iris. Sie kommt sowohl bei behandelten wie bei unbehandelten Fällen vor, beginnt plötzlich mit subjektiven Beschwerden, Tränenfluß, ziliärer Injektion und frontalem Kopfschmerz. Im allgemeinen kann man sagen, daß nur ein Auge zuerst befallen wird als Frühererscheinung papulärer Eruption. Jede Form der Iritis ist eine ernste Erkrankung. Sie kann das Auge schädigen durch Verwachsung der hinteren Kapsel, was zu einem Exsudat in der vorderen Kammer führen kann. Chorioiditis kann unabhängig von Iritis, besonders als zentrale Chorioiditis, auftreten. Retinitis wird nicht als seltene Erkrankung betrachtet. Gibt es ausgesprochene Gummien der Iris? Igersheimer glaubt, daß die beschriebenen Gummien meist nur vom Ziliarkörper ausgehen. Wenn wirklich ein echtes Gumma gefunden wird, so besteht es nur einseitig, ist 2 bis 6 cm im Durchmesser und den anderen Gummien durchaus gleich. Zyklitis und Erkrankung des Ziliarkörpers ist meist mit Iritis gepaart. Spirochäten finden sich bei akuter Iritis in der serösen Flüssigkeit. Die Prognose der luetischen Iritis ist günstig. Häufig werden Augenerkrankungen durch luetische Basillarmeningitis hervorgerufen. Sie bevorzugt die Gegend des Chiasma und zieht Hirnnerven und Augenmuskeln dabei in Mitleidenschaft. Die Erkrankung der Papilla optica manifestiert sich durch Schwellung des Diskus, der eine gräuliche Farbe annimmt, gestreift erscheint oder mit Flecken und Hämorrhagien übersät ist. Die Randzeichnung ist verwaschen, die Retinalarterien sind dünn, während die Venen geschlängelt und geschwollen erscheinen. Um den Diskus zeigt die Retina Schwellung, Flecken und Hämorrhagien. Verf. propagiert die Frühdiagnose luetischer Augenerkrankungen, um so mehr, da die Behandlung meist zu vollständiger Heilung führt. Vor allem soll neben dem Wassermann auch wie in jedem Falle die Liquoruntersuchung angestellt werden. Alle Autoren warnen vor der Anwendung von Salvarsan, da unerwartete Resultate, wie Erblindung, auftreten können. Das Mittel sei nur indiziert, wenn alle anderen versagt haben. E. Kottmaier, Mainz.

Bakteriologie und Serologie

1884.

Sergent, Emile, Das Vorkommen filtrierbarer Elemente des Tuberkelbazillus im Aszites der atrophischen Laënnecschen Zirrhose. (J. Prat., Nr. 14, 1929.) Häufig findet man im Verein mit einer Zirrhose einen Pleuraerguß oder eine Lungentuberkulose. Die Funktion eines sterilen Aszites zeigt das Vorhandensein von Endothelien und Lymphozyten, die an Zahl zunehmen, je häufiger man die Punktionen ausführt. In einem Erguß von mehreren Litern nach Tuberkelbazillen zu suchen, ist sehr schwer. Das erklärt, daß die Resultate so oft negativ sind. Aber seit 1903 sind doch schon verschiedene Fälle mit positivem Ergebnis veröffentlicht worden.

Man kennt in der Tat jetzt eine abgeschwächte Form von Experimentaltuberkulose, die uns nicht mehr entgehen kann, und deren an sich geringfügige Äußerungen verursacht werden dadurch, daß der Bazillus die Form des filtrierenden Virus annimmt. Man findet dann an dem geimpften Meerschweinchen Veränderungen, die einer nicht besonders aufmerksamen und systematischen Nachforschung leicht entgegen können: Eine wenig vergrößerte Milz, vergrößerte Tracheobronchialdrüsen und in den etwas geschwollenen Drüsen zuweilen Tuberkelbazillen. Meist erzielt man erst nach mehreren Passagen eine typische Meerschweinchen-tuberkulose.

Diese Feststellungen zeigen die Rolle des Peritonealprozesses in der Pathogenie des Aszites der Laënnecschen Zirrhose; sie deuten die Möglichkeit an, daß dieser Prozeß tuberkulöser Natur ist und daß diese tuberkulöse Natur vielleicht häufiger da ist als man glaubt. Held.

1884a.

Inclán y Costa, Cl., Vorläufige Mitteilung über die Unschädlichkeit des Bazillus B.C.G. im Tierexperiment. (Rev. Med. Cub., 39, Nr. 9.) Die staatliche kubanische Studienkommission zur Prüfung der Calmetteschen Schutzimpfung berichtet über ihre Arbeiten. Eine größere Zahl von Meerschweinchen, deren Zahl nicht genannt wird, wurde mit dem Bazillus B.C.G. subkutan geimpft. Außer einer lokalen Reaktion erfolgte keine Schädigung der Tiere, die sämtlich nach 6 Monaten noch leben. Bazillenhaltige Fäkes von Schutzgeimpften Kindern wurden 20 Meerschweinchen verimpft; es zeigte sich lediglich eine Lokalreaktion. B.C.G.-Bazillen wurden auf Petroff-Böden überimpft, die Kulturen auf Meerschweinchen übertragen ohne Schädigung außer der Lokalreaktion. Verf. schließt daraus, daß die B.C.G.-Bazillen für das Meerschweinchen unschädlich sind und daß deren Eigenschaften durch Tierpassage und Wechsel der Nährböden nicht wandelbar sind. Holzer.

1885.

Salararría, J. L., Der dicke Tropfen als Fehlerquelle bei der Diagnose der Malaria. (Rev. Med. Cub., 39, Nr. 9.) In mehreren Fällen fand Verf. im dicken Tropfen Schizonten, von denen sich im Blutausschlag herausstellte, daß es sich um Jollysche Körper handelte. Verf. fordert daher bei positivem Befund Kontrolle des dicken Tropfens durch das Blutbild. Holzer.

1886.

Johannsen, Sven, Ueber die Bluttransfusionsfrage. (Hygiea, 91, Nr. 6, 1929.) Unter 313 Bluttransfusionen kann vielleicht in einem die Bluttransfusion zum tödlichen Ausgang beigetragen haben; in 3 Fällen hatten sie einen vorübergehenden schädlichen Einfluß. Oft wirkte sie lebensrettend. Von 10 Unglücksfällen mit Blutungen hatten 3 ein gutes Resultat; von 28 Blutungen bei Ulzera war in 20 das Resultat der Transfusion günstig; das gleiche war der Fall in einem von 5 postoperativen Blutungen, in 9 von 15 Blutungen aus verschiedensten Ursachen, in 20 bei 49 Kranken in lebensgefährlicher Lage, bei 3 von 8 mit Cholämie, bei 4 von 12 mit Sepsis, bei 1 von 24 mit Herzschwäche, bei 6 von 9 mit sekundärer Anämie, bei 9 von 21 mit Krebsanämie und bei 18 von 38 mit perniziöser Anämie. Eine serologische Vorprüfung des Blutes vor der Entnahme und Transfusion ist in jedem Fall gründlich vorzunehmen. S. Kalischer.

1887.

Hohn, Die Klärungsreaktion Meinicke (M.K.R.). Zugleich ein Beitrag zur Serodiagnostik der Lues im allgemeinen. (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Verf. hatte schon früher darüber berichtet, daß durch große Serumengen und kleine Extradosen die Wassermann-extrakte Flockungsreaktionen ergeben. Bei diesem Schema wurden die Resultate der D.M.Ho. bedeutend verschärft. Auf diesem Prinzip beruhen auch die neuen Luesreaktionen. Man verwendet hierbei sehr lipoidreiche, konzentrierte Organextrakte, die hierbei stark nachreifen. Zum Vergleiche bearbeitete Verf. die drei Reaktionen: WaR., M.K.R., D.M.Ho. Die D.M.Ho. wird mit Meinickes D.M.-Extrakt vorgenommen (0,5 inaktives Serum und 0,25 Extrakt-mischung). Die Ablesung erfolgt durch eine starke Lupe gegen eine Mattbirne. Ikterische Sera gehen jedoch ziemlich regelmäßig eine Flockung. Die WaR. wurde nach der Kombinationsmethode von Graetz und Schwab angestellt. Um den Sera das Komplement zu nehmen, erhitzt Verf. im Gegensatz zu alter Gewohnheit nur bis 52,5 Grad, was genügt, wie er durch Komplementprüfung nachweisen konnte. Diese Temperatur genügt nicht nur zur Inaktivierung, sondern auch zur Stabilisierung. Verf. schlägt vor, das Wort Inaktivierung zugunsten des Wortes Stabilisierung überhaupt aufzugeben, da der Schwund des Komplementes nur den Indikator für die hinreichende Stabilisierung darstellt. Die Konservierung und Verdünnung des Hammelblutes geschieht durch Normosolösung. Bei der M.K.R. gibt Verf. kleine Modifikationen an, die aber nur

der Originalmethode abweichen, so daß folgendes Schema Erhitzung bis 52,5 Grad, Extraktbereitung nach Meinicke, Brutschrankerwärmung auf 37 Grad, erste Ablesung der Sedimentbildung nach 1 Stunde, zweite Ablesung als Reaktion nach 6 bis 8 Stunden. Die Vergleichsreaktionen eine sehr gute Uebereinstimmung zwischen M.K.R. und während die WaR. nicht so günstige Resultate lieferte. von latenter Lues wurde eine höhere Leistungsfähigkeit titationen beobachtet. Trotzdem wird davor gewarnt, die auszuschalten, da einzelne Untersuchungen doch nur mit nehmen sind. Die am meisten gebräuchlichen Unter-, M.T.R. und S.G.R., sind den beiden Reaktionen M.K.R. io. bei weitem überlegen. Verf. tritt daher warm für die R. ein, da sie dazu verhilft, mit einfacher Methode die ungenüchtigkeit der übrigen Methoden zu ergänzen.

Siegbert Cohn.

1888.

3, Hans, Ueber vergleichende Versuche zwischen der Bruck-Reaktion als serologische Schnelluntersuchung auf Syphilis. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 12, S. 550.) Die Reaktion nach Kahn und Bruck zeigte in 94,3% der Fälle eine Uebereinstimmung mit den WaR.-Resultaten. Bei den zwischen der WaR. und den Flockungsreaktionen differierende Befunde handelte es sich durchweg um Seren alter oder latenter Syphilitiker. Die Reaktionsbreite der KR. ist fast gleich groß, wenn man berücksichtigt, daß bei Messungen nur von der KR., andere dagegen nur von der WaR. gezeigt wurden. Daher ist die Ausführung mehrerer Trübungsreaktionen neben der WaR. stets zu empfehlen. Die der KR. und der BR. ist einfach; von Wichtigkeit ist die Reinheit der Antigene, die mit Sorgfalt her- und eingestellt werden müssen, da hiervon Ablauf und Ergebnis der Reaktionen abhängen. Die praktischen Vorteile der BR. als serologische Reaktion auf Lues sind an den Besitz einer Zentrifuge, die an den eines Schüttelapparates gebunden, falls man die nicht mehrere Minuten lang mit der Hand schütteln will. hält die KR. in Uebereinstimmung mit den Versuchs- von Abadieff und Blumenthal als Kontroll- und -reaktion zur WaR. für sehr geeignet, und führt die KR. der guten Spezifität, ihrer im Vergleich zur WaR. — ins- bei latenter und behandelter Lues — beobachteten Reichweite, sowie wegen ihrer praktischen Brauchbarkeit in der BR. und den Trübungsreaktionen von Meinicke und jedem zur Untersuchung auf Syphilis eingesandten Serum Arnold Hirsch, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

1889.

er, A. W., Chirurgische Behandlung der Basedowschen (Med. Klin., 14, 1929.) (II. Chir. Abtlg. des Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) Eine Umwälzung in der Basedow- ist durch die präoperative Behandlung nach Plummer und hervorgerufen worden. Es handelt sich dabei um folgendes: mit man einem Basedowkranken per os dreimal täglich 10 kpten Lugolscher Lösung 8 bis 10 Tage lang, so gehen in gen in erstaunlichster Weise alle Basedow-Erscheinungen. Dabei wird auch der Kropf deutlich kleiner und härter. Remission muß operiert werden, da sonst, unabhängig man das Jod fortläßt oder es weitergibt, eine akute Ver- eintritt. Die Wirkung des Jods besteht in erster einer Hemmung der Ausschwemmung von Schilddrüsen- der übermäßig tätigen Schilddrüse. Aus dem kolloid- -armen Kropf wird durch Kolloidspeicherung ein derbes, ges Organ gemacht. Außerdem findet eine beträchtliche rung statt, indem der Jodgehalt der Drüse auf den drei- hohen Wert gegenüber dem vor der Jodzufuhr ge- wird. Der Augenblick des Schwindens der thyreotoxischen gen wird in 8 bis 10 Tagen erreicht und ist klinisch durch umsatzbestimmung deutlich erfassbar. Wird daraufhin die unterbrochen, so wird das Stauwehr geöffnet und der s mit dem im Kolloid aufgespeicherten Gift über- ; wird aber Jod weitergegeben, so wirkt nunmehr all- Jod verflüssigend und mobilisierend auf das erst frisch Kolloid und das aufgespeicherte Gift wird frei. Es darf Jod in großen Dosen nur kurz vor der Operation werden und auch dann nur, wenn alle Beteiligten fest ent- zur Operation sind. Die Behandlungsart läßt sich bei allen Thyreotoxikosen und auch beim Jod-Basedow durch- Vorzug der Methode besteht in vollkommenem Fehlen anannten Basedow-Todes nach der Operation. Post-

operativ ist Gynergen ein hervorragendes Mittel (dreimal täglich eine Injektion 0,5 mg pro dosi, 2 bis 3 Tage lang), um den Sympathikotonus herabzudrücken. Die Resektion wird vom Verfasser stets doppelseitig ausgeführt, wobei soviel Strumagewebe als nur irgend möglich entfernt wird. Das dankbarste Feld für die Operation mit der Plummerschen Jod-Vorbehandlung sind die akuten Basedows, die in kürzester Zeit bedrohlich zu werden scheinen. Entschließt man sich in solchen Fällen zur konservativen oder zur Strahlentherapie, so muß man aber den Kranken, wenn nicht in kürzester Zeit eine deutliche Besserung eintritt, der minimal gefährlichen Operation zuführen.

L. Gordon, Berlin.

1890.

De Courcy, Joseph L., Thyreoidektomie bei Basedow, verbunden mit Geisteskrankheit. (Amer. J. Surg., Nr. 1, 1929.) Verf. berichtet über 14 operativ behandelte Fälle von Gravischer Krankheit mit Geistesstörungen. Alle bis auf zwei wurden völlig wiederhergestellt. Schon vor 20 Jahren wurden von Berkley und Follis Beziehungen zwischen Basedow und katatonischer Form von Dementia praecox festgestellt. — Verf. steht auf dem Standpunkt, daß das Nebeneinanderbestehen von Basedow und Geisteskrankheit nicht nur keine Gegenindikation zur Operation ist, sondern daß die Operation dann erst recht ausgeführt werden muß, da sie Aussicht auf Heilung der Geisteskrankheit bietet.

Gohrbandt.

1891.

Haines, Samuel F., und Walter M. Boothby, Ueber den Wert der Sauerstoffbehandlung nach Strumektomie. (Amer. J. Surg., Nr. 1, 1929.) Patienten mit schweren Reaktionen nach Strumektomie wurde Sauerstoff gegeben, und zwar vorzugsweise solchen, die wegen Lungenödem, Bronchopneumonie oder laryngealer oder trachealer Verschleimung zyanotisch waren. Regelmäßig wiesen die Patienten eine deutliche subjektive Besserung auf. Das Fieber fiel gewöhnlich schnell ab, und Puls und Atmung wurden langsamer. Dyspnoe wurde völlig oder teilweise behoben. Wahrscheinlich wurde die Entwicklung einer Pneumonie in vielen Fällen verhindert. Die Beobachtungen lassen vermuten, daß nicht selten der Tod in geeigneten Fällen durch ausreichende Sauerstoffbehandlung verhindert werden kann.

Gohrbandt.

1892.

Bsteh, Otto, und Fritz Triak, Zur Klinik der Commotio cerebri. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Dem klinischen Bilde nach unterscheiden die Autoren zwei große Gruppen von Commotio cerebri: erstens Fälle, bei welchen die Schwere der Bewußtseinsstörungen im Vordergrund steht; zweitens solche, bei denen eine wesentliche Beteiligung der Zirkulation ohne nennenswerte Bewußtseinsstörung vorliegt. Die Fälle der ersten Gruppe sollen eine erhebliche Blutzuckererhöhung aufweisen. Es wird dies zurückgeführt auf Schädigung des Mittel- und Zwischenhirnes. Das letztere ist einerseits Zentrum für den Wach- und Schlafzustand, der psychischen Aktivität; andererseits verlegt man hierher die Regulierungsstellen für den Kohlehydratstoffwechsel. Die Schädigung dieser Gegend soll mit dem kommotionellen Koma zugleich Hyperglykämie erzeugen.

Dieser Auffassung kann nicht zugestimmt werden. Zunächst ist es sehr fraglich, ob das geschützt liegende Zwischenhirn von allen Hirnteilen bei Traumen des Kopfes am meisten geschädigt wird. Dann beweisen die neurologischen Untersuchungsergebnisse, daß schwere Veränderungen des Zwischenhirnes keine Bewußtlosigkeit, sondern eben Störungen des Schlafes, der Motilität und der physischen Aktivität hervorrufen. Der psychologische Begriff Bewußtsein kann nicht anatomisch erfaßt werden. Soviel läßt sich nur sagen, daß die Gesamtheit der vitalen Vorgänge der Hirnrinde zum Unterschied gegen die Funktionen der untergeordneten Zentren das besondere Merkmal des Bewußtwerdens und -seins trägt.

E. Orbach, Berlin.

1893.

Mühsam, Richard, Die Diagnose und operative Behandlung des Morbus Gaucher. (Med. Klin., 15, 1929.) (II. Chir. Abtlg. des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin.) Der Morbus Gaucher wird heute als eine Stoffwechselkrankheit aufgefaßt, die anatomisch in einer bedeutenden Veränderung des lymphatischen hämatopoetischen Apparates, d. h. der Milz, der Leber, der Lymphknoten und des Knochenmarkes, ihren Ausdruck findet. Es besteht eine Ablagerung oder Speicherung einer fremdartigen Substanz, der Gauchersubstanz, in bestimmten Zellen. In dem Parenchym der genannten Organe findet man eigentümlich große Zellen, die Gaucherzellen, die mit der Gauchersubstanz angefüllt sind. Im Anfang der Erkrankung klagen die Patienten nur über Schwäche, Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Im späteren Stadium treten Beschwerden auf, die durch eine Milz- und Lebervergrößerung bedingt sind. Vielfach tritt eine hämorrhagische Diathese auf. Häufig sieht man ziehende Schmerzen in den Knochen, Knochenverbiegungen

und Spontanfrakturen. Im Blute findet sich eine Anämie, manchmal leichteren, später aber bisweilen schwersten Grades, gelegentlich mit Leukopenie und Verminderung der Blutplättchen. Charakteristisch ist eine bräunlich-gelbliche, subikterische Hautverfärbung an den stärker belichteten Stellen des Gesichtes. Auffällig ist das familiäre Vorkommen des Morbus Gaucher. Die Krankheit befällt mit Vorliebe das weibliche Geschlecht in den ersten Dezennien. Die Diagnosestellung ist außerordentlich schwierig. Verwechslungen sind mit Morbus Banti, essentieller Thrombopenie und hämolytischem Ikterus möglich. In jedem verdächtigen Falle ist daher die Knochenmarkspunktion an der Tibia zur Sicherung der Diagnose zu fordern. Die Punktion ist technisch leicht und ungefährlich. Alle bisherigen therapeutischen Maßnahmen sind vergeblich gewesen. Die Milzausschneidung dagegen befreit die Kranken von den durch die Vergrößerung des Organes verursachten Beschwerden und macht sie in einer Reihe von Fällen wieder arbeitsfähig. Der Erfolg der Splenektomie ist zunächst nur als eine Besserung aufzufassen. Von Heilungen kann man zur Zeit nicht sprechen.

L. Gordon, Berlin.

1894.

Schmieden, V., und H. Peiper, Ueber ein erfolgreich operiertes endomedulläres Lipom des Halsmarks, nebst einigen Bemerkungen zur Chirurgie der intramedullären Tumoren. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 13, S. 513.) Es wird über ein mit bestem Erfolg entferntes endomedulläres Lipom des oberen Halsmarks berichtet. Der Sitz einer Fettgeschwulst im Inneren des Rückenmarks muß chirurgisch als Rarität bezeichnet werden, noch mehr aber dann, wenn es, wie im vorliegenden Falle, glückte, diese Geschwulst radikal und für den Kranken erfolgreich aus einem Teil des Marks ohne Schaden zu extirpieren, der durch seine engen Beziehungen zum Atemzentrum schon bei Exstirpationen extramedullärer Tumoren die denkbar größte Operationsgefahr mit sich bringt. Aber auch vom technischen Gesichtspunkte aus ist die Operation der intramedullären Tumoren ein noch keineswegs definitiv gelöstes Problem. Das erstaunliche Anwachsen der wegen Rückenmarksgeschwulst in den letzten Jahren vorgenommenen Operationen, wie es seit Einführung der Myelographie beobachtet wird, bringt immer mehr neben den häufigeren extramedullären Tumoren solche mit endomedullärer Lage zu Gesicht — die Verfasser operierten allein innerhalb des letzten Vierteljahres drei solche Tumoren —, die jeweils verschiedenartige, meist aber sehr schwierige operative Entscheidungen stellen. Ein typisches Vorgehen gibt es hierbei offenbar nicht.

Arnold Hirsch, Berlin.

1895.

Jackson, Chevalier, Peptisches Geschwür des Oesophagus. (J. Amer. Med. Assn., 92., Nr. 5, 1929.) Verf. bespricht Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie des peptischen Oesophagusgeschwüres. Seine Studien an 88 Fällen dieser Art (bei einer Gesamtzahl von mehr als 4000 Fällen von Oesophaguserkrankungen im Laufe einer 42jährigen Erfahrung) führen J. zu dem Schlusse, daß als wichtigster ätiologischer Faktor Infektionen anzusehen sind, als Quelle derer in erster Linie die Tonsillen in Frage kommen. Daneben kommen noch Inseln von Magenschleimhaut im Oesophagus und ferner Rückströmen von Magensaft in die Speiseröhre ätiologisch in Betracht. Das am meisten charakteristische Symptom des peptischen Oesophagusgeschwüres ist der retrosternale Schmerz, der gegen den Rücken zu ausstrahlt. Chronische Oesophagitis ist von denselben, jedoch weniger schweren Erscheinungen begleitet. Eine sichere Diagnose des Oesophagusgeschwüres ist jedenfalls nur mit Hilfe des Oesophagoscops möglich. Bei jedem Patienten mit Beschwerden während des Schluckaktes und retrosternalen Schmerzen ist die Vornahme der Oesophagoskopie indiziert. Die beste Art der Behandlung des peptischen Geschwüres besteht in der Entfernung eines eventuell vorhandenen Infektionsherdes und in der lokalen Applikation von Argentum nitricum oder Bismutum subnitricum unter Zuhilfenahme des Oesophagoscops. Zur palliativen Behandlung der Schmerzen empfiehlt sich Verordnung von Alkalien, besonders Natriumbikarbonat. Opiate sind überflüssig und sogar kontraindiziert.

L. Büchler, Wien.

1896.

Bauer, C., Ueber die Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi bzw. duodeni. Mit einem Nachwort von Geheimrat F. König. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Es werden 52 klinische Fälle untersucht, welche ulkusähnliche Symptome aufwiesen, sich aber zum großen Teil bei weiterer klinischer Untersuchung und bei der Autopsia intra operationem als Fehldiagnosen erwiesen (Gastritis, Perigastritis, Adhäsionen, Hyperaziditätsbeschwerden, Achylia gastrica, Gallenblasenerkrankungen).

Vor Heranziehung chirurgischer Maßnahmen ist eine genaue Diagnosenstellung unerlässlich. Hierbei müssen sämtliche Symptome unter Einbeziehung des allgemeinen körperlichen Befundes gegeneinander abgewogen werden. Dabei ist die Magensaftuntersuchung von prinzipieller Bedeutung. Anazidität ist ein gewichtiger Grund gegen die Annahme eines Ulkus. Magensaft- und Stuhluntersuchungen sind des öfteren vorzunehmen. Okkultes Blut im Stuhl ist nur bei positivem Ausfall der Benzidin- und Guajacprobe anzunehmen. Der Röntgenbefund muß eindeutig sein. Bei Aussparungen, Ausbuchtungen und Nischen muß an Adhäsionen, besondere anatomische Verhältnisse und an Spasmen gedacht werden. Kranke mit völlig negativem Röntgenbefund gehören in die Behandlung des Internisten.

In einem Nachwort bemerkt König, daß das oberflächliche Ulcus simplex ohne jedes Attribut der internistischen Behandlung bedarf, das tiefergreifende, chronische, kallöse der chirurgischen.

Die Resektion bei chronischer Gastritis, bei welchem Leiden übrigens die Blutproben positiv ausfallen können, darf nur auf direktes Verlangen der Internisten vorgenommen werden.

E. Orbach, Berlin.

1897.

Potter, A. Caryl, Behandlung von Duodenal- und Kotfisteln. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 5, 1929.) Unter den Faktoren, welche die Heilung von Duodenalfisteln und von Fisteln im Bereich des Dünndarms und des Dickdarms mitunter bedeutend verzögern, spielt die Menge des im Darminhalt vorhandenen Pankreassekretes eine wichtige Rolle. Das schädigende Agens ist das im Pankreassekret enthaltene Ferment Trypsin, das infolge seiner proteolytischen Eigenschaft einen dauernden Reiz auf die Bauchwand ausübt und diese sozusagen verdaut. Da die Verdauung von Eiweiß durch Pankreassekret nur in alkalisch reagierendem Medium vor sich geht, ist es möglich, diese die Heilung von Fisteln verzögernde Wirkung des Pankreassaftes durch Neutralisation mittels großer Mengen $\frac{1}{10}$ normaler Salzsäure, welche in den Fistelkrater appliziert wird, auszuschalten. Verf. gelang es auf diese Weise, innerhalb kurzer Zeit Heilung zu erzielen. In Fällen, in denen trotz der Anwendung von Salzsäure noch ein Ueberschuß von Pankreassekret vorhanden sein sollte, empfiehlt Verf., die Haut um die Fistelöffnung mit einer mit sterilem Fleischsaft durchtränkten Gaze zu bedecken, um so dem überfließenden Pankreassaft bzw. Trypsin Gelegenheit zu geben, seine verdauende Wirkung zuerst auf das im Fleischsaft enthaltene Protein auszuüben, bevor es das lebende Gewebe der Bauchwand anzugreifen imstande ist. Diese Art der Behandlung gilt in erster Linie für Fisteln des Duodenums und des Dünndarms, d. h. also für jene Fälle, in denen das aus der Fistel abfließende Sekret reich ist an Pankreassekret. Dickdarmfisteln heilen ja, sofern der Darminhalt normal ist, in der Regel spontan, es sei denn, daß ein größerer Defekt der Darmwand und der Darmschleimhaut besteht. Reizerscheinungen auf der Haut in der Umgebung der Fistelöffnung weisen jedoch auf einen Ueberschuß von Pankreassaft im Fistelsekret hin und lassen dann die lokale Anwendung von Salzsäure und Fleischsaft angezeigt erscheinen. Alle jene Fälle, in denen die Verzögerung der Heilung ihre Ursache nicht in der Wirkung des Pankreassekretes hat, sind selbstverständlich der chirurgischen Behandlung zu überlassen. Der Zeitraum, innerhalb welchem eine Heilung durch die medikamentöse Behandlung zu erreichen ist, hängt von folgenden Momenten ab: 1. Von der Entfernung der Fistel vom Sphinkter pylori, 2. von der Menge des im Darm enthaltenen Pankreassekretes, 3. vom Zustand des Patienten, 4. vom intra-intestinalen Druck, 5. von etwaigen Infektionen, 6. von der Gründlichkeit und Konsequenz, mit der die Behandlung durchgeführt wird. Je weiter entfernt vom Duodenum die Fistel ihren Sitz hat, desto rascher wird die Behandlung zum Ziele führen, da der Gehalt des Darminhaltes an Pankreassekret gegen die unteren Darmabschnitte hin mehr und mehr abnimmt. Treten jedoch Diarrhöen auf, sei es spontan oder nach Einnahme von Abführmitteln, so steigt auch der Gehalt an Pankreassekret im Darminhalt der unteren Darmabschnitte und die Reiz- und Verdauungserscheinungen im Bereich der Fistel nehmen dementsprechend zu. Es empfiehlt sich daher, während der Behandlung den Patienten auf eine obstipierende Diät bzw. Milchdiät zu setzen. Nebenbei nimmt die Milch infolge ihres Eiweißgehaltes eine gewisse Menge des Pankreassekretes in Anspruch und hilft so den schädlichen Ueberschuß verringern. Alle vier Stunden erhält der Patient etwa $\frac{1}{8}$ Liter gekochte entfettete Milch. Durch orale Verabreichung von 7 bis 11 mg pulverisierten Opiums (zwei- bis dreistündlich) wird ferner die Peristaltik vermindert und der intraintestinale Druck herabgesetzt. Bei Bestehen einer sekundären Anämie schwereren Grades sind Bluttransfusionen und intravenöse Injektionen von Eisen angezeigt. Lokale Infektionen werden in der üblichen Weise behandelt. Toxämie, Alkalose erfordern die intravenöse Zufuhr von hypertonischer Kochsalzlösung und Dextrose, letztere, wenn in großen Dosen verabreicht, mit der gleichzeitigen Zufuhr von Insulin.

L. Büchler, Wien.

1898.

Hubmann, Paul, Die Erfolge der funktionellen Behandlung der Gelenkgonorrhöe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 13.) Die Behandlung, wie sie Verfasser als „funktionelle Behandlung“ der gonorrhöischen Arthritis ausübt, besteht in Stauung für 22 Stunden täglich, Vakzine- und Proteinkörpereinspritzungen, örtlicher Wärmeanwendung und vor allem in frühzeitiger passiver und aktiver Bewegung. Bei richtig angelegter Stauung werden die Schmerzen so günstig beeinflusst, daß die Bewegungen fast allen Kranken möglich sind. Zuweilen wird auch punktiert, vor allem große oder länger fiebernde Ergüsse; findet sich ein eitriger Erguß, so wird mit Karbolsäure, Rivanol oder Vuzin in entsprechenden Verdünnungen gespült. Gelenkfüllungen mit 2prozentiger Novokainlösung erleichtern mitunter die ersten Bewegungen sehr. Bei Erkrankungen der Hüftgelenke wird ein Heftpflasterstreckverband, bei Erkrankungen der Kniegelenke meist nur ein Manschettenzug angelegt; dann wird mit Rollenzügen passiv bewegt. Die erkrankten Schulter- und meist auch die Ellenbogengelenke kommen auf eine Abduktionsschiene. Sobald wie möglich werden Diathermie, Heißluft, Massage und mediko-mechanische Behandlung angewendet. In einigen Fällen erscheint auch die Röntgenbestrahlung von Nutzen. Sämtliche Kranke werden grundsätzlich stationär und im Bett behandelt; bei den unteren Extremitäten wird wegen der Gefahr der sekundären Arthritis deformans die Bettruhe auf lange Zeit ausgedehnt.

Nur einmal war ein Einschnitt bei einem paraartikulären Abszeß eines Kniegelenkes notwendig. In einem anderen Falle hat Verfasser unter dem Verdachte eines paraartikulären Abszesses an dem Handgelenk indiziert, jedoch keinen Eiterherd gefunden. Andere Operationen kamen nicht vor.

Gelang es mit diesen Mitteln nicht, innerhalb von 1 bis 2 Wochen die Gelenke schmerzlos und beweglich zu machen, oder waren die Schmerzen, was selten vorkam, überhaupt nicht zu bekämpfen, so hat Verfasser die Gelenke für 1, 2 oder 3 Wochen, zuweilen auch länger, ruhiggestellt, meist im Gipsverband, zuweilen auch im Stärbindenschienenverband. Diese Verbandruhistellung wurde besonders bei Fuß- und Fußwurzelgelenken und in erster Linie bei Handgelenken erforderlich. Beim letzteren ergibt die Ruhigstellung die besonders wichtige Möglichkeit der aktiven und passiven Fingerbewegungen, deren Erhaltung für den funktionellen Endausgang von besonderer Bedeutung ist, auch wenn das Handgelenk unglücklicherweise einmal versteifen sollte.

Neben der Gelenkbehandlung wurde stets auch bei Mann und Frau der Sitz der primären Gonorrhöe schonend behandelt.

Mit dieser Behandlung hat Verfasser 78% seiner Kranken ausgeheilt mit voller oder fast voller Funktion, d. h. mit höchstens 10 bis 15 Grad Einschränkung der Beweglichkeit auf der kranken Seite. 22% der Erkrankten haben eine teilweise oder vollkommene Versteifung behalten.

Verfasser hat aus seinen Erfahrungen den Schluß gezogen, daß eine verdächtige Arthritis, bei der die Gonorrhöe nicht ausgeschlossen werden kann, mindestens versuchsweise wie eine gonorrhöische Gelenkentzündung behandelt werden soll.

Arnold Hirsch, Berlin.

1899.

Koch, E., Die primäre Wundnaht bei offenen Knochenbrüchen. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chir. Abtlg. des Krankenhauses „Bergmannsheil“, Bochum.) Das Friedrichsche Verfahren, die primäre Wundexzision und Naht bei komplizierten Frakturen, wird auf Grund reicher Erfahrungen an Bergleuten als die Methode der Wahl angesehen. Dabei ist jedoch zur Vermeidung von Mißerfolgen die 6- bis 8-Stundengrenze zu beachten, die primäre Wundversorgung und Hautnaht (ausschließlich mechanische Säuberung durch Ausschneiden unter mehrfachem Instrumenten- und Handschuhwechsel; lückenlose Hautnaht, evtl. mit Hilfe von Entspannungsschnitten oder Lappenbildung) mit peinlichster Gewissenhaftigkeit vorzunehmen. Zur Fixation bzw. Retention der Bruchstelle wird die von Brunnsche Gipsschiene angewandt. Bei schwersten Zertrümmerungsbrüchen und Weichteilverletzungen darf die Hautnaht nicht erzwungen werden. Auch die Anwendung der Brunnschen Gipsschiene ist hier eingeschränkt. Bei Unfällen auf Zechen mit Pferdebetrieb, Uebertageverletzungen, bei Sprengschüssen und Fußsohlenverletzungen ist Tetanusserum zu verabreichen.

1900.

Joisten, Zur operativen Behandlung der Spondylitis tuberculosa nach Albee. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Orthopädische Universitätsklinik in Köln.) Bericht über 15 während der Jahre 1913 bis 1922 operierte Fälle, die mit Ausnahme eines 23jährigen Mädchens und eines 50jährigen Mannes dem ersten und zweiten Dezennium angehörten. Die Nachuntersuchung ergab, daß die Operation bei Frühfällen im kindlichen Alter bis zu 12 Jahren

mit einigen Ausnahmen eher schädlich als günstig gewirkt hat. Bei Jugendlichen und Erwachsenen muß die Operation für mindestens 1 bis 1½ Jahren von der üblichen Gipsbettbehandlung gefolgt sein. Spätfälle sollen nur dann bei gutem Allgemeinzustand operiert werden, wenn trotz der konservativen Behandlung der Prozeß nicht zum Stillstand gekommen ist. Als die Methode der Wahl hat nach wie vor das Reklinationsgipsbett im Verein mit gut durchgeführter Allgemeinbehandlung in Freiluft, Licht und Sonne zu gelten.

Eckhardt, Berlin.

1901.

Gold, Ernst, Ueber die Bedeutung der Epithelkörpervergrößerung bei der Ostitis fibrosa generalisata Recklinghausen. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Bei einer 54jährigen Frau mit Ostitis fibrosa generalisata Recklinghausen wurde ein Tumor des rechten oberen Epithelkörperchens (Struma parathyreoidea nodosa parenchymatosa) operativ entfernt. 6 Monate nach dem Eingriff war Wiedererlangung der bereits verlorengegangenen Gehfähigkeit, Gewichtszunahme um 11 kg, Herabsinken des vordem gesteigerten Blutkalkwertes und der Kalkausscheidung im Harn feststellbar. Der Röntgenbefund der Knochen war nach der Operation unverändert geblieben.

E. Orbach, Berlin.

1902.

Rabl, C. R. H., Welche Beziehungen hat die Skoliose zur Rachitis? (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) Rabl unterzieht alle wichtigen Theorien der Skolioseentstehung (von Meyer, Heuer, Farkas, Schede) einer Kritik und kommt zu dem Schluß, daß keine, so verschiedenartig sie auch sind, als durchweg falsch bezeichnet werden kann. Die Theorie Heuers wird als Arbeitshypothese für besonders zweckmäßig gehalten. Sind die Wirbelkörper gelegentlich einer Rachitis zusammengedrückt worden, dann behalten sie nach Abheilung des floriden Stadiums die Tendenz zu einem relativ gesteigerten Höhenwachstum, wodurch es zu einer Skoliose kommen muß. Einige Bemerkungen zur Therapie beschließen die Arbeit.

Eckhardt, Berlin.

1903.

Wette, W., Endausgänge traumatischer Luxationen. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chir. Abtlg. des Krankenhauses „Bergmannsheil“, Bochum.) An Hand von 121 klinischen und röntgenologischen Nachuntersuchungen schwerer bergmännischer traumatischer Luxationen, mit ausgedehnten Weichteilzerquetschungen, unkomplizierten und komplizierten Zertrümmerungen der Rumpf- und Extremitätenknochen, wird die Luxationsprognose besprochen. Nur 18 Fälle heilten folgenlos aus, 16 Fälle zeigten im Röntgenbild deutliche Prozesse, die sich jedoch klinisch nicht oder nur unbedeutend auswirkten. Das Resultat wird durch zweierlei sekundäre Prozesse getrübt, die häufig kombiniert auftreten: deformierende Prozesse an den Gelenkkörpern und ossifizierende Prozesse in den paraartikulären Weichteilen. Alle Luxationen großer Gelenke „disponieren“ in hohem Maße zu posttraumatischen Weichteilverknöcherungen. Die Größe des Blutergusses, die Intensität der Nekrosen sowie die Zirkulationsstörungen werden als ausschlaggebend für den Umfang der späteren Verknöcherung angesehen. Den sonst angeführten Argumenten, wie Alter des Patienten, Alter der Luxation, Art der Behandlung, Konstitution kommt zur Erklärung der ungünstigen Endausgänge keine ausschlaggebende Bedeutung zu.

Eckhardt, Berlin.

1904.

Isigkeit, Eduard, Ueber ein Hüftgelenk mit willkürlicher Luxation und Reposition. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Krippelanstalten Volmarstein i. Westf.) Die Ursache der willkürlichen Luxation und Reposition des Hüftgelenkes wird in dem beschriebenen Fall in dem stark paretischen Gluteus maxillaris, seinem Ent- und Wiederanspannen sowie in der flachen Plantäre gesehen. In Anbetracht der geringen Beschwerden wurde von einer Operation abgesehen.

Eckhardt, Berlin.

1905.

Deutschländer, Carl, Sprunggelenkplastik bei angeborener Volkmannscher Sprunggelenkmißbildung und bei angeborenem Wadenbeindefekt. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chirurg.-Orthopä. Privatklinik Dr. Deutschländer, Hamburg.) Beschreibung einer Operationsmethode zur Geraderichtung der Gelenkfläche, der Wiederherstellung des äußeren Widerhaltes unter Schonung der Epiphysenlinie und Erhalten einer gewissen Gelenkbeweglichkeit. Ein abgespaltenes und mobilisiertes mediales Tibiafragment übernimmt die Rolle des äußeren Knöchels. In die neugeschaffene Malleolengabel wird die unverletzte Talusrolle eingefügt. Das nur an einer Periostbrücke hängende mediale Tibiafragment wird durch Vernagelung mit dem stehengebliebenen Teil der Tibia gegen eine Verschiebung gesichert. Mitteilung von 2 Fällen.

Eckhardt, Berlin.

1906.

Schmidt, Hans, Ueber Luxatio pedis sub talo. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chirurg. Abtlg. des Krankenhauses Moabit.) Zusammenstellung der seit 1922 mitgeteilten Fälle unter Hinzufügen drei eigener Beobachtungen. Ursächlich soll bei der Entstehung dieser seltenen Luxationen Fixierung des Fußes und Verdrehung des Taluskopfes durch Rotation des Unterschenkels eine Rolle spielen. Eckhardt, Berlin.

1907.

Zarenko, P., Zur Klinik der Osteochondroarthropathia necroticans vom Köhlerschen Typus. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (2. chirurg. Klinik der Mittelasiat. Universität; Röntgenkabinett des Neuen Stadtkrankenhauses in Taschkent.) Die Aetiologie ist noch unklar; Sammlung weiteren Materials ist notwendig. Pathologisch-anatomisch sowie histologisch, doch auch klinisch ist die Krankheit als „Osteochondroarthropathia“ zu bezeichnen. Dieselbe Bezeichnung gilt für die augenscheinlich analogen Prozesse, welche von Legg-Calve-Perthes, Schlatter, Kiemböck-Preiser, Johansson u. a. beschrieben wurden. Deshalb soll die Bezeichnung „vom Köhlerschen Typus“ beigegeben werden. Das histologische Bild zeigte Nekrose und Reaktion. Zunächst ist konservative Behandlung zu versuchen: Heliotherapie, Arsentherapie, Entlastung, Schonung. Bei Fortbestand der Beschwerden, Deformation des Fußes, Arbeitsunfähigkeit wird die Resektion des Köpfchens und Transplantation eines Fett-Faszien-Lappens empfohlen. Eckhardt, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1908.

Schmidt, H. R., Die operative Behandlung operabler Uteruskarzinome in ihrer Beziehung zur Strahlentherapie. (Med. Klin., Nr. 16, 1929.) (Akademische Frauenklinik zu Düsseldorf.) Die Mortalitätsziffer beträgt bei der Totalexstirpation 17,2%; die Todesursachen sind Herzschwäche, Verblutung, Pneumonie und Peritonitis. Diese hohe Mortalitätsziffer läßt sich nur dadurch heruntersetzen, daß man die zwar lokal operablen, aber in bezug auf den Gesamtkörperzustand inoperablen Fälle von der Operation ausschließt und den lokal inoperablen zuzählt; dazu gehören die Frauen mit starker Fettleibigkeit, mit Zirkulationsstörungen an Herz und Gefäßapparat und allzu geschwächte und anämische Frauen. Solche Frauen sollen der Bestrahlung zugeführt werden. Das Wesentliche zur Sicherung eines Dauererfolges nach der Operation ist die Nachbehandlung mit Bestrahlung. Die Verabfolgung der ganzen Röntgenkarzinomdosis einige Wochen nach der Operation wirkt gelegentlich sehr schwächend. Verfasser empfiehlt deshalb nur geringe Dosen und gibt 70 bis höchstens 80% der HED, bzw. höchstens 400 R., die nach einer gewissen Zeit wiederholt werden. Diese, für die Parametrien notwendige Tiefenwirkung genügt nicht zur Vermeidung der viel häufigeren Rezidive in der Scheidennarbe. Hier ist ein wesentlich größerer Einfluß der Radiumbestrahlung zuzuschreiben. Verfasser geht so vor, daß am zehnten Tage nach der Operation etwa 100-mg-El.-Std. Radium in 1 mm Messingfilter für 4 bis 5 Stunden eingelegt und 10 Tage später noch einmal 500-mg-El.-Std. in die frische Scheidennarbe appliziert werden. In der Zwischenzeit wird die obenerwähnte dorsoabdominale Röntgendosis verabfolgt. Nach einem halben Jahr wird die Röntgendosis wiederholt und noch einmal 500-mg-El.-Std. Radium in die Scheidennarbe appliziert. L. Gordon, Berlin.

1909.

Condamin, R., Kollumkarzinom eines graviden Uterus. Radiumbehandlung zur Rettung von Mutter und Kind. (Gynéc., Oktober 1928.) Bei der Komplikation einer Schwangerschaft mit Karzinom ist am Ende derselben und bei lebendem Kinde der Weg vorgezeichnet: Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation bei operablen, Radiumbehandlung bei inoperablen Fällen. Bei jungen Schwangerschaften ist im Falle der Operabilität die Frage Mutter oder Kind schwerer zu beantworten. Meist wird man das Leben des Fötus opfern, um die Mutter zu retten. Es erhebt sich die Frage, ob man mit Radiumbehandlung nicht beiden gleichzeitig helfen kann, und zwar mit letzterer bis zum Austragen des Kindes und anschließend einige Monate später Radikaloperation. Wichtig ist hier, zu wissen, ob die Gravidität die Radiumbehandlung verträgt und der Fötus nicht sofort oder später an den Folgen dieser Therapie zu leiden hat. Auf Grund der Beobachtung eines Falles schlägt Verfasser vor, bei Gravidität vom dritten bis fünften Monat die Radiumtherapie anzuwenden. Die Schwangerschaft verläuft ruhig weiter; später kann ein gesundes Kind erzielt und anschließend eine Totalexstirpation gemacht werden. Es werden vier mit diesem Vorgehen behandelte Fälle

geschildert. Im ersten Falle starb das Kind 3 Wochen später; die Frage, ob die Radiumbehandlung schuld war, wird verneint. Der Partus war hier spontan. Im allgemeinen wird man jedoch die Sektio vorziehen, da nach der Radiumtherapie sich Narben am Kollum bilden, die um so fester sind, je früher die Behandlung vor der Entbindung stattgefunden hat. Außerdem besteht die Gefahr, daß bei normalem Partus die Narben einreißen und dadurch mechanisch wieder Krebszellen zu wachsen anfangen, die vielleicht nicht ganz zerstört waren. Daher wurde in diesem Falle eine nochmalige Radiumapplikation angewandt. Die Frage, ob man nach dem Partus Radiumbehandlung oder Operation zur endgültigen Heilung anwenden soll, wird hier zugunsten der ersteren Methode beantwortet, da es sich um ein befriedigendes Resultat der ersten Behandlung und um eine junge Frau handelte. Das Dauerresultat bleibt abzuwarten. In weiteren Beobachtungen zeigt es sich, daß die Radiumapplikation bei richtiger Dosierung keine Uteruskontraktionen und keinen Abortus hervorruft. Bei der Entbindung besteht wegen der Narben die Gefahr der Zerreißen des Kollums, weshalb die Sektio vor dem Geburtstermin gemacht werden muß. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Der gravide Uterus verträgt die Radiumbehandlung sehr gut, besonders wenn man sie mit Morphinumgaben unterstützt. 2. Es ist vorzuziehen, statt eines spontanen Partus stets die Sektio zu machen. 3. Der Fötus scheint nicht beeinflußt zu werden. 4. Erfolgt die Radiumbehandlung spät (sechster bis siebenter Monat), so ist später die Totalexstirpation vorzuziehen, sonst eine weitere Radiumapplikation. Kosminski, Berlin.

1910.

Bortini, E., Primäres Karzinom der Tube in Verbindung mit einem Fibrom des Uterus. (Ann. di Ostetr. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 3.) (Geb. gyn. Klinik der kgl. Univers. in Mailand.) Papilläres Alveolarkarzinom einer Tube bei einer 50jährigen Frau. Von klinischen Symptomen wurden nur Blutungen und Tumorbildung bemerkt. Leukorrhöe und bernsteingelber Ausfluß (Latzko) fehlten. L. Szamek, Wien.

1911.

Silva, E., Gefahren und Vorteile des diagnostischen Kuretments und der Biopsie. (Ann. di Ostetr. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 3.) (Geb. gyn. Klinik der kgl. Univers. in Mailand.) Allen bisher zur Frühdiagnose des Gebärmutterkarzinoms herangezogenen Hilfsmitteln der Untersuchung (digitale, Sondenuntersuchung, oberflächliche Abschabung einer Erosion oder Exulzeration, Kolposkopie nach Hinselmann, die Endoskopie des Cavum uteri, Färbung der Portio mit Lugolscher Lösung nach Schiller, Röntgenuntersuchung nach Füllung des Cavum uteri mit Lipojodollösung usw.) haften, wenn auch einigen von ihnen gegebenenfalls gewisse Vorzüge zugestanden werden müssen, solche Mängel an, daß sie als sichere und verlässliche Methoden nicht empfohlen werden können. Die Biopsie und das Probekurettment bzw. die Exzision allein sind imstande, Wertvolles zu leisten. Von geschulter Hand durchgeführt, sind weder Kurettment noch Exzision (!) Operationen, welche Gefahren für die Patientin beinhalten. Von 233 in einem Jahre an der Mailänder Klinik verzeichneten Biopsien und Kuretments sah Verfasser keinen Zwischenfall. (Lediglich das Chorioepithelium gibt eine Kontraindikation zur Vornahme eines Probekurettments ab.) Die einwandfrei durchgeführte histologische Untersuchung hat bei positivem Ausfall absoluten Wert; negative Ergebnisse sind mit Reserve aufzunehmen. L. Szamek, Wien.

1912.

Stajano, C., Postoperative Komplikationen nach utero-vaginalen Eingriffen. (Rev. med. lat.-amer., 14., 161.) (Italienisches Krankenhaus, Montevideo.) Sekundäre Blutungen bei utero-vaginalen Eingriffen gehören im allgemeinen zu den Seltenheiten. Das Einsetzen einer Blutung ist meist nicht vorauszusehen; kommt es zur Blutung, so ist sie profus und verläuft mitunter letal, sobald sie nicht zum Stillstand gebracht wird. Aetiologisch ist fast immer ein Infektionsprozeß pyogener oder gangränöser Natur verantwortlich zu machen: Fragilität des Granulationsgewebes innerhalb einer septisch veränderten Umgebung (Hämorrhagie am siebenten bis achten Tage); Vereiterung eines Thrombus bei purulenter Thrombophlebitis; laterale tardive Gangrän eines großen Gefäßes bei Cellulitis gangraenosa (Spätblutungen). Die einzig wirksame Therapie besteht neben der Applikation von blutstillenden Mitteln, Transfusion und dergleichen einzig und allein in der Hysterektomie oder der einfachen doppelseitigen Unterbindung des utero-vaginalen Kreislaufs; die Ligatur des einen Kreislaufpoles, selbst des hypogastrischen Gefäßstammes, erweist sich als nicht genügend. Beim Einsetzen einer Blutung aus dem Granulationsgewebe muß letzteres ausgeschabt und die Umgebung antiseptisch behandelt werden. Die Prophylaxe besteht in Vermeidung von Infektionen. Wie die Beobachtungen des Verfassers ergeben, tritt diese, wenn auch seltene Komplikation selbst in jenen Fällen auf,

die durch geraume Zeit vor der Operation lokal wie allgemein durch antipyogene und Gonokokkenvakzine behandelt werden.

Ashkenasy, Wien.

1913.

Bardenheuer, F., **Dammenschutz und operative Entbindung.** (Zbl. Gynäk., Nr. 19, 1929.) Zur Abwehr eines gegenwärtig häufig geübten Verfahrens, den Damm bei der Geburt prinzipiell „zu seiner Erhaltung zu spalten“, gibt Verfasser eine Methode an, mit der es fast immer gelingt, den drohenden Dammriß zu vermeiden und auch in der operativen Geburtshilfe, bei Wendungen, Zangen usw., wo der Damm meist auf das äußerste gefährdet ist, dem Beckenboden die weitestgehende Schonung angedeihen zu lassen. Das Verfahren besteht hauptsächlich in einer richtigen Lagerung der Kreißenden: Rückenlage auf hartem Polster unter der Lenden- und oberen Kreuzbeingegend. Das untergeschobene Polster darf bis zu 20 cm dick sein. Die Frauen beugen die Oberschenkel maximal, nehmen die Knie in die Hände und pressen in dieser Stellung während der Wehen kräftig mit. Sobald der kindliche Kopf in den Wehenpausen mit großem Segment in der Vulva stehenbleibt, werden die Beine losgelassen, gerade ausgestreckt und nur mäßig gespreizt. Unter leichtem Mitpressen und Tiefatmen der Kreißenden kann dann der kindliche Kopf mühelos und ohne die Gefahr einer Rißverletzung am Damm entwickelt werden.

Schwab, Hamburg.

1914.

Amfiteatrow, G., **Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung.** (Wratsch. Gaset, 32. Jahrg., Nr. 18, S. 1264.) A. empfiehlt folgende Methode zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung: 1 bis 3 Tage vor der Ausräumung wird in die Uterushöhle mittels Braunschauer Spritze täglich je 2 bis 3 ccm Jodtinktur eingespritzt. Die Spritze muß möglichst tief eingeführt werden, wobei ihre Entleerung dann während ihres langsamen Herausziehens erfolgt. 6 bis 10 Stunden nach der ersten, am häufigsten aber erst nach der zweiten Injektion treten wehenartige Schmerzen und mehr oder weniger starke Blutungen ein. Am darauffolgenden Tage wird die eigentliche Ausräumung vorgenommen. Die Dilatation mittels Hegarscher Stifte geht äußerst leicht, ohne jegliche Gewalt und für die Frau unbemerkt vonstatten. In vielen Fällen beobachtet man schon nach dem Herausziehen des Dilators Absonderung einer breiigen Blutmasse — des erweichten und mit Blut durchtränkten Eis — aus dem Kanal. Sind die Wehen zu schwach und zu kurz, so dilatiert man bis zu Nr. 10 bis 12, was äußerst selten zur Einreißung der Schleimhaut führt. Der Brei, in den sich das Ei verwandelt hat, wird mit der Kurette ganz mühelos abgeschabt; keine Blutung. Die Wehen führen zur Muskelretraktion und Verdickung der Uteruswand, wodurch die Hand sehr deutlich den Konsistenzunterschied zwischen Ei und Gebärmutter fühlt. Nur selten, wenn die Vorbereitung ungenügend ist, setzt nach Leerung des Uterus eine geringe Blutung ein, die jedoch schon nach 15 bis 20 Minuten sistiert. — Bei Schwangerschaften bis zu 6 Wochen und weniger sind die Jodeinspritzungen wegen der danach eintretenden stärkeren Schmerzen und Ohnmachten ungeeignet. Dagegen sind bei Schwangerschaften bis zu 7 bis 12 Wochen die intrauterinen Jodinjektionen größtenteils ganz schmerzlos. Die hier nur in wenigen Fällen auftretenden geringen Schmerzen in der unteren Bauchgegend gehen gewöhnlich nach 10 bis 15 Minuten wieder zurück. Die Uterushöhle ist bei solchen Frauen groß genug, um die eingespritzte Jodmenge aufzunehmen und ihr Eindringen in die Tuben bzw. die Bauchhöhle zu vermeiden. — Die Vorzüge dieser Methode gegenüber anderen sind, kurz gesagt, die folgenden: Vereinfachung der Operation und Vermeidung jeder Gewalt; deutlich mit der Hand wahrzunehmender Unterschied in der Konsistenz des Eies und der Uteruswände, was die Möglichkeit von Perforation bzw. des Zurücklassens von Eiresten im Uterus vermindert. Alle Manipulationen erscheinen so schmerzlos, daß von einer Narkose abgesehen werden kann. Die durch das Jod im Ei hervorgerufenen Veränderungen machen seine weitere Entwicklung unmöglich. Als ein Mangel des Verfahrens wird die mehrfache Wiederholung der intrauterinen Manipulationen angesehen, wodurch der Mikrobentransport in den Uterus begünstigt werden kann. Infolgedessen ist eine strenge Asepsis sowohl während der Injektionen als auch bei der Auskratzung erforderlich. — Sein Verfahren wandte Verfasser bei über 2000 Frauen an, ohne danach irgendwelche Nebenerscheinungen bzw. einen Mißerfolg zu erleben. Die Frau verweilt dabei durchschnittlich 4 Tage im Krankenhaus.

E. Kontorowitsch.

1915.

Dossena, G., **Zur Frage der Spontanruptur des Uterus nach Sectio caesarea im unteren Uterinsegment.** (Ann. di Ostetr. e Gyn., 51. Jahrg., Nr. 3.) (Geb. gyn. Klinik der kgl. Univers. in Mailand.) Die Vorteile der Sectio caesarea im unteren Uterinsegment gegen-

über der korporalen sind allseits anerkannt. Sie liegen vor allem in der durch die Möglichkeit einer exakten Peritonealisierung der Narbe gegebenen Fernhaltung oder zumindestens Herabsetzung der Infektionsgefahr des Cavum abdominale. Es fragt sich nur, ob diese Narbe auch für weitere Schwangerschaften und Entbindungen resistent genug und instande ist, Rupturen zu verhindern.

Durch Autopsie in viva und durch histologische Untersuchungen des Narbengewebes konnte der Beweis erbracht werden, daß in der Verdünnung allein nicht die Ursache des Platzens einer Narbe liegt, sondern daß, wenn es zu diesem Ereignis kommt, neben der Verdünnung noch besondere Begleitumstände maßgebend sein müssen. Als solche gelten: entweder durch septische Prozesse bedingte degenerative Veränderungen im Narbengewebe (beschriebener Fall) oder die Insertion der Plazenta auf dem Grunde der Narbe; in diesem Falle erweist sich die Dezidua gegen die wuchernde Kraft der Chorionzotten als zu schwach.

Genaues Studium der Statistiken zeigt, daß die Zahl der Rupturen nach zervikalem Kaiserschnitt um ein Vielfaches geringer ist als nach dem korporalen. (25% bei Sectio classica [Holland], 3% bei suprasymphysärem Schnitt [Wetterwald]). In der Mailänder Klinik wird die Sectio classica nur bei Placenta praevia angewendet.

L. Szamek, Wien.

1916.

Mandelstamm, Alexander, **Riesenkindergeburten.** (Med. Welt, 15, 1929.) (Geburtshilfliche Klinik des Geburtshilflich-gynäkologischen Reichsinstituts für ärztliche Fortbildung in Leningrad.) Bei Riesenkindergeburten ist bei normalem Becken das konservative Verfahren das beste. Bei normalem Becken besteht zunächst kein unüberwindliches Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken. Doch ist recht häufig Wehenschwäche, recht lange Austreibungszeit, schwierige Entwicklung der Schultern u. a. m. zu vermerken. Die Hauptschwierigkeit bei der Geburt liegt weniger in der Größe des Kopfes als in der Breite und Größe des Umfangs der Schultern. Schultern und Thorax der Riesenkinder sind wenig kompressibel. Bei engem Becken ist die Prognose einer spontanen Geburt oder operativen Entwicklung per vias naturales eines lebenden Kindes recht ernst. Der hohe Prozentsatz der Schädigungen bei Mutter und Kind liegt darin, daß die Erkennung der echten Größe der Frucht recht schwierig ist. Eine häufige Komplikation der Riesenkindergeburten sind die Nachgeburtsblutungen infolge der Erschlaffung der Gebärmutter. Es ist daher berechtigt, in zweifelhaften Fällen eine Schnittentbindung bei zuweilen scheinbar relativen Indikationen vorzuschlagen und nicht zur künstlichen Frühgeburt zu schreiten oder später die Wendung auf den Fuß vorzunehmen bzw. durch Anlegung der Zange zu versuchen, die Geburt zu beendigen.

L. Gordon, Berlin.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1917.

Carter, William Wesley, **Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Behandlung frischer Nasenbrüche.** (Amer. J. Surg., Nr. 1, 1929.) Bericht über Erfahrungen des Verfassers bei Nasenbrüchen. — Nasenbrüche bei Kindern sollen sorgfältig behandelt werden mit dem Ziel, die Entwicklungskraft zu erhalten, in der Hauptsache die, welche mit dem Septum zusammenhängt. Nasenbrüche Erwachsener — hauptsächlich solche mit Impressionen — werden am besten mit dem „bridge splint“ behandelt. Bei komplizierten Brüchen sollen die Fragmente in die richtige Stellung gebracht werden mit Hilfe einer Zange. Die Hautwunde soll so genäht werden, daß die Faszie beweglich über dem Nasenbein bleibt.

1918.

Obadalek, **Beitrag zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase.** (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Man soll einen Fremdkörper nie in den Nasenrachraum stoßen wegen der möglichen Aspiration. Verfasser empfiehlt folgende Methode: Fixation in Rückenlage, Abtasten der Choane mit dem Zeigefinger der linken Hand, Einführen eines weichen Katheters mit der linken Hand vom Rachen her in die Choane. Die Spitze des Katheters schiebt den Fremdkörper nach vorn. Verfasser hatte damit gute Erfolge an etwa 30 Patienten.

Siegbert Cohn.

1919.

Wodak, E., **Ueber auffallende, durch Grippe (?) bedingte Häufung sogenannter Otolithenaffektionen.** (Med. Klin., 15, 1929.) Verfasser sah während der letzten Grippeepidemie eine Reihe von Erkrankungen, bei denen es bei einer bestimmten Körperlage und nur bei dieser, zu Reizerscheinungen von seiten des Vestibularapparates (Schwindel, rotatorischer Nystagmus, Nausea usw.) kam. Es handelte sich in der Mehrzahl der Fälle um Patienten

mittleren Alters, die plötzlich, meist des nachts oder morgens, im Bett erkrankten. Schwindel, Erbrechen, Nystagmus traten regelmäßig auf, sobald die Patienten sich aus der Rückenlage zur betreffenden Seite bewegten. Es war dabei gleichgültig, ob sich der Körper mit dem Kopfe mitbewegte oder nicht. Anamnestic ließ sich in den meisten Fällen eine kurz vorher durchgemachte Grippe feststellen. Die Erkrankungen verliefen im allgemeinen unter Ruhe, Schwitzprozeduren (Pilokarpin, Vasano-Schering, Chinin 0,3 pro die) günstig und klangen in wenigen Tagen bis Wochen ab. Es handelt sich bei dieser Erkrankungsart möglicherweise um eine bisher kaum näher bekannte Lokalisation der Grippe im Innenohr. L. Gordon, Berlin.

1920.

Gronover, W., Ueber die Bedeutung der Karotissinusreflexe bei Halsoperationen. (Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) (Universitätsklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkranke, Münster.) Einige Wochen nach Exstirpation eines Sarkoms der rechten Tonsille, einschließlich einer regionären Lymphdrüsenmetastase — nach prophylaktischer Unterbindung der Arteria carotis externa an typischer Stelle — traten bei einem 67jährigen Manne spontan und paroxysmal blitzartige Zuckungen der rechten Gesichtshälfte und sogar kurzfristige Bewußtlosigkeit auf. Druck auf die Operationsnarbe vor dem rechten Sternokleidomastoideus erzeugte sofort Bradykardie, arterielle Hypotonie, Schwindel, Blässe, Zuckungen beider Beine und Bewußtlosigkeit. Dasselbe, jedoch in abgeschwächtem Maße, war zu erreichen bei Druck auf die linke nicht operierte Halsseite. Die Beobachtung bestätigt die Auffassung Hering's, daß obige Erscheinungen (Bradykardie, Hypotonie) nicht Folge eines Vagusdruckes, sondern die eines Karotissinusdruckes sind. Es ist besonders gefährlich, die Karotis in der Gegend des Sinus (Erweiterung der Carotis communis an der Teilungsstelle) zu unterbinden. Unangenehme Folgeerscheinungen können nicht nur intra operationem auftreten, sondern auch später, wie der mitgeteilte Fall demonstriert. Atherosklerose ist als Koeffizient für die Wirksamkeit des Druckversuches anzusehen.

O. Orbach, Berlin.

1921.

Call, M., B. H. Gray und F. M. Hodges, Agranulozytische Angina, Fallbericht mit Besserung. (Amer. J. Roentgen. Rad. Ther., 20., 6, 1928.) Die wahrscheinlichste Theorie über den Ursprung der Krankheit nimmt irgend ein toxisches Agens an, welches die hämatopoetische Fähigkeit des Knochenmarks, granuliert Leukozyten hervorzubringen, beeinträchtigt. Die Myeloblasten und Myelozyten werden ebenso zerstört wie die reifen granulierten Leukozyten des Blutstroms. Ulzerationen der Schleimhäute treten als sekundäre Phänomene auf. Am besten waren die Erfolge, welche mit Röntgenbestrahlung durch 6 mm CU-Filter über den langen Röhrenknochen in Dosen von $\frac{1}{20}$ HED. durchgeführt wurden. In dem hier erwähnten Falle wurden folgende Faktoren angewandt: „4 MA, 130 KV, 2 Minuten, 6 mm AL-Filter, 50 cm FAH.“. Die erste Bestrahlung wurde über den unteren Extremitäten gemacht und über dem Rachen; die zweite Bestrahlung wurde über den oberen Extremitäten vorgenommen und daneben 1 Minute über beiden Femuren wiederholt. J. Kottmayer, Mainz.

1922.

Jessen, Jess., Ueber die Behandlung des Krebses der Tonsillen. (Uges. f. Laeg., Nr. 17, 1929.) Die Erfahrungen des Verf. über die Behandlung des Karzinoms oder der Geschwülste der Tonsillen lehren, daß man begrenzte Sarkome am besten extirpiert und mit Röntgenstrahlen nachbehandelt. Nicht begrenzte Sarkome behandle man nur röntgenologisch. Begrenzte Karzinome behandle man mit Radiumpunktur in großen Dosen und in großer Ausdehnung. Nicht begrenzte Karzinome behandelt man am besten mit Röntgenbestrahlung oder Elektrokoagulation. Oft glückt es bei der Radiumbehandlung nicht das erstmal, gleich das Krebsgewebe zu zerstören und man erhält erst nach Monaten eine Herabsetzung der Wachstumsgeschwindigkeit und der Ausbreitung des Gewächses. Auch treten in der Nachbarschaft des bestrahlten Gebietes leicht Rezidive auf, die ebenso bekämpft werden müssen.

S. Kalischer.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

1923.

Sanna, Giuseppe Pintus, Einfluß der inneren Sekretion auf den Dermographismus. (Med. Welt, 15, 1929.) (Psychiatrische und Nervenkl. der Universität Bologna.) Der Dermographismus hängt von der mehr oder weniger starken Aktivität gewisser Drüsen mit innerer Sekretion oder von Gruppen dieser Drüsen ab. Man erhält bei Verabreichung sowohl von Eierstock- als auch von

Hodenpräparaten fast stets einen erhöhten Dermographismus, eine Beschleunigung des Auftretens und Verschwindens mit Neigung zu reflektorischem Dermographismus. Die Aenderungen, die durch Eierstock- und Hodenpräparate verursacht werden, sind vollständig entgegengesetzt dem, was man bei Verabreichung von Schilddrüsen- und Nebennierensubstanz beobachtet. Unter ihrem Einfluß wird der Dermographismus weniger ausgeprägt, aber stabiler, bedeutend andauernder und oft von seitlichen, weißen Streifen begleitet. Auch die Zeit bis zum Erscheinen ist einigermaßen verlängert. Aus diesen Tatsachen geht deutlich die antagonistische Wirkung der zwei Gruppen: Keimdrüsen und Schilddrüse — Nebenniere-Hirnanhang auf den Dermographismus hervor.

L. Gordon, Berlin.

1924.

Breitmann, Zur Frage des schwarzen Dermographismus. (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Der schwarze Dermographismus stellt nicht, wie bisher angenommen wurde, ein Zeichen von Hysterie dar, sondern ist als eine selbständige Krankheit aufzufassen. Er ist als der echte Dermographismus aufzufassen, da er durch Wischen zu entfernen ist. Fast alle Kranken zeigten Störungen endokriner Natur, besonders von seiten der Schilddrüse. Auf gepudelter Haut erscheint das Zeichen nicht. Die Streifen verschwinden nicht von allein. Bei trockener Entfernung gelingt die Wiederholung, bei nasser nicht. Es scheint auch ein Zusammenhang zwischen der Funktion der Haut und der inneren Sekretion zu bestehen. Siegbert Cohn.

1925.

Parl, H., Hyperkeratosen und Pyodermien bei Psoriasis vulgaris. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 18, 1929.) Zur Erklärung der Aetiologie der Psoriasis ist von Samberger die Theorie aufgestellt worden, daß infolge einer vorliegenden parakeratotischen Diathese durch die die Haut treffenden Reize, und zwar am häufigsten durch gewöhnliche pathogene Keime (Staphylo- und Streptokokken), nicht wie bei anderen Menschen die banalen eitrigen, sondern die typischen psoriatischen Effloreszenzen entstehen. Als Unterschiede von der normalen Haut ergäbe sich Mangel von Schwielenbildung, Immunität gegen pyogene Mikroben und gegen Krätzemilben. Untersuchungen an 500 Psoriatikern konnten nun diese Angaben nicht bestätigen; sowohl Schwielenbildungen wie eitrige Entzündungen (Impetigo, Ekthyma, Furunkel) wurden gar nicht selten angetroffen, und auch experimentell wurden durch Uebertragung von Eiter auf die Haut von Psoriatikern in einer Reihe von Fällen Pyodermien erzeugt, nicht, wie man hätte erwarten sollen, Psoriasis-effloreszenzen. Auch Krätze konnte bei einem Psoriatiker beobachtet werden. Die Erklärung der Psoriasis als einer eitrigen Dermatitis ist danach nicht aufrechtzuerhalten; bestehen bleibt die Neigung der Psoriatiker, auf bestimmte, übrigens verschiedene Reize mit mangelhafter Keratinisation, mit Parakeratose zu antworten, wozu noch, vielleicht infolge gesteigerter Vitalität der Epithelzellen, die Akanthose kommt. Ernst Levin, Berlin.

1926.

Hanusowicz, B., Die Glukosebehandlung der Psoriasis. (Acta Derm.-Ven., 9., Fasc. 6, 1929.) H. empfiehlt bei Psoriasis die von Conca eingeführte Behandlung mit Zuckerinjektionen; er konnte jedoch aus äußeren Gründen nicht die von Heden verwendete konzentrierte Laktose benutzen, sondern mußte die schwächer wirkende 20% Glukose verwenden. Aber auch diese gibt bei wiederholter Anwendung — jedesmal 10 ccm intravenös — zufriedenstellende Resultate. Der Juckreiz schwand sofort, und die Effloreszenzen heilten langsam vom Zentrum zur Peripherie hin ab. Allerdings ein spezifisches Mittel gegen Psoriasis sind diese intravenösen Zuckerinjektionen nicht; aber sie unterstützen unsere Therapie, indem sie die im Körper kreisenden Toxine neutralisieren. Bab.

1927.

Bernhardt, E., Neuere Farbstoffbehandlung (mit Pyridium) bei Ulcus molle und Gonorrhoe. (Dermat. Zschr., 55., Heft 516, 1929.) Da die intravenöse Trypaflavinbehandlung von mannigfachen unangenehmen Nebenwirkungen begleitet ist, wurde eine Darreichung per os versucht, die aber keine befriedigenden Erfolge gab. Besser bewährte sich in dieser Hinsicht Pyridium (salzsaures β - und γ -Phenyl-azo- α - α -diamino-pyridin in kolloidalem Zustande). Es zeigte sich in einer Dosis von dreimal täglich 0,2 sehr wirksam bei vorher schlecht heilenden Ulcera mollica, und zwar nur soweit sie vom Urin bespült wurden. War dies nicht der Fall, so wurden äußerlich mit gleichfalls gutem Erfolge Pyridiumsalbe und -pulver angewendet. Bei der Behandlung der Gonorrhoe hat sich bisher nur die Posterior genügend beeinflussen lassen; für die Anterior ist die im Urin enthaltene Pyridiumkonzentration eine zu geringe. Zu bemerken ist die bei der Medikation eintretende Rotfärbung des Harns. Ernst Levin, Berlin.

1928.

Löhe, H., und H. Rosenfeld, **Klinische und physiologisch-chemische Untersuchungen über die Hyperkeratosenbildung bei Gonorrhöe und bei Psoriasis pustulosa arthropathica.** (Dermat. Zschr., 55., Heft 5/6, 1929.) Die sogenannten gonorrhöischen Hyperkeratosen kommen auch in sicher gonorrhöefreien Fällen vor. So wurde in einem Falle eine Psoriasis pustulosa arthropathica beobachtet, deren Bild klinisch und morphologisch ganz dem der gonorrhöischen Hyperkeratosen glich und das sich auf dem Boden einer Polyarthritidis chronica rheumatica entwickelt hatte. Uebereinstimmend findet sich trotz verschiedener Aetiologie die charakteristische Primäreffloreszenz, eine Pastel mit Breinhalt, die bald einen zentralen Hornkegel aufweist und sich später in plateauartige, austernschalenähnliche Hautschuppen umwandelt. Auch bei der Psoriasis pustulosa arthropathica kann das Gelenkleiden dem Auftreten der Psoriasis vorausgehen, wie andererseits die gonorrhöischen Hyperkeratosen ausschließlich in Fällen beobachtet werden, in denen chronische Gelenkerkrankungen vorausgegangen sind. Die Theorie ihrer Entstehung durch Gonokokken oder deren Toxine muß fallengelassen werden; vielmehr ist die Ursache sowohl bei ihnen wie bei den nichtgonorrhöischen Formen in einem chemischen, von dem geschädigten Gelenkknorpel ausgehenden Reiz zu suchen, und zwar bei vorhandener oder erst ausgelöster Disposition.

Ernst Levin, Berlin.

1929.

Baschhirzew, N. J., **Immunisierung von Blut gegen Gonokokken in vitro.** (Z. Urol., 23., Heft 2.) Der Verfasser konnte nachweisen, daß die Bakterizidie ein und desselben Blutes gegenüber mehreren Gonokokkenstämmen verschieden ist. In vitro gelingt es, eine Immunisierung durchzuführen. Verfasser fügte Vakzin mit abgetöteten Gonokokken zu dem Blut, bebrütete dies, impfte danach lebende Gonokokken zu und machte danach eine Aussaat, um zu untersuchen, ob die eingebrachten Gonokokken abgetötet worden waren. Es soll versucht werden, auf Grund der Bestimmung der Bakterizidie des Blutes eine rationelle Vakzintherapie der Gonorrhöe aufzubauen.

E. Lehmann, Berlin.

1930.

Feldmann, A. A., und L. J. Feingold, **Zur Lehre von „Syphilis und Reizung“.** (Acta Derm.-Vener., 9., Fasc. 6, 1929.) Die Autoren geben zunächst eine eingehende Uebersicht über die einschlägige Literatur und berichten dann über 6 eigene Fälle, in denen ein Zusammenhang zwischen Trauma und Syphilis konstatiert war. Sie meinen, das Vorhandensein aktiver Spätherde — Ausdruck des ausgesprochen allergischen Zustandes des Organismus — begünstigt das Aufleben neuer Spirochätenherde; da aber auch bei anderen chronischen Krankheiten, wie Tuberkulose, Psoriasis, Gonorrhöe usw., ein Zusammenhang zwischen Trauma und Reizung besteht, so bildet das vielbesprochene Kapitel Syphilis und Reizung nur den partiellen Ausdruck des allgemeinen biologischen Gesetzes: Eine chronische Infektion gibt eine Prädisposition zur Bildung von Herden an Stellen von Reizungen jeglicher Art = Locus minoris resistentiae.

1931.

Menninger, W., **Hereditäre Syphilis der Eierstöcke.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1929.) Hereditäre Eierstocksyphilis ist viel seltener als die gleichartige Erkrankung der Testikel. Selten sieht man histologische Veränderungen. Bei einem Falle fand man interstitielle Fibrose mit Zerstörung des Parenchyms. Klinisch findet man diese Fälle meist erst in der Pubertät, als Nebenbefund bei menstruellen Unregelmäßigkeiten, Hypoplasie der Genitalien und Infantilisimus. Ungefähr 10% juvenil-parotischer Syphilitiker zeigt Symptome von ovarieller Aplasie oder Dysplasie.

E. Kottmaier, Mainz.

1932.

Solomon, H., und A. Berk, **Prolongierte Behandlung bei Neurosyphilis.** (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1928.) Verfasser veröffentlichten aus einem reichen Material (etwa 21 000 Patienten) 20 ausgewählte Fälle, an Hand derer sie drei Gedanken veranschaulichen wollen: 1. daß bei der Behandlung der verschiedenen Formen der Neurosyphilis nicht Pessimismus, sondern vielmehr ein gewisser freudiger Optimismus am Platze sei; 2. daß man bei Neurosyphilis nie ein einziges Mittel allein, sondern immer eine ganze Reihe Methoden abwechselnd gebrauchen solle; 3., und das ist das Hauptergebnis, daß sich die Behandlung über außerordentlich lange Zeiträume zu erstrecken habe. Ausgewählt sind solche Fälle, die nicht allzu leicht auf die Behandlung ansprechen und sehr lange behandelt wurden. Verfasser sind der Ansicht, daß die Behandlung oft schon lange vor dem Zeitpunkt sistiert wird, wo ein Erfolg eintreten würde. Andere Fälle, die rasch auf die Behandlung reagieren, werden zu bald als gesund entlassen, wo eine längere Behandlung wahrscheinlich einen Dauererfolg erbracht

hätte. Wieder andere, besonders Fälle von Tabes dorsalis, galten schon als hoffnungslos und wurden dann doch noch durch protrahierte Behandlung nach verschiedenen Methoden geheilt. Alle Fälle wurden jahrelang behandelt. Verfasser stellen fest, daß die große Mehrzahl der Fälle am besten auf Tryparsamid und Fieberbehandlung reagierte. In einer kleinen Anzahl mußten noch andere Mittel (Quecksilber, Jodide) hinzugefügt werden. Patienten, welche keine Intoleranz gegen Tryparsamid zeigen, können ununterbrochen jahrelang damit behandelt werden. Die Fiebertherapie kann vor oder nach anderen Behandlungsmethoden stattfinden.

E. Kottmaier, Mainz.

1932a.

Matz, Philipp B., **Die Behandlung der Neurosyphilis mit Impfmalaria in dem Veteranenlazarett der Vereinigten Staaten.** (J. of nerv. dis., 68., Nr. 2.) Bericht über 346 Fälle, meist Paralyse, aber auch reine Tabes und Lues cerebrospondialis. Die Behandlung wurde in der auch bei uns üblichen Weise durchgeführt. Am besten reagierten die manischen und expansiven Formen. Der Malariaebehandlung wurde einen Monat später eine spezifische Kur angeschlossen. Die Erfolge waren ausgezeichnet, sowohl hinsichtlich der klinischen wie der serologischen Besserung, und zwar besser als in den Zivilspitälern; was auf das jüngere Durchschnittsalter der Behandelten zurückgeführt wird.

W. Misch, Berlin.

1933.

Frénchen, Ib., **Syphilisinfektion bei Bluttransfusion.** (Ug. f. Laeg., Nr. 18, 1929.) Die neueren therapeutischen Anwendungen der Bluttransfusion sowie die Prüfung und Bestimmung der Bluttypen bringt es mit sich, daß in Krankenhäusern wie serologischen Instituten über eine große Zahl geeigneter Blutabgeber (Donores) und Universaladonores mit Standards: rum verfügt wird. Daß durch die Bluttransfusion gelegentlich Syphilis übertragen werden kann, lehren Fälle von Feldmann, Levy und Ginsburg, Spillmann und Morell. Dabei kann das Blut zur Zeit der Prüfung bei dem Spender (Donor) einen negativen Wassermannausfall zeigen, was aber nur vorübergehend der Fall zu sein braucht. Daher sind bei Blutabgebern periodische Blutuntersuchungen nötig, ehe man ihr Blut zur Transfusion anwendet. — In Panama wurden bei kachektischen Malariaerkrankten Bluttransfusionen von früher syphilitischen Personen ohne floride Zeichen der Lues vorgenommen; ohne daß die Empfänger je Lues oder einen positiven Wassermann im Blut zeigten (Mc. Namara).

S. Kalischer.

1934.

Blumenthal, G., und T. Saito, **Ist das Guttadiaphot für die Diagnose der Lues verwertbar.** (Med. Klin., 15, 1929.) (Institut Robert Koch in Berlin.) Das Guttadiaphot nach Meyer, Bierast und Schilling stellt eine zwar klinisch interessante, aber in ihrer jetzigen Form für die praktische serologische Diagnostik unzuverlässige Methode dar. Eine einigermaßen sichere, differentialdiagnostische Erkennung von Syphilis oder Tuberkulose beim Menschen ist mit diesem Verfahren nicht möglich. Auch für die Beurteilung der experimentellen Syphilis beim Kaninchen hat sich das Guttadiaphot als ungeeignet erwiesen.

L. Gordon, Berlin.

1935.

Hoffmann, C., und A. M. Memmesheimer, **Weshalb soll die Zisternenpunktion zur Liquorüberwachung der Syphilis-kranken im Liegen vorgenommen werden?** (Dermat. Zschr., 55., Heft 5/6, 1929.) Die Vornahme der Zisternenpunktion im Liegen gewährt ein ruhiges Verhalten des Patienten, der auf einem festen Tisch auf die rechte Seite gelagert wird und unter den Kopf ein fest zusammengefaltetes Tuch erhält. Ferner wird durch die Lagerung ein spontanes Abfließen des Liquors gewährleistet, da in der Zisterne dann ein positiver Druck herrscht; auch läßt sich bei Blutbeimengung leichter durch Unterhalten weiterer Gläser ein klarer Liquor gewinnen. Daß im Sitzen erforderliche Ansaugen des Liquors mit der Spritze fällt im Liegen fort; eine Druckmessung läßt sich sehr leicht ausführen. Der Eingriff ist so gut wie schmerzlos, kann daher auch öfter wiederholt werden. Es ist darauf zu achten, daß genau in der Mittellinie, am besten dicht über dem Dornfortsatz des Epistropheus, eingestochen und keine Gewalt angewendet wird. Verwendet werden Kanülen mit einem Lumen von 1 bis 1,5 mm aus rostfreiem V2A-Stahl, die mit einem Mandrin versehen sind und in einer Entfernung von 6,5 bis 8 cm von der Spitze eine Platte tragen.

Ernst Levin, Berlin.

1936.

Vignati, J., **Die Kupfertherapie der Syphilis.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 18, 1929.) Mit einer komplexen Verbindung von Kupfer und Na-Thiosulfat („Cu-Devenan“) konnte in vitro keine Einwirkung auf die Spirochäten festgestellt werden, weil die zur Abtötung von Bakterien und Spirochäten erforderlichen sekundären

Kupferverbindungen erst entstehen, wenn, wie vor allem bei saurer Reaktion, es zum Zerfall des Cu-Devenans kommt. Im Körper zeigte sich sehr wohl eine Einwirkung auf die Spirochäten und Heilung der Sklerosen, doch konnte das Auftreten sekundärer Erscheinungen nicht verhütet werden. Sekundäre und tertiäre Erscheinungen wurden zum Schwinden gebracht, die WaR. kaum beeinflusst. Die Verträglichkeit war eine gute, ohne wesentliche Nebenerscheinungen. Die Wirkung kann mit diesem Präparat nur eintreten, wenn eine Spaltung erfolgt, was am Körper nur an Orten entzündlicher Prozesse der Fall ist; daher werden verborgen ruhende Spirochäten nicht beeinflusst. Das Mittel erscheint zur alleinigen Syphilistherapie nicht geeignet, wohl aber zur Unterstützung anderer Mittel, besonders durch die entgiftende Wirkung des Na-Thiosulfats, das überflüssige Metallsalze aus dem Körper entfernen, die Bahn für neue Heilmittel freimachen und vielleicht bei metaluetischen Prozessen die Hirnbarriere für den Eintritt anti-luetischer Mittel durchgängig machen kann.

Ernst Levin, Berlin.

1937.

Gougerot, H., Prognostischer und therapeutischer Wert intradermaler Injektionen unspezifischer Proteine bei Syphilis. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1928.) Bei der Syphilographie sind drei Erwägungen, welche noch keine Lösung gefunden haben: 1. fähig zu einer präzisen, definitiven Prognose zu sein; 2. die Prognose der Syphilis günstig zu gestalten; 3. rebellische Fälle zu heilen. Es wird untersucht, ob sich diese Forderungen durch intradermale Injektionen unspezifischer Proteine erfüllen lassen. Zu 1. müßte man die reaktiven Kräfte des Patienten kennen. Durch intradermale Injektionen von Pferdeserum oder sterilisierter Kuhmilch läßt sich eine lokale Reaktion hervorrufen, welche Ausdruck der Allergie des Patienten sein kann. Diese allergischen Patienten reagieren leicht auf die Behandlung, im Gegensatz zu den anallergischen, welchen die Widerstandskraft gegen die Syphilis abgeht. Es scheint kein Unterschied zwischen spezifischer, durch Syphilistoxine ausgelöst, und unspezifischer Allergie zu bestehen. Latente Syphilitiker mit negativer Wassermannreaktion und negativer intradermaler Reaktion sind Kandidaten für Neurosyphilis, Tabes, Blindheit. Ist hingegen die intradermale Reaktion stark positiv, dürfen wir schließen, daß die Allergie, die Immunität und die Prognose ausgezeichnet sind, weil der Parasit unfähig ist, den Körperhaushalt des Patienten anzugreifen. Dementsprechend ist die Behandlung intensiver oder weniger intensiv zu gestalten. Der allergische bzw. anallergische Zustand des Patienten muß jedoch, da er wechseln kann, auf seine Dauer kontrolliert werden, wie überhaupt die aufgestellten Regeln noch einer zehnjährigen Beobachtung bedürfen. Zu 2. Es gelingt die heteroallergischen Körperkräfte auszunutzen, eine bessere Sensibilität und eine bessere Abwehr gegen Gifte und damit eine bessere Körperreaktion auf unsere Therapie zu erzielen, indem man so die Allergie in Allergie umwandelt. Doch darf man diese Injektionen nicht so oft wiederholen, daß es zur Immunität kommt, der ja die Allergie vorausgeht. Die den zu häufigen Injektionen folgenden Reaktionen werden dann schwächer und schwächer. Zu 3. Der Autor hat 54 Syphilitiker, bei welchen die klassische Behandlung ungenügende Resultate gab, mit intrakutanen, unspezifischen Injektionen behandelt. 13 Fälle, welche positiv auf den Proteinversuch reagierten, zeigten auffällige Besserung, gleichwohl waren unter den 41 erfolglosen Fällen einige, welche gleichfalls positiv reagiert hatten. Wenn auch die Resultate inkonstant sind, so gelang es demnach doch, einige Kranke mit mangelhafter Widerstandskraft gegen den Erreger zu konsensibilisieren, so daß sie von der spezifischen Behandlung für ihre eigene Verteidigung Nutzen ziehen konnten. Die intrakutane Proteinprobe sollte bei jedem Syphilisfall gemacht werden. Ist sie bei der ersten Injektion positiv, sollte sie alle 6 bis 12 Monate wiederholt werden, um die Allergiedauer zu kontrollieren. Ist die Probe bei der ersten Injektion negativ, sollte sie vier- bis fünfmal wiederholt werden, womöglich mit verschiedenen Antigenen. Wird sie dann positiv, wird sie 6 Monate später wiederholt. Schließlich sollen Fälle mit klinischen Erscheinungen, wie Gummien, wenn sie auf die übliche Therapie nicht ansprechen, auch mit Proteinkörpertherapie behandelt werden, doch dürfen wir dabei, wie gesagt, keine Immunität — Vakzination gegen Proteine — herbeiführen.

1938.

Tobias, N., Klinische Resultate mit dem Mittel Bismarsen bei Tabes dorsalis. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1928.) Das neueste Präparat, das in die antisiphilitische Behandlung eingeführt wurde, ist Bismarsen, eine wasserlösliche Kombination von Arsenamin und Bismut. Es wurde zwei Jahre lang in der Universitätsklinik von Pennsylvania geprüft. Das Mittel kann intramuskulär gespritzt werden und zeigt wenig Tendenz zur Kumulation. Der Arsengehalt schwankt zwischen 12—15%, der des Bismuts zwischen 23—25%. Ein abschließendes Urteil über Bismarsen ist noch ver-

früht, doch kann schon gesagt werden, daß in den Versuchsreihen des Verf. sich, besonders bei Frühfällen der Tabes dorsalis, Gewiktzunahme und Schwinden der Schmerzen ergaben. Ataxie und Optikusatrophy wurden wenig beeinflusst. Die Wirkung auf den Blutwassermann war besser als auf die Liquorreaktion.

E. Kottmaier, Mainz.

1939.

Bessemans, A., R. Vercoullie und R. Hacquaert, Versuch einer lokalen Balneo-Thermotherapie-Applikation zur Behandlung der sekundären Syphilis beim Menschen. (Rev. belge Scienc. med., Nr. 1, 1929.) (Hygienisch-bakteriologisches Universitätsinstitut und Dermatologische Abtlg. des Städtischen Hospitales in Gent.) Verfasser haben vier Fälle von Plaques muqueuses der Genitalorgane und der Analgegend mit Sitzbädern ohne jeglichen medikamentösen Zusatz von mindestens 43° C behandelt. Die Dauer der Bäder betrug 1 bis 3 Stunden. Eine solche lokale Balneo-Thermotherapie ist imstande, sekundär-syphilitische Plaques der Schleimhäute und der Haut in 3 bis 4 Tagen zum Verschwinden zu bringen. Die papulösen nässenden Syphilide der Haut werden durch die Methode weniger, die syphilitischen Affektionen mit intakter Epitheldecke gar nicht beeinflusst. Das Rezidivieren papulöser nässender Syphilide einige Tage nach dem letzten Bade wird durch die Therapie nicht verhindert; man findet aber in den rezidierten Affektionen nur wenige und unbewegliche Spirochäten. Ein Erfolg ist nur in dem Falle möglich, wenn das erkrankte Gewebe eine genügend hohe Temperatur von genügend langer Dauer erreicht, damit die Spirochäten in ihrer Vitalität bzw. Virulenz geschädigt werden. Die lokale Balneo-Thermotherapie hat keine ernststen Kontraindikationen. Die Wassermannsche Reaktion scheint durch die Methode nur wenig oder gar nicht beeinflusst zu werden.

L. Gordon, Berlin.

1940.

Glingew, A., Pathologie und Therapie der Harnröhrenblutungen. (Z. Urol., 23., Heft 2.) Die sehr eingehende Arbeit befaßt sich vor allem mit der Differentialdiagnose. Die häufigsten Ursachen der Blutung sind: Traumen, Entzündungen und Tumoren. Auch Varizen werden beobachtet. Die Endoskopie vermag in den meisten Fällen die Aetiologie zu klären. — Therapeutisch kommt als Hämostyptikum vor allem das Stryphon in Betracht.

E. Lehmann, Berlin.

1941.

Szenhier, Prostataabszeß bei einem 2½-jährigen Knaben. (Z. Urol., 23., Heft 2.) Der Prostataabszeß im Kindesalter ist äußerst selten. Aetiologisch kam in diesem Falle ein Typhus in Frage. Der Abszeß wurde perineal inzidiert. Heilung.

E. Lehmann, Berlin.

1942.

Ssolowoff, Sectio alta transperitonealis. (Z. Urol., 23., Heft 1.) Da die klassische Sectio alta häufig nur mehr Fistelbildung ausheilt, hat der Verfasser die Ursachen hierfür aufzuklären versucht. Er sieht sie hauptsächlich darin, daß die nicht peritonealisierte Blasenwand nicht so rasch und so gut mit der Bauchwand, wie es bei bauchfellüberzogenen Organen der Fall zu sein pflegt. Er empfiehlt daher den hohen Blasenschnitt transperitoneal anzulegen und hat dies in einer Reihe von Fällen erfolgreich getan.

E. Lehmann, Berlin.

1943.

v. Sauer, Hans, Experimentalstudie über das Eindringen von Kontrastlösungen aus dem Nierenbecken in den Kreislauf. (Z. Urol., 23., Heft 3.) Der Verfasser konnte nach Injektion von Urobrenal in ein Nierenbecken bei entsprechender Erhöhung des intrapelvinen Druckes eine Jodausscheidung aus der anderen Niere schon nach wenigen Minuten nachweisen. Es gelangte hierbei eine relativ große Menge von Jodlithium in den Kreislauf. Auch war es gleichgültig, ob die Urobrenallösung hoch oder niedrig konzentriert war. Der Uebertritt in das Blut geschieht auf dem Wege des pyelovenösen Reflexes.

E. Lehmann, Berlin.

1944.

Leiter, Friedrich F., Zur Winkelung des Katheters im Harnleiterzystoskop. (Z. Urol., 23., Heft 3.) Die Funktion des Albarranschen Hebels wird kritisch beleuchtet und festgestellt, daß er zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Ureterzystoskops nicht mehr genügt. Es wird ein neues Prinzip der optimal wirkenden Winkelungseinrichtung angegeben.

E. Lehmann, Berlin.

1945.

Langer, E., Endoskopie mit einer Optik für zwei Beobachter. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 18, 1929.) An Stelle der bisher zur

Trockenendoskopie verwendeten Lupenoptiken wird eine lange Optik bis in die Nähe des Objektivs herangeführt, die vorn mit zwei Okularen versehen ist, so daß zwei Beobachter gleichzeitig das Bild sehen können. Die bei der starken Vergrößerung erforderliche Möglichkeit einer näheren oder weiteren Einstellung der Optik zu dem Objekt wird durch eine Zahnstange und Zahnrad besorgt.

Ernst Levin, Berlin.

1946.

Jakobi, Max, Ein Beitrag zur Frage der zystischen Nierentumoren. (Z. Urol., 23., Heft 1.) In diesem Falle handelt es sich um einen multilokulären Nierentumor, dessen Besonderheit darin liegt, daß er von den Epithelien der Tubuli ausgeht.

E. Lehmann, Berlin.

1947.

Casper, L., Argolavalspülungen in der Zystistherapie. (Z. Urol., 23., Heft 3.) Es gelang, ein stabiles Argolaval herzustellen, in dem die Alkaleszens des ersten Präparats herabgesetzt wurde. Das neue Mittel ist weniger reizend bei gleicher Bakterizidität.

E. Lehmann, Berlin.

1948.

Janssen, P., Nachbehandlung nach urologischen Eingriffen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 13.) Kranke, welche eine operative Behandlung der Urethra durchgemacht haben, zumeist wird es sich um Strikturen handeln oder um den Kanal rekonstruierende Operationen, gehören zunächst lange Jahre hindurch in ärztliche Nachbehandlung und dann in ärztliche Ueberwachung. Alle diese Eingriffe, mag es sich um Dehnung einer Strikturen gehandelt haben oder um die Diszision oder die Resektion einer strikturierten Urethra, mit oder ohne Plastik bzw. Ersatz der Urethra durch ein Transplantat jedweder Art, neigen in hohem Grade zum Rezidiv der Verengung an der Operationsstelle, wenn dieses auch keineswegs immer aufzutreten braucht. Der nachbehandelnde Arzt wird die Dehnung der Urethra mit einem Metallbougie desjenigen Kalibers, bis zu welchem der Operateur die Weitung des Kanals durchführte, weiter fortsetzen müssen, zunächst etwa wöchentlich einmal, später in immer größeren Zeitintervallen, bis schließlich der Patient alle 6 Monate zur Revision seiner Urethra sich vorstellt. Nur so ist es nach Ansicht von Janssen möglich, den Kranken vor Rezidiven zu schützen bzw. bei Neigung zum Wiedereintritt einer Verengung durch eine häufigere Bougiebehandlung die drohende Gefahr zu beheben.

Arnold Hirsch, Berlin.

1949.

Bujnewitsch, K., Zu meiner Theorie der Harnbildung. (Med. Welt, 15., 1929.) (Med. Klinik an der Litauischen Universität Kaunas.) Die herrschende Theorie der Harnbildung von Bowman-Heidenhain, nach der in den Glomeruli Wasser und Kochsalz und in den Kanälchen die übrigen Harnbestandteile ausgeschieden werden, widerspricht den klinischen Tatsachen: Bei sklerotischen Prozessen mit Verödung der Glomeruli sind die Harnmenge und der Kochsalzgehalt vermehrt, während der Harnstoff zurückgehalten wird, und bei den Nephrosen mit Schädigung der Kanälchen wird der Harnstoff in genügender Menge ausgeschieden und Kochsalz und Wasser zurückgehalten. In beiden Fällen müßte man nach der genannten Theorie das umgekehrte Bild erwarten. Nach der auf den klinischen Tatsachen fußenden Theorie des Verfassers wird das Wasser und das Kochsalz durch die Kanälchen ausgeschieden, in den Glomeruli aber die übrigen Harnbestandteile — Harnstoff, Harnsäure usw.; dabei kommt in den Glomeruli ein Molekularaustausch zustande; es wird eine äquivalente Menge Kochsalz durch die Glomeruli wiederum aufgenommen, desgleichen auch Wasser resorbiert, und so kommt in den Glomeruli auch die Konzentration des Harns zustande.

L. Gordon, Berlin.

1950.

Spanner, F., Neues Verfahren zur quantitativen Eiweißbestimmung. (Z. Urol., 23., Heft 2.) Die meisten quantitativen Eiweißbestimmungen befriedigen nicht. In den meisten Fällen wird der Harn zu dieser Bestimmung graduell verdünnt. V. geht umgekehrt vor und stellt eine Reihe von Verdünnungen des Jolles-Spieglerischen Reagens her:

Hydrarg. bichl. corros.	10,0
Ac. citrici, Natr. chlor. aa.	20,0
Aq. dest.	500,0

und unterschichtet den unverdünnten Urin mit ihm. Es bilden sich nach 2 Minuten Eiweißringe. Aus ihrem Auftreten bei einer bestimmten Verdünnung der Reagenz wird die Eiweißmenge auf Grund einer Tabelle bestimmt.

E. Lehmann, Berlin.

1951.

Citron, H., Einfacher Apparat zur quantitativen Bestimmung des Harnzuckers. (Z. Urol., 23., Heft 3.) Der Apparat besteht aus einem Glaszylinder, einer Aräometerspindel und einem im Deckel des Glaszylinders angebrachten Zeiger. Der Zylinder wird mit Harnhefeemulsion gefüllt und nun erfolgt die Harnzuckerbestimmung, durch die bei der Gärung auftretende Gewichtsverminderung, welche das Aräometer anzeigt. — Der Apparat „Dextrometer, kleines Modell“ wird von der Firma R. Mallmeyer & Co., Berlin, hergestellt.

E. Lehmann, Berlin.

Hygiene

1952.

Schlesinger, E., Der Einfluß der Leibesübungen auf Kinder und Jugendliche. II. Mitteilung: Die unmittelbare Wirkung des Turnens in der Schulturnstunde. (Arch. f. Kdhlkd., 86., Heft 1.) (Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main.) Umfangreiche Untersuchungen des Verfassers zeigen, daß der bisher übliche Schematismus des Schulturnens sehr reformbedürftig ist. Die Auswirkung des Schulturnens auf die Kinder ist abhängig von der dem einzelnen Kinde zugemessenen Turndosis. Also die Individualisierung des Turnens ist anzustreben. Ein guter Kraftmesser ist — außer dem Dynamometer — der Spirometer. Wichtig ist, bereits in der Schule durch einen anregenden Turnbetrieb die aktive Sportfreudigkeit zu wecken. Nur bei Berücksichtigung solcher Momente wird sich das Schulturnen eine seinem Werte angemessene Schätzung erringen können.

Pogorschelsky, Breslau.

1953.

Deutsch, Felix, Die Sportherzverkleinerung. (Med. Klin., Nr. 16, 1929.) (Sportberatungsstelle der „Herzstation“ in Wien.) Die sportliche Anstrengung führt in 90% der Fälle zu einer Verkleinerung des Herzens, die der Erholungsphase des Organismus entspricht. Die Fähigkeit zur Verkleinerung besitzen alle gesunden Herzen, unabhängig davon, ob sie sich gerade im Ruhezustand oder in der Anpassungsdilatation befinden. Die Verkleinerung des Herzens wird durch verschiedene Momente bedingt. Als eine der Ursachen dieses Phänomens muß die Frequenzsteigerung bezeichnet werden; eine gewisse Rolle scheint auch das erhöhte Schlagvolumen zu spielen. Die Hauptrolle spielen aber Vorgänge in der Peripherie des Gefäßsystems und im Blute selbst: Die verstärkte Atmung während der sportlichen Anstrengung führt zu einem Kohlensäuremangel des Blutes und zu einer konsekutiven Alkalose der Gewebe; gleichzeitig macht sich aber eine Milchsäureanreicherung der Gewebe geltend, welche der Gefahr der Alkalose vorbeugt. Gleichzeitig wird Blut in Depots zurückgehalten, wodurch weniger Blut zum Herzen zurückfließt. Aus diesen vorübergehenden Zuständen geht eine vorübergehende Verkleinerung des Herzens hervor. Steigt wieder der Kohlensäuregehalt des Blutes durch Abgabe von Kohlensäure aus den Kohlensäurebeständen, dann werden die Depots von Blut wieder geleert, Blut strömt wieder vermehrt dem Herzen zu; die Verkleinerung des Herzens wird durch Vergrößerung abgelöst. Ein anderes Moment liegt in der Veränderung der Viskosität des Blutes durch Schweißabsonderung. Der Flüssigkeitsentzug führt zu einer Eindickung des Blutes, Verringerung der Blutmenge und damit zu Strömungsveränderungen desselben, die sekundär die Herzgröße beeinflussen können. Die Verkleinerung des Herzens hält an, solange das Erholungsstadium dauert. Die vergrößerte Volumstellung des Herzens kann gewissermaßen als das Negativ des Erholungsprozesses bezeichnet werden. Je schwieriger sich dieses gestaltet hat, desto länger werden die Spätfolgen am Herzen sichtbar sein. Daraus folgt: die dauernde Erweiterung oder die zu lange dauernde des Herzens ist ein Zeichen dafür, daß es sich vorher zu oft mit Mühe verengert hat.

L. Gordon, Berlin.

1954.

Hindhede, M., Fleischnahrung als Ursache von Organkrankheiten. (Med. Welt, 15, 1929.) (Staatsinstitut für Ernährungsforschung, Kopenhagen.) Auf Grund eines ausgedehnten statistischen Materials kommt Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß die meisten Erkrankungen der Verdauungs- und anderer innerer Organe, an denen gewöhnlich die Kulturmenschen leiden und oft zwischen 50 und 60 Jahren sterben, auf zu reichliche Ernährung mit tierischen Nahrungsmitteln zurückzuführen sind. Dabei ist noch ganz besonders hervorzuheben, daß viel Fleisch die Nieren schädigt, was sich einfach daraus erklärt, daß die unverbrennlichen Schlacken des Eiweißes, Harnstoff und Harnsäure, mit Hilfe dieser Organe ausgeschieden werden müssen.

L. Gordon, Berlin.

1955.

Bogojawlenski, N. A., und A. J. Demidowa, Die Rolle der Fliegen in der Uebertragung von Eingeweidewürmern.

elern. (Wratsch. Gaseta, 32. Jahrg., Nr. 16.) Eine Reihe von Versuchen mit den Fliegenarten *Musca domestica* L. und *Muscina stabulans* (Fall), welche mit an Helmintheneiern reichen Nährböden in Berührung kamen, erwiesen, daß die Eier stets an ihren Beinen, Flügeln und Saugrüsseln fixiert bleiben und beim Niederlassen auf verschiedene Gegenstände mechanisch verschleppt werden. Als Nährböden benutzten die Verf. Fäkalien mit Eiern folgender Helminthen: *Trichur. trichiuria*, *Enterob. vermicular.*, *Taenia saginata*, *Hymenolepis nana*, *Aukylostoma duodenale*, *Trichostrong. instabil.* und *Ascaris lumbricoides*.
E. Kontorowitsch.

1956.

Jellinek, Stefan, **Biologischer Konnex von Schlucken und Atmen vom Gesichtspunkt der Rettungstechnik.** (Med. Welt, 15, 1929.) (Elektropathologisches Museum des Universitätsinstituts für gerichtliche Medizin in Wien.) Wenn man einen Sterbenden beobachtet, so sieht man, daß nicht der letzte Atemzug auch wirklich das letzte Zeichen des verkündenden Lebens ist; es folgt vielmehr fast regelmäßig nach einer Pause von einer halben bis einer Minute noch eine Schluckbewegung (Deglutition), und erst jetzt tritt Totenstille ein. Nicht immer erfolgt eine volle Deglutition; manchmal sieht man den Adamsapfel auf halber Höhe gewissermaßen steckenbleiben. Dasselbe Phänomen kann man auch an asphyktisch Neugeborenen und bei Narkoseunfällen beobachten. Eine Schluckbewegung eilt auch immer dem ersten selbständigen Atemzug bei gelungener künstlicher Atmung voraus. Praktisch lassen sich aus diesen Beobachtungen folgende Schlußfolgerungen ziehen: 1. Bei der Ausführung von Wiederbelebungsversuchen, insbesondere der künstlichen Atmung, muß der Retter durch sorgfältige und unermüdliche Betrachtung der Kehlkopf- und Mundgegend das Deglutitionsphänomen zu erspähen trachten, um in diesem Moment mit der Wiederbelebungsarbeit anzusetzen und der Spontanatmung freie Bahn zu lassen. 2. Der Atemstillstand läßt sich auch durch Reizung des Nervus laryngeus superior bekämpfen. Die Reizung geschieht entweder auf mechanischem Wege, durch Bepinseln, Bestreichen der Tonsillen und der Pharynxschleimhaut oder auf elektrischem Wege mittels Faradisation des Nervenstammes (N. laryng. sup.), und zwar beiderseits am Halse zwischen Zungenbein und Schildknorpel (Membrana hyothyreoidea).
L. Gordon, Berlin.

Infektionskrankheiten

1957..

Brugsch, Theodor, und W. Grunke, **Akute Kreislaufschwäche bei Infektionserkrankungen.** (Med. Klin., 14, 1929.) (Med. Universitätsklinik der Vereinigten Friedrichs-Universität, Halle-Wittenberg.) Die schweren, zum Tode führenden Kreislaufinsuffizienzen bei akuten Infektionserkrankungen liegen pathogenetisch nicht einheitlich. Am häufigsten ist bei der Diphtherie, der Grippe und dem Erysipel der primäre Herztod, bei Typhus abdominalis und Scharlach überwiegt der zerebraltoxische Kollaps; selten ist die primäre Kapillarlähmung anzutreffen. Man darf sagen, daß die Kapillarlähmung wohl hauptsächlich auf die schwer enteritischen und peritonitischen Infekte und den allergischen Schock beschränkt bleibt. Kombinierte Kreislaufschwäche im Infekt ist nichts Seltenes, d. h. Kombination zwischen primärer Herzschwäche, zerebraltoxischen Kollaps, Verminderung der Blutmenge, gegebenenfalls auch durch Blutungen. Die Erkennung der verschiedenen Formen der Kreislaufschwäche dürfte auch in der Praxis nicht schwierig sein. Eine primäre Herzschwäche liegt dann vor, wenn eine Insuffizienz des linken oder des rechten Ventrikels vorhanden ist. Die Erhöhung der Pulsfrequenz erfolgt bei der primären Herzschwäche nicht steil senkrecht, sondern im Verlaufe weniger Tage in Form einer Treppenkurve. Die Herzschwäche nimmt bereits den bedrohlichen Charakter an, wenn die Pulszahl etwa 140 Schläge in der Minute erreicht hat. Stets ist dabei ein erheblicher Grad von peripherer Zyanose vorhanden. Das Herz ist vergrößert. Der Blutdruck kann erniedrigt, kann aber auch erhöht sein. Gelegentlich, namentlich bei der Diphtherie, tritt eine andere Form der primären Herzschwäche auf, bei der mit den Erscheinungen des Kreislaufverfalles bei Blässe und Kühle der Extremitäten ohne Stauungsercheinungen, aber Dyspnoe, die Pulszahl absinkt, ja im gewissen Sinne das umgekehrte Bild der Pulstreppe liefert, indem nämlich Arrhythmien auftreten, die auf Reizleitungsstörungen beruhen. Der Tod erfolgt gewöhnlich im Anfall unter dem Bilde einer paroxysmalen Tachykardie. Der zerebraltoxische Kreislaufstod tritt in den Fällen ein, in denen ein Durchbruch der Blutliquorschranke ohne vorherige Kapillarlähmung durch das Toxin erfolgt; es wird dann nicht nur eine Lähmung der Blutdruckzentren erzeugt, sondern unter Läsion anderer Zentren eine höhlengrauzentrale Lähmung der Kreislaufregulation, in die einbegriffen ist das Herz und das gesamte Gefäßsystem. Der zerebraltoxische Kreislaufstod erfolgt

oft sehr schnell, mitunter in wenigen Minuten bei jagenden, Pulse und Temperatursenkung ohne ausgesprochene Stauungsercheinungen seitens des Herzens.
L. Gordon, Berlin.

1958.

Opitz, H., und W. Bayer, **Immunisierungsversuche gegen Diphtherie mit T.A.F.** (Med. Klin., 14, 1929.) (Universitätskinderklinik zu Berlin.) Von 56 Schulkindern, bei denen T.A.F. teils ein-, teils zweimalig angewandt worden war, wiesen 36 nach 4½ bis 8 Monaten weniger als 1/100 AE, im Serum auf. Es wären also im günstigsten Fall 22 = etwa 40% immunisiert worden, doch ist die Zahl wohl sicher zu hoch gegriffen, denn es befanden sich hierunter 14 Kinder, bei denen der Anfangstitel nicht festgestellt worden war und von denen aller Wahrscheinlichkeit nach ein Teil schon primär über Schutzstoffe verfügte. Der wirkliche Immunisierungseffekt ist also gering zu bewerten. Dies gilt nicht nur für die Anzahl der Immunisierten, sondern auch für die Titerhöhe. Derartige hohe Werte, wie Verfasser sie mit ausgeglichenen Toxin-Antitoxingemischen häufig erzielt haben, konnten sie hier in keinem Fall nachweisen. Eine Erklärung für diese schlechten Immunisierungsergebnisse mit dem T.A.F., die im Widerspruch zu den Ergebnissen anderer Autoren stehen, können nur in einer verschiedenen Wertigkeit der benutzten T.A.F.-Impfstoffe gesucht werden. Solange die Lieferung eines gleichmäßig wirksamen Präparates nicht gewährleistet ist, kann man das Flockungspräparat T.A.F. nicht empfehlen.
L. Gordon, Berlin.

1959.

Tetz, G. J., und L. A. Hilmann, **Einige experimentelle Beiträge zur Frage der aktiven Immunisierung mit Diphtherieanatoxin.** (Wratsch. Gaseta, 32. Jahrg., Nr. 18.) Um festzustellen, inwieweit die Schwangerschaft eine Rolle im Prozeß der aktiven Immunisierung mit Diphtherieanatoxin spielt, stellten die Verfasser experimentelle Untersuchungen an, wonach eine Reihe von trächtigen und unträchtigen Meerschweinchen der Impfung mit drei Anatoxineinspritzungen zu 0,4 ccm, 1,0 ccm und 1,5 ccm in Abständen von 9 Tagen unterzogen wurde. Die Versuche erwiesen, daß die Schwangerschaft einen auf die Immunitäts erzeugung negativ wirkenden Faktor darstellt. So zeigten die zur Zeit der Schwangerschaft immunisierten Meerschweinchen eine schwächere Immunität als die nichtträchtigen. Von Bedeutung ist dabei die Zeit des Schwangerwerdens: sowohl den zur Zeit der Immunisierung trächtigen als auch den in der letzten Schwangerschaftswoche geimpften Tieren wurden 2 Monate später 5 DLM eingespritzt. Während die ersteren Tiere am Leben blieben, gingen die anderen danach zugrunde. Was die Übertragung der Immunität von aktiv-immunisierten Tieren auf ihre Nachkommenschaft anbelangt, so wurde festgestellt, daß bei den Jungen, deren Muttertier nach der Impfung konzipierte, die Immunität als genügend sicher und dauerhaft sich zeigte. Dagegen besaß die von den während der Trächtigkeit immunisierten Tieren abstammende Zucht keine Immunität.
E. Kontorowitsch.

1960.

König, Gy., und Z. Gutácsy, **Der Einfluß der Lipoide auf die Diphtherietoxinwirkung. Tierexperimentelle Untersuchungen.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 4, 1929.) Auf Grund von an Meerschweinchen ausgeführten Versuchen haben Verf. festgestellt, daß sowohl Lezithin wie auch Cholesterin auch innerhalb des lebenden Organismus eine Schutzwirkung gegen Toxine entfalten. Ihre Ergebnisse unterscheiden sich von denen im Schrifttum niedergelegten nur insofern, daß bei parenteraler Verabreichung prophylaktisch das Lezithin, therapeutisch das Cholesterin sich wirkungsvoller erwies. Die mittlere Lebensdauer der mit tödlicher Dosis geimpften Meerschweinchen (bei Versuchen der Verf. 43 Stunden) konnte prophylaktisch durch subkutan verabreichtes Lezithin von 0,02 g um 29 Stunden (67,4%), durch in ölgiger Lösung verabreichtes Cholesterin von 0,05 g um 14 Stunden (32,5%), durch in Form von wäbrigem Sol intrakardial injiziertes Cholesterin von 0,02 g um 21 Stunden (48,4%) verlängert werden; aus therapeutischen Zwecken in ähnlicher Dosis verabreichtes Lezithin erhöhte die Lebensdauer um 13 Stunden (30%), das subkutan verabreichte ölige Cholesterin um 32 Stunden (74,4%), das intrakardial injizierte wässrige Cholesterin um 42 Stunden (97,6%). Die Wiederholung der therapeutischen Dosis war auf die Lebensdauer von keinem bedeutenden Einfluß. Weitere Versuche sollen zeigen, inwieweit die spezifische Serumtherapie durch unspezifische Lipoidtherapie ersetzt werden kann, d. h. sie werden das antitoxische Äquivalent von Cholesterin und Lezithin anzugeben haben.
Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

1961.

Paisan, J., **Diphtherieprophylaxe auf dem Lande.** (Rev. esp. med. cir., 12, 130.) Aus utilitaristischen Gründen rät Verf. zur gleichzeitigen Injektion der Typhus-Paratyphusvakzine mit

dem Diphtherieantitoxin. Beide Vakzine werden in der Spritze gemischt und nach folgendem Schema verabfolgt:

Erwachsene:

I. Injektion: 1 ccm TAB-Vakzin + 0,5 ccm Di-Anatoxin

II. " 1 " " + 1,0 " "

III. " 1 " " + 1,5 " "

Bei Kindern reduziert man die TAB-Vakzindosen entsprechend dem Alter, während die Mengen des Diphtherie-Anatoxins die gleichen bleiben. Das Minimumintervall zwischen den Injektionen beträgt 15 Tage; noch besser ist es jedoch, 3 Wochen zwischen der ersten und zweiten Injektion verstreichen zu lassen. In 98—99% der Fälle erreicht man in 6 Wochen vollständige Immunität. Die Kinder vertragen sehr gut die Mischspritze und weisen nur ganz geringe Reaktionen auf. Die Kontraindikationen dieser prophylaktischen Therapie sind mit denen der aktiven Immunisierung identisch.

Ashkenasy, Wien.

1962.

Petényi, G., Ein neues Symptom bei Masern: Das hämorrhagische Präantherm. (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 4, 1929.) Im Prodromalstadium treten 1 bis 3 Tage vor den Koplikischen Flecken kleinste punktförmige Blutungen der Mundschleimhaut auf; die Zahl der hämorrhagischen Pünktchen ist im bukkalen Teil 3 bis 8, am weichen Gaumen etwas zahlreicher, manchmal bis zu 20; sie pflegen 2 bis 3 Tage anzuhalten. In der letzten Zeit konnten 14 Fälle von den ersten Tagen der Inkubation beobachtet werden, und in 6 Fällen war das oben geschilderte Symptom immer in demselben Stadium der Masern festzustellen.

Rob. Klopstock, Sommerfeld, Osth.

1963.

Aycock, W. Lloyd, Eliot H. Luther, S. D. Kramer. Die Technik der Behandlung der Poliomyelitis mit Rekonvaleszenten-serum. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 5, 1929.) Unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnis über die Therapie der Poliomyelitis mit Rekonvaleszenten-serum besprechen die Verf. einige Punkte, welche hierbei von praktischer Bedeutung sind: 1. Auswahl von Serumspendern. Die Behandlung mit Rekonvaleszenten-serum stützt sich auf folgende Tatsachen: Das Überstehen von Poliomyelitis verleiht einem dauernden Schutz gegen eine nochmalige Erkrankung. Blutserum von Personen, welche die Erkrankung überstanden haben, sowie das Serum von Affen, die eine experimentell erzeugte Poliomyelitis durchgemacht haben, neutralisiert das Poliomyelitisvirus. Rekonvaleszenten-serum schützt bei nachträglicher Inokulation des Virus vor einer Erkrankung an Poliomyelitis. Diesen Tatsachen entsprechend sollten bei der Auswahl von Serumspendern nur solche Personen in Betracht gezogen werden, von welchen feststeht, daß sie Poliomyelitis durchgemacht haben. Obwohl zur Zeit noch nicht mit Sicherheit bekannt ist, ob das Serum von Personen, welche bereits mit Rekonvaleszenten-serum behandelt wurden, eine Schutzwirkung entfaltet oder nicht, sollten solche Personen doch nicht als Serumspender in Betracht gezogen werden, da immerhin die Möglichkeit besteht, daß ihr Serum nicht dieselbe Wirkung entfaltet wie das unbehandelter Patienten. Der Zeitpunkt, zu dem das Serum von Kranken das Maximum an Schutzstoffen zu erreichen pflegt, muß erst durch weitere experimentelle Untersuchungen ermittelt werden. Es ist jedoch anzunehmen, daß der günstigste Zeitpunkt für die Gewinnung des Serums einige Tage nach dem Eintritt endgültiger Entfieberung und dem Schwinden aller übrigen akuten Erscheinungen anzusetzen ist. Die einmal erworbene Schutzkraft des Serums ist scheinbar eine dauernde, da das Serum von Personen, die die Erkrankung vor Jahren durchgemacht haben, noch immer die Fähigkeit besitzt, das Virus zu neutralisieren. 2. Behandlung des Serums. Jedes Serum wird selbstverständlich der Wassermannschen Probe unterzogen und, bevor es in Ampullen abgezogen wird, auf Sterilität geprüft. Ob der Zusatz eines Konservierungsmittels den Antikörpergehalt des Serums beeinträchtigt, muß erst durch weitere experimentelle Untersuchungen festgestellt werden. 3. Applikationsweise und Dosierung. Weder experimentelle noch klinische Daten stehen in solcher Menge zur Verfügung, um sagen zu können, welches der beste Weg ist, auf dem das Serum einzuverleiben ist oder welche Mengen von Serum im Einzelfalle zu verabreichen sind. Verf. pflegen das Serum intralumbal zu geben. Es werden etwa 20 ccm Liquor entnommen und dann die gleiche Menge körperlernen Serums mittels Spritze in den Lumbalkanal injiziert. Nach der intralumbalen Injektion erhält der Patient noch etwa 60 ccm Serum intravenös in eine Ellbogenvene. Am folgenden Tag wird die Lumbalinjektion wiederholt. Hat der Patient noch Fieber, dann wird auch die intravenöse Injektion wiederholt. 4. Reaktionen. Reaktionen treten ziemlich häufig auf, sind aber nur sehr selten von alarmierendem Charakter. Die am häufigsten beobachtete Reaktion besteht in einer Zunahme aller meningealen Erscheinungen (Nackensteifigkeit, Kernig), begleitet von einer Zunahme

der Zellzahl in der Spinalflüssigkeit. Eine andere, häufig beobachtete Reaktion besteht in dem Auftreten von Schüttelfrost mit plötzlichem Anstieg der Temperatur, mitunter begleitet von Erbrechen. Diese Reaktion hat eine gewisse Ähnlichkeit mit der nach einer Bluttransfusion auftretenden und stellt sich gewöhnlich innerhalb 15 bis 20 Minuten nach der Seruminjektion ein. Verzögerte Reaktionen, Urtikaria und arthritische Erscheinungen wurden von den Verf. nicht beobachtet.

L. Büchler, Wien.

1964.

Nipperdey, Wolfgang, Blutbilder während der Grippe-epidemie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 12.) Wenn man die Blutbilder grippaler Erkrankungen betrachtet, so bleibt die charakteristische Tendenz zu Leukopenie, An- und Hypoeosinophilie und relativer Lymphozytose unverkennbar. Es tritt somit hämatologisch eine spezifische Einheitlichkeit zutage, die trotz des variablen klinischen Bildes auch eine einheitliche ätiologische Genese durch ein unbekanntes Grippevirus wahrscheinlich macht. Besondere Verhältnisse vermögen das Blutbild antagonistisch zu variieren; für eine grundsätzliche Umstellung im Sinne einer septischen Infektion muß das Vorherrschen anderer sekundärer Infektionserreger angenommen werden, eine Möglichkeit, die auch nach den klinischen und serologischen Befunden durchaus besteht.

Arnold Hirsch, Berlin.

1965.

Külbs, F., Diagnose und Therapie der Meningitis epidemica. (Med. Klin., 14, 1929.) 85 Fälle von Meningitis epidemica wurden mit Meningokokkenserum (Höchst) intralumbal behandelt. Von den 85 Fällen starben 22 (28%). Die übrigen wurden ohne Restzustände geheilt, obwohl der größte Teil auf der Höhe der Erkrankung so extrem abgemagert war, daß man schwere, nicht reparable anatomische Veränderungen annehmen mußte. Von den 22 Todesfällen starben 12 innerhalb kurzer Zeit nach der Krankenhausaufnahme. Wenn man berechtigt ist, diese 12 Fälle zu streichen, so würde die Mortalität auf 14% herabgesetzt werden können. Sämtliche 12 Fälle hatten vor dem Transport eine Morphiuminjektion bekommen und starben unter Atemlähmung. Vielleicht ist diese Medikation für den Tod verantwortlich zu machen, und vielleicht ist es berechtigt, vor einer Morphiuminjektion, zum mindesten in den ersten Tagen der Erkrankung, zu warnen. Die Therapie war bei den geheilten Fällen folgende: Innerhalb der ersten 3 bis 5 Tage wurde ein- oder zweimal täglich punktiert und jedesmal, je nach der Druckhöhe und je nachdem wieviele Kubikzentimeter Liquor abzulassen möglich war, 10, 20 oder mehr Kubikzentimeter Serum verwandt. Die Punktion wurde immer in Seitenlage durchgeführt und wurde solange fortgesetzt, bis der Liquor wasserklar war. Es wurde nie mit einer Spritze gearbeitet, sondern das erwärmte Serum mit einer Burette langsam einlaufen lassen; das Einlaufen eventuell dadurch unterstützt, daß der Schlauch mit beiden Händen wechselweise komprimiert wurde. Die verwandte Gesamtserummengabe betrug in der Regel zwischen 100 bis 200 ccm Serumexanthem, und Gelenkschwellungen kamen 8 bis 14 Tage nach dem Beginn der Behandlung bisweilen vor, klangen aber schnell ab.

L. Gordon, Berlin.

1966.

Seiner, G., und Viktor Fischl, Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Spirochätenkrankheiten. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 13.) Der chemotherapeutische Index von Solganal und A 69 bei der experimentellen Infektion der Muriden mit afrikanischer Rekurrens ist bedeutend höher als der des Salvarsans.

Auch bei prophylaktischen Gaben verursacht Solganal im Gegensatz zu den bisher bekannten, prophylaktisch wirkungslosen Goldpräparaten eine zeitweilige Unterdrückung oder Abschwächung der Rekurrensinfektion.

Mit Solganal und A 69 ist eine Vernichtung der während der Immunperiode im Zentralnervensystem der Maus und Ratte persistierenden Rekurrensspirochäten möglich, während Salvarsan und seine Derivate keine Beeinflussung der persistierenden Parasiten zeigen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1967.

Chavarria, Pena A., und Ernest G. Nauck, Das Rhinosklerom in Zentralamerika. (Rev. med. lat.-amer., 14., 161.) (Hospital San Juan de Dios, Costa Rica.) Interessant ist die Beobachtung der Verf., daß das Rhinosklerom nur bei der eingeborenen Bevölkerung, Indianern und Mestizen, speziell bei Bewohnern des Gebirges oder von Gegenden, die durch kaltes Klima ausgezeichnet sind, vorkommt. In Costa Rica, wo die Indianer selten wohnen und die weiße Rasse fast ganz rein erhalten ist, ist die Affektion äußerst selten. Als beste Therapie erwiesen sich Röntgenbestrahlungen sowie Injektionen von Tartar. emet. (5%). Auf diese Weise wurden die Frischschen Bazillen, welche als Erreger des Rhino-

skleroms anzusehen sind, zum Verschwinden gebracht sowie das krankhaft veränderte Gewebe in ein fibröses Narbengewebe umgewandelt.

Ashkenasy, Wien.

1968.

Seiffert, W., **Experimentelle Untersuchungen über den Ablauf von Infektionen per os unter wechselnden Bedingungen.** (Arch. f. Hyg., Nr. 3, 1929.) Die Fütterungspathogenität der Paratyphusbazillen setzt sich zusammen aus zwei Komponenten, der Fähigkeit, sich im Darm anzusiedeln, und der Fähigkeit, die Darmwand zu durchdringen. Untersuchungen an Mäusen, Ratten und Meerschweinchen. Der Darm ist als die wichtigste Eingangspforte in die Gewebe anzusehen. Werden die Tiere bei einer Temperatur von 28 bis 32 Grad gehalten, so wird die Bakterienansiedlung im Darm erleichtert. Veränderungen der Kost haben keinen Einfluß auf die Bakterienansiedlung.

Die parenterale Invasion der Bakterien ist eine selbständige Komponente, die durch die Ansiedlung im Darm allein noch nicht bedingt ist. Durch nichtinfektiöse Entzündungen der Darmschleimhaut oder durch Aenderung der Umgebungstemperatur wird sie begünstigt. Die Durchlässigkeit der Darmschleimhaut kommt durch eine Schädigung zustande, die durch fütterungspathogene Keime gesetzt wird.

Hochpathogene Paratyphusbazillen dringen nach Verfüterung in großen Dosen sehr schnell in die Gewebe ein. Sie lassen sich schon nach wenigen Stunden in Leber, Milz und Mesenterialdrüsen nachweisen.

Die Abwehrkraft des Organismus kann durch Reizung des Retikulo-Endothels gesteigert werden. Der Organismus kann die Bazillen auch durch Umwandlung in schwach virulente Formen unschädlich machen.

Der Temperatureinfluß ist geeignet, die Paratyphusepidemien im Sommer und Herbst zu erklären. Auch das Auftreten einer Paratyphuserkrankung im Anschluß an einen leichten Darmkatarrh ist nach diesen Untersuchungen verständlich.

N. Hennig, Leipzig.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

1969.

Rubnitz, A. S., **Die Ursache der akuten Leukämie.** (J. Lab. Clin. Med., 14., Nr. 6.) Der Verfasser ist der Meinung, daß die drei im allgemeinen voneinander streng getrennten Krankheiten: 1. die akute lymphatische Leukämie, 2. die akute myeloische Leukämie und 3. die Angina agranulocytotica ätiologisch doch als zusammengehörig aufzufassen sind. Es gibt keinen durchgreifenden Unterschied zwischen den beiden akuten Leukämien. Das klinische Bild gestattet überhaupt keine sichere Unterscheidung. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes vermag ebenfalls häufig myeloische von lymphatischen Zellformen nicht zu trennen. Selbst die Oxydasereaktion hat nur bedingten Wert, nämlich wenn sie positiv ist; ihr negativer Ausfall beweist bezüglich der Herkunft unreifer leukämischer Zellen gar nichts. — Ein spezifischer Mikroorganismus kommt als Ursache der genannten Leukämien nicht in Betracht. Typisch ist jedoch die schwere nekrotisierende Schleimhautinfektion. Es muß angenommen werden, daß von diesen nekrotischen Membranen noch nicht näher bekannte Giftstoffe („Leukozytolysine“) gebildet und in die Blutbahn abgesondert werden, die je nach dem Reaktionstyp des erkrankten Organismus entweder eine akute lymphatische oder akute myeloische Leukämie oder eine Agranulozytose hervorrufen.

Walter Goldstein, Berlin.

1970.

Dennig, **Perniziöse Anämie nach Magenresektion.** (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Während es bekannt ist, daß nach Karzinom öfters eine perniziöse Anämie auftritt, ist dies vom resezierten Ulkus nicht bekannt. Verfasser führt eine Krankengeschichte auf, bei der nach neun Jahren der Tod durch Perniziosa auftrat. Verfasser wirft die Frage auf, ob der Mangel an normaler Magenverdauung als die primäre Ursache und nicht nur als Symptom oder Folge der perniziösen Anämie anzusprechen ist. Den exakten Nachweis bleibt er jedoch schuldig.

Siegbert Cohn.

1971.

v. Noorden, K. H., **Sionon in der Diabetesbehandlung.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 12.) Sionon ist ein guter Ersatzzucker für Diabetiker leichten und mittleren Grades. Es werden einige Anweisungen für seine Verwendung gegeben. Ueber seine Verwendung in schweren Diabetesfällen müssen erst weitere Erfahrungen abgewartet werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

1972.

Bunce, Allen H., **Diabetes mellitus bei Zwillingen.** (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 1, 1929.) Den in der Literatur bisher verzeichneten Fällen von Diabetes mellitus bei Zwillingen (insgesamt 5; Michaelis, V. Müller, Strouse, Murray, Kückens) fügt Verfasser einen weiteren hinzu. Es handelt sich um ein Zwillingenbrüderpaar, bei dem im Alter von 27 Jahren nahezu gleichzeitig Diabetes mellitus in Erscheinung trat. Außerdem wiesen beide Individuen eine Reihe kongenitaler Defekte auf: Der eine hatte einen Strabismus convergens und Amblyopie des linken Auges, der andere einen Strabismus divergens und Amblyopie des rechten Auges. Bei beiden bestand horizontaler Nystagmus beider Augen und Hyperphorie hohen Grades, sowie teilweise Taubheit. Die antidiabetische Behandlung war bei beiden ganz gleich; bei der gleichen Diät und täglicher Verabreichung von 20 Insulineinheiten blieben beide auf normalem Blutzucker.

L. Büchler.

1973.

Ravid, J. M., **Vorübergehende hypoglykämische Hemiplegien nach Insulinverabreichung.** (Amer. J. med. Sciences, 175., Nr. 6, 1928.) Ein neues Syndrom einer vollständigen Hemiplegie bei einem Diabetiker während einer hypoglykämischen Reaktion nach Insulin wird beschrieben. Es handelt sich um drei Vorkommnisse dieser Art, wobei zwei davon das typische Bild einer Hemiplegie boten, wie sie bei einer Erkrankung der Capsula interna beobachtet werden, wobei wahrscheinlich auch der retrolenticuläre Anteil des hinteren Schenkels derselben mitbetroffen wurde, was aus der ausgesprochenen Hemianästhesie hervorgeht. Die Hemiplegien waren von transitorischem Charakter und dauerten zwischen drei und sieben Stunden, wonach völlige Wiederherstellung eintrat und kein Residuum der Lähmungen nach deren Verschwinden zurückblieb. Es ist von Wichtigkeit, daß im vorliegenden Falle eines 34jährigen Mannes sowohl Arteriosklerose als auch kardiorenale Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden konnten, und daß zur selben Zeit mit den 3 Anfällen von transitorischer Hemiplegie eine ausgesprochene Hypoglykämie festgestellt werden konnte. Der Blutzucker betrug dabei zwischen 0,028 bis 0,015 %. Bemerkenswert ist ferner, daß in diesem Falle die Hemiplegien in keinem Verhältnis zu der Schwere der Allgemeinerscheinungen standen, d. h., daß der gesamte Symptomenkomplex der 3 hypoglykämischen Reaktionen, bei welchen die Hemiplegien vorkamen, verhältnismäßig leichten Grades waren. Das hier gezeigte neue Phänomen der transitorischen hypoglykämischen Hemiplegie ist nicht ein Syndrom sui generis, sondern gehört zu den mehr allgemeinen und nicht selten vorkommenden Fällen transitorischer Paralysen und Hemiplegien. Es wird angenommen, daß die Natur von Störungen des Zentralnervensystems in Fällen relativ harmloser hypoglykämischer Reaktionen im allgemeinen und bei den beschriebenen Hemiplegien im besonderen rein funktionell und ohne anatomisches Substrat ist, und daß es sich um eine transitorische Stoffwechselstörung handelt. Das Insulin hat also, abgesehen von allen anderen Wirkungen, bei den hypoglykämischen Reaktionen noch eine direkte Wirkung auf das zentrale oder periphere Nervensystem. Diese Wirkung kann das Insulin vielleicht direkt, vielleicht auch erst durch bisher unbekannte intermediäre Produkte des Kohlehydratstoffwechsels ausüben; dabei kann man sich etwa vorstellen, daß ein „Vakuum“ für Glukose im Nervengewebe entsteht oder ein ähnlicher Prozeß stattfindet. Der Endeffekt kann entweder in einer direkten funktionellen Störung der nervösen Elemente beruhen oder durch Schädigung der dieselben ernährenden Blutgefäße zustande kommen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1974.

John, Henry J., **Hyperthyreoidismus und Diabetes.** (Amer. J. med. Sci., 175., Nr. 6.) Das Vorkommen einer Hyperglykämie mit Glykosurie wird nicht selten bei Fällen von Hyperthyreoidismus beobachtet. Ein solcher Befund zeigt einen funktionellen Diabetes an, der so lange behandelt werden muß, bis die funktionelle Schwäche sich bessert und ein normaler Zustand wieder hergestellt wird. Hat jedoch der Patient weiter seine Hyperglykämie und seine Glykosurie, so sollte er wie jeder andere diabetische Patient behandelt werden.

Der Grad der Hyperglykämie steht in keiner festen Beziehung zu der Schwere des Hyperthyreoidismus oder zur Höhe des Grundumsatzes. Es scheint deshalb, daß die herabgesetzte Kohlehydrattoleranz nicht allein auf den Hyperthyreoidismus zurückzuführen ist, sondern daß dieser nur der provokatorische Faktor ist, wobei die direkte Ursache eine pathologische Veranlagung im Inselapparat sein dürfte. Thyreoidektomie besserte die Kohlehydrattoleranz, wobei geringe Störungen sofort nach der Operation verschwanden, während in schweren Fällen lediglich eine Besserung auftrat.

In Fällen von Hyperthyreoidismus mit Hyperglykämie sollte präoperativ eine ausreichend hohe kalorische Diät gegeben werden; zusammen mit der Darreichung kleiner Insulindosen, damit die glykogenarme oder glykogenfreie Leber wieder angereichert werden kann. Dies wird in leichten Fällen von Hyperglykämie stets nützlich sein, in schweren Fällen eine essentielle Maßnahme darstellen.

Arnold Hirsch, Berlin.

1974a.

Joslin, Elliott P., und Frank H. Lahey, **Diabetes und Hyperthyreoidismus**. (Amer. J. med. Sci., 176., Nr. 1.) Lediglich der Hyperthyreoidismus ist bei einer Erkrankung der Schilddrüse der Faktor, der eine Glykosurie zur Folge haben kann. So wurde in 228 Fällen von primärem Hyperthyreoidismus eine Glykosurie von 0,1% oder mehr vor der Operation, von 0,5% oder mehr nach der Operation in 38,6% aller Fälle festgestellt, und in 83 Fällen von adenomatösem Kropf mit sekundärem Hyperthyreoidismus in 27,7% aller Fälle; hingegen war in 189 Fällen von nichttoxischem Kropf der Prozentsatz der Glykosurie nur 14,8%.

Unter 4917 echten Diabetesfällen befanden sich 43 (0,87%) von primärem Hyperthyreoidismus und 28 Fälle (0,57%) von sekundärem Hyperthyreoidismus. Bei diesen Fällen war der Blutzucker vor der Operation 0,15% und 0,20% und mehr nach der Operation. Bei 208 anderen Fällen wurde eine Vergrößerung der Schilddrüse festgestellt. Ein Diabetiker hatte einen Schilddrüsenkrebs, ein anderer Myxödem und wieder ein anderer eine thyreoglossale Zyste. Weitere 9 Patienten mit einer Schilddrüsenenerkrankung wurden als potentielle Diabetiker klassifiziert.

Der Einfluß des Hyperthyreoidismus ist ganz entschieden wichtiger als der damit verbundene erhöhte Grundumsatz. Die chirurgische Behandlung war bei solchen Patienten stets von Erfolg. Die Statistik der Verfasser, die sowohl nach alten als auch nach modernen Methoden operiertes Material enthält, weist eine Mortalität von 4% auf. Die Behandlung des Diabetes beim Vorhandensein eines Hyperthyreoidismus muß dem erhöhten Grundumsatz angepaßt werden, und es muß mehr Wert auf eine graduelle und vorsichtige Anpassung der Diät und der Insulinmenge gelegt werden als auf plötzliche und heroische Prozeduren. Trotzdem die 75 schilddrüsenoperierten Fälle nicht von ihrem Diabetes geheilt wurden, muß anerkannt werden, daß die Mehrzahl in ganz ungewöhnlichem Maße gebessert wurde.

Arnold Hirsch, Berlin.

1974b.

Kramer, David W., **Hypertension und Diabetes**. (Amer. J. med. Sci., 176., Nr. 1.) Die Häufigkeit einer Hypertension beim Diabetes ist doch weit größer, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. In der vorliegenden Arbeit zeigten von 500 untersuchten Diabetikern 195 Patienten (39%) einen Blutdruck von 150 mm Hg und mehr. Das Vorkommen einer Hypertension bei Diabetes kann verschiedenen Faktoren zugeschrieben werden: die Pathogenese beider Erkrankungen ist praktisch die gleiche und beide treten vorzugsweise nach der ersten Lebenshälfte auf, wobei der höchste Prozentsatz in der sechsten Dekade angetroffen wird. Personen mit andauernder Hypertension von nichtnephritischem Typ können mit der Zeit einen Diabetes bekommen. Es ist unwahrscheinlich, daß der Diabetes durch seine Hyperglykämie eine Hypertension hervorruft.

Arnold Hirsch, Berlin.

1975.

Tschangli-Tschajkin, P. F., **Zur Diagnose Trikuspidalfehler**. (Ter. Arch., russ., 6., Heft 5, 1928.) Mitteilung von 4 Fällen, bei denen Insuffizienz bzw. Stenose der Valvulae tricuspidalis in Kombination mit Aorten- und Mitralklappen bestand. Die Erkennung der organischen Trikuspidalfehler bei gleichzeitigen Affektionen anderer Klappen ist intra vitam schwierig, was in erster Linie durch das Fehlen von charakteristischen akustischen Erscheinungen über der Trikuspidalis zu erklären ist. Sind hier dennoch Geräusche zu hören, soll man diese wegen der Möglichkeit der Fortpflanzung von Geräuschen von der Aorta und der Mitrals zum unteren Rande des Sternums mit Vorsicht beurteilen. Dagegen stellt das Perkussionsergebnis einen beständigeren und charakteristischeren Hinweis bezüglich der organischen Trikuspidalisaffektion dar. Man findet hier immer eine beträchtliche Ausdehnung der Herzdämpfung nach rechts sowie Vergrößerung der Leber, die während der Besserung der Herztätigkeit fast unverändert bleiben.

E. Kontorowitsch.

1976.

Hamburger, W. W., M. W. Lev, W. S. Priest und H. C. Howard, **Das Herz bei Schilddrüsenenerkrankung. I. Teil: Veränderungen der T-Welle im Elektrokardiogramm beim Menschen nach Jodmedikation und Thyreoidektomie**. (Arch. Int. Med., 43., Heft 1.) (Thyreid Group Service and the Cardiographic Laboratory, Michael Reese Hospital.) Die Verfasser kommen auf Grund

von elektrokardiographischen Untersuchungen an 32 Patienten mit Thyreotoxikosis zu dem Resultat, daß Jodmedikation (Lugolsche Lösung, dreimal täglich 0,65 g) in der Mehrzahl der Fälle die Höhe der T-Welle verkleinert (doch kommen auch Ausnahmen vor!) Subtotale Thyreoidektomie hat noch stärkere, in den meisten Fällen bleibende Verminderung zur Folge. Die Erklärung für die Veränderungen sehen die Autoren sowohl in Tonusveränderungen der regulatorischen Herznerven (Vagus und Sympathikus) als auch in der Wirkung auf die Herzmuskulatur. Tierexperimente und klinische Versuche mit Atropin und Baryumchlorid sollen weiterer Klärung dienen.

Zegla.

1977.

Wilkinson, J. F., **Ulzerative Endokarditis der Trikuspidalis**. (Lancet, 216., 5510.) Der Fall war durch folgenden Verlauf interessant: Exzessive Perspiration und extreme Dyspnoe, welche zusammen mit Temperatur-, Puls- und Atemfrequenzsteigerung den Eindruck einer Pneumonie machte. Der weitere Verlauf zwang aber zum Aufgeben dieser Diagnose. Das Einsetzen von asthmatischen Anfällen bei dem 46jährigen Manne ließ an ein Neoplasma der Lunge denken, wogegen jedoch der klinische Aspekt sprach. Besonders bemerkenswert war das Fehlen von Herzsymptomen, embolischer Erscheinungen, von Schüttelfrösten, sowie ein negativer Blutbefund; einzig und allein das unregelmäßige Fieber konnte als Symptom einer Endokardläsion gedeutet werden. Die je einmal in der zweiten und dritten Woche plötzlich einsetzende Meläna rief den Verdacht eines Typhus wach; die darauf abzielende Untersuchung verlief jedoch erfolglos. Erst die Obduktion schuf Klarheit. Diese zeigte auch, daß die einzigen sekundären Folgen der Herzerkrankung thrombotische Magengeschwüre waren, die jedoch klinisch nicht in Erscheinung traten.

Ashkenasy, Wien.

1978.

Kurlov, M. G., **Auskultation der Arterien bei Aortenklappeninsuffizienz**. (Sibir. Arch., 3. Jg., H. 4.) Das Tönen der kleineren Arterien stellt ein sicheres und höchst einfaches Kennzeichen des Vorhandenseins einer Aortenklappeninsuffizienz dar. Dabei ist auf die Lage des Patienten und seiner Extremitäten während der Untersuchung zu achten, da diese, wie dem Verfasser auffiel, die Tonstärke der auskultierten Gefäße beeinflussen kann. So ergab die Tonstärke bei Auskultation mittels Bockschens Differentialstethoskops am horizontal gerichteten Arm des stehenden Patienten 103 Einheiten, beim sitzenden 95 und beim liegenden nur 76. Wurde der Arm heruntergelassen, so war die Tonstärke entsprechend: 57, 50 und 36. Im allgemeinen werden die Töne an der hochgehaltenen Extremität bei senkrechter Stellung des Kranken viel deutlicher gehört, als am gesenkten Arm bei horizontaler Körperlage. Dasselbe beobachtet man auch bei Chlorose und Morbus Basedowi. Wodurch diese Erscheinung zu erklären ist, kann man noch nicht mit Gewißheit sagen; jedenfalls spielt hier sicher die Erhöhung der Schwingungsweite des Blutdruckes sowie die größere Geschwindigkeit der Pulsweite in der hochgehobenen Extremität eine nicht geringe Rolle.

E. Kontorowitsch.

1979

Büttner, H. E., **Die Kontraktion der Extremitätenmuskulatur beim Herzkranken**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 13.) Die Versuche Büttners zeigen, daß der Muskel des dekompensierten Herzkranken bei graphischer Registrierung sehr viel leichter abnorme Kurven zeigt als der des Gesunden. Es spricht dies dafür, daß der Muskelstoffwechsel des Herzkranken abnorm verläuft, wie es von Eppinger angenommen wird. Daß diese Störung primär ist, könnte als bewiesen betrachtet werden, wenn man nicht nur nach allgemeiner Arbeit, sondern auch nach Arbeit in nur einem Muskel hier Ermüdungserscheinungen gefunden haben würde. Dies ist Verfasser bisher nicht gelungen, und nach den Befunden von Lauter und Baumann, die eine Verkleinerung des Minutenvolumens als primäre Störung fanden, auch nicht wahrscheinlich. Demnach wäre der abnorm verlaufende Muskelchemismus eines der Momente, welches beim Herzkranken das harmonische Zusammenwirken zwischen Herz, Gefäßsystem und Körpermuskulatur stört.

Arnold Hirsch, Berlin.

1980.

Packard, M., und H. F. Wechsler, **Aneurysma der Koronararterien**. (Arch. Int. Med., 43., Heft 1.) (Med. Serv. of the Gov. Hospit., New York.) Packard und Wechsler beschreiben einen neuen Fall dieser seltenen Erkrankung des Aneurysma der Koronararterien und geben eine kritische Uebersicht der aus der Literatur zusammengestellten Kasuistik, im ganzen nur 30 sichere Fälle seit 116 Jahren. Männer werden dreimal so oft befallen als Frauen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um ein einzelnes, erbsen- bis taubeneigroßes Aneurysma, das

meistens an der linken Koronararterie liegt. In der Hälfte der Fälle kommt es zur Ruptur. Aetiologisch können bakteriell-embolische und arteriosklerotische Aneurysmen unterschieden werden. Die ersteren sind vergesellschaftet mit akuter oder subakuter bakterieller Endokarditis der Aortenklappe. Syphilitische Mesoarteritis fand sich nur in 3 Fällen. Auch Trauma spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Typische pathognomonische Symptome oder physikalische Zeichen, die eine Diagnose am Krankenbett ermöglicht hätten, fanden sich nicht. In einer Anzahl von Fällen lagen nicht die geringsten Beschwerden vor; erst die Sektion gab die Aufklärung. Wurden Klagen angegeben, so waren es die einer Angina pectoris, Myodegeneration oder Endokarditis acuta oder subacuta. Üblicher Ausgang: plötzlicher Tod, oft mitten auf der Straße, auch beim Koitus, veranlaßt durch Bersten des Aneurysma. In den anderen Fällen kommt es zum Tode durch den fortschreitenden Herzfehler.

Zegla.

1980a.

Selenin, W. S., und L. I. Fogelson, **Das Phonogramm bei Vorhofflimmern.** (Z. Kreislaufforschg., 21., Nr. 7.) Die Inäqualität des ersten Tones kann bei dem Vorhofflimmern weder durch die Vergrößerung noch durch die Verstärkung ihrer Kontraktilität erklärt werden.

Diese Inäqualität kann man, wie etwa den „Kanonenton“ bei vollem atrioventrikularem Block, vermutlich durch die Veränderung des Schließungsmechanismus der atrioventrikulären Klappen erklären.

Arnold Hirsch, Berlin.

1981.

W. F. Selenin und L. J. Vogelsohn, **Die Blockade im Bereich des Ueberleitungssystems und ihre prognostische Bedeutung.** (Med. biol. Journ. [russ.], 4., Nr. 3/4.) Die Verfasser analysieren die verschiedenen Formen der Blockade des Ueberleitungssystems mit Hilfe von Elektrokardiogrammen und kommen zu folgenden Ergebnissen:

Jeder Abschnitt des Ueberleitungssystems kann blockiert sein. Man unterscheidet einen Block des Sinoaurikularknotens, des Atrioventrikularknotens, der Schenkel des Hischen Bündels und schließlich der Endverzweigungen in den Purkinjeschen Fasern. Jeder dieser Blockformen entspricht ein charakteristisches Elektrokardiogramm. Der Block des Sinoaurikularknotens kommt zustande durch eine anatomische oder funktionelle Schädigung des Knotens selbst oder durch Erregung des Vagus oder durch Wirkung von pharmakologischen vagotropen Substanzen, wie Digitalis, Chinidin. Die Therapie dieser Blockform richtet sich nach der Aetiologie; liegt die Ursache in erhöhtem Vagustonus, so gibt Atropin in kleinen Dosen gute Resultate. Die Prognose des Sinoaurikularblocks ist günstig, da er die Herzarbeit wenig beeinträchtigt. Die Blockade des Atrioventrikularknotens äußert sich bei unvollständiger Unterbrechung nur in einer Verlängerung des P-R-Intervalls im Elektrokardiogramm; sie ist prognostisch günstig. Bei vollständiger Leistungsunterbrechung im Atrioventrikularknoten verlängert sich die P-R-Phase so stark, daß es schließlich zu einem Ausfall der Ventrikelkontraktion kommt. Die Prognose ist insofern ernster, als die Grundlagen derartiger Störungen in Myokarderkrankungen oder Gehirnveränderungen, die zu Vagusreizung führen, zu suchen sind; man findet bei diesem vollständigen Atrioventrikularblock häufiger Beeinträchtigungen der Hämodynamik und der Arbeitskraft des Herzens. Die Blockade der Schenkel des Hischen Bündels kann überhaupt erst intra vitam diagnostiziert werden, seit man gelernt hat, Rhythmusstörungen des Herzens elektrokardiographisch zu analysieren. Meistens ist der rechte Schenkel blockiert; ätiologisch spielt die Lues die Hauptrolle. Die Prognose der Blockade der Schenkel des Hischen Bündels ist ungünstig, besonders wenn der linke Schenkel betroffen ist. Von allen Herzmitteln ist Scilla das einzige, das gelegentlich den Herzrhythmus bessert. Die ungünstigste Prognose hat die Blockade der Endverzweigungen des Hischen Bündels in den Purkinjeschen Fasern, da dieser Block auf hochgradigen und weitverbreiteten sklerotischen Veränderungen im Myokard beruht. Im Elektrokardiogramm kennzeichnet sich dieser sogenannte „arborisation block“ durch sehr niedrige oder fast fehlende oder negative T-Zacke; der QRS-Komplex ist niedrig, die R-Zacke gewöhnlich gespalten.

Eliasberg.

1982.

Kisch, Franz, **Studien über den arteriellen Tiefdruck.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 12, S. 546.) Bei der Polycythaemia vera megalosplenica besteht entweder ein normaler oder ein erhöhter Blutdruck, niemals aber ein arterieller Tiefdruck. Bei den sekundären (kompensatorischen) Polyglobulien findet sich bei dem Material des Verfassers (72 Fälle) in 19,4% der Fälle eine Hypotonie, in 59,7% ein normaler Blutdruck und in 20,9% eine Hyper-

tonie. Die Hypertoniker werden zum größten Teil von den Patienten in vorgerücktem Alter repräsentiert, die Hypotoniker größtenteils von den Jugendlichen. Der Grad der jeweiligen Erythrozytenvermehrung steht allem Anscheine nach nicht in direkter Proportion zu der Höhe des Blutdruckes. Mag auch die mit der Polyzythämie in mehr oder weniger ausgesprochenem Maße verbundene Blutmengenzunahme nicht unbedingt ihren Ausdruck auch in einer Blutdrucksteigerung finden, so muß eine solche Tendenz doch angenommen werden; sie kann einerseits sowohl durch den Grad der bestehenden Blutmengenzunahme als auch durch anderweitig bestehende gleichsinnig wirkende Krankheitsprozesse gefördert, andererseits durch gleichzeitig vorhandene, aber im entgegengesetzten Sinne wirksame Faktoren ausgeglichen oder sogar unterdrückt werden. Die vom Autor erhobenen Befunde bei den Fällen von Hypotonie bzw. Hypertonie mit Polyglobulie sprechen für diese Annahme.

Unter 41 Fällen von leukämischer Myelose bestand in 16 Fällen (40%) eine ausgesprochene Hypotonie, während in allen übrigen Fällen ein zumeist an der unteren Grenze der Norm gelegener Blutdruck zu verzeichnen war. Mit zunehmender Verschlechterung des Zustandes pflegt sich der Blutdruck noch weiter zu vermindern.

An 32 Fällen von lymphatischer Leukämie konnte in 12 Fällen (37,5%) das Bestehen eines ausgesprochenen arteriellen Tiefdruckes, in 16 Fällen (50%) das Bestehen eines normalen Blutdruckes und in 4 Fällen (12,5%) das Bestehen eines mäßigen Hochdruckes festgestellt werden. Mit zunehmender Dauer der Krankheitserscheinungen sinkt hier der Blutdruck unzweifelhaft ab; in 4 Fällen konnte beobachtet werden, wie aus einem mäßigen Hypertoniker während der Fortschritte der Erkrankung allmählich sogar ein Hypotoniker wurde.

Unter 19 Fällen von Purpura thrombopenica befanden sich 15 Hypotoniker; die anderen Fälle hatten einen normalen Blutdruck. Mit der Dauer der Erkrankung und mit dem Ausmaße des Thrombozytenmangels scheint der Blutdruck niedriger zu werden.

Unter 97 Fällen von perniziöser Anämie wiesen 56 Fälle einen ausgesprochenen Tiefdruck auf, wobei sich auch ungewöhnlich niedrige Blutdruckwerte (sogar unter 80 mm Hg) vorfinden; die übrigen 41 Fälle hatten einen zumeist an der unteren Grenze der Norm gelegenen Blutdruck; in keinem Falle überstieg der Blutdruck 135 mm Hg. Im Remissionsstadium pflegt der Blutdruck etwas höher zu sein (maximal um 10 bis 15 mm Hg). Auch bei den durch Lebertherapie erzielten Erfolgen stellte sich nur eine mäßige Zunahme des Blutdruckwertes ein.

Das Vorwalten niedriger und niedrigster Blutdruckwerte bei den leukämischen Erkrankungen wie auch bei der perniziösen Anämie wird hauptsächlich auf eine Ueberschwemmung des Blutes mit Zellzerfallsprodukten zurückgeführt, unter welchen das Histamin mit seiner unzweifelhaft nachgewiesenen blutdrucksenkenden Wirkung (aktive Dilatation der Kapillaren und der feineren arteriellen Verzweigungen) eine Hauptrolle spielen dürfte.

Bei 169 Fällen sekundärer Anämie (im Alter von 20 bis 70 Jahren) fand sich in 28,9% eine Hypotonie, in 60,4% ein normaler Blutdruck und in 10,7% eine Hypertonie. In den meisten dieser Hypertoniefälle ließ sich eine Ursache für den Hochdruck aufdecken (Nephrosklerose, chronische Nephritis, Bleivergiftung usw.). Unter den Fällen von sekundärer Anämie, bei der ja kein Blutzuckerfall statthat, mit arteriellem Tiefdruck befinden sich so auffallend viele Fälle von Erkrankungen mit Gewebszerfall (Karzinome, Lungenkavernen, exsudative hämorrhagische Pleuritis usw.), daß auch hier der blutdrucksenkende Einfluß von Zellverfallsprodukten als wirksam angenommen werden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

1983.

Graham-Stewart, A., **Die rasche Reduktion des hohen Blutdrucks in akuten und gefährlichen Fällen.** (Practitioner, 122., Nr. 5.) Es gibt Fälle, wo die akute Verschlimmerung eines ständig erhöhten Blutdrucks das Leben des Betroffenen ernstlich bedroht. Insbesondere besteht die Gefahr der Hirnblutung. Verschiedene Faktoren führen zur Belastung des ohnehin erhöhten Drucks: alimentäre Toxämie, mangelhafte Ausscheidung, seelische Unrast, endokrine Dysfunktion. Hier gilt es, rasch einzugreifen. Das erste ist die körperliche und seelische Ruhigstellung, sodann die Umstellung der Ernährung auf Kohlehydrate, Früchte und Gemüse. Dann folgt die Sorge für ausreichende Darmentleerung und gleichzeitig ein Sedativum, am besten Natriumbromat. Verfasser empfiehlt eine Kombination von Lithiumhippurat, Natriumnitrit und Nitroglyzerin als mild, wirksam und ohne schädliche Nebenwirkung. Nach seiner persönlichen Erfahrung ist die Venaesection von geringem und flüchtigem Wert; sie ist ja nur eine symptomatische und keine kausale Behandlungsform.

Reagiert der Kranke auf die eingeschlagene Methode wenig oder gar nicht, so ist es mehr als wahrscheinlich, anzunehmen, daß eine chronische interstitielle Nephritis vorliegt. Diese Diagnose

sicherzustellen, sind wir heute gut in der Lage durch Prüfung der Nierenfunktion (Harnstoffkonzentration und Reststickstoff im Blute). Held.

1984

Berlin, J. A., **Zur Prüfung des vegetativen Nervensystems bei organischen Nervenerkrankungen.** (Med. biolog. Journal [russ.], 4., Heft 3/4, 1928.) Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems hat, um ein Urteil über den Gesamttonus zu ermöglichen, stets alle einzelnen Systeme mit verschiedenen Methoden zu prüfen: Adrenalin-Pilokarpin, Atropinreaktion, Aschner, Dermographismus usw. Die subkutane Einverleibung der vegetativen Gifte ist den anderen Methoden überlegen. Reine Formen von Sympathikotonie oder Vagotonie im Sinne von Eppinger und Heß sind sehr selten. Bei Epileptikern fand Verfasser den Sympathikustonus stets erhöht, den Vagustonus in 30% der Fälle. Bei der epidemischen Enzephalitis ist entsprechend der wechselnden Lokalisation der Krankheitsherde im Gehirn auch das Reaktionsbild ein sehr wechselndes, durchaus nicht charakteristisches. Beachtenswert ist der Hinweis auf die Differenzen bei der Prüfung beider Körperhälften; nicht nur die Hauttemperatur, auch Blutdruck, Dermographismus, Schweißabsonderung können verschiedene Grade zeigen.

Eliasberg.

1985.

Jacoby, **Ueber gleichzeitige Auskultation beider Lungen.** (Münch. med. Wschr., Nr. 14.) Um etwaige Differenzen in der Dauer von Atemzügen zwischen beiden Lungen sicherer feststellen zu können, bedient sich Verfasser eines doppelten Phonendoskopes und prüft dann die Schalleitung mittels der Bronchophonie oder durch Beklopfung der Sternalmitte. Ueber der infiltrierten Lunge besteht bessere Schalleitung, d. h. lauterer Ton. Noch empfindlicher ist die Bronchophonie. Zur Abgrenzung der gefundenen Infiltrationen wird das eine Phonendoskop als fixer Punkt über der kranken Partie aufgesetzt, während das andere die gesunde Lunge sucht. Bei der Suche auf Kavernen leistet die Methode nur wenig, da hier die alten Methoden bessere Werte durch Bestimmung der Klangqualitäten bringen.

Siegbert Cohn.

1986.

Friedman, Eli, und John B. Hawes, **Ist die Vitalkapazität der Lungen ein Hilfsmittel für die Diagnose der Hilusdrüsentuberkulose?** (J. Am. Med. Assn., Vol. 92, Nr. 5, 1929.) Wie Verfasser auf Grund ihrer Untersuchung an 200 pirquet-positiven Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren mitteilen, ist die Vitalkapazität der Lungen für die Diagnose einer inaktiven Hilusdrüsentuberkulose ohne praktische Bedeutung.

L. Büchler, Wien.

1987.

Cecil, L. Russel, und W. D. Sutliff, **Die Behandlung der Lobärpneumonie mit konzentriertem Antipneumokokkenserum.** (J. Am. Med. Assn., 91., Nr. 26, 1928.) Verfasser behandelten im Laufe von 2½ Jahren über 400 Fälle von Lobärpneumonie mit dem nach der Methode von Felton hergestellten konzentrierten Antipneumokokkenserum. Das Serum stellt eine wässrige Lösung von Pneumokokkenantikörpern dar und enthält neben Globulinen noch einige andere unwirksame Substanzen. Der Stickstoffgehalt des Serums schwankt zwischen 8 und 15 mg per Kubikzentimeter, ist also ungefähr gleich dem des Blutes. An Stelle des Feltonschen Serums verwendeten die Verfasser in einer Reihe von Fällen das nach dem Verfahren von Banzhaf erzeugte „konzentrierte Antipneumokokkenserum“, das hinsichtlich seiner physikalischen und immunisierenden Eigenschaften dem Feltonschen Serum vollkommen gleichwertig ist. Zum Vergleiche der nach Einverleibung von gewöhnlichem und von konzentriertem Serum im Blute auftretenden Mengen von Pneumokokkenantikörpern bestimmten Verfasser bei einer Anzahl gesunder Personen den Schutzkörpergehalt des Blutes gegen Pneumokokken vom Typus I und II vor und 30 Minuten nach der Seruminjektion und fanden, daß die Schutzkraft des Blutes bei den mit konzentriertem Serum gespritzten Personen durchwegs deutlich höher war als bei jenen, welche nur gewöhnliches Serum erhalten hatten. Nach Felton gilt jene Menge Serum, welche notwendig ist, um eine Maus gegen 0,05 ccm einer zehnfach verdünnten, 18 Stunden alten Pneumokokkenkultur zu schützen, als Einheit. Bei jedem Patienten wurde der Serumeinspritzung eine Intrakutanprobe mit zehnfach verdünntem Pferdeserum vorausgeschickt, um anaphylaktische Erscheinungen zu vermeiden. War die Intrakutanprobe nach Ablauf von 15 Minuten negativ, dann wurden 5 ccm Serum so langsam als möglich (in einem Zeitraum von etwa 5 Minuten) intravenös injiziert. Trat keine Reaktion auf, dann wurde 2 bis 3 Stunden später eine zweite Injektion von 15 bis 20 ccm intravenös gegeben und diese Dosis nach Ablauf von 2 bis 3 Stunden wiederholt. Es wurde stets getrachtet, etwa 100 ccm Serum während der ersten 24 Stunden einzuverleiben, eine Menge, die ungefähr äquivalent ist 100 000 Einheiten gegen

Pneumokokkus vom Typus I und nahezu ebenso vielen Einheiten gegen Pneumokokkus vom Typus II. Gegen Pneumokokken vom Typus III erwies sich das polyvalente Serum als wirkungslos.

Die am zweiten Behandlungstag verabreichten Serummengen wurden stets von dem klinischen Zustand des Patienten abhängig gemacht. Bei Besserung des Allgemeinbefindens, deutlichem Absinken der Temperatur, Abnahme der Puls- und Respirationsfrequenz wurden in der Regel nur 2 bis 3 Injektionen zu je 20 ccm verabreicht, dagegen bei Verschlechterung oder gleichbleibendem Zustand die gleichen Serumdosen gegeben wie am Vortag. In derselben Weise wurde auch am dritten Tage verfahren. Verfasser beobachteten nach der intravenösen Einspritzung von konzentriertem Serum 2 Typen von Reaktionen: 1. thermische, 2. anaphylaktische Reaktion. Thermische Reaktionen beobachteten Verfasser in etwa 15% aller mit konzentriertem Serum behandelten Fälle. Die hierbei auftretenden Schüttelfröste waren stets von mildem Charakter und schienen keinerlei nachteiligen Effekt auf den Patienten zu haben. Allergische Reaktionen traten fast immer nur nach der ersten Injektion von 5 ccm oder weniger Serum auf. Keiner von den Patienten, bei denen allergische Erscheinungen auftraten, starb. Subkutane Verabreichung von Epinephrin führte fast in allen Fällen innerhalb weniger Minuten zum Verschwinden der unangenehmen Erscheinungen. In 18% der Fälle kam es zum Auftreten der Serumkrankheit, ein verhältnismäßig niedriger Prozentsatz im Vergleich zu der Häufigkeit, in der die Serumkrankheit bei den mit gewöhnlichem Antipneumokokkenserum behandelten Patienten auftrat (etwa 50%). Die besten Erfolge brachte die Behandlung mit konzentriertem Serum in jenen Fällen, in denen es sich um Pneumokokken vom Typus I handelte und die Behandlung innerhalb der ersten drei Tage einsetzte.

Die Mortalität betrug unter den 441 mit konzentriertem Serum behandelten Fällen 30%, in einer Kontrollserie von 444 Patienten 39,2%. Am deutlichsten zeigte sich der Effekt der Serumbehandlung auf die Mortalitätsziffer unter den Fällen, die den Pneumokokkus Typus I zum Erreger hatten. Keinen Einfluß zeigte die Serumbehandlung in dieser Hinsicht auf die Fälle mit Pneumokokken vom Typus III.

L. Büchler.

1988.

Nielsen, **Zur Behandlung der Pleuraempyeme.** (Münch. med. Wschr., Nr. 14.) Neben der üblichen Behandlung der Pleuraempyeme mittels Punktion oder Resektion wandte Verfasser die von Forsbach angegebene Methode an. Diese Methode stellt ein Mittelding zwischen beiden Behandlungsarten dar. Mittels eines einfachen Thorakotoms wird ein dickes Drain oder eine starre Röhre interkostal eingeführt. Von 70 Fällen wurden 22 nach dieser Methode behandelt, 20 mit Punktionen, 13 durch Resektionen, während 13 ohne wesentliche Behandlung blieben. Die Mortalität der nach Forsbach behandelten Patienten betrug 36,5%, die Heilungsdauer der übrigen durchschnittlich 68,2 Tage. Von den mit Punktionen behandelten Kranken starben 25%, Heilungsdauer 61 Tage. Bei den Resezierten starben 15,4%, Heilungsdauer 60 Tage. Nach Abzug der überhaupt nicht Behandelten kann man im Vergleich mit der Punktionsmethode sagen, daß sie ebenbürtig und in gewissen Fällen den streng chirurgischen vorzuziehen sind.

Siegbert Cohn.

1989.

Hardy, F. L., **Die Rolle der Salzsäure in der Ätiologie des Magenschmerzes.** (Lancet, 216., 5510.) (General Hospital, Birmingham.) Bei empfindlichen Individuen mit Störungen der Magenfunktion ruft die Einnahme von Acid. hydrochlor. in 5prozentiger Lösung typische Magenschmerzen hervor. Der Schmerz tritt unabhängig von einer eventuell bestehenden lokalen Erkrankung des Magens oder Duodenums auf. Verfasser glaubt, daß der Schmerz bei Ulcus pepticum von der Konzentration der Magensäure unabhängig ist, da er auch bei Achylie vorkommt. Das schnelle Verschwinden des Schmerzes nach Einleitung eines Ulcusregimes mit oder ohne Alkaliverabreichung geht selten mit einem Sinken der Säurewerte einher. Die Neutralisierung durch Alkalien wird in der Mehrzahl der Fälle durch eine sehr bald einsetzende exzessive Steigerung der Magensäure gefolgt; nichtsdestoweniger hält die klinische Besserung an, so daß der Schluß erlaubt ist, der Schmerz komme nicht allein durch das Auftreten größerer Mengen Salzsäure zustande, sondern daß noch eine ganze Reihe anderer Faktoren, darunter einige bisher noch unbekannte, seine Entstehung bedinge.

Ashkenasy, Wien.

1990.

Recht, Georg, **Zuckertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 12, S. 544.) In Erwägung der günstigen therapeutischen Beeinflussung der Magenulcera durch parenterale Insulinzufuhr im Sinne Simmityks und der Möglichkeit, durch Zuckerzufuhr die hormonale Leistung des Inselapparates zu steigern, wurde die orale Zufuhr konzentrierter Zuckerlösungen in

die Therapie des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs einbezogen. Das Indikationsgebiet der oralen Zuckertherapie umfaßt auch alle ulkusverdächtigen Gastropathien, deren Schmerzrhythmus dem Symptomensyndrom der radiologisch verifizierten Magendüodenalulzera ähnelt.

Den ambulant behandelten Kranken wurden zwei- bis dreimal täglich 50 bis 80 g Zucker in 200 bis 250 ccm Wasser, schwachem Tee oder Milch gereicht. Um den Effekt eines konkurrierenden therapeutischen Agens auszuschließen, wurden die Kranken bei gewöhnlicher gemischter Kost und gewohnter Betätigungs- bzw. Lebensweise belassen. Jegliche medikamentöse Therapie (Alkali, Analgetika, Spasmodika) unterblieb.

Der gute Erfolg des beschriebenen therapeutischen Verfahrens und dessen Einfachheit in diätotechnischer Hinsicht war Verfasser für die vorläufige Mitteilung bestimmend.

Arnold Hirsch, Berlin.

1991.

Staub, H., Ueber funktionelle Leberdiagnostik. (Schweiz. mediz. Wschr., Nr. 11, 1929.) Auf Grund des derzeitigen Standes der funktionellen Leberdiagnostik sind als brauchbarste Proben anzusehen: Qualitativer, evtl. quantitativer Nachweis von Urobilin in Urin und Stuhl, die qualitative und quantitative Bilirubinbestimmung im Serum und die Galaktoseprobe. Die diagnostische Aussage der Chromodiagnostik übertrifft diejenige der eben angeführten gangbaren Methoden nicht, so daß sich ihre generelle Anwendung auch aus Rücksicht auf den Patienten nicht lohnt.

Held.

1992.

Löwenberg, W., Noah, Scherk, G., Nachuntersuchungen an 208 vorwiegend intern behandelten Gallenstein-kranken. — Ein Beitrag zur Frage konservativer und chirurgischer Behandlung des Gallensteinleidens. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Die Beobachtungsdauer der nachuntersuchten Patienten erstreckte sich zu einer Hälfte auf 2 Jahre, zur anderen auf 2 bis 7 Jahre. Die Ergebnisse der statistischen Arbeit sind folgende: 39% der Fälle erwiesen sich bei der Nachuntersuchung als beschwerdefrei, 21% als ungeheilt; der übrige Teil der Patienten (40%) konnte noch als zufriedenstellend bezeichnet werden. Bei den beschwerdefreien Patienten überwogen die höheren Altersklassen, während die Hälfte aller Patienten, die nicht beschwerdefrei waren, im jugendlichen Alter standen (unter 40 Jahre). 52% der Kranken waren bei ihrem ersten Anfall unter 40 Jahre alt. Für diese Patientengruppe allein wäre die Frühoperation im Sinne von Enderlen und Hotz in Betracht gekommen. Die Heilerfolge der chirurgischen Therapie sind, wie die Autoren aus der einschlägigen Literatur ermittelt haben, bessere. Sie schwanken im Durchschnitt zwischen 60 und 80%. Einer Mortalität von 4% bei chirurgischer Therapie steht eine solche von 0,04% (Ritter), 11% (Binder) und sogar 15% (Naunyn) bei interner Behandlung gegenüber. Diese enormen Schwankungen der Mortalitätsziffern erklären sich aus dem Krankenmaterial, welches der Statistik zugrunde liegt, insofern, als der Krankenhausarzt schwerere und hartnäckigere Fälle zu sehen bekommt als der Privat- und Badearzt. Eigene Mitteilungen der Autoren über die Mortalität liegen nicht vor. Die Frauen erkranken häufiger und durchschnittlich in jüngeren Jahren als die Männer. Der Krankheitsgipfel bei Frauen lag zwischen dem 30. und 40. Jahr, bei Männern erst zwischen dem 40. und 60. Jahr. Der größte Teil der Beschwerdefreien hatte während der Zwischenzeit gar keine Diät innegehalten, während die ungeheilten zu 80% auch bei strenger Diät ihre Beschwerden behielten.

Prognostisch ist weniger die Intensität der Beschwerden als vielmehr die Häufigkeit der Anfälle ernster zu bewerten. Die Intensität braucht nicht mit der Schwere des objektiven Befundes konform zu gehen.

In 23% der Fälle konnte Heredität, in 9% Typhus in der Anamnese, dagegen auffallenderweise selten Kombination mit Diabetes nachgewiesen werden. Fettleibigkeit bestand in 35,6% der Fälle. Was die Magensaftverhältnisse anbetrifft, so überwogen Hypo- und Achlorhydrie über Hyperchlorhydrie.

E. Orbach, Berlin.

1993.

Hoffmann, Beitrag zur Cholezystographie mit einer neuen internen Methode. (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Verfasser ist der Meinung, daß sowohl der intravenösen wie der oralen Verabreichung des Kontrastmittels zu große Mängel anhaften, um als endgültig angesehen zu werden. Auf der einen Seite steht die Schwierigkeit der intravenösen Technik, auf der anderen besonders die ungleichmäßige Resorption. Verfasser versuchte daher die von Sandström angegebene Methode, der das Mittel in einer Kontrastemulsion verabreicht, die durch einen Zusatz von Sodawasser zu Tetraiodphenolphthaleinnatrium umgewandelt wurde. Gibt man nun der Emulsion eine Säure zu, so entsteht daraus das Anhydrid, d. h.

Tetraioddioxyphthalophenon, welches viel besser vom Magen vertragen wird. Im alkalischen Darmsaft erfolgt wahrscheinlich die Rückbildung in das Natriumsalz. Von der Firma Merck wird ein auf diesem Prinzip beruhendes Präparat hergestellt (Oraltetragnost), das mit einfachem Leitungswasser angerührt werden kann. An einer größeren Reihe von Patienten wurde dieses Mittel mit sehr gutem Erfolge benutzt. Die Methode ist dem Kapselverfahren sehr überlegen.

Siegbert Cohn.

1994.

Gundermann, Wilhelm, Ueber Rezidive nach Cholezystektomie und die Ergebnisse ihrer Behandlung. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Es liegt eine in jeder Hinsicht ausgezeichnete Arbeit vor, welche der Frage nach Ursache der Rezidive nach Cholezystektomie unter Einbeziehung der modernen wissenschaftlichen Anschauungen auf den Grund geht und nicht nur für den Chirurgen, sondern auch für den Internisten von größtem Interesse sein dürfte.

Von 100 Fällen ist der vierte Teil rückfällig geworden. Durch die Frühoperation konnten Rezidive nicht vermieden werden. Die letzteren können ebensogut bei erst kurze Zeit Kranken wie bei schon länger Gallenleidenden auftreten. An den Rezidiven waren ausnahmslos alle Formen der Cholezystitis beteiligt. Eine gleichzeitig bestehende Pankreatitis schien das Einsetzen von Rezidiven zu begünstigen.

Für die Beurteilung des gegenwärtigen Zustandes und der Prognose war der intra operationem gewonnene bakteriologische Befund sehr wesentlich: Die Staphylokokkencholezystitis hatte quoad vitam die günstigste Prognose, quoad sanationem die schlechteste. Umgekehrt verhielt es sich bei Koli- und Paratyphuscholezystitiden.

Dieses eigenartige Verhältnis erklärt der Verfasser folgendermaßen: Die Staphylokokkencholezystitis ist nicht ein lokales Leiden wie die Koli-cholezystitis, da bei der ersteren tiefergehende Wandveränderungen auftreten, bei der letzteren die Infektion dagegen im wesentlichen auf die Oberfläche der Schleimhaut beschränkt bleibt. Staphylokokkentoxine gelangen ins Blut und irritieren u. a. ganz besonders das vegetative Nervensystem. Dieses wird sensibilisiert, in einen Zustand der Krampfbereitschaft versetzt, der sich — je nach der Konstitution des Individuums — stärker oder schwächer auswirkt. Auf Grund dieser Überlegungen erscheint Vakzination post operationem bei Staphylokokkencholezystitis aus-sichtsreich.

Anders erklären sich die Rezidive nach Operationen von Koli-cholezystitiden. Die Krankheit ist hier eine rein lokale. Sie ge-deiht nur bei Vorhandensein günstiger lokaler Bedingungen, wie Vorhandensein einer Gallenblase, Stauung im Gallensystem. Die Beseitigung dieser lokalen Dispositionen gewährleistet Rezidiv-freiheit in größerem Maße als bei der Staphylokokkencholezystitis. Die Ursache eines etwa eintretenden Rezidivs ist also vorzugs-weise in einem Hindernis der Gallenpassage zu suchen. Eine Relaparotomie ist hier aussichtsreicher als eine solche bei Rezidiven nach Staphylokokkencholezystitis. Vakzination ist erfolglos, da es gegen Koli keine Immunität gibt.

Nach Operation von Paratyphuscholezystitis tritt in der Regel kein Rezidiv auf. Dies ist als Folge der durch die Erkrankung erworbenen Immunität aufzufassen; Vakzination erübrigt sich also hier.

E. Orbach, Berlin.

1995.

Peus, Karl, Zur Klinik und Anatomie der Nebennieren-nekrose bei Pankreasfettgewebsnekrose. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) Beschreibung eines Falles von relativ benigne verlaufender Pankreasfettgewebsnekrose. Der tödliche Ausgang war auf einen akuten Funktionsausfall der Nebennieren infolge sekundärer, toxischer Nekrose zurückzuführen. Die beiden Theorien von der Autointoxikation bei Pankreasfettgewebsnekrose und der entgiftenden Funktion der Nebennierenrinde erfahren durch diese Beobachtung eine weitere Stütze.

E. Orbach, Berlin.

1996.

Brohec, Georges, und F. Evelyn, Ein Fall von spontaner, umfangreicher Blutzyste des Pankreas. (Brux. Méd., Nr. 19, 1929.) Die Pankreaszyste erzeugt in der Mehrzahl der Fälle ein kachektisches, rapides Abmagern. Die bis zu 8 Liter betragende Zystenflüssigkeit enthält Pankreasenzyme. Durch Druck entstehen Störungen in den Nachbarorganen und lebhaft Schmerzen (Friedrichsche zöliakale Neuralgie). In Anbetracht der Gefahr der Vereiterung oder des Durchbruchs in die Bauchhöhle, ein Nachbarorgan oder die Pleura ist ein frühzeitiger chirurgischer Eingriff geboten. Es entleert sich dabei ein seröser, blutig-seröser oder rein blutiger Inhalt mit mehr oder weniger zahlreichen, mehr oder weniger umfangreichen Steinen und bisweilen Ueberresten von nekrotischem Gewebe. Für die Mehrzahl der Fälle ist die vordere Marsupialisation die einzig anwendbare Methode.

Held.

1997.

Ssolowjew, N. J., Beiträge zur Frage über die Rolle der Oxyuren in der Aetiologie der Appendizitis. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 1.) In 67 von 144 Wurmfortsätzen, die wegen Entzündung reseziert worden sind, konnten Oxyuren gefunden werden (46,53%). Die durch die Oxyuren bewirkten Defekte der Mukosa machen die Infektion möglich und können deshalb die Entstehung der Appendizitis befördern. E. Orbach, Berlin.

1998.

Farkas und Lauda, Nachweis der Eier von *Taenia saginata* im menschlichen Stuhl. Verfasser machen darauf aufmerksam, daß man an der Oberfläche fester Stühle von Taenienkranken linsen- bis über bohngroße Bezirke finden kann, die von einer feinen schleimartigen Schicht bedeckt sind und als matte, grau-weiße Flecke auffallen. Sie entsprechen massenhaft abgelagerten Taenieneiern, die fast alle noch die Embryonalhülle tragen. Wahrscheinlich handelt es sich um zugrundegegangene nekrotische Proglottiden. Fiegl, Berlin.

1999.

Einhorn, Neue Fälle von ulzerativer Kolitis, die durch Spülung des Kolon mittels Darmschlauch auf oralem Wege behandelt worden sind. (Arch. Verdgskrkh., 45., Nr. 1/2) Kasuistik von Fällen ulzerativer Kolitis, welche Verfasser erfolgreich durch Spülungen mit Kalziumkarbonat und Yatron mittels einer Duodenalsonde bekämpfte, welche durch Verlängerungsschläuche bis in das Cökum geführt wurde. Die Sonde blieb mehrere Wochen liegen, ihre Lage wurde ständig röntgenologisch kontrolliert. Fiegl, Berlin.

2000.

Bargen, J. A., Spezifische Serumbehandlung bei chronischer ulzerativer Kolitis. (Arch. Int. Med., 43., Heft 1.) (Division of Medicine, The Mayo Clinic, Rochester, Minn.) Mit einem Serum, von zwei Pferden gewonnen, die mit steigenden Dosen eines Stammes von *Diplostreptokokkus* behandelt waren, dem man ätiologische Bedeutung für die chronische ulzerative Kolitis zuschreibt, behandelte Bargen sechs schwer erkrankte Patienten und erzielte deutliche Besserung. Das Körpergewicht stieg bald nach der Behandlung, der Einfluß auf Temperatur und Puls war beachtenswert. Die dauernde Besserung des lokalen Befundes, nachgewiesen durch Rektoskopie und Röntgenogramm mit Baryum-eingießung, erscheint dem Verfasser von größter Bedeutung. Die Ileosigmoidostomie in zweien dieser Fälle erwies sich als nutzlos. Zegla.

2001.

Kempmann, W., und H. Clauditz, Niere, Wasserhaushalt — Zuckerstoffwechsel. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 13, S. 587.) Es werden die quantitativen Beziehungen der Glykosurie zum Blutzucker bei Normalen, Diabetikern und Nierenkranken untersucht: der Schwellenwert für die renale Zuckerausscheidung ist beim Normalen nur relativ konstant, beim Diabetiker durchaus variabel, während Nierenkranke entsprechend der Art ihrer besonderen Erkrankungsform eine jeweils verschiedene Zuckerempfindlichkeit der Niere aufweisen; eine geringere bei der Glomerulonephritis, eine erhöhte bei der Nephrose.

Es wird ein bestimmter Einfluß des Insulins auf die Glykosurie und in manchen Fällen auf die Zuckerschwelle des Diabetikers festgestellt. Es werden beim Diabetes Abhängigkeitsbeziehungen von Glykosurie und Diurese gefunden und deren Beeinflussung durch Insulin geprüft.

Durch einfache Wasserzufuhr werden bestimmte Veränderungen des Blutzuckers, der Blutkonzentration, der Glykosurie und Diurese des Diabetikers beobachtet und so die gegenseitige Beeinflussung von Wasserhaushalt und Zuckerstoffwechsel besonders dargetan. Arnold Hirsch, Berlin.

2002.

Slauck, Arthur, Beiträge zur Kenntnis des Muskelrheumatismus. (Med. Klin., 14., 1929.) (Med. Klinik Bonn.) Verfasser konnte in einigen Fällen von Muskelrheumatismus mit deutlich palpablen Muskelhärten diese unmittelbar nach dem Tode weder palpatorisch noch histologisch nachweisen. Es muß daher mit allergrößter Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß auch reflektorische Einwirkungen das Phänomen der Muskelhärten auszulösen vermögen. Diese Annahme wird durch die histologisch festgestellte feldförmige Anordnung der motorisch-nervösen Versorgung der Muskelfasern im Muskel bestätigt. Gibt man die Möglichkeit einer isolierten Innervationsmöglichkeit von Teilen im Muskel zu, so würde eine solche isolierte Muskelkontraktion zwanglos das anatomische Substrat der beschriebenen, abnorm gespannten Muskelfaserbündel darstellen können.

L. Gordon, Berlin.

2003.

Moeller, A., Vier Fälle von Erythrocyanosis crurum als Folge moderner Damenkleidung. (Med. Welt, Nr. 16, 1929.) Alle vier Erkrankungsfälle traten bei Damen auf, die, selbst bei strengstem Froste, als einzige Bedeckung ihrer Beine seidene resp. halbseidene Strümpfe, bis zur Hälfte des Oberschenkels reichend, trugen. Sie klagten über ein brennendes oder juckendes Gefühl an der Innenseite beider Oberschenkel. Der Befund ergab etwa $\frac{1}{2}$ Handfläche große Flecken auf der Haut, die von blauroter Farbe waren und unregelmäßige Schwellungen von derber, teilweise auch weicher Konsistenz aufwiesen. Es handelt sich dabei um eine Erfrierung der Oberschenkel. Die Erscheinungen gingen in allen Fällen mit Eintritt wärmerer Witterung spontan zurück. L. Gordon, Berlin.

2004.

Blumenberg, W., Kritik der Stadienlehre der Tuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des Sekundärstadiums Rankes. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 4.) Auf Grund umfassender pathologisch-anatomischer Untersuchungen kommt Verfasser zu dem Resultat, daß die metastatische Tuberkulose — d. h. das sogenannte Generalisations- oder Sekundärstadium — in jeder überhaupt vorkommenden Form des tuberkulösen Prozesses möglich und häufig ist. Das Vorkommen von Metastasierungen ist infolgedessen ungeeignet, ein bestimmtes Stadium im Ablauf der Tuberkulose zu kennzeichnen. In engem Anschluß an anatomische Beobachtungen hat Verfasser ferner gezeigt, daß auch ein erstes und ein von ihm in seinem Verlauf bestimmtes drittes Stadium nicht besteht. An die Stelle der Stadien wird der bei verschiedenen Individuen wechselnde Verlauf der Tuberkulose gesetzt. Als besonders bemerkenswert an diesem Verlauf ist der Ablauf in Schüben, der um so deutlicher wird, je länger der tuberkulöse Prozeß währt. Mit dieser Betonung der Schübe soll vor allem die Aufmerksamkeit auf den Verlauf im Einzelfall gelenkt werden, auf den Verlauf als einen Vorgang, der nur am lebenden Menschen unmittelbar erforscht werden kann, also Gegenstand zunächst der klinischen Methode der Pathologie ist; was die anderen Methoden der Pathologie zu bieten vermögen, ist nicht die Grundlage, sondern unentbehrlicher Beitrag zum Aufbau des Vorganges, auf den es allein ankommt, zum Aufbau aus Teilvorgängen in kausaler Verknüpfung. Ranke hat die Aufgaben und die Grenzen der genannten Methoden verkannt. Seine Lehre wäre nie auf klinischem Boden gewonnen worden. Wenn es dafür noch eines Beweises bedürfte, so brauchte nur auf Rankes Bezeichnung der Kavernen als „relativ gleichgültig“ für den „zyklischen“ Ablauf der Tuberkulose hingewiesen zu werden, der Kavernen, deren große Bedeutung für den natürlichen Ablauf lange vor Ranke klar zutage gelegen hat. Indem Ranke, statt von dem Verlauf der Krankheit auszugehen, die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Methode als Grundlage wählte und mit einer anfechtbaren allgemeinen Pathologie, mit unzuverlässigen Ergebnissen der experimentellen Methodik auf dem Gebiete der Immunität und Allergie ein Ganzes mit stark teleologischer Fassung hinstellte, mußte ein künstliches logisch unbefriedigendes System entstehen, das der Wirklichkeit nicht entspricht. Die so verständliche Sehnsucht der Zeit, an die Stelle des Chaos einen Kosmos zu setzen, und der Geist der Zeit, der induktiver und kausaler Forschung die bequemere naturphilosophische, insbesondere teleologische Spekulation vorzieht, haben es erreicht, daß die Mängel des Rankeschen Systems vielen bis auf den heutigen Tag verborgen geblieben sind.

In einer früheren, gleichfalls auf sehr umfangreichen anatomischen Untersuchungen fußenden Abhandlung hat Verfasser auf den bedeutsamen Einfluß des Lebensalters auf den Ablauf des tuberkulösen Prozesses aufmerksam gemacht. Wenn der Einfluß des Lebensalters auf den Ablauf der Tuberkulose in der Gegenwart verkannt, oder nur da, wo er am prägnantesten ist, für das Säuglingsalter, allenfalls noch für das Greisenalter zugegeben wird, so liegt das darin, daß sich ihm niemand mit ausreichenden Untersuchungen gewidmet hat, die sich auf alle Lebensalter beziehen. Solche Untersuchungen liegen nun vor und widerlegen die völlig ungenügend gestützte Behauptung Rankes, daß „die wesentlichen Züge des Ablaufs der primären und sekundären Tuberkulose unabhängig vom Lebensalter sind“. Der Einfluß des Lebensalters auf viele, auch infektiöse Krankheiten, die nicht aufgezählt zu werden brauchen, steht fest und ist allgemein anerkannt. Verfasser vertritt den Standpunkt, daß das Problem des Einflusses des Lebensalters dem der Immunität und Anaphylaxie an Dignität in keiner Weise nachsteht.

Die beiden vorliegenden Mitteilungen, die Verfasser als Ganzes aufgefaßt wissen möchte, sind die erste Nachprüfung der Rankeschen Stadienlehre, zwölf Jahre nachdem sie ins Leben getreten ist. Auch die beiden neuesten Darstellungen der Lehre von der Tuberkulose von Pagel und von Huebschmann haben es versäumt,

sich die einzig brauchbare Grundlage zur Kritik des Rankeschen Systems zu verschaffen, die in der systematischen Nachprüfung seiner Befunde an einem größeren Material besteht, als Ranke es verwandt hat. Verfasser glaubt, daß es an der Zeit ist, naturphilosophische, im besonderen teleologische Voraussetzungen, Begriffe, Erklärungen und Bilder als wertlos aufzugeben und den mühseligern, aber letzten Endes Bleibendes versprechenden Weg der induktiven naturwissenschaftlichen Forschung und der rein kausalen Erklärung zu verfolgen.

Z w e r g, Coswig.

2005.

Hausmann, Th. O., Die Erkennung verborgener Tuberkuloseformen im zweiten Rankeschen Stadium mit Hilfe der Präzisionsperkussion unter Kontrolle der Kochschen Tuberkuloseprobe. (Ter. Arch. russ., 6., H. 5., S. 419—445.) Verborgene Tuberkulose wird bei Erwachsenen häufig angetroffen. Diese Kranken suchen die Klinik wegen ganz anderer Leiden auf, und es gelingt erst nach einer sorgfältigen Untersuchung, den tuberkulösen Charakter der Erkrankung festzustellen. Verschiedene dyspeptische Erscheinungen mit Achylie oder Hypersekretion, Schmerzgefühle in der Bauchgegend, am häufigsten im Epigastrium, unterhalb des rechten Rippenbogens bzw. in der Ileokölalgegend, die ein Geschwür, Cholezystopathie oder Appendizitis vortäuschen, enterokolitische Erscheinungen, Kardinalsymptome jeder Art, wie Arrhythmie, Herzneurose, Myokarditiden mit oder ohne Herzverweiterung, Blutarmut, Neuropathie, Kopfschmerzen, auf Funktionsstörungen innersekretorischer Drüsen hinweisende Erscheinungen usw. usw. — dies ist ein kurzer, jedoch bei weitem nicht vollständiger Abriß der Erkrankungen, die durch eine verborgene Lungentuberkulose hervorgerufen werden können. Gewöhnlich handelt es sich hier um eine Tuberkuloseform, die mit der sogenannten juvenilen Tuberkulose Erwachsener identisch ist und dem zweiten Rankeschen Stadium, resp. der Kombination des ersten und zweiten, angehört. In solchen Fällen gelingt es mittels einer genauen Perkussion, die intraskapuläre Dämpfung (Krämersche Dämpfung), die sich manchmal schmetterlingförmig nach unten außen ausbreitet, nachzuweisen. Die Krämersche Dämpfung entspricht den Tracheobronchialdrüsen, während die unteren Flügel der schmetterlingförmigen Dämpfung durch Vergrößerung der Bronchopulmonaldrüsen, also des Hilus, bedingt werden. Die Schwellung der Trachealdrüsen im vorderen Mediastinum kann man nicht selten durch einen Dämpfungsstreifen neben dem Sternum, der eine Aortadilatation vortäuscht, nachweisen. Häufig sind auch Dämpfungen, die durch Hilusdrüsen bedingt sind, dem Herzrande entlang beiderseits vorhanden. Alle diese Dämpfungen deuten nach H. in den meisten Fällen auf tuberkulöse Lymphadenitis hin. Zu ihrer Aufdeckung sind die üblichen Perkussionsmethoden ungeeignet. Dagegen führt die vom Verfasser seinerzeit beschriebene (Arch. f. klin. Med. 1925) Kuppenrandperkussion — eine Perkussion mit Hilfe der kleinflächigen Perkussion auf dem Randende des winklig aufgesetzten Fingers — stets zum Ziel. Autopsische Befunde bestätigen stets die Perkussionsbefunde. Die Röntgenkontrolle ist hier ungeeignet, da die im Mittelfelde liegenden Krämerschen Dämpfungen auch durch die beste Aufnahme nicht deutlich genug gemacht werden können. Nach Alttuberkulininjektionen konnte Verfasser Vergrößerung der oben erwähnten Dämpfungen perkutorisch nachweisen, was dafür spricht, daß 1. diese Dämpfungen nicht durch die Muskeln, wie manche Autoren annehmen, sondern durch Drüsen hervorgerufen werden, und 2. hier ein aktives, auf Tuberkulin reagierendes tuberkulöses Gewebe vorhanden ist.

E. Kontorowitsch.

2006.

Baden, K., Die Beziehungen des sogenannten Frühinfiltrats zur Phthiseogenese. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 4.) Versteht man unter einem Frühinfiltrat im Gegensatz zu all den anderen infiltrativen Prozessen eine intrapulmonal abgegrenzte perifokal entzündliche Infiltration, die als eine im bisher freien Lungengewebe erfolgende tuberkulöse Neuherdbildung aufzufassen ist, so wird bei den Grenzen des Röntgenverfahrens die Diagnose des Frühinfiltrats stets eine zweifelhafte bleiben. Man kann weder mit Sicherheit ausschließen, daß es sich bei der Mehrzahl der Frühinfiltrate um eine Spitzenherdmetastase handelt, noch daß eine Exazerbation eines alten Lungenherdes vorliegt. Mit dieser diagnostischen Unsicherheit fällt aber die Diagnose des Frühinfiltrats in sich zusammen. Man kann nur noch von einem Infiltrat, besser noch von kollateraler Entzündung sprechen. Damit wäre man wieder bei der Auffassung angelangt, die die Schullehre immer von diesen Prozessen gehabt hat. Neuere Ansichten werden dieser Folgerung entgegengehalten, daß ein Frühinfiltrat ja auch bei bestehenden Spitzennarben auftreten könne. In der Tat sind die meisten Frühinfiltrate nicht im bisher freien Lungengewebe festgestellt worden, sondern sehr oft bei alten Spitzennarben. Es fehlt aber bisher der Nachweis, daß aus jenen Spitzennarben nicht

infraklavikuläre Metastasen entstanden sein können, die dann ihrerseits eine perifokale Entzündung hervorrufen. Die Gutartigkeit der Spitzenprozesse ist zahlenmäßig nicht so groß, wie es nach den Statistiken einiger neuerer Autoren anzunehmen ist (nur 7% sollen danach fortschreiten). Verfasser fand unter 71 Spitzenfällen 5,7% an Lungentuberkulose gestorben, 21% fortschreitend erkrankt. (Er rechnet jedoch die Lungenspitze bis zur 2. vorderen Rippe! Ref.) — Daß es infiltrative Herde gibt, ohne Metastasierung von der Spitze aus, kann nicht bestritten werden. Vorläufig ist aber der Beweis als nicht erbracht anzusehen, daß derartige Prozesse häufig sind. Unter 1500 Röntgenbildern fand Verfasser 32 Frühinfiltrate. Bei eingehender Analyse der Anamnese und des physikalischen Befundes entpuppten sich jedoch 29 von diesen 32 als Nichtfrühinfiltrate!

Zusammenfassend äußert sich Verfasser, ein Schüler Schröders, daß die neue Lehre noch keineswegs als gesichert gelten kann. Sowohl die Begründung dieser Anschauungen durch statistischen Nachweis der Gutartigkeit der Spitzentuberkulose als auch durch die Röntgenbefunde ist unsicher. Auf der anderen Seite finden sich pathologisch-anatomisch, klinisch und röntgenologisch übereinstimmend sichere Anhaltspunkte für die Auffassung der häufigen Entstehung der Lungentuberkulose des Erwachsenen aus Spitzenherden. Das sogenannte Frühinfiltrat ist eine akute Wendung im Verlauf dieser Krankheit. „Wie oft die Phthise von Frühinfiltraten ausgeht, ist jetzt noch nicht bestimmt zu beantworten“ (Assmann). Während aber Assmann annimmt, daß dies häufig der Fall ist, stellt Verfasser fest, daß dieser Annahme bisher eine den wissenschaftlichen Anforderungen genügende Stütze fehlt.

Z w e r g, Coswig.

2007.

Pinner, M., Die Kaverne bei der Lungentuberkulose; röntgenologische und anatomische Untersuchungen: Fallbericht. (Amer. J. Röntg. Rad. Ther., 20., 6, 1928.) Lungenkavernen mit einem Durchmesser von ungefähr 2 bis 3 cm ab, welche nicht durch chirurgische Maßnahmen verodet werden, gefährden ihre Träger durch Blutungen, mehr noch durch Aussaat bei irgendwelchen interkurrenten Erkrankungen. Im Wesentlichen ist Gräffs Ausspruch heute noch gültig, daß die tuberkulöse Kaverne das Todesurteil für ihren Träger bedeutet. Röntgenologisch können wir drei Kavernentypen unterscheiden. 1. Kleine multiple Höhlen in verdichtetem, infiltriertem Parenchym: Mottenfraßherde. 2. Scharf umschriebene, meist vollständig runde oder leicht ovale Kavernen, sei es mit starker perifokaler Infiltration oder mit dünnen, klar gezeichneten Grenzen. 3. Unregelmäßig gestaltete Höhlen mit dichten Wänden, welche oft groteske Irregularitäten aufweisen. Der erste Typ verrät eine schlechte Abwehrkonstitution, der zweite Typ verrät den beginnenden Widerstand gegen eine akute Erkrankung, ein Zustand extrem labiler Balance im Kampfe angreifender Organismen und abwehrendem Wirt. Man kann annehmen, daß er mehr zugunsten der ersteren steht in Fällen von Höhlenbildung mit breiter exsudativer Zone, mehr zugunsten des Menschen bei scharf begrenzter, dünnwandiger Höhle. Die fibröse Höhle ist ein Zeichen chronischer Manifestation mit langsamem Fortschritt oder Stillstand des Leidens. Da Fortschritt und Heilung am selben Patienten zur Beobachtung kommen, können die Zustände des Lungengewebes nicht als Ausdruck eines immunbiologischen Stadiums aufgefaßt werden. Der erste Kavernentyp erfordert sofortige Kollapstherapie, der zweite kurzfristige Beobachtung, da er raschem Wechsel unterworfen ist. Fibröse Entwicklung zeigt sich röntgenologisch an, durch den Rückgang der diffusen Erscheinungen, es kommt zu dünnen, bandförmigen Schatten, ferner werden die regulären runden Kavernenformen mehr unregelmäßig, scharfwinklig, es entwickeln sich Einschnitte. Mit fortschreitender Umwandlung der Wände runder Kavernen in fibröses Gewebe nimmt die Neigung zu Kollapieren ab, so daß nur geringe Aussicht auf spontane Heilung besteht. Heilt eine solche Kaverne je spontan, so ist es durch Bildung einer sternförmigen Narbe, welche sich von der strichförmigen runden Kaverne im Röntgenbild unterscheiden läßt.

J. Kottmaier, Mainz.

2008.

Schmoe, F., Ueber die Phthise der subpleuralen Lymphknoten. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 4.) Die subpleuralen Lymphknoten sind als wichtigstes Verbindungsglied zwischen oberflächlichem und tiefem Lymphgefäßsystem der Lunge eingeschaltet und stellen gleichzeitig eine letzte, aber starke Barriere an der Grenze zwischen großem und kleinem Kreislauf dar. Durch diese Beziehungen zum Blut- und Lymphgefäßsystem der Lunge beteiligen sich die subpleuralen Lymphknoten zwangsläufig an dem Abwehrkampf gegen die in die Lungen eingedrungenen Tuberkelbazillen. Die einem aerogen entstandenen subpleuralen Primäraffekt der Lunge benachbart liegende subpleurale Lymphdrüse kann von diesem

Hierd aus als erste Etappe des pleuropulmonalen Lymphdrüsen-systems lymphogen phthisisch infiziert werden. Das System der subpleuralen Lymphdrüsen wird außerdem in viel größerem Um-fange auf hämatogenem Wege im Verlauf einer endogenen lympho-glanulären Exazerbation des aufflackernden Lymphdrüsenherdes des Primäraffekts phthisisch infiziert, d. h. im Verlauf einer endo-genen Reininfektion. Während die im Verlauf des sich entwickeln-den Lungenprimäraffekts phthisisch infizierte subpleurale Lymph-drüse in diesem Falle als Durchgangsstation für das Virus dient, blockiert sie im Falle der hämatogenen Reininfektion der Lunge die in sie eingeschwemmten Tuberkelbazillen und bewahrt das Individuum damit vor dem Eindringen der Erreger in den großen Kreislauf.

Zwerg, Coswig.

2009.

Valls, José, und Valentin C. Girardi. Die Sero-reaktion mittels der Vernes'schen Flokulationsmethode bei Knochen-Gelenktuberkulose. (Rev. med. lat.-amer., 14., 161.) (Italienisches Krankenhaus, Buenos-Aires.) Auf Grund von Beobachtungen in 90 Fällen stellen die Verfasser fest, daß die Anstellung dieser Reaktion in zweifelhaften Fällen von Tuberkulose der Knochen oder Gelenke, diese als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel erschei-nen läßt. Die besondere Bedeutung der Reaktion liegt darin, daß ihr Ausfall stets mit dem Krankheitsverlauf parallel geht, so daß aus dem Grade der Reaktion auf eine Besserung oder Verschlim-merung des Krankheitsverlaufs geschlossen werden kann. Nicht zuverlässig ist die Reaktion bei initialen Formen oder solchen, bei welchen es sich um die Lokalisation mit kleinem Herde handelt.

Askenasy, Wien.

2010.

Calmette, A., Tuberkulinallergie und Tuberkuloseimmuni-tät. (Z. Tbk., 53., Nr. 3.) Das Dogma der Wiener Schule, daß es keine Tuberkuloseimmunität ohne Tuberkulinallergie gäbe, muß fallengelassen werden. Nach der Schutzimpfung mittels BCG ist in vielen Fällen eine Tuberkulinallergie nicht festzustellen, jeden-falls nicht bei der üblichen einmaligen Prüfung. Bei wiederholt angestellten Kutan- oder Intrakutanreaktionen bei den stomachal mit BCG geimpften Kindern wird die Tuberkulinempfindlichkeit viel häufiger angetroffen, als man zuerst behauptet hatte. Die ausgezeichneten Erfolge der BCG-Impfung in Frankreich und an-deren Ländern stellen es außer jeden Zweifel, daß es eine ganze Reihe von Jahren anhaltende Tuberkuloseimmunität gibt, ohne daß es in jedem Falle gelungen wäre, die Tuberkulinallergie festzu-stellen.

Zwerg, Coswig.

2011.

Prausnitz, Carl. Neuere Wege zur Schutzimpfung gegen Tuberkulose. (Med. Welt, 14, 1929.) (Hygienisches Institut der Universität Breslau.) Mit der zunehmenden Zahl von Unter-suchern nimmt der Zweifel an der Unschädlichkeit des BCG („Bacille Calmette-Guérin“) immer mehr ab. Man kann die orale Verabreichung von je 20 mg lebender Kultur an drei verschiedenen Tagen beim Säugling als ungefährlich betrachten. Die subkutane Injektion (Dosen von 0,025 — 0,05 mg) ist für ältere Kinder und Erwachsene unbedenklich, wenn noch keine tuberkulöse Infektion besteht. Am Rind scheint die subkutane BCG-Impfung einen er-heblichen, wenn auch nicht absoluten Schutz gegen tuberkulöse Erkrankung zu bieten. Beim Menschen liegen zur Beurteilung der oralen Impfung noch nicht genügend genau kontrollierte Fälle vor, um eine statistische Beurteilung zu ermöglichen; immerhin er-scheint das Verfahren aussichtsvoll. Die subkutane Impfung hat in einer kleinen Gruppe von Personen, welche durch ihren Beruf besonders gefährdet ist, einen ausgesprochenen, hohen Schutz gewährt.

L. Gordon, Berlin.

2012.

Siegel, H., Kalkinhalation bei Lungentuberkulose nach dem System Lex-Zeyen. (Z. Tbk., 53., 3.) Von insgesamt sieben (! Ref.) mit Kalkinhalationen nach dem System Lex-Zeyen (Gips und ge-brannter Kalk) behandelten Fällen wurden vier mit, drei Fälle ohne Erfolg behandelt. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen mußte die Behandlung gleich nach Beginn wieder aufgegeben werden wegen heftiger Reizbeschwerden von seiten des Kehlkopfes, Rachens bzw. der Bronchialschleimhäute. Trotzdem wird die Be-handlungsmethode vom Verfasser empfohlen. Zwerg, Coswig.

2013.

Koontz, A. R., Senfgas und Tuberkulose. Eine Experimen-talstudie. (Arch. Int. Med., 43., Heft 1.) (Pathol. Sect., Med. Res. Div., Chemic. Warfare Serv., Edgewood Arsenal.) Das im Welt-krieg verwandte Senfgas, von dem man sowohl in Aerzte- wie in Laienkreisen noch heute vielfach annimmt, daß es Lungentuber-kulose der befallenen Soldaten verursacht, hat nach des Verfassers Untersuchungen diese Wirkung bestimmt nicht.

Die klinischen Beobachtungen an gasvergifteten Soldaten, die Koontz 1927 zusammengestellt hat (Arch. Int. Med., 39., p. 833), liefern „einen erdrückenden Beweis“, daß die Vergasung keine Prädisposition für Lungentuberkulose schafft. Das gleiche Resul-tat liefern die jetzt vom Verfasser angestellten Tierexperimente. 186 Kaninchen wurden mit virulenten Tuberkelbazillen in gleicher Weise geimpft, die eine Hälfte eine Stunde lang mit Senfgas „ver-gast“. Die Autopsie nach 6 bis 10 Wochen ergab, daß 64% der vergasteten und 83% der nicht vergasteten Tiere Lungentuberkulose hatten. Die tuberkulösen Prozesse waren sogar bei den Kontroll-tieren noch ausgedehnter, so daß man dem Senfgas geradezu einen inhibitorischen Effekt auf die Entwicklung der Tuberkulose in der Lunge zuschreiben muß.

Zegla.

Kinderheilkunde

2014.

Vozza, E., Die durch das Bakterium coli hervorgerufene Augenentzündung des Neugeborenen als Komplikation der Pylitis gravidarum. (Ann. di Ostetr. e Gyn., 51. Jahrg., Nr. 3.) (Geb. gyn. Klinik der kgl. Univ. in Mailand.) 3 Fälle von Ophthalmie bei Neugeborenen von Müttern mit Pyelonephritis graviditatis. Ge-meinsame Ursache Bacterium coli. Eindringen von kolihaltigem Urin in den Geburtsschlauch und Infektion der Augen beim Durch-tritte des Kindes. Prophylaxe durch rigorose und systematische Einträufelung einer 4%igen Protargollösung in den Bindehautsack des Neugeborenen. Prognose günstig.

L. Szamek, Wien.

2015.

Nachtnebel, Ö., Ueber die Meningitis der Neugeborenen. (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 4, 1929.) Autoptische Befunde von 5 Fällen, in denen die Erreger stets Pneumokokken waren. Das Lebensalter der Neugeborenen wechselte von 8 Stunden bis 18 Stun-den bzw. 10 Tagen. Die Infektion kann intrauterin, intra partum, post partum zustandekommen. In 3 Fällen ging die Infektion vom Nasenrachenraum aus. Von 5 Fällen kamen dreimal Typhus II, zweimal Typus III vor. Der autoptische Befund ist nicht kenn-zeichnend, Exsudat bildet sich kaum, die Diagnose wird nur durch bakteriologische und histologische Untersuchung gesichert.

Rob. Klopstock, Sommerfeld, Osth.

2016.

Funkhouser, L., und R. Dickson, Positiver Liquor-wassermann bei Neugeborenen. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1928.) Es wurden die Neugeborenen der farbigen Abteilung, deren Liquor-wassermann vielfach positiv war, hinsichtlich ihrer Vorgeschichte und des weiteren Krankheitsverlaufes untersucht. Von 60% Ge-burten einer Negerbevölkerung von 75 000, die in der Klinik stattfanden, wurden 30% als syphilitisch erkannt. Vierfach positiven Wassermann wiesen 73 Kinder auf. 29 waren Erstgeburten, 18 der Mütter hatten eine oder mehrere Totgeburten, 19 Mütter hatten eine oder mehrere normale Geburten, 5 hatten Aborte, 19 Früh-geburten. Von den Kindern lebten 9. Unter den Todesfällen war eine ausgetragene Totgeburt, 10 waren Frühgeburten, 11 starben, 51 lebten noch, als sie das Spital verließen. Das Durchschnitts-gewicht war 6 Pfund, 5 Unzen (etwa 2250 g). Die Behandlung der Mütter war unregelmäßig und konnte nicht genau festgestellt werden. Sie hatte wahrscheinlich wenig Einfluß auf die Wasser-mannreaktion der Kinder. 53 Mütter, die beim Eintritt positiven Blutbefund zeigten, wurden vor der Geburt negativ, um beim Ein-tritt derselben wieder positiv zu werden. 19 Mütter waren und blieben negativ. Der Sinuswassermann wurde in 32 Fällen ge-macht. Sieben reagierten positiv. Krankheitsanzeichen bei der Geburt waren in 24 Fällen vorhanden, hauptsächlich Hauterschei-nungen, Schniefnase, Blutungen und Milztumor. Die Spätsymptome sind wahrscheinlich wertlos. Von 8 sezierten Fällen zeigte einer Verdickung der Thymuskapsel mit Spirochäten im Gewebe. Bei 2 Fällen fand sich tentorielle Hämorrhagie, in allen übrigen Fällen konnten Spirochäten nachgewiesen werden. Von 24 Plazenten zeigten 10 positiven Befund. Die syphilitischen Erscheinungen be-standen darin, daß 1. die Zotten gleichmäßig erweitert und eng zu-sammengepackt waren; 2. waren die intervillösen Räume ver-kleinert; 3. die Dichte des Stromas und der Stromazellen war ver-größert; 4. die Gefäße der Zotten zeigten Verminderung.

E. Kottmaier, Mainz.

2017.

Gerstenberger, J. Henry, und J. J. Hartmann. Quarzlampebestrahlung bei menschlicher Rachitis und rachitischer Spasmophille. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 5, 1929.) Wie Beobach-tungen an 13 rachitischen und spasmophilen Kindern im Alter von 2 bis 24 Monaten ergaben, sind wöchentlich einmal vorgenommene Bestrahlungen von der Stärke 1 Erythemeneinheit (d. i. nach Rost

und Keller eine Bestrahlungsdauer von 10 Minuten bei 80 cm Entfernung, Rücken- oder Bauchseite, oder 5 Minuten Rücken- und 5 Minuten Bauchseite) vollkommen ausreichend, um eine Heilung der Rachitis in dem gleichen Zeitraum herbeizuführen, wie die vielfach noch üblichen häufigeren Bestrahlungen.

Im Gegensatz zu den Mitteilungen anderer Autoren (Huld-Schinsky, Kroetz, Falkenheim und György) konnte Verfasser keine Zunahme der spasmophilen Erscheinungen beobachten, sondern eher eine Abnahme und völliges Verschwinden derselben innerhalb weniger Wochen feststellen. Eine Zunahme des Zeitraumes, nach Ablauf dessen die Kathoden-O.-Z. größer war als 5, war bei Einhaltung dieses Behandlungsschemas bei rachitischen Säuglingen mit spasmophilen Symptomen nicht zu verzeichnen. Der Erfolg der Behandlung wurde bei allen Kindern durch wöchentliche Röntgenaufnahmen und wiederholt vorgenommene Kalk- und Phosphorbestimmungen kontrolliert.

L. Büchler, Wien.

2018.

Tisdall und Braun, **Sonnenbestrahlung und ihre antirachitische Wirkung.** (Canad. Med. J., 1929, Nr. 3.) Die für Verhütung und Heilung der Rachitis wirksamen ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes liegen auf einer Wellenlänge von 290—313 Millimikrom., also auf einer sehr eng begrenzten Zone der kürzesten ultravioletten Strahlen, während die übrigen zwischen 320—380 gelegenen Strahlen ohne Einfluß auf die Erkrankung sind. Die Intensität der Einwirkung nimmt außerordentlich im Bereich der kürzesten Wellen zu, so daß bei 290 Millimikrom. der Einfluß um eine Million stärker ist wie bei 315 Millimikrom. Diese Strahlen erreichen aber die Erde nur bei einem gewissen Hochstand der Sonne, für den sich der Einfallswinkel genau errechnen läßt. Sonnenstrahlen am frühen Morgen sowie am Spätnachmittag sowie in den Wintermonaten, wenn die Sonne tief am Himmel steht, haben einen größeren Teil der Atmosphäre zu durchdringen als zur Mittagszeit oder in Sommermonaten und gehen dabei der wirksamen ultravioletten Strahlen verlustig. Die antirachitische Wirkung des Sonnenlichtes ist demnach unmittelbar abhängig vom jeweiligen Sonnenstand.

Nachgewiesen wurde dies tierexperimentell an der Universität Toronto (Kanada). Sämtliche Versuchstiere (Ratten) wurden mit rachitogener Kost gefüttert. Die Tiere wurden zunächst in verschiedenen Jahreszeiten — Februar, März und Oktober 1927 sowie Februar, März 1928 — je 2 Stunden für die Dauer von 4 Wochen der Mittagssonne exponiert. Es ergab sich eine erhebliche Steigerung im Prozentgehalt im anorganischen Blutphosphor und der Knochenasche im Frühling gegenüber dem Herbst, die jedoch gering erscheint gegenüber der für den jeweiligen Sonnenstand errechneten Tagesschwankungen im März 1928. 8 Serien von je 4 Versuchstieren wurden je 2 Stunden zu verschiedenen Tageszeiten exponiert, für die die Sonnenhöhe mit 25, 30, 35, 40 und 45 Grad berechnet wurde. Es ergab sich, daß erst von 35 Grad aufwärts eine deutliche antirachitische Einwirkung im Sinne gesteigerter Mengen von anorganischem Phosphor und Knochenasche nachweisbar war. Daraus wird geschlossen, daß erst bei einem Sonnenstand von 35 Grad die wirksamen antirachitischen Ultraviolettstrahlen im Bereich von 302—294 Millimikrom. zum Durchbruch gelangen können. Eine Bestätigung dieser Anschauung findet sich bei Uebersicht der geographischen Verbreitung der Rachitis. Dieselbe findet sich fast gar nicht oder nur in ganz milder Form in Plätzen, wo das Minimum der Sonnenhöhe nicht unter 35 Grad liegt.

Ernste und schwere Fälle von Rachitis finden sich in solchen Städten, wo die Sonnenhöhe einige Monate im Jahre unterhalb 35 Grad liegt.

Demnach kann sich für jede Stadt der Welt der Zeitabschnitt des Jahres genau errechnen lassen, der die Entwicklung von Rachitis begünstigt.

Fritz Kaufmann.

2019.

Thursfield, A., **Thymusasthma.** (Canad. Medic. J. 3., 1929.) Bereits 1830 wurde von Kopp für gewisse Fälle von paroxysmaler Dyspnoe des frühesten Kindesalters der Ausdruck Thymusasthma geprägt, den man später auch mit Kopp-Asthma bezeichnete. Im Laufe der Zeit wurde diese Anschauung stark bekämpft, insbesondere 30 Jahre später von Friedleben, und in neuester Zeit bei fortschreitender Kenntnis über Pathologie und Physiologie der Thymusdrüse wurde das Problem neu aufgegriffen. Verf. stellt an Hand klinischen Materials folgende Punkte zur Diskussion: 1. Was ist das Kennzeichen für Thymushyperplasie als Ursache schwerer kindlicher Dyspnoe und was für Symptome sprechen für das Vorhandensein einer gefährlichen Drüsenvergrößerung? 2. Wie sind die Resultate operativer Behandlung? 3. Ist Operation oder andere Art der Behandlung das zweckmäßige? Die Beantwortung der ersten Frage ist vom rein anatomischen Standpunkte nicht möglich. Bekanntlich ist das Durchschnittsgewicht der Thymusdrüse im ersten Lebensjahr 15 g, wobei Schwankungen

bei gesunden Kindern zwischen 6—40 g noch zur Norm gehören. Da in zahlreichen Fällen weder durch Operation noch durch postmortale Inspektion bei angenommenen Thymusasthma-Kontrollen über Größe und Gewicht der Thymusdrüse vorliegen, so ist die Frage ätiologisch schwer zu erklären. Aber auch bei erheblicher Hyperplasie ist die Auffassung abzulehnen, daß die vergrößerte Drüse etwa rein mechanisch durch Druck zur Abflachung und Einengung der Trachea führen könnte. Dazu ist das Thymusgewebe viel zu zart und zu weich. Ueberdies hat sich bei den rätselhaften Fällen von Thymustod erwiesen, daß es sich nicht um eine letale respiratorische Schwäche, sondern stets um eine akute Herzschwäche handelte.

Operative Heilerfolge, die von Parker und Ollivier in Fällen höchster Atemnot durch Thymektomie berichtet werden, rechtfertigen die Bezeichnung von Thymusasthma für ein sehr kleines Gebiet infantiler Dyspnoe, das durch folgende Symptome gekennzeichnet ist: Klinisch: Kontinuierliche oder intermittierende Dyspnoe, Zyanose und Stridor. Physikalisch: 1. Protusion im Gebiet des Manubrium sterni. 2. Palpation der vergrößerten Drüse bei tiefster Inspiration über der Sternaalgrube. 3. Dämpfung beiderseits des Manubriums im 1. und 2. I. C., besonders nach links. Röntgenologischer Schatten in dem betreffenden Gebiet. Die beiden ersten Symptome sind allerdings sehr selten. — Eigene Beobachtungen des Verf. führen zu dem Ergebnis, daß Thymusvergrößerungen durch entzündliche Prozesse bedingt werden, die entweder zur ödematösen Schwellung oder zu Abszeßbildung führen, wie dies in einem Fall von Pneumokokkenexsudat der Thymusdrüse nachgewiesen wurde. Sehr häufig ist weniger die Thymus, als vielmehr vergrößerte, tuberkulöse Drüsen im oberen Mediastinum Ursache der Dyspnoe. In den von Parker und Ollivier angegebenen Fällen von Thymektomien sind fast stets erheblich vergrößerte tuberkulöse Drüsen festgestellt worden. Die günstigen Erfolge durch Strahlenbehandlung ist weniger auf Beeinflussung der Thymusdrüse als auf das chronisch entzündliche lymphatische Drüsengewebe zurückzuführen. Infolge der meist bestehenden tuberkulösen Infektion ist die Mortalität bei Thymektomie außerordentlich groß. Von 39 Fällen starben bei Ollivier 15, bei Parker von 50 Fällen 17. Bei der Gefährlichkeit operativer Behandlung warnt Verf., die Thymektomie nur in Fällen strengster Indikation und bei lebensbedrohender Dyspnoe anzuwenden und sich im übrigen auf die Strahlenbehandlung zu beschränken.

Fritz Kaufmann.

2020.

Pfaff, W., **Der Ablauf der kindlichen Lungentuberkulose im Röntgenbild, unter besonderer Berücksichtigung der perifokalen Entzündung.** (Beitr. Klin. Tbk., 74., 4.) Im Kindesalter entstehen die Bilder der fortgeschrittenen offenen Lungentuberkulose in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus ursprünglich hämatogen entstandenen Oberfeldprozessen, die mit Infiltratbildung beginnen. Kommt es nicht in direkter Weiterentwicklung aus diesen Befunden auf dem Umweg über eine streuende Kaverne zum raschen Fortschreiten des Prozesses in apiko-kaudaler Richtung, so ist in den Altersklassen 9 bis 14 Jahren, besonders beim weiblichen Geschlecht, infolge Aufflammens dieser alten Herde erneut mit dieser Entwicklung zu rechnen, die in fast allen nicht chirurgisch behandelten Fällen dieser Altersstufen in wenigen Jahren zum Exitus führt.

Zwerg, Coswig.

Mund- und Kiefererkrankungen

2021.

Wakeley, Cecil P. G., **Entstehung und Behandlung der Speichelsteine.** (Lancet, 216., 5510.) Die Steine der Ohrspeicheldrüse werden meistens im Ausführungsgang derselben gefunden. Bei prämassesterischem Sitz Inzision von der Mundschleimhaut aus, sonst Hautschnitt. Bei submaxillaren Steinen häufigster Sitz in der Drüse selbst; in solchen Fällen ist man zur Exstirpation der Drüse gezwungen. Sitz der Stein im Duktus, dann Schleimhautschnitt in Lokalanästhesie. Bei bukkaler Schnittführung muß man mit der Möglichkeit einer sekundären Infektion durch die zahlreichen Mundbakterien rechnen.

Ashkenasy, Wien.

2021a.

Hauenstein, K., **Die entzündlichen Erkrankungen im Canalis nasopalatinus.** (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 8. 1929.) (Chirurg. Abtlg. der Zahnärztlichen Universitäts-Poliklinik Erlangen.) Die entzündlichen Erkrankungen im Canalis nasopalatinus sind als ein gut umgrenztes, besonderes Krankheitsbild zu werten, und dabei ist eine einfache Form von der sekretorischen zu unterscheiden. Es gibt eine gingivale, eine dentale und eine nasale Infektionsmöglichkeit, wobei die erstere die weitaus häufigste ist. Alle entzündlichen Erkrankungen des Zahnfleisches, besonders die Stomatitis ulcerosa, aber auch alle Arten von Paradentosen spielen hier eine Rolle.

Ebenso sind Traumen, wie sie durch eingespießte Knochenstücken, Borsten der Zahnbürste, Teilchen von Zahnstochern verursacht sind, in Bertacht zu ziehen. Jedesmal handelt es sich dann um eine fortschreitende Entzündung entweder der Zahnfleischtasche oder der Papille nach dem Kanal hin. Klinisch findet man bei der einfachen Form in der Gegend der Papilla incisiva superior eine wurstförmige, noch oben und unten verjüngte Vorwölbung, die im akuten Stadium eine schwammige, im chronischen eine derbere Konsistenz besitzt. Bei der sekretorischen Form ist in den Entzündungsprozeß auch die Umgebung der Papille mit einbegriffen. Das Ligamentum circulare ist dabei vollkommen aufgelockert, und die Papille samt dem benachbarten Zahnfleisch läßt sich gut abheben; auf Druck kann sich seröse, salzige oder auch dünnflüssige, eitrige Flüssigkeit entleeren. Die subjektiven Symptome der Erkrankung sind je nach dem Stadium verschieden. Im akuten Stadium wird oft über unbestimmte, ziehende Schmerzen geklagt, die auch ausstrahlen können, ebenso über Schmerzhaftigkeit beim Berühren mit der Zunge und beim Kauen. Später ist es wohl mehr das Gefühl eines Fremdkörpers, als der die geschwollene Papille imponiert, das unangenehm wahrgenommen wird. Therapeutisch läßt sich die einfache Form wegen der schlechteren Zugängigkeit für medikamentöse Behandlung schwerer beeinflussen. Neben der üblichen Behandlung mit Chlorphenol oder 8prozentiger Chromsäure, die mit Hilfe einer wattebeschildeten Donaldsonnadel in den Kanal eingeführt wird, ist besonders Lichttherapie (Solluxlampe) zu empfehlen. In hartnäckigen Fällen wäre an eine Röntgenbestrahlung mit kleiner Dosis (Reizdosis, etwa 8–15% der HED.) zu denken.

L. Gordon, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

2022.

von Wendt, Georg, Zur Biologie der Jodverbindungen. (Med. Welt, 15., 1929.) Kleinste Kupferjodmengen (Cu_2J_2) üben einen sofortigen und erstaunlich kräftigen Einfluß auf die assimilatorischen Prozesse bei der durch Mangel an den fettlöslichen Vitamingruppen hervorgerufenen Avitaminosen, also in erster Linie beim Mangel an A- und D-Vitamingruppen, aus. Ein Optimum der Wirkung scheint bei Gaben zwischen 0,15 und 0,25 mg je 100 g Ratte zu liegen. Bei steigenden Dosen verschwindet die günstige Wirkung bald, und es stellt sich eine toxische Wirkung ein. Ist die assimilatorische Depression so weit gediehen, daß man einen völligen Gewichtsstillstand vor sich hat, besteht aber noch nicht Xerophthalmie, so wirkt Kupferjodür offenbar vorbeugend.

L. Gordon, Berlin.

2023.

Zimmer, Heinrich, Ueber den Einfluß des biologisch-aktiven Eisenpräparates „Siderac“ auf den Lungengaswechsel des Menschen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 12, S. 482.) In 6 von 10 untersuchten Fällen konnte am Ende der Sideracperiode eine Steigerung des Ruhegrundumsatzes festgestellt werden. Wenn auch diese Grundumsatzveränderungen sich nur innerhalb einer geringen Breite (maximal 12%) bewegen, so glaubt Verfasser bei der gleichsinnigen Aenderung des Grundumsatzes in allen 6 Fällen auf eine Wirkung des Sideracs schließen zu können. Dabei scheint eine derartige Stoffwechselwirkung des Siderac besonders leicht in solchen Fällen einzutreten, wo der Ruhegrundumsatz schon in der Vorperiode mehr oder minder nach oben oder unten von dem Normalwert abweicht. Wenn man berücksichtigt, daß Abweichungen vom normalen Grundumsatz vorwiegend auf Störungen des innersekretorischen Systems bezogen werden, so konnte man die vorliegenden Befunde als einen Hinweis darauf betrachten, daß es sich bei der Eisenwirkung vielleicht, wie auch Nonnenbruch in seiner Mitteilung erwähnt, um einen Angriff am innersekretorischen Apparat handelt. Nur einmal wurde bei normalem Grundumsatz am Ende der Sideracperiode eine Senkung desselben gefunden. In Anbetracht der von Nonnenbruch gefundenen Wirkungslosigkeit gewöhnlichen inaktiven Eisens auf den Lungengaswechsel sprechen die vorliegenden Versuchsergebnisse dafür, daß tatsächlich dem Siderac eine besondere biologische Aktivität zukommt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2024.

Holzbach, E., Erfahrungen mit Ephetonin-Merck bei der Behandlung des Gefäßkollapses. (Zbl. Gynäk., Nr. 18, Seite 1106, 1929.) Zur Bekämpfung akuter Kreislaufstörungen, wie sie besonders im Verlauf peritonitischer Erkrankungen durch das Abströmen des Blutes ins Splanchnikusgebiet häufig auftreten, verwendete Verfasser mit gutem Erfolg das von Merck-Darmstadt hergestellte Ephetonin. Nach seiner Konstitutionsformel dem

Adrenalin nahe verwandt, weicht es doch in seiner Wirkung erheblich von ihm ab und hat vor allem den Vorteil, daß es nicht nur intravenös, sondern auch peroral und rektal verabreicht werden kann. Seine Wirkung auf den Kreislauf besteht in einer mittleren Blutdrucksteigerung von stundenlanger Dauer. Der Angriffspunkt scheint peripher an den Sympathikusendigungen in der Gefäßwand, vielleicht sogar in den Kapillaren selbst zu liegen. Ferner wirkt das Präparat anregend auf die glatte Muskulatur des Darms und des Uterus. Durch indirekte Vaguswirkung kommt bei Ephetonin-gaben eine gewisse Verlangsamung in der Schlagzahl des Herzens zustande; eine direkte Herzwirkung ist nicht erwiesen. Neben der toxischen Blutdrucksenkung, die die Hauptdomäne des Ephetonin darstellt, werden auch andere Formen des Gefäßkollapses, z. B. solche nach schweren Blutverlusten, durch das Präparat günstig beeinflusst.

Schwab, Hamburg.

2025.

Berger und Bogdanovic, Ueber ein neues Kombinationspräparat des Ephetonins (Ephedralin). (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Es wurden Ephetonin und Adrenalin kombiniert, um die rasche Wirkung des Adrenalins und die protrahierte Wirkung des Ephetonins zu verwerten. Am menschlichen Blutdruck und an der Wirkung beim bronchial-asthmatischen Anfall wurde untersucht, ob eine Summation oder gegenseitige Hemmung der beiden Mittel stattfindet. Die Blutdruckkurve nach Ephetonin läuft allmählich an und dauert etwa 2 Stunden. Im Gegensatz hierzu steigt die Adrenalkurve steil an und dauert nur höchstens eine Stunde an. In der Kombination jedoch zeigt sich eine Bremsung der steilen Adrenalkurve und eine Beibehaltung der Verlängerung des Ephetonins. Bei der Kombination von Ephetonin und Ephedrin zeigt sich die Summation der blutdrucksteigernden Wirkung. Die Dosierung betrug 25 mg bzw. 50 mg. Der Wirkungsmechanismus von Ephetonin und Ephedrin ist identisch. Die gleiche günstige Wirkung dieser Kombination läßt sich bei der Behandlung des Asthma bronchiale wahrnehmen: raschere Wirkung und längere Dauer. Auch die Anwendung mittels Inhalation gibt gleichgute Resultate.

Siebert Cohn.

2026.

Isler, E., Erfahrungen mit Coramin „Ciber“ in den Schulen und Kursen der Sanitätstruppen 1928. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 12, 1929.) Coramin stellt das Mittel der Wahl dar, um prophylaktisch den unangenehmen Kollapszuständen vorbeugen oder bei eingetretenem Kollaps denselben raschestens wieder zu beheben.

Der glänzende Erfolg des Coramin beruht auf der fast momentanen Beeinflussung der Blutzirkulation und der Atmung. Die oberflächliche Atmung wird vertieft, das Beklemmungsgefühl verschwindet, und dadurch wird das Gefühl der Schwäche und Ermüdung behoben. Die Versuche mit Coramin bestätigen, daß es ein sicher wirkendes unschädliches Analeptikum ist.

Held.

2026 a.

Dienst, Cornelius, Bemerkungen zum Skillaprobium. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jahrg., Heft 7, S. 185.) An herzgesunden Menschen stellte Verfasser seine Diureseversuche an. Dabei ging er derart vor, daß er zunächst den üblichen Teeversuch (mit 1200 ccm) anstellte, die folgenden Tage dann Skillaren, meist in Dosen von viermal 0,2, verabreichte. Zu diesen Maßnahmen wurde Verfasser von der Erkenntnis bestimmt, daß zur Erreichung des Skillaeffektes eine bestimmte Konzentrationsschwelle im Blute vorhanden sein muß. Dann wurde der Teeversuch wiederholt und gleichzeitig mit dem Tee und zwei Stunden später zweimal 2 Tabletten à 0,2 genommen. In 15 derart untersuchten Fällen konnte nach Skillaren sechsmal eine im Durchschnitt um 500 ccm erhöhte Diurese festgestellt werden. Da es sich bei den untersuchten Patienten um optimal arbeitende Herzen handelte, muß nach Ansicht des Verfassers eine Nieren- bzw. Gefäßwirkung vorgelegen haben. In fünf weiteren Fällen wurde keinerlei Wirkung beobachtet. Vier Fälle gingen mit einer geringeren Wasserausscheidung nach Skillaren einher. In einem Falle brachte die Sektion die Klärung des Versagens. Bei der Patientin mit schwerem Diabetes bestand eine ascendierende Zystopyelitis mit schweren nephrotischen Nierenveränderungen. Die Feststellung Fahrenkamps, daß bestimmte Fälle auf Skilla besonders gut reagieren, wird von Dienst bestätigt. Auch der Ansicht von Rothlin, der ebenfalls nicht in allen Tierversuchen eine Steigerung der Diurese wahrnahm, wird zugestimmt. Es ist nicht zu erklären, weshalb gerade besondere Fälle prompt auf Skillaren reagieren. Es wird angenommen, daß Ionenverhältnisse im Blute dabei eine Rolle spielen.

Vielleicht ist seine Nieren- und Gefäßwirkung auch der Grund, daß es in digitalis- und strophanthinrefraktären Fällen zuweilen noch eine eklatante Wirkung an den Tag legt.

Es wird erwähnt, daß Skillaren mit anderen Diuretika, wie Euphyllin, Salyrgan usw., ohne Schaden kombiniert werden kann.

Ein weiterer Vorzug des Skillarens besteht in seiner geringen Kumulationsfähigkeit. Bei peroraler Anwendung kommt sie innerhalb der täglichen Dosis von dreimal 0,2 so gut wie niemals zur Geltung. Daher eignet sich das Mittel besonders gut zur gefahrlosen Behandlung chronischer Herzkrankheiten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2027.

Schröder, G. E., und J. Madsen, Untersuchungen über die Wirkung des Chlorophylpräparates Phyllosan bei Kranken mit Hypertension. (Uges. f. Laeg., Nr. 15, 1929.) Phyllosan, ein Chlorophylpräparat, wurde von Börgi gegen Herzklopfen, Blutarmut, Hypertension, Morbus Basedowii und Herzklappenfehler angewandt. Die Verf. konnten einen Nutzen des nicht ungefährlichen Mittels bei Hypertension nicht feststellen. Speziell nahmen die Herzpalpitationen bei den Kranken nach der üblichen Dosis, fünfmal 3 Pillen täglich, zu, ebenso bei Arteriosklerotikern. Die Wirkung auf die Pulsfrequenz war ungleich; oft trat eine Vermehrung derselben ein. Der Blutdruck fiel meist, wenn man sich auf dreimal 3 Pillen beschränkte, bei größeren Dosen stieg er eher. Die Wirkung auf Gewicht und Stoffwechsel war inkonstant. S. Kalischer.

2028.

Schon, H. J., Luminal und dessen Ersatzpräparate in der Behandlung der Epilepsie. (Uges. f. Laeg., Nr. 14, 1929.) Wegen des teureren Preises des Luminals empfiehlt Schon die dänischen Ersatzpräparate: Barbinal und Barbifen in Tablettenform. Dieselben können Luminal in der Epilepsiebehandlung vollkommen ersetzen und werden als Tabl. phenylaeth. barbiturici in den Handel gesetzt. Um den Mißbrauch der Tabletten oder die Gefahr des Selbstmordversuches durch diese Tabletten zu verhindern, wurde das Barbinal und Barbifen auch als Tabl. barbifeni compos. hergestellt, indem auf 10 cg der Masse je 0,03 Radix Ipecacuanhae zugesetzt wurde. Die Preise sind wesentlich billiger (etwa um $\frac{1}{3}$) als Luminal Merck und Bayer. S. Kalischer.

2029.

Gougerot, Die Hilfsmedikamente der Syphilis. (J. Prat., Nr. 15, 1929.) Das Jod ist das populärste Medikament in der Syphilisbehandlung. Früher glaubte man, daß es ausschließlich für die Tertiärperiode in Betracht käme. Das ist ein Irrtum; es gilt für jede Periode, sobald ulzeröse Veränderungen, Infiltrationen oder Schädigungen vorhanden sind, die die Tendenz zur Sklerosierung besitzen oder schon sklerosiert sind. Wohlverstanden, man darf das Jod niemals allein geben, immer muß man es mit einem anderen Antisyphilitikum verbinden. Das Jod ist ferner angezeigt bei allen spezifischen Knochen- und Gelenkentzündungen, vor allem auch bei dem syphilitischen Kopfschmerz der Sekundärperiode.

Welches sind nun die Gegenindikationen für die Jodanwendung? Zunächst ist das Medikament unangebracht bei Kranken mit Schädigung des Rachens oder des Kehlkopfes, weil man in solchen Fällen ein Glottisödem erleben kann. Ferner bei solchen Kranken, die zugleich an einer kongestiven Tuberkulose leiden, ferner bei Patienten mit schlechter Nierenfunktion, ferner bei Patienten mit Neigung zu Blutungen, zu Purpuraeruptionen und besonders bei solchen, die Netzhautblutungen überstanden haben. Schließlich muß man auch berücksichtigen, daß es Kranke gibt, die eine Ueberempfindlichkeit gegen das Medikament besitzen. Um auf eine aktive Schädigung einzuwirken, bedarf es hoher Dosen. Die geringste ist 4 g pro die. Handelt es sich um die Beeinflussung einer Sklerose, so beträgt die Durchschnittsdosis 2–3 g.

Andere Hilfsmedikamente sind der Schwefel und die Sulfate, die die Absorption und die Ausscheidung von Quecksilber und wismuthaltigen Medikamenten begünstigen. Man wird sie in all den Fällen anwenden, wo man ein Interesse daran hat, die Quecksilber- bzw. Wismutdosen zu steigern, bei ernsten Fällen, um rascher voranzukommen, und in Fällen, wo man die Ausscheidung erleichtern will und besonders bei schwächlichen Patienten. Indessen reagieren manche Kranken auf dieses Medikament mit Ekzemen oder Darmkatarrhen.

Ganz zu Unrecht hat man den Phosphor als vervollständigendes Medikament aufgegeben. Man gebraucht ihn als offizielle Phosphorsäure oder als phosphorsauren Kalk zur Hebung des Tonus der Syphilitiker.

Schließlich ist noch ein unterstützendes Medikament zu erwähnen: Drüsenextrakte, insbesondere Leberextrakte. Die klinische Beobachtung, besonders die der Erbsyphilitiker, zeigt, daß die spezifischen Medikamente zuweilen gar nicht oder schwach wirken; erst von dem Tage an, wo man einen Leber- oder pluri-glandulären Extrakt hinzufügt, wird die Wirkung manifest. Natürlich muß die Verabreichung dem jeweiligen Falle angepaßt sein.

Niemals können die hier erwähnten Medikamente das Salvarsan, das Wismut und die Quecksilberpräparate verdrängen oder ersetzen. Aber ihre unterstützende Wirkung sollte man nie unterschätzen.

Held.

2030.

McDonagh, J. E. R., Antiseptika. (Practitioner, 122., Nr. 5.) Die Wahl eines Antiseptikums hängt ganz davon ab, wie weit die Widerstandskraft daniederliegt, und diese wiederum wird bestimmt durch das Individuum und den die Infektion verursachenden Erreger. Soll die Widerstandskraft angeregt werden, so muß man zunächst feststellen, ob sich die Erreger im strömenden Blute angesiedelt haben. Das geschieht durch Blutkulturen und durch Messung des Grades von Dehydration, den die Proteinbestandteile des Plasmas erlitten haben. Diese Dehydration gibt sich zu erkennen durch rasches Absinken der roten Blutkörperchen, durch Kleinerwerden des Brechungsindex im Serum, durch Vermehrung des Blutzuckers und des Reststickstoffes sowie durch ein typisches ultramikroskopisches Bild. Ist eine Septikämie sichergestellt, dann sollte das gesamte antiseptische Rüstzeug herangezogen werden. Jede verzeitelte Behandlung ist von vornherein aussichtslos. Im akuten Infektionsstadium wirken die Antiseptika durch Sistieren der Dehydration; sie versagen im letzten Stadium, weil die Proteinbestandteile zu rasch an Größe zunehmen und in den Lymphgefäßen, Kapillaren und Venen steckenbleiben, wo sie den Tod durch Schockwirkung hervorrufen.

Die pathogenen Mikroorganismen teilt man ein in solche, die von innen, und solche, die von außen infektionserregend wirken. Erstere sind gewöhnlich Saprophyten und werden erst dann pathogen, wenn die Widerstandskraft des Pat. zu stark gesunken ist. Die Antiseptika teilt man ein in zwei große Klassen: 1. positiv geladene, die die Dehydration korrigieren, indem sie den Proteinbestandteilen des Plasmas Elektronen zuführen; 2. negativ geladene, die eine Zerstreuung der hydrierten Proteinbestandteile verursachen. Erstere sind Konduktoren und wertvoll für das akute Infektionsstadium, letztere Kondensoren sind verwertbar für das chronische Stadium. Die Konduktoren wiederum teilt man ein in zwei Gruppen: 1. diejenigen, bei denen das als Konduktor wirkende Atom hydrogen ist; 2. diejenigen, wo es ein Metall ist, wie Mangan, Eisen, Kupfer, Silber, Arsen, Wismut, Quecksilber.

Die Wahl des Konduktors hängt ab von dem Grade der Dehydration, in dem sich die Proteinbestandteile des Plasmas befinden. Erfahrung hat sich auch hier als bester Lehrmeister erwiesen.

Held.

2031.

Hertz, Artur, Zur Frage der chronischen Quecksilbervergiftung. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 12, S. 541.) Bei 35 Patienten mit Amalgamzahnfüllungen fand Verfasser 34mal Quecksilber in den Ausscheidungen; dieses würde mit den bisherigen Veröffentlichungen im wesentlichen übereinstimmen, wenngleich der Prozentsatz meist nicht so hoch angegeben wurde. Eine Erklärung dafür findet sich vielleicht in der Tatsache, daß im Stuhl in den meisten Fällen mehr Quecksilber gefunden wird als im Urin und von den früheren Untersuchern meist nur Harnanalysen ausgeführt worden sind.

Bei 15 Patienten, die niemals mit Quecksilber in Berührung gekommen waren und auch keine Amalgamfüllungen trugen, fiel die Untersuchung im Stuhl einmal positiv aus. Es muß also diesen Personen Quecksilber aus bisher noch unbekannter Quelle zugeführt worden sein.

In keinem der untersuchten Fälle, auch nicht bei 13 Angestellten der Zahnabteilung, konnten einwandfreie Symptome einer Quecksilbervergiftung festgestellt werden. Somit erscheinen dem Verfasser die Gefahren einer Quecksilbervergiftung durch kleinste Mengen nicht so groß zu sein, wie sie von Stock u. a. beschrieben werden. Vorbedingung ist nach Ansicht des Verfassers, in Ueber-einstimmung mit Fleischmann, eine Ueberempfindlichkeit, die jedoch nur in geringem Maße zu bestehen scheint. Trotzdem sollte natürlich in unklaren Fällen, die für Quecksilbervergiftung sprechende Symptome bieten, an die Möglichkeit einer Quecksilberschädigung gedacht werden. Zu einem richtigen Ergebnis wird man jedoch bei Fehlen der klassischen Symptome meist nur ex juvantibus kommen, und auch da ist noch größte Vorsicht am Platze, weil man niemals weiß, wie weit eine Besserung allein auf suggestivem Wege zustande kommt.

Es ist nach Ansicht von Hertz notwendig, der Frage der chronischen Quecksilbervergiftung auch weiterhin, besonders von klinischer Seite, größte Beachtung zu schenken, da nur an Hand eines großen Materials eine weitere Klärung möglich sein wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

2032.

Mahlo, E., Ueber die Wirkung einiger Eukalyptusölararten auf Askariden. (Arch. Kdhlkd., 86., Heft 1.) (Universitätskinderklinik Rostock.) Eukalyptusöl verschiedenster Art hat wurmschädigende Eigenschaften. Am stärksten wirkt Eucalyptus dives. Jedoch bleiben auch weiterhin Oleum Chenopodii das Mittel der Wahl, denn es wirkt geradezu spezifisch. Der einzige Vorteil des schwach wirkenden Eukalyptusöles wäre seine Oleum Chenopodii gegenüber geringere Giftigkeit.

Bogorschelsky, Breslau.

2033.

Evans, Geoffrey, und A. W. Spence, **Phenylcinchoninsäure (Cinchophen) in der Therapie der Gicht.** (Lancet, 216., 5510.) (Bartholomews Hospital, London.) Es handelt sich um Atophan, welches nach den Erfahrungen der Verf. bei einer großen Zahl Gichtkranker klinische Heilung oder bedeutende Besserung bewirkt. Die Wirkung des Atophans ist eine viel verlässlichere und auch größere als die anderer Gichtmittel, besonders der Colchicumpräparate. Bedrohliche toxische Symptome sind im allgemeinen selten zu verzeichnen. Bei einer Anzahl von Individuen besteht jedoch eine Atophanidiosynkrasie, auf die Rücksicht genommen werden muß, und zwar setzen die toxischen Erscheinungen bereits bei Verabreichung kleiner Dosen ein. Als optimal erwies sich die Verabreichung des Mittels durch 3 Tage der Woche hintereinander (bei Individuen mit Störungen der Magendarmfunktion unter Zusatz von Natr. bicarbon.) oder die Verteilung von geringen Dosen auf eine ganze Woche. Bei Leuten mit schlechtem Ernährungszustand und geringer Glykogenreserve in der Leber müssen während der Atophanmedikation reichlich Kohlehydrate gegeben werden. Aussetzen des Mittels, sobald als erstes Zeichen der Vergiftung Appetitlosigkeit auftritt.

Ashkenasy, Wien.

2034.

Makai, **Zur lokalen Behandlung der Verbrennungen.** (Münch. med. Wschr., Nr. 14.) Verf. weist auf die Mängel der Salbenverbände hin. Vier Forderungen müssen erfüllt werden: Ausstoßung der abgestorbenen Teile, Ueberhäutung der Wundfläche, Vorbeugung der Infektion und Beseitigung der Schmerzen. Es folgt die Aufzählung der verschiedensten bekannten Methoden, die jedoch alle nicht diese vier Forderungen erfüllen. Verf. behandelt folgendermaßen: Bestreuen mit einem Dermatolersatz Dermaporine (Kombination von Quecksilber, Zink, Wismut, Apyonin dispergiert auf AlSiO) oder mit Kaolin (Merck) wegen deren großer Hydrophilie. Bedecken der eingestrichenen Wunde mit Zinksalbenmull. Darauf leichter Watteverband. Das Pulver saugt die Flüssigkeit auf, die Salbenschicht verhindert die Eiterbildung, dazu vollkommene Schmerzlosigkeit, da kein Haften der Gaze auf der Wunde eintritt. Nach 10 bis 12 Tagen protrahierte Bäder und Heißluftdusche. Folgt Krankengeschichte mit gutem Resultat.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

2035.

Riebel, F., **Verknöcherung der Rippenknorpel: ihre Beziehungen zu Habitus und Krankheit.** (Amer. J. Roent. a. Rad. Ther., Vol 21., 1, 1929.) Es konnte keine Beziehung, weder in ätiologischer noch resultierender Hinsicht, zwischen Tuberkulose und Verknöcherung festgestellt werden. Auch zum Habitus konnten keine Beziehungen ermittelt werden. Ausgedehnte Verknöcherung scheint häufig bei syphilitischen Patienten vorzukommen, besonders in höherem Alter. Doch sind diese Verhältnisse viel zu individuell, um allein ausschlaggebenden Wert zu haben.

J. Köttmaier, Mainz.

2036.

Haug, **Ueber den Einfluß des Spinats auf die Magensekretion.** (Arch. Verdgskrkh., 45., Nr. 1/2.) Spinatsuppe ist ein außerordentlich starkes Reizmittel für die Salzsäuresekretion des Magens. Sie ist stärker sekretionserregend als der Koffeinprobetrunke, aber schwächer als der Reiz der Histamininjektion. Bei Superaziden ist die Steigerung der Sekretmenge und der Säure nicht so hoch wie bei Sub- und Normaziden. Auch die aktuelle Azidität steigt an. Atropin hemmt die Wirkung. Von nach Koffeinprobetrunke anaziden Fällen zeigten mehrere nach Spinatsuppe noch freie HCl, in einem Falle sogar höhere Werte als nach Histamin. Ein Teil der säureweckenden Fähigkeit des Spinats ist auf seinen Saponingehalt zurückzuführen. Gegenüber dem Boas-Ewaldschen Probe-frühstück sind die Säurewerte nach Spinatsuppe erheblich höher, insbesondere auch bei Fällen, die nach Boas-Ewaldschem Frühstück anazide waren. In einigen von diesen zeigte sich noch freie HCl. Als Probe-frühstück kommt aber Spinatsuppe nicht in Betracht, weil sie nicht den chemischen und physikalischen Eigenschaften entspricht, die Katsch und Kalk fordern. Es ist keine „klare, dünnflüssige, reine, chemisch einfache, einweiß- und chlorfreie Lösung“. Verfasser folgert, daß Spinat bei Sub- und Anazidität zu empfehlen, bei Reizzuständen des Magens, Superazidität und Supersekretion dagegen zu meiden sei.

Referent will scheinen, daß diese Folgerung nicht ohne weiteres berechtigt sei. Die klinische Erfahrung bestätigt sie ebenso wenig wie die Notwendigkeit, Milch aus der Ernährung Superazider zu verbannen, weil sie sich als äußerst starker Sekretions-

reiz erwiesen hat. In der Diätetik entscheidet die klinische Erfahrung, nicht die einseitige experimentelle Beobachtung einer Teilfunktion des Organismus.

Fiegel, Berlin.

2037.

Bickel, **Traubenzucker als Diätetikum.** (Arch. Verdgskrkh., 45., Nr. 1/2.) Empfehlung eines neuen, aus Maisstärke hergestellten 99,5 bis 99,7% reine Dextrose enthaltenden Präparates, welches unter dem Namen „Maizena — Nährzucker“ in den Handel kommt und nur 1,50 Mark für ein Pfund kostet, während der bisherige Apothekenpreis für aus Rübenzucker hergestellten Traubenzucker etwa 15 Mark betrug.

Es wird ferner über Untersuchungen berichtet, die die sekretionshemmende Eigenschaft von Traubenzuckerlösungen gegenüber reinem Wasser auf den Magen zeigen. Die Ergebnisse bestätigen die früheren Untersuchungen von Pawlow und Chishin, daß Traubenzuckerlösungen und Rohrzuckerlösungen eine geringere sekretorische Wirkung als reines Wasser haben, und erstere eine geringere als letztere, so daß Traubenzuckerlösungen die Verdauungsorgane in jeder Beziehung denkbar wenig belasten.

Schließlich wird gezeigt, daß Kuhmilch mit Maizena-Zusatz nach dem Aufkochen bei der Magenverdauung feiner ausflöckt als Kuhmilch ohne Maizena.

Fiegel, Berlin.

2038.

Hitzenberger, Karl, **Die respiratorische Verschieblichkeit des Pankreas.** (Med. Klin., Nr. 16, 1929.) (I. Med. Klinik der Universität Wien.) Das normale Pankreas zeigt eine respiratorische und statische Verschieblichkeit, die in ihrer Größe der des Zwerchfells gleichkommt. Es gehört daher das Pankreas zu den bestbeweglichen Organen. In einem Gegensatz hierzu steht die Tatsache, daß Tumoren und Zysten des Pankreas respiratorisch unbeweglich sind. Die Unbeweglichkeit dieser pathologischen Veränderungen wird durch verschiedene Gründe bedingt: Große Zysten werden unbeweglich, weil aus rein mechanischen Gründen das Diaphragma nicht imstande ist, mehrere Kilogramm ständig in Bewegung zu erhalten. Ein weiterer Grund ist die häufige Entwicklung der Zysten in kaudaler Richtung, wodurch sie sich dem Motor der Bewegung immer mehr entziehen. Schließlich können auch feste Verwachsungen mit der hinteren Bauchwand oder der Wirbelsäule Bewegungen unmöglich machen.

L. Gordon, Berlin.

2039.

Fels, Erich, **Der Einfluß der Parabiose auf die innere Sekretion.** (Med. Klin., 14, 1929.) (Universitäts-Frauenklinik in Breslau.) Die parabiotische Vereinigung gleichgeschlechtlicher Tiere läßt Sexualfunktion und Keimdrüsen der Partner unbeeinflusst. Bei Parabiose verschiedengeschlechtlicher Tiere degenerieren stets die männlichen Keimdrüsen, während die Ovarien unverändert bleiben. Dies spricht einerseits für die Geschlechtsspezifität der Sexualhormone, andererseits dafür, daß die weiblichen Sexualhormone die biologisch stärkeren sind. Die Veränderungen am Genitale des Normaltieres bei Parabiose mit einem Kastraten sind zurückzuführen auf das Hypophysenvorderlappenhormon, das von dem kastrierten auf den normalen Partner übergeht. Der ungestörte Ablauf der Schwangerschaft ist nur möglich bei Parabiose von gleichgeschlechtlichen Tieren. L. Gordon, Berlin.

2040.

Pietrusky, **Technik der Blutgruppenuntersuchung.** (Med. Welt, Nr. 16, 1929.) (Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Halle.) Keine der Blutgruppenuntersuchungsmethoden ist so sicher, daß ihre alleinige Anwendung gerechtfertigt wäre. Wenn auch falsche Resultate selten sind, so wird man doch die Bestimmung der Blutkörperchen allein, nach einem Verfahren, als Beweis für die so gefundene Blutgruppenzugehörigkeit nicht ansehen können. Es muß verlangt werden, daß sowohl die Blutkörperchen wie das Serum untersucht werden, im Reagenzglas wie auf dem Objektträger und auch mikroskopisch. Bei irgendwelchen Unstimmigkeiten, auch nur bei einer Reaktion, ist die Wiederholung aller Untersuchungen und außerdem die Verwendung von Serum und Blutkörperchen der Gruppe O bzw. AB erforderlich. Besondere Vorsicht ist bei der Gruppenbestimmung von Kindern unter einem Jahr bei dem häufigen Nichtreagieren des Serums angebracht.

L. Gordon, Berlin.

2041.

Ukita, T., und K. Yoshitomi, **Beiträge zur Kenntnis der Schilddrüsenfunktion.** (J. Orient. Med., 10., Nr. 4, 1929.) Exstirpation der Schilddrüse bei trächtigen oder säugenden Kaninchen führt bei den neugeborenen Tieren zu kompensatorischer Schilddrüsenhypertrophie. Thyreoidinverfütterung an Muttertiere bewirkt bei den Jungen zunächst Steigen, dann Absinken der Gewichtskurve. Dieses Absinken ist aber zum Teil bedingt durch den hemmenden Einfluß des Thyreoidins auf die Milchsekretion.

Kaninchen, die mit dem Serum hyperthyreoidisierter Tiere behandelt werden, zeigten ein besonders gutes, gleichmäßiges Gedeihen. Dagegen war bei Tieren, die Seruminjektionen von thyreoidektomierten Kaninchen erhielten, schlechte Körpergewichtszunahme und Struma festzustellen.

Walter Goldstein, Berlin.

2042.

Morita, Y., Der Einfluß gestörter Schilddrüsenfunktion auf die Milchdrüse. (J. Orient. Med., 10., Nr. 3, 1929.) Säugende Kaninchen wurden systematisch mit Thyreoidin behandelt. Die Folge war eine beschleunigte Rückbildung der Milchdrüse und ein allmähliches Versiegen der Milchsekretion trotz dauernden Saugens durch die Jungen. Umgekehrt bewirkte Schilddrüsenexstirpation eine erhebliche Vergrößerung der sezernierenden Milchdrüsen auch über den Zeitpunkt der normalen Involution hinaus.

Walter Goldstein, Berlin.

2043.

Urra, Andreu J., und Casas J. Sanchez, Glykämie, Cholesterinämie und das retikuloendotheliale System. (Rev. españ. med. cir., 12., 130.) (Innere Klinik der Universität Valladolid.) Nach den Untersuchungen der Verf. scheint das retikuloendotheliale System keine Rolle im Kohlehydratstoffwechsel zu spielen. Dagegen besitzt er sehr enge Beziehungen zum Lipoidstoffwechsel, was daraus hervorgeht, daß es nach Splenektomie zur ausgesprochenen Hypcholesterinämie kommt.

Ashkenasy, Wien.

2044.

Kusnezow, N. W., Neue Modifikation der Indigokarminprobe zur Bestimmung der funktionellen Lebereigenschaften. (Med. Welt, 15, 1929.) (Therapeutische Abtlg. des Hafenkrankenhauses [ehemals Krankenhaus der Pokrowskaja-Schwestergemeinde] in Leningrad.) Auf Grund einer neuen Modifikation der Leberfunktionsprüfung mit Indigokarmin, deren Methodik im Original nachgelesen werden muß, kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Bedeutende Abweichungen in der Ausscheidung des Indigokarmins mit der Galle von der Norm werden bei verschiedenen parenchymatösen Lebererkrankungen beobachtet. So ist z.B. die Indigokarminausscheidung bei verschiedenen Formen von Leberzirrhose stark herabgesetzt. Die Ausscheidung kann mit Verspätung auftreten; sie kann quantitativ unbedeutend sein; manchmal kann die Ausscheidungskurve Unterbrechungen in der Mitte zeigen. Bei Lebererkrankungen mit beschränkter Lokalisation (Echinokokkus), die von diffuser Zirrhose begleitet werden, ist die Indigokarminausscheidung auch bedeutend herabgesetzt. Dasselbe gilt für diffuse Leberkreise, die das ganze Leberparenchym ergriffen haben. Auch bei Leberentzündungen, die auf dem Boden einer Intoxikation (vom Darmkanal) auftreten, ist die Indigokarminausscheidung bedeutend herabgesetzt. Besonders charakteristisch ist die Indigokarminausscheidung bei sogenannter katarrhalischer Gelbsucht: Auf der Höhe der Erkrankung kann Indigokarminausscheidung in das Duodenum fehlen, obgleich die Ausscheidung der Galle in den Darm vorhanden ist. Im weiteren Verlauf, in der Periode der Genesung, sogar nach dem Verschwinden der Gelbsucht, ist die Indigokarminausscheidung bedeutend herabgesetzt. Bei Cholezystitis und Cholelithiasis kann die Indigokarminausscheidung verschieden sein. Sie hängt von dem Erkrankungsgrade des Leberparenchyms ab.

L. Gordon, Berlin.

2045.

Teichmann, Th., Experimentelle Versuche zur Erzeugung von Knochenzysten. (Arch. Orth. Chir., 27., Heft 1.) (Chirurg. Univ.-Klinik zu Würzburg.) Zur Klärung der Frage, ob ein Trauma an einem sonst unbeschädigten Röhrenknochen mit seiner Folge, der Blutung und dem Binnendruck, bei der Entstehung der Knochenzysten eine Rolle spielt, wurde bei Hunden in den Markraum der Femurmetaphyse ein Magnesiumspan eingeschoben. Das Magnesium verbindet sich mit dem Sauerstoff des Wassers im Gewebe und Blut und verwandelt sich unter Freiwerden von Wassertoff in Form von Gasblasen in ein resorbierbares Salz. Es gelang auf diese Art, eine Höhlenbildung zu erzeugen, die aber nach Resorption des Metalles und Aufhören der Gasentwicklung veröden. Blutung und Binnendruck allein vermögen also nicht eine dauernde Höhlenwirkung zu erzeugen.

Eckhardt, Berlin.

heiten. Nicht die Krankheit wird vererbt, sondern eine Schwäche, Widerstandslosigkeit des Organismus, eine Anlage und Disposition zur Krankheit und mitunter zu einer bestimmten Krankheit. Es ist auf geistigem Gebiete nicht anders wie bei der Erblichkeit körperlicher Leiden. In vielen Fällen ist zur Auslösung der Krankheit noch ein besonderer exogener Faktor nötig, wie Infektionsstoff oder dergleichen. Die Ursachen (anatomische, chemische usw.) der Veranlagung zu bestimmten geistigen Störungen, wie periodische Trunksucht, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, sind noch völlig unbekannt; aber sicher sind solche vorhanden. Selbständige spezifische Krankheiten, die als solche vererbt werden können, gibt es auf geistigem Gebiete nur wenige, so z.B. das manisch-depressive Irresein.

S. Kalischer.

2046a.

Rawak, F., Angstpsychosen. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 2/3.) Es gibt Psychosen, die bei Männern meist im Alter von 50 bis 60 Jahren, bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren auftreten, die symptomatisch im wesentlichen der von Wernicke geschilderten Angstpsychose entsprechen, bei denen sich fast stets chronisch-exogene Schädlichkeiten anamnestisch wie symptomatisch nachweisen lassen, die ähnlichen Verlauf zeigen und im allgemeinen eine ungünstige Prognose bieten. Es gibt also typische „Angstpsychosen“ mit besonderer Struktur und besonderem Verlauf, was Entwicklung, Dauer und Prognose anbetrifft. Ob es sich bei diesen Psychosen um eine nosologische Einheit handelt, läßt sich vorläufig nicht entscheiden. Es gibt ferner Depressionen des manisch-depressiven Irreseins mit mit angstpsychotischem Einschlag sowie symptomatische Angstpsychosen bei verschiedenen Grundleiden, so u. a. bei Hirntumoren.

Kurt Mendel, Berlin.

2046b.

Schwarz, H., Zirkumskripte Hypochondrien. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 2/3.) Oft werden von den Ärzten leichte depressive Zustände nicht erkannt und durch eine Polypragmasie in medikamentösen oder chirurgischen Maßnahmen vertieft. Verfasser berichtet über 5 Frauen mit illusionären Umdeutungen von Hautsensationen. Die Patientinnen verarbeiten die Hautempfindungen psychotisch; sie glauben, durch Tiere, Läuse, Bakterien infiziert zu sein. Die hypochondrischen Vorstellungen bezogen sich lediglich auf die Haut. Daher spricht Verfasser (nicht sehr geschickt; Ref.) von zirkumskripten Hypochondrien und ordnet sie dem manisch-depressiven Formenkreis ein, die hypochondrisch-depressive Stimmungslage als endogene Phase desselben ansehend. Gerade die Hauthypochondrien geben besonders typische und leicht erkennbare, fast photographisch gleiche Querschnittsbilder, vielleicht weil sich die Haut schon durch ihre breite Zugänglichkeit und Beobachtungsmöglichkeit für eine „hypo-manische Hypochondrie“ besonders eignet.

Kurt Mendel, Berlin.

2047.

Rotter, Rudolf, Organischer Hirnprozeß als Spätfolge von Gehirnerschütterung. (Neurol., 119., Heft 1.) An Hand eines Gutachtens und unter Heraushebung einiger besonderer Punkte teilt Verfasser eine Beobachtung mit, die von forensischem Interesse ist: Ein stumpfes Schädeltrauma ist von leichteren, aber sich hartnäckig hinziehenden postkommotionellen Störungen gefolgt, bis starke seelische Erschütterungen eine anscheinend funktionelle Psychose auslösen. In unmittelbarem Zusammenhange mit dieser entwickeln sich innerhalb einiger Tage schwere zerebrale Allgemeinsymptome, unter denen, kompliziert mit somatischen Störungen, nach etwa zwei Wochen der Tod eintritt. Die anatomische Hirnuntersuchung läßt diffuse und herdförmige Veränderungen auffinden, welche letztere nach Art und Ausbreitung größtenteils als sicher gefäßabhängig zu erkennen sind. Beim Fehlen einer anatomisch nachweisbaren Erkrankung des Hirngefäßapparates kann es sich nur um vasomotorische Störungen gehandelt haben. Außer dem mechanischen Reiz der Gehirnerschütterung sind Ursachen für eine Aenderung der Reizbarkeit des Vasomotoriums nicht zu eruieren gewesen. Die Mitwirkung eines „Funktionsfehlers“ bei Entstehung gewisser örtlich elektiver Parenchymerkrankungen wird am Beispiel der eigenartigen symmetrischen Pallidumnekrose kurz dargestellt.

Hans Knosp.

2048.

Romberg und Bremer, Encephalitis epidemica und Kriegsdienstbeschädigung. (Münch. med. Wschr., Nr. 14.) Verfasser weist auf den Zusammenhang mit Grippe hin, um den Nachweis des epidemiologischen Zusammenhanges zu erbringen. Zu beweisen ist dies jedoch nicht. Statistisch ist nicht festgestellt, in wieviel Fällen eine Grippe in der Vorgeschichte von Encephalitis zu finden ist. Bakteriologische, tierexperimentelle Untersuchungen brachten keine Klärung. Die Erreger der Encephalitis wie der Grippe sind weiter unbekannt. Es

Psychiatrie und Nervenheilkunde

2046.

Lund, Erik, Sind Geisteskrankheiten erblich? (Ugesk. f. Laeg., Nr. 17, 1929.) Lund vergleicht die Erblichkeit der verschiedenen Formen der Geisteskrankheit mit der Heredität bei Syphilis, Tuberkulose usw. Die Erblichkeit spielt bei den Geisteskrankheiten ja eigentlich keine andere Rolle als bei anderen spezifischen Krank-

folgen drei Krankengeschichten, nach denen Gutachten angefertigt wurden. Allen dreien ist eine vorhergegangene Grippe gemeinsam, die im Felde auftrat, so daß auf Zusammenhang mit Kriegsbeschädigung erkannt wurde. Verfasser bejahen den Zusammenhang, wenn die Enzephalitis schon im Felde aufgetreten ist oder wenn unmittelbar nach dem Kriege pseudoneurasthenische Zustände sich anschlossen, die in Amyostase übergingen, und wenn ein gewisser Zeitraum zwischen beiden Erkrankungen liegt, letzteres jedoch nur mit Einschränkung. Die zeitliche Grenze ist etwa ein halbes Jahr, um noch einen Zusammenhang mit Grippe konstruieren zu können. Diese Fälle sind selten, da der Höhepunkt der Enzephalitisepidemie 1920 war, der Höhepunkt der Grippe 1918. Es entsteht eine weitere Einengung, daß in den Krankengeschichten über eine akute Enzephalitis nichts zu lesen ist. Statt dessen folgt die Aufzählung von Erscheinungen des pseudoneurasthenischen Stadiums genannter Brückensymptome. Hier ist die Frage zu entscheiden, ob es sich um das enzephalitische Stadium oder um eine allgemeine nervöse Erschöpfung der Nachkriegszeit handelt. Verfasser warnen vor falschen Angaben von Zeugen usw., da die Erkrankung bei Laien schon ziemlich bekannt ist. Der Beginn der chronischen Enzephalitis ist leicht festzustellen, wenn auch die Diagnose oft Hysterie heißt. Die Regel ist: Ablehnung, wenn die Enzephalitis nach dem Kriege aufgetreten ist, Anerkennung, wenn sie im Felde erworben. Brückensymptome gelten nur im direkten Anschluß an Kriegsgrippe mit Uebergang in Amyostase bei Vermerk in den Krankenblättern. Siegbert Cohn.

2049.

Beyermann, W., und A. Th. Leicher, Ueber den Einfluß des Hyoszins, Hyoszyamins und Atropins auf die Muskelleistungen und den Geist von Parkinsonismuspatienten nach der Encephalitis epidemica. (Neurol., 119., Heft 1.) Durch Versuche bei 7 Patientinnen mit fortgeschrittenem Parkinsonismus, glaubt Verfasser folgendes gezeigt zu haben: Die subjektiv wahrnehmbare Besserung der Muskelercheinungen durch Hyoszin oder Hyoszyamin ist objektiv festzustellen durch die Registrierung mit dem Ergographen oder durch die Aufzeichnung der Bewegungsgeschwindigkeit. Der Einfluß des Hyoszins erschien im großen ganzen günstiger als der des Hyoszyamins. Subtraktionsversuche beweisen, daß durch das „Denken“ unter dem Einfluß der Alkaloide der Zustand bei den Patienten deutlich besser wird. Der Vergleich der Untersuchung mittels des Fingerergographen mit derjenigen mittels des Dynamometers ermöglicht es, auseinanderzuhalten, wieviel von den Muskelercheinungen dem Rigor und wieviel einer Muskelparesis zuzuschreiben ist. Das Hyoszin und in geringerem Maße auch das Hyoszyamin beeinflussen mehr den Rigor als die Paresis. Die Versuche zur Erforschung des Bewußtseins (nach Umfang und Nachwirkung) und der assoziativen Leistungsfähigkeit sind wenig zuverlässig, wenn ein Sinnesorgan in den Versuch einbezogen wird. Die Untersuchung zeigt keine Veränderung des Affektes unmittelbar durch die Alkaloide. Freilich hatte die Besserung der Steifheit auf die Stimmung der Patienten einen großen Einfluß. Ferner zeigt die Untersuchung, daß bei den Parkinsonismuspatienten mehrere Typen unterschieden werden können, je nachdem der Rigor, die Paresis oder die assoziative Fähigkeit mehr oder weniger gestört sind. Sperrungen, die den schizophrenen Sperrungen sehr ähnlich sind, können die Untersuchung in bestimmten Fällen sehr erschweren. Hans Knospé.

2050.

Young, W. W., Fall von Arachnoiditis spinalis adhesiva mit den Symptomen eines Rückenmarkstumors. (J. nerv. dis., 68., Nr. 1.) Der Fall begann plötzlich mit heftigem Schmerz über dem rechten Darmbeinkamm und Schwäche des rechten Beines und wurde anfangs für eine Hysterie gehalten. Es entwickelte sich aber dann rasch ein Brown-Séquard mit rechtsseitiger Beinlähmung, der zu der Annahme eines Tumors in Höhe von D₁₀ bis D₁₁ führte. Die Operation ergab Verwachsungen der Arachnoidea in Höhe von D₁₀ mit Liquorstauung und führte zur Heilung.

W. Misch, Berlin.

2051.

Hjlin, A. W., Ueber die Psyche der Epileptiker. (Neurol., 119., Heft 1.) Als Grundlage einer der funktionellen Eigentümlichkeiten der geistigen Arbeit sieht man ihre Gleichmäßigkeit, d. h. die Bereitschaft zu einem bestimmten Rhythmus der psychischen Anstrengung, der eine ständige und charakteristische Erscheinung und Bedingung des erfolgreichen Ablaufs einer jeden Arbeit ist, unabhängig von ihrem Inhalt. Eine stabile Gleichmäßigkeit des Rhythmus der psychischen Anstrengung bei der Arbeit ist eine Grundlage jeglicher Arbeit überhaupt. Der Zustand der Arbeitsanstrengung ist bei Epileptikern abgeschwächt oder in einem gewissen Grade eigenartig affiziert. Die diesbezügliche Untersuchung gestattet den Schluß, daß die psychische Anstrengung bei der Epilepsie auch pathologische Besonderheiten besitzt, die zu den Anomalien der Nervenregung gehören, und daß das Wesen derselben in einer Störung der Konstanz der rhythmischen Schwankungen der Anspannung besteht, die der normalen Psyche eigentümlich ist, wie Versuche mit einer exakten und in Bruchteilen vorgenommenen graphischen Aufzeichnung der Arbeit zeigten: Ungleichmäßigkeit des effektorischen Teils der psychischen Anstrengung. Die Suppression der Nerven- bzw. psychischen Erregung kann beim Epileptiker dann und in dem Teil seiner Arbeit und Tätigkeit auftreten, der mit der für ihn größtmöglichen Anspannung (oder Antrieb) einhergeht. Bei Versuchspersonen wurde dies in dieser oder jener Stärke bloß bei denjenigen von ihnen beobachtet, bei denen die Anfälle unbeständig oder seltener waren und auf die psychophysische Natur der an Epilepsie leidenden Person nicht unmittelbar depressierend einwirkten, folglich in denjenigen Fällen, wo anstatt häufiger Konvulsionen bloß bestimmte Züge des epileptischen Charakters beobachtet wurden. Perioden pathologischer Beschleunigung des Rhythmus der Anstrengung und der effektorischen Depression beim Epileptiker (innere Hemmung) sind ein Ausdruck des gestörten Erregungsvorganges (Endo-causa), was sie von der einfachen physiologischen Verlangsamung des Rhythmus (der Sperrung) als Wirkung äußerer Reize (Exo-causa) unterscheidet. Derartige Hemmungen äußern sich klinisch im ganzen epileptischen Habitus des Charakters und der Psyche und liegen offenbar der Natur aller konvulsivischen Erscheinungen der Epilepsie zugrunde. Die Werkfähigkeit an Epilepsie in latenter Form leidender Personen birgt in sich einen Reflex derselben tiefgehenden Störungen der Nervenanspannung bzw. der Psyche, die man nur mit Hilfe einer Analyse der graphischen Methode zur Erforschung ihrer Arbeitsfähigkeit bestimmen kann. Hans Knospé.

2051a.

Liebert, E., Atypische Paralyse. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk., 108., Heft 4/6.) 4 Fälle werden mitgeteilt, darunter eine senile Paralyse (70jährige Patientin). In 3 Fällen auffallend geringer liquorologischer Befund bei klinisch typischer Paralyse ohne spezifische Behandlung; Atypie im histologischen Bilde.

Kurt Mendel, Berlin.

2052.

Gerweck, Drei Fälle von Halluzinose bei progressiver Paralyse. (Münch. med. Wschr., Nr. 15.) Seit Einführung der Therapie mit Malariainfektionen ist aufgefallen, daß die bei Paralyse an sich sehr seltenen Halluzinationen sich auffallend vermehrt haben. Manche Autoren stehen auf dem Standpunkt, daß dies ein prognostisch günstiges, andere wieder ein ungünstiges Zeichen sei. Verfasser teilt zur Lösung dieser Streitfrage die Krankengeschichte von drei derartigen Fällen mit, aus denen hervorgeht, daß die Halluzinationen beseitigt werden können.

Es wurde nicht nur Behandlung mit Malaria, sondern auch mit Rekurrens und Rattenbißfieber getrieben. Es ist ohne Bedenken angebracht, falls die Remissionen zu lange auf sich warten lassen, eine zweite Kur mit einer anderen Infektionsart anzuwenden. Jedoch scheinen Bedenken darin zu liegen, daß es sich nicht um völlig einwandfreie Paralysen gehandelt hat.

Siegbert Cohn.

2053.

Myerson, A., und R. D. Halloran: Die Essigsäureanhydrid-Schwefelsäure-Probe bei progressiver Paralyse (Boltzprobe). (J. nerv. dis., 68., Nr. 2.) Aus den Versuchen wird geschlossen, daß die Boltzprobe nicht für progressive Paralyse spezifisch ist. Sie ist bei Anwesenheit von Proteinen positiv, liefert keine Vorteile vor den übrigen bekannten Proben und ist weniger genau.

2054.

Menzies, E. C., Ueberblick der Erfolge bei Anwendung von Tryparasmidie in 41 Fällen von Parese und Taboparese. (Canadian Med. Ass. J., Nr. 3, 1929.) Bei schwersten Fällen von Zerebrospinalmues mit Parese und Taboparese, bisher vergeblich mit kombinierter Salvarsankur behandelt und praktisch völlig dement und hoffnungslos, gelang es, durch Anwendung von Tryparasmidie unter 41 Fällen in einer Behandlungszeit von Mai 1923 bis Mai 1925 folgende Resultate zu erzielen: 10 konnten entlassen und soweit gebessert werden, daß sie eine Berufsarbeit ausüben konnten und sich seitdem (Beobachtungszeit von mindestens 4 Jahren) subjektiv wohlfühlten. Bei weiteren 10 gelangte das Leiden zum Stillstand, doch war wegen vorgeschrittener Demenz Entlassung unmöglich. 17 starben. Da hierbei jedoch wegen beginnender Optikusatrophy die Behandlung abgebrochen werden mußte, ist die hohe Mortalität diesem Umstande zuzuschreiben. Optikusatrophy ist die schwerste Gefahr bei Anwendung des Mittels, und daher muß der Augenhintergrund dauernd sorgfältig beobachtet werden und bei geringsten Anzeichen sofort mit der Behandlung abgesetzt werden. Günstiger liegen die mit Malaria vorbehandelten Fälle. Unter 40 solcher Fälle konnten 16 gebessert werden. Die

Erfahrungen mit Malaria und Tryparasmidie, verglichen mit denen von Tryparasmidie allein (es werden wöchentlich 3 g Tryparasmidie intravenös und Bismogenol gegeben, im ganzen 40 bis 50 Tryparasmidiespritzen, wobei häufige Kontrolle des Lumbalpunktes notwendig), sind 60% besser und konnten weit schneller zum Ziele kommen.

In keinem der zur Zufriedenheit gebesserten und entlassenen Fälle war der serologische Befund bei der letzten Untersuchung negativ; aber in jedem Falle war eine erhebliche und bisher ständige Besserung nachweisbar. Dieselbe wird hauptsächlich auf die arsenhaltige Komponente des Präparates zurückgeführt, da die antipirochätische Kraft ziemlich gering erscheint.

Tryparasmidie wird daher in schwersten Fällen von Zerebrospinalmies als wichtiges Heilmittel gegenüber Salvarsan angegeben. Bei Tabes hat das Mittel sehr enttäuscht, und hier ist Behandlung mit Malaria vorzuziehen.

Die sechsjährige Erfahrung auf dem Gebiet kommt zu folgendem Ergebnis: Tryparasmidie soll angewendet werden:

- a) wo Patient körperlich zu elend ist, um Schüttelfröste der Malaria zu ertragen;
- b) als Nachbehandlung nach Malaria, mit Ausnahme von Tabes, wo gewöhnlich die Krisen zu stark sind.

Optikusatrophie ist viel seltener nach vorausgegangener Malariabehandlung.

Fritz Kaufmann.

2055.

Jaenike, R. C., und G. W. Forman, Tryparasmitbehandlung der Paralyse; klinischer Bericht über 100 Fälle. (J. nerv. dis., 68., Nr. 3.) Die Ergebnisse der Behandlung waren günstige, in umgekehrtem Verhältnis zur Dauer der Symptome vor Beginn der Behandlung. Die Besserung zeigte sich von der sechsten Woche an bis zu drei Monaten nach Beginn der Behandlung. Bei genügend langer Kur wurde klinische und serologische Heilung in 5% und klinische und psychische Besserung in 38% der Fälle bewirkt. In einer kleinen Anzahl von Fällen traten als Komplikation Sehstörungen auf, die jedoch nach Aussetzen der Behandlung wieder verschwanden. Die besten Resultate wurden bei Fällen vom expansiven Typ erzielt.

W. Misch, Berlin.

2056.

Ratner, Jacob, Makrocephalia bzw. Makromelia parästhetica; zur Klinik der vorübergehenden intrakraniellen Drucksteigerung. (J. nerv. dis., 68., Nr. 2.) Die Makrocephalia oder Makromelia parästhetica, die hier beschrieben wird, ist charakterisiert durch ein plötzlich auftretendes Gefühl, daß der Kopf oder andere einzelne Körperteile zu wachsen beginnen. Das Symptom wurde bei verschiedenen endokrin-vegetativen Störungen, besonders bei Hyperpituitarismus, beobachtet. Es steht der von Bechterew beschriebenen Pseudomelia parästhetica nahe oder ist sogar eine Abart von ihr. Es entsteht offenbar durch Erregung propriozeptiver sensibler Fasern, die das Lagegefühl der einzelnen Körperteile vermitteln. Die Ursache des Phänomens ist in der Regel eine Hirndrucksteigerung, die bedingt sein kann durch vermehrte Sekretion des Plexus chorioideus, Wasserretention infolge von Verminderung der Ca-Salze im Gehirn, Meningitis serosa, angioneurotisches Oedem des Gehirns, die sogenannte Reichardtsche Hirnanschwellung und andere Momente.

W. Misch, Berlin.

2056a.

Stender, Arist, Multiple Sklerose und kongenitale Syphilis. (Dtsch. Zeitschr. f. Nerv., 108., Heft 4/6.) Nicht nur die erworbene, sondern auch die angeborene Lues ist in der Lage, krankhafte Veränderungen am Zentralnervensystem hervorzurufen, welche klinisch dem Bilde der multiplen Sklerose gleichen können. Die luesische Ätiologie der echten multiplen Sklerose ist aber abzulehnen. Nach anatomischen und klinischen Erfahrungen bei der multiplen Sklerose hat die Syphilis keinerlei Einfluß auf das Zustandekommen dieses Leidens. Auch die regionale Verteilung der Lues einerseits, der multiplen Sklerose andererseits spricht gegen einen Zusammenhang von Syphilis und Sclerosis multiplex.

Kurt Mendel, Berlin.

2057.

Currier, Fred P., Diplegia facialis. (Amer. J. med. Sci., 175., Nr. 6.) Es wird in der vorliegenden Arbeit ein Versuch gemacht, ein praktisches Schema für die Einordnung der Fazialislähmungen nach bestimmten Gesichtspunkten aufzustellen. Dabei wird die Schwierigkeit betont, zwischen einer multiplen Neuritis mit Fazialislähmung und Fällen von akuter epidemischer Enzephalitis und verwandter Zustände zu unterscheiden. Ein Fall von Fazialislähmung bei multipler Neuritis wird ausführlich besprochen, bei dem sich ausgesprochene Veränderungen im Rückenmarkslíquor fanden. Nur von einem Autor wird noch ein ähnlicher Befund beschrieben. Der von anderer Seite vorgeschlagene Ausdruck Neuritis erscheint dem Verfasser für dieses Syndrom besser als

Neuritis. Ein weiterer Fall des Verfassers zeigt die Schwierigkeit, zwischen Polyneuritis und Myasthenia gravis zu unterscheiden, woraus die Notwendigkeit hervorgeht, das Verhalten der tetanischen Reaktion mittels des faradischen Stroms zu untersuchen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2057a.

Mankowsky, B. N., und L. J. Czerny, Heredität der Torsionsdystonie. (Mon. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 2/3.) Beobachtung I: Bruder und Schwester leiden an Torsionsdystonie: Schwester des Vaters litt in der Kindheit an Chorea, eine andere Schwester des Vaters an Zwangsbewegungen der Zunge. In Familie mehrfach angeborener Herzfehler. — Beobachtung II: Vater, Sohn und Tochter leiden an Torsionsdystonie, Vater seit dem 32. Lebensjahre, Sohn und Tochter seit dem 7. Lebensjahre. Verlauf des Leidens beim Vater leichter als bei den Kindern. Beim Vater auch choreatische Elemente. Beim Sohn Kombination von Torsionsdystonie mit progressiver Muskeldystrophie. Beim Studium des Stammbaums von Torsionsdystonikern ist auch auf Formen frustes des Leidens sowie auf unbedeutende konstitutionelle Anomalien der motorischen Sphäre zu achten.

Kurt Mendel, Berlin.

2057b.

Kalinowsky, L., Friedreichsche und Marinesche familiäre Ataxie. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenhe., 108., Heft 4/6.) Mitteilung über 6 Familien. In der zerebellaren Heredoataxie (Nonne-Marie) liegt tatsächlich ein eigenes Krankheitsbild vor, das klar von der zum mindesten im wesentlichen spinalen Friedreichschen Krankheit geschieden werden kann. „Theoretisch ist natürlich das gelegentliche gleichzeitige Vorkommen der beiden Krankheitsformen in einer Familie denkbar, wie ein derartiges Zusammentreffen von erscheinungsmäßig verschiedensten hereditären Nervenkrankheiten in einer Familie mehrfach beobachtet ist.“ „Viele hereditäre Fälle, besonders der spastischen Gruppe, lassen sich häufig schwer nach bestimmten Typen trennen. Wo aber klinische, erbbiologische und anatomische Unterscheidungsmerkmale zu finden sind, werden wir selbstverständlich Krankheitsseinheiten herauszuarbeiten versuchen.“

Kurt Mendel, Berlin.

2058.

Abbott, A. Clifford, Dupuytren'sche Kontraktur. Ueberblick über die Literatur und Bericht über eine neue Technik der Behandlung. (Canadian Ass. J. 1929, Nr. 3.) Ätiologie noch unklar. Zwei Auffassungen stehen sich gegenüber: 1. Rein mechanisch durch örtliches Trauma (Berufskrankheit) Druckeinwirkung entweder direkt auf die Hohlhand oder auf den Nervus ulnaris mit nachfolgender Neuropathie und Hyperplasie im Bereich der Faszie. 2. Hereditäre Prädisposition. Es wird eine Beobachtung berichtet, bei der in einer Familie in 4 Generationen Dupuytren'sche Kontraktur beobachtet wurde. Für die Auffassung einer Störung des endokrinen Systems sprechen gute Resultate, die mit Thyroidealextrakt erzielt wurden. Die Kontraktur beschränkt sich gewöhnlich auf den zentralen Teil der Fascia palmaris und beginnt hier mit knotenförmiger Verdickung, die sich zunächst in zunehmender Kontrakturnstellung des Ringfingers auswirkt.

Chirurgische Behandlung ist häufig von postoperativer Narbenschwumpfung begleitet, die den Zustand häufig noch verschlimmert. Verfasser berichtet von solch einem ergebnislos behandelten Fall durch Lokalexzision der erkrankten Fascie. Hier hat er durch eine zweite Operation durch weitgehende Exzision der erkrankten Fascie und sofortige Transplantation eines Stückes Fascia lata ein funktionell einwandfreies Resultat erzielt für eine Beobachtungszeit von 2 Jahren. Als wichtig für die Transplantation empfiehlt Verfasser: a) ein möglichst zartes Stück Fascie zu erlangen. Hierfür wird auch Rektusschleife als besonders günstig empfohlen. b) Das Transplantat muß größer sein als der Defekt in der Fascie, um die Möglichkeit der Schrumpfung zu geben. Darauf achten, daß nur gegen die Fascie vernäht wird und kein Gewebe durch tiefgreifende Nähte verletzt wird. Vollkommene Blutstillung. Die Hand wird 2 Wochen mit einer Schiene absolut ruhiggestellt. Keinerlei Bewegung ist erlaubt. Der Patient muß für mindestens 3 Monate jede Art der Tätigkeit meiden, um Reizung zu verhindern.

Fritz Kaufmann.

2058 a.

Runge, W., Muskeldystrophie. (Dtsch. Ztschr. f. Nervenhe., 108., Heft 4/6.) Zwei Brüder mit infantiler Form von Dystrophia musculorum progressiva. Ungewöhnlich ist die Kombination des Leidens mit choreiformen Zuckungen, die nicht nur die atrophischen, sondern auch andere Muskelgebiete betreffen und rechts stärker sind als links, sowie mit einer deutlichen Amimie, Mangel an Spontaneität, Zungenhypertrophie und starker Adipositas bei dem einen Kranken. All dies deutet auf eine Schädigung der Hypo-

physe oder der Zentren im Zwischenhirn. Jedenfalls scheint die Dystrophie irgendwie abhängig zu sein von einer Läsion des sympathischen Systems, sei es nun der ihm übergeordneten Zentren oder des Systems selbst. In jedem Falle von Dystrophie, der zur Sektion kommt, sollte man den dem sympathischen und parasympathischen System übergeordneten Zentren im Zwischenhirn sowie den übrigen Anteilen des sympathischen Systems einer eingehenden anatomischen Untersuchung unterziehen.

Kurt Mendel, Berlin.

2058 b.

Kulkow, A. E., **Muskelhypertrophien neuritischen Ursprungs.** (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 2/3.) Fälle aus der Literatur. 3 eigene Fälle. Die wahre Muskelhypertrophie stellt ein Leiden mit ganz bestimmter Symptomatologie dar, von welcher das wesentlichste ist: allmählich entstehende Umfangsvermehrung der Muskeln, Fehlen ausgesprochener Paresen, Schmerzen und objektive Empfindungsstörungen, Veränderungen der Reflexe im Sinne ihrer Abnahme, in einigen Fällen Vorhandensein von Gefäßstörungen. Verlauf im allgemeinen günstig. Die Mehrzahl der Fälle entsteht auf dem Boden neuritischer Erscheinungen, obwohl auch Gefäßerscheinungen damit verbunden sein können (Thrombophlebitis). Deshalb am besten der Name: „neuritische wahre Hypertrophie“. Berufsmomente (Ueberanstrengung der entsprechenden Muskeln) können eine ätiologische Rolle spielen. Pathogenetisch ist das vegetative, sympathische Nervensystem anzuschuldigen.

Kurt Mendel, Berlin.

2058 c.

Schaltenbrand, Georg, **Extrapyramidale Symptomenkomplexe.** (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenhe., 108., Heft 4/6.) Aus der Zusammenfassung: Die Magnus de Kleynschen Halsreflexe gehören nicht zum Bilde des Parkinsonismus. Der Halsstellreflex ist bei Parkinsonkranken nur selten nachzuweisen. Aufstehen und Stehen kann zwar in ganz schweren Fällen von Parkinson unmöglich sein oder auch nach dem Uebergangstypus erfolgen, ist aber in der Mehrzahl der Fälle normal. Auch bei Choreakranken haben die Stellreflexe den Typus des normalen Erwachsenen. Bei choreoathetischen Zuständen können die Stellreflexe fehlen oder nach dem primitiven Typus verlaufen und in der Hockstellung endigen, während die Halsstellreflexe gesteigert sind. Parkinsonismus läßt sich im Tierexperiment durch akute Bulbokapninvergiftung erzeugen; das Parkinsonbild ist jedoch an eine bestimmte Dosis gebunden. Großhirnlose Tiere mit erhaltenem Striatum haben anscheinend ein reicheres Bewegungsspiel als solche ohne Striatum. Thalamuskatzen verfügen ebenso wie normale Tiere über einen motorischen Haushalt, der die gesamte Bewegungsproduktion reguliert. Die Äußerungen des motorischen Haushalts verschwinden nach Dezerebrierung unter dem roten Kern. Sein Zentrum liegt deswegen wahrscheinlich im Hypothalamus. Hypothese: Das Striatum innerviert zwar selbst keine Bewegungen, es wirkt aber als Zentrum der motorischen Stimmung in enger Zusammenarbeit mit dem motorischen Haushaltszentrum auf die Zentren der Willkürbewegung und Lage- und Bewegungsreaktionen ein.

Kurt Mendel, Berlin.

2059.

Austregesilo, A., **Synreflexie** (Assoziation von Reflexen). (J. nerv. dis., 68., Nr. 1.) Unter Synreflexie wird das kombinierte Auftreten verschiedener Reflexe auf einen einzelnen Reiz verstanden, der gewöhnlich nur eine einzige Antwort einer bestimmten Reflexgattung auslöst. Die Kombinationen können sein: ein oberflächlicher mit einem andern oberflächlichen oder mit einem tiefen oder mit einem viszeralen Reflex, ein viszeraler Reflex mit einem tiefen oder Variationen der einzelnen miteinander. Für das Zustandekommen solcher Synreflexion sind Reizart und Reizstärke neben den jeweils gegebenen pathologischen Umständen wesentlich.

W. Misch, Berlin.

2060.

Schuster, P., **Ergebnisse von Banisterinversuchen an Nervenkranken.** (Med. Klin., 14, 1929.) (Neurologische Abtlg. am Hufeland-Hospital zu Berlin.) Das Banisterin bewährt sich sehr gut zur symptomatischen Behandlung gewisser extrapyramidalen Erkrankungen, die mit einer Akinese verlaufen. Die Besserung erstreckt sich nicht nur auf die Willkürbewegungen im engeren Sinne des Wortes, sondern auch auf die automatischen und unwillkürlichen motorischen Akte. Manchmal läßt auch der Speichelfluß nach. Die durch einmalige Gabe erreichte Besserung hält in der Regel nur etwa 3 bis 6 Stunden an. Eine Reihe der Patienten des Verfassers blieb durch das Banisterin unbeeinflusst. Die Höhe der Einzeldosis bewegte sich zwischen 2 und 6 cg. Die wiederholte Darreichung refracta dosi ist nicht so zweckmäßig wie die einmalige Verwendung einer größeren Dosis. Gelegentlich treten unangenehme Nebenwirkungen leichter Art auf: Uebelkeits-

gefühl, leichter Schwindel, Hämmern im Kopf, Müdigkeit, Kriebelgefühl im ganzen Körper. Hitzegefühl, Gesichtsblässe, leichtes Zittern, Gähnen, Erbrechen.

L. Gordon, Berlin.

2061.

Epstein, G. S., A. S. Juschelewsky und I. D. Michelsohn, **Symptom von Alexeieff-Schwamm und seine diagnostische Bedeutung bei Nervenkrankheiten.** (Z. Urol., 23., H. 1.) In zweifelhaften Fällen soll der Neurologe den Urologen zuziehen, um den Zustand der Sphincter internus vericor zu prüfen. Ein positives Ergebnis — Klaffen des Sphinkters — kann dann erheblich zur Erkennung einer Erkrankung beitragen.

E. Lehmann, Berlin.

2062.

Rosenbund, Lucie, **Beeinflussung des senilen Tremors und anderer Tremorarten durch Salizylsäure.** (Med. Klin., 14, 1929.) (Hospital Buch bei Berlin.) Es gelingt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Tremor ohne Muskelstarre (hereditärer, familiärer, Alterstremor usw.), diesen durch kurzdauernde Zufuhr mittlerer Salizyldosen günstig zu beeinflussen. Am besten bewährt haben sich dem Verfasser das Asperin und das Diplosal. Das letzte wirkt etwas langsamer, macht aber keine Magenbeschwerden. Es ist notwendig, binnen weniger Stunden die ganze Dosis einnehmen zu lassen. Man verordnet zunächst 2 bis 3 g in einer Stunde an 2 bis 3 aufeinanderfolgenden Tagen. Im allgemeinen ist es unnötig, die Mittel länger als drei Tage hindurch nehmen zu lassen. Die Erfolge bleiben ohne jede weitere Behandlung bestehen.

L. Gordon, Berlin.

Psychologie und Psychopathologie

2063.

Carpman, Ben, **Psychosen bei Verbrechern; klinische Studien zur Psychopathologie des Verbrechens.** II. Teil: Klinisches und kasuistisches Material. (J. nerv. dis., 68., Nr. 1.) Im Gegensatz zu den Kranken einer gewöhnlichen psychiatrischen Klinik findet man in der Anstalt für kriminelle Geisteskranken vorwiegend Depressive. Trotz des Vorhandenseins vieler alter Männer fehlen die Senil-dementen und Arteriosklerotiker. Die Erregungszustände sind meist reaktiver Art, vorherrschend besteht eine mißtrauisch-feindselige paranoide Einstellung. Eine einheitliche Krankheitsform läßt sich nicht nachweisen. Oft bestand die Psychose bereits vor dem Kriminalwerden. Es werden einige Fälle paranoider Psychosen beschrieben, in deren Verlauf die Kriminalität eintrat.

W. Misch, Berlin.

2064.

Sumbajew, J. S., **Vasomotorische Störungen durch Hypnose.** (Sibir. Arch., 3. Jg., H. 4, S. 332—342.) Bei einem wegen traumatischer Neurose in Behandlung befindlichen 30jährigen Manne gelang es dem Verfasser, durch Hypnose Brandwunden, Ohrerfrierung, akute Oedeme, Hautausschlag, Temperaturschwankungen und Pigmentierung hervorzurufen. Die Krankheitsbilder kamen immer sehr deutlich zum Vorschein. In allen Sitzungen wurden nur solche Erscheinungen hervorgerufen, die von dem Patienten schon früher einmal erlebt worden waren; dabei konnten diese nicht nur an der gleichen Stelle, wo sie früher vorhanden gewesen waren, sondern auch an anderen Körperstellen hervorgerufen werden. Diese suggerierten Erscheinungen gehören den bedingten vasomotorischen Reflexen an, wobei als bedingter Reiz hier vorwiegend das Schmerzgefühl wirkte. Es wird betont, daß hierbei der von der Versuchsperson schon bei der früheren Entstehung der entsprechenden Erscheinungen erlebte Empfindungskomplex — insbesondere die Schmerzkomponente — in der Hypnoseformel unentbehrlich sei. Dabei ist das Vorhandensein des Somnambulismus sowie die emotive Einstellung der Versuchsperson während des Suggestierens von großer Bedeutung.

E. Kontorowitsch.

Soziale und gerichtliche Medizin

2065.

Zwerg, **Die Maßnahmen und Einrichtungen der Landesversicherungsanstalt Sachsen im Kampfe gegen die Tuberkulose, unter besonderer Berücksichtigung der neueren Forschungsergebnisse.** (Z. Tbk., 53., 3.) Die Ergebnisse der Lehre von der Bedeutung des Frühfiltrates für die Entstehung der fortschreitenden Lungentuberkulose haben die Landesversicherungsanstalt Sachsen zu folgenden praktischen Maßnahmen veranlaßt:

1. Die Frühfälle (Frühfiltrat, Fröhkaverne) werden unter Hintansetzung aller verwaltungsmäßig zu erledigenden Ange-

legenheiten sofort nach gestellter Diagnose in die Heilstätte eingewiesen.

2. Schwere bazilläre Tuberkulosen, die eine Ansteckungsgefahr für ihre gesunde Umgebung bilden, werden als Bewahrungsfälle in den Heilstätten untergebracht, obwohl ein Kurerfolg nicht zu erwarten ist.
3. Jeder Fall von Lungenspitzen tuberkulose bzw. „Lungenspitzenkatarrh“ wird durch mehrtägige stationäre Beobachtung auf seine Behandlungsbedürftigkeit eingehend geprüft.
4. Es wird ein Netz von Beobachtungsstellen, über ganz Sachsen verteilt, eingerichtet. Das Ziel ist, jeden Lungenfall bzw. Tuberkuloseverdachtsfall vor Antritt der Kur die Beobachtungsstelle passieren zu lassen.

(Autoreferat.)

2066.

Popenoe, Paul, Sterilisation aus eugenischen Gründen in Kalifornien. VI. Die Heiratsstatistik bei den Psychosen. (J. nerv. dis., 68., Nr. 1.) Die Zahl der Heiraten Geisteskranker beider Geschlechter hält sich weit unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung aller Altersklassen. Während der männliche Geisteskranke in allen Altersklassen unbeschränkt heiratet, allerdings relativ seltener als die Gesunden, bleibt der weibliche Heiratsdurchschnitt nach dem Alter von 30 Jahren meist konstant. Obwohl drei Viertel aller Erstaufnahmen 30 Jahre oder älter sind, scheint es, als ob eine Frau, die bei ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt noch ledig ist, damit rechnen muß, daß sie, auch wenn sie sehr bald wieder entlassen wird, während ihres übrigen Lebens ledig bleibt. Deshalb müßte die Sterilisation diese Frauen bereits im präpsychotischen Stadium erfassen. Es scheint, als ob bei den Frauen die niedrigere Heiratsquote zum Teil bedingt ist durch das Abzählen von der Heirat und nicht durch einen Mangel an Anziehungskraft. Es bestehen große Unterschiede in den Heiratsquoten der Männer mit verschiedenen Psychosentypen, und in gleicher Weise auch bei den Frauen, aber um ein Drittel weniger. Die Heiratsquote sterilisierter Patienten mit Dementia praecox ist in allen Altersklassen niedriger als die der Manisch-depressiven.

W. Misch, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

2067.

Warthin, A. S., und E. A. Pohle, Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Herz. II. Teil: Mikroskopische Veränderungen der Herzmuskulatur von Ratten und Kaninchen im Verlauf einer Serie von Bestrahlungen. (Arch. Int. Med., 43., Heft 1.) (University of Michigan Medical School.) Die Autoren, die in einem verangegangenen Artikel (J. A. M. 89: 1825 [Nov. 26] 1927) gezeigt hatten, daß der Herzmuskel von Ratten und Kaninchen keinen endgültigen Schaden leidet, wenn die Tiere einer menschlichen Erythemdosis einmalig ausgesetzt wurden, zeigen in der vorliegenden Arbeit, daß dies für Serienbestrahlungen nicht mehr zutrifft. Das ist aber besonders wichtig, weil alle malignen Erkrankungen der Herzgegend (Krebs der linken Brustseite, Lungen-Mediastinaltumor) einer wiederholten Röntgenbestrahlung bedürfen.

Bei allen bestrahlten Tieren (48 Ratten und 24 Kaninchen) zeigten sich auf dreimalige Bestrahlung in monatlichen Zwischenräumen (λ -effektive = 0,16 resp. 0,23 Angström-Einheit, 500 R das erste und 300 R die beiden anderen Male) ausgesprochene Myokardschädigungen: hauptsächlich Zenkersche Nekrose und fettig-degenerative Infiltration (Lipoidosis). Bei einigen Versuchstieren war deutliche entzündliche Reaktion und beginnende interstitielle Proliferation zu finden. Vergesellschaftet waren diese Myokardschäden mit Bronchitis und Bronchopneumonie und Schädigungen der Thymus- und Lymphdrüsen.

Die Verfasser ziehen daraus den Schluß, daß Serienbestrahlungen der angegebenen Dosis dauernden Schaden am Herzmuskel setzen und daß daher Vorsicht geboten sei bei jedem klinischen Falle, der mehrfache Bestrahlungen der Herzgegend erfordert. Sie wollen versuchen, die Toleranzdosis (= Schwellenwert) der Röntgenstrahlen für den Herzmuskel zu ermitteln. (Wie weit diese Tierexperimente auf menschliche Verhältnisse übertragen werden dürfen, ist noch recht fraglich. Ref.)

Zegla.

2068.

Holthusen, H., Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Wellenlänge, der Intensität und der Bestrahlungsdauer. (Strahlentherapie, 31., 3, 1929.) Die Strahlenqualität ist maßgebend für die räumliche

Intensitätsverteilung in dem durchstrahlten Körper und für die Raumdosis. Je nach Lage des Herdes ergeben sich die optimalen Strahlenhärten. Auf Form und Ablauf der Strahlenreaktion selbst hat die Strahlenqualität keinen Einfluß. Auch ein Unterschied in der Stärke der biologischen Wirkung ist im Bereich der technisch verwendeten Strahlen nicht vorhanden. Bei Verteilung der Dosis auf eine größere Zeit tritt im allgemeinen eine Abschwächung der Wirkung ein. Dies gilt jedoch nur für Mausergewebe, d. h. Zellen, die sich in Vermehrung befinden. Bei Zellen im Ruhestadium ergeben sich bei Verzettung der Dosis keine Unterschiede. Bei anoxybiotischen Wurmeiern ist die Kumulation vollständig. Die bei Mausergewebe zu beobachtende Herabsetzung der Wirkung bei fraktionierter Bestrahlung kann durch allergische Vorgänge erklärt werden. Im Gegensatz dazu kann aber auch eine Erhöhung der Strahlenwirkung durch Fraktionierung der Dosis eintreten, was auf Schwankungen in der Empfindlichkeit der Zellen zurückzuführen ist.

Kirschmann.

2069.

Barker, H. H., Bestimmung der Radioaktivität postmortaler Probeschnitte eines über längere Zeit radioaktivem Material Ausgesetzten. (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 21., 1, 1929.) Es war unmöglich, die Menge der Radiumemanation zu bestimmen, ebenso war es nicht möglich, die Zeiten der Gammastrahlenwirkung, welcher der Gestorbene ausgesetzt war, zu bemessen. Leber, Gastrointestinaltrakt, Niere und Herz zeigten keinen abnormen radioaktiven Gehalt, im Gegensatz zur Milz, Knochen und Lunge ließen ausgesprochen das Vorhandensein radioaktiven Materials erschließen: Radium und Mesothorium.

J. Kottmaier, Mainz.

2070.

Schaefer, Walter, und Ernst Witte, Physikalische und biologische Versuche an Kathodenstrahlen. (Strahlentherapie, 31, 3, 1929.) Aus dem Fenster einer Lenardröhre treten nicht nur Kathodenstrahlen, sondern außerdem ganz weiche und harte Röntgenstrahlen aus. Die Kathodenstrahlen, die einer Spannung von 150 kV entsprechen, dringen nicht tiefer als 0,1 mm ins Gewebe. Die dabei entstehende biologische Wirkung ist z. T. darauf zurückzuführen, daß die Haut als Antikathode wirkt und Sekundärelektronen entstehen. Es läßt sich eine Auswanderung von Elektronen feststellen. Ferner lassen sich durch Kathodenstrahlen Bakterien abtöten. Eine therapeutische Bedeutung hat diese Tatsache aber nicht, weil die Wirkung nur ganz oberflächlich ist. Die praktische therapeutische Bedeutung der Kathodenstrahlen ist überhaupt nur gering.

Kirschmann.

2071.

Lorey, Alexander, Zur Technik der Bronchographie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 13, S. 526.) Zum Nachweis der Bronchiektasien leistet die Bronchographie besonders gute Dienste. Es ist bekannt, daß selbst ganz ausgedehnte Bronchiektasien auf gewöhnlichen Röntgenbildern entweder vollkommen unbeobachtet bleiben können oder doch nur ganz uncharakteristische Schatten zeigen, die durch sekundäre Veränderungen hervorgerufen sind. Die Bronchographie dagegen zeigt deutlich den Grad und die Ausdehnung der Bronchialerweiterung an. Sie ist daher, besonders wo ein operativer Eingriff in Frage kommen kann, gar nicht mehr zu entbehren. Zum Nachweis von Gangrän und Abszeßhöhlen ist die Bronchographie dagegen entbehrlich. Diese lassen sich fast immer durch Durchleuchtung und Aufnahmen in den verschiedenen Richtungen lokalisieren. Zudem mißlingt die Füllung der Höhle selber häufig. Ebenso ist nach Ansicht des Verfassers der Versuch, tuberkulöse Kavernen mit Jodipin zu füllen, bedeutungslos. Bei aktiver Tuberkulose muß sogar vor der Bronchographie gewarnt werden, weil sie unter Umständen zur Propagierung des tuberkulösen Prozesses führen kann. Dagegen lassen sich Stenosen des Bronchus, sei es, daß sie durch Druck von außen (Drüsen) oder in das Lumen vorspringende Tumoren (Bronchialkarzinom) hervorgerufen sind, zur Darstellung bringen. Bei Thoraxfisteln klärt die Einspritzung des Jodipins von der Fistel aus schnell die Verhältnisse.

Das Jodipin selbst ruft keinerlei Reizung der Bronchialschleimhaut hervor. Dies haben Tierexperimente und die Erfahrung an über 200 Bronchographien gezeigt. Natürlich kann bei eben vorangegangener Pneumonie keine Bronchographie vorgenommen werden. Bei ausgesprochener Idiopsynkrasie kann es zu Erscheinungen von Jodismus kommen. Er wird nicht etwa, wie Verfasser einwandfrei beweisen konnte, durch Resorption des Jodipins von der Bronchialschleimhaut aus, sondern durch Resorption des hochgebrachten und verschluckten Jodipins vom Darm aus hervorgerufen. Dies ist ein Zufall, an den man bei jeder Jodmedikation denken muß. Kennt man die Jodipinidiopsynkrasie, so kann man das Jodipin durch ein Bromölpräparat ersetzen. Die einzige wirk-

iche Gefahr bei der Bronchographie ist die der Kokainvergiftung. Diese läßt sich durch vorsichtige Technik der Anästhesierung vermeiden.“

Arnold Hirsch, Berlin.

2072.

Eisler, Fritz, Zur Röntgendiagnose der Doppelgeschwüre im Magen und Duodenum. (Med. Klin., Nr. 16, 1929.) (Röntgeninstitut des Krankenhauses Wieden in Wien.) Das Doppelulkus im Magen und Duodenum ist kein zu seltenes Vorkommnis. Man muß daher in jedem Falle, in dem ein Ulkus gefunden wurde, Magen-Duodenum nach weiteren Wandveränderungen absuchen. Bei Nischenbildung ist die Diagnose nicht schwer, lineare Narben werden meist übersehen, nur in der Pylorusgegend bei Deformationen vermutet. Manchmal können Doppelulzera, wenn sie nahe beisammenliegen, das Bild einer malignen Wandveränderung vortäuschen. Die klinische Bedeutung der Diagnose eines Doppelulkus kann darin liegen, daß manche Krankheitssymptome erst durch die Auffindung eines zweiten Ulkus ihre Erklärung finden und daß auch die Indikationsstellung für einen Eingriff durch sie beeinflusst werden kann. Dort, wo bei Ulkus die Totalresektion des Magens erfolgt, ist es jedenfalls von Wert, darauf zu achten, daß ein hochsitzendes Ulkus in die Resektion mit einbezogen wird, denn gerade diese Ulzera können, wenn sie nicht vorher diagnostiziert wurden, dem Operateur leicht entgehen. Manchmal kann eine Doppelveränderung röntgenologisch durch spastische Kontraktionserscheinungen vorgetäuscht werden, z. B. in Begleitung eines Ulkus am Magen und Duodenum. L. Gordon, Berlin.

2073.

Pillmore, G. U., Technik der Gallenblasenuntersuchungen. (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 20., 6, 1928.) Bei voller Inspiration bewegt sich die Gallenblase meist nach abwärts und gegen die Mittellinie des Körpers. Das Umgekehrte tritt bei der Expiration ein. Die größten Bewegungen treten bei langen, dünnen Individuen auf, die geringsten bei unteretzten, gleichgültig ob im Stehen oder im Liegen. Bei rechts sitzenden intrathorakalen und subdiaphragmalen Reizzuständen sind die Exkursionen eingeschränkt. Bei jenen Typen, bei welchen der Gallenblasenschatten von dem Wirbelsäulenschatten überlagert wird, vermag ein Bild in vollkommener Expiration eine genügende Trennung hervorzubringen. Inspirations- und Expirationsbilder vermögen die Beziehungen von Gasschatten mit dem der Gallenblase zu klären. Eine normale Gallenblase verändert häufig zwischen In- und Expiration ihre Gestalt infolge wechselnden intraabdominalen Drucks. Wurde ohne Rücksicht auf die Respiration ein Bild gemacht, so wird man hinsichtlich des Urteils, ob Adhäsionen bestehen, zurückhaltend sein. Wenn eine Gallenblase gelegentlich hinsichtlich des unteren Leberandes ihre Lage ändert bei der Respiration, so kann man sagen, daß sie nicht durchaus mit der unteren Leberfläche verwachsen ist. Das Inspirationsbild der Gallenblase verlagert das Gallenblasenbild außerhalb der Rippschatten und den Kalzifikationen, welche in den Rippenknorpeln bestehen können. Sowohl ein Solitärstein als auch ein Konglomerat von Gallensteinen kann zwischen vollständiger Inspiration und Expiration seine Lage innerhalb der Gallenblase ändern. Diese ständige Irritation kann einen disponierenden Faktor primärer Malignität abgeben. Es ist selten, daß es gelingt, Verwachsungen der Gallenblase mit anderen Organen durch ein Inspirations- und Expirationsbild nachzuweisen, weil die Nachbarorgane gleichfalls während der Respiration bewegt werden. Nierensteine von Gallenblasensteinen zu trennen, mag gelingen, da sich die Gallenblase respiratorisch mehr bewegt als die Niere. Eine bessere Uebersicht der Leber erhält man bei tiefster Inspiration, und zwar bewegt sich der hintere Leberand stärker nach abwärts als der vordere, weil sich der hintere Zwerchfellteil stärker als der vordere bewegt. Da die Dicke des Körpers bei der Inspiration größer ist als bei der Expiration, benötigt die Inspirationsaufnahme stärkere Penetration. J. Kottmaier, Mainz.

2074.

Taussig, L. R., und H. E. Miller, Röntgen- und Radiumbehandlung der Verruca plantaris. (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 20., 6, 1928.) Die Verruca plantaris ist eine sich, teils durch den zunehmenden Sport, ausbreitende Krankheit. Ihre infektiöse Natur ist nicht durch vorbeugende Desinfektion des Bodens zu beeinflussen. Der einzige Schutz besteht im Tragen von Schuhen. Wegen der Filterwirkung der immer vorhandenen Hornschicht und der durchgängig verwendeten weichen Strahlung ist es ratsam, die Hornschicht so weit abzuschneiden, bis sich jene schwarzen Punkten zeigen, welche die Gefäßschlingen darstellen. Wegen der Infektionsgefahr, welche dieses Blut auf die Umgebung darstellt, ist bei dieser Prozedur eine Blutung zu vermeiden. Die Bestrahlungen wurden im Sinne der Saturationsmethode bei vielen Warzen in Intervallen von 10 zu 14 Tagen vorgenommen. In der ersten Sitzung wurden 2 HED., 2 Wochen später $\frac{1}{2}$ HED. nach Entfernung

der Hornschicht gegeben, nach weiteren 2 Wochen noch $\frac{1}{2}$ HED. Standard-Coolidge-Röhre, kein Filter, 16 bis 17 cm Funkenstrecke. Bei der Radiumbehandlung wird eine kleine, runde, doppelt verstärkte Platte von ungefähr 0,7 cm Durchmesser, Filter 0,1 mm Al und einfache Lage von Dentalgummi verwandt. Bestrahlung 40 bis 60 Minuten. Dabei werden beträchtlich mehr als 2 HED. gegeben, doch besteht ein großer Teil der Strahlung aus oberflächlich wirkenden Betastrahlen, so daß selten auch nur der Schimmer eines Erythems auftrat. Zwei solcher Applikationen bei monatlichem Intervall scheinen nicht übermäßig. J. Kottmaier, Mainz.

2075.

Sante, L., Syphiliserkrankung der Knochen im Röntgenbild. (Amer. J. Syph., 12., Nr. 4, 1928.) Syphilis ist die häufigste Ursache konstitutioneller, lokalisierter Knochenkrankungen. Die Analyse muß folgende Punkte berücksichtigen: Vorgeschichte, Ausgangspunkt des pathologischen Prozesses, Proliferation oder Destruktion des Knochens, Beteiligung oder Nichtbeteiligung des Periosts, der Rinde, des Markkanals und der Epiphysen. Syphilis kann alle Teile des Knochens befallen. Syphilitische Periostitis macht Bildung jungen Knochens parallel zum Schaft oder auch höckerige Defekte am Knochenrand. Dieser sogenannte „Spitzentyp“ ist charakteristisch für Syphilis und kommt bei keiner anderen Knochenkrankung vor. Syphilitische Ostitis bewirkt Verdickung der Rinde, welche zu höckerigen Auftreibungen des Schaftes führt. Der Knochenschatten ist nicht scharf begrenzt. Knochengummen machen ähnliche Erscheinungen wie Gummen überhaupt. Die zerstörte Partie zeigt unregelmäßige Gestalt mit zirzären Begrenzungen und verdickten Rändern. Syphilitische Osteomyelitis hat große Ähnlichkeit mit der eitrigen Osteomyelitis, nur bildet sie leichter jungen Knochen als diese. Auch ist sie weit weniger schmerzhaft. Die syphilitische Erkrankung der Epiphysen ist hereditär. Röntgenologisch stellt sie sich durch Unregelmäßigkeit der Epiphysenlinie und kleine Defekte oberhalb oder unterhalb dieser Linie dar. Häufig ist eine periostale Reaktion der angrenzenden Knochenpartien. Die syphilitische Gelenkerkrankung kann als akute Arthritis und als sogenannte „Charcotsche Gelenkdeformierung“ manifest werden. J. Kottmaier, Mainz.

2076.

Sampson, H. L., und B. Halpert, Röntgen-anatomische Untersuchungen des Colons bei Patienten mit Lungentuberkulose. (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 21., 6, 1929.) In aufrechter Haltung wurde das Coecum bei 50% der Männer und ungefähr 47% der Frauen in Höhe der Linea terminalis gefunden, im kleinen Becken waren die entsprechenden Zahlen: 23 und etwa 43%. Die Flexura hepatica war spitzwinklig und der erste Teil des Transversum lag dem aufsteigenden Colon parallel bis zur Hälfte oder weniger bei 30% der Frauen und 41% der Männer, mehr als die halbe Länge des Colon ascendenz war vom Colon transversum begleitet bei 22% Männern und etwa 35% Frauen. Das Colon transversum stand gänzlich tiefer wie die große Kurvatur des Magens bei 3 Männern und 2 Frauen (300 untersuchte Patienten). Das Colon transversum reichte mit seinem tiefsten Teil an das Promontorium bei 65% Männern und etwa 93% Frauen. Der tiefste Punkt der großen Kurvatur des Magens stand tiefer als die Höhe des dritten Lumbalwirbels bei 95% Männern und 98% Frauen; in der Höhe des Promontoriums bei 21% Männern und etwa 51% Frauen. J. Kottmaier, Mainz.

2077.

Zwaardemaker, H., Bioradioaktivität und Automatin. (Med. Welt, 15, 1929.) Das Kalium ist das einzige radioaktive Element im tierischen und pflanzlichen Organismus, weshalb es als Träger der Bioradioaktivität betrachtet werden darf. Die Bioradioaktivität ist der Grund für die Notwendigkeit des Kaliums für bestimmte Funktionen (Automatismus, Leitvermögen, Reizbarkeit einiger Organe). Die Menge der Bioradioaktivität pro Gramm funktionierender Substanz hat pro Sekunde 1 Mikroerg zu betragen. Die Bioradioaktivität rührt von der korpuskulären Strahlung her, normalerweise von der Betastrahlung des Kaliums. In Versuchen läßt sich diese durch die Alphastrahlung einer radioäquivalenten Menge von schweratomischen Elementen ersetzen. Liegt durch Vorwegnahme des physiologischen Vorrates an Kalium das Bedürfnis nach Auffüllung vor, so kann man denselben Effekt auch durch korpuskuläre Strahlung von außerhalb erreichen. Hört aus Kaliummangel der Automatismus eines Organes auf und wird darauf ein wirksames Agens eingesetzt (aktive Durchströmung, Bestrahlung von außen her), so tritt vom Augenblick des Einsetzens dieses Agens bis zum Moment des Wiederaufnehmens der Funktion eine latente Periode ein. Die langen Latenzen lassen sich nur durch die Annahme des Vorhandenseins von chemischen Zwischengliedern erklären. Es gelang dem Verfasser, diese Zwischenglieder zu isolieren. Die von ihm „Automatin“ genannte Substanz ist wasser-

und alkohollöslich, in Aether unlöslich, diffusibel, ultrafiltrierbar, thermostabil, an Kohle und Talkum venetum adsorbierbar. Die praktische Bedeutung der Versuche liegt darin, daß ein stillstehendes Herz durch das Automatin wieder belebt werden kann.

L. Gordon, Berlin.

2078.

Kruchen, Beitrag zur Röntgentherapie der Lymphogranulomatose. (Strahlentherapie, 31., Heft 4, 1929.) Die Erfolge der Bestrahlung sind um so besser, je früher die Behandlung vorgenommen wird. Es ist im allgemeinen eine Bestrahlung von 140 bis 180 kV zu empfehlen unter 0,5 mm Kupferfilter. Ein Schema für die Bestrahlung läßt sich nicht aufstellen; es muß den individuellen Verhältnissen Rechnung getragen werden. Am einfachsten ist die Behandlung im ersten Stadium; die Dosishöhe darf 50 bis 80% der HED betragen (auf die Haut berechnet), hierbei kann höchstens nach der Bestrahlung Fieber auftreten, was zu milderer Dosierung mahnt. Im zweiten Stadium ist größere Vorsicht am Platze. Immerhin kann man auch hier noch Dosen von 30–70% geben; Berücksichtigung der Allgemeinerscheinungen, namentlich Temperatur und Blutbild, ist geboten. Im dritten Stadium, in welchem kachektische Erscheinungen und Komplikationen in den Vordergrund treten, darf die Röntgenbestrahlung nur vorsichtig und abwartend ausgeführt werden. Kranke mit hoher Lymphozytenzahl reagieren besser als solche mit niedriger Lymphozytenzahl.

Leukopenie, absolute Lymphopenie sind ungünstige Zeichen, ebenso wie eine Verschlechterung des roten Blutbildes. Fälle mit Eosinophilie scheinen im allgemeinen besonders radiosensibel zu sein. Eine solche findet man häufig auch bei Auftreten von Rezidiven. Außer örtlicher Wirkung läßt sich auch eine Fernwirkung auf andere Geschwulstknoten feststellen. Diese ist wahrscheinlich auf immunbiologische Vorgänge zurückzuführen.

Kompressionserscheinungen durch Schwellung nach Röntgenbestrahlung ist bei sachgemäßer Dosierung nicht zu befürchten.

Kirschmann.

2079.

Regaud, Cl., und R. Ferroux. Ueber den Einfluß des „Zeitfaktors“ auf die Sterilisation des normalen und des neoplastischen Zellwachstums durch die Radiotherapie. (Strahlentherapie, 31., 3, 1929.) Zum Vergleich mit den malignen Tumoren eignet sich für das Studium der Strahlenwirkung am besten das Hodenepithel. In bezug auf die Frage der einzeitigen oder fraktionierten Bestrahlung ergab sich folgendes: Es ist nicht möglich, mittels der einzeitigen Applikation der Strahlen die Hodensterilisation zu bewirken, es sei denn um den Preis schwerer Integumentenschädigung. Die Fraktionierung der Dosis und die Verlängerung der Gesamtbestrahlungsdauer (4 bis 16 Tage) vermindern beträchtlich die Wirkung der Strahlen auf die Haut und die Schleimhaut, nicht aber ihre Wirkung auf das Samenepithel. Dadurch ist es möglich, eine vollständige und definitive Hodensterilisation zu erzielen ohne Hautschädigung. Dementsprechend konnte bei einer Reihe von Karzinomen durch eine Verlängerung der Bestrahlungszeit mit fraktionierter Dosierung eine zweifelsfreie Verbesserung der Erfolge konstatiert werden.

Kirschmann.

2080.

Weiß, R. F., Intensive Quarzlichtbehandlung der Ischialgie. (Med. Klin., 15, 1929.) (Sanatorium Schierke im Harz.) Es lassen sich bei der Ischialgie recht schöne Resultate erzielen, wenn man das ganze erkrankte Ischiadikusgebiet ein- oder doppelseitig in kurzen Abständen mit der Erythemdosis bestrahlt. Wesentlich für den Heilerfolg ist, daß eine Dermatitis auftritt. Die Bestrahlungstechnik ist folgende: Das ganze Ischiadikusgebiet wird in vier Felder geteilt: jederseits ein oberes vom unteren hinteren Thoraxrand bis zur Glutäalgegend einschließlich und ein unteres von der Glutäalfurche bis zur Wade. An vier aufeinanderfolgenden Tagen wird jedes Feld bei 60 bis 80 cm Lampenabstand unter sorgfältiger Abdeckung der Umgebung mit der Erythemdosis bestrahlt; die Bestrahlungsdauer richtet sich nach dem Zustand des Brenners und schwankt demgemäß etwa zwischen 10 und 20 Minuten. Zuerst werden die Felder der einen, dann diejenigen der anderen Seite bestrahlt. Der gleiche Turnus kann nach 4 bis 6 Wochen, eventuell noch weitere Male wiederholt werden. L. Gordon, Berlin.

2081.

Guthmann, L., und M. Weichsel, Die Ultraviolett-empfindlichkeit der Vagina und ihr Absorptionsspektrum. (Strahlentherapie, 31., 3, 1929.) Die Vaginalschleimhaut hat gegenüber der äußeren Haut eine geringere Ultraviolettsensibilität. Sie verträgt eine drei- bis viermal so große Dosis. Die individuellen Schwankungen sind nicht so stark. Noch in 3 mm Tiefe lassen sich Strahlen nachweisen.

Kirschmann.

2082.

Regaud, Claude, Zur Radiumbehandlung der bösartigen Geschwülste. (Med. Klin., Nr. 16, 1929.) (Pasteur-Laboratorium und Therapeutische Abtlg. des Radiuminstitutes der Pariser Universität.) Heilerfolge durch Strahlentherapie sind zu erreichen im allgemeinen bei Epitheliomen, die von der ektodermischen Epidermis abstammen. Zu dieser Gruppe gehören fast alle Karzinome der Haut und Hautöffnungen, der Mundhöhle, des Schlundes, der Nasennebenhöhlen, des Kehlkopfes, der Speiseröhre, der Scheide und des Collum uteri. Die Strahlenwirkung ist lokaler Natur und besteht in einer direkten Zerstörung der Krebszellen. Der oberste Leitsatz bei der Bestrahlung ist, dem Krebsgewebe die mit der Integrität der normalen Gewebe verträgliche maximale Dosis zu verabreichen. Die Sterilisation des Krebsgewebes entspricht einer Operation, die einer elektiven Zellausscheidung der Mutterzellen dieses Gewebes gleichkommt. Die elektive Strahlenwirkung muß mit allen Mitteln gesteigert werden. In diesem Sinne sind die Gammastrahlen den Röntgenstrahlen vorzuziehen. Die Betastrahlen und die langwelligen Gammastrahlen müssen in fast allen Fällen durch Anwendung einer Minimalfiltration von 0,5 mm Platin (bei der Spickmethode) und von 1 mm Platin (bei allen anderen Methoden von Curietherapie) ausgeschieden werden. Da die Gewebe sich verschieden in bezug auf den Zeitfaktor verhalten, ist diesem eine sehr große Bedeutung zuzumessen. Während die Verlängerung der Bestrahlungszeit die biologische Wirkung, z. B. in der Haut und in der Rektalschleimhaut, herabsetzt, vermindert hingegen in dem Samenepithel des Hodens eine bestimmte kontinuierliche oder diskontinuierliche Zeitverlängerung die biologische Wirkung nicht, kann sie vielleicht sogar steigern. Die von den Epidermisepithelien abstammenden Krebsgewebe verhalten sich im allgemeinen wie die Samenzellen. Indem man die Zeitdauer der Behandlung auf 5, 10, 15 Tage hinaus verteilt, kann man die Sterilisation des Krebsgewebes erreichen, ohne dem Allgemeingewebe allzu sehr zu schaden. Dagegen vermindert die allzu starke Verzettung der Dosen in Verbindung mit einer Zeitverlängerung von über einigen Wochen stets die biologische Wirksamkeit der Strahlentherapie und führt zur Radioimmunität und Unheilbarkeit der Krebse.

Am Pariser Radiuminstitut kommen folgende Methoden der Curietherapie zur Anwendung: 1. Die Einführung der radioaktiven Tuben in und rings um die Tumormasse durch die Haut oder Schleimhaut hindurch (Spickmethode oder Radiumpunktur). 2. Die Einführung von radioaktiven Tuben in einen chirurgisch angelegten Hohlraum (Radiumchirurgie). 3. Die Bestrahlung durch die Haut oder Schleimhaut hindurch mittels radioaktiver Tuben, die an einem plastischen, modellierbaren Träger befestigt sind. 4. Die Einführung von radioaktiven Tuben in die natürlichen Wege (innere Curietherapie). 5. Die transkutane Fernbestrahlung mittels eines mächtigen Radiumherdes. Von diesen Methoden wird die Radiumchirurgie nur ausnahmsweise, für die Behandlung der Epitheliome der Nasennebenhöhlen (Karzinom des Oberkiefers) angewendet.

L. Gordon, Berlin.

2083.

Regaud, C., Radiumtherapie des Krebses am Radiuminstitut Paris. (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 21., 1, 1929.) Der Fortschritt radiotherapeutischer Methoden kann nicht durch zeitweilige Rückbildungen, sondern nur durch Heilstatistiken beurteilt werden, welche auf unzweifelhaften Daten beruhen und über eine genügende Anzahl von Jahren verfolgt werden. Radium heilt von den Körperhöhlen aus regelmäßig nur Epithelkarzinome der Cervix uteri, und nur, wenn der Krebs die Uterusgrenzen noch nicht überschritten hat (I. und II. Stadium). Bei ausgedehnterem Krebs kann Radium lediglich als Unterstützung einer Bestrahlung von außen dienen. Bei andersartiger Tumorkomplexion vermag das Radium nur eine vorübergehende Verkleinerung des Tumors herbeiführen. Radiumpunktur mit beweglichen Platinnadeln geringerer Stärke, welche direkt in das Gewebe inseriert werden, sind am zweckmäßigsten. Die Radiumpunktur wurde in den letztvergangenen Jahren auf wenig Lokalisationen beschränkt, speziell Zungenkrebs. Radiumchirurgie — Radiumanwendung mit vorausgehendem chirurgisch-vorbereitendem Eingriff — sollte nur ausnahmsweise angewandt werden; in Paris zur Behandlung massiver Krebse der Gesichtsknochen, speziell Antrumfälle. Oberflächliche Radiumtherapie wird mittels Wachsmodellen, welche eine Bestrahlung mit Isodosen erlauben, durchgeführt, indem Serien austauschbarer Radiumtuben die strahlende Oberfläche darstellen, welche so nach Ausdehnung, Form und Stärke verändert werden kann. Bei Haut-epitheliomen sind die Erfolge ausgezeichnet. Ist Bestrahlung aus einer Entfernung von mehr als 3 cm nötig, so werden Hohlmodelle verwendet, um das Gewicht der Modelle zu vermindern. Die Wirksamkeit dieser armierten Methode reicht bis 5 cm und mehr in die Tiefe, besonders bei karzinomatöser Adenopathie. Für Applikationen aus 6 bis 8 cm ist bei der Größe und Stärke des Bestrahlungsfokus eine Bleiabdeckung erforderlich, welche der Patient nicht mehr

tragen kann. Es kommt seit 1925 ein Apparat, welcher 4 g Radium enthält und etwa 150 qcm bestrahlen kann, zur Anwendung. Der Apparat wirkt aus 10 cm und ist mit einem Platinfilter von 1 mm versehen. Die verschiedene Radiosensibilität der Krebse ist von größter Bedeutung; sie bleibt bestehen trotz des Fortschritts in der Technik der Radiotherapie. Nur Krebse, welche von epidermoidalen Strukturen ausgehen, wurden geheilt. Die Zahl der erfolgreichen Behandlungen wird durch die anatomisch-topographischen Schwierigkeiten einiger Lokalisationen beeinträchtigt, z. B. beim Oesophaguskrebs. Adenokarzinome sind meist widerstandsfähig. Es war, von ganz seltenen Fällen abgesehen, nicht möglich, Adenokarzinome des Rektums oder der Cervix uteri mit Radiotherapie zu heilen. Die Hauptwirkung der Bestrahlung auf die Krebszelle ist nicht indirekt. Veränderung der Leukozytenzahl und Schädigung der Gefäße und des Bindegewebes treten im bestrahlten Bezirk unregelmäßig und spät auf. Die Schädigungen der radiosensiblen Zellen sind hingegen frühzeitig und konstant. Die direkte zelltötende Strahlenwirkung ist daher das wesentliche Moment bei der Krebsbehandlung. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen normalen und Krebszellen wird nicht anerkannt. Die Gammastrahlen des Radiums sind zweifellos den derzeitigen Röntgenstrahlen biologisch überlegen, indem die ersteren eine größere selektive Aktion entfalten, welche auf den biologischen Wirkungen an den radiosensitiven Zellen beruht.

J. Kottmaier, Mainz.

2084.

Dehler, Hans, **Beeinträchtigt die Sekundärinfektion im Uteruskarzinom den Erfolg der Strahlenbehandlung?** (Strahlentherapie, 31., Heft 4, 1929.) Die meisten Fälle von Zervixkarzinom sind, wenn sie zur Behandlung kommen, bereits infiziert. Bei weitem die größte klinische Bedeutung hat die Streptokokkeninfektion. Hierdurch wird die Prognose erheblich verschlechtert, besonders bei Anwesenheit hämolytischer Streptokokken. Die Infektionserscheinungen können so stark sein, daß sie das Krankheitsbild ganz beherrschen. Je ausgedehnter die Entzündung ist und je virulenter die Streptokokken sind, desto mangelhafter reagiert der Krebs auf Röntgenbestrahlung.

Außerdem besteht die Gefahr eines raschen Gewebszerfalles unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen sowie der Entstehung entzündlicher Komplikationen, wie Thrombophlebitis, Parametritis usw. Bei richtiger Dosierung jedoch gelingt es mittels der Röntgenstrahlen, auch die Infektion zu bekämpfen: Sind virulente Streptokokken im Uteruskarzinom nachgewiesen, so ist jeder lokale Eingriff zu unterlassen, auch Verschorfung, Verätzung usw., ja sogar die Probeexzision. Aus demselben Grunde ist hier auch die uterovaginale Radiumbehandlung kontraindiziert. Die Bekämpfung der Infektion vor der Röntgenbestrahlung geschieht am besten mittels Verkupferung. Außerdem ist auf robrierende Allgemeinbehandlung der größte Wert zu legen. Auch nach der Bestrahlung darf die Behandlung nicht als abgeschlossen gelten. Durch die verschiedenen physikalischen, medikamentösen, diätetischen und serologischen Maßnahmen sollen die Körperkräfte gebessert werden.

Kirschmann.

2085.

Seulberger, P., W. Schmidt, F. Kröning, **Röntgenbiologische Untersuchungen an Karzinomen.** (Strahlentherapie, 31., 3, 1929.) Bei zytologischer Untersuchung verhielten sich die untersuchten Tumoren schon vor der Bestrahlung verschieden. Nach der Bestrahlung reagiert jeder Tumor mit einer quantitativen und qualitativen Änderung seiner Mitosen, der Zeitpunkt der Reaktion ist verschieden. Auch ruhende Zellen erleiden Veränderungen, indem sich ihre Kerne in mehr oder weniger feine Körnchen auflösen und Tröpfchen sich in ihnen bilden. An vielen Tumorzellen wurden Auflösungsvorgänge beobachtet, die auf vermehrte fermentative Umsetzungen zurückgeführt werden. In den Tumoren und deren Umgebung lassen sich vermehrte Rundzelleninfiltration und Bindegewebsbildung nachweisen, was als Reaktion der Organismen aufzufassen ist.

Kirschmann.

2086.

Pfahler, G. E., und B. P. Widmann, **Behandlung der Penisepitheliome mit Radiotherapie und Elektrokoagulation.** (Amer. J. Roentg. Rad. Therapy, 21., 1, 1929.) 10 Peniskarzinome, ein ulzeriertes Rezidiv in der Leiste nach Penisamputation. Ein Fall war 12, ein weiterer 7 Jahre geheilt, ein Fall war 11 Monate ohne jede makroskopische Erscheinung, ein Fall 7 Monate, ein Fall 5 Monate, einer 3½, zwei 3 Monate, einer 9 Monate nach Beginn der Behandlung symptomfrei, während ein Fall noch nicht einen Monat beschwerdefrei war. Allein mit Radium ließ sich kein Fall heilen, und man darf annehmen, daß dies ebensowenig mit Röntgenstrahlen gelingen wäre. In der Niederhaltung der palpablen Lymphknoten sowie rezidivierender Bauchfell- und Leistendrüsens (5 Jahre) waren die Röntgenstrahlen sehr nützlich. Die Amputation des Penis vermittelte Elektrokoagulation mit nachfolgender Be-

strahlung brachte 90% Heilung. Die Bestrahlung scheint zeitweise wirksamer die Lymphknoten als die Primärgeschwulst zu beeinflussen.

J. Kottmaier, Mainz.

2087.

Holfelder, Hans, **Welche Behandlung bietet die beste Heilungsaussicht beim Melanosarkom?** (Röntgenpraxis, 1., Heft 1, 1929.) Röntgentiefenbestrahlung ist die Methode der Wahl beim Melanosarkom. Man erreicht damit in einem beachtlichen Prozentsatz der Fälle jahrelang anhaltende Besserung, und in einigen Fällen Dauerheilung. Vor der Operation, auch mittels Elektrokoagulation, ist wegen der Gefahr der Metastasierung zu warnen, wenigstens bei solchen Melanosarkomen, die von der Haut ausgehen. Wenn bei anderen Lokalisationen eine Operation aus irgendwelchen Gründen dringend notwendig erscheint, soll Röntgenbestrahlung sofort angeschlossen werden.

Kirschmann.

2088.

Schumacher, Paul, **Zur Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 13, S. 585.) Es konnte festgestellt werden, daß durch die Kombination der Röntgenbestrahlung mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen die Bestrahlung durch Hebung des Allgemeinbefindens auffallend gut vertragen wird. Auch bei elenden Patientinnen erfährt die Nahrungsaufnahme durch die Bestrahlung kaum eine nennenswerte Unterbrechung, so daß die Gewichtskurve durch die Bestrahlung im negativen Sinne nur wenig bzw. gar nicht beeinflusst wird. Eine spezifisch sensibilisierende Wirkung der intravenösen Dextroseinjektion auf karzinomatöses Gewebe kann Verfasser nicht anerkennen, doch ist die Steigerung der gesamten Abwehrkräfte des Körpers im Sinne einer allgemeinen Protoplasmaaktivierung im Kampfe gegen das Karzinom und andere maligne Tumoren von großem Nutzen. Bestehen in der Umgebung des Tumors Zeichen von Entzündung, so muß man mit der Dosierung des Traubenzuckers vorsichtig sein, da die Entzündung durch die Dextroseinjektion sich verschlimmern kann und derartige Fälle auf die Bestrahlung dann nicht gut ansprechen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2089.

Groedel, Franz M., Heinz Lossen, **Kumulations- und Kombinations-Röntgenscheiden.** (Röntgenpraxis, 1., Heft 1, 1929.) Die Autoren zeigen in einem ausführlichen, sehr instruktiven Gutachten, daß aus der Entstehung eines Röntgengeschwürs nicht ohne weiteres auf Fahrlässigkeit geschlossen werden darf. Sie weisen erneut auf die Bedeutung der Kumulations- und der Kombinations-schäden hin. Im vorliegenden Falle war ohne nachweisbare Ursache ein Röntgengeschwür in der Kreuzbein-Darmbeugegend entstanden. Nach den Darlegungen der Autoren hat die tuberkulöse Erkrankung der Patienten offenbar eine Ueberempfindlichkeit (Kumulation) verursacht, während die Rückenlage während der langen Bettlägerigkeit durch Druck zunächst eine Anämie und im Anschluß daran aber Hyperämie bewirkte, die ihrerseits die Empfindlichkeit steigerte. Außerdem wirkt das knöcherne Kreuzbein als Streustrahler, schließlich kommt die Reizung der Haut durch den Druck der Kleidung hinzu (Kombinationsschaden). Der moderne Röntgentherapeut wird zwar diesen Momenten bei der Dosierung Rechnung tragen, es handelt sich hierbei aber z. T. um neuere Erkenntnisse, was für die Begutachtung früher entstandener Röntgenschädigungen von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Kirschmann.

An unsere Abonnenten! Wichtig!

In der Zeit vom 15. bis 30. Juni wird der Bezugspreis für das dritte Quartal (Juli-September) in Höhe von M 1,50 zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld = M 1,62 von der Post eingezogen. Die Abonnenten der Fortschritte der Medizin werden gebeten, diesen Betrag bereit zu halten, damit in der Belieferung keine Unterbrechung eintritt. Die Auslandsbezieher werden um Überweisung des für sie gültigen unter Bezugsbedingungen angegebenen Betrages an das dabei vermerkte Postscheckamt, oder um Einsendung per Postanweisung, bzw. per Brief in bar, zum Ausgleich des 3. Quartals gebeten. Der Verlag der „Fortschritte der Medizin“ Hans Pusch, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

RECEIVED
JUL 29 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 13

BERLIN, DEN 28. Juni 1929

47. JAHRGANG

Konservative Ulcus-Therapie

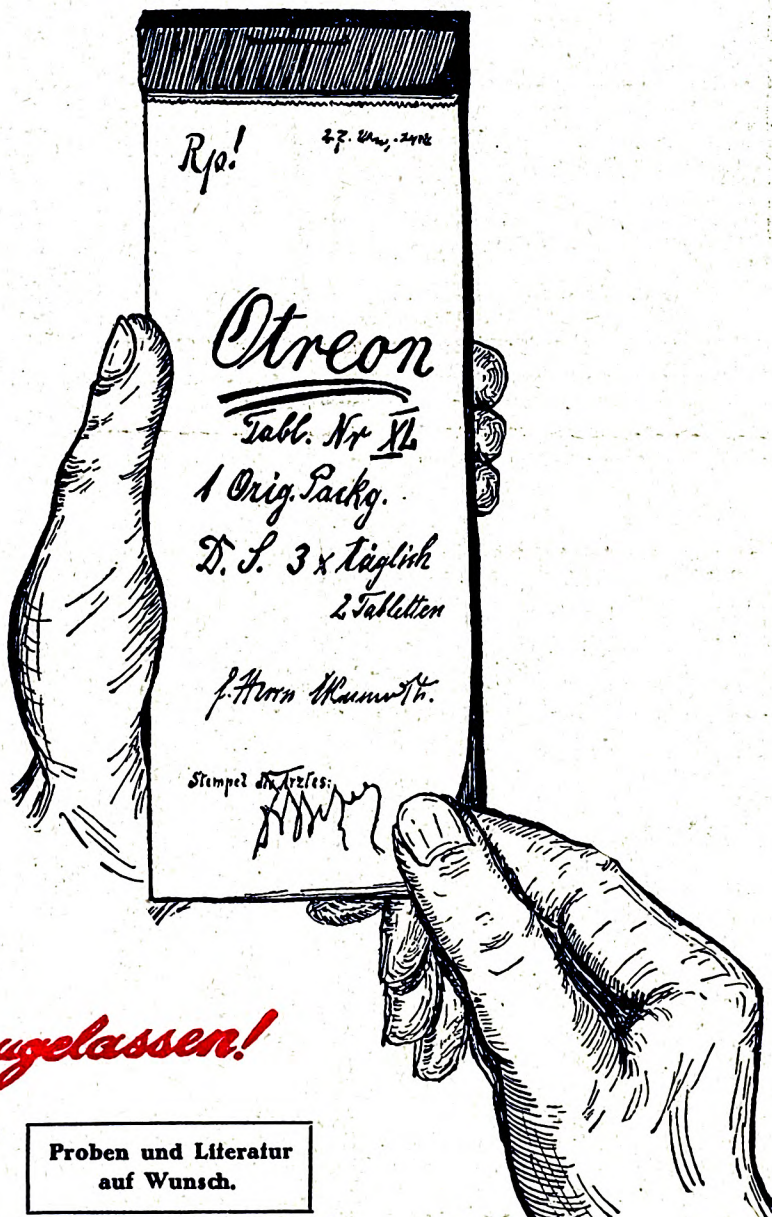
„ Die ganze Ulcusterapie hatte in diesem Fall bislang versagt, die Anfangserfolge mit Otreon aber waren derartig ermutigend, daß sich der Patient mit Freuden zum weiteren Versuche entschloß. . . .“

„ Bemerken muß ich, daß Sch. bereits nach 6 wöchiger Otreon-Kur arbeitsfähig war und dies bis heute geblieben ist und seit 3 Monaten Otreon nur dann nimmt, wenn er das Gefühl des Vollseins nach vorher gemiedenen Speisen verspürt. . . .“

„ Ich verordne absolute Ruhe, Wärme, strengste Ulcusdiät und Otreon. Die günstige Einwirkung desselben ließ nicht lange auf sich warten. Die großen Schmerzen ließen immer mehr nach, so daß ich den Patienten, der sich sichtlich erholte, nur durch mein ganz energisches Veto nach 5 wöchiger Otreon-Kur von der Wiederaufnahme seiner schweren Arbeit zurückhalten konnte. . . .“

„ Otreon, nebst strenger Ulcusdiät, Ruhe und Wärmeapplikation brachten auch in diesem Falle bald vollkommene Beschwerdefreiheit, und da sich der Patient dabei sehr gut erholte, nahm er Ende September bereits die Arbeit in der Fabrik wieder auf und fühlte sich seither beschwerdefrei und wohl. . . .“

„ doch ist für mich der vorläufige Erfolg Beweis genug, daß Otreon beim Ulc. ventr. günstig einwirkt und in jedem Falle, der nicht einen sofortigen chirurgischen Eingriff benötigt, des Versuches wert ist. . . .“ (Brade, M. Kl. 1927. Nr. 11.)



Zur Kassenpraxis zugelassen!

Luitpold-Werk
München

Proben und Literatur
auf Wunsch.

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main. **Ganzjährige Kurzeit** **Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.**
Speziell u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekonvaleszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurftaubenschießstand, Autogesellschaftsfahrten.

SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skrofulose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — **Gradierhäuser**, einzigartig eingerichtet. **Pneumatische Kammern** — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — **Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.**

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch** Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.
 Hausarzt: **Dr. Hartmann.**

Kurhaus Monte Bre Lugano Süd-Schweiz
 phys.-diät. Kuranstalt und Erholungshelm. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim
 Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Ärzte.
 Unter derselben Leitung **„DER KURHOF“** das vornehme Familienhotel
 Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts
 Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.**

BAD RIPPOLDSAU d. Schwarzwald Saison Mai—Oktober
KURHAUS SOMMERBERG
 kl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.
KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU
 r- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpin, nebelreies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenbassin, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Pensionen. Pension von Rm. 10.— an. Postauto: Appenweiler, Hausach, Freudenstadt.
 Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Dr. J. Hamburger's Kurhaus
 für Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige.
Strausberg bei Berlin
 Tel. 43. Sommer u. Winter.

Bad Freienwalde a.O.
 Sanatorium für Nervenkrankheiten
Dr. E. Zenker
 Nervenarzt

Dr. R. Friedeberg
 Bad Kudowa

Sanatorium Dr. Kohnstamm
 Königstein - Taunus
 Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — **Diätkuren** — alle modern. psychotherapeutischen Methoden
Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Hochgebirgskurhaus Bersatzberg bei Berchtesgaden
 1000 Meter
 Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

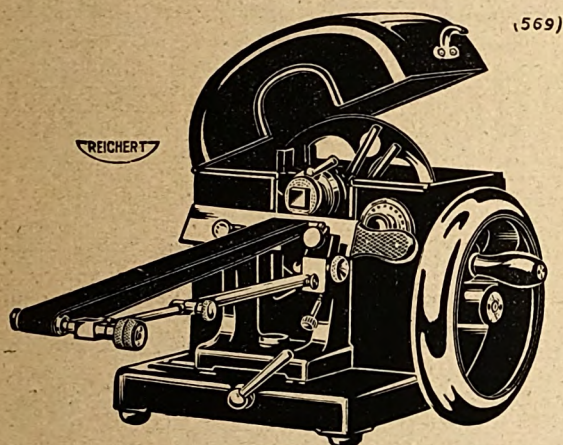
Märkisches Sanatorium Wald - Sieversdorf
 Fernruf: Buckow (Märk. Schweiz) 21, für innere Krankheiten, Nerven- u. Erholungsbedürftige. Bevorzugte Lage. Küchenleitung d. Spezial-Sanatoriums-Koch. Prosp. d. d. Verwaltung.
 Leitender Arzt: **Dr. Zachariae**,
 Facharzt für innere Krankheiten.



PARKSANATORIUM AROSA

Gut bürgerliche Heilanstalt für alle Erkrankungen der Atmungsorgane mit modernsten Heilmethoden, jedem Komfort und großen gedeckten Liegehallen. Pensionspreis inkl. ärztliche Behandlung 13—17 Mark, je nach Wahl des Zimmers, mit oder ohne fließend. Wasser und Privatbalkons. Illustr. Prospekt durch die Direktion.
Chefarzt Dr. Max Gähwyler.

REICHERT



**MIKROSKOPE MIKROTOME
UND
NEBENAPPARATE
WIEN VIII/2**

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist

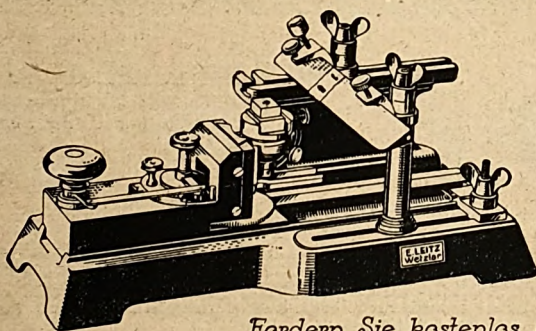


Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.

Leitz Mikrotome

für alle Zwecke
Paraffin-, Celloidin-, Gefrierschnitte



Fordern Sie kostenlos Liste Nr. 2545 von

Ernst Leitz / optische Werke / Wetzlar

Unsere verehrten Leser

werden dringend ge-
beten, bei Anfragen an
inserierende Firmen
auf unsere Zeitschrift

Fortschritte der Medizin

freundlichst Bezug zu
nehmen.

Der Verlag.

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acético-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung.
Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien

Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
Rudolstadt.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin)

Prof. Er. Schiff: Diagnostik und Therapie der Asthmaerkrankung im Säuglings- und Kleinkindesalter 471

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 473

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 479
 Bakteriologie und Serologie 480
 Chirurgie und Orthopädie 480
 Frauenheilkunde und Geburtshilfe 482
 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 485
 Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 485

Hygiene 488
 Infektionskrankheiten 489
 Innere Medizin, Tuberkulose 491
 Kinderheilkunde 497
 Mund- und Kiefererkrankungen 499
 Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie 499
 Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 502
 Psychiatrie und Nervenheilkunde 505
 Psychologie und Psychopathologie 507
 Soziale und gerichtliche Medizin 508
 Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 509
 Neu erschienene Bücher 512

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

4. Jenaer Tuberkulose-Fortbildungskurs.

Vom 16. bis 19. Oktober 1929 veranstaltet die Tuberkulose-Fürsorgestelle an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Jena in Gemeinschaft mit einigen Universitätskliniken einen Fortbildungskurs, wobei die Nachmittage der ersten 3 Tage für praktische Arbeit in kleinen Gruppen im Therapeutikum der Kinderklinik, in der Tuberkulose-Klinik und in der Fürsorgestelle vorbehalten sind. Anmeldungen an Oberarzt Dr. Kayser-Petersen, Jena, Johann-Friedrich-Straße 2.

- * 28.—29. VI. Nordwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Rostock.
- * 3.—5. VII. Kongreß „Mutter und Kind“, London.
- * 4.—6. VII. Ophthalmologischer Kongreß, Oxford.
- * 8.—12. VII. Reichs-Sozialhygiene-Kongreß, London.
- * 13.—20. VII. Royal Sanitary Institute, Sheffield.
- * 22.—27. VII. Internationale Woche für therapeutische Lichtwirkungen, Paris.
- * 23.—26. VII. British Medical Association, Manchester.
- * 5.—7. VIII. Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Königsberg.
- * 19.—23. VIII. Internationaler Physiologenkongreß, Boston, U. S. A.
- * September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.
- * 1.—17. IX. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Universität, Newhaven, U. S. A.
- * 2.—7. IX. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.
- * 6.—8. IX. Bayerischer Aerztetag, Regensburg.

- * 8.—12. IX. Internationaler Kongreß für Sexualreform, auf sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.
- * 12.—14. IX. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tübingen.
- * 15.—21. IX. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs, Karlsbad.
- * 16.—18. IX. Deutscher Orthopädenkongreß, München.
- * 16.—18. IX. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Heidelberg.
- * 16.—28. IX. Psychiatrischer Fortbildungskurs, Hamburg.
- * 30. IX.—5. X. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.
- * Sept.—Okt. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.
- * 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.
- * 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.
- * 7.—12. X. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.
- * 14. Oktober bis 13. Dezember 1929 bakteriologisch-hygienischer Ausbildungslehrgang für approbierte Aerzte und Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.
- * 16.—18. X. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
- * Nov.—Dez. Internationale Fortbildungskurse über innere Sekretion und Konstitutionsfragen, Wien.
- * 26. XI.—8. XII. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medizinischen Fakultät, Wien.

Englisches Insulin

„A.B.“ Brand

Generalvertrieb für Deutschland.

Vorzüglich bewährt durch

größte Reinheit und stärkste Wirksamkeit

in ständigem Gebrauch in den bedeutendsten Krankenhäusern und Kliniken der Welt

Orig.-Pack. 5 ccm = 100 E.
 5 ccm = 200 E. (verstärkt)
 25 ccm = 500 E.

Dr. Fresenius, Hirschapotheke, Frankfurt a. M.

Dr. H. Sachsse & Scheidt G. m. b. H., Berlin NW 7.

NEU!

COMPLAMIN

(Phenacetin, Phenylchinolincarbons. Propylester, Calc. citr.)

vereinigt in sich die einzelnen Komponenten zu protrahierter Gesamtwirkung. Spezifum gegen Grippe, Erkältungskrankheiten und Katarrhe der oberen Luftwege. Ferner bei Neuralgien, rheumatischen Beschwerden, entzündlichen und exsudativen Erkrankungen, Dysmenorrhoe, Lumbago usw. Verstärkte antiphlogistische Wirkung!

Gute Bekömmlichkeit!

Keine Herzbeschwerden!

Kein Eigengeschmack!

Muster und Literatur zur Verfügung.

JOHANN A. WÜLFING, CHEM. FABRIK, BERLIN SW 48

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin W 9, Potsdamer Str. 1

NUMMER 13

BERLIN, DEN 28. JUNI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.)

Diagnostik und Therapie der Asthmaerkrankung im Säuglings- und Kleinkindesalter.

Von Prof. ER. SCHIFF.

Der Zweck dieser Mitteilung ist, die Aufmerksamkeit auf ein Krankheitsbild zu lenken, das, obwohl schon längst bekannt, in der Praxis noch immer nicht genügend beachtet wird. Ich meine die Asthmaanfälle im Säuglings- und Kleinkindesalter, eine Erkrankung, die in der Literatur unter verschiedenen Namen, wie Asthmapharyngitis, spastische Bronchitis, Bronchitis suffocativa, Blähungsbronchitis, und vor kurzem von Stolte als Asthma bronchiale beschrieben wurde.

Die richtige Erkennung dieser Erkrankung ist praktisch von großer Bedeutung, weil bei entsprechender Therapie der oft qualvolle Zustand in kurzer Zeit günstig beeinflusst werden kann.

Ich werde nur die Symptomatologie und Therapie erörtern. Theoretische Fragen sollen hier nicht berücksichtigt werden.

Die Krankheit kann schon im frühen Säuglingsalter beobachtet werden. Der jüngste Patient, den ich mit Asthmaanfällen sah, war 2 Monate alt. Dieselbe Beobachtung haben auch Heubner, Finkelstein und Ehle gemacht. Fast ausnahmslos wird die Erkrankung von einem akut fieberhaften Katarrh der oberen Luftwege eingeleitet. Die Körpertemperatur ist in manchen Fällen nur leicht, in anderen stark erhöht. Die Höhe der Temperatur beeinflusst aber weder das Auftreten noch den Verlauf des Asthmaanfalles. Nachdem der Katarrh eine gewisse Zeitlang bestanden hat, kommt es plötzlich zum Anfall. Das Kind wird unruhig; die Hautfarbe wird blaß, und eine schwere Atemnot stellt sich ein. Die Atmung ist angestrengt; Nasenflügelatmen, Einziehungen im Jugulum und im Epigastrium treten in Erscheinung. Die Atmung ist erheblich beschleunigt. Ich sah bis zu 90 Atemzügen in der Minute. Das Exspirium ist erschwert, und diagnostisch wichtig ist der meist hörbare expiratorische Stridor. In schweren Fällen zeigt die Haut eine blaßgraue Farbe. Das Kind ist zyanotisch und der Puls hochgradig beschleunigt. Das Kind blickt ängstlich um sich, und wiederholt sah ich in schweren Fällen eine Trübung des Sensoriums. Daß das plötzliche Einsetzen eines solchen Anfalles einen äußerst bedrohlichen Eindruck macht, bei den Angehörigen des Kindes die größte Besorgnis auslöst und auch leicht zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben kann, ist begreiflich. Wiederholt habe ich erlebt, daß bei solchen Kindern eine Pneumonie oder eine diphtherische Stenose diagnostiziert wurde, insbesondere dann, wenn die Stimme belegt war und das Kind einen etwas hochklingenden Husten hatte.

Die objektive Untersuchung klärt aber die Sachlage in der Regel ohne Schwierigkeit auf. Wir finden zunächst einen starren, fast unbeweglichen Brustkorb in extremer Inspirationsstellung und einen Tiefstand der Lungengrenzen. Die Lungen sind mächtig erweitert, und die Perkussion ergibt einen hypersonoren Klopfschall, den sogenannten Schachtelton. In wenigen Fällen kann, wenn in gewissen Lungenbezirken eine Atelektase sich ausgebildet hat, natürlich eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung des Perkussionsschalles nachgewiesen werden. Infolge der starken Blähung der Lungen kommt es natürlich oft zu einer Überlagerung des Herzens, und das häufige Fehlen der Herzdämpfung ist ein diagnostisch wichtiges Zeichen, ebenso wie auch der Auskultationsbefund, der diffus über beiden Lungen ein

expiratorisches Giemen, Brummen und Pfeifen ergibt. Recht charakteristisch ist auch der Röntgenbefund. Wir sehen die Lungen stark erweitert und auffallend hell; die Zwischenrippenräume sind weit und die Sinus phrenicocostales extrem geöffnet. Das Zwerchfell steht tief; die seitlichen Teile des Zwerchfells fallen steil herunter, während die mittlere Partie weniger stark gesunken ist.

Die oft wiederkehrende Angabe in der Literatur, daß im Blute eine Eosinophilie nachzuweisen ist, kann diagnostisch nicht verwertet werden. Wohl sah auch ich in manchen Fällen die Zahl der Eosinophilen mehr oder weniger über den Durchschnittswert vermehrt, öfter aber fand ich normale Werte, während ich in nicht seltenen Fällen auch im akuten Stadium der Erkrankung, also während des Anfalles, sogar das Fehlen von eosinophilen Zellen feststellen konnte.

Als typische Beispiele möchte ich die Krankengeschichten einiger Kinder kurz wiedergeben.

E. G., 9 Wochen alt, Zwiemilchernährung, bisher nie krank gewesen. Vor einer Woche erkrankte das Kind an Schnupfen, und seit 2 Tagen fiebert es und hustet. Seit dieser Zeit traten bei dem Kinde wiederholt Anfälle von schwerster Atemnot auf. Es ist unruhig und schläft schlecht. Bei der Untersuchung finden wir ein Kind in gutem Ernährungszustand. Die Hautfarbe ist auffallend blaß und die Lippen zyanotisch. Im Vordergrund des klinischen Bildes steht die hochgradige Dyspnoe. Die Atmung ist stark beschleunigt. Im Jugulum und Epigastrium sind starke Einziehungen sichtbar. Es besteht Nasenflügelatmen und ein weit hörbares expiratorisches Keuchen. Der Thorax ist starr in Inspirationsstellung, die Lungengrenzen sind erweitert. Ueber dem Brustkorb finden wir überall einen hypersonoren Klopfschall, und bei der Auskultation verschärft Vesikulärlatmen und im Exspirium lautes Giemen und Brummen. Die Herzdämpfung ist nicht herauszuperkutieren; die Herztöne sind dumpf aber rein und die Herzaktion erheblich beschleunigt.

Die Röntgenuntersuchung ergibt stark erweiterte helle Lungenfelder. Die beiden Sinus phrenicocostales sind maximal erweitert. Das Zwerchfell steht tief und die seitlichen Zwerchfellpartien steil abfallend. Die Hiluszeichnung ist vermehrt.

Blutbild:

Hb.: 78%,
Zahl der roten Blutzellen: 3,7 Millionen,
Zahl der weißen Blutzellen: 18 600,
Jugendformen: 0,5%,
Stabkernige: 6,5%,
Segmentkernige: 29,5%,
Basophile: 0,5%,
Plasmazellen: 1%,
Monozyten: 8%,
Lymphozyten: 54%.

Auf 0,5 g Chloralhydrat per rectum und viermal täglich 0,5 g Kalziumbromid besserte sich das Befinden des Kindes bereits am nächsten Tage wesentlich. Nach weiteren 2 Tagen war von einer Dyspnoe nichts mehr zu merken, obwohl der Tiefstand der Lungen wie auch das trockene Rasseln über dem Thorax noch weiter bestand. Das Kind war 4 Tage in der Klinik, nahm in dieser Zeit etwa 200 g zu und wurde in dem eben geschilderten Zustand bei vollem Wohlbefinden auf Wunsch der Eltern entlassen. Nach ungefähr 4 Monaten haben wir eine Nachuntersuchung vorgenommen, die einen gänzlich negativen Befund ergab. In der Zwischenzeit war das Kind stets gesund.

Ein lebensbedrohliches Bild zeigte das 10 Monate alte Kind G. K. Es wurde besinnungslos im Zustande der schwersten Atemnot mit blaßgrauer Hautfarbe und schwerer Zyanose in die

Klinik gebracht. Die Eltern geben an, daß das Kind früher an Ekzem litt, und daß der Anfall durch einen fieberhaften Katarrh der Luftwege eingeleitet wurde. Die Temperatur betrug bei der Aufnahme des Kindes 38,5, die Zahl der Atemzüge pro Minute schwankte um 90. Der Puls war schlecht gefüllt, etwa 140 pro Minute. Im übrigen ergab die physikalische Untersuchung denselben Befund wie beim ersterwähnten Patienten.

Blutbild:

Hb.: 80%,
Zahl der roten Blutzellen: 5,2 Millionen,
Zahl der weißen Blutzellen: 10 200,
Segmentkernige: 39%,
Stabkernige: 7%,
Mononukleare: 1%,
Eosinophile: 10%,
Lymphozyten: 43%.

Auf 0,5 g Chloralhydrat per rectum und viermal 0,5 g Kalziumbromid kam es auch bei diesem Kinde schon nach 24 Stunden zu einer wesentlichen Besserung des Allgemeinbefindens, und nach weiteren 4 Tagen machte das Kind einen völlig gesunden Eindruck. Allmählich schwanden auch die trockenen Rasselgeräusche und nach mehreren Wochen schließlich auch der Zwerchfelltieftand und die Lungenblähung. Solche Anfälle sahen wir bei diesem Kinde im Alter von 13, 18 und 21 Monaten sich wiederholen. Stets schloß sich der Anfall an katarrhalische Infekte an, und wir konnten sie durch Narkotika immer wieder glatt beheben.

Bei dem 14 Monate alten Kinde R. N. wird angegeben, daß das Kind im Alter von 12 Monaten eine Bronchitis hatte. Vor 2 Tagen fing das Kind wieder an zu husten; es fiebert und ist benommen. Die Eltern gingen in eine Fürsorge mit dem Kinde. Von dort aus wurde uns das Kind mit der Diagnose Pneumonie zur Aufnahme in die Klinik überwiesen.

Bei der Untersuchung fanden wir das kräftige, gut entwickelte Kind in schwerer Atemnot. Die Haut war blaß, der Rachen stark gerötet. Abgesehen von einer geringfügigen Schallabschwächung rechts hinten unten am Thorax fanden wir auch hier eine starke Erweiterung der Lungengrenzen und im Expirium trockene Rasselgeräusche. Die Herzdämpfung war überlagert, und es bestand eine beschleunigte Herzaktion. Die Leber überragte um 3 Querfinger den unteren Rippenbogen; die Milz war nicht zu tasten. Die Körpertemperatur betrug 39,6.

Blutbild:

Hb.: 80%,
Zahl der weißen Blutzellen: 12 500,
Zahl der roten Blutzellen: 5,6 Millionen,
Stabkernige: 13%,
Segmentkernige: 36%,
Monozyten: 3%,
Basophile: 1%,
Lymphozyten: 47%,
Eosinophile: 0%.

Tuberkulinprobe intrakutan 1 : 100 negativ.

Das Röntgenbild zeigt das typische Bild der Lungenblähung mit Zwerchfelltieftand. Die Handaufnahme florid rachitische Veränderungen an der Epiphysengrenze.

Auf Chloralhydrat und täglich zweimal 0,3 Bromural bessert sich nach 24 Stunden die Atemnot. Das Kind ist ruhiger, die Einziehungen am Brustkorb geringer, ebenso auch der Lungenbefund. Nach weiteren 2 Tagen besteht nur noch die Lungenvergrößerung. Die Dyspnoe und die katarrhalischen Erscheinungen über den Lungen sind vollkommen verschwunden. Die Temperatur ist normal. Während der 5 Tage des klinischen Aufenthaltes nahm das Kind bei milchreicher, gemischter Kost 240 g zu und konnte am sechsten Tag bei vollem Wohlbefinden aus der Klinik entlassen werden.

Wer das Krankheitsbild nur einige Male gesehen hat, dem wird die Diagnose in der Regel keine Schwierigkeiten bereiten. Differentialdiagnostisch kann eine Diphtheriestenose in Betracht kommen, insbesondere dann, wenn bei heftiger Atemnot Heiserkeit besteht. Im Gegensatz zum Asthma beginnt aber die Diphtheriestenose allmählich und verschlimmert sich progressiv im Verlaufe von einigen Tagen. Ferner finden wir bei der Diphtheriestenose in erster Linie die Inspiration erschwert. Schließlich fehlt bei dieser der für das Asthma charakteristische Lungenbefund. Natürlich wird man im Zweifelsfalle gut tun, Diphtherieserum zu injizieren.

Ein asthmaähnliches Krankheitsbild kann beim Säugling und Kleinkind die Bronchialdrüsentuberkulose herbeiführen. Auch hier kann es zu einem lauten expiratorischen Stridor kommen. Die genaue Anamnese und die sorgfältige Untersuchung des Kindes wird

aber auch hier meist auf den richtigen Weg führen. Gegen Asthma spricht bis zu einem gewissen Grade, wenn trotz des starken Stridors das Allgemeinbefinden des Kindes relativ nur wenig gestört ist. Bei bestehendem Verdacht wird die Tuberkulinprobe und das Röntgenbild die Lage natürlich mit einem Schlag klären.

Erhebliche diagnostische Schwierigkeiten können durch Fremdkörper veranlaßt werden. Unüberwindlich werden diese insbesondere dann, wenn es sich um nicht schattengebende Fremdkörper handelt, wo die Röntgenuntersuchung in Stich läßt. Ich sah bei einem 5 Monate alten Säugling das typische Bild eines schweren Asthmaanfalles, das mir nur dadurch auffiel, daß bei diesem Kinde die von uns geübte Therapie fast vollkommen versagte. Die Durchleuchtung und das Röntgenbild ergaben den für das Asthma charakteristischen Befund. Wir fanden eine hochgradige Blähung beider Lungenhälften mit Tieftand und Starre des Zwerchfells. Trotz reichlicher Anwendung von Narkotika blieb das schwere Krankheitsbild unverändert bestehen, bis am dritten Tage bei einem heftigen Hustenanfall ein Gerstenkorn expektoriert wurde. Fast im selben Augenblick schwanden alle Krankheitserscheinungen. Daß das Gerstenkorn im Röntgenbild nicht zur Darstellung kam, ist selbstverständlich. Jedenfalls möchten wir empfehlen, in allen Fällen mit der Diagnose Asthma vorsichtig zu sein, wenn es nicht gelingt, durch Narkotika den Anfall erheblich zu mildern bzw. in kurzer Zeit zu beseitigen. Nur nebenbei sei erwähnt, daß einseitige Lungenblähung nicht unbedingt für Fremdkörper zu sprechen braucht, weil dieselbe auch beim Asthmaanfall hier und da beobachtet werden kann.

Die Bronchotomie habe ich in diesem Zusammenhange absichtlich nicht erwähnt. Ich habe nämlich dieses Krankheitsbild noch nie gesehen, und in den Fällen, wo eine Bronchotomie von anderer Seite diagnostiziert wurde, sah ich bisher nur, wenn das Kind zur Sektion kam, daß die Diagnose falsch gewesen ist.

Ueber die Pathogenese der Asthmaanfälle ist nichts Sicheres zu sagen. Sicher scheint nur das eine zu sein, daß das konstitutionelle Moment hierbei eine wesentliche Rolle spielt. Hierfür spricht auch, daß in den Anamnesen dieser Kinder oft über Neuropathie und manchmal auch über Ekzem berichtet wird. Das konstitutionell disponierte Kind reagiert eben auf einen in der Regel harmlosen katarrhalischen Infekt der oberen Luftwege nicht mit den üblichen Erscheinungen, sondern mit dem Asthmaanfall. Hereditäre Belastung scheint keine erhebliche Rolle zu spielen; jedenfalls fand ich nur ausnahmsweise die Angabe, daß die Eltern des Kindes an Asthma leiden oder daß in der näheren Verwandtschaft Asthma vorkam. Häufiger wird in der Anamnese über Nervosität beim Vater oder bei der Mutter berichtet.

Die Frage, ob die Asthmapneumonie des Säuglings mit dem Asthma bronchiale identifiziert werden darf, wie dies vor kurzem Stolte tat, kann auch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Identisch ist allerdings das klinische Bild. Bemerkenswert ist aber, daß ein Fortbestehen des Säuglingsasthmas im späteren Alter weder Czerny noch Finkelstein und Goeppert beobachtet haben. Auch ich kann mich nicht erinnern, einen solchen Fall gesehen zu haben.

Zur Behandlung sind verschiedene Vorschläge gemacht worden. Es wurde Atropin empfohlen. Ehle verwendet Urethan, und Stolte berichtet jüngst, Gutes von Sauerstoffinhalationen und von intravenösen bzw. intramuskulären Kalziuminjektionen gesehen zu haben. Ich verwende schon seit Jahren zunächst Chloralhydrat rektal, das ich unter Umständen nach 24 Stunden nochmals wiederhole. Wenn das Kind vom Chloralhydratschlaf aufwacht, so verabreiche ich entweder viermal täglich 0,5 g Kalziumbromid oder viermal am Tage eine halbe Tablette Bromural und gebe das Medikament so lange, bis der Asthmaanfall gänzlich behoben ist. Auf alle Fälle empfehle ich den Eltern, dem Kinde, das einmal bereits einen Asthmaanfall hatte, sofort eines dieser Mittel zu verabreichen, sobald Symptome eines noch so leichten Katarrhs der oberen Luftwege sich zeigen sollten.

Auf Grund der Erfahrungen bei Erwachsenen könnte man natürlich leicht geneigt sein, auch beim akuten Asthmaanfall des Säuglings die beim großen Kind und beim Erwachsenen bewährten Mittel, wie Adrenalin oder Asthmolysin, anzuwenden. Ich muß scharf betonen, daß diese Mittel beim Säuglingsasthma fast aus-

nahmslos glatt versagen. — Ich kann mich nicht erinnern, auch nur einen Fall gesehen zu haben, bei dem durch Adrenalin der Anfall auch nur hätte abgeschwächt werden können. Natürlich sah ich auch vom Ephedrin keine Erfolge. Von der unspezifischen Desensibilisierung kann ich noch nichts Endgültiges sagen.

Ich habe im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl von Asthmaanfällen beim Säugling und Kleinkind gesehen und kann nur berichten, daß ich mit der energischen sedativen Behandlung die besten Erfahrungen gemacht habe und nie ein Kind an Asthma verlor. Ich betone dies aus dem Grunde, weil manche Angaben in der Literatur den Anschein erwecken könnten, als ob es sich hierbei um eine lebensgefährliche Erkrankung handeln würde. So erwähnt Stolte, daß er von 5 Patienten 2 verlor und beruft sich auf Engel, der keinen Fall durchkommen sah. Auch berichtet Ehle über Todesfälle. Sofern keine Pneumonie vorliegt, kann ich nach

meinen bisherigen Erfahrungen über die Prognose der Asthma-bronchitis beim Säugling mich nur günstig äußern. Auch ein schwerer mit doppelseitiger Bronchopneumonie komplizierter Fall von Asthma bei einem schwer neuropathischen Kinde, das ich im Winter in einem Konsilium sah, überstand die Krankheit gut und wurde gesund. Günstig wird die Prognose des Säuglingsasthmas auch von Kassowitz beurteilt.

Nach Czerny beginnt das Asthma mit der Anfälligkeit der Schleimhaut der Luftwege und erlischt mit derselben. „Alles, was die Anfälligkeit herabsetzt oder aufhebt, beseitigt auch das Asthma.“ Die Prophylaxe des Asthmas ist also die Bekämpfung der Anfälligkeit des Kindes. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, legen wir ein besonderes Gewicht auch auf die Ernährung. Wir geben im Intervall Kindern, die zu Asthmaanfällen neigen, eine milcharme und möglichst flüssigkeitsarme und recht frühzeitig eine gemischte vitaminreiche Kost.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), Berlin, 157., Heft 2, 1929.

- Ein Fall von Porokeratosis Mibelli. Elly Schnabel.
- 2137. Ueber Impetigo herpetiformis Hebrae. A. Werthemann.
- 2145. Zur Pigmentgenese in der Haut und den Haaren von Kaninchen. Untersuchungen über die Bedeutung von Pyrrolderivaten als Melanogene und den Einfluß der Belichtung auf die Pigmentbildung. Samuel M. Peck.
- Versuche, latente Hauteigenschaften mittels zwei- und dreizeitiger Reaktionen zu bestimmen. Ein Beitrag zur funktionellen Diagnostik der Haut und der Blutdrüsen. Roman v. Leszczyński und O. Blatt.
- 2155. Der Einfluß der Malariabehandlung syphilitischer Frauen auf das Schwangerschaftsprodukt. E. Klaffen.
- 2154. Malariabehandlung der Frühlues. W. Kerl.
- Ueber einen Fall von Naevus atrophicus unilateralis mit Komedonen. Laurie Bolle.
- 2157. Ueber das Schicksal der nicht spezifisch behandelten Luetiker. E. Bruusgaard.
- 2141. Erfahrungen mit Thalliumazetat bei Haarpilzkrankungen der Kinder. A. Arijewitsch.
- 2150. Liquorbefunde bei tertiärer Haut- (Schleimhaut-) Lues. L. Arzt und H. Fuhs.
- Experimentelle Untersuchungen über die Dermatotropie der Trichophytonpilze. Marion B. Sulzberger.
- 2242. Wertvolles Magnesiumpräparat in der Dermatologie. Anton Tryb.
- Das Krankheitsbild der Gefäßtuberkulose der Haut beim Menschen und beim Tiere. Erich Urbach.
- Die Melanosis corii degenerativa, eine neue Pigmentdermatose. Hermann Werner Siemens.
- Keratosis palmo-plantaris striata. Hermann Werner Siemens.
- 2152. Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Lues congenita. Gustav Guldberg.
- 2144. Ueber einen Fall von Lupuskarzinom. Ein Beitrag zur Frage der multiplen Tumoren und der Röntgenbehandlung des Lupus. L. Beretvá.
- 2143. Pigmentationen der Haut, entstanden durch die sensibilisierende Wirkung aromatischer Öle. Jenő Szántó.
- 2142. Durch Tyroglyphus siro verursachte Hautaffektion. Jenő Szántó.
- Durch Quarzlichtbestrahlung erzeugene Pigmentveränderung bei Insekten (Schlupfwespen). Albrecht Hase.
- Ueber örtliche Verschiedenheiten des Aufbaues der Hautoanlage junger menschlicher Embryonen. Karl Steiner.
- Beiträge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. IV. Mitteilung. Ueber eine familiäre Lipoidose der Haut und der Schleimhäute auf Grundlage einer diabetischen Stoffwechselstörung. Erich Urbach.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), Berlin, 136., Heft 2, April 1929.

- Die Strahlenbehandlung des Uteruskarzinoms. Statistische Untersuchungen an 1500 Fällen. F. Voltz, München.
- 2116. Ueber das Chorionepithelium, mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehungen zu den Gefäßen. H. Nevinny, Innsbruck.
- 2118. Einige neue Gesichtspunkte zur Klinik der Dysmenorrhöe. R. Joachimovits, Wien.
- Zur Physiologie und Pharmakologie des Nabelschnurkreislaufes. M. Baur, H. Runge und H. Hartmann, Kiel.
- 2124. Die physiologische Schwangerschaftshypertonie. E. Straßmann, Berlin.
- 2119. Zur Frage der periodischen Veränderungen des menschlichen Scheidenschleimhautepithels. H. Gisbertz, Tübingen.
- 2112. Der Mineralbestand des Blutes bei malignen und benignen Tumoren. A. Schepetinsky und M. Kafitin, Leningrad.
- Zur Prognose der intrauterinen Schwangerschaft. Joh. Batisweiler, Hamburg-Eppendorf.
- Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Ovarialfunktion und Mineralbestand des Blutes. A. Schepetinsky und M. Kafitin, Leningrad.
- Die physikalische Chemie des Liquor cerebrospinalis bei den gynäkologischen Erkrankungen. A. W. Hochloff, Saratow.

Archiv für Soziale Hygiene und Dermographie (Arch. soz. Hyg.), Berlin, 4., Heft 1, 1929.

- Die berufliche und soziale Umschichtung der deutschen Bevölkerung. Georg Wolff, Berlin.
- 2259. Schilddrüsenbeschaffenheit der Düsseldorfer Volksschuljugend. Helmut Fischer, Düsseldorf.
- Die Ergebnisse der Zählung der Lupuskranken in der Tschechoslowakischen Republik vom Jahre 1926. H. Pelc, Prag.
- Gebiß und Vererbung. Wolfgang Praeger, Tübingen.
- 2171. Die Diphtherieschutzimpfung. B. Möllers, Berlin.
- Der Gemeinschaftsgedanke im Krankenhauswesen. Alexander Philipsborn, Berlin.
- 2271. Ermüdung und Erholung. Hans Betke, Wiesbaden.

Archiv für soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg.), Berlin, 3., H. 2.

- 2288. Arbeitsphysiologie. Edgar Atzler.
- Progressive Tiinkerbehandlung. Max Fischer.
- Die Heilfürsorge für Alkoholranke und -gefährdete als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitspflege. Johannes Thiken.
- Sozialärztliche Untersuchungen über das Hirtenkinderwesen im Schwarzwald. Friedrich Kappes.
- 2295a. Vorschläge zur Internationalisierung der Statistik der Morbidität. Emil Roesle.
- Ueber den Wert der maschinellen Aufbereitung statistischer Materialien für die soziale Hygiene. C. J. Brenkman.
- Ein Beitrag zur Statistik der Sozialen Fürsorge. Anneliese Kasten.
- Reichsgericht und ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung. Erich Schubart.
- Kleine Beiträge zur Kasuistik der Erblichkeit beim Menschen. Max Marcuse.
- Zur Behandlung der epidemischen Kinderlähmung im Deutschen Reich und die dagegen getroffenen behördlichen Maßnahmen. Hans Dornedden.
- Gesundheitsfürsorge und Zahnheilverfahren. Ernst Müller-Stade.
- Die sozialen Aufgaben der Hilfs- und Hilfsberufsschule. Woldemar Zansch.
- Zur gegenwärtige Stand der Wandererfürsorge in Deutschland. Hans Frey.
- Staatshygienische Gesetze und Verordnungen des Auslandes in den Jahren 1921 bis 1926. Max Christian.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 19, 1929.

- Platonychia areata (psoriatica?) acuta. L. N. Maschkilleisson.
- Zur Behandlung des Ulcus tropicum, Erfahrungen mit Desitin. Gerhard Puff.
- 2140. Ein Versuch der Behandlung mykotischer Krankheiten der behaarten Kopfhaut bei Kindern mit einer Kombination von Thallium und Röntgenstrahlen nach Buschke. A. M. Arijewitsch und M. A. Wassilewski.
- 2160. Eine einfache Behandlung des Fluor vaginalis. H. Lippert.
- Der Ursprung der Syphilis im Fernen Osten. Georg Löwenstein.

Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 15.

- Klinische Vorlesungen über Stoffwechselkrankheiten. I. Die Gicht. P. F. Richter.
- Ueber Probleme des Kohlehydratstoffwechsels, mit besonderer Berücksichtigung der Rolle der Leber. F. Fischer.
- 2287. Die normale und pathologische Charaktergestaltung. Karl Wiemanns.
- Entwicklung und Therapie der rheumatischen Infektion. W. H. Veil.
- 2253. Versuche mit Harmin bei Metenzephalikern. Ernst Rustige.
- 2247. „Germanin“-Behandlung bei multipler Sklerose. Ernst Homann.
- 2249. Bulbopkapnin bei der Behandlung der Chorea minor. H. Kuttner.
- Die Pharmakologie des retikuloendothelialen Systems. Marcel Haendel und Juan Malch.
- Dermatologie. W. Schönfeld.
- Furunkelbehandlung durch Fächerschnitt. Thilenius.
- Wechselbäder und Massage. E. Gläß.
- Repetitorium der Alterskrankheiten. VI b. Vorwiegend dem Alter eigentümliche Erkrankungen des Digestionstraktes. Hermann Schlesinger.
- Chirurgie. Hugo Stettiner.

Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 16.

- 2254. Die klinische Bedeutung der Sexualhormonpräparate. Th. Heynemann.
- Entwicklung und Therapie der rheumatischen Infektion. W. H. Veil.
- Zur Grippeätiologie. K. Kibkalt.
- 2173. Kreislaufbeobachtungen bei der Grippeepidemie. Carola Gottheil.
- 2226. Behandlung der Dystrophien mit Hormonen der Hypophyse. St. Wateff.

2265. Ovarialhormon, Insulin und Kohlehydratstoffwechsel. E. Kaufmann.
 2197. Ueber primäre Lungenkarzinome. Albin Konrad und Wolfgang Franke.
 Der praktische Wert des Guttadiaphot bei der Syphilis. Victor Schilling.
 Schlußwort hierzu. Bernhard H. U. Mohrmann.
 2179. Ueber Angina leptothrica. A. Joseph.
 2216. Rheumabekämpfung durch das dosierbare Thiosal-Schwefelbad. Arnold Palm.
 2135. Herpes zoster und Erythema exsudativum multiforme als Folgeerscheinungen der Grippe. Walter Joseph.
 Forensische Psychiatrie. Raacke.
 Repetitorium der Alterskrankheiten. VIII. Vorwiegend dem Alter zukommende Erkrankungen der Gelenke. Hermann Schlesinger.
 Chirurgie. Hugo Stettiner.

- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Leipzig, 8. Jahrg., Nr. 14.**
 Zu Theodor Billroths hundertjährigem Geburtsage. V. Schmieden.
 Der Ureterstein als selbständige Krankheit. Erfahrungen in Diagnose und Behandlung von 160 Uretersteinfällen. Pflaumer.
 2186. Theoretische und experimentelle Grundlagen zur Behandlung der Basedowschen Krankheit. Willy König.
 2110. Das Problem der Tetanusprophylaxe vom klinischen und juristischen Standpunkte. Martin Stölze.
 Zur Leberfunktionsprobe bei chirurgischen Erkrankungen. Hans Achelis.
 Die Verbesserung der Operationsergebnisse bei Brustkrebs durch Nachbestrahlung. Arthur Hintze.
 Der Milchsäure Spiegel. Zweite Mitteilungen der Untersuchungen über den Kohlehydratumsatz und den Abbau des Traubenzuckermoleküls. Erich Schneider und Ernst Widmann.
 2165. Röntgenologische Gelenkuntersuchungen an Olympiakämpfern. Fr. Heiß.
 Ueber das retikulo-endotheliale System unter Röntgenwirkung und seine Beziehungen zum Röntgenkater. Albert Schöning.
 Ueber die Wirkungsweise des Schilddrüsenhormons. Rudolf Weil.
 Ueber Schmerzrezidive nach Gallensteinoperationen. Ludwig v. Aldor.
 Ein einfaches Bluttransfusions-, Infusions- und Tropfgerät. J. v. Lukacs.

- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Leipzig, 8. Jahrg., Nr. 15.**
 Einige Fortschritte in der Kolloidchemie der Eiweißkörper und ihre biologische Bedeutung. Wolfgang Pauli.
 Ueber Icterus catarrhalis und Nannyns Cholangie. Hans Eppinger.
 2206. Ueber jejunale Ernährung. P. Morawitz und N. Henning.
 2232. Sind die bisher üblichen Gaben von bestrahltem Ergosterin als überflüssig hoch zu bezeichnen? P. György.
 Ueber Anämie bei Bartonellainfektion der Ratte. Claus Schilling und Harry Neumann.
 Braune Pigmentierung des Herzens und Herzinsuffizienz. Th. Fahr.
 Ueber Scharlachsepsis. Alice Chassel.
 Tierexperimentelle Untersuchungen über die Blutzuckerregulation. Bruno Kisch.
 Zur Intoxikationstheorie der perniziösen Anämie. F. Meyran und R. Nothhaas.
 Ueber eine auf dem Schutzversuch beruhende Methode zur Wertbestimmung von Vitamin-D-Präparaten. Arthur Scheunert und Martin Schieblich.
 Thyroxinwirkung am Herzen. M. Nothmann und G. W. Parade.
 Neuere funktionelle Ikterusdiagnostik. A. Adler.
 Ueber Säurebasengleichgewicht und Ekzem. Berta Ottenstein.

- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Leipzig, 8. Jahrg., Nr. 16.**
 Der gegenwärtige Standpunkt der ätiologisch-pathogenetischen Enzephalitisforschung. F. Stern.
 2246. Ueber Wirkung und Zusammenhänge von Kalzium und Digitalis. Ernst Billigheimer.
 2168. Versuch einer aktiven Scharlachimmunisierung der Kinder in Moskau. III. Mitteilung. S. W. Korschun und A. A. Spirina.
 Zur Technik der Aschheim-Zondeischen Reaktion. E. J. Kraus.
 Ueber die Verteilung des Reststickstoffs im menschlichen Blute. Hermann Steinitz und Hermann Simchowitz.
 Der Konstitutionsindex der Frau. Friedrich H. Lorentz.
 2263. Studien über den arteriellen Tiefdruck (Hypotonie). Franz Kisch.
 Zur graphischen Registrierung der Hornhautpulsation. R. Thiel.
 Form und Geschehen im Denken des heutigen Arztes. R. Fick.
 Zur Anwendung der Kapillarmikroskopie nach Jaensch-Wittneben-Hoepfner. W. Jaensch und Th. Hoepfner.
 Erwiderung. Heinrich Brieger.
 Tuberkuloseallergie und Serumaphylaxie. W. Pagel.
 Ueber das Verhalten junger und alter Tiere bei Erstickung. M. Reiß und F. Haurowitz.
 Tetanie nach Lokalanästhesie. L. Hirsch.

- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 17, 1929.**
 2229. Ueber die Altersdisposition zu den akuten kindlichen Infektionskrankheiten. O. Ulrich.
 2170. Die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie. F. Reiche.
 2198. Die Lokalbehandlung eitriger Lungenprozesse mit intrathorakalen Neosalvarsaninjektionen. Hans Edel.
 2156. Neue Gesichtspunkte zur Therapie der Metalues. (Vorläufige Mitteilung.) Franz Pollak.
 2100. Ueber Venenunterbindung bei Pyämie. C. E. Jancke.
 Ueber einen Fall von Diphtheriebazillenseptikämie nebst Beobachtungen über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blut und in den Leichenorganen. Arthur Eikeles.
 Klinische Beobachtungen über Ikterus. (Beiträge zur Differentialdiagnose des Ikterus.) Karl Herman.
 Anaphylaxie und Atople bei der Tuberkulose. A. Moeller.
 Die Steinerkrankungen der Harnwege. Arno Ed. Lampé.
 Beitrag zur Fluorbehandlung. Paul Röttger.
 Wann und wie sollen wir Entfettungskuren mit Lipolysin machen? Joseph Pomuß.

- Neuere Ergebnisse der praktischen Chirurgie. Sammelreferat. (Schluß.) B. Wollmann.
 Ärztliche Anweisung im Sinne des Opiumgesetzes. Eine neue Reichsgerichtsentcheidung. Schlager.

- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 17, 1929.**
 Zur Diagnostik und Therapie chronischer Gelenkerkrankungen. F. Umber.
 2209. Hypertonie und Nierenkrankheiten. J. Pal.
 Die genetischen Beziehungen zwischen Blut und Gewebe auf Grund von Kulturversuchen in vitro. P. Caffier.
 Zum Tod durch Elektrizität. Kölliker.
 Fußbeschwerden und Einlagen. Hermann Gocht.
 Das langsame Redressement des kontrakten Plattfußes. Ewald Richter.
 Lues bei Mutter und Kind. (Schluß.) A. Buschke.
 Beeinflussung der Kreislaufstörungen Tuberkulöser. Carl Waitz.
 Anfänge konstitutionellen Denkens vor hundert Jahren im Anschluß an einen Fall von Hämophilie. Julius Schuster.

- Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (Grenzgeb. d. Med. u. Chir.), Jena, 41., Heft 2.**
 2185. Ueber das sogenannte gleichzeitige Vorkommen von Basedow und Myxödem beim gleichen Individuum. A. Oswald.
 2091. Ueber Augenstörungen im Gefolge von Schädeltraumen. (I. Chir. Universitätsklinik in Wien.) Hans Neuffer.
 2104. Ueber die chirurgische Behandlung der Erythromelalgie. (Chirurg. Klinik der Med. Fakultät Nagoya, Japan.) Makoto Saito.
 Experimentelle Studien über die Reaktion des Körpers auf die Gasbrandinfektion. (Patholog. Institut der Universität Würzburg.) Wilhelm Schley.
 Chronischer Magenvolvulus. Mit 2 Abbildungen im Text. (II. Inn. Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln.) Hermann Köhn.
 Ueber Nischenbildung im Anfangsteil des Duodenums und ihre Beziehungen zum Ulcus duodeni. (Pathol. Institut der Universität Hamburg.) Th. Fahr.
 2101. Zur Diagnostik und chirurgischen Indikationsstellung der Geschwürkrankheit des Magens und Zwölffingerdarms. (Chir. Universitätsklinik Innsbruck.) P. Starlinger.
 Biologische Experimente über die Wirkungen des arabischen Gummis. Mit 5 Abbildungen im Text. (Psychiatrische Klinik der Medizin. Fakultät zu Nagoya, Japan.) Kakujiro Nakaschima.
 2215. Mikroskopische Befunde bei einem Fall schwerer Gelenkgicht (mit 25 Abbildungen im Text). (II. Med. Klinik München.) Hans Frh. von Krefß.

- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 16.**
 2211. Zur Prognose der akuten Nephritis. Grös.
 2151. Ueber die Brauchbarkeit der Citocholreaktion für die Syphilisdiagnose. Kiewe und Engelhardt.
 2149. Zur Aortitis luica. Morgenstern.
 2269. „Toxische“ Leukozytenveränderungen. Arneith.
 2256. Vergiftungsgefahr und Idiosynkrasie bei Darreichung von Oleum chenopodii. Biesin.
 2208. Zur Symptomatologie der Appendicitis chronica (Illustr.). Chatzkelson.
 Untersuchungen über die katalytischen Eigenschaften (Aktivität) des Kissinger Bademoors (Illustr.). Salzmann.
 2210. Die Hypertonie — eine chronisch-allergische Tierproteintoxikose? Bienstock.
 2257. Ueber eine Arsenikmassenvergiftung. Liebermeister.
 2304. Die Unbrauchbarkeit des Diapositivs für die Röntgendiagnose tuberkulöser Lungenerkrankungen in der Kinderfürsorge. Viethen.
 2243. Moronal zur Wundbehandlung. Heufelder.
 Ueber Scharlach. (Schluß.) Schottmüller.
 Zum 70. Geburtstag von Paul Ernst, emer. Professor der Pathologie in Heidelberg. Schmincke.
 50 Jahre Hygienisches Institut. Kibkalt.

- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 17**
 Der Einfluß Theodor Billroths auf die deutsche Chirurgie. Payr.
 Theodor Billroth. Krecke.
 Briefe von Theodor Billroth an Karl Thiersch. Thiersch.
 2174. Ueber die Bang-Infektion. Poppe.
 2221. Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose. Bommer.
 2181. Ueber einige Formen der Flecktyphusenzephalitis (Illustr.). Grodzki.
 2267. Die „Erythrophilie“ des wachsenden Knochens im Lichte neuerer Forschung. Bauer.
 Zur Kasuistik der Dystrophia musculorum progressiva (Illustr.). Holterdorf.
 Intraperitoneale Harnblasenruptur bei einer Geisteskranken. Wahlig.
 Hämophilie und Gänseblut. Taege.
 Ueber ein Perkussionsphantom. Katz.
 Ein Fall von Kieferverletzung. Berthbach.

- Reichs-Gesundheitsblatt, Berlin, 4. Jahrg., Nr. 19, 8. Mai 1928.**
 2295. Die Tätigkeit der deutschen Wutschutzstation im Jahre 1928.

- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Basel, Nr. 13, 1929.**
 Das Resorptionsproblem in der Balneologie, mit besonderer Berücksichtigung der Kohlensäureresorption. Stephan Hediger.
 Der Rheumatismus — eine soziale Wunde. P. M. Besse.
 2167. Bioklimatisches von Locarno. Schmid-Curtius.
 2252. Transmineralisation durch Mineralwassertrinkkuren. A. Keller-Stoppány.
 Beeinflussung der Nierenfunktionen durch Radioakratothermen. F. Kornmann.
 Die Behandlung von Krankheiten durch Hautimpfungen, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose und des Rheumatismus. Emil Hildebrand.

- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Basel, Nr. 14, 1929.**
 Ueber eine Verbesserung der Hämatokritmethode. Sahli.
 Heutiger Stand der Krebsbekämpfung. Hans R. Schinz.
 Bemerkungen zur Methodik der Sehprüfungen in der schweizerischen Armee. H. Schläpfer.

Seuchenkämpfung, Berlin-Wien, Nr. 2, 1929.

2094. Serodiagnose bösartiger Geschwülste. M. Ascoli.
Leishmaniose der Kinder. S. Cannata.
2177. Ueber orale Sepsis. F. Depisch.
2202. Lymphogranulomatosis inguinalis. F. Fischl.
Neue Wege immunbiologischer Analyse. E. Witebski.
Neue Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. R. Prigge.
Landsteiners isoagglutinatorische Blutgruppen und Krankheit. O. Thomsen.
Staatliche Kontrolle der Milzbrandvakzinen und ihre Wertbemessung. R. Kraus.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 4, 1929.

- Ehe- und Sexualberatung. Fetscher.
Versicherung oder Fürsorge in der Krankenhilfe? Grieser.
Zur Rationalisierung der Krankenversicherung. Sauerborn.
Zur Organisation des Berliner Gesundheitswesens. v. Drigalski.
2289. Der soziale Gedanke in der Medizin. Grotjahn.
Gesundheitsfürsorge. Gottstein.
Das deutsche Bäderwesen und die Krankenkassen. Dietrich.
2239. Das dentale Empyem des Antrum Highmori. Steinmetz.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 13, 28. März 1929.

- Die integrative Funktion des Vasomotorenzentrums. Jarisch.
2146. Die Wichtigkeit des Komplementbindungsverfahrens (Müller-Oppenheim) für die Diagnose der weiblichen Gonorrhö. Kunewälder und Schwarz.
Ueber eine neue, durch den Bacillus abortus infectiosus Bang erzeugte Hauterkrankung. Urbach.
Ueber einen seltenen Paratyphus-B-Bazillenbefund im Eiter. Petrowsky.
Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Wagner.
Technik der Gesichtsdiaethermie. Fasal.
Maliariabehandlung kongenital-luetischer Kinder. Koch.
Ueber eine Hautreaktion mit Blut. Teichmann.
Wie erkennt man abgesackte, im besonderen interlobäre Empyeme. Weinberger.
Therapie der Hochdruckbeschwerden. Zak.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 14, 4. April 1929.

- Zur Kenntnis der Insuffizienz der Aortenklappen. Maresch.
Klossiella muris — ein häufiger, anscheinend wenig bekannter Parasit der weißen Maus. Sternberg.
Zur Kenntnis der Verlegungen der Pfortader. Chiari.
Ueber basophil gekörnte Zellen im Bereiche des Kapillarsystems der Leber. Coronini.
Zur Kenntnis des primären, isolierten Darmlymphogranuloms. Goedel.
Eine ungewöhnliche Form der Herzvergrößerung (enorme Vorhofsvergrößerung) bei Mitralklappenstenose. Goedel.
Ueber die Wirkung von Zellenzerfallsprodukten auf arteigene Zellen. Gohs.
Ueber die verimpfende Wirkung von Gehirnpunktionen. Hamperl.
Ueber Konkreme im unterentwickelten Hoden. Kreibitz.
2270. Ueber die Eintrittspforte des Virus der Lymphogranulomatose. Paltauf.
Ueber eine Modifikation der Rokitskyschen Sektionsmethode des Herzens bei der Herzbeutelverwachsung. Priesel.
Zur Kenntnis des sogenannten Fibroma ovarii adenocysticum. Richter.
Ueber subendokardiale Blutungen. Rothberger.
Experimentelle Ableitung des Milzvenenblutes in die Vena cava inferior. Silberstein und Kretz.
Zur Kenntnis des Pankreas annulare. Thürl.
Bemerkungen zum Grippeproblem. Wiesner.
Verdoppelung des Samenleiters. Windholz.
Die häusärztliche Behandlung inkompensierter Vitien. Kollert.
Indikation und Durchführung der Tuberkulinbehandlung. Poindecker.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 15, 11. April 1929.

- Festschrift für Theodor Billroth.
Zur 100. Geburtstagfeier Theodor Billroths. Eiselsberg.
Gedanken eines Praktikers über Krebsgenese und Krebstherapie. Hochenegg.
Verwundung und Infektion. Fraenkel.
Zur Kasuistik der chronisch-entzündlichen Bauchdeckengeschwülste. Ranzl.
2199. Die Blockade des Nervus phrenicus. Denk.
Theodor Billroths Stellung zum Problem der pathologischen Physiologie des Kropfes. Breitner.
2102. Die ideale Cholezystotomie. Brenner.
Die Cholezystitis mechanica als Folge von Entwicklungsfehlern der Gallenblase. Bidingen.
Erfolge der operativen Behandlung der Bauchwandbrüche an der Klinik. Eiselsberg. Demel.
Psychophysische Behandlung des Vaginismus. Dittel.
Ueber die Lebensfähigkeit der Lachgasnarkose. Domanig.
Ein Beitrag zur Pathologie der Schweißsekretion. Erdheim.
Ueber Myomoperationen, deren Technik einst und jetzt. Fabricius.
Zur chirurgischen Therapie der Obstipation. Goldschmidt.
Adenom der Schilddrüse mit Knochenmetastase. Hinterstoisser.
Ueber blutgruppenspezifische pathologisch-biologische Vorgänge. Hoche.
Zur Frage des frei in die Bauchhöhle perforierten Ulcus pepticum jejuni. Just.
Ueber die Herzstörungen der Altersthyreosen und ihre operative Beeinflussbarkeit. Kaspar.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 16.

- Der Deutschen Röntgengesellschaft zum Gruß! Holzknacht.
Zur Abführwirkung des Bittersalzes. Czepa.

Neuere Fortschritte der Cholezystographie. Eisler.

Studien über den Ablauf therapeutischer Strahlenreaktionen. I. Methodik. Fremnd.

Auch ein Pneumoperitoneum. Fritz.

- Die Entwicklung der Röntgentechnik im letzten Jahrzehnt. Grann.
2308. Die Erkennung und Berücksichtigung der drohenden Perforationsgefahr bei der Röntgenuntersuchung der Bauchorgane. Haudek.
Ueber Absorption von Leukoverbindungen und Farbstoffen in ihrer Beziehung zur photobiologischen Sensibilisation im Ultraviolett. Hausmann und Krumpel.
Ueber die seltenen Krankheiten. Kienböck.
Das Röntgendurchleuchtungsverfahren in der Nierendiagnostik (Röntgen-Pyeloskopie). Leb.
Allgemeine Pathologie und Röntgendiagnostik. Lenk.
Röntgenologische Diagnose und Röntgendiagnostik der Pharyngo-Oesophageal-divertikel. Palugyay.
Zur therapeutischen Wirkung kleiner und kleinster Mengen Röntgenlichtes. Pordes.
Röntgenbefunde bei Verletzungen des Kopfes. Schüler.
Zur Symptomatologie der Pankreaszysten. Schwarz.
2303. Röntgendiagnostik gutartiger Formen tuberkulöser Wirbelerkrankung (Spondylitis tuberculosa benigna.) Sgalitzer.
Der Röntgeneffekt in den Systemen verschiedener Größenordnung. Staunig.
Der chronische Magenkatarrh. Zweig.
Zur Beurteilung von Gedächtnisstörungen in der ärztlichen Sprechstunde. Pözl.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 17, 25. April 1929.

- Meine Regel der fraktionierten Absättigung im Verhältnisse zum Hautikterus. Mayerhofer.
Ist Chinin ein Fruchtabtreibungsmittel? Haberdia.
Zur Kenntnis der Thrombose der unteren Hohlvene. Feller.
2096. Ueber die Herzstörungen der Altershyperthyreosen und ihre operative Beeinflussbarkeit. Kaspar.
Zur Frage der Genese der Mischgeschwülste am Schädel. Kazda.
2193. Ueber einen Symptomenkomplex bei vegetativ Stigmatisierten. Schubert.
Richtlinien für die Anwendung der obstipierenden Mittel. Fröhlich.
Zu den Gefahren der Bluttransfusion. Flaum.
Wiederbelebung Neugeborener. Katz.
Die Behandlung des Schielens beim Klein- und Schulkind. Lauber.

Wiener klinische Wochenschrift (Wien. kl. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 18, 2. Mai 1929.

- Zur Geschichte der Bluttransfusion. Kunz.
2218. Ein nicht beachtetes und nicht gewertetes auskultatorisches Zeichen beginnender Lungentuberkulose. Sihle.
Zum Problem und zur Klinik der Schlaf- und Tonusverlustanfälle. Stransky.
2188. Beitrag zur Lehre der Herzpathologie. Czyhlarz.
Die endokrinen Störungen im Kindesalter. Neurath.
Blausucht bei Neugeborenen. Sahler.
Hallux valgus. Stracker.
Zur Behandlung des Status epilepticus und der gehäuften kleinen Anfälle (Pyknolepsie). Frisch.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), 21., Heft 8.

2266. Die Bedeutung der Sexualdisposition in der Pathologie des Blutgefäßsystems. H. Günther.

Zeitschrift für Medizinbeamte (Ztschr. Med.-Beamte), Berlin, Jahrg. 42.

- Nr. 9, 1. Mai.
Vorschläge für eine Reichsreform des Gesundheitswesens. L. Ascher.
Zunahme der Geisteskrankheiten? Hinsin.
Schulzahnpflege in ländlichen Kreisen. Kühnlein.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 119., Heft 2 und 3, 1929.

- Physiologische Untersuchungen nach Resektion der rechten Kleinhirnhemisphäre am Menschen. M. H. Fischer und O. Pözl.
Experimentelle Untersuchungen zum Problem des Schlafmechanismus. G. Marinesco, O. Sager und A. Kreindler.
Humoralpathologische Untersuchungen bei Dementia praecox mit besonderer Rücksicht auf die pleohämolytische Reaktion. Eugen von Thurzo.
2275. Ueber die Bedeutung der Senkungsreaktion bei Nervenkrankheiten. A. P. Friedmann.
2274. Bestimmungen des Kohlensäuregehaltes im Liquor cerebrospinalis bei Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse. Edith und Max Weißmann.
2277. Die epidemische (rheumatische) Facialisparalyse. I. Herzog.
2279. Die Affektepillepsie. Beitrag zur Pathogenese affektepileptischer Anfälle. Erich Guttman.
Pneumocephalus internus nach Schädelbruch. D. Campbell.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie (Z. orthop. Chir.), Stuttgart, 51., Heft 3.

2107. Zur Frage über die Bestimmungsmethode der statischen Deformationen der Füße nach deren Abdrücken. (Anatom. Anstalt des Staatsinstitutes f. mediz. Wissenschaften, Leningrad.) P. Balakirew.
2109. Die „Tropfenextension“. (Orthopäd. Klinik, Charkow.) S. Tregubow.
Ein Beitrag zur Spondylolisthesis. (Universitätsambulatorium für orthopäd. Chir. im Allgem. Krankenhaus in Wien.) Fritz Diebl.
Zwei Fälle von doppelseitiger Osteochondritis dissecans (König) der Femurköpfe. (Orthopäd. Klinik, München.) Max Lange.
Die reelle Verlängerung der Extremitäten bei der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Orthopäd. Klinik, Charkow.) S. Tregubow.

2233. Die habituelle Schiefhaltung des Säuglings, eine Ursache der rachitischen Skoliose. (Ambulatorium für Orthopädie der Stadt Wien.) Felix Bauer.
 2108. Die Schuhgeschwulst der Ferse. (I. orthop. Abtlg. des Kaiser-Franz-Joseph-Ambulatoriums und Jubiläumsspitales, Wien.) Alfred Saxl.
 Uebersicht über die Fragen der Gelenk- und Muskelmechanik. R. Fick.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene (Z. Schulgespfl.), 6/8, 1929.

2291. Neue Wege der Fürsorge für Herzranke. H. Sachs, Berlin.
 Das neue schweizerische Tuberkulosegesetz. E. Wychgram, Wolfenbüttel.
 Die Zuständigkeit der Kommunalverwaltungen für die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. v. Wedelstädt, Gelsenkirchen.
 2293. Aerztliche Erfahrungen bei der Landunterbringung berufsreifer Knaben und Mädchen. Büsing, Kiel.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 53., 4.
 Nachruf für V. Pirquet.

2241. Metallsalztherapie. Walbum.
 2305. Die Bedeutung der Bronchographie für die Differentialdiagnose von Oberlappenprozessen. Knüppel
 Ueber die meist gutartige Form des Spontanpneumothorax. Cardis und Michetti.
 2219. Pneumothorax bilateralis. W. Boehm und M. Puhr.
 Die Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und Schilddrüse. S. Grüner.
 Die Sicherung des Kurerfolges tuberkulöser Heilstättenentlassener. Oertel.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 1.

- Avertinnarkose bei Phrenicusexaires. N. Gulcke.
 Durchschneidung des Duct. choledochus und Neueinpfanzung desselben bei ausgedehnter Magen-Duodenumresektion. G. E. Konjetzny.
 2106. Zur Frage der Behandlung der suprakondylären Oberarmbrücke im Kindesalter. E. Gold.
 Schließmuskelsbildung für Anus praeter und Harnröhre. H. Hans.
 Unsere Erfahrungen mit der Fixationsmethode der Wanderniere nach Kostlivy. B. Vozenilek.
 Ein Hilfsinstrument zum Knoten in der Tiefe. E. Stahnke.
 Zur Uebersichtlichkeit bei Bauchoperationen. W. v. Oettingen.
 Fehldiagnose der eingeklemmten Leistenhernie. C. Weber.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 2.

2204. Ein Vorschlag zur Behandlung der cholangischen Blutungsneigung. E. Seifert.
 2105. Habituelle Subluxation des Kopfes. V. Chlumsky.
 Weiterer Ausbau der Avertinnarkose. B. Martin.
 Welche Bedeutung haben die chirurgischen Resultate der verschiedenen Beinamputationsformen für die Prothese und für die Daseinsbedingungen des Prothesenträgers? R. Görlach.
 Ein Fall von Perforationsperitonitis bei ambulanten Paratyphus B. A. Pop.
 Eine neue Methode zum Verschluss der Parotisfistel. L. Székely.
 Zur Versorgung des Wurmfortsatzes. W. v. Oettingen.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 3.

2178. Uebersubdurale intrakranielle Tetanusbehandlung mit Tetanusserum. F. Hartleib.
 Ein Beitrag zur Diagnostik der Nierensteine. O. Portwich.
 Bemerkung zu Reith: Die Bedeutung der Tabraenischen Reaktion bei den Echinokokkenkrankheiten. K. O. Stengel.
 Zur onkologischen Kasuistik. Chordom mit ungewöhnlichem Sitz. S. Rubaschow.
 2103. Ein Fall von Schrumpfung des Mexocolon transversum nach einem Trauma. W. Obadalck.
 Eine kleine Abänderung der Braunschen Schiene für den Kirschnerschen Drahtextensionsbügel. A. Peters.
 Zur Befestigung von Drainageröhrchen und Dauerkathetern. H. Edelmann.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 4.

2111. Die Avertinvollnarkose im Kindesalter. R. Sievers.
 Zur Avertinaussprache. O. Butzengeiger.
 Zur Operation des Hallux valgus. A. Schanz.
 Appendizitis und Trauma. Th. Wilhelm.
 Ein Fall von Halsrippen. A. Reccius.
 Erweiterung zu der von Dr. Max Herz, Sydney (Austr.) zum Beitrage von Dr. M. Wülfing, 1928, Nr. 21, unter Artikel „Die Heilung der Operationswunden beim Hallux valgus“ gemachten Bemerkungen in Nr. 48 dieses Zbl. L. Székely.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 20, 18. Mai 1929.

- Prophylaxe und Diagnose der postoperativen Thrombosen. Bültmann.
 Mammaformation als Zeichen der Ovarialfunktion. Moench.
 Bemerkungen zur Arbeit Labhards über Pruritus vulvae. Hinselmann.
 Plazentagefäßanomalien: Varizenbildung der Plazentavenen. Hartmann.
 2114. Volvulus des Omentum unter den Symptomen einer Appendizitis. K. Schroeder.
 Eigenartige multiple Mißbildung bei Neugeborenen. Wigger.
 Alexander-Adamsche Ligamentverkrümmung. Lange-Friesen.
 Erweiterung zu Dr. K. Gries: Curandra-Behandlung des spezif. und unspezif. Fluors. Dobbertin.
 Indikationsstellung zur Salpingostomie. Topuse.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 21, 25. Mai 1929.

- Blutbewegung in Plazenta und Nabelstrang. W. Schmitt.
 Intervillöser Raum im ersten Monat. Meyer-Rüegg.
 Physiologische Karbonurie der Schwangeren. A. Bock.
 Mikrochirurgische Experimente mit menschlichen Spermatozoen. Moench und Holt.
 Frühkastration in der Schwangerschaft. Waldstein.

Schambeintuberkulose und Scheidenabszeß. Wirz.

Muttermundskrampl. Greenhill.

Spontanruptur und Hämatom des Musc. rect. abd. als Indikation zum Kaiserschnitt. K. Schröder, Hamm i. W.

2235. Verbesserung der Untersuchungsmethode bei Gonorrhöe im Kindesalter. Haskin.

Myiasis vulvo-vaginalis. Correa.

Transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Löfkovits.

Nordische Zeitschriften

Acta medica Scandinavica (Acta med. Scand.), 70., Heft 1, 23. Januar 1929.

2201. Zur Frage der Drüseneinschmelzung bei Lymphogranulomatose. Willy Mascher (Schweden).

2248. Die Einwirkung der Acidinderivate auf den Blutzucker im direkten Anschluß an Injektionen. Otto Jul Lielsen (Dänemark).

Drei Fälle von Acanthosis nigricans. Bertil Perman (Schweden).

Das Säurebasengleichgewicht bei Patienten mit und ohne epileptische Anfälle. Johs. Nörvig (Dänemark).

Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Läk. sällsk. Hdl.), Helsingfors, 72., Heft 4.

Ueber doppelseitige, durch kongenitale Verengung der beiden oberen Ureterenden verursachte Hydronephrosen. Ali Krogius.

Die Einwirkung des Lichtes auf die neutrophilen Granulozyten des normalen Menschenblutes. Axel Wallgren.

2307. Ueber die postoperative, prophylaktische Röntgenbestrahlung bei Brustdrüsenkrebs. G. A. Wetterstrand.

Chirurgen und Doctores. Robert Ehrström.

Zur Frage der Theorie des therapeutischen Effektes von Milchinjektionen bei gonorrhöischer Conjunctivitis. Sven Brotherus.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 8, 30. April 1929.

2280. Ueber Aetiologie und Pathogenese der Polyneuritis. Tasten Ramer.

2184. Ueber die Rattenbiß-Krankheit. E. Melkersen.

Norsk Magasin for Laegevidenskaben (Norsk. Mag. Laegevidensk.), Oslo, 90. Jahrg., Nr. 5, Mai 1929.

2283. Ueber spontane Subarachnoidal-Blutungen. Olaf Römeke und H. Jacob Ystvert.

2282. Fälle von Enzephalitis mit Reizerscheinungen im Tesopnal- und Okkipital-lappen. O. H. Momad-Kohn und Andan Schjött.

39 Fälle von Lungentumor (Fortsetzung). Per Gellein.

Ist die Lungentuberkulose bei Erwachsenen subprimär oder tertiär. Franz Hamburger.

2258. Ein Fall langdauernder Insulinvergiftung. H. F. Höst.

Operation und Nachbehandlung von Vesiko-Vaginal und Vesiko-Zervikal-Fisteln. Hans Erling Szenger.

Phrenicusexaires. W. Holmbol.

Spinal-Anästhesie. Adolf Gunderzen.

Zwei Fälle seltener Tumorbildung im Kniegelenk. Hallden Sundt.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 19, 9. Mai 1929.

Ueber Hallux valgus. Aage Benken.

Einige experimentelle Untersuchungen über die kombinierte Antitoxin- und Metallsalzbehandlung (ad modum Walbum) bei Tetanus. Vald. Adserseu.

2240. Metallsalzbehandlung. L. E. Walbum.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 20, 16. Mai 1929.

Ambulante operative Behandlung der Hämorrhoidaltumoren. Jörgen Jensen.

Metallsalztherapie. L. E. Walbum.

Die Wahrheit über Bartels 900 Fälle und die Appendizitis. Nicolaj Nissen.

Syphilisklinische Hautleiden. Aage Kristiansen.

Untersuchungen über Diphtherie-Immunität bei den Eskimos im Kap-Parvel-Distrikt. E. Bay Schmith.

Zeitschriften in englischer Sprache

The American Journal of the Medical Sciences (Amer. J. med. Sci.), 176., Nr. 2.

Die Trunkenheit. Eine quantitative Studie über die akute Alkoholintoxikation. Emil Bogen.

2285. Neue klinische Gesichtspunkte über den Alkoholismus. J. L. Richardson und M. A. Blankenhorn.

Febris undulans (Brucella melitensis). R. H. Kampmeier.

Die Perkussion der Herzgrenzen und der röntgenologische der Herzsilhouette. Chester M. Kurtz und Paul D. White.

2200. Aneurysma der Milzarterie; Bericht eines Falles mit Ruptur desselben. Edward Livingston Hunt.

2213. Blutveränderungen bei bösartigen Erkrankungen. David Eisen.

Die Wirkung der Außentemperatur auf die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Murray B. Gordon und David J. Cohn.

Die Bedeutung des Arsens in den Exkreten. Carl Vogel.

Die Parasitose der Gallenwege und der Gallenblase. Frank Smithiles.

Die pulmonalen Folgezustände der Tonsillektomie bei Kindern. Alfred E. Fischer.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis, 17., Nr. 4, April 1929.

2121. Die Leberläsion bei Eklampsie. W. J. Dieckmann.

2117. Ist ein chirurgischer Eingriff bei der Behandlung der Métrophlebitis und der Thrombophlebitis der Beckenvenen zu rechtfertigen? J. O. Polak.

- Komplette Dammrisse und ihre chirurgische Behandlung. L. E. Phaneuf.
2123. Uterotubare Insufflation, gefolgt von Schwangerschaft in 205 Fällen aus einer Serie von 2000 Fällen von Sterilität. J. C. Rubin.
2310. Radiumbehandlung der Menorrhagie im jugendlichen Alter und in der Menopause. Leda J. Stacy und R. D. Mussey.
2313. Die Radiumtherapie der Myome und der Fibrosis des Uterus. F. A. Cleland.
2314. Der Einfluß von Röntgenstrahlen und Radium auf den Fetus im Uterus. P. W. Toombs.
2311. Radiumtherapie in der Behandlung des Zervixkrebses. W. Dannreuther.
2312. Pyometra im Gefolge der Radiumtherapie des Uteruskrebses. P. B. Bland.
2127. Hyperthyreoidismus als Schwangerschaftskomplikation. F. H. Falls.
2122. Die Beziehungen zwischen Grundumsatz und Gestation. J. C. Litzenberg und J. B. Carey.
- Störungen im Kohlehydratstoffwechsel bei Schwangerschaftstoxikose. P. Titus.
2132. Infektion im Puerperium, mit einer Analyse von 8000 Fällen. F. L. Adair.
2115. Der vaginale Zugang für bestimmte intraperitoneale Operationen. W. W. Babcock.
2113. Faktoren, die den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode beeinflussen. L. A. Calkins.
- Der Unterricht in der operativen Geburtshilfe. A. M. Mendenhall.
- Zervixprobleme. R. R. Huggins.
2126. Eine Uebersicht über 165 aufeinanderfolgende Kaiserschnitte einschließlich eines Vergleiches zwischen 104 klassischen Operationen und 61 zervikalen Schnittentbindungen. J. K. Quigley.
- The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy** (Amer. J. Röntgenol.), New York, 21., 3.
2301. Röntgenuntersuchung von Kolondivertikeln. J. T. Case.
2300. Röntgenbefunde bei Mitralklappen- und -insuffizienz. D. Steel.
2302. Die Rolle der Röntgenstrahlen bei der Entscheidung über die Resektionsmöglichkeit von Magenkrebs. A. B. Moore.
- Vergleich der Wirksamkeit der Ventillöhre und der mechanischen Gleichrichtung von Röntgenapparaten. F. W. Bishop und St. L. Warren.
2315. Eine Basis zur Dosisbestimmung interstitieller (Radium-) Bestrahlung. E. H. Quimby und H. E. Martin.
2299. Radiotherapie bei chronischer myeloischer Leukämie. E. T. Leddy.
2296. Untersuchungen über die Thymus mit Röntgenbefunden. Ch. W. Perkins.
2297. Beobachtungen aus achtjähriger Erfahrung in der Behandlung der Thymusdrüse bei Säuglingen und jungen Kindern. M. J. Kinney und R. G. Taylor.
2298. Röntgendiagnose und -behandlung vergrößerter, symptomloser Thymus. F. W. O'Brien.
- Archives of Pediatrics**, Vol. XLVI, Nr. 1, Januar 1929.
2231. Untersuchungen über die Verwendung von bestrahltem Ergosterin bei florider Rachitis. Sobel und Claman.
- Primäre Peritonitis im Kindesalter. De Sanctis und Nichols.
- Pemphigus epidemicus beim Neugeborenen. Neff.
2227. Behandlung von Bronchialasthma. Kuhns.
- Schutzimpfung gegen Erkältung. Kolmer.
- Essentielle Pentosurie. Jul. Rossen.
- Unbeabsichtigte Grausamkeit gegen Kinder. Hymanson.
- Interne hämorrhagische Pachymeningitis.
- Das Problem der kreuzweisen Ansteckung. M. Gleich.
- Archives of Pediatrics**, Vol. XLVI, Nr. 2, Februar 1929.
- Die Geflügel, Menschen- und Rindertuberkulinreaktionen bei Kindern. Gasul.
- Eine Untersuchung über die Verwendung von Trockenmilch zur Kinderernährung. Ashton, Stringfield und Martin.
- Eine vergleichende Untersuchung über kontrollierte Rohmilch und pasteurisierte Milch in der Kinderernährung. Lewis Smith.
2225. Gesundheitgemäße Behandlung von untergewichtigen Kindern. Oliv Cordua.
- Gesundheitliche Bedingungen von Mutter und Kind. Goldstein.
- Pneumokokkenmeningitis. J. S. Uhr.
2272. Familiäre amaurotische Idiotie ohne den klassischen kirschroten Fleck. Epstein.
- The Glasgow Medical Journal** (Glasgow med. J.), 111., Nr. 2.
- Milztumoren in England. J. W. Mc Nee.
- Die Schule von Salerno. John F. Fergus.
- The Glasgow Medical Journal** (Glasgow med. J.), 111., Nr. 3.
2306. Endovesikale Diathermie bei der Diagnose und Behandlung von Blasen-tumoren. Walter W. Galbraith.
2214. Ueber das Rektumkarzinom, insbesondere seine Frühdiagnose. George Dalziel.
- Der praktische Arzt von heute. Jas. B. Miller.
- The Glasgow Medical Journal** (Glasgow med. J.), 111., Nr. 4.
- Milztumoren in England. J. M. Mc Nee.
- Ein Fall von Hernia diaphragmatica. Hinton Robertson.
- Ueber gutartige Papillome des Nierenbeckens. Daniel Lamont.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, Vol. 92, Nr. 6.
2191. Die klinische Bedeutung des kardialen Asthmas (Uebersicht über 250 Fälle.) Robert S. Palmer und Paul D. White.
2195. Hyperventilation der Lungen als prophylaktische Maßnahme gegen Pneumonie. Yandell Henderson und H. W. Haggard.
- Akute miliare Torulosis der Lungen. Edwin F. Hirsch und George H. Cole.
2092. Hypotonie des Bulbus bei diabetischem Koma. Arthur J. Patekman.
2228. Beziehungen zwischen Ernährungszustand und Häufigkeit der Pneumonie im Säuglings- und späteren Kindesalter. L. H. Barenberg, David Green und Harold Abramson.
2172. Paroxysmales Niesen als Äquivalent von Keuchhustenanfällen. H. S. Reichle.
2194. Raynaudsche Erkrankung der oberen Extremitäten. Alfred W. Adson und George E. Brown.
2217. Eine Trichinoseepidemie. E. P. McDonald und K. C. Wadell.
2260. Reaktion der Schilddrüse auf Infektionen in anderen Körperabschnitten. Warren H. Cole und Nathan A. Womack.
- Adenom und Karzinom der Schilddrüse. F. A. Collier.
- Chirurgie des Nervus phrenicus und intrapleurale Pneumolyse. E. J. O. Brien.
- The Journal of Infectious Diseases** (J. inf. Dis.), Chicago, Nr. 3, 1929.
- Vergleich von 7 Stämmen von Organismen, die beim Menschen Blastomykose hervorrufen. D. Spring.
2180. Tabardillo, eine amerikanische Abart des Fleckfiebers. H. Mooser.
- Immunitätsreaktionen auf säurebehandelte Bakterien. O. J. Cutler.
2223. Spontan tuberkulose bei Schlangen. J. D. Aronson.
- Ueberempfindlichkeit gegen Diphtheriebazillen. J. M. Neil und W. J. Fleming.
- Nahrungsmittelvergiftung durch *Bacillus cloacae*. E. B. Buchanan und E. Megrail.
- Epizootische Lymphadenitis bei Meerschweinchen. E. Megrail und R. N. Hoyt.
2251. Antikomplementwirkung des Heparius. E. E. Ecker und P. Groß.
2182. Erkältungskrankheiten durch *Micrococcus catarrhalis*. J. E. Walker.
- The Journal of Nervous and Mental Diseases** (J. nerv. Dis.), New York, Vol. 68, Nr. 4, Oktober 1928.
2281. Respiratorische Enzephalitisfolgen. H. G. Wolff und W. G. Lennox.
- Prophylaxe der Geistes- und Nervenkrankheiten. B. Sachs.
- Schizophrenien im Anschluß an die Entbindung. Gregory Zilboorg.
2273. Thyreoidektomie bei Geisteskranken mit Basedow. Joseph L. de Courcy.
- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5511.
- Die Polyurie bei chronischer Nephritis. E. Verney.
2236. Die Verabreichung von Insulin in Suspension. O. Leyton.
2196. Ueber Lungengeschwülste. T. Hunt.
2203. Behandlung der Polycythaemia vera mit Phenylhydrazinum hydrochloricum. W. Mackay.
2284. Pituitäre Kachexie bei einem Fall von Tabes dorsalis. T. Good und K. Newman.
- Die Verdauungsenzyme des menschlichen Fötus. M. Keene und E. Hewer.
- Der inhibitorische Effekt des Staphylokokkusantivirus in seinen Beziehungen zum pH des Mediums. R. Humwick.
- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5512, 20. April 1929.
- Chirurgie mediastinaler und pleuraler Erkrankungen. R. Young.
2290. Hysterie und Unfallversicherung. A. Gill.
2133. Therapie der Otosklerose mit Parathyreoidextrakt. E. Watson.
2183. Schistosomiasis Mansoni. R. Girges.
- Freiluftbehandlung unterernährter Kinder. E. Miller.
- Verwendung von Platten und Schrauben aus Rinderknochen bei offenen Eingriffen. H. Bailey.
- Letaler Ausgang einer Influenzaseptikämie. A. Sommerford.
- Medical Journal and Record** (Med. J. a. R.), New York, Nr. 5, 1929.
- Hämorrhagische Zustände beim Neugeborenen. S. Synderman.
2190. Zerebrale Manifestationen bei Herzstörungen. D. Felberbaum, F. Finesilver.
2264. Ueber die Aktivität von Hormonen, Vitaminen und Komplementen. F. Herb.
2294. Häufige Ursachen der Scheidung vom psychiatrischen Standpunkte aus. J. R. Ernst.
- Fazialislähmungen und ihre Behandlung. C. Rosenheck.
- Narkolepsie — Hypnolepsie — Pyknolepsie. S. Ely Jelliffe.
2255. Physikalische Maßnahmen bei der Behandlung des Schmerzes. R. J. Behan.
- Nicht-hämolytische Streptokokkenmeningitis. M. Gleich.
2250. Eine neue Kalziumstovarsolphosphatkombination. A. A. Levy.
- The Urologic and Cutaneous Review** (Urologic Rev.), St. Louis, Nr. 5, Mai 1929.
2147. Diathermie bei der Gonorrhö der Frau. Gustav Kolischer, Chicago.
2161. Der Einfluß des Uterus- und Vagina prolapses auf den Harntraktus. Henry Schmitz und Jos. E. F. Laibe, Chicago.
- Klinische Eindrücke von Mißbildungen der Niere und des Ureters. Max Grauhan, Kiel.
- Die Ausscheidung von Phenolsulphonephthalin nach Ligatur der Vena cava und der Nierenvenen. Hugh J. Polkey, Chicago.
- Eine vollkommene Operation zur Beseitigung der Blasenscheidenfistel. Mathias J. Seifert, Chicago.
- Eine interessante Anomalie der vollkommenen Verdoppelung der Ureten und der Nierenbecken, mit Uebersicht der Literatur. Augustus Harris, Brooklyn.
2162. Die vernachlässigte vordere Harnröhre. Saul Steiner, New York.
- Akute Hodenentzündung ohne nachweisbare ätiologische Ursache; Bericht über einen Fall. Claude S. Edleman, Louisville.
- Sarkom der Prostata. Ernest Paul, Toronto.
2163. Strikter der weiblichen Urethra; Bericht über einen Fall. Henry J. Farbach, Louisville.
2164. Samenblasenentzündung. Winfield Scott Pugh, New York.
- Ein frühzeitiger literarischer Hinweis auf den Morbus Gallicus. William Renwick Riddell, Toronto.
2134. Tuberkulöse Ulzerationen der Haut und der Schleimhäute. Cleveland White und Samuel J. Sullivan, Chicago.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales des maladies vénériennes** (Annal. malad. vénér.), Nr. 2, 1929.
- Die Antischocktherapie mit cosinsaurem Caesium in der Arsenbehandlung. Gougerot, Peyre, Bertillon.
- Syphilis hereditaria tarda des Testikels. W. Berardinelli.
- Syphilitischer Schanker der Stirn ohne regionale Drüsenanschwellung. Gougerot, Burnier.
- Populäre Mittel in Marokko gegen die venerischen Krankheiten. R. Bathélémy.

Annales des maladies vénériennes (Annal. malad. vénér.), Nr. 3, 1929.

2158. Ein Fall von Syphilis d'embrye durch Bluttransfusion. Constantinescu, Vatamanu.

Syphilis des Kaninchenauges. Grigorieff, Kapitolin, Jarycheff.

2159. Hereditäre Spirochätose und Haarkleid des Kaninchens. Barthélemy.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 22, 1929.

2131. Die Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe. Max Cheval.

Das Problem der Eingeborenearbeit im belgischen Kongogebiet. (Fortsetzung.) Daco.

La Gynécologie (Gynék.), Paris, 27. Jahrg., Nr. 11.

Nachruf auf Prof. de Roerville. P. Delmas.

2224. Studie über Trockenmilch und ihre Anwendung bei der Ernährung von Kindern. A. Roume.

La Gynécologie (Gynék.), Paris, 27. Jahrg., Nr. 12.

Die Spätresultate der Wertheimschen Operation bei Kollumkarzinom. Violet.

2120. Die Sterilisation des Ovariums durch das Corpus luteum und Insulin. E. Imparato.

Gynécologie et Obstétrique (Gynécol. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 2.

Rhabdomyosarkom und Zylinderepitheliom des Corpus uteri (Dysembryom des rechten Ovariums). Reeb und Oberling, Straßburg.

2130. 6 Fälle von vorzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung mit Lumbalanästhesie. Balard und Mahon, Bordeaux.

2129. Welchen Anteil hat die Syphilis bei der Aetiologie der sogenannten Schwangerschaftsalbuminurien? M. Rivière, Bordeaux.

Die Knochenmißbildungen bei den Exenzephalen, bei den Pseudoenzephalen und Anenzephalen. H. Stoboziano, A. Georgesco und P. Herscovici, Bukarest.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 12, 1929.

Manie und Chorea. H. Claude.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 13, 1929.

Albumin und Harnstoff im Blutserum. P. Chailly-Bert, E. Peyre.

Meningitis purulenta bei Typhus. A. Clerc, R. Stieffel.

Albuminurie der Schwangeren und Syphilis. H. Vignes.

Die nichtspezifischen Kuren der intestinalen Desinfektion. G. Faroy.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 14, 1929.

Hyperglykämie bei rezidivierender Furunkulose. E. Binet, F. Nepveux.

Gonokokkenarthritis. H. Vignes.

Akutes Staphylokokkendelir. H. Damaye, S. Warschawski.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 15, 1929.

2261a. Die vorübergehenden Störungen des arteriellen Drucks. Ch. Achard.

Die Wirkung von Vichy bei Diabetes. Vauthey.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 16, 1929.

2261. Permanente arterielle Hypertension. Ch. Achard.

2292. Die juvenile Homosexualität. G. Paul-Boncourt.

Le Progrès médical (Prog. méd.), Paris, Nr. 17, 1929.

2262. Komplikationen, atypische Formen, Prognose, verschiedene Aetiologie der permanenten Hypertension. Ch. Achard.

Revue belge des Sciences médicales (Rev. belge Scienc. méd.), Louvain, Nr. 2, 1929.

2098. Die Behandlung der essentiellen Thrombopenie mittels Ligatur der Milzarterie. F. van Goldenhoven.

Dermatologie und Syphilidologie. Uebersichtsreferat. Adolphe Dupont.

Revue neurologique (Révue neur.), Paris, 36. Jahrg., 1., Nr. 4, 1929.

Zerebrale und Zerebellare subakute Atrophie. Georges Guillain und Ivan Bertrand.

2276. Chronaxie des Pyramidenbündels. Georges Bourguignon.

Pagetische Krankheit. M. Bascourret und Jacques Décourt.

2278. Partielle Epilepsie. Joseph Russetzki.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 6, 1929.

2238. Der gegenwärtige Stand der Tonsillenfrage. Francois Crabbe.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 7, 1929.

2097. Diabetes und Chirurgie. Jean Slosse und F. van den Branden.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 8, 1929.

Die radiologische Untersuchung des Magens. Irrtümer in der Deutung und Grenzen der Methode. J. Murdoch.

Zeitschriften in italienischer Sprache**Archivio Italiano di Dermatologia Sifilografia e Venerologia (Arch. ital. Dermat.), Bologna, 4., Heft 3, Februar 1929.**

2139. Ueber Hodenextrakte und ihre keratoplastische Wirkung. E. Ciambellotti.

2138. Beiträge zur Kenntnis des „Pediculoides ventricosus“. Ursache einer erythemopapulösen Dermatitis, aufgetreten in Form einer Epidemie unter den Hafenarbeitern von Triest. Alfonso Savinetti.

Ueber einen Fall von Neosalvarsanpsoriasis. G. Spicca.

Ueber das Erscheinen und die physiologischen Eigenschaften von Leukozyten in Sekreten und Blasen der Haut. L. Ciarrocchi.

2136. Experimentelle Untersuchungen über Herpes zoster. Giusto Spicca.

Ueber Verwendung von Extractum rathaniae in der Dermatologie. A. Mibelli.

Die Mineralbäder in der Therapie der Hautkrankheiten. L. Martinotti.

Zeitschriften**in spanischer und portugiesischer Sprache****Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 11, 1929.**

Die Initialsymptome der Lepra. A. Matta.

Ueber Nephropathien naso-pharyngealen Ursprungs. A. Valerio.

Infantile Syphilis. J. Mesquita.

Einfluß der Kohlensäurebäder auf die Harntoxine. G. Perrin.

Ovarium und Laktation. P. Schirch und O. Souza Guimaraes.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 12, 1929.

Das klinische Bild der multiplen Sklerose. A. Austrogesilo.

Desblennorrhagie. A. Valerio.

Fall von adipo-genitalem Syndrom mit Amaurose. T. Mendes und A. Tavares.

2153. Syphilis erythro-keratodermica dyschromica. J. Ramos e Silva.

Ueber Molekularerschneidung beim Kontrakt von festen und flüssigen Körpern.

A. Pimenta Bueno.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 13, 1929.

Die Verwendung insektentörender Mittel in der Prophylaxe des Gelbfiebers.

J. Barros Barreto und A. Peryassu.

Fall von Pseudorheumatismus tuberculosus. J. Barboza.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 7, 1929.

Das Verhältnis der Psychologie zum Studium der Geisteskrankheiten. M. Andrada.

2309. Zur Verwendung von Radium vor Hysterektomien. M. Fabiao.

2205. Die Balintsche Theorie und die Behandlung des Magengeschwürs. A. Szendy und I. Szendy.

La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 27, 1929.

2099. Resektion des lumbalen Sympathikus bei Paraplegia pottica. J. Diez.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Nephritiden. C. Pinedo.

2212. Fall von schwerer Azothämie ohne Urämie. S. Nudelman und M. Schtelngart.

Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.

La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 28, 1929.

2125. Akutes Lungenödem in der Austreibungsperiode. R. Morón.

Gallenfisteln und ihre Feststellung durch Lipoiodol. J. Caeiro.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Nephritiden. C. Pinedo.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos Aires, 14. Jahrg., Nr. 162, März 1929.

Das Ueberleben der Gewebe nach dem Tode des Tieres in Kulturen in vitro. A. Roffo.

Ein neues Verfahren der Topographie der Hirnsymptome. F. Quesada.

Die Masern- und Keuchhustenepidemien während des verfloßenen Vierteljahrhunderts in Costa Rica. A. Chavarria und J. Guerrero.

2220. Heilung einer Kaverne durch künstlichen Pneumothorax und Phrenikotomie. J. Dubourdieu und J. Más.

2222. Methylianthen bei einigen Formen von Tuberkulose. G. Trumbell.

Ueber die rationelle Ernährung Tuberkulöser. A. Nario.

Gastrohepatointestinale Erscheinungen des Klimakteriums. J. Galván.

Vergiftungen durch Zyankalium und ihre Behandlung. J. Tassart.

Zeitschriften in ungarischer Sprache**Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, 73. Jahrg., Nr. 5, 1929.**

Josef Csiky f. J. Angyán.

Ueber die narbigen Verengerungen des Kehlkopfes. Z. Lénárt.

Ueber die narbigen Veränderungen des Kehlkopfes. Z. Lénárt.

Klinik und Bakteriologie der „Tampon-Otitiden“. T. Germán.

2169. Ueber das Schwererwerden der Diphtherie und die französische Pädlatrie. P. Kiß.

Ueber die Leberfunktion der Hyperglobulinämiker. St. Hetényi und Alf. Herzum.

Ueber den Zusammenhang zwischen dem vegetativen Nervensystem und der Blutlipide. B. Paul.

Semmelweis-Pokalrede. R. Bálint.

Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, 73. Jahrg., Nr. 6, 1929.

2093. Der Virulenzwechsel des Herpesvirus unter dem Einfluß von Bakterien. J. Baló.

Ueber die narbigen Verengerungen des Kehlkopfes. Z. Lénárt.

Ueber die narbigen Veränderungen des Kehlkopfes. Z. Lénárt.

2234. Ein Fall von spastischer Skoliose bei einem 10 Tage alten Säugling. J. König.

Ueber den Wert der Heilserumtherapie der Meningitis epidemica. J. Kramár.

Ueber Pernoxon. J. Konrád.

Beobachtungen bei der Serodiagnostik der Lues. A. Bokráts.

Selbstmorde in Budapest. J. Melly.

Orvosi hetilap (Orv. hetil.), Budapest, 73. Jahrg., Nr. 7, 1929.

2207. Die gefaltete Gallenblase. Th. Bárony.

Stimme und Sprache ohne Kehlkopf. L. Dénes.

Pernoxonnarkose. D. Klimkó und F. Prochnow.

Die Eisenreaktion des Zentralnervensystems. Ed. Zalka und T. Lehoczy.

2095. Die Lokalisation der in den Subarachnoidalraum injizierten Flüssigkeit und deren praktische Bedeutung. B. Palesó.

Ein Fall von habitueller Luxation beider Augen beim Turmschädel. S. Kaáli Nagy.

Ein Fall von Myosalarvarsanschädigung. Zs. Szentkirályi.

Benzinvergiftung bei einem anderthalb Jahr alten Knaben. A. Bochkor.

Wieder ein Fall von mechanischem Ileus nach Dolerusoperation. J. Konrád.

- Orvosi hetilap** (Orv. hetfl.), Budapest, 73. Jahrg., Nr. 8, 1929.
 2268. Mechanismus und Bedeutung der Herzerweiterung. G. Mansfeld, Pécs.
 2187. Zur Frage des toxischen Adenoms der Schilddrüse. J. Rutich, Pécs.
 2230. Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der exsudativen Diathese. I. J. Vas.
 Beiträge zu Komplikationen der Bluttransfusion. Die pathologische Hämagglutination (Panagglutination). J. Kramár, Pécs.
 Ueber postoperative Leberstörungen. Rella Beck und B. Steiner.
 Energetik und Struktur in der Biologie. J. Ernst.
 Welchen Visus soll ein Kraftwagenführer haben? E. v. Grösz.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Klinitscheskaja Medizina** (Klin. Med. [russ.]), Moskau, 9. Jahrg., 6., Heft 19.
 Ueber Sepsis nach akuten Ohreninfektionen. K. F. Flerow.
 Die gegenwärtigen Anschauungen über die funktionelle Bedeutung des Ovarialfollikels und dessen Inkrete. M. G. Serdjukow.
 Ueber Ovariumtransplantation. A. A. Samkow.
 Behandlung der Asphyxie bei Neugeborenen. D. J. Rosenfeld.
 Spätresultate der chirurgischen Behandlung des Gebärmutterkrebses. G. G. Ter-Gabrielan.
 224. Ueber KJ- und NaJ-Injektionen bei Viszeralgien. E. F. Simforow.
 2245. Zu den Injektionen von KJ- und NaJ-Lösungen bei Viszeralgien. Schafalowitzsch.
 Zur Behandlung der viszeralen Schmerzen mittels KJ-Lösung. Bogdanow.
 Ueber sogenannte Herzfehlerzellen. N. A. Kramow.
Sibirskij Archiv teoretitscheskoj i klinitscheskoj Mediziny (Sibir. Arch.), Tomsk, 3. Jahrg., Heft 5/6.
 Hypophysengangsgeschwulst. B. Konstantinow.
 2128. Zur Aetiologie der wiederholten Tubenschwangerschaft. W. E. Spirow.
 Synthalinbehandlung des Diabetes mellitus. B. J. Shodsischski.
 Zum Studium des Nebeneinandervorkommens von Syphilis und Tuberkulose (klinisch-experimentelle Untersuchung). D. A. Lapyschew.
 Fall von akuter myeloischer Leukämie. A. Kowalewski.
 Ueber Rechtsverletzung durch Hypnose. Mitteilung eines Falles. A. G. Zipes.
 Vergleichende Abschätzung des Einflusses der heißen Halb- und Vollschlamm-bäder auf die Körpertemperatur und die Pulsfrequenz (Schluß). M. K. Butowski.
 2237. Ueber die Beziehungen zwischen Reaktion, Mikroflora und Klinik der Mundhöhle. S. G. Silajenkov und G. S. Stamow.
 Zur Frage der Schwangerschaft bei Uterus- und Vaginaduplizität. S. G. Jurjewski.
 Blutende Mamma. J. A. Wassilkowski.
 Zur Frage der Bantischen Krankheit. L. J. Hefter.
 Malariaabehandlung der progressiven Paralyse. N. P. Wolochow.
 Fall von beiderseitiger Hodenretention. B. Fuchs.
 Ueber Aetherölnarkose. N. T. Kauschin.
 Medizin in Afghanistan. O. Sokolowa-Strachowa.
Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 20.
 270a. Ueber Krebserzeugung durch zellfreie Filtrate (3. Mitteilung). M. M. Newjadomski.
 192a. Neuralgia aortae abdominalis. M. N. Speranski.
 Beiträge zur Frage der Beeinflussung der sekretorischen und motorischen Magensekretion durch lokale thermische Reize. W. S. Wachtel.

- Aus den klinischen Beobachtungen zur Diagnostik und Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre. W. M. Kogan-Jasny.
 Fistula gastrocolica als Spätkomplikation nach der wegen Magen- und Duodenalulkus angelegten Gastroenterostomie. A. S. Perzowski.
 Zur Frage der Spontanamputation des Wurmfortsatzes. A. J. Pytel.
 2250a. Therapeutische Bedeutung des Morphiums bei Erkrankungen der Gallenwege. A. P. Winogradow.
 2099a. Fall von Entfernung von Zunge und Unterkiefer wegen Zungenkrebses mit 19jähriger rezidivfreier Periode. N. J. Preßmann.
 Versuch der Massenimmunisierung gegen Scharlach. J. B. Ljutynski.
 Fall von Meningokokkensepsis. L. J. Lewinzirler und B. D. Stieben.
 Zur Kasuistik des Priapismus. G. J. Lewitanski.
 Fall von Rachengumma. B. N. Oloriosow.
 Fall von Darmmiltzbrand. J. E. Ossipow.
Wratschebnoje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 13/14.
 (Festschrift für Prof. S. J. Slatogorow, Charkow.)
 Experimentelle und klinische Untersuchung über die chronische ulzeröse Kolitis. J. Arnold Bagen, Rochester.
 2176. Anwendung von Bazillenlysaten in der Behandlung der typhösen und paratyphösen Erkrankungen. G. Caronia, Neapel.
 Die Erdung des Patienten und ihre Bedeutung in der Elektrokardiographie. A. J. Sternmann und W. M. Goldstein.
 Die örtliche Entzündungsreaktion des Organismus bei septischen Erkrankungen. W. A. Tarassow.
 Zur Frage des akuten polymorphen Infektionserythems. S. N. Nesmelowa.
 2175. Zur Behandlung der Parotitis epidemica. J. J. Gelfgat.
 2090. Zur Behandlung der Blepharitis nach Besredka. D. M. Natanson und L. L. Kandyba.
 Einfaches Blutbildungsschema. G. Semann.
 Zur Biologie der nicht festen Formen der Parakolibakterien. J. E. Minkewitsch.
 Symbiose der hämatolytischen Streptokokken mit anderen Streptokokken. M. J. Melnik.
 Ueber die Natur der Immunität beim Rückfallfieber. (Humorale und phagozytäre Faktoren beim Rückfallfieber). J. L. Kritschewski.
 2148. Experimentelle Blennorrhö. P. A. Alissow und M. M. Feibitsch.
 Die Wassermannsche Reaktion bei der experimentellen Kaninchensyphilis. P. G. Oganjesanz.
 Die Bakterien im Gehirn. (Zur Frage der postmortalen Höhlenbildung.) N. A. Solotowa.
 Bakteriologische Methode der Kohlenstoffanalyse. B. J. Klein.
 Der Einfluß des Aufenthaltes im Erholungsheim auf den Organismus. S. D. Reiselmann und R. B. Mogilewskaja.
 Berufskrankheit der Weichenwärter. A. P. Speranski.
 Hämolyseerscheinungen und Bilirubinschwankungen im Blute bei den mit Blei in Berührung kommenden Arbeitern. J. M. Markus und E. L. Kerner.
 2166. Ueber die Spätresultate der Kurortpflege. J. Schlowski.
 2285. Zur Frage der Beeinflussung des vegetativen Nervensystems durch balneologische Prozeduren. D. B. Marscha'kowsch.
 Einfluß der Seebäder auf das vegetative Nervensystem. G. D. Lestschenko und E. F. Gutschin.
 Zur Technik der Blutgefäßsysteminjektion. S. S. Danilow und S. A. Rodshanow.
 2191. Die Beklopfung der Herzgegend als Wiederbelebungs-methode. P. J. Makarowski.
 Fall von spontanem Pneumothorax bei Abdominaltyphus. N. S. Polyschuk.
 Fall von Invasion des Menschen durch *Toxocara mystax* (Zeder, 1800). W. F. Petrassow.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
 Augenheilkunde.
 Bakteriologie und Serologie.
 Chirurgie und Orthopädie.
 Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
 Geschichte der Medizin.</p> | <p>7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
 9. Hygiene.
 10. Infektionskrankheiten.
 11. Innere Medizin, Tuberkulose.
 12. Kinderheilkunde.</p> | <p>13. Mund- und Kiefererkrankungen.
 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.</p> | <p>17. Psychologie und Psychopathologie.
 18. Soziale und gerichtliche Medizin.
 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.</p> |
|---|---|--|--|

Augenheilkunde

2090.

Natanson, D. M., und L. L. Kandyba, **Zur Behandlung der Blepharitis nach Besredka**. (Vorläufige Mitteilung.) (Wratsch. Djeło, 11. Jahrg., Nr. 13/14.) Verfasser behandelten 12 Fälle von chronischer ulzeröser Blepharitis mit einer 40prozentigen Antivirussalbe, die aus den Lidern der Patienten entnommenen Staphylokokken hergestellt wurde. Die Salbe wurde, nach der jeweiligen sorgfältigen Säuberung von Krusten, in die Lidränder zunächst zweimal und dann nach Eintritt einer Besserung einmal täglich appliziert. Bei 10 Patienten trat nach 2 bis 3 Wochen dauernde Heilung ein. Wie die Verfasser bemerken, erhält man mit dem

Autofiltrat bessere Resultate als mit dem üblichen Staphylokokkenantivirus.

2091.

Neuffer, Hans, **Ueber Augenstörungen im Gefolge von Schädeltraumen**. (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 41., Heft 2.) (I. Chir. Universitätsklinik in Wien.) Unter 47 Fällen von Schädelbrüchen befanden sich 4 Fälle, die mit einer Schädigung des Sehnerven kompliziert waren, und einer, der Störungen von seiten der Augenmuskelnerven und der Akkommodation aufwies. Demgegenüber fanden sich Schädigungen des inneren Ohres nicht so häufig; Besonders Traumen der vorderen Schädelgrube und solche des frontalen Teiles der mittleren Grube führen zu Verletzungen des Optikus. In Frage kommen Hämatoeme, völlige Durchtrennung, Läsion durch Knochensplitter, welche letztere zu Gesichtsfeldein-

schränkungen führen. Bei gleichzeitiger Eröffnung der Sinus frontales und ethmoidales kann es zu entzündlichen Veränderungen am Optikus und zur ophthalmoskopisch nachweisbaren Papillitis kommen. Subkonjunktivale Wimpelhämatoeme mit lateralwärts gerichteter Spitze sind pathognomonisch für Frakturen der oberen Orbitalwand, die durchgehen bis zur Fissura orbitalis sup. Therapie: weitgehend konservativ. E. Orbach.

2092.

Patek, J. Arthur, **Hypotonie des Bulbus bei diabetischem Koma.** (J. Am. Med. Assn., Vol. 92, Nr. 6, 1929.) Herabsetzung des intraokularen Druckes ist nach Verfasser nur im Coma diabeticum zu beobachten, ist jedoch im Gegensatz zu den Angaben anderer Autoren keineswegs ein konstantes Vorkommnis. Den höchsten Grad erreicht die Hypotonie auf der Höhe des Komats, verschwindet aber rasch, sobald das Koma überstanden ist. Bei diabetischer Azidose ohne Koma ist der Bulbusdruck nicht herabgesetzt. Wie Verfasser an Hand der Krankengeschichten von 5 Fällen demonstriert, ist das Zeichen mitunter von diagnostischem Werte, zumal es sich, wie bereits erwähnt, nur bei diabetischem Koma findet. L. B. Büchler, Wien.

Bakteriologie und Serologie

2093.

Baló, J., **Der Virulenzwechsel des Herpesvirus unter dem Einflusse von Bakterien.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 6, 1929.) Eine Anzahl von Bakterien, wenn man sie (Meningokokkus, Influenzabazillus, Staphylokokkus, Streptokokkus Dochez) mit Herpesvirus zusammen auf die Kornea des Kaninchens verimpft, erhöhen die Mortalität der Tiere im Gegensatz zu den nur mit Virus geimpften Tieren; dagegen sind auch solche Bakterien (Bazillus proteus vulgaris, Bazillus pyocyaneus), welche die Virulenz des Herpesvirus herabsetzen; eine dritte Gruppe von Bakterien hat keinen Einfluß auf die Virulenz des Virus. Diese Feststellungen besitzen vorläufig bloß prinzipielle Bedeutung, im Verlauf weiterer Untersuchungen wird es festzustellen sein, welche Bakterien als Synergisten bzw. Antagonisten des Herpesvirus zu betrachten sind. Vor allem kommen da die Bakterien des Mundes in Betracht. Auf Grund experimenteller Beobachtungen scheint es wahrscheinlich, daß bei der Infektion mit dem Erreger der Encephalitis epidemica die Flora des Mundes eine wichtige Rolle spielt. Rob. Klopstock.

2094.

Ascoli, M., **Allgemeine Betrachtungen zur Serodiagnose bösartiger Geschwülste.** (Seuchenbekämpfung, Nr. 2, 1929.) Die Hoffnung auf eine Serodiagnose des Krebs wurde erweckt durch die Erfolge der bakteriologischen Serodiagnose. Von einer Sero-reaktion muß nicht unbedingt gefordert werden, daß sie immun biologisch spezifisch ist; es genügt, wenn sie klinisch eine gewisse Spezifität besitzt. Verfasser erblickt die Zukunft der Serodiagnose der Krebskrankheit gerade in der Erforschung von sog. aspezifischen Reaktionen. Autor arbeitet mit Serumflockungen (in iso- bzw. hypotonischem Salzmedium) durch steigende Mengen von azetonfreiem Methylalkohol sechs Stunden bei 37 Grad, durch Rizinolsäure und steigende Mengen Methylalkohol 6 Stunden bei 37 Grad und durch steigende Mengen Rizinolsäure und Methylalkohol 6 Stunden bei 50 Grad. Die gleichen Reaktionen werden ausgeführt mit vorher zweimal je 10 Minuten mit Aether ausgeschütteltem Serum. Solche Versuche gewähren Einblick in die Zusammensetzung des Serums im Sinne einer physikalisch-chemischen Analyse seiner Eigenschaften. Ueber die Erfolge bezüglich der Karzinomdiagnose äußert sich der Verfasser noch nicht endgültig. N. Henning, Leipzig.

2095.

Palcs, B., **Die Lokalisation der in den Subarachnoidalraum injizierten Flüssigkeit und deren praktische Bedeutung.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 7, 1929.) Von der Wirkung des bei eitrigem Meningitiden (Meningokokken, Pneumokokken, Strepto- und Staphylokokken usw.) in den Subarachnoidalraum gespritzten Serums können wir dann das meiste versprechen, wenn das Serum all die Teile des Zentralnervensystems beschickt, die auf subarachnoidalem Wege zu erreichen sind. Versuche zeigten, daß 40 ccm zisternal gespritzte Flüssigkeit sowohl den dritten Ventrikel wie auch den Seitenventrikel, sein Vorder- und Hinterhorn anfüllt, ebenso über große Flächen hinaus die Hirnrinde, sie gelangt bis zu dem tiefsten Punkt des Rückenmarkes, d. h. 40 ccm zisternal injizierte Flüssigkeit sichert dieselbe Wirkung, als wenn diese Menge des Serums verteilt lumbal, ventrikulär und zisternal eingebracht werden würde. Rob. Klopstock.

Chirurgie und Orthopädie

2096.

Kaspar, Ueber die Herzstörungen der Altershyperthyreosen und ihre operative Beeinflussbarkeit. (Wien. kl. W., 42., Nr. 15 und 17.) Bei den Altershyperthyreosen (man versteht darunter Thyreosen nach dem 50. Lebensjahr) fehlen häufig die Augensymptome des M. Basedow; Schilddrüsenvergrößerung, Tremores, Schweiß, Durchfälle usw. sind meist wenig ausgeprägt. Oft ist eine rasche Abmagerung zu finden; das am stärksten hervortretende Symptom sind die Herzscheinungen (Tachykardie, Arrhythmie, Dyspnoe, Verbreiterung des Herzens). Folgende Gruppen lassen sich unterscheiden: 1. Altersthyreosen (A.) mit vorwiegend toxischer Einwirkung der Struma. Hierher gehören auch die klimakterischen Formen. 2. A., die durch Jodmedikation entstanden sind. 3. Mischformen mechanischer und toxischer Strumawirkung. 4. Kombination von A. mit anderen organischen Herz- und Gefäßerkrankungen (Arteriosklerose, Vitien, Myokarditis chron.). Da durch die A. das Myokard relativ frühzeitig geschädigt zu werden scheint, soll die Operation bald vorgenommen werden. Diese bietet keine Gefahr und hat gute Erfolge hinsichtlich der Herzsymptome, wenn eine ausgiebige beiderseitige Resektion vorgenommen wird. Auch bei den kombinierten Formen ist die Operation erfolgreich. Ernst Pick, Wien.

2097.

Slosse Jean, und van den Branden, **Diabetes und Chirurgie.** (Le Scalpel, Nr. 7, 1929.) Die Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe bei Diabetikern ist relativ häufig (10 bis 15%). Man muß den Kranken für die Operation durch eine diätetische und exakt bestimmte Insulinbehandlung vorbereiten, derart, daß eine Glykogenreserve geschaffen wird, und daß der Organismus eine gesteigerte Widerstandskraft besitzt gegen die Chloroformvergiftung, gegen Infektion und auch gegen den Operationsschock. Die Messung der Alkalireserve ist für die Beurteilung des Allgemeinzustandes prognostisch sehr zuverlässig. Die Vorbereitung zur Operation muß mit der größten Sorgfalt geschehen, sobald es sich nicht um eine dringliche, lebensnotwendige Operation handelt. Bei vorhandener Lebensgefahr soll man sofort operieren, jedoch Insulin in hohen Dosen geben. Die Mitarbeit eines Facharztes ist für den Chirurgen unentbehrlich. Er ist es, der Tag für Tag die Diät und die antidiabetische Behandlung regelt. Held.

2098.

van Goidsenhoven, F., **Die Behandlung der essentiellen Thrombopenie mittels Ligatur der Milzarterie.** (Rev. belge. Scienc. méd., Nr. 2, 1929.) (Med. Universitätsklinik in Löwen.) Die Ligatur der Milzarterie ist eine wenig schwere Operation; sie stellt bei der essentiellen Thrombopenie die Behandlungsart der Wahl dar. Die Ligatur der Milzarterie ist indiziert in den akuten Fällen, in denen eine Spontanheilung nicht zu erwarten ist, und in den chronischen Fällen mit schlechtem Allgemeinzustand. Es empfiehlt sich in diesen Fällen, der Operation eine Bluttransfusion vorausgehen zu lassen. In den chronischen Fällen bleibt die Wahl zwischen der Splenektomie und der Ligatur der Milzarterie eine offene Frage. Beide Methoden scheinen auf den Verlauf der hämorrhagischen Diathese denselben Einfluß auszuüben. L. Gordon, Berlin.

2099.

Diez, Julio, **Resektion des lumbalen Sympathikus bei Pott'scher Paraplegie.** (Prensa med. argent., 15., 1927.) (Chirurgische Klinik, Buenos Aires.) Die lumbale Sympathektomie bewirkt eine paralytische Vasodilatation der Rückenmarksgefäße, wodurch es zum allmählichen Verschwinden der motorischen und sensiblen Störungen beim Malum Potti kommt; durch den Eingriff kommt es nach den Erfahrungen des Verfassers nicht zum Sinken des Muskeltonus. Das allmähliche Nachlassen der Wirkungen der Lokalanästhesie schließt mit die Restitution der Rückenmarksfunktion ein. Ashkenasy, Wien.

2099 a.

Preßmann, N. J., **Fall von Entfernung von Zunge und Unterkiefer wegen Zungenkrebses mit 19jähriger rezidivierender Periode.** (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 20.) Bei einem wegen Lungenleidens behandelten 67jährigen Patienten wurde eine interessante Anamnese aufgenommen. 1909, als der Patient 47 Jahre alt war, zeigten sich bei ihm auf der mittleren Zungenpartie kleine Knötchen mit Ulzeration. Ein Jahr später starke Schmerzen, Kau- und Schluckbeschwerden, Gewichtsabnahme. Da die Diagnose auf Zungenkrebs lautete, fuhr der Patient nach Heidelberg, wo ihm von Prof. Czerny die Zunge und der Unterkiefer radikal entfernt wurden. Die Untersuchung des Tumors ergab damals ein Adenokarzinom, und seine Verimpfung auf einen Affen fiel positiv aus. 2 Jahre nach der Operation lernte der Patient so deutlich

sprechen, daß er 1911 in Rußland einen Posten als Ingenieur annahm und sogar bei verschiedenen Sitzungen Vorträge bis zu 2 Stunden Dauer zu halten imstande war. 3 Jahre nach der Operation traten Schmerzen in der Lebergegend auf. 1914 zeigte er sich wieder Czerny, der eine starke Lebervergrößerung und Gallenblasenerkrankung feststellte. Nach einmonatiger Röntgenbestrahlung und darauffolgendem Aufenthalt in Bad Kreuznach trat eine leichte Besserung ein, der Patient mußte jedoch die Kur wegen des Kriegsausbruches abbrechen. Die Schmerzen in der Leber kamen in der Folgezeit wieder, jedoch war der Patient bis zu seiner jetzigen Lungenerkrankung (1928) vollkommen arbeitsfähig. Untersuchung der Lungen ergab Vorhandensein eines tuberkulösen Prozesses. — Außer der Tatsache, daß der Patient nach der Unterkiefer- und Zungenentfernung (bis auf einen kleinen Wurzelrest) das Sprachvermögen wiedererlangte und seinen Beruf ausüben konnte, besteht das Interessante dieses Falles noch im Fehlen eines Rezidivs während dieser 19 Jahre, was auf die außerordentliche Sorgfalt der von Czerny ausgeführten Operation zurückzuführen sein dürfte. Auffallend ist, daß die in der Leber- und Gallenblasengegend seit 16 Jahren bestehenden Veränderungen nicht zur Karzinomentwicklung in diesen Organen führten, obwohl der Patient wegen abszendierender und deszendierender Vererbung (Vater und Bruder + an Magenkrebs, Mutter + an Mammakarzinom, ferner seine Tochter im Alter von 36 Jahren ebenfalls + an Mammakarzinom) für die Krebserkrankung stigmatisiert war.

E. Kontorowitsch.

2100.

Jancke, C. E., Ueber Venenunterbindung bei Pyämie. (Med. Klin., 1929, Nr. 17.) (Chirurg. Abtlg. des Städt. Krankenhauses I, Hannover.) Verfasser hält es für gerechtfertigt, in jedem Falle von postanginöser Pyämie die Jugularvene auf der durch Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit verdächtigen Seite freizulegen, alsdann die Jugularis interna oberhalb und unterhalb des Abganges der den Transport des Infektionsmaterials am häufigsten vermittelnden Vena facialis communis zu unterbinden. Danach muß man die Vena facialis eröffnen, um gegebenenfalls dem in ihr enthaltenen Infektionsmaterial Abfluß zu verschaffen. Der Eingriff ist verhältnismäßig geringfügig und kann in örtlicher Betäubung auch einem Schwerkranken ohne Bedenken zugemutet werden.

L. Gordon, Berlin.

2101.

Starlinger, F., Zur Diagnostik und chirurgischen Indikationsstellung der Geschwürkrankheit des Magens und Zwölffingerdarms. (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 41., Heft 2.) (Chir. Universitätsklinik Innsbruck.) Der Arbeit liegt das einschlägige Krankheitsmaterial zweier Jahrgänge zugrunde, insgesamt 320 Fälle. An Hand einer Besprechung dieser Fälle wird der Standpunkt der Innsbrucker Klinik hinsichtlich der Operationsindikation bei der Geschwürkrankheit erläutert. Bei gleichzeitig bestehender Phthise ist die Indikationsstellung eine sehr zurückhaltende. Selbst bei anscheinend eindeutigen Geschwürssymptomen hat eine eingehende klinische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Phthise zu erfolgen. Die Phthise kann auf toxischem und mechanischem Wege (Verziehung des Mediastinums durch Schwartenbildung, Insuffizienz des Phrenikos usw.) Ulkussymptome vortäuschen. Ein durch eindeutigen Röntgenbefund nachgewiesenes chronisches Ulkus, Ulcus callosum, ein solches mit Stenosenerscheinungen und bei leisestem Verdacht auf Malignität geben die Indikation zur Operation ab. Bei sicher nachweisbarem Ulcus duodeni ist die Anzeigestellung der Klinik insofern eine weitere, als auf Grund der gemachten Erfahrungen diese Geschwüre häufiger, als man annehmen möchte, frei oder gedeckt perforieren können, wenn sie auch nur oberflächlicher Art oder im Vernarbungszustand begriffen sind.

Eine Gastritis kann nur ausnahmsweise die Indikation zur Resektion abgeben. Ist ein Eingriff in Aussicht genommen, dann wird möglichst die Resektion angestrebt, ohne jedoch dieses Prinzip zum Schaden des Patienten auf die Spitze zu treiben. Bei andauernd negativem Röntgenbefund wird nur infolge Verdachtes auf malignen Prozeß oder über ausdrücklichen Wunsch des Patienten nach eingehender Aufklärung zur Probelaaparatomie geschritten.

E. Orbach.

2102.

Brenner, Die ideale Cholezystostomie. (Wien. kl. W., 42. Jahrg., Nr. 15.) Da auch nach Cholezystektomien viele Rezidivkoliken gesehen werden, wird die Cholezystostomie (Eröffnung, Entleerung, Naht und Versenkung der Gallenblase) bei nicht entzündeter Blase mit normaler Galle als Methode der Wahl empfohlen. Diese Operation hat den Vorteil, daß sie leichter ist als die Ektomie und daß die Gallenblase, der nach neueren Anschauungen eine aktive physiologische Funktion zukommt, erhalten bleibt. Be-

sonders erleichtert wird der Eingriff durch einen 2 bis 3 cm über dem Nabel senkrecht auf die Mittellinie angelegten Hautschnitt.

Ernst Piek, Wien.

2103.

Obadalek, W., Ein Fall von Schrumpfung des Mesocolon transversum nach einem Trauma. (Zbl. Chir., Nr. 3, 1929.) Im März 1925 stürzte ein 4jähriges Kind einen etwa 15 m hohen felsigen Abhang hinab. Bei Einlieferung des Kindes ins Krankenhaus wurde eine Gehirnerschütterung festgestellt und ein Schädelbasisbruch angenommen. Abdomen war leicht aufgetrieben, aber weich; rechts und links vom Nabel befand sich je eine kleine Sugillation. Nach 4 Wochen wurde Patient geheilt entlassen.

3 Jahre später, im August 1928, wurde dasselbe Kind mit allen Symptomen eines Darmverschlusses wieder ins Krankenhaus eingeliefert. Die sofort vorgenommene Operation ergab, „daß die mittlere Partie des Mesocolon transversum in einer Breite von etwa 7 cm hochgradig geschrumpft und in eine daumendicke, derbe, starre Platte, deren Oberfläche eine faserige Beschaffenheit zeigte, umgewandelt war. Die Länge dieses geschrumpften Gekröseteiles betrug kaum 2 cm, sein Uebergang in das normale Mesokolon erfolgte beiderseits plötzlich, und durch die Schrumpfung trat eine Abknickung im Querkolon auf. Infolge des elenden Zustandes war die Ausführung einer Dickdarmresektion unmöglich. Es gelang, die Wegstörung des Darmes durch eine Verlängerung des verkürzten Mesokolon-Abschnittes zu beheben. — Nach 2 Wochen glatte Heilung. In dem obigen Falle handelte es sich also um eine Schrumpfung des Mesokolon, welche durch ein Trauma hervorgerufen wurde. Im Anschluß an das Trauma entstand wahrscheinlich ein Hämatom, das sich organisierte und zur langsamen Schrumpfung der Peritonealduplikatur führte. — Tuberkulose und Lues konnten durch genaue Untersuchung ausgeschlossen werden.

Walter Grossmann, Berlin.

2104.

Saito, Makoto, Ueber die chirurgische Behandlung der Erythromelalgie. (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 41., Heft 2.) Durch Resektion mehrerer Ganglien des linksseitigen lumbosakralen Sympathikusgrenzstranges konnte eine Erythromelalgie beider Beine geheilt werden. Während der Heilerfolg am linken Bein anhält, rezidierte alsbald das Leiden am rechten Bein. Die Resektion mehrerer Ganglien des rechten lumbosakralen Stranges heilte die rückfällig gewordene Erythromelalgie am rechten Bein vollständig. Diese auffallenden Ergebnisse führen zu der Annahme, daß sowohl vasodilatorische als auch vasokonstriktorische Nerven im Grenzstrange verlaufen und dabei extramedullär durch die Rami communicantes geseit die Seite kreuzen. Während es feststeht, daß die zentrifugalen vasokonstriktorischen Nerven die Ganglien des Grenzstranges über den Weg der Rami communicantes passieren, konnte dies mit Sicherheit von den vasodilatorischen Nerven nicht entschieden werden. Heilung einer Erythromelalgie, also einer vasodilatorischen Neurose, durch Exstirpation von Grenzstrangganglien spricht für einen derartigen Verlauf der vasodilatorischen Fasern.

E. Orbach.

2105.

Chlumsky, V., Habituelle Subluxation des Kopfes. (Zbl. Chir., Nr. 2, 1929.) Mitte 1928 suchte Verfasser ein 16jähriges Mädchen auf, welches vor 5 Jahren aus einer Höhe von 2 m aus dem Fenster auf die Straße fiel. Die Kranke fiel auf den Rücken, hatte große Schmerzen im Halse und hielt den Kopf stark nach vorn verschoben unbeweglich. Die Schmerzen ließen später nach, doch die Stellung des Kopfes blieb unverändert. Bei einem Selbstversuch, den Kopf wieder in die alte Lage zu bringen, verspürte die Kranke plötzlich einen starken Ruck im Kopfe, wurde ohnmächtig und erbrach. Der Kopf bekam seine normale Stellung und Beweglichkeit. Später, bei einer plötzlichen Bewegung des Kopfes nach vorn, rutschte er wieder in die pathologische Stellung und wurde unbeweglich. Die Reposition glückte der Kranken diesmal viel leichter. Das Herausrutschen des Kopfes stellte sich später öfters ein, die Kranke konnte es sogar willkürlich hervorrufen. Die Röntgenuntersuchung ergab, daß es sich hier um eine Verletzung zwischen dem Schädel und Atlas handelte; Zahn des Epistropheus war intakt. Die Behandlung bestand im Anlegen einer Kopfstütze.

Walter Grossmann, Berlin.

2106.

Gold, E., Zur Frage der Behandlung der suprakondylären Oberarmbrüche im Kindesalter. (Zbl. Chir., Nr. 1, 1929.) Die suprakondylären Oberarmbrüche verursachen im Kindesalter am häufigsten Versteifungen, Bewegungseinschränkungen und Deformitäten im Ellenbogengelenk. Die Reposition der Fragmente und die Erhaltung derselben in der reponierten Stellung ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden.

Verfasser empfiehlt zur Behandlung der suprakondylären Brüche eine aus Kramerschienen angefertigte rechtwinklige Abduktionsschiene (Doppel-Rechtwinkelschiene) mit einem am Oberarmteil der Schiene ventral angebrachten Widerhalt. Nach gründlicher Polsterung der Schiene wird der Arm auf die Schiene gelegt und zwei Heftpflasterzüge, die bis an den Ellenbogen heranreichen, in der Längsachse des Vorderarmes angebracht. Die Extension erfolgt nach dem Quengelprinzip. Die Quengel können aus Zungenspatel angefertigt werden. Für den Erfolg ist sehr wesentlich, daß der Unterarm in Pronationsstellung auf die Schiene gelagert wird. Es empfiehlt sich ferner, sofort volle Extension anzuwenden und nach 24 Stunden eine Röntgenkontrolle anzuschließen. Die Schiene wird 2 Wochen lang anbehalten, und hinterher wird ein ungelasteter Gipsverband, vom Oberarm bis zu den Köpfchen der Metacarpi reichend, angelegt.

Walter Grossmann, Berlin.

2107.

Balakirew, P., Zur Frage über die Bestimmungsmethode der statischen Deformationen der Füße nach deren Abdrücken. (Z. orthop. Chir., 51., Heft 3.) (Anatom. Anstalt des Staatsinstituts für medizinische Wissenschaften zu Leningrad.) Unter Verwendung des Sohlenabdruckes werden neben „normalen“ Füßen ein pronierter und ein supinierter Typus unterschieden. Bei Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen den gefärbten und ungefärbten Teilen können weitere Unterteilungen vorgenommen werden, beim normalen Fuß in pes planus, excavatus und ein Uebergangstyp zwischen diesen beiden, beim pronierten Typ in pes valgus und valgo-planus.

Eckhardt, Berlin.

2108.

Saxl, Alfred, Die Schuhgeschwulst der Ferse. (Z. orthop. Chir., 51., Heft 3.) (I. orthop. Abtlg. des Kaiser-Franz-Josephs-Ambulatoriums und Jubiläumsspitals, Wien VI.) Die Schuhgeschwulst ist eine entzündliche, geschwulstförmige Bildung an der Fersenrückseite, die durch Druck und Reibung infolge einer Inkongruenz zwischen Fersen- und Schuhkontur entsteht. Prophylaktisch ist auf passende Form der Fersenkappe zu achten. Die Behandlung besteht in der Anwendung antiphlogistischer Mittel und Ausschalten jeden Druckes gegen die Fersenrückseite. Im subakuten Stadium hat sich die Anwendung von Cehasol- oder Thio-septalbe bewährt. Die operative Behandlung der Periostitis ossificans hat bisher nicht befriedigt.

Eckhardt, Berlin.

2109.

Tregubow, F., Die „Tropfenextension“. (Z. orthop. Chir., 51., Heft 3.) (Orthopäd. Klinik, Charkow.) Die Tropfenextension gestattet eine unmerkliche und schonende Steigerung der Belastung. Die Belastung wird durchschnittlich im Verlauf eines Tages um 600 bis 900 Tropfen (40 bis 60 g) erhöht. Die Methode ist besonders zur Kontrakturabheilung bei schmerzhaften Prozessen, z. B. tuberkulöser Art, indiziert. Es ist nie notwendig gewesen, Belastungen über 1000 bis 1200 g anzuwenden.

Eckhardt, Berlin.

2110.

Stolze, Martin, Das Problem der Tetanusprophylaxe vom klinischen und juristischen Standpunkte. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 14.) Nicht jede Wunde muß seroprophylaktisch versorgt werden. In annähernden Prozentzahlen ist unter 10 800 Verletzungen eine Indikation zur Seroprophylaxe des Tetanus herausgearbeitet. Praktische Hinweise über die in Frage kommenden Verletzungsarten sind mitgeteilt. Die Wundprophylaxe ist oberster chirurgischer Grundsatz.

Ein Arzt, der nach diesen Gesichtspunkten handelt und mit ganz bestimmter Begründung die seroprophylaktische Injektion unterläßt, handelt nicht fahrlässig, sondern „mit der billigerweise von ihm zu verlangenden Sorgfalt“.

Auf Grund dieser Ergebnisse ist von juristischer Seite eine Ueberprüfung und Abänderung der Auslegung des Fahrlässigkeitsparagraphe, auf die Tetanusprophylaxe angewandt, zu erwarten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2111.

Sievert, R., Die Avertinvollnarkose im Kindesalter. (Zbl. Chir., Nr. 4, 1929.) Das Ideal der Avertinnarkose im Kindesalter ist die Avertinvollnarkose. Die Schlaffähigkeit der Kinder soll von Fall zu Fall vor der Operation durch Weckversuche ermittelt werden, damit die Narkosetechnik individuell eingestellt werden kann. Die Avertinvollnarkose darf grundsätzlich nur mit kleinen Dosen, 0,125 bis 0,15 pro Kilogramm Körpergewicht, erzielt werden. Fallen die Weckversuche ungünstig aus, so ist am besten mit der Intervallnarkose eine Vollnarkose zu erreichen. In diesem Falle werden die ersten wirkungslosen Dosen nach 20 bis 30 Minuten aus dem Mastdarm ausgespült und ist dann nach Abwarten von min-

destens einer Stunde seit Beginn der ersten Injektion eine neue Dosis von 0,1 bis 0,125 zu verabreichen.

Verfasser hat unter seinen letzten 200 Narkosen mit Avertin in 85,5% gute, in 75,5% sogar ideale Vollnarkosen erzielt, und nur in 8,45% erlebte er Versager. Walter Grossmann, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2112.

Schepelinsky, A., und M. Kafitin, Der Mineralbestand des Blutes bei malignen und benignen Tumoren. (Arch. Gyn., 136., Heft 2.) Der Ca-Gehalt des Blutserums steht bei Fibrom zumeist auf gleicher Höhe wie bei gesunden Weibern. In einer unerheblichen Zahl der Fälle besteht geringe Zunahme. Entfernung des Fibroms ist von Ansteigen des Ca-Gehaltes gefolgt, jedoch nicht über die Grenze der Norm. War der Ca-Gehalt hoch gewesen, so führte Entfernung des Fibroms zum Absinken bis zur Norm. Bei malignen Tumoren (Karzinom) ist der Ca-Gehalt zumeist im Bereiche der Norm; in einem unerheblichen Prozentsatz der Fälle ist geringe Zunahme nachweisbar. — Der K-Gehalt hält sich bei Fibrom im Durchschnitt zumeist in normalen Grenzen; in 35% der Fälle ist er etwas herabgesetzt. Nach Entfernung des Fibroms steigt der K-Gehalt an, sofern er vor der Operation herabgesetzt war. Bei malignen Tumoren steht der K-Gehalt zumeist auf normaler Höhe, um in 40% der Fälle zum Absinken zu tendieren. — Der Phosphorgehalt schwankt bei Fibrom zumeist in normalen Grenzen; nach Entfernung des Fibroms erreicht er die Norm, wenn er vorher niedrig gestanden hat (Blutverlust). Bei malignen Tumoren ist der P-Gehalt erheblich herabgesetzt in 70% der Fälle. — Natrium und Chlor halten sich in normalen Grenzen bei Fibrom und bei malignen Tumoren.

Rudolf Katz, Berlin.

2113.

Calkins, Faktoren, die den Blutverlust in der Nachgeburtperiode beeinflussen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Der durchschnittliche Blutverlust in der Nachgeburtperiode betrug in 853 Fällen 222 ccm. Scheidet man Placenta praevia, Hydramnios usw., Forzeps aus Beckenmitte, Dammriß dritten Grades aus, so betrug der Durchschnitt 213 ccm. Das Alter der Mutter hat keinen Einfluß auf den Blutverlust. Die Zahl der vorangegangenen Geburten hat wenig oder keinen Einfluß. Dagegen besteht ein direktes Verhältnis zwischen der Länge des Kindes und dem Blutverlust. Dieser Einfluß ist deutlich, aber nicht groß. Größe und Gewicht der Mutter beeinflussen den Blutverlust wahrscheinlich in direkter Proportion.

Hans Hirsch, Köln.

2114.

Schröder, K., Volvulus des Omentum unter den Symptomen einer Appendizitis. (Zbl. Gynäk. 1929, Nr. 20.) Wie bekannt, können gelegentlich Torsionen des großen Netzes spontan entstehen, die unter Umständen einen so starken Grad erreichen, daß sie unter den Symptomen einer akuten Appendizitis verlaufen. Relativ häufig tritt ein solcher Volvulus des großen Netzes bei Hernien auf, seltener entsteht er spontan in der freien Bauchhöhle. Bericht über einen solchen Fall, in dem es bei einer ziemlich fettleibigen, im 6. Dezennium stehenden Frau zu plötzlichen starken Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gekommen war, ohne daß sich ein Anhalt für früher überstandene abdominale Erkrankungen oder Hernien ergeben hätte. Die unter der Diagnose „akute Appendizitis“ ausgeführte Laparotomie förderte einen großen, torquierten, blaurot gefärbten Netzknoten zutage, der in der rechten unteren Bauchhälfte saß. Bemerkenswert ist, daß sämtliche Netztorsionen nur in der rechten Bauchhälfte beobachtet wurden, weil die rechte Partie des Omentum majus beweglicher ist als die linke. Die Behandlung besteht, wenn keine Kontraindikationen von seiten des Allgemeinzustandes gegeben sind, wohl immer in der Laparotomie und Abtragung der torquierten Netzpartie. Schwab, Hamburg.

2115.

Babcock, Der vaginale Zugang für bestimmte intraperitoneale Operationen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Unter gewissen Bedingungen hat der vaginale Weg zum Peritoneum, zu Blase, Ureter und Rektum eine geringere Mortalität und Morbidität als die Inzision von den vorderen Bauchdecken aus. In vielen Fällen ist dieser Weg der direktere und nicht schwierigere. Der Verfasser empfiehlt ihn zur Drainage bei Bauch- und Beckeninfektionen, bei Perforationen des Rektums, des Colon pelvium, des Uterus und des Blasenbodens. Bei Verletzung einer tiefliegenden Darmschlinge oder deren teilweiser Abtrennung vom Mesenterium führt die Isolierung der verletzten Stelle von der Vagina her durch Jodoformgaze, wenn sie auch oft von einer vaginalen Intestinalfistel gefolgt ist, nicht selten zu einem überraschenden Spontanverschluß. Die Infektionsgefahr für das Peritoneum ist beim vaginalen Zugang viel

geringer. Bei einem akuten Obstruktionsileus nach Laparotomie wegen Beckenerkrankung sitzt das obstruierende Hindernis gewöhnlich im Becken. Auch nach operativer Lösung der die Obstruktion verursachenden Adhäsionen können diese wiederkehren, so daß oft wiederholte Eingriffe nötig werden. Hier kann die vaginale Enterostomie eines im Becken liegenden Darmstücks mittels hinterer Kolpotomie und Einnähung eines Gummidrains in den Darm unmittelbare Erleichterung geben und Zeit gewinnen lassen. Das Rektumkarzinom kann von der Vagina her mit Hilfe Schuchardtscher oder Staudescher Hilfsschnitte angegangen werden. Der Ureter kann von der vorderen Kolpotomieöffnung durch Inspektion oder Palpation oder nach vorheriger Kathedereinführung aufgesucht werden; Ureterblasenanastomosen können vorgenommen werden. Bei appendizitischer Peritonitis ist die Drainage, in geeigneten Fällen auch die Appendektomie durch hintere Kolpotomie möglich.

Hans Hirsch, Köln.

2116.

Nevinny, H., Ueber das Chorionepitheliom, mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehungen zu den Gefäßen. (Arch. Gyn., 136., Heft 21.) Verfasser beschreibt 6 Fälle von Chorionepitheliom, bei denen orthotopische Entstehung anzunehmen ist, ausführlich. Alle Fälle kamen im Anschluß an Schwangerschaften zur Beobachtung, ein Fall 3 Wochen nach Ausstoßung einer Blasenmole, die anderen nach Geburt oder Fehlgebur. — Auffallend und bemerkenswert waren die in einigen Fällen in solcher Häufigkeit und Mächtigkeit noch nicht beschriebenen Mäntel von Geschwulstentwicklung um Gefäße; bei der Deutung dieser Befunde scheint es nötig, sich der Reaktionen des Muttergewebes der Gebärmutter bei der Bildung der Placenta basalis zu erinnern, und die Untersuchungen sollen dazu anregen, den Reaktionen des mütterlichen Gewebes bei physiologischer und pathologischer Schwangerschaft mehr Beachtung zu schenken. — Manche Befunde des Verfassers weisen darauf hin, daß das Chorionepitheliom in seinen Haupt- und Tochterknoten nicht nur aus sich heraus destruierend in die Umgebung vordringt, sondern auch teilweise durch geschwulstartige Umwandlung von benachbarten Gewebeelementen zu entstehen und sich auszubreiten scheint, da besonders die vom Verfasser beobachteten Mäntel von Gewächsentwicklung um Gefäße mehr für autochthone Entstehung vom mesenchymalen Gefäßwandgewebe und nicht für Wucherung entlang der Gefäße in Gewebsspalten oder Lymphräumen zu sprechen scheinen.

Rudolf Katz, Berlin.

2117.

Polak, J. O., Ist ein chirurgischer Eingriff bei der Behandlung der Metrophlebitis und der Thrombophlebitis der Beckenvenen zu rechtfertigen? (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Thrombophlebitis ist ein konservativer Prozeß, der sich an eine endometriale Infektion anschließt, die nicht auf das Uteruskavum beschränkt bleibt. Zurückzuführen ist sie auf eine schlechte Kontraktion und Retraktion des Uterus. Immer ist eine zelluläre Reaktion in der Vene und in ihrer Umgebung vorhanden. Das Zeichen fühlbarer Stränge im Parametrium ist nicht verlässlich, denn ein gewisser Grad von Periphlebitis ist nach jeder Geburt zu finden. Jede Manipulation, bimanuelle Examination oder Operation reißt den natürlichen Schutzwall nieder. Die Indikationen und der Zeitpunkt eines chirurgischen Eingriffs, womit im wesentlichen die Ligatur der thrombophlebitischen Venen gemeint ist, ist noch nicht endgültig festgelegt. Die septische Frau bietet eine schlechte Chance für einen operativen Eingriff. Die Mortalität nach der Operation, die auch in den besten Kliniken noch 33% beträgt, ist höher als die der konservativen Behandlung und rechtfertigt die Operation nicht.

Hans Hirsch, Köln.

2118.

Joachimovits, R., Einige neue Gesichtspunkte zur Klinik der Dysmenorrhöe. (Arch. Gyn., 136., Heft 2.) 60%, vielleicht noch mehr, aller Dysmenorrhöefälle zeigen infantile sowie kleine Uteri. Die Definition „Infantilismus des Uterus“ gewinnt durch die Röntgendarstellung des Kavums mit Jodipin zu den bisherigen Merkmalen der Form neue funktionelle Kennzeichen: steile und wenig geschweifte Seitenkanten, langer Zervixschatten, kurze, evtl. geschweifte Basis und eine geringere, größeren Druck erfordern, schmerzhaft Ausdehnbarkeit. Nicht alle bei der Palpation infantil befundenen Uteri sind wirklich infantil, wie die Röntgendarstellung zeigt, und umgekehrt. Gleichgroße, infantil geformte Uteri zeigen oft verschiedene kleine Kava. — Gebärmütter von normalem Außenbefund und kleinem, aber nicht infantilem Uteruskavum machen cet. par. selten Beschwerden; eher kommt es bei hypertrophischem Muskel, großen harten Uteri mit kleinem Kavum zu Menstruationsbeschwerden. — Eine zweite Gruppe von Dysmenorrhöe bilden die Fälle mit einer ständigen Kontraktionsbereitschaft (Spasmophilie der glatten Muskeln); hierzu gehören: a) die Dysmenorrhöe bei schweren Nervenkrankheiten (lange Bettlägerigen), b) die klima-

tische Dysmenorrhöe (Tropendysmenorrhöe mit oft ausgeprägter Gefäßalteration, geändertem Kolorit), c) die Dysmenorrhöe infolge einer während der Menses ausgeführten, unzeitgemäßen Handlung und d) die durch ein psychisches Trauma (Schreck) hervorgerufene. — Eine dritte Hauptgruppe liefern die Fälle mit (röntgenologisch nachweisbaren) Läsionen oder Veränderungen des Uteruskavums und der anliegenden Muskulatur durch Geburtstrauma, Abortausräumung, Endometritis dissecans. — Weiterhin spielen, als vierte Gruppe der Dysmenorrhöe, nervös bedingte Gefäßkontraktionen, kongenital zu beiden Seiten verschieden angelegte oder entwickelte Gefäßversorgung, Irregularitäten des im Zyklus normierten und den Ansprüchen sich anpassenden Zu- und Abstromes von Blut eine Rolle bei der Entstehung der Dysmenorrhöe. Bei vielen dieser Gefäßdysmenorrhöen findet man eine verschieden ausgeprägte Mischung von experimentell feststellbaren sympathiko- und vagotonischen Zügen, und nur die Fälle, bei denen sich diese hypertonischen Symptome nachweisen lassen, kann man als echte Neurose, als besondere Gruppe der Dysmenorrhöe abtrennen; die Ursache der Dysmenorrhöe bei dieser Form sind Fehlfunktionen im autonomen System, möglicherweise in letzter Linie auf endokrinen Störungen fußend. — Rein psychogen veranlaßte Dysmenorrhöen sind sehr selten. — Eine fünfte Gruppe bilden Patienten, bei denen die Dysmenorrhöe in Schleimhautabnormitäten wurzelt (Basalishypertrophie, atavistische Persistenz der Mukose, Hyperplasia mucosae uteri. — VI. sind Entzündungen an Uterus und Umgebung eine bekannte Ursache der Dysmenorrhöe, welche teils direkt Schmerzen verursachen, teils dadurch, daß das entzündete Peritoneum bei jeder Uteruskontraktion schmerzt bzw. Adhäsionen bei beschränkter Bewegungsmöglichkeit des Uterus Zerrungen am Peritoneum hervorrufen. — VII. kommt die Verengung des Zervixkanals in seltenen Fällen als Ursache der Dysmenorrhöe in Betracht (partieller Infantilismus der Zervix, Krämpfe des Kollums, Polypen, Verklebungen der Orifizien, Isthmusschleimhaut, welche infolge Zervizitis nicht ausgestoßen wird). Eine Erschwerung für den austreibenden Muskel liegt auch in der Bildung von Koagula, welche auf ein Zuwenig an Ferment bezogen wird. — Was die Therapie betrifft, so leistet bei den infantilen Fällen und denen mit kleinem Uterus die Dilatation des ganzen Uteruskavums mit Gazestreifen (Menge), schonender mit Jodipinfüllung, gute Dienste. Bei der infantilen Zervixstarre hilft manchmal die bloße Zervixdilatation für einige Zyklen. Bei den Vasomotorikern hat der Druck auf die Bauchaorta meist momentanen Stillstand der Schmerzen zur Folge. An symptomatischen Mitteln für die momentane Schmerzberuhigung stehen die vielen altbekannten und gut wirksamen Medikamente zu Gebote. Bei der spasmophilen Gruppe leistet längerdauernde Kalk- und Vigantoleinverleibung oft viel.

Rudolf Katz, Berlin.

2119.

Gistertz, H., Zur Frage der periodischen Veränderungen des menschlichen Scheidenschleimhautepithels. (Arch. Gyn., 136., Heft 2.) Abbauvorgänge am menschlichen Scheidenschleimhautepithel können zu jedem Termin der zyklischen Phase wahrgenommen werden. Neben vielen Uebergangsbildern sehen wir histologisch drei Variationen des Epithels häufig wiederkehren: a) das einschichtige Epithel, b) das zweischichtige Epithel, wobei eine mehr oder weniger dicke Lumengrenzschicht aus platten Zellen mit oft intensiv gefärbten Kernen auftritt, und c) das dreigeschichtete Epithel, wo diese Lumengrenzschicht von der Basalis durch einige Zellagen sehr platter Zellen getrennt ist. In ganz seltenen Fällen stellt sich dieser intraepitheliale Zellstreifen als völlig homogen dar. Die verschiedenen Schleimhautbilder sind nicht typisch für einen bestimmten Zeitpunkt der Menstruationsphase. Anscheinend spielt auch die Entnahmestelle eine Rolle. Für die erwähnte Dreiteilung ist vielleicht der Glykogengehalt mit maßgebend. Durch den Gehalt an Glykogen ist die Auflockerung des Scheidenschleimhautepithels vorgetäuscht; die Epithellücken und das Glykogenvorkommen entsprechen einander völlig; sie verhalten sich wie das Bildnegativ zum Bildpositiv. Eine intraepitheliale Verhornung tritt in der Mehrzahl der Fälle (95%) sicher nicht auf; nur in 5% ist eine Verhornung nicht sicher auszuschließen, die wir dann häufig durch äußere Faktoren bedingt ansehen müssen.

Rudolf Katz, Berlin.

2120.

Imperato, E., Die Sterilisation des Ovariums durch das Corpus luteum und Insulin. (Gynec., 27., Nr. 12.) Die Mehrzahl der Autoren nimmt zwei Ovarialhormone an, welche als Follikulin und Corpus luteum bezeichnet werden, mit alternierender Wirkung und abhängig voneinander. Das Follikulin ruft die Brunst hervor; als Folgen dieser Wirkung sieht man: 1. eine große follikuläre Proliferation, 2. eine Beschleunigung bei der Atresie der Primordialfollikel, 3. eine bestimmte Anzahl reifender Follikel. Hingegen verhindert das Corpus luteum diese Reifung. Spritzt man Meer-

schweinchen zugleich Follikulini und Corpus luteum ein, findet man kaum Symptome. Spritzt man von der einen Substanz das Doppelte der anderen, so überwiegt die Wirkung der höheren Dose. Es wurde von Haberland versucht, durch Einspritzung von Corpus luteum zu sterilisieren, was vielleicht infolge von zu geringer Dosis nicht gelang. Zwischen dem Corpus luteum menstruationis und graviditatis scheint kein Unterschied zu bestehen bezüglich der sterilisierenden Wirkung. Verfasser behandelte von 12 Meerschweinchen 4 mit 1 ccm, 4 mit 2 ccm und 4 mit 3 ccm, 14 Tage später wurden sie mit dem Bock zusammengebracht. Es ergab sich, daß, je höher die Dosis, um so sicherer die Wirkung der Sterilisation war. Bei der ersten Injektionsreihe trat bald danach Gravidität ein. Man sieht bei ihr Ovarien mit Follikeln in der Reifung kaum verzögert, in der zweiten Serie Ovarien in voller Entwicklung mit Zeichen der Rückbildung und in der dritten Ovarien in voller Rückbildung mit Degeneration der Follikel. Die subkutane Injektion des Corpus luteum ist ungefährlich, während vor der intravenösen wegen Vergiftungserscheinungen gewarnt werden muß. Ferner versucht Verfasser, nach den Angaben von Vogt mit Insulin zu sterilisieren, ohne sicheres Resultat, vielleicht infolge zu geringer Dosierung. Die hormonale Sterilisation beim Menschen ist nicht zu empfehlen, da die Dauer sehr kurz ist und da eine längere Behandlung anatomische Veränderungen im Ovarium hervorruft. Kleine Dosen sind wirkungslos und große nicht ungefährlich.

Kosminski, Berlin.

2121.

Dieckmann, W. J., Die Leberläsion bei Eklampsie. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 4.) Das anatomische Bild der Eklampsieleber, gekennzeichnet durch Thrombosen in den Pfortaderkapillaren, Nekrosen und Blutergüssen in der Peripherie der Läppchen, kann bei Hunden experimentell erzeugt werden durch Injektion von Gewebsfibrinogen in die Pfortader, in den peripheren Kreislauf oder durch Verfütterung dieser Substanz. Das Gewebsfibrinogen ist ein gerinnungsbefördernder komplexer Eiweißkörper. In der Schwangerschaft, besonders bei Eklampsie, ist der Fibringehalt des Blutes erhöht. Vielleicht werfen diese Experimente Licht auf die Pathogenese der Eklampsie. Der Verfasser baut seine Theorie folgendermaßen auf: Während der Schwangerschaft gehen von den fötalen Gewebsteilen toxisch wirkende eiweißartige Stoffe in den Kreislauf der Mutter über, die durch mütterliche Enzyme entgiftet werden. Es kann sein, daß bei Eklampstischen die auf diese Weise in Anspruch genommenen proteolytischen Enzyme nicht mehr ausreichen, um die vom Darm her resorbierten Eiweißabbaustoffe zu entgiften. Diese rufen dann die experimentell nachahmbaren Leberveränderungen hervor.

Hans Hirsch, Köln.

2122.

Litzenberg und Carey, Die Beziehungen zwischen Grundumsatz und Gestation. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 4.) Erniedrigter Stoffwechsel, auch geringen Grades, beeinträchtigt die Genitalfunktion in einem hohen Prozentsatz der Fälle, wie Störungen der Menses, Sterilität und Schwangerschaftsunterbrechung zeigen. Ein Drittel aller untersuchten Frauen mit niedrigem Grundumsatz und fast zwei Drittel aller sterilen Frauen mit niedrigem Grundumsatz hatten abnormale Menstruationen. Von 78 verheirateten Frauen mit niedrigem Grundumsatz waren 35 (45%) steril. Mehr als die Hälfte aller sterilen Frauen hatte einen niedrigen Grundumsatz. Etwas weniger als ein Drittel der Frauen mit niedrigem Grundumsatz, die empfangen, abortierten, einige von ihnen wiederholt. Erhöhung des Grundumsatzes bis zur Norm durch Schilddrüsenmedikation (und hygienische Maßnahmen) bessert in vielen Fällen den Menstruationsablauf, erlaubt die Konzeption, verhindert ein vorzeitiges Schwangerschaftsende. Man sollte daher in allen Fällen, bei denen kein anderer Grund für abnormale Menses, Sterilität und Aborte gefunden wird, den Grundumsatz bestimmen und diesen, wenn er erniedrigt ist, durch geeignete Therapie bis zur Norm erhöhen.

Hans Hirsch, Köln.

2123.

Rubin, J. C., Uterotubare Insufflation, gefolgt von Schwangerschaft, in 205 Fällen aus einer Serie von 2000 Fällen von Sterilität. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 4.) Von 1070 primären Sterilitäten wurden 142 nach Tubendurchblasung schwanger, von 930 sekundären Sterilitäten 73. Außerdem ereigneten sich unter den 2000 Fällen 3 ektopische Schwangerschaften. 54 Frauen, die empfangen, oder 27% waren über 30 Jahre. 59 Schwangerschaften traten im ersten Monat nach der Durchblasung ein, 39 im zweiten Monat; also fast 50% aller Schwangerschaften ereigneten sich in den ersten beiden Monaten. Von den 73 schwanger gewordenen sekundären Sterilitäten waren 38 3 Jahre, 17 5 Jahre, 11 7 Jahre, 5 7 bis 10 Jahre und 2 länger als 10 Jahre steril gewesen. Die Durchblasung scheint am günstigsten zu wirken in der präkölären Phase, d. h. wenn sie in den ersten 14 Tagen nach Beendigung der letzten Menstruation vorgenommen wird. 40 sterile Frauen, die zur Zeit der Behandlung

3 bis 5 Jahre verheiratet waren, wurden innerhalb 1 bis 2 Monaten nach der Durchblasung schwanger. 26 Frauen, die 5 Jahre oder länger steril verheiratet waren, wurden 1 bis 2 Monate nach der Durchblasung schwanger. Das ist der beste Beweis der therapeutischen Wirkung der Methode. Der angewandte Höchstdruck war im allgemeinen 200 mm Hg. Tuben, die bei dreimaliger Untersuchung einem Gasdruck von 200 mm Hg widerstehen, können als endgültig verschlossen bezeichnet werden. Unter Umständen kann in vereinzelt Fällen jedoch ein höherer Druck die Tuben noch öffnen.

Hans Hirsch, Köln.

2124.

Straßmann, E., Die physiologische Schwangerschaftshypertonie. (Arch. Gyn., 136, Heft 2.) Verfasser hat bei 230 Schwangeren und Wöchnerinnen vom siebenten bis achten Monat der Schwangerschaft an, im Frühwochenbett und ein bis zwei Monate später den Blutdruck gemessen und hat die Ergebnisse nach Zeit, Zahl der Geburt, Alter, Blutverlust geordnet. Bei einer Hälfte aller Schwangeren bleibt der Blutdruck fast unverändert, bei der zweiten Hälfte erfolgt eine bemerkenswerte Blutdrucksteigerung (über 10 mm Hg). Am Ende der Schwangerschaft überschreitet der Blutdruck bei über 30% der Frauen die Höhe von 130 mm Hg; Werte bis 150 mm Hg sind häufig und bei normalem Urinbefund, noch als physiologisch anzusehen. Erstgebärende und Mehrgebärende verhalten sich fast gleich. — Nach der Entbindung fällt der Blutdruck weit unter die Norm. Ueber 80% der Wöchnerinnen haben Blutdruckwerte unter 110 mm Hg; die Blutdrucksenkung beträgt bei mehr als 50% der Frauen über 20 mm Hg, bei mehr als 20% der Frauen über 30 mm Hg. Der Blutverlust bei der Entbindung ist nicht die Hauptursache der Blutdrucksenkung. Diese geht dem Blutverlust nicht parallel; die Frauen mit geringen Blutverlusten (bis 500 ccm) unterscheiden sich nicht nennenswert von denen mit großen Blutverlusten (über 500 ccm). Der Tag der tiefsten Blutdrucksenkung ist nicht der erste Tag nach der Entbindung, sondern bei 66% der Frauen der fünfte bis achte Tag. Aus diesem Grunde wird die Folgerung erhoben, die Wöchnerin im allgemeinen bis zu diesem Zeitpunkt liegen zu lassen. Nach ein bis zwei Monaten kehrt der Blutdruck etwa auf die alte Höhe zurück, um dann meist einige Millimeter höher zu bleiben als vor Eintritt der Schwangerschaftsteigerung. — Die Blutdruckkurve für die Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes ergibt sich nicht nur aus den prozentualen Berechnungen, sondern auch aus dem Beispiel einzelner Frauen. Anstieg in den letzten Monaten der Gravidität, Abfall nach der Entbindung und Rückkehr zur Norm sind typische Verlaufskurven. — Die Schwangerschaftshypertonie und ihr Verlauf müssen wegen der Häufigkeit des Vorkommens und dem dabei fast immer beobachteten glatten Verlauf der Entbindung und Wochenbett als physiologisch angesehen werden. Die Schwangerschaftshypertonie ist als Anpassungsphänomen an die erhöhten physikalischen und chemischen Forderungen zur Zeit der Gravidität anzusehen.

Rudolf Katz, Berlin.

2125.

Moron, Remigio Busto, Akutes Lungenödem in der Austreibungsperiode. (Prensa med. argent., 15, 28.) Bei der Frau mit einem Vitium cordis nach akutem Gelenkrheumatismus kam es während der Austreibungsperiode zu bedrohlichen Erscheinungen, die zur raschen Beendigung der Geburt, Aderlaß und Verabreichung von Herzstimulantien gezwungen haben. Verfasser weist auf die Gefahr hin, die solchen Kranken, welche an der Grenzlinie der Dekompensation sich halten, durch die schweren Anforderungen, welche die Austreibungsperiode an ihre Leistungsfähigkeit stellt, drohen. Im Falle des Verfassers lag die Endokarditis, welche nur eine Woche dauerte und keine Residuen in Form subjektiver Symptome zurückließ, einige Jahre zurück. Die Schwangerschaft verlief ohne Störungen seitens des Herzens; die Beschwerden bestanden nur in Erbrechen, Epistaxis und Oedem der unteren Extremitäten. Im Zeitpunkt der Aufnahme zu Beginn der Geburt war eine hochgradige Albuminurie zu verzeichnen. Vor zwei Jahren Grippe mit nachfolgender vorübergehender Hemiplegie und Aphasie.

Ashkenasy, Wien.

2126.

Quigley, Eine Uebersicht über 165 aufeinanderfolgende Kaiserschnitte einschließlich eines Vergleiches zwischen 104 klassischen Operationen und 61 zervikalen Schnittentbindungen. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 4.) Unter den 104 klassischen Kaiserschnitten war die mütterliche Mortalität 2 = 1,92% (1 Eklampsie, 1 Verblutung), die kindliche 7 = 6,5%. Unter den zervikalen Kaiserschnitten war weder eine mütterliche noch eine kindliche Mortalität. Für die ganze Serie stellt sich demnach die mütterliche Sterblichkeit auf 1,22%, die kindliche auf 4,2%. 52 Wochenbetten waren febril, 2 Fälle hatten bei einer späteren Entbindung eine Uterusruptur. In den letzten Jahren wurde fast ausschließlich die zervikale Schnittentbindung angewandt.

Hans Hirsch, Köln.

2127.

Falls, Hyperthyreoidismus als Schwangerschaftskomplikation. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Ein milder Hyperthyreoidismus ist, wie die klinischen Manifestationen und der Grundumsatz zeigen, keine ungewöhnliche Komplikation der Schwangerschaft. Er bedarf keiner besonderen Behandlung. Viele der nervösen Symptome, die man in der Schwangerschaft sieht, sind wahrscheinlich zurückzuführen auf eine durch die Schwangerschaft veranlaßte abnorme Tätigkeit der Schilddrüse. Symptome einer Basedowschen Krankheit können erstmalig während der Schwangerschaft offenbar werden. Sind sie schon vorher vorhanden, so verschlimmern sie sich gewöhnlich; sie können sich aber auch bessern. Das Erbrechen und die toxischen Symptome eines Basedow können leicht fälschlicherweise als Hyperemesis gravidarum diagnostiziert werden. Diese Kranken werden am besten konservativ mit Bettruhe und Lugolscher Lösung (dreimal täglich 10 Tropfen) behandelt solange, wie eine Besserung hierdurch auftritt. Mit einem chirurgischen Eingriff soll man zurückhaltend sein, bis sich die konservative Therapie als erfolglos erwiesen hat oder bis zur 35. Woche, wo eine etwaige Frühgeburt nach der Schilddrüsenoperation für das Kind weniger gefährlich wäre. Die geschickt ausgeführte Operation gibt auch in den frühen Schwangerschaftsmonaten eine ganz gute Aussicht für das Kind bei Basedow und toxischem Adenom. Die mütterliche Mortalität war nach Operationen 0,5 %, die durchschnittliche mütterliche Mortalität ist 1 %. Auch toxische Adenome werden am besten konservativ behandelt, es sei denn, daß der Druck oder die toxischen Symptome zu stark werden und eine partielle Strumektomie erforderlich machen. Die Geburt verläuft bei diesen Kranken im allgemeinen gut, doch ist es rätlich, die Austreibungsperiode operativ abzukürzen. Kranke mit schwerer Intoxikation, die erst spät in der Schwangerschaft zur Beobachtung kommen und nicht auf konservative Behandlung ansprechen, werden am besten durch vaginale oder abdominale Sectio caesarea entbunden. Die Kinder von Müttern mit allen Graden des Hyperthyreoidismus, auch der mit Basedow und toxischem Kropf, zeigten keine erkennbare Kropfbildung. Hans Hirsch, Köln.

2118.

Spirow, W. E., Zur Aetiologie der wiederholten Tubenschwangerschaft. (Sibir. Arch., 3. Jahrg., Heft 5.) Bei einer 37jährigen Patientin, M-para, die wegen linksseitiger Tubargravidität operiert wurde, fand man bei der Laparatomie neben der graviden Tube eine mit den Darmschlingen und dem Netz fest verwachsene, apfelsinengroße Geschwulst, die eine kleine Menge sterilen Eiters enthielt. Bei genauer Untersuchung entpuppte sich der Tumor als eine verkapselte Gazeekompression, die bei der vor 1 Jahr 4 Monaten wegen rechtsseitiger Tubargravidität erfolgten Laparatomie zurückgelassen worden war. Wie Verfasser feststellen konnte, verlief damals die Nachoperationsperiode mit Eiterung und Fieber, und die Patientin litt danach noch längere Zeit an Schmerzen in der linken Seite. Es ist wohl anzunehmen, daß dabei Veränderungen in der linken Tube entstanden, auf welche auch die abermalige Extrauterinigravidität zurückzuführen sein dürfte. E. Kontorowitsch.

2129.

Rivière, M., Welchen Anteil hat die Syphilis bei der Aetiologie der „Schwangerschaftsalbuminurien“? (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 2.) Verfasser empfiehlt auf Grund von 25 beobachteten Fällen von Schwangerschaftsalbuminurie auf syphilitischer Basis, in jedem Falle von Albuminurie in der Schwangerschaft, wo die Pathogenese nicht ganz klar ist, nach Syphilis zu fahnden. Man wird nach den Erfahrungen des Verfassers in einem Viertel der Fälle Syphilis finden, und wird infolgedessen in der Lage sein, die Entwicklung der Schwangerschaft, die Entwicklung der künftigen Schwangerschaften, die Syphilis selbst und auch die Föten wirksam zu beeinflussen. Rudolf Katz, Berlin.

2130.

Balard und R. Mahon, 6 Fälle von vorzeitiger Schwangerschaftsunterbrechung in Lumbalanästhesie. (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 2.) Verfasser berichtet über günstige Erfahrungen der vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung in Lumbalanästhesie. Dieselbe erleichtert in hervorragender Weise die Erweiterung des normalen oder hypertensiven Uterushalses. Verfasser empfiehlt diese Methode eindringlich der Nachprüfung. Rudolf Katz, Berlin.

2131.

Cheval, Max, Die Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe. (Bruxelles Méd., Nr. 22, 1929.) Die Indikationen zur Anwendung der Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe sind folgende: a) Bei geburtshilflichen Operationen an Personen, die eines bestimmten Leidens wegen die Allgemeinnarkose nicht vertragen

würden; b) in Fällen, wo die uterine Kontraktion dem Operationsakt entgegenwirken würde, wie z. B. beim tetanisierten Uterus und Föt in Querlage sowie drohender Uterusruptur.

Man empfiehlt die Anwendung ferner bei Kranken mit Leber- und Nierenschädigungen, ferner bei Eklampsien. Die Rückenmarksanästhesie kann auch für den Kaiserschnitt nutzbar gemacht werden, aber dann ist die Indikation nicht mehr geburtshilflich, sondern die aller Laparatomen.

Abgesehen von den hier genannten Indikationen gilt die Anwendung der Rückenmarksanästhesie nur in Ausnahmefällen, um so mehr, als ja die Chloroformnarkose von der schwangeren Frau auffallend gut vertragen wird. Held.

2132.

Adair und Tiber, Infektion im Puerperium mit einer Analyse von 5000 Fällen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Die Statistiken der Vereinigten Staaten zeigen, daß ein nahezu doppelt so hoher Prozentsatz von Farbigen an Puerperalfieber stirbt als von Weißen. Dies kann an schlechterer Pflege oder häufigeren Komplikationen, möglicherweise aber auch an einer verschiedenen Empfänglichkeit der beiden Bevölkerungsgruppen liegen. Entgegengesetzt verhalten sich die Todesfälle nach Scharlach und Erysipel. Hier ist die prozentuale Fallzahl für die weiße Bevölkerung mehrfach höher als für die farbige. Um Beziehungen aufzudecken, die etwa zwischen einer früher durchgemachten Streptokokkeninfektion und febrilem Puerperium bestanden, wurden 8000 Wochenbettfälle durchforscht. 86,3 % hiervon hatten keine Scharlachkrankung in der Anamnese. Auf diese entfielen 90,7 % aller febrilen Wochenbetten. Unter den Patientinnen ohne Scharlachanamnese ereigneten sich 19 Todesfälle an Puerperalfieber, unter denen mit Scharlachanamnese 2 Todesfälle. Die Frauen, die früher einen Scharlach durchgemacht haben, scheinen also weniger einem krankhaften Wochenbett ausgesetzt zu sein. Hans Hirsch, Köln.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2133.

Watson-Williams, E., Therapie der Otosklerose mit Nebenschilddrüsenextrakt. (Lancet, 216., 5512.) (Royal Bristol Infirmary.) Bei 18 Fällen (15 Frauen und 3 Männern) konnte Verfasser durch Verabreichung von 0,02 bis 0,03 g pro die trockener Drüsensubstanz und vorsichtiger Erhöhung dieser Dosis auf 0,1 bis 0,15 g pro die ausnahmslos Besserung der subjektiven Symptome ohne Rücksicht auf den objektiven Befund erzielen. Auch bei Fällen, die bis dahin durch vielfache und nutzlose Versuche mit anderen Behandlungsmethoden entmutigt waren, konnte mit dieser Medikation ein Erfolg erzielt werden. Einmal kam es zu Ohrenschmerzen, die aber nach dem Aussetzen des Mittels prompt verschwanden. Sonst keine Intoleranzerscheinungen. Ohne Anwendung einer anderen Therapie wurde erzielt: Vollkommene Besserung in 3 Fällen, hochgradige Besserung in 8 Fällen, mäßige Besserung in 2 Fällen, geringe oder keine Besserung in 5 Fällen. Ashkenasy, Wien.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

2134.

White, Cleveland, und Samuel J. Sullivan, Ulzerationen der Haut und der Schleimhäute. (Urologic Rev., Nr. 5, 1929.) Bei indolenten Ulzerationen der Haut und der Schleimhäute soll man stets an Tuberkulose denken und auch stets nach viszeraler Tuberkulose fahnden. Bab.

2135.

Walter, Joseph, Herpes zoster und Erythema exsudativum multiforme als Folgeerscheinungen der Grippe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 16.) Gehäuftes Vorkommen zweier Hauterkrankungen während der diesjährigen Grippeepidemie: Erythema exsudativum multiforme, meist im Beginn, und Herpes zoster, im weiteren Verlaufe der Epidemie auftretend. Klinisches Bild wie üblich. Der Zusammenhang mit der Grippe läßt vermuten, daß hier Grippetoxine eine kausale Rolle spielen. Arnold Hirsch, Berlin.

2136.

Spicca, Giusto, Experimentelle Untersuchungen über Herpes zoster. (Archiv. Ital. Dermat., 4., Heft 3, Februar 1929.) Bei Kaninchen wurde Herpesblaseninhalt auf die Hornhaut übertragen. Die lokalen Reaktionen waren gering; einige Tiere verendeten unter Erscheinungen von Schädigung des Zentralnervensystems, andere blieben vollkommen gesund. Autor nimmt an, daß der Inhalt aller

Herpesblasen nicht nur keine Augenschädigungen, sondern auch keine Störungen im Zentralnervensystem hervorrufen kann und daß der schädigende Faktor nicht mit dem Herpesvirus identisch sein muß.

Eugen Stransky, Wien.

2137.

Werthmann, A., Ueber Impetigo herpetiformis Hebrae. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Die Patientin, die bereits 7 Geburten durchgemacht hatte, zeigte nach einer Strumarezidivoperation Symptome einer Tetania parathyreopriva, die auch durch Epithelkörperchentransplantation nicht gebessert werden konnte. Vermehrte Erscheinungen während einer achten Gravidität, die mit der Geburt eines gesunden Kindes endete, und besonders verstärkt in der neunten, gleichzeitig mit typischer Impetigo herpetiformis an der Haut des Abdomens, der Extremitäten, besonders der Finger und Zehen; 3 Wochen nach ihrem Auftreten Exitus in schwerem tetanischem Anfall. Der Defekt der Epithelkörperchen dürfte für das Zustandekommen der Impetigo herpetiformis bedeutsam sein, wenn auch der Zusammenhang noch nicht klar ist. Bemerkenswert ist noch die bei dem Kinde festgestellte Störung der Knochenentwicklung, die sich in systematischer Weise auf die häutig-bindegewebige Ossifikation beschränkte.

Ernst Levin, Berlin.

2138.

Savinetti, Alfonso, Beiträge zur Kenntnis des „Pediculoides ventricosus“, Ursache einer erythemopapulösen Dermatitis, aufgetreten in Form einer Epidemie unter den Hafenarbeitern von Triest. (Arch. Ital. Dermat., 4., Heft 3, Februar 1929.) Beschreibung einer Epidemie der Krankheit, die durch obgenannte Milbenart hervorgerufen wird. Die Milbe wurde aus Albanien durch Getreide eingeschleppt. Die Krankheit wird nur durch junge Weibchen der Milbenart hervorgerufen. Tiefe Temperaturen lassen die Milbe am Leben, beeinflussen nur die Fortpflanzung, indem dieselbe stillsteht. Der *Pediculoides ventricosus* greift andere Milben (wie z. B. *Glycyphagus spinipes*) an und verzehrt sie in großer Menge. Bei dieser Ernährung konnte auch eine Fortpflanzung ohne Befruchtung beobachtet werden, die aus epidemiologischen Gründen wichtig erscheint. Die Morphologie und Entwicklung der Milbe wird genau beschrieben. Gegen die Infektion schützt bereits das Einschiern der entblößten Hautpartien mit einer Salbe. Die Behandlung des infizierten Getreides mit Blausäuregas tötet die Milben.

Eugen Stransky, Wien.

2139.

Ciambelotti, Ueber Hodenextrakte und ihre keratoplastische Wirkung. (Arch. Ital. Dermat., 4., Heft 3, Februar 1929.) Hodenextrakte bewirken, wie an Hand einer Reihe von photographisch illustrierten Beobachtungen erwiesen wird, eine raschere Bildung von Granulationsgewebe und bessere Epithelisierung bei Geschwüren und Verbrennungen. Diese Wirkung ist streng lokal beschränkt auf die Stelle der örtlichen Applikation und dürfte durch örtliche Reizung der Zellen zur erhöhten regenerativen Tätigkeit bedingt sein. Der Hodenextrakt hat weder eine antitoxische noch antiseptische Wirkung; deswegen müssen Infektionsprozesse vor der Verwendung bekämpft werden. Die Wirkung ist weniger dem interstitiellen als eher dem samenbildenden Gewebe zuzuschreiben, während beide Anteile gegenseitig die Wirkung erhöhen dürften.

Eugen Stransky, Wien.

2140.

Ariewitsch, A. M., und M. A. Wassilewski, Ein Versuch der Behandlung mykotischer Krankheiten der behaarten Kopfhaut bei Kindern mit einer Kombination von Thallium und Röntgenstrahlen nach Buschke. (Derm. Wschr., 88., Nr. 19, 1929.) Mit Rücksicht auf die bei der Thalliumbehandlung beobachteten toxischen Nebenerscheinungen erschienen Versuche mit der kombinierten Thallium-Röntgenbehandlung angebracht, bei der nur die halbe Thallium- und die halbe Röntgendosis zur Anwendung kommt. 50 Kinder (29 Trichophytie, 12 Mikrosporie, 9 Favus) erhielten die halbe sonst übliche Röntgendosis nach dem Drei-Felder-System mit Coolidge-Röhren durch $\frac{1}{2}$ mm Al. und danach 0,004 bis 0,0045 Thalliumacet. auf 1 kg Körpergewicht. Der Haarausfall begann vom 11. Tage an und war spätestens am 24. Tage beendet, doch war bei 46% die Epilation eine ungenügende. Wiederwachstum der Haare nicht vor 2 Monaten. In 5 Fällen Rezidive. In 12% der Fälle Intoxikationserscheinungen, die geringer waren als bei reiner Thalliumbehandlung; auch die Zahl der ungenügenden Epilationen und der Rezidive infolge zu schnell eintretenden Wiederwachsens der Haare ist eine geringere. Andererseits stehen die Erfolge denen der Röntgenbehandlung nach, so daß sie praktisch wenig in Betracht kommt, höchstens bei Kindern, die schon mehrfach mit Röntgen behandelt worden sind.

Ernst Levin, Berlin.

2141.

Ariewitsch, A., Erfahrungen mit Thalliumazetat bei Haarpilzkrankungen der Kinder. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Die Erfolge mit der in vorschriftsmäßiger Dosierung vorgenommenen Thalliumbehandlung von Haarpilzkrankungen bei Kindern waren unbefriedigende, da nur bei 40,3% eine befriedigende Epilation eintrat. Es blieben kranke Haare zurück, und der baldige Wiederbeginn des Haarwachstums trug zu einer größeren Zahl von Rezidiven bei. Intoxikationen wurden bei 35% beobachtet (Gliederschmerzen, Lebschmerzen, Diarrhöen, Erbrechen, Albuminurie), am häufigsten bei Kindern über 10 Jahren, am seltensten in der Gruppe von 5 bis 9 Jahren. Die Methode steht der Röntgenepilation nach

Ernst Levin, Berlin.

2142.

Szántó, J., Durch Tyroglyphus siro verursachte Hautaffektionen. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Bei mehreren Kuttschern, die in demselben Stalle geschlafen hatten, zeigten sich entzündliche Hauterscheinungen an den unbedeckten Körperstellen. Die Erscheinungen waren aufgetreten, nachdem eine neue Heulieferung eingelagert worden war; auch die mit diesem Heu gefütterten Pferde bekamen Ausschläge an der Schnauze. Als Ursache fanden sich Milben, die als *Tyroglyphus siro* bestimmt wurden; eine durch sie hervorgerufene Erkrankung in der vorliegenden Form ist bisher nicht beschrieben.

Ernst Levin, Berlin.

2143.

Szántó, J., Pigmentationen der Haut, entstanden durch die sensibilisierende Wirkung aromatischer Öle. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Bei einer Reihe von Personen, bei denen im Anschluß an intensive Sonnenbestrahlung nach Schwinden des Erythems an einzelnen Stellen Pigmentationen zurückgeblieben waren, konnte festgestellt werden, daß an diesen kurz zuvor Einreibungen von Eau de Cologne stattgefunden hatten. Experimentell ließen sich diese Pigmentationen (deren Grad übrigens von dem des vorausgegangenen Erythems unabhängig ist) fast regelmäßig durch Anwendung einer vierprozentigen alkoholischen Lösung der verschiedenen, in dem Eau de Cologne enthaltenen aromatischen Öle und nachfolgende Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen hervorrufen. Die stärkste sensibilisierende Wirkung übten Öl bergamott, Öl citri und Öl Petitgrains aus.

Ernst Levin, Berlin.

2144.

Borétyás, L., Ueber einen Fall von Lupuskarzinom. Ein Beitrag zur Frage der multiplen Tumoren und der Röntgenbehandlung des Lupus. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Die an Lupus der Nase und der Gesichtshaut erkrankte Patientin war mehrfach auch mit Röntgenstrahlen behandelt und gebessert worden, nachdem nach den Bestrahlungen mehrfache heftige Reaktionen aufgetreten waren. Im Laufe der Jahre rezidierte der Prozeß, und es entwickelten sich außerdem Neubildungen an der Oberlippe und zu beiden Seiten der Mundwinkel. Nach Röntgenbehandlung trat eine Abflachung ein. Klinisch und histologisch war der Befund an den beiderseitigen Tumoren ein verschiedener; rechts eine kompakte, fest zusammenstehende Krebsmasse, histologisch kompaktes Krebsinfiltrat in tubulärer Anordnung, links papillomatöse Wucherung, histologisch Vorherrschen von diffus koratinierten Epithelmassen und Perlenbildung. Es handelt sich hier um den seltenen Fall primärer Doppeltumoren in demselben Organ, die als das Resultat zweier karzinogener Faktoren zu betrachten sind. Rechts dürfte ein reines Lupuskarzinom vorgelegen haben, während links der typische Befund eines Röntgenkarzinoms vorlag, dem die lupöse Veränderung den Weg geebnet hatte. Trotzdem sollen die Röntgenstrahlen von der Lupusbehandlung nicht ausgeschlossen werden.

Ernst Levin, Berlin.

2145.

Teck, S. M., Zur Pigmentgenese in der Haut und den Haaren von Kaninchen. Untersuchungen über die Bedeutung von Pyrrolderivaten als Melanogene und den Einfluß der Belichtung auf die Pigmentbildung. (Arch. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Der Melanine genannte organische braune Farbstoff wird innerhalb der Melanoblasten aus farblosen Vorstufen, den Melanogenen, durch die Tätigkeit oxydativer Fermente gebildet. Von Br. Bloch werden hierbei Brenzkatechinderivate vom Typus des Diotyphenylalalins (Dopa) als bedeutsam betrachtet, während nach anderen Pyrrol bzw. Pyrrolerivate die Muttersubstanz des natürlichen Melanins bilden sollen. In der Tat ließ sich bei grauen Kaninchen durch kutane Einspritzungen von Pyrrolderivaten eine örtliche Vermehrung der Bildung des epidermalen Pigments erzeugen, aber nur, wenn als zweiter Faktor noch ein besonders durch ultraviolette Strahlen ausgeübter Lichtreiz hinzukam. Gleiches bewirkten aber auch Einspritzungen anderer Stoffe und sogar mechanische Läsionen, so daß daraus auf eine Funktion der Pyrrolerivate als Melanogene nicht

geschlossen werden kann. Der Abtransport des neugebildeten Pigmentes erfolgte durch Abschuppung nach außen, weniger durch Chromatophoren in die Kutis. Auf die Bildung des Haarpigmentes scheint nicht das Licht, sondern das Wachstum als Reiz zu wirken. Ernst Levin, Berlin.

2146.

Kunewälder und Schwarz, Die Wichtigkeit des Komplementbindungsverfahrens (Müller-Oppenheim) für die Diagnose der weiblichen Gonorrhöe. (Wien. kl. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 13.) Die serologische Diagnose der weiblichen Gonorrhöe ist deshalb wichtig, weil die bakteriologische Verifizierung zur Zeit der gynäkologischen Behandlung meist nicht mehr möglich ist. Wegen der technischen Schwierigkeiten der Methode hat sie sich noch nicht allgemein durchgesetzt. Am schwierigsten ist die Herstellung gleichmäßiger Vakzine (Antigene). Am häufigsten und stärksten positiv ist die Reaktion bei tiefsitzenden Prozessen (Arthritis, Salpingitis); aber auch bei den übrigen spezifischen Erkrankungen ergibt die Komplementbindung 90% positive Resultate. Für die Gesunderklärung ist die Reaktion nicht verwendbar, weil die Antikörperbildung die Heilung lange Zeit überdauert. Ernst Pick, Wien.

2147.

Kolischer, Gustav, Diathermie bei der Gonorrhöe der Frau. (Urologic Rev., Nr. 5, 1929.) Die Wirkung der Diathermie hängt nicht von der Höhe des erreichten Wärmegrades, sondern von der Dauer der Einwirkung ab, die nie weniger als ¼ Stunde betragen darf. Hierbei kommt die eine Elektrode auf die Bauchdecke, die andere tief in die Vagina; ein Einführen der Elektrode in die Harnröhre beziehungsweise in die Gebärmutter bringt nie Nutzen, häufig aber Schaden. Die Wirkung der Diathermie ist teils eine lokale, und besteht dann in lokaler Hyperämie und Stimulation des Lymphstromes, teils eine allgemeine, durch Anregung des Retikoendothelialsystems. — Im einzelnen wirkt bei der weiblichen Gonorrhöe die Diathermie besonders günstig auf Blasenbeschwerden sowie auf chron. Endometritiden- und chron. Adnexerkrankungen ein, doch soll daneben lokale Behandlung, besonders mit Ichthyol, nicht unterbleiben. B a b.

2148.

Alissow, P. A., und M. M. Faibitsch, Experimentelle Blenorrhöe. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 13/14.) Die Ergebnislosigkeit der bisherigen Versuche, eine gonorrhöische Infektion bei Versuchstieren zu erreichen, kann auf die ungünstigen Temperaturbedingungen für das Gonokokkenwachstum im tierischen Organismus zurückgeführt werden. Von dieser Erwägung ausgehend, suchten die Verfasser die Wärmeregulierung bei Kaninchen durch Abrasieren der Fellhaare am Rücken und den Flanken sowie durch Unterbringung der Tiere in schlecht geheizten Räumen (5—8° R) zu stören und niedrigere Temperatur zu erzielen. Die Verimpfung der Gonokokken erfolgte nach vorausgegangener Sensibilisierung mit 25prozentiger Galle an den Augen. Bei allen 16 geimpften Kaninchen war das klinische Bild sehr deutlich ausgeprägt, und die Erscheinungen hielten 1½ bis 2½ Monate an. In 14 Fällen konnten bakteriologisch positive Resultate nachgewiesen werden. E. Kontorowitsch.

2149.

Morgenstern, Zur Aortitis luea. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Verfasser gibt eine Uebersicht über den heutigen Stand der Frage der syphilitischen Erkrankung des Herzens und der großen Gefäße. Da man jetzt weiß, daß die ersten Symptome dieser Erkrankungen schon nach etwa ein bis zwei Jahren auftreten können, empfiehlt er sofortige energische Behandlungen mit Wismutpräparaten und Salvarsan in Form von Salvarsan-Natrium; bei etwaigen Kompensationsstörungen evtl. unter Zusatz von Strophantin. Ist die Dekompensation zu weit vorgeschritten, so ist Spirocid am Platze. Als Ergänzung dieser Behandlungsmethoden tritt Verfasser für die Bäderbehandlung in einem alpinen oder subalpinen Jodbade (Tölz) ein. S. Cohn.

2150.

Arzt, L., und H. Fuhs, Liquorbefunde bei tertiärer Haut- (Schleimhaut-)Lues. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Der früher behauptete Antagonismus zwischen tertiär-luetischer Erkrankung der Haut bzw. Schleimhaut und Erkrankung des Zentralnervensystems, läßt sich nicht aufrecht erhalten, da immerhin (bei hier nur maßgeblichen, auf großen Zahlen beruhenden Statistiken) 38% der Fälle positiven Liquorbefund aufwiesen. Der vorausgegangenen Behandlung kommt in dieser Beziehung keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Klinische Nervensymptome zeigten 10% der Fälle; das Mißverhältnis zwischen ihnen und den positiven Liquorbefunden erklärt sich vielleicht so, daß letztere z. T. nur einen sich mit der Zeit noch zurückbildenden Restzustand bereits

zurückgebildeter klinischer Erscheinungen darstellen. Bei Prüfung der Haut-Allergie durch die Laetprobe gestaltete sich die Prognose bzgl. Erkrankung des Zentralnervensystems noch günstiger; bei partieller Hauterkrankung und positiver Laetreaktion könnte sich die Behandlung auf die Beseitigung ersterer beschränken, während Laet-negative Fälle energischere Behandlung erfordern. Ernst Levin, Berlin.

2151.

Kliewe und Engelhart, Ueber die Brauchbarkeit der Citocholreaktion für die Syphilisdiagnose. Die Citocholreaktion stellt im Gegensatz zur S.-G.-Reaktion eine Schnellmethode der Ausflockung dar. Die Verfasser prüften diese Methode in bezug auf Verlässlichkeit zu den erprobten Methoden und auf die Größe ihrer Spezifität. Gearbeitet wird mit eingedampftem cholesteriniertem Rinderherzextrakt, der mit 0,85prozentiger Kochsalzlösung verdünnt wird, 0,2 ccm durch Erhitzen inaktiviertes Serum werden mit 0,1 ccm der Extraktverdünnung gemischt. Diese Mischung wird noch mit 1,0 ccm 0,85prozentiger Kochsalzlösung verdünnt. Darauf folgt die Ablesung. Für die Erkennung unspezifischer Ausflockungen werden die Extraktverdünnungen durch Alkoholverdünnungen ersetzt. Diese Reaktion zeigte nun an zahlreichen Laboratoriumsversuchen hinsichtlich ihrer Empfindlichkeit eine Ueberlegenheit gegenüber der Sachs-Georgi-Reaktion, der Meinickeschen Trübungsreaktion, sowie der Wassermannschen Reaktion. Der weitere Vorteil liegt bei ihrer Schnelligkeit und Einfachheit. In bezug auf ihre Spezifität ist sie diesen Reaktionen gleichgestellt, der M.-T.-R. sogar überlegen. S. Cohn.

2152.

Guldberg, G., Pachymeningitis haemorrhagica interna bei Lues congenita. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Zwei Fälle, in deren einem die klinischen Ausfallsymptome (spastische Parese der rechten oberen und unteren Extremität) nach der Geburt langsam zurückgingen, durch spezifische Behandlung aber nicht weiter beeinflußt wurden. Es spricht das mit großer Wahrscheinlichkeit für einen traumatischen Ursprung intra partum. Das traumatische Auftreten der Pachymeningitis haemorrhagica interna wird bei kongenitaler Syphilis wahrscheinlich durch spezifische Gefäßveränderungen begünstigt. Ernst Levin, Berlin.

2153.

Ramos e J. Silva, Syphilis erythro-keratodermica dyschromica. (Brasil. med., 43., 12.) (Allgemeine Poliklinik, Rio de Janeiro.) Die Hauptsymptome dieser Form der Lues tarda der Extremitäten sind: Hyperkeratosis palmo-plantaris mit unilateraler Prädominanz, begleitet von mehr oder minder ausgeprägtem Erythem, welches die Grenzen der Hand bzw. des Fußes überschreitend, sich auf das dorsale Gebiet der übrigen Extremität erstreckt, wobei die hyperkeratotischen Erscheinungen nach oben zu an Intensität abnehmen. Begrenzung durch einen scharfen, bläulich verfärbten Rand. Gleichzeitig findet man eine dyschrome Veränderung der Haut, und zwar unregelmäßige, konturierte, pigmentierte oder achrome Stellen, letztere speziell an den Rändern, die eine Tendenz zur Persistenz zeigen. Das Auftreten der Erscheinungen kann einen eruptiven Charakter tragen oder auch sich langsam im Verlauf von Jahren entwickeln. Der positive Ausfall der Wassermann-Reaktion sowie die rasche Abheilung nach einer spezifischen Kur sprechen für die luetische Aetiologie der Affektion. Ashkenasy, Wien.

2154.

Kerl, W., Malariabehandlung der Frühluës. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) In größerem Umfange wurden Nachuntersuchungen an Personen angestellt, die im Stadium der Frühluës mit Malaria geimpft worden waren. Dabei ergab sich eine verhältnismäßig geringe Heilwirkung im frühen sekundären Stadium (bis 2 Jahre), während im späteren Stadium (2 bis 6 Jahre nach der Infektion) günstige Resultate erzielt werden können. Eine Sanierung des Liquors konnte regelmäßig beobachtet werden, doch ist es nicht berechtigt, hieraus auf Heilung und unbedingten Schutz gegen Metalues zu schließen. Nach den bisherigen Erfahrungen erscheint es angebracht, im 4. bis 6. Jahre nach der Infektion liquorpositive Fälle der Malariabehandlung zu unterziehen. Ernst Levin, Berlin.

2155.

Klaften, E., Der Einfluß der Malariabehandlung syphilitischer Frauen auf das Schwangerschaftsprodukt. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Der Einfluß einer antisymphilitischen Behandlung auf die Nachkommenschaft ist am besten, wenn sie vor und während der Schwangerschaft ausgeführt wird, doch ist die Behandlung während der Schwangerschaft am richtigsten und soll auf jeden Fall stattfinden. Das liegt auch im Interesse der Mutter, die in dieser Zeit häufig Exazerbationen der Krankheit zeigt. Versuche mit Malariabehandlung, die von den Schwangeren gut ver-

tragen wurde, zeigten nicht einen gleichstarken Einfluß während der Schwangerschaften, sie wirkte vielmehr intensiver, wenn sie der Schwangerschaft vorangegangen war, besonders wenn diese sich nicht zu bald an die Behandlung angeschlossen hatte, da die Malariaabehandlung einer gewissen Zeit bedarf, um den Organismus gegenüber der Spirochätenaffektion umzustimmen. Frauen, die vor der Schwangerschaft malariebehandelt waren, sollen trotzdem in der Schwangerschaft einer intensiven Salvarsan- oder kombinierten Kur unterzogen werden. Malaria kommt während der Schwangerschaft besonders bei Salvarsanresistenz in Frage.

Ernst Levin, Berlin.

2156.

Pollak, Franz, **Neue Gesichtspunkte zur Therapie der Metastases.** (Med. Klin., Nr. 17, 1929.) (Deutsche Psychiatrische Universitätsklinik in Prag.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Metastases Injektionen von Schwefel in kolloidaler Form. Am besten hat sich das Präparat Sufrogel-Heyden bewährt. Eine Kur umfaßt 10 bis 12 intramuskuläre Injektionen, die nach der Stärke der Herdreaktionen in Abständen von 2 bis 4 Tagen verabreicht werden. Man beginnt mit 1 bis 2 ccm; unter diesem Quantum kommt es meist zu keiner Temperatursteigerung, was offenbar mit dem torpiden pyrogenetischen Reaktionsvermögen der Metaluiker zusammenhängt. Regelmäßig nach 4 bis 6 Stunden post injectionem setzt eine Temperatursteigerung mit Werten um und über 38 Grad ein, die dann schnell, meist innerhalb 2 Stunden, 40 bis 40,2 Grad erreicht. Diese Hyperpyrexie hält meist 3, manchmal auch 4 bis 5 Stunden an, um nachher allmählich abzufallen. Am auffälligsten scheint sich durch die Methode die Beeinflussung der Paralyse zu charakterisieren. Was die Wirkungsweise der Schwefelbehandlung anbelangt, so scheint neben den sonstigen Komponenten der Fieber- und Infektionstherapien, wie Hyperpyrexie, Leukozytose und Eiweißzerfallsprodukte, bei der Schwefelbehandlung noch ein besonderes Moment im Spiel zu sein, nämlich die Stoffwechselwirkung im weiteren Sinne des Wortes.

L. Gordon, Berlin.

2157.

Brunsgaard, E., **Ueber das Schicksal der nicht spezifisch behandelten Luetiker.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Da in den Jahren 1889 bis 1910 in der dermatologischen Universitätsklinik in Oslo eine im wesentlichen tonisierende Behandlung mit Eisen, Chinin, Arsen, Bädern unter Ausschluß von Quecksilber und Jodkali stattgefunden hatte, ergab sich die Möglichkeit, sich über das spätere Schicksal nicht spezifisch behandelter Syphilitiker ein Bild zu machen. Nach den damaligen Aufzeichnungen hatte ein nicht geringer Teil der Patienten klinische Komplikationen, aus denen auf das Bestehen einer Frühmeningitis geschlossen werden konnte; Liquorveränderungen werden bei einem noch größeren Teile bestanden haben. Trotzdem konnte bei den nachuntersuchten bzw. den Sektionen Verstorbener nur in einem geringen Prozentsatz eine parenchymatöse Syphilis des Zentralnervensystems (Tabes, Paralyse) festgestellt werden, während andererseits Gefäß- und Herzaffektionen als spätsyphilitische Leiden eine große Rolle spielen. Diese Tatsache ist von Bedeutung gegenüber der in neuerer Zeit aufgestellten Hypothese, daß eine Vermehrung der Herz- und Gefäßkrankungen bei Syphilis eine Folge der modernen intensiven Behandlungsmethoden sei. Für die Ueberwindung der Krankheit sind die Abwehrkräfte des Organismus von größter Bedeutung.

Ernst Levin, Berlin.

2158.

Constantinescu, Vatamanu, **Ein Fall von Syphilis d'emblée durch Bluttransfusion.** (Annales malad. vénér., Nr. 3, 1929.) Der dritte Fall von Syphilis d'emblée (ohne Primäraffekt unter Invasion des Gesamtorganismus) nach intravenöser Applikation von Spirochäten. 2½ Monate nach einer Bluttransfusion bekam die Kranke heftige Kopfschmerzen, bald danach eine Eruption sekundärer Hauterscheinungen. War stark positiv. Der Spender war nur notdürftig untersucht worden, er litt an einem Ulkus mit Phimose, das 6 Wochen vor der Transfusion oberflächlich behandelt und verkannt worden war. Offenbar befand er sich im Sekundärstadium. Der Gatte der Kranken war gesund.

Die Lehre, die aus diesem Unglücksfall zu ziehen ist: Genaue Untersuchung des Spenders, man begnüge sich nicht mit der Anamnese und einer Inspektion, man mache den Wassermann und untersuche die Genitalorgane genau.

K. Heymann, Berlin.

2159.

Barthélemy, **Hereditäre Spirochätose und Haarkleid des Kaninchens.** (Annales malad. vénér., Nr. 3, 1929.) Einem französischen Kaninchenzüchter fielen 2 Tiere verschiedenen Geschlechts aus dem gleichen Wurf auf, die beide 2 seltsame Eigenschaften zeigten: Extrem lange Nägel und ein dichtes Fell, das wegen seiner Schönheit mit dem als „Castor“ bezeichneten Pelz verglichen wurde. Es ergab sich, daß die Tiere an spontaner Ka-

ninchenspirochätose litten. Es gelang, die erblichen Eigenschaften weiter zu verfolgen, und der Züchter beutete den Glücksfall aus. Die Tiere und ihr Fell wurden Castorex genannt. Sie zeigten außer den erwähnten Eigenschaften eine große Lebensschwäche.

Es handelt sich also hier um den seltenen Fall einer hereditären Fixierung einer durch Spirochäten entstandenen Anomalie, so daß das, was zunächst nur dystrophisches Stigma war, zum Rassemerkmal wurde. Barthélemy sieht hierin eine Bestätigung mancher von Syphilologen ausgesprochenen Vermutungen.

K. Heymann, Berlin.

2160.

Lippert, H., **Eine einfache Behandlung des Fluor vaginalis.** (Dermat. Wschr., 88., Nr. 19, 1929.) Bei einfachem und dem nach gonorrhöischer Erkrankung zurückbleibenden Scheidenkatarrh ist es verkehrt, dauernd mit antiseptischen Ausspülungen zu behandeln, vielmehr gilt es, die Zellen der Vaginalwandung in ihrem Stoffumsatz zu stärken, in ihrer Sekret- und Säureproduktion und Widerstandskraft gegen schädliche Einflüsse umzustimmen. Ein bestimmter Glykogenegehalt der Wand ist erforderlich, um den Säuremechanismus zu sichern. Sind hier Störungen vorhanden, so muß man durch unspezifische Reizbehandlung umstimmend wirken, hierzu ist Hefe, die reiche Mengen an Vitaminen enthält, sehr geeignet. Es wird alle 2 Tage Levurinose in die gereinigte Scheide eingebracht, später Reinigung mit warmem Wasser, dem Heifeifenstückchen zugesetzt werden.

Ernst Levin, Berlin.

2161.

Schmitz, Henry, und Jos. E. F. Laibe, **Der Einfluß des Uterus- und Vaginalprolapses auf den Harntraktus.** (Urologic Rev., Nr. 5, 1929.) Die Rückenschmerzen, die man sehr häufig beim Vorfall der Scheide und der Gebärmutter findet, beruhen meistens auf krankhafter Veränderung des Harntrakts. Besonders der Harnleiter wird durch den Vorfall in seinem Blasenabschnitt gedreht und geknickt, wodurch ein Hydroureter resp. Hydronephrose entstehen kann. Diese Veränderungen können nur durch eingehende zystoskopische Untersuchungen festgestellt werden. Für die Behandlung des Vorfalles usw. ist die Operation die Methode der Wahl.

Bab.

2162.

Steiner, Saul, **Die vernachlässigte vordere Harnröhre.** (Urologic Riv., Nr. 5, 1929.) Bei der chronischen Gonorrhöe ist die hintere Harnröhre nur selten allein ergriffen, vielmehr ist gewöhnlich der Hauptsitz der Erkrankung der vordere Teil der Urethra. Allerdings können hier die erkrankten Stellen nur durch wiederholte und eingehende endoskopische Untersuchungen gefunden werden, an die sich dann eine Zerstörung derselben durch Fulguration anzuschließen hat.

Bab.

2163.

Farbach, Henry J., **Striktur der weiblichen Urethra.** (Urologic Rev., Nr. 5, 1929.) Strikturen der weiblichen Urethra werden meistens erst nach dem 40. Lebensjahr — in seltenen Fällen aber auch bei jungen Mädchen — gefunden. Ihre Aetiologie ist noch völlig dunkel. Die Symptome äußern sich in Blasenstörungen aller Art, die mit nervösen Beschwerden, wie Verlust des Appetites, Schlaflosigkeit usw. einhergehen. Die Behandlung besteht in allmählicher, nicht in brusker Dilatation.

Bab.

2164.

Pugh, Scott Winfield, **Samenblasenentzündung.** (Urologic Rev., Nr. 5, 1929.) P. fand bei 75% seiner 90 Patienten eine Erkrankung der Samenblasen. Außerdem wird Entzündung derselben durch Radfahren, sexuelle Exzesse usw. hervorgerufen. Die Samenblasenentzündung tritt meistens in subakuter Form auf, und geht mit geringer Temperatursteigerung, allgemeiner Abgeschlagenheit, Hitzegefühl und Brennen im Rücken auf. Wer nicht in jedem Fall von Rückenschmerz beim Manne die Samenblasen und die Prostata untersucht, ist ein Quacksalber!! Die Untersuchung geschieht durch Rektalpalpation, die meist mangelhaft und zu selten ausgeführt wird. Die Behandlung der Samenblasenentzündung besteht in Einführung möglichst dicker Sonden nach Blasenfüllung, und in Anwendung der Diathermie. — Eine Elektrode auf das Abdomen und die Prostataelektrode ins Rektum. Ist Diathermie nicht ausführbar, kann sie durch Massage der Samenblasen ersetzt werden. Von der chirurgischen Behandlung hat Verfasser hierbei nur dann Gutes gesehen, wenn sich die Entzündung rein auf die Samenblasen beschränkt und die Umgebung nicht ergriffen hat.

Bab.

Hygiene

2165.

Heiß, Fr., **Röntgenologische Gelenkuntersuchungen an Olympia-kämpfern.** (Klin. Wschr., 8 Jahrg., Nr. 14.) Auch bei Olympia-

kämpfen finden sich die von Baetzner beschriebenen anatomischen Veränderungen am Bewegungsapparat.

Die Veränderungen treten häufiger bei einseitig betriebenen Sportsport auf, seltener bei Mehrkämpfern. Der Mittelstreckenlauf hat die größte Zahl von Veränderungen aufzuweisen.

Für einzelne bestimmte Sportarten gibt es an den meist beanspruchten Gelenken spezielle Veränderungen, die bei dieser Sportart besonders häufig vorkommen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2166.

Schlowski, J. Ueber die Spätergebnisse der Kurortpflege. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 13/14.) Die günstige Wirkung der Kurortbehandlung äußert sich bei den verschiedenen Krankheitsgruppen nicht in der gleichen Weise. Unter den vom Verfasser untersuchten Krankengruppen wurde der beste Effekt bei Erkrankungen der Bewegungsorgane und der geringste bei denen des Herz- und Gefäßsystems erzielt. Die Kurortbehandlung frischer Erkrankungen gibt die besten Resultate, insbesondere ist dies für die Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre zu verzeichnen. — Gleichzeitig mit der günstigen Beeinflussung des Grundleidens, wegen dessen der betroffene Kranke den Kurort aufsucht, erstreckt die Kurortbehandlung ihre Wirkung aber auch auf andere Organe und Systeme. So verschlimmert sich z. B. bei Moorbäderbehandlung der Zustand der Lungen und des Herzens bedeutend, falls diese vor der Kurortbehandlung schon erkrankt waren. Infolgedessen muß auch die Auswahl der Kranken für die Moorkurorte mit Vorsicht durchgeführt werden.

E. Kontorowitsch.

2167.

Schmidt-Curtius, Bioklimatisches von Locarno. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 13, 1929.) Beim Klima von Locarno und Umgebung haben wir es für Herbst und Winter mit einem ausgesprochenen Schonklima zu tun; im Frühjahr kann man auch Reizwirkung annehmen.

Im Vordergrund der günstigen Faktoren stehen: die angenehmen Wärmeverhältnisse, die ausgiebige und intensive Sonnenstrahlung, die windgeschützte Lage, die ausgleichende Wirkung des Sees im Sommer und Winter. Seenebel unbekannt, Bergnebel selten. Das Klima von Locarno vereinigt die Vorzüge des transoceanischen Einflusses mit jenen des Gebirges und gleicht sie aus, ohne deren Nachteile zu haben. Bei entsprechender Lebensweise kann von einer Verwechslung durch dieses Klima nicht gesprochen werden. Bemerkenswert ist in erster Linie das milde und trockene Winterklima; übermäßige Trockenheit wie im Hochgebirge kommt jedoch nicht vor. Für Kuren ist die beständige Zeit vom 1. September bis 1. März. Das Klima ist für alle physikalischen Anwendungen sehr geeignet, ebenfalls für die Durchführung von Diätkuren, z. B. Trauben-Rohkostkuren, Bircherdiät. Freiluft- und Sonnenbäder sind fast das ganze Jahr möglich. Die Lichtfülle dieses Gebiets mit allem, was damit zusammenhängt, ist ein Heilfaktor von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Held.

Infektionskrankheiten

2168.

Korschun, S. W., und A. A. Spirina, Versuch einer aktiven Scharlachimmunisierung der Kinder in Moskau. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 16.) Die Scharlachimmunisierung verringert die Morbidität und noch mehr die Letalität des Scharlachs ganz erheblich.

Die Immunisierung mit großen Toxindosen nach der amerikanischen Methode ergibt Resultate, die den Impferfolgen der kombinierten Vakzine mit nachfolgender Toxineinführung zum mindesten gleichwertig sind.

Als das aktive Element der Scharlachvakzine ist also das Toxin anzusehen, dem die Hauptrolle in dem Immunisierungsvorgang zuzusprechen ist.

Bei richtiger Dosierung verläuft die Immunisierung ohne jegliche unangenehmen Nebenerscheinungen und fast ohne Reaktion, weshalb sie von den Kindern ambulant überstanden wird und keinerlei Störungen der gewöhnlichen Lebensweise und des Studiums verursacht.

Auf Grund ihrer persönlichen Erfahrungen, sowie auch der zahlreichen russischen Literatur, halten die Autoren die Methodik der Scharlachvakzination für genügend ausgearbeitet und betrachten ihren positiven Wert im Kampfe mit dem Scharlach für bewiesen.

Die Immunität verringert sich in der Masse im Laufe von mindestens 2 Jahren (Dauer der Beobachtung der Verfasser) nicht. Eine gewisse Abschwächung der Immunität wurde vorläufig bei

Kindern im Alter von 1 bis 5 Jahren nachgewiesen. Aus diesem Grunde empfehlen die Verfasser eine Wiederholung der Impfung mit dem Toxin im nächsten Jahre. Arnold Hirsch, Berlin.

2169.

Kiss, P., Ueber das Schwererwerden der Diphtherie und die französische Pädiatrie. (Orv. hetil., Nr. 5, 1929.) Die schweren Formen der Diphtherie haben auch Frankreich nicht verschont; der Kampf gegen sie wurde durch Vertiefung der Prophylaxie und durch wirksamere Gestaltung der Therapie verstärkt. Prophylaktisch wird in epidemiefreier Zeit systematisch vakziniert usw. mit durch Ramon hergestelltes Anatoxin, für eine volle Vakzination werden drei Injektionen verwendet: Das erste Mal 0,5 ccm Anatoxin subkutan, 3 Wochen später ebenfalls subkutan 1,0 ccm Anatoxin und 15 bis 20 Tage später zum letzten Mal 1,5 ccm Anatoxin. 98% der so vakzinierten Kinder wurden Schick-negativ, nach Lereboullet u. a. Autoren sogar 100%. Während einer Epidemie werden die gefährdeten passiv immunisiert, und zwar mit 1000 I. E. des Diphtherieserums. Bei schon bestehenden Symptomen entfällt die Behandlung in eine spezifische und in eine unspezifische. Zwei Arten von Diphtherieheilsera werden in Anwendung gebracht: Das einfache mit 5000 I. E. in 20 ccm und das „Serum purifié“ mit 5000 I. E. in 10 ccm. Grundsatz bei der Behandlung ist, das Antitoxin „vite, fort et longtemps“ anzuwenden. Die Injektionsart ist ausschließlich die kombiniert subkutan-intramuskuläre. Bei einfacher Diphtheria faucium wird noch vor Einlangen des bakteriologischen Befundes, nur von der Ausbreitung der Membrane abhängig am ersten, zweiten, dritten, manchmal noch am vierten Tage 30 000–40 000 I. E. täglich in zwei Sitzungen (morgens und abends) injiziert. Diese „doses massives“ werden vor allem in Anbetracht der Lähmungen gegeben. Bei schwerer Diphtheria faucium werden durch fünf bis sechs Tage täglich 50 000 I. E. meist in Form des einfachen Antitoxins (also 200 ccm täglich) in zwei Teilen (morgens und abends, zur Hälfte subkutan, zur Hälfte intramuskulär) gegeben, bei sehr vernachlässigten Fällen kann sogar 300 bis 400 ccm gegeben werden. Bei larvirter diphtherischer Angina mit positivem Bazillenbefund injiziert man zwei Tage hindurch 20 000 I. E. oder in einem Tage die ganzen 40 000 in zwei Teilen. Bei primärer Laryngitis crouposa wird nach den Grundsätzen der einfachen Diphtheria faucium, wenn ihr aber eine Diphtherie faucium vorangegangen ist, dann wird sie wie eine schwere Diphtheria faucium behandelt. Diphtheria narium wird zwei Tage hindurch mit 10 000 bis 15 000 I. E. pro die behandelt. Zur Vorbeugung der Paralysis postdiphtherica soll die schon erwähnte „doses massives“ angewendet werden, hat sich aber eine Lähmung entwickelt, dann muß eine erneute Serumbehandlung einsetzen mit der täglichen Dosis von 20 000 bis 40 000 I. E. vier bis fünf Tage lang. Muß diese Reinjektion in acht bis zehn Tagen nach der ersten vorgenommen werden, dann muß man zur Begegnung der anaphylaktischen Erscheinungen die wohlbekannte Vorbehandlung mit kleinen Portionen erst vornehmen. Zur Ergänzung der Serumtherapie ist bei schwerer Rachendiphtherie, bei vernachlässigten Fällen, bei hochtoxischen Zuständen an erster Stelle die gleichzeitige Anwendung von Adrenalin zu erwähnen (Nebennierenveränderungen, in Tierversuchen reproduzierbar), es wird vom ersten Tag an per os drei- bis viermal 10–15–20 Tropfen einer 1 : 1000 Lösung verabreicht. Bei dieser Behandlung mit ungemein hohen Serumdosen wurden keine schweren Serumkrankheiten beobachtet. Serumexanthem kam in 20 bis 80% zehn Tage nach der Injektion vor.

Ergebnisse: Nur 5% aller diphtherischen Erkrankungen führten zum Tode, 81 bis 84% der schweren vernachlässigten und hochtoxischen Formen heilten restlos aus, durch die strenge Anwendung der „doses massives“ konnte die Entwicklung einer Paralyse nur außergewöhnlich selten beobachtet werden; im Gegensatz z. B. zum Beobachtungsjahr 1921, wo von 419 Kranken bei 40 noch eine Paralyse sich entwickelte.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

2170.

Reiche, F., Die aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie. (Med. Klin., Nr. 17, 1929.) (II. Med. Klinik und Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck.) Die allgemeine Schutzimpfung gegen Diphtherie muß vorläufig noch als sehr problematisch bezeichnet werden. Die Empfänglichkeit für das Diphtheriegift schwankt in Deutschland nur zwischen 0,1 bis 0,6%, und es verfügen besonders Erwachsene über einen sehr hohen natürlichen Schutz. Weiterhin muß betont werden, daß der Beweis einer von der Diphtherie hinterlassenen Immunität noch nicht überzeugend erbracht ist. Die Diphtherie gleicht hinsichtlich der Reinfektionen der Pneumonie und den Streptokokkenkrankheiten, den Paradigmata nicht-immunisierender bakterieller Infektionen. Ein schwerer Verlauf der Diphtherie bewahrt dabei nicht einmal vor erneutem schweren Befallenwerden schon binnen 4 bis 24 Monaten nach Ablauf der ersten Infektion. Hinsichtlich schließlich des mit aktiven Präventiv-

impfungen erzielten Schutzes, über dessen zeitliche Wirksamkeit die Meinungen noch weit auseinandergehen, gestehen selbst ihre überzeugten Vorkämpfer zu, daß er nicht in jedem Fall, also nicht unbedingt, sich ausbildet, und daß er auch da, wo er sich entwickelt, kein absolut ist. Die Auslegung der Schickschen Probe, daß schicknegativ und diphtheriegefeilt sich decken und Unfähigkeit zur Antitoxinerzeugung auch Widerstandslosigkeit gegen die natürliche Infektion bedeute, hat sich als unzutreffend erwiesen. Antitoxingehalt des Serums und dessen bakterizide Fähigkeiten gehen keineswegs immer zusammen: es kann ein kräftiges bakterizides Blut bei Schickpositiven vorliegen und ein negatives Schickserum braucht das Wachstum von Diphtheriebazillen nicht zu inhibieren. Praktisch kommt Verfasser auf Grund der Ueberlegung, daß echte Immunität und Blutantitoxingehalt bei aller prinzipiellen Differenz der beiden doch weit kongruieren und Antitoxinführende seltener an Diphtherie erkranken als Antitoxinlose, zu dem Schluß, daß bei Gelegenheiten hoher epidemischer Gefährdung schickpositive Kinder unter gründlicher Kontrolle der Impfung am liebsten mit Flockenimpfstoff zu unterziehen sind. L. Gordon, Berlin.

2171.

Möllers, B., Die Diphtherieschutzimpfung. (Arch. Soz. Hyg. Demogr., 4, 1, 1929.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Die passive Diphtherieschutzimpfung mit antitoxischem Diphtherieserum ist in allen Fällen von unmittelbarer Ansteckungsgefahr (zum Beispiel bei Geschwistern von Diphtheriekranken) unbedingt zu empfehlen.

Die aktive Diphtherieschutzimpfung kann bei Beachtung der entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen als unschädlich für die Impflinge angesehen werden. Die bei der Schutzimpfung zur Beobachtung gekommenen Unglücksfälle sind bei richtiger Aufbewahrung des Impfstoffes vermeidbar; sie beruhen größtenteils auf Irrtümern bei der Herstellung oder auf eine Zersetzung oder nachträglichen Verunreinigung des Impfstoffes.

Unangenehme örtliche oder Allgemeinreaktionen treten bei den in Deutschland hauptsächlich verwendeten Impfstoffen T. A. und T. A. F. in der Regel nicht auf.

Nach der Diphtherieschutzimpfung tritt meist kein absoluter Impfschutz ein wie bei der Schutzpockenimpfung, sondern nur ein relativer.

Eine allgemeine obligatorische Schutzimpfung gegen Diphtherie kommt für Deutschland vorläufig nicht in Betracht. Man wird sie auf Gegenden und Zeiten beschränken müssen, in denen die Diphtherieerkrankungen gehäuft oder besonders schwer auftreten. Immerhin bleibt zu bedenken, daß die Zahl der in den deutschen Ländern gemeldeten Diphtherieerkrankungen (und Sterbefälle) von 33 542 (1695) im Jahre 1927 auf 41 160 (2380) im Jahre 1928 und daß die Letalität von 5,05 auf 5,78 von je 100 gemeldeten Erkrankungen gestiegen ist.

Auch bei schutzgeimpften Kindern sind die allgemeinen Vorbeugungs- und Schutzmaßnahmen gegen Uebertragung ansteckender Krankheiten zu beachten.

Ein abschließendes Urteil über den Wert der jetzt in manchen Teilen Preußens, insbesondere in Berlin, in größerem Umfange in Gang befindlichen Schutzimpfungen wird nach Ablauf einiger Jahre möglich sein. Michaelis, Bitterfeld.

2172.

Reichle, H. S., Paroxysmale Niesen als Äquivalent von Keuchhustenanfällen. (J. Am. Med. Assn., Vol. 92, Nr. 6, 1929.) Niesen, wenn es in Form heftiger und langdauernder Anfälle auftritt, ist ein wichtiges Frühsymptom des Keuchhustens. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann es gänzlich oder teilweise die typischen Hustenanfälle ersetzen. Die Anfälle besitzen typisch konvulsivischen Charakter, führen zu Zyanose des Gesichts und zu Erschöpfung und enden wie die gewöhnlichen Hustenanfälle mit der Ausstoßung zähen Schleimes aus Mund und Nase. Gelegentlich sind die Niesenanfälle auch von inspiratorischem Krächzen und Erbrechen begleitet. Die vom Verfasser beobachteten und die wenigen in den Literatur mitgeteilten Fälle (Szegö, Filatow, Seitz, Meyer und Burghard) waren von mittelschwerem Charakter und nahmen durchweg einen günstigen Ausgang. Büchler, Wien.

2173.

Gottheil, Carola, Kreislaufbeobachtungen bei der Grippe-epidemie. (Dtsch. med. Wschr., 55 Jg., Nr. 16.) Bei 40 Grippepatienten wurde unabhängig von der Schwere der Erkrankung eine wesentliche Herabsetzung des diastolischen Druckes und eine Vergrößerung der Pulsamplitude beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

2174.

Poppe, Ueber die Bang-Infektion. (Münch. med. Wschr., Nr. 17.) Diese Infektion, die dem Maltafieber ähnelt, wird durch *Bazillus abortus bovis* hervorgerufen. Während früher die Möglich-

keit der menschlichen Infektion geleugnet wurde, steht jetzt fest, daß der Erreger des Maltafiebers und der Erreger des infektiösen Aborts des Rindes nahe verwandt sind. In den Jahren 1926 bis 1928 wurden in Deutschland und Oesterreich 65 Fälle dieser Erkrankung beschrieben. Verfasser selbst konnte bei der systematischen Untersuchung von 510 Blutproben serologisch wie bakteriologisch 11 Fälle von Bang-Infektion nachweisen. Die Infektionsquelle war in der Mehrzahl der Fälle die Kuhmilch; außerdem waren zwei Erkrankte mit abortusinfizierten Tieren beschäftigt. Auch in der Milch und im Blut kranker Tiere konnte die Infektionsquelle nachgewiesen werden. Das Krankheitsbild selbst zeigt stark intermittierendes Fieber, aber wenig gestörtes Allgemeinbefinden. Das Fieber kann monate- bis jahrelang andauern. Im Blutbild Leukopenie, später auch Lymphozytose. Differential diagnostisch kommt daher vor allem Typhus und Paratyphus in Frage. Befallen werden in der Mehrzahl Angehörige der Landwirtschaft. Die Diagnose wird durch serologische und bakteriologische Blutuntersuchung gesichert. Als positiver Grenzwert gilt für die Agglutination die Verdünnung 1:100, und für die Komplementbildung 0,1 ccm. Der direkte Nachweis von Bakterien im Blut gelingt mitunter. Dies nach Anreicherung in Leberbouillon auf Glycerinagar. Die Oberflächenaussaaten werden unter verminderter Sauerstoffatmung etwa sechs Tage bei 37 Grad bebrütet. Die einseitige Bewertung des serologischen Befundes genügt nicht zur Diagnosenstellung. Ein Spezifikum gegen die Erkrankung ist bisher nicht bekannt. Die bisherigen Versuche mit Injektionen von Vakzinen ergaben noch die besten Ergebnisse. Der Hauptwert ist auf die Prophylaxe zu legen. S. Cohn.

2175.

Gelgat, J. J., Zur Behandlung der Parotitis epidemica. (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 13/14.) Die Parotitis ist nicht als ein lokaler Prozeß in den Speicheldrüsen, sondern als eine allgemeine Infektionserkrankung anzusehen. Dementsprechend soll man auch ihre Behandlung nicht auf symptomatische Maßnahmen beschränken. Günstige Resultate erzielt man hier mit der Proteinkörpertherapie (Milchinjektionen), die zur Abkürzung der akuten Anschwellungsperiode und Abschwächung der Schmerzhaftigkeit der befallenen Drüsen führt. E. Kontorowitsch.

2176.

Caronia, G., Anwendung von Bazillenlysaten in der Behandlung der typhösen und paratyphösen Erkrankungen. (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 13/14.) Die zehnjährigen Erfahrungen in der Typhusbehandlung mittels der Vakzine von Caronia weisen auf die Zweckmäßigkeit dieses Heilmittels hin. Unter den vielen tausenden Fällen, wo diese Therapie durchgeführt wurde, erreicht die Sterblichkeit kaum 1,1 bis 1,2%. Man beobachtet danach eine Abkürzung der Krankheitsdauer bis zu 10 bzw. 20 Tagen sowie Herabsetzung der Zahl der Komplikationen und Rezidive. Ungünstige Resultate werden nur in verschleppten Fällen oder in Fällen mit schweren Komplikationen bzw. bei gleichzeitigem Vorhandensein anderer Erkrankungen notiert. Die Caronia-Vakzine wird in der Dosis von 0,5 bis 1,0 ccm intravenös oder 1,0 bis 2,0 bis 3,0 ccm intramuskulär bzw. subkutan appliziert. Die Injektionen erfolgen in steigenden Dosen täglich oder jeden zweiten Tag je nach dem Stande der Temperatur. Beim Vorliegen von Herz- und Nieren-erkrankungen ist Vorsicht bei der Dosierung erforderlich; auch ist hierbei die subkutane bzw. intramuskuläre der intravenösen Applikation vorzuziehen. E. Kontorowitsch.

2177.

Depisch, F., Ueber orale Sepsis. (Seuchenbekämpfung, Nr. 2, 1929.) Die orale Sepsis stellt ein Beispiel der Herdinfektion (Focal infection) dar, der augenblicklich, besonders in U. S. A., eine besonders große praktische Bedeutung zugeschrieben wird. Zwei Gruppen von Krankheitsprozessen im Munde kommen als „Focus of infection“ in Frage, die Veränderungen an der Zahnwurzel und die Eiterungen im Bereich des Zahnfleisches, die Alveolarpyorrhoe. Die bakteriologische Untersuchung von periapikalen Abszessen und Granulomen ergibt meistens grünwachsende Streptokokken. Es wird angenommen, daß von den kranken Zähnen Bakterien in die Blutbahn eindringen und daher Veranlassung zu einer Allgemeininfektion des Körpers geben können. Ob für das Zustandekommen einer sekundären Lokalisation der Bakterien ein elektives Lokalisationsvermögen (Rosenow) und eine besondere Organdisposition eine Rolle spielt, ist noch nicht zu entscheiden.

Alveolarpyorrhoe sollte stets energisch behandelt werden. Der Internist soll bei den in Frage kommenden Krankheiten (Gelenkrheumatismus, Nephritis, Endokarditis) neben den Tonsillen auch eine Röntgenaufnahme des Gebisses anfertigen lassen und eine möglichst radikale Entfernung der Bakterienherde verlangen. Bei gleichzeitiger Erkrankung von Zähnen und Tonsillen soll zunächst eine Sanierung des Gebisses vorgenommen werden, da von den

Bakterienbrutstätten der Zähne die Tonsillen immer wieder infiziert werden. Chronische Erkrankungen der Mandeln heilen nach Biche nach Behandlung der Zähne oft spontan aus. Die Zahnbehandlung besteht neben der Beeinflussung der Alveolarpyorrhoe in der Entfernung von schlecht sitzenden Kronen und Brücken, Wurzelspitzenresektion, Wurzelbehandlung bzw. Wurzelextraktion. Es gibt allerdings Fälle von vorgeschrittenen inneren Leiden (Endokarditis, Nephritis), bei denen eine Zahnbehandlung ebenso wie die Tonsillektomie streng kontraindiziert sein kann, da das Auftreten einer akuten Exazerbation einer unmittelbar lebensbedrohenden Zustand zur Folge haben kann. Durch systematische Zahnpflege von der Jugend an müßte es möglich sein, Pulpainfektionen und damit die periapikalen Bakteriennester zu vermeiden. Vielleicht wird sich dann durch Abnehmen der rheumatischen Erkrankungen die Richtigkeit der Lehre von der oralen Sepsis erweisen lassen.

N. Henning, Leipzig.

2178.

Hartleib, H., Ueber subdurale intrakranielle Tetanusbehandlung mit Tetanusserum. (Zbl. Chir., Nr. 3, 1929.) Verf. empfiehlt bei Tetanus die subdurale Injektion von Tetanusserum. Nach Trepanation des Scheitelbeines wird das Serum subdural intrakraniell fächerförmig an die Oberfläche des Gehirns injiziert. Verf. führt einen Fall von sehr schwerem Tetanus an, bei welchem alle Mittel versagten. Nach Injektion von 100 Antitoxineinheiten subdural intrakraniell trat mit einem Schlage Besserung und schließlich vollkommene Heilung ein.

Die im Falle von Goedecke aufgetretene Epilepsie nach subduraler Seruminjektion führt er darauf zurück, daß das Serum nicht bloß subdural-intrakraniell, sondern wahrscheinlich intrazerebral gespritzt worden ist, so daß eine Schädigung der Gehirnmasse hervorgerufen wurde.

Walter Grossmann, Berlin.

2179.

Joseph, A., Ueber Angina leptothrica. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 16.) Bei einer seltenen Form von Angina, die chronisch ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens verläuft und durch festhaftende, gelbliche, stippchenartige Einlagerungen in die Schleimhaut gekennzeichnet ist, findet sich als Erreger der Leptothrix buccalis.

Arnold Hirsch, Berlin.

2180.

Mooser, H., Tabardillo, eine amerikanische Abart des Fleckfiebers. (J. Inf. Dis., Nr. 3, 1929.) Tabardillo ist eine besondere Abart des Fleckfiebers. Sie kann vom europäischen Flecktyphus unterschieden werden durch die Hodenschwellung, die bei Meerschweinchen nach Beimpfung mit infektiösem Material eintritt. Die Brillische Krankheit, die in New York beobachtet wurde, gehört zur europäischen Varietät.

N. Henning, Leipzig.

2181.

Grodzki, Ueber einige Formen der Flecktyphusenzephalitis. (Münch. med. Wschr., Nr. 17, 1929.) Während die Affektionen der peripheren Nerven nach Flecktyphus verhältnismäßig häufig vorkommen, sind enzephalitische Folgeerscheinungen ziemlich selten. Bei Vergleich von acht ausgeführten Fällen fällt auf, daß die Erkrankung fast ohne Ausnahme in den zentralen Windungen des Gehirns und manchmal auch in der unteren Frontalwindung zu lokalisieren ist. Nicht nur seröse sondern auch eitrige Meningitis ist zu beobachten. Die Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch durch die Rückenmarkflüssigkeit erfolgen.

S. Cohn.

2182.

Walker, I. E., Erkältungskrankheiten durch Micrococcus catarrhalis. (J. Inf. Dis., Nr. 3, 1929.) Nach intranasaler Applikation von Micrococcus catarrhalis bei einer Versuchsperson entwickelte sich in 24 Stunden ein typischer Schnupfen. Die injizierten Bakterien wurden wieder gezüchtet. Man kann daraus schließen, daß auch der Micrococcus catarrhalis als ein Erreger von akuten Erkältungskrankheiten anzusehen ist.

N. Henning, Leipzig.

2183.

Girges, Rameses, Schizostoma Mansonii. (Lancet, 216., 5512.) Die Krankheit, welche durch das Schizostoma hervorgerufen wird, ist endemisch und weit verbreitet in ganz Unterägypten und einigen Teilen von Oberägypten. Man unterscheidet einen intestinalen und hepatischen Typus. Im akuten Stadium Injektion von Tartar. emet., sonst Tonica. Die Splenektomie ist kontraindiziert.

Ashkenasy, Wien.

2184.

Melkison, E., Ueber die Rattenbißkrankheit. (Hygiea, Heft 8, 1929.) Bei einem 56jährigen Manne traten nach einem Rattenbiß im Unterarm nach einigen Wochen plötzlich Schmerzen auf und später Fieberattacken, die zwei Monate anhielten, mit Temperaturen bis 40°. Am Unterarm entstand ein Exanthem. Das

Blutbild zeigte absolute und relative Leukozyten. Wurde das Blut Mäusen injiziert, so fanden sich bei diesen vereinzelt Spirochäten. Durch Neosalvarsaninjektionen wurde der Kranke geheilt. Die Rattenbißkrankheit tritt gewöhnlich erst nach einem mehrwöchigen Prodromalstadium auf; sie geht mit einem charakteristischen, remittierenden Fieber, Exanthem, Muskelschmerzen einher. Die Ueberimpfung des Blutes kann Spirochäten aufweisen oder Lymphdrüenschwellungen bei Tieren (Mäusen). Salvarsan führt gewöhnlich zur vollen Heilung. Abortive, leichtere Fälle sind nicht selten. Wassermannreaktion im Blut ist stets negativ. Allgemeine Prodromalerscheinungen, wie Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Wunde, Schwellungen, Muskelschmerzen gehen dem Fieberausbruch voraus. Der „Spirochaeta morsus muris“ kann auf Mäuse, Ratten, Affen, Meerschweinchen überimpft werden resp. durch das Blut übertragen werden.

S. Kalischer.

Innere Medizin einschließt. Tuberkulose

2185.

Oswald, A., Ueber das sogenannte gleichzeitige Vorkommen von Basedow und Myxödem beim gleichen Individuum. (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 41., Heft 2.) Verfasser schildert die Kombinationsmöglichkeiten: 1. Allmählicher Übergang eines Basedow in Myxödem; 2. Hinzutreten von Basedowsymptomen zu einem bestehenden Myxödem (meist hervorgerufen durch Jod- und Schilddrüsenmedikation bei Myxödem). Diese Gruppe ist am häufigsten vertreten; 3. Zusammentreffen von Myxödem und Basedow von Anfang an. Verschiedene Autoren bestreiten das Bestehen dieser Gruppe, während sie der Verfasser unter den juvenilen endemischen Formen des Myxödems fand. Was die Pathogenese anbetrifft, so lehnt Oswald die reine Hyperthyreose- und Dysthyreosetheorie ab. Er nimmt vielmehr an, daß beim Basedow neben Hyperthyreose und unabhängig von dieser eine Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, eine Hypervegetation besteht. Das, was man bei einem aus Basedow hervorgegangenen Myxödem als Basedowsymptome bezeichnet, sind in Wirklichkeit keine thyreogenen, sondern hypervegetationische Symptome. Supersekretion der Thyreoidea allerdings steigert die Hypervegetation; sie wirkt als Multiplikator.

Die vom Verfasser aufgestellte Dualitätslehre macht das gleichzeitige Vorkommen von Basedow und Myxödem verständlich.

E. Orbach.

2186.

König, Willy, Theoretische und experimentelle Grundlagen zur Behandlung der Basedowschen Krankheit. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 14.) Aus den Versuchen des Verfassers ergeben sich folgende therapeutischen Forderungen:

1. muß dafür gesorgt werden, daß die normale Pufferfähigkeit der Gewebe wiederhergestellt wird.
2. muß man die Resynthese der Milchsäure beschleunigen,
3. muß versucht werden, die eigentliche Grundursache der Basedowsymptome, nämlich die Steigerung der anoxybiotischen Stoffwechselvorgänge, zu beseitigen.

Die erste Forderung kann durch eine basenreiche Ernährung und durch künstliche Zufuhr von Basen erfüllt werden. Vielfach spielt eine laktovegetabile Kost in der Basedowbehandlung eine große Rolle, wenn auch laktovegetabil nicht gleich basenreich zu setzen ist. Es wird auf die Arbeiten von Ragnar Berg verwiesen und, was die künstliche Zufuhr von Basen anbetrifft, auf das durch seine Anregung hergestellte Präparat Basika.

Zur zweiten Forderung wird gesagt, daß es nach Versuchen von Hinsberg möglich ist, mit Natriumphosphat die Resynthese der Milchsäure zu verbessern. Die ausgezeichneten Erfolge, die mit Natriumphosphat bei der Basedowbehandlung seit Kocher erzielt worden sind und die auch E. Payr an seinem großen Basedowmaterial mit Protulin, jetzt mit Phytophosin, erzielt hat, sprechen für die Richtigkeit sowohl der Hinsberg'schen Versuche als auch der in vorliegenden Arbeit geäußerten Vorstellung.

Die eigentliche Hauptursache der Basedowsymptome betrifft die dritte therapeutische Forderung, die Hemmung der anoxybiotischen Spaltungsvorgänge.

Der Antagonist im hormonalen Gleichgewicht ist das Insulin, bei dem möglicherweise ein solcher Einfluß besteht. Denn es ist möglich, den Tod thyreotoxischer Kaninchen in der Kohlensäurevergiftung durch Insulin um mehrere Stunden hinauszuschieben; während ein thyreotoxisches Tier durch Kohlensäure in 2 bis 4 Stunden getötet wird, gelingt es, ein solches Tier durch große Insulingaben (10 bis 20 internationale Einheiten) bis zu einer Dauer von 8 Stunden widerstandsfähig zu machen. Es gelingt auch, ein fast bewußtloses Tier durch Insulin so zu bessern, daß es wieder Schritte macht und eine Zeitlang munter herumspringt.

Auf Grund der Vorstellung von der Wirksamkeit der Schilddrüse auf die anoxybiotischen Vorgänge wird experimentell der Beweis erbracht, daß im Stoffwechsel des thyreotischen Organismus die Puffertätigkeit der Gewebe weitgehend geschädigt ist und daß als Hauptfaktor für die vor- und nachoperative Behandlung der Basedowschen Krankheit sowie auch für die Wirksamkeit des Insulins die Zufuhr von Basen erforderlich ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2187.

Rutich, J., **Zur Frage des toxischen Adenoms der Schilddrüse.** (Orv. hetil., Nr. 8, 1929.) Das toxische Adenom ist eine in den vierziger Jahren häufiger bei den Männern sich entwickelnde Thyreotoxikose. Palpatorisch läßt sich an der Schilddrüse solcher Individuen meist nichts Pathologisches oder nur eine kleine, alte, höckerige Struma nachweisen. Die Anzeichen der Krankheit sind: rasch fortschreitende Abmagerung, Schwächegefühl, Unruhe, Tachykardie, mäßig erhöhter Grundumsatz, aber fast ohne Augen- und Darmsymptome. Prognose sehr ernst; die internistische Behandlung verspricht nicht viel; nach englischen und belgischen Autoren soll die doppelseitige Resektion der Schilddrüse gute Erfolge zeitigen.

Rob. Klopstock.

2188.

Czyhlarz, **Beitrag zur Lehre der Herzpathologie.** (Wien. klin. Wschr., 42., Nr. 18.) Das rauhe systolische Geräusch, das oft bei älteren Leuten (meist jenseits des 60. Lebensjahres) über der Herzspitze gehört wird, beruht auf einem Schwielenknarren, das durch die Kontraktion des myokarditisch fibrös veränderten Herzmuskels entsteht. Die Hypertrophie der Herzmuskulatur kommt in diesen Fällen dadurch zustande, daß die Kontraktion des durch das Schwielenewebe steiferen Myokards einen vermehrten Kraftaufwand erfordert.

Ernst Pick, Wien.

2189.

Maresch, **Zur Kenntnis der Insuffizienz der Aortenklappen.** (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 14.) In 2 Fällen von Aorteninsuffizienz war folgende Ursache der letzteren zu erheben: Durch wenig ausgedehnte, quere Wandrisse der Aortenintima, die mit geringer Dislokation der Ränder ausgeheilt waren, kam es durch das Auseinanderweichen der Ränder zu einer Verschiebung der entsprechenden Aortenklappen herzwärts. Diese Verschiebung, die durch den diastolischen Druck des Blutes bedingt ist, führt zur Schlußunfähigkeit der Klappen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist der klappennahe Sitz des Risses, namentlich wenn er sich über einer Kommissur befindet.

Ernst Pick, Wien.

2190.

Felberbaum, D., B. Finesilver, **Zerebrale Manifestationen bei kardialen Störungen.** (Med. J. a. Rec., Nr. 5, 1929.) Man unterscheidet solche durch Anämie (Schwindel, kardiale oder vasomotorische Synkope, ev. mit Konvulsionen); durch Stasis (Kongestion oder Oedem durch zirkulatorische Störungen); psychotische (Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, akute und chronische Psychosen, Herzneurose); vaskuläre (thrombotische Störungen, Hemiplegie, postembolische Epilepsie) und meningale Form (Meningitis durch infektiöse Emboli bei Endokarditis in den Meningen). Am störendsten ist bei funktionellen und organischen Erkrankungen der Schwindel, besonders bei Aortenerkrankungen, bei Arteriosklerose (oft Tinnitus) und Hypertension. Morgens oder bei Lagewechsel. Sehr ernst bei Hypotension. Ursache Anämie bei Herzfehlern, zerebrale Stase, Spasmen bei Arteriosklerose, Thrombose, Embolus, Synkope mit und ohne Krämpfe: mit Herzblock bei Adams-Stokes. Oft ist die Unterscheidung von einer primären zerebralen Affektion schwer. Ohnmachten bei vasomotorischen Störungen sind nicht kardial, sondern durch plötzliche Dilatation der splanchnischen Gefäße bedingt: Hinlegen, kalt Wasser. Wenn dabei eine organische Herz- oder Nervenaffektion fehlt, Schreck, Erregung, Schmerzen, so ist dies meist vasomotorisch; bei Lagewechsel, Vorwärtsbeugen kann es sogar zu Hypotension, Synkope, Anthydie dabei kommen. Solche „Anfälle von petit mal“ sind nicht selten durch paroxysmale Tachykardie hervorgerufen: Verminderung des ausgeworfenen Blutvolums, des arteriellen Drucks, zerebrale Anämie, Synkope. Auch Vorhofflattern kann ähnliche Zustände im mittleren Alter vorübergehend verursachen. Ebenso kann Bradykardie bei Herzblock Petit mal und Epilepsie vortauschen, sogar mit Krämpfen. Ausschlaggebend ist die Bradykardie dabei und das Alter des Patienten nach 40. Herzblock kann auch in der Jugend vorkommen, kongenital (Septumdefekt). Nach oder im Verlauf akuter Fieber, besonders Diphtherie, kann es zu Herzblock, Ohnmacht und Konvulsionen kommen; ebenfalls durch Anämie. Herz und Puls geben Auskunft. Auch bei Myokarddegeneration kommt Synkope vor: bei Älteren mit Dyspnoe bei Anstrengung, Dyspnoe, Palpitation, Beinödem: Klappenaffektion, Emphysem, chronische Nierenaffektion, Arteriosklerose; schwacher

unregelmäßiger Puls, schwacher Herzstoß, Galopprhythmus, weiches Geräusch an der Spitze. Man kann dies auch bei sehr fetten finden, bei schweren Anämien, bei Alkoholismus, bei den Kachexien, bei Krebs und Tuberkulose: verminderte Kontraktilität des Ventrikels. Infolgedessen schwacher kleiner Puls von 30 bis 40 oder rapider unregelmäßiger Puls. Keine Zyanose, kein Oedem. Auch bei Angina pectoris und Koronarthrombose: meist Schocksymptome durch Schmerz und Angst, Schlaflosigkeit: oft durch Dyspnoe im Liegen; aber auch bei voll kompensierten Fehlern, namentlich der Aorta (Insuffizienz); auch bei Hypertension: Fehlen der zum Schlaf nötigen Anämie; Besserung bei Sinken des Drucks. Reizbarkeit ist an sich kein schweres Symptom, stets bei schwerer Endokarditis und Herzfehlern kann sie Vorläufer eines mentalen Syndroms sein. Eine länger dauernde Erschöpfung kann bei kongestiven Herzfehlern zu Psychosen führen; stets ein übles Omen. Akut können sie bei exzessiven Dosen von Digitalis entstehen, so daß u. U. zu anderen Herzmitteln gegriffen werden muß. Zerebrale Embolie leiten sich mit plötzlicher Bewußtlosigkeit, seltener mit Konvulsionen ein, Mono- oder Hemiplegie. Solche plötzlichen, schleichenden, vorübergehenden oder dauernden paralytischen Anfälle kommen auch bei jungen Leuten vor mit rheumatischer Affektion, Chorea oder Endokarditis, früher, bei denen das Herz die Ursache des neurologischen Bildes ist, je nach der Art des Embolus usw. Treten solche Konvulsionen früh auf bei Lähmungen, so ist das ein übles Vorzeichen; Lumen versagt bei dieser „Epilepsie“. Auf eine akute bakterielle Endokarditis kann sehr leicht eine purulente Meningitis, der u. U. lediglich ein enges Gefühl oder Enzephalitis folgen, im Präkordium vorausgehen. Oft findet man noch sonstwo im Körper Zeichen der Infektion: Hämaturie, Pneumonie, Petechien der oralen und konjunktivalen Schleimhaut und auf der Haut. Septisches Fieber. Voraus geht Anämie und tiefe Asthenie. Kopfschmerzen, Erbrechen, Nackensteifheit, Koma. Kommt die zerebrale Anämie durch Splanchnikusstase, Beine hoch; durch zerebrales Oedem, Kopf hoch; Phlebektomie, Spinalpunktion. Kämpfer, Strychnin, Ergotin, Strophantin (letzteres nicht, wenn kurz zuvor Digitalis gegeben). Absolute Ruhe, u. U. mit Sedativs. Gegen die Konvulsionen bei Stokes-Adam: Bariumchlorid 30 mg dreimal täglich u. m. Vorsicht mit Digitalis: kann nicht organisierte intrakardiale Thromben weiter zerstreuen.

2191.

Palmer, S. Robert, und Paul S. White, **Die klinische Bedeutung des kardialen Asthmas.** (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 6, 1929.) Von 3100 Patienten mit organischen Erkrankungen des Herzens litten 250, das sind 8% an kardialen Asthma. Von diesen waren 180 männlichen, 70 weiblichen Geschlechts. Die meisten hatten das 40. Lebensjahr überschritten; der jüngste Patient stand im Alter von 18, der älteste im Alter von 80 Jahren. Am häufigsten war Asthma cardiale anzutreffen unter den Patienten mit syphilitischen Erkrankungen des Herzens bzw. der Aorta — unter 161 Fällen dieser Art 34mal, das sind 21%, danach folgen die Gruppe der Patienten mit chronischer Nephritis und der mit Erkrankungen der Koronargefäße und arteriosklerotischen Erscheinungen mit 19% bzw. 10,7%. Seltener war Asthma cardiale unter den Rheumatikern anzutreffen — 2,2%. Von den Patienten mit Vorhofflimmern waren nur 3,1% mit kardialen Asthma befallen. Frei davon, waren Fälle von subakuter bakterieller Endokarditis (34 Fälle), Fälle mit angeborenen Herzfehlern (38) und die Fälle mit sogenanntem „Emphysemherz“. Bei 12 an Asthma cardiale leidenden Patienten war die Aetiologie der vorhandenen Herzkrankung unklar. Die düstere Prognose, welche die Fälle mit kardialen Asthma bieten, drückt sich in folgender Tatsache aus: Von den 250 Patienten waren 70 durchschnittlich 1,4 Jahre nach dem Auftreten des ersten Anfalles nicht mehr am Leben. Schwache Herztöne, Galopprhythmus und alternierender Puls deuteten in der Regel auf eine kurze Lebensdauer des Patienten. Hinsichtlich der Therapie des Asthma cardiale stimmen die Erfahrungen der Verfasser mit den von anderen Autoren gemachten überein. Digitalis und körperliche Schonung bewirkten Verminderung der Zahl der Anfälle und schienen in einzelnen Fällen das Leben zu verlängern. Für die Bekämpfung des einzelnen Anfalles sind Nitrite und Alkohol, vor allem aber Morphin von größtem Nutzen.

L. Büchler, Wien.

2192.

Makarowski, P. J., **Die Beklopfung der Herzgegend als Wiederbelebungs-methode.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 13/14.) Bei Versagen der Herztätigkeit (z. B. bei Narkose, Asphyxie, Vergiftung usw.) führt die Beklopfung der Herzgegend oft zu überraschenden Erfolgen. Das Verfahren ist sehr einfach und leicht ausführbar, wird in der Praxis jedoch selten geübt. Technik: Man beklopft mit der Hand, die leicht geballt ist, und zwar in der Weise, daß der Daumen neben dem Zeigefinger liegen bleibt; die Beklopfung erfolgt unmittelbar auf die Herzgegend mit großer Kraft

und äußerst schnell nach Art der manuellen Vibrationsmassage. Der Effekt, der gewöhnlich sehr rasch eintritt, beruht, wie Verfasser sich überzeugen konnte, auf der unmittelbaren „Erschütterung“ des Herzens, was als Reiz zur Wiederherstellung der unterbrochenen Herztätigkeit durch mechanische Erregung der Herznervengeflechte und -bündel erscheint. Seine Erwägungen illustriert der Verfasser durch einige Fälle. E. Kontorowitsch.

2192 a.

Speranski, M. N., *Neuralgia aortae abdominalis*. (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 20.) Neuralgie der Bauchaorta beobachtet man nicht selten. Solche Patienten klagen über Schmerzgefühl im Epigastrium und der Unterbauchgegend, am häufigsten in den seitlichen Partien. Die Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen ist nicht leicht, da die Schmerzen sich auf die Nachbarorgane übertragen und oft Gastritis, Magengeschwür, Appendizitis, Enteralgie, Nierenleiden, Gallenblasenbeschwerden usw. vortäuschen können. In Wirklichkeit handelt es sich hier um Schmerzen, deren Ausgangspunkt das periaortale Nervengeflecht ist. Die Diagnose erfolgt auf Grund der Palpation, wobei der leiseste Druck auf die Bauchaorta Schmerz hervorruft. Die Schmerzen irradiieren dabei nach oben bis zum Aortenbogen und nach unten bis zur rechten bzw. linken Aorta femoralis. Was die Ätiologie anbelangt, so konnte der Verfasser diesen Symptomenkomplex in der Mehrzahl der Fälle mit einer vorangegangenen Erkrankung, wie Malaria, Grippe, auch Syphilis in Verbindung bringen. Je nach der Ätiologie und Therapie bestehen die Schmerzen tage- bis jahrelang. Die Kausaltherapie führt stets zum Ziel. E. Kontorowitsch.

2193.

Schuberth, Ueber einen Symptomenkomplex bei vegetativ Stigmatisierten. (Wien. klin. Wschr., 42., Nr. 17.) Bei vegetativen Neurosen findet sich häufig folgende Symptomentrias: Obstipation, Dysmenorrhöe, Anidrose. Bei den Patientinnen, die diese Trias zeigten, fielen meist mehrere mechanische Prüfungsarten der vegetativen Neurose positiv aus. Namentlich die respiratorische Arrhythmie wurde in allen Fällen gefunden. Allen 3 Symptomen der Trias ist gemeinsam, daß es sich in allen Fällen ursprünglich darum handelt, daß der Vegetativneurotiker unbewußt alles zu vermeiden trachtet, was seinem Stilgefühl zuwiderläuft. Was als unangenehm, schmerzhaft, unästhetisch empfunden wird, wird unterdrückt, bis es zu Fehlleistungen kommt. Diese Verhältnisse deuten auf eine Psychoneurose hin; gleichzeitig waren aber in allen Fällen zahlreiche Symptome vorhanden, die auf eine Organneurose schließen lassen (fehlende Korneal- und Rachenreflexe, lebhaftes Sehnen- und Peristaltreflexe). Man kann daher keine Trennung in Organ- und Psychoneurose durchführen. Ernst Pick, Wien.

2194.

Adson, W. Alfred, und George E. Brown, Raynaudsche Erkrankung der oberen Extremitäten. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 6, 1929.) Verfasser berichten über die erfolgreiche Behandlung zweier Fälle von Raynaudscher Erkrankung der oberen Extremitäten durch Resektion des sympathischen zervikothorakalen und des zweiten thorakalen Ganglions sowie des zwischen beiden liegenden Stammes. Es kam zu einer deutlichen und anhaltenden Erweiterung der Gefäße im Bereich des Gesichtes und der oberen Extremitäten. Farbenwechsel und Temperaturschwankungen, wie sie vorher bei Schwankungen der Temperatur der Umgebung zu beobachten waren, schwanden praktisch vollständig. Die Haut nahm eine normale Färbung an, war trocken und wies deutlich erhöhte Temperatur auf. Die Schweißabsonderung war im Bereich der Arme, der Brust, des Rückens und des Gesichtes deutlich vermindert. Der gesamte klinische Befund zeigte unzweifelhaft eine ausgesprochene Besserung. Die durch diese Operation erzielten Resultate sind jenen durch Entfernung der lumbalen Sympathikusganglien erreichten vergleichbar. Bei einem der beiden Patienten wurde später noch die Entfernung der Lumbalganglien vorgenommen, die von dem gleichen zufriedenstellenden Resultat — Vasodilatation im Bereich der unteren Extremitäten — gefolgt war. Mitunter vorkommende Versager haben ihre Ursache in der unvollkommenen Entfernung der vasokonstriktorischen Fasern, welche die peripheren Gefäße in den Extremitäten versorgen. L. Büchler, Wien.

2195.

Henderson, Vandell, und H. W. Haggard, Hyperventilation der Lungen als prophylaktische Maßnahme gegen Pneumonie. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 6, 1929.) Hyperventilation der Lungen durch tiefe Atmung, wie sie durch die Inhalation von Kohlensäure in physiologischen Mengen und bei gleichzeitiger Zufuhr von Sauerstoff bewirkt wird, hat sich als wirksames Mittel zur Verhinderung postoperativer und der nach Vergiftung mit Kohlenoxyd fast regelmäßig auftretenden Pneumonie erwiesen. Söwölh nach Allgemeinnarkose wie nach Kohlenoxydvergiftung wird die Atmung oberflächlich; einzelne Lungenabschnitte werden zu

wenig ventiliert und in weiterer Folge atelektatisch. Die Atelektase bereitet der Pneumonie den Boden. Die zu den schlecht ventilierten Lungenpartien führenden Bronchien und Bronchiolen werden durch das in ihnen sich anhäufende zähe Sekret verlegt und die hinter dem Hindernis in den Alveolen noch vorhandene Luft allmählich resorbiert. Zahlreiche Autoren sind der Ansicht, daß die infolge ungenügender Lungenventilation sich entwickelnde Atelektase den Boden für die Entwicklung der postoperativen Pneumonien abgibt, eine Ansicht, die nach Birnbaum und Coryllos für alle echten Pneumonien Geltung hat. Die genannten Autoren zeigten, daß eine Pneumokokkeninfektion immer zu Atelektase führt. Eine Erweiterung unventilierter und bereits kollabierter Lungenabschnitte läßt sich durch die Einatmung von Kohlensäure in Sauerstoff, wodurch die Atmung in wirkungsvoller Weise angeregt wird, erreichen. Eine schädliche Wirkung auf das Herz hat die Einatmung von Kohlensäure, solange nur physiologische Mengen (5 bis 7%) zur Anwendung gelangen, nicht. Im Vergleich zu anderen therapeutischen Mitteln ist die Kohlensäure ein außerordentlich mildes, dabei in seiner Wirkung spezifisches Stimulans. Die bei den Rettungsmannschaften von Gasgesellschaften und Feuerwehren in vielen Städten Amerikas in Gebrauch stehenden Inhalationsapparate für die Behandlung von kohlenoxydvergifteten Personen mit Kohlensäure-Sauerstoffgemisch (5% Kohlensäure enthaltend) werden nun auch häufig bei Patienten mit Pneumonie in Anwendung gebracht. Die Resultate sind offensichtlich günstig. Ob die Inhalationsbehandlung mit Kohlensäure-Sauerstoff auch bei Pneumonien anderer Ätiologie als wirksames prophylaktisches Mittel in Betracht kommt, müssen klinische und experimentelle Untersuchungen an geeignetem Material lehren. L. Büchler, Wien.

2196.

Hunt, T. C., Lungengeschwülste. (Lancet, 216., 5511.) St. Marys Hospital, London.) Es werden 26 Fälle beschrieben, von welchen 21 den „Hoferzellentypus“ aufweisen. Zwischen diesen jedoch und Tumoren mit anderem Zellentypus konnte klinisch kein Unterschied gefunden werden. Das Verhältnis vom männlichen zum weiblichen Geschlecht war 3 : 1. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Vorkommen des Tumors und der Art der Beschäftigung des Kranken festgestellt werden; dagegen wurden nicht selten Lungenaffektionen, wie Bronchitis oder Influenza, anamnestisch erhoben, nach deren normalem Ablauf und einer kurzen scheinbaren Erholung bald die Symptome des Lungenneoplasma, vor allem Druckerscheinungen sich einstellten. Die Durchschnittsdauer der Krankheit (vom Auftreten der ersten spezifischen Symptome bis zum Tode) betrug 6 Monate. In 48% der Fälle war Hämoptoe, darunter wieder in 48% Pleuritis zu verzeichnen. In 40% war die Lage der Herzspitze unverändert, Metastasen waren nicht häufig. Therapeutisch erwiesen sich Röntgentiefenbestrahlungen sowie aufrechte Lage als die wirksamsten symptomatischen Mittel; nicht selten wurden in derartig behandelten Fällen Besserungen des subjektiven Befindens und auch Zurückgehen der Symptome konstatiert, wenn auch das Wachstum der Geschwulst durch die Strahlentherapie nicht beeinflusst werden konnte.

Ashkenasy, Wien.

2197.

Konrad, Albin, und Wolfgang Franke, Ueber primäre Lungenkarzinome. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 16.) Seit dem Jahre 1913 und besonders seit dem Jahre 1918 nimmt die relative (in bezug auf die Gesamtkrankenzahl berechnete) und die absolute Häufigkeit der Erkrankungen an primärem Lungenkarzinom zu.

Von der Krankheit wird weitaus mehr das männliche als das weibliche Geschlecht betroffen. Die örtlichen Verhältnisse in Königsberg geben besonders Gelegenheit zu der Feststellung, daß Rassenunterschiede bei der Erkrankung eine Rolle spielen; jedenfalls stellen die Ostjuden einen ziemlich erheblichen Prozentsatz der Erkrankten dar.

Eine Ursache für die Zunahme des Lungenkrebses konnte weder durch Berücksichtigung allgemeiner Momente (Staubinhalation, Straßenteerung, Gewerbeschädigungen, soziale Verhältnisse usw.) noch durch die Verwertung der Krankengeschichten (anamnestische Angaben über Grippe, Nikotinmißbrauch, Tuberkulose usw.) festgestellt werden. Arnold Hirsch, Berlin.

2198.

Edel, Hans, Die Lokalbehandlung eitriger Lungenprozesse mit Intrathorakalen Neosalvarsaninjektionen. (Med. Klin., Nr. 17, 1929.) (I. Deutsche Med. Klinik in Prag.) Auf Grund seiner Erfahrung an 8 Fällen empfiehlt Verfasser, bei allen eitrigen Lungenprozessen einen Versuch mit intrathorakalen Neosalvarsaninjektionen zu wagen. Bei Empyemen punktiert man mit einer gewöhnlichen dicken Injektionsnadel. Nach Ablassung des Eiters spritzt man durch dieselbe Nadel das Neosalvarsan in die Pleurahöhle. Da die Pleura auch größere Mengen reaktionslos verträgt, beginnt man

mit der Dosis 0,45 und steigt allmählich bis 0,6 g, in 10 ccm Aqua destillata gelöst, in 3- bis 5tägigen Intervallen, je nach der Allgemeinsreaktion und der Nachfüllung des Empyems. Bei Lungenangrän injiziert man möglichst in den Krankheitsherd selbst, also intrapulmonal. Bei Bronchiektasien gibt man das Mittel in den erkrankten Bronchialbaum: Nach ausgiebiger Anästhesie des Pharynx und Larynx mit 20prozentigem Kokain führt man, wie für eine Jodipinfüllung, den Larynxkatheter in die Trachea ein, lagert den Patienten auf die kranke Seite, spritzt etwa 5 ccm einer 2prozentigen Kokainlösung in den Bronchialbaum. Nach etwa 5 Minuten spritzt man 0,15 g, steigend bis 0,6 g Neosalvarsan in 4- bis 6tägigen Intervallen, je nach der Reaktion, nach und spült dann mit einigen Kubikzentimeter Aqua destillata den Katheter und Trachea durch, um die ganze Dosis intrabronchial zu deponieren. Ein weiteres Indikationsgebiet ergibt die postoperative Nachbehandlung bei Pneumotomien und Rippenresektionen bei Empyemen. Man stopft postoperativ die Operationshöhle mit in Neosalvarsan getränkten Gazetamppons aus oder packt das Dränrohr mit Neosalvarsangazestreifen ein. Die Dosis beträgt, wechselnd je nach der Größe der Höhle, 0,3 bis 0,6 Neosalvarsan in 10 bis 20 ccm Wasser gelöst. Die Prozedur wird bei jedem Verbandwechsel wiederholt. Die Vorzüge dieser Behandlungsart der eitrigen Lungenprozesse bestehen in der überaus schnellen Reinigung der floriden Brustfellinfektion, in der schon nach 8 Tagen erfolgenden spontanen Totalausstoßung der gangränösen Lungenteile und in dem fast ganz fieberfreien Heilungsverlauf. Die Wirkungsweise muß man sich so vorstellen, daß das intrapulmonale Neosalvarsandepot eine frühzeitige und vollkommene Thrombose sämtlicher Gefäße innerhalb dieses Bezirkes bewirkt, dadurch die Resorption des Mittels verlangsamt, die Remanenz verlängert, somit das erkrankte Lungengebiet unter dauernder bakterizide und Reizwirkung gesetzt wird. L. Gordon, Berlin.

2199.

Donk, Die Blockade des Nervus phrenicus. (Wien. klin. Wschr., 42., Nr. 15.) Eine Pleuritis diaphragmatica kann sowohl für sich allein als auch als Begleiterscheinung einer basalen Pneumonie oder diffusen Bronchitis unter dem Bilde einer akuten Erkrankung im Bereiche des Oberbauches einhergehen. Die Schmerzen im Oberbauch, die zu schweren differentialdiagnostischen Irrtümern führen können, werden durch die Anastomosen zwischen Phrenikus und Plexus coeliacus erklärt. Durch Novokainblockade des Nervus phrenicus am Hals lassen sich die abdominalen Schmerzen bei Pleuritis diaphragmatica und bei basalen Lungenerkrankungen kupieren, wie an 7 Fällen gezeigt wird. Technik: Der Kopf des Kranken wird nach rückwärts geneigt und nach der entgegengesetzten Seite gedreht. Lateral vom Musculus sternocleidomastoideus tastet man den gespannten Musculus scalenus anticus, auf den mit einer dünnen Nadel 2 bis 3 Querfinger oberhalb der Klavikula eingestochen wird. Unter Verschieben der Nadel werden 10 bis 20 ccm des Anästhetikums injiziert.

Ernst Pick, Wien.

2200.

Hunt, E. L., Aneurysma der Milzarterie. (Amer. J. med. Sciences, 176., Nr. 2.) Ein Aneurysma der Milzarterie ist selten, und nur 50 Fälle sind in der Literatur beschrieben, von denen der Verfasser 45 aufzählt. Seine Ätiologie ist dunkel, doch kann die Arteriosklerose dazu beitragen, jedoch nur selten, wenn überhaupt, eine Syphilis. Es ist festgestellt, daß weder das Geschlecht noch ein Trauma als Faktoren in Frage kommen. Das Alter scheint bis zu einem gewissen Grade determinierend zu sein, da 16% unter 35 Jahren zur Beobachtung kamen.

Die Prädispositionsstelle ist der Hauptstamm der Arterie. 6 Symptome werden beschrieben: Schmerzen, Milztumor, gastrointestinale Hämorrhagien, epigastrischer Tumor, Anämie und das Röntgenbild.

Die häufigsten Komplikationen sind Endokarditis und Hypertension. Im Falle des Verfassers wurde durch die Autopsie als Todesursache festgestellt, daß Arteriosklerose, Herzhypertrophie und ein geborstenes Aneurysma der Milzarterie zusammenkamen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2201.

Mascher, Willi, Zur Frage der Drüseneinschmelzung bei Lymphogranulomatose. (Act. med. Scand., 70., Heft 1.) Es ist auffällig, daß so außerordentlich selten eine sekundäre Beteiligung der Haut bei der Lymphogranulomatose über primär erkrankten Drüsen, auch nur im Sinne einer Verlötung mit der Unterlage, geschweige denn mit Durchbruch und Fistelbildung beschrieben worden ist. Subkutan gelegene Drüsen sind ja so häufig Sitz der Lymphogranulomatose und nekrotische Prozesse in diesen Drüsen so gewöhnlich, daß man das Vorkommen eines derartigen Prozesses viel häufiger erwarten sollte. Die allgemeine Lehrmeinung geht ebenfalls dahin, daß lymphogranulomatöse Drüsen die sie bedeckende Haut stets intakt lassen. „Die Lymphknoten sind immer

frei verschieblich gegen Haut und Unterlage und greifen niemals, im Unterschiede gegen tuberkulöse Erkrankungen, auf die Haut selbst über“ (Naegeli). „Das maligne Lymphom durchbricht niemals die Drüsenkapsel“ (Lexer). „Es fehlt diesen Drüsen die Eigenschaft, durch Zerfall zu erweichen und aufzubrechen“ (Lexer). „Zu einer Verlötung mit der Haut kommt es in den in der Literatur zu findenden Beobachtungen nie“ (Düring, 1918). „Die bedeckende Haut zeigt keine entzündlichen Veränderungen“ (Ziegler, 1923). „Es fehlt Verkäsung und Fistelbildung“ (Kleinschmidt). „Die Drüsen zeigen keine Verwachsungen mit der Haut“ (Kleinschmidt).

Um so mehr ist es zu beachten, daß der Verfasser 3 einwandfreie Fälle beschreibt, in denen lymphogranulomatöse Drüsen die erwähnten, sonst nur der Tuberkulose zugeschriebenen Merkmale zeigten. Hinsichtlich der Pathogenese dieser Einschmelzung mit eventuellem Durchbruch durch die Haut ist in erster Linie an solche nicht seltenen nekrotischen Prozesse in diesen Drüsen zu denken, die nach Yamasaki und Sternberg oft durch anämische Infarzierung durch Venenthrombosen hervorgerufen werden sollen. Ferner ist an die auslösende Wirkung von Traumen mit und ohne sekundäre Infektion sowie an eine Wirkung der Röntgenstrahlen zu denken. Die letztere Annahme ist jedoch sehr unwahrscheinlich, da trotz intensiver Röntgenbehandlung, die fast in jedem Falle von Lymphogranulomatose vorgenommen wird, diese erwähnten Prozesse nicht zur Beobachtung kamen.

Differentialdiagnostisch kann ein solcher Prozeß rein klinisch von einem einschmelzenden tuberkulösen Lymphom wohl kaum unterschieden werden. Die Diagnose ergibt sich erst aus der histologischen Untersuchung probeexzidierten Partien sowie aus dem Ausfall der sonstigen Untersuchungsmethoden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2202.

Fischl, F., Lymphogranulomatosis inguinalis (Poradenitis). (Seuchenbekämpfung, Nr. 2, 1929.) Die seit langem bekannte Krankheit ist immer noch nicht bei der Allgemeinheit der Aerzte bekannt. Das Lymphogranuloma inguinale beginnt — fast ausschließlich bei Männern in der Zeit der Geschlechtsreife — plötzlich mit dem Auftreten einer kleinnußgroßen, wenig schmerzhaften Schwellung einer Leistendrüse. Die Schwellung nimmt zu. Erweichung und Durchbruch stellen sich ein. Die Eiterung hält monatelang an. Am Genitale findet man im Frühstadium bisweilen noch die primäre Läsion: kleine, herpesähnliche Erosionen. An Allgemeinerscheinungen werden Temperatursteigerungen von $\frac{1}{2}$ bis 2 Grad beobachtet. Im Blutbild findet sich Lymphopenie und Monozytose. Histologisch findet man in einem an Plasmazellen reichen Gewebe sternförmige Abszesse von unregelmäßiger Begrenzung, an deren Rand sich Epitheloid- und Langhanssche Zellen anschließen.

Der Erreger der Krankheit ist nicht sicher bekannt. Mosgar fand einen grampositiven, leicht gekrümmten Bazillus mit Kolbenbildung an einem Ende.

Therapeutisch scheinen die besten Erfolge noch nach Röntgenbestrahlung einzutreten. Völlige Heilung ist auch danach nicht beobachtet worden.

N. Henning, Leipzig.

2203.

Mackay, W., Behandlung der Polycythaemia vera mit Phenylhydraz hydrochlor. (Lancet, 216., 5511.) (Glasgow Royal Infirmary.) Es scheint kein Zweifel zu bestehen, daß Phenylhydrazin ein wirksames Mittel in der Behandlung der Polyzytämie darstellt, indem es zur Zerstörung von Erythrozyten führt. Wenn es auch noch nicht feststeht, ob der destruktive Prozeß intra- oder extrazellulär sich abspielt, die hämolytische Wirkung des Mittels wird durch die Bilrubinsteigerung im Blutserum und das fallweise Auftreten von Urobilin im Harn bewiesen. Die Wirkung auf das hämatopoetische System ist nicht klar. Es scheint, daß Phenylhydrazin aktive Regeneration fördert, wofür das Auftreten von Retikulozyten, Megalozyten sowie der Polychromasie spricht. Ob diese Erscheinung ein Effekt direkter Reizung des erythropoetischen Systems oder ein sekundäres Symptom infolge Zerstörung der roten Blutkörperchen ist, läßt sich nicht mit Sicherheit bestimmen; sehr wahrscheinlich ist es jedoch, daß die gesteigerte Aktivität die Antwort auf das Bedürfnis des Organismus nach Ersatz durch rote Blutkörperchen der durch Phenylhydrazin zerstörten Zellen ist. Wenn auch die gute Wirkung von Phenylhydrazin bei der Polyzytämie nur ein temporärer ist, so ist das Mittel doch zu empfehlen, da es eine Besserung des Allgemeinzustandes und Schwinden lästiger Symptome bewirkt, vorausgesetzt, daß die Medikation durch häufige Zählung der Blutkörperchen kontrolliert und daß sie unterbrochen wird, sobald die Zahl der Erythrozyten auf 4,5 Mill. gesunken ist. Ob zwar vor der Hand keine Kontraindikation der Phenylhydrazintherapie aufgestellt ist, darf nicht vergessen werden, daß das Mittel ein Protoplasmagift ist. Verf. hatte Gelegenheit, zwei Fälle zu behandeln: Beginn mit 0,1 g in Gelatinekapseln, dreimal täglich, Erhöhung der Dosis auf 0,2 g zweimal täglich; wurde ein

Sinken der Erythrozyten festgestellt, dann erfolgte die Reduktion der Dosis auf 0,1 g.

Ashkenasy, Wien.

2204.

Seifert, E., Ein Vorschlag zur Behandlung der cholestischen Blutungsneigung. (Zbl. Chir., Nr. 2, 1929.) Verf. bekämpft die cholestische Blutungsneigung durch prophylaktische Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne. Seinen Vorschlag begründet er mit der Anschauung, daß die Blutung allein das Fehlen der Galle im Darm verursacht; besonders, wenn die mechanische Gallensperre vollkommen ist. Durch Fehlen der Galle im Darm wird eine Störung sowohl in der Verdauung des Nahrungsfettes wie auch der fettlöslichen Vitamine hervorgerufen, wodurch letzten Endes eine D-Vitaminverarmung des Organismus ansteht, das wiederum eine Störung des intermediären Kalkstoffwechsels nach sich zieht. Wird das Kalzium nämlich nicht genügend verwertet, so wird die Gerinnung mangelhaft, zum mindesten verzögert. Verf. zeigt an Kurven, daß die Gerinnungszeit mit der Dauer des Ikterus in geradem Verhältnis zunimmt. Gerade wie bei Rachitis, so ist auch bei langdauerndem Ikterus möglich, das D-Vitamin im Organismus mit Hilfe von Ganzbestrahlungen in 10 bis 14 Tagen zu wecken und die Gerinnungszeit zur Norm zurückzuführen. Man muß also Patienten mit langdauerndem Ikterus vor der Operation so lange bestrahlen, bis die normale Gerinnungszeit wiederkehrt.

Walter Grossmann, Berlin.

2205.

Szendy, Atila, und Isabel Szendy, Die Theorie von Ballint und die ätiologische Behandlung des Magengeschwürs. (Folia med., 10, 7.) Nach Balint kommt es bei Störung des Säurebasegleichgewichts des Organismus im Sinne eines Ueberwiegens des Säuregehalts zur Entwicklung eines Magengeschwürs. Um nun dieses Gleichgewicht wieder herzustellen, ist Vermeidung jeder größeren Muskelarbeit verboten, ferner Zufuhr von Alkalien und Ausschaltung der Magenfunktion. Verf. berichten nun über sehr gute Resultate, die sie durch Anwendung folgender Therapie erzielt haben: Jejunostomie. Absolute Bettruhe. Der Kranke erhält durch die Dünndarmfistel während eines Zeitraumes von acht bis zehn Tagen stündlich eine Tasse Milch, sowie einen Teelöffel Natr. bicarbon. Schließung der Fistel und Inauguration einer Leube-Lenhartzschen Diät unter gleichzeitiger Verminderung der Gaben von Natr. bicarb. auf dreimal täglich einen Teelöffel. Dieses Regime wird jedesmal nach Ablauf einer Woche durch Einschaltung von 1 bis 2 Milchtagen und Verabreichung größerer Alkalidosen unterbrochen. Beim Eintritt einer sichtlichen Besserung wird die Diät freier gestaltet, das Verlassen des Bettes erlaubt. Auch im weiteren Verlauf, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist eine einmal wöchentlich erfolgende Einschaltung von Milchtagen und Einnahme von Natr. bicarb. wie zu Beginn unbedingt notwendig. An Stelle von Natr. bicarb. kann man Atropin, Papaverin, Hetero-protein oder Insulin parenteral verabreichen. Die Jejunostomie nach Eiselsberg-Witzel wird vorteilhaft durch Anlegung eines Anus praeternaturalis nach Kürtz ergänzt.

Ashkenasy, Wien.

2206.

Morawitz, P., und N. Henning, Ueber jejunale Ernährung. (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 15.) Die Autoren halten die jejunale Ernährung für eine wertvolle Behandlungsmethode, die in hartnäckigen Fällen von Ulcus ventriculi und duodeni sich anderen internen Verfahren überlegen zeigt. Auch zur Behandlung mancher postoperativer Störungen (Ulcus jejuni pepticum) und schwerer Formen der chronischen Gastritis ist sie geeignet.

Arnold Hirsch, Berlin.

2207.

Bársony, Th., Die gefaltete Gallenblase. (Orv. hetil., Nr. 7, 1929.) Unter einer gefalteten Gallenblase wird eine operativ und pathologisch-anatomisch bestätigte Form verstanden, deren Wesen darin besteht, daß die Wand der Blase mit einer Falte in das Lumen hineinragt. Das cholezystographische Bild zeigt eine linienartige zirkuläre oder halbseitige Einschnürung; erstere lokalisiert sich mehr funduswärts, letztere mehr lateral. Die Achse der Gallenblase zeigt keine Brechung. Die Veränderung ist möglicherweise eine Entwicklungsanomalie, wiewohl manche Fälle dafür sprechen, daß sie Folge kleinster pericholezystitischer Adhäsionen ist. Sie hat kein typisches klinisches Bild. Das histologische Bild zeigte in keinem der zur Untersuchung gelangten Fälle eine entzündliche Veränderung.

Rob. Klopstock.

2208.

Chatzkelson, Zur Symptomatologie der Appendicitis chronica. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Es war dem Verfasser aufgefallen, daß die mittels der Finger gebildeten Falten der Haut und des subkutanen Fettgewebes im rechten Hypogastrium bei obiger Krankheit dünner sind als im linken. Es scheint also eine

Atrophie der Bauchwand im rechten Hypogastrium vorzuliegen. Den Grund für dieses Phänomen glaubt der Autor darin zu finden, daß durch die dauernde Muskelspannung im erkrankten Gebiet keine Beteiligung am Atmungsprozeß und dadurch eine Inaktivitätsatrophie stattfindet.

S. Cohn.

2209.

Pal, J., Hypertonie und Nierenkrankheiten. (Med. Welt, Nr. 17, 1929.) (I. med. Abtlg. des Allgemeinen Krankenhauses Wien.) Hypertonie und Hypertension sind zwei verschiedene Begriffe: Die Bezeichnung „Tonus“ bezieht sich ausschließlich auf den Tonus der glatten Muskelzellen, auf ihren aktiven Zustand und nicht auf den Druck, die Tension, die sie belastet. Man muß zwei Arten der beständigen arteriellen Hypertonie mit konsekutiver Hypertension und Herzhypertrophie unterscheiden: eine „primäre permanente Hypertonie“ und eine zweite Form, die bei der Glomerulonephritis und der sekundären Schrumpfnieren angetroffen wird. Der primären Hypertonie, der roten Hypertonie Volhards, liegt ein zerebral bedingter, neurogen erhöhter Tonus der Arterienmuskeln zugrunde. Die Krankheit, die nur die Arterien betrifft, entwickelt sich allmählich und versetzt den Kreislauf in den Zustand einer beständigen arteriellen Stauung, was zu einer exzentrischen Hypertrophie des linken Ventrikels führt. Arteriosklerose in der Niere tritt klinisch gar nicht oder erst in den vorgeschrittenen Stadien hervor. Die zweite Form der Hypertonie, die weiße Hypertonie Volhards, besteht in einem pathologischen Zustand der gesamten Kreislauforgane, der sich in einer Enge der Arterien und Venen ausdrückt und sich rasch entwickelt. Diese toxogene Hypertonie führt zu einer konzentrischen Hypertrophie des linken Herzens. Beide Formen neigen zu pressorischen Gefäßkrisen. Die der toxischen Form sind stürmischer, von ausgedehnten zerebralen Angiospasmen begleitet; bei der primären Hypertonie sieht man gesteigerte zerebrale Kongestionen mit Aushang in Erweichung. Die Erkrankung der Nierenarterien darf auch bei der toxogenen Hypertonie nicht als primäre Erscheinung gewertet werden. Dafür spricht unter anderem auch die Erfahrung, daß die Hypertonie und die Hypertension bei der akuten Glomerulonephritis gelegentlich schon vor dem Eintritt der manifesten renalen Erscheinungen nachweislich vorhanden sein kann. Die Quelle der ständigen Hypertonie und die Erreger des Angiospasmus sind nicht identisch. Der Verlauf der toxogenen Hypertonie hängt von dem Umstände ab, ob der wirksame Stoff rechtzeitig beseitigt werden kann, ehe er irreversible physiko-chemische Zustände in den Muskelzellen der Gefäße geschaffen hat. Das Fortbestehen der Hypertonie und Hypertension bedeutet den Fortbestand der Krankheit, die in weiterer Folge speziell bei der Nephritis zur sekundären Schrumpfnieren werden kann.

L. Gordon, Berlin.

2210.

Bienstock, Die Hypertonie — eine chronisch-allergische Tierproteinintoxikose? (Münch. med. Wochenschr., Nr. 16.) Verf. gibt seine eigene äußerst ausführliche Krankengeschichte an, aus der hervorgeht, daß er durch geeignete Ernährung die Erscheinungen der Schrumpfnieren lindern oder sogar auch beheben kann. Und zwar gelang dies immer durch Abstinenz von tierischem Eiweiß. Mittels dieser Erscheinung wirft er die Frage auf, ob nicht die Hypertonie durch das tierische Eiweiß hervorgerufen wird. Die Hypertonie wäre demnach eine allergische Toxikose, vorausgesetzt, es hat eine Sensibilisierung gegen Tierprotein stattgefunden.

S. Cohn.

2211.

Gros, Zur Prognose der akuten Nephritis. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 16.) Bisher bestand die Meinung, daß die sog. Kriegsnephritiden eine günstige Prognose haben. Verf. studierte an der Poliklinik zu Würzburg die Zahl der Kranken mit Folgezuständen einer Kriegsnephritis und fand, daß die allgemeine Anschauung des günstigen Ausgangs doch nicht ohne Einschränkung hinzunehmen ist. Bei einem Studium von 211 Fällen zeigten 94 Kranke, d. h. 44,6% normalen Befund, 19 Fälle gleich 9% waren Schrumpfnierenkranke, von denen 11 der Krankheit erlagen. 52 Kranke gleich 24,7% litten an deutlichen Nierenstörungen, ohne als Schrumpfnierenkranke direkt bezeichnet zu werden. Der Rest mit 46 Kranken, d. h. 21,7%, waren geheilt im Sinne einer „Defektheilung oder Restalbuminurie“. Auch im Vergleich mit anderen Autoren ist der günstige Ausgang der Kriegsnephritis einzuschränken, da etwa ein Drittel der Fälle in Schrumpfnieren überging. Unter Berücksichtigung der Fälle der sog. Defektheilungen kann man also nur mit etwa 50% Heilung rechnen.

S. Cohn.

2212.

Nudelman, Santiago, und Mario Schteingart, Fall von schwerer Azothämie ohne Urämie. (Prensa med. argent., 15, 1927.) Die Therapie bestand anfangs in absoluter Bettruhe, flüssiger Kost, Verabreichung von Herzstimulantien und harntreibender

Mittel, was bald zu einer Besserung sowohl der klinischen Symptome wie der Blutverhältnisse führte, indem innerhalb 10 Tage ein Sinken des Harnstoffs im Blute von 5,24 auf 3,70 % konstatiert werden konnte. In diesem Stadium ging man zur rektalen Verabreichung von Glaubersalzen (200 ccm einer 10 %-Lösung) sowie zur Injektion von Nebennierenextrakt (1 ccm). Wegen schlechter Verträglichkeit der Klysmen wurde der Weg der endovenösen Medikation beschritten. Besserung des Allgemeinbefindens und der objektiven Krankheitszeichen. Das bemerkenswerte an dem Fall war, daß trotz hochgradiger Azothämie die Diurese in normalen Grenzen sich hielt: Bei ausgesprochener stickstoffarmer Diät betrug die Harnmenge innerhalb 24 Stunden durchschnittlich 2000 ccm mit einer Harnstoffausscheidung von etwa 20 g.

Ashkenasy, Wien.

2213.

Eisen, David, **Blutveränderungen bei bösartigen Erkrankungen.** (Amer. J. med. Sciences., 176., Nr. 2.) An 353 Fällen von bösartigen Erkrankungen sind die Zellzahlen und die chemischen Verhältnisse des Blutes untersucht worden. Die Durchschnittszahl für die roten Blutkörperchen war 3 569 000 mit einem Hämoglobingehalt von 62% und einem Farbeindex von 0,88. Die Durchschnittszahl für die weißen Blutkörperchen war rund 10 000 mit 71% Polymorphnukleären und 23% Lymphozyten.

Man gewinnt den Eindruck, daß der Grad der Anämie von vielerlei Prozessen abhängig ist, dem aktuellen Blutverlust durch chronische, langdauernde Hämorrhagien und Unterernährung, wahrscheinlich verbunden mit Achylie, die hier unter anderem wichtige Rollen spielen. Hämolyse und Aplasie des Knochenmarks wurden bei der Entstehung der Anämie beim Krebs nicht als maßgebende Faktoren festgestellt. Auch konnte dem Alter des Patienten und dem Einfluß von radiotherapeutischen oder chirurgischen Maßnahmen kein einheitlicher Effekt auf die durchschnittlichen Werte der Anämie zugesprochen werden.

Die schwerste Anämie wurde bei Magenkarzinom gefunden. Bei Patienten mit dieser Erkrankung wurden wieder die ausgesprochensten Werte bei Hämorrhagien und starkem Gewichtsverlust als klinische Hauptsymptome gefunden.

Das Adenokarzinom zeigte eine durchschnittlich stärkere Anämie als ein Zyrhus, ein Kolloidkrebs oder ein einfacher Krebs. Dies kommt wahrscheinlich von der stärkeren Neigung zu Blutungen, zu Ulzerationen und zur Infektion, sowohl als auch von der ausgesprochenen Malignität des Adenokarzinoms.

Es wurden keine bestimmten Relationen zwischen der Ausbreitung der Erkrankung oder dem Grade der Disseminierung und der Anämie gefunden. Patienten mit länger dauernden Erkrankungen zeigten im allgemeinen eine geringere Anämie als solche, bei denen die Erkrankung nur kürzere Zeit bestand, wahrscheinlich weil in solchen Fällen der Tumor bezüglich seiner Malignität in all seinen Einzelerscheinungen weniger schwer war.

Der Durchschnittswert für den Blutzucker war 113 mg in 100 cm. Die Durchschnittswerte für Harnstickstoff und Harnsäure waren in den normalen Grenzen. Arnold Hirsch, Berlin.

2214.

Dalziel, George, **Ueber das Rektumkarzinom, insbesondere seine Frühdiagnose.** (The Glasgow Med., 111., Nr. 3.) Die Prognose des Rektumkarzinoms hängt an seiner Frühdiagnose. Blutung, Schleimabgang, Durchfall oder Verstopfung sind zu allgemeine Symptome, um stets auf die richtige Fährte zu führen. Wichtiger als die digitale Untersuchung ist die Rektoskopie, die Röntgenuntersuchung und die Untersuchung auf okkultes Blut. Es empfiehlt sich, vor der Rektoskopie keine zu starken Abführmittel zu geben, damit nicht dünnflüssiger Darminhalt die Untersuchung stört. Papillome sollten stets entfernt und histologisch untersucht werden, da sie häufig die Vorläufer von Karzinomen sind. Die Operationsmortalität wird mit 3% angegeben (bei Privatfällen) mit 14% bei Krankenhausfällen. Erich Wolfenstein, Berlin.

2215.

Kreß, Hans, Frh. von, **Mikroskopische Befunde bei einem Fall schwerer Gelenkgicht.** (Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 41., Heft 2, S. 287.) (H. Med. Klinik, München.) Der Verfasser beschreibt die makro- und mikroskopischen Befunde unter Berücksichtigung der entsprechenden Röntgenbilder. Die Krankengeschichte des Falles ist bereits von Brogsitter in einer Habilitationsschrift mitgeteilt worden. Es wird zu der Auffassung dieses Autors und zu der Munks hinsichtlich der Genese der Knochenmark-Tophi Stellung genommen. Munk nimmt an, daß die Tophi primär im Knochenmark entstehen und sekundär auf den Gelenkknorpel übergreifen, während nach der alten Auffassung und nach der Brogsitters der primäre Sitz der Uratablagerung im Gelenkknorpel zu erblicken ist. Verfasser bekennt sich nach dem Studium von histologischen Serienschritten zu der letzteren Anschauung. Die Möglichkeit einer primären Tophusbildung im Knochenmark wird abgelehnt.

Bei allen Knochenmark-Tophi konnte bei Serienschritten ein Zusammenhang mit der Gelenk- und Knochenoberfläche festgestellt werden. In der Pathogenese der Mark-Tophi spielt einerseits die nekrotisierende Wirkung des Mononatriumurats, andererseits eine reaktive Knochenwucherung eine Rolle. Der letztgenannte Faktor seinerseits ist gleichzeitig als Ursache einer Arthritis deformans anzusehen. Es besteht mithin ein kausaler Zusammenhang zwischen Gicht und Arthritis deformans. Der Uebergang einer Gicht in Arthritis deformans wird ermöglicht durch Vaskularisation des Gelenkknorpels von der gefäßhaltigen Umgebung aus, durch Beeinträchtigung der Elastizität des Gelenkknorpels (Harnsäureinkrustation) und schließlich durch abnorme statische Momente, wie sie sich im Gefolge einer gichtischen Gelenkerkrankung einstellen.

Hinsichtlich der Röntgenologie der Gicht ist folgendes bemerkenswert: Urate sind durchgängig für Röntgenstrahlen, geben also keinen Schatten auf der Platte. Pathognomonisch für Gelenkgicht sind halbkreisförmige Aussparungen an den Ecken der Epiphysen, rundliche, von einem dichten Schattensaum umgebene Herde, blasige Rarefaktion des Knochengewebes der Gelenkgegend, scharfkantiger, proximalwärts umgestülpter Basiswulst der Endphalanx, Freisein der Tuberositas unguicularis von gichtischen Prozessen. E. Orbach.

2216.

Palm, Arnold, **Rheumabekämpfung durch das dosierbare Thiosal-Schwefelbad.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 16, S. 656.) Die seit Jahrtausenden praktisch erprobte antirheumatische Wirkung des Schwefels bei Anwendung der natürlichen Schwefelbäder hat in neuerer Zeit eine experimentelle Ergänzung gefunden, nach der sich eine spezifisch antirheumatische Wirkung des Schwefels ergibt. Der Heilwert der Schwefelbäder ist, wie auch Versuche mit künstlichen, perkutan angewandten Schwefelpräparaten zeigten, durch ihren Gehalt an H₂S, Alkali- und Erdalkalisulfiden bedingt. Ein in seiner Zusammensetzung und Wirkung den natürlichen Schwefelbädern nahekommendes künstliches Schwefelbad ist das Thiosalbad, dessen weiterer großer Vorzug seine exakte Dosierbarkeit ist. Arnold Hirsch, Berlin.

2217.

Mc. Donald, E. P., und K. C. Wadell, **Eine Trichinose-epidemie.** (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 6, 1929.) Bericht über die im Verlauf einer Trichinoseepidemie — die Zahl der erkrankten Personen betrug 43, das Alter 3 bis 42 Jahre — in Albany gesammelten Erfahrungen. Die Mehrzahl der Fälle zeigte eine starke Zunahme der eosinophilen Zellen im Blute (41% in einem Falle) bei gleichzeitiger Verminderung der Neutrophilen und Vermehrung der lymphozytären Elemente. Patienten mit komplizierenden Infektionen, z. B. Pneumonie, zeigten in der Regel ein andersgeartetes Blutbild mit fehlender Eosinophilie. Mit wenigen Ausnahmen ging die Erkrankung in den chronischen Zustand über. Nicht alle, die trichinöses Schweinefleisch genossen hatten, zeigten Zeichen der Erkrankung. Bei Patienten mit zerebralen Erscheinungen waren mitunter die Parasiten in der Spinalflüssigkeit nachweisbar. Ein spezifisches Mittel gegen Trichinose ist bis jetzt nicht bekannt. Von Vorteil sind im Beginne der Erkrankung starke Abführmittel, um die Ausscheidung der Parasiten im Stuhl zu fördern. Bei allen Patienten war der Zuckergehalt des Blutes vermindert, wofür zweierlei Erklärungen möglich sind: Entweder war der Glykogengehalt der Muskulatur infolge einer bestehenden Myositis verändert oder es war infolge Erkrankung der Muskeln der Zuckerverbrauch erhöht. Die Therapie bestand in Bettruhe, reichlicher Zufuhr von Flüssigkeit, kalorisch reiche Diät und 0,13 g Quecksilberchlorid mit einem Abführmittel. Diese Medikation wurde einmal nach drei Tagen wiederholt. L. Büchler, Wien.

2218.

Sihle, **Ein nicht beachtetes und nicht gewertetes auskultatorisches Zeichen der beginnenden Lungentuberkulose.** (Wt. klin. Wschr., 42., Nr. 18.) Bei der beginnenden Lungentuberkulose handelt es sich meist um einen infiltrativ exsudativen Prozeß des interstitiellen Gewebes oder einen katarrhalisch-ulzerösen Prozeß der Bronchialschleimhaut, beide lokalisiert in der Hilusgegend. In beiden Fällen ist durch die lokale Hyperämie der Luftgehalt der ergriffenen Gegend vermindert, der Blutgehalt vermehrt. In diesem Stadium versagt die physikalische und röntgenologische Untersuchung oft. Durch Lagerung auf die erkrankte Seite wird durch Kompression ihr Luftgehalt vermindert, die Blutzirkulation im Sinne einer venösen Stauung verändert. Diese Stauungshyperämie vermindert ihrerseits wieder den Luftgehalt der betreffenden Lunge. Diese Veränderungen verstärken den pathologischen Zustand der ergriffenen Lungenpartien, wodurch nun der Prozeß akustisch und radiologisch wahrnehmbar werden kann (Steigerung des verschärften, Auftreten von bronchialem Atmen und von Rasselgeräuschen, röntgenologisch sichtbare inspiratorische Verziehung des oberen Mediastinums nach der kranken Seite als Ausdruck einer verzöger-

ten Luftfüllung infolge von Bronchienverengung). Das Auftreten der beschriebenen Symptome wird oft erst deutlich, wenn die Kranken einige Minuten auf der betreffenden Seite gelegen sind. Ernst Pick, Wien.

2219.

Boehm, W., und M. Puhr, **Zur Kasuistik des Pneumothorax bilateralis.** (Z. Tbk., 53., 4.) Verfasser berichten über ihre allerdings erst bis Januar 1928 zurückreichenden Erfahrungen mit dem doppelseitigen künstlichen Pneumothorax. Der Arbeit liegen 16 Fälle von doppelseitigem Pneumothorax zugrunde. In einem Teil der Fälle war der Pneumothorax von vornherein als doppelseitiger gedacht, zum Teil handelt es sich um einseitige Pneus, bei denen im Verlauf der Behandlung eine fortschreitende Erkrankung der „gesunden“ Seite auftrat, welche zur Anlegung auch auf dieser Seite Veranlassung gab. In neun Fällen wurde der Pneumothorax auf beiden Seiten in einer Sitzung angelegt! (Ein Vorgehen, das von vielen Therapeuten und auch vom Ref. nicht zu billigen ist.) Es ist sicher richtiger und für den Kranken schonender, wenn man mit der zweiten Anlegung mehrere Tage, besser noch einige Wochen zuwartet. In jedem Falle empfiehlt es sich, vor der Anlegung durch Druckmessung auf beiden Seiten den freien Pleuraspalt festzustellen. Ist beiderseits ein freier Pleuraspalt vorhanden, so wird der Patient durch eine Hexetankur vorbereitet. Auf der schwerer erkrankten Seite wird zuerst angelegt. Es kommen nur geringe Füllmengen in Anwendung. Selbst bei großem Thorax wurden erstmalig nie mehr als 400 ccm eingeblasen. Der intrathorakale Druck muß negativ bleiben. Für doppelseitigen Pneumothorax sind besonders geeignet: Doppelseitige Infiltrate mit Neigung zur Einschmelzungen; doppelseitige, kavernisierte Infiltrate; ausgedehntere doppelseitige Tuberkulosen, bei denen Neigung zu Induration erkenntlich wird. Kontraindikationen sind besonders Herzfehler, Stoffwechselkrankheiten, Basedow. Nach gelungenem doppelseitigem Pneumothorax sieht man oft rasche Entfieberung und Entgiftung, Hebung des Allgemeinzustandes, Verschwinden der Bazillen aus dem Auswurf. Die Gefahren des doppelseitigen Pneumothorax sind erheblich größere als die des einseitigen, das Verfahren muß zunächst der Anstaltsbehandlung vorbehalten bleiben. Der doppelseitige Pneumothorax kann auf beiden Seiten unterhalten werden, solange es klinisch notwendig und technisch möglich ist; Verfasser sahen bei ihren Fällen in 70% eine erhebliche Besserung. Nach der Ansicht der Verfasser gehört der doppelseitige künstliche Pneumothorax zu den wichtigsten therapeutischen Errungenschaften der letzten Jahre. (Hierin muß ich den Verfassern voll beipflichten. Auch ich habe bei einigen schweren doppelseitigen, fortschreitenden, kavernösen Tuberkulosen durch den doppelseitigen Pneumothorax einen so eklatanten Umschwung zum Besseren gesehen, daß ich glaube, das Verfahren hat eine Zukunft. Ref.) Zwerg, Coswig.

2220.

Dubourdieu, José und Mas, José Fermin, **Heilung einer Kaverne durch künstl. Pneumothorax und Phrenikotomie.** (Hôpital Pasteur, Montevideo.) (Rev. med. lat.-amer., 14., 162.) Es handelt sich um einen klinisch und radiologisch geheilten Fall einer großen Kaverne der linken Lungenbasis, bei dem die Heilung seit zwanzig Monaten anhält. Interessant ist der Zwerchfellhochstand trotz des Vorhandenseins von Adhäsionen, wegen welcher Phrenikotomie kontraindiziert erschien. Ashkenasi, Wien.

2221.

Bommer, **Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose.** (Münch. med. Wschr. Nr. 17.) An der Lupusheilstätte in Gießen werden die Kranken mit der Gersonschen Diät (Salzfreiheit, vegetarisch und Gaben von Mineralogen) ernährt. Hiernach gelingt schnelle Heilung der Erkrankung. Verf. sah fast keinen Versager und empfiehlt die Methode wärmstens. S. Cohn.

2222.

Trumbell, Gonzalo Corbalan, **Methylantigen in einigen Formen der Tuberkulose.** (Med. Kl. Santiago.) (Rev. med. lat.-amer., 14., 162.) Es handelt sich um das von Bouquet und Negre vom Institut Pasteur in Paris angegebene „antigène métilique anti-tuberculeux“. Verf. hatte Gelegenheit, zehn Fälle von zum Teil nicht weitverbreiteten, zum Teil weitverbreiteten tuberkulösen Drüsen zu behandeln. In sechs Fällen wurde volle Heilung, in den übrigen vier Fällen sehr bedeutende Besserung erzielt, so daß die Kranken ihren Beruf wieder ausüben konnten. Allen gemeinsam war, daß die bei ihnen bisher angewandte Therapie versagte. Die gute Wirkung der neuen Behandlungsmethode erstreckte sich sowohl auf den Allgemeinzustand wie auch auf die lokale Affektion. Es wurde die Technik von Bouquet und Negre befolgt: Beginn mit $\frac{1}{4}$ ccm einer 10prozentigen Lösung zweimal wöchentlich, Wiederholung derselben Dosis mindestens viermal, bei guter Reaktion sogar Fortsetzung derselben Dosis durch einige Zeit noch, dann Uebergang

zu $\frac{1}{4}$ ccm der Stammlösung und viermalige Wiederholung derselben. Auch in zwei Fällen von tuberkulöser Erkrankung der serösen Häute erzielte Verf. überraschende Erfolge durch subkutane bzw. intrapleurale oder intraperitoneale Injektion des Mittels. Ashkenasi, Wien.

2223.

Aronson, J. D., **Spontan tuberkulose bei Schlangen.** (J. Inf. Dis., Nr. 3, 1929.) In verschiedenen Organen von *Thamnophis sirtalis* wurden Tuberkel gefunden. Die Tuberkel enthielten große Mengen von säurefesten Stäbchen. Der Keim wächst am besten bei 20–25 Grad und ist für die betr. Schlange, ferner für Frösche, Goldfische, Chamäleon und Eidechsen pathogen, nicht aber für Meerschweinchen, Kaninchen, Hühner oder Tauben. Der Organismus unterscheidet sich kulturell und tinktoriell von anderen postklothermen pathogenen Bazillen. Der Name *Mycobacterium thamnophaeos* wird für den gefundenen Organismus vorgeschlagen. N. Henning, Leipzig.

Kinderheilkunde

2224.

Roume, A., **Studie über Trockenmilch und ihre Anwendung bei der Ernährung von Kindern.** (Gynéc., Nr. 11, 27.) Seit 3 bis 4 Jahren beginnt sich auch in Frankreich die Verwendung von Trockenmilch einzubürgern, nachdem sie seit vielen Jahren in anderen Ländern eingeführt war. Man hat der Trockenmilch vorgeworfen, daß sie kein natürliches Produkt sei, nicht die Elemente der Frischmilch (Fermete, Diastasen, Vitamine) enthalte, da diese durch die Präparation verändert oder entfernt seien. Dabei wird vergessen, daß auch die den Säuglingen gegebene Milch durch Kochen, Entfetten, Verdünnen und Zuckern verändert wird. Die Erfahrung lehrt seit langem, daß die Mehrzahl normaler Kinder mit Trockenmilch gut gedeiht, und daß ein gutes konzentriertes Produkt besser ist, als ein schlechtes frisches. In den Städten verkauft man oft Frischmilch, die aber ein Mischprodukt verschiedener Herkunft ist, worunter Qualität und Sauberkeit leiden. Es ist ein Vorurteil, zu sagen, daß der Wert der Milch nur in ihrem Fettgehalt beruht. Zu fette Milch verursacht oft Verdauungsstörungen. Ein Haupteinwand gegen Trockenmilch ist der, daß man sie als „tote Milch“ bezeichnet. Die Untersuchung ergibt, daß die Trockenmilch zwar nicht mit der Frischmilch identisch ist, jedoch den größten Teil der uns bekannten wichtigen Bestandteile der Frischmilch enthält. 1922 hat die Gesellschaft für Kinderheilkunde in Frankreich die Entscheidung angenommen, daß die Trockenmilch unbestritten große Vorteile bietet, daß sie zwar die Frauenmilch und die gute Frischmilch nicht ersetzen kann, aber daß sie ebensogut wie jede einwandfreie Milchkonzerve beste Garantien bietet, und daß sie in der Behandlung der Verdauungsstörungen der Säuglinge ein gutes Hilfsmittel darstellt, und daher die größte Verwendung finden sollte. Verf. geht dann sehr genau auf die Fabrikation der Trockenmilch mit ihren verschiedenen Methoden ein. Er schildert eingehend ihre Eigenschaften (Aussehen, Geruch, Vitamingehalt, Löslichkeit, Kalorienwert, Mikrobiologie, chemische Zusammensetzung usw.). Die Trockenmilch wird sehr leicht verdaut und nicht nur von gesunden, sondern auch von kranken Kindern gut vertragen; besonders bei Erbrechen hat sie sich oft als verträgliches Nahrungsmittel bewährt. Genaue Angaben der Dosierung folgen. Da der französische Bauer sich noch nicht allen Anforderungen der Hygiene der Milchbehandlung unterwirft, ist in den Großstädten frische reine Milch oft schwer zu bekommen. Frische fette Milch kann oft zahlreiche schädliche Bakterien enthalten, was bei der Trockenmilch fortfällt. Die bekanntesten Marken sind: 1. eine französische (Séké); 2. eine englische (Glaxo); 3. eine amerikanische (Dryco); 4. eine schweizerische (Guigoz); 5. eine holländische (Nutricia). Deutsche Präparate werden nicht erwähnt, obwohl eines der besten Herstellungsverfahren von dem Münchener Krause stammt. (Ref.). In Frankreich ist der Verkauf der Trockenmilch gesetzlich geregelt und durch Bezeichnungen für die verschiedenen Produkte festgelegt: 1. Trockenmilch, 2. halb entfettete Trockenmilch, 3. gezuckerte Trockenmilch, 4. halb entfettete gezuckerte Trockenmilch. Andere Bezeichnungen sind unterlassen.

Kosminski, Berlin.

2225.

Cordua, **Gesundheitsgemäße Behandlung von untergewichtigen Kindern.** (Arch. of Ped., 66., Nr. 2, 1929.) Die besten Erfolge, um bei sonst gesunden untergewichtigen Kindern eine gute Gewichtszunahme zu erzielen, ist ein Verbringen in eine Sommer-Gesundheitsschule. Hier konnte bei 18 Kindern in acht Wochen eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 5,4 englischen Pfunden erzielt werden; in der Ernährung solcher Kinder soll nicht so sehr auf eine ausreichende Kalorienzahl als auf einen Ueberfluß an allen fünf Vitaminen Wert gelegt werden. Bei Gabe von Lebertran ließ

sich bei einer Reihe von Sommerschulkindern eine noch raschere Gewichtszunahme erzielen wie bei den anderen gewöhnlich ernährten Kontrollkindern. .
Trendtel, Bremen.

2226.

Wateff, St., **Behandlung der Dystrophien mit Hormonen der Hypophyse.** (Dtsch. med. Wochenschr., 55. Jahrg., Nr. 16, S. 649.) Verfasser vertritt den Standpunkt, daß die als Dekomposition oder Atrophie bezeichneten Zustände im Zusammenhang mit der inneren Sekretion stehen, und nimmt speziell für die mitgeteilten Fälle an, daß hier die krankheitserzeugenden Ursachen die Glandula thyreoidea und die Hypophyse in ihrer Funktion beeinträchtigt hatten. Solche Störungen können, wie die Heilerfolge zeigen, durch Einverleibung der Hormone der einen oder auch der anderen Drüse ausgeglichen und behoben werden. Durch klinische Beobachtungen wird dann zu entscheiden sein, ob im einzelnen Falle Hypophysenhormon allein oder etwa in Verbindung mit Schilddrüsenhormon zu verabreichen ist, bzw. welches der beiden Hormone den Vorzug verdient.
Arnold Hirsch, Berlin.

- 2227.

Kuhns, **Behandlung von Bronchial-Asthma.** (Arch. of Ped., 66., Nr. 1, 1929.) Asthma wird hier als reine Stoffwechselstörung aufgefaßt; eine vollständige Heilung soll dann möglich sein, wenn dem Kinde jegliche Nasenracheninfektionen ferngehalten werden und es dauernd im „physiologischen“ Gleichgewicht gehalten wird. Eine besondere Rolle zur Hervorrufung eines asthmatischen Anfalles sollen Siebbeinentzündungen spielen. Man kann nicht umhin, die ganze Ansicht des Verfassers als zu optimistisch und einseitig zu bezeichnen.
Trendtel, Bremen.

2228.

Barenberg, L. H., David Green, Harold Abramson, **Beziehungen zwischen Ernährungszustand und Häufigkeit der Pneumonie im Säuglings- und späteren Kindesalter.** (J. Am. Med. Ass., 92., Nr. 6, 1929.) In einem Säuglings- und Kleinkinderheim in New York betrug die Zahl der im Laufe von 12 Jahren unter 6984 Kindern beobachteten Fälle von Pneumonie 505. Während dieses Zeitraumes starben in der Anstalt insgesamt 159 Kinder (d. i. eine Mortalität von 23,1 pro mille), die Zahl der an Pneumonie Gestorbenen allein betrug 47, d. s. 10,7 pro mille. Am höchsten war die Zahl der Todesfälle an Pneumonie unter den Kindern des 1.—2. Lebensjahres — 15,4 % —, zu denen die Säuglinge im Alter von unter sechs Monaten das Hauptkontingent stellten; die Sterblichkeit betrug unter diesen 40,9 %; jenseits des 2. Lebensjahres war die Sterblichkeit sehr niedrig — 5,9 %. Während der letzten fünf Jahre ist die Sterblichkeit an Pneumonie von 23 % auf 7,2 % gesunken, während die Morbiditätsziffer die gleiche geblieben ist. Untersuchungen, ob zwischen dem Ernährungszustand und Art der Ernährung der meist in untergewichtigen Zustand eingelieferten Kinder und dem Auftreten und der Häufigkeit der Pneumonie irgendwelche Beziehungen bestünden, ergaben, daß derartige Beziehungen, ausgenommen vielleicht bei Säuglingen unter sechs Monaten, nicht bestehen. Dagegen führte die sorgfältige Untersuchung von 114 Rachitisfällen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß die rachitische Körperbeschaffenheit keine Prädisposition für die Erkrankung an Pneumonie schuf.
L. Büchler, Wien.

2229.

Ullrich, O., **Ueber die Altersdisposition zu den akuten kindlichen Infektionskrankheiten.** (Med. Klin., Nr. 17, 1929.) (Universitätsklinik München.) Der Anteil idiotypischer und paratypischer Faktoren ist bei der Ausbildung der Antikörper ebenso verschieden wie bei der Erlernung gewisser körperlicher Fertigkeiten. Die normalen Antikörper, die Iso-Agglutinine und Hämolyse können rein idiotypisch entstehen, wie jedes Kind auch ohne besonderes Zutun der Umwelt das Laufen erlernen wird. Die Ausbildung der Schutzkörper gegen Masern und Varizellen ist ohne Umweltfaktoren so wenig möglich wie die Erlernung des Schwimmens ohne Schwimmgelegenheit; je früher aber diese gegeben ist und je mehr die Kinder dazu angehalten werden, um so eher werden sie das Schwimmen erlernen und dauernd beherrschen. Mit der Abwehrfähigkeit gegen Diphtherie, Scharlach und andere Krankheiten verhält es sich aber wie mit der Erwerbung musikalischer Fertigkeiten; hierzu sind nicht nur ein Instrument und Unterricht, sondern auch besonderes Talent Voraussetzung.
L. Gordon, Berlin.

2230.

Vas, I. J., **Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der exsudativen Diathese.** (Orv. hetil., Jahrg. 73, Nr. 8, 1929.) Bei Kindern mit exsudativer Diathese besteht eine Hyperplasie und Hyperfunktion des Thymus; es war also naheliegend, die für die exsudative Diathese mitverantwortliche Ueberfunktion des Thymus durch Tiefenbestrahlung (Hollander) oder durch partielle Resektion

(A. Fischer) einzudämmen. Neuerdings wird die Röntgentiefenbestrahlung an der Bókayschen Klinik nach Angaben Mészölys wie folgt ausgeführt: Die Behandlung erfolgt in vierwöchentlichen Intervallen; es wird die Brust mit 50 % HED unter Schutz der Umgebung bestrahlt. Thymusherdosis 20 % HED. Die Bestrahlung wurde bei 3 mm Filter und 100 000 Volt Spannung durchgeführt. Ein Teil der Fälle bekam 25 % Brust-, 25 % Rückenbestrahlung. Die Erfolge berechtigten zur weiteren Behandlung auf diese Weise. Auf welchem Wege die Tiefenbestrahlung des Thymus die schweren exsudativen Erscheinungen beeinflusst, läßt sich nicht einheitlich erklären: Tierversuche zeigten, daß die Entfernung des Thymus den Organismus in hohem Grade alkalisch macht. Láng (Pécs) konnte die Alkalisierung des exsudativ veränderten Gewebes feststellen. Heim glaubt, daß die Durchfälle die exsudativen Erscheinungen bei Säuglingen deshalb günstig beeinflussen, weil sie mit großer Alkaliverarmung einhergehen. Eder sah gute Erfolge von Umschlägen, wenn diese mit salizylhaltigen Pufferlösungen getränkt waren. Mészöly hält die Wirkung der Bestrahlung nicht für spezifisch, da durch Tiefenbestrahlung des Bauches oder sogar durch oberflächliche Bestrahlung der Haut ebenfalls eine günstige Beeinflussung der exsudativen Erscheinungen zu erzielen sind.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

2231.

Sobel and Claman, **Untersuchungen über die Verwendung von bestrahltem Ergosterin bei florider Rachitis.** (Arch. of Ped., 66., Nr. 1, 1929.) Eine größere Zahl von Säuglingen mit florider Rachitis erhielten in den Wintermonaten 4—12 mg eines bestrahlten Ergosterin-Präparates, es konnte festgestellt werden, daß die Kraniktabes schon in zwei Wochen verschwand, die anderen rachitischen Symptome im Verlauf von sechs Wochen. 1 mg bestrahltes Ergosterin sollen den gleichen antirachitischen Effekt haben wie 14 Teelöffel Lebertran, und es konnte in einer Reihe von Fällen bei Frühgeburten bei täglicher Gabe von 1 mg bestrahltem Ergosterin Rachitis verhütet werden. Trotz der hohen Dosierung der Verfasser wurden bei den Säuglingen keine Nierenstörungen beobachtet.
Trendtel, Bremen.

2232.

György, P., **Sind die bisher üblichen Gaben von bestrahltem Ergosterin als überflüssig hoch zu bezeichnen?** (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 15, S. 684.) Die bisher üblichen Dosen von bestrahltem Ergosterin sind meist überflüssig hoch gewesen. Als therapeutische Maximaldosis hat für das Säuglings- und Kleinkindesalter 1 mg pro die zu gelten, die für eine sichere, wenn auch vielleicht langsamere Heilung verbürgt, als die bisher üblichen höheren Dosen. Bei manifester Tetanie und schwerer Rachitis können ausnahmsweise zu Beginn der Behandlung vorübergehend 2—3 mg verabfolgt werden. Für die Prophylaxe dürften vermutlich 0,1 bis 0,5 mg pro die völlig ausreichen.

Die Schädigung durch bestrahltes Ergosterin ist eine Frage der Ueberdosierung. Die ersten charakteristischen Symptome des zugehörigen Vergiftungszustandes sind bei dem Kinde: Appetitlosigkeit, Gewichtsstillstand, häufige Gewichtsabnahme, Erbrechen. Die Nierenreizung ist ein inkonstantes, untergeordnetes Merkmal. Der bestimmende Faktor im Stoffwechsel ist eine Störung des Kalkhaushaltes mit der Hyperkalkämie. In täglichen Gaben von 2 bis 4 mg bewirkt bestrahltes Ergosterin keine Hebung des Serumkalkgehaltes und auch keine klinische Schädigung. Die Entfernung der therapeutischen und toxischen Dosen voneinander, d. h. die therapeutische Wirkungsbreite, ist somit nach dem Vorschlag von György eine völlig ausreichende.

Die biologische Wertigkeit der Vigantoldragees ist geringer als man nach ihrem deklarierten Gehalt an aktiviertem Ergosterin erwartet. Eine zuverlässige Standardisierung der bestrahlten Ergosterinpräparate bleibt die unerläßliche Forderung.

Arnold Hirsch, Berlin.

2233.

Bauer, Felix, **Die habituelle Schiefhaltung des Säuglings, eine Ursache der rachitischen Skoliose.** (Ambulatorium f. Orthopädie der Stadt Wien.) (Z. orthop. Chir., 51., Heft 3.) In der interessanten Arbeit wird gezeigt, daß bei Säuglingen recht häufig eine habituelle Schiefhaltung der Wirbelsäule, ohne knöcherne Veränderungen, zu finden ist, die sich beim Aufsetzen des Säuglings durch Umfallen nach der Seite (bei normaler Einstellung der Wirbelsäule nach vorn) zu erkennen gibt. Verursacht ist die schließlich kontrakt gewordene Schiefhaltung durch einseitige Lagerung des Säuglings. Diese dauernde Seitenlage trifft meist mit kongenitaler Schädelasymmetrie zusammen. Ältere Säuglinge mit habitueller Schiefhaltung, die außerdem rachitisch sind, sind in hohem Grade skoliosegefährdet. Da das auslösende Moment der Skoliose in der Aufrichtung der insuffizienten Wirbelsäule gesehen

wird, ist in diesen Fällen neben anderen Vorschriften — Rachitisbekämpfung, Bauchlage, kriechenlassen — besonders das Aufsetzen und Tragen auf dem Arm zu verbieten. Eckhardt, Dahlem.

2234.

König, J., Ein Fall von spastischer Skoliose bei einem 10 Tage alten Säugling. (Orv. hetil., Jg. 73., Nr. 6, 1929.) Bei einem auf der Bókayschen Klinik behandelten, 10 Tage alten Säugling tritt nach 1½ Tage andauernder fieberhafter Krankheit eine spastische Kontraktur hohen Grades der Bauch- und Rückenmuskulatur der einen Seite und geringeren Grades der Muskulatur der unteren Extremität der gleichen Seite auf, diese Kontrakturen sind noch am 11. Tage nach ihrem Auftreten sehr ausgeprägt, nach weiteren 9 Tagen stellen sich untrügliche Zeichen der spontanen Rückbildung ein und nach weiteren 4½ Wochen verschwinden sie unter Zuhilfenahme orthopädischer Maßnahmen. Hinsichtlich der Genese wird auf die zellige Infiltration der Marksubstanz des Großhirns und Rückenmarks, zuerst von Virchow, neuerdings durch Schmincke beschrieben, hingewiesen. Rob. Klopstock.

2235.

Haskin, S., Ein Vorschlag zur Verbesserung der Untersuchungsmethode bei Gonorrhoe im Kindesalter. (Zbl. Gynäk., Nr. 21, 1929.) Zur Erleichterung der Auffindung der Gonokokken in dem oft sehr spärlichen Vaginalsekret bei der Vulvovaginitis infantum wird vom Verf. folgende Methode empfohlen. Das zur Untersuchung kommende Kind wird in Rückenlage mit angezogenen Beinen gebracht, dann ein möglichst großes steriles Uhrschälchen dicht unterhalb der hinteren Kommissur an den Damm gepreßt. Dann wird die Scheide mit Hilfe einer Glaspipette, die mit einem Gummiballon versehen ist, mit steriler physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Die abfließende Kochsalzlösung wird im Uhrschälchen aufgefangen und enthält größere und kleinere Eiterflocken, die sich leicht mittels einer Platinöse auffangen und in der gewöhnlichen Weise auf einem Objektträger verteilen lassen. Man erkennt die Flocken am besten, wenn man das Uhrschälchen gegen eine schwarze Unterlage hält. Diese Methode anzuwenden empfiehlt sich besonders in zweifelhaften Fällen, wo die in der sonst üblichen Weise angefertigten Ausstrichpräparate eine sichere Diagnose nicht gestatten. Schwab, Hamburg.

Mund- und Kiefererkrankungen

2236.

Leyton, O., Verabreichung von Insulin in Suspension. (Lancet, 216., 5511.) (London-Hospital, London.) Verfasser fand, daß der Erfolg der Insulintherapie rascher eintritt und auch länger anhält, sobald das Mittel in Suspension gegeben wird. Als beste erwies sich die subkutane Verabreichung von 1 ccm Insulin (British Drug House) = 100 I.E. in einer Suspension von Rizinusöl. Die Emulsion muß vorher erwärmt, mit einer dickeren Kanüle aufgezo-gen und mittels einer etwas dünneren Kanüle injiziert werden. Besteht die Möglichkeit einer Blutzuckeruntersuchung, dann Blutentnahme und Untersuchung in kurzen Intervallen. Rasches Fallen des Blutzuckerspiegels erfordert eine Verringerung der Konzentration. Besteht nicht die Möglichkeit der Blutzuckerbestimmung, dann verfährt man in folgender Weise: Nach der Injektion von 100 I.E. Urinentleerung jede zweite Stunde und Bestimmung des Harnzuckers sowie der Zeit, welche zwischen erfolgter Injektion und Auftreten meßbarer Mengen von Harnzucker verstrichen. Wiederholung dieser Prozedur durch 2 bis 3 Tage mit derselben Dosis Insulin, jedoch in verschiedenem Konzentrationsverhältnis suspendiert; nach dieser Zeit variiert man die Mengen beider Komponenten der Emulsion, bis das optimale Konzentrationsverhältnis und die Dosis gefunden wurden, welche ein dauerndes Verschwinden der Glykosurie bewirken. Ein anderer Modus besteht darin, daß man in dem durch 24 Stunden nach der Injektion gesammelten Harn den Zucker bestimmt, wobei durch 3 Tage hindurch das Verhältnis des Insulins zum Rizinusöl sowie die Stärke des ersteren entsprechend variiert werden, bis die optimale Konzentration gefunden wird. Ashkenasy, Wien.

2237.

Silajenkov, S. G., und G. S. Stamow, Ueber die Beziehungen zwischen Reaktion, Mikroflora und Klinik der Mundhöhle. (Sibir. Arch., 3. Jahrg., Heft 6, S. 457—461.) Die Reaktion der gesunden Mundhöhle ist schwach alkalisch. Mit der Entwicklung von pathologischen Prozessen hat sie die Tendenz, in die saure überzugehen, und zwar entsprechend der qualitativen und quantitativen Mikrobenflora des Mundes. Wie die Beobachtungen der Verfasser erwiesen, hat der Mund mit kranken Zähnen bzw. Zahnfleisch sowie mit verschiedenen Zahnprothesen beständig eine

saure Reaktion. In der Nacht findet in der Mikrobenflora des Mundes eine allgemeine Vermehrung statt, wobei die grampositiven Kokken eine besonders lebhafte Entwicklung aufweisen.

E. Kontorowitsch.

2238.

Crabbe, Francois, Der gegenwärtige Stand der Tonsillenfrage. (Scapel, Nr. 6, 1929.) Die normale Gaumenmandel spielt wahrscheinlich eine Schutz- und Immunisationsrolle, die besonders wichtig im Verlauf der ersten Lebensjahre ist. Wir haben also nicht das Recht, das gesunde Organ zu entfernen, da es das Individuum in den Zustand verminderter Widerstandskraft versetzen kann. Ist aber die Mandel krank und chronisch infiziert, so ändern sich die Bedingungen. Sie ist zum purulenten und gefährlichen Herd für den Organismus geworden. Dann führt keine medikamentöse Behandlung zur Sterilisation, und andererseits verursacht die Ausschälung des Organs keinerlei Schädigung. Die einzig wirksame Methode ist die totale Auslösung inkl. Kapsel. Den höchsten Heilwert besitzt die Mandelausschälung im Verlaufe kryptogener Fieberzustände und im Verlaufe von Herdnephritiden. Bei der Herdnephritis und bei der Endokarditis hat der Eingriff, abgesehen von seiner Heilwirkung, eine ausgezeichnete prophylaktische Wirkung, da Nachschübe unterdrückt werden. Das Gleiche gilt für die akute Glomerulonephritis. Hier ist das therapeutische Ergebnis ungewiß, da die Erkrankung oft spontan ausheilt, aber der Eingriff verhindert Rückfälle. Bei subakuten und chronischen Nephritiden ist das Operationsresultat Null. Was den akuten Gelenkrheumatismus und seine Komplikationen anlangt, so ist das Resultat des Eingriffs schwankend und ungewiß. Die Operation wird gewöhnlich erst nach Heilung des akuten Schubes gemacht. Wenn nun ein Rezidiv ausbleibt, so können wir nicht wissen, ob die Ektomie daran schuld ist, da Rückfälle nicht notwendig sind; andererseits hat man zahlreiche Fälle von Rezidiven nach Operationen beobachtet. Held.

2239.

Steinmetz, Eugen, Das dentale Empyem des Antrum Highmori. (Soz. Med., Nr. 4, 1929.) In normalen Verhältnissen sind die Highmors-Höhlen frei von Flüssigkeit. Ihre Bedeutung ist umstritten. Aetiologisch sind zwei Ansichten vertreten: 1. Die Infektion geht von der Nase aus. Es entsteht der Katarrh mit serösen oder schleimigen Sekreten; der Katarrh mit eitrigem Produkt und die Diphtheritis. 2. Das Empyem kann entstehen durch Bildung einer reflektorischen Anschwellung des kavernen Gewebes der Nasenschleimhaut; durch Entwicklung einer Eiterung der Kiefer- und der Nasenhöhle, durch die Folgezustände von Wachstumsanomalien und Geschwulstbildungen der Zähne. Ferner kommen ätiologisch in Betracht, dentale, nasale, traumatische und Allgemeinerkrankungen. Schmerzen werden fast nur bei akuten Empyemen bemerkt; regelmäßig ist er nur bei solchen dentalen Ursprungs und bei solchen nach Grippe (Influenza). Es ist entweder ein konstantes, dumpfes Druckgefühl, oder ein zu einzelnen Tageszeiten in neuralgieförmigen Anfällen auftretender Schmerz. Bei chronischen Empyemen ist der Kopfschmerz mehr diffuser, unbestimmter Natur; er wird nur bei Exazerbationen dem des akuten Empyem ähnlicher. Der Eiterausfluß aus der Nase ist wechselnd. Meist wird über stetes Verschnupftsein geklagt. Die Verstopfung der Nase ist bei beiden Formen sehr häufig. Schwellung der Wange tritt eigentlich nur bei Zahnperiostitis auf.

Zur Diagnose ist eine eingehende rhinoskopische Untersuchung notwendig. Um Eiterungen des Antrum festzustellen, soll man den Patienten, den Kopf in Scheitellage nach unten hängend, die gesunde Seite tiefer nehmen lassen. Es ergiebt sich dann der Eiter in den mittleren Nasengang, sobald ein Empyem des Antrum vorliegt. Bei der Durchleuchtung (man führt ein Lämpchen in den Mund) erscheint die erkrankte Seite dunkler. Auch die Stimmgabel kann als Diagnostikum verwandt werden. Der erste Ton soll auf der gesunden Seite höher klingen. Probepunktion oder Probepülung sind die sichersten Mittel zur Diagnosestellung.

Die Therapie soll die Entfernung der Krankheitsursache und den ungehinderten Sekretabfluß erzielen. Die Entfernung der Krankheitsursache kann nur in seltenen Fällen erfolgen.

Die chirurgische Therapie ist Sache des Spezialisten.

Die Prognose für die akuten Fälle ist durchaus günstig.

Michaelis, Bitterfeld.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

2240.

Walblum, L. E., Metallsalztherapie. (Uges f. Laeg., Nr. 19, 1929.) Mäuse, die mit Ratinbazillen infiziert wurden, wurden dann mit Caesium-Metall behandelt, und ebenso wurden Mäuse mit

Tetanusbazillen infiziert und dann mit einer Mischung von Tetanusserum und Mangan behandelt, also einer Kombination der Serum- und Metalltherapie. Die Versuche fielen sehr ungleich aus, und es stellte sich heraus, daß dieselben und ihr Ausfall sehr von der Ernährung der infizierten Tiere abhängen. Die Versuche glückten regelmäßig, wenn die Tiere mit Weizenkleie, Weißbrot und Wasser ernährt wurden, während die tägliche Ernährung mit süßer Milch die Versuche höchst ungünstig ausfallen ließen. Ähnliche Veränderungen der Kost dürften Einfluß haben auf den Ausfall dieser Versuche. Vor und während derselben ist daher die oben erwähnte Ernährungsweise einzuführen. S. Kalischer.

2241.

Walbum, **Metallsalztherapie: Abschließende Versuche über Kaninchentuberkulose.** (Z. Tbk., 53., 4.) Gesunde Kaninchen wurden mit 0,0001 mg virulenter Tuberkelbazillen intravenös infiziert und die Metallsalzbehandlung 33 Tage nach der Infektion eingeleitet, zu welchem Zeitpunkt die Tiere febril und ziemlich stark tuberkulös waren. Die Behandlung wurde nach dem Prinzip der Metallsalztherapie durchgeführt. Auf diese Weise wurden im ganzen 42 Metalle untersucht und unter diesen nur zwei gefunden — Kadmium und Mangan —, welche eine ausgeprägt spezifische Heilwirkung besitzen, acht andere (Cerium, Barium, Aluminium, Lanthan, Molybdän, Platin, Nickel und Samarium) zeigen eine schwache Wirkung, während die übrigen — 32 — ohne nachweisbare Wirkung auf die Entwicklung der Tuberkulose der Versuchstiere sind. Z w e r g, Coswig.

2242.

Trüb, A., **Wertvolles Magnesiumpräparat in der Dermatologie.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 2, 1929.) Das unter dem Namen „Polysan“ hergestellte kolloidale Magnesium-Hydroxyd ist als Salbe sowie in intravenösen und intramuskulären Einspritzungen anwendbar. Oertlich erwies es sich von guter Wirkung bei Unterschenkelgeschwüren, Verbrennungen (hier mit Zusatz von 10% Olivenöl) und beim Erysipel; bei diesem außerdem intravenöse Einspritzungen des mit Wasser stark verdünnten Präparates, ebenso bei Lupus erythematosus. Die Einspritzungen müssen sehr langsam vorgenommen werden, beginnend mit 2 ccm, steigend auf 3 bis 5 ccm, alle 2 bis 3 Tage. Ernst Levin, Berlin.

2243.

Heufelder, **Moronal zur Wundbehandlung.** (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Das Moronal ist ein basisches formaldehydschwefligsaures Aluminium und wird in zweiprozentiger Lösung angewendet. Es besitzt die Eigenschaft, daß es im Gegensatz zur essigsäuren Tonerde den Verbandstoff nicht imprägniert, sondern die Aufnahmefähigkeit für Flüssigkeit bewahrt. Hierdurch findet eine bessere Wundversorgung statt. S. Cohn.

2244.

Simforow, E. F., **Ueber KJ- und NaJ-Injektionen bei Viszeralgien.** (Klin. Med. russ., 9. Jahrg., Heft 19 (94), S. 1310/1312.) Seit 2 Jahren verwendet S. bei verschiedenen Formen von Viszeralgie unbekannter Aetiologie Einspritzungen von KJ bzw. NaJ. Die Technik besteht in der möglichst tiefen Injektion von 1,0 bis 3,0 ccm einer 7,5prozentigen KJ- oder NaJ-Lösung in die vorhandenen Schmerzpunkte der Bauchwand. Dabei ist auf die Bespritzung sämtlicher Schichten der Bauchpresse Wert zu legen. Die bisher an über 1000 Patienten gemachten Beobachtungen sprechen für den Wert dieser Methode. Rezidive wurden nur in 5% der Fälle beobachtet. Abgesehen von den Fällen mit organischer Grundlage des Leidens gelingt es jedoch, bei den Rezidiven durch Wiederholung der Injektion Heilung zu erzielen. Der Nachteil dieser Behandlung besteht in einem heftigen Schmerz an der Injektionsstelle, der aber gewöhnlich nach 10 bis 15 Minuten verschwindet. E. Kontorowitsch.

2245.

Schafalowitsch, **Zu den Injektionen von KJ- und NaJ-Lösungen bei Viszeralgien.** (Klin. Med. russ., 9. Jahrg., Heft 19 (94), S. 1312.) Bestätigung guter Erfolge mit intramuskulären Injektionen von KJ bzw. NaJ in die Schmerzpunkte bei viszerale Schmerzen der Neurotiker. E. Kontorowitsch.

2246.

Billigheimer, Ernst, **Ueber Wirkung und Zusammenhänge von Kalzium und Digitalis.** (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 16, S. 724.) Auf Grund seiner günstigen Erfahrungen empfiehlt Verfasser die kombinierte Kalzium-Digitalisanwendung. Es ist oft erstaunlich, wie günstig die Diurese durch eine Kalziuminjektion während der Digitalbehandlung angeregt wird; besonders aber die pulsverlangsamende Wirkung wird durch die Kombination der beiden Mittel in günstigster Weise beeinflusst. Eine schädliche Wirkung von der kombinierten Darreichung von Kalzium und Digitalis hat Verfasser, ebenso wie andere Autoren, niemals beobachtet. Sova-

dina, Sajdak und Jaroslav verwandten die Mischung einer 10prozentigen Kalziumchloridlösung und 1—3 ccm Digitalin in 12—24stündigen Intervallen bei kruppösen Pneumonien. Diese Autoren erzielten damit außerordentlich befriedigende Resultate. Verfasser glaubt, daß solche Erfolge nicht nur von der entzündungshemmenden Wirkung des Kalziums, sondern gerade von der günstigen Einwirkung der kombinierten Mittel auf Herz und Gefäße herrühren. Die ausgezeichnete Pulswirkung bei kombinierter Anwendung läßt sich ferner bei den raschen Formen der Arrhythmia absoluta beobachten, bei denen in kürzester Zeit durch gleichzeitige tägliche intravenöse Injektion von Kalzium oft schon am 2. bis 3. Tage der Puls das gewünschte Niveau erreicht. Arnold Hirsch, Berlin.

2247.

Homann, Ernst, **„Germanin“-Behandlung bei multipler Sklerose.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 15, S. 614.) Durch Germaninbehandlung in acht Fällen von typischer multipler Sklerose gelangt es, in vier Fällen erhebliche und verhältnismäßig rasch einsetzende und anhaltende Remissionen, in einem Falle eine günstige Beeinflussung, in einem weiteren eine leichte, und in zwei, bei denen die Behandlung aber leider infolge des unvernünftigen Verhaltens der Patienten nicht fortgeführt werden konnte, keine sehr auffällige Beeinflussung des Krankheitsbildes zu erzielen. Nach den Erfahrungen des Verfassers sprechen jüngere Krankheitserscheinungen rascher und günstiger an als solche, die schon jahrelang bestehen. Daß durch den Krankheitsprozeß zerstörtes Nervengewebe nicht durch ein Heilmittel wieder zum Wachstum gebracht werden kann, bedarf keiner Erörterung.

Germanin besitzt nach Ansicht Homanns aber zweifellos eine kumulative Eigenschaft und reichert sich im Körpergewebe an. Hieraus erklären sich die nach mehrmaligen Injektionen an Stärke zunehmenden Reaktionen, die, wie Verfasser ausführlich darlegt, von der verabreichten Dosis abhängig sind. Einmal wurde als Nebenerscheinung ein harmloses, über einen Arm ausgebreitetes flüchtiges Exanthem beobachtet. Häufiger sind schnell abklingende Albuminurien; diese machen allerdings eine tagtägliche Beobachtung des Urins zur dringenden Aufgabe. Die Gefahr dieser Albuminurien ist durch ihr außerordentlich schnelles Abklingen nicht so groß, daß sie Veranlassung böte, eine Germanintherapie nicht zu versuchen. Wegen dieser Nebenerscheinungen verlangt sie allerdings eine individualisierte und am besten klinische Beobachtung und Behandlung.

Es ist nicht angängig, bei der Vielseitigkeit dieses Krankheitsbildes eine Therapie in ein festumrissenes Schema zu pressen. Verfasser gibt jedoch in kurzen Zügen eine Dosierung an, wie sie nach seinen Erfahrungen zu empfehlen wäre: 1. Wöchentlich nur eine Germanininjektion. 2. In den ersten 3 Wochen je 0,5 g, dann vorsichtig steigend auf 1,0 g in den nächsten 4 Wochen. 3. In der 8.—12. Woche wieder je 0,5 g. Im ganzen zu einer Kur 5—9 g. Als Auflösungsflüssigkeit diene für das Pulver sterile physiologische Kochsalzlösung. Aufkochen des gelösten Germanins erschien nicht vorteilhaft und ist unnötig. Die Injektionen werden intravenös durchgeführt. Subkutane oder intramuskuläre Injektionen lösen bei empfindlichen Patienten an der Injektionsstelle Nachschmerzen aus.

Fast alle Patienten klagen 2—4 Stunden nach der Injektion über Kribbeln in den Gliedern, die Spasmen werden lebhafter, die Glieder steif und etwas weniger beweglich; auch wurden Klagen über außerordentliches Müde- und Mattsein vorgebracht. Das Abklingen der Reaktion folgt nach dem 2. oder 3. Tage, anfänglich sogar nach Stunden, und richtet sich nach der Stärke der verabreichten Dosis. Arnold Hirsch, Berlin.

2248.

Lielsen, Otto Jul., **Die Einwirkung der Akridinderivate auf den Blutzucker im direkten Anschluß an Injektionen.** (Act. med. Scand., 70., Heft 1, S. 12.) Der Verfasser schließt aus seinen Versuchen mit intravenösen Septakrolinjektionen, daß die Einwirkung der Akridinderivate auf den diabetischen Organismus eine ganz andere als die des Insulins ist, da die Blutzuckerwerte in den der Injektion folgenden Stunden nur so gering verändert wurden, wie es auch bei anderen intravenösen Injektionen eintreten kann. Die Injektionen beeinflussen den Blutzucker bei Individuen mit normalem Kohlehydratstoffwechsel weder im Hunger, noch bei gleichzeitiger Glukoseverabreichung. Arnold Hirsch, Berlin.

2249.

Kuttner, H., **Bulbokapnin bei der Behandlung der Chorea minor.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 15, S. 616.) Sieben Fälle von Chorea minor wurden einer kurzdauernden Bulbokapninbehandlung unterzogen. Nur in einem Falle, der durch ein Nierenleiden kompliziert war, blieb der Erfolg aus. In den übrigen Fällen war unter der Behandlung eine auffallend schnelle, längere Zeit anhaltende Besserung zu verzeichnen, die sich durch Aufhören oder

Selten werden der Hyperkinesen äußerte. Ein Fall zeigte allerdings von Anfang an Neigung zu schneller Abheilung. In der Anamnese wurden Choreabewegungen im Gesicht erwähnt, die jedoch bei der wenige Tage später erfolgten Aufnahme nicht mehr bestanden. In einem anderen Falle kann die zu gleicher Zeit mit der Einleitung der Bulbokapninbehandlung vorgenommene Tonsillektomie günstig gewirkt haben. Trotzdem glaubt Verfasser, daß man mit einer kurzdauernden Bulbokapninbehandlung mit genügend großen Dosen eine Beruhigung bei Chorea minor bewirken kann. In manchen Fällen trat eine Verschlechterung auch nach Fortlassen des Mittels nicht mehr ein; es scheint also, daß bei dem an sich günstigen Verlaufe der Krankheit die symptomatische therapeutische Besserung inzwischen durch die tatsächliche Besserung eingeholt wurde. Aus den wenigen angeführten Fällen kann keine sichere Abkürzung des Krankheitsverlaufes gefolgert werden; daß das Medikament auf die schädliche Noxe einwirkt, ist auch aus theoretischen Gründen nicht anzunehmen.

Die Hypotonie bei Chorea minor scheint durch Bulbokapnin nicht beeinflußt zu werden. Der symptomatische Erfolg rechtfertigt, zumal schädliche Nebenwirkungen nicht beobachtet wurden, das Mittel zu empfehlen. Arnold Hirsch, Berlin.

2250.

Levy, A. A., Eine neue Stovarsolphosphatverbindung. (Med. J. a. Rec., Nr. 5, 1929.) Tonika sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit oft recht schwer zu beurteilen, weil ihre Anwendung meist zu einer Zeit geschieht, in der die Heilkraft der Natur an sich schon voll in Tätigkeit ist. Die tonische Wirksamkeit des Stovarsol ist schon lange bekannt. Es hat aber gewisse unangenehme Nebenwirkungen. Phosphor hat weitreichende Einflüsse auf die oxydativen Prozesse des Organismus; unter gewissen Umständen (Rachitis, Unterernährung) hängt seine Wirksamkeit von einem gewissen Ausgleich zwischen P und Ca-Einnahme ab. Außerdem ist aber As ein Synergist des P. Der Glukosephosphoräther ist wenig giftig und wird leicht aufgenommen. Hinsichtlich des Ca: lösliche Ca-Salze sind nötig zur Wirkung gewisser Fermente und zur Funktion der Nerven- und Muskelzellen. Die Tätigkeit der drei dem Körper nötigen Elemente Ca, P und As ist zum Teil elektrolytisch, zum Teil katalytisch. Aus diesen Überlegungen heraus entstand die Verbindung des Kaliumsalzes, des Stovarsols und des Phosphorglukoseäthers, des Realphens, das eßlöffelweise genommen wird. Es wurde mit Erfolg angewandt bei Stomatitis mit Anorexie und Gewichtsverlust, in der Konvaleszenz, bei sekundärer Anämie, Lues und unterernährten Kindern, asthenischen Erwachsenen, Tuberkulose. v. Schnizer.

2250a.

Winogradow, A. P., Therapeutische Bedeutung des Morphins bei Erkrankungen der Gallenwege. (Wratschr. Gaseta, 32. Jg., Nr. 20, S. 1427.) Wie die Versuche mit Morphinumdarreichung in kleinen und größeren therapeutischen Dosen bei einem Hunde mit am Ductus choledochus angelegter Fistel zeigten, übt das Morphin eine hemmende Wirkung auf das Gallenabsonderungszentrum aus, indem es den Eintritt der Galle in den Darmkanal sistieren kann. Die günstige Wirkung des Morphiums bei Beschwerden in den Gallenwegen äußert sich demzufolge nicht nur durch die Beruhigung der Schmerzen, sondern auch dadurch, daß es die Bewegungen der Gallenblase und -gänge anhält, die Absonderung der Galle beeinträchtigt und auf diese Weise die unmittelbaren Ursachen der Schmerzentstehung beseitigt. E. Kontorowitsch.

2251.

Ecker, E. E., und P. Gross, Antikomplementwirkung des Heparins. (J. Inf. Dis., Nr. 3, 1929.) Heparin verhindert die Hämolyse in einem hämolytischen System. Dieses ist eher auf die Beeinflussung des Komplements zurückzuführen als auf die der Zellen. Das heparininaktivierte Komplement kann durch Zufügen von wärmeinaktiviertem Menschen- oder Meerschweinenserum wieder aktiviert werden. Die Tatsache, daß NH₄-Komplement das heparininaktivierte Komplement reaktiviert, und daß ein mit Kobragift inaktiviertes Meerschweinergift das heparininaktivierte Komplement nicht reaktiviert, zwingt zu dem Schluß, daß die Wirkung des Heparins eher auf die dritte Komponente als auf die vierte gerichtet ist. N. Henning, Leipzig.

2252.

Keller-Stoppány, A., Transmineralisation durch Mineralwassertrinkkuren. (Schwz. med. Wschr., Nr. 13, 1929.) Bei gleichbleibender Nahrungsaufnahme wird während je einer siebentägigen Trinkperiode mit einem alkalischen und einem erdigen Mineralwasser der Mineralstoffwechsel beobachtet.

Der Wasser- und Chlorhaushalt wird beim alkalischen Wasser im Sinne einer Retention, beim erdigen Wasser im Sinne einer Ausschwemmung beeinflußt. Das Säurebasengleichgewicht wird vom

alkalischen Wasser nach der basischen, vom erdigen Wasser nach der sauren Seite verschoben.

Bei beiden Trinkperioden kommt es zu einer Transmineralisation zwischen Kalzium und Magnesium, indem Kalzium retiniert und dafür Magnesium ausgeschieden wird.

Phosphor und Schwefel werden in beiden Trinkperioden etwas vermehrt ausgeschieden, besonders beim Trinken des erdigen Wassers. Held.

2253.

Rustige, Ernst, Versuche mit Harmin bei Metenzephalitiden. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 15, S. 613.) Obwohl nur eine geringe Menge Harmin zur Verfügung stand, konnte der Verfasser feststellen, daß das Harmin mit dem Banisterin die Einwirkung auf das extrapyramidale System gemeinsam hat, wenngleich es nicht so konstant wirkt, wie es Behringer vom Banisterin angibt. Wegen der erheblichen Flüchtigkeit der Wirkung des Harmins gilt für seine pharmakologische Eignung in der Therapie des extrapyramidalen Syndroms vorläufig sicher dasselbe wie für das Banisterin: beide Präparate sind therapeutisch nicht zu verwerten, solange es nicht möglich ist, ihre Wirkungsweise zu protrahieren. Arnold Hirsch, Berlin.

2254.

Heynemann, Th., Die klinische Bedeutung der Sexualhormonpräparate. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 16, S. 644.) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß ein endgültiges Urteil über die klinische Bedeutung der neuen, durch Mäusetest ausgewerteten Sexualhormonpräparate noch nicht abgegeben werden kann. Dazu reichen seiner Meinung nach alle im Schrifttum niedergelegten Berichte zusammen genommen in keiner Weise aus. Einen wesentlichen Fortschritt stellen die Präparate aber sicher dar. Da sie nach einem Test ausgewertet sind, ist wenigstens die Grundlage für eine zweckmäßige Dosierung gegeben. Klinisch ist aber die Frage der Dosierung noch nicht gelöst. Schwierigkeiten liegen auch noch in der fraglichen Haltbarkeitsdauer der Präparate und in ihrem hohen Preise.

Als Indikationen für ihre Anwendung kommen nach den Erfahrungen Heydemanns in erster Linie in Betracht: Sekundäre Amenorrhoe bei vorhandenen Ovarien, „Ausfallserscheinungen“, besonders vasomotorische Störungen bei fehlenden und vorhandenen Ovarien, Störungen im regelmäßigen Auftreten der Menses und zu kurze und zu geringe Menstruation. Ein Versuch ist angebracht bei Sterilität, Dysmenorrhoe und zu lange anhaltender Regel. Ueber Erfolge bei Behandlung des Infantilismus der weiblichen Genitalien ist noch nichts Sicheres auszusagen. Sehr schlecht sind die Aussichten auf Erfolg bei primärer Amenorrhoe und bei Amenorrhoe mit ausgesprochener pluriglandulärer Störung.

Arnold Hirsch, Berlin.

2255.

Behan, J., Physikalische Maßnahmen bei der Behandlung des Schmerzes. (Med. J. a. Rec., Nr. 5, 1929.) Schmerz kommt etwa in 95% aller Krankheiten vor und ist häufig das erste Zeichen, das dem Patienten sagt, daß etwas nicht stimmt. Entstehung: peripher, durch Nerven zum Perzeptionszentrum für Schmerz im Thalamus opticus geleitet, oder Impulse infolge Reizes durch Trauma oder Toxine oder Störungen der Blutversorgung in anderen Zentren und dorthin übergeleitet. Also bei Toxämie, Hysterie, Unterernährung der Gehirnzellen; so kann Kopfweh das Resultat zentraler toxischer und in die Peripherie projizierter Störungen sein. Bei diesem toxischen Kopfweh, das dumpf, schwer, morgens schlimmer, abends besser ist, handelt es sich um eine Verminderung des Ca-Gehaltes im Blut; es kann durch ultraviolette Bestrahlung gebessert werden, die den Blut-Ca-Gehalt vermehren. Die vom Sympathikus, Vagus und Splanchnikus versorgten Organe sind nicht sensorisch bedacht: die einzigen als Schmerz empfundenen Erscheinungen sind Kapselspannungen. Hier handelt es sich mehr um Störungen der physiologischen Bilanz dieser lebenswichtigen Organe. Die zentralwärts gesandten Impulse werden, bevor die das Hauptzentrum erreichen, zurückreflektiert, es kommt zu Schutzakten, wie Nausea, Ohnmacht. Auch zu kontraktiven Verteidigungsmaßnahmen: rigides Abdomen bei Peritonitis, Ruhigstellung von Gelenken. Zur physikalischen Therapie gehört nun alles außer Suggestion und Psychotherapie. Auch die Mittel per os oder injectionem; aber eine strenge Scheidung ist unmöglich; da alle funktionelle Aktivität das Resultat von Reaktionen positiv und negativ geladenen Elektronen ist, haben sich unsere therapeutischen Maßnahmen darauf zu richten. Endlich seien noch die verschieden verteilten Schmerzrezeptoren der Peripherie erwähnt, am Rücken z. B. weniger wie am Bauch.

Die periphere Schmerzen hervorrufenden Schädlichkeiten sind entweder chemisch oder physikalisch. Also Anämie mit nachfolgender Zerstörung von Gewebszellen bei Thrombose, diabetischer

Gangrän, Thrombophlebitis obliterans, zu stark angelegtem Tourniquet; hier zunächst heftiger brennender Schmerz, der mit dem Tod der Gewebe nachläßt. Hier kommt lokale Wärme, Diathermie, Alkoholinjektion (die u. U. auch die motorischen Fasern lähmt) in Betracht, auch Sympathektomie. Ist der periphere Schmerz durch ein u. U. von fern hergebrachtes Toxin bedingt, so wird er entweder durch Verminderung der Nervenleitung durch Eis (meist in akuten Fällen) oder durch Fortschaffung des Toxins durch Wärme bzw. vermehrten Blutumlauf. Bei Entzündungen kommt Toxin und Druck in Frage. Der klopfende Schmerz: Eintritt von Blut durch die erweiterten Gefäße in die verengten der entzündeten Region. Hier kalte Applikationen direkt auf die Entzündung oder warme unterhalb derselben oder rund um sie. Biersche Stauung beseitigt den Schmerz sehr rasch. Auch strahlende Wärme und ultraviolette Bestrahlung. Ferner hat die Natur selbst den Weg gezeigt (rigides Abdomen): Ruhigstellung, Lageveränderung bzw. Hochlagerung.

Druck auf Nerven kommt auch bei Narben, Neubildungen, Senkung von Eingeweiden, Druck von Ligaturen in Betracht: Exzision, Destruktion durch Röntgen oder Radium (besonders bei Metastasen; vorher am besten Diathermie). Sodann die Schmerzen durch Störungen und Spasmen von Sphinkteren am Pylorus, Blase, Anus, Cervix uteri. Hier kommt der Schmerz durch Dilation des Hohlorgans zustande. In diesen Fällen hilft (Anus, Uterus, Dysmenorrhoe) der galvanische Strom, Ueberdehnung; bei der Blase direkte Applikation von Kokain. Hier ist die zeitweise Inkontinenz natürlich Drainage. Praktisch kommen Schmerzempfindungen an Eingeweiden eigentlich nur als Folge der Ausdehnung in Betracht. Allmähliche Ausdehnung macht keine Schmerzen. Aber plötzliche, z. B. bei Leberschwellung, am Herz bei Dekompensation. Da diese Schmerzen auf die Oberfläche projiziert werden, Hauthyperämie, z. B. Reizpflaster bei Pneumonie, ultraviolette Bestrahlung, Kälte, Gelenkschmerzen durch Ausdehnung bei Arthritis: absolute Fixation, Schwammkompression. Eine rein statische Frage ist der Schmerz durch Zug an Bändern bei Klumpfuß z. B. oder Muskeldefekten usw. Bei Rückenschmerzen kommt oft die Beschäftigung bei einem von Hause aus schwachen Rücken in Betracht. Unter Umständen Gewichtsverminderung. Dann Nervenreizung durch lokale Toxämie bei Neuralgie. Bei reflektorischen Schmerzen und solchen durch Toxämie sind Röntgenstrahlen von Wirkung. Alkoholinjektionen. Lokale Kälte durch Aetherspray. Adhäsionen nach Operationen können durch Lichtbehandlung und Diathermie verhütet werden.

v. Schnitzer.

2256.

Biesin, Vergiftungsgefahr und Idiosynkrasie bei Darreichung von *Oleum chenopodii*. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Das *Oleum chenopodii* wird neuerdings gern als Wurmmittel in der Kinderpraxis gegeben, da seine Wirkung eine bessere ist als die der bisher gebräuchlichen Mittel. Da es aber bisher nicht gelungen ist, das Mittel genau dosieren zu können, wird vorläufig davor gewarnt. Verfasser führt tödlich verlaufene Fälle an, die an Vergiftungserscheinungen oder durch Idiosynkrasie zugrunde gingen.

S. Cohn.

2257.

Liebermeister, Ueber eine Arsenikmassenvergiftung. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Durch sofortiges Magenspülen, Klystiere und Gaben von Milch und Kreide war es gelungen, fünfzig erkrankte Arbeiter, die arsenhaltigen Kaffee zu sich genommen hatten, am Leben zu erhalten, trotzdem die bekannte Höchstdosis um das Zehnfache überschritten war.

S. Cohn.

2258.

Höst, H. F., Ein Fall von langdauernder Insulinvergiftung. (Norsk. Mag. for Laegerid., Nr. 5, 1929.) Leichte Zeichen der Insulinvergiftung, wie Schweißbildung, Tremor, Mattigkeitsgefühl, sind nicht selten und schwinden meist spontan oder nach Zufuhr von Zucker oder Adrenalin. Todesfälle sind nur selten, bisher etwa neun beschrieben von der Unzahl insulinnehmender Kranken. Bewußtlosigkeit bei Insulingebrauch ist immerhin ein bedenkliches Zeichen und erfordert sofortige Gegenmaßnahmen. Im beschriebenen Falle von Insulinvergiftung war Unklarheit und unwillkürlicher Abgang von Stuhl und Urin schon bei einer Blutzuckerkonzentration von 68 mg p.c.t. eingetreten und bei 55 lag er bereits im Koma, also bei einer Blutzuckerkonzentration, die man auch bei wohlbefindenden Menschen finden kann. Der sogenannte hypoglykämische Symptomenkomplex ist somit nicht an einen bestimmten Grad der Blutzuckerkonzentration gebunden. Auch bei Besserung der Hypoglykämie blieb hier das Koma noch etwa zwei Tage lang bestehen. Dieses Insulinkoma wird mit Kohlehydratzufuhr und Adrenalin behandelt. In den tödlichen Fällen von Insulinvergiftung wurde die Glukosezufuhr durch Injektionen vielleicht nicht zeitig und reichlich genug vorgenommen. In dem be-

schriebenen Falle von Insulinkoma mit außergewöhnlich langer Dauer wurden gleich im Beginne große Mengen Glukose zugeführt, so daß in vier Stunden schon die Hypoglykämie durch Hyperglykämie abgelöst wurde. In den tödlichen Fällen, wo neben Zucker Adrenalin-Injektionen verabreicht wurden, hatten letztere keinen Erfolg. Die Glukosezufuhr ist der Adrenalin-Injektion in Vergiftungsfällen vorzuziehen, sie ist das am sichersten wirkende Mittel gegen Insulinvergiftung und kann intravenös, subkutan oder auch vom Magen aus zugeführt werden.

S. Kalischer.

Physiologie,

Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

2259.

Fischer-Helmuth, Schilddrüsenbeschaffenheit der Düsseldorf Volksschuljugend. (Arch. Soz. Hyg. Demogr., 4., Heft 1, 1929.) Die Untersuchung der Volksschuljugend in Düsseldorf ergab folgendes Resultat:

Es wurden in Düsseldorf 31 950 Volks- und Hilfsschulkinder von der Zählung erfaßt, von denen weitaus die meisten Kinder — 25 292 oder 79,2% aller Untersuchten — der Normalgruppe angehörten; hierbei war die Beteiligungsquote bei den jüngeren Altersklassen prozentual gleich, nach dem elften Lebensjahre erfolgte jedoch, besonders bei den Mädchen, ein Hinüberwechseln in die nächste höhere Kategorie.

Die Gruppe III, die vergrößerten Schilddrüsenformen umfassend, nahm 3939 oder 12,3% der Kinder auf.

Ausgesprochener Kropf wurde nur 174mal gezählt, wobei in den aufsteigenden Altersklassen die Zahl mit gleichzeitig mehr und mehr deutlich werdendem Ueberwiegen der Mädchen zunimmt.

Schilddrüsenmangel gelangte 27mal zur Beobachtung, während bei 2518 Kindern eine mangelhafte Ausbildung der Schilddrüse festgestellt wurde.

Eine besondere Ausrechnung der bei den Besuchern der Hilfsschulen erhobenen Befunde ergab überraschenderweise, daß das an diesem Material gewonnene Resultat nur ganz geringfügig von dem großen Uebersichtsbild abwich.

Auch Berechnungen aus verschiedenen Stadtteilen stimmten mit dem allgemeinen Resultat im wesentlichen überein. Die Notwendigkeit zur Durchführung einer generellen Jodprophylaxe in den Düsseldorfer Schulen wurde auf Grund des Ergebnisses nicht anerkannt.

Michaelis, Bitterfeld.

2260.

Cole, H. Warren, und Nathan A. Womack, Reaktion der Schilddrüse auf Infektionen in anderen Körperabschnitten. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 6, 1929.) Weitere Untersuchungen der Verfasser über den Einfluß von Infektionen und Toxämien auf das histologische Bild der Schilddrüse bestätigen ihre bereits früher veröffentlichten Beobachtungen, betreffend die Entwicklung von Hyperplasie, Verlust an Kolloid und Abnahme des Jodgehaltes der Schilddrüse bei gewissen septischen Prozessen und toxämischen Zuständen. Durch subkutane Injektion kleiner Mengen eines einer Gruppe mehrerer Organismen enthaltenden Toxins gelang es nun den Verfassern, bei Hunden die gleichen Veränderungen in der Schilddrüse zu erzeugen, wie sie bei septischen und toxämischen Prozessen in der menschlichen Schilddrüse aufzutreten pflegen. Das hierzu verwendete Toxin entnahmen die Autoren dem Dünndarminhalt von an experimentell erzeugtem Darmverschluß zugrunde gegangenen Hunden, in dem virulente Stämme von hämolytischen Streptokokken, B. welchii, B. coli und B. proteus enthalten waren. 0,8 ccm einer derartigen Aufschwemmung subkutan injiziert, rief bei den Versuchshunden innerhalb weniger Stunden ein schweres Krankheitsbild hervor und verhehle niemals, die obengenannten Schilddrüsenveränderungen hervorzurufen, wenn den Tieren nicht innerlich Jod verabreicht wurde. Während der durchschnittliche Jodgehalt der Schilddrüse gesunder Hunde 0,304 mg per Kilogramm Körpergewicht beträgt, betrug er bei den an der Infektion zugrunde gegangenen Hunden nur 0,142 mg per Kilogramm Körpergewicht. Analoge Beobachtungen wurden auch an Menschen gemacht, die an schweren septischen Prozessen gestorben waren. Verfasser untersuchten auch den Grundumsatz bei Tieren, bei denen die Schilddrüse infolge infektiöser Prozesse hyperplastische Umwandlung und Veränderungen zeigte und fanden diesen abnorm erhöht. Injektion von Histamin in toxischen Dosen führt gleichfalls zu einer Steigerung des Grundumsatzes, ohne eine nennenswerte Temperaturerhöhung zu verursachen, und bewirkt Verlust an Kolloid, Abnahme des Jodgehaltes und Hyperplasie der Schilddrüse. In derselben Weise wirken Aminosäuren (Glykokoll) in toxischen Dosen. Die durch infektiöse Prozesse hervorgerufenen pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse können durch die orale

Verabreichung von Jod weitgehend verhindert werden. Die bisher gemachten Beobachtungen deuten darauf hin, daß der Schilddrüse eine wichtige aktive Rolle im Kampfe des Organismus gegen gewisse Toxine und Infektionen zukommt. Ungeachtet der Erkenntnis, daß Jod Schilddrüsenveränderungen während des Ablaufes von Infektionen zu verhindern vermag und den Tieren aller Wahrscheinlichkeit nach einen höheren Grad von Immunität verleiht, halten die Verfasser es nicht für angezeigt, die Verabreichung von Jod bei Patienten mit schweren Infektionen zu empfehlen.

L. Büchler, Wien.

2261a.

Achard, Ch., **Vorübergehende Störungen des arteriellen Drucks**. (Prog. méd., Nr. 15, 1929.) Die arterielle Hypotension. Sergents Phänomen: Beim Reiben des Bauches mit dem Finger sieht man nach 20 bis 30 Minuten einen weißen Streifen, der sich allmählich ausdehnt und dann verschwindet. Wenn man weiterreibt: ein roter, von einem weißen Streifen umgebener Fleck.

Ganz akute Hypotensionen findet man bei momentaner Herzschwäche, wie sie bei Stokes-Adam vorkommen kann, mit einer gewissen intellektuellen Störung, Synkope oder einem epileptiformen Anfall. Auch serienweise auftretende Extrasystolen können leichte Synkopen hervorrufen. Ebenso eine Erregung. Dann reichliche Hämorrhagien, wie sei bei Typhus vorkommen. Oszillationen, namentlich wenn sie zunehmen, sind hier günstige, Tachypnoe und Konvulsionen ernste Zeichen. Das klinische Bild weist dabei noch Agitation oder Apathie, kalte Extremitäten, Schweiß, Erbrechen, Ohrensausen auf. Therapie: Hämostase, Stimulantia, intravenöse salinische Injektionen, Transfusion. Davon zu unterscheiden ist der traumatische Schock ohne Hämorrhagie. Besonders nach Operationen an gewissen Organen: verminderte Alkalireserve, langsame Zirkulation, Transsudation durch die Kapillaren; es handelt sich hier um eine Unfähigkeit der Vasomotorenzentren, auf periphere Reize zu reagieren. Dieser traumatische Schock kann 1 bis 2 Tage nach dem Trauma auftreten: Toxine aus den geschädigten Geweben. Ferner sinkt der Druck nach Chloral, Chloroform, im Coma diabeticum. Dann sind noch die Proteinschocks zu erwähnen, wohn auch die Antityphusimpfung gehört. Die subakuten Hypotensionen findet man bei Infektionen, Typhus in der ersten Woche; Paratyphus; ebenso bei Fleckfieber auch noch in der Deferveszenz. Beim Spirochätenikterus, schwerer Grippe, maligner Endokarditis und Scharlach. Bei der gewöhnlichen Pneumonie: die Prognose ist um so günstiger, je mehr der Druck die Pulszahl überschreitet. Oft auch bei schwerer Malaria, bei starken Erschöpfungen (im Kriege), Hepatitis und akuter Nephritis. Meist ist eine ausgesprochene Adrenalinis dabei. Permanente Hypotension: bei Mitraltstenose, Myokarditis mit Dilatation des linken Herzens und Galoppgeräusch, manchmal bei Leberzirrhose, wenn Aszites, bei Kachexien, Krebs, Leukämie, perniziöser Anämie, bei Lungentuberkulose besonders während der Schübe. Hämoptysen mit Hypotension sind prognostisch ernst. Oft ist eine Nebenniereninsuffizienz dabei. Gerade bei der Tuberkulose gibt es eine subakute Form mit plötzlichem Tod, hypogastrischen Schmerzen, Erbrechen, weißer Linie; eine chronische Form mit Asthenie und Hautpigmentation. Bei Addison ist Hypotension fast die Regel. Endlich gibt es eine konstitutionelle Hypotension. Meist bei jungen Mädchen mit Zyanose, leichter Dyspnoe, Oligurie, kleinem Herzen, Menstruationsstörungen, Neigung zu Ohnmachten, Bradykardie, Ptose, Aerogastrie, endokrinen Störungen. Aetiologie: Verringerung der Blutmasse, Insuffizienz des Herzens, Vasomotorenstörung, Nebenniereninsuffizienz. Behandlung: intravenös 4 bis 10 mg in dringenden Fällen, per os in fraktionierten Dosen $\frac{1}{2}$ mg. Bei Hämorrhagien usw. Strychnin, Kampferöl, Salzlösungen mit Gummi, Transfusion. Bei Tuberkulose Adrenalin, aber aussetzen, wenn sich im Sputum die geringsten Blutspuren zeigen; kleine Dosen Digitalis.

Hypertension: akzidentell, vorübergehend: durch Schmerzen, besonders Koliken; darauf reaktionelle Hypotension: durch Erregungen des peripheren Nervensystems (Eisbeutel); durch mentale Erregungen und Muskelarbeit (bei Epilepsie, daher die Hämorrhagien). Bei Traumen des Nervensystems, Schädelverletzungen: oszillierend, in Schüben: bei physischer und mentaler Ueberanstrengung, Diät-, Klimawechsel, Fleischnahrung, in der Nähe der Menopause. Das reizbare Herz im Krieg. Bei Dysthyroidie, Angstzuständen, Plethora, bei hämoptischer Tuberkulose mit langsamer Entwicklung und gleichzeitigem Emphysem. Dann die plötzlich und intensiv auftretenden großen Anfälle bei Bleikolik. Hierher gehören die Erscheinungen der Encephalopathia saturnina, die unter Umständen tödlich enden können. Es kann auch eine Hemiplegie zurückbleiben. Die nervösen Zufälle der puerperalen Eklampsie sind der Hypertension zuzuschreiben. Die Hypertension geht gewöhnlich dem Anfall voraus; wenn sie nachläßt, ist dies ein gutes Prognostikum. Aber in den Pausen bleibt sie auf einer gewissen Höhe. Bei den gastrischen Krisen tritt die Hypertension nach neueren Untersuchungen nach den Anfällen auf. Gewöhnlich findet man bei

Tabes eine Hypotension und außerhalb der Anfälle eine gewisse Instabilität des Drucks: Gleichgewichtsstörung des Sympathikus.

v. Schnitzer.

2261.

Achard, Ch., **Klinische Erscheinungen der permanenten arteriellen Hypertension**. (Prog. méd., Nr. 16, 1929.) Beginn schleichend, oft zufällig entdeckt bei irgendeiner Untersuchung oder durch einen plötzlichen Zustand, wie zerebrale Hämorrhagie, akutes Lungenödem, Anginaanfall. Diese latente Phase kann sehr lange dauern; dann kommt die Phase der Störungen. Im Kardioaorten-gebiet: Angina pectoris verschiedener Stärke, Tachykardie, Dyspnoe, auch in nächtlichen Anfällen, am konstantesten und frühesten. Im enzephalen Gefäßgebiet: Zephalalgie, meist morgens, nach den Mahlzeiten verschwindend, okzipital, gebückt und bei Anstrengungen zunehmend, seltener in der Form der Migräne. Nicht selten sind: Charakterstörungen, Reizbarkeit, Arbeitsunlust, Schlafstörungen. Vorübergehende Amnesie, Aphasie, Hemiplegien durch Gefäßkrämpfe. Es gibt eine richtige Asthenie, Neurasthenie des Hochdrucks. Seltener allgemeine oder partielle Krämpfe. Sinnesstörungen besonders von seiten des Auges und Ohres. Dann peripher: die kleinen Zeichen des Bright: toter Finger, Einschlafen der Hände nachts, der Füße, Wadenkrämpfe, intermittierendes Hinken. Im viszeralen Gebiet: Ernährungsstörungen durch schlechte Funktion wichtiger Organe, manchmal Hyperchlorhydrie; meist von seiten der Nieren: Polypollakiurie, Nykturie. Gefäßrupturen: Hämoptysen, Hämatenesen, Metrorrhagien, Hämaturien, Purpura, Epistaxis. Letztere ein Alarmsignal, reichlich rebellisch, mit Veränderung des Allgemeinzustandes. Diagnostisch wichtig. Am schwersten ist die zerebrale Hämorrhagie nach Anstrengung, Lauf, Koitus: Apoplexie, Hemiplegie; in den Bulbus: plötzlicher Tod. Durch die ventrikuläre Ueberschwemmung Konvulsionen, Kontrakturen, Tod in etwa 48 Stunden. Die Hemiplegie kann bei Hypertension auch durch Erweichung entstehen. Endlich geben die meningealen Hämorrhagien wenig Symptome: Zephalalgie. Durch Punktion Erleichterung: Meningeepistaxis. Außer den Netzhautblutungen beobachtet man Oedem der Retina, Obliteration der Zentralarterie, Retinitis exsudativa, albuminurica, deren Abhängigkeit von der Nephritis heute fraglich ist. Auch subkonjunktivale Blutungen haben einen diagnostischen Wert. Labyrinthhämorrhagie ist selten: Schwindel, Geräusch, Taubheit. Endlich gewisse Transsudationen: Lungenödem, vielleicht auch das Glaukom.

Physikalisch findet man: die Facies apoplectica ist nicht charakteristisch. Meist blaßes, müdes Gesicht, glänzende Augen (leichtes Konjunktivalödem). Herz: Vergrößerung des linken Ventrikels, tiefer Spitzstoß, Dilatation der Aorta, Pulsation in der Substernalgrube, Akzentuation des zweiten Tons. Arteriosklerose der peripheren Arterien besteht nicht immer. Paradoxe Tachykardie: im normalen Zustand antwortet das Herz auf jede Vermehrung des Aortendrucks durch Verlangsamung. Die Anstrengungstachykardie wie die orthostatische sind schon leichte Zeichen eines Herznachlasses. Extrasystolen sind ebenfalls ein Alarmsignal eines kranken Myokards.

v. Schnitzer.

2262.

Achard, Ch., **Komplikationen, atypische Formen, Prognose und verschiedene Aetiologie des permanenten arteriellen Hochdrucks**. (Prog. méd., Nr. 17, 1929.) Auf die arterielle Phase der permanenten Hypertension folgt die kardielle. Als erstes Zeichen die Insuffizienz des linken Ventrikels mit ausgesprochenster Anstrengungsdyspnoe, paroxysmal durch ein akutes Lungenödem oder eine aktive Lungenkongestion. Objektiv findet man: Spitzenstoß im 6. oder 7. Zwischenrippenraum, Vergrößerung des Herzens nach links, Tachykardie bis zu 120, Galoppgeräusch (ein Zeichen des Herznachlasses) und das systolische Geräusch der funktionellen Mitralsuffizienz, die sich schleichend entwickelt (progrediente Sklerose der Klappe oder Dilatation des Orifizium). Seltene Aorteninsuffizienz. Manchmal findet man diese Mitralsuffizienz ganz plötzlich bei einem akuten Schub der Hypertension durch ein akutes Lungenödem, oder einen Angina-pectoria-Anfall mit plötzlicher Dilatation des Herzens. Puls: oft alternans; Zeichen der Ermüdung gewisser Herzmuskelfasern, besonders bei Syphilitikern und Hyperazotämikern. Durch die Dilation und die Schwäche des linken Herzens senkt sich der systolische Druck, während der diastolische die Tendenz zu steigen hat. Dies kann dazu führen, die funktionelle Natur dieser Zustände und besonders die Hypertension als Ursache zu verkennen; aber die gewöhnlich vorhandene Aortitis, Nieren-sklerose und die organische Natur der Mitralsuffizienz deuten auf eine Hypertension. Jetzt folgt der Nachlaß des rechten Herzens: viskerale, besonders Leberstase, Oedeme, Zyanose, Dyspnoe, Eiweiß in dem oft hellen Urin, der besonders bei Emphysematikern und Hepatikern noch reichlich sein kann. Dann kommt es allmählich auch zur renalen Insuffizienz. Außer diesem regelmäßigen Verlauf mit einer latenten arteriellen und einer manifesten kardialen Phase gibt es unvollständige Formen: die arterielle Phase kann

föhlen; die kardiale ist leicht, schreitet langsam vor, selbst mit Regressionen. Oder komplexe Formen, bei denen eine Klappenaffektion, eine syphilitische Aortitis, Angina pectoris, eine Myokardie das reine Bild der Hypertension trüben. An sich kann man drei Formen unterscheiden, die stabile, relativ gutartige, die Hyperpiesie; die variable gewöhnlich mit einer Nierenaffektion und die anfallsweise Hypertension. Bei der Prognose kommt es weniger auf die Höhe des Drucks, als auf die Adaptation des Körpers und die Funktion der regulierenden Mechanismen an; gefährlich sind die brusken Schwankungen, die die Kompensation stören. Verlauf 6 bis 8 u. m. Jahre. Die Hypertension bei Jungen ist ernster. Besonders die mit Nierentuberkulose verläuft rapid. Bei Syphilitikern ist die Prognose günstiger. Dies ist besonders für Lebensversicherungen wichtig. Komplikationen machen den Fall natürlich ernster. Das natürliche Ende ist der Herznachlaß, das durch zerebrale Antezedentien abgekürzt wird. Manchmal beschleunigt ein akutes Lungenödem, eine interkurrente Infektion. Seltener plötzlicher Tod. Erhöhung des diastolischen Drucks, geringer Pulsdruck sind üble Vorzeichen. Ätiologie: dunkel; die angezogenen Ursachen sind eher Erscheinungen als Ursachen. Vor allem die Heredität; Dieulafoy hat eine Heredität der zerebralen Hämorrhagie angenommen; Heredosyphilis; besonders bei Jungen; Intoxikationen: Blei, Alkohol, namentlich Bier; Tabak ist fraglich. Uebermäßige Fleischnahrung. Man hat ferner permanente Hypertension nach Eklampsie und Scharlach beobachtet. Dann Syphilis. Oft kommt Diabetes gleichzeitig vor, namentlich bei Jungen, unabhängig voneinander; manchmal können sie allerdings eine gemeinsame Ursache haben. Auch die Gicht wirkt nicht direkt durch die Urikämie, aber sie kann sich mit den auslösenden Ursachen der Hypertension verbinden. Bei Fetten findet man ebenfalls Hypertension, mäßig, nicht direkt mit dem Ernährungszustand zusammenhängend. Endokrine: Neoplasmen der Nebennieren, Akromegalie, beim Kropferz und Basedow, wo sie auch mäßig sein kann oder fehlen. Ferner bei Prostatahypertrophie. Bei der Menopause, oft instabil; wenn permanent mit Nierensklerose verbunden. Sodann bei Uterusfibromen. Früher hat man die kleinen Zeichen des Bright, Kryästhesie, toter Finger, Jucken, Krämpfe, Schwindel den toxischen Wirkungen der Niereninsuffizienz zugeschrieben; heute weiß man, daß die Hypertension schuld ist. Von den Augenerkrankungen hängen das Oedem, die Netzhautveränderungen mit der Hyperazotämie der Nierensklerose oder mit der Hypercholesterinämie zusammen; Amblyopie, Amaurose, Diplopie mit den Gefäßkrämpfen der Hypertension. Auch die vorübergehenden beschränkten und rezidivierenden Lähmungen der Nierensklerose beruhen auf Gefäßkrämpfen durch die Hypertension. Ebenso das akute Lungenödem bei Brightikern mit Aortitis. Praktisch muß man sich merken: jedes von beiden, das Syndrom der Hypertension und das der Niereninsuffizienz besitzen ihre Individualität und kommen getrennt vor. Bei der chronischen Hypertension ist die viskerale Sklerose und besonders die renale vielfach eine Folge der Hypertension, ebenso wie die seltene Sklerose der Lungenarterie; die Mitralstenose vermehrt den Druck im kleinen Kreislauf.

2263.

Kisch, Franz, Studien über den arteriellen Tiedruck. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 16, S. 736.) Der ausgesprochene Hyperthyreoidismus charakterisiert sich nicht durch Hypertonie, da eine solche nur in 35,7% der Fälle besteht, während sonst ein normaler Blutdruck vorhanden zu sein pflegt. Der Grad der Grundumsatzsteigerung läßt keinen Rückschluß auf die Höhe des jeweils bestehenden Blutdruckes zu.

Außer bei einer namhaften Zahl von Hypertonikern besteht auch bei — selbst gut kompensierten — Aorteninsuffizienzen und bei dekompenzierten Mitralvitien relativ häufig eine mehr oder weniger sinnfällige Steigerung des Gesamtstoffwechsels, ohne daß eine Relation zwischen dieser und dem Blutdruckverhalten ausgesprochen erscheint. Unter 154 Herzfehlerpatienten (Aorteninsuffizienzen und Mitralvitien) mit erhöhtem Ruhestoffwechsel wiesen 27,2% eine Hypertonie auf (zum größten Teil sind es Aorteninsuffizienzen), 57,3% wiesen einen normalen Blutdruck und 15,6% eine Hypotonie (hauptsächlich dekompenzierte Mitralvitien) auf.

Bei den durch eine Unterfunktion der Schilddrüse bedingten Zuständen überwiegen niedrige Blutdruckwerte (myxödematöse Durchtränkung des Myokards); Hypertonien kommen hier offenbar nicht vor.

Beim Morbus Addisonii gehört ein niedriger Blutdruck zur Regel.

Der beim Status lymphaticus relativ häufig feststellbare niedrige Blutdruck dürfte mit einer gleichzeitig bestehenden Hypoplasie des chromaffinen Gewebes in Beziehung stehen.

Bei der verhältnismäßig häufigen Vergesellschaftung von asthenischer Körperbeschaffenheit und arteriellem Tiedruck (laut Statistik des Verfassers sind 37% Hypo- bzw. Astheniker gleich-

zeitig auch Hypotoniker) kann in Anbetracht der Beobachtung, daß sich auch hier noch andere Symptome der Nebenniereninsuffizienz auffallend zahlreich auffinden lassen (insbesondere Status lymphaticus), das Bestehen einer Hypoplasie des chromaffinen Gewebes als ursächliches Moment der Hypotonie angenommen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2264.

Herb, F., Spezifität der Tätigkeit der Hormone, Vitamine und Komplemente. (Med. J. a. Rec., Nr. 5, 1929.) Die Fermente sind nicht spezifisch für das was sie schaffen, wohl aber spezifisch für die Fermente oder Fermentgruppen, denen sie dienen. Dies ist besonders klar an den Hormonen und namentlich an dem neu entdeckten weiblichen Sexualhormon. Seine Aufgaben: Entwicklung der weiblichen Sexualorgane und ihrer Funktion, also der Veränderungen in Vagina, Uterus und Tubae Fallopii in der Prämenstruation und Schwangerschaft, dann die Entfaltung der zahlreichen sekundären Geschlechtsmerkmale. Seine Spezifität steht außer aller Frage, denn alle Befunde können auf gemeinsamer Basis erklärt werden. Die Untersuchungen haben ergeben, daß es aus dem Ovum entsteht. Verfolgen wir nun seine Tätigkeit an Hand der neueren Forschung. Wenn der Follikel berstet, so werden Ei und die Follikularflüssigkeit mit ihrem spezifischen Hormon in die Bauchhöhle entleert. Das Follikulin wird absorbiert und durch das Blut den Fermenten zugeführt, die die prämenstruellen Veränderungen hervorrufen. Es braucht 14 Tage bis zur Nestbildung; folglich auch eine dauernde Lieferung dieses weiblichen Hormons; und zwar nur vom Ei, das während seiner Wanderung die Lieferung nicht aussetzt. Jedes Ei liefert seinen Bedarf an Fermentin so lange, als die Möglichkeit einer Befruchtung und Ansiedlung vorliegt. Geht aber das unbefruchtete Ei verloren, so hört die Fermentinlieferung auf; die Nestbildung kann nicht erhalten werden; es erfolgt die charakteristische Blutung. Das befruchtete Ei liefert ununterbrochen Hormon, und der Bedarf dafür steigt mit dem Wachsen des Uterus. Jedes Uebermaß davon, das nicht gebraucht wird, wird ausgeschieden. Daher das Follikulin in der Amnionflüssigkeit, im Urin Schwangerer. Da Produktion und Konsumption nicht Hand in Hand gehen, so ist Aufstapeln nötig; daher das Vorkommen in inneren dem System fernliegenden Organen. Beim Follikulin ist die Konsumption stetig, die Produktion zyklisch; beim Insulin ist es gerade umgekehrt: die Konsumption hängt von Arbeit und Ruhe ab. Ueberraschend ist nun die Entdeckung, daß das weibliche Sexualhormon bei allen Menschen und Tieren gleich ist und daß es auch im Pflanzenreich vorkommt. Also ein ganz neues Kapitel in der Entwicklungsgeschichte: die Natur hat dieses Hormon vor Jahrmillionen für die damaligen Einzeller geschaffen und so wirksam gefunden, daß sie es auch bei der weiteren Höherentwicklung beibehielt. Man kann das Hormon auch aus der Hefe gewinnen. Man findet es aber auch in Testes und im Urin normaler Männer. Dies und die Tatsache, daß das Hormon vom Ei produziert wird, deutet darauf hin, daß eine rudimentäre Ovulation dauernd auch im Hoden normaler Männer vor sich geht. Die Geschlechtsorgane entstehen nämlich aus einem Neutralkörper, und die Ausnahmbildung von Heramphroditen beim Menschen ist nur möglich, wenn auch die andere Sexualität bei allen normalen Männern und Frauen in schlafendem Zustande vorliegt. Also existiert die rezessive Sexualentwicklung nicht nur, sie funktioniert auch, in gewissem Sinne. Zum mindesten richtunggebend auf den ursprünglich neutral, d. h. bisexuell angelegten Körper: die Sexualität entfaltet sich, die das von ihren Fermenten benötigte Fermentin erhält. Dieses Richtungsgeben wird klar bei Steinachs Versuchen mit dem Einpflanzen von Ovarien bzw. Hoden in männliche bzw. weibliche Tiere. Es fragt sich lediglich, welches Element vorherrscht; das Hormon, das nicht gebraucht wird, wird ausgeschieden.

So erklären sich mit einem Schlag alle die verschiedenen Typen von Männern und Frauen mit weiblichem bzw. männlichem Einschlag. Ebenso die Homosexualität. Ferner, da die Eiproduktion einmal aufhört, die Spermatogenese aber bis ans Ende dauert, gewinnt auch bei Frauen die männliche Sexualität in späteren Jahren die Ueberhand, drückt ihnen auch in Aeußerlichkeiten (männlichem Haarwuchs) ihren Stempel auf; es erklärt die Vulnerabilität und Morbidität gewisser Männer zwischen 40 und 50. Alles dies sind Hormonfragen. Für die Vitamine und Komplemente gelten dieselben Gesetze, wenn sie auch noch nicht so klar da liegen.

v. Schnitzer.

2265.

Kaufmann, E., Ovarialhormon, Insulin und Kohlehydratstoffwechsel. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 16, S. 650.) Das Ovarialhormon beeinflusst den Kohlehydratstoffwechsel in gegensätzlicher Richtung wie das Insulin. Hieraus erklären sich zum Teil die starke Insulinempfindlichkeit der Kinder, die Hypoglykämiegefahr bei Wöchnerinnen, die einen Diabetes haben, die leichten

Schwankungen des Kohlehydratstoffwechsels im Ovarialzyklus und im Verlaufe der Schwangerschaft bei Nichtdiabetischen und Diabetikern.

2266.

Günther, H., Die Bedeutung der Sexualdisposition in der Pathologie des Blutgefäßsystems. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jg., Nr. 8, 217.) Die allgemeine Statistik muß hinsichtlich der Gliederung der Krankheitsrubriken auf die Unterschiede der Sexualdisposition Rücksicht nehmen. Krankheiten der Arterien und arteriellen Herzklappen zeigen in der Regel männliche Prädisposition; die venösen Herzklappen erkrankten häufiger bei Frauen. Die männliche Prädisposition ist besonders stark im Alter zwischen 40 bis 60 Jahren ausgeprägt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2267.

Bauer, Die Erythrophilie des wachsenden Knochens im Lichte neuerer Forschung. (Münch. med. Wschr., Nr. 17.) Verf. versteht unter Erythrophilie die Knochenrotfärbung des Knochens nach Krapprotfärbung. Der Krapp übt keinen Einfluß auf das Knochenwachstum aus, wohl aber auf den Knochenbildungsprozeß. Besonders wird der Knochen in seiner Elastizität und Festigkeit gefördert. Der Autor erblickt in der Erythrophilie des wachsenden Knochens eine Unterart der Photo- oder Chromophilie der lebenden Bindegewebsbestandteile. Er glaubt, daß eben dem roten Knochen ein anderes Strahlenabsorptions- und Ausnutzungsvermögen innewohnt als dem gelblich gefärbten.

S. Cohn.

2268.

Mansfeld, G., Mechanismus und Bedeutung der Herzvergrößerung. (Orv. hetil., Jg. 73, Nr. 8, 1929.) Wie alle anderen Hohlräume des Organismus, so reagiert auch das Herz auf die Zunahme seines Flüssigkeitsinhalts nicht durch passive Erweiterung, sondern durch aktive Erschlaffung. Dieser Mechanismus kann im Experiment reproduziert werden, wenn wir die Sinusgegend des Warmblüterherzens mit einer zehnprozentigen Formalinlösung bepinseln. Mittels dieser Einrichtung konnte festgestellt werden: 1. Daß die Ursache der verminderten Anpassungsfähigkeit eines dilatierten Herzens durchaus nicht die ist, daß es größeren Aufgaben nicht gewachsen wäre, sondern im Gegenteil, das erweiterte Herz ist nicht mehr imstande, sich kleineren Anforderungen anzupassen und reagiert schon auf einen minimalen Füllungsdruck mit maximaler Kraft. 2. Das dilatierte Herz verbraucht viel weniger Sauerstoff zu derselben Arbeit als das normale Herz; dieser Umstand ist dynamisch so zu erklären, daß beim erweiterten Herzen eine viel kleinere Muskelkontraktion ausreicht, um dieselbe Flüssigkeitsmenge auszupressen (ein großer Ballon muß auch viel weniger zusammengedrückt werden als ein kleiner Ball — wenn beide Flüssigkeit enthalten —, um dieselbe Menge Flüssigkeit auszupressen). Starling glaubte noch, daß die Erweiterung des Herzens eine automatische Einrichtung sei, die bewirkt, daß auf der größeren Fläche der größergewordenen Muskelzelle mehr chemische Energie in mechanische umgewandelt wird. Es hört sich befremdend an, daß das für krank gehaltene dilatierte Herz mit größerem Nutzeffekt arbeitet als das gesunde; die Erweiterung des Herzens ist aber eben einer jener Kompensationsprozesse, welcher bei größeren Anforderungen schon unter normalen Umständen, und noch mehr bei Zirkulationsstörungen, oft Jahrzehnte hindurch, die Arbeitsfähigkeit des Herzens sichert. Diese Art der Anpassung ist nur der Ausdruck einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit des Organismus: das Bestreben der ökonomischeren Verrichtung der größeren Arbeit.

Robert Klopstock.

2269.

Arneth, „Toxische“ Leukozytenveränderungen. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Verfasser prüfte bei der gelegentlichen Untersuchung eines laparotomierten Falles, der an einer schwersten, resorptiven, toxinämischen Sepsis verstarb, die Behauptung der Naegelischen Schule nach, daß die Linksverschiebung durch eine toxische, ungenügende Reifung in Marke bedingt ist. Die Basophilie des Protoplasmas, die unregelmäßig basophile Granulierung und die Vakuolisierung sind auch als toxische Protoplasmaschädigungen aufzufassen. Diese Veränderungen kommen nach Nägeli in der Peripherie zustande. Trotzdem bei oben erwähntem Falle diese Erscheinungen bestimmt hätten gefunden werden müssen, kam Verfasser zu entgegengesetzten Resultaten, er fand nämlich nicht die angeführten Erscheinungen. Verfasser warnt daher, diese „toxischen Veränderungen“ für die Prognostik und Diagnostik zu verwenden. Dagegen sei die Verschiebung im neutrophilen Blutbild immer zu verwerten.

S. Cohn.

2270.

Paltauf, Ueber die Eintrittspforte des Virus der Lymphogranulomatose. (Wr. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 14.) Die Lymphogranulomatose (L.) wird heute wegen des charakteristischen histo-

logischen Befundes als Infektionskrankheit aufgefaßt. Dagegen ist es noch unklar, welcher Teil des lymphatischen Apparates die Eintrittspforte darstellt. Da in den drei beschriebenen Fällen die Halslymphdrüsen entweder ausschließlich ergriffen waren oder viel ältere Veränderungen aufwiesen als die anderen ergriffenen Organe, ferner da im dritten Falle eine ältere L. in den Follikeln am Zungenrund und in den Tonsillen vorhanden war, wird die schon früher gemachte Annahme wahrscheinlich, daß in der Regel der lymphatische Rachenring die Eintrittspforte darstellt. Jedoch ist in manchen Fällen die primäre Infektion des Magen-Darmtraktes, noch seltener des Respirationstraktes, der Haut und in ganz vereinzelt Fällen die placentare Uebertragung möglich.

2270 a.

Newjadomskij, M. M., Ueber Krebszerzeugung durch zellfreie Filtrate. (3. Mitteilung.) (Wratsch. Gaset, 3. Jg., Nr. 20.) In der vorigen Arbeit (Wratsch. Gas., Nr. 15) berichtete Verf. über seine Versuche, bei denen ihm die Transplantation des menschlichen Karzinoms auf drei Mäuse gelang. Die Tiere gingen nach 1½ bzw. 3 Monaten bei ausgesprochener Kachexie zugrunde, wobei die histologische Untersuchung des Transplantats bei ihnen das Bild eines typischen Epithelioms und völlige Uebereinstimmung der Zellen mit denen des zur Verimpfung verwendeten Gewebes, welches von einem Karzinomkranken stammte, ergab. In der vorliegenden Mitteilung wird über weitere Versuche berichtet. Zellfreies Filtrat des Karzinomgewebes wurde bei je fünf Mäusen subkutan bzw. intraperitoneal injiziert. Von diesen Tieren konnte nur bei zwei, und zwar bei den intraperitoneal geimpften, ein disseminierter Krebs danach nachgewiesen werden. Bei der Autopsie wurden außer dem Tumor in der Bauchhöhle und im Netz auch zahlreiche Metastasen in Leber, Nieren, Mediastinum und Rippen vorgefunden. Weitere Verimpfung des von einem dieser Tiere entnommenen Tumorgewebes auf andere Mäuse führte stets zu positiven Resultaten. Das Gelingen der intraperitonealen Verimpfung des Tumorfiltrats gegenüber der subkutanen wird auf die für die Krebsentwicklung ungünstigen Bedingungen im subkutanen Gewebe zurückgeführt, da hier das für das Eindringen des lebenden Krebsvirus notwendige Epithel fehlt. Die im Filtrat unvermeidlich vorhandenen einzelnen Krebszellen waren, nach Verfasser, für die Krebsentstehung in den erwähnten Experimenten belanglos, da seine Beobachtungen die schon von Pentimalli ausgesprochene Meinung bestätigen, daß für das Gelingen der Krebsplantation eine ziemlich große Zahl von Krebszellen — bis 500 000 — erforderlich ist. Hingegen werden die im Filtrat noch vorhandenen Krebszellen sicher durch den Organismus des gesunden Tieres aufgelöst. Die positiven Resultate bei seinen Experimenten führt N. nicht auf die Krebszelle selbst, sondern eher auf das in ihr vorhandene Virus zurück.

E. Kontorowitsch.

2271.

Betke, Hans, Ermüdung und Erholung. (Arch. soz. Hyg., 4., Nr. 1.) In diesem Uebersichtsreferat gibt der bekannte Gewerbe-medizinalrat eine erschöpfende Zusammenfassung der bisherigen Untersuchungsergebnisse. Wer sich mit diesem Thema beschäftigen muß, wird hier unter großen Gesichtspunkten vereinigt die Literatur mit eigener großer Erfahrung verglichen finden.

Michaelis, Bitterfeld.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

2272.

Epstein, Familiäre amaurotische Idiotie ohne den klassischen kirschroten Fleck. (Arch. of Ped., 66., Nr. 2, 1929.) Beschreibung eines seltenen Falles von echter amaurotischer Idiotie bei einer zugewanderten russischen jüdischen Familie (Säugling von sieben Monaten). Bei dem Kinde waren alle Zeichen der amaurotischen Idiotie vorhanden, es fehlte nur der typische rote Fleck am Augenhintergrund der Macula lutea. Das Leiden soll meistens im zweiten Lebensjahr zum Tode führen.

Trendtel, Bremen.

2273.

De Courcy, Joseph L., Thyreoidektomie bei Geisteskranken mit Basedow. (Journ. nerv. dis., 68., Nr. 4.) Von 14 schwer psychotischen Basedowfällen wurden 12 nach Thyreoidektomie psychisch wieder vollkommen hergestellt. Unter den geheilten Fällen fanden sich zwei Fälle von Schizophrenie. Bei 13 dieser Fälle handelte es sich um hyperplastische Struma, bei dem letzten um ein toxisches Adenom. Es wird darauf hingewiesen, daß die Kombination einer Psychose mit Basedow keine Kontraindikation gegen die Operation bildet, sondern daß dadurch eine doppelte Indikation für die Operation gegeben ist, da die Aussichten für Ausheilung der Psychose günstige sind.

W. Misch, Berlin.

2274.

Klemperer, Edith, und Max Weißmann, **Bestimmungen des Kohlensäuregehaltes im Liquor cerebrospinalis bei Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse.** (Neur., 119., Heft 2 und 3.) Die Untersuchungen zeigen, daß bei progressiver Paralyse ohne Komplikationen eine Erhöhung des Kohlensäuregehaltes des Liquor cerebrospinalis besteht. Für diese Tatsache wurden drei Erklärungen herausgezogen, ohne daß es möglich gewesen wäre, sich bis jetzt für eine derselben zu entscheiden. a) Eiweiß bzw. Globulin und Zellvermehrung, b) Zerfall von Gehirnschubstanz, c) Abbau und Stoffwechselprodukte der Spirochäten. Durch die Wirkung des Malariafiebers wird eine hochgradige Herabsetzung des Kohlensäuregehaltes des Liquors hervorgerufen, die wahrscheinlich während der ganzen Kur anhält und so den Kampf gegen die Spirochäten zu einem kontinuierlichen gestaltet. Diese auch im Fieberintervall anhaltende Azidose scheint der Malaria spezifisch zu sein und wesentlich zu dem günstigen Heileffekt beizutragen. Kurz nach der Kur nimmt die Alkalose des Liquors noch an Intensität zu, während einige Monate später in Zusammenhang mit der klinischen und serologischen Besserung der Kohlensäuregehalt des Liquors normal wird. Manische Paralytiker, Patienten mit schweren Zirkulations- und Stoffwechselstörungen, ebenso ein Teil der Taboparalysen zeigten keinen erhöhten Kohlensäuregehalt des Liquors. Interessante Einzelbefunde: Tabiker ohne Optikusatrophie hatten einen normalen Kohlensäuregehalt der Zerebrospinalflüssigkeit. Bei Optikusatrophie war er meistens erhöht. Eine Patientin mit rezidivierender Amentia zeigte eine starke Azidose des Liquors, die durch Insulin und Traubenzucker nicht zu beeinflussen war. Eine Kranke mit kataleptischen Anfällen hatte im Anfall eine starke Alkalose des Liquors, während sie in der anfallsfreien Zeit einen normalen Wert aufwies. Zwei Patienten mit multipler Sklerose zeigten ebenfalls einen erhöhten Kohlensäuregehalt der Zerebrospinalflüssigkeit. Es wurde auf die Beziehungen zwischen Lues und multipler Sklerose hingewiesen.

Hans Knospe.

2275.

Friedmann, A. P., **Ueber die Bedeutung der Senkungsreaktion bei Nervenkrankheiten.** (Neur., 119., Heft 2 und 3.) Zum Zwecke der vergleichenden Bewertung der von verschiedenen Autoren erhaltenen Angaben muß unbedingt mit einer bestimmten Modifikation der Sedimentierungsreaktion gearbeitet werden. Verfasser empfiehlt die Modifikation von Linzenmeyer. Im Interesse der Klinik ist es notwendig, über den Grad der Beschleunigung der Senkungsreaktion einig zu werden und denselben in Zahlen auszudrücken. Es scheint zweckmäßig zu sein, eine Gradation der Veränderungen der S.R. nach dem Fünf-Ballen-System, mit entsprechenden Zahlenbezeichnungen, einzuführen. Eine einmalige Untersuchung der S.R. bei einem Kranken scheint dem Verfasser oft ungenügend zu sein. Es ist wünschenswert, in jedem einzelnen Falle wiederholte Prüfungen vorzunehmen. Die S.R. stellt einen sehr sensiblen Indikator vor, welcher die biochemischen Veränderungen des Organismus in toto auffängt. Sie gibt keine besonderen Abweichungen von der Norm bei den funktionellen Störungen des Nervensystems, doch verändert sie sich bei der Mehrzahl der organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Alle Formen der Neurolues zeigen eine Beschleunigung der S.R., besonders die spezifischen Meningitiden und die Paralysis progressiva. Die Reaktion kann hier eine prognostische Bedeutung haben: mit der Besserung des Zustandes des Patienten wird die Reaktion verlangsamt. Die Sklerosis disseminata gibt manchmal eine Verlangsamung der S.R., doch läßt sich bei der Aktivierung des Prozesses eine bedeutende Beschleunigung wahrnehmen. In den Fällen von Sklerosis lateralis amyotrophica besteht eine direkte Abhängigkeit der S.R. von der Dauer der Erkrankung: je länger die Dauer der Erkrankung, desto größer die Beschleunigung der S.R. Der Parkinsonismus verum gibt, im Gegensatz zum Parkinsonismus, meistens eine Beschleunigung der S.R., was eine differentialdiagnostische Bedeutung haben kann. Bei Arteriosklerosis findet nicht immer eine Beschleunigung der S.R. statt.

Hans Knospe.

2276.

Bourguignon, Georges, **Chronaxie des Pyramidenbündels.** (Rev. neur., 36. Jahrg., 1., Nr. 4.) Bei allen Individuen (normalen oder trepanierten) kann man das Pyramidenbündel auf orbito-okzipitalem Wege reizen. Bei den Trepanierten bietet die Trepanation oft, aber nicht immer, einen bequemen Weg pyramidalen Reizung, zumeist lokalisiert an der lädierten Partie der zentralen motorischen Bahnen. Die beiden Reizungswege (orbito-okzipitaler und Trepanationsweg) können bei den Trepanierten miteinander verglichen werden. Im normalen Zustand ist die pyramidale Chronaxie die gleiche wie diejenige der entsprechenden Muskeln: das ganze motorische System, von der Hirnrinde bis zum Muskel,

ist isochron. Die Pathologie schafft einen Heterochronismus zwischen dem Pyramidensystem und dem peripherischen neuromuskulären System.

Kurt Mendel, Berlin.

2277.

Herzog, I., **Die epidemische (rheumatische) Facialisparalyse.** (Neur., 119., Heft 2 und 3.) Zusammenfassend glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, daß ein großer Teil, wahrscheinlich der größte Teil der sog. rheumatischen Facialisparalyse infolge einer infektiösen Erkrankung der Speicheldrüsen, insbesondere der Parotis, entsteht. Die Fälle verweisen auf die periphere Art ihrer Entstehung durch die Zeichen einer Erkrankung der Speicheldrüsen (Schwellung, Druckempfindlichkeit, spontane Schmerzen), sowie dadurch, daß es zu keiner Beteiligung anderer Hirnnerven kommt (Trigeminus, Oktavus). Das gehäufte Auftreten solcher Fälle beweist seinen epidemischen Charakter.

Hans Knospe.

2278.

Russetzki, Joseph, **Partielle Epilepsie.** (Rev. neur., 36. Jahrg., 1. Nr. 4.) Verfasser studierte die Willkürbewegungen bei 10 Fällen, und zwar 8 Fällen von Jacksonscher, 2 Fällen von Koshesnikowscher (Epilepsia partialis continua) Epilepsie. Bei allen begann der epileptische Anfall in einer Oberextremität. Bewußtlosigkeit war selten. Am kranken Arm konnte man feststellen: eine Herabsetzung der Kraft in der Hälfte der Fälle, eine leichte Steigerung der Sehnenreflexe und ein Fehlen des Lärtschen Vorderarmreflexes. In 3 Fällen bestand eine diffuse Muskellatrophie des kranken Armes. Die Untersuchung der Willkürbewegung sowie der hyperkinetischen Bewegung führte zu dem Schlusse, daß bei der Epilepsia partialis continua das extrapyramidale Element im Wirklichkeit existiert und daß es wahrscheinlich die wichtigste Rolle im Mechanismus der epileptischen Hyperkinesien spielt.

Kurt Mendel, Berlin.

2279.

Guttmann, Erich, **Die Affektepillepsie. Beitrag zur Pathogenese affektepilleptischer Anfälle.** (Neur., 119., Heft 2 und 3.) Eine kleine Gruppe von triebhaften Psychopathen und ebenso diejenigen Affektepilleptiker, welche nur an Verstimmungen, aber nicht an Anfällen litten, boten in ihrem weiteren Schicksal keinen Anhalt dafür, daß nähere Beziehungen zur Epilepsie oder Affektepillepsie bestünden. Dagegen ließen sich unter den Affektepilleptikern, bei denen diese Diagnose sich neben endogenen Verstimmungen auf Anfallsäquivalente stützte, mehrfach Beziehungen zur Epilepsie nachweisen. Von den als Affektepilleptiker im engeren Sinne bezeichneten 23 Fällen mußten 5 als durch den weiteren Verlauf nicht endgültig geklärt ausgeschieden werden. Von den übrigen wies ein Teil organische Hirnschädigungen durch Trauma oder Lues auf, welche als Ursache der epileptischen Anfälle in Frage kamen; bei einer anderen Gruppe ließen sich die Anfälle als toxische, alkoholisch bedingte auffassen; schließlich fanden sich Fälle, die am wahrscheinlichsten als genuine Epilepsien mit benignem Verlauf aufzufassen sind. Bei zweien von diesen sowie bei einem vegetativ labilen Kranken, der als Affektepilleptiker diagnostiziert war, fanden sich Hinweise darauf, daß die affektbedingten Anfälle auf dem Wege über eine Hyperpnoe zustande kamen. Hinweise darauf, daß der Hyperventilationsmechanismus bei der Entstehung epileptischer Anfälle eine Rolle spielt, fanden sich auch vereinzelt bei Fällen, die als Epileptiker mit hysterischen Erscheinungen diagnostiziert wurden oder bei denen die ursprüngliche Diagnose Hysterie oder Epilepsie sich durch den weiteren Verlauf als irrig herausstellte. Zu dieser Feststellung wurden 30 Fälle aus dem Gesamtmateriale von 700 katamnestisierten alten Epilepsiefällen sowie 2 neuerdings beobachtete herangezogen. 4 klinisch eingehend beobachtete Fälle zeigten, daß der erwähnte Mechanismus tatsächlich bei „Psychopathen“ zu epileptischen Anfällen führen kann; eine spezifische Disposition wird schon wegen der Seltenheit dieses Vorkommens angenommen werden müssen. Einzelne Komponenten dieser Erkrankungsbereitschaft sind greifbar: eine latent tetanische Disposition, an elektrischer Uebererregbarkeit kenntlich, bildet die Basis, auf der psychogene Anfälle von Angst, Polypnoe, Ueberventilationstetanie entstehen können. Stoffwechselverschiebungen im Sinne der Ueberlüftungstetanie können zu epileptischen Anfällen führen, wie Foerster gezeigt und zahlreiche andere Autoren, an einem kleinen Material auch Verfasser selbst, bestätigt haben. Ein anderer, schon häufig als möglich erörterter Weg der psychogenen Entstehung epileptischer Anfälle ist der über vasomotorische Störungen. Auch zu solchen bedarf es einer mehr oder minder ausgeprägten Bereitschaft, die sich klinisch in schwer abschätzbaren Erscheinungen äußert. Verfasser hat deshalb versucht, ein serologisches Kriterium als Indikator dafür zu verwenden. An einem prägnanten Fall ließ sich das Zusammenwirken beider Faktoren, der tetanischen und der vasomotorischen Bereitschaft, beobachten und demonstrieren. Auf die Möglichkeit andersartiger affektepilleptischer Anfälle wird hingewiesen. Die früher einheitlich

als Affektepilepsie abgegrenzten Fälle haben sich, wie Redlich mit Recht von den Oligoepileptikern überhaupt angibt, als eine ätiologisch, pathogenetisch und verlaufsartig einheitliche Krankheitsgruppe nicht abgrenzen lassen. Dagegen hat sich bei einer allerdings sehr kleinen Anzahl von Kranken der Nachweis erbringen lassen, daß durch affektive Erregung auf hinreichend geklärten Wegen epileptische Anfälle hervorgerufen werden können. Die betreffenden Fälle sind aber klinisch teils Psychopathen, teils Epileptiker; auch charakterologisch sind sie sehr verschieden. Ihre Anfälle aber gleichen einander weitgehend, und zwar offenbar deshalb, weil ihre Entstehungsmechanismen über eine letzte gemeinsame Endstrecke führen. Sie als affektepileptische zu bezeichnen und als solche von den gewöhnlichen infektiösen, toxischen oder traumatischen bedingten der symptomatischen Epilepsie und den kryptogenen der genuinen abzugrenzen, erscheint innerlich berechtigt.

Hans Knosp.

2280.

Ramer, Torsten, Ueber Aetiologie und Pathogenese der Polyneuritis. (Hygiea, Heft 8, 1929.) Ramer teilt 4 Fälle von Polyneuritis mit, in denen deutliche Liquorveränderungen, vermehrte Eiweiß- und Zellmengen vorlagen und Nonnesche und Pandysche Reaktionen meist positiv ausfielen. Aetiologisch kamen Rheuma, Tuberkulose, Alkoholismus, Arteriosklerose und Arsenintoxikation in Frage. Die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen gingen dabei nicht immer Hand in Hand. Diese Fälle scheinen auf eine Mitbeteiligung der Rückenmarkswurzeln bei der Polyneuritis hinzuweisen, wie sie von vielen Autoren (Queckenstedt, Walters, Störung und der motorischen Lähmungen. Besonders für die infektiöse Polyneuritis wird sie von vielen Autoren behauptet. Infektiöse Neuritiden sind auch nach Anginen und Halsaffektionen zur Beobachtung gekommen. Bei der alkoholischen Polyneuritis scheint das Hinzutreten toxischer Prozesse (von der Leber vielleicht) ausschlaggebend zu sein für die Beteiligung der peripheren Nerven neben der Alkoholvergiftung. Die Liquorveränderungen bei der Polyneuritis gehen gewöhnlich mit dem Schwinden der Symptome zurück, können ihnen aber auch schon vorausgehen.

S. Kalischer.

2281.

Wolff, H. G., und W. G. Lennox, Respiratorische Enzephalitisfolgen. (J. nerv. Dis., 68., Nr. 4.) Es werden 3 Fälle mit postenzephalitischen Respirationsstörungen mitgeteilt. Bei dem ersten Fall bestanden, außer Anfällen von beschleunigter Atmung ohne Apnoe, allgemeine Krampfanfälle, die unabhängig oder im Anschluß an die Atemstörungen auftraten. Bei den anderen beiden Fällen traten Anfälle von Apnoe bei tiefer Inspiration mit Spasmus der Atemmuskulatur auf, die von Bewußtseinsverlust und Konvulsionen gefolgt waren. Die bei den zwei letzten Fällen beobachteten Störungen sind wahrscheinlich verwandt mit den Krämpfen, die sich bei Tieren experimentell durch Erhöhung des intrathorakalen Drucks hervorrufen lassen. Aus den klinischen Beobachtungen an einem der Fälle scheint hervorzugehen, daß die Intensität der Respirationskrämpfe durch Aenderungen der chemischen Zusammensetzung des Bluts beeinflusst werden kann.

W. Misch, Berlin.

2282.

Monrad-Krohn, G. H., und Schjött, A., Fälle von Enzephalitis mit Reizerscheinungen von selten des Temporal- und Okzipitallappens. (Norsk. Magaz. for Laegevidensk., Nr. 5, Mai 1929.) Die Verfasser beschreiben hier einen Fall von Enzephalitis epidemica, der ausgezeichnet ist durch hemianopische Gesichtstäuschungen, Stauungspapille; ätiologisch kommt ein Zahnabszeß in Frage, der vielleicht in ähnlicher Weise das Entstehen der Enzephalitis auslöste, wie es bei der postvaxinalen Enzephalitis durch die Impfung der Fall ist. Hemianopische Halluzinationen kommen selten bei Okzipitallappentumoren vor; sie sind charakteristisch für die Läsionen des Temporalappens, namentlich wenn sie komplexer Natur sind, wie hier. Die hemianopischen Halluzinationen des Okzipitallappentumors sind mehr einfacher Natur, wie Flimmerskotome usw. Die Enzephalitis verlief hier durch multiple, nicht gleichzeitig, sondern schubweise hintereinanderfolgende Erscheinungen und Lokalisationen. Die Abdominalreflexe waren hier aufgehoben. Die Stauungspapille ging langsam zurück, vielleicht infolge einer Lumbalpunktion. Die Zerebrospinalflüssigkeit zeigte einen hohen Zuckergehalt.

S. Kalischer.

2283.

Römcke, O., und Ustvedt, H. J., Ueber spontane Arachnoidalblutungen. (Norsk. Magas. f. Laegevid., Nr. 5, 1929.) In den Jahren 1918 bis 1928 wurden 27 Fälle spontaner Arachnoidalblutung im Hospital d'Ulleväl (Oslo) beobachtet. Die Diagnose wurde teils durch die Lumbalpunktion, teils durch die Autopsie sichergestellt. 17 der Patienten starben, 10 wurden geheilt. In 5 Fällen wurde

Glykosurie beobachtet. Auch transitorische Albuminurie und Polyurie, wie Hypertonie kamen in einzelnen Fällen zur Beobachtung. Der Wert der Lumbalpunktion ist in diagnostischer Beziehung von großer Wichtigkeit, in therapeutischer ist er noch diskutabel. In einem Falle folgte unmittelbar auf die Punktion ein tödlicher Ausgang, doch sind auch spontan plötzliche Todesfälle durch Respirationslähmung vorgekommen. Therapeutisch wurden jedenfalls wiederholt Lumbalpunktionen mit Entleerung großer Mengen von Flüssigkeit ohne schädliche Folgen vorgenommen. Neue Blutungen danach oder dadurch sind äußerst selten, und die palliative Wirkung, namentlich bei oberflächlich sitzenden Blutungen, war recht bedeutend; mit der subjektiven Besserung wurde die Pulsfrequenz herabgesetzt. Trotzdem ist die wiederholte therapeutische Punktion noch nur mit Vorsicht vorzunehmen, und auch bei der einmaligen diagnostischen ist der Druck genau zu kontrollieren und nur kleine Mengen zu entleeren. Der erhöhte spinale Druck wie die Beimischung von Blut sind wichtige Anzeichen der arachnoidalen Blutung, ebenso der Eintritt der Koagulation. Bei anderen Prozessen ist die spinale Flüssigkeit mehr gelb gefärbt. Artificielle Beimischungen von Blut durch die Punktion sind auszuschalten.

S. Kalischer.

2284.

Good, T. S., und K. O. Newman, Pituitäre Kachexie bei einem Fall von Tabes dorsalis. (Lancet, 216., 5511.) (Oxford County and City Mental Hospital, Littlemore.) Typischer Fall von Tabes dorsalis. 3 Monate vor dem Tode plötzliches Auftreten von kachektischen Erscheinungen, die erst postmortal ihre Erklärung fanden, indem es sich herausgestellt hatte, daß hier eine fibröse Atrophie des Vorderlappens vorlag.

Ashkenasy, Wien.

2285.

Richardson, J. L., und M. A. Blankenhorn, Neue klinische Gesichtspunkte über den Alkoholismus. (Amer. J. med. Sciences, 176., Nr. 2.) Die akute Alkoholvergiftung ist in der Regel durch schnellen Verlust des Bewußtseins in einem großen Prozentsatz der Fälle gekennzeichnet, ferner durch eine leichte Fieberreaktion und eine vorübergehende Albuminurie. Bizarre Bilder und ungewöhnliche Komplikationen sind gerade hier nicht selten, und es kommt sogar gelegentlich zu plötzlichem Tode. Es werden 6 Fälle von ungewöhnlichen klinischen Bildern beschrieben, wobei jedoch andere Griffe eine determinierende Rolle zu spielen scheinen. Der Alkoholismus verursacht sehr häufig Verkehrsunfälle. Der chronische Alkoholismus hat sich in der Hinsicht geändert, daß die betreffenden Patienten zwar häufig Zechereien mitmachen, jedoch nicht täglich trinken. Wahrscheinlich auf Grund der Veränderungen in den Gewohnheiten dieser chronischen Alkoholiker ist das Delirium tremens jetzt relativ selten. Eine Alkoholneuritis wird zur Zeit durch den rapiden Beginn charakterisiert, gewöhnlich weniger als 4 Wochen bevor die ausgesprochene Muskelschwäche auftritt. Die Hauptklage der Kranken ist in 72% der Fälle diese Schwäche. Die alkoholische Zirrhose ist im großen und ganzen dieselbe als vor der Prohibition. Von 154 Patienten, die wegen Alkoholismus zur Aufnahme ins Krankenhaus kamen, sind 8 gestorben: 4 von diesen an akuten Vergiftungserscheinungen mit Komplikationen, hauptsächlich zerebralen Hämorrhagien, durch Bleibedingte Enzephalopathie, Diabetes und Kolitis. 3 Patienten starben an einer Zirrhose. 1 Patient starb an Methylalkoholvergiftung.

Arnold Hirsch, Berlin.

2286.

Marschalkowitsch, D. B., Zur Frage der Beeinflussung des vegetativen Nervensystems durch balneologische Prozeduren. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 13/14.) Untersuchungen an 42 mit balneologischen Prozeduren behandelten Kranken (2 Fälle von Sklerodermie, 2 von obliterierender Endarteritis und 38 verschiedene Formen von chronischen Gelenkerkrankungen) haben erwiesen, daß die Moorbäderbehandlung im ganzen den vegetativen Nervenapparat der Haut deutlich beeinflusst, indem sie seinen Zustand in Fällen von ausgesprochenen Abweichungen ausgleicht. Was die einzelnen Prozeduren anbelangt, so tritt unter dem Einfluß der Sol- bzw. Mineralbäder Verringerung der Sympathisierung, bei Moorbädern dagegen zunächst Erhöhung der Sympathisierung zu Beginn des Bades und erst bei dessen Fortsetzung Verringerung derselben ein.

E. Kontorowitsch.

Psychologie und Psychopathologie

2287.

Wilmanns, Karl, Die normale und pathologische Charaktergestaltung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 15.) Die vorliegende Arbeit beschäftigt die psychopathologischen Veränderungen des Charakters vor dem Ausbruch der sinnfälligen Psy-

chosen und die damit verbundene schwere Erkennbarkeit dieser Störungen in strafrechtlicher Beziehung. Die für den Schizophrenen charakteristischen Verstöße gegen das Strafrecht, wie Bettel, Landstreicherei, Eigentumsdelikte und Gewerbsunzucht, werden an eindrucksvollen Krankengeschichten als Prodromalerscheinungen der geistigen Erkrankung geschildert und dargetan, wie z. B. in Korrigendenanstalten etwa 10% der Insassen derartig verkannte Kranke darstellen. Auch schwerere Vergehen, wie Gewalttätigkeiten und Sittlichkeitsverbrechen, sind durch die oft sehr gesteigerte geschlechtliche Erregung im Beginn der Erkrankung zu erklären, wobei die gemüthliche Abstumpfung und der geistige Verfall ursprünglich hochstehender Menschen dem Richter höchstens als Straferschwerendes imponieren. Für die Abschaffung der Todesstrafe gibt es kein Argument, das mehr wiegen würde als die zahlreichen Justizirrtümer, die aus der Verkenntung und Uebersetzung der prodromalen schizophrenen Charakterveränderungen erwachsen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

2288.

Atzler, Edgar, *Arbeitsphysiologie*. (Arch. Soz. Hyg., 3., Nr. 2.) (Aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie, Direktor: Prof. Dr. Atzler.) Das Ziel der Arbeitsphysiologie ist — eine optimale Arbeitsproduktivität zu erreichen, im Gegensatz zum Taylorsystem, das die maximale Arbeitsproduktivität erstrebt. Die Erfüllung dieses Zieles muß folgenden drei Bedingungen unterstellt werden: 1. Die Kraftäufwendungen des belebten Motors müssen in der Art verwertet werden, daß unter einem Minimum von Energieaufwand Maximalleistungen erzielt werden; 2. der rechte Mann muß am rechten Platz stehen; 3. Uebermüdung muß vermieden werden. Die Arbeitsphysiologie nimmt hiernach eine wichtige Stellung in der Gewerbehygiene ein. Indem sie aber den Faktor „Mensch“, und zwar in seinen Arbeitsverhältnissen, in den Mittelpunkt ihrer Forschung stellt, ist sie nicht zuletzt vom Standpunkt der personalistischen Medizin aus zu bewerten.

M. Kantorowicz, Berlin.

2289.

Grotjahn, Alfred, *Der soziale Gedanke in Medizin und Hygiene*. (Soc. Med., Nr. 4, 1929.) Bei der Verhütung der Volkskrankheiten gilt es, Ursachenforschung zu treiben und die Krankheitsursachen über ihre biologisch und pathologisch faßbaren Anfänge hinaus zurückzuverfolgen auf die sozialen Faktoren, die sie bedingen, oder deren Verbreitung, Verlauf und Ausgang sie verändern. In erster Linie ist die Häufigkeit einer Krankheit von Bedeutung; ferner ihre ungefähre Gleichartigkeit. Bei der Verursachung ist zu bedenken, daß die sozialen Verhältnisse entweder die Krankheitsanlagen schaffen, oder daß sie die Träger der Krankheitsbedingungen sind, oder daß sie die Krankheitserregung vermitteln, oder daß sie den Krankheitsverlauf beeinflussen. Andererseits beeinflussen sie auch die sozialen Verhältnisse (Bevölkerungsbewegung, Arbeitsfähigkeit). Wichtig ist auch der durch die ärztliche Behandlung erzielte Erfolg (nicht des einzelnen Falles).

Das Ziel der Hygiene und des Gesundheitswesens muß jetzt der „gesunde Mensch“ sein. Die kasuistische Denkweise des Arztes muß durch eine mehr soziale ergänzt werden, die auf das Allgemeine gerichtet ist und den gesellschaftlichen Zusammenhang der Individuen untereinander berücksichtigt. Die Organe des Staates (Gemeinde, Land und Reich) müssen die sozialhygienische Gesundheitsfürsorge treiben. Schul- und Fürsorgeärzte stehen in ihrem Mittelpunkt. Die staatlichen Medizinalbeamten haben an ihrer Bedeutung verloren. Reichssache ist die gesamte Sozialversicherung: Kranken-, Unfall-, Invalidenversicherung. Aus dem alten Staate, wo es hieß: Arbeit ist des Bürgers Zierde, wird der Wohlfahrtsstaat. Die statistisch belegte Verminderung der Sterblichkeit, die Herabsetzung der Sterblichkeit der Säuglinge und der Lungenkranken seien ein Beweis seines Erfolges.

Es sei höchste Zeit, daß die Aerzte einsehen, daß sie keinem freien Berufe mehr angehören, daß sie einer gebundenen Beamtstellung entgegengehen, da immer mehr eine größere Einbeziehung ärztlicher Aufgaben in den Bereich von Gemeinde, Land und Reich stattfindet.

Michaelis, Bitterfeld.

2290.

Gill, Wilson A., *Hysterie und Unfallversicherung*. (North Staffordshire Royal Infirmary; Lancet, 216., 5512.) Die Untersuchung soll baldmöglichst nach dem Unfall peinlichst genau erfolgen, so daß schon im ersten Momente das richtige Vertrauensverhältnis zwischen Pat. und Arzt hergestellt wird. Besonderes Gewicht ist auf eine röntgenologische Untersuchung zu legen. Bei Frakturen Fixation und mechanische Therapie; unnötige Bettruhe

aber ist zu verbieten. Auch bei Massage soll Pat. zur Mithilfe herangezogen werden. Kein Mieder, Gipsverbände oder Schienen, nicht über die unbedingt notwendige Zeit hinaus tragen lassen, da Gefahr einer Muskellatrophy und dauernder Annahme falscher Stellungen besteht. Bei nicht geeigneter Behandlung setzen sich rein psychogene Lähmungen bald fest. Die beste Klärung bringt die elektrische Untersuchung, da bei hysterischen Lähmungen eine Diskrepanz zwischen dem Ergebnis derselben und dem Symptombilde gefunden wird. Auch Ischias und rheumatische Arthritis werden durch ein hysterisches Element kompliziert, ebenso Taubheit und Amaurose, wenn keine organische Läsion gefunden werden kann. Psychische Behandlung: Aufklärung, Ueberredung und Re-education sind die Hauptstützen der Therapie.

Ashkenasy, Wien.

2291.

Sachs, H., *Neue Wege der Fürsorge für Herzranke*. (Zschr. f. Schulgespfl., 1929, 6.) Es wird über die Tätigkeit der 1928 neu eingerichteten Herzkrankenfürsorgestelle in Berlin, Prenzlauer Berg, berichtet. Es sind an 33 Beratungstagen 394 Fälle untersucht worden. Es wurde festgestellt: 93mal ein Herzklappenfehler, 27mal Herzhypertrophie und Dilatation, 24mal Verdacht auf Herzklappenfehler, 109mal Vasoneurose, 48mal funktionelle Herzgeräusche, 21mal Rhythmusstörung, 35mal wurde die Ueberweisungsdiagnose Herzfehler abgelehnt. Es wurden in der Hauptsache Kinder begutachtet, die von den Schul- oder Stadtärzten überwiesen wurden, 92mal wurde wegen der Notwendigkeit einer spezifischen Badekur ein Gutachten eingeholt: befürwortet wurden 22, abgelehnt 43, für andere Erholungsstätten vorgeschlagen 27 Kinder. Es wird auf die Schwierigkeit der Herzdiagnose beim Kind hingewiesen, vor allem der Unterscheidung der Klappenfehler von den akzidentellen Herzgeräuschen, die im Kindesalter bei 60–70 Prozent aller Kinder gelegentlich vorhanden sind. Es ergibt sich oft genug die Notwendigkeit, das Röntgenbild mit Heranzuziehen, bei dem besonders die Form des Herzschattens wichtige Aufschlüsse gibt. Bei der Verordnung von Herzheilbädern ist zu bedenken, daß die beim Erwachsenen vorwiegend erstrebte Gefäßwirkung des CO₂-Bades beim Kinde nicht notwendig ist; außerdem machen CO₂-Bäder leicht eine sexuelle Erregung. Man kann daher die Indikation einer Herzbadkur weitestgehend einschränken, da sowohl dekompensierte wie alte, gut kompensierte Herzfehler nicht in das Herzheilbad gehören. Schließlich soll die Herzfürsorgestelle die wirklich herzkranken Kinder überwachen und betreuen. Es werden besondere Erholungsstätten für herzranke oder mit funktionellen Herzstörungen behaftete Kinder gefordert. Die Ausführungen, die in mancher Richtung interessant und wichtig sind, können trotzdem die Ueberzeugung der Notwendigkeit besonderer Herzfürsorgestellen nicht unbedingt vermitteln.

Heyman, Berlin.

2292.

Boncour, G. Paul, *Formen und Genese der juvenilen Homosexualität*. (Prog. méd., Nr. 16, 1929.) Der Akt ist nicht das Ziel und wichtig ist die präpäderastische Phase. Recht interessant sind ebenso die Proportionen der homosexuellen Befriedigung: 10 Prozent der Männer bleiben keusch oder sind Auterotisten, 35 Prozent huldigen dem mutuellen Onanismus; 8 Prozent der Fellatio und 47 Prozent der aktiven oder passiven Päderastie. Frauen 10 Prozent Autoerotismus, 40 Prozent der mutuellen Onanie, 50 Prozent dem Sapphismus. Die erste Form ist der komplette Homosexuelle, der Unisexuelle. Schon in der Jugend zeigen sich die unbewußten Tendenzen ihrer Perversion, ihr Geschmack läuft den üblichen Gewohnheiten schon früh zuwider. In der Pubertät tritt dies in seinen Freundschaften auch beim weiblichen Geschlecht noch deutlicher zutage. Oft ist der Homosexuelle Sklave des Freundes. Wie bei der Heterosexualität wird auch hier der Modus eroticus durch endogene und exogene Faktoren bestimmt: der eine ist nur aktiv, der andere nur passiv. Wo in der Jugend keine strenge Erziehung stattgefunden hat, überläßt sich der Homosexuelle allen bekannten Perversionen: Sadismus, Masochismus, Fetischismus, Exhibitionismus usw. In Erziehungsinstituten ist der, der die anderen gewöhnlich zu anormalen sexuellen Praktiken verleitet, ein Homosexueller. Die zweite und häufigste Form ist der Bisexuelle, der psychosexuelle Hermaphrodit. Hier ist die Homosexualität ein Hors d'oeuvre oder sie kann prädominant und dann exklusiv werden. Sie verleitet oft Verheiratete zu unverständlichen Handlungen, zumal, da sie periodisch prädominieren kann. Auch sie ist angeboren oder entwickelt sich in der Pubertät. Dann sind durch äußere Einflüsse zwei Varietäten möglich: je nach der Prädominanz orientiert sich der Bisexuelle homo- oder heterosexuell. Oder ist die Homosexualität nur latent, so braucht sie sich in günstigen Umständen nicht zu entwickeln; fällt er aber in geeignete Hände, so kann sich die Homosexualität zu ungeahntem Grade entwickeln. Im ersteren Falle ist es lediglich

eine Frage des Umgangs und der Selbstbeherrschung. Versagen diese, so hat der Bisexuelle eine sehr düstere Zukunft, er verkommt auch moralisch, und man kann die analogen Eigenschaften wie bei den weiblichen Prostituierten finden. Endlich der Pseudohomosexuelle. Manche nehmen an, hier liege keine Prädisposition vor; die Gelegenheit schaffe die Gewohnheit; aber man darf nicht vergessen, daß die Anlage latent sein kann, denn die abnormen Gewohnheiten entwickeln sich nur auf einem empfänglichen Boden. Die Homosexualität ist eine biosoziale Anomalie, die isoliert oder mit intellektuellen, moralischen oder biologischen Anomalien zusammen vorkommen kann; in jedem Falle ein Degenerationszeichen, bei dem das Milieu eine wesentliche Rolle spielt.

v. Schnizer.

2293.

Büsing, Aerztliche Erfahrungen bei der Landunterbringung berufsunreifer Knaben und Mädchen. (Z. Schulgesundhpf., 1928, 8.) Die Stadt Kiel hat berufsuntaugliche Jugendliche wie auch erholungsbedürftige Schulkinder der obersten Volksschulklasse auf 3 bis 6 Monate auf das Land geschickt. Die Pflegestellen wurden sorgfältig ausgewählt und laufend kontrolliert. Es wurde den Pflegeeltern gesagt, daß die Kinder keinesfalls ein Ersatz für fehlende Arbeitskräfte sein dürften. Andererseits wurden solche Kinder gewählt, bei denen man glaubte, daß sie durch leichte körperliche Arbeit ertüchtigt werden würden. Die Erfolge waren sehr gute. Von 57 berufsunreifen Jugendlichen konnten 56 nach der Rückkehr als berufsreif erklärt werden.

Heyman, Berlin.

2294.

Ernst, John R., Wenig bekannte aber häufige Ursachen der Ehescheidungen. (Med. J. a. Rec., Nr. 5, 1929.) 1927 kamen in den Staaten auf 100 Hochzeiten 16 Scheidungen: Zunahme der illegitimen Verbindungen, Neigung zur Polygamie, Demoralisation. Hinter dem Liebesleben steht der sexuelle Impuls und der von der Natur gegebene Schaffungstrieb, und die Leugnung dieser fundamentalen Tatsache ist ein tragischer Irrtum. Abhilfe: Belehrung der Braut- und jungen Ehepaare durch männliche und weibliche Aerzte. Erkenne dich selbst ist der erste Grundsatz beim Eingehen einer Ehe: die Gestaltung des kindlichen Lebens hängt von der Verträglichkeit der Eltern ab. Junge Leute, die sich nicht von ihrer Familie lösen können, bleiben emotionell unreif. So die einzigen Kinder, die fast immer eine auf einem unterbewußten Sexualelement beruhende Fixation zu einem der Eltern aufweisen. Diese steht fast immer der sexuellen Verträglichkeit hindernd im Wege: Nervosität, abnorme mentale Einstellung, Verlust der physischen Gesundheit. Nicht heiraten sollten auch die Homosexuellen, deren Einstellung zum anderen Geschlecht, weil biologisch fixiert, sich nie mehr ändert. Der Homosexuelle ist dem anderen Geschlecht gegenüber Sadist. Bei der homosexuellen Frau kommt dies besonders verbal zum Ausdruck. Hier oft auch Masochismus. Die Kinder werden konstitutionelle Psychopathen, sexuell abnorm, häufig wie die Eltern kriminell. Die Unterdrückung des natürlichen Schaffungstriebes erzeugt schwere emotionelle Zustände und noch schwerere mentale Störungen. Ebenso ungeeignet zur Heirat ist das „erwachsene Kind“. Hier liegt ein Erziehungsfehler in der frühesten Kindheit vor; es bleibt emotionell unreif, kann im späteren Leben seine Ecken nicht abstoßen, kann seine in Wolle gewickelte Kindheit nie vergessen und will immer als König regieren. Die Fixation hindert, die Zuneigung auf ein Objekt voll zu übertragen: das egoistische Streben nach einer unnatürlichen Sympathie zersplittet die Persönlichkeit. Folge: typische Neurose. Hier kann man von den Tieren lernen: der flügge Vogel wird aus dem Nest geworfen. Dieser Instinkt, im vollen Sinne des Wortes erwachsen zu werden, liegt auch beim Kinde vor und darf von den Eltern nicht mißverstanden werden. Ein solcher Sohn heiratet ein Duplikat seiner Mutter: er will die Situation seiner Kindheit wiederherstellen, die ihm Freiheit von Gefahr und Sorgen garantiert. Diese sexuelle Unbefriedigung und die anderen Folgen führen auf dem Wege des Sympathikus zu Kongestionen in den Beckenorganen und zu Störungen in der Produktion gewisser Hormone mit den dem Gynäkologen wohl bekannten Folgen. Abhilfe: Belehrung vor der Ehe. Hier ist auch der Psychotherapie ein weites Feld eröffnet. Eheschulen, geleitet von Verheirateten, besonders von den Frauenvereinen aus.

v. Schnizer.

2295.

Hesse, Erich, Tätigkeit der deutschen Wutschutzstationen 1928. (Reichsgesundheitsblatt, Nr. 19, 4. Jahrg., 1929.) Der Wutschutzbehandlung haben sich 376 Personen unterzogen; 2 sind gestorben (bei einem Todesfall stand die Diagnose nicht sicher). Die Bißverletzungen waren verursacht: 318mal durch Hunde, 39mal durch Katzen, 17mal durch Wiederkäuer, einmal durch ein Schwein. Die Behandlungsmethode ist nach Högyes-Philippis: Glycerinverdünnung von frischem Virusfixe (Gehirnsubstanz von Passagewut-

kaninchen). Von der frisch bereiteten Glycerinemulsionsverdünnung (1:25) werden 20 Injektionen von 0,25 bis 2,50 ccm steigend gemacht, täglich.

Es wird gefordert, die Vorschriften auch auf Katzen auszu-dehnen.

Michaelis, Bitterfeld.

2295a.

Roesle, Emil, Vorschläge zur Internationalisierung der Statistik der Morbidität. (Arch. soz. Hyg., 3, Nr. 2.) In seinem Memorandum, vorgelegt der 11. Session des Hygiene-Komitees des Völkerbundes, wies der Verfasser darauf hin, daß die Todesursachen-Statistik uns nicht mehr genügen kann. Es ist also an der Zeit, eine internationale Morbiditätsursachen-Statistik auszuarbeiten. Die wenigen vorhandenen Morbiditätsstatistiken sind unzulänglich. Es wäre schon viel erreicht, „wenn die Statistik der Ursachen der Morbidität in den verschiedenen Ländern nach uniformen Listen der Krankheiten ausgearbeitet werden würde. Es dürfte auch keinem Zweifel unterliegen, daß hierzu mehrere Listen nötig sind, denn eine einzige Liste, die den Bedürfnissen aller Statistiken der Morbidität zu entsprechen versuchte, würde einen phantastischen Umfang erreichen und die Uebersicht nur erschweren. Entsprechend den verschiedenen Bedürfnissen und dem verschiedenen Stande der statistischen Organisation in den einzelnen Ländern dürfte es sich auch empfehlen, für jede Art der Morbiditätsstatistik je 2 Listen der Krankheiten aufzustellen, nämlich eine detaillierte und eine daraus abgeleitete kurze Liste. Es erscheint als selbstverständlich, daß alle Speziallisten für die Morbiditätsstatistik in einem organischen Zusammenhang mit der internationalen Liste der Todesursachen stehen müssen, denn nur auf diese Weise ist es möglich, die Verschiedenheit der Bedeutung einer Krankheit oder einer Krankheitsgruppe als Ursache der Morbidität und der Mortalitätsstatistik zu ergründen. Berücksichtigt man alle diese Momente, so ergibt sich die Notwendigkeit, folgenden Listen für die verschiedenen Arten der Statistik der Ursachen der Morbidität, und zwar je eine detaillierte und eine kurze, aufzustellen: 1. Liste für die Statistik der Krankenkassen, 2. Liste für die Statistik der Armee und Marine, 3. Liste für die Statistik der allgemeinen Krankenhäuser, 4. Liste für die Irrenanstalten, 5. Liste für die Kinderkrankenhäuser, zugleich für die Enqueten über die Ursachen der Morbidität und Mortalität der kleinen Kinder, 6. Liste für die schulärztlichen Untersuchungen der Schulkinder, 7. Liste der Ursachen der Invalidität. Diese Aufzählung dürfte darlegen, daß nicht nur die Zwecke der einzelnen Arten der Morbiditätsstatistik, sondern auch die Personenmasse, auf die sich die einzelnen Arten beziehen, sehr verschieden sind, weshalb es schon a priori unmöglich erscheinen muß, eine einzige Liste für alle Zwecke in Vorschlag zu bringen. Dies ist der Fehler der internationalen Liste der Todesursachen, die nur den einfachen Bedürfnissen der Todesursachenstatistik, nicht aber den komplizierten Bedürfnissen der verschiedenen Arten der Statistik der Morbiditätsursachen Rechnung trägt. Es ist klar, daß dieser Fehler nur damit wieder gutgemacht werden kann, daß für die verschiedenen Arten der Morbiditätsstatistik spezielle Listen der Krankheitsursachen aufgestellt werden. Das Vorhandensein solcher Speziallisten dürfte nicht nur die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der bereits bestehenden Morbiditätsstatistiken in den verschiedenen Ländern anbahnen, sondern auch einen effektvollen Impuls zur Schaffung solcher Statistiken in anderen Ländern geben.“

M. Kantorowicz, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u.-therapie

2296.

Perkins, Ch. W., Untersuchung über die Thymus mit Röntgenbefunden. (Amer. J. Roentgenol., 21, 3.) Obgleich ein positiver Röntgenbefund nicht immer feststellbar ist, sind die Symptome der Thymushypertrophie häufig durch Röntgenbehandlung zu bessern. Von 5652 Autopsien eines englischen Spitals zeigten 457 (8%) einen Status thymicolymphaticus. 92 davon waren unter 29 Jahren. Um die (vergrößerte) Thymus nachweisen zu können, soll die Röntgenaufnahme im Stehen aus etwa 180 cm kurzzeitig in Expirationsstellung gemacht werden, um so gut wie möglich die natürlichen Grenzen der Thymus darzustellen und die überlagernde Lunge auszuschalten. Jeder Schatten an der Herzbasis, halb so breit wie das Herz, rührt von einer hypertrophischen Thymus her. Jeder breite Schatten unter dem Sternum weist auf vergrößerte Bronchialdrüsen, hypertrophische Thymus oder Anomalien der großen Gefäße hin. Ist die Thymus lang und schmal, doch dick und groß, so muß ihre anterior-postoperative Darstellung negativ ausfallen, auch wenn eine Thymushypertrophie vorliegt. Gleichwohl ist der Thymusschatten ausgeprägt, und praktisch bedeutet ein an-

schwellender Schatten über der Herzbasis, welcher breiter als das Sternum ist und diesem parallel läuft, Thymushypertrophie, nachdem Anomalien der großen Gefäße ebenso ausgeschlossen sind wie vergrößerte Mediastinaldrüsen. Diese Röntgenuntersuchung auf vergrößerte Thymus sollte vor jeder Operation (z. B. Tonsillektomie) vorgenommen werden. Gegebenenfalls ist dann zuerst die Röntgenbestrahlung durchzuführen. J. Kottmaier, Mainz.

2297.

Kinney, M. J., und R. G. Taylor, **Beobachtungen aus achtjähriger Erfahrung in der Behandlung der Thymusdrüse bei Säuglingen und jungen Kindern.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Bei einer Serie von 160 Säuglingen, welche innerhalb der ersten 24 Stunden röntgenuntersucht waren, konnte kein Normaltyp eines Thymusschattens nach Größe, Gestalt oder Dichte gefunden werden, noch ließ sich ein konstantes Verhältnis zum Gewicht oder Geschlecht des Kindes feststellen. In einer Serie von 213 röntgenbehandelten Kindern konnte kein bestimmtes Verhältnis zwischen den Symptomen und der Größe, Gestalt oder Dichte des oberen Mediastinalschattens gefunden werden. Es wird die Kombination vergrößerte Thymus und Atelektase erwähnt. In einem Falle waren Konvulsionen das einzige Krankheitszeichen. Es ist bisweilen schwer, zwischen vergrößerter Thymus und kongenitalem Herzfehler zu unterscheiden. Von den 213 behandelten Kindern zeigten 7 Wiederkehr des Thymusschattens, doch ohne Symptome. 12 Knaben und ein Mädchen zeigten Rückkehr des Schattens und der Symptome. Beide schwanden nach wiederholter Röntgenbehandlung. Bei 2 Knaben traten die Krankheitserscheinungen zugleich mit einem Schatten im oberen Mediastinum wieder auf; Röntgenbehandlung führte wie das erstemal zum Verschwinden beider. Wenn es auch logisch ist, in einigen Fällen ein bestimmtes Verhältnis zwischen Größe der Thymus und den Krankheits-symptomen anzunehmen, so gibt es doch Kranke, bei welchen die therapeutische Verminderung der Thymus weiterhin von den früheren Krankheitssymptomen begleitet ist. Nach den Erfahrungen der Autoren sind Anfälle von Zyanose mit oder ohne Dyspnoe oder die selteneren Fälle extremen Erbleichens am häufigsten mit Thymusvergrößerung oder Atelektase verbunden.

J. Kottmaier, Mainz.

2298.

Brien, F. W. O., **Röntgendiagnose und -behandlung vergrößerter, symptomloser Thymus.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Da es nicht erwiesen ist, daß die Thymus kein ursächlicher, wesentlicher Faktor beim sogenannten Thymustod ist, und da es bekannt ist, daß die Rückbildung des Thymus rasch und ohne schädliche Folgen nach Röntgen- oder Radiumbehandlung vor sich geht, scheint es nicht nur rätlich, sondern nötig, bis zur exakten Kenntnis einer gegenteiligen Tatsache Kinder, welche einen verbreiterten Mediastinalschatten zeigen, auch wenn klinische Symptome nicht konstatierbar sind, zu bestrahlen, sobald Allgemeinnarkose oder ein chirurgischer Eingriff in Erwägung gezogen werden.

J. Kottmaier, Mainz.

2299.

Leddy, E. T., **Radiotherapie bei chronischer, myeloischer Leukämie.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Die myeloische Leukämie endet im allgemeinen, gleichgültig, welche Behandlung, innerhalb 2 bis 3 Jahren fatal, ebenso wie die anderen Lymphoblastome. Die Radiotherapie bringt in wenigstens 50% Remissionen hervor, selbst bis zu dem Grade der Symptomfreiheit. Die myelogene Leukämie wird am besten mit kleinen Dosen auf die Milz und den Gesamtkörper bestrahlt. Die hohen Dosen von Radium- und Röntgenstrahlen werden besser für die Behandlung des unvermeidlichen Refraktärzustandes vorbehalten.

J. Kottmaier, Mainz.

2300.

Steel, D., **Röntgenbefunde bei Mitral-Stenose und -Insuffizienz.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Die Röntgenuntersuchungen wurden anterior-posterior und in beiden schrägen Durchmessern bei etwa 100 Fällen vorgenommen. Die Lage der verschiedenen Kammern wurde autoptisch sowohl normal wie anormal festgestellt. Es zeigte sich, daß die röntgenologischen Befunde der Mitralstenose und Mitralinsuffizienz charakteristisch oft eine Diagnose erlauben, wenn die klinischen Befunde noch nicht schlüssig sind. Besonders ist darauf hinzuweisen, daß das linke Atrium sich nicht nach links verbreitert, sondern im Gegenteil sich einen Weg zwischen rechtem Hilus und rechtem Atrium sucht. In extremen Fällen kann es die ganze Grenze der Silhouette ausmachen.

J. Kottmaier, Mainz.

2301.

Case, J. T., **Röntgenuntersuchung von Kolondivertikeln.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Divertikulosis ist ein symptomloser Zustand, röntgenologisch am Verdauungstrakt zu erkennen. Eine Entzündung ist mit diesem Zustand nicht ohne weiteres verbunden.

Diese kann jedoch als Folge der anatomischen Verhältnisse auftreten. Klinisch hat man einen enterospastischen von einem hyperplastischen und appendizitischen Typ unterschieden. Ferner gibt es einen prädivertikulären Typ. Ähnlich wie bei Myomen, Ovarialzysten und anderen Tumoren im Becken läßt sich auch bei Kolondivertikeln eine Verlagerung der Dünndärme beobachten, bevor noch der befallene Kolonteil mit Kontrastbrei gefüllt ist. Daneben enthalten die Divertikel häufig Gas, das neben dem kontrastgefüllten Kolonteil gelegen, durch seine Breite den (inneren) Hohlraum des Divertikels verrät, wohingegen die Entfernung zu den benachbarten Dünndarmschlingen der Gesamtbreite, einschließlich der (häufig entzündlich verdickten) Divertikelwand entspricht. Die Kolondivertikulitis, welche so trefflich die Erscheinungen des Karzinoms nachahmt, kann am besten durch die Röntgenuntersuchung entdeckt werden. Die Differentialdiagnose hat sich besonders mit Sigmoiditis, hyperplastischer Tuberkulose, Karzinom, Aktinomykose, Syphilis, transponierter Appendizitis und gewissen Beckenerkrankungen zu befassen. Die Sigmoiditis ist eine ältere Erkrankung, welche einen besonderen dysenterischen oder lokal bakteriellen Ursprung haben kann. Wahrscheinlich sind die meisten der berichteten Sigmoiditisfälle Fälle von Divertikulitis! Der größere Teil der Sigmoiditisfälle heilt spontan, indem es sich nur um ein Befallensein der Mukosa handelt. Syphilis des Sigmoids ist selten. Aktinomykose kommt meist am Kókus vor und ihre klinische und pathologische Entwicklung sind von der Divertikulitis gänzlich verschieden. Die hyperplastische Tuberkulose ist am Sigmoid selten. Beckenerkrankungen sitzen für gewöhnlich links, doch erlauben die bimanuelle Untersuchung und die Vorgeschichte meist eine Unterscheidung. Man muß ferner Koteinklebung, einzystierte Fremdkörper, chronische Abszesse, Fisteln und Blasen-tumoren in Erwägung ziehen. Die wichtigste und oft schwerste Unterscheidung stellt das Karzinom des Sigmoids dar. Beim Karzinom des Beckenkolons kommt es frühzeitig zu Gewichtsverlusten, und die Bildung eines palpablen Tumors geht meist der Schmerzempfindung voraus. Das Karzinom kann Divertikula verursachen und Divertikel können vom Karzinom gefolgt sein. Deshalb sollte kein Karzinom des unteren Darmabschnittes als irreparabel angesehen werden, bevor evtl. durch Laparotomie die Frage der Divertikulitis geklärt ist.

J. Kottmaier, Mainz.

2302.

Moore, A. B., **Die Rolle der Röntgenstrahlen bei der Entscheidung über die Resektionsmöglichkeit von Magenkrebs.** (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Die Resektionsfähigkeit des Magenkrebses hängt von evtl. Verwachsungen mit benachbarten Geweben, der Lage des Magenkrebses und dem evtl. Vorhandensein von Metastasen ab. Den ersten, besonders aber den zweiten Umstand vermag die Röntgenuntersuchung meist weitgehend zu klären; gelegentlich kann sie auch den dritten aufhellen. Im allgemeinen können Krebse der unteren Magenhälfte reseziert werden, wobei an der kleinen Kurvatur die Incisura angularis eine Grenzmarke darstellt, welche wohl bei Patienten mit breitem Habitus um 2 oder 3 cm überschritten werden kann. Hat man es mit einem infiltrierenden Skirrhus zu tun, welcher anscheinend die normalen Konturen des Magens beibehält, so tut man gut, die obere Grenze 2 oder 3 cm oberhalb der Erscheinungen im Röntgenbild anzusetzen, aber gleichwohl wird man sie nicht selten zu nahe bemessen. Der Magenkrebs verwächst oft mit dem Pankreas, dem Mesokolon, der Leber, dem Omentum, dem Kolon oder der Bauchwand infolge extragastraler Ausdehnung des Krebses oder einfacher entzündlicher Erscheinung. Häufig kann eine chirurgische Ablösung der Geschwulst vorgenommen werden. Obgleich der Magenkrebs sehr selten auf das Duodenum übergreift, kann dieses durch entzündliche Verwachsungen immobilisiert werden, wodurch die Resektion erschwert wird. Fungoidkrebs sind mehr zu Verwachsungen geneigt als jene von skirrösem Charakter. Ulzerierende, tiefgreifende Krebse der Hinterwand sind weniger oft verwachsen als jene der kleinen Kurvatur. Krebs der großen Kurvatur neigt zum Ergreifen des Colon transversum. Fixation ist anzunehmen, wenn der Krebs ausgedehnt ist oder wenn der palpable Tumor über den sichtbaren Schattendefekt des Magens hinausgeht. Da es gelingt, den Bariumbrei besonders im nichtbefallenen Magenteil durch Manipulationen zu verschieben, so könnte es scheinen, als ob der Magen selbst beweglich wäre, obgleich er in der Tat adhären ist. Deshalb muß man seine ganze Aufmerksamkeit darauf richten, die palpable Masse des Tumors zu verlagern. Dabei ist es gleichwohl schwer, Verwachsungen mit dem Pankreas auszuschließen, da es selbst beweglich ist. Die Ausdehnung des Krebses der großen Kurvatur auf das Colon transversum wird am besten durch Bariumeinfuß untersucht. Abgesehen von den sehr seltenen Metastasen des Magenkrebses in die Lunge oder Knochen, vermag die Röntgenuntersuchung zur Erkennung von abdominalen oder Lebermetastasen wenig beizutragen. Einzelne oder multiple, primär oder sekundär maligne polypöse Krebse bringen oft zentrale Füllungsdefekte

ohne Deformität der Kurvaturen hervor. Sie gleichen benignen Tumoren, sind jedoch im Gegensatz zu diesen palpabel. Selten sind sie adhärenz, selten metastasieren sie und können meist ohne Rücksicht auf ihren Sitz entfernt werden. Maligne Geschwüre, wie sie sich von ulzerierenden Krebsen mit ausgesprochener Tumorbildung unterscheiden, kennen wir in 2 Formen. Der erste Typ ist manchmal klein, manchmal verschwindend klein, hat alle Röntgenanzeichen eines einfachen Geschwürs; seine maligne Natur kann einzig mit dem Mikroskop entdeckt werden. Die andere Art ist so ausgedehnt, daß ihr maligner Charakter vermutet werden kann. Jeder der beiden Typen kann wegen der hohen Lage oder der Metastasen, doch seltener wegen extragastrischer Invasion oder Verwachsung inoperabel sein. Geschwüre, welche die Magenwand durchbrechen und in das benachbarte Gewebe tief eindringen und eine Höhle hervorbringen, sind meist gutartig. Bei 400 fortlaufend untersuchten und operierten Patienten der zwei letzten Jahre waren 196 radikal operierbar, während von den 204 übrigen 32 gastroenterostomiert wurden. Von den 196 resezierten Magenkrebsen waren 179 röntgenologisch als resezierbar erkannt, 13 wurden als zweifelhaft und 4 als inoperabel beurteilt. Diese 4 Fälle erforderten allerdings vollständige Gastrektomie mit außerordentlich hoher Sterblichkeit! In 36 Fällen fand der Chirurg den Magen mit anderen Geweben verwachsen, in 23 Fällen war die Verwachsung leicht zu lösen. Vorherrschend waren Verwachsungen mit dem Pankreas und dem Mesokolon. In 5 Fällen hatte die Geschwulst polypösen Charakter, ein Tumor war anscheinend gutartig. Bei 26 Patienten handelte es sich um den ulzerösen Typ, welcher jedoch nur in 5 Fällen röntgenologisch als maligne erkannt war. In diesen 26 Fällen von malignem Ulkus bestanden weder Verwachsungen noch waren Metastasen vorhanden. Von den 204 nicht resezierbaren Fällen waren 118 röntgenologisch als operabel betrachtet worden, 51 erschienen zweifelhaft und 35 inoperabel. 55 Fälle konnten allein wegen Metastasierung, 49 wegen Fixation und 28 wegen hohem Sitz nicht reseziert werden. Der Rest war wegen Kombination dieser Faktoren nicht angreifbar. Metastasen der Leber wurden 43mal beobachtet, die Lymphknoten waren 23mal unspezifisch ergriffen, das Omentum 13-, das Peritoneum 7mal befallen. In 7 Fällen handelte es sich bei der Erkrankung wesentlich mehr um ein Geschwür als um einen Tumor. 6 Fälle waren wegen Metastasen und einer wegen Verwachsungen nicht resezierbar. Augenscheinlich gebührt dem Resultat der Röntgenuntersuchung, wenn es sich gegen einen Operationsversuch deuten läßt, Achtung, wohingegen die röntgenologische Beurteilung der Operationsfähigkeit des Magenkrebses unvermeidlichen Irrtümern unterworfen scheint.

J. Kottmaier, Mainz.

2303.

Sgalitzer, Röntgendiagnostik gutartiger Formen tuberkulöser Wirbelerkrankungen (Spondylitis tuberculosa benigna). (W. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 16.) In vielen Fällen ist die tub. Wirbelerkrankung nur an einer paravertebralen Eiteransammlung erkennbar. Manche Fälle führen selbst nach jahrelangem Bestehen noch zu keiner auffälligen Veränderung am Wirbelskelett und werden ohne Röntgenuntersuchung meist als chronischer Rheumatismus usw. angesehen. Durch eine entlastende Behandlung heilen diese Prozesse meist bald aus.

2304.

Viethen, Die Unbrauchbarkeit des Diapositivs für die Röntgendiagnose tuberkulöser Erkrankungen in der Kinderfürsorge. (Münch. med. Wschr., Nr. 16.) Es hat sich in letzter Zeit eingebürgert, den Röntgenberichten auch Diapositive beizufügen. Verfasser verneint die Frage, ob ein Diapositiv überhaupt geeignet ist, eine große Aufnahme zu ersetzen, da es erstens zu klein ist, zweitens die feinen Einzelheiten zu ungenau wiedergibt und außerdem die Technik in manchen Fällen Schwierigkeiten macht. Verfasser lehnt aus diesen Gründen diese Methode ab.

S. Cohn.

2305.

Knüppel, H., Die Bedeutung der Bronchographie für die Differentialdiagnose „Oberlappen tuberkulose“ und „Bronchiektasen im Oberlappen“. (Z. Tbk., 53., 4.) Verf. demonstriert eine Reihe schöner Röntgenbilder von Fällen, bei denen nach dem klinischen Lungenbefund allein ein tuberkulöser Oberlappenprozeß anzunehmen war. Die Röntgenbefunde waren jedoch wesentlich geringer, als es nach dem physikalischen Befund anzunehmen war. Im Auswurf waren keine Tuberkelbazillen. Durch die Kontrastfüllung mit Jodipin wurden diese Fälle als Oberlappenbronchiektasen entlarvt. In der Anamnese fand sich meistens eine Oberlappenpneumonie, zuweilen schon in früher Kindheit durchgemacht. Bei der Füllung des Oberlappens muß sich der Patient tief nach der betreffenden Seite herabbeugen und wird von einer Schwester in dieser Lage gestützt. Nach Kokainanästhesie wird das Jodöl mittels einer 50-ccm-Blasenspritze mit langem Ansatz

von 3 mm lichter Weite durch den Larynx in die Trachea injiziert. Unangenehme Komplikationen bei oder nach der Füllung sind nicht beobachtet worden.

Zwerg, Coswig.

2306.

Galbraith, Walter W., Endovesikale Diathermie bei der Diagnose und Behandlung von Blasen Tumoren. (Glasgow Med., 111., Nr. 3.) Bei den primären Blasen Tumoren handelt es sich gewöhnlich um Epitheliome (Papillome oder Karzinome), Muskel- oder Bindegewebsgeschwülste sind sehr selten. Die Papillome breiten sich durch direkte Implantation aus, und zwar oft so, daß man den zweiten Tumor an der gegenüberliegenden Seite vom ersten findet. Dies ist die Folge einer direkten Berührung der Wände bei leerer Blase. Die gutartigen Tumoren sind nur durch einen dünnen Stiel mit der Blasenwand verbunden, während die atypischen Papillome und die Karzinome auf breiterer Basis mit der Blase verwachsen sind. Diese ähneln einem Blumenkohl oder einer Erdbeere. Phosphate an Tumorteilen sprechen für eine bösartige Geschwulst. Schwellung der umgebenden Blaseschleimhaut ist ein sicheres Zeichen für Malignität. Die beste Behandlung der gutartigen Tumoren ist die Diathermie. Spricht ein Tumor bei einer oder zwei Sitzungen auf diese Therapie nicht an, so ist das ein Zeichen der Bösartigkeit. Hämaturie ist gewöhnlich das erste Zeichen eines Blasen Tumors. Regelmäßige zystoskopische Nachuntersuchungen sind nach Tumorbehandlungen nötig, um Rezidive rechtzeitig zu erkennen.

Erich Wolfenstein, Berlin.

2307.

Wetterstrand, G. A., Ueber die postoperative, prophylaktische Röntgenbestrahlung bei Brustdrüsenkrebs. (Finska Läk. sällsk. Hdl., 72., Heft 4.) Gestützt auf ein Material von 55 Fällen, findet er, daß in der Gruppe der frühen Fälle 89% drei Jahre überlebt haben. Die Prognose verschlechtert sich in dem Maße, wie die Patienten spät zur Operation gekommen sind; die Ziffer sinkt bei Steinhilf II auf 42%, doch haben von 38 Fällen 10 die Frühjahrsfrist überlebt. W., der in allen seinen Fällen die mäßige Dosierung angewendet hat, steht nicht an, der präventiven Nachbestrahlung einen nicht unerheblichen Wert im Kampfe gegen den Brustdrüsenkrebs beizumessen.

E. Keller.

2308.

Haudek, Die Erkennung und Berücksichtigung der drohenden Perforationsgefahr bei der Röntgenuntersuchung der Bauchorgane. (W. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 16.) Ein Zeichen, das die drohende Perforationsgefahr anzeigt, ist ein extremer Grad einer einseitig erhöhten Rektusspannung am stehenden Patienten. Ursache der erhöhten Spannung ist eine zirkumskripte Peritonitis. Die Technik der Untersuchung besteht darin, daß die Rücken der Mittel- und Endglieder des zweiten bis fünften Fingers der rechten Hand abwechselnd gegen die obere Partie des rechten und linken Rektus angedrückt werden. Diese Methode wird durch die Stoßreaktion ergänzt, die ebenfalls am stehenden Patienten zur Anwendung kommt und in kurzen, leichten Stößen besteht, die mit den gestreckten Fingern senkrecht gegen den Rektuskopf geführt werden. Das Symptom kommt zumeist bei Geschwüren an der Vorderwand des Magens und Duodenums vor, die am meisten zur offenen Perforation neigen.

Ernst Pick, Wien.

2309.

Fabiao, M. M., Die Verwendung des Radiums vor Hysterektomien. (Folha med., 10., 7.) (Gynäkologische Klinik, Rio de Janeiro.) Die Vorteile der präoperativen Radiumtherapie sind: Verhütung der Infektion sowie der postoperativen Blutungen, die besonders in solchen Fällen auftreten, bei denen sich beim Kollumkrebs nicht selten vorkommende Hypertrophien der Zervixschleimhaut entwickelt haben. Durch die vorherige Radiumbehandlung ist die Beweglichkeit des Uterus ebenfalls bedeutend erhöht. Die Radiumtherapie begünstigt auch sehr günstig das Allgemeinbefinden der Kranken.

Ashkenasy, Wien.

2310.

Stacy, Leda J., und R. D. Mussey, Radiumbehandlung der Menorrhagie im jugendlichen Alter und in der Menopause. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) (Mayo Clinic, Rochester.) 15 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 21 Jahren und 284 Frauen in der Zeit der Menopause wurden wegen Menorrhagie mit intravaginaler Radiumeinlegung behandelt. Voraussetzung war, daß keine sonstige Beckenerkrankung vorlag und konservative Therapie ohne Erfolg geblieben war. Die Dosierung schwankte bei den Jugendlichen zwischen 100 und 700 mg-Elementstunden, bei den Klimakterischen zwischen 250 und 1500 mg-Elementstunden. Die Resultate waren bei den Jugendlichen uneinheitlich. Es gab einige Besserungen, besonders bei den höheren Dosen. Bei anderen mußte später eine radikale Operation zu Hilfe genommen werden. Die Dosis mußte relativ niedrig gewählt werden, um Beeinträchtigungen des Ovariums zu vermeiden. Mehr als 200

bis 250 mg-Elementstunden sollten bei Jugendlichen nicht in einer Sitzung gegeben werden. In der Menopause gaben 800 bis 1000 mg-Elementstunden intrauterines Radium in 90 Prozent zufriedenstellende Resultate. Der Befund oder die Anamnese einer auch 8 bis 10 Jahre zurückliegenden Beckeninfektion gelten als Kontraindikation der Radiumbehandlung. Hans Hirsch, Köln.

2311.

Dannreuther, Radiumtherapie in der Behandlung des Zervixkrebzes. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Radium ist das wirksamste, einzigartige therapeutische Mittel in der Behandlung des Zervixkarzinoms. Variationen in der Technik sind relativ unwichtig, vorausgesetzt, daß eine genügende Menge Radium vorhanden ist, die Abschirmung korrekt ist und die Dosierung ausreicht. Dünne intrauterine Radiumträger und intratumorale Fixation von Nadeln führen zu guten Resultaten. Die noch vorhandene Popularität der radikalen Hysterektomie in Europa beruht wahrscheinlich in der Konzentration des Radiums in einigen wenigen Instituten. Kombinierte Radiumtherapie und Operation ist von Wert in gelegentlichen ausgewählten Fällen. Röntgenbestrahlung sollte hauptsächlich zur Unterstützung einer primären Operation oder einer Radiumbehandlung angewandt werden. Das Aussehen einiger tuberkulöser undluetischer Läsionen der Zervix ähnelt dem Karzinom. Patientinnen mit Beeinträchtigung des Stoffwechsels, mit Beckeneiterung oder hoffnungslos weit vorgeschrittenem Krebs sollten der intensiven Bestrahlung von 4000—5500 mg-Stunden nicht unterworfen werden. Hans Hirsch, Köln.

2312.

Bland, Pyometra im Gefolge der Radiumtherapie des Uteruskrebzes. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Im letzten Jahrzehnt hat sich die Zahl der zur Beobachtung kommenden Fälle von Pyometra vermehrt. Früher waren fast alle Fälle auf Zervixkarzinom oder auf senile Fibrose der Zervix zurückzuführen. Heute ereignet sich die große Mehrzahl nach intrauteriner Radiumanwendung, die eine Schrumpfung oder Verwachsung der Zervix zur Folge hat. Die Häufigkeit nach Zervixkarzinom ist $\frac{1}{4}\%$, die nach Radiumtherapie mindestens 1%. Es gibt einen häufigeren inkompletten Typ mit zeitweiliger eitriger Entleerung und einen selteneren Typ mit komplettem Zervixverschluß und anfänglich nur subjektiven Symptomen. Die Flüssigkeitsansammlung im Uterus entsteht durch entzündliche Veränderungen im Endo- und Myometrium. Es kommt dann zu bakterieller Infektion. In der Regel entsteht die Pyometra langsam und läßt die ersten Symptome nach 3 bis 6 Monaten erkennen. Schnellere und langsamere Entwicklung kommen vor. Die Diagnose stützt sich auf die Bestrahlungsanamnese, den eitrigen, nicht konstant blutig gefärbten Fluor und besonders auf intermittierende Anfälle von Beckenschmerzen. Aeußerst kennzeichnend ist die Austreibung einer großen Menge eitriges Sekrets mit zeitweisem Aufhören der Schmerzen oder das Aufhören des Ausflusses mit Einsetzen von Schmerzen. Sondierung des Uterus deckt die Volumvergrößerung des Cavum uteri auf. Die Volumszunahme läßt sich häufig palpieren, der Uterus kann bis zum Nabel reichen, derb oder prall gespannt sich anfühlen. Die häufigsten Fehldiagnosen sind Myom oder Ovarialkystom. Die Prognose ist bei spontanem Abfluß oder bei künstlicher Entleerung, die durch Dilatation oder Katheterisierung der Zervix zu erfolgen hat, nicht schlecht. Wird die Art des Leidens nicht erkannt, so kann leicht Verwechslung mit dem Wiederaufflackern eines Zervixkarzinoms zu erneuter Radiumbestrahlung verleiten und hierdurch zu sehr ernsten Konsequenzen führen. Schließlich sind Fälle bekannt, in denen es unter dem Druck des gesamten Eiters zu einem Durchbruch in die Bauchhöhle und Peritonitis kam. Hans Hirsch, Köln.

2313.

Cleland, Die Radiumtherapie der Myome und der Fibrosis des Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) 102 Uterusmyome und 98 Fälle von Uterusfibrose wurden intrauterin mit Radium bestrahlt. Als Uterusfibrose wurden Fälle bezeichnet, die bluteten und einen großen Uterus mit dicken, festen Wänden ohne Knoten aufwiesen. Bei über 38 Jahre alten Patientinnen war die Radiumbestrahlung, was Aufhören der Menstruationsblutung und Rückbildung des Myoms angeht, in fast 100% erfolgreich, bei jüngeren Frauen waren die Erfolge nicht ganz so befriedigend. Die Dosierung war bei Fibrosis im allgemeinen 1200 bis 1500 Milliamperestunden, bei Myomen 1400 bis 1500 Milliamperestunden, bei einigen wenigen besonders großen 1900 bis 2100 Milliamperestunden. Die Dosis kann um so kleiner sein, je näher die Patientin dem natürlichen Klimakterium ist. Unter den 200 Fällen ist ein Exitus an Embolie. Als Kontraindikationen gegen die Bestrahlung gelten: Eine Myomgröße, die die eines schwangeren Uterus von 3 $\frac{1}{2}$ Monaten übersteigt, Drucksymptome, wie häufiger Harndrang, Defäkationsschwierigkeiten, Beinödem. Ferner wird man bei Adnexerkrankung nicht bestrahlen. Bei Ovarialtumor, Verdacht auf Degeneration, subseröser und sub-

muköser Myomen, bei Unsicherheit der Diagnose, bei jungen Frauen und möglicher Myomektomie und bei sonstigem notwendigen intra-abdominalen Eingriff wird man operieren und nicht bestrahlen. Der Radiumeinlegung soll immer eine Probekurettage vorausgehen, um Corpuskarzinome auszuschließen, für die die beste Behandlung die Totalexstirpation des Uterus ist. Die Erfolge der Radiumtherapie sind in den indizierten Fällen so befriedigend, daß jeder Gynäkologe mit dessen Gebrauch so vertraut werden sollte, wie mit dem des Messers. Hans Hirsch, Köln.

2314.

Toombs, Der Einfluß von Röntgenstrahlen und Radium auf den Fetus im Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 4.) Die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Die diagnostische Röntgenaufnahme ist unschädlich, wenn sie nicht zu häufig angewandt wird. Die therapeutische Bestrahlung ruft in den frühen Schwangerschaftsmonaten Abort hervor, in den späteren Monaten Deformitäten an Augen und Gehirn. Die Stärke der Dosis und die Phase der fetalen Entwicklung bestimmen die besondere Reaktion der individuellen fetalen Gewebe. Je jünger der Embryo, desto größer die Schädigung. Ein malignes Tumor bei Schwangerschaft, verlangt hinreichende Maßnahmen zur Vernichtung des Krebses; dabei spielt das Leben des Fetus natürlich nur eine untergeordnete Rolle. In unklaren Fällen, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Schwangerschaft und Myomen, und bei älteren Frauen soll die Möglichkeit der Schwangerschaft immer im Auge behalten werden, um Schädigungen eines etwa übersehenen Fetus zu vermeiden. Hans Hirsch, Köln.

2315.

Quimby, E. H., und H. E. Martin, Eine Basis zur Dosisbestimmung interstitieller (Radium-) Bestrahlung. (Amer. J. Roentgenol., 21., 3.) Um jedes Röhrchen ist eine Gewebszone, welche eine Dosis von 100% erhält. Die Radiumröhrchen sollten so angeordnet werden, daß diese 100prozentigen Zonen in Kontakt stehen. Vom klinischen Standpunkt ist es am besten, die zu behandelnden Massen als Kugeln oder Kombinationen von Kugeln zu betrachten. Eine kugelförmige Masse ist mit einer gegebenen Menge Radon, sei sie zentrisch konzentriert oder in eine oder mehrere symmetrische Gruppen aufgeteilt, leicht gleichmäßig zu durchstrahlen. Läßt sich die wünschenswerte Symmetrie nicht erreichen, so wird die wirklich bestrahlte Kugel kleiner sein. Um gewiß zu sein, eine gleichmäßige Bestrahlung zu erzielen, ist Ueberdosierung ratsam. J. Kottmaier, Mainz.

Neu erschienene Bücher

Bernhard Aschner: Die Krise der Medizin. Konstitutionstherapie als Ausweg. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1928. Geb. 22 M. — Daß eine Krise in der Medizin sich jetzt abspielt, wird wohl nur von wenigen geleugnet werden. Aschner sieht den Hauptgrund in der Ueberwertung der Virchowschen Lehre, durch welche die alten und doch auch nicht ganz schlechten Traditionen früherer Aerztegenerationen kritiklos zum alten Trödel geworfen wurden. Durch unsere moderne einseitige Einstellung auf die Zellen haben wir den Ueberblick auf den Zusammenhang mit dem Gesamtorganismus verloren. Dieser Einstellung gegenüber sucht Aschner den Anschluß an die alten Krankheitsauffassungen, denen der Begriff der Gesamterkrankung des Körpers, etwas Selbstverständliches war. Plethora, Dyskrasie und andere heute für viele obskur wirkende Namen und Begriffe tauchen wieder auf und mit ihnen verbunden naturgemäß die früher geübten Behandlungsmethoden. Ableitung auf die Haut, den Darm, Nieren, Aderlaß und Blutegel und viele andere Verfahren bespricht er mehr oder weniger eingehend. Er verrät eine sehr weitgehende Kenntnis, vor allem auch in der früher viel angewandten pflanzlichen und mineralischen Heilmitteln. Leider aber entbehrt man bei ihm eine wirkliche für die praktische Anwendung genügende Charakterisierung und Umgrenzung der jeweiligen Methoden und Mittel. Sehr vorurteilsfrei steht er den von der Schulmedizin abweichenden Behandlungsmethoden gegenüber, wobei sogar manches, wie die antroposophische Medizin, Magnetopathie und ähnliches, etwas über Gebühr gut behandelt wird. Der Sinn der Homöopathie dagegen ist ihm doch wohl noch nicht ganz aufgegangen. Im ganzen hat man den Eindruck, daß zwar so manches etwas kritiklos aufgenommen ist, daß aber die Lektüre dieses Buches jedem wertvolle Anregungen geben wird. Dermitzel.

I. Aebly: Die Fließsche Periodenlehre im Lichte biologischer und mathematischer Kritik. Hippokrates-Verlag, Stuttgart. — Die Periodenlehre von Fließ sucht den Rhythmus alles Lebendigen auf Perioden von 23 oder 28 Tagen zurückzuführen, wobei die erstere als männliche, die zweite als weibliche Periode angesehen wird.

Jedes Geschehen im Leben soll auf diese Zahlen zurückführbar sein. Alle sich ergebenden Unstimmigkeiten und Hypothesen umgeht Fließ mit Ausdrücken wie „natürlich“, „ohne Zweifel“ und ähnlichen, ohne den wirklich exakten Beweis für seine Behauptungen zu bringen. Aebly nun führt diese ganzen Spekulationen ad absurdum, wobei er Kenntnisse der höheren Mathematik verrät, welche bei ihm als Arzt nur allerhöchste Bewunderung verdienen und welche kritisch zu betrachten Referent sich außerstande fühlt. Alle wesentlichen Behauptungen von Fließ deckt er in ihrer Oberflächlichkeit und Unhaltbarkeit auf, wobei es ihm gelingt, entgegen der Behauptung von Fließ, daß neben den Zahlen 23 und 28 keine Periode besteht, welche gleiche Möglichkeiten gibt, nachzuweisen, daß sich mit den Zahlen 3 und 5 ganz die gleichen Kunststückchen anstellen lassen. Damit dürfte die ganze Lehre von Fließ, welche ja stets von den Mathematikern und Biologen abgelehnt wurde, definitiv begraben sein.

Dermitzel.

J. J. Rickard Macleod: **Der Brennstoff für das Leben.** Princeton University Press, S. 144, Pr. geb. 2,50 Dollar, November 1928. — In diesem Buche gibt der Mitentdecker des Insulins seiner schon durch den Titel gekennzeichneten Ansicht Ausdruck, daß die Kohlehydrate den Hauptstoff des Lebens darstellen, und daß er in ihnen im Sinne des Vitalismus etwa eine Vis vitalis erblickt. Alle Oxydationen im Organismus nehmen von diesem Brennstoffmaterial ihren Ausgang. In vier Vorträgen sammelt er die Ergebnisse seiner Forschung nach einer bisher unbekannten Substanz im Kohlehydratstoffwechsel, die durch Insulin entstehen soll, und zeigt die Möglichkeit der Zuckerbildung aus Fett. Das erste Kapitel ist der Bedeutung des respiratorischen Gaswechsels für die Erkenntnis der intermediären Kohlehydratstoffwechsel gewidmet. Im zweiten Kapitel wird der Glykogengehalt der Organe zum Blutzucker in Beziehung gesetzt und der Quotient $G : N$ nach Pankreatektomie untersucht. Es folgen dann die Beobachtungen über die Insulinwirkung auf diesen Quotienten. Im dritten Kapitel wird die Zuckerbildung aus Fett durch das Studium des Grundumsatzes und des respiratorischen Quotienten während der Muskelarbeit besprochen. Außerdem wird der respiratorische Quotient beim Diabetes und seine Beeinflussung durch Muskelarbeit studiert und zwar sowohl beim Menschen als auch bei Phlorhizindiabetes der Tiere. Besonders erwähnt seien die Ausführungen über Zuckerbildung in der Leber und die Wirkung der Fettnahrung auf die Zuckerausscheidung phlorhizinierter Tiere. Auch wird die Zuckerausscheidung beim Diabetes nach Epinephrindarreichung ausführlich besprochen. Das vierte Kapitel behandelt die Substanzen des intermediären Kohlehydratstoffwechsels, die mit Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit entstehen, wie Azetaldehyd und Dihydroxyazeton. Ein ausführliches Literaturverzeichnis und Schlagwortregister vervollständigt das interessante Werk des bekannten Physiologen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Erich Saupe und Kurt Ehle: **Das Thoraxröntgenbild des normalen Säuglings.** J. F. Lehmanns Verlag, München. Kart. 6 M., geb. 8 M. 42 Seiten, 16 Abb., 10 Textfiguren. — Das außerordentlich wichtige und in den allgemeinen Lehrbüchern meist etwas vernachlässigte Gebiet der Röntgendiagnose im Kindesalter ist in dem vorliegenden Heft in anschaulicher Weise bearbeitet. Die Besonderheiten des Herz-Röntgenbildes im Säuglingsalter sind ausführlich besprochen. Eine etwas kürzere, aber ausreichende Darstellung haben die übrigen Thoraxorgane erfahren. Ausgezeichnet ist die Ausführung der Hochglanz-Röntgenbilder.

Kirschmann.

Nikolaus Temesvary, Budapest: **Die Hystero-Salpingographie.** Ferd. Enke Verlag, Stuttgart. Geh. 6 M. 53 S., 47 Abb. — Von den neueren röntgenologischen Untersuchungsmethoden ist die Hystero-Salpingographie eine der wichtigsten. Noch läßt sich ein abschließendes Urteil über die praktisch-klinische Bedeutung dieser Methode nicht abgeben; sicher dürfte aber jedenfalls sein, daß man sich ihrer in differentialdiagnostisch schwierigen Fällen mit Vorteil bedienen wird. Die Technik dieses Verfahrens wird in dem vorliegenden Heft ausführlich beschrieben, und an Hand instruktiver Abbildungen wird die Diagnostik erörtert.

Kirschmann, Berlin.

W. Ohl, Obermedizinalrat der Landesversicherungsanstalt Sachsen: **Der praktische Arzt als Gutachter im röntgenologischen Beziehung.** 205 Seiten, mit 84 Abb. Selbstverlag der Landesversicherungsanstalt Dresden. 1928. — Das vorliegende Buch will kein röntgenologisches Lehrbuch sein, sondern es ist einem rein praktischen Bedürfnis entsprungen; es will nur der Praxis dienen, und zwar dem als Gutachter in Heilverfahrens- und Rentenfällen tätigen praktischen Arzt. Diesem Ziel wird Verf. mit seiner theoretischen Einführung und der Demonstration zahlreicher Schulfälle, insbesondere aus dem Gebiete der Lungen-, Herz- und Knochen-Gelenk-Krankheiten, voll gerecht. Der Text der Krankengeschichten ist muster-gültig, der Stil knapp und prägnant. Die

Röntgenbilder sind durchweg, auch in der Reproduktion, technisch hervorragend. Auch die sonstige äußere Ausstattung des Buches ist vorzüglich.

Alles in allem kann man mit dem Verf. sagen, daß das vorliegende Buch eine bisher noch vorhandene Lücke in unserer Röntgenliteratur ausfüllt: es gibt dem als Gutachter tätigen praktischen Arzt wertvolle Anhaltspunkte und Richtlinien für die diagnostische und prognostische Beurteilung sowie für die Schätzung des Grades der Erwerbsfähigkeit im Einzelfalle.

Z.

Christian Rosing Bull: **Experimentelle Studien über Knochen transplantation und Knochenregeneration.** Mit 3 Textfiguren und 14 Tafeln. 105 S. Oslo, Dybwad. 1928. — Auf Grund seiner zahlreichen Studien und Versuche kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Das Periost kann unter günstigen Umständen eine Transplantation vertragen, und besitzt als Transplantat die Fähigkeit, Knochen zu resorbieren und neue Knochen zu bilden. Die Knochenneubildung geht nicht nur an den Stellen vorstatten, wo das Knochen transplantat resorbiert wurde; sie entsteht auch durch Proliferation des Periostes in die Umgebung.

An den Stellen, wo die Proliferation am lebhaftesten ist, kann das Periost auch Knorpel bilden, teils hyalinen, teils Fasernknorpel. Die Knorpelbildung ist jedoch nur vorübergehend und wird später durch Metaplasie zu osteoidem Gewebe bzw. Knochen, oder sie wird durch osteoblastenhaltiges Bindegewebe destruiert und ist dann denselben Veränderungen im weiteren Verlaufe unterworfen, wie wir sie bei der normalen enchondralen Ossifikation haben. Je jünger ein Individuum ist, desto größer ist die osteogenetische Kraft des Periostes. Selbst wenn bei einer Transplantation nicht das ganze Transplantat angeht, bleiben vielfach doch Teile erhalten, die zur Regeneration genügen.

Die Knochensubstanz selbst bleibt als Transplantat nicht erhalten, sondern verfällt der Nekrose. Sie erfährt nach ihrem Absterben von drei verschiedenen Seiten her eine Resorption, von der Periost- und Markseite des Transplantates und der Gegend der Haversschen Kanälchen. Es tritt allmählich ein Umbau der Knochensubstanz vom Periost aus ein. Die Bedeutung der Knochensubstanz bei der Transplantation ist, obwohl die Knochensubstanz selbst abstirbt, doch nicht zu unterschätzen. Die Form des Regenerates, d. h. des substituierten Knochens, hängt größtenteils von dem Knochen transplantate ab.

Das Markendost kann ebenfalls unter günstigen Verhältnissen die Transplantation vertragen und ist dann genau, wie das Periost, imstande, Knochen zu resorbieren und zu produzieren. Als Regenerationsquelle für die Knochensubstanz eines Transplantates hat das Markendost eine sehr große Bedeutung, obwohl dieselbe nicht ganz so groß ist, wie die Bedeutung des Periostes. Zwischen dem Knochen, der vom Periost und dem, der vom Markendost neu gebildet wird, ist kein wesentlicher Unterschied. Außer den Osteoblasten, den eigentlichen Keimgewebszellen, kann auch der zweite Bestandteil des Markendostes — die blutbildenden Zellen — die Transplantation vertragen. Auch die blutbildenden Zellen verhalten sich durchaus nicht passiv; sie versehen das substituierte Transplantat mit jungem zellreichen Knochenmark. Das neugebildete Knochenmark ist häufig makroskopisch wie mikroskopisch als junges embryonales Gewebe zu erkennen.

Ist das Transplantat in Knochendefekte überführt, so hat die Knochensubstanz des Transplantates im Periost und im Markendost der Defektstümpfe eine sehr wichtige Regenerationsquelle. Um die Stümpfen herum entwickelt sich ein regulärer Kallus, der sich auf die Endpartien des Transplantates hinüberschiebt und das Transplantat knöchern an den Defekt fixiert.

Das Granulationsgewebe in der Umgebung eines Transplantates wirkt bei der Organisation des Transplantates und der Resorption der Knochensubstanz mit.

Eine große Anzahl wohlgelegener Röntgenbilder sowie mikroskopischer Präparate erhöht den Wert des Buches.

E. Gohrbandt, Berlin.

Oluf Thomsen: **Pathologisch-anatomische Veränderungen über die kongenitale Syphilis bei dem Fötus und dem neugeborenen Kind.** Levin & Munksgaard, Kopenhagen. Georg-Thieme-Verlag, Leipzig. 1928. — Im Jahre 1912 hat Verf. eine größere Arbeit über die von angeborener Syphilis bei der Frucht und beim neugeborenen Kind verursachten, pathologisch-anatomischen Veränderungen herausgegeben, der das hier auf 19 Tafeln mit 60 Abbildungen wiedergegebene Bildmaterial zugrunde lag. Es stammt von 223 in den Jahren 1903–1910 in der Entbindungsanstalt zu Kopenhagen vorgenommenen Obduktionen neugeborener oder wenige (höchstens 10) Tage alter Kinder syphilitischer Mütter. Die Abbildungen zeigen die charakteristischen Veränderungen in sämtlichen inneren Organen; diese weite Verbreitung in einem noch in der Entwicklung begriffenen Organismus und die damit in Verbindung stehende verminderte Resistenz ist es ja, die die großen Gefahren für die

Lebensfähigkeit und Möglichkeit postfötaler Entwicklung der Frucht mit sich bringt, und die um so größer sind, in einem je früheren Stadium der Schwangerschaft sie infiziert worden ist. Aus seinen Untersuchungen kann Verf. den Schluß ziehen, daß dies nur ganz ausnahmsweise vor dem 5. Schwangerschaftsmonat der Fall ist, daß also Aborte der ersten vier Monate nichts mit kongenitaler Syphilis zu tun haben. Dafür sprechen sowohl Untersuchungen der Mütter, als auch die Tatsache, daß man in dieser Zeit die für die Erkrankung charakteristischen Organveränderungen nicht findet, daß z. B. die am häufigsten vorkommende Veränderung, die Osteochondritis syphilitica, vor Ende des 5. Fötalmonats überhaupt nicht mit Sicherheit beobachtet worden ist. Die Frage der Infektionszeit des Fötus steht in Zusammenhang mit der des Infektionsmodus. Hier steht, soweit die Mutter in Frage kommt, die placentare Uebertragung derart im Vordergrund, daß die durch die Eizelle auf die Frucht übertragene Infektion, wenn sie überhaupt angenommen werden kann, sich dem Nachweise entzieht. Die paterne Infektion wird vom Verf. überhaupt abgelehnt, mit welchem Standpunkte er sich zwar in Uebereinstimmung mit der weit überwiegenden Mehrzahl der Autoren befindet, wobei aber doch nicht übersehen werden darf, daß für ihre Möglichkeit — der Beweis ist naturgemäß sehr schwer zu liefern — immer wieder Stimmen laut werden, von denen aus neuester Zeit nur die vom Range eines Almqvist-Stockholm erwähnt werden soll. So interessant diese Fragen sind, so haben sie im Grunde mit dem Zwecke des vorliegenden Werkchens nichts zu tun, das ja nur dem deutschen Leser das von dem Verf. gesammelte reiche Material vor Augen führen will, was dankbar zu begrüßen ist, zumal angesichts der allgemeinen Abnahme der Syphilis und der besonderen, auf die Einschränkung der kongenitalen Syphilis gerichteten prophylaktischen Maßnahmen ein entsprechendes zur Zeit nicht so leicht zu finden sein wird. Ernst Levin, Berlin.

Schenck und Gürber, **Leitfaden der Physiologie des Menschen**. 24. verbesserte Auflage von Gürber und Dittler. Verlag: Ferdinand Enke, Stuttgart. Preis geh. 11.— M. — In knapper Form auf 288 Seiten eine klare Uebersicht über den Stand unseres Wissens in den Fragen der Physiologie. Arthur Keller.

Paul Trendelenburg: **Grundlagen der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnung**. 2. Auflage. F. C. W. Vogel in Leipzig. Brosch. 16 M., geb. 17,50 M. — Das vorliegende Buch gliedert sich in einen ersten, kurzen Abschnitt über die allgemeine Arzneiverordnungslehre und in einen sehr ausführlichen zweiten Teil: die spezielle Arzneiverordnungslehre. Die Einteilung dieses Hauptabschnittes ist etwas ungewöhnlich. Die Heilmittel werden nach ihren Indikationen gruppiert und besprochen. Die Folge ist, daß die Abhandlung solcher Mittel mit vielseitigen Indikationen in mehrere Bruchstücke zerrissen wird. Der Wert des Buches und seine Brauchbarkeit als Nachschlagewerk würden durch Voranstellung einer detaillierten Inhaltsübersicht außerordentlich gesteigert werden. Ein Vorschlag für die nächste Auflage. —

Die im einzelnen vorzügliche, knappe und doch überall das Wesentliche bringende Darstellung des Stoffes hält sich von jeder theoretischen Ausführung fern und ist voll und ganz auf die Praxis eingestellt. Hervorzuheben ist, daß die so bedeutsamen unerwünschten Nebenwirkungen der Arzneimittel jeweils besonders eingehend besprochen werden. Das Buch wird nicht nur der Student, sondern auch der Praktiker stets mit Vorteil ergreifen. Walter Goldstein.

Walther Riese: **Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin**. Voraussetzungen und Grundlagen ihrer Beurteilung, Begutachtung und Behandlung. Hippocrates-Verlag, Stuttgart. — Eine Kritik dieses 260 Seiten umfassenden Werkes schreiben, hieße ein neues Buch schreiben. Dies Buch zeigt mancherlei Ideen und Ausführungen in neuem Lichte, wenn man auch nicht überall und voll beistimmen kann. Gar manche Ausführungen widersprechen unseren bisherigen Anschauungen und auch unserer langjährigen Erfahrung im Umgang mit Unfallneurotikern. Gar vieles reizt zum Widerspruch. Unbegreiflich sind so manche Ausfälle gegen Kollegen — warum muß gerade der Mediziner seine Standesgenossen vor aller Öffentlichkeit verunglimpfen? So schreibt H. Riese (Seite 150): „Warum sich ein Teil der Aerzteschaft gerade gegen die armeligsten Opfer unserer eigenen Verschuldungen, Krieg und soziale Ungerechtigkeit so energisch wehrt, und darob völlig die ureigenste Aufgabe des Heilens und Helfens vergißt, ist nur zu verstehen; wenn man zu der Ueberzeugung gelangt ist, daß unsere „führenden“ Mediziner nicht über die notwendigen Voraussetzungen verfügen, um über die Grundlagen unseres ärztlichen Denkens, pflichtvollen Handelns und unserer Stellung in der Gesellschaft sich Klarheit verschaffen zu wollen oder zu können. Warum empört sich die

Aerzteschaft nicht über die hohen Renten und Nebeneinnahmen gesunder Generäle und anderer Militärpersonen, über die hohen Renten und Nebeneinnahmen ehemaliger Minister, über die Renten, die sich Fabrik- und Bankdirektoren auf unsere Kosten jahraus, jahrein beschaffen, oder über manche Aerzte, wenn sie die öffentlichen Gelder in schädlicher Polypragmasie zu eigenem Nutzen vertun? Die öffentliche Vertretung der Aerzteschaft geht leider nur da zusammen mit den Versicherungsträgern, wenn es auf Kosten der Versicherten geht.

Mit ihrer derzeitigen Haltung muß sich die Aerzteschaft den letzten Rest von Vertrauen bei der Gesamtheit der Bevölkerung verschmerzen, und zwar auch der Kreise, denen sie zu dienen glaubt, weil jene Kreise am besten durchschauen, daß der Arzt nicht frei, vielmehr ein passiv Angepaßter, ein Knecht ist, wenn er Ueberzeugungen vertritt, die dem Sinn der ärztlichen Aufgabe widersprechen und (man) Leidende noch strafen und peinigen will. Den Verrat belohnt man; aber der Verräter wird verachtet.“

Andere Stellen muten recht weltfremd an: sie erscheinen so aller bisherigen Erfahrung widersprechend, daß ihre Widerlegung von berufener Seite wohl nicht lange auf sich warten lassen wird.

Als Richtlinien stellt am Schlusse W. Riese für eine künftige Begutachtung der Unfallneurose folgende auf, welche wirklich nicht viel Neues enthalten, wenn man die vorliegenden Richtlinien des Reichsgesundheitsamtes berücksichtigt:

Ablehnung jeglicher Art Bindung des Gutachters an sogenannte „grundsätzliche Entscheidungen“. Die Frage der Entschädigungsberechtigung muß vielmehr von Fall zu Fall und in jedem einzelnen Falle nur unter genauer Würdigung aller psychologischen und soziologischen Momente entschieden werden.

Die Begutachtung der Unfallneurose hat unter Mitwirkung und Mithinzuziehung des behandelnden Arztes zu geschehen.

In jedem Fall hat eine geeignete, nach Art des Falles im einzelnen auszuwählende Psychotherapie des Unfallneurotikers zu erfolgen.

Der nicht geheilte und nicht entschädigungsberechtigte Unfallneurotiker hat Gegenstand besonderer Fürsorge zu werden, an welcher der Arzt mitwirken muß (Berufswechsel und dergleichen).

Es müssen solche Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden, welche die Entstehung der Unfallneurose verhindern resp. erschweren.

Die einzelnen Themata und ihre Mitarbeiter sind folgende: Die Stellung des Reichsversicherungsamtes zur Frage der rechtlichen Beurteilung traumatischer Neurosen. Von Friedrich Wittgenstein. — Bemerkungen zu der Entscheidung des Reichsvorsorgengerichts (13. Senat) vom 11. Mai 1928. Von Walther Riese. — Arzt und Unfall, Bemerkungen zur historischen und erkenntnistheoretischen Seite des Problems. Von Georg Honigmann. — Arzt und Kranker in der Begutachtung der Unfallneurose. Von Walther Riese. — Ist die Unfallneurose eine Krankheit? Von Fritz Fränkel. — Die Unfallneurose im Lichte der Psychoanalyse. Von Karl Landauer. — Zur Psychologie der Schreck- und sogenannten Rentenneurosen. Von Otto Sperling. — Bemerkung eines Psychoanalytikers zur Frage des Rentenentzugs. (Das Kind und die Unfallneurose.) Von Heinrich Meng. — Die Bedeutung des Krankheitsgewinns oder der Rente im Unfall- oder anderen Neurosen, zugleich ein Beitrag zur Charakterologie der Sozialversicherten. Von Max Levy-Suhl. — Die Unfallneurose in ihrer Abhängigkeit von sozialen und Bevölkerungsvorgängen. Von Hertha Riese. — Zur Frage der Unfallneurosen: neuropsychischer Traumatismus, Anfangsreaktionen, traumatische Psychopathie, Ausgangszustände. Von L. Rosenstein. — Kritisches zur Praxis und Beurteilung nervöser Unfallfolgen durch Privatversicherungsgesellschaften. Von Max Meyer. — Motiviertes Obergutachten über den Gesundheitszustand der G. H. in Zürich III. Erstattet von C. v. Monakow. — Die Therapie der Unfallneurose. Von Wladimir Eliasberg.

Wer sich mit Behandlung und Begutachtung von Unfallneurotikern beschäftigt, muß auch dieses Buch gelesen haben. Michaelis, Bitterfeld.

Berichtigung

In dem in Heft 11 der „Fortschritte der Medizin“ S. 412 befindlichen Referat: Golyenko: „Zur Behandlung der Malaria mit Chinin-Jod-Alkohol-Lösung“ ist ein Druckfehler unterlaufen. Der Satz in der 10. Zeile von oben muß heißen: „Danach während eines Monats 2 Tage in der Woche Tropfen und während des zweiten Monats einmal wöchentlich Tropfen.“

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

LIBRARY
RECEIVED

JUL 30 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121938
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dan.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 14

BERLIN, DEN 12. Juli 1929

47. JAHRGANG

BROSEIDAN

Das zuverlässige Sedativum.

Kochsalzarmes Bromhefepräparat, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch.

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit,
Epilepsie, Neuralgien, sexueller Übererregbarkeit.

Bei einer schweren Herzneurose, verbunden mit hartnäckiger Schlaflosigkeit und schweren Depressionen, hat Broseidan, regelmäßig genommen, einen guten Erfolg gehabt, nachdem alle anderen Brommittel versagten. Dr. G. in W.

Bei Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

Literatur: John, Univ. Nervenkl. Tübingen (Dir. Prof. Dr. Gaupp), Münch. Med. Woch. 1914, Nr. 43.
Friedemann, Univ. Nervenkl. Freiburg-Br. (Dir. Prof. Dr. Hoche), Aerztl. Rundschau 1929, Nr. 3

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincenzsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekoneszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Traubenkur. Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt. Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurf- und Schießstand, Autogesellschaftsfahrten.

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarhen, Asthma, Emphysem, Skroflose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.



Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Hausarzt: Dr. Hartmann.

Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch. Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Aerzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel „DER KURHOF“

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer Geh. Hofrat Dr. F. Wigger.

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter Dr. H. Lampe, früher Lampe — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebel-freies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Günstige Wochenend-Vereinbarung. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt. Direktion W. ERICHSEN, früher Kurhaus Baden-Baden

Höhenkuren im Schwarzwald!

Kurhaus Höchenschwand

1015 m. / Höchstgeleg. deutsche Kuranstalt mit ärztlicher Abteilung für Inn., Stoffwechsel- und Nervenkrankheiten, Tuberkulosefrei. Höchste Intensität der Sonnenstrahlung und Sonnenscheindauer. Prospekte durch die Verwaltung.

Leitender Arzt: Dr. med. W. Bettinger.

Die erste Erholungsstation der Südalpen

Nach Erkrankungen, bes. Grippe, nach Operationen und bei chronischen Leiden (Herz, Nieren, Nerven, Blut, Drüsen, Atmungsorgane, Stoffwechsel) ist mit seinem wunder-vollen Alpenklima, südl. Sonne, allen modern. Kurmitteln und Heilmethoden. Städt. Kuranstalten, Privatsanatorien, ca. 100 Hotels und Pensionen. Hochsaison: Mitte Februar—Mai u. Herbst (Traubenkuren). Prospekte durch die Kurverwaltung.

Dr. R. Friedeberg
Bad Kudowa

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkrankheiten

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

SANATORIUM PARKHAUS

Moorbad Muskau, Schliesien für Gemüts-, Nerven-, Innerlich- und Stoffwechselkrankheiten.

Ganzjährig. Dr. Ewald Halter.



Magnus Hirschfeld

Sexualpathologie

Drei Bände. Komplette geh. RM 30.—, geb. RM 36.—. I. Band: Geschlechtliche Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie. 2. Auflage. 1921. Geh. RM 10.—, geb. RM 12.—. II. Band: Sexuelle Zwischenstufen. Das männliche Weib und der weibliche Mann. 2. Auflage. 1922. Geh. RM 11.—, geb. RM 13.—. III. Band: Störungen im Sexualstoffwechsel mit besonderer Berücksichtigung der Impotenz. 2. Auflage. 1928. Geh. RM 12.50, geb. RM 14.50.

Prospekt mit Probefabel und Probeseite unter Bezugnahme auf diese Anzeige kostenfrei.

A. Marcus & E. Weber's Verlag, Berlin W 10, Genthiner Str. 38

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

BAD PISTYAN: die „VULKANINSEL“



Heiße Dämpfe über den Schlammquellen in der Waag.

Direkt über den orig. Quellen erbaute Naturschlamm-bassins (Fassungsraum 500 Badende). Verbunden mit THERMIA-PALACE, erstrangig, klin. Diät, am herrl. Waagstrand, weitere zahlreiche Hotels und Wohnungen im Kurorte in jeder Preislage. Tennis, Golf, Rudern, Fischen. Ausk. u. Literatur: PISTYAN-BÜRO, Berlin W 15, Melerottostrasse 1. Tel. Oliva 4907.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

(Aus dem Tuberkulosekrankenhaus der Stadt Berlin.
Aerztlicher Direktor Dr. Ulrich.)

Dr. Pagel, Prosektor der Anstalt: Ueber Entstehung und Bedeutung der Miliartuberkulose 515

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 518

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 526

Bakteriologie und Serologie 526

Chirurgie und Orthopädie 527

Frauenheilkunde und Geburtshilfe 530

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 533

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 534

Hygiene 537

Infektionskrankheiten 538

Innere Medizin, Tuberkulose 539

Kinderheilkunde 546

Mund- und Kiefererkrankungen 547

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 548

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 549

Psychiatrie und Nervenheilkunde 554

Psychologie und Psychopathologie 556

Soziale und gerichtliche Medizin 556

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 556

Neu erschienene Bücher 558

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

* 22.—27. VII. Internationale Woche für therapeutische Lichtwirkungen, Paris.

* 23.—26. VII. British Medical Association, Manchester.

* 5.—7. VIII. Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Königsberg.

* 19.—23. VIII. Internationaler Physiologenkongreß, Boston, U. S. A.

* September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.

* 1.—17. IX. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Universität, Newhaven, U. S. A.

* 2.—7. IX. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.

* 6.—8. IX. Bayerischer Aerztetag, Regensburg.

* 8.—12. IX. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.

* 12.—14. IX. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tübingen.

* 15.—21. IX. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs, Karlsbad.

* 16.—18. IX. Deutscher Orthopädenkongreß, München.

* 16.—18. IX. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Heidelberg.

16.—28. IX. Psychiatrischer Fortbildungskurs, Hamburg.

30. IX.—5. X. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.

Sept.—Okt. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.

* 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.

* 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.

* 7.—12. X. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.

* 14. Oktober bis 13. Dezember 1929 bakteriologisch-hygienischer Ausbildungslehrgang für approbierte Aerzte und Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.

* 16.—18. X. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.

Dr. Fresenius, Frankfurt a. M., Zell 111

Neu es Hypnotikum und Sedativum **Indona-Bürgi**

Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 45 — 1924

In Original-Packungen zu 20 Tabletten zu 0,5 g

Fabrik und Großvertrieb pharm. Produkte (Hirsch-Apotheke)

Töpfers' Keramin-Haarspirit

Ist ein Heilmittel im wahrsten Sinne des Wortes bei

Seborrhoe (Schmerfluß).

Zur Pflege, Erhaltung der Haare und gegen Haarbodenerkrankung

Bestandteile: Reine weingeistige Lösung von Keramin

Resultate: 100 Prozent Vollerfolg

Von vielen Krankenkassen zur
Verordnung zugelassen. K. P.

Carl Töpfer, Naumburg a. S. Proben und
Literatur gratis

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acetico-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung,
Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien

Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
Rudolstadt.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

Sie **ersparen** weitgehend **Opium** und **Morphium** durch

Ditonal

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen
günstig beeinflussend.
Rektale Anwendung.

INDICATIONEN:

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben durch **ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN**

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

COFFEIN

wirkt schon in mittelgroßer Dosis
steigernd auf die Körperwärme.
Deshalb bei fieberhaften Zu-
ständen als Labungsgetränk

KAFFEE HAG

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist



Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk., Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 14

BERLIN, DEN 12. JULI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

(Aus dem Tuberkulosekrankenhaus der Stadt Berlin.
Ärztlicher Direktor Dr. Ulrici.)

Ueber Entstehung und Bedeutung der Miliartuberkulose.

Übersicht von Dr. PAGEL, Prosektor der Anstalt.

Unter den umstrittenen Tagesfragen der Tuberkulose nimmt die nach der Entstehung und Bedeutung der Miliartuberkulose einen hervorragenden Rang ein. An sich ist dieses lebhafte Interesse für die Miliartuberkulose nicht ohne weiteres verständlich. Handelt es sich doch bei ihr um eine nicht allzu häufige Erkrankung, deren wesentliches Kennzeichen die allgemeine Ueberschwemmung des Körpers mit dem Virus und das Darniederliegen der sogenannten Abwehrkräfte zu sein scheint. Näher besehen, ist jedoch damit über die Miliartuberkulose wenig, um nicht zu sagen nichts Wesentliches ausgesagt. Aber weniger darin, als in einem tieferliegenden Moment scheint mir der Grund gegeben, warum Entstehung und Bedeutung der Miliartuberkulose diskutiert. Die Pathologie der Miliartuberkulose bildet den Prüfstein, an dem sich die Geister scheiden; sie beansprucht eine zentrale Bedeutung ganz allgemein in der Krankheitslehre, nicht nur der Tuberkulose, weil sie zu der Grundfrage hinführt: Ist das Geschehen bei der Infektionskrankheit allein oder vorwiegend beherrscht von rein mechanischen Faktoren bzw. dem vorzüglichen Einfluß des Virus und seiner Eigenschaften oder aber steht hier der Organismus im Vordergrund mit seinen Kräften — jenen Kräften, die zunächst der chemisch-physikalischen Kausalität entrückt zu sein scheinen und in bestimmtes, kausal nicht restlos erfaßbares „Physiologisches“ vitalen umspannen und bei unserem Gegenstand mit den Worten Disposition, Allergie, Immunität gekennzeichnet zu werden pflegen.

Zunächst schien es, als bedeute die Auffindung der mechanischen Grundlage der Miliartuberkulose die Lösung aller Rätsel, die diese Krankheitsform schon von ihrem ersten Bekanntwerden her, also seit dem 16. und 17. Jahrhundert, aufgegeben hatte. Weigerts Entdeckung der tuberkulösen Endothelitis, Pönicks Wiederauffindung der käsigen Erkrankung des Lymphbrustganges — schon zu Ende des 18. Jahrhunderts — legten die Annahme nahe, daß der grobe Einbruch von Käsmassen in Blut- oder Lymphbahnen den zureichenden Grund für die Ausbildung der miliaren Aussaat abgibt. Diese Erklärung war zu sinnfällig und naheliegend, um wahr zu sein. Die ad hoc angestellte Nachprüfung ergab nur ziemlich selten die Bewahrheitung des groben Durchbruches tuberkulösen Gewebes in die Strombahn als ursächliche Grundlage der Miliartuberkulose (Benda). Aber der Befund des Venentuberkels oder der tuberkulösen Ductus-thoracicus-Erkrankung blieb bestehen. Ihr ausschließliches Vorkommen bei Miliartuberkulose schien zunächst an ihrer verursachenden Rolle gar keinen Zweifel zu lassen. Es galt, die Entstehung des Gefäßherdes zu erklären, und mit der Pathogenese des Gefäßherdes glaubte man den Schlüssel in den Händen zu haben für die dunkle Entstehungsgeschichte der Miliartuberkulose. Es mußte so sein, daß nicht grobe Virusmengen, sondern einzelne Bazillen den Zugang zur Strombahn finden, an irgendeiner Stelle derselben dank irgendeiner örtlichen Disposition der Gefäßwand Fuß fassen und sich vermehren können, den Gefäßherd bilden und so zum Ausgangspunkt der verhängnisvollen Uebersäuerung der Organe werden.

Damit aber war bereits der Schwerpunkt der Diskussion vom rein Mechanischen abgelenkt auf das zunächst nicht weiter faßbare Dispositionelle. Hinzu kam, daß die Weigertsche Lehre eine noch viel weitergreifende Kritik erfuhr, die sich nicht auf die Entstehung des Gefäßherdes, sondern auf diesen Gefäßherd selbst und sein Vorkommen bei der Miliartuberkulose erstreckte. Ribbert und später Huebschmann, dem in neuerer Zeit die allergrößten Verdienste gerade um die Pathologie der Miliartuberkulose zukommen, haben immer wieder darauf verwiesen, daß die Häufigkeit des Befundes der Gefäßherde bei der Miliartuberkulose durchaus nicht, wie die Statistiken der Großstadteinstitute (Hartwich, Silbergleit — unter Lubarsch — Schmorl, Schuermann u. a.) vermuten ließen, an die 100% heranreicht. Aber selbst wenn die erdrückende Mehrheit der Venentuberkel bei Miliartuberkulose besteht, bzw. umgekehrt die meisten Miliartuberkulosefälle einen solchen Venentuberkel erkennen lassen, so ist hiermit noch nicht das ursächliche Verhältnis im Sinne: Miliartuberkulose als Folge des Gefäßherdes — festgelegt. Es kann ebenso gut gerade umgekehrt sein: Der Gefäßherd ist eine tuberkulöse Siedlung in der Gefäßwand genau so, wie es die miliaren Tuberkel in den Organen sind. Ist wirklich dem so, daß der Gefäßtuberkel der Miliartuberkulose notwendig verursachend vorausgeht, dann dürfte auch der Befund isolierter Gefäßherde ohne Miliartuberkulose nicht so extrem selten sein.

Dies ungefähr die Argumente, die dazu geführt haben, die Entstehungsgeschichten der Fälle von Miliartuberkulose auf Stigmata anzusehen, die weniger die mechanische Komponente als den dispositionellen Anteil der Konstellation betrafen. Hier fand sich denn auch mit einiger Regelmäßigkeit ein Verhalten, das einiges Licht auf die dunklen Fragen zu werfen versprach. Es ist das ein von Huebschmann ausgerechnetes und so bezeichnetes¹⁾ Ausschließungsverhältnis, das zwischen der Miliartuberkulose als dem Typus der Verallgemeinerungsform der Tuberkulose auf der einen und den zur Beschränkung auf ein Organ oder System neigenden Tuberkuloseformen auf der anderen Seite besteht. Die Miliartuberkulose ist in ihrem typischen Auftreten ein Ereignis der unmittelbar auf einen fortschreitenden Primärkomplex folgenden Periode („Frühgeneralisierung“). Auf der anderen Seite pflegt sie dann einzutreten, wenn außer dem obsoleten und geringfügigen Primärkomplex keinerlei weitere tuberkulöse Veränderungen vorhanden sind. Also die Geringfügigkeit der Durchseuchung mit Tuberkulosevirus ist der gemeinsame Nenner; sie begünstigt die Entstehung und Ausbreitung der Miliartuberkulose. Diese Regel ist dauernd am Tagesmaterial der Prosektur zu bestätigen. Es ist ausgesprochen Ausnahme, daß sich Miliartuberkulose einer chronisch fortschreitenden isolierten Phthise zugesellt. Diese Ausnahme kommt allerdings hier und da vor.

Weitere Stigmata ließen sich auffinden. Spezifische und unspezifische Faktoren aller Art, die auf die relativ geringe Bedeutung des Mechanischen, die überwiegende Rolle der biologischen Disposition hinwiesen. So der Frühjahrsgipfel, den die Miliartuberkulose mit ihrer abortiven Form, der tuberkulösen Meningitis teilt, das Auftreten der Miliartuberkulose bei Eunuchen, im Anschluß an Tuberkulinbehandlung, an allgemeine, die Widerstandskraft schädigende Erkrankungen und anderes mehr.

¹⁾ auch Buhl und Weigert nicht unbekanntes.

So ist man immer mehr nicht nur von den groben Zufälligkeiten als Ursache der Miliartuberkulose abgekommen, wie sie der Einbruch käsiger Massen in die Strombahn darstellt, sondern auch von dem Gefäßherd selbst als der ursächlichen Basis der Erkrankung.

Indessen wenn auch eine Mehrheit der Forscher sich bereitgefunden hat, die Gefäßtuberkel zu vernachlässigen, die Frage ist keineswegs in diesem Sinn entschieden. Wir haben zu bedenken, daß der Gefäßherd eine ungemein kennzeichnende Veränderung darstellt, die in der Tat in der überwiegenden Anzahl echter Miliartuberkulosen vorhanden — wenn auch gewiß nicht immer auffindbar ist. Daß er in einer großen Anzahl der Fälle nicht Folgeerscheinung ist, sondern mindestens zeitlich der miliaren Aussaat vorausgeht, zeigt seine häufig verwirklichte Struktur, die gerade von den Gegnern seiner Bedeutung gerne dafür ins Feld geführt wird, daß von ihm aus nicht die Bezillenüberschwemmung ausgegangen sein kann. Wir meinen die Tatsache des Hinwegziehens einer glatten Intima über den Herd. Diese Struktur soll nahelegen, daß der Gefäßherd eine miliare Tuberkulose der Gefäßwand darstellt, den übrigen Miliartuberkeln also beigeordnet, nicht aber vorgesetzt ist, eine wirkliche Aussaat aber, wenn überhaupt, nur von solchen Gefäßherden ausgehen kann, die offene Geschwüre der Intima darstellen (Gretmann). Daß dieses Argument sicher nicht zutrifft, ist für jeden klar, der die rasche Abheilung und Ueberhäutung experimenteller Impiquaddeln nach der Geschwürsbildung, z. B. an der Meerschweinchenhaut, kennt (man vergleiche die neueren Untersuchungen von Pagel über die kutanen Gewebsreaktionen auf Einführung verschiedener Tuberkelbazillensämme beim normergischen und allergischen Tier).

Was weiter für die Bedeutung des Gefäßherdes spricht, ist die geradezu erstaunliche Regelmäßigkeit, mit der die Aussaaten und das ganze Bild der Miliartuberkulose in Erscheinung tritt (Lubarsch). Sollte hier ein allgemeiner Funktionszustand der Gewebe, insbesondere der Gefäßwandzellen (sog. Retikuloendothelien) wie ihn Huebschmann voraussetzt, ausreichen, um den gleichmäßigen Beginn, das gleichartige Aussehen und das bis zu einem gewissen Grade gleichartige Schicksal der Herde zu erklären? Der Befund von Tuberkelbazillen in diesen Zellen, der gern angeführt wird, entspricht natürlich viel eher einem sekundären Aufsaugungsvorgang, als einer primären Grundlage des ganzen Krankheitsprozesses. Schließlich ist der Befund bloßer Gefäßherde ohne Miliartuberkulose gar nicht so extrem selten. Ich fand erst kürzlich einen solchen im oberen Längsblutleiter der harten Hirnhaut in einem Falle allgemeiner Lymphknotentuberkulose ohne miliare Siedlungen. Auch Schürmann hat neuerdings zwei einschlägige Beobachtungen mitgeteilt.

Soll man aber darum die über alle Zweifel erhabenen dispositionellen Stigmata vernachlässigen? Gewiß nicht! Gerade ein pathologischer Anatom wie Lubarsch, der sich noch in letzter Zeit mit großer Lebhaftigkeit für die Wichtigkeit des Mechanischen bei der Miliartuberkulose eingesetzt hat, hebt von jeher die Bedeutung der Organdispositionen besonders bei der Miliartuberkulose hervor. So u. a. die Tatsache, daß Herz- und quergestreifter Körpermuskel so gut wie stets von der miliaren Aussaat verschont bleiben. Aber wir werden kaum bereits unangefochten in der Lage sein, die Gegebenheit des Gefäßherdes bei der Miliartuberkulose zu übergehen, und danach trachten müssen, sie im pathogenetischen Kalkül an richtiger Stelle zu verwenden. Das wird dann möglich sein, wenn wir zwischen den dispositionellen Faktor und den Vorgang der miliaren Aussaat selbst den Gefäßtuberkel einschalten können, mithin Belege beibringen für eine Disposition der Gefäßwand für die Entstehung tuberkulöser Endangitis. Die Disposition würde in unserem Falle eingehen in den Oberbegriff der für die tuberkulöse Verallgemeinerung typischen Reaktionslage des Gesamtorganismus (Rankes Allergie II), für die sich in der Tat die für die Miliartuberkulose erforderliche geringe Durchseuchung auf der einen und die Neigung zu Gefäßkrankungen verschiedenster Art auf der anderen Seite nachweisen läßt. Wir finden hier alle Übergänge von der verkäsenden und erweichenden Gefäßtuberkulose über die zur Abkapselung kommenden Intimatuberkel bis zu den geweblich unspezifischen Intimawucherungen und Intimasklerosen (Pagel), die wohl auch in der Peripherie klinisch als rigide Radialis (W. Neumann), Phlebitis obliterans (Liebermeister) und ähnliches in Erscheinung

treten — ganz ähnlich der überragenden Rolle, die Gefäß- und Endothelreaktionen aller Art von der Aktivierung und Mobilisierung der Monozyten bis zu den eitrig einschmelzenden Thrombophlebitiden bei der chronischen Sepsis, beim Typhus u. a. Durchseuchungen spielen.

Somit erscheint die Frage der Entstehung der Miliartuberkulose heute bis zur Beibringung anderer eindeutigen Befunde nur in Form einer Synthese von dispositioneller und mechanistischer Auffassung zu klären. Bei ihr rückt das mechanische Geschehen in unmittelbare Nähe der sich wirklich abspielenden Aussaat von Herden. Die Dispositionelle erscheint als die Bedingung des Auftretens zerfallender Gefäßherde durch diese von der Aussaat selbst getrennt.

Wir haben bisher lediglich die Frage der Entstehung der Miliartuberkulose besprochen, über das Wesen dieser Krankheit, über ihre systematische Stellung, über ihr Verhältnis zu den anderen Tuberkuloseformen, über ihre Bedeutung als besondere Art der Durchseuchung mit dem Tuberkelbazillus haben wir unmittelbar noch nichts gesagt. Allerdings werden wir den besprochenen Entwicklungsgang der Miliartuberkulose notwendig voraussetzen, wenn wir nunmehr von den angedeuteten Fragen über das Wesen der Miliartuberkulose handeln wollen.

Zunächst ist es hier notwendig, den allgemein vertrauten Begriff der Miliartuberkulose näher zu bestimmen. Denn nicht alles, was der Anatom als Miliartuberkulose bezeichnet, ist auch für den Kliniker Miliartuberkulose und umgekehrt. Dem anatomischen (oder auch nur röntgenographischen) Bilde braucht nicht das klassische klinische Syndrom der Miliartuberkulose zu entsprechen. Umgekehrt gibt es fraglos klinische Miliartuberkulosen, die zur Abheilung kommen und dann bei der Sektion nichts mehr oder nur unspezifische Reste von dem Krankheitsbild verraten. Angesichts dieser Sachlage werden wir für die nosologische Betrachtung der Miliartuberkulose so weit wie irgend möglich zu fassen haben. Es wird dann im einzelnen zu erörtern sein, von welcher Konstellation der Eintritt oder das Fehlen des klinischen Syndroms und des anatomischen Bildes abhängen. Für unsere Darstellung verstehen wir unter Miliartuberkulose das Vorhandensein gleichmäßiger Aussaaten tuberkulöser Herde — gleichgültig von welcher Struktur, gleichgültig von welcher Größe, gleichgültig von welcher Ausdehnung und gleichgültig von den klinischen Symptomen, welche sie zeitigen.

Folgende Momente scheinen uns nun für die Wesenserkenntnis der so umrissenen Erkrankung Miliartuberkulose von ausschlaggebender Bedeutung:

1. Sie befällt so gut wie niemals tuberkulose-jungfräuliche (normergische), sondern stets allergische, durch Erwerb eines tuberkulösen Primärkomplexes spezifisch umgestimmte Organismen. Schon Buhl hat vor mehr als 50 Jahren das Vorhandensein eines älteren tuberkulösen Herdes als Voraussetzung der miliaren Aussaat erkannt. Diese bedeutete ihm — wie auch Waldenbursky und anderen Forschern seiner durch Virchows Lebenswerk entscheidend bestimmten Epoche — vorwiegend aus diesem Grunde das Seminium eines infektiösen Fremdkörpers. Keine Frage, daß sich der käsige Herd Buhls mit dem Rankeschen Primärkomplex deckt. Er ist im allgemeinen bei Miliartuberkulose vorhanden und pflegt, wie wir oben bereits bemerkten, entweder in frischem Fortschreiten begriffen oder aber klein, völlig obsolet zu sein und als isolierte tuberkulöse Veränderung in Erscheinung zu treten. Hier liegt ein grundsätzlicher Unterschied gegenüber der Sepsis tuberculosa acutissima, der typhusähnlichen Tuberkulose Landouzy's und der rapide verallgemeinernden Tuberkulose in Form disseminierter Nekroseherde vor, die häufig ohne nachweisbaren älteren Primärkomplex auftritt.

Die Miliartuberkulose entspricht mithin den Urbildern der tuberkulösen Verallgemeinerung beim Allergischen. Sie ist durch alle Übergänge verbunden mit den mehr solitären hämatogenen Siedlungen (Meningitis, Knochen-, Augen-, Urogenitaltuberkulose usw.) bis zu den kleinsten unscheinbaren, kaum mehr herdlich fixierten, auch geweblich unspezifischen und nur noch durch toxische perifokale Ausstrahlungen erfahrbaren Generalisationsformen der Tuberkulose.

2. Die Miliartuberkulose kann klinisch stumm bleiben

3. Die Miliartuberkulose ist sowohl als klinisch stumme wie klinisch manifeste Form heilbar¹⁾. Naturgemäß wird diese Heilbarkeit um so seltener eintreten, je ausgeprägter das klinische Syndrom der Miliartuberkulose war. Wir glauben mit Korteweg, daß das vorwiegend abhängig ist von der Massigkeit der Aussaat, von der Größe des funktionierenden Parenchyms, das von der Aussaat betroffen ist. So erklären sich z. B. Dyspnoe und Zyanose. Auf der anderen Seite nehmen wir aber an, daß der rein mechanische Faktor nicht immer zur Erklärung ausreicht. Nicht nur der große Schub, der weite Parenchymstrecken beansprucht, erscheint hier besonders gefährlich, vielmehr die Wiederholung auch kleiner Schübe und das durch sie veranlaßte Freiwerden spezifischer Gifte. Die mit ihr verbundene „Autotuberkulinisation“, der fortgesetzt neu angeregte und unterhaltene Bazillenabbau dürfte in Fällen mit nicht besonders großer Ausdehnung der Herde eine besondere Heftigkeit des Krankheitsbildes unterlegen — wie ich mit Ulrici u. a. glauben möchte. Auch ausgedehnte Beteiligung vieler Organe bedingt nicht notwendig einen verhängnisvollen Ausgang der Erkrankung. Es gibt Beobachtungen, Lubarsch hat sie in seiner meisterhaften Darstellung der Milzkrankheiten zusammengestellt, in denen der biopsische Befund bei der Milzherausnahme wegen tuberkulöser Splenohepatomegalie ansehnliche Aussaaten auch in der Leber aufwies, und in denen dann doch restlose klinische Heilung eintrat. Daß in einem Teil der Fälle auch stumme Lungenaussaaten vorhanden waren, ist zum mindesten wahrscheinlich.

Ist es also keinesfalls allein der mechanische Faktor, der die Schwere des Krankheitsbildes und den Eintritt der Symptome erklärt, so wird die Bedeutung der Giftbildung noch eindrucksvoller, wenn wir die Tatsache in Rechnung ziehen, daß auch eine meningale Beteiligung bei geringgradigen aber tödlichen Aussaaten durchaus nicht immer nachweisbar ist.

4. Weitere Anhaltspunkte bietet die histologische Untersuchung der miliaren Herde. Es ist ja nicht so, daß der miliare Tuberkel notwendig ein gefäßarmes Epithelioidzellenknötchen mit oder ohne Riesenzellen darstellt — entsprechend der klassischen Definition des Tuberkels. Schon Ribbert hat immer wieder die kleinen tuberkulösen Pneumonien als Substrate der miliaren Herde beschrieben. Huebschmann wies in Gemeinschaft mit Arnold auf die vielfachen Uebergänge hin, die zwischen den rein exsudativen Formen, den schlecht abgesetzten, schlaffen Ausschwitzungen von Blutfaserstoff und weißen Blutkörperchen und den produktiven Herden bestehen, die oftmals um ein exsudativ-nekrotisches Zentrum die Wucherung von Epithelioidzellen und die Neubildung von Bindegewebe erkennen lassen. Gewiß gibt es auch rein produktive Formen von Miliartuberkulose, und sie sind gar nicht so selten. Bei ihnen entstehen in der Hauptsache in den bindegewebigen Scheiden der Gefäße und Bronchien Epithelioidzellenknötchen, also rein und primär Wucherungsvorgänge, für die exsudative Einschlüsse nicht in Betracht kommen. Hier ist also weniger mit einer Ausscheidung des Virus in die Lungenbläschen zu rechnen, wie bei den exsudativen Formen, als mit der Ansiedlung desselben in den Lymphbahnen der Wand der Hilusgebilde. Aber es ist auf der anderen Seite nicht zu verkennen, wenn z. B. Grethmann die exsudative Form völlig vernachlässigt, ja überhaupt nicht anerkennt. Das scheint auf rein persönlichen Erfahrungen an einem einseitigen Material zu beruhen.

Huebschmann hat die gewebliche Verschiedenheit der beiden Tuberkuloseformen in Beziehung gesetzt zu der wechselnden Schwere und Zeitdauer der Erkrankung. Die bei der Autopsie als rein exsudativ auftretenden Formen entsprechen einem perakuten Verlauf, die produktiven einem subakuten oder subchronischen. Dort endlich, wo umschriebene bindegewebige Verdichtungen des Alveolargerüsts bestehen, wie sie z. B. Bard gefunden hat, läßt sich entsprechend der Anamnese zuweilen die Vermutung aufstellen, daß sie den Resten einer abgeheilten Miliaris entsprechen. Aber auch restloses Verschwinden wird den Miliartuberkeln nach allen Analogien, z. B. mit den sog. flüchtigen Infiltrierungen (Rubinstein), zuzutragen sein. Wir hätten hier also den allmählichen Uebergang exsudativ-nekrotisierender zu produktiven und schließlich völlig vernarbenden Herden vor uns, parallel dem Uebergang der Erkrankung von einer akuten zu einer mehr protrahierten Phase und ihrem eventuellen Ausmünden in Abheilung.

5. Endlich sind eine Reihe von Tierversuchen von einschlägiger Bedeutung. Lewandowsky konnte in Abänderung der Anordnung des Kochschen Grundversuches zeigen, daß der typische miliare Tuberkel nur auf allergischem Substrat zu erzielen war. Injizierte er in das Herz eines tuberkulose-jungfräulichen Meerschweinchens eine Emulsion von Tuberkelbazillen, so entstanden nach einer gewissen Zeit in der Haut des Tieres schlaffe bazillenreiche, exsudativ-nekrotische Herde. Ganz anders das Bild nach der gleichen Zeit beim tuberkulösen, intrakardial superinfizierten Tiere! Hier ergibt sich der Befund scharf abgekapselter, rein produktiver bazillenarmer, wo nicht bazillenfreier klassischer Tuberkel. Das grundsätzlich Gleiche zeigte sich in den Versuchen von Korteweg und Löffler, die sie mit grobdispersen Bazillenemulsionen anstellten. Auch hier beim allergischen superinfizierten Tier echte Tuberkel mit ansehnlichen bindegewebigen Säumen und Kapseln.

Es folgt hieraus, daß die Bildung des klassischen Miliartuberkels den Zustand einer hohen spezifischen Empfindlichkeit des Gewebes offenbart, die es ihm ermöglicht, das Virus relativ rasch und unter weitgehender Bindung der entstehenden Gifte abzubauen und zu blockieren. Der Uebergang von der Bildung der exsudativ-nekrotischen zu den produktiven Herden bezeichnet nach diesen Versuchen den Weg zum Erwerbe der hierzu notwendigen Abwehrkräfte.

Als bedeutungsvoll seien auch noch die Versuche mit intraarterieller Bazillenzufuhr erwähnt, wie sie z. B. Stock vorgenommen hat, und bei denen an der Aderhaut des Auges die Abheilung der gesetzten miliaren Herde ablesbar wurde. Ein einschlägiger Befund ist auch öfters bei der histologischen Untersuchung der Organe von Leuten zu erheben, die aus voller Gesundheit heraus und nicht an Tuberkulose sterben, und bei denen man irgendwo miliare Tuberkel findet. Für diese wird man sinngemäß eine weitgehende Abheilungs- und Aufsaugungsmöglichkeit anzunehmen haben.

Ganz allgemein wird ja der Tuberkel gern als Zeichen allergischer Umstimmung gewertet. Lewandowsky bezeichnet direkt den Tuberkel als das Produkt des Tuberkelbazillenabbaus unter Mitwirkung spezifischer Antikörper. Bei Anstellung des Kochschen Grundversuches fand Pagel, ähnlich auch Grüneberg, echte tuberkulöse Strukturen schon am siebenten Tage, während solche beim normergischen Tier erst viel später (fünfzehnten bis zwanzigsten Tag) auftraten. Rößle hat sich neuerdings im gleichen Sinne ausgesprochen. Bei allergischen Zuständen aller Art, und zwar nichttuberkulöser Genese, fand sich gleichsam als gemeinsame allergische Struktur der Tuberkelbau verwirklicht.

Ist nun aber der Tuberkel sehr häufig die Gewebsreaktion allergischen Substrats, so darf doch auf der anderen Seite nicht verkannt werden, daß allergisches Gewebe auch ganz anders reagieren kann, vor allem in Form nekrotisierender und exsudativer Veränderungen (Schorfbildung, Geschwür), mit denen sehr häufig die Reaktion erschöpft ist, und daß auch das normergische Tier besonders bei schwacher, wenig virulenter Infektion von vornherein mit Tuberkelbildung antworten kann (Baumgarten). Es ist festzuhalten, daß es eine spezifische allergische Struktur bei der Tuberkulose nicht gibt, die Allergie aber ihr anatomisches Korrelat an der Ablaufart der Veränderungen, verglichen mit denen des normergischen Tieres, finden kann. In diesem Sinne kann allerdings rasche Tuberkelbildung den Ausdruck der Allergie bedeuten, und das trifft dann auch für die hier geschilderten Verhältnisse der Miliartuberkulose zu (man vergleiche Pagel, Die anatomischen Grundlagen der Immunitätsvorgänge bei der Kindertuberkulose. Handb. der Kindertuberkulose von Engel-Pirquet. Im Druck).

Nach den vorgebrachten 5 Punkten stellt sich uns die Miliartuberkulose wie folgt dar. Sie entspricht der raschen massigen Durchseuchung eines allergischen Organismus. Dieser hat aus irgendeinem Grunde eine Umstellung in bezug auf sein spezifisch-allergisches Verhältnis zum Virus erfahren. Es tritt ein kritischer Moment ein, in dem er der Ueberschwemmung mit dem Virus ausgesetzt wird, und sein Schicksal hängt davon ab, ob die allgemeine Durchseuchung (Antigenwirkung) nun auch den Durchseuchungswiderstand schafft, der dem Körper die Mittel (Antikörper) gibt, das Virus abzubauen, zu blockieren und der dabei ge-

¹⁾ Eine gute Zusammenstellung des klinischen Schrifttums gibt de Bruijn, over de Prognose van Miliartuberkulose. These. Amsterdam 1926.

bildeten Gifte Herr zu werden, mithin den Weg zu gehen von den exsudativ-nekrotischen bazillenreichen Infiltraten zur Bildung der abgekapselten bazillenarmen Knötchen.

Mit dem Blick auf Ziel und Ende gesprochen, ist also die Miliartuberkulose eine großzügige Durchseuchung des Körpers, die als Immunisierung bezeichnet werden kann, wo sie den Erfolg der Keimabwehr oder Keimvernichtung zeitigt. Das ist aber überall dort der Fall, wo die Miliartuberkulose nicht in kurzer Zeit zum akuten Gifttode führt, wo man der Knötchenbildung, sei es mehr selbständig, sei es in der Peripherie exsudativ-nekrotischer Zentren begegnet.

Dennoch tritt aber auch bei diesen Formen oft genug der Tod ein. Die Durchseuchung, von der man die Hinterlassung einer heilsamen Resistenz zu gewärtigen hatte, reicht hier offenbar nicht aus, den Tod zu verhindern. Ja, es ist nicht ausgeschlossen, daß der ganze Mechanismus der Durchseuchung, der zur örtlichen Blockade, zum Abbau und zur Vernichtung der Bazillen führt, zum eigentlichen Urheber der schweren Krankheit und des Todes wird, indem die bei dem Bazillenabbau freiwerdenden Gifte im Uebermaß den giftempfindlichen Körper überschwemmen und vernichten. Seine spezifische Empfindlichkeit, die ihn auf der einen Seite in die Lage versetzte, rasch und kräftig das Virus anzugreifen und zu zerschlagen, wird ihm so zum Verhängnis, da nur sie es ist, die zum Freiwerden abnormer Abbauprodukte führt bzw. deren Giftigkeit bedingt. Es liegt mithin eine tragische Paradoxie vor in diesem Geschehen.

Das ist es, was ich seinerzeit als das eigentliche Wesen der Miliartuberkulose zu kennzeichnen versucht habe. Diese meine Bestimmung, hat über Gebühr Aufsehen und Erregung hervorgerufen, die ich mir nur durch ein Mißverständnis meiner damaligen knäpp gefaßten, aber bei sorgfältigem Studium eindeutigen Ausführungen erklären kann. Auf Experiment und Ratio beruhend, legitimiert sich ihr Ergebnis als durchaus wissenschaftliches, wenn auch nicht rein pathologisch-anatomisches.

Auch sonst kennen wir ja in der Lehre von den Infektionskrankheiten paradoxe Reaktionen, das Nebeneinander von Ueberempfindlichkeit und Immunität, ihren launischen Wechsel, ihre gegenseitige Bedingtheit. Man denke an die Entstehung der Kaverne: man denke ferner an die Sepsis lenta und anderes mehr. Hinsichtlich eines in seinem Wert für die Ganzheit so ambivalenten Vorganges wie der Erweichung habe ich neuerdings an einem Modellversuch die bisher nur angenommenen Beziehungen zur spezifischen Allergie exakt belegen können.

Für die Miliartuberkulose möchte ich auf Grund meiner Ausführungen drei Formen unterscheiden, deren Kriterien nicht nach der geweblichen Struktur, nicht nach der Krankheitsdauer und auch nicht nach der Quantität der Herde und Herdaussaat genommen sind, sondern die biologische Wertigkeit der betreffenden Form für die Ganzheit als Maßstab verwenden:

1. Die akut zum Tode führende miliare Aussaat mit bazillenreichen exsudativ-nekrotischen Herden. In seltenen Fällen wird auch mit Aufsaugung solcher Herde und „Heilung“ zu rechnen sein.

2. Die subakute oder subchronische Form mit Bildung proliferierender virusarmer Herde („Tuberkel“), sei es selbständig, sei es in der Umgebung der zu 1 genannten Herde. Rein mechanisch oder aber durch Ueberschwemmung mit Abbauprodukten der Bazillen kann sie trotz der erreichten örtlichen Keimvernichtung zum Tode führen. Auch braucht die gewonnene Durchseuchungsresistenz keine ausreichende zu sein, und ein erneuter Schub (Meningitis vor allem, nach den grundlegenden statistischen Festlegungen von Korteweg) bringt das Ende. Oder aber es tritt

3. Heilung ein, bei der die gebildeten Herde in Form von Tuberkeln mit mehr oder weniger starker bindegewebiger Abkapselung bestehen bleiben, weitgehend vernarben oder aber völlig aufgesaugt werden können.

Diese Gruppierung versucht die Verbindung klinischer und anatomischer Gesichtspunkte herzustellen und am Ganzheitscharakter, an der biologischen Bedeutung der Krankheit im Rahmen der tuberkulösen Gesamthandlung den Einzelherd und Herdschub zu messen. Daß sie zunächst nichts weiter ist als ein der Ausfüllung mit weiteren Einzelheiten bedürftiges Gerüst, sodann aber auch ein Wegweiser zu verlockenden Zielen sein kann, hoffen wir durch die Uebersicht über das bisher Erreichte gezeigt zu haben.

Schrifttum:

- Benda, Erkrankungen der Venen. Handbuch der spez. path. Anat. u. Histol. v. Henke-Lubarsch II, 1924.
 Buhl, Lungenentzündung, Tuberkulose u. Schwindsucht. 12 Briefe. München 1872.
 Grethmann, Zur Pathologie der akuten disseminierten Miliartuberkulose der Lungen. Brauers Btr., 71., 1. S. 1, 1928.
 Hartwich, Statistische Mitteilungen über Miliartuberkulose. Virch. Arch. 1922, 237., S. 196.
 Huebschmann, Miliartuberkulose und Tuberkuloseimmunität. Münch. med. Wschr. 1922, S. 1654. — Pathologische Anatomie der Tuberkulose. Springer, Berlin 1928. — Arnold, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Miliartuberkulose. Virch. Arch. 1923, 249., S. 165.
 Korteweg und Löffler, Allergie, Primäraffekt und Miliartuberkulose. Frankf. Ztschr. f. Pathol. 1925, 31.
 Lewandowsky, Tuberkulose der Haut. Springer, Berlin 1916.
 Liebermeister, Tuberkulose. Springer, Berlin 1921.
 Lubarsch, Einiges über die Lokalisation und Ausbreitungsweise tuberkulöser Veränderungen im Körper. Festschrift für Schloßmann, Düsseldorf 1927, S. 28.
 Neumann, W., Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener I—III. Wien 1925/26.
 Pagel, Die allgemeinen pathomorphologischen Grundlagen der Tuberkulose. Springer, Berlin 1927. — Stadien und Phasen im tuberkulösen Geschehen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1928, Nr. 1. — Tuberkuloseallergie und Bazillenvirulenz. Dtsch. pathol. Gesellsch. Wien 1929. — Zum Wesen der tuberkulösen Erweichung. Klin. Wochenschr. 1929. Im Druck. — Einleitung zu K. E. Ranke, Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie. Springer, Berlin 1928.
 Roble, Diskussionsbemerkg. Dtsch. pathol. Gesellschaft. Wien 1929.
 Schürmann, Ablauf und anatomische Erscheinungsform der Tuberkulose des Menschen. Brauers Btr. 1923, 57. — Zur Frage der Gesetzmäßigkeiten im Ablauf der Tuberkulose, unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungsgangslehre Rankes. Ziegl. Btr., 1929, 81., S. 568.
 Silbergelt, Beiträge zur Entstehung der akuten allgemeinen Miliartuberkulose. Virch. Arch. 1905, 179.
 Stock, W., Tuberkulose als Aetiologie der chronischen Entzündungen des Auges und seiner Adnexe, besonders der chronischen Uveitis. Engelmann, Leipzig 1907.
 Ulrich, Diagnostik und Therapie der Lungen- und Kehlkopftuberkulose. Springer, Berlin 1924.
 Waldenburg, Die Tuberkulose, die Lungenschwindsucht und die Skroflose. Berlin 1869.
 Weigert, Gesammelte Schriften. Berlin 1906.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert:

Zeitschriften in deutscher Sprache

Allgemeine Homöopathische Zeitung (Allg. Homöop. Ztg.), Leipzig 177., Heft 1. Grieselich-Feier, Scheidegger.
 Ludwig Grieselich. Zu seinem 125. Geburtstag. König.
 Arbeiten der naturwissenschaftlichen Homöopathie. Donner.
 Ueber eine Wirkungstypen-Hypothese für biologische Einwirkungen. Kötschau.

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir., Berlin, 154., Heft 1/2.
 2323. Erfahrungen mit der antethorakalen Dermatooesophagoplastik. W. R. Braizew.
 2331. Beitrag zur Aetiologie und Serumtherapie der foudroyanten Appendizitis auf Grund der Beobachtungen bei 300 Fällen im Kreise Deutsch-Krone. R. Hilgermann und W. Pohl.
 2326. Untersuchungen über Gefäßverengerung bei zirkulärer Arteriennaht und Venenautotransplantation. A. Zeitlin.
 2538. Mesokolon transversum breve. R. Finocchietto und P. Schlanger.

2333. Die Leistenbruchoperation mit Annähen der Gewebe der vorderen Bauchwand an das Lig. poupartii als eines der ätiologischen Momente für die Kruralhernienbildung. J. V. Studinsky.
 2327. Erfahrungen mit der Braunschen Epidermispfropfung. H. Mannheim.
 2516. Milzfieber und Milzfunktionen. H. Hellner und H. U. Kallius.
 2335. Nierenspaltung ohne Parenchymnaht zur Verhütung der Nachblutung. P. Rosenstein.

Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde (Arch. Ohr-, usw. Heilk.), Leipzig, Heft 2/3.
 Beitrag zur Vererbung und Klinik der sporadischen Taubstummheit. Bigler.
 Ueber ein schilddrüsenähnliches Hämangioendotheliom des Felsenbeins. Specht und Völker.
 Zur Frage der Behandlung schwerverlaufender Fälle von Laryngitis subglottica. Berggren.
 Ueber Degenschlucken und Oesophagoskopie. Huizinga.
 2399. Ueberlegungen zur Therapie der postgangliösen Sepsis. Krüger.
 Cholesteatom und akute Otitis. Ruttin.
 2368. Ueber Schwerhörigkeit in der Schwangerschaft. Willige.
 2486. Die Beziehungen zwischen Gehörhalluzinationen und Gehörorgan. Berggren.

- Die Pleozytosevariationen in den verschiedenen Portionen der Spinalflüssigkeit bei otogenen meningealen Irritationszuständen. Westergaard.
Die Bedeutung des Muckschen Adrenalinsondenversuchs. Coester.
Ueber Vestibularisreizung. Grahe.
Ueber endokranielle Komplikationen bei mesotympanaler chronischer Mittelohreiterung. Helmuth Richter.
2370. Die Anästhesie und Parazentese des Trommelfells. Thost.
Ein praktisches Radiumbesteck. Specht.
- Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie (Arch. orthop. Chir.), Berlin, 27., Heft 2.
Arzt und Klient bei Begehrungsneurosen. (Chir. Univ.-Klinik des Staatl. Luitpold-Krankenhauses, Würzburg.) C. Bauer.
2351. Zur grundsätzlichen Auffassung des Arztes von der orthopädischen Versorgung. (O. V. St. Heidelberg.) Hans von Renesse.
2341. Ueber das Zustandekommen schwerer Funktionsstörungen bei manchen Fällen von Arthropathia def. gen. (3. med. Abt. des Allg. Krankenhauses Hamburg-Barmbeck.) Erich Plate.
Ueber die Proportionen von Arm-, Bein- und Körperlängen beim Menschen. (Orthop. Univ.-Klinik, Berlin.) Ernst Wolff.
2340. Beiträge zur Frage der traumatischen Entstehung der Arthritis deformans. (Mediz. Abt. der Kreisagentur Aarau der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt.) F. Zollinger.
Das Abrollbein nach von Baeyer. (O. V. St. Heidelberg.) Hans v. Renesse.
Unsere Modifikation der Arthrodesen der Fußwurzel. (Orthop. Klinik des Staatl. Instituts für Aerztefortbildung in Kasan, U. S. S. R.) M. Friedland.
Ein Fall von angeborener familiärer Mißbildung der oberen Extremitäten. (Ukrainisches orthop. Kinderinstitut und orthop. Klinik des Instituts für ärztliche Fortbildung, Kiew.) B. Kutzenok.
Die Bedeutung des Torsionswinkels für die Behandlung der Oberarmfrakturen. Hans Schaefer, Berlin-Pankow.
Ein Fall von dorsaler Luxation der Ulna im distalen Radio-Ulnargelenk. (Chir. Abt. des allgem. öffentl. Krankenhauses Wien-Neustadt.) Wilhelm Rippel.
Ein Fall von angeborener Anomalie der Handwurzelknochen. J. Epstein, Jerusalem.
Rippenverrenkungen. (Chir. Abt. des Krankenhauses Bergmannsheil, Bochum.) W. Böhle.
Ueber ein neues System von Stützapparaten. (Orthop. Spital, Wien.) Franz Vischer.
- Archiv für soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg.), Berlin, 3., Heft 3.
Amtliche Milchkontrollstellen, ein Weg zur Besserung der Milchversorgung der Städte. Franz Klose.
Ueber Erfolge der Kinderverschiebungen, getrennt nach Alter, Klima und Jahreszeit. Julius Peiser.
Die Taubstummenfürsorge in zeitgemäßer Ausgestaltung. E. Schorsch.
Die Wohnungsverhältnisse im Deutschen Reich. Ernst Meier.
2397. Die Bedeutung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Bewegung der Bevölkerung. E. Roesle.
Die Morbiditätsstatistik in der Sozialversicherung der U. d. S. S. R. Th. Markuson.
Erwiderung auf die Antikritik von W. Böhmert. Karl Freudenberg.
Stand und Bewegung der Juden in Deutschland. Herbert Philippsthal.
Aufgabe und Umwelt in der geistigen Entwicklung. Kritische Betrachtungen zu Fritz Lenz: „Ueber die biologischen Grundlagen der Erziehung.“ W. Peters.
Gründung und Aufgaben der Krebsinstitute. Ferdinand Blumenthal.
Die Bedeutung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als Ausgangspunkt einer Reichsgesetzgebung auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge. Eva Hensel.
2329. Die Stellung des Vertrauensarztes in der Krankenversicherung. H. O. Tröschler.
- Archiv für soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg.), Berlin, 3., Heft 4.
2332. Das Heilverfahren und die Gesundheitsfürsorge in der Deutschen Sozialversicherung. W. Dobbernack.
Die Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege in der Gesundheitsfürsorge. Hans Harmsen.
Die gegenwärtige Lage der Kleinrentner, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Freiburg i. B. Bertel Meyer-Montfort.
2396. Zur Standardisierung der Sterblichkeitsmessung nach dem Kriege. Kritische Bemerkungen zur Bewertung der rohen Sterbeziffern an Krebs, Diabetes und Tuberkulose. Georg Wolff.
Die Bewegung der Bevölkerung in der USSR. während der Jahre 1923—1925. E. Roesle.
Zur Geschichte der Eugenik. St. Zurukzoglu.
2330. Korpusscherebekämpfung und Verkehr mit Geheimmitteln im Deutschen Reich. Erich Hesse.
Soziale Psychopathologie. Miron Kantorowicz.
Zum Berufsausbildungsgesetz. Ilse Szagunn.
Der gegenwärtige Stand der Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene. Dorothea Hirschfeld.
Sozialhygienische Gesetzgebung 1927 im Deutschen Reich und in den deutschen Ländern. M. Christian.
- Bruno Belträge zur klinischen Chirurgie (Bruno Beltr.), Berlin, 146., 1. Heft.
Beiträge zur Kenntnis der Frakturen am Ellenbogengelenk. Unter besonderer Berücksichtigung der Spätfolgen. I. Allgemeines und Fractura supracondylar. Ernst Baumann.
Experimentelle und klinische Beiträge zur Pathologie der Langerhansschen Inseln des Pankreas. G. Jorns.
Akute hämorrhagische Epiglottitis unter dem Bilde einer akuten Appendizitis. Heinrich Schomberg.
2352. Ueber Spasmen in den Gallenwegen bei Affektionen der inneren weiblichen Genitalorgane. Ein Beitrag zur Entstehung der Gallensteinikoliken. Victor Schaefer.
Spontane Ausheilungsvorgänge bei generalisierter Osteodystrophia fibrosa C. Th. Willich.
Die angeborene Beugekontraktur und die angeborene hintere Verrenkung des Kniegelenkes. Hermann Richter.
Ueber Erkrankungen der Sesambeine des I. Metatarsophalangealgelenkes. Karl Meffert.
Zur Frage der postoperativen Passagestörungen des Magens. F. Reischauer.
Schwere Blutung infolge Einrisses des Musculus psoas major. H. Maxon.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 20, 1929.
2377. Ueber eine eigenartige Lokalisation von Frostschäden. Alfred Perutz.
2375. Ueber einen Fall von Aurantiasis cutis Baelz. Eugen Gragger.
2483. Intramuskuläre Kamilleneinspritzungen (Kamilliosept). Hugo Müller und Lilly Schreiber.
2380. Multiplexe Epilation mittels Diathermie. Karl Mezel.
2384. Ein neuer, elastischer und regulierbarer Harnröhrenverschluß zur ambulanten Behandlung bei männlicher Gonorrhoe. Badrian.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 21, 1929.
Zur Kasuistik des Lymphknotens. Franz Weinberger.
Ueber den Mechanismus der Balneotheapie bei der Syphilis. N. S. Efron und S. S. Orlov.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Ztsch.), Berlin, 56., Heft 1, 1929.
2509. Gehirninfektion und metastatische Erkrankung von Hoden und Skrotalhaut (Pseudoprämarafekt) nach intrazisternaler Impfung von Kaninchen mit Syphilis. Erich Hoffmann und Rudolf Stempel.
2321. Ueber den Ausfall der Boltzreaktion in den verschiedenen Stadien der Lues. H. Th. Schreus und Elisabeth Wilms.
2320. Zur Biologie des Gonokokkus. H. Nagell und E. Danielsen.
Untersuchungen an einem Fall von Jodüberempfindlichkeit. Wilh. Brack.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 17.
2442. Zur Analyse des Ikterus. Theodor Brugsch.
Entwicklung, Reifung und Umstellung in der Psychotherapie. J. H. Schultz.
2497. Wachstum und Stoffwechsel. C. Neuhaus.
2487. Ueber die Erregbarkeit des geschädigten Gehirns von Hunden nach Ernährung mit Gehirnlipoiden. E. Schiff.
Ueber den histologischen Nachweis der Spirochaeta pallida in Organen syphilisinfizierter Mäuse. F. Jahnel und R. Prieger.
2329. Was leistet die Cholezystographie für die Chirurgie? A. Dzialoszyński.
2358. Die Zondek-Archheimsche Schwangerschaftsreaktion. R. Brühl.
2458. Die angeborene Lebensschwäche und ihre Bekämpfung. Albrecht Peiper.
2405. Zur Behandlung des Milzbrandes beim Menschen. S. S. Diatschenko.
Die geburtschifflige Tätigkeit des praktischen Arztes. N. Ellerbroek.
Aufreten von Frost am Oberschenkel. Georg Benjamin.
Repetitorium der Alterskrankheiten. IX. Krankheiten der Knochen. Hermann Schlesinger.
Herzinsuffizienz. H. Guggenheimer.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 18.
Klinische Vorträge über Stoffwechselkrankheiten. I. Die Gicht. 2. Harnsäure und Gichtproblem. P. F. Richter.
2475. Experimentelle Prüfung schmerzstillender Mittel. F. Hafner.
2398. Zur Epidemiologie des Scharlachs. Carl Hünermann.
2526. Ueber das Problem der Psychosynthese bei Jung. Ludwig Paneth.
Ueber die intermittierende Flüssigkeitsbeschränkung. (Trockenkostbehandlung) bei der Knochen- und Gelenktuberkulose. Georg Karfiol.
2473. Zur Frage der Nirvanolwirkung. Hans Sehestedt.
2374. Zur Behandlung und Nachbehandlung von Speiseröhrenverletzungen. W. Kinder.
2474. Ueber die Wirkungsweise und Indikationsbreite des „Pituigan-Henning“ und des „Pituigan forte“. G. Kleff.
2425. Zur Frage der Thrombophlebitis migrans. M. Lipschitz.
2441. Situs inversus mit Relaxatio diaphragmatica. Friedrich Koester.
Zur Biologie des Gonokokkus und zur Spezifität des Gonovitans. Friedrich Wolff.
Schlußbemerkung zu vorstehender Erwiderung. Alfred Cohn.
Urologie. L. Casper.
Ekzemheilung durch Vigantol. Christian Jacobsen.
Generalisierte Urtikaria. Herz.
2343. Zur Kenntnis und Behandlung des essentiellen Fluors der Virgo intacta. A. Calmann.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 19.
2513. Weitere Beiträge zu der von den Mandeln ausgehenden Sepsis. W. Uffenorde.
Zur Sexustherapie: Hoden oder Hypophyse? Hugo Picard.
2533. Chronaximetrische Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gewerbergifte. Stefan Weisz.
2508. Die Alkalibelastung der Nierenfunktionsprüfung. A. Sylla.
2416. Zur Frage des Wertes der Obstidät bei schwerer Azidosis. Theodor Weiß.
Balneologische Erfahrungen bei Herzkuren. Bauke.
Erfahrungen mit dem „Meyer-Bierast-Schillingchen Guttadiaphot“. S. Kamnitzer.
Zur Verödungstherapie der Varizen mit sklerosierenden Injektionen. Ernst Wreszynski.
Die Sprache schwerhöriger Kinder. Alb. Liebmann.
Pädiatrie. L. F. Meyer.
Ueber ein zuverlässiges Blutstillungs- und Wehenmittel. Gutzmann.
Cystitis dissecans gangraenosa bei einem Manne. Duschan Maluschew.
Zum Schutze des Narkotiseurs. Fritz Hölscher.
Repetitorium der Darmkrankheiten. I. Akuter Darmkatarrh. Walter Zweig.

- Deutsche medizinische Wochenschrift (D. m. W.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 20.
 2357. Zur Neuordnung der Geburtshilfe. Henkel.
 2364. Sind wir mit der erweiterten Indikation zum Kaiserschnitt auf dem richtigen Wege? C. J. Gauß.
 2402. Klinische Vorträge über Stoffwechselkrankheiten. I. Die Gicht. 3. Therapie. P. F. Richter.
 2460. Klinische Pathologie des Wachstums und der Entwicklung. L. Borchardt. Eine Nahrungsmittelinfektion mit dem Bacillus abortus Bang. Fleischmann und Raddatz.
 2330. Flexu-Volvulus und Trauma. L. Frankenthal.
 2536. Hernia paroesophagea. G. Stroomann und M. Schlerge. Ein neues Verfahren zum Entfernen von Tätowierungen. Max Hirsch. Innere Medizin. Stepp.
 Bluttransfusion bei Gasvergiftung. v. Voithenberg.
 2496. Gefahren der Rohkost. R. F. Weiß. Rahmen zur Fixierung von Instrumenten in jeweils günstigster Stellung bei Operationen. Erich Herzberg. Repetitorium der Darmkrankheiten. II. Chronischer Darmkatarrh. Walter Zweig. Augenheilkunde. Wilhelm Wegner.
- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 1, 1929.
 Das Thyreoideaproblem. W. M. Boothby (Rochester). Der Einfluß der Zufuhr von Ovarium der normalen Henne und der Bruthenne auf das Wachstum und die Metamorphose der Kaulquappen des Frosches. G. Moschini (Perugia).
- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 2, 1929.
 Ueber die Natur und die Blutkörperchenzahl beeinflussende Substanz im Serum anämischer Tiere. A. Zih. Experimentelle Untersuchungen über die Bartonella-Infektion der weißen Ratten. S. Friedberg (Bern).
- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 3, 1929.
 Beiträge zur Wirkung des Hypophysenvorderlappenhormons. M. Reiß und K. Langendorf (Prag). Ueber den Einfluß des Vorderlappenhormons auf den Gasstoffwechsel beim Kaninchen. M. Reiß und K. A. Winter (Prag). Periarthritis nodosa und innere Sekretion. I. Baló und E. Nachtebel. Beiträge zur Diagnostik der Basedowkrankheit und Hyperthyreose. J. Fernbach und A. Leszler (Budapest).
2413. Beitrag zur Jod-Röntgen-Therapie des Morbus Basedowi. K. Csépai und S. Sümegi (Budapest).
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 2, 1929.
 Ueber die vorwiegend linksseitige Dauerdeviation des Mediastinums mit oder ohne Mediastinalpendeln. Robinsohn. Ueber das pathologische Schleimhautrelief des Magens im Röntgenbild und seine Bedeutung für die Klinik. H. U. Albrecht. Duodenalanomalien im Röntgenbild und ihre klinische und therapeutische Bedeutung. R. Wanke. Zur Diagnose und Differentialdiagnose der Tumoren des Epipharynx. E. G. Mayer. Röntgenologische Studien über die Wirkungen einiger Pharmaka auf die Oesophaguswand und die Kardia bei idiopathischer Oesophagusdilatation. C. Tamiya, S. Kawashima, Z. Inada, T. Fuzimura. Die Veränderung des Herzumfanges in der akuten Asphyxie. P. Tulio, O. Businco. Die Lokalisation der Eierstöcke mittels Salpingographie. V. Mandler. Die Bestimmung des Schenkelhalstorsionswinkels mit Hilfe der Röntgenstrahlen. A. Schertlein. Ueber die Betrachtung stereoskopischer Röntgenbilder und über die Herstellung von Anaglyphen. W. Barth, A. Hählsig. Ueber den Verlauf der Epiphysenlinie bei der Coxa vara. G. Karfiol. Eine typische Erscheinungsform der rechten Unterlappen-Spitzenprozesse. Th. Barsony, E. Koppenstein. Röntgenologische Beobachtungen über die eigentümliche Verlagerung der letzten Dünndarmschlingen durch Kompression von Tumoren der Bauchhöhle, welche vom kleinen Becken ausgehen. A. Montanari. Ovarialtumor als auslösendes Moment eines Kaskadenmagens. Rövekamp. Erwiderung auf die Bemerkung des Herrn A. Kimmeler zu unserem Aufsatz: Chronische Gelenkerkrankungen und ihre Klassifikation. A. A. Lemberg. Ein Lithopädon mit gleichzeitiger Schwangerschaft. J. Balaban.
- Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 8, 1929.
 Ueber neuere Methoden der operativen Korrektur schwerer rachitischer Knochenverkrümmungen. F. Orotz. Ueber den Einfluß der Winde auf den Gesundheitszustand, besonders in Kurorten. Winckler. Pflanzen der Volksmedizin in neuem Gewande. C. Bachem. Sexualdiagnostik und Sexualberatung. J. H. Schultz. Ueber die chronische Cholangitis und ihre Behandlung mit Decholin. M. Großmann. Ueber Erfahrungen mit Ichthoxylsuppositorien bei Hämorrhoidalleiden. H. Preuß. Die Behandlung des vaginalen Fluors. W. Reichmann.
- Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 9, 1929.
 Zum Stand der Narkosefrage. H. Franken. 2385. Zur Iontoporesbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. O. Bode. Die Erfolge der Strahlentherapie bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien in den Jahren 1922—1927. R. Geithner. Sexualdiagnostik und Sexualberatung. J. H. Schultz. Bericht über die klinische Prüfung des Nährpräparates Soluga. Gudzent und Feldmann. Hämorrhoiden und Schwangerschaft. G. Braun.

- Erfahrungen mit einem neuen Beruhigungsmittel „Sedormid“. Braitmaier. Die Arztfrage bei der Reform der Krankenversicherung. H. Lehmann.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 17.
 Die Konstitutionsforschung im Lichte der Vererbungswissenschaft. O. v. Verschuer. Das Scharlachproblem. Fr. v. Gröer. Das Scharlachproblem. U. Friedemann. Zur Lehre von der Agranulozytose. A. v. Domarus. Anreicherungsverfahren der Leukozyten bei extremen Leukopenien nebst Beitrag zur Technik der Oxydasereaktion. Otto Mengler. Untersuchungen über die Immunitätsvorgänge bei Syphilis. II. Die syphilitische Blutveränderung. H. Kröc, F. O. Schulze und Ilse Zander.
2519. Beitrag zum Problem der Tuberkulosebehandlung in der Unterdruckkammer. Walter Singer.
2323. Untersuchungen über Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose. Ernst Stengel. Encephalitis lethargica und Arteriosklerose. S. Kalischer. Veränderung der Senkungsgeschwindigkeit roter Blutkörperchen bei Schildkrötenkrankungen. E. P. Tschernosatonkaya. Biologische Wirkung des aktiven Eisenpräparates Siderac. Adolf Bickel. Erwiderung. L. Presenius und K. Harpuder. Die Isolierung von Methylglyoxal als Zwischensubstanz bei der Glykolyse. Marthe Vogt. Darstellung einer den Kalziumgehalt und einer den Phosphatgehalt des Serums senkenden Substanz. A. Nitschke. Ueber Schreibkrampf bei Encephalitis epidemica. Otto Sittig. Angina pectoris und Unfall. Hans Kohn. Eine handliche Apparatur zur Chronaxiebestimmung. F. H. Lewy. Ueber die Verwendung der Ormizetten in der dermatologischen Praxis. P. Mulzer.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 18.
 Die Beobachtung des Blutes am lebenden Menschen. Paul Vonwiller. 2495. Dermographismus und Inkretion. R. Nothhaas. 2479. Tierexperimentelle Studien zur Vigantolprophylaxe. H. Eufinger, H. Wiesbader und L. Focsaneanu. 2542. Ueber Beziehungen zwischen Krebs und Lipoidstoffwechsel. I. Mitteilung. F. Burgheim. 2477. Ueber die antirachitische Wirkung eines eiweißfreien Dotterextraktes (Hellocitin). H. Stedel. 2428. Studien über den arteriellen Tiefdruck (Hypotonie). IV. Arterieller Druck und Venendruck. Franz Kisch. 2322. Echinokokkenantigen. Johann Hugo Botteri. Ueber die Wirkung des Fluors auf den Zellstoffwechsel. Wilhelm Ewig. Strahlenschutz und Lichtgewöhnung. G. Miescher. Experimentelle Untersuchung über die Wirkung großer Dosen Vigantols auf Knochen und Zähne. J. Weinmann. Ueber einen eigenartigen Fall von Adam-Stokesschem Symptomenkomplex. Carl Outmann. 2434. Angina pectoris und Unfall. Hans Kohn.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 19.
 Neue Beiträge zur Krankheitsforschung im Lichte der Bioelektrostatik. L. Karczag. Ueber den Blutfarbstoffabbau. K. Bingold. Körperhaltung und extrarenale Wasserausscheidung. H. Heller und H. Natanson. 2511. Ueber die lympho-epitheliale Geschwulst (Schmincke) als histologisch und biologisch besondere Geschwulstform. Paul Greef. 2417. Peritonitisähnliche Symptome und Blutbild im Coma diabeticum. Willy Crecelius. Die traumatische Aetiologie und die Begutachtung der symmetrischen Lipomatose. A. Buschke und Wolfgang Casper. 2476. Klinische Erfahrungen mit Acedicon. F. Bertram und W. Stoltenberg. Ueber Schutzstoffe bei der experimentellen Syphilis. Alfred Cohn. Die Einwirkung von Kohlendioxid-Gasgemischen auf die Atmung. A. Viethen und F. Grüneberg. Das Verhalten der Arterienwand zur Plasmalfärbung. Hermann Voß. Rezidivierender Spontanpneumothorax. Otto Laufer. Fortschritte auf dem Gebiete der rheumatischen Gelenkerkrankungen. Anton Fischer. Die viscerographische Methode. D. Danielopolu.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 20.
 Ueber Beziehungen zwischen Ermüdung und Sterben. Gustav Embden. 2382. Biochemische Untersuchungen bei Hautkrankheiten. G. Stimpke und Gg. Soika. Lichtelektrische Erscheinungen an biologisch aktiven Eisenpräparaten. F. K. Theo Schwarz. 2498. Die Wasserstoffionenkonzentration des Schweißes. Alfred Marchionini. Ueber die chemische Natur der Allergene. III. Pollen von Alopecurus (Fuchsschwanzgras). L. Farmer Loeb. Neuritis interstitialis bzw. Hypertrophia progressiva. Arthur Stauck. 2429. Studien über den arteriellen Tiefdruck (Hypotonie). Franz Kisch. 2373. Ueber drei Fälle einer eigenartigen Neubildung der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle. Erik Johannes Kraus. 2433. Ueber den Blutzucker bei Herzkrankheiten. M. Chasanoff. Ueber die Einheitlichkeit der Immunkörperwirkung (Dehydration). L. Reiner. 2481. Untersuchungen über die Resorption des Insulins an Hand einer neuen Darmfliste. Erwin Kolta und Johann Pogány. Ueber die Deutung röntgenologisch festgestellter intrakranieller Verkalkungen. Liesel, Auerbach. Fortschritte auf dem Gebiete der rheumatischen Gelenkerkrankungen. Anton Fischer.
- Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 18, 1929.
 2499. Ueber die Beziehungen von Hypophyse und Hypothalamus zum Wasserhaushalt. E. Frank. 2489. Ueber die kinetische und die tonische Gefäßverengung. J. Pal.

2520. Periphere Verletzung und Oligembildung im Gehirn. O. Herrmann.
 2378. Kann der primäre Verbrennungstod durch medikamentöse Behandlung verhütet werden? K. Schreiner.
 2424. Die Blockierung der echten Thrombose durch künstliche Thrombenbildung. Schaefer.
 Traumatische Uterusruptur. Karl Jaroschka.
 2449. Entzündung der Achillessehne und Grippe. Hugo Deutsch.
 Ueber chronische und funktionelle Obstipation. Hanna Lewent.
 Ein Fall von Placenta increta. Heinr. Klostermann.
 Ein Beitrag von Bact.-Bang-Infektion beim Menschen. Nagorsen.
 Ueber die spezifisch-dynamische Wirkung der Leber bei der perniziösen Anämie. Lorenzo Crosetti.
 Die Steinerkrankungen der Harnwege. Arno Ed. Lampé.
 Zur Behandlung der Gonorrhöe des Weibes und zur Begutachtung der Heilung derselben. (Gleichzeitig ein Beitrag zur Verwendung von Urethral-Stäbchen und Ormizetten.) Leopold Lillenthal.
 Erfahrungen mit Neurasaloniaka. Gertrud Trepte.
 Erfahrungen mit Gelonida antineuralgica bei gynäkologischen Erkrankungen. Josef Markovics.
 Sammelbericht über neuere Arzneimittel. Curt Heidepriem.
 Blasenanschläge der Haut. Sammelreferat. Felix Pinkus.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 18, 1929.**
 Der Durst. Hans Rietschel.
 Zur Diagnostik und Therapie chronischer Gelenkerkrankungen. F. Umber.
 2418. Nichtdiabetische Glykosurien. Walter B. Meyer.
 2361. Dilatation des Uterus bei Abortausräumung. Heinrich Walther.
 Neurologische Demonstrationen. Einleitung. Die Reflexe und ihre Rolle in der Neurologie des praktischen Arztes. S. Fleischmann.
 Eine seltene Grippekomplikation. Th. Vieregner und O. Wellner.
 2438. Diagnose der Pankreasnekrose. Ludwig Veilchenblau.
 Was muß der Arzt vom Blutzucker wissen? E. Kaufmann.
 Ein neues Insulinpräparat. Max Simon.
 Die Aerzte in Bulgarien. C. Kaßner.
 Behandlung schwerer, stark versauerter Zuckerfälle im Badeort. Karl Felsch.
 Heilkräuterbeschworung in alter und neuer Zeit. Ein Kapitel aus der primitiven Medizin. H. Marzell.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 19, 1929.**
 Tubenprüfung. Martin Jung.
 Arbeitsteilung der Geburtshilfe. F. Eberhart.
 Entstehung, Wesen und Folgen von Erkältungen und Erkältungskrankheiten. H. Ziemann.
 Erythrocyanosis crurum als Folge moderner Damenkleidung. (Vgl. Med. Welt 10 und 16). Georg Heidenfeld.
 2353. Seltene Ursachen der weiblichen Sterilität. Johann Thies.
 Zählkarten für Todesfälle in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. F. Eberhart.
 2469. Die Paradenose als Symptom innerer Erkrankungen. Felix Boenheim.
 2363. 30 Zangenoperationen mit der Zweifelschen Zange. F. H. Bardenheuer.
 2419. Vereinfachte Blutuntersuchungsmethoden für die Außenpraxis. Kriele.
 2540. Röntgenbehandlung klimakterischer Störungen. I. Solomon.
 Beitrag zur Operation der Hängebrust. Günther Baum.
 2349. Leukoplakie-Karzinom der Portio. Heinrich Rogge.
 Mieder — Schnürleber — Blutarmut. R. Gutzelt.
 Erfahrungen mit Sepsisantitoxin. Original Warnekros. Johann Putz.
 Thymophysin bei Fehlgeburten. Albert Vinazer.
 Tampovagan in der Praxis. Walter Bömer.
 Umwandlungen der sekundären Geschlechtscharaktere des Weibes in der Jetztzeit. A. Münzer.
 Die Verschlusskappe der weiblichen Harnröhrenmündung. Eine geschichtlich-anatomische Feststellung. Walther Pfeilsticker.
 Hygiene und Mode. Ludwig Sternheim.
- Monatsschrift ungarischer Mediziner (Monatsschr. ungar. Med.), Budapest, Heft 1—2, 1929.**
 Ueber Semmelweis. R. Bálint.
 2490. Ueber die Abhängigkeit des Herzschlagvolumens von Veränderungen der Blutmenge. L. Hazay.
 2344. Die Ursachen des Vaginismus und seine Behandlung. Olga Knopf.
 Ueber die Heilwirkung des Argils und Gonopurins in der Therapie der Gonorrhöe. D. Fried.
 Erfahrungen mit Phytin und Eisenphytin in der Kinderheilkunde. J. Szilágyi.
- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, Nr. 18.**
 2356. Ueber die Behandlungsergebnisse von luisch infizierten Schwangeren unter Berücksichtigung der Prognose für das Kind. Richter.
 2365. Ueber Spätfolgen des Kaiserschnittes, mit besonderer Berücksichtigung der weiteren Fertilität. Hellmuth.
 2325. Insulinartige Substanzen aus Bact. coli und Rauschbrandbakterien. Breiter.
 As-Dermatitis in Form des pruriginösen Analekzems, verursacht durch längeren innerlichen Gebrauch von Stovarsol bzw. Treparsol. v. Basewitz.
 2422. Zur Kenntnis der Hämochromatose. Dworak.
 Ein Fall akuter essentieller Hämaturie (Koproporphyrurie), welcher mit einer stürmischen Hämolyse und spastischen Ileus einherging. Bejül und Gelman.
 2440. Zur Kasuistik der Pankreaserkrankungen (akute Pankreatitis). Kramer.
 Zur Pathogenese der Impfalaria. Fischer.
 Zur Epidemiologie der Grippe. Jürgensen.
 Ueber Angina pectoris. Romberg.
- Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2. Jahrg., Heft 4, 1929.**
 Entspannte und versenkte Versuchspersonen. Herbert Binswanger.
 Begriff und Wesen des Krankseins. L. Friedmann.
 Verflechtung organischer und psychogener Symptome. Hans Bürger und M. Kaila.

2485. Funktionelle Gliederung der Hörrinde. Walter Börnsteln.
 Zentrale Sensibilitätsstörungen. Pinéas.
 Psychoanalyse. M. Nachmansohn.
- Reichsgesundheitsblatt (Reichsgesundheitsbl.), Berlin, Nr. 23, 1929.**
 Zur Frage der Kennzeichnung von Fleisch- und Fleischdauerwaren. Merres.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 15, 1929.**
 2512. Zur Infektion durch gasbildende Bakterien. F. de Quervain.
 Heutiger Stand der Krebsbekämpfung. Hans R. Schinz.
 Die Kapillarskopie mit starken Oelimmersionsobjektiven. Paul Vomviller.
 Ueber die Verwendung des Lokalanästhetikums S. F. 147 (Sauvoz) in der Rhino-Laryngologie. F. Speiser.
 Beitrag zum Studium maligner Tumoren des Pankreasschwanzes. A. Fahrl und A. Sédad.
- Tuberkulose-Fürsorgeblatt, Nr. 3, 1929.**
 Zur Frage der Tuberkulosegesetzgebung. Sell.
- Tuberkulose-Fürsorgeblatt, Nr. 4, 1929.**
 Ländliche Tuberkulosefürsorgestellen in Baden. Berghaus.
 Kreistuberkulosefürsorgestelle Offenburg-Lahr. Schott.
 Stellungnahme zu den Abänderungsvorschlägen für das preußische Tuberkulosegesetz. Quadflieg.
 Stellungnahme zu den Abänderungsvorschlägen für das preußische Tuberkulosegesetz. Buß.
- Tuberkulose-Fürsorgeblatt, Nr. 5, 1929.**
 Ländliche Tuberkulosefürsorge auf weite Sicht. Wilbrand.
2395. Desinfizieren und wieder benutzen — oder verbrennen und ein frisches Stück verwenden?
 Ländliche Tuberkulosefürsorgestellen in Baden. Berghaus.
 Entwicklung der Tuberkulosefürsorgestelle des Landkreises Heidelberg. Hack.
 Richtlinien für die Errichtung und den Betrieb von Tuberkulosefürsorgestellen.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 19, 1929.**
 Julius Hochenegg, zum 25jährigen Jubiläum. Lorenz.
 Zur Knochenbildung in Laparotomienarben. Eiselsberg.
 Anus glutealis bei rezidivierendem Prolaps nach Amputatio recti. Breitner.
 Zur röntgenologischen Beurteilung postoperativer Gallen fisteln. Demel.
2342. Zur Frage der Prognose und Behandlung der Beckenbrüche im Bereiche der Hüftgelenke. Gold.
 Die Sehnenverpflanzung bei irreparablen Radialislähmungen in der Friedenspraxis. Haß.
 Zur Diagnostik der Herzverletzungen. Hoche.
 Das Unfallmaterial der I. Chirurgischen Klinik im Jahre 1928. Moritsch.
 Zur Röntgenbestrahlung postoperativer Liquor fisteln. Schönbauer.
 Technik der Röntgenuntersuchung bei Blasen tumoren. Sgalitzer.
 Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Mittelfellgeschwülste. Winkelbauer.
 Als Arzt in Holländisch-Ostindien. Sparmann.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 20, 1929.**
 Einige Immunitätsfragen im Lichte der heterogenetischen Forschung. Forßman.
 Zur Kenntnis der Zellstruktur menschlicher Geschwülste, insbesondere des Brustdrüsenkrebses. Lipschütz.
2334. Wann und wie sollen wir die Inguinalhernie beim Kinde operieren? Salzer.
 Ueber den Emphysem pneumothorax. Krasso.
 Beobachtungen über die Benetzung der Nierenoberfläche bei künstlicher Durchströmung des Organs. Fuchs.
 Erfahrungen über Luesreaktionen mit aktivem Serum. Sümegi und Szalay.
2354. Schmerzstillung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Halban.
 Hochdruck. Pal.
 Zur Therapie der Lippenfurunkel. Knoflach.
 Ein Fall von Infektion mit Bacillus Bang. Wilschke.
 Häufige Fehldiagnosen in der Lungendiagnostik. Petschacher.
 Prostataerkrankungen. Pleschier.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26., Nr. 1.**
 Zur Behandlung der Hämophilie. B. Niekau.
2359. Meine Schwangerschaftsdiagnose durch Hormonnachweis im Harn. S. Aschheim.
2522. Die Behandlung der Ischias. A. Oéronne.
 Fortschritte der Diätetik. H. Strauß.
 Bekämpfung des Kurpfuschertums. Rautenberg.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26., Nr. 2.**
 Ueber mütterliche Verletzungen bei geburtschirurgischen Operationen. G. Winter.
 Das „Quittadiaphot nach Meyer, Bierast und Schilling“. V. Schilling.
2427. Die Thrombosekrankheit. C. Hegler.
2360. Ueber Perforationsverletzungen bei der Abortbehandlung. H. Kalenscher.
- Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenheilk.), Berlin, März 1929.**
 2317. Ueber die Ergebnisse der Nachuntersuchung der mit Luftinblasung behandelten Fälle von tabischer Optikusatrophie. L. Horn und H. Kogerer.
 Aneurysma der Carotis interna. J. Hamann.
2318. Zur Stargardtschen Prophylaxe des Ulcus serpens mit Optochin. H. Rieger.
 Dreißig Jahre reflexlose Ophthalmoskopie. H. Spanuth.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), Dresden und Leipzig, 21. Jahrg., Nr. 9.**
 2432a. Zur Kasuistik der Aneurysmen der Pulmonalarterien. Leo Horn.
 2432. Ueber die atrio-ventrikuläre Automatie. I. Mitteilung. L. J. Fogelson und M. J. Schewlagina.

- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 5.
 2332. Zur Behandlung der akuten Darminvagination im Kindesalter. E. Melchior.
 Ueber intrathorakale Sympathikobliteration. H. Nieden.
 2470. Gelungene Zahnextraktion bei einem Hämophilen auf Grund einer neuen Behandlungsmethode mit „Nateina“. E. Schrader.
 Neuzeitlicher Operationssaal. W. Backer.
 Beitrag zur operativen Behandlung der Knochenbrüche. V. Novák.
 Zur Operation der Mastdarmfistel. S. Widerbe.
 Zur Arbeit von A. Dzialoszynski: „Appendizitis . . . unter dem Bilde eines Rektumkarzinoms.“ G. Frassih.
 Ganglion des Hüftgelenkes, eine Schenkelhernie vortäuschend. C. Hammesfahr.

- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 6.
 Intraperitoneales Lipom unter dem Bilde der chronischen Appendizitis. C. Th. Willich.
 Achsendrehung des Wurmfortsatzes. E. Staude.
 Fünf Varianten der Methoden der operativen Verlängerung der unteren Extremität. Sch. D. Chachutons.
 Ueber das Händewaschen. B. Ulrichs.
 Zu Dr. Heinrich Hilarowitz: „Operation der inguinalen Adnexhernien“ in diesem Zentralblatt 1928, Nr. 46. W. Groß.

- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 7.
 2539. Wachstumsstörungen durch Röntgenbestrahlung. H. Krunkenberg.
 2339. Zur Behandlung der Zerreißung des Streckapparates der Fingerendglieder. N. Kaefer.
 Zur Kasuistik der Penisverletzungen. J. Borkowski.
 Ein operativer und geheilter Fall von Perforationsperitonitis bei posttyphöser eitriger Cholezystitis. A. Pop.
 Seltene Ursache der Irreponibilität eines Leistenbruchs. L. Schmidt.
 Unterkieferseibsthalter für Narkotisierte und Bewußtlose. E. Staudt.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 22, 1929.
 Pathologische Veränderungen am Endometrium. R. Reyer, Berlin.
 2351. Gynergenmedikation. Uter.
 Puerperale Gangrän und Mutterkornangrän. Ellerbroek.
 2345. Gonorrhöe und Retroflexio uteri. Liegner.
 Leukozytose unmittelbar nach der Geburt. Kulka.
 Keimnachweis im Blut nach afebriler Geburt. Klapisa.
 2428. § 254 des Strafgesetzbuchs. Niedermeyer.
 Diagnostischer Wert der Douglaspunktion. Sztelho.
 Chirurgische Behandlung der Röntgenshädigungen. Szenasy.
 Lymphangiom der Tube. Nachtrag. Schiffmann.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 23, 1929.
 Röntgenkarzinom der Bauchdecken. Polano.
 Plastischer Verschluss von Blasenscheidenfisteln. Hromada.
 Steinertrümmerung unter zystoskopischer Kontrolle. Ottow.
 Chirurgische Nadel als Fremdkörper in der Harnblase. Ottow.
 Sectio caesarea bei Perilurethrit chronica fibrosa. Stiglbauer.
 Ureterpolyp und Ureterinversion. A. Mayer-Tübingen.
 Völliges Fehlen eines Müllerschen Gangs. Michel.
 Hypernephrometastasen in der Vagina. Fleischmann.
 2369. Ileus bei Pyelitis gravidarum. Hilgenberg.
 Bemerkungen zum Aufsatz: „Pyelitis gravidarum und Ileus.“ Stoeckel.

- Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 14.
 2403. Zwei Fälle von Poliomyelitis acuta anterior von Erwachsenen. Bahr.

- Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 15 (Kongressheft).
 2448. Die Therapie der Nephrose mit Leberextrakten. Roháček.
 2527. Asthma als psychotherapeutisches Problem. J. H. Schultz.
 2324. Die Behandlung der Pneumonie mit typenspezifischem Serum.
 2507. Ueber die Bestimmung der Menge des Glomerulusfiltrats mittels Kreatinin als Nierenfunktionsprüfung, nebst einigen Bemerkungen über die Theorien der Harnbereitung. Brandt-Rehberg.

- Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 16.
 2471. Kombinierte Herzbehandlung mit g-Strophantin in Zuckerlösung (Strophantose). Gehrman.

Nordische Zeitschriften

- Acta Dermato-Venereologica (Acta dermato-vener.), Stockholm, 10, Fasc. 1, 1929.
 2331. Lupus erythematosus acutus. Karel Gawalowski.
 Dysthyreosis der Haut. S. A. Glaubersohn.
 2376. Beiträge zur Frage der Atrophia cutis striata. Eugenie Benjamowitsch und L. N. Maschkilleisson.

- Acta Dermato-Venereologica (Acta dermato-vener.), Stockholm, Supplement I.
 2383. Ein Beitrag zur Kenntnis des Lymphogranuloma inguinale mit 4 kolorierten und 9 Mikrophotographien in Schwarzweiß. Sven Hellerström.

- Acta Medica Scandinavica, 70, Heft 2/3, 1929.
 2451. Ein Fall von tuberkulösem Empyem, behandelt mit Gomenöl. Gunnar Helsing, Schweden.
 2492. Mittlerer Fehler und Variabilität bei Blutkörpererrechnung. Gunnar Dahlberg, Schweden.
 Zur Pathogenese der chronischen hypochromen (sog. achyllischer) Anämie. Grig. Altschuller, Tschechoslowakei.
 2480. Ueber die Einwirkung des Insulins auf die Leber. Erik Forsgren, Schweden.
 2420. Untersuchungen über Bacterium Coli bei der perniziösen Anämie. A. Engel und G. Olin, Schweden.
 2510. Beobachtungen über die Anzahl der Thrombozyten bei experimentell hervorgerufener Thrombose an Kaninchen. Anders Kristenson, Schweden.

- Beitrag zum klinischen und pathologisch-anatomischen Studium der myasthenieformen Enzephalitis. Albert Grönberg und Bo Stenström, Schweden.

- Psychosen und neurasthenische Zustände mit Achylia gastrica und Megalozytose und die Beziehungen dieses Syndroms zu der perniziösen Anämie. II. Neurasthenie. Der diagnostische Wert des Farb- und Zäpfchenindex. Erik I. Warburg und Stefan Jorgensen, Dänemark.
 Ueber die Nierenerkrankung im Coma diabeticum. I. St. Lorient, Tschechoslowakei.

- Die Blutkörperchenreaktion bei verschiedenen inneren Erkrankungen und das Ergebnis der Korrektur dieser Werte bezüglich des verschiedenen hohen Hämoglobingehalts. H. C. Gram, Dänemark.

- Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91, Heft 9, 1929.

- Vier Fälle von Krebs im Ductus choledochus. H. Blomström.
 Einige interne Gesichtspunkte über die Röntgenuntersuchung der Größe der Nieren, speziell bei Schrumpfnieren. J. Tillgren und Einar Håkanson.

- Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 21, 1929.

- Verschiedene Bemerkungen von dem otologischen Gebiet. A. Thornval.
 Bakterienflora bei der Rhinitis atrophicans foetida. Aage Nyfeldt.

2464. Bemerkungen über das normale Lungenbild bei Kindern. Edv. Collin.
 Ueber Appendizitisbehandlung. Sv. Hornemom.

Zeitschriften in englischer Sprache

- The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgenol.), New York, 21, Nr. 2.

2436. Akute Atelektase der Lunge. D. R. Bowen.
 2535. Weitere Untersuchungen über die Nützlichkeit allgemeiner Röntgenüberwachung des Thorax an Rekruten der Armee der Vereinigten Staaten. Ch. L. Maxwell.

2444. Schwere Hämorrhagie aus dem Gastrointestinaltrakt. L. R. Sante.
 Knochenveränderungen beim Sarkoid, röntgenologische und klinische Untersuchung. H. P. Doub, M. D. und F. R. Menagh.

2348. Sarkom des Uterus. J. A. Corscaden und A. P. Stout.

2543. Behandlung des Rektumkarzinoms. T. E. Jones.
 Messung von Strahlendosen. U. V. Portmann.
 Das Verhältnis der fraktionierten zur Tiefendosis. H. J. Ullmann.

- The American Journal of Syphilis (Amer. J. Syph.), St. Louis, 13, Heft 1, 1929.

2393. Syphilis und Uteruskrebs. Q. Gelhorn.
 2392. Erkrankung des oberen Gastrointestinaltraktes, verbunden mit Syphilis. L. Bockus und J. Bank.

2391. Die gegenseitigen Beziehungen von Syphilis und Diabetes. I. I. Leman.

2394. Störungen der Magenfunktion durch Syphilis. W. F. Cheney.

- Ueberblick über die Achylia gastrica, verbunden mit Syphilis. C. A. Undine.
 2390. Kongenitale Syphilis bei Kindern, ihre Behandlung mit intraperitonealen Injektionen von Neosalvarsan und Mercursal. J. Yampolsky.
 Standardisation der Wassermannuntersuchung. C. L. Ewing und T. C. Buck Jr.

- Archives of Pediatrics, Nr. 3, 1929.

- Eine experimentelle Untersuchung über den Gebrauch von ungesüßter kondensierter Milch zur Bereitung von Kinderernährungsschemen. Marriot und Schoenthal.

2401. Frühdiagnose des Keuchhustens. Orgel.
 Der Schutz und die Behandlung von grippalen Infekten bei Kindern. W. Davis.
 Quecksilbersalze zur Behandlung von kindlichen Oedemen. L. Fuhkhouer.
 Angeborene äußere Duodenalverlegung und Pylorusstenose. Sidney Wolfgang.
 An einem Stiel sitzendes Angioendotheliom der Leber. Spiegel.
 Intestinale Blutungen als Komplikation der Lungenentzündung. W. Johnson.

- British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3549, 1929.

- Hirntumoren. H. S. Souttar.
 Grundlagen der Badeortkuren. Rupert Waterhouse.
 Frakturen des unteren Teiles des Radius bei Erwachsenen. Harold Edwards und E. Bellis Clayton.

- Krampanfälle bei Grubenarbeitern. E. M. Brookbank.
 2366. Graviditas und Diabetes. K. Shirley Smith und F. Roques.
 Proteintherapie der Puerperalpsychose. Vivian Barkin.

- Akute Magendilatation und Lungentuberkulose. William Strobic.
 Maligne Diphtherie bei vier Mitgliedern derselben Familie. L. B. Phillips.
 Elektromagnet in der Chirurgie. H. Lawson Whale.
 Idiopathische Hämatemesis eines Säuglings. G. H. Roberts.

- British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3550, 1929.

2435. Behandlung des Empyems. F. G. Thomson.
 Prognose und Therapie der Eklampsie und Albuminurie. James Young.
 Der gegenwärtige Stand der Ultraviolettstrahlenbehandlung. C. B. Heald.

- Thrombose der Vena cava inferior, verursacht durch Aneurysma der Aorta abdominalis. Kenneth P. Fooks.
 Beschäftigungsdruckneuritis des tiefen palmaren Zweiges des Ulnarnervs. Wilfred Harris.

- Alveolarpyorrhöe. Humphrey Humphreys.
 Bemerkungen zum Stammbaum einer Familie mit amaurotischer Idiotie. D. D. Stenhouse Stewart.

- Komplette Blaseninversion. C. Burgoyne Pasley.
 Fall von chylöser Mesenterialzyste. Gilbert J. Wilson.
 Elektrotherapie nichtgonorrhöischen Zervikalkatarrhs. C. F. Orr White.

- Pseudozyste des Pankreas. H. A. Warnock.
 Schwankungen im Harnstoffgehalt des Blutes. G. Brown.
 Idiosynkrasie gegen Chinininjektionen. A. G. Cruikshank.

- Parese des Nervus motorius oculi. D. Gordon Robinson.

- The Canadian Medical Association Journal (Canadian Med. Ass. J.), April 1929.

2410. Allergischer Symptomenkomplex bei rheumatischem Fieber. C. L. Derick.
 C. H. Hitchcock, F. Swift.
 Was ist hierbei zu tun? A. H. Gordon.

- Industrieller Gesundheitsdienst. A. R. Pennoyer.
Betrachtungen über bakteriologische Diagnose von Sprochäenerkrankung der Lunge. Norman Bethune.
Erfahrungen mit Konvaleszentenserum bei Poliomyelitis. J. M. Eachern.
Metallverbindungen bei Behandlung von Lupus. William Cole.
Oesophaguserkrankungen. A. J. Mackenzie.
2534. Der augenblickliche Stand der Röntgendiagnostik bei Gallensteinen. James C. Case.
Entwicklung der Muskelzusammensetzung in den Herzventrikeln. Ralph F. Shaner.
Verteilung von Sodium Tetraiodophenolphthalein. J. Currie McMillan.
- The Japan medical World (Japan med. W.), Tokyo, Nr. 1, 1929.
Experimentelle Untersuchungen über die allgemeine Wirkung von Röntgenstrahlen. Y. Yamamoto.
Experimentelle Studien über die erythropoietische Funktion des Knochenmarkes. M. Ono.
- The Japan medical World (Japan med. W.), Tokyo, Nr. 2, 1929.
Einfluß der oralen Administration von Saponin auf die intestinale Absorption. M. Endo, T. Mizoguchi, K. Naito.
Olfathion, Cytochrom, Hydrogenionkonzentration in sich entwickelnden Hühnerembryos. H. Yaoi.
Das respiratorische Pigment Cytochrom in Bakterien. Yaoi, Tamiya.
2506. Die serologische Verwandtschaft zwischen Leber und Niere. T. Kubo u. a.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 7, 1929.
2463. Kinder mit Disposition zu Erkrankungen des Herzens. C. G. Kerley.
Moderne Diagnostik. James B. Herrick.
Untersuchungen über die Morbidität in gewissen Gegenden des Staates New York während des Jahres 1927. J. V. De Porte.
Amöbendysenterie in Chicago. C. S. Williamson, Bertha Kaplan und J. C. Geiger.
2459. Pränatale Verhinderung einer beim Neugeborenen möglicherweise auftretenden hämorrhagischen Erkrankung. I. Newton Kugelmaß und John E. Tritsch.
Leukoplakia, Malakoplakia und inkrustierende Zystitis. Francis H. Redwill.
Amöbengeschwür der Bauchdecken nach Appendektomie mit Drainage. Warren H. Cole und Milo L. Heideman.
Eine besondere Art von Muskelfasern im schwangeren Uterus. J. Isfred Hofbauer.
2386. Verschuß der Harnleiter bei Säuglingen und Kleinkindern. Meredith F. Campbell und John D. Lyttle.
Das Virus des Gelbfiebers. Henrique De Beaurepaire Aragao.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 8, 1929.
Colitis mucosa. Walter A. Bastedo.
Luxation der Rippen-Wirbelgelenke. Steele F. Stewart und J. W. Warren.
Der Hund als Träger des breiten Bandwurms (Diphyllobothrium latum). Teunis Vergeer.
Röntgenbefunde bei Tuberkulose der tracheobronchialen Drüsen. J. B. Hawes und Eli Friedman.
Blutgruppenklassifikationen, welche derzeit in Spitälern der Vereinigten Staaten und in Kanada in Gebrauch sind. James A. Kenned.
2462. Körperliche und geistige Entwicklung natürlich und künstlich ernährter Kinder. Carolyn Hoefer und Mattie Crumpton. Hardy.
Meningokokkämie (Bericht über Heilung eines Falles). F. W. Marlow.
2478. Wirkung großer Dosen bestrahlten Ergosterins. I. J. Klein.
Syphilitische Frühererscheinungen an der Cervix. Carolyn N. Macdonald.
Parasitäre Darmerkrankungen in Philadelphia. Damaso de Rivas und Charles A. Fife.
Leberextrakt bei Schwangerschaftstoxämie. H. A. Miller und D. Ben Martinez.
2472. Wirkung intravenöser Magnesiumsulfatinjektionen. H. J. Stander.
2515. Gauchersche Splenomegalie. Sara Welt, Nathan Rosenthal und B. S. Oppenheimer.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 9, 1929.
Röntgenographische Beurteilung des funktionellen Erfolges der Reposition von Gelenksfrakturen. Edward Holman Skinner.
Vergiftung durch Straßenteer. Cary P. McCord.
2482. Der niedrige therapeutische Index des Neoarsphenamins. Henry H. Hazen.
2445. Regelmäßige Untersuchung des Stuhles auf Blut bei Magen- und Darmkrebs. Einar Meulengracht und Julius Jensen.
Anatomische Veränderungen und Anomalien der Wirbelsäule. (Ihre Bedeutung für Prognose und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.) W. H. Bohart.
2338. Regelmäßige Untersuchungen der Wirbelsäule bei Arbeitern in industriellen Betrieben. B. C. Cushman und R. J. Mayer.
Herzblock und Urämie. (Bericht über 2 Fälle). Henry K. Mohler.
Skopometer. William G. Exton.
Wert ophthalmologischer Untersuchungen für die Feststellung des Sitzes eitriger Prozesse im Gehirn. Wells P. Eggleston.
- The Journal of general Physiology (J. of gen. Physiol.), Baltimore (USA), 12., 2, 1928.
Membranen für Ultrafiltration von graduierter Feinheit. J. W. McBain und S. S. Kistler.
Wirkung von Cyanid auf das Amöbenprotoplasma. F. J. Brinley.
Die Injektion von Sulfaten in Valonia. L. R. Blonks.
Innere gegenüber äußerer Toxizität bei Valonia.
Permeabilitätsstudien von Membranen. VI. Messurierung der getrockneten Kollodiummembran (Kalkulation der Dimensionen und Beziehungen zu bestimmten biologischen Membranen). A. A. Weech und L. Michaelis.
Das Prearginin im Edestin und seine Resistenz gegenüber Hydrolyse. H. S. Simms.
- Chemischer Ionenantagonismus. I. Wirkung von Natrium-Magnesium und Kalium-Magnesium und die Aktivität des Oxalidions. H. F. Simms.
II. Antagonismus zwischen Anionen und auch zwischen Kationen und Anionen in ihrer Wirkung auf die Oxalaktivität. H. S. Simms.
Die Heiligkeit des westindischen Pyrophorus. E. Harvey und P. K. Stevens.
Ueber Hämochromogen. M. L. Anson und A. E. Mirsky.
Synthese und Gelaïnequelle. M. Kunitz.
Die Wirkung der Wasserstoffionkonzentration auf die Größe der Hydrolyse vom Glycylglycin, Glycylleucin, Glycylalanin, Glycylasparagin, Glycylasparaginsäure und Biuretbasen durch Erepsin. J. H. Northrop und H. S. Simms.
- The Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), Chicago, Nr. 4, 1929:
2407. Felsengebirgsfieber. R. R. Spencer.
Morphologie von Coccidioides immitis. F. E. Ahlfeldt.
Bedeutung gewisser durch „übrigbleibende Bakterien“ ausgelöster Reaktionen. A. J. Kendall und M. Ishikawa.
Tödliche Sepsis beim Menschen durch Bac. supest. fer. J. T. Bauer und M. McClintock.
Injektionen verschiedener Stoffe und Retikulo-Endothel. K. M. Howell und D. A. Beverley.
Ueberempfindlichkeit gegen Diphtheriebazillen. J. M. Neill und W. L. Fleming.
2319. Bakteriologische Untersuchung von Leichenmaterial, mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken und Enterokokken. E. Z. Epstein und M. A. Kugel.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 1, 1929.
2457. Tuberkulinreaktion bei eingeborenen Kohlenminenarbeitern. F. J. Allen.
- The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5513, 27. April 1929.
2336. Akute Darmlähmung. A. Burgeß.
2430. Endocarditis lenta. O. Wauchope.
2421. Anaemia splenica. A. Alport.
Tonsillektomie in der Kindheit. A. Ogilvie.
2414. Behandlung des Thyreoidismus mit Jod. L. Dautreband.
2337. Präoperative Diagnose einer Dermoidzyste des Ovariums. R. Mailer.
Nichtoperative Therapie der Tonsillenerkrankungen. N. Barnett.
Ernährung und Rachitis. R. Jewesbury und T. Ling.
Ruptur des linken Vorhofs. J. Longhurst.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, Nr. 6, 1929.
2387. Obstruktion des unteren Urinaltraktes. W. Scott Pugh.
2518. Narkosensucht bei Frauen. M. O. Magid.
Der therapeutische Gebrauch der Radiumemanation. J. Muir.
Narkolepsie — Hypnolepsie — Pyknolepsie. S. Ely Jelliffe.
2500. Klinische Betrachtung der Magensäure. S. L. Immerman.
Gelbsucht. J. W. Shuman.
Biomedizinische Richtung der Zahnheilkunde. J. Asgis.
Orale Applikation physikalischer Maßnahmen. A. Lurie.
Rolle der Bakterien bei der Pyorrhoe. D. Beckwith u. a.
2446. Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung der Colitis ulcerosa. A. Baßler.
Therapeutische Anwendung des Acetylchollins. M. Villaret, L. Justin-Bezancon.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, Nr. 7, 1929.
2426. Thromboangiitis obliterans. M. Rechtman.
Fortschritte in der Orthopädie. W. Boorstein.
Rolle der Bakterien bei Pyorrhoe. D. Beckwith u. a.
Gastroskopie für Magenuntersuchungen. S. Weiß.
Untersuchung des Gastrointestinaltraktes. H. Swafford.
Bariummahlzeit, Obstruktion vortäuschend. H. Orgel.
Ueber die renale NaCl-Schwelle. A. Houghton.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 15, 1929.
Resultate bei Frakturen des Ellenbogengelenkes. W. Sever.
Behandlung von Nasenfrakturen. W. Jassaman.
Ueber tuberkulöse Meningitis. W. Watts, R. Viets.
Zuckertoleranz und Hypertension bei Kataraktpatienten. R. Blaisdel.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 16, 1929.
2400. Epidemische septische Halsentzündung. B. White.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 17, 1929.
2389. 50 Fälle von Niereninfektion. G. Smith.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 18, 1929.
Die Lehren von 6700 Kropfoperationen. H. Lahey.
Die Ursache des ersten Herztones. W. Palfrey.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales des maladies vénériennes (Annales mal. vénér.), Nr. 4.
Die Behandlung der progressiven Paralyse. B. Dujardin.
Testimonium paupertatis der Venerologie und der Dermatologie. Valentin Zarubin.
Das kontinuierliche Anwachsen der Syphilis in der Pariser Gegend. Gougerot, Burnier.
- Bruxelles Médical (Brux. Méd.), Brüssel, Nr. 19, 1929.
Neue Tatsachen zur Pathogenie und Behandlung der Gallensteine. H. Gaehtlinger.
2316. Zu welchem Zeitpunkt kann man den Altersstar operieren? Van Lint.
2439. Ein Fall von spontaner voluminöser Blutzyste des Pankreas. Georges Brohee und F. Evély.

ecologie, 28. Jahrg., Januar 1929.

Die Elektro-Koagulation bei der Behandlung des Kollumkarzinoms. I. Merlin.
Die Behandlung der Puerperalinfektion nach der Methode von Besredka.
G. A. Dmitrovsky.

gologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 3, März 1929.
Das erste Auftreten der konzeptionellen Syphilis. Y. Manonélian (Paris).
Prophylaxe der puerperalen Infektion. M. Le Lodiér.
Ueber Bilirubinämie in der Schwangerschaft. E. Quater, S. Raphalkes und
J. Kaganovitsch (Moskau).

ünstliche Scheidenbildung aus der Blase. Nik. Markoff (Smolensk).
ydrosalpinx mit Ventil. Clauge Bécère (Paris).
Der Einfluß von Röntgenstrahlen und Radium auf die Harnblase bei Zervix-
karzinom. Z. Rychlowski (Lwow-Polen).
Der Uterusabszeß. P. Wilmoth.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 19, 1929.

adiobiologie und Radiotherapie der Nebennieren. A. Zimmer und Frau
J. Baude.

Ueber die therapeutische Wirkung der Nebennierenbestrahlung bei arterieller
Hypertension und bei obliterierenden Arteritiden. L. Langeron und
K. Desplats.

ange Remissionen bei maligner Lymphogranulomatose nach Röntgentherapie.
M. Roca, R. Gilbert und L. Babajantz.

Die Bedeutung der elastischen Substanz für den menschlichen Organismus.
H. Viones.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 20, 1929.

Die Sensibilisierung bei Pyokokkus- und Mykosis-Ekzemen. H. Jausion.
P. Cot und Sohier.

Ursprung und Reabsorption der Rückenmarkslüssigkeit. F. Pedrazzini.
Die Behandlung der akuten intestinalen Invagination beim Erwachsenen.
G. Lecher.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 21, 1929.

Ueber den Fixationsmechanismus des Mineralstaubes in der Lunge. A. Poli-
card und S. Doubrow.

Ueber den Schmerz bei postoperativen Verwachsungen. A. Gosset, R.-A. Gut-
mann und R. Jahiel.

Einfektion, Ueberimpfung und Allergie bei Syphilis. P.-E. Morhardt.
Der sechste Sinn. Robert van der Elst.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 22, 1929.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Allergin. A. Jousset.
Die Technik der Kahnschen Reaktion. R. Demanche.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 23, 1929.

Das anatomisch-pathologische Werk von Maurice Letulle. G. Roussy
Ekzematiforme Parakeratosen nach Intrakutaninjektionen von Lecourin.
P. Ravaut und H. Rabreau.

Die akute nekrotisierende Otitis media. G. Portmann und K. Kistler.
Das postoperative peptische Ulkus: klinische und radiologische Diagnostik.
R.-A. Gutmann, R. Jahiel und T. Théodoresco.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 24, 1929.

Jastrorrhagien im Verlauf chronischer Splenomegalien. R. Gregoire und
P. Emile-Well.

Der klinische Wert der ammoniakalischen Koeffizienten. M. Polonovski und
P. Boulanger.

Frakturen durch Einsinken der Hüftgelenkspfanne. J. Cottalorda.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 25, 1929.

Die lokale Vakzinothérapie (Antivirustherapie) der ulzerierten Kollum-
karzinome. H. Hartmann, M. Altöf und S. Fabre.

Volumenveränderungen der Leber auf neuro-vegetativer Basis. R. Glenard
und J. Vinchon.

esse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 26, 1929.

Die Autoagglutination der Blutplättchen. Ch. Aubertin, P. Foulon und
J. Bretey.

Tuberkulose und Dengue. N. Craniotis und E. Scöndombekis.

alpel (Scalpel), Nr. 9, 1929.

Splenomegalien mit Lipoidzellen beim Säugling. G. Dienst.

alpel (Scalpel), Nr. 10, 1929.

Das klinische Syndrom der Verstopfung der Koronararterien. Paul Govaerts.

Zeitschriften in italienischer Sprache

ellinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 13, 1929.

Neuralgie des Plexus sacralis, Ischias. G. Catola.

di Patologia e Clínica della Tuberculosis (Riv. Pat. e Clin. Tbc.),
Bologna, Jahrg. 3, Heft 4, 1929.

Ueber Kalzium und Alkalireservebestimmungen im Blute Tuberkulöser.
Oscar Cantoni.

Ueber die Bedeutung des Gegendruckes bei gleichzeitigem doppeltem Pneumo-
thorax. Mario Mazzetti.

Ueber die ätiologische und pathogenetische Bedeutung der Tuberkulose bei
Polyarthritiden. L. Riccitelli.

Ueber biotische und abiotische Strahlen und ihre praktische Verwendung.
Filomena Corvini.

Ueber Rückfälle nach Goldbehandlung bei Lungentuberkulose. G. F. Capuani.
Wie kann man die Pleuritis beim Pneumothorax verhindern. Giovanni
Andreoni.

Ueber den Stickstoff und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose.
G. Gherardini.

Ueber die sekundär beeinflussenden Faktoren im Stickstoffwechsel Tuber-
kulöser.

Zeitschriften

in spanischer und portugiesischer Sprache

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 14, 1929.

Die fünf Reaktionen von Nonne in der Diagnose der Syphilis des Nerven-
systems. H. Povoa.

Ueber Lues hereditaria tardiva. W. Berandinelli.

2388. Urethrale Elektrolyse. A. Valerio.

Trachom und Kieferhöhlenentzündung. P. Mangabeira Alberria.

2406. Kerneinschlüsse bei Gelbfieber. C. Magarinos Torres.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 15, 1929.

Zum Begriff Botryomykosis. E. Rabello.

Zur Schwangerschaftsdiagnose mittels der Zondek-Aschheimschen Probe.
T. Martins.

Femursarkom. R. Monteiro.

Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 16, 1929.

2467. Toxische Pamplogie. Raul Moreira.

Circulus reno-vesico-urethro-intestino-prostaticus. A. Valerio.

Die Dermatologie in Brasilien. F. Terra.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 8, 1929.

Fall von akuter Talalgie. J. Poggi.

Fall von Ca. leprosy. J. Motta.

2437. Die Proteinotherapie des Magengeschwürs. H. Calmon.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 9, 1929.

Radiumtherapeutische und chirurgische Indikationen beim Ca. coll. uter.
M. Fabio.

Die Gruppe der Subnitride. C. Sá.

A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, Nr. 11, 1929.

Ueber Labyrinthitis. R. Sanson.

Ueber eine kleine familiäre Syphilisepidemie. J. Motta.

La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg.,
Nr. 29, 1929.

Das radiographische Bild der vertebralen Granulomatose. J. Liambias und
J. Tobias.

2362. Die Agglutination des Orificum extern. colli als Geburtshindernis. R. Morón.
Beitrag zum Studium der durch Insekten verbreiteten Spirochätosis in Nord-
argentinien. Ch. Nicolle und Ch. Anderson.

Die Organisation der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Madrid.
J. Berajano und J. de la Portilla.

La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg.,
Nr. 30, 1929.

Lymphogranulomatosis maligna. T. Castellano und J. Orgaz.

Ueber die infektiöse Natur des Rheumatismus. P. Barlaro

Der Wert der negativen Wassermannreaktion im Blute und Liquor bei der
Beurteilung des Effektes einer abortiven Syphiliskur. J. Carrera.

Revista Medica Latino-Americana (Rev. med. lat-amer.), Buenos Aires,
14. Jahrg., Nr. 162, 1929.

2484. Die Zyankalivergiftung und ihre moderne Therapie. C. Tassar.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Heft 9, 1929.

Ueber die Beziehungen der Chirurgie zur inneren Sekretion. Tibor
von Verebely.

2537. Von den streifenförmigen Schatten im Bereiche der rechten Lungenspitze.
Th. Bárgony und E. Koppenstein.

Ueber Wärmekurkuren. E. Lehner und E. Rajka.

Uebersichtliche Darstellung des vegetativen Nervensystems. J. Katona.

Ueber neuere Richtlinien der Psychiatrie. Die offene Behandlung und Für-
sorge Nerven- und Gemütskranker. A. Orban.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Heft 10, 1929.

Die geschlechtliche Abstinenz in ethischer Beleuchtung. D. Steiger-Kazal.

Aerzte und Spitäler in Pest und Buda von den ältesten Zeiten bis zur
Vereinigung der beiden Städte. Klara Brüll-Engländer.

Ueber die hydrostatische Wirkung der Bäder. E. Schulhof.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Heft 11, 1929.

Ueber die Indikationen der Gallensteinoperation. M. Rosenak.

Ueber die nach Gallensteinoperationen auftretenden Schmerzrezidiven.
L. Áldor.

2415. Zuckerkrankheit und Lithiasen. D. Molnár jun.

Ueber die Reiztherapie in der Urologie. B. Wellis.

„Cl. von Pirquet“. A. Flesch.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Heft 12, 1929.

Ueber die innersekretorischen Beziehungen der allergischen Krankheiten.
K. Hajós.

Irrtümer bei der Diagnose der Pyelitis. M. M. Wohl.

Ueber ein einfaches Gestell zur Fixierung des Zystoskops. E. Deutsch.

2456. Ueber Verwendung von Parathyreoiden und Milzextrakt bei Lungentuber-
kulose. L. Vajda.

Ueber „Devitol“, ein ungarisches bestrahltes Ergosterinpräparat. St. Fazekas.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Heft 9, 1929.

Einige spezielle Beobachtungen bei Lungen- und Brusttumoren. R. Alessandri.

Statistischer Ausweis über das Paralysematerial der Klinik für Geistes- und
Nervenkrankheiten der Budapester Péter-Pázmány-Universität. A. Ruzicska.

Ueber den Zusammenhang zwischen Leber und Nierensekretion. F. Paladi.

2520. Ueber die Dattnersche Paralysebehandlung. M. Polcsán.

- Die Malariaimpfung in der Therapie der Lues congenita.** A. Tüdös.
„Thomas Jordan“. J. Magyar-Kossa.
- Orvosi Hetilap** (Orv. het.), Budapest, Heft 10, 1929.
Ueber die Verletzung der bei Operationen entstandenen Ureterverletzungen. J. Frigyesi.
Ueber die Ursache der bei Polyzythämie auf Phenylhydrazinbehandlung auftretenden Thrombose. E. Barta.
379. Lokalisierte und progredierte Hämosiderosen. J. Sellei
517. Karzinom und Blutmilchsäure. E. Haintz.
Ueber Adrenalin-Sodabehandlung der Chorea minor. E. Stark.
Ueber Ersatz der Arteria renalis durch künstlich herbeigeführte Netzanastomose. L. Pauncz.
Der Kampf gegen die Tollwut in den U. S. A. St. Went.
- Orvosi Hetilap** (Orv. het.), Budapest, Heft 11, 1929.
Ueber den heutigen Stand der Prophylaxe und Therapie der Lues congenita. A. Tüdös.
Ueber Rosacea der Jugendlichen. J. Sellei.
Ueber ein neues Verfahren zur gemeinsamen Bestimmung der Magensaftlipase und des Pepsins. L. Gózonyi und F. Hoffenreich.
Ueber einen Fall einer karzinomatösen Magendarmfistel. E. Simon.
Ueber den durchquerten Schatten bei Lungeninfiltrationen. Th. Bársony und E. Koppenstein.
- Orvosi Hetilap** (Orv. het.), Budapest, Heft 12, 1929.
Ueber Hypophysenpräparate in Verbindung mit Diabetes insipidus. Z. Benkovits und J. Fernbach.
Ueber dystrophische, einseitig zusammengewachsene Nieren. I. Farkas und V. Révész.
Ueber mit aktiven Salzen gewonnene Erfahrungen auf Grund von 1000 Fällen bei Serodiagnose der Lues. A. Lang und L. Rigó.
501. Ueber die bakterizide Fähigkeit des Magensaftes. L. Jarnó und L. Surányi.
Der Milchsäuregehalt und die Hydrogeniumkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Meningitis tuberculosa. J. Geldrich.
Von der Ombredanne-Narkose. D. Hudovernig.
Ueber kongenitale Maxilla- und Mandibula-Synostosen. J. Petheő.
Das Problem des sexuellen Gesundheitswesens. E. Zemlényi.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Kasanskij Meditsinskij Zurnal** (Kasan. med. Z.), Kasan, 24. Jahrg., Heft 11.
Prof. G. A. Sacharin in der Geschichte der russischen Medizin. A. M. Predtetschenski.
Ueber topographisch-anatomische Lage und histologischen Bau des Wurmfortsatzes bei menschlichen Embryonen. W. L. Bormann und P. M. Krolewetz.
243. Neue Beiträge zur Frage der intravitalen Blutwaschung. P. M. Tschepow.
Zur Frage der Endarteriitis aortae und pulmonalis beim offenen Ductus art. (Botalli). J. P. Wassiljew.
Zur Frage der Hypertonieentstehung. P. P. Litzlin.
Ueber den diagnostischen Wert des Phrenikusphänomens bei Erkrankungen der Bauchorgane. A. Gabaj.
Infektionserkrankungen und Umweltbedingungen. G. M. Weindrach.
2412. Versuch der parenteralen Verabreichung von Schwefel bei Gelenkrheumatismus. J. M. Jachnitsch.
Hoden- und Nebenhodentuberkulose. M. A. Saltzew.
2494. Zur Frage des Auftretens von Isohämagglutinationseigenschaften des Blutes beim Menschen. M. A. Dychno und G. D. Dertschinski.
Vaginaverletzung sub coita. N. S. Pergament.
2402. Zur Keuchhustenprophylaxe und -therapie mit Vakzine. R. E. Resnik.
Die Reflexe an den oberen Extremitäten. J. B. Galant.
Bulbär-paralytische Form von progressiver Muskeldystrophie. A. F. Farmanow.
Antivirusanwendung in der Ophthalmologie. R. Ch. Mikaelau.
- Paediatrica** (russisch), Moskau-Leningrad, 13., Nr. 1, 1929.
2463. Zur Klinik und Behandlung der Perikarditiden. (Kinderabt. des Arbeiterkrankenhauses, Kiew.) J. A. Edelmann.
2404. Agglutination bei Zerebrospinalmeningitis. (Kinderklinik d. Instituts f. ärztliche Fortbildung, Kasan.) M. N. Nebykowa-Letkiantchikowa.
Ueber 2 Fälle von Spontanpneumothorax und Diabetes insipidus. (Universitätskinderklinik Saratow.) A. Trynkin.
Zur Frage der spezifischen Prophylaxe der Varizellen als Methode zur Bekämpfung der Hausinfektionen. (Kinderklinik d. Medizinischen Institutes Kiew.) A. W. Tscherkassow und J. A. Gudim.
Die pädologische Kommission und das Institut für Gesundheitsfürsorge für Kinder und Jugendliche am Volkskommissariat für Gesundheitswesen. E. P. Radin.
2450. Röntgenologische Beobachtungen an Ohnonschen Herden. (Instit. f. Gesundheitsfürsorge f. Kinder und Jugendliche, Moskau.) N. A. Panow.
2465. Ein Fall von Diabetes insipidus bei einem dreijährigen Mädchen. (Instit. f. ärztl. Fortbildung, Kasan.) M. M. Lewit.
2 Fälle von azetonämischem Erbrechen bei Kindern. (Aus d. klimat.-physiotherap. Institut Jalta.) A. M. Spindler.
Ueber Nebenwirkung bei der Anwendung menschlichen Serums zu Heil- oder Vorbeugungszwecken. (Instit. f. Infektionskrankh., Moskau.) P. F. Belikow.
- Terapevitscheskij Archiv** (Ter. Arch., russ.), Moskau, Heft 6.
Prof. F. G. Janowski und W. Feldmann.
Chemische und morphologische Erythrozytenveränderungen bei Anämiezuständen. J. I. Masel.
2514. Experimentelle Cholezystopathien und die sekretorische Funktion des Magens. S. O. Badykes.

2505. Wirkung einiger vagotroper Substanzen auf die äußere Sekretion des Pankreas beim Menschen. V. Michelson.
2504. Zur funktionellen Pankreasdiagnostik. W. S. Simnitzki und M. O. Mamisch.
Ueber die Wirkung der Salvarsaninjektionen auf den Pigmentstoffwechsel. E. W. Kosatkin, A. J. Grubina und S. M. Melbard.
Zur Pathogenese des Bronchialasthmas, insbesondere des „Ursolasthmas“. S. M. Henkin und M. W. Owtschinski.
2411. Die fokale Infektion und ein neues Anzeichen im klinischen Bilde der chronischen „rheumatischen“ Polyarthrit. A. M. Koritzki.
- Ukrainskij Medytschnyj Archiv** (Ukrain. Med. Arch.), Charkiw, 2., Heft 3.
Mikrobiologie und Epidemiologie in der Ukraine. (Sanit.-bakteriolog. Institut Kyjiw.) M. Nestsadymenko.
Die Bedeutung der Gewebszüchtung für pathologische Probleme. R. Erdmann.
Ueber das Ueberleben von Krebs- und Embryonalgeweben in Olykoselösungen. (Sanit.-bakteriolog. Institut, Kyjiw.) H. Kowtunowitsch.
Ueber die eliminativen Funktionen und Phagozytose des Epithellums. (Staatl. Institut der experim. Medizin, Leningrad.) W. Garschin.
Mycosis fungoides. Natalia Busni.
Pathologische Anatomie der enteralen Form des Milzbrandes beim Menschen. N. Solowjeff.
Zur Frage nach der Pathomorphologie der experimentellen iktero-hämorrhagischen Spirochätose von Meerschweinchen. (Path.-anat. Institut, Kyjiw.) M. Jurkewitsch.
Auf operativem Wege entfernte Malakoplakie und Fibroid der Harnblase. (Path.-anat. Inst., Charkiw.) Anaida Melnikova-Raswedenkova.
2491. Beiträge zur Lehre der Viskosität des Blutes. (Med. Klinik, Odessa.) Beata Kranzfeld.
Die Blutgerinnung bei Hautkrankheiten und Syphilis. (Hautklinik, Kyjiw.) L. Chrystyn.
Ueber den Einfluß physio-therapeutischer Prozeduren auf das Zuckergleichgewicht im Blute der Arthritiker. (Physiotherapeutisches Inst., Charkiw.) G. Kanlewskij und E. Domontowitsch.
Physiotherapeutische Prozeduren und Reflexe des vegetativen Nervensystems. P. Frolow.
2521. Zur Klinik und Pathogenese der Encephalomyelitis disseminata acuta epidemica. (Allg. Krankenhaus, Mykolajiw.) J. Rodow und R. Kuperman.
Ethnographie und Medizin. (Path.-anat. Inst., Charkiw.) G. Machulso-Horbazewitsch.

- Ukrainskij Medytschnij Wisti** (Ukrain. Med. W.), Kyjiw, Nr. 7—8, 1928.
Zur Behandlung der Anurien und maximalen Oligurien bei Nephritikern. H. Strauß.
Die klinische Beobachtung der perniziösen Anämie. (Therap. Klinik, Moskau.) D. Pietnlow.
Die Behandlung des Unterleibstypus. Buchstab (Odessa).
Beiträge zur Prognose der Angina pectoris. L. Dmytrenko (Odessa).
Zur Klinik des Spontanpneumothorax als Komplikation bei der Behandlung der Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax. (Therap. Klinik, Odessa.) W. Stawraky.
Seltene Formen wirklicher Aneurysmen, die progressiv zunehmen. (Chirurg. Abt. des Sanatoriums Slowjanske.) J. Korschow.
Ueber die runden Verdunkelungen im Brustkorbe. Bahatyrtschuk (Kyjiw).
2503. Ueber die klinische Bedeutung der Norgaard-Reaktion. (Therap. Klinik, Kyjiw.) J. Basylewitsch.
Das Kalium-Calcium-Verhältnis (K/C) und das kardio-vaskuläre System. (Therap. Klinik, Kyjiw.) A. Berland.
Ueber das Salyrgan. A. Bernstein (Kyjiw).
Änderungen des Wärmewechsels bei weißen Mäusen unter dem Einfluß der Röntgen- und ultraviolett Strahlen. N. Waschetko (Kyjiw).
2447. Ueber die Verbreitung der Würmerinvasion. (Therap. Klinik, Kyjiw.) K. Hawrylow.
Ueber die Therapie der Durchfälle. Gubergritz (Kyjiw).
Die funktionelle Diagnostik der Niere. A. Zjukow (Kyjiw).
Ueber die Magenuntersuchung mit der dicken Sonde nach dem Probefrühstück und nach der Probemahlzeit. (Therap. Klinik, Kyjiw.) W. Iwanow.
Ueber die patho-morphologischen Veränderungen der Langerhansschen Inseln bei bösartigen Geschwülsten. (Path.-anat. Inst., Kyjiw.) P. Kutscherenko und M. Kutscherenko.
Chirurgische Eingriffe bei Lungentuberkulose. M. Moskalow (Kyjiw).
Vergleichende Untersuchungen über die Zirkulation des Pockenvakzinevirus im Blute von Kaninchen vor und nach der Immunisierung. (Sanit.-bakteriolog. Inst., Kyjiw.) M. Nyschtschadymenko und N. Spaskij.
Tuberkulose und Schilddrüse. (Tuberkulose-Institut, Kyjiw.) W. Oksjusow.
Zur Klinik und Diagnostik der bösartigen Neubildungen der Nebenniere. (Therap. Klinik, Kyjiw.) F. Prymak und P. Proskurnytzkyj.
Die Abhängigkeit der Gewebsatmung der Warmblütler von der Reaktion des Milieus. (Bakteriolog. Inst., Kyjiw.) W. Radzymowska, O. Odryna und E. Wydro.
Ueber das Probefrühstück. J. Raschba (Kyjiw).
Die Sterblichkeit an Tuberkulose in Kyjiw im Laufe des Jahres 1925. M. Stradomskij (Kyjiw).
Erythema annulare centrifugum. A. Tyzenko (Kyjiw).
2452. Ileokökalgallen an der vorderen Brustwand. W. Feldmann (Kyjiw).
Autohäm- und Proteintherapie des Erysipels. (Klinik der Infektionskrankheiten, Kyjiw.) H. Chomenko.
2502. Chromoskopie als Methode der funktionellen Diagnostik des Magens. (Therap. Klinik, Kyjiw.) J. Scheftel.

- Wratschebnoje Djeło** (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 15.
Ueber gespaltene und überzählige Herztöne. M. M. Gubergritz.
Klinische Bedeutung des koagulierenden Eiweißes im Duodenumsaft. W. W. Pesharskaja.
2423. Paroxysmale Hämoglobinurie. M. J. Kalf-Kalif.

2541. Die Erfolge der Strahlentherapie bei Myomen. M. J. Nemenow. Alterskurve der Charkot-Marleschen Amyotrophie. S. N. Davidenkow. Ueber Beziehungen der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu den Erkrankungen der Zähne. A. A. Skrypt. Blutgruppen bei Malaria-kranken im Zusammenhang mit der Krankheitsdauer. M. S. Lifschitz. Philologische Bemerkungen zur anatomischen Nomenklatur im Zusammenhang mit der Beseitigung der lateinischen Terminologie. S. A. Belski. Versuch einer Dispenserisation der Bezirksärzte von Charkow. O. E. Bortz.

- Der Einfluß des Aufenthaltes im Erholungsheim auf den Organismus S. D. Reiselmann und R. B. Mogilewskaja. Zur Frage der allgemeinen Leitsätze für die Auswahl der Kranken zur Kurortbehandlung. S. S. Nalbudow. 2523. Zur Ätiologie und Behandlung der Ischiasneuralgie und -neuritis. M. K. Kossewa. 2468. Anwendung großer Eisendosen im Säuglingsalter. S. J. Schaferstein. Fall von wiederholter Maserenerkrankung. S. S. Kanewskaja. Zur Bestimmung der unteren Magengrenze. T. L. Kagan.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

2316.

Van Cint, Zu welchem Zeitpunkt kann man den Altersstar operieren? (Brux. Méd., Nr. 19/29.) Arbeitet man extrakapsulär, so muß man die fast völlige Reife abwarten; bei der intrakapsulären Methode kann man vom 60. Lebensjahre ab eingreifen, unabhängig von dem jeweiligen Entwicklungsgrad des Stars. Der Vorteil liegt also deutlich auf seiten der letzteren Methode, denn sie gestattet Kranken, die jahrelang abseits vom Leben standen, weil ihr Star nur ganz allmählich die für die extrakapsuläre Exstruktion erforderliche Reife erlangte, die Rückkehr in das tätige Leben. Zu dieser sozialen Begründung gesellt sich ferner die Annehmlichkeit, daß der Pat. in einer Sitzung von seinem Star befreit wird, ganz zu Schweigen von dem Fehlen des Sekundärstars. Nicht zu unterschätzen ist ferner die Ruhe des Operateurs, der von postoperativen Zufällen weit weniger zu fürchten hat. Held.

2317.

Horn, L., und Kogerer, H., Ueber die Ergebnisse der Nachuntersuchung der mit Lufteinblasung behandelten Fälle von tabischer Optikusatrophie. (Z. Augenheilk., März, 1929.) Die Verfasser teilen den Augenbefund von fünf Patienten mit tabischer Optikusatrophie mit, denen sie vor etwa 1½ Jahren subokzipital Luft eingeblasen haben. Im Gegensatz zu Fazakas und von Thurzo haben sie wesentlich geringere Mengen eingeblasen und erklären sich die Wirkung des Verfahrens nicht in der Durchbrechung der Blut-Liquorschranke, sondern in der reichlichen Entleerung des mit toxischen Substanzen beladenen Liquors und in der unspezifischen lokalen Reaktion durch die eingeblasene Luft.

Abgesehen von einem Fall, dessen Sehvermögen schlechter wurde, konnten die Verfasser in vier Fällen eine Besserung feststellen. Daraus und aus der Art der Behandlung folgern sie, daß die lumbale Einblasung derjenigen der subokzipitalen gleichzustellen ist und daß die Kombination von Malaria und Lufteinblasung bei der Therapie der tab. Optikusatrophie weiter versucht werden darf. Hurwitz, Berlin.

2318.

Rieger, H., Zur Stargardischen Prophylaxe des Ulcus serpens mit Optochin. (Z. Augenheilk., März, 1929.) Rieger berichtet über die Erfahrungen, die er in der Lindnerschen Klinik (Wien) mit der prophylaktischen Einreibung von 1% Optochinsalbe bei Hornhauterosionen gemacht hatte. Das Resultat ist sehr günstig, denn während früher bei Anwendung von Borsalbe im Jahre durchschnittlich acht Spätinfektionen zu verzeichnen waren, ergab das Jahr mit Optochinanwendung nur eine Spätinfektion. Da die Wirkung des Optochins nicht nur gegen den Pneumokokkus, den Haupterreger des Ulcus serpens, gerichtet ist, sondern auch gegen die Diplobazillen Morax-Axenfeld, so schließt sich der Verfasser der von Stargardt eingeführten Optochinprophylaxe voll an. Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

2319.

Epstein, E. Z., und M. A. Kugel, Bakteriologische Untersuchungen an Leichenmaterial mit besonderer Berücksichtigung der Streptokokken und Enterokokken. (J. Inf. dis., Nr. 4, 1929)

Untersuchungen von Blut der V. cava inferior, Wirbelknochenmark, Herzmuskel und -klappen, an einem nicht ausgewähltem Leichenmaterial. In 66 Blut- und in 62 Knochenmarkkulturen war wenigstens ein Keim immer zu finden. Von 42 Herzmuskeln waren fünf steril und von 43 Herzklappen enthielten vier keine züchtbaren Keime. Streptokokken aller Arten wurden in 79% aus den Blutkulturen gezüchtet, ebenso in 67% der Knochenmarkkulturen, in 47% aus den Herzmuskeln und in 40% aus normalen Herzklappen. In 86% aller Kulturen finden sich anhämolitische Streptokokken. Pneumokokken, hämolitische Streptokokken und Anaerobier wurden selten beobachtet. Ein hoher Prozentsatz der nicht hämolitischen Streptokokken wurde als Enterokokken identifiziert. Es scheint hiernach, daß man den Befund von anhämolitischen Streptokokken, Enterokokken, Staph. aureus, Koli- und Pyozyaneusbazillen in Leichenorganen keine Bedeutung beimessen darf, wenn nicht derselbe Keim schon intra vitam nachgewiesen wurde. N. Henning, Leipzig.

2320.

Nagell, H., und E. Danielsen, Zur Biologie des Gonokokkus. (Dermat. Z., 56., H. 1, 1929.) Es muß daran festgehalten werden, daß es grampositive Gonokokken nicht gibt. Die mehrfach beschriebenen Mutationsformen, die sich als grampositiv erwiesen, haben anscheinend mit dem Gonokokkus nichts zu tun. Ebenso muß auch betont werden, daß aus dem als Gonokokken-Lebend-Vakzine in den Handel gebrachten Gonoviten keine Gonokokken gezüchtet werden konnten. Die hierin gefundenen Keime (Diplokokken) gleichen vielmehr dem Micrococcus catarrhalis, gegen die Gonokokkennatur spricht schon das üppige Gedeihen auf gewöhnlichen Nährböden. Ernst Levin, Berlin.

2321.

Schreus, N. Th., und E. Willons, Ueber den Ausfall der Boltzreaktion in den verschiedenen Stadien des Lues. (Dermat. Z., 56., H. 1.) Die Boltzreaktion (Essigsäure-, Anhydrid-, Schwefel-, säure-Reaktion) soll im Gegensatz zu den anderen Reaktionen eine hohe Spezifität bei progressiver Paralyse aufweisen. Sicher nimmt die Reaktion, deren Ergebnisse mit den sonstigen Reaktionen nicht immer Hand in Hand gehen, eine Sonderstellung ein und es scheint, daß sie durch einen besonderen Stoff im Liquor ausgelöst wird, der die übrigen Reaktionen nicht beeinflußt. Bei älteren Syphilitikern ist sie nur positiv, wenn die auch die übrigen Liquorreaktionen, bes. die WR ist, sie ist also prognostisch ernst zu bewerten. Ob sich spätere Metastastiker bereits in früheren Jahren durch positive Boltzreaktion von anderen Kranken unterscheiden lassen, ist noch festzustellen. Ernst Levin, Berlin.

2322.

Botterlie, Johann Hugo, Echinokokkenantigen. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 836.) Eiweißfreies Echinokokkenantigen, sowohl tierischer als auch menschlicher Provenienz, kann sowohl sensibilisieren wie auch allergische Hautreaktionen geben, es ist aber nicht imstande anaphylaktische Symptome auszulösen.

Die Frühreaktion, in Form von sekundärer Quaddelbildung, ist eine empfindliche, aber leider wenig spezifische allergische Reaktion auf Echinokokkose, welche in großem Maße von der jeweiligen Disposition der Haut abhängig ist.

Bei der Frühreaktion sind höchstwahrscheinliche alkohollösliche niedrige Eiweißspaltprodukte — allein oder vielmehr an Körpereiwweiß gekuppelt — das wirksame Agens.

Die niedrig molekularen Eiweißspaltprodukte (Polypeptide und Aminosäuren), welche in Alkohol löslich sind und die Frühreaktion bedingen, scheinen mit den dialysierten Produkten, welche in vivo durch die unversehrte Echinokokkenmembran diffundieren und die Hautallergie bedingen, identisch zu sein.

Die Spätreaktion dagegen, in Form des charakteristischen Oedems, sowie die allgemeine anaphylaktischen Erscheinungen, sind durch echte Anaphylaxie, nämlich durch Allergie gegen Proteine, als Vollantigene bedingt, welche in vivo aus der Hydatidenflüssigkeit nur bei Schädigung der Echinokokkenmembran infolge Alterns des Parasiten oder infolge traumatischer Sprünge der Kutikula in den Kreislauf des Wirtes gelangen.

Bei der Komplementbindungsreaktion dürfte, in Analogie mit der WaR, hauptsächlich die Lipidfraction des Antigens (möglicherweise gekuppelt) abreagieren, bei der Kutireaktion dagegen hauptsächlich die Proteinfraktion.

Arnold Hirsch, Berlin.

2323.

Stengel, Ernst, Untersuchungen über Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 17, S. 787.) Die Komplementbindungsreaktion auf Tuberkulose mit dem alkoholischen Antigen von Klopstock und Neuberg ist, unter der Voraussetzung, daß die Reaktion gleichzeitig mit der Komplementbildungsreaktion auf Syphilis angestellt wird (um Mitreaktionen leichter zu erfassen, was auch für die Luesreaktion von Vorteil ist), eine für den Krankenhausbetrieb brauchbare Reaktion.

Die erhaltenen Resultate lassen im Zusammenhang mit der klinischen und röntgenologischen Untersuchung in bestimmten Grenzen eine Diagnosen- und Prognosenstellung zu, indem einerseits innerhalb der Tuberkulose initiale, progrediente und manchmal letale Formen unterschieden werden können. Die Reaktion ist auch für den Liquor zu verwenden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2324.

Hartwich, Die Behandlung der Pneumonie mit typenspezifischem Serum. (Zbl. inn. Med., Jg. 50, Nr. 15.) Kritische Würdigung der verschiedenen Versuche der Serotherapie der Pneumonie von den Kaninchenseren Klemperers (1892) bis zu den in Deutschland erstmals von Krehl (Wiesbadener Kongreß 1928) empfohlenen typisierten Seren entsprechend den vier Typen der Pneumokokken. Da wirkliche Erfolge nur bei Typ I und vielleicht noch bei Typ II vorliegen, ist die Herstellung eines polyvalenten hochwertigen Serums zu erhoffen, von dem schon die Injektion einer geringen Menge genügt.

Gustav Hoffmann, Nürnberg.

2325.

Breuer, S., Insulinartige Substanzen aus Bact. Coli und Rauschbrandbakterien. (Münch. med. Wschr., Nr. 18.) (Bakt. Institut, Sofia.) Auf den Befunden von Little, Levine und Best fußend, die aus Kulturfiltraten von Bact. coli einen blutzuckersenkenden Stoff finden konnten, stellte Verfasser fest, daß diese Eigenschaft nur den Stämmen W 25 und S 26 zukommt. Der Stoff, Glukokinin genannt, stellt einen Zellbestandteil dar, der nur bei der natürlich dauernd stattfindenden Autolyse abgestorbener Zellkörper in das flüssige Medium gelangt. Bei dem Versuch, das Glukokinin auch in den Kulturen des Gasbrandbazillus zu finden, war die vierfache Menge zu gewinnen. Hierbei kann man auch schon aus dem Preßsaft des getrockneten Bodensatzes den Stoff gewinnen. Die untere Grenze lag bei 0,02 g Trockensubstanz.

S. Cohn.

Chirurgie und Orthopädie

2326.

Zeltlin, A., Untersuchungen über Gefäßverengung bei zirkulärer Arteriennah und Venenautotransplantation. (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) Chirurg. Klinik und Physiolog. Institut Kaukas. Universität, Rostow am Don.) Trotz glänzender Technik der modernen Gefäßnaht und klinischer Berechtigung dieser Methode fehlen noch umfassendere Einblicke in die neugeschaffenen Zirkulationsverhältnisse des wiederhergestellten arteriellen Stammes. Besonders lückenhaft sind unsere Erfahrungen, in welchem Maße die Blutdurchströmung beeinflußt wird von Gefäßverengungen, die selbst bei bester Technik bei zirkulärer Arteriennah nicht immer zu vermeiden sind. Besonders gefährdet scheint die Durchblutung aber bei Arteriendefektersatz durch freie Venenautotransplantation zu sein. Außerdem leidet die Verbreitung der so guten Methode der Gefäßnaht durch die Vorstellung, daß eine durch zirkuläre Naht bedingte Verengung schon an und für sich, besonders aber durch die oft anschließend entstehende Thrombose, die Wiederherstellung der arteriellen Bahn zunichte macht.

Experimentelle Untersuchungen ließen den Verfasser zu der Überzeugung gelangen, daß der verengte Hauptweg des arteriellen

Blutstromes einer Extremität sogar bei recht erheblicher Lumenverminderung für die Erhaltung der Blutzirkulation bedeutend günstiger ist, als der durch das Kollateralsystem allein gelieferte Blutzufuß. Von Bedeutung ist jedoch das genaueste und sorgfältigste Vorgehen, damit bereits beim Legen der Naht späterer Thrombosenneigung möglichst vorgebeugt wird.

Tritt aber trotz bester Technik später bei zirkulärer Gefäßnaht oder bei Venenautotransplantation dennoch eine langsame Thrombosierung des Lumens ein, so ist nach den Versuchen des Verfassers die noch einige Zeit durchgängig gebliebene Arterie für die Blutversorgung der Extremität von größter Bedeutung: der Kollateralkreislauf hat Zeit sich allmählich zu entfalten, und diese Tatsache läßt selbst bei später einsetzender langsamer Thrombosierung die Methode der Gefäßnaht oder der Venenautotransplantation der primären Unterbindung des Gefäßes mit sofortiger Inanspruchnahme des Kollateralkreislaufes überlegen erscheinen.

E. Mühsam, Berlin.

2327.

Mannheim, H., Erfahrungen mit der Braunschens Epidermispropfung. (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) (Chirurg. Universitätsklinik, Berlin.) Verfasser sieht die Vorteile der Braunschens Pflöpfung bei frischen Defekten in der Sparsamkeit des zu verwendenden Epidermismaterials. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Pflöpfung auch bei schmierigen Granulationen mit starker Sekretion auszuführen, ohne daß die Erfolgsaussichten geringer würden. Nach Bier sieht ein Thiersch-Lappen gewöhnlich wie eine schlecht gepflasterte Straße aus, deren Niveau mit ihrer Umgebung nicht übereinstimmt, während im Gegensatz dazu bei der Braunschens Pflöpfung die Haut meist glatt, das Niveau gleichmäßig mit der Umgebung, die Haut selbst verschieblich und elastisch werden. Narbige Schrumpfung kommt nicht vor bei Braunschens Pflöpfung. Kosmetisch wirkt die Braunschens Pflöpfung auch wesentlich befriedigender als die Thiersch-Plastik. Braunschens Pflöpfung ist anzuwenden, wenn bereits Granulationen vorhanden sind. Thiersch-Lappen werden benutzt, wenn sofort große Hautdefekte durch freie Transplantation gedeckt werden müssen.

E. Mühsam, Berlin.

2328.

Braizew, W. R., Erfahrungen mit der antethorakalen Dermato-Oesophagoplastik. (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) (Chirurg. Abtlg. Semaschko-Zentral-Eisenbahn-Krkh., Moskau.) Mitteilung von 7 Fällen, in denen eine künstliche Speiseröhre aus der Haut gebildet wurde. 5 Kranke haben eine ausgezeichnet funktionierende Speiseröhre. Ein Kranker starb an Otitis media und Sinusthrombose, eine Kranke wurde mit leichter Verengung in der Gegend der Speiseröhrenöffnung entlassen, bedingt durch keloide Degeneration der Narben; sie soll nochmals zur Behandlung wiederkommen. Verfasser ist der Überzeugung, daß die Bildung einer künstlichen Speiseröhre aus der Haut durchaus erreichbar ist. Das Verfahren erfordert aber viel Zeit und zahlreiche operative Eingriffe.

E. Mühsam, Berlin.

2329.

Dzialoszynski, A., Was leistet die Cholezystographie für die Chirurgie? (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 17, S. 695.) Manche Kliniker halten die Cholezystographie für nicht ungefährlich oder sie vertreten den Standpunkt, daß die klinische Diagnostik durch sie nicht gefördert wird. Verfasser muß auf Grund seiner Erfahrungen diese Auffassung ablehnen. Allerdings braucht die klinische Diagnostik einwandfreier Krankheiten des Gallensystems die Cholezystographie als Hilfsmittel nicht, wohl aber die Differentialdiagnostik unbestimmter Oberbauchbeschwerden, die sich oft erst durch die Cholezystographie als Erkrankungen der Gallenblase und -wege sichern lassen. Verfasser verfügt bisher über mehr als 300 Darstellungen der Gallenblase im Röntgenbild. Die intravenöse Darreichung des Tetragnost (Merck) hat sich in allen Fällen als ungefährlich erwiesen. Außer nur sehr selten auftretenden unbedeutenden Nebenerscheinungen (geringes Fieber, Uebelkeit meist bei elenden Patienten) wurde nichts Unangenehmes beobachtet. Die intravenöse Darreichung des Medikaments ist recht zuverlässig (80—90%). Verfasser injiziert — auch ambulant — sehr langsam 5 bis 10 Minuten lang am Abend 20 ccm Tetragnost, dem er je 10 ccm Kochsalz voraus- und nachspritzt. Eine Stunde vor der Injektion wird eine Ampulle Hypophysin verabfolgt. Die erste Röntgenaufnahme wird am darauffolgenden Morgen um 8 Uhr, eine Durchleuchtung um 10 Uhr, eine weitere Aufnahme mittags um 1 Uhr gemacht.

In der Diagnostik der Gallenblasenerkrankungen bedeutet die röntgenologische Darstellung einen großen Fortschritt. Für den Chirurgen ist das Röntgenbild der Gallenblase oft für die Indikation, Operation oder konservative Behandlung entscheidend.

Arnold Hirsch, Berlin.

2330.

Frankenthal, L., **Flexur-Volvulus und Trauma.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 20, S. 826.) (Chir. Abt. d. Isr. Krankenhauses, Leipzig.) Der mitgeteilte Fall scheint für die gutachtlich tätigen Aerzte besonderes Interesse zu haben, da er ein Beispiel für den mittelbaren Zusammenhang zwischen der Entstehung des Flexur-Volvulus und dem Unfall, dem Ueberfahren — das ja heute ein alltägliches Ereignis ist — darstellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2331..

Hilgermann, R., und W. Pohl, **Beitrag zur Aetiologie und Serumtherapie der foudroyanten Appendicitis auf Grund der Beobachtungen bei 300 Fällen im Kreise Deutsch-Krone.** (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) (Pr. Hygien. Institut Landsberg a. W. und Chirurg. Abtlg. Städt. Krkhs. Deutsch-Krone.) Das im Kreis Deutsch-Krone besonders gehäufte Auftreten foudroyanter Appendizitiden ließ die Verfasser daran denken, durch systematische Untersuchungen zur Klärung der Aetiologie der akuten Wurmfortsatz-erkrankungen beizutragen. Für die Entstehung der Appendicitis werden mechanische, chemisch-toxische Momente, Gefäßkrampf, abnorme Reizung des Nervensystems und viele andere Ursachen angeführt, ohne daß man in diesem Punkt zu einer Einigung gekommen wäre. Andere wieder sehen die Blinddarmentzündung als eine spezifische Infektionskrankheit an, stoßen aber mit dieser Anschauung auch auf großen Widerstand.

Die Schwere der von den Verfassern beobachteten Appendizitiden auf verspätete Einlieferung in das Krankenhaus zurückzuführen, geht nicht an, da viele schwere Fälle erst 6, 8, 12, 20 Stunden krank waren. Außerdem fiel auf, daß oft aus derselben Gegend des Kreises mehrere Fälle schwerer Appendicitis hintereinander eingeliefert wurden. So tauchte der Gedanke einer gemeinsamen Infektionsquelle auf. Dazu kam er Umstand, daß im Kreise Deutsch-Krone die Bevölkerung dicht gedrängt und unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen zusammenwohnt. Außerdem sei Deutsch-Krone das Land ewiger Erkältungskrankheiten. So nahmen die Verfasser den in der Literatur schon erörterten Gedanken der metastatisch von einer chronischen, lakunären Angina ausgehenden Appendicitis wieder auf. Hatte doch bei einer großen Zahl ihrer akut an Appendicitis Erkrankten vorher eine klinisch nachweisbare Angina bestanden! Die Verfasser sahen ihre Annahme über Zusammenhang von Tonsillen und Appendix durch ihre Untersuchungen voll und ganz bestätigt. So glauben die Verfasser, eine Erklärung gefunden zu haben, warum manche Gegenden von akuter Appendicitis relativ verschont bleiben, während in anderen ein gehäuftes Auftreten beobachtet wird. Systematisch durchgeführte Pflege des Mundes, Desinfektion der Wohnräume müßten nach ihrer Ansicht ein Nachlassen der akuten Appendicitis zur Folge haben! Da dies meist schwer durchzuführen ist, gehen angeblich auch bei der akuten Wurmfortsatz-erkrankung, wie bei jeder Epidemie, die Erkrankungsfälle erst zurück, wenn allmählich die Immunisierung der Bevölkerung vollzogen ist. Die Angina mit ihrer Tröpfcheninfektion erscheint den Verfassern als Hauptursache für das epidemiologische Auftreten der akuten Appendicitis.

Die systematischen Untersuchungen der Verfasser ließen ihnen Kolibazillen oder Anärobier als Erreger der Appendicitis als bedeutungslos erscheinen. Daß im Exsudat fast stets Kolibazillen gefunden werden, ist den Verfassern kein Widerspruch, da bei perforierter Appendix die Darmbakterien in dem Exsudat der Peritonitis üppig wuchern. Es kann sich also bei der Peritonitis ex appendice nur um eine Mischinfektion handeln. Deshalb erscheint auch eine Behandlung mit Koliserum den Verfassern als wenig aussichtsreich. Man braucht ein Serum gegen Pneumokokken, Streptokokken, Diphtheriebazillen, diejenigen Erreger, die Verfasser nach ihren Beobachtungen für die Entstehung der Appendicitis auf metastatischem Wege besonders anschnldigen.

Schwierig sei die Frage zu klären, ob die Entzündungserreger auf enterogenem oder hämatogenem Wege in die Appendix gelangen. Am nächsten liegt die Annahme, daß verschlucktes infektiöses Material vom Darm in die Appendix gelangt. Jedenfalls müsse der enterogene Weg berücksichtigt werden, wenn auch der hämatogene Weg nicht abgelehnt werden kann.

Was die Frage der Serumbehandlung angeht, so braucht die umschriebene Appendicitis nach der Appendektomie keine Serumtherapie mehr. Aber bei bestehender Sepsis oder Peritonitis ex appendice befriedigen die chirurgischen Maßnahmen allein nicht. So gingen die Verfasser dazu über, je nach dem bakteriologischen Resultat des untersuchten Exsudates Pneumokokken-, Streptokokken- oder Diphtherieserum zu spritzen. So wurde durch spezifische Serumtherapie der chirurgische Eingriff unterstützt.

Die Verfasser unterschätzen nicht die großen Schwierigkeiten der Serumtherapie der Appendicitis. Aber sie glauben mit ihrer spezifischen Serumtherapie manchen sonst verlorenen Fall retten

zu können, so daß die Beobachtungen der Verfasser der Beachtung unbedingt wert erscheinen.

E. Mühsam, Berlin.

2332.

Melchior, E., **Zur Behandlung der akuten Darminvagination im Kindesalter.** (Zbl. Chir., Nr. 5, 1929.) In den letzten Jahren kommen mehr Invaginationen im Kindesalter zur Behandlung, als in den früheren Jahren. Dieser Umstand ist teilweise der besseren Diagnostik zuzuschreiben. Sehr wichtig aber, daß die Diagnose überhaupt frühzeitig gestellt wird, da die Frühoperation nicht nur im Kindesalter, sondern sogar auch im Säuglingsalter bessere Resultate gibt. Die Gefahren der Frühoperation beim Säugling werden überschätzt; diese Tatsache beweist am besten die Statistik von Anschütz, der von 15 Säuglingen bis zu 12 Monaten nur zwei verloren hat. Alle wurden in den ersten 24 Stunden nach erfolgter Invagination operiert. Für die Frühoperation spricht auch der Umstand, daß mitunter schon frühzeitig Ernährungsstörungen des Darmes auftreten. Gelingt die Evagination nicht, oder ist trotz gelungener Evagination eine Ernährungsstörung des Darmes zu befürchten, so soll man in allen diesen Fällen die Resektion vornehmen. — Wie sehr das operative Resultat von dem Zeitpunkte des Eingreifens abhängt, zeigt am besten die Statistik von Körte, der bei den Operationen am ersten Tage eine Mortalität von 30%, am zweiten Tage eine solche von 55% hatte. — Nach Sauermond bestand innerhalb der ersten 24 Stunden eine Mortalität von nur 6,3%, aber schon nach 36 Stunden erhöhte sich dieselbe auf 50%, nach 48 Stunden auf 86%, und nach 72 Stunden auf 100%.

Walter Großmann, Berlin.

2333.

Studsinsky, J. V., **Die Leistenbruchoperation mit Annähen der Gewebe der vorderen Bauchwand an das Lig. poupartii als eines der ätiologischen Momente für die Kruralherniebildung.** (Arch. klin. Chir., 154, Heft 1—2.) (Chirurg. Abtlg. d. Zentralhospitals, Kiew.) An Hand von allerdings nur zwei Fällen weist Verfasser darauf hin, daß bei der Leistenbruchoperation nach Bassini durch Verschiebung des Ligaments nach oben mit der Möglichkeit der Entstehung einer Kruralhernie zu rechnen ist. Das Annähen der Gewebe der vorderen Bauchwand an das Lig. poupartii rüft eine Schwächung der Festigkeit des Kruralringes hervor, so daß der intraabdominelle Druck diese Stelle vorwölben kann. Verfasser empfiehlt deshalb in allen Fällen, in denen das Ligamentum inguinale nicht fest genug ist, als Operation der Wahl den gleichzeitigen Verschuß von Schenkel- und Leistenring.

E. Mühsam, Berlin.

2334.

Salzer, Wann und wie sollen wir die Inguinalhernie beim Kinde operieren? (Wr. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 20.) Der schräge Leistenbruch des Säuglings und Kindes ist angeboren und bedingt durch ein Offenbleiben des Prozessus vaginalis. Beim Säugling wird der Bruch nur dann operiert, wenn er die Entwicklung stört oder schon einmal eingeklemmt war. Sonst wartet man bis zum 10. bis 12. Monat. Von dieser Zeit an wird bei gestellter Diagnose operiert. Die Operation besteht in der hohen Abtragung des Bruchsackes ohne Muskelplastik. Bruchbänder werden niemals angelegt, weil dadurch Schäden verursacht werden können (Ekzeme, Muskelatrophien), während die durch diese Therapie angestrebte Verödung des Bruchsackes nicht immer erfolgt.

Ernst Pick, Wien.

2335.

Rosenstein, P., **Nierenerspaltung ohne Parenchymnaht zur Verhütung der Nachblutung.** (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) (Chirurg. Abt. des Krkhs. d. jüd. Gem., Berlin.) Verfasser ist der Ansicht, daß die Nachblutung bei Nierenerspaltung gar nicht aus dem Parenchym kommt, sondern aus den in den bindegewebigen Scheidewänden herunterziehenden Gefäßen der Columnae Bertini. Deshalb sei diese Blutung vollkommen zu beherrschen, wenn man diese Lumina aufsucht und durch Umstechung versorgt. Jede Naht des Nierenparenchyms erübrigt sich, kann sogar gefährlich sein, weil sie zu sekundären Infarktblutungen führen kann. Außerdem ginge durch den Druck der Naht gesundes Nierenparenchym verloren. Die gleichen Gesetze der Blutstillung gelten nach Rosenstein auch für die Nierenresektion. Verfasser überzeugte sich von der Gefahr der Gefäße der Columnae Bertini auf Grund von Tierversuchen, die Roseno ausführte. Roseno fand, daß nach Unterbindung aller, selbst der kleinsten Gefäße die gespaltene Niere einfach zusammenklappt und versenkt werden könne, ohne daß es zu einer Blutung käme.

E. Mühsam, Berlin.

2336.

Burgeß, A. H., **Akute Darmlähmung.** (Lancet, 216., 5513.) (Manchester. Royal Infirmary.) Betreffs der Therapie führt Verfasser folgendes aus: In Frühfällen mit geringer Distension und

gutem Allgemeinbefinden nach vorheriger Magenspülung Probelaparatomie in Rückenmarksanästhesie, dann Resektion mit ev. Anus praeternaturalis. Schwierigkeiten entstehen erst, wenn das ganze Abdomen stark aufgebläht und der Allgemeinzustand schlecht ist. Eine genaue Untersuchung ermöglicht in einer großen Zahl der Fälle die Feststellung des Sitzes (Dünn- oder Dickdarm) der Stenose. Beim Sitz im Dickdarm blinde Zökostomie in Lokalanästhesie oder in Lachgasnarkose durch Inzision der rechten Fossa iliaca. Wenn auch dieser Eingriff nur eine vorläufige Maßnahme darstellt und keine nähere Aufklärung über Sitz und Ausdehnung des Hindernisses gibt, so hilft er doch über den schwierigsten Moment hinweg, indem er dem Kranken eine bedeutende Erleichterung verschafft. Nur wenn die Möglichkeit eines Strangulationsileus besteht, dann darf wegen der Gefahr der Perforation und Peritonitis die durch den Eingriff nicht beseitigt wird, dieser nicht ausgeführt werden. Ist die Annahme berechtigt, daß das Hindernis nicht im Kolon liegt, dann rechter paramedianer Schnitt und Untersuchung des Zökums. Bei Distension sofortige blinde Zökostomie.

2337.

Maier, Robert, Präoperative Diagnose einer Dermoidzyste des Ovar. (Lancet, 216., 5513.) (Victoria Infirmary, Glasgow.) Die Diagnose ist durch den röntgenologischen Nachweis von Zähnen im Becken gelungen.

2338.

Cushway, B. C., und R. J. Maier, Untersuchungen der Wirbelsäule bei Arbeitern. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 9, 1929.) Röntgenologische Untersuchungen der Wirbelsäule bei 931 Arbeitern der Belt Railroad in Chicago enthüllten eine überraschend große Zahl pathologischer Veränderungen und Anomalien, die die Verfasser folgendermaßen klassifizieren: 1. Angeborene Anomalien: a) überzählige Rippen, b) Ueberzählige Wirbel, c) Mißbildungen der Wirbel oder ihrer Querfortsätze. 2. Proliferative Veränderungen: a) statische Veränderungen, b) Veränderungen nach Verletzungen ohne Frakturen, c) Marie Strümpfischer Typus der Wirbelsäule. 3. Verletzungen: a) Frakturen der Wirbelkörper, b) Frakturen der Querfortsätze, c) Frakturen der Dornfortsätze, d) Dislokationen und Spondylolisthesis. Unter allen Anomalien war die Spina bifida occulta am häufigsten vertreten — 161mal —, und zwar in den verschiedensten Graden. Ueberzählige Rippen fanden sich in 84 Fällen, Sakralisation des Processus transversus des fünften Lumbalwirbels wurde in 50 von den 931 Fällen beobachtet. Die folgende Tabelle gibt einen Ueberblick über die gefundenen Veränderungen und Anomalien:

Spina bifida occulta	161
Skoliose	81
Lumbalrippen	81
Proliferative Veränderungen	63
Sakralisation	50
Deformitäten des Steißbeins	32
Ueberzählige Lumbalwirbel	25
Unvollständige Vereinigung des 1. und 2. Sakralwirbels	21
Deformitäten der Querfortsätze	14
11 Brustwirbel, 11 Rippen	10
4 Lumbalwirbel	6
13 Brustwirbel, 13 Rippen	5
Angeborene Deformität des Kreuzbeines	4
Anomalien der Zwischenwirbelscheiben	3
Halsrippen	3
Deformitäten der Wirbelkörper	3
Unvollständige Vereinigung von Lamina und Gelenkfortsatz	2
Rippenfrakturen	15
Lungentuberkulose	12
Beckenfrakturen	4
Wirbelfrakturen	5
Spondylolisthesis	3
Wirbeltuberkulose	1
Exostose der Rippen	1

Gesamtzahl der Veränderungen 607

Zahl der Fälle mit Anomalien und pathologischen Veränderungen

Zahl der angeborenen Anomalien und Entwicklungsstörungen

Gesamtzahl der Fälle 931

L. Büchler, Wien.

2339.

Kaefer, N., Zur Behandlung der Zerreißung des Streckapparates der Fingerendglieder. (Zbl. Chir., Nr. 7, 1929.) Es wird vom

Verfasser die folgende Behandlungsweise für die obige Verletzung empfohlen. Zinkleim wird mit einem Borstenpinsel auf die Haut des Mittel- und Endgliedes aufgetragen. Darüber kommen zwei Touren schmale Gazebinde und eine neue Schicht Zinkleim. Hierauf legt man auf jede Seite des Fingers eine schmale Holzleiste von entsprechender Länge, die mit Gazebinde befestigt werden und wiederum mit Zinkleim zu bestreichen sind. Das Endglied muß nach Art eines Fingerhutes gedeckt sein. Bestreicht man diesen Verband mit 5- bis 10 prozentiger Formalinlösung, so wird er für Wasser undurchlässig, so daß der Kranke seine Hände unbesorgt waschen kann. Den Verband kann man 14 Tage ruhig liegen lassen.

Walter Großmann, Berlin.

2340.

Zollinger, F., Beiträge zur Frage der traumatischen Entstehung der Arthritis deformans. (Arch. orthop. Chir., 27., 2. H.) (Mediz. Abtlg. der Kreisagentur Aarau der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt.) Ausführliches Sammelreferat über dieses äußerst weit verbreitete Leiden, dessen Beziehungen zum Trauma unter Anführung eigener Beobachtungen zu klären versucht wird. Eine rein traumatische Arthritis deformans ist relativ selten; dagegen führt der Unfall zu einer Verschlimmerung des bereits bestehenden Leidens oder löst eine vorübergehende Schmerzzacke aus. Eine traumatische Arthritis, für die stets nur ein nennenswertes Trauma mit erheblicher Knorpelbeschädigung als Ursache in Frage kommt, ist anfangs gewöhnlich monartikulär. Chronisch einwirkende kleinere Formen können eine Arthritis deformans veranlassen, gewöhnlich aber erst in Verbindung mit konstitutionellen Faktoren. Ist bei Eintritt röntgenologischer und klinischer Veränderungen bereits ein Jahr seit dem Unfall vergangen, so muß das Trauma erwiesen werden, die Krankheit längere Zeit auf ein Gelenk beschränkt bleiben und andere inzwischen eingetretene Schädigungen müssen auszuschließen sein. Bei Begutachtung sind möglichst viele Gelenke klinisch und röntgenologisch zu untersuchen. Bei bestehender Arthritis kann ein Trauma nicht für alle späteren, vielleicht zunehmenden Beschwerden verantwortlich gemacht werden. Autor tritt für eine teilweise Anerkennung der Fälle ein, die sich nachweislich im Anschluß an ein Trauma verschlimmern haben, und zwar so lange als die Verschlimmerung die Erwerbsfähigkeit reduzierte. Die Prognose der traumatischen Arthritis deformans ist nicht so ungünstig wie oft angenommen wird. (Literaturübersicht.)

Eckhardt, Dahlem.

2341.

Plate, Erich, Ueber das Zustandekommen schwerer Funktionsstörungen bei manchen Fällen von Arthropathia def. gen. (Arch. orthop. Chir., 27., 2. H.) (3. mediz. Abtlg. des Allgem. Krankenhauses Hamburg-Barmbeck.) Eine Schwächung der das Kniegelenk bedienenden Muskulatur durch Ermüdung bei zu anstrengender und zu langdauernder Arbeit schädigt den Gelenkknorpel. Mitteilung von 13 Beobachtungen, bei denen es zu Auflagerungen an der Gleitbahn der Patella gekommen war. Fast immer bestand die Ursache in einer Verdrängung der Patella infolge Genu varum oder valgum. Mangelnde Streckfähigkeit des Knies, rasch eintretende schmerzhaftige Ermüdung beim Gehen und Stehen. Letztere ist durch physikalische Therapie zu lindern.

Eckhardt, Dahlem.

2342.

Gold, Zur Frage der Prognose und Behandlung der Beckenbrüche im Bereich der Hüftpfanne. (Wk. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 19.) Das Trauma, das einen Hüftpfannenbruch zur Folge hat, wirkt meist vom Trochanter aus als Kompression des Beckens. Bei älteren Individuen wird durch derartige Gewalteinwirkungen meist ein Schenkelhalsbruch erzeugt, während bei Knochengesunden durch Fortleitung auf den Pfannenboden ein Einbruch desselben hervorgerufen wird. In der Regel lassen sich zwei Verletzungstypen unterscheiden: 1. die traumatische Protrusion des Pfannenbodens, 2. der Längsriß des Acetabulums. Es kommt meist zu subjektiven Dauerbeschwerden (fühlbare Bewegungseinschränkung im Hüftgelenk, Schmerzen besonders bei beginnender Bewegung). Die objektive Untersuchung ergibt eine Einschränkung der Hüftbewegung im Sinne der Rotation und Abduktion, während die Flexion frei bleibt, ferner eine leichte Abduktionsstellung der betroffenen Beckenhälfte. Ursache für die Dauerbeschwerden ist die Inkongruenz der Gelenkflächen, die in der infolge der Fraktur eingetretenen Formveränderung der Pfanne ihre Ursache hat. Die Therapie besteht in einer Extensionsbehandlung durch acht bis zwölf Wochen und einer darauffolgenden Entlastung des Pfannenbodens durch einen Hüftgelenkentlastungsapparat bis zur vollständigen Bruchheilung, d. i. drei bis sechs Monate und noch länger. Bei dieser Therapie konnte in einem Falle eine ideale Heilung erzielt werden.

Ernst Pick, Wien.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2343.

Calmann, A., **Zur Kenntnis und Behandlung des essentiellen Fluors der Virgo intacta.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 18, S. 749.) Hartnäckiger, nicht genügend beeinflussbarer Fluor der Virgo intacta ist oft die Folge einer Porioersion, die nötigenfalls unter Opferung des Hymens, freizulegen und kaustisch zu zerstören ist. Arnold Hirsch, Berlin.

2344.

Knopf, Olga, **Die Ursachen des Vaginismus und seine Behandlung.** (Mitschr. Ungar. Med., Heft 1/2, 1929.) Verfasserin ist Anhängerin der Lehren Adlers und erklärt auch obige Erkrankung als eine Neurose, die die Folge einer irrtümlichen Lebenseinstellung darstellen soll, wobei diese Erkrankung als neurotisches Symptom anzusehen sei, das als Vorwand benützt wird, um ein gewisses vorliegendes Problem nicht lösen zu müssen. Bei der Behandlung solcher Erkrankungen wünscht daher die Verfasserin neben den usuellen Behandlungsmethoden bei Zusammenstellung der therapeutischen Maßnahmen auch die Individualpsychologie mit zu berücksichtigen. E. J. László, M. U. M., Budapest.

2345.

Liegner, B., **Gonorrhoe und Retroflexio uteri.** (Zbl. Gynäk., Nr. 22, 1929.) Auf Grund zahlreicher Beobachtungen der letzten Jahre konnte Verfasser feststellen, daß die Kombination von Gonorrhoe und Retroflexio uteri verhältnismäßig selten ist, so daß sich die Frage ergibt, ob die Retroflexio einen Zustand verminderter Infektionsmöglichkeit für die Gonorrhoe darstellt. Da nachgewiesen ist, daß der Ort der primären gonorrhoeischen Infektion in erster Linie die Cervix uteri ist (dreimal häufiger als die Urethra), und andererseits die Verlagerung der Zervix und des äußeren Muttermundes bei steiler Rückwärtslagerung des Uterus in den vorderen Beckenhalbring, bisweilen sogar hinter die Symphyse, die Deposition des Samens und der kokkenhaltigen Sekrete der männlichen Urethra in das hintere Scheidengewölbe bedingt, so ist man tatsächlich berechtigt, von einer gewissen Einschränkung der Infektionsmöglichkeit bei bestehender Retroflexio zu sprechen, natürlich nicht von einer Aufhebung dieser Möglichkeit. Die Verhältnisse liegen also analog denen der Konzeptionsmöglichkeit bei Retroflexio. Kommt jedoch eine gonorrhoeische Infektion bei Retroflexio uteri zustande, so ist der Heilverlauf wesentlich erschwert und fast illusorisch gemacht, da die normalen Abflußbedingungen des Sekrets fehlen. Verfasser hält daher in hartnäckigen Fällen eine unter besonderen Kautelen vorgenommene Laparotomie zur Antefixation des Uterus für angezeigt, da erst durch Beseitigung der Sekretstauung günstige Aussichten für die Heilung hergestellt werden. Schwab, Hamburg.

2346.

Hartmann, H., M. Althoff und S. Fabre, **Lokale Vakzinotherapie (Antivirustherapie) der ulzerierten Kollumkarzinome.** (Presse Méd., Nr. 25, 1929.) Die lokale Vakzinotherapie nach Besredka beim ulzerierten Kollumkarzinom ist an zehn Fällen mit bemerkenswertem Erfolg durchgeführt worden. Sie bewirkte 1. ein völliges Verschwinden des fötiden Geruches, ein mehr oder minder rasches Austrocknen, wobei die Absonderung allmählich seröser wird und aufhört, die Umgebung zu reizen. 2. Die ulzerierten Gewebe verschwinden, die Neubildung besteht aus lebhaft rotem Granulationsgewebe. 3. Die Anwendung von Radium und der gemischten Bouillonvakzine wird gut vertragen, fast ohne Fieber und ohne Allgemeinbeschwerden. 4. Rasches Austrocknen der Flüssigkeit nach Fortlassen des Radiums. Allmähliches Verschwinden der neoplastischen Granulationen und rasche Vernarbung der Gewebe, die einen Monat nach beendeter Behandlung vollständig ist. 5. Auffallende Besserung des Allgemeinzustandes.

Vom bakteriologischen Standpunkt aus sind alle Kranken mit ulzeriertem Kollumepithelium Träger eines reichen Gemisches von Mikroben, in dem nicht der Streptokokkus sondern ein gram-positiver Diplokokkus vorherrschen scheint. Unter dem Einfluß der Vakzinotherapie wird das Gemisch gleichförmiger; das zuletzt verbleibende Bakterium ist der gram-positive Diplokokkus, der noch nicht identifiziert ist und sich fast ausschließlich innerhalb der Leukozyten befindet. Die Besserung des lokalen Befundes ist immer von einer intensiven Phagozytose begleitet. Haber.

2347.

Merlin, I., **Die Elektro-Koagulation bei der Behandlung des Kollumkarzinoms.** (Gynéc., Januar 1929.) Die beste Behandlung des Kollumkarzinoms ist vorläufig noch immer die chirurgische. Es gibt vorgeschrittene Fälle, wo die „chirurgische Stunde“ versäumt ist. Verfasser unterscheidet hier zwei Fälle: 1. Die Beweglichkeit des Uterus ist zweifelhaft, die Parametrien etwas verdickt. Eine

Infektion besteht nicht. Hier empfiehlt sich die Radiumtherapie vor der Operation. 2. Der Uterus ist zwar beweglich, jedoch besteht eine Infektion. Hier verwendet er die Elektrokoagulation. Zwar leistet auch bei infizierten Fällen die Radiumtherapie Gutes, sie dauert aber lange, mindestens zehn Tage, wodurch sich die Kosten erhöhen. Will man später operieren, muß man mindestens drei Wochen warten, bis die Wunde so gereinigt ist, daß eine Naht auch heilt. Hierzu kommt, daß die Entfernung der Zerfallsprodukte nicht nur nach außen erfolgt, sondern auch auf dem Blut- und Lymphwege. So kommt es zu einer Ueberschwemmung des Körpers mit diesen Stoffen und Toxinen, die für Leber und Niere nicht gleichgültig sind. Die Elektrokoagulation ist nun imstande, in schnellster Zeit ohne große Beschwerden für die Kranken und ohne Blutung mit fast völliger Sterilisation ein infiziertes Kollumkarzinom zu reinigen. Die Methode wird geschildert. Das koagulierte Gewebe stößt sich in 14 Tagen ab. Nicht nur als Vorbereitung zur Operation, sondern auch zur Behandlung von Rezidiven eignet sich die Methode außerordentlich. Kosminski, Berlin.

2348.

Corscaden, J. A., und A. P. Stout, **Sarkom des Uterus.** (Amer. J. Röntgeniol., 21., 2.) Maligne Neoplasmen, welche ihren Ausgang von Fibromyomen nehmen, sind sehr selten; sie machen 0,39 bis 0,5% der operierten Fälle aus. Außer infiltrativem Wachstum oder Metastasierung gibt es keine klinischen Anzeichen noch unfehlbare pathologische Kriterien, welche das Uterussarkom erkennen ließen. Da die Operationsmortalität größer ist als die Zahl der malignen Neoplasmen, welche von Fibromyomen herkommen, ist eine operative Prophylaxe nicht gerechtfertigt.

J. Kottmaier, Mainz.

2349.

Rogge, Heinrich, **Leukoplakiekarzinom der Portio.** (Med. Welt, Nr. 19, 1929.) Entsprechend den seit langem als karzinomverdächtig bekannten Zungen- und Penisleukoplakien ist auch jede Leukoplakie der Portio als karzinomverdächtig zu betrachten. Von den bis 1926 beschriebenen sechs Fällen von Portioleukoplakie wurden die vier nichtoperierten Karzinome.

L. Gordon, Berlin.

2350.

Wilmoth, P., **Der Abszeß des Uterus.** (Gynéc. et Obstétr., 19., Nr. 3, p. 217, 1929.) Der Uterusabszeß kann die Folge einer puerperalen oder einer gonorrhoeischen Infektion sein, jedoch spielt die puerperale Ursache die größte Rolle. Meistens ist die Retention von Plazenta oder die Retention von Plazentarstücken in der Uterushöhle schuld daran, daß sich eine eitrige, lokalisierte Infektion des Uterusmuskels entwickelt. In dem vom Verfasser beobachteten Fall war die Entbindung ganz normal, und bis zum zwölften Tage war kein alarmierendes Symptom zu konstatieren. Die peritonitischen Symptome erheischen eine Laparotomie, bei der man einen Uterusabszeß, veranlaßt durch Plazentarstücke, feststellte. Patientin starb einige Stunden post operationem, da bereits ein diffuser Peritonitis sich entwickelt hatte. Im ganzen kann man sagen, daß das Vorkommen von Uterusabszessen nur sehr selten ist. Rudolf Katz, Berlin.

2351.

Uter, W., **Beiträge zur Gynergenmedikation.** (Zbl. Gynäk., Nr. 22, 1929.) Bei stark blutenden Aborten wird die Blutung durch Injektion von 1,0 ccm Gynergen meist sofort gestillt, so daß die Ausräumung gewöhnlich nach regelrechter klinischer Vorbereitung am nächsten Tage in Ruhe erfolgen kann. Vor und bei der Abortausräumung wird vom Verfasser regelmäßig Gynergen injiziert, dadurch wird die Blutung beschränkt, die Ablösung der Reste erleichtert und die Perforationsgefahr vermindert. Die Einleitung der Geburt zum Entbindungstermin durch Gynergentabletten (zwei- bis dreimal täglich eine Tablette, höchstens fünf Tage lang) gelang in vielen Fällen. Unter der Geburt hat Verfasser mit 0,1 bis 0,2 ccm Gynergen intramuskulär bei sekundärer und auch bei primärer Wehenschwäche gute Erfolge gesehen. Doch ist dieses Verfahren, ebenso wie die Gynergenanwendung zur Schwangerschaftsunterbrechung, für den allgemeinen Gebrauch nicht zu empfehlen. In allen Fällen von drohender Nachgeburtsblutung ist, sofort nach der Geburt des Kindes, prophylaktisch 1,0 ccm Gynergen intramuskulär zu geben. Bei diesem Vorgehen hat Verfasser fast nie mehr eine schwere Nachgeburtsblutung erlebt. Die Ausstoßung der Plazenta erfolgte dann meist glatt und rasch und mit nur geringem Blutverlust. Bei Blutung nach Beendigung der Geburt infolge Erschlaffung und Ermüdung des Uterus ist Gynergen durch seine gleichmäßige, prompte und lang anhaltende Wirkung ausgezeichnet. Die gute Wirkung der Gynergentabletten bei verschiedenen Formen gynäkologischer Blutungen sei erwähnt. Schädliche Nebenwirkungen (Ergotismus!) hat Verfasser trotz ausgedehnter Gynergenanwendung in sechs Jahren nicht beobachtet und

kommt damit in Übereinstimmung mit Spiro u. a. zu dem Ergebnis, daß Schädigungen bei der Sekalemedikation nur entstehen können, wenn man die richtige Dosierung außer Acht läßt.

Sch w a b, Hamburg.

2352.

Schaefer, Victor, Ueber Spasmen in den Gallenwegen bei Affektionen der inneren weiblichen Genitalorgane. (Bruns Beiträge z. klin. Chir., 146., 1. Heft, S. 93.) Auf Grund von fünf Fällen, die einwandfrei beobachtet werden konnten, glaubt Verfasser sich zu der Annahme berechtigt, daß die vegetativen Neurosen der Gallenwege nicht nur während der Gravidität und der Menses auftreten und somit eine Steinbildung in der Gallenblase und die Auslösung von Koliken verursachen können, sondern daß auch manchmal eitrige Tubenerkrankungen dieselben Erscheinungen auslösen können und leicht Veranlassung zu Fehldiagnosen geben. In den beobachteten Fällen lagen Symptome vor, die auf eine akute Cholezystitis bzw. eine Ruptur der Gallenblase hinwiesen. Es handelte sich aber stets um akute Tubenerkrankungen, welche die Krampfzustände in den Steinblasen hervorgerufen hatten. Die Beseitigung der Tubenerkrankungen brachte in sämtlichen Fällen Heilung.

E. Goh r b a n d t, Berlin.

2353.

Thies, Johann, Seltene Ursachen der weiblichen Sterilität. (Med. Welt, Nr. 19, 1929.) (Privatfrauenklinik Dr. Johann Thies, Leipzig.) Zwischen den pluriglandulären bzw. ovariellen Störungen, die häufig zur Sterilität führen, und übermäßigen sportlichen Anstrengungen scheinen gewisse Beziehungen zu bestehen, die Verfasser auch mit Hilfe der Interferometrie nachweisen konnte. Die gesteigerte Beanspruchung des Organismus führt wahrscheinlich zu direkten Schädigungen (Protoplasmadegenerationen) des Ovarium bzw. der Follikel und der Ovula. Je mehr der Körper (die Muskulatur) beansprucht wird, desto mehr „Energien“ werden den Keimdrüsen entzogen und desto mehr wird auch das System der inneren Sekretion beansprucht. Den gleichen Einfluß wie der Sport kann auch starke berufliche Anstrengung ausüben.

L. G o r d o n, Berlin.

2354.

Halban, Schmerzstillung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (W. klin. Wschr., 42 Jg., Nr. 20.) Bei gynäkologischen Operationen wird in letzter Zeit anstatt der Inhalationsnarkose vielfach die Lokalanästhesie verwendet. Halban macht meist Infiltrationsanästhesie mit 0,2 prozentigem Tutokain, nur zur Exkochleation des Uterus wird die Leitungsanästhesie durch Injektion von 10 ccm einer einprozentigen Novokainlösung vorgenommen. Zur Schmerzstillung bei der Geburt wird die Narkose a la reine verwendet. Das Chloroform, das dabei zu Beginn jeder Preßwehe aufgetropft wird, kann durch Äther, ja sogar durch Essig oder Kölnischwasser ersetzt werden. Die Schmerzhaftigkeit der Eröffnungsperiode wird am besten durch Injektionen von 0,03 Narkophin herabgesetzt. Bewährt hat sich ferner Skopolamin, das nicht wehenhemmend wirkt, weiter die rektale Applikation narkotisch wirkender Mittel nach Gwathmey, dann des Avertins; schließlich die intravenöse Injektion von Somnifen und Pernokton. Die Wirkung der letztgenannten Mittel hält nur eine Stunde an. Die Lumbal-, Sakral- und Pudendusnästhesie sind nicht sehr verbreitet, ebensowenig die Hypnose. Gegen die Schmerzen bei gynäkologischen Erkrankungen wird außer Bettruhe, Wärme (auch vaginal appliziert), Kälte, schmerzstillenden Medikamenten mit gutem Erfolg die paravertebrale Injektion verwendet (3. und 4. Lumbalsegment). Einfacher ist die Umspritzung der entsprechenden Headschen Zone bei chronischen Adnexerkrankungen mit 0,2 prozentigem Tutokain. Diese Methode versagt bei akuten Erkrankungen und bei Parametritis.

Ernst Pick, Wien.

2355.

Manuélian, Y., Das erste Auftreten der konzeptionellen Syphilis. (Gyn. et Obstétr., 19., Nr. 3, p. 161, 1929.) Verfasser hat zwei Fälle beobachtet, bei denen keinerlei Schwangerschaftsstörungen, keinerlei syphilitische Symptome zu konstatieren waren und bei denen beiden das Kind kurze Zeit nach der Geburt starb. Die Untersuchung der fötalen Organe ergibt keine Spirochäten oder sonstiges Anormales, lediglich die Nabelschnur ist von einer starken Entzündung betroffen, besonders lokalisiert auf die Nabelvene. Die Untersuchung des Blutes der Nabelvene zeigt das Vorhandensein von massenhaften Spirochäten, und eine deutliche Hämolyse. Verfasser empfiehlt infolge dieser seiner Beobachtungen Ärzten und Hebammen äußerste Vorsicht, da die Gefahr einer hämatischen Infektion trotz der Abwesenheit jeglicher Symptome besteht.

Rudolf Katz, Berlin.

2356.

Richter, Wilhelm, Ueber die Behandlungsergebnisse von misch infizierten Schwangeren unter Berücksichtigung der Prognose

für das Kind. (Münch. med. Wschr., Nr. 18.) (Chirurgische und Universitätsklinik; Berlin.) Von 6076 schwangeren Frauen hatten 746 positive Serumreaktionen (Wassermann, Meinicke, Müller-Ballungs-Reaktion). Von diesen wiederum wurden 187 mit Neosalvarsan und Bismogenol behandelt, ohne daß je ein Abort oder eine Fehlgeburt auftrat. Um die frühzeitige Erkennung der Uebertragung festzustellen, wurden auch Untersuchungen des Nabelvenenblutes vorgenommen; außerdem noch Schabepreparate für das Dunkelfeld und Röntgenaufnahmen des Skeletts angefertigt. Wichtig für die Prognose ist der Zeitpunkt des Zurückkliegens der Infektion. Bei der Bearbeitung der einzelnen Fälle konnte die Feststellung gemacht werden, daß bei Aborten oder Frühgeburten nicht von vornherein Lues angenommen werden soll, da sub partu auch unspezifische Serumreaktionen vorkommen. Dies jedoch erst nach dem neunten Monat. Die besten prognostischen Resultate für das Kind lieferte die Behandlung von Schwangeren im vierten bis fünften Monat. Auch sonst zeigte die frühzeitige Behandlung gute Resultate. Da jedoch die serologischen Reaktionen nicht mit 100 Prozent Genauigkeit arbeiten, ist auch auf genaueste Anamnese das größte Gewicht zu legen. Je länger die Infektion der Mutter zurückliegt, desto geringer wird die Aussicht für die Gesundheit des Kindes. Wenn die Schwangeren bis zum vierten Monat behandelt werden konnten, so muß man noch die Zeit der Infektion feststellen. Liegt diese kurze Zeit zurück, so wird das Kind mit Protojoduretpulver und Sublimatbädern behandelt. Lag die Erkrankung länger als vier Jahre zurück, so wurde keine Behandlung mehr vorgenommen.

S. C o h n.

2357.

Henkel, Zur Neuordnung der Geburtshilfe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 20, S. 815.) (Univ.-Frauen-Klin., Jena.) Es handelt sich nach Ansicht Henkels nicht darum, daß einige Operationen mehr oder weniger ausgeführt werden, sondern darum, daß eine Geburtshilfe betrieben wird, deren Ziel es ist, Mutter und Kind über den schweren Augenblick der Geburt mit möglichst geringer Schädigung beider hinwegzubringen. Deshalb kann auch das Problem kein lokales, räumliches sein, wie es in dem Gedanken der Trennung zwischen häuslicher und klinischer Geburtshilfe zum Ausdruck kommt, sondern es ist ein persönliches. Der glückliche oder unglückliche Ausgang einer Geburt ist allein von demjenigen abhängig, der die Geburt leitet, d. h. von den persönlichen Kenntnissen und Erfahrungen. Die Ausbildung in der Geburtshilfe muß auf eine viel breitere Basis gestellt werden, und derjenige, dem die Verantwortung und Leitung einer Geburt übertragen werden soll, muß den Nachweis erbringen, daß er diesen Anforderungen gewachsen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2358.

Brühl, R., Die Zondeck-Aschheimsche Schwangerschaftsreaktion. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 17, S. 696.) Der positive Ausfall der Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim und Zondeck ist ein sehr sicheres Zeichen für das Bestehen einer Gravidität. Der negative Ausfall derselben schließt eine Schwangerschaft mit fast hundertprozentiger Sicherheit aus.

Es ist höchstwahrscheinlich, daß im Hypophysenvorderlappen mindestens zwei Hormone gebildet werden. Das eine bewirkt Reifung der Follikel und findet sich häufig im Urin klimakterischer und kastrierter Frauen, das andere beeinflusst die Bildung des Corpus luteum und ist hauptsächlich in der Schwangerschaft nachweisbar. Im Urin trächtiger Stuten und Kühe konnten die Hormone nicht nachgewiesen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2359.

Aschheim, S., Meine Schwangerschaftsdiagnose durch Hormonnachweis im Harn. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 1.) Die bisherigen zahlreichen Methoden zur Frühdiagnose der Schwangerschaft haben alle große Fehlerquellen, so daß sie keine allgemeine Anwendung gefunden haben. Bei den Untersuchungen über das Vorkommen des Hormons des Hypophysenvorderlappens im Blute wurde festgestellt, daß das Hormon nach abgelaufener Schwangerschaft sehr bald verschwindet, und zwar durch große Ausscheidungen im Urin. Weitere Untersuchungen stellten fest, daß dieses Hormon schon sehr früh zu Beginn der Schwangerschaft ausgeschieden wird. Der Nachweis des Hypophysenvorderlappenhormons erfolgt durch Prüfung an der Maus, bei der an den Eierstöcken infantiler Tiere deutliche Umwälzungen hervorgerufen werden, und zwar unterscheidet Verfasser drei Reaktionen. Die H. V. R. I. besteht darin, daß die kleinen Follikel rapide wachsen und sehr bald eine große Höhle erhalten. Diese H. V. R. I hat jedoch für die Schwangerschaftsdiagnose keine ausschlaggebende Bedeutung, diese haben vielmehr die H. V. R. II und III. H. V. R. II besteht in einer Follikelblutung, die makroskopisch sich durch das Erscheinen kleiner roter Punkte kennzeichnet, hervorgerufen durch eine starke Hyperämie im Eierstock. H. V. R. III besteht in einer

morphologischen Veränderung der Granulose- und Thekazellen. Es kommt zur Luteinisation der Follikelzellen. Diese Veränderung gilt jedoch nur bei infantilen Mäusen, während bei Ratten sie aus anatomischen Verschiedenheiten nicht zu verwerten ist. Die deutlichste Veränderung besteht darin, daß die Granulosezellen stark vergrößert sind. Makroskopisch sind die Corpora lutea als weißgelbliche Pünktchen erkennbar. Ein Teil der Follikel bleibt unverändert. Bisweilen kann nur ein einziger Follikel verwandelt sein. Die Reaktionen II und III sind die für die Schwangerschaftsreaktion maßgebenden. Verfasser schildert dann die Technik seiner Methode. Es wird der erste Morgenharn der Frau injiziert, da dort die Konzentrationsverhältnisse am besten sind. Nach drei Tagen werden Scheidenabstriche gemacht zum Nachweis des Schollenstadiums, und nach etwa 100 Stunden werden die Ovarien makroskopisch mit der Lupe und, falls erforderlich, mikroskopisch untersucht. Bisweilen ist der Harn giftig, so daß manche Tiere sterben. Gewöhnlich zeigen mehrere Tiere ein positives Ergebnis, bisweilen ist das Resultat nur an einem einzigen nachzuweisen. Es wurden zahlreiche Kontrollen nichtschwangerer gesunder und und kranker Personen gemacht. Charakteristisch ist, daß das Hormon schon in den ersten Tagen nach dem Ausbleiben der Regel im Harn erscheint. Es wurde festgestellt, daß in keiner Phase der Menstruation bei gesunden Frauen Hypophysenvorderlappenhormon ausgeschieden wird. Die Versuche wurden an 333 Harnen gemacht, die ohne Angabe der Diagnose zu Versuchszwecken verwandt wurden. Von sämtlichen Kontrollharnen fanden sich vier mit der Schwangerschaftsreaktion bei Nichtbestehen derselben. Besonders wichtig sind differentialdiagnostisch Fälle von Amenorrhoe, die nur in einem einzigen Falle, der nicht geklärt werden konnte, ein positives Resultat ergaben. Bei 296 Harnuntersuchungen schwangerer Frauen waren sieben Versager. Man kann also sagen, daß die Methode in 96 bis 98% genaue Resultate gibt. Aus dem Wochenbettharn konnte man ersehen, daß die Ausscheidung des Hormons noch etwa eine Woche anhält. Eine ungestörte Bauchhöhlenschwangerschaft gibt positive Resultate. Interessant sind die Untersuchungen bei Blasenmole, die positiv reagierten, woraus zu ersehen ist, daß nicht der Föt, sondern das Plazentargewebe die Reaktion veranlaßt. Besonders praktische Bedeutung gewinnt die Reaktion auch dadurch, daß nach Entfernung der Blasenmole oder Operation eines Chorionepithelioms der Harn auf das Hormon regelmäßig untersucht werden muß zur Kontrolle des operativen Erfolges.

Kosinski, Berlin.

2360.

Kalenscher, H., Ueber Perforationsverletzungen bei der Abortbehandlung. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 2.) Unter 1000 Aborten innerhalb 8 Jahren wurden neun Perforationsverletzungen beobachtet, die in solche mit und ohne Nebenverletzungen wichtiger Organe eingeteilt werden können. Von den Instrumenten haben die Sonde, die Metaldilatatoren, die Kürette sowie hauptsächlich die Abortzange die Verletzungen verursacht. Verfasser schildert eingehend die neun Fälle und kommt zu folgenden Vorschlägen, wie man Abortverletzungen vermeiden kann. Der Abort soll möglichst spontan verlaufen, zurückbleibende Reste digital gelöst werden. Vor jeder Ausräumung muß man sich eine genaue Vorstellung der Größe und Lage des Uterus machen. Wichtig ist die richtige Lagerung der Patientin; keine intrauterine Behandlung ohne genügende Erweiterung. Die Perforation, die auch dem Geübten zustoßen kann, muß sofort erkannt und operiert werden. Vor der Behandlung von Aborten in der Sprechstunde ist dringend zu warnen.

Kosinski, Berlin.

2361.

Walther, Heinrich, Dilatation des Uterus bei Abort-ausräumung. (Med. Welt, Nr. 18, 1929.) Verfasser empfiehlt die Methode, durch die der Zervix am natürlichsten erweitert wird. Für Aborte bis zur sechsten Woche genügt meist ein mitteldicker Stift, der 12 bis 24 Stunden liegen bleibt. Bei Aborten nach der sechsten oder achten Woche, und gerade im dritten und auch vierten Monat genügt ein einziger Stift nicht. Hier empfiehlt es sich, in zweiter Sitzung in den jetzt erweiterten Kanal zwei bis drei, auch vier Stifte einzulegen. Dies gelingt meist spielend leicht, und der Erfolg ist, daß nach weiteren zwölf, längstens sechzehn Stunden der Zervix für den Finger durchgängig ist, wobei natürlich zwei- bis dreistündlich die Temperatur gemessen werden muß. Sehr zweckmäßig sind, gerade bei der wiederholten Dilatation, wechenregende Mittel. Sekale darf niemals gegeben werden. Man gibt Chinin und seine Präparate: Chioneal-Merck (zweistündlich eine Tablette), oder Chinin. carbonat.-Merck subkutan, oder auch intern 0,3 bis 0,5 Chinin sulf. oder bisulf. Auch kleine Pituglandol- oder Pitugan-Dosen wirken meist sehr günstig. Für fieberhafte Aborte ist diese Methode natürlich kontraindiziert.

L. Gordon, Berlin.

2362.

Moron, Remigio Bustos, Die Agglutination des Orificium externum colli uteri als Geburtshindernis. (Prensa med. argent., 15. Nr. 29.) Die Verklebung kann eine komplette oder inkomplette sein; in den meisten Fällen können nur ganz geringe Mengen von Fruchtwasser oder Blut entleert werden. Neben der Palpation muß auch eine genaue Inspektion stattfinden; die in solchen Fällen eine hochgradige Dehnung des Uterussegments und ein Vorfallen desselben bis tief nach vorne in die Vagina ergibt. Dort ist auch ein stark gespanntes, kuppelartig sich vorwölbendes „Diaphragma“, durch welches hindurch man den Fötus tasten kann, sichtbar und fühlbar. An einer Stelle dieser Vorwölbung findet man eine zirkuläre Erhabenheit, in deren Zentrum eine kleine Delle zu fühlen ist. Differentialdiagnostisch wichtig ist der Umstand, daß die Wandungen der Kuppel unmittelbar in das Scheidengewölbe übergehen. Während das agglutinierte Orifizium dem Innendruck, der von der Frucht ausgeht, nicht nachgibt, bieten sich andererseits keine Schwierigkeiten einer digitalen oder instrumentellen Dilatation. Es scheint, als ob innerhalb der Gebärmutterhöhle der Blase oder der Frucht der „Stützpunkt“ fehlt, um die Erweiterung des Kollum zu bewerkstelligen, während ein einfacher Druck mit einem Instrumente oder dem Zeigefinger an der Stelle, die dem Orifizium entspricht, genügt, den Gebärmutterhals zu eröffnen. Manchmal kommt es auch zu spontaner Öffnung des verklebten Orificiums unter der Geburt; die bis dahin sehr schmerzhaften Wehen nehmen einen normalen Charakter an und es erfolgt eine vollständige Dilatation. In anderen Fällen jedoch muß zu einer künstlichen Eröffnung geschritten werden, da sonst die Gefahr einer Uterusruptur oder -atonie droht. Es kann auch zu einem Einreißen des Muttermundes kommen, was keine üblen Folgen hat, sofern der Riß kein größeres Gefäß trifft, noch über die vaginale Insertion des Kollum hinausgeht.

Ashkenasy, Wien.

2363.

Bardenheuer, F. H., 30 Zangenoperationen mit der Zweifelischen Zange. (Med. Welt, Nr. 19, 1929.) (Staatl. Hebammenschule mit Entbindungsanstalt.) In der Zweifelischen Zange liegt ein neues deutsches Modell (Hersteller: Stiefenhofer, München) vor, das in der Hand des praktischen Arztes wie des Facharztes ausgezeichnetes zu leisten vermag. Der Zweifelzange gebührt wegen der Leichtigkeit der Handhabung und vor allem wegen ihrer Universalität der unbedingte Vorzug vor allen anderen Zangenmodellen. Sie kann nicht nur gleichberechtigt neben der Kiellandzange bestehen, sondern sie ist es wert, die Kiellandzange zu verdrängen.

L. Gordon, Berlin.

2364.

Gauß, C. J., Sind wir mit der erweiterten Indikation, zum Kaiserschnitt auf dem richtigen Wege? (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 20, S. 817.) (Würzburger Universitäts-Frauenklinik.) Die weitgehend lebensrettende Eigenschaft des Kaiserschnittes für das Kind wird unumwunden zugegeben, soweit er wenigstens bei noch ungefährdetem Kinde ausgeführt wird; wieweit die Operation geeignet ist, auch das schon gefährdete Kind sicher am Leben zu erhalten, ist nach den bisherigen Erfahrungen noch nicht sicher zu sagen. Für die Mutter kann der Kaiserschnitt in gleicher Weise zur lebensrettenden Operation werden, wenn die ihn indizierende Erkrankung (z. B. Herzfehler, Eklampsie, vorzeitige Ablösung der normalsitzenden Plazenta usw.) ohne sofortige Entbindung eine schlechte Prognose geben würde. Es bleibt dabei noch offen, ob sein Wert bei manchen Komplikationen der Geburt, z. B. Plazenta praevia, zur Zeit nicht erheblich überschätzt wird.

Diesen uneingeschränkt anerkannten Vorteilen des Kaiserschnittes steht aber eine Zahl von schwereren Nachteilen für die Mutter gegenüber, die den praktischen Wert der Operation wesentlich beeinträchtigen. Dies sind in erster Linie die bei streng gestellter Indikation verhältnismäßig hohe mütterliche Sterblichkeit und eine nicht unbeträchtliche Morbidität im Wochenbett, sodann eine ganze Reihe von Spätfolgen für die weitere Gesundheit der Patientin, endlich eine auffallend starke Herabsetzung der Gebärfähigkeit und besonders des Gebärwillens.

Angesichts dieser schweren Nachteile des Kaiserschnittes kann sich Gauß nicht zu einer Erweiterung seiner Indikationen verstehen, wie sie in neuester Zeit von mancher Seite angestrebt wird. Nur der aus strenger Indikation ausgeführte Kaiserschnitt gibt eine Gewähr, daß neben dem Kinde auch die Mutter zu ihrem Rechte kommt. Weicht man von diesem Standpunkte ab, so wird die Lebensrettung des Kindes in vielen Fällen zu einem Augenblickserfolg herabsinken, der zwar fast immer ein lebendes Kind, zugleich aber auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter bedeutet.

Arnold Hirsch, Berlin.

2365.

Heilmuth, Karl. Ueber Spätfolgen des Kaiserschnittes mit besonderer Berücksichtigung der weiteren Fertilität. (Münch. med. Wschr., Nr. 18.) (Universitätsfrauenklinik, Würzburg.) Es galt die Frage zu lösen, ob die Kaiserschnittoperation als Ersatz für vaginale Eingriffe, wie es von verschiedenen namhaften Autoren gefordert wird, zu empfehlen ist. Der Verfasser lehnt auf Grund von 133 an der Würzburger Klinik ausgeführten Kaiserschnitten diese Methode ab. Es hatte sich nämlich herausgestellt, daß nach der ersten Kaiserschnittoperation etwa 80%, nach mehreren sogar 100% wieder zum Kaiserschnitt führten, wenn ein enges Becken vorlag. Die Zahl der sekundär-sterilen Ehen von 30% nach der ersten Sektion stieg nach der zweiten auf 64%. Die Art der Sektion spielt hierbei keine Rolle. Zu bedenken ist noch, daß auch die Angst vor erneuter Operation eine große Rolle für die Erklärung der Sterilität spielt. Schließlich wird noch auf die Fälle von Uterusruptur bei späteren Schwangerschaften und Bauchfellehernien hingewiesen.

S. Cohn.

2366.

Smith, K. Shirley, und Frederik Roques. Gravidität und Diabetes. (Brit. med. J., 3549, S. 66.) Eine 34jährige Zuckerkrankte wurde von dem siebenten Schwangerschaftsmonat an einer genauen Insulinkur unterworfen, wodurch die Zuckerausscheidung von anfänglich 32 g bis auf Spuren, der Blutzucker von 200 mg% bis zur Norm herabsank. Nach einer normalen Entbindung bekam die Patientin am sechsten Tage einen hypoglykämischen Anfall, der sich jedoch durch eine Zuckergabe und durch Insulinreduktion schnell beheben ließ. Obwohl unter nahezu 40 000 Gravididen eines Krankenhauses niemals Diabetes beobachtet wurde, zeige dieser Fall, daß bei der Gravidität einer Zuckerkranken unter der Insulintherapie keine Gefahr mehr bestehe, wenn der Zustand durch häufigere Blutzuckerbestimmungen kontrolliert wird.

Kristeller.

2367.

Quater, E., S. Raphalkes und J. Kaganovitch. Ueber Bilirubinämie in der Schwangerschaft. (Gynec. et Obstétr., 19, Nr. 3, S. 170, 1929.) Auf Grund seiner Untersuchungen und der Literaturangaben kommt Verf. zu folgenden Resultaten: Bilirubinämie in der Gravidität beobachtet man in 72,8%, jedoch nicht immer außerhalb der physiologischen Norm. Sie verringert sich schrittweise und ist am geringsten im normalen Wochenbett. Die Quantität des Bilirubins im fötalen Blut ist mehr als doppelt so groß wie im mütterlichen Blut. Die Resultate der Ehrlichschen Diazoreaktion sprechen in bezug auf die Bildung des Bilirubins zugunsten der Hyperfunktion des retikulo-endothelialen Systems und nicht zugunsten der Leber. Die Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften oder Aborte, das Alter der Mutter, ihr Beruf und das Gewicht des Fötus spielen keine wesentliche Rolle in bezug auf die Quantität des Bilirubins im mütterlichen oder kindlichen Blut. Das Bilirubin ist kein Schwangerschaftsdiagnostikum, da bei septischen Erkrankungen post partum oder abortum immer Bilirubinämie beobachtet wird (100%). Bei diesen hängt die Quantität des Bilirubins im Blut ausschließlich von der Schwere des hämolytischen Prozesses ab.

Rudolf Katz, Berlin.

2368.

Willige, Ueber Schwerhörigkeit in der Schwangerschaft. (Arch. Ohr.- usw. Heilk., 120., Heft 2—3.) In der otologischen Literatur hat man sich mit dem Auftreten bzw. der Verschlimmerung der otosklerotischen Schwerhörigkeit während der Schwangerschaft viel befaßt. — Man hat unberücksichtigt gelassen, ob durch die Schwangerschaft als solche überhaupt eine Schwerhörigkeit eintritt oder nicht. Es wurden 35 Patientinnen ohne Anhalt für Otosklerose im 6. bis 10. Schwangerschaftsmonat otologisch untersucht. Es zeigte sich bei ihnen eine leichte Innenohrschwerhörigkeit, die sich durch Verkürzung der Kopfknochenleitung und Einschränkung der oberen Tongrenze charakterisiert. Es wurde weiterhin festgestellt, daß diese Innenohrschwerhörigkeit am 6. bis 10. Tage nach der Geburt wieder verschwindet und die Hörfähigkeit zur Norm zurückkehrt. Als Ursache für diese Schwerhörigkeit wird eine leichte und vorübergehende Lipoidablagerung im Innenohr angenommen, wofür auch objektive Zeichen vorhandener Hypercholesterinämie bei Schwangeren sprechen. Es ist noch darauf hinzuweisen, daß diese Innenohrschwerhörigkeit nichts mit Otosklerose zu tun hat.

2369.

Hilgenberg, F. C. Ileus bei Pyelitis gravidarum. (Zbl. Gynäk., Nr. 23, 1929.) Bericht über einen seltenen, aber sehr instruktiven Fall von Pyelitis bzw. Pyelonephritis im 6. Schwangerschaftsmonat, in welchem die Pyelitis unter hohem Fieber, Schüttelfrost, darniederliegender Urinentleerung zum Bild eines paralytischen Darmverschlusses führte. Heilung erfolgte erst nach Unterbrechung

der Schwangerschaft. Auffallend war die mangelhafte Kontraktionsfähigkeit des Uterus, die zu einer lebensbedrohlichen Blutung führte. Die Darmparalyse ist zu erklären als entstanden durch eine Schädigung der Darmwand auf Grund der retroperitoneal gelegenen entzündlichen Prozesse, die häufig im Gefolge einer Pyelitis bzw. Pyelonephritis auftreten. Beim Auftreten von Ileuserscheinungen in der Schwangerschaft aus dieser Aetiologie dürfte die Indikation zur künstlichen Interruptio stets gegeben sein.

Schwab, Hamburg.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2370.

Thost, Anästhesie und Parazentese des Trommelfelles. (Arch. Ohr.- usw. Heilk., 120., Heft 2—3.) Der Chloräthylrausch wird verworfen. Zumal bei Kindern wird folgendes Vorgehen empfohlen: Es wird eine 33%prozentige oder auch 40prozentige Lösung von Alypin zur Anästhesie des Trommelfelles hergestellt. Ein damit getränkter Tampon wird bis zum Trommelfell vorgeschoben, mit einem zweiten trockenen Wattetampon wird die Lösung ausgepreßt. Man wartet 10 Minuten. Dann kann man die Parazentese ausführen.

Hesse, Königsberg.

2371.

Westergaard, Die Pleozytosevariationen in den verschiedenen Portionen der Spinalflüssigkeit bei otogenen meningealen Irritationszuständen. (Arch. Ohr.- usw. Heilk., Band 120, Heft 2/3.) Die Pleozytose variiert bei den otogenen meningealen Reizzuständen in den verschiedenen Portionen der bei der einzelnen Lumbalpunktion entleerten Spinalflüssigkeit sehr stark. Die Lumbalpunktion geschieht in Rechtslage, wobei der Patient etwas schräg von oben nach unten (Kopf oben) gelagert wird. Der Liquor wird gewöhnlich in 6 Portionen aufgefangen. Die Zellzahl wird als Kurve eingezeichnet. Man kann so aus einem Ansteigen oder Abfallen der Kurven den Schluß ziehen, daß der meningitische Prozeß im Zunehmen oder Abnehmen begriffen ist oder in gleicher Stärke fortbesteht. Da die Pleozytose stark in den verschiedenen Portionen variiert, kann man nicht von einer bestimmten Zellenanzahl in der Spinalflüssigkeit sprechen. Man kann nicht eine einzelne zufällig gewählte Portion von Spinalflüssigkeit mit sicherem Ergebnis untersuchen. Es muß zum mindesten die erste und die letzte Portion untersucht werden, wodurch man wichtige Aufschlüsse für Diagnose, Prognose und Behandlung erhalten kann.

Hesse, Königsberg.

2372.

Berggren, Zur Frage der Behandlung schwer verlaufender Fälle von Laryngitis subglottica. (Arch. Ohr.- usw. Heilk., 120., Heft 2/3.) Laryngoskopisch sieht man die gewöhnlich weißen Stimmbänder und darunter stark gerötete oder blaurote Anschwellungen. In den meisten Fällen gehen sie auf Wärmebehandlung zurück. Sonst kommt Intubation oder Tracheotomie in Betracht. Bei den mit Intubation behandelten Fällen von Laryngitis subglottica konnte sich Verfasser des Gedankens nicht erwehren, daß das Intubationsrohr einen vermehrten Reizzustand in dem entzündeten Gewebe des Kehlkopfes verursachte. Wenn man in diesen Fällen die Tracheotomie wählt, welche den Larynx selbst unberührt und in Ruhe läßt, so kann man wohl eine sicherere und schnellere Zurückbildung des geschwollenen subchordalen Gewebes erreichen.

Es wird noch berichtet von einem Falle von Laryngitis subglottica, wo immer wieder Intubation notwendig wurde, und deshalb ein radikaler Eingriff vorgenommen wurde. Es wurde Tracheotomie und Laryngofissur ausgeführt, und hierbei wurden die chronisch angeschwollenen Teile der unteren Fläche der Stimmbänder exzidiert. Das Resultat war durchaus zufriedenstellend, doch ist nach Ansicht des Verfassers dieses Vorgehen nur als Ultima ratio anzuwenden. Man wird lieber Tracheotomie als Intubation in solchen Fällen zuerst versuchen, da bei Intubation, wie oben erwähnt, dauernd ein Reiz auf die Kehlkopfschleimhaut ausgeübt wird, wodurch eine Rückbildung der subglottischen Schwellung behindert wird.

Hesse, Königsberg.

2373.

Kraus, Erik Johannes, Ueber drei Fälle einer eigenartigen Neubildung der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 20, S. 932.) Es werden drei Fälle einer eigenartigen, diffus wuchernden Neubildung im Bereiche der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle beschrieben, die sich durch flächenhaftes Fortschreiten, fehlende Neigung zum Tiefenwachstum, fehlende Verkäsung, dagegen Neigung zu gangränösem Zerfall, durch das Verschontbleiben der regionären Lymphknoten und den malignen, progredienten, jeder Therapie trotzen Charakter auszeichneten.

Daß Lues, Rotz, Lymphogranulomatose — diese schon wegen der fehlenden Lymphknotenveränderung — und alle anderen bekannten Granulome nach gründlicher klinischer und morphologischer Untersuchungen ausgeschlossen werden konnte, wird ausdrücklich hervorgehoben.

Während in zwei der beschriebenen Fälle an der Granulomatur des Prozesses nicht zu zweifeln war, ließ das histologische Bild der Neubildung im dritten Falle vielfach an einen unreifen, sarkomatösen Tumor denken.

Gegen die Annahme eines von Haus aus sarkomatösen Prozesses wäre vielleicht die für ein Sarkom ganz ungewöhnliche Ausbreitungsform der Neubildung sowie die Ausbildung der mächtigen, chronisch-entzündlichen Reaktionszone, die sich überall unter der plaqueartigen, flächenhaft sich ausbreitenden Wucherung nachweisen ließ, anzuführen.

Die vorliegenden histologischen Bilder scheinen eher darauf hinzuweisen, daß es sich vielleicht auch in diesem Falle wie in den zwei anderen ursprünglich um ein spezifisches Granulom, möglicherweise vom gleichen Charakter wie bei diesen, handeln dürfte, und daß sich erst später im Verlauf der Erkrankung der Uebergang in Sarkom vollzogen hat, sofern nicht überhaupt nur eine äußere Ähnlichkeit mit einem sarkomatösen Blastom, wie dies von der Lymphogranulomatose her bekannt ist, vorliegt.

Die in den drei Fällen allerdings nur bakterioskopisch vorgenommene Suche nach irgendwelchen Erregern (in Präparaten nach Gram, Ziehl-Neelson, Giemsa, Levaditi usw.) lieferte keinen Anhaltspunkt für die Ätiologie der Erkrankung, da die nachgewiesenen Mikroorganismen einschließlich der Spirochäten, die dem Typus der Spirochaeta refringens entsprechen, und der fusiformen Stäbchen als sekundär eingewanderte Parasiten aufgefaßt werden müssen, wobei vielleicht das Eindringen der Spirochäten in die zum Teil thrombosierten Gefäße bemerkenswert erscheint.

Wegen der Möglichkeit einer gewerblichen Noxe als etwaiger Ursache der Erkrankung in den drei Fällen wird bemerkt, daß zwei Leute Schmiede waren, davon einer Hufschmied, jedoch nicht mit Pferden zu tun haben, während der dritte Patient Tabakverschleißer war, also einen ganz anderen Beruf hatte, ein Umstand, der gegen die Annahme einer bestimmten beruflichen Schädigung spricht.

Auf Grund der morphologischen Untersuchung glaubt Verfasser sagen zu können, daß es sich bei dem entworfenen Krankheitsbilde — und zwar in den zwei Fällen — um einen selbständigen, spezifischen Prozeß chronisch-entzündlicher Natur, jedoch unbekannter Ätiologie handelt, während im einen Falle nicht mit Sicherheit entschieden werden kann, ob ein Granulom bloß mit sarkomähnlicher Wucherung oder ein echtes Sarkom, bzw. ein Sarkom auf Basis eines Granuloms vorliegt.

Da die zerstörende Wirkung des beschriebenen Granuloms zum Teil auf Rechnung der begleitenden Gangrän zu setzen ist und der Prozeß durch die Gangrän ein besonderes Gepräge erhält, erscheint es Verfasser zweckmäßig, das Krankheitsbild, wie es in den zwei beschriebenen Fällen vorliegt, als Granuloma gangraenosum zu bezeichnen, vorausgesetzt, daß es sich in diesen Fällen um eine ätiologisch einheitliche Erkrankung handelt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2374.

Kindler, W., Zur Behandlung und Nachbehandlung von Speiseröhrenverletzungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 741.) Es wird eine kurze Uebersicht der aus dem Schrifttum bekannten chirurgischen und konservativen Behandlungsverfahren bei Speiseröhrenverletzungen und ihren Verwicklungen gegeben.

Nach ösophagoskopischer Entfernung von Speiseröhrenfremdkörpern hat sich zur Beseitigung zersetzter, zurückgebliebener Speisereste und zur Keimarmmmachung des infizierten Wundgebietes die therapeutische Oesophaguswaschung mit Kaliumpermanganat nach Zange bewährt; es wurde dadurch die Gefahr einer Infektionsausbreitung auf die Nachbarschaft herabgemindert. Zugleich wird eine neue Ablaufrinne für die Spülflüssigkeit aus dem Oesophagus angegeben.

In allen Fällen von Speiseröhrenfremdkörpern, namentlich in solchen mit Wandverletzungen, erwies sich zur Herabsetzung der Infektionsgefahr durch vorbeigleitende Speisen die zeitweise Ausschaltung des Oesophagus als Speiseleiter nützlich. Die Ernährung wurde während dieser Zeit bis zu acht Tagen extraösophageal durch Näreinläufe, intravenöse Traubenzuckergaben, sowie durch Perkutanahrung mittels Dinutronsäbe durchgeführt. Zur Linderung des Durstgefühls wurde ungezuckerter Tee verabreicht.

Bei Verdacht oder Vorhandensein einer Mittelfellraumentzündung wird die Schräglagerung des Kranken nach v. Hacker und Mikulicz erneut empfohlen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie.

2375.

Gragger, E., Ueber einen Fall von Aurantiasis cutis Baelz. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 20.) Unter Aurantiasis cutis (auch als Xanthodermie, Xanthochromie, Ochrodermatose, Pseudoikterus bezeichnet) versteht man eine Gelbfärbung der Haut, die besonders an den Handflächen, Fußsohlen, Stirn, Nasolabialfalten lokalisiert ist, auch die Nägel betrifft, während im Gegensatz zum Ikterus Skleren und Konjunktiven frei sind, acholischer Stuhlgang und Braunfärbung des Harns fehlt. Die Färbung wird durch den in Mohrrüben, Kürbis, Mandarinen, Zitronen, Orangen und einigen Gemüsearten enthaltenen Farbstoff Karotin hervorgerufen, wenn eine Ernährung vorwiegend mit diesen Nahrungsmitteln stattfindet. Der Hauptlagerungsort des Farbstoffes ist die Hornschicht. Ein vermehrter Gehalt des Blutes an Farbstoff (Lipochrom) scheint der Ablagerung in die Gewebe vorauszugehen; er beruht auf einer Unfähigkeit des Kranken, das mit der Nahrung aufgenommene Lipochrom aus dem Organismus durch Spaltung oder Ausscheidung zu entfernen; das soll hauptsächlich bei Zuckerkranken der Fall sein. Doch führt vermehrter Farbstoffgehalt im Blut nicht immer zu gelber Hautverfärbung, es muß auch eine gewisse Disposition der Haut vorhanden sein. Die Entstehung der Hauterscheinungen wird bei einseitiger Ernährung mit den karotinhaltenen Nahrungsmitteln durch gleichzeitige Fettzufuhr gefördert. Ernst Levin, Berlin.

2376.

Benjamowitsch, Eugenie, und L. N. Maschkilleisson, Beiträge zur Frage der Atrophia cutis striata. (Acta Dermato-Vener., 10., Nr. 1.) Wie andere Autoren, so konnten auch die Verfasser Fälle von St. atroph. sammeln, in denen es unmöglich war, eine vorherige Distension der Haut in den betreffenden Partien festzustellen. Dagegen lag bei der Mehrzahl der Fälle eine chronische Infektionskrankheit, wie Tuberkulose, Lues, vor. Diese Beobachtung in Verbindung mit dem histologischen Nachweis des völligen Verschwindens der elastischen Fasern sowie mit der Feststellung von Degenerationsveränderungen des elastischen Gewebes in einigen Fällen legen den Gedanken nahe, daß bei der Entstehung von Striae, an Stellen, bei denen keine lokale Ursache hierfür nachgewiesen werden kann, toxische und nicht mechanische Einflüsse die entscheidende Rolle spielen. Gewöhnlich liegt aber in diesen Fällen noch eine angeborene Schwäche des sogenannten physiologischen Systems des Bindegewebes vor, das sich in den Fällen der Verfasser in Varizen, Prolapsus ani usw. äußerte.

B a b.

2377.

Perutz, A., Ueber eine eigenartige Lokalisation von Frostschäden. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 20.) Während des strengen Winters 1928/29 wurden, und zwar ausschließlich bei kräftigen weiblichen Personen mit gut entwickeltem Fettpolster Frostschäden an der Innenseite der Kniegelenke beobachtet, teils hier isoliert, teils in Verbindung mit Perniosis an anderen Stellen oder mit Erythrocyanosis crurum puellaris. Die Erkrankung verläuft in vier, oft miteinander kombinierten Stadien: Erythem ohne blauen oder blauvioletten Farbton mit eigenartiger, eisiger Kälte; zirkumskripte Follikelschwellungen auf eisigkalter Haut; Knotenbildung; Ulzerationen infolge Zerfalles der Knoten. Es bieten sich gewisse Schwierigkeiten bezüglich der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Erythrocyanosis crurum puellaris und gewöhnlicher Perniosis, wahrscheinlich handelt es sich um eine Kombination beider, wobei je nachdem das Symptomenbild der einen oder anderen Affektion mehr in den Vordergrund tritt. Verursacht wird der Zustand durch unzureichende Bekleidung (abschnürende Beinkleider) bei einer durch Dysfunktion des Gefäßsystems und erhöhte Erstarrungsfähigkeit des bei Frauen gerade an der Innenseite der Kniegelenke lokalisierten Fettgewebes gegebenen Prädisposition. Therapeutisch bewährte sich neben üblichen Blei, Kampfer, Ichthyol enthaltenden Salben und Diathermie zur Steigerung des Erregungszustandes der Vasokonstriktorenzentren Strychnin (T. Strychnin + T. Strophanthi aa, zwei- bis dreimal täglich 10 Tropfen, höchstens 12 bis 14 Tage lang).

Ernst Levin, Berlin.

2378.

Schreiner, K., Kann der primäre Verbrennungstod durch medikamentöse Behandlung verhütet werden? (Dermatologische Klinik in Graz.) (Med. Klin., Nr. 18, 1929.) Es muß angenommen werden, daß durch die Verbrennung ein Gift im Körper entsteht, welches zweierlei Wirkungen hat: eine muskarinartige auf das Herz, welche durch Vagusreizung den Herzstillstand bewirkt, und eine periphere kurareartige. Diese Wirkung kann im Experiment durch Atropin ausgeschaltet werden; die günstige Wirkung des Atropins ist auch am Menschen bestätigt worden. Bekanntlich wird Atropin auch bei der Seekrankheit gebraucht. Die Analogie

zwischen der Seekrankheit und der Verbrennung besteht aber nicht nur in der Gemeinsamkeit der therapeutischen Wirkung des Atropins, sondern auch in einer gewissen Ähnlichkeit der Krankheitssymptome. Hier wie dort sieht man nach einer allerdings verschieden stark ausgeprägten anfänglichen Unruhe zuerst Rötung, dann Blässe, Schweißausbruch, Erbrechen, später Apathie und Somnolenz auftreten; Symptome, welche auf Störungen im sympathisch-parasympathischen Gleichgewicht zurückgeführt werden müssen. Auf Grund dieser Analogie machte Verfasser den Versuch, den Verbrennungstod durch das von Starkenstein gegen die Seekrankheit empfohlene Mittel „Vasano“ zu verhüten. Wie sich an 4 Fällen äußerst schwerer Verbrennung zeigte, tritt nach der Injektion von Vasano eine auffallende Beruhigung der verbrannten Patienten ein, die meist in Schlaf übergeht. Das Erbrechen kann durch die Injektion zum Stillstand gebracht werden. Das subjektive Befinden der Kranken scheint sich zu bessern. Nebenerscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet. Da alle 4 Patienten in bezug auf das Gefahrenmoment als Grenzfälle unbedingt eingeschätzt werden müssen und am Leben blieben kommt Verfasser zu der Annahme, daß die durch die Verbrennung ausgelöste Eiweißzerfallstoxikose in ihrer zentralen und wahrscheinlich auch peripheren Auswirkung durch die Hyoscyamin-Scopolaminverbindung des genannten Präparates antagonistisch beeinflusst werden kann.

L. Gordon, Berlin.

2379.

Sellei, J., Lokalisierte und progredierte Hämosiderosen. (Orvosi het., Nr. 10, 1929.) Hämosiderosen sind Hautpigmentationen, bei welchen das Pigment größtenteils aus dem aus Hämglobin stammenden, eisenhaltigen Hämosiderin besteht. Die weiterschreitenden Hämosiderosen bilden eine Gruppe für sich; es gehören hierher die Majocchische Purpura annularis teleangiectodes, die Schambergische Krankheit und die vom Verfasser beschriebene Hämosiderosis reticularis senilis. Die drei Formen — insbesondere letztere — werden dadurch charakterisiert, daß Teleangiectasien, punktförmige Hämorrhagien und stecknadelgroße Pigmentflecke in retikulärer Ausbreitung vorkommen.

E. J. László (M. U. M. Budapest).

2380.

Mezei, K., Multiplexe Epilation mittels Diathermie. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 20.) Ebenso wie bei der Elektrolyse läßt sich auch bei Anwendung der Diathermie eine gleichzeitige Entfernung mehrerer Haare durch eine geeignete Apparatur erzielen. Die in den Haarfollikel einzuführenden Nadeln sind nur einige Millimeter von der Spitze nicht isoliert, im übrigen ebenso wie ein zu ihnen gehöriger Metallfaden durch Seide und Emaille isoliert, so daß kein Funken überspringen kann. Die Metallfäden, die in dem gegebenen Falle zur Anwendung kommen, werden mit dem klammerförmigen Ansatz, durch den der Strom eingeschaltet wird, verbunden, und ein die Koagulation erzielender Strom eingeschaltet; die empirisch festgestellte Stromstärke ist der Zahl der angewendeten Nadeln entsprechend zu multiplizieren.

Ernst Levin, Berlin.

2381.

Gawalowski, Karel, Lupus erythematosus acutus. (Acta Dermato-Vener., Nr. 1, 1910.) Die Ätiologie des Lupus eryth. acutus ist wohl die gleiche wie die des Lupus eryth. discoides. Ob aber hierbei der Tuberkelbazillus bzw. der Streptokokkus eine Rolle spielen, ist noch völlig ungeklärt. Auch die Theorie des Lymphogranuloms von Schaumann, die vielleicht mit den Ideen von Paltauf-Sternberg identisch ist, schließt nicht die Möglichkeit aus, daß ein noch bisher unbekanntes Agens die Ursache des Lupus eryth. ist. Hierbei ist dann unentschieden, ob die Haut oder die Ganglien der primäre Angriffspunkt des Virus sind, das dann weiterhin toxische Störungen mit Verminderung der Widerstandskraft des Körpers — besonders gegen Tuberkulose und Streptokokken — hervorruft, und das auch die Erregbarkeit der Haut gegen äußere und innere Einflüsse vermehrt. — Die Therapie steht der Krankheit auch heute noch machtlos gegenüber; nur von Argoflavin hat man in wenigen Fällen Erfolge gesehen.

Bab.

2382.

Stümpke G. und Gg. Soika, Biochemische Untersuchungen bei Hautkrankheiten. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 20, S. 917.) Die Bestimmungen des Grundumsatzes sind neben den sonstigen klinischen Methoden auch für die Dermatologie von Bedeutung. Besonders die Befunde bei Patienten mit Ekzem oder Psoriasis lassen die Möglichkeit erkennen, durch weitere systematische Grundumsatzuntersuchungen aus der großen Gruppe dieser beiden Hauptdermatosen gewisse Fälle auszusondern, denen dann eine Sonderstellung im Rahmen dieser Dermatosen anzuweisen wäre.

Besonders tiefe Werte der spezifisch-dynamischen Wirkung wurden bei manchen Ekzemen gefunden (z. B. + 4,7, + 6,8, + 8,5, + 9,5).

Die interferometrische Methode als quantitativ analytisches Verfahren zur Bestimmung von Abbaufarmen im Blut kann nicht empfohlen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2383.

Hellerström, Sven, Ein Beitrag zur Kenntnis des Lymphogranuloma inguinale. (Acta Dermato-Vener., 10., Supplement 1.) Das in Schweden 1927 zum ersten Male diagnostizierte Lymphogranuloma inguinale wurde in den Jahren 1927/1928 in 47 Fällen durch die absolut spezifische Intrakutanreaktion nach Frey diagnostiziert. Diese Reaktion wurde in 60% 2 bis 3 Wochen nach der Entdeckung der Drüenschwellung angestellt, während in einem Falle die Remanenz der Hautallergie 24½ Jahre betragen mußte. Die Dauer der Inkubationszeit bis zum Entstehen des Primäraffektes dauert etwa 14 Tage, bis zur Entwicklung des Bubo etwa 4 Wochen. Der Primäraffekt, dessen Erreger noch völlig ungekannt ist, zeigt sich als unspezifische, nicht infiltrierte Erosion bzw. Ulkus mit glatten, scharfen Rändern. Auch das pathologisch-anatomische Bild des Bubos ist nicht pathognomisch. Irgendeine Differenz zwischen den in Schweden und den in den Tropen infizierten Fällen ist nicht ersichtlich, so daß anzunehmen ist, daß der klimatische Bubo und das Lymphogranulom identisch sind; natürlich sind andererseits nicht alle strumösen Bubonen auf diese Krankheit zurückzuführen, die als Infektionskrankheit anzusehen ist. — Die Behandlung besteht in frühzeitiger radikaler Ausräumung der Drüsen, die vorgenommen werden kann, ohne daß Elephantiasis einzutreten braucht, und in Darreichung von 1 bis 2% Kaliumtartrat bzw. -bitartrat bzw. von Antimonpräparaten. H. empfiehlt, 10 ccm einer 1prozentigen Lösung von Tartarus stibiat. in physiologischer Kochsalzlösung, zweimal wöchentlich, intravenös zu injizieren. Gewöhnlich genügen 4 bis 8 Injektionen, seltener muß man mehr, bis etwa 12 bis 15, verabfolgen.

Bab.

2384.

Badrian, Ein neuer, elastischer und regulierbarer Harnröhrenverschluß zur ambulanten Behandlung bei männlicher Gonorrhöe. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 20.) Mehr wie früher sind die Patienten durch die heutigen Arbeits- und Wohnungsverhältnisse in der Ausführung der häuslichen Einspritzungen beim Tripper behindert. Um ihnen diese zu erleichtern und vor allem möglichst lange ausgedehnte Einspritzungen zu ermöglichen, hat Verf. eine federnde Klemme konstruiert, die sich bequem, auch mit einer Hand, anlegen läßt, so daß die Patienten, während die Einspritzung durch die Klemme zurückgehalten wird, anderen Beschäftigungen nachgehen können, ohne dabei sich ihrer Umgebung gegenüber auffällig zu machen.

Ernst Levin, Berlin.

2585.

Bode, O., Zur Iontophoresebehandlung der weiblichen Gonorrhöe. (Fortschr. Ther., 5., Heft 9, S. 277, 1929.) Von 12 Fällen weiblicher Gonorrhöe, die einer Iontophoresebehandlung unterzogen wurden, gelang es, bei 9 Frauen vollkommene Heilung zu erzielen. Die 3 Fälle mit negativem Ergebnis verhielten sich auch anderen Behandlungsmethoden gegenüber refraktär. Als Apparat wurde der Gono-Iontophor (Firma Heukeshoven & Freund) und als Medikament das Rivanol benutzt. Die bisher vorliegenden Erfahrungen sprechen durchaus für den Wert der Iontophorese bei weiblicher Gonorrhöe. Diese Methode hat jedoch den Nachteil, daß jede einzelne Sitzung lange Zeit (täglich 1 Stunde) in Anspruch nimmt. Darum dürfte sie für den Praktiker erst dann spruchreif werden, wenn weitere Erfahrungen und Verbesserungen an dem Apparat zu verzeichnen sind.

E. Kontorowitsch.

2386.

Campbell, F., Meredith und John D. Lyttle, Verschuß der Harnleiter bei Säuglingen und Kleinkindern. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 7, 1929.) Unter 2420 Kindern, welche das Bellevue-Hospital in New York passierten, fanden die Verff. 47, das sind 2%, mit Verschuß der Harnleiter. Die Ursache des Verschlusses kann intrauretral oder extrauretral gelegen sein. Als intrauretrale Ursachen kommen in Betracht: Strikturen, Steinbildungen, Bildungsfehler, Abknickungen, Klappenbildungen, abnorme Insertion am Nierenbecken, Ektopie der Nieren, Verdoppelung der Ureteren und Kreuzungen derselben, Spasmen, Harnleiterzysten und abgestoßene Teile von Nierengewebe, beispielsweise bei geschwürigen und tuberkulösen Prozessen der Niere. Unter den extrauretralen Ursachen spielen vor allem entzündliche und neoplastische Prozesse eine wichtige Rolle. In weit mehr als der Hälfte aller Fälle ist Verschuß der Ureteren auf Strikturen zurückzuführen. Unter den von Verff. beobachteten 47 Fällen war dies 43mal der Fall. Meist handelt es sich um angeborene Verengungen. Als Sitz bevorzugen sie in der Regel einer der beiden Enden des Harnleiters, können aber auch an jeder beliebigen Stelle im Verlauf des Harnleiters vorkommen; oft sind sie in der Mehrzahl und sogar beiderseitig vorhanden. An zweiter Stelle in bezug auf Häufigkeit

des Vorkommens als Ursache von Ureterenverschluß stehen Steinbildungen, deren Zustandekommen durch Harnstauung begünstigt wird. Ihr Entstehungsort ist meist das Nierenbecken; im Ureter selbst werden sie nicht sehr häufig gefunden, da von den Steinen, welche die Niere verlassen, mehr als 90% den Ureter passieren und in die Blase gelangen. Die klinischen Symptome bei Harnleiterverschluß können sehr mannigfaltig sein und zu diagnostischen Irrtümern führen. Schmerzen in der Lumbalgegend, Nierenkoliken, Hämaturie, Schmerzen beim Urinieren und vermehrter Harndrang sind Erscheinungen, die insbesondere beim Kinde nicht leicht zu deuten sind. Gewöhnlich entspricht das klinische Bild dem der sogenannten akuten Pyelitis, die meist durch eine gleichzeitig bestehende Erkrankung des Respirationstraktes oder eine Magen-Darmstörung kompliziert ist. Ohne wiederholte Harnuntersuchung ist die Diagnose nicht zu stellen. Anamnestic Angaben, Beginn der Erkrankung und klinische Beobachtung ermöglichen es oft nicht, den Zustand von einer beginnenden Pneumonie, Meningitis, Enzephalitis, Otitis, Influenza oder irgendeiner anderen akuten Infektion zu trennen.

Eines der konstantesten Symptome ist die Pyurie. Handelt es sich um vollständigen Verschluß des Harnleiters, dann führt oft der Palpationsbefund einer vergrößerten Niere zur richtigen Diagnose. In der Regel aber fehlen, mit Ausnahme der Pyurie, alle diagnostisch verwertbaren Zeichen. Was die Anwendung urologischer und therapeutischer Methoden beim Kinde anbelangt, so gelten hier die gleichen Grundsätze wie beim Erwachsenen. Zystographie, Zystoskopie, Ureterenkatheterismus, Nierenfunktionsprüfung und Pyelographie liefern uns die genauesten und verlässlichsten Anhaltspunkte für die Diagnose und Therapie und können beim Kinde ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden. Der jüngste Patient, an dem Verff. die Zystoskopie ausführten, war ein Knabe im Alter von 10 Wochen. Instrumentelle Untersuchung und Behandlung pflegen Verff. aber erst dann vorzunehmen, wenn die medikamentöse Behandlung nach Ablauf von vier bis acht Wochen zu keinem Erfolg geführt hat. Hartnäckige Pyurie gibt am häufigsten die Indikation hierzu ab. Bei Hämaturie (ausgenommen hämorrhagische Nephritis), Koliken und Tumoren wird die instrumentelle Untersuchung nach Anfertigung einer Röntgenaufnahme, um die Anwesenheit von Steinen oder eine Spina bifida auszuschließen, sofort vorgenommen. Je nach dem Alter und Temperament des Kindes wird die Untersuchung in oder ohne Narkose ausgeführt. Zur Narkose genügen einige Tropfen Aether; nach Einführung des Instrumentes wird die Narkose sofort unterbrochen. (Bei einem 6jährigen Mädchen wurde die vollständige urologische Untersuchung, einschließlich Pyelographie, ohne Narkose klaglos ausgeführt.) Die Indikationen zu operativen Eingriffen zur Beseitigung des Hindernisses sind die gleichen wie beim Erwachsenen. Wo als Folge des Harnleiterverschlusses eine Infektion der Harnwege besteht, wird diese durch die Behebung des Hindernisses am ehesten beseitigt. Strikturen werden durch Einlegen von Kathetern dilatiert. Zu Nierenbeckenwaschungen verwenden die Verff. 0,2prozentige Argentum-nitricum-Lösung. Die hierdurch erzielten günstigen Resultate schreiben die Verff. weniger dem Argentum nitricum als der gleichzeitig bewirkten Dilatation des Harnleiters zu.

L. Büchler, Wien.

2387.
Scott Pugh, W., Obstruktion des unteren Urethraltraktes. (Med. J. Rec., Nr. 6, 7, 1929.) Man hat bis jetzt die Wichtigkeit der Drainage im Nierensystem zu sehr übersehen und ist überrascht, welch große Schädigung triviale Obstruktionen hervorrufen. Die geringste Verengung im Lumen der Urethra kann alte Herde in der Prostata und in den Samenbläschen zum Auflackern bringen und jede Behandlung versagt oder ist, wie Massage, der Prostata sogar schädlich, wenn nicht vorher solche Infiltrationen der Urethra behandelt werden. Viel häufiger als man annimmt ruft eine vergrößerte Samenblase Ureterenobstruktion hervor. Und die häufigste Ursache dieser Vergrößerung ist die Gonorrhöe: in 75%. Man sollte deshalb bei allen Urethralinfektionen rectal untersuchen. Ein Fall wurde unter der Diagnose Nierensteine eingeliefert und sollte operiert werden: genaue Untersuchung ergab eine Infiltration in der Urethra, stark vergrößerte Samenblasen und einen Ureterstein. Außerdem Hämaturie, wie sie bei Urthritis posterior häufig ist. Diathermie, heiße Sitzbäder. Häufig hört man von kongenitalen oder erworbenen Urethrestrikturen, die in Wirklichkeit Hypertrophie des Verumontanum oder Urethralklappen sind. Letzteres eine Erkrankung der Kindheit. Jede Störung des Urethraltraktes sollte daran denken lassen: Ruhelosigkeit, dauernde Pyurie, später Hydronephrose, Pyelonephritis, Niereninsuffizienz, schließlich gastrointestinale Störungen, Schüttelfrost, Fieber, Urämie. Diagnose durch Zystoskopie und Urographie. Zu häufig wird in vorgeschrittenen Jahren Prostatahypertrophie als Hindernis beim Urinieren angenommen. Wohl ist sie die häufigste, aber nicht die einzige Ursache. Gründliche innere Untersuchung (hypertensives oder arteriosklerotisches Herz, N-Retention) ist hier nötig und eine Urethra-

striktur ist vor allem auszuschließen. Eine andere Ursache ist die mediane Barre, ein entzündlicher Zustand des Blasenhalbes nach alter Gonorrhöe. Ein Prostataabszeß kann ferner eine Hypertrophie vortäuschen. Häufiger als man annimmt ist auch die Urethrastriktur bei Frauen. Die häufigste Ursache ist der Gonokokkus. Viel seltener sind Geburts- oder Katheterschädigungen, Neubildungen, Lupus. Wichtig ist hier Leukorrhöe und die Anwendung von Vaginalduschen in der Anamnese. In vielen Fällen werden Abdominal- und Nierenaffektionen vorgetäuscht, und oft werden die Patienten für Neurotiker gehalten. Dysurie, Drang, Zeichen von Toxämie sind nicht selten. Zu wenig werden Silikonsonden benutzt: Metallsonden lassen eine Striktur nicht erkennen. Urthroskopie ist immer zu empfehlen. Meist am Meatus, können sie in allen Teilen der Urethra vorkommen. Weiche Infiltrationen weichen immer der Behandlung.

v. Schnitzer.

2388.

Valerio, Americo, Urethrale Elektrolyse. (Brasil. med., 43., 14.) Verfasser erzielt überraschend schnelle und sehr gute Resultate durch Elektrolyse (linear 3—6 Milliampères, zirkulär 8—10 Milliampères) bei Stenosen der Urethra gonorrhöischer Natur und selbst solchen traumatischen Ursprungs. Bei refraktärer chronischer Gonorrhöe mit Schleimhautwucherungen oder tiefer Infiltration in das Drüsengewebe ruft die Elektrolyse eine rapide Sekretentleerung aus den Drüsen und gleichzeitig eine Erweiterung der durch Infiltration des Muskelgewebes kontrahierten Urethra hervor.

Ashkenasy, Wien.

2389.

Smith, G., 50 Fälle von Niereninfektion. (New England J. Med., Nr. 17, 1929.) Der Praktiker kommt vielfach in die Lage, eine akute Pyelitis zu behandeln. Es handelt sich bei dieser Analyse hauptsächlich um solche Fälle, die zunächst als Pyelitis oder Pyelonephritis diagnostiziert wurden. Die hauptsächlichsten ätiologischen Faktoren waren infizierte Zähne, seltener infizierte Mandeln. Aber auch der Gastrointestinaltrakt: einmal ein Duodenalulcus, achtmal Kolitis. 15 Fälle bei Männern zeigten bei 10 Genitalinfektionen, Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis, Orchitis. Bei 35 Frauen waren 5 akute und 1 Fall chronischer durch Schwangerschaft oder Puerperium bedingt. Bei den chronischen Fällen kam es mehrfach zu akuten Exazerbationen. Bei Frauen ist der Beginn meist mit Brennen und blutigem Urin für 1—2 Tage. Nach 2—3 Tagen Nierenschmerzen und Temperatursteigerung, was bei Bettruhe in einigen Tagen vergehen kann, oder auf die andere Niere unter erneutem Fieberanstieg übergeht. Manchmal kommt es aber gar nicht zu der Niereninfektion. Dauert das Fieber länger wie 5 Tage, so liegt wahrscheinlich eine Obstruktion vor: Ureterenkatheterisation, Beckenspülung. Von 27 chronischen Fällen war viermal eine Niere affiziert, 22mal beide. Die Infektion dauert häufig länger an, auch wenn ein Infektionsherd entfernt ist. Vakzine und Bakteriophag waren ohne wesentlichen Erfolg.

v. Schnitzer.

2390.

Yampolsky, J., Kongenitale Syphilis bei Kindern, ihre Behandlung mit intraperitonealen Injektionen von Neosalvarsan und Mercurosal. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 1.) Bei 17 Fällen innerhalb 4 Jahren wurden 16 bis 32 intraperitoneale Behandlungen mit Neosalvarsan und Mercurosal, und in einem Falle 8 durchgeführt. Nur 4 dieser Fälle zeigten nach der Behandlung noch positiven Wassermann, doch waren die Anzeichen für kongenitale Lues in allen Fällen geschwunden. Weder ein Todesfall, noch Peritonitis, noch Adhäsionen traten entsprechend dem Kaninchenexperiment auf, wie die Röntgenuntersuchung ergab. Die Absorption aus der Peritonealhöhle ist rasch und bei aseptischer Technik von keinen üblen Folgen. Die Dosierung bei Kindern ist nicht ersichtlich, bewegte sich aber unter 1/500 g Neosalvarsan und 3/10 grain (1 grain = etwa 59 mg) Mercurosal.

E. Kottmaier, Mainz.

2391.

Le mann, I., Die gegenseitigen Beziehungen von Syphilis und Diabetes. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 1.) Klinische und postmortale Beobachtungen zeigen, daß Diabetes in manchen Fällen durch syphilitische Erkrankung des Pankreas hervorgerufen wird. Indessen sind diese Fälle selten. Die Syphilis spielt in der Ätiologie des Diabetes mellitus nicht die Rolle, welche ihr allgemein zugesprochen wird. Der Diabetes ist keine parasymphilitische Erkrankung. Ein Syphilitiker, welcher diabetisch wird, kann es wegen der Syphilis oder unabhängig von ihr geworden sein. Im ersten Falle ist die Prognose besser, als im letzteren. Nichtsyphilitischer Diabetes und Syphilis sind eine doppelte Last für den Patienten. In einem anderen Falle kann der Diabetes denluetischen Prozeß ungünstig beeinflussen, indem es zu ungewöhnlichen Ulzerationen kommt. Wird ein Diabetiker syphilitisch, so wird die Syphilis, genau wie alle anderen Infektionen, durch den Diabetes verschlim-

merkt. Ein Diabetes kann wegen gleichzeitig bestehender Syphilis stärkere Neigung zur Arterienerkrankung und daher auch zur Gangrän bekommen.

E. Kottmaier, Mainz.

2392.

Bockus, L., und J. Bank, **Erkrankung des oberen Gastrointestinaltraktes verbunden mit Syphilis.** (Amer. J. Syph., 13, Nr. 1.) Es wurden 23 Kranke mit Beschwerden des oberen Magen-Darmtraktes untersucht, bei welchen die Möglichkeit gastrointestinaler Syphilis bestand. Für gewöhnlich nimmt man an, daß die Syphilis selten den Gastrointestinaltrakt befällt. Das hat seinen Grund wohl darin, daß die histologische Diagnose schwierig ist. Es wurden 5 Gruppen unterschieden: 1. Kranke, deren Erscheinungen dem Magengeschwür entsprechen; 2. solche, welche einer Gastritis mit Achylie gleichen; 3. solche, welche dem Skirrhus oder diffuser Fibrosis entsprechen; 4. Fälle mit gastritischer Retention und 5. Kranke mit duodenaler Deformität, entsprechend einem Geschwür. Patienten mit Neurolues wurden ausgeschlossen, selbst wenn sich dabei organische gastroduodenale Defekte fanden. Alle Patienten hatten positiven Wassermann. Die Achylie, welche im allgemeinen für sehr häufig bei allen Syphilisstadien angesehen wird, war beim Magengeschwür und der Pylorusstenose nicht vorhanden, obgleich die Fälle den aufgestellten Kriterien der gastrischen Syphilis im Röntgenbild entsprechen. Hingegen wurde die Erwartung, sie bei der katarrhalischen Gastritis und in der Gruppe diffuser Fibrosis anzutreffen, nicht enttäuscht. Ihre Anwesenheit bei den anderen Gruppen spricht wahrscheinlich für dieluetische Natur des Leidens. So wurde in 2 Fällen der Ulcus-duodeni-Gruppe Achylie gefunden. Aber ihr Fehlen in den anderen Gruppen kann nicht gegen die Diagnose: Gastrointestinalsyphilis, verwertet werden. In 14 Fällen waren zwei oder mehr Röntgendefekte zu konstatieren. Diese Neigung zu multipler Deformität war stärker bei der Duodenalulkusgruppe ausgeprägt, gleichzeitig bestanden Magen- und Duodenaldeformitäten bei 3 Kranken. In 5 Fällen mit multiplen Deformitäten wurde eine Entleerungsverzögerung im terminalen Duodenum beobachtet. Diese Verzögerung ist außerhalb jeden Verhältnisses zu dem, was man sonst bei unspezifischem Magen- oder Duodenalulcus sieht. Die Bedeutung dieser Beobachtung ist unbekannt. Syphilitische Erkrankung der Mesenterialdrüsen kann man für die Verzögerung beschuldigen. Weiter ist in 5 von 25 Fällen eine Baryumretention im Schlußteil des Oesophagus gesehen worden. Antiluetische Therapie brachte keinerlei Besserung dieser Abnormalität des Duodenums und des Oesophagus, obgleich so Besserung oder Verschwinden der Hauptveränderung erreicht wurde.

E. Kottmaier, Mainz.

2393.

Gellhorn, G., **Syphilis und Uteruskrebs.** (Amer. J. Syph., 13, Nr. 1.) Die Differentialdiagnose zwischen Primärsyphilis, besonders aber gummöser Syphilis und Krebs ist nicht immer leicht. Man ging so weit, zu behaupten, daß alle operativen Dauerheilungen von Krebs in der Tat syphilitische Erkrankungsformen gewesen wären. Der harte Schanker der Zervix liegt regelmäßig auf der Vorderlippe, lediglich, wenn der Uterus retroflektiert ist, auf der Hinterlippe. Zu Beginn findet man gewöhnlich eine rundliche Papel, welche rasch im Zentrum nekrotisiert, wodurch sie sich als ein oberflächliches Geschwür mit wenig erhabenen Rändern präsentiert. Der Grund ist weich, rotbraun, und zeigt einen speziellen fettigen Glanz und ist teilweise mit fest adhären, grauweißen oder graugelben Pseudomembranen bedeckt. Die Peripherie des Geschwüres wird von einer dünnen, roten Linie gezeichnet. Merkmale einer frischen Entzündung fehlen, obgleich die befallene Lippe oft durch ein induratives Oedem verdickt ist. Bestehen starke Entzündungserscheinungen, so liegt wahrscheinlich Mischinfektion vor. Es können beide Lippen befallen sein, was mit der Beobachtung übereinstimmt, daß die Multiplizität primärer Affekte bei der Frau nichts Ungewöhnliches ist. Dieser Schanker kann sich bis in den Zervikalkanal erstrecken, nur wenn er sich auf dem Boden einer präexistierenden Erosion entwickelt, kann er den ganzen äußeren Muttermund umgeben. Die charakteristische Knorpelhärte an der Basis ist oft nicht beweisend, weil das darunter liegende Gewebe an sich oft schon hart ist, oder weil die Palpation in der Tiefe der Vagina schwieriger ist. In der Gravidität, oder wenn der Schanker in der vorliegenden Gebärmutter auftritt, ist die subbasale Induration unzweideutig. Die regionalen Zervixdrüsen der Iliakalgruppe sind der Palpation nicht zugänglich, und wenn die Erkrankung keine anderen Symptome macht, ist ihre Entdeckung mehr zufällig. Die Primärläsion an der Zervix ist wie alle primären und sekundären Erscheinungen der Frau, weit flüchtiger, als die Initialsklerose des Mannes. Die histologischen Veränderungen sind im wesentlichen die einer chronischen Bindegewebsentzündung und in keiner Weise charakteristisch für Lues. Die WaR. ist in diesem Primärstadium noch negativ, doch können Spirochäten ohne Schwierigkeiten gefunden werden. Trotz der weiten Ausbreitung

unter den Negern sind die Sekundärserscheinungen bei dieser Rasse besonders intensiv. Doch sind sie auch bei den weißen Weibern nicht selten und zeigen auch hier große Heilungstendenz ohne jede Behandlung. Ein leichter gelblicher Stich der fettigen Nekrose oberflächlicher Schichten scheint für Syphilis der Cervix pathognomonisch. Besteht zwischen Geschwür und äußerem Muttermund eine Zone normalen Gewebes, so spricht auch dies für Syphilis. Bei Frauen machen die Sekundärscheinungen am Uterus oft ausgesprochene Toxikämien mit einer Art von Kachexie. Das dritte Stadium der Syphilis an der Zervix zeigt sich als ulzeröses Gumma oder als proliferative Neubildung. (Verfasser bringt Bilder, die wirklich zur Fehldiagnose Syphilis verleiten könnten.) Die ersten Stadien des Zervixkrebses sind weniger schmerzhaft, als das erste und zweite Stadium der Syphilis, welche oft mit indurativem Oedem der Nachbarschaft einhergeht. Im Tertiärstadium genügt ein leichter Druck auf die sklerosierten und wohl palpablen Gefäße der Beckenwand, um starken Schmerz zu verursachen. Aus syphilitischen Läsionen kann sich Krebs entwickeln. Gerade Frauen mit Gebärmuttertsyphilis sind dafür in hohem Grade disponiert.

E. Kottmaier, Mainz.

2394.

Cheney, F., **Störungen der Magenfunktion durch Syphilis.** (Amer. J. Syph., 13, Nr. 1.) Häufig sind es Magenbeschwerden, als Ausdruck der syphilitischen Allgemeinerkrankung, welche den Patienten zuerst zum Arzte führen. Diese Beschwerden können gewissen Typen chronischer Gastritis gleichen, doch öfter sind sie unbestimmt. Die positive Wassermannreaktion ist oft die einzige Unterlage für diese Erscheinungen, besonders wenn der Erfolg einer spezifischen Therapie die Richtigkeit der Vermutung syphilitischer Erkrankung bestätigt, lange bevor die Blutreaktion negativ wird. Jene Fälle, deren Beschwerden der chronischen Gastritis entsprechen mit ihren Klagen über morgendliches Erbrechen, Blähungen, Uebelsein, zeigen bei der physikalischen Untersuchung des Bauches normale Verhältnisse, außer etwa einer epigastrischen Empfindlichkeit. Im Röntgenbild kann der Magen lang und schlaff sein und sich entsprechende seiner geringen Wandstärke langsam entleeren. Die fraktionierte Magensaftuntersuchung zeigt nicht nur ein Sekretionsdefizit, sondern auch abnorme Schleimmengen. Es ist kaum anzunehmen, daß eine organische syphilitische Erkrankung in solchen Fällen vorliegt, viel eher könnte man an einen Verschuß der Pfortaderzirkulation durch syphilitische Leberzirrhose denken, welche eine chronische Stauung in der Magenwand zur Folge hat. Ebenso bestehen nur ganz selten Beziehungen zwischen Lues und dem Ulcus pepticum.

E. Kottmaier, Mainz.

Hygiene

2395.

Flatzeck, **Desinfizieren und wieder benutzen — oder verbrennen und ein frisches Stück verwenden?** (Tbk.-Fürsorgebl., Nr. 5, 1929.) Flatzeck hat das Verfahren der Desinfektion und Wiederverwendung verlassen und sich auf das Verfahren „Verbrennen und immer frisches Material benutzen“ umgestellt. Die Sputumporzellanteller werden zweckmäßig durch kleine, verbrennbare Pappteller ersetzt. Der bekannte alte Wandspucknapf hat einen ausgezeichneten Ersatz gefunden in einem „Sterap“ genannten Apparat. Dem Sterap werden seitlich Papierblättchen entnommen, welche nach Gebrauch, zusammengeknüllt, in einen besonders präparierten, undurchlässigen Papiersack fallen, welcher, sobald er voll ist, zusammengeschnürt und verbrannt wird; Taschenspuckflaschen aus undurchlässiger Pappe gibt es bereits, sie sind aber technisch noch unvollkommen. Die „Neue Hustenmaske“, aus undurchlässigem Papier hergestellt, bekommt der Lungenkranke während der Untersuchung aufgesetzt, danach wird sie verbrannt. Verf. hat einen kleinen, recht zweckmäßig konstruierten Verbrennungssofen für infektiöses Material herstellen lassen, in dem nicht nur Pappteller, Hustenmasken usw., sondern auch Wattebäusche, Holzspatel und dgl. verbrannt werden.

Zwerg, Coswig.

2396.

Wolff, Georg, **Zur Standardisierung der Sterblichkeitsmessung nach dem Kriege.** Kritische Bemerkungen zur Bewertung der rohen Sterbeziffern an Krebs, Diabetes und Tuberkulose. (Arch. Soz. Hyg., 3, Nr. 4.) Durch die Anwendung der Standardberechnung, ist der Verfasser zu den Schlußfolgerungen gekommen, daß, zum mindesten in Berlin, weder die Krebssterblichkeit noch diejenige an Zuckerkrankheit eine wirkliche Zunahme erfahren hat; der Anstieg der rohen Krebssterbeziffer ist durch die Altersverschiebung bedingt. Hingegen zeigt die Tuberkulosesterblichkeit einen sehr erheblichen Abfall. Dieses gegensätzliche Verhalten von Tuberkulose und Krebs, das

auch die statistische Ursachenforschung mittels feinerer Korrelationsmethoden ergibt, muß auch in ätiologischer Hinsicht von Bedeutung sein. Die Tuberkulose ist eine echte, chronisch verlaufende Infektionskrankheit, darum auch in hohem Maße von Umwelteinflüssen abhängig; theoretisch müßte sie ganz ausrottbar sein und ihre Sterbeziffer sich damit dem Nullpunkt nähern. Der Krebs hingegen scheint eine ganz andere endogene oder zum mindesten von äußeren Bedingungen viel weniger abhängige Krankheitsursache des alternden Menschen zu sein; es gibt zu denken, daß sich die standardisierte Krebssterbeziffer des Jahres 1910 von 11,89 fast konstant auf der Höhe derjenigen von 1925 mit 11,49 vom Tausend gehalten hat. Freilich wird es nicht ausgeschlossen sein, daß diese konstante Krankheits- und Sterblichkeitsursache eine gleichartige äußere Schädigung auffinden wird, die sich allerdings wohl kaum in der Richtung einer so variablen Krankheitsursache bewegen wird, wie es jede Infektionskrankheit nach den bisherigen Beobachtungen der Epidemiologie ist. Die Wolffsche Arbeit verdient auch wegen ihres methodologischen Teils im Original gelesen zu werden.

M. Kantorowicz, Berlin.

2397.

Roesle, Emil, Die Bedeutung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit für die Bewegung der Bevölkerung. (Arch. soz. Hyg., 3., Nr. 3.) Der Verfasser weist statistisch nach, daß die Ursache der Abnahme der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit nicht nur der Wirkung der neuzeitlichen Fürsorgemaßnahmen zuzuschreiben ist, sondern nicht zuletzt den Veränderungen der demographischen Verhältnisse.

M. Kantorowicz, Berlin.

Infektionskrankheiten

2398.

Hünemann, Carl, Zur Epidemiologie des Scharlachs. (Dtsch. med. Wschr., 55 Jg., Nr. 18, S. 733.) Die vorzeitige Entlassung von Scharlachrekonvaleszenten scheint gefahrlos zu sein, wenn bei dreimal negativen Abstrichbefunden des Nasenrachens außerdem keinerlei Nachkrankheiten des Scharlachs, vor allen Dingen in Form von Lymphadenitis colli, Angina simplex, Nasopharyngitis, Rhinitis und Otitis media, vorhanden sind. Der durch lymphangitische Prozesse komplizierte Scharlach ist im höchsten Grade kontagiös, bei positiven wie negativen Befunden von hämolytischen Streptokokken, die selbst als die Erreger des Scharlachs heute so wenig klargestellt sind wie der Begriff Scharlach.

Arnold Hirsch, Berlin.

2399.

Krüger, Ueberlegungen zur Therapie der postangiösen Sepsis. (Arch. Ohr. usw. Heilk., 120., Heft 2/3.) Man hat als Therapie bei diesen schweren Komplikationen bei Angina die Unterbindung der Vena jugularis angewandt. Es besteht jedoch hierbei die Gefahr der retrograden Ausschwellung auf dem Wege der Vena jugularis externa, den Nackenvenen und des Sinus longitudinalis auf die andere Seite, ferner die Gefahr, daß die Thrombose nach aufwärts in die hintere Schädelgrube oder auf dem Wege über den Plexus pterygoideus in die Schädelhöhle hinein sich fortsetzt. (Meningitis.) Es wird infolgedessen von den Autoren vorgeschlagen, die Unterbindung dicht unterhalb des Thrombus vorzunehmen. Verfasser hält in diesen Fällen für die Methode der Wahl 1. Unterbindung des betreffenden erkrankten Gefäßes dicht zentral vom Thrombus. Findet man keine eigentliche Gefäßerkrankung, dann ist auf jeden Fall die Vena facialis communis zu unterbinden. 2. Danach in der gleichen Sitzung Tonsillektomie mit sorgfältiger breiter Freilegung des oberen Pols der Tonsille.

Hesse, Königsberg.

2400.

White, B., Epidemische septische Tonsillitis. (New England Med., Nr. 16, 1929.) Die epidemische septische Tonsillitis ist eine bestimmte Krankheit durch einen hämolytischen Streptokokkus; ausschließlich durch die Milch verbreitet, ist Infektion durch Kontakt nicht unmöglich aber ungewöhnlich. Die Krankheit wird häufig als Tonsillitis, häufiger als Influenza diagnostiziert. Schwere akute Intoxikation, manchmal plötzlich ohne Folgen verschwindend. Oft tritt eine Remission ein mit all den septischen Komplikationen, die beim virulenten hämolytischen Streptokokkus möglich sind. Die Ausbreitung hängt von der Zahl der Milchkonsumenten, deren Alter, der Virulenz und den Gegenmaßnahmen ab. Meist handelt es sich um rohe Milch. In der Mehrzahl der Fälle war rohe Milch oder Rahm die Infektionsquelle; handelte es sich um pasteurisierte Milch, so war dieser Prozeß nicht richtig ausgeführt. Die Kuhheute beherbergen und propagieren diesen Streptococcus hämolyticus, und zwar ein Typus humanus, nicht bovinus, der bei der Kuh keine

septischen Erscheinungen macht, keine Matitis erzeugt; nichts lenkt die Aufmerksamkeit des Milchhändlers darauf. Viel wichtiger als die Verseuchung der Milch durch menschliche Träger oder Rekonvaleszenten von Tonsillitis ist dies vom Euter als Reservoir der Keime ausgehende Infektion. In den epidemiefreien Pausen mögen menschliche oder bovine Träger die Infektion vorbereiten oder die hämolytischen Streptokokken der gewöhnlichen Tonsillitis mögen bei Uebertragung auf den Euter neue Eigenschaften annehmen und eine vermehrte Virulenz für den Menschen.

Abhilfe: Vermehrtes Auftreten von Halserscheinungen mit Prostration sollte den Gedanken sofort auf die Milchversorgung lenken; Pasteurisierung der Milch, Beseitigung von Fehlern dabei. Sofortige Isolierung von Kühen, deren Euter nicht in Ordnung ist (Entzündung, abnorme Bestandteile in der Milch: Gerinnsel, Eiter, Hb, Blut); diese Milch vom Verbrauch ausschalten. Regelmäßige Untersuchungen von Kühen, deren Milch zum menschlichen Gebrauch verwendet wird. Sorgfältige makroskopische und bakteriologische Untersuchung von Zeit zu Zeit. Sicherstes Mittel: Pasteurisierung, weil rohe Milch selbst in der idealsten Produktion für den Menschen virulente Streptokokken enthalten kann.

v. Schnizer.

2401.

Orgel, Die Frühdiagnose beim Keuchhusten. (Arch. of Ped., 66., Nr. 3, 1929.) Bei der Verwendung von Keuchhusten-Bazillen-Vakzine wobei 1 ccm 3 Millionen Keime enthält zeigen sich in 81% der untersuchten Fälle positive Hautreaktionen. Angestellte Kontrollen ergeben bei Aolan keine Reaktionen bei Kolonvakzinen jedoch viele positive Befunde, so daß der diagnostische Wert der Pertussis-Vakzine-Reaktion sehr eingeschränkt wird.

Trendtel, Bremen.

2402.

Resnik, R. E., Zur Keuchhustenprophylaxe und -therapie mit Vakzine. (Kasan. med. Z., 24. Jg., H. 11, S. 1223 bis 1226.) Auf Grund seiner Beobachtungen über die Wirkung der Vakzine von Bordet-Gengouschen Bazillen an einem Material von 31 Kindern kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die prophylaktische Injektion der Vakzine in der Mehrzahl der Fälle den Eintritt der Pertussis zu verhüten vermag. Was ihre therapeutische Anwendung anbelangt, so führt sie eine bedeutende Erleichterung des Krankheitsverlaufs herbei, dagegen gelingt, wie es scheint, die Kupierung der Erkrankung durch diese Methode nicht.

E. Kantorowitsch.

2403.

Bahr, Zwei Fälle von Poliomyelitis acuta anterior von Erwachsenen. (Zbl. inn. Med., Jg. 50, Nr. 14.) Klinische Beschreibung zweier im Stadt Krankenhaus Zittau beobachteter Fälle von Poliomyelitis bei Erwachsenen: Ein 1923 mit kurzem präparalytischem Stadium erkranktes 21-jähriges Mädchen zeigte bei Nachprüfung nach 5½ Jahren Endstadium mit schlaffer atrophischer Lähmung des nahezu skelettierten rechten Armes und starke rechtskonvexe Skoliose. Ein Januar 1928 mit langsam verlaufendem Frühstadium erkrankter 61-jähriger Mann, der vorübergehende sensible Störungen infolge wahrscheinlicher Mitbeteiligung der Hinterhörner aufwies, ließ in den späteren Monaten gute Regeneration feststellen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

2404.

Nebykowa - Lukjantschikora, M. N., Die diagnostische Bedeutung der Agglutination bei der Zerebrospinalmeningitis. (Paediatrica russisch, 13, H. 1, 1929.) (Kinderklin. d. Instituts f. ärztl. Fortbildung, Kasan.) Im Blutserum ist vor dem sechsten Krankheitstage die Agglutinationsprobe negativ, vom achten Tage an findet man positiven Titer in Höhe von 1:300 bis 1:600, nach dem elften Krankheitstage ist der Titer sowohl im Heilungsstadium wie bei Spätfolgen, wie Hydrozephalus, sehr hoch, bis 1:2500, was von großer differentialdiagnostischer Bedeutung ist. In den tödlichen Fällen ist der Titer meist sehr gering, oder die Agglutination fehlt völlig; es besteht also ein gewisser Parallelismus zwischen Agglutinititer und Prognose des Falles. Wichtig ist bei der Anstellung der Agglutinationsprobe die Beachtung der Gruppenzugehörigkeit des Meningokokkus. In der Zerebrospinalflüssigkeit ist der Agglutinititer auf der Höhe der Erkrankung positiv, erreicht aber niemals solche Werte wie im Blutserum; mit der Heilung der Meningitis und dem Verschwinden des Eiweiß aus dem Liquor wird der Agglutinititer negativ, während der Serumtiter hoch bleibt. Die Agglutinine bei der Zerebrospinalmeningitis sind streng spezifisch, werden bei anderen Erkrankungen nicht gefunden, auch bei Aerzten und Pflegepersonal von Meningitisstationen. Die Agglutinationsprobe gewinnt an praktischer Bedeutung durch Verwendung eines fertigen aus abgetöteten Meningokokken hergestellten Meningokokkendiagnostikums in Analogie zu dem Fickerschen Typhusdiagnostikum.

Eliasberg, Berlin.

2405.

Djatschenko, S. S., Zur Behandlung des Milzbrandes beim Menschen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 17., S. 700.) Der Milzbrand ist eine Allgemeinerkrankung; es ist nach Ansicht des Verfassers kaum anzunehmen, daß irgendwelche — auch noch so radikalen — lokalen Eingriffe den Prozeß aufhalten könnten; deshalb sollten sämtliche lokalen radikalen Heilmethoden möglichst aufgegeben werden.

Auf Grund seiner Erfahrungen sieht sich Verfasser berechtigt, die Behandlung mit Antimilzbrandserum in weitestem Maße zu empfehlen und ihr vor allen anderen den Vorzug zu geben.

Es soll subkutan durchschnittlich 100 ccm Serum injiziert werden; wird der Zustand schlimmer, dann 150 ccm. Es liegt nach den Erfahrungen Djatschenkos kein Grund dafür vor, eine schädliche Einwirkung solcher großen Serumdosen zu befürchten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2406.

Torres, Magarinos C., Kerneinschlüsse bei Gelbfieber. (Brasil med., 43., 14.) (Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.) Verfasser fand im Blute eines an Gelbfieber erkrankten und vierzig Stunden später verstorbenen Kindes durch Anwendung der Goodpasture-Färbemethode (Fuchsinanilin-Löfflersches Methylenblau) sowie auch der Methode von Cowdry und Kitchen (Phloxin-Methylenblau) Einschlüsse in den Kernkörperchen. Sie wiesen die Form von Granulationen auf, welche um die zentrale Partie des Kerns in zahlreichen dichten Haufen gruppiert waren; am Rande dieser Haufen waren vereinzelte azidophile Granula zu sehen. In den typischen Formen sind die Einschlüsse durch eine membranähnliche klare Zone vom Nukleoplasma gesondert. Es läßt sich durch die Methode Goodpasture auch ein Nukleolus der Einschlüsse feststellen; im Gegensatz zur blau-violetten Färbung der Einschlüsse ist der Kern rot gefärbt. Bei zwei anderen Kranken, die um dieselbe Zeit zur Autopsie kamen, konnten diese Einschlüsse nicht gefunden werden.

Ashkenasy, Wien.

2407.

Spencer, R. R., Felsengebirgsfieber. (J. Inf. Dis., Nr. 4, 1929.) Das Felsengebirgsfieber (Rocky Mountain spotted fever) ist eine akute, nicht kontagiöse Infektionskrankheit, die durch eine Zecke übertragen wird. Sie ist endemisch im Nordwesten der U.S.A. Klinisch ähnelt die Krankheit dem Fleckfieber. Sie beginnt mit Schüttelfrost, kontinuierlichem Fieber, schweren Kopf-, Knochen- und Muskelschmerzen. Etwa am dritten Tage erscheint ein makulöses oder makulo-papulöses Exanthem zuerst an Hand- und Fußgelenken und am Rücken; später auf der Haut des ganzen Körpers. Es werden jährlich 250 bis 500 Fälle beobachtet. Eine natürliche Immunität besteht nicht. Ältere Leute sind am meisten gefährdet, wenn sie erkranken. Kinder erkranken leichter. Entsprechend der Uebertragungsart stellen das Hauptkontingent der Erkrankten Feldarbeiter, Förster, Wegebauarbeiter, Fischer und Viehpfleger. Stadtbewohner erkranken nicht. Die Krankheit setzt ein mit den ersten warmen Tagen im Frühling und von Mitte Juli ab sinkt die Erkrankungsziffer wieder. Als Erreger wird *Dermacentro xenus rickettsi*, ein gramnegativer, pleomorpher, intrazellulärer rickettsienähnlicher Mikroorganismus, der von Wolbach gefunden wurde, angesehen. Der Erreger war bisher nicht züchtbar.

N. Henning, Leipzig.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

2408.

Fahr, George, und Bruno Brandi, Weitere Studien über Perkussion und Auskultation. (Dtsch. Arch. Klin., 104. Heft 1/2, S. 1.) Die Untersuchungen wurden mit so empfindlichen Apparaten vorgenommen, daß sie nur im tiefsten Keller der Technischen Hochschule München bei abgestellten Maschinen in der näheren und weiteren Umgebung bzw. nach Mitternacht ausgeführt werden konnten. Die auf dem Gebiet der feinen Akustik liegenden Ergebnisse müssen im Original nachgelesen werden.

Buttersack, Göttingen.

2409.

Richter, P. F., Klinische Vorträge über Stoffwechselkrankheiten. I. Die Gicht. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 20, S. 821.) Es wird versucht, das Krankheitsbild der echten Gicht von ähnlichen Krankheitszuständen abzugrenzen. Die Rolle, die ätiologisch die Harnsäure bei der Pathogenese der Gicht spielt, wird erörtert und dabei festgestellt, daß sie, wenn auch nicht als ursächliche, doch als gewebsschädigendes Moment in Betracht kommt. Daraus werden Schlußfolgerungen für die Therapie gezogen. Diese darf nicht mehr so einseitig wie früher nur Anomalien im Harnsäure-

stoffwechsel berücksichtigen, sowohl was die Diättherapie als auch die Pharmakotherapie und die Bäderbehandlung betrifft. Auch auf die Bedeutung der modernen Auffassung über Allergie und Allergene für die Erklärung und Bekämpfung des akuten Gichtanfalles wird nachdrücklich hingewiesen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2410.

Derick, C. D., C. H. Hitchcock, F. Swift, Allergischer Symptomkomplex bei rheumatischem Fieber. (Canad. med. Ass. J., April 1929.) Rheumatisches Fieber mit seinen mannigfachen Manifestationen erklärt Verfasser als eine allergische Reaktion gegen gewisse Streptokokkeninvasionen in den Blutstrom. Im Anfangsstadium bestehen Ähnlichkeiten mit Tuberkulose und Syphilis. Bei allen drei Erkrankungen handelt es sich um örtliche lymphatische Infiltrationen, dem syphilitischen Geschwür, dem primären Tuberkel und der Tonsillitis, Sinusitis oder ähnlicher Infektion des rheumat. Fiebers. Sie haben alle drei die Neigung zu Rezidiven, wie dies bei Tuberkulose und Syphilis wohl auf eine Veränderung der Immunität zurückzuführen ist. Rheumatische und tuberkulöse Läsionen an den Rändern seröser Kavitäten und Gelenke bilden serofibrinöse Exsudate. Rheumatisches Fieber und Syphilis neigen beide dazu, in die Blutgefäße und in das Herz einzudringen. Tierexperimentell wurde an Ratten die Streptokokkenallergie nachgewiesen durch intrakutane Injektion von Kokken aus dem Blut oder den Gelenken rheumatisch infizierter Tiere. Eine überaus gesteigerte und veränderte Reaktion des Gewebes ähnlich wie bei Tuberkulinallergie ist die Folge. Durch Kutanimpfungen treten Hautreaktionen in Erscheinung, die dem Lupus vulg. oder dem nodulären Syphiloid ähnlich sind. Auch am Auge kann eine entsprechende Konjunktivitis und Zeratitis erzeugt werden. Intravenöse Injektionen des gleichen Materials in geeigneter Dosierung setzen jedoch die Hypersensibilität herab und zeigen keine ophthalmische oder Hautreaktion. Dieser Reaktionstyp wird immün bezeichnet.

Die klinische Nutzenanwendung dieser Versuche gipfelt in dem Bestreben die Infektionsherde, soweit sie auffindbar, auszurotten und den Pat. vom Stadium der Hypersensibilität in das der Immunität überzuführen. Man erreicht letzteres durch Injektionen von sehr kleinen Dosen von Nukleoproteinextrakt oder Vakzine, die vorsichtig gesteigert werden können. Senkung der Temperatur, Verlangsamung des Pulses und Abklingen der Hautreaktion sind die unmittelbare Folge. Ähnlich wie das rheumatische Fieber zeigt das Scharlachfieber in seinen Komplikationen (Nephritis, Polyarthrit, verruc. Endokarditis) ausgesprochen allergischen Charakter.

Kaufmann.

2411.

Koritzki, A. M., Die fokale Infektion und ein neues Anzeichen im klinischen Bilde der chronischen „rheumatischen“ Polyarthrit. (Ter. Arch., 6., Heft 6, S. 604 bis 615.) (Propädeutisch-therapeutische Klinik des medizinischen Instituts, Dnepropetrowsk.) In der Mehrzahl der Fälle stellt der Gelenkrheumatismus einen septischen bzw. chronioseptischen Prozeß dar. Demzufolge muß sich im Organismus ein septischer Herd befinden. Fast in 80% der Fälle ist hier die tonsilläre Infektion als ätiologisches Moment anzusehen. Gewöhnlich gelingt es aber beim voll entwickelten Bilde der akuten oder rezidivierenden rheumatischen Polyarthrit nicht mehr, im Rachen deutliche Spuren einer überstandenen Angina nachzuweisen. Diese Zeichen müssen sich also irgendwo auf den Wegen des zirkulierenden Infekts vorfinden, d. h. in den Lymphgängen und den Lymphdrüsen. Als ein solches Zeichen wird vom Verfasser der sogen. „lymphatische Halswulst“ angenommen, ein am vorderen Rande des Musc. sternocleidomastoideus palpierbarer Wulst, der vom Unterkieferwinkel bis zur Halsmitte reicht und demjenigen Teil des Lymphganges entspricht, der das tonsilläre Gebiet direkt versorgt, nämlich die oberen mittleren, tiefen Halsdrüsen und die hier verlaufenden Lymphstämme. Dieser Abschnitt des Lymphapparates stellt das Zwischenglied dar, welches das Rachengebiet mit dem Gesamtorganismus verbindet. Hier äußern sich am deutlichsten die Reaktionserscheinungen auf die höher liegenden Entzündungsvorgänge. Je nach der Schärfe des Prozesses im Rachen bzw. in der ihm benachbarten Gegend, ändert dieser „Halswulst“ seine Form, Konturen und Drückempfindlichkeit. Bei rezidivierenden Tonsillitiden ist er schnurartig, deutlicher ausgeprägt, mehr glatt und schmerzhaft; bei schon abgeklungenen Prozessen im Rachen besteht er aus einer Kette von mehr oder weniger ausgesprochenen Drüsen, seltener wird der beim Palpieren als ein kleiner Strang wahrgenommen, was für das Fehlen von Reaktionserscheinungen bzw. für die Reste der stattgefundenen Reaktion spricht. Das Vorfinden des „lymphatischen Halswulstes“ in jedem beliebigen Moment der Untersuchung deutet darauf hin, daß dieser viele Jahre hindurch bestehen kann, und daß folglich der mit ihm im Zusammenhang stehende septische Herd ebenso lange im Organismus vorhanden sein muß. Verfasser untersuchte

nach dieser Richtung hin 100 Fälle von chronischen und rezidivierendem Gelenkrheumatismus, bei denen das Leiden 1 bis 23 Jahre bestand. Anginen waren anamnestisch in 63% der Fälle festzustellen; die übrigen 37% gaben keine tonsilläre Erkrankung an. Das Vorhandensein des „lymphatischen Halswulstes“ konnte in 85% sämtlicher Fälle nachgewiesen werden, wobei dieses Anzeichen in 67% der Fälle beiderseitig und in 18% der Fälle auf einer Seite des Halses deutlich vorhanden war.

E. Kontorowitsch.

2412.

Jachnitsch, J. M., Versuch der parenteralen Verabreichung von Schwefel beim Gelenkrheumatismus. (Kasan. med. Z., 24. Jg., H. 11, S. 197 bis 1205.) Bericht über sehr gute therapeutische Resultate mit Schwefelinjektionen bei 69 Fällen von akuter und chronischer Arthritis sowie bei fünf von Ischias. Es wurde folgende Formel angewendet: Rp. Lac. sulfuris subtilissim. 0,1, öl. amygdalar. dulc. 10,0 (sterilisieren, jedoch nicht filtrieren). Vor dem Gebrauch zu schütteln. Die Injektionen werden intragluteal in allmählich ansteigenden Dosen von 0,5 bis 2,0—2,5 ccm jeden zweiten bis dritten Tag verabfolgt. Für eine Kur genügen fünf bis sechs Einspritzungen. Im Bedarfsfall können die Injektionen nach einer bis zwei Wochen wiederholt werden, jedoch, wegen der stürmischen Reaktion, ohne die Dosierung der ersten Kur zu überschreiten. Bei tuberkulösen Patienten empfiehlt sich eine sehr vorsichtige Dosierung. Kontraindiziert für die Schwefeltherapie sind Fälle mit dekompensierten Herzleiden.

E. Kontorowitsch.

2413.

Czépai, K., und S. Sümegi, Beitrag zur Jod-Röntgen-Therapie des Morbus Basedowi. (Endokrinol., 3., H. 3, S. 192—197, 1929.) Verfasser beschreiben einen Fall von typischem M. Basedowi bei einer 64jährigen Frau, welcher ein Jahr hindurch öfter unter kombinierter Jod-Röntgenbehandlung stand; sich klinisch ganz bedeutend gebessert hatte und dann an einer interkurrenten Krankheit starb. Die histologische Struktur der untersuchten Schilddrüse zeigte größtenteils das Bild der normalen bzw. kolloid entarteten Thyreoidea.

E. Kontorowitsch.

2414.

Dautreband, Lucien, Neue Anschauungen über die Behandlung des Hyperthyreoidismus mit Jod. (Lancet, 216., 5513.) (Hospital Brugmann, Brüssel.) Da mit den bisherigen Methoden der Jodmedikation beim Hyperthyreoidismus keine befriedigenden Erfolge erzielt worden sind, gibt Verfasser eine Modifikation dieser Behandlung an, mit welcher er sehr gute Resultate erreichte. Die Lugolsche Lösung (Jod 10,0, Jodkali 20,0, Wasser 100,0) wird so verabreicht, daß man zu Beginn durch einige Tage 10 bis 20 Tropfen einmal am Tage gibt und sobald eine Besserung des Allgemeinzustandes und Sinken des Grundumsatzes festgestellt werden können, geht man mit der Dosis soweit herunter, als es notwendig ist, um diesen Zustand dauernd zu erhalten; übersteigt die Anfangsdosis die Zahl von 20 Tropfen, so wird die erforderliche Menge auf zwei bis vier Teildosen im Tage verteilt. Steigt der Grundumsatz, dann erhöht man die Joddose, bis wieder normaler Zustand eintritt, worauf man neuerlich mit der Dosierung heruntergeht. Bei Stabilisierung dieses Zustandes (Gewichtszunahme von 12 bis 20 Pfund, Regulierung der Herzrhythmicität) kann an die Operation geschritten werden. Auch bei Fällen, welche die Operation verweigern oder bei denen sie aus anderen Gründen nicht in Betracht kommt, ist diese Methode von Vorteil, da sie sehr langdauernde Besserungen (bis zu drei Jahren in einem Falle) ermöglicht. Verfasser berichtet, daß er mit dieser Behandlungsmethode gute Resultate in 76% seines Materials an Basedowkranken und 79% der Fälle von thyreotoxischem Adenom erzielte.

Ashkenasy, Wien.

2415.

Molnár jr., D., Die Zuckerkrankheit und die verschiedenen Lithiasen. (Gyógyászat, Budapest, Nr. 11, 1929.) Auf Grund genauer Verarbeitung eines Karlsbader badeärztlichen Krankenmaterials von 323 Zucker-, 949 Gallenstein- und 170 Nierensteinkranken fand Verfasser, daß 22,3% der Zuckerkranken auch an Gallenstein, 7,74% jedoch auch an Nierenstein leiden. Er beobachtete nebst dem, daß die Kombination Diabetes-Urolithiasis verhältnismäßig häufiger ist, als die von Diabetes-Cholelithiasis. Seinen Erfahrungen gemäß schließt sich Verfasser dem wissenschaftlichen Standpunkt an, nach welchem die Zuckerkrankheit und die Lithiasen als heredofamiliäres, konstitutionelles Krankheitsbild anzusehen ist, und hebt zur Bekräftigung dieser Auffassung noch die jedesmal auftretenden mit Hypercholesterinämie, einhergehenden, gemeinsamen Erscheinungen hervor.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

2416.

Weiß, Theodor, Zur Frage des Wertes der Obsttät bei schwerer diabetischer Azidose. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 19, S. 785.) (Inn. Abt. des Stadtkrankenh. Dresden-Johannstadt.) Obsttage stellen zweifellos in vielen Fällen ein brauchbares Kostregime auch bei schwerer diabetischer Azidose dar (wie auch v. Noorden schon betont), sie besitzt aber nach Ansicht des Verfassers keinen überragenden Vorteil gegenüber den bisherigen Methoden. Besonders erreicht man die Beseitigung der Azetonkörper bei gleicher Insulinmenge mit Mehlfrüchtekost, unter Umständen sogar mit eiweißhaltiger Diabetikerkost ebenso rasch wie mit Obsttagen. Ohne große Insulindosen sind auch Obsttage bei akuten Zuständen wertlos. (Hierauf möchte Verfasser ganz besonders hinweisen; da die Notwendigkeit gleichzeitiger Insulinanreicherung von Kleeberg zwar erwähnt, aber nicht genügend hervorgehoben wird.) Es wird besonders betont, daß ein günstiger Einfluß basenreicher Ernährung auf die Beseitigung der Azetonkörper auf Grund der Erfahrung bei Obsttagen nicht erkennbar ist. Vielmehr läßt der günstige Einfluß von Hafertagen mit ihrem Säureüberschuß den Basenüberschuß der Nahrung hinsichtlich des Einflusses auf die Azetonkörperbeseitigung als wenig belangreich erscheinen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, betont Verfasser ausdrücklich, daß seine Ausführungen nicht gegen die Obsttage an sich, sondern nur gegen deren Ueberschätzung gerichtet sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

2417.

Creelius, Willy, Peritonitisähnliche Symptome und Blutbild im Coma diabeticum. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 19, S. 873.) Peritonitisähnliche Symptome sind nach dem vorliegenden Material bei komatösen und präkomatösen Diabetikern gar nicht selten. Wichtig für die Diagnosestellung gegenüber einer wirklichen Peritonitis ist die Tatsache, daß nach Insulintherapie, wodurch die Stoffwechsellaage und somit auch die Azidose gebessert werden, die peritonitisähnlichen Symptome prompt schwinden, die anfangs erheblich erhöhten Leukozytenwerte und auch die leichte Temperatursteigerung (bis zu 38 Grad) zur Norm abfallen, während im Gegensatz hierzu bei wirklich entzündlichen Prozessen im Abdomen trotz Insulintherapie kein Sinken, sondern ein Ansteigen der Leukozytenwerte und der Temperatur, sowie eine Zunahme der peritonitischen Symptome beobachtet werden. Es ist also das Verhalten der Leukozyten- und der Temperaturkurve von differentialdiagnostischer Bedeutung zur Unterscheidung der entzündlichen von den nichtentzündlichen Prozessen im Abdomen bei peritonitischen Zuständen der Zuckerkranken.

Die Leukozytenzählungen des Verfassers beschränkten sich nicht auf Komafälle allein, sondern auch bei einer großen Zahl nicht-komatöser Zuckerkranker wurde das Verhalten der weißen Blutkörperchen kontrolliert. Es zeigte sich, worauf auch schon von anderen Autoren hingewiesen wurde, daß häufig, namentlich bei reichlicher Azidose, erhebliche Steigerungen der Leukozytenzahlen beobachtet werden können. Die Ursache dieser Leukozyten ist noch umstritten. Von manchen wird die Azidose als auslösendes Moment angesehen, die als ein Reiz auf die Leukopoese wirken soll. Diese Erklärung scheint theoretisch am nahestehenden. Es besteht auch in den meisten Fällen ein gewisser Parallelismus zwischen Azidose und Leukozytose. Ob aber die Azidose allein das ausschlaggebende ist, erscheint dem Verfasser zweifelhaft, da er, wenn auch selten, erhebliche Leukozytose bei Personen mit geringer Azidose beobachten konnte, andererseits aber auch die Leukozytenwerte bei starkem Säuregehalt mehrmals kaum gesteigert waren.

Gleichzeitig mit den Leukozytenkontrollen hat Verfasser Blutausstriche angefertigt und in vielen Fällen eine Linksverschiebung des weißen Blutbildes feststellen können. In der Regel findet man die Linksverschiebung bei Kranken mit Azidose, also dort wo man eine Erhöhung der Leukozytenwerte hat.

Auch zwischen Linksverschiebung und Azidose ist ein gewisser Parallelismus bemerkbar. Die Linksverschiebung erstreckte sich in den vom Verfasser beobachteten Fällen bis zu den Promyelozyten und war im Coma diabeticum am meisten ausgesprochen. Mittelschwere Azidosefälle boten nur einen leichten Befund, während bei leichtem Diabetes, namentlich bei Fehlen von Säuren, das Blutbild nichts Charakteristisches zeigte. Besserte sich die Stoffwechsellaage, so ging die Linksverschiebung langsam wieder zur Norm über.

Eosinophile Leukozyten waren bei schwer azidotischen Kranken nicht vorhanden. Es besteht also eine Analogie mit Fieberzuständen, wobei auch diese Zellart zu verschwinden pflegt, um in der Rekonvaleszenz allmählich wieder zu erscheinen. Oft konnte eine Lymphopenie nachgewiesen werden, die bei Besserung des Zustandes wieder verschwand. In einem Falle war merkwürdiger-

weise während des Komas eine Vermehrung der mononukleären Leukozyten zu beobachten (bis 15%).

In vereinzelt Fällen fand Verfasser trotz schwerster Azidosis nur mäßige Grade der Linksverschiebung und umgekehrt sah er bei weniger schwerer Azidosis eine sehr erhebliche Linksverschiebung, ein Verhalten, wie er es ähnlich schon bei der Leukozytose und Azidosis besprochen hat.

Was das Verhältnis zwischen Linksverschiebung und Leukozytose anbelangt, so waren in der Regel die höchsten Leukozytenwerte und die stärkste Linksverschiebung im Koma zu beobachten. Nach Besserung der Stoffwechsellaage fielen die Leukozytenwerte sehr schnell in 6 bis 24 Stunden ab, während die Linksverschiebung erst im Laufe von einigen Tagen zurückging; oft wurde sie in mäßigem Grade bei schweren Fällen über Wochen hin beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

2418.

Meyer, Walter B., Nichtdiabetische Glykosurien. (Med. Welt, 1929, Nr. 18.) Die diabetische Glykosurie hat folgende charakteristische Eigenschaften: 1. Die Höhe der diabetischen Glykosurie ist direkt abhängig von der Höhe der Kohlehydratzufuhr. 2. Das Auftreten einer diabetischen Glykosurie erfolgt nur, wenn dem betreffenden Patienten eine Kohlehydratmenge gegeben wird, die größer ist, als diejenige, die er mit seiner endogenen Insulinproduktion verwerten kann; jeder Diabetiker hat eine Toleranzgröße. 3. Die diabetische Glykosurie kann durch Insulin verringert, bei richtiger Anwendungsart zum Verschwinden gebracht werden. 4. Die diabetische Glykosurie ist stets durch eine Hyperglykämie bedingt. Die Kenntnis dieser vier Eigenschaften ist unbedingt zum Unterscheiden der nichtdiabetischen Glykosurien. Jede organische zerebrale Erkrankung (Trauma, Tumor, Blutung) kann von einer Glykosurie begleitet werden. Die zerebrale Glykosurie hat aber nichts mit Diabetes zu tun und ist durch ihre Kurzfristigkeit, ihre geringe Höhe, ihre Unabhängigkeit von der Ernährung charakterisiert. Zur gleichen Gruppe der Glykosurien müssen auch diejenigen gerechnet werden, die durch toxische Schädigung des Zentralnervensystems verursacht werden; für die Klinik von Interesse sind Strychnin, Morphin, Kohlenoxyd, Chloroform und Fiebertoxine. Die Zuckerausscheidung ist auch bei den Vergiftungen geringgradig und meist nach wenigen Stunden abgeklungen. Eine Glykosurie kann auch durch innersekretorische Einflüsse bedingt werden. Die Zuckerausscheidung beim Hyper- und Dysthyreoidismus ist das Resultat einer Vermehrung der Adrenalinsekretion. Häufig ist eine Glykosurie bei Akromegalie. Alle diese Formen von Glykosurie sind prognostisch günstig. Eine diätetische Therapie ist überflüssig, Insulinbehandlung würde nicht wie beim Diabetes am Sitz der Störung angreifen. Von viel größerer Bedeutung für die Praxis ist der sogenannte renale Diabetes oder die Glykosuria innocens. Die differentialdiagnostische Trennung der Glykosuria innocens von echten Diabetes, besonders in seiner leichtesten Form, kann nur durch klinische Untersuchung erreicht werden. Charakteristisch für die Glykosuria innocens sind folgende vier Eigenschaften: 1. Die Höhe der Zuckerausscheidung ist fast unabhängig von der Kohlehydratzufuhr. 2. Von einer Toleranzgrenze kann bei Glykosuria innocens nicht gesprochen werden. 3. In Fällen von Glykosuria innocens gelingt es durch Insulin nicht, den Harnzucker zu erniedrigen bzw. zu beseitigen; auf den Blutzucker wirkt das Insulin dabei ebenso erniedrigend wie beim Normalen, so daß trotz klinischer und blutchemisch nachgewiesener Hypoglykämie Zuckerausscheidung bestehen kann. 4. Der Blutzucker ist in der überwiegenden Zahl der Fälle von Glykosuria innocens normal bzw. ganz unwesentlich erhöht. Die Blutzuckerkurve noch Dextrosebelastung entspricht derjenigen des Normalen. Die Diagnose der Glykosuria innocens kann sehr schwierig sein, da die Patienten sich in einigen Punkten häufig wie Diabetiker verhalten. Die Ätiologie der Glykosuria innocens ist noch nicht geklärt, es unterliegt aber keinem Zweifel, daß es sich dabei um eine Störung der Zuckerregulation handelt. Die reine Glykosuria innocens ist ein biologischer Schönheitsfehler und geht niemals in den echten Diabetes über; sie bedarf aus diesem Grunde keiner Behandlung. Bei den Zwischenstufen muß dagegen unter gewissen Umständen von Diät und Insulin Gebrauch gemacht werden, dann nämlich, wenn die Folgen der Hyperglykämie, Hautjucken, Polydypsie usw., eine Erniedrigung des Blutzuckers angezeigt erscheinen lassen. Diese Patienten gehören unter regelmäßige ärztliche Kontrolle.

L. Gordon, Berlin.

2419.

Kriele, Vereinfachte Blutuntersuchungsmethoden für die Außenpraxis. (Med. Welt, 19., 1929.) (Brandenburgische Landesfrauenklinik, Berlin-Neukölln.) Verfasser empfiehlt für die Außenpraxis folgende Methode: Es wird mit einer 2-ccm-Spritze Armevenenblut in der Weise entnommen, daß man zunächst 0,4 ccm einer fünfprozentigen Natriumzitratlösung aufzieht und dann die

Spritze bis 2 ccm mit Blut nachfüllt. Das Gemisch kann in einem Röhrchen bequem transportiert werden. Vor der Untersuchung wird das Zitratblut mit einem Glasstabe gut umgerührt. Die Zählung wird in der sonst üblichen Weise mit einer Mischpipette und Zählkammer ausgeführt, nur müssen die gewonnenen Zahlen, zum Ausgleich des Zitratzusatzes, mit fünf Viertel multipliziert werden. Zur Zählung der Thrombozyten wird die Thoma-Zeiß-Zählkammer direkt mit einem Tropfen des gut gemischten Zitratblutes beschickt, mit dem Deckgläschen bedeckt und in senkrechter Stellung in das um 90° gesenkte Mikroskop gespannt. In etwa 10 bis 15 Minuten senken sich bei normalen Verhältnissen die roten und weißen Blutkörperchen, so daß über dem Zählnetz nur die Thrombozyten übrig bleiben. Bei normalen Zahlenwerten findet man 50 bis 60 Thrombozyten pro Quadrat. Die Kontrolluntersuchungen des Verfassers haben nur minimale Fehlerquellen der Methode ergeben.

L. Gordon, Berlin.

2420.

Engel, A., und G. Olin, Untersuchungen über Bacterium Coli bei der perniziösen Anämie. (Act. med. scand., 70., Nr. 2—3, S. 150.) Die Verfasser untersuchten gesunde Personen und solche mit Achylia gastrica, sowie Fälle von perniziöser Anämie mit der besonderen Feststellung des Vorkommens von Agglutininen gegen Koli aus den Fäkes der betreffenden Versuchsperson. Sie fanden solche Agglutinine in relativ großer Zahl bei Patienten mit perniziöser Anämie, während sie weniger häufig und weniger zahlreich bei der einfachen Achylia gastrica zu finden waren. Ganz selten wurden sie bei den gesunden Personen beobachtet. Wenn man diese Befunde im Lichte der neuen Untersuchungen über die Häufigkeit des Vorkommens von Bacterium coli im Magen und Dünndarm in entsprechenden Fällen betrachtet, fällt die ausgesprochene Übereinstimmung zwischen der Häufigkeit des Vorkommens von Koli und der der Bildung von Agglutininen auf.

Wo bei Achylia gastrica eine Agglutination gefunden wurde, kam auch in dem Mageninhalt Bacterium coli konstant vor. Bei perniziöser Anämie, bei der aus dem Dünndarm Koli gewonnen werden konnte, wurden diese Bakterien regelmäßiger und mit einem höheren Titer agglutiniert als Koli aus den entsprechenden Fäkes. Dasselbe war der Fall mit Stämmen aus dem Mageninhalt von Patienten mit Achylia gastrica.

Die Verfasser halten sich deshalb für berechtigt, anzunehmen, daß die Bildung von Agglutininen auf das Vorkommen von Bacterium coli infolge der Anazidität in Teilen des Verdauungskanal (Magen und Dünndarm) zurückzuführen ist, wo unter normalen Bedingungen die Bakterien nicht vorkommen. Das bedeutet, daß der Organismus auf ein solches Vorkommen von Bacterium coli genau so reagiert, wie er es bei einer Koliinfektion tut.

Dementsprechend glauben die Verfasser, daß die Bildung von Agglutininen gegen Koli aus dem Stuhl im Blutserum bei Fällen von perniziöser Anämie ein Zeichen für die pathologische Einwanderung von Koli in den Magen und den Dünndarm bei der Perniziösa ist.

Ferner wurde bei dem Versuch, eine experimentelle Anämie nach der Methode von Seyderhelm zu erzeugen, gefunden, daß agglutinierbare Stämme von perniziösen Patienten keinerlei charakteristische Eigentümlichkeiten im Vergleich mit nichtagglutinierbaren Stämmen zeigten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2421.

Alport, Cecil A., Anaemia splenica. (Lancet, 216., 5513.) (St. Marys Hospital, London.) Zeigt die Leberfunktionsprobe, daß keine hochgradige Schädigung dieses Organs erfolgt ist, dann ist die Splenektomie angezeigt, die im Frühstadium keine technischen Schwierigkeiten bietet. Die Chloroformnarkose ist bei dieser Affektion kontraindiziert.

Ashkenasy, Wien.

2422.

Dworak, R., Zur Kenntnis der Hämochromatose. (Münch. med. Wschr., Nr. 18.) (II. Deutsche Universitätsklinik, Prag.) Um die noch nicht völlig geklärte Pathogenese der Hämochromatose der Erkenntnis näher zu bringen, wird ein Fall demonstriert. Dieser zeichnet sich dadurch aus, daß er keinen Diabetes aufweist. Die Leberschädigung wird durch den Ikterus dokumentiert. Auffallend ist die große Erhöhung des Serumcholesterinspiegels, sowie eine diffuse Xanthomatose, die eigentümliche Veränderungen an den Gelenken der Handknochen hervorgerufen haben mag. Untersuchungen lehrten, daß das Eisen der Nahrung im Körper aufgespeichert wird. Der Blutumsatz zeigte keine Veränderung im Sinne eines vermehrten Abbaues.

S. Cohn.

2423.

Kalf-Kalif, M. J., Paroxysmale Hämoglobinurie. (Wratsch. Djeo, 11. Jahrg., Nr. 15, S. 1156/1159.) Beschreibung eines Falles, wo das Leiden bei dem 57jährigen Patienten seit 15 Jahren bestand. Mehr oder weniger dauernde Kälteeinwirkung löste bei ihm

fast stets Fieberanfälle, Zerschlagenheit und Hämoglobinurie aus. In der Anamnese Typhus abdominalis, eine dem Patienten unbekannte, mit Fieber einhergehende Erkrankung und Gonorrhöe. Syphilis wurde negiert. Während die bisherige Therapie wirkungslos geblieben war, führte die vom Verfasser eingeleitete antisiphilitische Behandlung (Injektionen von Hydrarg. bibromat.) zur Heilung.

E. Kontorowitsch, Berlin.

2424.

Schaefer, Die Blockierung der echten Thrombose durch künstliche Thrombenbildung. (Med. Klin., 1929, Nr. 18.) Zur Vermeidung der Gefährlichkeit (ärztliche Indikation) wie zur Abkürzung des Krankenslagers (soziale Indikation) bei der echten Thrombose der Beinvenen wird die Blockierung des Gefäßes durch künstliche Thrombenbildung nach dem Linserschen Verfahren empfohlen. Sie ist leicht anwendbar und erfolgreich bei allen Thrombosen, deren Sitz sich an von außen zugänglichen Gefäßen befindet. Inwieweit sie für tiefliegende Gefäße anwendbar ist, muß experimentell geklärt werden. Hier könnte eine künstliche Blockierung nur an einer höhergelegenen Stelle des Gefäßes in Frage kommen, die von außen zugänglich ist; es käme das Foramen ovale in Frage, dort, wo die V. saphena in die V. femoralis übergeht. Der Ausfall eines großen Venengebietes dürfte bei dem Vorhandensein einer großen Zahl von Kollateralen nicht in die Wage fallen.

L. Gordon, Berlin.

2425.

Lipschitz, M., Zur Frage der Thrombophlebitis migrans. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 744.) Wird über einen Fall berichtet, bei welchem zuerst eine Thrombose durch Verletzung (Quetschung) der Gefäße (Endothelschädigung) bestand. Eine, wenn auch leichte Infektion kam wohl hinzu, wofür die infektiöse Milzschwellung spricht. Die Blutkulturen waren allerdings steril geblieben. Wesentlich begünstigt wurde die ganze Erkrankung durch die chronische Kreislaufschwäche bei Insuffizienz des linken Herzens. Es kamen also hier drei Bedingungen zusammen, die zu dem Krankheitsbilde einer „Thrombosis oder Thrombophlebitis migrans“ führten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2426.

Rechtman, A. M., Thromboangiitis obliterans. (Med. j. a. Rec., 1929, Nr. 7.) Viele Fälle werden vom Praktiker nicht erkannt, kommen nach jahrelangen Beschwerden oft mit der Diagnose Plattfuß. Aetiologie unbekannt; meist Juden, starke Tabakkonsumenten; gelegentlich Trauma und Abkühlung der Füße. Zunächst in einem Bein beginnend, kann sie alle vier Extremitäten befallen. Erstes Symptom; intermittierendes Hinken, Krampf im Fuß, in der Wade, bei Ruhe besser. Mangelnde Durchblutung und dadurch mangelnde Filtration der Stoffwechselprodukte. Kälte der Füße und auch der Hände ist sehr geklagt. Der herabhängende Fuß ist rot, der erhobene blaß. Zyanose der Zehen und weiter — schmerzhaftes Ulkus — Gangrän. Fehlen des Pulses in der Dorsalis pedis, Tibialis posterior, seltener in der Poplitea und Femoralis. Unterlassung dieser Prüfung läßt die Diagnose versäumen. Nachweis durch Oszillometer oder intradermale Injektion einer Normalsalzlösung: die Resorption ist verzögert (normal eine Stunde). Seltener sind die Venen allein affiziert. Subjektive Symptome können jahrelang ganz fehlen. Es können aber auch starke Schmerzen bestehen. Rapider oder langsamer Fortschritt, auch lange Remissionen. Superfizielle Phlebitis in etwa ein Drittel der Fälle. Differentialdiagnose: man unterscheidet funktionelle oder organische Zirkulationsstörungen. Funktionell: Raynaud und Erythromelalgie. Organisch mit lokaler Verteilung: Thromboangiitis obliterans; allgemein verteilt: Arteriosklerose. Die Obliterans bevorzugt die jüdische Rasse; die anderen befallen alle Rassen. Raynaud und Erythromelalgie kommen in 95 bzw. 70% bei Frauen vor; Oblit. und Arteriosklerose in 99 bzw. 90% bei Männern. Rote oder Blässe beim Hängen oder Erheben, intermittierendes Hinken findet man gewöhnlich bei Oblit. und Arteriosklerose, während sie bei Raynaud und Erythromelalgie fehlen. Umgekehrt ist bei diesen beiden der Arterienpuls erhalten. Superfizielle Phlebitis fehlt bei Arteriosklerose, Raynaud, Erythromelalgie, und ist in einem Drittel der Fälle bei Oblit. vorhanden. Und nur bei der Erythromelalgie ist die lokale Temperatur erhöht. Alter bei Oblit. 20 bis 50; bei Arteriosklerose über 50; bei Raynaud zwischen 17 bis 35; bei Erythromelalgie 30 bis 50. Arteriosklerotische Arterien sind beim Röntgen sichtbar. Auch palpabel. Ferner kann der Arteriospasmus bei Tabakmißbrauch ein ähnliches Bild bieten. Aber hier kein physikalischer Befund. Behandlung: vorbeugend bequemes Schuhwerk, Schutz vor Kälte, bei Prädisposition weniger Tätigkeit. Phlebitis migrans ist oft ein Vorläufer. Elektrische Lichtbäder 3 Minuten lang, achtmal täglich. Kontrastbäder, Diathermie am besten im Spital. Intravenöse Injektionen von Natriumzitrat. Große Mengen Flüssigkeit per os, Proteinschock intravenös. Sonst chirurgisch.

Schnizer.

2427.

Hegler, C., Die Thrombosekrankheit. (Z. ärztl. Fortbildg., Jena, 26. Jahrg., Nr. 2.) In den letzten Jahren beobachtet man eine erschreckende Häufung von sogenannten inneren Fällen von Thrombose, die sich auffallenderweise hauptsächlich auf Deutschland erstreckt, und zwar besonders seit den Jahren 1922 und 1923. So wurde in Hamburg bei 920 Sektionen 206mal Thrombose festgestellt, darunter 113mal Embolie. Am häufigsten sind die Schenkelvenen befallen; während nach Entbindungen und Operationen Thrombosen in geringerem Umfange festgestellt werden, besteht die Steigerung der inneren Fälle noch weiter. Manche erklären die Zunahme durch die häufigen intravenösen Injektionen, bei denen durch Läsionen des Gefäßendothels eine Thrombose erzeugt wird. Mitunter ist eine familiäre Belastung festzustellen, auch konstitutionelle Veranlagungen, wie Neigung zur Fettsucht, Subfunktion der Schilddrüse liegen manchmal vor. Die Amerikaner haben daher in der Vorbehandlung Schilddrüsenpräparate empfohlen. Nicht immer ist mit Sicherheit eine Unterscheidung zwischen Thrombose und Thrombophlebitis zu treffen. In manchen Fällen gelingt es, die in der Muskulatur gelegene tiefe Vene zu palpieren und den Thrombus festzustellen. Manche Menschen werden immer wieder von Thrombose befallen, so daß man von einer richtigen Thrombosekrankheit sprechen kann. Wahrscheinlich ist ein großer Teil postoperativer Pneumonien mit einer Lungenembolie mit nachfolgendem Infarkt zu erklären. Bei zahlreichen Meinungsverschiedenheiten über die Frage der Zunahme dieser Krankheit sind vor allen Dingen folgende Momente zu erwähnen: 1. die Infektionen, 2. die Aenderung der Blutbeschaffenheit, 3. die Kreislaufstörung. Eine Reihe von äußeren Einflüssen, wie Narkose, Höhensohle, intravenöse Einspritzung, spielen keine entscheidende Rolle. Bei Hunderten von Fällen von Bluttransfusionen ist nicht ein einziges Mal Thrombose aufgetreten. Eher muß man Nachwirkungen der schlechten Ernährung, die zu einer minderwertigen des Endothels führt, berücksichtigen. Eine konstitutionelle Schwäche des Endothels und die Einwirkung noch unbestimmter Faktoren (Infektion, Trauma) müssen vorläufig als ätiologische Faktoren angenommen werden. Neuerdings hat man festgestellt, daß das Blut normaler Menschen fast keinen Fluor enthält, das Blut hämophiler jedoch sehr viel. Zur Behandlung der Thrombosebereitschaft würde daher die Zufuhr von Fluor von Nutzen sein, da hierdurch eine Verlangsamung der Gerinnung bewirkt werden kann. Von äußeren Maßnahmen sind keimfreies Operieren, gute Blutstillung, Frühaufstehen und Übungen zu erwähnen. Ein von Fischer angegebener Verband mit Zinkleim hat sich bei Thrombose der unteren Extremitäten bewährt, der jedoch bei eitrig zerfallenen Thromben nicht angezeigt ist.

Kosminski, Berlin.

2428.

Kisch, Franz, Studien über den arteriellen Tiedruck. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 18, S. 833.) Der Venendruck (Druck im rechten Vorhof) beträgt bei horizontaler Ruhelage gesunder Menschen höchstens 12 cm.

Aus tierexperimentellen Untersuchungen geht hervor, daß die Höhe des arteriellen Blutdruckes an sich auch einen gewissen Einfluß auf den Venendruck auszuüben vermag, da das Zuflußgebiet zum rechten Herzen mit einer unter dem Einfluß des im Splanchnikusgefäßgebiet herrschenden Tonus steht.

Bei Hypertonikern pflegt der Venendruck durchschnittlich etwas höher zu sein, auch wenn die Herzfunktion nicht beeinträchtigt ist. Bei Hypotonikern pflegt der Venendruck im großen und ganzen etwas niedriger zu sein, ausgenommen natürlich jene Fälle, wo der Lungenkreislauf behindert ist (Herzklappenfehler, Myokardschwäche, Emphysem, Lungentuberkulose usw.).

Der normale Venendruck kann in Zweifelsfällen als wertvoller Hinweis auf das Bestehen einer ausreichenden Herzleistungsfähigkeit angesehen werden; der hohe Venendruck spricht — ganz allgemein — für die Annahme einer Behinderung im Lungenkreislauf.

Für die Beantwortung der Frage, ob gegebenenfalls beim Bestehen eines arteriellen Tiedruckes in dem Versagen der Herzkraft ein ursächliches Moment der Hypotonie gelegen sei, ist der Venendruck oft von ausschlaggebender Bedeutung. Ein erhöhter Venendruck spricht für, ein niedriger Venendruck gegen die Annahme einer Herzschwäche.

Arnold Hirsch, Berlin.

2429.

Kisch, Franz, Studien über den arteriellen Tiedruck. (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 20, S. 929.) In einem 28 600 Fälle umfassenden Krankenmaterial fanden sich insgesamt 1967 Hypotoniker, 6,88% aller Patienten wiesen einen (palpatorisch ermittelten) systolischen Blutdruck von 100 mm Hg oder darunter auf.

Unter Zugrundelegung der verschiedenen klinischen erfaßbaren Krankheitserscheinungen und unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, welche sich einzelfalls bei den Hypotonikern geltend machen, werden drei Gruppen von Hypotonikern unter-

schieden: 1. Jene Gruppe, bei welcher kardiale und zirkulatorische Störungen (hämodynamische Faktoren) im Vordergrund stehen; hierher gehören Herzklappen- und Herzmuskelerkrankungen, verschiedenartige Beeinträchtigungen der Herzfunktion (Myxödematöse Durchtränkung des Herzmuskels, Rhythmusstörungen, Inanition, Infektionskrankheiten usw.), ausgesprochenes Lungenemphysem, Splanchnoptosen. 2. Gruppe, bei welcher ein pathologischer Zellzerfall im Organismus statthat; unter den hierbei in den Blutkreislauf gelangenden Zellzerfallsprodukten wird dem Histamin bzw. den histaminähnlichen Substanzen mit der erwiesenermaßen blutdrucksenkenden Wirkung größte Bedeutung beigemessen; dieser Hypotoniegruppe gehören an die Lungentuberkulose, maligne Tumoren, die Ulcera ventriculi et duodeni, die perniziöse Anämie, die leukämische Myelose (bei welcher der schrankenlosen Zellvermehrung ein gesteigerter Zerfall von Nukleoproteiden entspricht), Herpes zoster, Urtikaria. Begründung dieser Annahme. 3. Gruppe, zu welcher die durch eine Hypoplasie des chromaffinen Gewebes konstitutionell stigmatisierten Hypotoniker gehören; sie zeichnen sich durch eine zeitlebens bestehende Konstanz ihres niedrigen Blutdruckes aus, neigen leicht zu Schwellungszuständen des lymphatischen Apparates (Betonung des Zusammenhanges zwischen Status lymphaticus und Hypoplasie des chromaffinen Gewebes, weisen oft niedrige Blutzuckerwerte auf, sind mindestens leicht ermüdbar und bieten häufig einen asthenischen Habitus dar. An zwei Fällen wird das familiäre Vorkommen von Hypotonie gezeigt. Die konstitutionellen Hypotoniker haben im allgemeinen gute Aussichten auf eine lange Lebensdauer.

Arnold Hirsch, Berlin.

2430.

Wauchope, Gladys M., *Endocarditis lenta*. (Lancet, 216., 5513.) (New Sussex Hospital for Women and Children.) Die Prognose ist im allgemeinen infaust. Symptomatische Therapie. Von besonderen Beschränkungen ist abzusehen. Dem Kranken soll entsprechend seinen Kräften eine normale Lebensweise gestattet werden, da die Gefahr der Emboli auch bei bettlägerigen Patienten besteht, daher keine Möglichkeit der Verhütung derselben.

Ashkenasy, Wien.

2431.

Govaerts, Paul, *Das klinische Syndrom der Verstopfung der Koronararterien*. (Le Scalpel, Nr. 10, 1929.) Das am häufigsten beobachtete klinische Bild ist folgendes: Bei einem Individuum — meist jenseits der Fünfzig — tritt plötzlich ein Präcordialschmerz von anginösem Charakter auf, der nach der linken Brustseite oder nach dem Epigastrium ausstrahlt. Daneben besteht eine intensive Dyspnoe und häufig auch Uebelkeit und Erbrechen. Oft tritt der Tod unmittelbar oder nach einigen Stunden ein. Andermal erfährt der Herzkollaps eine allmähliche Besserung, allerdings unter Fortbestand eines mehr oder minder ausgeprägten Defizits in der Widerstandskraft des Myokards. Der Verschluss der Kranzarterien führt einen Kollaps des Kreislaufs herbei, der einen Grad höchster Erschöpfung annehmen kann. Der Blutdruck ist immer niedrig, der Puls verändert. Zuweilen tritt Lungenödem auf und eine merkbare Einschränkung der Urinabsonderung, als Folge der Blutdrucksenkung. Als Zeichen der Zirkulationsinsuffizienz treten an der Peripherie auf: passive Leberstauung, Nierenstauung und Oligurie und Albuminurie, mäßiges Oedem der unteren Gliedmaßen.

Die Untersuchung des Herzens ergibt alle Anzeichen einer akuten Insuffizienz: der Spitzenstoß ist kaum wahrnehmbar, die Töne sind gedämpft, oft unregelmäßig. Alle Abarten der Arrhythmie kommen hierbei vor: Extrasystolen, Vorhofflimmern, Auriculo-ventrikulärblock, Pulsus alternans usw., keine derselben ist charakteristisch für eine Obliteration der Kranzgefäße. Selbst wenn der Rhythmus kaum gestört ist, so verrät sich die Insuffizienz immer durch eine Instabilität des Pulses und durch unverhältnismäßige Zunahme der Pulsschläge nach minimaler Anstrengung.

Fieber und Leukozytose sind in der Regel Begleiterscheinungen der Verstopfung der Kranzgefäße, meist aber von kurzer Dauer.

Wenn der Patient den Anfall überlebt, dann ist die Prognose durchaus nicht ungünstig.

Held.

2432.

Fogelson, L. J., und M. J. Schewlagina, *Ueber die atrio-ventrikuläre Automatie*. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jg., Nr. 9, S. 256.) Die Entstehung des atrio-ventrikulären Rhythmus muß nach Ansicht der Autoren klinisch durch eine Störung des Sinusknotens hervorgerufen sein. Die Zahl der automatischen Impulse, resp. die Zahl der Herzkontraktionen ist durch den Ausgangspunkt des Reizes im atrio-ventrikulären Knoten bedingt, und nimmt entsprechend dem Uebergange des Impulses vom Vorhof- zu dem Kammerteil ab.

Arnold Hirsch, Berlin.

2432 a.

Horn, Leo, *Zur Kasuistik der Aneurysmen der Pulmonalarterien*. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jg., Nr. 9, S. 249.) Es ist dem Verfasser gelungen, ein einzelnes Aneurysma des linken Hauptastes der Pulmonalarterie zu erkennen, das auf angeborener Grundlage, wahrscheinlich durch das Offenbleiben des Ductus arteriosus, entstanden ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2433.

Chasanoff, M., *Ueber den Blutzucker bei Herzkrankheiten*. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 20, S. 934.) Bei Herzklappenfehlern wird oft ein niedriger Blutzuckerspiegel beobachtet.

Die niedrigen Zahlen des Blutzuckers kommen öfter bei schwer verlaufenden Herzklappenfehlern vor.

Bei Kardiosklerose mit Herzinsuffizienz ist der Blutzuckerspiegel normal.

Die Glykämiekurven nach Glukosebelastung bei Herzklappenfehlern zeichnen sich durch eine Verlängerung sowohl des ansteigenden als auch des absinkenden Teiles der Kurve aus; die maximale Erhebung in Prozenten ist öfters höher als in der Norm.

Der Charakter der Glykämiekurve nach Belastung bei Kranken mit Herzklappenfehlern weist auf eine träge Reaktion des Inselapparates hin.

Die Zusammenstellung der trägen Reaktion des Inselapparates mit der Tendenz zu Nüchtern-Hypoglykämie bei Kranken mit Herzklappenfehlern erlaubt es, eine Abschwächung der dem Insulin antagonistischen Einflüsse auf den Blutzucker als Ursache der Hypoglykämie anzunehmen (Adrenalin, Glykamin).

Arnold Hirsch, Berlin.

2434.

Kohn, Hans, *Angina pectoris und Unfall*. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 843.) Die vorliegende, in die Literatur weit zurückgreifende Betrachtung ergibt, daß auch eine organische Angina pectoris vom Unfallarzte unter Umständen in den Kreis seiner gutachtlichen Erwägungen mit einbezogen werden muß. Bei der nervösen ist dies schon verschiedentlich geschehen, vielleicht nicht oft genug und nicht mit der gehörigen Würdigung der Bedeutung dieses „nur nervösen“ Leidens; denn es kann sich aus einer nervösen Angina pectoris eine organische entwickeln.

Unter den nervösen Formen der Angina pectoris wurde auf eine bisher in der Unfallpraxis nicht beachtete hingewiesen: die durch chronische Bleivergiftung.

Die Erfahrungen der Unfallpraxis führen (gleich den Beobachtungen der allgemeinen ärztlichen Tätigkeit) zum Schluß, daß das krankhafte Geschehen bei Angina pectoris sich nicht in der Aorta, sondern in den Koronararterien abspielt. Dies gilt für die organischen wie die nervösen Formen dieser Krankheit.

Bei den organischen Unfallanginen kann das Geschehen, das schließlich zur anatomischen Läsion führt, vielgestaltig sein. Manchmal ist es zunächst vielleicht nur funktionell, nämlich ein „traumatischer segmentärer Gefäßkrampf“, an den sich dann thrombotische, end- und seltener periarteritische Prozesse anschließen. In anderen Fällen treten diese anatomischen Störungen sofort ein. Auch eine infektiöse Koronaritis scheint nach Unfall vorzukommen und Anlaß zu Angina pectoris werden zu können. Auch dafür, daß Hochdruck an sich nicht Angina pectoris erzeugt und ferner dafür, daß nicht die anatomische Läsion selbst, sondern erst die aus ihr folgende Störung der Funktion Angina pectoris bewirkt, bietet die Unfall-Literatur Belege. Die bei allen organischen Anginen, gleichviel, ob sie nach Unfall oder ohne einen solchen entstehen, sonst noch anzunehmenden Vorgänge (den Anfall bewirkender akzidenteller Koronarspasmus, ischämischer Herzmuskelkrampf, ischämische Herzschwäche) wurden nur gestreift.

Bei den nervösen Anginen ist das Geschehen in den Koronararterien immer nur ein funktionelles, ein Spasmus der Gefäße. Ein solcher wird selbst bei den psychischen vom Verfasser als Grundlage des Anfalles angenommen.

Der Befund einer Koronarerkrankung kann auch beim plötzlichen Tod durch Unfall wegweisend sein für die Aufdeckung der wahren Todesursache, nämlich eines Anfalles von Angina pectoris. Und selbst bei negativem Organbefund in Fällen plötzlichen Todes nach zuweilen nur geringfügigem, oft nur seelischem Trauma (psychischem Schock) ist wahrscheinlich ein Koronarspasmus der Faktor, der den Herzstillstand bewirkt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2435.

Thomson, F. G., *Behandlung des Empyems*. (Brit. med. J., 3550, S. 89.) Bei der Bronchopneumonie entwickelt sich ein Empyem gewöhnlich in der Form einer serösen Pleuritis, während bei der lobären Pneumonie zumeist große Massen fibrinöser Adhäsionen vorkommen. Als Hauptprinzip für die Behandlung beider Varianten wird die Verhinderung einer Sekundärinfektion des Empyems und

dessen baldige völlige Sterilisierung hingestellt, was durch häufige (zwei bis dreimal tägliche) Ausspülungen mit geeigneten Antiseptika zu erreichen ist. Die Rippenresektion und die sich daran anschließende offene Drainage ist in jedem Falle schädlicher als die protahierte Saugbehandlung. Durch die Erzeugung eines künstlichen Empyems in Tierversuchen an 20 Hunden wird dies u. a. zu erweisen versucht. Zur Dauersaugdrainage wird ein selbsthaltender, weicher Gummikatheter eingeführt; die Einführung geschieht entweder durch einen sehr kleinen Einschnitt in der Brustwand oder durch das Lumen eines Trokars hindurch, der dann nach Einschiebung des Katheters sofort wieder herausgezogen wird; den Katheter verbindet man mit einer kleinen Wassersaugpumpe. Der Ort der Wahl für die Einführung des Katheters ist der obere Rand der Empyemhöhle. Als Spülflüssigkeit hat sich die Dakinlösung sehr bewährt; sie scheint eine spezielle Wirkung auf die Erweichung großer fibrinöser Massen auszuüben. Besondere Vorteile der Dauersaugdrainage sind: eine etwa benötigte Narkose ist von kurzer Dauer und kann oft durch Lokalanästhesie ersetzt werden; die Einlegung des Katheters ist schnell, leicht und ohne die Gefahr eines Kollapses ausführbar; der Dauerkatheter verursacht keinen oder nur ganz geringen Schmerz; die Reinigung der Wunde ist leicht; die Gefahr der Sekundärinfektion ist stark herabgemindert; neben einer schnellen Ausheilung der Hautwunde tritt eine völlige Wiederausdehnung der Lunge ein.

Kristeller.

2436.

Bowen, D. R., **Akute Atelektase der Lunge**. (Amer. J. Röntgenol., Vol. XXI, 2.) Die akute Atelektase der Lunge ist eine klinische Einheit, welche in letzter Linie durch Totalverschluß eines Bronchus mit nachfolgender Resorption der Luft hervorgebracht wird. Prädisponierend und unterstützend wirken Faktoren verschiedener Aetiologie. Das wichtigste physikalische Zeichen ist die Verlagerung des Mediastinums nach der befallenen Seite und das vikariierende Emphysem der freien Seite. Die postoperativen Atelektasen sind im Verhältnis zur nichttraumatisch entstehenden Gruppe zweifellos in der Minderzahl. Kommt es postoperativ nach Abklingen der ersten Reaktion zur Temperatursteigerung, so soll man an Atelektase denken, eine Röntgenuntersuchung vornehmen und frühzeitig Prophylaxe treiben. Die Prognose hängt meist von Typ und Grad der Infektion ab. Bronchoskopische Drainage, sorglich ausgeführt, ist eine wichtige Methode der Behandlung.

J. Kottmaier - Mainz.

2437.

Calmon, Heitor, **Die Proteintherapie des Magengeschwürs**. (Folha med., 10., 8.) (Sta. Casa de Misericordia, Rio de Janeiro.) Bei einem Fall von klinisch und radiologisch festgestelltem Ulc. ventr. erzielte Verfasser durch parenterale Verabreichung von Novoprotein vollkommene Heilung. Bemerkenswert bei diesem Fall war, daß hier auch eine Lues vorlag (positiver Wa.), daß aber die spezifische Therapie keine Besserung der Magensymptome bewirkte.

Ashkenasy, Wien.

2438.

Veilchenblau, Ludwig, **Diagnose der Pankreasnekrose**. (Med. Welt, Nr. 18, 1929.) Auf Grund von vier Fällen macht Verfasser auf folgende Symptome der akuten Pankreasnekrose aufmerksam: 1. Es handelt sich bei der Pankreasnekrose um eine Peritonitis ohne Peritonitis, d. h. es handelt sich um ein peritoneales Krankheitsbild, das aber die objektive Charakteristika der Peritonitis vermissen läßt; nur das Verhältnis von Temperatur zu Puls wahrt den Charakter des Peritonealreizes. 2. Es wird bei der Pankreasnekrose immer die dem Druckschmerz entsprechende Bauchdeckenspannung vermißt, die bei einer peritonealen Erkrankung fast stets vorhanden ist. 3. Es gelingt infolgedessen immer trotz Auftreibung die Resistenz in der Tiefe festzustellen. 4. Es gelingt auch stets im Anfang, trotz des peritonealen Außersich, die Darmgeräusche nachzuweisen und den Darmtraktus selbst frei zu finden. 5. Die spezielle Betrachtung des Bauches läßt in der Art der Auftreibung gegenüber sonstigen Auftreibungen einen weitgehenden Unterschied erkennen, und zwar durch die starke Auftreibung des Oberbauches: Die Masse Schwertfortsatzspitze-Nabel und Nabel-Symphyse, die sich immer annähernd wie 1:1 verhalten, ergeben bei der Pankreasnekrose ein Verhältnis 2:1.

L. Gordon, Berlin.

2439.

Brohec, Georges, und F. Evelyn, **Ein Fall von spontaner, voluminöser Blutzyste des Pankreas**. (Brux Méd., Nr. 19, 1929.) Eine Zyste der Bauchspeicheldrüse erzeugt in der Mehrzahl der Fälle eine rapide kachektische Abmagerung. Sie enthält Flüssigkeit bis zu acht Litern, in denen Pankreasferment enthalten ist. Sie bewirkt Kompressionserscheinungen an den Nachbarorganen. Es besteht die Gefahr der Vereiterung und des Durch-

bruchs entweder in die große Bauchhöhle oder ein Nachbarorgan oder auch in den Pleuraraum. Infolgedessen ist ein möglichst frühzeitiger Eingriff unbedingt erforderlich. Meist wird die vordere Marsupialisation die einzig erfolgversprechende Methode sein.

Held.

2440.

Kramer, **Zur Kasuistik der Pankreaserkrankungen**. (Münch. med. Wschr., Nr. 18.) Hinweis der Verfassers, daß die akute Pankreatitis doch nicht so selten vorkommt. Aufzählung von sieben typischen Fällen, die sämtlich den gleichen Anfang nahmen: Uebelkeit, Schmerzen im linken Oberbauch, Diastasevermehrung im Harn, Stuhl unregelmäßig, Leib aufgetrieben, heftiger Schmerz bei Druck auf die untersten Rippen, im Stuhl viel neutrales Fett; Headsche Zone in der Höhe des achten Brustwirbels. Verfasser weist auf die Irrtümer der Diagnosestellung hin durch die Annahme von Neuritis und evtl. Pleuritis.

S. Cohn.

2441.

Koester, Friedrich, **Situs inversus mit Relaxatio diaphragmatica**. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 18.) Situs inversus mit der seltenen Komplikation einer Relaxatio diaphragmatica wird durch die Röntgenuntersuchung bei einer 44 Jahre alten, organ gesunden Patientin, die seit Jahren über Mattigkeit und Rückenschmerzen, in der letzten Zeit auch über Magen- und Herzbeschwerden klagte, festgestellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2442.

Brugsch, Theodor, **Zur Analyse des Ikterus**. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 17, S. 687.) Verfasser kommt im großen ganzen zu folgender Klassifizierung des Ikterus:

1. Mechanischer Ikterus durch Abschluß der Gallengänge. Ausgang Aholerese.
2. Toxischer aholeretischer Ikterus (Ikterus simplex, Ikterus gravis).
3. Kardialer Stauungsikterus mit Hypocholerese.
4. Splenogener Ikterus mit Farbstoffhypercholerese.
5. Splenogener Ikterus bei Leberzirrhosen mit Farbstoffhypocholerese.
6. Dermatogener Ikterus durch ausgedehnte Hautblutungen (z. B. Skorbut).
7. Ikterus neonatorum durch abnormen Blutzerfall im gesamten retikuloendothelialen System.

Arnold Hirsch, Berlin.

2443.

Glénard, R., und J. Vinchon, **Volumenveränderung der Leber auf neuro-vegetativer Basis**. (Suesse Méd., Nr. 25; 1929.) Bei Pat. mit allgemeiner vago-sympathischer Gleichgewichtsstörung finden sich zeitweise Kongestionen der Leber, die mit anderen vasomotorischen Störungen, wie Urtikaria, orinkerates Oedem, Migräne, gewissen Ekzemen usw., einhergehen. Die Untersuchung geschieht mit dem Daumen bei tiefer Inspiration, von hinten nach vorn und von unten nach oben, um in den unteren Lebertrand einzuhaken, wobei auch nur geringe Form- und Volumenveränderungen deutlich werden. Eine detaillierte Diagrammaufnahme bei jeder Untersuchung erspart weitere radiologische Untersuchungen. Endokrine Störungen spielen dabei eine Rolle, wie z. B. die Periode, Basedow-Symptome usw. Die Therapie besteht außer der üblichen Diät, Laxantien und gallentreibender Mittel in der Ueberwachung des endokrinen Gleichgewichtes mittels Chlorkalzium, Pilokarpin und Belladonna. Besondere Beachtung verdient die therapeutische Gymnastik, da die Lungenventilation und abdominale Uebungen eine Minderung der Blutmenge der Leber bewirken und zugleich das funktionelle Gleichgewicht des vegetativen Systems herstellen.

Haber.

2444.

Sante, L. R., **Schwere Hämorrhagie aus dem Gastro-Intestinaltrakt**. (Amer. J. Röntgenol., Vol. XXI, 2.) Die Erklärung von Massenblutungen aus dem Magen per Diapedese hat nie recht befriedigt. Erklärlich erscheint eine lokale anaphylaktische Reaktion, welche nach vorausgegangener Infektion des Individuums von seiten der Gallenblase, des Appendix oder eines Divertikels zum Massenaustritt von Blut führt. Alle Patienten mit Massenblutungen aus dem Gastro-Intestinaltrakt ohne erkennbare organische Läsion sollten auf ihre Sensibilität gegen Eiweißkörper und Infektionen untersucht werden, welche die Intestina bevorzugen.

J. Kottmaier, Mainz.

2445.

Meulengracht, Eimar, und Julius Jensen, **Regelmäßige Untersuchung des Stuhles auf okkulte Blutspuren bei Magen- und Darmkrebs**. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 9, 1929.) Bei 105 Patienten mit Karzinom des Gastro-Intestinaltraktes nahmen Verfasser fortlaufende Untersuchungen des Stuhles auf Blut vor.

um die Häufigkeit okkultur Blutungen bei malignen Erkrankungen des Digestionstraktes zu ermitteln und gleichzeitig den diagnostischen Wert regelmäßiger Stuhluntersuchungen bei Verdacht auf Karzinom zu prüfen. Fast in allen von Verff. untersuchten Fällen wurde die Diagnose Karzinom entweder gelegentlich der Operation oder bei der Sektion, in einzelnen Fällen mikroskopisch bestätigt. Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Häufigkeit okkultur Blutungen bei den verschiedenen Arten der Lokalisation des malignen Prozesses:

Diagnose:	Dauernd okkulte Blutungen	Intermittierend okkulte Blutungen	Keine Blutung	Zusammen
Oesophaguskarzinom . .	3	3	4	10
Magenkarzinom	49	11	6	66
Dünndarmkarzinom . .	3	2	—	5
Dickdarmkarzinom . . .	7	1	—	8
Rektumkarzinom	14	1	1	16
	76	18	11	105

Bei ihren Untersuchungen bedienten sich die Verfasser der von Gregersen (nach dem Vorschlage von Grünwald) angegebenen Methode, bei welcher als Oxydationsmittel statt des instabilen Wasserstoffsperoxyd eine 4prozentige Lösung von Bariumsuperoxyd verwendet wird. Die Benzidinkonzentration beträgt 0,5 Prozent. Zur Herstellung des Standardreagens werden 0,025 g Benzidin und 0,2 g Bariumsuperoxyd in 5 ccm 50proz. Essigsäure gelöst. Ein hanfkorngroßes Stück Fäces wird auf einem reinen Objektträger ausgestrichen und dann einige Tropfen der Lösung hinzugefügt. Bei Anwesenheit von Blut im Stuhl tritt innerhalb 2 Minuten Blaufärbung ein, deren Intensität je nach der Menge des im Stuhl vorhandenen Blutes verschieden ist.

L. Büchler, Wien.

2446.

Bassler, A., Einige neue Gesichtspunkte bei der Behandlung der Colitis ulcerativa. (Med. J. a. Rec., Nr. 6, 1929.) Eine Analyse von über 200 schweren Fällen. Merkurchrominjektionen abwechselnd mit Bluttransfusionen alle fünf Tage bessern die perikolischen und mesenterischen Drüseninfektionen, die die Reinfektionen verursachen. Die Bluttransfusionen bessern die Anämie, die in jedem Falle vorliegt; beide werden aber ergänzt durch die Leberdiät, die ohne diese beiden, namentlich wenn Fieber besteht, schlecht vertragen wird. Die Infektion beginnt meist rektal und steigt zum linken Kolon auf. Dieser untere Kanal nun ist, wenn auch eine Kolostomie besteht, von unten her zu behandeln. Zunächst Instillationen von etwa 120 g folgender Suspension: Jodoform 8,0; Wismuthsubnitrat 120,0; Olivenöl 1000. Soll zurückgehalten werden. Dann jeden anderen Tag Bestäubung des Darms durch Rektoskop mit Kalomel und Wismuthsubnitrat zu gleichen Teilen, dem etwas Jodoform zugesetzt ist, oder ein anderes Antiseptikum. Außerdem kleine Einläufe von Permanganat 1:10 000—1:1000, warmes Merkurchrom 1:5000—1500, neutrales Akri-Flavin 1:10 000—1500, Ichthyol 4:1000, ebenso Fluidextrakt von Hydrastis. Vakzine nur nach genauer Stuhluntersuchung.

v. Schnizer.

2447.

Hawrylow, K., Ueber die Verbreitung der Würmerinfektion. (Ukrain. Med. W., Nr. 7—8, 1928.) Auf Grund der Literatur und eigener Beobachtungen konstatiert der Autor eine Zunahme der Würmerinfektion in der Sowjetunion in der Nachkriegszeit. Die häufigste Würmerinfektion wird durch den Trichocephalus (66,23 Prozent) hervorgerufen, dann folgen die Askariden (48,39 Prozent) und in nur einem kleinen Prozentsatz die Oxyuren. Bei Männern, Frauen und Kindern ist die Infektion etwa gleich häufig (84,90 Prozent). Die Stadtbevölkerung wird wegen der sorgfältig durchgeführten Fleischschau weniger befallen als die Landbevölkerung.

Omel'skyj.

2448.

Rohacsek, Die Therapie der Nephrose mit Leberextrakten. (Zbl. inn. Med., Jg. 50, Nr. 15.) Bei einem Kranken mit dem klinischen Bild der Volhard'schen genuinen Nephrose hatte die übliche Therapie mit Urea einen gewissen diuretischen und chlorurischen Effekt, konnte das Krankheitsbild aber nicht wesentlich beeinflussen. Behandlung mit Nierenextrakten nach dem Beispiel französischer Autoren (Renininjektionen, Byla-Nierenextrakt) brachte beträchtliche Erhöhung der Kochsalzausscheidung und der Diurese, die besten Erfolge aber stellten sich bei kombinierter Renin- und Hepatinjektionsbehandlung ein: die letzten Spuren von Oedemen schwanden, Albumen ging fast ganz zurück, die Hypercholesterinämie verschwand. Auch auf den Verlauf des Wasserversuches wirkten die Leberextraktinjektionen günstig ein (Tabellen). Die Therapie wurde vier Monate lang in der Weise fortgesetzt, daß anfangs abwechselnd Renin und Hepatin, später beides am gleichen

Tage injiziert wurde. Die Beobachtungen bestätigen die extrarenale Pathogenese der Nephrose und den Einfluß der Leber auf Diurese und Salzstoffwechsel. Die „Leberhormone“ der Pick'schen Schule lehnt Verf. ab, da diese Stoffe bisher nicht isoliert dargestellt worden sind. Bei Nephritiden, auch solchen mit nephrotischem Einschlag, konnten keine Dauererfolge erzielt werden.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

2449.

Deutsch, Hugo, Entzündung der Achillessehne und Grippe. (Med. Klin., Nr. 18, 1929.) Verfasser sah in der letzten Zeit wiederholt das Auftreten von Entzündungen der Achillessehne (Achillo-dynia) im Anschlusse an Grippe. Die Schmerzen treten gewöhnlich einige Tage nach der Entfieberung auf. Die Untersuchung ergibt etwa in der Mitte der Achillessehne einen schmerzhaften Knoten oder eine spindelförmige druckempfindliche Schwellung. Die Schmerzen sind am stärksten, wenn der Fuß dorsal flektiert wird. Nach 1 bis 2 Tagen ist die ganze Sehne stark verdickt, schmerzhaft, die Haut darüber oft gerötet; nach 10 bis 14 Tagen geht die Entzündung zurück. Die Behandlung besteht in Bettruhe und feuchtwarmen Umschlägen. Noch besser, beseitigt die Schmerzen und macht die Patienten gehfähig, ein Zinkleim- resp. Heftpflaster resp. Elastoplastverband, der in folgender Weise angelegt wird: Der erste Streifen reicht hinten von der Mitte der Wade bis zum vorderen Rande des Fersenbeines, der zweite Streifen wird steigbügelförmig von der Mitte des Unterschenkels außen über die Ferse bis zur Mitte der Innenseite angelegt, so daß der innere Fußrand gehoben wird; dann Zirkulärtouren von der Mitte des Fußes bis zum oberen Rande der Pflasterstreifen. Der Verband bleibt 14 Tage.

L. Gordon, Berlin.

2450.

Panow, N. A., Röntgenologische Beobachtungen an Ghon-schen Herden. (Paediatrica, russisch, 13., Heft 1, 1929.) (Staatliches Institut für Gesundheitspflege von Kindern, Moskau.) Die klinischen Untersuchungsmethoden gestatten nur selten die Diagnose eines Primärherdes; die Röntgenuntersuchung spielt daher für die Diagnostik tuberkulöser Primärherde eine bedeutsame Rolle. Indessen kann man bei nachweislich infizierten, tuberkulinpositiven Kindern nur in 10 bis 15 Prozent der Fälle den Primärherd auf der Platte finden. Dieses Versagen der Röntgenmethode hat vielerlei Gründe; einmal sind verkalkte Primärherde vor dem vierten Lebensjahre sehr selten; ferner liegt der Primärherd oft versteckt hinter anderen schattengebenden Organen. Schließlich ist die Neigung zu entzündlichen Infiltrationen in der Umgebung des Primärherdes oder der regionären Drüsen ein häufiger Grund für die Unmöglichkeit, den Primärherd zu entdecken. Das Röntgenbild allein gestattet kein Urteil über den Zustand des Primärherdes, seine Aktivität oder Ausheilung. Für Aktivität sprechen unscharfe Begrenzung des Herdes, starke Schwellung der regionären Drüsen, perifokale Entzündungen und sehr starke Tuberkulinempfindlichkeit.

Elliasberg, Berlin.

2451.

Hellsing, Gunnar, Ein Fall von tuberkulösem Empyem, behandelt mit Gomenolöl. (Act. med. scand., 70., Heft 2—3, S. 97.) Der Verfasser propagiert den Oleothorax und bedient sich des Gomenolöls. (Aetherisches Öl aus den Blättern von Melaleuca viridifolia.) Spezielles über die Methodik und die Resorption des Oels muß in der Arbeit nachgelesen werden. Die Erfolge scheinen recht ermutigend zu sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

2452.

Feldmann, W., Ileokölalgurren an der vorderen Brustwand. (Ukrain. Med. Wschr., Nr. 7—8, 1928.) Das etwas seltene Phänomen beschreibt der Verfasser an zwei Fällen von Lungentuberkulose, das bei Entwicklung eines Pyopneumothorax erschien. Am Thorax war eine mit lautem Gurren eindrückbare Geschwulst zu tasten, die beim Husten mit lautem Gurren wieder verschwand und auf einer offenen Kommunikation zwischen Lunge und Unterhautzellgewebe beruhte.

Omel'skyj.

2453.

Gherardini, G., Ueber den Stickstoff und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Bologna, Jahrg. 3, Heft 4, 1929.) In dieser zweiten Mitteilung (erste siehe Referat Nr. 1810 in Nummer 11 vom 31. Mai d. J.) befaßt sich Autor mit den sekundären Faktoren, die den Stickstoffwechsel der Tuberkulösen beeinflussen können. Negative Stickstoffbilanzen sind meistens bedingt, von hochfiebernden Kranken abgesehen, durch zu geringe Kalorienzufuhr; wird letztere gesteigert ohne Erhöhung der Eiweißration, schwinden die negativen Bilanzen. Der Stickstoffverlust durch die Sputa ist immer so minimal, daß er gar nicht in Betracht kommt. Dasselbe gilt für Stickstoffverluste durch den Schweiß. Harnstoff, Ammoniak, Harnsäure und Aminosäure-

stickstoffausscheidung sind bei der Lungentuberkulose normal, werden nur durch Fieber oder sonstige aspezifische toxische Momente im Sinne einer Erhöhung beeinflusst. Bezüglich Kreatin und Kreatinin sind die Angaben verschieden. Auch im Blut verhalten sich Reststickstoff und Harnsäuregehalt ziemlich normal, ganz unbeeinflusst von den rein spezifischen Prozessen.

Eugen Stransky, Wien.

2454.

Capuani, G. T., Ueber Rückfälle nach Goldbehandlung bei Lungentuberkulose. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Bologna, Jahrg. 3, Heft 4, 1929.) Unter hundert mit Sanocrysin behandelten Fällen wurden 30 Heilungen im klinischen Sinne, 7 Besserungen, 20 unveränderte Fälle und 3 Verschlimmerungen beobachtet. Von den Geheilten wurden 11 rückfällig, und zwar nur solche, bei denen die Heilung nicht anatomisch, sondern durch sklerotische Prozesse erfolgt war. Die Rückfälle treten 3—4 Monate nach Aufhören der Behandlung auf. Die Rückfälle haben keine charakteristische Symptomatologie. Sie können durch eine neue Sanocrysinur wieder geheilt werden. Autor empfiehlt die Sanokrysinur, wenn auch in kleineren Dosen und größeren Zwischenräumen zwischen den einzelnen Injektionen, jedenfalls ein Jahr nach der scheinbaren klinischen Heilung, zu wiederholen. Eugen Stransky, Wien.

2455.

Mazzetti, Mario, Uebere die Bedeutung des Gegendruckes bei gleichzeitigem doppeltem Pneumothorax. (Riv. di pat. e clin. della tbc., Bologna, Jg. 3, H. 4, 1929.) Bei gleichzeitiger Gasfüllung beider Pleurahöhlen können beide Höhlen nicht als voneinander unabhängig betrachtet werden. Es wird von einer Höhle auf die andere ein Gegendruck ausgeübt, die fallweise wechselt, wie es die ergomanometrischen Untersuchungen des Autors beweisen. Deswegen sind doppelseitige Füllungen, um unangenehme Zwischenfälle zu vermeiden, stets unter manometrischer Kontrolle auszuführen.

Eugen Stransky, Wien.

2456.

Vajda, L., Ueber Verwendung von Parathyreoid- und Milzextrakten bei Lungentuberkulose. (Gyógyászat, Nr. 12, 1929.) Verfasser erhielt bei seinen Fällen bezüglich des Blutkalziumgehaltes in Hinsicht auf die Blutkörperchensenkung veränderliche Resultate, das quantitative Blutbild jedoch wies bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken eine relative Vermehrung von älteren Formen neutrophiler Leukozyten und Lymphozyten auf. Auf dieser Grundlage hält er diese Therapie als Ersatz anderer Behandlungsmethoden bei Lungentuberkulose für geeignet.

E. J. László (M. U. M. Budapest).

2457.

Allen, F. J., Tuberkulreaktionen bei eingeborenen Kohlenminenarbeitern. (J. Med. Ass., South Africa, Nr. 1, 1929.) Allen hat die Mantoux-Moussu intradermale Tuberkulreaktion bei 1905 Kohlenarbeitern in der Stärke von 1:5000 Alttuberkulin angewandt. Ergebnisse: rapide Zunahme der positiven Reaktionen in der frühen Periode des industriellen Lebens der Eingeborenen; Festhalten eines steten Durchschnittes in der nächsten Zeit und eine Abnahme unter den Durchschnitt nach 10 Jahren. Er zog daraus folgende Schlüsse: es besteht eine weitgehende Infektivität. Ferner eine initiale Infektion kann stattfinden ohne eine klinische Manifestation; der Eingeborene neigt nur ausnahmsweise zu dem klinischen „natürlichen Typ“. Ein gewisser Prozentsatz Eingeborener scheint eine natürliche Immunität zu haben. Allgemein gesprochen ist die klinische Tuberkulose der Ausdruck eines Niederbruchs des Defensivmechanismus schon vorher infizierter. Man darf nicht alle positiven Reaktionen als offen ansehen und fähig, die Infektion weiter zu verbreiten. Im ganzen waren es 48% negative Reaktionen, 51% positive und 8% streng positive im Durchschnitt. Im Jahr vor den Versuchen waren 1,8 pro Mille als offen anzusehende Tuberkulosefälle unter den eingeborenen Arbeitern. Es ist kaum anzunehmen, daß diese die anderen in dem festgestellten Maße infizierten. Da aber die extrakörperliche Existenz des Tuberkelbazillus, z. B. in schmutzigen Kleidern, oder ein saprophytisches humanes Vorkommen, gleichsam so, daß Nichtinfizierte Träger sind, noch nicht erwiesen ist, so muß man die Infektion als von offenen Fällen ausgehend ansehen. Man muß also schließen, daß die Infektion zeitweise so wenig konstitutionelle Störungen macht, also Gewichtsverlust, Pyrexie, daß der Eingeborene seine schwere Arbeit fortsetzen kann. Und tatsächlich sind solche Fälle, durch Sputumuntersuchungen bestätigt, vorgekommen, gelegentlich einer Röntgenuntersuchung aus chirurgischen Gründen entdeckt. Es scheint also, daß der Tuberkelbazillus, wie sein Verwandter, der Leprabazillus, eine lange Inkubationsperiode im menschlichen Körper haben kann, bevor das Invasionsstadium mit klinischen Manifestationen beginnt. (Eine Auffassung, die von der landläufigen etwas abweicht.)

v. Schnitzer.

Kinderheilkunde

2458.

Peiper, Albrecht, Die angeborene Lebensschwäche und ihre Bekämpfung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 17, S. 699.) Der Tod an angeborener Lebensschwäche wird nach Ansicht des Verfassers durch die Unreife des Atemzentrums herbeigeführt. Der Kampf gegen die Frühsterblichkeit wird erfolgreich sein, wenn es vielleicht mit Hilfe der Ernährung — gelingt, möglichst viele bisher frühgeborene Kinder austragen zu lassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2459.

Kugelmass, I. Newton, und John E. Tritsch, Prä-natale Verhinderung einer beim Neugeborenen möglicherweise auftretenden hämorrhagischen Erkrankung. (J. Am. Med. Assn., 92, Nr. 7, 1929.) Wie der vom Verfasser beschriebene Fall zeigt, läßt sich die auf einem Mangel an Prothrombin beruhende herabgesetzte Gerinnungsfähigkeit des Blutes einer Schwangeren durch eine zweckmäßig ausgewählte und zusammengestellte Diät während der Schwangerschaft vollständig beheben und dadurch eine vielleicht auch beim Kinde vorhandene Neigung zu hämorrhagischen Erkrankungen vor der Geburt erfolgreich bekämpfen. In dem vom Verf. mitgeteilten Falle handelte es sich um eine Frau, welche bereits 4 Kinder im Alter von wenigen Stunden bis zu einigen Tagen durch Melaena neonatorum verloren hatte. Die Untersuchung des Blutes im zweiten Schwangerschaftsmonat ergab Verzögerung der Gerinnung und deutlich herabgesetzten Prothrombin-Index (0,31, normal 1,0). Der Fibrinogengehalt war niedrig, 0,38% (normal 0,6%), der Antithrombin-Index etwas erhöht: 1,5 (normal 1); Blutplättchenzahl 154 000. Das Blut zeigte also alle Charakteristika, wie sie dem Blute bei echter Melaena neonatorum eigen sind: Verzögerte Gerinnung und Verminderung des Prothrombingehaltes. Das Blut des Vaters war normal. Die Ernährung bestand in der Zufuhr eiweißreicher Diät (6 g Eiweiß per Kilogramm Körpergewicht), viel Gemüse und frischem Obst.

L. Büchler, Wien.

2460.

Borchardt, L., Klinische Pathologie des Wachstums und der Entwicklung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 20, S. 823.) Die Erkrankungen des Wachstums und der Entwicklung, Infantilismus, Zwergwuchs, Pubertas praecox, Hochwuchs, Riesenwuchs und Akromegalie sind Folgen abnormer Funktion der Wachstumsdrüsen, zu denen Hypophysenvorderlappen, Schilddrüse, Thymus, Keimdrüsen, wahrscheinlich auch Nebennieren und Zirbeldrüse zu rechnen sind. Klinisch kann man hypothyreoiden, hypopituitären, thymipriven Infantilismus, hypogenitalen, hyperpituitären, hyperthyreoiden Hochwuchs, hypergenitale, hypopituitäre, hypopituitäre Pubertas praecox unterscheiden. An Stelle der Blutdrüsen können übergeordnete vegetative Zentren im Zwischenhirn Sitz des ursächlichen Krankheitsherdes sein. Der Infantilismus ist auch in seiner sogenannten dystrophischen Form pluriglandulären Ursprungs, da die Schädigungen, die zu Wachstums- und Entwicklungshemmung führen, dies durch funktionelle Beeinträchtigung der Wachstumsdrüsen tun.

Arnold Hirsch, Berlin.

2461.

Hoefler, Carolyn, und Mattie Crumpton Hardy, Körperliche und geistige Entwicklung natürlich und künstlich ernährter Kinder. (J. Am. Med. Assn., 92, Nr. 8, 1929.) Untersuchungen an 383 Schulkindern ergaben, daß die als Säuglinge an der Brust ernährten Kinder den künstlich ernährten sowohl körperlich wie geistig überlegen sind, daß aber zu lange fortgesetzte ausschließliche Ernährung an der Brust zwar keinen körperlichen, wohl aber geistigen Schaden zu erzeugen imstande ist. Am besten waren unter den untersuchten Kindern diejenigen entwickelt, die vier bis neun Monate lang gestillt worden waren, während die länger als neun Monate ausschließlich an der Brust ernährten Kinder körperlich zwar gut entwickelt, geistig aber weit hinter allen übrigen Kindern zurückstanden. Andererseits fand sich unter den Kindern mit besonders hohen Intelligenzquotienten (130 und darüber) nicht ein einziges, das zur Gruppe der mit künstlicher Nahrung aufgezogenen Kinder gehörte. Unter den Kindern mit guter Intelligenz (I. Q. 120) bildeten die künstlich ernährten nur einen geringen Prozentsatz.

L. Büchler, Wien.

2462.

Kerley, C. G., Kinder mit Disposition zu Erkrankungen des Herzens. (J. Am. Med. Assn., 92, Nr. 7, 1929.) Kinder, welche eine besondere Empfänglichkeit für solche Infektionen aufweisen, die in der Regel mit Erkrankungen des Herzens einhergehen oder von solchen gefolgt sind, stellen einen besonders charakterisierten Typus dar und lassen sich in folgende drei Gruppen ordnen: 1. Kinder mit rheumatischen Erscheinungen und Symptomen.

2. Kinder, welche an Chorea leiden oder diese Erkrankung bereits früher durchgemacht haben, 3. Kinder, welche wiederholt über unbestimmte Schmerzen in den Extremitäten klagen, ohne daß sich für diese Beschwerden Traumen oder irgendeine bestimmte Erkrankung verantwortlich machen ließe. Kinder, welche einer dieser drei Gruppen angehören, müssen sorgfältig überwacht werden. Im Körper vorhandene Infektionsherde müssen frühestens entfernt werden und Salizyl entweder allein oder in Verbindung mit Alkalien lange Zeit hindurch verabreicht werden. Ernsthafte Auffassung der oft mit Unrecht als Wachstumsschmerzen angesehenen Beschwerden dürfte gleichfalls dazu beitragen, die Häufigkeit der Herzkrankungen im Kindesalter zu verringern.

L. Büchler, Wien.

2463.

Edelmann, J. A., *Zur Klinik und Behandlung der Perikarditis.* (Paediatrica, russisch, 13., Heft 1, 1929.) (Kinderabt. des Arbeiterkrankenhauses, Kiew.) Im frühen Kindesalter sind eitrige Perikarditiden häufiger als seröse; sie kommen als Komplikation verschiedenartiger Infekte vor. In der späteren Kindheit überwiegen die serösen Perikarditiden, deren häufigste Aetiologie Tuberkulose und Rheumatismus sind. Gelegentlich ist die Perikarderkrankung primär; die Gelenkaffektionen können nachfolgen. Die Diagnose der Perikarditis ist oft schwierig, da auch bei großen Exsudaten die vordere Herzwand immer nahe dem Perikardblatt bleibt, so daß sogar trotz Exsudates Reibegeräusche zu hören sein können. Ist das Perikard nur nach außen hin verwachsen, so kommt es zu einer Erschwerung der Systole und systolischen Einziehungen der Thoraxwand; eine partielle Rippenresektion kann in solchen Fällen die Herzstätigkeit wesentlich bessern. Ist dagegen das Perikard selbst noch geschrumpft und verdickt, so leidet die diastolische Füllung des Herzens und die Herzarbeit sehr beträchtlich. Von seiten des Magens sind bei dieser Form oft gar keine Symptome vorhanden bei schweren Dekompensationserscheinungen, wie Anasarke, Höhlenhydrops und Stauungskatarrhen. In solchen unklaren Fällen sollte man stets an die Möglichkeit einer Synechie des Magens denken und die Resektion des Perikards vornehmen. Bei Perikardpunktion ist der Ort der Wahl die äußere Grenze der Herzdämpfung oder die Skapularlinie, da sich die Hauptmasse der Flüssigkeit hinten unten ansammelt und die Lunge meist stark kollabiert und gegen das Mediastinum verlagert ist.

Eliasberg.

2464.

Collin, Edv., *Bemerkungen über das normale Lungenbild bei Kindern.* (Ugesk. f. Laeg., Nr. 21, 1929.) Bei gesunden Kindern von 3 bis 14 Jahren fand der Verfasser besonders röntgenologische Veränderungen, die sich sehr schwer von tuberkulösen Prozessen im ersten Beginne unterscheiden lassen. Diese finden sich bei Stadtkindern häufiger als bei Landkindern und sitzen im intraklavikulären Gebiete der Lunge nach dem Hilus zu. Hier erscheint in der Lungenzeichnung eine fächerförmige Verdickung mehr hervortretend als bei normalen Kindern, wenn auch nicht so stark wie bei erwachsenen Tuberkulösen. Diese Kinder hatten keine tuberkulösen Anzeichen. Der Verf. führt diese Veränderungen des Bildes auf die häufigen katarrhalischen Infektionen des Kindes zurück, auf Hyperämie der Luftwege und vielleicht auch auf Anthrakose.

S. Kalischer.

2465.

Lewit, M. M., *Ein Fall von Diabetes insipidus bei einem dreijährigen Mädchen.* (Paediatrica, russisch, 13., Heft 1, 1929.) (Kinderklin. d. Instituts f. ärztl. Fortbildung, Kasan.) Im Anschluß an ein Schädeltrauma kommt es bei einem dreijährigen Kinde zu den typischen Erscheinungen des Diabetes insipidus. Tägliche Harnmengen von 5 bis 7 Litern, die die Flüssigkeitsaufnahme übersteigen, ohne daß es infolgedessen zu Gewichtsabnahme kommt. Es besteht eine schwere Konzentrationsstörung; auch bei Salzbelastung bleibt das spezifische Gewicht des Harnes 1000, die Salzausscheidung ist sehr gering. Therapeutische Injektionen von Pituitrin I sowie Einpflanzung von Hundehypophyse unter die Bauchhaut des Kindes hatten keinerlei Erfolg. Verf. nimmt an, daß das Schädeltrauma zu einer Schädigung der im Zwischenhirn gelegenen Zentren für die Regulierung des Wasser- und Salzstoffwechsels geführt hat. Die Prognose ist zweifelhaft.

Eliasberg, Berlin.

2466.

Dionst, G., *Splenomegalien mit Lipoidzellen beim Säugling.* (Scaepel, Nr. 9, 1929.) Splenomegalien mit Lipoidzellen sind angeborene, familiäre und konstitutionelle Erkrankungen. Das pathologische Substrat ist eine konstitutionelle Störung der Zellen des Retikuloendothelialsystems; diese wiederum bedingt eine Insuffizienz des Lipoidstoffwechsels und sekundär die Infiltration der Zellen des Retikuloendothelialsystems.

Das pathologisch-anatomische Substrat ist die Lipoidzelle. Anatomisch kann man zwei Varietäten unterscheiden: a) nach Aus-

dehnung der Erkrankung, Teilnahme der endothelialen, histiozytären und parenchymatösen Zellen; b) nach den histochemischen Zellreaktionen. Die Gleichheit der Entwicklung, der Aetiologie, der Pathogenie und der anatomisch-pathologischen Veränderungen läßt sich nur so verstehen, daß man beide Typen als Varianten des gleichen pathologischen Prozesses auffaßt. Die Ausbreitung der Erkrankung schreitet beim Säugling rasch und unaufhaltsam fort, und kein wie immer geartetes Heilverfahren ist imstande, den Gang des Leidens zu beeinflussen.

Held.

2467.

Moreira, Paul, *Panplegie toxischen Ursprungs.* (Brasil med., 43., 16.) (Kinderklinik der Universität Porto Alegre.) In dem vom Verf. beschriebenen Fall handelt es sich um eine eigenartige Erkrankung, die das wechselvolle Bild der Kinderlähmung, aber auch gleichzeitig ein zephaloplegisches Syndrom (Figueira) aufwies, das in einer Lähmung der Stützmuskulatur des Kopfes bestand.

Ashkenasy, Wien.

2468.

Schäferstein, S. J., *Anwendung großer Eisendosen im Säuglingsalter.* (Wratsch. Djeo, 11. Jahrg., Nr. 15, S. 1196.) Mitteilung von 3 Fällen, wo es durch Verabreichung von hohen Eisengaben (Ferrum reduct., dreimal täglich zu 0,3 g, 4 bis 5 Wochen lang) einen Rückgang der Anämie zu erzielen gelang.

E. Kontorowitsch.

Mund- und Kiefererkrankungen

2469.

Boenheim, Felix, *Die Paradenose als Symptom innerer Erkrankungen.* (Med. Welt, Nr. 19, 1929.) Verfasser hat 77 Fälle von Paradenose genau durchuntersucht und konnte dabei einige interessante Beobachtungen machen. In 15,6% der Fälle lag in der Aszendenz eine innere Sekretionsstörung vor. Da sowohl Störungen der inneren Sekretion als auch die Paradenose häufig vererbbar sind, so ist vielleicht in der Drüsenstörung das anatomische Substrat zu suchen. In 5,2% war in der Aszendenz Gicht zu verzeichnen, in 9,1% — Diabetes. Da die Zahl der Frauen, die an Paradenose leiden, viel größer ist als die der Männer (82% Frauen, 18% Männer), so muß das Geschlechtsmoment mit in Betracht gezogen werden. Verfasser konnte dementsprechend einige Fälle von ovarieller Dysfunktion bei Paradenose beobachten. Die Differenzierung des Blutbildes ergibt häufig eine Eosinophilie, Lymphozytose und Monozytose. Eine Monozytose von über 10% scheint prognostisch ungünstig zu sein. Ein zweifellos Zusammenhang scheint zwischen Paradenose und Erkrankung des Verdauungsstraktes zu bestehen. Verfasser sah in 15,6% der Fälle ein Volumen acutum der Leber, in 17,3% Obstipation, wiederholt eine Superazidität. Am auffallendsten ist, daß in 56% der Fälle eine deutliche mehr oder minder starke Abweichung einzelner Drüsen mit innerer Sekretion gefunden wurde.

L. Gordon, Berlin.

2470.

Schrader, E., *Gelungene Zahnextraktion bei einem Hämophilen auf Grund einer neuen Behandlungsmethode mit „Nateina“.* (Zbl. Chir., Nr. 5, 1929.) Nateina besteht aus einem Gemisch der Vitamine A, B, C, D, Kalziumphosphat und Milchsäure. Das Präparat wird im Laboratorium Llopis in Madrid hergestellt, und man soll mit diesem Präparat in Italien und Spanien sehr gute Heilerfolge bei Hämophilie erzielt haben.

Ein 19jähriger Pat., der wegen Hämophilie seit längerer Zeit in Behandlung stand, brach sich beim Essen die Krone des 1. linken Molaren ab und blutete aus der Zahnfleischwunde bald 3 Wochen. Die Blutung konnte mit keinem Mittel zum Stehen gebracht werden; erst nachdem durch den starken Blutverlust der Blutdruck ganz niedrig wurde, stand sie. Während der Rekonvaleszenz hat Verf. Pat. Nateina verabreicht. Kurze Zeit darauf verschwanden bei Pat. die Gelenkergüsse, an denen er fast dauernd und schon beim geringsten Trauma litt. Die stark verlängerte Gerinnungszeit von 19,5 und die Blutungszeit von 17 Minuten sanken auf 1,3 bzw. 2,5 Minuten. Der Kalziumgehalt des Blutes stieg von 8 auf 12%. Pat. konnte nach der Behandlung mit Nateina ohne Stützapparat gehen und trotz der stärkeren Traumen, denen er sich aussetzte, traten keine Gelenkergüsse mehr auf. Man konnte sogar bei ihm den abgebrochenen Zahn ohne stärkere Blutung extrahieren.

Walter Grossmann, Berlin.

2471.

Gehrmann, *Kombinierte Herzbehandlung mit g-Strophantin in Zuckerlösung (Strophantose).* (Zbl. inn. Med., Jahrg. 50, Nr. 16.) Bei Decompensatio cordis mit Angina pectoris ist Digitalis kontraindiziert, da es Stenokardien hervorrufen kann, die bei Strophantin unwahrscheinlich, bei Strophantin in Zuckerlösung aber aus-

geschlossen sind. Am geeignetsten ist 20prozentige Lösung sterilen Invertzuckers (Calorose) mit $\frac{1}{2}$ mg g-Strophantin-Thoms in einer Ampulle in Form des Handelspräparates Strophantose (Güstrow). Ueber den Rahmen dieser umschriebenen Indikation hinaus hat sich Strophantose als das Mittel der Wahl bei akuter Herzinsuffizienz und als hervorragendes Therapeutikum bei chronischen Dekompensationszuständen bewährt. **Gustav Hofmann, Nürnberg.**

2472.

Stander, H. J., Wirkung intravenös verabreichten Magnesiumsulfates. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 8, 1929.) Versuche an Hunden ergaben folgendes: Magnesiumsulfat in 10- bis 25prozentiger Lösung, in Dosen von 0,05 bis 0,49 g pro Kilogramm Körpergewicht, intramuskulär oder intravenös verabreicht, ruft keine merklichen chemischen Veränderungen im Blute hervor, bewirkt aber histologische Veränderungen in der Leber und Niere im Sinne einer mäßigen Nekrose des zentralen Anteiles der Leberläppchen und einer mäßigen Degeneration der gewundenen Harnkanälchen.

L. Büchler, Wien.

2473.

Sehestedt, Hans, Zur Frage der Nirvanolwirkung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 740.) Es wird über einen Fall von zweimaligem Auftreten der Nirvanolkrankheit berichtet. Nirvanol wird als wirksames Mittel zur Behandlung des Veitstanzes empfohlen. Vor ambulanter Behandlung wird dringend gewarnt wegen der zwar seltenen, aber nicht unbedenklichen Nebenerscheinungen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2474.

Kloff, G., Ueber die Wirkungsweise und Indikationsbreite des „Pituigan-Henning“ und des „Pituigan forte“. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 743.) Das Pituigan-Henning ist ein Hypophysenpräparat, das bei den verschiedensten Indikationen vor, während und nach der Geburt, in der Abortbehandlung und der Gynäkologie den höchsten Anforderungen genügt und — nicht zuletzt dank seiner zweckmäßigen Einstellung, geeignet ist, für den Geburtshelfer und Gynäkologen ein unentbehrliches Hilfsmittel zu bilden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2475.

Haffner, F., Experimentelle Prüfung schmerzstillender Mittel. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 731.) Die Auswahl und Kombination schmerzstillender Mittel geschah bisher ohne objektiv messende Prüfung empirisch oder rein spekulativ. Bei Anwendung eines neu ausgearbeiteten pharmakologischen Meßverfahrens ergibt sich, daß eine sichere schmerzstillende Wirkung nur wenigen der heute bekannten Stoffe zukommt; insbesondere besitzen die Narkotika, Hypnotika und Sedativa der Mathanreihe keine spezifisch analgetischen Eigenschaften. Die stärkste Wirkung zeigen Morphin und einige andere suchtmachende Opiate. Aber auch die nicht suchtmachenden Alkaloide Kodein, Narkotin und Papaverin sind gut wirksam. Von Nichtopiaten machen deutliche Analgesie nur Atophanyl, Phenazetin, Phenokoll und (unter ihnen am stärksten) Pyramidon. Praktisch bedeutsam erscheint, daß Kodein durch das an sich wesentlich schwächer wirkende Pyramidon eine ganz erhebliche echte Verstärkung erfährt; unter den heute zur Verfügung stehenden nicht suchtmachenden Mitteln erzeugt die Kombination der Opiumrestalkaloide mit Pyramidon die stärkste Analgesie.

Arnold Hirsch, Berlin.

2476.

Bertram, F., und W. Stoltenberg, Klinische Erfahrungen mit Acedicon. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 19, S. 883.) Das Acedicon steht auf Grund ausgedehnter klinischer Untersuchungen in seinen Wirkungen zwischen Morphin und Kodein, und zwar näher dem Kodein.

Die schmerzstillende Wirkung des Präparates ist geringer als die des Morphins; die hustenlindernde übertrifft die des Kodeins und anderer verwandter Präparate an Sicherheit, Stärke und Dauer. Für die praktische Verwendung scheint in bezug auf die Hustenwirkung die perorale Zufuhr nicht hinter der subkutanen zurückzustehen.

Das Acedicon erwies sich klinisch als besonders brauchbar bei akuten Reizzuständen der oberen Luftwege, vor allem bei tracheal bedingtem Husten. Bei chronischen Erkrankungen des Respirationstraktes ist das Mittel auch dann voll wirksam, wenn andere Präparate sich in ihrer Wirkung erschöpfen haben. In etwa der Hälfte der Fälle wurde eine schlaffmachende Wirkung beobachtet.

Am Gesamtorganismus — Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel — sind keine Schädigungen durch Acedicon beobachtet worden; das Präparat zeichnet sich durch eine meist gute Verträglichkeit aus. Da bei einzelnen Kranken Ueberempfindlichkeitsreaktionen auftraten, empfehlen die Autoren, die Behandlung stets mit einer Dosis von 0,005 per os einzuleiten. Zu einem Nachlassen der Wirkung — Gewöhnung — kommt es erst nach längerer Verabreichung. Fälle von typischer Sucht wurden von den Verfassern nicht beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

2477.

Steudel, H., Ueber die antirachitische Wirkung eines eiweißfreien Dotterextraktes (Helicocitin). (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 830.) Um die rachitisheile Wirkung des Helicocitins festzustellen, wurden 15 Tiere auf rachitiserzeugende Kost gesetzt; nach vierzehntägiger Fütterung hatte sich bei ihnen schwere Rachitis entwickelt, wie durch das Allgemeinverhalten und durch die Röntgenuntersuchungen festzustellen war. Darauf bekamen drei Tiere je eine halbe Praline als tägliche Zulage zu ihrem Rachitisfutter; drei andere erhielten eine ganze Praline; drei weitere erhielten täglich 0,5 g Emulsion, drei andere 1 g und endlich die letzten drei täglich 2 g Emulsion.

Nach Verlauf von 14 Tagen waren die rachitischen Erscheinungen bei den Tieren verschwunden; die Röntgenaufnahme zeigte nunmehr völlig normale Knochenverhältnisse.

Die Versuche des Verfassers beweisen ganz eindeutig, daß in dem untersuchten Präparat reichliche Mengen von Vitamin A und D enthalten sind. Die Präparate sind nach Ansicht Steudels besonders dazu berufen, als Heilmittel gegen Rachitis verwandt zu werden. Sie haben vor dem Lebertran den großen Vorzug, daß sie wohl-schmeckend sind und dabei doch ganz beträchtliche Mengen Vitamin enthalten. Man kann den Lebertran durch kein Geschmackskorrigens so umformen, daß er nicht doch etwas von seinem widerlichen Geschmack behält.

Vor den künstlichen Präparaten, die durch Bestrahlung aktiviert worden sind, hat das Helicocitin den Vorteil, daß die gefährlichen Nebenwirkungen, die durch Ueberbestrahlung und Ueberdosierung entstehen können, hier gänzlich in Fortfall kommen, weil die Präparate ja gar nicht bestrahlt werden. Sie stellen ein natürliches Produkt dar, das ohne künstliche und eingreifende Behandlung erhalten ist und infolgedessen auch keine schädlichen Nebenwirkungen entfalten kann. Selbst eine gelegentliche Ueberdosierung wird gänzlich harmlos sein — es wird ja in der neuesten Zeit die Emedikation an und für sich von den Kinderärzten warm empfohlen. Das reichliche Vorkommen des wachstumsfördernden Vitamins A im Helicocitin wird zweifelsohne seine therapeutischen Wirkungen unterstützen; auch in dieser Beziehung ist es dem Lebertran ebenbürtig, wenn nicht überlegen: in den künstlichen antirachitischen Präparaten fehlt meistens das Vitamin A.

Arnold Hirsch, Berlin.

2478.

Klein, I. J., Wirkung großer Dosen bestrahlten Ergosterins. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 8, 1929.) Um die Wirkung großer Dosen bestrahlten Ergosterins zu studieren, unternahm Verfasser folgende Versuche: Albinoratten im Gewicht von 50 bis 70 Gramm wurden für vier Wochen auf Steenbockdiät Nr. 2965 (d. i. eine phosphorarme rachitiserzeugende Diät) gesetzt. Nach dieser Zeit zeigten sämtliche Tiere deutlich rachitische Veränderungen (Kontrolle durch Röntgen und Schnitten durch die Tibia). Die Tiere wurden dann in drei Gruppen geteilt. Die als Kontrolle dienende Gruppe I wurde in diffus reflektiertem Tageslicht gehalten. Die Tiere der Gruppe II erhielten 2% Lebertran, die der Gruppe III eine ölige Lösung von bestrahltem Ergosterin in täglichen Dosen, welche etwa der 20 000- bis 100 000fachen zur Heilung der Rachitis nötigen Dosis entsprachen. (1 ccm der Lösung enthielt 10 mg bestrahlten Ergosterins in Sesamöl.) Die Dauer der Versuchsperiode betrug 1 Monat, während welcher Zeit die Steenbockdiät weiter verabreicht wurde. Die Tiere wurden wöchentlich einmal gewogen und die Menge der verzehrten Nahrung aufgezeichnet. Nach Ablauf der Versuchsperiode wurden sämtliche Tiere getötet und das Blut auf Phosphor, Kalzium, Cholesterin, Gesamtstickstoff, Reststickstoff, Gesamteiweiß, Albumin- und Globulinstickstoff untersucht. Das Ergebnis dieser Versuche war kurz folgendes: Die mit bestrahltem Ergosterin gefütterten Tiere nahmen an Gewicht rapid ab und zeigten nach kurzer Zeit eine so hochgradige Anorexie, daß sich eine Verminderung der Dosis auf ein Fünftel der Anfangsdosis als notwendig erwies. Das Wachstum der Tiere war geringer als das aller übrigen. Untersuchung des Blutes ergab einen um mehr als 50% über der Norm liegenden Kalziumgehalt. Der Cholesterinspiegel des Blutes war ungefähr normal, der Eiweißgehalt des Serums war im Vergleich zu dem der mit Lebertran gefütterten Tiere vermindert, während der Albumin-Globulin-Quotient höher war als bei den Lebertrantieren. Die Phosphorwerte blieben ungefähr die gleichen.

L. Büchler, Wien.

2479.

Eufinger, H., H. Wiesbader und L. Focsaneanu, Tierexperimentelle Studien zur Vigantolprophylaxe. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 826.) Der Vitamingehalt von Kolostrum oder

Muttermilch gesunder Wöchnerinnen reicht niemals aus, eine vorhandene schwere Rattenrachitis zu bessern oder gar zu heilen. Kein einziges der rachitischen Versuchstiere konnte durch Zufütterung von gewöhnlichem Kolostrum oder Muttermilch am Leben erhalten werden. Es steht jedoch fest, daß durch Vitaminzufuhr, durch Vigantoltherapie an die Mutter eine außerordentliche Anreicherung des Kolostrums und der Muttermilch an Vitamin D erzielt wird. Diese Anreicherung genügt in allen Fällen, selbst die schwerste Rattenrachitis in kurzer Zeit zur Ausheilung zu bringen. Es erwies sich dabei — wenigstens bei Muttermilch als Zukost — als gleichgültig, ob eine mehrwöchige Vigantolzufuhr vorausgegangen war oder ob die Vigantolmedikation erst einen Tag vor der Entnahme der Milch einsetzte. Es wird daraus geschlossen, daß ein direkter und sofortiger Uebergang des Vitamins in das Brustdrüsensekret statthat und nicht erst eine Anreicherung des Mutterorganismus notwendig ist. Für die klinischen Bedürfnisse ergibt sich aus diesen Befunden die Möglichkeit, eine prophylaktische Behandlung von Brustkindern durch Vigantolzufuhr an die Mutter zu unternehmen. Es kann erwartet werden, daß Säuglingen, die in besonders ungünstigen Verhältnissen, schlechter, lichtarmer Wohnung, gehalten werden oder die nur teilweise Brustnahrung bekommen, durch Vigantolbehandlung der Mutter ein weitgehender Schutz vor der rachitischen Erkrankung verschafft wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

2480.

Forsgren, Erik, Ueber die Einwirkung des Insulins auf die Leber. (Act. med. Scand., 70., Heft 2/3, S. 139.) Der Glykogengehalt der Leber variiert bei normalen Tieren in sehr weiten Grenzen. Eine der wichtigsten Ursachen dieser Variationen ist, daß die Leber eine rhythmische Funktion mit abwechselnd assimilatorischer und sekretorischer Tätigkeit hat; in der assimilatorischen Phase der Lebertätigkeit nimmt der Glykogengehalt zu; in der sekretorischen Phase verringert er sich.

Das Insulin übt keine merkliche Wirkung auf den Glykogengehalt der Leber aus und greift nicht in die rhythmische Tätigkeit der Leber ein.

Die Empfänglichkeit für Insulin scheint mit der rhythmischen Tätigkeit der Leber zu variieren und am größten in der sekretorischen Phase zu sein, wenn der Glykogengehalt niedrig ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2481.

Kolta, Erwin, und Johann Pogany, Untersuchungen über die Resorption des Insulins an Hand einer neuartigen Darmklistel. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 20, S. 937.) Es ist den Autoren gelungen, beim Kaninchen ein Verfahren auszuarbeiten, mit dessen Hilfe es möglich ist, einen Blinddarmabschnitt und den Wurmfortsatz bei völliger Intaktheit ihrer Schleimhaut und ihrer Gefäßverbindungen derart zu isolieren, daß weder Verdauungssäfte noch Nahrungsteile hineingelangen können; nach Einführung von Insulin in diese Darmpartie konnte keine Wirkung verzeichnet werden. Unabhängig vom Pepsin und vom Trypsin genügen also die Eigenschaften der Darmschleimhaut bzw. des Darmsaftes, die Wirkung des per os gegebenen Insulins zu verhindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

2482.

Hazen, H. Henry, Der niedrige Therapeutische Index des Neorsphenamins. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 9, 1929.) Verfasser verfügt über mehrere Beobachtungen, welche die von Dale und White bereits gemachte Feststellung, daß gewisse englische Neorsphenamin- (Neosalvarsan-) Präparate einen beträchtlichen Mangel an spirochätentötender Kraft aufweisen, bestätigen. Bei drei Patienten mit Primäraffekt der Lippen bzw. des Genitales waren noch 48 bis 72 Stunden nach Injektion von Neorsphenamin Spirochäten in großer Zahl im Dunkelfeld nachweisbar. Die Vor- teile des Neorsphenamins gegenüber dem älteren Präparat, dem Arsphenamin (Salvarsan), bestehen wohl darin, daß es keine Neu- tralisation erfordert und vielleicht etwas weniger toxisch ist, da- gegen kommen unangenehme Reaktionen nach Gebrauch von Neorsphenamin weit häufiger vor als nach solchem von Arsphen- amin. Darin stimmen alle erfahrenen Syphilidologen überein. Ferner ist Neorsphenamin bei weitem nicht so beständig wie Ars- phenamin und wird außerordentlich leicht, selbst beim leichtesten Schütteln der Lösung, oxydiert. Angesichts dieser Tatsachen er- scheint es daher ungerechtfertigt, das Neorsphenamin dem äl- teren Arsphenamin vorzuziehen.

L. Büchler, Wien.

2483.

Müller, H., und L. Schreiber, Intramuskuläre Kamillen- einspritzungen (Kamilliosept). (Dermat. Wschr., 88., Nr. 20.) Kamilliosept enthält 2 g der öligen Kamillenlösung (0,02 lipidlös- liches Kamillenextrakt) an 0,5 g Salizylsäurephenylester gebunden. Intragluteale Einspritzungen von 2 bis 4 g sind völlig schmerzlos

und bewährten sich vorzüglich bei akuten Schwellungen der Harn- röhrenöffnung bei Tripper und den damit verbundenen Miktions- beschwerden und bei akuter Urethrocystitis posterior. Hier schwanden sehr schnell Harnzwang und Blutungen.

Ernst Levin, Berlin.

2484.

Tassart, C. J., Die Zyankalivergiftung und ihre moderne Therapie. (Rev. med. lat.-americ., 14, 162.) Aus dem zusammen- fassenden Referat des Verfassers sind zwei Beobachtungen argen- tinischer Autoren herauszuheben, welche über ausgezeichnete Er- folge in der Behandlung der Zyankalivergiftung mit intravenöser bzw. intrakardialer Injektion von Natriumhyposulfit berichteten. So wurde in einem Fall, bei welchem ein Suizidversuch mit einer die letale Dosis weit übersteigenden Menge des Giftes unternommen wurde, zuerst 30 ccm, bald darauf weitere 10 ccm einer dreißig- prozentigen Lösung von Natriumhyposulfit intravenös verabreicht; während gleichzeitig eine Magenspülung mit zwei Liter einer sechs- prozentigen Lösung ausgeführt wurde; gleichzeitig wurden 0,01 g Apomorphin, hydrochlor, und 0,004 g Strychn. sulfur. subkutan ge- geben. In einem zweiten Fall, der ein 19 Monate altes Kind betraf, dem gleich nach dem Unfall die Angehörigen Zucker gegeben haben, wurde 15 Minuten später eine intrakardiale Injektion von 15 ccm einer zehnprozentigen Natriumhyposulfitlösung zusammen mit 1 ccm einer zehnprozentigen Adrenalinlösung verabreicht. In beiden Fällen stellte sich prompt voller Erfolg ein. Die parenteral zu ver- abreichende Lösung von Natriumhyposulfit muß zwei- bis drei- mal sterilisiert sein.

Ashkenasy, Wien.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

2485.

Börnstein, Walter, Funktionelle Gliederung der Hör- rinde. (Nervenarzt, 11, Heft 4.) Bei Verletzung des Hörzentrums einer oder beider Hemisphären erhält man, falls überhaupt noch ein Teil einer Hörrinde erhalten ist, Herabsetzung der Hörfähigkeit, aber nicht Taubheit für einzelne Töne: Es gibt keine „Ton- zentren“ in der Hörrinde. Die kortikal bedingte Herab- setzung der Hörfähigkeit ist ihrer Art nach die gleiche, welcher Teil der Hörwinden auch zerstört ist. Die normalerweise am besten gehörte Region: das Hörgebiet von der zwei- bis zur vier- gestrichenen Oktave bleibt am besten erhalten. Nach unten und besonders nach oben von dieser Strecke fällt bei kortikaler Hör- störung die Empfindlichkeit ab. Die Hörrinde des Menschen ist — ebenso wie diejenige des Tieres — nicht in funktionelle Teil- zentren gegliedert. Tiere hören nicht Töne. Für sie gibt es — wie für die amüsischen Menschen — nur eine Art Schall: Ge- räusche. Das Hören von Tönen ist eine Neuerwerbung des Men- schen.

Kurt Mendel, Berlin.

2486.

Berggren, Die Beziehungen zwischen Gehörhalluzinationen und Gehörorgan. (Arch. Ohr.- usw. Heilk., 120., Heft 2/3.) Die Ansicht der meisten Autoren geht dahin, daß durch Ohrenerkran- kung ein Reiz der Hörnerven und dessen zentraler Ausbreitung in der kortikalen Gehörphäre gesetzt wird, ein Reiz, der das Auf- treten von Gehörhalluzinationen begünstigt. Die Untersuchungen ergaben: Es kommen Gehörhalluzinationen bei Geisteskranken vor, und zwar sowohl bei Ohrgesunden (10 von 36 Fällen) als bei Ohr- kranken (26 von 36 Fällen). Die Stimmen werden mit beiden Ohren oder nur mit einem Ohre gehört oder hauptsächlich deut- licher mit dem einen Ohre vernommen. Es kommen jedoch auch Kranke vor, die ihre Stimmen gleich gut durch beide Ohren hören und nur einseitig ohrenkrank sind.

Es läßt sich in einigen Fällen ein bestimmtes Verhältnis zwischen den subjektiven Geräuschen und den Gehörhalluzinationen nachweisen, jedoch ist das Säusen nie die alleinige Ursache des Auftretens einer Gehörhalluzination, muß aber als bahndend für die Halluzination in gewissen Fällen aufgefaßt werden. Am sichersten wird eine Abhängigkeit zwischen Gehörhalluzination und subjek- tiven Geräuschen bei Kranken konstatiert, bei denen die Stimmen mit den Geräuschen als Erscheinung heilbarer oder besserungs- fähiger Ohrenkrankheiten entstehen und mit Heilung der Ohren- krankheiten und Wegfallen der Geräusche vergehen.

Hesse, Königsberg.

2487.

Schiff, E., Ueber die Erregbarkeit des geschädigten Gehirns von Hunden nach Ernährung mit Gehirnlipoiden. (D. m. W., 55 Jg., Nr. 17, S. 693.) Die Versuche des Verfassers lassen die Deutung zu, daß verfütterte Gehirnlipide von einem durch Trepanation ge-

schädigten Hirn zum Aufbau verwendet werden, wodurch eine fast normale elektrische Erregbarkeit des Gehirns wieder hergestellt wird. Wenn man die elektrische Erregbarkeit als Maß für den Zustand des Gehirns ansieht, so kann man sagen, daß Promontia die Erregbarkeit eines durch Trepanation geschädigten Gehirns fast auf das Normale herabsetzt.

Es liegt kein Grund zu der Annahme vor, daß die verfütterten Substanzen spezifisch antiepileptisch wirken.

Arnold Hirsch, Berlin.

2488.

Pedrazzini, François, Ursprung und Reabsorption der Cerebrospinalflüssigkeit. (Presse Méd., Nr. 20, 1929.) Der Lignon cerebrospinalis ist das Produkt einer vaskulären Funktion. Er entsteht durch Filtration aus den kleinen Arterien und Kapillaren der ganzen Oberfläche des Arachnoidalreservoirs, zwischen den perivaskulären Scheiden und in den Ventrikeln. Er sammelt sich im Arachnoidalsack und muß zur Erneuerung noch einmal absorbiert werden, was durch die Venen der Pia-Mater und der Plexus choroidei geschieht.

2489.

Pal, J., Ueber die kinetische und die tonische Gefäßverengung (I. Med. Abtlg. des Allgemeinen Krankenhauses in Wien). (Med. Klin., Nr. 18, 1929.) Die Verengung der Arterien kann drei verschiedene Anlässe haben: a) Erregung der Vasokonstriktoren oder direkte Reizung der Fibrillen; b) Uebergang des Zwischengewebes in die Ruhestellung; c) Akute Tonuserhöhung in den Arterienwandmuskeln (tonische Bewegung). Zu Krampf kommt es nur im Falle der akuten Reizung der kinetischen Nerven oder direkt der kontraktile Elemente (Fibrillen). Ob die tonische Bewegung unter Mitwirkung der Fibrillen sich vollzieht oder ob die akut erhöhte Innenspannung der Muskelzellen eine Umschichtung der Muskelzellen ohne akute Verkürzung der Fibrillen herbeizuführen vermag, ist noch nicht geklärt.

L. Gordon, Berlin.

2490.

Hazay, L., Ueber die Abhängigkeit des Herzschlagvolumens von Veränderungen der Blutmenge. (Monatsschrift Ungarischer Mediziner, Heft 1/2, 1929.) Verfasser stellte sich das Ziel, zu untersuchen, wie sich das Systolevolumen verändert, je nachdem man in den Blutgefäßen die Blutmenge vergrößert oder vermindert. Er stellte gleichlaufend an 14 Hunden Versuche an und benutzte bei seinen Untersuchungen die Stewart'sche Methodik. Das Endresultat seiner Versuche ist, daß: wenn die Blutmenge größer ist als die normale, so vergrößert sich bei fast gleicher Pulszahl das Systolevolumen; bei Blutverlust vermindert sich das Systolevolumen auf ein Drittel des normalen Wertes, wobei sich die Pulszahl erheblich vergrößert. Zur Feststellung dieses Endresultates konnte er nur zehn der angestellten Versuche verwenden, da in vier Fällen störende Fehler unterlaufen waren.

E. J. László, Budapest.

2491.

Kranzfeld, B., Beiträge zur Lehre von der Viskosität des Blutes (Medizin. Klinik, Odessa). (Ukrain. Med. Arch., 2., H. 3.) Es wurde die Viskosität in ihren physiologischen Schwankungen, die von der Tageszeit, Nahrungsaufnahme und Körperlage abhängen, untersucht, gleichzeitig das Hämoglobin, die Erythrozyten- und Leukozytenmenge, die Serumviskosität und das Gesamtvolumen der Erythrozyten bestimmt. Schlußfolgerungen: 1. Die Blutviskosität gibt manche Fingerzeige bezüglich der Zusammensetzung des Blutes, doch entspricht sie nicht einem bestimmten Gehalt an Hämoglobin und Erythrozyten. Die Gesamtmenge der Erythrozyten hat einen großen Einfluß auf die Viskosität, während die Viskosität des Serums eine geringere Rolle spielt. 2. Die Blutviskosität ist eine komplexe Größe, die auf Schwankungen eines Faktors nicht reagiert; es sind große Veränderungen notwendig, damit die physiologischen Grenzwertschwankungen überschritten werden. 3. Die Bestimmung der Blutviskosität hat nach dem heutigen Standpunkt des Wissens einen zweifelhaften klinisch-diagnostischen Wert.

Omelskyj.

2492.

Dahlberg, Gunnar, Mittlerer Fehler und Variabilität bei Blutkörperrechnung. (Act. med. scand., 70., Heft 2/3, S. 103.) Nach einer kurzgefaßten Darstellung der Theorie des mittleren Fehlers und der Variabilität wird nachgewiesen:

1. Daß die von Abbe aufgestellte Formel des „theoretischen“ mittleren Fehlers bei Blutkörperzählung falsch ist.
2. Danach wird berechnet, daß der mittlere Fehler, der durch die gewöhnliche Methode der Blutkörperzählung bedingt ist, bei der Zählung von 500 Blutkörpern $\pm 4,3$ Prozent ist. Die Variabilität bei wiederholten Untersuchungen an denselben Individuen mit einem Zeitzwischenraum bis zu 24 Stunden wird durch eine Dispersion von $\pm 5,8$ Prozent und die Va-

riabilität bei Untersuchungen verschiedener Individuen durch eine Dispersion von ± 11 Prozent charakterisiert.

3. Mit Hilfe dieser Ausgangspunkte wird berechnet, daß die individuelle Variation von einem Zeitpunkt zum anderen, wenn man die Dispersion der Methode eliminiert, $\pm 2,9$ Prozent ist, während die Variabilität, die durch die Verschiedenheiten der Individuen einer Population, wenn die Dispersion der Methode und die individuellen Schwankungen eliminiert werden, mit $\pm 9,7$ Prozent berechnet wird. Die konstanteren, „konstitutionellen“ Verschiedenheiten der Individuen bedingen also eine ungefähr dreimal so große Variabilität wie die individuellen, kurzdauernden Schwankungen der Blutwerte.
4. Die Maße der Variabilität, die auf diese Weise erhalten werden, geben Aufschluß über die Größe der Schwankungen, die Milieu- und Erblieksfaktoren bei gesunden Individuen hervorbringen. Daran anschließend folgt eine kurze Auseinandersetzung über den Begriff „normal“. Die Individuen innerhalb der normalen Variabilität brauchen nicht unbedingt gesund zu sein. Man muß zwischen den statistischen Begriffen „normal“ und „abnorm“ und den medizinischen Begriffen „gesund“ und „krank“ unterscheiden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2493.

Tschepow, P. M., Neue Beiträge zur Frage der intravitalen Blutwaschung. (Kasan, med. Z., 24. Jg., H. 11, S. 1174—1180.) Die Arbeit stammt aus dem Physiologischen Institut der Universität Taschkent. Bereits im Jahre 1914 trat der jetzige Direktor des Instituts, Prof. J. Michailowski, mit der Frage der intravitalen Blutwaschung hervor, die er 1924/25 durch seine Experimente an morphiumpoisonierten Hunden verwirklichte. Die von ihm ausgearbeitete Methodik bestand: 1. in der akuten Entblutung des Tieres; 2. Wiederinjizierung eines Teils der Blutmenge einige Minuten nach ihrer Entnahme nach vorheriger Defibrinierung, und 3. Reinfusion während der folgenden drei Tage von in Ringerlösung gewaschenen Erythrozyten, wobei das morphiumpoisonierte Blutplasma zurückgelassen wurde. Während die der Blutwaschung unterzogenen Hunde am Leben blieben, gingen die Kontrolltiere zugrunde. Um das Problem der Blutwaschung der praktischen Durchführbarkeit beim Menschen näherzubringen, stellte der Verf. eine Reihe von ähnlichen Versuchen an Kaninchen und an einem Affen an. Alle Tiere wurden vorher der gemischten Chloroform-Aethernarkose unterzogen. Die Blutentnahme beim Affen geschah aus der Carotis communis sin. Innerhalb 1½ Minuten war das Tier entblutet. Im gleichen Augenblick hörte die autonome Atmung auf, die durch künstliche ersetzt wurde. Das entnommene Blut (156 ccm) wurde defibriniert und 5 Minuten nach der Entnahme unter Zusatz von 0,4prozentiger steriler Gelatine und Ringerlösung in einer Menge von 330 ccm durch die Vena cruralis dextra wieder injiziert. Die Apnoe, welche vom Verf. auf die große Menge der zur Narkose verwandten Anästhetika zurückgeführt wird, wurde erst nach 54½ Minuten unterbrochen. Von Interesse sind einige nach der Operation bei dem Affen gemachte Beobachtungen. Das vorher stets zornige Tier wurde nach der Erholung von der Operation viel ruhiger und friedlicher. Ferner traten nach der Blutwaschung bei ihm gewisse Erscheinungen der „Verjüngung“ des Organismus auf: im Vergleich zu seinen Kameraden zeigte der Affe einen früheren Haarwechsel sowie einen gesteigerten sexuellen Trieb.

E. Kontorowitsch.

2494.

Dychno, M. A., und G. D. Dertschinski, Zur Frage des Auftretens von Isohämagglutinationseigenschaften des Blutes beim Menschen. (Kasan, med. Z., 24. Jg., H. 11, S. 1213—1219.) Wie es scheint, treten die Agglutinogene in den Erythrozyten beim Fötus sehr früh auf; bei einem 3½ Monate alten Fötus waren sie ganz deutlich ausgesprochen. Die Agglutinine dagegen werden, nach den Beobachtungen der Verf., beim Fötus erst im letzten Monat des intrauterinen Lebens im Serum entdeckt. Zu Ende der dritten Woche nach der Geburt verschwinden die Agglutinine aus dem kindlichen Blute, um im zweiten Lebensmonat von neuem zu erscheinen. Den definitiven Zustand erreichen sie erst am Ende des zweiten Lebensjahres.

E. Kontorowitsch.

2495.

Nothhaas, R., Dermographismus und Inkretion. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 820.) Es wird ein Apparat angegeben, der es ermöglicht, den Dermographismus unter stets gleichen, kontrollierbaren Bedingungen auszuführen.

Aus den vorliegenden Untersuchungen ergeben sich gesetzmäßige Zusammenhänge zwischen der Latenzzeit des Dermographismus und dem Grundumsatz, und zwar beträgt dieselbe normalerweise im Durchschnitt 6 bis 8 Sekunden, während die Durchschnittswerte bei erhöhtem Grundumsatz größer, bei herabgesetztem niedriger sind.

Bei Keimdrüseninsuffizienz — mit Ausnahme des natürlichen Klimakteriums — tritt eine Umkehrung der Verhältnisse ein. Die Methode vermag in zweifelhaften Fällen die Diagnose des Hyperthyreoidismus zu erhärten, in vielen Fällen die Indikation zu einer Stoffwechseluntersuchung abzugeben und die Grundumsatzbestimmung objektiv zu kontrollieren.

Arnold Hirsch, Berlin.

2496.

Weiß, R. F., Gefahren der Rohkost. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 20, S. 830.) (Sanatorium Schierke.) Es wird vor allzu ausgiebiger und weitherziger Verwendung der Rohkost, die einer Uebertreibung des Prinzips zum Schaden der Patienten und letzten Endes auch der Methode gleichkommt, dringend gewarnt. Die Rohkost wird sich als eine spezielle Diätform mit bestimmten Indikationen und Kontraindikationen in den Rahmen der gesamten diätetischen Behandlung einfügen müssen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2497.

Neuhaus, C., Wachstum und Stoffwechsel. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 17, S. 691.) Die Frage nach dem Stoffwechselcharakter des ungeordneten, nicht autonom wachsenden Gewebes kann nach den Untersuchungen am Granulationsgewebe dahin beantwortet werden, daß die Planlosigkeit des Wachstums wie bei den Geschwülsten — im Gegensatz zu dem geordneten wachsenden embryonalen Gewebe — das Verhältnis des Oxydations- zum Spaltungsstoffwechsel zugunsten des letzteren verschiebt, daß hier aber zwischen den einzelnen Tierarten und den einzelnen Individuen einer Tierart selbst größere Verschiedenheiten auftreten. In der Reihenfolge Meerschweinchen, Hund, Kaninchen, Ratte überwiegt der Spaltungsstoffwechsel mehr und mehr, erreicht bei dem Kaninchen die Ausmaße des Stoffwechsels gutartiger und bei der Ratte die des Stoffwechsels bösartiger Geschwülste.

Die Unterschiede sind nicht begründet in dem mehr oder minder ausgeprägten Charakter der Planlosigkeit des Wachstums, sondern durch artspezifische Besonderheiten des Gewebes.

Der Übergang vom ungeordneten, aber vom Körper beherrschten Wachstum (Regeneration, Organisation) zu dem ungeordneten autonomen der Geschwülste schließt keine grundsätzliche Aenderung wichtigster energieliefernder Stoffwechselvorgänge ein, die Aenderungen sind lediglich quantitativer Art.

Arnold Hirsch, Berlin.

2498.

Marchionini, Alfred, Die Wasserstoff-Ionenkonzentration des Schweißes. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 20, S. 924.) Aus den vorliegenden Versuchen an menschlichem Schweiß geht hervor, daß sich bei elektrometrischer Messung der Wasserstoffionenkonzentration eine Klärung des Schweißreaktionsproblems erzielen läßt, wenn man die Grundlagen der Schweißzeugung und -entnahme experimentell studiert und festlegt. Hierin liegt zunächst der Schlüssel für die Divergenz der Resultate der verschiedenen Untersucher in der älteren Literatur und auch in der modernen physiko-chemischen Schweißliteratur. Allerdings wird das Problem noch weiter kompliziert. Soweit die bisherigen Versuche des Verfassers erkennen lassen, ändert der Schweiß während seiner Sekretion die Wasserstoffzahl im Ablauf eines Versuchs im Sinne einer abnehmenden Azidose; er ist ferner in seiner Wasserstoffionenkonzentration nicht nur ekkrin und apokrin, sondern innerhalb des ekkrinen Gebietes noch weiter regional verschieden. Es bestehen weiterhin Geschlechts- und Altersunterschiede, beim Weibe temporäre Unterschiede während der Menstruation und Gravidität, ferner sind beim selben Geschlecht innerhalb einer größeren Personengruppe individuelle Differenzen feststellbar.

Arnold Hirsch, Berlin.

2499.

Frank, E., Ueber die Beziehungen von Hypophyse und Hypothalamus. (Med. Klin., Nr. 18, 1929.) Es kann jetzt noch kaum einem Zweifel unterliegen, daß die Festhaltung des Wassers und die Ausscheidung des Kochsalzes in hoher Konzentration nur unter dem Einfluß des Inkrets des Hypophysenhinterlappens möglich ist und daß folglich das Krankheitsbild des Diabetes insipidus durch eine Erkrankung dieser Drüse bedingt wird. Der Angriffspunkt des Inkrets liegt an der Niere selbst. Die Substanz des Tubercinreum stellt eine Inkretbahn und einen Inkretspeicher dar, der ein vikariierend hypertrophierender Teil des Inkretorgans untrennbar adhärirt. Eine gewisse funktionelle Bedeutung muß auch den Bahnen, die vom Nucleus supraopticus und vielleicht auch vom Nucleus paraventricularis durch den Stiel in den Hinterlappen der Hypophyse ziehen, zugestanden werden. Wahrscheinlich steht dieses nervöse Zwischenhirn-Hypophysensystem mit dem in Beziehung, was wir als das materielle Substrat der Durstempfindung betrachten. Ein scharf lokalisiertes Zentrum darf aber wohl für dieses nicht angenommen werden; es ist vielmehr anzunehmen,

daß ein relativ großes Gebiet, das nicht nur den Hypothalamus zu umfassen braucht, gegen die geringste Wasserentziehung sehr empfindlich ist. Das äußert sich einerseits in der Anregung von Leerkontraktionen der Speiseröhre, anderseits in der Entsendung von Impulsen zur Hypophyse, die mit Hilfe ihres Inkrets die Wasserausgabe seitens des Körpers möglichst einschränkt und den osmotischen Druck des Blutes herabsetzt.

L. Gordon, Berlin.

2500.

Immerman, S. L., Klinische Betrachtung der Magensäure. (Med. j. a. Rec., Nr. 6, 1929.) Hypersekretion bedeutet einen Ueberschuß der Sekretion, nicht notwendig einen hohen Säuregrad. Entweder liegt eine spastische oder organische Obstruktion des Pylorus vor, oder der Magen produziert mehr Saft. Tatsächlich kommt ein dauernder Magensaftfluß vor neben einer alimentären Hypersekretion. Der Magen kann wenig szernieren und langsam sich entleeren oder viel und sich rasch entleeren. Aetiologisch kommt eine Hypersekretion zustande im Magen hauptsächlich bei Gastritis, Ulkus, gastrischer Obstruktion; im oberen Darmtrakt besonders bei Duodenalulkus und Gallenblasenerkrankung. Und zwar trifft man Hypersekretion beim peptischen Ulkus in 30 bis 60%; bei Gallenblasenaffektionen wird sie oft übersehen; hier zeigt je ein Drittel normale bzw. Sub- oder Hyperazidität. Im unteren Darmtrakt kann Kolitis und Konstitution die Ursache einer Hypersekretion werden. Ferner kann Hypersekretion auf neurotischer Basis zustandekommen, z.B. bei Migräne, bei der auch in den Pausen eine vermehrte Absonderung bestehen kann. Aber auch bei organischen Nervenkrankheiten kann sie vorkommen: bei Tabes. Endlich kann Mißbrauch von Kaffee, Tee, besonders von Tabak und Alkohol die Ursache sein. Eine Analyse von 331 Fällen von Hyperazidität aus der Mayoklinik ergab 29% als funktionell ohne Zusammenhang mit dem Gastrointestinaltrakt, 16% infolge Ulcus pepticum und 10% durch Cholezystitis.

In der Symptomatologie spielen die Grundursachen die Hauptrolle: Patienten mit Hypersekretion haben im allgemeinen wenig Klagen, und die meisten Symptome können nicht auf die Azidität bezogen werden: Duodenalgeschwür — Hungerschmerz, Migräne — Kopfschmerzen usw. Sodbrennen kann man auch bei Hypoazidität beobachten. Hypersekretion beobachtet man manchmal auch bei Tabes, und diese wird oft übersehen, weil Jahre nach Einsetzen der Krisen die Pupillen- und Kniereflexe oft wieder auftreten können. Man muß also bei Hyperazidität an Ulkus, Cholelithiasis, Tabes, funktionelle und organische Störungen des Magens, des oberen und unteren Intestinaltraktes denken.

Achylia gastrica kann ohne die gewöhnlichen Faktoren der Gastritis, ohne Symptome und bei intakter Magenschleimhaut bestehen und die Sekretion kann wiederkehren. Pepsin fehlt nie ganz, auch bei Tabes, und diese wird oft übersehen, weil Jahre nach Einsetzen des Organ wird in ähnlicher Weise wie die Leber und durch ähnliche Faktoren beeinflusst: bei verschiedenen Krankheiten, Pneumonie usw. nimmt die HCl ab und Anazidität ist ein Beweis von Gastritis. Auch nervöse Faktoren können vorübergehend die HCl beeinträchtigen. Die klinischen Hauptfaktoren: Bright, Anämie, Gastritis, Ca, Syphilis, passive Kongestion (Herzfehler, Leberzirrhose), Gallenblasenaffektionen. Symptome: u. U. keine. Tendenz zu rascher Entleerung des Magens. Abnorme Fermentation und Atonie können Symptome auslösen: gastrogene Diarrhosen. Bei perniziöser Anämie schon früh Anazidität. Bei 492 Fällen der Mayoklinik lag Anazidität vor in je 18% bei funktionellen Störungen, Cholezystitis, Ca, in 11% bei perniziöser Anämie. Das gewöhnliche Bild des Ca: mittleres Alter, seit etwa sechs Monaten krank, keine der gewöhnlichen Ursachen. Eine andere Form ist das maligne Ulkus, dessen nichtklassische Frühsymptome nicht charakteristisch sind. Die charakteristischen Symptome hängen von der Rapidität und Umschriebenheit der Geschwulst ab: ist der Höhepunkt in sechs Monaten, so hat man im ersten noch keine pathognomonischen Symptome; ist er in drei Jahren, so hat man im ersten Jahre keine. Von 131408 Fällen aus der Mayoklinik von Magen-Ca waren 80 karzinomatöse Ulzera; hinsichtlich der operativen und nichtoperativen Fälle betrug die Ca-Vorgeschichte in beiden Fällen neun Monate. Eine Ulkusanamnese ergaben nur 7% der inoperablen, 25% der resezierten und 52% der malignen Ulzera. Freie HCl wiesen 7% inoperable, 52% resezierte und 82% maligne Ulzera auf. 4% benigner Ulzera weisen Achlorhydrie auf.

2501.

Jarno, L., und L. Surányi, Die Bakterizidie des Magensaftes. (Orvosi Hetilap, Nr. 12, 1929.) Nach allgemeiner Auffassung ist die Bakterizidie des Magensaftes allein durch die Salzsäure bedingt. Es wird hier experimentell bewiesen, daß die Galle bzw. Gallensäuresalze die Salzsäurebakterizidie weitestgehend beeinflussen können; kleine Mengen üben eine fördernde, größere Mengen eine hemmende Wirkung aus. Das wirksame Prinzip dieser

Gallenfunktion ist die Cholsäure. Hierdurch erfährt die von Boldyreff entdeckte und von Jarno am Menschen nachgewiesene duodenale Regurgitation eine außerordentliche Wichtigkeit.
E. J. László, M. U. M. Budapest.

2502.

Scheffel, I. N., Chromoskopie als Methode der funktionellen Diagnostik des Magens. (Ukrain. Med. W., Nr. 7/8, 1928.) (Therap. Klinik, Kyjiw.) Intramuskulär eingeführtes Neutralrot scheiden die Drüsen der Magenschleimhaut aus. Je höher die Azidität, desto intensiver wird der Farbstoff ausgeschieden, je niedriger dieselbe, um so später, bei Fehlen der Azidität wird der Farbstoff überhaupt nicht ausgeschieden. Magengeschwüre beschleunigen, Schleim verlangsamt die Ausscheidung. Atropin und künstlich hervorgerufene scharf saure Reaktion des Mageninhalts bleiben ohne Einfluß. Differentialdiagnostisch (zwischen saurem Magenkatarrh und Geschwüren mit hohem Schleimgehalt) spricht die beschleunigte und länger dauernde Farbstoffausscheidung bei Vorhandensein anderer klinischer Symptome eher für ein Ulkus, als für Gastritis. Bei funktioneller Achylie, selbst mit erhöhtem Schleimgehalt, wird der Farbstoff verspätet, aber dennoch ausgeschieden, bei kongenitaler oder sekundärer Achylie, in schweren Fällen kommt es zu keiner Ausscheidung.
O m e l s k y j.

2503.

Basylewytsh, J., Die klinische Bedeutung der Norgaard-Reaktion. (Ukrain. Med. W., Nr. 7/8, 1928.) (Therap. Klinik, Kyjiw.) Die an 76 Kranken durchgeführte N-Reaktion (Bestimmung des Katalasegehaltes im Stuhl) ist bei Kolitis, Enteritis, Enterikolitis und ulzerösen Kolitis immer positiv, während sie bei normalen Menschen kaum positiv ausfällt. Diese Reaktion ist aber nicht für Darmkatarrhe spezifisch, da sie auch bei achylischen Durchfällen, typischen Darmneurosen und makroskopisch und mikroskopisch Blut enthaltenden Stühlen positiv ausfallen kann. Doch ist diese einfach auszuführende Reaktion von klinischer Bedeutung, wenn sie systematisch und tagtäglich bei schweren und langdauernden Krankheiten durchgeführt wird, da sie Hinweise gibt bezüglich der Krankheitsentwicklung, der Verschlimmerung und Besserung im Gesundheitszustande, was insbesondere bei der Colitis ulcerosa der Fall ist.
O m e l s k y j.

2504.

Simnitzki, W. S., und M. G. Mamisch, Zur funktionellen Pankreasdiagnostik. (Ter. Arch. russ., 6, Heft 6, S. 558/559.) (Propedeutisch-therapeutische Univ.-Klinik Kasan.) Ein Urteil über die Funktion des Pankreas läßt sich am besten gewinnen, wenn man, neben Aufrechterhaltung der Reinheit des gewonnenen Sekrets, eine möglichst große Menge desselben zu erzielen sucht, vor allem aber, wenn es gelingt, die darin befindlichen Fermente zu konzentrieren. Verfasser beschreiben eine diesen Bedingungen entsprechende Methode, die sie, von den Arbeiten Pawlows ausgehend, aufgestellt haben. Nachdem der Patient eine Woche lang auf Milchdiät gesetzt wurde, führt man die Duodenalsonde ein und entleert zunächst die Gallenblase durch Darreichung von $MgSO_4$. Um den Pankreasentleerungsreflex zu erzielen, benutzen die Verfasser entfettete, saure Molken mit einem Säuregehalt von 180 bis 240 ccm n/10 NaOH auf 100 ccm, die in einer Menge von 60 bis 70 ccm durch die Sonde gereicht wurde. Der Duodenalinhalt wird alle 5 Minuten in kleinen Portionen entnommen. Gewöhnlich erscheint 40 bis 45 Minuten nach Molkenarreicherung (Beginn des Reflexes) das Absonderungssekret wasserklar und rein. Dies ist das reine Pankreassekret. Es wird bis zum Ende des Reflexes (Wiederauftreten der gelben Verfärbung) gesammelt, wonach seine Fermente bestimmt werden. Am nächsten Tage wird der Patient einer zweiten Untersuchung unterzogen, bei der ihm wieder wie zuvor $MgSO_4$ und nach der Gallenblasenentleerung saure Milchmolken gereicht werden. Unverzüglich danach werden zehn Insulineinheiten eingespritzt. (Nach den Beobachtungen der Verfasser steigert das Insulin den Gehalt des Sekretes an Amylase und Tripsin um das Zwei- bis Dreifache und den an Lipase um ein Drittel bzw. die Hälfte.) Das hier gewöhnlich etwas früher als am Tage vorher — nach 35 bis 40 Minuten — erscheinende Pankreassekret wird ebenfalls vom Beginn bis zum Ende des Reflexes gesammelt und auf seine fermentativen Fähigkeiten qualitativ und quantitativ bestimmt. Aus Vergleichen dieser beiden Proben läßt sich eine gewisse Vorstellung sowohl über die quantitative Zunahme der Absonderung, als auch über die Fähigkeit der Pankreasdrüse, die im Sekret abgesonderten Fermente zu konzentrieren, gewinnen.
E. Kontorowitsch.

2505.

Michelsohn, V., Wirkung einiger vagotroper Substanzen auf die äußere Sekretion des Pankreas. (Ter. Arch. russ., 6, Heft 6, S. 545/556.) (Propedeutisch-Therapeutische Univ.-Klinik, Kiew.) Mittels Duodenalsondierung wurde die Wirkung des Atropins und Pilokarpins auf die äußere Sekretion des Pankreas bei 31 Personen

untersucht. Während Atropin in der Mehrzahl der Fälle die Konzentration der Fermente — analog den Tierexperimenten (Pawlow und seine Schule) — verminderte, wirkte Pilokarpin auf die Fermentkonzentration ganz anders. Daß hier in der Mehrzahl der Fälle eine Herabsetzung der Konzentration der Fermente beobachtet wird, erklärt der Verfasser damit, daß Pilokarpin ein „Schwitzen“ der Duodenaldarmwand bewirkt, was zur Verdünnung des Duodenumsaftes führt und dadurch der Herabsetzung der Fermentkonzentration bedingt.
E. Kontorowitsch.

2506.

Kubo, T., T. Mitsui, S. Machita, die serologische Verwandtschaft zwischen Leber und Niere. (Japan med. World, Nr. 2, 1929.) Wenn Zerfallsprodukte der Organzellen in die Zirkulation kommen, so erledigt sich ihrer oder ihrer Verbrennungsprodukte der Organismus durch Ausscheidung oder er produziert Antikörper. Und tatsächlich tritt beim Kaninchen beim künstlichen intravitalem Zerfall dieser Zellen oder bei Einspritzung von Emulsion dieser Zellen ein Antikörper auf. Und zwar reagiert der durch Immunisierung mit Leberzelle erzeugte Antikörper sowohl mit Leber- wie mit Nierenextrakt und umgekehrt.
v. Schnitzer.

2507.

Brandt-Rehberg, über die Bestimmung der Menge des Glomerulusfiltrats mittels Kreatinin als Nierenfunktionsprüfung, nebst einigen Bemerkungen über die Theorien der Harnbereitung. (Zbl. inn. Med., Jg. 50, Nr. 15.) Cushnys Hypothese der Filtrations-Rückresorptionstheorie der Harnbereitung wird im wesentlichen als richtig unterstellt. Mit dieser Theorie als Grundlage wird eine Nierenfunktionsprobe angegeben, die in einer Belastung mit Kreatinin als der durch die Niere am höchsten konzentrierten Substanz der normalen Blutbestandteile, in Bestimmung der Konzentration in Harn und Blut und in der daraus erfolgenden Berechnung besteht, wie viele Kubikzentimeter Blut pro Minute von Kreatinin befreit werden. Diese Menge wird als Glomerulusfiltrat angesprochen. Sie beträgt bei Normalen fast immer über 80 ccm, während man bei Nierenkranken niedrigere Werte findet. Die Methode vermag Schädigungen aufzudecken, deren Nachweis mit anderen Methoden nicht gelingt.
Gustav Hofmann, Nürnberg.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

2508.

Sylla, A., Die Alkalibelastung der Nierenfunktionsprüfung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 19, S. 783.) (Med. Univ.-Klin. Königsberg.) Belastung eines nierengesunden Menschen mit 20 g Natrium bicarbonicum in 400 ccm Wasser ergibt einen Anstieg der pH im Urin auf 8,4 in höchstens $1\frac{1}{2}$ Stunden. Bei 31 Nierenkranken wird dieser Wert in 17 Fällen nicht erreicht. Verzögert und herabgesetzt kann die Alkaliausscheidung bei Hochdruck und Hyperazidität sein.

Abgesehen von theoretischen Bedenken, ob es sich bei der Alkalibelastung um eine wirkliche Nierenfunktionsprüfung handelt, ist dieser Versuch neben anderen Funktionsprüfungen oder bei Unmöglichkeit solcher wegen seiner relativen Einfachheit zu empfehlen.
Arnold Hirsch, Berlin.

2509.

Hoffmann, E., und R. Stempel, Gehirninfektion und metastatische Erkrankung von Hoden und Skrotalhaut (Pseudoprimäraffekt) nach intrazisternaler Impfung von Kaninchen mit Syphilis. (Dermat. Z., 56., Heft 1.) Die experimentelle Erzeugung einer Syphilis des Zentralnervensystems beim Kaninchen ist bisher nicht gelungen. Hingegen haftet die experimentelle Impfung bei Einbringung von Schankeremulsion in die Zisterne; die Infektion bleibt zunächst symptomlos, doch ergibt sich aus der Ueberimpfbarkeit der Poplitealdrüsen, daß sie an der Liquorschranke nicht halt macht. Im Liquor selbst erhalten die Spirochäten sich monatelang infektionstüchtig, zuweilen finden sie sich auch in der Gehirnschranke in überimpfbarer Form. In zwei Fällen traten an Hoden und Skrotalhaut Metastasen in Form von Pseudoprimäraffekten auf. Diese Tatsache ist von Bedeutung für die Beurteilung angeblicher Primäraffekte für dadurch als vorher syphilisfrei angesehener Collosscher Mütter. Deutliche Immunität scheint sich nach der intrazisternalen Impfung nicht auszubilden.
Ernst Levin, Berlin.

Ernst Levin, Berlin.

2510.

Kristenson, Anders, Beobachtungen über die Anzahl der Thrombozyten bei experimentell an Kaninchen hervorgerufener Thrombose. (Act. med. scand., 70., Heft 2—3, S. 167.) Die Beobachtungen, die bei den vorliegenden Untersuchungen bezüglich des Verhaltens der Thrombozytenzahl bei experimenteller Thrombose an Kaninchen gemacht werden konnten, deuten also in dieselbe Richtung, wie die Untersuchungen bei spontaner Venenthrombose beim Menschen, nämlich dahin, daß die Bildung des weißen oder

primären Thrombus eine Senkung der Thrombozytenzahl mit sich bringt. Die Senkung der Anzahl der Thrombozyten scheint auch in gewisser Beziehung zur Größe des weißen Thrombus zu stehen. Dieses Resultat stützt auch die Annahme, daß man durch konsequent ausgeführte Bestimmungen der Thrombozytenzahl eine Möglichkeit haben könnte, die Entstehung des primären Thrombus nachzuweisen. Dies bedeutet, daß man durch solche Beobachtungen die Diagnose einer Thrombenbildung würde stellen können, bevor sich der sekundäre oder rote Thrombus gebildet hat, der aller Wahrscheinlichkeit nach die klinischen Symptome gibt. Eine solche frühzeitige Kenntnis vom Auftreten eines Thrombosierungsprozesses kann gewisse Bedeutung für die Verhinderung seiner weiteren Ausdehnung haben. Auch könnte eine solche Untersuchung die Möglichkeit der Diagnostizierung von Thrombosen bieten, die bis zu dem Augenblick, wo eine Lungenembolie auftritt, ohne klinische Manifestation verlaufen, wie es bei den tiefen Thrombosen häufig der Fall ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2511.

Greif, Paul, Ueber die lympho-epitheliale Geschwulst (Schmincke) als histologisch und biologisch besondere Geschwulstform. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 19, S. 876.) Es wird gezeigt, daß der von Schmincke mit dem Namen Lymphoepitheliom belegte Tumor sowohl pathologisch-anatomisch eine besondere Geschwulst-art ist.

Diese Geschwulst läßt aber auch biologisch eine andere als die bisher von Neubildungen bekannte Reaktion gegenüber der Röntgenbehandlung feststellen.

Die Probeexzision ist für die Diagnosestellung und damit für die Einleitung der richtigen Behandlung von ausschlaggebender Bedeutung.

Die Röntgenbehandlung ist nach Ansicht des Verfassers, wenn rechtzeitig angewandt, die einzig sichere Methode, die zum Erfolge führt.

Die Mitteilung soll dazu anregen, in ähnlichen Fällen an diese besondere Neubildung zu denken, um hierdurch einerseits die richtige Behandlung einleiten zu können und andererseits die Möglichkeit zu geben, unter Zugrundelegung eines größeren Materials das Mindestmaß der notwendigen Röntgendosis feststellen zu können.

Arnold Hirsch, Berlin.

2512.

de Quervain, F., Infektion durch gasbildende Bakterien. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 15, 1929.) Das klinische Interesse des hier mitgeteilten Falles (Oberschenkelchaftbruch, bei dem das obere Fragment mehrere Zentimeter weit zur Haut hinausfährt und das untere entsprechend weit in die Muskelmassen hinein) besteht darin, daß eine Infektion mit im Tierversuch hoch virulenten Bazillen des malignen Oedems in keinem Augenblick die klassischen Erscheinungen der Gasphlegmone gemacht hat. Aber noch zwei Monate nach Schluß der Wunde machten kleine Temperatursteigerungen und einige im Röntgenbild erkennbare Gasblasen in der Tiefe des äußerlich völlig harmlos aussehenden Verletzungsgebiets die klinische Diagnose möglich.

Der praktische Schluß, den man aus den hier gemachten Beobachtungen ziehen darf, wäre der, daß in infiziert gewesenen Gebiet Stellungskorrekturen auch bei seit längerer Zeit geschlossener Wunde nur blutig gemacht werden sollen, sobald noch irgendwelche Zeichen von latenter Infektion vorhanden sind. Gasblasen im Röntgenbild soll man in ihrer Bedeutung erkennen und im Verdachtsfälle nicht versäumen, die bei dem Eingriff vorgenommene bakteriologische Untersuchung so auszuführen, daß auch Anaerobien mit erfaßt werden.

Held.

2513.

Uffenorde, W., Weitere Beiträge zu der von den Mandeln ausgehenden Sepsis. (D. m. W., 55. Jg., Nr. 19, S. 775.) Verfasser schließt seine Ausführungen mit der dringenden Mahnung an den Praktiker, jeden Fall von akuter Angina unverzüglich in eine Fachklinik zu überweisen, sobald die etwa hinzutretende Phlegmone oder Abszedierung — mögen sie nun peritonsillär oder außen am Hals sich entwickelt haben — sich nicht in kurzer Zeit unter entsprechenden Maßnahmen zurückbilden. Dasselbe gilt natürlich, wenn sie sich gar ausdehnen oder wenn sie von Schüttelfrösten oder anhaltenden Temperaturen begleitet sind.

Dabei ist zu bedenken, daß die Ausgangsentzündung an den Gaumentonsillen sich zur Zeit der gefährlichen Entwicklung solcher Folgezustände bereits ganz zurückgebildet haben kann, so daß sie unverändert erscheinen.

Immer noch gehen eine große Zahl Kranker an den vom Verfasser besprochenen Komplikationen nach Angina zugrunde, ohne daß die pathogenetischen Beziehungen erkannt und die geeignete, gewiß nicht aussichtslose Behandlung eingeleitet worden wäre.

Schon weil die Emukleation bei dieser ein unerläßlicher Teil des erforderlichen Vorgehens ist, gehören diese Fälle in die Hals-

klinik. Daran vermag auch die Möglichkeit nichts zu ändern, daß unter besonderen Umständen die Emukleation einmal verschoben werden kann oder muß.

Arnold Hirsch, Berlin.

2514.

Badykies, S. O., Experimentelle Cholezystopathien und die sekretorische Funktion des Magens (Physiologische Abteilung des medizinisch-biologischen Instituts der Ilnavna, Moskau). (Ter. Arch. russ., 6., Heft 6, S. 534—543.) Zum Studium der Frage des gegenseitigen Zusammenhanges zwischen Gallenblasenaffektion und Magensekretion wurden experimentelle Versuche an drei Hunden mit isolierten Mägen nach der Methode Pawlow und Heidenhain vorgenommen. Diese Versuche wurden in zwei Reihen durchgeführt. Als Resultat der ersten Untersuchungsreihe zeigte sich, daß Fremdkörper und Entzündungsprozesse in der Gallenblase hervorrufen: eine geringe Verkürzung der Sekretionsdauer im Magen, eine Verringerung der Magensekretion, ebenso ein Abfallen des Säurewertes, während die Sekretionskurve und die Verdauungskraft unverändert bleiben. Mit diesen Versuchen wurde die Tatsache der sekundären Veränderung der Magensekretion nach Cholezystopathien erwiesen. Es ist hier noch zu bemerken, daß nach Entfernung der Drainage (nach Einstellung der kurzdauernden starken Reize) in allen Fällen eine kompensatorische (?) Sekretionssteigerung nach vorangehender Hemmung im Magen beobachtet wurde. — Die zweite Untersuchungsreihe, welche am isolierten Magen mit Vagotomie bei Erhaltung der sympathischen Innervation vorgenommen wurde, führte zu dem Schluß, daß es sich bei der Reizung der Gallenblase allem Anschein nach um eine Hemmung der Magensekretion über das sympathische Nervensystem handelt.

E. Kontorowitsch.

2515.

Welt, Sara, Nathan Rosenthal und B. S. Oppenheimer, Gauchersche Splenomegalie (mit besonderer Berücksichtigung der Skelettveränderungen). (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 8, 1929.) Röntgenographisch darstellbare Veränderungen an den Knochen stellen keine Seltenheit bei Gaucherscher Splenomegalie dar und sind von Wichtigkeit für die Sicherstellung der Diagnose. In 6 von 11 Fällen, welche die Verfasser im Verlaufe von 12 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatten, fanden sich charakteristische Veränderungen an den Knochen. Die am häufigsten anzutreffende Veränderung besteht in einer spindelförmigen Auftreibung im Bereich des unteren Drittels des Femurs. Andere Skelettveränderungen, wie Gibbus und Frakturen, sind selten zu beobachten. Gauchersche Krankheit, Niemann-Picksche Krankheit und möglicherweise die infantile Form der familiären amaurotischen Idiotie (Tay-Sachs) sind kongenitale, familiäre konstitutionelle Störungen des Lipoidstoffwechsels. Exstirpation der Milz kann nicht als Heilmaßnahme bei Gaucherscher Splenomegalie betrachtet werden. Der Effekt der Splenektomie besteht lediglich in Beseitigung der Anämie, der hämorrhagischen Diathese und der Beschwerden, die dem Patienten durch die Milz verursacht werden.

L. Büchler, Wien.

2516.

Hellner, H., und H. U. Kallius, Milzfieber und Milzfunktionen (Chirurg. Universitätsklinik, Münster). (Arch. klin. Chir., 154., Heft 1—2.) Nach der Milzexstirpation kommt es öfters zu einem länger anhaltenden Fieber. Es wurde anfangs als einfaches Resorptionsfieber von der Wunde aus gedeutet. Mit der Häufung der Beobachtungen kam man jedoch zu der Ansicht, dieses Fieber als für die Milzexstirpation charakteristisch zu betrachten, um so mehr, als es nach Exstirpation anderer Organe kaum mit dieser Regelmäßigkeit beobachtet wird. Verff. kommen auf Grund ihrer Versuche mit Milzausschneidung bei Hunden und Katzen zu dem Schluß, daß das Milzfieber auftritt in dem Zeitraum zwischen Milzausfall und Entwicklung des funktionellen Milzersatzes. Diese Uebernahme der Milzfunktion durch das Milzersatzgewebe in der Leber bedarf einer gewissen Zeitspanne. Verff. kommen zu dem Schluß, daß nach Exstirpation der Milz ein durch keinerlei Komplikationen zu erklärendes Fieber auftreten kann. Es ist als primäres oder aseptisches Milzfieber zu bezeichnen. Als sekundäres Milzfieber wäre die nach Milzexstirpation zu beobachtende Komplikation des Heilverlaufes zu bezeichnen, die bedingt ist durch den Ausfall einer Gruppe von Milzfunktionen immunisatorischer Art.

E. Mühsam, Berlin.

2517.

Haintz, E., Karzinom und Blutmilchsäure. (Orvosi Hetilap, Budapest, Nr. 10, 1929.) Verff. nahm bei einem an Lippenkrebs leidenden 68jährigen Kranken Blutmilchsäureuntersuchung nach der Mendel-Goldsteinchen Methode vor. Das Blut entnahm er aus der Vena jugularis externa und aus der Vena cubiti. Bei der ersteren fand er einen Wert von 17,5 mg %, bei der letzteren von 25,5 mg %. Der Unterschied wird durch die größere Menge der

versorgten Muskelgewebe erklärt. Diese Werte zeugen keine besondere Abweichung von Mittelwerten. Das Verschwinden des nach alldem entstandenen Milchsäureüberschusses kann durch Oxydation zu Kohlendioxyd und Wasser erklärt werden, im gegebenen Falle kann jedoch die in der Leber auftretende Glykogenresynthese — auch schon der anatomischen Verhältnisse wegen — keine Rolle spielen.

E. J. László, Budapest.

2518.

Magid, O., *Arzneisucht bei Frauen.* (Med. J. a. Rec., Nr. 6, 1929.) Bei der Morphiumsucht wird ein hypothetisches Toxin angenommen, das der Körper zum Schutz gegen die dauernde Ueberdosierung des narkotischen Mittels bildet. Diese Substanz verlangt aber zur Neutralisierung weitere Anwendung des narkotischen Mittels. Der Süchtige zeigt zunächst die therapeutischen und toxischen Reaktionen des narkotischen Mittels, bei weiterem Gebrauch benötigt der Körper gewissermaßen physiologisch eine gewisse Menge des Mittels. Steigt dieser Betrag ins Uebermaß, so kommt es zu Stoffwechselstörungen; es kommt zu Aufhäufung dieses Uebermaßes in der Leber, deren Zellen eine vermehrte Toleranz dafür und eine progressive Hemmung ihrer normalen Funktion zeigen. Der ganze Körper gewöhnt sich an diese Pseudo-physiologie, bis ein weiteres Uebermaß oder ein interkurrierender Zustand, Krankheit, die Protektivaktion der Leber hemmt, und der Stoffwechsel leidet. Weitere Folgen: Hemmung der Drüsentätigkeit, der ungestrafften Muskulatur (Peristaltik), Anhäufung des Mittels, seiner Produkte, der Zerfallsprodukte — Autotoxämie. Es kommt zu physikochemischen Verbindungen mit dem vital wichtigen Zelllipoid, vielleicht auch den Lezithinen. Die Osmose der Zellen wird gestört: Vakuolenbildung. Ebenso degenerieren die Zellen der inneren Drüsen. Durch den Lipoidmangel im Samen und in den Ovis: Pseudosterilität. Eine Analyse von 120 weiblichen Fällen ergab: 83 Prozent betrafen das Alter zwischen 20 und 40, 35 Prozent begannen unter 20 Jahren, 53 Prozent zwischen 20 und 30 Jahren. Amenorrhöe ist eine der häufigsten Störungen. Ebenso starben vier Kinder sofort oder kurz nach der Geburt. Auch Konvulsionen können sich bei den Kindern entwickeln. Der Ausdruck ist eigentlich irreführend; er bedeutet nicht Heilung. Eigentlich bezieht sich die „Kur“ nur auf die Behandlung der Süchtigen zur Zeit der Entziehung. Nach dieser kritischen Periode kommen andere Faktoren in Betracht: besondere Ernährung, viel frische Luft, Sonnenschein; die veränderte Physiologie muß berücksichtigt werden: die Stoffwechselveränderungen müssen wieder ausgeglichen werden, sonst folgt monatelanges Leiden und physische Schwäche. Diese und die Leichtigkeit, das Arzneimittel zu erhalten, verursachen die vielen Rückfälle. Die Vitalität muß so gehoben werden, daß das Mittel nicht mehr nötig ist. Die Erfolge mit Narkosan (eine Zusammensetzung aus Lipoiden, wasserlöslichen Vitaminen und nichtspezifischem Protein) waren sehr gute. Wenn das Stadium der Konvaleszenz erreicht ist, so ist nachzuforschen, ob nicht andere Krankheiten operativ zu beseitigen sind. Cholezystektomie, Adnaxe usw.

v. Schnizer.

2519.

Singer, Walter, *Beitrag zum Problem der Tuberkulosebehandlung in der Unterdruckkammer.* (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 17, S. 785.) An vier Personen, zwei Erwachsenen und zwei Kindern, mit Lymphomata colli wurden die Untersuchungen des Verfassers ausgeführt. Die Kranken standen seit einigen Wochen oder Monaten in Behandlung, ohne daß bisher die Drüenschwellungen Heilungstendenz gezeigt hätten. Es sollte versucht werden, mit Hilfe des Reizes der Anoxämie eine Reaktion auszulösen und damit vielleicht eine Heilung einzuleiten. Der Allgemeinzustand der Patienten war gut. Die Kranken wurden während 4 bis 5 Wochen vier- bis sechsmal wöchentlich für je zwei Stunden einer Luftdruckerniedrigung, entsprechend einer Höhe von 4000—5500 m ausgesetzt. Die Dauer der Kur umfaßte zweimal 21, einmal 19 und einmal 28 Doppelstunden. Die Erwachsenen konnten ihrem Berufe nachgehen; die Kinder besuchten regelmäßig die Schule. Mit dem Bürkerschen Hämoglobinometer wurden die Hämoglobinwerte zu Beginn der Behandlung, im Verlaufe derselben und noch einige Zeit nach Abschluß der Höhentherapie bestimmt.

Die Hämoglobinbestimmungen erfolgten niemals sofort nach Verlassen der Kammer, sondern frühestens 22 Stunden später, zuweilen auch erst nach zwei Tagen. Hierdurch sollte vermieden werden, daß vielleicht nur rasch vorübergehende, noch unter der Nachwirkung der unmittelbare vorausgegangenen Luftdruckerniedrigung stehende Veränderungen festgestellt wurden. Die maximale Luftverdünnung ist 5 bis 10 Minuten nach dem Betreten der Kammer erreicht worden. Der „Abstieg“ ging langsamer vor sich und beanspruchte 15 bis 20 Minuten. Bei allen Personen stellten sich Zeichen der Bergkrankheit ein, die aber nur in der Höhe von 5500 m von einer Versuchsperson so lästig empfunden wurden, daß auf die Druckstufe von 5000 m zurückgegangen werden mußte.

Die graphische Zusammenstellung gibt einen anschaulichen Ueberblick über den Erfolg der Unterdrucktherapie in bezug auf den Hämoglobingehalt des Blutes. Mit einer Ausnahme, wo die Zunahme des Hämoglobins gegenüber dem Ausgangswert nur 3,6% betrug, ist in den übrigen Fällen eine beträchtliche Vermehrung des Hämoglobingehaltes erzielt worden. Die maximale Hämoglobinzunahme erreichte Beträge von 17,9% bzw. 22,1% und stieg bei einer Person sogar auf 32,8%. Auffallend ist der Unterschied in der prozentualen Hämoglobinzunahme zwischen den einzelnen Kranken. Der sehr starke Hämoglobinanstieg in einem der beschriebenen Fälle wird darauf zurückgeführt, daß diese Person während einer größeren Zahl von Stunden als die übrigen Personen der Wirkung des Unterdruckes ausgesetzt war. Eine Patientin, die auf die Behandlung mit einer sehr geringen Hämoglobinvermehrung reagierte, weist einen pastösen Habitus auf. Die schlechte Reaktionsbereitschaft hängt möglicherweise mit diesem Konstitutionstypus zusammen.

Zur vermehrten Produktion der Erythrozyten und des Hämoglobins bedarf es einer gewissen Zeitdauer. Bei zwei Personen war 19 Tage nach Beginn der Behandlung noch keine oder nur eine unwesentliche Hämoglobinvermehrung nachzuweisen. Nach dem Aussetzen der Therapie fielen die Hämoglobinwerte innerhalb zwei Wochen beträchtlich ab. Eine geringe Hämoglobinvermehrung blieb aber noch während einiger Wochen bestehen.

Es ist wahrscheinlich, daß eine Steigerung des Hämoglobingehaltes um 17—32%, wie sie nach einer Behandlungsdauer von 21 bis 28 Doppelstunden in der pneumatischen Kammer zur Beobachtung kam, nach einem kontinuierlichen Aufenthalt von gleicher oder größerer Stundenzahl im Hochgebirge nicht zustande gekommen wäre. Der wiederholte starke Wechsel der Sauerstoffspannung ist von größerer Wirkung auf die Anregung der Blutbildung, als die ununterbrochene Einwirkung des mäßig herabgesetzten Sauerstoffdruckes.

Während der Aufenthalt in der pneumatischen Kammer auf die Blutbildung im allgemeinen eine starke Wirkung ausübt, war ein Erfolg bezüglich des Heilungsvorganges in den erkrankten Lymphdrüsen nicht sicher festzustellen. Nur in einem Falle war die Schwellung der seitlichen Halsdrüsen, die unmittelbar nach Abschluß der Höhentherapie unverändert gefunden wurde, drei Wochen später in auffällender Weise zurückgegangen. Es ist möglich, daß es sich hierbei um eine Nachwirkung der Kur handelte.

Auf Grund der hier mitgeteilten und anderer, an tuberkulös infizierten Meerschweinchen durchgeführten Experimente über den Einfluß der Luftverdünnung auf den Verlauf der Tuberkulose, glaubt der Verfasser, dem Klimafaktor der Höhenanoxämie keine wesentliche Bedeutung beimessen zu können. Die Vermehrung des Hämoglobins scheint für die Abwehr der tuberkulösen Erkrankung bei Individuen mit normalem Hämoglobingehalt belanglos zu sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

2520.

Herrmann, G., *Periphere Verletzung und Gliombildung im Gehirn.* (Med. Klin., Nr. 18, 1929.) (Deutsche Psychiatrische Klinik in Prag.) Auf Grund von vier einschlägigen Beobachtungen kommt Verfasser zu der Annahme, daß ein langdauernder peripherer Reiz, der sein Äquivalent in den zugehörigen Rindenpartien findet, ein teilweises langsames Absterben von Ganglienzellen mit sekundärer Gliawucherung bewirken muß, also einen nekrobiotischen Zustand, der nach den Auffassungen einiger Autoren wohl in seinem Grunde — vielleicht bei einer dazutretenden Disposition — den Ausgangspunkt einer Geschwulstbildung abzugeben. Als geschwulstbildendes Element kommt bei dem in Frage kommenden Gewebe vor allem die Glia in Betracht, da einerseits die Ganglienzellen in dem betreffenden Alter keine Teilungsvorgänge mehr durchmachen, andererseits aber gerade die Glia als raumfüllender Ersatz wächst. Langdauernde Wirkung des peripheren Reizes führt zu einem langsam nekrobiotischen Vorgang, bei dem die absterbenden Ganglienzellen vermutlich jene toxischen Produkte liefern, die bei der Gliawucherung eine Schädigung der Glia während der Teilungsvorgänge bewirkt.

L. Gordon, Berlin.

2521.

Rodow, J., und R. Kupermann, *Zur Klinik und Pathogenese der Encephalomyelitis disseminata acuta epidemica.* (Ukrain. Med. Arch., 2., Heft 3.) Die Autoren beobachteten drei Fälle von Encephalomyelitis disseminata acuta epidemica. In einem dieser Fälle findet sich in der Anamnese Grippe, in einem anderen Scharlach, im dritten konnte die Aetiologie nicht festgestellt werden. Während bei zwei Patienten alle Erscheinungen bis auf unbedeutende Reste verschwanden, starb der dritte mit der postgrippösen Erkrankung unter den Erscheinungen von Vaguslähmung. Das

besondere dieser Erkrankung liegt darin, daß die anatomische Lokalisation eine aufsteigende Richtung besaß (Landry'sche Paralyse). Nach Berücksichtigung der Literatur kommen die Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Infektionen mit ultravisiblem Virus (Grippe, Masern) und auch Vakzination (Pocken- und Tollwutimpfung) rufen eine immunobiologische Umstimmung im Organismus hervor. Befanden sich im Organismus latente Keime der Encephalomyelitis disseminata acuta epidemica, dann werden sie dadurch aktiviert und rufen die multiple herdförmig disseminierte Form der Enzephalitis hervor. O m e l s k y j.

2522.

G é r o n n e, A., Die Behandlung der Ischias. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 1.) Bei der Behandlung der Ischias ist vor allem die Entscheidung der Frage von Wichtigkeit, ob es sich um eine idiopathische oder symptomatische Form handelt. Man muß jeden an Ischiassymptom Erkrankten sorgfältig untersuchen, um eine ursächliche Behandlung einleiten zu können. Der gesamte neurologische Status muß, um Tabes, multiple Sklerose und andere Rückenmarkserkrankungen auszuschließen, aufgenommen werden. Eine Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule sowie der Organe des kleinen Beckens gehört hierzu. Dann kann man durch Entdeckung einer Geschwulst der weiblichen Genitalien und deren operative Beseitigung eine lange bestehende „Ischias“ heilen. Entzündungen in der Nachbarschaft des Nerven sowie entfernt liegende Infektionsherde können durch die Toxine eine Ischias auslösen. Dasselbe gilt für Darmtoxine, weshalb eine gründliche Abführkur jeder Behandlung vorangehen soll. Stoffwechselstörungen, wie Diabetes und Gicht, müssen ausgeschlossen werden können. Auch die Fettsucht macht bisweilen heftige Neuralgien, also auch Ischias, diese können nur durch Behandlung des Grundleidens beseitigt werden. Exogene Gifte, wie Alkohol, Nikotin, Blei usw., können Ischias hervorrufen. Wenn eine eingehende Untersuchung alle diese Momente ausgeschlossen hat, kann man den Fall als primäre idiopathische Ischias behandeln. Hier besteht meist eine rheumatische Konstitution, bei der im Anschluß an eine Erkältung oder leichte traumatische Verletzung des Nerven eine Ischias entstehen kann. Bei frischer Ischias ist unbedingt Bettruhe anzuraten, wobei auch die Entleerungen möglichst ohne Aufstehen erfolgen sollen. Eine intensive Wärmebehandlung mit elektrischen Schwitzkästen wird eingeleitet. Unterstützt kann sie werden durch die Behandlung mit Salizylpräparaten; auch leichte Narkotika müssen verordnet werden; dagegen ist vor subkutanen Injektionen narkotischer Mittel zu warnen und nur im Notfall sind sie zuzulassen, besonders wenn es sich um neuropathische Personen handelt. Bisweilen hat das Atophanyl intravenös gute Wirkung. Derartige Fälle von frischer Ischias können schnell zur Heilung gelangen, doch neigt das Leiden mehr zur chronischen Tendenz. Hier müssen dann noch andere Heilfaktoren angewandt werden. Die Reizkörpertherapie bringt keine überzeugenden Heilerfolge. Am besten ist die altbewährte physikalische Behandlung, besonders die Verwendung spanischen Fliegenpflasters. Die psychische Behandlung derartiger Kranker darf nicht vernachlässigt werden. Die Elektrotherapie bringt keine wesentlichen Erfolge. In neuerer Zeit ist auch die Röntgenbehandlung empfohlen worden. Was die Injektionsbehandlung anlangt, so soll sie nur als erstes Verfahren bei akuter Ischias Anwendung finden. Die Erfolge sind geteilt; trotz bester Technik ist die Einwirkung oft gering. Die epidurale Injektion ist bei hartnäckigen Fällen anzuwenden. Die Injektionen in den Nervenstamm geben die eindeutigsten Erfolge, wahrscheinlich, weil durch die zwischen Nerv und Nervenscheide eingespritzte Flüssigkeit die letztere sich vom Nerven abhebt. Die Methode der unblutigen Nervendehnung hat wohl auch aus diesem Grunde manchmal gute Wirkung. Bei allen Fällen, die in ein chronisches Stadium übergehen, ist die Maßgabe zu empfehlen, die jedoch mit großer Vorsicht durchgeführt werden muß, in Verbindung mit Heilgymnastik und Wärmebehandlung leistet sie Gutes. Für die Wärmerotherapie wird in erster Linie Moorpackung oder Dampfdusche empfohlen, während die Diathermie oft versagt. Schließlich sind heiße Bäder oft von Erfolg. Ein neueres Verfahren von Monari besteht darin, daß eine Paste auf den Nerven aufgetragen wird, die zunächst ein starkes Kältegefühl hervorruft und durch einen starken Hautreiz recht gute Wirkung haben soll. Die Behandlung in den Heilbädern ist bei chronischer Ischias am zweckmäßigsten. In Betracht kommen die heißen, kochsalzhaltigen und die warmen indifferenten Thermen. Auch radioaktive Bäder leisten Gutes. Hinzu kommt, daß in den Heilbädern jede Art physikalischer Therapie getrieben werden kann. Eine neurotische Einstellung der Patienten darf nicht außer acht gelassen und die seelische Behandlung daher nie vernachlässigt werden. Das suggestive Moment kann bisweilen eine sehr bedeutsame Rolle spielen. K o s m i n s k i, Berlin.

2523.

K o s s e w a, M. K., Zur Ätiologie und Behandlung der Ischiasneuralgie und -neuritis. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 15. S. 1192

bis 1195.) Nach den Beobachtungen des Verfassers sind die Erkrankungen des Ischiadikus in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Erscheinungen einer allgemeinen Erkrankung des Organismus. In Verbindung mit Ischias konnte Verfasser bei den Patienten anamnestisch folgende Infektionen feststellen: Malaria, Rheumatismus, Gonorrhöe, Grippe und Flecktyphus. Unter ihnen spielte Malaria die dominierende Rolle. — Was die Behandlung anbelangt, so wurden mit Erfolg balneologische Prozeduren mit den der Ätiologie entsprechenden Medikamenten kombiniert; dabei gaben die Malariafälle nach systematischer Chininverabreichung die besten Resultate. E. K o n t o r o w i t s c h.

2524.

C a t o l a, G., Neuralgie des Plexus sacralis, Ischias. (Il Policlinico, sez. prat., 36., 13.) (Neuropathologische Klinik, Florenz.) Therapie: Allgemeine hygienische Maßnahmen, Vermeidung kalter, feuchter Wohnplätze. Bei der Ischias arthritico-rheumatica Natr. salicyl. in steigenden Dosen bis 4,0 g pro die durch 10 bis 15 Tage hindurch; bei subakutem Verlauf Fortsetzung dieser Behandlung durch Verabreichung von Lithiumsalizylat durch 15 bis 20 Tage. Kolloidaler Schwefel oral oder parenteral. Antiphlogistische Therapie: Physiotherapeutische Maßnahmen und Applikation von Revulsiven. Ziel der letzteren ist, die permervöse Zirkulation auf dem Wege der sympathischen Innervation zu ändern, was durch Anwendung von Rubefazientien und Vesikantien erfolgt (Sinapismen, Tinct. iodo-guaiacol., das Revulsivum von Boudin). Pitricariu empfiehlt folgende Salbe, die loco dolenti eingerieben wird:

Kal. jodat.
Iod. metall.
Sulfur. pulver. aa. 5,0
Axungiae porc. 50,0

Die behandelte Hautpartie wird mit hydrophiler Gaze bedeckt, nach 2 Tagen Entfernung der Salbe; Wiederholung der Medikation, wenn es der Zustand der Haut gestattet, innerhalb 5 bis 6 Wochen. Ein ausgezeichnetes Revulsivum stellt folgende Lösung dar:

Ol. Ricin.
Ol. Olivar. aa. 120,0
Aether. sulfur. 100,0
Camphor. 45,0
Acid. salicyl.

Mit dieser Lösung werden Flanellstreifen getränkt und an 6 bis 10 Nächten, eventuell auch länger, durch 10 Stunden hindurch entlang des Nervenstammes bis zum Verschwinden des Schmerzes appliziert. Kryotherapie: An Stelle von Wärme empfehlen einige Autoren Kälte, welche wahrscheinlich nach Art der Revulsiva wirkt, indem sie eine reaktive mehr oder weniger Hyperämie erzeugt. Zu diesem Zwecke werden Schneeabreibungen oder Bespritzung mit Aether, Chloräthyl oder Chlormethyl jeden zweiten bis dritten Tag längs des Verlaufes des Nerven empfohlen. Verfasser rät aber von der Befolgung dieser Therapie ab. Kinesiotherapie (Nervendehnung) ist im akuten Stadium verboten. Injektionstherapie: Subkutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung täglich oder jeden zweiten Tag in die Valleischen Punkte in der Dosis von 5 ccm; ungleich höhere Dosen (100—200 ccm) sollen sich jedoch wirksamer erweisen, da sie eine analgetische Distension des Gewebes bewirken. Empfehlenswert ist der Zusatz von 3—5 ccm Novokain pro Injektion bei Einspritzung der massiven Dosen. Nach Bacelli sind subkutane Injektionen von 1—2 ccm Acid. carbol. liquefact. entlang des Nerven sehr wirksam. Auch tägliche Injektionen einer 2prozentigen Methylenblaulösung in der Dosis von 1—2 ccm haben sich als nützlich erwiesen. Champion empfiehlt eine einzige Injektion von:

Natr. jodat. dissecat. 0,02
Aqua dest. steril. 2,0

2—4 ccm dieser Lösung werden in die Glutäalmuskulatur oder die lumbosakrale Muskelmasse eingespritzt; nötigenfalls kann die Injektion am selben Tage wiederholt werden. Rapides Verschwinden der Schmerzen. Paraneurotische Injektionen: Einspritzung von 1 ccm folgender Lösung:

Natr. salicyl. 0,5
Aqua dest. steril. 10,0

in zwei oder drei Schmerzpunkte täglich durch 5 bis 6 Tage hindurch. Auch tägliche Injektion von $\frac{1}{2}$ —1 mg Strychninsulfat (Retivaux). Injektion von 2—4 ccm einer Lösung von Natr. glycerophosphor. in der Konzentration von 0,25 : 2,0 ccm. Sicard empfahl perinervöse Injektionen von Lipojodol (1—5 ccm), welche, ein- oder mehrmals verabreicht, sehr schmerzstillend wirken sollen. Bei Radikulitis eventuell Lumbalanästhesie. Lokal können Mesothan, Hyoszyamus oder Chloroform appliziert werden. Retrorektale Injektionen, ähnlich denjenigen, welche bei der Bekämpfung des Nässens empfohlen werden, ergeben auch sehr gute Resultate: Injektion von 100—200 ccm physiologischer Kochsalzlösung in den retrorektalen Raum. A s h k e n a s y, Wien.

2525.

án, M. Ueber die Dattnersche Paralysebehandlung. (Zbl. Gynäk., Nr. 9, 1929.) Verfasser verwandte in 79 Fällen die empfohlene refraktäre Verabreichung von 0,15 g Neo-Als Kontraindikationen betrachtete er nur die organische das hohe Alter. Seine Resultate waren derart befriedigend, daß das Verfahren zu weiteren Versuchen geeignet hält. E. J. László (M. U. M. Budapest).

Logie und Psychopathologie

2526.

th, Ludwig, Ueber das Problem der Psychosynthese. (Dtsch. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 18, S. 736.) Der Begriff der „Psychosynthese“ wird erörtert und seine prinzipielle Unterscheidung über jeder Art von Psychoanalyse klargestellt. Es wird des von Jung gegebenen vierstufigen Entwicklungsstadiums zu zeigen versucht, wo sich auf jeder der 4 Stufen psychische Elemente finden. Es wird sich, daß auf den beiden ersten Stufen — „Bekanntmachung“ — das analytische Moment überwiegt, auf den beiden letzten Stufen — „Erziehung“ und „Wandlung“ — psychosynthetische Faktor entscheiden wird. Arnold Hirsch, Berlin.

2527.

ltz, J. H., Asthma als psychotherapeutisches Problem. (Med., Jahrg. 50, Nr. 15.) Jeder Fall von Asthma bronchiale charakteristische Ineinandergreifen verschiedenster Konstitutionen für alle funktionellen pathologischen Syndrome bezeichnet. Die psychotherapeutische Aufgabe liegt hier ebenso sehr im Bereich der Gewöhnung als in der Sicherung der Persönlichkeit. Gustav Hofmann, Nürnberg.

e und gerichtliche Medizin

2528.

ermeyer, A., Bemerkungen zu § 254 des Strafgesetzbuchs. (Zbl. Gynäk., Nr. 22, 1929.) Der Paragraph besagt: „daß die Fortsetzung im Sinn des Gesetzes nicht vorliegt, wenn ein Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach der ärztlichen Kunst zur Anwendung einer auf andere Weise abwendbaren Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der werdenden Mutter erforderlich ist.“ Die Bedenken, die Dr. Mann und Max Hirsch gegen diese Fassung des Paragraphen erhoben worden sind, kann der Verf. nicht teilen. Die Frage, daß der Richter in Zukunft stets den strikten Beweis erbringen werde, daß der Arzt vor einer Unterbrechung auch tatächlich versucht habe, die Gefahr auf andere Weise abzuwenden (und dieser Beweis dürfte oft recht schwierig zu erbringen sein), unberechtigt. Denn im Strafprozeß liege die Beweislast bei der Anklagebehörde, und der Staatsanwalt müsse den Beweis erbringen, daß der Arzt schuldhaft unterlassen habe, die Gefahr auf andere Weise abzuwenden. Bei wissenschaftlich angelegten Indikationen läßt sich aber in der Regel ergründen, ob der Arzt wirklich nach bestem Wissen, Gewissen und Können alles in der Macht seiner Befähigung unternommen hat, ehe er eingreift. Der Paragraph enthält die Bestimmung, die der Paragraph enthält, kann sein, den gewissenhaften Arzt zu schützen, nicht aber bedenkenlos. Verf. kann daher in der Fassung des Paragraphen Entwurfes einen Fallstrick nicht erkennen und empfiehlt, den Paragraphen unverändert stehen zu lassen. Sch w a b, Hamburg.

2529.

sch, H. O., Die Stellung des Vertrauensarztes in der Krankenversicherung. (Arch. soz. Hyg., 3. Jahrg., Nr. 3.) Der Verf. kritisiert die Einrichtung des Vertrauensärztewesens, schlägt vor, die nur kontrollierende Tätigkeit des Vertrauensarztes in der Krankenversicherung und ärztlich-fürsorgereische (nicht behandelnde) Tätigkeit umzuwandeln. M. Kantorowicz, Berlin.

2530.

se, Erich, Kurpfuscherbekämpfung und Verkehr im Deutschen Reich. (Arch. soz. Hyg., 3. Jahrg., Nr. 1.) Eine geschichtliche Darstellung der rechtlichen Stellung des Kurpfuschers. Interessant ist die Mitteilung, daß in Preußen im Jahre 1925 auf je 100 approbierte Aerzte 23,4 nichtapprobierte Kurpfuscher kamen. Noch schlimmer sollen die Verhältnisse in Sachsen und in Thüringen liegen, und eine Reihe von Städten fühlt sogar, trotzdem

an Aerzten doch wirklich kein Mangel ist, mehr gemeldete Kurpfuscher als approbierte Aerzte! Unter 197 Staaten der Welt haben, wie Professor Fischer (Würzburg) in der juristisch-medizinischen Gesellschaft in Leipzig am 20. Januar 1928 festgestellt hat, nur zwölf Länder eine uneingeschränkte Kurierfreiheit, unter diesen das Deutsche Reich, Uganda, Sansibar, Somaliland, Abessinien u. a. M. Kantorowicz, Berlin.

2531.

von Renesse, Hans, Zur grundsätzlichen Auffassung des Arztes von der orthopädischen Versorgung. (Arch. orthop. Chir., 27., 2. Heft.) (Orthop. Versorgungsstelle, Heidelberg.) An Hand eines Gutachtens über die Frage, ob das Lederbein oder das Holzbein das bessere ist und ob das Holzbein dem Lederbein überlegen ist, erörtert Verf. die grundsätzliche Einstellung des Arztes zur orthopädischen Versorgung. Nach seiner Ansicht wird die Auswahl orthopädischer Hilfsmittel mehr mit Rücksicht auf die Kostenträger als auf die Beschädigten getroffen. Orthopädische Versorgung ist in erster Linie ein ärztliches Arbeitsgebiet und nicht ein Gegenstand verwaltungstechnischer oder kaufmännischer Betrachtungsweise. Eckhardt, Dahlem.

2532.

Dobbernack, W., Das Heilverfahren und die Gesundheitsfürsorge in der deutschen Sozialversicherung. (Arch. soz. Hyg., 3. Jahrg., Nr. 4.) Indem der Verfasser die geschichtliche Entwicklung der deutschen Sozialversicherung darstellt, weist er auf die Umgestaltung in der Tendenz hin, die darin besteht, daß dem ursprünglichen schadenausgleichenden Grundsatz jetzt das schadenverhütende vorangeht. Um diese neue Tendenz zu verwirklichen, haben sich die Versicherungsträger untereinander sowie mit der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege zur Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. M. Kantorowicz, Berlin.

2533.

Weisz, Stefan, Chronaximetrische Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gewerbegebiete. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 19, S. 782.) Die vom Verfasser mitgeteilten Befunde haben folgende klinische Bedeutung: Mittels der Chronaxie ist man in der Lage, zunächst nachzuweisen, ob ein Gewerbegebiet eine schädigende Einwirkung auf den Nervemuskelapparat überhaupt ausübt. Darüber hinaus erlaubt sie ferner festzustellen, in welchem Stadium sich die Gifteinwirkung befindet. Nicht nur über die stattgefundenene Einwirkung, sondern auch über den Verlauf und Grad der Schädigung erhält man zahlenmäßigen Aufschluß. Hierdurch wird es möglich, die Gefährdungszone, die für die praktische klinische Beurteilung von größter Bedeutung ist, zu ermitteln. Außerdem erlaubt sie, die vielfach bestehenden allgemeinen nervösen Beschwerden zu objektivieren. Arnold Hirsch, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

2534.

Case, James T., Der augenblickliche Stand der Röntgendiagnostik bei Gallensteinen. (Canad. Med. Ass. J., April 1929.) Cholezystographie ist eine außerordentlich wichtige Hilfe bei der Diagnostik von Gallensteinen, und seit den Erfahrungen, die man innerhalb von drei Jahren mit ihr gemacht hat, ist die Sicherheit der Gallensteindiagnostik von 35–40% auf 95% gestiegen. Nach der 1924 von Evarats Graham eingeführten Methode wird Tetraiodophenolphthalein intravenös gegeben. Dieser Farbstoff führt zu einer Konzentration der Galle, die etwa vier- bis elfmal stärker wie die Norm ist und dadurch als Gallenblasenschatten im Röntgenbilde sichtbar ist. Nach der Injektion bleibt Pat. etwa 15 Minuten liegen. Als Abendmahlzeit muß eine Kohlenhydratdiät eingehalten werden, also keine Fette und Proteine. Vor dem Frühstück, also etwa 14 bis 15 Stunden nach der Injektion, werden zwei Filme der Gallenblasengegend 20–24 cm aufgenommen und vier Stunden später, zur Mittagszeit, zwei weitere Röntgenfilme. Die erhaltenen Röntgenbilder werden an Hand von 277 Fällen nach folgenden Gesichtspunkten eingeteilt: „Positive Steine“, „Fehlen von Schatten“, „Pathologisch, keine Steine“ und „Normal“.

Gallensteine werfen mit der Graham-Probe negative Schatten. Wenn sie positive Schatten werfen auf Grund ihres Kalkgehaltes, so ist Graham-Färbung nur zur Abgrenzung gewisser Schatten notwendig, die nicht sicher als Gallensteine angesehen werden können. Steine, die keinen oder zu wenig Kalkgehalt besitzen, um positive Schatten zu werfen, werden nach der Graham-Probe als leere oder negative Stellen im Gallenblasenschatten erkannt. Gas im Kolon, besonders im Duodenum, kann zu falscher Deutung des Bildes

führen. Hier ist nach Reinigungsklystier eine neue Röntgenaufnahme in dem Sinne notwendig, daß der Schatten in einer anderen Richtung zum Kolon oder Duodenum einfällt. Unter 77 im Jahr 1927 operierten Fällen, die nach der Graham-Probe als „Steinpositiv“ bezeichnet waren, waren nur drei Fehldiagnosen, die auf Kalkablagerung in der Gallenwand zurückzuführen waren.

Das Fehlen des Gallenblasenschattens bei der Graham-Probe kann folgende Ursachen haben: 1. Obstruktion des Ductus choledochus. Einklemmen eines Steines oder Druck eines Tumors von außen. 2. Eine mit Steinen so stark gefüllte Gallenblase, daß die Mukosa so umfangreich beschädigt ist, daß die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt ist. 3. Mangelnde Konzentration einer steinfreien Gallenblase infolge Erkrankung der Gallenwandung. 4. Organische Erkrankung der Pankreas, Leber oder beiden, Karzinom, Leberzyste oder Abszeß oder vorgeschrittene Hepatitis. 5. Fehler des Pat. in Einhaltung der Anweisung, kein Fett zu sich zu nehmen. „Fehlen des Schattens“ bedeutet daher schwere Erkrankung des Gallentraktes (unter Ausschluß erwähnten Irrtums seitens des Pat.) und ist ein Irrtum nur 2,5% möglich.

„Pathologisch, jedoch ohne Steine“. Sehr viele Gallenblasenerkrankungen enthalten keine Steine. Unter 900 cholezystektomierten Fällen wurden nur etwa zur Hälfte Steine gefunden. Wenn der Gallenblasenschatten von der Norm abweicht, so kommen folgende Variationen vor: a) Der Schatten ist nur in der äußeren Begrenzung normal, aber genügend an Intensität oder verlangsamt bei der Entleerung. b) Der Schatten ist beständig unregelmäßig, derart, daß er pericholezystische Adhäsionen anzeigt ohne Störungen der Konzentration oder der Entleerung. Die Anwendung der Graham-Probe traf in 93% der operierten Fälle die Richtigkeit der Diagnose.

Als normal wird die Grahamprobe dann bezeichnet, wenn die Außenbezirke der Gallenblase nach 14 Stunden mit normalen Konturen, normaler Dichte und normaler Entleerung des drei Stunden vorher eingenommenen, fetthaltigen Frühstückes erscheinen.

Von den berichteten 277 operierten Fällen ergab Anwendung von Graham-Probe folgende Resultate:

	Fälle:	Irrtümer:	Richtig prozentual:
„Steine positiv“	77	3	96,1
„Fehlen des Schattens“	79	2	97,5
„Pathologisch, aber keine Steine“	85	14	83,6
„Normal“	56	7	81,0
Zusammen:	277	26	90
		K a u f m a n n.	

2535.

Max well, Ch. L., Weitere Untersuchungen über die Nützlichkeit allgemeiner Röntgenuntersuchung des Thorax an Rekruten der Armee der Vereinigten Staaten. (Amer. J. Röntgenol., 21., 2.) Es zeigte sich, 1. es wurden zu viele Fälle wohlentwickelter Lungentuberkulose bei der gegenwärtigen Untersuchungsart zur Eingeregistrierung in die amerikanische Armee durch die Aerzte übersehen, 2. daß dieser unerwünschte Zustand eine ungewöhnliche Bedrohung der Umgebung der kranken Soldaten darstellt, indem sie als physikalisch einwandfrei gleichwohl zu wenigstens 80% der tuberkulösen Soldaten zur Zeit ihres Eintrittes Tuberkelbazillen auswerfen, 3. 90% dieser Kranken konnten durch eine Röntgenuntersuchung des Thoax entdeckt und so von dem Eintritt in die Armee abgehalten werden, 4. diese Untersuchungen würden sparsamer sein, indem sie die Ungeeigneten vom Armeedienst abhalten, statt gezwungen zu sein, sie später zu unterhalten und sie wieder los zu werden, 5. die Röntgenuntersuchungen können an den meisten Armeerekrutierungsstellen ohne weiteres ausgeführt werden und auch die Mehrzahl der Sanitätsoffiziere ist zu solchen Untersuchungen befähigt.

J. Kottmaier, Mainz.

2536.

Stroomann, G., und M. Schierge, Hernia paroesophagea. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 20, S. 827.) (Kurhaus Bühlerhöhe.) Die Diagnose Hernia diaphragmatica wird erfahrungsgemäß erst nach wiederholter Untersuchung gestellt. Bei der Röntgenuntersuchung kann der durch das Zwerchfell getretene Magenteil durch Palpation mit Kontrastaufschwemmung gefüllt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2537.

Bársony, Th., und E. Koppenstein, Streifenförmige Schatten im Bereiche der rechten Lungenspitze. (Gyógyászat, Nr. 9, 1929.) Verfasser besprechen die bisherige Literatur des Azygosappens mit besonderer Berücksichtigung der diagnostischen und der differentialdiagnostischen Gesichtspunkte. In zwei Fällen konnten sie einen vom Azygoslappen abweichenden horizontal verlaufenden Schattenstreifen beobachten. Mit Hilfe einer von ihnen ausgearbeiteten seitlichen Aufnahmetechnik der Lungenspitze konnten

sie beweisen, daß es sich nicht um einen strangartigen Schatten, sondern um ein flächenförmiges Gebilde handelt. Auf Grund der Röntgenbeobachtung konnte eine sichere Erklärung dieser Befunde nicht gegeben werden. E. J. László, M. U. M. Budapest.

2538.

Finochietto, R., und P. Schlanger, Mesokolon transversum breve. (Arch. klin. Chir., 154, Heft 1/2.) (Chirurg. Klinik, Buenos Aires.) An Hand von fünf röntgenologisch diagnostizierten Fällen von Mesokolon transversum breve wird die Symptomatologie dieses seltenen Krankheitsbildes beschrieben. Es handelt sich hierbei um eine Serie von Mißbildungen, die um das Kolon gruppiert sind. Das Kolon selbst ist durch Kleinheit oder völliges Fehlen des Mesokolons in seiner Lage fixiert. Bei dem operativ von den Verfassern behandelten Fall erstreckte sich die Mißbildung auf alle der Exploration unterzogenen Kolonteile.

Die röntgenologische Feststellung dieser Anomalie ist einfach. Das gefüllte Kolon ist in auffälliger Weise hochgelagert, bei gleichzeitiger Magen- und Kolonfüllung läßt sich die Lagebeziehung zwischen Querkolon und Magen leicht klären. Klinisch und röntgenologisch handelt es sich um eine Kompression des Duodenums, um einen chronischen Duodenalileus. Aus dieser Duodenalkompression können sekundär Störungen der Magen- und Leberfunktion, ja sogar Cholelithiasis und Ulcus ventriculi sich entwickeln. Von diesem kongenitalen Mesokolon transversum breve ist das symptomatische Mesokolon breve zu trennen: es handelt sich dabei um eine Verkürzung des Mesokolons infolge Infiltration. So kann sich bei Peritonitis carcinomatosa durch Verhärtung des Mesentriums das Transversum verlagern. Röntgenologisch fände man dann bei fixiertem Querkolon einen Befund, der dem kongenitalen Mesokolon transversum breve ähnelt.

E. Mühsam, Berlin.

2539.

Krukenberg, H., Wachstumsstörungen durch Röntgenbestrahlung. (Zbl. Chir., Nr. 7, 1929.) Ueber Wachstumsstörungen nach Röntgenbestrahlung liegen uns vereinzelte Erfahrungen vor.

Kürzlich wurden in der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen von Beck sechs Fälle von Wachstumsstörungen nach Röntgenbestrahlung demonstriert. (Zbl. Chir., Nr. 45, 1928.) Es kamen Verkürzungen des Beines bis zu 16 cm vor.

Verfasser hat experimentell schwere Wachstumsstörungen durch Röntgenbestrahlung bei Hunden hervorgerufen. Es zeigte sich dabei, daß die bestrahlten Extremitäten stark im Wachstum zurückgeblieben sind.

Es müssen noch neue Untersuchungen die Schwere der Wachstumsstörungen bei gleicher Dosierung aber verschiedenem Alter feststellen.

Walter Großmann, Berlin.

2540.

Salomon, I., Röntgenbehandlung klimakterischer Störungen. (Med. Welt, 19, 1929.) (Röntgenabteilung im Hospital St. Antoine, Paris.) Auf Grund der Anschauung, daß der größte Teil der funktionellen Störungen im Klimakterium einer Dysfunktion der Hypophyse entstammt, behandelt der Verfasser die Patientinnen mit Hypophysenbestrahlungen. Die Bestrahlung wird von zwei Seiten, temporal, rechts und links ausgeführt. Man läßt die normale Strahlung bei einem Abstand von 6×8 cm auf die Sella turcica einwirken. Beide Temporalfelder werden in derselben Sitzung bestrahlt. Man gibt jedesmal eine Dosis von 250 R pro Feld und erneuert die Bestrahlung drei- bis viermal, so daß jede Woche zwei Sitzungen sattfinden. In der Mehrzahl der Fälle genügt diese Behandlung um Kongestionen, Schweißausbrüche, Gelenk- und Muskelschmerzen zum Verschwinden zu bringen oder doch sehr abzuschwächen. In Fällen von mehr oder minder „frustem“ Basedowsyndrom (Tachykardie, Abmagerung, außerordentliche Nervosität) gibt die Thyreoidabestrahlung sehr gute Resultate. Bei der sogenannten essentiellen Hypertension können Bestrahlungen der Nebennieren versucht werden. Bei sehr heftigen Gelenkschmerzen, bei Lumbago oder Ischiasneuralgien gibt die Lokalbestrahlung häufig sehr bemerkenswerte Resultate. L. Gordon, Berlin.

2541.

Nemenow, M. J., Die Erfolge der Strahlentherapie bei Myomen. (Wratsch. Dielo, 11. Jg., Nr. 15, S. 1160—1166.) In der Zeit von 1908 bis 1928 sind vom Verfasser insgesamt 474 Patientinnen im Alter von 20 bis 70 Jahren mit Uterusmyomen der Röntgenbestrahlung unterzogen worden. In 346 Fällen handelte es sich um interstitielle, in 121 um subseröse und in 7 Fällen um submuköse Tumoren. Bei den unter Anwendung der modernen Technik in den letzten Jahren bestrahlten Frauen wurde klinische Heilung in 99% der Fälle erzielt, wobei völliges Verschwinden der Geschwulst in 37,5% und Verkleinerung in 59% festgestellt werden konnte. Wenn man die Prozentsätze der klinischen Heilung (fast 100%) und der Todesfälle (= 0) bei der Röntgenbestrahlung der Uterus-

myome berücksichtigt, so erscheint diese Therapie hier als Methode der Wahl. Um die danach auftretenden Ausfallserscheinungen zu vermindern, soll sich die Bestrahlungstechnik nach Konstitution und Alter der Kranken richten. Kontraindiziert für die Röntgenbestrahlung sind mit einem Stiel aufsitzende submuköse und subseröse Myome, nekrotische Tumoren sowie Myome bei gleichzeitiger Schwangerschaft. Was die Radiumbestrahlung anbelangt, so hat sie die gleichen Erfolge. Insbesondere wird sie bei hartnäckigen Blutungen bevorzugt. E. Kontorowitsch.

2542.

Burgheim, F., Ueber Beziehungen zwischen Krebs und Lipidstoffwechsel. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 18, S. 828.) Nach Röntgenbestrahlung von Krebskranken kommt es zu einem vorübergehenden Anstieg des Cholesterinspiegels im Gegensatz zu anderen Erkrankungen; dieser fällt fort, wenn der Tumor operativ entfernt worden ist.

Das histochemische Bild zeigt bei bösartigen Geschwülsten große Cholesterinmengen im Gegensatz zu dem bei gutartigen Geschwülsten.

Im Anschluß an diese experimentell nachgewiesene Veränderung des Lipidstoffwechsels beim Karzinomträger wird auf deren Bedeutung für das Geschwulstproblem hingewiesen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2543.

Jones, T. E., Behandlung des Rektumkarzinoms. (Amer. J. Röntgenol., 21, 2.) 65 Rektumkarzinome wurden mit Radium- und Röntgenstrahlen behandelt. 10 Patienten blieben wohl, während 3–7 Jahren. Operatives Vorgehen auf kombiniertem abdominal-perinealem Wege ist beim Rektumkarzinom die Methode der Wahl. Wird die Operation verweigert oder ist die Geschwulst inoperabel, so lassen sich mit Radium- oder Röntgenstrahlen in manchen Fällen Heilung, in anderen Besserung erzielen.

J. Kottmaier, Mainz.

Neu erschienene Bücher

Birch-Hirschfeld: Die wahre und die falsche Augendiagnose. Halle, Max Niemeyer, 1928. 150 RM. — Berücksichtigt man die Tatsache, daß die Netzhaut entwicklungsgeschichtlich ein Teil des Gehirns ist und man besonders mit Hilfe des Augenspiegels im lebenden Auge Blutgefäße und Nervengewebe im normalen und pathologischen Zustand deutlich sehen kann, so ist es verständlich, daß wir oft durch Ophthalmoskopieren eine wahre Augendiagnose stellen und auf Störungen im Bereich des übrigen Körpers schließen können. Sinnlos und phantastisch sind dagegen die Diagnosen der sogenannten Augendiagnostiker, die von der Iris alle bestehenden und überstandenen Krankheiten ablesen wollen. Mit Hilfe des sogenannten Irisschlüssels behaupten sie, nicht nur die Art der Krankheit, sondern auch deren Sitz bestimmen zu können. Zur Illustration der Unwissenheit der Augendiagnostiker werden drei Fälle angeführt: In einem wurden durch eine Untersuchung 19 Krankheiten, in einem zweiten 14 festgestellt, und ein Jünger dieser Wissenschaft brachte es fertig, aus einem Glasaue eine Nierenaffektion zu diagnostizieren. Hurwitz, Berlin.

Die Bekämpfung der Tuberkulose im Freistaat Sachsen. Im Auftrage des Sächsischen Landeswohlfahrts- und Jugendamtes, herausgegeben von Ministerialrat Prof. Dr. Thiele. Dresden 1929. 276 Seiten, 24 Bildtafeln. Preis 6,— RM. — Mit der Herausgabe dieses Buches haben sich das Sächsische Landeswohlfahrts- und Jugendamt sowohl wie Herr Ministerialrat Prof. Dr. Thiele ein großes Verdienst erworben. In diesem Buch findet der an Tuberkulosefragen Interessierte, gleichgültig, ob Arzt oder Verwaltungsmann, alles, was in Sachsen, dem Lande mit der niedrigsten Tuberkulosesterblichkeit von allen deutschen Ländern, in den letzten 10 Jahren auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung geleistet worden ist. Der Herausgeber hat es verstanden, eine große Reihe hervorragender Tuberkuloseforscher und -kliniker für das Werk zu interessieren und als Mitarbeiter zu gewinnen. An erster Stelle ist Prof. Assmann, Leipzig, zu nennen, dessen bahnbrechenden Forschungen unsere neueren Kenntnisse von der Entstehung der Lungentuberkulose zu danken sind. Assmann schildert in seinen beiden Beiträgen „Vorschläge zur Tuberkulosebekämpfung“ und „Die Auswirkung der neueren Forschungen über die Tuberkuloseerkenntnis auf die praktische Tuberkulosefürsorge“, aus seinem tiefgründigen Wissen und seinen überreichen Erfahrungen schlüpfend, wie sich die Erfassung und frühzeitig einsetzende fachärztliche Behandlung der Tuberkulosefrüherfälle in Zukunft zu gestalten habe. Neben Assmann sind unter den ärztlichen Mitarbeitern be-

sonders hervorzuheben Bessau: „Entwicklungsgang der kindlichen Tuberkulose“, Lahm: „Schwangerschaft und Tuberkulose“, Weber, Schede, Alexander u. a. Nicht zuletzt ist unter den medizinischen Mitarbeitern der Herausgeber, Prof. Thiele, selbst zu nennen, der in einem sehr interessanten „Planwirtschaft in der Tuberkulosebekämpfung“ benannten Übersichtsufsatz alle wichtigen Teilgebiete aus dem großen Kapitel der Tuberkulosebekämpfung, wie Fürsorgestellen, Behandlung der Tuberkulose, Asylierung, wirtschaftliche Versorgung der Kranken, Aufklärungs- und Fortbildungsarbeit, um nur einiges zu nennen, in musterhaft übersichtlicher und den modernsten wissenschaftlichen Anforderungen gerecht werdender Form bearbeitet hat.

Es würde den zur Verfügung stehenden Raum weit überschreiten, wollte man alle übrigen, fast durchweg sehr wertvollen und interessanten Beiträge der einzelnen Mitarbeiter einer Besprechung unterziehen. Möge das Buch, dessen Erscheinen auf das Lebhafteste zu begrüßen ist, nicht nur in seinem Heimatlande, sondern auch bei den interessierten Stellen des übrigen Deutschlands weite Verbreitung finden im Interesse einer weiteren erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose als Volksseuche.

Zwerg, Coswig.

Was muß der praktische Arzt von der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose wissen? J. F. Lehmann's Verlag, München 1929. 59 Seiten mit 28 Abb. Geh. 3,—, geb. 4,20 RM. — Das Buch von Alexander gibt in sehr klarer und trotz des geringen Umfanges sehr ausführlicher Weise einen ausgezeichneten Ueberblick über den derzeitigen Stand der Kollapsbehandlung der Lungentuberkulose, einschließlich künstl. Pneumothorax. Für den Allgemeinpraktiker, der sich schnell über die einzelnen Verfahren der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose, ihre Grenzen, Indikationen, Technik usw. informieren will, kann das Buch bestens empfohlen werden. Die ziemlich skeptische und reservierte Stellungnahme des Verf. zum doppelseitigen Simultanpneumothorax überrascht etwas.

Zwerg, Coswig.

G. Baer, A. Hermannsdorfer und H. Kausch: Ergebnisse kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose. J. F. Lehmann's Verlag, München. 43 Seiten mit 29 Abb. Preis kart. 2,— RM. — Die vorliegende Schrift enthält im wesentlichen eine Anzahl von Krankengeschichten, welche die günstige Wirkung der kochsalzfreien Ernährung bei Lungentuberkulose veranschaulichen sollen. Leider sind die publizierten Krankenblätter und Röntgenaufnahmen in keiner Weise überzeugend. Jeder Tuberkulosearzt wird mit Leichtigkeit eine große Reihe von Fällen demonstrieren können, die sich zum mindesten ebenso gebessert haben, wie die hier veröffentlichten, ohne daß das Sauerbruch'sche Ernährungsverfahren angewendet wurde.

Zwerg, Coswig.

Abmann: Die klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. II. Hälfte. Brosch. 35,— M. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig, 1064 Seiten, 1001 Textabbildungen, 20 Tafeln. — Wie schon bei der Besprechung des 1. Teiles des Abmannschen Lehrbuches gesagt wurde, stellt die neue Auflage einen beachtlichen Fortschritt dar. Entsprechend der rapiden Entwicklung der Röntgendiagnostik ist der Inhalt erheblich vermehrt worden. Neu hinzugekommen ist unter anderem die Cholezystographie. Gerade bei der Magen-Darm-Diagnose, die ausführlich dargestellt ist, zeigen sich die besonderen Vorzüge des Abmannschen Lehrbuches. Klare Darstellung der Röntgenbefunde unter steter Berücksichtigung des klinischen Krankheitsbildes. Besonders hingewiesen sei noch auf die vorzügliche Darstellung der Gelenkerkrankungen. Das Abmannsche Lehrbuch steht zweifellos mit an erster Stelle unter allen röntgendiagnostischen Werken. Kirschmann, Berlin.

Lorenz Böhrer: Technik der Knochenbruchbehandlung. Wilh. Maunder Verlag, Wien 1929. 176 Seiten mit 234 Abbildungen. Gebunden 15 M. — Ein für jeden Praktiker, insbesondere dem Chirurgen wichtiges Buch. Der Autor, der als ganz besonderer Fachkenner bekannt ist, legt hier seine Erfahrungen nieder, die er in 19 Jahren an einem Riesenmaterial gesammelt hat. Das Buch beschränkt sich in knapper Form allein auf die Therapie. Besonders wert haben die außerordentlich zahlreichen, instruktiven Abbildungen. Nach allgemeinen Vorbemerkungen über funktionelle Behandlung, Bedeutung von Alter und Konstitution, Anästhesie, Pseudarthrosen, Apparatechnik und Infektion bespricht Verfasser sämtliche vorkommenden Brucharten mit ihren Komplikationen und Nebenverletzungen. Exakte Angaben des Instrumentenmaterials für jede Behandlung, darunter zahlreiche von B. selbst angegebene Schienen und Extensionsapparaturen. Besondere Hinweise auf die üblichen Fehler der Frakturtherapie.

Walter Grossmann, Berlin.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin W9, Potsdamer Straße 1

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121938
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 15

BERLIN, DEN 26. Juli 1929

47. JAHRGANG

Literatur
und
Proben



Patentamtlich geschützt

als Wz. Nr. 29817

Bei den
Kassen
zugelassen

Wohlschmeckend, leicht resorbierbar

Roborans, Nerventonikum, Nutro-Valorificans „Katalysator“ zur Muskeleiweissmast

enthält partiell abgebaute Kohlehydrate, Vitamine, Lipoide, Albuminate, Mineralsubstanzen, wie Kalk, Strontium, Eisen, Mangan, Kieselsäure, physiol. Salze, Kalium, Natrium, Aluminium, Phosphate usw.

Kräftigt bei:

**Anaemie, Nervenschwäche, Appetitmangel,
Rekonvaleszenz, Tuberkulose, Skrofulose, Cachexie**

Pulver: 100 g Mk. 1.20, 250 g Mk. 2.60, 500 g Mk. 5.—, auch in **Tabletten** (mit Aluminium-Taschenhülle): 60 Stück à 2 g Mk. 2.—

Literatur: Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken (Croner, 9. Auflage) — Die Tuberkulose Nr. 5, 1927, Dr. med. H. Schwermann, Kurarzt. Facharzt für Lungen- und Kehlkopfleidern, Kurhaus Waldeck, Schönborg b. Wildbad — Stubenrauch-Krankenhaus (Prof. Rautenberg), Dr. med. Kelch, Berlin-Lichterfelde, Medizinische Klinik Nr. 33, 1927 — Auguste-Viktoria-Krankenhaus (Prof. Huber-Berlin), Dr. Brose, Deutsche Med. Woch. Nr. 5, 1928 — Dr. Gg. Hamburger, Fortschritte der Medizin Nr. 24, 1928. — Krüppelheim Marienstift, Arnstadt, Thür., Leit. Arzt Dr. L. Frosch. Med. Klinik Nr. 48, 1928. — Städt. Krankenanstalt (Prof. Böttner), Königsberg, Pr., Dr. C. E. Schuntermann, M. M. W. Nr. 51 1928.

Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW87/Fm

BAD-NAUHEIM

Am Taunus bei Frankfurt am Main.

Hessisches Staatsbad

Ganzjährige Kurzeit

Vorzügliche Unterkunft in reicher Auswahl bei angemessenen Preisen.

Prospekt u. besondere Auskunftsschriften für Aerzte durch die Bad- u. Kurverwaltung Bad-Nauheim u. in den Reisebüros.

Hervorragende Heilerfolge bei Herzkrankheiten, beginnender Arterienverkalkung, Muskel- und Gelenkrheumatismus, Gicht, Rückenmarks- und Frauenleiden, Krankheiten des Nervensystems und Erschütterung und Erschöpfung desselben, in der Rekoneszenz nach Verwundungen und nach Knochen- und Gelenkverletzungen usw. — Bade- und Trinkkur, Inhalatorium, Pneumat. Kammern, Treibenkur. **Schöner angenehmer Erholungsaufenthalt.** Vielseitige Unterhaltungen, vorzügliche Konzerte, Oper, Schauspiel, Tennis, Golf, Wurfbaubeschleßstand, Autogesellschaftsfahrten.

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skrofulose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.



Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät. **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. Inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstetn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Chefarzt Geh. San.-Rat **Dr. Römisch**
Hausarzt: **Dr. Hartmann.**

Neuer Illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besudt. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Aerzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel „**DER KURHOF**“

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. Fl. Wigger.**

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlensaures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebelloses Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Günstige Wochenend-Vereinbarung. Postauto: Appenweiler, Hausach, Freudenstadt

Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Dr. J. Hamburger's Kurhaus

für Nervenkrankheiten u. Erholungsbedürftige.

Strausberg b. Berlin

Tel. 43. Sommer u. Winter.

Dr. R. Friedeberg Bad Kudowa

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkrankheiten

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
..... 1000 Meter
für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

Märklisches Sanatorium Wald - Sieversdorf

Fernruf: Buckow (Märk. Schweiz) 21, für innere Krankheiten, Nerven- u. Erholungsbedürftige. Bevorzugte Lage. Küchenleitung d. Spezial-Sanatoriums-Koch. Prosp. d. d. Verwaltg. Leitender Arzt: **Dr. Zachariae**, Facharzt für innere Krankheiten.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — **Diätkuren** — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann **Dr. B. Spinak**



PARKSANATORIUM AROSA

Gut bürgerliche Heilanstalt für alle Erkrankungen der Atmungsorgane mit modernsten Heilmethoden, jedem Komfort und großen gedeckten Liegehallen. Pensionspreis inkl. ärztliche Behandlung 13—17 Mark, je nach Wahl des Zimmers, mit oder ohne fließend. Wasser und Privatbalkons.

Illustr. Prospekt durch die Direktion.

Chefarzt Dr. Max Gähwyler.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Prof. Dr. Leopold Moll, Direktor der Reichsanstalt für Mütter- und Säuglingsfürsorge, Wien: Aertzliche Fragen bei der Erholung der Kinder an der See und im Gebirge 559

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes	560
Augenheilkunde	568
Bakteriologie und Serologie	568
Chirurgie und Orthopädie	569
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	572
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	577
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie	577
Hygiene	580
Infektionskrankheiten	581
Innere Medizin, Tuberkulose	582
Kinderheilkunde	588

Mund- und Kiefererkrankungen	589
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie	590
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie	592
Psychiatrie und Nervenheilkunde	597
Psychologie und Psychopathologie	598
Soziale und gerichtliche Medizin	599
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie	599

Neu erschienene Bücher 602

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

Dr. Bruno Barbasch, Berlin: Versuche mit Adsorgan bei Colitis membranacea	603
Dr. Gerhard Braun, Facharzt für Frauenkrankheiten in Berlin: Zur Behandlung von anämischen Zuständen bei Frauenkrankheiten	604
Dr. Bruno Soberski, Breslau: Ueber Viscysat	604

KONGRESSE UND KURSE.

(★ bedeutet Kongresse.)

- * 5.—7. VIII. Deutsche Dermatologische Gesellschaft, Königsberg.
- * 19.—23. VIII. Internationaler Physiologenkongreß, Boston, U. S. A.
- * September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.
- * 1.—17. IX. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Universität, Newhaven, U. S. A.
- 2.—7. IX. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.
- * 6.—8. IX. Bayerischer Aertzetag, Regensburg.
- * 8.—12. IX. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.
- * 12.—14. IX. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tübingen.
- 15.—21. IX. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs, Karlsbad.
- * 16.—18. IX. Deutscher Orthopädenkongreß, München.
- * 16.—18. IX. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Heidelberg.
- 16.—28. IX. Psychiatrischer Fortbildungskurs, Hamburg.
- 30. IX.—5. X. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.

- Sept.—Okt. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.
- * 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.
- * 7.—8. X. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.
- * 7.—12. X. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.
- * 14. Oktober bis 13. Dezember 1929 bakteriologisch-hygienischer Ausbildungslehrgang für approbierte Aerzte und Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.
- * 16.—18. X. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
- Nov.—Dez. Internationale Fortbildungskurse über innere Sekretion und Konstitutionsfragen, Wien.
- 26. XI.—8. XII. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medizinischen Fakultät, Wien.
- * 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, Königsberg.
- * 19.—21. V. 1930. 2. Internationaler Malaria Kongreß, Algier.
- * 5.—8. VIII. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

STOVAR SOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesia, Plaut-Vincentsche Angina, andere Spirochaetosen.
Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes.
Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25. Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

RUBIO

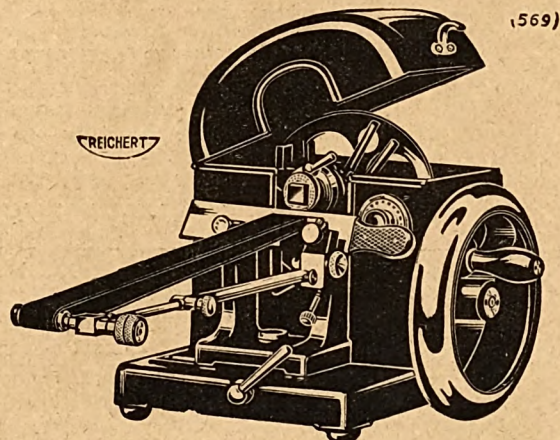
Vitaminpräparat nach Prof. Aron, Breslau

Proben und Literatur kostenlos

Originalflasche (etwa 200 g), Klinikpackung (etwa 1 l)

Chemische Werke Rudolstadt GmbH, Rudolstadt

REICHERT



**MIKROSKOPE MIKROTOME
UND
NEBENAPPARATE
WIEN VIII₂**

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist



Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.



Leitz R-Polarimeter

(D. R. P. und Ausl.-Pat.)

Für die Harnanalyse

Feste Lage des Analysators
Keine Nulleinstellung erforderlich
Große Ausschläge

Höchste Genauigkeit bei kurzer Rohrlänge
 $\frac{1}{4}$ u. $\frac{1}{2}$ Normalröhren / Tageslichtbenutzung

Fordern Sie kostenlos Liste Nr. 2566 von:

Ernst Leitz, optische Werke, Wetzlar

Unsere verehrten Leser

werden dringend ge-
beten, bei Anfragen an
inserierende Firmen
auf unsere Zeitschrift

Fortschritte der Medizin

freundlichst Bezug zu
nehmen.

Der Verlag.

Dr. Fresenius, Frankfurt a. M., Zeil 111

Neues Hypnotikum
und Sedativum

Indonal-Bürgi

Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 45 — 1924
In Original-Packungen zu 20 Tabletten zu 0,5 g

Fabrik und Großvertrieb pharm. Produkte (Hirsch-Apotheke)

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 15

BERLIN, DEN 26. JULI 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Aerztliche Fragen bei der Erholung der Kinder an der See und im Gebirge.

(Vortrag, gehalten in der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde am 2. Mai 1929.)

Von Prof. Dr. LEOPOLD MOLL,

Direktor der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge, Wien.

Tagtäglich wird der praktische Arzt, insbesondere der Kinderarzt, vor die Wahl eines Erholungsortes für ein erholungsbedürftiges Kind gestellt. Dazu kommt, daß in den letzten Jahren die Tendenz, Kinder, namentlich während der Schulferien, auf Erholung zu senden, zugenommen hat. Während es in früheren Jahren nur ein Vorrecht der begüterten Schichten war, klimatisch bevorzugte Gegenden, z. B. das Meer, aufzusuchen, so hat sich im Laufe der Nachkriegszeit die Entsendungsfürsorge immer mehr und mehr ausgebildet, wodurch auch den Kindern der ärmeren Schichten die Möglichkeit gegeben wurde, die Vorteile eines Klimawechsels auf ihren geschwächten Organismus einwirken zu lassen. Förderlich war, daß es bald gelang, die verschiedenen mit der Entsendung der Kinder verbundenen Schwierigkeiten zu überwinden und daß die Scheu, Kinder aus dem häuslichen Milieu vorübergehend wegzunehmen und einem Erholungsheim anzuvertrauen, ganz gewichen ist.

In der Nachkriegszeit mußte man — durch die Not an Lebensmitteln gezwungen — die Kinder dorthin entsenden, wo die Lebensmittel waren. Man lernte dabei die Schwierigkeiten, welche mit dem Transport der Kinder verbunden sind, überwinden, und andererseits konnte man die Vorteile, welche mit der Verschickung der Kinder, namentlich der Großstadtkinder, in weitere Gegenden verbunden waren, feststellen. So entwickelte sich auch in Wien unter der Leitung Prof. Moll's eine Erholungsfürsorge, welche Anfangs mit ausländischen Mitteln, seit sieben Jahren jedoch durch die Beiträge der Krankenkassen erhalten wird. Ueber 20 000 Kinder wurden im Laufe der letzten sieben Jahre entsendet. Es war ein besonderer Gewinn, daß sich die Krankenkassen Wiens zu einer gemeinsamen Aktion zusammenfanden und eine „Vereinigte Krankenkassenhilfe für tuberkulös gefährdete Kinder“ gründeten. Um das Erholungsergebnis objektiv feststellen zu können, wurden verschiedenartige Körpermessungen vor der Entsendung und nach der Rückkehr der Kinder vorgenommen. Die Kinder blieben durchwegs zwei Monate in geschlossenen Heimen, unter der Leitung von Ärzten, Ärztinnen, Fürsorgeschwestern und Erzieherinnen.

Es würde hier zu weit führen, auf die einzelnen Resultate der verschiedensten Körpermessungen einzugehen. Im allgemeinen ergaben dieselben eine Zunahme der Körperfülle, eine Förderung des Wachstums und der Muskelkraft und eine allgemeine Erfrischung der Kinder, die sich in einer gesunden Hautfarbe, besseren Durchblutung der Haut und Schleimhäute, Zunahme des Blutgehaltes und insbesondere in einer Gewichtszunahme kundgaben. Besonders wurde der Erholungseffekt dadurch bewiesen, daß die Kinder nach dem Erholungsaufenthalt gegen verschiedene Infekte, besonders gegen die katarrhalischen Affektionen der oberen Luftwege, resistenter wurden, kurz, daß sie in ihrer Anfälligkeit gegen Infekte gestärkt wurden, die sich auch in einer geringen Zahl von schulversäumten Tagen kundgab. Da der weitaus größte Teil der Kinder Zeichen einer tuberkulösen Infektion aufwies und viel- leicht auch tuberkulöser Gefährdung ausgesetzt ist, so muß wohl der Umstand, daß die Kinder nach der Erholung weniger an rezidi-

divierenden katarrhalischen Infektionen der Luftwege litten, als ein positiver Effekt der Erholung gebucht werden.

Ein solcher Effekt ist immer nur dann zu erreichen, wenn die Auswahl des Erholungsortes streng nach ärztlichen Indikationen vorgenommen wird. Es hat sich nämlich gezeigt, daß verschiedene Krankheitszustände nur bei Einwirkung gewisser klimatischer Einflüsse in günstigem Sinne zum Schwinden gebracht werden.

Mit Recht wird vom Klima reiz gesprochen in dem Sinne, daß eine bestimmte Anzahl von Klimafaktoren auf den Organismus einen Reiz auszuüben vermögen. Diese Klimafaktoren sind im Gebirge anderer Natur als an der See insofern, als ihre Korrelation da und dort sehr verschieden ist. Das Klima, welches sich aus einer Korrelation von Luftgeschwindigkeit, Luftfeuchtigkeit, Luftdruck, Sonnenstrahlung usw. zusammensetzt, ist am Meer wesentlich anders als im Gebirge. Am Meer besteht eine starke Luftströmung, hohe Luftfeuchtigkeit und hoher Luftdruck, ferner Salzwassereinwirkung im Bade, weiter ist die Himmelsstrahlung sehr intensiv, die Ultraviolettstrahlung, der wir besonders eine heilende Wirkung zuschreiben, sowohl eine direkte als auch eine indirekte, während im Gegensatz hierzu im Gebirge die Luft trocken ist, keine sonderliche Windströmung herrscht, der Luftdruck vermindert ist und lange Sonnenscheindauer anhält und auch die Ultraviolettstrahlung direkt erfolgt. Es sei darauf hingewiesen, daß die im Höhenklima bestehende Verminderung der Sauerstoffspannung mit einer Steigerung des Gas-, Eiweiß- und Mineralstoffwechsels einhergeht, und daß auf das hämatopoetische System ein Reiz ausgeübt wird. Es ist festgestellt worden, daß sowohl an der See als auch im Gebirge der gesamte Stoffwechsel im Sinne einer Reiztherapie beeinflusst wird, und wenn auch noch nicht der direkte Zusammenhang der einzelnen beobachteten Reizerscheinungen, wie z. B. Vermehrung der Alkalireserve, Aenderung des Blutkalkes und Blutphosphors, Zunahme der Bluttermente, Erhöhung des Grundumsatzes als solche in ihrer Auswirkung auf die Kräftigung des Organismus und Erhöhung seiner Widerstandskraft gegen Infekte erwiesen ist, so kann doch angenommen werden, daß die verschiedensten Einwirkungen, namentlich auf das gesamte vegetative System, wobei die Haut als Aufnahmeorgan wirkt, im Sinne einer Kräftigung aufgefaßt werden kann. Die Klimafaktoren wirken auf den Organismus in verschiedener Weise, so daß bei der Entsendung der Kinder, bei der Auswahl des Erholungsaufenthaltes auf die Konstitution des Kindes und auf die bestehenden Krankheitszustände Rücksicht genommen werden muß. So konnte festgestellt werden, daß Kinder, die früher an Otitis litten oder bei denen noch bis vor kurzem ein Ohrenfluß bestand, nicht selten an Rezidiven ihrer Otitis und Entzündungen des Warzenfortsatzes erkrankten, wenn solche Kinder an die See geschickt wurden. Weiter werden auf Grund von gemachten Erfahrungen keine Kinder, die offene Lungen- oder Kehlkopftuberkulose haben, ans Meer geschickt. Auch abgelauene Pleuritiden, Bauchfelltuberkulose werden an der See oft nicht günstig beeinflusst, und wo nur der Verdacht besteht, daß eine tuberkulöse Lungenerkrankung nicht vollkommen abgeschlossen ist, wird von einem Seeaufenthalt Abstand genommen; solche Kinder werden insbesondere in das waldige Mittelland oder besser noch ins Gebirge gebracht. Auch nichttuberkulöse Lungenerkrankungen, chronische eitrige Bronchitiden, Bronchiektasien, Kinder, die Folgezustände nach Pneumonie aufweisen, erholen sich im Gebirge wesentlich besser als an der See. Beim Bronchialasthma wurden zwar an der See auch gute Resultate erzielt, doch blieben die

Kinder, wenn sie ins Gebirge entsendet worden waren, weit längere Zeit rezidivfrei als nach einem Seeaufenthalt. Einen besonders günstigen Einfluß aber konnte durch einen Seeaufenthalt bei der großen Menge jener Kinder erzielt werden, welche in ihrer gesamten Entwicklung, sei es durch eine tuberkulöse Infektion, sei es durch Appetitlosigkeit auf nervöser Basis oder durch chronische Ernährungsstörungen oder sei es nach Infektionskrankheiten, zurückgeblieben waren. Man kann bei so geschwächten Kindern einen oft ruckartigen Fortschritt ihrer Entwicklung erzielen. Desgleichen haben sich die vielen Kinder, die eine positive Tuberkulinreaktion aufwiesen und gleichzeitig einen vergrößerten Hilusschatten im Röntgenbild darboten, denen die Diagnose einer Bronchialdrüsentuberkulose mehr oder minder mit Recht zugesagt wird, an der See ganz ausgezeichnet erholt, dabei oft in solchem Maße, daß auch eine psychische Veränderung in der Weise erfolgt, daß die bisherigen Erscheinungen einer oft recht heftigen nervösen Ueberreiztheit geschwunden waren. Nachuntersuchungen haben in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ergeben, daß diese Kinder auch späterhin, zurückgekehrt ins häusliche Milieu, nicht mehr ihre üblen Angewohnheiten, mit der Appetitlosigkeit an der Spitze, aufwiesen. Kinder, die noch Zeichen einer früheren starken Rachitis aufwiesen oder Symptome einer Rachitis tarda darboten, erhielten sich ebenfalls an der See in ganz vorzüglicher Weise. Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus werden mit Rücksicht darauf, daß mehrmals Rezidive beobachtet wurden, nicht ans Meer gesendet. Dagegen wurden oft geradezu wunderbare Heilungsvorgänge bei Kindern mit chronischer Gelenktuberkulose erzielt, wie überhaupt der Seeaufenthalt auf die Knochentuberkulose sich von besonders günstigem Einfluß erwies. Es wird aber vermieden, Kinder, die an Nieren- oder Nierenbeckenkrankungen litten, ans Meer zu senden. Desgleichen werden Kinder, die einen Herzfehler haben, von der See abgehalten. Solche Kinder, auch wenn der Herzfehler kompensiert ist, fühlen sich im Gebirge wesentlich wohler. Alle die mit Stauungen im kleinen Kreislauf verbundenen Störungen werden ebenfalls im Gebirge besser beeinflußt als an der See. Kinder, die endokrin gestört sind, sich durch Blässe, Fettsatz, Müdigkeit, Schläffigkeit auszeichnen, werden ebenfalls nicht an der See, sondern in Wald- oder Gebirgsgegenden untergebracht. Besondere Vorsicht erheischen jene Kinder, die an chronischen Ernährungsstörungen mit rezidivierenden Durchfallerscheinungen leiden. Hier ist der Uebergang zu der geänderten Kost immer mit großer Vorsicht vorzunehmen, wie überhaupt auf die Diätetik der Kinder das größte Gewicht zu legen ist. Auch in einem Heim muß individualisierend vorgegangen werden, namentlich bei Beginn der Erholung. Im Anfang stellt sich nicht selten ein Heißhunger ein, bedingt durch die geänderten Verhältnisse, durch die Einwirkung der Luftströmung auf die Haut, durch die freie Bewegung am Strande, welchen Anforderungen der geschwächte Verdauungstrakt oft nicht gewachsen ist. Der Uebergang zu der fremden Diät muß daher langsam vor sich genommen werden. Es wird großes Gewicht auf eine gemischte Ernährung gelegt, die nicht zu viel Milch zu enthalten braucht, jedoch immerhin genügend Eiweißgehalt haben muß. Es ist auch der Eindruck immer und immer wieder aufgetaucht, daß z. B. an der italienischen Adria, wo die Zubereitungen der Nahrungen mit Pflanzenfett statt mit tierischem Fett geschieht, ein günstiger Einfluß auf die Bekömmlichkeit der Nahrung erzielt wird. Weiter wird besonderes

Gewicht darauf gelegt, daß nicht vor, sondern nach dem Essen die Kinder zu einer durchschnittlich zweistündigen Liegekur veranlaßt werden. Daß das Pflegepersonal das somatische Verhalten der Kinder ständig im Auge zu behalten hat, ist eine selbstverständliche Sache. Ebenso wird auch auf das psychische Wohlbefinden größte Aufmerksamkeit gelenkt. Es muß verhütet werden, daß diese Aufsicht nicht in einer drillmäßigen Zucht vor sich geht, sondern daß auf die psychischen Bedürfnisse Rücksicht genommen wird. Vielfach entbehren die Kinder zuhause jener liebevollen Anteilnahme, die die kindliche Seele braucht, und empfinden in der Fremde eine solche ungemein wohltuend, und selbst widerspenstige, oppositionell eingestellte, nervös gereizte Kinder, über welche Eltern und Lehrer Klage führen, werden in einem Heime durch das gemeinsame Zusammenleben und durch die Erziehung zur Gemeinschaft auch in ihrem psychischen Verhalten so geändert, daß im nächstfolgenden Jahre bessere Schulerfolge zu erzielen waren.

Man hat der Entsendungsfürsorge vorgeworfen, daß die gleichen Resultate auch mit einer sogenannten örtlichen Erholung zu erreichen wären, daß es vollkommen genüge, wenn die Kinder aus dem häuslichen Milieu entfernt und in der Nähe der Großstadt untergebracht werden. Hierzu ist zu bemerken, daß es gewiß für viele Kinder vollkommen genügt, wenn sie aus dem, sei es psychisch ungünstig oder aus wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen auf sie einwirkenden häuslichen Milieu herausgebracht werden; daran ist gewiß nicht zu zweifeln. Allein der Vergleich des Erholungserfolges bei solchen Kindern mit jenen, die in Gegenden untergebracht wurden, wo ein Klimareiz vorhanden war, zeigte, daß sich die letzteren Kinder ungleich besser erholten und daß, worauf es besonders ankommt, durch den Klimareiz ein Dauererfolg in weit größerem und intensiverem Maße erzielt wurde. Besonders wichtig erscheinen hier die von F. Müller und Heberlein bei Berliner Kindern gemachten Erfahrungen. Es zeigte sich, daß, wenn diese Kinder in der Nähe von Berlin untergebracht wurden, einen Umsatz von 1400 Kalorien hatten, während aber, wenn sie auf Wyk auf Föhr entsendet wurden, einen Umsatz von 2400 Kalorien zeigten. Die gleiche Beobachtung konnte in einem Erholungsheim in Vorarlberg, das 950 m hoch gelegen ist, festgestellt werden. In diesem Heim war das Nahrungsbedürfnis der Wiener Kinder, die dorthin entsendet wurden, ein wesentlich größeres, fast doppelt so groß als jenes von Vorarlberger Kindern, die aus der Umgebung in das Heim gegeben worden waren. Da nun die Kosten, welche mit der Entsendung verbunden sind, in keinem Verhältnis mit den Vorteilen des damit verbundenen Klimareizes stehen, bei Unterbringung der Kinder in der nahen Umgebung der Erholungseffekt vielfach durch die vielen Besucher von seiten der Eltern gestört wird, so ist es wohl keine Frage, daß die mit der Entsendung der Kinder verbundenen Mehrkosten mit in Kauf genommen werden müssen, um einen wirklich intensiven Reiz auf den kindlichen Organismus auszuüben und ihn so widerstandsfähiger zu machen.

In die Nähe jedoch werden in erster Hinsicht vornehmlich die Kleinkinder, bei denen der Transport tatsächlich mit größeren Schwierigkeiten verbunden ist, entsendet. Von größtem Einfluß ist, daß in den Heimen ständig ein Heimarzt wohnt, der die Kinder unter dauernder ärztlicher Kontrolle hält und daß, wie schon bemerkt, die Pflege der Kinder eine solche ist, daß auch die Kinder in psychischer Hinsicht richtig behandelt werden.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

- Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 141., Heft 5/6.
 Der Flüssigkeitsaustausch zwischen Blut und Gewebe unter dem Einfluß venöser Stauung. Engel.
 Ueber das Yttrium. Steidle und Ding.
 Pharmakologische Untersuchungen an den Kreislauforganen gesunder und kranker Tiere. Mancke.
 Ueber die Wirkung des bestrahlten Ergosterins auf die Nierengefäße von Kaninchen. Hüchel und Wenzel.

Ueber die Wirkung des Natriumperchlorats auf die quergestreifte Frostmuskel: Bedeutung des Kaliumions. Messini.

Der extrakardiale Digitalisverbrauch und die Bedingungen der Glykosidbindung am Herzen. Weese.

Permeabilitätsstudien am durch Theophyllin beeinflussten Laewen-Trendelenburgschen Präparat. Fröhlich und Zak.

Der Einfluß von Narkotika auf die Histaminwirkung am Gefäßstreifen. Katz.
 Verstärkung der lokalnästhesierenden Wirkung des Kokains und einiger seiner Ersatzmittel durch Paarung mit antipyretischen Giften. Stender.

Bemerkungen zum Kalzium-Miöse. Gaisböck.

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 154., Heft 3.

2645. Ueber hämophile Gelenkerkrankung (2. Chir. Abtlg. und Patholog. Institut des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg). Reinecke und Wohlwill.

2622. Zur Freilegung des Harnleiters im unteren (pelvinen) Abschnitt (Chir. Univ.-Klinik, Marburg). H. Boeminghaus.

2554. Bemerkungen über Ulkusrezidive nach Magenresektionen (Chir. propädeutische Univ.-Klinik, Smolensk [Rußland]). H. Jansen.
2710. Die „Umschaltung“ der endokrinen Drüsen, als Behandlungsmethode bei Atrophie oder Unterentwicklung derselben (Chir. Abt. des Dostolewsk-Krankenhauses, Moskau). J. A. Goljanitzki und A. J. Obolenskaja.
- Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten (Arch. Ohren- usw. Heilk.), Leipzig, 121., Heft 1/2.
2708. Zur Physiologie der Tonsillen. Voß.
2709. Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Tonsillen. Griebel.
2684. Ueber orale Sepsis. Krüger.
- Riechnerv und Geruchsorgan. Takata.
- Trachealplastik durch Knocheneinpfanzung bei Chondromalazie einzelner Trachealknorpel. Perwitzschky.
- Farbige Kokainlösung zur Verhütung von Verwechslungen mit Novocain-Injektionslösungen. Perwitzschky.
- Ist die Rhinitis atrophicans eine Infektionskrankheit? Wirth.
- Beiträge zur Frage der Entwicklungsstörungen bei Ozaena. Bernfeld.
- Primäre Mittellohrdiphtherie. Hirsch.
- Otoomykose auf Grund einer Sporothrixinfektion. Bahre und Hansen.
- Einige instrumentelle Besserungen für die tägliche Praxis. Eckert-Möbius.
- Die Verhandlungen der Vereinigung südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte in Nürnberg am 3. März 1929.
- Archiv für soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg., Berlin, Jahrgang 3, Heft 5).
2606. Die Bedeutung des Geburtsgewichtes für die körperliche Entwicklung des Individuums. Agnes Blumh.
- Ergebnisse systematischer schulärztlicher Untersuchungen an den Kieler Berufsschulen für männliche Jugendliche. H. Büsing.
- Kritische Betrachtungen zur Statistik der Geburtshilfe, insbesondere der operativen Geburtshilfe. A. Kasten.
- Eheberatung in Sachsen. R. Fetscher.
- Nochmals: Gegen die Ueberwertung der Auslese in der Eheberatung. L. Bregmann.
- Soziale Psychopathologie. Miron Kantorowicz.
- Die finanzielle Entwicklung der deutschen Sozialversicherung. W. Dobbernack.
- Volksregistrierung in Dänemark. Knud Dalgaard.
- Archiv für soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg., Berlin, Jahrgang 3, Heft 6).
2628. Die Frühsterblichkeit. F. Rott.
2611. Ergebnisse der internationalen Statistik der Geschlechtskrankheiten. Hans Haustein.
- Ueber Größe und Gewicht von Volksschulkindern in Freiburg i. Br. Werner Stein.
- Der künstliche Abortus als soziale und Milieuercheinung. A. Gens.
- Uneheliche Kinder in den Niederlanden. S. Gargas.
- Die Entwicklung des Verkehrs in gesundheitlicher Beziehung. O. Spitta.
- Lues bei Mutter und Kind. Richard Hornung.
- Die finanzielle Entwicklung der deutschen Sozialversicherung. W. Dobbernack.
- Fürsorgeerziehung. Rudolf Schlosser.
- Brunn Beiträge zur klinischen Chirurgie, Berlin, 146., Heft 2.
- Ueber Tetanien bei Verbandwechsel und Narkosen. A. Salomon.
- Ueber den Bruch des Wirbeldornfortsatzes durch Muskelzug. William Boß.
- Laryngologie und Chirurgie. Richard Kayser.
2555. Gefahren und Nutzen der Probeexzision. Erwin Batzdorff.
2685. Speichelsteinrezidive. William Boß.
2627. Nimmt die Krebssterblichkeit zu? S. Hadda.
- Operative Behandlung der Luxation des Radiusköpfchens nach vorn. René Sommer.
- Experimentelle und klinische Beiträge zur Pathologie der Langerhansschen Inseln des Pankreas. Klinischer Teil. G. Jorns.
2557. Die Indikationen zur operativen Behandlung der doppelseitigen Nephrolithiasis. Ernst Kraas.
- Die anatomisch-konstitutionelle Bedingtheit der typischen Handwurzelverletzungen und die Erfolge der konservativen Behandlung. Fritz Schneek.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 22, 1929.
2548. Der gegenwärtige Stand der Frage eines Entwicklungskreises der Spirochaeta pallida. E. Meirowsky.
2549. Zur Serologie der kongenitalen Lues. Adam Straszyński.
- Ueber den Mechanismus der Balneotherapie bei der Syphilis. N. S. Efron und S. S. Orlov.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 23, 1929.
- Ueber Insektenstiche. Otto Hecht.
2609. Behandlung juckender Dermatosen, unter besonderer Berücksichtigung von Ekzebroli. Martin Friedländer.
2618. Zur Behandlung salvarsanresistenter Syphilis mit Eigenblutkombination. Beume.
- Leopold Pulvermacher. F. Callomon.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, 55. Jahrgang, Nr. 21.
- Zur Geschichte des ärztlichen Vereins Hannover. Johannes Witte.
2731. Die herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase beim Typhus und bei anderen Infektionskrankheiten. Karl Westphal, Gg. Soika und W. Mann.
2667. Gedanken über künstliche Immunisierung gegen Tuberkulose. O. Ziegler.
- Ueber die Indikationen zur Malaria-therapie. G. Stimpke.
2656. Zur Pankreasnekrose. J. Oehler.
2568. Erfahrungen über Knochenbrüche und deren Behandlung. Max Kappis.
2681. Zur Diagnostik rasch tödlich verlaufender Erkrankungen im Frühkindesalter. K. Blühdorn.
2703. Ueber Beziehungen zwischen Blut- und Harnzucker. Ernst Steinitz.
- Die soziale Bedeutung des Pseudohermaphroditismus und ähnlicher Mißbildungen. B. Valentin.
2621. Ueber die erstmalige Behandlung hochgradiger Harnverhaltungen. O. Praetorius.
2567. Endresultate unblutig behandelte angeborener Hüftverrenkungen. Peter Bade.
- Die klinische Bedeutung der Blutkörperchenreaktion. Robert Gantenberg.

- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, 55. Jahrgang, Nr. 22.
2655. Ueber die Probelaparatomie und ihre Indikationen. I. Boas.
2727. Veränderungen der äußeren und inneren Atmung bei Stenose der oberen Luftwege. O. Bruns.
- Ueber den Nachweis von Herpesvirus im Blute bei experimentell infizierten Kaninchen und über experimentellen Hautherpes. E. Gildenmeister und Georg Heuer.
- Experimentelle Uebertragung eines lokalen Ueberempfindlichkeitsgrades von einem paarig angelegten Organ auf das andere, zugleich ein Beitrag zur Genese der sympathischen Ophthalmie. W. Riehm.
2691. Klinische Beobachtungen über die Wirkung von Harmin (Merck). H. Pinéas.
2608. Der Wert des Röntgenbildes in der Otologie. Hesse.
- Die Beseitigung der Altersfalten im Gesicht, Wundheilung ohne Wundnaht. Kromayer.
- Ein Apparat zur Lumbalpunktion und zur Herstellung von künstlichen Kontrasten für die Röntgendiagnostik. M. Nemenow.
- Hämatoxylin-van-Gieson-Elastin-Färbung (H.-G.-E.-Färbung). Rudolf Hollborn.
- Ophthalmologie. A. Bielschowsky.
- Praktische Erfahrungen mit Siderac. Hans Hirschfeld.
- Schmerzbehandlung mit Titretja analgica. Hans Auler.
- Ueber sogenannte Pseudoperitonitis mit Pseudoileus. Willy Hofmann.
- Technische Verbesserungen für die Sprechstunde des Praktikers. Siegfried Freund.
- Repititorium der Darmkrankheiten. III. Colitis ulcerosa gravis. Walter Zwieng.
- Die klinische Bedeutung der Blutkörperchenreaktion. Robert Gantenberg.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 10, 1929.
- Erprobte Zahnersatzmethoden (Voraussetzungen). Haber.
- Beitrag für weiteren Ausbau der Keramik, insbesondere die Anfertigung von Porzellanbrücken. Fryd.
- Ueber Amalgam-Prüfmethoden (Fortsetzung). Die metallographischen Untersuchungen von Amalgamen. Otto Loebich und Leo Nowack.
- Zur Frage der Indikation zur Replantation wegen Caries profunda. Eine Erwiderung. Faust.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), Leipzig, 215., 1/2. Heft.
- Die Heilkunde, insbesondere die Chirurgie im alten Rom. Hagedorn.
- Tierversuche zum Basedowproblem. Otto Hoche.
- Ueber traumatische, hypophysäre Fettsucht. Max Geldmacher.
2560. Ueber „Bleivergiftung nach Steckschüssen“. Wilhelm Wolfgang Haagen.
- Beobachtungen bei Blasendivertikeln. A. Schmidt.
- Eigenartige Tumorbildung des Ober- und Unterkiefers. Fritz Härtel.
2559. Die Resorptionsfähigkeit des menschlichen Kniegelenks bei verschiedenen Krankheitszuständen. Paul Rostock.
- Beitrag zur Behandlung der Unterschenkel- und Patellarfrakturen. Werner Levy.
- Ueber eine seltene Form der Sportverletzung. Theodor Möhlmann.
- Ueber lokalisierte Ostitis fibrosa der Wirbelsäule. Heinrich Uiberall.
2552. Erfahrungen mit Varizenbehandlung, insbesondere der perkutanen Umstechung nach Schede-Kocher. M. Siebner.
- Schwere Nierenschädigung durch Avertin. H. Hillebrand.
- Wunddiphtherie am Penis und Hodensack. A. Schmidt.
- Aneurysma arteriovenosum der Vasa ilia externa nach Appendektomie. Hermann Meschede.
- Oxyuren in der Appendixwand. H. NicoJaus.
- Eine schwere Phalangenverletzung des Pharynx. Hermann Meschede.
- Ueber die Genese der kongenitalen lateralen Halsfisteln und -zysten. P. E. A. Nylander.
- Osteoplastische Operation bei Zungenkrebs nach Krassin. N. N. Nasarow und M. N. Ruschewa.
- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 4, 1929.
- Die funktionelle Bedeutung der einzelnen Hypophysenhormone. A. Biedl.
2582. Ueber die klimakterische Hypertonie. E. v. Rutich.
- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 5, 1929.
- Ueber die sogenannten Hiluszellen des Ovariums. E. Pawlowski (Berlin).
- Experimentelle Untersuchungen über die Hormone des Eierstockes. A. v. Probstner (Debrecen).
- Experimentell-therapeutische Studien an Weibchen mit spontaner Zyklusinsuffizienz. S. Loewe und H. E. Voß (Mannheim).
2714. Ueber die Stellung des Ovarialhormons in der Hormonreihe. K. Csépai, A. Fornet und S. Pallathy (Budapest).
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 4, 1929.
2748. Zur Deutung der Veränderungen am präpylorischen Magenabschnitt. M. Haudek.
2749. Das Studium der normalen und pathologischen Röntgenperistaltik des Magens mit Hilfe der Polygraphie. A. Bernstein.
- Der Status post appendektomie am Röntgenbilde. H. Artner.
- Luft in den Gallenwegen als diagnostisches Hilfsmittel. L. v. Friedrich.
- Differenzierende Röntgenbilder zur Diagnose des Lungenkrebses. J. Erdelyi.
2747. Zur Diagnose der Lungenzystizierkose beim Lebenden. H. Hecker, F. Kellner.
2746. Beiträge zur Röntgendiagnostik und -therapie der Lungenaktinomykose. D. Marko.
- Mittellappeninfiltrat oder abgesacktes Interlobärexsudat? Th. Barsony, F. Koppenstein.
- Beiträge zur Enchondromatose des Skeletts. Olliersche Wachstumsstörung. M. Hesselthaler.
- Die Bedeutung deformierender Prozesse der Wirbelsäule, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei den Bergleuten. R. Gantenberg.
- Zur Frage über die Scheuermannsche Krankheit. S. Zarkin.
- Os acetabuli persistens bilaterale. O. Dyes.

- Beitrag zur Darstellung nichtverkalkter peripherischer Gefäße im Röntgenbild ohne Benutzung von Kontrastmitteln. U. Spiller.
Verkalkte Zystizernen in der Muskulatur. H. M. Hinrichsen.
Erzeugung, röntgenologische Anwendung und Messung der langweiligen Röntgenstrahlen. A. Dauvillier.
Die Röntgenbehandlung des Skleroms der oberen Luftwege. B. Puschin, L. Kodatova.
Ueber die Eignung des Umbrathors zur Pyelographie. W. Brednow.
Das Strahleninstitut der Allgemeinen Ortskrankenkasse Magdeburg. A. Hedfeld.
Zur Frage des Reliefbildes am Dickdarm. H. Kalkbrenner.
- Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 10, 1929.**
Die Chemotherapie der Tuberkulose. E. Hesse.
Ueber Pneumothoraxbehandlung. H. Deist und W. Burmeister.
Anwendung von Endokrisen bei Tuberkulösen. P. H. Hennes.
Bericht über die klinische Prüfung des Nährpräparates Soluga. Gudzent und Feldmann.
Ueber eine neue Form der Kalkdarreichung. Dienemann.
Therapeutisches Referat über den 41. Kongreß für innere Medizin vom 8. bis 11. April 1929 in Wiesbaden. R. Schoen.
- Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 11, 1929.**
Moderne Therapie der Lues. N. Löhe.
Beitrag zur Wirkung der Soleinhalation. J. Seichter.
2637. Zur Behandlung des leukämischen Priapismus. R. Stern.
Die Behandlung des Asthma bronchiale im Solbad. F. Krone.
Leberdarreichung bei Anämien. W. Bause.
Zur Verwendung des Vitacalzins bei Lungentuberkulose. M. Großmann.
Botrioccephalus-Kuren. O. Kalning.
Woher kommt der anhaltend hohe Krankenstand bei den Krankenkassen? Schwarz.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 21.**
Zwerchfell- und intraperitonealer Druck. Karl Hiltzenberger.
2642. Die Blutzuckertageskurve des überinsulinierten Diabetischen und ihre Beziehung zur Konstitution. Franz Buschke.
2648. Erfahrungen über die desensibilisierende Behandlung des Heufiebers. III. Mitteilung. H. Petow und L. Farmer Loeb.
Ueber die Wirkung experimenteller Alkalose auf den Gaswechsel beim Menschen. O. Wuth.
2587. Untersuchungen über die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn nach Zondek und Aschheim. Ferdinand Wermber und Eberhard Schulze.
2547. Zur Frage der praktischen Verwertbarkeit bluthaltigen Liquors. K. Samson.
Versuche über die Schicksche Reaktion bei Eskimos in Grönland. E. Bay-Schmith.
Zur Zisternenpunktion beim Kaninchen. F. Plaut.
2720. Ueber den Zeitpunkt des Eintritts der alimentären Hyperglykämie nach intra-duodenaler Zuckerkzufuhr, sowie zur Frage des Resorptions- und Assimilationstypus der Hyperglykämiekurve. O. Klein und J. Heinemann.
2585. Das Verhalten der uterusregenden Substanz der Meerschweinchenhypophyse nach Kastration und Röntgenbestrahlung der Ovarien. Siebert.
Ueber diagnostische Hautreaktionen mit Kulturspirochäten. A. Joseph.
Zur Methodik der Bestimmung der Pankreasdiastase im Urin. Johs. Baumann.
Ergänzung zu dem Aufsatz über die Lehre von der Herzhypertrophie in Jahrg. 7, Nr. 10, S. 433 dieser Wochenschrift. H. Bohnenkamp.
Zur Frage der Toxizität bestrahlter Ergosterinpräparate. Arthur Scheunert und Martin Schieblich.
2675. Untersuchungen über Milch bestrahlter Mütter. H. Hirsch-Kauffmann und C. Wiener.
2639. Hämolyse nach Transfusion von Blut der gleichen Gruppe. P. Herczog und A. Hahn.
Allergenfreie Kammern in Privatwohnungen. Storm van Leeuwen und P. N. Tissot van Patot.
Muskulararbeit und peripheres Herz. Hasebroek.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 22.**
Ernährungsfragen. I. Abelin.
2721. Ueber isolierte Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels vom Zwischenhirn aus. E. Grafe und E. Grünthal.
Ein neues sinnesphysiologisches Gesetz. Helmut Hahn.
Darf die sogenannte perniziöse Anämie der Ratten (Bartonellenanämie) mit dem Morbus Biermer als wesensverwandt betrachtet werden? Harry Neumann.
2697. Ueber die Wismutbehandlung des Karzinoms nach der Methode von H. Kahn. Fritz Lasch und Alfred Neumann.
2665. Die Verwertbarkeit der Tuberkulosereaktion nach Besredka in der Praxis. A. Grumbach und A. J. Werner.
2726. Spargelidiosynkrasie. Gleichzeitig ein Beitrag zur kutanen Allergieforschung. Bela Hajos und Bernhard H. U. Mohrmann.
2700. Abschließende Studien über Beteiligung der einzelnen Organe an den gesetzmäßigen Verteilungsänderungen der Leukozyten. Ernst Friedrich Müller, William Petersen und Rose Hölscher.
Bemerkungen über die Technik der Komplementbindung bei Gonorrhoe. J. van der Hoeden.
Titrimetrische Mikrophosphorbestimmung im Serum und Liquor. Kurt Samson.
2719. Ueber die Beziehungen zwischen der spezifisch-dynamischen Wirkung und dem vegetativen Nervensystem. Guido Lami.
2724. Lipodystrophie, Abderhalden-Reaktion und dienzephal-genitales System. Hermann Schlaw.
Die Maul- und Klauenseuche und ihre Bedeutung für Tier und Mensch. Kurt Wagener.
- Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 19, 1929.**
Die Diagnose der Sterilitätsursachen. W. Benthin.
Ueber die klinischen und therapeutischen Folgerungen aus Aschoffs Untersuchungen über die peptischen Schädigungen des Magen-Darmkanals. I. Boas.
2683. Bandwurmkuren bei Kindern. P. Karger.
- Zum Kapitel der „stillen“ Urämie. F. Reiche.**
Vakzine des weiblichen Genitales. Klara Fischer.
2737a. Muskeldystrophie bei postenzephalitischer Zwischenhirnerkrankung. Paul Schilder und Max Weißmann.
Operative Wiederherstellung des zerstörten Tränenabfuhrweges. Karl W. Ascher.
Familiäre, nach Ortswechsel aufgetretene Schilddrüsenerkrankungen. Rudolf Weinberger.
Bemerkung zu dem Aufsatz: „Die Komotau-Görkau-Epidemie von Heine-Medischer Krankheit“ von Prof. Dr. E. Hoke (diese Wochenschrift 1929, S. 421). Michael Lévai.
Schlußwort zu den Bemerkungen von Dr. Michael Lévai. Edmund Hoke.
Ueber die Verteilung der Blutgruppen bei Leprösen in Lettland. M. Wrijemann und A. Kaktin.
Die Augenheilkunde des praktischen Arztes. I. Erkrankungen der Bindehaut. K. Vogelsang.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. Werner David.
Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. Herbert Colman.
Sulfoderm, ein therapeutischer und kosmetischer Schwefelpuder. Bruno Sklarek.
Phanodorm als Hypnotikum der Rekonvaleszenz. Hans Hamburger.
Aus der ausländischen neurologischen Literatur. Sammelreferat. Max Selge.
Ueber einige Mängel in der Durchführung des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Arthur Alexander.
- Medizinische Klinik (Med. Kl.), Berlin, Nr. 20, 1929.**
Häufigere Schädigungsmöglichkeiten in der Augenheilkunde. Birch-Hirschfeld.
Trauma und Tuberkulose. W. Kausch.
Frühzeitige Erkennung und Behandlung der bösartigen Eierstockgeschwülste. H. H. Schmidt.
2663. Untersuchungen über die Behandlung der tuberkulösen, perifokalen Entzündung. Edmund Hoke.
Das Komma am falschen Platz. A. Buschke.
2564. Ueber die Inhalationsnarkose mit Apparat nach Ombrédanne. Gerhard Glaser.
2680. Ueber die Synthalinwirkung bei Diabetes mellitus im Kindesalter. Fr. Enecke und R. Freise.
2579. Schwangerschaft und Diabetes. Béla v. Purjesz und Stephan Liebmann.
2620. Zur farbigen Zystoskopie. J. J. Stutzin.
Variabilität bei Bakterien. August Rippel.
Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. Herbert Colman.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. Werner David.
Ueber die Behandlung bei übermäßiger Schweißbildung mit Salvsaf. Hans Ziemann.
Kritisches zur Amenorrhoebehandlung mit Ovarialpräparaten. Hugo Koerting.
Sammelbericht über neue Arzneimittel. Curt Heidepriem.
Sammelreferat aus dem Gesamtgebiet der Gynäkologie. W. Liepmann und J. Abrahamer.
Rede zur Übernahme einer Gedenktafel für die gefallenen Mitglieder der Berliner medizinischen Gesellschaft. Fr. Kraus.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 20, 1929.**
2673. Sport und Tuberkulose. Ludwig Hofbauer.
2664. Feststellung der Reaktionsphase (Aktivitätsdiagnose) bei der intra-thorakalen Tuberkulose. Erich Schröder.
Entstehung, Wesen und Folgen von Erkältungen und Erkältungskrankheiten. H. Ziemann.
Diagnose beginnender Lungentuberkulose beim Kinde. I. Peiser.
2679. Schornsteinschatten als Zeichen der Bronchialdrüsentuberkulose im Säuglings- und Kleinkindesalter. H. Grass.
2662. Bedeutung des tuberkulösen Frühinfiltrates für den Praktiker. H. Schipper.
Bedeutung der Spitzentuberkulose. Ludwig Kalmár.
2669. Indikationsstellung und Erfolge der Phreniksexalrese bei der Behandlung der Lungentuberkulose. Artur Freund.
Bedeutung der Lipolide für die Tuberkulose. Harry Scholz.
Unspezifische Reizkörpertherapie mit Lipatren und Helpini Insulin- und Traubenzuckermarktur bei chronischer Lungentuberkulose. Hermann Bergmann.
Phreniksexalrese bei kaverneröser Oberlappenphthise. Erich Stern.
Malto-sellol, ein vitaminreiches Lebertranpräparat. Karl Schönfeldt.
Mineralstoffwechseltherapie der Tuberkulose mit Silicol und Tricalcol. H. O. Zelter.
Phytin bei Lungentuberkulose. Ernst Paulsen.
- Monatsschrift Ungarischer Mediziner (Mtschr. Ungar. Mediz.), Heft 3-4, März-April 1929.**
Reflexionen zu Professor Hofrat Julius Dollingers Memoiren. E. J. László.
2702. Bedeutung der elektrischen Ladung bei der Blutkörperchen-senkungsgeschwindigkeit. F. Skrop.
2740. Kinderfehler und Unarten. (Eine individual-psychologische Studie.) E. Rácz.
2692. Einige interessante Beiträge zur Heilwirkung des Olobintins. D. Imhof.
Ueber die Behandlung der durch Influenza entstandenen Lungenaffektionen. M. Löffler.
- Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2. Jahrg., Heft 5, 15. Mai 1929.**
Experimentelle Vererbungslehre. C. Stern.
Experimentelle Erbforschung und genealogische Neurologie. F. Kehr.
Erbliche Nervenkrankheiten. Albert Sidler.
Experimentelle Vererbungslehre und Geisteskrankheiten. Eugen Kahn.
2733. Geistesstörungen bei perniziöser Anämie. Carl Schneider.
Begriff und Wesen des Krankseins. L. Friedmann.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 16, 1929.**
Theodor Billroth. Zur hundertsten Wiederkehr seines Geburtstages am 26. April 1929. C. Kaufmann.

- Ueber Ellbogenfrakturen und Luxationen. O. Winterstein.
Zur Normalisierung der Aufnahmetechnik in der Röntgendiagnostik. A. Engster.
Die Infektion mit anaeroben Gasödembazillen, insbesondere ihre Bedeutung als Infektionserreger chirurgischer Erkrankungen. W. Löhr.
Eigenartige Pfählungsverletzung. Walter Isler.
- 2690.** Ueber Erfahrungen mit Dilauid und Cardiazol-Dicodid bei Lungentuberkulose. Walter Markowicz.
- Therapie der Gegenwart** (Ther. d. Gegenw.), Berlin, 70., Heft 6, Juni 1929.
Altes und Neues über Kostformen bei Diabetes. C. von Noorden.
- 2647.** Die Behandlung des Heufiebers. Storm van Leeuwen.
- 2562.** Ueber die Verwendung von Jod vor Basedow-Operationen. A. Eiselsberg.
- 2563.** Lokalanästhesie oder Narkose bei Schilddrüsenoperationen. F. König und E. Stahnke.
- Ueber die Verwendung von Jod vor Basedow-Operationen. (Zusammenfassende Uebersicht.) W. Beck.
- Repetitorium der Geschlechts- und Hautkrankheiten. A. Buschke u. A. Joseph.
- 41.** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wiesbaden. F. Klemperer.
- 53.** Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. W. Klink.
- 4.** Allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim. E. Haase.
- Zur Behandlung des durch die Meningitis epidemica bedingten Hydrozephalus. L. Prussak.
- Erfahrungen mit Luminal in Lösung als Schlafmittel. G. Trepte.
- Gelöstes Luminal bei Morphin-Entziehungskuren. G. Klemperer.
- Ueber Acedicon, ein neues Hustenmittel bei fortgeschrittener Lungentuberkulose. Friedrich Paula.
- Dijodol bei Magenerkrankungen. von Hagen.
- Narilli, ein neuartiges Nasentherapeutikum. E. Lewin.
- Wiener medizinische Wochenschrift** (Wr. med. Wschr.), Wien, 78., Nr. 39.
Indikationen der Bluttransfusion. Breitner.
- 2650.** Asthma, Emphysem und Herz. Jagić.
- Allgemeines zur Indikationsstellung der Röntgentherapie. Pordes.
- Die Pilzerkrankungen der Haut. Urbach.
- Wiener medizinische Wochenschrift** (Wr. med. Wschr.), Wien, 78., Nr. 40
Hochdruck. Pal.
Der Grundumsatz. Liebesny.
- 2676.** Die Tuberkulinempfindlichkeit bei rheumatoiden Erkrankungen. Peyrer.
- Allgemeines zur Indikationsstellung der Röntgentherapie. Porges.
- Kompletter Bariton- und Sopranumfang bei einem Sänger. Mosés.
- Wiener medizinische Wochenschrift** (Wr. med. Wschr.) Wien, 78., Nr. 41.
Ueber berufliche Hautkrankungen und ihre soziale Bedeutung. L. Arzt.
Die Behandlung der Blutungen in der inneren Medizin. E. Czyhlarz.
Haut und innere Medizin. L. Heß.
Die Verteilung der Blutgruppen in Lettland. M. Weidemann.
- Wiener medizinische Wochenschrift** (Wr. med. Wschr.), Wien, 78., Nr. 42.
Die moderne Therapie der Mandeleitungen und ihrer Folgezustände. Glas.
Ueber die Verschleppung von Geschwulstmaterial aus der Uteruskörperhöhle durch die Tuben. Vogt.
Der variköse Symptomenkomplex und seine Behandlung. Riehl.
Haut und innere Medizin. Heß.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung** (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26., Nr. 3.
Ueber mütterliche Verletzungen bei geburtshilflichen Operationen. G. Winter.
- 2713.** Das Ovarialhormon und seine Bildungsstätte. W. Lahm.
600 Operationen in Narzylen-Beläbung. Huisgen.
- 2446.** Der gegenwärtige Stand unserer Anschauungen über das Wesen des chronischen Gelenkrheumatismus. J. Kroner.
- Zeitschrift für Augenheilkunde** (Z. Augenheilk.), Berlin, April 1929.
Ueber Hohlraumabbildung in der Linse menschlicher Embryonen. Franz Fischer.
- 2545.** Ueber Kapillarveränderungen am Nagelfalz bei Keratitis parenchymatosa. G. Hallerbach.
Ein Vorschlag für eine neue Glaukomoperation. H. Mauksch.
Ein Fall von Retinitis circinata. M. N. Rutberg.
- 2544.** Oleum chaulmoograe in der Therapie des Trachoms. I. G. Samkowski.
- Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie** (Z. Geburtsh.), Stuttgart, 94., Heft 2.
Der Neubau der Universitäts-Frauenklinik. Ministerialrat Oscar Kramer (Leipzig).
Zur Ingebrauchnahme der neuen Universitäts-Frauenklinik in Leipzig. Hugo Sellheim (Leipzig).
- 2575.** Zur Pathologie und Klinik des Tubenkarzinoms. Oskar Frankl (Wien).
Experimentelle Untersuchungen über Tubensterilisation durch Elektrokoagulation. (Gleichzeitig ein Beitrag zur Entstehung der Hydrosalpinx.) F. v. Mikulicz-Radecki (Berlin).
- 2588.** Untersuchungen über die Rückbildung des gelben Schwangerschaftskörpers und zur Frage der interstitiellen Drüse. Ludwig Ballin (Stuttgart).
- 2581.** Die Bedeutung des Kauffmannschen Versuchs für die operative Gynäkologie. H. Küstner und H. Siedentopf (Leipzig).
Zur Behandlung intraperitonealer Blutungen. Fr. Kok (Halle a. S.).
- 2592.** Schwangerschaft und Leukämie. H. O. Neumann (Marburg a. d. L.).
- 2704.** Ueber den Kalktransport von Mutter und Kind und über Kalkablagerungen in der Plazenta. A. Schönig (Tübingen).
- 2578.** Genitale Erkrankungen und Diabetes mellitus. O. Bokelmann (Berlin).
Die puerperale Sepsis. Kurt Sommer (Berlin).
- Zeitschrift für Kinderheilkunde** (Z. Kinderhik.), Berlin, 47., Heft 3 u. 4, 1929.
Bemerkungen zum Pylorospasmus. Walter Block.
Die Vererbung der Ichthyosis congenita und der Ichthyosis vulgaris. Kleine Beiträge zur Vererbungswissenschaft. V. Mitteilung. Herbert Orel.

- Untersuchungen über bestrahltes Ergosterin. V. Mitteilung: Stoffwechselversuche zur Ermittlung der biologischen Wirkungsweise. A. Hottlinger.
- 2633.** Epidemisches Auftreten der akuten Kinderlähmung (Heine-Medin) in Ostpreußen. Ruth Lindstädt.
- 2666.** Beiträge zur Frage der Tuberkuloseschutzimpfung nach Langer. J. W. Makaroff und W. M. Fedoroff.
Ein Fall von Progeria, beginnend mit ausgedehnter Sklerodermie. Friedrich Strunz.
- 2625.** Reaktion von Dick und Kuhpockenimpfung. R. O. Finkelstein und R. A. Wilfand.
Zur pathologischen Veränderung bei Meningitis. Nikolaus Sysak und Olga Tschärniawa.
Ernährungsstudien an eineiigen Zwillingen. J. Bernheim-Karrer.
Beitrag zur Kasuistik der Oesophagusatresie. Bericht über 3 Fälle. Hans Temming.
Kongenitale Synostose der Maxilla und Mandibula. Johann Petheß.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung** (Z. Kreislaufforsch.), 21. Jahrg., Heft 10.
Zur Prognose der Angina pectoris. L. F. Dmitrenko.
Ein Fall von ungewöhnlicher Herzvergrößerung. Johannes Haedicke.
- 2651.** Ueber die atrio-ventrikuläre Automatie. II. Mitteilung.
Umkehr-Extrasystolen (reciprocal Rhythm). L. J. Fogelson.
- Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie** (Z. Neur.), Berlin, 119., Heft 5, 1929.
Ueber die Eigentümlichkeiten einiger psychomotorischer Reaktionen bei Geisteskranken. Ueber die schriftliche psychomotorische Reaktion bei Schizophrenikern. L. M. Katzmann.
Ueber die Besonderheiten einiger psychomotorischer Äußerungen bei Zykloiden und bei Epileptoiden. L. M. Katzmann.
- 2741.** Ueber die Psychopathologie der Tuberkulose bei Kindern. G. E. Ssucharewa und E. A. Ossipowa.
- 2742.** Ueber die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen. („Soziale Verschlimmerung.“) Rudolf Dreikurs und Emil Mattauschek.
Ueber die Bedeutung der Sexualität für den Mechanismus von Psychosen. Zugleich ein Beitrag zur Lehre vom „Abbau der Funktion“. Ernst Levinger.
- 2734.** Neurosen und Psychosen als Folgezustände des Erdbebens in der Krim im Jahre 1927. N. Balabang.
- 2743.** Ueber die Malaria-therapie der Dementia paralytica mit Rücksicht auf die die Remissionen beeinflussenden Faktoren. Julius Nyirö und Ladislaus Tokay.
Ueber einen Bildungsfehler des Kleinhirns und einige faseranatomische Beziehungen des Organs. F. Krause.
- Zeitschrift für Tuberkulose** (Z. Tbk.), 53., Heft 6.
Die Tuberkulose im Entwurf eines Thüringischen Landseuchengesetzes. J. E. Kayer-Petersen.
- 2629.** Notwendigkeit und Grenzen des Zwanges in der Tuberkulosebekämpfung. O. Krutzsch.
- 2630.** Beitrag zur Frage des praktischen Wertes der Heilstättenkuren bei Lungentuberkulose. C. Krüchen.
Ueber die Widerstandsfähigkeit von Tuberkelbazillen gegen die Einwirkung äußerer Schädigungen. R. Bieling.
Die physikalischen und physiologischen Grundlagen des Oleothorax und ihre Folgerungen für die Klinik. Karl Diehl.
- 2672.** Ueber die Wirkung des Ichthyol-Kalzium bei Lungentuberkulose. E. Melzer.
Tuberkulose in Strafanstalten. M. Kallweit.
Erwiderung auf die Arbeit von H. F. Schoepfer in Heft 2, Band 51 (1928) der Zeitschrift für Tuberkulose: „Lungentuberkulose, Höhen- und natürliche Sonne, ein nachdenkliches und warnendes Kapitel aus der Praxis.“ Hugo Bach.
- Zentralblatt für Chirurgie** (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 8.
Zur Technik der „Vermutterung“ der Frakturen und des Kiebrogipsverbandes. K. Ludloff.
Die Erleichterung der Unterkieferresektion durch das Onathotom. H. Wolf.
- 2556.** Traumatische Neurome. A. P. Beswreschenko.
- 2553.** Eine mechanische Unterstützung des peripheren Kreislaufs zur Verhütung von Thrombosen. C. Hammesfahr.
Eine schwere Aetzammoniaknekrose nach Kreuzotterbiß. F. Krauß.
Auffallende Spätporforation nach Operation einer eingeklemmten Leistenhernie. K. Grief.
Tubargravidität, einen eingeklemmten Bruch vortäuschend. Chr. Heitzer.
- Zentralblatt für Chirurgie** (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 9.
Säureverätzungen des Magens und Zinkdampfschäden. V. Orator.
Appendizitis und Kokuminvagination. N. Bobrik.
Bemerkung zu der Mitteilung von Dr. A. Peters in diesem Zentralblatt 1929, Nr. 3. H. Braun.
Ueber intraabdominale Blutung infolge Corpus-luteum-Ruptur bei einer jugendlichen Bluterin. A. Terbrüggen.
Ueber postoperative Urämie. Van Houtegem.
Zwei Fälle von ausgedehnter Gesichtshautplastik. H. Reinberg.
- Zentralblatt für Chirurgie** (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 10.
2750. Irrtümer bei der Cholezystographie. H. Paschoud und L. Zuckschwerdt.
Der Torsionsdrahtspanner. H. Matti.
- 2550.** Zur Behandlung des traumatischen Hirndrucks mit Traubenzuckerlösung. F. W. Thomes.
Zur Payrschen Pyloromyotomie. H. Hilarowitz.
Chondromatose des rechten Kniegelenkes. H. Schrank.
Zur Pathologie und Chirurgie des Basedow. K. Urban.
Zur Technik des chirurgischen Knotens. J. L. Zimches.
Frage an die Herren Kollegen. E. Graser.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 17 und 19.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie (Oktober bis Dezember 1928). C. Bachem.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 18.

Bericht über die 4. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumabekämpfung. Wiesbaden, 5. Juni 1929. E. Fränkel.
Bericht über den 41. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden. 8. bis 11. April 1929. E. Fränkel.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Berlin, Nr. 20.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie (Oktober 1928 bis Januar 1929). O. Seifert.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 24.

Erfolgsstatistik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Nürnberger. Perturbation, Salpingographie und Tubensterilitätsoperation. Guthmann.

2597. Ausbau des geburtshilflichen Dämmerschlaufs mit Pernokton. Vogt.

Lebensbedrohliche Komplikation der gynäkologischen Strahlenbehandlung. Pichkan.

Schädelhautdefekte bei neugeborenen Kindern. Oing.

Eklampsie ohne Krämpfe. Wronski.

Zunahme der Tubargraviditäten. Peus.

2574. Unspezifischer und spezifischer genitaler Fluor. Gaschke.

Fall von Tetania gravidarum mit tödlichem Ausgang. Putz.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 25.

Erweiterte abdominale Radikaloperation des Kollumkarzinoms nach Wertheim. Von Jaschke.

Diathermieoperationen. A. Mayer, Tübingen.

Ileus unter der Schwangerschaft. Rupp.

Oesophagusatresie und Hydramnion. H. Meyer, Basel.

2583. Frühdiagnose des Chorionepithelioms durch abdominale Hysterotomie. H. H. Schmid-Reichenberg.

Spontan amputierte Ovarialtumoren. Baß.

Teleangiektatisches Granulom der Vulva. Isbruch.

Schwarzes Kolostrum. Wu'kow.

Echte Arrhythmie der kindlichen Herztonen. Von Schröder.

Fall von Hydromeningoencephalocoele occipitalis. Michollitsch.

Nordische Zeitschriften**Acta obstetrica et gynecologica scandinavica (Acta obstetr. scand.), Helsingfors, 8., Heft 1, 1929.****2677. Ueber die Anwendung von B. C. G.-Vakzine im Kampf gegen die Kinder-tuberkulose. I. S. A. Gammeltoft.****2678. Ueber die Anwendung von B. C. G.-Vakzine im Kampf gegen die Kinder-tuberkulose. II. Hans Heckscher.****2594. Perniziösaähnliche Graviditätsanämie, durch Bläivergiftung hervorgerufen. E. Husfeldt.****2598. Die Geburtsprognose bei alten Erstgebärenden in der Hebammenlehranstalt zu Stockholm in den Jahren 1912 bis 1927. Oskar Lindén.****2593. Ein Fall von schwerer Schwangerschaftsanämie (Anaemia graviditatis perniciosiformis). Edv. A. Björkenheim.****Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 6, Juni 1929.**

Die Eklampsieniere vom pathologisch-anatomischen Standpunkt. S. Kjelland-Mordre.

Erythema nodosum tuberculosum. Johannes Heimbeck.

2653. 39 Fälle von Lungentumor. Poo Gellblin.**2603. Ueber die Geburt in Steißlage, besonders mit Rücksicht auf die Prognose und die Behandlung. G. Schaaning.**

Ein Fall von Chondropatin patellae (Frund). H. Stören.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 22, 30. Mai 1929.

Ueber die Jodbildung vor den Basedowoperationen. J. Fabricius-Möller.

Zeitschriften in englischer Sprache**The American Journal of the medical Sciences (Amer. J. med. Sci.), Philadelphia, 176., Nr. 3.**

Die klinische Anwendung der pathologischen Physiologie der Leber- und Pankreassekrete. C. W. McClure.

2707. Der Wert der Schätzung der Bilirubinmenge im Blute. Mit Bericht über 567 Fälle, darunter einer Gruppe von nicht diagnostizierten toxischen Leberentzündungen. J. S. Diamond.

Der hereditäre Faktor bei den allergischen Krankheiten. Ray M. Balyeat.

Das Vorkommen intrakranieller Tumoren ohne Stauungspapille im Material eines Jahres. William P. van Wagenen.

Die Bestimmung der Leberfunktion durch die Bromsulfaleinprobe in 76 Fällen. A. M. Servy und Leon Bloch.

Unsicherheiten bei der Cholezystographie. W. M. Boardman.

Nichtgonorrhoeische und nichttuberkulöse Epididymitis. Meredith F. Campbell.

Das Chlorkalzium bei der Behandlung der Epididymitis. Ernest Rupel.

Die klinischen Gesichtspunkte bei durch Brucella melitensis infiziertem Abort. Richard A. Kern.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis, 17., Nr. 5, Mai 1929.**2605. Deziiduabildung auf der peritonealen Oberfläche des graviden Uterus. J. Hofbauer.****2591. Cholezystographie als Hilfsmittel zur Bestimmung einer Gallenblasenstauung in der Schwangerschaft. S. J. Fogelson.**

Eine statistische und klinische Studie über 1000 Fälle von Sterilität. D. Macomber.

2722. Die Reaktionsweise des Peritoneums. J. W. Kennedy.**2599. Der Gebrauch von Merkurochrom als vaginalem Antiseptikum vor dem Kaiserschnitt. Harry W. Mayes.****2589. Neurologische Symptome bei schwangeren Frauen. Charles W. Burr. Moderne Anschauungen über Nierenstörungen in der Schwangerschaft. O. Kolischer.****2600. Eine Uebersicht über die Kaiserschnitte am Methodist Episcopal Maternity in Brooklyn. O. Paul Humpstone.****2577. Prolaps. Eine Studie über 683 Fälle, die zwischen 1875 und 1928 am Free Hospital for Women, Brookline, behandelt wurden. George van S. Smith, William P. Graves und Frank A. Pemberton.****2580. Coma diabeticum als Schwangerschaftskomplikation. Maxwell S. Merriam.****The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.), New York, 21., 4.****2756. Radiosensible Epithelzellenkrebs. J. Ewing.****2751. Behandlung von Krebs der Lippe und des Mundes. D. Quick.****2754. Indikationen zur Strahlenbehandlung benigner Uterushämorrhagien. H. Schmitz.****2755. Behandlungsübersicht der Uterusfibrome, mit besonderer Berücksichtigung des Radiumgebrauchs. W. Neill jr.****2753. Behandlung der Hämorrhagie des nicht malignen Uterus. O. L. Norsworthy. Entdeckung und Schätzung von Radium und Mesothorium in lebenden Personen. H. Schlundt, H. H. Barker und F. B. Flinn.****2752. Röntgendiagnose des Endothelialen Myeloms. B. R. Kirklin und H. M. Weber, M. D.**

Ein Fall von „Marmorknochen“ mit pathologischen Frakturen. A. S. Merrill.

Ein gutartiger sklerosierender zentraler Riesenzellentumor. J. R. Cary.

Eine Mediastinalzyste, welche Verschluss eines Bronchus hervorruft. E. C. Vogt.

Ein Fall von Lithopädon. P. F. Butler.

Ein Fall von Anenzephalus. C. H. Jennings.

The American Journal of Syphilis (Amer. J. Syph.), St. Louis, 13., 2.**2698. Intramuskuläre Anwendung von Wismut. R. L. Larsen****2682. Partielle Paralyse der unteren Extremitäten bei Kindern, begleitet von geistiger Minderwertigkeit. Ch. C. Dennie.****2613. Kongenitale Syphilis der Schilddrüse. W. C. Menninger.****2614. Erkrankungen des kardiovaskulären Systems infolge erworbener Syphilis. V. Simpson.****2590. Syphilis und Schwangerschaft. S. A. Gammeltoft.**

Ein Vergleich des praktischen Wertes von Wassermann- und Kahnreaktion bei der Syphilisdiagnose in den Militärspitälern. Ch. F. Craig und M. H. Swan.

Einige serologische Betrachtungen über behandelte Fälle von Syphilis: Spezifität, Empfindlichkeit und praktischer Wert der Kolmer-Wassermann-Reaktion. J. A. Kolmer.

Wassermannuntersuchung mit getrocknetem, fünf Jahre altem Menschen Serum. E. H. Ruediger.

2617. Lipid-Protein-Kombination zur Behandlung der Syphilis: Eine Methode, wobei Wassermannantigen mit Protein als Unterstützung der Chemotherapie verwendet wird. W. L. Hardesty.

Vergleich der Kahn-Präzipitationsuntersuchung und der Wassermann-Komplementfixationsuntersuchung der Syphilis. Th. Thjotta und A. Sch. Blix.

Archives of Pediatrics (Arch. of Ped.), New York, 66., Nr. 4, 1929.

Influenzaarten und -erscheinungsform bei der Epidemie 1928/29. Joseph C. Regan, Brooklyn.

Ungewöhnlicher Fremdkörper in dem Hauptbronchus eines fünfjährigen Kindes. Jacob Sobel, New York.

Die Bedeutung der Leibscherzen im frühen Kindesalter. Paul W. Beaven, Rochester.

2686. Auf eine Tonsillektomie folgender Lungenabszeß. Harry Apfel, Brooklyn. Frühdiagnose und Behandlung der Lungentuberkulose im Kindesalter. J. Epstein, New York.

Nierenbeckenentzündung im Kindesalter. Roy P. Forbers, Denver.

2668. Exposition und tuberkulöse Meningitis. Arthur J. Blau, New York. Serumbehandlung bei Zerebrospinalmeningitis. Edward J. Benjamin, New York.

Nervöse Komplikationen bei Masern. Paul K. Jenkins, Miami Beach.

Diphtherie. Edward Lewis, Washington.

Eine zweite Scharlacherkrankung innerhalb 18 Monate. Wingate M. Johnson, Winston-Salem.

Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium, United States, Canada, 10., Nr. 2, Februar 1929.

Zinkionisation in Beziehung zur chronischen Otorrhöe. A. R. Friel.

2744. Der Durchtritt des ultravioletten Lichtes durch die menschliche Haut. Albert Bachem und Jacob Kunz.

Das Krebsproblem. Kritische Uebersicht der therapeutischen Maßnahmen. Gustavus M. Blech.

Die Philosophie der physikalischen Therapie. J. C. Elsom.

Die Klinik der physikalischen Therapie. Albert F. Tyler.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3551, 1929.

Gutartige Prostatahypertrophie. C. R. A. Nitch.

Isolierung des Paratyphusbazillus B aus Abwässern. J. D. Allen Gray.

Drehung und Einklemmung einer Morgagnischen Hydatide. D. A. Abernethy.

Drehung der Morgagnischen Hydatide. L. R. Broster und Ralph Coyle.

Krampfaderbehandlung durch Injektionen. P. Kennedy Murphy.

Neue Behandlungsmethode der Lepraaninfektion der Nasenschleimhaut. P. O. Rose.

2695. Anilinfarbstoffe und Radiumbestrahlung bei experimenteller Sarkomatose. J. C. Mottram.

Körperschwäche der Kinder mit zyklischem Erbrechen. A. A. Osman.

Plötzlicher Exitus bei symptomloser Lungenentzündung. James A. Stephen und E. R. C. Walker.

Subkutanes Emphysem nach Rippenfraktur. Robert V. Goodliffe.

- Ungewöhnlicher Fall von Hyperkeratosis blennorrhagica.** T. R. Lloyd Jones.
- Injektionsbehandlung von Krampfadern.** S. Bartlett.
- Großer Harnröhrenstein.** John Macewen.
- Erythema nodosum.** Robert Munro.
- British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3552, 1929.**
- Stoffwechselstörungen beim nervösen Kinde.** H. Charles Cameron.
- Diagnose der Dickdarmtumoren.** C. J. Mac Auley.
- Blutzirkulation und Arterienzustand unter der Blutdruckstauungsmanschette.** Harrington Sainsbury.
- Ileoökale Darmverschlingung durch Adhäsionen nach Appendizitis.** W. A. Cochrane.
- 2671. Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanokrysin.** William Stobie und Sheila Hunter.
- Diabetes mit erniedrigtem renalen Schwellenwert.** R. D. Lawrence.
- Erbrechen beim Säugling.** T. M. Ling.
- Oxydasereaktion in der Gonorrhödiagnose.** J. N. Orpwood Price.
- Hautepitheliom.** A. H. Southam und P. B. Mumford.
- Ueberempfindlichkeit gegen Chininjektionen.** G. B. Delisle Gray.
- Uebertragungsmöglichkeit der Alveolaryporrhoe.** John Whittingdale.
- Metastasen bei Mammarkarzinom.** F. T. Ingram.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 10, 1929.**
- Fleischverdauung im Magen bei Gesunden und Kranken.** Martin E. Rehfuß und George H. Marzil.
- 2674. Regelmäßige Zufuhr von B-Vitamin in der Säuglingsnahrung.** Roger H. Dennett.
- 2615. Sodakubehandlung der progressiven Paralyse (vorläufiger Bericht über 72 behandelte Fälle).** Alex. S. Hershfield, O. A. Kibler, S. Colby, M. T. Koenig, O. W. Schmid und A. M. Saunders.
- Präventive Medizin und ihre Anwendung auf Tuberkulose.** Linsly H. Williams und Alice M. Hill.
- Variköse Venen und ihre Folgeerscheinungen.** Geza de Takats.
- Bericht über einen Fall von Fallotscher Tetralogie.** Paul D. White und Howard B. Sprague.
- Trichinose (Mitteilung von 2 Fällen).** Henry F. Stoll.
- Verhalten des blinden Fleckes bei Patienten mit intrakraniellen Tumoren.** Loyal Davis.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 11, 1929.**
- Undulierendes Fieber.** A. V. Hardy.
- Beziehungen zwischen Sonnenhöhe und antirachitischer Wirkung der Sonnenstrahlen.** F. F. Tisdall und Alan Brown.
- Vakzinotherapie: Ergebnis einer Umfrage unter amerikanischen Aerzten.** Ludwig Hektoen und Ernest E. Irons.
- Frühdiagnose des Gebärmutterkarzinoms.** Emil Novak.
- Reflexjucken bei Asthma.** Ray M. Balyeat.
- Pneumokokken- und Streptokokkenmeningitis (Chemotherapie und Serumtherapie mit besonderer Berücksichtigung neuerer Methoden).** John A. Koerner.
- Seröse spinale Meningitis (Circumscripta).** George B. Hassin und Edmund Andrews.
- Anregung der Gehirntätigkeit.** A. S. Loevenhart, W. F. Lorenz, R. M. Waters.
- Studien über Asthma: VI. Ekzem.** Edward S. O. Keefe und Francis M. Rackemann.
- Wesen und Behandlung der Toxämie bei Darmverschlus.** Charles S. McVicar und James F. Weir.
- Multiple Sklerose.** G. Wilse Robinson und G. Wilse Robinson.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 12, 1929.**
- Sexualität, Fortpflanzung und innere Sekretion.** Oskar Riddle.
- Hyperparathyreoidismus.** D. P. Barr, H. A. Bulger und H. H. Dixon.
- Diabetes bei Zwillingen.** W. Stanley Curtis.
- Behandlung trophischer Geschwüre mittels Alkoholinjektionen.** C. F. McClinton.
- Ist die Behandlung von Sprachstörungen eine ärztliche Aufgabe?** John A. Glabburg.
- Mikroorganismen, welche in Kulturen aus Tonsillen vorkommen.** L. M. Polvogt und S. J. Crowe.
- Antigene Eigenschaften kondensierter Milch.** Oran I. Cutler.
- Behandlung nichtmaligner Blutungen des Uterus mit Radium.** James R. Linton, George A. Marks und George Smith.
- Eiweißchock bei Nephritis.** Gustav Kolischer.
- Otitis media und ihre Beziehungen zu gastroenteritischen Störungen.** A. G. Mitchell, M. F. McCarthy, J. M. Leichter und Frank Steinsheimer.
- Eine der Spruekrankheit ähnliche Ernährungsstörung bei Erwachsenen.** William H. Holmes und Paul Starr.
- The Journal of the American Medical Association (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 13, 1929 (Spitalsnummer).**
- Anforderungen an ein Spital für innere Krankheiten.** Nathan P. Colwell.
- Radiologie als medizinisches Spezialfach.** W. Edward Chamberlain.
- Der Stand der Röntgenologie in Amerika.** Arthur U. Desjardins.
- Die Röntgenabteilung eines Spitals.** Charles L. Martin.
- The Journal of Clinical Investigation (J. clin. Invest.), 7., Nr. 1.**
- Die Ausbeute des Herzens bei Patienten mit anormalem Blutdruck.** C. Sidney Burnwell und W. Carter Smith.
- 2687. Die Wirkung der Digitaliskörper auf die Geschwindigkeit der Blutströmung durch die Lungen und andere Fragen der Zirkulation. Eine Studie an Normalindividuen und an Patienten mit kardiovaskulären Leiden.** Loma Weiß und Hermann L. Blumgart.
- 2616. Beobachtungen bei paroxysmaler Hämoglobinurie.** O. M. Mackenzie.
- Eine quantitative Methode zur Pepsinbestimmung.** W. Scott Pollard und Arthur L. Bloomfield.
- Quantitative Pepsinmessungen im Magensaft vor und nach Histaminreizung.** W. Scott Pollard und Arthur L. Bloomfield.
- Studien zum Kalk- und Phosphorstoffwechsel. II. Die Kalkausscheidung bei normalen Individuen bei kalkarmer Diät, nebst Angaben über einen speziellen Fall von Schwangerschaft.** Walter, Fuller Albright und Joseph C. Aub.
- 2711. Studien zum Kalk- und Phosphorstoffwechsel. III. Die Wirkungen des Schilddrüsenhormons und Schilddrüsenerekrankung.** Joseph C. Aub, Walter Bauer, Clark Heath und Marion Ropes.
- 2712. Studien zum Kalk- und Phosphorstoffwechsel. IV. Die Wirkungen des Nebenschilddrüsenhormons.** Fuller Albright, Walter Bauer, Marion Ropes und Joseph C. Aub.
- The Journal of experimental medicine (J. of exper. Med.), New York, 48., 5.**
- Virus III encephalitis.** Th. M. Rivers und F. W. Stewart.
- Oberflächenspannung von Seren in ihren Beziehungen zur Präzipitinreaktion.** S. G. Ramsdell.
- Aetiologie des Oroyafiebers. XIII. Chemotherapie der experimentellen Bartonella-bacilliformis-Infektion.** H. Noyuchi.
- Die Wirkung von Natriumchlorid auf die chemischen Blutänderungen beim Hund nach Verschluss des kardialen Magenendes.** R. L. Haden und Th. G. Orr.
- Die Blutchloride bei Eiweißintoxikation.** R. L. Haden und Th. G. Orr.
- Ueber Paratyphusinfektion bei Meerschweinchen. V. Das Vorkommen von Bazillenträgern im endemischen Stadium.** J. B. Nelson.
- Ueber die Biologie der Metalle. VII. Einfluß von Blei auf die Entwicklung Hühnerembryos.** S. F. Hammett und V. L. Wallace.
- Ueber die Wirkung des Lichtes auf Blut und Gewebszellen. II. Wirkung des Lichtes auf Erythrozyten in vitro. III. Wirkung des Lichtes auf Fibroblasten in vitro.** W. R. Earle.
- Experimentelle Pneumonie bei Meerschweinchen. I. Wirkung bestimmter toxischer Pneumokokkenautolysate.** J. T. Purker und A. M. Puppenheimer.
- Ueber den d'Hérelleschen Bakteriophagen. XI. Untersuchung über die Wirkungsart des Antibakteriophagenserums. XII. Ueber die Phagenbildung in Bakterienkulturen.** R. S. Muckenfuß.
- Ueber Erbllichkeit von Agglutinogenen des menschlichen Blutes, nachgewiesen an Immunagglutininen.** K. Landsteiner und P. Levine.
- The Journal of general Physiology, New York, 12., Nr. 3.**
- Die Art der Faktoren, die die Reihenfolge der Wachstumszyklen bestimmen und ihre Beziehung zur Differenzierung der Gewebe.** T. R. Robertson.
- Der Wärmeeffekt des Todes.** W. W. Lepeschkin.
- Die Todeswelle bei Nitella. II. Anwendung ungleicher Lösungen.** W. J. Osterhout und E. S. Harris.
- Die Viskosität des Blutserums als Funktion der Temperatur.** P. L. du Nony.
- Fraktionierung der Gelatine.** M. Kunitz und J. H. Northrop.
- Dunkeladaptation und Lichtwachstumsreaktion von Phycomyces.** E. S. Castle.
- Blut- und Gewebeeisen.** M. L. Anson und A. E. Mirsky.
- Spektrophotometrische Studien über Durchdringung. V. Ähnlichkeit zwischen der lebenden Zelle und einem künstlichen System in der Absorption von Methylenblau und Trimethylthionin.** M. Irwin.
- Kohlensäure vom unzerstörten Vagusnerv. Die Penetration starker Elektrolyten.** W. C. Cooper jr., M. J. Dorcas, W. J. Osterhout.
- Die Permeabilität trockener Kolloidummembranen.** J. H. Northrop.
- Physiologische Ontogenie. A. Hühnerembryo. XIV. Die Wasserschoffenkonzentration des Blutes von Hühnerembryonen als Funktion der Zeit.** A. E. Cohn und A. E. Mirsky.
- Modifikation der Northrop-Kunitzischen Mikrokataphoreseszelle.** H. A. Arawson.
- Permeabilitätsstudien an Membranen. VII. Leitfähigkeit von Elektrolyten in der Membran.** A. A. Green, A. A. Weech, L. Michaelis.
- Permeabilitätsstudien an Membranen. VIII. Das Verhalten der getrockneten Kolloidummembran gegenüber zweiwertigen Kationen.** A. A. Weech und L. Michaelis.
- The Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, 14., Nr. 7, April 1929.**
- Latente Toleranz bei Diabetes mellitus. Untersuchung der Wirkung einer kohlehydratreichen Diät mit Insulinverabfolgung bei eingeschliffenen Diabetikern.** R. B. Gibson.
- Die Elimination des kolloidalen Eisens durch den Verdauungskanal.** M. H. Streicher.
- Klinische Anwendung von kolloidalem Aluminiumhydroxyd als säurebindendes Stomachicum.** Burril B. Crohn.
- Immunisierung gegen Scharlach.** Edwin, M. Knights.
- Sekundäre Faktoren bei unkomplizierten Fällen von Heulieber.** Ray, M. Balyeat.
- Die Hinton-Glycerin-Cholesterin-Agglutination.** William, A. Hinton und Genevive O. Stuart.
- Die Frage des kardialen Reflexerbrechens, ausgelöst durch Digitaliskörper.** Melvin Dresbech und Kenneth C. Waddell.
- 2705. Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen.** C. E. Reynier.
- 2723. Die toxische Komponente der Galle.** William C. Emerson.
- Die Einwirkung einer plötzlichen intrakardialen Drucksteigerung auf die Form der T-Zacke des Elektrokardiogramms.** Harold L. Otto.
- Die Wirkung der Phosphate auf das endokrine und sympathische System.** L. Loumos.
- Testmethoden für Antiseptika.** George F. Reddish.
- Eine inkonstante Fehlerquelle beim Darehämoglobinometer.** Frank G. Haughwout.
- Färbetechnik für rote Blutkörperchen zur Messung des Zelldurchmessers durch das Projektionsverfahren.** Francis P. Parker.

- Mikroskopische Projektionen zur Größenbestimmung der Erythrozyten. Francis P. Parker, George T. Lewis und J. L. Mc Ghee.
- Die Hinton-Glycerin-Cholesterin-Fällungsreaktion für Syphilis. Edgar J. Munter.
- Eine Methode zur Bestimmung der Länge des Nervus femoralis und der Reflexbogenlänge des Kniesehnenreflexes beim Hunde. E. M. Mac Ewen und W. W. Tuttle.
- Die Anwendung gepufferter Zitratlösung als Verdünnungs- und Konservierungsmittel für rote Blutkörperchen. Lester J. Schultz.
- Das Phänomen der alkoholischen Antigenfällung in luetischen Seris. B. S. Levine.
- Alkaliresistente Kürettenstopfen. F. C. Koch.
- Eine neue Reihe von Kaliumbichromatstandardlösungen zur Bestimmung des Ikterusindex. Charles C. Farahang und Grace Medes.
- Bemerkung zur intraperitonealen Narkose mit Natrium barbituricum beim Hunde. C. A. Johnson.
- Schnelle und exakte blutchemische Untersuchungen. W. G. Gamble.
- Einfache Methode für langsame intravenöse Injektionen. Ralph G. Smith und Walter E. Göwer.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 6, 23. März 1929.
Behandlung des Diabetes. I. Braun.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 7, 13. April 1929.
2634. Ueber die Aetiologie der Influenza und sekundären Pneumonie. Sie Spencer Lister.
- The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5514, 1929.
Oesophagus- und Lungenchirurgie. J. Zaaijer.
2636. Chronische lymphatische Leukämie. P. Pantou und F. Valentine.
2736. Die Behandlung der Tabes dorsalis und ihre Resultate. W. Reid.
2623. Anurie infolge Steinbildung. H. White.
2644. Gelenkaskultation. C. Walters.
- Die Atophanthherapie bei gichtischer Chemosis. V. Pincock.
- The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5515, 1929.
Physiologische Analyse einiger klinisch beobachteter Bewegungsstörungen. F. Walshe.
2735. Die Bulbokappnotherapie der Charakterstörungen bei juveniler Encephalitis epidemica. T. Hill.
- Die Rolle der Primogenitur in der Genese von Entwicklungsstörungen. M. Macklin.
- Die Appendizitisgefahr. H. Greenwood.
- Ionisierung bei Mittelohreiterungen. J. Mc Laggan.
- Behandlung der Krampfadern mit Magnesiumsulfat. J. Jonny.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, Nr. 8, 1929.
2729. Der natürliche Schutz gegen Infektionen. F. Herb.
2717. Biologische Eigenschaften des Proteinkalzium. O. B. Weinschank.
- Variköse Venen und die Stewartmethode. H. Stewart.
2728. Beziehungen der Thyreoidea zu Infektionen. S. Loumos.
- Der therapeutische Gebrauch der Radiumemanation. J. Muir.
- Vaskuläre Veränderungen der Leber. E. Maher.
- Falsche Gewohnheiten von Nase und Hals. B. Mc Auliffe.
- Aspiration des traumatischen Pneumothorax. T. Tilton, J. Schröder.
- Chinin bei Pneumonie. M. Flewelling.
2654. Diagnose des primären Bronchialkarzinoms. J. Polowski.
- Elektrokoagulation der Tonsillen. A. Dillinger.
- Influenza. A. Thompson.
- Algebraische Auffassung der Influenza. J. Hurley.
- Der Narzissimus Napoleons. P. Clark.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 19, 1929.
Die Entleerungszeit des Nierenbeckens. L. Peirson.
- Injektionsbehandlung variköser Venen. E. O'Neill.
- Spermatozöenzählung. D. Macomber, B. Sanders.
2561. Lungenkomplikationen nach 300 Operationen. K. Sowles.
2569. Die traumatische Substragalar-Arthropathie. S. O'Connor.
2699. Ueber Arzneimittelmisbrauch. J. Tillotson.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 20, 1929.
2652. Diagnose der Lobarpneumonie. R. Fitz.
2612. Allgemeine Regeln für den Praktiker für die Diagnose und Behandlung der Syphilis. A. Nelson.
- Oriental Journal of Diseases of Infants (Orient. J. Dis. Infants), Kyoto, 5., Nr. 1 (Januar 1929).
Ueber käsig Pneumonie beim Säugling. T. Suzuki.
2632. Die Masernpneumonie bei Säuglingen. Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen. S. Kuraya.
- Die Resorption der verschiedenen Kohlehydratsorten vom Darm aus. S. Miyake.
- Ein Fall von Pneumokokkensepsis. J. Sugimoto.
- Der Einfluß von Salzen auf die Darmresorption der Kohlehydrate. S. Miyake.
- Ist die fast völlige Ausschließung des Dünndarms vereinbar mit dem Leben? Ein Fall von Anomalose des Magens mit dem Ileum, 15 cm vom Caecum entfernt. Georges Brohé.
- Studie über Streptokokkentoxine. E. Sacquepée und Ph. Lesbre.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 25, 1929.
Beitrag zum Studium atypischer Bronchiektasien. Ein Fall von bronchialer Dilatation ohne funktionelles Zeichen. René Courtois.
- Die Orthopädie im Jahre 1928. P. Lorthioir.
- La Gynécologie (Gynec.), 28. Jahrg., Februar 1929.
2610. Tiefes Epitheliom der Bauchwand vom Nabel ausgehend. G. Durante und H. Roulland.
- Späte traumatische Narbensklerose des Ligamentum latum. R. Bonneau.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynec. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 4, April 1929.
2573. Die biologische Orientierung in der modernen Gynäkologie. G. K. Givatoff (Odessa).
- Die chirurgische Behandlung der Adnextuberkulose. F. Condamine (Lyon).
- Trachealinspirator. V. le Lorier.
- Primitive Epitheliom der Tuba Fallopii. Le le Bolle und R. Patay (Rennes).
2576. Resultate der Behandlung von Retroversio uteri mit dem Verfahren von Doléris-Gilliam. J. Tikonadze (Tiflis).
2602. Resultate der äußeren Wendung als prophylaktische Behandlung der Steißlage. G. Petrone (Trani).
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 16, 1929.
Diathermokoagulation der Anorektalgegend. H. Bordier.
- Diathermie bei schmerzhaften Affektionen des Abdomen. L. Delherm, A. Laquerrière.
- Physiotherapeutische Behandlung der Zona. W. Vignal.
2693. Paraffintherapie. M. Joly.
2757. Zufälle bei Behandlung mit ultravioletten Strahlen. S. Delaplace.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 17, 1929.
2694. Leberschädigungen der Arsenotherapie. Max Vauthey.
2635. Klinische Studie über das Nervensystem bei Typhus exanthematicus. P. Decourt.
- Eine neue Therapie: bestrahltes Ergosterol. J. Huguenin.
- Behandlung des Trachoms mit Hochfrequenz. Ragain.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 17, 1929.
- Die Ernährungskrankheiten 1929. Rathery, Kourilsky.
2641. Diabetes und Basedow. M. Labbé, G. Dreyfus.
- Der respiratorische Stoffwechsel und seine Messung. Plantefol.
2640. Wie kann man den Pankreasdiabetes nach der Entdeckung des Insulins auffassen? Mauriac, Aubertin.
- Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 19, 1929.
Die Dengueepidemie 1928 in Athen. Apostolides u. a.
- Die schnellende Hüfte. Guibal, Rousselaux.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 27, 1929.
Physiologische Betrachtungen in der Chirurgie: Warum erfolgt Narbenbildung nach einer aseptischen Operation. R. Leriche.
2659. Ueber den unkoordinierten Blutdruck der Tabiker. A. Dumas, R. Froment und Mlle. Mercier.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 28, 1929.
Ueber die Glykämie. F. Rathery und R. Kourilsky.
- Die Bestrahlung des Oesophaguskarzinoms. M. Jolly.
2660. Die dyspnoische Form der alimentären Anaphylaxie. M. Nathan.
- Die praktische Differentialdiagnose beim beginnenden Typhus. R. Le Clerc.
- Die Anwendung der Cochlearis armoracia L. als ableitendes Mittel. H. Leclerc.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 29, 1929.
Zur Behandlung der Dupuytren'schen Frakturen. Boppe und Vassitch.
- Zur Frage der Toxizität des bestrahlten Ergosterols. H. Simonnet und G. Tanzet.
2737. Die Elektrochirurgie bei Hirntumoren. J. Sénèque.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 30, 1929.
2745. Die Radiographie der normalen Lunge nach Lipiodolinjektion und die Diagnostik kleiner Bronchialerweiterungen. E. Sergent und P. Cottenot.
- Die Pulverisation der Gelenkenden; eine mechanische Pathogenese der Arthritis deformans. P. Moulouquet.
- Das Fibrom in der Konvexität der Femoralisarkade. R. Bonneau.
2658. Die Lipoidnephrose. Ph. Pagniez.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 31, 1929.
Histopathologie bei Endocarditis lenta. C. Lian, S. Nicolan und P. Poincloux.
2738. Die arterielle Enzephalographie zur Diagnostik bei 4 Fällen von operierten Hirntumoren. E. Monitz, A. Pinto und A. Lima.
- Eine Methode zur anatomischen Kontrolle der Radiographie der Lungen. Armand-Delille, Ch. Lestouy und J. Vibert.
- Knöcherne Leontiasis und Radiographie. Ch. Ruppe.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 18, 1929.
2718. Pathogenie der Hypertension. Ch. Achard.
- Neue lokale Abortivbehandlung der peritonitischen Phlegmonen. H. Bourgeois.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 19, 1929.
2688. Behandlung der arteriellen Hypertensionen. Ch. Achard.
2716. Subkutane Therapie des Pepsins. M. Loeper.
2619. Behandlung der Syphilitiker mit Schwefelwässern. H. Pleon.
- Le Scalpel, Nr. 11, 1929.
2584. Die Behandlung des Brustkrebses und seiner Knochenmetastasen. F. Slaya.
- Le Scalpel, Nr. 12, 1929.
2649. Die essentielle Hypertonie. Ihre Pathogenie, ihre Behandlung und ihre Rückwirkung auf das Gehirn. M. Molhant.
- Kommentare zum Gegenstand einiger persönlicher Fälle von diagnostischen Irrtümern. M. Paquet.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 22, 1929.
2595. Die Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe. Max Cheval.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 23, 1929.
Pyloro-duodenale Beziehungen bei Cholezystitiden. R. Wodon-Dufrane.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 24, 1929.
2596. Entbindungen unter Lokalanästhesie: Weymeersen, Poulain, Wodon und De Guchteneere.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 11, 1929.
 2558. Behandlung der Rektumstenosen durch Dilatation und Diathermie. R. Pitanga Santos.
 Ueber Ursachen der Hämaturie. Flavio Lins.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 12, 1929.
 2565. Das Problem der Anästhesie. L. Ribeiro.
 Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Jugendlicher. P. Pernambuco.
- La Prensa Medica Argentina** (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 31, 1929.
 2643. Die Lipoarthritis secca bilateralis symmetrica der Kniegelenke. R. Weissenbach und F. Francon.
2705. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Grundumsatz und Reaktion des Blutes? R. Vaccarezza, L. Silva, J. Alurralde und C. Oriot.
 Die Bleitherapie des Krebses. A. Roffo, O. Calcagno.
 Die Strahlenbehandlung der Angina pectoris. C. Lian und R. Barriee.
- La Prensa Medica Argentina** (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 32, 1929.
 2601. Die Beziehungen zwischen Herzaffektionen und Geburt. R. Moron.
 2551. Das Makinsche Symptom der Herzgeräusche beim arterio-venösen Aneurysma. J. Diez.
 Die experimentelle Erzeugung der Lepra beim Affen. G. Franchini.
 Bleitherapie des Krebses. A. Roffo und O. Calcagno.
- La Prensa Medica Argentina** (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 33, 1929.
 Die Resektion der lumbalen Rami communicantes bei Littlescher Krankheit. J. Valls.
2657. Posttraumatische renale Insuffizienz. J. Beretervide.
 Ueber das unresorbierbare Pleuritis serofibrinosa. J. Dutr.
 Entamoeba Hartmanni. A. Marques da Cunha und J. Muniz.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Archivio Di Ortopedia**, (Arch. di Ortop.), Milano, 44., Heft IV.
 2566. Betrachtungen über 170 Fälle von Beckenfrakturen. Enrico Ettore.
2730. Experimentelle Untersuchungen über Osteodystrophie. Roberto Rizzi.
2570. Die Epicondylitis humeri. V. Ferrero.
2572. Beitrag zur Behandlung des hochgradigen Klumpfußes. Stefano Lussana.
 Ueber die Behandlung und über die Fernresultate der Kniegelenktuberkulose. Giovanni Giuliani.
 Beitrag zur Kenntnis der Pagetschen Knochenerkrankung. Enrico Caligaris.
 Die operative Sperrung des oberen Sprunggelenkes gegen Spitzfuß. Rinaldo Micotti.
 Der angeborene Femurdefekt. Alfonso Giovanni Chiariello e Pietro Iboe.
- Policlinico, sez. prat.** (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 15, 1929.
 Tumor des Ligamentum gastrocolicum. V. Ascoli.
 Zur Frage des Fixationsabszesses. V. Pennati.
 Ueber die Monozytenangina. E. Ricca-Barberis.
 526. Beitrag zur Krebsstatistik in Italien. D. Grandi.
- Policlinico, sez. prat.** (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 16, 1929.
 546. Seröse Meningitis und ihre okulare Symptomatologie. F. Mezzatesta.
 Dysenterie durch Bac. Ceylonensis. S. Fichera.
 Manus torta congenita. G. Montemartini.
- Policlinico, sez. prat.** (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 17, 1929.
 Der Zusammenhang zwischen Leberfunktion und der Funktion der gastro-intestinalen Sphinkteren. P. Alessandrini.
56. Ein neues Antiluetikum (Arsaminol). A. Marcozzi.
 Fall von florider genito-peritonealer Tuberkulose. G. Bridoli.
70. Temperatur des beim künstlichen Pneumothorax verwendeten Gases. L. Vercelli.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

- Gyógyászat**, Budapest, Nr. 14, 1929.
 4. Ueber eine seltene Form von primären Uretersteinen. D. Görög.
 Ueber einen außergewöhnlich großen Ureterstein. A. Schmidt.
 Daten zur Frage des Blasendivertikels. A. Noszkay.
 Ueber intravenöse Anwendung des Kampferöls. B. Schmidt.
 Uebersichtsmittelung über den heutigen Stand unseres Wissens über das vegetative Nervensystem. J. Katona.
 Prophylaxe und Geburtenschutz. E. Zemplényi.
- Gyógyászat**, Budapest, Nr. 15, 1929.
 Ueber Amenorrhoe und deren hormonaler Heilbehandlung. L. Göczy.
 Ueber die Enostosis Pheomotis. M. Leopold.
 Die Bedeutung der Mastkur bei gewissen Formen von Muskelerheumatismus. E. Weisz.
 Uebersichtsmittelung über das vegetative Nervensystem. J. Katona.
 Das wunderwirkende Bitterwasser. A. Frankl.
 Aerzte und Spitäler in Pest-Buda. (Historische Mitteilung.) Kl. Brüll Engländer.
- Gyógyászat**, Budapest, Nr. 16, 1929.
 Ueber Bleivergiftungen unaufheilbaren Ursprungs. L. Berkessy.
 Ueber die praktische Brauchbarkeit der vitalen Kongorot-Reaktion. E. Csiky.
 Uebersicht über das vegetative Nervensystem. J. Katona.
 Ueber Krämpfe im Kindesalter und deren Behandlung. Th. Gábor.

- Ueber Heilung der Erkrankung motorischer Organe mit Hilfe des Gamma-kompresses. J. Weber.
 Wiener Eindrücke. L. Strausz.
- Gyógyászat**, Budapest, Nr. 17, 1929.
 Die chirurgische Behandlung der Nebenhodensyphilis. J. Nagy.
 Beiträge zur Differentialdiagnose der extrauterinen Schwangerschaft. A. Róna.
 Ueber nicht durch Schwangerschaft entstandene genitale Blutungen. St. Böhm.
 Ueber die gleichzeitige Anwendung der Phrenikusexstirpation und des künstlichen Pneumothorax auf der entgegengesetzten Seite. L. Vajda.
 Ueber einen komplikationslosen Bruch des Collum scapulae. L. Steiner.
 Die Rolle des Säurebasis-Gleichgewichtes und der Lipoide in der Therapie der chronischen, purulenten Otitiden. E. Müller.
 Krankenrente und Diät. L. Rosenberg.
- Orvosi Hetilap** (Orv. hetil.), Budapest, Nr. 13, 1929.
 2701. Bluttypen und Erkrankungen. E. Forró und D. Gajzágó.
 2732. Untersuchungen der Adrenalinempfindlichkeit bei Parametritis posterior. D. Raisz.
 Die neueren Methoden der Strahlenbehandlung bei Magengeschwüren. E. Koltai und B. Dunay.
 Ueber die Entstehung der Kehlkopftuberkulose. E. Tovölgyi.
 Untersuchungen über die Zweckmäßigkeit der starren Plattfüßlagen. J. Czibalmos.
 Daten zur Hebammenfrage auf Grund ausländischer Erfahrungen. F. Kovács.
 Ueber Clemens von Pirquet. J. von Bókay.
- Orvosi Hetilap** (Orv. hetil.), Budapest, Nr. 14, 1929.
 2604. Ueber die Placenta annularis. Z. Szathmáry.
 Ueber einen Fall von durch den Bangschen Bazillus verursachten Febris undulans in Ungarn. L. Berkesy.
 Ueber einen Fall von subkutanem Bersten des Duodenums. E. Temesváry.
 Ueber einen Fall von Brödi-Abszeß. K. Hermann.
 Tetanusfälle. L. Oesterreicher.
 Ueber ein neues Dekapitationsinstrument. St. Sztelho.
 Ueber einen interessanten Fall von Diabetes mellitus. E. Just.
- Orvosi Hetilap** (Orv. hetil.), Budapest, Nr. 15, 1929.
 Eugen Davida † (1884—1929). M. Lenhossek.
 Ueber Vorkommen der Hymenolepis nana (H. fraterna) in Ungarn. P. Lörcincz.
 2607. Ueber Asphyxie und das weitere Schicksal der in Asphyxie geborenen Frucht. St. Liebmann.
 Ueber die Heilbehandlungluetischer Erkrankungen des Nervensystems mit Tryparsamide. W. Gonda.
 Ueber Wirkung des Nebennierenextraktes auf das Blutbild. St. Pelláthy und J. Fernbach.
 Ueber Fälle tabetischer Spondylosen. J. Kopárl.
 Entgegnung auf den Artikel E. Tovölgyis Ueber die Entstehung der Kehlkopftuberkulose. J. Safranek.
- Orvosi Hetilap** (Orv. hetil.), Budapest, Nr. 16, 1929.
 Theodor Billroths Leben und Wirken. K. von Borszéký.
 Billroth und seine Zeit. W. Manninger.
 Billroths Bedeutung für die Entwicklung der Chirurgie. H. Hüttl.
 Ueber Asphyxie und das weitere Schicksal der in Asphyxie geborenen Frucht. St. Liebmann.
 Klinische Untersuchungen mit vaterländischen Heilwässern. St. Rausch und N. Sereghy.
 Aromatische Eiweißzerfallprodukte im Stuhle des gesunden Säuglings. Z. Gulácsy.
 Ueber ein einfaches Verfahren zur Feststellung minimaler Eiweißmengen (im Liquor usw.). I. Berger.
 Die Veränderung des Phenolgehaltes im Harn bei Dyspepsien. E. Pálffy.
 Das öffentliche Gesundheitswesen im Budget. E. von Grösz.
 Antwort auf J. Safraneks Entgegnung über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose. E. Tovölgyi.
- Orvosi Hetilap** (Orv. hetil.), Budapest, Nr. 17, 1929.
 Ueber die Behandlung der Uterusblutungen durch Bestrahlung der Milz. F. Gál.
 Ueber die klinische Bedeutung der respiratorischen Gasaustauschuntersuchungen. K. Arady.
 Die Rolle der Blutplättchen und der weißen Blutkörperchen bei der Thrombenbildung. E. Barta und M. Jakab.
 Ueber die temporäre Röntgenkastration. J. Molnár.
 Ueber Blutzucker Veränderungen während der Cholezystographie in Fällen normaler und pathologischer Leberfunktion. A. Leszler.
 Johann Sámbockys ärztliches Wirken in Ungarn im 16. Jahrhundert. St. Nagy Bálint.
 Pokalfestrede über Johann Bársony. P. Heim.
 Ueber das Budget der ungarischen Universitäten. E. von Grösz.
 Erwiderung auf E. Tovölgyis Antwort über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose. J. Safranek.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Kasanskij Meditsinskij Zurnal** (Kasan. med. Z.), Kasan, 24. Jahrg., Heft 12.
 Festschrift für Prof. V. L. Bogolubow.
 Eine einfache Methode der quantitativen Arsenbestimmung im Blute. A. N. Polakow und N. P. Kolokolow.
 Wie lange dauert die Inkubationsperiode bei Malaria? O. A. German: und A. F. Malinina.
 Ueber Pyloroduodenitiden. M. N. Tschekoboksarow.
 Kavernen und Pseudokavernen im Röntgenbilde und ihre klinische Bedeutung. R. J. Gassul.
 Appendizitis und Magenazidität. M. P. Krolewetz.

- Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei freien Hauttransplantationen in den verschiedenen Organen und Geweben. J. L. Zimches.
- Zur Frage der Wiederherstellung der Ohrmuschel in tot. W. A. Gussynin.
- Ueber konservative Operation bei akuter eitriger Osteomyelitis. J. A. Ratner.
- Zur Frage der Autohämotherapie bei entzündlichen eitrigen Prozessen. U. J. Babikow.
- Die Perthes'sche Krankheit und die Moorbildung. W. J. Rasumowski.
- Neue Modifikation der Arthrodesse des Sprunggelenkes. M. O. Friedland.
- Zur Frage der Konstitutionsbestimmung und ihre Bedeutung für die Gebärfunktion der Frau. N. N. Tschukalow.
- Ueber Hämoglobinpräzipitine. A. D. Gussew.
- Klinitscheskaja Medizina** (Klin. Med., russ.), Moskau, 9. Jahrg., 6., Heft 20 (95).
- Die Röntgenstrahlen und das vegetative Nervensystem. O. David (Frankfurt am Main).
- Ueber Funktionaldiagnostik des Herzens. E. A. Ratner.
- Bedeutung des Magenmilieus in der Pathogenese und Therapie der peptischen Geschwüre. B. P. Kuschelewski.
2661. Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Entstehung und Behandlung der habituellen Obstipationen. W. Michelson.
- Zur Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs mit Atropin. W. Iwanow.
- Zur Proteinbehandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs und Milzbrandes. F. K. Permjakow.
- Zur klinischen Physiologie des Magens. W. J. Petrow.
- Kurortbehandlung des Magengeschwürs. J. F. Lorie.
- Das klinische Bild der Distomiasis beim Menschen. G. Baischew.
- Sibirskij Archiv teoretitscheskoj i klinitscheskoj Mediziny** (Sibir. Arch.), Tomsk, 3. Jahrg., Heft 7.
- Ueber primäres Sarkom im großen Netz. R. Slobodski.
- Zur Therapie des primären Vaginakarzinoms. N. Gorizontow.
- Zur Frage der Bantischen Krankheit. L. J. Hefter.
- Valsalva-Versuch mit gleichzeitiger Blutdruckmessung als Probe zur Herzfunktion. W. A. Korowal.
- Fall von atypischer Chondrodystrophia foetalis. B. M. Scherschewski.
- Perithelioma cylindromatodes capitis. A. M. Roshdestwenski.
- Resultate mit der Sputumuntersuchung auf Tuberkelbazillen nach Devilleres. N. N. Gorew.
- Blindheit in Tomsk vom medizinisch-sozialen Standpunkt. M. N. Tarakowski.
- Zur Verbreitung des Kropfes auf dem Altai. E. K. Alexandrow.
- Wratschebnoje Djelo** (Wratsch. Djelo), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 16.
- Zur Klinik der Rogerschen Krankheit. N. A. Sokolow.
- Ueber gespaltene und überzählige Herztöne. (Schluß.) M. M. Gubergitz.
- Weitere Beobachtungsresultate über Endokarditis lenta. S. S. Mindlin.
- Die klinische Bedeutung der elastischen Fasern im Sputum bei Lungentuberkulose. F. Primak.
2715. Der Einfluß kleiner Alkoholgengen auf die Magensekretion. J. S. Schucher und A. S. Lipmanowitsch.
- Die Bedeutung der röntgenoskopischen Magenuntersuchung für die Anlegung der Gastroenterostomie. A. P. Gridnew.
- Intrauterine Manipulationen bei unerkannter Extrauterin gravidität. G. Ambratow.
- Schwankungen des Blutzuckers nach Arsonvalisation der Lebergegend. M. O. Arinstein und A. O. Rubinstein.
- Beiträge zur Pharmakologie des Bulbus scillae maritimae und seines Olykosids Skillaren. B. N. Dubinskaja.
- Berufshautaffektionen. J. A. Lubinski.
- Zur Methode der tuberkulösen Morbiditätsfassung. M. J. Karliner.
2639. Die Beurteilung des Einflusses kohlensaurer Bäder auf das Herz vermittelt Elektrokardiographie. P. G. Batschewer.
- Diätetik im Moorkurort. S. A. Finkelstein.
- Asphyxiebehandlung mit Lobelin. N. J. Wiadykin.
- Ein seltener Fall von Diaphragmakrämpfen. L. A. Frank.
- Matérische Reaktion bei akuten Infektionen. E. J. Latzink.
- Ueber die sechste Krankheit. P. A. Byrejew.
- Wratschebnaja Gaseta** (Wratsch. Gaset'a), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 21.
2631. Klärung der Aetiologie des Scharlachs an Gewebekulturen in vitro. G. D. Belonowski.
- Ueber nicht zusammenpassende physikalische Prozeduren. N. Sletow.
- Wir operieren viel zu spät! J. Rasdolski.
2725. Lipidämie und Cholesterinämie bei der Grippe. J. N. Jackson.
- Die Behandlung der Furunkulose mit Sulfur iodatum. R. J. Lapidus.
2739. Ueber katatonische Kontrakturen. J. B. Galant.
- Zur Kasuistik der „paradoxalen“ Lähmungen bei Schiefwunden des Gehirns. J. N. Dmitrijew.
- Fall von Gehirntrauma. A. N. Sebold.
2586. Fall von eigenhändig ausgeführten 8 Aborten. M. F. Kamajew.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

2544.

Samkowski, J. G., **Oleum chaulmoograe in der Therapie des Trachoms**. (Z. Augenheilk., April 1929.) Der Verfasser behandelte 22 Fälle von Trachom mit von Delanoë zuerst angewandtem und von verschiedenen Autoren empfohlenem Oleum chaulmoograe. Seine Resultate unterscheiden sich wesentlich von denjenigen der anderen Autoren, und er findet, daß die Einreibung von indifferenten Mitteln — 2% Borsäurelösung oder Vaselineöl — beim Trachom und seinen Komplikationen (Pannus und Ulcus corneae) dieselben günstigen Resultate geben wie die Behandlung mit Oleum chaulmoograe. Die erzielten guten Resultate mit Oleum chaulmoograe. Die erzielten guten Resultate mit Oleum chaulmoograe sind nicht auf seine spezifische Wirkung gegen Trachom zurückzuführen, sondern hängen von der Intensität der Einreibung sowie ihrer Dauer und Häufigkeit ab.

Hurwitz, Berlin.

2545.

Hallerbach, G., **Ueber Kapillarveränderungen am Nagelfalz bei Keratitis parenchymatosa**. (Z. Augenheilk., April 1929.) Durch die Mitteilungen Enroths angeregt, untersuchte Hallerbach die morphologisch-funktionellen Veränderungen der Hautkapillaren am Nagelfalz bei 23 Fällen von Keratitis parenchymatosa mit positiver WaR. Dabei fand er im Entzündungsstadium meistens Kaliberschwankungen, Knäuel- und Wurzel- und Sproßbildungen, Einstülpungen von Schaltstücken und mehrfache kapillare Blutungen. Beim Abklingen der Entzündung dagegen verschwanden diese Veränderungen in einigen Fällen ganz, in einigen nur teilweise. Der Verfasser sieht dies alles als eindeutige Stigmata in diagnostischer Hinsicht an und folgert daraus mit Elschnig u. a., daß die Keratitis parenchymatosa nicht nur als ein lokales und nur durch die

Spirochäte bedingtes Leiden aufzufassen ist, sondern daß hierzu noch eine vorübergehende Bereitschaft des Organismus kommen muß.

Hurwitz, Berlin.

2546.

Mezzatesta, Francisco, **Seröse Meningitis und ihre okulären Symptome**. (Policlinico, sez. prat., 26., 16.) (Univ.-Augenklinik, Rom.) Bei der akuten Form der serösen Meningitis sieht man regelmäßig flüchtige Paresen der Augenmuskeln. In dem vielgestaltigen Bild der chronischen Form bieten die Symptome seitens des Auges einen sicheren diagnostischen Stützpunkt: Störungen des Muskelgleichgewichtes mit Parese des dritten, vierten und sechsten Paares sowie Konvergenzstörungen. Heterophorie (Endo- oder Exophorie), die durch prismatische Linsen von 1 bis 5° korrigiert werden kann. Die Heterophorie wechselt bei ein- und demselben Patienten sowohl bezüglich des Grades wie auch des Vorkommens sehr stark. Ferner findet man Nystagmus und schließlich auch mehr oder weniger transitorische Diplopie. Visus im allgemeinen normal, seltener leichte Verschlechterung; Nebelsehen, auch Reduktion des Visus bis auf $\frac{1}{10}$, die sich aber nach der Lumbalpunktion prompt bessert, manchmal Amblyopie des einen Auges. Gesichtsfeldstörungen, Hemianopsie, Vergrößerung des Mariotteschen Fleckes, Oedema papillo-retin. Die Therapie besteht in Lumbalpunktion, die zur Restitutio ad integrum der Funktion des Sehapparates führt. Differentialdiagnostisch wichtig ist das gänzliche Fehlen oder nur ein ganz geringer Grad von Störungen neurologischer Natur.

Ashkenasy, Wien.

Bakteriologie und Serologie

2547.

Samson, K., **Zur Frage der praktischen Verwertbarkeit bluthaltigen Liquors**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21.) Auszählung

der Erythrozyten eines bluthaltigen Liquors im Verein mit der Anstellung der Normomastixreaktion und der Eiweißreaktion lassen gemeinsam eine Verwertbarkeit dieses Liquors zur Diagnostik in den weiten Grenzen möglich erscheinen, wenn man über Kurven und Tabellen der Beziehung dieser drei Daten zu einander bei normalem Liquor verfügt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2548.

Meirowsky, E., Der gegenwärtige Stand der Frage eines Entwicklungskreises der Spirochaeta pallida. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 22, 1929.) Von einer ganzen Reihe von Autoren sind im Laufe der Jahre die zuerst von Meirowsky erhobenen, von E. Hoffmann immer noch angezweifelte Befunde bestätigt worden, aus denen hervorgeht, daß das Treponema nur eine Phase aus dem Entwicklungskreise des Syphilisvirus ist. Das Vorspirochätenstadium wird von granulären, fast ultramikroskopischen Granula gebildet. Es entwickeln sich daraus die seitlichen oder endständigen Knospen und Dolden, aus denen dann neue Spirochäten entstehen. Diese Stadien sind an lebenden und fixierten Präparaten, und zwar unabhängig von der angewandten Technik, nachweisbar; es handelt sich dabei keinesfalls um Anlagerungen, Plasmolyse, Protoplasmaschädigungen.

Ernst Levin, Berlin.

2549.

Straszyński, A., Zur Serologie der kongenitalen Lues. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 22, 1929.) Die serologischen Verhältnisse von Mutter und neugeborenem Kinde können in ihren gegenseitigen Beziehungen sehr wechselnde Befunde darbieten; die WaR. kann bei beiden positiv oder bei beiden negativ oder bei der Mutter negativ, beim Kinde positiv sein, in welchem Falle es jedoch fraglich ist, ob nicht mangelhafte Technik vorlag. Am häufigsten findet man positive WaR. der Mutter neben negativer des Kindes, also anscheinend gesunde Kinder (falls auch klinische Erscheinungen fehlen), die erst nach einiger Zeit Erscheinungen aufweisen. Wie festgestellt werden konnte, besitzen jedoch neugeborene Kinder eine serologische Unreife, es fehlen ihnen normale Antikörper und komplementbildende Stoffe. Fällt also bei neugeborenen Kindern die WaR. positiv aus, so muß man annehmen, daß sie passiv von der Mutter auf das Kind übertragen sind. Aus diesen Verhältnissen erklärt sich auch die bei Neugeborenen öfter zu beobachtende Tatsache einer negativen WaR. neben manifesten klinischen Erscheinungen. Die normalen serologischen Verhältnisse beginnen gewöhnlich nach dem dritten Monat sich zu entwickeln und sind gegen den neunten Monat beendet. Findet sich bei Kindern wassermannpositiver Mütter eine negative WaR., so ist also mangels klinischer Erscheinungen eine mehrmonatige Beobachtung notwendig; sie dürfen auch nicht von gesunden Ammen gestillt werden, bevor nicht mit Sicherheit festgestellt ist, daß sie frei von Syphilis sind.

Ernst Levin, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

2550.

Thomas, W. Fred., Zur Behandlung des traumatischen Hirndrucks mit Traubenzuckerlösung. (Zbl. Chir., Nr. 10, 1929.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung des traumatischen Hirndrucks Injektion von 50% Traubenzuckerlösung intravenös. Man kann auf einmal 100 bis 200 ccm ohne Schaden injizieren. Diese Behandlungsmethode hat 1925 ein bekannter amerikanischer Hirnchirurg, Peet, angegeben und hat damit gute Resultate erzielt; so hat sich diese Behandlung ziemlich weit in den Vereinigten Staaten eingebürgert. 14 Fälle von traumatischem Hirndruck wurden vom Verfasser mit recht gutem Erfolg auf diese Weise behandelt. Kurze Zeit nach der Injektion trat auch bei den schweren Fällen eine wesentliche Besserung sowohl der subjektiven wie der objektiven Beschwerden ein. Man kann überall in den Fällen die Traubenzuckerinjektion anwenden, wo man den Hirndruck oder das Hirn-ödem herabsetzen will.

Die Wirkung der hypertonischen Traubenzuckerlösung, durch die der Hirndruck herabgesetzt wird, kann durch osmotische Druckveränderungen erklärt werden.

Walter Grossmann, Berlin.

2551.

Diez, Julio, Das Makinsché Symptom der Herzgeräusche beim arteriovenösen Aneurysma. (Prensa med. argent., 15., 32.) (Chirurgische Klinik, Buenos Aires.) Das Makinsche Zeichen, welches im Jahre 1919 als Symptom von arteriovenösen Aneurysmen nach Schußverletzungen beschrieben worden ist, ist verhältnismäßig häufig bei Kranken mit Aneurysma spurium oder Aneurysma arteriovenosum zu finden. Es besteht in einem systolischen Geräusch, das an der Herzspitze oder der Basis des linken Ventrikels zu hören ist. Eine vorübergehende Ausschaltung der Zir-

kulation im Aneurysma läßt das Geräusch vollkommen verschwinden. Beim Aneurysma spurium ist das systolische Herzgeräusch intensiver als das Geräusch über dem Aneurysma selbst zu hören. Beim Sitz eines arteriovenösen Aneurysmas in den unteren Extremitäten ist nur am Herzen das Geräusch zu hören; beim Sitz des Aneurysmas in den oberen Extremitäten hört man das Schwirren über dem Sitz der Läsion, während die Auskultation am Herzen kein Geräusch ergibt. Die Intensität und Frequenz des Geräusches sind inkonstant: in der Ruhe verschwindet es, um gewöhnlich bei Aufnahme der Tätigkeit wieder zu erscheinen. Verfasser nimmt nun auf Grund seiner Untersuchungen an, daß dieses Geräusch nur damals als durch ein Aneurysma verursacht angesehen werden darf, wenn es nachzuweisen gelingt, daß es unmittelbar von demselben fortgeleitet wird, da es sonst als ein von der Mitrals kommandes funktionelles Geräusch anzusehen ist.

Ashkenasy, Wien.

2552.

Siebner, M., Erfahrungen mit Varizenbehandlung, insbesondere der perkutanen Umstechung nach Schede-Kocher. (Dtsch. Z. Chir., 215., Heft 1/2.) Bei den mit perkutaner Umstechung nach Schede-Kocher behandelten Varizenträgern wurde in 40% Heilung erreicht. Nur in besonders ausgewählten Fällen mit umschriebenen dicken Venenerweiterungen wurde die Totalexstirpation nach Madelung vorgenommen, die allerdings bei der Auswahl des Materials wesentlich günstigere Heilungsbedingungen ergab. Bei den nach Schede-Kocher behandelten Fällen, die Rezidive bekamen, war die Beschwerdefreiheit der Kranken trotz ihrer Rezidive auffallend. Die Injektionsbehandlung mit hochprozentigen Kochsalzlösungen und Varikokalorese hat sich gut bewährt. Bei außerordentlich großen und starken Krampfadern wurde vor der Injektion die Vena saphena magna am Foramen ovale unterbunden oder reseziert.

E. Göhrbandt, Berlin.

2553.

Hammesfahr, C., Eine mechanische Unterstützung des peripheren Kreislaufs zur Verhütung von Thrombosen. (Zbl. Chir., Nr. 8, 1929.) Verfasser beschreibt einen Apparat, bei dem mittels eines sich rhythmisch füllenden und entleerenden Luftkissens, das ein Körperglied umhüllt, die periphere Blutzirkulation wesentlich gefördert wird. Auf diese Weise wird der Thrombosegefahr vorgebeugt. Auch torpide Geschwüre aus schlecht durchbluteten Extremitäten werden günstig beeinflusst.

Walter Grossmann, Berlin.

2554.

Jansen, H., Bemerkungen über Ulkusrezidive nach Magenresektionen. (Arch. klin. Chir., 154., 3.) (Chirurg.-propädeutische Universitätsklinik, Smolensk [Rußland].) In Anbetracht der Tatsache, daß das Ulcus pepticum jejunum als schwerste Nachkrankheit nach Gastroenterostomie in 5 bis 34% der Fälle auftreten kann, wurden andere Operationsmethoden wieder aufgenommen oder neu ersonnen, die das Ulkusrezidiv ausschalten sollten. Die Resektionsmethoden traten in Wettstreit mit der Gastroenterostomie; aber auch diese modernste chirurgische Ulkusbehandlung nach den Methoden Billroth I und II bleibt nicht frei von Rezidiven im Sinne des Ulcus pepticum jejunum. Doch scheint das Rezidiv nach Resektion seltener aufzutreten als nach Gastroenterostomie. Die besten Ergebnisse gab nach der bestehenden Literatur die Magenresektion nach Billroth I. Am günstigsten von den Gastroenterostomien liegen die Verhältnisse noch bei der Gastroenterostomia retrocolica posterior, doch wird auch hier die peptische Verdauung nicht unterdrückt, und es sind daher die Bedingungen für die Bildung eines Ulcus pepticum jejunum gegeben. Ungünstiger liegen die Verhältnisse bei der vorderen Gastroenterostomie mit Braunscher Anastomose. Besonders ungünstig liegen die Verhältnisse bei Raffung oder Verschuß des Pylorus. Physiologisch betrachtet ist dagegen die Methode nach Billroth I in der Form der Antrumresektion die denkbar günstigste Resektionsmethode des Ulkususmagens. Doch auch sie bietet Ulkusrezidive. Verfasser führt dies darauf zurück, daß die Antrumresektion zu gering und unvollständig war, daß Seidenfäden im Ulkusgrunde sich fanden, daß das Pankreas mitgefaßt wurde. Einige der Fälle sind als falsche Rezidive nach Haberer und Zoepffel aufzufassen, da sie schon vor der Operation unbemerkt im Duodenum bestanden. Verfasser kommt zu der Schlußfolgerung, daß die Methode nach Billroth I eine nahezu absolute Garantie vor Ulkusrezidiven gibt, daß die Methode nach Billroth II nicht vor Ulcus pepticum jejunum schützt, daß eine unvollständige Antrumresektion nach Billroth II ein schwerer technischer Fehler ist, da eine solche Operationsmethode günstigste Verhältnisse für die Entstehung eines Ulcus pepticum jejunum bildet.

E. Mühsam, Berlin.

2555.

Batzdorff, Erwin, Gefahren und Nutzen der Probeexzision. (Bruns Beiträge z. kl. Chir., 146., Heft 2.) Die Gefahren

Bei der Probeexzision sieht Verfasser zunächst in der Infektionsmöglichkeit und in der schnelleren Ausbreitung des Tumors. Es ist zweifelsohne richtig, daß, wie Verfasser es auch an in der Literatur mitgeteilten Fällen beweist, im Anschluß an Probeexzisionen schwerste Infektionen, ja sogar solche mit tödlichem Ausgang, beobachtet worden sind. Es ist nicht richtig, der Probeexzision als solcher den Vorwurf für diese Infektion zu machen. Selbstverständlich ist bei einem verjauchten oder ulzerierten Tumor die Gefahr vorhanden; sie wird sich aber bei nötiger Asepsis auf ein Minimum beschränken lassen. — Bei der Ausbreitung des probeexzidierten Tumors verhalten sich die einzelnen Tumoren ganz verschieden. Das Organ, an dem wohl am häufigsten Probeexzisionen vorgenommen werden, ist die Mamma. Bei krebsartigen Erkrankungen der Brustdrüse wird recht häufig ein starkes Wachstum des Primärtumors beobachtet, so daß man wohl von einer besonderen Empfindlichkeit der Mammarkarzinome sprechen kann. Die Erklärung ist in der außerordentlichen Dichte und Verzweigung des Lymphgefäßsystems zu suchen, das zur Zeit der Probeexzision mit Krebszellen erfüllt ist, die sich nach Eröffnung in das Gewebe ergießen und dort eine diffuse Aussaat zur Folge haben können. Auch bei Karzinomen der Mundschleimhaut muß mit außerordentlicher Vorsicht probeexzidiert werden, da, wie die Erfahrung lehrt, auch diese Geschwülste zu einem außerordentlich schnellen Wachstum nach der Probeexzision neigen. Karzinome der Zunge müssen wie die der Mundschleimhaut behandelt werden. Ganz ungeeignet zur Probeexzision sind die bösartigen Geschwülste des Felsenbeins. Auch bei Probeexzision aus der Blase wurde gewöhnlich eine rasche Metastasierung oder Aussaat festgestellt. Probeexzisionen aus malignen Strumen werden zweifelhaft bewertet. Die Erfahrungen der Breslauer Universitätsklinik deuten darauf hin, daß kein über die Norm hinausgehendes Wachstum der Geschwulst zu entstehen scheint. Verhältnismäßig wenig oder gar nicht reagieren die Karzinome der Speiseröhre und des Rektums auf die Probeexzision. — Bei den Sarkomen ist noch eine weitere Gefahr besonders zu berücksichtigen, das ist die Gefahr der Blutung aus der Probeexzisionsstelle. Die Blutung kann, besonders bei weichen Tumoren, häufig einen bedrohlichen Zustand annehmen. — Auch bei der Ausübung der Probeexzision können bei nicht exakter, nicht genügender oder falscher Entnahme Gefahren entstehen. Nur dem, der Erfahrung in der Geschwulstlehre hat, soll es vorbehalten bleiben, Probeexzisionen zu machen. Er wird die richtige Stelle in genügender Ausdehnung zur Sicherung der Diagnose herausfinden und nicht durch ungenügende oder gar falsche Entnahme Veranlassung zu einer Fehldiagnose geben. — Es ist außerordentlich wertvoll, daß Verfasser auf ein enges Zusammenarbeiten zwischen dem Chirurgen und dem Pathologen hinweist. Nicht der Pathologe, sondern der Chirurg soll bei der Probeexzision die Verantwortung tragen. Der Chirurg hat den Pathologen zur klinischen Beurteilung mitheranzuziehen oder ihn so weit zu informieren, daß er nicht nur vor der bedrückenden Aufgabe steht, aus einem Stückchen Gewebe irgendeine Diagnose zu stellen. Sollte trotz einmaliger Entnahme mit negativem Befunde der Verdacht einer Malignität weiterbestehen, so ist eine nochmalige Probeexzision nicht nur gerechtfertigt, sondern Erfordernis. Eine Probeexzision kann uns im Stich lassen und muß deshalb unter gegebenen Bedingungen wiederholt werden. — Die Urteile über den Einfluß einer Probeexzision auf die nachfolgende Bestrahlung sind noch nicht einheitlich. Große statistische Uebersichten scheinen aber doch darauf hinzuweisen, daß der Probeexzision auf die nachfolgende Bestrahlung keine wesentliche Rolle zuzuschreiben ist. E. Gohrbandt, Berlin.

2256.

Beswerschenko, A. P., **Traumatische Neurome.** (Zbl. Chir., Nr. 8, 1929.) Verf. kam an Hand von Experimenten an 20 Hunden zu dem Resultat, daß die beste Methode zur Verhütung von traumatischen Neuromen diejenige von Fedoroff sei. — Diese Methode besteht in Bestreichung und Einspritzung von Acid. carbol. liquef. in das Ende des zentralen Nervenabschnittes.

Walter Grossmann, Berlin.

2257.

Kraas, Ernst, **Die Indikationen zur operativen Behandlung der doppelseitigen Nephrolithiasis.** (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 146., 2. Heft, S. 319.) Die doppelseitige Nierensteinerkrankung nimmt im Vergleich zum einseitigen Nierenstein insofern eine Sonderstellung ein, als bei der doppelseitigen Nephrolithiasis die Rezidivzahl eine auffallend hohe ist. Da die operativen Resultate häufig unbefriedigend sind, so sind die operativen Maßnahmen möglichst einzuschränken. Die absolute Indikation zur Operation ist nur bei Anurie, bei Urämie oder einer septischen Pyonephrose gegeben. Unter den Operationen sieht Verf. in der Pyelotomie, der Operation, die am gewebsschonendsten ist, die Operation der Wahl.

E. Gohrbandt, Berlin.

2258.

Santos, Pitanga R., **Die Diathermie- und Dilatationsbehandlung der entzündlichen Rektumstenosen.** (Folha med., 10., 11.) Verf. berichtet über sehr gute Erfolge, die er durch folgende Behandlungsmethode erzielte: Seitenlage des Patienten, Einführung eines Hegarschen Dilators in das Rektum, der gerade passiert und der mit einer Elektrode des Diathermieapparates verbunden ist: Allmähliche Einschaltung des Stromes bis auf 1,5 A., manchmal sogar bis 2—2,5 A. durch 10 Minuten, nach deren Ablauf eine stärkere Nummer des Hegars eingeführt und der Strom für weitere 10 Minuten bis auf 1,5 A. eingeschaltet wird. In einer Sitzung können auch drei Dilatorstärken appliziert werden. Wenn man bei Einhaltung von zweitägigen Intervallen bis zur Nummer 15 des Hegars anlangt, wird in der folgenden Sitzung zuerst die zuletzt gebrauchte Stärke, nach 10 Minuten die nächsthöhere eingeführt. Nach Ausschaltung des Stromes wird in Knieellenbogenlage des Patienten das Rektoskop eingeführt und lokal eine 5 prozentige Methylenblaulösung instilliert. Während der Diathermieapplikation wird beim Wechsel der Dilatoren innerhalb einer Sitzung auch die Seitenlage des Patienten geändert. Bei narbigen Veränderungen kann man meistens nur bis zur Nummer 25 heraufgehen, bei entzündlichen dagegen ist es möglich, den vollen Satz der Hegardilatoren anzuwenden. Die Passage der Stenose darf nie mit Gewalt erzwungen werden; nicht selten ist man gezwungen, wegen der heftigen Schmerzreaktionen, die die Behandlung auslöst, nur eine Nummer während einer Sitzung zu applizieren, die auch in den folgenden Sitzungen solange durch eine höhere Nummer nicht ersetzt werden darf, bis sie nicht die Stenose schmerzlos passiert.

Ashkenasy, Wien.

2259.

Rostock, Paul, **Die Resorptionsfähigkeit des menschlichen Kniegelenkes bei verschiedenen Krankheitszuständen.** (Dtsch. Z. Chir., 215., 1./2. Heft, S. 76.) In 100 Fällen von Kniegelenksergüssen verschiedener Herkunft wurde die Ausscheidung einer ins Gelenk injizierten Jodnatriumlösung bestimmt. Es erwies sich dabei, daß Stärke, Dauer und Resorptionsgeschwindigkeit bei den verschiedenen Grundkrankheiten verschieden sind. Bei akut entzündlichen Ergüssen, besonders bei Empyemen, geht die Resorption schnell vonstatten und erlangt in den ersten Stunden höhere Werte, als es bei aseptischen Ergüssen der Fall ist. Bei Blutergüssen ist, abgesehen von dem Alter, in frischen Fällen eine Frühresorption festzustellen, die bald hohe Werte erreicht, während sie bei älteren Ergüssen in gleichmäßiger Stärke bis zur achten Stunde nachweisbar ist. Aus diesen Versuchen gewinnt Verf. den Eindruck, daß bei sämtlichen akuten Stadien die Resorptionsfähigkeit des Blutergusses größer ist als in älteren Stadien. Die verlangsamte Resorption bei älteren Fällen wird der Synovialis zur Last gelegt. Es wird vorgeschlagen, in derartigen Fällen durch Arthrotomie das chronische Stadium in ein akutes zu verwandeln, um die Resorptionsbedingungen zu verbessern.

E. Gohrbandt, Berlin.

2260.

Haagen, Wilhelm Wolfgang, **Ueber „Bleivergiftung nach Steckschüssen“.** (Dtsch. Z. Chir., 215., 1./2. Heft, S. 39.) Die Diagnose der Bleivergiftung bei Steckschüssen wird aus der Anamnese, dem klinischen allgemeinen Eindruck und den Kardinalsymptomen (Bleisaum, Basophilie, Bleinachweis in den Sekreten usw.) gestellt. Da die Bleivergiftungserscheinungen erst verhältnismäßig spät aufzutreten brauchen, sollte man durch regelmäßige Nachuntersuchungen dem Vorkommen von Bleivergiftungen Einhalt zu bieten versuchen. Gerade für die Nachkriegszeit muß mit dem vermehrten Vorkommen von Bleivergiftungen gerechnet werden. Bereits im Anfang der Vergiftungssymptome, auch wenn einzelne Kardinalsymptome fehlen, soll die unverzügliche Entfernung des Geschosses vorgenommen werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

2261.

Sowles, H. K., **Lungenkomplikationen nach 300 Operationen.** (New England J. Med., Nr. 19, 1929.) Es handelt sich um die Lungenkomplikationen, die in den ersten 72 Stunden nach der Operation auftreten. Spätere sind meist durch Embolie oder Infarkt bedingt. Frösteln während der Operation, auf dem Transport dazu oder in der Rekonvaleszenz sollte streng vermieden werden. Das Wärmecentrum ist durch das Anästhetikum und durch den Operationsschock außer Balance; der Patient kann seine normale Wärme nicht halten und ist für Erkältung sehr empfänglich. In ganz bestimmter Beziehung steht die Art der Operation zu den Lungenkomplikationen: indirekt wirken die Bewegungsstörungen der oberen Abdominal- und Interkostalmuskel und die sekundäre Begrenzung der Zwerchfellbewegung. Der chirurgische Schock ist im oberen Abdomen größer (mehr Nerven und Blutgefäße). Hier kommen bei Operationen etwa 12—13% Lungenkomplikationen vor, bei Beckenoperationen 4—5% und bei Extremitätenoperationen etwa 2%. Alter und Geschlecht spielen weniger eine Rolle als der allgemeine

Gesundheitszustand und die Ernährung, deshalb ist auch in allgemeinen Hospitälern mit mehr Patienten der ärmeren Klassen die **Komplikation** häufiger. Ebenso sind schon bestehende **Lungenaffektionen** von Bedeutung. Man hat der hohen Spinalanästhesie vorgeworfen, daß sie die Nervenfunktion in der Doralregion stört und so Bronchopneumonie hervorrufen kann. Aus all diesen Theorien kann man schließen, daß in gewissen Teilen der Lungenperipherie eine Verminderung der Expansion und Kontraktion eintritt, eine Zirkulationsverlangsamung, Kongestion, Oedem, Verlegung der Bronchiolen. Dazu kommt ein Reiz durch das Anästhetikum, durch einen Reflex oder eine schmerzhaft-einschränkende Respiration, das Sinken des Druckes durch Blutverlust, Lage, Schock und die schädigenden Einflüsse des Wärmeverlustes: Ansiedlung von Bakterien, Pneumonie. Die Maßnahmen haben also diese Faktoren auszuschalten. Dazu kommt noch die Erfahrung, daß trans-**versale** Inzisionen die Respirationsmuskeln weniger schädigen, daß die **Seitenlage** nach der Operation im Bett einen stimulierenden **Einfluß** auf die allgemeine und periphere Zirkulation hat, bessere **Luftzufuhr** und Ausdehnung der unteren Lungenteile garantiert und so nicht nur Lungenkomplikationen, sondern auch Thrombose und **Embolie** hintanhält. 6 Todesfälle. v. Schnizer.

2562.

Eiselsberg, A., Ueber die Verwendung von Jod vor Basedow-Operationen. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 6, S. 249, 1929.) Die präoperative Jodbehandlung bei Basedow-Patienten ist als eine wertvolle Bereicherung der chirurgischen Behandlung des Morbus Basedowi und der thyreotoxischen Zustände anzusehen. Eiselsberg läßt jeden genuinen Basedow, unabhängig von der Höhe der Grundumsatzsteigerung, mit Lugolscher Lösung nach Plummer vorbereiten. Auch basedowifizierte Strumen, bei denen die Jodverabreichung länger als drei Monate zurückliegt, werden, wenn auch meistens kürzer (3 bis 4 Tage), mit Lugol vorbereitet. Bei den verschiedenen Formen von Hyperthyreosen mit geringer Grundumsatzsteigerung ist die Entscheidung schwieriger, jedoch führten die Erfahrungen mit den Patienten dieser Art dazu, auch hier grundsätzlich die Jodvorbereitung zu versuchen. E. Kontorowitsch.

2553.

König, F., und E. Stahnke, Lokalanästhesie oder Narkose bei Schilddrüsenoperationen. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 6, S. 250, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik, Würzburg.) Beim nicht als oxisch erkannten Struma ist die örtliche Betäubung (nicht als paravertebrale) als die bevorzugte Methode zu bezeichnen, und für oxische Strumen ist zur Zeit die Aethernarkose mit Pernoktonvorbereitung die harmloseste Methode. Was die Rektal- und Gasnarkose anbelangt, so sind diesbezüglich noch keine genügenden Erfahrungen vorhanden. Es ist wohl anzunehmen, daß sie bei weiterer Erforschung gerade für die Operation eines Strumas von sehr großem Werte sein können. E. Kontorowitsch.

2564.

Glaser, Gerhard, Ueber die Inhalationsnarkose mit Apparat nach Ombrédanne. (Med. Klin., Nr. 20, 1929.) (II. chirurg. Abtlg. des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) Bei dem Narkoseapparat nach Ombrédanne dienen als Narkotikum Aether in nur geringen Mengen und die Kohlensäure der Atemluft des Patienten. Die Ombrédanne-Narkose hat gegenüber der Aethertropfnarkose verschiedene Vorteile: Die Patienten verhalten sich schon im ersten Stadium der Narkose auffallend ruhig; das Exzitastadium erscheint gegenüber der Aethertropfnarkose bedeutend verabgesetzt. Die bei der Narkose verbrauchte Aethermenge ist äußerst gering, nie über 100 g. Die Handhabung der Narkose ist sehr einfach, ihr Verlauf komplikationslos. Verfasser hält das Verfahren nach Ombrédanne für geeignet, auch in praktischen Arztreisen angewandt zu werden. L. Gordon, Berlin.

2565.

Ribeiro, Leonidio, Das Problem der Anästhesie. (Folia med., 10., 12.) Verf. weist auf die Gefahren der Aetherinhalation und der Lumbalanästhesie hin und empfiehlt die Applikation von Lachgas zu Narkosezwecken. Unter den zur Verwendung kommenden Apparaten für die Lachgasnarkose hat sich ihm am besten derjenige amerikanischer Erzeugung bewährt. Ashkenasy, Wien.

2566.

Ettore, Enrico, Betrachtung über 170 Fälle von Beckenfrakturen. (Arch. di Ortop., 44., Heft IV.) Die große, mit über 100 Abbildungen geschmückte Arbeit gibt eine monographische Uebersicht über das ganze Gebiet der Beckenfrakturen. Genaue statistische Angaben ergeben unter sämtlichen Frakturen die Häufigkeit der Beckenfraktur zu 2,38%, davon wiederum 24% Brüche der Darmbeinschaukel, 4,11% Brüche des Os ischion, 3,52% des Os pubis, 5,2% des Kreuzbeins. In 65,3% handelte es sich um Brüche mit Unterbrechung des Beckenringes. Am häufigsten sind die doppelten

Vertikalbrüche, etwas weniger häufig die Brüche der Pfanne, fast um die Hälfte seltener die Brüche des vorderen Beckenringes, und nur in 6 Fällen fanden sich Brüche des hinteren Beckengürtels. Weitaus die häufigsten Verletzungen befelen Maurer und Bauarbeiter. Die Dauer der Gehunfähigkeit schwankte zwischen wenigen Tagen bis zu 8 Monaten. Die Voraussage der Teilbrüche am Becken ist im allgemeinen günstig, die der Totalbrüche wechselt sehr nach dem Grade der Verlagerung. Die schlimmsten Unfallfolgen bleiben zurück nach doppelseitiger Vertikalfaktur, bei den Luxationen im Sakro-Iliakgelenk und nach Durchbrüchen des Hüftkopfes durch die Pfanne. Während in den meisten Fällen die Behandlung sich auf Bettruhe und Kompressionsverbände beschränken kann, sind Eingriffe unbedingt notwendig in den Fällen, wo Verlagerungen größeren Umfanges vorhanden sind. Bei allen Querbrüchen des Kreuzbeines sowie bei den zentralen Pfannenluxationen sind Repositionsmanöver mit Zug und Gegenzug in Narkose unumgänglich. Ueber alle Details siehe die Originalarbeit. Debrunner, Zürich.

2567.

Bade, Peter, Endresultate unblutig behandelte angeborene Hüftverrenkungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 878.) Die seit dem Jahre 1900 eingenenkten und als geheilt entlassenen Fälle sind einer Nachuntersuchung unterzogen worden; als Endresultat werden folgende Gruppen aufgestellt: 1. Anatomisch und funktionell ideal geheilte Fälle. 2. Funktionell ideal geheilte Fälle, bei denen das Röntgenbild mehr oder minder starke Abweichungen vom normalen Hüftgelenk aufweist. 3. Fälle, die absolut normalen Gang zeigen; die aber nach größeren Anstrengungen leichte Beschwerden haben. Hier zeigt das Röntgenbild stärkere Veränderungen im Hüftgelenk, besonders Coxa-vara-Bildung, Inkongruenz zwischen Kopf und Pfanne, so daß der Kopf nicht voll von der Pfanne umfaßt wird, aber guten Halt in der Pfanne hat. 4. Fälle, bei denen die ursprüngliche Pfanne sich erweitert hat und ein stark mißgebildeter Kopf in dieser erweiterten Pfanne steht (reluxierte Fälle oder Fälle mit exzentrischer Pfannenbildung). Funktionell ist bei diesen Fällen das Resultat oft sehr gut. 5. Schlechte Endresultate bei doppelseitig eingenenkten älteren Fällen zwischen 5 und 10 Jahren, bei denen starke Kopideformierung bis zum völligen Schwund, Ankylosen, Schlotterknie eingetreten waren. Arnold Hirsch, Berlin.

2568.

Kappis, Max, Erfahrungen über Knochenbrüche und deren Behandlung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 868.) (Städtisches Krankenhaus I, Hannover.) Besprechung der Knochenbruchbehandlung der Glieder, wobei je nach dem betroffenen Knochen und der Lage des Falles Zug-, fixierende oder (möglichst primäre) operative Behandlung empfohlen wird. Arnold Hirsch, Berlin.

2569.

O'Connor, S., Traumatische Subastragalar-Arthropathie. (New England J. Med., Nr. 19, 1929.) Eine vorläufige Mitteilung. Ursache meist ein Fall auf harten Boden mit gradliniger Landung auf den Füßen. In unkomplizierten Fällen bestehen Schmerzen in der Ferse- und Köchelgegend, sehr vorsichtiges Gehen namentlich auf unebenem Boden mit Schmerzen. Die Untersuchung ergibt Schwellung an Ferse und Knöchel, starke Empfindlichkeit bei tiefem Druck auf die Subastragalargrube und seitlich längs der Gelenklinie. Hammerperkussion der Ferse ist nicht pathognomonisch wegen der Quetschung der Weichteile dort. Erheben des Ballens ist unmöglich, der Versuch sehr schmerzhaft. Ebenso laterale Bewegung des Fußes. Differentialdiagnose: die verschiedenen Frakturen dort sind durch Röntgen auszuschalten. Dann Verstauchung, chronische Synovitis der Peronealsehnscheide, Ruptur des Tibiofibulargaments. Eine Verstauchung heilt in einigen Wochen, während dieses Leiden monatelang dauern kann. Behandlung: Immobilisierung, Vermeiden von Belastung. Physiotherapie. v. Schnizer

2570.

Ferrero, V., Die Epicondylitis humeri. (Arch. di Ortop., 44., Heft IV.) Der Verfasser bringt Kasuistik und weiß keine neuen Wege der Behandlung aufzuweisen. Damit bleibt die ärztliche Einstellung recht unbefriedigend. Debrunner, Zürich.

2571.

Giuliani, Giovanni, Ueber die Behandlung und über die Fernresultate der Kniegelenkstuberkulose. (Arch. di Ortop., 44., Heft IV.) In diesem Aufsatz wird für den Gipsverband zur Ruhigstellung des erkrankten Gelenkes neuerdings nachdrücklich die Stimme erhoben. Das dürfte um so mehr interessieren, als die Arbeit aus einem mit Sonne gesegneten Lande stammt (Zivilspital Venedig), wo man für die Heliotherapie überaus günstige Verhältnisse vor-

finden würde. Bei schweren Formen von Tumor albus spricht der Verfasser seine Zufriedenheit über radikale operative Methoden aus. Debrunner, Zürich.

2572.

Lussana, Stefano, Beitrag zur Behandlung des hochgradigen Klumpfußes. (Arch. di Ortop., 44., Heft IV.) Bei schweren Fällen, wie die im Bilde gezeigten, läßt sich eine Korrektur ohne blutige Eingriffe nicht erreichen. Dies immer wieder festzustellen, ist eine recht nützliche Pflicht der Kasuistik.

Debrunner, Zürich.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2573.

Givatoff, G. K., Die biologische Orientierung in der modernen Gynäkologie. (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 4, 1929.) Unter dem Einfluß der Biologie auf die Gynäkologie hat die Behandlung der Frauenkrankheiten sich beträchtlich geändert. Die physikalisch-therapeutischen Methoden haben sich sehr entwickelt und die chirurgische Behandlung bei Erkrankungen des Genitaltrakts wird immer geringer. Die konservativen Methoden, wie Röntgentherapie, die Diathermie, die Schlammbäder, die Klimatotherapie, Protein-, Autohämotherapie, Vakzinothérapie etw., werden häufiger angewendet. — Die ganze moderne Therapie hilft dem Kranken in seinem Kampfe gegen den Krankheitsprozeß; der Arzt muß vor allem seine Aufmerksamkeit auf die Individualität des Kranken richten, auf seine Biologie und seine Pathologie. — Die biologische Richtung in der Gynäkologie darf trotzdem nicht auf die Spezialisierung verzichten; im Gegenteil, die Spezialisierung kompliziert sich noch dadurch, daß die Methoden der Diagnostik und der Therapie immer in den Händen des Spezialisten sein werden. Jeder Arzt muß Spezialist sein in bezug auf die Methoden der Untersuchung und der Behandlung, aber er muß dem Kranken als Therapeut entgegentreten; die dazu nötigen Überlegungen müssen die des Biologen sein.

Rudolf Katz, Berlin.

2574.

Gaschke, R., Betrachtungen über den spezifischen und unspezifischen genitalen Fluor. (Zbl. Gynäk., Nr. 24, 1929.) Mit großer Berechtigung wird vom Verf. darauf hingewiesen, daß die leider so oft verordneten Spülmethode in der Behandlung des spezifischen und unspezifischen Fluors keinesfalls immer ihren Zweck erfüllen. Die Spülungen befördern zwar die eitrigen und schleimigen Sekrete nach außen, aber die entzündungswidrige und heilende Einwirkung ist meist von zu kurzer Dauer. Aus demselben Grund kann auch die Tamponbehandlung, die sich meist teerhaltiger Präparate bedient, auf die Dauer nicht befriedigen. Der Stäbchenbehandlungsmethode haftet dieser Nachteil nicht an. Vor allem empfiehlt Verf. die Anwendung der Spumanstäbchen. Spuman vermag bei seiner Lösung kolloidale Schaumkörper zu bilden, die aus Kohlensäure bestehen und das im Stylus enthaltene wirksame Agens, Protargol, Arg. mitr. usw. in feiner verteilter Form in die feinsten Buchten und Falten der Scheimhäute hineinzutragen vermögen. Postgonorrhöische Katarre werden durch Spuman pur. in vorzüglicher Weise beeinflusst, ebenso unspezifische Vaginal- und Urethralentzündungen. Für die Erosionsbehandlung wird besonders auf den Gebrauch von Spuman c. Ichthyol. ammon. hingewiesen. Die oft und erfolgreich erprobte Anwendung der Spuman-Styls bei spezifischem und unspezifischem Fluor lassen das Präparat für den Gebrauch in der täglichen Praxis besonders wertvoll erscheinen.

Schwab, Hamburg.

2575.

Frankl, Oskar, Zur Pathologie und Klinik des Tubenkarzinoms. (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Verf. berichtet über die Untersuchungen von 12 sicher primären Tubenkarzinomen, die im Verlauf von 20 Jahren in der I. Wiener Frauenklinik vorkamen. Davon waren 4 primär doppelseitig. Von den einseitigen waren 5 auf der rechten, 3 auf der linken Seite lokalisiert. Bei den meisten Fällen handelte es sich um daumendicke und laterale Anschwellungen. Die Symptome des Fluors konnten neunmal konstatiert werden, einmal echter Hydrops tubae profluens. Lose Karzinombröckel wurden zweimal im Uterus gefunden. Die Auffassung der meisten Autoren, daß der papilläre Charakter zuerst auftritt, dann der alveoläre, besteht zu Recht. Bezüglich der Ausbreitungsweise kommt sowohl die lymphatische Propagation in den Uterus, die Ovarien, die Appendix, in Lymphdrüsen in Frage, als auch Implantationsherde am Peritoneum, besonders im Douglas, am Uterus, an der Flexur und an der Oberfläche des Ovariums, auch Ausbreitung per continuitatem und contiguitatem. Ein vom Verf. berichteter Fall ist bereits über 6 Jahre geheilt, einer seit 2 Jahren bei einer Pat. mit bestem Wohlbefinden, so daß Verf. bei dieser letzteren auf Heilung

hofft; die übrigen Fälle sind alle an Rezidiv gestorben. Die Nachbestrahlung verlängert das Leben entschieden.

Rudolf Katz, Berlin.

2576.

Tikonadze, J., Die Resultate der Behandlung der Retroversio uteri mit dem Verfahren von Doléris-Gilliam. (Gynec. et Obstétr., 19., Nr. 4, S. 321.) Auf Grund der Publikationen und auf Grund seiner eigenen Erfahrungen hält Verf. die Retroversio Operation nach Doléris-Gilliam (abdominale Fixation der Ligamenta rotunda) für technisch sehr einfach und ungefährlich für die Kranken. Die Operation kann sowohl im Alter der Fortpflanzung, wie im Klimakterium, bei der mobilen und der fixierten Form der Retroflexio zur Anwendung kommen, und gibt befriedigende Resultate in anatomischer und funktioneller Beziehung. Sie gibt sehr wenig Rezidive, weil man für die Fixation den festesten Teil des Lig. rotundum nimmt und als Stützpunkt den sehnigen Teil des M. rectus, der sehr widerstandsfähig ist, oder die Aponeurose. Der Uterus bleibt infolgedessen genügend beweglich und wird nur wenig aus dem Becken emporgehoben; Darmstörungen werden nach dieser Operation nicht beobachtet; die Schwangerschaft kann einen ungestörten Verlauf nehmen. Zur Prolapsbehandlung ist die Operation wenig geeignet.

Rudolf Katz, Berlin.

2577.

Smith, Graves und Pemberton, Prolaps. Eine Studie über 683 Fälle, die zwischen 1875 und 1928 am Free Hospital for Women, Brookline, behandelt wurden. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) 683 Fälle von ausgesprochenem Uterusprolaps wurden von vielen Seiten her durchforscht, wobei besonderer Nachdruck gelegt wurde auf den wirksamsten Typ der operativen Behandlung, wie er sich durch langdauernde Erfolge erkennen läßt. 26 Frauen waren niemals schwanger gewesen, 19 hiervon waren verheiratet. Der Prozentsatz der Sterilität unter allen Fällen war sehr gering, 1,05%. Die durchschnittliche Kinderzahl unter den verheirateten Patientinnen war 3,92. Vorfallesymptome begannen in 27,3% erst nach Eintritt der Menopause. Von den anderen hatten 20,9% etwas abnormale Menstruation, aber in keinem Falle war dies ein gewichtiges Symptom. Normale Entbindungen wurden bei 45,3% verzeichnet; 54,7% hatten eine bis neun instrumentelle Entbindungen. Die Prolapsymptome begannen nach der ersten Geburt (2 Wochen bis 45 Jahre später) in 152 Fällen = 23,3%. Ueber Urininkontinenz, gewöhnlich nicht sehr bedeutende, wurde von 31,3% der Kranken geklagt. Daß der Zustand dieses Vorfalles diese Klasse von Patientinnen nicht ernstlich zu belästigen scheint, zeigt der Umstand, daß 72,5% die Symptome länger als 2 Jahre gehabt hatten, und daß 41,2% die Unbequemlichkeit 5 bis 48 Jahre ertragen hatten, bevor sie sich in Behandlung begaben. Der Prolaps war ein totaler in 14,6% der Fälle. 80 Kranke = 11,6% erhielten keine operative Behandlung. Eine Betrachtung der Endresultate ergibt, daß unter den Fällen, in denen eine unvollständige plastische vaginale Operation und abdominale Suspension (in der Regel nach Olshausen) vorgenommen waren, etwa 70% anatomische Heilungen und etwa 75% symptomatische Heilungen waren. War die vollständige elastische Operation und abdominale Suspension vorgenommen worden, so war in 80% anatomische, in 84% symptomatische Heilung zu verzeichnen. Unter ananatomischer Heilung wird verstanden vollständiges Fehlen von Rektozele, Zystozele oder Prolaps der Zervix unter deren normales Niveau im Becken. Bei den vollständigen Operationen machte es keine deutliche Differenz in den Resultaten, ob eine einfache Suspension nach Olshausen, ein Ventrofixation, eine einfache supravaginale Hysterektomie oder eine Hysterektomie mit Fixation des Zervikalstumpfes vorgenommen war, obwohl die Resultate etwas besser waren nach Hysterektomie mit Suspension des Zervikalstumpfes. Vollständige Rückfälle ereigneten sich in 3–6% der Fälle, Teilrückfälle in etwa 15%. In Fällen, bei denen 2, 3 oder sogar 4 Operationen ausgeführt waren, gab es 69,2% endgültiger Heilungen. Die operative Mortalität betrug 2,28%; in dieser Gruppe war das Durchschnittsalter 8 bis 10 Jahre höher als das Gesamtdurchschnittsalter. Trotz offensichtlich prädisponierender Faktoren (Insulte, Leukoplakien und Ulcera des Croix) hatte nur eine Patientin unter allen Fällen ein Zervixkarzinom. Gute Beckendrainage mit Abwesenheit von retinierten, chemisch veränderten, reizenden Sekreten scheint die plausibelste Erklärung für diese niedrige Karzinomzahl unter Frauen im Karzinomalter zu sein. 14 Patientinnen wurden ein- bis dreimal schwanger nach der Operation. Diese Schwangerschaften ergaben 12 Kinder, 3 Frühgeburten und 4 Aborte. Schwangerschaft nach Operation ergab in 58,3% dieser kleinen Gruppe ein vollständiges Rezidiv. 2 Frauen wurden mit Erfolg der Sectio caesarea unterzogen.

Hans Hirsch, Köln.

2578.

Bokelmann, O., Genitale Erkrankungen und Diabetes mellitus. (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Bokelmann weist erneut auf

die Zusammenhänge zwischen Diabetes mellitus, Pruritus und Kraurosis vulvae hin. Er hat genaue Blutuntersuchungen angestellt, den Blutzuckerspiegel bei diesen Erkrankungen festgestellt und konnte bei 33 untersuchten Frauen mit 26 genauen Harnuntersuchungen in 46,1 bzw. 36,3% bei Ekzema vulvae Diabetes feststellen, bei Kraurosis in 6,3%, bei Furunkulosis in 33,3%. In Wirklichkeit wird man aber bei genauer Untersuchung dieser Erkrankungen auf weit höhere Prozentzahlen und wahrscheinlich für das Ekzema vulvae auf 60%, für die Kraurosis vulvae auf 57% kommen. Rudolf Katz, Berlin.

2579.

v. Purjesz, Béla und Stephan Liebmann, Schwangerschaft und Diabetes. (Med. Klin., Nr. 20, 1929.) (I. med. Klinik und II. Frauenklinik der Kgl. ung. Pázmány-Péter-Universität in Budapest.) Auf Grund eines charakteristischen Falles sprechen Verfasser die Meinung aus, daß, sowohl bei Austragung der Schwangerschaft als auch bei der Geburt, mit Insulin und entsprechender Diät vom Gesichtspunkte der Mutter und des Kindes bedeutende Resultate erzielt werden können, so daß in Zukunft die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Diabetes sich bloß auf die allerschwersten Fälle beschränken müßte. Die schwangere Diabetikerin muß unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen. Die Diät der Kranken soll im allgemeinen je nach der Schwere des Diabetes festgestellt werden, wobei jedoch etwas mehr Kalorien (um 5 bis 10 Kalorien pro Körpergewichtskilogramm mehr) und höhere Eiweißdosen (1½ g pro Körpergewichtskilogramm) zu verabreichen sind. Kohlehydrate müssen in reichlicher Menge gegeben werden. Die Menge des Insulins muß so groß sein, daß die Patientin bei dieser Diät möglichst zuckerfrei bleibt. Die genaue ärztliche und diätetische Behandlung kann nur in einer Klinik durchgeführt werden. L. Gordon, Berlin.

2580.

Merriam, Coma diabeticum als Schwangerschaftskomplikation. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) Eine 36jährige Patientin, Mutter von 4 Kindern, deren Urin einen Zuckergehalt von 1,1% aufwies, erkrankte im 7. Monat an typischem Coma diabeticum mit einem Blutzucker von 330. Durch Zufuhr von Traubenzucker intravenös und Insulin besserte sich ihr Zustand. 6 Stunden nach dem Erwachen aus dem Koma gebar sie einen toten Fötus. Sie genas unter weiterer Insulinmedikation. Es kann also auch ein milder Diabetes in der Schwangerschaft plötzlich in Koma übergehen. Die Anwendung von Insulin führt unmittelbar nach der Entbindung zu einer ausgesprochenen Besserung. Der Tod des Fötus vor der Geburt verschlechtert die Prognose sehr, weil zu Lebzeiten des Kindes das kindliche Pankreas der Mutter ihn in ihrem Kohlehydratstoffwechsel hilft. Operative Entbindung im diabetischen Koma hat eine ebenso ernste Prognose wie bei Eklampsie. Hans Hirsch, Köln.

2581.

Küstner, H., und H. Siedentopf, Die Bedeutung des Kauffmannschen Versuches für die operative Gynäkologie. (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Der Kauffmannsche Versuch besteht darin, daß man der Pat. um 6 Uhr morgens, nach vorheriger Entleerung der Blase, 150 ccm dünnen, ungesüßten Tee zu trinken gibt; um 7 Uhr wird sie aufgefordert, Urin zu lassen und erhält dann wieder 150 ccm Tee; in dieser Weise wird stündlich bis 12 Uhr fortgefahren. Die Frau muß ruhig im Bett liegen und darf nichts essen. Um 10 Uhr morgens wird das Fußende durch Unterschieben von Klötzen um 25 cm erhöht. Bei positivem Kauffmann geht die Urinproduktion mit der Hochlagerung der Beine plötzlich enorm in die Höhe, um 200 bis 300 ccm, entsprechend sinkt das spezifische Gewicht des Harnes. Eine Zunahme von 40 bis 50 ccm nach der Hochlagerung kann man schon als pathologisch ansehen. In der Leipziger Frauenklinik werden sämtliche operativen Fälle vor der Operation in dieser Weise voruntersucht und dementsprechend dann mit Herzmitteln behandelt. Die Erfolge waren gut. Der Versuch ist sehr einfach und brauchbar. Vielleicht können dadurch frühzeitiger die Gefahren der Thrombose und Embolie erkannt, auch früher die Schwangerschaftstoxikosen aufgedeckt werden, auch die Frage, ob Operation oder Bestrahlung, erfährt dadurch vielleicht eine Klärung. Rudolf Katz, Berlin.

2582.

v. Rutich, E., Ueber die klimakterische Hypertonie. (Endokrinol., 3., Heft 4, S. 255/262, 1929.) Das Aufhören der Ovarialfunktion ist nicht die primäre Ursache der klimakterischen Hypertonie, sondern nur ein förderndes, eventuell ein auslösendes Moment, das in dem konstitutionell disponierten Organismus die Steigerung der Labilität des vegetativen Nervensystems und die Veränderungen der kolloidalen Reaktionen begünstigt, welche dann die anfangs intermittierende, später — wegen konsekutiver Gefäßveränderungen — definitive Hypertonie verursachen. Menformon,

Glanduovin und Glandofolin können die klimakterische Hypertonie nicht dauernd beeinflussen. E. K.

2583.

Schmid, H. H., Zur Frühdiagnose des Chorionepithelioms durch abdominale Hysterotomie. (Zbl. Gynäk., Nr. 25, 1929.) Die frühzeitige Erkennung maligner Tumoren, die sich durch das infiltrative und destruierende Wachstum des traubig veränderten Plazentagewebes nach Blasenmole kennzeichnen, ist natürlich von allergrößter Bedeutung. Bekanntlich treten in etwa 15% der Fälle von Blasenmole späterhin maligne Entartungen kleinster retinierter Molenresten im Uterus auf. Man achte daher bei vorausgegangener Blasenmole immer auf allmählich wachsende Eierstocksgeschwülste, auf Vergrößerung und Weichheit des Uterus, auf Allgemeinformen und etwaige Gewichtsverluste. Als weiteres Hilfsmittel wird bei begründetem Verdacht auf Bestehen eines malignen Tumors zur Sicherung der Diagnose die abdominale Hysterotomie und Betastung der Uteruswand von innen her empfohlen. Durch dieses Vorgehen kann die sonst zu diagnostischen Zwecken übliche Ausschabung vermieden werden, welche durch Eindrücken von Geschwulstteilchen in die Blutbahn zu der bekanntlich außerordentlich raschen Metastasenbildung Veranlassung geben kann. Schwaab, Hamburg.

2584.

Sluys, F., Die Behandlung des Brustkrebses und seiner Knochenmetastasen. (Scalpel, Nr. 11, 1929.) Die Behandlung des operablen Brustkrebses scheint aus der Zusammenarbeit der röntgeno- und radiotherapeutischen Methoden Nutzen zu ziehen, indem letztere beide mit der klassischen chirurgischen Technik verbunden werden. Der inoperable Brustkrebs, der Brustkrebs bei Kranken, die jeden chirurgischen Eingriff ablehnen, und der Krebs derjenigen Kranken, die unfähig sind, eine Operation über sich ergehen zu lassen, die Haut- und Drüsenrezidive des operierten Brustkrebses werden radiotherapeutisch behandelt. Die oberflächlichen Hautrezidive, ohne Infiltration und ohne Drüsenbeteiligung, werden mit Apparaten von geringer Dichte behandelt, nach der nun schon klassisch gewordenen Methode, um Verletzungen der Pleura und der darunterliegenden Lunge zu vermeiden. Die inoperablen Krebse und die Krebse derjenigen Frauen, die den chirurgischen Eingriff verweigern oder nicht imstande sind, zu ertragen, werden mit der äußeren Gammatherapie in großen Abständen — 4 bis 6 cm — und mit massiven Dosen behandelt. Die örtlichen und allgemeinen Reaktionen auf ausreichende Radiumdosen in großer Entfernung sind keineswegs gefahrlos; die Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden und auf die Leukozytenformel kann außerordentlich schwer sein. Die Behandlung mit Kalbsleber scheint die durch Strahlen hervorgerufene Anämie wirksam zu bekämpfen. Die durch Radiotherapie operabel gemachten Tumoren müssen operiert werden. Das Zusammenwirken der chirurgischen und der Strahlentherapie scheint das Risiko auf ein Minimum herabzusetzen und ein Maximum an Erfolg zu gewährleisten. Entfernte Knochenmetastasen, die früher als unheilbar galten und den Arzt wehrlos machten, können jetzt wirksam durch die Tiefenröntgentherapie behandelt werden. Diese Behandlung sollte immer mit Bestrahlungen der Ovarien verbunden werden; die Sterilisation der Eierstöcke scheint eine hemmende Wirkung zu besitzen auf die Entwicklung des Brustkrebses und seiner Metastasen. Held.

2585.

Siegert, Das Verhalten der uterusregenden Substanz der Meerschweinchenhypophyse nach Kastration und Röntgenbestrahlung der Ovarien. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21, S. 979.) Die Sekretion des Hypophysenhinterlappens wird, soweit sie sich auf den Genitalapparat auswirkt, durch die vegetativen Zentren des Zwischenhirns vom Ovarium aus reguliert.

Ausfall der Ovarialfunktion führt zu Herabsetzung der Hinterlappensekretion.

Die sogenannte „Röntgenkastration“ ist in ihrer Wirkung auf die Hinterlappensekretion der operativen Kastration nicht gleichzustellen. Arnold Hirsch, Berlin.

2586.

Kamajew, M. F., Fall von 8 eigenhändig ausgeführten Aborten. (Wratsch. Gaset, 32. Jahrg.) (Beratungsstelle für Frauen, Tschernjanka [USSR].) Es handelte sich um eine 35jährige Bäuerin, die bisher 12 Schwangerschaften durchmachte. Während die ersten 4 normal beendet wurden, wurden die übrigen 8 von der Patientin eigenhändig, und zwar im 2. bis 3. Monat, unterbrochen, wobei sie sich als Instrument eines Gänsekiels bediente, den sie sich tief in die Gebärmutter einführte und damit das Fruchtblatt zerstörte. Die erste solche „Operation“ verlief günstig, und die danach eingetretene Blutung und Wehen hörten nach 3 Tagen auf. Bei dem zweiten Abort, der 4 Monate nach dem ersten erfolgte, wurde die Pat. beim Einführen des Gänsekiels in die Gebärmutter

ohnmächtig. Darnach wochenlange Blutungen, heftige Schmerzen und Fieber. Obwohl sie seit dieser Zeit an dauernden Schmerzen in der unteren Bauchhälfte litt, hat die Pat. die nachfolgenden 6 Schwangerschaften abermals eigenhändig mittels eines Gänsekiels unterbrochen. Jetzt klagt Pat. über Schmerzen in der Bauchgegend und im Kreuz, Fluor sowie unregelmäßige und äußerst schmerzhaftes Menses. Bei der Untersuchung wurde Descensus uteri, Adnexitis bilateralis et Endometritis chronica vorgefunden.

E. Kontorowitsch.

2587.

Wermbter, Ferd., und Eberhard Schulze, Untersuchungen über die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn nach Zondek und Aschheim. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21.) Die Ergebnisse, welche die Autoren mit dem Zondek-Aschheim'schen Verfahren erzielten, sind so günstig gewesen, daß sie sie jetzt in zweifelhaften Fällen regelmäßig zur Differentialdiagnose heranziehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2588.

Ballin, Ludwig, Untersuchungen über die Rückbildung des gelben Schwangerschaftskörpers und zur Frage der interstitiellen Drüse. (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Auf Grund seiner ausführlichen Untersuchungen und der Zusammenstellungen der Literatur kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Der Verfall des gelben Schwangerschaftskörpers beginnt mindestens am Anfang des 2. Schwangerschaftsmonats, dem jüngsten von ihm untersuchten Graviditätsstadium. Die histologisch nachweisbare Zelldegeneration wird durch die histochemischen Fettbefunde im Sinne der Degeneration (grobklumpiger Fettausfall) erhärtet. Gleichzeitig mit dem Verfall des gelben Schwangerschaftskörpers beginnt eine immer lebhafter einsetzende Wucherung des gesamten Thekaapparates atresierender Follikel. Am Ende der Schwangerschaft findet man imponierende Thekazellenformationen; an diesen Zellen sind im Gegensatz zu dem gelben Schwangerschaftskörper niemals Zeichen der Degeneration zu erkennen. Auch der Nachweis von geringen Fettmengen spricht dafür, daß die histologisch wohl erhaltenen Thekazellen in Höchstblüte stehen. Die Zellformationen erfüllen morphologisch sämtliche Bedingungen eines Drüsenapparates, so daß man mit Recht von der interstitiellen Drüse im Sinne von Seitz sprechen kann. Der Thekazellenapparat hat daher eine Funktion in der Schwangerschaft, deren Einzelheiten jedoch bisher noch nicht gelungen ist.

Rudolf Katz, Berlin.

2589.

Burr, Neurologische Symptome bei schwangeren Frauen. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) Viele Frauen haben in der Schwangerschaft eine überempfindliche Haut. Die Reizschwelle für die Schmerzempfindung ist erhöht. Die Chorea in der Schwangerschaft ist nicht so selten. Aber die Gefahr eines Rezidivierens einer im Kindesalter durchgemachten Chorea während der Schwangerschaft ist nicht groß. Die Prognose ist ernst. Strenge Bettruhe ist nötig; Aspirin bei starken Jaktationen. Sedativa sind zweckmäßig. Bei hochgradiger Erschöpfung der Mutter kommt die Schwangerschaftsunterbrechung in Frage. Die Prognose der Schwangerschaftstetanie für die Mutter ist günstig, das Kind geht in 10% der Fälle zugrunde. Kein Epileptiker, Mann oder Frau, sollte Kinder bekommen. Eine in der Schwangerschaft offenbar werdende Epilepsie ist wahrscheinlich schon früher latent vorhanden gewesen. Die Basedowsche Krankheit und die Myasthenia gravis bessern sich merkwürdigerweise häufig in der Gravidität. Bei der Myasthenia gravis tritt nach der Geburt des Kindes der frühere schwere Zustand wieder ein. Es können in der Schwangerschaft auf toxischer Basis Aphasien, eigenartige, nicht recht erklärbare spinale Symptome und multiple Neuritiden in den Beinen auftreten.

Hans Hirsch, Köln.

2590.

Gammeltoft, S., Syphilis und Schwangerschaft. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 2.) Das Material bezieht sich auf 1290 Frauen der Universitätsklinik Kopenhagen in den Jahren 1912 bis 1926. Die Gesamtgeburtenszahl dieser Periode war 23 383. Der Prozentsatz der syphilitischen Mütter betrug demnach 5,5. Die Fragestellung umschließt: 1. die Wahrscheinlichkeit der Uebertragung der Syphilis von der Mutter auf den Fötus; 2. die Verhinderung dieser Uebertragung; 3. die Maßnahmen des Staates und der Gesellschaft, um die Ausbreitung der kongenitalen Syphilis zu verhindern. In Uebereinstimmung mit Matzenauer hat die Beobachtung gezeigt, daß die maternelle, transplazentäre Uebertragung praktisch der einzige Weg von Bedeutung ist. Weiter besteht Anlaß, anzunehmen, daß die fötale Infektion nicht vor dem vierten bis fünften Schwangerschaftsmonat eintritt. Der Fötus kann auch in späteren Stadien der Schwangerschaft und selbst während der Geburt infiziert werden. 200 Frauen, welche vor der Geburt niemals behandelt worden waren, brachten 194 Kinder mit syphilitischen

Erscheinungen bei der Geburt zur Welt. Nur 7 Kinder blieben gesund. 87 Patientinnen, welche mit Quecksilber, aber nicht während der Schwangerschaft behandelt waren, hatten nur Kinder ohne Anzeichen von Syphilis. 15 Frauen, welche mit Salvarsan vor der Schwangerschaft behandelt waren, gebaren nur 3 gesunde Kinder. 101 Mütter, welche während der Schwangerschaft mit Quecksilber behandelt wurden, gebaren nur 31 gesunde Kinder. 98 Fälle, während der Schwangerschaft mit Salvarsan behandelt, hatten hingegen 79 gesunde Kinder. 26 Patientinnen, welche vor der Schwangerschaft mit Salvarsan und während derselben mit Quecksilber behandelt waren, brachten 19 gesunde Kinder zur Welt. 7 Patientinnen, welche Salvarsan während und vor der Schwangerschaft bekommen hatten, gebaren 6 gesunde Kinder. Das Resultat scheint zu sein, daß eine nicht behandelte syphilitische Mutter praktisch immer ein syphilitisches Kind gebiert. Bei weitem die besten Resultate werden mit Salvarsan erreicht, so daß man es regelmäßig anwenden sollte. Der Urin muß jedoch in kurzen Zeiträumen untersucht werden, besonders im letzten Teil der Schwangerschaft, wenn das Auftreten von Albuminurie eine Kontraindikation sein könnte. Salvarsan verursacht andererseits nicht oft Abort. Das augenblickliche Schema der Behandlung ist im wesentlichen folgendes: Bei Patienten mit frischer Infektion in den ersten Monaten der Schwangerschaft beginnt Verfasser mit Injektionen oder Injektionen von Quecksilber, später fügt er Salvarsaninjektionen, wöchentlich eine, hinzu. Diese Behandlung wird 6 bis 7 Wochen lang fortgesetzt. Danach folgt eine Pause von einem Monat. Darauf wieder Quecksilberbehandlung bis zur Mitte der Schwangerschaft, wo eine zweite energische kombinierte Kur einsetzt. Dann wieder vierwöchige Pause, dann wieder Quecksilber allein. Kurz vor der Niederkunft wird jede Behandlung sistiert. Besonderer Wert ist auf die kombinierte Quecksilber-Salvarsankur in der Mitte der Schwangerschaft zu legen, da zu dieser Zeit wahrscheinlich der Uebergang der Spirochäten auf den Fötus stattfindet. Dieses Behandlungsschema kann selbstverständlich variiert werden. Es ist relativ zuverlässig. Boas hat 42 Privatpatienten auf diese Art behandelt, und alle erhielten gesunde Kinder. Das jüngste von ihnen ist jetzt 9 Monate alt, und keines hat nur die geringsten Anzeichen von Syphilis. Schwangere Frauen sollen behandelt werden, ob nun die Infektion lange zurückliegt oder ganz frisch ist, ob sie schon gründlich behandelt wurden oder ungenügend oder gar nicht. Auch der negative Wassermann ist nicht beweisend und sollte nicht berücksichtigt werden. Kongenitale Syphilis läßt sich nur bekämpfen durch Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft. Trotzdem ist die Seroreaktion wertvoll und sollte bei jeder schwangeren Frau gemacht werden, um evtl. eine latente Syphilis zu entdecken. Viel weniger wertvoll ist er beim Neugeborenen. Man sollte eo ipso jedes Kind einer luetischen Mutter für luetisch halten. Die übrigen Kriterien, wie Veränderungen an Nabelstrang und Plazenta und das Röntgenbild der Knochen hält Verfasser für nicht sehr wichtig. — Im Hinblick auf die Behandlung der Kinder gibt es verschiedene Ansichten. Ein Teil der Autoren fordert, daß jedes Kind syphilitischer Eltern behandelt werden soll, auch wenn es selbst weder klinische noch serologische Erscheinungen aufweist. Eine andere wählt nur solche Kinder aus, deren Mütter frische Syphilis hatten. Eine dritte Gruppe aber, und zu dieser gehört Verfasser, will nur behandeln, wenn das Kind klinische Erscheinungen oder positiven Wassermann hat. Kinder, welche beides nicht haben, soll man nicht behandeln, sondern klinisch und serologisch überwachen. Es ist sehr gut, wenn luetische Kinder Muttermilch erhalten. Sie haben eine weit geringere Mortalität als Flaschenkinder. Der einzige Fall, in dem Verf. das Stillen verbietet, ist, wenn die Mutter sehr spät infiziert wurde und das Kind noch gesund ist. — Das dänische Gesetz bedroht jene, welche sich geschlechtskrank wissen und doch verkehren, mit Strafverfolgung. Dies gilt sowohl für Verheiratete wie für Unverheiratete. Die Unterlassung der kostenlosen Behandlung in den Spitälern des Landes ist ebenfalls strafbar. Patienten, welche die Behandlung versäumen, werden polizeilich dazu angehalten und in seltenen Fällen im Spital interniert. Das Gesetz verbietet weiter, syphilitische Säuglinge von anderen als der eigenen Mutter stillen zu lassen. Eine syphilitisch verdächtige oder syphilitische Amme, welche ein gesundes Kind stillt, ist strafbar. Dänemark hat keine autorisierte Prostitution. Es wird der Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Heirat verlangt. Den Frauen wird klargemacht, wie wichtig die Behandlung in der Schwangerschaft ist. Das syphilitische Kind wird möglichst gleichzeitig mit der Mutter behandelt. Kann die Mutter nicht bleiben, so steht seit 1916 ein Krankenhaus mit 150 Betten lediglich für syphilitische Kinder zur Verfügung. In den ersten Jahren waren die meisten Patienten ältere Kinder mit Syphilis relativ langen Bestandes. Doch die ausgedehnte Anwendung der Wassermannreaktion und die innige Zusammenarbeit mit den großen geburtshilflichen Kliniken haben dazu geführt, daß die syphilitischen Kinder unmittelbar nach der Geburt in dieses Heim überführt werden. Sie bleiben hier 4 bis

5 Jahre und stehen auch noch später in ständiger Ueberwachung. Die Sterblichkeitsziffer dieser Kinder ist stark gesunken. Kinder, welche nicht sicher syphilitisch sind, bleiben in einer eigenen Abteilung des Welterhauses während ungefähr 6 Monaten in klinischer und serologischer Beobachtung. E. Kottmaier, Mainz.

2591.

Fogelson, Cholezystographie als Hilfsmittel zur Bestimmung einer Gallenblasenstauung in der Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) Während die Gallenblasendarstellung nach oraler Verabreichung von Jodeikon und Bromeikon bei Nichtschwangeren nur 20% Fehlergebnisse hatte, war sie bei Schwangeren nur in 20% erfolgreich. Der Prozentsatz von Nichtfüllungen war um so höher, je älter die Schwangerschaft war. Nach 7½monatiger Schwangerschaft wurde überhaupt kein Gallenblasenschatten mehr erhalten, obwohl 14mal der Versuch gemacht wurde. 4 Patientinnen, die im 2. und 5. Monat gute Gallenblasenschatten zeigten, ließen im 7. und 8. Monat keinen Schatten nach erneuter Testzufuhr mehr erkennen. Die Nichtdarstellung der Gallenblase in der Schwangerschaft läßt also keine Schlüsse auf eine Erkrankung der Gallenwege zu. Die Entleerung der dargestellten Gallenblasen vollzog sich in derselben Zeit wie bei nichtschwangeren Frauen. Die Reaktion auf eine Fett-nahelzeit war bei allen dargestellten Gallenblasen normal. Es besteht also keine Stase. In keinem Fall war ein mechanischer Druck des großen Uterus auf die Gallenblase festzustellen, der die Form der Gallenblase verändert hätte. Hans Hirsch, Köln.

2592.

Neumann, H. O., Schwangerschaft und Leukämie. (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Verf. fügt den 27 in der Literatur beschriebenen Fällen von Leukämie und Schwangerschaft einen neuen, von ihm selbst beobachteten Fall hinzu: 32jähr. Pat., die im 3. Monate der Schwangerschaft (ihrer fünften) der Frauenklinik in Marburg zur Unterbrechung der Gravidität wegen myeloischer Leukämie überwiesen wurde. 4½ Jahre vorher hatte sie die ersten Zeichen ihrer Erkrankung bemerkt, 2 Jahre später machte sie die 4. Gravidität durch, die Entbindung verlief glatt, dagegen stellten sich in der Nachgeburtsperiode starke Blutungen ein, die die Pat. sehr herunterbrachten. ¼ Jahr später wurde sie wegen myeloischer Leukämie in die innere Klinik aufgenommen und systematisch mit Tiefenbestrahlungen behandelt. Letzte Milzbestrahlung (elfte) nach ½ Jahren. 4 Monate später erneute Schwangerschaft und schlechtes Allgemeinbefinden. Unterbrechung der Gravidität im 3. Schwangerschaftsmonat glatt. Nach 8 Tagen Blutungen, die nicht recht stehen wollen. 4 Tage später, nach ständigen Uterustampaden, Bestrahlung mit 3311 mg E. H. Radium, danach noch immer Blutungen, Claudentamponaden, Blutungen stehen. 3 Monate später Exitus, bei starker Zunahme des Milztumors ohne weitere Blutungen. Verf. unterscheidet bei derartigen Fällen Schwangerschaft mit chronischer myelogener Leukämie, mit akuter myelogener Leukämie und mit akuter lymphatischer Leukämie. — Bei der chronischen myelogenen Leukämie kann unter günstigsten Umständen — Schwangerschaft in den ersten 2 Jahren der leukämischen Erkrankung — ein Kind ausgetragen werden ohne Gefahr für Mutter und Kind. Jede weitere Schwangerschaft sowie erste Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt der Leukämie bringt die Mutter in Lebensgefahr. Der Tod tritt oft erst einige Wochen später ein, Blutungen sind selten. Die chronische myelogene Leukämie teilt immer eine Indikation zur Unterbrechung der Gravidität dar, nicht erst, wenn eine wirkliche vitale Indikation vorhanden ist. Wünschenswert ist dabei auch eine Sterilisierung. Bei der akuten Leukämie kommt jede Unterbrechung zu spät. Eine Unterbrechung ist nur angezeigt, wenn die Möglichkeit besteht, das lebensfähige Kind zu retten. Verf. fordert vor allem ein stärkeres Zusammenarbeiten der inneren und gynäkologischen Kliniken bei derartigen Fällen. Rudolf Katz, Berlin.

2593.

Blörckenheim, Ein Fall von schwerer Schwangerschafts-anämie (Anaemia graviditatis perniciosiformis). (Acta obstetr. scand., 1., Nr. 1.) Der Verfasser beschreibt einen Fall einer schweren, an anaemia perniciosa erinnernden oder einer hämolytischen Graviditätsanämie. Er betraf eine 23jährige Erstgebärende, die im 6. Graviditätsmonat an einer Pyelozystitis litt und eine Anämie mit 20% Hämoglobin aufwies. Trotz der Behandlung mit Eisen in großen Dosen und mit Arsenik stieg der Hämoglobingehalt nicht, sondern sank im Gegenteil auf 28%, die Zahl der Erythrozyten auf 375 000, während der Färbindex sich auf 1,11 belief. Whipples Leberdiät blieb ohne Wirkung, weil die Patientin sie schwer vertragen. Da das Blutbild einigermaßen unverändert gehalten werden konnte und die Aussicht bestand, daß die Frau ein lebendes Kind bekommen könnte, da ferner die Gefahr für sie ebenso groß gewesen wäre, wenn man die Gravidität sofort abgebrochen hätte, so wurde die Einleitung des Partus praematurus auf 4 Wochen vor der errechneten Entbindungszeit aufgeschoben. Leichte Entbindung.

Keine Nachblutung. Einige Stunden nach dem Partus wurde eine Bluttransfusion vorgenommen. Der Hämoglobingehalt stieg rasch, und die Anzahl der roten Blutkörperchen erhöhte sich, so daß die Patientin 3 Monate später vollständig wiederhergestellt war und ein normales Blutbild aufwies. Das lebend geborene Kind war gewachsen und gesund. Hans Hirsch, Köln.

2594.

Husfeldt, Perniziosaähnliche Graviditätsanämie, durch Bleivergiftung hervorgerufen. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 1.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von perniziosaähnlicher Graviditätsanämie, als deren Ursache sich nach näherer Untersuchung eine akute oder subakute Bleivergiftung — nach Einnahme von Silberglätte als Abortivum — herausstellte. Die Anämie war schwer, leicht hyperchrom und wird von Ikterus und neutrophiler Leukozytose begleitet. Es traten Anfälle von Schmerzen im Epigastrium und von Uebelkeit mit Erbrechen auf. Die früher veröffentlichten Fälle perniziöser Graviditätsanämie zeigen ein sehr buntes Blutbild. Man findet sowohl echte perniziöse Anämien mit Leukopenie, relativer Lymphozytose und Thrombopenie, wie einfache hypochrome Anämien, als auch hyperchrome Anämien mit neutrophiler Leukozytose und Myelozyten. Die Aetiologie Gravidität ist oft zweifelhaft gewesen. Eine Verwechslung zwischen der letzten Gruppe und Bleivergiftungsanämien kann sehr leicht stattfinden und hat gewiß auch in einigen der früher veröffentlichten Fälle stattgefunden. Unterbrechung der Schwangerschaft ist bei den Intoxikationsanämien durch Bleieinnahme natürlich nicht angebracht, ja sogar gefährlich, da ein weiterer Blutverlust die schon hochgradig anämische Kranke sehr schädigen kann. Hans Hirsch, Köln.

2595.

Cheval, Max, Die Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe. (Brux. Méd., Nr. 22, 1929.) Die Indikationen für die Anwendung der Lumbalanästhesie in der Geburtshilfe sind noch die gleichen, wie sie schon vor Jahren ausgesprochen worden sind.

Sie kommt vor allem bei geburtshilflichen Operationen an Lungen- oder Herzkranken in Frage, sobald das Kollum erweiterungsfähig ist. Ferner in Fällen, wo die Kontraktion des Uterus der Leichtigkeit des Geburtsaktes schaden könnte wie beim tetanischen Uterus und der Frucht in Querlage. Auch bei Leber- und Nierenkranken spielt sie eine Rolle, ferner in Fällen von Eklampsie. Man kann die Lumbalanästhesie auch bei der Sectio caesarea anwenden. Abgesehen von diesen speziellen Indikationen hat die Lumbalanästhesie durchaus als Ausnahme zu gelten, um so mehr, als ja die Chloroformnarkose von der schwangeren Frau erstaunlich gut vertragen wird. Held.

2596.

Weymeersch, Poulain, Wodon und De Guchte-noere, Entbindungen unter Rückenmarksanästhesie. (Brux. Méd., Nr. 24, 1929.) Die Entleerung des Uterus unter Rückenmarksanästhesie ist eine interessante Bereicherung unseres therapeutischen Handelns, wenn es darum geht, im Interesse der Mutter oder des Kindes eine rasche Entbindung herbeizuführen. Die Gegenindikationen betreffen — abgesehen von den für die Rückenmarksanästhesie allgemein geltenden Einschränkungen — insbesondere infektiöse, toxische oder narbige Veränderungen des Gebärmutterhalses. Da es aber schwierig ist, sich der Unversehrtheit des Kollums zu versichern und eine mögliche Hypertonie des Uterinmuskels vorauszusetzen, muß die Methode auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, wo zwar eine künstliche Entbindung erforderlich ist, die Umstände jedoch die Anwendung chirurgischer Methoden nicht gestatten. Held.

2597.

Vogt, E., Ueber den Ausbau des geburtshilflichen Dämmer-schlafes mit Pernokton. (Zbl. Gynäk., Nr. 24, 1929.) Neuere Untersuchungen über den geburtshilflichen Dämmer-schlaf mit Pernokton, der wegen der häufig beobachteten hochgradigen Erregungszustände von vielen Seiten Ablehnung erfahren hat, haben ergeben, daß als Optimum der Wirkung und Verträglichkeit die Kombination der intravenösen Darreichung mit der intramuskulären Zusatzdosis von 2,2 ccm in Frage kommt. Versuche einer Kombination von Pernokton mit Impletol oder Magnesiumsulfat hatten dagegen keine befriedigenden Ergebnisse. Bei Erstgebärenden, bei der Versorgung von Dammrissen und Episiotomien ist die Zugabe einer kurzen Aethernarkose, die vollkommen ungefährlich ist, empfehlenswert. Der geburtshilfliche Dämmer-schlaf, durch intravenöse Zufuhr von Pernokton eingeleitet, soll durch einmalige oder mehrfache intramuskuläre Einspritzungen nach Bedarf vertieft und verlängert werden. Grundsätzlich aber ist zu bemerken, daß die Anwendung des Pernoktons, das kein Narkotikum, sondern nur ein Schlafmittel darstellt, genauester klinischer Ueberwachung bedarf. Für die geburtshilfliche Außenpraxis ist der Dämmer-schlaf ungeeignet.

Schwab, Hamburg.

2598.

Lindén, Oskar. Die Geburtsprognose bei alten Erstgebärenden in der Hebammenlehranstalt zu Stockholm in den Jahren 1912 bis 1927. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 1.) Unter 202 Fällen von Erstgebärenden im Alter über 40 Jahren, die exspektiv behandelt wurden, fand die Entbindung bei etwa 25% schon nach 12 Stunden, bei $\frac{1}{2}$ bis $\frac{2}{3}$ der Fälle binnen 24 Stunden statt. Bei ungefähr 20% dauerte sie länger als 2 Tage. Die Entbindungen wurden in 60% spontan beendet, in 40% mit Kunsthilfe, davon in 34% mit der Zange und nur einmal, bei Steißlage, mit Kaiserschnitt. Von allen 20 087 Erstgebärenden in derselben Zeit wurde bei 7,66% die Zange angelegt. Vorausgegangener Abortus fand sich bei 40 und verfrühter Abgang des Fruchtwassers bei 85 Patientinnen, ohne daß eine bestimmte Einwirkung davon auf die Gruppen als Ganzes nachweisbar gewesen wäre, weder in bezug auf die Dauer der Entbindungsarbeit, noch auf die Prognose für Mutter und Kind. Die Mortalität für die Mütter betrug 0%, die für die Kinder 10,2%. Bei Abzug von 3 Fällen, wo die Kinder wegen Nichtausgetragenheits oder Mißbildung starben, reduziert sich die letztere Prozentzahl auf 8,8%. Für sämtliche Erstgebärenden während derselben Zeitperiode betrug die Kindersterblichkeit 3,78% bzw. 2,4%. Auf Grund der günstigen Resultate ist der Verfasser der Ansicht, daß dieselbe Art der konservativen Behandlung im großen und ganzen fortgesetzt werden sollte; diese Patientinnen sollen aber im Krankenhaus behandelt werden. Der Kaiserschnitt kann in solchen Fällen berechtigt sein, wo außer dem Leben des Kindes auch das der Mutter stark bedroht ist, wie bei Placenta praevia und Eklampsie; ferner im Interesse des Kindes bei Steiß- und abnormen Kindeslagen, und wenn das Kind um jeden Preis am Leben erhalten werden soll. In anderen Fällen soll man die Mutter nicht der größeren Gefahr des Kaiserschnittes aussetzen.

Hans Hirsch, Köln.

2599.

Mayes, Der Gebrauch von Mercurochrome als vaginalem Antiseptikum vor dem Kaiserschnitt. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) Zwei Serien von Schnittentbindungen wurden miteinander verglichen: eine, bei der Mercurochrome als vaginales Antiseptikum angewandt wurde, und die andere, bei der diese Prozedur unterlassen wurde. Bei 218 Kaiserschnitten mit Mercurochrome war die Morbidität 42,2%, im Durchschnitt 2,5 Tage pro Patientin. Die Mortalität war 3,2%, und es war nur ein Todesfall an Sepsis vorhanden. Bei 120 Kaiserschnitten ohne Mercurochrome war die Morbidität 57,6%, im Durchschnitt 3,8 Tage pro Patientin. Die Mortalität betrug 6,7%, und es gab 4 Todesfälle an Sepsis. In der Mercurochromeserie war kein Todesfall durch Infektion in den 45 Fällen mit gesprungener Blase. Dagegen gab es bei den 26 Fällen ohne Mercurochrome 2 septische Todesfälle. Ohne Mercurochrome stieg die Morbidität stark an, wenn die Wehen über 10 Stunden dauerten. Beim Gebrauch des Mittels begann die Morbidität erst nach 15stündiger Wehentätigkeit zu steigen. Ohne Mercurochrome war die Morbidität nach 15stündiger Wehentätigkeit 85%, mit Mercurochrome 55,9%. Die Bauchwunden heilten bei Mercurochromgebrauch nicht primär in 8,2%, ohne Mercurochrome in 12,5%. Das Mittel wurde auf den Damm aufgespritzt und in die Vagina in 4prozentiger Lösung instilliert. Bei den Schnittentbindungen wurde es auch in das eröffnete Uteruskavum injiziert. Beim Gebrauch von Mercurochrome hat der zervikale Kaiserschnitt nur geringe oder keine Vorteile vor dem klassischen.

Hans Hirsch, Köln.

2600.

Humpstone, Eine Uebersicht über die Kaiserschnitte aus Methodist Episcopal Maternity in Brooklyn. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) In den Jahren 1920—1926 wurden unter 7958 Gesamtentbindungen 359 klassische Kaiserschnitte vorgenommen. Die Mortalität war 4,3%, die Morbidität 35,6%. Der Anteil der Schnittentbindungen an der Gesamtzahl fiel von 4,3% im Jahre 1920 auf 3,2% im Jahre 1926. Von den 15 Todesfällen entfielen 2 auf akute Herzerweiterungen, 10 auf Infektion, 1 auf zerebralen Bluterguß, 2 auf postoperativen Schock. Von den Kindern starben 18 unreife und 4 ausgetragene, hiervon 2 Mißgeburten. Indikationen zum Kaiserschnitt waren 181mal enges Becken, 40mal Eklampsie und Präeklampsie, 15mal Blutung vor der Geburt und 123mal andere Indikationen. Unter 34 durch Sektio entbundenen Präeklampsiefällen waren 5 = 14% Todesfälle, unter 6 so entbundenen Eklampstischen waren 2 = 33% Todesfälle. Unter allen Eklampsiefällen insgesamt war die Mortalität 14%. Unter 10 Fällen von Placenta praevia war nach Sektio kein mütterlicher Todesfall.

Hans Hirsch, Köln.

2601.

Moron, Remigio Bustos. Die Beziehungen zwischen Herzaffektionen und Geburt. (Prensa med. argent., 15., 32.) (Gebäranstalt „Pedro A. Pardo“.) Die Prognose richtet sich nach dem Ausfall der Funktionsproben und der röntgenologischen Untersuchung des Herzens. Ergibt die medikamentöse Behandlung und

Durchführung einer Ruhekur bei einem dekompensierten Vitium kein Zurückgehen der Asystolie, dann kommt eine Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage. Selbstverständlich muß man bei der Prognose auch das Vorhandensein aggravierender Faktoren seitens der anderen Organe oder auch solcher sozialer Natur berücksichtigen.

Ashkenasy, Wien.

2602.

Petrone, G. Resultate der äußeren Wendung als prophylaktische Behandlung der Steißlage. (Gynec. et Obstetr., 19., Nr. 4 S. 321.) Verf. hat in einer großen Anzahl von Fällen bei Feststellung der Steißlage in der Schwangerschaft, durch äußere Wendung eine Umwandlung der Steißlage in eine Kopflage erzielt. Er ist der Meinung, daß diese prophylaktische Behandlung der Steißlage häufiger Platz greifen könnte, wenn man die schwangeren Frauen mehr dazu erzielen würde, sich häufiger dem Arzte vorzustellen, und wenn eine größere Aufmerksamkeit von seiten der Aerzte und der Hebammen stattfände. — Durch diese äußere Wendung ist es nach Ansicht des Verfassers durchaus möglich, bei der Entbindung weniger Steißlagen anzutreffen, die doch bekanntlich eine ziemlich starke Mortalität der Kinder haben und die auch für die Mutter nicht ganz ungefährlich sind.

Rudolf Katz, Berlin.

2603.

Schoening, G. Ueber die Geburt in Steißlage, besonders in Rücksicht auf die Prognose und die Behandlung. (Norsk. Mag. f. Laegevidensk., Nr. 6, 1929.) Es werden 1086 Steißgeburten unter 33355 Entbindungen der Universitäts-Frauenklinik in Oslo zusammengestellt. Die Prognose hängt ab: von dem Entwicklungsgrad, dem Gewicht, dem Kopfumkreis des Kindes, der Dauer der Entbindung vom Beginn der Wehen und dem Abgang des Fruchtwassers an, auch von einem eventuellen Vorfall der Nabelschnur, und der Art der notwendigen Anwendung der künstlichen Hilfe. Die Prognose der Mütter in bezug auf Läsionen, Morbidität, Mortalität wird besprochen. Mehr Erstgebärenden, und letztere unter 30 Jahren, werden einzeln und getrennt in Betracht gezogen. Die Sterblichkeit sämtlicher Kinder betrug 12,1%, die der ausgetragenen 10,7%, die der nicht ausgetragenen 19,8%. Unter den ausgetragenen Kindern war die Sterblichkeit bei Fußgeburten 14,4%. Vorfall der Nabelschnur kam in 6,5% vor. Der frühzeitige Abgang des Fruchtwassers war ebenso ungünstig wie die lange Dauer der Entbindung. Asphyxie wurde in 9,8% beobachtet, und zwar besonders dort, wo die Entbindung nach dem Abgang des Fruchtwassers länger als 24 Stunden dauerte. Frakturen (des Humerus, der Klavikula), Luxationen, Paresen kamen in 2,4% vor, Verletzung innerer Organe (Leberruptur) in 0,9%, intrakranielle Blutungen bei 10,2% der nicht ausgetragenen Kinder, bei 4,3% der ausgetragenen. Die durchschnittliche Häufigkeit der künstlichen Entbindungen bei Steißgeburten war 26,2%, bei Fußgeburten 60,5%. Die Zangenanlegung wird besonders angeraten; sie wurde in 12,2% ausgeführt und fast stets mit bestem Erfolg, sobald der Steiß weit genug vorgedrungen ist; sie ist beim Stand der Beckenhöhle das ideale Verfahren. Auch bei zuletzt kommendem Kopf kann man sie anwenden. Der Kaiserschnitt wird angeraten bei älteren Erstgebärenden, bei frühzeitigem Fruchtwasserabgang und bei dem Wunsch, um jeden Preis ein lebendes Kind zu erhalten.

S. Kalischer

2604.

Szathmáry, Z. Ueber die Placenta annularis. (Orv. het., Nr. 14, 1929.) Verfasser berichtet auf Grund genauer Untersuchung einer in die Gruppe der Placenta pseudozonarea externa gehörigen ringförmigen Plazenta über eine neue Ansicht, betreffs des Entstehungsmechanismus einer derartigen Verbreitung des Mutterkuchenwachstums. Er demonstriert diese Auffassung an Hand der pathologisch-anatomischen Struktur des vorgeführten Falles. Er reiht sich der Meinung an, daß die durch vorhergegangene entzündliche Prozesse verursachten Veränderungen der Uterusinnenwand auf diese Entwicklungsanomalie der Plazenta einen entscheidenden Einfluß ausüben. Diese entzündlichen Prozesse zerstören nämlich das obere und untere Segment der Uterusinnenwand, wodurch die Nidation des Eies in mittlerem äquatoriales Segment vor sich gehen muß; beim weiteren Wachstum würde sich dann durch kompensatorische Entwicklung als Ersatz der schwachen Dezidua im mittleren Teil des Uterus aus den Allantoisadern in Verbindung mit einem sich zirkulär ausbreitenden Wachstum des Chorion villosus die Placenta annularis ausbilden.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

2605.

Hofbauer, J. Deziduabildung auf der peritonealen Oberfläche des graviden Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) In einem hohen Prozentsatz findet man auf der peritonealen Rückfläche des graviden Uterus deziduale Umwandlungen der Serosa, die in einigen Fällen von Schwangerschaftstoxikose und vorzeitiger Lösung der

Plazenta besonders ausgesprochen waren. Ähnliche Veränderungen fanden sich auch an anderen Stellen des Peritoneums, wie am Netz und am Mesentrium der Appendix. Die vergrößerten Zellen, die mikroskopisch diesen Veränderungen entsprechen, ähneln sehr den Deziduaellen des Uterus. Sie stammen von Bindegewebszellen ab, die unter dem Serosaeipithel liegen. Man sieht auch alle Uebergänge zwischen diesen spindligen Bindegewebszellen und glatten Muskelfasern, so daß man annehmen muß, daß die in diesen Formationen zu findenden Muskelfasern auch von diesen Mutterzellen abstammen. An verschiedenen Stellen nimmt das Peritonealendothel epitheliales Aussehen an und bildet drüsenähnliche Einstülpungen. Wo dieses Epithel mit neugebildeter Dezidua zusammentrifft, entsteht ein Bild, das von echter Dezidua fast nicht zu unterscheiden ist. Eine sehr weitgehende Metaplasie des Peritonealendothels in Zylinderzellen in einigen Fällen von vorzeitiger Plazentalösung führt der Verfasser auf die bei dieser Erkrankung typische Blutansammlung im Peritoneum zurück. Vielleicht entstehen auch gewisse Fälle von Endometriosis auf ähnliche Weise. Als inkretorische Ursache der ektopischen Deziduaabildung, wie der Deziduaabildung überhaupt, hat wohl die Tätigkeit des Hypophysenvorderlappens zu gelten.

Hans Hirsch, Köln.

2606.

Blum, Agnes, Die Bedeutung des Geburtsgewichtes für die körperliche Entwicklung des Individuums. (Arch. soz. Hyg., 3, Nr. 5.) (Aus dem Kaiser-Wilhelm-Institut für Biologie, Berlin-Dahlem, Abteilung Correns, i. Direktor: Geheimrat Correns.) Auf Grund ihrer interessanten Untersuchungen an 6000 Albinomäusen kommt die Verfasserin zu den folgenden medizinisch-hygienischen Forderungen: „a) Die Unsitte, zur Erzielung einer leichteren Geburt durch eine bestimmte Diät das intrauterine Wachstum der Frucht beschränken zu wollen, ist energisch zu bekämpfen. b) Die Indikation für die künstliche Frühgeburt ist möglichst einzuschränken. c) Es ist ein obligatorischer gesetzlicher Schwangerschutz in Form eines Arbeitsverbotes während mindestens der letzten 4 Wochen vor der Niederkunft anzustreben, zu dessen erfolgreicher Durchführung die Gewährung eines Schwangerengeldes in Höhe des zweifachen Krankengeldes geboten erscheint. Unser Ergebnis, daß der Grad der Reife der Neugeborenen, wie er sich im Geburtsgewicht spiegelt, von deutlichem Einfluß auf deren spätere Entwicklung ist, steht im vollen Einklang mit neueren Beobachtungen der Kinderärzte, vor allem mit denen Ylppös (A. Ylppö, Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen. Ztschr. f. Kinderheilkunde, Band 24, S. 1, 1919. Derselbe, Das Wachstum der Frühgeborenen von der Geburt bis zum Schulalter. Ebenda, S. 111.) Diesen, deren Zahl zwar vom klinischen Standpunkt erfreulich groß ist, vom variationsstatistischen aber im Gegensatz zu den unsrigen nicht ausreicht, um sie über den Zufall der kleinen Zahl zu erheben, wird dadurch der Stempel der Sicherheit aufgedrückt. Unsere Beobachtungen gehen aber über die ärztlichen und anderen insofern hinaus, als sie nicht nur die ausgesprochene Unreife, sondern systematisch sämtliche Reifegrade berücksichtigen, und als sie ferner das Schicksal der verschiedenen reifen Neugeborenen bis zur Lebenshöhe verfolgen, was für den Kliniker unmöglich ist. Sie legen dabei, wie ich hoffe, dar, daß die Beobachtung am Menschen, die für den Hygieniker selbstverständlich stets die Hauptsache bleibt, nicht nur auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung, sondern auch bei anderen spezialhygienischen Fragen der Ergänzung durch das biologische Experiment bedarf.“ Die Verfasserin rechtfertigt die Folgerungen, die sie aus den an Mäusen gemachten Beobachtungen für den Menschen herleitet, folgendermaßen: „Mensch und Maus machen eine intrauterine Entwicklung durch und kommen in einem Zustand zur Welt, in welchem sie, wenn sie am Leben bleiben sollen, einer längeren Säugung und sonstigen Brutpflege (Wärmung, Reinigung) durch die Mutter bedürfen. So absonderlich es klingen mag, in unserem Fall erscheint mir eine Uebertragung der Ergebnisse auf den Menschen sehr viel eher erlaubt, als auf das der Maus im zoologischen System weit näherstehende Meerschweinchen. Denn dieses ist bei der Geburt sozusagen fast „fertig“. Es läuft bereits nach wenigen Lebensstunden mit der Mutter herum und nimmt schon am zweiten Tage an deren Mahlzeit (Grünfutter und sogar Körner) teil.“

M. Kantorowicz, Berlin.

2605 a.

Stein, Werner, Ueber Größe und Gewicht von Volksschulkindern in Freiburg i. Br. (Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr., Jahrg. 3, Nr. 6, S. 546—553.) (Aus der Universitätskinderklinik der Universität Freiburg i. Br. Vorstand: Professor Dr. C. T. Noeggerath.) Auch diese Untersuchung an 4800 Kindern aus dem Jahre 1924 zeigt den Unterschied von Gewicht und Länge zwischen den Nachkriegs- und den Kriegskindern.

M. Kantorowicz, Berlin.

2607.

Liebmann, St., Ueber Asphyxie und das weitere Schicksal der in Asphyxie geborenen Frucht. (Orvosi Hetilap, Nr. 15—16, 1929.) Nach detaillierter Besprechung der die Asphyxie verursachenden Gründe und Umstände beschäftigt sich Verfasser eingehend mit den diesen Scheintod begleitenden anatomischen Veränderungen. Er teilt seine auf der zweiten Frauenklinik zu Budapest gewonnenen 10jährigen Erfahrungen mit, nach welcher er bei der etwa 4 Prozent asphyktisch Geborenen, beinahe jede vierte Frucht daher 25 Prozent der asphyktischen Fälle verloren hat, und zwar starben dieselben unmittelbar nach der Geburt, oder innerhalb der darauffolgenden 10 Tage. Zur Behebung dieser traurigen Statistik empfiehlt er größere Aktivität bei der Ableitung der Geburt, andererseits Aenderung unserer Behandlung bei Asphyxie, hauptsächlich die Verminderung der naturwidrigen Schultzeschen Schwingungen.

E. J. László (M. U. M. Budapest).

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2608.

Hesse, Der Wert des Röntgenbildes in der Otologie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 22, S. 911.) (Univ.-Ohrenklinik, Königsberg.) Das Röntgenbild ist in der Otologie von großem Werte und sehr vielseitig, und jeder Otologe, der sich längere Zeit hindurch damit beschäftigt hat, wird es besonders bei der Behandlung akuter Mittelohrentzündungen und bei der Indikationsstellung zur Antrotomie nur sehr ungern entbehren wollen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

2609.

Friedländer, M., Behandlung juckender Dermatosen unter besonderer Berücksichtigung von Ekzebol. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 23, 1929.) Ekzebol (20prozentige Traubenzuckerlösung mit Zusatz von Strontium bromatum) stellt ein ausgezeichnetes Mittel gegen primäres und sekundäres Jucken der verschiedenartigsten Dermatosen dar. Die Behandlung erfolgt mit zwei- bis dreimal wöchentlich zu wiederholenden intravenösen Einspritzungen, im ganzen bei leichteren Fällen 3 bis 5, bei schwereren bis zu 16 Spritzen. Nebenerscheinungen (Hitzegefühl) sind nur geringgradig. Neben den Einspritzungen darf die örtliche Behandlung (Teer-, Tumenalsalben, Balnacidbäder) nicht vernachlässigt werden.

Ernst Levin, Berlin.

2610.

Durante, G., und H. Roulland, Tiefes Epitheliom der Bauchwand vom Nabel ausgehend. (Gynéc., Februar 1929.) Verfasser beobachtete einen Tumor der Bauchwand, der zunächst als Dermoidzyste imponierte. Die histologische Untersuchung zeigte, daß es sich nicht um einen Prozeß in der Cutis, sondern um einen Tumor, der von der Epidermis ausging, handelte. Die Proliferation entwickelte sich, indem sie im Zentrum epidermische Lamellen anhäufte, so daß man von wirklicher „innerer Warze“ sprechen konnte. Nach den Untersuchungen ist sehr wahrscheinlich, daß der Tumor vom Nabel ausging. Im allgemeinen sind diese Neubildungen gutartig.

Kosminski, Berlin.

2611.

Haustein, Hans, Ergebnisse der internationalen Statistik der Geschlechtskrankheiten. (Arch. soz. Hyg., 3., Nr. 6.) Auf Grund der umfangreichen Statistik kommt der Verfasser, der als bester Statistiker auf diesem Gebiet gilt, zu den folgenden beachtenswerten Forderungen: „Aus dem aus der ganzen Welt zusammengetragenen Material läßt sich nun die Frage nach der Zunahme der Geschlechtskrankheiten folgendermaßen beantworten: Sehr stark ist überall die Abnahme des Ulcus molle gewesen; demgegenüber ist bei der Gonorrhö keine, oder aber keine derartig beachtliche Abnahme zu verzeichnen; bei der Syphilis ist in den meisten Ländern eine Abnahme unverkennbar. Daß diese in Zusammenhang steht mit den nach den Kriegen in fast allen Ländern einsetzenden Krisenjahre, steht außer Zweifel. Einen wichtigen Einfluß hat aber auch das Salvarsan durch seine sterilisierende Wirksamkeit ausgeübt. Eine bedeutende Rolle für den überaus starken Rückgang des Ulcus molle, das beträchtliche Absinken der Erkrankungen an Syphilis und das viel geringere Zurückgehen der Gonorrhö spielt auch noch die Tatsache, daß die Prostitution als Infektionsquelle heute mehr und mehr in den Hintergrund tritt. Von der Prostituierten wird das Ulcus molle relativ stärker als

die Lues und diese mehr als die Gonorrhöe verbreitet (Spindler), doch da ihre Stelle jetzt mehr von der „Freundin“, dem „Verhältnis“, der „Braut“ eingenommen wird — eine Ansicht, die besonders Heller vertritt, und die mit den Anschauungen des Verfassers völlig übereinstimmt —, so resultiert aus eben dieser Verschiebung auf sexuellem Gebiete zweifellos zum Teil mit die verschiedenartig große Abnahme der einzelnen venerischen Leiden.

Noch aber können wir nicht damit rechnen, daß in so schneller Progression wie bisher die Syphilis kontinuierlich bis zum Nullpunkt abnimmt. Einen Fingerzeig hierfür geben die Stockholmer und die Kopenhagener Statistik. Abgesehen davon, daß sich naturgemäß bei absinkenden Kurven, besonders wo es sich um einen so starken Abfall handelt, Oszillationen finden (1927 waren in Kopenhagen die Zahlen wieder niedriger als 1926), werden wir bei ausgesprochener Besserung der sozialökonomischen Lage, die dem Genußleben im weitesten Ausmaße des Begriffes neue Nahrung gibt, auch mit einer gewissen Vermehrung der Syphilis wieder rechnen müssen. Doch wird, davon bin ich überzeugt, in allen Kulturstaaten, in denen die ärztlich-medizinische wie die sozialhygienische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hochentwickelt ist und mit fortschreitender Volksbelehrung auch eine zunehmende Vorsicht auf geschlechtlichem Gebiete sich entwickeln wird, diese Vermehrung stets in kontrollierbaren Grenzen bleiben, und die Syphilis wird keinesfalls das frühere Niveau erreichen. Auch die Ausrottung der Syphilis als Volkskrankheit ist keine Utopie mehr.“

M. Kantorowicz, Berlin.

2612.

Nelson, A., Leitsätze für Diagnose und Behandlung der Syphilis. (New England J. Med., Nr. 20.) In den Staaten werden jährlich über 200 000 Fälle von Syphilis gemeldet, und doch ist sie die am schlechtesten gemeldete Krankheit. Deshalb sind amtlich folgende Leitsätze herausgegeben worden für den Praktiker. Jede noch so unbedeutende Genitalaffektion, auch extragenitale, die schwer zu heilen, sind Lues verdächtig. Variköse oder chronische Ulzera, die schwer heilen, desgleichen Frakturen, Herzerkrankungen im mittleren Alter, dunkler Rheumatismus, chronische Schwäche und andere rebellische Zustände sind häufig syphilitisch. Bei jeder Gonorrhöe ist die gleichzeitige Infektion mit Lues in Betracht zu ziehen und der Patient auf diese späteren Symptome hin zu belehren. Jede Schwangere sollte daraufhin schon früh serologisch untersucht werden. Primäre Syphilis sollte nur durch Dunkelfeldbefund, positiven Blutbefund oder Konfrontation diagnostiziert werden; das Blut kann 3 Wochen u. m. nach Auftreten des Schankers negativ sein. Dunkelfelduntersuchung sollte bei jeder genitalen und suspekten extragenitalen Affektion vorgenommen werden, weil oft viele unbedeutende Affektionen sich später als Schanker ausweisen und manche klinisch als Schanker imponierenden späterhin sich nicht alsluetisch erweisen; weil harter und weicher Schanker kombiniert sein können; also bei weichem Schanker dieselben Maßnahmen wie bei Gonorrhöe; weil in manchen Gegenden weicher Schanker seltener ist. Die sekundäre Syphilis mit ihren bekannten Erscheinungen erfordert serologische Untersuchung, um die Diagnose zu bestätigen. Da um diese Zeit 100% unbehandelter Fälle positiv ausfallen, so muß bei wiederholtem negativem Ausfall die Diagnose revidiert werden. Sind Anamnese und Serologie die einzigen Argumente; so darf die Diagnose nur nach mehreren wöchentlichen und positiven Proben gestellt werden. Umgekehrt darf in diesen Fällen auch nicht eine einzige negative Probe eine Lues ausschließen. Ohne Lumbalpunktion neben den Blutproben kann bei tertiärer Syphilis (besonders Neuro-) oder später kongenitaler Lues keine vollständige Diagnose gestellt werden, so lange nicht deutliche Zeichen von Tabes, Haut, Paresen vorliegen. Lumbalpunktion sollte die Diagnose bestätigen in allen Fällen sekundärer, tertiärer, später kongenitaler Lues, in allen Fällen primärer und früher sekundärer Lues, wenn die erste Serie der Behandlung stattgefunden hat. Negativer Blutbefund bei später Lues oder behandelter früher ist keine Garantie für negative Spinalflüssigkeit. In unbehandelten oder schlecht behandelten Fällen ist die Diagnose mit allen Mitteln zu stellen: viele lügen mit Absicht, viele aus Unkenntnis. Andererseits darf man den Patienten nicht dem mentalen Schock einer positiven Diagnose unterwerfen und einer Behandlung, solange die Diagnose nicht feststeht. Hinsichtlich der Behandlung: sorgfältige allgemeine Untersuchung vor der Behandlung. Salvarsan, unkritisch gebraucht, kann gefährlich werden. Komplikationen durch Nephritis, Aneurysma, Aortitis, Myokarditis, Lungentuberkulose, Diabetes, zerebrale Thrombose, Tabes, Meningitis erfordern große Vorsicht, und namentlich bei später viszeraler Syphilis muß der Salvarsanbehandlung eine solche mit Hg, Bi und J vorausgehen. Jeder Fall muß von Anfang an als Systeminfektion behandelt werden: die Spirochäten sind 48 Stunden nach der Ansteckung im Blutstrom. Die Behandlung der primären Syphilis darf nicht be-

gonnen werden, solange die Diagnose nicht feststeht. Ebenso wenig lokale Hg-Behandlung. Hat sie aber schon begonnen, so erleichtern feuchte Verbände oder Borsalbenbehandlung das Auffinden der Spirochäten. Man muß die Hauptreaktionen auf die As-Präparate genau kennen: Idiosynkrasie (nitritoider Krisis); therapeutischer Schock (Herxheimerreaktion); gastrointestinale Symptome; Hautreaktionen (gewöhnlich Kontraindikation für weiteren As) können zu exfoliativer Dermatitis führen; Sehstörungen (Optikusatrophie!). Hg, weniger Bi machen Systemreaktionen. Wesentlich: häufige Urinuntersuchungen. Im Speziellen: Gewicht, Alter, Allgemeinzustand, Toleranz und Stadium der Lues sind die einer individuellen Behandlung zugrunde liegenden Faktoren, die der allgemeine Praktiker vor allem berücksichtigen muß. Die Salvarsanpräparate sind von Bedeutung für die primäre, sekundäre und frühe kongenitale Syphilis und nach Vorbereitung durch Hg, Bi und J auch für die Spätformen. Sufosalvarsan kann intravenös und muskulär und subkutan gegeben werden, die übrigen intravenös. Gewöhnlich besteht eine Serie aus 10 Injektionen; bei infektiösen Fällen mit Haut- oder Schleimhautaffektionen erreicht man mit 2 bis 3 Dosen wöchentlich 2 bis 4 Wochen lang ihre Nichtinfektiosität. Man beginnt mit 0,1 g und steigt bei Salvarsan auf 0,4, bei Neo- und Sufosalvarsan auf 0,6 g. Die Toleranz ist individuell verschieden. Bei Intoleranz u. U. aussetzen. Am nächsten steht Bi, besonders in Spätfällen. Es sollte aber nie das Salvarsan verdrängen, wenn dies indiziert ist und vertragen wird. Bei primärer und sekundärer Lues folgt auf eine Salvarsanserie stets eine Bi-Serie, intramuskulär. Hg kann Bi ersetzen; manche geben auch die halbe Serie Hg, die halbe Bi. Hg allein ist bei früher Lues und bei aktivem Prozeß allein per os ungeeignet. Es bereitet kardiovaskuläre Fälle für Salvarsan vor. Nach jeder Serie 2 bis 4 Wochen Pause: Wa, J ist nicht spirochätizid und bei Tuberkulose kontraindiziert. Tryparsamid kommt bei Neurosyphilis in Frage. Visuelle Störungen können vorkommen und zu Optikusatrophie führen. Der erste negative Wa bedeutet noch nicht Heilung, wie der Patient geneigt ist anzunehmen. Erst wenn ein negativer Spinal-Wa vorliegt. Dieser ist wesentlich bei Neurosyphilis und tertiären Fällen und sollte periodisch gemacht werden. Eine sorgfältige Anamnese ist auch für später von Bedeutung. 75% der Syphilis ist bei verheirateten Frauen, etwa 5% extragenital, in beiden Fällen Innozens. Etwa 25% aller Fälle kommen zwischen 15 und 25 Jahren vor.

v. Schnizer.

2613.

Menninger, W., Kongenitale Syphilis der Schilddrüse. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 2.) Der häufigere Hypothyreoidismus ist die Folge intrauteriner Intoxikation, während der Hyperthyreoidismus wahrscheinlich das Resultat der Lokalisierung eines Infektionsprozesses in der Drüse darstellt und im Gegensatz zum frühzeitig in Erscheinung tretenden Hypothyreoidismus erst in der Pubertät manifest wird. Die Schilddrüse kann pathologisch vergrößert sein, normale Größe zeigen oder selbst unternormal sein. Die Drüse ist meist härter als gewöhnlich. Einige authentische Fälle von Gummibildung werden berichtet. Mikroskopisch läßt die Drüse eine Wucherung des perivaskulären Bindegewebes in verschiedenen Graden erkennen, wodurch die Follikel komprimiert werden. Die Anordnung der Follikel wird oft gestört durch Bildung abnormen Kolloids, Zunahme und Vermehrung der Gefäße. Manchmal findet man keine Spirochäten, bisweilen sind sie in großer Zahl nachzuweisen.

E. Kottmaier, Mainz.

2614.

Simpson, V., Erkrankungen des kardiovaskulären Systems infolge erworbener Syphilis. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 2.) Die Spirochäte scheint eine besondere Affinität für gewisse Gewebe zu erwerben. Vasotrope und neurotrope Neigung ist sehr häufig, denn Syphilis des Kreislaufes und des Nervensystems sind die weittragendstenluetischen Organerkrankungen. Die Syphilis befällt zunächst das lymphatische System. Die Frühererscheinungen des Kreislaufsystems leiten sich von den Vasa vasorum und den perivaskulären Lymphräumen her. Dieluetische Perikarditis ist gewöhnlich eine Sekundärscheinung myokardischer Erkrankung, wobei die Endokarditis primärsyphilitisch sein mag. Luetische Myokarditis ist eine häufige Erkrankung. Die Aorta wird wahrscheinlich in jedem Falle generalisierter Syphilis ergriffen, welche in der Adventitia ihrer Gefäße beginnt. Zur Aortitis tritt sekundär die syphilitische Erkrankung der Klappen und verschlechtert so wesentlich die Prognose. Das Aortenaneurysma ist in nahezu 100% syphilitisch. Syphilis des Herzens und der Aorta ist eine Erkrankung des II. Stadiums der Syphilis und kommt meist im Beginn dieses Stadiums vor.

E. Kottmaier, Mainz.

2615.

Hershfield, S. Alex., M. T. Koenig, O. W. Schmid und Anny Marea Saunders, Behandlung der progressiven

Paralyse mit Sokodu. (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 10, 1929.) Die ersten Versuche, die progressive Paralyse mit *Spirochaeta morsumuris*, dem Erreger des Rattenbissfiebers, zu behandeln, wurden von Solomom in Boston unternommen, in der Hoffnung, die Nachteile der Malariabehandlung zu umgehen. Die Behandlung ist verhältnismäßig einfach und gefahrlos, die Infektion von gutartigem Charakter und durch Salvarsan leicht zu bekämpfen. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch findet nicht statt. Die Erreger der Rattenbisskrankheit leben im Blute von Ratten und Mäusen, ohne bei diesen Tieren Krankheitssymptome zu erzeugen. Meerschweinchen zeigen nach Infektion mit *Spirochaeta morsumuris* Krankheitserscheinungen, die ähnlich sind den beim Menschen auftretenden. Verfasser behandelte 72 Paralytiker mit Rattenbissfieber. Jedem Patienten wurden 0,2 ccm Blut eines mit Sp. m.-m. infizierten Meerschweinchens subkutan am Oberschenkel injiziert. Die Inkubationszeit variierte zwischen 8 und 15 Tagen. Bei der Mehrzahl der Patienten entwickelte sich an der Injektionsstelle eine mäßige Infiltration, die mitunter für einige Tage verschwand, um am 10. bis 15. Tage nach der Inokulation alle Zeichen einer aktiven Entzündung anzunehmen. Wenige Tage später entwickelte sich bei etwa 45% der Patienten ein zentrales Bläschen, welches platzte und im Laufe weniger Tage eintrocknete. Mitunter kam es nicht zur Blasenbildung, sondern zur Nekrose des zentralen Antelles der entzündeten Area, deren Durchmesser 10 bis 15 cm betrug. Fast immer zeigte die nekrotische Partie ovale Form mit einem Durchmesser von 2,5 bis 10 cm. Die regionären Lymphdrüsen waren vergrößert, zeigten aber keine Neigung zu Entzündung oder Erweichung. Begleitet war die Lokalreaktion von Muskel- und neuralgischen Schmerzen im Bereich der Extremitäten und des Rückens. Fieber trat in der Regel am 10. bis 14. Tag nach der Infektion auf. Schüttelfrost wurde nicht beobachtet. Puls und Respiration verhielten sich entsprechend der Höhe des Fiebers. Bei etwa 25% der Patienten traten Erytheme auf — gewöhnlich am Ende der zweiten Wochenach erfolgter Inokulation —, welche Stamm und Extremitäten betrafen, bei einigen wurden Papeln von bronzener Farbe beobachtet. Vergrößerung der inguinalen Lymphdrüsen fand sich bei 75%, Schwellung entfernter Lymphknoten bei 15% der Patienten. Bei einigen waren auch die Kubitaldrüsen vergrößert und derb. Alle Patienten zeigten eine der Schwere der Infektion entsprechende neutrophile Leukozytose und eine Anämie mäßigen Grades. Gerinnungszeit des Blutes war unverändert. Liquor- und Blut-Wassermann erliefen keine merkliche Veränderung. Nach Ablauf von 32 Tagen wurde jedem Patienten 0,3 Neosalvarsan intravenös injiziert. In mehr als 50% der Fälle war dies genügend, um das Auftreten weiterer Fieberanfälle zu verhindern, in den übrigen Fällen traten Komplikationen und neuerlich Fieber auf, so daß eine zweite Neosalvarsaninjektion gegeben werden mußte. Bei neun Patienten blieben die Fieberanfälle spontan aus. Von den 72 Patienten starben im Laufe der Behandlung 10, von denen aber nur 2 der Infektion mit Rattenbissfieber zur Last gelegt werden können; die übrigen starben an interkurrenten Erkrankungen. Behandlungsergebnisse: 50% der Patienten waren physisch mehr oder weniger gebessert; 20% ließen deutliche Besserung ihres geistigen Zustandes erkennen, bei 60% war kein Unterschied zwischen dem Zustand vor und nach der Behandlung zu verzeichnen, in 10% war die zuerst einsetzende Besserung von einer Verschlechterung des Zustandes gefolgt. Die Höhe des Fiebers schien ohne Bedeutung für den Grad der Besserung zu sein. Zahlreiche Patienten mit mäßig hohem Fieber zeigten eine weit deutlichere Besserung ihres geistigen Zustandes als solche mit exzessiv hohen Temperaturen.

L. Büchler, Wien.

2616.

Mackenzie, G. M., Beobachtungen über paroxysmale Hämoglobinurie. (The J. Clin. Invest., 7., Nr. 1.) (Aus der Med. Klinik des Presbyterian-Hospitals, New York.) Die paroxysmale Hämoglobinurie ist ein Symptom der Spätsyphilis und charakterisiert sich durch das Vorhandensein eines extrem labilen Autohämolyserums, das sich deutlich von der reaktiven Wassermannsubstanz unterscheidet. Eine Vereinigung des Hämolytins mit roten Blutzellen findet nur bei niedrigen Temperaturen statt, wobei kurze Abkühlung wirksamer ist als protrahierte. Das Autohämolytin und das Isohämolytin sind wahrscheinlich identisch. Daß CO₂ an Stelle von Abkühlung treten kann, wird behauptet, konnte aber hier nicht bestätigt werden.

Die künstliche Erzeugung eines Paroxysmus verursacht Hämoglobinämie mit oder ohne Hämoglobinurie, häufig einen plötzlichen Abfall an weißen Blutkörperchen, insbesondere an Polymorphkernigen, mit nachfolgender Leukozytose und Zunahme der Polymorphkernigen, mit Blutdruckerhöhung und Temperaturanstieg. Von einer intensiven antifebrilen Behandlung darf man ein Verschwinden der Symptome und des Autohämolytins erwarten, sowie die Umwandlung des positiven Wassermann in einen negativen.

Heid.

2617.

Hardesty, W. L., Lipoid-Protein-Kombination zur Behandlung der Syphilis: Eine Methode, wobei Wassermannantigen mit Protein als Unterstützung der Chemotherapie verwendet wird. (Amer. J. Syph., 13., 2.) Bei 75 Patienten aller Syphilisstadien wurde eine Lipoid-Protein-Kombination, bestehend aus Wassermannantigen und Milch, zur Unterstützung der Behandlung angewandt. Die Methode ist einfach, sicher und praktisch frei von jeder Nachwirkung. Frühzeitig fällt die Steigerung des Appetits und des Gewichts auf. 19 primär und sekundär Syphilitische wurden zu 100% als klinisch von Syphilis geheilt entlassen. Von 22 Tertiärsyphilitischen waren 12 klinisch wohl, 10 entschieden gebessert und 1 ungebessert. Von 11 Paretischen waren 36% gebessert. Die Goldsolkurve neigte zur Norm, doch blieben die anderen Liquorbefunde unbeeinflusst. Der Blutwassermann kann monatelang nach dem Verschwinden aller klinischen Erscheinungen positiv bleiben, wahrscheinlich wegen des Vorhandenseins von Lipoid-Protein oder von Antikörpern im Plasma. Die Besserung ist augenscheinlich nicht von entstehendem Fieber abhängig, da die Temperatursteigerung gering oder völlig fehlend ist.

E. Kottmaier, Mainz.

2618.

Beume, Zur Behandlung salvarsanresistenter Syphilis mit Eigenblutkombination. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 23, 1929.) Die Berechtigung der schon früher von dem Verf. zur Unterstützung der Salvarsanbehandlung empfohlenen Heranziehung der Eigenblutbehandlung wird durch den nachfolgenden Fall illustriert: Eine durch Verspätung und Unterbrechung der Behandlung salvarsanresistent gewordene Syphilis, deren klinische und serologische Rezidive auch auf kombinierte Kur nicht reagierten, zeigte ein Schwinden der Erscheinungen und Negativwerden der WaR., nachdem Pat. durch Sturz vom Pferde einen schweren Bluterguß im Knie und Fußgelenk erlitten hatte. Dieser Umschlag ist auf die Wirkung des Eigenblutes zurückzuführen, das vielleicht noch kräftiger wirkte, da es von einer 2 Tage vor dem Unfall vorgenommenen Einspritzung her mit Salvarsan geschwängert war.

Ernst Levin, Berlin.

2619.

Pelon, H., Behandlung der Syphilitiker mit Schwefelwässern. (Progrès méd., Nr. 19, 1929.) Diese in letzter Zeit etwas vernachlässigte Behandlung ist besonders indiziert, wenn die Hg- und Bi-Präparate in den gewöhnlichen Dosen schlecht ertragen werden, oder wenn massive Dosen bei As-Intoleranz, -Resistenz oder -Rezidive nötig sind und nicht gut ertragen werden. Ferner bei malignen Fällen, wenn das Nervensystem besonders bedroht ist, bei schlechtem Allgemeinzustand, wenn man rebellische Kranke von ihrer Beschäftigung und ihren gewöhnlichen Vergnügungen fernzuhalten hat, zur Befestigung des Erfolges nach lang hingezogenen Kuren und endlich bei hereditärer Syphilis und bei Kindern. Kontraindikationen: kongestive hepatische, nephritische Syphilitiker, organische, schlecht kompensierte Kardiopathen, Krebs.

v. Schnizer.

2620.

Stutzin, J. J., Zur farbigen Zystoskopie. (Med. Klin., Nr. 20, 1929.) (Urologische Abt. des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin.) Die Technik der farbigen Zystoskopie ist einfach. Auf einen Holzspatel oder dgl. tut man einen Tropfen einer Methylenblaulösung und mischt damit im Standgefäß herum, bis die Flüssigkeit hellblau bzw. blaßgrün geworden ist. Damit kann man dann wie üblich zystoskopieren. Die Vorteile der farbigen Zystoskopie bestehen in einer Steigerung der Tiefenschärfe, einer besseren Beobachtung pupillennaher Gegenstände und einer starken Verdeutlichung nekrotischer Stellen durch Imbibition und elektive Aufsaugung des Farbstoffes.

L. Gordon, Berlin.

2621.

Praetorius, G., Ueber die erstmalige Behandlung hochgradiger Harnverhaltungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 875.) (Urologische Abt. des Städt. Krankenh., Siloah, Hannover.) Die erstmalige Behandlung einer hochgradigen Harnverhaltung ist eine besonders schwierige und nicht selten eine im höchsten Grade verantwortungsvolle Aufgabe für den Arzt. Da es keine einzige Behandlungsvorschrift gibt, die für alle Formen von hochgradiger Retention genügt, wird der Versuch gemacht, dem Praktiker ein Schema an die Hand zu geben, das ihnen zu dem gerade hier so notwendigen „Individualisieren“ befähigen soll.

Arnold Hirsch, Berlin.

2622.

Boeminghaus, H., Zur Freilegung des Harnleiters im unteren (pelvinen) Abschnitt. (Arch. klin. Chir., 154., 3.) (Chir. Univ.-Klinik, Marburg.) Bei aller Würdigung und Bedeutung der konservativen Behandlung der im unteren Harnleiterabschnitte eingeklemmten Steine bleibt immer noch eine gewisse Zahl von Fällen,

in denen der Harnleiter im unteren Abschnitt operativ freigelegt werden muß. Die Meinungen über die zweckmäßigste Art der Schnittführung zur Freilegung des an der hinteren Beckenwand, in der Kreuzbeinaushöhlung und am Beckenboden verlaufenden Ureterabschnitts sind noch geteilt. Die Zugangswege zum pelvinen Harnleiter kommen von hinten und unten (vaginal), von perineal, von sakral mit Resektion des Steiß- und Kreuzbeines, von parasakral und von vorn her. An Hand von Studien an der Leiche und auf Grund von zwei Operationen, die wegen Uretersteinen im juxta-vesikalen Harnleiter ausgeführt wurden, empfiehlt Verfasser eine Schnittführung, die es gestattet, den Ureter von der Kreuzung mit den Iliakagefäßen bis zur Einmündung in die Blase auf das übersichtlichste freizulegen. Dieser Weg hat außerdem den Vorteil, im Zweifelsfalle den Ureter an der Kreuzung mit der A. iliaca als solchen einwandfrei zu identifizieren und von hier bis zur Blase nach abwärts zu verfolgen. Der Eingriff gestaltet sich wie folgt: starke Beckenhochlagerung mit Erhöhung der Beckenseite, auf der eingegangen werden soll. Der Hautschnitt beginnt seitlich unterhalb des Nabels steil verlaufend, entsprechend der Faserrichtung der Faszia des M. obliquus ext. und erreicht den lateralen Rektusrand an der Grenze des unteren und mittleren Drittels der Entfernung zwischen Symphyse und Nabel. Von hier zieht der Schnitt quer hinüber zur Mittellinie, um dann nach unten zur Symphyse abzubiegen. Besondere Vorsicht ist bei der Spaltung der Fascia transversa nötig, um das dicht anliegende Bauchfell nicht zu eröffnen.

E. M ü h s a m, Berlin.

2623.

White, Winsbury H., Ueber Anurie bei Nierensteinen. (Lancet, 216., 5514.) (St. Pauls Hospital for genito-urinary and skin-diseases, London.) Symptome: Fehlen von Harn trotz Katheterisierens längere Zeit nach spontaner Harnentleerung, toxische Symptome, wie Kopfschmerzen, Uebelkeiten, Benommenheit, schlechter Puls und Temperaturerhöhung. Schmerzen in der Nierengegend sind nicht immer vorhanden, dagegen findet man stets Druckempfindlichkeit. Die nichtoperative Therapie besteht in der Blasenentnung durch Einführung großer Flüssigkeitsmengen in dieselbe, ferner Ureterenkatheterismus. Außerdem Anregung der Nierensekretion auf diätetischem und medikamentösem Wege: Milchdiät, Digitalis, Koffein, auch heiße Packungen, Ableitung auf die Haut. Sonst operative Maßnahmen. Prognose: In 30% der Fälle tritt spontane Heilung ein. Bei plötzlichem Einsetzen der Krankheitssymptome ist die Prognose besser, als bei allmählicher Entwicklung derselben; sonst hängt sie vom Grade der Schädigung der Nierensubstanz ab.

Ashkenasy, Wien.

2624.

Görög, D., Ueber eine seltene Form von primären Uretersteinen. (Gyógyászat, Nr. 14, 1929.) Verfasser berichtet über einen 47jährigen Kranken, der seit 3 Jahren an immer wiederkehrenden, mit Blutharnen verbundenen Nierenbeschwerden litt und der unter gesteigerten Erscheinungen von Anämie und Kachexie existierte. Der Sektionsbefund ergab als Todesursache Hypernephroma malignum und metastatische Herde, von welchen er besonders jene der Schädelknochen, einen an der Stelle einer spontanen Fraktur des Schenkelknochens, sowie jene der Hals- und Bauchlymphdrüsen und des Pankreaskopfes hervorhebt. Als Nebenerscheinung traten neben der Einmündung des linken Ureters 4, je 10 bis 15 mm lange, 2 bis 3 mm breite und 1 bis 1½ mm dicke Steinplättchen auf, und es gelang auch im oberen Drittel des rechten Ureters drei ähnliche Steine aufzufinden. Nach dem Ergebnis der mit größter Genauigkeit vorgenommenen Färbungs- und mikroskopischen Untersuchungen bestanden diese primären Uretersteine aus oxalsaurem Kalzium, wobei ihre Struktur den Entstehungsmechanismus auch deutlich erkennen ließ: sie waren das Ergebnis von auf abgestorbenem Gewebe und entzündlichen Zellen sich niederschlagsmäßig ausbreitenden sklerotischen Prozessen. Bei diesem Falle ist es besonders interessant, daß in der Aetiologie dieser primären Uretersteine eine sich auf Grund von Hypernephrom und Hämaturie ausbildende Pyelitis und Urethritis fungierte. Bezüglich der Form der Inkrustation war es bemerkenswert, daß der Stein trotz seiner Größe (eine lange, bis zur Hälfte beider Ureter reichende röhrenförmige Gestalt) in vivo weder das Urinieren noch die Ureterkatheterisierung, indem er das Katheter neben sich leicht durchgleiten ließ, hinderte.

E. J. L á s z l ó, Budapest.

Hygiene

2625.

Finkelstein, L. O., und R. A. Wilfand, Reaktion von Dick und Kuhpockenimpfung. (Z. Kinderheilk., 47., Heft 3 u. 4.) (Physiol. Abteilg. des Instituts f. Mutter- und Kinderschutz in Kiew.) Die Kuhpockenimpfung wirkt nach den Untersuchungen der

Verfasser insofern auf den Ausfall der Dickschen Reaktion, als vorher negative Reaktionen positiv werden können. Die positive Dicksche Reaktion erscheint am 16. Tage nach der Kuhpockenimpfung und hält einige Monate lang an. Verfasser meinen, daß die Hypothese von Moro über Parallergien auch auf das gegenseitige Verhältnis zwischen Kuhpockenimpfung und Dickscher Reaktion erweitert werden kann.

Beck, Tübingen.

2626.

Grandi, Domenico, Beitrag zur Krebsstatistik in Italien. (Polichinico, sez. prat., 36., 15.) Im Vergleich zu anderen Staaten gehört Italien zu den vom Karzinom weniger heimgesuchten: eine geringere Krebsmortalität weisen nur Japan, Spanien, einige kleinere nordamerikanische Staaten und Ungarn auf, während z. B. die schweizerische Krebsstatistik eine doppelt so große Mortalität verzeichnet. Unter den italienischen Städten zeigt Mailand eine höhere Sterbeziffer an Krebs als Berlin, Wien und Kopenhagen; Rom nimmt in dieser Beziehung eine Mittelstellung ein, während Neapel und Palermo durch die geringste Krebssterblichkeit unter den Großstädten sich auszeichnen.

Ashkenasy, Wien.

2627.

Hadda, S., Nimmt die Krebssterblichkeit zu? (Bruns Beitr. z. kl. Chir., 146., Heft 2.) Wie auch von anderer Seite, so konnte für Breslau festgestellt werden, daß die Krebssterblichkeit in den letzten 20 Jahren in Wirklichkeit nicht, sondern nur scheinbar zugenommen hat. Diese scheinbare Zunahme beruht auf der Zunahme der durchschnittlichen Lebensdauer, wodurch eine Verschiebung in der Altersgruppierung zugunsten des höheren Alters entstanden ist. Die Krebssterbestatistiken zeigen, daß nur die Beziehung auf die Altersgruppierung von Wert ist und daß man nicht nur nach hohen Sterblichkeitsziffern urteilen darf. Um die Frage nach der Zunahme der Krebssterblichkeit beantworten zu können, muß nach völlig einheitlichen Gesichtspunkten statistisch gearbeitet werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

2628.

Rott, F., Die Frühsterblichkeit. (Arch. soz. Hyg., 3. Jahrg., Nr. 6.) Der Verfasser nennt die Frühsterblichkeit nur die Sterblichkeit der ersten Lebenswoche. Ihre Bekämpfung liegt deshalb auf dem Grenzgebiet zwischen der Geburtshilfe und Kinderheilkunde, mehr aber auf dem erstgenannten Gebiet. Der Verfasser empfiehlt, weniger Aufmerksamkeit auf die Ausgestaltung der Anstalten zu lenken als auf rein wirtschaftliche und sozialhygienische Schwangerenfürsorge. Vor allem ist festzustellen, welchen Anteil die Frauenarbeit in dem Ursachenkomplex der Frühsterblichkeit hat. Es ist überhaupt vom Geburtshelfer zu verlangen, eine genaue Ursache festzustellen. Jedenfalls müssen die Feststellungen nach einheitlichen Plänen erfolgen.

M. Kantorowicz, Berlin.

2629.

Krutzsch, G., Notwendigkeit und Grenzen des Zwanges in der Tuberkulosebekämpfung. (Z. Tbk., 53., 6.) Trotz vielfähriger Vorbereitungen ist das Reichstuberkulosegesetz noch immer nicht in Erscheinung getreten. Folgende wichtigen Punkte verdienen in dem Gesetz als besonders dringend festgelegt zu werden: 1. die gesetzliche Meldepflicht für jeden Fall von ansteckungsfähiger Tuberkulose und des Verdachts auf eine solche; 2. die gesetzliche Verpflichtung des ansteckungsfähigen Tuberkulösen und seiner Umgebung, sich der Untersuchung und Weiterbeobachtung durch die zuständige ärztliche Stelle zu unterziehen; 3. die gesetzliche Verpflichtung sämtlicher Angehörigen bestimmter Berufe zu regelmäßigen ärztlichen Nachuntersuchungen (Lehrer, Erzieher, Berufe der Krankenbehandlung und Krankenpflege, Dentisten, Friseure, Lebensmittelbranche u. a.); 4. die gesetzliche Verpflichtung der Öffentlichkeit, für ansteckungsfähige Angehörige dieser Berufe ausreichend zu sorgen, wenn ihre zeitweilige oder dauernde Entfernung aus dem Beruf im Interesse der gefährdeten Allgemeinheit gesetzlich erzwungen werden muß; 5. die gesetzliche Möglichkeit, gegen die Ausnahmefälle rücksichtsloser Unheilerbarkeit oder gar Böswilligkeit tuberkulöser Seuchenträger mit der Androhung der Zwangsasylie vorzugehen und nötigenfalls streng durchzuführen; 6. die gesetzliche Möglichkeit, im Interesse der gefährdeten Umgebung nötigenfalls die Schweigepflicht zu durchbrechen und vor der Seuchengefahr zu warnen, besonders wenn es sich um rücksichtslose oder böswillige Seuchenträger handelt.

Zwerg, Coswig.

2630.

Kruchen, C., Beitrag zur Frage des praktischen Wertes der Heilstättenkuren bei Lungentuberkulose. (Z. Tbk., 53., 6.) Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Heilstättenkuren kommt in erster Linie als objektives Maß die Arbeitsfähigkeit in Betracht. Von den Heilstättenpfleglingen waren nach 6 bis 8 Jahren noch

87,5% erwerbsfähig, von den von Fürsorgestellten Betreuten hingegen nur noch 36,3%. Von den Heilstättenpfleglingen lebten nach dieser Zeit noch 92,6%, von den Fürsorgepfleglingen dagegen nur noch 49%. Hiernach sind die Heilstättenerfolge also wesentlich besser als die Erfolge der Fürsorgestellten, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß das Heilstättenmaterial sich aus den leichteren und prognostisch günstigeren Fällen rekrutiert. Von 149 prognostisch günstig beurteilten Heilstättenfällen aus den Jahren 1920 bis 1922 sind im Laufe von 6 bis 8 Jahren nur 3 gestorben, bei 142 wurde auch im Jahre 1928 die Prognose als günstig bezeichnet. Von den 1920 bis 1922 günstig beurteilten Fürsorgepfleglingen sind nach 6 bis 8 Jahren fast die Hälfte gestorben, und es konnte im Jahre 1928 nur noch bei 53% die Prognose als günstig bezeichnet werden.

Zwerg, Coswig.

Infektionskrankheiten

2631.

Belonowski, G. D., Klärung der Aetiologie des Scharlachs an Gewebskulturen in vitro. (Wratsch. Gaseta, 32. Jahrg., Nr. 21.) (Bakt. Abt. d. Instituts für Fortbildung der Aerzte, Leningrad.) Bei der Züchtung in vitro weißer Blutzellen gelingt es, die charakteristischen Veränderungen des Blutes, welche in vivo beim Scharlach beobachtet werden, nämlich Leukozytose, intensive Eosinophilie und frühzeitiges Zugrundegehen der Leukozyten und Lymphozyten, zu reproduzieren. Alle diese Veränderungen kommen sowohl bei Züchtung normalen Blutes im Scharlachplasma als auch des Scharlachblutes im normalen Plasma zum Vorschein, ebenso wie bei der Infizierung der normalen Kultur durch eine kranke. Ein Unterschied zwischen dem dicknegativen und dickpositiven Blut wird dabei nicht beobachtet. Wie es scheint, spielt der Streptokokkus hier keine Rolle, da er niemals in diesen Kulturen, weder bakterioskopisch noch bakteriologisch, angetroffen wurde. Bei den Kulturen normalen Blutes mit aus dem Rachen von Scharlachkranken entnommenen Streptokokken wurde festgestellt, daß die oben erwähnten Blutveränderungen nur bei Verwendung von Streptokokken frischer Generation (1., 2., 3.) auftreten, während die älteren Stämme nur Degeneration der Zellelemente bewirkten. Dasselbe wurde auch bezüglich des Streptokokkentoxins beobachtet. Auf Grund seiner Versuche will der Verfasser die Scharlachentstehung wie folgt erklären: Streptokokkus, seltener Staphylokokkus oder Diphtheriebazillus, rufen die Angina hervor. Solange die gewöhnliche Angina vorhanden ist, besteht noch keine Scharlachkrankung. Bringt aber der Streptokokkus entweder infolge seiner Virulenz oder infolge Abschwächung der Abwehreigenschaften des Organismus die Zellen bis zu einem bestimmten Erkrankungsstadium, so erkranken diese in ähnlicher Weise wie die Bakterien bei Bakteriophagie bzw. die Zellen bei der Genese der bösartigen Geschwülste (Versuche von Carrel und Fischer). Der Streptokokkus wird erst dann, wenn die Erkrankung sich entwickelt hat, zum infektiösen Agens des Scharlachs; bis dahin ist er kein Scharlach-, sondern ein gewöhnlicher Streptokokkus. Mit dem weiteren Fortschreiten der Scharlachkrankung wird er das Agens der Infektionsübertragung (möglicherweise als Katalysator) zusammen mit den Speichelteilen und dergleichen, um nach einer gewissen Zeit diese Eigenschaft zu verlieren, vielleicht schon zu der Zeit, wo die eigentliche Grundlage des Scharlachs bereits aus dem Organismus verschwindet. Demzufolge will der Verfasser den Scharlach als einen infektiösen, jedoch amikroben Prozeß ansehen, bei dem die durch den Streptokokkus (oder einen anderen Mikroorganismus) hervorgerufenen Veränderungen von Zelle zu Zelle und zum Streptokokkus selbst übertragen werden, ähnlich wie es bei der Bakteriophagie, den bösartigen Geschwülsten (Carrel und Fischer), Herpes (Naegeli) und Enzephalitis vorkommt.

E. Kontorowitsch.

2632.

Kuraya, S., Die Masernpneumonie bei Säuglingen. Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen. (Orient. J. Dis. Infants, 5., Nr. 1.) Bericht über 280 Fälle. Die Kurve der Morbidität hat ihren Höhepunkt in den Monaten April und Mai. Die Mortalität in den ersten 3 Lebensmonaten ist fast 100%, vom vierten bis sechsten Monat 60%, vom siebenten bis zwölften Monat 54%, vom zwölften bis sechzehnten Monat 42%. Typisch für die Masernpneumonie ist der meist schwere, hochfieberhafte Allgemeinzustand mit Dyspnoe und Tachykardie, bei auffallend geringem physikalischem Lungenbefund. Die Gesamtleukozytose im Blut entwickelt sich sehr zögernd, dauert aber dann sehr lange Zeit hindurch an. Die Lymphozytenzahl ist im Beginn der Masernpneumonie klein, wächst aber schlagartig bei eintretender Rekonvaleszenz. Die pathologisch-anatomischen Befunde weichen

kaum von dem ab, was man bei Grippebronchopneumonien zu sehen gewohnt ist.

Walter Goldstein, Berlin.

2633.

Lindstädt, Ruth, Epidemisches Auftreten der akuten Kinderlähmung (Heine Medin) in Ostpreußen. (Z. Kinderheilk., 47., Heft 3 u. 4, 1929.) (Kinderklinik Königsberg.) Ausführliche Schilderung der in den Jahren 1926 bis 1928 beobachteten Fälle von epidemischer Kinderlähmung. Insgesamt sind Verfasser 177 Fälle bekanntgeworden. Viel Neues hat sich dabei nicht ergeben, immerhin sind einige Angaben ganz interessant. So betrug z. B. die Sterblichkeit 13 vom Hundert. Sie ist am niedrigsten in den ersten Lebensjahren. Was die Art der Übertragung anbetrifft, so scheint nach Verfasser der Beruf der Eltern keinen Einfluß auf die Krankheitsbereitschaft auszuüben. Von 32 klinisch genau beobachteten Fällen wiesen 24 die typische spinale Lokalisation des Krankheitsgeschehens auf, während von den 8 übrigen 2 Fälle dem rein zerebralen, 3 dem pontinen Typus angehörten und 3 neben den Rückenmarksherden typische neuritische Symptome aufwiesen. Abortivkrankungen wurden nicht beobachtet. Einen begünstigenden Einfluß anderer Erkrankungen auf Entstehung und Verlauf der Kinderlähmung lehnt Verfasser ab.

Einzelheiten sind in der Dissertation der Verfasserin nachzulesen.

Beck, Tübingen.

2634.

Lister, Sir Spencer, Aetiologie der epidemischen Influenza und sekundären Pneumonie. (J. Med. Ass. South Africa, Nr. 7, 1929.) Spencer Lister hat beobachtet, daß sich seit der Influenzaepidemie 1918 die Pneumokokkenflora am Witwatersrand geändert hat insofern, als die seit Jahren vorherrschenden Gruppen A, B und C völlig verschwunden sind. 1928 ist sogar eine Streptokokkenart in Vordergrund getreten; in diesen Fällen fehlten die Pneumokokken ganz. Ferner die Pneumonien 1918 waren sekundär einer unbekannten primären Infektion. Nun haben andere Forscher festgestellt, daß Coryza und Halsweh am meisten zu einer Pneumokokkeninfektion prädisponieren; Lister geht noch weiter und sagt: dahinter steckt ein filtrables Virus. Aber auch das Bild der Pneumonie hat sich geändert: kein rostfarbenes Sputum, unregelmäßige, oft niedere Temperatur, wenig Atemnot, oft schwer festzustellende Konsolidation, ziemlich lange nach Einsetzen der Krankheit. Die Ursache mag wohl darin liegen, daß seit 1918 systematisch gegen Pneumonie geimpft wird. Schon daraus geht hervor, daß die meisten späteren Pneumonien sekundär waren. Denn dagegen hilft diese Impfung nicht. Folglich ist für viele Erkältungen, auch für Influenza, ein filtrables Virus die Ursache, und von diesem primären Faktor geht dann sekundär die Pneumonie aus (analog der Auffassung Milians von dem Virulentwerden anderer zunächst nicht pathogener Bakterien gelegentlich einer akuten Infektion mit ganz anderen Bakterien).

v. Schnitzer.

2635.

Decourt, P., Das Nervensystem beim Typhus exanthematicus. (Paris méd., Nr. 17, 1929.) Neben dem Herzen ist das Nervensystem am meisten und oft am schwersten affiziert. Diese Nervenzufälle sind oft äußerst flüchtig, um anderen Platz zu machen. So trat in einem Falle nacheinander eine Darmparese, Labialparese, Glossoptose auf, nach kurzem bulbäre Respirationstörungen, die tödlich endeten. Dann vorübergehende Hemiplegien. In der Defervescenz medulläre Störungen: Urinretention — Blasendilatation. Wichtig sind ferner die Störungen, die sich denen bei der Enzephalitis epidemica nähern, die im Verlauf oder in der Konvaleszenz einige Tage nach Rückgang der Temperatur auftreten können. So kann eines der frühesten Zeichen die Diplopie sein, schon vom ersten Tage an, die oft mit Taubheit zusammenfällt. Dann vorübergehende Myoklonie der oberen Extremitäten, des Rumpfes und Gesichtes. Singultus. Kontrakturen meist an den Gliedern, manchmal sehr intensiv, ohne Reflexstörungen. Dann das Zahnradphänomen: leichte sukzessive Erschütterungen meist der oberen Extremitäten mit Flexionextensionsbewegungen. Ein parkinsonähnliches Zittern, oft unterbrochen von brüsk choreaähnlichen Bewegungen. Wechselnde Pupillenreaktion. Nystagmus. In seltenen Fällen kann man die meisten dieser Erscheinungen beim selben Kranken sehen. Meist sind es aber nur ein bis zwei, wenige Tage lang. Solche Zustände können auch nach Ueberstehen der Krankheit auftreten. So kann es einige Zeit nach der Entfieberung zu Kontrakturen, Zittern, Singultus, Myoklonien, choreaähnlichen Bewegungen kommen; es erfolgt eine beträchtliche Abmagerung mit Muskelschwund, Gangrän oder Dekubitus, und in etwa 2 Wochen Tod in Kachexie. Oft ist es ganz erstaunlich, wie rasch die Abmagerung vor sich geht. Häufig sind ganz vorübergehend Myoklonien im Gesicht, Singultus, Zittern um diese Zeit. Späterscheinungen: außerordentlich leichte Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit, die monatelang bestehen kann. Noch 9 Monate nachher schmerzhaftes Aurikulariskrämpfe.

v. Schnitzer.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

2636.

Panton, P. N., und Valentine, F. C. O., **Chronische lymphatische Leukämie.** (Lancet, 216., 5514.) (London Hospital, London.) Die bisherige Behandlung mit peroraler Darreichung von Arsen und Röntgenbestrahlungen der Milz wirkt nicht lebensverlängernd. Im Gegenteil, die Erfahrung des Verfassers beweist, daß die Tiefenbestrahlungen eher eine Verschlimmerung des Leidens hervorzurufen imstande sind, da letztere in einem seiner Fälle eben nach Röntgentiefenbestrahlungen eingetreten ist und erst nach ihrem Aussetzen es zu einer Besserung kam, die mehrere Jahre anhielt. Der Kranke konnte sogar seinen Beruf wieder aufnehmen. Der Tod trat infolge einer Erkrankung des Herzens ein. Die therapeutische Wirkung der Röntgenbestrahlung zeigte sich nur in einer Beeinflussung der vergrößerten Lymphdrüsen.

Ashkenasy, Wien.

2637.

Stern, R., **Zur Behandlung des leukämischen Priapismus.** (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 11, 1929.) (Med. Univ.-Klinik, Breslau.) Bericht über einen Fall von Priapismus leukämischer Aetiologie bei einem 27jährigen Manne, der fast 4 Wochen allen therapeutischen Bemühungen (Umschläge und Bäder, Pantopon, Bromural, Papaverininjektionen und dergleichen) trotzte und erst durch lokale Röntgenbestrahlung gebessert wurde. Bezüglich der Einzelheiten der Technik und der Literatur wird auf die Arbeit von P. Krause in Strahlentherapie, 31. Bd., 1928, verwiesen.

E. Kontorowitsch.

2638.

Meulengracht, E., und Sigrid Hohn, **Gewichtsvermehrung bei der Leberbehandlung der perniziösen Anämie.** (Ug. f. Laeg., Nr. 23, 1929.) Die Gewichtszunahme (20 bis 30 Pfund) ist das am meisten in die Augen springende Zeichen bei der Leberdiät der Kranken mit perniziöser Anämie. Dies beruht zum Teil darauf, daß durch die Zulage der Leber zur Nahrung das Kalorienverhältnis der Nahrung vermehrt wird; ferner kann die Leber Substanzen enthalten, die an und für sich eine Gewichtszunahme bedingen; dazu kommt die Wirkung der Heilkraft der Leber auf die Krankheit (perniziöse Anämie). 36 leberbehandelte Patienten nahmen an Gewicht erheblich zu und, wie es scheint, durch die spezifische Heilwirkung der Leber auf die perniziöse Anämie, wodurch der durch die Krankheit eingetretene Gewichtsverlust wieder ausgeglichen wird. Ähnliche Gewichtszunahmen treten z. B. beim Skorbut ein, sobald dem Körper die ihm fehlenden Stoffe zugeführt werden.

S. Kalischer.

2639.

Hercog, P., und A. Hahn, **Hämolyse nach Transfusion von Blut der gleichen Gruppe. Zugleich ein Beitrag zur erfolgreichen Schocktherapie der Anaemia perniciosa.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21.) Der von den Autoren mitgeteilte Fall ist von vierfacher Bedeutung: Erstens zeigt er, daß es bei der Transfusion mit dem sogenannten Universalspenderblut doch zu üblen Zufällen kommen kann. Demnach gibt es kein Universalspenderblut sens. strict. Zweitens beweist er die Unzulänglichkeit der üblichen Agglutinationsmethoden als Testprobe vor der Transfusion, denn dabei wird stillschweigend die Hämolyse vernachlässigt. Drittens unterstreicht er die Wichtigkeit der genauen Beobachtung aller Erscheinungen bei der sogenannten biologischen Probe während der Transfusion selbst. Viertens zeigt er den Weg eines therapeutischen Versuches, um bei den allerdings seltenen Versagern der Leberdiättherapie bei aplastischer Biermerscher Anämie einen Reiz auf das Knochenmark auszuüben.

Arnold Hirsch, Berlin.

2640.

Mauriac, P., und E. Aubertin, **Wie kann man den Pankreasdiabetes nach der Entdeckung des Insulin auffassen?** (Paris méd., Nr. 18, 1929.) Man kann nicht absolut behaupten, daß der menschliche Diabetes meist durch eine mangelnde Sekretion des Pankreashormons bedingt sei. Das therapeutische Argument beweist gar nichts, so wenig, als man daraus, daß das Adrenalin die Hypotension beseitigt, schließen kann, daß eine Nebenniereninsuffizienz die Ursache der Hypotension sei. Denn das Insulin bekämpft oder neutralisiert alle Arten von Diabetes: die Hyperglykämie durch Asphyxie, durch Adrenalin, die nervöse, die durch Pankreasentfernung, die alimentäre, die durch die Thyreoidea oder Hypophyse bedingte, die durch Hyperglykogenolyse usw. Vielmehr sind die Fälle, in denen ein Mangel der inneren Sekretion des Pankreas die Ursache ist, sehr selten. Selbst solche mit einem so erheblichen Defizit, daß dieses das Syndrom hervorrufen kann, sind selten. Viel häufiger ist eine Neutralisation der Sekretion oder ihrer Wirkung die Ursache, und zwar zu Beginn. Es sind dies die Fälle, in denen eines der hyperglykäm-

sierenden Elemente des Drüsensystems vorherrscht, also ein Antagonist des innerseziernden Pankreas. Hierher gehören die Fälle, die durch die Hypophyse, die Thyreoidea, die Nebennieren entstehen, die nervösen, traumatischen, entzündlichen oder neoplastischen Fälle. Und die sind tatsächlich nicht häufig. Vielfach liegt hier nicht nur eine Verstärkung der hyperglykämisierenden Prozesse vor, sondern gleichzeitig auch eine Insuffizienz der Pankreasreaktion durch Veränderungen des Organs oder Inaktivierung seiner inneren Sekretion. Nahe steht diesen Fällen der hepatische Diabetes. Aber sein Mechanismus ist noch nicht klar. Nach Loewi ist die Hauptstörung beim Diabetes ein Mangel an Fixation des Blutzuckers durch gewisse Gewebe; er will im Blute eine von der Leber sezernierte Substanz, das Glykamin, gefunden haben, das diese Fixation im Gegensatz zum Insulin hemmt. Aber dies ist vorläufig noch eine Hypothese. Auch die Theorie, daß das Insulin nur in Verbindung mit einem anderen durch die Gewebe sezernierten Element (besonders vom Muskel — das Tissulin Aubertins) auf den allgemeinen Stoffwechsel wirken kann, steht noch nicht fest. Trotzdem oder deswegen liegt die Frage nahe, ob nicht der Diabetes durch Inaktivierung des Insulins durch einen antagonistischen Körper entstehen könnte. Dies würde manches bisher noch Dunkle erklären, den verschiedenen Verlauf in vielen Fällen, den man chronischen anatomischen Veränderungen zugeschrieben hat, die Insulinempfindlichkeit und die Insulinresistenz. Auf Grund ihrer Forschungen nach dieser Richtung hin kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß im Innern der roten Blutkörperchen eine Substanz besteht, fähig, das Insulin zu neutralisieren und analog der Alkalireserve beim Säurebasengleichgewicht die Insulinämieschübe zu regeln. Das Diffusionsvermögen dieser Substanz durch die Körperchenmembran variiert nun in geringen Grenzen beim Gesunden, ist aber bei gewissen Diabetikern ganz erheblich erhöht, und diese Vermehrung scheint die Grundbedingung des Diabetes zu sein. Weitere noch nicht veröffentlichte Versuche haben nun ergeben, daß andere Gewebsextrakte aus Niere, Muskel, Lungen dem Insulin gegenüber eine neutralisierende Wirkung haben. Es scheint also, als ob zur Sicherung des Kohlehydratstoffwechsels der Gewebs- und der Pankreasfaktor im Gleichgewicht sein müssen. Alles erklärt diese Auffassung nicht; aber sie läßt uns verstehen, wie sich ein insulinsensibler Diabetes außerhalb jeder Veränderung im Pankreas entwickeln kann. Oder Pankreasveränderungen bestehen, aber sie allein können keinen Diabetes erzeugen; zur geringen Sekretion kommt noch die abnorme Neutralisation. In den seltensten Fällen ist die mangelnde Sekretion bei völliger Zerstörung des Organs schuld. Die Sekretion kann ferner normal sein, nur die abnorme neutralisierende Diffusion kommt dazu. Und all dies schließt nicht aus, daß ein Diabetes aus anderen endokrinen Störungen allein entstehen kann. Jedenfalls ist der Diabetes ein derartig kompliziertes Syndrom, daß es mit unitistischen Ideen nicht zu lösen ist.

v. Schnitzer.

2641.

Labbé, M. Gilbert-Dreyfus, **Diabetes mit Basedow.** (Paris méd., Nr. 18, 1929.) Gerade in neuerer Zeit ist die Aufmerksamkeit wieder auf die Verbindung Diabetes-Baseow gelenkt worden. Meist ist der Kropf das Primäre; es kommt aber auch umgekehrt vor. Und zwar ist es meist der adenomatöse toxische, sekundär basedowefizierte, der sich mit dem Diabetes vergesellschaftet. Das Bild ist meist das des intensiven Basedow mit stark erhöhtem Grundstoffwechsel und einem Diabetes in allen Graden. Tod meist im Koma, manchmal auch im Herzkollaps mit Azidose mit der Herzinsuffizienz, die man bei schwerer Thyreoideaintoxikation, z. B. nach Thyreoidektomie, findet. Charakteristisch sind die gleichzeitigen Schübe mit Tachykardie, Pulsationen des Kropfes, Diarrhöe, starke Polyurie, Glykosurie, Azidose. Aber nicht immer.

Labbé nimmt für den Thyreoideadiabetes eine besondere Pathogenie in Anspruch. Beim Thyreoideadiabetes Störung der Glykoregulation; beim Pankreasdiabetes Insuffizienz der Insulinreaktion. Aber die Zuckerregulation ist kompliziert, und Pankreas und Thyreoidea sind Antagonisten. Pankreas senkt die Glykämie und fixiert das Glykogen in der Leber; die Thyreoidea erhöht die Glykämie und schüttet das Glykogen aus der Leber aus, um es in Glukose zu verwandeln. Also in beiden Fällen dasselbe Resultat. Also kann die Hyperthyreoidie einen richtigen Diabetes verursachen und die Leber unfähig machen, das Glykogen zurückzuhalten. Der Basedowdiabetes ist im Grunde ein gewöhnlicher Diabetes. Er unterscheidet sich davon durch die gleichzeitige Entwicklung des Kropfes und durch seine geringere Reaktion auf die Diät und auf Insulin. Die Hyperthyreoidie kann aus sich keinen Diabetes schaffen; aber sie kann einen mäßigen Diabetes, der an eine Pankreasinsuffizienz gebunden ist, verschlimmern. Sie senkt die Fähigkeit, die Kohlehydrate auszunützen, führt zu einer N-Denutrition und zu Azidose und macht den Kranken weniger empfänglich für die Wirkung der Diät und des Insulins. Also Hypoinsulinie und Hyperthyreoidie vereinigen sich zu einem schweren

Diabetes. Erfolgreiche Behandlung der Hyperthyreoidie bessert den Diabetes, beseitigt ihn aber nicht. Es scheint, daß Thyreoidoperationen für das Auftreten des Diabetes manchmal verantwortlich sind. Aber diese Verhältnisse sind noch keineswegs ganz geklärt. Sicherlich beruht die Tatsache, daß Diabetes bei Hyperthyreoidie häufiger ist als bei anderen nicht nur darauf, daß die Hyperthyreoidie einen latenten Diabetes in Vordergrund stellt, sondern hier spielt das mangelnde Zusammenarbeiten auch anderer innerer Drüsen mit.

v. Schnizer.

2642.

Buschke, Franz, Die Blutzuckertageskurve des überinsulinierten Diabetischen und ihre Beziehung zur Konstitution. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 21, S. 964.) Aus den mitgeteilten Tatsachen ergibt sich für die praktische Durchführung der Ueberinsulinierung folgendes:

Das Ziel der Ueberinsulinierung bei der Behandlung komplizierender Erkrankungen Diabetischer ist die Angleichung der Blutzuckertageskurve an die des Stoffwechselgesunden, d. h. möglichst horizontal verlaufende Kurve ohne starke Schwankungen mit niedrigem Niveau. Durch täglich zweimalige Insulinapplikation läßt sich dieser Verlauf nur beim leichten Diabetes pyknischer Konstitution erreichen. Bei jedem schwereren Diabetes, wie auch beim leicht diabetischen Astheniker folgt jeder größeren Insulingabe eine so erhebliche Blutzuckerschwankung mit rasch folgender Steigerung, daß man eine in hohen Wellen laufende Kurve erhält. In diesen Fällen kann man durch häufigere Insulinierung mit Verteilung über Tag und Nacht eine gleichmäßigere horizontale, mehr der des Gesunden ähnelnde Kurve erhalten. Es wird jedoch ausdrücklich betont, daß hier nur von der klinischen, zeitlich begrenzten Ueberinsulinierung zur Heilung diabetischer Komplikationen die Rede ist. Unter dieser strengen Indikation kann sich in Einzelfällen die Verteilung der Insulindosis auf mehrere Spritzen sehr zweckmäßig erweisen. Bezüglich der Menge und zeitlichen Verteilung kann hier nur die Tageskurve wichtige Hinweise geben. Dagegen hat Verfasser von einer häufigeren Insulinierung zur Dauereinstellung des unkomplizierten Diabetes nur in ganz extrem seltenen Fällen Gebrauch machen müssen. Er glaubt deshalb trotz der interessanten Ergebnisse von Gottschalk und Springborn in dieser Beziehung die alte Technik täglich zweimaliger Insulingaben beibehalten zu können. Dabei läßt sich Buschke in diesen Fällen nach wie vor von den Symptomen der Glykosurie und klinischen Hypoglykämie, sowie von der Höhe des Nüchternblutzuckers führen. Auf eine Tageskurve kann in diesen Fällen verzichtet werden, weil die klinisch nicht zur Hypoglykämie führenden Schwankungen nach Ansicht des Verfassers keinesfalls eine Indikation zu häufigerer Insulinierung abgeben. Diese bedeutet eine erhebliche Belastung des Kranken und erfordert für die Dauereinstellung eine Energie von seiten des Patienten, die man nur in den wenigsten Fällen voraussetzen kann. So wird die beim unkomplizierten Diabetes klinisch bedeutungslose Blutzuckerschwankung als das kleinere Uebel mit in Kauf genommen.

Ob das erstrebte Ziel optimaler Blutzuckersenkung erreicht ist, läßt sich aus dem Nüchternblutzucker nur bei tiefem Nüchternwert beurteilen. Da dieser im allgemeinen den höchsten Tageswert darstellt, zeigt der niedrige Nüchternwert ein im ganzen tief liegendes Niveau an. Ist der Blutzucker im Nüchternzustand hoch, so besteht beim schweren Diabetiker wie auch beim leichten Diabetiker asthenischer Reaktionsart durchaus die Möglichkeit erheblicher Senkung im Laufe des Tages. Eine sichere Beurteilung ist dann nur aus der Tageskurve zu gewinnen. Diese gibt zugleich einen therapeutischen Hinweis für die Aenderung der Insulinierung in quantitativer und zeitlicher Beziehung.

Arnold Hirsch, Berlin.

2643.

Weissenbach, R. J., und F. Francon, Die symmetrische bilaterale Lipoarthritis sicca des Knies. (Prensa med. argent., 15, 31.) (Hôpital de Paris und Hôpital thermale, Aix les Bains.) Die überaus häufige, auf endokriner Störung beruhende Affektion wird nur bei Frauen im Stadium der natürlichen oder einer künstlichen Menopause, bei letzterer gewöhnlich nicht vor dem zehnten Monat nach der Operation, beobachtet. Eine Bevorzugung einer gewissen Beschäftigung oder Rasse kann nicht festgestellt werden, sie scheint dagegen bei materiell besser situierten Klassen häufiger als bei den ärmeren vorzukommen. Vorangegangene Geburten haben keinen Einfluß, da sie sowohl bei Frauen, welche nie geboren haben, als auch bei Müttern gleich häufig angetroffen wird. Bezüglich der Konstitution, scheinen die kleinen dicken Frauen bevorzugt zu werden, obschon das keine allgemeine Regel bildet. Man findet bei Trägerinnen dieser Krankheit fast immer noch einen bilateralen Pes plano-valgus, sowie eine Reigung zum Genu valgum und vor allem eine besondere Schwäche der Ligamente, besonders derjenigen des Knies und der Sprunggelenke. Der Verlauf der

Krankheit ist ein ausgesprochen chronischer, ihr Beginn kann selten genau angegeben werden. Die Schmerzen belästigen weniger durch ihre Heftigkeit als durch die Persistenz, treten meistens zu Beginn der Bewegung auf, in der Nacht und bei Ruhe verschwinden sie. Charakteristisch ist die funktionelle Schwäche, die sich beim Stiegensteigen, besonders beim Abstieg bemerkbar macht, die Patientinnen bezeichnen es als „plötzliches Versagen“ der Knie, nicht selten stürzen sie auch hin. Auch das Beugen der Knie ist erschwert, jedoch noch schmerzhafter gestaltet sich das Strecken der Knie beim Aufstehen. Das Gehen, vor allem aber das Stehen ist bei diesen Frauen fast immer mit Beschwerden verbunden. Objektiv findet man eine über das physiologische Maß hinausgehende Akzentuation eines Genu valgum und vor allem ein stärkeres Hervortreten der Knie, schließlich eine submalleoläre Erythrozyanosis, verbunden mit Haarausfall und leichtem indurierterm Oedem, das sich bis zur Unterschenkelmitte erstrecken kann. Die Füße erscheinen im Verhältnis ein wenig vergrößert, die Achillessehne nach außen stark konkav. Die vordere Ansicht des Knies bietet ein abnormes Relief. Die Kniescheibe und Sehne sind in eine runde nach außen erhabene Masse eingebettet, welche das sehr stark entwickelte Fettpolster der Subkutis darstellt. Da diese Erscheinung das charakteristische Merkmal der Affektion darstellt, wurde letztere deshalb als Lipo-arthritis bezeichnet. Auch die anderen Teile des Beines bieten ein ähnliches, wenn auch nicht derart stark ausgesprochenes Bild.

Die Patellarreflexe sind verhältnismäßig träge. Manchmal lassen sich druckempfindliche Punkte, immer aber bei passiven Bewegungen Krepitation der Gelenke feststellen; sonst sind die Bewegungen frei. Infolge der Nachgiebigkeit der Gelenkbänder bildet sich zwischen Ober- und Unterschenkel bei Ueberstreckung des letzteren ein nach vorne offener Winkel. Eine ähnliche über die Norm hinausgehende Relaxation der Gelenke findet man auch in den oberen Extremitäten (Ellbogen und Fingergelenke). Radiologisch sind erst sehr spät die für rheumatische Veränderungen in der Menopause charakteristischen Befunde an den Gelenken zu sehen. Die Therapie besteht in der Darreichung von Ovarialpräparaten, Jod, Schwefel oder Phosphor sowie in physikalischer Therapie.

Ashkenasy, Wien.

2644.

Walters, C. F., Auskultation der Gelenke. (Lancet, 216, 5514.) Das Knistern über den auskultierten Gelenken kann eine Erkrankung derselben bereits in einem Stadium aufdecken, welches mit anderen diagnostischen Methoden noch nicht erkennbar ist. Es läßt sich nachweisen, daß mit fortschreitendem Alter die Knistergeräusche immer deutlicher hörbar werden, so daß sie schließlich auch mit bloßem Ohr zu hören und nicht selten auch durch Tasteindrücke feststellbar sind. Vor allem trifft das bei Osteoarthritis zu. Die Knistergeräusche sind vorwiegend bei Frauen zu hören. Nach Entfernung der eventuellen Infektionsherde läßt die Intensität der Knistergeräusche nach, verschwindet aber nie gänzlich aus solchen Gelenken, die früher durch Schmerzhaftigkeit ausgezeichnet waren. Bei Osteoarthritis eines einzelnen Gelenkes ist das Knistern auch in den scheinbar gesunden Gelenken auskultatorisch nachweisbar, was für eine Latenz des Krankheitsprozesses in diesen Gelenken spricht.

Ashkenasy, Wien.

2645.

Reinecke und Wohlwill, Ueber hämophile Gelenkerkrankung. (Arch. Klin. Chir., 154, 3.) (II. Chir. Abtlg. und Patholog. Institut des Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg.) Verfasser berichten über 25 Hämophile im Alter von 1¼ bis 49 Jahren, die in 27 Jahren mehrfach (bis 17mal) wegen äußerer oder innerer Blutung in ihrem Krankenhause behandelt wurden. Alle Fälle betrafen männliche Individuen, die zu 14 Bluterfamilien gehörten, in denen stets Frauen, ohne selbst zu erkranken, die Hämophilie vererbten. Nur in fünf von den 25 Fällen blieb die hämophile Anamnese unsicher. Verfasser können sich nicht Linsers Anschauung anschließen, daß diejenigen Bluter Ausnahmen sind, die nie an Gelenkkrankheit leiden. Die Gelenkblutungen der Hämophilen, ob kleine, ob große, ob akute oder chronische Ergrüsse, bilden keine unmittelbare Lebensgefahr für den Patienten, solange sie nicht operativ behandelt werden. Aber auch ohne operative Eingriffe kann es ausnahmsweise bei Blutern zu verhängnisvollen Ausgängen kommen, wie Verfasser zweimal erlebt.

Für die Kniegelenke ist charakteristisch die schwere Veränderung im Knorpel und in dem knorpelfreien Knochenbereich des Gelenkes, die Franz König bereits beschrieben hat; scharfrandige, landkartenartig fortschreitende, kleinere und größere, oberflächliche und bis in die Knorpeloberfläche den Knorpel ausnagende Defekte. Die Röntgenaufnahmen der Kniegelenke bestätigen in deutlicher Weise die pathologisch-anatomischen Befunde.

Die einzigen großen Gelenke der von den Verfassern beobachteten Hämophilen, die trotz aller Fahndungen bei mannigfachen

klinisch nachweisbaren Gelenkblutungen keinen röntgenologischen Befund aufwiesen, waren Schulter- und Handgelenk. Aber in der Literatur sind auch Bilder von Blutungen in Schulter- und Handgelenken beschrieben worden. Betont muß aber besonders werden, daß hämophile Gelenkerkrankungen trotz immer sich wiederholender Gelenkblutungen ohne röntgenologischen Nachweis bleiben können. Dies dürfte auf besonders günstige Resorptionsverhältnisse im Gelenk zurückzuführen sein.

Für die Diagnose der hämophilen Gelenkerkrankungen sind die familiäre Anamnese, das Vorhandensein anderweitiger Blutungen, die meist nur vorübergehende sekundäre Anämie, ein vorangegangenes, wenn auch noch so geringfügiges Trauma von ausschlaggebender Bedeutung. Der Gelenkerguß entwickelt sich, meist unter starkem Schmerz, in wenigen Stunden. Diagnostische Punktionen der Ergüsse mit Troikar sind wegen der Blutungsgefahr und Spätinfektion des Gelenkes zu verwerfen. Die Probepunktion mit feiner Nadel kann als gefahrlos bezeichnet werden. Die Gerinnungsprüfung (Blutgerinnungsstörung) ist ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel. Differentialdiagnostisch ist an blutreiche Geschwülste oder an traumatische Schädigungen zu denken; bei letzteren findet man unter Umständen Fetttropfen im blutigen Punktat. Gelegentlich können in Abheilung begriffene Tuberkulosen röntgenologisch ähnliche Bilder geben, wie chronische Blutergelenke. Bei doppelseitigem chronischem Kniegelenkhydrops hämophiler im Kindesalter kann man im ersten Augenblick an Lues hereditaria tarda denken.

Für die Behandlung empfehlen Verfasser im Stadium des akuten Blutergelenks Ruhigstellung und Kompression. Jeder operative Eingriff kann lebensgefährlich werden. Bei eintretenden Bewegungsbehinderungen der Gelenke wird man mit mediko-mechanischer Behandlung äußerst zurückhaltend sein müssen. Ob die vielen Mittel, die die Blutgerinnung fördern sollen (Kalzium, Gelatine, Seruminjektionen, Eigen- und Fremdblutinjektionen) irgendeinen Einfluß auf die Gelenkhämatome haben, können Verfasser nicht entscheiden. Gutes sahen Verfasser von kleinen und großen Bluttransfusionen. Wie diese hämostyptischen Wirkungen zustande kommen, weiß man noch nicht. Vielleicht geht von den übergeleiteten Fermenten, Hormonen usw. eine gewisse Reizwirkung zur Blutgerinnung aus. Nach neuesten Mitteilungen soll sich für die Behandlung der Gelenkblutungen ein spanisches Präparat, über dessen Zusammensetzung Näheres nicht bekannt ist, bewährt haben. Es scheint sich um ein Gemisch der Vitamine A, B, C, D pflanzlichen Ursprunges zu handeln, dem Kalziumphosphat und Milchzucker zugesetzt sind.

Manche Genußmittel, wie Birnen- und Apfelmast, sowie Erdbeeren und Essigfrüchte sollen angeblich die hämophilen Erscheinungen steigern. Der Vergleich der Röntgenbilder mit den pathologisch-anatomischen Präparaten verschafft gute Kenntnisse über die Vorgänge in hämophilen Gelenken Gelenkergüsse (ein- und mehrmalige) können aufgesogen werden, ohne Störungen zu hinterlassen: das Röntgenbild kann negativ bleiben. Erfolgt die Aufsaugung bei chronischen Blutungen nicht mehr, so entwickeln sich die röntgenologisch nachweisbaren pathologisch-anatomischen Veränderungen: aneurysmenartige Zerstörungen der intrakapsulären Gelenkkörper, Knorpelursuren, Unterhöhlung des Knorpels, Deformierung an den großen Röhrenknochen. In dem Material der Verfasser waren alle großen und kleinen Gelenke (Fingergelenke) befallen.

E. Mühsam, Berlin.

2646.

Kroner, J., Der gegenwärtige Stand unserer Anschauungen über das Wesen des chronischen Gelenkrheumatismus. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 3.) In den letzten Jahren sind zahlreiche Arbeiten über chronische Gelenkerkrankungen erschienen. Früher verstand man unter Polyarthrit chronica die immer wieder auftretende infektiös-toxische Gelenkerkrankung. Mit Arthritis deformans bezeichnete man ein im höheren Alter auftretendes Gelenkleiden. Schließlich kannte man noch die nicht auf Trauma oder Infektion zurückzuführende polyarthritische Gelenkerkrankung, die zu den schwersten Krankheitsbildern führte. Heute wird von den Autoren die pathogenetische Betrachtungsweise des chronischen Gelenkrheumatismus gefordert. Als ätiologisches Moment kommt in erster Linie das konstitutionelle in Frage. Die sogenannte „reizbare Konstitution“ zeigt sich beim Säugling als exsudative Diathese, als Lymphatismus in der Jugend, als Vagotonie und schließlich als Arthritismus im höheren Lebensalter. Auffallend überwiegend ist das Befallen des weiblichen Geschlechts, das bis auf 70% geschätzt wird. Weitere Symptome konstitutioneller Grundlage des chronischen Gelenkrheumatismus sind Störungen des Kreislaufs, des Blutbildes und des Nervensystems. Die Beziehungen zu Störungen endokriner Drüsen, insbesondere der Keimdrüsen, haben den Zusammenhang dieses Leidens mit dem endokrinen Apparat aufgedeckt, wie ja das ursächliche Moment des Klimakteriums schon lange bekannt ist. Auch nach sterilisierenden

Bestrahlungen traten Veränderungen in den Gelenken auf. Menge bezeichnete sie als Arthropathia ovaripriva. Einen besonderen Typus von Gelenkerkrankungen findet man bei Struma, die Beziehungen zum Morbus Basedowii sind oft beschrieben. Die interferometische Methode von Abderhalden kann nach den bisherigen Erfahrungen als ein klinisches Hilfsmittel bei der Diagnose mit Erfolg hinzugezogen werden. Fälle von reiner endokriner Gelenkerkrankung sind äußerst selten. Das bevorzugte Alter bei Frauen für die nicht endokrin bedingten Fälle liegen zwischen dem 55. und 75. Lebensjahre, für die endokrin bedingten zwischen dem 30. und 45. Jahre. Aus der Statistik geht hervor, daß jeder vierte Fall von infektiös entstandenen Gelenkerkrankungen mit ovariellen Störungen zusammenhängt. Die Wirkung der Organotherapie ist nicht einheitlich. Plötzlich kann der Effekt eines bestimmten Präparates aufhören und durch Verwendung eines anderen eine Besserung einsetzen. Das endokrine Störungen nicht allein die Ursache chronischer Gelenkleiden sein können, geht schon aus der geringen Zahl hervor, die in der Literatur über rein endokrine Arthritiden mitgeteilt ist. Die Konstitution spielt nachgewiesenermaßen eine sehr erhebliche Rolle, so daß die endokrine Störung nur als auslösendes Moment zu bezeichnen ist. Die Sterilisierung einer Frau bewirkt nur selten das Entstehen eines chronischen Gelenkleids. Nur ein Teil der Gelenkschädigungen kann durch Organpräparate beseitigt werden. Sehr selten kommt es zu einer Restitutio ad integrum. Exogene Faktoren wie Klima, Wohnung, Ernährung, Beruf können eine arthritische Disposition auslösen. Zusammenfassend kann man sagen, daß der chronische Gelenkrheumatismus dadurch entsteht, daß eine konstitutionelle Disposition zu ihm durch endogene oder exogene Faktoren oder durch Kombination beider manifest wird. Die Tatsache, daß oft erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes durch Organotherapie erzielt werden kann, läßt die Einleitung einer solchen Behandlung stets ratsam erscheinen.

Kosminski, Berlin.

2647.

Leeuwen, Storm von, Die Behandlung des Heufiebers. (Ther. d. Gegenw., 70., H. 6, S. 244—249, 1929.) (Klinik für allergische Krankheiten, Leiden.) Die Heufieberkranken lassen sich in zwei Gruppen einteilen: 1. Fälle, die ihre Beschwerden nur während der Monate Mai, Juni und Juli haben und 2. Fälle, die auch vor Mai oder nach Juli krank sind. Die erste Gruppe ist die größere und umfaßt diejenigen Kranken, welche nur gegen Pollen von Gräsern und Getreide empfindlich sind, während die der zweiten sich auch noch gegen Pollen von Blumen als überempfindlich erweisen. Die Zahl der Pflanzen, welche Heufieber verursachen können, ist ziemlich groß; sie gehören fast alle zu den Graminäen. Von den Getreidearten ist der Roggen sicher die wichtigste, es können jedoch auch Weizen, Gerste und Hafer wirksam sein. Von den Gräsern kommen in Europa 20 bis 30 Gattungen als Heufiebererreger in Betracht. Das ursächliche Moment läßt sich anamnestisch sicherer aber durch Hautreaktionen feststellen. Im letzteren Falle ist die kutane Methode der intrakutanen vorzuziehen, weil sie genügend empfindlich und dabei ungefährlich ist, wenn richtige Extrakte (Sächsische Serumwerke) benutzt werden. Es genügen für die Praxis zwei Hautreaktionen: mit gemischtem Getreide und mit gemischten Gräsern. Für die Blumen ist das Arbeiten mit einem Gemisch wegen der vielen individuellen Unterschiede nicht gut möglich. Bei der unspezifischen Desensibilisierung kommt an erster Stelle die Tuberkulintherapie in Betracht, welche meistens eine Besserung bringt, jedoch oft nicht ausreicht, weswegen die spezifische Therapie mit herangezogen werden muß. Diese letztere besteht in Injektionen von Pollenextrakten, auf die der Pat. reagiert, wobei es einem Heufieberpatienten nicht schadet, wenn man ihm, neben anderen Extrakten, auch einen Pollenextrakt einspritzt, gegen welchen er nicht empfindlich ist. Falls die Desensibilisierung nicht genügend geholfen hat, kann man die Anfälle durch subkutane Adrenalineinspritzung, evtl. auch durch Darreichung von Ephedrin oder Ephetonin, unterdrücken. In leichteren Fällen hilft Aspirin mit Koffein gegeben, vorausgesetzt, daß der betreffende Patient Aspirin verträgt. Bezüglich der Therapie des Heufiebers sei erwähnt, daß dadurch die Ueberempfindlichkeit nur erheblich herabgesetzt wird, während eine vollkommene Desensibilisierung fast nie zu erreichen ist. Infolgedessen muß der Patient das Allergen nach Möglichkeit meiden, was durch Fernhalten von blühenden Wiesen oder Roggenfeldern, Einschränkung von Auto- und Bahnfahrten, Schützen der Augen durch eine Brille und Auswaschen mit Zinksulfat oder Optochinlösung, wie auch durch Applikation von Paraffin oder irgendeiner Salbe auf die Nasenschleimhaut zu erzielen ist.

E. Kontorowitsch.

2648.

Petow, H., und L. Farmer Loeb, Erfahrungen über die desensibilisierende Behandlung des Heufiebers. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 21., S. 968.) Die spezifische Behandlung des Heufiebers

mit Pollenextrakt leistet wertvolle Dienste. In etwa 65% der behandelten Fälle wurde eine weitgehende Besserung bzw. Linderung der Symptome erzielt.

2649.

Mothant, M., Die essentielle Hypertonie, ihre Pathogenie, ihre Behandlung und ihre Rückwirkung auf das Gehirn. (Le Scalpel, Nr. 12, 1929.) Die arterielle Hypertension in ihren verschiedenen Abwandlungen ist in ihrer Entstehung innig verknüpft mit Prozessen dyskrasischer Natur. In ihrer dynamischen Form, bedingt durch die Insuffizienz der Gewebsallergie, die eine reaktionelle Störung des regulatorischen Reflexapparates nach sich zieht, beruht sie in ihrer Dauerform auf der einer hypo- oder katalytischen Inexitabilität des endokrinen Apparates. Das zerebrale Krankheitsbild der arteriellen Hypertension ist in seinem Ursprung wesentlich dyskrasischer Natur; die Spannungsschwankungen der Zerebrospinalflüssigkeit sind nur der Ausdruck des gestörten funktionellen Gleichgewichtes der sekretorischen Membran. Wie auch der klinische Ausdruck sein möge, sie spricht auf jede Therapie an, die auf eine Hyperallergisierung der Gewebe abzielt.

Held

2650.

Jagič, N., Asthma, Emphysem und Herz. (Wr. med. Wochenschr., 78., Nr. 39.) Aetiologie des Emphysems: Seniles Emphysem infolge Atrophie des Lungengewebes und Nachlassen der Elastizität, Formen von Emphysem bei jungen Individuen, bei denen keine andere Ursache gefunden werden kann, als die hypothetisch annehmere konstitutionelle Schwäche des Lungengewebes mit Neigung zur Überdehnung. Emphysem bei chronischen Bronchiden, Emphysem bei stark dilatiertem Thorax mit frühzeitiger Verknöcherung der Rückenknorpel und allmählicher starrer Dilatation in Inspirationsstellung. Langjähriges Spielen von Blasinstrumenten führt nicht zu Emphysem. Nach Anfällen von Asthma-bronchiale nervosum wird allmählich die Überdehnung der Lunge stationär. Außer den typischen Anfällen von Asthma bronchiale gibt es spastische Zustände in der Bronchialmuskulatur, die sich nur in einem chronisch verlaufenden Bronchialkatarrh äußern. Spastischer Bronchialkatarrh, auf subkutane Verabreichung von Adrenalin vermindert sich die katarrhale Erscheinung. Bei chronischem Lungenemphysem kommt es allmählich zu einer Hypertrophie des rechten Herzabschnittes (Emphysem-Herz). Bei der Beurteilung des Emphysem-Herzens ist das Wichtigste die Feststellung, ob dasselbe kompensiert ist oder Zeichen von Dekompensation nachweisbar sind. Bestehen Symptome von Dekompensation, so ist eine kardiotonische Therapie durchzuführen. Weiterhin wird das klinische Bild der Pulmonalklerose besprochen.

2651.

Fogelson, L. J., Ueber die atrio-ventrikuläre Automatie. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jahrg., Heft 10.) Bei der Analyse eines Falles des atrio-ventrikulären Rhythmus mit Umkehr-Extrasystolen wurden differential-diagnostische Merkmale, die die Umkehr-Extrasystolen vom sinuaurikulären Block mit „escaped beat“ unterscheiden, aufgefunden. Ebenso wurde in diesem Falle das Vorhandensein der Umkehr-Extrasystolen festgestellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

2652.

Fitz, R., Die Diagnose der Lobärpneumonie. (New England Med., Nr. 20, 1929.) Eine Analyse von 88 Fällen (53 Männer, 35 Frauen) nach praktischen Gesichtspunkten. Bei dem bekannten typischen Einsatz ist für den Praktiker die Diagnose leicht. Anders, wenn sich die Pneumonie allmählich entwickelt, bei einer Grippe, wenn schon einige Tage Husten besteht und leichtes Fieber. Die beste Prophylaxe gegen eine Pneumonie ist dann sofortige Bettruhe, und wenn auch nur Frösteln kommt, den Arzt besonders in Epidemiezeiten. Unter die häufigsten Zeichen einer Pneumonie gehören Schmerzen verschiedener Art und Stärke, meist auf einen Punkt im Brustkorb, Rücken oder Abdomen bezogen, zunehmend bei tiefem Atem. Auch der Husten, trocken oder hackend, ist ein Zeichen. Besonders, nur wenn mit blutgefärbtem Sputum. Etwa 50% fühlen eine Veränderung in ihrem hitzeregulierenden Apparat, und dies, der blutige Husten und die Schmerzen, sind eigentlich ein typisches Bild zu Beginn. Selten fühlt der Patient Ermüdung. Bei Kindern ist der Beginn oft Erbrechen. In vielen Fällen ist Prostration neben dem Fieber das Einzige. Wichtig ist, wie rasch nach dem Einsetzen Fieber, Puls und Respiration in die Höhe gehen. Die physikalischen Zeichen können fehlen oder recht verschieden sein, früh oder spät auftreten. Ihr Fehlen macht aber die Diagnose nicht hinfällig. Der systolische Blutdruck ist im allgemeinen wenig verändert. Ein relativ niedriger Blutdruck ist die Regel, was nicht erschrecken darf. Und auch bei gewöhnlichem Blutdruck, wenn er sinkt, darf man nicht einen Kollaps befürchten und sofort Koffein und Digitalis verordnen. Ebenso ist es kein

ominöses Zeichen, wenn er jeden Tag etwas sinkt. Die Urinuntersuchung hilft nicht viel: Eiweiß, im Sediment granulierte oder hyaline Zylinder, Leukozyten, gelegentlich rote Blutkörperchen sind in der Regel. Selbst Hämaturie kann vorkommen. Dies alles darf einen in der Diagnose nicht beirren. Leukozytose ist wohl die Regel, es kommt aber auch gelegentlich eine normale oder subnormale Zählung vor. Differentialdiagnostisch: die Möglichkeit einer Pneumonie ist bei jedem plötzlichen und unerklärlichen Fieber gegeben. Aber auch die Verwechselung mit vielen akuten Krankheiten. Bei Jungen kann Pneumonie und Appendicitis verwechselt werden. Bei Älteren ist Pneumonie ohne beträchtliche Temperatur ungewöhnlich. Besteht also bei ihnen eine Konsolidation ohne Fieber, so liegt etwas anderes vor als Pneumonie: in einem Falle handelte es sich um einen Herzinfarkt.

v. Schnizer.

2653.

Gellein, P., 39 Fälle von Lungentumor. (Norsk. Mag. f. Laegevid., Nr. 6, 1929.) Zuerst wird vom Verfasser ein Fall eines 49jährigen Mannes berichtet, der 10 Jahre nach dem Auftreten multipler Hauttumoren, die sich als basozelluläre Krebszellen erwiesen, Metastasen des Krebses ins Gehirn bekam und daran zugrunde ging. Es erwies sich dabei, daß auch die Lunge Metastasen enthielt. Die Hauttumoren werden als „Epithelioma pagétride“ nach Davies bezeichnet und werden vielfach als nicht so bösartig wie andere Karzinome angesehen; auch sind die Zellen derselben nicht so charakteristisch. Von 39 Lungentumoren erwiesen sich 38 als bösartig, und zwar 33 durch die Sektion und mikroskopische Untersuchung, und ein Tumor war ein gutartiger. Von den 33 bösartigen waren 22 Karzinome und 11 Sarkome. Von den Karzinomen waren 12 primärer und 8 sekundärer Natur. Die linke Lungenhälfte war häufiger als die rechte befallen; die Frauen überwiegen (16 zu 6 Männern), während im allgemeinen wenigstens die primären Lungenkarzinome bei Männern häufiger beobachtet sind. Das mittlere Alter der Befallenen war 60 Jahre. Die Zunahme der Fälle von Lungenkrebs in den letzten Jahren wurde auch hier festgestellt. In 2 Fällen bestand eine Komplikation mit frischer Tuberkulose. Der Verlauf ist nicht selten sehr rapide (3 Monate bis zu 7 Monaten). Sarkome verliefen ungünstiger und schneller als die Karzinome. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Tuberkulose, Mediastinaltumoren (Leukämie, Lymphogranulomatose), Abszesse, Aortenaneurysma, Oesophagusaffektionen usw.). Verwechslung mit Pleuritis, die im Anfang der Tumorbildung auftreten, oder mit Hämophilie, wie sie bei Arteriosklerose, Schrumpfnieren, Mitralstenose vorkommen, ist nicht selten.

S. Kalischer.

2654.

Polevski, J., Diagnose des primären Bronchialkarzinoms. (Med. J. Record, Nr. 8, 1929.) Man hat eigentlich in der Literatur keine scharf umschriebene Darstellung des Symptomenkomplexes des Bronchialkarzinoms. Manche Autoren sagen, daß die Dämpfung und Retraktion, die beim Karzinom vorkommt, auch bei der Tuberkulose und der chronisch indurativen Pneumonie zu finden sei, die beide häufig neben dem Karzinom bestehen. Oft findet man auch die Verziehung des Herzens nach der affizierten Seite beim Karzinom hervorgehoben; aber auch bei der Tuberkulose und indurativen Pneumonie kann man dies sehen. Gelegentlich findet man auch eine Paralyse des Phrenikus erwähnt. Und doch kann man die Diagnose ohne Bronchoskopie, Laboratorium und Röntgen stellen. Tatsache ist, daß das Bronchialkarzinom in der letzten Zeit zunimmt und zwar nicht nur, weil besser diagnostiziert wird. Schwierig ist die Diagnose, weil es häufig mit Tuberkulose zusammen vorkommt. Es beginnt ferner mit einer ringähnlichen Verdickung der Bronchialwand, allmählich in das Lumen des Bronchus hineinwachsend, auch ins Lungenparenchym. Das Karzinom kann sodann wie die Tuberkulose zentrale Degeneration und Höhlenbildung eingehen. Amyloiddegeneration kann dabei vorkommen (Resorption des Karzinomtoxins) wie bei längerdauernder reiner Lungentuberkulose. Der dem Karzinom distale Teil der Lunge entwickelt infolge der Obstruktion meist chronisch rekurrende Pneumonie, chronisch indurative Pneumonie oder Lungenabszesse. Und zwar infolge partieller Atelektase oder distaler Schleimretention und Destruktion des Zilieneithels. Diese Patienten sterben oft an äußerer oder innerer Hämorrhagie oder an Perforation in den Oesophagus.

Wichtig ist einmal die Anamnese: das suggestive Aussehen in Verbindung mit häufig wiederholten Anfällen einer freien Pneumonie oder milderer Lungenprozessen, wie starke mukopurulente Bronchitis, schwere Erkältungen, so ist man berechtigt, ein Karzinom zu vermuten. Die affizierte Seite ist ausgesprochen retrahiert (Bronchialstenose, Atelektase); es besteht Mangel an inspiratorischer Expansion, sogar Kontraktion oder Retraktion bei Inspiration. Die normale Seite ist nicht nur prominent, sondern

infolge eines kompensatorischen Emphysems (richtiger Hypertrophie) wirklich größer. Die Herzspitze ist oft nach der affizierten Seite verlagert. Die Interkostalräume sind an der affizierten Seite kontrahiert. Die Perkussion zeigt drei wichtige Erscheinungen: Pendelbewegung des Herzens während der Inspiration, und zwar des unteren Teils nach der affizierten Seite hin und weg davon bei der Expiration. Ein richtiges Ansaugen durch den negativen Druck der affizierten Seite. Dann Hochstand des Zwerchfells, konstant ohne Rücksicht auf die Atmung, infolge Lähmung des Phrenikus, die man immer beim Bronchialkarzinom findet: der intraabdominale Druck und der negative Druck in der Pleura sowie die Lungenelastizität gewinnen die Oberhand über den Tonus des Zwerchfells. Endlich die paradoxe Zwerchfellbewegung, die bei Einatmung bei geschlossenem Mund und Nase deutlich wird nach normaler Ausatmung.

v. Schnitzer.

2655.

Boas, I., Ueber die Probeparotomie und ihre Indikationen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 22.) Mit den vorliegenden Auseinandersetzungen ist das Problem der Probeparotomie keinesfalls erschöpfend und lückenlos dargestellt. Die Ansicht von Boas bestand lediglich darin, zunächst einmal einige Richtlinien und Leitsätze dieses wichtigen diagnostisch-therapeutischen Hilfsmittel aufzustellen und damit die Anregung zu einer weiteren Diskussion zu geben. Die Probeparotomie ist nach Ansicht des Verfassers nicht frei von Gefahren. Es muß durch Vervollkommen der diagnostischen und differentialdiagnostischen Methoden unentwegt daran gearbeitet werden, ihre Indikationen im Laufe der Zeit soweit als irgend möglich einzuzengen. Bei dem heutigen Stand der Wissenschaft ist die Probeparotomie aber als diagnostisch-therapeutische Methode unentbehrlich, sowohl für den Internisten als auch für den Chirurgen und besonders unentbehrlich für den Kranken selbst.

Arnold Hirsch, Berlin.

2656.

Oehler, J., Zur Pankreasnekrose. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 866.) (Henriettensift, Hannover.) In den letzten 10 Jahren wurden 26 Fälle von Pankreasnekrose behandelt. Die früher so seltene Erkrankung scheint jetzt häufiger vorzukommen. Es sind zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: die schwere akute Pankreasnekrose (Mortalität 92%) mit plötzlichem Beginn und schweren peritonitischen Erscheinungen im Oberbauch und die leichtere, weniger akute Pankreatitis (Mortalität 23%), die mit weniger stürmischen Erscheinungen einhergeht. Diese leichteren Fälle waren bis vor wenigen Jahren fast unbekannt; ihr Krankheitsbild ist nicht so gleichartig wie das der ersten Gruppe. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigten sie die Symptome eines schweren Gallensteinanfalles. Bei $\frac{2}{3}$ der Fälle fanden sich Gallensteine.

Wenn auch sehr oft Uebergänge zwischen beiden Gruppen zu konstatieren sind, sollten doch nach Ansicht des Verfassers im allgemeinen die in Vorgeschichte, Verlauf und Prognose so verschiedenen Fälle auch in der Nomenklatur unterschieden werden. Für die Fälle beider Gruppen fordert Verfasser die Frühoperation mit gleichzeitiger Drainage der Gallenwege. Die Operationsresultate sind bei den Fällen der zweiten Gruppe günstig.

Die Nachforschung bei den überlebenden Patienten hat hinsichtlich der Dauererfolge auch günstige Resultate ergeben.

Arnold Hirsch, Berlin.

2657.

Posttraumatische renale Insuffizienz. (Prensa med. argent., 15. 33.) (Hospital Pinero, Buenos Aires.) Es handelt sich um eine Schädigung der Nierenfunktion nach einem Fall von 4 Meter Höhe auf den Rücken. Verf. weist auf die Wichtigkeit der richtigen Beurteilung solcher Fälle vom Standpunkte der Unfallversicherung.

2658.

Pagnien, Ph., Die Lipoidnephrose. (Presse Méd., Nr. 30, 1929.) Die Lipoidnephrose wird als Krankheit extra-renalärer Herkunft aufgefaßt. Sie ist charakterisiert durch eine starke Albuminurie, große Oedeme, deutliche Hypercholesterinämie, Herabsetzung der Albuminurie im Plasma mit Inversion des Verhältnisses Albumine Globuline. Heilbarkeit durch eiweißreiches Regime. Das anatomisch-pathologische Substrat zeigt eine Überladung aller renalen Zellen mit Cholesterin, am meisten im subendothelialen Bindegewebe, wo es degenerative Veränderungen hervorruft. Das Cholesterin scheint extra-renalärer Herkunft zu sein und nicht das Resultat eines lokalen degenerativen Prozesses (Govaerts). Die Therapie ist völlig abweichend von der sonst üblichen: eiweißreiches und fettarmes Regime mit hohen Dosen von Thyreoidea-Medikation führt zur fast völligen Aushellung.

Haber.

2659.

Dumas, A., R. Froment und Mlle. Mercier, Ueber den unkoordinierten Blutdruck der Tabiker. (Presse Méd., Nr. 27, 1929.) Zu den kardio-vaskulären Symptomen der Tabes gehört außer dem fehlenden okulo-kardialen Reflex, der besonders bei tachykardischen Kranken auffällt, neben der Mikrosphygmie die große Instabilität des Blutdruckes außerhalb der Schmerzanfälle und die oft beträchtliche Blutdrucksenkung nach Adrenalininjektion. Diese Anzeichen von Druckstörung sind besonders deutlich bei den schwer Ataktischen und bei Kranken mit gewöhnlich erhöhtem Blutdruck. Die Störungen beruhen auf vasomotorischen Schwankungen, die wiederum durch das schlechte Funktionieren des Regulierungsapparates des arteriellen Druckes bedingt sind. Alles deutet darauf hin, daß bei der Tabes der kardio-vaskuläre Apparat dem Mareyschen Gesetz nicht mehr gehorcht.

Haber.

2660.

Nathan, M., Alimentäre Anaphylaxie mit Dyspnoe, digestive, renale und endokrine Insuffizienz. (Presse Méd., Nr. 28, 1929.) Verf. berichtet über einen Fall von alimentärer Anaphylaxie, bestehend in täglichen mehrmaligen heftigen Asthmakrisen, die nach roher Schokolade (gekochte macht keine Reaktion) und Mandeln und Rosinen auftreten, wenn nicht die Schalen ausgespien werden; ferner bei Bratgeruch und beim Schälen von rohen Kartoffeln, während sie gekochte ungestraft schälen kann. Da weitere Untersuchungen aus äußeren Gründen nicht zugänglich waren, wurde therapeutisch ein Peptonpulver jedesmal eine Stunde vor der Mahlzeit verordnet. Danach konnte die Pat. ohne Folgeerscheinungen die erwähnten Dinge vertragen. Da nach Lesné und Dreyfus der anaphylaktische Schock nach alimentärem Eiweiß oft einer Pankreas-Insuffizienz zuzuschreiben ist, so ergab sich auch hier nach genauerer Stuhluntersuchung eine gute Eiweiß-, dagegen eine schlechte Kohlehydratverdauung; der Gärungsversuch zeigte eine starke Gasbildung; das Stuhlwasser wurde deutlich sauer; die Bilirubinreduktion war unvollständig. Die Nierenfunktionsstörung erwies eine herabgesetzte Permeabilität; außerdem bestanden zahlreiche endokrine Störungen. Was die Schleimhautreize der Nase betraf, so fand sich eine Hypertrophie, die spezialistisch behandelt wurde. Nun wurde folgendes Regime aufgestellt: Nur einmal Fleisch jeden zweiten Tag, dabei nicht über den Wert von 2 Eiern hinausgehen. Die Ration von Brot und Kotbildnern ist herabzusetzen. Nach jeder Mahlzeit 2 Kompressen Amyloiddiastase. Während 3 Wochen im Monat folgendes Pulver: Corpus Thyreoid. 0,5, Pulv. ovar. 0,20. Nach insgesamt achtmonatlicher Behandlung treten keinerlei Anfälle mehr auf.

Haber.

2661.

Michelson, W., Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Entstehung und Behandlung der habituellen Obstipationen. (Klin. med., russ., 9., Jahrg. 6, Heft 20, S. 1333/1340.) (Propendenz-therap. Klinik, Kiew.) Das vegetative Nervensystem spielt für die Entstehung der habituellen Obstipation eine große Rolle; infolgedessen muß es bei der Behandlung derselben als ein Objekt der Therapieanwendung berücksichtigt werden. Auf Grund seiner in dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen schlägt der Verf. folgende Klassifikation der Obstipationsformen vor: 1. Obstipationen, die auf Atonie des vagomuskulären Apparates beruhen (therapeutischer Effekt nach Pilokarpin), 2. Obstipationen bei Hypertonie des vagomuskulären Apparates (Atropin), 3. Atonie des sympathiko-muskulären Apparates (Adrenalin), 4. Obstipationen von gemischtem Typus (Therapie: Atropin + Pilokarpin + Adrenalin), 5. Obstipationen bei vorwiegender Atonie des muskulären Apparates (Pituitrin). Die Erkennung der vorliegenden Form der Obstipation ermöglicht die Festsetzung der entsprechenden kausalen Therapie. Wie der Verf. beobachten konnte, wird die Verstopfung in manchen Fällen schon nach einmaliger Einspritzung des Präparates auf längere Zeit beseitigt. In der Regel aber ist eine systematische, mehr oder weniger dauernde Anwendung eines der erwähnten Präparate notwendig.

E. Kontorowitsch.

2662.

Schipper, H., Bedeutung des tuberkulösen Frühinfiltrates für den Praktiker. (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (Heilanstalt der Krankenkasse der österr. Bundesbahnen, Judendorf bei Graz.) Das Frühinfiltrat setzt meist unter dem larvirenden Bild einer Grippe ein. Die Erkennung des Frühinfiltrates ist außerordentlich schwierig, da der physikalische Befund gewöhnlich negativ ist. Wichtig sind einige kleine Nebenfunde: Im Gegensatz zur Grippe ist die Zunge nicht pappig belegt, sondern normal. Beachtung verdient ferner das Fehlen von Schnupfen und Tracheo-Bronchitis. Das Auftreten eines Herpes labialis läßt das Bestehen eines akuten Frühinfiltrates mit fast absoluter Sicherheit ausschließen. Sehr wichtig ist die Sputumuntersuchung, die wiederholt ausgeführt werden muß. Mit Sicherheit kann das Frühinfiltrat nur durch eine Röntgenuntersuchung festgestellt werden. Der Nachweis gelingt

besser bei Durchleuchtung als bei Aufnahme; man sieht einen weichen, durchscheinenden, ründlichen Schattenfleck. Die Behandlung des Frühfiltrates besteht in der Anlage eines Pneumothorax. Bei ausgedehnten Verwachsungen zeitigt manchmal die Phrenikusexairese als selbständiger Eingriff gute Erfolge.

L. Gordon, Berlin.

2663.

Hoke, Edmund, **Untersuchungen über die Behandlung der tuberkulösen, perifokalen Entzündung.** (Med. Klin., Nr. 20, 1929.) (Innere Abteilung und Bezirksfürsorgestelle für Lungenkranke in Komotau.) Auf Grund seiner Untersuchungen an künstlich an der Haut gesetzten perifokalen Entzündungen kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Solvochin, Atophanyl, Kalziumglukonat, Kamilleninfus führen zu einer Abschwächung der perifokalen Tuberkulinentzündung. Koffein, Krysolgan wirken verstärkend; abschwächend Thyroxin und Insulin. Morphin zeigte auf die Tuberkulinreaktion keinen Einfluß. Die gewonnenen Resultate lassen sich nicht ohne weiteres auf die Lunge übertragen, da die Gleichung: Hautimmunität bzw. Hautempfindlichkeit ist gleich Lungenimmunität bzw. Lungenempfindlichkeit, sicher keine absolute Geltung hat.

L. Gordon, Berlin.

2664.

Schröder, Erich, **Feststellung der Reaktionsphase (Aktivitätsdiagnose) bei der intrathorakalen Tuberkulose.** (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (Gesundheitsamt der Stadt Oberhausen.) Ein bestimmtes und absolut sicheres Einzelsymptom für die Aktivitätsdiagnose gibt es nicht. Im Gesamtbild der diagnostischen Methoden sind für die Feststellung der Reaktionsphase die immunbiologischen Symptome wichtiger, als die Organsymptome. Unter den biologischen Untersuchungsmethoden steht die Auswertung des weißen Blutbildes und die Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen als empfindliche und objektive Methode im Vordergrund. Für das ärztliche Handeln ergibt sich aus der Feststellung der Aktivitätsdiagnose etwa folgendes: Aktive Lungentuberkulosen sind behandlungsbedürftig, labile Lungentuberkulosen sind beobachtungsbedürftig, teilweise behandlungsbedürftig, inaktive Lungentuberkulosen sind nicht behandlungsbedürftig, teilweise beobachtungsbedürftig. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit: Aktive Tuberkulosen sind nicht oder nur ganz beschränkt arbeitsfähig (Inv. i. S. d. G.), labile Tuberkulosen sind arbeitsfähig, aber in einer Form und einem Umfang, der nur von Fall zu Fall zu bestimmen ist (vorübergehende Invalidität i. S. einer Krankenrente), inaktive Tuberkulosen sind weitgehend arbeitsfähig und im allgemeinen nicht invalide im Sinne des Gesetzes.

L. Gordon, Berlin.

2665.

Grumbach, A., und A. J. Werner, **Die Verwertbarkeit der Tuberkulosereaktion nach Besredka in der Praxis.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22, S. 1022.) (Hygiene-Institut Zürich und med. Univ.-Poliklinik.) Es werden die Resultate der Besredkaschen Reaktion an 1167 in der poliklinischen Sprechstunde wahllos zusammengetroffenen Fällen erörtert, unter Berücksichtigung der klinischen Diagnose, Senkung und Temperatur.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, wie die Verfasser selbst und andere Autoren schon früher festgestellt haben, daß es eine Reihe sicherer aktiver Tuberkulosen gibt mit negativer Besredkascher Reaktion. Im Gegensatz zur Senkung läßt sich aber eine positive Besredkasche Reaktion im spezifischen Sinne verwerten.

Die Autoren haben bereits früher betont, daß eine positive Besredkareaktion bei gleichzeitiger positiver WaR. nicht ohne weiteres als unspezifisch bezeichnet werden kann. Die vorliegende Statistik, wo von 25 Fällen mit positiver WaR. 16 eine negative Besredkasche Reaktion ergaben, bestätigt die früheren Beobachtungen.

Eine positive Besredkasche Reaktion mahnt auch bei klinisch-negativem Befund unbedingt zur Vorsicht und erfordert häufigere klinische Nachkontrollen.

Somit vermag die Besredkasche Reaktion dem Kliniker gemeinsam mit anderen Untersuchungsmethoden wertvolle Resultate zu geben.

Arnold Hirsch, Berlin.

2666.

Makaroff, J. W., und W. M. Fedoroff, **Beiträge zur Frage der Tuberkuloseschutzimpfung nach Langer.** (Z. Kinderheilk., 47., Heft 3 und 4.) (Kinderklinik des Instituts für ärztliche Fortbildung und Anstalt für Mütter- und Säuglingsschutz in Kasan.) Untersuchungen an 22 Kindern ergaben, daß es in einem verhältnismäßig hohen Prozentsatz gelingt, durch Vakzination nach Langer positive Tuberkulinreaktionen zu erzielen. Die Fähigkeit, auf Tuberkulin positiv zu reagieren, erhielt sich bei den geimpften Kindern während eines Zeitraumes von 2½ bis 12 Monaten. Schädigungen wurden nicht beobachtet. Meerschweinchen werden

durch die Impfung nach Langer nicht vor der Erkrankung an allgemeiner schwerer Tuberkulose nach Infektion mit dem Velléischen Stamme geschützt. Verfasser meint aber — soweit sein sehr kleines Untersuchungsmaterial hier überhaupt einen Schluß zuläßt —, daß der produktive Charakter bei den vakzinieren Meerschweinchen deutlicher ausgesprochen sei als bei den nichtvakzinieren.

Beck, Tübingen.

2667.

Ziegler, O., **Gedanken über künstliche Immunisierung gegen Tuberkulose.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 863.) (Städt. Tuberkulosekrankenhaus Hannover, Heidehaus.) Vorläufig hält Verfasser das Problem der Schutzimpfung gegen Tuberkulose trotz der bemerkenswerten Arbeiten von Calmette, Langer und aller anderen Versuche für noch ungeklärt. Bei der Frage nach der Wirksamkeit einer Schutzimpfung müssen unbedingt epidemiologische Überlegungen obwalten. Nur dann darf man sich von einer Schutzimpfung etwas versprechen, wenn die Wirkung derselben der natürlichen Erstinfektion an immunisatorischer Kraft nichts nachgibt. Dies wird aber nur erreicht werden können, wenn mittels der Schutzimpfung ähnlich wie bei der natürlichen Erstinfektion ein spezifischer anatomischer Infekt gesetzt wird, ohne den ein wirksamer Schutz nicht gedacht werden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

2668.

Blau, Arthur I. M. D., **Exposition und tuberkulöse Hirnhautentzündung.** (Archives of Pediatrics, 46., Nr. 4, 1929.) Von 110 Fällen mit tuberkulöser Hirnhautentzündung ergaben katanamnistische Untersuchungen bei 22 das Vorliegen einer Exposition in der Familie. Bovine Tuberkelbazillen sollen im Allgemeinen keine tuberkulöse Hirnhautentzündung machen. Die Expositionszeit in der tuberkulösen Familie ist nicht lange, sondern die Ansteckung und der Ausbruch einer Tuberkulose erfolgt recht rasch, als Zeit von Ansteckung bis zum Ausbruch der tuberkulösen Hirnhautentzündung werden 4 Wochen angegeben.

Trendtel, Bremen.

2669.

Freund, Arthur, **Indikationsstellung und Erfolge der Phrenikusexairese bei der Behandlung der Lungentuberkulose.** (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (Tuberkulose-Krankenhaus Hasenheide, Berlin-Neukölln.) Die Phrenikusexairese führt zu einer Verkürzung und Entspannung der Lunge im longitudinalen Durchmesser und zu einer verminderten bzw. ganz aufgehobenen Ventilation in denjenigen Lungenabschnitten, die dem gelähmten Zwerchfell benachbart sind. Dementsprechend ist die Wirksamkeit der Phrenikusexairese in den zwerchfellnahen Abschnitten am größten. Die Entspannung der Lungen trachtet sich aber auch in ihren oberen Abschnitten bemerkbar, besonders in den Fällen, in denen sich im Oberlappen ein fibröser, also stark schrumpfender Herd befindet. Die Phrenikusexairese ist vor allen Dingen dann indiziert, wenn die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax nicht möglich ist. Eine Ausnahme bilden nur zwerchfellnahe Unterlappenprozesse, bei denen eine isolierte Phrenikusexairese versucht werden kann. In dieselbe Indikationsgruppe gehören auch die Fälle, bei denen es zwar gelingt, einen Pneumothorax anzulegen, bei denen aber die Luftblase so klein und wirkungslos ist, daß der Pneumothorax wegen seiner Zwecklosigkeit aufgegeben werden muß, oder bei denen Exsudatbildung mit einer sich daran anschließenden plastischen Pleuritis dem Pneumothorax ein vorzeitiges Ende bereitet. Eine weitere Indikation für die Phrenikusexairese bilden die Fälle, bei denen der Pneumothorax inkomplett ist. Bestehen ausgedehnte flächenhafte Verwachsungen, so ist dem Pneumothorax die Exairese hinzuzufügen. Einer der Vorteile der kombinierten Pneumothorax-Exairesebehandlung besteht darin, daß Exsudate seltener auftreten. Ein drittes Indikationsgebiet der Phrenikusexairese sind diejenigen Fälle von doppelseitiger Lungentuberkulose, bei denen die Erkrankung der einen Seite hinsichtlich Ausdehnung und Aktivität die der anderen weit überwiegt. In diesen Fällen kann eine palliative Exairese auf der schlechteren Seite das Fortschreiten des Prozesses verlangsamen. Unter den Kontraindikationen für die Phrenikusexairese ist als absolut die Thoraxstarre zu bezeichnen; die Intaktheit der kostalen Atmung ist eine unerläßliche Vorbedingung für die Ausführung der Phrenikusexairese.

L. Gordon, Berlin.

2670.

Vercelli, Luigi, **Temperatur des beim künstlichen Pneumothorax verwendeten Gases.** (Policlinico, sez. prat., 36., 17.) Um pleuritische Ergüsse, deren Entstehung auf die Verwendung nicht-erwärmten Gases zurückzuführen ist, zu verhüten, empfiehlt Verfasser die Erwärmung des letzteren. Diese kann auf zweifache Art erfolgen: 1. Einstellung des Forlaninischen Apparates in einen Thermostat bei einer Temperatur von 40 bis 50° C. Oder 2. Ein-

schaltung eines Glasrohres zwischen Schlauch und Nadel, das durch einen daruntergestellten Spiritusbrenner bis zur Gluthitze erwärmt werden kann. Auf diese Weise wird das Gaskanüle passierende Gas erwärmt (36 bis 38°) und gleichzeitig sterilisiert. Verfasser hatte den Eindruck, daß bei Anwendung dieser Modifikation eine viel geringere Reaktion seitens der Pleura stattfand. Ashkenasy, Wien.

2671.

Stobie, William, und Sheila Hunter, **Behandlung der Lungentuberkulose mit Sanocrysin.** (Brit. med. J., 3552, S. 194.) Da bei geschlossener Lungentuberkulose die Diagnosenstellung häufig unsicher ist und die bei der Behandlung eintretenden Erfolge leicht angezweifelt werden können, wurden nur solche Patienten einer Sanocrysinbehandlung unterzogen, bei denen anfangs Tuberkelbazillen nachweisbar waren und deren Zustand durch eine vorangegangene Sanatoriumsbehandlung keine Besserung erfahren hatte. Es wurden jedoch unter Zuhilfenahme der Röntgendiagnose nur Fälle der exsudativen Form ausgewählt und Fälle der chronisch-fibrinösen Form oder solche mit höherem Fieber, starken Nachtschweißen, Abmagerung, gastro-intestinalen, oder renalen Erscheinungen von vornherein ausgeschieden. Tuberkulöse Laryngitis bildet hingegen keine Kontraindikation. Bei Darmbeschwerden und Appetitlosigkeit wird das Sanocrysin schlecht vertragen, da es nicht selten Erbrechen, Diarrhöe und Gewichtsverlust verursacht. Während der Sanocrysinbehandlung zeigt sich eine leicht septische Temperaturkurve, auch ist eine Herdreaktion nicht ungewöhnlich. Man beginnt mit der Injektion kleiner Dosen von 0,05 g (unter Vermeidung einer Fieberreaktion von mehr als ½ Grad Celsius) und steigert allwöchentlich um 0,1 bis zur Höchstdosis von 1,0 g.

Obwohl bei der Lungentuberkulose gelegentlich eine völlig überraschende Zustandsänderung des Leidens eintritt, gleichgültig ob ein bestimmtes oder auch mehrere Behandlungsverfahren eingeleitet wurden, oder gar keine Behandlung stattfand, glauben die Verfasser doch einige bindende Schlußfolgerungen zur Frage der Sanocrysinbehandlung beibringen zu können. Man darf das Sanocrysin nicht als ein Spezifikum für die Tuberkulosebehandlung ansehen; es verbessert vielmehr in geeigneten Fällen die allgemeine Behandlungsdauer, d. h. der gleiche Grad von Besserung ist unter Sanocrysin in bedeutend kürzerer Zeit zu erreichen. In sorgfältig ausgewählten Fällen beruht sein Wert in der Unterstützung anderer Behandlungsmethoden. Bei beiderseitiger Erkrankung hilft es in der Klärung der Frage der weniger affizierten Seite und erleichtert die Wahl für die Anlage eines Pneumothorax. In der chronisch-fibrinösen Form der Lungentuberkulose bewährt sich Sanocrysin nur bei den akuten Exazerbationen. Die Bazillenfreiheit des Sputums ist unter dem Einfluß des Sanocrysin leichter als sonst zu erzielen, so daß die Übertragungsgefahr in gewissem Sinne gemindert wird. Kristeller.

2672.

Melzer, E., **Ueber die Wirkung des Ichthyol-Kalziums bei Lungentuberkulose.** (Z. Tbk., 53., 6.) Das Ichthyol-Kalzium, als 5prozentige wäßrige Lösung intravenös injiziert, wirkt bei fortgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose als Antihidrotikum. Es beseitigt nervöse Symptome infolge seiner sedativen Wirkung. Bei leichteren und mittelschweren Fällen steht seine appetitanregende Wirkung im Vordergrund. Am günstigsten wirkt es bei den chronischen, zirrhatischen Formen, bei denen es die subfebrilen Temperaturen herabsetzt und das Allgemeinbefinden bessert. Zweg, Coswig.

2673.

Hofbauer, Ludwig, **Sport und Tuberkulose.** (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (I. med. Universitätsklinik, Wien.) Die Folgen gesteigerter Atembetätigung auf die Lungen sind dreifacher Natur: 1. wird die Lunge bei Vertiefung der Atmung besser gelüftet, durchblutet und lymphdurchströmt; 2. wird die Lunge infolge dieser physiologischen Betätigung dauernd besser entfaltet; 3. wird infolge der besseren Durchströmung der Lunge und Abfuhr der Lymphe die in der Lunge abgelagerte Menge von giftigen Produkten, das Autotuberkulin, mit dem Gesamtorganismus in Berührung gebracht. Der letztgenannte Vorgang ist von außerordentlicher Wichtigkeit; es ist lediglich nötig, hier ebenso wie bei der von außen her angewandten Tuberkulinbehandlung durch Feststellung von Gewicht, Temperatur, Neigung zu Schweißen und Appetit nur diejenige Tuberkulinmenge dem Gesamtorganismus zu übergeben, die ohne zu heftige Reaktion vertragen wird. Auf Grund dieser Erkenntnisse läßt sich die atemtherapeutische Behandlung der Lungentuberkulose aufbauen. Die Atemtätigkeit wird gebremst, solange die Allgemeinerscheinungen im Vordergrund stehen. Sie wird unter stätiger Kontrolle allmählich gesteigert, wenn die Allgemeinerscheinungen zurückgetreten sind. Die Atemübungen bestehen darin, daß der Kranke lernt, zunächst seine Lunge durch verlängerte und am Ende durch Muskel-

kräfte verstärkte Ausatmung zu verstärken und die Einatmung nur durch die Nase und hörbar, saugend erfolgen zu lassen. Die Zahl und die Tiefe der Atemzüge muß am Expirator geregelt werden. Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verfasser zu dem sozial sehr bedeutungsvollen Schluß, daß die respiratorische Betätigung der Lunge zum mindesten ebenso gute, ja weitaus bessere Resultate gibt, wenn sie entsprechend den Symptomen immer wieder variiert wird, eventuell auch mit relativer Ruhigstellung des Herdes abwechselt, wie die einseitige Betonung der Ruhigstellung allein. Die gleiche günstige Wirkung wie die Atemübungen übt auch der Sport aus, dies aber nur in dem Falle, wenn der Mechanismus der Atemvertiefung durch richtiges Training geregelt wird. Uebermäßige Atemvertiefung beim Nichttrainierten führt nicht zu einer Verbesserung der Lungenklüftung, sondern lediglich zu einer Dehnung der Lunge. L. Gordon, Berlin.

Kinderheilkunde

2674.

Dennett, H. Roger, **Regelmäßige Zufuhr von B-Vitamin in der Säuglingsnahrung.** (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 10, 1929.) Um das in der Kuhmilch und sehr oft auch in der Frauenmilch bestehende Defizit an B-Vitamin auszugleichen und das Auftreten der von Hoobler als Folge von B-Vitaminmangel beschriebenen Erscheinungen zu verhindern, verabreicht Verf. an Stelle der von Hoobler empfohlenen Bierhefe jedem künstlich genährten Säugling bis zum Ende des ersten Lebensjahre täglich 1 bis 3 gestrichene Kinderlöffel voll eines aus Weizenkeimlingen hergestellten Zuckers, der ebenso wie Bierhefe einen hohen Gehalt an antineuritischen Vitamin besitzt, gegenüber dieser aber den Vorteil hat, daß er der täglichen Nahrung leichter beigegeben werden kann und schmackhafter ist. Der Zucker hat folgende Zusammensetzung: 38% Maltose, 20% Malto-Dextrin, 20% Dextrin, 8% Protein, 7% lösliche Amino- und andere stickstoffhaltige Substanzen, 4% Mineralsalze und 3% Wasser. Die Erfolge, die Verf. bei 21 Säuglingen im Alter von 3 bis 12 Monaten, welche den von Hoobler beschriebenen Symptomenkomplex erkennen ließen, durch Verabreichung dieses Zuckers erzielte, waren sehr zufriedenstellend. Der auf Mangel an B-Vitamin beruhende Symptomenkomplex umfaßt folgende Erscheinungen: 1. Anorexie, 2. Gewichtsabnahme, 3. spastische Zustände in der Muskulatur der Extremitäten, 4. Steifigkeit des Nackens, 5. Unruhe, Blässe der Haut und niedriger Hämoglobinwert. Zusatz des Zuckers zur täglichen Nahrung wurde fast von allen Säuglingen gut vertragen, nur bei einzelnen traten nach einiger Zeit etwas vermehrte, lockere Stühle auf; Verminderung der täglichen Zuckermenge genügte, um die Stühle an Zahl und Beschaffenheit wieder normal werden zu lassen. Wo neben den oben erwähnten Erscheinungen auch Obstipation bestand, erwies sich die abführende Wirkung des Zuckers stets von Vorteil. Zucker aus Weizenkeimlingen enthält neben dem antineuritischen Vitamin noch einen Pellagra verhindernden Faktor. L. Büchler, Wien.

2675.

Hirsch-Kauffmann, H. und C. Wiener, **Untersuchungen über Milch bestrahlter Mütter.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21, S. 984.) Aus den Ergebnissen der Verfasser geht deutlich hervor, daß sich die Milch der lichtbehandelten Mütter chemisch in keiner Weise verschlechtert und daß der Vitamingehalt eine deutlich nachweisbare Steigerung erfährt. Gerade hierin dürfte, nach Ansicht der Autoren, ein wesentliches Moment für das Wohlbefinden dieser Stillkinder (ihr rosiges Aussehen und ihre günstige Weiterentwicklung) zu erblicken sein. Arnold Hirsch, Berlin.

2676.

Peyrer, K., **Die Tuberkulinempfindlichkeit bei rheumatoiden Erkrankungen.** (W. med. Wschr., 73., Nr. 40.) Beobachtungen an Kindern, die an akutem Gelenkrheumatismus oder an Chorea erkrankt waren, ergaben, daß bei diesen Erkrankungen die Tuberkulinempfindlichkeit unspezifisch erhöht ist. Beide Erkrankungen haben aber ätiologisch nichts mit Tuberkulose zu tun, denn man findet unter Fällen beider Erkrankungen entsprechend viel tuberkulosefreie Kinder. Die beobachteten Fälle von Erythema nodosum waren alle Pirquet-positiv. Verf. schließt sich der Ansicht an, daß das Erythema nodosum durch Tuberkulose verursacht ist. Maslovski, Wien.

2677.

Gammeltoft, **Ueber die Anwendung von B. C. G.-Vakzine im Kampf gegen die Kindertuberkulose. I. Die bestimmenden Gesichtspunkte für die Vakzination mit B. C. G. in der geburtsstiftlichen Abteilung A des Rigshospitalet, Kopenhagen.** (Acta obstet. scand., 8., Nr. 1.) Der Verfasser wird sich darauf beschränken, solche Kinder zu vakzinieren, die in tuberkulöser Umgebung leben

und deren Gesundheit sonst durch familiäre Disposition und ähnliche Faktoren beeinflusst werden könnte. Er steht auf dem Standpunkt, daß es bei der Neuheit der Methode, die zwar nicht schädlich zu sein scheint, deren Nutzen aber noch nicht erwiesen ist, empfehlenswert ist, die Versuche über diesen Rahmen auszudehnen.

Hans Hirsch, Köln.

2678.

Heckscher, Hans, Ueber die Anwendung von B. C. G.-Vakzine im Kampf gegen die Kindertuberkulose. II. Untersuchungen über die Kinder tuberkulöser Mütter. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 1.) Die Untersuchungen wurden ausgeführt, um die Kenntnisse über die Kindertuberkulose zu erweitern, besonders um es zu ermöglichen, eine Prognose für diejenigen Kinder zu stellen, die in kommenden Jahren von tuberkulösen Müttern werden geboren werden, die unter denselben sozialen Bedingungen leben, wie diejenigen, welche in den früheren Jahren in die geburtshilfliche Abteilung des Rigshospitals aufgenommen wurden. Zur diesem Zwecke wurden an 128 Müttern, die in den Jahren 1919—1926 aufgenommen worden waren, und an ihren 368 lebend geborenen Kindern Nachuntersuchungen angestellt. 75 von den Müttern hatten zur Zeit der Entbindung aktive Lungentuberkulose; 43% von diesen sind seither an Tuberkulose gestorben; zur Zeit leiden 41% an Lungentuberkulose, und nur 15% sind anscheinend geheilt. 53 Mütter hatten eine Anamnese, die wahrscheinlich machte, daß eine sichere Lungentuberkulose vorgelegen hatte, waren aber bei der Aufnahme offenbar gesund. Alle 53 sind am Leben. Nur 5 zeigen Zeichen von aktiven tuberkulösen Prozessen. 14 von den 368 Kindern sind an tuberkulösen Affektionen gestorben = 3,8%. 9 von diesen (etwa 2,4%) starben in ihrem ersten Lebensjahr. Zweckmäßiger mag es sein, die Mortalität nur auf der Basis der Todesfälle bei denjenigen Kindern zu berechnen, die von Müttern mit aktiver Tuberkulose geboren waren. Es ergaben sich dann 12 Todesfälle an sicherer Tuberkulose bei 163 Kindern, was einer Mortalität von etwa 7,4% entspricht.

Hans Hirsch, Köln.

2679.

Grass, H., Schornsteinschatten als Zeichen der Bronchialdrüsentuberkulose im Säuglings- und Kleinkindesalter. (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (Tuberkuloseberatungsstelle Bremen.) Der Schornsteinschatten, den Verfasser als charakteristisch für Bronchialdrüsentuberkulose beim piquetpositiven Säugling oder Kleinkind ansieht, ist eine geradlinige Verlängerung des Herzschattens nach oben hin durch das Spitzengebiet hindurch mit ziemlich scharfer seitlicher Begrenzung, die ungefähr der Wirbelsäule parallel läuft. Der Schatten kann einseitig oder auch doppelseitig sein. Differentialdiagnostisch kommt besonders eine persistierende Thymus in Frage. Bei der Rückbildung des Schattens treten gewöhnlich andere für Tuberkulose charakteristische Röntgenbefunde auf. Die Ursache der Schattenbildung ist wahrscheinlich eine neben der Erkrankung der Drüsen vor sich gehende periphere Entzündung des Mediastinums. Die Behandlung muß aus diesem Grund jeden Reiz vermeiden.

L. Gordon, Berlin.

2680.

Einecke, Fr., und R. Freise, Ueber die Synthalinwirkung bei Diabetes mellitus im Kindesalter. (Med. Welt, Nr. 20, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.) Es ist mit Synthalin nicht möglich, einen deutlichen Einfluß und nennbaren therapeutischen Effekt auf den Blutzucker, die Glykosurie und Azetonurie beim diabetischen Kinde auszuüben. Das Insulin läßt sich auch zum Teil nicht durch das Synthalin ersetzen. Bei der Synthalinanwendung sieht man unangenehme Begleiterscheinungen, Störung des Appetites bis zur völligen Nahrungsverweigerung, Uebelkeit, häufiges Erbrechen, Durchfälle und heftige Kopfschmerzen. Die Anwendung des Decholins neben dem Synthalin läßt in allen Fällen im Stich.

L. Gordon, Berlin.

2681.

Blühdorn, K., Zur Diagnostik rasch tödlich verlaufender Erkrankungen im Frühkindesalter. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 870.) In allen Fällen, die mit Atemstörungen und kruppverdächtigen Erscheinungen rasch zum Tode führen, darf bei sonst negativem Obduktionsbefund die Untersuchung des Nervensystems nicht vergessen werden. Es wäre sonst leicht möglich, daß bei den aus voller Gesundheit schnell dahingerafften jungen Kindern fälschlich der sogenannte Status thymico-lymphaticus als Todesursache herhalten müßte.

Daß es möglich ist, manchen zunächst rätselhaft erscheinenden Fall von rasch tödlich verlaufenden Erkrankungen im frühen Kindesalter in diagnostischer Hinsicht zu klären, sollte an dem Beispiel der interstitiellen Myokarditis und der epidemischen Kinderlähmung in Kürze illustriert werden; daß heute aber auch mancher Fall trotz Zuhilfenahme aller klinischen und pathologisch-anatomischen Hilfsmittel noch ungeklärt bleiben wird, unterliegt keinem Zweifel.

Arnold Hirsch, Berlin.

2682.

Dennie, C., Partielle Paralyse der unteren Extremitäten bei Kindern, begleitet von geistiger Minderwertigkeit. (Amer. J. Syph., 13., Nr. 2.) Neben der großen Gruppe zerebraler Spasmen oder alter infantiler Paralyse war eine Anzahl Kinder, welche ohne charakteristische, prämonitorische Zeichen plötzlich erkrankten. Bei anderen begann die Unfähigkeit zum Gehen zu heimlich, daß es selbst von den Eltern nicht bemerkt wurde. Doch ist, wie aus der Besserung nach spezifischer Behandlung geschlossen werden kann, auch bei ihnen der Beginn wahrscheinlich ein plötzlicher gewesen und wurde nur von den Eltern auf andere Ursachen zurückgeführt. Zweifellos waren die Kinder zuerst spastisch und später paretisch. Die Behandlung stellte die Gehfähigkeit wieder her. Die tiefen Reflexe waren bei allen erhalten und gesteigert, als Ausdruck zerebraler Reizung. Die geistige Minderwertigkeit konnte durch die Behandlung nicht beeinflusst werden. Einige der Fälle waren nach der Behandlung in geistiger Beziehung schlechter als vorher.

E. Kottmaier, Mainz.

2683.

Karger, P., Bandwürmkuren bei Kindern. (Med. Klin., Nr. 19, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik, Berlin.) Da der Bandwurm der Kinder die gleiche Größe und vermutlich auch die gleiche Giftempfindlichkeit hat wie der der Erwachsenen, so muß man auch in der Kinderpraxis ausreichende Dosen von Extr. Filic. mar. geben. Die optimale Dosis liegt um 8 g. Man gibt das Mittel am Morgen auf nüchternen Magen, und zwar in zwei Portionen, im Abstände von $\frac{1}{2}$ Stunde. 1 Stunde nach der zweiten Gabe bekommen die Kinder ein Abführmittel, das am vorherigen Tage als wirksam erprobt worden ist. Gewöhnlich genügen 2 bis 3 Gaben von einem gehäuftem Teelöffel Kurellaschen Brustpulvers; man kann aber auch Rizinus geben. Nach den Erfahrungen des Verfassers gibt diese Methode keine Mißerfolge, wenn das Mittel nicht erbrochen wird. In diesen Fällen bewährt sich die Verabreichung des Wurmmittels durch die Duodenalsonde, eine Methode, die mit absoluter Sicherheit wirkt und sehr leicht durchführbar ist. Sie besteht in folgendem: Am Vorabend wird zur Sicherheit ein Abführmittel ausgeprobt. Am frühen Morgen wird die Duodenalsonde durch die Nase eingeführt und das letzte Ende des Schlauches mit Heftpflaster an der Wange befestigt. Das im Magen befindliche andere Ende des Schlauches tritt in allen Fällen in spätestens 4 Stunden in das Duodenum ein. Eine Röntgenkontrolle erübrigt sich aus diesem Grunde. Die Kinder brauchen in der Zwischenzeit keine Beaufsichtigung und können mit dem festgeklebten Schlauche herumlaufen. Nach Ablauf von 4 Stunden wird auf das an der Wange befindliche Schlauchende ein Trichter aufgesetzt und durch diesen langsam 5—6 g Extr. Filic. eingefüllt. Die Dosis genügt, da das Mittel unverdünnt den Wurmkopf erreicht. Um das Fließen zu erleichtern und ein Verstopfen der Sonde zu vermeiden, kann man das Öl mit etwa der gleichen Menge warmen Wassers vermischen. Sodann wird mit einer lauwarmen Aufschwemmung eines Kinderlöffels Kurellaschen Brustpulvers nachgespült. Es empfiehlt sich nicht, jetzt gleich die Sonde herauszuziehen, weil das leicht Erbrechen auslöst. Man bringt vielmehr das Kind ins Bett, und nach etwa 1½ Stunden kommt es zum Abgang des Wurmes mit Kopf. Die Methode wirkt auch in den Fällen, in denen unmittelbar nach der Einfüllung Erbrechen erfolgt.

L. Gordon, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

2684.

Krüger, Ueber orale Sepsis. (Arch. Ohren- usw. Heilk., 121., Heft 1—2.) Verf. teilt hier mehrere Fälle mit, bei denen im Anschluß an eine Zahnextraktion wenige Tage darauf schwerste Allgemeinerscheinungen mit Exitus auftraten. Es handelte sich um Kavernosusthrombose und Meningitis. Der Weg von der Zahnwunde ging über die Flügelgaumengrube durch das Foramen ovale in den Sinus cavernosus. Verf. nimmt an, daß diese hochvirulente Infektion der Zahnwunde von einer chronischen Tonsillitis ausgehen kann.

Es wird fernerhin ein Fall mitgeteilt von Kieferhöhlenempyem, retromaxillärem Abszeß, Meningitis nach Zahnextraktion. Es wäre hiernach angebracht, bei Fällen von Sepsis nach Zahnextraktion durch die Oberkieferhöhle hindurch die Flügelgaumengrube zu eröffnen, zu revidieren und wenigstens den Plexus pterygoideus durch Inzision bzw. Kaustik zu unterbrechen.

Hesse, Königsberg.

2685.

Boß, William, Speichelsteinrezidive. (Bruns Beiträge z. kl. Chir., 146., Heft 2.) Die Speichelsteinrezidive kommen naturgemäß am häufigsten in den Drüsen und Ausführungsgängen vor, die von Steinbildungen betroffen werden, in der Gl. submaxillaris und sub-

lingualis. Die Ursachen der Rezidivierung sind, abgesehen von dem Uebersehen von Konkrementen und Absplittierungen bei der Extraktion eines Steines, in der makroskopisch und mikroskopisch nachweisbaren Miterkrankung der Speicheldrüse sowie in stenosierenden Narbenbildungen im Speichelgang nach Entfernung eines Steines zu suchen. Das Auftreten von Rezidiven wurde schon nach wenigen Monaten bis zu 5 Jahren beobachtet. Von den Röntgenuntersuchung der Speicheldrüse sowie von der Sialographie (der Füllung des Ausführungsganges mit Kontrastmitteln) ist ein diagnostischer Fortschritt zu erwarten. Um der Rezidivierung vorzubeugen, ist mit Ausnahme bei der Parotis die Drüse mit zu entfernen, die ja gewöhnlich miterkrankt und in den meisten Fällen ausgeschaltet ist.

E. Gohrbandt, Berlin.

2686.

Apfel, Harry M. D., Auf eine Tonsillektomie folgender Lungenabszeß. Sein Ursprung und seine Verhütung. (Archives of Pediatrics, 46., Nr. 4, 1929.) Lungenabszesse nach Tonsillektomie sollen bei nur teilweiser Herausnahme der Mandeln häufig vorkommen, hauptsächlich bei Kapselverletzung und dadurch bedingter Thrombenbildung.

Es wird aber darauf hingewiesen, daß in der Sluder-Klinik bei 20 000 Tonsillektomien kein Lungenabszeß vorgekommen ist und nicht eintritt, wenn nach der Operation eine vollkommene Schonung der Sprachwerkzeuge angeordnet wird.

Trendtel, Bremen.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

2687.

Weiß, Soma, und Hermann L. Blumgart, Die Wirkung der Digitaliskörper auf die Schnelligkeit der Blutströmung durch die Lungen sowie andere Fragen der Zirkulation. Studien an normalen Personen und an Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen. (Clinic. Invest., 7., Nr. 1, April 1929.) Acht gesunde Personen erhielten Strophantin und Tinctura digitalis, teils intravenös, teils per os. Deren Wirkung auf die Schnelligkeit des Lungen- und des peripheren Venenkreislaufs, auf die Vitalkapazität der Lunge, auf den Arterien- und Venendruck wurde registriert. Gaben, die großen therapeutischen Dosen entsprachen, änderten merklich bei diesen Personen nichts an den vorerwähnten Funktionen.

14 Patienten mit kardiovaskulären Störungen erhielten Strophantin bzw. Tinctura digitalis in großen therapeutischen Dosen; bei 7 von diesen erhöhte sich die Geschwindigkeit des Lungenkreislaufs, bei 4 blieb sie unverändert, wogegen 3 eine Abnahme zeigten.

Bei Patienten mit Kreislaufinsuffizienz sank die Geschwindigkeit des Lungenkreislaufs. Mit der klinischen Besserung nach Digitalis oder Ruhe hebt sich wohl die Strömungsgeschwindigkeit, aber der Grad der Besserung und die Zunahme der Geschwindigkeit sind keineswegs parallel.

Held.

2688.

Achard, Ch., Behandlung der Hypertension. (Progrès méd., Nr. 19, 1929.) Beim latenten kompensierten Hochdruck ist der Organismus adaptiert. Gefährlich sind plötzliche Steigerungen und rapide Senkungen. Hygiene: Keine Ermüdungen, kein längerer Marsch, keine physischen und moralischen Erregungen; Schlaflosigkeit ist schädlich. Bettruhe senkt den Druck. Nahrung: nicht zu viel Fleisch, nicht zu reichlich Purine. Behandlung der Fettsucht. Restriktion des Salzes: es vermehrt das in den Geweben fixierte lakunäre Wasser und den Durst. Restriktion der Getränke, 1200 bis 1500 ccm, ein Teil davon im Bett (befördert die Diurese). Ueberwachung deshalb bei Mineralkuren. Kein Kaffee, Tee und besonders kein Alkohol. Medikamente: Diuretika nur, wenn sich das Urinvolumen wesentlich senkt. Keine Sudorifika, wohl aber leichte Laxantien. Häufige kleine Aderlässe. Vasodilatation der Peripherie durch mäßige Anstrengungen, frische Luft, vorsichtige Massage und Gymnastik, kohlen-saure Bäder. Hochfrequenzströme. Keine zu warmen Bäder, keine Lichtbäder. Wertvoll sind die Nitrite: Natriumnitrit 0,15 bis 0,2 pro die 10 Tage lange; Amylnitrit mehr für die Anfälle. Dann Antispasmodika: Brom, Valeriana, Opium, Hyosyasmus, Belladonna. Benzylbenzoat. Jod: vermindert die Viskosität. Bekämpfung der Adrenalinämie durch Bestrahlung, aber Vorsicht: Insuffizienzgefahr. Hypophysenextrakt. Dann findet man im Corpus luteum, in der Leber, in der Thyreoidea hypotensive Substanzen, und vielleicht eröffnen sich hier neue Wege der Therapie, vielleicht auch der Auffassung der Hypertension. Bei den Anfällen auf dem

Böden der permanenten Hypertension: reichlicher Aderlaß 500 ccm, bei der Ekklampsie 1000 bis 1500 ccm. Den Lendenstich lindert wohl die Kopfschmerzen, aber Vorsicht: manchmal lipothymische Tendenzen. Dann Amylnitrit, ferner Kalmanita: Morphium, Chloralhydrat, Papaverin. Nitroglyzerin macht oft Kopfschmerzen. Bei Dekompensation mit Herznachlaß Digitalis nach Aderlaß und Purgation, Restriktion der Mahlzeiten und Getränke, salzlose Kost. Bei Niereninsuffizienz: N-arme Diät, Aderlaß, Wasserdiet. Stets muß man nach Lues fahnden und sie ebenfalls bekämpfen. Endlich ist dabei auch an die Neubildungen der Nebenniere zu denken: Exstirpation.

v. Schnizer.

2689.

Batschewer, P. G., Die Beurteilung des Einflusses kohlen-saurer Bäder auf das Herz mittels Elektrokardiographie. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 16.) (Ukrain. Physio-Balneologisches Institut, Odessa.) Die Wirkung der CO₂-Bäder bei Herzkranken nur nach ihrem subjektiven Befinden während bzw. nach dem Bade zu beurteilen, erscheint als ungenügend, weil dieses nicht immer dem wirklichen objektiven Zustand des Herzgefäßapparates entspricht. Dagegen kann man hier mittels der Elektrokardiographie viel genauer und ganz objektiv die Behandlungsergebnisse erfassen sowie auch die Intensität der CO₂-Therapie und die Indikation in jedem einzelnen Falle kontrollieren. Aus seinen Untersuchungen zieht Verfasser den Schluß, daß die Elektrokardiographie nicht nur bei allen Herzkranken, die einer CO₂-Badekur unterzogen werden, wünschenswert, sondern in manchen Fällen sogar notwendig ist. Das Vorfinden solcher Veränderungen, wie Arrhythmie, Extrasystole, Vorhofflimmern und dergl. während des Bades im Elektrokardiogramm gibt, unabhängig vom klinischen Befund, die Möglichkeit, den Charakter der Behandlung rechtzeitig zu ändern bzw. diese gänzlich abzubrechen.

E. Kontorowitsch.

2690.

Markowicz, Walter, Ueber Erfahrungen mit Dilaudid und Kardiazol-Dikodid bei Lungentuberkulose. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 16, 1929.) (Aus dem Mittelstandssanatorium, Arosa.) Dilaudid ist ein ausgezeichnetes Narkotikum und ersetzt in unserem therapeutischen Bereich in den meisten Fällen das Morphin und Pantopon. Seine pharmakologische Wirkung wird auch nach längerer Medikation nicht geringer. Es verursacht erfahrungsgemäß keine Euphorie; die Gefahr der Sucht ist aus diesem Grunde ausgeschlossen. Dosierungen bis zu dreimal täglich 0,0025 als Tablette, oder einmalige Dosen bis zu 0,003, maximal 0,004 g subkutan erschweren die Expektorations nicht. Gewöhnlich genügen geringere Dosen. Subkutane oder perorale Gaben von Dilaudid wirken, gemeinsam mit Schlafmitteln verabreicht, ausgezeichnet bei schlaflosen Kranken mit starkem Hustenreiz.

Kardiazol-Dikodid: Dikodid ist den Kodeinsalzen in der Wirkung überlegen; bei starken Dosen tritt geringe Euphorie ein.

In Fällen mit starker Expektorations wird die Kombination Kardiazol-Dikodid bevorzugt. Kardiazol wirkt auf die Expektorations befördernd und regulierend. Keine Nebenerscheinungen.

Geringe Dosen: täglich dreimal 10 bis 15 Tropfen genügen meistens auch in hartnäckigen Fällen.

Held.

2691.

Pinéas, H., Klinische Beobachtungen über die Wirkung von Harmin (Merck). (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 22.) (Nervenabteilung d. Städt. Hufeland-Hospitals, Berlin.) Das Harmin ist nach Ansicht des Verfassers ein sehr wertvolles Mittel zur Besserung der Motilität und der „Motorik“ (Homburger), vor allem von Kranken mit postenzephalitischem Parkinsonismus, in zweiter Linie von solchen mit Paralysis agitans. Arnold Hirsch, Berlin.

2692.

Imhof, D., Einige interessante Beiträge zur Heilwirkung des Olobintins. (Mschr. Ungar. Med., Heft 3/4, 1929.) Verfasser berichtet über seine Erfolge, welche er bei Behandlung verschiedener weiblicher entzündlicher Erkrankungen mit Olobintin erreicht hat. Er hatte bei seinen Fällen keinen einzigen Versager und auch keine Rezidive.

Für besonders erwähnenswert hält er die Fälle von parametritischem Exsudat, neben welchen auch Cholezystitis chronica bestand. Nach Verabreichung von 40 Injektionen verschwand nicht nur das Exsudat, sondern die Cholezystitisbeschwerden hörten auch vollkommen auf. Er lenkt daher die Aufmerksamkeit aller Spezialärzte, die sich mit den Erkrankungen der Gallenblase befassen, auf dieses Behandlungsergebnis.

E. J. László, Budapest.

2693.

Joly, M., Paraffinotherapie und Radioparaffinotherapie. (Paris méd., Nr. 16, 1929.) Barthe de Sandfort war der Ansicht, daß viele Rheumatismen lediglich horror aquae seien: die Wärme

bessert sie, das feuchte Element verschlimmert sie. Auf der Suche nach einem solchen Stoff, der die trockene Wärme in weitem Umfang applizieren ließ, kam er auf das Paraffin. Von ihm kam die Methode nach Deutschland, Österreich und blüht jetzt gerade in England. Paraffin schmilzt zwischen 45 und 63 Grad, wird (besonders wenn pulverisiert) sofort fest und hält in diesem Zustande eine Wärme von 50 bis 53 Graden lange Zeit. Weit entfernt, daß das Paraffin selbst bei hohen Temperaturen eine Rötung erzeugt, hinterläßt es für lange Zeit eine sehr angenehme Wärme, die zunächst bei höheren Temperaturen etwas unangenehm wird. Man hat deshalb statt des Uebergießens oder Ueberpinselns mit Unrecht die Pulverisation einführen wollen, denn hierbei blüht man an Wärme ein und geht der wichtigsten Eigenschaft der Kontraktilität des Paraffins verlustig. An der angenehmen Wärmeempfindlichkeit bei etwa 60 Grad ist vor allem der Wasserschutz der Haut wesentlich: es findet keinerlei Verbindung zwischen dem anhydrischen Paraffin und dem Hautwasser statt. Diese Kontraktilität en bloc ist wesentlich: im Gegensatz zu anderen physikalischen Maßnahmen kommt es nicht zu einer Dilatation der Kapillaren; es findet vielmehr eine leicht gleichmäßige Kompression statt; die Haut bleibt völlig normal; es kommt zu keiner Pulserhöhung, keiner Drucksteigerung; das Herz bleibt ruhig. Trotzdem kommt es zu einer ausgiebigen Schweißabsonderung, die unter der Paraffindecke leicht abfließt. Und bei der Abnahme des Blocks findet man keine plötzlichen vasokonstriktorischen Reaktionen. Dadurch unterscheidet sich das Paraffin wesentlich und vorteilhaft von anderen physikalischen Maßnahmen, wie Bädern usw., und ist besonders bei Kardipathen angezeigt. Anwendung überall da, wo man Wärme anwendet. Nach einer Einhüllung von 20 bis 30 Minuten fühlt sich der Patient außerordentlich wohl, frisch, beweglich und leicht. Denn die Einhüllung wirkt auf das Nervensystem, die Muskeln, die Diurese, den Sympathikus usw., ferner schmerzstillend. Bei Männern besonders ist es vor der Applikation nötig, der Haare wegen die betreffende Stelle mit etwas Paraffinöl abzureiben. Man kann das Paraffin sterilisieren, indem man es auf 120 Grad erwärmt und dann auf 60 bis 70 Grad abkühlt. Anwendungsgebiet als Sedativum und Lösungsmittel bei allen Kontusionen mit oder ohne Eruß; dieser wird hintangehalten oder verschwindet sehr rasch. Ebenso die Schmerzen. Eine Wunde ist keine Kontraindikation. Ferner bei Arkylosen, Muskelversteifungen nach Frakturbehandlung. Dann bei Gicht, bei der es auch Präventivbehandlung ist, Arthritis, allen Formen von Rheumatismus. Namentlich wenn keine Bäder aufgesucht werden können. Man kann das Paraffin durch Zusatz radioaktiver Salze sogar radioaktivieren. Dies kommt namentlich beim chronischen Gelenkrheumatismus in Betracht. So namentlich bei Phlebitiden, den Oedemen danach, bei Ischias, Interkostalneuralgien usw., Tortikollis, Lumbago, Zona, Cholezystitis, Salpingoovariitis, Orchitis, endlich bei rebellischen Dermatosen.

v. Schnizer.

2694.

Vauthey, M., **Reaktionen der Leber bei der Arsentherapie.** (Paris méd., Nr. 17, 1929.) Eine gesunde Leber verträgt As ganz gut; es ist ein starkes funktionelles Stimulans. Anders bei einer schon vorher kranken Leber: hier zeigen sich toxische Wirkungen des As. Den Boden dafür liefert die arthritische Leber, und zwar die des erworbenen Arthritis, „der ersten Generation“ mit chronischer Leberkongestion, dicker schmerzhafter Leber, Subikterus, schlechter Verdauung, schlechtem Allgemeinzustand. Oder mit häufigen, zunehmenden Gallensteinzufällen. Oder mit diskreteren Erscheinungen: Kopfschmerzen schon seit jungen Jahren, Schwindel, Migräneschüben, Migräneanfällen mit Nausea, biliosem Erbrechen, Subikterus. Allen gemeinsam ist eine sitzende Lebensweise und eine mangelhafte Ernährungshygiene. Ein großes Kontingent stellt auch der hereditäre Arthritis. Der Lauf ist gewöhnlich so: in der ersten Kindheit: ein oft rezidivierendes Säuglingsekzem; mit 6 bis 6 Jahren Asthma oder schon dann starker Esser mit Leberkongestion, biliosem Erbrechen, gelblichem Teint; gegen 10 Jahre Migräneschübe oder zwischen 7 und 12 Jahren häufig gutartiger Subikterus. Mit 16 bis 18 Jahren nähern sich die Erscheinungen mehr denen der Erwachsenen, seiner Erzeuger: Anfälle von Migräne, Leberkoliken, später dann rheumatische und gichtische Erscheinungen, die zunehmen. Schließlich kommt es dann immer zur Leberinsuffizienz arthritischen Ursprungs. Auf diesem Boden klinkt nun die As-Behandlung mit Sicherheit charakteristische Erscheinungen auf, und zwar hauptsächlich die trivalenten Verbindungen. Das Arsenbenzoldiol neigt mehr zu Leberkongestionen, die Kakodylate mehr zu Leberkoliken. Die Disis an sich spielt dabei weniger eine Rolle als die Wiederholung und die längere Verabreichung. Manche sind As-intolerant: dann treten die Erscheinungen sofort auf; für gewöhnlich kommen sie etwa 8 Tage nach jeder As-Medikation. Die Art der Einführung des As ist dabei irrelevant. Die Lebererscheinungen sind entweder homonym: häufig enthält die As-Kur eine latente oder alte Lithiasis oder ein früheres Asthma

flackert wieder auf. Oder sie sind heteronym, anders wie früher: es sind dies Leute, deren Arthritis fortschreitet und die zeitweise dessen verschiedene Manifestationen bieten, bei denen das As nur die latenten Manifestationen ausklinkt oder ihr Auftreten beschleunigt. Das As schafft diese Erscheinungen nicht, es zieht nur den schon bestehenden Hepatismus ans Licht. Diese Erscheinungen sind sehr verschieden: meist ein akuter kongestiver Schub mit den erwählten Begleiterscheinungen und rapider Abmagerung; die Entwicklung dauert lange, die Konvaleszenz zieht sich hin eben durch die Schübe. Manchmal sind es gastrointestinale, schmerzhaft Zustände. Oft zeigen Diarrhöen die Intoleranz an. Prophylaxe: Besserung des Bodens durch eine Vichykur. Beginn der As-Kur langsam progressiv unter Kontrolle mit dem van den Berghschen Ikterusindex. Man hat 3 Mittel, um die Leber gegen die toxischen Wirkungen des As zu schützen: Glukose per os oder intravenös in hypertonischen Lösungen; die antitoxische Funktion der Leber hängt lediglich vom Glykogengehalt ab. Hohe Dosen Salvarsan werden leichter ertragen bei gleichzeitiger Verabreichung von Glukose. Ferner gleichzeitig Leberextrakt, der ebenfalls die antitoxische Funktion unterstützt. Endlich Vichy vor, während und nach der As-Kur; sie wirkt direkt regulierend auf die Leberzelle, vermehrt die Alkalinität der Säfte, die bei Leberaffektionen herabgesetzt ist. Hyperalkalische Säfte lassen As besser ertragen. Endlich antianaphylaktische Wirkung.

v. Schnizer.

2695.

Mottram, J. C., **Anilinfarbstoffe und Radiumbestrahlung bei experimenteller Sarkomatose.** (Brit. med. J., 3551.) Für die Rattenversuche wurde ein langsam wachsendes Rattensarkom ausgewählt. Die Sarkomstückchen wurden vor der Inokulierung mit harten Radiumstrahlen resp. mit einer $\frac{1}{1000}$ prozentigen Lösung von Natriumfluoreszein in Lockescher Lösung in vitro vorbehandelt. Weder konnte eine 2½stündige Radiumbestrahlung noch eine 5stündige Lagerung in Fluoreszeinlösung allein eine Hemmung des Wachstums des Tumors hervorrufen. Bei aufeinanderfolgender oder gleichzeitiger Vorbehandlung mit beiden Methoden wurden die Sarkomstückchen derart geschädigt, daß von je 18 überpflanzten Stücken nur in 5 resp. 4 Fällen ein Weiterwachsen nach 17 Tagen zu beobachten war, während sämtliche Kontrollstücke eine starke Wucherung zeigten.

Kristeller.

2696.

Marcozzi, Aldo, **Ein neues Antiluetikum (Derivat des Acid. phenylarsin).** (Policlinico, sez. prat., 36, 17.) (Dermosyphilopathische Klinik, Pisa.) Das Präparat wurde von Gaujoux und Aubry bekanntgegeben und Arsaminol benannt. Es stellt eine sterile Lösung von 3-Azetylamin-4-oxyphenylarsenat-diäthylaminoäthanol dar. Die Konzentration beträgt 26,13% bei einem Arsengehalt von 0,05 g in 1 ccm. Das Mittel wird subkutan oder intramukulär injiziert in der Dosis von 0,15 bis 0,25 g und erzeugt keine Lokalreaktion. Im allgemeinen wird es gut vertragen. Die zu Beginn der Medikation manchmal einsetzenden Kopfschmerzen und Temperatursteigerungen sind nur vorübergehender Natur und wiederholen sich nicht bei Fortsetzung der Kur. Arsaminol wirkt sicher und prompt bei primärer und sekundärer Syphilis. Wird es bereits im präserologischen Stadium angewandt, dann bewirkt es eine andauernd negative Wassermannreaktion. Wegen der Möglichkeit der subkutanen Verabreichung eignet sich das Mittel besonders für die Kinderpraxis.

Ashkenasy, Wien.

2697.

Lasch, Fritz, und Alfred Neumann, **Ueber die Wismutbehandlung des Karzinoms nach der Methode von H. Kahn.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22.) (Interne Abteilung des Versorgungshospitals Lainz der Gemeinde Wien.) Abgesehen von einem Falle, bei welchem durch die kombinierte Röntgen-Bi-Behandlung nach Kahn eine temporäre Besserung erzielt wurde, und einem zweiten, bei welchem der Mammattumor durch die Behandlung etwas verkleinert wurde, war niemals eine Beeinflussung des malignen Prozesses im günstigen Sinne zu sehen.

Das Wismutdiasporal selbst ist in der von Kahn gegebenen Form anscheinend gut verträglich. Arnold Hirsch, Berlin.

2698.

Larson, R., **Intramuskuläre Anwendung von Wismut.** (Amer. J. Syph., 13., Nr. 2.) Man kann das Wismut ohne Schaden auch in den Deltoides injizieren.

J. Kottmaier, Mainz.

2699.

Tillotsch, J., **Ueber Arzneimittelmißbrauch.** (New England J. Med., Nr. 19, 1929.) An der Hand von 4 Fällen wird die Gefährlichkeit einer leichtfertigen Verordnung von Sedativis, besonders Allional, Hyoszin und Veronal, bei gewissen Patienten dargelegt. Es handelte sich meist um Zyklotymiker, konstitutionelle Psycho-

pathen, Psychoneurosen, die nach längerem Gebrauch Delirien und Psychosen zeigten. Solche Patienten sollte der Praktiker sich bemühen, frühzeitig zu erkennen und bei ihnen mit Sedativis und Hypnotizis zu sparen.

v. Schnizer.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

2700.

Müller, Ernst Friedr., William F. Petersen und Rose Hölscher, **Abschließende Studien über Beteiligung der einzelnen Organe an den gesetzmäßigen Verteilungsänderungen der Leukozyten.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22.) (Med. Univ.-Poliklinik, Hamburg, und die Abteilung für allgemeine Pathologie der University of Illinois, Chicago.) Ueber die Beteiligung der Organe an den akut einsetzenden Verteilungsveränderungen der Leukozyten bei Allgemeinreaktionen ist zu sagen, daß sich den Hautgefäßen gleichgerichtet verhalten die Gefäße der Muskulatur, der Brustorgane (Herz und Lungen), des Hirns und der Nieren, während stets umgekehrt reagieren die Gefäße der Leber und der anderen Abdominalorgane. Damit liegt eine weitere Beobachtung vor für die oft ausgesprochene Annahme einer allgemeinen Beteiligung des Körpers an solchen oft schon auf geringe Reize hin eintretenden Reaktionen, wie die Widalsche Krise nach Milchgenuß, der Leukozytensturz nach Intrakutaninjektion usw. Der dabei zustande kommende Ausgleich zwischen den Gefäßen im Splanchnikusgebiet und denen der Peripherie ist selbstverständlich nur ein Zeichen einer ebenfalls splanchno-peripher sich ausgleichenden reaktiven Leistungszunahme und -abnahme, durch die letzten Endes das nachweisbare Phänomen der akuten Verteilungsänderung der Leukozyten erst hervorgerufen wird, und das nun umgekehrt für die Erkennung und Bewertung solcher splanchno-peripheren Gleichgewichtsschwankungen von großer Bedeutung ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

2701.

Forró, E., und Gajzágó, **Bluttypen und Erkrankungen.** (Orvosi Hetilap, Nr. 13.) Es wurden Bestimmungen bei 200 Tuberkel-, 200 Krebs-, 100 Polyarthritiden-, 46 Lues-, 56 Arteriosklerose-, 100 Infektionskranken, 254 an verschiedenen Krankheiten leidenden, sowie bei 150 gesunden Personen durchgeführt. Bei den Untersuchungen wurde mit der Verdünnungsmethode gearbeitet, und die Bestimmungen wurden in jedem Falle wenigstens mit zwei Standardsera durchgeführt. Zusammenfassend wird behauptet, daß 1. der Bluttypus eine vererbare, individuelle Eigenschaft der Person ist, die während des Lebens sich qualitativ nie ändert, 2. das Geschlecht auf den Bluttypus keinen Einfluß hat; 3. die an 1100 Personen durchgeführten Untersuchungen bezeugen weiters, daß der Bluttypus nicht für bestimmte Krankheiten inkliniert; 4. Verzár und Weszelszky fanden bei Debreczener Personen einen rassenbiologischen Index von 1,6. Verfasser fanden bei nicht isolierten Massen einen Index von 1,8. In verschiedenen Teilen des Landes lebende Ungarn weisen also annähernd den gleichen Index auf.

E. J. László, Budapest.

2702.

Scop, F., **Bedeutung der elektrischen Ladung bei der Blutkörperchen senkungsgeschwindigkeit.** (Mschr. Ungar. Mediz., Heft 3/4, 1929.) Daß die Änderungen in den Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen in der Diagnostik nicht immer verwertet werden können, führt Verfasser auf den Umstand zurück, daß dieselbe von vielen näher nicht ermittelbaren Umständen abhängig ist. Die meisten Autoren nehmen jedoch an, daß Senkung der roten Blutkörperchen lediglich durch die Entladung derselben entsteht. Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen wird die absolute Ladung derselben sowie des Blutplasmas bestimmen. Verfasser hat die Rolle des Blutplasmas untersucht, und zwar wenn das Plasma mit Kaolin behandelt, also die positiven Ladungen entfernt wurden, so ist die Senkung gegen die Kontrolle erheblich zurückgeblieben. Solche Versuche wurden in vielen Kombinationen angestellt und verliefen gleichartig. Auch wurde Blutplasma von Individuen mit normaler Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen mit Lösungen der sogenannten Elektrophenfarben sowie manche mit den eigenen bzw. heterologen Blutkörperchen versetzt. Die negativ beladenen Farbstoffe Rotviolett, Wasserblau und Lichtgrün haben eine erhebliche Verlangsamung, hingegen die positiven (Methylviolett und Malachitgrün) eine hochgradige Beschleunigung der Senkung herbeigeführt. Hiernach wird die Beschleunigung der Blutkörperchen senkung entweder durch Vermehrung der positiven Ladungen oder durch Verminderung der negativen im Blutplasma verursacht. E. J. László, Budapest.

2703.

Steinitz, Ernst, **Ueber Beziehungen zwischen Blut- und Harnzucker.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21.) (Inn. Abt. des Städt. Krankenhauses Siloah, Hannover.) Der Blutzuckerschwelienwert, d. h. die Höhe des Blutzuckerspiegels, bei der Zucker in den Harn überzutreten beginnt, unterliegt bei Diabetikern großen Schwankungen. Je schwerer der Fall, je schlechter die Stoffwechsellaage, um so höher liegt der Schwellenwert. Bei schweren und mittelschweren Fällen liegt er etwa so hoch wie bei Stoffwechselgesunden, bei leichten niedriger. Durch sorgfältige Behandlung wird der Schwellenwert gesenkt, die schweren Fälle nähern sich dadurch dem Verhalten der leichteren. Bei der Behandlung der Zuckerkranken soll nach erzielter Harnzuckerfreiheit der Blutzucker noch weiter unter den individuellen Schwellenwert gesenkt werden, aber nur so weit, wie es ohne Schwierigkeit möglich ist: es braucht nicht durchaus ein normaler Blutzuckerspiegel erstrebt zu werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2704.

Schönig, Albert, **Ueber den Kalktransport von Mutter und Kind und über Kalkablagerungen in der Plazenta.** (Z. Geburtsh., 94., Heft 2.) Verfasser suchte mit der Methode von de Waard (Fällung der Ca-Substanz des Blutes mit Ammoniumoxalat als Kalziumoxalat und Beobachtung im polarisierten Licht) die Kalkablagerungen in der Plazenta zu bestimmen. Er konnte bereits im dritten bis sechsten Schwangerschaftsmonat Kalzium in normalen Zotten nachweisen. Diesen Kalk faßt er als Transportkalk für das Kind auf, nicht als dystrophische Verkalkung. Die Kalkaufnahme geschieht durch aktive Tätigkeit des Zottenepithels; die Glashaut des Zottenepithels hat die Eigenschaften einer semipermeablen Membran, und der Uebergang des Ca aus dem Zottenstroma zum Kindsblood erfolgt durch Diffusion durch das dünne kindliche Endothelrohr. Mit der Oxalatmethode gelingt es auch, bedeutend mehr Kalzium in dem nekrobiotischen Anteil der reifen Plazenta nachzuweisen, als es bisher möglich war. Für das Leben der Frucht besitzen die Kalziumeinlagerungen der reifen Plazenta an und für sich keine Bedeutung.

Rudolf Katz, Berlin.

2705.

Vaccarezza, Rodolfo, Silva, Leonidas L., Alurraide, Julian, und Carlos Griot, **Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Grundumsatz und Reaktion des Blutes?** (Prensa med. argent., 15., 31.) Auf Grund ihrer Untersuchungen, die dahin abzielten, welcher Art die Beziehungen zwischen dem Grundumsatz und der Blutreaktion sind, kommen Verfasser zu Ansicht, daß kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Funktionen besteht und daß man daher aus der Kenntnis des einen Faktors keine Schlüsse über den Zustand des anderen ziehen kann.

Ashkenasy, Wien.

2706.

Reyner, C. E., **Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen.** (J. Lab. Clin. Med., 14., Nr. 7.) Die Oberflächenspannung des Blutes wird durch Zusatz von Formaldehyd erhöht und durch Natrium oleicum erheblich herabgesetzt. Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen wird durch Zusatz von Natrium oleicum sowohl im normalen Blut als auch im Blute aktiv Tuberkulöser stark vermindert. Der Verfasser glaubt, daß die Senkungsbeschleunigung bei Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten ihre Erklärung in dem Verhalten der Oberflächenspannung findet.

Walter Goldstein, Berlin.

2707.

Diamond, J. S., **Der Wert der Schätzung der Bilirubinmenge im Blute.** (Amer. J. med. Sci., 176., Nr. 3.) Die Schätzung des Bilirubingehaltes im Blute gibt für den latenten Ikterus vor dem Erscheinen der klinischen Gelbsucht außerordentlich wichtige Anhaltspunkte. Von einer Serie ambulanter Patienten mit Verdauungs- und Nervenbeschwerden wurde in 29 Fällen eine Leberschädigung gefunden, die sich durch hohen Bilirubingehalt kenntlich machte. Diese Gruppe stellt eine klinische Einheit dar, die als hepatische Toxämie bezeichnet werden kann, was eine Folge einer toxischen Hepatitis ist. Die Möglichkeit, diese Diagnose als wichtig für eine drohende chronische Leberzirrhose stellen zu können, ist nicht hoch genug zu veranschlagen. In 38 Fällen von Kopf- und Bauchmigräne wurde ein latenter Ikterus festgestellt, was auf eine Leberdisfunktion als schädigenden Faktor bei dieser Erkrankung hinweist.

In der großen Gruppe von Fällen mit Cholelithiasis und Cholezystitis ist die Probe nur während der akuten Gallenattacke von Wert, da sie dazu dient, hier die Differentialdiagnose gegen andere Arten abdominaler Kolik einschließlich tabischer Krisen und Angina pectoris zu stellen.

Wiederholte Blutuntersuchungen beim Ikterus bezüglich des Verlaufs der Bilirubinprobe dienen dazu, obstruierende Formen von katarrhalischer oder toxischer Gelbsucht zu unterscheiden.

In der mit Arsphenamin behandelten Gruppe ist es von Wichtigkeit, die Bilirubinkurve zu überwachen, um eine Arsenschädigung der Leber zu vermeiden. Herzkrankheiten ergeben hohe Werte nur im Stadium der Dekompensation und der Leberstauung. Hohe Bilirubinwerte werden bei der perniziösen Anämie gefunden, was diese von allen anderen Formen sekundärer Anämie unterscheidet. Achylia gastrica, Magenkrebs, die Leukämien und die hämorrhagische Purpura geben alle niedrige Werte. Das Ulcus pepticum, die chronische Appendizitis, Darmstasen, ulzerative Kolitis, Lungentuberkulose, Asthma, Hypertension, Nephritis und endokrine Erkrankungen zeigen in der Regel normale Bilirubinwerte.

Beim Leberkarzinom werden höhere Werte nur dann gefunden, wenn eine direkte Behinderung des Gallenflusses durch Kompression der intermediären oder größeren Gallengänge stattfindet. Die Methode nach van den Bergh hat den Vorteil, nicht durch eine Karotämie oder Hämolyse beeinflusst zu werden, und unterscheidet so die verschiedenen Formen der Gelbsucht durch ihre betreffenden Reaktionen. Bei sehr starker Gelbsucht muß die Methode modifiziert angewandt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2708.

Voß, Zur Physiologie der Tonsillen. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 121. Heft 1/2.) Auf Grund der Tatsache, daß bei tonsillektomierten Kindern so gut wie ausnahmslos eine Größen- und Wachstumszunahme nach der Operation zu beobachten ist, hat der Verfasser Fütterungsversuche von Kaulquappen mit Tonsillarsubstanz vorgenommen und dabei gegenüber entsprechenden Kontrolltieren ein erhebliches Zurückbleiben im Wachstum und eine verzögerte Metamorphose festgestellt. Verfasser schließt hieraus und aus ähnlichen Versuchen an anderen Tieren und Pflanzen, daß den Gaumentonsillen eine das Wachstum hemmende Funktion zukommt, und sie mithin als Drüsen mit innerer Sekretion zu betrachten sind. Unter diesem Gesichtswinkel erblickt Verfasser in der chronischen Tonsillitis keinen Entzündungs-, sondern einen physiologischen Rückbildungsvorgang.

Hesse, Königsberg.

2709.

Griebel, Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Tonsillen. (Arch. Ohr- usw. Heilk., 121. Heft 1/2.) Die Arbeit steht in Beziehung zu der eben referierten Abhandlung von Voß. Es wurde experimentell festgestellt, daß Tonsillensubstanz die Quellung von Kalbsmuskeln, Gelatine, Laminariastücken und Lupinen vermindert, daß die Wirkung am besten bei einer pH von 7,6 bis 8,0, also im schwach alkalischen Medium sich entfaltet. Es wird das Wachstum von keimenden Lupinen durch Tonsillensubstanz gehemmt. Junge mit Tonsillen gefütterte Hühner bleiben bis zur Reife in ihrer Entwicklung zurück.

Hesse, Königsberg.

2710.

Gollanitzki, J. A., und Obolenskaja, A. J., Die „Umschaltung“ der endokrinen Drüsen als Behandlungsmethode bei Atrophie oder Unterentwicklung derselben. (Arch. Klin. Chir., 154. 3.) (Chirurg. Abteilung des Dostojewski-Krankenhauses, Moskau.) Verfasser sind der Meinung, daß die Versuche, die Insuffizienz endokriner Drüsen durch eine Transplantation entsprechender Drüsen vom Menschen oder Tier zu beheben, auf falschen Voraussetzungen beruhen. Diese Ansichten seien ebenso irrig wie die Absicht, solche Drüsen zu verjüngen durch Zerstörung ihres exkretorischen Anteils. Diese Methoden führen zu keinen oder nur zu vorübergehenden Erfolgen. Diese Behandlungsmethoden sind besonders unangebracht bei Störungen der inneren Sekretion, die auf einer primären Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder des Zirkulationsapparates beruhen. Solche Fälle sind durch neurologische Untersuchung und Prüfung des Stoffwechsels zu erkennen. Bei solchen ausgedehnten Affektionen der Gehirnzentren kann die Hormontherapie keinen Erfolg haben. Bei peripher bedingten Atrophien und Aplasien der endokrinen Drüsen besteht die Möglichkeit, die Drüsen wiederherzustellen durch ihre Umschaltung an neue Blut- und Nervenbahnen. Die Annahme erscheint berechtigt, daß durch den Anschluß der atrophischen Drüse an eine neue Arterienbahn und durch ihre Versorgung mit einem vom gesunden Zentrum gesteuerten Nerven eine Beeinflussung der Atrophie möglich ist.

E. Mühsam, Berlin.

2711.

Aub, Joseph C., Walter Bauer, Clark Heath und Marion Ropes, Die Wirkungen des Schilddrüsenhormons und der Schilddrüsenerkrankung. (J. Clin. Invest., 7. Nr. 1.) (Aus der Med. Klinik des Massachusetts-Hospitals, Boston.) Die Kalkausscheidung bei Patienten mit Kropf oder Schilddrüsenadenomen geht wesentlich über die Norm hinaus. Dieser Anstieg (231%) übertrifft bei weitem die Steigerung des Grundumsatzes (55%). Nehmen gesunde Personen Schilddrüsensubstanz ein, so steigt ihre Kalkausscheidung ebenfalls. Bei Myxödem sinkt die

Kalkausscheidung beträchtlich unter die Norm. Parallel mit der Zunahme der Kalk- geht eine Phosphorausscheidung; das läßt vermuten, daß der ausgeschiedene Kalk aus dem tertiären Kalziumphosphat der Knochen stammt. Im Blut geht diese Erhöhung der Ausscheidung nicht vor sich; hier fanden sich normale Kalk- und Phosphorwerte. Daß sich in den Knochen bei länger dauerndem Hyperthyreoidismus eine deutliche Osteoporose entwickelt, konnte röntgenologisch gezeigt werden. Die Zunahme der Kalkausscheidung hängt nicht nur vom erhöhten Grundumsatz ab, denn 3 oder 4 Fälle mit erhöhtem Grundumsatz infolge von Leukämie oder Fieber hatten normale Kalziumwerte.

Held.

2712.

Albright, Fuller, Walter Bauer, Marion Ropes und Joseph Aub, Die Wirkungen des Nebenschilddrüsenhormons. (J. Clin. Invest., 7. Nr. 1.) (Aus der Med. Klinik des Massachusetts-Hospitals, Boston.) Die Darreichung von Nebenschilddrüsensubstanz beeinflusst allmählich die Kalkausscheidung im Urin, wobei die fäkale Ausscheidung unbeteiligt bleibt. Nach Aufhören der Darreichung fällt diese Ausscheidung wiederum allmählich, und zwar sinkt sie unter das Niveau, das vor der Medikation bestanden hatte. Die Wirkung der Nebenschilddrüse und des gleichzeitig verabfolgten Ammoniumchlorids auf die Kalkausscheidung ist in ihrer Gesamtheit größer als die Einzelwirkung. Der Kalkspiegel des Blutes wird durch Nebenschilddrüsensubstanzinjektion allmählich nachweisbar gesteigert. Diese Steigerung ist individuell abgestuft und richtet sich auch nach dem Kalkreichtum der Kost. Nebenschilddrüsenverfütterung steigert die Phosphorausscheidung im Harn unvermittelt, ohne die fäkale Ausscheidung zu verändern. Nach Aufhören der Darreichung sinkt diese Ausscheidung ebenso rapid, und zwar unter das Niveau, das vor der Darreichung bestand. Diese Vorgänge vollziehen sich rascher als die beim Kalkstoffwechsel, und die Phosphormenge ist hierbei größer als man nach theoretischen Berechnungen erwartet. Der Phosphorspiegel des Blutes wird durch Nebenschilddrüsensubstanz primär herabgesetzt. Wenn indessen der Kalkgehalt des Serums das kritische Niveau von 14 bis 15 mg überschreitet, dann fällt die Phosphorausscheidung im Urin, und der Blutphosphor steigt. Die Stickstoffausscheidung bleibt durch Nebenschilddrüsensubstanz unbeeinflusst. Zur Dekalzifikation zweier ossifizierender Hämatome hat das Parathyreoidhormon nicht beigetragen.

Held.

2713.

Lahm, W., Das Ovarialhormon und seine Bildungsstätte. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 3.) Das Ovarium hat mehrere Funktionen zu erfüllen: die generative Funktion, die sich auf die Absonderung der Eier bezieht, die vegetative, die als Wachstumsimpuls aufzufassen ist, die somatische, die alle Beziehungen umfaßt, die das Ovarium mit den übrigen inkretorischen Drüsen verbindet. Hier liegen die größten Schwierigkeiten des Problems, da ja das Ovarium erst bei der Menarche in den Kreis der Drüsen eintritt und mit der Klimax daraus verschwindet. Tritt das Ovarium in der Pubertät nicht in Funktion, so kommt es zu eunuchoidem Hochwuchs, woraus hervorgeht, daß die Ossifikation durch das Ovarium beeinflusst wird. Die ganze Vita sexualis wird von ihm beherrscht. Jedoch spielt der Eierstock bei diesen Vorgängen keine selbständige Rolle, sondern nur im Zusammenspiel mit den anderen Drüsen. Die Frage des Zusammenhanges mit der Hypertonie ist noch nicht geklärt. Da im Ovarium ein großer Zerfall der Ovula sich ständig vollzieht, ist anzunehmen, daß die Resorption dieser Eier nicht ohne Einfluß auf den Körper bleiben kann. Vielleicht löst sie vegetative Impulse aus. Es gelang z. B., durch Bestrahlung die Ovula völlig zu zerstören und trotzdem Brunsterscheinungen hervorzurufen, die zu den vegetativen Funktionen gerechnet werden müssen. Die Stoffe, die am Uterus Wachstumsimpulse hervorrufen, bezeichnete man bisher als Ovarialhormone. Da jedoch auch andere Organe und zahlreiche Eiweißstoffe Wachstumsreize setzen können, muß die Definition genauer gefaßt werden. Von einem Ovarialhormon verlangt man heute: 1. die Lipoidlöslichkeit (alle bisherigen wässrigen Extrakte haben sich, falls es nicht geprüfte Präparate waren, als unzulänglich erwiesen), 2. die Unverwundlichkeit (auch durch die Verdauung kann das Hormon nicht zerstört werden), 3. die Gewinnung aus dem Ovarium oder der Plazenta, dem Blut oder dem Harn, 4. die spezifische Wirksamkeit. Hier herrscht noch ein Mangel an geeigneten Testmethoden. Das Wachstum der Genitalorgane allein genügt nicht. Der Nachweis der Brunst bei der Maus im Zusammenhang mit der Erzeugung einer Hypermastie sind spezifische Wirkungen des Ovarialhormons. Auch beim Menschen werden zyklische Veränderungen hervorgerufen. Neuerdings hat man auch in der menschlichen Scheide derartige Veränderungen nachgewiesen, welche vielleicht denen beim Tier entsprechen. Beim Menschen ist bis zu einem gewissen Grade der Säuregehalt der Scheide, der Reinheitsgrad und die Glykolyse des Vaginalendothels zu verwenden.

Kosminski, Berlin.

2714.

Csèpai, K., A. Fornet und S. Pallathy, Ueber die Stellung des Ovarialhormons in der Hormonreihe. (Endokrinol., 3. Heft 5, 1929.) (I. Medizinische Klinik der Universität Budapest.) Jedes endokrine Organ hat eine bestimmte spezielle Wirkungsweise, die diesem Organ hinsichtlich einer bestimmten Funktion eine vorherrschende Rolle gewährt; so entfaltet das Adrenalin auf die Blutdrucksteigerung, das Thyroxin auf den Grundumsatz, das Pituitrin auf die Diurese, das Parathormon auf den Kalkspiegel des Blutes und endlich das Insulin auf den Blutzucker eine katexogene Wirkung. Außer dieser präponderanten und charakteristischen Wirkungsweise kommen aber auch korrelative Wirkungen zur Geltung, auf Grund deren sich die Möglichkeit ergibt, jene Stellung des endokrinen Organs bzw. Hormons zu bestimmen, die es hinsichtlich des endokrinen Gleichgewichts einnimmt. Das Adrenalin erhöht, außer seiner Wirkung auf den Blutdruck, den Tonus des Sympathikus, hebt den Blutzuckerspiegel und verschiebt die Blutreaktion im alkalischen Sinne. Das Thyroxin erhöht — neben der Beeinflussung des Grundumsatzes — den Sympathikuston, erhöht den Blutzucker und wirkt alkalisierend auf die Blutreaktion. Die Wirkung des Pituitrins auf den Sympathikuston ist fraglich; durch seinen Effekt auf den Blutdruck und Blutzucker jedoch steht es in ziemlicher Nähe der beiden erstgenannten. Das Parathormon setzt, außer seiner Wirkung auf den Kalkgehalt des Blutes, den Tonus des Sympathikus eher herab, wenn auch nicht mit gleicher Regelmäßigkeit, wie ihn z. B. das Thyroxin erhöht. Es verschiebt das Blut-PH eher nach der sauren Richtung hin, beeinflusst kaum den Blutzucker und überhaupt nicht den Blutdruck. Das Insulin vermindert ausgesprochen den Tonus des Sympathikus, setzt den Blutzuckerspiegel herab und wirkt auf die Blutreaktion im sauren Sinne. Entsprechend ihren korrelativen Wirkungen gelingt es also, die Hormone zwischen den zwei Extremen, dem Adrenalin und dem Insulin, einzureihen. Wie aus den Untersuchungen der Verfasser hervorgeht, nimmt das Ovarialhormon (Menformon) durch seine korrelativen Wirkungen auf den Blutdruck, den vegetativen Tonus, den Zucker- und Kalziumgehalt des Blutes eine gut umschriebene Stellung in dieser Hormonreihe ein, und zwar nahe dem Insulin, wohl am ehesten zwischen dem Insulin und dem Parathormon.

E. Kontorowitsch.

2715.

Schucher, J. S., und A. S. Lipmanowitsch, Der Einfluß kleiner Alkoholgengen auf die Magensekretion. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 16.) (Babuchin-Krankenhaus und Narko-Dispensaire, Moskau.) Die Untersuchungen wurden an 16 Alkoholikern und an 22 Patienten mit Störungen der Magensekretion anderweitiger Ätiologie angestellt. Die Methode bestand darin, daß den Versuchspersonen 4 Wochen lang regelmäßig zweimal täglich neben der diätetischen Behandlung je 15 cm 5- bzw. 8prozentiger Alkohollösung verabreicht wurden. Aus ihren Beobachtungen ziehen die Verfasser den Schluß, daß die therapeutische Anwendung kleinerer Alkoholdosen (5prozentig) bei Störungen der sekretorischen Magen-funktion, die auf Alkoholismus beruhen, erfolglos sind, da diese Dosen nicht mehr imstande sind, den Drüsenapparat des Magens zu beeinflussen. Bei solchen Kranken dagegen, die keine Alkoholiker sind, ist die medikamentöse Darreichung kleinerer Alkoholgengen durchaus schädlich. Bei dieser Gruppe der Versuchspersonen beobachteten die Verfasser nach Darreichung 8prozentiger Alkohollösung stets Lähmung der Magendrüsen und vermehrte Schleimbildung.

E. Kontorowitsch.

2716.

Loeper, M., Die subkutane Anwendung des Pepsins. (Progrès méd., Nr. 19, 1929.) Der Magen hat auch eine innere Sekretion, wahrscheinlich das Pepsin. Ob noch eine andere besteht, weiß man noch nicht. Subkutane Injektionen von 10, 20, 40 cg (die Lösungen werden nach Tyndall sterilisiert) vermehren die Intensität und Häufigkeit der Magenkontraktionen, auch die des Colon transversum, beschleunigen die intestinale Passage. Allgemein bewirken sie manchmal Hyperglykämie, hemmen die Wirkung des Insulins, senken den Druck, verlangsamen den Puls. Wirken also spezifisch auf den Vagus. Sie sind also zu empfehlen bei Hypopeptikern, Hypotonikern, atonisch Konstripten, bei Tachykardie und vaskulärem Hochdruck. Besonders empfänglich sind Nierenkranke und Diabetiker, bei denen 0,2 cg nicht überschritten werden dürfen. 0,4 cg rufen manchmal leichte Störungen, Schwindel, Nausea, Ohnmacht hervor oder ein vorübergehendes leichtes Oedem. Manche scheinen besonders empfindlich. In der Dosis von 0,1 bis 0,2 cg kann es bei Infektionen zur Methode des Schocks und der Desensibilisation benützt werden. Bei Magengeschwüren erhält man ähnliche Resultate wie bei Proteinschock. Dann hat man Erfolge bei Nahrungsdesensibilisation, Asthma, Prurigo, Urtikaria, Pyrosis und bei Diarrhöe und Mukorrhöe anaphylaktischen Ursprungs. Praktisch wichtig ist die antianaphylaktische Wirkung. Ob sich Antipepsin bildet, ist noch nicht erwiesen, aber wahrscheinlich.

v. Schnizer.

2717.

Weinshank, O. B., Biologische Eigenschaften des Protein-kalziums und dessen klinische Bedeutung. (Med. J. Record, Nr. 8, 1929.) Die günstige Wirkung der fermentierten Milchgetränke, Kumiß und Kefir, beruht im wesentlichen auf dem Protein-Ca. Das, was man Habitus phthisicus nennt, ist nichts anderes als eine Störung des Kalkstoffwechsels, die, wahrscheinlich schon in einer früheren Generation begründet, zu einer Mißbildung des Organismus führt und so eine Prädisposition für Tuberkulose schafft. Es ist bekannt, daß unter Arbeitern in Kalkwerken keine Tuberkulose vorkommt und daß solche Arbeiter, die tuberkulös dort hinkommen, heilen. Sicherlich spielt das Ca bei der Heilung der Tuberkulose eine große Rolle. Versuche an Mensch und Tier haben nun folgendes ergeben: Je rapider das Wachstum ist, um so größer ist der Betrag des Blut-Ca. Dieser ist bei jedem Tier konstant und wird unter verschiedenen physiologischen Bedingungen konstant erhalten. Bei Erhöhung des Tonus des Sympathikus wird das Ca vom Blut zum Sympathikus transportiert. In neuerer Zeit werden dünne, schlanke Staturen gewünscht und durch eine mineralarme Diät auch erzeugt, besonders bei jungen Mädchen: es bildet sich eine ganz neue Konstitutionsform, Kopf klein, Becken und Brustkorb eng, lange schlanke Arme und Beine. Dadurch ist aber die Rasse bedroht; sie degeneriert physisch. (Schon Robin führte die Tuberkulose letzten Endes auf eine Demineralisation des Körpers zurück und schrieb dem Bazillus nicht die Hauptwirkung zu.)

v. Schnizer.

2718.

Achard, Ch., Pathogenie der permanenten arteriellen Hypertension. (Progrès méd., Nr. 18, 1929.) Zwei Ursachen: einmal das Blut. Die Vermehrung der Blutmasse wird verhindert durch Drüsen-elimination, besonders durch den Urin oder durch Transsudation in die Hohlräume, in pathologischen Zuständen Oedem. Dann die Viskosität, die, wenn stark, durch Verhinderung der Transsudation das Gefäßsystem ausdehnt. Ferner der Gefäßapparat. Die Hypertrophie, besonders des linken Ventrikels, ist eine Reaktion auf ein peripheres Hindernis. Solche sind in erster Linie die Arteriosklerose, besonders der kleinen Arterien, und viszeral, namentlich am Magen und Darm. Besonders sind aber die arteriellen Veränderungen an den Nieren verantwortlich gemacht worden. Dabei können die Zeichen einer chronischen Nephritis fehlen, aber doch ergibt die Funktionsprüfung eine gewisse Insuffizienz. Aber auch diese können fehlen. Manche haben Veränderungen in den kleinen Nierenarterien gefunden, fibröse Veränderungen in den Glomerulis, aber nicht in allen Fällen. Selbst bei der Eklampsie fand man frische oder gar keine Veränderungen in den Nieren. Manche kommen deshalb zu dem Schlusse, daß die Nierenveränderungen Folge der Hypertension sind. Umgekehrt kann Hypertension fehlen bei Nierensklerose, Amyloidniere, bei mancher akuten Nephritis mit Anurie. Man mußte also nach andere Ursachen als lediglich die Veränderungen in den Arterien der Nieren und sonstwo verantwortlich machen: die periphere Vasokonstriktion. Man hat nun die Reflextheorie durch die humorale ersetzt. Aber die durch die Undurchgängigkeit der Nieren im Blut zurückgehaltenen Substanzen können die permanente Hypertension nicht erklären. So die Harnsäure, gewisse aus dem Protein entstandene Körper, das Methylguanidin, das Urohypertensin, gewisse vom Darm resorbierte Aminsubstanzen. In erster Linie ist es die Adrenalinämie, die übermäßige Tätigkeit des chromaffinen Systems, Adrenale, hintere Hypophyse, Karotiden- und Kokkygealkörper. Der arterielle Druck wird durch ein Zusammenarbeiten von nervösen und humoralen Einflüssen automatisch reguliert. Die zentrifugalen Wege der nervösen Druckzentren (im vierten Ventrikel, Hypothalamus, in den Infundibulotuberkernen, im Mark) laufen im großen und kleinen Splanchnikus und in den vorderen Wurzeln vom vierten Dorsalis bis zum ersten Lumbalis; zentripetale Erregung vom Herz und den Gefäßen aber auch direkt humoral via Sympathikus lokal und peripher. Daß das Adrenalin durch andere Hormone — das Insulin ist sein Antagonist — beeinflusst wird, wird von manchen angenommen: das gleichzeitige Bestehen von Hypertension und Hyperglykämie. Sonst beobachtet man beschleunigte Blutkörperchen-senkung, Hypercholesterinämie, Vermehrung der Alkalireserve, osmotischen Ueberdruck der Proteine. Klinisch wichtig: Hypertension kommt zustande durch einen komplizierten Mechanismus nervöser und humoraler Wirkungen, wobei das Adrenalin die Hauptrolle spielt. Ähnlich wie beim Diabetes das Insulin. Man weiß jetzt, daß ein humoraler Mechanismus automatisch ohne Intervention des Nervensystems Insulinsekretion und Glykämie regelt, aber wie bei der Hypertension verbindet sich dieses Syndrom mit verschiedenen anderen, um klinische Komplexe zu bilden, die nicht notwendig voneinander abhängen müssen. Die Hypertension bei der Nierensklerose unterscheidet sich in nichts von anderen Hypertensionen, wie der Diabetes durch die Hypophysenwirkung der gleiche ist wie die anderen Formen.

v. Schnizer.

2719.

Lami, Guido, Ueber die Beziehungen zwischen der spezifisch-dynamischen Wirkung und dem vegetativen Nervensystem. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22.) (Med. Univ.-Klin. zu Bari [Italien].) Die vorliegenden klinischen Untersuchungen bestätigen, daß das vegetative Nervensystem (Sympathikus-Parasympathikus) an dem Entstehungsmechanismus der spezifisch-dynamischen Wirkung beteiligt ist. Einen wichtigen Anteil hat auch das hormonale System, doch sprechen das Erscheinen der spezifisch-dynamischen Wirkung sofort nach Zufuhr der Kost und der unmittelbare Einfluß der pharmako-dynamischen Mittel zugunsten eines Mechanismus im Sinne eines nervösen Reflexvorganges. Wenn auch die Hypothese bestätigt wird, daß die spezifisch-dynamische Wirkung durch einen Reflex bedingt ist, so beweisen doch die Untersuchungen des Verfassers, jedoch entgegen der Meinung von Ederer und Wallerstein, daß an ihm gleichzeitig der Sympathikus und der Vagus teilnehmen.

Ob bei der Sympathikuslähmung und Hemmung der spezifisch-dynamischen Wirkung die Assimilation der zugeführten Nahrung verändert oder gestört wird, bleibt unaufgeklärt. Immerhin darf angenommen werden, daß die Ausschaltung der spezifisch-dynamischen Wirkung mit sympathikuslähmenden Mitteln keine bemerkenswerten Störungen hervorruft.

Arnold Hirsch, Berlin.

2720.

Klein, O., und J. Heinemann, Ueber den Zeitpunkt des Eintritts der alimentären Hyperglykämie nach intraduodenaler Zuckerzufuhr, sowie zur Frage des Resorptions- und Assimilationstypus der Hyperglykämiekurve. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 21.) Nach intraduodenaler Einspritzung von Zuckerslösungen kommt es bei kontinuierlicher Verfolgung des Blutzuckerspiegels im Arterienblut (bei Blutentnahme in Intervallen von 30 zu 30 Sekunden) bei stoffwechselgesunden Individuen frühestens erst in der fünften bis sechsten Minute zu einem Anstieg des Blutzuckers. Bisweilen ist auch in der sechsten Minute noch kein Anstieg des Blutzuckers gegenüber der Zeit vor der Zuckereinspritzung nachweisbar. Vorher bleibt das Blutzuckerniveau, abgesehen von einer fast regelmäßig eintretenden Senkung in der vierten Minute, vollkommen konstant auf gleicher Höhe wie vor der Einspritzung der Zuckerslösung.

Bei Diabetikern und bei einem Fall von Gastroenterostomie mit alimentärer Glykosurie, bei welcher letzterer die Zuckerslösung ins Jejunum eingespritzt wurde, fand der Anstieg des Blutzuckerspiegels wesentlich früher, und zwar bereits in der ersten Minute, statt.

Wird der Blutzuckerspiegel im arteriellen Blute von der siebenten bis dreizehnten Minute nach der Zuckereinspritzung ins Duodenum untersucht, so zeigt der Blutzuckerspiegel meist sofort eine steigende Tendenz.

Der Anstieg des Blutzuckerniveaus in der fünften bis sechsten Minute nach intraduodenaler Einspritzung von Zuckerslösungen zeigt kontinuierlichen Charakter und erfolgt ohne Schwankungen des Blutzuckerniveaus; später, in der achten bis zwölften Minute nach der Einspritzung der Zuckerslösung ins Duodenum, nimmt die Blutzuckerkurve allmählich immer mehr diskontinuierlichen Charakter an, d. h. es treten bei Verfolgung des Blutzuckerspiegels von 30 zu 30 Sekunden deutliche Schwankungen auf, die, wenn auch weniger intensiv, so doch ähnlich jener Oszillationen sind, wie sie der Blutzuckerspiegel im arteriellen Blute in der Zeit von 30 Minuten bis 2 Stunden nach peroraler Glukosezufuhr deutlich erkennen läßt, und wie sie in ihrer größten Intensität bei unter Insulinwirkung, insbesondere im Insulinschock befindlichen Personen beobachtet werden.

Bei Diabetikern und bei einem Patienten mit Gastroenterostomie und alimentärer Glykosurie zeigte die Blutzuckerkurve von vornherein sehr bald nach der Einspritzung der Zuckerslösung ins Duodenum die genannten Schwankungen.

Nach intravenöser Injektion von Zuckerslösungen bei nüchternen, im Kohlehydratstoffwechsel und in ihrem vegetativen Nervensystem unbeeinflussten Personen zeigt der Anstieg und Abfall der Blutzuckerkurve kontinuierlichen Charakter, d. h. sie erfolgen ohne Unterbrechung und ohne Schwankungen.

Alle bisherigen Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, daß die beobachteten Oszillationen des Blutzuckerniveaus im arteriellen Blute nach peroraler Kohlehydratzufuhr, unter Insulinwirkung, Adrenalinwirkung usw., mit der Aktivierung des bei der Kohlehydratassimilation wirksamen vegetativ-nervösen Regulationsmechanismus in Beziehung stehen, und daß in dem kurz aufeinanderfolgenden Anstieg und Abfall des Blutzuckerspiegels die Wirkung von Stoß und Gegenstoß der die Zuckerausschüttung fördernden und hemmenden vegetativ-nervösen und hormonalen Einflüsse zu erblicken ist. Die Reiz- oder Assimilationskurve erhält durch diese Oszillationen des Blutzuckerniveaus im arteriellen

Blute eine ganz bestimmte Charakterisierung. Unmittelbar nach intravenöser Injektion von Zuckerslösungen zeigt das Blutzuckerniveau im arteriellen Blute kontinuierlichen Anstieg und Abfall; die Kurve zeigt keinerlei Unterbrechungen oder Schwankungen. Desgleichen ist der erste Anstieg des Blutzuckerspiegels unmittelbar nach intraduodenaler Zuckereinspritzung ein kontinuierlicher und erfolgt ohne Unterbrechung und ohne Schwankungen. In beiden Fällen spricht dieses typische Verhalten des Blutzuckerspiegels, das im Gegensatz steht zum Typus der Blutzuckerkurve, wie sie für die obengenannten Bedingungen charakteristisch ist, dafür, daß hier die Blutzuckerregulation zunächst ohne wesentliche Beteiligung des bei der Kohlehydratassimilation in Funktion gesetzten vegetativ-nervösen Regulationsmechanismus erfolgt.

Eine Aderlaßhyperglykämie tritt bei der von den Autoren gewählten Versuchsanordnung, Arterienpunktion von 6 bis 7 Minuten bei Vermeidung größerer Blutverluste im Anfang nicht ein. Wenn eine solche eintritt, was in einzelnen Versuchen vorkam, so ist sie sehr geringfügig (wenige Milligramm betragend) und erst gegen Ende des Versuches, etwa gegen Ende der siebenten Minute, nachweisbar.

Arnold Hirsch, Berlin.

2721.

Grafe, E., und E. Grünthal, Ueber isolierte Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels vom Zwischenhirn aus. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22.) (Med. u. Psychiatr. Klinik, Würzburg.) Ueberblickt man die gesamten Resultate, vor allen Dingen hinsichtlich der Frage des Gesamtstoffwechselzentrums, so ergibt sich, daß in allen Fällen, in denen der hintere Teil des Zwischenhirns von der Injektion betroffen wurde, Veränderungen des Gesamtumsatzes resultierten. Da alle Begleitstörungen (Temperaturveränderungen, Zuckerausscheidung, Eiweißumsatz), wenn sie überhaupt vorhanden waren, sehr rasch verschwanden, die Stoffwechselsenkungen in erheblicher Stärke aber Wochen hindurch meist gleichmäßig andauerten, so scheint es in den geschilderten Untersuchungen zum erstenmal gelungen zu sein, die fundamentalste Lebensfunktion von ganz bestimmten Stellen aus isoliert zu beeinflussen, und zwar im Sinne einer oft sehr erheblichen dauernden Herabsetzung des respiratorischen Gaswechsels. In manchen Fällen resultierte daraus eine ausgesprochene Fettsucht. Eine feine Lokalisierung des Gesamtstoffwechselzentrums, das mit Sicherheit wohl getroffen ist, läßt sich heute noch nicht durchführen. Es läßt sich nur ganz allgemein sagen, daß typische Änderungen des Gesamtstoffwechsels bisher nur dann erhalten wurden, wenn gewisse hintere Abschnitte des Hypothalamus getroffen wurden. Unter Umständen genügen, wie in einem Versuche besonders gezeigt wird, schon ganz kleine Verletzungen. Es wird ferner bemerkt, daß im Gegensatz zu den Störungen der chemischen Wärmeregulation, die nach den Untersuchungen von Isenschmid und Schnitzler stets doppelseitig in recht erheblichem Maße vorgenommen werden müssen, die Einwirkungen auf den Gesamtstoffwechsel schon durch einseitige Zerstörungen hervorgerufen werden können.

Arnold Hirsch, Berlin

2722.

Kennedy, J. W., Die Reaktionsweise des Peritoneums. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 5.) Wie die Haut und Schleimhäute, so ist auch das Peritoneum eine Schutzmembran. Durchgeführte Nähte, die durch Haut, Muskel, Faszie und Peritoneum hindurchgehen, infizieren sich nicht, da sie an der Haut und am Peritoneum der Schutzwirkung ausgesetzt sind. Es ist nicht richtig, daß das Peritoneum einen großen Lymphsack bilde, von dem aus Stomata direkt in Lymphgefäße führen. Die Resorption vom Peritoneum aus geht vielmehr über das Blutgefäßsystem. Die Lymphdrüsen sind bei akuter Peritonitis nicht immer befallen. Im Peritonealraum deponierte Substanzen erscheinen früher im Urin als in den Lymphgefäßen. Die aktiven Abwehrkräfte des Peritoneums sind sehr stark. Deshalb sagt der Verfasser, daß die Peritonitis nicht verhindert, sondern ermöglicht werden soll, und wären nicht die Komplikationen des Darmverschlusses, distaler Abszesse und retroperitonealer Infektion, so würde die Peritonitis mehr den Kampf zum Guten zum Schlechten entscheiden. Die Infektion durch Appendix ist die gefährlichste. Starke Reaktion mit viel Exsudat über einer großen Peritonealfäche ist günstiger als die sogenannte trockene Peritonitis. Für die Praxis zieht der Verfasser als seiner Ansicht die Schlußfolgerungen, nicht die Peritonitis an sich, sondern die drohenden Komplikationen zu bekämpfen, d. h. alle Verwachsungen zu beseitigen, die peritonealen Gebilde weitgehend zu eviszerieren, ausgiebige Drainage durch große Gazemengen, nicht durch wenige Glas- oder Gummiröhrchen, anzuwenden. Die Gaze stützt den Darm, verbessert seine Zirkulation und verhütet sein Hinuntergleiten auf die infizierte Fläche und damit seine Reinfektion und Obstruktion.

Hans Hirsch, Köln.

2723.

Emerson, William, C., Die toxischen Komponente der Galle. (J. Lab. Clin. Med., St. Louis, Nr. 7.) Tierversuche er-

Toxizität der Gallie gebunden ist an die Natrium-
cholelsäure und Taurocholsäure. Das Natrium gly-
von beiden das giftigere. Die Gallenfarbstoffe
beeinflussen (bei intravenöser Darreichung) weder
noch die Atmung der Versuchstiere.

Walter Goldstein, Berlin.

2724.

Hermann, Lipodystrophie, Abderhaldenreaktion
genitales System. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22.)
Heuberg.) Die Lipodystrophie kann stationär
zeichnung „progressiva“ sollte deshalb nicht generell
keitsbild angewandt werden. Die Lipodystrophie
Leschkes als eine Erkrankung des funktionellen
systems: Hypophyse-Zwischenhirneiphyse aufzu-
aber mit einer primären oder sekundären Beteiligung
parates unbedingt gerechnet werden muß. Für die
lung der Pathogenese und Therapie der Lipo-
die Abderhaldenreaktion ein wertvolles Hilfsmittel.
eutsche Versuche und Versuche mit Hypophysen-
präparaten sowie mit Keimdrüsenpräparaten sind in
Arnold Hirsch, Berlin.

2725.

J. N., Lipidämie und Cholesterinämie bei der
tsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 21.) (Innere Klinik des
Instituts, Leningrad.) Zwischen dem Lipoid- und
bringe halt im Blute Grippekranker besteht kein
Bei der Mehrzahl der Fälle wurde eine deutliche
minderung im Blute beobachtet, wobei zwischen
its und der Temperaturerhöhung andererseits keine
stand. Im Vergleich zu den Fällen mit leichterem
bei den schweren Fällen eine erhebliche Lipoid-
gefunden, so daß man hier über einen gewissen
zwischen der Hypolipidämie und der Schwere des
laufs der Grippe sprechen kann. In den Fällen mit
lauf der Erkrankung wurden auch während der
ilung subnormale Werte für den Cholesterin- und
es Blutes gefunden. E. Kontorowitsch.

2726.

Bela, und Bernard H. U. Mohrmann,
krasie. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 22, S. 1024.)
ches Stadtkrankenhaus II, Hannover.) Es handelte sich
argelekkzem um eine erworbene Sensibilisierung (von
außen), und zwar vermutlich der ganzen Hautober-
hädliche Agens war in Fasern und Saft des rohen und
argels enthalten. Die Idiosynkrasie war höchst wahr-
nivalent. Die passiven Übertragungsversuche von
antikörpern (aus dem Blutserum) fielen negativ aus.
ng die passive Übertragung von zellulären (kutanen)
nach Urbach und Königstein). Hierdurch wurden zum
ei der Spargelüberempfindlichkeit übertragbare Anti-
war kutane, nachgewiesen, wobei das Antigen nicht
der Eiweißkörper gehört. Die Stormsche Reaktion
der Grundumsatz war erhöht, während eine Tonus-
vegetativen Nervensystem nicht nachweisbar war. Es
ersuch einer spezifischen Desensibilisierung auf epi-
e mit steigenden Dosen gemacht.

Arnold Hirsch, Berlin.

2727.

O., Veränderungen der äußeren und inneren Atmung
er oberen Luftwege. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg.,
, (Med. Univ.-Poliklinik, Königsberg.) Die Behinde-
ung durch Verengerung der Luftwege und durch Vor-
Totraumes (Gasmasken mit Schutzfilter) führt zu einer
ränderung der äußeren und inneren Atmung. Die phy-
regulation der Atmung wird mit Einsetzen der Stenose
zutreten eines besonderen Reflexvorganges verändert.
Atemreiz der Stenose führt beim Nervösen, Ungeübten
ratorischer Atemhemmung, teils zu einer überschießenden
reaktion, also zu unzweckmäßigen und unökonomischen
n.

bung läßt sich die überschießende Reaktion ziemlich
nterdrücken. Beim Stenosegeübten führt das Einsetzen
nur noch zu einer relativ geringfügigen, in In- und
ichmäßigen Vertiefung der Atmung.

ngen des respiratorischen Stoffwechsels ergeben, daß
s sowohl bei reiner Stenose wie bei Maskenatmung
s Totraum eine Steigerung der Atmung und des
es gegenüber der unbehinderten Atmung eintritt. Das
olumen ist aber mehr gesteigert als der O₂-Verbrauch.
ne Reaktion auf den sensiblen Atemreiz der Stenose
also auch bei geübten Stenoseträgern die Grenzen
onomie der Atemtätigkeit.

Bei Atmung nur durch das Schutzfilter (reiner Stenosenatmung)
und gleichzeitiger Körperarbeit tritt eine Erhöhung der Minuten-
volumina und des O₂-Verbrauches ein, die größer ist als bei freier
Atmung.

Wird durch die vollständige Gasmasken geatmet, kommt also zur
Stenose der Maskentotraum noch hinzu, und wird nun eine körpe-
liche Arbeit verrichtet, so kommt es in der Mehrzahl der Fälle zu
einer Verminderung des Atemvolumens und der O₂-Aufnahme im
Vergleich zur Arbeit bei freier Atmung. Durch den Einfluß des
extraschädlichen Raumes kommt also ein höheres O₂-Defizit zu-
stande als bei der Arbeit mit freier Atmung. (Jede anstrengende
Arbeit geht bekanntlich mit einem Defizit der O₂-Aufnahme einher.)
Der Maskenträger braucht aber bei mittlerer Körperanstrengung
kaum länger zum Ausgleich dieses O₂-Defizits in der der Arbeit
folgenden Erholungsperiode als der Freiatmer und der geübte
Stenosesträger.

Arnold Hirsch, Berlin.

2728.

Loumos, S., Die Beziehungen der Thyreoidea zu Infektionen.
(Med. J. a. Rec., Nr. 8, 1929.) Man weiß, daß bei verschiedenen
Infektionen, Typhus, Zerebrospinalmeningitis und akutem Gelenk-
rheumatismus die Thyreoidea zunimmt. Sergent hat diese Thy-
reoideazeichen namentlich bei Gelenkrheumatismus beobachtet. (Ver-
größerung und Hyperästhesie der Haut über der Drüse): es ist ein
Kriterium der Verteidigung des Körpers gegen die Infektion; fehlt
es, so ist die Verteidigung des Körpers ungenügend, und da dann
Salizyl allein nicht genügt, so ist Thyreoideaextrakt zu verabreichen.
Fehlt das Zeichen bei schweren Infektionen, so ist die Thyreoidea
durch die Infektion überwältigt; fehlt es bei leichten Infektionen, so
braucht der Körper nicht auf dieses Verteidigungsmittel zurück-
zugreifen. Es handelt sich dabei um eine Hyperplasie der Drüse,
wobei ihr Jodgehalt abnimmt. Neuere Untersuchungen haben nach
dieser Richtung hin ergeben, daß mit der Abnahme der Hyperplasie
der Jodgehalt wieder zunimmt. Er beträgt dann mehr als in der
nicht hyperplastischen Drüse. Folglich ist die Verabreichung von
Jod bei allen akuten infektiösen Prozessen von Wert. Bei Lungen-
tuberkulose ist die Thyreoidea gewöhnlich vergrößert, häufiger als
bei anderen Infektionen. Und dabei ist dann auch der Jodgehalt
der Drüse vermindert. Also spielt die Thyreoidea besonders bei der
Lungentuberkulose eine gewichtige Rolle. (Dies erklärt auch die
günstigen Resultate der Jodbehandlung der Tuberkulose, die die
Franzosen vorgeschlagen haben.) v. Schnitzer.

2729.

Herb, F., Der Schutz des menschlichen Körpers gegen Infek-
tionen. (Med. J. a. Rec., Nr. 8, 1929.) Der menschliche Körper ist
gegen Infektionen ungenügend geschützt, und man versteht dies am
besten auf Grund der einfachen Phänomene der Immunologie, wie
der Metchnikoffschen Amöbentheorie. Hier geht Ernährung und
Verteidigung Hand in Hand. Im weiteren Verlaufe aber hat sich
der Ernährungsprozeß geändert: es entstand eine Arbeitsteilung und
der Verteidigungsprozeß trat zurück. Manche Zellen gaben ihre
Ernährungsaufgaben zugunsten anderer auf: Nerven, Gehirn, Muskel.
Andere behielten sie und teilten sie in zwei Gruppen: enterale und
paraenterale Digestion. Die einen im Darmkanal, die anderen sonst
im Körper, Leukozyten, Retikuloendothelialsystem, Leber, Milz usw.
Die einen entleerten ihre digestiven Fermente in die Organe (Magen
usw.), die anderen in die zirkulierenden Flüssigkeiten. Und diese
letzteren sind die eigentliche Verteidigungsarmee insofern, als sie
die pathogenen Keime, wo sie sie finden, angreifen und töten. Im
Grunde läuft dies parallel, es besteht nur ein Unterschied in lokalen
Eigentümlichkeiten und in der Adaptation auf die Umgebung, im
wesentlichen auf die Zeit des Auftretens der Fermente. Pepsin ent-
leert sich sofort nach der Nahrungsaufnahme im Magen; bis genü-
gend spezifische Verteidigungsfermente im Blut entstehen, braucht
es 3 bis 5 Tage. Dies ist aber für die Entstehung der Krankheit
für die Entwicklung der Bakterien außerordentlich wichtig. Die
Zellen des Magens sind sozusagen stets kriegsbereit; die außerhalb
gelegenen Zellen stellen nur gelegentlich der Notwendigkeit von
Verteidigungsmaßnahmen sozusagen ein Landsturmkontingent. Ein
Beispiel: Spermazellen in die Bauchhöhle injiziert, werden durch
die undrainierten Zellen nur langsam, nach 12 bis 15 Stunden, be-
seitigt. Nach weiteren Injektionen werden die Fermente wesentlich
rascher geliefert. Dazu hat es aber jahrmillionenlanger Experimente
der Natur gebraucht. Und diese Langsamkeit in der Lieferung
dieser digestiven Fermente oder Antikörper ist der erste Schutz der
Natur gegen Infektionen. Zur Beseitigung gibt es zwei Wege: die
betreffenden spezifischen Fermente im Tierkörper zu produzieren
und im Bedarfsfalle den menschlichen zu injizieren: Behrings Anti-
diphtherieserum. Fermente, die solange den unheilvollen Namen
Antitoxine geführt haben. Diese spezifischen Antisera sind injiziert,
wenn die Infektion stattgefunden hat, zu einer Zeit, wo die Ver-
teidigungsarmee des Körpers noch nicht ganz mobilisiert ist. Sie
wirken rasch, werden aber auch als Fremdkörper rasch wieder aus-
geschieden und geben so nur eine kurze Immunität. Anders, wenn

nicht pressiert, wenn nicht exponierte Körper zu Epidemiezeiten geschützt werden sollen. Dann werden durch Infektion der befallenden Toxine die Zellen gezwungen, ihre spezifischen Fermente selbst zu produzieren analog der Infektion von Sperma in die Bauchhöhle. Aber hierzu braucht es viel Zeit, Wochen; dafür hält aber auch die Immunität jahrelang. Unter günstigen Umständen kann der digestive Apparat des Blutes unter dem Mikroskop wenigstens sehr rasch wirken und Bakterien wie Zucker in Wasser lösen. Aber dieser Idealzustand ist im Körper noch nicht erreicht. Alle Fermente im Körper brauchen nun, um wirksam zu sein, Fermentin, und vom genügenden Vorrat von Fermentin oder Komplement hängt ab, daß die Fermente rasch und gründlich wirken. Und diese Substanzen genügend zu isolieren, zu produzieren, ist bis jetzt noch nicht gelungen; dann erst ist der Schutz gegen Infektionen vollständig.

2730.

Rizzi, Roberto, Experimentelle Untersuchungen über Osteodystrophie. (Arch. di Ortop., 44., Heft IV.) Die Erscheinungen der Ostitis fibrosa, die kürzlich als Osteodystrophie zusammengefaßt wurden, dürfen nicht als eine Krankheit im eigentlichen Wortsinne aufgefaßt werden, sondern vielmehr als ein Symptomenkomplex, der auf sehr verschiedene Ursachen zurückzuführen ist. Der Symptomenkomplex wird charakterisiert durch eine überstürzte Umformung von Knochen, durch regellose Bildung in der Balkchenstruktur, durch lakunäre Resorption und Apposition, sowie durch Umformung des Markes in fibröses Gewebe. Diese Erscheinungen können, wie aus klinischen und experimentellen Untersuchungen hervorgeht, unter verschiedenen Bedingungen und aus verschiedenen Ursachen entstehen, die als krankhafte Reizerzeuger auf die trocknen und medullären Gewebe einwirken. Weiterhin ergibt die Arbeit, daß Nervenläsionen, zentraler oder peripherer Natur, aus sich allein nicht imstande sind, direkt die Veränderungen der Osteodystrophie im Knochen hervorzubringen. Ebenso wenig gelingt es, durch Veränderungen im Sympathikusgebiet diese typischen Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Das Vorhandensein von Keimen im Knochengewebe ist noch weniger imstande, allein die Krankheit hervorzubringen. Ein Nachweis spezifischer Erreger gelang nicht. In einer Osteodystrophie in Erscheinung treten zu lassen, müssen im Experiment verschiedene dieser Bedingungen gemeinsam wirken. Wahrscheinlich müssen auch Störungen in der Zirkulation dazu kommen. Debrunner, Zürich.

2731.

Westphal, Karl, Gg. Soika und W. Mann, Die herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase beim Typhus und bei anderen Infektionskrankheiten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 21, S. 860.) (Aus dem Stadtkrankenhaus I, Hannover.) Während der Typhusepidemie in Hannover 1926 und bei einem großen Teil der später zur Beobachtung gelangenden Einzelfälle ist eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase während des fieberhaften Stadiums und in den ersten darauf folgenden Wochen festgestellt. Histologisch fand sich dabei in der Gallenblase eine leichte Entzündung. Beide Befunde verschwanden in der weiteren Rekonvaleszenz. Arnold Hirsch, Berlin.

2732.

Raisz, D., Untersuchungen der Adrenalinempfindlichkeit bei Parametritis posterior. (Orv. het., Nr. 13, 1929.) Verf. beobachtete bei intravenöser Injektion von 0,01 bzw. 0,02 mg Adrenalin nach Vorschrift Csépay's die Blutdruckänderung und kam zu dem Ergebnis, daß alle an Parametritis posterior leidenden Kranken parasympathikotonisch sind. Auf dieser Grundlage faßt er daher die Parasympathikotonie als charakteristisches disponierendes Moment der Erkrankung auf, welches einen ständigen Bereitschaftszustand herstellt, demzufolge bei solchen Frauen häufig ganz geringfügig erscheinende körperliche und seelische Einwirkungen das Krankheitsbild der Parametritis posterior auslösen. E. J. László, M. U. M. Budapest.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

2733.

Schneider, Carl, Geistesstörungen bei perniziöser Anämie. (Nervenarzt, 2., Heft 5.) Gehirn-Rückenmarksveränderungen und perniziöse Anämie sind gleichgeordnete Wirkungen einer einheitlichen Ursache. Man muß auseinanderhalten: 1. Geistesstörungen bei Strängerkrankungen bzw. letztere allein ohne Anämie. Sie können offenbar durch sehr verschiedene Gifte bedingt werden: B. Strängerkrankungen bei Trunksucht, Krebs, Zuckerkrankheit. Geistesstörungen bei perniziöser Anämie. Die klinischen Erscheinungen seitens des Gehirns bzw. Rückenmarkes sind entsprechend anatomischen Veränderungen viel weniger leicht ausgleichbar als der Blutbefund; daher braucht einer Besserung der Anämie die Besserung der nervösen Krankheitszeichen nicht gleich zu folgen. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß die Murphysche Leber-

behandlung auch für die Geistesstörungen bei perniziöser Anämie günstige Wirkungen ausübt. Die Leberbehandlung wird aber nur da auch die Rückenmarkserkrankungen günstig beeinflussen, wo die Gewebsveränderungen noch soweit rückbildungsfähig sind, daß die zurückbleibenden Narben klinisch bedeutungslos oder wenigstens von untergeordneter Bedeutung bleiben. Bei der Mehrzahl der nicht ganz schweren Begleiterkrankungen bzw. sonstigen psychischen Veränderungen im Gefolge der perniziösen Anämie liegen die Verhältnisse jedoch möglicherweise anders: die verbreiteten Rindenveränderungen sind wahrscheinlich noch rückbildungsfähig und daher durch Leberkost günstig beeinflussbar.

Kurt Mendel, Berlin.

2734.

Balaban, N., Neurosen und Psychosen als Folgezustände des Erdbebens in der Krim im Jahre 1927. (Z. Neur., 119., Heft 5.) Auf Grund des angeführten Materials, irgendwelche endgültige Schlußfolgerungen zu machen, hält Verfasser für außerordentlich schwierig, wenn auch einige Momente in den Beobachtungen zu gewissen Hypothesen berechtigen. Reaktionen infolge von Schreck müssen anscheinend von Reaktionen infolge von Angst getrennt werden. Die bei weitem größte Mehrzahl der Fälle muß den Reaktionen infolge von Schrecken mit nachfolgendem Abreagieren zugerechnet werden. Das Vorhandensein einer verspäteten Reaktion bei Erkrankungen infolge von Schreck spricht noch nicht dagegen. Diese Zwischenzeit würde auf das Konto von Affektansammlungen zu schreiben sein. Schreckreaktionen tragen nach dem Charakter ihrer Erscheinungen den Stempel des Organischen. Je weniger Einwirkungen, desto schwächer die Erscheinungen, je stärker die neurotischen Symptome auftreten, desto mehr treten die konstitutionalen neuropathischen Elemente hervor. Reaktionen, welche infolge eines Traumas durch Erdbeben entstanden und den Charakter einer Neurose annehmen, weisen in ihrem weiteren Verlaufe eigenartige Merkmale auf, unter denen als das am meisten charakteristische Moment eine Kombination emotionaler Stumpfheit mit gleichzeitiger emotionaler Hyperästhesie vorherrscht. Die letztere ist speziell auf das Trauma gerichtet. Der Verlauf der Psychosen und Neurosen ist günstiger. Die Reaktionstypen sind verschieden und nicht immer in den Rahmen der uns bekannten nosologischen Einheiten und Syndrome unterzubringen. Auch ist in den Erscheinungen ein Polymorphismus und ein proteusartiger Wechsel zu bemerken. Als die gegenüberliegenden Pole seien affektiver Stupor und verwirrte Erregung bemerkt, welche übrigens auch kombiniert vorkommen. Angst vor dem Erdbeben zeitigt entweder das Bild hysterieähnlicher Zustände oder Angstneurosen; die letzteren entwickeln sich gewöhnlich nur langsam, wobei die Phase einer autosuggestiven Verarbeitung des Erlebten durchmachen. Hans Knospe.

2735.

Hill, T. R., Die Bulbokapnitherapie der Charakterstörungen bei der Postencephalitis epidemica Jugendlicher. (Lancet, 216, 5515.) (Metropolitan Asylums Board, Winchmore Hill, London.) Verf. hat ermutigende Resultate, wenn auch nur symptomatischer Natur, durch Verabreichung des aus Corydalis cava (Bulbe creux) extrahierten Alkaloids erzielt. Die Droge weist eine dem Apomorphin sehr ähnliche chemische Struktur auf, obschon sie in pharmakologischer Hinsicht ganz verschieden wirken. Wird Bulbokapnin in der Dosis von 0,1—0,2 g entweder peroral oder subkutan gegeben, so kann nach 2 bis 3 Tagen eine günstige Beeinflussung des abnormen psychischen Zustandes und Verhaltens zur Umwelt festgestellt werden. Diese günstige Wirkung hält solange an, als das Mittel gegeben wird, und verschwindet sofort nach Aussetzen desselben; nur in ganz wenigen Fällen des Verfassers mußte wegen eingetretener Gewöhnung die Dosis erhöht werden. Die ersten Zeichen der Besserung traten schon eine halbe Stunde nach Verabfolgung des Bulbokapnins in Form von Beruhigung verbunden mit Trägheit auf, worauf nicht selten ein leichter Schlafzustand in der Dauer von 10 bis 30 Minuten sich einstellt. Nach dem Erwachen ist der Kranke frisch und munter, wobei er jedoch im Gegensatz zu früher ein viel ruhigeres Verhalten an den Tag legt. Diese Veränderung erstreckt sich über einen Zeitraum von mehreren Stunden nach Einnahme des Mittels. Körperliche Veränderungen bei Patienten, die keine Symptome von Parkinsonismus aufweisen, rüft das Mittel mit Ausnahme vorübergehender Kopfschmerzen nicht hervor. Dagegen kann es zu einer Verschlechterung kommen, wie es ein Fall des Verfassers beweist, der neben dem Parkinsonsyndrom noch Zeichen einer Dystrophia adiposo-genitalis aufwies, und bei welchem die Rigidität sich gesteigert hatte, ohne daß eine bemerkenswerte Besserung des psychischen Verhaltens festgestellt werden konnte. In allen anderen Fällen des Verfassers, die bis dahin jeder anderen Therapie gegenüber sich refraktär verhielten, war ein augenscheinlicher Erfolg zu verzeichnen. Das Bulbokapnin scheint auf den thalamostriatalen Teil des Hirns depressiv, dagegen gar nicht oder nur ganz wenig auf die Hirnrinde zu wirken.

Ashkenasy, Wien.

2736.

Reid, W. J. S., Die Behandlung der Tabes dorsalis und ihre Resultate. (Lancet, 216., 5514.) (Ancoats Hospital, Manchester.) Bei bisher wenig oder gar nicht behandelten Fällen wird eine spezifische Therapie, wie bei tertiärer Lues, bis zum Negativwerden der Wassermann-Reaktion durchgeführt. Wegen der nicht seltenen toxischen Wirkungen des Salvarsans wird dieses Mittel gleichzeitig mit Natriumthiosulfat verabreicht. Es finden drei Kuren mit Neo-salvarsan mit 5 g als Gesamtdose in jeder Serie statt, worauf noch eine Quecksilber- und Wismutkur nachfolgen. Im Anschluß daran eine Therapie der „Verstärkung durch Drainage“ (method of reinforcement by drainage): Intravenöse Injektion von 0,25—0,3 g Silber-salvarsan, nach 10 Minuten in Lokalanästhesie Lumbalpunktion des sitzenden Patienten, bei welcher möglichst viel Liquor unter Beobachtung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln abgelassen wird. Bei guter Technik (langsames Abfließen) können bis 50 ccm entleert werden. Anschließend Bettruhe während 6 Stunden, dann Entlassung nach Hause, wo noch weitere 24 Stunden das Bett gehütet werden muß. Dieses Verfahren wird fünfmal unter Einhaltung von zweiwöchentlichen Intervallen durchgeführt, wobei während letzterer Silbersalvarsan verabreicht wird. In einer großen Anzahl von Fällen kann am Ende dieser Periode eine Umstimmung des Liquors zur Norm festgestellt werden. Bei endgültig negativer Wassermann-Reaktion des Liquors eine nicht sehr intensive antiluetische Behandlung (Quecksilber, Wismut, Jod) durch ein Jahr hindurch, mit immer größeren Intervallen zwischen den einzelnen Kuren. Wiederholung des Drainageverfahrens nach Ablauf des Jahres nur dann notwendig, wenn entweder ein positiver Wassermann oder noch 7 Zellen pro 1 ccm Liquor gefunden werden. In solchen Fällen wird ohne Rücksicht auf die Blutreaktion jedes halbe Jahr eine spezifische Kur eingeleitet. Verf. hatte diese Behandlung in dem Zeitraum von 1916 bis 1927 durchgeführt und kann über folgende Resultate berichten: Erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens, Nachlassen der lanzinierenden Schmerzen sowohl bezüglich der Frequenz wie auch der Intensität, so daß der Kranke nur mehr noch einen dumpfen Schmerz empfand. Die objektiven Krankheitszeichen blieben unbeeinflusst, so die Pupillenstarre, das Fehlen der Patellarreflexe, ebenso wie die Gürtelschmerzen. Die Blasenbeschwerden verschwanden gänzlich oder wurden bedeutend gebessert. Ebenso die Paresen der Augenmuskeln. Nicht beeinflusst wurden auch die Arthropathien sowie das Mal perforant. Die Ataxie ging parallel mit der Besserung des Allgemeinbefindens und der psychischen Verfassung zurück. Bei akuten gastrischen Krisen genügten 1 bis 2 subkutane Injektionen von Atropin plus Morphinum, eventuell auch Atropin allein, um sie prompt zum Verschwinden zu bringen.

Ashkenasy, Wien.

2737a.

Schilder, Paul, und Max Weißmann, Muskeldystrophie bei postenzephalitischer Zwischenhirnerkrankung. (Med. Klin., Nr. 19, 1929.) (Psychiatrisch-Neurologische Klinik in Wien.) Bei zwei Postenzephalitikern, bei welchen die klinischen Symptome auf eine Mittel- und Zwischenhirnläsion hinwiesen, fanden sich dystrophische Erscheinungen an jenen Muskeln, welche sonst zunächst von der Dystrophia musculorum progressiva befallen werden. In beiden Fällen handelte es sich um Hypertrophien bzw. Pseudohypertrophien. Es geht aus diesen Beobachtungen hervor, daß es ein diencephales Zentrum für die Muskeltrophik gibt.

L. Gordon, Berlin.

2737.

Sénèque, J., Die elektro-chirurgische Entfernung von Hirntumoren. (Presse Méd., Nr. 29, 1929.) Unter diesem Titel berichten Cushing und Bovic in „Surgery, Gynecology and Obstetrics“ im Dezember 1928 über ihre Erfahrungen bei der Anwendung von Hochfrequenzströmen in der Chirurgie der Hirntumoren. Seit zwei Jahren sind 547 Fälle von Cushing mit dem von ihm und Bovic konstruierten Apparat behandelt worden, der es erlaubt, die verschiedenen Stromarten mit Hilfe eines einzigen Leiters zu erzielen. Diese Ströme weichen vollständig von den sonst üblichen ab, und ebenso sind die Gesetze der Beziehung zwischen Stromstärke und Spannung verändert durch die sogenannten Variationen der Phase. In physiologischer Hinsicht werden drei Wirkungen in der Elektrochirurgie erzielt: Oberflächenentwässerung, Sektion und Koagulation. Nach der Ansicht des Verfassers bedeutet die Methode keine Umwälzung, sondern eine Vervollkommenung, weil die Hämostase in vielen Fällen auf indirektem Wege ohne Ligatur sehr erleichtert wird und dadurch eine Anzahl von bisher inoperablen Tumoren angegangen werden können. Allerdings ist die Operationsdauer unter Umständen sehr lang, da Cushing in einigen Fällen zur Entfernung eines Tumors 7 bis 9 Stunden brauchte. Ausführliche Angaben über Apparat, Technik usw.

2738.

Moniz, E., A. Pinto und A. Limer, Die arterielle Enzephalographie zur Diagnostik von 4 Fällen operierter Hirntumoren.

(Presse Méd., Nr. 31, 1929.) Ueber den Wert der arteriellen Enzephalographie zur genauen Lokalisation bei Hirntumoren berichten Verf. nach ihren Erfahrungen seit den ersten Veröffentlichungen ihres Verfahrens vor etwa einem Jahr. Die Erfolge sind nach dem Bericht außerordentlich günstig, da sie nicht nur einen lokalisationstischen Wert haben, sondern in vielen Fällen auch über die Natur des Tumors Aufschluß geben, was nach Cushing den besonderen Wert hat, daß der Chirurg einen Hinweis für die Art seines Vorgehens erhält. Das Verfahren — Injektion von etwa 6 ccm einer Jodnatriumlösung in die Carotis interna unter Lokalanästhesie — sei vollkommen unschädlich und einfach auszuführen. Die Abbildungen zeigen deutlich z.B. die Abweichungen der Arterien nach oben oder unten je nach Lage und Druck des Tumors. Haber.

2739.

Galant, J. B., Ueber katatonische Kontrakturen. (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 21, S. 1507.) (Psychiatr. Krankenhaus, Smolensk.) Unter „katatonischer Kontraktur“ beschreibt Verf. ein Phänomen, das bei schwerer chronischer Katatonie häufig beobachtet wird. Es handelt sich hier um „idiomuskuläre Kontrakturen“, die ihre Erklärung weniger in irgendwelchen ersten Muskelveränderungen, als vielmehr in den spezifischen Eigenschaften des katatonen Prozesses als solchen finden. Viele stumme, stuporöse, affektiv erstarrte Katatonen nehmen nicht selten eine ganz bestimmte katatone Haltung ein, in der sie viele Jahre hindurch unverändert bleiben, so daß diese Haltung endlich ein für allemal fixiert wird. Es entsteht ein Kontraktionszustand in den Muskeln des Körpers, wobei es nicht mehr gelingt, die Kontrakturen durch passive Bewegungen aufzuheben. Dadurch unterscheidet sich die katatonische Kontraktur von der kataleptischen Starre bzw. Flexibilitas cerea. Die am häufigsten beobachtete katatone Haltung ist der nach vorn gebeugte Kopf, gekrümmte Körper und im Knie gebeugte Beine. Die Patienten erscheinen dabei kleiner, als sie sind. Nicht selten werden auch die oberen Extremitäten befallen. Während des Schlafes können die katatonen Kontrakturen spontan verschwinden; dabei gelingt es auch, passive Bewegungen mit dem Kopf des Kranken auszuführen. Sobald aber der Kranke erwacht, nimmt sein Kopf bzw. sein Körper die frühere Haltung wieder ein. Der Umstand, daß die katatonen Kontrakturen während des Schlafes zum Teil zurückgehen, spricht dafür, daß es sich hier nicht um eine Störung der „myostatischen Funktion“, sondern um eine solche der myomotorischen Funktion handelt. E. Kontorowitsch.

Psychologie und Psychopathologie

2740.

Rácz, E., Kinderfehler und Unarten. (Mtsschr. Ungar. Med. Heft 3—4, 1929.) Verfasser betont in dieser individual-psychologischen Studie laut der Adlerschen Auffassung, daß manchen kleineren und größeren Erscheinungen im Kindesalter von selten der Eltern und Erzieher oft sogar auch von Aerzten keine Bedeutung beigelegt wird. Laut der Individualpsychologie sollte man an ihnen schon aus prophylaktischen Gründen nicht achtlos vorbeigehen. Alle Kinderfehler und Unarten müssen um so ernster genommen werden, da sich im Wege dieser allerlei Minderwertigkeitsgefühle ausbilden können, die dem Kinde bei seiner späteren Entwicklung leicht zum Schaden gereichen. Außerdem fungiert ein Minderwertigkeitsgefühl als geeignetester Nährboden zum Aufbau allerlei Neurosen. Die Pflicht jedes Erziehers ist es, daher das Kind zu einer möglichst besten Kompensation der Kinderfehler und Unarten zu verhelfen. Hierzu führt am leichtesten ein Weg der Einstellung der Autorität und die Einleitung einer freundschaftlichen verständnisvollen Erziehung. (Seelmans Grundsatz: „Lasse das Kind die Kluft zwischen ihm und uns möglichst wenig fühlen!“) E. J. László, M. U. M. Budapest.

2741.

Ssucharewa, G. E., und E. A. Ossipowa, Ueber die Psychopathologie der Tuberkulose bei Kindern. (Z. Neur., 119. Heft 5.) Auf Grund der Befunde kann das Vorhandensein irgendwelcher für die Tuberkulose spezifischer Gruppierungen sowohl hinsichtlich der nosologischen Krankheitsformen als auch der konstitutionellen Typen nicht bestätigt werden. Das in der Arbeit Dargelegte veranlaßt aber zu dem Schluß, daß die neuropsychischen Veränderungen, die an tuberkulösen Kindern beobachtet wurden, verschiedene Formen neurotischer Zustände darstellen, denen eine toxische Einwirkung der Tuberkulose auf das Nervensystem und hauptsächlich auf den vegetativen Teil desselben zugrunde liegt. Ein zweiter Schluß, den man auf Grund des Materials ziehen könnte, besteht in folgendem: Das Bild der psychoneurotischen Störungen bei der Tuberkulose stellt nicht eine einheitliche Krankheitsgruppe dar, sondern die Reaktion auf den toxischen Einfluß der Tuberkulose. Hans Kriespe.

Soziale und gerichtliche Medizin

2742.

Dreikurs, Rudolf, und Emil Mattauschek, Ueber die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen („Soz. Verschlimmer.“). (Z. Neur., 119., Heft 5.) Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen annehmen zu müssen, daß der Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der sozialen Verhältnisse und der Verschlimmerung des Leidens als kausaler anzusehen ist. In diesen Fällen, wo die Verschlechterung der Beschwerden vorwiegend durch die sozialen Verhältnisse bedingt ist, hat sich der sprachlich nicht ganz einwandfreie Begriff der „sozialen Verschlimmerung“ eingebürgert. Es sollte damit gezeigt werden, daß in diesen Fällen eine Behebung der Beschwerden weniger durch medizinische als durch soziale Maßnahmen zu erzielen wäre. Die Gewährung einer Rente, wie sie heute gehandhabt wird, stellt nur in wenigen Fällen eine geeignete soziale Fürsorgemaßnahme dar. Der wundeste Punkt der Invalidenfürsorge liegt aber in der Krankengeldbewilligung. Das Prinzip des Krankengeldes ist ein sehr umstrittenes Problem, stellt es doch sozusagen eine Prämie für das Kranksein dar. Es ist daher kein Wunder, daß es speziell im Zusammenhang mit nervösen Erkrankungen auch anderwärts, in der gesamten Sozialversicherung, immer mehr Aufmerksamkeit auf sich lenkt. Nach Meinung des Verfassers wird jeder Versuch, es einzustellen, sowohl im Einzelfall als auch im Prinzip mißlingen, solange an Stelle des Krankengeldes nichts anderes treten kann, das das soziale Problem innerhalb der Versicherung, zu lösen imstande ist. Innerhalb der Invalidenfürsorge gibt es jedenfalls nur ein Mittel, die durch die sozialen Verhältnisse hervorgerufenen Probleme zu lösen, das ist die Beistellung entsprechender Arbeitsmöglichkeit, wobei die Heranziehung aller Versicherten zur Arbeit anzustreben wäre. Nur eine systematisch ausgearbeitete Arbeitstherapie könnte helfen, bei den Neurosen damit zusammen eine entsprechend durchgeführte Psychotherapie, welche vom Druck des Krankengeldes befreit sein müßte, wobei hier, wie ebenfalls bei der Umschulung, ein Erfolg nur möglich wäre, falls der Patient nach Beendigung des Verfahrens eine Arbeit zugewiesen bekommen könnte. Verfasser weist dabei auf die bereits in Deutschland durchgeführte Reservierung bestimmter Arbeitsplätze für Kriegsbeschädigte hin. Er rät ferner zu rascherem Schichtwechsel, wodurch der Ermüdbarkeit der minder Leistungsfähigen Rechnung getragen würde. Andere Autoren sehen in der Arbeitsrationalisierung, welche die Möglichkeit böte, für die einzelnen Beschädigten verschiedene Arbeitsmethoden zu finden, das geeignete Mittel. Da Verfasser glaubt, daß der Verwirklichung der gemachten Vorschläge noch erhebliche Schwierigkeiten im Wege stehen, empfiehlt er als vorläufige Maßnahme: Die Vornahme von Notstandsarbeiten durch Kriegsbeschädigte; ferner die Ersetzung des Krankengeldes durch eine Unterstützung in der Art und Höhe der Arbeitslosenunterstützung für alle jene, welche ihren dauernden Arbeitswillen wirklich bewiesen haben. **Hans Knospé.**

2743.

Nyrö, Julius, und Ladislaus Tokay, Ueber die Malariatherapie der Dementia paralytica mit Rücksicht auf die Remissionen beeinflussenden Faktoren. (Z. Neur., 119., Heft 5.) Die Untersuchung von 337 Paralytikern bei der Malariabehandlung ergab: Von den bisherigen Behandlungsmethoden der Paralyse ist die Wagner-Jauregg'sche Malariatherapie die wertvollste. In bezug auf die Prognose der Malariakur mißt der Verfasser der vorhergehenden Behandlung, dem Geschlecht und Alter der Kranken, der verschiedenen Dauer der Latenzzeit der Paralyse, der Wirksamkeit der verschiedenen Malariastämme, dem körperlichen Zustand, der erblichen Belastung und dem Alkoholismus keine besondere Wichtigkeit bei. Je eher die Behandlung beginnt, je mehr Malariaanfalle herbeigeführt werden, je höher das Fieber bei den Malariaanfällen ist, um so besser ist das Heilungsergebnis. Der Prozentsatz der Remissionen ist bei den im Winter vorgenommenen Malariainjektionen geringer als bei denjenigen im Sommer. Die Prognose der akut beginnenden Fälle ist besser. Für die Prognose ist der Körperbau von größter Bedeutung; dabei ist die Erscheinungsform der Paralyse und auch die prämonitorische Persönlichkeit von großer Wichtigkeit. Der Prozentsatz der Remissionen ist am größten bei der manisch-depressiven Form der Paralyse bei Personen mit pyknischem Körperbau; er ist weniger gut bei Personen, die bei manisch-depressiver Form einen schizaffinen Körperbau haben; noch geringer ist er bei Personen, die bei schizophrener Form der Paralyse pyknischen Körperbau, und am geringsten bei denen, die bei schizophrener Form einen schizaffinen Körperbau aufweisen. Folglich kann man die besten Resultate bei Paralytikern erwarten, die bei manisch-depressiver Form einen pyknischen Habitus haben. Die Remissionen stellen sich in der überwiegenden Mehrzahl in den

ersten 6 Wochen ein; die Remission kann aber auch nach einem oder mehreren Jahren vorkommen. Die Dauer der Remission bei der Malariabehandlung ist länger als irgendeine andere Remission anderen Ursprungs. Bei den Kranken mit pyknischem Körperbau hat Verfasser länger anhaltende Remissionen in größerer Zahl gesehen als bei den Schizaffinen. In erster Linie neigen diejenigen Paralytiker zum Rückfall, die bei schizaffinem Körperbau schizophren veranlagt sind.

Von den reaktiven Veränderungen der psychischen Symptome der Paralyse sind das Delirium und die Halluzinose als exogene Reaktionen aufzufassen, die manisch-depressiven, schizophrenen, paranoiden Symptome hängen von der Konstitution bzw. von der prämonitorischen Persönlichkeit ab. Das Delirium und die Halluzinose sind vorübergehender Natur, die manisch-depressiven Reaktionen bieten eine günstige Aussicht, die schizophrenen und paranoiden Reaktionen erschweren die Prognose, hindern zum mindesten die Entwicklung der Remission. Von den psychischen Symptomen der Paralyse ist die Heilung der Hochschenen Randsymptome die häufigste, aber auch schwere primär imponierende Intelligenzdefekte können sich bessern. Von den körperlichen Symptomen ist die Besserung der Sprach-, Schrift- und Bewegungsstörungen die auffallendste. Die Sanierung des Liquors erfolgt meistens nur längere Zeit nach Eintritt der Remission. Bei den mit Insulten verbundenen Formen der Paralyse ist die Remission schlechter, sie ist aber besser in den Fällen von apoplektiformen Insulten als bei epileptischen Insulten. Obwohl bei der Impfmalaria der Charakter des Malariaverlaufes meistens nicht durch den Malariastamm als solchen, sondern durch den Organismus bedingt ist, ist bei einzelnen Malariastämmen eine Virulenzsteigerung wahrnehmbar. Als Kontraindikation können wir nur eine mit der Paralyse kombinierte schwere organische Erkrankung und große körperliche Schwäche gelten lassen. Bei zwei von den Kranken trat während der durch die Malariakur erreichten Remission nach dem Koitus in entsprechender Zeit eine Reinduration auf. Die Heilwirkung der Malaria ist durch mehrere Faktoren erklärbar: durch die entzündungswidrige Wirkung des Fiebers, durch Reizwirkung auf die nichtspezifische Abwehrinrichtung und endlich durch die Tätigkeit der eingeführten lebenden Plasmodien, die die latenten Spirochätenherde mobilisiert und hierdurch die Bildung spezifischer Antikörper erregt. **Hans Knospé.**

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

2744.

Bachem, Albert, Der Durchtritt des ultravioletten Lichtes durch die menschliche Haut. (Archives of Physical Therapy, 10., Nr. 2, 1929.) Eine Hautschicht von 0,10–0,12 mm Dicke läßt sichtbares Licht in einem Betrage von 25 bis 50% hindurch. Auch das innere Ultraviolett wird noch gut hindurchgelassen bis zu 230 μ , wo verstärkte Absorption eintritt. Unter 280 μ wurden nur 2 bis 5% hindurchgelassen. Bei Hautschichten von 0,15 bis 0,5 mm wurde bei 250 μ nach 20% penetrierender Strahlung gemessen. Die Hornschichten lassen die Strahlen besonders gut hindurch, bei 250 μ ist erhöhte Durchlässigkeit festzustellen. Bei der Untersuchung kompliziert zusammengesetzter Gebilde (Hautblasen, Blutserum) fand sich stets ein Absorptionsband von 313 μ an. Oberhalb dieser Grenzen ist geringe Absorption vorhanden, unterhalb dieser Grenzen wächst die Absorption schnell an. So wird also die starke Empfindlichkeit der menschlichen Haut von 313 μ an zwanglos erklärt durch eine selektive Absorption des Eiweißes, die eine der absorbierten Energie entsprechende größere biologische Wirkung zur Folge hat.

Melanin läßt rotes Licht sehr stark hindurch, das übrige Licht ziemlich gut. Das innere Ultraviolett geringer und das äußere Ultraviolett nur zu einem sehr geringen Prozentsatz. Pigmentierte Haut läßt das Ultraviolett viel schlechter hindurch als unpigmentierte. Bei 400 μ ist eine erhöhte Absorption festzustellen, die auf das Blut zurückzuführen ist. Weitere Untersuchungen betreffen die Durchlässigkeit von Fett, Muskel und Blut. Aus den Beobachtungen schließen die Autoren, daß eine Strahlung über 400 μ angezeigt ist, wenn die Durchdringung in das Korium und in die Subkutis notwendig ist. Ein Strahl von 400 μ ist geeignet, wenn eine Absorption hauptsächlich in den Blutkapillaren erfolgen soll. Von dem ultravioletten Licht geht der langwellige Anteil bis ins Korium, das äußere Ultraviolett wird in der Epidermis absorbiert. Strahlen unter 240 μ erreichen überhaupt nicht mehr die lebenden Schichten der Epidermis, da sie vollkommen in der Hornschicht absorbiert werden. **Kirschmann.**

2745.

Sergent, E., und P. Cottenot, Die Radiographie der normalen Lunge nach Lipidolinjektion und die Diagnostik kleiner

Erweiterungen. (Presse Méd., Nr. 30.) Die Radiographie Lipiodol kann nur eine lokale oder ausgedehnte Dilatation der Bronchienkalibers zeigen und Veränderungen in der Form, ganz gleich welcher Ursache. Die Dilatation zeigt sich in der Vergrößerung der opazifizierten Bronchien; die angeblichen Zeichen finden sich auch bei normalen Lungen mit Affektionen der Atmungsorgane, die nicht die Wände betreffen. Bilder von opazifizierten Bronchien oder mit hohlen oder gebrochenen Röhren sind nicht Symptom von Läsionen der Bronchialwand, sondern können auf andere Ursache beruhen. Haber.

2746.

Desiderius, Beiträge zur Röntgendiagnostik und der Lungenaktinomykose. (Fortschr. Geb. Röntgenstr., 29.) (Zentr. Röntgenlab. Univ. Debreczen.) Die Lokalisation der Aktinomykose in der Lunge ist ziemlich selten. Die primär erkrankten durch Aspiration oder sekundär peripher, wobei der Ausgangspunkt häufig die Halsorgane, Lungenabszesse oder auch die Bauchorgane. Sehr selten ist die Erkrankung der Lunge auf hämatogenem Wege. Der leichteste Erkrankung besteht in einer Bronchitis, häufiger aber in zu tiefgreifenden Veränderungen: herdwise pneumonische und peribronchiale Infiltrationen, die nach nekrotischer Zerstörung Kavernen bilden, während in der Umgebung Fibrose zu Schrumpfung entsteht. Wenn der Prozeß die Pleura erreicht, bildet sich hier ein Erguß, daneben aber auch Verwachsungen heraus. Inzwischen führt der Lungenkarnifikation und hochgradiger Retraktion. Das Punkttatbild ist meist blutig; der Auswurf ist blutig, eitrig, klumpig; nicht immer nachzuweisen. Im weiteren Fortschreiten der Prozeß tumorartig aus, durchbricht die Thoraxwand, es bilden sich zahlreiche Eiter entleerende Fisteln. Die Patienten werden schnell ergriffen, es bilden sich Senkungsleber und andere Bauchorgane erkranken, schließlich erliegen einig Monate oder Jahren der Tod infolge Pyämie oder Lungen Degeneration. Die Diagnose ist im Anfang sehr schwierig. Die Unterscheidung von Tuberkulose ist mitunter gar nicht möglich, wenn nicht im Sputum Pilze nachgewiesen werden können. Röntgenuntersuchung ergibt keine für Aktinomykose charakteristischen Bilder. Immerhin läßt sich doch eine Reihe von Merkmalen feststellen, die im zweiten Stadium, der bronchochloas Form, für die Diagnose zu verwerthen sind. Die Infiltrationen, die den Infiltrationen entsprechen, finden sich meist in einem Lungenlappen. Am häufigsten sind die unteren Lungenlappen erkrankt, bevorzugt sind meist die subpleuralen Lungen. Die Zerfallshöhlen zeigen alle Merkmale des Lungenabszesses. Auffallend ist die starke Narbenbildung, kenntlich an den Schattenschatten, die meist vom Hilus ausgehen. Diese sind eher auf als bei der Tuberkulose. Die Vernarbung führt zur Deformation des Thorax: Retraktion der erkrankten Lungen, Hilusdrüsen können nicht abgesondert nachgewiesen werden. Bei Beteiligung der Pleura ist die exsudative Form mit hämorrhagischer Form ständig kombiniert. Es finden sich zuweilen auch freie Exsudate.

Therapie der Aktinomykose ist Röntgenbestrahlung das beste Mittel. Kirschmann.

2747.

Ger, F., und F. Kellner, Zur Diagnose der Lungenabszesse beim Lebenden. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 29.) (Landeskrankenhaus, Kassel.) Multiple abgegrenzte rundern Schatten von 10 Pfennigstück- bis 3-Markstückgröße, die in der Mitte einen dichteren Kern aufwiesen, werden bei längerer Beobachtung, die weder für Lues noch für Metastasen einen Anhaltspunkt ergab, auf Lungenabszesse bezogen. Klinisch bestand Husten, blutiger Auswurf, Magenbeschwerden. Die Komplementreaktion war negativ, Kokkus positiv, was aber nicht gegen Zystizerkus spricht, um eine Gruppenreaktion handelt. Die Intrakutanreaktion war aus. Kirschmann.

2748.

dek, Martin, Zur Deutung der Veränderungen am Magenschnitt. (Fortschr. Geb. d. Röntgenstr., 29.) Im präpylorischen Abschnitt ist die Deutung der röntgenologischen Befunde mit besonders großen Schwierigkeiten verbunden. Namentlich kann ein Karzinom vorgetäuscht werden, wenn eine Ulkusanischie mit einem Karzinomkrater verwechselt wird. Dadurch, daß gutartige Erkrankungen das Bild eines Karzinoms nachahmen. Kennzeichnend für den Karzinomkrater ist ein scharf begrenztes Schattendept innerhalb eines Füllungsdepots. Die umgebende Wand ist peristaltiklos und gegen die Magenswand meist stufenartig abgesetzt. Das Ulkus hin- und her, wenn eine Nische nachzuweisen ist, einen scharf begrenzten Schattenvorsprung. Die benachbarte Magenpartie ist

gleichfalls glattrandig und höchstens leicht eingebuchtet. Eine keilförmige Zuspitzung der Pars pylorica findet sich nicht selten bei hypertomischen Zuständen und bei Verdickung der Muskulatur. Dieses Bild darf nicht mit beginnendem Karzinom verwechselt werden. Der geringe Umfang der Veränderungen und insbesondere die erhaltene Faltenzeichnung schützen vor Irrtümern. Auch auf die Dehnbarkeit der Magenwände und auf die erhaltene Peristaltik ist zu achten (Untersuchung am besten in Bauchlage auszuführen). Sehr schwer kann die Differentialdiagnose sein zwischen Skirrhus und gutartiger präpylorischer Stenose. Eine solche kann durch Ulzera, umschriebene Gastritis, Linitis plastica, Lues aber auch ohne nachweisbare organische Ursache (nervöse Genese) entstehen. Längere röntgenologische Beobachtung ist in solchen Fällen zur Klärung des Krankheitsbildes erforderlich, wofür nicht das klinische Verhalten einen schleunigen chirurgischen Eingriff ratsam macht. Kirschmann.

2749.

Bernstein, Arnold, Das Studium der normalen und pathologischen Röntgenperistaltik des Magens mit Hilfe der Polygraphie. (Fortschr. Geb. d. Röntgenstr., 39, 4.) (Städt. Krankenhaus Dänzig.) Zum Studium der peristaltischen Phänomene des Magens eignet sich — als Ersatz der kostspieligen Kinematographie — die schon seit längerer Zeit bekannte Polygraphie. Diese Methode besteht darin, daß auf einem einzigen Film mehrere (im Durchschnitt 3) Aufnahmen des Magens vorgenommen werden, so daß die verschiedenen Bewegungsphasen aufeinander dargestellt sind. Die einzelnen Aufnahmen werden mit verkürzter Exposition ausgeführt, in Abständen von 3 bis 5 Sekunden, in derselben Atemphase. Die Konturen der einzelnen übereinander gelagerten Bilder geben ein anschauliches Bild von der Peristaltik. So ließ sich namentlich das Riegelsymptom (A. Fraenkel), das für Ulcus pepticum charakteristisch ist und beim Fehlen einer Nische die Diagnose ermöglicht, nachweisen. Bei korpuskulen Patienten ist die Methode vorerst wegen der durch die Streustrahlung bedingten Unschärfe nicht auszuführen. Kirschmann.

2750.

Paschoud, H., und Zuckschwerdt, L., Irrtümer bei der Cholezystographie. (Zbl. Chir., Nr. 10, 1929.) Verfasser haben an Hunden experimentell nachgewiesen, daß die falschen Schattenbildungen der Gallenblase und Gallenwege im Röntgenbilde nach Jodtetragnostverabreichung von der mangelhaften Mischung normaler Galle mit der im spezifischen Gewicht höheren, jodhaltigen Galle herrühren. Auch bei der Untersuchung in vitro zeigte sich, daß zwischen jodhaltiger und normaler keine gleichmäßige Mischung eintritt, sondern die schwerere jodhaltige Galle nach unten sinkt. Schattenunterschiede können also in der Gallenblase auch ohne Steine vorkommen. Diese falschen Schattenbildungen, Verdichtungen sind meist von einem scharf begrenzten, schmalen Hof umsäumt. Walter Grossmann, Berlin.

2751.

Quick, D., Behandlung von Krebs der Lippe und des Mundes. (Amer. J. Roentgen., 21, 4.) Krebse, welche chirurgisch schlechte Aussicht bieten, sind häufig recht radiosensibel, wie z. B. die embryonalen Typen der Plattenepithelkrebs. Eher irgendeine Behandlung begonnen wird, soll eine sorgfältige Mundhygiene eingehalten werden, da eine lokale Sepsis nicht nur das Allgemeinbefinden des Patienten beeinträchtigt und die lokalen Nekrosen begünstigt, sondern auch zum großen Teil die normale Reaktion auf die Bestrahlung zunichte macht. So ist es sehr fraglich, ob irgendwelche Bestrahlung in Gegenwart ausgesprochener lokaler Mischinfektion überhaupt vorgenommen werden soll. Zähne im Tumorgebiet sollen, sobald es die ersten Reaktionserscheinungen nach der Bestrahlung erlauben, entfernt werden. Die Plattenepithelzellenkrebs stellen den größten Prozentsatz der Mundgewächse. Ihre Behandlung ist wesentlich eine lokale Sache. Zur Behandlung der Epidermoidkarzinome der Mundhöhle wird seit 1917 stärkste Bestrahlung von außen auf die Seite der primären Erkrankung vorgenommen und ebenso die Lymphknotenregion des Nackens bestrahlt und zwar von beiden Seiten innerhalb 14 Tagen. Für Karzinome von embryonalem Typ genügt diese äußere Behandlung für gewöhnlich, um eine vollständige Rückbildung herbeizuführen. Bei Plattenepithelzellenkrebsen differenzierteren Charakters muß die unmittelbare Implantation 0,3 mm goldgefilterter Radonnadeln angewandt werden. Dabei werden geringere Intensitäten während 14 Tagen bevorzugt. Direkte Radonimplantation ist beim Lippenkrebs nur bei tiefer Infiltration indiziert. Sonst kann er von drei Seiten durch schwergesfiltertes Radium aus Distanzen bis zu 1 cm angegangen werden. Das intraorale Karzinom wird nicht chirurgisch behandelt. Hat es jedoch sekundär den Knochen befallen, so wird dieser, nachdem die Geschwulst der weichen Teile voll bestrahlt ist, entfernt, ehe noch die Vollwirkung am Knochen sich durch Nekrose offenbaren kann. Ferner ist es nötig, die Nebenhöhlen zugänglich zu machen, falls die Geschwulst in diese

gedrungen ist. Schließlich hat es sich als ratsam erwiesen, eine große, infizierte Geschwulstmasse chirurgisch zu entfernen, bald nachdem die Maximalwirkung der Bestrahlung in Erscheinung tritt. Bei der Anwendung größerer Emanationsmengen kann wenige Tage nach der Radonimplantation das Gewebe beseitigt werden. Solche Eingriffe sind individuell besonders angezeigt, wenn der schlechte Allgemeinzustand durch die Sepsis noch verschlimmert würde und die sekundäre Anämie besonders bedeutsam ist. Vornehmlich angezeigt scheint die chirurgische Entfernung des bestrahlten Gebietes, wenn sich die Geschwulst auf der Basis einerluetischen Leukoplakie oder einerluetischen Glossitis entwickelt hat. Die Umgebung eines solchen Krebses neigt wegen ihrer Kapillarmut besonders stark zu Nekrosen. Das Gewebe wird mit einem schwer konstruierten Elektrothermokauter mehr herausgeschnitten wie herausgebrannt. Bei intralaryngealen Karzinomen wird nach einer Bestrahlung mediane Laryngotomie gemacht und werden Goldnadeln mit großer Genauigkeit direkt implantiert. Wahrscheinlich noch wichtiger als die Behandlung der Primärgeschwulst ist die der Metastasen der zervikalen Lymphknoten. Verfasser geht auf dem Standpunkt, daß die embolisch vom Karzinom befallene Lymphdrüse bis zu einem gewissen Punkte Schutzfunktionen ausübt. Deshalb wird in Frühstadien, welche eine einzige fühlbare Drüse erkennen lassen, diese Einzeldrüse entfernt, vorausgesetzt, daß ihre Kapsel noch intakt ist. Die Ausräumung der Nackenlymphknoten unter Lokalanästhesie erfolgt erst bei solchen Patienten, welche bei Beginn der Behandlung keine vergrößerten Lymphknoten erkennen ließen, sie vielmehr erst im Laufe der Beobachtung nach der Bestrahlung aufwiesen. Ist der metastasierte Lymphknoten jedoch inoperabel, wird kein Versuch einer operativen Exzision gemacht, sondern es werden Radonnadeln rings um die Tumorzone implantiert. Als inoperabel werden alle Lymphknoten angesehen, bei welchen die Kapsel durchbrochen ist, selbst wenn das Ganze technisch mit dem umgebenden Gewebe entferntbar wäre. Hat die Krankheit einmal Metastasen auf beiden Seiten des Halses gemacht, so gilt der Fall als inoperabel, ohne Rücksicht auf die technisch-operative Möglichkeit. Die Prognose solcher Fälle bleibt aber auch bei jeder Behandlung durchaus schlecht. Metastasen embryonaler Typen werden nie chirurgisch angegriffen, sondern vermittelt Nadeln, meist aber von außen bestrahlt. Bei der Nackenbestrahlung kann man die Röntgenbestrahlung und die schwergefilterte Radiumeinwirkung kombinieren. Dabei hat sich gezeigt, daß die Gewebstoleranz für eine solche Kombination größer ist als die Summe der einzelnen Strahlenwirkungen. Es scheint, daß der Effekt der Röntgenstrahlen mehr an den bindegewebigen Elementen, der der Radiumstrahlen mehr an den Zellstrukturen in Geltung kommt.

J. Kottmaier, Mainz.

2752.

Kirklin, B. R., und H. M. Weber, Röntgendiagnose des endothelialen Myeloms. (Amer. J. Röntgen., 21., 4.) Das Röntgenogramm liefert im allgemeinen die ausgeprägtesten Unterlagen für die Diagnose endothelialen Myeloms. In vielen Fällen des Tumors war es schwieriger, diese Erkrankung von chronischer Osteomyelitis zu unterscheiden als von irgendeiner anderen. Niemals wurde das endotheliale Myelom mit einer anderen malignen Knochenneubildung verwechselt. In den langen Röhrenknochen wurde immer diffuse Absorption eines verschiedenen großen, doch beträchtlichen Teiles des Schaftes beobachtet. Die Zerstörung der Cortex und die Proliferation des Tumorgewebes in die Markhöhle mit dem befallenen Knochen ein zerfressenes Aussehen und macht ihn abnorm weit. Einige Fälle zeigten eine augenscheinlich periostale Reaktion; die weichen, dem befallenen Schaftteil benachbarten Gewebe haben weite, gazeartige Struktur. Die äußeren Grenzen hingen augenscheinlich mit dem darunterliegenden Periost zusammen. Die Züge sind ziemlich dicht, augenscheinlich besitzen sie einen beträchtlichen Kalziumgehalt, der bei reparativen Veränderungen an ursprünglich flüssig-nekrotischen Massen infolge der Tumorzellendestruktion von Osteoblasten des darunterliegenden Periosts hervorgebracht wurde. Diese Beobachtung kann man ziemlich regelmäßig nach Bestrahlung machen. Eine weniger ausgesprochene periostale Reaktion war in anderen Fällen einer Peripneumonie infektionsähnlich. Das osteogene Sarkom unterscheidet sich von dem endothelialen Myelom durch seinen häufigen Sitz am Knochenende und indem es eine ausgeprägte osteogene Reaktion in Form radialer Knochenspikula senkrecht zum Schaft hervorbringt. Bei der Osteomyelitis ist der reparative Prozeß der chronischen Knochenentzündung ausgeprägter und die Zerstörung des Knochens meist unregelmäßiger als beim endothelialen Myelom. Bei der Osteomyelitis bewirkt die häufige Abszeßbildung Periostealhebungen, die beim endothelialen Myelom selten sind, da das Periost frühzeitig zerstört wird. Gelegentlich folgt der operativen Behandlung der chronischen Osteomyelitis ein peripheres Netzwerk an Knochenneubildung, doch ist es gröber und weniger ausgedehnt als das des Ewingschen Tumors. Eines der konstantesten und

sichersten Kennzeichen des endothelialen Myeloms war der zarte, schleierartige Schatten in den weichen Geweben um die befallene Zone.

J. Kottmaier, Mainz.

2753.

Norsworthy, O. L., Behandlung der Hämorrhagie des nichtmalignen Uterus. (Amer. J. Roentgen., 21., 4.) Hämorrhagien zu Beginn der Menstrualfunktion mit irregulären täglichen Blutungen lassen erst nach einigen Monaten pathologische Veränderungen am Endometrium erkennen. Die zu häufigen Blutungen sind meist die Folge einer zu starken ovariellen Tätigkeit. Die Keimdrüsen werden hyperplastisch oder polyzystitisch, nachdem solche Verhältnisse eine Zeitlang bestanden haben. Die langdauernde Periode muß nicht bei jeder Menstruation konstatierbar sein. Sie beruht auf Störungen von Seiten des Corpus luteum. Die Menorrhagie kann auf uteriner Insuffizienz beruhen, welche sowohl an der Metra als auch dem Endometrium zur Auswirkung kommt. Chronische Subinvolution oder chronische Metritis kann damit verbunden sein. Menorrhagie bei „infantilem Uterus“ wird nicht selten durch Gravidität gebessert. Der Menorrhagie eines normal großen Uterus liegt eine Konstitutionskrankheit oder eine Blutdyskrasie zugrunde. Die Menorrhagie des vergrößerten Uterus beruht entweder auf Infektion oder einfacher Hypertrophie des Endometriums. Im ersteren Falle hilft nur Uterusexstirpation, während in den anderen Fällen neben medikamentösen Maßnahmen Kürettament dauernd oder meist nur vorübergehend Abhilfe schafft. Dann sind milde Bestrahlungen von 100 bis 300 mg-h angezeigt. Die Periode setzt dann nicht selten ein paar Monate aus, um dann normal wiederzukehren. Blutungen, welche von Myomen herrühren — sie können gelatinöse Konsistenz besitzen — werden, wenn die Muskelgeschwulst verkalkt ist, operiert, sonst besser bestrahlt. Submuköse Myome können alarmierende Blutungen veranlassen und, indem sie in die Vagina treten, infiziert werden und die Patienten in große Gefahr bringen. Wenn auch die Operation in solchen Fällen die Methode der Wahl ist, so kann Radium, wenn es geschickt aseptisch appliziert wird und nicht bis zur Nekrose verbleibt, in Einzelfällen zur Blutstillung herangezogen werden. Die Rekonvaleszenz dauert dann aber bei submukösem Myom bedeutend länger als bei den intramuralen Fibromen, wegen dem langanhaltenden, wäßrigen, zeitweise profusen Ausfluß. Blutungen, welche mit Adnexeerkrankungen verbunden sind, werden am sichersten chirurgisch behandelt. Es gibt kaum einen größeren Irrtum als eine intrauterine Radiumapplikation bei irgendeiner infektiösen Beckenerkrankung. Uterine Hämorrhagien tuberkulösen, syphilitischen oder andersartiger konstitutionellen Ursprungs sollten mit Kürette oder Radium nur in Ausnahmefällen behandelt werden; in gleicher Weise Uterusblutungen bei chemischen Vergiftungen (Alkohol, Arsen, Blei, Phosphor). Hämorrhagien nervösen Charakters sprechen sicherer auf Bestrahlung als auf medikamentöse Behandlung oder Kürettament an. Anämie bei toxischer Absorption eines nekrotischen oder degenerativen Tumors ist eine Kontraindikation für Radium. Perniziöse Anämie während der Schwangerschaft wird durch Bestrahlung der Milz oder Thyreoidae behandelt, intrauterine Bestrahlung wird für äußerste Fälle vorbehalten. Bei echter Hämorrhagie werden Frauen, deren Ovarienfunktion unwichtig ist, beim Fehlen von Kontraindikationen intrauterin mit Radium behandelt. Nur in solchen Fällen, deren Involution sich so lange hinzog, daß sich das Endometrium stark verdickte, ist Kürettament nützlich.

J. Kottmaier, Mainz.

2754.

Schmitz, H., Indikationen zur Strahlenbehandlung benigner Uterushämorrhagien. (Amer. J. Roentgen., 21., 4.) Von 2117 Patientinnen der Frauenklinik waren 802 (37,7%) Uterusblutungen. Davon waren 335 Fälle (41,98%) von profusen und langanhaltenden Blutungen befallen, zu häufig war die Periode bei 97 Frauen (11,66%). Metrorrhagie bestand bei 370 Patientinnen = 46,36%. In diesen Zahlen sind 253 Fälle, d. h. 31,70% von Karzinom eingeschlossen. Hypermenorrhöe ist auf Asthenie des Uterus zurückzuführen. Dementsprechend ist sie häufiger bei Multiparen. Zur aktiven Hyperämie des Uterus kommt es bei infektiöser Erkrankung desselben oder seiner Adnexe. Passive Hyperämie mit Verlagerung ist mit Traumen und nachfolgender Narbenbildung vergesellschaftet. Herzerkrankungen, Erkrankungen der Niere, der Leber gehen mit passiver Hyperämie des Uterus einher, wodurch es zu profusen Menstruationen kommt. Mit dieser Hypermenorrhöe ist häufig eine Verkürzung der blutungsfreien Zeit verknüpft. Metrorrhagien sind immer mit pathologischen Gewebsveränderungen verbunden, welche einen Verlust des oberflächlichen Epithels durch Geschwürsbildung, Nekrose und Erosion zur Folge haben. Infektionen, Verlagerungen, Traumen und Geburtsfolgen pathologischer Art bedingen entweder medizinische Behandlung oder chirurgische. Bestrahlungen sind dabei nie angebracht. Von 87 Myomen mit Blutungen wurden 15 mit Radium behandelt. Voraussetzung der Radiumbehandlung der Myome ist: Fehlen infek-

tiöser Komplikationen, besonders von Adnexitis, Fehlen komplizierender Beckenerkrankungen chirurgischer Indikation, wie Ovarialtumoren, Korpuskrebs usw. Ferner dürfen sie nicht größer sein als eine Schwangerschaft im vierten Monat, nicht degenerieren, rasch wachsen oder intramural liegen, keine unverhältnismäßige Anämie verursacht haben und keine Druckerscheinungen; die Patientinnen müssen älter als 36 Jahre sein, dürfen keine neurotische Tendenz an sich oder in der Familie erkennen lassen, und endlich muß die Diagnose zweifelsfrei sein. Chronische Hyperplasie des Endometriums kommt von persistierendem Follikel, welcher bei bimanueller Untersuchung als Zyste konstatiert werden kann. Die Menstrualdeizidua setzt ihr Wachstum fort, und schließlich treten Geschwüre und Nekrosen auf, welche die Ursache alarmierender Blutungen werden. Die Periode tritt nicht zur erwarteten Zeit ein, vielmehr kommt es eine bis drei Wochen später zu Hämorrhagien. Diagnostisch ist Kürettament angezeigt, welches auch zu 50% therapeutisch wirksam ist. Kehrt die Hämorrhagie wieder, so ist Radium nach nochmaliger Auskratzung und mikroskopischer Untersuchung angezeigt. Tritt nach Einführung der Uterussonde ein dünner Strom glänzenden, hellroten Blutes in die Scheide und fließt er noch einige Zeit nach der Manipulation, so ist dies sehr auf Malignität verdächtig.

J. Kottmaier, Mainz.

2755.

Neill, W., **Behandlungsübersicht der Uterusfibrome, mit besonderer Berücksichtigung des Radiumgebrauches.** (Amer. J. Roentgen., 21., 4.) Während ungefähr 10% Jahren wurden 741 Uterusfibrome mit Radium behandelt. Von 650 Kranken liegen Berichte vor. Die Fibrome variierten von kleinen, fibromatösen Uteris bis zu Myomen, welche das ganze Becken erfüllten und bis zum Nabel reichten. 488 Patientinnen waren verheiratet, 162 ledig. Das Durchschnittsalter war 43 Jahre, die älteste 72, die jüngste Patientin 25 Jahre alt. 493mal wurde intrauterin, 157mal extern bestrahlt. Die intrauterine Durchschnittsdosis war 1500 mc-h, die kleinste 700 mc-h, die größte 2400 mc-h, je nach der Größe der Geschwulst. Die Periode trat nach dieser Behandlung noch bis zu viermal ein, meist jedoch nur einmal. In 350 Fällen setzte sie sofort aus. 16mal kam die Periode wieder, ohne daß die Geschwulst nach 1 bis 5 Jahren wieder gewachsen wäre. Eine Frau gebar 2 gesunde Kinder, eine andere neben 2 gesunden Kindern eine ausgestragene Totgeburt. Die klimakterischen Beschwerden dauerten 6 Monate bis 3 Jahre, doch waren sie niemals von ernsten vasomotorischen Störungen begleitet und meist weniger ausgesprochen als nach normaler Menopause. Diese Erscheinungen sind ja nach Hysterektomie nicht ungewöhnlich, selbst wenn ein oder beide Eierstöcke erhalten wurden. Einige Patientinnen klagten über rheumatische Beschwerden, doch konnte in fast allen Fällen ein Infektionsherd als möglicherweise unterstützender Faktor gefunden werden. Blutdrucksteigerung konnte definitiv nicht beobachtet werden, eher schien tatsächlich eine Besserung in manchen Fällen konsistierbar. Neigung zur Gewichtszunahme ließ sich leicht durch Diät in Schach halten. 54mal wurde in verschiedenen Intervallen nach der Behandlung Hysterektomie vorgenommen, 9mal war die Operation erschwert. 33 Hysterektomien wurden an anderen Spitalern gemacht innerhalb eines Jahres. 5 starben an direkten Operationsfolgen. 3 Patientinnen wurden innerhalb 6 Monaten hysterektomiert wegen intrauteriner Nekrose, 3 weitere innerhalb eines Jahres, weil sich die Geschwulst infolge zystischer Entartung nicht verkleinerte; in 10 Fällen wurde die Gebärmutter entfernt, weil Verkleinerung der Geschwulst ausblieb und erneut Blutungen auftraten. Bei 2 Patientinnen wurde hysterektomiert, weil 3 Jahre bzw. 1½ Jahr später sich ein Adenokarzinom des Uteruskörpers entwickelt hatte. Beide Patientinnen sind noch wohl, und es spricht nichts dafür, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Radiumbehandlung und der malignen Neubildung besteht. Bei 12 Behandelten kam es zur Infektion, welche dreimal Hysterektomie erforderte und einmal Beckenpunktion nötig machte. Die übrigen Fälle heilten nach Zervixdilatation.

J. Kottmaier, Mainz.

2756.

Ewing, J., **Radiosensible Epithelzellenkrebs.** (Amer. J. Roentgen., 21., 4.) Die Radiotherapie kann entschieden Nutzen aus der systematischen Einteilung der Epithelzellenkrebs, entsprechend dem Grade potenzieller Malignität und dem Grade der Radiosensibilität, ziehen. Diese beiden Eigenschaften laufen im allgemeinen, doch nicht immer, parallel. Die Radiosensibilität der Epithelzellenkrebs hängt von vielen Faktoren ab, die Anaplasie, Gefäßversorgung, desmoplastische Reaktion, Wachstumstendenz und besonders das ursprüngliche Gewebe eingeschlossen. Radiosensible Epithelzellenkrebs, welche chirurgisch schlechte Resultate geben, können oft durch Bestrahlung und Messer in Schach gehalten werden und sollten im allgemeinen in dieser Weise behandelt werden.

J. Kottmaier, Mainz.

2757.

Delaplace, S., **Zufälle bei der Behandlung mit ultravioletten Strahlen und deren Verhütung.** (Paris méd., Nr. 16, 1929.) Von unmittelbaren Zufällen kann einmal die Explosion der Lampe in Frage kommen; selten; man kann die Lampe mit einem feinen Metallgitter umgeben. Ebenso selten ist die Ruptur der Lampe: Verbrennung durch Hg-Tropfen. Man stellt den Patienten nicht unmittelbar unter die Lampe. Dann gibt es manche Frauen, die gegen Ozon empfindlich sind: Nausea, selbst Erbrechen. Hier hilft gute Lüftung; im übrigen findet meist auch sehr rasch Gewöhnung statt. Meist handelt es sich um einen rein olfaktorischen Reflex. Bei Kindern, besonders Spasmophilen, können unter dem Einflusse des Lichtes usw. Zornausbrüche stattfinden bis zur Synkope; in solchen Fällen unterbricht man die Sitzung am besten. Dann die sekundären Zufälle, die stets eine gewisse „Latenz“ haben. Hierher gehören zunächst die bekannten Augenschädigungen, gegen die lediglich die zweckmäßige Brille hilft. Dann das Erythem: nach 5 bis 6 Stunden Vasodilatation, Rötung, Pruritus, Exfoliation. Hier sind Versuchs Dosen am Platze. Denn zum Beispiel bei Diabetes, Hyperthyreoidismus besteht eine Hypersensibilität der Haut, ebenso bei der Anwendung gewisser Arzneimittel (Chinin, Salizyl, Methylenblau, Schwermetalle): vorheriges Befragen. Folgen des Erythems: unter Umständen Hypertrichose z. B. auf der Brust, Vermehrung und Verstärkung von Sommersprossen, wofür namentlich Frauen sehr wenig dankbar sein werden. Erythem kann auch gefährlich sein, z. B. bei Tuberkulösen mit einer banalen Adenitis oder einer beginnenden, selbst durch Röntgen nicht zu enthüllenden Lungenveränderung. In solchen Fällen kann eine zu starke Dosis einen Fieberstoß oder eine nicht vorauszusehende Hämoptyse hervorrufen. Andere Spätzufälle: bei einem fiebernden, tuberkulösen, rachitischen Kinde: starke Prostration, Tod nach 6 Tagen unter hohem Fieber. Bei einer 14jährigen tuberkulösen Peritonitis in der Rekonvaleszenz von Typhus am Abend nach einer 3 Minuten langen Bestrahlung progressive Schwäche, Tod nach 8 Tagen. Alle diese und andere Zufälle lassen sich aber bei gehöriger Übung und Vorsicht vermeiden.

v. Schnitzer.

Neu erschienene Bücher

Walther Kruse: **Die Deutschen und ihre Nachbarvölker.** Neue Grundlegung der Anthropologie, Rassen-, Völker-, Stammeskunde und Konstitutionslehre. Georg Thieme, Leipzig 1929. 618 S. mit 17 Textbildern und 5 Tafeln. 41 bzw. 44 M. — Das umfangreiche Werk ist ein großartiger, wohl einzig dastehender Versuch, unser Volk an sich und in seinem Zusammenhang mit der Umgebung historisch aus einer sehr hohen Vogelperspektive zu betrachten. Daß dazu ein staunenswertes Wissen auf den verschiedensten Gebieten erforderlich ist, leuchtet ein. Noch bewundernswürdiger ist die zielsichere Kunst, welche die tausend großen, kleinen und kleinsten Steine zu einem geschlossenen Ganzen zusammenfügt.

Seiner Herkunft von R. Virchow, welchem das Buch gewidmet ist, entsprechend, handelt Kruse in der ersten Hälfte die körperlichen Merkmale der Anthropologie ab und kommt dabei schnell zu dem Grundgedanken, der wie ein roter Faden das Buch durchzieht: die scharfgeschiedenen Rassen unserer Rassenforscher existieren und existierten nicht; es sind das nur „geistreiche Romane“, wie Friedrich der Große sagen würde. In Wirklichkeit gibt es nur fließende physiologische Konstitutionen, welche sich entsprechend der Umwelt (Klima, Boden, Lebensverhältnisse, Schicksal) herausbilden; ändert sich darin ein einziger Faktor, dann ändern sich auch die Korrelationen und damit die Gesamterscheinung. Nach Kruse ist als Ausgangspunkt der Europäer der Norden anzusehen. Von diesem haben sich in verschiedenen Zeiten und Richtungen Ableger nach Süden vorgeschoben und dort — eben durch die landschaftlichen Einflüsse — zu den Südeuropäern in ihren verschiedenen Schattierungen umgeformt. So entstanden eine nordische und eine südliche Unterasse der nordischen „Ur-Rasse“ (S. 371). Daß sich die südliche Unterasse mit nicht-indogermanischen Bevölkerungen vermischt, ist selbstverständlich.

Wie einst in der Bakteriologie, so erhebt sich jetzt in der Anthropologie ein Widerspruch gegen die eiserne Konstanz der Arten. Wie Kruse diese neue Betrachtungsweise durchführt, müssen die Rassenforscher unvoreingenommen prüfen.

Der zweite Teil ist der seelischen Anthropologie im allgemeinen und der der einzelnen Stämme, der deutschen Geschichte und der Zukunft, d. h. der Sorge um die Erhaltung des Deutschums gewidmet. Gegenüber der beliebten „objektiven“, unpersönlichen Schreibweise weht durch das ganze gedankenreiche Werk der warme Hauch einer ausgesprochenen, lebendigen Persönlichkeit. Man hört ihr gern zu, auch da, wo man anderer Ansicht ist.

Buttersack, Göttingen.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Versuche mit Adsorgan bei Colitis membranacea.

Von Dr. BRUNO BARBASCH, Berlin.

Die Ansichten über die Aetiologie der Colitis membranacea sind sehr verschieden. Von Mehring vertritt die Meinung, daß es sich um eine nervöse Erkrankung und zwar um eine Sekretionsneurose handelt. Lust steht auf einem ähnlichen Standpunkt; er kommt zu der Feststellung, daß fast ausschließlich neuropathische Individuen von dieser Krankheit befallen werden. Guggenheim (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1926, Nr. 9) weist darauf hin, daß die Colitis membranacea von zahlreichen Autoren als eine Verstopfungskrankheit angesehen wird, die bei längerem Bestehen fast stets auch mit einem echten Dickdarmkatarrh vergesellschaftet ist. Auch er betont, daß hierbei ein neuropathischer Einschlag häufig festzustellen ist. Von Pfaunder und Schloßmann bezeichnen die Enteritis membranacea nicht eigentlich als einen entzündlichen Darmprozeß, sondern vielmehr als eine Folge von Sekretionsanomalien. Sie berichten von Sektionsbefunden, die ergeben haben, daß sich die Affektion als ein schleimig-fibrinöser Erguß auf die Darmschleimhaut dargestellt hat, ohne jeden ulzerativen nekrobiotischen Prozeß. Mikroskopisch fanden sie die schleimigen, vielfach mit Fibrinfäden durchsetzten Massen infiltriert mit Rundzellen, Zylinderzellen, Leuko- und Erythrozyten und nur in den oberen Schichten reichlich Bakterien eingeschlossen. Endlich sei noch eine Abhandlung von Finkelstein und Meyer erwähnt. Die Verfasser unterscheiden zwischen Colitis mucosa und Enteritis membranacea s. Colica mucosa. Sie bezeichnen die Enteritis membranacea als eine sekretorische Neurose, die ohne Entzündung der Darmschleimhaut vor sich geht. Strauß vertritt die Auffassung, daß es sich bei der Colitis membranacea um eine konstitutionelle Neurose auf der Grundlage einer chronischen Infektion handelt. Eine Auffassung, der ich mich unbedingt anschließen möchte und die mir auch den Weg zu der unten angegebenen Therapie gewiesen hat.

Die klinischen Symptome werden durchweg einheitlich beschrieben: Teils besteht eine spastische Obstipation; meist werden anfallsweise große Fetzen oder röhrenförmige Membranen bildende Schleimmassen entleert, und zwar entweder allein oder als Ueberkleidung der Kotsäule. Häufig gehen große Schleimmengen unter heftigen Koliken und Tenesmen ab. Die gelegentlich auftretenden Diarrhöen werden von Boas auf Artefakte durch reizende Klistiere zurückgeführt. Auch Krehl gibt als Ursache Mißbrauch mit Abführmitteln, namentlich mit Klistieren, an.

Bei der Therapie der Colitis membranacea wird man in erster Linie diätetische Maßnahmen ergreifen. Milch, Käse, Fleisch und Eier sind nach Möglichkeit auszuschalten und dafür Kohlehydrate, auch Obst und Gemüse zu verabreichen. Bestehende Obstipation ist sorgfältig zu behandeln, ebenso funktionelle Neurosen. Die Applikation von Wärme leistet bei den Anfällen gute Dienste. Darmspülungen mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung, auch Oel- oder Paraffineinläufe sind zu empfehlen. Daneben wird man spasmodienlösende Mittel, wie Belladonna oder Atropin, auch in Form von Suppositorien, verabreichen.

Ich hatte Gelegenheit, in einigen Fällen von Colitis membranacea zur Unterstützung der übrigen Therapie das Adsorgan der Chemischen Fabrik von Heyden anzuwenden. Es handelt sich hierbei um ein Gemisch von Chlorsilber-Kieselsäure-Gel (Silargel) und Argokarbon (Silberkohle), das, mit 50% Kakao und Zucker vermischt, in granulierter Form hergestellt wird. Adsorgan, das von Bechhold in die Therapie eingeführt wurde, dient zur Adsorptionstherapie gastrotintestinaler Erkrankungen. Seine Wirkung ist eine doppelte: Mit der Adsorption bakterieller und chemischer Schädlichkeiten verbindet es infolge seines Gehaltes an Chlorsilber eine Desinfektionswirkung. Pathogene Mikroben werden also von der Substanz nicht nur adsorbiert, sondern auch in ihrer Entwicklung gehemmt bzw. abgetötet. Hierin liegt ein wesentlicher Vorzug vor den gewöhnlichen Kohlepräparaten und anderen nichtmetallisierten Adsorbentien. Natürlich wird man von einem derartigen Präparat keine rasche

oder gar sofortige Abtötung pathogener Bakterien erwarten können; das Adsorgan entfaltet vielmehr eine lang andauernde, allmähliche Wirkung. Von der oligodynamischen Silberwirkung, um die es sich hier handelt, kann man nicht verlangen, daß sie auf Krankheits-erregere binnen wenigen Minuten energisch einwirkt, sondern dadurch, daß sich das Präparat nicht nur stunden-, sondern tagelang in genügenden Mengen im Darm befindet und infolge der Darm-peristaltik gleichmäßig verteilt wird und mit allen Teilen der Mucosa in Berührung kommt, wird eine wenn auch langsame, so doch um so intensivere und nachhaltigere Wirkung erzielt. Hierzu kommt noch, daß das Adsorbens bei Körpertemperatur einwirkt, wodurch nach den Feststellungen von Renner (Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krankh. 1928, Bd. 109, H. 1, S. 1) eine erhöhte Wirkung erzielt wird.

Die klinischen Erfahrungen haben gezeigt, daß das Adsorgan bei den verschiedensten gastrointestinalen Affektionen eine außerordentlich günstige Wirkung entfaltet. Es ist kein symptomatisch wirkendes Stopfmittel, sondern es beseitigt die Krankheitsursachen, indem es die pathogenen Bakterien und deren Toxine sowie Stoffwechselprodukte und chemische Schädlichkeiten aus dem Magen-traktus entfernt bzw. unschädlich macht. Der in letzter Zeit besonders von Pfannenstiel erhobene Einwand, die Adsorptionsfähigkeit werde durch Kakao- und Zuckerbeigabe herabgesetzt, hat sich durch die günstigen Erfahrungen der Praxis als nicht stichhaltig erwiesen. Wenn auch der Reagensglasversuch zu derartigen Resultaten führen mag, so ist es doch für die Verhältnisse im Magen und Darm völlig gleichgültig, ob gleichzeitig Kakao und Zucker verabreicht werden, zumal sich ja auch normalerweise im Magen-traktus zuckerhaltige Speisen befinden. Es kommt lediglich darauf an, genügende Mengen des Adsorgan zu verabreichen.

Es lag nahe, das Adsorgan auch bei Colitis membranacea zu erproben, zumal da, wie erwähnt, hierbei auch die Unschädlichmachung der in den Schleimmassen festzustellenden Bakterien eine Rolle spielt.

Der Kürze halber will ich hier nur einen Fall anführen:*)

Eine 56jährige Patientin Sch. Anamnestisch findet sich im Alter von 34 Jahren eineluetische Infektion. Seit 9 Jahren Klagen über Tenesmus, Stuhl nur aus Schleim bestehend, Blutabgänge angeblich bis über $\frac{1}{4}$ Liter. Patientin war des öfteren in mehrmonatlicher stationärer Behandlung wegen Colitis ulcerosa. Sie zeigt einen unbezähmbaren Redeschwall, wirft mit Fachaussdrücken um sich und bringt zu jeder Sprechstunde ein großes Glas mit, dessen Inhalt sie angibt verloren zu haben, einmal mit einer Blutmenge von 100 ccm. Stuhl will sie während der Zeit keinen oder nur in geringer Menge gehabt haben.

Es handelt sich um eine 1,58 m große, 62 kg schwere Patientin von blassem Aussehen und erregtem Wesen. Cor.: Aorta stark verbreitert, klappende zweite Aortenton, systolisches Geräusch über allen Ostien, punctum maximale Aorta. Blutdruck 180/120, Pulmones o. B. Hepar ragt zwei Querfinger über den Rippenbogen, Leib gespannt, Meteorismus. Reflexe. Patellarreflexe gesteigert, Romberg angedeutet, Pupillen reagieren auf Konvergenz, aber nicht auf Lichteinfall.

Die Patientin wurde etwa 4 Wochen lang völlig erfolglos mit Opium-, Atropin-Tanninpräparaten behandelt, nach 6wöchentlichen Gaben von dreimal täglich 1 Teelöffel Adsorgan verschwanden sämtliche Darmsymptome. Seit 2 Jahren ist die Patientin in Beobachtung, es haben sich bis jetzt keine Darmbeschwerden mehr gezeigt.

Weitere 8 Fälle zeigten so geringfügige Abweichungen von dem oben Angeführten, daß ich auf eine eingehende Ausführung verzichten möchte.

Zusammenfassung:

Das Adsorgan leistete in 9 Fällen von Colitis membranacea bzw. Colitis ulcerosa gute Dienste, selbst in Fällen, die sich gegenüber jeder anderen Therapie als resistent erwiesen. Die Symptome konnten durch Adsorgan zum Verschwinden gebracht werden, allerdings teilweise nur bei fortgesetzter Adsorgan-Verabreichung. Im

*) Die Sonderdrucke enthalten ausführliche Kasuistik und werden von der Herstellerin des Präparates, der Chemischen Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden, gerne zur Verfügung gestellt.

allgemeinen trat zuerst eine rasche restlose Beseitigung der Beschwerden ein, die sich jedoch nach dem Absetzen des Medikaments früher oder später wieder bemerkbar machten. Bei erneuten Adsorganangaben konnten sie wieder behoben werden. Infolge des angenehmen Geschmacks wird das Adsorgan gerne genommen. Die Unschädlichkeit des Mittels gestattet eine selbst längere Zeit hindurch fortgesetzte Anwendung. Ich möchte durch die Mitteilung meiner Erfahrungen gleichzeitig zu weiteren Versuchen mit Adsorgan in dieser Richtung hin anregen.

Zur Behandlung von anämischen Zuständen bei Frauenkrankheiten.

Von Dr. GERHARD BRAUN,
Facharzt für Frauenkrankheiten in Berlin.

Primäre oder essentielle Anämien entstehen als ursprüngliche Erkrankungen bei sonst gesunden Individuen. Im Gegensatz dazu entwickeln sich die sekundären Anämien nur als Folgeerscheinungen abgelaufener oder noch bestehender Krankheiten, sei es nun, daß diese Krankheiten zum direkten Blutverlust führen, sei es, daß durch irgendeine infektiöse oder sonstige Noxe eine Reduzierung von Erythrozyten stattfindet. Diese prinzipielle Auseinanderhaltung beider Formen von Bleichsucht ist in der Theorie eher durchführbar als in der Praxis, wo die einzelnen Formen ineinander übergehen, jedenfalls nicht immer voneinander zu trennen sind. In der Gynäkologie finden sich beide Arten der Anämie häufig. Wir kennen die hereditäre und konstitutionelle Bleichsucht: sie ist charakterisiert durch eine seit Generationen vererbte Blässe der Gesichtsfarbe, verbunden mit einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit, leichter Ermüdbarkeit, Disposition zu Kopfschmerzen. Hier handelt es sich oft um Astheniker, bei denen diese Erscheinungen einen Teil des Syndroms ausmachen. Oft sind wirtschaftliche Lage, schlechte Ernährung, gesundheitsschädigende Arbeit in verbrauchter Luft schuld an den genannten Symptomen. Dieses Krankheitsbild leitet zu den Chlorosen über, die in der Zeit der Menarche auftreten und Menstruationsstörungen bewirken.

Die sekundäre Anämie bei Frauen erklärt sich aus vielfachen Ursachen, deren kausale Behandlung eine Notwendigkeit bleibt. Ein mechanischer Blutverlust wird bei allen Formen von Metrorrhagien und Menorrhagien beobachtet, ob sie nun eine Folge von Uteruserkrankungen — Metritiden, Endometritiden, Retroflexionen mit konsekutiven Stauungen — sind, oder ovarial durch Entzündungen hervorgerufen werden. Hierzu gehört die Metropathie: Zunahme und Verschiebung der Monatsblutungen ohne ersichtliche anatomische Ursachen; dazu gehören weiterhin alle Formen der klimakteriellen Blutungen. Myome, Polypen führen ebenso zu Blutverlusten wie die verschiedenen Arten der malignen Geschwülste; eine geplatzte Tubargravidität, ein Abort, eine Entbindung kommen ebenfalls als Grundlagen für profuse Hämorrhagien in Betracht. Zu der Blässe der Haut und der Schleimhäute tritt als Hauptsymptom motorische Schwäche, Nachlassen der körperlichen und geistigen Spannkraft bis zur Schläfrigkeit. Eine Beschleunigung der Herzrhythmus, akzidentelle Geräusche am Cor, Nonnensausen sind bekannte objektive Erscheinungen. Im mittelbaren Zusammenhang mit Chlorosen finden sich häufig Amenorrhöen, im Zusammenhang mit allgemeiner Anämie chronischer Fluor, für den eine weitere Erklärung durch Erkrankung der Genitalorgane nicht vorhanden zu sein braucht. Die Anämie nimmt gerade bei Frauen oft erschreckend hohe Grade an. In unserem Zeitalter der Verjüngungs- und Regenerationstherapie ist die Zahl der gegen anämische Zustände angegebenen Mittel Legion. Im Vordergrund stehen die Organpräparate, Leber und Milz, deren Wert bei Erkrankungen der roten Blutkörper kaum mehr umstritten ist. Neben dieser komplizierten und kostspieligen Therapie kehrt die Medizin aber immer wieder zu den altbewährten Behandlungsarten zurück, die ihren Ausgangspunkt in Eisen- und Arsengaben nehmen. Als wesentlicher Bestandteil des Hämoglobins ist das Eisen zu betrachten, das im Bedarfsfall dem Körper künstlich zugeführt werden muß. Es kommt ein leicht resorbierbares Präparat in Frage, das keine Verdauungsstörungen hervorruft und auch sonst den Organismus in keiner Weise schädigt. Das Blutän,* ein wohlgeschmeckendes Mittel ohne alkoholische Zusätze, hat sich in der gynäkologischen

Praxis durchaus bewährt. Es enthält 0,6% Eisen in Form einer leicht resorbierbaren Eisenpeptonatverbindung sowie 0,1% Mangan. Das Mangan findet sich hauptsächlich in der Leber und wirkt dort durch seine Oxydation allgemein entgiftend. Durch seinen sauren Charakter, der der Zusammensetzung des Magensaftes entspricht, hat es eine doppelte Wirkung: der Appetit wird gesteigert, die Verdauung gefördert und zugleich wird die Zahl der Erythrozyten vermehrt, dadurch der Gesamtorganismus gekräftigt. — Das Präparat wurde Patientinnen bei Anämien mit verschiedenster Aetiology verabreicht, und stets wurde bei einer 2–4wöchigen Therapie eine erhebliche Zunahme des Hämoglobingehaltes festgestellt. Bei Jugendlichen genügte oft Blutan ohne Zusatz von Ovarialpräparaten, um eine Amenorrhöe in der Menarche zu beseitigen, auch unregelmäßige Menstruationen ließen sich, wenn keine speziellen Organerkrankungen nachzuweisen waren, weitgehend durch Blutan regulieren: bei komplizierten Fällen in Kombination mit einer Organtherapie. Postoperative Amenorrhöen reagierten ebenso ausgezeichnet auf das Mittel; auch bei der Fluorbehandlung, soweit allgemein-somatische Erscheinungen zugrunde lagen, bewährte sich das Präparat. Mattigkeit, Schwindelanfälle, Appetitlosigkeit schwinden, das Gefühl der Kräftigung und Leistungsfähigkeit stellt sich rasch ein. Auch in der Geburtshilfe sollte mit der Blutantherapie nicht lange gezögert werden. Hier wird die Regeneration der roten Blutkörper besonders schnell gefördert.

Während der Verabreichung des Blutan sind saure und besonders fette Speisen zu vermeiden, im übrigen braucht das Mittel nur durch eine geeignete Diät unterstützt zu werden. Das Präparat kann je nach Bedarf mit Arsen, Brom, China oder Jod verordnet werden, es gibt auch eine Herstellung, die es für Diabetiker geeignet macht.

Ueber „Viscysat“.

Von Dr. BRUNO SOBERSKI, Breslau.

Unter den vielen Mitteln, die heute zur Blutdrucksenkung angewendet werden, verdient ohne Zweifel das Viscysat der Firma Bürger eine hervorragende Stellung. Es wird nach dem bekannten Dialysierverfahren der Firma aus Viscum album, der Mistel, hergestellt und soll dreimal täglich zu 20 Tropfen gegeben werden. Mit dieser Ordination wird man immer auskommen und volle Erfolge erzielen. Ich habe das Mittel bei allen Formen von Hypertonie verabfolgt und immer Gutes davon gesehen. Besonders eklatant erwiesen sich Fälle von reiner Hypertonie, klimakterischen Beschwerden und vor allem auch Hypertension bei Arteriosklerose. Schwere beeinflussbar sind die Fälle, die mit Schrumpfiniere und Myodegeneratio cord. einhergehen; aber auch hier erzielt man gewisse Erfolge.

Im allgemeinen erhält man Blutdrucksenkungen von 20–30 mm, bisweilen habe ich auch solche von 50 mm und darüber gesehen. Nur muß man das Mittel lange genug geben, 2–3 Monate. Setzt man dann aus, so hält sich der Blutdruck gewöhnlich längere Zeit in der erlangten Senkung, um erst nach Monaten wieder anzusteigen. Dann muß das Mittel von neuem gegeben werden, und man erzielt gewöhnlich die gleichen günstigen Resultate. In einigen Fällen war es noch nicht nötig, die Kuren, die z. T. $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Jahre zurücklagen und dauernd beobachtet wurden, zu wiederholen.

In manchen schweren Fällen aber kann der Blutdruck nur durch dauernde Verabfolgung des Mittels niedriger gehalten werden. Setzt man aus, so steigt er rasch wieder auf seine vorige Höhe. Es sind dies besonders die Fälle von Schrumpfiniere und Myodegeneratio, wo auch gewöhnlich nur eine Senkung von 10–20 mm erreicht werden kann. Bei diesen letzteren Fällen hatte ich auch solche, die nicht zu beeinflussen waren, und der Blutdruck stets gleich hoch blieb.

Ganz allgemein konnte auch ich die Besserung aller subjektiven Beschwerden konstatieren. Die Kopfschmerzen ließen nach, besonders hörte das lästige Ohrensausen auf, Schwindel und Blutandrang legten sich, und die Schlaflosigkeit schwand. Die Patienten fühlten sich wieder körperlichen und geistigen Arbeiten gewachsen.

Zusammenfassend kann ich daher aus meinen Erfahrungen sagen, daß wir im Viscysat ein wirklich gutes Mittel zur Bekämpfung der Hypertonie besitzen.

*) Hergestellt von der Firma Helfenberg.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

RECEIVED
AUG 30 1929

U. S. Department of Agriculture

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 16

BERLIN, DEN 9. August 1929

47. JAHRGANG

BROSEDAN

Das zuverlässige Sedativum.

Kochsalzarmes Bromhefepräparat, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch.

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit,
Epilepsie, Neuralgien, sexueller Übererregbarkeit.

Bei einer schweren Herzneurose, verbunden mit harinöckiger Schlaflosigkeit und schweren Depressionen, hat Brose dan, regelmäßig genommen, einen guten Erfolg gehabt, nachdem alle anderen Brommittel versagten. Dr. G. in W.

Bei Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

Literatur: John, Univ. Nervenkl. Tübingen (Dir. Prof. Dr. Gaupp), Münch. Med. Woch. 1914, Nr. 43.
Friedemann, Univ. Nervenkl. Freiburg-Br. (Dir. Prof. Dr. Hoche), Aerztl. Rundschau 1929, Nr. 5

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

Sie ersparen weitgehend Opium und Morphinum durch

Ditonal

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil,
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen günstig
beeinflussend.

Rektale Anwendung.

INDICATIONEN:

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Literatur und Proben durch ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

Beit & Co., Chemische Fabrik

Hamburg 39

suchen in den deutschen Großstädten zur Einführung ihrer neuen pharmazeutischen **Präparate** für die **ärztliche Propaganda** erfahrene und gut **eingeführte Aerzte**.

Gefl. Angebote werden an uns **direkt** erbet.

HAUS

in bester Lage einer Stadt von 4500 Einwohnern, in welchem seit langen Jahren eine gutgehende Praxis ausgeübt und altershalber aufgegeben wurde, ist unter günstigen Bedingungen sofort wieder zu vermieten. Nähere Auskunft erteilt Buchdruckerei C. Schwerdt, Dingelstädt (Eichsfeld).

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
..... 1000 Meter

für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skrofulose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Kurkonzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstetig. Einrichtungen. In **allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser**. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Chefarzt Geh. San.-Rat **Dr. Römisch**

Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



Mod. phys.-diät. Kuranstalt und Erholungsheim. Nähe Strandbad. Aerztl. Leitung. Deutsches Haus, das ganze Jahr besucht. Pension von M. 8.— an. Aerzte Ermäßigung. Prospekte frei.

Partenkirchen Oberbayern Dr. Wigger's Kurheim

Sanatorium für innere, Herz-, Stoffwechsel-, Nervenkrankte u. Erholungsbedürftige. 4 klin. langjährig vorgebildete Aerzte.

Unter derselben Leitung das vornehme Familienhotel **„DER KURHOF“**

Pensionspreis von Mk. 10 aufwärts

Beide Häuser ganzjährig geöffnet. Übergangszeit Ermäßigung. Näh. und Prospekte durch den Besitzer **Geh. Hofrat Dr. F. Wigger**.

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlenaures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebelreies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Günstige Wochenend-Vereinbarung. Postauto: Appenweiler, Hausach, Freudenstadt

Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

Dr. J. Hamburger's Kurhaus

für Nervenkrankte u. Erholungsbedürftige.

Strausberg b. Berlin

Tel. 43. Sommer u. Winter.

Bad Freienwalde a.O.

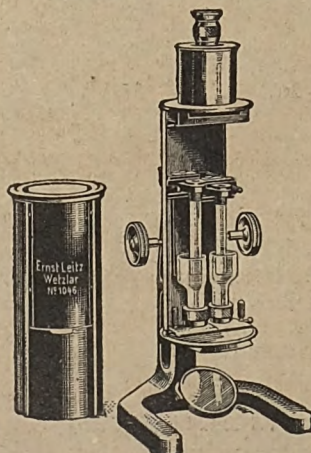
Sanatorium für Nervenkrankte

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Leitz Kolorimeter

für die chemische Untersuchung von Blut, Harn, Liquor cerebrospinalis und anderen Körperflüssigkeiten sowie Organteilen

Hohe Präzision in der mechanischen und optischen Ausführung



Einrichtung für Messungen bei Tageslicht und künstlichen Lichtquellen

Verlangen Sie zur Erleichterung der Auswahl eines Kolorimeters unter fünf verschiedenen Stativen unsere ausführlichen Druckschriften Nr. 2587

Ernst Leitz, Wetzlar

Kolorimeter nach Dubosq für 50 mm Schichthöhe

KRIPKE

Eston-Vaseline: Die Vaseline für Kinder und für zarte Haut; neutralisiert Seifenwirkung

Zink-Mattan: hautfarbene reizlose Fettpaste nach Unna

Eston-Ovale: Das saubere und schnell wirkende Mittel gegen unkomplizierte Leukorrhoe

Adjuvan: ung. clner. sapon. Abwaschbar, daher saubere Injektions-Kur. Graduierte Röhren.

Eston-Zink-Paste: milde, desinfizierende Heilsalbe

Ophthalmin: Augentabtube mit 1% u. 2% ung. ophthal. flav.

Frangulose-Dragees: Reizloses Abführmittel. Originalpackung 20 Stück

Quiesan: mildes Hypnotikum und Antidolorosum ohne irgendwelche Nachwirkung. 10 Tabl. à 0,5g

Eumattan: Salbengrundlage v. hoher Wasseraufnahme (bis 300%)

Rheumamattan: durchdringt die Haut und beeinflusst den Krankheitsherd. In Tuben.

Reinstes Chloräthyl Speiko

Röhren und Flaschen 15, 30, 50, 100 g.

Mattan: Unsichtbare Fettsalbe nach Unna in Tuben
Zink-Mattan } juckstill. Pasten
Schwefel-Mattan } b. Dermatitis
Zink-Schwefel-Mattan } Rötungen etc.
Gletscher-Mattan

Eston: mit Alum. sulfur. verstärkte essigsäure Tonerde. Dauerdesinfizienz.
Eston-Ovale: Flur albus
Eston-Vaseline
Eston-Schwefelpuder
Eston-Kinderpuder

In Kassenpackungen vorrätig:

Rheuma-Matten
Adjuvan
Ophthalmin-Augentabtube
Mattan, Zink-Mattan, Zink-Schwefel-Mattan, Schwefel-Mattan
Eston-Kinderpuder
Schwefelpuder
Eston-Vaseline

Ärztmuster gratis und franko.

Chem. Fabrik **Kripke, Dr. Speier & Co.**

BERLIN SO 36
Admiralstr. 18

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. Michaelis: Prophylaxe und Therapie der Berufskrankheiten 605

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 607

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 615
 Bakteriologie und Serologie 615
 Chirurgie und Orthopädie 616
 Frauenheilkunde und Geburtshilfe 618
 Geschichte der Medizin 621
 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 621
 Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 621
 Infektionskrankheiten 624
 Innere Medizin, Tuberkulose 625
 Kinderheilkunde 631
 Mund- und Kiefererkrankungen 632
 Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 632
 Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 634
 Psychiatrie und Nervenheilkunde 637

Psychologie und Psychopathologie 640

Soziale und gerichtliche Medizin 641

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 642

Neu erschienene Bücher 644

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

Dr. med. Max Simon, Berlin-Charlottenburg, Facharzt für innere Krankheiten: Ueber eine neue Kombination des Phenacetins mit dem Propylester der Phenylchinolinkarbonsäure 645

Dr. Adolf Marcuse, Berlin: Heilung eines Falles von schwerer Thyreotoxikose durch Hormonbehandlung 646

Dr. Karl Schwarz, Annaberg (Salzburg): Ueber meine Erfahrungen mit Robural 647

Dr. Karl Ehrlich, Berlin: Coffetyl bei nervösen Krankheiten 648

San.-Rat Dr. Georg Brasch: Alte und neue Erfahrungen mit Pertussin 648

Geh. San.-Rat Dr. Hugo Bach, Blasewitz (Dresden): Quarzbrenner 649

— Zur Diagnose —

Perkutan-Tuberkulin

nach Prof. F. Hamburger (Graz)

Original-Tube zu 1, 2 und 10 g Inhalt

Literatur: „M. M. W.“ 1919, Nr. 16 und 1922, Nr. 7. „Beitr. z. Kl. d. T.“ 1920, Bd. 45. „Tuberkulose“ 1923, Nr. 2

Alleinige Abgabestelle im Auftrag der Höchster Farbwerke:

Dr. Fresenius, Hirschapotheke, Frankfurt am Main

KONGRESSE UND KURSE.

(★ bedeutet Kongresse.)

- ★ 19.—23. 8. Internationaler Physiologenkongreß, Boston (U. S. A.).
- ★ September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.
- ★ 1.—17. 9. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Universität, Newhaven (U. S. A.).
- 2.—7. 9. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie der Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.
- ★ 6.—8. 9. Bayerischer Aertztag, Regensburg.
- ★ 8.—12. 9. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.
- ★ 12.—14. 9. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft, Tübingen.
- 13.—15. 9. Aerzte-Fortbildungskurs, Bad Salzuffen.

- 15.—21. 9. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs, Karlsbad.
- ★ 16.—18. 9. Deutscher Orthopädenkongreß, München.
- ★ 16.—18. 9. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene, Heidelberg.
- 16.—28. 9. Psychiatrischer Fortbildungskurs, Hamburg.
- 18.—20. 9. 6. Fortbildungslehrgang, Bad Nauheim.
- 30. 9.—5. 10. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.
- September—Oktober. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.
- ★ 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.
- ★ 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.



MAGGI'S Würste
 regt auch den Appetit an

Wenige Tropfen
 —den Speisen zugefügt—
 genügen

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acetico-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung,
 Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien
Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
 Rudolstadt.



Daucarysatum

Bürger

Ysat (Dialysat) aus *Daucus carota*

Wirksames

Anthelmintikum

gegen Eingeweide-Würmer und
Darm-Parasiten, spez. Oxyuren

angenehm schmeckend,
unschädlich, wohlfeil

Dosierung: 3× tägl. 1 Teelöffel evtl. mehr
Packung: Flasche zu 60 ccm

Technische Bürger
Ysaffabrik
Wernigerode

COFFEIN

wirkt schon in mittelgroßer Dosis
steigernd auf die Körperwärme.
Deshalb bei fieberhaften Zu-
ständen als Labungsgetränk

KAFFEE HAG

Der beste Schutz
gegen Verdauungsstörungen
(Diarrhoe und Brechdurchfall) ist



Alleinige Hersteller:
GEBR. STOLWERCK & Co.
KÖLN

Vorrätig in Apotheken u. Drogerien.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 16

BERLIN, DEN 9. AUGUST 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Prophylaxe und Therapie der Berufskrankheiten.

Von Dr. MICHAELIS.

Für den praktischen Arzt gewinnt die Kenntnis von den Berufskrankheiten der Arbeiter immer mehr an Bedeutung. Die Therapie der Gewerbekrankheiten ist bisher in der Literatur recht stiefmütterlich behandelt worden, so daß ich im folgenden versuchen will, eine Zusammenfassung der Therapie und der hiervon untrennbaren Prophylaxe zu geben.

Wenn wir uns zuerst der Prophylaxe und allgemeinen Therapie zuwenden, so müssen wir uns kurz fassen, denn das Gebiet spielt in die allgemeine Hygiene und in die Technik hinüber und ist ein zu großes.

Wir müßten mit dem Bau und den allgemeinen Einrichtungen einer Fabrik beginnen, was uns indessen zu weit führen würde. Nur das eine sei hervorgehoben, daß wir in modernen Arbeitsräumen Licht und Luft verlangen müssen; große, helle, gut ventilierbare Arbeitsräume, daneben getrennte Räumlichkeiten zum Einnehmen der Mahlzeiten und zum Verbringen der Arbeitspausen, An- und Auskleideräume, ausgiebige Wasch- und Badegelegenheiten, saubere Aborte nicht zu vergessen.

Auch muß Gelegenheit gegeben sein, die mitgebrachten Mahlzeiten wärmen zu können. Niemals sollte es den Arbeitern, besonders nicht den Jugendlichen, gestattet werden, ungewaschen in den Arbeitsräumen die Mahlzeiten einzunehmen. In „Giftbetrieben“ ist Mundspülen und Zähneputzen vor den Mahlzeiten unerlässlich. Dies wird manche Vergiftung verhüten. Für bestimmte Arbeiten ist das Tragen sauberer Arbeitskleidungen, welche fest dem Körper anliegen, unerlässlich.

An Arbeitsstätten, wo sich Staub oder giftige Gase bilden können, muß für Ventilatoren und für richtig eingebaute Absaugvorrichtungen gesorgt sein.

Die Arbeitsplätze und Maschinen müssen den Vorschriften der Unfallgesetzgebung entsprechend geschützt und ausgestattet sein.

Die Arbeitszeit muß sich nach der Schwere und Gefährlichkeit der Arbeit richten; Frauen und Kinder müssen besonders berücksichtigt werden.

Diese kurz skizzierten Punkte finden für gewisse Arbeitsweige ihre gesetzliche Regelung. Der § 120 der Reichsgewerbeordnung bildet ihren Ausgangspunkt. Von dem Rechte, Sonder Vorschriften zu erlassen, hat der Reichsrat ausgiebig Gebrauch gemacht. Sie sind in Bekanntmachungen und Erlassen niedergelegt, in denen nur die wichtigsten erwähnt seien:

Gesetz betr. Zündwaren vom 10. Mai 1903.

Bekanntmachung betr. Ratifikationsurkunde über das Verbot des weißen und gelben Phosphors vom 31. Dezember 1910.

Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb von Zinkhütten vom 16. Juni 1905.

Verordnung über die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiverbindungen vom 1. Januar 1920.

Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei vom 1. Mai 1908.

Bekanntmachung über den Betrieb der Zinkhütten vom 13. Dezember 1912.

Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb der Druckereien und Schriftgießereien vom 31. Juli 1897.

Bekanntmachung über die Dienstanweisung für die ärztliche Untersuchung von Bleiarbeitern vom 27. Januar 1920.

Bekanntmachung betr. Einrichtung und Betrieb gewerblicher Thomasschlackenanlagen vom 23. Dezember 1911.

Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Alkalichromaten vom 16. Mai 1907.

Bekanntmachung betr. die Einrichtung und den Betrieb gewerblicher Anlagen zur Vulkanisierung von Gummiwaren vom 1. März 1902.

Allgemeines Berggesetz vom 24. Juni 1865 in der Fassung der Novelle vom 3. Juni 1912.

Bekanntmachung betr. den Betrieb von Getreidemühlen vom 26. April 1899.

Bekanntmachung betr. Bäckereien und Konditoreien vom 4. März 1896.

In diesen Vorschriften finden wir auch die ärztlichen Aufgaben skizziert für diejenigen Betriebe, welche einer dauernden ärztlichen Ueberwachung bedürfen.

Die Aufsicht über die gewerblichen Einrichtungen und Betriebe werden in technischer Beziehung von den Gewerbeinspektoren, in medizinisch-hygienischer Beziehung von den Landesgewerbeärzten ausgeübt. Für die Interessen des weiblichen Teiles der Arbeiterschaft soll eine Landesgewerbeärztin sorgen.

Auf keinem anderen Gebiete ist eine erste sachgemäße Hilfe so notwendig wie gerade hier. Es muß deshalb gefordert werden, daß alle größeren Betriebe mit allen für die erste Hilfe notwendigen Mitteln ausgestattet werden. Ueberall muß möglichst schnell ein mit dem Fabrikbetriebe vertrauter Arzt zur Stelle sein, zum mindesten muß ein ärztlich ausgebildeter Heilgehilfe dauernd zur Verfügung stehen. Es ist deshalb mit Freuden zu begrüßen, daß die großen Unternehmungen eigene Fabrikärzte besitzen, welche durch ihr jahrelanges Vertrautsein mit den Eigenheiten der Fabrik die beste Gewähr für eine sachgemäße Therapie geben. Wir finden in solcher Fabriken gut eingerichtete Fabrikräume zur Ausübung der ersten Hilfe, Verbands- und Operationszimmer. Die Feuerwehr hat ebenfalls entsprechende Ausbildung erhalten. In jeder Schicht und in jedem Betriebe sehen wir hier eine Anzahl in der ersten Hilfe wohl ausgebildeter Arbeiter, um sofort helfend ihren Kollegen beispringen zu können.

Die chirurgisch-ärztliche Hilfe richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen.

Nur über die Wiederbelebungsversuche möchte ich einige Worte sagen:

Herztätigkeit und Atembewegungen fehlen bei den Verunglückten oft vollständig; ihr anscheinendes Fehlen ist aber kein sicheres Zeichen für den eingetretenen Tod. Der Tod ist erst dann mit Sicherheit festzustellen, wenn Totenflecke und Totenstarre sicher nachweisbar sind. Dies gilt besonders für durch Gas und Elektrizität Verunglückte.

Die künstliche Atmung muß sofort und kunstgerecht — eventuell stundenlang — ausgeübt werden, deshalb können nicht Mannschaften genug in dieser Kunst ausgebildet werden. Denn die manuell ausgeübte Wiederbelebung ist zweifellos die beste.

Vielleicht ist es nicht unwichtig, wenn ich kurz das Verfahren nach Silvester skizziere:

Der Oberkörper ist von beengenden Kleidern zu befreien. Der Kopf soll etwas tief hängen, damit etwa eingedrungene Flüssigkeit aus dem Munde abfließen kann. Der Mund ist — eventuell durch

einen Mundsperrer, Mundkeil — zu öffnen, die Zunge ist vorzuziehen und vorzuhalten mit einer Nadel, einer Zange, einem Bande u. ä. Die Mundhöhle ist von etwaigen Fremdkörpern zu reinigen. Dies alles geschieht von geübter Hand schneller, als es gelesen werden kann.

Der Verunglückte liegt auf dem Rücken, unter die Schulterblätter kommt ein Kissen oder zusammengelegtes Kleidungsstück. Der Helfer kniet sich hinter den Kopf des Verunglückten. Die Arme werden oberhalb des Ellenbogengelenkes so gefaßt, daß die Daumen an der Außenseite liegen, die übrigen vier Finger an der Innenseite. Nun führt man die Arme nach oben und hinten am Kopfe vorüber und drückt sie federnd nach abwärts. Nun muß der Helfer die Griffe wechseln (in der Aufregung nicht vergessen!). Er umfaßt die Unterarme dicht unterhalb des Ellenbogengelenkes — der Daumen liegt an der Innenseite des Verunglückten — und führt die Arme wieder zurück, so daß die Oberarme dicht seitlich dem Brustkorb anliegen. Sie werden kräftig gegen den Brustkorb gepreßt und zugleich muß man mit den gekreuzten Vorderarmen auf den Brustkorb einen Druck nach hinten und oben ausüben.

Dies ist meiner Ansicht nach die schonendste Methode; Rippenfrakturen, Eingeweidequetschungen sind hierbei unmöglich.

Alle Bewegungen müssen federnd, nicht mit brusker Gewalt ausgeführt werden.

Diese anstrengende Tätigkeit ist durch verschiedene Apparate zu ersetzen versucht worden.

Am bekanntesten ist der Pulmotor der Drägerwerke. Ich gebe dem neueren Inhabadapparat den Vorzug. Er erfordert zwar mehr menschliche Hilfskraft, paßt sich aber den natürlichen Vorgängen besser an.

Beide Apparate können mit einer Sauerstoffflasche bei Gasvergiftungen ausgestattet werden.

Auf einen wichtigen Umstand möchte ich hier noch besonders aufmerksam machen: Alle Apparate und Medikamente müssen handbereit und in gutem Zustande immer vorrätig gehalten werden. Insbesondere müssen Rettungsapparate, Spritzen, Medikamente immer kontrolliert werden.

Ein Apparat für Magenspülung, Apparatur für Kochsalzinfusion, Spritzen für Injektion, eventuell zur Herzinjektion, Tracheotomiebesteck muß der in einem industriellen Betriebe tätige Arzt immer griffertig zur Hand haben.

Für elektrische Unfälle kann ich den Rettungskasten des hochverdienenden Professors Jellinek auf das wärmste empfehlen.

Für die einzelnen Vergiftungen sind am besten auch besondere Rettungskästen aufzustellen, damit man im Falle der Not alles sofort zur Hand hat, denn hier können Momente ausschlaggebend sein.

Wenden wir uns nunmehr der speziellen Therapie zu, so halte ich es für das praktischste, wenn wir sie in alphabetischer Reihenfolge betrachten.

Alkalien: Man vermeide Magenspülung. Zur Neutralisierung dienen am besten organische Säuren, am einfachsten Essig, auch 1prozentige Weinsäure; ferner kommen Zitronensaft und Zitronensäure in Betracht. In schweren Fällen ist Injektion 2- bis 3prozentiger Natriumsulfatlösung (20—50 g) zu versuchen, eventuell wiederholt. Sulfate und Bitterwässer gebe man zum Laxieren; ein Aderlaß kann das Gift schneller entfernen.

Ammoniak: Sofort künstliche Atmung; bei Spasmus glottidis Tracheotomie. Phrenikusreizung mittels des elektrischen Stromes ist zu versuchen. Von einem Aderlaß hat man oft Gutes gesehen.

In leichten Fällen genügen Inhalationen von Lithium carbonicum. Sauerstoffinhalation. Aderlaß mit folgender Injektion von 10- bis 20prozentiger Traubenzuckerlösung.

Anilinvorgiftung: Hier ist die Prophylaxe besonders wichtig. Es bestehen amtliche Vorschriften für den Schutz der Arbeiter in derartigen Betrieben. Bei Einhaltung dieser Vorschriften und bei Anwendung moderner Apparatur ist eine Schädigung der Arbeiter bei normalem Fabrikationsvorgang ausgeschlossen, nur bei Undichtigkeiten, Unvorsichtigkeit u. ä. kann es zu Vergiftungsfällen kommen.

Es dürfen nur gesunde Arbeiter eingestellt werden. Frauen und Kinder sind auszuschließen. Regelmäßige ärztliche Kontrollen müssen Verdächtige und Gefährdete sofort ausscheiden, besonders Alkoholiker. Da nach überstandener Anilinvorgiftung eine erhöhte Disposition gegen Anilin besteht, ist Arbeitswechsel notwendig. Größte Reinlichkeit und regelmäßiges Tragen der sauberen Arbeits-

kleidung ist erforderlich; ebenso gut passende, auf Defekte dauernd zu kontrollierende Gummihandschuhe müssen das Gift vom Körper abhalten.

Ist ein Arbeiter erkrankt, so muß er sofort aus dem Arbeitsraume entfernt und die Kleider müssen schnellstens ausgezogen werden. Ein Reinigungsbad ist möglichst zu veranlassen. In schwereren Fällen sofort Sauerstoff inhalieren lassen, künstliche Atmung; Inhabad oder Pulmotor müssen zur Hand sein. Ein Aderlaß mit folgender Kochsalz- oder Ringerscher Lösung — Infusion tut oft Wunder. Von Glukoseinfusion haben einzelne Beobachter ebenfalls Gutes gesehen.

Analeptika: Koffein und besonders der altbewährte Kampfer dienen zur Anregung der Herzstätigkeit, ferner Diuretika und Laxantia, ein hoher Einlauf zur Darmreinigung. Kein Alkohol.

Milch soll in großen Mengen gegeben werden, ebenso Zitronensäure- und Essigsäurelimonade.

Eine Abkühlung des Körpers ist durch Umhüllen mit warmen Decken zu verhüten.

Bei Augenschädigungen empfiehlt sich 1prozentige borgesättigte Tanninlösung.

Ankylostomiasis betrifft ausschließlich nur Bergarbeiter. Für Deutschland hat die Krankheit eigentlich nur historisches Interesse. Dank den gesetzlichen Vorschriften — welche ich wegen der kleinen Interessengemeinde der Leser übergehe — ist diese Krankheit unter unseren Bergarbeitern fast nicht mehr anzutreffen.

Die vorgeschlagene Therapie ist sehr reichhaltig.

Systematische Abtreibungskuren mit *Extractum filicis maris* mit vorheriger Darmentleerung und Abführmittel (nach 3 bis 4 Stunden). Genaueste Kontrolle des Stuhles auf Eier. Wegen der eventuell eintretenden Schädigungen durch Filixpräparate sind eine große Zahl anderer Medikamente empfohlen worden: *Thymol*, 8 bis 10 g täglich, kann ebenfalls unangenehme Nebenwirkungen zeigen; *Chenopodiumöl*; *Tetrachlorkohlenstoff*, 3—5 ccm pro die; *Taeniol*, *Tetrachloräthan*; *Gomenol*; *Filmaron*; *Taeniol*; *Essence de Nidouli*. Außerdem werden empfohlen: *Oleum Eucalypti*, *Chloroform* aa 35, *Ol. Rizini* 30,0, auf zweimal zu nehmen. Am besten wird noch das *Betanaphthol* (3,0 g pro die, 3 Tage hintereinander) genommen.

Antimon: Innere Abführmittel sind zu vermeiden. Man verabreiche hohe Klysmen. Innerlich gebe man 3—4% Tanninlösung, um Antimon in unlösliches gerbsaures Antimonoxyd überzuführen. Auch Magenspülungen mit 1prozentiger Tanninlösung führe man aus.

Aromatische Nitroverbindungen: Sofortige Entfernung aus dem Betriebe und Kleiderwechsel! Kühle Bäder mit Uebergießungen, kalte Waschungen sind vorzunehmen; von warmen Bädern wurde Verschlimmerung gesehen. Künstliche Beatmung, eventuell Sauerstoffinhalation. Aderlaß mit folgender Kochsalzinfusion. Bei Kollaps Exzitantien. Reichliche Flüssigkeitszufuhr: Milch, Tee, Kaffee, Salzwasserklysmen. Alkohol und kohlensäure Wässer sind streng verboten. Gegebenenfalls milde Abführmittel.

Arsen: Seit Bunsen ist als Gegenmittel beliebt:

Liq. Ferri sulf. oxydat. . .	100,0
Magnesia usta	15,0
Aqua dest. ad	250,0

Auch *Magnesia usta* und Kalkwasser ist zu empfehlen. Abführmittel sind zu vermeiden, hohe Einläufe, warme Einpackungen.

Bei neuritischen Schmerzen wirkt Chinin zuweilen lindernd. Arsenlähmungen werden wie andere Lähmungen behandelt mit Massage, faradischem Strom und Sol. Natrii iodati, 1—2 g, zweimal täglich.

Arsenwasserstoff: Bei leichten Fällen ist die Therapie eine rein symptomatische nach bekannten Grundsätzen.

Bei schwereren Vergiftungen gilt es, den Sauerstoffmangel des Blutes zu beseitigen. Man läßt Sauerstoff atmen, eventuell unter Ueberdruck, nicht nur stunden-, sondern tagelang. Um die Harnsekretion zu unterhalten und zu beschleunigen, ist reichliche Flüssigkeitszufuhr geboten. Man reiche *Liquor Kali acetici*, 50 g auf 500 g Wasser, oder *Tartarus boraxatus*, 25 g auf 500 g Wasser.

Aderlaß mit nachfolgender Infusion von physiologischer Kochsalzlösung (0,9%) oder von Ringerscher Lösung (*Natrium bicarbonicum* 0,03, *Calcium chloratum* 0,024, *Kalium chloratum* 0,042 auf 100 *Aqua destillata*).

Analeptika sind reichlich zu applizieren.

Gegen Brechreiz und Leibschmerzen muß man oft zur Morphiuminjektion greifen.

Augenzittern der Bergleute in Kohlengruben: In erster Linie Verbesserung der technischen Anlagen und der Beleuchtung unter Tage. Arzneilich ist viel versucht worden, aber ohne positiven Erfolg.

Man versuche: Strychnin, Arsen, Eisen, Brom und Adalin. Atropin, Eserin und Alendrin (0,25) ist mehrmals täglich gegeben worden.

Blausäure: Sofortiges Handeln notwendig. Gefährdete Betriebe müssen unbedingt folgende Hilfsmittel vorrätig halten: Injektion von 2prozentiger steriler Natriumthiosulfatlösung (in Ampullen von Dr. Thielo & Co., Mainz), oder man löse 1 g des in Ampullen von Beiersdorf beziehbaren Natriumthiosulfats in 50 ccm Aqua destillata zur Injektion auf. Kardiazol ist als Analeptikum unübertroffen (subkutan oder intravenös). Zur subkutanen Injektion kommen in Betracht: Apomorphin, hydrochlor. 0,01 und Lobelin 0,01. Auch Injektion von Atropin wird empfohlen.

Zur Magenspülung dient eine Lösung von 0,2% Kaliumpermanganikum oder von 1% Wasserstoffsuperoxyd.

In schweren Fällen künstliche Atmung mit Sauerstoff.

Ferner werden warme Bäder mit kühlen Uebergießungen sowie Phrenikuselektrisierung empfohlen.

Beschäftigungsneurosen: Da es sich meist um neuropathische Individuen handelt, muß eine entsprechende antinervöse Behandlung eingeleitet werden, nachdem völlige Aufgabe der schädigenden Beschäftigung erfolgt ist.

Bleivergiftung: Bei ihrer Häufigkeit sind unzählige Mittel zur ihrer Bekämpfung empfohlen worden. Es erübrigt sich, auf die Mehrzahl einzugehen, da sie sich bei der Prüfung nicht bewährt haben.

Hier ist die Prophylaxe das wichtigste. Die entstehenden Bleidämpfe müssen abgesaugt werden am Orte ihres Entstehens. Auerische Gasmasken oder „Lungenheil“ (Cloetta & Müller) sind zu tragen. Oefters Arbeitswechsel. Besondere Arbeitskleider sind zu tragen; auf größte Sauberkeit ist zu achten. Handpflege mit Bürste und Nagelreiniger, Glycerin, Waschen mit Akreinseife. Rauch- und

Tabakkauverbot während der Arbeit. Eßverbot in den Arbeitsräumen. Regelmäßige Abgabe von warmen Schleimsuppen während der Arbeitszeit ist besser als solche von warmer Milch.

Bei Bleikoliken ist der Arzneischatz sehr variabel: Opium und seine verschiedenen Präparate, ferner Morphium und seine Derivate. Belladonna und Scopolamin können versucht werden; ich habe aber keine Dauererfolge gesehen. Während unsere spezifischen Abführmittel verworfen werden, wird Olivenöl innerlich in größten Dosen empfohlen neben hohen Einläufen.

Curschmann sah glänzende Erfolge nach einmaliger Injektion von Hormonal.

Nach His gebe man bei Koliken: Tinct. Opii simplex 2,5; Kal. bromat. 10,0; Aqua dest. ad 200, zweistündlich einen Eßlöffel.

Bei subakuten Fällen injiziert man subkutan und intravenös Natriumthiosulfat (0,3—1 g auf 10 g Wasser, auch 0,5% innerlich).

Nach dem akuten Anfall ist längere Zeit Jodnatrium und Brom zu verabreichen.

Warme Bäder haben sich als schmerzmildernd erwiesen.

In chronischen Fällen bei Gicht und Nephritis haben Kuren in Karlsbad oft Heilung gebracht.

Blind hatte bei Hydrothorax infolge Bleinephritis mit Antiserotherapie Erfolg.

Zur Allgemeinbehandlung dienen elektrisch-galvanische Zellenbäder (Handbad: negativer Pol, Fußbad: positiver Pol) bis 20 Milliampere, ferner Vollichtbäder; auch Schwefelbäder in Aachen und Baden sind bewährt.

Die Lähmungen werden durch den konstanten Strom bekämpft, ferner auch durch heiße Bäder und Massage. Auch die Strychninpräparate sind nicht zu vergessen.

Bei epileptischen Anfällen gebe man große Dosen von Bromnatrium oder Bromstrontium. Bei Enzephalopathie: Aderlaß mit folgender Kochsalzinfusion.

Kalkstickstoff: Prophylaktisch wird Zusatz von 10% Teeröl oder Mineralöl zum gemahlenden Kalkstickstoff empfohlen, zur Staubverhütung; Alkoholabstinenz notwendig. Bei Reizuständen der Haut kalte Umschläge.

(Fortsetzung folgt.)

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 154., 4.

772. Die Ergebnisse der operativen Behandlung der Rückenmarkstumoren (I. Chir. Univ.-Klinik, Wien). L. Schönbauer.

723. Experimentelles und Klinisches zur Frage der Epilepsie (I. Chir., Univ.-Klinik, Wien). L. Schönbauer.

724. Ueber den Kryptorchismus und seine Behandlung (Chir. Univ.-Poliklinik, Kiel). D. Brunzema.

770. Spontanruptur der Art. subclavia. Ein Sportschaden (I. Chir. Abt. des Krankenhauses Charlottenburg-Westend). K. Hanf-Dreßler.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung (Arch. Frauenk.), 15., Heft 2, Mai 1929.

Carl Posner zum Gedächtnis. M. Hirsch (Berlin).

Vom Sexualleben primitiver Völker. Max Moszkowski (Grunewald).

781. Ueber den Einfluß chronischen Narkotikagebrauches auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. J. Vogel (Leningrad).

780. Ueber die Konstitution des Weibes. Anna Schepetinsky (Leningrad).

Eros und Feuer. Berndt Götz (Berlin-Biesdorf).

Hygiene und Diätetik der Frau im Spiegelbilde der Naturwissenschaft. Stefan Stein (Abbazia).

944. Problematik des Hausfrauenberufes in der gegenwärtigen Zeit. Max Hirsch (Berlin).

Die Wandlung der weiblichen Lebensformen. Max Hirsch (Berlin).

Industrielle Frauenarbeit. Max Hirsch (Berlin).

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München-Berlin, 101., Heft 4, 1929.

Giftigkeit des Bleisulfats und des Bleiweiß. K. B. Lehmann.

Disposition des Darmes zu bakteriellen Erkrankungen in Abhängigkeit von Bakterienzahl und Schädigungsdosis. K. Kicskalt.

Harnstoffbestimmung im Wasser und Abbau durch Bakterien und Chlor. H. Wette.

Giftigkeit von Sulfobleiweiß und Karbonatbleiweiß. F. Koelsch, E. Lederer und R. Koelsch.

Die Anaerobenkultur. M. Knorr.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München-Berlin, 101., Heft 5, 1929.

Wärmeisolierung der Kleidungsstoffe, gemessen mit dem „Davoser Trigonimeter“. J. v. Vintschger.

Temperatureinfluß auf das Chlor im Wasser. G. W. Schmidt.

2899. Wirkung von Wasser- und Kochsalzaufnahme auf den Kochsalzgehalt im menschlichen Schweiß und Blut bei hoher Umgebungstemperatur. M. Marschak und M. Klaus.

Antigene Struktur und Spezifität. J. J. van Loghem.

2761. Der Bakteriophage in Abwässern. J. Bujanowski.

Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderh.), 87., Heft 2/3, 1929.

Ueber die Wasserausscheidung des Säuglings. I. Physiologie-, II. Ernährungsstörungen. A. Bratusch-Marrain.

2874. Rachitisbehandlung mit Vigantol. A. Arnhammer und A. Kollmann.

Ueber „diphtherogenes“ Verhalten des Diphtheriebazillus. II. Mitteilung. P. Wldowitz.

Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. F. Rott.

Die Wirkung der Maltose auf den Stoffwechsel- und Stoffansatz des Säuglings. M. Steuber und A. Seifert.

Kavernöse Phthise im frühesten Säuglingsalter und ihr histologisches Bild. E. Czygan.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), 142., Heft 1/2.

Die Narkosebreite der kombinierten Avertin-Aethernarkose im Tierversuch. Kärber und Lendle.

Experimentelle Studie zur Arsenfrage. Wasmuth.

Zur Deutung der Kalziumvergiftung am Nervensystem. Zucker.

Zur Pharmakologie einiger Antidysenterika. I. Mitteilung: Ueber die pharmakologische Wirkung von Rivanol, Emetin und Yatren auf den isolierten Kalt- und Warmblütdarm. II. Mitteilung: Ueber die Toxizität von Rivanol und Yatren. Geßner.

Ueber die Wirkung des Histamins auf die Iris. Matsuda.

Bemerkungen zu der Arbeit von Kurt Tiefensee: Pharmakologische Studien an der Bronchialmuskulatur. Wiechmann.

Oaswechseluntersuchungen am Halbnierenhunde. Mark und Reinwein.

Ueber die Gruppe der „wasserlöslichen Vitamine“ und ihre Beziehungen zueinander. Kollath.

Ueber eine Art Umkehr der Bariumwirkung am Gefäßapparat durch Glieder der Kokaingruppe. Rentz.

ge zur Klinik der Tuberkulose, 72., 1.
Versuche an Ratten über den Einfluß des Vitaminmangels auf den Verlauf der Tuberkulose. K. Hagedorn.
Anatomisch-physiologische Studie über die Wirkung der Kohletherapie der Lungentuberkulose. H. Gickler.
Neue Deutungen der Kavernenheilungen. W. Bronkhorst.
Ueber Milzdiät bei Tuberkulosen. Rüttgers und Kamsler.
Ueber die Ausgänge der Lungentuberkulose. Kritschewskaja.
Lungenschrumpfung mit Herzverlagerung im Kindesalter. A. Hecker.
Beiträge zur klinischen Chirurgie, Berlin, 146., Heft 3.
Zur abdominosakralen Operation des Rektumkarzinoms. Technische Einzelheiten und Variationen des Verfahrens nach Lage des Einzelfalles. A. W. Fischer.
Hirntumor und Röntgenbild. E. Heymann.
Beiträge zur konservativen Behandlung der frischen Kniegelenkbrüche. H. Kalenscher.
Ueber die Geschwülste der Nebennierenrinde mit morphogenetischen Wirkungen: Das Krankheitsbild des interrenal-genitalen Syndroms. Fritz Groß und Thilo Hühne.
Operationstypen, die sich bei Behandlung der Kontinuitätstrennungen und Defektbildungen des Unterkiefers bewährt haben. P. Sudeck und W. Rieder.
Beitrag zur Kenntnis der Hohlhandtumoren unter Berücksichtigung eines Falles von Fibrochondrom der Hohlhand. Wilhelm Hamann.
Gastritis phlegmonosa mit subseröser eitriger Lymphangitis. V. Schaefer.
Versuche zur Erklärung der Spätruptur der langen Daumenstrecksehne nach Radiusfraktur. Karl Kleinschmidt.
Pneumaturie nach Perforation entzündlicher Sigmoiddivertikel in die Blase. Wilhelm Rieder.
Noch ein Fall von Oesophagusruptur. G. Petré.
Atiologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 24, 1929.
Pityriasis versicolor des behaarten Kopfes. P. N. Kaschkln.
Ueber Insektenstiche. (Schluß.) Otto Hecht.
Domenico Majocchi †. Martinotti.
Atiologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 25, 1929.
Beiträge zur Zosterfrage. V. S. A. Glaubersohn und N. N. Rabinowicz.
Ueber einen Fall von Akrodermatitis chronica atrophicans (Buchwald) mit Atrophia cutis maculosa (Jadassohn), wahrscheinlich hypophysären Ursprunges. Nicolaus Lengyel.
Erfahrungen mit der neuen Meinelkeschen Klärungsreaktion (MKR). Erna Löwy.
Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 104., Heft 1/2.
Weitere Studien über Perkussion und Auskultation. G. Fahr und Brandt, München. (Ref. in Nr. 14.)
Einfluß der Verteilung der Kohlehydrate auf die Toleranz des Diabetikers. Th. Katsura-Leipzig.
Ueber die Ausscheidung von kupferoxyd-reduzierenden Substanzen im Harn von Hypertonikern, zugleich ein Beitrag zur Frage der Ausscheidung solcher Substanzen im Harn von Stoffwechselgesunden. E. Wiechmann u. J. Elzas.
Die Verwertbarkeit des d-Sorbit in der Behandlung des Diabetes mellitus. H. Reinwein.
Zur Kenntnis der Pararrhythmien. Rob. Fischer und A. Kiß.
Chemismus der Verwertung von Ersatzkohlenhydraten durch den diabetischen Organismus. Alfr. Gottschalk-Stettin.
Das Glykogen des Blutes bei pathologischen Zuständen. L. S. Schwarz und S. L. Oerson-Moskau.
Blutdruck in den Hautgefäßen. Fr. G. Herzog-Budapest.
Verdauung und Ausnützung roher und gekochter Organe. III. v. Hoeßlin.
Die Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 10, 1929.
Ueber spontanen Zahnausfall bei einer Spätform von konnataler Lues. H. Euler.
Ueber Zahnerosionen. Joachim Benrath.
Die Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 215., Heft 6.
Ueber spontane Massenblutungen ins Nierenlager bei Hämophilie, zugleich ein Beitrag zu ihrer Behandlung. E. Traum.
Ueber Fistelkarzinome. Walter Krey.
Die sogenannten Pseudorezidive nach Gallenblasenexstirpation und ihre Behandlung mit der Cholecholelithotomie. F. Hollenbach.
Ueber Dünndarmdivertikel. Karl Brandes.
Zur Frage der linksseitigen Lagerung der Dickdärme. Walter Altschul.
Traumatische Appendizitis. H. G. Oden.
Ueber die Beobachtung von Ganglienzellen in einem Neurinom eines peripheren Nerven. Gerhard Rose.
Corpus mobile im Foramen supratrochleare humeri. Paul Rostock.
Die Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 3, 1929.
Carduus marianus. Abmann.
Offener Brief. Sperling.
Was ist Psora? Witkowski.
Therapeutische Notizen. Abmann.
Die Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 4, 1929.
Ueber alte und neue Arzneimittel. Gisevius.
Hochpotenzen. Simonis.
Arzneimittelwahl. Meng.
Ueber Angina Plant-Vincent. Gisevius.
Ueber Paraneuritis. Dermitzel.
Carduus marianus. Abmann.
Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 3., Heft 6, 1929.
Hypophysenvorderlappenimplantationen bei Rhesusaffen. K. Ehrhardt, H. Wiesbader und L. Focsaneanu, Frankfurt a. M.

2901. Ueber die Wirkung des Parathyreoideaextraktes auf das Blutbild. S. v. Pella und J. v. Fernbach, Budapest.
Eine klinische Methode zur Wertbestimmung von Insulinpräparaten. K. Csépai und B. Förstner, Budapest.
Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 3, März 1929.
2953. Ueber die linksseitige Dauerdeviation des Mediastinums mit oder ohne Mediastinalpendeln. I. Robinsohn.
Zur Frage der Knochenrückbildung. R. Dittrich.
Der Lobus venae azygos im Röntgenbilde. W. Illig.
Die Analyse des Röntgenbildes des Knochenapparates des Kniegelenkes. A. Chasin.
Ueber Calcinos interstitialis universalis. M. F. Aisenberg.
Zur Kasuistik der Speiseröhrenkrankungen. Kanzow.
2957. Ueber Strahlenbehandlung der Uterusmyome. M. Nemenow.
2961. Der Stoffwechsel bei lymphatischer und myeloider Leukämie und seine Veränderung unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen. B. B. Warschawskaja.
Röntgenologisch geklärter Fall von Pankreassteinen und Pankreaszyste. L. Zuckschwerdt.
Multiple Aufhellungen des Magenfüllungsbildes, bedingt durch Nahrungsreste. M. Israelski.
Mediastinale Hernie bei abgekapseltem Empyem der Pleura. R. Blum.
Dreigliedrige Daumen. D. Campbell.
Isolierte kostovertebrale Luxation der ersten Rippe. A. Schertlein.
Die Verkalkungsvorgänge an den Rippenknorpeln. G. Ernst.
Eine Modifikation des Graphokops nach Feßly. D. M. Levy.
Strahlenschutzröhren bei der Durchleuchtung. Van der Plaats, B. J. und G. J.
Bemerkungen zu den Artikeln der Herren Berg und R. Schatzky. G. Palmieri.
Erwiderung auf die Bemerkungen von Herrn Prof. Palmieri. H. H. Berg und R. Schatzky.
Bemerkungen zu dem Referat von Martius über geburtshilfliche Beckenaufnahmen. A. Hasselwander.
Erwiderung auf den vorstehenden Artikel A. Hasselwanders. H. Martius.
Die Krankenversicherung, Berlin, Nr. 9, 1929.
Erfüllungsort für die Krankenpflege. Bültmann.
Wartezeit-Versicherungsberechtigter. Von Frankenberg.
2940. Wiedererkrankung an Unfallfolgen. E. Zimmermann.
Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 21, 1929.
Ueber die tropho-statische Osteoarthritis der Lumbosakralgegend. Robert Kienböck.
Das Magen- und Duodenalgewür. Julius Tauber.
Ueber einen Fall von Polycythaemia rubra mit einer zerebralen Hemiplegie und Mal perforant. Oskar Fischer.
2875. Klinische Erfahrungen und Untersuchungen über Sionon beim Kinde. R. Freis und E. Walenta.
2812. Zur Therapie der weiblichen Gonorrhoe. A. Feßler.
2779. Ueber die Anwendung des Ephetonin-Merck bei der rektalen Avertinnarkose. Chr. Atanasof.
Ein Beitrag zur Kenntnis des agranulozytären Symptomenkomplexes. Gerhard Janz.
2852. Das Verhalten der Blutdruckamplitude während des Essens bei gesundem und krankem Kreislauf. Herbert May.
Die Mutation des Tuberkulosevirus. Oskar Felsenfeld.
Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. (Fortsetzung.) Herbert Colman.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. (Fortsetzung.) Werner David.
Ein Fortschritt in der Lebertherapie durch den Leberextrakt Mariol-Stroschein. Erich Bescht und Willy H. Crolin.
Behandlung der Kreislaufschwäche mit Strophanthum compositum. Alex Risché.
„Herzfehler“ und Einwirkung dieses „Herzfehlers“ auf den Ablauf einer zum Tode führenden Blinddarmentzündung. (Gutachten für das Reichsvorsorgsgericht.) Carl Klieneberger.
Die Hammarschen Untersuchungen über die Menschenthymus. Sammelreferat. B. de Rudder.
Aerztliche Beobachtungen und Erfahrungen gelegentlich einer Aegyptenreise. Arno Ed. Lampe.
Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 21, 1929.
Neuere Forschungen über das Asthma bronchiale und andere allergische Krankheiten. J. W. Samson.
Asthma und Feuchtigkeit. V. Grimm.
Entstehung, Wesen und Folgen von Erkältungen und Erkältungskrankheiten. (Schluß.) H. Ziemann.
Inhalationstherapie der oberen Luftwege. Unter besonderer Berücksichtigung des Inhalatoriums von Bad Harzburg. Rhese.
2801. Papillome des Kehlkopfes. Specht.
Chinolysin, ein intramukulär zu injizierendes Chininpräparat. Kurt Salomon.
Eine zweckmäßige Kombination zur Bekämpfung des asthmatischen Anfalls und anderer allergischer Krankheiten. M. J. Gutmann.
Behandlung des Heufiebers mit Salvamin. Josef Poras.
Raumlüftung als elementare Forderung der Gesundheitspflege. F. A. Förster.
Bestrahlungsapparat zur Heilung von Heuschnupfen und Katarrhen der oberen Luftwege. Alfred Salmony.
Spaltlose Mundbeleuchtung. E. Kantorowicz.
Heilklimatische Untergrunds- und Waldduftforschungen. C. Schmid-Curtius.
Die Bad-Reichenhaller Seilsewebbahn auf den Predigtstuhl. E. M. Simon.
Kaltfront und Krankheitsforschung. Von Heuß.
Das Ohr in der Volksmedizin. H. Vorwahl.
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 72., Heft 4, Juni 1929.
2917. Periarthritis nodosa. J. Silbermann.
Einseitige Herabsetzung des Patellarreflexes bei Hemiplegie. M. N. Nédess.

2922. Epilepsie bei den Nachkommen von Epileptikern. F. Kuenzi.
 2937. Erbbiologische Bedeutung des Alkohols. M. Boß.
 Monatsschrift für Unfallheilkunde (Monatsschr. Unfallheilk.), Leipzig, 36. Jahrgang, Nr. 5, 1929.
 2939. Ischias und Trauma vom versicherungsgerichtlichen Standpunkte. Hermann Nobbe.
 Hypertonie als Unfallfolge. E. Rubensohn.
 Selbstmord eines Melancholikers, 3½ Monat nach Schreckreaktion als Betriebsunfall nicht anerkannt. Conrad Ruhemann.
 Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2., Heft 6, 15. Juni 1929.
 2936. Ulcus ventriculi und Psychotherapie. O. Leibowitz.
 Form und Farbe in der Psychoanalyse. Ludwig Paneth.
 2934. Ist Homosexualität heilbar? Wilhelm Stekel.
 2920. Myelographie. S. Loewenstein.
 Reichs-Gesundheitsblatt (Reichs.-Ges.-Bl.), Berlin, 4., Heft 24.
 2941. Bericht über eine Studienreise, die von der Hygieneabteilung des Völkerbundes vom 27. Mai bis zum 26. Juni 1928 zum Studium der Landhygiene in Jugoslawien, Ungarn, Deutschland, Holland, Belgien und Frankreich veranstaltet worden ist. Konrich.
 Röntgenpraxis, 1. Jahrg., Heft 2, März 1929.
 Die röntgenologische Lokalisationsmöglichkeit des Pylorus. M. Haudek.
 Die Entwicklung der Myelographie. H. Peiper.
 2950. Die Erscheinungen der eitrigen Ostitis der Kiefer im Röntgenbild. G. Wild.
 2954. Die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. E. Woenckhaus.
 Indikation zur Röntgenuntersuchung und -behandlung. A. Schönfeld.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 17, 1929.
 Röteln und Drüsenfieber. E. Glanzmann.
 2957. Einfluß der Menstruation auf die Lungentuberkulose des Weibes. Hanns Alexander.
 Untersuchungen in einer Pflegeanstalt. Stroomann Gerke, Kloiber und Geppert.
 2912. Beiträge zum Krebsproblem. Jos. Fallscheer, Zürich.
 2948. Die Röntgentherapie der Tuberkulose der Zunge. A. Eghianyan.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 18, 1929.
 Ueber flüchtige Gifte. H. Zanyger.
 Ueber Glasmacherstare aus der Glashütte Bülach, mit Bemerkungen zur Ablösung der Vorderkapsellamelle. Alfred Vogt.
 Ueber den praktischen Wert topographisch-anatomischer Studien in der Bewertung der Lungenbefunde. E. Zueblin.
 2958. Zusammenfassende Tabelle über die Kindermortalität bei vaginaler Entbindung beim engen Becken, die Häufigkeit der Sectio caesarea sub partu beim engen Becken und die gegenseitige Verschiebung dieser Zahlen in den Jahren 1923 bis 1927.
 Beitrag zur Injektionsbehandlung der Krampfadern, speziell deren Nachbehandlung. Erich Bosch.
 Der Mayorsche Hammer. C. Roux.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 19, 1929.
 Enquête über Pathogenität und Verbreitung des Ascariden in der Schweiz. Beobachtungen über experimentelle Hautsyphilis bei Kaninchen. P. Uhlenhuth und H. Großmann.
 Zur Wandelbarkeit der Arteigenschaften von Bakterien. G. Sobernheim und M. Judin.
 Das Denguefieber und der Verlauf der Epidemie in Griechenland im Sommer 1928. E. Berger.
 Ueber seltene Bauchtyphuskompliken bei Kindern. Wladimir Mikulowski.
 Ueber die Möglichkeit einer inneren Desinfektion. Joseph Markwalder.
 Rektale Narkose bei Säuglingen. F. Stirnimann.
 Beitrag zum Studium der Allgemeinmuskulatur durch Barbitursäuren. H. Kleymann.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 20, 1929.
 Ueber symptomlose Infektionen und ihre Bedeutung für Epidemiologie, Pathologie und Immunität, insbesondere der Syphilis. W. Kolle.
 Zur Frage der Virulenzbestimmung. Theo Koller.
 Phosphorgehalt in Kuh- und Frauenmilch. Marguerite Henrici.
 Die sportärztlichen Erfahrungen vom II. Schweizerischen Marathonlauf 1928. Arzt und Gesundheitspolitik. W. von Gonzenbach.
 Internationale Hygiene. Carrière.
 292. 5 Fälle von eingebildeter Schwangerschaft. Fernand Chatillon.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 21, 1929.
 Die Bedeutung der Notfallfunktionen des sympathikoadrenalen Systems für die Pathogenese der Unfallfolgen im weiblichen Genitale. M. Walther.
 Mitteilung zum Kropfproblem. F. Blum.
 Zur Bakteriologie der Zahnkaries und der Mundhöhle. W. Heß.
 Zur Chemie und hygienischen Bewertung eisenhaltiger Grundwässer. Leo Minder.
 Ueber das Zigarettenrauchen. Alfred Winterstein und Leo Aronson.
 Die Hysterektomie nach Beutner. Henry Henneberg.
 2935. Die Idiosynkrasie, psychologisch betrachtet. J. Bonjour.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 22, 1929.
 2956. Der vorzeitige Blasensprung unter sonst normalen Verhältnissen. J. Mennet.
 Die vorzeitige und spontane Ruptur der Eihäute in der pathologischen Geburtshilfe. Ernest Queissaz.
 Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 23, 1929.
 Ueber Aërophagie und Pneumatosis ventriculi. R. Isenschmidt.
 Ueber die gewebliche Reaktion der Lymphknoten bei Reinfektion. H. v. Meyenburg.
 Zur Technik der Gaumenspaltenoperationen. E. Monnier.

- Experimenteller Beitrag zur Frage der Reservekraft und Insuffizienz des Herzens. P. Wolfer.
 Ueber das Auftreten von melaninhaltigen Monozyten bei generalisierter Melanomatos. Erich Liebmann.
 Ueber das Gewebvirus beim Mexikanischen Fleckfieber. H. Mooser.
 Eine spezifische Reaktion auf Aminosäuren. E. Waser.
 Thorakoplastik nach Roux. Gustave Piotet und Eugène Urech.
 Soziale Medizin (Soc. med.), Berlin, 2. Jahrg., Nr. 5, 1929.
 Die notwendige Fortentwicklung des Krankenhauswesens in Berlin. W. Hoffmann.
 2942. Fürsorgedienst im Krankenhaus. Franz Goldmann.
 2943. Die Hauspflege der Krankenkassen. Schloßmann.
 Eine Statistik über 999 Morbiditätsursachen. Roesle.
 Ehe- und Sexualberatung. Fetscher.
 Gefahren der zahnärztlichen Behandlung. Szekely.
 Strahlentherapie (Strahlenth.), Berlin, Wien, 32., Heft 1, März 1929.
 2946. Ueber die biologische Wirkung verschiedener Röntgenstrahlenqualitäten bei Dosierung in R-Einheiten. R. Glocker, E. Hayer und Jüngling.
 2787. Der konzentrische Angriff auf das Genitalkarzinom mit Operation und Aktinotherapie. Von Mikulicz-Radecki.
 Das Problem der Behandlung des Uteruskarzinoms und unsere Resultate der Jahre 1919 bis 1923 bzw. 1924 und 1925. Hans Nahmacher.
 Die Radiumbehandlung des primären Kehlkopfkarzinoms. N. S. Finzi, Douglas Harmer.
 Weitere Beobachtungen über die radiotherapeutische Sättigungsmethode bei tiefsitzenden malignen Erkrankungen mit anschließender Statistik. E. Pfahler.
 Beitrag zur Radiumwirkung auf die Glykosurie bei Karzinombestrahlung. Fritz Dautwitz.
 2947. Kritische Uebersicht über die Erfolge der Strahlentherapie bei Basedowkropf und bei dem toxischen Struma. Albert Soiland, Wm. E. Costolow, Orville N. Meland.
 Experimentelle Untersuchungen über die Heilung elektrokoagulierter und mit Radium bestrahlter Wunden. O. Schürch, E. Tschudi.
 Versuchsergebnisse bezüglich des Einflusses der Röntgenstrahlen auf die Funktionen des retikulo-endothelialen Systems. J. P. Mitschenko.
 Ionometrische Messungen in inhomogenen Absorptionsmitteln. Mario Ponzio.
 Sabouraud-Dosen und R-Einheit. Th. C. Neff, A. Reisner.
 Ueber eine durch den langwelligeren Anteil des Sonnenspektrums erzeugte Lichtdermatose vom Typus der Prurigo aestivalis Hutchinson. Die lichtschützende Wirkung des Resorzin. Erich Urban, Josef Konrad.
 Ueber die Bekämpfung des Röntgenkaters nach Tiefentherapie. Georg Heinrich Schneider.
 Ueber die Möglichkeit von Röntgenschildung des Personals bei der zahnärztlichen Röntgendiagnostik. W. Stemmer.
 Therapie der Gegenwart (Ther. d. Gegenw.), Berlin, 70., Heft 5, 1929.
 Suggestivbehandlung im Kindesalter. F. Hamburger.
 Gymnastische Behandlung der Lungentuberkulose. P. Sylvan.
 Ueber die Wirkung des Spirozid bei den postluetischen Erkrankungen innerer Organe. R. Bauer.
 Repertorium der Geschlechts- und Hautkrankheiten. A. Buschke und A. Joseph.
 41. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wiesbaden. F. Klemperer.
 53. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. W. Klink.
 4. allgemeiner ärztlicher Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim. E. Haase.
 Lokale Vakzinetherapie der Furunkulose. N. Reiter.
 Clauden, ein wertvolles Mittel zur Verhütung und Bekämpfung von Blutungen in der chirurgischen Praxis. E. Omelin.
 Die Behandlung der stark entzündeten Impfpocken. Gellhaus.
 Das Berliner Verbot der Abgabe von Arzneimitteln an Kassenmitglieder und die dadurch für die deutsche pharmazeutische Industrie geschaffene Lage. A. Wolff-Eisner.
 Nachwort zu vorstehendem Aufsatz. G. Klemperer.
 Wiener klinische Wochenschrift (W. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 21.
 Venenpulssymptome und Röntgenbefunde beim Atrioventrikularrhythmus. Dreßler und Rösler.
 Ueber Vorstufen des Harnfarbstoffes im Serum. Barrenscheen und Popper.
 Aktive Immunisierung gegen Diphtherie mittels Toxoid. Hartmann-Karplus.
 Ueber Blutungen im Bereich des Magendarmtraktes und ihre Differentialdiagnose. Donath.
 2767. Bestrebungen zur Erzielung einer Primaheilung nach Eingriffen wegen eitriger bauchinnerer Erkrankungen. Mandl.
 Die Theorie der statisch-dynamischen Dekompensation, Senkrumpf und Platt-rumpf. Jungmann.
 Ueber den Emphysempneumothorax. Krasso.
 Zur Frage der Zweckmäßigkeit künstlicher Mineralwässer. Molitor.
 Welchen Wert hat die vegetarische und die Rohkost in der Diätetik? Singer.
 Wiener klinische Wochenschrift (W. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 22.
 2900. Ueber die Förderung des Knochenwachstums durch Injektion von Knochenextrakt. Zawisch-Ossenitz.
 Einige Fälle von Pfählungsverletzungen. Moritsch.
 Ueber die Wirkung der Nebennierenrinde und des Histamins auf die Blutzellregeneration. Huth.
 Verwendung von Spirozid bei Nichtluetischen. Niederwieser.
 Aktive Immunisierung gegen Diphtherie mittels Toxoid. Hartmann-Karplus.
 Die Theorie der statisch-dynamischen Dekompensation, Senkrumpf und Platt-rumpf (Fortsetzung). Jungmann.
 2854. Infektionswege bei der Säuglingstuberkulose. Zarli.

- Die antisyphilitische Behandlung der Schwangeren und Neugeborenen. Klasten. Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe. Pillat.
Die radiologischen Zeichen der häufigsten trophischen Erkrankungen des Skeletts und ihr Verlauf. Kienböck.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbild.), Jena, 26. Jahrg., 1929.**
2853. Ueber die Entstehung der Lungenschwindsucht. A. Schmincke.
2898. Das Ovarialhormon und seine Bildungsstätte. (Schluß.) W. Lahm.
Ueber Bronchopneumonien der Kinder. Eckert.
Die Indikationsgrenze zwischen Operation und Bestrahlung bei den bösartigen Knochengeschwülsten. A. Hintze.
- Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten (Z. Hyg. Infekt.krkh.), Berlin, 109., Heft 3/4, 1929.**
Paratyphöse Gastroenteritis durch Bazillen der Paratyphus-C-Gruppe und durch Schottmüller-Bazillen. F. Kauffmann.
Einfluß der fermentativen Lyse auf das D'Hérellesche Phänomen. K. Markuse.
Wirkung von Eucapnotoxinum hydrochloric und Oleum carvophyllorum auf den Pockenimpfstoff. D. E. Belenky und N. N. Popowa.
Differentialdiagnose zwischen Typus Schottmüller und Breslau der Paratyphus-B-Gruppe. E. Boecker und F. Kauffmann.
Meta- und Orthokresol in Kresolseifenpräparaten. E. Remy.
Nachweis des Staphylokokkentoxins. H. Groß.
Bestimmung von Chlorpikrindämpfen in der Luft. W. Deckert.
Spirochaeta cruciata und Spirochaeta hispanica. H. Schloßberger und F. Wichmann.
Typhusmorbidity in Hamburg vor und nach dem Kriege. S. H. Sieveking.
Ueber neue trypanozide Akridinfarbstoffe. R. Schnitzer und W. Silberstein.
Chlorgastrinkwasserentkeimung in Bern. A. Schrafe.
2938. Sozialhygienische Beiträge zur Frage der Konstitution und ihrer Beeinflussbarkeit. L. Asher.
Ergographische Untersuchungen und Leistungsfähigkeit. L. Teleky und W. Schütz.
Einfluß der Infektionsdosis bei subkutaner Desinfektion. W. A. Collier.
Vakzine und Herpes. St. Zuckoglu.
Einfluß von Zinkstaub auf den Gesundheitszustand der Arbeiter. Nuck, E. Remy und F. Holtzmann.
Anreicherung von Typhusbazillen auf Farbstoffnährböden. E. Barth.
Wärmehaltungsvermögen von Kleidungsstoffen. F. Pels-Leusden.
Chemotherapie der Hühnerpest. W. A. Collier.
- Zeitschrift für Kinderheilkunde (Z. Kinderhkl.), 47., Heft 5, 1929.**
Clemens Pirquet †. Bela Schick.
Die D-Vitamin-Einheit (D. V. E.). (Mit 33 Abbildungen im Text.) Ottokar Schultze.
Untersuchungen zur Verdauungsphysiologie des Säuglings. IX. Zur Frage der Eiweißverdauung im Säuglingsmagen. (Mit 8 Abbildungen im Text.) Ottilie Budde.
Die Behandlung der Lebererkrankungen mit Insulin und Traubenzucker, unter Berücksichtigung des Kindesalters. Elise Knake.
Eigentümlichkeiten der glykämischen Reaktion bei frühgeborenen und neugeborenen Kindern. (Mit 9 Abbildungen im Text.) W. L. Styrikowitsch.
2867. Studien über die Keuchhustepneumonie. I. Mitteilung. Pathologische Anatomie der Keuchhustenlunge nebst einer experimentellen Studie über das Röntgenbild der Keuchhustenlunge beim Menschen. (Mit 4 Abbildungen im Text.) Tomitsu Hayakawa.
2868. Studien über das Keuchhustengehirn. I. Mitteilung. Histopathologische Studien über das Keuchhustengehirn. (Mit 5 Abbildungen im Text.) Y. Yamaoka.
Blutdruckuntersuchungen an gesunden und kranken Kindern. (Mit 8 Abbildungen im Text.) Edda Meyer.
Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der rachitischen Ossifikationsstörung bei Mensch und Tier. II. Teil. Untersuchungen zur Pathogenese und zur Ossifikationsstörung bei spontaner Rachitis. (Mit 6 Abbildungen im Text.) O. Ullrich.
Vorläufige Mitteilung über ein vom Kopf auslösbares Zehenphänomen bei Mittelohrerkrankungen der Kinder. Benno Grünfelder.
- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreisforsch.), 21. Jahrg., Heft 11.**
2882. Ueber Muskelverkalkung im Herzen nach Sublimatvergiftung. Alphons Rütger.
2884. Ueber die Wirkung kleiner Koffeindosen auf die Extremitäten-, Splanchnikus- und Nierengefäße von Katzen und Munden. Masayoshi Morimoto, Osaka.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 119., Heft 4, 1929.**
2910. Histopathologische Befunde in Gehirnen von kongenitalem Myxödem (Thyreoplasie). F. Lotmar.
Zur Frage über spontanen Liquorabfluß bei Hirntumoren (Liquorhea nasalis). B. N. Mankowsky.
Sauerstoffverbrauch bei Neurosen. Robert Exner.
2933. Ueber die seelische Struktur einer „Heilseherin“, zugleich ein Beitrag zur Klinik der Halluzinose und zur Psychologie der Denkfähigkeit. E. Fünfgeld.
2928. Ueber schizoide Reaktionen und Krisen. Albin Jablonsky.
Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungsaussichten der Vetiern und Basen von Manischdepressiven. Johannes Banse.
2914. Der infantil-grazile Körperbautypus und seine somato-psychischen Besonderheiten. O. E. Ssucharewa und I. B. Schenfil.
2814. Psychopathische Zustände bei kongenitaler Lues. E. A. Ossipowa.
2930. Zur Frage der symptomatischen Psychosen bei Lebererkrankungen. R. M. Siman und N. A. Schereschewsky.

- Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 53., Heft 5.**
2855. Das Schicksal der Kinder, die mit einem offentuberkulösen Verwandten die Wohnung teilen, und seine Beeinflussung durch den Arzt. H. Braennig und M. Neumann.
Ueber das Schicksal des „BCG.“ im Organismus. W. A. Lubarski.
2858. Die Behandlung der Lungentuberkulose mit doppelseitigem Pneumothorax. L. Dünner und S. Spiro.
Die Rolle des intrapleuralen Druckes im akut entzündlichen Stadium der serösen Exsudate des künstlichen Pneumothorax. B. Papanikolaou.
- Zeitschrift für Urologie, Leipzig, 23., Heft 5.**
2822. Ueber Stromquellen für die Zystoskopie. Otto Maier.
2823. Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen. Erich Langer.
Großer Stein der weiblichen Harnröhre. F. Garfalo.
2820. Blasenruptur und Zystoskopie. J. Minder.
2817. Die Behandlung der Gicht und der uratischen Steinkrankheit durch Verabreichung von überschüssigen Basen. Jacques Goldberger.
Zur Klinik der Hydronephrose. Willi Hofmann.
- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 11.**
Zur Wundbehandlung nach sakraler Operation des Rektumkarzinoms. W. Denz.
Am eigenen Körper erlittene und selbstbehandelte Ellbogenverrenkung. K. Mermingas.
2775. Behandlung frischer und veralteter Mondbeinverrenkungen. L. Böhler.
Ein weiterer Fall von blutiger Einrenkung einer Mondbeinluxation. A. Beck.
Implantation der Fibula in postostomyelitischen Tibiadejekt. V. Bettmann.
2769. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Empyeme des Säuglings und frühen Kindesalters. A. Fischer.
Ergebnisse operativ behandelter Patellarfrakturen. K. Werwath.
- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 12.**
Ueber erwünschte Umänderung der Wirkung eines Mittels durch vorhergehende kleine Gabe desselben Mittels. Eine pharmakologische Regel. A. Biek.
Schutzbrille gegen Infektion. W. Keusch †.
2778. Zur Aussprache über die Avertinnarkose. E. Els.
Warum wird die 2½prozentige Avertinlösung besser vertragen als die 3prozentige? P. Kotzoglou.
Ein „nahtfernes Ulkuszereidiv“ im Magenstumpf nach Billroth II. H. Loenhard.
Ueber Appendizitis bei Masern (beim Erwachsenen). J. Ambühl.
Beitrag zur operativen Behandlung der poliomyelitischen Lähmungen. S. Kofmann.
Beitrag zur sogenannten „Epicondylitis humani“ (Sportverletzung). Selbstbeobachtung. E. Olaf.
Darmzerreißen ohne äußere Gewalteinwirkung. W. Breuning.
Megacolon congenitum, geheilt durch zweizeitige Resektion nach Hochenegg-Langemak. V. Lazarewicz.
Eine Nadel zur Naht der Kreuzbänder. Br. Pfeib.
Zur Aussprache über die Avertinnarkose. W. Anschütz.

Zeitschriften in holländischer Sprache

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 16, 1929.**
Die Bartonellafrage. J. E. Dinger.
Abreißung der oberen Femurepiphyse bei der Geburt. R. J. Harrenstein.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 17, 1929.**
Ueber die Diagnose der Kindeslage in der Gebärmutter. H. van der Hoeven.
Ueber die bakterielle Infektion frischer Unfallwunden vor und nach Desinfektion mit einer 5prozentigen Jodtinktur. B. A. G. Veraart, J. B. Drenth.
Fremdkörper, von einem Säugling von 4½ Wochen heruntergeschluckt. J. Kuiper.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 18, 1929.**
Einige Fälle von Gicht bei Javanern. K. P. Groot.
Ueber Veränderungen im Blutbild bei metastatischen Knochenmarksgeschwülsten. G. Jordans, H. Bartels.
Diagnostische Verwechselungen: Mumps und Grippe. Schut.
Leiomyom der Dünndarmwand. Boerma.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 19, 1929.**
Hypernephrom als Hirngeschwulst. G. C. Bolten.
Ueber die Schleimwallbildung zur Unterscheidung von Salmonella Schottmüller und Salmonella Ertrycke. W. M. Bonne, S. Igel.
Akute Zystitis als Grippekomplikation. J. A. Wijlandt.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 20, 1929.**
2771. Paraarterielle Neurotomie. R. Brummelkamp.
Behandlung von Ischias und Neuralgien mit hohen galvanischen Stromstärken. Em. Roselaar.
2805. Eine seltene familiäre Nagelabweichung: Ungues excavati (Koilonychie). A. G. J. Hermans.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 21, 1929.**
Morphologisches Bild von 3374 Patienten, aufgenommen in den Jahren 1915 bis 1928 im Sanatorium „Hoog-Laren“, de Bloeme.
Periarthritis humeroscapularis. C. van Luit, N. J. Teller.
Primitive Auffassung von psychotischen Erscheinungen. A. M. Merloot.
Ein Fall von Pseudolombago. J. H. Verbeek.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 22, 1929.
Hypnotische Behandlung der Neurosen. S. Koster.
Krämpfe. G. C. van Walsem.
Beziehung zwischen Unfall und inneren Krankheiten. D. Brox.
Fall von Angioma arteriale racemosum im Gehirn. - G. P. Frets.
Fall von tödlicher Phlegmone, des letzten Teiles des Ileums. H. J. Boevé.
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 23, 1929.
Der Bakteriophag als Therapeutikum. P. C. Flu.
Sterblichkeit im Wochenbett. J. Sanders.
Blutzuckerkurve und Leberfunktion. J. Goudsmit.
Beziehung zwischen Unfall und inneren Krankheiten. D. Brox.
Eine merkwürdige Neurose. (Akrodynisches Syndrom?) H. Bolten.

Nordische Zeitschriften

Acta chirurgica scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, 64., Fasc. VI, 1929.
Prothesenbehandelter Fall nach halbseitiger Unterkieferexartikulation wegen Adamantinom, nebst einer kurzen Uebersicht über die Behandlungsmethoden für Ersatz von Unterkieferdefekten. Ernst Bergenfeldt.
2764. Ueber Kieferankylosen. M. Hämäläinen.
Ein Beitrag zur chirurgischen Therapie des mit Akromegalie kombinierten Kropfes. Emerich Polák.
2771. Ueber die Röntgenuntersuchung und die konservative unblutige Desinvagination der akuten Invagination bei Kindern unter Röntgenkontrolle. Jacob Nordentoft.
Ein Fall von intestinalem Typ Hodgkins Krankheit. Z. V. Ogloblina.
Ueber parathyroidale Halszysten. P. E. A. Nylander.
Zwei Fälle von Ganglion, ausgehend vom medialen Kniegelenksmeniskus. Nils Silfverskiöld.
2819. Ueber die Bedeutung der Resorption von der Harnblase aus bei der Untersuchung des vesiko-ureteralen Rückflusses. Sven Lundberg.
Drei Fälle von multipler intraperitonealer Abszeßbildung nach Appendizitis, deren Diagnose röntgenologisch gestellt werden konnte, während klinisch eine Lokalisation unmöglich war. Sven Lundberg und Bengt Lilja.
Acta Fumato-Venereologica, Stockholm, 10., Fasc. 2, Mai 1929.
2 Fälle von Blastomycosis cutis. Charles R. Schloßmann.
2887. Ueber einige klinische Erscheinungen unter dem Einfluß der vegetativen Gifte im Zusammenhang mit den anatomisch-physiologischen Verhältnissen des vegetativen Systems. Stanislaw Ostrowski.
2806. Ueber ekzematiforme Erscheinungen, die durch pyogene Mikroben hervorgerufen sind (Dermoepidermites microbiennes von Gougerot). Fr. Krzysztowicz.
Beitrag zum Studium einer klinischen Form der Pigmentsyphilis (Syphilis nigricans de Fournier). M. J. Per.
Acta obstetrica et gynecologica scandinavica (Acta obstetr. scand.), Helsingfors, 8., Heft 2, 1929.
2794. Die Entbindung über 40 Jahre alter Erstgebärender. Elis Essen-Möller.
2786. Beitrag zur Frage des gleichzeitigen Vorkommens von malignem Tumor und Myom des Uterus. Martin Uddströmer.
Mola hydatidosa destruens + chorionepithelioma uteri cum metastatibus pulmonum. Perforatio spontanea uteri, anaemia acuta. Exitus. John Johansson.
2795. Beitrag zur Frage der zentralen Dammrisse. Ero Löfquist.
2783. Zur Symptomatologie und Diagnostik der Hämatometra im Nebenhorn. Sune Genell.
2791. Zusammenstellung der Ergebnisse der Behandlung des habituellen Aborts an der Frauenklinik in Lund 1904-1927.
Acta Radiologica, Stockholm, 10., Fasc. 1, Februar 1929.
2960. Die Technik in der Behandlung der Geschwülste im Radiumhemmet Stockholm. J. Heyman, R. Thoreus.
2952. Ein Beitrag zur Deutung der sogenannten Ringschatten in den Lungen. Hugo Laurell.
Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska Läk. sällsk. Hdl.), Helsingfors, 5., Nr. 72.
2773. Ueber Tumoren der langen Röhrenknochen, mit besonderer Rücksicht auf ihre Diagnose und Behandlung. F. Langenskiöld.
Einige neuere Augenschutzgläser. Emil Enroth.
Feldschere in Wasa im 17. und 18. Jahrhundert. Karl Hedmann.
Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 10, 1929.
2892. Ueber die rhythmische Funktion der Leber und die Wirkung des Insulins auf den Glykogengehalt der Leber. Erik Forsgren.
2894. Ueber die 24stündigen Schwankungen in den Blut- und Urinzuckerkurven bei Diabetikern. Jacob Möllerström.
Tidskrift for Laeger, Nr. 23, 6. Juni 1929.
Gewichtszunahme bei der Leberbehandlung der perniziösen Anämie. E. Meulenbracht und Signrid Holm.
2840. Achylie bei perniziöser Anämie nach Leberbehandlung. A. Hecht-Johansen. Pathogenese und Resorption von Trans- und Exsudaten der Pleura. Poul Jversen und A. Hecht-Johansen.

Zeitschriften in englischer Sprache

The American Journal of Hygiene (Amer. J. Hyg.), Lancaster, Nr. 3, 1929.
Mortalität in einer neuglischen Kolonialstadt und heute. F. E. Russell und E. L. Lucia.
Uebertragung von menschlichen Darmparasiten auf Hühner. R. Hegener.
Wirkung gewisser Drogen auf *Balantidium coli*. M. E. Sweeney.

Untersuchungen über die Spezies von *Diphylobotrium* in China. E. C. Faust, H. E. Campbell und C. R. Kellog.
Untersuchungen über Anthelmintika. M. C. Hall und D. L. Augustine.
2958. Durchlässigkeit von Geweben für ultraviolette Strahlung. A. Latke.
2959. Zinksulfidmethode zur Messung der ultravioletten Strahlung. J. H. Clark.
Beobachtungen der ultravioletten Strahlung von Sonne und Himmel mit der Zinksulfidmethode. J. R. Earp.
Sensibilisierung von Kaninchen gegen Pneumokokkenprodukte. C. G. Bull und C. M. McKee.
Untersuchungen über nordamerikanische Anopheliden. M. F. Boyd und A. A. Weathersbee.
Sarkomentwicklung aus der Zystenwand von *Cysticercus fasciolaris* in der Rattenleber. K. Hida und T. Olso.
Die Eijkman-Fermentprobe zur Entdeckung von Stuhlakterien im Wasser. L. W. Leiter.
Natürliche Antihämoglobinolyse im Serum von Meerschweinchen. D. L. Belding.
The American Journal of the Medical Sciences (Amer. J. med. Sci.), 176., Nr. 4, 1929.
2843. Die Beziehungen der Hypertension zur Mitralstenose. Samuel A. Levine und Marshall N. Fulton.
2842. Die Wirkung der Tonsillektomie auf Herzleiden Erwachsener. Waldo B. Farnum.
Vergleichende Untersuchungen über Elektrokardiogramm und Sektionsbefund. Albert G. Markel und Harold E. B. Pardee.
Ungewöhnlicher Fettstoffwechsel in einem Falle von Diabetes mellitus. I. M. Rabinowitch.
2763. Die chirurgischen Komplikationen des Diabetes. Bradley L. Coley.
Morbus Addison beim Neger. L. S. Evans.
Hyperthyreoidismus ohne sichtbaren oder palpablen Kropf. John Tucker.
Die Bedeutung der Diurese bei der Behandlung gewisser Fälle von Sublimatvergiftung. J. M. Hayman und J. T. Priestley.
2902. Die Bedeutung rückläufiger Hauteize auf den Mechanismus des Organschmerzes. Die Hautinfiltration als eine nützliche therapeutische Maßnahme. Schma Weiss und David Davis.
2906. Die Autopsie, ihre Bedeutung und Nützlichkeit. Margaret Warwick.
Einige Beobachtungen über die Methodik der Verabreichung azidophiler Organismen und über den Wert der X- und Y-Stämme. Frank B. Lynch.
2851. Medizinische Probleme in der Diagnostik und Therapie des Karzinoms. Lloyd F. Craver.
Die normale und pathologische Zwerchfellbeweglichkeit. Paul F. Butler und Harold W. Dana.
2839. Der Grundsatz beim Lymphoblastom. Clement I. Krantz.
The American Journal of Surgery, New Series (Amer. J. Surg.), New York, 6., Nr. 2, Februar 1929.
Ueber den chirurgischen Knoten. Edward M. Livingston.
Verhütung und Behandlung postoperativer Komplikationen: Wundinfektion. Joseph K. Swindt. — Postoperative Komplikationen der Luftwege. Madison J. Keeney. — Postoperative Komplikationen des Kreislaufes. Robert W. Langley. — Postoperative Komplikationen des Kreislaufes. Stanley Granger. — Postoperativer Ileus und postoperative Peritonitis. George Dock. — Postoperativer Ileus und postoperative Peritonitis. Foster K. Collins. — Postoperative Azidosis und Alkalosis. Roy E. Fallas. — Postoperative Komplikationen der Harnwege. Robert V. Day.
2762. Kompressionsmyelitis. William A. Smith und Charles E. Dowman.
2774. Ueber Wirbelanomalien. Theodore A. Willis.
Diagnose und Behandlung akuter Baucherkrankungen. Urban Maes.
Akute hämatogene Infektion der Niere. William Linder.
Die Anwendung der Tennisschlägerzange bei der Cholezystektomie. Hermann Kümmell.
Enterostomie mit dem gefensterten T-Rohr. Frank S. Hough.
Kongenitale Hüftgelenksluxation. Arthur Krida.
Dyschondroplasie, multiple kartilaginäre Exostosen, mit Bericht über 2 einschlägige Fälle. Samuel W. Boorstein und Henry Hirsch.
Spinalanästhesie. Thomas H. Russell.
Ueber die Behandlung des Kropfes im Kindesalter. H. D. Kitchen.
Präoperative Behandlung des Basedow. J. Tate Mason.
Atypisches in der Kropfbehandlung. J. K. McGregor.
Die Schilddrüse bei Infektionen und Toxämien. Warren H. Cole, Nathan A. Womack und S. H. Gray.
Der gegenwärtige Stand der Anwendung der Elektrizität in der Chirurgie. Grant E. Ward.
Halsspeicheldrüse. Jefferson Browder.
Habituelle Luxation des Daumens. Kapselraffung. Henry Milch.
2777. Ein seltener Fall von Luxation der Metatarsalknochen. Joseph K. Narat.
2815. Solitärzyste der Niere. John K. Ormond.
Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium, Omaha (U. S. A.), 10., Nr. 1, Januar 1929.
Elektrische Chirurgie, Radium- und Röntgentherapie in der Behandlung des Auges, Ohrs, der Nase und des Rachens. J. Thompson Stevens.
2807. Physikalische Therapie bei Pilzkrankheiten. A. F. Tyler.
2844. Die Diagnose der nichttuberkulösen Lungenerkrankungen. Aaron Arkin.
Der Wert der physikalischen Therapie bei inneren Krankheiten. Gage Clement.
Beziehungen der physikalischen Therapie zur Dermatologie. Lynn B. Greene.
2879. Ultraviolett in der Behandlung der Zahnkrankheiten. H. O. Frankel.
Graphische Darstellung bei Behandlung der Röntgendosen. Jewis J. Friedman.
Chronische Rhinitis. A. R. Hollender.
Edinburgh Medical Journal, Vol. XXXVI, Nr. 4, 1929.
Die Brust in gesunden und kranken Tagen. John Fraser.
Gedanken zum Bilirubintest nach Van den Bergh. J. P. M'Gowan.
Die agglutinierende Wirkung des menschlichen Blutserums auf den *Bacillus abortus* (Bang).

- Edinburgh Medical Journal, Vol. XXXVI, Nr. 5, 1929.
Beobachtungen zur Pathologie der Influenza-Pneumonie. D. M. Lyon und W. A. Alexander.
Spinä bifida. John Fraser.
- Edinburgh Medical Journal, Vol. XXXVI, Nr. 6, 1929.
Die Grundlagen der Psychoanalyse. W. R. D. Fairbairn.
Der Fragebogen. W. F. Harvey.
Angeborene Anomalien des Foramen spinosum.
- Endocrinology, Los Angeles, 13, Nr. 1, Januar/Februar 1929.
Untersuchungen über innere Sekretion. Die Nebennieren. Charles, Henry Lawrence und Allan Winter Rowe.
2895. Beziehungen des Jods zur Hyperplasie und Funktion der Schilddrüse. J. Earl Else.
Untersuchung über die erregende Wirkung der Hodensubstanz auf den Zuckerstoffwechsel. D. J. Verda, W. E. Bunge und F. C. Green.
Strukturelle Veränderungen der Meerschweinchenschilddrüse im Stadium der kompensatorischen Hypertrophie unter dem Einfluß der Joddarreichung. Leo Loeb.
Der Einfluß des Hypophysenvorderlappenextraktes auf Geschlechtsdrüsen und Wachstum. E. Larson, O. Bergelm, D. J. Barber und N. F. Fisher.
Dementia praecox als innersekretorische Störung mit klinischen und autoptischen Berichten. James, Lincoln McCartney.
2881. Die perorale Anwendung von Adrenalin. G. Oiragossintz und H. Mackler.
Ultrarotsterilität. Vorläufiger Bericht. Bert Cunningham und Gladys Osborn.
- The Journal of experimental medicine (J. experim. med.), New York, 48, 6, 1. Dezember 1928.
Varianten hämolytischer Streptokokken; ihre Beziehung zur artspezifischen Substanz, Virulenz und Toxin. E. W. Todd, R. C. Lancefield.
Antigendifferenzen zwischen matten hämolytischen Streptokokken und ihren glänzenden Abarten. R. C. Lancefield und E. W. Todd.
Aktive und passive Immunität gegenüber der Pneumokokkeninfektion bei Kaninchen durch Immunisierung mit R-Pneumokokken. W. S. Tillett.
Unterdrückung des ersten Anfalles mit folgendem Rückfall; ein Immunphänomen bei experimentellem Rückfallfieber. H. E. Melleney.
Beobachtungen über Geißel- und Zellkörperagglutination. J. B. Nelson.
Die Trennung des Agglutinins von beweglichen Bakterien. J. B. Nelson.
Die Säure-Basenbeschaffenheit der Magensekretion. J. L. Gamble und M. A. McIver.
Säure-Basenbeschaffenheit des Pankreas und Gallensaftes. J. L. Gamble und M. A. McIver.
Veränderungen in der Körperflüssigkeit infolge fortgesetzten Verlustes der äußeren Pankreassekretion. J. L. Gamble und M. A. McIver.
Ueber experimentelle Thrombose außerhalb des Körpers. VII. Thrombose außerhalb des Körpers bei experimentellem Verschlussbakterium und nach intravenöser Zufuhr von Gallensäuren. W. R. Johnson, P. Shionoya und L. G. Rowntree.
Die Hervorrufung experimentellen Typhusfiebers beim Meerschweinchen mit einem in vivo präparierten toxischen Filtrat von Typhusbazillen. W. H. Harris und O. M. Larrimore.
- The Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, 14, Nr. 8, Mai 1929.
2831. Synthalin in der Behandlung des Diabetes. Elaine, P. Ralli und Conni M. Quilon.
Anaphylaxie bei Hämophilie. H. H. Riecker und D. E. Lichty.
Der Einfluß des Chlorkalziums auf die Giftigkeit der Galle. William, C. Emerson.
Der Einfluß der Abkühlung auf die T-Zacke des Elektrokardiogramms. Harold, L. Otto.
Positive Blutkulturen bei unspezifischer Colitis ulcerosa. Burrill, B. Crohn und G. Schwartzman.
Fortschritt in der Heufieberfrage. Eine Uebersicht über die Heufieberliteratur der Jahre 1927/1928. Samuel, M. Feinberg.
Ein Modifikationsvorschlag betreffend die Kramer-Tisdall-Mikromethode zur Bestimmung des dissoziierten Kalziums im Blutplasma. W. R. Tweedy und F. C. Koch.
Eine exakte Kontrollvorrichtung für Stoffwechselapparate. Harry M. Jones.
Untersuchung über die Blutdruckmethode zur Standardisierung des Hypophysenextraktes. Edward, E. Swanson.
Eine einfache Präzipitinreaktion für Syphilis in kleinen, defibrinierten, dem Finger entnommenen Blutproben. B. S. Kline.
Richtlinien für die Krebsbehandlung. Warren T. Vaughan.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 1, 1929.
2460. Tuberkulinreaktion bei eingeborenen Kohlenminenarbeitern. F. J. Allen.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 2, 1929.
Hoher Blutdruck und Nierendegeneration. R. Schaffer.
Der therapeutische Gebrauch von Bakterienfiltraten. G. Buchanan.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 3, 1929.
Postoperative Behandlung des senilen Katarakts. P. Targett-Adams.
- The Journal of the Medical Association of South Africa (J. M. A. South Africa), Cape Town, Nr. 4, 1929.
2929. Hautaffektionen bei geistig Defektiven. H. J. Hugo.
- Journal of Nervous and Mental Diseases (J. nerv. Dis.), New York, Nr. 5, November 1928.
2865. Umgekehrte Wiedergabe der Lageverhältnisse bei Kinderzeichnungen. Mitteilung von 2 Fällen. Gerald H. J. Pearson.
2931. Konstitutionelle psychologische Faktoren bei „funktionellen“ Psychosen. Helge Landholm.
2918. Behandlung der Parkinsonzustände mit der Justerschen Methode. Sophie Shapiro.
Epilepsie und das Verhältnis zwischen Zellfunktion und organischer Hirnfunktion; geschlossen aus der Analyse von normalen und gewissen abnormen Persönlichkeitsformen. L. B. Bibb.
Halluzinose als klinische Einheit. Alfred Gordon.
- The Journal of Oriental Medicine (J. Orient. Med.), Dairen (Süd-Mandschurei), 10, Nr. 5, Mai 1929.
Beitrag zur pathologischen Anatomie und pathologischen Histologie beim Fleckfieber. II. Mitteilung: Ueber das Nervensystem, insbesondere Gehirn und Rückenmark, und über die Gefäßveränderungen und die zu den Gefäßen in enger Beziehung stehenden Organ- und Gewebsveränderungen. K. Ogawa.
Beiträge zur Kenntnis der Anatomie des Truncus sympathicus lumbalis et sacralis des Menschen. S. Matsushima.
Die Ketonekörper im Blut, Liquor cerebrospinalis und Urin nach Injektion von Adrenalinchlorid. N. Hoshi.
Drei Fälle von Osteomalazie in der Mandschurei. M. Kameyama.
2872. Experimente über die Entleerungsverzögerung des Mageninhaltes durch intra-abdominale Einführung von Traubenzuckerlösung, insbesondere der Einfluß des Insulins. S. Kawashima.
- Lancet, The (Lancet), London, 216, Nr. 5516, 18. Mai 1929.
Karzinom des Kolons. G. Grey-Turner.
Physiologische Analyse einiger klinisch beobachteter Bewegungsstörungen. F. Walshe.
2921. Die Tageszeit in ihren Beziehungen zu epileptischen Krämpfen. M. Langdon-Down und W. Brain.
Die Erregbarkeit des Atemzentrums bei Psychosen. M. Marsh.
Eine neue Reaktion zum Nachweis intestinaler Zersetzungs Vorgänge. N. Mutch.
2825. Intranasale Immunisierung gegen Scharlach. B. Peters und F. Allison.
- Medical Journal and Record (Medic. J. Rec.), New York, Nr. 9, 1. Mai 1929.
2924. Neurogene und psychogene Hautstörungen. J. J. Eller.
Unerkannte polyzystische Niere. W. Traub.
Therapie mit Radiumemanation. J. Muir.
2847. Protokollitis, Pruritus ani, scroti und vulvae. A. B. Jamison.
2849. Innere Zustände, die ein chirurgisches Abdomen vortäuschen. I. B. Cohen.
2789. Weibliche Sterilität. A. S. Troupin.
Aberglauben in der Schwangerschaft. T. Macklin.
Zervixkrebs. B. Wood.
- Medical Journal and Record (Medic. J. Rec.), New York, Nr. 10, 15. Mai 1929.
Injektionsbehandlung der Varizen. B. Cooperman.
Behandlung des Gastroduodenalulcus. A. Bassler.
2908. Anale Kryptitis. J. B. Becker.
Verschiebungen im Sakroiliakalgelenk. H. Winsor.
2925. Neurogene und psychogene Hautstörungen. J. J. Eller.
2830. Die Wichtigkeit der Diät. M. Einhorn.
Besserung der Toleranz bei Diabetikern. J. John.
2833. Grundstoffwechsel beim Exophthalmus. I. Braun.
The Practitioner, Nr. 732, Vol. CXII, Nr. 6, Juni 1929
Die preliminary Behandlung der Prostatahypertrophie. Sir Thomas Carey Evans.
2800. Das Problem der Otosklerose. Macleor Yearsley.
Die Entstehung des Krebses. Ernest F. Neve.
Die Behandlung des Ulcus duodeni. A. P. Cawadias.
2878. Klinische Bemerkungen zu löslichem Mercurochrom 220. Henry W. S. Wright.
Der Mund als Autobiographie. F. W. Broderick.
Die Kurorte der Tschechoslowakei. W. Johnson Smyth.
- Surgery, Gynecology and Obstetrics (Surg., Gyn. and Obs.), Chicago, 48, Januar 1929.
Folgezustände nach Retention der Pankreassekretion (Pathol. Abteilung des St. Stefans-Spitals in Budapest und pathol.-anat. Institut der Kgl. Univers. in Szeged). J. Baló und H. C. Ballon.
2788. Primäres Karzinom der Tuben in Verbindung mit Tuberkulose. W. P. Callahan, F. H. Schiltz und A. Hellwig.
Lues des Magens (Cook County Hospital, Chicago). H. A. Singer, K. A. Meyer.
Die Möglichkeiten der Hysterosalpingographie als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel (Univ.-Frauenklinik, Jena). H. Nahmmacher.
Die neueren Pläne der Chirurgie beim Diabetes (George Washington Univ., Washington). J. A. Reed.
Divertikel der männlichen Urethra. R. W. McKay, J. A. C. Calston, Baltimore.
2790. Diagnose und Behandlung der Sterilität in Beziehung zu Erkrankungen der Tuben (Loyola Univ.-Medizinschule und Cook County Hospital, Chicago). H. Schmitz.
Die Wasserstoffionenkonzentration der endozervikalen Sekretion (Univ.-Medizinschule, Boston). S. R. Meaker, W. Glaser.
Gastroenterostomie. Wilkie, Edinburgh.
Die Technik der vaginalen Operationen der Adnexe. Weibel, Prag.
Behandlung der Frakturen mit dem equilibristischen Schwinde-Zugapparat. Wijnen, Amsterdam.
Frakturen der Tuberositas later. mit Verlagerung des lateralen Meniskus zwischen die Fragmente. W. Cubbins, A. Conley, G. Seiffert, Chicago.
Eine Operation am Sinus pilonidalis. F. H. Lahey, Boston.
Extraartikuläre Immobilisierung des Hüftgelenkes. Schumm, Wisconsin.
Behandlung vorgeschrittener Karzinome mit kolloidalem Blei. B. Schreiner, R. Wende, Buffalo.
Multiple Klammerstechnik bei extraartikulärer Arthrodese der Wirbelsäule. C. M. Gratz, New York.
Aneurysma arteriovenosum der linken oberen Schilddrüsengefäße. J. Mora, Chicago.
Vorbereitung und Behandlung der Diabetiker vor Amputation wegen Gangrän. B. McMahon, R. Scharf, W. Bartlett, New Jersey.

Zeitschriften in französischer Sprache**Annales de Derm. et de Syph., Nr. 1, 1929.**

2835. Störungen der Haare, Federn, Nägel bei Basedow. Sainton.
Dermatophyten und Dermatomykosen. L. Grigorakis.
Zum Artikel von Herrn Grigorakis. Sabouraud.
Haut und Gluthation. H. Bulliard, A. Giroud.

Annales de Derm. et de Syph., Nr. 2, 1929.

- Louis Brocq. L. M. Pautrier.
2818. Gangrän der Genitalorgane. J. Gaté, J. Rousset.
Arterielle Wismutembolie mit schweren Läsionen der Haut. de Castro.
Eruptionsdreierheit, hervorgerufen durch Waldkräuteressenzen. Longin.
2811. Karzinom auf Lupus entstanden. W. J. Mrongovius.

Annales de Derm. et de Syph., Nr. 3, 1929.

- Mediane Warzen auf dem Zungenrücken. Ch. Audry.
Achorion Schoenleini. R. Sabouraud, P. Negroni.
Allgemeines über Dermatophyten. R. Sabouraud.
Wirbelneoplasma bei einem Kranken mit Akrodermatitis atrophicans.
E. Herman.
Die Wismutpräparate, röntgenologische Studie über ihre Ausscheidung.
H. Montlaur.
Bullöse Saisoneruption. V. Genner.
Ergebnis einer internationalen Rundfrage über die Abortivbehandlung der Syphilis und die Prophylaxe der kongenitalen Syphilis. Wladimir Feldmann.

Annales de Derm. et de Syph., Nr. 4, 1929.

- Allgemeines über Dermatophyten. R. Sabouraud.
Elephantiasis vulvae. J. Gaté, J. Rousset.
Chrysophansäure und Chrysarobin. R. Huerre.
Studie der tuberkulösen Superinfektionen der Haut. Ueber eine tuberkulöse Inokulation der Vulva durch sexuellen Kontakt. Paul Rochat.
2886. Epileptiforme Psychose nach Thalliumazetat. Bachkevitch, Prokoptchouk.
Die mykotischen Syndrome und die Kritik von Herrn Sabouraud. Grigorakis.
P. G. Unna. J. Darier.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 26, 1929.

2793. Panphlegmone der Brüste, bilaterale Amputation und deren Einfluß vom physiologischen Standpunkt aus auf den Stand der Schwangerschaft.
Leunckens und Pastiels.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 27, 1929.

2848. Perikolittiden. H. Gachlinger.
Angeborener Mastdarmdefekt, genitale Mißbildungen. R. Bourg.
Ein Fall von Blasenektomie. P. Lorthioir.

Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 20, 18. Mai 1929.

2907. Ueber die Pathologie der Milz. Chabrol, Boltanski.
2880. Die biliären Kalkulokrebse. Carnot.
2905. Blutserum und hämorrhagische Pankreatitis. Binet, Brocq.
Die provozierte Cholélie. Chabrol, Maximin.
Behandlung der Gallensteine. Dreyfus.

Paris médical (Paris méd.), Paris, Nr. 21, 25. Mai 1929.

2932. Puerperale Psychosen. J. Lévy-Valensi.
Ein Fall von tödlicher subakuter Gangrän. Mousseron.
Die Diagnose der Sterilität der Frau. R. Imbert.

Revue belge de Sciences médicales (Rev. belge Scienc. méd.), Louvain, Nr. 3, 1929.

2913. Stoffwechsel und Teerkarzinom. P. Estas.
Zwei Fälle von Appendixtumoren: voluminöses Neurom und glanduläres Epitheliom. E. Picard und R. Appelmans.
Zirkulationsapparat. Uebersichtsreferat. J. J. Bouckaert.

Revue neurologique (Rev. neurol.), L., XXXVI, Nr. 5, Mai 1929.

2919. Anatomisch-klinische Studien über die Kleinhirnatrophien. Pierre Mathieu und Ivan Bertrand.

Le Scalpel, Nr. 14, 1929.

2758. Konjunktividen und ihre Behandlung durch ein Gemisch aus Silberalbuminat und Azetylannin. Birnbaum.

Le Scalpel, Nr. 15, 1929.

- Die Behandlung der allgemeinen Paralyse durch infektiöse Pyretotherapie. Vermeulen.

Le Scalpel, Nr. 16, 1929.

- Pathologische Biochemie und Krämpfe. E.-J. Bigwood.
Hypertyreoidismus und vegetatives Nervensystem. Lemoine.

Le Scalpel, Nr. 17, 1929.

- Kindliche Krämpfe spasmophilen Ursprungs. Paul Fonteyne.
2869. Zur Behandlung kindlicher Krämpfe. Pechere.
Die Indikationen zur Prostataktomie.

Le Scalpel, Nr. 18, 1929.

2845. Beitrag zum Studium der Behandlung des Magenukulus durch intensive und kontinuierliche Alkalinisation. L. de Beco und Lavier Swinnen.

Zeitschriften in italienischer Sprache**Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ost. e Gin.), 51. Jahrg., April 1929.**

2945. Die Hilfe für die tuberkulöse Mutter (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Mailand). E. Alfieri.
Beitrag zum Studium der Funktion der Leber und des endothelialen Retikulums in der Schwangerschaft (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Bari). M. B. Cetroni.

2797. Das Cullensche Symptom und sein diagnostischer Wert für die Extrauterin-gravidität (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Mailand). E. Bertini.
2784. Ueber die Therapie der Fibrome des Uterus mit einem speziellen Hinblick auf die konservative chirurgische Behandlung (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Mailand). U. Tropea.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia, Bologna, 4., Heft 4, April 1929.

- Allergische und pharmakodynamische Reaktionen bei der Lepra. Alessandro Vincenzo Ferrari.
Bericht über das Referat über Lichen planus am Kongreß in Straßburg. N. Bagnoli.
2885. Ueber Arzneiexanthem durch Synthalin. Mario Artom.
2759. Ueber den Ersatz der üblichen Lipoidextrakte mit einer alkoholischen Phenol-lösung bei der Wassermannschen Reaktion. Edoardo Ciambellotti.
2810. Ueber einen Fall von spontaner generalisierter Vakzine. G. Spicca.

La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 8, 1929.

- Ueber das Verhalten des Blutschwefels bei älteren Kindern (Gesunde und Kranke). Paolo Bosio.
2870. Ueber den Einfluß der ultravioletten Strahlen auf die kutane Tuberkulinreaktion. L. Storch.
Ueber die Störungen des Herzrhythmus bei Malaria im Kindesalter. A. Zallocco.
Ueber eine seltene angeborene Mißbildung des Femurs. F. Graziano.
Ueber einen seltenen Fall von Darmverschluss. Paolo Perazzi.

La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 9, 1929.

- Ueber verschiedene Erscheinungsformen der Lues congenita im Säuglingsalter. M. Pehu.
Ueber die intrakutane Vakzinetherapie des Keuchhustens. Ferdinando Morabito.
Klinische Beobachtungen und Betrachtungen über die Aetiologie und Pathogenese der Anaemia splenica pseudoleukaemica. E. M. Mondini.
Ueber Bilharziainfektion (Sammelreferat). M. Miraglia.

La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 10, 1929.

- Untersuchungen über den Serumweißgehalt bei Neugeborenen. M. Miraglia.
Quantitative Bilirubinbestimmungen im Mekonium und Stuhl Neugeborener. Cesare Giaume und Pio Lanza.
Ueber einen Fall von angeborener Hemihypertrophie. Remo Dardani.
2826. Ueber einen Fall von Encephalitis postmorbillosa. A. Signa.
Ueber Kompression des Markes bei einer durch okkulten Tonsillarabszeß bedingten Meningitis spinalis. Paolo Jacchia.

La pediatria, Neapel, Jahrg. 37, Heft 11, 1929.

- Ueber die Bedeutung des Chorgehaltes des Liquors zur Diagnose der Meningitis tuberculosa. G. Lattes.
2828. Statistische und klinische Beobachtungen bei Croup, mit Berücksichtigung der operativen Eingriffe. B. Vasile.
Ueber die Möglichkeit der Verwendung der d'Amatoschen Probe bei kindlichem Kala-Azar. F. Paradiso.
Die bestrahlten Nahrungen. (Uebersichtsreferat.) A. Nastasi.

Il Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 18, 6. Mai 1929.

2841. Die Verabreichung von Leber auf rektalem Wege. A. Sacchi.
2859. Tuberkulöse Pleuritis und Thrombopenie. L. Paterni.
Ueber mediastinale Pleuritis. E. Pittoni.
Fall von Zungenabszeß bei einem Säugling. Galzignano.
Primäre Diphtherie der Vulva. A. Paolini.

Il Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 19, 13. Mai 1929.

- Hämätämie und gastrische Krisen bei Tabes dorsalis. V. Cantalamessa.
Wiederholte Blutungen aus dem Magendarmkanal bei Krankheiten ohne gastrische Läsionen und gastrische Hämorrhagien bei Gallensteinen. F. Ricci.
Das pylorische Syndrom bei postoperativen Verwachsungen. S. Marinacci.
Fall von Magenkrebs mit Uebergreifung auf Pleura und Peritoneum. J. Nuvoli.
2846. Beitrag zum Studium der Fremdkörper im Verdauungskanal. E. Garrone.
2876. Die saure Oel-Mehlschitzenmilch in der Ernährung unterernährter Kinder. R. Pollitzer.

Il Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 20, 20. Mai 1929.

2827. Diphtherieprophylaxe. M. Faberi.
Gallenstauung und weiße Galle. L. Paterni.
2799. Die Priorität der italienischen Medizin in Sachen des experimentellen Studiums und Klinik der Lebertherapie der Anämien. R. Gosio.
Ambulatorische Varizenbehandlung. V. Formentano.

Il Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 21, 27. Mai 1929.

2909. Intradermale Reaktion mit Pferdeserum in der Prognose einiger Erkrankungen. A. Fiorentini.
Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei Meniskuläsionen und hypertrophischen Synovialdivertikeln. A. Lazzeroni.
Fall von Kala-azar, kompliziert durch Poliomyelitis anterior acuta. Spontane Heilung. P. Timpano.
Ein eigenartiger Fremdkörper in der Vagina (Blutegel). P. Lelli Mani.

Rivista di patologia e clinica, della tubercolosa, Bologna, 3. Jahrg., Heft 5, 1929.

- Die hämoklassische Krise nach Pneumothoraxfüllung. Guido Avezzu und Bruno Boggian.
Ueber die Struktur und Histogenese der Perlsuchtuberkulide. Giovanni Zanetti.
2860. Die Hilustuberkulose bei Erwachsenen. G. Constantini.
2864. Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. G. Gherardini.
Ueber den Mineralstoffwechsel im allgemeinen.
Physiologische und pathologische Allgemeinbetrachtungen.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

- Gyógyászat, Budapest, Nr. 18, 5. Mai 1929.**
Kritik der diagnostischen Untersuchungsmethode bei innersekretorischen Erkrankungen. H. Lax.
2915. Ueber die Pathogenese und Therapie der Trigemineuralgie. (Fortsetzung in Nr. 20.) H. Ehrenfeld.
2813. Die Wirkung der ultravioletten Strahlen in der Heilung der Syphilis. E. Lehner.
Influenza und Chinin. D. Bayor.
Das Säurebasengleichgewicht und die Rolle der Lipide in der Therapie der kronischen purulenten Otitiden. E. Müller.
Aerzte und Spitäler im alten Pest-Buda. (Fortsetzung in Nr. 19 und Nr. 21.) Kl. Brill-Engländer.
- Gyógyászat, Budapest, Nr. 19, 12. Mai 1929.**
Ueber die gynäkologischen Beziehungen der innersekretorischen Funktion. E. Scipades.
Ueber die modernen Richtungen der Orthodontie. F. Bónis sen.
Ueber Versuche mit Leberbehandlung bei der Bartonellakrankheit der Ratten. Identifizierungsversuche der diese Krankheit verursachenden Bakterien. G. Radványi.
Die Rolle des Säurebasengleichgewichts und der Lipide in der Therapie der purulenten Otitiden. (Fortsetzung von Nr. 18.) E. Müller.
Ueber die Anwendung von „Pentabl“ bei Lues der Bauchorgane. N. Klein und L. Strauß.
- Gyógyászat, Budapest, Nr. 20, 19. Mai 1929.**
Ueber die gynäkologischen Beziehungen der innersekretorischen Funktion. (Fortsetzung aus Nr. 19.) E. Scipades.
Ueber Pathologie und Bakteriologie der Gonorrhoe. E. Borza.
Prophylaxe, Prognose und Therapie der Lues congenita. Th. Gábor.
Heilungsergebnisse mit Alucol bei Hyperazidität und Magengeschwüren. E. Anca.
- Gyógyászat, Budapest, Nr. 21, 26. Mai 1929.**
Ueber die Gefahren der Prostata Massage. S. Faragó.
Frauenarbeit und Indikationsstellung zu Adnexoperationen. E. Lukács.
Ueber pathogenetische und therapeutische Fragen der Phthisis pulmonum. K. Munk.
Pathologie und Bakteriologie der Gonorrhoe. (Fortsetzung aus Nr. 20.) E. Borza.
Ueber einen seltenen Fall von durch Pneumobazillus verursachter Urethritis mit Metastase. J. Singer.
Ueber „Eggoplast“, ein ungarisches Heftpflaster. L. Fränkel.
- Orvosi Hetilap, Budapest, Nr. 18, 1929.**
2782. Ueber die klimakterische Hypertonie. E. Rutich.
Ueber die Bedeutung der klinischen Respirationsgaswechseluntersuchungen. K. Aradi.
2804. Ueber durch Kälteeinwirkung verursachte Urtikaria. E. Lehner.
Ueber ein seltenes Hindernis bei der Reponierung eines Weichteilbruches. L. Schmidt.
Ueber einen Fall von in Verbindung mit künstlichem Pneumothorax entstandener Rekurrensparalyse. E. Karafiath.
Johann Sámokys (1531 bis 1584) ärztliche Tätigkeit. St. von Bálint-Nagy.
Schlußwort zur Erwiderung Safraneks. E. Tóvölgyi.
- Orvosi Hetilap, Budapest, Nr. 19, 11. Mai 1929.**
Ueber die medizinisch-klimatologische Bedeutung der Phänologie. Z. Dalmady.
Diagnostische und therapeutische Erfahrungen am Krankenmaterial des Budapest St.-Gellért-Heilbades. J. Benczur.
Ueber die Bedeutung der Mineralwässer in der Diätetik. A. Soós.
2836. Die ätiologischen Zusammenhänge der rheumatischen Krankheitsgruppe. W. Schulhof.
Ueber die Messung der Gewebeeelastizität in vivo. K. Keller.
Ueber einige physikalische Eigenschaften der Kohlensäurehaltigen natürlichen und künstlichen Mineralwässer. J. Kunszt.
Billroth als Protektor. F. K. Mayer.
Ueber die sozialhygienischen Grenzbeziehungen der Tuberkulose. A. Herczeg.
- Orvosi Hetilap, Budapest, Nr. 20, 18. Mai 1929.**
2883. Intravenöse Neosalvarsaninjektionen bei Behandlung der Chorea minor. J. v. Bókay.
Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Zuckergehaltes im Liquor cerebrospinalis. Z. v. Bókay.
Ueber Veronal und Luminalvergiftungen. J. Balázs.
Moderner Heilquellenschutz. L. Máday jun.
Die Frequenz der ungarischen Bäder im Jahre 1927. J. Sümegi.
Unser Mineralwasserumsatz im Jahre 1928. L. Felber.
Die chemische Untersuchung der Dunaalmässier warmen Heilquellen. K. Emszt.
Die chemische Untersuchung der in der Gemeinde Máfa befindlichen „Sikonda“-Quelle. K. Emszt.
- Orvosi Hetilap, Budapest, Nr. 21, 25. Mai 1929.**
Schimmelpilze auf der gesunden und kranken Haut. St. Ballagi.
Ueber den Wert der Douglasfunktion. E. Konrád.
Ueber das Wesen der Costaschen Reaktion und ihre Eignung zur Feststellung der Aktivität bei Tuberkulose. B. Dubóczy.
Ueber die Behandlung gonorrhoeischer Folgezustände mit intravenösen Cuprum-sulfuricum-Injektionen. D. Olah.
Ueber isolierte Nierentuberkulose. A. Schmidt.
Ueber die Wirkung des Zyankali auf Krebsgewebekulturen. L. Németh.
Die Röntgenuntersuchung der endokrinen Drüsen. L. Frigýr.

Magyar Röntgen Közlöny, Budapest, 3. Jahrg., Heft 3, 1929.

- Entwicklung der Röntgenologie im allgemeinen und in Wien im besonderen.
Vortrag, gehalten auf dem internationalen Kongreß für Tropenmedizin und Hygiene in Kairo. Holzknecht, Wien.
2956. Ueber röntgenologische Diagnose der Uretersteine. J. Hermann.
2951. Die Bedeutung der Röntgentherapie bei den Gleichgewichtsstörungen des endokrinen Systems. J. Molnár.
2955. Das Röntgenbild des Harnblasendivertikels. A. Horváth.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Klinitscheskaja Medizina (klin. Med. [russ.]), Moskau, 9. Jahrg., Heft 21 (96).**
Zur Klinik der Grippeepidemie 1928. M. M. Gubergritz.
Klinik der ambulatorischen Formen von akutem Rheumatismus. M. M. Kutyryn.
2904. Hämoglobinschwankungen bei Jugendlichen im Zusammenhang mit Geschlecht, Alter, Konstitution und anderen Faktoren. N. N. Bobrow und E. D. Brenner.
Oxydase und Leukozytenlipide. J. Goldmann.
Ueber den diagnostischen Wert der Adrenalinprobe bei splenomegalen Erkrankungen. D. D. Jablokow und A. M. Dikowski.
2837. Bedeutung der Matéfyischen Reaktion bei Arthritikern während der Schlammbehandlung. A. E. Liwitschitz.
2821. Ein neues Kontrastmittel zur Pyelographie und anderen röntgenologischen Untersuchungen. A. N. Hagmann.
Fall von Aleucaemia haemorrhagica. M. B. Rosenblum und D. S. Gurewitsch.
- Medizinisch-biologisches Journal, 4. Jahrg., Heft 5, 1928.**
A. W. Reprew, der Nestor der russischen Endokrinologie. Kogan-Jassny.
2896. Ueber die Funktion der Epithelkörperchen und den Kalziumspiegel im Blutserum. W. Oppel.
Endokrines System und Infektion. G. Sacharow.
Zur Methodik der Behandlung des kindlichen Myxödems mit Schilddrüsenpräparaten. A. Kissel.
Ueber Thyreodinsucht. M. Sereiskaja.
2802. Zur Frage des schwarzen Dermographismus. M. Breitmann.
Ueber den Einfluß des Insulins auf das endokrine System. N. Schereschewski und B. Mogilnitski.
Zur Frage der Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Gynergen. L. Buchstab und A. Ochs.
Fettsucht bei einem Kinde mit multiplen Mißbildungen. M. Schewandina.
2893. Beobachtungen über Hyperfunktion des Inselapparates des Pankreas. D. Alpern und W. Besuglow.
Zum Mechanismus der morphologisch-funktionellen Dissoziation in der Endokrinologie. J. Rattner.
Zur Pathophysiologie des Fett- und Lipidstoffwechsels nach Kastration. S. Leites.
Zur Frage des Vorhandenseins von vasomotorischen Zentren für die Nieren im Tuber cinereum. N. Sirotin.
- Die Analyse des sogenannten Herzormons. S. Pawlenko.
Zur Frage der Spezifität des Hormons der Follikelflüssigkeit. O. Nersewowa und N. Indina.
Ovarialfunktion, Schwangerschaft, Laktation und Magensekretion. S. Badykes.
Erfahrungen über die Verwendung von Extrakten endokriner Drüsen bei experimentellem blastomatosen Wachstum. J. Mischtschenko, M. Pomenko und L. Burnas.
Ueber den Einfluß der Thyreoidektomie auf das Wachstum von Krebgeschwülsten. J. Kudingew.
Zur Frage der Behandlung einiger Formen von Spontangangrän mit Heterotransplantation von Hoden. A. Meschtschaninow.
Ueber den Einfluß von Schleimhautverätzungen auf die vitale Färbbarkeit. J. Zypkin.
- Wratschebnoje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 17.**
Zur Zweiphasenwirkung des Insulins auf den Blutzucker. M. P. Andrejewa und W. G. Baranow.
Anwendung von konzentriertem Reisschleim in der Behandlung der akuten Ernährungsstörungen des Säuglings. M. J. Olewski.
Kinderkrämpfe, ihre Entstehung und Behandlung. M. J. Silbermann.
2926. Ischias, Lumbago und Pathologie des Lumbosakralteiles der Wirbelsäule. S. M. Weingart.
2927. Das Symptom der „Krokodilstränen“. F. A. Bogorad.
Was gibt der Klinik die Isohämagglutination? A. A. Makarow.
Die Deutung der Entstehung von Mißbildungen im Altertum und ihre Rolle in der Entwicklung der Mythologie. B. W. Bulgakoff, Kairo.
Zur Morphologie der Fibroendotheliome der Dura mater. W. W. Bobin.
Berufshautaffektionen (Schluß). J. A. Lublinski.
2838. Wintermoorbehandlung chronischer Gelenkerkrankungen. L. N. Kljatschka.
2785. Moorbehandlung und Elektroionentherapie bei chronischen Entzündungen der weiblichen inneren Geschlechtsorgane. D. E. Schundak und G. L. Kanewski.
Zur Frage der eitrigen Magenentzündung. A. T. Kolesnikow.
Zur Frage der Nagelperkussion. G. J. Katz.
Ueber Vakzinentherapie bei Grippe. J. J. Gelfgat.
Akute eklampische Urämie nach follikulärer Angina. J. N. Swetschnikow und A. S. Tschernoserski.
Fall von ausgetragener Tubenschwangerschaft. S. A. Petscherskaja.
Definition der Persönlichkeit im endokrin-sympathischen Sinne. N. Pende.
Neapel.
- Wratschebnoje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 18.**
Ueber Synthalinbehandlung des Diabetes mellitus. J. M. Klinkowstein.
Zur Behandlung der perniziösen Anämie mit Leberdiät. J. G. Ettinger und G. P. Artynow.

- Eine besondere Methode der physikalischen Diagnostik innerer Organe. L. J. Korobkow.
- Zur Frage der Magenfibrome. E. A. Sergejew.
- Bestimmung des freien Blutes in der Bauchhöhle. W. A. Powshikow.
- Zur Frage der KJ-Injektionen bei Neuralgien. N. J. Mamontow.
- Versuch einer epidemiologischen Klassifikation von Infektionskrankheiten. S. J. Zlatogoroff und M. N. Solowjew.
- Ueber Novarsolan. F. B. Samsonow.
- Einfluß des heißen Betriebes auf die Erythrozytensenkungsreaktion. W. P. Gorew.
- Ueber die Tätigkeit der Dispensaires für Augenerkrankungen auf dem Lande. N. J. Medwedjew.
- Hämorrhagische Diathesen und Limanotherapie. E. M. Brussilowski und M. A. Jassinowski.
- Zur Technik der intravenösen Medikamentendarreichung. M. L. Silberholz.
- Zur Behandlung der sympathikotonischen Formen von Basedow. P. P. Litzy.
- Fall von embryonaler Nabelhernie beim Kinde. S. A. Grüner.
- Zur Frage der teratoiden Geschwülste (Epignathus). N. T. Nikolajew.
- Fall von hartnäckiger Uterusblutung bei einem vierzehnjährigen Mädchen. J. D. Sinkowski.
- Definition der Persönlichkeit im endokrin-sympathischen Sinne. (Schluß.) N. Pende, Neapel.
- Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 22.
- Das Altersproblem. N. E. Kuschen.
- Medizinische Klinik (Eintrittsvorlesung). K. Bulnewitsch.
- Zur Analyse des palpatorischen Schmerzes in der rechten Fossa sub-inguinalis beim Typhus abdominalis. B. J. Trussewitsch.
- Zur Charakteristik des klinischen Bildes von Typhusepidemie 1925 bis 1927. N. W. Iwanow und M. S. Strunskaja.

- Ueber den Verlauf der typhösen und paratyphösen Erkrankungen. A. M. Dikowski und J. J. Abdrin.
- Zu der Arbeit von G. E. Schumkow: „Alkoholozonen“. J. W. Lysakowski.
- Die Elektrodiagnose der „Alkoholozonen“ als ein objektives Symptom des Alkoholismus. A. A. Künzel.
- Alkoholismus in der Neuroanästhesiologie. K. K. Spitzin.
- Behandlung der Alkoholiker mit Atropin- und Strychnininjektionen. W. J. Wermilash.
- Zur Behandlung des chronischen Alkoholismus durch subkutane Strychnininjektionen. K. G. Borschtschewski.
- Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 23.
2911. Ueber Krebszeugung durch zellfreie Filtrate. (3. Mitteilung.) M. M. Newjadomski.
2949. Röntgentherapieprobleme der klimakterischen Neurose und anderer vegetativer Störungen. J. A. Ratner.
- Isomerie einiger Arzneimittel und sekretorische Tätigkeit der Magendrüsens beim Menschen. W. A. Lutschinin.
- Zur Frage der Konstitution bei musikalisch entwickelten Personen. N. D. Bernstein und D. G. Rochlin.
- Die Alkalireserven des Blutes bei verschiedenen Erkrankungen und ihre Bestimmung nach Engel. E. J. Wassiljew-Anwelt.
- Ueber Kottmannsche Reaktion. A. Solowtowa.
- Zur Bedeutung der Erythrozytensenkungsreaktion bei gonorrhöischen Erkrankungen des oberen Geschlechtstraktes bei der Frau. G. W. Chodetzki.
- Zur operativen Behandlung der habituellen Schulterluxation. W. Sacharschewski.
2809. Behandlung von Verbrennungen mittels Naphthalinsalbe. A. B. Gillerson und Epstefn.
- Diplegia facialis „rheumatischen“ Ursprungs. W. M. Wassiljewski.
- Ueber Splitterentfernung. J. A. Schapiro.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
Augenheilkunde.
Bakteriologie und Serologie.
Chirurgie und Orthopädie.
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.

17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Augenheilkunde

2758.

Birnbaum, Die Konjunktividen und ihre Behandlung durch ein Gemisch aus Silberalbuminat und Azetyltannin. (Scalpel, Nr. 14, 29.) Das hier besprochene Präparat war zunächst zur Bekämpfung der Urethrasekretion angewandt worden und hat hier seine Aufgabe so gut erfüllt, daß man seinen Wirkungskreis auch auf die Ophthalmologie ausgedehnt hat. Bisher kannte man in der Haupt-sache zwei Substanzen zur Beeinflussung der Konjunktiva, Silber-äparate für akute, Zinksulfat für chronische Fälle. Beide haben eine Schwäche. Das Silbernitrat wirkt chemisch, Albuminat tendiert, bringt aber in der Folge eine Reizung und gesteigerte Sekretion hervor. Das Zinksulfat ist in starker Lösung kaustisch und in schwacher wenig wirksam. Die Ueberlegenheit des neuen Präparates zeigt sich darin, daß es nicht reizend wirkt, trotz des hohen Silbergehaltes (6%). Es wirkt als Adstringens stärker als Zinksulfat, denn es enthält Tannin. Der Erfolg ist bei akuten und bei chronischen Fällen gleich günstig. Es dringt gut in die Gewebe ein und wirkt bakterizid. Die adstringierende Wirkung tritt 12 bis 24 Stunden an.

Held.

Bakteriologie und Serologie

2759.

Ciambelotti, Edoardo, Ueber den Ersatz der üblichen Moidextrakte, mit einer alkoholischen Phenollösung bei der Wassermannschen Reaktion. (Arch. Ital. di Dermat. Sifil. e Venerolog., 4., Hft 4, 1929.) Wenn man zur Wassermannschen Reaktion anstatt Moidextrakte nach Ninni und Molinari eine 2prozentige alkoholische Phenollösung verwendet, die man noch 1:8 bis 1:9 mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, erhält man mit Sera Luetiker eine Komplementablenkung und somit keine Hämolyse. Die Reaktion ist spezifisch, denn sie ist bei Luetiker bis 100% positiv, bei nichtluetiker erhält man allerdings auch über 40% positive Reaktionen, so daß die aspezifische Komponente ebenfalls eine Rolle

spielen dürfte. Die Dosierung sowie Reaktionsmechanismus werden ausführlich erörtert. Es wird angenommen, daß die alkoholische Phenollösung die Serumkolloide, die die Komplementablenkung bedingen, fällt und adsorbiert.

Eugen Stransky, Wien.

2760.

Loewy, E., Erfahrungen mit der neuen Meinickeschen Klärungsreaktion (MKR). (Dermat. Wschr., 88., Nr. 25; 1929.) (Privat-laboratorium Prof. Meiwowsky, Köln.) Benutzt wird aktives Serum, davon in zwei Wassermannröhrchen je 0,2 ccm. Die erforderliche Extrakt-dosis sowie zehnfache Menge 3,5prozentiger Kochsalzlösung, die 0,02% kristallisierte Soda enthält, wird 10 Minuten lang im Wasserbad von 45° erwärmt, dann Kochsalzlösung in den Extrakt gegossen und gemischt; die Extraktverdünnung ist milchig trübe, vollkommen undurchsichtig, nach Nachreifen von 2 Minuten bei Zimmertemperatur wird davon dem einen Serumröhrchen 0,4, dem anderen 0,5 ccm zugesetzt. Versuchsröhrchen bleiben bis zum nächsten Tage bei Zimmertemperatur stehen, werden mit bloßem Auge gegen Fenster abgelesen. Bei negativer Reaktion bleibt die Flüssigkeit milchig und auch bei etwa eintretender Sedimentierung undurchsichtig; bei positiver tritt bei starker Sedimentbildung vollkommene Klärung der Flüssigkeit ein, bei schwach positiver Reaktion ist sie nicht wasserklar, sondern mehr oder weniger opaleszierend. 90% stimmen mit WaR. und MTR. überein, in 8% war MKR. der WaR. überlegen (klinisch Lues). Auch verunreinigte und ikterische Seren reagieren zuverlässig.

Ernst Levin, Berlin.

2761.

Bujanowski, D., Der Bakteriophage in den Abwässern. (Arch. f. Hyg. u. Infekt.-Krk., 101., Hft 5.) Es gelingt leicht, den Bakteriophagen aus den Abwässern nachzuweisen. Der nachgewiesene Bakteriophage ist polyvalent. Seine Wirkungsbreite umfaßt Bact. paratyphi B, Breslau- und Gärtnerbazillen, Bact. suispestifer, Bact. typhi murium, Bact. abortus equi, typhi abdominalis, dysenteriae Shiga und Flexner. Er ist wirkungslos gegen Bact. paratyphi A, coli commune, vibrio cholerae, Staph. pyogenes aureus. Das Auftropfverfahren ergibt höhere Exponenten als die Bouillonröhrchenmethode. Am besten bedient man sich beider Methoden.

N. Henning, Leipzig.

Chirurgie und Orthopädie

2762.

Smith, William A., und Charles E. Downan, Kompressionsmyelitis. (Amer. J. Surg., 6., S. 151, 1929.) Am Hand von verschiedenen Fällen von Kompressionsmyelitis — hervorgerufen durch Neubildungen verschiedensten Typs und verschiedener Lokalisation — besprechen Verf. die Symptome, die den Verdacht auf diese Erkrankung rechtfertigen. Ausführliche Besprechung der diagnostischen Möglichkeiten, um zu einer einwandfreien Diagnose zu kommen.

Gohrbandt.

2763.

Coley, Bradley L., Die chirurgischen Komplikationen des Diabetes. (Amer. J. med. Sci., 176., Nr. 4.) Chirurgische Maßnahmen bei einem Diabetiker sind in zwei Gruppen einzuteilen: In Operationen der Wahl und solche mit dringender Indikation. Operationen der Wahl sollten nur nach sorgfältiger Zusammenarbeit des Internisten und Chirurgen vorgenommen werden, wobei eine präoperative Behandlung die Operationschance bedeutend erhöht. Das Insulin hat viel von dem zufälligen Gelingen oder Mißlingen der Operation genommen. Dringliche Operationen (feuchte Gangrän und Infektionen aller Art) sollten nur in zwingender Notlage vorgenommen werden. Wenn jedoch der Infektionsherd drainiert oder entfernt ist, kann die diabetische Erkrankung viel wirksamer behandelt werden. Die Insulinbehandlung sollte bei einer nicht sofort chirurgisch anzugehenden Infektion niemals unterlassen werden, um die Hyperglykämie und Azidose zu beheben. Während einer zweijährigen Beobachtungszeit wurden 39 chirurgische Fälle mit Diabetes vom Verfasser operiert. Sie zeigten eine große Mortalität, denn 13 Fälle (33%) endeten letal. Davon kamen 5 Todesfälle auf die Gruppe mit Gangrän (38,4%). 4 von 8 Fällen mit Zellgewebsentzündung starben ebenfalls (50%). Von 3 Fällen mit Kärnkeln starb 1 (33,3%).

Der Diabetiker sollte auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, einmal jede Infektion zu vermeiden und zweitens das Auftreten auch der banalsten Infektion sofort dem Arzt mitzuteilen. Der Arzt sollte im Hinblick auf die hohe Gefahr chirurgischer Komplikationen stets darauf bedacht sein, im gegebenen Falle möglichst früh den chirurgischen Eingriff vorzunehmen. Dabei ist die Zusammenarbeit des Internisten mit dem Chirurgen von größter Bedeutung; und nur so werden die Interessen des Diabetikers wirksam vertreten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2764.

Hämäläinen, M., Ueber Kieferankylosen. (Acta chirurg. scand., LXIV., Fasc. VI, S. 493.) Bericht über 7 Fälle von Kieferankylosen, bei denen der Gelenkkopf bzw. der ganze knöchern angewachsene Teil des Ramus mandibulae reseziert und eine freie Fettgewebsplastik ausgeführt wurde. Zur Beweglicherhaltung des Gelenkes nach der Resektion genügte die Bewegungen des Ellaktes. Bei einseitigen Ankylosen konnte die bereits bekannte Erfahrung beobachtet werden, daß das nicht befallene Gelenk trotz jahrelanger Inaktivität in der Zwischenzeit nicht versteift war. Die Bewegungshemmungen, die an solchen Gelenken festgestellt werden konnten, beruhten in der Kontraktur des Musc. temporalis und konnten durch Abmeißelung des Proc. coronoideus behoben werden. In den 6 operierten Fällen wurde ein primär gutes Resultat erzielt. In dem 7. Falle, in dem ein Rezidiv auftrat, war bei der Operation eine starke Blutung entstanden, so daß die Operation unterbrochen und in einer zweiten Sitzung beendet werden mußte. In der Entstehung dieses Hämatoms sieht Verf. den Grund zu der Rezidivierung des Leidens. Nachuntersuchungen der 6 mit gutem Erfolg operierten Fälle haben ergeben, daß das Resultat in jeder Weise zufriedenstellend war und daß die Beweglichkeit weiterhin aufgenommen hatte.

E. Gohrbandt, Berlin.

2765.

Hollenbach, F., Die sogenannten Pseudorezidive nach Gallenblasenexstirpation und ihre Behandlung mit der Choledochoduodenostomie. (Dtsch. Z. Chir., 215., 6. Heft, S. 378.) 7 Fälle von Pseudorezidiven nach Gallenblasenexstirpation wurden nachoperiert. Dabei fand sich als Ursache der Krampfschmerzen in 2 Fällen eine chronische Entzündung des Pankreaskopfes, in 4 ein mehr oder weniger ausgesprochener chronisch entzündlicher Prozeß im Papillengebiet. Diese entzündlichen Prozesse können nach Ansicht des Verf. sowohl rein mechanisch stenosierend den Gallenabfluß erschweren als auch Veranlassung zu nervösen Reizen geben und dadurch Spasmen auslösen. In 5 von 6 Fällen ist durch die Vereinigung des Choledochus mit dem Duodenum eine völlige Heilung eingetreten, einmal eine wesentliche Besserung.

E. Gohrbandt, Berlin.

2766.

Oden, H. G., Traumatische Appendizitis. (Dtsch. Z. Chir., 215., 6. Heft, S. 406.) Die Frage der traumatischen Appendizitis

kann heute, obwohl mehrere Fälle als unmittelbar im Anschluß an die Verletzung entstanden beschrieben worden sind, durch einwandfrei beobachtete Fälle nur selten belegt werden. Verf. teilt einen Fall mit, wo im Anschluß an eine Verletzung des rechten Unterbauches beim Versuch, einen Lattenzaun zu überklettern, eine Appendizitis entstand. Verf. liefert den Beweis, daß im vorliegenden Falle durch das Trauma die Ursache zur Appendizitis gegeben wurde und belegt seine Ansicht durch die mikroskopischen Untersuchungen des herausgenommenen Wurmfortsatzes.

E. Gohrbandt, Berlin.

2767.

Mandl, Bestrebungen zur Erzielung einer Primaheilung nach Eingriffen wegen eitriger bauchinnerer Erkrankungen. (Wrt. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 21.) Nach eitrigen intraabdominalen Erkrankungen ist die Sekundaheilung der Operationswunde häufig. Die Nachteile der Sekundaheilung sind der verlängerte Anstaltsaufenthalt und die größere Häufigkeit der Entstehung von Bauchwandbrüchen. Der Sitz der Eiterung ist meist die Haut und das Unterhautzellgewebe, seltener die Faszie und die Muskulatur, während das Peritoneum gegen die Infektion sehr widerstandsfähig ist. Die Infektion der Bauchwand kommt hauptsächlich durch das abfließende eitrige Exsudat und durch das intraabdominell eingeführte Drain zustande. Prophylaktisch wurde bisher mit nicht sehr großem Erfolge die chemische Desinfektion des Wundgebietes versucht (Ohlumsky-Lösung, Halogenlösung). Mandl wendet das für akzidentelle Wunden angegebene Verfahren der Wundrandexzision (Friedrich) nach eitrigen Operationen an. Technik: Nur in Fällen, bei welchen es nach Eröffnung des Bauchfeldes zu einer profusen Beschmutzung der Bauchdecke kam, wurde nach Beendigung der intraabdominellen Operation und nach Verschluss des Bauchfeldes das Operationsfeld frisch desinfiziert und bedeckt und mit frischen Instrumenten und Handschuhen in einer Entfernung von 5 mm von der Inzisionsstelle Haut, Unterhautzellgewebe und Fett, eventuell auch Faszie exzidiert. Die Infektion der Operationswunde durch das Drain wird durch Ableitung desselben durch einen einige Zentimeter von der Wunde entfernten Knopflochschnitt vermieden. Technik: Das in der Muskel- und Faszieninzision liegende Drain wird durch einen neuen Kanal nach außen geführt, der mittels Stichinzision durch Haut, Unterhautzellgewebe und Fett geschaffen wird.

Ernst Pick, Wien.

2768.

Krey, Walter, Ueber Fistelkarzinome. (Dtsch. Z. Chir., 215., 6. Heft, S. 355.) Mitteilung eines einwandfrei beobachteten Falles, in dem sich um die Öffnung einer nach Kniegelenks- und Knochentuberkulose zurückgebliebenen, jahrelang eiternden Knochenfistel, nicht aber in dem Fistelgang selbst, ein Karzinom entwickelte. Selbst wenn das Karzinom nicht in dem Fistelgang selbst lag, glaubt Verf. doch, den Fall zu den Fistelkarzinomen rechnen zu müssen. Nach Amputation wurde Rezidivfreiheit bis zu zwei Jahren beobachtet. Die Ansicht über die verhältnismäßige Gürtartigkeit der Fistelkarzinome scheint auch durch diesen Fall bestätigt zu werden. Auf Grund dieser Erfahrung sollen derartige Fisteln restlos beseitigt werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

2769.

Fischer, A., Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Empyeme des Säuglings und frühen Kindesalters. (Zbl. Chir., Nr. 11, 1929.) Verf. spricht bei der Behandlung der Säuglings- und Kinderempyeme für die geschlossene Drainage das Wort: Die geschlossene Drainage kann rasch, schonend, ohne Entstehung eines Pneumothorax angelegt werden. Sie unterhält einen schwachen negativen Druck in der Pneumohöhle und kann auch bei parapneumonischen Empyemen ohne Gefahr angewandt werden. Bei der offenen Drainage entsteht ein offener Pneumothorax und dadurch infolge der Zartheit und Nachgiebigkeit des kindlichen Mittelfells oft starkes Mediastinalflattern. So sind die Kinder, deren Widerstandskraft den Empyemerregern gegenüber gering ist, großer Gefahr ausgesetzt.

Um die Kompression des eingeführten Rohres zwischen den Rippen zu vermeiden, verwendet Verf. Metallrohre, die sich auch gut befestigen lassen und eine leichte Reinigung ermöglichen.

Mit der geschlossenen Drainage hat Verf. viel bessere Resultate erreicht, als andere Autoren mit der offenen Drainage.

Walter Grossmann, Berlin.

2770.

Hanf-Dreßler, K., Spontanruptur der Art. subclavia. Ein Sportschaden. (Arch. klin. Chir., 154., 4.) (I. Chir. Abt. d. Krankenhaus Charlottenburg-Westend.) Als Sportverletzungen sind die akuten Traumen zu verstehen, die für die Eigenart eines jeden Sportes mehr oder weniger typisch sind. Hierzu gehören auch Unfälle durch Naturereignisse während der Sportausübung (Bergstürze, Lawinen, Unwetter usw.) Als Sportschäden sind die meist

chronischen Schädigungen aufzufassen, die ein Zeichen einer falschen oder einseitigen Sportbetätigung sind. Ueber physiologische oder einseitige Inanspruchnahme der individuell in verschiedenem Maße zu Gebote stehenden Körperkräfte setzten dauernde Reize, die schließlich durch Gewebsschädigung zu einem Sportschaden werden. Beschreibung eines solchen Sportunfalles beim Ueben mit einem Expander: Durchriß der Arteria subclavia nahe dem Rande der ersten Rippe, überwalnußgroßes Aneurysma spurium, Tod an innerer Verblutung.

2771.

Brummelkamp, R., **Paraarterielle Neurotomie.** (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 2, 1929.) Die paraarterielle Sympathektomie beruht auf einer Unterbrechung der afferenten Bahn eines vasokonstriktorischen Reflexbogens. Der bisher unauffindbare afferente Konduktor dieses Bogens ist in bestimmten vom Autor näher bezeichneten und beschriebenen Nerven zu suchen. Die paraarterielle Neurotomie, die an Stelle der Sympathektomie nach Leiche ausgeführt wurde, soll besser sei, das heißt frei von allen Nachteilen.

2772.

Schönbauer, L., **Die Ergebnisse der operativen Behandlung der Rückenmarkstumoren.** (Arch. klin. Chir., 154., 4.) (I. Chir. Univ.-Klinik, Wien.) Verfasser baut seine Arbeit nach dem Schema: Diagnose der Rückenmarkstumoren, Technik der Operation, Ergebnisse auf. Zum ersten Punkt „Diagnose“ wird besonderer Wert auf die Angaben der Patienten gelegt: Klagen über Sensibilitätsstörungen oder Funktionsstörungen sind charakteristisch. Dorsalisierende Tumoren machen zunächst sensorische, ventral gelegene zuerst motorische Störungen. Blasen-Mastdarmstörungen treten meist erst im späteren Stadium auf und sind charakteristisch für extramedulläre Konus- und Kaudatumoren. Die objektiven Symptome, die beobachtet werden, sind in drei Gruppen einzuteilen: 1. Erscheinungen, die ihre Ursache in der Schädigung der Nervenwurzeln haben; 2. Erscheinungen von seiten des komprimierten Rückenmarkes; 3. Veränderungen der Wirbelsäule. Die Störungen von seiten der Wurzeln sind zu Beginn Reizungs-, später Lähmungserscheinungen. Parästhesien (Kribbeln, Gefühl des Ameisenlaufens, Einschlafen der Extremität) werden empfunden. Hyperästhesien bestimmter Hautpartien sind für die Lokalisation des Tumors wichtig.

Als charakteristische Schädigung von seiten des Rückenmarkes werden Halbseitenstörungen beobachtet. In klassischer Ausbildung beobachtet werden, welche in einer spastischen Lähmung auf der vom Tumor betroffenen, in einer Herabsetzung der Schmerzempfindung auf der entgegengesetzten Seite besteht. Als Zeichen der Mitbeteiligung der Wirbelsäule kommen Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit der Wirbel an der Stelle des Tumors vor. Bei Erkrankungen des Halsmarkes findet man gelegentlich Steifhaltung des Kopfes und Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule.

Wichtig für die Diagnose eines Rückenmarktumors sind Veränderungen des Liquors, abnormes Verhalten des eingebrachten Lipiodols und der in den Wirbelkanal eingeblasenen Luft. Die nach Luftinjektion eintretenden Schmerzen an der Stelle des Tumors sind für die Höhend diagnose wertvoll. Die obere Grenze der Luftsäule entspricht dem unteren Pol des Tumors. An Liquorveränderungen sind der Nachweis von Zellen im Liquor, der positive Ausfall der Pandy- und Nonneschen Reaktion wertvoll. Lipiodol kann sowohl absteigend durch den Subokzipitalstich als auch aufsteigend nach Lumbalpunktion injiziert werden. Verfasser warnt ausdrücklich vor Ueberspannung des Lipiodolgebrauches, da schwere Schädigungen, ja sogar Todesfälle nach Lipiodol beobachtet wurden.

Zur Technik des Eingriffes empfiehlt Verfasser die linke Seitenlage des Patienten und Allgemeinnarkose; doch können Laminotomien auch in Lokalanästhesie ausgeführt werden. Die Freilegung der Dura muß in einer Ausdehnung von 6 bis 8 Dornfortsätzen erfolgen. Findet sich an der angenommenen und eröffneten Stelle kein Tumor, so ist zu entscheiden, ob der Tumor an anderem Orte sitzt oder ob trotz der Symptome die Tumordiagnose falsch war. Entschließt man sich dann die Dura in weiterem Umfange zu reizelegen, so hat der Operateur nach dem Kräftezustand des Patienten sich zu entscheiden, ob die Fortsetzung nicht in einem zweiten Akt vorzunehmen ist. Nach Entfernung des Tumors wird die Dura fortlaufend vernäht. Wurde bei der Tumorentfernung ein Stück der Dura fortgenommen, so bleibt die Dura an dieser Stelle offen, alle übrigen Schichten werden eng vernäht. Bei der Nachbehandlung ist besonders auf das Vermeiden von Liquoristeln zu achten. Bauch- oder Seitenlagerung in den ersten Stunden nach der Operation sind hierbei von Vorteil. Die vom Verfasser ausführlich besprochenen Ergebnisse der operativen Behandlung der Rückenmarkstumoren sollen hier nur mit einem Satz kurz gestreift werden: er berechnet bei 66 Fällen eine Prozentzahl von etwa 33% Heilung oder Besserung über drei Jahre.

E. Mühsam, Berlin.

2773.

Langenskiöld, F., **Ueber Tumoren der langen Röhrenknochen, mit besonderer Rücksicht auf ihre Diagnose und Behandlung.** (Finska Lak. sällsk. Hdl., 5., Nr. 72.) Die Ätiologie, Pathogenese und pathologische Anatomie der Knochentumoren beiseite lassend, legt L. die Ergebnisse dar, zu denen er, beim Studium von 117 Geschwulstbildungen in langen Röhrenknochen, in bezug auf Diagnose, Prognose und Behandlung dieser Affektionen gelangt ist. Diese 117 Fälle sind unter einem Gesamtmateriale von 88 000 Fällen von chirurgischen Erkrankungen verschiedener Art vorgekommen. Von den 117 Fällen sind 78 als primäre, 13 als sekundäre maligne Geschwülste diagnostiziert worden, indes der übrige Teil, abgesehen von 2 Chondromen, von kartilaginären Exostosen dargestellt wurde.

Von den als primäre maligne Tumoren diagnostizierten Fällen sind 55 mehr oder weniger radikalen Operationen unterworfen worden, während 23 eine Operation abgelehnt haben. Von den Operierten sind 13 noch am Leben; von diesen aber sind 5 vor weniger als 2 Jahren operiert worden. Außerdem finden sich noch 2, die nach der Operation 12 bzw. 15 ohne Rezidiv gelebt haben, von denen aber der eine an einer interkurrenten Krankheit gestorben und der andere ausgewandert ist.

Die Operation hat in 13 Fällen in einer Resektion bestanden (davon 5 Fälle rezidivfrei); in 42 Fällen hat eine Amputation oder Exartikulation stattgefunden (10 Fälle rezidivfrei). Eine Analyse der Fälle, in denen der betreffende Patient über 2 Jahre nach der Operation gelebt hat, ergibt, daß nur in einem derselben ein wirklich maligner Tumor vorgelegen hat (Osteochondroma femoris, Exstirpation, Rezidiv, sekundäre Exartikulation, Heilung [seit 12 Jahren]), während unter den übrigen ein Fall von Myositis ossificans, ein parostaler Tumor und ein Fall von Ostitis fibrosa, sowie ferner 3 Fälle, die mit Sicherheit, und 3 andere, die höchst wahrscheinlich Riesenzellentumoren waren, sich vorfinden. Auf Grund seiner Beobachtungen hält L. die radikale operative Behandlung maligner Tumoren der langen Röhrenknochen für illusorisch.

Als röntgendiagnostische Merkmale einer bösartigen Geschwulst hebt L. die durch periostale Auflagerung an den Polen des Tumors entstehenden Knochenspornen sowie die vom Knochen ausgehende strahlige oder zackige Knochenbildung in der Geschwulstmasse hervor, während eine zusammenhängende Knochenschale als Zeichen von Gutartigkeit der Geschwulst bezeichnet wird. Stereoskopische Röntgenaufnahmen werden, namentlich behufs Erkennung einer Myositis ossificans, empfohlen.

In Anbetracht der schlechten Ergebnisse der operativen Behandlung maligner Knochentumoren findet L. Versuche auch mit anderen als mit operativen Methoden vollauf berechtigt.

Bei sicher bösartigen Geschwulstbildungen empfiehlt L. für die untere Extremität Exartikulation oder hohe Amputation als Palliativoperation. Für die obere Extremität wird zum gleichen Zweck eine radikal auszuführende Resektion ohne komplizierte Plastik zur Deckung des Defektes befürwortet. Bei unsicher erscheinender Diagnose empfiehlt L. die Extremität zu sparen, da deren Preisgabe in Fällen bösartiger Geschwulstbildung doch nicht imstande wäre, das Leben des Patienten zu retten oder auch nur zu verlängern, und bei gutartiger Beschaffenheit der Geschwulst eine durch nichts zu rechtfertigende Verstümmelung darstellen würde. Für derartige Fälle wird anstatt radikaler Operation Freilegung und Ausräumung des verdächtigen Herdes empfohlen. Das gesamte auf diese Weise erhaltene Material müsse mikroskopischer Untersuchung unterzogen werden, und falls diese eine gutartige Natur der Geschwulst ergebe, sei bei evtl. eintretendem Rezidiv eine konservative Resektion mit freier Knochenplastik vorzunehmen.

E. Keller.

2774.

Willis, Theodore A., **Eine Analyse der Wirbelanomalien.** (Amer. J. Surg., 6., S. 163, Februar 1929.) Beobachtungen an über 1400 Skeletten haben Verf. zu der Ueberzeugung gebracht, daß Anomalien der Wirbelsäule auf den Lumbosakralabschnitt beschränkt sind. — Als Ursachen gibt er solche an, die in der Entwicklung und im Wachstum begründet sind, und solche, die aus Einflüssen in der Umgebung entstanden sind, also durch Krankheiten oder Unfälle. Es folgen eine Aufzählung der verschiedensten Anomalien und Betrachtungen über ihre klinische Bedeutung.

Gohrbandt.

2775.

Böhler, L., **Behandlung frischer und veralteter Mondbeinverrenkungen.** (Zbl. Chir., Nr. 11, 1929.) Bei der Einrenkung sowohl der frischen wie der veralteten Mondbeinluxationen ist besonders die Ausübung eines genügend starken Längszuges wichtig. Während des starken Längszuges drückt man die Hand nach unten, evtl. beugt man noch unter fortwirkendem Zug volarwärts. Gelingt die Einrenkung nicht, so spannt man den Arm am besten in einen Schraubenzugapparat ein, der kräftig, langsam und schonend wirkt. Die Hand soll nach der Operation nur in Streckstellung oder in leichter Dorsalbeugung für 4 bis 5 Wochen eingegipst werden.

Eine Versteifung des Handgelenkes ist durch die lange Ruhigstellung im Gips nicht zu befürchten.

Verf. gelang in den letzten 2 Jahren in 4 veralteten Fällen die Mondbeinverrenkung blutig einzurichten.

Walter Grossmann, Berlin.

2776.

Kalenscher, H., Beiträge zur konservativen Behandlung der frischen Kniescheibenbrüche. (Bruns Beiträge z. klin. Chir., 146., 3. Heft, S. 460.) Auf Grund seiner Beobachtungen vertritt Verf. die Ansicht, daß auch bei den frischen Kniescheibenbrüchen die konservative Behandlungsmethode noch ihre volle Berechtigung hat, wenn die Längsdiastase der Fragmente sich manuell oder durch Heftpflasterextension nahezu ausgleichen läßt und die Bruchstücke bis zur Konsolidierung gegeneinander fixiert gehalten werden können. Um eine Quadrizepsatrophie zu vermeiden, wird mit frühzeitiger Massage begonnen. In den beobachteten Fällen wurden gleich gute Resultate wie mit der operativen Behandlung der Kniescheibenbrüche erzielt. Auch durch die operative Behandlung wird sich nicht immer eine Restitutio ad integrum herstellen lassen.

E. Gohrbandt, Berlin.

2777.

Narat, Joseph K., Ein seltener Fall von Luxation der Metatarsalknochen. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 2, S. 239, Februar 1929.) Verf. berichtet über einen bisher in der Literatur nicht beschriebenen Fall, der in doppelter Hinsicht ungewöhnlich war: 1. waren die Knochen in zwei verschiedenen Richtungen disloziert, und zwar bestand eine Plantarluxation des 2., 3. und 4. Metatarsalknochens und eine Dorsalluxation des 1. bis 5. Metatarsalknochens; 2. bestand neben der Plantar- und Lateralalluxation des 2., 3. und 4. Os metatarsale noch eine Außenrotation dieser Knochen. Gohrbandt.

2778.

Els, E., Zur Aussprache über die Avertinnarkose. (Zbl. Chir., Nr. 12, 1929.) Verf. berichtet über 630 Avertinnarkosen. Von der Avertinnarkose wurden nur die Eingriffe ausgenommen, die sich in kurzer Rauschnarkose oder Lokalanästhesie leicht ausführen lassen. Strumen werden ausnahmslos im Avertinschlaf operiert. Aber auch Eingriffe am Anus, Rektum und Kolon lassen sich trotz des Rektaleinlaufes gut ausführen.

Reine Avertinnarkosen gelangen in 58%, mit Aetherzusatz bis 50 g in 35%, mit Aetherzusatz bis 100 g in 5,4% und mit Aetherzusatz über 100 g (d. h. Versagen) in 1,6% der Fälle.

Pro Kilogramm Körpergewicht wird bis 0,125 g Avertin gegeben. Gesamtmenge überschreitet 8 g bei Frauen und 10 g bei Männern nicht.

Ernstere Zwischenfälle hat Verf. nicht erlebt. Er gewann ein sehr günstiges Urteil über die Avertinnarkose und betrachtet dieselbe als Methode der Wahl. Walter Grossmann, Berlin.

2779.

Atanasof, Chr., Ueber die Anwendung des Ephetonin-Merck bei der rektalen Avertinnarkose. (Med. Klin., Nr. 21, 1929.) (II. Chirurg. Abtlg. des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) Das Ephetonin-Merck hat sich dem Verfasser sehr gut als Prophylaktikum gegen die blutdrucksenkende Wirkung des Avertins bewährt. Man gibt am besten 0,01 g Ephetonin pro 1,0 g Avertin in intramuskulärer Injektion, und zwar gleich nach Abschluß des Avertinlösungseinfußes. Unangenehme Wirkungen von seiten des Präparates wurden nicht beobachtet. In Fällen von Herzmuskelschwäche ist von Ephetonin nicht viel zu erwarten. Kontraindiziert ist das Ephetonin in Fällen von Basedowscher Struma mit ihrem labilen und überempfindlichen Sympathikus und bei stärkeren Hypertonien.

L. Gordon Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

2780.

Schepetinsky, Anna, Ueber die Konstitution des Weibes. (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 15., Heft 2, 1929.) Verf. hat an einer bestimmten Berufsgruppe (Näherinnen) die konstitutionellen Anlagen bestimmt und in Verbindung damit die beruflichen Schädigungen festgestellt. Er hat dabei die Feststellung gemacht, daß in 50% die Arbeiterinnen in der Körperentwicklung zurückgeblieben sind; sofern frühzeitige Aufnahme der Lohnarbeit und konstitutionelle Momente hier stark mitspielen, kann das nicht ausschließlich auf den Beruf zurückgeführt werden. Die Arbeiterin beginnt die Lohnarbeit, bevor die Entwicklung ihres Körpers abgeschlossen ist, noch als Kind, und das kann an ihr nicht spurlos vorbeigehen. Verf. hält es für wünschenswert, die Untersuchungen in der entsprechenden Richtung fortzusetzen, damit die Beziehungen zwischen konstitutioneller, sozialer und beruflicher Beeinflussung einer Klärung nähergebracht werden könnten. Rudolf Katz, Berlin.

2781.

Vögel, J., Ueber den Einfluß chronischen Narkotikagebrauchs auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 15., Heft 2, 1929.) Verf. bearbeitete das Material der weiblichen Narkomanen des Psychoneurologischen Institutes in Leningrad, das sich auf 51 Morphinistinnen, 32 Alkoholikerinnen und einige Kranke mit chronischem und übermäßigem Nikotin- und Kokaingebrauch bezieht. Bei der Gruppe der Alkoholikerinnen, deren Alter zwischen 26 bis 64 Jahren schwankte, ist in vielen Fällen keine Abweichung in der Tätigkeit des Genitalapparates zu bemerken; Menses, Libido, Schwangerschaften und Geburten verlaufen bei diesen Kranken vollkommen normal, in einigen Fällen war Oligo-Hypomenorrhöe ohne tiefere anatomische Störungen festzustellen. Es bestehen ferner Beziehungen zwischen den Störungen der menstruellen Funktion und dem Alter, in welchem die Trunksucht begann. Je früher die chronische Alkoholvergiftung begann, desto intensiver waren die Störungen der Menses. — Das Alter der vom Verf. beobachteten Morphinistinnen schwankte zwischen 23 bis 35 Jahre; bei der Mehrzahl der Kranken begann die Gewöhnung an Morphinium von 18 bis 25 Jahren. Bei dieser Gruppe sind sowohl Klagen über Amenorrhöe sowie über Fehlen von Libido vorhanden. Die Störungen der menstruellen Funktion sind nach den Beobachtungen des Verfassers sehr langwierig. (Fälle von achtjähriger Amenorrhöe.) Eine gewisse Verkleinerung und atrophische Erscheinungen des Genitalapparates führt Verf. entweder auf den Morphinismus zurück oder, was wahrscheinlicher ist, man muß dieselben als sekundäre Veränderungen dauernder Amenorrhöe ansehen.

Den Zusammenhang dieser Klagen mit den Morphinismus beweist außer der Häufigkeit ihrer Beobachtung auch der Umstand, daß bei nicht sehr schweren und dauernden Formen der Morphinumsucht normale Libido und normaler menstrueller Zyklus eintritt, sobald der Gebrauch des Morphioms unterbrochen wird. Die dritte, ziemlich häufige Klage der Morphinistinnen ist Sterilität (beim Material des Verfassers bis zu 24%); diese Klagen fallen meistens mit Mangel an Libido und mit Amenorrhöe zusammen, so daß man im ganzen den Eindruck einer unterdrückenden Wirkung des Morphioms auf die Funktionen der Geschlechtsorgane erhält, wobei die Schwere der Erscheinung der Dauer des Morphinismus entspricht. Also: Abwesenheit von Libido, Oligo-Amenorrhöe (in einigen Fällen begleitet von unspezifischem Fluor) und als Enderscheinung Sterilitas. — Verf. ist der Meinung, daß sein Material zu klein zur Feststellung des klinischen Bildes funktioneller Leiden des Genitalapparates bei chronischer Narkomanie ist und hofft, daß durch ausgedehnte Beobachtungen verschiedener Forscher sich die Möglichkeit ergibt, die durch den chronischen Narkotismus verursachten Schädigungen am Geschlechtsapparat der Frau klarer zu erkennen.

Rudolf Katz, Berlin.

2782.

Rutich, E., Ueber die klimakterische Hypertonie. (Orvosi Hetilap, Nr. 18, 1929.) Verfasser vollführte aus unter dem Ambulantenmaterial von 1000 Individuen ausgewählten männlichen und weiblichen Kranken nach zwei Richtungen statistische Beobachtungen und vergleichende Versuchsuntersuchungen. Dieselben bezogen sich einesteils darauf, ob die klimakterische Hypertonie in einem solchen Zahlenverhältnis vorkommt, daß dies auch allein beweisen würde, daß bei den Frauen durch das Aufhören der Ovarialfunktion die in der Korrelation der innersekretorischen Drüsen eintretende Störung des Gleichgewichtes allein der Grund der Hypertonie sein könne, anderenteils darauf, in welcher Weise die Erfolge der Substitutionstherapie auf einen ähnlichen Entstehungsmechanismus rückschließen lassen. Wenn auch nach den so gewonnenen statistischen Daten der durchschnittliche Wert des Blutdruckes bei der Frau im fünften und besonders im sechsten Jahrzehnt bedeutend höher ist (139 bis 149) als beim Manne (127 bis 132), und diese Differenz wächst, je nachdem die Frau zur Zeit der Untersuchung noch regelmäßige oder unregelmäßige Menses hat oder diese bereits schon ausgeblieben sind, so erscheint doch nach Beobachtung zahlreicher Fälle bei Beurteilung des Endergebnisses begründet zu sein, daß Rutich als Schlußfolgerung das zieht, daß er den Ausfall des Ovariumhormons nicht für die einzige und unbedingte Ursache der klimakterischen Blutdruckerhöhung hält, sondern sie vielmehr nur als ein auslösendes Moment wertet, welches bei hierzu konstitutionell disponierten Individuen zur Steigerung der Labilität des vegetativen Nervensystems und zur immer mehr anwachsenden Ausbildung der Veränderung der kolloiden Verhältnisse beiträgt. Die vom Verfasser mit Organextrakten ausgeführten therapeutischen Versuche bestätigen auch nebenbei, daß wir mit denselben die im Klimakterium wahrnehmbare Blutdrucksteigerung dauernd nicht vermindern können und die durch eine solche Substitutionstherapie doch herbeigeführte nur sehr kurze Zeit dauernde Uebergangs- und nur anscheinende Besserung im selben Maße auch mit anderen sedativen und robrierenden Behandlungsmethoden erreicht werden kann.

E. J. Láslo 6., Budapest.

2783.

Genell, Zur Symptomatologie und Diagnostik der Hämato-metra im Nebenhorn. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 2.) Der Verfasser hat sämtliche Fälle von Genitalkoppelmißbildungen der Frauenklinik zu Lund für die Jahre 1904 bis 1928 zusammengestellt. Diese betragen zusammen 41 Fälle (Hymenalmißbildungen 14 Fälle, Uterus bicornis symmetricus 12 Fälle, Uterus arcuatus 3 Fälle, Vagina septa 4 Fälle, Uterus bicornis asymmetricus 8 Fälle, hiervon 5 Fälle mit Hämato-metra im Nebenhorn) bei einer gesamten Patientenzahl von etwa 15000. Der Uterus bicornis gibt an und für sich in der Mehrzahl der Fälle keine hervortretenden Symptome, sondern stellt oft einen zufälligen Befund bei Untersuchung und Operation dar. Kommt eine Blutansammlung im Nebenhorn hinzu, so entsteht ein Krankheitsbild, dessen Hauptsymptome Störungen im Menstruationszyklus und hochgradige dysmenorrhöische Schmerzen sind. Der Palpationsbefund bei Hämato-metra im Nebenhorn ist nicht immer ganz charakteristisch, besonders die Differentialdiagnose gegenüber dem subserösen Myom ist schwierig; werden aber Anamnese und Palpationsbefund miteinander verglichen, dürfte eine klinische Diagnose in der Regel möglich sein. Von den 5 operierten Fällen des Verfassers sind 4 vor der Operation richtig diagnostiziert worden. Die Behandlung ist eine operative Entfernung des Nebenhorns, was in sämtlichen Fällen zur Symptombefreiung geführt hat.

Hans Hirsch, Köln.

2784.

Tropea, Ueber die Therapie der Fibrome des Uterus mit einem speziellen Hinblick auf die konservative chirurgische Behandlung. (Ann. di Ost. e Gin., 51. Jahrg., April 1929.) (Geb. Gyn. Klinik der kgl. Universität in Mailand.) Das wichtige Problem der Therapie der Uterusfibrome, wie sie durch die Schule Alfieri gebildet wird, erfährt in dieser Monographie eine dokumentarische Behandlung.

Nachdem sich Verfasser mit der Strahlentherapie und den vermittelnden chirurgischen Methoden (supravaginale und Total-exstirpation) unter Aufzählung der Indikationen und Gegenindikationen befaßt hat, erläutert er die konservativen Methoden und ihre Technik. Auf Grund einer großen Kasuistik der Mailänder sowie vieler anderer italienischer und fremder Kliniken bekennt sich Verfasser zur konservativen Therapie der Fibrome des Uterus, vorausgesetzt, daß es auch die gegebenen Verhältnisse gestatten. Zur Ermöglichung eines solchen therapeutischen Vorgehens ist auch eine sichere Frühdiagnose notwendig.

L. Szamek, Wien.

2785.

Schmundak, D. E., und G. L. Kanewski, Moorbehandlung und Elektroionentherapie bei chronischen Entzündungen der weiblichen inneren Geschlechtsorgane. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 17.) (Staatlicher Kurort Slawjansk.) Von 148 Fällen wurden 14 der kombinierten Behandlung mit Moorbädern und Elektroionentherapie (Kalium jodatum), 72 nur der Moorbäderbehandlung und 62 der Elektroionentherapie allein unterzogen. Während die letztere Gruppe keine Besserung ergab, was wohl auf die kurze Dauer der Behandlung zurückzuführen ist, wurde bei der kombinierten Behandlung ein zweimal so großer Prozentsatz Heilungen erzielt als bei der Moorbäderkur allein. Die besten Resultate wurden bei Perimetritis adhaesiva, Periparametritis exsudativa und bei entzündlichen Adnexerkrankungen erzielt. Was die Technik betrifft, wurde individuell eine Stromstärke von 20 bis 70 M.A. angewandt bei einer Dauer der Sitzung von 15 bis 30 Minuten jeden zweiten Tag wobei die Patientinnen an den sitzungsfreien Tagen die Moorbäder erhielten. Die ganze Kur dauerte 6 Wochen.

E. Kontorowitsch.

2786.

Uddströmer, Beitrag zur Frage des gleichzeitigen Vorkommens von malignem Tumor und Myom des Uterus. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 2.) Statistische Angaben der letzten zwei Jahrzehnte über die Häufigkeit der malignen Degeneration der Uterusmyome haben Prozentziffern zwischen 0 und 10% ergeben. Die Erklärung hierfür muß sein: Entweder haben zufällige Umstände die Zahlen beeinflußt oder die Statistiken mit den hohen Prozentsätzen schließen auch Fälle von nur verdächtigter Bösartigkeit ein (Fehlreichtum). Von 900 eigenen Fällen operierter Myome wurden 99 histologisch untersucht. Unter diesen wurden 15 Fälle als sicher maligne, und zwar 14 als sarkomatös, einer als karzinomatös degeneriert erklärt, das sind rund 2%. Während der Jahre 1919 bis 1922 ist die Ziffer 3%, 1920 7%, 1923 bis 1926 0%, was illustriert, daß Statistiken von kurzer Zeitdauer und begrenztem Material wechselnde Resultate geben. Die meisten Fälle waren zwischen 40 bis 45 und zwischen 40 bis 55 Jahren. Nur in 4 Fällen einer von diesen Karzinom) war das Myom submukös, im Gegensatz zu den Angaben in der Literatur. Die Blutungssymptome sind nicht charakteristisch. Blutungen nach dem Klimakterium be-

standen nur in 2 Fällen. Schmerzen scheinen in bösartig degenerierten Fällen häufiger zu sein als sonst, so daß man diesem Symptom große Bedeutung zumessen kann. Kachexie war nur in einem Falle ausgesprochen. Symptome von Blase und Darm waren in 3 Fällen vorhanden. Druckempfindlichkeit bestand in 5 Fällen. Es ist vielleicht mehr als ein Zufall, daß es sich in 2 Fällen um früher bestrahlte Myome handelte. Es kann hier die Ovarialdosis als Reizdosis gewirkt haben. In Fällen, wo bei einer klimakterischen Frau eine anfängliche Bestrahlungsamenorrhöe von Blutungen gefolgt wird, muß man an Bösartigkeit denken. Rasches Wachstum wurde in 3 Fällen angetroffen. Vor der Operation wurde die maligne Degeneration nur in einem Fall (Karzinom) sicher diagnostiziert und in noch einem anderen vermutet. In 2 Fällen tauchte der Verdacht der Bösartigkeit erst während der Operation auf. Die Operationen haben zu vollständiger Heilung während mindestens 5 Jahren in 7 Fällen geführt, also in 47%.

Hans Hirsch, Köln.

2787.

Mikulicz-Radecki, F. v., Der konzentrische Angriff auf das Genitalkarzinom mit Operation und Aktinotherapie. (Strahlentherapie, 32., Heft 1, März 1929.) Verfasser gibt einen Ueberblick über die an der Universitäts-Frauenklinik Berlin befolgten Richtlinien für die Behandlung der Genitalkarzinome.

Beim Kollumkarzinom wird in operablen Fällen mit Radium vorbestrahlt. Es folgt nach 6 Wochen vaginale Radikaloperation, im Anschluß daran Radiumeinlage in die parametranen Wundhöhlen. Nach Ablauf der Rekonvaleszenz intensive Röntgennachbestrahlung.

In inoperablen Fällen erfolgt ebenfalls Radiumbestrahlung vaginal und intrauterin, gleichzeitig aber Spickung der Parametrien mit Radiumnadeln und Röntgenintensivbestrahlung. 8 Wochen später zweite Röntgenbestrahlung mit verzeitelten Dosen; wenn keine Beeinflussung eingetreten ist, nach 6 Monaten erneute Röntgenbestrahlung. Sobald das primär inoperable Kollumkarzinom klinisch geheilt ist, wird vaginale Radikaloperation nebst Radium- und Röntgenbehandlung vorgenommen. Bei Rezidiven nach der Operation wird im Prinzip in derselben Weise verfahren wie beim primären Karzinom.

Etwas anders ist der Weg beim Korpuserkarzinom: In operablen Fällen vaginale Total-exstirpation, dann am Ende der Rekonvaleszenz intensive Röntgennachbestrahlung. Eine zweite Röntgenbestrahlung mit verzeitelten Dosen mit gleichzeitiger Radiumeinlage wird nur bei Rezidiven empfohlen. In inoperablen Fällen beginnt man mit Radiumbestrahlung und gleichzeitiger Röntgenintensivbestrahlung. Nach 8 Wochen zweite Röntgenbestrahlung mit verzeitelten Dosen. Wird das Kollumkarzinom unter dieser Behandlung operabel, so soll auch hier Total-exstirpation vorgenommen werden. Dasselbe Prinzip wiederholt sich mit einigen Abwandlungen bei dem Vaginal-, Vulva-, Urethra- und Ovarialkarzinom. Dabei betont Verfasser aber ausdrücklich, daß mit diesen Richtlinien nicht etwa einem Schematismus das Wort geredet werden soll.

Kirschmann.

2788.

Callahan, W. P., F. H. Schiltz, C. A. Hellwig, Primäres Karzinom und Tuberkulose der Tuben. (Surgery, Gynec. Obstetr., Nr. 1, 1929.) In der Literatur bis 1926 sind 196 primäre Karzinome der Tuben bekannt. Tuberkulose findet sich in 1% aller gynäkologischen Fälle. Aber die Kombination Primärkarzinom und Tuberkulose der Tube findet sich nur sechsmal. Die Autoren fügen einen siebenten hinzu. Nicht nur das Primär-, sondern auch das Sekundärkarzinom der Tuben in Verbindung mit Tuberkulose ist sehr selten. Die klinische Diagnose der Salpingitis tuberculosa ist schwer zu stellen. Histologisch zeigt diese Erkrankung oft eine typische, an Karzinom erinnernde Zellproliferation, welche jedoch nichts mit dem eigentlichen Karzinom der Tuben gemein hat. Andererseits ist ein im Gefolge des Karzinoms der Tuben auftretender entzündlicher Prozeß wohl von Tuberkulose auseinanderzuhalten. Das Zusammentreffen der zwei Erkrankungen ist ein zufälliges, und obwohl der tuberkulöse Prozeß der ältere ist, ist er keinesfalls als Ursache des Karzinoms zu deuten; das beweist schon die Tatsache, daß in einem Falle das Karzinom die rechte, die Tuberkulose die linke Tube befallen hat. Die Prognose ist ungünstig. Nur frühzeitige Operation hat Aussicht auf Erfolg. Im beschriebenen Falle zeigte die Patientin 2 Jahre nach der Operation keine Metastasen und war bis auf eine Fistel gesund.

L. Szamek, Wien.

2789.

Troupin, A. S., Weibliche Sterilität. (Med. J. Rec., Nr. 9, 1929.) Man unterscheidet absolute Sterilität, bei der keine Konzeption stattfindet. Ursachen: kongenitale Mißbildungen, Ernährung (Mangel an Mineralsalzen, besonders Kalk und Proteinen — was aber allein nie zu Sterilität führt), Fettsucht (meist bei Frauen, die schon ein- oder zweimal geboren haben; meist resultieren Sterilität und Fettsucht aus anderen Faktoren, erstere ist nicht Folge der

etzeren). Vaginismus und Dyspareunie, chronische Zervizitis, Tubenokklusion, Gonorrhöe (in den meisten Fällen). Dann relative Sterilität: Konzeption findet statt, aber Frühgeburt oder nicht lebensfähiges Kind. Ursachen: Syphilis bei einem der Partner, kongenitale Rückwärtsverlagerung, auch Antelexion, infantiler Typ der Genitalorgane, Fibroide. Ferner die konditionale Form: ein bis zwei Kinder und dann Pause. Hier kommt Fettsucht, chronische Zervizitis, Rückwärtsverlagerung, besonders die Postpartumretroflexion, Zervixlaxation, oft die Curettage post partum; die Einkindsterilität ist meist durch Gonorrhöe bedingt, die nach der Heirat akquiriert wurde. Endlich die funktionelle Sterilität, bei der äußere Faktoren in Frage kommen. Vielfach Sterilität des Mannes (Gonorrhöe, Röntgen, was auch bei der Frau eine Rolle spielt.) In allen Fällen Aufnahme einer genauen Anamnese bei beiden Partnern, Untersuchung des Mannes; bei der Frau Fahndung nach abnormer Menstruation, ihren Ursachen und Folgen, Appendizitis, Peritonitis. Von großem Wert ist die Lipiodolprobe.

v. Schnizer.

2790.

Schmitz, H., Diagnose und Behandlung der Sterilität auf Grund der Erkrankungen der Tube. (Surgery, Gynec. Obstetrics, Nr. 1, 1929.) Pneumoperitoneum, Tubendurchblasung, Hysterosalpingographie haben ein erneutes Interesse in der chirurgischen Behandlung der Sterilität geschaffen, das jetzt auf einer wissenschaftlichen Basis gestellt ist. Im Falle des Verschlusses der Tuben durch perisalpingitische Prozesse (Appendizitis, Parametritis), in Fällen von Extrauterin gravidität, Myom gibt die Behandlung eine bessere Prognose als in Fällen, in denen die Schleimhaut durch endosalpingitische Entzündungsprozesse (Gonorrhöe, Tuberkulose, Sepsis) Schaden gelitten hat. Von chirurgischen Methoden kommen in Betracht die Salpingostomie, die Resektion der Pars isthmica und Reimplantation der Tube in das Uterushorn, ferner die Transplantation des Ovariums in das Caudum uteri bei Fehlen beider Tuben. Nach der Salpingostomie kann die Durchgängigkeit der Tuben durch in Intervallen von ungefähr 2 Wochen wiederholte Tubendurchblasungen, eventuell durch Hystero-graphie, kontrolliert werden.

L. Szamek, Wien.

2791.

Jensen-Carlén, Zusammenstellung der Ergebnisse der Behandlung des habituellen Aborts an der Frauenklinik in Lund 1904 bis 1927. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 2.) Es kamen 39 Fälle habituellen Aborts zur Beobachtung, in denen es nicht möglich war, eine Ätiologie sicherzustellen. In 24 Fällen trat der Abort im dritten Monat ein. Die Behandlung bestand in 2 Punkten: 1. Bett-ruhe an den Tagen in jedem Monat, an denen die Patientin menstruiert würde, wenn sie nicht schwanger wäre, weil in diesen Tagen der Uterus am leichtesten erregbar zu sein scheint. 2. Eine systematische antiluetische Behandlung, obwohl in keinem Fall eine Spur von Syphilis vorhanden war, weder in der Anamnese noch sonstwo (Wassermann usw.). In einigen Fällen wurden geburts-liche Maßnahmen unter den üblichen Indikationen angewandt. Das Resultat war 27 lebende Kinder von 39 Schwangerschaften, das sind 69,23%.

Hans Hirsch, Köln.

2792.

Chatillon, Fernand, 5 Fälle von eingebildeter Schwangerschaft. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 20, 1929.) Die Suggestivschwangerschaft trifft man in jedem Lebensalter an, vorwiegend aber in der Nähe der Menopause oder bei Frauen, die spät geheiratet haben und die Mutterschaft ersehnen. Bei jungen Frauen erlebt man Suggestivschwangerschaften meist an Ledigen, die fürchten, schwanger zu sein. Nach Kehrer herrschte bei einem Teil der Suggestivschwangerschaften Organveränderungen vor, bei einem anderen Teil überwiegen die psychischen Veränderungen die organischen. Bei Frauen, die sich ein Kind wünschen, ist die Amenorrhöe ein konstantes Symptom. Kehrer reihet sie in die Gruppe derjenigen Neurosen ein, die er als „Erwartungsneurose“ oder „Schwangerschaftswahn“ bezeichnet. Schließlich ist auch der eingebildeten Schwangerschaften dementer Frauen zu gedenken, wie sie einem in Irrenanstalten begegnen. Eine hysterische Komponente ist dann meist dabei.

Held.

2793.

Leunichens und Pastiels, Panphlegmone der Brüste; bilaterale Amputation und deren Einfluß vom physiologischen Standpunkt auf den Stand der Schwangerschaft. (Brux. Méd., Nr. 26, 1929.) Mitteilung eines Falles von Panphlegmone der Brüste im Verlauf einer Staphylokokkenseptikämie post partum, die zu einer Amputation beider Brüste führte. Ueber die Folgeerscheinungen dieser Mammaektomie läßt sich sagen, daß die Menstruation in Dauer und Rhythmus davon unbeeinflusst bleibt; auch der Geschlechtssinn hat keine Veränderung erfahren. 8 Monate später setzt eine neue Schwangerschaft ein, die die operierte regulär beendet. Die Frau bringt ein normales Kind zur Welt, ihr Wochen-

bett verläuft ungestört, und die Rückbildung des Uterus vollzieht sich ohne Verzögerung. Es scheint demnach kein Einfluß der Brustdrüsen auf den Uterooovarialtrakt zu bestehen.

Held.

2794.

Essen-Möller, Elis, Die Entbindung über 40 Jahre alter Erstgebärender. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 2.) Die Entbindung einer Primiparen, die das vierzigste Lebensjahr überschritten hat, ist mit größeren Gefahren verbunden als die anderer Erstgebärender. Die Geburtsdauer pflegt im allgemeinen länger zu sein als sonst, doch gibt es auch überraschend schnelle Geburtsverläufe. Unter 206 Fällen sind 2 Mütter gestorben, die eine an Sepsis nach Geburt in Steißlage von 167 Stunden Geburtsarbeit, die andere an akuter Verblutung nach spontaner Geburt bei Placenta praevia. Beide hätten gerettet werden können, wenn rechtzeitig ein Eingriff gemacht worden wäre. 17 von den Kindern starben vor, während oder nach der Geburt, was 8,25% ausmacht. Einige von diesen Kindern hätten wahrscheinlich gerettet werden können durch einen früheren Eingriff. Die Notwendigkeit operativen Eingreifens ergab sich bei 90 bis 43,2%, während sie im allgemeinen bei Erstgebärenden 28,04% beträgt. Der Verfasser verwirft den Kaiserschnitt als prinzipiellen Eingriff in diesen Fällen, wie er von einigen Seiten vorgeschlagen worden ist, aber er meint, daß dieser Eingriff verdient, öfter angewandt zu werden, wenn eine sorgfältige Prüfung aller Umstände im vorliegenden Falle ergibt, daß in dieser Weise die Gefahren für das Kind geringer werden, ohne daß gleichzeitig die Mutter einem größeren Risiko ausgesetzt wird.

Hans Hirsch, Köln.

2795.

Löfquist, Beitrag zur Frage der zentralen Dammrisse. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 2.) Die zentralen Dammrissen lassen sich auf Grund ihres Entstehungsmechanismus in zwei getrennte Gruppen teilen: zentrale Dehnungsrisse und Scheiden-Dammperforationen. Die ersteren entstehen ausschließlich auf Grund einer behinderten oder erschwerten Erweiterung des Geburtskanals, sei es, daß diese Behinderung eine absolute, durch anatomische Veränderungen der Weichteile bedingte oder eine funktionelle, auf ungenügender Adaptionszeit beruhende ist. Es kommt zu einer starken Dehnung des Dammes in longitudinaler und transversaler Richtung, bis dann die Gewebe nachgeben und durchreißen. Die Scheiden-Dammperforationen entstehen vermutlich auf Grund einer Muskelruptur bei einem plötzlichen Vordringen des Kindes aus dem Zervikalkanal in die Vagina unter einer heftigen Wehe oder nach Druck von außen. Das Kind wird durch die Perforationsöffnung oder durch die Vulva geboren. Ein neben einem großen Kindsteil gelegener kleiner Teil kann den Damm durchbohren; das Kind wird dann nicht durch diese Öffnung geboren. In beiden Gruppen sind die Erstgebärenden vorherrschend. Bei Mehrgebärenden sind der Zentralruptur stets Veränderungen der Weichteile, gewöhnlich ein schlecht geheilter Vulvoperinealriß bei der vorigen Geburt, vorausgegangen. Der Beckenring hat wahrscheinlich keine ätiologische Bedeutung. Vorbedingungen einer Zentralruptur sind normale, dehnbare Gewebe in den mittleren und hinteren Partien des Dammes.

Hans Hirsch, Köln.

2796.

Mennet, J., Der vorzeitige Blasensprung unter sonst normalen Verhältnissen. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 22.) (Aus der Univ.-Frauenklinik Bern.) Der vorzeitige Blasensprung ist auch unter sonst normalen Verhältnissen ein sehr häufiges Ereignis. Scheinbar ist er in neuerer Zeit häufiger geworden, was damit zusammenhängen dürfte, daß einestils mehr Frauen schwerer körperlicher Arbeit unterworfen sind und andernteils auch das psychische Trauma häufiger geworden ist, entsprechend der allgemeinen Zunahme psychoneurotischer Störungen überhaupt.

Der vorzeitige Blasensprung hat bei sonst normalen Verhältnissen für den weiteren Geburtsverlauf nicht die Bedeutung, die man ihm gewöhnlich beimißt. Die ihm zur Last gelegten Störungen beruhen größtenteils auf anderen Komplikationen, welche ihn begleiten oder sogar provozieren.

Das Verhalten beim vorzeitigen Blasensprung soll demnach ein möglichst konservatives sein. Mit operativen Eingriffen soll man sparen, denn auch in Fällen wo das Fruchtwasser lange vorher abgefließen ist, ist die Neigung zu Wochenbettinfektionen nur wenig erhöht, dagegen steigt sie wesentlich an nach einem operativen Eingriff. Bei geburtsstillen Operationen nämlich verschleppt man leicht das Scheidensekret, in dem sich durch das alkalische Fruchtwasser pathogene Bakterien angereichert haben.

Held.

2797.

Bertini, E., Das Cullensche Symptom und sein diagnostischer Wert für die Extrauterin gravidität. (Ann. di Ost. e Gyn. 51. Jahrg., April 1929.) (Geb. gyn. Klinik der kgl. Univers. in Mailand.) Das Cullensche Symptom (bläulich-rote Verfärbung des

Nabels und seiner Umgebung) ist sehr selten und findet sich auch bei vielen anderen Zuständen außerhalb der Gravidität.

Dadurch verliert es seinen pathognomonischen Wert und ist nur zu verwerten, wenn auch sonst die Symptome für eine geplatzte Bauchhöhlenschwangerschaft sprechen. L. Szamek, Wien.

2798.

Koller, Theo, Zusammenfassende Tabelle über die Kinder-mortalität bei vaginaler Entbindung beim engen Becken, die Häufigkeit der Sectio caesarea sub partu beim engen Becken und die gegenseitige Verschiebung dieser Zahlen in den Jahren 1923 bis 1927. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 18, 1929.) Aus der vorliegenden tabellarischen Uebersicht ergibt sich, daß unbedingt eine frühzeitige Indikationsstellung zur Sektio notwendig ist als bisher, gestützt auf Muttermühsodäm und Hämaturie. Die Morbidität und Mortalität der Schnittentbindung nach zu lange expectativ geleiteter Geburt ist abhängig vom Zusammenwirken mehrerer Faktoren:

1. Mit der Dauer der Geburt nach dem Blasensprung ascendieren auf den Fruchtwasserstraßen Vulvabakterien in Scheide und Fruchtwasser des Uterus und vermehren sich daselbst.
2. Durch die Dauer der Einklemmung der Gewebe des unteren Uterinsegments zwischen Kopf und Becken nimmt die Zirkulationstörung, der Sauerstoffmangel und damit die Schädigung der zelligen Elemente an den eingeklemmten Gewebeteilen stetig zu.
3. Im nekrotischen Gewebe findet eine stärkere Ansiedlung durch die ascendierten Bakterien statt.

Die Mortalität des Kindes ist bedingt durch die Schädigung des Kindes durch Asphyxie infolge vollständigen Abflusses des Fruchtwassers und dadurch bedingter Verkleinerung der Plazentarmembranfläche. Held.

Geschichte der Medizin

2799.

Gesio, R., Die Priorität der italienischen Schule in Sachen des experimentellen Studiums und Klinik der Lebertherapie der Anämien. (Policlinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 20.) (Medizinische Univers.-Klinik Rom.) Verfasser nimmt die Priorität auf diesem Gebiete für Prof. Castellino, Vorstand des Pathologischen Universitätsinstituts in Genua, in Anspruch. Bereits im Jahre 1896 stellte Castellino zusammen mit Maragliano Untersuchungen über den Einfluß der Leber auf die Regeneration des Blutes an. Damals wurde die Leberdiät bei Tuberkulose und konstitutionellen Hämopathien inauguriert. Castellino machte auch auf die engen Beziehungen zwischen Leberfunktion und Knochenmark aufmerksam. In seinen Veröffentlichungen über die Pathologie der Leber kommt er zum Schluß, daß die Leberdiät bei Anämien, besonders solchen, die mit einer Hypofunktion der Leber einhergehen, gerechtfertigt sei. Seine Untersuchungen wurden von Pellegrini, La Franca und Pirero fortgesetzt, und die Resultate ihrer Arbeiten wurden den Untersuchungen der amerikanischen Schule zugrunde gelegt.

Ashkenasy, Wien.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

2800.

Yearsley, Macleod, Das Problem der Otoklerose. (Practitioner, Vol. XXII, Nr. 732, 1929.) Die Hauptpunkte, die sich aus einer 30- bis 35jährigen Beobachtungszeit für die Beurteilung der Otoklerose ergeben, sind folgende: 1. Das Leiden ist heimtückisch, fortschreitend und hat die Neigung, in Intervallen von schwankender Länge stationär zu bleiben. Der Wechsel von Stillstand und Fortschreiten ergibt sich aus dem Widerspiel zwischen toxischen Wirkungen auf die zerebralen Zellen des zerebralen Hörapparates und erhöhter Widerstandskraft des Organismus. In verhältnismäßig frühen Stadien können kurze Perioden der Besserung eintreten. 2. Das Leiden ist eng verknüpft mit Schwangerschaft als anscheinend determinierendem Faktor für Beginn und Verschlimmerung. 3. Es besteht für Otoklerose eine ausgesprochene Vererbung zur Vererbung. 4. Das Ohrenklingen — durch lokale Behandlung oft unbeeinflusst — ist häufig das erste Frühsymptom; es deutet auf kortikale Reizung. 5. Ein weniger wichtiger Punkt ist das Vorkommen von Migräne als Ausdruck einer chronischen Darmvergiftung in etwa 15% der Fälle. 6. Die Natur der Veränderungen in der Labyrinthkapsel läßt an rheumatoide Arthritis denken, sie resultiert aus einer chronischen Toxämie. 7. Daß die Otoklerose häufiger Frauen als Männer befällt, beruht zum Teil auf ihren Geschlechtsfunktionen, zum Teil darauf, daß sie mehr zu habitueller

Verstopfung neigen. 8. Die Begleitsymptome einer Darmvergiftung fehlten in keinem Falle. Daraus folgt, daß die Behandlung nicht nur lokal, sondern allgemein sein muß. Und wenn man bedenkt, daß die chronische Darmvergiftung allmählich und schleichend erfolgt, so haben Fälle, die man früh genug in die Hände bekommt, immer noch ganz gute Aussichten auf Stillstand und Besserung durch Beseitigung der Ursache. Die Behandlung ist hauptsächlich auf die Entgiftung des Darms gerichtet. Das geschieht durch sorgfältige Ueberwachung der Diät und durch Vakzine, die man aus der Darmflora herstellt. Held.

2801.

Specht, Papillome des Kehlkopfes. (Med. Welt, Nr. 21, 1929.) (Univ.-Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten Kiel.) Das Krankheitsbild der Kehlkopfpapillome ist prognostisch nicht so absolut aussichtslos, wie es allgemein angenommen wird. Die indirekten und vor allem die direkten Verfahren mittels Schwebelaryngoskopie oder Endoskopie erlauben ein sorgfältiges Vorgehen beim Operieren, die chirurgische Diathermie ermöglicht gründlichere Zerstörung als bisher, und schließlich ist noch die Möglichkeit zu nennen, durch Radium oder Röntgenstrahlen gegen die Geschwulstbildung vorzugehen. Für bedrohliche Erststadiumanfänge empfiehlt Verfasser die Interkrikothyreotomie, ein Verfahren, das die Tracheotomie entweder vollkommen oder doch wenigstens für Tage zu ersetzen vermag. Bei diesem Eingriff wird das den Schildknorpel verbindende Ligamentum conicum parallel dem durch die Haut fast immer leicht durchzufühlenden oberen Ringknorpelrand in einem Zuge mit den bedeckenden Weichteilen durchstoßen bzw. durchschnitten und hier eine Kanüle eingelegt. Für den Eingriff eignet sich am besten das von Denker angegebene Besteck. Die Interkrikothyreotomie ist absolut ungefährlich. L. Gordon, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

2802.

Breitmann, M., Zur Frage des schwarzen Dermographismus. (Medizin.-biolog. J., 4., Heft 5, 1928.) Unter schwarzem Dermographismus versteht man das Erscheinen eines schwarzen Streifens auf der Haut der Brust, besonders der Stirn, weniger des Rückens beim Bestreichen mit kupfernen, silbernen oder goldenen Gegenständen. Der schwarze Dermographismus wird erklärt durch Ablagerung fein disperser Metallteilchen in den oberflächlichen Hautschichten bei noch nicht genau bekannten Veränderungen des Eiweiß-Lipoid-Stoffwechsels der Haut.

Helene Eliasberg, Berlin.

2803.

Kaschkin, P. N., Pityriasis versicolor des behaarten Kopfes. (Dermat. Wschr., 88., Nr. 24, 1929.) (Klinik für Hautkrankheiten des Medizinischen Instituts und Katheder der Bakteriologie an dem L. M. I.) Während die Pityriasis versicolor am Rumpf eine häufige Erkrankung ist, wird das Vorkommen an Fuß, Hand und Kopf von manchen gänzlich bezweifelt, ist also jedenfalls selten. Das Befallenwerden des Kopfes würde vielleicht öfter festgestellt werden, wenn methodische mikroskopische Untersuchungen bei anscheinend seborrhoischen Zuständen des Kopfes vorgenommen würden, da es sich hier sicher nicht selten um Pityriasis versicolor handelt. In 3 Fällen, die klinisch gelblich gefärbte, fein schilfernde Flecke auf dem Kopf darboten, konnten in den Schuppen Myzel-fäden und große runde, gruppenweise und einzeln verteilte Sporen nachgewiesen werden; Pilzelemente fanden sich weder im extra-follikulären noch im radikulären Teil des Haares. Wodurch die Erkrankung des Kopfes zustande gekommen war, ließ sich nicht nachweisen. Ernst Levin, Berlin.

Lehner, E., Kälteurtikaria. (Orvosi Hetilap, Nr. 17, 1929.) Es wird der Fall eines 23jährigen Agentes beschrieben, der nach kaltem Wasser, Eis, Äthylchlorid an den Anwendungsstellen Nesselausschlag bekommt. Bei Hervorrufen der Kälteurtikaria an größeren Oberflächen, so z. B. am Rücken oder an der Brust, waren allgemeine schockartige Erscheinungen einer hämokrasischen Krise auszulösen. Verfasser konnte diese Idiosynkrasie, das heißt Ueberempfindlichkeit gegen Kälteeinwirkung, mit der Prausnitz-Küstner'schen Methode, sowohl mit dem Lehner-Rajkaschen Kaninchenohrversuche auf normale Individuen übertragen. Auf wiederholte Kälteeinwirkung kam sowohl an der Einwirkungsstelle wie auch allgemein eine Desensibilisation zustande. Im Sensibilisationsstadium waren im Blutserum entzündungssteigernde, im Desensibilisationsstadium dagegen entzündungsschwächende Stoffe nachweisbar.

E. J. László, Budapest.

2805.

Hermans, Eine seltene familiäre Nagelabweichung: Unguis excavati (Kollonychie). (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, Nr. 20, 1929.) Das eigenartige der Affektion besteht in dem familiären Auftreten einer eigenartigen Nagelform. Die Nägel sind wie ein Napf oder wie ein Löffel, konkav. Dabei besteht starke seitliche Verhornung. Möglicherweise liegen anämische Schrumpfungsprozesse der Affektion zugrunde. Das Leiden ist vor allem kosmetischer Art, doch kommen auch Fälle wirklicher mechanischer Behinderung vor. Therapie: zirkuläre Pflasterstreifen, die den Nagel wieder in normale Form bringen sollen. Erfolg zweifelhaft.

K. Heymann, Berlin.

2806.

Krzyszczatowicz, Fr., Ueber ekzematiforme Erscheinungen, die durch pyogene Mikroben hervorgerufen sind. (Acta Dermato-Venerologica, 29. Mai.) Aus dem Krankheitsbilde, das als Ekzem bezeichnet wird, läßt sich eine wohlcharakterisierte Krankheitsgruppe herausheben, die Gougerot als Dermoeplidermites beschrieben hat. Die Primärläsion beginnt unter der Epidermis und zeigt sich als diffuses, erythematöses oder mehr urtikarielles Hautödem. Aus diesem entwickeln sich mit Schuppen oder Krusten bedeckte Bläschen, in denen sich Staphylokokken einmischen, durch die dann das Krankheitsbild charakterisiert wird, das ähnlich dem der Impetigo aussieht. Aetiologisch spielt die Konstitution des Patienten die Hauptrolle; wichtig sind ferner lokale sowie allgemeine Schädigungen der Blutzirkulation sowie Prädisposition des Patienten für pyogene Krankheiten. Die Disposition wird durch pyogene Affektionen in der Anamnese erwiesen, wie Impetigo, Schleimhautkatarrhe aller Art usw. Ferner beobachtet man sehr häufig bei den Erkrankten eine Labilität des nervösen vegetativen Systems.

Bab.

2807.

Tyler, A. F., Physikalische Therapie bei Pilzkrankungen. (Archives of Physical Therapy X-Ray, Radium, Vol. 10, Nr. 1, Januar 1929.) Sporotrichosis: Innerlich Jodkali, äußerlich Umschläge mit Lugolscher Lösung, Röntgenbestrahlung der Geschwüre und Lymphgefäße nebst Drüsen. (Jede Reizung während der Bestrahlung vermeiden.)

Aktinomykose: Bei Beteiligung des Knochens chirurgische Ausräumung, bei Erweichung der Hautknoten Inzision und Nachbehandlung mit Jodtinktur. Intensive Röntgenbestrahlung (volle H. E. D.). Innerlich große Jodkalidosen.

Blastomykosis: Wiederholte Röntgenbestrahlung mit der vollen H. E. D. nebst interner Jodkalibehandlung. Bei resistenten Affektionen chirurgische Exzision.

Kirschmann.

2808.

Young, J. H., Behandlung der Beingeschwüre mit Magnesiumsulfat. (Lancet, 216., 5516.) (Craiglockhart Hospital, Edinburgh.) Verfasser hatte Gelegenheit, während eines längeren Zeitraumes die ausgezeichnete Wirkung folgender Behandlung bei Patienten, die oft jahrelang an der Affektion litten und bei welchen jede bisherige Therapie versagt hatte, zu beobachten: Die Kranken blieben im Bett, dessen Fußende erhöht wurde. Auf das Geschwür wurden mit 5- bis 10prozentiger Lösung getränkte Tupfer appliziert und der Verband dreimal täglich erneuert. Die Geschwüre bedeckten sich in kurzer Zeit mit frischen gesunden Granulationen und vernarben. Alle so behandelten Ulzera wiesen ausnahmslos eine bedeutende Besserung auf, und in 80% der Fälle trat vollkommene Heilung ein. Auch ein Fall von tuberkulösem Beingeschwür wurde unter dem Einfluß der Magnesiumsulfatverbände innerhalb 10 Tage bedeutend kleiner und zeigte vollkommene Epithelisation innerhalb 3 Wochen. Ein nach einem Monat aufgetretenes Rezidiv wurde durch Wiederholung der Behandlung prompt zum Verschwinden gebracht. Charakteristisch für die Methode ist die ganz zarte Narbenbildung und promptes Verschwinden der Schmerzen.

Ashkenasy, Wien.

2809.

Gillerson, A. B., und Epstein, Die Behandlung der Verbrennungen mit Naphthalinsalbe. (Wratsch. Gaset, 32. Jahrgang, Nr. 23, S. 1645.) Auf Grund ihrer Erfahrungen an über 1000 Fällen von Verbrennungen zweiten und dritten Grades bei Arbeitern einer Eisenschmelzhütte empfehlen die Verf. Behandlung mit 5- bis 10prozentiger Naphthalinsalbe mit Vaseline als Grundlage. Diese Salbe zeichnet sich durch rasche Förderung der Granulation aus. Bei Verbrennungen zweiten Grades wird sie gewöhnlich nicht am ersten Tage appliziert, sondern erst am dritten oder vierten Behandlungstage. Bis dahin behandelt man die Wunde mit Linim. calcarinum bzw. mit 10prozentiger Kaliumpermanganatlösung. Die Blasen und Hautreste werden entfernt. Bei Verbrennungen dritten Grades werden am besten neben der Naphthalinsalbe warme KMNO₄-Bäder verabreicht. Irgendwelche Nebenwirkungen wurden nach der Naphthalinsalbe in keinem Fall beobachtet.

E. Kontorowitsch.

2810.

Spicca, G., Ueber einen Fall von spontaner generalisierter Vakzine. (Arch. Ital. di Derm. Sifil. e Venerolog., 4., Heft 4, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einem fünf Jahre alten Erstimpfling mit hämorrhagischen Pusteln, die neun Tage nach der Impfung am Rumpf und unteren Extremitäten auftraten. Durch Ueberimpfung auf Kaninchenkornea und Auftreten von Guarnerischen Körperchen dortselbst wird die Diagnose sichergestellt. Die Ursache wird einer individuellen Idiosynkrasie, die entweder angeboren oder erworben sein kann, zugeschrieben.

Eugen Stransky, Wien.

2811.

Mrongovius, W. J., Karzinom auf Lupus. (Ann. de Derm. et de Syph., Nr. 2, 1929.) Ein Fall von ausgedehntem Lupus geht schließlich in ein Karzinom über. Ob die vor 15 Jahren durchgemachte Röntgentherapie etwas mit dem Karzinom zu tun hat, muß zweifelhaft bleiben. Mit gleichem Rechte könnten die zahlreichen zur Anwendung gekommenen anderen Behandlungsmethoden verantwortlich gemacht werden. Man muß sich mit dem Satz von Trauma und Karzinom helfen.

Kurt Heymann, Berlin.

2812.

Feßler, A., Zur Therapie der weiblichen Gonorrhöe. (Med. Klin., Nr. 21, 1929.) (Abtlg. für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Wilhelminen-Spitals in Wien.) Zum Herbeiführen einer vollständigen Heilung der weiblichen Gonorrhöe ist die Verbindung einer allgemeinen Therapie mit einer sorgfältig durchzuführenden lokalen Therapie und anschließendem Reizungszyklus unerlässlich. Zur allgemeinen Behandlung gehören zwei möglichst heiße und protrahierte Sitzbäder und zwei Spülungen mit $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ prozentiger Chloraminlösung täglich. Die Patientinnen erhalten ferner Belladonnaazäpfchen (0,02), Blasentee und Natrium salicylicum (dreimal 0,5). Außerdem wird zweimal wöchentlich Gonargin injiziert, in langsam ansteigender Dosierung von 5 bis 2000 Millionen. Die lokale Therapie darf erst nach Abklingen des akuten Stadiums einsetzen und nur bei solchen Patientinnen, bei denen eine Mitbeteiligung des inneren Genitales an dem Krankheitsprozesse ausgeschlossen werden kann. Die lokale Therapie wird täglich einmal durchgeführt. Man beginnt mit dem Antiseptikum Protargol ($\frac{1}{2}$, 1, 2, 3, 5 und 10%), geht dann zu Albargin über ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ und 2%) und schließt die Behandlung mit dem Adstringens Lapis ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$ und 2%). Jede Konzentration wird zwei- bis dreimal verwendet. In die Urethra werden 2—3 ccm der Behandlungsflüssigkeit mit dem Gyonkatheter eingespritzt. In den Zervikalkanal wird die Behandlungsflüssigkeit nach schonender Reinigung mit einem Wattestäbchen eingeführt. Der innere Muttermund darf dabei mit dem Stäbchen niemals überschritten werden. Vor die Portio wird ein Tampon gelegt. Ist nach der Behandlung mit Lapis das Sekret negativ, so beginnen die Reizungen: Cu 5% und 10%, Lugol, Hydrogen, Jod (nur in der Zervix) und zum Schluß 1 ccm Aolan intrakutan. Zwischen den Reizungen wird eine eintägige Pause eingeschoben. Wird das Sekret erneut positiv, so beginnt die Behandlung nach demselben Schema. Sehr wichtig ist die Mitbehandlung des Rektums. Die Sekretuntersuchung geschieht aus dem Sediment von 100 ccm lauwarmen Spülwassers. Zur Behandlung werden 20—30 ccm der angewärmten Behandlungsflüssigkeit eingespritzt. Lapis darf dabei nur in 1/2prozentiger Konzentration verwendet werden. Die Behandlung dauert nach diesem Schema 6 bis 8 Wochen, bei Beteiligung des Rektums 10 bis 12 Wochen. Es gelang auf diese Weise, dem Verfasser etwa 65% aller Fälle zur Heilung zu bringen. Ein Aufsteigen der Gonorrhöe fand bei etwa 10% des gesamten Materials statt.

L. Gordon, Berlin.

2813.

Lehner, E., Ueber die Wirkung der ultravioletten Strahlen in der Heilung der Syphilis. (Gyógyászat, Nr. 18, 1929.) Verfasser wandte in solchen Fällen, bei denen die Wassermannreaktion trotz energischer antiluetischer Behandlung positiv blieb, auch die Bestrahlung des ganzen Körpers nach Radnai und Rajka vor. Die Kranken erhielten 2 bis 3 Bestrahlungen pro Woche, insgesamt 30 bis 45 pro Kur. Er führte die Bestrahlungen gewöhnlich parallel mit der antiluetischen Behandlung durch. Er teilt zwei Krankengeschichten mit; in beiden war die WaR. sehr hartnäckig; sie wurde auch nach zahlreichen sehr energischen spezifischen Kuren nicht negativ. In beiden Fällen konnte er die WaR. nur dann beeinflussen, als er auch die Quarzbestrahlungen anwandte, wonach in dem einen Fall die WaR. negativ wurde, in dem anderen nur sehr schwach positiv (+) blieb. Dazu daß die Quarzbestrahlung wirklich von Nutzen sei, hält Verfasser als besonders wichtig, daß die Strahlen eine intensive Entzündung hervorrufen, und zwar bei jeder einzelnen Bestrahlung. Je intensiver die Einwirkung, desto sicherer ist der Erfolg. Wichtig ist dabei, daß die angewandten Strahlen eine große Fläche des Körpers treffen.

Verfasser ist der Meinung, daß an den Wirkungsmechanismus diejenigen Stoffe teilnehmen, die zuerst Török, Lehner und Urbán

im Blutserum des bestrahlten Individuums nachgewiesen haben und „entzündungsvermittelnden Stoff“ benannten. Diese Stoffe entstehen in den Geweben, gelangen in das Blutserum und beeinflussen das Endresultat der Serum-WaR. Jedenfalls ist in den Strahlen ein noch nicht ausgenützter Heilfaktor vorhanden, der auch in diesem Stadium der Syphilis noch wirksam sein kann, wo die spezifische Behandlung sich oft als ungenügend erweist.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

2814.

Ossipowa, E. A., **Psychopathische Zustände bei kongenitaler Lues.** (Z. Neur., 119., Heft 4.) Nach einer kurzen Uebersicht von 10 Fällen formuliert Verfasser die psychischen Abweichungen, die dem spezifischen Faktor zugeschrieben werden müssen. Das sind vor allem die Störungen im Gebiet der gemüthlichen Bewegungen, in Gestalt einer mangelhaften Entwicklung der im Prozeß der phylogenetischen Evolutionen später entstehenden emotionellen Mechanismen und das Vorherrschen instinktiver Triebe, die mit dem sog. „alten Gehirn“ im Zusammenhang stehen, im psychischen Leben. Sodann die krankhaften Veränderungen der Grundstimmung und die allgemeine motorische Unruhe, Erscheinungen, denen vermutlich Störungen der Tätigkeit ebenfalls der subkortikalen Ganglien zugrunde liegen. Somit kommt man im Ergebnis einer Analyse der Pathogenese zum Satz Bonhoeffers von der Störung der koordinierten Tätigkeit des Neenzephalons und Palaezephals des nicht ausgereiften Gehirns. Die Prognose kann in denjenigen Fällen, wo eine spezifische Behandlung vorgenommen wurde, eine günstigere sein; die psychopathischen Züge verschwanden bis zu einem gewissen Grade und das Kind konnte in das ihm gewohnte Milieu zurückgebracht werden. Letzterer Umstand weist auf die dringende Notwendigkeit einer eingehenden klinischen und ätiologischen Erforschung aller Arten von Psychopathien und psychopathieähnlichen Zuständen hin zum Zweck einer Aussonderung der syphilitischen Formen und eines rechtzeitigen therapeutischen Eingriffes; aus dieser Erwägung heraus unternahm der Verfasser die Untersuchung.

Hans Knospe.

2815.

Ormond, John K., **Solitärzyste der Niere.** (Amer. J. Surg., 6., Nr. 2, Februar 1929.) Verf. berichtet über einen Fall einer sehr seltenen Solitärzyste der Niere. Unter 12 500 Fällen des „Brady Urological Instituts“ wurde bis auf diesen Fall keiner beobachtet. — Röntgenologisch wurde eine Solitärzyste der Niere diagnostiziert. Die Operation ergab eine Solitärzyste, die vom unteren Pol der linken Niere ausging.

Gohrbandt.

2816.

Dermitzel, **Ueber Paranephritis.** (Dtsch. Z. Homöop., 4., 1929.) Nach einer Darlegung der Pathogenese und Klinik der Erkrankung wendet sich der Verfasser zu der homöopathischen Behandlung, der er so lange wesentliche Heilungsaussichten zuerkennt, bis es zu einem ausgesprochenen Abszeß gekommen ist, welcher natürlich operativ anzugehen ist, dagegen gelingt es sehr häufig, mit den entsprechenden homöopathischen Eiterungsmitteln die Entwicklung des Abszesses hintanzuhalten und die ganze Erkrankung ohne chirurgischen Eingriff vorher zum Ausheilen zu bringen. Indiziert sind besonders die Mittel, welche bei septischen Prozessen Anwendung finden, wie Lachesis, Chininum arsen., Echinacea und andere. Gutes sah der Verfasser auch von Eigenblutinjektionen. Ist es dagegen zum Abszeß gekommen, wird auch dann noch neben der operativen Behandlung die Homöopathie für die schnellere Ausheilung der Erkrankung von Nutzen sein.

Dermitzel.

2817.

Goldberger, Jaques, **Die Behandlung der Gicht und der uratischen Steinkrankheit durch Verabreichung von überschüssigen Basen.** (Z. Urol., 23., Heft 5.) Die folgerichtig durchgeführte Diättherapie ist sowohl für den Gichtiker wie auch für Steinleidende die erfolgreichste ärztliche Maßnahme, wenn keine Operationsindikation besteht. Die Nahrung soll einen reichen Ueberschuß an Basen besitzen. Zweckmäßig ist hierzu die Rohkost bzw. die Zubereitung der pflanzlichen Nahrungsmittel in der Weise, daß deren Salze erhalten bleiben. Zweckmäßig gibt man ein Präparat Basica hinzu, ein Nährsalzpräparat, in dem Kalium, Natrium, Magnesium, Kalzium, Eisen, Mangan und sonstige Metalle, die in Obst und Gemüse vorkommen, an organische Säuren gebunden, enthalten sind. Der Erfolg der Behandlung, Erzielung eines alkalischen reagierenden Urins mit reichlichen Basen und Harnsäureausschwemmung, wird durch Titration des Mageninhalt kontrolliert. Besitzt der Körper nach einiger Zeit eine gewisse Reserve an Basen, so können Zulagen von Fleisch, Eiern, Käse usw., Speisen mit Säurenüberschuß verabfolgt werden.

Kontraindiziert ist die Behandlung bei infiziertem Harntraktus, wenn das Vegetationsoptimum der Bakterien im alkalischen Harn liegt.

E. Lehmann, Breslau.

2818.

Gaté, J., und J. Roussett, **Gangrän der Genitalorgane.** (Ann. de Derm. et de Syph., Nr. 2, 1929.) Zwei Fälle von akuter Genitalgangrän des Penis werden beschrieben; es handelte sich um die bekannte Assoziation von fusiformen Bazillen und Spirillen. Möglicherweise spielen die Streptokokken eine Rolle beim Beginn der Affektion. Der Verlauf ist foudroyant, die Allgemeinerscheinungen sind schwer, die lokale Zerstörung ausgedehnt. Der erste Kranke hatte eine sehr alte Syphilis, die sich durch viszerale Erscheinungen manifestierte; sie schien bei diesem gangränösen Prozeß keine Rolle zu spielen.

Kurt Heymann, Berlin.

2919.

Lundberg, Sven, **Ueber die Bedeutung der Resorption von der Harnblase aus bei der Untersuchung des vesiko-ureteralen Rückflusses.** (Acta chirur. scand., Vol. LXIV, Fasc. VI, S. 551.) Verf. machte bei dem Versuch, die Suffizienz der Ureterenmündungen nach Einführung einer Jodlithiumlösung in die Blase zu prüfen, die Erfahrung, daß in allen Fällen auch der Ureterharn die Jodreaktion ergab. Da gleichzeitig mit dem Ureterharn auch der Mundspeichel eine positive Jodreaktion gab, mußte angenommen werden, daß eine Resorption des Jods von der Blasen Schleimhaut aus stattgefunden und so die positive Jodreaktion im Ureterharn bewirkt hatte und nicht etwa eine Insuffizienz der Uretermündungen vorlag. Verf. glaubt, für ähnliche Untersuchungen darauf hinweisen zu müssen, daß eine Resorption von der Harnblasenschleimhaut aus stattfindet und auf diesem Wege der Ureterharn beeinflußt werden kann.

E. Gohrbandt, Berlin.

2820.

Minder, J., **Blasenruptur und Zystoskopie.** (Z. Urol., 23., Heft 5.) Die Zystoskopie kann bei Fällen von Blasenruptur ohne üble Folgen ausführbar sein und zur Klärung der Diagnose verhelfen. Es wird ein genaues Indikationsprogramm für die Reihenfolge der instrumentellen Untersuchungen beim Verdacht auf Blasenruptur aufgestellt. Die Zystoskopie soll in diesen Fällen nur von einem geschulten Untersucher ausgeführt werden.

E. Lehmann, Breslau.

2821.

Hagmann, A. N., **Ein neues Kontrastmittel zur Pyelographie und anderen röntgenologischen Untersuchungen.** (Klin. Med., russ., 9. Jahrg., 6., Heft 21 (96), S. 1427/30.) (Staatliches Röntgeninstitut, Moskau.) An ein für die Pyelographie ideales Kontrastmittel müssen folgende Forderungen gestellt werden: bequeme und gute Sterilisierbarkeit, Fehlen von Giftsubstanzen, keine Ätzung und Reizung der Schleimhäute, Kontrastreichtum, deutliche Sichtbarkeit beim Zurückfließen. Das zur Zeit allgemein angewandte Bromnatrium ist sonst ein gutes Kontrastmittel, hat aber neben seinen Vorzügen auch einen Mangel, in dem es häufig im Anschluß an die Untersuchung trotz korrekter Technik einen Anfall von Nierenkolik hervorruft. Die Schmerzen treten am häufigsten einige Stunden nach der Untersuchung auf und sind auf die Reizung und Anschwellung der Schleimhaut des Nierenbeckens und des Ureters durch die stark hypertonische NaBr-Lösung zurückzuführen. Nach den Untersuchungen des Verf. entspricht die Jodsilbergelatine-emulsion den oben erwähnten Forderungen an ein Kontrastmittel in höherem Maße als das Bromnatrium, und die bisherigen Erfahrungen zeigen ihre vollkommene Unschädlichkeit und gute Verträglichkeit seitens des Patienten. Diese Kontrastmenge wird folgendermaßen zubereitet: 5,0 g Gelatine werden mit 75,0 ccm Wasser versetzt und zweimal innerhalb 1 bis 2 Tagen durch 30 Minuten langes Kochen im Wasserbade sterilisiert. Nach dem Abkühlen und Zusatz von durchgekochter wässriger NaJ-Lösung (5,0:15,0) wird die Mischung bei einer Temperatur von 40° C emulgiert, indem man unter ständigem Schütteln tropfenweise AgNO₃-Lösung (5,0 auf 25,0 ccm frisch abgekochten, destillierten Wassers) hinzufügt. Die erhaltene Emulsion wird danach durch einen sterilen Wattebausch filtriert und zur Füllung fertiggemacht. Es ist zu bemerken, daß die Jodsilbergelatine-Emulsion eine größere Viskosität besitzt als die Bromnatriumlösung; infolgedessen ist der Trichter bei der Füllung höher zu halten. Bisher unternahm der Verf. mit der Jodsilbergelatine-Emulsion als Kontrastmittel insgesamt 50 Pyelographien, wobei in keinem Falle irgendwelche Nebenerscheinungen beobachtet wurden. Bei zwei Patienten verschwand nach der Untersuchung die seit zwei Monaten bestehende Pyelitis, was dafür spricht, daß die Jodsilbergelatine auch als Therapeutikum verwendbar ist; weitere Untersuchungen müssen diesbezügliche Klärung bringen.

E. Kontorowitsch.

2822.

Maier, Otto, **Ueber Stromquellen für die Zystoskopie.** (Z. Urol., 23., Heft 5.) Wo ein Klingeltransformator in einem Hause vorhanden ist, empfiehlt der Verf. von diesem abzuzweigen und den Strom durch ein Schwachstromkabel in das Untersuchungs-zimmer zu leiten. Hier wird eine Schalttafel an der Wand an-

gebracht, die einen Schalter, einen Regulierwiderstand, ein Voltmeter bis 10 V., eine Glühlampe für 4–6 V. Spannung und eine Steckdose trägt. Diese werden nach dem beigegebenen Schema aufmontiert. Steht der Untersuchungsstuhl fest, so kann man zweckmäßig die Steckdose an diesem selbst anbringen. Dadurch wird vermieden, daß das Zystoskopkabel in der Luft quer durch das Zimmer verläuft.
E. Lehmann, Breslau.

2823.

Langer, Erich, Zur Diagnose der Harnröhren und Blasenmißbildungen. (Z. Urol., 23., Heft 5.) Die Röntgenaufnahme der Harnröhre stellt eine wertvolle Bereicherung unserer Untersuchungsmethodik dar. So vermag sie unklar Fälle chronischer Gonorrhöe häufig aufzuklären durch den Nachweis paraurethraler Länge, doppelter Harnröhren oder anderer Mißbildungen. Gelegentlich kommen die Samenblasen zu Gesicht, Karzinome u. a. Der Herd der Erkrankung wird durch die Methodik exakt lokalisiert und damit in vielen Fällen der therapeutische Weg vorgezeichnet.

E. Lehmann, Breslau.

2824.

Brunzema, D., Ueber den Kryptorchismus und seine Behandlung. (Arch. klin. Chir., 154., 4.) (Chir. Univ.-Poliklinik, Kiel.) Der normalerweise am Ende des embryonalen Lebens vollendete Deszensus der Hoden kann verschiedene Störungen erleiden, die eine abnorme Lagerung des Hodens bedingen. So können bei Verbleiben beider Hoden in der Bauchhöhle Kryptorchismus bilateralis, bei einseitigem Fehlen des Hodens Kryptorchismus unilateralis oder Monorchismus eintreten. Genaue Ursachen des mangelhaften Deszensus sind nicht bekannt. Abnorme Enge des Leistenkanals, intrauterine Haltungsanomalien, Heredität und andere Hemmungsstörungen werden angeschuldigt. Im postfötalen Leben sind als ätiologische Momente äußere Einwirkungen (Bruchband, Traumen, Repositionen) zu erwähnen. Retinierte Hoden Erwachsener zeigen interstitielle Zellen, die mit Recht oder Unrecht mit der inneren Sekretion des Organs in Zusammenhang gebracht werden. So ist die innere Sekretion trotz doppelseitigen Leistenhodens anscheinend unverändert. Spermatogenese fehlt meist. Bei Kindern unterscheidet sich der kryptorche Hoden histologisch kaum vom normalen, kindlichen Hoden. Meist ist die Hodenretention von anderen mehr oder weniger bedeutenden Mißbildungen begleitet: Hernien, Hydrozelen, Hypospadien, Phimosen, Epispadien werden beobachtet. Als Folgezustände des unvollkommenen Deszensus treten Hodenatrophie, Torsion von Hoden- und Samenstrang, Entzündungen, Neubildungen, Azoospermie, Schmerzen und nervöse Störungen auf. Für die Diagnose des Kryptorchismus ist das auffallendste Symptom das Fehlen des Hodens an normaler Stelle. Differentialdiagnostisch gegenüber einer Hernie ist das Vorhandensein oder Fehlen des Hodenschmerzes wichtig. Die Behandlung des Bauchhodens kommt nur in Frage, wenn er Beschwerde macht. Entartete Bauchhoden müssen natürlich operativ entfernt werden. Inoperable Geschwülste reagieren sehr gut auf Röntgenbestrahlung. Retentio inguinalis soll manchmal auf medikamentöse (Schilddrüsensubstanz) und orthopädische Behandlung gebessert werden. Für die operative Behandlung ist von Wichtigkeit die Frage, wann operiert werden soll. Manche sprechen sich für die Zeit vor der Pubertät aus (6. bis 14. Jahr). Andere wollen erst nach vollendeter Pubertät operiert sehen, wenn die Hoffnung auf spontanen Spätdeszensus geschwunden ist. Einzelne Operateure operieren bereits im ersten oder zweiten Lebensjahr. Die angegebenen Operationsmethoden sind ungeheuer zahlreich. Wichtig ist bei einseitigem Leiden, den Hoden zu extirpieren, bei doppelseitigem die Hoden in die Bauchhöhle zu verlagern, wenn die Herabziehung in das Skrotum nicht möglich ist.
E. Mühsam, Berlin.

Infektionskrankheiten

2825.

Peters, B. und S. Allison, Intranasale Immunisierung gegen Scharlach. (Lancet, 216., 5516.) (Ham Green Hospital, Bristol.) Mittels eines Zerstäubers wird das Scharlachtoxin (Stärke „B“ Burroughs Wellcome), welches 5000 Hauttestdosen in 1 ccm enthält, jeden zweiten Tag in der Nase zerstäubt, nachdem vorher zwecks Schaffung günstigerer Resorptionsbedingungen eine Besprayung des Naseninnern mit einer 1prozentigen Lösung von Natrium taurocholicum erfolgt ist. Unter den so behandelten Kindern ist keines anlässlich von zwei ausgebrochenen leichteren Scharlachepidemien auf der Diphtherieabteilung des Krankenhauses erkrankt.

Ashkenasy, Wien.

2826.

Signa, A., Ueber einen Fall von Encephalitis postmorbillosa. (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 10, 1929.) Bei einem 11 Monate alten

Mädchen tritt elf Tage nach Abklingen von Masern eine akute Encephalitis mit hohem Fieber, Benommenheit, Hypertonie und grob-welligem Tremor von Kopf und oberen Extremitäten auf, nebst einer von Anfang an bestehenden Pyurie. Zwei Tage später Exitus. Die Sektion und histologische Untersuchung ergeben encephalitische Veränderung ausschließlich in den Stammganglien. Ob es sich um einen spezifischen Masernprozeß oder um eine davon unabhängige akute Encephalitis handelt, läßt sich nicht entscheiden.

Eugen Stransky, Wien.

2827.

Faberi, Mario, Diphtherieprophylaxe. (Policlinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 20.) (Pädiatrische Univers.-Klinik, Rom.) Das beste Immunisierungsmittel gegen Diphtherie stellt derzeit das Anatoxin dar. Der Antigenwert des Anatoxins muß jedoch, sollte dieses wirksam sein, mindestens 5 Einheiten betragen. (Das Anatoxin des Instituts Pasteur in Paris weist einen Gehalt von 8 bis 10 Einheiten auf.) Folgende Immunisierungstechnik hat sich als optimal erwiesen: Subkutane Injektion von 0,5 ccm Anatoxin, nach 3 Wochen 1 ccm, nach weiteren 15 Tagen 1,5 ccm. Dieser Schutzimpfung sollen alle Kinder vom ersten Lebensjahr aufwärts unterzogen werden, wobei vor der Injektion die Schickprobe anzustellen ist. Bei größerer Epidemie ist es zweckmäßig, vor allem 100 Antitoxineinheiten zu injizieren, die eine Immunität von kurzer Dauer (2 bis 3 Wochen) gewähren. Dieser Schutz wird dann durch die Einverleibung von Anatoxin ergänzt, wobei die erste Injektion dieses Mittels knapp vor der Einspritzung von Antitoxin zu erfolgen hat. Die Schutzimpfung mit Anatoxin allein genügt in diphtherieverseuchten Gegenden, in welchen der Verlauf der Epidemie kontrolliert werden kann. Die Erfahrung zeigte nämlich, daß die Impfung mit Anatoxin beim Auftreten der ersten Erkrankungen die Weiterverbreitung der Epidemie in weitgehendem Maße zu verhindern imstande ist.

Ashkenasy, Wien.

2828.

Vasile, B., Statistische und klinische Beobachtungen bei Croup, mit Berücksichtigung der operativen Eingriffe. (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 11, 1929.) In den drei letzten Jahren wurden 261 Croupfälle an der Kinderklinik in Palermo beobachtet. Die Fälle waren vielfach schwer, die Mortalität hoch. Auf Grund der Resultate wird der sekundären Frühtracheotomie nach der primären Intubation an Stelle des zu langen Liegenlassens des Tubus im Kehlkopf der Vorzug gegeben, denn einerseits sind die Pneumoniekomplikationen seltener und die Mortalität niedriger, andererseits werden auch dauernde Kehlkopfstenosen vermieden.

Eugen Stransky, Wien.

2829.

Zlatogoroff, S. J., und M. N. Solowjew, Versuch einer epidemiologischen Klassifikation von Infektionskrankheiten. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 18, S. 1427–1432.) (Ukrainisches Bakteriolog. Metschnikow-Institut, Charkow.) Es wird eine Einteilung der Infektionskrankheiten vorgeschlagen auf der Basis der Lokalisation der Infektion im menschlichen Organismus, ihrer Eintrittspforte und ihres Ausscheidungsweges, wobei gleichzeitig die ätiologischen Momente berücksichtigt werden. Die Lokalisation der Infektion bestimmt meistens auch ihre Eintrittspforte und ihren Ausscheidungsweg aus dem Körper; infolgedessen ist ihre genaue Kenntnis für die persönliche und öffentliche Prophylaxe von großer Wichtigkeit. Viele Infektionen lokalisieren sich an einem und demselben Ort; demzufolge haben sie auch eine gemeinsame Eintrittspforte bzw. einen gemeinsamen Ausscheidungsweg: so haben Cholera und Dysenterie ihre Lokalisation im Darmkanal, ihre Erreger treten auf dem Wege des Magendarmkanals ein und verlassen den Körper durch den Darmkanal; Rekurrenz und Malaria sind in der Blutbahn lokalisiert und durch das Blut übertragen; Pilzkrankungen (Favus, Herpes tonsurans usw.) lokalisieren sich in den Hautdecken und werden durch deren Absonderungen (Krusten, Schuppung) ausgeschieden usw. Nach ihrer Lokalisation lassen sich die Infektionskrankheiten zweckmäßig in einzelne Gruppen einteilen. Indem man dann jede Gruppe nach den ätiologischen Momenten weiter einteilt, erhält man das folgende Schema:

I. Gruppe: Darmkanalinfektionen. Hautlokalisation im menschlichen Körper: Darmkanal. Haupteintrittspforte: Mund. Hauptausscheidungsweg: Darmkanal. Haupteinfektionsmodus: Wasser, Nahrungsmittel, passive Träger. Hierzu gehörende Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: 1. Bakterium — Typhus abdominalis, Dysenteriebazillus, paratyphöse Infektionen, Infektionen durch den Gärtnerschen Bazillus. 2. Vibrio — Cholera- und choleraähnliche Vibrien. 3. Mikrokokkus — Maltafieber. — B. Durch bazilläre Infektionen: 1. Anaerobier, die lösliche Gifte absondern — Botulismus. — C. Durch tierische Parasiten: 1. Amöbendysenterie.

II. Gruppe: Septische Infektionen. Hauptlokalisation: Blut- und Lymphbahnen. Haupteintrittspforte: durch die Haut und die Schleim-

häute. Hauptausscheidungsweg: mit dem Blut und der Lymphe. Hauptinfektionsmodus: aktive Träger (Gliederfüßler). Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: 1. Bakteriumpest. B. Treponema: Rekurrens, Gelbfieber, iktero-hämorrhagische Spirochätose, „Sodoku“. C. Durch tierische Parasiten: a) Trypanosomen — Schlafkrankheit, Chagassche Krankheit; b) Hämosporidien — Malaria. D. Durch unbekannte Erreger: Fleckfieber, Papatazifieber, Wolhynisches Fieber.

III. Gruppe. Nasenrachenraum- und Lungeninfektionen. Hauptlokalisation: Atemwege und Nasenrachenschleimhäute. Haupteintritts- und -ausscheidungsweg: durch den Nasenrachenraum. Hauptübertragungsmodus: Tröpfchen- und Staubinfektion (durch die Luft), Gebrauchsgegenstände. Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: 1. Bakterium — Keuchhusten. 2. Korynebakterium — Diphtherie. B. Treponema: Angina Plaut-Vincenti. C. Unbekannte Erreger: Grippe, Masern, Scharlach.

IV. Gruppe. Infektionen des Zentralnervensystems. Hauptlokalisation: Zentralnervensystem. Haupteintrittspforte: durch die Schleimhäute und die Hautdecken. Hauptausscheidungsweg: durch die Mund- und Nasenrachenschleimhaut. Hauptinfektionsmodus: Tröpfcheninfektion durch die Luft, Gebrauchsgegenstände (Meningitis), seitens erkrankter Tiere (Tollwut). Uebertragungsmodus der Enzephalitis ist noch nicht genau erforscht. Die zu dieser Gruppe gehörenden Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: Mikrokoccus — Genickstarre. B. Unbekannte Erreger: Lyssa, Encephalitis lethargica, Poliomyelitis.

V. Gruppe. Infektionskrankheiten der Haut und der äußeren Schleimhäute. Hauptlokalisation, Haupteintrittspforte, Hauptausscheidungsweg: Hautdecken und äußere Schleimhäute. Hauptinfektionsmodus: Gebrauchsgegenstände, Infektionsträger (Gliederfüßler). Hierher gehörende Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: 1. Bazillus — Malignes Oedem, anaerobe Fäulnis- und gangränöse Infektionen der Haut und der Schleimhäute, Gasphlegmone. Anaerobier, die lösliche Gifte absondern: Tetanus. B. Pilzkrankheiten: Sporotrichosis, Madurafuß. C. Durch tierische Parasiten: Orientbeule. D. Durch unbekannte Erreger: Pocken, Herpes, Windpocken, Akne varioliforme, Trachom.

VI. Gruppe. Infektionskrankheiten, die sich in verschiedenen Organen und Systemen lokalisieren. Die Lokalisation, Eintrittspforte, der Ausscheidungsweg und der Infektionsmodus sind hier verschieden. Infektionskrankheiten: A. Durch bakterielle Infektion: 1. Bakterium. — Kolibakteriuminfektionen der verschiedenen Organe und Systeme. 2. Mikrokoccus — Streptokokken-, Staphylokokken-, Pneumokokken-, Gonokokkenkrankheiten verschiedener Organe und Systeme, Infektionen durch Mikrokoccus tetragenes. 3. Mykobakterium: Tuberkulose, Rotz, Lepra. 4. Bazillus — Milzbrand. 5. Unbekannte Erreger: Parotis. B. Treponema: Syphilis und Frambösie. C. Durch tierische Parasiten: Leishmanien, Kala-Azar, Anaemia splenica infantum. D. Durch Pilze: Aktinomykose.

VII. Gruppe. Alle übrigen Krankheiten, deren Lokalisation infolge der Unkenntnis der Erreger noch nicht genau bestimmt ist. Die Lokalisation ist bei diesen Infektionen verschieden. Die Eintrittspforten und die Ausscheidungswege der Infektion sowie der Infektionsmodus sind noch nicht genau erforscht bzw. unbekannt. Hierzu gehörende Infektionskrankheiten: A. Durch unbekannte Erreger: Rubella, Febris miliaris, Erythema exsudativum multiforme, akuter Gelenkrheumatismus. E. Kontorowitsch.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

2830.

Katsura, Shigeniro, Ueber den Einfluß der Verteilung der Kohlehydrate auf die Toleranz des Diabetikers. (Dtsch. Arch. klin. Med., 164, Heft 1/2, S. 34—49.) Der naheliegende Versuch, Diabetikern Kohlehydrate in refracta dosi beizubringen und dann die Toleranz zu bestimmen, ist noch nie gemacht worden. Katsura hat an der Klinik Morawitz diese Frage mit japanisch-deutscher Gründlichkeit bearbeitet und herausgebracht, daß im allgemeinen die gleiche Menge Zucker um so besser ertragen wird, in je kleineren Dosen der Versuchspatient sie bekommt. Bei schweren Diabetikern freilich verschieben sich die Dinge individuell.

Buttersack, Göttingen.

2831.

Elaine, P. Ralli und Conni M. Guion, Synthalin in der Behandlung des Diabetes. (J. Lab. Clin. Med., 14, Nr. 8, Mai 1929.) Der Verf. ist der Ansicht, daß das Synthalin unbedingt einen Fortschritt in der Diabetesbehandlung bedeutet. Es gelang ihm, in 12 näher mitgeteilten Fällen sichere Blutzuckersenkungen zu erzielen und den Urin zuckerfrei zu halten. Allerdings handelt es sich, wie aus den Tabellen hervorgeht, um exquisit leichte Fälle mit minimaler Neigung zur Glykosurie. Bei einer Patientin trat nach zweimonat-

licher Synthalinbehandlung Ikterus auf, der bald nach Absetzen des Mittels verschwand. Das Synthalin „kann und soll“ das Insulin nicht ersetzen.

Walter Goldstein, Berlin.

2832.

Lytzin, P. P., Zur Behandlung der sympathikotonischen Formen von Basedow. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 18, S. 1452.) Von der Tatsache ausgehend, daß Natriumsalze die Wirkung des Adrenalins verringern und in bestimmten Dosen auch paralisieren, kommt Verf. zu dem Schluß, daß diese Salze, als dem Kalzium und Adrenalin antagonistisch, eine hemmende Wirkung auf das erregte sympathische Nervensystem ausüben und daher einen bestimmten therapeutischen Effekt bei sympathikotonischen Formen der Basedowschen Krankheit ausüben dürften. Er setzte folgende Lösung zusammen: Natr. chlorat. 4,92, Natr. carbon. 0,6, Natr. bicarbon. 0,33, Natr. phosphor. 0,21, Natr. sulfur. 0,44 auf 100,0 Aqua dest. Diese Lösung wird täglich subkutan oder noch besser intravenös in der Dosis 2,0 ccm gegeben. Es wurde danach Verminderung des Exophthalmus, Abnahme der Diarrhöen, Besserung der Stimmung, Beruhigung des Pulses, Abnahme des Schwitzens, Verkleinerung der Thyreoidea und in einem Fall auch Gewichtszunahme beobachtet. Wie der Verf. bemerkt, erhält man dauernde Resultate bei fortgesetzter Anwendung dieser Injektionen, und zwar kombiniert mit anderen Behandlungsmethoden (wie z.B. Röntgen usw.).

E. Kontorowitsch.

2833.

Bram, I., Basedow und Grundstoffwechsel. (Med. J. Rec., Nr. 10, 1929.) Das Ergebnis von über 30 000 Stoffwechselproben. Physikalische und geistige Mitarbeit des Patienten ist nötig. Es ist der Stoffwechselversuch nie der einzige diagnostische Faktor, wohl aber eine wertvolle Ergänzung der Laboratoriumsergebnisse und der klinischen Erfahrung. Das Ergebnis kann bei anscheinend normalen Menschen sehr verschieden sein: es gibt besondere metabolische Temperamente. Am wertvollsten ist der Versuch in der Differenzierung des atypischen Basedow ohne Exophthalmus und des Kropfes aus anderen Ursachen mit ähnlichen Erscheinungen. Es gibt Ausnahmen, bei denen infolge gewisser Zustände des Zirkulations- und Nervensystems der Versuch relativ nieder ausfällt; man findet auch schweren Basedow ohne hohen Stoffwechsel und völlige geheilte Basedowfälle mit permanent hohem Stoffwechsel. Bei Remissionen nach Thyreoidektomie oder Jodverabreichung ist ein normaler Stoffwechsel keineswegs ein Beweis für Heilung oder einer sicheren Zukunft. Es gibt Kombinationen von Hypo- und Hyperthyreoidismus, gewöhnlich als Ergebnis einer chirurgischen Behandlung; hier ist der Stoffwechsel normal oder subnormal, aber der Patient fühlt sich keineswegs wohl, es kann Myxödem und Basedow in allen Formen vorliegen. Aus dem klinischen Studium des Stoffwechsels geht hervor, daß das Syndrom nicht durch den Kropf bedingt ist, sondern ein konstitutioneller Zustand, bei dem das Gleichgewicht des autonomen Nervensystems und der inneren Drüsen gestört ist. Die Thyreoidea ist dabei zufällig oder sekundär beteiligt. Der Unterschied zwischen toxischem Adenom und Basedow: beim Hyperthyreoidismus des toxischen Adenoms, einer lokalen Erkrankung, macht die Thyreoidea den Körper krank; beim Basedow, einem konstitutionellen Zustand, macht der Körper die Thyreoidea krank.

v. Schnitzer.

2834.

Fabricius-Möller, J., Ueber Jodbehandlung vor den Basedow-Operationen. (Ugesk. f. Laeg., Nr. 22, 1929.) Die präoperative Jodbehandlung bei primärer Thyreotoxikose (Morbus Basedowii) ist ein therapeutischer Eingriff starker Wirkung. Doch muß die Behandlung kontrolliert werden durch oft vorgenommene Bestimmung des Grundstoffwechsels. Fälle von Thyreotoxikose, die man früher für inoperabel hielt, können durch Jodbehandlung zu operablen gemacht werden. Die postoperative Reaktion und die Operationsgefahr wird durch Jodbehandlung vor und nach der Operation auf ein Minimum herabgesetzt, auch bei der subtotalen Strumektomie. Auch die Hospitalbehandlung wird durch die Jodbehandlung erheblich verkürzt. Doch sollen die Thyreotoxikosen (Morbus Basedowii) in der Privatbehandlung nie mit Jod behandelt werden. Diese Behandlung bleibt für das Krankenhaus vor der Operation vorbehalten.

S. Kalischer.

3835.

Saiton, Paul, Störungen der Haare, Federn, Nägel bei Basedow. (Ann. de Derm. et de Syph., Nr. 1, 1929.) Die Störungen des Haarsystems sind bei Basedowkranken häufig. Der Autor hat mit mehreren anderen Untersuchern eine Reihe von Experimenten angestellt, in denen es gelang, durch künstlichen Hyperthyreoidismus und Hyperthyroxinismus bei Versuchstieren analoge Zustände zu erzielen.

Schon Basedow selbst hatte auf die Haarerkrankungen bei der nach ihm benannten Krankheit hingewiesen. Manche Aerzte sahen sie in $\frac{1}{4}$ aller Fälle, manche nur in 10%. Sabouraud vertritt den

Standpunkt, daß der Haarausfall ebenso wie Tachykardie, Struma und Exophthalmus zu den klassischen Symptomen gehöre. Im wesentlichen wurden Haarausfall, Canities und beides zusammen auf dem behaarten Kopf wahrgenommen; aber auch an den Achselhaaren, Schamhaaren, Wimpern und Augenbrauen sind diese Symptome beobachtet worden.

An den Nägeln wird über banalere Veränderungen berichtet: Leukonychie, Abplattung, Verdünnung, seltener Ausfall des Nagels.

An den Zähnen soll die Karies bei Basedowkranken besonders häufig sein.

Experimente: Hühner erhielten Thyreoidextrakt in hohen Dosen per os, Extrakt oder synthetisches Thyroxin in Injektionen. Die Photographien zeigen die eingetretene Verfärbung deutlich.

Bei Säugetieren ließ sich Hyperthyreoidismus viel schwerer erzeugen, doch war das Endresultat, Graufärbung der Haare, einwandfrei und sehr in die Augen fallend (Katze, Kaninchen). Die Übereinstimmung zwischen Klinik und Experiment ist fast vollkommen.

Ausgeschlossen ist es, daß die nach Schilddrüsendarreichung beobachteten Störungen auf andere Tatsachen zurückzuführen wären; besonders bei Abmagerung durch Unterernährung lassen sich die Verfärbung und der Haarausfall nicht beobachten. Thyreoid- und Thyroxinapplikation haben vielmehr spezifische Wirkungen.

K. Heymann, Berlin.

2836.

Schulhof, W., Die ätiologischen Zusammenhänge der rheumatischen Krankheitsgruppe. (Orvosi Hetilap, Nr. 19, 1929.) Verfasser hält den Inhalt des Sammelbegriffes „Rheumatismus“ zu vielfältig, um darin richtige Ordnung schaffen zu können. Er möchte die Gruppe des „rheumatischen Symptomenkomplexes“ vom echten Rheumatismus unterscheiden. Der rheumatische Symptomenkomplex kann als Begleiterscheinung irgendeiner pathologisch-anatomisch gut definierten Erkrankung auftreten. Unter echtem Rheumatismus möchte Verfasser nur die vorübergehende schmerzhafteste Veränderung der Weichteile der Bewegungsorgane verstehen, welche aus klimatischen Einflüssen entstehen und deren Grundlage eine funktionelle Unregelmäßigkeit der Kapillaren ist. Verfasser gibt eine tabellarische Zusammenstellung der inneren und äußeren Ursachen, welche den sogenannten Rheumatismus bedingen können. Er führt nebstbei besondere Tabellen über den Zusammenhang zwischen konstitutionellem Typus und rheumatischer Morbidität an.

E. J. László, Budapest.

2837.

Liwschitz, A. E., Bedeutung der Matefyschen Reaktion bei Arthritikern während der Schlammbehandlung. (Klin. Med. [russ.], 21. (96.), 9. Jahrg., 6. H.) Wie die Untersuchungen des Verfassers zeigen, kann die Matefysche Reaktion in der Klinik der Gelenkerkrankungen bis zu einem gewissen Grade als Orientierungskontrolle sowohl bezüglich des Charakters der Erkrankung als auch der Intensität der einzuleitenden Therapie herangezogen werden.

E. Kontorowitsch.

2838.

Kljatschkin, L. N., Winter-Moorbäderbehandlung chronischer Gelenkerkrankungen. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 17.) (Physio-therapeutische Klinik des Instituts für Fortbildung der Aerzte, Kasan.) Auf Grund dreijähriger Erfahrungen an einem Material von 167 Arthritikern, die einer ambulatorischen Moorbäderkur während des Winters unterzogen wurden, kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß diese Behandlung derjenigen während des Sommers in den Kurorten fast gleichwertig ist. Die seitens der Patienten, manchmal aber auch von Aerzten geäußerte Befürchtung, daß die winterliche Moorbadekur eine Erkältung bzw. andere Komplikationen verursachen kann, ist unbegründet. Die Reaktion des Organismus auf diese Behandlung in bezug auf Temperatur, Puls und Atmung ist der bei der Kurortbehandlung im Sommer auftretenden analog. Das Auftreten einer Herdreaktion während der winterlichen Kur ist für den nachfolgenden therapeutischen Effekt durchaus nicht unbedingt notwendig. Die klinisch vorhandene Herdreaktion geht mit Beschleunigung der Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit einher. Was die therapeutischen Resultate bei der winterlichen Moorbadekur betrifft, so wurden die besten Erfolge bei rheumatischer Arthritis (80% Heilungen), gonorrhöischer Arthritis (Restitutio ad integrum) und luetischen Arthralgien erzielt. Bei den tuberkulösen Gelenkerkrankungen war der therapeutische Endeffekt geringer als bei den ultravioletten Strahlen. Bei den Gelenkentzündungen mit traumatischer Aetiologie konnte der Verfasser durch Kombination von Moorbaderbehandlung und Mechano-therapie, wie Massage, Turnen, Dehnungen und dergleichen, eine bedeutende Besserung erzielen, in manchen Fällen mit unvollkommener Funktionsstörung des Gelenks auch Heilung. Bei arthropathischer Muskelatrophie ist neben Moorbaderbehandlung die lokale elektrische Behandlung zu empfehlen. Die

Kontraindikationen für die Wintermoorbäderkur sind die gleichen wie für die Kurortkuren.

E. Kontorowitsch.

2839.

Krantz, Clement I., Der Grundumsatz beim Lymphoblastom. (Amer. J. med. Sci., 176., Nr. 4.) Eine Stoffwechseluntersuchung und Grundumsatzbestimmung in 30 Fällen von Lymphoblastom mit Ausschluß der chronischen lymphatischen Leukämie läßt darauf schließen, daß der Grundumsatz gewöhnlich erhöht ist, nicht nur bei der chronischen lymphatischen Leukämie, sondern auch bei den anderen Formen des Lymphoblastoms, wenn die Krankheit weiter um sich greift. Der erhöhte Grundumsatz und die übrigen Symptome des Lymphoblastoms können durch die alleinige Anwendung von Röntgenstrahlen und Radium zur Norm zurückgeführt werden. Eine Leukopenie ist keine Kontraindikation für die Strahlenbehandlung in Fällen mit erhöhtem Grundumsatz. Gerade die Bestimmung des Grundumsatzes ist für die Wahl der Methodik für die Behandlung sowohl als auch für die Feststellung der Prognose beim Lymphoblastom von großer Wichtigkeit.

Arnold Hirsch, Berlin.

2840.

Hecht, Johansen, A., Achylie bei perniziöser Anämie nach Leberbehandlung. (Ug. f. Laeg., Nr. 23, 1929.) Von 19 Patienten mit perniziöser Anämie, die 3 bis 17 Monate mit Leber und Leberpräparaten behandelt wurden, zeigten alle eine wesentliche Besserung aller Symptome; nur die Achylie blieb fast völlig unbeeinflusst, und trotz der Histamininjektionen konnte man keine freie Salzsäure im Magensaft nachweisen. Vielleicht ist, wie Castle annimmt, ein fehlerhafter Zustand der Magenschleimhaut die Ursache einer fehlerhaften Verdauung der Nahrungsmittel, wodurch irgendein Stoff nicht produziert wird, der zur Synthese eines zweiten Stoffes nötig ist, welcher den Kranken mit perniziöser Anämie eben fehlt und spezifisch wirkt auf die richtige Blutbildung und Zusammensetzung.

S. Kalischer.

2841.

Sacchi, Antonio, Leberverabreichung auf rektalem Wege. (Policlinico, 36., 18.) 250 g roher geschabter Leber werden mit 800 g warmer Traubenzuckerlösung zu einem Brei gemischt und in zwei Portionen nach vorherigem Reinigungsklysmen verabreicht. Die Suspension wird fast durchweg gut vertragen, nur selten muß man die Leber vermittle eines Tropfklysters geben. Angezeigt ist dieser Verabreichungsmodus in allen Fällen, bei denen einerseits wegen der hohen Kosten der Leberextrakt nicht gegeben werden kann, während andererseits die perorale Leberdiät auf eine unüberwindliche Abneigung des Kranken stößt. Letzterer Fall trifft besonders bei bestehender Hypo- oder Anachlorhydrie zu; mit der Besserung des Allgemeinzustandes jedoch wird auch die Magensekretion in normale Bahnen gelenkt und auf diese Weise das Hindernis der peroralen Lebertherapie häufig beseitigt.

Ashkenasy, Wien.

2842.

Farnum, Waldo B., Die Wirkung der Tonsillektomie auf Herzleiden Erwachsener. (Amer. J. med. Sciences, 176., Nr. 4.) An einem zahlreichen Material wird die Wirkung der Tonsillektomie auf bestehende Herzleiden nachgeprüft, wobei die Ergebnisse nicht ganz den Erwartungen entsprechen. Von der Tonsillektomie sollte danach nicht erwartet werden, daß sie in bemerkenswertem Maße geeignet ist, einen pathologischen Prozeß am Herzen zum Stillstand zu bringen. Es wurde beobachtet, daß eine unter geradezu idealen Bedingungen ausgeführte Tonsillektomie einen Ausbruch einer akuten rheumatischen Polyarthritits in einer ganzen Anzahl von Fällen zur Folge hatte und daß ferner eine endokardiale oder myokardiale Infektion gefördert wurde. Durch die Tonsillektomie können Rückfälle einer Angina in keiner Weise aufgehalten werden. Solche Anginen sind oftmals verbunden mit einer akuten rheumatischen Polyarthritits und einem neuerlichen Herzleiden.

Auch hat in einer ganzen Anzahl von Fällen die Tonsillektomie keinen großen Einfluß auf das Wiederauftreten einer Chorea; da in ungefähr 20% Rückfälle sowohl bei den tonsillektomierten als auch bei den nichttonsillektomierten Kranken vorkamen. Tonsillektomierte Patienten dekompenzierten mit und ohne Fieber. Es scheint also bei Erwachsenen mit einem bestehenden Herzleiden die Hoffnung auf eine Heilung durch die Tonsillektomie sehr wenig gerechtfertigt zu sein. Wenn in der Zukunft die Tonsillektomie als therapeutische Maßnahme bei Herzkrankheiten weiter ausgeführt wird, so werden die besten Erfolge damit erzielt werden, wenn sie vor dem Auftreten einer Herzinfektion oder ganz im Anfang derselben vorgenommen wird.

Mit anderen Worten ist also eine rheumatische Karditis in all ihren Stadien lediglich eine Teilerscheinung einer Allgemeininfektion im Sinne des fieberhaften Rheumatismus. Die Entfernung der Tonsillen vor dem Auftreten einer solchen Karditis wird also

Diese Komplikation nicht mit Sicherheit verhindern können. Die Konsilektomie allein wird gewiß den Stillstand einer Herzerkrankung nicht garantieren, da die Ursache einer Infektion sowohl in den Mandeln als auch an jeder beliebigen Stelle des Körpers gelegen sein kann. Eine wirkliche Präventivbehandlung sollte deshalb in der Steigerung der individuellen Widerstandsfähigkeit gegen Infektion durch alle verfügbaren Mittel beruhen.

Arnold Hirsch, Berlin.

2843.

Levine, Samuel H., und Marshall N. Fulton, Die Beziehungen der Hypertension zur Mitralklappenstenose. (Amer. J. med. Sciences, 176., Nr. 4.) Bei der Untersuchung von 762 Fällen mit Mitralklappenstenose wurde festgestellt, daß die Mitralklappenstenose selbst zu einem etwas unter der Norm liegenden Blutdruck neigt. Mit zunehmendem Alter haben Patienten mit Mitralklappenstenose jedoch im Vergleich mit dem Durchschnitt viel häufiger eine vaskuläre Hypertension. Von 159 Fällen mit Mitralklappenstenose hatten im Alter von mehr als 45 Jahren 92, d. h. 58%, eine ausgesprochene Hypertension. Es kann als bewiesen gelten, daß die Mitralklappenstenose im fortgeschrittenen Alter nicht allein eine Teilerscheinung allgemeiner sklerotischer Prozesse ist, sondern daß ein rheumatischer Ursprung ebenso häufig bei diesen Patienten angenommen werden muß, da anamnestisch ein infektiöser Rheumatismus oder eine Chorea ebenso häufig ist wie bei jüngeren Patienten. Die ungewöhnliche und auffällige Verbindung einer Hypertension mit der Mitralklappenstenose kommt von einer besonderen Vulnerabilität und Neigung dieser Kranken sowohl zum infektiösen als auch degenerativen Typ der Gefäßerkrankung. Es ist augenscheinlich, daß die vaskuläre Hypertension eine günstige Wirkung auf Patienten mit Mitralklappenstenose ausübt. Diese günstige Wirkung beruht auf einer Mehrbelastung des linken Ventrikels als Folge der Hypertension, welche diese Herzhöhle dilatiert und die Mitralklappenverengung dehnt und so eine Kompensation herbeiführt. Auf diese Weise wird eine ungleichmäßige Inanspruchnahme beider Ventrikel vermieden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2844.

Arkin, Aaron, Die Diagnose der nichttuberkulösen Lungenerkrankungen. (Arch. phys. Ther., 10., Nr. 1.) Bronchuskarzinom: Diese Erkrankung hat in den letzten 10 Jahren erheblich zugenommen. Wie die Statistik der anatomischen Institute ergibt, ist diese Zunahme nicht nur scheinbar, durch die verbesserten diagnostischen Methoden vorgetäuscht, sondern tatsächlich vorhanden. Unter den verschiedenen Lokalisationen des Krebses kommt das Bronchuskarzinom in einer Häufigkeit von 4,5% vor. Der Verdacht muß entstehen, wenn bei einem Patienten im mittleren oder höheren Lebensalter, der bis dahin keine Lungenerkrankung gehabt hat, mit Hustenreiz und leicht blutig gefärbtem, bazillenfreiem Auswurf erkrankt, Monatelang brauchen keine anderen Symptome vorhanden zu sein, oder aber es besteht Gewichtsabnahme und leichte Temperatursteigerung. In anderen Fällen finden sich stärkere Hämoptysen, Herzstörungen, Atemnot, Vergrößerung der mediastinalen Drüsen, einseitige venöse Stauung am Hals, Gesicht oder Arm mit Oedemen. Die Diagnose bei Lokalisation im Oberlappen ist oft durch die physikalische Untersuchung möglich, bei anderen Lokalisationen aber nur durch die Röntgenuntersuchung, gegebenenfalls mittels Bronchographie. Verfassers unterscheidet 5 Formen:

1. die lobäre Form, ähnlich einer chronisch indurierenden Pneumonie,
2. die pleurale Form (ausgedehnte hämorrhagische karzinomatöse Pleuritis),
3. die bronchiale Form mit Bronchiektasien oder Bronchostenose und Atelektase,
4. die mediastinale Form, bei der die Drüsenmetastasen im Mediastinum im Vordergrund stehen,
5. die rheumatoide Form, bei der die Knochenmetastasen zuerst die Aufmerksamkeit auf sich lenken. Auch kann eine toxische hyperplastische Periostitis im Gefolge eines Bronchuskarzinoms auftreten.

Lungensarkome: Die Erkrankung ist selten und nicht mit Sicherheit zu diagnostizieren. Verschiedene Erscheinungsformen: abgegrenzter Schatten, vom Hilus getrennt oder totale Infiltration eines Lappens.

Lymphogranulom: Das Lymphogranulom der Lunge (nicht des Mediastinums!) zeigt große mehr oder weniger scharf begrenzte Schatten in den Lungenfeldern. Sie können völlig Sarkommetastasen ähneln.

Syphilis: Die Diagnose ist äußerst schwierig. Die Tatsache, daß ein Patient einen positiven Wassermann hat, besagt noch durchaus nicht, daß ein Schatten oder ein Kavum syphilitischer Natur ist. Bei erworbener Syphilis sind folgende Formen zu unterscheiden: gummöse Formen, gummös-kavernöse Formen, interstitielle mit Bronchiektasien; zirrhotische Form mit Narben-

bildung und die seltene pneumonische Form.

Echinokokkus: Scharf abgegrenzter runder homogener Schatten, zuweilen mit Verkalkung. Bei Perforation eines Bronchus Hämoptoe und Expektorierung von Membranen und Häkchen.

Bronchiektasien: Die Durchleuchtung zeigt oft die erweiterten Bronchien mit horizontalem Flüssigkeitsspiegel. Die Bronchographie führt zu einer absolut sicheren Diagnose, ist aber meistens unnötig.

Metastatische Lungentumoren: Sarkome, Hypernephrom, Karzinome (Mamma, Ovar), Chorionepitheliome usw. Kleine Metastasen brauchen keine klinischen Erscheinungen zu machen. Röntgenologisch finden sich abgegrenzte Knoten und miliäre Herde oder diffuse Verschattungen infolge Affektion der Pleura.

Lungenabszeß: Bronchopneumonisch, embolisch, metastatisch oder bronchiektatisch. Die metastatische Form entsteht bei Einschmelzung einer Tumormetastase. Ein Abszeß kann auch im Anschluß an einen aseptischen Infarkt entstehen.

Kirschmann.

2845.

de Beco, L., und Xavier Swinnen, Beitrag zum Studium der Behandlung des Magenulkus durch intensive und kontinuierliche Alkalinisation. (Scalpel, Nr. 18/19, 1929.) Das Magen- bzw. Duodenalgeschwür ist eine Erkrankung, die in das Gebiet der inneren Medizin gehört und deren logische Behandlung in der intensiven und fortgesetzten Alkalinisation des Magensaftes besteht. Der chirurgische Eingriff hat sich auf diejenigen Fälle zu beschränken, wo Organschädigungen dem Nahrungstransport mechanische, deutlich nachweisbare Hindernisse entgegensetzen.

Die Wiederaufnahme einer mäßigen Fleischkost sei dem Ulkuskranken erst nach vielen Monaten gestattet. Tabak und Alkohol in jeglicher Form seien dauernd verpönt, und bei den leisesten Zeichen von Wiederkehr empfiehlt sich die sofortige Aufnahme einer Milchdiät mit kontinuierlicher Alkalinisation.

Held.

2846.

Garrone, Enrico, Beitrag zum Studium der Fremdkörper im Verdauungskanal. (Policlinico, sez. prat., 36., 19.) Fremdkörper im Verdauungstrakt können nicht selten sehr gut und auch lange Zeit hindurch, ohne die geringste Störung zu verursachen, vertragen werden. Ihr Abgang par vias naturales ist jedoch nicht immer der Fall, wie es die Beobachtung des Verfassers zeigt, bei welcher eine verschluckte Nähnaht durch Darm- und Bauchmuskulatur bis in die Narbe nach Appendektomie wanderte, von wo sie dann entfernt wurde.

Ashkenasy, Wien.

2847.

Jamison, A. B., Ursache der Proktokolitis, des Pruritus ani, scroti et vulvae. (Med. J. a. Rec., Nr. 9, 1929.) Alle Fälle von chronischer Proktokolitis verursachen eine mehr oder weniger ausgedehnte Bildung entzündlicher Kanäle mit Exsudat im perianalen und rektalen Binde- und Fettgewebe. Deren Obstruktion bei oft recht beträchtlicher Ausdehnung machen sie zu einem beachtenswerten Infektionsherd. Eine andere nicht minder bedeutende Folge ist die Muskelkontraktion und die daraus resultierende Konstipation. Die beste Behandlung sind Einläufe von Wasser oder Öl von 60 Grad, das etwa eine Stunde gehalten wird, zwei- bis dreimal täglich. Diese Warmwassereinläufe wirken antiphlogistisch, antispasmodisch, antiseptisch, antacid, antifatulent, anodyn. Sie erweichen das Narbengewebe und reinigen Geschwürsbildungen, verbessern die lokale Zirkulation und regen Se- und Exkretion an. Es ist erstaunlich, wie viel Schleim usw. durch eine solche Spülung entfernt wird.

v. Schnizer.

2848.

Gaehlinger, H., Perikolitiden. (Brux. Méd., Nr. 27, 1929.) Einer Perikolitis liegt eine Darminfektion zugrunde; manchmal — allerdings selten — Infektionen „à distance“ oder Allgemeininfektion, wie Syphilis und Tuberkulose. Die Behandlung muß demnach in einer Vakzination bestehen, die sich gegen eine solche Infektion richtet. Wird eine chirurgische Behandlung nötig, so muß man sich mit der Vakzination per os und der lokalen intraperitonealen während des Eingriffs helfen.

Held.

2849.

Cohen, J. Bernard, Innere Krankheitszustände, die ein chirurgisches Abdomen vortäuschen können. (Med. J. a. Rec., Nr. 9, 1929.) Leibschmerzen eröffnen eine Unmenge von Möglichkeiten und Antriebsdiagnosen dabei sind der rascheste Weg zu falschen Schlüssen. Hier hilft nur eine gründliche Untersuchung nach Erhebung einer genauen Diagnose, und dann lasse man „die Zeugen selbst sprechen“. Man kann diese Krankheitszustände einteilen in solche, die vom Respirationssystem ausgehen. Alle Infektionen der Nase und des Halses, von der ein-

fachen Erkältung, Tonsillitis, Laryngitis bis zur Bronchitis und Influenza können zeitweise Abdominalsymptome machen. Die Intensität des Erbrechens und der Schmerzen lassen bei einer sogenannten intestinalen Grippe nur zu leicht wegen vermuteter Obstruktion zu einer Operation verleiten; die Lokalisation im rechten unteren Quadranten zu einer Appendektomie. Jede Infektion des Respirationstraktes kann eng verwandt sein mit einer ähnlichen im Abdomen. Und eine Appendizitis kann gleichzeitig mit einer solchen im Halse und tiefer vorkommen. Anamnestic wichtig ist auch sehr oft das Vorausgehen einer solchen Infektion. Akute Appendizitis kann von einer oft tuberkulösen Mesenterialadenitis vorgetäuscht werden; die akute respiratorische Infektion weckt den schlafenden Prozeß, vermindert den Widerstand und trägt das Bild der Appendizitis. Sehr wichtig sind sodann die Parietalneuralgien, die von irgendeinem Herd des Respirationstraktes ausgehen. Die Passage des Darminhaltes kann dreifach aufgehalten werden: durch mechanische Obstruktion, paralytischen oder spastischen Ileus. Letzterer kann bei intestinaler Influenza eine Obstruktion maskieren: Morphium, Atropin und in einer Stunde zwei Einläufe werden eine unzuverlässige Operation verhüten. Pleuritis kann akute Appendizitis, Cholezystitis und ein perforiertes Ulcus vortäuschen, ohne viel Fieber oder Leukozytose, wenn keine Pneumonie vorliegt. Zunehmender abdominaler Schmerz bei tiefem Atmen und Husten. Aber bei Pleuritis ist der Schmerz diffus auf der kranken Seite, auf der auch der Patient liegt; die Empfindlichkeit ist oberflächlich; tiefer Druck vermehrt die Empfindlichkeit nicht, wie bei peritonealer Entzündung. Dabei liegt auch Patient auf dem Rücken mit gebogenen Knien. Im Gegensatz zur Pneumonie beginnt die Appendizitis langsamer, ohne Schüttelfrost und hohes Fieber, Dyspnoe und Husten, und die Leukozytenzahl ist gering. Tiefer Druck in der linken Fossa iliaca nach rechts hin löst bei Appendizitis Schmerzen aus, bei Pneumonie und Pleuritis nicht. Auch Rektal- und Vaginaluntersuchung gibt Auskunft. Auch Pneumothorax kann Abdominalerscheinungen machen. Vom Kardiovaskularsystem können sehr intensive Abdominalerscheinungen ausgehen. Einmal rein reflektorische Symptome, wie Leibschmerzen, Nausea und Erbrechen bei Koronarerkrankungen und Perikarditis, dann sekundäre Veränderungen in den Abdominalorganen (Leberkongestion, portale Stase). Symptomatologie der Koronarokklusion = Gallensteinkolik, Ulcus perforans, akuter Pankreatitis. Kolik meist bei Frauen; Anamnese: chronische Indigestion, Typhus, wiederholte Schwangerschaft, Schulterschmerz. Schmerz bei Koronarokklusion im Epigastrium, Resistenz der oberen Abdominalmuskulatur, aber nicht breithart wie beim Ulcus perforans. Bei Pankreatitis liegt der Patient, bei Angina sitzt er. Hier schon früher Anginaanfalle, aber nicht so heftig. Kurz nach dem Schmerz, einige Stunden, Symptome von Zirkulationsstörung mit passiver Kongestion von Lunge oder Leber, Arrhythmie oder perikardialen Reiben. Sinken des Blutdrucks. In der Anamnese Hypertension, Anstrengungsdyspnoe, vorübergehende Schmerzen im Präkordium und in einem oder beiden Armen nach Anstrengung, Erregung, in der Ruhe schwindend. Perikarditis kann heftige Schmerzen im Epigastrium und im unteren Abdomen, auch mit Schock und Erbrechen machen. Bakterielle Endokarditis: Schmerzen durch Infarkte in Milz und Niere. Dekompensation des linken Herzens bei Hypertension, Aortenaffektionen, chronischer interstitieller Nephritis. Nach relativer Insuffizienz mit Dyspnoe, Sinken des Druckes usw. plötzlich nach Anstrengung, schwerem Mahl, absolute Insuffizienz mit schwerem Asthma, Lungenödem usw. Gewöhnlich gehen diese Fälle in Angina pectoris und Koronarokklusion aus. Die relative und absolute Insuffizienz des rechten Herzens findet man bei Mitralveränderungen, Bronchitis, Bronchialasthma, Emphysem, beim Thyreoidea- und arteriosklerotischen Herz. Zunächst portale Stase mit gastrischen Erscheinungen, dann Aszites, Oedeme, Zyanose usw. Die Leberstase kann plötzlich auftreten mit schweren Schmerzen wie beim chirurgischen Abdomen. Auch Nausea, Erbrechen, Indigestion, Flatulenz.

Sodann können Erscheinungen vom Genitourinalapparat chirurgisches Abdomen vortäuschen: Infektionen der Niere, akute Pyelitis, Steine, Ptois, Blockade eines Ureters. Deswegen oft Appendizitis- oder Gallenblasenoperationen. Bei den ersteren unregelmäßiges Fieber, Fröste. Schmerzen bei Stein: können in Gallenblase, Appendix oder sonst ins Abdomen ausstrahlen. Selbst auf die gesunde Seite. Blut im Urin fehlt dabei oft. Wohl aber bei Niereninfarkten. Auch Urämie kommt in Frage. In all diesen Fällen keine Rigidität. Vom Nervensystem kann Appendizitis vorgetauscht werden durch die gastrischen Krisen, durch Herpes zoster, epidemische Enzephalitis. (Anamnese: Grippe, Somnolenz.) Auch durch spinale Affektionen. Sehr wichtig sind die Gleichgewichtsstörungen zwischen Vagus und Sympathikus.

Endlich kann Pb-Vergiftung intestinale Obstruktion vortäuschen, dann Diabetes, Typhus, Henochs Purpura.

v. Schnitzer.

2850.

Carnot, P., Die biliären Kalkulokrebse. (Paris méd., Nr. 20, 1929.) An der Hand eines Falles — eine 49jährige, nach einer Schwangerschaft Gallensteinkolik, 15 Jahre später Ikterus, rapide Abnahme, Hämorrhagien der Gallenwege; Operation: Kalkulokanker am Zusammenfluß des Ductus cysticus und choledochus — werden zunächst die Theorien für das gleichzeitige Bestehen von Steinen und biliärem Krebs dargelegt: der lithogene Krebs und die kankerigene Lithiasis. Statistik: 5–7% Steinkranke werden biliäre Kankeröse. Umgekehrt findet man in 60–100% der Fälle von Gallenblasenkrebs Steine: die Steine bestehen lange vor dem Krebs. In der Hälfte der Fälle, meist bei Frauen, bleibt die Steinbildung latent, was anamnestic wichtig ist: Tumor, Operation, Krebs und Steine. In der anderen Hälfte vorher mehrere Koliken. Vielfach sind dieselben schmerzhaft, und nach Jahren werden die neuen Schmerzen auf die alte Kolik bezogen. Oft gleichen diese Koliken einer freien Leberkolik, häufiger einer reinen Blasenkolik. Gewöhnlich wandelt sich zu einer Zeit, die die Patienten genau angeben können, der Schmerz: er wird weniger heftig, dauernd, tiefer, ohne Ausstrahlung, in der Gegend unter der Leber, er wird penetrierend, durch die Induration Gefühl der Konstriktion; die Schmerzen nehmen zu: der Tumor tritt auf. Oder 10 bis 20 Jahre nach den ersten Anzeichen der Lithiasis tritt ein harter, schlecht begrenzter unelastischer Tumor auf, der unter Umständen den Respirationsbewegungen folgt. Man könnte ihn für eine infizierte Steinblase mit Cholezystitis oder Pericholezystitis halten, aber seine feste rigide Masse ist geradezu pathognomonisch. Oder die Leber ist vergrößert: der Krebs ist auf die Leber propagiert. Man kann an Leberhypertrophie, Syphilis, Hydatidenzyste, Amöbenabsatz, aber auch an Ca denken. Im Gegensatz zu diesen Tumoren der Blase und der Leber bei den Kalkulokankern der Blase, findet man bei Kalkulokrebsen der Gallenwege mehr das Bild des Retentionsikterus. Ferner die neoplastische Blase kann infiziert sein: man findet Steine, Eiter, Krebszapfen. Das Bild einer fieberhaften Infektion. Oder der chronische Ikterus kann auch durch Obstruktion, Druck des Krebses entstehen. Hierbei kann es, je nach der Art der Verlegung, zu ganz verschiedenen klinischen Bildern kommen: große Blase, nur mit Ikterus, wenn ein Stein den Hauptgallengang verlegt, oder beim Sitz in den hepatischen Kanälen: kleine Blase und Ikterus usw. Je nachdem, kann es sogar zu intermittierendem Ikterus kommen. Besonders ausgesprochen sind durch den Reiz des Steines der Zusammenfluß des Ductus hepaticus und cysticus und die Vaterische Papille. Im allgemeinen kann man sagen: der dauernde Reiz des Blasenepithels durch Steine führt zu einer Epithelverdickung, dann zu einer benignen Papillomatose und endlich zu neoplastischen Proliferationen. Damit ist eigentlich auch die Therapie gegeben: wenn in 80–100% aus der Lithiasis ein Krebs entstehen kann, namentlich bei familiärer Prädisposition und seniler Regression Exstirpation.

v. Schnitzer.

2851.

Craver, Lloyd F., Medizinische Probleme in der Diagnostik und Therapie des Karzinoms. (Am. J. med. Sci., 176, Nr. 4.) Seit der Erfindung der Strahlenbehandlung hat die klinische Zugehörigkeit des Krebsproblems von einem rein chirurgischen zu einem allgemein medizinischen sich geändert. Die Strahlenbehandlung und die medizinische Therapie, Studien über den natürlichen Verlauf der Erkrankung, über die Differentialdiagnose und die Aetiologie beginnen jetzt eine ihrer Bedeutung entsprechende Bewertung einzunehmen.

Der Magenkrebs bietet ein Beispiel dafür, wie notwendig Studien über die Aetiologie solcher Krebsformen noch sind, bei denen zur Zeit die Mittel einer Frühdiagnose oder einer zweckmäßigen Behandlung oder beides noch fehlen.

Bei der Diagnose und der Behandlung von Tumoren sind stets einige wichtige intern-medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Es handelt sich dabei hauptsächlich um die Differentialdiagnose zwischen Lungentuberkulose und primären und sekundären Tumoren der Lunge. Kehlkopf-tuberkulose, Lymphdrüsentuberkulose am Eingang der Speiseröhre und tuberkulöse Geschwüre des Mundes täuschen oftmals Krebs vor. Gut zu unterscheiden hat man zwischen Aneurysmen und Mediastinaltumoren. Besondere Wert kommt den physikalischen Symptomen für die frühzeitige Erkennung der Lungenmetastasen zu. Lungentumoren können akute Erkrankungen der Atmungsorgane vortäuschen. Der Sternalschmerz und seine besondere Bedeutung bei der myeloischen Leukämie, die Beziehungen der Tuberkulose zur Hodgkinschen Krankheit und zum Lymphosarkom, gewisse Störungen der Schlagzahl und des Rhythmus des Herzens mit Erkrankungen der Thymusdrüse sind einige Beispiele für die internen Möglichkeiten differentialdiagnostischer Erwägungen der Geschwulstdiagnose.

Komplikationen, wie Diabetes, Hypertension, Herz- und Nierenkrankheiten verschiedener Art, allgemeine und spezielle tuberkulöse

Symptome, Kachexie bei Ernährungsstörungen usw., sind häufige internistische Notwendigkeiten bei der Geschwulstbehandlung. Die Behandlung des Lymphoblastoms und der Versuch der Lebertherapie bei sekundären Anämien durch Leukämie oder Krebs und die Versuche zur Beeinflussung der Geschwülste durch Metallsalze, wie kolloidales Blei usw., sind Beispiele, wie wichtig bei der Behandlung von Tumoren die Ergebnisse internistischer Forschung sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

2852.

May, Herbert, Das Verhalten der Blutdruckamplitude während des Essens bei gesundem und krankem Kreislauf. (Med. Klin., Nr. 21, 1929.) (II. Innere Abtlg. des Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) Als einfaches Hilfsmittel zur Beurteilung des Kreislaufes wird die Beobachtung der Blutdruckamplitude während des Essens empfohlen. Beim Gesunden wird eine Vergrößerung der Amplitude während des Essens gefunden. Beim Kranken mit Kreislaufschwäche bleibt diese Vergrößerung aus. An ihre Seite tritt eine je nach der Schwere der Erkrankung verschieden lang anhaltende Verkleinerung der Blutdruckamplitude. Bei Kranken mit chronischen Nierenerkrankungen und hohem Blutdruck bleibt jede Reaktion aus.

L. Gordon, Berlin.

2853.

Schmincke, A., Ueber die Entstehung der Lungenschwindsucht. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 4.) Die Frage nach der Entstehung der Lungentuberkulose wird zur Zeit aufs eifrigste diskutiert. Sicher ist die empfindlichste Lücke der Tuberkulosebekämpfung die, daß die Mehrzahl der Erkrankungen zu spät entdeckt wird. Die Frage, ob die Schwindsuchtsentstehung in der Spitze oder aus dem akut entstehenden Frühinfiltrat hervorgeht, ist von Gräff dahin beantwortet, daß bei dem klinisch festgestellten Frühinfiltrat unbedingt ein anatomisch vorhandener Krankheitsherd in der Spitze vorangehe. Unter Lungenschwindsucht verstehen wir die chronische Lungentuberkulose, die in den oberen Abschnitten beginnt und die tiefer gelegenen Teile befällt, bei der jedoch sonst keine Prozesse im Körper außerhalb der Lunge auftreten. Im Verlauf des Kampfes der Tuberkuloseinfektion gegen den Organismus kommt es zu einer Aenderung der Reaktionsfähigkeit gegen den Erreger, die bis zu dem weitestgehenden Schutz führen kann. Von einem örtlich entwickelten Primärinfekt werden Tochterherde gesetzt, und mit zunehmender Erkrankung steigt die Widerstandskraft weitgehend. Man unterscheidet eine Dreiteilung, und zwar eine primäre Phase, eine Phase der Ausbreitung und eine der Lokalisation. Das Wesentliche ist der steigende Widerstand gegen die Durchseuchung, der bei der Tuberkulose nie absolut ist wie bei anderen Infektionsherden, sondern relativ, da der Bazillus im Körper nie abstirbt. Der tuberkulöse Herd ist stets für den Gesamtkörper ein nicht zu vernachlässigendes Krankheitsprodukt. Es kommt stets zu einem Wechselspiel zwischen Erregerwirkung und Widerstandskraft, das im labilen Gleichgewicht gehalten werden muß. Dem mechanischen Druck auf die Lungenspitze mißt man heute keine Bedeutung mehr bei. Die Lungenspitzen sind besonders dem respiratorischen Zwerchfellzug ausgesetzt, wodurch es zu einer Zerrung der Gefäße mit folgender Anämie kommt. Tatsache ist, daß in der Spitze die Narben viel häufiger gefunden werden als wo anders, daß in manchen Fällen sie sich nur in der Spitze finden. Leschke hat gefunden, daß aus einem Spitzenherd durch Aspiration die tiefer gelegenen Lungenteile und der übrigen Bronchien kontinuierlich erkranken können. Vom Frühinfiltrat ist zu sagen, daß es akut auftritt unter dem Bild einer Grippe. Der Sitz ist nicht ausschließlich infraklavikulär. Es besteht oft die Möglichkeit einer raschen Resorption auch ohne Behandlung. Meist kommt es jedoch zur schnellen Verkäsung und zur sogenannten Frühkaverne, die allerdings spontan ausheilen kann, wobei es zu einer Schwielenbildung kommt. Jedoch kann auch der Prozeß weiter sich ausbreiten und aus einer Frühkaverne sich eine Spätkaverne mit langsamem Fortschreiten des Prozesses entwickeln. Verf. selbst will sich nicht auf die eine oder andere Entstehungsform festlegen. Die chronische Lungentuberkulose kann sich im Einzelfalle verschieden entwickeln. Nicht auf den Ort der Entstehung, sondern auf die Art des Prozesses kommt es an, und das Ausschlaggebende ist die Immunitätslage, wie der Körper sich mit dem Virus abfindet.

2854.

Zarfl, Infektionswege bei der Säuglingstuberkulose. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 22.) Die plazentare Uebertragung der Tuberkulose kann bei spezifischer Erkrankung der Plazenta sowohl früh im Fötalleben erfolgen als auch während der Geburt, wo es durch die heftigen Uteruskontraktionen zu Zerreißen tuberkulöser veränderter Partien kommen kann. Die Infektion während der Geburt ist auch bei nicht nachweisbar erkrankter, aber bazillenhaltiger Plazenta dadurch möglich, daß durch Zerreißen von Eotten leicht eine Kommunikation von mütterlichem und kindlichem

Blut eintritt. Auch durch Infektion des Fruchtwassers kann es zur tuberkulösen Erkrankung des Fötus kommen. Trotzdem ist die Zahl der Fälle, bei denen die plazentare Uebertragung der Tuberkulose erwiesen ist, sehr gering; alle starben kurze Zeit nach der Geburt. Bei der extrauterin erworbenen Tuberkulose spielt die pulmonale Lokalisation die Hauptrolle. Von den extrapulmonalen Lokalisationen der primären Tuberkulose ist die Darmtuberkulose am wichtigsten, die durch infizierte Kuhmilch, aber auch durch Verschlucken von Bazillen, die mit der Atemluft oder durch direkten Kontakt in die Mundhöhle eindringen, zustande kommt. Von Bedeutung ist ferner die primäre Hauttuberkulose, die nur an erkrankten oder verletzten Stellen auftritt, weiter die primäre Schleimhauttuberkulose. Schließlich gibt es noch eine primäre Mittelohrtuberkulose. Ihre ersten Erscheinungen sind Drüenschwellungen in der Ohrgegend, später am Kieferwinkel und seitlich am Hals. Die Lymphdrüsen verschmelzen und können große Pakete bilden, die sich immer sehr derb anfühlen. Dann kommt es zu eitrigem Ohrenfluß, später zu Fazialislähmungen und entzündlichen Veränderungen in der Gegend des Warzenfortsatzes. Die primäre Tuberkulose des Mittelohres geht von der Schleimhaut aus, wie histologische Untersuchungen lehren. Die Infektion geschieht auf dem Wege der Tube. Die Bedingungen für diesen Infektionsweg sind im Fötalleben und frühen Kindesalter günstig, weil die Tube in diesem Alter verhältnismäßig kurz und weit ist und mehr geradlinig verläuft. Die Prognose der primären Mittelohrtuberkulose ist sehr ungünstig.

Ernst Pick, Wien.

2855.

Braeuning, H., und M. Neumann, Das Schicksal der Kinder, die mit einem offentuberkulösen Verwandten die Wohnung teilen und seine Beeinflussung durch den Arzt. (Z. Tbk., 53., 5.) Vorliegende Untersuchungen haben die alte Erfahrung bestätigt, daß die Kinder aus Familien mit offener Tuberkulose viel öfter an Tuberkulose sterben als die gleichaltrigen Kinder der Gesamtbevölkerung, und zwar zwei-, vier- bis dreibimal so oft, je nach dem Alter, in dem sich die Kinder befinden. Am meisten gefährdet sind die im ersten Lebensjahr exponierten und die vom 11. bis 20. Lebensjahr exponierten Kinder. Das 2. bis 10. Lebensjahr ist weit weniger gefährdet, trotzdem ist auch in diesem Alter bei den Kindern aus offentuberkulösem Milieu die Tuberkulosesterblichkeit noch etwa dreimal so hoch wie bei der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung. Im Gegensatz zu den bisherigen Gepflogenheiten muß also das Alter von 10 bis 20 Jahren noch mehr als das von 3 bis 10 Jahren überwacht und geschützt werden. Am gefährlichsten, hinsichtlich der Ansteckungsmöglichkeit, sind Offentuberkulose mit viel Husten und katarrhalischen Geräuschen. — Die Frage, welche Rolle für das Schicksal der Kinder aus offentuberkulöser Familie eine vererbte Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose spielt, ist noch nicht gelöst. Die Untersuchungen der Verfasser sprechen eher dafür, daß ein derartiger Einfluß nicht besteht und die Exposition der entscheidende Faktor für die häufigere Erkrankung ist. Je stärker die Exposition, um so mehr Kinder erkranken und sterben; nach Erlöschen der Exposition (Tod des tuberkulösen Vaters oder Heilung des tuberkulösen Vaters oder der Mutter) werden auch bei den Kindern die Neuerkrankungen an Tuberkulose erheblich geringer. Einen gewissen Einfluß hat auch das Geschlecht. Von 119 Mädchen, die zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr sehr stark tuberkuloseexponiert waren, starben innerhalb 7 Jahren nach Beginn der Exposition 14%! Die Versuche, durch Impfungen die Kinder der Tuberkulösen vor Erkrankung an Tuberkulose zu schützen, haben bis jetzt zu keinem eindeutigen Ergebnis geführt. (Vgl. aber die hier mehrfach referierten Arbeiten von Calmette! Ref.) Prophylaktische Tuberkulinkuren zum Schutz tuberkuloseinfizierter, aber gesunder Kinder aus tuberkulösen Familien, sind abzulehnen, sie verhüten die Krankheit nicht. Ob durch Erholungskuren in Ferienkolonien und Kindergenesungsheimen Erkrankungen an Tuberkulose verhütet werden, ist zweifelhaft. Es wird wohl sicher an vielen Orten durch die Erholungskuren insofern Schaden gestiftet, als Geld für sie ausgegeben wird, das besser für andere Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose verwendet würde.

Die wirksamste Waffe gegen die Kindertuberkulose ist die frühzeitige Erfassung des Einzelfalles — exponierte Kinder müssen drei- bis viermal im Jahr geröntgt werden! — und die damit frühzeitig einsetzende fachärztliche Behandlung in Heilstätte oder Tuberkulose-Krankenhaus.

Zwerg, Coswig.

2856.

Kritschewskaja, Ueber die Ausgänge der Lungentuberkulose (Turban I). (Beitr. Klin. Tbk., 72., 1.) Von mehreren 100 Fällen offener Lungentuberkulose Stad. I nach Turban lebten nach 5 Jahren noch 76,8%, nach 10 Jahren noch 54,1%, nach 15 Jahren noch 50,6%. Die statistische Arbeit des Verf. hat leider nur sehr bedingten Wert, da die Diagnose „Offene Tbc. pulm. I“

Grund des klinischen und röntgenologischen, sondern, nur des physikalischen Lungenbefundes gestellt wurde! Unter „Offene Tbc. Stad. I“ werden sich also eine ganze Anzahl ausgedehntere Prozesse, auch dritte Stadien befunden haben, bekanntlich Tuberkulosen im ersten Stadium nur selten offen
Zwerg, Coswig.

2857.

Alexander, Hanns, **Einfluß der Menstruation auf die Tuberkulose des Weibes.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 17, 1929.) Die klinische Beobachtung zeigt in eindrucksvoller Weise Zusammenhang von Menstruation und Lungentuberkulose. Die Mehrzahl noch aktiver Lungentuberkulosen läßt vor der Menstruation Zunahme der Dämpfungen, Zunahme der Rhonchi. Oft treten in dieser kritischen Zeit frische Schübe auf. Die allgemeine toxischen Symptome, Schweiß, Durchfälle werden verstärkt. Seinen bemerkenswertesten Ausdruck findet dieser Zusammenhang zwischen Menstruation und Tuberkulose in der Temperaturkurve. Immer ungünstig sind intra- und intermenstruelle Temperaturen.

Bei Untersuchungen Selters ist festgestellt, daß sich der Zustand während der Menstruation ändert; es findet eine Abnahme des Immunitätszustandes statt. Insbesondere ist angeregt worden, die Menstruation durch Röntgenbestrahlung vorübergehend auszuschalten und damit eine Besserung der Tuberkulose hintanzuhalten. In der Literatur wird ein weiskräftiges Material, und die dem Verf. bekannt gewordenen Fälle ließen den erwarteten Vorteil vermissen. Held.

2858.

Manner, L., und S. Spiro, **Die Behandlung der Lungentuberkulose mit doppelseitigem Pneumothorax.** (Z. Tbk., 53., 5.) Die Behandlung der doppelseitigen Pneumothoraxbehandlung sind zwei Arten von Lungentuberkulosen: 1. Kranke, die mit doppelseitiger Tuberkulose in Behandlung treten, 2. Kranke, bei denen einseitiger Pneumothorax besteht, infolge der Erkrankung der anderen Seite ein zweiter Pneumothorax entsteht. Bei der zweiten Gruppe ergibt sich das therapeutische Handeln von selbst. Bei der ersten Gruppe wird auf der erkrankten Seite zuerst angelegt, etwa 14 Tage später auf der anderen Seite in Angriff genommen. Wenn auf der einen Seite der Pneumothorax technisch nicht durchführbar ist (Verengungen), ist Pneumothorax auf der anderen, Phrenikusexstirpation, ist Pneumothorax auf der anderen, Kehlknopf-Tuberkulose sind Kontraindikationen des doppelseitigen Pneumothorax, dagegen Tuberkulose. Bei sehr elenden, hochfiebernden Kranken mit fortgeschrittener, doppelseitiger Lungentuberkulose wird man sich von doppelseitiger Pneubehandlung absehen. Die Vitalität zu bestimmen (Liebermeister), halten die Verfasser für erforderlich. Die Kranken mit doppelseitigem Pneumothorax werden mindestens 5 bis 6 Monate in stationärer Behandlung liegen, je länger die Kur über diese Zeit fortgesetzt wird, um so besser für den Erfolg. Verfasser demonstrieren zum Schluß die Geschichte von 16, noch in Behandlung befindlichen Fällen, die ersichtlich ist, daß durch doppelseitigen Pneumothorax eine Besserung der subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen, sogar Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, zu ist. Bei vorsichtigem Vorgehen lassen sich im allgemeinen Komplikationen, insbesondere die Gefahr des Spontan- bzw. Ventilthorax, vermeiden.
Zwerg, Coswig.

2859.

Perini, Ludovico, **Tuberkulöse Pleuritis und Thrombopenie.** (Ospedale di San Spirito, Rom.) Bei mehreren Knaben entwickelte sich die Pleuritis in drei Stößen, bereits nach den zweiten Haut- und Schleimhautblutungen. Wiederholung dieser Erscheinungen, wenn auch im geringeren Ausmaße, im dritten Stadium. Verf. kann somit die von anderen Autoren gemachte Beobachtung bestätigen, daß es engere Beziehungen zwischen der Pleuritis und dem aktiven Stadium der Tuberkulose gibt, wobei die Pleuritis als allgemeines Symptom bereits im Stadium der Invasion auftreten kann. Analogie mit der Thrombopenie nach Malariainjektionen oder nach Autoserotherapie.

Ashkenasy, Wien.

2860.

Stantini, G., **Die Hilustuberkulose bei Erwachsenen.** (Riv. di pat. e clin. della tbc., Jahrg. 3, Heft 5, 1929.) Die Hilustuberkulose ist bei Erwachsenen häufiger, als allgemein angenommen wird. Sie tritt a) in Form einer Lymphadenitis hilaris simplex, b) Lymphadenitis hilaris hyperplastica und c) Lymphadenitis und Infiltration des Lungengewebes am

Hilus, d) wie c), dazu interlobäre Pleuritis auf. Die Symptomatologie ist sehr mannigfaltig, zur Diagnose der einzelnen Formen die Röntgenaufnahme unerlässlich. Die Hilusprozesse haben die Tendenz, in kranialer Richtung sich auszubreiten, zuerst eine subklavikuläre, dann Spitzeninfiltrationen hervorzurufen.

Eugen Stransky, Wien.

2861.

Bronkhorst, W., **Neue Deutungen der Kavernenheilung.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 1.) Man hat zwei Hauptformen von Kavernen voneinander zu unterscheiden, die frische dünnwandige Kaverne mit kollateraler Infiltration (die sogenannte „Frühkaverne“, Ref.) und die im zirrhotischen oder käsig-pneumonisch-zirrhotischen Lungengewebe gelegene sogenannte Spätkaverne. Diese beiden Formen haben einen ganz verschiedenen Verlauf: die frischen Kavernen neigen spontan zu schnell fortschreitendem Kollaps und können unter Hinterlassung einer kleinen Narbe vollständig ausheilen; die andere Kaverneform kann durch fibröse Wandschrumpfung bzw. Wandepithelialisierung nur langsam und meist nur unvollkommen ausheilen. Verf. demonstriert an Hand von 5 sehr sorgfältig beobachteten Fällen mit Röntgenserienaufnahmen, in wie relativ kurzer Zeit derartige Frühkavernen sich schließen können. Parallel mit der röntgenologischen Rückbildung des Ringschattens geht Abnahme des Auswurfes und allmähliches Verschwinden der Kochschen Bazillen aus demselben. Die schnelle Rückbildung dieser Frühkavernen erfolgt vermittelt der Elastizität des die Kaverne umgebenden, nahezu vollständig gesunden Lungengewebes. Bei den im zirrhotischen Gewebe gelegenen Kavernen kann eine so schnelle Schließung nicht erfolgen, da die Elastizität des die Kaverne umgebenden Lungengewebes stark vermindert ist. Bei den frischen dünnwandigen Kavernen sollte man daher einen künstlichen Pneumothorax erst dann anlegen, wenn sich in einigen Monaten sorgfältigster konservativer Behandlung keine spontane Heilungstendenz zeigt.
Zwerg, Coswig.

2862.

Gickler, H., **Anatomisch-physiologische Studie über die Wirkung der Kohletherapie der Lungentuberkulose.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 1.) Im Tierversuch wurden die wirksamen Komponenten der intravenösen Kohletherapie (Kohlesuspension Merck) bei Lungentuberkulose analysiert. Es konnte gezeigt werden, daß nach Injektion geringer Kohlestaubmengen eine Speicherung der Teilchen in Lunge, Leber und Milz stattfindet, wobei offenbar die Zellen des Retikuloendothels aktiviert werden. Die nach der Injektion auftretende Fieberreaktion entsteht einmal durch die einsetzende Gewebsreaktion, dann durch den späterhin folgenden Zerfall großer Mengen weißer Blutkörperchen in Leber und Milz. Sie kann nicht als Herdreaktion gedeutet werden. Es wurde eine Umwandlung von Kohleteilchen und Gewebshistiozyten zum Tuberkel und eine Umwandlung der Zellen zum Bindegewebe beobachtet. Die Entstehung eines unspezifischen Narbengewebes ist zwanglos auf die Therapie zurückzuführen, da auch an nicht erkrankten Stellen die Kohleablagerung eine bindegewebige Narbe hervorruft.
Zwerg, Coswig.

2863.

Ruttgers, P., und A. Kamsler, **Ueber Milzdiät bei Tuberkulosen.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 1.) Es wurden 12 Fälle von schwerer, doppelseitiger bazillärer Lungentuberkulose mit Milz behandelt. Die Pat. bekamen täglich 100—150 g Milz, möglichst in rohem Zustande, später bekamen sie Milzextrakt in Pulverform (Spleno-glandol). Die Verf. sahen bei dieser Therapie erhebliche Besserungen des Lungenprozesses, Gewichtszunahmen, Stationärwerden der Lungentuberkulose, und dies bei schweren, bisher erfolglos behandelten Fällen. Bei 2 Fällen von 12 sahen sie keinen Erfolg! Auch die Besserungen bei den übrigen 10 Fällen berechnen nach Ansicht des Ref. keineswegs zu Optimismus. Keiner der behandelten Fälle ist bazillenfrei geworden; in keinem Falle sind die Kavernen zur Ausheilung gekommen! Beobachtungen, wie „Kleine Herde vorwiegend produktiver Art sind viel umschriebener und kleiner geworden, Herde von vorwiegend exsudativer Natur sind zum Teil ganz verschwunden“, kann man bekanntlich sehr häufig bei Fällen machen, die überhaupt nicht behandelt werden, ganz abgesehen von technisch bedingten Differenzen der einzelnen Röntgenaufnahmen. Ehe man sich also zu dem Optimismus der Verf. hinsichtlich der Wirksamkeit der Milztherapie bekennt, wird man gut tun, weitere auf breiterer Basis gewonnene Behandlungsergebnisse abzuwarten. Man hat in den letzten Jahren schon so viel Enttäuschungen in der Tuberkulosebehandlung erlebt (Sanocrysin! Ref.).
Zwerg, Coswig.

2864.

Gherardini, G., **Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose usw.** (Riv. di pat. e clin. della tbc., 3. Jahrg., Heft 5, 1929.) In der dritten Mitteilung wird nach Allgemeinerörterungen über den Mineralstoffwechsel und

Übersicht der Literatur über den Mineralgehalt der tuberkulösen Lunge die Frage des Kalkstoffwechsels einer Untersuchung unterzogen. Bei nicht fiebernden Lungenkranken ist der Kalkstoffwechsel vollkommen normal, die Bilanz positiv. Kalkverluste werden nur bei hochfiebernden oder kachektischen, schwerkranken Individuen beobachtet. Es gibt keine spezifische Dekalzifikation des tuberkulösen Organismus, denn ähnliche Kalkverluste kann man bei den verschiedensten fieberhaften infektiösen Prozessen beobachten. Auch stehen die Kalkverluste nicht in Zusammenhang mit der Schwere und Ausdehnung des spezifischen Prozesses.
Eugen Stransky, Wien.

Kinderheilkunde

2865.

Pearson, Gerald H. J., Umgekehrte Wiedergabe der Lageverhältnisse bei Kinderzeichnungen. Mitteilung von 2 Fällen. (Journ. nerv. dis., 68., Nr. 5.) Ein 5- bzw. 6jähriges Kind zeichneten die meisten Gegenstände und Vorlagen unter Umkehrung von oben und unten. Dies wird darauf zurückgeführt, daß diese Kinder noch nicht gelernt haben, das Sehbild wieder umzukehren. Es handelt sich um eine Verzögerung der Entwicklung, die andere Kinder in einem viel früheren Alter durchmachen.
W. Misch, Berlin.

2866.

Hecker, A., Lungenschrumpfung mit Herzverlagerung im Kindesalter. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 1.) Manche Formen von starker einseitiger Lungenschrumpfung verursachen diagnostische Schwierigkeiten, die nur durch klinische Beobachtung zu klären sind. Die Lungenschrumpfung kann sowohl von Tuberkulose als von aufgelösten Pneumonien und Bronchiektasien hervorgerufen werden. Die bei Lungenschrumpfung auftretenden hochgradigen Verlagerungen des Mediastinums und seiner Organe werden bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen beobachtet. Die Mechanik der Verziehung wird mit der Volumverminderung der Lunge, dem vikariierenden Emphysem der anderen Seite und Verwachsungen der Pleurablätter erklärt. Sie wird beeinflusst von dem Stand des Zwerchfells und dem jeweiligen Zustand des Mediastinums. Die bei Herzverlagerung nur geringen subjektiven Beschwerden sind mit den relativ günstigen anatomischen Verhältnissen und der weitgehenden Anpassungsfähigkeit des Körpers gegenüber langsam eintretenden Veränderungen zu erklären. Es ist wünschenswert, daß neben der notwendigen Fürsorge der Schulfähigkeit und der Berufsberatung der betroffenen Kinder erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wird.
Zwerg, Coswig.

2867.

Hayakawa, Tomomitsu, Studien über die Keuchhustenpneumonie. I. Mitteilung. Pathologische Anatomie der Keuchhustenlunge nebst einer experimentellen Studie über das Röntgenbild der Keuchhustenlunge beim Menschen. (Z. Kinderheilk., 47., Heft 5.) (Kinderklinik der Mandschurischen Hochschule in Mukden.) Versuche an gesunden Meerschweinchen mit einem nach Besredka hergestellten Endotoxin der Bordet-Gengouschen Bazillen. Ein Teil der Tiere erhielt eine einmalige letale Dosis, der andere Teil eine kleine Menge in dreimaligen täglichen Einspritzungen über Tage und Wochen hin. Bei Verabreichung letaler Dosen fand sich hochgradige Hyperämie und Oedem im Lungengewebe, manchmal auch Blutungen im Interstitium der Alveolar- und Bronchialsysteme. Bei den Tieren, die kleinere Dosen erhalten hatten, fanden sich im Frühstadium Zellinfiltration, geringeres Oedem im Interstitium, später Bindegewebswucherung, besonders an den Bronchien und an den Gefäßen. Das typische Röntgenbild der Keuchhustenlunge kommt nach Ansicht des Verfassers weniger durch eine einfache Hyperämie der Bronchialwände, als vielmehr durch einen entzündlichen Prozeß im Interstitium zustande.
Beck, Tübingen.

2868.

Yamaoka, Y., Studien über das Keuchhustengehirn. I. Mitteilung. Histopathologische Studien über das menschliche Keuchhustengehirn. (Z. Kinderheilk., 47., Heft 5.) (Kinderklinik und Forschungsabteilung für Hirnanatomie, Mukden [Mandschurei]). Histologische Untersuchungen an 3 Fällen von Keuchhusten. Beschrieben werden die histologischen Befunde im Gehirn bei 2 Fällen von Keuchhusten mit akuten und subakuten nervösen Komplikationen und Krampfanfällen und der Befund eines Keuchhustensfalls ohne krankhafte Gehirnerscheinungen. In allen 3 Fällen konnten weder Blutungen noch entzündliche Erscheinungen nachgewiesen werden. In den beiden Fällen mit Krampfanfällen fanden sich eigenartige Veränderungen und zwar bei einem Kind mit leichten Krämpfen nur im Kleinhirn, in dem anderen Fall, bei einem Kind mit schwereren Krämpfen, im Ammonshorn, besonders im Sommer-

schen Sektor und im Endblatt, ferner in der Purkinje-Zellschicht des Kleinhirns und im Nucleus anterior des Thalamus. Die Veränderungen bestanden in ischämischer bzw. homogenisierender Umwandlung, die vasogenen Ursprungs sein soll. Diese Bezirke sind nach Verfasser gerade die Stellen, die besonders mangelhaft mit Gefäßen versorgt sind. Da an den Gefäßen selbst keine Veränderungen festzustellen waren, ist Verfasser geneigt, anzunehmen, daß eine funktionelle Störung die Ursache dieser abnormen Befunde ist.
Beck, Tübingen.

2869.

Pechere, Zur Behandlung kindlicher Krämpfe. (Scalpel, Nr. 17, 1929.) Fehlen charakteristischer Anzeichen für Spasmodie, insbesondere das Chvostek'sche Phänomen, und findet sich für das Auftreten von Krämpfen bei einem sonst gut gedeihenden Kinde keine ausreichende Begründung, so wird man an kongenitale Lues denken müssen, wenn diese Anfälle in längeren oder kürzeren Intervallen wiederkehren. Selbstverständlich wird man auch die Tuberkulose in Erwägung ziehen müssen und die entsprechende Untersuchung der Lumbalflüssigkeit vornehmen.

Abgesehen von der Behandlung, die sich gegen die Quelle des Leidens richtet, gibt es eine Augenblicksbehandlung, die vom Laien gewöhnlich ganz mißverständlich gehandhabt wird. Nervöse Kinder in der Familie, bei denen eine gewisse Krampfbereitschaft besteht, machen die Erziehung der Umgebung zur Pflicht. Man muß ihr vor allem die Notwendigkeit klar machen, eine für das Kind beruhigende Atmosphäre zu schaffen. Keine kalten Uebergießungen, viel eher eine feuchtwarme Einwicklung des Körpers oder noch besser ein heißes, prolongiertes Bad, dem man noch Kleie, Lindenblüte oder Kamille zusetzen kann. Auf den Kopf, der hoch gelagert wird, eine kalte Kompresse. In Fällen von Laryngospasmus: Aether oder Chloroform in kleinen Dosen. Im Bedarfsfalle Sauerstoffeinatmung. Bei Brompräparaten darf man nicht vergessen, daß Bromkali von Kindern schlechter vertragen wird als von Erwachsenen; man bleibt also beim Calc. brom. Im Dringlichkeitsfall bleibt Chloralhydrat das Mittel der Wahl. Ueber den Wert des Nebenschilddrüsenextraktes bei echt tetanischen oder syphilitischen Krämpfen besitzt Verfasser noch nicht genügend eigene Erfahrung.
Held.

2870.

Stoichi, L., Ueber den Einfluß der Ultraviolettstrahlen auf die kutane Tuberkulinreaktion. (Pediatria, 37. Jahrg., Heft 8, 1929.) Bei 36 pirquetpositiven Kindern wurde der eine Unterarm bestrahlt (10 bis 25 Minuten, 40 bis 50 cm Abstand), der andere nicht. Kurz nachher wurde die Kutanreaktion vorgenommen, die an der nicht bestrahlten Seite stets negativ, an der bestrahlten stets positiv ausfiel. Durch Probeexzision wurden Gewebstücke von der Stelle der Kutanproben gewonnen, die, intravital mit 1% Pyrrholblau gefärbt, in der bestrahlten Haut wesentlich mehr blaugefärbte Zellen aufwiesen als in der nicht bestrahlten. Eine Erklärung dieses Phänomens kann derzeit noch nicht gegeben werden.

Eugen Stransky, Wien.

2871.

Nordentoft, Jacob, Ueber die Röntgenuntersuchung und die konservative unblutige Desinvagination der akuten Invagination bei Kindern unter Röntgenkontrolle. (Acta chirurg. scand., 64., Fasc. VI.) In 5 Fällen von akuter Invagination bei Kindern wurden Röntgenuntersuchungen vorgenommen, die ein für die Invagination charakteristisches Bild ergaben, das sich nicht wesentlich von der Invagination bei Erwachsenen unterschied. Es konnte eine Stauung des Baryumeinlaufes mit Begrenzung in einer konkaven Linie, die manchmal den Kopf des Invaginatum mit ein paar dünnen Armen umfaßt und einen dünnen Streifen durch dessen Lumen schiebt, festgestellt werden. Dreimal glückte es unter Röntgenkontrolle, die unblutige Desinvagination durchzuführen. In den Fällen, in denen die Desinvagination nicht gelang, mußte operiert werden. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Röntgendurchleuchtung bei Verdacht auf Darminvagination wesentlich zur Klärung des Krankheitsbildes beitragen kann, daß sie aber nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch zu verwerten ist. Durch den Baryumeinlauf läßt sich nämlich infolge seiner Schwere das Invaginatum leichter zurückschieben, als es bei einem gewöhnlichen Klysma der Fall zu sein scheint.

E. Gohrbandt, Berlin.

2872.

Kawashima, S., Experimente über die Entleerungsverzögerung des Mageninhalts durch intraabdominale Einführung von Traubenzuckerlösung. (J. Orient. Med., 10., Mai 1929, Nr. 5.) Die in der Pädiatrie häufig angewandten intraperitonealen Traubenzuckerinfusionen bewirken eine erhebliche Verzögerung der Magenentleerung. Diese unerwünschte Begleiterscheinung, die zu Störungen der Magenfunktion, Erbrechen usw. führt, versuchte der Verfasser auszuschalten, zumal die intraabdominelle Trauben-

zuckerinfusion in vielen Fällen sehr brauchbar ist. Natriumbikarbonat, Atropin und Papabelin (= Papaverin? Ref.) haben nur einen geringen Einfluß. Insulin wirkt dieser Entleerungsverzögerung kräftig entgegen, so daß es zu völlig normaler Magen-Darm-passage kommt. Es empfiehlt sich also ein Insulinzusatz zu der intraperitoneal zu injizierenden Traubenzuckerlösung.

Walter Goldstein, Berlin.

2873.

Kissel, A., *Zur Methodik der Behandlung des kindlichen Myxödems mit Schilddrüsenpräparaten.* (Mediz.-biolog. Journ., 4., Heft 5, 1928.) Nach Erfahrung des Verfassers sind Kinder gegen Thyreoidin sehr empfindlich. Als Maximaldosis für Kinder von 5 bis 15 Jahren empfiehlt er täglich 0,12 g; größere Dosen rufen Vergiftungsscheinungen hervor, die in Pulsbeschleunigung, Gesichtsröte, Durchfällen, Unruhen, Temperatursteigerungen bestehen. Nach Verschwinden der Symptome des Myxödems ist die Thyreoida-behandlung fortzusetzen mit kleineren Dosen bis höchstens 0,06 g pro die. Diese sogenannte prophylaktischen Thyreoidgaben sind das ganze Leben hindurch ohne Unterbrechung weiter zu geben. Aussetzen des Mittels ruft nach kurzer Zeit erneute Krankheitserscheinungen hervor, die eben auf den Ausfall des Schilddrüsenhormons beruhen. Die Erfahrungen des Verfassers beruhen auf Beobachtungen, die an einzelnen Patienten bis zu 30 Jahren durchgeführt wurden.

Helene Eliasberg, Berlin.

2874.

Aurhammer, A., und A. Kollmann, *Rachitisbehandlung mit Vigantol.* (Zugleich ein Beitrag zur Frage des angeborenen Weichschädels und der rachitischen Genese der Kraniotabes.) (Arch. f. Kinderheilk., 87., Heft 2/3.) (Stadt. Kinderheilanstalt Augsburg.) Verfasser berichtet über sehr günstige Erfolge bei der Rachitis- und Tetanitherapie mit kleinen Vigantoldosen. Er bezeichnet Vigantol geradezu als das Mittel der Wahl bei Rachitis. Schädliche Folgeerscheinungen nach Vigantoldarreichung hat Verfasser nie beobachtet. Die Anämie bei Rachitis wird durch Vigantol nicht beeinflusst. Bei Vigantolprophylaxe bei Frühgeburten konnte das Auftreten einer Kraniotabes nicht verhindert werden. Möglicherweise geht Vigantol in die Milch der Mutter über. Daraus, das Vigantol das Auftreten eines Weichschädels bei Frühgeburten nicht verhindert, schließt Verfasser, daß es sich bei der Kraniotabes nicht um ein ausschließlich rachitisches Zeichen handelt, sondern das vielmehr in manchen Fällen die Kraniotabes ein Symptom einer konstitutionell-hereditären Ursache ist. Vielleicht spielen bei Frühgeburten auch Druckmomente von seiten des Gehirns eine Rolle.

Pogorschesky, Breslau.

2875.

Preise, R., und E. Walenta, *Klinische Erfahrungen und Untersuchungen über Sionon.* (Med. Klin., Nr. 21, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik, Berlin.) Das neue Zuckerersatzmittel Sionon (d-Sorbit) besitzt etwa ein Drittel der Süßkraft des Rohr- oder Rübenzuckers und liefert pro Gramm etwa 3,9 Kalorien. Wie die Untersuchungen der Verfasser gezeigt haben, passiert das Sionon, wenn überhaupt, so nur in sehr geringer Menge den Darm bzw. die Nieren und wird zu etwa 98% resorbiert. Die Verträglichkeit des Sionon ist individuell recht verschieden. Gelegentlich sieht man schon nach 30 g Sionon Durchfälle auftreten. Die Erscheinungen von seiten des Darmkanals treten schwächer auf oder verschwinden ganz, wenn das Sionon in mehrfachen kleinen Portionen gegeben wird. Einen Einfluß auf die Glykosurie bei Diabetikern scheint das Sionon in Dosen von 50 bis 100 g nicht auszuüben, es besitzt aber gewisse antiketogene Eigenschaften. Da das Sionon einen angenehmen Geschmack hat und sich auch in der Küche verwenden läßt, so muß man in ihm einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem Dulzin, Saccharin usw. erblicken.

L. Gordon, Berlin.

2876.

Pollitzer, R., *Die saure Milch mit der Oel-Mehlschwitze in der Ernährung von unterernährten Kindern.* (Polliclinico, sez. prat., 36., 19.) (Istituto di puericultura di S. Gregorio, Rom.) Technik: Die Oel-Mehlschwitze wird so zubereitet, daß man 40 g Olivenöl mit ebensoviel Mehl einbrennt. Nachdem nun die Schwitze auf kleinem Feuer unter fortwährendem Umrühren eine bräunliche Farbe angenommen hat, fügt man derselben $\frac{1}{2}$ l Wasser, welches mit 40 g Zucker versüßt worden ist, hinzu. Das ganze wird nun mit 1 l Kuhmilch gemischt, welche nach der Methode von Mariott mit Milchsäure angesäuert wurde. Die Vorschrift von Mariott lautet: Die Milch wird durch 5 Minuten gekocht. Nach vollständiger Abkühlung und Abhebung des Häutchens werden pro 1 l Milch 8 ccm Acid. lact. puriss. mittels Tropfenzählers zugesetzt, wobei man nach jedem Tropfen die Milch gut umrühren muß. Die saure Milch mit der Oel-Mehlschwitze enthält im Liter 56 g Fett, 22 g Eiweiß und 4,6 g Salze. Während der Verabreichung muß sie

dauernd umgerührt werden, da sonst Klumpenbildung eintritt. Die so zubereitete Milch wird von unterernährten Säuglingen sehr gut vertragen. Ihr Vorzug vor anderen Milchezubereitungen besteht darin, daß in einer verhältnismäßig kleinen Quantität eine beträchtliche Menge von Kalorien und Stoffen, die eine rasche Erholung und fortschreitende Entwicklung des Säuglings fördern, enthalten sind. Sie wird sehr gern von den Kindern genommen, besonders wenn sie gut verzuckert ist. In der Menge von 400 bis 800 g täglich gegeben, bewirkt sie eine rasche Gewichtszunahme und merkliche Hebung des Allgemeinzustandes bei unterernährten Kindern. Säuglinge und Kleinkinder mit gastro-intestinalen Störungen oder in der Rekonvaleszenz nach solchen vertragen diese Milch im allgemeinen gut; nicht selten jedoch reagieren diese Kinder auf die Verabreichung dieser Milchemischung mit einer Steigerung ihrer dyspeptischen Beschwerden, so daß man gezwungen ist, ihre Verabreichung für einige Wochen auszusetzen, während welcher Zeit man eine ihrem Zustande entsprechende Diät verordnet. Nach Ablauf dieser Zeit wird die saure Milch mit der Oel-Mehlschwitze anstandslos auch von diesen Kindern vertragen.

Ashkenasy, Wien.

Mund- und Kiefererkrankungen

2877.

Euler, H., *Ueber spontanen Zahnausfall bei einer Spätform von konstanter Lues.* (Dtsch. Zahnärztl. Wschr., 2, 1929.) (Zahnärztliches Institut der Universität Breslau.) An Hand eines klinisch und pathologisch-anatomisch genau durchuntersuchten Falles von spontanem Zahnausfall bei konnataler Lues kommt Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß es sich in solchen Fällen nicht um eine Schädigung des Trigeminus, sondern des vegetativen Nervensystems auf konnatal-luischer Basis handelt. Als unmittelbare Ursache der schweren trophischen Störungen müssen intermittierende Spasmen arterieller Gefäße, bedingt durch luische Veränderungen am vegetativen Nervensystem, angenommen werden.

L. Gordon, Berlin.

2878.

Wright, Henry W. S., *Klinische Bemerkungen über lösliches Merkurochrom.* (The Practitioner, Nr. 732, 122., Nr. 6, 1929.) Die intravenöse Injektion von Merkurochrom bei Septikämien aller Art ist bekannt; aber die Septikämie ist nicht das einzige Anwendungsgebiet. Es leistet gute Dienste bei akuten Niereninfektionen. Bei chronischen sprechen die durch Strepto- und Staphylokokken verursachten besser auf das Antiseptikum an als die Koliinfektionen. Bei metastatischen Komplikationen der Gonorrhöe und bei chronischen geschlossenen Blaseninfektionen ist es auch gut zu gebrauchen. Ferner bei Auswaschungen des Nierenbeckens; z. B. ist bei chronischer Pyelonephritis und Pyelitis der Urin nach 3 oder 4 in Abständen von einer Woche verabfolgten Injektionen steril geworden. Für Blasenpülungen nimmt man Verdünnungen von 1 : 1000 bis zu 1 : 5000, läßt auch bei hartnäckiger chronischer Zystitis bzw. Prostatitis mit gutem Erfolg eine geringe Menge einer einprozentigen Lösung zurück. Zur präoperativen Sterilisation der Haut ist das Merkurochrom hervorragend geeignet; es dringt in tiefere Schichten ein, ohne zu reizen. Besonders eignet es sich für Operationen am Skrotum und Damm, weil man hier Jod nicht gern nimmt.

Held.

2879.

Frankel, H. G., *Ultraviolett in der Behandlung der Zahnkrankheiten.* (Arch. Physic. Ther., 10., Nr. 1.) Die Anwendung des ultravioletten Lichtes wird empfohlen, bei Karies, Gingivitis, Periodontitis, Angina Vincenti, Alveolarabszeß, Alveolarpyorrhöe sowie Entwicklungsstörungen der Zähne.

Kirschmann.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

2880.

Einhorn, M., *Wichtigkeit der Diät in der Krankenbehandlung.* (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1929.) Allgemeine Grundsätze: Bei akuten Krankheiten kurzer Dauer kleine Quantitäten flüssiger oder halbflüssiger Nahrung, aber viel Flüssigkeit (Limonaden, Wasser, Mineralwasser, dünnen Tee). 2 bis 3 Quart (1 = 1,1 l) täglich. Per os, evtl. per rectum oder subkutan. Eine einseitige Diät kann für einige Tage, aber nie für lange gegeben werden. In chronischen Zuständen eine Diät, die alle 3 Nahrungsgruppen enthält, genügend, um den Organismus vor Gewebsverlust zu schützen. Keines dieser

3 Elemente sollte ganz vernachlässigt werden, aber immerhin kann eine Gruppe vermindert, eine andere vermehrt werden, um einem affizierten Organ Ruhe zu verschaffen. Dem Gesunden ist Hunger, Durst, Sättigung ein sicherer Führer; beim Kranken versagen sie. Deshalb muß hier der Arzt die Führung übernehmen. Diätetische Steckenpferde sind unheilvoll und führen manchmal zu lebensgefährlichen Zuständen. Künstlich zubereitete, leicht assimilierbare Nahrungspräparate und Regime aus flüssigen und breiförmigen Nahrungsmitteln ohne jede andere Form können 1 bis 2 Wochen verordnet werden, aber nicht dauernd, außer bei inoperablen und unheilbaren Krankheiten mit Obstruktion irgendwo im Nahrungstrakt. Außer bei inkurablen malignen Krankheiten sollte die Diät bei chronischen Affektionen möglichst der normalen gleichen. Die Lebensweise solcher Kranker muß so geregelt werden, daß sie später ihre Beschäftigung wieder aufnehmen oder zu ihr zurückkehren können. Beste Kontrolle, ob ein Kranker genügend genährt ist: wöchentlich zur selben Zeit und unter denselben Bedingungen wiegen. Ueberernährung kann Stoffwechselstörungen machen und zu Krankheiten grundleger: Gicht, chronische Arthritis, Korpulenz, Diabetes mellitus. Ungenügende Ernährung ist immer schädlich, sie unterminiert die Gesundheit und destruiert einen schon kranken Körper rasch.

v. Schnizer.

2881.

Giragossintz, G., und H. Mackler. Die perorale Anwendung von Adrenalin. (Endocrinology, 13., Nr. 1.) Die Verfasser bemühten sich, in einer Reihe von Tierversuchen festzustellen, ob dem per os zugeführten Adrenalin eine resorptive Wirkung zuzusprechen sei. Hunde erhielten durch die Magensonde 10 ccm Adrenalin (1 : 1000) auf 50 ccm Wasser verdünnt. Regelmäßig erfolgte eine deutliche Erhöhung des Blutzuckerspiegels. Aus dieser Tatsache muß mit Sicherheit auf eine Resorption des Adrenalins vom Magen-Darmkanal aus geschlossen werden. Auffallend war, daß außer der hyperglykämisierenden Wirkung keine von den sonstigen bekannten Adrenalineffekten bei den Versuchstieren zu verzeichnen waren. Insbesondere führte die stomachale Adrenalingabe nicht zur Blutdrucksteigerung. Vergleichsmessungen des Blutdrucks nach Adrenalininjektion einerseits in die Vena jugularis oder Vena cava und andererseits in die Vena portae oder in die Leber ergaben, daß die Erhöhung des Blutdrucks ceteris paribus im ersten Fall außerordentlich viel größer als im zweiten Fall ist. Es muß also die Leber die blutdrucksteigernde Wirkung des Adrenalins vernichten, die infolgedessen nach peroralen Adrenalingaben nicht in die Erscheinung tritt.

Walter Goldstein, Berlin.

2882.

Rüther, Alphons. Ueber Muskelverkalkung im Herzen nach Sublimatvergiftung. (Pathologisches Institut, Göttingen.) (Z. Kreislaufforschg., 21. Jahrg., Heft 11.) Es wird ein Fall von Sublimatvergiftung bei einer 53jährigen Frau beschrieben, in welchem sich vereinzelt, nur mikroskopisch sichtbare Verkalkungen im Herzmuskel fanden.

Da der Herzmuskel degenerative Veränderungen, die stellenweise sehr hochgradig waren, aufwies, wird angenommen, daß die Kalkablagerungen in bereits infolge der Sublimatvergiftung krankhaft veränderte Muskelfasern stattfand.

Die Literatur über Myokardverkalkungen ist sehr spärlich. Bei den wenigen bekannten Fällen handelt es sich entweder um Intoxikationen (Sublimat 2 Fälle, Blei 1 Fall, Chloroform 1 Fall [?]) oder um Infektionen ganz verschiedener Natur oder um Kalkmetastasen im Sinne Virchows.

Die Myokardverkalkung in geringer, nur mikroskopisch sichtbarer Ausdehnung ist vielleicht häufiger als bisher bekannt und wird nur nicht genügend beachtet.

Es ist in experimenteller Arbeit weiterhin die Frage der Herzmuskelverkalkung in der Hinsicht zu untersuchen, ob etwa nach voraufgehender Muskelschädigung die lokale Verkalkung häufiger und breiter befunden wird oder nicht.

Arnold Hirsch, Berlin.

2883.

Bókay, J. von. Intravenöse Neosalvarsaninjektionen bei Behandlung der Chorea minor. (Orvosi Hetilap, Nr. 20, 1929.) Als v. Bókay im Jahre 1921 die Salvarsanbehandlung in die Therapie der Chorea einführte, benutzte er das Medikament nur intramuskulär. 1923 befaßte er sich zuerst mit dessen intravenöser Verabreichung. Als jedoch Rietschel das Rivanol, Duzár die Hormontherapie in Anwendung brachten, hielt er neuerliche Beobachtungen in dieser Richtung für notwendig. Er stellte eine Serie von 50 größtenteils Chorea-gravis-Fälle ein und verarbeitet sie von mehreren Gesichtspunkten aus betrachtet, wozu er eine genaue Aufstellung der altermäßigen Aufteilung, der Behandlungsdauer, der Zahl der verabreichten Injektionen, sowie die Heilungsdauer und die Gesamtmenge des verbrauchten Neosalvarsans darstellt. Bei

der Ueberzahl der Fälle (42) waren bei einem drei- bis sechswöchigen Spitalsaufenthalt 6 Injektionen (45 Fälle) zur vollständigen Heilung genügend. Die in einer Zeitspanne von 5 bis 7 Tagen verabreichten Injektionsdosen schwankten zwischen 0,10 bis 0,30 Grad.

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Neosalvarsaninjektionen bei Fällen von Chorea minor als ein vollkommen bewährtes Heilverfahren. Er stellte auch fest, daß organische Herzleiden die Anwendung dieses Mittels nicht kontraindizieren. In einigen Fällen beobachtete er auch Salvarsanexanthemata, jedoch ist diese Reaktion ganz bedeutungslos. Je früher die Behandlung beginnt, um so wesentlicher verkürzt sich die Heilungsdauer.

Auf Grund von den bei einigen interessanteren Fällen während der Behandlung serienweise durchgeführten Stoffwechseluntersuchungen meint Verfasser es als berechtigt zu erklären, daß die Wirkung des Salvarsans nicht in einer alkalotischen Verschiebung des Stoffwechsels zu suchen sei, sondern, daß diese Wirkung vielmehr als eine chemische erscheint und sie mit den in der chemischen Struktur der Zellen durch das langsam in dieselben eindringende Salvarsan hervorgerufenen Veränderungen in Verbindung zu bringen ist.

E. J. László, Budapest.

2884.

Morimoto, Masayoshi. Ueber die Wirkung kleiner Koffeindosen auf die Extremitäten-, Splanchnikus- und Nierengefäße von Katzen und Hunden. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jahrg., Heft 11.) (Physiologisches Institut der Universität Berlin.) Extremitäten- und Darmgefäße verhalten sich gegen kleine Koffeindosen den Nierengefäßen gegenüber verschieden. Die Nierengefäße verengern sich auf die kleinsten Koffeingaben, während sich die Gefäße der Arteria mesenterica und die der hinteren Extremität erweitern. Die Nierengefäße zeigen also ein dem Koffein ähnliches Verhalten wie dem Histamin gegenüber. Bei diesem Pharmakon konnte Verfasser nachweisen, daß die Nierengefäße auf kleinste Histamindosen sich verengern, während dieselben Dosen auf die Extremitätengefäße eine Erweiterung bewirken.

Die Versuche des Verfassers sprechen dafür, daß Koffein direkt auf das Nierenepithel wirkt. Denn es ist unwahrscheinlich, daß die diuretische Wirkung des Koffeins allein durch den Zustand der Gefäße bedingt sein soll, da sich diese ja auf kleinste Koffeingaben verengern.

Arnold Hirsch, Berlin.

2885.

Artom, Mario. Ueber Arzneiexanthem durch Synthalin. (Arch. Ital. di dermat. sif. e venerolog., 4., Heft 4, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einem 44 Jahre alten Diabetiker, der im Anschluß an Synthalin ein morbilliformes Exanthem bekommt, das 12 Stunden nach Einnahme des Medikamentes seine Akme erreicht, um nach 48 Stunden abzublassen. Das Exanthem wiederholt sich nach Darreichung des Medikamentes öfter. Die Ursache des Exanthems wird erörtert, ohne dieselbe entscheiden zu können.

Eugen Stransky, Wien.

2886.

Bachkevitch, Prokoptchouk. Epileptiforme Psychose nach Thalliumazetat. (Ann. de Derm. et de Syph., Nr. 4, 1929.) Die Nebenwirkungen nach Thalliumazetat sind schon recht zahlreich. Soweit sie das Nervensystem betreffen, ist besonders die Polyneuritis und die toxische Chorea erwähnenswert. Hierzu gesellt sich nun ein Fall von epileptiformer Psychose.

Bei einem 20jährigen Favuskranken, dessen Nervenuntersuchung ein Ueberwiegen des Vagustonus über den Sympathikus ergeben hatte, wurden 0,008 g Thalliumazetat pro Kilogramm gegeben, im ganzen 0,416 mg. Am folgenden Morgen trat Erbrechen auf, 5 bis 10 Rote pro Gesichtsfeld, Urobilin stark positiv. Am 3. Tage Schüttelfrost, Dysphagie, rote Mandeln, Erscheinungen, die am 5. Tage wieder geschwunden waren; dagegen bestanden Brustschmerzen und Pulsschwankungen (Frequenz). Am 11. Tage beginnt die Epilation und endigt am 23. Tage mit kompletter Alopezie. Am 26. Tage trat ein Anfall von Psychose bei dem Kranken auf, der bisher völlig normal bezüglich des Nervensystems gewesen war. Exzitation, Ausspruch sinnloser Worte, Gestikulation, Weinen, Schreien, Angst usw. Zungenbiß, hämorrhagische Eruption auf der Stirn, Nase, Kinn, Hals und dem oberen Teil der Brust. Der Rest der Haut blieb normal.

Nach Ueberführung in die psychiatrische Klinik dauern die deliranten Verfolgungsideen fort. Halluzinationen. 13 Tage danach Rückkehr zum normalen Zustand.

Der am Rat gefragte Prof. Rossolimo äußerte sich über das Bild folgendermaßen: „Da die Psychose erst am 26. Tage nach Administration von Thalliumazetat aufgetreten ist, scheint keine direkte Gehirnwirkung vorzuliegen. Wahrscheinlicher ist, daß das Mittel eine Wirkung auf den vegetativen Apparat ausgeübt hat, die auf das Gehirn weiter gewirkt hat.“

Der Kranke bekam nach einem Jahr ein Favusrezidiv und kam wieder zur Behandlung, er war völlig normal und hat in der Zwischenzeit auch keine abnormen Züge mehr feststellen lassen.
Kurt Heymann, Berlin.

2887.

Ostrowski, S., *Einfluß der vegetativen Gifte.* (Acta Dermat.-Venereol., 10., Fasc. 2.) Die Reaktion des vegetativen Systems, die auf Einverleibung pharmakologischer Mittel, wie Pilocarpin, Thyostigmin, Adrenalin usw. folgt, ist nicht bei allen Kranken — besonders nicht bei allen Syphilitikern — gleich stark und gleich gerichtet, sondern sie ist vom Zustande des sympathischen sowie von dem des parasympathischen Systems abhängig. Gewöhnlich beginnt die Reaktion nach der subkutanen Darreichung bereits nach 2 Minuten, und zwar ist in den meisten Fällen nach Pilocarpininjektion der Speichelfluß und die Schweißsekretion um so reicher, je reizbarer das sympathische System ist; beide Ausscheidungen aber bleiben außerordentlich gering, wenn das parasympathische System (Nervus vagus) im Herzabschnitt das Uebergewicht hat. Verfasser zeigt dann weiter im einzelnen, wie sich die Herzaktion usw. nach Pilocarpin und analog nach Adrenalin verlangsamt oder beschleunigt usw., je nachdem ein Gleichgewichtszustand zwischen sympathischen und parasympathischen oder ein Ueberwiegen des einen oder anderen Systems vorliegt. Diese Reaktionen und ähnliche, wie Pupillenstörung, Glykosurie, Herzaktion usw., können uns über funktionelle oder organische Störungen des Körpers frühzeitig orientieren.
Bab.

2888.

Gisevius, Ueber alte und neue Arzneimittel. (Dtsch. Z. Homöop., 4, 1929.) Die therapeutische Auswertung des gerinnungswidrigen Stoffes des Blutegels, des Hirudins, hat Gisevius hervorragende Erfolge, entsprechend dem Simile-Prinzip, bei Blutungen verschiedenster Genese gegeben, wobei die Applikation subkutan erfolgte. Nebenerscheinungen sind nicht aufgetreten. Des weiteren berichtet Gisevius über ein nach besonderen Prinzipien gewonnenes Bienenpräparat, welches er subkutan anwendet. Er hat ausgezeichnete Beobachtungen bei Gicht, Rheumatismus und auch Chorea gemacht.
Dermitzel.

2889.

Assmann, Carduus marianus. (Dtsch. Z. Homöop., 4, 1929.) Die Mariendistel ist ein altes Gut der Volksmedizin. In den Gesichtskreis trat sie erst wieder durch Rademacher, welcher eine recht gute Symptomatologie des Mittels gibt und mit ihm hervorragende Erfolge, vor allem bei Leberleiden berichtet. Es folgen dann die Ergebnisse einer Prüfungsreihe, welche 1926 durchgeführt wurde. Die Prüfungsprotokolle zeigen mit den alten Arzneimittelversuchen eine in die Augen springende Uebereinstimmung, wobei die gewonnenen Symptome sich vollauf mit den klinischen Indikationen des Mittels decken. Im einzelnen über die Prüfungsergebnisse zu berichten, würde zu weit führen. Die Arbeit bildet einen sehr schönen Beitrag für die Gewinnung homöopathischer Arzneimittelbilder.
Dermitzel.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

2890.

Herzog, Franz, Ueber den Blutdruck in den Hautgefäßen. (Dtsch. Arch. klin. Med., 164., Heft 1/2, S. 108/121.) Der Druck der Hautgefäße entspricht konstant 40 bis 50 mm Hg. Er erniedrigt sich bei Nierenerkrankungen aller Art, bei Sklerose, Diabetes, kardialer Stauung; er steigt bei essentieller Hypertonie.
Buttersack, Göttingen.

2891.

Wiechmann, Ernst, und Julius Elzas (Utrecht), Ueber die Ausscheidung von kupferoxyd-reduzierenden Substanzen im Harn von Hypertonikern usw. (Dtsch. Arch. Klin. Med., 164., Heft 1/2, S. 50—60.) Bei Hypertonikern, Nephrosklerosen finden sich hohe Blutzuckerwerte ohne Glykosurie. Sie scheiden zwar ebenso wie Gesunde kupferoxyd-reduzierende Substanzen aus. Daß sie aber trotz ihres höheren Blutzuckers keinen Zucker im Harn ausscheiden, liegt in einer herabgesetzten Durchlässigkeit der Nieren für Glukose. Durch größere Zuckergaben kann man diese Barriere durchbrechen und dadurch den latenten Diabetes des Hypertonikers manifest machen.
Buttersack, Göttingen.

2892.

Forsgren, E., Ueber die rhythmische Funktion der Leber und die Einwirkung des Insulins auf den Glykogengehalt der Leber.

(Hygiea Stockholm, H. 10, 1929.) Die Leber hat eine rhythmische Funktion, indem sie abwechselnd assimilatorisch und sekretorisch tätig ist. Während der sekretorischen Phase verschwindet das Glykogen von der Leber, und zwar unabhängig von der Muskel-tätigkeit und trotz hinreichender Zufuhr von Nahrungsmaterial. Insulin hat keinen bemerkenswerten Effekt auf die rhythmische Funktion der Leber und seinen Glykogengehalt bei normalen Tieren. Der Glykogengehalt der Leber hat eine gewisse Beziehung zur Insulinempfindlichkeit. Der Rhythmus in der Lebertätigkeit ist unabhängig von dem inneren Stoffwechsel und den alimentären Faktoren.
S. Kalischer.

2893.

Alpern, J. E., und B. P. Besuglow, Charkow, Beobachtungen über Hyperfunktion des Inselapparates des Pankreas. (Medizin.-Biolog. Journ., 4., Heft 5, 1928.) Durch Unterbindung des Ausführungsganges des Pankreas oder durch Ligatur eines Teiles der Drüse gelingt es, deutliche Veränderungen des Kohlehydrat-, Fett- und Mineralstoffwechsel im Hundexperiment zu erzeugen, die längere Zeit, ein Jahr und darüber, anhalten. Die Veränderungen bestehen in einer erhöhten alimentären Zuckertoleranz, Erhöhung der Alkalireserve des Blutes und Erniedrigung des K : C-Koeffizienten. Im wesentlichen entsprechen diese Erscheinungen denen bei einer erhöhten Sekretion des Inselapparates oder bei Insulinzufuhr. Die Hyperfunktion des Inselapparates nach Unterbindung des Zuführungsganges oder von Teilen der Drüse kommt auch morphologisch zum Ausdruck in einer ausgesprochenen Abnahme der akinosen und Hypertrophie der insulären Elemente des Pankreas. Gleichzeitig kommt es in anderen mit dem Kohlehydrat in Beziehung stehenden endokrinen Drüsen zu antagonistischen Veränderungen. Verfasser glaubt, daß man bei der Ungefährlichkeit der Operation von der Unterbindung des Pankreasausführungsganges in Fällen erniedrigter Kohlehydrattoleranz therapeutisch Gebrauch machen sollte.
Helene Eliasberg, Berlin.

2894.

Möllerström, J., Ueber die 24stündigen Schwankungen der Blut- und Urinzuckerkurven bei Diabetikern. (Hygiea Stockholm, H. 10, 1929.) Bei dem Studium der täglichen Schwankungen in der Menge des Zuckers im Blute und im Urin fand der Verf., daß die Schwankungen in dem Gehalt an Zucker in manchen Fällen ihren eigenen Rhythmus haben, und zwar ganz unabhängig von den Mahlzeiten. Diese Tatsache steht im Einklang mit Forsgrens Feststellung, daß die rhythmische Tätigkeit der Leber in abwechselnden assimilatorischen und sekretorischen Phasen der Zellentätigkeit besteht, und somit bald Glykogen, bald Gallenbestandteile gebildet werden. Er vergleicht diese Erscheinungen mit dem „Staub“-Phänomen, wobei eine Mahlzeit bestimmend wirkt auf die Insulinerzeugung der nächsten Mahlzeit. Er betont ferner die Notwendigkeit von der Zufuhr genügender Mengen von Kohlehydraten bei der Diabetesdiät, die nötig ist zur rationalen Ausnützung der endogenen Insulinerzeugung.
S. Kalischer.

2895.

Else, J. Earl, Beziehungen des Jod zur Hyperplasie und Funktion der Schilddrüse. (Endocrinology, 13., Nr. 1.) Der wesentlichste Bestandteil des Thyroxinmoleküls ist das Jod. Fortgesetzter Jodmangel in der Ernährung führt zur Kropfbildung. Angeborener Kropf ist zurückzuführen auf fehlendes Jod in der mütterlichen Ernährung. Man kann der Entstehung des kongenitalen Kropfes vorbeugen, indem man den Müttern mit gesunder Schilddrüse ausreichende Mengen Jod zuführt und den Müttern mit Schilddrüsenunterfunktion Thyroideasubstanz verabreicht. Hyperthyreoidismus wird durch Jodbehandlung zwar verbessert, aber in der Mehrzahl der Fälle nicht geheilt. Sehr gute Dienste leistet das Jod zur Vor- und Nachbehandlung operativer Fälle von Basedow. Es kommt darauf an, eine gewisse „Jodsättigung“ des im Anschluß an die Thyroidektomie verbliebenen Schilddrüsenrestes zu erzielen und aufrechtzuerhalten, damit stärkere Regeneration und Rezidive vermieden werden. Walter Goldstein, Berlin.

2896.

Oppel, W., Leningrad, Ueber die Funktion der Epithelkörperchen und Kalziumspiegel im Blutserum. (Medizin.-biolog. Journ., 4., Heft 5, 1928.) Zwischen Hormon der Nebenschilddrüsen und dem Blutkalkspiegel besteht ein Abhängigkeitsverhältnis. Sinkt der Hormongehalt, so sinkt auch der Blutkalkgehalt und umgekehrt. Bei künstlicher Steigerung des Kalkspiegels steigt der Hormongehalt. Bei Transplantation heterologer Knochen steigt der Blutkalkgehalt, und zwar viel stärker und anhaltender, als dem Kalkgehalt des transplantierten Knochens entspricht. Verfasser glaubt, daß das Transplantat eine sekretionssteigernde Wirkung auf die Nebenschilddrüsen ausübt und dadurch dann indirekt der Kalkspiegel steigt. Diese Beobachtung wurde therapeutisch zur Behandlung tetanischer Zustände bei Erwachsenen nach Thyreoid-

ektomie sowie bei Hämoptysen von Tuberkulösen verwertet. Ein günstiger Effekt ist nur zu erwarten, wenn überhaupt noch Nebenschilddrüsensubstanz vorhanden ist. Verfasser ist mit den Resultaten zufrieden und fordert zur praktischen und theoretischen Weiterarbeit auf dem Gebiete auf.

Helené Eliasberg, Berlin.

2897.

Pawlenko, C. M., Moskau, Analyse des sogenannten Herz-hormons. (Medizin-biolog. Journ., 4., Heft 5, 1928.) Am überlebenden Froschherzen erhält man bei Durchströmungsversuchen mit Extrakten von Skelettmuskulatur die gleichen stimulierenden Effekte wie mit Vorhofs- oder Ventrikelmuskulaturextrakten. Demnach gibt es kein spezifisches, die Herzarbeit regulierendes Herz-hormon. Die Wirkung der genannten Extrakte auf die Herzfunktion beruht auf ihrem Gehalt an mehr oder weniger abgebauten Eiweißkörpern, insbesondere an Histamin.

Helene Eliasberg, Berlin.

2898.

Lahm, W., Das Ovarialhormon und seine Bildungsstätte. (Schluß.) (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 4.) Es sind bei Prüfung mittels Tests nur solche Reaktionen als positiv zu bezeichnen, die in sehr kurzer Zeit beim kastrierten Tier maximal auftreten.

Ueber die Höhe der Dosis gibt es zwei Anschauungen: Löwe meint, daß sie nach dem Körpergewicht gesteigert werden muß, auch wenn Gewicht und Dosis nicht in Beziehung zueinander stehen, während Biedel dies ablehnt. Die Art des Lösungsmittels und die der Einverleibung ist von Wichtigkeit, auch die Zeit, in welcher die volle Dosis gegeben wird. Nur in seltenen Fällen wird man beim Menschen annehmen können, daß jede Ovarialschubstanz fehlt. Es wird sich meist um Hypofunktion handeln. Selbst hohe Dosen werden als unschädlich bezeichnet, doch auch bei ihnen besteht die Möglichkeit der Wirkungslosigkeit, was den Nachweis der Spezifität anlangt. Die aus dem Ovarium gewonnenen Stoffe finden sich nicht in allen Teilen wirksam. Die Ovarialrinde z. B. ist unwirksam, dagegen die sprungreifen Follikel, das Corpus luteum der Blüte, ist wirksam, wie übrigens auch die Extrakte der Plazenta. Als Bildungsstätte kommt in erster Linie die Teka externa des Follikels in Frage. Bei den ovariellen Störungen unterscheidet man Hypo- und Hyperfunktion. Aus zahlreichen Beobachtungen geht hervor, daß dem Ovarium allein jedoch keine ausschlaggebende Rolle zukommt, d. h. nicht allein die vegetative Funktion, sondern auch die somatische muß beobachtet werden. Die ovariellen Krankheitsbilder müssen möglichst geklärt werden, ehe man an eine Therapie herangeht. Trotz der relativen Eindeutigkeit mancher Krankheitsbilder, wie der Amenorrhöe ersten Grades, der Hypoplasie, der Klimax praecox usw., sind die Erfolge nicht sehr ermutigend. Ein längere Kur, die anfangs wirksam schien, blieb später erfolglos. Entscheidend bleibt stets die Mitberücksichtigung aller Beziehungen, die das Ovarium zum Organismus der betreffenden Frau besitzt. Vielleicht ist die Hypoplasie des Ovariums keine Folge einer Hypofunktion, sondern das örtliche Zeichen einer allgemeinen hypoplastischen Konstitution. Das vegetative Nervensystem und die Verschiebung der Elektrolyte bilden zusammen mit der inneren Sekretion die maßgebenden Faktoren bei der Pathologie der Eierstockserkrankungen. Erfolge sind kritisch zu beurteilen. Aus den neuesten Versuchen von Zondek und Aschheim geht hervor, daß die Hypophysenvorderlappensubstanz des Ovariums aktiviert. Die Hypophyse scheint jedoch kein Organ mit geschlechtserregender Funktion zu sein, da nach Biedel durch Ueberpflanzung dieser Drüse eine Hemmung des Wachstums der Testes erzielt wurde. Die Frage nach dem ovariellen Wirkstoff ist heute zum Teil bereits gelöst, jedoch muß es noch gelingen, die klinischen Bilder genauer abzugrenzen.

Kosminski, Berlin.

2899.

Marschak, M., und L. Klaus, Wirkung von Wasser- und Kochsalzaufnahme auf den Kochsalzgehalt im menschlichen Schweiß und Blut bei hoher Umgebungstemperatur. (Arch. f. Hygiene u. Infekt.-Kr., 101., Nr. 5.) Der prozentuale Kochsalzgehalt im Schweiß ist von der Versuchsdauer derart abhängig, daß mit zunehmender Versuchsdauer der prozentuale Kochsalzgehalt zunimmt. Das Schwitzen verursacht ein Sinken des Kochsalzgehalts im Blute auf Kosten der Veränderungen im intermediären Kochsalzwechsel. Wassereinnahme beim Schwitzen führt zu noch größerer Kochsalzausschwemmung und Wasserausscheidung. Die Veränderungen, die das Schwitzen im Wasser-Kochsalzstoffwechsel verursacht, werden vermindert durch Zufuhr von 1% Kochsalzlösung.

N. Henning, Leipzig.

2900.

Zawisch-Ossenitz, Ueber Förderung des Knochenwachstums durch Injektion von Knochenextrakt. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 22.) Schon früher wurde auf Grund histo-

logischer Tatsachen von Zawisch die Vermutung ausgesprochen, daß in den Osteoblasten wachsender Knochen ein Ferment enthalten sei, das die Apposition organischer Knochensubstanz fördert. Durch subkutane Einverleibung eines wässrigen Knochenextraktes von Kaninchen bei anderen Kaninchen wurde damals tatsächlich eine Vermehrung des Knochenwachstums und Knochengewichtes ohne entsprechende Kalziumvermehrung erzielt. Bei den neuen Versuchen wurde artfremdes Material verwendet und zwar zehnfach eingeeignetes, enteiweißtes Kalbsknochenextrakt. Als Versuchstiere dienten Katzen und Kaninchen. Die Injektionen wurden anstandslos vertragen. In allen Fällen wurde ein gegenüber den Kontrolltieren vermehrtes Knochenwachstum festgestellt. Da nie unliebsame Nebenerscheinungen auftraten und artfremdes Material ebenso wirksam ist wie arteigenes, steht osteotherapeutischen Versuchen am Menschen nichts mehr im Wege. Als Hauptanwendungsgebiet kommen in Betracht: Osteopsathyrosis, verzögerte Kallusfestigung, Osteogenesis imperfecta, Osteomalazie und Rachitis kommen für diese Therapie nicht in Betracht. Ernst Pick.

2901.

v. Pellathy, S., und J. v. Fernbach, Ueber die Wirkung des Parathyreoideaextraktes auf das Blutbild. (Endokrinol., 3., Heft 6, 1929.) (1. Mediz. Klinik der Universität Budapest.) Auf Verabreichung des Collip'schen Extraktes „Parathormone“ erfolgt eine Erhöhung der Zahl der myeloiden Zellen, ähnlich wie bei der Adrenalin- und Thyreoidinwirkung. Ebenso gleicht der Effekt auch den nach Sympathikusreizung eintretenden Blutbildveränderungen, wobei auch Leukozytose entsteht. Soweit man das sympathiko- und parasympathikotonische Blutbild einander gegenüberstellen kann, bezeichnen die Verfasser die Wirkung des Parathyreoideaextraktes als sympathikotonisch; in diesem Sinne kann auch der Umstand verwertet werden, daß er bei vagotonischen Krankheiten, bei Asthma, Urtikaria und Serumkrankheit erfolgreich anzuwenden ist.

E. Kontorowitsch.

2902.

Weiß, Soma, und David Davis, Die Bedeutung rückläufiger Hautreize auf den Mechanismus des Organschmerzes. Die Hautinfiltration als eine nützliche therapeutische Maßnahme. (Am. J. med. Sci., 176., Nr. 4.) Rückläufige Hautreize haben einen ausgesprochenen Einfluß auf den Mechanismus des Organschmerzempfindung. Der Organschmerz kann vollkommen zum Verschwinden gebracht werden, wenn die Leitungsbahnen zu den zugehörigen Hautpartien unterbrochen werden. Bei Kranken mit sicher lokalisierbaren heftigen Organschmerzen wurde durch die Infiltration der entsprechenden schmerzhaften Hautzonen sofortige Schmerzfürfreiheit erzielt.

Die Theorie der rückleitenden Schmerzbeeinflussung innerer Krankheiten wird an Hand direkter experimenteller Berichte besprochen.

Bei gesunden Personen wurde durch Dehnung einzelner Teile des Oesophagus experimentell ein genau lokalisiertes Schmerzgebiet geschaffen, wobei die Hautinfiltration über dem schmerzhaften Gebiete Besserung brachte, doch wurde dann die Schmerzzone auf ein anderes Hautgebiet verschoben. Während der Dauer der Anästhesie lag das Schmerzgebiet nicht im Bereiche der Infiltrationszone. Mit Aufhören der Hautanästhesie wurde der Schmerz wieder im Bereich der ursprünglichen Schmerzzone empfunden. Dieses Wandern des Schmerzes wurde auch an zwei Personen mit organischen Krankheiten beobachtet. Nach der Hautinfiltration wurden zwar Unlustgefühle durch Ausdrücke wie Unbehagen, Druck usw. beschrieben, doch niemals als Schmerz bezeichnet. Ob diese Art von Empfindungen in die Organe zu lokalisieren ist oder ob sie durch gewisse Leitungsbahnen von der Außenfläche der Peritoneal- oder Pleurahöhle hergeleitet werden, konnte nicht festgestellt werden.

Auf Grund der Schmerzbeeinträchtigung als Folge der Hautinfiltration mit Novokain kann man schließen, daß anormale sympathische Reize von dem erkrankten Organ das Zentralnervensystem erreichen können.

Diese Beobachtungen über den Organschmerz und andere über den Effekt der Hautreize in bestimmten Zonen auf die Organfunktion zeigen, daß das Verhältnis zwischen Hautempfindung und Organfunktion reversibler Natur ist.

Es wird noch besprochen, daß man durch den Vergleich der paravertebralen Injektion mit der Wirkung der Hautinfiltration auf Grund ihrer gleichen Wirkungen annehmen darf, daß der Effekt der Paravertebralinjektion zum großen Teil auf der Blockierung gewisser Hautempfindungen beruht und nicht auf der Anästhesie der Rami communicantes des sympathischen Grenzstranges.

Arnold Hirsch, Berlin.

2903.

Ehrhardt, K., H. Wiesbader und L. Focsaneanu, Hypophysenvorderlappenimplantation bei Rhesusaffen. (Endokrinol.,

3., Heft 6, 1929.) (Univ.-Frauenklinik, Frankfurt a. M.) Bei der makro- und mikroskopischen Untersuchung der Ovarien von zwei Rhesusweibchen wurden Corpora lutea nicht gefunden, was dafür spricht, daß bei Rhesusaffen Menstruationen ohne Ovulationen vorkommen können. Durch Einpflanzung von Hypophysenvorderlappen konnten die Verfasser bei beiden Tieren Vergrößerung des Uterus und livide Verfärbung desselben, dagegen keine Corpora-lutea-Bildung in den zurückgelassenen Eierstöcken erzielen. Allerdings wurde im Ovar des einen Tieres ein gelbkörperähnlicher Zeli-bezirk beobachtet, den man makroskopisch für ein beginnendes oder in Rückbildung begriffenes Corpus luteum halten konnte.

E. Kontorowitsch.

2904.

Bobrow, N. N., und E. D. Brenner, **Hämoglobinschwankungen bei Jugendlichen im Zusammenhang mit Geschlecht, Alter, Konstitution und anderen Faktoren.** (Klin. Med. [russ.], 9. Jahrg., Heft 21 (96). (Laboratorium zur Erforschung der professionellen Erkrankungen der Transportarbeiter, Moskau.) Die Untersuchungen wurden an 2217 Knaben und 175 Mädchen vorgenommen. Die Verfasser kommen zu dem Schluß, daß der prozentuale Hämoglobingehalt bei Jugendlichen hauptsächlich von den biologischen Faktoren abhängt: Geschlecht, Alter, Konstitution, Tuberkulosevererbung und Wurminvasion. Von den auf die Schwankungen des Hämoglobins einwirkenden exogenen Faktoren kann auf den Einfluß der städtischen und ländlichen Lebensbedingungen hingewiesen werden: Oligochromämie wird etwas häufiger bei den in der Stadt lebenden als bei den vom Lande stammenden Jugendlichen gefunden. Zur Bestimmung der mittleren Hämoglobinnormen bei Jugendlichen, von den arrhythmischen Mittelwerten des Hämoglobins auszugehen, welche nicht nur auf Grund der Geschlechts- und Alterseigentümlichkeiten, sondern auch der Konstitution errechnet sind.

E. Kontorowitsch.

2905.

Binet, L., und P. Brocq, **Die Lakteszenz des Blutserums bei hämorrhagischer Pankreatitis.** (Paris méd., Nr. 20, 1929.) Jede milchige Trübung des Blutserums im Verlaufe einer akuten abdominalen Krise sollte — unter Ausschluß der Verdauungsperiode und einer Infektion — den Gedanken auf die hämorrhagische Pankreatitis lenken.

v. Schnizer.

2906.

Warwick, Margaret, **Die Autopsie, ihre Bedeutung und Nützlichkeit.** (Amer. Journ. med. Sci., 176., Oktober 1928.) Es wird in der vorliegenden Arbeit begründet, daß die Erlangung von autopsischem Material gefördert werden muß, was durch Erziehung weiter Kreise durch bessere Sektionen, ausgeführt durch kompetente Pathologen und durch geeignete Mitteilungen an die Hinterbliebenen erreicht werden kann. Nicht nur zur Ausbildung der Medizin Studierenden und der jungen Aerzte, sondern für die Entwicklung der gesamten medizinischen Wissenschaft braucht man die Sektion zur Kontrolle und Sicherung der Diagnose, des ferneren für die Prognose und die Therapie, und nicht zuletzt kann sie von großem Vorteil für die Familie des Verstorbenen sein. Es ist beachtenswert, daß in den Vereinigten Staaten nicht einmal 1% der Verstorbenen obduziert werden können, doch kann die Zahl bezüglich des Materials erheblich vermehrt werden durch verständnisvolle, geheime Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhausvorstand, dem Pathologen, dem Kliniker und dem Leichenbestatter. Durch solche Zusammenarbeit kann viel für die Allgemeinheit, die Familie des Patienten, die medizinische Berufsgemeinschaft und für die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft getan werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

2907.

Chabrol, E., und E. Boltanski, **Neuere Forschungen über die Pathologie der Milz.** (Paris méd., Nr. 20, 1929.) Bei den chronischen Splenomegalien ist die Splenektomie als Heilmittel bekannt, lange bevor man sich über ihre Aetiologie klar war. Praktisch kann man 2 Formen unterscheiden, solche, bei denen die Aetiologie klar ist, und die Kryptogenen. Die Splenektomie ist mit Erfolg angewandt worden bei dem chronischen splenomegalischen Ikterus; die Vergrößerung der Milz ist hier sekundär, durch Hyperfunktion, um die geschädigten Blutkörperchen, die kreisen, zu beseitigen. Dann bei Banti, bei der großen Milz mit gastrointestinalen Blutungen (Kontraindikation: Verdacht auf Zirrhose und leichte Blutungen); bei der chronischen Purpura haemorrhagica, bei der perniziösen Anämie der Erwachsenen, bei den schweren Anämien der Kinder und bei der myeloiden Leukämie. Aetiologisch ist eine der häufigsten Ursachen der chronischen Splenomegalie die Malaria. Aber hier ist Reserve am Platz: auch Leishmaniose kann die Ursache sein. Die Chininrebellischen Splenomegalien werden immer seltener, und in diesem Falle hat man immer noch

Salvarsan, Bi, J. Jedenfalls darf man hier die Splenektomie nicht ohne weiteres an Stelle der inneren Behandlung setzen. Ähnliches gilt von der syphilitischen Splenomegalie; sie reagiert sehr stark auf Hg, und wenn dies versagt, so ist es an der Zeit, die Diagnose zu revidieren. Wichtig ist, daß Wa. hier positiv sein kann, ohne daß Syphilis zugrunde liegt. Die tuberkulöse Splenomegalie ist selten. Kala-Azar stellt ein großes Kontingent zu den essentiellen Splenomegalien! Hier ist die innere Behandlung der chirurgischen weit überlegen. Verwandt mit diesen Protozoen-Splenomegalien sind die mit Anämie durch Leptomonas, durch Trypanosomen, durch Spirochäten u. a. Ferner die bakteriellen Splenomegalien bei Blutinfektionen, maligner Endokarditis, Typhus. Dann die Mykosen der Milz. Endlich ist die ägyptische Splenomegalie und die Bilharziose zu erwähnen.

Schnizer.

2908.

Becker, John B., **Anale Kryptitis.** (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1929.) Es handelt sich um die Entzündung der Morgagnischen Krypten, kleiner oft übersehener Rezessi, ein geradezu idealer Aufenthalt für Bakterien von den Fäzes her. Ferner kann Proktitis sowohl die Ursache wie der Endeffekt dieser Entzündung sein. Eine einfache Kryptitis kann wochen- und jahrelang ohne Abszeßbildung bestehen mit nur geringer Reizung. Die mechanische Reizung großer Fäkalmassen, die das infektiöse Material tiefer einreiben, führt schließlich zur Abszeßbildung, die bei richtiger Behandlung heilen kann. Oft wird aber der Abszeß nur oberflächlich gespalten, und es kommt mit der Zeit zu einer blinden Fistel. Symptome: geringes, allgemeines Unbehagen, Schmerzen, die an eine Fissur denken lassen können, besonders nach dem Stuhl; Sphinkterspasmen, Pruritus ani. Manche als Fissur behandelte Affektion ist nichts anderes als eine Kryptitis. Auch als Herdinfektion hat sie Bedeutung. Behandlung: Suppositorien mit Jodoform, Bi, Ichthyol; am besten Ausschneiden der infizierten Krypte. Bei Abszeßbildung ist diese Krypte stets aufzusuchen.

v. Schnizer.

2909.

Florentini, Augusto, **Die Intradermoreaktion mit Pferdeserum in der Prognose einiger Erkrankungen.** (Policlinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 21.) (Ospedale di S. Giovanni Laterano, Rom.) Die Interdermoreaktion mit Pferdeserum besitzt einen unbestreitbaren prognostischen Wert bei Tuberkulose und Lues. Konstant, negative oder eine zeitweilig positive Reaktion, welche sehr bald in eine dauernde negative umschlägt, ist ein Signum mali ominis, da sie einen schweren Zustand, der in mehr oder weniger kurzen Zeit zum Exitus letalis führt, anzeigt. Die Reaktion wird so angestellt, daß man mit der intrakutanen Injektion von 0,2 bis 0,3 ccm Pferdeserum beginnt, dann jedesmal in sieben- bis acht-tägigen Intervallen die Dosis um 0,1 ccm steigert, bis man die Höchstdosis von 1,0 ccm erreicht hat. Im allgemeinen genügen zwei Injektionen, bei einer ganzen Anzahl von Fällen muß man jedoch bis zu zehn Injektionen hinaufgehen. Man verwendet eine feine Nadel mit scharfer Spitze und verabreicht die Injektion nur intrakutan morgens am nüchternen Magen. Die geeignetste Stelle zur Einspritzung bildet das obere Drittel des Oberarms, wo die positive Reaktion in Form einer orangenschalenförmigen Quaddel sehr häufig schon unmittelbar nach der Injektion zu sehen ist. Einen diagnostischen oder therapeutischen Wert besitzt die Intradermoreaktion mit Pferdeserum nicht.

Ashkenasy, Wien.

2910.

Lotmar, F., **Histopathologische Befunde in Gehirnen von kongenitalem Myxödem (Thyreoplasie).** (Z. Neur., 119., Heft 4.) Sehen wir ab von den chromatolytischen Befunden namentlich im Hirnstamm, deren pathologischer Charakter vorläufig zweifelhaft bleibt, so läßt sich zusammenfassend über die Untersuchungen folgendes sagen: Der Hirnbefund bei zwei im jugendlichen Alter an Thyreoplasie Gestorbenen kennzeichnete sich einmal durch architektonische Störungen in der Großhirnrinde und im Kleinhirn (Zellarmut der zweiten und dritten Schicht in ausgedehnten Areas, namentlich des Stirn- und Scheitellappens, Verlagerung ziemlich zahlreicher Purkinjezellen in die Molekularschicht, oft verbunden mit Formatypie, erhebliche Vermehrung der Golgizellen im Kleinhirnmarm). Diese Störungen sind Ausdruck von Entwicklungshemmungen; nur für die Verlagerung der Purkinjezellen bedarf diese Auffassung noch der Sicherung, da die normalen Entwicklungsvorgänge hier zum Teil noch zweifelhaft sind. Weitere Veränderungen, für welche ein Zusammenhang mit dem Schilddrüsenausfall teils möglich, teils wahrscheinlich ist, sind als Folgen gestörter Gewebstoffwechsels, manche davon wohl als Erscheinungen vorzeitiger Involution zu deuten. Mit seiner Kombination von Entwicklungshemmungen, Stoffwechselstörungen und vorzeitigen Involutionen fügte sich der Hirnbefund bei Thyreoplasie in das übrige pathologisch-anatomische Bild des Schilddrüsenausfalles ein. Zwd

auf die Großhirnrinde sich beschränkende Befunde der Literatur stellen für die Pathogenese einerseits „toxische“ Schädigung, andererseits „Dysgenese“ auf. Zu Unterschieden in der allgemeinen Schwere der Veränderungen kommen individuelle Momente, welche die Verteilung der Entwicklungsstörungen auf die einzelnen Abschnitte des Zentralnervensystems verschieden gestalten können.

Hans Knospe.

2911.

Newjadowskij, M. M., Ueber Krebszerzeugung durch zellfreie Filtrate. (Weitere Mitteilung.) (Wrassch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 23.) (Propädeutische Univ.-Klinik für innere Krankheiten, Moskau.) Die bei seinen früheren Versuchen*) gelungene Krebsübertragung durch Filtrat des Ehrlichschen Mäusekarzinomstammes bei 6 Mäusen will der Verf. nicht auf die Krebszelle, sondern eher auf den lebendigen Virus zurückführen. In weiteren Experimenten wurde der Versuch gemacht, auch die im Filtrat unvermeidlich vorhandenen einzelnen Krebszellen bei der Verimpfung auszuschließen. Das Tumorfiltrat wurde in künstlichem Magensaft aufgelöst und nach Zentrifugierung den Mäusen subkutan und intraperitoneal eingespritzt. Die Tiere blieben danach tumorfrei, was dadurch zu erklären ist, daß der Magensaft sowohl die Zellen als auch den lebendigen Virus zerstörte. Infolgedessen stellte N. eine Reihe von Versuchen mit nach Madsen-Rowsing hergestellten Autolysaten an, wobei je 2,0 ccm des Autolysates den Mäusen intraperitoneal bzw. subkutan eingeführt wurden. Von den 15 intraperitoneal geimpften Mäusen konnte Verf. bei 5 in der Bauchhöhle und im Netz die Entwicklung einer Geschwulst nachweisen, die ihrem Charakter nach vollkommen dem verwendeten Stamm identisch war. Außer diesen Versuchen führte Verf. noch weitere durch, bei denen er 30 Mäusen subkutan bzw. intraperitoneal Blut einspritzte, das Mäusen mit Ehrlich-Karzinomen entnommen war. Bei 5 Mäusen entwickelten sich danach karzinomatöse Geschwülste von beträchtlicher Größe. Bei mehrmaligen sorgfältigen Untersuchungen der Blutausschnitte dieser Tiere konnten keine Krebszellen nachgewiesen werden. N. weist darauf hin, daß es durch diese Versuche ihm als erstem gelang, die Übertragung des Mäusekarzinoms durch das Blut zu erzeugen und dadurch das Fehlen eines prinzipiellen Unterschiedes zwischen dem Karzinom und dem Roussarkom zu zeigen. Eine Zellübertragung bei der Blutimplantation ist kaum anzunehmen, da die hier vorhandenen vereinzelt Krebszellen beim gesunden Tier, dessen Blut die Fähigkeit besitzt, die Krebszelle zu zerstören, leicht aufgelöst werden. Durch seine (allerdings nicht sehr zahlreichen! Ref.) Versuche will der Verf. einen neuen Beweis für die Theorie des lebendigen Krebsvirus beibringen, wobei die Mitwirkung der Zelle in der Krebsübertragung seiner Meinung nach durchaus nicht erforderlich ist.

E. Kontorowitsch.

2912.

Fallscheer-Zürcher, Jos., Beiträge zum Krebsproblem. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 17, 1929.) Aus dem Studium der Krebsmorbidity der vorderasiatischen Bevölkerung ergibt sich für die Krebsbekämpfung in erster Linie eine gründliche Ernährungsreform. Die Ernährung soll sein: mehr vitaminreiche Rohkost als gekochte Speisen; vorwiegend vegetarisch, quantitativ viel weniger; Bevorzugung des Eintopfergerichts; nur 2 bis 3 Mahlzeiten täglich, keine komplizierten Zubereitungsweisen; nicht heiß essen, gut kauen. Keine habituellen Genüsse, wie Nikotin, Alkohol, Kaffee usw., keine gewohnheitsmäßige Konservenserei. Im Monat 3 bis 4 Fastentage. Das sind die wichtigsten Essensgebote, welche eine Regeneration des krebsbereiten, modernen Menschen nach sich ziehen dürften.

Held.

2913.

Estas, P., Stoffwechsel und Teerkarzinom. (Rev. belge Scienc. Méd., Nr. 3, 1929.) (Krebsinstitut der Universität zu Löwen.) Es ist möglich, die Entwicklung des Teerkarzinoms durch verschiedene Substanzen (Kupfer-, Magnesium-, Ioniumsalze, Nukleoalbumin-lezithin) zu beeinflussen. Es ist dem Verfasser der Nachweis gelungen, daß ein einfacher und wohlbegrenzter chemischer Körper, wie das Ioniumnitrat, imstande ist, einen günstigen Boden für das Karzinom vorzubereiten. Die Wirkung dieses Körpers ist wahrscheinlich gebunden an seine Strahlung. Alle die genannten Substanzen wirken bei der Injektion in den Körper auf das Karzinom durch eine Aenderung der Körpersäfte, in denen sich die Neoplasmazellen bzw. die Zellen, die im Begriff sind, sich umzuwandeln, befinden. Es läßt sich auf Grund der Versuchsergebnisse nicht bestreiten, daß die Strahlung die Kanzerisation aktivieren, die Malignität eines Tumors vermehren und die Umwandlung eines gutartigen Tumors in einen bösartigen bedingen kann.

L. Gordon, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

2914.

Ssucharewa, G. E., und I. B. Schenfil, Der infantil-grazile Körperbautypus und seine somato-psychischen Besonderheiten. (Z. Neur., 119., Heft 4.) Bei der Charakteristik des infantil-grazilen Typus spielt der niedrige Wuchs keine Hauptrolle. Grundlegend sind hier die Grazilität des Körperbaues, die kindlichen Besonderheiten des morphologischen Status, wie Glätte und Zartheit der Haut, Zartheit der Knochen usw. Bei der Betrachtung des klinischen Materials fand Verfasser eine Bestätigung dieser Annahme in denjenigen Fällen, wo die oben bezeichneten morphologischen Besonderheiten mit einem ausreichenden Wuchs kombiniert waren. Diese Fälle unterschieden sich hinsichtlich ihrer Psyche und der Motorik nicht von den von uns beschriebenen infantil-grazilen Subjekten. Die Besonderheiten der Motorik der Kinder des in Rede stehenden Typus sind ein nicht minder wichtiges Zubehör, das den betreffenden Typus bestimmt, wie die morphologischen Besonderheiten der Körperkonstitution. In zahlreichen Fällen wird der Eindruck der Kindlichkeit hauptsächlich durch die Grazie der Bewegungen, die Lebhaftigkeit der Mimik, den kindlichen Gesichtsausdruck hervorgebracht. Charakteristisch für den infantil-grazilen Typus sind auch die psychischen Eigentümlichkeiten, die vom Verfasser beschrieben wurden (kindliche Urteile und Interessen, Oberflächlichkeit, Labilität der Emotionen, gesteigerte Suggestibilität, Neigung zu hysterischen Reaktionen u. a.). Alle diese Eigentümlichkeiten stehen am nächsten dem psychischen Typus, der als „hysteroider“ bezeichnet wird. Der Zusammenhang des infantil-grazilen Typus des Körperbaus mit einer hysteroiden Psyche betont die Richtigkeit der Betrachtung der Hysterie als einer gewissen Hemmung auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung.

Hans Knospe.

2915.

Ehrenfeld, H., Ueber die Pathogenese und Therapie der Trigeminalgie (Gesichtsschmerz). (Gyógyászat, Nr. 18 bis 20, 1929.) Verfasser behandelt alle bisherigen Auffassungen bezüglich des Entstehens des Gesichtsschmerzes; er beruft sich diesbezüglich auf eine ausgebreitete ausländische Literatur, wobei er sich zu dem Standpunkt Kulenkampfs und einiger französischer Autoren gesellt, die sich des Ausdrucks „Trigeminalgie“ nicht mehr bedienen, sondern von „krankhaftem Gesichtsschmerz“ oder „Tic douloureux“ sprechen. Er übernimmt den Standpunkt Pettes und meint, daß es sich bei Auslösung der Anfälle um kurzdauernde vasomotorische Störungen handelt, die durch die Vasa und Nervi nervorum als Ernährungsstörungen auf das Ganglion Gasserii auswirken und eine Analogie mit der Raynaudschen Krankheit zeigen.

Bezüglich der Therapie schließt sich Verfasser der chirurgischen Schule an. Die medikamentösen und physikalischen Verfahren sollten zwar auch versucht werden, doch führen nach seinen Beobachtungen zum Ziel nur chirurgische Eingriffe. Er stellt einen statistischen Ausweis der Mortalitätsfälle verschiedener Operationsgruppen auf, wobei er zu dem Ergebnis kommt, daß die Exstirpation des Ganglion Gasserii nach Harvay-Krause eine sehr große Mortalitätsziffer aufweist. Er empfiehlt die Alkoholinjektion nach Schösser in der Durchführungsweise Härtels und beschreibt einen zur Beseitigung der Schwierigkeiten bei diesem Eingriffe konstruierten Apparat, den er selbst zusammengestellt hat und als „Ganglionpunktator“ bezeichnet. Im weiteren behandelt er einige neuere Methoden, wobei er sich eingehend mit den Feststellungen Wischnewszkys und Lerichs beschäftigt.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

2916.

Mamontow, N. J., Zur Frage der KJ-Injektionen bei Neuralgien. (Wrassch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 18.) Bei 3 Fällen von Ischias und Lumbago blieben intramuskuläre KJ-Injektionen (6 bis 8 ccm einer 10prozentigen Lösung) erfolglos. Der 4. Fall, ein 37jähriger Mann mit ischiasähnlichen Beschwerden, endete 48 Stunden nach einmaliger intraglutealer Einspritzung von 5,0 ccm der 10prozentigen KJ-Lösung letal. Es zeigten sich einige Stunden nach der Injektion starke Kopfschmerzen, zu denen sich später Temperaturerhöhung (39,4°), Schnupfen, Tränenfluß, Salivation, Ikterus, Leber- und Milzvergrößerung, Anurie, allgemeine Schwäche und Benommenheit gesellten. Obwohl eine Obduktion nicht vorgenommen wurde, führt der Verf. den Tod auf die KJ-Injektion zurück, da hier anscheinend eine ungewöhnliche Idiosynkrasie gegen Jod vorlag.

E. Kontorowitsch.

2917.

Silbermann, J., Periarthritis nodosa. (Monatsschr. für Psy. u. Neur., 72., Heft 4.) Mitteilung eines Falles von Periarthritis

*) Vgl. Fortschr. d. Med., Nr. 18, Seite 505.

nodosa. Bemerkenswert: 1. die klinische Diagnose intra vitam, die sich auf die Asymmetrie und den Wechsel der polyneuritischen Erscheinungen, den fieberhaften Verlauf, das kachektische Aussehen, die Nierenveränderungen usw. stützte, zu einer verhältnismäßig frühen Zeit; 2. die Veränderungen des Gehirns: die Beteiligung der kleineren und präkapillären Mark- und Rindengefäße, die der Kapillaren der Rinde und des Marks, die Veränderungen an den Ganglienzellen und die diffuse Gliaproliferation an vielen Stellen der Rinde.

Kurt Mendel, Berlin.

2918.

Shapiro, Sophie, **Behandlung der Parkinsonzustände mit der Justerschen Methode.** (Journ. nerv. Dis., 68., Nr. 5.) Datura Stramonium, das von Juster als das tägliche Brot des Parkinsonisten empfohlen wurde, wurde in Form von getrockneten Blättern in Tagesdosen von 1–2 g (am besten verteilt auf ein- bis zweistündliche kleine Dosen) gegeben. Die Beobachtungen beziehen sich auf 23 Fälle, davon 16 Fälle von Parkinsonismus, 7 Paralysis agitans. Ausgezeichnete Erfolge wurden in 14 (11 bzw. 3) Fällen erzielt, 9 Fälle nur gebessert. Am meisten gebessert wurden Muskelrigidität, Speichelfluß, Haltung, Sprache und psychischer Zustand, und zwar unmittelbar. Die unbeeinflusst gebliebenen Fälle waren alte Leute mit schwerer Arteriosklerose und starkem Tremor.

W. Misch, Berlin.

2919.

Mathieu, Pierre, und Ivan Bertrand, **Kleinhirnatrophien (anatomisch-klinische Studien).** (Revue neurol., 1., Nr. 5, Mai 1929.) Im Verlauf gewisser Kleinhirnatrophien treten Rigiditätssymptome vom Parkinsonstyp auf, insbesondere bei den olivo-pontocerebellaren Atrophien. Ähnliche Zustände plastischer Rigidität sieht man auch bei der Hérédotaxie cérébelleuse. Im Verlauf der Entwicklung der Kleinhirnatrophien mit spätem Erscheinen der rigiden Syndrome scheint ein erstes Stadium von Hypotonie und Passivität zu bestehen, dann ein Stadium, so sich zugleich Hypotonie in der Ruhe und Hypertonie bei Bewegung zeigen, schließlich eine permanente Hypertonie von plastischem Typ. Die Intensität der Kleinhirnläsionen hat in keinem Falle das Auftreten der Rigiditätsphänomene verhindert. Es gibt Fälle von zerebro-zerebellaren Atrophien mit akutem oder subakutem Verlauf und psychischen Störungen; es finden sich zerebrale und psychische, zerebellare Störungen, subakuter oder akuter Verlauf, Beginn im mittleren Alter. Als extreme Typen der zerebellaren Heredodegenerationen können gelten: 1. Die Hérédotaxie cérébelleuse, deren degenerative Systeme den ganzen zerebrospinalen Stamm mit anterozentraler Bevorzugung betreffen; 2. die Friedreichsche Krankheit, Heredodegeneration mit dorsaler Systematisation. Zwischen diesen extremen Typen gibt es zahlreiche dazwischen liegende Fälle.

Kurt Mendel, Berlin.

2920.

Loewenstein, S., **Myelographie.** (Nervenarzt, 2., Heft 6.) Es ist noch nicht in allen Fällen möglich, das Lipiodolröntgenbild klinisch richtig zu deuten. Verf. teilt 5 Fälle mit: 1. Extramedulläre Geschwulst. Das Lipiodolbild bot eine wertvolle Bestätigung der Diagnose. 2. Der Fall zeigt, daß Kontrastöl vollkommenbar unresorbierbar ist; noch nach 12 Monaten zeigt ein partieller Stopp noch keine Aufhellung im Röntgenbild und ist auch bei der Operation noch nachweisbar; ein partieller Stopp, selbst von längster Dauer, beweist keinen mechanischen Verschluss des Durasackes. 3. Klinisch bestand kein Anhalt für einen extramedullären Tumor; die Lipiodoluntersuchung führte zur Operation; letztere ergab stark gespannte Dura, stark erhöhten Liquordruck, starke milchige Trübung der weichen Rückenmarkshäute (Meningitis cystica); die Sondierung ergab nach oben und unten freie Passage im Subduralraum. 4. Der Fall bestätigt, daß das Kontrastbild nicht ein einfaches Negativ des anatomischen Bildes ist und daß es unendlich schwer ist, aus der Form des Stopps auf die Form einer Geschwulst zu schließen. 5. Das Röntgenbild zeigte, daß der Sitz der Affektion nur an der Kauda sein konnte; es zeigte den typischen Abguss einer zystischen Auftreibung am unteren Ende des Durasackes. Die Operation bestätigte das Ergebnis der Röntgendiagnose: zystische Meningitis des unteren Rückenmarkendes. Operation. Heilung.

Kurt Mendel, Berlin.

2921.

Langdon-Down, Mary, und Russel W. Brain, **Der Einfluß der Tageszeit auf das Zustandekommen epileptischer Anfälle.** (Lancet, 216., 5516.) (Medical Unit, London Hospital, London.) Die epileptischen Krampfanfälle zerfallen in drei durch die Tageszeit ihres Auftretens voneinander sich unterscheidenden Gruppen: eine diurnale, eine nokturnale und eine dritte, welche durch unterschiedlose diurnale und nokturnale Anfälle charakterisiert wird. Die Anfälle kommen in den beiden letztgenannten Gruppen häufiger als in der ersten vor.

Ashkenasy, Wien.

2922.

Küenzl, F., **Epilepsie bei den Nachkommen von Epileptikern.** (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 4.) Von 132 erwachsenen Kindern 95 genuin-epileptischen Einzeleltern waren 4 Kinder an Epilepsie erkrankt, also 3%. In 8,8% der von den männlichen Probanden eingegangenen Ehen und in 3,5% bei den von den weiblichen Probanden eingegangenen Ehen, in denen erwachsene Kinder vorhanden waren, ist unter diesen letzteren wieder Epilepsie aufgetreten. Bei beiden zusammen in 6,4%. Von den 59 erwachsenen Kindern der 31 männlichen genuin-epileptischen Probanden, welche zugleich an chronischem Alkoholismus litten, sind 2 an Epilepsie erkrankt, also 3,6%. Von den 11 Kindern der weiblichen Probanden ist keines erkrankt. In 10,5% der von den männlichen Probanden, welche zugleich Potatoren waren, eingegangenen Ehen, in denen erwachsene Kinder vorhanden waren, ist in der Kindergeneration wieder Epilepsie aufgetreten. Die Belastung mit Alkoholismus beträgt für die genuinen Epileptiker, welche selbst nicht trunksüchtig waren, 23,2%. Die Epileptiker, welche zugleich Potatoren waren, zeigen eine wesentlich höhere Belastung mit Alkoholismus (58,9%). Die genuine Epilepsie überträgt sich nur in einer geringen Zahl direkt von den kranken Einzeleltern auf deren Kinder. Fälle mit stärkerer Häufung von Epilepsie in einer Familie scheinen innerhalb der Gruppe der genuinen Epilepsien eine engere Krankheits-einheit zu bilden und eigenen Vererbungsgesetzen zu folgen. In 15 Fällen von traumatischer Epilepsie war unter 43 Nachkommen, von denen 8 vor erreichtem zweitem Lebensjahr gestorben sind und nur 9 das 20. Lebensjahr schon überschritten haben, kein Fall von Epilepsie aufgetreten.

Kurt Mendel, Berlin.

2923.

Schönbauer, L., **Experimentelles und Klinisches zur Frage der Epilepsie.** (Arch. klin. Chir., 154., 4.) (I. Chir. Univ.-Klinik, Wien.) Verfasser will die Epilepsie aus rein praktischen Gründen in Fälle mit anatomischen und Fälle ohne anatomische Veränderungen eingeteilt wissen. Letztere trennt er als genuine Epilepsie ab. Die Epilepsie mit anatomischen Veränderungen bezeichnet er als organische Epilepsie und sieht ihre Ursache in groben pathologischen Veränderungen des Gehirns. Doch muß hier einschränkend festgestellt werden, daß typische Fälle von Jackson-Epilepsie ohne grobe anatomische Veränderungen vorkommen, andererseits schwere Läsionen des Gehirns, wie nach zerebraler Kinderlähmung, unter dem Bilde der genuinen Epilepsie verlaufen können. Schließlich kommen epileptische Anfälle vor als Folge einer Intoxikation ohne Herderkrankung des Gehirns (Alkohol, Urämie, Diabetes, Bleiintoxikation). Es gibt innige Beziehungen zwischen den einzelnen Formen der Epilepsie und fließende Uebergänge. Eine scharfe Grenze zwischen genuiner und organischer Epilepsie läßt sich nicht aufstellen. Akute Infektionskrankheiten (Scharlach), chronische Infektionskrankheiten (Syphilis), Tumoren des Gehirns und Traumen können bei besonders disponierten Individuen epileptische Anfälle hervorrufen. Im Anschluß an die Gravidität ist Epilepsie beobachtet worden. Als Reflexepilepsie sind Erscheinungen bekannt, bei welchen die Erkrankung irgendeines Organes (Nase, Ohr) Anlaß zu Anfällen wird; doch ist die Meinung über einen solchen Zusammenhang noch sehr geteilt. Oft hören die epileptischen Anfälle auf, wenn die Infektion vorüber oder die sonstige ätiologische Ursache behoben ist. Weit aus am häufigsten ist der Zusammenhang zwischen Trauma und Epilepsie. Die Statistiken schwanken zwischen fünf und vierzig Prozent von Epilepsie im Anschluß an Kopfverletzungen.

Tierexperimentelle Untersuchungen sollten prüfen, inwieweit die Krampfbereitschaft des Organismus auf Kokain durch verschiedene Behandlungsmethoden beeinflusst werde. Verfasser kommt auf Grund seiner Versuche zu der Ueberzeugung, daß die Krampfbereitschaft des Organismus auf Kokain weder durch die entlastende Trepanation, noch durch den Versuch einer Sympathikus-Operation an der A. cerebri media irgendwie beeinflusst wurde. Weiterer Tierversuche mit Gefäßunterbindung oder Röntgenbestrahlung blieben ergebnislos; es gelang nicht, Krämpfe auszulösen. Auf der anderen Seite vermochte aber auch die entlastende Trepanation keinen nachweisbar herabsetzenden Einfluß auf Krampfbereitschaft zu erzielen.

Zusammenfassend äußert Verfasser, daß die Ergebnisse der operativen und konservativen Behandlung der genuinen und traumatischen Epilepsie unbefriedigend sind. Die Dauererfolge lassen viel zu wünschen übrig. Er empfiehlt zur Frage der Ätiologie und zur Klärung einer kausalen Therapie der Epilepsie der Annahme nachzugehen, daß eine Mitbeteiligung des vegetativen Systems beim Zustandekommen gewisser Krampfzustände vorliegt und weist auf die Beeinflussbarkeit dieser Zustände durch Sympathikus-Resektion hin.

E. Mühsam, Berlin.

2924.

Eiler, J. J., **Neurogene und psychogene Hautstörungen.** (Med. J. a. Rec., Nr. 9, 1929.) Die Haut steht dauernd unter Kon-

ontrolle des Nervensystems, folglich können organische oder funktionelle Störungen des Nervensystems auch solche der Haut verursachen. Bei letzteren können gleichzeitig innere Organe und Haut erkrankt sein, z. B. der Magendarmkanal. Umgekehrt können bei Hauterkrankungen auch innere Organe, z. B. das Nervensystem (Psychosen) krankhaft verändert sein. Auch die inneren Drüsen stehen unter der Kontrolle des viszeralen Nervensystems, auch bei deren Veränderungen gibt es Hauterscheinungen. Es bestehen Beziehungen zwischen psychischen und trophischen und Pigmentstörungen der Haut. Diese Beziehungen sind vielseitig und betreffen Schweißdrüsen, Haare und Nägel u. m. Eine praktische Klassifikation ist folgende: Hautstörung hauptsächlich durch psychische Störungen verursacht. Auf dem Wege Psyche — vegetatives Nervensystem — Gefäße — innere Drüsen entstanden, umfaßt diese Gruppe die Dermatitis factitia, die hysterischen neurotischen Erscheinungen vom Erythem bis zur Gangrän. Hier werden chemische oder mechanische Mittel zum Zwecke der Täuschung angewandt; Motive: Mitleiderregung, die Beschäftigung, Mystifikation. Charakteristikum: meist auf der linken Seite bei Rechten; seltener Affektionen der Nägel. Manche Fälle von „idiopathischer Gangrän“ gehören hierher. Ferner die Kompulsionsneurosen. Bei ihnen liegt keine Täuschung zugrunde, sondern der unkontrollierbare Wunsch, zu kratzen, die Haut irgendwie zu schädigen, Dermatoplasia. Ursachen: Halluzinationen, die Meinung, Parasiten seien in der Haut, ein atavistischer Ausdruck, vergleichbar dem Kratzen bei Tieren oder der Selbstverstümmelung bei gewissen Psychopathen, eine Art Phobie, Suggestion (die Heilung der Warzen durch Suggestion), toxische, im Blut kreisende Substanzen. Meist geht ein lokaler Pruritus voraus. Diese Geschwüre und Exzorationen sind meist unregelmäßig. Ferner die Sucht, die Haare auszureißen oder zwischen dem Nagel zu brechen. Trichotillomanie, Trichorrhexomanie. Dies gibt atypische Flecke von Alopecie, die oft diagnostisch sehr täuschen können. Oft schlucken diese Patienten die abgebrochenen Haare. Oft, analog dem Nagelbeißen, unbewußt; in anderen Fällen fehlt eine plausible Ursache. Diese Patienten sind emotionell instabile Individuen. In ihrer Familie findet man häufig Inferiorität, Struma, Manie, Psychosen. Die letztere Form ist die häufigere. Endlich die Dermatophobien. Die Furcht vor Krankheit bei Vorliegen einer geringen Läsion oder ohne eine solche. Diese Phobien können auch Indigestion, Diarrhöe, Kopfschmerzen hervorrufen. Das Jucken mildert sich oder verschwindet durch Suggestion. Oft ging Krätze voraus. Die Parästhetophonie kann beim Anblick von Läusen sogar epidemisch auftreten (Schwestern, Studenten). In einem Falle wurden Baumwollfasern im Gesicht vom Patienten als Parasiten von ihm angesehen. Solche Fälle gehören oft mehr in das Gebiet des Psychiaters.

v. Schnizer.

2925.

Eller, J. J., Neurogene und psychogene Hautstörungen. (Med. J. a. Rec., Nr. 10, 1929.) Kanzerophobie ist häufig: Glossodynie, die brennende Zunge, oft eine harmlose Entzündung der Papillen in der Palatoglossalfalte. Manchmal findet man namentlich bei Jungen eine Erythrophobie, ein Erythem im Gesicht, Hals, Brust, bei Verlegenheit, durch Mangel an Selbstvertrauen. Diese Phobien können manchmal zu psychischen Störungen führen.

In die zweite Gruppe gehören solche Affektionen, die meist durch psychische Störungen verursacht sind. Während Blässe, Sträuben der Haare, Gänsehaut, immer psychogen sind, ist dies bei Urtikaria, angioneurotischem Oedem, Erythem und Pruritus nicht immer der Fall: genaue Anamnese. Mechanismus: viszerale Nervensystem, direkt oder indirekt beeinflusst durch das endokrine System. Pruritus findet man sehr häufig bei funktionellen Störungen, wie Hysterie, Neurasthenie, Melancholie, aber auch bei organischen Affektionen: Gehirntumoren, Tabes dorsalis, allgemeiner Paralyse, Meningitis, Epilepsie, Chorea, reflektorisch, oder durch Erregung der Nervenenden. Angioneurotisches Oedem kommt vor bei labilem Nervensystem, gleichzeitig mit Hysterie, Neurasthenie, Basedow, Urtikaria bei der Menstruation, auch bei Alkoholismus. Aber auch die harnsaure Diathese, Intoxikationen, Arzneiwirkung, anaphylaktische Störungen, Traumen kommen ätiologisch in Frage. Bei psychopathisch angehauchten Personen. Manche Forscher legen mehr Wert auf den toxischen Faktor: Kolloidoklasie — Urtikaria. Pruritus ani und vulvae kann auf neuropathischer Diathese beruhen und eine reine Psychose u. U. mit völligem Nerven kollaps darstellen, so daß man oft Ursache und Wirkung nicht unterscheiden kann. Die Dermatitis dysmenorrhoea kann psychisch bedingt sein, eine angioneurotische Reflexneurose; andere nehmen ein Artefakt an oder Arzneiwirkung (zur Bekämpfung der Schmerzen) oder hämatogene Toxine. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Dysfunktion des Ovarium. Die Ätiologie der Dermatitis herpetiformis ist fraglich: menstruelle Unregelmäßigkeiten, Schwangerschaft, Puerperium, endogene Toxine, manchmal auch eine akute Infektion oder eine paroxysmale Neurose. Oft wie die

Psoriasis ausgelöst durch starken emotionalen Schock. Bei Psoriasis kommt die parasitäre, die Stoffwechsel- und neuropathische Theorie in Frage. Auch eine Vasomotorenneurose, eine kongenitale, funktionelle Schwäche des die Hautfunktion regulierenden Nervensystems wurde angenommen. Für Pemphigus wird eine psychogene Ätiologie verantwortlich gemacht; manche halten die hysterische Form ebenso wie die hysterische Gangrän für artifiziell. Sensationsstörungen findet man auch bei organischen Nervenkrankheiten, Lepra, Syphilis usw.; meist aber bei Psychopathen und Hysterischen, wo sie sich bis zu Pruritus und Prurigo steigern können. Abnorme Schweißsekretion namentlich vermehrt findet man bei Neurosen, bei Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, Störungen des Sympathikus, Hysterie, Syringomyelie und Basedow. Oft auch hier bei Erregungen. Bei Alopecia areata, Lichen planus und gewissen Ekzemen kommt, was nicht allgemein bekannt, auch der psychogene Faktor in Frage. Bei Alopecie wird noch die parasitäre und trophoneurotische Theorie und die fokale Infektion angeführt.

v. Schnizer.

2926.

Weingart, S. M., Ischias, Lumbago und Pathologie des Lumbosakralteils der Wirbelsäule. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 17.) (Physio-therapeut. Abt. d. Zentral-Arbeiterpoliklinik, Saporoschje, Ukraine.) Ischias und Lumbago sind in den meisten Fällen als Erkrankungen sekundärer Natur aufzufassen, die durch im lumbosakralen Teil der Wirbelsäule bestehende Knochenveränderungen und -deformitäten bedingt werden. Einen klaren Aufschluß liefert hier das Röntgenbild. Die essentielle Ischias bzw. Lumbago werden nur selten beobachtet. Das Auftreten von Ischias und Lumbago mit Veränderungen im lumbosakralen Teil der Wirbelsäule wird am häufigsten durch physische Ueberanstrengung begünstigt. Sind diese Veränderungen nicht vorhanden, so ist das Leiden auf infektiöse Prozesse oder Stoffwechselstörungen zurückzuführen. Das Vorfinden von Ischias und Lumbago im Anschluß an Plexitis, Radikulitis oder Paraplexitis wie auch Wirbelsäulenveränderungen, insbesondere bei Schwerarbeitern, erfordert bei diesen eine genaue klinische und röntgenologische Untersuchung des lumbosakralen Teils der Wirbelsäule. Bei den Fällen ohne Veränderungen der Wirbelsäule kommt medikamentöse, Proteino-, Physio- und Bälneotherapie in Betracht. Bei Vorliegen schwerer, rezidivierender Schmerzen im Verlauf des N. Ischiadikus und des sakralen Plexus ist bei Deformation der Wirbelsäule absolute Ruhe mit nachfolgenden orthopädischen Maßnahmen zu empfehlen.

E. Kontorowitsch.

2927.

Bogorad, F. A., Das Symptom der „Krokodilstränen“. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 17.) (Univ.-Nervenklinik, Minsk.) Verfasser beobachtete eine 15jährige Patientin, bei der seit einem Jahr das rechte Auge während des Essens stets tränkte. Vor einem Jahr war die Patientin wegen rechter Fazialislähmung elektrisch behandelt und nach 2½ Monaten als gebessert entlassen worden. Zwei Wochen darauf bemerkte sie zum ersten Male das Tränen, und zwar nur am rechten Auge. Der Geschmack der eingenommenen Speisen spielte dabei keine Rolle. Es wurde aber beobachtet, daß warme bzw. fette Kost einen stärkeren Tränenfluß verursachte als kalte bzw. flüssige. Beim Kauen eines Holzstäbchens z. B. trat das Phänomen nicht auf. Interessant war die Tatsache, daß beim Weinen nur das linke Auge allein tränkte. Diese vom Verfasser als „Krokodilstränen-Symptom“ bezeichnete Erscheinung gehört zu den sogenannten Parareflexen (André Thomas).

E. Kontorowitsch.

2928.

Jablonszky, Albin, Ueber schizoide Reaktionen und Krisen. (Z. Neur., 119, Heft 4.) Aus den erwähnten Fällen kam festgestellt werden, daß neben der Schizophrenie die Annahme eines selbständigen Krankheitsbildes der schizoiden Reaktionen, sowohl was die Prognose als auch den Ablauf betrifft, berechtigt ist, und Verfasser darunter einen solchen endogenen oder exogenen und in jedem Falle feststellbaren, durch aktuelle Ursachen ausgelöst, durch schizoide gespaltene Symptome charakterisierten, längere oder kürzere Zeit dauernden Krankheitsprozeß versteht, der mit Heilung endet und als Endresultat eine Restitutio ad integrum hinterläßt. Die schizoiden Reaktionen können vom ätiologischen Gesichtspunkte in vier Gruppen geteilt werden: in die Gruppe der endokrinen, der psychogenen, der traumatischen, der toxischen Schizoidreaktionen. Die prämonitorische Persönlichkeit der an schizoiden Reaktionen leidenden Individuen hat einen ausgesprochenen schizothymen Charakter. Hinsichtlich des Habitus gehören sie sozusagen ausschließlich in die Leptosomgruppe Kretschmers. Auf die Annahmen Lienaus und Bunejeffs gestützt, kann man feststellen, daß die Neurasthenie nicht mehr als Krankheitseinheit betrachtet werden kann und daß dort, wo die neurasthenische Symptomengruppe als eine Teilerscheinung einer anderen psy-

chischen Erkrankung nicht gewertet werden kann, man sie als einen eigentümlichen Reaktionstypus der schizothymen Individuen betrachten muß. Die Annahme von schizoiden Krisen, neben den schizoiden Reaktionen, erscheint sowohl hinsichtlich der Dauer als auch hinsichtlich des Verlaufes motiviert. **Hans Knöspe.**

2929.

Hugo, H. J., Hautaffektionen bei Geisteskranken. (Med. ass. South Africa, Nr. 4, 1929.) Bei geistig Defektiven findet man häufig Akne (wobei außer dem Aknebazillus noch ein psychogener Faktor eine Rolle spielt); Warzen (Autointoxikation durch den Intestinaltrakt); Herpes auricularis und genitalis (Masturbation) und Perlèche, ein stärkerer Grad der Faulecke (starkes Speicheln und die Gewohnheit, an den Lippen zu saugen). Ferner beobachtet man häufig Adenoma sebaceum, Naevi, Epidermolysis hereditaria bullosa und dann im Gefolge vasomotorischer Instabilität Dermographie, Angioneurotisches Oedem, Urtikaria. Auch Ekzem ist sehr häufig. (Vernachlässigung der Körperpflege, Pruritus mentalis. Dagegen findet man selten Psoriasis. Ebenso ist richtiger Pruritus selten. Fehlen eines tiefen Instinktes?) Merkwürdig ist es, daß auch bei Scabies häufig der charakteristische Juckreiz abends im Bett fehlt. Syphilitische Veränderungen sind meist schwerer und ausgedehnter als bei Normalen: durch Nachlässigkeit und mangelhafte Ernährung; keineswegs durch eine besonders aktive Infektion. Selbstverstümmelungen, Artefakte sind häufig. Ebenso ist Trichotillomanie und Trichokryptomanie nicht selten. **v. Schnizer.**

2930.

Siman, R. M., und N. A. Schereschewsky, Zur Frage der symptomatischen Psychosen bei Lebererkrankungen. (Z. Neur., 119, Heft 4.) Verfasser erwähnt nach Erörterung der neueren Ansichten über gleichzeitige Alterationen in der Hirnrinde und den subkortikalen Ganglien bei Leberaffektionen einen Fall, bei dem es sich um einen kurzen, zweimal aufgetretenen deliranten Zustand mit motorischer Erregung, Bewußtseinsstörung, Trugwahrnehmungen und darauffolgender Amnesie handelt, welcher Zustand sich bei einer Kranken, die an einer schweren somatischen Erkrankung, an einer seltenen Form von Leberzirrhose leidet, entwickelt hatte. Es scheint durchaus natürlich, zwischen diesen beiden Erscheinungen einen kausalen Zusammenhang anzunehmen. Die Störung der Leberfunktion und die darauffolgende Herabsetzung ihrer filtrierenden Tätigkeit begünstigte eine erhöhte Zufuhr toxischer Stoffwechselprodukte in den Blutkreislauf. Als Folge der Vergiftung des Hirngewebes entwickelte sich der delirante Zustand. Nun können auch diejenigen psychopathologischen Symptome, die bei der Patientin nach dem Abklingen des Delirs vermerkt wurden, nicht unbeachtet gelassen werden. Es handelt sich dabei um ausgesprochene Angst und Unruhe auf dem Hintergrunde einer depressiv gefärbten Verstimmung. Das Studium der Klinik und der Psychopathologie der deliranten Zustände in ihrer Abhängigkeit von dem spezifischen Charakter der Autointoxikation im Zusammenhang mit den Störungen dieser oder jener Organe ist ein Problem, das noch seiner Lösung harret. **Hans Knöspe.**

2931.

Lundholm, Helge, Konstitutionelle psychologische Faktoren bei „funktionellen“ Psychosen. II. Dementia praecox. (Journ. nerv. Dis., 68, Nr. 5.) Neben der zyklischen und schizoiden Disposition (Kretschmer) wird eine Disposition zu altro- und egozentrischen Zügen unterschieden. Die altrozentrischen Züge bestehen in extraspektiven, extraaktiven und sympathischen (altruistischen) Zügen, begründet auf einer altrozentrischen Tendenz (A-Tendenz), die egozentrischen Züge in introspektiven, zurückhaltenden und egoistischen Zügen auf der Basis einer egozentrischen Tendenz (E-Tendenz). Das manisch-depressive Irresein beruht nun auf starker E-Tendenz, kombiniert mit dem zyklischen Charakter; es kann auch A-Tendenz besitzen, doch in weit schwächerem Maße. Schizophrenie beruht auf starker E-Tendenz, kombiniert mit dem schizoiden Charakter; kommen dazu noch bisweilen schwere zyklische Züge, so entsteht das Bild einer Mischung von Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein. Hysterie beruht auf dem schizoiden Charakter allein bei Ausgeglichenheit zwischen A- und E-Tendenz; die stark entwickelte A-Tendenz verhindert eine schwerere Erkrankung und einen Konflikt, der durch Reibung mit der Umgebung auf Grund seiner Aktivitätsart entstehen würde, so daß die Dissoziation nur eine partielle zu sein braucht. Neurasthenie wird zurückgeführt auf starke E-Tendenz bei zyklischem Charakter; steht also der manisch-depressiven Störung nahe. **W. Misch, Berlin.**

2932.

Levy-Valensi, J., Puerperale Psychosen. (Paris méd., Nr. 21, 1929.) In der ganzen Zeit, in der das Kind im Schoße der Mutter deponiert wird, bis es ihn verläßt, können Ereignisse eintreten, die diesen im wesentlichen physiologischen Zustand patho-

logisch werden lassen. Zu diesen Ereignissen gehören in erster Linie die emotiven Schocks, die in der Entstehung der Psychosen eine Rolle spielen. Alle Arten können die Frau in diesem Zustand treffen, aber abhängig von ihm ist in der Hauptsache nur die Angst vor der Schwangerschaft und was damit zusammenhängt, aus den verschiedensten, bekannten Motiven. Dann die Erschöpfung durch Anämie, schon während der Schwangerschaft, durch falsche Ernährung, auch bei der Laktation, namentlich wenn sie länger als normal dauert nach schweren Geburten, bei Ueberarbeitung. Ferner die Infektion, namentlich milde, lokale, oft latente Fälle, gerade für die puerperalen Psychosen wichtige Faktoren. Und endlich die Autointoxikation. Hierbei können Leber, Nieren beteiligt sein, es kann zu Pankreasinsuffizienz kommen, zu Sterkorämie. Im Vordergrund stehen aber die inneren Drüsen, deren Zusammenwirken in diesem Zustande an sich schon ein anderes ist, als zu nicht graviden Zeiten. Ihre Zusammenarbeit hat die Ernährung zu regeln, das Wachstum von Uterus und Fötus, Gifte zu neutralisieren. Diese Neutralisation kann gestört sein; aber diese Sekretionen sind selbst giftig, und Hyperfunktion kann leicht über das Ziel hinausschießen. Man kann solche Störungen in allen Perioden des Genitallebens der Frau treffen, in der Pubertät, Regel und Menopause. Auch die Regel ist ein Weg der toxischen Elimination. Ferner: der endokrine Apparat regelt das neurovegetative System. In der Schwangerschaft herrscht aber meist Vagotonie oder Sympathikotonie vor. Und auf diesem Boden kommt es durch die oben erwähnten Faktoren leicht zu einem psychischen Syndrom. Wenn man nun dazu die krankhaften Konstitutionen betrachtet, so steht in vorderer Linie die zyklische und ängstliche, oder ihre Kombination, die Folie circulaire, die Zwangsvorstellungen. Weniger wichtig ist die mythomane Konstitution (Hysterie), die perverse, die paranoische und die schizoide. Alle diese Syndrome können im latenten Zustande bestehen, aber ohne Prädisposition läßt sie die Puerperalität nicht ausklücken. Aber es gibt keine puerperalen Psychosen. Alle diese Zustände können auch außerhalb der Puerperalität vorkommen, sie klinkt lediglich bei vorhandener Prädisposition diese Zustände aus. Mehr theoretisch sind während der Schwangerschaft der 5. bis 7. Monat, im Puerperium der 6. bis 10. Tag und in der Laktationsperiode die 7. Woche bis zum 7. Monat diesen Störungen vorbehalten. Man kann die äußerst wechselvollen, schwer entwirrbaren Zustände in kleine akute und große chronische Zustände teilen. Aus dem Angstgefühl entspringen Charakterveränderungen und Zwangszustände, die alle der ersten Gruppe angehören. In sehr seltenen Fällen zähmt die Puerperalität Megären; meist findet man Reizbarkeit, eine krankhafte Zornmütigkeit, Verfolgungs- und Eifersuchtsdelirien. Die Frau ist apathisch, „ihr Geist ist wie ihr Umfang“. Nicht selten erotische und mystische Neigungen, aber auch Triebe: Brandstiftung, Selbstmord und Mord, Kleptomanie. Mit letzterer Diagnose ist man besser etwas vorsichtig. Von den großen akuten Zuständen sind zu nennen die Zustände der Agitation: echte Manie, Pseudomanie mit akuter mentaler halluzinatorischer Verwirrung; dann die Depressionszustände, die akuten polymorphen Delirien, die neuro-psychischen Zustände, Chorea, Eklampsie, Neuritiden. Heilung in etwa 80% nach Tagen und Wochen. Tod durch Septikämie, Erschöpfung, im Koma (akutes Delir), bei Melancholischen auch durch Suizid. Noch lange nachher können Folgen bestehen, Amnesie, fixe Ideen. Selten kommt es bei den chronischen Zuständen zu einem sekundären, systematisierten Delir mit und ohne Demenz, und besonders gefürchtet sind die Uebergänge in die Dementia praecox: der dunkle Punkt in der ganzen Frage. Prognose: die Verwirrungs Zustände heilen ohne Rezidive meist; können aber bei späteren Schwangerschaften wiederkommen. Bei den im ganzen günstigen maniakalischen und melancholischen Formen kann es auch außerhalb der Gravidität zu Rezidiven kommen. **v. Schnizer.**

Psychologie und Psychopathologie

2933.

Fünfgeld, E., Ueber die seelische Struktur einer „Hellscherin“, zugleich ein Beitrag zur Klinik der Halluzinose und zur Psychologie der Denkfähigkeit. (Z. Neur., 119, Heft 4.) Anlaß des Heidelberger Bürgermeistersmordes im Juni 1921 wurde berichtet, von einer Persönlichkeit berichtet, mit der sich vorliegende Abhandlung beschäftigt. Dieser unter dem Pseudonym Mina Müller bereits bekannte Fall scheint deshalb von einer über das Kasuistische hinausgehenden Bedeutung zu sein, weil sich an der intelligenten, auskunftsbereiten Persönlichkeit mit besonderer Klarheit die Mechanismen und Eigenarten aufzeigen ließen, die einer „hellscherischen“ Befähigung und Bestätigung zugrunde zu liegen scheinen. Nach Ansichten des Verfassers entstammen die „hell-

„seherischen“ Phänomene nicht dem Bereich des „Okkulten, Metaphysischen“, sondern den Geheimnissen einer besonderen seelischen Struktur ihres Trägers.

Hans Knospe.

2934.

Stekel, Wilhelm, *Ist Homosexualität heilbar?* (Nervenarzt, 2., Heft 6.) Antwort: ja. Die Homosexualität ist kein angeborener Zustand, sondern ein seelisches Leiden, das sich durch eine sachgemäße Behandlung beheben läßt. Vier der homosexuellen Patienten des Verf. haben geheiratet und fühlen sich in der Ehe außerordentlich glücklich. Verf. steht demnach in direktem Gegensatz zu Magnus Hirschfeld. Die Schriften des letzteren sind — so schreibt Verf. — eine große Gefahr; sie erzeugen die Homosexualität; sie züchten Homosexuelle, nehmen dem Homosexuellen jedes Verantwortungsgefühl, entheben ihn des Versuches, sich zu ändern; sie geben ihm den Trost, daß er nichts dafür kann, sie beweisen ihm, daß die hervorragendsten Geister homosexuell gewesen sind, er befindet sich in der besten Gesellschaft; sie suggerieren ihm die Unheilbarkeit und Unveränderlichkeit seines Zustandes. — Die beste Prognose für eine seelische Beeinflussung geben diejenigen seltenen Fälle, die sich in der Jugend wegen ihrer abnormen Einstellung unglücklich fühlen. Je älter der Homosexuelle ist, desto schwerer ist er zu beeinflussen. Alle Homosexuellen sind unglückliche Menschen und enden meist unglücklich. (Gegensatz zu Hirschfeld.) Alle Menschen sind bisexuell; die Disposition zur Homosexualität ist in jedem Menschen vorhanden; der Homosexuelle verdrängt seine heterosexuelle, der Heterosexuelle seine homosexuelle Komponente. Verf. empfiehlt dem Pat., sich in weiblicher Gesellschaft zu bewegen, gestattet aber auch während der Behandlung keine heterosexuellen Versuche bei Dirnen, die gewöhnlich einschlagen, weil die Potenzbedingung der Homosexuellen die Liebe ist. Die eigentliche Krankheit ist die Liebesunfähigkeit und die Angst vor der Liebe, welche sich in der Analyse als Angst vor der Eifersucht und ihren Folgen entleert. Die Einstellung der Homosexuellen zum Weibe ist eine sadistische. Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist, den Kranken ihre seelische heterosexuelle Liebesfähigkeit wiederzugeben. Die Mehrzahl der Homosexuellen entstammt Ehen, in denen die Frau der herrschende Teil war (starke Mutter und schwacher Vater). Hinzu kommen noch andere Momente, welche das Weib entwerten. Zahlreiche Angst- und Zwangsercheinungen, zylothyme Zustände, Organneurosen, Neigung zu Depressionen, fetischistische Neigungen, Impulshandlungen sind häufig bei Homosexuellen. Deutlich sind die Beziehungen zum sado-masochistischen Komplex. Durch die gespielte Euphorie der Kranken lasse man sich nicht täuschen. Viele Selbstmörder, bei denen kein Motiv für den Selbstmord gefunden werden kann, sind manifest oder latent Homosexuelle. Die Psychoanalyse begegnet mit dem schärfsten Widerstand des Kranken. Hält der Homosexuelle in der Behandlung aus, so ist der Erfolg ziemlich sicher. Die Prognose einer Behandlung eines Homosexuellen hängt von dem Gesundheitswillen des Kranken ab. Die Behandlung dauerte 2 bis 3 Monate; eine längere Behandlung ist überflüssig. Nicht immer tritt der Erfolg ein; mitunter scheitert die Behandlung am Widerstand des Kranken. Alle Hypothesen, die von einer angeborenen Homosexualität sprechen, sind energisch zu bekämpfen; jede Propaganda dieser Art ist einzuschränken. „Alle Strafparagrafen sind machtlos gegen die Homosexualität, die unter dem Einfluß der jahrelangen Propaganda des Hirschfeldkreises erschreckend zunimmt. Der berühmte § 175 hat sich als wirkungslos erwiesen. Er trifft zufällig einige Opfer mit der Schärfe des Gesetzes und dann meistens unschuldige Opfer des Milieus.“ Wirksam wäre nur die Prophylaxe, eine entsprechende Aufklärung der Eltern, eine Aufklärung der Jugend über die Gefahren der Homosexualität, Schutz der Minderjährigen gegen Verführung und eine Antipropaganda, welche den nun festgewurzelten Glauben zerstören hilft, daß es sich um eine angeborene Disposition handelt. Anzuwenden sind als Therapie: Hypnose, Bekämpfung des Impotenzkomplexes, Persuasion, vor allem aber Psychoanalyse, d.h. Eingehen auf die Entstehung des Leidens und Auffindung jener Ursachen, die zur Umbiegung der Sexualität geführt haben. Die Umstellung erfolgt in der Pubertät. Die Behandlung fordert Takt und Geduld.

Kurt Mendel, Berlin.

2935.

Boujour, J., *Die Idiosynkrasie psychologisch betrachtet*. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 21, 1929.) Die hier veröffentlichten Experimente haben das Gemeinsame, daß sie alle auf psychischen Wirkungen beruhen. Eine falsche Idee erzeugt eine Reaktion, die ihr in engen Beziehungen steht; die Reaktion ist das getreue Abbild der seelischen Vorstellung. Suggestiert man die Bildung einer Narbe, so entsteht keine Papel, sondern ein Papillom; suggestiert man Erythema, so bildet sich eine Papel und nicht nur Erythem; die elektrische Wirkung ist elektiv, spezifisch. Diese schon lange nachgewiesene Elektivität betrifft auch chemische Reaktionen und nicht allein die strukturalen Reaktionen der Materie. Durch Suggestion

senkt sich die Zucker-, die Eiweiß-, die Zystinausscheidung, erhöht sich die Trypsin-Amylase-Lipasesekretion. Die Vorstellung allein bewirkt bei allen diesen Experimenten eine elektive Reaktion. Die Suggestion modifiziert in der Zelle oder im Serum einen chemikophysischen Einfluß; ja, es ist nicht ausgeschlossen, daß durch Suggestion auch die allgemeine Widerstandskraft gehoben wird und dadurch indirekt der Kampf gegen Mikroben verstärkt wird.

Held.

2936.

Leibowitz, D., *Ulcus ventriculi und Psychotherapie*. (Nervenarzt, 2., Heft 6.) Fall I: Psycholabile Patientin mit wahrscheinlichem Ulcus duodeni. Interne Behandlung erfolglos. Intensive Psychotherapie brachte alle krankhaften Symptome zum Schwinden; das Ulcus heilte aus. Die Psychotherapie ist also nicht nur berufen, neurotisch bedingte körperliche Symptome zu heilen, sondern sie kann auch bei echten organischen Erkrankungen, sofern sie im Prinzip überhaupt einer Heilung zugänglich sind, ein wichtiger und zwingend notwendiger Teil des Heilplanes sein.

Fall II: Neuroretinitis, Urämie. Die antizipierte Psychotherapie hatte das Erkennen in falsche Bahnen gedrängt; man hatte psychogene Anfälle und hysterische Blindheit diagnostiziert.

Fall III: Ausgesprochene Labilität der psychischen Persönlichkeit, neurotische Gesamthaltung nach körperlicher Erkrankung; postgrippale Erkrankung des linken Vestibularapparates, psychogene Überlagerung. Psychotherapie. Nach Monaten fast völlige Heilung.

Schlußsätze: „Die Erfahrungen der letzten 2 Jahre an einem 600 Kranke umfassenden Material lehrt mich, daß ich nur ein einziges Mal die Überwertung eines organischen Symptoms feststellen konnte, indem ein als herzleidend behandelter Patient tatsächlich Neurotiker war und psychotherapeutisch geheilt werden konnte. Dagegen sind mir mehr als ein Dutzend von sehr guten Ärzten behandelter Patienten begegnet, die als nervös behandelt und bezeichnet worden waren, die aber echte organische Leiden aufgewiesen haben. In keiner Weise liegt hier von seiten der vorbehandelten (!? Ref.) Kollegen eine Vernachlässigung der Diagnostik im landläufigen Sinne vor; es ist der überwertete therapeutische Aktivismus in psychosomatischen Dingen dafür verantwortlich zu machen. Daß aber auch bei klarer Erkenntnis ausgesprochener organischer Veränderungen eine Psychotherapie nützlich und in manchen Fällen auch zwingend notwendig ist, mögen die wenigen angeführten Fälle aufzuzeigen helfen.“ Kurt Mendel, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

2937.

Boß, M., *Erbbiologische Bedeutung des Alkohols*. (Monatsschrift f. Psych. u. Neur., 72., Heft 4.) Untersuchung an 909 männlichen und 166 weiblichen chronischen Alkoholikern. Bei 25% der Männer und bei 36% der Frauen war die Trunksucht eine sekundäre Komplikation einer anderen psychischen Störung. Unter den übrigen fanden sich noch 12% Männer und 6% Frauen, die in ihrer nächsten Verwandtschaft auffallend stark psychisch andersartig hereditär belastet waren. Weit aus der Mehrzahl der Alkoholiker sind keine primär minderwertigen Individuen. Von Wichtigkeit ist das Milieu für die Entstehung der Trunksucht. Bei den sonst nicht schon psychopathischen Alkoholikern findet man in etwa 1/3 der Männer und etwa 1/3 der Frauen ausgesprochen syntone Charakterzüge. Die häufigste Komplikation des chronischen Alkoholismus ist die Oligophrenie, dann folgen an Häufigkeit die affekt-labilen Psychopathen, die Schizophrenen und Schizoiden. Unter den Trinkerinnen findet sich auffallend häufig ein primärer moralischer Defekt. Bei über der Hälfte der männlichen Alkoholiker war schon der Vater Alkoholiker, bei den Trinkerinnen etwas weniger oft. Dagegen hat bei den Frauen im Vergleich zu den Männern die Mutter in mehr als doppelt so vielen Fällen stark getrunken. Unter 1246 Kindern von 572 möglichst erbgutuntersuchten Trinkern sind keineswegs auffallend viel körperlich oder psychisch Minderwertige.

Kurt Mendel, Berlin.

2938.

Asher, L., *Sozialhygienische Beiträge zur Frage der Konstitution und ihrer Beeinflussbarkeit*. (Ztschr. f. Hygiene u. Inf.-Krkh., 109., Heft 3/4.) Die Arbeitshypothese: Konstitution ist eine Mischung aus Leistung, Fähigkeit und Widerstandskraft, ausgedrückt durch den Habitus, erscheint nutzbringend. Die Widerstandskraft gegen Entbehrungen hat sich gehoben. Nach den Untersuchungen von Quetelet und Rejs scheint sich auch die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert zu haben. Ebenfalls ist der Habitus zweifellos wandlungsfähig.

N. Henning, Leipzig.

2939.

Nobbe, Hermann, *Ischias und Trauma vom versicherungsgerichtlichen Standpunkte*. (Monatsschr. für Unfallheilk., 5, 1929.)

Nobbe faßt das Resultat seiner Arbeit in folgenden sechs Leitsätzen zusammen:

1. Der Hüftnerve ist bei seinem anatomischen Verlauf äußerlich einwirkenden Schädigungen ausgesetzt, doch erfordert die Feststellung eines Traumas vom versicherungsgerichtlichen Standpunkte neben genauer Prüfung der klinischen Symptome, daß ein zeitlich begrenztes Unfallereignis stattgefunden hat und geeignet war, eine Schädigung des Hüftnerven hervorzurufen als unmittelbare, mittelbare oder wesentliche mitwirkende Ursache unter Ausschließung einer Gelegenheitsursache, bei der das Unfallereignis nur zur Manifestierung einer schon vorhandenen oder bereiten Ischias diente.

2. Als Unfallereignisse kommen in Betracht:

- a) klare durch körperlichen Befund im Bereich des Nerven nachweisbare, zeitlich begrenzte Ereignisse;
- b) Ereignisse, die in ihrem Ablauf minder sinnfällig sich als Unfälle manifestieren, aber sofortige objektive, wenn auch objektiv nicht sofort nachweisbare, eine etwa später erst offenbar werdende objektiv nachweisbare Erkrankung des Nerven verursachende Beschwerde hervorrufen;
- c) Erkältung, die auf ein zeitlich begrenztes Ereignis zurückzuführen ist;
- d) Gasvergiftung unter denselben Umständen.

3. Außerhalb der traumatischen Ursache liegende ätiologische Momente einer Ischias sind bei der versicherungsgerichtlichen Beurteilung nachzuweisen oder auszuschließen, da bei diesen meist der Unfall nur als versicherungsgerichtlich nicht entschädigungspflichtige Gelegenheitsursache gelten muß.

4. Die über Unfallereignis und Unfallfolgen normengebende und bei der Beurteilung einzelner Fälle Versicherungsrechtsprechung ergibt Anhaltspunkte bei der Bewertung der Ischias nach Trauma.

5. Die eigentlich traumatische Ischias kommt nicht allzuhäufig zur versicherungsgerichtlichen Beurteilung, verlangt aber bei Bewertung und Beurteilung vom versicherungsgerichtlichen Standpunkte genaue Feststellung des Unfallereignisses und der Unfallfolgen durch nachweisbar wirklich auftretende und kausal sich fortsetzende Symptome, die in verschiedener Schwere auftreten können.

6. Die Bewertung der Entschädigung einer traumatischen Ischias schwankt zwischen 33% und höchstens 66 $\frac{2}{3}$ %; klinisch ist die Prognose bei den wohl meist leichten Fällen (abgesehen von Wurzelschmerzen, Knochenbrüchen) gut zu stellen.

Michaelis, Bitterfeld.

2940.

Zimmermann, Emil, **Wiedererkrankung an Unfallfolgen.** (Krankenversicherung, 9, 1929.) Die Krankenkasse ist berechtigt, von dem Krankengeld die von der Berufsgenossenschaft gezahlte Rente abzuziehen. Eine strikte Durchführung dieser Bestimmung würde manche leichtfertige Krankmeldung verhindern.

Michaelis, Bitterfeld.

2941.

Konrich, Bericht über eine Studienreise, die von der Hygieneabteilung des Völkerbundes zum Studium der Landhygiene in Jugoslawien, Ungarn, Deutschland, Holland, Belgien und Frankreich veranstaltet worden ist. (Reichs-Ges.-Blatt, 24, 1929.) Wirksame Landhygiene kann nur auf dem Boden einer gewissen Bildungsgrundlage wachsen. Landhygiene ist nur ein Teil der allgemeinen Volksbildung. Die Aufklärung über Gesundheitshygiene muß schon mit dem ersten Schulunterricht beginnen. Zugleich muß sie auch die Erwachsenen umfassen. Die Hygiene des Landes ist mit seiner wirtschaftlichen Lage untrennbar verbunden. Bildung, Wirtschaftslage und Hygiene sind zwangsläufig miteinander verbunden. Auch die Verkehrseinrichtungen spielen eine wichtige Rolle. Schwierigkeiten entstehen in der Versorgung durch Aerzte und in der Nutzbarmachung der Gesundheitseinrichtungen. Für die Gesunderhaltung des Gesamtvolkes ist der Landbewohner viel wichtiger als der Städter. Deshalb müssen die Quellen des Landes erschlossen werden. Die Landflucht muß verhindert werden. Die wirtschaftliche Lage, Gesundheitspflege und Bildung des Landbewohners muß möglichst denen des Städters angepaßt werden. Landhygiene kostet Geld, aber diese Ausgabe ist verbessernd; diese Anlagen sind wirtschaftliche Anlagen. Das Landvolk soll sich seine Einrichtungen möglichst selbst schaffen, um sie als sein eigenes zu empfinden und sie deshalb hochzuhalten. Die Wahl der Persönlichkeiten ist ausschlaggebend; auf das Land gehören gerade die Besten. Die technischen Einrichtungen sind von den örtlichen Verhältnissen in weitestem Maße abhängig.

Michaelis, Bitterfeld.

2942.

Goldmann, Franz, **Fürsorgedienst im Krankenhaus.** (Soc. Med., Nr. 5, 1929.) Der Fürsorgedienst im Krankenhaus will individual-medizinische und soziale Arbeit verschmelzen. Durch Verknüpfung fürsorglicher Tätigkeit mit dem bereits bestehenden ärztlichen und pflegerischen Dienst wird der Anstalts-

betrieb verbilligt. Die Aufenthaltsdauer läßt sich verkürzen, oft sogar umgehen; soziale und wirtschaftliche Hindernisse der Heilung werden beseitigt, insbesondere ist Beschaffung neuer Arbeit für den Kranken meiner Ansicht nach die Hauptaufgabe. Nicht zu vergessen ist die Prophylaxe bei Tuberkulösen, Geschlechtskranken und Geisteskranken, Wohnungsfürsorge und vieles andere. Bisher hat sich diese Fürsorge gut bewährt.

Michaelis, Bitterfeld.

2943.

Schloßmann, **Hauspflege der Krankenkassen.** (Soc. Med. 5, 1929.) Die Hauspflege will den Hausstand während der Erkrankung oder der Behinderung der Hausfrau in den ersten Tagen nach der Entbindung vor dem Verkommen schützen. Hauspflegerin ist eine meist in der Krankenpflege nicht ausgebildete Persönlichkeit. In diesem Sinne ist eine weite Ausbreitung dieser Schöpfung der leider zu früh verstorbenen edlen Frau Schloßmann sehr zu begrüßen.

Michaelis, Bitterfeld.

2944.

Hirsch, Max, **Problematik des Hausfrauenberufes in der gegenwärtigen Zeit.** (Arch. f. Frauenk. u. Konstit., 15, Heft 2.) Während in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich von den Problemen des Ueberganges der Mädchen und Frauen aus dem häuslichen Leben in die Berufstätigkeit die Rede gewesen ist, erheischt der umgekehrte Weg eine ebenso große Aufmerksamkeit. Die Bedeutung dieser Erscheinung im Leben des Volkes und für die Entwicklung der Menschheit erläutert Verfasser durch statistische Angaben über die Familienhaushalte. Daraus ist der enorme Umfang der Hausfrauenarbeit ersichtlich. Um so bedeutungsvoller ist die Erscheinung, daß auch im hauswirtschaftlichen Betriebe sich der gleiche Vorgang vollzieht, welcher im Wirtschaftsleben als Mechanisierung und Technifikation in die Erscheinung tritt, und daß dieser Wandel die frauliche Tätigkeit mit einer Umgestaltung und Verarmung des häuslichen Wirkungskreises bedroht, welcher für die seelischen und intellektuellen Kräfte der Frau und für die Entwicklung ihrer Persönlichkeit von einschneidender Bedeutung sind. Dazu kommt auch, daß das im Verhältnis zu früher geringere Maß von häuslicher Wirkungsmöglichkeit durch die katastrophalen Wohnungsverhältnisse noch mehr geschmälert wird. Gegenüber diesen Gedankengängen sei auf eine Richtung hingewiesen, welche auf eine Vergeistigung der weiblichen Berufsarbeit abzielt und welche die Möglichkeiten an die Hand gibt, die Hauswirtschaftsführung durch innere Wandlung zu erneuern. Die Hausarbeit soll mit gleicher Wertung und gleichem Anspruch neben jede andere Berufsarbeit treten.

Rudolf Katz, Berlin.

2945.

Alfieri, E., **Die Hilfe für die tuberkulöse Mutter.** (Ann. di Ost. e Gin., 51. Jahrg., April 1929.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univ. in Mailand.) Verfasser entwirft ein großzügiges Programm zur Besserung des Loses tuberkulöser Mütter. Zur Erfassung des Krankenmaterials ist ein tatkräftiges Zusammenarbeiten von Tuberkulosefürsorgeanstalten einerseits, internen und gynäkologischen Instituten andererseits unumgänglich notwendig. Bei genauer individueller Behandlung wird auch die Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen abnehmen. Im Ausbau der hygienischen und sanitären, in Erhöhung des sozialen Niveaus, Zuhilfenahme aller zu Gebote stehender therapeutischer Maßnahmen liegt eine Gewähr einer Besserung auf diesem Gebiete.

L. Szamek, Wien.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

2946.

Glocker, R., E. Hayer, O. Jüngling, **Ueber die biologische Wirkung verschiedener Röntgenstrahlenqualitäten bei Dosierung in R-Einheiten.** (Strahlenther., 32., Heft 1, März 1929.) Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Bohnenkeimlinge wie auch auf die menschliche Haut nimmt zu bei Steigerung der Dosis in etwas verschiedener Weise, je nachdem, ob eine harte oder weiche Strahlung angewandt wird. Bei gleicher R-Zahl ist bei kleinen Dosen die weiche Strahlung wirksamer als die harte. In der Nähe der Volldosis ist aber die Wirkung beider Strahlenqualitäten praktisch gleich.

2947.

Soiland, A., Wm. E. Costolow, O. N. Meland, **Kritische Uebersicht über die Erfolge der Strahlentherapie beim Basedowkropf und bei der toxischen Struma.** (Strahlenther., 32., Heft 1, März 1929.) Auf Grund einer Umfrage behandeln die Autoren

Indikation zur Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen. Die Erfolge der Strahlenbehandlung kommen denen der chirurgischen Behandlung gleich. Der wesentlichste Vorteil der Strahlenbehandlung liegt in ihrer Ungefährlichkeit. Einige Formen des Kropfes sind allerdings für die Bestrahlung ungeeignet. Ein erfolgloser Bestrahlungsversuch hat aber für die später notwendig gewordene Operation keine ungünstigen Folgen. Ein weiterer Vorteil der Bestrahlung beruht darauf, daß der Thymus mitbestrahlt werden kann. Nicht bestrahlt werden sollen: einfache Kröpfe, das nicht toxische Schilddrüsenadenom und die toxische Struma mit Drucksymptomen. Nur wenn die Operation abgelehnt wird oder infolge schlechten Allgemeinbefindens als untunlich erscheint, soll hierbei bestrahlt werden. Bei jeder Strahlenbehandlung muß man damit rechnen, daß der Erfolg 3 bis 12 Monate auf sich warten läßt. Das Ergebnis der Strahlenbehandlung: 73% Heilung, 16% Besserung. Ein sehr wichtiger Faktor, der noch für die Strahlenbehandlung spricht, ist die Tatsache, daß dieselbe bedeutend ökonomischer ist als die Operation (soziale Indikation). Kirschmann.

2948.

Eghian, A., Die Röntgentherapie der Tuberkulose der Lunge. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 17, 1929.) Die Röntgentherapie ist ein wertvolles Mittel zur Behandlung der Tuberkulose der Lunge. Sie bewirkt eine fast augenblickliche Linderung der Schmerzen, sodann eine relativ rasche und dauerhafte Heilung sowohl der nodulären wie der ulzerösen Veränderungen. Und dies alles schon auf schwache Dosen mit unanfechtbar ästhetischen Resultaten und ohne üble Rückwirkung auf Lungen- oder andere tuberkulöse Herde im gleichen Organismus. Zudem hat die Röntgentherapie den Vorzug, eine unblutige, schmerzlose und nicht verstümmelnde Behandlungsweise zu sein. Held.

2949.

Ratner, J. A., Röntgentherapieprobleme der klimakterischen Neurose und anderer vegetativer Störungen. (Wratsch. Gazeta, 2. Jahrg., Nr. 23.) (Pathologisch-reflexologisches Bechterew-Institut, Leningrad.) Die röntgentherapeutischen Erfolge bei der Bestrahlung der Sella turcica in Fällen von klimakterischer Neurose beruhen nicht nur auf der sekretionshemmenden Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Hypophyse, sondern vor allem auch auf der Beeinflussung des vegetativen Zentrums des Zwischenhirns. Dabei spielt die Veränderung des Elektrolytgleichgewichts in den vegetativen Zentren, die gefäßerweiternde Wirkung der Röntgenstrahlen sowie ihre Beeinflussung des Plexus chorioideus eine bedeutende Rolle. Auch der Erfolg der Röntgenbehandlung der betroffenen Rückenmarksegmente bei einer Reihe von vegetativ-vegetischen Störungen wird auf die Elektrolytenverschiebung, Gefäßerweiterung und Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Liquor zurückgeführt. Eine der charakteristischsten Folgen der Bestrahlung des Gehirns und Rückenmarks ist die Herabsetzung des gesteigerten Sympathikotonus und die Beseitigung der hypotonischen Erscheinungen in der Peripherie, wie der Atrophien und Myasthenien, unheilbaren Geschwüre, angiospastischen Erscheinungen und dergleichen. Dagegen bleiben die mit Gefäßerweiterung einhergehenden Krankheitserscheinungen sowie hyperemische Prozesse durch die Röntgentherapie unbeeinflusst. Einen besonderen therapeutischen Wert hat die resorbierende Wirkung der Röntgenstrahlen bei Hydrozephalus und lokalen Flüssigkeitsansammlungen im Gehirn. Was die Technik betrifft, so sah der Verfasser bei Anwendung kleinerer Dosierung häufig Erfolg: 100 kV, 2 bis 2,5 MA, Filter 1 mm Al und 0,5 mm Zn, 18 cm Abstand; einmalige Dosis 10 bis 15% der HED auf die Haut. Bei Bestrahlung der Rückenmarkabschnitte betrug die Dosis 15 bis 20% der HED bei 24 cm Fokushautabstand und 6 × 8 cm Bestrahlungsfeld. E. Kontorowitsch.

2950.

Wild, Gertrud, Die Erscheinungen der eitrigen Ostitis der Kiefer im Röntgenbild. (Röntgenpraxis, Jahrg. 1, Heft 2, März 1929.) Die ersten Veränderungen, die die eitrige Ostitis der Kiefer im Röntgenbild hervorruft, sind wenig charakteristisch. Bei den apikal entstandenen eitrigen Ostitiden treten die ersten Veränderungen im Bereich der Wurzelspitzen auf. Die Knochenzeichnung wird verwaschen, die Markräume werden größer und unregelmäßig, die Grenzen des Herdes gegen den gesunden Knochen sind unscharf. Der Periodontalspalt wird breiter, seine Begrenzung verwaschen. In diesem Stadium ist die Differentialdiagnose gegen ein Parulis nicht möglich. Frühzeitig ergreift die Ostitis die Interdentalsepten. Allmählich bekommt der Knochen im eiteren Umfange ein fleckiges Aussehen, hervorgerufen durch stellenweise Zerstörung der Knochenbälkchen, die Grenzen sind oft ausgefranst. In seltenen Fällen kann die Entstehung der Ostitis in marginalen Abbauprozessen ihren Ausgang nehmen; allmählich bilden sich mit fortschreitender Knochenauflösung die

typischen Sequester heraus. Für die diffus ausgebreitete Ostitis sind die sogenannten Honigwabebilder (oder Holzwurmbilder) charakteristisch. Zuweilen werden auch größere Knochenpartien zusammenhängend zur Nekrose gebracht, dieser Prozeß ist im Unterkiefer häufiger als im Oberkiefer. In mehr chronisch verlaufenden Fällen kommt auch ausgedehnte Knochenzerstörung ohne Sequester vor. Eine wichtige Komplikation ist die Spontanfraktur. Beim Oberkiefer ist die Möglichkeit einer Erkrankung der Kieferhöhle zu beachten. Kirschmann.

2951.

Molnár, J., Die Bedeutung der Röntgentherapie bei den Gleichgewichtsstörungen des endokrinen Systems. (Magyar Röntgen Közlöny, 3., Heft 3, 1929.) In der Therapie von Hypofunktionen endokriner Drüsen hat die Röntgentherapie neben der organotherapeutischen nur eine untergeordnete Bedeutung, dagegen bietet die Hyperfunktion der endokrinen Drüsen ein erfolgreiches Feld für die Röntgentherapie. Die Röntgentherapie der Dysfunktionen ist ein noch unausgebeutetes Gebiet. Verfasser teilt zwei einschlägige Fälle mit. In einem Fall war als Ursache eines schweren Prurigos eine ovarielle Dysfunktion nachweisbar, im anderen bestand seit Jahren eine hypophysogene Diarrhöe; in beiden Fällen wurde eine Röntgentiefenbestrahlung mit eklatantem Erfolg angewendet. R. Klopstock.

2952.

Laurell, Hugo, Ein Beitrag zur Deutung der sogenannten Ringschatten in den Lungen. (Acta Radiologica, 10., Fasc. 1, 1929.) Ringschatten im Lungenfeld haben meist pleuropulmonalen Ursprung, können aber auch ganz oder teilweise auf Bildungen in der Brustwand beruhen. Diese verschiedenen Formen lassen sich durch eine eingehende Röntgenuntersuchung leicht unterscheiden. Mit pleuropulmonalen typischen Ringschatten sind nicht solche lufthaltigen pulmonalen Hohlräume und begrenzten emphysematösen Bezirke zu verwechseln, die von ausgebreiteten, nicht ringartigen pulmonalen oder pleuropulmonalen Infiltraten und Schwielen umgeben sind — eine in der Literatur nicht seltene Verwechselung. Nur ganze Ringe und größere, mehr als halbkreisgroße Ringsegmente sind nach Ansicht des Verfassers als Ringschatten zu bezeichnen. Diese Benennung ist auch nicht anzuwenden auf stark unregelmäßige Hohlräume mit verdichteter Randzone und auf die eckigen Maschen in der wabenförmigen Zeichnung, die gewisse Formen von Lungenemphysem mit Bronchiektasien kennzeichnet. Nur die großen pleuropulmonalen Ringschatten von mehr als 1,5 cm Durchmesser werden von dem Verfasser besprochen. Die überwiegende Zahl derselben entspricht einer verdichteten Randzone, die ganz oder zum größeren Teil einen lufthaltigen, rundlichen Hohlraum umgibt. Diese Randzone tritt also oft bei jeder beliebigen Projektion als ein Ring hervor, und die innere Begrenzung des Ringes gegen die Lufthöhle ist scharf. Man muß unterscheiden zwischen solchen pleuropulmonalen Ringschatten, die ihre Größe und Form langsam verändern, und solchen, die relativ rasch — innerhalb weniger Wochen oder Monate — stark abnehmen oder verschwinden. Pleuropulmonale Ringschatten von mehr dauerndem Typ beruhen in der Hauptsache auf tuberkulösen Kavernen, aber auch auf anderen Bildungen, z. B. sphärischen Bronchiektasien. Auch die flüchtigen Ringschatten stellen zum Teil echte Kavernen dar. Eine rasche Verkleinerung derselben ist nicht auf fibröse Schrumpfung zurückzuführen, sondern darauf, daß der zuführende Bronchus verstopft wird und die Luft in dem Hohlraum resorbiert wird. Noch rascher kann eine Verkleinerung eintreten, wenn der abführende Bronchus eine Ventilstenose aufweist.

Flüchtige Ringschatten werden ferner nicht selten durch akut auftretende interstitielle Emphysemblasen gebildet. Solche treten namentlich in pneumonisch infiltrierten Lungen auf, wo sie allerdings weniger als Ringschatten in Erscheinung treten, sondern als Luftblasen. Auch ein abgekapselter Pneumothorax kann bisweilen einen Ringschatten bilden. Kirschmann.

2953.

Robinson, I., Ueber die linksseitige Dauerdeviation des Mediastinums mit oder ohne Mediastinalpendeln. (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 3, März 1929.) Die Immigration des Mediastinums nach links bewirkt eine Erweiterung der rechten Thoraxhälfte (teilweise Inspirationsstellung) und eine Verkleinerung der linken Thoraxhälfte (forcierte Expirationsstellung) sowie in älteren Fällen Krümmung der Wirbelsäule. Das Herz macht die Verschiebung nach links mit, das linke Lungenfeld zeigt infolge des Lungenkollapses verminderte Strahlendurchlässigkeit, das linke Zwerchfell steht hoch und zeigt verminderte Beweglichkeit. Die linksseitigen Hilusdrüsen sind vergrößert. Es handelt sich bei der Immigration um einen Dauerzustand, der aber durch ein inspiratorisches Pendeln des Mediastinums kompliziert sein kann. Das Bild kann sich unter Umständen im Laufe von einigen Wochen

wieder zurückbilden. Die Erscheinung wird erklärt durch einen akuten Verschuß des linken Hauptbronchus, am häufigsten durch geschwollene Drüsen. Nach Abschwellung der Drüsen kann durch Adhäsionen die Immigration fixiert bleiben. Kirschmann.

2954.

Woenckhaus, Ernst, Die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. (Röntgenpraxis, 1. Jahrg., Heft 2, März 1929.) Unter 14 Fällen 7 Besserungen und 2 Verschlechterungen. Die Besserungen wurden beurteilt nach den Miktionsbeschwerden, Restharn, Harnverhalten und Zystitis.

Technik: 65% der HED. bei einem Damm- und einem Symphysenfeld. Kirschmann.

2955.

Horváth, A., Das Röntgenbild des Harnblasendivertikels. (Magyar Röntgen Közlöny, 3., Heft 3, 1929.) Ein Harnblasendivertikel ist durch zystoskopische Einführung von Uretersonden in das Divertikel, ferner durch Anwendung positiver (Bromnatrium) oder negativer (Luft) Kontrastmittel röntgenologisch nachweisbar. Bei Bromnatriumfüllung ist ein Divertikel nur dann gut sichtbar, wenn sich sein Schatten neben dem der Blase projiziert, bei Luftfüllung ist das Divertikel auch dann gut differenzierbar, wenn die Blase den Schatten des Divertikels überdeckt. Will man so vorgehen, dann empfiehlt sich das negative und positive Kontrastverfahren nebeneinander zu verwenden: Aus der mit Bromnatrium gefüllten Blase wird der größte Teil des Kontrastmaterials abgelassen und durch Einblasung von Luft ersetzt, dann ist im Divertikel noch Kontrastflüssigkeit vorhanden, während die Blase mit Luft gefüllt ist. Besonders angezeigt ist die Luftfüllung beim Vorhandensein von Konkrementen, welche, wenn sie in den Schattenrand der mit Bromnatrium gefüllten Blase fallen, erworbene Divertikel vortäuschen können, bei Luftfüllung hebt sich der Schatten des Konkrementes von dem der Blase ab. Die Divertikelaufnahmen müssen immer wenigstens in zwei Richtungen gemacht werden. Analyse kasuistischer Fälle.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

2956.

Herman, J., Ueber die röntgenologische Diagnose der Uretersteine. (Magyar Röntgen Közlöny, 3., Heft 3, 1929.) An Hand von drei genau wiedergegebenen Krankengeschichten wird auf die Bedeutung von der axialen und retrograden Lageveränderung operativer Uretersteine hingewiesen. Die für die Diagnose der Uretersteine unentbehrliche Röntgenaufnahme soll nur nach Einführung eines schattengebenden Ureterkatheters geschehen. Die Ureterographie ist nur in seltenen Fällen notwendig.

Rob. Klopstock, Sommerfeld (Osth.).

2957.

Nemenow, M., Ueber Strahlenbehandlung der Uterusmyome. (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 3, März 1929.) Die Röntgentherapie der Uterusmyome ist die Methode der Wahl, da der Prozentsatz der Heilungen sich an 100 nähert und die Mortalität gleich 0 ist. Die Intensität der Ausfallserscheinungen hängt hauptsächlich von der Konstitution der Kranken ab. Um die Intensität der Ausfallserscheinungen herabzusetzen, muß die angewandte Technik individuell für jede Kranke angepaßt sein. Die moderne Technik gibt einen größeren Prozentsatz des völligen Schwundes der Geschwülste und setzt die Zahl der Kontraindikationen gegen die Röntgenbestrahlung herab. Als absolute Kontraindikationen gegen die Strahlenbehandlung sind zu betrachten: gestielte submuköse und subseröse Myome, Schwangerschaft und Myom, nekrotisch zerfallende Myome. Radium kann ebenfalls zur Behandlung der Myome angewandt werden. Radium kann mit Vorteil bei starken Blutungen angewandt werden. Bei jedem auf Malignität verdächtigen Fall muß eine Probeausschabung vorgenommen werden. Zur Behandlung der meisten Myomfälle können auch ältere Röntgenapparate Verwendung finden unter der Bedingung, daß der behandelnde Arzt ein erfahrener Röntgenologe ist.

Kirschmann.

2958.

Latzke, A., Durchlässigkeit von Geweben für ultraviolette Strahlen. (Am. J. of Hyg., Nr. 3, 1929.) Bakterien wurden hinter verschiedenen Stofffiltern ultravioletten Strahlen ausgesetzt. Die bakterizide Kraft dieser Strahlen ist stärker bei weißer Baumwolle, Leinen und Seide als bei Wolle, die ähnliche Zwischenräume aufweist. Schwarze Stoffe sind weniger durchlässig als weiße.

N. Henning, Leipzig.

2959.

Clark, J. H., Zinksulfidmethode zur Messung der ultravioletten Strahlung. (Am. J. of Hyg., Nr. 3, 1929.) Es wurden mit der Zinksulfidmethode Messungen der Ultraviolettstrahlung des Sonnenlichtes in Baltimore ausgeführt. Die größte Intensität be-

steht im August, die geringste im Januar. Die Strahlenquantitäten in beiden Monaten verhalten sich wie 8 : 1.

N. Henning, Leipzig.

2960.

Heyman, J., und R. Thoreus, Technik in der Behandlung der Geschwülste im Radiumhemmet Stockholm. (Acta Radiologica, 10., Fasc. 1, 1929.) Die vorliegende Arbeit aus dem bekannten Stockholmer Radiuminstitut ist eine sehr wertvolle Studie, deren Lektüre im Original allen in der Krebsbehandlung tätigen Ärzten sehr empfohlen werden kann. Eine Besprechung der ausführlichen Arbeit ist in der Form eines kurzen Referates nicht möglich. Einzelne Teile davon sind früher unter anderen Gesichtspunkten an verschiedenen Stellen veröffentlicht und in dieser Zeitschrift referiert worden.

Kirschmann.

2961.

Warschawska, B., Der Stoffwechsel bei lymphatischer und myeloider Leukämie und seine Veränderung unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen. (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 3, März 1929.) Zwischen dem Stoffwechsel bei myeloider und lymphatischer Leukämie besteht sowohl an sich ein Unterschied als auch im Verhalten den Röntgenstrahlen gegenüber.

Bei der myeloiden wie auch bei der lymphatischen Leukämie werden sowohl qualitative als quantitative Veränderungen des Stickstoffwechsels beobachtet, die durch Retention von Azot im Organismus und durch Entwicklung einer im Vergleich zur Norm wesentlich größeren Quantität an unvollständig oxydierten Stickstoffprodukten gekennzeichnet sind. Unter Einwirkung der Röntgentherapie tritt quantitative Besserung im Stickstoffwechsel ein, während seine Qualität teils unverändert bleibt, teils sich verschlechtert. Die Harnsäureausscheidung bewegt sich bei lymphatischer Leukämie in den Grenzen höherer Werte der physiologischen Norm. Bei myeloider Leukämie wird letztere jedoch um das Zweifache und mehr überschritten. Unter Einwirkung von Röntgenstrahlen läßt sich eine unwesentliche Vermehrung von Harnsäureausscheidung feststellen, die bei lymphatischer Leukämie erst gegen Ende der ersten Woche nach der Bestrahlung auftritt. Bei myeloider Leukämie steigert sich die Harnsäureausscheidung schon während der Bestrahlungsperiode selbst in etwas höherem Grade. Die Phosphorausscheidung im Harn ist bei normaler Zufuhr desselben mit der Nahrung im Vergleich zu den mittleren Werten der Norm herabgesetzt. Während der Röntgentherapie wie auch in der nachfolgenden Periode wird ein Anstieg der Phosphorausscheidung im Harn beobachtet. Die Steigerung der Phosphor- und Harnsäureausscheidung deckt sich zeitlich mit der Herabsetzung der Leukozytenzahl im Blut nach Röntgentherapie.

Wiederholung der Bestrahlung im Laufe ein und derselben Bestrahlungsreihe ruft annähernd gleiche Veränderungen hervor. Die quantitative Erhöhung des Reststickstoffes im Blut ist bei myeloider Leukämie schärfer ausgeprägt als bei lymphatischer. Bei der Leukämie erfolgt augenscheinlich eine Intoxikation des Organismus durch Produkte des Rohstickstoffs. In der unvollständigen Besserung des Stickstoffwechsels ist der Grund des nur vorübergehenden Erfolges der Röntgentherapie bei der Leukämie zu suchen.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Prof. Dr. Josef Novak (Wien): Die Menstruation und ihre Störungen. Mit 6 Textabbildungen. Verlag von Julius Springer, Wien und Berlin 1928, 93 Seiten, 3 RM. („Bücher der ärztlichen Praxis“, Nr. 11.) — Das Buch wendet sich an den praktischen Arzt und orientiert ihn in kurzer, klarer Uebersicht über die Fragen der Menstruation und ihre Störungen. Ausgehend von der Physiologie des Menstruations- und Ovulationszyklus und den physiologischen Veränderungen des Gesamtorganismus im Zusammenhange mit der Menstruation bespricht Verf. den abnorm frühen und abnorm späten Menstruationsbeginn sowie die verschiedenen Menstruationsanomalien, Amenorrhoe, Hypomenorrhoe und Opsomenorrhoe (verspätetes Eintreten der Menstruation) und deren Behandlung, vor allem die hier in Betracht kommende Organotherapie. Ein weiteres Kapitel behandelt dann die zu häufigen und starken Uterusblutungen, auch außerhalb der Menstruation, und die verschiedenen denselben zugrunde liegenden Ursachen, wobei bei allen Erkrankungen kurz die in Frage kommende Therapie gestreift wird. — Besonders lesenswert ist das Schlußkapitel über das Klimakterium, in dem das mannigfaltige Bild der Wechseljahre und die pathologischen Erscheinungen im übrigen Organismus ausführlich gezeichnet werden. — Ein wirklich lesenswertes Buch, das die Menstruation in allen ihren Zusammenhängen und die modernen Behandlungsarten bei den verschiedenen Menstruationsstörungen befriedigend behandelt.

Rudolf Katz, Berlin.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Ueber eine neue Kombination des Phenacetins mit dem Propylester der Phenylchinolincarbonensäure.

Von Dr. med. MAX SIMON, Berlin-Charlottenburg,
Facharzt für innere Krankheiten.

Weniger die von Weintraud (1), Nicolaier und Dohrn (2) untersuchte Steigerung der Harnsäureausscheidung durch die Phenylchinolincarbonensäure als ihr antiphlogistischer, analgetischer und antipyretischer Effekt — Klemperer (3), Starkenstein (4, 5) und Wiechowski (4) — macht die klinisch günstige Wirkung dieser Säure aus. Sie steht in ihrem therapeutischen Wert den spezifischen Mitteln für rheumatische Erkrankungen, besonders der Salicylsäure, sehr nahe. Da die Phenylchinolincarbonensäure von schlechter Verträglichkeit ist, war man bald nach ihrer Einführung in die Therapie bemüht, eine neue, von Nebenwirkungen freie Verbindung herzustellen. Das Resultat war der Äthylester der methylierten Phenylchinolincarbonensäure, welcher aber nicht wesentlich besser vertragen wurde als die Grundsubstanz selbst. Auch die parenterale Applikation war nicht ganz frei von Nebenerscheinungen. Aus diesem Grunde wurde im Laufe der Zeit die Säure durch eine Anzahl neuer Verbindungen und Kombinationen ersetzt. So führte u. a. B. Mendel (6) 1922 das phenylchinolinsäurehaltige Hexamethylentetramin ein.

Die pharmazeutische Chemie war nun bestrebt, eine auch peroral gut verträgliche Verbindung zu schaffen, welche an Wirksamkeit der intravenös verabfolgten Phenylchinolincarbonensäure nicht nachstehen sollte. Im Complamin*), das ich eingehend zu erproben Gelegenheit hatte, scheint mir diese Aufgabe durch zweckmäßige Kombination gelöst zu sein. Das Präparat hat folgende Zusammensetzung:

- 0,150 g Phenacetin,
- 0,100 g Phenylchinolincarbonensäurepropylester,
- 0,075 g Calciumcitrat.

Ich habe Complamin in 43 Fällen gegeben und konnte hierbei feststellen, daß die Verbindung, also auch der Propylester der Phenylchinolincarbonensäure, vollkommen geschmacklos ist und von allen Patienten ohne Magen-Darmstörungen vertragen wurde. Selbst nach großen Dosen traten im Gegensatz zu den Salicylpräparaten keine Schweißausbrüche auf. Auch die übrigen, der Salicylsäure eigenen Nebenwirkungen, wie Ohrensausen, Herzklopfen, Angstzustände blieben nach Complamin aus. Sicher ist die gute Bekömmlichkeit des Präparates auf den Einfluß seiner Calciumkomponente zurückzuführen. Auch die von Mendel (7) erwähnte, nach parenteraler und auch peroraler Applikation phenylchinolincarbonensäurehaltiger Präparate auftretende Urticariaeruption konnte ich in keinem meiner Fälle beobachten. Auch diese Tatsache scheint mir durch die Anwesenheit des Calciums erklärt zu sein.

Die mit Complamin behandelten 43 Fälle setzten sich zusammen aus 4 Fällen von Gicht, 2 Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, 10 Fällen von chronischer Polyarthrit, 10 Fällen von Muskelrheumatismus — darunter 3 Lumbagofälle —, 4 Fällen von Trigeminusneuralgie, 3 Fällen von Intercostalneuralgie und 16 grippösen Erkrankungen.

Allgemein verabfolgte ich dreimal täglich 3 Kerne nach dem Essen. Doch habe ich bisweilen, so z. B. bei den beiden Fällen von akutem Gelenkrheumatismus, bis zu 20 Kernen pro die gegeben, und zwar so, daß ich stündlich 2 Kerne nehmen ließ. Selbst bei diesen hohen Dosen sah ich keinerlei Nebenerscheinungen.

Bei den Gichtfällen handelte es sich um 3 Fälle von Arthritis podagrica und um einen Fall von akuter Gicht. Bei diesem gelang es mir, mit 6 Kernen Complamin einen typischen Gichtanfall in einem Großzehengelenk glatt zu kupieren. Bei den Patienten mit chronischer Gicht setzte nach Complamin sofort eine starke, um etwa 50% gesteigerte Harnsäureausscheidung ein. Die subjektiven Beschwerden gingen erheblich zurück, die Schmerzen ließen nach und die Beweglichkeit der befallenen Gelenke wurde besser. In einem Falle konnte ich auch eine Verkleinerung der reichlich vorhandenen Tophi feststellen.

Gute Erfolge erzielte ich auch bei den beiden Fällen von akutem Gelenkrheumatismus. Das Fieber ging prompt zurück, so daß in einem Fall der Patient am sechsten, im anderen am neunten Tage vollkommen fieberfrei war. Die Schmerzen in den geröteten und stark geschwollenen Gelenken nahmen in beiden Fällen sehr schnell ab und waren bereits vor dem völligen Abfall des Fiebers gänzlich geschwunden.

Es ist allgemein bekannt, daß die Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus leider nicht allzuviel Erfolge aufweist. Ich benutzte deshalb die Gelegenheit, bei 4 Fällen von chronischer exsudativer Arthritis das Complamin zu versuchen. In 3 Fällen unterschied sich die Wirkung des Complamins kaum von der anderer Mittel. In dem vierten Fall jedoch gelang es mir mit Complamin, eine sehr bedeutende Besserung zu erzielen. Es handelte sich hier um eine Frau von 40 Jahren, bei der vor zwei Jahren Schmerzen im rechten Fußgelenk auftraten. Die Patientin war fieberfrei. Durch Salicylpräparate gingen die Schmerzen anfangs sehr bald zurück. Im Mai dieses Jahres von neuem Schmerzen des nunmehr stark geschwollenen Gelenkes. Wenige Tage später wurden Hand, Ellenbogen und Schultergürtel befallen. Patientin ist außerstande, die oberen Extremitäten zu bewegen. Durchleuchtung ergibt das typische Bild einer exsudativen Arthritis. Ich ordinierte von vornherein große Dosen Complamin, und zwar zweistündlich 2 Kerne. Am dritten Tage bereits nahm die Schwellung der Gelenke ab, nach fünf Tagen war Patientin imstande, das rechte Fußgelenk etwas zu bewegen, während die übrigen Gelenke am neunten bis elften Tage wieder frei wurden. Nach 24tägiger Verabreichung des Complamins konnte Patientin das Bett verlassen, Schwellung, Schmerzen und Beweglichkeit der Gelenke waren weitgehend gebessert, wenn auch die Patientin noch nicht völlig wiederhergestellt war.

Ebenso wirksam erwies sich das Präparat bei der Behandlung des Muskelrheumatismus. Hier konnte ich mich an mir selbst von der Zuverlässigkeit des Präparates überzeugen, als ich eines Tages mit einer sehr schmerzhaften Lumbago erwachte. Etwa ½ Stunde, nachdem ich 3 Complaminkerne genommen hatte, ließen die Schmerzen im Kreuz wesentlich nach und die Beweglichkeit des Rückens wurde erheblich besser. Ich nahm dann weiter in Abständen von 2 Stunden je 2 Kerne und hatte bereits am Abend desselben Tages keinerlei Beschwerden mehr. Bei einem Patienten, der ebenfalls an Lumbago litt, wirkte das Complamin nicht ganz so schnell, wenn auch seine analgetische Komponente vorteilhaft in Erscheinung trat. Auch bei den Trigeminus- und Intercostalneuralgien war die schmerzstillende Wirkung des Präparates in jeder Beziehung zufriedenstellend.

Bei den 16 Grippe-Patienten, die ich mit Complamin behandelte, bewährte sich das Präparat auffallend, hier vorzugsweise wegen seiner guten antipyretischen Eigenschaft.

In 2 Fällen starker Bronchitis war es interessant, festzustellen, daß sehr bald nach der Complamin-Darreichung der Hustenreiz aufhörte und die Rhonchi seltener wurden. Beides wohl eine Folge der antiphlogistischen Wirkung des Phenylchinolincarbonensäure-Propylesters. Auch hier war der antineuralgische Effekt bemerkenswert. Die Kopfschmerzen der Patienten verschwanden sehr bald nach der Verabfolgung des Complamins.

Das Complamin hat sich mir als ein zuverlässiges und sehr wirksames Mittel gegen Erkältungs- und Infektionskrankheiten sowie in Fällen von akuter und chronischer Gicht bewährt. Besonders wichtig erscheint mir, daß wir im Complamin ein Phenacetin-Phenylchinolincarbonensäure-Präparat von potenziertter Wirkung besitzen, welches trotz peroraler Applikation — selbst bei forcierten Dosen — keine Nebenerscheinungen auslöst.

Literatur:

1. Weintraud, Therapie der Gegenwart 1911, S. 97.
2. Nicolaier und Dohrn, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1908, Bd. 93.
3. Klemperer, Verh. d. Kongr. f. inn. Med. 1913, S. 183.
4. Starkenstein und Wiechowski, Prager med. Wochenschrift 1913, 16/1.
5. Starkenstein, Biochem. Zeitschrift 1920, S. 106.
6. B. Mendel, Deutsch. Med. Wochenschr. 1922, Nr. 25.
7. B. Mendel, Deutsch. Med. Wochenschr. 1925, Nr. 17.

*) Hersteller: Johann A. Wülfing, Berlin.

Ueber die Behandlung der Seekrankheit.

Von Dr. ERNST JOEL,

zur Zeit Feuerbach bei Stuttgart, Städt. Krankenhaus.

Die Kenntnis der Symptome der Seekrankheit ist ebenso alt wie die Vorstellung, daß gegen dieses Uebel kein Kraut gewachsen sei. Man versuchte zwar Hypnotika und Sedativa und wirkte damit höchstens auf die psychische Komponente der auslösenden Faktoren der Seekrankheit günstig ein. Man versuchte dann rein symptomatisch Stomachika und Antemetika. Der Glaube, daß man bisher machtlos gegen die Seekrankheit sei, bestand trotz dieser Mittelchen zurecht.

Heute nimmt man an, daß durch die periodisch unregelmäßigen wechselnden Drehbewegungen und Auf- und Abwärtsbewegungen des Schiffes eine Störung in der Funktion des Vestibularapparates eintrete; ob es sich mehr um den Bogengangs- oder den Otolithenapparat handelt, mag noch dahinstehen. Vom Nervenzentrum des Vestibularapparates wird dann ein Reflex auf der von Bechterew nachgewiesenen Verbindung zu den Vaguskerne und zum Vasomotorenzentrum weitergeleitet.

Jetzt versteht man eher, daß sich die Seekrankheit in erster Linie in Funktionsstörungen der vom vegetativen Nervensystem versorgten Organe sowie in vasomotorischen Störungen äußert: Vom Magen aufsteigende Uebelkeit, Brechreiz, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhöen oder Obstipation, starker Speichelfluß, kalter Schweiß, Schwindel und andererseits Blässe, Pulsverlangsamung und Arrhythmien.

Diese einheitlichere Deutung des anscheinend ganz zusammenhanglosen Symptomenkomplexes ermöglichte den Versuch einer wirklich kausalen Therapie der Seekrankheit.

Starkenstein ist es gelungen, auf Grund der eben geschilderten Anschauungen und unter Anwendung des Prinzips der Kombination zweier Mittel, die in der gewollten Richtung Synergisten, hinsichtlich ihrer toxischen Nebenwirkungen aber Antagonisten sind, ein Präparat herzustellen, das unter dem Namen Vasano von der Firma Schering-Kahlbaum in den Handel gebracht wird. Es ist eine Kombination des kampfersauren l-Hyoscyamins mit dem kampfersauren l-Scopolamin in einem Verhältnis von 1:4, in dem die vaguslähmende Wirkung des Hyoscyamins durch das Scopolamin verstärkt und die zentralerregende des Hyoscyamins durch die zentrallähmende des Scopolamins ausgeglichen wird.

Die Praxis scheint die Richtigkeit des Gedankenganges, von dem Starkenstein ausging, zu bestätigen. Im folgenden will ich kurz meine Erfahrungen mit diesem Mittel berichten. Betonen möchte ich vorweg, daß ich meine Erfahrungen auf einem kleinen Australiendampfer und auf einem noch weit kleineren zwischen Ägypten und Griechenland verkehrenden Schiff gesammelt habe, also auf Schiffen ohne irgendwelche technischen Einrichtungen gegen die Seekrankheit, etwa in Form der sogenannten formstabilen Schwellungen oder der Frahmischen Schlingertanks, wie sie zum Teil bei den großen Amerikadampfern üblich sind.

Ich wendete das Vasano prophylaktisch und therapeutisch an. Prophylaktisch vor allem bei Personen, die aus Erfahrung wußten, daß sie bei jeder Seefahrt wieder krank würden und die meist durch die vielen Enttäuschungen mit allen möglichen bisher empfohlenen Mitteln sehr skeptisch waren. Gleich zu Beginn der Fahrt ließ ich sie 2 Tabletten nehmen mit je 0,5 mg an kampfersaurem Gesamtalkaloid und meist nach weiteren 4 Stunden noch 1 Tablette bis maximal 4 Tabletten in 24 Stunden. Alle waren des Lobes voll, da sich keinerlei Zeichen der Krankheit zeigten, auf die sie mit Angst dauernd warteten. Später nahmen diese Patienten die Tabletten nur noch bei jedem heraufziehenden Unwetter und fühlten sich so während der ganzen Fahrt völlig wohl. Die eben geschilderten Patienten nahmen die Tabletten rein prophylaktisch vor dem Auftreten irgendwelcher Erscheinungen. Dagegen gab ich sie anderen, nachdem bei ihnen die ersten Anzeichen aufgetreten waren in Form von Schwindel, eines eigenartigen, vom Magen aufsteigenden Uebelkeitsgefühls und Blässe der Haut. Bei diesen verschwanden die unangenehmen Empfindungen nach etwa einer halben Stunde, um sich meist nicht wieder einzustellen, oder sonst aber sofort nach einer neuen Tablette wieder zu verschwinden. Ich selbst bin so gut wie seefest, empfand aber doch eines Nachts, als es besonders stürmisch wurde, ein äußerst unangenehmes Gefühl, als ich, auf einem Stuhl auf Deck liegend, über mir die Mastspitze, immer abwechselnd einen bestimmten Stern weit rechts und dann

wieder weit links von dieser sah. Ich nahm 2 Tabletten vorsichtshalber, und nach einiger Zeit konnte ich deutlich die Wirkung verspüren, wie sie mir später auch von anderen geschildert wurde: das starke Schwanken der Mastspitze, das vorher in mir diese unangenehmen Sensationen ausgelöst hatte, nahm ich noch genau so wahr wie vorher, aber so, als ob ich daran gar nicht beteiligt wäre, ohne das geringste Unbehagen, so, als sehe ich einem geradezu belustigenden Schauspiel zu.

Eine weitere große Anzahl von Passagieren, die das Seekrankwerden als Ausdruck von Willensschwäche ansahen und sich deshalb mit Gewalt dagegen auflehnten, meldeten sich nicht rechtzeitig bei mir, sondern ließen mich erst kommen, wenn trotz des Willens ihre Widerstandskraft völlig gebrochen war und sie alle Zeichen der Seekrankheit aufwiesen. Da halfen natürlich keine Tabletten, denn sie erbrachen dauernd, auch ohne etwas zu sich zu nehmen. Meistens wollten sie sterben, so elend war ihnen. Diesen ließ ich ein Vasanozäpfchen applizieren, das meist sehr schnell seine Wirkung tat: Das Erbrechen hörte auf, die Patienten erschienen wieder auf Deck, hatten wieder Appetit und fühlten sich wohl. Diese Applikationsweise war den meisten völlig unbekannt und vor allem unerklärlich. Sie äußerten, sie hätten doch nichts im Darm, ihnen sei doch nur so furchtbar schlecht. Trotzdem wirkte das Zäpfchen regelmäßig. Also von einer Suggestion konnte wohl kaum die Rede sein. Besonders deutlich war diese Wirkung bei einer russischen Aerztin, mit der ich mich nicht verständigen konnte. Sie lag völlig vernichtet im Bett und erbrach ununterbrochen. Ohne ein Wort zu sagen, applizierte ich eine Mitreisende das Zäpfchen, und nach etwa 1 Stunde erschien die Frau auf dem Verdeck und ließ mich durch ihre Mitreisende nach dem Mittel fragen, für dessen „Wunderwirkung“ sie mir bestens dankte.

Nur dreimal blieb der Erfolg der Suppositorien aus, so daß ich zur Injektion des Vasanos greifen mußte. In dem einen Falle versagte diese völlig. Es handelte sich um eine außergewöhnlich asthenische, schwächliche junge Dame, die noch viele Stunden nach der Landung an unstillbarem Erbrechen und außerordentlich starkem Schwindel litt und einem beängstigenden Fallgefühl mit direktem Fallen, ohne Möglichkeit, sich über die Lage im Raume zu orientieren. Im zweiten Falle blieb die Injektion fast wirkungslos. Der Fall war insofern in der Beurteilung besonders schwierig, weil eine deutliche Nierensteinkolik wiederholt auftrat, deren Beschwerden sich mit denen der Seekrankheit kombinierten und noch nicht einmal streng von diesen zu trennen waren. Ich hatte Gelegenheit, den Patienten noch fast 1 Woche auf dem Lande zu beobachten, wo sich seine Anfälle wiederholten mit Erscheinungen, die, abgesehen von den Schmerzen, denen der Seekrankheit sehr ähnlich waren, aber bestimmt nur durch Nierensteine verursacht waren. Im dritten Falle zeigte die Injektion eine geringe Besserung, jedoch auch keine Heilung. Das Brechen ließ nach, Schwindel und Uebelkeit bestanden aber weiter. Vielleicht spielte aber der Umstand dabei eine Rolle, daß diese hysterische Patientin vielleicht hoffte, solange sie krank sei, eher meiner Nähe teilhaftig werden zu können, und aus diesem Wunsch heraus ihre Beschwerden fixierte.

Nebenwirkungen habe ich niemals gesehen bis auf eine regelmäßig auftretende, durchaus erträgliche und durch Drops usw. leicht zu behebende Trockenheit im Halse.

Wenn auch die Seekrankheit keine lebensbedrohende Krankheit ist, so verleidet sie doch zum mindesten manchem vergnügungssuchenden oder erhohungsbedürftigen Reisenden ganz gründlich den Genuß einer Seereise, so daß vielen mit einem Mittel gegen dieses Uebel sicher geholfen wäre.

Durch diese Veröffentlichung meiner guten Erfahrungen mit Vasano wollte ich nur zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel anregen.

Heilung eines Falles von schwerer Thyreotoxikose durch Hormonbehandlung.

Von Dr. ADOLF MARCUSE, Berlin.

Bei Thyreotoxikosen leichteren Grades erreicht man im allgemeinen relativ schnell Besserung bzw. Heilung durch Anwendung von Brom, Jod und gegebenenfalls von Digitalis oder Chinidin. Handelt es sich um schwere thyreotoxische Erscheinungen, die des Herzbefundes wegen nicht operabel sind, dann beanspruchen die üblichen Methoden meist sehr lange Behandlungsdauer, wobei der Ausgang fast immer ungewiß ist.

Der folgende Fall zeigt, wie gelegentlich eine schwere Thyreotoxikosis durch Hormonbehandlung schnell beeinflußt und geheilt werden kann:

Frau R., 51 Jahre. Angeblich stets gesund und kräftig bis Herbst 1927. Aufnahmege such in eine Privatkrankenversicherung 1926 wegen „Kropf“, trotzdem keine Beschwerden vorlagen, abgewiesen. Herbst 1927 Schmerzen in den Beinen, als Ischias behandelt und auf einen Fall auf der Treppe zurückgeführt. Längere Bettruhe. Zunehmende Schwäche. Kohlensäurebäder. Leichte Besserung. Dann Appetitlosigkeit, Erbrechen, katarrhalische Erscheinungen, Herzunruhe. Internistische Behandlung als Hyperthyreose. Infolge weiterer Verschlechterung Krankenhausbehandlung. Der im August 1928 erbetene Bericht des Krankenhauses besagt: Mittelschwere Basedowkrankung. Erhöhung des Ruhenüchternumsatzes. Hypertonie 160—180 mg R.R. Basedowherz, das stark zur Dekompensation neigt. Blutbefund: 4,26 Millionen Erythrozyten. 80% Hämoglobin. 8600 Leukozyten. 1% Eosinophile, 3% Stabkernige, 73% Segmentkernige, 17% Lymphozyten, 6% Monocyten. Zweimal täglich 3 Tropfen Lugol. Bromate. Digitalis. Leicht gebessert entlassen. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich zu Hause beträchtlich.

Status am 26. Juli 1928: Patientin ist seit 3 Wochen fest bettlägerig, äußerst abgemagert. Haut hektisch gerötet; Augen unruhig. Die Hände sind dauernd in Bewegung, zittern. An der vorderen Halsseite apfelgroße harte Struma. Puls fliegend, klein, etwa 130 in der Minute, arrhythmisch. Herz, r. Mitte des Sternums, Spitzenstoß außerhalb der Mediosternallinie, hehend, gegen den Finger klopfend. Töne paukend, prästolisches Geräusch über der Aortenklappe. Aktion sehr lebhaft, arrhythmisch.

Atmung gesteigert. Hustenreiz. Sputum eitrig. Im gefärbten Ausstrich zahlreiche Diplokokken. Ueber beiden Lungen starker Klöpschall, lautes Atmen, zahlreiche grobblasige Geräusche.

Leib: weich, Leber und Milz nicht palpabel.
Urin: trübe, aber neg. Sach. neg. Gallens. neg.
Reflexe normal, durchweg lebhaft.
Temperatur um 37. Stuhlgang unregelmäßig.
Pat. klagt hauptsächlich über absolute Schlaflosigkeit, Erbrechen nach jeder Speise, auch Flüssigkeit oder Medizinaufnahme, ferner Schwäche, Herzunruhe, Pruritus.

Digitalisierung durch Zäpfchen; Pantoponzäpfchen schaffen nur auf kurze Zeit Erleichterung, ohne Schlaf zu erzielen. Weiter Erbrechen. Vallidol und ähnliche Pharmaka ohne Wirkung.

Die Patientin zeigt deutlich das Bild der Thyreotoxikose. Da die bereits ausgiebig angewandte Jod- und Bromtherapie keinen wesentlichen Effekt gezeigt hatte, wurde der Versuch unternommen, das überschießende Toxin der Schilddrüse durch ein anderes starkwirkendes Hormon zu paralisieren. Tatsächlich gelang der Versuch über jedes Erwarten. Durch 10 Injektionen von je 1 ccm Ovarium Panhormon (1 ccm = 20 Mäuseeinheiten) (Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin) gelang es, die Pat. wiederherzustellen. Bereits nach zwei in Abständen von je 2 Tagen gegebenen Injektionen verschwand die fliegende Röte der Haut und die motorische Unruhe, ließ das Erbrechen nach und bald bekam Pat. wieder Schlaf. Nach drei weiteren Injektionen konnte wieder medikamentöse Behandlung (Senegainfus gegen die Bronchitis, Digalen per os usw.) einsetzen. Die Injektionen wurden in größeren Abständen fortgesetzt. Ende August 1928 konnte Pat. das Bett verlassen, Mitte September zur Erholung in die Nähe verreisen.

Status am 12. Oktober 1928: Patientin kommt in die Sprechstunde. Gewichtszunahme (seit Anfang Juli 1928) 25 Pfund. Puls 98, regelmäßig. Herz: Aktion ruhig, regelmäßig. Grenzen wie oben, desgl. Geräusche. Blutdruck: 130/135 R.R. Lungen frei. Schilddrüse angeblich kleiner (Messung fehlt). Wohlbefinden. Patientin versieht ihren Haushalt.

Zusammenfassung: Ein schwerer Fall von Hyperthyreose, der gegen Hermedekompensation nicht operabel und durch die übliche Medikation nicht wesentlich einflußbar ist, wird durch Injektion von Ovarium Panhormon „Henning“ bis zur Arbeitsfähigkeit gebessert.

Ueber meine Erfahrungen mit Robural.

Dr. Karl Schwarz, Annaberg/Salzburg.

Unter den zahlreichen in den Arzneischatz eingeführten Kräftigungsmitteln haben die meisten ein recht umgrenztes Anwendungsgebiet. So sind vorherrschend arsenhaltige Präparate

fast ausschließlich blutbildend; diejenigen, deren Hauptbestandteile Lebertran oder Phosphate bilden, haben nur bei Patienten, welche infolge Rachitis oder Osteomalazie herabgekommen sind, greifbaren Erfolg, andere wieder sind bloß Nervenstärkung oder reine Nährpräparate. Das Bedürfnis nach einem umfassend und allgemein wirkenden Kräftigungsmittel, welches gleichzeitig blutbildende, nervenstärkende, knochenfestigende Effekte auslöst, zugleich den Ernährungszustand hebt und den ganzen Körper leistungsfähiger macht, wurde immer dringender, und so sind denn in neuerer Zeit auf Grund eingehender Forschungen Präparate hergestellt worden, welche infolge der günstigen Vereinigung zahlreicher Komponenten die mannigfachsten Angriffspunkte haben und auf diese Weise es ermöglichen, die verschiedenlichsten angestrebten, therapeutischen Wirkungen in kompendiöser Weise zu erreichen. Wenn auch mancher Arzt auf dem prinzipiellen Standpunkte steht, Roborantia gar nicht oder nur in seltenen Fällen anzuwenden, so ist es doch oft unausweichlich, künstliche Nährpräparate bei Kranken zu ordinieren, vor allem, wenn man darauf hinzielt, dem Organismus eine kalorisch hochwertige Kost und möglichst konzentrierte Nährstoffe in geringem Volumen in leicht löslicher und gut assimilierbarer Form zuzuführen. Robural hat aber auch die Fähigkeit, den Körper so zu beeinflussen, daß er in der Lage ist, die ihm durch die Normalnahrung dargebotenen Nährstoffe in erhöhtem Maße auszubenten, zu assimilieren und als Bausteine zum Wiederaufbau seiner angegriffenen Gewebe zu verwerten.

Auf Grund wissenschaftlicher Forschungen ist die eiweißsparende Wirkung der Lipoide einwandfrei erwiesen, und die große Bedeutung derselben für den normalen Ablauf des Stoffwechsels allgemein anerkannt. Ebenso wichtig erscheinen für den Aufbau des Körpers die akzessorischen Nährstoffe, zu welchen vor allem die Vitamine gerechnet werden. Von elementarer Wichtigkeit ist auch die Menge des Gehaltes an Mineralsalzen, da die Ergänzung der Nahrung durch Eisen, Mangan, Kalk, Phosphate, Kieselsäure usw. von hohem physiologischem Werte ist. Bei der Regeneration der Nervensubstanz sowie als Knochenbildner spielt Phosphor bekanntlich die erste Rolle, während z. B. Kieselsäure in Statu nascendi ein starkes Adsorptionsvermögen für Eiweiß besitzt und auf schädliche Eiweißstoffe sehr günstig einwirkt, andererseits das Lungengewebe gegen das Eindringen von Tuberkulosebazillen festigt und die Bildung fibrösen Gewebes unterstützt.

In der Allgemeinpraxis, bei welcher es nicht nur auf die biologische Vollwertigkeit eines Nährpräparates ankommt, sondern vor allem auf den prompten therapeutischen Erfolg, die einfache Anwendungsweise und nicht zuletzt auf den guten Geschmack, bewährte sich mir Robural*) als ein sehr wertvolles Roborans und Tonikum.

Die in dem Laboratorium Dr. Jeserich-Berlin vorgenommene qualitative und quantitative Untersuchung ergab folgenden Analysenbefund:

Mineralsubstanz	5,13%
Verlust beim Trocknen bei 100°	6,70%
Aetherextrakt (Fette, Lipoide usw.)	8,90%
Stickstoffsubstanzen (Eiweiß)	22,56%
Stickstofffreie Extraktstoffe und Rohfaser	56,71%
	100,00%

In der Mineralsubstanz wurden nachgewiesen:

Mangan, Eisen, Aluminium, Kalk, Strontium, Magnesium, Kalium, Natrium sowie Phosphate, Kieselsäure, Chloride und Sulfate.	
Aether- und alkohollösliche Lipoide als Lecithin berechnet	2,00%
Kohlehydrate (wasserlöslich)	41,74%
enthaltend:	
Rohrzucker	8,76%
Kakao, aus dem Theobromingehalt berechnet	20,00%

Schon auf Grund der Analyse schien mir Robural durch seine äußerst glückliche Komposition in jeder Beziehung den Erwartungen zu entsprechen, welche der Praktiker heute an ein vollwertiges Nähr- und Kräftigungspräparat stellen muß, und wurden meine diesbezüglichen Erwartungen in der Praxis nicht nur vollauf bestätigt, sondern in einer Reihe von Fällen noch übertroffen. Ich habe Robural vor allem bei Entkräftigungs- und Erschöpfungszuständen in Anwendung gezogen; bei Rekonvaleszenz nach schwerer Grippe

*) Hersteller: Dr. Rudolf Reiss Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87.

konnte ich nach dem Gebrauche von wenigen Packungen Robural bereits erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme von 2 bis 5 Pfund feststellen. Chlorotiker zeigten nach dreiwöchigem Gebrauche des Roburals eine Vermehrung des Hämoglobingehaltes von 5–10%, Kräftigung des Körpers, Zunahme des Appetites, sehr oft auch Schwinden der gleichzeitig bestandenen menstruellen Beschwerden. Hier hatte ich Gelegenheit, solche in der Pubertät sowie in der Zeit des Klimakteriums erfolgreich mit Robural zu behandeln, auch als Adjuvans bei der Behandlung von Fluor erwies sich mir die Behandlung mit Robural als sehr aussichtsreich.

In einigen Fällen von progredienter Lungenphthise sah ich zwar in bezug auf das Grundleiden nur in zwei Fällen einen nennenswerten Erfolg, aber der Organismus der sehr herabgekommenen Patienten wurde generell widerstandsfähiger und durch die Vermehrung des Hämoglobingehaltes des Blutes die Aufnahmefähigkeit des Blutes für Sauerstoff erhöht. Damit konnte eine Entlastung der Lungen erzielt werden, und konnte ich infolgedessen oft eine Stabilisierung des Prozesses feststellen.

Auch bei rachitischen Kindern, denen ich Robural zur Erhärtung des Knochensystems in Verbindung mit Steinsalzbädern gab, habe ich in kurzer Zeit die günstigsten Erfolge erzielt. Skrofulöse Kinder zeigten nach Verabreichung des Roburals häufig Abnahme von Drüenschwellungen, nicht selten sogar vollständiges Verschwinden des Drüsenpaketes. Parallel mit der Gewichtszunahme konnte ich bei den meisten meiner Patienten auch eine frischere Gesichtsfarbe, allgemeine Besserung des subjektiven Wohlbefindens und Hebung des Appetites konstatieren.

Ich kann demnach Robural als ein ideales kräftigendes und blutbildendes Präparat bezeichnen, da es nur Vorzüge, aber keinen einzigen Nachteil hat, was ja ab ovo nicht wundernehmen konnte, da Robural durch die glückliche Kombination der verschiedensten lebenswichtigen Mineralsubstanzen, Elektrolyten, stickstoffhaltigen und stickstofffreien Verbindungen ausgezeichnet ist. Robural erwies sich mir nicht nur als ein hervorragendes neurotrophisches Kräftigungsmittel, sondern Robural beeinflusst auch den Stoffwechsel und die Umstimmung des Organismus in einwandfreier Weise, indem es zu reellem Eiweißstoffansatz führt. Dazu hat Robural einen sehr angenehmen Geschmack und ist sehr leicht verdaulich, so daß es auch bei Magenaffektionen und Darmerkrankungen, z. B. bei hartnäckiger Kolitis, sehr erfolgreich von mir ordiniert wurde. Robural kann also als hervorragendes Unterstützungsmittel zur Wiederherstellung der Körperkräfte der Kranken, besonders in der Rekoneszenz, bezeichnet werden.

Coffetylin bei nervösen Krankheiten.

Von Dr. KARL EHRLICH, Berlin.

Zu der Gruppe kombinierter Arzneimittel gehört auch das von der Chemischen Fabrik von Heyden hergestellte Präparat Coffetylin. Eine Coffetylin-Tablette zu 0,3 g entspricht 0,27 g Acetylin (gleich chemisch reine Acetylsalicylsäure) und 0,03 g Coffeinum purum.

Das Acetylin setzt die Erregbarkeit schmerzperzipierender Zentren herab; das Coffein steigert die Kontraktilität des Herzens und erweitert die peripheren Gefäße. Durch diese Wirkung, die sich auch auf die peripheren Gefäße des Gehirns erstreckt, wird eine anregende Wirkung auf das Zentralnervensystem ausgeübt.

Die Verbindung dieser beiden Arzneikörper steigert ihre angestrebten therapeutischen Effekte.

Meine Beobachtungen bei der Anwendung dieses Präparates erstreckten sich in erster Linie darauf, seine Verträglichkeit festzustellen. Bei den von mir verordneten Dosen, bis 6 Tabletten à 0,3 g täglich in Zuckerwasser, sah ich in keinem Falle unerwünschte Nebenerscheinungen, insbesondere nicht von selten des Magendarmtrakts, die ein Absetzen des Medikamentes notwendig gemacht hätten. In fast allen Krankheitsfällen war eine Herabsetzung der im allgemeinen therapeutisch wirksamen Salicylsäuredosis möglich.

Eine große Anzahl nervöser Beschwerden, welchen keine organischen Krankheiten zugrunde lagen, wurde mit Coffetylin behandelt, so z. B. abnorm gesteigerte Ermüdbarkeit des Nervensystems, Hyperalgesien und Parästhesien der Haut, Unlust, krankhafte Reizbarkeit und Verstimmung, diffuse oder reifenförmige Kopfschmerzen, rein funktionelle Formen der Dysmenorrhoe usw. Bei

allen diesen Erscheinungen erzeugte Coffetylin im Gegensatz zu anderen Salicylpräparaten und Phenetididen keine Schlafwirkung, sondern durch die Coffeinkomponente eine Steigerung der Arbeitsleistung.

Besonders erwähnenswert erscheint mir die günstige Beeinflussung der Neuritis alcoholica durch Coffetylin. Neben den üblichen therapeutischen Maßnahmen: absolute Alkoholabstinenz, Ruhe, evtl. feuchtwarme Umschläge, Abführkur verordnete ich an Stelle der bisher gebräuchlichen Salicylpräparate Coffetylin. Auch in diesem Falle wirkte das Kombinationspräparat Acetylin-Coffeinum durchaus günstig, zumal es eine ausgiebige Diaphorese erzeugte.

Nach diesen erfolgreichen Versuchen wandte ich Coffetylin auch bei Neuralgien verschiedenster Art an. Bei der Trigeminus-Neuralgie gelang es bereits nach einer viertägigen Gabe von täglich 4 Tabletten à 0,3 g Coffetylin, den Zeitraum zwischen den einzelnen sehr starken Schmerzanfällen zu vergrößern. Nach 9 Tagen ununterbrochener Coffetylingabe waren die Schmerzattacken gänzlich beseitigt. Bevor im Falle der Trigeminus-Neuralgie mit der Coffetylinkur begonnen wurde, waren von spezialärztlicher Seite aus organische Krankheiten (Refraktionsanomalien, Zahnkaries, Nasen-, Kiefer-, Ohrenkrankheiten usw.) als causa dieses Leidens ausgeschlossen.

Abgesehen von seiner guten Verwendbarkeit bei jedem Schmerzzustand ohne Rücksicht auf die Genese des Schmerzes ist Coffetylin von mir auch bei organisch bedingten Nervenkrankheiten mit Erfolg angewandt worden. In diesen Fällen war es nicht notwendig, die Einzeldosis zu steigern; häufig waren nur geringe Dosen erforderlich, um die angestrebte Linderung zu bewirken. Selbstverständlich wurde an dem objektiven Krankheitsbefund nichts geändert, jedoch wurden z. B. lanzinierende Schmerzen bei einigen Tabesfällen außerordentlich gemildert und dadurch die sonst notwendigen Morphiuminjektionen eingeschränkt.

Die schmerzlindernde Wirkung trat etwa 15 Minuten nach dem Einnehmen einer Tablette ein.

Zum Schluß möchte ich noch kurz über meine persönlichen Erfahrungen mit Coffetylin als Prophylaktikum gegen grippeähnliche Zustände berichten. Im Verlaufe dieses Winters, in dem ein starkes Anwachsen der Grippekrankheiten zu beobachten war, nahm ich an Tagen, an denen ich mich unbehaglich fühlte, prophylaktisch 1 Tablette à 0,3 g Coffetylin. Kurz nach dem Einnehmen dieses Präparates schwanden die Benommenheit, die Schwere in den Gliedern und das Kältegefühl, so daß ich frei von Beschwerden, insbesondere ohne Müdigkeitsempfinden arbeiten konnte. Nach diesen günstigen Eigenbeobachtungen verordnete ich in ähnlichen Fällen mit gleich guten Resultaten dieses Medikament.

Auf Grund meiner Versuche kann ich Coffetylin als wirksames Mittel bei den oben genannten Krankheiten empfehlen. Die Kombination von Acetylin und Coffeinum purum mit seiner Herz-, Gefäß- und Nervenwirkung ist als besonders günstig zu betrachten.

Alte und neue Erfahrungen mit Pertussin.

Von San.-Rat Dr. GEORG BRASCH.

Die täglich sich mehrende Flut neuer Arzneimittel und Arzneimittel-Kombinationen bringt die Gefahr mit sich, daß alte, bewährte Mittel an die Wand gedrückt werden und in unverdiente Vergessenheit geraten. Demgegenüber ist es Pflicht der Aerzte, das, was sich ihnen seit Jahrzehnten in der Praxis bewährt hat, gegen solche Ueberflutung zu schützen, wie der Stromanwohner sein Gelände bei Hochflut gegen das wäbrige Element verteidigt. Sie werden deshalb von Zeit zu Zeit überprüfen, wie weit das von ihnen bevorzugte Mittel der Konkurrenz der Novitäten standhält oder sie übertrifft. Gerade im Hinblick auf die jetzt so beliebten und so leicht zu variierenden Kombinationen mehrerer Arzneimittel — deren Wert und potenzierende Wirkung übrigens nicht in Abrede gestellt werden soll — ist es wichtig, einmal darauf hinzuweisen, daß es alterprobte Arzneimittel gibt, welche von Haus aus mehrere pharmakologische Komponenten in sich vereinen, die an verschiedenen Punkten des Organismus angreifen und sich dabei in wünschenswerter Weise ergänzen. Dazu gehört auf dem Gebiet der Erkrankungen der Luftwege in erster Linie der *Thymian*, wie er sich uns in günstigster Form als *Pertussin* darbietet.

Präzisieren wir einmal in Form eines Schemas die Forderungen, die wir an ein Heilmittel für die Luftwege zu stellen haben, und die Art, wie ihnen genügt werden kann, so ergibt sich folgendes:

zu bekämpfen sind:	Infektion	Katarrh	Krampf
Angriffspunkt:	Blut	Schleimhaut	Nervensystem
therapeutische Aufgabe:	Entgiften	Lösen	Beruhigen

Wirksame Arzneimittel-

Komponente: Thymol Extr. Thymi Ol. Thymi

Das oben genannte Pertussin-Taeschner ist ein dunkel-
brauner Saft mit dem charakteristischen Geruch und Geschmack
des Thymians, ein gesüßter Extrakt, hergestellt nach eigenem Ver-
fahren, entsprechend einer Mischung 1:7. Seine chemische Analyse
ergibt:

Ol. Thymi und Thymol	0,5
Extr. Thymi Taeschner	21,5
Saccharum	50,0
Aqua dest.	26,0
Glycerum	2,0

Das hauptsächlich wirksame ätherische Thymianöl enthält:
Thymol, ein Phenol, Thymen, einen Kohlenwasserstoff aus der
Klasse der Terpene und Cymol, einen Kohlenwasserstoff aus der
Terpenolgruppe, der auch sonst in Arzneipflanzen (Kümmel, Eucap-
tus u. a.) vorkommt. Thymian als Hustenheilmittel war den
Ärzten des Altertums vertraut. Der Araber Ibn el Beitar stellte
im 13. Jahrhundert deren Kenntnisse darüber zusammen. Die
moderne experimentelle Pharmakologie erweiterte und vertiefte
diese Kenntnisse, und so konnte Taeschner nach vielen praktischen
Versuchen im Pertussin ein Präparat herstellen, das alle wirksamen
Eigenschaften des Thymians enthält unter Fernhaltung der bitteren
und unangenehm wirkenden Extraktivstoffe.

Der sicheren theoretischen Grundlage, auf der das Pertussin
aufgebaut war, entsprach der Erfolg in der Krankenbehandlung,
wie er im Urteil der Aerzte zum Ausdruck kommt. Unter
den ersten wandte Fischer, Straßburg, 1897 das Mittel nach
einer erfolgreicher Behandlung seiner eigenen Keuchhustenkranken Kinder
in der Klinik an und empfahl es auch für Bronchitis, Asthma und
Emphysem. Der Schwenninger-Schüler Fausto Buzzi, der
sonst kein Arzneifreund war, bestätigte in vollem Umfange die
Fischerschen Beobachtungen und wies auf die prophylaktische
Wirkung des Pertussins hin. Dann kamen aus Wien die Berichte
von Goldman und von Frieser über vorzügliche Heilwirkung
bei Keuchhusten sowie bei Bronchitis und Bronchopneumonie der
Kinder. Besonders bemerkenswert war dann 1902 der Bericht von
Model, Weissenburg, über seinen eigenen Krankheitsfall: An-
teriosklerose, chronischer Bronchitis und Lungenemphysem
bestehend, überwand er die mit starker Dyspnoe und diffusum
inmasseln einhergehenden Exazerbationen schnell und sicher durch
den Gebrauch allerdings großer Dosen Pertussin (100 g in einer
Nacht!) und erzielte so auch eine wesentliche Besserung des ganzen
Krankheitszustandes. Braun, Wien, dehnte 1904 das Anwendungs-
gebiet des Pertussins auf die Kehlkopfkrankungen aus, insbeson-
dere jene Formen, die sich durch äußerst heftige krampfartige
Hustenparoxysmen auszeichnen, und betonte daneben die sekret-
erflüssigende und vorzüglich expektorierende Wirkung des Mittels
bei Kranken mit Bewußtseinsstörung (Pneumonie, Typhus usw.).
Auch in ausländischen Zeitschriften wurden bald gleichsinnige
Erfolge berichtet von Legrand, Paris, Bazzicalupo, Neapel,
und Popper, St. Louis (U.S.A.). War so das Pertussin als Mittel
der Wahl beim Keuchhusten, wie Bruck, Berlin, 1913 bestätigte,
fest eingebürgert, so betonte Camphausen noch die erleich-
ternde und speziell krampflösende Wirkung bei Asthma bronchiale
und Kehlkopf- wie Lungentuberkulose. Sommerfeld wiederum
wies auf die desinfizierende und desodorierende Wirkung hin bei
Bronchiektasien und putriden Bronchitis. Zahlreiche günstige Be-
richte aus der Schweiz sowie die deutschen Veröffentlichungen
der Nachkriegszeit (Jungmann, Paulsen, Poras, Zachariae)
weisen, daß Pertussin gegenüber vielen neu auftauchenden Mitteln
noch nach wie vor in der Gunst der Kliniker und Aerzte hält.

Nach dem vorstehenden hat sich also im Laufe der Zeit

folgende Liste der Indikationen für Anwendung des Pertussins

ergeben:

1. Pertussis.
2. Laryngitis acuta et chronica.
3. Bronchitis chronica nebst Asthma und Emphysem pulmonum.
4. Pneumonie und Bronchopneumonie, insbesondere Masern-
pneumonie.
5. Kehlkopf- und Lungentuberkulose.
6. Bronchiektasie und putride Prozesse in den Luftwegen.
7. Prophylaxe bei Keuchhustenepidemien.

Bezüglich der Anwendungsweise und Dosierung
des Pertussins hat sich folgendes ergeben:

Säuglinge: $\frac{1}{2}$ —1 Teelöffel alle 3 Stunden.Größere Kinder: $\frac{1}{2}$ —1 Kinderlöffel alle 2 bis 3 Stunden.Erwachsene: 1 Eßlöffel mehrmals täglich bis zu $\frac{1}{2}$ bis
1 Flasche im Tag.

Eine höchst erwünschte Erweiterung der Anwen-
dungsform des Pertussins brachte die Einführung des Per-
tussin-Balsams und der Pertussin-Bonbons. Der
erster, über den ich in einer besonderen Abhandlung berichtet
habe (Ther. d. Gegenwart 1928, Heft 3) enthält als Oleum Thymi
Taeschner auch die per os wegen ihres schlechten Geschmacks
nicht anwendbaren Bestandteile des Thymians, welche ebenfalls
die spezifisch krampfstillenden Eigenschaften besitzen. Mit Ol.
Eucalypti, Ol. Terebinthinae und dem altbewährten krampf- und
schmerzstillenden Ol. Succini (Bernsteinöl) ergibt sich eine Ein-
reibung, die besonders im Höhestadium des Keuchhustens, wo
Speisen und Medikamente gleichermaßen erbrochen werden, von
ausgezeichneter Wirkung ist. Die wohlschmeckenden, von Kindern
sehr gern genommenen Pertussin-Bonbons dienen vornehmlich der
Prophylaxe und Nachbehandlung, zumal sie auch bei
Spaziergängen im Freien genommen werden können.

Die kombinierte Anwendung der drei Präparate hat
sich mir besonders gut in folgendem Falle bewährt: In das mir
unterstellte Kinderheim Wannsee des Vaterländischen Frauen-
vereins war Keuchhusten eingeschleppt worden. Zwei Kinder
hatten typische Anfälle, die anderen husteten bereits mehr oder
weniger verdächtig. Die beiden Kranken wurden entfernt, alle
anderen Kinder bekamen täglich 3 Kinderlöffel Pertussin, wurden
jeden zweiten Tag mit Pertussin-Balsam eingegeben und erhielten
auf ihren regelmäßigen Spaziergängen Pertussin-Bonbons. Infolge
dieser intensiven Prophylaxe ist es bei keinem Kind mehr zum
Ausbruch des Keuchhustens gekommen; ich habe vielmehr den Ein-
druck, daß dieser doch gewiß nicht sehr schöne Winter, was die
Zahl der katarrhalischen Erkrankungen der Kinderheim-Insassen
betrifft, besonders günstig verlaufen ist.

Zusammenfassung:

Das seit 30 Jahren in der Praxis der Kliniker und Aerzte
erprobte Pertussin steht nach wie vor unter den ungiftigen Keuch-
hustenmitteln an erster Stelle.

Wegen seiner gleichzeitig antiseptischen, schleimlösenden und
krampfstillenden Wirkung bei guter Magenverträglichkeit ist es
wirksam bei allen katarrhalischen und entzündlichen Erkrankungen
der Luftwege.

In seiner kombinierten Anwendung als innerliches, Einreibungs-
und Lutschmittel ist es vorzüglich verwendbar als Heilmittel wie
als Prophylaktikum in Krankenhäusern, Kinderheimen, Sanatorien
und in der Familie.

Literaturverzeichnis.

1. E. Fischer: D. M. W. 1898, Nr. 27.
2. F. u. A. Buzzi-Cantone: Die ther. Wirkung der Thymianpräparate
und des Pertussins.
3. J. Arnold Goldman: Erkrankung der Luftwege und ihre Behandlung
mit Pertussin. Wien 1899.
4. J. W. Frieser: Erfahrungen über Pertussin-Taeschner. Aertzt. Zentr.-
Ztg. 1901, Nr. 12.
5. A. Model: Ther. Mon.-H. 1902, Nr. 7.
6. L. Braun: Erweiterte Verwendung des Pertussin. Med. Chir. Centrbl.
(Wien) 1904, Nr. 1.
7. J. Bazzicalupo, Neapel: Gazzetta Internazionale di Medicina 1904, Nr. 30.
8. M. Popper: Ph. G. Notes on new remedies, Januar 1908.
9. F. Bruck, Berlin: Pertussin in der Kinderpraxis. Repert. d. prakt.
Medizin 1913, Heft 11.
10. Camphausen: Fortschr. d. Med. 1913, Nr. 34.
11. Sommerfeld: Med. Klinik 1914, Nr. 10.
12. M. Jungmann: Allg. Med. Zentr.-Zeitung 1928, Nr. 2.
13. E. Paulsen: „Die Tuberkulose“ 1928, Nr. 2.
14. J. Poras, Wien: Aertztliche Rundschau 1928, Nr. 15.
15. Zachariae: Der Landarzt 1928, Nr. 48.
16. S. Brasch: Ther. d. Gegenwart 1928, Heft 3.

Quarzbreuner.

Von Geh. San.-Rat Dr. HUGO BACH, Blasewitz-Dresden.

Bekanntlich hat Fin sen zuerst auf die therapeutische Wirkung
der ultravioletten Strahlen hingewiesen. Er verwandte bei der von
ihm angegebenen Lampe das Kohlenbogenlicht, das aber den Nach-
teil hatte, daß es nur wenig ultraviolette Strahlen enthielt, sich
immer nur auf eine kleine Stelle zur Zeit anwenden ließ und die
Dauer der einzelnen Bestrahlung wegen der Schwäche des Ultra-
violettes sehr lange ausgedehnt werden mußte.

Erst nachdem der sogenannte Quarzbrenner gefunden war, konnte sich die Ultravioletttherapie weiter entwickeln. Er beruht auf dem von Dr. Arons 1892 entdeckten elektrischen Lichtbogen, der in einer evakuierten Röhre zwischen Polen aus Quecksilber übergeht und ein eigentümliches, blaugrünes Licht aussendet. Daraufhin konstruierte der amerikanische Ingenieur Cooper Hewitt 1901 die erste brauchbare Quecksilberdampflampe. Sie lieferte in reichster Menge ultraviolette Strahlen, ließ sie aber nicht genügend zur Wirkung kommen, weil ihr Licht in eine nur spärliche für ultraviolette Strahlen durchlässige Glasröhre eingeschlossen war. 1905 gelang es endlich dem Physiker der Hanauer Quarzlampen-Gesellschaft Dr. Richard Küch, ein Verfahren zu finden, um Bergkristall (Quarz) zu glasharten Stücken zu schmelzen und aus diesem geschmolzenen Quarzglas den Quarzbrenner der Hanauer Quarzlampe (künstliche Höhensonne) herzustellen. Das verwendbare Licht dieser Lampen ist ungeheuer reich an unsichtbaren, ultravioletten Strahlen, in einer Fülle, wie sie bisher durch kein anderes Mittel der Technik auch nur annähernd erreicht wird. Diese Lampe, deren Spektrum die roten Strahlen fehlen, liefert ultraviolette Strahlen bis zu einer Wellenlänge über 200 μ hinaus, vermutlich sogar bis 150 μ , während das sichtbare Spektrum nur Strahlen bis zu 400 μ aufzuweisen hat.

Es handelt sich demnach bei der Hanauer Quarzlampe um einen Quarzbrenner — Original Hanau — mit Vakuum. Neuerdings läßt man Quarzbrenner ohne Vakuum wieder aufleben, eine Konstruktion, die schon in den Jahren 1912 bis 1913 von der französischen Cooper Hewitt Ges. entwickelt worden ist, deren Einführung aber schon damals vollkommen mißlang. Ihre jetzigen Fabrikanten versprechen sich anscheinend von ihren Einführungs-bemühungen deshalb einen besseren Erfolg, weil sie ihren vakuumlosen Quarzbrennern fälschlicherweise eine längere Lebensdauer zusprechen als den bewährten Hanauer Quarzbrennern mit Vakuum. Auch wird die fälschliche Behauptung aufgestellt, daß bei den Hanauer Quarzbrennern deren Ultraviolett-Emission nach einer gewissen Anzahl von Brennstunden schwächer werden soll, wobei der Leser wohl die falsche Schlußfolgerung ziehen soll, als ob dieser Nachteil bei der Neukonstruktion ohne Vakuum nicht bestünde.

Für die Praxis ist die Frage, ob Quarzbrenner mit oder ohne Vakuum vorzuziehen sind, so wichtig, daß sie im nachfolgenden näher erörtert werden soll:

Das sogenannte Altern des Quarzbrenners findet, unabhängig vom Brennersystem, bei jedem Quarzbrenner statt. Es ist die unvermeidliche Folge der Eigenbestrahlung oder Durchstrahlung des Quarzrohres durch intensives Ultraviolett bei gleichzeitiger Erhitzung auf Rotglut.

Dieses Altern zeigt sich darin, daß das Leuchtrohr mit der Zeit matt, gelblich und schließlich an den Stellen stärkster Erhitzung auch braun und schwarz wird.

Diese Naturerscheinung ist absolut unabhängig vom Vakuumgrad des Brenners oder von der Art und Weise, wie das Vakuum oder der Quecksilberdampfdruck im Brenner zustandekommt oder erhalten wird. Alle amorphen Substanzen, Gläser usw., von denen der geschmolzene Quarz keine Ausnahme macht, werden durch andauernde hohe Erhitzung langsam in den feinkörnigen Kristallzustand ihrer Ursubstanzen zurückgeführt. Starkes Ultraviolett begünstigt diesen Vorgang. Beim Quarz besteht der mit der Zeit entstehende weißgraue Beschlag aus feinem kristallinischen Tridymit (SiO_2), während der dunkle Beschlag aus Stizium besteht, der aus dem Quarz reduziert wurde, indem das Quecksilber auf Kosten des dabei freiwerdenden Sauerstoffes sich spurenweise oxydiert, verschmutzt, wie man allgemein wahrnimmt.

Diese Alterserscheinungen sind demnach weder beim Quarzbrenner mit Vakuum noch bei dem ohne Vakuum zu vermeiden.

Was nun den Quarzbrenner ohne Vakuum der Jaenicke-Lampe anbetrifft, so ist dieser durchaus nichts Neues. Diese Brenner sind schon, wie oben gesagt, 1912—1913 von der französischen Cooper Hewitt Gesellschaft vertrieben worden, aber ihre Einführung mißlang damals vollkommen. Solche Quarzbrenner ohne Vakuum tauchen in England, Frankreich und neuerdings auch in Deutschland wieder auf, ohne daß inzwischen deren natürliche Schwächen behoben wären, weil sie eben aus folgendem Grunde nicht zu beheben sind:

Quarzbrenner ohne Vakuum bestehen immer aus einem mehr oder minder gebogenen Leuchtrohr, das im Ruhezustand ganz

voll Quecksilber sein muß und dann, behufs Zündung, am höchsten Punkt geheizt wird. Sobald das Quecksilber dort nach zwei bis drei Minuten bei 360° kocht, entsteht der Lichtbogen, der sich dann weiter in die Länge zieht.

Die elektrische Heizung und deren automatische Schaltung gibt naturgemäß leicht zu Störungen Anlaß. Die Zündung wird außerdem gestört, sobald sich im höchsten Punkt des Brenners eine Luftblase ansammelt, was die erste Zeit fast stets geschieht; da das unausgekochte Quecksilber Luft enthält, die sich nach dem höchsten Punkte hinzieht. Auch später ergeben sich Zündungsstörungen, weil das Quecksilber ständig Gelegenheit hat, wieder neue Luft in sich aufzunehmen.

Da das Leuchtrohr systemgemäß die gänzliche Anfüllung mit Quecksilber erfordert, muß es eng sein, oder der Brenner wird übermäßig schwer. Die unvermeidliche Folge ist aber dann eine zu enge Umschließung des Lichtbogens. Daher wird das Leuchtrohr, wie oben erörtert, überhitzt und altert recht frühzeitig. Deshalb haben Quarzbrenner ohne Vakuum, im Gegensatz zum Inhalt ihrer Empfehlungsblätter, nur eine beschränkte Ultraviolett-Wirksamkeit. Schon nach kurzer Zeit sind sie innen grau und dunkel beschlagen und müssen zur Fabrik zur Regenerierung des Quarzrohres zurück. Wohl kann man dann neues Quecksilber einfüllen, aber davon wird das Leuchtrohr nicht neu und blank, sondern dieses kann nur in der Fabrik wieder hergestellt werden.

Wenn behauptet wird, daß bei Vakuumbrennern die Abnahme der Ultraviolettintensität auf Nachlassen des Vakuums zurückzuführen sei, so ist dies geradezu ein Unding. Bei einem guten Vakuumbrenner bewährter Konstruktion, wie dem der Hanauer Quarz-Quecksilber-Dampflampe, geht das Vakuum mit der Zeit überhaupt nicht verloren, sondern überdauert die Gebrauchsdauer des Brenners reichlich. Ein Nachlassen der Ultraviolettintensität ist, wie schon gesagt, nur von dem Alter, das heißt von der fortgeschrittenen Bräunung des Quarzbrenners abhängig und tritt um so schneller ein, je näher der Lichtbogen an der Quarzwand liegt, wie es bei dem Brenner der Jaenicke-Lampe ohne Vakuum der Fall ist, aber nicht bei der Hanauer Quarzlampe mit Vakuum.

Für die eine oder andere Art von Quarzbrennern eine prozentual höhere Ultraviolettausbeute behaupten zu wollen, ist deshalb nicht angängig, weil erstens, von Haarspaltereien abgesehen, die Leistung immer nur abhängig von Volt und Ampere im Brenner ist; zweitens gibt es für den Ultraviolettanteil — der prozentual bei allen Quarzbrennersystemen gleich ist — gar keine anerkannte Maßeinheit und auch kein anerkanntes Maßverfahren.

Als ein großer Mangel der vakuumlosen Brenner bei der Jaenicke-Lampe ist zu bezeichnen, daß sie nur bei Gleichstrom arbeiten können. Bei Wechselstrom muß ein größerer (1—2 KW) Gleichrichter angeschafft werden, der nicht unbeträchtliche Kosten verursacht und wieder wegen seines Glaskolbens und Transformatoren ähnlichen Störungen wie die Lampe selbst ausgesetzt ist.

Die Hanauer Quarzlampen-Gesellschaft hat alle diese Nachteile des Quarzbrenners ohne Vakuum vor Jahren schon reichlich erwogen und darum ihren Quarzbrenner mit Vakuum behalten, weil dieser frei von allen Nachteilen und Schwächen des Quarzbrenners ohne Vakuum und bisher der einzige gut bewährte Quarzbrenner ist. Als Beweis dafür kann dienen, daß bisher alle Quarzbrenner ohne Vakuum immer wieder bald als unbrauchbar von der Bildfläche verschwunden sind, während der Hanauer Quarzbrenner mit Vakuum sich im Laufe von 20 Jahren tadellos bewährt hat. Was an ihm ausgesetzt wird, kann geradezu als sein Vorzug vor allen anderen Quarzbrennern gelten: Durch seine alle Nachteile berücksichtigende, feinsinnige Konstruktion ist es möglich, ein allen Ansprüchen gerechtwerdendes Ultraviolettlicht zu erhalten.

Die Benutzung von Quarzbrennern ohne Vakuum ist auch deshalb nicht unbedenklich, weil ihr Quecksilber nicht hermetisch eingeschlossen ist, sondern mit der Zimmerluft in offenem Kontakt steht. Dadurch sind Quecksilbervergiftungen naturgemäß leicht möglich, und es sollen sogar schon ähnliche Schädigungen vorgekommen sein, wie durch die minimalen Quecksilbermengen, die aus Amalgam-Zahnplomben austreten. Die Verwendung von Quarzbrennern ohne Vakuum dürfte deshalb für die Praxis recht riskant sein, weil der Arzt, der sie anwendet, nicht nur seine eigene Gesundheit gefährdet, sondern sich auch Regreßansprüchen aussetzt.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

LIBRARY
IVED
1929

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

48.8
F77

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kč
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk

NUMMER 17

BERLIN, DEN 23. August 1929

47. JAHRGANG

Go!

Buccosperin (dragierte Tabletten) das Harndesinficiens

Perorales Antisepticum u. Adstringens d. gesamt. Urogenitaltraktes
Urethritis, Cystitis, Prostatitis, Epididymitis, Arthritis gon. Auch wert-
volles Adjuvans bei allen Unterleibsbeschwerden der Frau.

Ester-Dermasan-Ovula „mit Silber“

(Keine Silberflecke)

Resorptiv! Keimtötend! Schmerzstillend!
Fluor, Kolpitis, Adnexitis, Cervicitis.

Ester-Dermasan- Silberstäbchen

Leicht löslich, keine Flecke!

Zur urethralen und cervikalen Behandlung

Jod-Dermasan (Deutsches Reichspatent)

Epididymitis, Orchitis, Spermatocystitis.

Lenicet-Bolus „mit Silber“

Pulver und Tabletten

Epithelisierend, austrocknend, baktericid!

Vulvovaginitis (besonders bei Kindern), Balanitis
und zur Vaginal-Trocken-Therapie

Belladonna-Exclud-Zäpfchen

Hochwertiges Spasmolyticum

Tenesmen der Blase und Harnröhre, Cystitis, Prostatitis

Lenirenin-Zäpfchen mit und ohne Belladonna

Prompt schmerzstillend, krampfbesitzend!

Proktitis, Prostatitis, Epididymitis.

Dr. R. Reiss. **Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/1m.

Digitized by Google

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau
(Direktor: Professor Dr. Stolte).

Priv.-Doz. Dr. Hans Knauer: Zur Differential-
diagnose nephrotischer und kardialer Oedeme im
Kindesalter 651

Dr. Michaelis: Prophylaxe und Therapie der
Berufskrankheiten (Fortsetzung) 652

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen
Literatur des In- und Auslandes 654

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 660
Bakteriologie und Serologie 661
Chirurgie und Orthopädie 662
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 667
Geschichte der Medizin 673
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 673
Infektionskrankheiten 675

Innere Medizin, Tuberkulose 676
Kinderheilkunde 679
Mund- und Kiefererkrankungen 680
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ... 681
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische
Anatomie 681
Psychiatrie und Nervenheilkunde 685
Soziale und gerichtliche Medizin 685
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik
und -therapie 685

Neu erschienene Bücher 687

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

Polizei-Medizinalrat Dr. Ferdinand Krapp,
Breslau: Ueber Drosithym 692
Dr. med. Stackfleth, Berlin: Radiumemanations-
therapie 692
Dr. med. Hans Flatow: Therapeutisches über
Testifortan nach Sanitätsrat Dr. Magnus Hirsch-
feld und Dr. B. Schapiro 693

KONGRESSE UND KURSE.

(★ bedeutet Kongresse.)

★ 19.—23. 8. Internationaler Physiologenkongreß, Boston
(U. S. A.).
★ September. Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, Würzburg.
★ 1.—17. 9. Internationaler Psychologenkongreß, Yale-Uni-
versität, Newhaven (U. S. A.).
2.—7. 9. Fortbildungskurs über Diagnose und Therapie
der Tuberkulose, mit besonderer Berücksich-
tigung der kindlichen Tuberkulose, Scheidegg.
★ 6.—8. 9. Bayerischer Aertzetag, Regensburg.
★ 8.—12. 9. Internationaler Kongreß für Sexualreform auf
sexualwissenschaftlicher Grundlage, London.
★ 12.—14. 9. Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft,
Tübingen.
13.—15. 9. Aerzte-Fortbildungskurs, Bad Salzungen.
15.—21. 9. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs,
Karlsbad.
★ 16.—18. 9. Deutscher Orthopädenkongreß, München.
★ 16.—18. 9. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesell-
schaft für Gewerbehygiene, Heidelberg.
16.—28. 9. Psychiatrischer Fortbildungskurs, Hamburg.
18.—20. 9. 6. Fortbildungslehrgang, Bad Nauheim.
30. 9.—5. 10. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.

September—Oktober. Internationale Fortbildungskurse über
Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.
★ 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen,
Salzburg.
★ 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten,
Neurologen und Pädiater, Salzburg.
★ 7.—12. 10. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für
Mikrobiologie, Paris.
★ 14. 10.—13. 12. 1929. Bakteriologisch-hygienischer Ausbil-
dungslehrgang für approbierte Aerzte und
Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.
★ 16.—18. 10. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoff-
wechselkrankheiten, Berlin.
November—Dezember. Internationale Fortbildungskurse über
innere Sekretion und Konstitutionsfragen,
Wien.
26. 9.—8. 12. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medi-
zinischen Fakultät, Wien.
★ 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte,
Königsberg.
★ 19.—21. 5. 1930. 2. Internationaler Malariakongreß, Algier.
★ 5.—8. 8. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie
und Syphilographie, Kopenhagen.

STOVAR SOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duttoni)

Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesia, Plaut-Vincenische Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25. Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose.
Pension von Fr. 20.- (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder,
Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. In allen
Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u.
Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.
Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch

Hausarzt: Dr. Hartmann.

Neuer Illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch
Rekonvaleszenten - Diätkuren - alle
modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann

Dr. B. Spinak

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 17

BERLIN, DEN 23. AUGUST 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau (Direktor: Professor Dr. Stolte).

Zur Differentialdiagnose nephrotischer und kardialer Oedeme im Kindesalter.

Von Priv.-Doz. Dr. HANS KNAUER.

Während der Arzt in der Praxis wohl in den meisten Fällen in der Lage sein wird, seine Diagnose auf Grund des erhobenen klinischen Befundes zu stellen und danach seine Behandlung einrichten kann, tauchen doch immer wieder Fälle auf, bei denen es selbst in einer Klinik nicht möglich ist, mit Sicherheit im Beginn eine exakte Diagnose zu stellen. In solchen Fällen sieht man sich dann gezwungen, weitere Untersuchungsmethoden — seien sie chemischer oder bakteriologischer Natur — zur Klärung heranzuziehen, und es ist jeder neue Befund, der uns in der Erkennung unklarer Krankheitsbilder weiterbringt, zu begrüßen. Daß selbst zwischen Herz- und sogenannten Nierenkrankheiten derartige differentialdiagnostische Schwierigkeiten auftauchen können, zeigt der Fall, der zu dieser Veröffentlichung Anlaß gab.

Daß sich der uropoetische und Kreislauf-Apparat, die ja zueinander in inniger Beziehung stehen, wechselseitig beeinflussen, ist allbekannt. Wir sehen deshalb, daß sich manche Symptome beider Krankheiten gleichen; ich erinnere nur an die Oedeme. Andererseits finden wir, daß bei der Erkrankung eines Organes auch an anderer Stelle die normale Funktion gestört wird. So wissen wir, daß es bei Herzkrankheiten häufig zu einer Stauungsalbuminurie kommt, und daß auch Formelemente im Urinsediment auftreten können. Bei den Nierenkrankheiten beobachten wir andererseits Störungen von seiten des Herzens und Kreislaufes, z.B. Blutdrucksteigerung, Herzhyertrophie usw. In der Mehrzahl der Fälle wird die Entscheidung, ob die Nieren- oder die Herzkrankheit das primäre Uebel darstellt, leicht sein. Größere Schwierigkeiten bereiten schon diejenigen Fälle von Herzkrankheiten, bei denen trotz schwerer Herzveränderungen die klinischen Symptome nur geringfügig sind. Zu dieser Gruppe von Erkrankungssymptomen gehören die verschiedensten Verwachsungen der Herzbeutelblätter. Auch hier ist die Diagnose dann noch nicht allzu schwer, wenn alle klinischen Symptome vorhanden sind, insbesondere werden uns die systolischen Einziehungen an der Herzspitze sowie eine diastolische Brustwandschwellung stets an Pericarditis adhaesiva (Accretio Pericardii) denken lassen. Schwieriger wird es bereits, wenn wir es mit dem Bilde der Volhardschen Einflußstauung zu tun haben; bei dieser Art der Perikarditis steht die Verlötung der beiden Herzbeutelblätter völlig im Vordergrund, die Verwachsungen mit der Umgebung können fehlen oder so gering sein, daß sie klinisch keinerlei Symptome machen. Bei dieser Erkrankung ist vor allen Dingen die diastolische Ausdehnung der Herzkammern erschwert; es erfolgt infolgedessen eine rückläufige Stauung des Blutes, und wir sehen hierbei häufig das Bild der sogenannten perikarditischen Pseudoleberzirrhose auftreten. Ich möchte hier jedoch diese Fragen nicht weiter erörtern, da aus unserer Klinik kürzlich eine eingehende Studie über dieses Krankheitsbild erschienen ist.*)

Bei dem in Frage stehenden Patienten handelte es sich ebenfalls um einen Fall von Volhardscher Einflußstauung mit Pseudoleberzirrhose. Das Kind stammte aus tuberkulös belasteter Familie, war bereits verschiedentlich in ärztlicher Beobachtung gewesen und kam zum erstenmal im Alter von 5½ Jahren in klinische Beob-

achtung. Der bei der Aufnahme bestehende Zustand hatte sich im Anschluß an eine mit 4½ Jahr überstandene Grippe eingestellt. Zuerst waren eine gewisse Kurzatmigkeit und Schwellung der Beine aufgefallen; unter stetiger Zunahme dieser Symptome hatten sich Aszites, ein Hydrothorax sowie eine geringfügige Akrozyanose hinzugesellt. Es bestand ferner eine leichte Venenzeichnung. Die Herzgrenzen waren — soweit man dieses bei den bestehenden Ergüssen im Brustfellraum feststellen konnte — normal, die Leber reichte bis in Nabelhöhe, auch die Milz war vergrößert (unterer Pol zwei Querfinger unterhalb des Rippenbogens). Ueber dem Herzen waren keinerlei Geräusche zu hören, es fehlten alle Symptome der Accretio Pericardii; bemerkenswert war allein der frequente Puls. Herzmittel und Diuretika wirkten nur ganz vorübergehend; infolge der bedrohlichen Erscheinungen mußte verschiedentlich Flüssigkeit aus dem Bauch und den Pleurahöhlen abgelassen werden (im Laufe der Zeit insgesamt 8 Liter). Im hochkonzentrierten Urin waren mäßige Eiweißmengen und vereinzelte Zylinder nachzuweisen. Die Urinmengen bewegten sich zwischen 100 und 300 ccm täglich, der Blutdruck war normal, desgleichen bestand keine Reststickstoffvermehrung im Blutserum. Die Tuberkulinreaktion war sehr stark positiv, die Wassermannsche Reaktion im Blut fiel negativ aus. Die Differentialdiagnose lautete: Leichte Nephrose, Concretio pericardii oder Leberzirrhose. Eine leichte Nephrose, wie wir sie im Kindesalter gar nicht allzu selten beobachten können, war nach dem vorliegenden Befund nicht mit Sicherheit auszuschließen. Eine rasche Klärung brachte uns jedoch die Lipoiduntersuchung des Blutes. Bei der Nephrose — auch bei der leichten Form — sehen wir mit absoluter Regelmäßigkeit eine Erhöhung sämtlicher Lipoidfraktionen. In schweren Fällen können diese Werte das Fünffache der Norm erreichen. Auch nach Abklingen der klinischen Symptome besteht die Lipoiderhöhung im Blutserum noch eine Zeitlang fort. Ganz andere Bilder beobachten wir im Blutserum bei Herzkrankheiten. Wie ich früher**) bereits ausführlich nachwies, sind die Lipoidwerte bei allen Herzkrankheiten herabgesetzt. Insbesondere beobachten wir regelmäßig eine Verminderung des Cholesterins um 20—30% der Norm. Auch in dem vorliegenden Falle konnte ich diese Abnahme mehrfach feststellen (110—130 mg% Cholesterin). Damit war die Lipoidnephrose — und eine solche kam hier allein in Frage — bereits mit Sicherheit auszuschließen. Differentialdiagnostisch mußte noch eine echte Leberzirrhose in Erwägung gezogen werden. Im Kindesalter ist es besonders die Lues, die zu dieser Erkrankung Anlaß gibt. Durch die mehrfach negativ ausgefallene Wassermannsche Reaktion, die auch nach provokatorischer Darreichung von Neosalvarsan negativ blieb, war die Hauptursache der Leberzirrhose im Kindesalter ausgeschlossen. Zudem ergab eine Zuckerbelastung eine nahezu normale Funktion der Leber, so daß von einer schwereren Leberstörung, wie wir sie bei Zirrhose für gewöhnlich sehen, nicht die Rede sein konnte. Der weitere Verlauf bestätigte dann auch die bereits am Anfang vermutete Diagnose der Herzbeutelverlötung. Eine Ausschälung des Herzens aus den schwierig verdickten Perikardblättern wurde von den Eltern abgelehnt. Die vorgenommene Entknochung der Brustwand über dem Herzen konnte keinen dauernden Erfolg bringen, obgleich eine vorübergehende Besserung der Herzfunktion nicht zu verkennen war. Nach überstandener Operation wurde das Kind von den Eltern abgeholt und starb einige Wochen später zu Haus. Eine Obduktion fand nicht

*) Lenzfeld, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 122.

**) 22. Beiheft zum Jahrbuch für Kinderheilkunde.

statt, so daß wir eine Bestätigung unserer Diagnose von pathologisch-anatomischer Seite nicht herbeiführen konnten.

Wie ich schon am Anfang meiner Ausführungen darlegte, wird sich in der Praxis in der Mehrzahl der Fälle auf Grund guter klinischer Beobachtung fast immer eine sichere Diagnose stellen lassen. In wirklich zweifelhaften Fällen — wie in dem vorliegenden — würde ich aber doch empfehlen, durch eine verhältnismäßig einfache Bestimmung des Cholesteringehaltes im Blutserum rasch Klarheit zu schaffen. Man kann hierdurch zu einer rechtzeitigen Aufstellung des Heilplanes kommen und somit manchen unklaren Fall der Heilung zuführen, und es dürfte dann wohl kaum mehr vorkommen, daß eine verkannte Lipoidnephrose durch langdauernde Milchkost aufs schwerste geschädigt wird, und mancher Fall von Herzbeutelverwachsung könnte frühzeitig der Operation zugeführt werden.

Prophylaxe und Therapie der Berufskrankheiten.

Von Dr. MICHAELIS.

(Fortsetzung.)

Chlor: Sind Chlorgase eingeatmet, so gebe man Sauerstoff. In leichten Fällen lasse man Aether sulfur. und Alkohol aa einatmen. Innerlich hat sich dem Verfasser ein Gemisch von: Alkohol, Aether, Liq. Ammon. anis. aa mit Erfolg bewährt. Ist Chlor in den Magen gelangt, so verabreiche man Milch, Potio albuminosa und Magenspülungen mit Natrium subsulfurosum.

In schweren Fällen greife man zum Aderlaß. Bei Reizung der Konjunktiven die übliche Therapie.

Chromsäure: Chronische Vergiftungen sind nicht beobachtet. Akute Vergiftungen — ausschließlich Unfälle — sind wie andere Säurevergiftungen zu behandeln. Doch ist zu bemerken, daß Alkalien wenig Nutzen bringen, da auch die entstehenden Salze giftig sind. Magenspülungen mit 1/10prozentigem, salpetersaurem Silber geben ein unlösliches Chromsilber; ferner empfiehlt sich Natrium bicarbonicum, Magnesia usta, Eisenoxydhydrat, essigsäures Eisen.

Jede, auch die geringste Verletzung der äußeren Haut ist sorgfältig zu verbinden, möglichst luftdicht. Teufels Klebbinde zu empfehlen. Der pelzige Belag auf dem Geschwürsgrunde ist möglichst bald zu entfernen. Amidoazitoluol und Granugenpaste haben sich bewährt. Ausgesprochene Ulzera sind anzufrischen oder zu extirpieren.

Nasenschleimwand ist prophylaktisch täglich zu revidieren, etwaige Auflagerungen sind sofort mit verdünnter Liquor aluminium acetici oder Natriumthiosulfat zu entfernen. Entstehende Ulzera sind durch Salbeüberzug vor weiterer Chromschädigung zu schützen. Bewährt hat sich Mentholeucerin salbe (10%), Ichthyol-zinksalbe, Amidoazitoluolzinksalbe, Granugenpaste.

Elektrische Unfälle: Die Wunden sind extrem konservativ zu behandeln nach Jellineks Vorschlag.

Künstliche Atmung ist solange fortzusetzen, bis Totenflecke auftreten.

Bei bestehendem Herzflimmern hat abermalige Durchleitung des elektrischen Stromes Erfolg gebracht (?). Intrakardiale Adrenalininjektion, Lobelin intravenös, auch Urethan, Strontium und Adrenalin sind zu versuchen.

Sofort vorgenommene Lumbalpunktion bringt Druckentlastung des Gehirns und kann hierdurch lebensrettend wirken.

Fluor: Theoretisch kommt hier die Zuführung von Kalzium in Betracht, z. B. Kalziumchlorid subkutan in 5- bis 10prozentiger Lösung. (Es soll sich unlösliches Fluorkalzium bilden.) Magenspülung mit Kalkwasser oder Chlorkalzium.

Gießfieber: Warme Bäder sofort nach der Gießarbeit können den Anfall mit großer Sicherheit unterdrücken und verhüten. Warme Getränke und schweißtreibende Mittel sind zu versuchen, ferner die bekannten Diuretika. Von Kalziumpräparaten wird Erfolg berichtet. Die Hauptsache ist und bleibt auch hier eine gute Ventilation des Arbeitsraumes und Absaugung der Zinkoxydnebel.

Gewerblicher Star: In Glashütten muß der Müllersche Vorhang auch die Augen gegen strahlende Hitze schützen. Als Augenglas empfiehlt sich das dunkelrauchgraue oder gelblichgrüne oder das stark eisenoxydhaltige Rubonglas. Man soll darauf

dringen, daß Brillen getragen werden. Die Holzrähmchen mit Mundkeil sind irrationell. Cramer stellt einen Glastrog mit gefärbtem Wasser zwischen Arbeiter und Glasschmelze.

Kohlenoxyd: Schnellste Entfernung aus der Gasatmosphäre. Künstliche Atmung mit Beigabe von Sauerstoff. In letzter Zeit wird ein Zusatz von Kohlensäure empfohlen zur Reizung des Atemzentrums und zur Vertiefung des Atmens.

In schweren Fällen ist ein großer Aderlaß (300 bis 400 ccm Blut) mit folgender Kochsalzinfusion (bis 1000 ccm) zu machen. Leyden empfiehlt: Bluttransfusion (Vorsicht bei der Wahl des Blutspenders).

Intravenös und bei drohender Atemlähmung gebe man: Lobelin, Koffein, ferner Adrenalin und Digitalis. Die Wirkung von Kampfer ist nicht prompt genug.

Morphium meide man wegen seiner lähmenden Wirkung auf das Atemzentrum.

In leichten Fällen tue Hautreizmittel gutes: kalte Uebergießungen, Abklatschungen, Abreibungen mit der Wurzelbürste. In den ersten Tagen ist Herz und Lunge sorgfältig zu beobachten. Eventuelle Nachkrankheiten erfordern keine spezifische Therapie. Bei der chronischen (?) Kohlenoxydgasvergiftung ist rein symptomatische Therapie angezeigt.

Kohlensäure: Künstliche Atmung mit Sauerstoff ist anzustellen. Elektrisieren des Nervus phrenicus kann versucht werden. Herzanaesthetika, in schwersten Fällen Blutentziehung mit folgender Kochsalzinfusion sind wirksam.

Kalkstickstoff: Die Hauterkrankungen sind nach den allgemeinen Regeln zu behandeln. Prophylaktisch: Arbeitskleider, größte Sauberkeit, Hauteinfetten vor der Arbeit und nach der Arbeit, auch vor dem Waschen die Haut mit Fett abreiben.

lacke: Vermeide Spiritus zu Händereinigungen. Gute Waschmittel. Die Hände sind mit reiner Vaseline, mit Glycerin oder Zinksalbe einzureiben. Die Hauterkrankungen sind nach allgemeinen Regeln zu behandeln.

Lichtstrahlenschädigung: Lichtschutzbrille: rauchgraue Gläser, Neutralglas von Schott und Na 66 der Hallauer Glaser. Die Haut erhält einen Schutz durch Tannin: entweder in 10prozentiger Lösung oder als 10prozentige Salbe.

Maul- und Klauenseuche: Mundspülen mit H₂O₂, Chinosol. Die Geschwüre mit 5prozentiger Boraxlösung einpinseln und bedecken mit Zinksalbe.

Milzbrand: Zur Therapie sind eine große Anzahl Mittel vorgeschlagen. Da die Krankheit dem Chirurgen zufällt, will ich mich sehr kurz fassen. In erster Linie steht das Serum in großen Dosen; ferner Neosalvarsan (bzw. Salvarsan) zweimal im Abstand von 2 Tagen; auch Argochrom Merck wird empfohlen.

Die konservative Behandlung ist daneben modern, Bettruhe, Ruhigstellung der affizierten Extremität. Am besten wird der Kranke im Krankenhause untergebracht.

Naphthaline, chlorierte: Empfohlen wird Höhensonne. Verbände mit Resorzin-Schwefelsalbe haben sich bewährt; Arseninjektionen; in letzter Zeit ist die Proteinkörperinjektion erfolgreich.

Nitrosegase: Die Behandlung ist eine rein symptomatische. Morphium wegen seiner Wirkung auf das Atemzentrum ist zu meiden. Ruhe und eventuell warme Einpackungen. Exzitantien und beruhigende Inhalationen, um den Hustenreiz zu mildern. In schweren Fällen kann Injektion von hypertotonischer steriler Traubenzuckerlösung endovenös 10 bis 20%, 20 bis 100 ccm, die Blutviskosität vermindern und das Lungenödem verhüten nach reichlichem Aderlaß. Sauerstoffinhalationen periodisch mit 10 Minuten Pause abwechselnd. Die in letzter Zeit angewandte Inhalation von Ammoniak kann ich nicht befürworten. Die Darreichung von Chloroform (einhalbstündlich etwa 10 Tropfen in Wasser) ist jetzt obsolet.

Osmiumsäure: Schutzbrillen und Respiratoren sind die beste Prophylaxe. Innerlich reiche man Schwefelwasserstoff als Aqua hydrosulphurosa oder Kalium (Natrium) sulphurosum 0,01 (0,05) mehrmals. Aqua hydrosulphurosa kann auch inhaliert werden.

Oxalsäure: Da die Aetzwirkung nur gering ist, können hier Magenspülungen mit Kalkwasser ausgeführt werden; ebenso gebe man Kalkwasser und Zuckerkalk innerlich. Heiße Bäder tun gut.

Pech: Intensive Reinlichkeit, warme Waschungen, Duschbäder wirken prophylaktisch. Die Behandlung ist recht langwierig und wenig dankbar. Bleiwassersumschläge, ferner Kaliumpermanganitbäder. Nachts Zinksalbenverbände, ferner 2 bis 5% Salzsäure und Eucerin-Mitteln oder Quecksilberpräzipitatsalbe. Auch Betupfen mit 10prozentiger Formalinlösung kann versucht werden. Umschläge mit H_2O_2 bei Melanose empfehlen sich. Röntgenoberflächentherapie ist in jedem Falle ratsam.

Pernakrankheit: Vasenolpuder wird prophylaktisch empfohlen. Als Salben haben sich bewährt:

Sulfur. praecipit.	3,0
Acid. salicyl.	0,3
Lanolin ad	30,0
mf. ung.	
Resorcin resubl.	20,0
Zinc. oxyd.	
Talc. aa	15,0
Vaseline ad	100,0
m. f. pasta mollissima	
Resorcin	4,5
Sulfur. praecipit.	10,0
Zinc. oxyd.	
Amyl aa	40,0
Vaseline ad	200,0
mf. ung.	

Phosgen: Flury, wohl einer der besten Kenner der Giftgase, empfiehlt: Entfernung aus dem Bereich der Gase, frische Luft, Kleiderwechsel, absolute Muskelruhe, Wärme, Sauerstoffeinatmung. Liegen die Reizwirkungen an den Schleimhäuten Spülungen mit möglichst indifferenten Lösungen, für die Augen Borwasser, alkalische Salben (2% Natr. bicarb.), bei Lichtschem und Akkommodationskrämpfen Atropin, gegen die Reizwirkung an den Atemwegen Inhalationen von Wasserdampf, schwach alkalischen Flüssigkeiten, Emser Salz und dergleichen; Bronchitiskessel.

Die Kalktherapie gegen Lungenödem ist noch ungenügend erprobt, aber vielfach mit Erfolg verwendet worden (subkutane Injektion von 400 bis 800 ccm 1prozentiger Chlorkalziumlösung in Brust und andere Körperstellen). Zur Vermeidung von Gewebeschädigungen und Infiltraten wären andere Kalksalze, z. B. Kalziumglukonat, zu versuchen. Künstliche Atmung ist bei Lungenödem stets gefährlich, bei Atemstillstand aber oft nicht zu umgehen; Sauerstoff und moderne Kammerersatzmittel. Gegen die Blutverdünnung ist ausgiebiger Aderlaß am wirksamsten. Man entnimmt 400 bis 700 ccm Blut; die gleichzeitige Infusion von physiologischer Salzlösung (Ringer) kann günstig wirken, ist aber wegen Vergrößerung der Oedemgefahr und Ueberlastung des Kreislaufsystems besser zu unterlassen. Blutverdünnend wirken auch Schwitzkuren mit Wärmflaschen und dergleichen, Tropfstiere, Trinken von viel Flüssigkeit, Stärkung des Herzens durch Digitalis, Koffein und ähnliche Mittel. Endovenöse Traubenzuckerinjektion 15 bis 20% 30 bis 50 ccm wiederholt. Jede Anwendung von Narkotika, vor allem Morphin, zur Bekämpfung der Schmerzen oder Unruhe ist bedenklich. Gegen Husten genügen Sauerstoff und Inhalationen, gegen Durst heiße Milch, Tee, Kaffee, eventuell Getränke mit sehr wenig Alkohol, flüssige Nahrung. In der Rekonvaleszenz körperliche Schonung und Rauchverbot.

Phosphor: Akute Vergiftungen dürften bei der Arbeit nicht vorkommen. Man entleere den Magen, gebe keine Milch, kein Terpentinöl, 0,1 Kupfersulfat in Wasser alle halbe Stunde. Anhaltend empfiehlt Magenspülung mit Kalium permanganicum, ein Rest soll im Magen bleiben; auch H_2O_2 bewährt sich zum Oxydieren, ferner Salzsäure. Magnesia mit freier Magnesia; schließlich auch Magnesia usta mit Liquor Chl. Aus gleichen Gründen kann auch Natrium bicarbonicum indiziert sein. Terpentinöl ist unwirksam. Sauerwasserklysma und salinische Abführmittel dienen der Giftentfernung.

Folgen der chronischen Einwirkung des Phosphors auf das Nervensystem gehören dem Chirurgen; doch empfiehlt sich eine konservative Behandlung; die übrige Behandlung ist rein symptomatisch. Vigantol dürfte nützlich sein.

Preßluft: Die einzige Therapie besteht darin, daß der Erkrankte sofort wieder unter denselben Ueberdruck gebracht wird,

unter welchem er gewesen ist. Dies geschieht in der Sanitätsrekompensationsschleuse.

Die offizielle Dienstanweisung für den Preßluftarzt ist streng zu befolgen. (Reichsgesetzblatt 1921.)

Quecksilber: Rauchverbot, Arbeitswechsel, Mundspülen, regelmäßiger Milchgenuß, überhaupt robortierende Diät sind prophylaktisch anzuwenden.

Kölsch empfiehlt, an den Arbeitsplätzen Gefäße mit Essigsäure und Soda mit Handbürsten aufzustellen, um das HgO zu entfernen. Akremniseife hat sich nicht bewährt, ebensowenig Schwefelbäder. Ueber Schwefel, intern und stomachal angewandt, ferner über Jodkali zur Beschleunigung der Ausscheidung und über Strychnin in kleinen Dosen werden Erfolge gemeldet. Schwitzbäder und Vierzellenbäder sind anzuwenden.

Außerst wichtig ist die Mundpflege: regelmäßige Zahnkontrolle und Zahnpflege. Weiche Zahnpaste, Mundwasser mit Menthol und H_2O oder mit Kali chloricum 10 : 500. Die Geschwüre sind zu betupfen mit Jodtinktur, mit 8prozentiger Chlorzinklösung (Partsch); Jadassohn empfiehlt 10% Chromlösung mit folgender Höhlensteinberieselung; auch Einreiben mit 5prozentiger Milchsäure. Jodoformbrei wird vorgeschlagen. Gute Wirkung wird auch von Rhodalektablen gesehen. Wenn Herz und Nieren gesund, empfiehlt Jaksch die Pilokarpinkur (0,01 pro Injektion). Abwechselnd galvanischer und faradischer Strom erweist sich bei Tremor nützlich. Bei Konjunktivalreizung, 2prozentiges Natriumhyposulfat. Längere Mineralwasserkur wirkt günstig.

Rötze: Therapie ist machtlos. Es kann Mallein und Salvarsan versucht werden.

Denaturierter Spiritus: Beim gewerblichen Arbeiten können wir nur die Schäden seiner äußeren Anwendung betrachten. Persönliche Reinlichkeit, warmes Wasser, gutes Abtrocknen, milde Seifen, Meiden von Bürsten.

Fleißiges Einfetten, auch des Nachts. Am besten hat sich das Tragen von Handschuhen bewährt, welche mit Salben imprägniert waren.

Im akuten Stadium verordne man 2- bis 3prozentige Essigsäuretonerdeumschläge, später Pasta Zinci Sasser 40,0, Balsam peruv. 10,0. Gute Erfolge gibt das alte Unguentum diachylon. In chronischen Fällen greife man zu den Teerpräparaten.

Salzsäure: In ganz frischen Fällen von Salzsäuregas-einatmung kann man einen Karbonatspray anwenden.

Da die Aetzwirkungen bei innerem Genuß gering sind, kann man Magenspülung mit Alkalien, salpetersaurem Silber versuchen oder Eiweiß. Intravenöse Injektion von kohlenstoffsaurem Natrium kann in schweren Fällen neben Exzitantien indiziert sein. Reizung der Luftwege ist mit bekannten Mitteln zu bekämpfen.

Silbersalze: Akute Vergiftungen dürften recht selten sein. Magenspülung mit Milch und Eiweiß.

Den chronischen Hautveränderungen gegenüber sind wir machtlos.

Schwefelsäure: Wie bei fast allen tiefgreifenden Säuren ist die Magensonde kontraindiziert. Am besten läßt man Milch trinken; sie wirkt ausgezeichnet säuretilgend und säurebindend; es können etwa 15 ccm reiner Schwefelsäure durch 1 Liter Milch gebunden werden; ähnlich wirken Eiweißlösungen, Seifenwasser. Nur im Notfall nehme man Sodalösungen, wegen der Bildung von freier Kohlensäure, da immer eine Magenperforation zu befürchten ist.

Auch Kalkwasser und Magnesia usta kann mehrmals gereicht werden.

Die Mundhöhle ist wegen der Schmerzen mit Kokain zu pinseln; Eispielen dienen ebenfalls zur Linderung. Von Arzneien hat sich Extr. Opi mit Mixt. oleosa sive mixt. gummosa sive decoct. salep. bewährt.

Schwefelwasserstoff: Therapie ist eine rein symptomatische. Künstliche Atmung mit Sauerstoff. Exzitantien und Analeptika.

Bei Augenschädigung sofortige Entfernung aus dem Betriebe. Lagerung in einem dunklen Raume, kühle Umschläge mit Borwasser oder Kamillentee. Einträufelungen von Novocain und Suprarenin. Arbeitswechsel. Die neue Degea-Gummi-Brille hat sich gut bewährt.

Schwefelkohlenstoff: Die Therapie ist eine rein symptomatische. Die Prophylaxe ist die beste Therapie.

Tetranitromethan: Sofortige Entfernung aus der Giftatmosphäre und Ablegen der Kleider und Wäsche; warmes Bad.

Sauerstoffinhalationen müssen eventuell tagelang fortgesetzt werden. Große Gaben von Natr. bic. haben sich bewährt. Aderlaß mit folgender Kochsalz- oder Ringerscher Lösung.

Kampfer zeitigte keine guten Erfolge. Digitalis wird bevorzugt. Auch hier ist die Prophylaxe wichtig.

Stickstoffoxydul: Aderlaß und Kochsalzinfusion sind vorzunehmen; bei drohendem Lungenödem setze man trockene Schröpfköpfe und gebe Plumbum acetatum innerlich. Zur Erleichterung der Expektoration: Apomorphin.

Steinkohlensäure: Prophylaktisch größte Reinlichkeit; in manchen Gegenden wird Gesicht und Arm mit Lehm oder nasser Schlemmkreide dick bestrichen; Lanolin oder folgende Paste wird ferner empfohlen: Zinc. oxydat., Talc. nev. aa 100,0, Glycerin aa 200,0.

Trinitrotoluol: Auf Grund seiner Kriegserfahrungen empfiehlt Kölsch folgendes Vorgehen: Sofortige Arbeitseinstellung und frische Luft. Bettruhe bei blander Diät (Milch) und Alkalien (Mixt. aus Natr. sulf. + Natr. citr. + Natr. bicarb.) Natr. bicarb. sollte prophylaktisch genommen werden. Bekämpfung der Obstipation. Bei Diarrhoe gebe man Wismut. subgallicum. Bei Ikterus

verordne man strenge Bettruhe, Milchdiät, Laxantien sowie alkalische Getränke bzw. Natr. salicyl. + Natr. bicarb. Kochsalzinfusion rektal und intravenös vergesse man nicht. Prognose ist immer ernst. Bei Blutungen injiziere man Chlorkalzium. Bei nervösen Störungen gebe man: Chinin und Mixt. von Nitr. bicarb. + Spir. aromatic. + Gentiana. Pituitrin hat sich bei Herzleiden bewährt. Reizerscheinungen der oberen Luftwege werden durch Spülungen mit Borax gemildert. Hautreizung schwindet durch Einpudern der Haut oder durch Zink-Wismut-Salbe oder Glycerin oder Tragakant-Linimente. Auch Chinin in kleinen Dosen hat sich hier bewährt.

Tetranitromethylanilin: Bei den „Kanarienvögeln“ tritt meist die Hautreizung in den Vordergrund. Auch hier ist die Prophylaxe die Hauptsache. Die Haut der Hände kann durch Ein-tauchen in 20% Methylalkohol gehärtet werden; das Gesicht ist mit Zinkpuder einzupudern.

Bei eingetretener Hautschädigung ist Waschen mit warmer Milch, Einfetten mit Desitin (Zinc. oxydat., Lanolinöl, Ricini aa) geboten. Gesichtsdampfbäder und Einpackungen mit feuchten Tüchern geben Linderung. Nasenreizung wird durch Paraffin-liquidum und Konjunktivitis mit Sol. argent. colloidal bekämpft.

Ursolasthma: Man gebe Kalziumchlorid innerlich und intravenös.

Ultrarotstar: Prophylaktisch lasse man Eisenoxydulgläser tragen.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend nummeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), 136., Heft 3, Juni 1929.

3127. Der Einfluß des männlichen Sexualhormons auf weibliche Generationsorgane und Gestationsvorgänge. (Hormonale Sterilisierung und Unterbrechung der Gravidität beim weiblichen Tier.) W. Reiprich.
Das sekretorische Verhalten des Hypophysenhinterlappens unter dem Einfluß der Keimdrüsentätigkeit im weiblichen Organismus. Siegert.
Ueber die Gestationsdyskolloidität des Blutplasmas und ihre Ausgleichung durch Natriumthiosulfat. G. Trapl.

3130. Ovarialfunktion und Lipoidhaushalt. II. Mitteilung: Die Beziehungen zwischen Lecithinhaushalt und Ovarialfunktion. C. Kaufmann und O. Mühlbock.
Histotopochemische Untersuchungen an der Plazenta mit Hilfe der Schnittverfärbung. O. Schultz-Brauns und L. Schönholz.

3099. Die operative Behandlung des Genitalprolapses. H. Porges und E. Zimmer.
3131. Histologische Studien zur Frage der sympathikotropen Zellen (L. Berger) bzw. der Hiluszellen des Ovariums. H. O. Neumann.

3030. Spontanpneumothorax in der Schwangerschaft. A. Szenes.
Zur Kenntnis seltener Blastome des weiblichen Genitales. J. Richter.
3017. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Ovariumhypernephrome. A. W. Hochloff.

3152. Die röntgenologische Messung des Beckens durch frontale Sitzaufnahme, zugleich ein Versuch der Messung des kindlichen Kopfes. W. Bickenbach.

Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderh.), 87., Heft 4, 1929.

3095. Beiträge zur Pathologie der Pneumonie im Säuglingsalter. P. Hein und G. Erös.

3099. Beziehungen zwischen Niere und Gesamtorganismus. K. Stoltz.
Langfristige Mineralstoffuntersuchungen an zwei gesunden Säuglingen bei mineralstoffreicher und mineralstoffarmer Kost. F. Boldt und C. Brahm.

Archiv für Ophthalmologie, Berlin, 121., Heft 4, 1929.

Zur Theorie der Brillen- und Vergrößerungsgläser. M. Sundquist.
2966. Ueber die Okulomotoriuslähmungen mit zyklischem Wechsel von Krampf- und Erschlaffungszuständen am gelähmten Auge. A. Bielschowsky.
Beitrag zur Kenntnis der exsudativen Netzhauterkrankungen. Fritz Zinsser.
Ein rechtsseitiger Mikrophthalmus und Kryptophthalmus congenitus vom Hunde. Hans Böhrer.

Zur Ätiologie des Keratokonus. A. Löwenstein.
Ueber Lysozymwirkung in normalen und pathologischen Augensekreten. V. Cavka und M. Prika.

Ueber den Horopter bei schiefer Betrachtung. Werner Herzau.
Kritisches und Experimentelles zur Theorie des Augendruckes und seiner Beziehungen zum intraokularen Blutdruck. Hermann Serr.

Archiv für Verdauungskrankheiten (Arch. Verdauungskr.), 45., Heft 3/4.

3121. Bindegewebsverdauung im Magen. Gläbner und Wittgenstein.
Beiträge zur Untersuchung der Sekretionstätigkeit der Magendrüse. Orłowski.

3118. Die Hämatoporphyrinprobe in der Diagnostik okkultur Blutungen. Altmann und Kallner.

Die Atropin-Orthostatismus-Probe zum Studium des vegetativen Nervensystems in Fällen von Magen- und Duodenalgeschwüren. Danielopolu, Simici und Dimitriu.

Beitrag zur Bestimmung der Fettsäure im Duodenalsaft an Hand von klinischen Untersuchungen. Karl Heinz Stauder.

Ein Beitrag zu den Untersuchungen über die sekretorische Magenfunktion mittels der dünnen Sonde und doppeltem Probefrühstück. Lesnik.

3122. Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der Fäzes und eine einfache Form ihrer Messung. Tilger.

3148. Beobachtungen über die Anwendung der Diathermie bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals. Lurje.

3113a. Das Strychnin in der Behandlung der Magengeschwüre. Kogan.

3113b. Ueber den Einfluß subkutaner Dauergaben von Strychnin auf die Magen-funktion. Beobachtungen bei Dauersondierungen. Kogan.

Ueber die Säurewerte des Magens bei Cholezystopathia. Adolf Ohly.
Experimentelle Cholezystopathien und die sekretorische Funktion des Magens. Badykes.

Beiträge zum Studium über die Bedeutung der Blutdrüsen für den Verdauungstrakt. Die Wirkung von Adrenalin und Insulin auf die Sekretion des Dünndarmsaftes. Schazillo.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 88., Nr. 26, 1929.

3111. Cignolin gegen Chrysarobin. Kromayer.
Ist das Cephalosporium asteroides griseum Grützli (Grütz 1925, Benedek) emend. 1927 mit dem Cephalosporium acremonium Corda 1839 identisch? T. Benedek.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 2.

Theorienbildung in der klinischen Medizin. Fr. Kraus.
Zur Psychotherapie. v. Bergmann.
Der heutige Stand der Ätiologie und Klinik der Grippe. Paul Kransse.

Klimauntersuchungen an der holländischen Küste. Otto Kestner.

3129. Außergewöhnliche Insulinschädigungen des Kreislaufes und ihre Folgen. M. den Kohlehydratstoffwechsel. Reinwein.

3077. Ueber Extrasystolie. Heinrich Rosin.

3120. Magensekretion und Magendiagnose. M. Ehrenreich.

3078. Gastritis und konstitutionelle Innervations- und Zirkulationsstörungen. H. Eggers.

Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatz. G. E. Kojetzky.

3093. Ueber das erste Anlegen Neugeborener. W. Reiprich.
Ueber die Lokalisation des Kuhpockenvirus im Blute von mit Pockenlymphe infizierten Meerschweinchen. Hackental.

Paranephritischer Abszeß. Hans Curschmann.

Frost am Oberschenkel. P. Zadik.

Zur Behandlung der Erkrankungen der Prostata bei Kindern und Virgines. Ernst Leibholz.

Der „Gummischlauchverband“, eine Modifikation zur besseren Pfenchhaltung von Verbänden. Ulrich Saalfeld.

3115. Die klinische Bedeutung der Blutkörperchensenkungsreaktion. Robert Gantenberg.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 24.

2971. Gibt es eine echte aktive Immunität bei Syphilis? W. Kollé und R. Prigge.

2973. Aktive Kohle (Supra-Norit) als Adsorbens für Bakterientoxine und Endotoxine. L. K. Wolff.

Ueber die Behandlung der habituellen Obstipation. Ernst Rose.

Physikalisch-chemische Untersuchungen über „Siderac“.

Ueber die Wirkung der äußeren Anwendung von Wärme und Kälte auf die Sekretionstätigkeit der Verdauungsorgane. Ernst Friedrich Müller und Rose Hölscher.

3114. Ueber die Beeinflussung des Organismus durch intensive Hitzeanwendung (Paraffin). Alfred Fürstenberg und Ernst Hoffstaedt.

3022. Zur Klinik und Pathologie der primären Hauttuberkulose. Otto Dittrich.

3046. Ueber Ekzem und Dermatitis. A. Philippson.

3025. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen eines fremdartigen Eiweißkörpers in der Plazenta bei Eklampsie und bei Schwangerschaftstoxikose. Ernst Schwarzkopf und Hermann Sievers.

37. „Klimatisches Fieber“ mit Milztumor. C. M. Hasselmann. Gynäkologie. H. Runge.
36. Heilung kleiner Blasen fisteln mittels intravesikaler Elektrokoagulation. Karl Hellmuth.
Klinische Erfahrungen mit dem weiblichen Sexualhormon „Hogival“. Otto Herschan.
Urethritis simplex nach Diathermie. Walter Joseph.
Die habituelle Obstipation. Walter Zweig.
Immunbiologie. Felix Klopstock.

- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 216., 1/2. Heft.
38. Ueber die Behandlung schwerster Trigeminusneuralgien. E. Heymann.
Erfahrungen mit Lachgasnarkosen. A. Schüppel.
33. Meine Erfahrungen bei 100 Aetheröl-Rektalnarkosen. Fritz Lemperg.
35. Gasbrand und Friedensverletzungen. M. Siebner.
Bakteriologische Befunde bei Gallenblasenoperationen. H. Kliewe und G. Rose.
Ueber Leberzellveränderungen, die mit der Zerstörung organischen Eiweißes zusammenhängen. V. Chiron und S. Scandurra.
Zur Methodik der Bestimmung der Pankreasdiastase im Urin. Johs. Baumann.
Zur Frage der Milzexstirpation bei der Gruppe der Purpura. Landow.
Zur Kasuistik der Magenmyome. Hugo Picard.
Zur Benennung der durch den Hiatus oesophageus hindurchtretenden wahren Zwerchfellhernien. Kurt G. Stenzel.
Tetanusfall nach einer Fußverbrennung. W. J. Matschau.

- Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 5, 1929.
Ueber den Genius epidemicus. Grabert.
Ueber die epidemische Lage 1928. Mezger.
1. Weshalb wirkt Jod beim Morbus Basedow? Puttkammer.

- Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 6, 1929.
Zum 1000jährigen Jubiläum der Stadt Meissen.
1. Die Frühformen der Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre Behandlung. Dermitzel.
Die Behandlung des beginnenden Altersstarrs. Weiß.

- Deutsches Archiv für klinische Medizin (D. Arch. kl. Med.), Leipzig, 161., 3/4. Heft, 1929.
Zur feineren Diagnostik der Leber- und Gallenwegeerkrankungen. A. Adler und B. zu Jedelloh.
4. Idiopathische Oesophagusdilatation und ihre Pathogenese, mit besonderer Rücksicht auf den Funktionszustand des vegetativen Nervensystems. Chicchio Tamila.
0. Verminderte Salzsäureabscheidung des Magens bei Diabetes mellitus. Ernst Wiechmann und Jul. Elzas.
Ausbreiten von Zucker im Harn durch Insulininjektion. Ernst Wiechmann.
4. Die Zunahme der Thrombosen und Embolien in den letzten Jahren und das Auftreten von Spontanthrombosen. Bernhard Singer.
Die klinische Bedeutung der Enterokokken im Magendarmkanal. M. Gundel und F. Seeber.
Die spezifisch-dynamische Wirkung der Kohlehydrate beim Menschen unter verschiedenen Ernährungsbedingungen (Habilitationsschrift). Hanns Baur.
Ueber Gallenfarbstoffbildung. A. V. Czike.
Ueber mechanische Zerkleinerung der Speisen im Verdauungskanal des Menschen. Wilh. Heupke.

- Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 4., Heft 1, 1929.
6. Hypophysenvorderlappenwirkung auf das strahlengeschädigte Ovarium. A. Walter.
3. Ueber einen Fall von Thyreohypoplasie. L. H. Vryman.
Der endokrine Mechanismus des Fiebers und der Wärmeregulation. W. Cramer.
Hippokrates, Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin. Stuttgart, 1. Jahrg., Heft 6, 1929.
Natura sanat, medicus curat. Brunner.
Die Aspirationsstheorie der Blutbewegung. Homberger.
4. Die Krise in der Geburtshilfe. Bauer.
Psychoanalyse und Philosophie. Müller-Braunschweig.

- Handbuch für Kinderheilkunde (Jahrb. Kinderhik.), 73., Heft 5/6, April 1929.
6. Ueber Enzephalitis im Verlaufe kindlicher Infektionskrankheiten. Reimold und Schädlich.
6. Lungeninfarkte bei Kindern. Schadow.
7. Das Chvostekische Phänomen. van der Elst.
4. Ueber Masernschutzimpfung. Knauer.
0. Nephrose und Tetanie. Klinké.
4. Der organische Säuregehalt des Blutserums gesunder und kranker Kinder. Cságo.
Bewegung des Säuglings und Säuglingsgymnastik. Schoedel.
8. Erfolge mit der Hippokrates-Bierschen Brennmethode im Kindesalter. Wolff.
6. Der Zahnwechsel als ein Entwicklungsmerkmal. Jonoff.
Zur Frage über die Wasserstoffionenkonzentration des Speichels bei Schülern der ersten Stufe. Jonoff und Tschetunoff.

- Deutsche Monatsblätter für Augenheilkunde. (Klin. Monatsbl. Augenhik.), Stuttgart, 82., März 1929.
5. Ist beim Aderhautsarkom die Enucleatio bulbi oder die Exenteratio orbitae anzuraten? R. Seefelder.
Ueber die Verwendung von Kontaktgläsern bei irregulärem Astigmatismus und hoher Ametropie. A. Deutsch.
Untersuchungen über die Giftwirkung des Trichloräthylens, besonders auf das Auge. H. Meyer.
Ueber die Verlagerung der Netzhaut in die Papille bei Glaukom. Y. Koyanagi.
Ein Beitrag zur Skleroperikeratitis progressiva (v. Szily). F. Ishikawa.

- Zur Frage der Retinitis nephritica. Bemerkungen zum gleichnamigen Aufsatz von R. Häussen. E. Horniker.
2967. Irisveränderungen bei Tabes. S. A. Kaminskaja-Pawlowa.
2962. Zur Behandlung von Hornhauterkrankungen mit ultraviolettem Lichte. H. Gasteiger.
Gehäuftes Auftreten von Neuritis nervi optici als schnell vorübergehende Erkrankung bei und nach der Grippe. K. Sabatzky.
Schwerste Verätzungen. O. Thies.
Zur Behandlung des Entropium spasticum. F. Meyer-Waldeck.
Die Irisblende für Schwachsichtige. H. Flaschenträger.
Drei Fälle von Entropium spasticum nach Tarsektomia totalis des Oberlides durch Homoplastica tarsi geheilt. N. Shimkin.
Ueber die menschliche Refraktionskurve. A. Betsch.
Die senile Linsenkapseldestruktion. E. Kraupa.
Konkavlupe als optisches Hilfsmittel bei Retinitis pigmentosa. H. Rönne.
Blutnarkose in der Augenheilkunde. Segelken.
Zur Platinchlorid-Tätowage. E. Kübler.

- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 23.
Ueber das anatomische Substrat des apoplektischen Insults. Carl Böhmé.
Wesen und Mechanismus der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion. Bettmann.
3123. Zur spezifisch-dynamischen Wirkung der Leber. R. Nothhaas und J. Mulzer.
Ueber die Zusammensetzung des melanotischen Pigmentes. F. Schaaf.
Nebenschilddrüsenhormon und Kalkstoffwechsel. Martin Nothmann.
Einfluß von Schilddrüse und Pankreas auf den Kohlehydratumsatz der Leber. Rudolf Siegel.
3069. Achylische Chloranämie. P. Kaznelson, F. Reimann und W. Weiner.
Ein Beitrag zum Zusammenhang zwischen Wundheilung und Säurebasengleichgewicht. Heinz Kalk.
Zwei Fälle von mutmaßlich zur AB-Gruppe gehörigen Erwachsenen mit nicht nachweisbarem A-Rezeptor. Oluf Thomsen.
3079. Untersuchungen über die Funktionen des Magens bei Herz- und Nierenkrankheiten. J. Fliederbaum und N. Pianko.
Ueber Herstellung und Auswertung des Staphylokokkenserums. Hans Groß.
Die M. K. R. als Mikro- und Schnellreaktion. Ernst Meinicke.
Elektrophysiologische Untersuchungen an der gesunden und erkrankten Haut. Die Bedeutung des Konzentrationseffektes. Philipp Keller.
3116. Ueber affektiv-somatische Veränderungen. II. Mitteilung: Die Affektleukozytose. Erich Wittkower.
Ueber einen Fall von Polyzythämie mit verminderter Gesamtblutmenge. Karl Hitzengerber und Fritz Tuchfeld.
Das genito-rektale Syndrom. M. N. Roegholt.
Genuine Epilepsie und Hirnprozeß. W. Scholz.

- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 24.
Das Exsikkoseproblem. E. Schiff.
3124. Ueber die rhythmische Funktion der Leber und ihre Bedeutung für den Kohlehydratstoffwechsel bei Diabetes und für die Insulinbehandlung. Erik Forsgren.
Beitrag zur Kenntnis der Ionenzusammensetzung des Mageninhaltes. E. Schairer.
Untersuchungen über die Wirkung einiger Peristaltik anregender Mittel. Theodor Brunner und W. Weigand.
Zur Kritik der „interferometrischen Methode“ zum Studium der Abwehrfermente. Arnulf Streck.
Die arterielle Enzephalographie als Methode zur Lokalisierung von Hirntumoren. Egas Moniz.
Untersuchungen über die Beziehungen des Thalliums zum Lipoidstoffwechsel und zum Gewebe. A. Buschke und Andreas Markus.
3094. Bedeutung des lymphozytogenen Gewebes (Thymus, Milz, Lymphknoten) für die Pathogenese der Säuglingsspasmophilie. A. Nitschke.
3149. Eine neuere Strahlenbehandlung der Magengeschwüre. Erwin Kolta und Beatrix Dunay.
Zur Kropfprophylaxe. Alexander Rosenblüth.
Zur Pathogenese der essentiellen Hypertonie. W. Raab.
Pharmakologische Beeinflussung der Kapillardurchlässigkeit. A. Longe.
3145. Die Röntgentherapie der Basedowkrankheit und ihre Gefahren. H. Raim.

- Die Krankenversicherung, Berlin, 11., 1929.
3142. Die Verdiensthöhe als Versicherungsgrenze. v. Frankenberg.
Änderungen in der Wochenhilfe.

- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 22, 1929.
Ueber Hämaturie ohne Lokalsymptome. Felix Hagen.
Ueber die tropho-statische Osteoarthritis der Lumbosakralgegend. Robert Kienböck.
2963. Keratokonius. P. A. Jaensch.
Das Magen- und Duodenalgeschwür. Julius Tauber.
3141. Zur Schädeltympanie bei Hirntumoren. Alexander Rikl.
3088. Zur Frage der perihilären Verdichtungsprozesse. G. Kopstein.
3083. Blutdrucksenkung als Frühsymptom eines inneren Karzinoms. Fritz Rosenfeld.
Ueber einen freien Gelenkkörper des oberen Sprunggelenkes. Schulte-Tenckhoff.
Enterokokkensepsis unter dem Bilde der Endocarditis lenta. Georg Tidow.
2972. Ueber die Brauchbarkeit eines wässrigen karbolisierten Pallidaantigens für die serologische Syphilisdiagnose. 2. Mitteilung. W. Gaetgens und A. Otto.
Dringliche Therapie in der inneren Medizin. Werner David.
Zur Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Schoeps.
Ueber das Schlafmittel Neodorm. Hans Hlisnikowski.
Elektroden für Finger- und Penis-Diathermie. F. Halla.
Dienstabseidigung für ein Herzleiden angenommen. v. Schnlzer.
Neuere laryngologisch-rhinologische Literatur. Sammelreferat. Haenlein.
Aerztliche Beobachtungen und Erfahrungen gelegentlich einer Aegyptenreise. Arno Ed. Lampé.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 22, 1929.

3117. Die Möglichkeit einer Aenderung der menschlichen isoagglutinatorischen Blutgruppen. Oluf Thomsen.
Tubenprüfung. Martin Jung.
3060. Scharlachprobleme. Hellmuth Mommsen.
Angina pectoris und ihre Behandlung. Franz Schlödtmann.
Filterung des Auges vor schädigenden ultravioletten Strahlen. Trendtel.
Papillome des Kehlkopfes. M. Staemmler.
Novoprotin zur Ekzembehandlung. W. Sobiraj.
Neuartige Wundbehandlung. Karl Manger.
Rheuma-Sensit. Ein neues Einreibungsmittel bei rheumatischen und neurologischen Erkrankungen. Hühnerfeld.
Die Feuergefahr der Röntgenfilme in Krankenanstalten. Ostermann.
Auftragslose Arztstätigkeit. Alfred Sachs.
Hygienische Volksbelehrung als Problem der Hygiene und des Aerztestandes. Martin Vogel.
Skelettrekonstruktion eines Neandertaler-Menschen. Hans Weinert.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir.), Jena, 41., Heft 3.

3085. Die Bewegung der Thrombosen und Embollen in den Nachkriegsjahren und ihre Ursachen. Johannes Kurt Kuhn.
2990. Ueber chronische Osteomyelitis der Wirbelsäule und des Kreuzbeines. Paul Radt.
3086. Zur Frage der endokrinen Arthritiden. (Eunuchoidismus und Morbus Bechterewi.) Jakob Ratner.
3132. Ueber den paralytischen Ileus. Ernst Friedrich Müller.
3133. Zur Kenntnis des spastischen Ileus. K. Henle.
3055. Ueber Steinbildungen in den Harnwegen bei Ochronose (Lithiasis ochronotica). O. Bauer.
2977. Beiträge zur Zankreaschirurgie. Emil Just.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mtschr. Geburtsh. Gynäk.), Berlin, LXXXI., Heft 6, April 1929.

- Zur Wertigkeitsfrage einiger biochemischer Blutreaktionen und der Blutformelablenkung zur Feststellung einer stattgehabten Extrauterin gravidität. G. Feyertag.
3048. Ueber Beziehungen über Psoriasis und Ovarialfunktion. E. Vogt.
3036. Zur Frage über die Skopoamin-Morphium-Aethernarkose. N. N. Ssergejew.
3024. Ueber die Ergebnisse der Alexander-Adamsschen Operation. P. Garfunkel.
Ein Myom als Ursache einer Fetalmiobildung. H. Hofstötter.
Kasuistischer Beitrag zu den Mißbildungen des Zwerchfelles und der Thoraxwand. P. Kammerhuber.
Zur Wirkung des weiblichen Sexualhormons Menformon, insbesondere auf die Mamma. K. Ebhardt.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Mtschr. Geburtsh. Gynäk.), Berlin, LXXXII., Heft 1/2, Mai 1929.

2028. Hypophyse und weibliches Genitale. Hypophyse und Schwangerschaft. G. A. Wagner.
Beitrag zur Wirkung der Vitamine auf die Funktion der Ovarien im Tierexperiment. K. Adler und E. Böltink.
3031. Ueber das gesteigerte Wachstum der Nägel in der Schwangerschaft. J. Halban und Z. Spitzer.
Zur Kenntnis der mütterlichen traumatischen Entbindungslähmung. H. Rummel.
3038. Das Geburtstrauma und seine Bedeutung in der Geburtshilfe. J. Vögel.
3005. Uterusblutungen in der Menopause. W. Lahm.
„Unden“ bei der Aufzucht von Frühgeburten. E. Martin.
Erleichterung der Myomoperation von unten und oben. H. Sellheim.
3034. Abdominale und vaginale Operationsmethoden in der Geburtshilfe und Gynäkologie. L. Fraenkel.
Die bakterizide Kraft im Blute des Neugeborenen. M. Gutmann.

Monatsschrift für Kinderheilkunde (Mtschr. Kinderh.), 43., Heft 3, Mai 1929.

- Ueber kongenitale Infektionen. Stransky.
3097. Zur Frage der konservativen Therapie der Pneumokokken-Empyeme im frühen Kindesalter. Grosser.
Diagnostische Irrtümer bei Lungenerkrankungen im Kindesalter. Ewe.
Paranephritischer Abszeß. Laband.
Ueber primäre Tonsillarphthase. Drösler.
Ueber angeborene Erweiterungen der oberen Harnwege. Spitzer.
Malariabehandlung der kongenital-luetischen Kinder jenseits des Säuglingsalters. Weitz.
Akute rote Leberatrophie beim Kinde. Matzdorff.

Monatsschrift für Kinderheilkunde (Mtschr. Kinderh.), 43., Heft 4, Mai 1929.

- Das Hirschsprungsche Syndrom als erste Erscheinung angeborenen Myxödems, ferner einige Bemerkungen über die Ursache des Megacolon idiopathicum. Schippers.
Säuglingssterblichkeit, Geburtenhäufigkeit und Stammesangehörigkeit in Bayern. Oettl.
Ueber Streptokokkenbefunde im Rachen von Kindern. Herzberg.
Der Vakatsauerstoff bei der experimentellen Exsikkose. Fucuyama.
Zum Problem der lipoidzelligen Spleno-hepatomegalie. Schmitz u. Thoenes.

Strahlentherapie, Berlin und Wien, 32., Heft 2, April 1929.

3143. Weitere Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. I. Der Mongoloidismus. W. v. Wieser.
Zur Frage der doppelseitigen Röntgenkastration. O. Gragert.
Zur Frage der einseitigen Röntgenkastration. R. Hubert.
Statistische Untersuchungen über die Hauttuberkulose. W. Albert.
Zur Frage der Wachstumsstörungen bei röntgenbestrahlten Knochen- und Gelenktuberkulosen. H. Hueck, W. Spieß.
3146. Ergebnisse der Anwendung der X-Strahlen bei Polycythaemia rubra. E. D. Dubowy.
Zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen mit Röntgenstrahlen in kleinen Dosen. J. Liebersohn.

Die Ultravioletttherapie in der Oto-Rhino-Laryngologie. A. J. Cemach.
Quantitative Messungen im sichtbaren und ultravioletten Absorptionsspektrum des Blutes und seiner Bestandteile. R. Suhrmann, W. Kollath, B. Leichtenritt.

Stromspannungscharakteristiken und Ermüdungsercheinungen bei argon gefüllten Kadmiumzellen. K. Böttner.
Ueber die Absorption des Trypaflavins in ihrer Beziehung zur photobiologischen Sensibilisation. W. Hausmann, O. Krümpel.

Strahlentherapie, Berlin und Wien, 32., Heft 3, Mai 1929.

3157. Zur Strahlenbehandlung des Gebärmutterhalskrebses. Paul Straßmann.
3154. Die relative Bedeutung der Ursachen für den Erfolg oder das Fehlschlagen bei der Radiotherapie der Kollumepitheliome. A. Lacassagne.
Die Tätigkeit der „Radiologischen Kommission“ des Völkerbundes. F. Voltz.
3158. Krebsbiologie und Bestrahlung. F. C. Wood.
3153. Unsere Erfahrungen mit der Schwachbestrahlung der Eierstöcke. M. Bolaffio, R. Bompiani.
3150. Versuch einer Beeinflussung des Ulkusleidens mittels Grenzstrahlen. W. Oertz.
Die Röntgenbestrahlung des Asthma bronchiale durch Milzbestrahlung. L. Holst, D. Kaplunowa.
Ueber Wachstumsschädigungen nach therapeutischer Röntgenbestrahlung. A. Beck.
Zur Frage der Reaktionsverschiebung in röntgenbestrahlten Geweben. M. A. Magath.
Zur Physik der Fingerhutkammer. R. Braun, H. Küstner.
Messungen mit der Kugelfunktenstrecke. W. Schmitz, O. Rienhoff.
Der mikroenergetische Strahler. J. Markl.
Ueber die Eigenschaften und den Gebrauch der Ultraviolettglühlampe. A. Rüttenauer.
Internationale Richtlinien für Sicherheitsmaßnahmen in Röntgen- und Radiumbetrieben.
Therapeutische Mitteilung. H. Bach.
Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen und der Radiumgammastrahlen auf die Gefäße und ihre Rolle bei der Rückbildung der Krebse. A. Lacassagne.

Wiener klinische Wochenschrift (W. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 23, 1929.

3075. Spasmen des Oesophagus und der Kardia. Pal.
Die Lehren der serologischen Arbeitskonferenz des Völkerbundes in Kopenhagen 1928. Müller.
Deckung komplizierter oder besonders großer Ventralhernien. Demmer.
Ueber die Qualitäten der Nebengeräusche. Winkler.
2986. Zur Behandlung akut entzündlicher chirurgischer Erkrankungen mit Bakterienfiltraten. Pick.
Die Theorie der statisch-dynamischen Dekompensation, Senkrumpf und Platttrumpf. Jungmann.
Chirurgische Beobachtungen beim Denguefieber. Kokoris.
Zur diätetischen Therapie des Diabetes. Bauer.
Die Bedeutung des Blutbildes für den praktischen Arzt. Spengler.

Wiener klinische Wochenschrift (W. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 24, 1929.

- 50 Jahre Zystoskopie. Blum.
Untersuchungen über das Vorhandensein von Pankreasfermenten in der Galle. Popper.
Psychologische Kontrolle der Heilwirkung der Malariafieberbehandlung bei progressiver Paralyse. W. Kaufman.
2988. Zur Behandlung des Hydrozephalus. Schönbauer und Hutter.
Die Theorie der statisch-dynamischen Dekompensation, Senkrumpf und Platttrumpf. Jungmann.
Beiträge zur spezifischen Empfindlichkeit der Müllerschen Ballungsreaktion. Zoltschan.
Das Ikterusproblem unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens des Bilirubins. Weltmann.
Technik des Katheterismus und der Blasenspülung. Hryntschak.

Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenh.), Berlin, Mai 1929.

2968. Die Diagnostik des inflammatorischen Exophthalmus bei akuten Infektionskrankheiten. H. Rönne.
Kasuistik der Korektomie. U. C. Mussabelli.
2964. Ueber das Auftreten persistierender Deszemetozelen. E. Schindler.
Zur Verwendung von Fascia lata am Auge. O. Reimers.
In vivo nachgewiesene verkalkte Linse. H. Meves.
Ueber den Fortschritt in der Ophthalmologie und ihre künftigen Errungenschaften. S. S. Golowin.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Z. Geburtsh. Gynäk.), 94., Heft 3.

- Experimentelle Untersuchungen über die gegenseitigen Beziehungen von Nebennieren und Keimdrüsen. F. Siebert.
Experimentelle Untersuchungen über die chemische Ausschaltung des Sympathikus. E. Vogt.
3029. Nierenfunktion in der Schwangerschaft und im Wochenbett. H. Kammer.
3057. Ueber den Vorfall der Harnröhre bei der Frau. H. Säuerlin.
Zerstückelung und Auskeimung der Myome als Erleichterung der Operation von oben. H. Sellheim.
Ueber einen Fall von Leiomyom des Ovariums. Albert Bär.
3014. Ein Beitrag zur Frage der Teer- und Schokoladenzysten der Ovarien. F. Isbruch.
3045. Zur Geschichte der manuellen Dehnung des Muttermundes während der Geburt. Albert W. Bauer.
3041. Sectio caesarea in mortua et in moribunda. H. O. Neumann.
3010. Beiträge zur klinischen Bedeutung der Gebärmutterfibrome. A. v. Fekete.
3012. Ein Fall von Chorionepithelioma malignum. J. Granzow.
3109. Vigantol und ultrafiltrables Kalzium, nebst einigen vorläufigen kasuistischen Mitteilungen über Vigantolanwendung in der Gynäkologie. M. Rodecant.
Zur Pathogenese des Icterus neonatorum. W. G. Schultz.
3010. Ueber die Zystenbildungen im Gebiet des weiblichen Genitaltraktes. E. v. Zalewski.

Varix der Nabelschnur, mit Bericht über einen Fall. Fred L. Adair und Robert E. McDonald.

3053. Die Behandlung des Fluors. Franklin L. Payne.
 3309. Die Behandlung der Uterusmyome. Floyd E. Keene und Frank B. Block.
 3155. Resultate der Röntgenstrahlentherapie bei Myomen und anderen nichtmalignen Erkrankungen des Uterus. George M. Laws.
 Kaiserschnitt nach Fritsch mit einem Bericht über 60 aufeinanderfolgende Fälle ohne Mortalität. Julius Niernack.
 Wochenbettmorbidity am Greenpoint-Hospital. David Kupferstein.
 3006. Regurgitation des Menstrualblutes von einem doppelten Uterus infolge kongenitaler Atresie. Edward Allen.
 Weitere Vereinfachung der Tubendurchblasung. Adolph Jacoby.
 Ein verbesserter Analschild. Lloyd A. Campbell.
 Ein neues geburtshilfliches Bett. A. C. Williamson.

- The American Journal of Surgery (Amer. J. Surg.), New York, 6., Nr. 4, 1929.
 Im Notfall passendes Blut zu finden, es zu gruppieren und zu transfundieren. R. A. Cutting.
 Eingewachsener Zehennagel. Henry F. Graham.
 Ambulante Behandlung der Endozervicitis. Harvey Burleson Matthews.
 Warzen, Naevie und Hühneraugen. Howard Fox.
 3047. Hautkrebs. Alfred Potter.
 Analissur und thrombosierte Hämorrhoiden. Frank C. Yeomans.
 Fixierender Heftpflasterverband. Arthur Krida.
 Prothorakotomie, eine kurze Anleitung über ihre Indikation, Technik und Anwendung. Ralph F. Harloe.
 Inkarzerierte Hernie. Frank D. Jennings.
 Oertliche chirurgische Behandlung der Gesichtsinfectionen. Edward M. Foote.
 Operative Behandlung der versteiften großen Zehe. G. Percival Mills.
 Quetschungen und Abschürfungen. John J. Moorhead.
 Behandlung der Verletzungen des Brustkorbes. Ralph Boerne Bettman.
 Beschneidung (Zirkumzision). Clarence G. Bandler.
 Die Behandlung der Furunkel und Karbunkel. George Clinton Andrews.
 Lähmung des Rückens. Frank R. Ober.
 Täglich vorkommende Augenverletzungen. C. W. Rutherford.
 Die Bedeutung der entzündlichen Reaktion für die Chirurgie. Claus Burkart Strauch.
 Pruritus ani. J. F. Montague.
 2983. Die Injektionsbehandlung der Varizen und Unterschenkelgeschwüre. I. S. Tunick, S. Dubin und A. Schmier.
 Pariser Pflasterverband. Martin W. Ware.
 Fußgaugran. Heinrich F. Wolf.
 Knorpelverletzungen. Willis W. Lasher.
 Fingerfrakturen. E. I. Eliason.
 2982. Das karbolisierte Skalpell. A. L. Soresi.
 2980. Verhinderung des postoperativen Ileus durch Splinkterdehnung. A. I. Soresi.
 Perianale und perirektale Eiterungen. Martin L. Bodkin.
 Fremdkörper in Ohr und Nase. George L. Richards.
 Die gewöhnlichsten Verrenkungen. Kellogg Speed.
 2984. Ueber die rationale Behandlung von Brandwunden. Edward P. Dunn.
 Verstauchungen und Verletzungen der Finger und Zehen. Hugh A. Thompson.
 Oertliche Behandlung und chirurgische Diathermieanwendung bei Weißfuß. Kemp. P. Neal.
 Der Druckverband. Hubert A. Royster.
 Katheterisation beim männlichen Geschlecht. E. King Morgan.
 Infektion der Hand. Cyril A. Raison.
 Paronychie und eitrige Fingerentzündung. Jefferson Browder.
 Mastitis. Southgate Leigh.
 Nichtoperative Eingriffe in der Urologie. Ralph L. Dourmaschkin.
 Epitheliome der Extremitäten. Robert F. Perez.
 Sofortige Behandlung von Betriebsunfällen. Harry C. W. S. de Bruin.
 Ein neues Instrument zum Anlegen und Entfernen von Wundklammern. William Lee Secor.
 Dermoidzysten. Peter J. Dulligan.

- Archives of Pediatrics (Arch. of Ped.), New York, 66., Nr. 6, 1929.
 2978. Blinddarmentzündung im Kindesalter. Charles E. Farr.
 3101. Idiopathische oder hypoparathyreoidale Tetanie im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung von sicheren psychischen Erscheinungen. W. Ray Shannon.
 3103. Die klinische Bedeutung des Wasserstoffwechsels im Kindesalter. Hyman Goldstein.
 3105. Tabellen des Durchschnitts- und Höchstgewichtes im Verhältnis zur Länge. William R. P. Emerson und Franc A. Manny.
 3102. Hyperemesis Hiemis oder Winterbrechdurchfall. John Zahorsky.

- The Journal of experimental medicine (J. of exper. Med.), New York, 49., Nr. 1, 1. Januar 1929.
 Ueber die Filtration des Virus der Herpesenzephalitis und der Vakzine. H. K. Ward und Fei-Fang-Tung.
 Eine chemische und pathologische Untersuchung über die Wirkung des Kupfers auf die Leber. F. B. Flinn und W. C. von Glahn.
 Asthmastudien. VII. Die Lungenzirkulation beim Meerschweinchen während des anaphylaktischen Schocks. St. Went und C. K. Drinker.
 Ueber Ueberempfindlichkeit gegenüber Diptheriebazillen. I. Eine unmittelbare Hautreaktion, die passiv übertragen werden kann. J. M. Neill und W. J. Flemming.
 Die keimtötende und hämolytische Wirkung von α -Bromseifen. A. H. Eggerth.
 Ueber Hühnerparalyse (Neurolymphatosis gallinarum). I. Klinisches Bild und Pathologie. A. M. Pappenheimer, L. C. Dunn und S. M. Seidlin.
 Kalk und anorganischer Phosphor im Blut von Kaninchen. IV. Einfluß von Lichtumgebung auf normale Kaninchen. W. H. Brown.
 Ueber die sensitivierenden Eigenschaften des Bakteriophagen. C. W. Jungeblut und E. W. Schultz.
 Ueber Kalk- und Phosphorstoffwechsel. V. Ueber die Knochenbälkchen als jederzeit bereite Reserve von Kalk. W. Bauer, J. C. Aub, F. Allright.

- The Journal of experimental medicine (J. of exper. Med.), New York, 48., Nr. 2, 1. Februar 1929.
 Die chemische Natur der Stoffe für die Zellvermehrung. II. Wirkung von Glutathion, Hämoglobin und Asche der Leber auf das Fibroblastenwachstum. L. E. Baker.
 Ueber immunologische Beziehungen zwischen den Pneumokokken. II. Beziehungen zwischen einer Abart von Saccharomyces cerevisiae und Typ II des Diplococcus pneumoniae. J. Y. Sugg und J. M. Neill.
 Experimentalstudie der Aetiologie des Hühnersarkoms (Rous). W. E. Oye und J. H. Mueller.
 Blutregeneration bei schwerer Anämie. XIV. Ueber die Wirksamkeit einer Leberfraktion allein und in Kombination mit der ganzen Leber, Leberasche und frischer Galle. F. S. Robscheit Robbins, G. H. Whipple.
 Ueber das Submaxillärvirus des Meerschweinchens. Die Wirkung der Duktusligatur und Pilokarpingabe auf die Zellreaktion gegenüber dem Virus. G. H. Scott.
 Die Umwandlung von R- in S-Pneumokokken. H. A. Reimann.
 Anaphylaxie mit artspezifischen Kohlehydraten des Pneumokokkus. O. P. T. Avery und W. S. Tillett.
 Ueber Pneumokokkenautolyse. W. F. Goebel und O. T. Avery.
 Biometrie von Kalk, Phosphor, Cholesterin und Lipoidphosphor im Kaninchenblut. II. Wiederholte Beobachtungen am gesunden Tier. A. R. Harnes.
 Beziehungen zwischen Frequenz und physiologischem Effekt ultravioletter Frequenzströme. R. V. Christie und A. L. Loomis.
 Material von Lymphknoten. IV. Die Heterologie des Lymphgewebes, mit besonderer Berücksichtigung auf die Monozyten.
 Supravitalstudien. C. F. Forkner.

- The Journal of experimental medicine (J. of exper. Med.), New York, 49., Nr. 3, 1. März 1929.
 Lymphgewebstudien. III. Experimentelluntersuchungen über Beziehungen zwischen lymphatischem Gewebe und Zahl der Lymphozyten im Blut bei subkutaner Infektion mit Staphylokokken. IV. Ueber die Wirkung intravenöser Injektion von toten Staphylokokken auf das Verhalten des lymphatischen Gewebes, der Thymus und des Gefäßbindegewebes. W. Ehrlich.
 Die Entwicklung der chronischen Nephritis beim Hund durch Urannitrat. Eine funktionelle und pathologische Studie mit Beobachtungen über die Urinbildung bei geschädigten Nieren. W. MacNider.
 Die funktionelle und pathologische Reaktion der Niere bei Hunden bei zweiter subkutaner Injektion von Urannitrat. W. MacNider.
 Azidose bei funktioneller Ischämie. P. Rous und D. R. Drury.
 Die Typentrennung unter den sogenannten „Gruppe IV“ Pneumokokken und die Bildung therapeutischen Antiserums bei diesen Typen. G. Cooper, M. Edwards, C. Rosenstein.
 Ueber Bakterienenzyme. VII. Laktase und Lipase des Kolibazillus. L. Lowenstein, W. L. Fleming und J. M. Neill.
 Die Art der Hyperglykämie bei anaphylaktischem Schock des Hundes. J. T. Zeckwer und J. E. Nadler.
 Die Toxizität des menschlichen Serums für Meerschweinchen. S. G. Rawsdell und J. Davidsohn.
 Ueber Oxydations-Reduktionseigenschaften steriler Bakterienmedien. R. Dubos.

- Surgery, Gynecology and Obstetrics (Surg., Gyn. and Obst.), Chicago, 48., Februar 1929.
 Dupuytren'sche Kontraktur. A. Kanavel, J. Koch, M. Mason.
 Primäres Karzinom der Lunge. B. Kirklin, R. Paterson, P. Vinson.
 Artifizielle Befruchtung auf dem Wege der Bursa ovarica beim Meerschweinchen. L. Kelly, Ch. Fulgham, Th. Goodwin, W. Todd.
 3013. Maligne und semimaligne Tumoren der Ovarien. H. C. Taylor.
 Endotheliom der Dura. A. Kolodny.
 Studie über die periphere arterielle Zirkulation bei Arteriosklerose und Gangrän. W. Emerson, St. Warren.
 Operative Behandlung der Hydatidenzysten der Leber. H. Dew.
 Eine einfache Technik zur Entfernung von Steinen aus der Pars pelvica des Ureters. D. Eisendrath.
 Eine einfache Technik der abdominalen Panhysterektomie. E. Richardson.
 Die Rôle posture bei der Geburt. J. Jarcho.
 Mesenterialdefekte. J. Judd.
 Hereditäre deformierende Chondrodysplasie. J. Farland.
 Phrenikektomie. R. B. Bettman.
 Behandlung der Verbrennung bei Kindern mit Acid. tannicum. A. Montgommery.
 Prolaps des Rektums bei Kindern. J. Corbett.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 28, 1929.
 Elektrotherapie bei Erkrankungen des Verdauungsapparates und seiner Anhangs. Jean Hollenfeltz.
 3140. Unsere Erfahrungen mit der Therapie der multiplen Sklerose. Jiri Vitek.
 Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 29, 1929.
 Magenulkus und Autohämotherapie. Maurice Cerf.
 Ein Fall von vorzeitiger Ablösung der normal inserierten Plazenta. Behandlung mittels konservativen Kaiserschnittes. M. Brouha und O. Gosselin.
 Klassischer Kaiserschnitt mit anschließender Myomektomie wegen Fibroma praevia. M. Brouha und O. Gosselin.
 3027. Eklampsie post partum. M. Brouha und O. Gosselin.
 Voluminöser Tumor abdominalis, vom Wolffschen Körper abstammend und vom Becken ausgehend. M. Brouha und O. Gosselin.
 Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 30, 1929.
 Ein Fall von Encephalitis epidemica. Henri Coppez.
 Behandlung und Prophylaxe der Pian im belgischen Kongogebiet. R. Van Nitsen.

- Wiederholte Schwangerschaftstoxikation. Henri Majos.
2995. Fraktur des Schulterblattkörpers. P. Lorthioir.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 31, 1929.
3089. Betrachtungen zur Antituberkulose-Impfung beim Menschen. R. Pla y Amengol.
- Revue d'Orthopédie, Paris, 15., Heft 6, 1928.
- Die Brüche der äußeren Oberarmknochen beim Kinde. Raphael Massart et J. Cabouat.
- Eine seltene Begleiterscheinung der Patellarfraktur; Verknöcherung des tiefen Schleimbeutels über der Patella. Rodolfo Redi.
- Os tibiale externum. Operiert wegen Schmerzen. André Treves.
2996. Ueber die funktionelle Anpassung bei veralteten vorderen Schulterluxationen. J.-J. Dessaint.
3004. Bericht über die 10. Jahresversammlung der französischen orthopädischen Gesellschaft vom Oktober 1928.
- Revue d'Orthopédie, Paris, 16., Heft 1, Januar 1929.
3000. 4 Fälle von eburnisierter Tibia (Marmorknochen). Froelich.
3002. Die Kahnbeinerkrankung im Fuß kann tuberkulöser Natur sein. G. Massabuan et L. Marchand.
- Angeborener teilweiser Femurdefekt; Coxa vara und pathologische Luxation der Hüfte. P. Feutalais.
- Luxation des äußeren Schlüsselbeines bei einem Kinde. Alain Mouchet.
- Ein Kullissengipsverband für schlecht eingestellte Hüften. Lucien Michel.
- Eine neue Methode der unblutigen Einrenkung angeborener Hüftluxationen. Attilio Curcio.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 19, 1929.
3002. Von der klassischen Elektrodiagnostik zur klinischen Chronaxie. Moldaver.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 20, 1929.
- Kann man die Fehlerquellen in der Radiologie des Magendarmtrakts einschränken? A. Meyers und M. E. Meyers-Palgen.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 21, 1929.
1. Eine neue Klassifikation hyperthyreoider Zustände. — 2. Betrachtungen über die Behandlung der Hyperthyreoidie. Wirkung fraktionierter Jodosen. Dautrebande.
- Le Scalpel (Scalpel), Nr. 22, 1929.
2975. Betrachtungen zur chirurgischen Behandlung des Basedowkropfes. Paul Demoor.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 17, 1929.
- Das Problem des Gelbfiebers in Brasilien. S. Barroso.
3051. Heilung der chronischen durch Akquisition einer akuten Gonorrhoe. A. Valerio.
- Ueber gewisse Molekularphänomene beim Kontakt fester und flüssiger Körper. A. Pimenta Bueno.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 18, 1929.
- Ueber Apparate zur gesonderten Abnahme des Harns beim Ureterenkatheterismus. A. Valerio.
- Das histologische Bild zweier Fälle von Blastomykose. F. de Almeida.
- Elephantiasis peno-scrotalis. R. Monteiro.
- Ueber das pleuritische Syndrom bei akuter Hepatitis. J. Barboza.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 19, 1929.
3074. Radikalkuren bei Hydrokele. A. Valerio.
- Studien über Gelbfieber. J. Lemos Monteiro.
- Neue Orientation in der Bismuttherapie der Syphilis. S. de Barros Azevedo.
- Die Rolle der Vitamine in der Entwicklung des Säuglings. I. Nasso.
3108. Amygdalitis palatina, Sinusitis maxillaris und Neuritis optica retrobulbaris. P. Falção.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 20, 1929.
- Zur Behandlung des Typhus abdominalis. M. da Rocha.
3068. Die Urologie des Gelbfiebers. A. Ferrari.
- Die Unterernährung der Schüler. C. Barreto.
- Ueber Hydrologie. A. da Veiga.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 21, 1929.
- Klinische Propädeutik. R. Vaz.
- Syphilitische Bronchitis. A. Valerio.
3067. Aenderung der Blutgerinnung bei Gelbfieber. J. Vellard.
- Schwangerschaftshygiene. B. de Castro.
- Fall von Berne palpebralis. J. Souza Lima.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 22, 1929.
- Zur Technik der Postektomie (Zirkumzision). A. Valerio.
- Fall von Keratosis spinosa. J. Ramos e Silva.
- Bekämpfung der Moskiten. A. Linhares.
- Brasil Medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 23, 1929.
- Zur Charakteristik des Bac. Morgani. A. de Assis.
- Nierentransplantation. A. Valerio.
- Die Senkungsreaktion der Erythrozyten. Th. de Azevedo.

- Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 13, 1929.
3018. Der Zeitpunkt der Operation des Kollumkarzinoms nach Radiumbestrahlung. M. Fabiao.
- Die Bekämpfung der Syphilis im Gebiete von Inhauma. A. Ferreira da Rosa.
- Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 14, 1929.
- Beobachtungen über Fremdkörperträger. J. Poggi.
- Tuberkulosefürsorgestellen. G. Pitanga.

- A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 15, 1929.
- Die unentgeltliche Krankenhausbehandlung in Rio de Janeiro. L. Ribeiro.
- Epidemiologie und Prophylaxe der kontagiösen Krankheiten. C. Sá.
- Behandlung und Erziehung der Kranken in Tuberkulosefürsorgestellen. G. Pitanga.
- A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 16, 1929.
2969. Proteintherapie und Augenerkrankungen. A. Almeida.
- Schülerkliniken. O. Clark.
- Die Beziehungen zwischen der Cholera und der japanischen Immigration nach Brasilien. I. Iamura.
- Epidemiologie und Prophylaxe der durch Mund-, Nasensekrete übertragbaren Krankheiten. C. Sá.
- A Folha Medica (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 17, 1929.
- Einführung in das Studium der chirurgischen Pathologie. L. Ribeiro.
- Der menstruelle Zyklus. B. Ferreira.
- Beitrag zur Bekämpfung des Gelbfiebers. E. Jansen de Mello.
- La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 34, 1929.
- Ueber die unblutige Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation. Sarah Satanowski.
- Der Einfluß der Röntgenstrahlen auf das Cholesterin. A. Roffo und M. Correa.
3147. Die Bestimmung der Herzspitze im Orthodiagramm. M. Miranda Gallino.
- Die regionale Anästhesie durch Ligatur der Arter. lingualis im Bécardschen Dreieck. R. Brouca.
- La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 35, 1929.
- Fall von Splenomegalie. D. Speroni und J. Liambias.
- Fall von Basedow mit funktioneller (Pseudo-) Mitralklappenstenose. J. Beretervide.
- Der Einfluß des Natr. nitros. auf den Magensaft. A. Bergmann.
- Fall von Perforation der Gallenblase ohne Beteiligung des Peritoneums. A. Costa.
- Arterio-venöses Aneurysma des behaarten Kopfes. J. Malbra.
- Ueber eine neue Spezies des Eutrichomastix im Kaninchendarm. A. Da Cunha und J. Muniz.
- La Prensa Medica Argentina (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 15. Jahrg., Nr. 36, 1929.
- Fall von Skalpierung der Haut des Penis und des Skrotums. T. Kenny und M. Merello.
- Die Blutreaktion und das Kalzium-Kaliumgleichgewicht. R. Vaccarezza.
- L. Silva, R. Carcano und C. Griot.
2970. Ueber das Phenylcinchonat des Hexamethylentetramins. A. Adrogué und A. Sena.
- Fall von Sinnesverwirrung. V. Novaro und J. Delpiano.
- Revista Espanola de Medicina y Cirugia (Rev. esp. med. cirug.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 131, Mai 1929.
- Die äußere Welt, das Bild auf der Netzhaut und die Sehfunktion. M. Marquéz.
3058. Natr. bicarbon. bei Pyelitis. M. Gil-Casares.
- Zur quantitativen Zucker- und qualitativen Azetonbestimmung im Harn. F. Pinero.
- Revista Espanola de Medicina y Cirugia (Rev. esp. med. cirug.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 132, 1929.
- Behandlung der Encephalitis epidemica. J. Cuatrecasas.
- Ueber die weiblichen Sexualhormone. B. de Medina.
- Neuere Ansichten über die Hysterie. P. Farreras.
- Vitesterole. A. Casuso.
- Revista Medica Latino-Americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos Aires, 14. Jahrg., Nr. 163, April 1929.
- Semiologie der rechten Fossa iliaca. P. Baralro.
3076. Die klinische Bedeutung der Herzauskultation im Primo dekubitus. C. Lian.
- Fall eines malignen Granuloms. C. Dominguez und R. Bizzozzer.
- Ueber die hormonale Regulation der Sexualfunktion. L. Silva.
- Hernie als Unfall- und Berufserkrankung. J. Marin.
3107. Der Einfluß des Viscus album auf die Gerinnungsfähigkeit des Blutes und den Blutdruck. D. Rojo.
- Allgemeinnarkose mit intravenösen Injektionen von Aethyläther nach Garcia Marin. R. Dario.
- Revista Medica Latino-Americana (Rev. med. lat.-amer.), Buenos Aires, 14. Jahrg., Nr. 164, Mai 1929.
- Ueber Hypercholesterinämie beim Karzinom. A. Roffo.
- Fall von Pleuraendothelium, verbunden mit Hämoptoe. C. Patino Mayer.
- Ueber Fibrogliome der Nasengegend. J. Dellepiane Rawson und D. Vivoli.
- Dyskeratosis follicularis vegetans (Morb. Darier). A. Fernandez, J. Monserrat und A. Vazquez.
- Die Wirkung des Teers auf das Glykogen der Zelle. M. Haendel u. J. Maillet.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ost. e Gin.), 51. Jahrg., 1929.
3023. Die Resektion des N. praesacralis (sympatic.) in der operativen Gynäkologie. A. de Grisogono.
3128. Das Vitamin der Fruchtbarkeit. Avitaminosen und Gravität. L. Rio.
3042. Der physiologische Schüttelfrost post partum. A. Vignali.
3049. Die hämoklassische Probe nach D'Amato bei gonorrhoeischen Affektionen des weiblichen Genitales zur Zeit der Schwangerschaft und des Puerperium. C. Armanini und G. Bertolotti.
3037. Fremdkörper in der Bauchhöhle zum Zwecke der Abortuseinleitung. V. Giovetti.
3043. Puerperale Infektion mit dem Löfflerschen Bazillus. S. Martinez.

- II Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 22, 1929.**
 Zur Pathogenese des regionalen Ikterus. G. Corbini.
 Stenosierung des Magens infolge Cholecystitis calculosa.
 3070. Therapie des Morb. Basedow mit weinsaurem Ergotamin. P. Sangiorgi.
- II Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 23, 1929.**
 Vererbung der Nierenkrankheiten und die familiäre renale Labilität. A. Brasiello.
 Ueber die Filariasis in Italien. V. Jura.
 Fall von Mischinfektion des Harns mit Tuberkelbazillen und Paratyphusbazillen konjugalen Ursprungs. V. Puntoli.
 Heilung einer schweren Eklampsie durch Nierendekapsulation.
 Nierenruptur durch Verletzung des vorderen Abdomens. G. Petta.
 Ruptur einer Steinleiere. C. Santini.
 Schwere Lithotripsie und hypogastrische Zystoskopie. A. Cassuto.
 3059. Behandlung der Urethritis mit medikamentösen Stäbchen. B. Sabatucci.
 Banale Zystitis bei einem Tuberkulösen. C. Malles-Le Roy.
 3144. Therapie der Enuresis nocturna mit Methylenblau. C. Frangipane.
- II Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 24, 1929.**
 3072. Die Therapie der Kopfschmerzen. G. Catola.
 2987. Intraarterielle Behandlung eines Falles von schwerer Phlegmonie. U. Bonoli.
 Fall von subakutem Pseudoreumatismus auf hereditär-luetischer Basis. A. Starna.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med., russ.), Moskau, 9. Jahrg., 6., Heft 22 (97).**
 Ueber septische Infektion in der weiblichen Genitalhöhle. N. M. Kakuschkin.
 Die Grundlagen der Theorie und Praxis der physikalischen Therapie. N. M. Rudnitski.
 Klinik des Scharlachs nach den Ergebnissen der letzten Epidemie in Kiew. F. D. Rumiantzew und W. J. Scheinkmann.
 Ueber Scharlachschutzimpfung. T. W. Alengowitsch-Grakowa.
 Ueber Anwendung des titrierten antitoxischen Scharlachserums. N. P. Sawatimskaja und W. A. Krestownikowa.
 3062. Ueber Diät bei Scharlach. A. G. Schapiro.
 3061. Versuch mit Serumtherapie bei Scharlach. W. F. Schubert.
 3063. Das Auslöschphänomen bei Masern. E. J. Latzinik.
 3090. Ueber Aktivierung der Tuberkulose nach Schutzimpfung gegen Typhus. L. Lokschin.
 Kann man die Hämorrhagie auf Grund des leukozytären Blutbildes vorausagen? L. J. Heifer.
 Was haben Malaria und Rachitis Gemeinsames? A. A. Kissel.

- Wratschebnoje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 19.**
 3134. Beobachtungen über Anwendung der Diathermie bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals. H. S. Lurje.
 Zur Methodik der physikalisch-diagnostischen Untersuchung des Bauches. G. A. Berditschewski.
 Ueber typische Eigenheiten der Lungenkavernen. R. S. Polack.
 Empyem der Pleurahöhle im Kindesalter und ihre Behandlung. G. S. Levy.
 2989. Frühdiagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen. D. B. Messel.
 Neurosen relativer Insuffizienz. N. N. Korganow und M. P. Berlin.
 Ueber örtliche Schmerzbetäubung bei gynäkologischen Laparotomien. A. J. Timofejew.
 Ueber den Wirkungsmechanismus der Bakterienkulturfiltrate auf den lokalen Infektionsprozeß. O. O. Hartoch und W. J. Joffe.
 3135. Ueber die Synthese der gepaarten Glykuronsäuren bei Leberaffektion nach Phosphorvergiftung. B. A. Nasarjanz.
 Die Expertise der Augenerkrankungen und der Invalidität im Lichte der Sowjet-Gesetzgebung. D. M. Natanson.
 Die Abwässer des Zuckerrübenbetriebes. D. J. Saitzew.
 Die Moorbehandlung und das Herzgefäßsystem. S. A. Finkelstein.
 3033. Ueber rektale Schlammbehandlung in der Gynäkologie. S. G. Bykow.
 Fall von Appendixkarzinom. J. G. Selmanowitsch.
 Zur Frage der anormalen Lage des äußeren Leistenringes und des Samenstranges. A. B. Qabal.
 3139. Fall von Hyperkinese professioneller Genese und Charakters („Bonbons einwickeln“). B. S. Bejlin.
 Zur Frage der Myelitis beim Flecktyphus. L. N. Netschaj.
Wratschebnaja Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 32. Jahrg., Nr. 24.
 3136. Die Aufeinanderfolge des Verschwindens der Reflexe im Tode. S. J. Kartschikjan.
 Die symptomatologische Bedeutung der Bluttransfusion. A. A. Halperin.
 Isomerie einiger Arzneimittel und sekretorische Tätigkeit der Magendrüse beim Menschen. W. A. Lutschinin.
 Kalorimetrische Bestimmung des aus dem Aluminiumgeschirr in die Lösung übergehenden Aluminiums nach Hatfield. M. Markarjanz.
 Ueber den Einfluß der K- und Ca-Elektrolyten und der Blutalkalität auf die Manoilowsche Reaktion. W. P. Sokolowski.
 Versuch einer Adrenalinanwendung bei Malaria. J. S. Polack.
 Beiträge zur Erythrozytensenkungsreaktion bei Malaria. N. K. Akatow und S. A. Troitzki.
 Zur Leitung der Geburt durch Hebammen. J. F. Werboff.
 Targessin in der Ophthalmologie. D. O. Mandeles-Kopelmann.
 Zur Frage der Pathogenese der Sklerodermie. G. Rappaport.
 Fall von Obliteration pericardii. D. Taxar.
 3112. Arrhenal-Chininbehandlung der Malaria. A. F. Jakowlew.
 Samenöl der Lythrum salicaria (Machorkatabak) als Mittel gegen Skabies. E. J. Hickel.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

2962.

Gasteiger, H., **Zur Behandlung von Hornhauterkrankungen mit ultraviolettem Lichte.** (Klin. Mbl. Augenheilk., März 1929.) Gasteiger bestrahlte im Laufe von 5 Jahren 75 Fälle von Ulcus serpens mit der Birch-Hirschfeldschen Quarzlampe (Technik: Sensibilisierung mit Fluoreszein oder Rose bengale und Bestrahlung, zweimal täglich, 5 bis 6 Minuten lang) und erzielte dabei sehr günstige Resultate. Unter den 75 Augen, die bestrahlt wurden, konnten 69 als sehend erhalten bleiben, während 6 erblindeten und 2 enukleiert werden mußten. Dieser Verlust von 8% bei der Bestrahlungsmethode steht einem Verlust von 20% gegenüber, der bei 69 Fällen in den vorangegangenen 5 Jahren, wo nicht bestrahlt wurde, zu verzeichnen war. In allen Fällen wurden die Erreger nachgewiesen, und zwar fanden sich bei 58 Fällen Pneumokokken, bei 16 Diplobazillen (Morax-Axenfeld) und einem Fall Bacterium coli. Auch bei den anderen Formen von Ulcus corneae und dem Herpes corneae wurde die Bestrahlungsmethode mit gutem Erfolg angewandt; dieselbe versagte aber bei tieferen Prozessen der Hornhaut, wie Keratitis interstitialis und Keratitis profunda.

Hurwitz, Berlin.

2963.

Jacobsch, P. A., **Keratokonius.** (Med. Klin., Nr. 22, 1929.) Man unterscheidet den angeborenen und den erworbenen Keratokonus.

Die Diagnose ist nur bei ausgesprochenen Fällen durch seitliche Betrachtung leicht. Charakteristisch sind die oberflächlichen-zirkulären, die feinen strichförmigen und die manchmal gitterförmigen Trübungen. Die Vorderkammer ist gewöhnlich vertieft, die Kammerbuch, Iris, Linse und Glaskörper in der Regel normal. Pupillenreaktionen sind meist normal. Als Ursache der Wölbungsanomalie ist eine Resistenzminderung des Hornhautzentrums anzunehmen. Aetiologisch scheint ein Zusammenhang zwischen dem Keratokonus und endokrinen Störungen zu bestehen. Häufig sieht man eine Hypofunktion der Thyreoidea und genitalen Infantilismus. Eine wichtige Rolle scheinen auch neurotrophische Störungen zu spielen. Für die Therapie kommen in erster Linie die optischen Hilfsmittel in Frage. Vorzüglich sind die Haftgläser von Zeiss und die Kontaktschalen von Müller. Medikamentös kann Pilocarpin versucht werden. Gelegentlich sieht man Erfolge von der Organtherapie. Unter den chirurgischen Maßnahmen bewährt sich die oberflächliche Kauterisation mit der schwach glühenden Schlinge. Vor einer Perforation der Hornhaut mit der Glühzange muß gewarnt werden. Sehr gutes leisten gelegentlich die komplizierten chirurgischen Eingriffe.

L. Gordon, Berlin.

2964.

Schindler, E., **Ueber das Auftreten persistierender Deszemetozelen.** (Z. Augenheilk., Mai 1929.) Bei einer Patientin, die an einer Keratitis rosacea litt, stellte sich nach 3 Jahren eine persistierende Deszemetozelle ein, die eine Höhe von etwa 2 mm hatte und

deren Basis etwa 3 mm breit war. Der Visus war mit $\frac{1}{10} = 6/60$ und mit stenopäischem Spalt $\frac{6}{18}$. Was die Pathogenese dieser Deszemetozele anbelangt, so gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder hat eine Ueberdehnung die oberflächlichen Schichten zur Sprengung geführt, oder es könnte auch eine Läsion in Betracht gezogen werden, die die vorderen Hornhautschichten durchtrennt hatte und von der Patientin, da die Sensibilität der Hornhaut im Narbengewebe sehr herabgesetzt ist, nicht empfunden wurde. Die Pat. gibt auch an, daß sie beim Betrachten einer Lampe eine helle Scheibe sich vor- und rückwärts bewegen sieht, und zwar ergibt die Untersuchung, daß das Vorwärtsrücken synchron mit der Systole ist; woraus auf die Krümmungszunahme der Deszemetozelwand während der Systole zu schließen ist. Hurwitz, Berlin.

2965.

Seefeld, R., Ist beim Aderhautsarkom die Enucleatio bulbi oder die Exenteratio orbitae anzuraten? (Klin. Mbl. Augenheilk., März 1929.) Während Wätzold auf Grund mikroskopischer Untersuchungen von 27 Augen mit Aderhautsarkom die sofortige Exenteratio orbitae fordert, sobald die Diagnose Aderhautsarkom wahrscheinlich geworden ist, glaubt der Verf. dieser Forderung sich nicht uneingeschränkt anschließen zu können. Auf Grund seiner Untersuchungen von 9 Augen mit Aderhautsarkom kommt er zum Ergebnis, daß man sich bei Verdacht auf Sarkom mit der bis jetzt geübten Enukleation begnügen kann. Die Exenteratio orbitae dagegen ist nur dann auszuführen, wenn nach der Enukleation schon makroskopisch ein Durchbruch der Geschwulst durch die Sklera festzustellen ist oder die mikroskopische Untersuchung des Bulbus — die selbstverständlich in jedem Falle sofort vorzunehmen ist — ein Zurückbleiben von Geschwulstteilen in der Orbita wahrscheinlich macht. Die durch die mikroskopische Untersuchung verursachte Verzögerung von 4 bis 6 Wochen kann bei dem langsamen Wachstum der Sarkome mit in Kauf genommen werden, zumal die Orbitalsarkome, wie die meisten Orbitalgeschwülste, eine ausgesprochene Neigung zur Abkapselung haben und verhältnismäßig leicht entfernt werden können. Auch ist die von Wätzold aufgestellte Behauptung, daß durch die Exenteratio orbitae die Lymphgefäße und Lymphdrüsen ausgeräumt und dadurch die Absichten auf eine Dauerheilung größer werden, nicht stichhaltig, da der Verf. auch bei genauerer Untersuchung in der Orbita überhaupt keine Anzeichen für ein adenoides Gewebe gefunden hat, was mit den negativen Ergebnissen von Axenfeld und Birch-Hirschfeld übereinstimmt. Hurwitz, Berlin.

2966.

Bielschowsky, A., Ueber die Okulomotoriuslähmungen mit zyklischem Wechsel von Krampf- und Erschlaffungszuständen am gelähmten Auge. (Arch. für Ophthalm., 121., Heft 4, 1929.) Bielschowsky versucht auf Grund eigener klinischer Beobachtungen und Analyse der in der Literatur mitgeteilten Fälle das Phänomen der sogenannten „angeborenen zyklischen Okulomotoriuserkrankungen“ (Axenfeld-Schürenberg) zu erklären. Nach ihm müssen die hauptsächlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen im Kerngebiet des gelähmten Okulomotorius liegen, die zu einer Degeneration seines größten Teiles geführt und nur diejenigen Ganglienzellen verschont haben, von denen die das zyklische Phänomen hervorbringenden Muskeln — ausnahmslos ist es der Sphincter iridis, in der Mehrzahl der Fälle der Levator palp., häufig auch der Ziliarmuskel — innerviert werden. Die Tatsache, daß diese Muskeln eine maximale Kontraktionsfähigkeit besitzen, spricht dafür, daß die Bahn zwischen den Muskeln und dem Kern frei sein muß. Da diese Muskeln weder auf Willensimpulse noch auf physiologische Reize ansprechen und ihre Kontraktur nur automatisch ausgelöst wird, so muß eine supranukleare Schädigung der in Betracht kommenden Bahnen in unmittelbarer Nähe des Kerngebietes stattgefunden haben. Der Verf. ist sich bewußt, daß diese seine Erklärung, da das andere Auge an den Vorgängen nicht beteiligt ist, nicht in Einklang zu bringen ist mit der Lehre vom partiell gekreuzten Ursprung des Okulomotorius. Jedoch sind die Akten über diese letzte Frage noch nicht geschlossen, und es gibt Forscher, die bezweifeln, daß beim Menschen wirklich ein gekreuzter Ursprung aus dem kaudalen Abschnitt des Okulomotoriushauptkernes stattfindet (Tsuchida). Hurwitz, Berlin.

2967.

Kaminskaja-Pawlowa, Irisveränderungen bei Tabes. (Klin. Mbl. Augenheilk., März 1929.) Die Verfasserin untersuchte die Iris bei 25 Tabikern und erhob folgenden Befund: Verkleinerung der Trabekel und Umwandlung derselben in dünne weiße Fäden, Schrumpfung und stellenweise vollständiger Schwund der Krypten, Atrophie der hinteren Pigmentschicht und staubartig gelagertes Pigment an der Iris und der hinteren Fläche der Kornea. Da die sonst zu diesen Irisveränderungen führenden Faktoren — hohes Alter, Entzündung und Glaukom — in diesen

allen Fällen auszuschließen waren, so betrachtet die Verf. diese Veränderungen als charakteristische und beachtenswerte Tabessymptome. In bezug auf die Pathogenese der tabischen Irisatrophie schließt sich die Verf. den Anschauungen Dupuy-Dutemps' und Lodatos an, die sie im Gegensatz zur mechanischen Erklärung Behrs — die Veränderungen entstehen infolge Irisanspannung bei der fortdauernden Miosis — für neurogenen Ursprungs halten. Da bei Tabikern häufig Affektionen des sympathischen Nervensystems festzustellen sind, so liegt es auf der Hand, die tabische Irisatrophie als Hemmungs- oder Reizerscheinung des Sympathikus aufzufassen. Hurwitz, Berlin.

2968.

Rönne, H., Die Diagnostik des inflammatorischen Exophthalmus bei akuten Infektionskrankheiten. (Z. Augenheilk., Mai 1929.) Bei akuten Infektionskrankheiten, besonders bei Scharlach, tritt häufig eine akute Sinusitis ethmoidalis auf, die nicht selten zu einem inflammatorischen Orbitalödem und Exophthalmus führt. Die Prognose in diesen Fällen ist sehr günstig, und die konservative Behandlung führt meistens in einigen Tagen zur Heilung. Jedoch ist die Differentialdiagnose zwischen dieser gutartigen Form und derjenigen des mit hoher Mortalität verlaufenden subperiostalen rhinogenen Orbitalabszesses sehr schwer. Daher auch die Meinungsverschiedenheiten in bezug auf die einzuschlagende Therapie. Während man z.B. in Deutschland und Dänemark überhaupt nicht mit der Spontanheilung eines akut inflammatorischen Exophthalmus rechnet und beim Verdacht auf ein Nebenhöhlenleiden sofort operiert, wendet man in Frankreich die konservative Methode an. Auf Grund seiner Erfahrung glaubt nun der Verf., bei der Diagnose und der Operationsindikation das Hauptgewicht auf den Charakter des Nebenhöhlenleidens zu legen. Macht das Krankheitsbild den Eindruck einer akuten Sinusitis und man sie als eine bei einer akuten Infektionskrankheit aufgetretene Komplikation betrachten kann, so ist man berechtigt abzuwarten. Dagegen ist wegen der Gefahr der Meningitis ein sofortiges operatives Eingreifen indiziert, wenn ein chronisches Nebenhöhlenleiden besteht. Hurwitz, Berlin.

2969.

de Almeida, Augusto Antonio, Proteintherapie und Augenaaffektionen. (Folha med., 10., 16.) (Santa Casa, Bello Horizonte, Brasilien). Gute Resultate zeitigt die Autohämotherapie bei rezidivierendem Hordeolum, bei hartnäckigen Blepharitiden. Bei gonorrhöischer Blenorragie, jedoch ohne Beteiligung der Kornea, erwies sich die Gonokokkenvakzine als sehr nützlich. In einem Fall von orbitaler Periostitis bewährte sich ausgezeichnet ein Staphylokokkenvakzin. Eine ganze Anzahl von Augenaaffektionen wird durch Milchinjektionen sehr gut beeinflusst. Ashkenasy, Wien.

2970.

Adrogué, Esteban, und José A. Serna, Das Phenylcinchonat des Hexamethylentetramins in der Augenheilkunde. (Prensa Méd. Argent., 15. Jahrg., Nr. 36, 1929.) Verff. hatten Gelegenheit, das deutsche Präparat Leukotropin in einer ganzen Reihe von Fällen zu verwenden und fassen ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Leukotropin wirkt fast spezifisch beim Herpes corneae und begegnet hier keinen Kontraindikationen. Bei retrobulbärer Neuritis optica scheint es ebenfalls sehr nützlich zu sein, und Leukotropininjektionen sollten in zweifelhaften Fällen einer operativen Eröffnung des Sinus sphenoid, vorgezogen werden. Leukotropin ist auch in den meisten entzündlichen Prozessen, besonders solchen, welche mit starken subjektiven Beschwerden einhergehen, und zwar in einem Fall, indiziert. Bloß ein einzigesmal von spezifischer Episkleritis mußte die Medikation wegen zu starker Reizung ausgesetzt werden. Ashkenasy, Wien.

Bakteriologie und Serologie

2971.

Kolle, W., und R. Prigge, Gibt es eine echte aktive Immunität bei Syphilis. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 24.) (Chemotherapeutisches Forschungsinstitut „Georg-Speyer-Haus“, Frankfurt a. M.) Die mitgeteilten Experimentalergebnisse zeigen in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen der Kliniker, daß es bei Syphilis keine echte aktive Immunität gibt. Sie liefern auch neue Beweise für das Existieren einer Schankerimmunität, die sich beim Menschen offenbar auf die verschiedenen am Kaninchen experimentell nachgewiesenen biologischen Varietäten erstreckt. Die symptomlose Superinfektion ist nicht nur bei verhältnismäßig früh (nach 90 Tagen) behandelten, sondern auch bei spät (nach 180, 200, 220 und 240 Tagen) behandelten Tieren experimentell nachweisbar. Die von fast allen Klinikern und Experimentatoren ver-

trete Ansicht, daß die Syphilisimmunität eine Infektionsimmunität ist, ist deshalb auch jetzt nicht als widerlegt zu betrachten.

Arnold Hirsch, Berlin.

2972.

Gaethgens, W., und A. Otto, Ueber die Brauchbarkeit eines wässerigen karbolisierten Pallidaantigens für die serologische Syphilisdiagnose. (Med. Klin., Nr. 22, 1929.) (Serologische Abtlg. des Hygienischen Staatsinstituts zu Hamburg.) Die wässrige karbolisierte (0,3%) Pallidasuspension hat sich bei der serologischen Untersuchung von über 2000 Seren verschiedener Herkunft als hochempfindliches Antigen von weitgehender Spezifität bewährt. Das Fehlen von nennenswerten eigenhemmenden und hämolytischen Eigenschaften, die hohe Empfindlichkeit und weitgehende Spezifität des Antigens sowie die einfache Anwendung, welche die Einfügung des Verfahrens in den Rahmen der nach der amtlichen Vorschrift auszuführenden WaR. ohne weiteres ermöglicht, lassen die Reaktion als wertvolle Ergänzung der gesamten serologischen Syphilisuntersuchung erscheinen. Die größte Bedeutung scheint die Pallidareaktion für diejenigen behandelten Luesfälle zu haben, die nach Wassermann schon negativ reagieren, aber noch positive Fällungsreaktionen ergeben.

L. Gordon, Berlin.

2973.

Wolff, L. K., Aktive Kohle (Supra-Norit) als Adsorbens für Bakterientoxine und Endotoxine. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 24.) (Pharmako-therapeutisches Laboratorium, Amsterdam.) Supra-Norit (aktive Kohle) ist imstande, die verschiedenen Toxine und Endotoxine der Bakterien schnell zu binden und sehr fest zu verankern, so daß klinische Versuche mit Verwendung von Supra-Norit als Streupulver sowohl bei Behandlung von Hautwunden als von Schleimhautprozessen (Angina usw.) angeraten werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

2974.

Payr, E., Wie können wir die Operationssterblichkeit des M. Basedow verringern, die Dauerfolge verbessern? (Zbl. Chir., Nr. 14, 1929.) Zur Erreichung der Verringerung der Operationssterblichkeit und der Verbesserung der Dauerfolge bei M. Basedow ist eine verständnisvolle Zusammenarbeit zwischen dem Internen, Röntgenologen und Chirurgen dringend erforderlich. — Die Gefahr der Operation liegt bei Basedowkranken besonders in der unberechenbar erfolgenden Reaktion des vegetativen Nervensystems schon auf die kleinsten Reize. Drei Wege gibt es, um die operative Sterblichkeit herabzusetzen: „1. vorbeugende Maßnahmen gegen die verschiedenen drohenden Gefahren, 2. sofortige, wenn möglich kausale Behandlung der Einzel- und Gesamtstörung und 3. eine durch reiche Erfahrung bewährte klare Anzeigestellung hinsichtlich der Wahl des Eingriffes, des richtigen Zeitpunktes und der Ablehnung eines solchen bei bestimmten Erscheinungen.“ Besonders wichtig ist die Vorbereitung, Vorbehandlung des Kranken, die nicht nur einzelne Symptome, sondern die ganze Krankheit in ihrer Gesamtheit bekämpfen soll. — Auch eine planmäßige psychische Umstellung des Kranken ist wichtig. Er wird zunächst auf unbestimmte Zeit in die Klinik aufgenommen und der Zeitpunkt der Operation wird erst während der Behandlung bestimmt. Bei der Ligatur genügt meist eine Woche, bei der Radikaloperation 2 bis 3 Wochen zur Vorbehandlung. Man muß vor allen Dingen für vollständige Ruhe, völlig ausreichenden Schlaf sorgen. Opiumderivate, Morphin zu vermeiden. Für die Beruhigung des Herzens ist ganz vorzüglich Chinin, hydrobromic. (zweimal täglich 0,2 bis 0,25). Bei Neigung zum Erbrechen intravenös. — Bei Herzschwäche wird Kardiazol (3 bis 4 Tabletten am Tag), bei Myokarditis Digitalis für kurze Zeit angewandt. Außerdem wird noch Phosphor in Form von Phytophosin (3 bis 9 Tabletten täglich) verabreicht. Jede Veränderung in der Umgebung des Kranken, die mit einer seelischen Erregung einhergehen könnte, ist zu unterlassen. Man darf nur in der aufsteigenden Phase, also der Gewichtszunahme, operieren. Ueber die Jodvorbereitung mit großen Dosen hat Verfasser noch nicht genügende Erfahrung. Bei den ganz schweren Fällen kommt nur die Unterbindung der beiden oberen Schilddrüsenarterien in Betracht. Bei den anderen Fällen wird nach der Unterbindung und nochmaliger Vorbehandlung eine ausgedehnte doppelseitige Resektion vorgenommen, die nach solcher sorgfältigen Behandlung gut ertragen wird.

Walter Grossmann, Berlin.

2975.

Demoor, Paul, Betrachtungen zur chirurgischen Behandlung des Basedow-Kropfes. (Scalpel, Nr. 22, 1929.) Unter chirurgischer Behandlung versteht Verfasser hier die Gesamtheit medizinischer und chirurgischer Mittel, die der Heilung des Basedowkropfes

dienen. Die Sympathikusoperationen läßt er beiseite; sie sind ihm noch zu frischen Datums und zu wenig zahlreich, um schon bindende Schlüsse daraus zu ziehen.

Sobald die Operation beschlossen ist, bedarf der Patient der Bettruhe, am besten in der Klinik, wo auch gleich die Nahrungszufuhr überwacht wird und er nach Bedarf Sedativa erhält. Die Wirkung der Lugolschen Lösung hängt davon ab, ob der Patient sie schon vorher gebraucht hat. Die Lugolsche Lösung ist präoperativ ein vorzügliches Adjuvans, sie beeinflußt Allgemeinbefinden, Puls, Stoffwechsel. Diese Wirkung bleibt jedoch aus, wenn vorher schon eine Gewöhnung bestand.

Die Operation erfolgt immer unter Lokalanästhesie. — Der schwierigste Punkt bleibt immer die Verhütung des Hämatoms. Man drainiert 48 Stunden lang, sei es mit Gazestreifen oder mit einem kleinen Gummidrän. Die Klammern werden nach 3 Tagen entfernt. Man soll so wenig wie möglich von der Drüsensubstanz zurücklassen. Die Gefahr des postoperativen Myxödems ist nach de Quervain praktisch gering.

Held.

2976.

Bager, Bertel, Beitrag zur Kenntnis über Vorkommen, Klinik und Behandlung von perforierten Magen- und Duodenalgeschwüren nebst einer Untersuchung über die Spätergebnisse nach verschiedenen Operationsmethoden. (Acta chir. scand., 64., Suppl. XI.) Eine Zusammenstellung von 1767 perforierten Magen- und Duodenalgeschwüren, die von etwa 100 verschiedenen Chirurgen operiert wurden, gibt ein Bild über die reichen Erfahrungen der verschiedenen Operationsmethoden, über Vorkommen und Lokalisation der Geschwüre selbst.

Es hat sich gezeigt, daß die Zahl der Ulkusperforationen in den letzten Jahren in hohem Grade zugenommen hat. Von den Perforationen entfallen 27,2% auf das weibliche Geschlecht. Das Frequenzstadium für die Männer liegt ungefähr beim 30. Lebensjahr, für die Frauen beim 45. Eine Zunahme ist hauptsächlich bei den Männern zwischen dem 21. und 40. Lebensjahre zu konstatieren. Die Mortalität der operierten Fälle beläuft sich durchschnittlich auf 32,8%. Sie steigt mit zunehmendem Alter und mit der Zunahme der Zeit zwischen Perforation und Operation (Intervallzeit). Die Mortalitätsziffer ist in den letzten Jahren wesentlich gesunken. Der Grund hierfür liegt darin, daß die Patienten früher zur Operation kommen und daß die Operationstechnik eine bessere geworden ist.

Ueber die Lokalisation der Perforation konnte festgestellt werden, daß ungefähr zwei Drittel aller Geschwüre den Magen betreffen und ein Drittel den Zwölffingerdarm. Rechnet man sämtliche Geschwüre zusammen, so entfallen zwei Drittel aller Fälle auf den distalen Teil und ein Drittel auf den Längs- und Quermagen. Die distalen Geschwüre sind am häufigsten bei den Männern, während an den proximalen Perforationen Männer und Frauen ungefähr gleich stark beteiligt sind. Die Maximalfrequenz der proximalen Geschwüre liegt bei Männern sowohl als auch für Frauen bei dem 45. Lebensjahr, während die der distalen Geschwüre bei beiden Geschlechtern gleichmäßig ungefähr bei 30 Jahren liegt.

Untersuchungen in bezug auf angegebene Ulkusbeschwerden haben ergeben, daß die Frauen im allgemeinen und die Männer mit proximaler Perforation längere Zeit vorher Ulkusbeschwerden gehabt haben. Sämtliche Untersuchungen haben den Eindruck erweckt, als wenn es zwei Typen von Ulkusperforation gibt. Der eine Typus umfaßt die Fälle mit proximalen Perforationen und ist bei Männern und Frauen fast gleichmäßig vertreten. Die zweite Form besteht aus den distalen Perforationsfällen und betrifft meist jüngere Männer.

Um den Wert der einzelnen Operationsmethoden zu beurteilen, werden die Operationsresultate mitgeteilt. Wurde die Perforation nur übernäht, so betrug die Mortalität 36,4%, wurde außerdem eine Gastroenterostomie angelegt, 23,4%. Bei den resezierten Fällen (nur 84) war eine Sterblichkeit von 25%, wurde allein tamponiert oder drainiert (111 Fälle), so war eine solche von 68,5% zu verzeichnen. Selbstverständlich müssen diese Mitteilungen sehr vorsichtig bewertet werden. Wenn bei der Resektion eine Mortalität von nur 25% zu verzeichnen ist, so beruht das sicher darauf, daß bei den günstigsten Fällen reseziert wurde, während in allen schwereren Fällen weniger eingreifende Operationsmethoden gewählt wurden.

Unter dem Material sind 31 Fälle von perforierten Jejunal- und Gastrojejunalgeschwüren. Einige von ihnen wurden bei Fällen festgestellt, bei denen früher schon eine Magenresektion ausgeführt worden war. Prof. Key am Maria-Krankenhaus in Stockholm operiert ziemlich konsequent folgendermaßen: Das Geschwür wird der Länge nach exzidiert und quer vernäht. Spülung der Bauchhöhle. Gastroenterostomie und primärer Wundverschluß ohne Drainage oder Tamponade. 78 so operierte Fälle wiesen eine Mortalität von 11,5% auf. Von 45 Fällen, die innerhalb der ersten 6 Stunden operiert wurden, verlief kein Fall tödlich. Ueber die Spülung der Bauchhöhle sind die Ansichten noch geteilt. Statistiken scheinen

nicht wesentlich für eine Spülung der Bauchhöhle zu sprechen. Für sehr wichtig wird es gehalten, die Bauchhöhle primär zu schließen. Bei der Nachuntersuchung der operierten Fälle zeigt sich, daß die Gastroenterostomie-Methode die besten primären Spätergebnisse gibt; dann kommt die Resektionsmethode, und am schlechtesten steht die einfache Nahtmethode da. Betrachtet man jedoch das weitere Geschick der Rezidivfälle, so tritt eine Verschiebung derart ein, daß die Endresultate bei der einfachen Nahtmethode die besten sind. Tritt nach Anlage einer Gastroenterostomie oder nach Resektion ein Rezidiv auf, so werden verhältnismäßig wenige Fälle durch interne Behandlung beeinflußt, und eine erneute Operation bedeutet eine große Gefahr. Nach der Suturmethode allein treten wohl mehr Rezidive auf, aber die Bedeutung dieses Rezidivs ist weniger groß als die eines solchen nach Gastroenterostomie oder Resektion.

Das Auftreten eines Rezidivs scheint in einem gewissen Zusammenhang mit den Beschwerden vor der Operation zu stehen. Patienten, die ohne Krankheitssymptome vor der Operation waren, scheinen bedeutend größere Aussichten zu haben, keine Rezidive zu bekommen. Die Rezidivgefahr erhöht sich im Verhältnis zu der Dauer der vorausgegangenen Ulkusbeschwerden. Die meisten Rezidive treten in den ersten Wochen und Monaten nach der Perforation auf. Je länger die Perforation zurückliegt, desto weniger groß ist die Rezidivgefahr.

Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die Vernähung allein, am besten nach Exzision des Geschwürs, Austupfung des Bauches, Anlage einer Gastroenterostomie und primärer Verschuß der Bauchhöhle die Normalmethode bei der Operation von Ulkusp perforationen sein soll.

E. Gohrbandt, Berlin.

2977.

Just, Emil, Beiträge zur Pankreaschirurgie. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 3.) (Chirurg. Universitätsklinik, Innsbruck.) An Hand eines einschlägigen Materials aus der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck und unter Zugrundelegung des Schrifttums bespricht der Verfasser die wichtigsten Kapitel aus der Pankreaschirurgie: die akute Pankreasnekrose, die Pankreaszysten, die Pankreasverletzungen und die Pankreaskomplikationen nach operativen Eingriffen. Der Tod bei akuter Pankreasnekrose wird auf eine Vergiftung zurückgeführt, die durch ein im Pankreassekret enthaltenes Gift erzeugt wird. Zur Ausbildung einer Pankreasnekrose ist immer Aktivierung des Pankreassekretes erforderlich. Schädigung des Parenchyms gibt den Anlaß hierzu. Im Vordergrund der krankhaften Störung steht die fermentative Auto-digestion. Die Folgen sind durch das aktivierte Pankreassekret hervorgerufen. Fettgewebsnekrosen und die durch Resorption bedingte Autointoxikation. Gallenerkrankungen können Pankreasnekrosen auslösen. J. führt 7 Fälle mit sicherer Gallenätiologie, 1 mit wahrscheinlicher und 1 Fall ohne Gallenätiologie an. Während der Steinkiterus weniger gefährlich ist, wirkt Stauung im Ductus Wirsungii durch Stein deletär. Außer dem Gallensteinleiden kommen anatomische Anomalien an der Mündung des Duct. Wirsungii und Santorini in das Duodenum ätiologisch in Betracht. Die Symptomatologie der akuten Pankreasnekrose ist nicht einheitlich. Hinzuweisen wird auf einen kontinuierlichen intensiven Linksschmerz im Oberbauch, der nach der linken Niere, der Milz und nach der linken Schulter hin ausstrahlt. Die Haut der Kranken weist ein diffus-äolisch-graues Kolorit auf. Auffallend sind Lungenkomplikationen bei akuter Pankreasnekrose. Entscheidenden Wert in diagnostisch zweifelhaften Fällen mißt J. der Wohlgemuthschen Probe bei, d. h. dem Nachweis der Diastaseerhöhung im Serum und Harn. Die Therapie der Pankreasnekrose ist ausschließlich eine chirurgische. Spontanheilungen sind äußerst selten. Verfasser teilt einen solchen Fall mit. Allermeist tritt letaler Ausgang ein, falls nicht chirurgisch angegriffen wird. Die operativ behandelte akute Pankreasnekrose endet in 50–60% der Fälle letal.

Die Operation besteht in Freilegung des Pankreas, Kapselentwässerung, Inzision, Drainagen. Bei Vorliegen eines Gallenleidens ist dasselbe chirurgisch zu behandeln. Dabei wird die Cholezystektomie allein als ungenügend angesehen und eine Choledochusdrainage gefordert.

Pankreaszysten. Mitteilung zweier Fälle. Im ersten Falle versackte die mannkopfgroße Zyste einen Kompressionsileus; im zweiten Falle entwickelte sich die Zyste 5 Wochen nach einem Aufschlag gegen den Oberbauch. Traumatische und entzündliche Genese der Zysten. Beide Fälle wurden nach Gussenbauer operiert, d. h. Einnähen der vorderen Zystenwand in die Laparatomiewunde und sekundäre Fistelbildung. Die Fisteln schlossen sich nach mehreren Wochen. Beide Fälle gingen in Heilung über.

Isolierte Pankreasverletzungen sind äußerst selten. In den meisten Fällen herrschen die Symptome einer Verletzung anderer Organe vor. Bericht über 5 Fälle schwerer Bauchverletzungen, in denen das Pankreas beschädigt gefunden wurde. Sämtliche Fälle bis auf einen gingen in Heilung über. Die Prognose der Ver-

letzung hängt wesentlich von der Zeit, die zwischen Unfall und Operation verstrichen ist, ab.

Im Anschluß an Magenoperationen sah J. zwei akute Pankreasnekrosen. Der erste Fall kam zum Exitus, der zweite konnte durch Relaparotomie gerettet werden. — Umfangreiches Literaturverzeichnis.

E. Orbach, Berlin.

2978.

Charles, E., und M. D. Farr, Blinddarmentzündung im Kindesalter. (Arch. Pediatrics, 66., Nr. 6, 1929.) Es wird behauptet, daß die Blinddarmentzündung im Kindesalter häufiger vorkomme als angenommen wird. F. kann über 1459 Fälle berichten. Eine chronische Blinddarmentzündung soll von der Geburt an bestehen können. Eine Operation ist nicht lebensgefährlich. Bei akuten Fällen wird sich für eine frühzeitige Operation eingesetzt, die gerade im Kindesalter außerordentlich günstige Resultate haben soll.

Trendtel, Bremen.

2979.

Krauß, Fr., Bauchvolumenvergrößerung durch Phrenicusverlesung als vorbereitende Operation bei großen Bauchbruch- und Nabelbruchoperationen. (Zbl. Chir., Nr. 16, 1929.) Der N. phrenicus wird 5 Tage vor der Bruchoperation in Lokalanästhesie freigelegt und mit Chloräthyl 2½ Minuten vereist. Die Wirkung der Voroperation, durch die an der betreffenden Seite Zwerchfellhochstand entsteht, wird vor dem Röntgenschirm kontrolliert. — Eine Steigerung der Gefahr der postoperativen Pneumonie besteht nicht. — Auch eine Relaxation des Zwerchfelles ist nicht zu fürchten. Nach 4 bis 5 Monaten stellt sich die Zwerchfellfunktion wieder ein. — Verf. empfiehlt das Verfahren zur Nachprüfung.

Grossmann.

2980.

Soresi, A. L., Verhinderung des postoperativen Ileus durch Sphinkterdehnung. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 4, 1929.) Verf. rät, jeder Bauchoperation prinzipiell eine Sphinkterdehnung anzuschließen. Es soll dadurch eine auffallende Besserung der postoperativen Beschwerden, die durch Gasentwicklung ausgelöst werden, zu erzielen sein.

E. Gohrbandt, Berlin.

2981.

Mayr, Otto, Ueber echte und scheinbare Peroneuslähmungen nach Operationen und Gipsverbänden. (Z. f. orthop. Chir., 51., Heft 4.) (Orthopädische Klinik, München.) Es wird eine echte und eine scheinbare Peroneuslähmung unterschieden; in anderen Fällen ist nicht festzustellen, um welche Form der Lähmung es sich handelt. Die echte Lähmung kam bedingt sein: 1. durch Druck des Verbandes, 2. durch Druck des frakturierten oder luxierten Knochens auf den Nervenstamm, 3. durch Zerrung am Nerven. Die scheinbare Lähmung ist durch Schmerzen oder Muskelüberdehnung und -schlaffheit verursacht. Die dritte Gruppe schließlich ist auf allgemeine oder örtliche Zirkulationsstörungen zurückzuführen. Zur Vermeidung dieser Störungen darf kein Patient, der einen Gipsverband bekommen hat, gleichgültig ob vorher operiert oder nicht, aus der Operationsabteilung gebracht werden, ehe die Zehen dorsal flektiert werden, und zwar möglichst über die Mittelstellung hinaus, und ehe die Zirkulation in Ordnung ist. Es wird die Technik der Polsterung geschildert, sowie dargelegt, welche Maßnahmen notwendig sind, um bestehende Störungen zu beseitigen. Zwei von auswärts eingewiesene Fälle werden mitgeteilt, in denen schwere Peroneuslähmungen nach Unterschenkelfraktur bzw. Beseitigung einer rechtwinkligen Kniebeugekontraktur bestanden.

Eckhardt, Dahlen.

2982.

Soresi, A. L., Das karbolisierte Skalpell. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 4, 1929.) Beschreibung einer Methode, die schmerzlose kleinere Inzisionen gestattet. Das Skalpell wird während der Inzision vor jedem Messerzug in reines Phenol getaucht und dadurch völlige Schmerzfähigkeit erzielt. Gleichzeitig wird durch dieses Verfahren jede Drainage überflüssig, da die so durchtrennten Gewebsschichten zunächst nicht wieder verkleben.

E. Gohrbandt, Berlin.

2983.

Tunick, I. S., S. Dubin und A. Schmier, Injektionsbehandlung von Varizen und Unterschenkelgeschwüren. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 4, 1929.) Von Hippokrates ausgehend, besprechen Verf. zunächst die verschiedenen Theorien der Varizenentstehung. Nach kurzer Uebersicht über die Symptome werden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten besprochen und dabei die chemische Verödung der Varizen als das beste Heilverfahren bezeichnet.

E. Gohrbandt, Berlin.

2984.

Dunn, Edward P., Ueber die rationelle Behandlung von Brandwunden. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 4, 1929.) Bei kleineren

Brandwunden genügt eine Behandlung, die die Schmerzen lindert und die eine aseptische Heilung gewährleistet. Bei großen Verbrennungen kommt es darauf an, den Schock und die toxischen Schädigungen zu bekämpfen. Als Methode der Wahl bezeichnet Verf. die lokale Behandlung mit *Acidum tannicum*, durch die eine Herabsetzung der Mortalität zu erreichen sei.

E. Gohrbandt, Berlin.

2985.

Siebner, M., **Gasbrand und Friedensverletzungen.** (Dtsch.-Z. Chir., 216., 1./2. Heft.) Der Gasbrand kommt im Anschluß an Friedensverletzungen seltener vor, als es im Kriege der Fall war. Bei Friedensverletzungen tritt der Gasbrand gewöhnlich im Anschluß an Verletzungen auf, die durch besonders starke Gewaltwirkungen hervorgerufen wurden und bei denen die Wunden mit Erde und anderen Fremdkörpern verunreinigt wurden. Als begünstigend für die Infektion ist die Herabsetzung der Widerstandskraft des Körpers anzusehen (durch Blutverlust und Kälteeinwirkung). Durch Exzision des erkrankten Gebietes und durch Inzisionen läßt sich die fortschreitende Infektion nicht immer aufhalten. Auch bei frühzeitiger Amputation ist das Leben der Erkrankten nicht immer zu retten. In Zukunft soll mehr als bisher der Serotherapie ein breites Gebiet eingeräumt werden. Bei Verletzungen, bei denen auch nur der Verdacht einer Gasbrandinfektion vorliegt, soll von vornherein neben der Tetanusschutzimpfung die Verabreichung von 10–20 ccm Gasödemserum erfolgen. Gleichzeitig mit dieser Schutzimpfung ist eine gründliche Säuberung der zeretzten Wundränder durch Exzisionen auszuführen. Von einer Umspritzung der Wunde mit dem Serum selbst ist wegen der damit verbundenen Schädigung des Gewebes Abstand zu nehmen. Trotz guter Versorgung und Schutzimpfung ist eine sorgfältige Beobachtung der Wunde erforderlich. Unter den Frühsymptomen der Gasbrandinfektion ist besonders der Wundschmerz zu bewerten, da Entzündungsrotte und Hitze in der Wundumgebung häufig fehlen. Hoher Puls bei niedriger Temperatur spricht ebenfalls für Gasbrandinfektion. Die weitere chirurgische Behandlung bei nachgewiesenem Gasbrand muß von Fall zu Fall nach der Stärke der Infektion entschieden werden. Kommt man mit gründlicher Wundrevision und Spaltung und Entfernung der befallenen Weichteile nicht aus, so muß unverzüglich die Amputation ausgeführt werden. Gleichzeitig soll ein Stützen der Herzkraft stattfinden, da der Tod bei Gasbrand gewöhnlich durch Herzlähmung auf toxischer Basis beruht.

E. Gohrbandt, Berlin.

2986.

Pick, **Zur Behandlung akut entzündlicher chirurgischer Erkrankungen mit Bakterienfiltraten.** (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 23.) Die Wirkung der Antivirustherapie setzt sich nach Pick aus zwei Komponenten zusammen: Die erste ist analog der Wirkung feuchter Umschläge, die zweite, wesentlich geringere, ist durch eine Proteinkörperwirkung bedingt. Das Antivirus ist unspezifisch und führt auch zu keiner Immunisierung der Umgebung von akuten Entzündungsherden. Als Ersatz für das teure und nicht in genügenden Mengen vorrätige unspezifische Antivirus „Histan“ wurde vom Autor abgekochte heiße Kuhmilch verwendet, welche eine Reihe von Eiweißkörpern enthält, die für die Proteinkörperwirkung wichtig sind. Es wurden Umschläge nur mit abgekochter, frischer Milch alle 3 Stunden erneuert, ferner wurden mit Milch getränkte Gazestreifen in die Inzisionswunden und Abszeßhöhlen eingeführt. Die Erfolge decken sich mit den von anderen Autoren mit Histan erzielten Ergebnissen. Die günstigste Wirkung wurde bei Furunkeln und Karbunkeln beobachtet. Ernst Pick, Wien.

2987.

Bonoli, Umberto, **Intraarterielle Injektionstherapie bei diffuser tiefer Handphlegmone.** (Policlinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 24.) (Ospedale S. Camillo, Comacchio.) Bei einem Fall von tiefer Gewebsentzündung der Hand wurde ein eklatanter Erfolg durch eine intraarterielle Injektion von 8 ccm Kollargol erzielt. Die Injektion erfolgte parazipital in das mittlere Drittel der Art. brachialis. Keine Stauungsbinde vor, ebenso keine Naht oder Verband nach der Infektion. Am nächsten Tage Fieberabfall nach gut durchschlafener Nacht, Rückgang der Schwellung, weder Spannung der Haut noch Schmerzempfindung. Nach 12 Tagen glatte Heilung.

Ashkenasy, Wien.

2988.

Schönbauer und Hutter, **Zur Behandlung des Hydrozephalus.** (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 24.) In einem Falle von schwerem Hydrozephalus mit rapid zunehmender Verschlechterung des Sehvermögens war die Röntgenbestrahlung erfolglos, weshalb operativ vorgegangen wurde. Der Eingriff bestand in der Freilegung des Plexus chorioideus der linken Hemisphäre und seiner Verschorfung mittels Diathermie. Nach der Operation war der Zustand durch 1½ Jahre besser, dann wurde wegen neuerlicher

Verschlimmerung des Befindens die Operation auch auf der anderen Seite ausgeführt. Seither ist der Zustand stationär.

Ernst Pick, Wien.

2989.

Messel, D. B., **Frühdagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 19.) (Physio-therapeutisches Kreis-Institut, Moskau.) Die Erkrankungen der Wirbelsäule werden häufig nicht nur im frühen, sondern auch in späteren Stadien nicht erkannt und übersehen. Bei einer beträchtlichen Anzahl von Fällen, bei denen verschiedene Erkrankungen, wie Rheumatismus, Polyarthrit, Gicht, Neuralgie, Ischias, Radikulitis, Polyneuritis, Lumbago, Neurasthenie und dgl., diagnostiziert werden, ist als Grunderkrankung eine Erkrankung der Wirbelsäule vorhanden. Daß diese übersehen wird, ist auf folgende drei Momente zurückzuführen: 1. Bei der allgemeinen Untersuchung der Kranken bleibt die Wirbelsäule häufig ununtersucht; 2. die betreffenden Patienten klagen, insbesondere im Beginn der Erkrankung, über Schmerzen in den Extremitäten und verschiedenen Organen, nicht aber in der Wirbelsäule; 3. die im Verlauf einiger Formen von Wirbelsäulenerkrankungen, einschließlich der tuberkulösen Spondylitis, häufig eintretende vorübergehende Besserung bzw. Remission erschwert die Diagnose. Bei jedem „physiotherapeutischen“ Patienten ist die genaue Untersuchung der Wirbelsäule unerlässlich. Diese besteht für den Praktiker zunächst in der Inspektion der Wirbelsäule, Ausführung von Wirbelsäulenbewegungen nach allen Seiten, Prüfung des von Baeyer angegebenen Symptoms, ferner Beklopfen sämtlicher Dornfortsätze mit dem Perkussionshammer und gleichmäßiges Abtasten der ganzen Wirbelsäule bzw. der Rücken- und Kreuzmuskulatur mit 2 Fingern der rechten Hand, um die Druckempfindlichkeit zu prüfen. An den Stellen des Klopfens bzw. Druckes nimmt die Haut eine mehr oder weniger intensive rote Färbung an. Wie Verf. betont, ist dieses Symptom sehr wertvoll, da die Hautverfärbung über einem kranken Wirbel gewöhnlich intensiver rot erscheint und längere Zeit bestehen bleibt, als diejenige über dem gesunden Wirbel. Neben der klinischen Untersuchung ist auch das Röntgenverfahren für die Diagnose der Wirbelsäulenerkrankungen von Bedeutung, vorausgesetzt, daß die Aufnahmen tadellos sind. Für die Frühdagnostik ist die lokale Brechung der Dornfortsatzlinie im Röntgenogramm von großer Bedeutung. Auf solchen Aufnahmen ist ganz deutlich zu sehen, wie der Dornfortsatz einer bzw. mehrerer Wirbel aus der durch die sämtlichen oberhalb und unterhalb liegenden Dornfortsätze gebildeten geraden Linie heraustritt und eine mehr oder weniger scharfe Krümmung in der geraden Linie verursacht. Dieses Abweichen des Dornfortsatzes nach der Seite ist auf eine in dem betreffenden Wirbelkörper- bzw. Knorpelgewebe stattfindende Erweichung bzw. Erschlaffung und dadurch verursachte Abplattung und Senkung derselben zurückzuführen. Am häufigsten wird diese Erscheinung — wegen der Länge der betreffenden Dornfortsätze — im Bereich der Brustwirbel beobachtet.

E. Kontorowitsch.

2990.

Radt, Paul, **Ueber chronische Osteomyelitis der Wirbelsäule und des Kreuzbeines.** (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41. Heft 3.) (2. Innere Abt. d. Städt. Krankenhauses Moabit in Berlin.) An Hand zweier Fälle von chronischer Osteomyelitis der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeines, die beide zum Tode führten, wird die Literatur der Erkrankung besprochen. Der erste Fall verlief anfänglich unter dem Krankheitsbilde einer chronischen Malaria, später unter dem einer chronischen Sepsis. Die Lokalisation des Ausgangsherdes konnte erst nach Auftreten von Senkungsabszessen festgestellt werden. Der zweite Fall führte zu dem eigenartigen Krankheitsbilde einer eitrigen Thrombophlebitis im Gebiete der Vena femoralis mit Metastasen, ohne Vorhandensein von Knochen-symptomen.

E. Orbach, Berlin.

2991.

Jahnke, C. E., **Die probatorische Arthrotomie bei unklaren Gelenkerkrankungen.** (Zbl. Chir., Nr. 17, 1929.) Verf. berichtet über 13 Fälle von probatorischer Arthrotomie. Es handelt sich um Fälle von subakuten, von einem Erguß begleiteten Gelenkerkrankungen, die klinisch zunächst ganz unklar waren und bei denen auch die feineren Methoden der Diagnostik keine Klarheit brachten. — Die Blutkörperchensenkungszeit war regelmäßig beschleunigt, das Gelenkpunktat steril. Bei der Arthrotomie fand sich regelmäßig eine hochrote, angeschwollene Synovialmembran. — Histologisch war für eine Spezifität niemals ein Anhalt vorhanden. Nach der Arthrotomie schwanden sofort die Ergüsse und die Pat. wurden schnell beschwerdefrei. — Auch die Nachuntersuchung der Kranken ergab ein sehr gutes Resultat.

Da die probatorische Arthrotomie stets mit einer sehr günstigen therapeutischen Wirkung verbunden ist, empfiehlt Verf. dieselbe bei allen unklaren chronischen Gelenkerkrankungen auszuführen.

Walter Grossmann, Berlin.

2992.

Haß, Julius, Operative extraartikuläre Ankylosierung der Hüfte bei tuberkulöser Coxitis. (Z. f. orthop. Chir., 51., Heft 4.) (Universitätsambulatorium u. Abtlg. f. orthop. Chir. im Allgem. Krankenh. in Wien.) Die extraartikuläre Versteifung bei Coxitis etc. ist indiziert, wenn ein schmerzhafter Prozeß seit Jahren besteht, wenn baldige Arbeitsfähigkeit und Apparatfreiheit erzielt werden soll. Guter Allgemeinzustand sowie gesundes Operationsgebiet sind Vorbedingungen. Die Operation besteht in einer Schräg-Abmeißelung des Trochanter maj., der bis an eine Anfrischungsstelle am Darmbein verschoben wird. Mitteilung von 4 Fällen, in denen eine breite knöcherne Verbindung zwischen Femur und Darmbein zustande kam. Die Patienten wurden beschwerdefrei und in verhältnismäßig kurzer Zeit berufsfähig. **Eckhardt, Dahlem.**

2993.

Lempert, Fritz, Meine Erfahrungen bei 100 Aetheröl-Rektalnarkosen. (Dtsch. Z. Chir., 216., 1/2. Heft.) Verf. benutzt zur Aetheröl-Rektalnarkose folgendes Gemisch: Aether pro narcosi 100,0, Ol. olivar. 45,0, Butyr. Cacao 5,0, Paraffin. liquid. 45,0 (die letzten drei durch Anwärmen zu mischen, worauf es flüssig bleibt!), Alkohol 8,0, Chinin. hydrochlor. 1,0. Von diesem Gemisch wird ohne Rücksicht auf das Alter (auch bei Herzfehlern und Bronchitis) 1 g Aether pro narcosi pro Kilogramm Körpergewicht gegeben. Bei äußeren kleineren Eingriffen genügt gewöhnlich 1,8 g pro Kilogramm Körpergewicht. Bei jungen Kindern darf mit der Aetherdosis nicht heruntergegangen werden, sie kann vielmehr auf 2,2 g erhöht werden. Da das Gemisch das Volumen 260 ccm hat, wird die zu gebende Menge des Gemisches folgendermaßen berechnet: erforderliches Aethergewicht mal 2,6. Verf. ist mit der Anwendung dieses Aetherölgemisches zu Rektalnarkosen außerordentlich zufrieden. Der einzige Nachteil beruht darin, daß der Narkoseeinlauf eine Stunde vor Beginn der Operation beendet sein muß und daß sofort dringliche Operationen für dieses Verfahren nicht in Frage kommen. Ueber die Vorteile ist dasselbe zu sagen wie bei der Avertinnarkose. **E. Gohrbandt, Berlin.**

2994.

von Stapelmohr, Sten, Ueber das Knacken und die habituelle Luxation des Kiefergelenkes. (Acta chirurg. scand., LXV., Fasc. I.) Fälle von Knacken im Kiefergelenk und habitueller Luxation sind bisher verhältnismäßig wenig in der Literatur mitgeteilt, obwohl das Krankheitsbild nicht allzu selten zu sein scheint. Man kann drei verschiedene Grade der Erkrankung feststellen: 1. Fälle, bei denen nur ein Knacken im Kiefergelenk besteht; 2. Fälle mit Knacken im Kiefergelenk und Kiefersperre bei offenem Munde, und 3. Fälle mit Knacken und ab und zu eintretender Kieferklemme bei beinahe oder halb geschlossenem Munde.

Bei der Ätiologie der Erkrankung muß man die Grundursache und den letzten direkten äußeren Anlaß berücksichtigen. In 20% der Fälle zeigen sich die Symptome als Folgeerscheinungen des Beißens auf harte Speisen, von Erbrechen, Gähnen und von paroxysmalem Lachen, oder sie waren die direkte Folge eines empfangenen Schläges. Selten ist die Erkrankung im Anschluß an Zahnerkrankungen oder zahnärztliche Behandlung aufgetreten. Als Grundursachen werden Erkrankungen des Nervensystems, besonders Epilepsie, Dementia praecox und Parkinsonismus, genannt. Ferner können Grippe und andere Infektionskrankheiten sowie Arthritis deformans das Knacken der Gelenke verursachen. Die Krankheit tritt in der Mehrzahl der Fälle vor dem 30. Lebensjahr auf. Bei Kindern bis zu 13 Jahren wurden nur 3 Fälle beobachtet. 67% der Erkrankten sind Frauen, 33% Männern. 70% der Fälle sind einseitig, 30% doppelseitig. Das linke Kiefergelenk ist öfter angegriffen als das rechte, und zwar im Verhältnis 2:1. Bei den Männern scheint das Verhältnis zwischen ein- und doppelseitiger Erkrankung gleich zu sein. Bei den Frauen kommt die einseitige Erkrankung dreimal häufiger vor als die doppelseitige. Die Symptome der Gruppe 1 können spontan verschwinden; werden sie stärker und gehen in die Gruppe 2 oder 3 über, so muß die Operation ausgeführt werden. Die Operation der Wahl ist die von Konietzny angegebene. Fast bei allen Operationen hat man den Meniskus und seinen Befestigungsapparat pathologisch verändert gefunden. Verf. hat 8 Fälle mit gutem funktionellen und kosmetischen Erfolge operiert. Auch die Nachuntersuchungen haben ein in jeder Hinsicht zufriedenstellendes Resultat ergeben.

E. Gohrbandt, Berlin.

2995.

Lorthioir, P., Fraktur des Schulterblattkörpers. (Brux. Méd., Nr. 30, 1929.) Die Fraktur der Fossa infraspinata oder die Fraktur des Schulterblattkörpers ist unter den seltenen Skapulafrakturen noch die häufigste Form. Diese Fraktur erkennt man als Ursprung nur eine direkte Verletzung an, die meist von hinten nach vorn erfolgt. Die Diagnose gründet sich auf einen scharf umschriebenen Schmerz in der Fossa infraspinata, auf die eventuell

gestörte Kontinuität des axillaren Skapularandes, auf den Nachweis von Krepitation und auf Bewegungsbeschränkung beim Hochheben des Armes über die Horizontale hinaus. Letzteres ist der Hauptpunkt bei der Differentialdiagnose; die anderen klinischen Symptome sind oft schwer zu finden wegen des Oedems und des bisweilen beträchtlichen Blutergusses.

Therapeutisch verhält man sich wie bei einer Schlüsselbeinfraktur, d.h. man fixiert die Fragmente gegen den Thorax und sorgt für Ruhigstellung. Die Funktion stellt sich ausnahmslos wieder her. Nur selten bleibt eine leichte Atrophie derjenigen Muskelfasern zurück, die am unteren Teil der Skapula ansetzen. Diese Atrophie hat nichts anderes zur Folge als eine vorübergehende Herabsetzung der Muskelkraft des Armes bei Ausführung bestimmter Bewegungen. **Held.**

2996.

Dessaint, J. J., Ueber die funktionelle Anpassung bei veralteten Schulterluxationen. (Rev. d'orthop., 35., Nr. 6, 1928.) An einem 73jährigen Mann wird im März 1928 eine vom 17. Dezember 1927 datierende, durch Sturz auf die Schulter entstandene Luxation des Humeruskopfes nach innen-vorn festgestellt. Der Verletzte klagt über funktionelle Behinderung und leichtes Ameisenlaufen in der linken Hand. Die Untersuchung ergibt deutliche Anzeichen einer Luxation, vor allem das Symptom der Epaulette, wobei ein Vergleich der anscheinend gesunden rechten Schulter die gleichen Anzeichen erkennen ließ. Die Nachforschung ergibt, daß der Verletzte in der Tat vor 6 Jahren auf die rechte Schulter gefallen war, wobei sich die gleichen Erscheinungen einstellten, wie sie jetzt links zu sehen sind. Damals nahm er seinen Unfall mit Geduld auf und gewöhnte sich schon nach 2 Monaten so an den Zustand der Luxation, daß er seine Arbeit als Hufschmied wieder aufnehmen konnte. Nur weil die linksseitige Verletzung nicht ebenso schnelle Heilungsschritte machte, kam er zum Arzt. Die Untersuchung der alten rechtsseitigen Verletzung ergab: zwei neue Gelenkbildungen, die eine zwischen anatomischem Hals (Kopf — Tuberculum majus) und unterem Pfannenrand. Dabei hat sich die Gegend des anatomischen Halses regelrecht zu einer tiefen Rille ausgeschliffen, so daß im Röntgenbild die Ansicht eine Konfiguration wiedergibt, die ganz der Seitenansicht eines Hüftgelenkes zwischen Kopf und Trochanter entspricht. Die zweite Gelenkbildung liegt zwischen oberem Kopfpol und unterer Fläche des Processus coracoideus. Es handelt sich um Umbildungen der Knochenform durch Funktion und eine im hohen Alter recht überraschende Anpassung der Gewebe an einen neuen morphologischen Zustand. **Debrunner, Zürich.**

2997.

Mommensen, F., Mechanisch-biologische Gesichtspunkte für die unblutige Behandlung der verzögerten Frakturheilung mit Pseudarthrose mit Angabe einer biologischen Behandlungsmethode. (Z. f. orthop. Chir., 51., Heft 4.) (Oscar-Helene-Heim, Berlin-Dahlem.) Die Rouseschen Gesetze über funktionelle Anpassung finden in einem Klopffapparat mit dosierbarer Wirkung bei Sicherung der beabsichtigten Wirkungsrichtung in einem entsprechenden Gipsverband Anwendung zur Behandlung der verzögerten Frakturheilung und Pseudarthrosen. **Eckhardt, Dahlem.**

2998.

Levander, Gustav, Ueber die Behandlung von Brüchen des Oberschenkelstammes nebst Beitrag zur Kenntnis des gesteigerten Längenwachstums der Röhrenknochen der unteren Extremitäten nach Bruch derselben. (Acta chirurg. scand., LXV., Suppl. XII.) Bericht über 275 Fälle von Brüchen des Oberschenkelstammes. Die Fälle wurden nach zwei verschiedenen Prinzipien behandelt, einmal operativ, sodann durch permanente Extensionsmethode.

Bei den Extensionsmethoden hat es sich gezeigt, daß die indirekte Extensionsmethode, wenigstens bei Erwachsenen, nicht imstande ist, eine Verkürzung auszugleichen. Die durchschnittliche Verkürzung bei Erwachsenen beträgt bei indirekter Extension 3 cm. Infolgedessen ist die Invalidität hoch. Bei der indirekten Methode muß noch hervorgehoben werden, daß sie teilweise wegen Hautreizung in ihrer Dauerdurchführung unmöglich ist. Nur bei Kindern bis zum 6. oder 7. Lebensjahre kann man durch indirekte Extension bei vertikaler Suspension des ganzen Beines gute Erfolge erzielen.

Die Erfolge bei direkter Extension sind wesentlich besser. Die direkte Extension erfüllte alle theoretischen Forderungen: Man kann eine gute Reposition der Fragmente erhalten und frühzeitig mit funktioneller Behandlung beginnen. Deshalb wird die direkte Extension als Normalmethode vorgeschlagen. Verf. hat als Extensionsmittel Klammern benutzt, die an den Femurkondylen angebracht wurden. Der Oberschenkel wurde vertikal aufgehängt und der Unterschenkel horizontal in einer hängematteartigen Aufhängevorrichtung gelagert. Dislokationen der Bruchstücke wurden durch Seitenzüge am Oberschenkel ausgeglichen. Nur in den Fällen, wo keine ideale Adaption der Bruchstücke erreicht werden konnte

infolge von Weichteilinterposition oder Verhakungen, wurde unter Beibehaltung der direkten Extension die blutige Reposition vorgenommen. Durchschnittlich wurde die direkte Extension 6 bis 7 Wochen lang durchgeführt, alsdann bei gut erreichter Stellung und Konsolidation die Nachbehandlung im fixierenden Gipsverband. Bewegungs- und Massagebehandlung wurde schon im Frühstadium der Extensionsbehandlung begonnen.

Die Erfolge des operativen Verfahrens sind nicht zufriedenstellend. Sie haben eine hohe Invalidität ergeben. Ganz abgesehen davon, daß eine gewisse Infektionsgefahr bei der Operationsmethode vorhanden ist, genügen die verschiedenen Fixationsmethoden nicht immer den an sie zu stellenden Forderungen. Die Knochenheilung kann verzögert sein, so daß das Nahtmaterial entfernt werden muß. Es können Deformitäten, Spontanfrakturen und Pseudarthrosen als spätere Komplikationen auftreten. In den Fällen, wo operiert werden mußte, wurden bei Schräg- und Spiralbrüchen Schrauben, bei Querfrakturen autoplastische Knochentransplantate als das beste Fixationsmaterial verwandt.

Offene Brüche wurden nach vollständiger Exzision der Wunde und nach Auswaschen mit antiseptischen Lösungen mit vollständiger Naht behandelt.

Experimentelle Untersuchungen und Beobachtungen haben gezeigt, daß bei jüngeren Patienten bis zum 15. Lebensjahre ein gesteigertes Längenwachstum des gebrochenen Knochens vorliegt. Aber auch die nicht gebrochenen großen Röhrenknochen derselben Extremität zeigen ein vermehrtes Längenwachstum, das auf die gesteigerte Blutzufuhr zurückzuführen ist.

E. Gohrbandt, Berlin.

2999.

Camitz, H., Ueber die Behandlung der traumatischen Epiphysenablösung am Caput femoris. (Acta chirurg. scand., LXV., Fasc. 1.) Die alte unblutige Repositionsmethode bei der traumatischen Epiphysenlösung hält Verf. nicht mehr für berechtigt. Bei vollständiger Epiphysenlösung muß nach seiner Ansicht der Patient wie bei einer vollständigen Kollumfraktur behandelt werden. Ist der Fall frisch und ist das Kaput nur abgerutscht, so wird in Narkose das Bein vorsichtig in Abduktionsstellung gebracht und in dieser Stellung eingegipst. Wenn man nach 8 bis 10 Wochen den Gips abnimmt und die gewöhnliche Nachbehandlung durchführt, so erreicht man gewöhnlich ein gutes Resultat. Liegt das Trauma längere Zeit zurück und bestehen bedeutende Funktionsstörungen, so sind die besten Resultate durch eine Rotationsosteotomie unterhalb des Trochanter minor zu erreichen. Die Nachbehandlung ist die gleiche. Innerhalb der ersten drei Monate soll das Bein nicht belastet werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3000.

Froelich, 4 Fälle von eburnisierter Tibia (Marmor Knochen). (Rev. d'Orthop., 16., Heft 1, 1929.) Froelich beschreibt 4 Fälle von Marmorerkrankungen am Kind, deren Ursprung in keinem Falle aufzu klären war. Es handelt sich um Bestände zufälliger Art, die, da sie keine Beschwerden machen, auch keiner Behandlung bedürfen.

Debrunner, Zürich.

3001.

Schrader, E., Ueber die Auswirkungen der Verlagerung des technischen Kniegelenks zur physiologischen Gelenkachse. (Z. f. orthop. Chir., 51., Heft 4.) (Orthop. Univ.-Klinik, Heidelberg.) Bei der Verlagerung des Kniegelenks an Verbänden und Apparaten treten bei der Bewegung des Kniegelenkes Schub-, Zug- und Scherkräfte auf, die nicht nur auf das Knie-, sondern auch auf Fuß- und Hüftgelenk nachteilig wirken und am Ober- und Unterschenkel Druckstellen erzeugen können. Diese Auswirkungen der Verlagerung nach den verschiedenen Richtungen werden eingehend untersucht.

Eckhardt, Dahlem.

3002.

Massabau, G., und L. Marchand, Die Kahnbeinerkrankung im Fuß (Köhler) kann tuberkulöser Natur sein. (Rev. d'Orthop., 16., Heft 1, 1929.) Die Verfasser beschreiben 2 Fälle von Köhler'scher Erkrankung, die sich bei genauer Erforschung als Tuberkulose herausstellten. Sie unterstützen damit einen schon früher von Nové-Jossierand auf die tuberkulöse Natur derartiger Leiden zielenden Hinweis.

Debrunner, Zürich.

3003.

Böhm, Max, Pes varus congenitus. (Z. f. orthop. Chir., 51., Heft 4.) (Krüppelfürsorge VII, Berlin, St.-Hildegard-Krankenhaus.) Eingehende Studie über den Bau des primitiven Fußskelettes an Embryonen aus dem 2. bis 4. Monat. Zu Beginn des 2. embryonalen Monats steht der Fuß in Spitzfuß- und Adduktionsstellung; am Ende dieses Monats tritt eine starke Supination hinzu. Mitte des

3. Monats winkelt sich die Fußplatte gegen den Unterschenkel kranialwärts ab, um sich vom 4. Monat ab in Pronation zu wenden. Im II. Teil der Arbeit erfolgt die Beschreibung eines hochgradigen und eines leichten Klumpfußes eines siebenmonatigen Fötus. Die Präparate wurden nach dem Verfahren Virchows nach Form zusammengesetzt. Der Vergleich mit dem physiologischen embryonalen Fuß ergab in dem schwereren Fall eine große Ähnlichkeit mit einem embryonalen Fuß in der 5. oder 6. Woche, in dem leichten Fall mit einem Fuß in der 12. Woche. Es wird aus dem Untersuchungsergebnis unter Zuhilfenahme klinischer Erfahrungstatsachen der Schluß gezogen, daß der angeborene Klumpfuß im wesentlichen eine Hemmungsbildung darstellt.

Eckhardt, Dahlem.

3004.

Bericht über die 10. Jahresversammlung der französischen orthopädischen Gesellschaft vom Oktober 1928. (Rev. d'Orthop., 15., Heft 6, 1928.) Das Hauptthema bildete die einfache pathologische Luxation der Hüfte. Referent war Le Fort. Mit dem Namen bezeichnet der Redner Ausrenkungen, die im Verlauf verschiedener Erkrankungen ohne grobe Veränderung der Pfanne und des Kopies entstehen. Besonders häufig ist die tuberkulöse Koxitis Ursache der Ausrenkung. Meist entsteht sie zu Beginn der Erkrankung gelegentlich ganz plötzlich, häufiger nach und nach. Bei der akuten Osteomyelitis sind die Ausrenkungen manchmal die Folge direkter Gelenkentzündungen, manchmal die Folge von Veränderungen der Umgebung. Besonders häufig sind die Luxationen zu finden als Begleiterscheinungen chronischer, sogenannter „rheumatischer Arthritiden“. Am häufigsten muß man sich als Erklärung die Verdrängung des Kopfes aus der Pfanne denken, die Ansammlung fungöser Massen oder die Ausfüllung der Gelenkhöhle mit Granulationsgewebe, wodurch der Kopf aus der Pfanne gehoben wird. Eine echte Luxation kann sich aber nur dann ausbilden, wenn die Kapsel und ihre Verstärkungsbänder stark gedehnt und das Ligamentum rotundum in seiner Zusammensetzung verändert oder ganz zerstört ist. Man muß annehmen, daß eine Reihe von Faktoren notwendig ist, die Ausrenkung vorzubereiten und zu erleichtern. Dazu gehören: die schlechte Stellung des Beines, die Erweichung der Pfannenlippe, der Gelenkerguß, die Muskelatrophie, besonders der Gesäßmuskulatur usw. Sie sind von Fall zu Fall in ihrer Wichtigkeit zu erkennen. Am Anfang sind weitaus die meisten dieser Luxationen leicht zurückzuführen. Viele heilen nach Reposition vollkommen aus. Prognostisch spielt die Grundkrankheit weitaus die wichtigere Rolle als die Luxation selbst. Für die Beurteilung der Gelenkerkrankung selbst können wir aus der Luxation keine besonderen Schlüsse ziehen. Ob die Hüfte luxiert ist oder nicht, ist für die Heilung nicht ausschlaggebend. Allerdings muß gesagt werden, daß eine dauernde Ausrenkung die knöchernen Gelenkoberflächen nach und nach verändert, und zwar um so rascher, je intensiver die Erkrankung der Gelenke gewesen war. Eine nicht korrigierte einfache pathologische Luxation verliert mit der Zeit den Charakter ihrer Entstehungsweise. Sie stellt nichts anderes dar, als eine entweder ankylosierte oder schlotternde deformierte Hüfte. Die Behandlung der veralteten Stadien ist darum analog der Behandlung jeder veralteten Hüftluxation. Es interessiert daher besonders, beantwortet zu sehen die Frage nach einer Behandlung der frischen pathologischen Luxation und die Ergründung der Spätzustände nach Einrenkung derartiger Hüften. In keinem Falle darf man die Prinzipien vergessen, die die Behandlung der Grundkrankheit leiten sollen: Vermeidung heftiger Kraftanstrengung bei tuberkulöser Koxitis, Eröffnung eitriger Gelenke usw. Jedenfalls muß man den Zustand der Gelenke genau untersuchen, bevor man sich zu einem operativen Eingriff entschließt. Wenn wir diese Bedenken im Auge behalten, so dürfen wir sagen, daß jede derartige Luxation in frischem Zustand reponiert werden soll auf unblutigem, im Notfall auch auf blutigem Wege. Für gewöhnlich wird die manuelle Einrenkung gelingen. Da aber die eigentlich mechanische Ursache der Luxationsentstehung mit der Reposition nicht beseitigt wird, ist für eine exakte Fixierung auf längere Zeit hinaus zu sorgen. Jedenfalls muß ein Patient mit derartigem Leiden längere Zeit hindurch nachuntersucht und immer wieder in Behandlung genommen werden, sobald Stellungveränderungen oder funktionelle Störungen im Gebiet der Hüfte eintreten sollten. Es folgen 15 genau beschriebene Fälle mit Röntgenbildern und einer erschöpfenden Bibliographie. Die Diskussion ergibt keine besonderen Anregungen mehr.

Als Referent des zweiten Hauptthemas spricht Allenbach: Ueber die operative Behandlung des Plattfußes. Es werden Sehnenoperationen, z.B. die Verlängerung der Achillessehne, Verlagerung der Tibialessehne nach hinten, der Peroneussehne nach innen usw., beschrieben, ohne kritische Stellungnahme. Ebenso besteht die Besprechung der Knochenoperationen in einer bloßen Aufzählung der in der ganzen Welt veröffentlichten Methoden.

Hans Debrunner, Zürich.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3005.

Lahm, W., Uterusblutungen in der Menopause. (Mschr. Geburtsh., Heft 1/2, Mai 1929.) Nicht jede Blutung in der Menopause muß auf ein Karzinom zurückzuführen sein. Entzündungen in der Schleimhaut, Polypenbildungen, fragliche Fälle sind nach Benthin einige Ursachen. Auch ein lokales Trauma, Obstipation und Kreislaufstörungen können die Ursache von Blutungen sein. Die Regulierung des Blutkreislaufes bei beginnender Herzinsuffizienz kann oft eine Blutung beseitigen. Kreislaufstörungen führen zum Zerfall der Schleimhaut, es kommt zu einem Auflösungsprozeß und Aufquellungserscheinungen am Epithel und damit zum Bilde der scheinbaren Entzündung. Von größtem Interesse ist die Frage der Polypenbildung. Man findet an den Polypen selbst oft einen ausgehenden hämorrhagischen Zerfall. Diese Veränderungen entstehen stets durch Stauung, so daß auch hier Kreislaufstörungen als Ursache der Blutung anzunehmen sind. Infolge der Anordnung der Gefäße und der relativ empfindlichen Schleimhaut im Bereich der Polypen blutet es aus diesen viel leichter. Man unterscheidet bei ihnen einen Zentralgrundstock und einen Mantel. Der erstere besteht aus der basalen Schleimhaut und zum Teil der muskulösen Uteruswand, der Mantel aus der funktionierenden Schicht. An diesem kann also eine noch bestehende Ovarialfunktion erkannt werden, da er zyklische Wandlungen zeigen kann. Verfasser ist der Meinung, daß die Muskulatur des Uterus als ein in die Peripherie eingeschaltetes Herz anzusehen ist, das das venöse Blut fortleitet. Je länger Stromschwankungen bestanden haben, um so mehr ist die basale Schicht entwickelt, und in dieser basalen Hyperplasie ist das Vorstadium der Polypenbildung zu sehen. Es gibt ferner umschriebene Anomalien der Gefäßbildung, geschwulstartige Bildungen der Basalis, Polypenbildung in der Schwangerschaft. Der erste Beginn ist stets an eine ovarielle Funktion geknüpft. Denn eine banale Hyperplasie kommt nur unter den Stromstößen zustande, wie sie in der Menstruation die Regel sind. Man kann aus dem Funktionieren der Schleimhaut des Mantels und aus dem Vorkommen kräftiger Uteruskontraktionen auf noch vorhandene Ovarialfunktion schließen. Wir müssen für die Uterusmuskulatur dieselben Regeln annehmen wie für das Herz, d. h. sie hypertrophiert bei Überlastung, und bei Insuffizienz kommt es zu Stauungen. Am Polypen als Locus minoris resistentiae kommt es dann zu Blutungen. Bei Vorhandensein von Ovarialtumoren kommt es zu Blutungen infolge Stauungen im kleinen Becken oder durch starken aktiven Blutstrom zur Wiederbelebung der nicht erloschenen Ovarialfunktion. Die Blutungen sind dann also ovariell bedingt. Aus alledem geht hervor, daß es keine eigentlichen Krebs Symptome gibt und daß bei Blutungen in der Menopause nur der erfahrene Arzt die wahre Ursache entscheiden kann.

Kosminski, Berlin.

3006.

Allen, Edward, Regurgitation des Menstrualblutes von einem doppelten Uterus infolge kongenitaler Atresie. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 6.) Zur Verifizierung der Sampson'schen Theorie der Entstehung von heterotopen Endometriosen aus Teilen von Endometrium, die während der Menstruation verschleppt werden, hätte der positivem Befund der beschriebene Fall dienen können. Bei einem 14jährigen Mädchen, das seit 2 Jahren menstruierte und an starken Beschwerden im rechten Unterbauch während der Menstruation litt, fand sich eine Geschwulst im rechten Becken und bei der Operation ein zweifacher Uterus. Der rechte Uterus und die echte Vagina waren atretisch und enthielten Menstrualblut. 150 ccm Menstrualblut fand sich im Douglas. Im Menstrualblut waren Stücke vom Endometrium nachzuweisen. Das Peritoneum wies vielfach im Douglas und an den Darmschlingen samtartige, mukosaähnliche Beschaffenheit. Mikroskopische Untersuchungen dieser Fläche zeigten aber nirgends endometriale Wucherungen, sondern nur Granulationsgewebe.

Hans Hirsch, Köln.

3007.

Lindquist, Erik, Ueber die Ursachen der Varicositas und der Thromboembolie und die Prinzipien der prophylaktischen Behandlung der Thrombose und der Lungenembolie, unter Beifügung einer statistischen Aufstellung über die Fälle von Thrombose und Thromboembolitis, die an der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung des Malmöer Allgemeinen Hospitals in den Jahren 1904—1927 behandelt wurden. (Acta obstetr. scand., 8, Nr. 3.) Ausgehend von dem besonders von Magnus beschriebenen und experimentell bestätigten Vorkommen einer retrograden Blutströmung in der Vena saphena bei Varizen, wenn der Patient sich in stehender Haltung befindet, versucht der Verfasser eine Theorie zur Erklärung dieser Blutströmung zu entwickeln. Er hält diese rückläufige Blutströmung, die bedingt werde durch irgendwie verursachte weniger

kräftige Strömung im Hauptvenengebiet, für das Primäre bei Varizen und für die Hauptursache für deren Entstehung. Die Ursache des retrograden Blutstromes im Saphenogebiet ist im aufrechten Gang des Menschen zu suchen, der bewirkt, daß die Hinaufbeförderung des Blutes zum relativ so weit obengelegenen Herzen nicht mit so großer Kraft vor sich geht, daß sich nicht gewisse einfache physikalische hydrostatische Kräfte geltend machen können, wenn die das Blut befördernden Kräfte im Alter geringer werden. Eine weitere Ursache für diese perverse Stromrichtung beim stehenden Patienten liegt darin, daß das Blut in der Vena saphena von den abhängigsten Teilen des Körpers (hauptsächlich dem Kapillarnetz des Fußes und Unterschenkels) zum Herzen „hinaufgehoben“ werden soll, während die Blutquellen der Vena femoralis näher am Herzen gelegen sind. Folgen der rückläufigen Strömung sind trophische Strömungen am Unterschenkel infolge Mangels an sauerstoffhaltigem Blut. In ähnlicher Weise erklären sich die Varizen in den Venae haemorrhoidales und im Plexus pampiniformis. Der Verfasser sieht im varikösen Symptomenkomplex neben der Vermehrung des Fibrinogen- und Globulingehaltes im Blutplasma, wie sie vor allem in der Schwangerschaft sich findet, und der Verzögerung der Blutströmung aus anderen Gründen eine Hauptursache für die Entstehung der spontanen Venenthrombose. Belege für diese Auffassung und für die übrige Darlegung gibt eine eingehende Statistik über alle Thrombosen und Thrombophlebitiden, die an 27 000 Patientinnen diagnostiziert wurden. Die Thrombosenziffer ist höher bei narkotisiert gewesenen Kranken und bei operativ behandelten, bei solchen mit großem Blutverlust, bei Entzündungen. Die Umstellung des Kreislaufes nach Entleerung des Uterus und der gleichzeitige Uebergang von der aufrechten Haltung zur Bettruhe nach der Geburt wird eine Rolle spielen. Auch die mechanische Schädigung der Beckenvenen durch den Geburtsvorgang ist in Betracht zu ziehen. In den letzten Jahren ist eine starke Zunahme der Thrombosen und Embolien statistisch sicher festzustellen, eine Erscheinung, die in mehreren Kulturländern beobachtet wird. Auch die Thrombophlebitiden nehmen im selben Verhältnis zu. Er glaubt Gründe zu haben, diese Steigerung dadurch zu erklären, daß das von der jetzt erwachsenen Generation geführte „Kulturleben“ mit seiner geringen körperlichen Übung bessere Bedingungen für das Zustandekommen des varikösen Symptomenkomplexes und damit für eine Steigerung der Zahl der Thrombosen und Lungenembolien gebe. Den Nutzen der Massagebehandlung als prophylaktische Maßnahme hält der Verfasser auf Grund seiner Statistik nicht für sichergestellt. Als Prophylaxe gegen Thrombose empfiehlt er reichliche Flüssigkeitszufuhr zur Auffüllung des Gefäßbietes, das in den Beingebeieten relativ zu weit ist nach der Entbindung und der Operation, und zur Verdünnung der Proteinkolloidkonzentration, ferner einige Tage Bettruhe vor der Operation zwecks Anpassung der Venen an die geringere bewegte Blutmenge und schließlich einen leicht ansitzenden Strumpf am Unterschenkel für die Zeit nach der Operation zur Kompression des Saphenagebietes. Hierdurch wird auch der Blutstrom in den tiefen Venen gefördert.

Hans Hirsch, Köln.

3008.

Van Smith, S., Endometriom. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 6.) Eine klinische und pathologische Studie über 159 Fälle. Die meisten behandelten Fälle waren im Alter zwischen 30 und 40 Jahren. 25% der Kranken in dieser Serie waren ledig. Von den verheirateten Kranken waren 20,6 steril. Die durchschnittliche Kinderzahl jeder verheirateten Kranken war 1,7. Die häufigsten Beschwerden waren abnormaler Fluor, schmerzhaft gewordene Menstruation, Rückenschmerzen und Schmerzen im unteren Abdomen. In 77,3% der Fälle war die Menstruation abnormal. Ein Beckentumor war fühlbar in 44,6% der Fälle. Von den übrigen Fällen hatten 41 einen retrovertierten und adhärenenten Uterus. Von den Patienten, die konservativ operiert wurden, wurden 32,5% nicht geheilt, wenngleich gebessert. Eine zweite Operation war in 9,3% nötig. Primäre Radikaloperation brachte Heilung in jedem Falle, wo keine Malignität vorlag. Da der Prozentsatz der Sterilität bei diesen Kranken hoch ist und da nur 2 von dieser Serie nach der Operation schwanger geworden sind, sollte man radikal operieren, wo Arbeitsfähigkeit notwendig ist.

Konservativ sollte man nur vorgehen bei Frauen, die die Potenz zur Schwangerschaft behalten und das Risiko einer zweiten Operation auf sich nehmen wollen.

Verwachsungen im Becken, gewöhnlich sehr feste, waren in 60% vorhanden. Myome fanden sich in 41,6%. Eine maligne Erkrankung begleitete das Endometriom in 7,1%, was vermuten läßt, daß die Endometriosis hierbei vielleicht eine mehr als zufällige Rolle spielt. Auch dieser Umstand sollte für die radikale Operation sprechen.

Hans Hirsch, Köln.

3009.

Keene und Block, Die Behandlung der Uterusmyome. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 6.) Unter 259 behandelten Fällen wurden

161 (62,1%) operiert und 98 (37,9%) bestrahlt; von diesen 94 mit Radium und nur 4 mit Röntgenstrahlen. Auf vaginalem Wege wurden nur 3,7% operiert, und zwar gestielte submuköse Myome oder kleine Myome bei Uterusprolaps. Eine Myomektomie wurde in 6,2% vorgenommen. Die Methode der Wahl war bei größeren Myomen die abdominale supravaginale Uterusamputation. Sie wurde in 86,4% der operativen Fälle vorgenommen, die Panhysterektomie nur in 2,4%. Die Mortalität der Operationen war 3,7%, darunter 2 Fälle von gleichzeitigem Karzinom. Unter den bestrahlten Kranken waren 85 (90,4%) über 41 Jahre alt. Fälle mit Beckenkomplikationen oder mit nicht zweifelsfreier Diagnose wurden operiert und nicht bestrahlt. Der Bezirk der der Bestrahlung zu unterwerfenden Fälle wurde relativ eng gewählt. Die Blutung wurde in praktisch allen operativen Fällen und in 95% der bestrahlten Fälle gebessert, aber Fluor blieb in $\frac{1}{3}$ der Fälle nach jeder der Behandlungsmethoden bestehen.

Hans Hirsch, Köln.

3010.

v. Fekete, A., Beiträge zur klinischen Bedeutung der Gebärmutterfibrome. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verf. berichtete über 112 Myomoperationen, 104 durch Laparatomie mit 5 Todesfällen, 8 vaginal mit einem Todesfall an Sepsis. Er untersuchte den Einfluß des Myoms auf den Eierstock und den gesamten Organismus, und zieht daraus die praktischen Schlüsse. Er fand bei großen Myomen Hyperämie und Vergrößerung des Eierstocks, und schließt daraus auf eine Hyperfunktion desselben; oft fand er auch kleinzystische Degeneration. In etwa 60% waren entzündliche Veränderungen in der Umgebung der Adnexe nachzuweisen; das Myom beeinflusst also auch die Adnexe. Ferner wird fraglos fernwirkend das Herz beeinflusst, und zwar scheint die im Gefolge des Myoms sich meldende Ovarialhyperfunktion durch Vermittlung des vegetativen Nervensystems und der Thyreoidea die Tätigkeit des Herzens zu beeinflussen, diese vor eine erhöhte Aufgabe zu stellen und damit die Quelle von Herzstörungen zu werden. Das Myom kann auch zur Quelle von Störungen im blutbereitenden System werden, da es schwerer gelingt, bei Myomkranken durch Eisen-Arsentherapie das Blutbild günstig zu beeinflussen als bei anderen Anämien. Die Myomkranke bedürfen daher ständiger Beobachtung, um nicht den richtigen Zeitpunkt zum Eingriff zu verpassen. Die Myomkranken scheinen am besten auf chirurgischem Wege von ihrem Leiden befreit werden zu können, weniger günstig durch die Strahlenbehandlung, die nur in komplikationsfreien Fällen bzw. bei operativer Kontraindikation angewandt werden sollte.

Rudolf Katz, Berlin.

3011.

Wolfe, S. A., Chorioadenom und Choriokarzinom des Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 6.) Die Choriontumoren folgen auf Abort in 31%, auf ausgetragene Schwangerschaft in 28%, auf Blasenmole in 36,6% und auf Tubarschwangerschaft in 4,4% der Fälle. Nur in 4,7% treten sie nach der ersten Geburt auf; dagegen in 37,8% bei Frauen, die 5 oder mehr Kinder haben. Anhaltende Blutung nach Blasenmole indiziert eine diagnostische Abrasio, um ein beginnendes Chorioepitheliom zu entdecken. Die Choriontumoren umfassen zwei verschiedene klinische und pathologische Formen: 1. Das Chorioadenom, das in pathologischer Weise das Bild der Chorionzotte nachahmt. Es ist örtlich destruktiv. Mechanische Transplantationen von Zotten in Venen benachbarter Gewebe bilden sekundäre Tumoren. Sekundär können auch echte maligne Degenerationen entstehen. Radikale Operation vor dem Auftreten der echten Bösartigkeit gibt eine gute Prognose. 2. Das Choriokarzinom. Das Urbild der Zotte wird nicht nachgeahmt, denn das zentrale Bindegewebsgerüst fehlt. Man findet eine Hyperplasie und Anaplasie der Chorionzellen, die in die Venen einbrechen und die Uterusmuskulatur durchsetzen. Metastasen treten früh auf, besonders in der Lunge. Radikale Operation ist in der Regel ohne Nutzen.

Hans Hirsch, Köln.

3012.

Granzow, J., Ein Fall von Chorionepithelioma malignum. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) 27jährige Multipara, bei der 1 Jahr nach Ausstoßung einer Blasenmole sich ein Chorionepitheliom mit intramuraler Entwicklung fand. Dasselbe bestand aus einem mehr expansiv wachsenden kugligen Solitär tumor in der seitlichen, linken Korpuswand und einer diffus von der gesamten Zervixfläche ausgehenden Tumormasse, die in hochgradiger Weise fast die gesamte Zervixinnenwand flächenhaft zerstörte. — 9 Tage nach der vorgenommenen vaginalen Totalexstirpation Exitus. — Nach Ansicht des Verfassers scheint der Tumor wahrscheinlich von einer tiefsitzenden Plazenta bzw. Placenta praevia ausgegangen zu sein.

Rudolf Katz, Berlin.

3013.

Taylor, H. C., Maligne und semimaligne Tumoren des Ovariums. (Surg., Gynec. a. Obstetr., Nr. 2, 1929.) Studie über

139 Fälle von klinisch und histologisch als papilläre Kystadenome, primäre Karzinome und Sarkome des Ovariums diagnostizierte Tumoren. Die gegenwärtige Ansicht von der Aetiologie der primären Epithelialtumoren des Ovariums geht dahin, daß eine gewisse gemischte Gruppe dieser Tumoren teratomatösen Ursprungs ist und daß unter diese Gruppe möglicherweise die pseudomuzinösen Tumoren fallen, während die gewöhnlichen serösen Zysten und ihre hyperplastischen und malignen Abarten vom Keimepithel oder von heterotopem endometroidem Gewebe ihren Ausgang nehmen. Ueber die Typen der Ovarialtumoren in ihren verschiedenen Graden von Hyperplasie und Malignität und über die Endresultate in jeder Gruppe werden Betrachtungen angestellt. Was die histologischen Kriterien der Malignität betrifft, so ist für die Prognose nicht so sehr die mangelnde Differenzierung als das deutliche Vorhandensein einer Irregularität des Kernes entscheidend. Die primäre Mortalität hängt hauptsächlich von der Auswahl der Fälle ab. In der Serie des Autors betrug sie 11,8% für das sichere Karzinom, 2,2% für die malignen papillären Tumoren. Das prozentuale Verhältnis der Dauerheilungen hängt zum Teil von der Einstellung des Pathologen zur Grenze der Malignität ab. Von einwandfreien malignen Fällen betrug dieselbe nach 3 Jahren 8,5%; nimmt man die aktiv wachsenden papillären Kystadenome hinzu, 21,1%. Die Prognose hängt letzten Endes vom Grade der Ausdehnung des Wachstums ab. Wenn das Karzinom über das Ovarium, den Uterus oder die Tuben hinaus geht, sind die Resultate immer schlecht, mit Ausnahme der seltenen Heilungen durch Röntgenbestrahlung. Je jünger die Patientin, um so gutartiger erscheint der histologische Befund. Als ätiologische Faktoren in der Entwicklung der Ovarialkarzinome kommen in Betracht: verminderte physiologische Funktion in der Menopause sowie eine kongenitale Unterentwicklung der Frauen. Die Behandlung besteht in der Totalexstirpation, womöglich mit Entfernung beider Adnexe, und postoperativer Bestrahlung in malignen Fällen.

L. Szamek, Wien.

3014.

Isbruch, J., Ein Beitrag zur Frage der Teer- und Schokoladenzysten der Ovarien. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verf. hat einen Fall beobachtet, bei dem es sich um Teerzysten beider Ovarien handelte, die in ihrer Umgebung bis in den Douglas hinein große, hochgradig verwachsene Konglomerattumoren gebildet hatten und bei dem über 10 Jahre lang bis zur Operation die hochgradigste Abflußstauung in Form eines völligen Zervixverschlusses bestanden hat. Es waren bei dem Fall funktionstüchtige Corpora albicantia nachweisbar; es hatten immer dysmenorrhöische Beschwerden bestanden; mit längerer Zeit bestehender retrograder Menstruation. Der Beweis, daß die Teerzysten durch in die Bauchhöhle gelangtes Endometrium entstanden waren, konnte nicht erbracht werden. Es scheint sich hier die Ansicht Rob. Meyers, daß unter Mitbeteiligung der hormonalen Ovarialwirkung die Wucherungs- und Umwandlungsfähigkeit des Peritoneal- und Keimepithels unter Einwirkung entzündlicher Reize als ätiologisches Moment in Frage kommen, zu bestätigen.

Rudolf Katz, Berlin.

3015.

Kienlin, H., Gibt es entzündliche Adnextumoren ohne Gonorrhöe, Gestationsvorgänge und zerfallende Tumoren? (Zbl. Gynäk., Nr. 28, 1929.) Auch bei länger anhaltenden Blutungen bleibt nach den Untersuchungen des Verf. das Cavum uteri frei von pathogenen Keimen. Nur in ganz seltenen Fällen sind pyogene Keime bei älteren Frauen darin gefunden worden, so daß bei einem Uebertritt von Uterusinhalt in die Tuben die Möglichkeit des Entstehens von Adnexitiden auch ohne das Vorliegen von Gonorrhöe, Gestationsvorgängen und zerfallenden Tumoren gegeben ist. Verf. macht für das Auftreten von Keimen in der Uterushöhle bei älteren Frauen in erster Linie das Fehlen einer funktionierenden Uterusschleimhaut und das Auftreten von Stenosen im Bereich der Zervix verantwortlich.

Schwab, Hamburg.

3016.

v. Zalewski, E., Ueber die Zystenbildungen im Gebiet des weiblichen Genitaltrakts. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verf. bespricht in einer sehr ausführlichen Zusammenstellung die verschiedensten Zysten der Scheide und der benachbarten Organe, ihre Aetiologie, ihre Symptome und sonstigen Erscheinungen, sowie die Therapie. — Er berichtet dann weiter über 2 von ihm selbst beobachteten Fälle, eine pilumengroße, medial an der vorderen Vaginalwand einer 49jährigen Frau gelegene und eine hühnereigroße Zyste der Vagina in der Gegend der linken Bartholinischen Drüse. Für die erstere kommt, nach Ansicht des Verf., eine embryonale Entstehung oder eine traumatische Entstehungsursache in Frage (traumatische Epithelzyste mit Durchbruch nach der Urethra), für die zweite eine Entstehung aus dem Müllerschen Gang.

Rudolf Katz, Berlin.

3017.

Hochloff, A. W., **Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Ovariumhypernephrome.** (Arch. f. Gyn., 136., Heft 3, 1929.) (Frauenklinik der Universität in Saratow.) Verf. hat einen Fall von Hypernephrom des Ovariums, eine im Gegensatz zu den Nierenhypernephromen selten vorkommende Geschwulst beobachtet: Bei der 30jährigen Pat., die über Kreuz- und Leibscherzen klagt und bei der niemals weder die Menses noch Molimina menstrualia noch vikariierende Menstrualblutungen stattgefunden, wurde ein „Beckentumor“, den man als subseröses Fibromyom ansprach, festgestellt. Mit 18 Jahren bemerkte sie eine Behaarung im Gesicht und am ganzen Körper, mit 20 Jahren heiratete sie; die letzten 6 Jahre bestand kein Geschlechtsverkehr; früher bestand normale Libido sexualis und Befriedigung. — Bei der Operation zeigt sich, daß rechts eine Eierstockszyste vorhanden, während links ein Eierstockstumor von nierenähnlicher Form, mit höckeriger Oberfläche festgestellt wird, der sich mikroskopisch als Hypernephrom erweist. — Der klinische Symptomenkomplex bei der ungewöhnlichen Konstitution im Fall des Verfassers entspricht dem Bilde des genitoparenchymalen Syndroms (Kraus), des Hirsutismus oder Virilismus, d. h. den Symptomen des kortikalen Hypersurrenismus (Hyperplasie der Rindensubstanz und Hypo- oder Aplasie des Chromaffingewebes). Es ist wohl notwendig, als Anfang der Erkrankung bei der vom Verf. beobachteten Kranken die Pubertätsperiode zu rechnen — absolute Amenorrhöe, Maskulinisierung des weiblichen Typus, männlicher Charakter des äußerlichen Anblickes (Brustdrüsen, Becken). Diese Symptome sind jedoch, nach Ansicht des Verfassers, von geringem diagnostischem Wert; vielmehr konstatieren sie nur die Tatsache der inkretorischen Störungen. — Aus der Tatsache, daß niemals Menstruationen oder dgl. stattgefunden haben, kann man schließen, daß keine Ovarialfunktion bestanden hat, und der anatomische Befund völligen Fehlens von Ovarialsubstanz erlaubt vielleicht, einen frühzeitigen Schwund des Ovarialparenchyms anzunehmen. Allerdings weiß man nicht, ob solches früher vor der Pubertät bestanden hat. Jedenfalls ist die Ovarialsubstanz, soweit sie vorher bestanden hat, durch den Tumor ersetzt. — Das Auftreten der reichen Behaarung am Körper und im Gesicht usw. mit 18 Jahren spricht für ein Bestehen der hypernephroiden Geschwulst seit 12 Jahren bei der 30jährigen Frau. — Trifft diese Voraussetzung zu, so scheint die Geschwulst sehr langsam gewachsen zu sein, so daß ein gutartiger Charakter sich erhoffen läßt.

Rudolf Katz, Berlin.

3018.

Fabio, M. M., **Die Bestimmung des günstigsten Operationstermins nach Radiumapplikation beim Krebs des Gebärmutterhalses.** (Folha med., 10.; 13.) (Gynäkologische Univers.-Klinik, Rio de Janeiro.) Der beste Zeitpunkt zur Operation beim Kollumkarzinom, das mit Radium vorbehandelt wurde, liegt zwischen dem zweiten und zehnten Monat nach der Radiumapplikation. Als optimaler Termin erweist sich die Zeit um das Ende des zweiten Monats. Frührezidive sollen prinzipiell chirurgisch angegangen werden, Radium darf nur dann bei Rezidiven angewandt werden, wenn zwischen der ersten Bestrahlungsserie und dem Auftreten des Rezidivs eine längere Zeit verfloßen ist. Ashkenasy, Wien.

3019.

Porges, H., und E. Zimmer, **Die operative Behandlung des Genitalprolapses.** (Arch. f. Gynäk., 136., Heft 3, 1929.) (Gynäk. Krankenanstalt Wieden-Wien.) Verfasser gibt eine Uebersicht der guten Erfahrungen, die in der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden-Wien mit der Halbanischen operativen Behandlung des Genitalprolapses gemacht wurden. Die Vorzüge dieser Methode bestehen darin, daß sie, auf den normalen anatomischen Verhältnissen fußend, bestrebt ist, das Stützgewebe in seiner Gesamtheit (dazu gehört vor allem der hierbei bisher nicht genügend berücksichtigte Fasziennapparat der Beckenorgane) zu erhalten und für die Rekonstruktion der ursprünglichen Verhältnisse zu verwenden. Sie stellt die normale Topographie wieder her, und es bleibt die physiologische Funktion ungestört. Sie ist eine Universalmethode für alle Fälle von Prolaps, gleichgültig, ob die Trägerin im gebärfähigen Alter steht oder nicht, ob ein Uterus vorhanden ist oder ob dieser aus irgendeinem Grunde entfernt worden war, gleichgültig, ob es sich um einen Totalprolaps handelt oder um eine Senkung geringeren Grades. Hohes Alter bedeutet keine Kontraindikation, da die Operation sehr gut in Lokalanästhesie auszuführen ist, man also von der für diese Fälle nicht gleichgültigen Inhalationsnarkose unabhängig ist. Die Technik ist bei einiger Übung einfach.

Rudolf Katz, Berlin.

3020.

Allen, Edward, und Goldthorpe, H. C., **Ein Vergleich der Blutkalkspiegel zwischen und während der Menstruationsperiode.** (Amer. J. Obst., 17., Nr. 6.) Die gegenwärtigen Methoden der Blut-

kalkbestimmung lassen keinen meßbaren oder konstanten Einfluß der normalen Menstruationsperiode auf den Blutkalkgehalt erkennen. Blutkalkiumwerte zwischen 9,3 und 13,6 mg auf 100 ccm Blut sind bei jungen gesunden Frauen normal. Die wahrscheinlichste Erklärung für diese Unterschiede sind in jahreszeitlichen und klimatischen Schwankungen zu sehen (sie sind etwas größer im Frühling und Sommer) und in Veränderungen der Blutkonzentration.

Hans Hirsch, Köln.

3021.

Hromada, G., **Zur akuten Appendizitis in graviditate.** (Zbl. Chir., Nr. 16, 1929.) Verf. berichtet über 4 Fälle von akuter Appendizitis während der Schwangerschaft. Alle sind geheilt worden, nur bei einem Fall mit sieben- bis achtwöchiger Gravidität erfolgte bereits am zweiten Tage nach der Operation Abortus.

Die Ablösung des Wurms vom Uterus und den Adnexen muß sehr vorsichtig geschehen. Ein sehr zartes, vorsichtiges Vorgehen ist gerade hier dringend erforderlich. Verfasser stellt die Prognose für Mutter und Kind günstig, sofern rechtzeitig genug operiert werden kann.

Walter Großmann, Berlin.

3022.

Nahmacher, H., **Die Hysterosalpingographie als diagnostische und therapeutische Maßnahme.** (Surgery, Gynec. a. Obstetr., Nr. 1, 1929.) Das Kontrastmittel (40% Jodipinlösung) wird lauwarm mit flexiblem oder Nelatonkatheter injiziert. Die Injektionen sollen nie unmittelbar vor oder nach den Menses vorgenommen werden. Kontraindikationen sind akut entzündliche Prozesse des Genitales oder des Beckens, dann das Karzinom. Die Salpingographie ist der Intubation vorzuziehen, da sie insofern einen sicheren Aufschluß über die Durchgängigkeit der Tuben gibt, als das Röntgenbild auch längere Zeit nach der Injektion kontrolliert werden kann. Oft sieht man, wie das Oel erst nach einigen Stunden sich gewissermaßen den Weg aus der Pars ampullaris in das freie Peritoneum erzwingt, was nur als Sprengung zarter Verwachsungen des Tubenlumens durch das austretende Oel aufzufassen ist. In diesem Sinne ist die Salpingographie schon als therapeutische Maßnahme zu deuten. Ein unerläßliches Hilfsmittel ist die Hysterosalpingographie in den Fällen, in welchen der palpatorsche Befund versagt, ferner in der Erkennung von submukösen Myomen oder Polypen, von Genitalfisteln, in der Entscheidung, ob ein Tumor dem Uterus oder den Adnexen angehört, sowie überhaupt dann, wenn die Konfiguration des Uteruskavum erkannt werden soll. Vorsichtig mit einem Nelatonkatheter ausgeführt, sah Verfasser auch keinen Schaden bei jungen Graviditäten. In der Entscheidung, ob extra- oder intrauterine Gravidität, kann die Methode mitunter empfohlen werden.

L. Szamek, Wien.

3023.

Grisogono, A. de, **Die Resektion des Nervus praesacralis (sympathicus) in der operativen Gynäkologie.** (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Spital „Königin Helena“, Triest.) Nach exakter Beschreibung der topographisch-anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nervus praesacralis (sympathicus), sowie der Operationstechnik bespricht Verfasser die Indikationen, unter welchen er die Entfernung dieses Nerven empfiehlt. Als solche gelten: heftige und andauernde Schmerzen im Becken bei objektiv feststellbarer Sensibilität des Douglas und des Ligamentum sacrouterin., Schmerzen bei beweglicher Retroversion, beim Koitus, bei fixierter Retroversion, bei Adhäsionen und Entzündungserscheinungen geringen Grades, bei Metritis chronica ohne sonstige Veränderungen (Ersatz für die Totalexstirpation des Uterus), beim inoperablen Karzinom, bei Dysmenorrhöen, die allen anderen Therapien trotzen, bei der Zystitis tuberculosa und schließlich bei sexueller Uebererregbarkeit und Frigidität.

Unter diesen Indikationen hat Verfasser 30 Fälle operiert. Bei 21 liegt eine Beobachtungsdauer von 5 bis 24 Monaten vor. Das Resultat war ein gutes in 14, ein zweifelhaftes in 4, ein schlechtes in 3 Fällen. Charakteristisch war in allen Fällen das Eintreten einer menstruellen Blutung innerhalb von 48 Stunden nach der Operation. Die in der Literatur erwähnten Störungen von seiten der Blase und des Darms konnte Verfasser nicht beobachten, zumindest nicht in einer von den sonstigen Folgen einer Laparotomie abweichenden Form.

Anschließend wird über einen operativen Fall einer beiderseitigen Enervation der Ovarien nach Dupont mit gutem Erfolge berichtet.

L. Szamek, Wien.

3024.

Garfunkel, P., **Ueber die Ergebnisse der Alexander-Adamsschen Operation.** (Mschr. Geburtsh., Heft 6, April 1929.) An Hand von 74 Fällen, die nach Alexander-Adams operiert wurden, empfiehlt Verfasser diese Operation als eine außerordentlich zweckmäßige Maßnahme zur Beseitigung der beweglichen Retroflexionen. Ist die Beweglichkeit unvollkommen, so sind konservative Methoden

angezeigt, hauptsächlich Massage, wodurch oft alle Beschwerden verschwinden. Ist dieses Ziel nicht erreicht, so muß durch Laparotomie nach Lösung der Adhäsionen die Gebärmutter antepniert werden. Trotz geringer Zahl von Rezidiven der beobachteten Fälle wäre die Möglichkeit gewesen, diese noch mehr zu verringern, wenn die Indikation zur Laparotomie nicht zu eng gestellt worden wäre. Allerdings wären bei intraperitonealen Maßnahmen die postoperativen Komplikationen häufiger gewesen.

Kosminski, Berlin.

3025.

Schwarzkopf, Ernst, und Hermann Sievers. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen eines fremdartigen Eiweißkörpers in der Plazenta bei Eklampsie und bei Schwangerschaftstoxikosen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 24.) (Univ.-Frauen-Klinik und Physiol.-chem. Abt. des Physiol. Instituts, Marburg.) In den fünf von Schwangerschaftstoxikosen stammenden Plazenten hatte sich der früher beschriebene Eiweißkörper aufgefunden, der in die Nähe des Bence-Jonesschen Eiweißkörpers zu stellen ist. Durch Eindampfen und selbst durch Fällen mit Alkohol verlor der Eiweißkörper seine charakteristischen Eigenschaften nicht, sondern zeigte sie höchstens in etwas abgeschwächter Form.

Auffallend war, daß sich der Eiweißkörper in den beiden, von normalen Kreißenden stammenden Plazenten nicht auffinden ließ.

Entgegen den Angaben mancher Autoren und entsprechend dem früheren Befund der Verfasser erwiesen sich die Plazentarextrakte als nicht sehr giftig. Den Verlust zweier Tiere durch Embolien führen die Verfasser auf den Gehalt der Plazentarextrakte an gerinnungsfördernden Substanzen zurück. Der spontane Abort eines Tieres, ein Befund, den bereits Ludwig erhoben hat, und das Auftreten von Durchfällen bei den Tieren wird durch den hohen Gehalt der wäßrigen Plazentarextrakte an Cholin erklärt, das stark auf den schwangeren Uterus und auf den Darm einzuwirken vermag. Auf die Bedeutung des Cholins in der Plazenta haben Verfasser bereits früher hingewiesen. Arnold Hirsch, Berlin.

3026.

Irving und Taylor. Entfernung des Blutplasmas und Reinfusion der Blutzellen bei der Behandlung der Schwangerschaftseklampsie. (Amer. J. Obs., 17., Nr. 6.) Die Toxine der meisten Krankheiten sind im Blutplasma enthalten. Man darf daher annehmen, daß auch das hypothetische Toxin der Eklampsie im Blutplasma vorhanden ist. Große Aderlässe setzen aber die Resistenz der Kranken gegenüber Infektionen herab. Es gibt eine Methode, das Blut vom Plasma zu befreien und die Zellen zu reinfundieren, ein Weg, der von Abel, Rowntree und Turner zuerst beim Hunde beschrieben wurde. Sie wiederholten Blutentnahme, Waschung mit physiologischer Kochsalzlösung und Reinfusion der Blutzellen solange, bis alles Plasma aus dem Hundekörper entfernt war. Die Tiere litten keinen erkennbaren Schaden hierdurch. Eine ähnliche Methode wandten die Verfasser bei 16 Kranken an, denen sie etwa 1000 ccm Blut entzogen, das sie dann mit Natr. citric. versetzten und steril zentrifugierten. Die sedimentierten Blutkörperchen wuschen sie mit Kochsalzlösung und reinfundierten sie. In 5 Eklampsiefällen folgte ein Rückgang des Blutdrucks und Genesung. In 4 Fällen präeklampsischer Toxämie, wo der Blutdruck nach der Entbindung hoch blieb, fiel er nach der Blutwaschung ab, das Urineiweiß verschwand. 5 Fälle chronischer Nephritis wurden nur temporär gebessert. Die Erythrozyten wiesen nach Anwendung der Methode nur geringe Schwankungen in der Zahl auf.

Hans Hirsch, Köln.

3027.

Brouha, M., und O. Gosselin. Eklampsie post partum. (Brux. Méd., Nr. 29, 1929.) Das Interesse an dem hier veröffentlichten Falle liegt in dem unvermittelten Auftreten (11 Tage nach der Entbindung) von Krämpfen, die ganz und gar der puerperalen Eklampsie gleichen. An sich ist die Eklampsie post partum nichts seltenes; sie tritt einige Stunden oder Tage nach der Entbindung auf, wird aber immer seltener, je mehr die Wöchnerin sich vom Tage der Entbindung entfernt. Die Kranke, von der hier die Rede ist, hatte schon in der Schwangerschaft einen leichten Anfall von Eklampsie gehabt und hatte Eiweiß im Urin ausgeschieden bis zu dem Augenblick, wo plötzlich nach den üblichen Eklampsieprodromen Krampferscheinungen mit nachfolgendem Koma auftraten. Dieses Koma, das bis zum Tode vorgehalten hat, der 3 Tage später erfolgte, wurde von 14 Krampfkrisen unterbrochen. Während dieser Zeit bestand Oligurie, Albuminurie und Hypertension.

Auffallend gering waren bei der Sektion die Organveränderungen, aber das konnte die Diagnose nachträglich nicht erschüttern. Denn man kennt Fälle von einwandfreier Eklampsie, bei denen Leber und Nieren nachweisbar nicht verändert waren.

Held.

3028.

Wagner, G. A. Hypophyse und weibliches Genitale. Hypophyse und Schwangerschaft. (Mschr. Geburtsh., Heft 1/2, Mai 1929.) Die Hypophyse ist vielleicht die wichtigste endokrine Drüse, die die Entwicklung des Genitales beeinflusst. Diese ätiologische Rolle erkennt man an verschiedenen Erkrankungen, wie dem Zwergwuchs, der Dystrophia adiposo-genitalis, der Akromegalie; u. a. Wird bei jugendlichen Tieren die Hypophyse extirpiert, so kommt es neben Wachstumsstörungen zur Atrophie der Genitalien. Umgekehrt treten nach Kastration Veränderungen in der Hypophyse auf, wie Hypertrophie des Vorderlappens und Bildung der sogenannten „Kastrationszellen“. Auch in der Schwangerschaft zeigt die Hypophyse typische Veränderungen, die näher geschildert werden. Experimentell gelang es, durch Injektion von Ovarialhormon typische Schwangerschaftsreaktionen der Hypophyse auszulösen. Wahrscheinlich gehen die Schwangerschaftsveränderungen der Hypophyse vom Corpus luteum aus. Oft beobachtet man bei Hochschwangeren ein Akromegaloïd. Bei einem Fall von Hypophysentumor fand man typische Veränderungen am nichtgravidem Genitale, wie sie nur in der Hochschwangerschaft auftreten. Nach Totalexstirpation der Hypophyse beobachtete man bei hochträglichen Tieren stets Abortus. Nach großen Gaben von Vorderlappenhormon gelang es Zondek, den Fötus zum Absterben zu bringen; was Verfasser nicht erreichte. Besondere Bedeutung gewann die Entdeckung von Zondek und Aschheim bei der infantilen Maus, durch Hypophysenvorderlappen das ruhende Genitale in Funktion zu setzen. Auch bei alten Tieren gelang es, den erloschenen Oestrus wieder zu reaktivieren. Sogar die während der Schwangerschaft ruhende Ovulation wird durch dieses Hormon in Gang gebracht. Es ist gleichgültig, ob es sich um Verwendung von Hypophysenvorderlappen von Mensch oder Tier, Mann oder Weib, Greis oder Kind handelt. Das Hormon ist im Blut nachzuweisen und wird im Urin ausgeschieden. In der Schwangerschaft wird es sofort nach der Konzeption in solchen Mengen gebildet, daß daraufhin eine neue, sehr exakte Schwangerschaftsreaktion aufgebaut wurde. Zondek und Aschheim stellten auf Grund ihrer Untersuchungen fest, daß die Hypophyse der Motor der Sexualfunktion ist, und daß ihr Hormon dem Sexualhormon übergeordnet ist. Da das Vorderlappenhormon ohne Ovarium nicht wirksam ist, haben andere Autoren es nur als den Aktivator bezeichnet. Die Frage, warum das Vorderlappenhormon, das die Follikelreifung veranlassen soll, gerade in der Schwangerschaft in so großen Mengen gebildet wird, wo doch die Ovulation ruht, ist bisher nicht geklärt, ebenso die Frage, wie der Rhythmus der Follikelreifung trotz dauernder Produktion des Hypophysenvorderlappenhormons zu erklären ist. Die bisherigen Ergebnisse der Forschung haben viele Autoren zur klinischen Anwendung von Präparaten aus Hypophysenvorderlappen veranlaßt. Das von Zondek angegebene Prolan wurde an der Klinik des Verfassers ausprobiert. Das rasche Auftreten von Blutungen bei Amenorrhöischen nach Injektion des Extraktes beweist nichts, da es sich nicht um einen prämenstruellen Aufbau und Abbau der Schleimhaut bei der Kürze der Zeit handeln kann. Gibt man vor Laparotomien einige Zeit vorher Prolan, so findet man eine hochgradige Anämie der Genitalien, so daß diese Methode auch zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen Verwendung finden kann. In 2 Fällen von ovariellen Amenorrhöen, die mit Prolan behandelt wurden, fand man nach der Ausschabung einen relativ guten Aufbau der Schleimhaut. Da das Prolan nicht indifferent ist und Nebenwirkungen hat, ist es mit Vorsicht zu verwenden. Man muß versuchen, die optimale Dosis zu finden, da zu kleine Dosen unwirksam sind, zu große Dosen durch Verhinderung der Ovulation infolge Luteinisierung zur Amenorrhö führen. Nur die mittlere Dosis schafft physiologische Verhältnisse, und diese zu finden, ist schwierig. Es eignen sich von Amenorrhöen nur die hypohormonalen.

Durch Röntgenbestrahlung der Hypophyse ist es gelungen, Funktionsstörungen der Genitalien, wie Dysmenorrhöe, klimakterische Beschwerden, zu beseitigen. In der Geburtshilfe findet das Vorderlappenhormon Anwendung bei der Schwangerschaftsdiagnose; das Hinterlappenhormon ist seit langem als eines unserer besten Wehenmittel bekannt und wird in neuerer Zeit auch vielfach zur Einleitung der Geburt verwendet. Bei Anwendung des Hinterlappenhormons muß man sich vor falscher Indikationsstellung und falscher Dosierung hüten. Als unangenehme Nebenwirkung kann es bei einer akuten Anämie zu bedrohlichen Zwischenfällen infolge der Gefäßwirkung kommen. Die Anwendung ist daher bei Eklampsie kontraindiziert. In neuerer Zeit ist es gelungen, die uteruswirksame und die gefäßwirksame Komponente zu trennen. Erstere kommt unter dem Namen Pitozin, letztere unter dem Namen Pitressin in den Handel. Bei Anwendung des Pitozins kommt es nie zur Blutdruckerhöhung. Auch in der Gynäkologie bei bestimmten Formen von Blutungen ist der Extrakt des Hinterlappens von guter therapeutischer Wirkung.

Kosminski, Berlin.

3029.

Kamniker, H., **Nierenfunktion in der Schwangerschaft.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Bei normalen, sich vollkommen gesund fühlenden Schwangeren zeigte die Indigokarminprobe, daß in der Hälfte der Fälle eine starke Verzögerung der Blauausscheidung auf der einen Seite vorhanden war. Bei Schwangeren mit Ureterschmerzen stieg dieser Prozentsatz auf 60%, bei Pyelitiskranken auf über 90%. Die Verzögerung ist bedingt durch eine Stauung in den Ureteren; die Stauung hat auch Einfluß auf die Peristaltik und die Funktion der Niere, da der Urin der gestauten Seite weniger schnell konzentriert wird. Fast in allen Fällen läßt sich auch am Pyelogramm eine Abknickung des Ureters am dritten Lendenwirbel nachweisen. Nach Schwinden der Dilatation des Ureters nach Behandlung oder im Wochenbett wird die Ausscheidung wieder normal. Vor dem vierten Schwangerschaftsmonat und nach dem siebenten Wochenbettstage konnte eine Stauung nicht mehr nachgewiesen werden. Die am häufigsten im sechsten bis achten Schwangerschaftsmonat nachgewiesenen, meist in der rechten Flanke auftretenden Schmerzen bei negativem Harnbefund bilden demnach im Verein mit der Druckschmerzhaftigkeit des Ureters ein wohl abgerundetes Krankheitsbild, welches funktionell durch die Verzögerung der Blauprobe, anatomisch durch die bestehende Ureterdilatation und Ureterknickung der betroffenen Seite charakterisiert ist. **Rudolf Katz, Berlin.**

3030.

Szenes, Alfred, **Spontanpneumothorax in der Schwangerschaft.** (Arch. f. Gynäk., 136., Heft 3, 1929.) (Geburtsh.-gynäk. Anstalt in Wien-Gersthof.) Verfasser erörtert das seltene, aber wichtige Krankheitsbild des Spontanpneumothorax in der Schwangerschaft an Hand eines einschlägigen, von ihm selbst beobachteten Falles einer 33jährigen Patientin, deren erste Schwangerschaft durch Spontanpneumothorax kompliziert, mit Frühgeburt endigte, nachdem die Frucht bald nach Auftreten des Pneumothorax in utero abgestorben war. Eine zweite Schwangerschaft verlief normal, endigte jedoch ebenfalls mit Frühgeburt, aber mit lebendem Kinde. — Verfasser stellt die äußerst spärlich über dieses Gebiet vorliegende Literatur zusammen und bespricht die anatomischen Grundlagen, die meist in einer floriden oder bereits abgeheilten Lungentuberkulose zu suchen sind. **Rudolf Katz, Berlin.**

3031.

Halban, I., und Z. Spitzer, **Ueber das gesteigerte Wachstum der Nägel in der Schwangerschaft.** (Mschr. Geburtsh., Heft 1/2, Mai 1929.) Es ist schon lange bekannt, daß außer dem Wachstumsimpuls der Genitalien in der Schwangerschaft eine allgemeine Wachstumssteigerung auch in anderen Organen, wie z. B. den Haaren, angetroffen wird. Es lag so die Annahme nahe, daß auch ein anderes Anhangsgebilde der Haut, die Nägel, im Wachstum gesteigert würden. Verfasser konnten mittels eines einfachen Instrumentariums nachweisen, daß das Wachstum der Nägel gegenüber normalen Verhältnissen in der Schwangerschaft gesteigert ist, und zwar sofort zu Beginn der Gravidität in auffallender Weise. Mit Beendigung der Schwangerschaft bricht die Beschleunigung des Nägelwachstums schlagartig ab und sinkt im Wochenbett unter den normalen Wert. Die Ursache für diese Beobachtung ist wohl in der innersekretorischen Tätigkeit des Chorion-Epithels zu suchen. **Kosminski, Berlin.**

3032.

Lewi, Ernst, **Heilung weiblicher Geschlechtskälte und Unfruchtbarkeit durch Zufuhr ovosexueller Hormone.** (Zbl. Gynäk., Nr. 27, 1929.) Durch Zufuhr von „Ovo-Sex“-Hormonen (Hersteller: Omni-Gesellschaft in Dresden-Blasewitz) gelang es dem Verfasser in einigen Fällen jahrelang bestehender Frigidität und Sterilität, den Menstruationszyklus der Frauen zu regulieren sowie die Entwicklung infantiler Uteri und Ovarien anzuregen, mit dem Erfolg, daß die Geschlechtskälte verschwand und in einigen Fällen sogar Schwangerschaft eintrat. Es scheint bemerkenswert, daß das Präparat auf zuverlässige, gleichmäßige Art standardisiert wird und auch im Gegensatz zu den meisten anderen Ovarialpräparaten kein Yohimbin enthält, daß demnach auch die erzielten Erfolge nur auf den Gehalt an hochwertigen Ovo-Sex-Hormonen zurückzuführen und nicht durch vorübergehende nervöse Reizzustände bedingt sind. **Schwab, Hamburg.**

3033.

Bykow, S. G., **Ueber die rektale Schlammbehandlung in der Gynäkologie.** (Vorläufige Mitteilung.) (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 19.) Gynäkol. Univ.-Klinik, Saratow.) Die bisherigen Beobachtungen haben erwiesen, daß die intrarektale Schlammbehandlung der vaginalen nicht nur gleichwertig, sondern in vielen Fällen auch überlegen ist. Sie ist in allen Fällen von gynäkologischen Erkrankungen indiziert, die mit einer chronischen Entzündung der Uteruszellgewebe, der Bänder, des Uterus selbst und der Adnexe usw.

einhergehen, ferner bei der Virgo intacta. Zur Einführung des Schlammes in das Rektum bedient sich der Verfasser einer von ihm nach dem Prinzip der Guyonschen Instillationsspritze konstruierten Aluminiumspritze von 16×5½ cm Größe, die mit einem aus Kupfer bestehenden und mit Gummi bedeckten Endstück von 10 cm Länge und 1 bis 1½ cm Durchmesser versehen ist. Der Schlamm wird durch Drehung des Stempels in das Rektum hineingestoßen. Was die Dosierung betrifft, so beginnt man am besten zunächst mit kleineren Dosen von 15,0 ccm und geht bis zu 100 ccm. Die Temperatur des Schlammes darf etwas höher sein als die des Rektums. Die Instillationen erfolgen täglich mit einer Pause an jedem fünften oder sechsten Tage. Eine Kur besteht aus 30 Sitzungen. **E. Kontorowitsch.**

3034.

Fraenkel, L., **Abdominale und vaginale Operationsmethoden in der Geburtshilfe und Gynäkologie.** (Mschr. Geburtsh., Heft 1/2, Mai 1929.) Der vaginale Weg hat in letzter Zeit immer mehr an Anhängern verloren. Verfasser stellt daher auf Grund seiner langen Erfahrungen die Indikationen zusammen. Bei Myomen ist er nicht indiziert. Der Blutverlust bei abdominaler Operation ist gering, und der Eingriff in einer halben Stunde beendet. Für die vaginale Operation bleiben nur in der Geburt begriffene oder verjauchte Myome. Ovarialtumoren werden wohl nur noch abdominal operiert. Dasselbe gilt von der Bauchhöhlenschwangerschaft. Bei der Operation chronischer Adnexitiden kann man oft vaginal vorgehen, nur bei besonderen technischen Schwierigkeiten muß man zur Laparotomie greifen. Bei Gebärmutterverlagerungen sind die Ansichten sehr geteilt. Beim Gebärmutterkrebs wird neuerdings von Stöckel die vaginale Technik sehr empfohlen. Bei allen unklaren Fällen ist die Laparotomie vorzuziehen. Inzisionen von Eiterherden sollen immer vaginal vorgenommen werden, die Operationen von Harnfisteln sind ebenfalls von unten zu machen. Von 13 angeführten Krankheitsgruppen erhält man in 10 Fällen mit der Laparotomie zuverlässigere Erfolge. Es wäre bequemer, alles abdominal zu operieren. Um jedoch den Assistenten das vaginale Operieren beizubringen, müssen die Lehrer bei ungefähr gleichen Aussichten den vaginalen Weg wählen. In der Geburtshilfe bespricht der Verfasser zunächst die Operationen, bei denen es sich nur um die Mutter handelt. Die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Schnittentbindung kann mit beiden Wegen durchgeführt werden. Bei der Uterusruptur kommt nur der abdominale in Frage, bei Behandlung der puerperalen Sepsis ebenfalls. Wird bei lebender Frucht die Geburt operativ beendet, so ist man heute allgemein der Meinung, keine Perforation mehr vorzunehmen, die sogenannte „Probiergeburt“ abzuschaffen und häufiger zur abdominalen Schnittentbindung zu greifen. Bei Placenta praevia, bei vorzeitiger Lösung der Placenta, bei fehlerhaften Lagen, bei verschleppter Querlage, bei früher entstandenen Blasen- und Mastdarmlässen muß sie zur Anwendung gelangen. Hierzu treten noch kindliche Indikationen, die Nabelschnurumschlingung u. a. Im übrigen ist die Kaiserschnittfrage noch längst nicht geklärt. Verfasser hat nach seiner Statistik bei vaginalen Entbindungsmethoden eine kleinere Gesamtmortalität als bei Kaiserschnitten. Wird dieser nur noch ausschließlich gemacht, so kommt es zu einem Geschlechte von Geburtshelfern, die die vaginale Entbindungsmethode nicht mehr beherrschen. Es muß also mit aller Entschiedenheit die Beibehaltung der vaginalen Methode in der Geburtshilfe gefordert werden, und es darf keinerlei Einseitigkeit Platz greifen. **Kosminski, Berlin.**

3035.

Better, E. und Th., **Beitrag zum Somnifendämmerschlaf in der Geburtshilfe.** (Zbl. Gynäk., Nr. 26, 1929.) Somnifen intravenös in der Dosis von 4 ccm bei im vollen Gang befindlicher Wehentätigkeit und mindestens talergroßem Muttermund, ist geeignet, volle Schmerzlosigkeit oder doch sehr bedeutende Schmerzlinderung bei individuell verschiedenem Dämmerschlafzustand bis zur Geburtsbeendigung zu gewährleisten. Die Beschleunigung der Geburt erfolgt durch Koordination der Wehentätigkeit, nicht durch deren Verstärkung. Geburtsverzögerungen durch Somnifengaben wurden nie beobachtet, die Häufigkeit von geburtshilflichen Operationen hat eher abgenommen. Beckenanomalien mäßigen Grades sowie Haltungsanomalien bilden keine Gegenindikation für die Anwendung des Somnifen. Schädigungen des Kindes wurden nie beobachtet, hingegen ausnahmslos Besserwerden schlechter Herztöne. Ebenso wenig fanden sich Nachteile für die Mutter. Die Nachgeburtsperiode verlief stets regelrecht, das Wochenbett ungestört, Harnbeschwerden traten nie auf, Erregungszustände höheren Grades sind selten und weisen dann meist auf Geburtskomplikationen hin. **Schwab, Hamburg.**

3036.

Ssergejew, N. N., **Zur Frage über die Skopolamin-Morphium-Aethernarkose in der Gynäkologie.** (Mschr. Geburtsh.,

Heft 6, April 1929.) Auf Grund von 200 Fällen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Bei der Kombination von Skopolamin, Morphium und Aether wird die Aethermenge herabgesetzt. Die psychischen Momente, die auf den Verlauf der Narkose und die Zeit nach der Operation schädigend einwirken können, wie Exzitation, Pneumonie usw., werden ausgeschaltet. Das Skopolamin verringert mit seiner sekretionshemmenden Wirkung das Vorkommen von Lungenerkrankungen. Der Tod durch Chloroform wird durch Nichtanwendung dieses Narkotikums vermieden. Bei niedrigem Blutdruck empfiehlt sich prophylaktisch eine Adrenalininjektion, bei Atmungsstörungen Lobelin. Da Skopolamin sich nicht hält, ist die Lösung stets frisch zu bereiten. Erbrechen während der Operation trat nur in 0,5% der Fälle auf, reichliche Schleimabsonderung wurde nicht beobachtet. Es empfiehlt sich, kurz vor der Operation zu katheterisieren.

Kosminski, Berlin.

3037.

Gioveti, R., Fremdkörper in der Bauchhöhle zum Zwecke der Abortuseinleitung. (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Radiolog. und physiotherapeut. Institut des Zivilspitals in Piacenza.) 2 Fälle, bei welchen die Topographie der zwischen den Därmen gelagerten Bougie durch die Röntgenaufnahme sichergestellt war. Operation, Heilung.

L. Szamek, Wien.

3038.

Vögel, I., Das Geburtstrauma und seine Bedeutung in der Geburtshilfe. (Mscr. Geburtsh., Heft 1/2, Mai 1929.) Nachdem in letzter Zeit die Aufmerksamkeit auf das geburtshilfliche Trauma gelenkt wurde, hat Verfasser in der Annahme, daß diese Frage nur durch ein großes statistisches Material geklärt werden kann, alle in Leningrad vom Jahre 1908 bis 1927 stattgefundenen Geburten durchgesehen. Es fanden sich in 34,8% aller Todesfälle durch Obduktion festgestellte Blutergüsse ins Gehirn, und rechnet man die Blutergüsse in die Bauchorgane hinzu, so kommt man auf 42%. Eine Kombination von intrauteriner Asphyxie mit Blutungen in die Schädelhöhle fand sich nur in 3 Fällen. Nach den Ergebnissen spielt also das Trauma eine große ätiologische Rolle. In 14,7% der Fälle fand sich eine Kombination mit Bronchopneumonien, für deren Entstehungsmechanismus keine Erklärung zu geben ist. Bei toten geborenen oder frühzeitig gestorbenen Kindern war das Geburtstrauma in 50% aller Fälle die Todesursache. Dies hängt wohl mit der Herabsetzung der Bruchigkeitsgrenze der Knochen und Gefäße bei unpausgetragenen Früchten zusammen. Das Geburtstrauma wird hauptsächlich für minderwertige und nicht widerstandsfähige Früchte verhängnisvoll und ist bei ausgetragenen Schwangerschaften von geringer Bedeutung. Bei Steißlage ist die Sterblichkeit der Kinder wegen des erhöhten Traumas erheblich. Besonders bei bejahrten Erstgebärenden ist diese Tatsache zu beobachten. Daher ist die Perineotomie neuerdings bei diesen Fällen mit gutem Erfolge angewandt worden. Die Prophylaxe der Gefahren des Geburtstraumas liegt in der Vermeidung der operativen Eingriffe und in der Herabsetzung der Aktivität des Geburtshelfers. Das konservative und abwartende Verhalten wird nicht nur dem Interesse des Kindes, sondern auch dem der Mutter entsprechen.

Kosminski, Berlin.

3039.

Peckham, Beobachtungen an 60 Fällen von Hyperemesis gravidarum. (Amer. J. Obst., 17, Nr. 6.) Von den 60 stationär behandelten Fällen von Hyperemesis gravidarum wurden 33 als mild und 27 als schwer bezeichnet. Die milden Fälle betrugen 1 auf 150 Schwangerschaften, die schweren 1 auf 400. Frauen aus den oberen Klassen sind mehr disponiert als solche aus den unteren Ständen. Das Alter und die Geburtzahl spielen keine erkennbare Rolle. Schweres Erbrechen beginnt gewöhnlich vor der 8. und gelegentlich sogar vor der 4. Schwangerschaftswoche. Weder der Zeitpunkt des Beginns, noch die Dauer des Erbrechens, noch der Grad des Gewichtsverlustes geben einen sicheren Anhaltspunkt für die Schwere der Erkrankung. Eine hohe Pulszahl bedeutet in der Regel ein schweres Erbrechen, muß aber nicht notwendigerweise eine schlechte Prognose in sich schließen. Andererseits kann eine niedrige Pulsfrequenz bei einer schwer Erkrankten vorhanden sein. Fieber, beruhend auf Wasserverlust, ist häufig. Eiweiß im Urin ist häufig, aber von geringer prognostischer Wertigkeit. Ketonkörper im Urin können in schweren Fällen fehlen und in milden vorhanden sein. Ein höher Ammoniumkoeffizient ist in schweren Fällen gewöhnlich vorhanden, aber ein niedriger bedeutet nicht notwendigerweise einen milden Fall. Bei mildem Schwangerschafts-erbrechen ist der Blutchemismus nicht wesentlich verändert, doch tendiert die Harnsäure zur Erhöhung und die Chloride tendieren zum Fallen. In schweren Fällen findet man gewöhnlich im Blut ein ausgesprochenes Ansteigen des Rest-N, der Harnsäure und des Zuckers. Die Chloride sind oft beträchtlich vermindert. Bei den meisten Kranken bringt Isolierung in einem Krankenhaus und suggestive Behandlung Heilung, aber ausnahmsweise kann alle Be-

handlung fehlschlagen und die Schwangerschaftsunterbrechung notwendig werden; dies war bei 2 Kranken der Fall. Ein beträchtlicher Prozentsatz der Schwangeren (25%) abortierte spontan einige Zeit nach Aussetzen der Symptome, ein Phänomen, das noch der Erklärung bedarf.

Hans Hirsch, Köln.

3040.

Jerlov, Emil, Zur Diagnose und Behandlung der Extrauterin-gravidität. (Acta obstetr. scand., 8., Nr. 3.) Blutdrucksenkungen, und zwar mitunter sehr tiefe, sind ein fast konstantes Phänomen bei den freien inneren Blutungen, vorausgesetzt, daß die Blutdruckmessung in den ersten Stunden nach Beginn der Blutung vorgenommen wird. Die Stärke der Blutdrucksenkung in einem gegebenen Augenblick hängt indes mehr von der zwischen dem Beginn der Blutung und der Blutdruckmessung verfloßenen Zeit ab, als von der Blutmenge an sich. Wenn die Blutdruckmessung längere Zeit (z. B. 12 Stunden) nach einer Blutung erfolgt, kann man also aus einem normalen Wert nicht den Schluß ziehen, daß keine freie Blutung vorliegt. Die rasch vor sich gehenden Blutungen (demnach alle relativ großen) geben im allgemeinen die niedrigsten Werte, z. B. 20–30 mm Hg syst. Blutdruck. Bei den begrenzten, relativ kleinen Blutungen fehlen in der Regel Blutdrucksenkungen, außer in denjenigen Fällen, wo in den letzten Stunden vor der Blutdruckmessung eine einigermaßen akute Attacke aufgetreten war; hier ist die Blutdrucksenkung indes in der Regel gering. Es scheint, daß die Blutdrucksenkung im allgemeinen auf Austritt von Blut aus der Blutbahn zurückgeführt werden kann; dieser Blutaustritt in das Peritoneum ist mitunter von einem Schockzustande mit überraschend niedrigen Blutdruckwerten begleitet. In ein paar Fällen war die Blutdrucksenkung schon binnen einiger Minuten nach Eintritt einer Blutung zu konstatieren. Interessant ist, daß der systolische Blutdruck in gewissen Fällen stundenlang (in einem Fall 14 Stunden) auf sehr niedrigen Werten, wie 40–50 mm Hg, verblieb, ohne daß die bulbären Zentren aufhörten zu fungieren. Blutdrucksenkungen von ähnlichem Typus dürften bei Peritonitiden nicht vorkommen, (außer bei gleichzeitigem Schock); mäßige Blutdrucksenkungen können jedoch bei diesen in seltenen Fällen vorkommen.

Bei allen beobachteten Fällen konnte bei genau geführten Hämoglobinkurven eine deutliche Senkung des Hämoglobingehaltes konstatiert werden. Der niedrigste Hämoglobinwert nach einer inneren Blutung tritt erst zwischen dem 2. und 5. Tage nach deren Einsetzen auf. In den Fällen, wo sich binnen einigen Tagen eine Resistenz im Becken ausbildet und man gleichzeitig einen Hämoglobinafall konstatieren kann, ohne daß eine äußere Blutung von anderen Organen vorliegt, dürfte die Senkung der Hämoglobinkurve von entscheidender Bedeutung für die Diagnose sein. Unter 186 Fällen starben 3, einer an Milärtuberkulose, 2 an Peritonitis. Es starb also kein Fall an Verblutung. Die großen freien Blutungen wurden unmittelbar operiert, die begrenzten dann, wenn die Diagnose sicher war; sonst verhielt man sich bei diesen Fällen anfangs exspektativ. Wenn die Symptome progredierten, wurde operiert, wenn sie zurückgingen, eine konservative Therapie eingeleitet. In keinem Fall wurde Bluttransfusion oder Blutautotransfusion vorgenommen. Die Erfahrung der Klinik spricht entschieden dafür, daß die Verblutungsgefahr oft überschätzt wird, und daß die Forderungen nach Blutautotransfusion übertrieben sind. Da hinzukommt, daß die Autotransfusion gefährlich werden kann (wegen der häufig vorkommenden Komplikation mit Salpingitis) muß man zu dem Schluß kommen, daß bei Extrauterin-gravidität keine Blutautotransfusion vorgenommen werden soll.

Hans Hirsch, Köln.

3041.

Neumann, H. O., Sectio caesarea in mortua et in moribunda. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verf. gibt eine Zusammenstellung der einschlägigen Gesetzesparagraphe und schließt sich den Leitsätzen von Peters an, die folgendermaßen lauten: Die Krankheit der Mutter muß eine zum Tode führende sein und das Ende in kürzester Zeit bevorstehen. Die Hinzuziehung eines zweiten Arztes zur Feststellung dieses Tatbestandes muß stets veranlaßt bzw. versucht werden. Bei plötzlicher Lebensgefahr für die Mutter wird aber oft das Eintreffen des zweiten Arztes nicht abgewartet werden können. Vor der Vornahme der Sektio ist festzustellen, ob eine Entbindung per vias naturales möglich ist, oder die Sektio die schonendste oder wenigstens gefährliche Entbindung ist. Bei Bewußtsein kann die Mutter die Operation verweigern. Bei Bewußtlosigkeit und erfolgloser Behandlung derselben hat der Arzt zweckentsprechend zur Rettung wenigstens des kindlichen Lebens vorzugehen. Der Gatte ist zu verständigen oder seine Einwilligung ist einzuholen. Falls das in kürzester Zeit nicht möglich ist, hat der Arzt das Recht, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Falls ein zweiter Arzt nicht zugezogen werden kann, muß der behandelnde Arzt allein die Verantwortung tragen. Das Leben des Kindes (untere Grenze 7. Monat) muß sicher konstatiert sein. Verf. fügt dem noch hinzu, daß die Ausführung der Sectio in moribunda

erst recht unbedingt erforderlich ist, wenn auch das kindliche Leben Zeichen einer drohenden intrauterinen Asphyxie erkennen läßt. Der Arzt kann in einem solchen Falle unmöglich tatenlos zusehen, wie ein lebensfähiges Kind, das gerettet werden kann, intrauterin abstirbt.

Rudolf Katz, Berlin.

3042.

Vignali, A., Der physiologische Schüttelfrost post partum. (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Geb. gyn. Institut in Ferrara.) Während der Loslösung der Plazenta gelangen plötzlich durch die Retraktion und Kontraktion des Uterus in den Lakunen des Endometriums zurückgebliebene Proteinkörper, scheinbar Peptone und Albumosen, in den mütterlichen Kreislauf, erzeugen durch Reizung wahrscheinlich höherer nervöser Zentren eine intensive Umwälzung im neurovegetativen System, wodurch entweder auf reaktivem oder auf kardiovaskulärem Wege die bekannten Sensationen des Schauers, des Gefühles der Kälte, des Zitterns entstehen.

Intensität und Dauer des klinischen Bildes richten sich nach der Konstitution und nach dem Zustande der Erregbarkeit des vago-sympathischen Systems der Wöchnerin.

Das Phänomen des Schüttelfrostes post partum prävaliert bei Individuen von sympathikotonischem Typus.

L. Szamek, Wien.

3043.

Martines, S., Puerperale Infektion mit dem Löfflerschen Bazillus. (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Geb. gyn. Institut der Kgl. Univers. in Bologna.) Seltener Fall einer puerperalen Diphtherie bei einer Pluripara am 6. Tage post partum. Die Lokalisation erstreckte sich über den ganzen Genitalkanal. Die Infektion erfolgte von dem an einer Larynx-Diphtherie erkrankten Söhnchen der Patientin. Trotz spezifischer Serotherapie Exitus.

L. Szamek, Wien.

3044.

Bauer, Die Krise in der Geburtshilfe. (Hippokrates, Nr. 6, 1929.) Im Gegensatz zu Hirsch, welcher ganz besonders dem Kaiserschnitt das Wort redet, vertritt Bauer den Standpunkt, daß die Entbindung wieder mehr auf dem natürlichen vaginalen Weg durchgeführt werden müsse, wobei aber die übertrieben expektative Richtung aufzugeben ist. Vielmehr fordert er für die Eröffnungsperiode, falls sie sich zu lange ausdehnt, einen Eingriff und empfiehlt gegenüber dem Metreurynter und den Muttermundsinzisionen die manuelle Dehnung.

Dermitzel.

Geschichte der Medizin

3045.

Bauer, Albert W., Zur Geschichte der manuellen Dehnung des Muttermundes während der Geburt. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 4., Heft 3, 1929.) Verf. hat die Geschichte der manuellen Dehnung des Muttermundes während der Geburt, von der Schule des Hippokrates an bis auf die Jetztzeit zusammengestellt, und setzt auseinander, aus welchen Gründen dieser Eingriff zu rechtfertigen ist. Der Einwand der größeren Infektionsgefahr, der zur Zeit von Bammelweis und in der vorantiseptischen Zeit berechtigt war, spielt heute keine Rolle mehr, ebensowenig der Einwand, daß man die Muttermundsdehnung nicht Studenten und praktischen Aerzten lehren könne. Bei genügender Kritik, verfeinerter Indikationsstellung und Technik ist die Dehnung gefahrlos und sollte statt der vielen heutzutage übertriebenen Schnittenbindungen wieder mehr ausgeführt werden.

Rudolf Katz, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

3046.

Philippson, A., Ueber Ekzem und Dermatitis. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 24.) Mit der Vervielfältigung der Benennung der früher nur Ekzem bezeichneten Krankheit geht auch eine Kompliziertheit der Behandlungsarten und -mittel einher, wobei vielfach die einmalige Vertrautheit mit den anzuwendenden Medikamenten vermisst wird. Besonders wird gegen die fertig gelieferten zusammengesetzten Salben Front gemacht und dagegen der Vorzug der einfachen in Wasser oder Spiritus gelösten Substanzen hervorgehoben. In Hand der Lassarschen Verfahrens und der Kindereckzeme wird versucht, das Prinzip der Ekzembehandlung zu ergründen. Bezüglich der Dermatitis wird an 3 Beispielen gezeigt, daß es nicht so sehr Aufgabe sein sollte, eine Milderung der Entzündung herbeizuführen, als Beseitigung des reizenden Stoffes zu erreichen. Das von Dermatologen und Chirurgen verordnete Dauerbad ist durch Umsätze von Salizylsäure und Tannin einer Verbesserung fähig.

Arnold Hirsch, Berlin.

3047.

Potter, Alfred, Hautkrebs. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 4, April 1929.) Während in bezug auf andere karzinomatöse Erkrankungen in den letzten Jahren durch Aufklärung viel erreicht worden ist, ist das primäre Hautkarzinom vernachlässigt worden. Verf. unterscheidet drei Arten: 1. oberflächliche Hautkarzinome, 2. tiefsitzende Hautkarzinome, 3. papilläre Hautkarzinome. Nach kurzer Angabe der Entstehungsursache werden Diagnose und Behandlung besprochen.

E. Gohrbandt, Berlin.

3048.

Vogt, E., Ueber Beziehungen zwischen Psoriasis und Ovarialfunktion. (Mschr. Geburtsh., Heft 6, April 1929.) Seitdem durch Röntgenbestrahlung der Thymusdrüse die Psoriasis günstig beeinflußt wurde, brachte man ihre Entstehung mit der Thymusdrüse in Zusammenhang. Es zeigte sich, daß auch die weibliche Geschlechtsdrüse dabei eine Rolle spielt, und Verfasser berichtet über 4 Beobachtungen, bei denen die Entstehung der Psoriasis auf eine Subfunktion der Ovarien zurückzuführen war. Im ersten Fall trat die Hautkrankheit bei einer Laktations-Amenorrhoe und später in der Menopause auf; ähnlich verhielt sich der zweite Fall; im dritten Fall kam es zu einer Psoriasis nach Röntgenkastration; im vierten nach einer Radikaloperation wegen Myoms. In den beiden ersten Fällen fiel die Entstehung der Hautkrankheit mit normalen Phasen der Eierstocktätigkeit zusammen. Praktisch ergibt sich, daß man bei Neigung zu Psoriasis mit der operativen oder Röntgenkastration vorsichtig sein muß, ferner empfiehlt sich bei dieser schwer beeinflussbaren Hautaffektion eine intensive Behandlung mit Eierstockspräparaten. Man hat auch die Psoriasis erfolgreich mit Insulin behandelt. Ob es sich hier um eine antidiabetische Wirkung handelt oder um eine Substitutionstherapie oder um einen Vitamineffekt, ist noch nicht geklärt. In einem Fall schwerer Psoriasis, bei dem angeblich ein Tee glänzende Erfolge erzielt hatte, ergab es sich, daß dieser Tee besonders vitaminreich war. Faßt man die Psoriasis auch als Avitaminose auf, so kann man auf wichtige Beziehungen zwischen Hormonen und Vitaminen schließen, wenn man auf Grund der Beobachtungen des Verfassers mit Sicherheit annehmen muß, daß die Psoriasis mit der Tätigkeit der Ovarien in Zusammenhang steht.

Kosminski, Berlin.

3049.

Armanini, C., G. Bertolotti, Die hämoklasische Probe nach D'Amato bei gonorrhoeischen Affektionen des weiblichen Genitales zur Zeit der Schwangerschaft und des Puerperiums. (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Geb. gyn. Institut der Kgl. Univers. in Mailand.) Da die mikroskopischen, kulturellen und biologischen Untersuchungsmethoden, hauptsächlich in chronischen Fällen der weiblichen Gonorrhoe, oft versagen, waren Verf. mit ihren Untersuchungen bestrebt, die von D'Amato zuerst bei der Tuberkulose, von anderen Autoren bei verschiedenen anderen Infektionskrankheiten gemachten Erfahrungen der hämoklasischen Krise (vorübergehender Sturz der Leukozytenzahl, Blutdrucksenkung etwa 1/2 Stunde nach der Injektion des entsprechenden Vakzines) auch bei der Gonorrhoe zum Zwecke der Diagnose in Anwendung zu bringen.

Während nach den Untersuchungen von Mosetti („Rinascenza Medica“ 1928, Nr. 8, S. 429) die Probe einen sicheren Schluß auf die Diagnose Gonorrhoe des weiblichen Genitales gestattet, konnten Verf. zeigen, daß in 20 einwandfrei sicheren Fällen von Gonorrhoe (Vulvovaginitis, Zervizitis, Endometritis) zur Zeit der Gravidität bei intrakutaner Anwendung von 4 Tropfen des Gonokokkenvakzines nach Inava eine sorgfältige Kontrolle des Blutbildes sowie des Blutdruckes keine Gewähr für die Diagnose abgibt. Nach diesen Untersuchungen ist die hämoklasische Probe nach D'Amato für die Gonorrhoe nicht verwertbar.

L. Szamek, Wien.

3050.

Stein, A., Zur Behandlung der frischen Gonorrhoe bei der Frau. (Zbl. Gynäk., Nr. 27, 1929.) Befriedigende Resultate in der Behandlung frisch infizierter Gonorrhoeefälle bei der Frau hatte Verf. mit folgendem Verfahren: Nach gründlicher Reinigung der Vulva und Scheide von allen Sekreten wird ein mit einer 2- bis 5prozentigen wässrigen Mercurochromlösung getränkter Wattetampon in die Scheide eingeführt. Er bleibt 24 Stunden liegen. Nach seiner Entfernung wiederum Reinigung der Scheide und Einführung eines mit 20prozentiger Argyrollösung gesättigten Tampons, der gleichfalls 24 Stunden liegen bleibt. Diese Prozedur wiederholt sich nur täglich, Mercurochrom und Argyrol abwechselnd, bis die mikroskopische Untersuchung das völlige Verschwinden der Gonokokken erwiesen hat. Falls die Bartholinschen und Skeneschen ebenfalls infiziert sind, werden die mit den genannten Lösungen getränkten Watteeinlagen zwischen die Labien eingelegt mit der Weisung an die Patientin, die Einlagen jedesmal nach dem Urinieren zu erneuern. Soweit Urethra und Zervix bereits in Mitleidenschaft gezogen sind

führt man in beide Kanäle abwechselnd ein 20prozentiges Argyrol- oder 5prozentiges Mercurochromstäbchen ein. Mercurochrom ist ein Quecksilberpräparat, das die Eigenschaften und Vorzüge der Jodtinktur hat, aber weder bei der Applikation brennt, noch das Gewebe reizt bzw. die Granulation im Gewebe verhindert.

Schwab, Hamburg.

3051.

Valerio, Americo, Heilung der chronischen durch akute Gonorrhoe. (Brasil. med., 43., Nr. 17, 1929.) Verf. berichtet über einige Fälle von hartnäckiger chronischer Gonorrhoe, welche durch zufällige Akquisition einer akuten Gonorrhoe, die dann entsprechend behandelt wurde, geheilt wurde.

Letztere wurde durch folgende Maßnahme zum Verschwinden gebracht: Janetsche Spülungen mit warmer Lösung von Hg. oxy-cyanat, 1:5000, welche täglich erfolgten, sowie durch Autohämotherapie in Form von jeden dritten oder vierten Tag stattfindenden Injektionen von 1, 1,5 und 2 ccm Eigenblut.

Ashkenasy, Wien.

3052.

Wappler, H., Erfahrungen mit Targesin bei der Gonorrhoe der Frau. (Zbl. Gynäk., Nr. 27, 1929.) Von den in der Gonorrhoe-therapie gebräuchlichen Silberpräparaten verdient das Targesin die größte Beachtung, obwohl es in der Behandlung der Gonorrhoe bei der Frau bis jetzt nur spärlich zur Anwendung gelangt ist. Bei der Urethritis gon. empfiehlt es sich, 10prozentige, etwa 5 cm lange Urethralstäbchen einmal täglich in die Urethra einzuführen. Dabei wird schnelles Verschwinden der subjektiven Beschwerden und rasches Nachlassen des eitrigen Ausflusses beobachtet. In 40% aller Fälle verschwanden auch die Gonokokken im Abstrich schon nach 1 bis 2 Wochen, in der übrigen Zahl der Fälle nach 3 bis 4 Wochen. In einigen besonders hartnäckigen Fällen kam Verf. mit Targesin allein nicht zum Ziel. Hier war ein mehrfacher Wechsel des Medikaments erforderlich, um die Gonokokken definitiv zum Schwinden zu bringen. Bei Zervixgonorrhoe werden Zervixstäbchen eingelegt, die gleichfalls Targesin zu 10% enthalten. Bei Portioerosionen werden diese im Milchglasspekulum eingestellt und einmal täglich in 10prozentiger Targesinlösung gebadet. Im allgemeinen konnte die Beobachtung gemacht werden, daß die mit Targesin behandelten Fälle von Zervixgonorrhoe schneller negativ wurden als die mit anderen Präparaten behandelten.

Schwab, Hamburg.

3053.

Payne, Die Behandlung des Fluors. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 6.) Unter 171 Fällen von Fluor vaginalis erwies sich als vorherrschende ursächliche Läsion: Zervicitis in 27, einfache Laceration in 24, multiple Lacerationen mit Erosionen in 85 und Hypertrophie mit zystischen Veränderungen in 35 Fällen. Als Behandlungsmethode hat sich außer Trachelorrhaphie und der Stürm-dorfschen Operationsmethode die Kauterisation der Zervix bewährt. Sie wird ausgeführt, indem man einen großen elektrischen Kauter in Rotglut in die Zervix 2 cm tief einführt und mit ihm 4 lineäre Striche zieht entlang der Wand des Zervixkanals. Außerdem werden auf der Außenfläche der Zervix, vom äußeren Muttermund zur Peripherie zu, radiäre Striche gebrannt, ähnlich den Speichen eines Rades. Die Heilung erfordert im Durchschnitt 11 Wochen. Die Resultate waren in 70 Fällen Heilung etwa 76%, Besserung etwa 17%.

Hans Hirsch, Köln.

3054.

Valerio, Americo, Radikaltherapie der Hydrozele. (Brasil. med., 43., Nr. 19, 1929.) Neben der chirurgischen Therapie hat sich dem Verf. in vielen Fällen auch die Injektionstherapie bewährt. Technik: Punktion und anschließende Injektion von Acid. picric. 4,0, Aqua dest. ad 100,0 in das Cavum vaginalis. Die Lösung wird auf 35° erwärmt und ohne vorherige Anästhesierung eingespritzt. Die Resultate sind angesichts einer größeren Anzahl von Radikalkuren sehr ermutigend.

Ashkenasy, Wien.

3055.

Bauer, O., Ueber Steinbildungen in den Harnwegen bei Ochronose (Lithiasis ochronotica). (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 3.) (Peter-Friedrich-Ludwigs-Hospital zu Oldenburg.) Zusammenstellung der im Schrifttum bekannten Fälle von Ochronose mit Konkrementbildung in den abführenden Harnwegen und Mitteilung eines Falles von Alkaptonurie und endogener Ochronose mit röntgenologisch nachgewiesener Konkrementbildung in Harnblase, Prostata und Harnröhre. Es wird auf die Häufigkeit des Konkrementbefundes in den Harnwegen hingewiesen.

E. Orbach, Berlin.

3056.

Hellmuth, Karl, Heilung kleiner Blasenfisteln mittels intravesikaler Elektrokoagulation. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrgang, Nr. 24.) (Univ.-Frauenklinik, Würzburg.) Bei kleinen Blasenfisteln;

die frei von Narbenbildung in ihrer nächsten Umgebung sind; empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen in diesem Falle den Versuch einer konservativen Heilung der Fistel mit Hilfe der Diathermiesonde (intravesikale Elektrokoagulation) vor Durchführung einer häufig nicht ganz harmlosen und einfachen Fisteloperation zu unternehmen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3057.

Säuerlin, H., Ueber den Vorfall der Harnröhre bei der Frau. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verf. hat 270 Fälle von Vorfall der Harnröhre bei der Frau aus der in- und ausländischen Literatur zusammengestellt. Derselbe findet sich vorwiegend bei Kindern und bei Frauen in der Menopause. Beim Kinde kommen ätiologisch der steile Verlauf der Harnröhre, der trichterförmige Uebergang der Blase in die Harnröhre, die starke Verschieblichkeit der kindlichen Urethral Schleimhaut, die relative zu starke Ausbildung der Mukosa im Verhältnis zur Muskularis, die Weichheit und Dehnbarkeit der Gewebe, die Armut der kindlichen Urethra an elastischen Elementen sowie die durch die Geschlechtsreife am Urogenitalapparat hervorgerufenen Umwälzungen in Frage. Bei der Frau jenseits der Klimax sind günstige Vorbedingungen durch die Schrumpfungs- und Retraktionsprozesse geschaffen, welche die Harnröhre in eine der kindlichen sehr ähnliche Stellung bringen, das Orificium urethrae klaffen lassen, ein Mißverhältnis zwischen Schleimhaut und Muskelunterlage und damit eine leichtere Abhebbbarkeit der ersten erzeugen, sowie zur Tonusverminderung des paraurethralen Gewebes und zu senilen Veränderungen an den Gefäßen und elastischen Fasern führen. Dazu kommen noch andere Erkrankungen und Schädigungen. Gelegenheitsursachen sind Traumen, Stuprum, heftige Anwendung der Bauchpresse, Tenesmus, Kraftanstrengungen und der Geburtsakt. Anatomisch unterscheidet man den am häufigsten zahlenmäßig vorkommenden Vorfall der unmittelbar über dem Orificium ext. gelegenen Schleimhaut, ringförmig oder partiell, und die seltener beobachtete Inversio mucosae urethrae, cum prolapsu mucosae, ausnahmsweise einmal den wirklich totalen Prolaps der gesamten die Urethra auskleidenden Schleimhaut. Die Schleimhaut ist meist stark geschwollen und hyperämisch; der als Tumorbildung imponierende Vorfall läßt sich gewöhnlich allseitig umgreifen. Die Größe schwankt zwischen Erbsen- bis Taubeneigröße, zwischen ¼-4 cm Länge und bis zu 5 cm Durchmesser. Schmerzen, Störungen der Harnentleerung und Blutungen sind die Hauptsymptome. Differentialdiagnostisch kommen angeborene Schleimhautveränderungen und Mukosahypertrophie an der äußeren Harnröhrenmündung, die verschiedenartigsten gutartigen und bösartigen Tumoren, Karzinom der Urethra, Urethrokele, Vorfall der Blase und des Ureters, seltener Tumoren der Vulva, Lues und Tuberkulose in Betracht. Prognose günstig. Am besten sind die Vorfälle operativ zu heilen durch Amputation der vorgefallenen Schleimhaut, Abbindung über einem Katheter, besonders bei Kindern, Abtragung mit glühendem Messer oder glühender Schlinge und die blutige Abkappung mit Messer oder Schere mit nachfolgender Naht. Dauerkatheter empfehlenswert.

Rudolf Katz, Berlin

3058.

Gil-Casares, M., Natrium bicarbonicum bei Pyelitis. (Rev. esp. med. cirug., 12., Nr. 5, 1929.) (Innere Univers.-Klinik, Santiago de Compostela, Spanien.) Verf. berichtet über ausgezeichnete Erfahrungen mit der Alkalitherapie sowohl bei der Pyelitis wie auch bei der Pyelonephritis calculosa. Kranke, die monatelang mit allen möglichen Medikamenten erfolglos behandelt worden waren, wiesen bei Verabreichung von Natriumbikarbonat schon nach wenigen Tagen kein Albumen im Harn mehr auf und es konnte auch eine auffallende Besserung ihres subjektiven Befindens festgestellt werden. Sehr gut bewährt sich auch die Unterstützung der medikamentösen Therapie durch eine Mineralwasserkur (alkalische Sauerlinge). Die Alkalimeditation muß während einer Dauer von mehreren Wochen durchgeführt werden.

Ashkenasy, Wien.

3059.

Sabatucci, Ricardo, Behandlung der Urethritis mit medikamentösen Stäbchen. (Policlinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 23.) (Istituto fisioterapeutico di S. Galliciano, Rom.) Verfasser empfiehlt Stäbchen aus Kakaobutter mit verschiedenen medikamentösen Zusätzen, welche ohne Schwierigkeit in jeder Apotheke in der erforderlichen Dose und Länge angefertigt werden können. Die Stäbchen müssen vor dem Gebrauch schlüpfrig gemacht werden, was durch Erwärmen derselben über einer leichten Flamme oder Wasserdampf erfolgen kann. Nun läßt man den Kranken urinieren und faßt die Stäbchen, deren Länge für Männer 3-10 cm, für Frauen 1,5 cm beträgt, mit einer Pinzette und führt sie in die Urethra, bei Frauen auch in die Zervix, nach entsprechender Desinfektion des betreffenden Orificiums ein, worauf man bei Männern eine leichte Massage der Harnröhre anschließt. Die Applikation der

serum, Pferdeserum, Adrenalin und physiologischer Lösung. Dieses Ausbleiben des Phänomens wird anscheinend durch die besondere pathologisch-anatomische Veränderung des Masernexanthems (Störung der Hautbestandteile), vielleicht aber auch durch die spezifische Eigentümlichkeit des Masernvirus bedingt. Die intrakutane Einspritzung von Rekonvaleszentenserum mehrere Tage — spätestens 1½ bis 2 Tage — vor dem Exanthemausbruch ergibt im Bereich der Injektionsstelle das „Aussparphänomen“ (Keller). Dieses Phänomen ist für das Rekonvaleszentenserum spezifisch. Bei subkutaner Injektion sind die Resultate undeutlich. E. Kontorowitsch.

3064.

Knauer, Ueber Masernschutzimpfung. (Jhrb. f. Kdhk., 73., Heft 5/6.) Verfasser führte bei zwei Stationsinfektionen mit Masern eine Schutzimpfung mit dem Serum von Aerzten der Masernstation durch unter der Annahme, daß das Serum solcher Menschen, ähnlich dem Rekonvaleszenten Serum, einen erhöhten Titer an Antikörpern und damit eine besondere Schutzkraft besitzen dürfte. Die erste Infektion erfolgte auf einer Säuglingsstation; der masernkranke Säugling lag fast 24 Stunden mit den übrigen 20 Säuglingen zusammen. Jedes gefährdete Kind erhielt im Laufe der nächsten 24 bis 48 Stunden 5—7 ccm Serum intramuskulär; keines der gespritzten erkrankte. Da das Alter der Säuglinge nicht angegeben wird, ist das Ergebnis wenig beweisend, da bekanntlich Säuglinge unter 5 Monaten so gut wie niemals an Masern erkranken. Bei der zweiten Infektion erkrankten von 11 maserngefährdeten Kindern 6 an mitgetragenen Masern mit ganz leichtem Verlauf, trotzdem der Schutz verhältnismäßig spät, am fünften bis siebenten Inkubationstag, vorgenommen wurde. Jahr.

3065.

Fleischmann, Roman; Embolie der Arteria pulmonalis bei Masern. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jahrg., Heft 13.) (Pathologisch-anatomisches Institut der Universität Innsbruck.) Große Bedeutung für die Störungen der Blutströmung kommt zweifellos infektiösen Erkrankungen zu, die im besonderen geeignet sind, früher oder später Schädigungen des Herzens herbeizuführen. Auch in den beiden, vom Verfasser berichteten Fällen stand die Herzschädigung im Vordergrund. Bei Masern und der ihnen folgenden Pneumonie im allgemeinen handelt es sich um Erkrankungen, die schwere Beeinträchtigung der Herzkraft und dadurch Kreislaufstörungen veranlassen können, die als Grundlage der Thrombosenbildung betrachtet werden müssen. Ob die herdförmigen Lungenentzündungen, die alle vom Verfasser beobachteten Masernfälle komplizierten, allein für örtliche Thrombenbildungen im venösen Kreislaufe verantwortlich zu machen sind, ist, nach Ansicht Fleischmanns, kaum anzunehmen, da Thrombosen größerer Gefäßäste bei Kindern, die nach Lungenentzündung sterben, kaum beobachtet werden. Vielmehr wird angenommen, daß die Schwere der Maserninfektion als Grundursache in den zwei beschriebenen Fällen bei der Bildung von Thrombosen eine große Rolle spielte.

Jedenfalls konnte in den zwei besprochenen Fällen von Embolie der Lungenschlagader ebenso wie in manchen Fällen von Thrombosen im übrigen Kreislaufe neuerdings gezeigt werden, daß bei Masern — wenn auch nicht besonders häufig — mit den schwersten Kreislaufstörungen, die in besonderen Fällen zu plötzlichem Tode führen, zu rechnen ist. Fraglich erscheint dabei, ob in den auf primäre Pulmonalthrombose bezogenen, einschlägigen Fällen der Literatur der verstopfende Blutpfropf durch einen an Ort und Stelle entstandenen Thrombus dargestellt wurde, da in vielen Fällen neben der Thrombose in der Lungenschlagader auch Thrombenbildungen im übrigen venösen Kreislauf zu finden waren. Uebrigens würde auch der fehlende Nachweis einer Venenthrombose keineswegs die Möglichkeit einer Pulmonalarterienembolie ausschließen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3066.

Reimold und Schädlich; Ueber Enzephalitis im Verlaufe kindlicher Infektionskrankheiten. (Jhrb. f. Kdhk., 73., Heft 5/6.) Eingehende Kasuistik der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von Schädigungen des Zentralnervensystems mannigfachster Art (Hämorrhagien, thrombotisch-embolische Prozesse, Entzündungen). Ergänzt durch eigene Beobachtungen, wird das überaus variable klinische Bild dieser, unter dem gemeinsamen Namen von enzephalitischen Prozessen bezeichneten Krankheitserscheinungen bei Masern, Scharlach, Windpocken, Mumps und Keuchhusten geschildert und die oft schwierige Differentialdiagnose erörtert.

3067.

Vellard, J., Aenderung der Gerinnbarkeit des Blutes bei Gelbfieber. (Brasil med., 43, 21.) (Institutio Vital Brasil.) Im allgemeinen differtiert die Koagulationsfähigkeit des Serums bei Kranken mit Gelbfieber nur wenig von der Gesunder. Nichtsdestoweniger lassen sich gewisse Unterschiede feststellen, und zwar ist

sie fast immer vom zweiten Tage der Erkrankung an verringert und erreicht ihre niedrigsten Werte zwischen dem siebenten und neunten Krankheitstage, worauf sie sich allmählich erhöht und in der Rekonvaleszenz die Norm erreicht. Dieses Absinken der Gerinnbarkeit ist dem Auftreten von Antithrobin zuzuschreiben, dagegen spielt dabei eine Verringerung von Fibrinogen kaum eine Rolle. Diese verminderte Koagulationsfähigkeit wurde bisher nur beim Gelbfieber beobachtet und besitzt daher einen großen Wert für die Frühdiagnose der Krankheit. Auch vom prognostischen Standpunkte bedeutet vorzeitige und deutlich feststellbare Verringerung der Gerinnbarkeit ein Signum mali ominis, indem sie eine schwere Schädigung der Leber anzeigt. Experimentell beobachtet man beim *Macacus rhesus* dieselben Erscheinungen der Veränderung der Blutgerinnbarkeit wie beim Menschen, obschon sie beim Affen weniger stark ausgesprochen sind und im allgemeinen später auftreten.

Ashkenasy, Wien.

3068.

Ferrari, Antonio, Ueber den Harn bei Gelbfieber. (Brasil med., 43., 20.) (Hospital São Sebastiao, Rio de Janeiro.) Das Auftreten von Albumen im Harn und die negative Diazoreaktion in den ersten drei Tagen einer fieberhaften Erkrankung rufen den Verdacht von Gelbfieber hervor. Aus der Menge des Albumens läßt sich bei Gelbfieber kein prognostischer Schluß ziehen; dagegen ist es als günstiges Zeichen zu werten, wenn in der zweiten Periode große Mengen von Uraten im Harn vorgefunden werden. Die Gallenfarbstoffe im Harn sind trotz hochgradiger Cholestämie im zweiten Stadium der Krankheit nur spektroskopisch nachweisbar. In diesem Stadium kommt es auch gewöhnlich zur Vermehrung des Albumens, welches dann in der Rekonvaleszenz sehr rasch verschwindet. Klinisch kann man nur selten chronische Nephritis bei Gelbfieber konstatieren. Sehr häufig ist in der ersten Periode infolge Blasenlähmung Dysurie vorhanden; eine Oligurie besteht gewöhnlich zwischen dem zweiten und vierten Tage; Anurie tritt nie vor dem vierten Tage auf, und nur äußerst selten ist sie im ersten Krankheitsstadium zu verzeichnen. Ashkenasy, Wien.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

3069.

Kaznelson, P., F. Reimann und W. Weiner, Achylische Chloranämie. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 23.) (I. Med. Klinik der deutschen Universität, Prag.) Es werden Fälle von achylischer Anämie im Stadium höchstgradiger Kachexie mit Oedemen beschrieben.

Einer der wichtigsten und besonders in der Praxis ausschlaggebenden Punkte, der auch sonst auf das ganze Krankheitsbild ein helleres Licht wirft, ist die Behandlung. Es wurden die verschiedensten Mittel versucht, um das Krankheitsbild oder wenigstens die Beschwerden der Kranken zu beeinflussen. Es gelingt nicht, durch Salzsäure oder Salzsäure-Pepsin eine entscheidende Besserung herbeizuführen. Ebenso ist das Arsen in auffallendem Gegensatz zur perniziösen Anämie völlig unwirksam. Die Lebertherapie ist bei der achylischen Anämie ebenfalls ohne jede Wirkung. Dagegen fanden die Verfasser, daß durch Eisen in kürzester Zeit ein gänzlicher Umschwung erzielt wird und die Krankheit geheilt wird bzw. alle klinischen Symptome verschwinden.

Nach Erfahrung der Autoren stellt das Eisen für die achylische Anämie genau das gleiche spezifische Heilmittel dar wie das Arsen für die perniziöse Anämie. Verfasser sahen kaum einen Fall von achylischer Anämie, der nicht durch rechtzeitige und genügende Zufuhr von Eisen in Remission gebracht werden konnte.

Das Eisen wird stets in Form des reinen metallischen Eisens (Ferrum hydrog. red.) in Dosen von 3 bis 6 und mehr Gramm täglich, ohne unangenehme Nebenwirkungen befürchten zu müssen, angewandt. Es wird untersucht, ob das Eisen in den beschriebenen Fällen wirklich eine Dauerheilung hervorruft oder nur eine Remission von längerer oder kürzerer Dauer bewirkt. Einige schwerere Fälle wurden mehrere Jahre hindurch befolgt. Bei diesen kam es zu keinem Rezidiv. Gewisse Beobachtungen sprechen aber dafür, daß es sich genau wie in einem von Faber und Gram erwähnten Falle doch nur um Remissionen, nicht um Dauerheilung handelt, ganz analog jeder Therapie bei der perniziösen Anämie. Es wurde beobachtet, daß die Eisenmedikation nicht nur die Anämie günstig beeinflusst, sondern in geradezu auffallender Weise die Symptome von seiten des Magen-Darmtraktes, die Schmerzen, Appetitlosigkeit, Durchfälle und Unbehagen, zum Verschwinden bringt. Dabei kam es zu auffallend starken Gewichtszunahmen (bis zu 16 kg in einem Falle). Auch bei der reinen Achylia simplex und bei Hypochyliën, bei denen keine oder noch keine Anämie nachweisbar war und in der Verfasser — wenigstens

in einem Teil der Fälle — Frühformen des Krankheitsbildes zu vermuten glaubten, wurde die Eisenmedikation angewandt. Der Erfolg war ebenfalls ein guter.

Die Erfolge der Eisentherapie sind jedoch nicht von Dauer, denn wenn man eine Zeitlang mit der Eisenmedikation aussetzt, so kehren die Beschwerden wieder.

In Anlehnung an die Untersuchungen über die Dünndarmflora bei der perniziösen Anämie wurde der Duodenalinhalt wiederholt im Vollbild und in Remission untersucht. Im Gegensatz zu der Reichhaltigkeit der Flora bei der Perniziosa fanden sich hier inkonstante Verhältnisse, Sterilität oder meist eine geringe Flora, die vorwiegend aus Interokokken oder aus anhämolysitischen Koli bestand. Nie fanden sich hämolysitische Koli. Auch der Bakterizidversuch nach Adler-Siner-Reimann gegen *Bacterium coli* hämolys. gab nie das typische Verhalten der perniziösen Anämie im Vollstadium. Trotz der auffallenden Parallelität dieses Krankheitsbildes mit dem der perniziösen Anämie handelt es sich doch um eine völlig differente Erkrankung, und das gänzliche Versagen der Lebertherapie ist nicht nur ein Beweis für diese Tatsache, sondern auch für die Spezifität der Leberwirkung bei der Perniziosa.

Wichtig für die Aufklärung der Pathogenese sind Befunde über die Zellzusammensetzung des Knochenmarks, die durch Sternalpunktion sowohl im Vollstadium als auch nach erfolgreicher Therapie erhoben werden konnten. Es fand sich eine exzessive Vermehrung der Erythroblasten, die in allen Fällen ausschließlich Normoblasten waren; 30 bis 47% gegenüber normalerweise 20%. Megaloblasten und Erythrogonien wurden nie gefunden. Nach erfolgreicher Therapie wurde bei einem Falle zum zweiten Male punktiert und eine normale Anzahl der Normoblasten gefunden. Diese Diskrepanz zwischen der chronischen Anämie und dem Reichtum des Knochenmarks an Erythroblasten, ohne daß irgendwelche Anzeichen für eine vermehrte Hämolysen oder einen Blutverlust bestehen, ist auffallend. Dies erklären die Autoren damit, daß die Reifung der Erythroblasten im Knochenmark gestört ist. Nach Zuführung von Eisen kommt es zu einer rapiden Ausschwemmung von vitalgefärbten Erythrozyten, deren Anzahl im Vollstadium nur wenig erhöht ist, also zu einer Beseitigung der schädigenden Wirkung auf das Knochenmark. Die Zahl der Erythroblasten im Knochenmark sinkt dann auf normale Werte herab.

Vom ätiologischen Standpunkt aus halten die Verfasser die Achylie und die damit verbundenen Magen-Darmbeschwerden, die der Anämie oft lange vorangehen, für bedeutungsvoll und glauben in vollem Parallelismus zur Perniziosa an die Möglichkeit, daß es sich ebenfalls um eine chronische Intoxikation von seiten des Magen-Darmtraktes handelt, die dieses Krankheitsbild und besonders die erwähnte Schädigung des Knochenmarks hervorruft.

Die Wirkung des Eisens auf die Magen-Darmbeschwerden von Achylikern ohne Anämie sprechen für eine lokale Wirkung des Eisens im Magen-Darmkanal. Arnold Hirsch, Berlin.

3070.

Sangiorgi, P., Klinischer Beitrag zur Kenntnis der therapeutischen Effekte des weinsauren Ergotamins bei Morbus Basedow. (Polichinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 22.) (Casa di cura Regoledo, Lago di Como.) Das weinsaure Ergotamin, welches mit dem deutschen Präparat Gynergen identisch ist, wurde in Form täglicher subkutaner Injektionen mit gutem Erfolge verabreicht. Beginn mit 0,5 ccm 0,25 mg Substanz, höchstens 1 ccm. Nach einer Serie von 20 bis 25 Tagen Einschalten einer ein- bis zweiwöchigen Pause, worauf Wiederholung der Medikation durch einen ebensolangen Zeitraum wie bei der ersten Serie. Das Ergotamin ist ein gutes symptomatisches Mittel, indem es rasches Verschwinden der Tachykardie sowie Gewichtszunahme bewirkt, und so stellt seine Verabfolgung eine gute Vorbereitung für die Operation dar. Nach Aussetzen des Präparates tritt als erstes Symptom Tachykardie auf.

Ashkenasy, Wien.

3071.

Puttkammer, Weshalb wirkt Jod beim Morbus Basedow. (Dtsch. Z. Homöop., 5, 1929.) Wenn auch die Beziehungen des Jod zur Entwicklung des Kropfes nicht in Abrede gestellt werden sollen, so kann doch die Jodarmut-Theorie keine zuverlässige Erklärung für die Entstehung des Kropfes abgeben, wenn man z. B. nur daran denkt, daß in Wiessee sehr zahlreiche Kropfträger vorkommen. Nach von Bergmann spielen endokrine Störungen und damit Reaktionsänderungen des Vagus und Sympathikus eine wesentliche Rolle. Sauerbruch sieht in der Konstitution den Grund zur Erkrankung, wobei die Anlage schlummert und unter dem Einfluß eines besonderen Ereignisses der Basedow ausbricht. Interessant die Stellungnahme beider Wissenschaftler zum Jod, indem Bergmann erklärt, daß die Wirkung der Jodmedikation nicht das geringste mit Homöopathie zu tun hat, während Sauerbruch wörtlich sagt: „Die Anwendung kleiner Joddosen beim Basedow

Ist eine homöopathische Behandlung, und diese stammt von Hahnemann." Puttkammer setzt dann ausführlich auseinander die Beziehungen, welche sich nach dem Ähnlichkeitsgesetz zwischen Jod und Basedow ergeben, und kommt zu dem Schluß, daß hier unbedingt homöopathische Gesichtspunkte die Erklärung für die Jodwirkung abgeben. Im übrigen sind diese sich direkt entgegenstehenden Äußerungen zweier führender Kliniker ein schlagender Beweis, wie wenig noch wirkliche homöopathische Gedankengänge in der Schulmedizin Eingang gefunden haben. Dermitzel.

3072.

Catola, Giunio, Kopfschmerzen und ihre Behandlung. (Poliklinico, sez. prat., 36. Jahrg., Nr. 24.) (Neuropathologisches Institut, Universität Florenz.) Neben allgemein-hygienischen und diätetischen Maßnahmen empfiehlt Verfasser folgende Therapie: Bei Hemikranie sind allabendlich kalte Umschläge auf den Kopf, darüber wasserdichter Stoff und Wollmütze zu applizieren. Die Kompresse ist die ganze Nacht zu belassen, am nächsten Morgen erfolgt Abreibung des Kopfes mit zwei- bis vierprozentigem Mentholspiritus. Eine derartige Kur hat durch mehrere Wochen lang einmal im Jahre zu erfolgen. In Fällen, denen kolloidklastische Krisen zugrunde liegen, wirken präventiv sehr gut subkutane Injektionen einer fünfprozentigen Peptonlösung (täglich oder jeden zweiten Tag). Pepton kann ebenfalls peroral gegeben werden: 0,5 g eine Stunde vor den Hauptmahlzeiten. An Stelle von Pepton kann man auch 3 bis 5 ccm sterilisierte Milch zweimal wöchentlich injizieren: Gesamtzahl der Injektionen 10; Wiederholung der Kur dreimal im Jahre. (Sicard.) Bouché und Hustin injizieren zweimal wöchentlich 1 ccm Pferdeserum oder 0,2 mg Krotalin. Charcot empfahl durch Monate fortgesetzte Verabreichung von Brom, und zwar täglich 2 bis 3 g bei mittleren sowie 6 g bei schweren Fällen. Verordnungen von Mendel: Natr. bromat. 2,50, Natr. salicyl. 0,25, Aconitin 0,0001. S. Abends ein Pulver und eine Tasse Tee nachher. Das Pulver ist durch zwanzig Tage hindurch mehrere Monate lang unter Einhaltung von zehntägigen Zwischenpausen zu nehmen. Nach Sarbó bewährt sich: Kal. bromat., Kal. jodat. aa 60,0, Aqu. 188,0. Ein Eßlöffel täglich wochen- bis monatlang zu nehmen. Nach Tzanck vermag Gynergen (2 mg) eine beginnende Hemikranie zu kúrieren. Verdoppelung der Dosis verhindert den Ausbruch der Hemikranie. Gynergen soll noch einige Zeit nachher in verringerter Dosis (1 mg im Tage) verabfolgt werden. Bei Vagotonikern erzielt man damit ausgezeichnete Resultate. Gowers empfahl: Nitroglyzerin 0,10, Alkohol 10,0, S. 2 bis 4 Tropfen drei- bis viermal täglich oder Nitroglyzerin 0,10, Spirit. vin., Acid. phosphor. aa 10,0, S. 2 Tropfen täglich. Anstatt Nitroglyzerin kann man auch verordnen: Natr. nitros. 2,0, Aqu. 150,0, S. Zweimal täglich 1 Teelöffel.

Ashkenasý, Wien.

3073.

Vryman, L. H., Ueber einen Fall von Thyreohypoplasie. (Endokrinol. 4, Heft 1, 1929.) (Pathol. Inst. d. Reichsuniversität Leiden.) 49jährige Frau, die in ihrer Jugend Zwerghaftigkeit und unregelmäßige Menstrualblutungen darbot. Im 33. Lebensjahre Verheiratung; im 34. Jahre Schwangerschaft. Später Fettsucht und psychische Erscheinungen. Nach ihrem 42. Jahre sind die Menses immer unregelmäßiger und reichlicher geworden. Die seelischen Abweichungen verschlimmerten sich. Hyperästhesien und asthenische Symptome. Einige Monate mit Erfolg mit Thyreoidschubstanz behandelt. Nach einem Jahr Wiederauftreten der Symptome: die Menstrualblutungen verschlimmerten sich derartig, daß die Frau fast verblutete. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine stark vergrößerte Gebärmutter. Probelparatomie. Exitus. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab eine fast vollständige Aplasie der Schilddrüse, bedeutende Vergrößerung der Hypophyse und der Epiphyse; Gliosis der Epiphyse, Lipomatosis und Sklerose der Epithelkörperchen, Sklerose der Zona glomerulosa der Nebennieren mit starkem Lipoidreichtum der Zona fasciculata und reticularis; Altersveränderungen in den Nieren und eigenartige Degenerationserscheinungen im Herzmuskel; hochgradige Sklerose der Intima der Aorta, Sklerose der Gebärmutter und teilweise der Ovarien, welche noch funktionstüchtig gewesen sein dürften. Die Knochen waren schwer und hart. Das Krankheitsbild ist hier auf die starke Thyreohypoplasie zurückzuführen, wobei das Klimakterium der auslösende Faktor einer thyreogenen Insuffizienz wurde, welche sich als ein seniles Myxödem darbot.

E. Kontorowitsch.

3074.

Tamija, Chichio, Idiopathische Oesophagusdilatation und vegetatives Nervensystem. (D. Arch. kl. Med., 164, Heft 3/4, 1929.) Es gibt Krankheitsbilder, welche in bunter Kombination Störungen an allen Eingeweiden aufweisen: Pulsarrhythmie, Bradykardie, Magen-Darmbeschwerden, Harndrang ohne Entleerung, Wallungen, Schweiß- und Speichelfluß, Unruhe usw. Dazu gehört

auch die Erweiterung der Speiseröhre mit gleichzeitigem Kardiospasmus. T. hat dieses Symptom zum Gegenstand seiner Untersuchungen an 9 Patienten gemacht und gefunden, daß solche Patienten entweder auf Atropin, Pilokarpin und Adrenalin oder nur auf Adrenalin und Pilokarpin oder schließlich nur auf Pilokarpin reagieren. In richtigem physiologischen Instinkt sieht er die Ursache dieser Erweiterung nicht in einer primären Schwäche der Speiseröhrenmuskulatur, sondern in ihrer fehlerhaften Innervation, in einem Ausfall der erforderlichen Impulse bzw. in einer Disharmonie im Sympathikus- und Parasympathikussystem. Wer nicht auf enge Organdiagnose eingeschworen ist, wird seine Freude an dieser Arbeit haben. Buttersack, Göttingen.

3075.

Pal, Spasmen des Oesophagus und der Kardia. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 23.) Die in der Speiseröhre auftretenden Krämpfe können kurz vorübergehend, intermittierend oder anhaltend sein. Sie können in allen Abschnitten des Oesophagus auftreten, am häufigsten an den Stellen der größten Muskelmassen, das ist am Oesophagusmund und an der Kardia. Die durch Schleimhautreize ausgelösten lokalen Spasmen können durch Anästhesierung aufgehoben werden. Wenn dem durchlaufenden Inhalt sich plötzlich ein Hindernis in den Weg stellt, gerät der proximale Oesophagusabschnitt in katastaltischen Krampf (Speiseröhrenkolik). Die anastaltische (antiperistaltische) Krampfbewegung ist von starker Uebelkeit begleitet und endet mit der Entleerung eines dünnflüssigen Schleimes. Sie wird bei manchen Personen durch bestimmte Nahrungsmittel ausgelöst (saure Äpfel, kalter Trunk). Reflektorisch kommt es bei tiefsitzenden Oesophaguskarzinomen, Kardiakarzinomen zu isolierten Krämpfen höher gelegener Abschnitte, bei kardiafernen Magengeschwüren; Gastroparesen, Divertikeln und Cholelithiasis zu Kardiospasmus. Weitere Ursachen für die Krämpfe bilden Tumoren der Nachbarschaft und Aneurysmen. Psychogen kann es zu Spasmen des Oesophagusmundes kommen, an allen Stellen der Speiseröhre und an der Kardia gibt es durch Neurosen und organische Nervenerkrankungen bedingte Krampfzustände (Meningitis, Syringomyelie, Bulbärerkrankungen); weitere Ursachen sind die Lyssa und Krampfgifte (Strychnin). Beim Kardiospasmus lassen sich 3 Formen unterscheiden: 1. selbständige Störung der Kardiasfunktion mit Hypertrophie der Oesophagusmuskulatur und späterer Ueberdehnung der Speiseröhre, 2. gemeinschaftlicher ösophagokardialer Spasmus, wozu die idiopathische Oesophagushypertrophie gehört (in diesen Fällen fehlt die sekundäre Dilatation), 3. die primäre, idiopathische Erweiterung der Speiseröhre, deren Ursache eine Erkrankung des Nervenapparates ist. Hier ist die Kardia nicht immer direkt beteiligt, sondern sie bildet infolge der Schwächung der Oesophagusmuskulatur ein relatives Hindernis. Das Zwerchfell kann unter Umständen die Durchgängigkeit der Kardia beeinflussen, so bei der Pneumatoze mit konsekutivem Hochstand des linken Zwerchfells. Therapeutisch kommen je nach der Ätiologie in Betracht: Psychotherapie, Papaverin, andere Benzyl- und Kampferpräparate, Atropin, Adrenalin, welches in der Menge von wenigen Tropfen unmittelbar vor der Mahlzeit eingeführt werden soll, ferner Diathermie, vorsichtige mechanische Dehnung, schließlich die Durchtrennung der Sperrmuskeln und die Oesophagogastrostomie. Ernst Pick, Wien.

3076.

Lian, Camille, Die klinische Bedeutung der Auskultation des Herzens im Primodekubitus. (Rev. méd. lat-amer., 14, 163.) (Hôpital Tenon, Paris.) Unter Primodekubitus versteht Verfasser den Augenblick des Lagewechsels von aufrechter in liegende Stellung. Es gelingt sehr häufig, in diesem Momente auskultatorische Phänomene am Herzen festzustellen, welche von großer Wichtigkeit für die Beurteilung der Herzfunktion, speziell der Herzinsuffizienz, sind, die aber wenige Augenblicke später nicht mehr zu hören sind. Auch der von den Amerikanern beschriebene dritte Herztönen Jugendlicher läßt sich im Primodekubitus sehr leicht feststellen. Das stärkere Hervortreten der auskultatorischen Herzphänomene im Primodekubitus beruht auf dem plötzlichen, wenn auch rasch vorübergehenden Zufluß venösen Blutes in die Herzkammern.

Ashkenasý, Wien.

3077.

Rosin, Heinrich, Ueber Extrasystolie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 23.) (Poliklinik für Innere und Magen-Darmkrankheiten, Prof. H. Rosin und Dr. Hirsch-Mammoth, Berlin.) Unter den Herzarrhythmien ist die Extrasystolie eine der häufigsten. Sie ist oft in der Praxis mit den üblichen physikalischen Methoden festzustellen. In gewissen komplizierteren Fällen müssen zur Differentialdiagnose die graphischen Methoden angewandt werden, vor allem die Elektrokardiographie, ferner die Venenpulsaufzeichnung in Verbindung mit Sphygmographie oder Kardiographie.

Man unterscheidet zwischen atrialen (aurikulären) und ventrikulären Extrasystolen und kann auch hier im einzelnen noch differenzieren. Aus ätiologischen, diagnostischen und prognostischen Gründen muß aber auch eine essentielle Extrasystolie von einer symptomatischen unterschieden werden. Auch ist es gut, die solitären Formen der Extrasystole von der gehäufteten Extrasystolie zu trennen. Die Prognose der essentiellen Form ist, wenn ohne Komplikation, im allgemeinen günstig in bezug auf die Lebensdauer, nicht aber in gleichem Maße in bezug auf die Wiederherstellung. Therapeutisch ist bei ihr eine besonders wirksame Methodik noch nicht gefunden, weder eine pharmakologische (Chinidin), noch eine physikalisch-diätetische.

Arnold Hirsch, Berlin

3078.

Eggers, H., Gastritis und konstitutionelle Innervations- und Zirkulationsstörungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 23.) Es wird gezeigt, daß die Erklärung der Ulkulentstehung auf Grund konstitutioneller Innervations- und Zirkulationsstörungen ihre Berechtigung hat, wenn man mit diesen Begriffen naturwissenschaftlich begründete Vorstellungen verbindet. Diese Auffassung steht in keinem Widerspruch zu der Auffassung der Ulkulentstehung auf dem Boden einer Gastritis, da die Gastritis nach relationspathologischer Anschauung ebenfalls ein Ausdruck von Innervations- und Zirkulationsstörungen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3079.

Fliederbaum, J., und N. Pianko, Untersuchungen über die Funktionen des Magens bei Herz- und Nierenkrankheiten. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 23.) (Innere Abteilung des „Szpital Starozakonny“, Warschau.) Bei den Herz- und Nierenkrankheiten, die ohne Oedeme und Urämie verlaufen, ist die Magentätigkeit normal.

Bei Niereninsuffizienz mit erhöhtem Blutharnstoff wird oft eine vermehrte Exkretion des Harnstoffs durch den Magen beobachtet.

Bei kardialen und renalen Oedemen nehmen Magensaftsekretion, seine Azidität und Chloride ab. Die Ausscheidung des intramuskulär eingeführten Neutralrotes wird verlangsamt.

Bei aus Lokalsachen entstandenen Oedemen werden keine solchen Störungen beobachtet.

Die Veränderungen in der Magenfunktion hängen nicht von der Intensität der Herz- oder Nierenläsion ab. Dagegen gehen sie mit der Zunahme der Oedembereitschaft der Haut, gemessen durch die Quaddelzeit, mit der Trockenheit im Munde und mit der Oligurie parallel.

Die Veränderungen können der Bildung der Oedeme vorangehen.

Verfasser halten sich für berechtigt, die Bedeutung der extrarenalen Faktoren bei Entstehung der Oedeme (im Sinne Volhards) anzunehmen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3080.

Wiechmann, Ernst, und Julius Elzas, Verminderte Salzsäureabscheidung bei Diabetes. (D. Arch. kl. Med., 164., Heft 3/4, 1929.) Salzsäuremangel ist bei Diabetikern auffallend häufig. Er kann bedingt sein durch konstitutionelle Minderwertigkeit des Magens bzw. durch Ausfälle von Hormonen; dann kann man mit Insulin nachhelfen. Er kann aber auch bedingt sein durch Erkrankungen der Gallenwege, welche sekundär auf die Bauchspeicheldrüse übergreifen und von hier aus den Diabetes hervorrufen. Bei Gallenkranken muß man demgemäß an die Gefahr einer späteren Zuckerkrankheit denken und sie deshalb energisch, evtl. operativ, behandeln.

Buttersack, Göttingen.

3081.

Konjetzny, G. E., Zur Behandlung des Coma hepaticum bzw. überhaupt der Leberschädigungen im Verlauf des Gallensteinleidens. (Ztbl. Chir., Nr. 13, 1929.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von schwerem Coma hepaticum, die mit Insulin-Traubenzuckerbehandlung nach Umber und Richter geheilt worden sind. Im ersten Fall handelte es sich um einen Steinverschluß des Choledochus mit Cholezystitis, Cholangitis und Ikterus bei einem 65jährigen Manne, der in schwerem komatösem Zustand in die Klinik eingeliefert wurde. Im zweiten Falle handelte es sich um eine schwere Cholangitis mit cholangitischen Leberabszessen bei Steinverschluß des Ductus choledochus bei einer 61jährigen Patientin, die nach der vorgenommenen Operation in einen schweren komatösen Zustand verfiel.

Der Zustand war in beiden Fällen so bedrohlich, daß der Exitus zu erwarten war, und die beiden Patienten wurden lediglich durch die Insulin-Traubenzuckertherapie gerettet.

Verfasser empfiehlt, in ähnlichen Fällen eine 5prozentige Traubenzuckerlösung in größeren Mengen (1000 bis 2000 ccm pro die) intravenös zu verabreichen und dazu auf 2 bis 3 g Traubenzucker eine Einheit Insulin. Die große Flüssigkeitszufuhr beschleunigt die Ausscheidung der Gallenbestandteile aus dem Blut, und der cholämische Zustand wird dadurch schneller bekämpft. Werden die Patienten wieder klar, so empfiehlt es sich, auch per os Lavulose zu geben.

Walter Grössmann, Berlin.

3082.

Moldaver, Von der klassischen Elektrodiagnostik zur klinischen Chronaxie. (Scapel, Nr. 19.) Die Chronaxie gestattet eine präzise Messung pathologischer Vorgänge; sie ermöglicht Frühdiagnosen zu einer Zeit, wo dies mit keiner anderen Methode zu erreichen ist. Es kann vorkommen, daß eine eingeschlagene Heilbehandlung anscheinend keine Zustandsänderung beim Kranken herbeiführt und die üblichen elektrischen Untersuchungsmethoden keinen Fortschritt anzeigen. Die Chronaxie dagegen gestattet Messungen von viel größerer Feinheit. Sie allein gestattet, den Heilplan genauestens festzulegen.

Man muß jedoch wissen, daß man nicht von heute auf morgen eine Chronaxiebestimmung machen kann. Man muß die motorischen Punkte kennen, die Physiologie der Bewegungen, die Anatomie der Muskeln und Nerven. Die Chronaxiebestimmung gehört in die Hand kompetenter Fachleute; der praktische Arzt muß nur ihre Bedeutung kennen.

Held.

3083.

Rosenfeld, Fritz, Blutdrucksenkung als Frühsymptom eines inneren Karzinoms. (Med. Klin., Nr. 22, 1929.) Es wird darauf hingewiesen, daß eine plötzliche Blutdrucksenkung als ein Frühsymptom des beginnenden Karzinoms der inneren Organe verwendet werden kann. Eine Nachprüfung dieser Beobachtung an einem großen Material von Karzinomen des weiblichen Genitalktraktus zeigte, daß dieses Verhalten des Blutdrucks nahezu gesetzmäßig ist.

L. Gordon, Berlin.

3084.

Singer, Bernhard, Zunahme der Thrombosen und Embolien. (D. Arch. klin. Med., 164., Heft 3/4, 1929.) Zunahme der Thrombosen wird von vielen Seiten berichtet. S. hat diese Behauptungen am großen, viele Tausende von Kranken umfassenden Material der Leipziger medizinischen Klinik geprüft und kam seinerseits zu dem Ergebnis, daß in den Jahren 1926/28 2½mal mehr Thrombosen, 4½mal mehr tödliche Lungenembolien im Vergleich mit 1912/13 vorgekommen sind, und zwar vornehmlich bei Frauen zwischen 50 bis 80 Jahren. Die heute so beliebte intravenöse Injektionstherapie trägt daran keine Schuld. S. sucht sie eher in einer stärkeren Entwässerung der Patienten in der Nachkriegszeit. Das erscheint mir gezwungen. Wahrscheinlicher sind mir Veränderungen der Gefäßwände bzw. des Blutes (Blutplättchen) als Nachwirkungen der Hungerblockade.

Buttersack, Göttingen.

3085.

Kuhn, Johannes, Kurt, Die Bewegung der Thrombosen und Embolien in den Nachkriegsjahren und ihre Ursachen. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 3.) (Patholog. Institut Freiburg i. Br.) Das Sektionsmaterial der Jahre 1929 bis 1927 (pathologisches Institut von Aschoff) untersucht der Verfasser mit Hinblick auf Thrombosen und Embolien. Es wird versucht, die Ursachen der beiden Krankheiten an Hand vergleichender Statistiken, die von verschiedenen Gesichtspunkten aus aufgenommen wurden, festzustellen.

Hinsichtlich der Frequenz wird eine Wellenbewegung konstatiert: Auf eine Abnahme in den ersten Nachkriegsjahren und ein sehr niedriges Niveau in den Inflationsjahren folgt ein starkes Ansteigen an den Jahren 1924 bis 1927. Dasselbe hat im Jahre 1927 eine bisher nicht bekannte Höhe erreicht. Der anfängliche Abfall wird auf das Fehlen der Kriegsverletzungen, auf den schlechten Ernährungsstand der Inflationsjahre (siehe unten) und auf das Fehlen der im Kriege verstorbenen älteren und lebensschwachen Individuen zurückgeführt. Für den Anstieg der Frequenzkurve in den Jahren 1924 bis 1927 beschuldigt der Verfasser die Besserung der Ernährungsverhältnisse (siehe unten) durch Stabilisierung der Währung, die erworbene Minderwertigkeit des Gefäßapparates nach den Jahren der Entbehrung und die intravenöse Injektionstherapie. Für Thrombose und Embolie disponieren: Herzhypertrophie und -dilatation, Arteriosklerose und Fettleibigkeit. Der Adipositas als disponierendes Moment legt der Verfasser großen Wert bei, während er der Kachexie einen gewissen Schutz gegen Embolien zuspricht. Thrombosen bei Kachektischen enden in 22% mit tödlicher Embolie, bei Adipösen in 50% der Fälle, d. h. jeder zweite Fettleibige, der an Thrombose leidet, stirbt an Lungenembolie.

Vorzugsweise das höhere Alter ist von Thrombose und Embolie befallen (40 bis 60 Jahre). Mit höherem Alter nimmt auch die Gefährlichkeit einer Thrombose mit Bezug auf den Eintritt einer tödlichen Embolie zu. Infektionen spielen hinsichtlich der Aetio-

Dosen von Tuberkulosebazillen, und das ist dasjenige, was praktisch am meisten in Betracht kommt. Die mittels abgetöteter Kulturen erzielte Immunität reicht für die Praxis aus und bietet den Vorteil der Gefährlosigkeit.“ Held.

3090.

Lokschin, Ueber Aktivierung der Tuberkulose nach Schutzimpfung gegen Typhus. (Klin. Med. [russ.], 9. Jahrg., 6., Heft 22 (97.) (Militär-Hospital Mogilew.) Bericht über 3 Fälle, bei denen unmittelbar nach der Vakzination gegen Typhus Aktivierung des Tuberkuloseprozesses eintrat. 2 Fälle endeten letal. E. Kontorowitsch.

3091.

Dermitzel, Die Frühformen der Lungentuberkulose des Erwachsenen und ihre Behandlung (Dtsch. Z. Homöop., 6, 1929.) In ganz eingehender Weise werden zuerst die Entwicklungsgänge der Lungentuberkulose des Erwachsenen nach der neuen Lehre dargestellt. Hierbei lehnt Verfasser das von Ranke erst in späterer Zeit dem Primärkomplex koordinierte Stadium der primären Allergie ab. Die Diagnostik der beginnenden Tuberkulose wird eingehend behandelt. Für die Therapie nimmt Verfasser einen mehr konservativen Standpunkt ein, indem er nicht sofort die Anlegung des Pneumothorax als indiziert erachtet, vielmehr letzteren erst für die Frühkaverne und bei Versagen der konservativen Behandlung angewendet wissen will. Dermitzel.

3092.

Dittrich, Otto, Zur Klinik und Pathologie der primären Hauttuberkulose. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 24.) (Universitäts-Hautklinik, Kiel.) Zur primären Hauttuberkulose gehören nicht nur Geschwüre, sondern auch Infiltrate mit der typischen weichen regionalen Drüsenschwellung. Es ist histologisch schwierig, die Annahme einer reinen exogenen Infektion mit Tuberkelbazillen einwandfrei zu stützen, weil außer dieser die Möglichkeit einer endogenen Superinfektion des primären Hautherdes von viszerale Drüsen aus kaum auszuschließen ist. Es gelang bei Fällen von sicherer primärer Hauttuberkulose, die einen positiven Tierversuch ergaben, an den Wänden der Arterien des im übrigen unveränderten Fettgewebes Elemente des Tuberkelbazillus nachzuweisen. Arnold Hirsch, Berlin.

Arnold Hirsch, Berlin.

Kinderheilkunde

3093.

Reiprich, W., Ueber das erste Anlegen Neugeborener. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 23.) (Univ.-Frauen-Klinik, Breslau.) Die genauen Untersuchungen des Verfassers haben in Uebereinstimmung mit Engelmann und Willkomm ergeben, daß die Methode des Spätanlegens der Neugeborenen der alten Frühmethode, wie sie in der Geburtshilfe noch vorherrscht, überlegen ist; denn sie zeigt ganz eindeutig ein besseres Gedeihen des Säuglings, gekennzeichnet durch die weit größeren Trinkmengen, durch die schnellere Gewichtszunahme.

Wenn man weiterhin bedenkt, daß auch der erschöpften Mutter nach der Geburt eine längere und nur wohlthuende Ruhepause dadurch gewährt wird, so muß das späte Anlegen der Neugeborenen, d. h. frühestens nach 24 Stunden, für die reifen und ausgetragenen Kinder als Methode der Wahl bezeichnet werden. Verfasser empfiehlt sie aufs wärmste auch für die Außenpraxis.

Arnold Hirsch, Berlin.

3094.

Nitschke, A., Bedeutung des lymphogenen Gewebes (Thymus, Milz, Lymphknoten) für die Pathogenese der Säuglings-spasmophilie. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 24.) (Univ.-Kinder-Klinik, Freiburg.) Aus dem Harn spasmophiler Säuglinge (10 Fälle) läßt sich ausnahmslos eine Substanz darstellen, die beim Kaninchen nach subk. Injektion ein spasmophiles Syndrom hervorruft (Kalziumerniedrigung im Serum, elektrische Uebererregbarkeit, Krämpfe, Exitus).

In den Kontrollharnen nichtspasmophiler Säuglinge (11 Fälle) findet sich unter den gleichen Versuchsbedingungen diese Substanz nicht, ebenso nicht mehr nach Ausheilung der Spasmophilie (drei Fälle).

Diese Substanz ist mit der früher vom Verfasser aus dem lymphozytogenen Gewebe (Thymus, Milz, Lymphknoten) dargestellten wesensgleich.

Es wird darauf die Theorie gegründet, daß die Spasmophilie der Säuglinge auf einer (absoluten oder relativen) Ueberfunktion des lymphozytogenen Systems beruht; ferner, daß dieses System bezüglich des Kalkstoffwechsels den hormonalen Antagonisten der Nebenschilddrüse darstellt. Arnold Hirsch, Berlin.

3095.

Heim, P., und G. Erös, Beiträge zur Pathologie der Pneumonie im Säuglingsalter. (Arch. f. Kdhkd. 1928, 87., 4.) (Univ.-Kinderklinik und Patholog. Institut Pécs.) Es gibt Fälle von Säuglingspneumonien, wo die Infiltration der Hiluslymphdrüsen eine Folge des Katarrhs der oberen Luftwege ist, d. h. der pathologische Prozeß geht von der Bronchialschleimhaut direkt auf die Hilusdrüsen über. Oft aber entwickelt sich aus einer Bronchitis eine Peribronchitis und erst von dieser entsteht eine Pneumonie. Zu diesem primären Herd kommt dann eine Hilusdrüsenaffektion, bisweilen entstehen solche primäre Herde aber auf rein hämatogenem Wege. Oder der entzündliche Prozeß verbreitet sich endobronchial auf das Lungengewebe und es folgt sekundär eine Hilusdrüsen-erkrankung. In jedem Falle kommt es zu einer Affektion der Hilusdrüsen, von wo aus fächerartig der Krankheitsprozeß die Lunge befällt.

3096.

Schadow, Lungeninfarkte bei Kindern. (Jhrb. f. Kdhk., 73., H. 5/6.) Bericht über 13 Fälle von Lungeninfarkten, die in den letzten zwei Jahren in auffällender Häufung an der Universitäts-Kinderklinik Hamburg beobachtet wurden. Davon waren zwei hämorrhagische Infarkte und Lungenembolien bei Nabelgefäßerkrankungen, drei hämorrhagische Infarkte bei Sinusthrombose nach Masern, 1 nach Keuchhusten, 1 nach Herzthrombose bei Keuchhusten, 1 nach otogener Sinusthrombose, 1 nach otogener Sinus- und Jugularvenenthrombose, 1 nach Sinusthrombose und Thrombose der Vena cava, 1 nach Schenkelvenenthrombose unbekannter Genese.

3097.

Grosser, Zur Frage der konservativen Therapie der Pneumokokkenempyeme im frühen Kindesalter. (Mtschr. für Kdhk., 43., Heft 3.) Die Optochinspülbehandlung der Pneumokokkenempyeme nach Gralka leistet beim Kleinkinde gutes, beim Säugling gibt sie unter den bisher bekannten Methoden den besten Erfolg, der jedoch hier durch sekundäre Erkrankungen, wie sie für das spätere Kindesalter weniger zu fürchten sind, in Frage gestellt werden kann: Pleurasepsis, Dekomposition, neuerliche Infekte. Ungeeignet für die Optochinspülung sind alle chronischen Empyeme und das Empyema necessitatis. Keinen Erfolg gibt die Spülbehandlung bei jenen Empyemen, die bei septisch-toxischen Pneumonien auftreten, also nur ein Symptom im Bilde der Allgemeinerkrankung darstellen.

3098.

Wolff, Erfolge mit der Hippokrates-Bierschen Brennmethode im Kindesalter. (Jhrb. f. Kdhk., 73., H. 5/6.) Bericht über drei durch Brennung günstig beeinflusste Fälle; es handelte sich einmal um eine Staphylokokken-Sepsis nach Scharlach bei einem zehn Jahre alten Kinde; in dem zweiten Falle um eine Endokarditis nach Scharlach bei einem siebenjährigen Jungen. Im dritten Falle handelte es sich um eine „Krankheit, über die in keinem medizinischen Lehrbuch auch nur ein Wort zu finden ist“, monatelanges Nachfiebern nach Infektionskrankheiten ohne erkennbare Ursache. Bei allen drei Kranken überraschende Heilung.

3099.

Stolte, K., Beziehungen zwischen Niere und Gesamtorganismus. (Arch. f. Kdhkd. 1929, 87., 4.) (Univ.-Kinderklinik in Breslau.) Das wesentliche der eingehenden Ausführungen Stoltes über Nierenerkrankungen im Kindesalter besteht darin, daß es nach der Auffassung Stoltes nicht so sehr auf die Mengen der Eiweißausscheidung und das Vorhandensein von Formelementen im Urin ankommt, sondern daß im Mittelpunkt der therapeutischen Überlegungen die nicht zur Ausscheidung gelangenden Stoffwechselprodukte zu stellen sind. Das Wichtigste ist nicht eine komplizierte chemische Methodik, sondern eine genaue klinische Analyse jedes einzelnen Falles.

3100.

Klinke, Nephrose und Tetanie. (Jhrb. f. Kdhk., 73., H. 5/6.) Bericht eines Falles von Nephrose bei einem sechsjährigen Knaben mit starken Oedemen, die trotz mannigfacher therapeutischer Versuche so gut wie unbeeinflussbar blieben. Im Anschluß an ein schnell zur Abheilung kommendes Erysipel trat eine auffällende Wasserausschwemmung ein im Verein mit Karpopedalspasmen und allgemeiner elektrischer Uebererregbarkeit. Trotz der azidotischen Stoffwechselrichtung der Nephrose kam es zum Auftreten tetanischer Erscheinungen, deren Ursachen — nach den Untersuchungen des Verfassers — nicht in einer verminderten Kalziumionisation, sondern in einer stärkeren Adsorption einer löslichen Kalziumkomplexsalzverbindung des Serums an die Eiweißkörper des Serums selbst oder der Gewebe zu suchen ist, wodurch eine verminderte Versorgung der Bedarfsstellen mit Kalzium hervorgerufen wird.

3101.

Ray Shannon, W. M. D., Idiopathische oder hypoparathyreoid Tetanie im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung von sicheren psychischen Erscheinungen. (Arch. of Ped., 66., Nr. 6, 1929.) Im allgemeinen wird im Kindesalter eine Tetanie nach dem Säuglingsalter, als idiopathisch angesehen. Eine erbliche Disposition soll in vielen Fällen vorliegen. Akute Infekte können diese Tetanie leicht auslösen. Kalzium kommt im Blut in zwei Formen vor. Das ionisierte Kalzium spielt beim Zustandekommen einer Tetanie eine große Rolle. Psychische Erscheinungen dieser später Tetanie kommen vorwiegend bei älteren Kindern vor und treten im Erwachsenenalter zurück.

3102.

Zaborski, John, M. D., Hyperemesis Hiemis oder Winterbrechdurchfall. (Arch. Ped., 66., Nr. 6, 1929.) Auf Grund mehrfach beobachteter Brechdurchfallepidemien im Winter, glaubt der Verfasser es für notwendig zu halten eine eigene spezifische Winterkrankheit für das Kind aufstellen zu müssen. Eine Ursache für das gehäufte Auftreten, drei Wochen dauernde Erbrechen mit Magen-Darmstörungen läßt sich praktisch nicht finden. Angenommen wird eine Schädigung der Organe durch Toxine, welche sich in gefrorener Milch gebildet haben. Es könnte sich aber auch um einen grippalen Infekt handeln, welcher nebenher noch Erscheinungen eines Brechdurchfalles auslöst.

Trendtel, Bremen.

3103.

Goldstein, Hyman, M. D., Die klinische Bedeutung des Wasserstoffwechsels im Kindesalter. (Arch. Ped., 66., Nr. 6, 1929.) Der gesamte Wasserstoffwechsel im Kindesalter an Hand der vorliegenden Literatur (nur die letzten Untersuchungen von Röminger Manthmer sind nicht erwähnt. Ref.) einer kritischen Betrachtung unterzogen. Wenn in der Nahrung über 20% Eiweiß enthalten ist, so findet sich eine Wasserretention. Zu einer Azidose kommt es dann, wenn weniger als 3,5% kohlensaure Salze in der Nahrung enthalten sind. Besonders beachtenswert sind Frühsymptome von auftretenden Oedemen, die zu einer Umstellung der bisherigen Diät Veranlassung geben.

Trendtel, Bremen.

3104.

Csapo, Der organische Säuregehalt des Bluteserums gesunder und kranker Kinder. (Jhrb. f. Kdhk., 73., H. 5/6.) In Anlehnung an die Methode von van Slyke und Palmer wurde eine Modifikation der Methode zur Bestimmung des organischen Säuregehaltes des Bluteserums ausgearbeitet. Danach beträgt derselbe bei gesunden Kindern in 100 ccm Serum 11, 78 ccm n/10 Säure. Bei der kruppösen Pneumonie ist der organische Säuregehalt des Bluteserums erhöht. Bei tuberkulöser Meningitis sind die Werte im Anfang der Erkrankung normal, im Stadium paralyticum gewöhnlich an der oberen Grenze.

Jahr

3105.

Emerson, William R. P., M. D., und Frank A. Manny, Tabellen des Durchschnitts- und Höchstgewichtes im Verhältnis zur Länge. (Arch. Ped., 66., Nr. 6, 1929.) Die Beziehung zwischen Gewicht und Länge wird an Hand von vielen Untersuchungen festgelegt. Für die einzelnen Lebensalter lassen sich danach sehr schwer Durchschnittsgewichte und Durchschnittslängen angeben. Bei einer gegebenen Höhe sollen sich nur Grenzwerte für das Gewicht feststellen lassen.

Trendtel, Bremen.

3106.

Jonoff, Der Zahnwechsel als ein Entwicklungsmerkmal. (Jhrb. f. Kdhk., 73., H. 5/6.) Der Zahnwechsel ist bis zu einem gewissen Grade ein guter Index für die körperliche und intellektuelle Reife. Kinder mit verspätetem Zahnwechsel sind gewöhnlich körperlich zurückgeblieben und besitzen eine schlechte erbliche Konstitution.

Jahr.

Mund- und Kiefererkrankungen

3107.

Rojo, Dario J., Die Wirkung des Energetens der Mistel auf den Blutdruck und Gerinnungsfähigkeit des Blutes. (Rev. méd. lat.-americ., 14. Jg., Nr. 163, 1929.) (Univers.-Institut für vergleichende Anatomie, Physiologie und pharmakodynamische Untersuchungen, Buenos Aires.) Es handelt sich um die pharmakologische Wirkung des frischen Saftes (Energetens) der Mistel (Viscus album). Das wirksame pharmakodynamische Prinzip ist das von den Franzosen beschriebene Alkaloid „Guipsine“, welches eine visköse, gelbliche, geruchlose Substanz von syrupartiger Konsistenz darstellt.

Auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Droge, parenteral verabreicht, sowohl die Gerinnungsfähigkeit des Blutes wie auch den Blutdruck zu steigern vermag.

Ashkenasy, Wien.

3108.

Falcao, Pedro, *Amygdalitis palatina, Sinusitis maxillaris und Neuritis optica retro-bulbaris*. (Brasil med., 43., 19.) (Oto-rhino-aryngologische Univers.-Klinik, Bahia, Brasilien.) Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei welchen eine retro-bulbäre Neuritis ihren Ausgang von einer Sinusitis maxillaris nach Gaumenmandelentzündung nahm. Bei der Eröffnung des kranken Sinus fand man eine maiskorngroße Oeffnung vor, welche den Sinus mit dem retrokapsulären Abschnitt der Orbita verband. Diese Oeffnung ermöglichte das Fortschreiten der Entzündung und ihr Uebergreifen auf die Sehnervenseiden und so die Entstehung der retrobulbären Neuritis. Vollständige Heilung nach Sinustomie entsprechend der Technik von Caldwell-Luc und Tonsillektomie.

Ashkenasy, Wien.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

3109.

Rodecurt, M., *Vigantol und ultrafiltrables Kalzium, nebst einigen vorläufigen kasuistischen Mitteilungen über Vigantolanwendung in der Gynäkologie*. (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., 94., Heft 3, 1929.) Verfasser konstatierte bei sechs Graviden (in der zweiten Schwangerschaftshälfte) in fünf Fällen eine Zunahme des ultrafiltrablen Kalziums im Blutserum, und ist der Meinung, daß durch Vigantol offenbar auch der Gewebekalk erhöht wird. Die Wirkung einer Kalktherapie läßt sich bei Mangel an Kalkgehalt im Blut durch gleichzeitige Vigantolabgabe steigern, auch der Gewebekalk erfährt hierbei eine stärkere Zunahme. Daher empfiehlt sich immer, jede Kalktherapie durch Vigantol gleichzeitig zu unterstützen. Verfasser sah bei Hyperemesis gravidarum einen günstigen Einfluß der Anwendung des Vigantol, jedoch keine Wirkung bei sekundären Anämien. Ob sich bei konstitutionellem Fluoridämie Patientinnen und bestimmten Blutungen die beobachteten Einzelerfolge des Verfassers weiter bestätigen, muß noch eingehender untersucht werden.

Rudolf Katz, Berlin.

3110.

Hofbauer, I., *Knochenmarkreizung bei Wöchnerinnen durch Injektion von Pituitrin und Glukose intravenös, und deren klinische Anwendung*. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 6.) Durch Pituitrininjektion und noch stärker durch Pituitrininjektion mit nachfolgender intravenöser Infusion von 100 bis 125 ccm 15 prozentiger Glukoselösung kann man bei Wöchnerinnen eine Veränderung des Blutbildes erzielen. Nach einer anfänglichen Leukopenie tritt eine mäßige Leukozytose auf. Die Reizung des Knochenmarks wird deutlich durch das Auftreten von Myelozyten und Myeloblasten im Blut, gelegentlich auch von kernhaltigen Erythrozyten. Außerdem findet eine beträchtliche Steigerung der Zahl der kleinen Lymphozyten, der großen Gononukleären und der Thrombozyten statt. Diese Reaktion scheint dem Verfasser eine Vermehrung der Resistenz gegenüber Infektionen einherzugehen. Nach seiner Erfahrung wirkt auch eine Bluttransfusion nach vorheriger Pituitringabe besser als Transfusion allein.

Hans Hirsch, Köln.

3111.

Kromayer, *Cignolin gegen Chrysarobin*. (Dermat. Wschr., Nr. 26, 1929.) Es besteht die Gefahr, daß das seit Jahren erprobte Cignolin, das das Chrysarobin vollkommen entbehrlich gemacht hat, von der Fabrik nicht mehr hergestellt wird, weil seine Herstellung seitens der Aerzte eine zu geringe ist. Deshalb wird dringend auf seine Vorzüge aufmerksam gemacht, vorzügliche Wirkung bei Fehlen der unangenehmen Nebenerscheinungen des Chrysarobins. Die Verwendung geschieht am besten in Form einer 10 prozentigen und bei Bedarf stärkeren Zinkpaste mit Zusatz von 2% Acid. salicyl. Bei alter Psoriasis auch in Verbindung mit Salizylsäure und Ol. Rusci aa 5 bis 10% auf Past. Zinci und Sap. id. aa. oder als Pinselung mit Eugallol. Außer der Psoriasis kommen für die Behandlung mit Cignolin die psoriasisähnlichen Erytheme, Lichen ruber planus, Herpes tonsurans, Pityriasis rosea in Betracht; bei letzterer als 1/10prozentiger Zusatz zu einer 20% f. präcip. und 2% Acid. salicyl. enthaltenden Salbe.

Ernst Levin, Berlin.

3112.

Jakowlew, A. F., *Arrhenal-Chininbehandlung der Malaria*. (Russisch. Gaseta, 32. Jg., Nr. 24.) (Malaria-Station, Frunse.) Ver-

fasser sah gute Resultate bei kombinierter Malariabehandlung mit Chinin und Arrhenal, die folgendermaßen durchgeführt wurde: Am ersten Tage morgens intravenöse Injektion von 0,5 ccm einer fünfprozentigen Arrhenallösung; abends Chinin. muriatici 0,5 per os. Zweiter Tag: subkutane Injektion von 2,0 ccm folgender Lösung: Rp. Chinin. bimuriatici 25,0; Methylenblau medic. 1,5, Aq. dest. 100,0. Dritter Tag: 1 ccm der fünfprozentigen Arrhenallösung morgens und 0,5 g Chinin. mur. per os abends. Vierter Tag: subkutane Injektion von Sol. chinin. bimur. mit Methylenblau wie am zweiten Tage usw. Die ganze Kur dauert 8 Tage, wobei der Patient insgesamt je vier intravenöse Arrhenal- und subkutane Chinininjektionen erhält. Therapeutisch wurden die besten Erfolge bei gemischter Form und Quartana notiert.

E. Kontorowitsch.

3113 a.

Kogan, *Das Strychnin in der Behandlung der Magengeschwüre*. (Arch. Verdgskrkh., 45., 3/4.) Verfasser empfiehlt für die Behandlung der Magengeschwüre Strychnininjektionen, welche in Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden sehr gute Dienste leisten können.

A. Fiegel, Berlin.

3113 b.

Kogan, *Ueber den Einfluß subkutaner Dauergaben von Strychnin*. (Arch. Verdgskrkh., 45., 3/4.) Aus Achylien wurde kein Einfluß beobachtet. Bei Sub-, Norm- und Hyperazidität kommt es zur Steigerung der Azidität, ebenso beim Ulcus ventriculi oder pylori. Auf Pylorospasmen wirkt es günstig. Es verstärkt die Magenmotilität. Bei chronischer Gastritis ist es fast wirkungslos.

A. Fiegel, Berlin.

3114.

Fürstenberg, Alfred, und Ernst Hoffstaedt, *Ueber die Beeinflussung des Organismus durch intensive Hitzeanwendung (Paraffin)*. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 24.) (Hydrotherapeutische Universitätsanstalt, Berlin.) Es gelingt mit einem flüssigen, später erstarrenden Medium sehr hohe Hitze (bis über 70 Grad C.) ohne Schädigung auf die Haut einwirken zu lassen und bei allgemeiner Behandlung auf schonende Weise eine trachtliche Hyperthermie mit den für die Therapie erwünschten Wirkungen zu erzielen. Hierzu ist das Paraffin wegen seiner spezifisch physikalischen Eigenschaften, insbesondere infolge seiner vollkommenen Wasserfreiheit, besonders geeignet.

Arnold Hirsch, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

3115.

Gantenberg, Robert, *Die klinische Bedeutung der Blutkörperchensenkungsreaktion*. (Dtsch. med. Wschr., 55 Jg., Nr. 23.) (Med. Univ.-Klinik, Münster i. Westf.) Die Senkungsreaktion ist ein unspezifischer Vorgang. Sie gibt einen Maßstab ab für den Grad und die Intensität der Abbauvorgänge im Organismus. Sie kann deshalb wichtige Aufschlüsse bei der Erkennung entzündlicher und nichtentzündlicher destruierender Prozesse, gutartiger und bösartiger Neubildungen geben. Es ist aber zu berücksichtigen, daß ein normaler Wert solche Veränderungen noch nicht ausschließt. Sie kann nie als Einzelsymptom, sondern nur im Rahmen aller klinischen Krankheitszeichen Geltung haben. Hierbei genügt eine einmalige Anstellung der Reaktion ebensowenig wie eine einmalige Temperaturmessung.

Arnold Hirsch, Berlin.

3116.

Wittkower, Erich, *Ueber affektiv-somatische Veränderungen*. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 23.) (Med. Klinik d. Charité.) Als Ergebnis von etwa 50 Versuchen teilt Verfasser folgende Befunde mit:

In Hypnose und im Schlaf treten keine wesentlichen Schwankungen der Leukozytenzahl auf. Ist die Leukozytenzahl vor dem Versuch aus irgendeinem Grunde erhöht, so fällt sie auf die untere Grenze der Norm ab.

Im Affekt kommt, wenn er genügend stark ist, eine Vermehrung der Leukozytenzahl zustande. Die Vermehrung beträgt durchschnittlich 2000 bis 5000 Leukozyten im Kubikmillimeter und geht ohne wesentliche Veränderung des Differentialblutbildes einher. Gelegentlich wurde eine leichte Lymphozytose beobachtet. Sehr viel seltener ist ein affektiver Leukozytensturz. Untersucht wurde der Einfluß von Freude, Trauer, Angst, Wut, Eifersucht und anderer Affekte. Auch im sexuellen Orgasmus erfolgt bis zur Höhe des Orgasmus ein Leukozytenanstieg, der dann von einem Abfall gefolgt ist. Die Veränderungen treten gleichzeitig in der Hypnose wie im posthypnotisch angeordneten Affekttraum auf. Die Affekt-

leukozytose ist nicht auf die mit dem Affekt verbundene motorische Reaktion zurückzuführen, da sie am stärksten bei gestautem, nicht motorisch entladenen Affekt zu beobachten war.

Auch im Wachzustand war im starken Affekt eine Vermehrung der Leukozytenzahl festzustellen.

Der Affekt wirkt ähnlich wie ein vegetativ stimulierendes Pharmakon, das das sympathisch-parasympathische Gleichgewicht zugunsten des Sympathicus beeinflusst. Unter diesem Gesichtspunkte ist die Affektleukozytose besonders auffällig, da im Schlaf und in der Hypnose vegetative Stimulantia nur gering wirksam sind. Ueber die Befunde von Markus und Sahlgreen hinausgehend, konnte Verfasser feststellen, daß nach Suprareninjektion in der Hypnose nicht nur Blutdruck- und Blutzuckeranstieg, sondern auch die Vermehrung der Leukozytenzahl und die Stoffwechselsteigerung wesentlich geringer ausfällt.

Als Erklärung der Affektleukozytose wird angenommen, daß es sich vermutlich um vasomotorische Verteilungsänderungen der Leukozyten handelt, wie sie vor vielen Jahren von einer Reihe Autoren beschrieben wurden. Möglich wäre auch, daß eine zentral psychisch bedingte Adrenalinausschwemmung analog den Beobachtungen Cannons beim Tiere zustande kommt. Die affektiv ausgelöste Hyperglykämie, die auch vom Verfasser beobachtet wurde, würde hierfür sprechen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3117.

Thomsen, Oluf, Die Möglichkeit einer Aenderung der menschlichen Isoagglutinatorischen Blutgruppen. (Med. Welt., Nr. 22, 1929.) (Universitätsinstitut für allgemeine Pathologie, Kopenhagen.) Die Annahme von Aenderungen der Blutgruppen als innerhalb der Grenzen der Wahrscheinlichkeit liegend ist bislang durch nichts gerechtfertigt. Berichte von solchen angeblich beobachteten Aenderungen sind nach allem Vorliegenden mit größtem Mißtrauen aufzunehmen.

L. Gordon, Berlin.

3118.

Altmann und Kallner, Die Hämatoporphyrinprobe bei okkulten Blutungen. (Arch. Verdgskrkh., 45, 3/4.) Es wird eine Methode des spektroskopischen Hämatoporphyrinnachweises in den Fäzes nach den Angaben von Snapper und Adler beschrieben, die empfindlicher ist als die Benzidin- oder Pyramidonreaktion. Von 26 Fällen von okkulten Blutungen war in 22 Hämatoporphyrin noch nachweisbar, als die Farbstoffproben kein Blut mehr ergaben.

A. Fiegel, Berlin.

3119.

Meaker, S., W. Glaser, Die Wasserstoffionenkonzentration der endozervikalen Sekretion. (Surg. Gynec. Obst., Nr. 2, 1929.) Die Reaktion des vaginalen Sekretes ist für gewöhnlich für die Frage der Konzeption unwichtig. Ganz zu vernachlässigen ist sie jedoch nicht, denn gelegentlich kann eine exzessiv hohe Azidität des vaginalen Sekretes Sterilität zur Folge haben. Die Sekretion des Zervikalsekrets ist eindeutig konstant alkalisch. Der Index schwankt von 8 bis 9% und ist weder durch Alter, Geburten, menstruellen Zyklus, Endozervitis beeinflussbar. Nur bei hypoplastischen Zuständen des kleinen Beckens sinkt er möglicherweise unter diese Norm etwas herunter.

L. Szamek, Wien.

3120.

Ehrenreich, M., Magensekretion und Magendiagnose. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 23.) (III. Med. Univ.-Poliklinik, Berlin.) Die Untersuchung auf freie Salzsäure ist, nach Ansicht des Verfassers, für die Differentialdiagnose des Magenkarzinoms wertlos.

Das Symptom des „fortschreitenden Sekrethschwundes“ ist das wichtigste Kennzeichen des beginnenden Magenkarzinoms, speziell des im Ulkus oder in der Ulkusnarbe entstehenden. Die Feststellung erfolgt, solange noch kein analoges Röntgenverfahren ausgearbeitet ist, am besten mittels der Methode der fraktionierten Ausheberung unter Verwendung der Verweilsonde.

Beim Gebrauch der Momentsonde, mit der man sonst im allgemeinen auskommt, ist es notwendig, den Zeitpunkt des Aushebers zu variieren. Bei Anazidität erfolgt die Ausheberung am besten 30 bis 40 Minuten, bei Superazidität etwa 90 Minuten nach Probefrühstück. Das Röntgenbild, die fortlaufende auskultatorische Kontrolle des Magenplätschergeräusches und das Verfahren von Fuld-Benedikt liefern die erforderlichen Hinweise zu einer annähernden Voraussage über die Sekretionslage des Magens.

Die Achylia gastrica zeigt oft ein wohlcharakterisiertes Röntgenbild durch das Zusammentreffen von vier Kennzeichen, nämlich: Fehlen der Saftschicht, kleiner Magen, sehr intensiver Magenschatten, beschleunigte Entleerung.

Arnold Hirsch, Berlin.

3121.

Glaessner und Wittgenstein, Bindegewebsverdauung im Magen. (Arch. Verdgskrkh., 45, 3/4.) Es läßt sich zeigen,

daß man das bindegewebslösende und das eiweißlösende Ferment im natürlichen Magensaft wie in Pepsinlösungen trennen kann. Beide Fermente reagieren gegen Säure und Alkali verschieden. Durch hohe Säurewerte wird die Bindegewebsverdauung gefördert, durch Alkali gehemmt. Trypsin in alkalischer Lösung zerstört das Bindegewebsferment. Die Verfasser berücksichtigen bei ihren Untersuchungen in keiner Weise die Wasserstoffionenkonzentration des Mediums, in welchen die Fermente ihre Wirksamkeit beweisen sollen. Da das pH für die Wirkung der Fermente von ausschlaggebender Bedeutung ist, dürfte den Untersuchungen nur bedingter Wert zukommen.

A. Fiegel, Berlin.

3122.

Tilger, Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der Fäzes usw. (Arch. Verdgskrsh., 45, Heft 3/4.) Die von Häbler inaugurierte Methode der Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration in Eiter und Sekreten eignet sich auch für die Stuhluntersuchung. Es kommen 7 Indikatoren in Frage: Kresolrot, α -Naphtholphthalein, Phenolrot, Bromthymolblau, Neutralrot, Brom-Kresolpurpur, Methylnrot. Sie sind zusammengestellt durch Dr. Rich. Weiß, Berlin, Johannisstr. 14/15, zu beziehen.

Zur Messung kann man sich sowohl einer unfiltrierten etwa 10prozentigen Kotsaufschwemmung in neutralem destilliertem Wasser als auch ihres Filtrats bedienen. Auf Lakmuspapier neutral oder schwach alkalisch reagierende Stühle haben 7,1 bis 7,3 pH. Die extremsten gefundenen Werte betragen für die alkalische Seite 8,2, für die saure 6,0 bis 6,5. Infolge des Seltenerwerdens der Gärungsdyspepsie standen stark sauer reagierende Stühle für die Untersuchung nicht zur Verfügung.

A. Fiegel, Berlin.

3123.

Nothhaas, R., und J. Mulzer, Zur spezifisch-dynamischen Wirkung der Leber. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 23.) (Physiologisches Institut, Hamburg.) Die spezifisch-dynamische Wirkung des Lebereiweißes unterscheidet sich nicht wesentlich von der des Muskeleiweißes; dagegen ist der Ausfall der Eiweißwirkung in hohem Grade abhängig von der Zusammensetzung des Stoffwechselfrühstücks, und es erscheint daher wünschenswert, daß dieses möglichst gleichmäßig gestaltet wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

3124.

Forsgren, Erik, Ueber die rhythmische Funktion der Leber und ihre Bedeutung für den Kohlehydratstoffwechsel bei Diabetes und für die Insulinbehandlung. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 24.) Im allgemeinen hat man früher der Nahrungsaufnahme als regulierendem Faktor für die Leberfunktion und den inneren Stoffwechsel eine allzu große Bedeutung beigemessen. In Wirklichkeit muß man damit rechnen, daß die Leber eine rhythmische Funktion mit alternierender assimilatorischer und sekretorisch-dissimilatorischer Tätigkeit hat, die in gewissem Maße von der Nahrungsaufnahme selbst unabhängig ist. Diese rhythmische Funktion der Leber spielt sicher eine große Rolle für den Kohlehydratumsatz, und zwar sowohl normalerweise als auch bei Diabetes. Die Insulinbehandlung soll nicht nur der Nahrungsaufnahme, sondern auch und vor allem (soweit als möglich) dem inneren Stoffwechsel angepaßt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3125.

Westman, Axel, Experimentelle Studien über die funktionelle Bedeutung der Theca-interna-Zellen. (Acta obstetr. scand., 8, Nr. 3.) Der Verfasser versuchte durch folgende Versuchsanordnung zu eruieren, ob die Theca-interna-Zellen die Fähigkeit besitzen, Hormone zu produzieren, die den aus den Follikelzellen stammenden analog sind. Bei den an Kaninchen ausgeführten Versuchen wurden einige Stunden nach dem Koitus reife Follikel in der Weise mittels Spritze ausgesogen, daß die Granulosazellmembran abgelöst und entfernt wurde, während die Thekazellen ungeschädigt in situ blieben. Die Uterusschleimhaut wurde dann nach bestimmten Zeitintervallen mikroskopisch untersucht, um festzustellen, ob in ihr eine Reaktion von analogem Typus auftritt wie die, welche unter dem Einfluß der Corpus luteum bei der sogenannten Pseudogravidität zustandekommt. Die Versuche zeigten, daß in den Fällen, wo die Granulosamembran vollständig entfernt worden war, keine solche Reaktion eintrat. Die Thekazellen sind also nicht in der Lage, Hormone zu produzieren, die dieselbe Wirkung haben wie die aus den Follikelzellen stammenden. Die Thekazellen degenerierten kurze Zeit nach Exstirpation der Follikelmembran. Die Thekazellen besaßen nicht die Fähigkeit, Corpus-luteum-Gewebe zu bilden.

Hans Hirsch, Köln.

3126.

Walter, A., Hypophysenvorderlappenwirkung auf das strahlengeschädigte Ovarium. (Endokrinol., 4, Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik, Breslau.) Die Ergebnisse seiner Unter-

suchungen an 60 Mäusen, die im infantilen Alter bei einem Gewicht von 6—8 g einer Bestrahlung mit einer Dosis von 400 bis 500 R. ausgesetzt wurden, faßt der Verf. folgendermaßen zusammen: Auch mit weit über der Sterilisationsdosis liegender Eierstockbestrahlung ist erst nach 2 Monaten eine sichere Exovulierung zu erreichen. Histologisch dokumentiert sich dies durch völliges Schwinden der Follikel. Es befinden sich keine Eier in den Tuben. Allenfalls findet man fast nur Theca-lutein-Zellen. Dieses Ovarium vermag den Brunstzyklus aufrechtzuerhalten, dem häufig eine Dauerbrunst folgt. Die Thekazellen müssen also Hormonträger oder -erzeuger sein. Eine Eizelle oder ein frisches Corpus luteum ist zur Erzeugung der Brunst nicht notwendig. Die Bedeutung der interstitiellen Drüse gewinnt dadurch an Gewicht. Auf Hypophysenvorderlappenimplantation reagiert das Ovarium der bestrahlten infantilen Maus in den ersten Wochen, also solange noch nicht alle Eier abgestorben sind, in der gewöhnlichen Weise mit Follikelreifung und Bildung von Corpora lutea atretica. Später aber, wenn keine Eier mehr vorhanden sind, und das Ovar nur aus Luteingewebe besteht, reagiert es nicht mehr auf die Implantation von Hypophysenvorderlappen. E. Kontorowitsch.

3127.

Reiprich, W., Der Einfluß des männlichen Sexualhormons auf weibliche Generationsorgane und Gestationsvorgänge. (Arch. f. Gynäk., 136., Heft 3, 1929.) (Univ.-Frauenklinik, Breslau.) Verf. studierte den bisher noch wenig erforschten inkretorischen Einfluß der männlichen Geschlechtsdrüse auf Generationsorgane und Gestationsvorgänge des weiblichen Individuums. Er machte 25 Hodentransplantationen auf weibliche Kaninchen und eine gleiche Reihe von Experimenten bei weißen Mäusen. Es gelang durch Ueberpflanzung von frischem Hodengewebe die hormonale Sterilisierung und Unterbrechung der Gravidität beim weiblichen Tier. Die absolute hormonale Wirksamkeit war abhängig von der Größe des Transplantates, von der Zeit der Einpflanzung und von individuellen Faktoren, insbesondere der Resistenz der heterologen Gonade. Die geringste wirksame Menge betrug (bei Kaninchen) nur etwa einen halben reifen Testikel; ein positiver Effekt war nur innerhalb der ersten Hälfte der Tragezeit zu erzielen. Bei nicht ausreichender hormonaler Wirksamkeit ergab sich eine auffallende Verminderung der Zahl der Nachkommenschaft. Die eindeutige Beeinflussung des Geschlechtsverhältnisses der Jungen konnte, im Gegensatz zu anderen Autoren, nicht beobachtet werden. — Pathologisch-anatomisch fand sich eine eklatante Atrophie der inneren weiblichen Genitalien, insbesondere der Ovarien, jedoch ist diese Schädigung der weiblichen Generationsorgane in einem Teile der Fälle reversibel, da dann nach einer temporären Sterilität erneute Gravidität auftrat und es zur normalen Austragung kam. — Kontrollversuche mit mehrfach größeren unspezifischen Gewebsmengen, insbesondere auch Transplantationen von 2 Ovarien, waren negativ, also ein Beweis für die spezifisch-hormonale Wirkung des männlichen Sexualhormons aus dem Testikel. Auch die Ueberpflanzung eines irreparabel röntgenstrahlengeschädigten Hodens ergab in einem Falle ein positives Resultat; es muß also demnach auch dem Hodenzwischengewebe ein gewisser Gehalt an Sexualhormon zuerkannt werden. Die Versuche, mit Testikelextrakt (Testiglandol, Testifortan) eine Gravidität zu unterbrechen, verliefen bei weiblichen Tieren zum Teil positiv. — Bei der schwangeren Frau war die hormonale Interruptio bisher nicht möglich. — Die vom Verf. festgestellten Ergebnisse stimmen mit den Resultaten analoger Experimente anderer Autoren der jüngsten Zeit überein. Rudolf Katz, Berlin.

3128.

Rio, L., Das Vitamin der Fruchtbarkeit, Avitaminosen und Gravidität. (Ann. di Ost. e Gin., Mai 1929.) (Kgl. Geb. gyn. Institut der Poliklinik in Modena.) Der Prozeß der Avitaminosen hat bei den Ratten einen schädlichen Einfluß auf den Zustand der Gravidität. Die organischen Veränderungen, hauptsächlich die Ovarien der graviden Tiere, sind viel schwerwiegender als der nicht graviden. Der Ablauf der Gravidität ist insofern gestört, als dieselbe von Abortus, öfter von Frühgeburten gefolgt ist. Die Ursache dieser Vorgänge liegt in tiefen degenerativen Veränderungen der Ovarien und in einer Atrophie des Endometriums. Andere Organe scheinen weniger darunter zu leiden. Das Produkt der Befruchtung bleibt durch all diese Vorgänge unbeeinflusst. L. Szamek, Wien.

3129.

Reinwein, Außergewöhnliche Insulinschädigungen des Kreislaufes und ihre Folgen für den Kohlehydratstoffwechsel. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 23.) (Med. Univ.-Kliniken Heidelberg und Würzburg.) An Hand zweier Krankengeschichten wird darauf hingewiesen, daß bei der Insulinbehandlung herzkranker Diabetiker die Wirkung des Insulins auf den Wasserhaushalt nicht unberücksichtigt bleiben darf, wenn man sich nicht der Gefahr aussetzen will, eine Kreislaufinsuffizienz zu verschlechtern oder gar zu

erzeugen. Tritt eine solche ein, so wird die Wirksamkeit des Insulins stark herabgesetzt, der Kohlenhydrathaushalt durch große Insulingaben verschlechtert. Arnold Hirsch, Berlin.

3130.

Kaufmann, C., und O. Mühlbock, Ovarialfunktion und Lipoidhaushalt (Lezithinhaushalt). (Arch. f. Gyn., 136., Heft 3, 1929.) (Univ.-Frauenklinik der Charité in Berlin.) Daß der Funktionsausfall der weiblichen Keimdrüse kein Ansteigen des Blutcholesterins bedingen muß, wurde bei mehreren operativ kastrierten Frauen, bei denen die Cholesterinwerte im Blute bestimmt wurden, festgestellt. — Bei der engen Zusammengehörigkeit der einzelnen Lipidstoffe wurden die Untersuchungen auf das Lezithin als wesentlichsten Antagonisten des Cholesterins ausgedehnt. Diese Untersuchungen wurden an denselben Frauen und den gleichen Tagen ausgeführt wie die Cholesterinbestimmungen. Als wesentlichstes Merkmal ergibt sich: Bei nachweislich gesunden Frauen mit regelmäßiger Ovarialfunktion ist eine gesetzmäßige Beeinflussung des Lezithingehaltes in den verschiedenen Zyklusabschnitten nicht festzustellen; der Blutlezithinspiegel ist ebenso wie der Cholesterinhaushalt bei gesunden Frauen sehr labil. Bei gesunden Frauen mit unregelmäßiger Ovarialfunktion findet man keine Aenderungen der Lezithinkurven gegenüber denen normalzyklischer Kurven. Zwei Frauen mit Lipidämie hatten in charakteristischer Weise eine gleichzeitige Steigerung des Cholesterin- und Lezithingehaltes. Der krankhaft gesteigerte Lezithinhaushalt zeigt in den verschiedenen Phasen des menstruellen Zyklus keine rhythmischen Unterschiede. Das Verhältnis Lezithin zu Cholesterin bei Lipidämien zeigt gegenüber dem gesunden Frauen regelmäßig Unterschiede. Während das Verhältnis Lezithin zu Cholesterin bei gesunden Frauen die vorher beschriebenen starken physiologischen Schwankungen aufweist, ist das Verhältnis Lezithin zu Cholesterin bei Lipidämie durch eine größere Gleichmäßigkeit gekennzeichnet. Die Werte für das Verhältnis Lezithin zu Cholesterin im Blutserum bei Lipidämie liegen wesentlich unter denen gesunder Frauen, da die Steigerungen des Cholesterins bei Lipidämien noch hochgradiger sind als die des Lezithins. Der Funktionsausfall der weiblichen Keimdrüse bedingt kein gesetzmäßiges Ansteigen des Blutlezithingehaltes. Rudolf Katz, Berlin.

3131.

Neumann, H. O., Histologische Studien zur Frage der sympathikotropen Zellen bzw. der Hiluszellen des Ovariums. (Arch. f. Gyn., 136., Heft 3, 1929.) (Univ.-Frauenklinik, Marburg a. d. L.) Im Hilusgebiet des Eierstocks können eigenartige Zellen nachgewiesen werden, die in engster Beziehung zu den Hilusnerven stehen. Es handelt sich bei diesen Zellen nicht um gelegentliche Zufallsbefunde, die als Folge einer Keimversprengung angesprochen werden müssen. Die Zellen gehören vielmehr zu den normalen histologischen Bestandteilen des Hilus ovarii. Sie sind stets anzutreffende geschlechtsspezifische Zellelemente und haben mit heterosexuellen Bildungen nichts zu tun. Bereits beim neugeborenen Mädchen sind sie vorhanden; sie schwinden in der Kindheit fast vollständig und treten bei der Pubertät wieder auf. In der Schwangerschaft findet sich eine deutliche Vermehrung dieser Zellen. Die Wochenbettsinvolution ist keine vollständige, da man sie bei Vielgebärenden zahlreicher antrifft als bei Nulliparen, Erst- und Mehrgebärenden. Mit zunehmendem Alter findet man eine Rückbildung dieser Zellen und in ihnen ein Eigenpigment (Abnutzungspigment). Das eigenartige Verhalten dieser Zellen in der Schwangerschaft bedarf noch einer weitgehenden Nachprüfung. Zur weiteren Klärung muß man die Frage aufwerfen: „Wie verhalten sich die Zellen während des menstruellen Zyklusablaufes?“ Die Art dieser Zellen kann noch nicht sicher bestimmt werden. — Verf. ist mit verschiedenen anderen Autoren (v. Winiwarter, Wallert), die ebenfalls darüber eingehende Untersuchungen angestellt haben, der Ansicht, daß es sich um besondere Paraganglienzellen handelt. Rudolf Katz, Berlin.

3132.

Müller, Ernst Friedrich, Ueber den paralytischen Ileus. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 3.) (Medizin. Universitäts-Poliklinik, Hamburg.) Die interessanten Ausführungen E. F. Müllers zielfeln in der Feststellung, daß der sogenannte „paralytische Ileus“ eigentlich gar keinen Lähmungszustand darstellt, sondern im Gegenteil das klinische Symptom höchster biologischer Zelltätigkeit ist. Die richtige Darmlähmung, im wahren Sinne des Wortes, setzt erst als Schlußakt ein, nach Erschöpfung der bis zur Höchstgrenze gesteigerten Zellfunktionen, nachdem lange Zeit schon die bekannten klinischen Zeichen der Darmlähmung, d. h. des Stillstandes der Darmmotilität, der Peristaltik bestanden haben.

Die Steuerung der Darmtätigkeit erfolgt, weitgehend unabhängig von anderen Vorgängen im Organismus, durch die in der Magen-Darmwand befindlichen Nervenplexus. Die Impulse werden an weiter unten gelegene Darmabschnitte weitergegeben; das

Resultat eines Impulses besteht in einer Anregung des betroffenen Abschnittes, erkennbar an Gefäßerweiterung, Volumenzunahme des Gewebes, erhöhter Sekretion, Vergrößerung, Dehnung und Erschlaffung der betroffenen Darmabschnitte. Also nicht Kontraktion der Magen-Darmwand ist das Resultat, sondern eine Erschlaffung derselben, ein Stillstand der Motilität in Dilatation. Dies findet seine Erklärung darin, daß die glatte Muskulatur sich nur dann verkürzen kann, wenn durch Wasserabgabe die Muskelzellen schrumpfen. Anders reagiert die quergestreifte Muskulatur. Sie antwortet auf den gleichen Impuls, der die Blutzufuhr, die Gefäßweite steigert, außer mit Volumenzunahme auch noch mit rhythmischen Zuckungen. Was die Verkleinerung des Darmlumens, die Darmkontraktion, anbetrifft, so gibt der Verfasser hierfür eine Erklärung im negativen Sinne ab insofern, als er annimmt, daß mit dem Aufhören des Impulses nicht nur die Sekretion der drüsigen Bestandteile des Darmes allmählich nachläßt, sondern daß auch die Muskelzellen schrumpfen und in ihrer Gesamtheit die Verkleinerung des Darmlumens, die Darmkontraktion, herbeiführen. Durch die sich fortsetzenden Impulse entstehen die wellenförmig fortschreitende Erschlaffung (Dilatation) und die ebenfalls wellenförmig folgenden Kontraktionen, die in ihrer Folge als peristaltische Wellen imponieren.

Normaliter werden die Impulse hauptsächlich von der aufgenommenen Nahrung ausgelöst. Aber auch die Toxine irgendwelcher Infektionsherde im Organismus wirken im Sinne fördernder Impulse auf die Magen-Darmwand. Die stärksten positiven Impulse gehen von peritonitischen Infektionen aus. Der dauernd einseitig wirkende positive Impuls führt hier zum Krankheitsbilde des Ileus. Die Ursache liegt, wie auseinandergesetzt, in der Sperrung der Kontraktilität der Darmmuskulatur, die sich ebenso wie die Sekretionszellen im Zustande der höchsten biologischen Leistung befinden.

Ein negativer Impuls auf die Funktion des Magen-Darmkanals wird ausgelöst durch Ableitung der Blutzufuhr von dem Darm nach der Peripherie hin, z. B. bei starker Steigerung der Hauttätigkeit (Schweißausbruch), bei angestrebter Muskelarbeit usw., d. h. immer dann, wenn im Abdomen relative Bluteere besteht.

Miteinander verkoppelt sind folgende Funktionen: Hyperämie, Stillstand der Peristaltik, hervorgerufen durch Quellung der Muskelemente des Darmes, Zunahme der Sekretion und Resorption. Demgegenüber stehen die zueinander gehörenden Funktionen: Anämie in den Darmgefäßen, Darmkontraktion, hervorgerufen durch Schrumpfung der Muskelzellen, Nachlassen der Sekretion und Resorption.

Als Zeichen dafür, daß nach längerem Bestande die aufs höchste gesteigerte Zelltätigkeit des Magen-Darmtrakts (bei Peritonitis) nachgelassen hat und daß nunmehr eine wirkliche, echte Darmlähmung eingetreten ist, führt der Verfasser an: Nachlassen der Sekretion und Resorption, Abnahme des örtlichen Gewebsschutzes (Durchtritt von Keimen aus dem Darmlumen) und parenchymatöse Blutungen per diapidesis.

Müller überträgt die Ergebnisse der neueren Forschung über den Tonus der Muskelzellen auf die Physiologie und Pathologie der Darmmotilität und eröffnet dadurch zweifellos neue Perspektiven. Er geht allerdings in seinen theoretischen Erwägungen zu weit, wenn er von einer „aseptischen Peritonitis“, hervorgerufen durch irgendeinen extraperitonealen Infektionsherd, spricht und als Beleg für seine Theorien die bekannten abdominalen Symptome bei Infektionskrankheiten, wie Appetitlosigkeit, Uebelsein, Obstipation usw., anführt. Es ist nicht nur einseitig, sondern auch abwegig anzunehmen, daß sich die Toxine irgendwelcher Infektionsherde im Organismus, ausschließlich oder hauptsächlich am Magen-Darmtraktus auswirken und dort sich verankern, um die genannten abdominalen Erscheinungen hervorzurufen. Vielmehr besteht die übliche Anschauung zu Recht, daß der Angriffspunkt der Toxine im Mittelhirn, in den vegetativen Zentren zu suchen ist und daß von hier aus sämtliche Erscheinungen, auch die abdominalen, ausgelöst werden. Die Abdominalerscheinungen bei Peritonitis sind anders — vielleicht im Sinne Müllers — aufzufassen als die Magen-Darmsymptome bei Infektionskrankheiten, in deren Mittelpunkt sie übrigens nicht immer stehen.

3133.

Henle, K., Zur Kenntnis des spastischen Ileus. (Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 41., Heft 3.) (Krankenhaus Berlin-Lichtenberg.) Mitteilung eines Falles von spastischem Ileus nach Angina pectoris. An anderer Stelle berichtete H. bereits über das gleiche Krankheitsbild, das sich im Anschluß an eine Lungenembolie entwickelte. Die klinische Diagnose ist im referierten Fall durch die Sektion bestätigt worden. Das Zustandekommen des spastischen Ileus wird auf einen Reflexvorgang zurückgeführt. 3 Variationen sind möglich:

1. Intramuraler Reflex: Ileus nach Reizung der Darmwand durch Steine, Würmer, Toxine.

2. Viszero-viszeraler Reflex: Ileus als Begleiterscheinung einer Gallen-Nierensteinkolik oder ähnliches.
3. Viszero-sensibler Reflex: Ileus durch Reizung sensibler Fasern, wie sie u. a. auch im N. depressor vagi verlaufen. In diese Gruppen reiht der Verfasser den vorliegenden und den bereits mitgeteilten Fall ein.

Das Auftreten des Spasmus ist an eine gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems gebunden. In Fällen, welche dieses Moment nicht aufweisen, wird die Heftigkeit des auslösenden Reizes (z. B. Angina pectoris) für das Zustandekommen des Spasmus verantwortlich gemacht.

F. Orbach, Berlin.

3134.

Lurje, H. S., Beobachtungen hinsichtlich der Anwendung der Diathermie bei Erkrankungen des Magendarmkanals. (Wratsch. Djeło, 11. Jahrg. Nr. 19.) (Forschungsinstitut f. experim. u. klin. Medizin, Odessa.) Auf Grund seiner Beobachtungen über die Wirkung der Diathermie auf die sekretorische Funktion des Magens bei 20 Personen (Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni, Hypo- und hyperazider Katarrh) kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Diathermie anscheinend die Azidität des Magensaftes (sowohl hinsichtlich der Bestimmung der Gesamtaazidität als auch der freien HCl) nicht beeinflusst. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trat nach der Diathermiebehandlung Besserung des subjektiven Befindens ein. Die Kur dauerte 4 bis 6 Wochen mit insgesamt 15 bis 30 Sitzungen von je 15 bis 30 Minuten. Es wird betont, daß die Anwendung der Diathermie bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals sehr beachtenswert ist und weiteres Studium durchaus verdient.

E. Kontorowitsch.

3135.

Nasariantz, B. A., Ueber Aufbau der gepaarten Glykuronsäuren bei Leberaffektion nach Phosphorvergiftung. (Wratsch. Djeło, 11. Jahrg. Nr. 19.) (Ukrainisches Biochem. Institut, Charkow.) Experimentelle Untersuchungen an 13 Kaninchen, die mit roten Rüben und Hafer ad libitum gefüttert wurden. Der Harn wurde gesammelt und täglich die Bestimmung der in ihm ausgeschiedenen Glykuronsäuremenge ausgeführt. Nach einigen Tagen wurde den Tieren reines Menthol in ol. olivarium 0,6 g auf 1 Kilogramm subkutan eingespritzt, sowohl in normalem Zustande als auch nach Vergiftung mit Phosphor. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen resümieren: Die Menge der im Harn ausgeschiedenen gepaarten Glykuronsäure hängt von der Menge der eingenommenen Nahrung ab. Die Verminderung der Menge der spontanen Glykuronsäuren im Harn bei Phosphorvergiftung steht mit der Verminderung der eingenommenen Nahrung in Zusammenhang. Bei der Phosphorvergiftung, die mit starken pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Leber einhergeht, nimmt der Aufbau der gepaarten Menthol-Glykuronsäure ab. Die in einigen Fällen von akuter Phosphorvergiftung beobachteten Nierenveränderungen waren für den Aufbau der gepaarten Glykuronsäuren belanglos.

S. Kontorowitsch.

3136.

Kartschikjan, S. J., Die Aufeinanderfolge des Verschwindens der Reflexe im Tode. (Wratsch. Gasetta, 32. Jahrg., Nr. 24.) (Nervenklinik d. Militär-Med. Akademie, Leningrad.) In der Agonie wird ein allmähliches Erlöschen der Reflexe, und zwar in der Mehrzahl der Fälle in einer ganz bestimmten Reihenfolge beobachtet. Als die ersten verschwinden die sogen. „Lidphänomene“, Supraorbital-, Aupalpebralflexe, Blinzelflex; gleich hinterher die Bauchreflexe, danach Mandibularreflex, hiernach die Reflexe der oberen Extremitäten und als letzte die Achilles- und Knie-sehnenreflexe. Im Moment des Exitus letalis sind alle Reflexe beim Menschen erloschen, was früher eintritt, als das Aufhören der Herz-tätigkeit. Die letzte Systole darf nicht als Vorbote und Moment des Todesbeginns angesehen werden. Das Verschwinden der Reflexe während der Agonie ist entweder auf die infolge der chemisch-physikalischen Prozesse im Organismus entstandene Störung des Kontaktes zwischen den Neuronen oder auf die Abnahme der Lebensfähigkeit der Zellen des Zentralnervensystems zurückzuführen, keineswegs aber auf die Affektion der Nervenstämme bzw. des Muskelapparates, deren Funktion, nach den Beobachtungen des Verf., einige Stunden post mortem sogar in erheblicher Weise zunimmt. Das Muskelgewebe geht post mortem viel später zugrunde als das Nervengewebe. Eine besonders große Widerstandsfähigkeit zeigt hier der Herzmuskel; daher ist auch die Möglichkeit der Erhaltung der Herz-tätigkeit noch bei Erscheinungen des klinischen Todes, d. h. des Todes des Zentralnervensystems, gegeben. Der Ausfall aller mit dem Zentralnervensystem anatomisch-physiologisch in Verbindung stehenden reflektorischen Erscheinungen ohne Ausnahme bedeutet den endgültigen Eintritt des Todes.

E. Kontorowitsch.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

3137.

van der Elst, Das Chvosteksche Phänomen. (Jahrb. für Kdhk., 73., Heft 5/6.) Es gibt einen Reflex, dessen reflexogenes Gebiet unter dem Arcus zygomaticus liegt und dessen Effektoren die mimischen Muskeln der Oberlippe, des Nasenflügels, der Augenlider und Glabella sind. Der Reflex verschwindet für kurze Zeit bei Novocaininjektionen des Nervus maxillaris und findet sich bei fast der Hälfte der Erwachsenen und den meisten neuropathischen Kindern. Dieser Reflex wird öfters irrtümlicherweise für das Fazialisphänomen angesehen. Dieser Fehler ist zu vermeiden, wenn man die Uebererregbarkeit des Fazialis nur untersucht an seinem Stamm, also vor dem Lobulus auricularis.

Jahr.

3138.

Heymann, E., Ueber die Behandlung schwerster Trigeminalneuralgien. (Dtsch. Z. Chir., 216., 1/2. Heft.) Einen Fortschritt in der Behandlung schwerster Trigeminalneuralgien stellt die retroganglionäre Durchschneidung des Trigeminus dar, obwohl sie nicht allen Forderungen genügt, die man an ein ideales Verfahren stellen muß. Es bleibt bei der retroganglionären Durchschneidung, abgesehen von vorübergehenden Muskelstörungen, die dauernd unempfindliche Hornhaut bestehen. Es wäre nicht berechtigt, diese Gefahren dadurch zu vermeiden, daß man die Aeste für die Hornhautsensibilität zu erhalten versuchte, da von den erhaltenen Nervenfasern des ersten Astes aus Rückfälle auftreten können. Die retroganglionäre Durchschneidung weist der Exstirpation des Ganglions gegenüber Vorzüge auf, die hauptsächlich in der geringeren Blutungsgefahr liegen, soweit nicht bereits Alkoholeinspritzungen in das Ganglion Gasserl gemacht worden sind. Bei der retroganglionären Durchschneidung ist die Mortalitätsziffer eine wesentlich geringere als bei der Totalexstirpation, und wir haben in ihr ein Verfahren, die schwer leidenden Menschen von ihren Anfällen zu befreien.

E. Gohrbandt, Berlin.

3139.

Bejlin, B. S., Fall von Hyperkinese professioneller Entstellung und Charakters („Bonbons einwickeln“). (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 19.) Bei einer wegen Schlaflosigkeit und Reizbarkeit behandelten 62jährigen Patientin beobachtete Verf. eine Hyperkinese der Finger, die aus einer eigenartigen Ab- und Adduktion des Daumens und Zeigefingers an beiden Händen bestand; an diese Bewegungen schloß sich ab und zu eine Pronation des Vorderarms an. Bei starken Aufregungen werden die Bewegungen extensiv. Es hat sich herausgestellt, daß die Patientin über 50 Jahre in Bonbonfabriken als Einwicklerin tätig gewesen war, wobei sie oft 10 bis 12 Stunden täglich arbeitete. Die automatischen Bewegungen stellten sich bei ihr seit 3 bis 4 Jahren ein. Muskeltonus, Kraft und Bewegungskoordination, Reflexe und Sensibilität normal. Wassermann negativ. — Es handelte sich hier um ein Krankheitsbild, das an das „Pillendrehen“ bei der Parkinsonschen Krankheit erinnerte. Die letztere ist hier jedoch wegen Fehlens einer Reihe von Symptomen (Steifheit, Amimie, Speichelfluß usw.) auszuschließen. Auch das Bestehen der Hyperkinese beiderseits während 3 bis 4 Jahren sowie völlige Imitierung einer gewöhnlichen Tätigkeit, wie auch das Verschwinden des Symptoms bei absoluter Ruhe der Patientin sprechen gegen Parkinson. Diese Hyperkinese gehört zu der Reihe der automatischen Bewegungen, die bei verschiedenen Erkrankungen, Traumen und einigen physiologischen Zuständen (z. B. beim nicht vollen Erwachen) beobachtet wurden. Sie sind im Corpus striatum lokalisiert und treten bei Störung der hemmenden Wirkung des Kortex auf. Das Interessante in dem mitgeteilten Falle liegt darin, daß hier die automatischen Bewegungen mit der langjährigen, mit einförmigen Manipulationen verbundenen Beschäftigung in Verbindung stehen. Man kann sie in diesem Falle auf eine Arteriosklerose der Gehirngefäße zurückführen.

3140.

Vitek, Jiri, Unsere Erfahrungen in der Behandlung der multiplen Sklerose. (Brux. Méd., Nr. 28/29.) Verf. beginnt mit der Radiotherapie und läßt ihr tägliche Injektionen von abwechselnd Dispargen und Quecksilbercyamid folgen. Als Adjuvans empfiehlt er Massage der unteren Gliedmaßen, passive Bewegung, Gymnastik und lauwarme Bäder.

Perros bekommt der Kranke Jodalose, Jopton oder Liquor Fowleri in steigender Dosis. Wenn die Patienten aus der Behandlung entlassen werden, warnt man sie vor Ueberanstrengung, Erkältung, Infektionen. Sie sollen weder rauchen noch Alkohol genießen. Frauen werden auf den ungünstigen Einfluß einer eventuellen Schwangerschaft aufmerksam gemacht. Für die häusliche Behandlung empfiehlt man Fortsetzung der Bäder und Massagen

sowie der inneren Medikation. Von Zeit zu Zeit läßt man eine Woche lang Arg. colloidal in Form von Pillen à 0,03 g nehmen. Nach Ablauf einer gewissen Zeit kann sich ein erneuter Krankenhausaufenthalt als nützlich erweisen. Der Aufenthalt in einem Radiumbad hat keine merkliche Besserung gezeitigt. Trotz der unbestreitbar guten Erfolge sind wir niemals davor sicher, daß wir es mit einer Spontanremission zu tun haben; nur ist diese Remission unter dem Einfluß der Behandlung vielleicht früher eingetreten.

Manchmal, besonders bei jugendlichen Individuen, ist die Erkrankung ein larvierter Ausdruck von Erbsyphilis; sie präsentiert sich als frustane Form der multiplen Sklerose, ohne biologische Reaktionen. In solchen Fällen werden mit Quecksilbercyamid überraschende Resultate erzielt.

Held.

3141.

Riki, Alexander, Zur Schädeltympanie bei Hirntumoren. (Med. Kln., Nr. 22, 1929.) (Medizinische Klinik zu Bonn.) An Hand eines sehr eindrucksvollen Falles von Hirntumor wird an die alte Methode der Schädelperkussion erinnert. Diese ist von Bedeutung in allen Fällen, wo es infolge eines raumbeengenden intrakraniellen Prozesses zur lokalen oder diffusen Druckatrophie der Schädelknochen kommt. Hierbei nimmt der in der Norm gedämpfte Klopfschall des Schädels durch Undichtwerden der Schädelnähte eine mehr oder weniger tympanitische Klangfarbe an. Die Schädelperkussion ist bei jedem Verdacht auf Hirntumor zu empfehlen.

L. Gordon, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

3142.

v. Frankenberg, Die Verdiensthöhe als Versicherungsgrenze. (Kr.-Vers., 11., 1929.) Verf. versucht im Gegensatz zu den ärztlichen Sachverständigen nachzuweisen, daß eine Erhöhung der Verdiensthöhe als Versicherungsgrenze keinen wesentlichen Einfluß auf die Mitgliederzahl der Kassen ausüben werde. Insbesondere wurden die von den Aerzten befürchteten Gefahren keineswegs zu erwarten sein.

Michaelis, Bitterfeld.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u.-therapie

3143.

v. Wieser, W., Weitere Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. I. Der Mongoloidismus. (Strahlenther., 32., 2.) Die Arbeiten v. Wiesers wurden in dieser Zeitschrift wiederholt referiert. Die Wichtigkeit des Gebietes rechtfertigt eine Besprechung auch der vorliegenden Arbeit. — W. berichtet über 28 behandelte Fälle von Mongoloidismus. Das erste körperliche Symptom, das sich durch die Röntgentherapie beeinflussen läßt, ist das Längen- und Massenwachstum. Den besten Zuwachs zeigen die jüngsten Fälle. Der Durchschnitt des jährlichen Zuwachses ist 5 cm gegenüber 2,5 cm bei den unbehandelten Fällen. Der Grad des Zuwachses ist von der Dosierung abhängig; dasselbe gilt vom Massenwachstum, obwohl ein strenger Parallelismus nicht besteht. Der Grundumsatz wird im allgemeinen durch große Dosen herabgesetzt, durch kleine Dosen gesteigert. Mikrozephalie konnte nicht beeinflusst werden, dagegen ging in einer Reihe von Fällen die Abflachung des Gesichtes zurück. Schlitzaugen wurden in etwa der Hälfte der Fälle günstig beeinflusst, ebenso eine Schiefstellung der Augen. Epikanthus (19 Fälle) wurde fünfmal beseitigt, zehnmal gemildert. Die für Mongoloidismus charakteristische rauhe und tiefe Stimme (16 Fälle) ist in 5 Fällen verschwunden, in 8 Fällen gemildert. Nabelbruch (7 Fälle) verschwand in 6 Fällen. Hypoplasie des Genitales wurde siebenmal beobachtet. In 6 Fällen wurde ein günstiger Einfluß auf die Entwicklung desselben festgestellt, einmal sogar volle Entwicklung beobachtet.

Von den psychischen Symptomen wurden zahlreiche durch die Behandlung günstig beeinflusst. Geringeres Verständnis, als der Altersstufe entspricht, zeigten 17 Kinder. Viermal wurde eine Besserung bis zur Norm, in den übrigen Fällen weitgehende Besserung beobachtet. Beschränktes Sprachvermögen (225 Fälle) wurde neunmal bis zur Norm gebessert, 14mal günstig beeinflusst. Bei allen schulpflichtigen Kindern drückte sich der Fortschritt in besseren Schulerfolgen aus. Erethismus und Aengstlichkeit konnten in der Mehrzahl der Fälle günstig beeinflusst werden. Zur Bewertung dieser Erfolge muß darauf hingewiesen werden, daß in den beobachteten unbehandelten Kontrollfällen die meisten der erwähnten Symptome sich wenig oder gar nicht besserten.

Technik: Röntgenbestrahlung des Schädels aus 5 Feldern, 180 bis 200 kV, Filter $2\frac{1}{2}$ mm Zn + 1 mm Al. Pro Feld werden 5 bis 10% der HED gegeben, 1 bis 2 Felder pro Woche, zwei Serien hintereinander, dann Wiederholung nach einer Pause von 4 bis 10 Wochen. Bei Kleinkindern Totalbestrahlung des ganzen Körpers aus 2 Metern Abstand mit 2% der HED in Intervallen von 4 Wochen. Je jünger der Fall ist, desto kleiner muß die Dosis sein. Neben der Röntgentherapie kann Organtherapie angewandt werden (Hypophysin, bei Mischformen mit myxödematösem oder kretinem Einschlag Thyreoidin). Psychische Behandlung, insbesondere Unterstützung durch geeignete Kräfte, ist selbstverständlich auch bei Anwendung der Röntgentherapie notwendig. Kirschmann.

3144.

Frangipane, C., Die Behandlung der Enuresis mit blauen Wärmestrahlen. (Policlinico, 36. Jahrg., Nr. 24.) Verf. fand, daß die Bestrahlung des lumbosakralen Gebietes mit einer Solluxlampe, der ein Blauglasfilter vorgeschaltet wurde, sehr günstig die Enuresis nocturna beeinflusst: 20 cm Distanz durch 45 Minuten, die ersten zwei Sitzungen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, die übrigen in wöchentlichen Intervallen. Bereits nach der dritten Bestrahlung bedeutende Besserung des Bettnässens und auch auffallende Verringerung der Zahl der Harnentleerungen am Tage. Keine sonstige Therapie. Behandelt wurden Kinder, die neben der Enuresis noch Rachitis, adenoide Vegetationen oder endokrine Insuffizienz aufwiesen. Ashkenasy, Wien.

3145.

Rahm, H., Die Röntgentherapie der Basedow-Krankheit und ihre Gefahren. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 24.) (Chirurg. Universitätsklinik, Breslau.) Die Röntgentherapie des Morbus Basedow ist keineswegs völlig gefahrlos. Es sind eine Reihe von Todesfällen beschrieben worden, zum Teil infolge der der Bestrahlung folgenden hyperthyreotischen Reaktion, zum Teil auf der Basis von Kehlkopfschädigungen. Eine zweite Gefahr beruht in der Möglichkeit, daß durch die Bestrahlung der Basedow in ein Myxödem übergeführt wird. Die Röntgenbestrahlung kann weder ein Myxödem noch eine lebensbedrohliche hyperthyreotische Reaktion mit Sicherheit vermeiden. Eine weitere Gefahrenquelle liegt darin, daß die Röntgenbehandlung dazu führt, die Chancen aus der Hand zu geben, die eine rechtzeitig vorgenommene Operation bietet. Die präoperative Röntgentherapie ist nicht ungefährlich, sofern nicht dauernd der Grundumsatz kontrolliert wird. Arnold Hirsch, Berlin.

3146.

Dubowy, E. D., Ergebnisse der Anwendung der X-Strahlen bei Polycythaemia rubra. (Strahlenther., 32., 2.) (Sowjet-National Krankenhaus, Odessa.) Durch Röntgenbestrahlung der Extremitäten gelingt es, bei Polycythaemia rubra weitgehende Besserung bis Heilung zu erzielen. Die Dosierung muß unter Kontrolle des Blutbildes individuell abgestuft werden. Ein zu schneller Rückgang der Erythrozyten ist zu vermeiden. Durchschnittlich werden zunächst 4 bis 5 HED, notfalls 8 bis 10 HED verabfolgt; eine zweite Bestrahlungsserie wird gegebenenfalls nach einer Pause von etwa 2 Monaten durchgeführt. Kirschmann.

3147.

Gallino, Martin Miranda, Bestimmung der Herzspitze im Orthodiagramm. (Prensa med. argent., 15., 34.) Es wird ein übliches Orthodiagramm angefertigt, wobei der Patient ganz still stehen und ruhig atmen muß. Nach dem die Herzgefäßkonturen und die Schlüsselbein-Zwischellinien aufgezeichnet wurden, läßt man den Patienten tiefe, allmählich sich steigernde Inspirationen machen, wobei man den tiefsten Punkt der Herzspitze einzeichnet. Nun wird die Entfernung zwischen Herzbasis und Herzspitze bei ruhiger Atmung und auch die zwischen dem ersten Punkte (Herzbasis) und der Herzspitze bei vertiefter Atmung gemessen und das Mittel aus der Adduktion dieser Diameter ergibt den longitudinalen Durchmesser. Ashkenasy, Wien.

3148.

Burje, Beobachtungen über die Anwendung der Diathermie bei Erkrankungen des Magen-Darmkanals. (Arch. Verdgskrh., 45., Heft 3/4.) Einheitlichkeit über die Wirkung der Diathermie auf die Sekretionsverhältnisse des Magens besteht noch nicht. Verfasser konnte einen dauernden Einfluß auf die Azidität des Magensaftes nicht feststellen. Dagegen werden die subjektiven Beschwerden in der überwiegenden Mehrzahl der beobachteten Fälle gebessert. Jedenfalls verdient die Diathermie bei der Behandlung von Magen-Darmerkrankungen Beachtung und weiteres Studium. A. Fiegel, Berlin.

3149.

Kolta, Erwin, und Beatrix Dunay, Die neuere Strahlenbehandlung der Magengeschwüre. (Klin. Wschr., 6. Jahrg., Nr. 24.)

(I. Med.-Klinik der Kgl. ungar. Pázmány Péter-Universität, Budapest.) Durch Bestrahlung von Körperteilen, die dem Magen entfernt liegen (Schenkeln), kann die Heilung von Magengeschwüren erreicht werden. Neben der Bestrahlung können die Kranken fast immer ihren Beruf ausüben, sie brauchen keine Bettruhe. Die Kranken sind nur selten zu Beginn der Behandlung genötigt, eine Diät einzuhalten. Schon durch Oberflächenbestrahlung kann man im Säurebasengleichgewicht des Organismus eine längere Zeit anhaltende Verschiebung nach der alkalischen Seite hin hervorrufen. Wahrscheinlich spielt dieser Faktor die Hauptrolle bei der Heilung des Magengeschwürs. Arnold Hirsch, Berlin.

3150.

Gertz, Will, Versuche einer Beeinflussung des Ulkuseidens mittels Grenzstrahlen. (Strahlenther., 32., 3.) (Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen.) Die Beeinflussung des Magengeschwürs mittels Grenzstrahlen ist zu erklären durch Einwirkung auf das autonome Nervensystem der Haut mit Rückwirkung auf das Splanchnikusgebiet. Zur Behandlung sind in erster Linie solche Patienten geeignet, die Störungen im vegetativen Nervensystem aufweisen. Die Wirkungen sind ähnlich denjenigen der parateralen Eiweißtherapie. Auch der Leukozytensturz, der nach intrakutanen Eiweißinjektionen auftritt, ist bei der Grenzstrahlenbehandlung zu beobachten. Bei den stationär behandelten Patienten wurde eine Sippy-Kur durchgeführt und während derselben bestrahlt. Es wird in den Vormittagsstunden aus 10 cm Abstand bei 10 mA und 10 kV in zweitägigen Intervallen dreimal $\frac{1}{3}$ der HED auf den Bauch verabfolgt, nach 4 Tagen die gleiche Dosis auf den Rücken. Eine Anzahl von Fällen erhielt größere Dosen in kürzeren Intervallen, wobei auch mehrere Felder bestrahlt wurden (Brust und Rücken). Bei den ambulant behandelten Fällen wurde nur eine leichte Diät verordnet.

Als auffallendste Wirkung der Bestrahlung trat ein rascher Rückgang der Schmerzen ein. Auch der Appetit besserte sich rasch. Die körperliche Erholung machte gute Fortschritte. Die Uebersäuerungsbeschwerden gingen langsamer zurück. Es wurden in dieser Weise 50 Fälle von Ulkus und chronischer Gastritis behandelt, von denen 15 nach einem Jahre nachuntersucht werden konnten. Die Resultate sind zum mindesten ermutigend.

Kirschmann.

3151.

Baetzner, W., Die perorale Röntgendarstellung der Gallenblase. (Zbl. Chir., Nr. 17, 1929.) Verfasser hat in 60 Fällen das von der Firma E. Merck hergestellte Präparat, das Oraltetragnost, zur Darstellung der Gallenblase angewandt. Die dabei gewonnenen Bilder sind den intravenösen durchgeführten gleichwertig. Irgendwelche schädlichen Nebenwirkungen des Präparates wurden nicht beobachtet. Manchmal bestand geringe Brechneigung. Besonders Wert legt Verfasser darauf, daß man am Tag vor der Röntgenaufnahme 6 Uhr abends 2 bis 3 Eidotter genießen läßt, um die Entleerung der Gallenblase zu fördern. 1 Stunde später wird das Kontrastmittel gegeben und 16 Stunden später, nachdem der Darm mittels Einlaufs gründlich entleert ist, wird die Röntgenaufnahme gemacht. Walter Grossmann, Berlin.

3152.

Bickenbach, W., Die röntgenologische Messung des Beckens durch frontale Sitzaufnahme, zugleich ein Versuch der Messung des Kopfes. (Arch. f. Gyn., 136., Heft 3, 1929.) (Univ.-Frauenklinik in Bonn.) Die bisherigen röntgenologischen Meßmethoden des Beckens, z. B. der seitlichen Aufnahmen nach Guthmann, die sich auf den Sagittalschnitt beschränkte und große Röntgenstrahlenmengen benötigt, lassen die weitere Vervollkommen der frontalen Meßmethode durch Sitzaufnahme wünschenswert erscheinen; da diese weniger Strahlenmengen braucht und besser als jegliche Austastung eine gute Uebersicht über den geburtschilflich wichtigsten Raum, den Beckeneingang, zu liefern vermag. Eine Fehlerquelle dieser Methode verliert ihren Wert, wie sich auf mathematischem Wege fand, wenn statt über der Beckenachse über der Lymphse zentriert wird. Voraussetzung für eine exakte Messung ist aber peinlich genaue Einstellung der Verbindungslinie zwischen Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels und oberem Schamfugenrand in die Parallelebene zum Film. Ebenso wichtig ist genaueste Zentrierung und Abstandmessung. Diese theoretisch entwickelten Grundlagen der frontalen Beckenmessung mit wichtigen neuen Modifikationen wurden vom Verfasser erprobt an 30 skelettierten Becken, ebenso wurde die Genauigkeit der verbesserten Methode durch Bestimmungen der Conjugata vera an 70 hochschwangeren Frauen festgestellt. Weiterhin wird auf die Möglichkeit des aufgepreßten Kopfes hingewiesen, dessen quere Durchmesser zu bestimmen sind. Bei der geburtschilflichen Verwertung der Becken- und Kopfmessung ist zu bedenken, daß das Röntgenbild nicht die Konfigurationsfähigkeit des Kopfes erfaßt. Man unterscheidet deshalb am besten 3 Gruppen

von Fällen. In die erste gehören diejenigen Kreißenden, bei denen ein Mißverhältnis, das sich aus der klinischen Untersuchung ergeben hatte, röntgenologisch einwandfrei ausgeschlossen wird. Eine zweite Gruppe umfaßt diejenigen Mißverhältnisse, bei denen der sich in die Conj. vera einstellende Kopfdurchmesser mindestens 1,5 cm größer ist als der gerade Beckendurchmesser. Dieses Mißverhältnis kann auch durch Konfiguration des Schädels nicht überwunden werden. In einer dritten Gruppe sind Fälle, bei denen das Mißverhältnis nur wenige Millimeter bis zu 1,5 cm beträgt. Hier kommt alles auf Konfigurationsfähigkeit des Kopfes und Stärke der Wehen an. Das Röntgenbild sagt hier nichts über Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Geburt auf natürlichem Wege. Die Messung des Kopfes und des Beckens durch das Röntgenbild vermag also in manchen Fällen, aber nicht immer, die innere Untersuchung zu umgehen.

Rudolf Katz, Berlin.

3153.

Bolaffio, M., und R. Bompiani, Unsere Erfahrungen mit der Schwachbestrahlung der Eierstöcke. (Strahlenther., 32., 3.) (Univ.-Frauenklinik, Rom.) Bei der Bestrahlung der Ovarien mit kleinen Röntgendosen wurden histologische Veränderungen nicht gefunden. Histochemisch konnte jedoch beim Kaninchen Lipoidvermehrung nachgewiesen werden, woraus auf Funktionssteigerung zu schließen ist. — Verfasser berichten über ihre Erfahrungen an 44 Fällen. Die Dosis betrug im Durchschnitt 25 bis 33% auf die Haut, das ist $\frac{1}{4}$ Ovarialdosis. Von 27 Fällen mit primären Menstrualdefekten, bei denen von der Pubertät an Amenorrhöe, Oligomenorrhöe oder Hypomenorrhöe bestand, wurden 15 geheilt, 5 gebessert, 4 nicht beeinflusst. Von den sekundären Fällen, bei denen die Störung erst später auftrat, wurden nur 3 geheilt und 1 gebessert. Wenn eine Tuberkulose zugrunde lag, trat niemals ein Erfolg ein. Länger bestehende Amenorrhöen (über 3 Jahre) haben keine Aussicht auf Erfolg. Auch nach dem 25. Lebensjahre ist keine Amenorrhöe geheilt. Auch bei den leichteren Störungen ist der Erfolg mit zunehmendem Alter schlechter. Störungen des Zyklus sind weit besser zu beeinflussen als Herabsetzung der Quantität. 19mal trat nach der Schwachbestrahlung (44 Fälle) Schwangerschaft ein, davon endeten 9 Fälle mit Fehlgeburt (bei drei Frauen). In diesen Fällen bestand aber eine hypoplastische oder mißbildete Gebärmutter, die Ursache für den Abort ist daher nicht in der Bestrahlung zu suchen. Irgendwelche Schädigung der Nachkommenschaft wurde nicht festgestellt.

Kirschmann.

3154.

Lacassagne, A., Die relative Bedeutung der Ursachen für den Erfolg oder das Fehlschlagen bei der Radiotherapie der Kollum-epitheliome. (Strahlenther., 32., 3.) (Laboratorium Pasteur, Paris.) Die Ergebnisse der Radiumbehandlung des Kollumkarzinoms waren in den operablen Fällen 78%, in den Grenzfällen 45%, in inoperablen Fällen 5%, bei den extremen Fällen 6%. Die histologische Beschaffenheit des Karzinoms gibt keinen Anhaltspunkt für die Strahlenempfindlichkeit. Auch die Zahl der Mitosen ist prognostisch nicht zu verwerten. Der Erfolg hängt vielmehr in erster Linie davon ab, ob eine korrekte Radiotherapie durchgeführt werden kann. Nicht möglich ist eine solche, wenn das Präparat nicht in das Cavum uteri eingeführt werden kann oder wenn Infektion dazutritt.

Kirschner.

3155.

Laws, Resultate der Röntgenstrahlentherapie bei Myomen und anderen nichtmalignen Erkrankungen des Uterus. (Amer. J. Obst., 17., Nr. 6.) Die Röntgenbehandlung hat gegenüber der Radiotherapie bei Myomen insofern eine Ueberlegenheit, als sie ambulant vorgenommen werden kann. Die Resultate sind gleich gute. Die Blutung wird um so sicherer unterdrückt, je näher die Kranke der natürlichen Menopause ist. Bei funktioneller Hämorrhagie gab es im Alter von 26 bis 34 Jahren nach Röntgenbestrahlung 33% Mißerfolge, im Alter von 35 bis 39 Jahren 28%. Nach dem 40. Lebensjahr wurden alle Blutungen gebessert oder beseitigt. Eine dreimal bestrahlte Frau wurde später von einem normalen Kind entbunden. Bei polypöser Endometritis wurde nur eine temporäre Besserung erzielt.

Hans Hirsch, Köln.

3156.

Wood, Francis C., Krebsbiologie und Bestrahlung. (Strahlentherapie, 32., 3.) (Institut f. Krebsforsch., Columbia-Univ., New York.) Nach einer kritischen Besprechung der verschiedenen Theorien der Krebsentstehung geht Verfasser auf die Wirkung der Tumorbestrahlung ein. Die morphologischen Veränderungen, die bei der Vernichtung der Tumorzellen durch Röntgen- und Radiumgammastrahlen zu beobachten sind, sind nicht etwa ein Charakteristikum dieser Strahlen. Dieselben Erscheinungen sind auch bei der Einwirkung anderer Agentien nachzuweisen, z. B. Hitze, ultraviolette Licht, chemische Reize. Die Gesetze, welche die Vernichtung von Tumorzellen beherrschen, sind die gleichen, wie sie für

die Auflösung der roten Blutkörperchen, die Vernichtung von Bakterien durch Desinfizientien und das Sterben einer menschlichen Bevölkerung Geltung haben.

In bezug auf die Wellenlänge ist für kleine Partikelchen festgestellt, daß die destruirende Wirkung unabhängig von derselben ist.

Kirschmann.

3157.

Straßmann, Paul, Zur Strahlenbehandlung des Gebärmutterhalskrebses. (Strahlenther., 32., 3.) (Frauenklinik P. Straßmann, Berlin.) In den letzten 5 Jahren hat St. beim Kollumkarzinom nur noch ausnahmsweise operiert, in weitaus den meisten Fällen, auch operablen, wurde primär bestrahlt. Es wurden Radiumsalze in besonders konstruierten Trägern angewandt. Die erste Einlage wird bei jeder Form des Kollumkarzinoms zuerst gegen die Portio gemacht oder zwischen die Lippen. Bei den späteren Sitzungen, wenn das Präparat in den Kanal eingelegt wird, muß man sich erst davon überzeugen, ob keine Verstopfung desselben eintritt. Eine Hemmung des Abflusses ist die häufigste Ursache von Fieber. Die Zeit für die Strahlungssitzung ist auf 12 Stunden begrenzt. Bei Temperatursteigerungen wird das Präparat sofort entfernt. Intervall zwischen den einzelnen Sitzungen im Durchschnitt 3 Tage. Gesamtdosis 3000 Milligrammstunden. Es wird die Wichtigkeit einer robrierenden Allgemeinbehandlung betont. Nach vier Wochen Röntgentiefenbestrahlung der Drüsen. Zuweilen wirkt im Beginn der Behandlung Perkutanbestrahlung mit Radium günstig. Die Bestrahlung operabler Fälle begründet St. wie folgt: „Das Deuteln um wenige Prozent Unterschied ist nicht durchschlagend, dagegen die hohe Operationsgefahr, die erhöhte Zahl von Komplikationen und die nicht zu leugnende Tatsache, daß auch die Operation nicht die Hälfte der ausgesuchten Fälle heilt.“

In den Berichtsjahren waren unter 429 Fällen 43% inoperabel, 57% operabel und Grenzfälle. Bei beginnendem Karzinom wurden 64,3% Heilung erzielt, in den operablen Fällen insgesamt werden 32%, einschließlich der Grenzfälle 25,7% Heilung berechnet. Nachbehandlung mit Röntgen hat die Resultate verbessert. (Es wird stets in fraktionierter Form bestrahlt mit Verteilung der Gesamtdosis auf 6 Sitzungen). Bezüglich der Frage, ob Bestrahlung oder Operation vorzuziehen ist, muß berücksichtigt werden, daß der Tod an der Operation einem Verlust an Lebensdauer gleichkommt, der in das Gesamtergebn einkalkuliert werden muß. Keinesfalls sollten operiert werden: Frauen über 60 Jahre und auch jüngere, wenn Zeichen von Greisenum vorhanden sind, ferner fette Frauen sowie solche mit funktionsschwachem Herzen oder mit hohem Blutdruck oder Stoffwechselkrankheiten. Auch die sogenannten Grenzfälle sollten prinzipiell der Bestrahlung vorbehalten bleiben. Zwar ist auch die primäre Mortalität bei Radiumbehandlung nicht gleich Null, aber doch sehr gering (einschließlich der Grenzfälle 1,37%). Straßmann ist Anhänger der Strahlenbehandlung, weil die Lebensgefahr der Behandlung wesentlich geringer ist, mithin mehr Lebensdauer gewonnen wird, weil die Unzuträglichkeiten verschwindend sind gegenüber den Operationsfolgen, Fisteln und neuen Operationen, weil der Heilungsprozentsatz zum mindesten nicht geringer ist als nach der Operation. Schließlich wird betont, daß auch in den nicht geheilten Fällen die Strahlenbehandlung palliative Erfolge hat.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Der Arzt und der Staat. Sieben Vorträge, gehalten im Winter 1928/29 von L. Ebermayer, K. Finkenrath, H. Freyer, H. Gerbis, A. Grotjahn, L. Richter, H. Zagger. Leipzig 1929. Georg Thieme. 138 S. 6.— RM. — Die Entwicklung der Sozialversicherung und ihre sozialen und wirtschaftlichen Folgen, die staatliche und kommunale Gesundheitsfürsorge, die sozialhygienische Gesetzgebung. (Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) usw. haben die Stellung des Arztes in der Gesellschaft derart verändert, daß der Beruf des Arztes als ein freier Beruf allmählich eine Fiktion wird. Zwar bietet das freie Arztwahlwesen noch einige Berufsfreiheit, die Zeit aber des „laissez faire“ in der ärztlichen Praxis ist vorbei. Das leugnen hieße Vogel-Strauß-Politik treiben. Die Ärzteschaft hat also diese Tatsachen nicht zu bestreiten, sondern sich den neuen Tatsachen anzupassen. Dem Institut für Geschichte der Medizin an der Universität in Leipzig gilt daher unser Dank für die Veranstaltung einer Vortragsreihe, die dem von uns hervorgehobenen Problem gewidmet war. Noch größerer Dank gilt dem Institut für die Drucklegung dieser Vorträge. Im allgemeinen wurden 7 Vorträge gehalten, und zwar über die Themen: „Der Arzt und die Gesellschaft“ von dem Leipziger Soziologen Hans Frey; „Die ärztlichen Aufgaben des Staates“ von dem Berliner Sozial-

hygieniker Alfred Grotjahn; „Der Arzt im Dienste des Staats“ von dem Züricher Gerichtsmediziner Heinrich Zangger; „Der Arzt in Gesetz und Rechtsprechung“ von dem früheren Oberreichsanwalt Ludwig Ebermayer; „Die Verstaatlichung der Patienten“ von dem Berliner Arzt Kurt Finkenrath; „Die Verstaatlichung des Arztes“ von dem Leipziger Staatsrechtslehrer Lutz Richter und endlich über das Thema „Der Arzt im Lebenskreis“ von dem Preußischen Landesgewerbearzt Herm. Gerbis. Sämtliche Vortragenden haben den neuen Tatsachen Rechnung getragen und versucht, diese neu geschaffene Lage zu analysieren und zu bewerten. Leider erlaubt uns der zur Verfügung stehende Raum nicht, eingehend auf diese Vorträge einzugehen, und das ist auch nicht nötig, denn alle diese Vorträge haben das Problem bei weitem nicht erschöpft. Sie haben aber zum Nachdenken stark angeregt. Dies und nichts anderes beabsichtigte auch das Institut. So lesen wir im Vorwort unter anderem: „Soziologen, Aerzte und Juristen sind in dieser Vortragsreihe zu Worte gekommen, Männer ganz verschiedener Richtungen. Eine erschöpfende Behandlung des Themas war nicht möglich und nicht beabsichtigt. Es kam uns auch nicht darauf an, daß lauter neue Gedanken vorgebracht würden. Manches ist von den Vortragenden auch schon in anderen Zusammenhängen geäußert worden. Was wir wollten, war vielmehr, daß die mannigfachen brennenden Probleme, die das Verhältnis des Arztes zum Staat aufwirft, von verschiedenen Seiten beleuchtet würden, und daß sich die jungen Kollegen dadurch angeregt fühlen, selber über diese Fragen nachzudenken. Daß dies auch außerhalb des Kreises unseres Instituts geschehe, ist der Zweck der vorliegenden Publikation.“ Allein schon mit diesem Zweck hat sich der Herausgeber Henry E. Sigerist eine dankbare Aufgabe gestellt. Kein Arzt möge es versäumen, das Büchlein in die Hand zu nehmen.

M. Kantorowicz.

Abraham Flexner: Die Ausbildung des Mediziners. Deutsch von Walter Fischer. Julius Springer. Berlin 1927. — Dieses Buch zu lesen, ist ein Genuß. Es enthält Zahlen, Tabellen, Statistiken, Lehrpläne, und ist trotzdem ein Genuß. Denn es enthält etwas, was nicht ausdrücklich darin geschrieben steht: eine vergleichende Völker- und Rassenpsychologie, die um so eindrucksvoller ist, weil sie aus der Praxis hervorgegangen ist. Es lehrt, daß sich jedes Volk letzten Endes seine Gesetze, Pläne und Anordnungen für seine Entwicklungsmöglichkeiten je nach seiner persönlichen Struktur schafft; es lehrt ferner, daß es im Grunde ganz belanglos ist, wie weit diese Anordnungen bei den einzelnen Nationen voneinander abweichen, daß es gleichgültig ist, ob mehr Naturwissenschaften oder mehr Sprachen, ob Philosophie noch im letzten Schuljahr oder erst auf der Universität, ob erst mehr theoretische oder erst mehr praktische Ausbildung getrieben wird, kurz, daß es nicht auf den Weg, sondern auf das Ziel ankommt.

Und es lehrt drittens, daß trotz der Verschiedenheit der Wege dieses Ziel bei den einzelnen Völkern dasselbe sein muß, da von einer höheren Warte und aus größerer Distanz gesehen, jedes Land wohl die gleiche Zahl großer Persönlichkeiten sein eigen nennt, in der Medizin wie auf jedem anderen Gebiet, und daß Genialität, Fleiß, Energie, Tüchtigkeit, Mittelmäßigkeit oder Unfähigkeit nicht vom Lehrplan und Studiengang abhängig ist, sondern von Faktoren, die weder mit der Anzahl der verbrauchten Semester, noch der Berechtigungsscheine, noch der Examina, ja nicht einmal mit dem erworbenen Titel in Zusammenhang stehen.

Was uns Deutschen besonders zur großen Genugtuung reicht, ist die große Achtung und Anerkennung unserer gesamten medizinischen Einrichtungen, die vielfach als Muster aufgestellt werden und deren Bedeutung vom Arzt im Ausland vielleicht noch besser gewürdigt werden kann, als es bei uns selbst geschieht, eben weil er die höhere Warte und größere Distanz einnimmt, und daher die uns vielfach störenden Mißstände für ihn als zu klein gesehen, nicht ins Gewicht fallen.

Haber.

H. Bechhold: Die Kolloide in Biologie und Medizin. 5., völlig umgearbeitete Auflage. Theodor Steinkopff, Dresden-Leipzig 1929. 507 Seiten mit 87 Abbildungen und 7 Tafeln. 32 bzw. 35 M. — Es ist ein eigentümliches Gefühl, einer werdenden Wissenschaft zuzuschauen. Hatte die Anatomie Einblicke in das organische Leben mit dem unbewaffneten, die Mikroskopie mit dem bewaffneten Auge gesucht, so scheint die Lehre von den Kolloiden noch weitere Schleier von dem Rätsel des Lebens wegzuziehen. Aber sie arbeitet nicht mit Skalpell und Pinzette, auch nicht mit Vergrößerungsgläsern und Farbstoffen, sondern mit einem aufs Feinste geschulten Verstand und einer weitgetriebenen Phantasie, dieser Wegebereiterin jeglicher Forschung. Natürlich ist auch die Wissenschaft der Kolloide auf mikrochemische und mikrophysikalische, technisch bzw. rechnerisch verifizierbare Tatsachen angewiesen. Aber nicht sie machen das Wesen der neuen Wissenschaft aus, sondern die Kunst ihrer Verknüpfung.

Mit Stolz können wir die Kolloidchemie als ein Produkt hauptsächlich deutschen Geistes in Anspruch nehmen, und kein Angehöriger einer anderen Nation hätte mit der gleichen Gründlichkeit und Zuverlässigkeit die Riesenarbeit leisten können, die kaum noch zu übersehenden Einzelheiten und Territorien der Kolloidchemie zu einem so einheitlichen Reich zusammenzufügen vermocht, wie das dem führenden Mann in diesem Wissenszweig, H. Bechhold, geglückt ist.

Was die Wissenschaft der Kolloide eigentlich ist, läßt sich schwer definieren. Sie erforscht die Zustände, die zwischen Lösung, Emulsion und Suspension liegen, die Gesetze in den dispersen Systemen, die Grenzflächen zwischen disperser Phase und Dispersionsmittel, die darin herrschende Bewegung, innere Reibung, Quellung, die optischen und elektrischen Eigenschaften, den osmotischen Druck, die Adsorption, Elastizität, Gerinnungserscheinungen usw. Allein das alles blieben tote Tatsachen, wenn nicht durch die Masse der Einzelbestimmungen das Gesetz hindurchleuchtet, daß sie samt und sonders in stetem Fluß begriffen sind, und zwar nicht in einem unregelmäßigen Fluß, sondern in einer geordneten Selbststeuerung, welche durch alle die unausgesetzten Veränderungen hindurch dauernd den Bestand des Ganzen wahr. Metaphysische Ideen drängen sich unwillkürlich auf.

Hier stehen wir tatsächlich vor dem feinsten Einblick in das Wesen des Lebens. Der beste Beweis dafür ist die Tatsache, daß die Kolloide — genau wie wir Menschen — Jugend- und Alterszustände erkennen lassen, Zustände, die wir hier wie dort mit den gleichen Worten bezeichnen: Quellen und Schäumen — Unelastisch werden und Vertrocknen. Ja, noch weiter geht die Analogie: Wie die Menschen ihr Ahnenerbe mit sich schleppen, so hat auch jedes Kolloid seine Vorgeschichte und hängt in seinen Eigenschaften von seiner Herstellung und seinen Erlebnissen ab. Was Wunder, daß die vielen Forscher, welche in diese Welt einzudringen versuchen, ganz verschiedene, anscheinend widerspruchsvolle Resultate mitbringen.

Man müßte die ganze normale und pathologische Physiologie ausschreiben, wollte man den überreichen Inhalt des Werkes angeben. Gewiß erwecken die vielen und verlockenden Perspektiven in jedem reaktionsfähigen jungen Gemüt den Wunsch, die übliche, etwas starr gewordene Physiologie von dem neuen Kolloid-Standardpunkt aus zu betrachten bzw. neu aufzubauen. Freilich, eine fertige Lehre, welche man schwarz auf weiß getrost nach Hause tragen und zum Examen auswendig lernen kann, existiert noch nicht. Aber das immer arbeitende Werden ist ja ebenso das Wesen des Lebens, wie der Wissenschaft von den Kolloiden.

Buttersack, Göttingen.

Erwin Lick: Der Arzt und seine Sendung. Lehmann-Verlag. München 1929. 7. Auflage. Geh. 4 M., geb. 5,20 M. — Diese neue — siebente — Auflage unseres Lick zeugt davon, daß das Interesse für dieses Werk noch unvermindert besteht. Und mit Recht. Was den Inhalt anbetrifft, so verweise ich auf die früheren Besprechungen in dieser Zeitschrift. Nur das eine möchte ich wiederholen, daß es von dem ärztlichen Nachwuchse beherzigt werden möchte zum Vorteile des „Arztes“ und zum Vorteile jedes einzelnen. Denn wer könnte dies Buch aus der Hand legen, ohne den festen Willen, mitzuarbeiten an der Wiedergesundung unseres Berufes und an seiner inneren Erneuerung.

Michaelis, Bitterfeld.

Theodor Ziehen: Ueber das Wesen der Beanlagung und ihre methodische Erforschung. 4., umgearb., stark erweit. Aufl. Langensalza 1929. Herm. Beyer & Söhne. 2,40 M. — Ziehens bekannte Anleitung zur Erforschung der Beanlagung von Kindern für bestimmte Gebiete und Fähigkeiten liegt bereits in 4. Auflage vor, in der Ziehen zunächst 29 beratende Leitsätze für die Begabungsprüfung aufstellt, um dann im Hauptteil seiner Schrift praktische Untersuchungsmethoden zur Feststellung der Begabung für Geisteswissenschaften (Mathematik, Geometrie, Zoologie, Botanik, Sprachen, Musik) und weiter für manuelle Geschicklichkeiten festzustellen. Die Prüfungen an und für sich werden ja weniger für Schulkinder in Frage kommen, für die sie allerdings Ziehen schon vom ersten Schuljahr an wünscht, als für diejenigen jungen Leute, die vor der Berufswahl stehen oder einen bestimmten Beruf ergreifen wollen. Die angegebenen Untersuchungsmethoden sind sehr interessant. Zur Prüfung der praktischen Intelligenz oder „anschaulich-motorischen Kombination“, wie Ziehen sie nennt, werden z. B. Findigkeitsproben, Schachspiel, Rangierproben, Raumausnutzungsproben und Orientierungsproben vorgeschlagen. Allen, die mit Berufsberatung und Eignungsprüfungen zu tun haben, wird das Buch unentbehrlich sein.

Haber.

Maria van Briessen: Die Entwicklung der Musikalität in den Reifejahren. Langensalza 1929. Herm. Beyer & Söhne. 3,70 M. — Psychologisch wissenschaftliche Untersuchungen über Eignungs-

prüfungen zur Feststellung, ob ein Kind musikalisch ist oder nicht, gibt es nur sehr wenige. Zum Teil behandeln sie nur das frühe Kindesalter oder reichen nur bis zum 14. Lebensjahr. Dieser Abschnitt liegt aber zu früh, da die Hauptentwicklungsstufen der musikalischen Begabung erst jenseits des Schulalters beginnen. Es ist das Verdienst der Verfasserin vorliegenden Buches, ein Prüfungssystem erdacht zu haben, das sich bei der Aufnahmeprüfung an Musikschulen und Lehrerbildungsanstalten ausgezeichnet bewähren dürfte, da es den ganzen Komplex musikalischer Fähigkeiten erfaßt. Die Testreihe, die Verfasserin aufgestellt hat, besteht aus Prüfungen über absolutes und relatives Gehör, Intervallauffassung, Akkorde, Melodieauffassung und -gedächtnis, Harmonieauffassung, Rhythmus, Einfühlungsgabe und Phantasievorstellungen und Frage nach irgendwelchen besonderen Phantasieerlebnissen beim Hören von Musik. Einzelheiten hier anzuführen, würde zu weit gehen, sie müssen in der interessanten Arbeit selbst nachgelesen werden.

Haber.

Carl Ewald: **Bücher der ärztlichen Praxis.** Heft 7: Die Behandlung der Verrenkungen. Heft 8: Die Behandlung der Knochenbrüche mit einfachen Mitteln. Verlag Julius Springer, Wien und Berlin. 1928. 37 S., geh. 1,50 M., und 98 S., geh. 2,80 M. — Die beiden kurzen Schriften sind als Wegweiser für den praktischen Arzt, insbesondere den Landarzt, gedacht, der ohne fremde Hilfe mit möglichst einfachen Mitteln arbeiten muß. Es sind dabei nur die wichtigsten und erprobtesten Methoden berücksichtigt, diese jedoch dem neuesten Stande der Wissenschaft angepaßt. Die kurzen klaren Ausführungen sind durch schematische Zeichnungen illustriert und bieten dem Praktiker zahlreiche wertvolle Hinweise speziell in der Behelfstechnik. Dazu kurze Ausführungen zur Differentialdiagnostik.

Walter Grossmann, Berlin.

O. Berner, Oslo: **Hermaphroditismus und Geschlechts-umwandlung.** Handbuch der Inneren Sekretion. II. Band. Lieferung 5. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch. 148 S. Preis brosch. 17 M. — Im Rahmen des von Max Hirsch herausgegebenen Handbuches der Inneren Sekretion erscheint die vorliegende Arbeit mit der Begründung, daß die modernen Anschauungen über den Hermaphroditismus in hohem Grade von der Lehre von der inneren Sekretion beeinflusst worden sind. Daß man auch jetzt noch von einer Klärung weit entfernt ist, daß gewissermaßen erst einzelne Meilensteine auf dem weiten, zurückgelegten Wege errichtet worden sind, lehren die Ausführungen des Verfassers auf jeder Seite. Eine schwindelerregende Fülle von Tatsachen aus der menschlichen und vor allem der tierischen Pathologie, mehr noch aber einander widersprechendste Theorien und Hypothesen werden uns vor Augen geführt, so daß, wer, ohne schon näher in die Materie eingedrungen zu sein, an das Studium der Arbeit herangeht, wohl wünschen möchte, in kurzen Zusammenfassungen Ruhepunkte zu finden, um das Uebermaß des Gebotenen besser verdauen zu können. Eine Erklärung des Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus zu geben, ist zur Zeit noch nicht möglich, deshalb sollte man nicht künstlich unbewiesene Voraussetzungen für Erklärungen schaffen, die schließlich doch nur Hypothesen sind, sondern rein morphologisch betrachtet daran festhalten, daß Hermaphroditismus den abnormen Zustand bezeichnet, daß das Individuum bisexuell ist, während wir das unisexuelle, aber mit heterologen Geschlechtscharakteren mehr oder weniger reichlich ausgestattete als pseudohermaphroditisch bezeichnen. Die Genese des Hermaphroditismus muß naturgemäß zurückgehen auf die Genese des Geschlechtes; bei der es sich darum handelt, ob eine ursprüngliche bisexuelle Anlage besteht, auf der dann der Hermaphroditismus als atavistische Hemmungsanlage aufgefaßt werden könnte; wahrscheinlich ist das aber nicht der Fall, es besteht vielmehr ein biologisch indifferenter Zustand. Die Geschlechtsbestimmung ist jetzt als mit den Geschlechtschromosomen in Zusammenhang stehend erkannt; was aber hierbei die Hauptrolle spielt, ist nicht das die Grundsubstanz darstellende Chromatin, sondern die durch Adsorption angelagerten chemischen Stoffe, die wahrscheinlich mit Enzymen analog sind. Hier beginnen die Beziehungen zu der inneren Sekretion, indem nach der Lehre von Goldschmidt über die Intersexualität da, wo kein endokrines Organ besteht, sondern sich die endokrinen Funktionen in jeder Zelle abspielen, eine abnorme Geschlechtsbestimmung durch ungewöhnliche endokrine Konstellation im Ei bedingt ist = zygotische Intersexualität, während außer dieser bei den Säugetieren die eigenen endokrinen Organe bei abnormen endokrinen Verhältnissen die hormonale Intersexualität bewirken können. Unter Umständen kann das Hormon eine vollständige Geschlechts-„Reversion“ hervorrufen, da damit gerechnet werden muß, daß die Gonaden eine große Plastizität besitzen. Beim Schwein ist sicherer Hermaphroditismus verus beobachtet worden, meist handelt es sich jedoch um Pseudohermaphroditismus. Der fehlerhafte Geschlechtszustand würde auf unter der normalen

bleibenden Stärke oder Menge des Hormons zu erklären zu sein. Wenn man annehmen kann, daß schon die embryonale Geschlechtsdrüse Hormonstoffe produziert, so würden sie dadurch die Entwicklung des ganzen Geschlechtsapparates leiten. Pseudohermaphroditismus und Hermaphroditismus lassen sich als Ausschlag von Intersexualität deuten; ungelöst ist noch die Frage, ob das betreffende Individuum genetisch maskulin oder feminin war. Von der größten Bedeutung hat sich trotz seiner Seltenheit der feminine Pseudohermaphroditismus (normale Ovarien, reine männliche äußere Genitalien) erwiesen, bei dem sich regelmäßig Veränderungen an den Nebennieren (Hyperplasien, Tumoren, Hypernephrome) finden; diese bewirken in anderen häufigeren Fällen Pubertas praecox oder Virilismus, Zustände, deren Besserung nach operativen Eingriffen den ätiologischen Zusammenhang mit den Nebennierenveränderungen erkennen lassen. So kann man den femininen Pseudohermaphroditismus als fötalen Virilismus auffassen. Wie die Nebennieren wirken, ist nicht bekannt; bei maskulinen Individuen üben sie überhaupt keinen morphogenetischen Einfluß aus. Auch andere Geschwülste an Geschlechtsdrüsen, Epiphyse wirken in gleicher Richtung der isosexuellen Frühreife oder des heterologen Geschlechtscharakters. Unklar trotz alledem, weshalb bei der Häufigkeit dieser Geschwülste die geschilderten Erscheinungen nur selten auftreten, weshalb nicht Ausfallserscheinungen, sondern konträrsexuelle, weshalb hierbei fast regelmäßig maskulinisierende Wirkung? Auffallend auch, daß nicht nur Geschwülste epithelialer, sondern auch solche bindegewebiger Natur einen derartigen morphogenetischen Einfluß ausüben. Für das chemische Milieu bei der Geschlechtsbestimmung hat der Stoffwechsel eine fundamentale Bedeutung. Viel schwieriger noch als beim weiblichen liegen die Verhältnisse beim männlichen Pseudohermaphroditismus, der häufig familiär ist; seine Erklärung kann eine verschiedene sein, je nachdem man davon ausgeht, daß es sich um ein genetisch maskulines oder feminines Individuum handelt. Die Geschlechtsbestimmung wird also normalerweise bei der Befruchtung bestimmt, später aber durch vielerlei Verhältnisse beeinflusst. Die Geschlechts-„Reversion“ ist möglich; heterosexuelle Zeichen bedeuten daher mehr oder weniger entwickelte Geschlechts-umwandlung. Die Entwicklung der Geschlechtscharaktere wird nicht nur von den Geschlechtsdrüsen, sondern z.B. auch von der Nebennierenhyperplasie beeinflusst. Andererseits scheint die funktionelle Bedeutung der interstitiellen Zellen in dieser Richtung keine große zu sein. Aus dem reichen Inhalte konnte hier nur einiges herausgegriffen und den vielverschlungenen Gedankengängen nur in groben Zügen gefolgt werden. Die vielfachen eigenen Untersuchungen des Verf. und die eingehende Kritik der Arbeiten anderer werden sicher die Grundlage weiterer Forschungen auf diesem Gebiete bilden.

Ernst Levin, Berlin.

Peter Schmidt, **Das überwundene Alter.** Paul List Verlag, Leipzig o. J. — Das gut ausgestattete 364 Seiten starke und mit 40 Tafeln versehene Buch führt den Untertitel „Wege zur Verjüngung und Leistungssteigerung“ und ist mit voller Absicht weitmöglichst allgemeinverständlich geschrieben, um auch dem Laien die Möglichkeit zu geben, sich über die praktische Auswertung der modernen biologischen und innersekretorischen Forschungen zu unterrichten. Der wissenschaftliche Boden, auf dem diese Forschungen entstanden ist, wie der Verfasser allerdings wohl nicht mit Recht glaubt, das auch in ärztlichen Kreisen unbekannte Feld von der inneren Sekretion. Von der Bedeutung der Drüsenforschung ist heute jeder Arzt durchdrungen, und ob es notwendig ist, für das breite Publikum ein dickleibiges Werk darüber zu schreiben und vor allem, ob so ein Buch von Laien auch durchstudiert werden wird, ist sehr zweifelhaft; dem Laien wird das, was er in der Tagespresse oder Zeitschriftenaufsätzen über Steinach und Vornoff liest, genügen, und wenn er persönliches Interesse für diese Behandlungen hat, wird er sich meistens mit seinem Arzt besprechen und sich von ihm beraten lassen. Schmidt hat u. a. den Satz geprägt: „Das Stadium der Reife eines Wesens beginnt mit der Funktion der Pubertätsdrüse und endet mit deren Arbeitseinstellung. Dies zeitliche Zusammentreffen ist kein zufälliges, sondern ein kausal bedingtes. Die Pubertätsdrüse beherrscht demnach den Ablauf der Jahreszeiten des Lebens. Verfasser bringt dann besonders aus eigenem Material eine große Anzahl von Fällen mit eingehenden Krankheits- und Erfolgsschilderungen, aus denen man unbedingt die Schlußfolgerung ziehen kann: Es gibt eine Beeinflussung des Altersprozesses und der damit zusammenhängenden Erscheinungen.“

Haber.

E. Kromayer, **Die Behandlung der kosmetischen Hautleiden unter besonderer Berücksichtigung der physikalischen Heilmethoden und der narbenlosen Operationsweisen.** (Georg Thieme, Verlag, Leipzig. Zweite Auflage. 1929. Preis kart. 5,50 M. —) Das kleine, handliche und übersichtliche Buch ist kein Lehrbuch der heute so weit ausgebildeten Kosmetik im weiteren Sinne, es ist die

Kromayersche Kosmetik in der Dermatologie. Das soll kein Vorwurf sein; im Gegenteil, ist doch der Verfasser seit Jahrzehnten als hervorragender Dermatologe, vortrefflicher Histologe, feinführender Therapeut bekannt, der durch vielfache neue Ideen und Methoden gerade das hier behandelte Gebiet bereichert und befruchtet hat. Mehr als in der allgemeinen Dermatologie kommt es in der Kosmetik auf die Vertrautheit mit den anzuwendenden Methoden, auf die Kenntnis ihrer Wirkung und ihrer möglichen Nebenwirkungen an, um das gesteckte Ziel zu erreichen und nicht den Patienten womöglich kosmetisch zu schädigen. Man denke nur an die Folgen der Röntgenbehandlung der Hypertrichosis, als sie noch die große Mode war! Daß Verfasser auch ihren neueren Empfehlungen zu diesem Zwecke skeptisch gegenübersteht, ist durchaus anzuerkennen. Ebenso bringt er auch den Mut auf, seine eigene ursprüngliche Empfehlung der Lichtbehandlung des mit der Pityriasis capitis verbundenen Haarausfalles zu widerrufen. Bei dieser Objektivität darf man ihm das Recht zugestehen, die von ihm in die Therapie eingeführten Methoden, Quarzlampe, Rotationsinstrumente (Zylindermesser, Fräsen, Bohrer), wo immer er sie geeignet findet, zu empfehlen, so daß wir ihnen bei der speziellen Behandlung der kosmetischen Hautleiden auf Schritt und Tritt begegnen. Wer Neigung verspürt, sich dermatologisch-kosmetisch zu betätigen und dabei erprobte Methoden zur Anwendung zu bringen, wird in dem Kromayerschen Buche sich schnell über die Indikationen und die mit einzelnen Anwendungen verbundenen Gefahren orientieren können; es ist ein Buch aus der Praxis für die Praxis!

Ernst Levin, Berlin.

Praktische Differentialdiagnostik für Aerzte und Studierende. Herausgegeben von Prof. Dr. Georg Honigsmann, Gießen. Bd. VI und VII: Haut- und Geschlechtskrankheiten von Dr. med. Paul Tachau, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wolfenbüttel-Braunschweig. Dresden und Leipzig. Verlag von Theodor Steinkopf. 1927. — Tachau bespricht zunächst die wichtigsten Haut- und Geschlechtskrankheiten — rein nach morphologischen Gesichtspunkten geordnet — und gibt von ihnen ein plastisches, anschauliches Bild, bei dem er auch den letzten Forschungsergebnissen gerecht wird. An die einzelne Krankheitsbeschreibung schließt er dann eine eingehende Differentialdiagnostik an, bei der er es äußerst geschickt versteht, die für den Praktiker wichtigsten klinischen Unterscheidungsmerkmale klar und ausdrucksvoll herauszuarbeiten. So ersetzt das Werk dem Praktiker, der sich intensiver mit Haut- und Geschlechtskrankheiten befassen will, ein größeres Handbuch; aber auch der Spezialist wird viel Anregendes und Interessantes in diesem Buche finden und es bei schwierigeren Fällen mit erheblichem Nutzen in die Hand nehmen.

Preis der beiden Hefte geheftet 14 und 13 M.

Bab, Berlin

Niedermeyer, Görlitz: Die Aufgaben des Frauenarztes bei der Eheberatung. 3. Heft des XVIII. Bandes aus der Sammlung „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung“. Verlag Richard Schoetz, Berlin 1929. 32 Seiten, Preis 1,60 RM. — In der vorliegenden Schrift setzt Verfasser auseinander, daß gerade der Frauenarzt wie kein anderer berufen ist, in erster Linie wissenschaftlich und praktisch in der Eheberatung mitzuwirken, und welche besonderen Aufgaben sich für ihn auf diesem Gebiete eröffnen, für die er als sachverständiger Berater zuständig erscheint. Zu diesem Zwecke muß er die „Sozialgynäkologie“ beherrschen, er muß eingehende Kenntnisse auf den zahlreichen Grenzgebieten seines Faches haben und die organischen Beziehungen der Gynäkologie zu den Natur- und Geisteswissenschaften kennen (Frauenkunde). Er muß ferner vertraut sein mit der modernen Konstitutionsforschung, der Endokrinologie und Sexualforschung, der Psychologie und Psychotherapie, sowie mit den Lehren der Rassenkunde, der Rassenhygiene (Eugenik), der Fortpflanzungshygiene und den Grundregeln der Bevölkerungspolitik.

Den Schluß der inhaltreichen und lehrreichen Schrift bildet ein sehr ausführlich rubriziertes Untersuchungsschema und eine Zusammenstellung der einschlägigen Literatur.

Rudolf Katz, Berlin.

Prof. Dr. Max Borst und Dr. Hans Königsdörfer jr.: **Untersuchungen über Porphyrin, mit besonderer Berücksichtigung der Porphyrin congenita.** Leipzig. S. Hirzel. 1929. Gsh. 38.—, geb. 40.— M. — Das mit ausgezeichneten Abbildungen in glänzender Ausstattung erschienene Werk behandelt auf Grund eingehendster morphologischer, mikrohistochemischer und physikalischer Untersuchungen Fragen, die sich auf die kongenitale Porphyrin beziehen. Studiert wurde der in der Literatur aus den Mitteilungen über chemische Untersuchungen von H. Fischer, O. Schumm, Papendieck, über klinische Untersuchungen von H. Günther und H. Weiß bekannte Fall Petry.

Verfasser kommen zu den Schlüssen, daß sich für die kongenitale Porphyrin ein fehlerhafter Aufbau des Hämoglobins, Myo-

globins und der Histohämone nicht beweisen lasse, daß man eben- sowenig auf einen fehlerhaften Abbau dieser Farbstoffe schließen könne, daß auch kein Anhaltspunkt für einen Fehler im intermediären Gallenfarbstoffwechsel bestehe, daß schließlich die Porphyrine auch nicht als Nebenprodukte dieses Stoffwechsels anzusehen seien. Eine Aufnahme von Porphyrinen aus der Nahrung ist möglich, aber nicht bewiesen. Auch eine Rückresorption ist denkbar. Umwandlungen von Chlorophyll in Porphyrine ist nicht festzustellen. Anhaltspunkte für einen Dualismus der Blutfarbstoffe ergaben sich nicht.

Die positiven Ergebnisse der umfangreichen Arbeit fassen die Verfasser wie folgt zusammen. „Das Protoporphyrin ist die Vorstufe bei der Synthese des Protohämins. Das Uroporphyrin spielt die Rolle eines selbständigen Organoporphyrins, auch dem Koproporphyrin ist diese selbständige onto- und phylogenetisch begründete Stellung zuzusprechen. Wir erblicken das Wesen der kongenitalen Porphyrin darin, daß der intermediäre Porphyrinstoffwechsel auf einer phylogenetischen und ontogenetischen Entwicklungsstufe stehenbleibt. Dabei scheint es sich um das Persistieren eines vom Hämatingstoffwechsel unabhängigen Prozesses im Sinne der Synthese selbständiger Organoporphyrine zu handeln. Diese aus den morphologischen und histochemisch-physikalischen Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse stimmen auffallend überein mit den Ergebnissen der chemischen Konstitutionsforschung der Porphyrine H. Fischers.“

Megalo- und Erythroblasten zeigen bei Petry ausgesprochenen Porphyringehalt. Dieser ist kein pathologischer, er entspricht einer frühembryonalen Entwicklungsperiode. Der Prozeß ist als eine Synthese von Porphyrinen aufzufassen. Die für den postembryonalen Organismus unbrauchbaren Erythroblasten werden durch Phagozytose aus dem Blutkreislauf eliminiert. Als Ort der Synthese der Porphyrine sind die Erythroblasten anzusehen.“

A. Fiegel, Berlin.

Rheuma und Rheumabekämpfung. Eine volksgesundheitliche und volkswirtschaftliche Studie für Arzt, Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege von Dr. med. Arnold Zimmer. Mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. August Bier. Berlin 1928. Verlag von Reimar Hobbing. 98 S. — Im Anschluß an den von uns referierten Artikel desselben Verfassers aus dem „Archiv für soziale Hygiene und Demographie“ möchten wir die vorliegende Schrift besonders warm empfehlen. Hier findet der Leser alles Wesentliche aus dem Gebiet der Rheumaforschung und -statistik konzentriert. Außerdem wird eingehend das bis jetzt noch nicht gelöste Problem der Rheumanomenklatur besprochen. Was die Rheumabekämpfung betrifft, so werden die bisherigen Versuche einer eingehenden Kritik unterzogen. Alles in allem ist die Zimmersche Arbeit für jeden Praktiker unentbehrlich.

M. Kantorowicz.

Otto Walkhoff: Die Vitamine in ihrer Bedeutung für die Entwicklung, Struktur und Widerstandsfähigkeit der Zähne gegen Erkrankungen. Hermann Meußner, Berlin 1929. 100 S. mit 43 Abbildungen. Geb. 13,50 RM. — Die als Resultat experimenteller Untersuchungen von Ernst Walkhoff entstandene Monographie des bekannten Verfassers wird von jedem Arzt mit großem Interesse gelesen werden. Die Wichtigkeit des ganzen Fragenkomplexes geht deutlich aus der Zusammenfassung am Schluß der Ausführungen hervor: „Ein unregelmäßig verlaufender Wachstumsstoffwechsel betrifft die Zahnbildner von allen Zellen des Organismus am frühesten und am stärksten und macht sie für die ihnen zukommenden spezifischen Funktionen mehr oder weniger durch einen eintretenden Mangel an Vitaminen insuffizient. Der angerichtete Schaden in Form von inneren und eventuell von äußeren Hypoplasien der Zahngewebe ist ein dauernder.“ Ein ausführliches Literaturverzeichnis und ein Sachregister würde den Wert der Monographie noch heben.

L. Gordon, Berlin.

Ferdinand Hochstetter, Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns. II. Teil: Die Entwicklung des Mittel- und Rautenhirns. Wien und Leipzig. Verlag Franz Denticke. 1929. — Nachdem Verfasser in früheren Lieferungen die Entwicklung der Zirbeldrüse und des Hirnanhangs besprochen hat, wendet er sich hier der Entwicklung des Mittel- und Rautenhirns zu. In eingehender, überaus fleißiger Weise werden an der Hand zahlreicher guter Abbildungen besprochen: die Entwicklung der äußeren Form des Mittelhirns älterer Embryonen, die Abgrenzung des embryonalen Mittelhirns, die Entwicklung der engen Sylvischen Wasserleitung aus dem ursprünglich weiten Hohlraum des Mittelhirns, das Schicksal des Recessus postcommissuralis, das Schicksal der Isthmusbucht, die Reduktion der Hohlraumes des kaudalen Mittelhirnblindsackes und das Verschwinden seiner Frenulumrinne, die Entwicklung des Rautenhirns, das Verschwinden des Sulcus medianus internus bzw. der Fissura mediana cerebelli, die Bildung eigentümlicher subependymaler Zysten im

Bereiche der inneren Kleinhirnwülste, die Entwicklung des Velum medullare rostrale, des Nodulus, der Flocke, der Nebenflocke, der Furchen und Lappen des Kleinhirnwurms und der Kleinhirnhemisphäre, des Adergeflechtes der vierten Hirnkammer, die Bildung der Apertura mediana und der Aperturæ lateralis ventriculi quarti, die Taenien des Rautenhirns, der Boden des vierten Ventrikels.

Kurt Mendel, Berlin.

J. Klüber und H. Schmidt: **Gedanken zur Psychopathenfürsorge**. 2., verb. Aufl. Verlag der J. Kastnerschen Buchhandlung, Landau (Pfalz) 1928. — Die erste Auflage des Buches war 1925 von Klüber, der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Klingenmünster ist, allein verfaßt. Es lagen ihr Vorträge über jugendliche Psychopathen und deren Erziehbarkeit zugrunde, die der Verfasser vor Fürsorgebeamten, Jugendrichtern und Ärzten gehalten hat. Die vorliegende zweite Auflage ist in Gemeinschaft mit H. Schmidt wesentlich vermehrt herausgegeben. Schmidt ist an der gleichen Anstalt tätig und besitzt als Fürsorgearzt besondere Erfahrung. Aus der Fülle des Materials konnten nur die Hauptsätze zusammengestellt werden, um denen, die sich in der Praxis mit diesen Fragen befassen, ein Orientierungsmittel an Hand zu geben. Die Ausführungen der Verfasser zeugen von der langjährigen Erfahrung auf dem in Frage kommenden Gebiet. Besonders eingehend ist die Frage der Unerziehbarkeit und Erziehbarkeit verwahrloster Jugendlicher behandelt. Die im 8. Kapitel festgestellte Tatsache, daß theoretisch schon heute eine Beeinflussungsmöglichkeit auch schwerer Psychopathen besteht, erweckt besondere Befriedigung. Der geringe Umfang des Werkes (87 Seiten) erlaubt natürlich nur ein beschränktes Eingehen auf all die zahlreichen Fragen, die denen, die sich praktisch mit Fürsorgeerziehung und Fürsorgeberatung befassen, aufstoßen. Durch ein dieser Auflage zugefügtes Literaturverzeichnis wird aber das weitere Studium der verschiedenen Fragen sehr erleichtert. Interessant ist, aus dem Literaturverzeichnis zu ersehen, daß die meisten Forschungen und Publikationen, besonders auf dem Gebiete der pädagogischen und heilpädagogischen Literatur, erst aus den letzten 5 bis 10 Jahren stammen, ein Beweis, wie sehr hier alles noch Neuland ist. Die im Anhang abgedruckten Ratschläge (nach Major) zur Erziehung anormaler Kinder und Psychopathen dürften alle Eltern und Erzieher besonders interessieren.

Haber.

J. K. Thoden van Velzen: **Psychoenzepale Studien**. 6. verm. Aufl. Verlag Velzen, Joachimsthal (Mark). 1929. 4 M. — Diese psychoenzepalen Studien sind, wie Verfasser im ersten der 6 Vorworte betont, in ihrer Ideenart völlig verschieden von den bisherigen Büchern über dieses Thema, was sich bereits daran zeigt, daß er die Idee seines Vaters an die Spitze stellt, daß das Gedächtnis sphärisch sei. Beweis: Sehbilder gehören zu unserem Gedächtnis; die äußerste Form dieser Sehbilder ist der sphärische Himmelsbogen; also ist dieser die äußerste Form eines Teiles unseres Gedächtnisses, die Grenze eines Teils unseres geistigen Wesens. In dieser dem nach üblicher Weise Denkenden schwer verständlichen Form bekennet Verfasser seine eigensten Ansichten über sämtliche Themata, die je gedacht und geschrieben worden sind. Es ist nicht leicht, den Gedankengängen oder vielmehr Gedankensprüngen des Verfassers zu folgen. Hysterie wird aufgefaßt als eine Trennung der Vorstellungen von den Vorstellungen gewisser Nerven von den betreffenden Nerven. Eigenartig ist auch die Definition vom „Wesen“, das ein Inhalt sei, welcher einen Raum einnimmt und beweglich ist. Ueber Stottern heißt es: Das Stottern entsteht durch den Geist, der wiederholt auf Wortbilder wirkt. Man kann es nachahmen, ein Beweis, daß diese Tätigkeit wenig Abnormes hat, sondern hiermit erklärt ist. In ebenso einfacher Weise wird er mit den schwierigsten Problemen fertig, wie auch das Schema der Hirnrinde die Lage der Seele zum Gehirn verblüffend einfach erläutert. Angefügt sind dem Buch sämtliche Kritiken, die fast immer einen Hinweis auf den eigenartigen Charakter des Buches enthalten, der jedenfalls eine ebenso eigenartige Persönlichkeit des Autors verbürgt.

Haber.

Kurt Schneider, a. o. Prof., Oberarzt der psychiatrischen und Nervenambulanz der Universität Köln: **Die psychopathischen Persönlichkeiten**. Verlag Denticke, Leipzig-Wien, 1928. — Die Arbeit Schneiders liegt nun in zweiter, wesentlich veränderter Auflage vor und wird mit demselben Interesse aufgenommen werden wie bereits die erste. Die psychopathische Persönlichkeit wird in allen ihren Erscheinungsformen erfaßt und, trotz der ungeheuren Vielseitigkeit der Symptome zu einer im ganzen einheitlichen Gruppe vereinigt. Die Auffassungen und Theorien der anderen Autoren, wie Bleuler, Kraepelin, Kretschmer, Aschaffenburg, die sich mit diesen Individuen besonders eingehend beschäftigt haben, werden in richtunggebender Weise den einzelnen Gruppen vorangestellt; die Einteilung in zehn Gruppen erleichtert gewissermaßen das Einreihen schwieriger Persönlichkeiten und die differentialdiagnostische

Abgrenzung gegen die Psychosen. Wertvoll sind bei aller Kürze die Hinweise auf die soziale Bedeutung und die therapeutischen Möglichkeiten, die oft Hand in Hand gehen und gerade hier um so wichtiger sind, als es sich um ein Menschenmaterial handelt, das von ebenso großem sozial-menschlichen Wert wie Schaden sein kann; andererseits sollen die Psychotherapeuten vor einem allzu großen Optimismus wie Pessimismus bewahrt werden, je nachdem es sich um konstitutionell bedingte oder andersartig entstandene Schäden handelt, da stets die Gefahr vorliegt, an solche Fälle zuviel Aufwand an Kraft, Zeit und letzten Endes Geld zu verschwenden oder sie umgekehrt zu schnell als unbeeinflussbar einzuschätzen. Auch den gebildeten Laien, Pfarrern, Richtern, Lehrern usw. kann das Buch als Führer dienen, das ihnen die Erkenntnis vieler schwieriger Phänomene der ihnen Anvertrauten erleichtern wird und sie vor manchen Enttäuschungen und Erscheinungen bewahren kann.

Haber.

Max Flesch: **Gehirn und Veranlagung des Verbrechers**. W. de Gruyter & Co. Berlin 1929. 8 M. — Das vorliegende Buch des bekannten Mediziners enthält eine Reihe älterer und neuerer Aufsätze, deren Kernpunkt meistens die Aufhellung der pathologischen Hintergründe des Verbrechens an sich und des Verbrechers als solchen erstrebt. Außerordentlich wertvoll sind dafür die objektiven anatomisch-pathologischen Beweise bei Fingerfertigen, Selbstmördern usw., bei denen sich fast immer starke Abweichungen vom normal gebildeten Gehirn gefunden haben. Das Buch ist eigentlich mehr für Strafrechtler von Interesse; unter Medizinern wird es hauptsächlich bei Gerichtsmedizinern Beachtung finden. Wie auch aus dem Untertitel des Buches hervorgeht, soll es einen Beitrag zur Aufhebung der Todesstrafe bilden. Die Diskussion hierüber bildet ja einen der Hauptpunkte der im Gange befindlichen Strafrechtsreform und, wenn der Referent richtig unterrichtet ist, ist ja die Entscheidung darüber im Strafrechtsreformausschuß des Reichstages schon im bejahenden Sinne, d. h. für Abschaffung der Todesstrafe gefallen. Flesch behandelt die ganze Materie natürlich vom Gesichtspunkt des Arztes aus. Für ihn ist der „Verbrecher“ ein Kranker, ein Mensch also, der der Außenwelt gegenüber als anormal dasteht. Seine abnorme Beschaffenheit muß geheilt und nicht bestraft werden. Gegen die Schädigungen muß vorbeugend vorgegangen werden. Abnorm veranlagte Individuen, bei denen eine Rückführung zur Norm nicht möglich ist, müssen vor sich selbst, die Gesellschaft vor ihnen geschützt werden. Die Grundgedanken eines Bewahrungsgesetzes, das allgemein erstrebt wird, klingen durch Fleschs Ausführungen hindurch. Die analytisch-kritische Besprechung einer Anzahl von Kriminalfällen bildet einen wertvollen Beitrag zu diesem Ziel der Arbeit, die auch zur Ausgestaltung des Gerichtsverfahrens an sich durch Berücksichtigung der biologischen und psychologischen Erforschung des Verbrechertums beiträgt.

Haber.

Emmerich Markovits: **Röntgendiagnostik der Knochen- und Gelenkerkrankungen in Tabellenform**. Verlag Georg Thieme, Leipzig 1929. 158 Seiten. Preis geb. 17 M. — Bei der Fülle der Neuerscheinungen in der röntgenologischen Literatur besteht immer mehr die Gefahr, daß die Darstellung in die Breite und nicht in die Tiefe geht. Diese Gefahr ist in der soeben erschienenen Röntgendiagnostik der Knochen- und Gelenkerkrankungen von E. Markovits glücklich vermieden worden. Die Darstellung in Tabellenform zwingt von selbst zu klarem Ausdruck. Eine prägnantere Schilderung, eine übersichtlichere Anordnung ist kaum noch möglich. So wird das Werk dem Lernenden ein guter Wegweiser, dem Erfahrenen ein willkommenes Nachschlagewerk zur raschen Orientierung sein. Für spätere Auflagen, die zu prophezeien nicht schwer ist, wären Literaturhinweise wenigstens bei den selteneren Erkrankungen erwünscht. Ferner ist eine größere Zahl von Abbildungen oder wenigstens schematischen Zeichnungen notwendig, so etwa bei der Myositis ossificans und der Gelenkchondromatose. Außerdem vermisse ich eine Beschreibung der Kieferosteomyelitis und der differentialdiagnostisch hierher gehörigen Bursaverkalkungen. Bei der Zusammenfassung der Knochenatrophie (S. 18) ist eine Angabe der Ursachen zweckmäßig, bei den Knochenverletzungen ein Hinweis auf die Diagnose feinerer Verletzungen durch Strukturunterbrechung und auf die Bilder der heilenden Frakturen. Im übrigen ist man aber von der Fülle des Stoffes überrascht. Dem Werk ist weiteste Verbreitung sicher.

Kirschmann, Berlin.

Richard Herz: **Die photographischen Grundlagen des Röntgenbildes**. Verlag Georg Thieme, Leipzig. 222 Seiten. Preis geheftet 17 M. — Dieses Werk füllt wirklich eine Lücke aus. Hier hat ein Berufener den großen Stoff gemeistert und unter Berücksichtigung auch der neuesten Arbeiten eine umfassende Darstellung gegeben, die durch Klarheit des Ausdruckes, verbunden mit sachlicher Kürze, für sich einnimmt. Das Buch wird bald zum eisernen Bestand in jeder röntgenologischen Bibliothek gehören.

Kirschmann, Berlin.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Ueber Drosithym.

Von Polizei-Medizinalrat Dr. FERDINAND KRAPP, Breslau.

Ein Heer von Präparaten schickt die chemisch-pharmazeutische Industrie auf den Markt, um gegen den Keuchhusten mit Erfolg anzukämpfen. Viele Präparate verdienen volles Lob und bringen uns in unserem fast ohnmächtigen Kampf gegen diese unangenehme Kinderkrankheit einen Schritt weiter. Im Verlauf meiner ärztlichen Tätigkeit hat sich mir vor allem als gutes Keuchhustenmittel das „Drosithym“ der Ysaffabrik Bürger in Wernigerode bewährt.

Das Drosithym wird von Bürger durch sein Dialysierverfahren, welches ein hochwertiges Heilmittel aus der unzersetzten Volldroge liefert, aus dem Sonnentau (Drosera) gewonnen. Sonnentau gehört zu den insektenfressenden Pflanzen, sind kleine Kräuter mit unscheinbaren weißen Blüten. Die Blätter sind mit Drüsenhaaren dicht besetzt. Drosera kommt in deutschen Torfmooren häufig vor. Außer Drosera enthält das Drosithym noch Thymus serpyllum (Feldthymian, Quendel, Feldkümmel), der in Deutschland auf sonnigen Triften wächst.

An jedem Keuchhustenkranken läßt sich schon einige Tage nach Verabreichung von Drosithym feststellen, daß die Dauer und die Zahl der Hustenanfälle anfangen, nachzulassen; auch nachts sind die Anfälle nicht mehr so zahlreich. Bereits kurz nach dem Gebrauch tritt der Hustenreiz zurück und man merkt sichtlich eine wesentliche Beruhigung der von Anfällen Geplagten. Es zeigt sich hier die sedative Wirkung, obgleich Drosithym frei von Narkotika, Brom und Chinin ist. Von den Kranken wird das fast geschmacklose Präparat gern genommen, da es ja in ganz kleinen Dosen verordnet wird. Irgendwie nachteilige Wirkungen, wie Erbrechen, Magen-Darmstörungen, konnten nicht beobachtet werden.

Seit zwei Jahren verordne ich speziell bei Kindern bei jedem Keuchhusten das Drosithym mit Erfolg. Bei Kindern jeden Alters, auch bei Säuglingen, konnte ich die gleiche Wirkung sehen: Abnehmen der Anfälle sowohl an Zahl wie auch an Heftigkeit, Besserung der Nachtruhe, das Erbrechen wird geringer, wodurch der Ernährungszustand wesentlich gehoben und dadurch das Allgemeinbefinden der kleinen Patienten erheblich gebessert wird. Kurz ausgedrückt, ist eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes der Haupterfolg von Drosithym.

Man verordnet Drosithym bei Säuglingen und Kindern bis zu 2 Jahren morgens nüchtern und abends vor dem Abendessen je einen einzigen Tropfen in einem Teelöffel Wasser. Nach einigen Tagen steigert man die Dosis bis 3 Tropfen morgens und abends. Bei Kindern über 2 Jahren und Erwachsenen gibt man morgens und abends vor den Mahlzeiten 2 bis 3 Tropfen während dreier Tage, dann Steigerung auf 3 bis 5 Tropfen bis zur Heilung. Wichtig ist, daß das Medikament nüchtern, d. h. vor dem Frühstück, genommen werden muß, ebenso abends vor Einnahme des Abendessens. Das Innehalten dieser Dosierung ist für die Behandlung von Wichtigkeit. Nicht unbeachtet darf der niedrige Preis des Drosithyms bleiben.

Außer bei Pertussis wird Drosithym bei Krampfhusten mit gutem Erfolg gegeben. Auch akute und chronische Bronchitis sowie alle katarrhalischen Erscheinungen gehen auf Verabreichung von Drosithym schnell zurück. Wichtig ist das baldige Abnehmen des quälenden Hustenreizes. Man gibt hier Drosithym bis dreimal täglich 15 Tropfen.

Drosithym ist daher indiziert bei allen katarrhalischen und entzündlichen Erkrankungen der Luftwege, besonders aber bei Keuchhusten, wo es sehr gute Dienste leistet.

Radiumemanationstherapie.

Von Dr. med. STACKFLETH, Berlin.

Viel ist in den letzten Jahren über Radium und seine oft ganz überraschenden Heilwirkungen bei den verschiedensten Erkrankungen geschrieben worden. Um so mehr ist man stets wieder erstaunt, zu sehen, wie wenig Aerzte sich bisher mit dieser Methode vertraut gemacht haben.

Ich habe hier nicht die Absicht, die nun schon so oft geschilderten theoretischen Grundlagen der Radiumtherapie nochmals zu wiederholen, sondern möchte aus einer etwa vierjährigen umfangreichen Erfahrung heraus einige Fälle schildern, die mir geeignet erscheinen, zu beweisen, daß wir es hier mit einem Therapeutikum zu tun haben, das größte Beachtung verdient.

Im ganzen habe ich 125 Patienten mit Radiumemanation behandelt. Die angeführten Fälle stellen keine besonderen „Reklamefälle“ dar, sondern sollen nur die Vielseitigkeit des Wirkungskreises dokumentieren.

1. Fall: Herr M. St., 53 Jahre, normale kräftige Konstitution. Patient litt seit Jahren an einer regelmäßig im Frühjahr und Herbst auftretenden äußerst lästigen Iritis und Conjunctivitis rheumat. Anfall dauerte meist 4 bis 6 Wochen; während dieser Zeit war Pat. völlig arbeitsunfähig. Jahrelange spezialärztliche Behandlung ohne jeglichen Erfolg, innerlich Atophan, Kalzan usw. ohne jeglichen Einfluß. Herr St. kam zu Beginn eines Anfalles in meine Behandlung und erhielt nichts als täglich 4 bis 5 Glas Radiumemanation. Der akute Anfall ging nach etwa 3 Wochen zurück und ist Patient seitdem (4 Jahre) völlig beschwerdefrei. Den gleichen günstigen Verlauf dieses zuweilen so hartnäckigen Leidens konnte ich in den letzten 2 Jahren noch bei vier weiteren Pat. beobachten.

2. Fall: Herr F. B., 39 Jahre, kräftige Konstitution, hereditäre Belastung. Seit 11 Jahren Gallenbeschwerden, Druck in Lebergegend, vereinzelt Koliken, röntgenologisch Steine nicht nachweisbar, Neigung zum Rheuma, Allgemeinbefinden sonst gut. Gallenblase typisch druckempfindlich. Unter interner Therapie erheblich gebessert; nach einem halben Jahr erneut Beschwerden mit starker Empfindlichkeit der Gallenblase. Durch innere Mittel wieder erheblich gebessert, doch nicht frei. Versuchsweise Radiumkompressen, die wesentliche Linderung gab. Nach dieser Erfahrung Radiumtrinkkur. Nach 3 Tagen heftigste Kolik, wie seit Jahren nicht beobachtet; da nach 8 Tagen immer noch starke Reaktionen, wurde Trinkkur abgesetzt. Nach 3 Tagen prompt Aufhören der Schmerzen. Befund subjektiv und objektiv frei. Vorsichtig Fortsetzung der Trinkkur, die jetzt reaktionslos vertragen wird. Nach 2 Jahren erkundigte ich mich beim Pat., dieser war inzwischen völlig beschwerdefrei, auch vom Rheuma nichts mehr bemerkt.

3. Fall: Herr A. K., 30 Jahre, Zeitungshändler. Seit Jahren viel mit Rheuma behaftet, seit 3 Wochen fast steif, besonders morgens, so daß Ankleiden nur mit Hilfe möglich. Gelonida antin., Atophan, homöopathische Mittel waren erfolglos. Bereits 7 Tage nach Beginn der Radiumtrinkkur erhebliche Besserung, nach 6 Wochen völlig frei. Nachuntersuchung nach einem Jahr ergab, daß Pat. in der Zwischenzeit beschwerdefrei geblieben ist, trotzdem er viel ungünstiger Witterung ausgesetzt war.

4. Fall: Frau I. H., 61 Jahre, heftige Nacken- und Kreuzschmerzen, Einschlafen der Glieder, Tremor man., wandernde Schmerzen im ganzen Körper, besonders bei feuchtem Wetter, Gichtknoten an den Händen. Cor.: acc. R. R. 190/80. Pumo o. B., gynäkol. o. B., Urin frei. Pat. wurde bisher erfolglos unter der Diagnose „nervöse Beschwerden“ behandelt. Nach 4 Monaten interner Therapie war Befinden ein gut Teil gebessert, doch noch sehr wechselnd. Blutdruck unverändert. 6 Wochen Radiumtrinkkur ohne jegliche andere Therapie. Subjektiver und objektiver Befund ganz erheblich gebessert, R. R. 170/80, Nacken und Kreuz frei. Tremor ebenfalls gebessert.

5. Fall: Frau H. H., 38 Jahre, etwas pastöser Typ. Viel Kreuzschmerzen, besonders morgens steif. Kopfdruck, allgemein matt, viel Sediment. lat. Nach 5 Monaten intensiver Allgemeinbehandlung Besserung aller Beschwerden, doch war Befinden bei weitem nicht zufriedenstellend; 6 Wochen Radiumtrinkkur änderte das Bild völlig; Pat. fühlt sich „wie verjüngt“. In den ersten 3 Wochen der Trinkkur zuerst Zunahme der Beschwerden. Ich hatte hier deutlich den Eindruck der Aktivierung des ganzen Stoffwechsels.

6. Fall: Herr G. S., 67 Jahre, vor 20 Jahren L. Jetzt Einschlafen der Glieder, sehr viel lanzinierende Schmerzen, besonders in den Beinen, Ataxie. Allgemeinbefinden sonst gut. Cor. acc. etwas arhythm. R. R. 210/110. Pupillenreflex sehr schwach. Patellarreflex beiderseits aufgehoben, War. +—. Unter Allgemeintherapie (kein Salvarsan) leichte Besserung. R. R. 180/80. Nach 7 Wochen Radiumtrinkkur waren die lanzinierenden Schmerzen fast beseitigt. R. R. 140/80. Allgemeinzustand,

Schmerzen, Ataxie erheblich gebessert. Nachuntersuchung ein halbes Jahr später: Besserung bisher von Bestand.

Was erschen wir nun aus diesen Fällen? Die hier angeführten Krankengeschichten zeigen uns Bilder, wie sie jeder Praktiker täglich in der Sprechstunde zu sehen bekommt. Mit Injektionen, zahlreichen Medikamenten, Massagen, Bestrahlungen, Schwitzprozeduren usw. quälten sich Arzt und Patient oft über Wochen und Monate, um allzu häufig zum Schluß zu sehen, daß der therapeutische Effekt zuweilen recht bescheiden ist. Bei der dann gern als ultim. refug. verordneten Badereise stößt man aus pekuniären Gründen nur allzu oft auf Schwierigkeiten. Bei einem großen Teil jener Patienten wird man durch Verordnung einer Radiumtrinkkur viel Dankbarkeit und Freude erleben. Die Durchführung dieser Kur ist heute an jedem Ort und zu jeder Zeit möglich, die Kosten sind ganz geringfügig, viele Krankenkassen erstatten den verauslagten Betrag zurück. Ich benutze seit Jahren die Apparate bzw. Kompressen der Allgemeinen Radium-Gesellschaft zu Berlin.

Im Laufe der Jahre haben sich mir folgende Indikationsgebiete als besonders geeignet erwiesen:

1. Alle Erkrankungen, die auf harnsaurer Diathese beruhen:

- a) Akuter Gichtanfall, besonders auch zur prophylaktischen Intervallbehandlung bei entsprechender Disposition.
- b) Alle chronisch gichtischen Gelenkentzündungen.
- c) Akute und besonders chronische Myalgien jeglicher Art. Besonders schöne Erfolge beobachte ich bei den meist so lästigen und hartnäckigen Nacken- und Kreuzschmerzen, unter denen besonders die Frauen viel zu leiden haben. Wie oft sah ich, daß diese Patienten wegen ihrer Kreuzschmerzen erfolglos auf Unterleibsleiden (insbesondere Retroflexio uteri) behandelt wurden. Bei genauer Palpation der Nacken- und tiefen Rückenmuskulatur findet man hier meist schwierige Einlagerungen (Muskelhärtungen), deren Beseitigung durch entsprechende Allgemeinheitherapie in Verbindung mit einer sechs- bis achtwöchigen Emanationskur meist prompt zu erreichen ist. (Ich verweise hier auf den beachtenswerten Artikel von Hesselbarth, mit dessen Ausführungen ich mich auf Grund jahrelanger Beobachtungen an einem reichen Krankenmaterial völlig einverstanden erklären kann. Mediz. Welt 10/1928.)
- d) Akute und chronische Neuralgien, besonders Ischias, Interkostalneuralgien, Trigemini-neuralgien usw.
- e) Migräne, welche nach meiner Auffassung als Symptom einer rheumatischen Konstitution anzusehen ist, wobei ich diesen Konstitutionsbegriff möglichst weit gefaßt sehen will; nicht nur im Sinne von Harnsäurebelastung, sondern auch jeglicher anderen Stoffwechselschlacken wie Eiweißabbauprodukte, intestinale Toxikosen etc. Bei entsprechender Allgemeinheitherapie und Diät (purinarme Kost, wenig Eiweiß, kein Kaffee, viel Gemüse, Obst und Salate) in Verbindung mit Radiumtrinkkur sah ich bei den meisten Patienten die Anfälle immer seltener und milder werden, um häufig dann ganz zu verschwinden. Jedenfalls halte ich auf Grund sehr zahlreicher Beobachtungen die Migräne für ein in den meisten Fällen bequem zu behandelndes Leiden.

2. Chronische Gelenkentzündungen nicht gichtischer Aetiologie wie Arthritis deformans, Arthropathia deformans endocrinica (Zimmer), Morbus Bechterew usw. Auch hier erlebt man häufig ganz überraschende Besserungen des Zustandes.

3. Arthritiden und Neuralgien auf infektiöser Basis, wo ich gleichfalls äußerst günstige Resultate feststellen konnte: Lanzinierende Schmerzen der Tabiker, Arthritis gonorrhoeica und vor allen Dingen akuter und chronischer Gelenkrheumatismus, bei welchem sich die von mir angewandte Therapie glänzend bewährt hat. Ich gebe diesen Patienten niemals Salizylpräparate, verordne sofort eine achtwöchige Radiumtrinkkur und injiziere alle 3 bis 6 Tage intravenös 0.3 ccm Acid. form. D. 6 (Dr. Schwabe, Leipzig). Nach Abklingen der akuten Symptome werden die Injektionen naturgemäß seltener vorgenommen. In besonders hartnäckigen oder schweren Fällen evtl. Omnadin und neuerdings auch Detoxin als Zwischenmittel. Die bei früheren Anfällen nach der üblichen Methode behandelten Patienten waren meist überrascht, wie schnell Fieber und Schmerzen behoben wurden. Sollten meine Aus-

führungen hierüber zu Versuchen anregen, so wäre ich für Mitteilungen an dieser Stelle dankbar.

4. Gallenblasenentzündungen (Fall 2).

Bei allen schmerzhaften Affektionen, wie sie oben geschildert wurden, aber auch bei subakuter und chronischer Appendizitis, bei Unterleibsbeschwerden (Adnexitis, Parametritis usw.) und besonders bei schmerzhaften Zuständen in der Leber-Gallengegend haben sich mir die Radiumkompressen stets ausgezeichnet bewährt. Diese Kompressen werden trocken auf die schmerzenden Stellen gelegt, wobei das Radium seine schmerzstillende und entzündungshemmende Wirkung am besten entfalten kann.

Manch ein Kollege mag zunächst durch die vielseitige Heilwirkung dieser Radiumtherapie stutzig werden; man führt sie jedoch auf eine einzige Ursache zurück, nämlich auf die Aktivierung der Fermente. Radium steigert katalytisch die Oxydationsvorgänge, auf denen letzten Endes alles Leben beruht; es fördert das Wachstum der Zelle, steigert die Ausscheidung von Harn und Harnsäure, erniedrigt den Blutdruck (Fall 4 und 6), beruhigt die Nerven, wirkt entzündungshemmend und schmerzlindernd und steigert die sexuelle Vitalität durch Aktivierung des gesamten Stoffwechsels und der Drüsentätigkeit.

Wir sehen also, daß wir es hier mit einem Therapeutikum allerersten Ranges zu tun haben, das durch seine hervorragende Wirksamkeit, seine Billigkeit und bequeme Anwendungsweise berufen ist, einen breiten Raum unter den uns zur Verfügung stehenden Mitteln einzunehmen. Eigentümlicherweise gibt es Patienten, die auf Radium nicht zu reagieren scheinen, und auch andere wieder, bei denen die erwünschte Reaktion erst später als erwartet eintritt. Die Zahl dieser Patienten ist gering, doch muß der Arzt mit dieser Tatsache vertraut sein. Typisch ist in den meisten Fällen eine anfängliche Zunahme der Beschwerden; auf diese Reaktion, welche als günstiges Zeichen zu betrachten ist, macht man den Patienten am zweckmäßigsten vorher aufmerksam. Da Radium bei vielen Patienten etwas obstupierend wirkt, muß durch ein mildes Laxans (Natr. sulf. sicc., morgens nüchtern gelöst) für Stuhlgang gesorgt werden, was während der Kur von besonderer Wichtigkeit ist. Als einzige mir bekannte Gegenindikation ist die Tuberkulose anzusehen, bei welcher sich die aktivierende Wirkung des Radiums meist ungünstig bemerkbar macht.

Therapeutisches über Testifortan nach Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld und Dr. B. Schapiro.

Von Dr. med. HANS FLOTOW.

Die Impotenz ist viel verbreiteter, als man im allgemeinen anzunehmen pflegt. Nach der Verursachung dieses Leidens kann man drei verschiedene Grundformen unterscheiden. Zunächst kann die Impotenz auf somatischer Grundlage beruhen. Dann ist die Immissio penis entweder mechanisch behindert oder kommt infolge ausbleibender Erektion nicht zustande. Die mechanischen Hindernisse erscheinen jedoch als Ursache der somatischen Impotenz ziemlich selten; sehr viel häufiger wird sie durch innere Krankheiten hervorgerufen, sei es, daß auf dem Wege der Tuberkulose bzw. der Lues die Hoden einer Zerstörung verfallen, oder sei es, daß durch Diabetes, Schrumpfnieren und Tabes der innersekretorische oder nervöse Sexualapparat beeinträchtigt wird. Die zweite Form der Impotenz ist eine Teilerscheinung der Neurasthenie. Sie besteht in Erektionsschwäche, häufig verbunden mit vorzeitigem Samenerguß — Ejaculatio praecox. Diese reizbare Schwäche äußert sich durch eine hochgesteigerte Reizempfindlichkeit, die einen stark beschleunigten Eintritt des Orgasmus und damit eine vorzeitige Samenentleerung zur Folge haben muß. Die dritte Erscheinungsform der Mannesschwäche, die psychische Impotenz, ist stets von rein seelischer Bedingtheit. Sie ist es, die ungleich häufiger als die beiden vorher betrachteten Arten zum Gegenstand der ärztlichen Behandlung wird. Der Patient, dem durch vorgereiftes Lebensalter, durch zehrende Krankheiten, durch schwere Unterernährung, durch seelische Bedrückung oder aus irgendwelchen Gründen die Libido verlorengegangen ist, steht in der Regel allem Geschlechtswollen so fern, daß er kaum den Entschluß fassen dürfte, dieses neu zu beleben. Ganz anders hingegen verhält es sich mit jenen, die einen lebhaften Sexualtrieb empfinden und ihn in normaler Weise nicht zu befriedigen vermögen, weil im

gegebenen Augenblick die Steifung des Membrum virile gar nicht oder in ungenügendem Maße ausgelöst wird. Diese Patienten sind von dem brennenden Verlangen nach Wiederherstellung ihrer Manneskraft besetzt. Die Heilung der psychischen Impotenz kann nur dann resultieren, wenn es gelingt, dem Erektionszentrum des Patienten den normalen Grad von Reizempfindlichkeit wieder zu verleihen. Die neuere chemische und pharmazeutische Industrie hat nun zahlreiche Kombinationspräparate konstruiert, deren Wirksamkeit trotz vieler Reklame noch sehr in Frage gestellt werden muß. Es wäre mehr als fehlerhaft und für die Fortschritte der Therapie nur bedauerlich, wollte man mit souveräner Verachtung über alle Präparate hinweggehen, nur weil sie fix und fertig von der Technik dargeboten werden. Ein besonders zuverlässiges Präparat ist Testifortan. Ueber die Wirksamkeit dieses polytropen Sexual-Therapeutikums liegen von ärztlicher Seite so zahlreiche und günstige Urteile vor, daß ich mich entschloß, mit diesem Präparat einen Versuch zu machen. Nach Angaben besteht Testifortan aus den Hormonen des Testis, der Prähypophyse, Schilddrüse, Nebenniere, der Nebenhoden und der Prostata sowie an Drogen Yohimbe, Strychnos und Muira-Puama nebst Glycerophosphat. Die Feststellung des Gehaltes an wirksamem Testishormon erfolgt nach einem biologischen Testverfahren von Prof. Dr. S. Loewe, Direktor des Pharmakologischen Institutes der Universität Dorpat. Das Präparat enthält nach dem gekennzeichneten Prüfungsverfahren von Loewe tatsächlich Hormon. Hier liegt also das erste Testispräparat mit gesichertem Hormongehalt vor. Ich gab das Testifortan in Tablettenform und per injectionem, und zwar allmählich steigend bis dreimal 2 Tabletten täglich und dreimal 2 ccm wöchentlich subkutan oder intramuskulär in 6 bis 8 Wochen langer Kur. Schädliche Nebenwirkungen habe ich nie beobachtet. In allen Fällen war der Erfolg ausnahmslos ein überraschender, selbst in denen, bei welchen ein großer Teil der Aphrodisiaka glatt versagte. Nach diesen Erfahrungen bei der Behandlung der Impotenz lag es nahe, die Wirksamkeit bei funktionellen nervösen Beschwerden, die sich auf dem Boden psychopathischer Disposition im Anschluß an wirkliche Genitalerkrankungen oder an sexuelle Exzesse (Onanie, übermäßiger normaler Sexualverkehr,

sexuelle Praktiken, z. B. Coitus interruptus) entwickeln und die besonders bei Ausübung des Geschlechtsaktes auftreten oder in abnorm starken bzw. zur Unzeit auftretenden sexuellen Vorstellungen und Gefühlen bestehen, zu prüfen. Bei diesen Erkrankungen hat Testifortan ausgezeichnete Dienste geleistet, so daß das Präparat bei Neurasthenia sexualis dringlichst empfohlen werden kann. Schon nach 2 bis 3 Wochen der Darreichung verschwand die durch reizbare Schwäche gesteigerte sexuelle Erregbarkeit, so daß flüchtige Sinneseindrücke und einzelne Vorstellungen sexuelle Phantasien, Begehungen und Gefühle nicht mehr auslösen konnten. Andererseits traten nach Testifortandarreichung vor dem beabsichtigten Geschlechtsakt depressive und Angstgefühle nicht mehr auf, die ihn vordem ganz unmöglich machen konnten. Somit konnte innerhalb von 5 Wochen diese „nervöse Impotenz“ glatt beseitigt werden. Gleichzeitig wurden Hyperästhesien im Bereich der Genitalorgane bei und nach ausgeführtem Koitus und allgemeine nervöse Beschwerden, wie Rückenschmerzen, Oppressionsgefühle und Herzklopfen, nicht mehr wahrgenommen.

Zum Schluß meiner Ausführungen möchte ich der vorzüglichen Wirkung des Testifortan bei Neurasthenie gedenken. Ich halte das Präparat bei angeborener, endogener Nervosität oder erworbener reizbarer Schwäche des Nervensystems für besonders angebracht, namentlich auch dann, wenn die psychischen Funktionen besonders betroffen sind und das Bild der Psychoneurose oder Psychasthenie entsteht. Auch hier verloren sich nach 3 bis 4 Wochen der Darreichung depressive Stimmung, manchmal Angstattacken und hypochondrische Befürchtungen. Ebenso schwanden Reizbarkeit, Mangel an Selbstvertrauen, leichte Beeinflussbarkeit und Insuffizienzgefühl bei körperlichen und psychischen Anforderungen. In einem anderen Falle wurden nach 4 Wochen der Testifortangabe die allgemeinen Zwangszustände gänzlich beseitigt. In allen Fällen trat eine erhebliche körperliche Besserung ein, indem Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Reflexsteigerung und vasomotorische Störungen verschwanden.

Nach den Ergebnissen verdient Testifortan ernste Beachtung und einen Dauerplatz im medikamentösen Rüstschatze des Therapeuten.

Therapeutische Notizen.

Erfahrungen mit Neurithrit.

Im ständigen Bestreben, neue wirkungsvolle Analgetika und Sedativa zu finden, die jedoch keine Gefahr der Gewöhnung oder schädliche Nebenwirkung besitzen (Morphium und verwandte Präparate), unterzog Autor das von der Firma Dr. Rudolf Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87, hergestellte Präparat „Neurithrit“ systematischen Versuchen an seiner Heilanstalt.

„Neurithrit“ ist ein durch chemische Umsetzung gewonnenes Kombinationspräparat, welches zusammengesetzt ist aus Phenylchinolinkarbonsäure und Acetylsalizylsäure mit organisch gebundenem Brom in wechselseitiger chemischer Bindung an Kalzium, Strontium, Thio-Chinin, Dimethylaminophenyl-Dimethylpyrazolon und Diaethylmalonylharnstoff.

Bei einem Fall schwerer konstitutioneller Psychopathie mit periodischen Anfällen, welche sich beim Kranken in heftigen Glieder- und Gelenkschmerzen äußerten und zu förmlicher „Tobsucht“ ausarteten, gelang es stets den ganzen Anfall im Keim zu ersticken, wenn Neurithrit-Tabletten gleich zu Beginn ordiniert wurden (zweimal je zwei bis drei Tabletten). Hierbei erübrigten sich anschließend auch Schlafmittel, da der sedative Effekt der Neurithrit-Tabletten festen ruhigen Schlaf bewirkte. Die Tatsache, daß auch Herzranke das Neurithrit gut vertragen, hebt der Autor besonders hervor: selbst bei inkompenzierten Herzfehlern, stenokardischen Beschwerden und zur Bekämpfung von Husten oder Atemnot erzielten Neurithrit-Tabletten vorzüglichen Effekt. — Während der Morphinumziehungen konnte Autor mit Neurithrit beste Erfolge erzielen, wobei von den Patienten speziell die Linderung der neuraliformen Attacken und eine Beruhigung des Gesamtnervensystems sehr wohlthätig empfunden wurde. Auch bei Neuralgien auf alkoholischer Basis, bei Kephalgien und migräneartigen Schmerzen nach Grippe erwiesen sich die Neurithrit-Tabletten als zuverlässiges Analgetikum. Ausgezeichnete Dienste leistete Neurithrit bei Ueberempfindlichkeitszuständen einiger Tabiker als energischer Desensibilisator.

Zusammenfassend kommt Autor zur Schlußfolgerung, daß Neurithrit unter den analgetisch und sedativ wirkenden Mitteln bevorzugte Verwendung verdient. (Weninger, Ob.-Arzt an der St.-Josephs-Heilanstalt, Berlin-Weißensee; Med. Welt, 1929, Nr. 29.)

Sulfoderm-Puder.

Bei Hautkrankheiten ist die Anwendung des Schwefels in Puderform am angenehmsten. Der gewöhnliche Schwefel ist hierfür allerdings weniger geeignet, da er infolge seiner groben Beschaffenheit und ungleichmäßigen Verteilung in der Pudersubstanz nicht für einheitliche Wirkung bürgt.

Als besonders vorteilhaft erweist sich die Schwefeltherapie in Form des Sulfoderm-Puders, der kolloiden Schwefel in fester Bindung an die Puderteilchen enthält. Trotz des geringen Gehaltes an Schwefel, nämlich 1%, wird infolge der großen Oberfläche eine bedeutende Schwefelwirkung erzielt, zumal der kolloide Schwefel an sich schon eine erhöhte Wirksamkeit entfaltet. Reizwirkungen sind nicht zu befürchten. Angenehm ist die der Hautfarbe ähnliche Tönung des Sulfoderm-Puders, die eine unauffällige Anwendung gestattet, die Parfümierung und die Eigenschaft, an der Hautoberfläche gut zu haften.

Der Verfasser wandte den Sulfoderm-Puder mit gutem Erfolg bei Seborrhoea oleosa, Seborrhoe des behaarten Kopfes, kleinfleckigen seborrhoischen Ekzemen, Akne vulgaris und pustulosa und Pityriasis rosacea an. Bei Ekzema intertriginosum und nässendem Ekzem hörte nach dem Bestreuen mit Sulfoderm-Puder schlagartig der Juckreiz auf und das Ekzem besserte sich. Bei intertriginösem Säuglingsekzem trat nach der Sulfoderm-Puder-Behandlung keinerlei Irritation ein und die Ekzeme heilten rasch ab. Auch bei postskabiösen Ekzemen wurden außerordentlich günstige Erfolge erzielt.

Der Sulfoderm-Puder verstopft nach den Beobachtungen des Verfassers die Poren nicht, sondern übt eine gleichmäßige, intensive Schwefelwirkung aus, da die Puderteilchen auch in die Haut selbst eindringen. Sulfoderm-Puder ist bei allen Hauterkrankungen, besonders auf seborrhoischer Grundlage, indiziert, bei denen man sich von der Schwefelbehandlung gute Erfolge verspricht. (J. Segall, Berlin: „Ueber Schwefelpuder in der Dermatologie“. Med. Klin. 1928, Nr. 46; S. 1798.)

Sie **ersparen** weitgehend **Opium** und **Morphium** durch

Ditonal

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen
günstig beeinflussend.
Rektale Anwendung.

INDICATIONEN:

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben durch **ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN**

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

BROSEDAN

Das zuverlässige Sedativum.

Kochsalzarmes Bromhefepräparat, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch.

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit,
Epilepsie, Neuralgien, sexueller Übererregbarkeit.

Bei einer schweren Herzneurose, verbunden mit hartnäckiger Schlaflosigkeit und schweren Depressionen, hat Brosedan regelmäßig genommen, einen guten Erfolg gehabt, nachdem alle anderen Brommittel versagten. Dr. G. in W.

Bei Krankenkassen zur Verordnung zugelassen.

Literatur: John, Univ. Nervenkl. Tübingen (Dir. Prof. Dr. Gaupp), Münch. Med. Woch. 1914, Nr. 43.
Friedemann, Univ. Nervenkl. Freiburg-Br. (Dir. Prof. Dr. Hoche), Aerztl. Rundschau 1929, Nr. 3

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL

RUBIO

Vitaminpräparat nach Prof. Aron, Breslau
Proben und Literatur kostenlos

Originalflasche (etwa 200 g), Klinikpackung (etwa 1 l)

Chemische Werke Rudolstadt GmbH, Rudolstadt

Unsere verehrten Leser

werden dringend gebeten, bei Anfragen an inserierende Firmen auf unser Blatt „**Fortschritte der Medizin**“ freundlichst Bezug zu nehmen. Dadurch werden wir in unserem Bestreben, allen deutschsprechenden Medizinern auf dem europäischen Kontinent ein gutes Fachblatt zur Verfügung zu stellen, wirkungsvoll unterstützt.

Der Verlag.**Die Schriftleitung.****60 Jahre Helfenberg!**

Am 1. August 1869 gründete der Apotheker und Chemiker Eugen Dieterich in den Räumen einer stillgelegten Papiermühle in Helfenberg bei Dresden ein chemisches Laboratorium. Er war der Sohn eines Pastors, hatte in München studiert, war ein Schüler Liebig's, brachte ein reiches Wissen, starkes Wollen, tüchtiges Können und praktische Erfahrung mit.

Dieterich setzte sich zunächst nur die Aufgabe, einige wenige pharmazeutische Präparate solcher Art, wie sie in den Apotheken tagtäglich verlangt und jedesmal einzeln nach Bedarf bzw. in kleinen Quantitäten gefertigt wurden, in großem Maßstabe herzustellen und gebrauchsfertig an die Apotheken abzugeben. Es handelte sich also anfänglich keineswegs um Entdeckungen und Verwertungen neuer Chemikalien und Medikamente, sondern lediglich um Fabrikation und Vertrieb einzelner besonders gangbarer Arzneimittel, deren Verfertigung in kleinem Maßstab oder in geringen Mengen eine verhältnismäßig zu große Mühewaltung erforderte, als daß sie zu einem wohlfeilen Preise abgegeben werden konnten.

Doch dabei blieb es nicht. Eingedenk der Tatsache, daß eine chemisch pharmazeutische Fabrik nur auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgreich aufblühen kann, hat Dieterich durch seine klassischen Arbeiten auf dem Gebiete der Drogenkunde und der galenischen Präparate ebenso wie durch Schaffung und Einführung neuer Arzneimittel und Arzneiformen der pharmazeutischen Technik neue Bahnen erschlossen. Seine bekannten Arbeiten über Extrakte, Tinkturen, Vegetabilien, Fette, Öle, Harze sind zumeist erst in den Helfenberger Annalen, die er bis zum Jahre 1895 herausgab, veröffentlicht worden und aus diesen Berichten in die offizielle Literatur übernommen worden. Die diesbezüglichen Arbeiten sind um so bedeutungsvoller, als nicht nur die Idee, Drogen und galenische Präparate zu prüfen und nur analytisch kontrollierte Rohstoffe zu verwerten, nach dieser Richtung neu und bahnbrechend war, sondern die meisten dieser Methoden überhaupt erst geschaffen werden mußten. Aus seinen ersten Geschäftsberichten heraus war Dieterich bereits als scharf beobachtender und zielbewußter, vorwärtsschreitender pharmazeutischer Chemiker und Techniker bekannt und seine Annalen wurden mit einer gewissen Erwartung entgegengenommen. Jedes der Heftchen redete von Mühe und Erfolg. Rein technische Drogen und Chemikalien, Arzneidrogen, chemisch-pharmazeutische und galenische Präparate, kurz alles, was für die Arzneimittelfabrikation von irgendwelcher Bedeutung war, wurde in Helfenberg unter die Lupe genommen. Nichts ging ungeprüft in den Betrieb, und nichts verließ denselben ohne Prüfung. Kein Wunder, daß hierbei eine Menge physikalischer und chemischer Konstanten geschaffen und Beobachtungen gemacht wurden, deren Festlegung zunächst nur im Interesse der Chemischen Fabrik Helfenberg lag, deren Veröffentlichung aber der gesamten wissenschaftlichen und technischen Pharmazie zum größten Nutzen gereichte. Er hat dazu beigetragen, die pharmazeutische Industrie auf sichere wissenschaftliche und technische Grundlagen zu stellen, und half der pharmazeutisch wissenschaftlichen Forschung, neue Wege mit Erfolg zu beschreiten. Die scheinbar so kompliziert zusammengesetzten unkontrollierbaren galenischen Präparate mußten seinem Forschungsgeist sich offenbaren.

So entstand die moderne Gestaltung unserer galenischen Präparate, der Ausbau der Prüfungsvorschriften, von welchen letzteren viele in die offizielle Literatur übernommen wurden.

Neben den Annalen entstand dann das Dieterichsche Manual, eine Fundgrube für die Praxis auf technischem und pharmazeutischem Gebiete, ein Werk, das unter seinem Sohne, Professor Karl Dieterich, und dessen Nachfolgern in Helfenberg bedeutende Erweiterungen in regelmäßigen kurzen Jahresabständen erfahren und das sich heute noch der Wertschätzung aller Fachgenossen und verwandter Berufe erfreut.

So wurde Dieterich, der mit Sorge und Not begonnen, ein in der wissenschaftlichen Welt und in der Industrie bekannter Mann, der mit Freuden auf sein stets wachsendes Helfenberg blicken konnte. Seine Verdienste an der Öffentlichkeit trugen ihm den Titel eines Kgl. Geheimen Hofrates ein, und das Vertrauen der Öffentlichkeit dokumentierte sich darin, daß Dieterich mit einem Sitze im Sächsischen Landtage betraut wurde.

Bisher stand, wie in diesen Ausführungen, in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit der Name Dieterich im Vordergrund. Dazu trat mit der Umwandlung des Dieterichschen Unternehmens in eine Aktiengesellschaft im Jahre 1898 ein anderer Name, der sich neben Dieterich die Öffentlichkeit ebenso sehr zu erobern gewußt hat: Helfenberg. Und dieser Name hat den Namen des Gründers in den folgenden Jahrzehnten noch überflügelt. Ehre und Dank dem strebenden Gründer, auch wenn die Nachzeit seinen Namen gegen die von ihm gewählte Firmierung bei der Umwandlung in eine Aktiengesellschaft in den Hintergrund treten ließ.

Geh.-Rat Eugen Dieterich nannte sein Werk unter Ueberlassung der Geschäftsleitung an seine Söhne Hans als Kaufmann und Karl, den Privatdozenten und späteren Professor der Pharmakologie an der Technischen Hochschule in Dresden als Wissenschaftler — beide waren schon unter seiner Leitung in dem Unternehmen tätig gewesen — Chemische Fabrik Helfenberg A.-G. vorm. Eugen Dieterich, nach dem stillen Platzen, wo er sein Lebenswerk aus kleinsten Anfängen zu einem in aller Welt bekannten Unternehmen ausgebaut hatte.

Helfenberg liegt abseits vom Weltentrubel. Wenigen Fachgenossen dürfte bekannt sein, daß Helfenberg in einem idyllischen Quertale zur Elbe auf der Strecke zwischen Loschwitz und Pillnitz unweit Dresdens zu finden ist. Die Spitze seines Schornsteines winkt zwischen viel Bäumen hinüber zu den Elbschiffen, welche zur Sommerszeit die vielen Fremden nach der Sächsischen Schweiz und wieder zurück nach dem schönen Elbflorenz führen.

Der Name Karl Dieterichs ist nicht unbekannt geblieben in der wissenschaftlichen Welt. Seine Spezialfächer waren die Harze und die Triebstoffe für Explosionsmotoren, ohne daß er die Pharmazie und besonders die Pharmakognosie vernachlässigt hätte. Der Tod seines Vaters erfolgte 1904. Karl beschloß seine Lebensbahn 1920. Schied mit ihm auch das Geschlecht der Dieterichs aus dem Unternehmen, so blieb Dieterichs Geist erhalten, und hat es ermöglicht, die schweren Nachkriegsjahre unter den besonders schwierigen Verhältnissen in Sachsen zu überdauern und Helfenberg unter den ernsthaft forschenden Firmen fortbestehen und sich fortentwickeln zu lassen, so daß es am heutigen Tage auf ein 60jähriges Bestehen zurückblicken kann in dem Bewußtsein, die Wertschätzung der Fachgenossen zu besitzen und seine Präparate als wertvolle Hilfsmittel der modernen Therapie anerkannt zu wissen, nachdem die neuzeitliche Entwicklung Helfenbergs gleichfalls mehr und mehr auf den Weg der Spezialpräparate (Bandwurmmittel, Regulin, Blutan, Capsfor, Valofin usw.) geführt hat.

Seit November 1924 ist der alleinige Vorstand der Aktiengesellschaft Herr Direktor Ludwig Staub, der auch aus dem Apothekerstand hervorgegangen ist.



MAGGI'S Würste
regt auch den Appetit an

Wenige Tropfen
- den Speisen zugefügt -
genügen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

LIBRARY

RECEIVED

JCT 2- 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für

Oesterreich 3,50 Sch.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2,90 Pengö
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17,00 Kč
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5,20 Sloty
Amerika jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder 2,40 Rmk.

NUMMER 18

BERLIN, DEN 6. September 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

Secale-Problem rektal gelöst!

Secale-Exclud-Zäpfchen „Reiss“

Sicher wirkend

(unschädliches Uterinum)

Unbegrenzt haltbar

(Bardenheuer, Münch. Med. Wochenschrift Nr. 27, 1929)

Ester-Dermasan-Ovula

mit und ohne Silber: Gonorrh. und nichtgonorrh. Affektionen

Ester-Dermasan-Silber-Stäbchen

Leicht löslich

Zur urethralen und cervikalen Behandlung

Nicht fleckend

Lenicet-Bolus (20%) Tabletten und Pulver

rein und auch mit Zusätzen von:

Silber (0,5 %), Jod (1 %), Milchsäure (3 %), Peroxyd (5 %)

Perubalsam (synonym: Peru-Lenicet-Pulver)

Zur Vaginal-Trocken-Therapie

Literatur

Dr. R. Reiss

Proben

RHEUMASAN- UND LENICET-FABRIK, Berlin NW 87 Fm

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. Arnold Flegel, Facharzt für innere Krankheiten, Berlin: Der heutige Stand der Lehre von den Verdauungskrankheiten 695

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 698

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 705
Bakteriologie und Serologie 706
Chirurgie und Orthopädie 708
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 710
Haut- und Geschlechtskrankheiten; Urologie 712
Hygiene..... 716
Infektionskrankheiten 717
Innere Medizin, Tuberkulose 717
Kinderheilkunde 723
Mund- und Kiefererkrankungen 724

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 725
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 727
Psychiatrie und Nervenheilkunde 731
Soziale und gerichtliche Medizin 733
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 736

Neu erschienene Bücher 738

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

Aus der Praxis:

San.-Rat Dr. Max Wolf: Die Hypertonie und ihre Therapie 739
Dr. Josef Poras, Wien, Spezialarzt für Erkrankungen der Atmungsorgane, gewesener Chefarzt des Sanatoriums Hinterbrühl: Zur Bedeutung des Mineralstoffwechsels für die Lungentuberkulose-therapie..... 739

Von Prof. Dr. A. Pütter erscheinen soeben:

Sekretionsmechanismen der Niere.

Groß-Oktav. IV, 235 Seiten. Mit 17 Figuren.
Geh. M. 16,—, geb. M. 17,50.

Die Auswertung zahlenmäßiger Beobachtungen in der Biologie.

Eine praktische Anleitung mit Beispielen. Groß-Oktav. IV, 50 Seiten. Mit 7 Figuren. Geh. M. 5,—.

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige ausführliche Prospektkarten kostenlos.



WALTER DE GRUYTER & CO.
BERLIN W 10, GENTHINER STRASSE 38.

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter **Dr. H. Lampé**, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpinen, nebel-freies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallen-schwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder. 300 Betten. Günstige Wochenend-Vereinbarung. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt
Direktion **W. ERICHSEN**, früher Kurhaus Baden-Baden

BAD PASSUGG

Subalpiner Kurort, 829 m ü. M.

mit alkalisch-muriatischen und Jodquellen. Kuranstalt mit Diätküche für Magen-, Nieren- und Stoffwechselkrankheiten (speziell Diabetes) Arteriosklerose. Kohlensäure-Bäder. Physikalische Therapie. Saison: Mitte Mai bis Ende September.

b/Chur
Granblinden
Schweiz

BAD SALZUNGEN b. Eisenach in Thüringen

Sol- u. Moorbad mit großem Inhalatorium. Heilerfolge bei Katarrhen, Asthma, Emphysem, Skroflose, Rachitis, Rheuma, Herz- und Frauenleiden — Gradierhäuser, einzigartig eingerichtet. Pneumatische Kammern — Wald — Konzerte, Kurtheater usw. — Prospekt und Auskunft durch die Badedirektion.



Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M. erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.
Chefarzt Geh. San.-Rat **Dr. Römisch**
Hausarzt: **Dr. Hartmann**. Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.



**Antineuralgicum
Antirheumaticum
Antipyreticum
Antidolorosum**

von fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Verkauf in den Apotheken:
Arztanerkennung auf Wunsch

Phenalgetin

Antiphal. Phenacetin = 23.025 Cod. ph. 0.01 Nuc. Cel. 0.03

DR. HUGO NADELMANN • STETTIN

Dr. J. Hamburger's Kurhaus

für Nervenranke u. Erholungsbedürftige.
Strausberg b. Berlin
Tel. 43. Sommer u. Winter.

Bad Freienwalde a. O.

Sanatorium für Nervenranke

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Hochgebirgskurhaus Obersalzberg bei Berchtesgaden

..... 1000 Meter

für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54, Postscheckk. Berlin 61 931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 18

BERLIN, DEN 6. SEPTEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Der heutige Stand der Lehre von den Verdauungskrankheiten*)

Von Dr. ARNOLD FIEGEL,
Facharzt für innere Krankheiten, Berlin.

Die Fortschritte auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten, die in den letzten Jahren zu Ergebnissen von außerordentlicher praktischer Bedeutung geführt haben, rechtfertigen eine zusammenfassende Uebersicht, die auch den praktischen Arzt von ihnen in Kenntnis setzt. Auf genaue Literaturangaben sei um so eher verzichtet, als die Literatur dem Leser dieses Blattes durch den ausgezeichneten Referatenteil ohnehin leicht zugänglich ist.

A. Allgemeine Diagnostik.

Wenn auch technische Errungenschaften in der Diagnostik uns einen großen Schritt weitergebracht haben, so ist dadurch die Wichtigkeit einer exakten Anamnese um nichts geringer geworden. Sie allein ist imstande, den Weg zu weisen, den die einzelnen diagnostischen Verfahren zu gehen haben. Wie v. Bergmann u. a. immer wieder betonen, hat eine Anamnese, sofern sie typisch ist, den Wert eines objektiven Symptoms. Es wird empfohlen, bei der Aufnahme der Vorgeschichte sich an ein bestimmtes Schema zu halten (Boas, Kalk), dessen Einzelheiten und Reihenfolge bei verschiedenen Autoren naturgemäß differiert. Immerhin lassen sich gewisse Gesichtspunkte einheitlich herauschälen.

Bei den Angaben über Schmerz ist zu beachten: die Lokalisation, die Ausstrahlung, der Charakter des Schmerzes, sein Auftreten in Abhängigkeit von der Zeit der Nahrungsaufnahme und der Art der genossenen Speisen. Es ist zu unterscheiden zwischen Schmerz und Druckgefühlen oder unangenehmen Sensationen unbestimmter Natur. Es kommt in Betracht die Dauer des Schmerzes, sein plötzlicher oder allmählicher Beginn, sein Aufhören spontan oder durch gewisse Maßnahmen, die bestehen können in erneuter Nahrungsaufnahme, im Gebrauch von Medikamenten, in Wärme- oder Kälteanwendungen, in Bettruhe, im Einnehmen von — gelegentlich absurden — Körperhaltungen, endlich in dem spontanen oder künstlich herbeigeführten Erbrechen.

Es ist weiter zu fragen nach Aufstoßen, das entweder ohne Geschmack oder sauer, bitter ist oder nach bestimmten Speisen schmeckt, nach Sodbrennen, das auch bei Achylie vorkommt, nach Erbrechen. Hierbei ist wichtig die Art des Erbrochenen, sein Geschmack, seine Menge, seine Bestandteile (Blut, Speisereste vom Vortage).

Man muß sich ferner Klarheit darüber verschaffen, wie lange das Leiden besteht, ob es in gleicher oder anderer Form schon früher aufgetreten ist, ob es etwa periodisch wiederkehrt, ob gleiche oder ähnliche Erkrankungen in der engen oder weiteren Familie vorgekommen sind. Selbstverständlich ist die Beachtung der Appetenz, des Stuhlgeschäftes und etwaiger Angaben, die auf Allgemeinerkrankungen schließen lassen (gastrische Krisen, Anzeichen für Tuberkulose usw.). Alles in allem bleibt die Anamnese eine Kunst, die sehr kultiviert sein will, damit man aus den sich oft schlecht beobachteten Patienten das wirklich Wichtige herausholt, und damit man auf der anderen Seite die Sprache des Patienten auch richtig versteht. Oft wird es richtig sein, sich erst die Krankengeschichte unbefangen erzählen zu lassen und dann erst durch präzisierte Fragen Klarheit über Einzelheiten zu verschaffen.

Auch der vielbeschäftigte Arzt wird die dazu notwendige Zeit aufbringen müssen, da er so vielen Fehldiagnosen entgehen kann und die angewandte Zeit auf andere Weise wieder einspart.

Bei der körperlichen Untersuchung hat das früher geübte Suchen nach bestimmten Druckpunkten an Bedeutung wesentlich verloren. Für die Diagnose etwa eines geschwürigen Prozesses am Magen oder Duodenum besagt der Druckschmerz nicht viel. Größere Bedeutung hat dagegen der Nachweis Headscher Zonen erlangt, die in manchen Fällen bei den Erkrankungen des Oberbauches differentialdiagnostisch ausschlaggebend sein können. Die Methode der Hausmannschen Gleitpalpation, bei der die palpierende Hand den Bauchdecken ruhig anliegt, während das zu untersuchende Organ bei der Atmung sich ihr entgegen bewegt, gestattet eine recht genaue Abgrenzung der einzelnen Organe. So gelingt es in etwa 70% der Fälle, selbst den unteren Rand einer gesunden, also nicht vergrößerten Leber zu tasten.

Die Laboratoriumsmethoden, die sich im wesentlichen auf die Untersuchung des Magen- und Darminhaltes, des Blutes und des Harns erstrecken, haben einen beträchtlichen Ausbau erfahren. Zu dem Boas-Ewaldschen Probefrühstück und den alten Methoden bestimmter Probemahlzeiten, ist eine große Zahl von neuen Arten des Probefrühstücks getreten, über die eine Einigung noch nicht erzielt ist. Katsch und Kalk fordern für ein Probefrühstück eine klare dünnflüssige, chemisch einfache, eiweiß- und chlorfreie Lösung. Als solche halten sie den Koffeinprobetrunk für geeignet. Ehrmann schlägt den Alkoholprobetrunk vor; von anderen Autoren sind Gemüsesäfte, Bouillon, Tee u. ä. empfohlen worden. Während sich der Praktiker mit der einmaligen Ausheberung meist begnügen muß, findet die fraktionierte Ausheberung mit der Verweilsonde in der Klinik immer größere Verbreitung. Auf diese Weise ist es gelungen, wertvolle Aufschlüsse über die Teilfunktionen des Magens zu gewinnen. Insbesondere russische Autoren haben in mühevollen Untersuchungen das Zusammenspiel der Motilität, der Evakuation, des Zuwachses an unspezifischem und salzsäurehaltigem Sekret, die Chlorkonzentration und die Aenderung der aktuellen Azidität im Mageninhalt während der Verdauung studiert. Es hat sich dabei herausgestellt, daß die gewöhnlichen Kurven, die durch die Titration der einzelnen Mageninhaltssproben auf freie Salzsäure und Gesamtazidität gewonnen werden, auch bei Beobachtung des Zeitpunktes der Entleerung des — etwa mit Methylenblau gefärbten — Probetrunks und der Dauer der Nachsekretion, keineswegs einfache Sekretions- oder Aziditätskurven darstellen, sondern daß sie sehr komplexe und nur mit schwierigen Untersuchungsmethoden trennbare Vorgänge kennzeichnen. Es darf weiter als erwiesen gelten, daß der Titrationsazidität eine wesentlich geringere Bedeutung zukommt als der sogenannten aktuellen Azidität, deren Höhe durch die Messung der Wasserstoffionenkonzentration bestimmt wird.

Der praktische Wert aller dieser Verfahren ist folgendermaßen zusammenzufassen: Auch die fraktionierte Ausheberung gestattet nur einen Rückschluß in der Richtung der Super-, Norm- und Anazidität und der Supersekretion, eventuell der überstürzten oder verzögerten Entleerung. In der Mehrzahl der Fälle läßt sich ein gleiches Ergebnis mit der einmaligen Ausheberung erzielen. Die Art des Probefrühstücks ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung, jedoch muß festgestellt werden, daß der Koffein-, Alkohol- oder Teeprobetrunk einen nur sehr geringen Sekretionsreiz ausüben. Normale Säurewerte schließen organische Erkrankungen niemals aus. Super-

*) Auf Veranlassung der Schriftleitung.

azidität und Supersekretion dürfen als Kennzeichen einer ulzerösen Erkrankung gelten. Anazidität kann durch zu geringen Reiz des Probefrühstücks oder psychisch bedingt sein, kommt natürlich auch bei organischen Erkrankungen vor (chronische Gastritis, Cholezystopathie, Neoplasma, angeborene Anadenie, toxisch bei Infektionskrankheiten). Ihr Nachweis erfordert die Anwendung möglichst vieler Sekretionsreize durch wiederholte Untersuchungen. Vielfach kann die subkutane Injektion von Histamin den Nachweis erbringen, daß die Fähigkeit der Salzsäuresekretion nicht völlig erloschen ist. Kuttner weist darauf hin, daß der Verlust der Salzsäuresekretion (Anazidität) nicht identisch ist mit dem Verlust auch der Fermentsekretion im Magen (Achylië). Gegenüber zahlreichen Arbeiten der letzten Zeit, die sich mit dem Fermentnachweis befassen, muß betont werden, daß die alte Anschauung, die Fermente werden als Profermente sezerniert und durch die Salzsäure aktiviert, nicht mehr der wissenschaftlichen Erkenntnis standhält. Maßgebend für die Wirksamkeit der Fermente ist vielmehr die Wasserstoffionenkonzentration des Milieus, in dem sie sich befinden. Jedes Ferment hat ein spezifisches Wirkungsoptimum bei einem bestimmten pH (negativer Logarithmus der Wasserstoffionenzahl), und nur solche Untersuchungen können als stichhaltig angesehen werden, die sich nicht mit der Feststellung der Titrationsazidität begnügen, sondern jedesmal das pH angeben, bei dem die Wirksamkeit der Fermente geprüft wurde. Erst dann wird sich Klarheit über das wirkliche Vorhandensein oder Fehlen der Magenfermente im einzelnen Falle schaffen lassen.

Die Untersuchung des Duodenalsaftes, dessen Gewinnung die Duodenalsonde ermöglicht, ist insofern, bei der Anwendung entsprechender Untersuchungsmethoden Klarheit über den Funktionszustand aller derjenigen Organe zu schaffen, deren Sekrete den Duodenalsaft bilden. Durch Eingießung von Öl, Magnesiumsulfat, Pepton oder von Kombinationen dieser Mittel, ferner von Hühner-eigelb gelingt es, die Gallenblase zur Kontraktion zu bringen, und dann die in den Zwölffingerdarm entleerte Galle zu untersuchen. Das Ausbleiben des Entleerungsreflexes läßt den Schluß auf mangelnde Kontraktionsfähigkeit der Gallenblase oder auf einen Verschuß des Ductus cysticus zu. Die Feststellung des Bilirubin-gehaltes im Duodenalsaft vor und nach Anwendung eines zur Gallenblasenkontraktion führenden Mittels, zu denen auch die subkutane Hypophysininjektion gehört, ermöglicht ein Urteil über die Konzentrationsfähigkeit der Gallenblase. Schließlich bringt die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Blasengalle durch den etwaigen Befund an Leukozyten, Bakterien und Kristallen Klarheit über das Vorhandensein eines entzündlichen Vorgangs oder auch von Gallensteinen.

Die quantitative Untersuchung der Dünndarmfermente, Diastase, Lipase und Trypsin, kann im Verein mit dem Nachweis atoxyl-resistenter Lipase im Serum und reichlicheren Mengen von Diastase in Blut und Harn Erkrankungen des Pankreas aufdecken. Im gleichen Sinne soll der Aetherschmerzreflex zu deuten sein, ein heftiger Schmerz, der beim Eingießen weniger Kubikzentimeter Aether ins Duodenum im Oberbauch auftritt und nach links ausstrahlt.

Von Interesse sind weiter Untersuchungen, die sich auf die Bakterizidie im Dünndarm erstrecken. Sie haben gelehrt, daß bei gewissen Erkrankungen, insbesondere bei der perniziösen Anämie, die sonst in vitro et in vivo nachweisbare bakterientötende Kraft des Darmsaftes erlahmt, so daß es zur Besiedlung des Dünndarmes mit zahlreichen pathologischen Keimen, vorwiegend auch solchen der Dickdarmflora, kommt. Neueste Untersuchungen haben ferner gelehrt, daß entgegen den früheren Annahmen im Dünndarm eine mehr oder weniger weitgehende Verdauung auch aus rohen und somit ungeöffneten Pflanzenzellen erfolgt, wahrscheinlich dadurch, daß die starke-, eiweiß- und lipoidlösenden Fermente die Zellwand durchdringen (Heupke).

Bei der Fäzesuntersuchung auf okkulte Blutungen sind neuerdings beachtliche Feststellungen gemacht worden. Den über-
ragenden Wert, den die Methode früher bei den Ulkus- und Karzinomnachweis hatte, hat sie dadurch eingebüßt, daß nur bei etwa 20% aller Ulkuszälle der Blutnachweis gelingt und daß es auch fortgeschrittene Karzinome gibt, bei denen Blut im Stuhle fehlt. Boas hat zur Provokation okkultur Blutungen mehrtägige heiße Leibumschläge empfohlen. Weiter hat man mit Erfolg versucht, durch den Nachweis von Hämatoporphyrin im Stuhl okkulte

Blutungen noch da zu zeigen, wo der chemische Blutnachweis mittels der Oxydasereaktion und der spektroskopische des Häoglobins versagen.

Geradezu umwälzende Fortschritte auf diagnostischem Gebiet hat in den letzten Jahren das Röntgenverfahren gebracht. Die Anwendung ganz dünnflüssiger Kontrastmittelaufschwemmungen und das Verfahren der dosierten Kompression (Berg) mit der Hand oder dem Kompressionstabus gestatten bei Durchleuchtung und Aufnahme die Darstellung der Schleimhaut im ganzen Magen-Darmkanal. Für den Dickdarm ermöglicht die Anwendung eines neuartigen kolloiden Kontrastmittels die Abbildung des Schleimhautreliefs des gesamten Dickdarms auf einer einzigen Platte. Durch gezielte Momentaufnahmen, die während der Durchleuchtung gemacht werden, lassen sich unter gleichzeitiger Verwendung der Kompression und ausgiebiger Drehung des Patienten in die verschiedenen Durchmesser auch minutiöse Veränderungen am Magen und am Zwölffingerdarm zur Darstellung bringen. Es gelingt dadurch, Geschwüre des Magens und Duodens in einer sehr großen Zahl der Fälle direkt darzustellen, einer Zahl, die für die Duodenalulzera etwa 95% (Albrecht) betragen dürfte.

B. Allgemeine Therapie.

Die Behandlung aller Erkrankungen der Verdauungsorgane erfordert in erster Linie eine sehr sorgfältige Diät. Diese Erkenntnis bricht sich mehr und mehr Bahn, so daß jetzt ernstlich daran gegangen wird, große Krankenhäuser und Kliniken mit besonderen Diätküchen auszustatten. Es bestanden und bestehen noch auf diesem Gebiet große Uebelstände. Insbesondere stieß in Berlin die diätetische Behandlung Verdauungskrankter auf große Schwierigkeiten. Dem wird jetzt abgeholfen werden durch Angliederung von Diätabteilungen an die inneren Stationen zweier großer Berliner Krankenhäuser. Erwähnung verdient, daß auch große Schiffahrtsgesellschaften auf ihren Uebersee-Passagierdampfern Diätküchen einrichten, welche unter strengster ärztlicher Kontrolle stehen.

In den Prinzipien der Diätetik sind allzu große Aenderungen nicht zu verzeichnen. Wir bewegen uns auf diesem Gebiet größtenteils in reiner Empirie. Zur experimentellen Durchforschung sind erst die ersten Schritte getan. Man beginnt die einzelnen Nahrungsbestandteile und ihre verschiedene Zubereitungsart auf ihre Ausnützung, ihre Bekömmlichkeit, ihre sekretionserregende Wirkung und Verweildauer im Magen zu prüfen, und ist dabei vielfach zu Ergebnissen gekommen, die sich mit der praktischen Erfahrung nicht ganz decken. So hat sich u. a. ergeben, daß neben der Bouillon auch die Milch zu den starken Magensafttreibern gehört, ebenso wie der rohe Preßsaft von Gemüse und gekochter Spinat, bei welchem das erste Kochwasser mitverwendet war. Für die Mehrzahl der Nahrungsmittel stehen aber experimentelle Untersuchungen noch aus. Im wesentlichen kommt es stets auf die Schonung des erkrankten Organes an. Es wäre daher falsch, wollte man einseitig die Diät nur nach den Gesichtspunkten einrichten, die sich durch Untersuchung einer Teileigenschaft eines Nahrungsmittels ergeben. Noch ein Wort über die Rohkost. Man erkennt ihren Wert bei bestimmten Krankheiten, zu denen übrigens die Obstipation nur in den seltensten Fällen gehört, durchaus an. Als Dauernahrung für Gesunde ist sie als unphysiologisch abzulehnen. Bei Kranken erfordert sie strengste Indikation bezüglich Anwendung und Dauer; sie ist keinesfalls ein indifferentes Mittel. Die Publikationen, die über Schädigungen durch Rohkost berichten, mehren sich beständig. Auch die Vitaminfrage, die in weiten Kreisen der Bevölkerung fraglos bei weitem überschätzt wird, spielt bei einer vernünftigen gemischten Kost im allgemeinen keine große Rolle. Hingewiesen sei noch auf die Bestrebungen Sauerbruchs, durch saure Kost eine Säuerung des Organismus und dadurch verbesserte Wundheilungsbedingungen zu schaffen. Eine weitere Ausdehnung dieser Therapie auf die Tuberkulose wird versucht. Abschließendes kann darüber noch nicht gesagt werden.

Auch in der medikamentösen Behandlung sind erhebliche Veränderungen nicht eingetreten. Man hat die Wirkung des Morphins und Atropins auf die einzelnen Abschnitte des Verdauungskanal und besonders auch der Gallenwege (Westphal) genauer erforscht. Mit der Verwendung von Alkalien bei der Superazidität ist man zurückhaltender geworden, seit man weiß, daß nach der Verabreichung von Natrium bicarbonicum zwar zunächst eine Milderung der Azidität eintritt, daß diese aber von einer beträchtlichen Superazidität gefolgt sein kann. Die Sippykur, die in stünd-

licher Darreichung von Alkalien mit dazwischengeschalteten Gaben eines Milch-Sahnegemisches besteht, hat man wieder verlassen, weil in ihrem Gefolge wiederholt Nierensteinbildungen beobachtet worden sind. Auch die unspezifische Eiweißkörpertherapie — Novoprotin — hat sich nicht durchgesetzt, da sie niemals Dauererfolge bringt.

Bei den operativen Methoden treten die radikalen in den Vordergrund. Die früher oft indikationslos gemachte Gastroenterostomie hat sich in vielen Fällen als schädlich erwiesen, so daß Pribram das Bild der „Gastroenterostomie als Krankheit“ aufstellen konnte. Die Gastroenterostomie ist nach den Anschauungen des überwiegenden Teiles der Chirurgen und der Internisten nur indiziert bei völliger und dauernder Polyrusstenose, ferner wenn sich eine Resektion aus irgendwelchen Gründen nicht oder — bei Karzinomen — nicht mehr durchführen läßt. Sonst sollte stets in genügendem Ausmaße reseziert werden. Von allen Seiten wird ferner betont, daß jedem Eingriff eine sorgfältige diätetische Behandlung vorauszugehen und nachzufolgen hat.

In der Frage der Bettruhe ist man nicht mehr so streng wie früher. Fleischer, dem sich Boas anschließt, konnte an großem Material zeigen, daß Ulkusranke bei sorgfältigster sonstiger Behandlung mit gleichem Erfolge ambulant behandelt werden können, sofern nicht manifeste Blutungen bestehen. Und endlich sei nochmals nachdrücklichst betont, daß Beschwerdefreiheit nicht gleichbedeutend mit Heilung einer Krankheit ist, sondern daß organische Veränderung oder Beschwerden unabhängig voneinander weiterbestehen können. Vielfach muß hier eine nach modernen Grundsätzen durchgeführte Psychotherapie den Schlußstein auf die Behandlung der Physis setzen, sei es, daß diese zur Heilung des krankhaften Geschehens geführt hat oder an den Grenzen ärztlichen Könnens scheitern mußte.

C. Spezielle Diagnostik und Therapie.

Es bleibt nunmehr noch eine kurze Erörterung der einzelnen Erkrankungen, welche sich vielfach auf das im allgemeinen Teil Gesagte beziehen wird.

Bei den Erkrankungen des Mundes gewinnt die Vorstellung der „Oralsepsis“ auch bei uns weiter an Boden. Die Amerikaner vertreten seit langem den Standpunkt, daß bei vielen rheumatischen und septischen Erkrankungen Ursache und Ursprungsort in Entzündungsherden an Zahnwurzeln (Paradentose, Wurzelgranulome usw.) und Tonsillen zu suchen seien, und daß mit Beseitigung dieses Entzündungsherdes auch die Folgekrankheiten zur Heilung zu bringen seien. Bei den Erkrankungen der Speiseröhre ist der Befund von Divertikeln häufiger geworden, seit man darauf bei der Röntgenuntersuchung achtet. — Ein erneut recht umstrittenes Gebiet ist zur Zeit Gastritis. Grundlegende Untersuchungen, welche Konietzny an genau histologisch durchforschten, operativ gewonnenem Material ausgeführt hat, haben ihn zu der Ueberzeugung gebracht, daß der Magenkatarrh in allen seinen Formen, von der trüben Quellung einiger Epithelien bis zur Nekrose größerer Schleimhautteile, eine ungemein häufige Erkrankung ist. Insbesondere findet er fließende Uebergänge von der akuten Gastritis zum peptischen Magengeschwür und von der chronischen Gastritis zum Karzinom, so daß er meint, beide Krankheiten entwickelten sich ursächlich aus den entsprechenden Formen der Gastritis. Während aber die Häufigkeit der Gastritis auf Grund seiner Untersuchungen und denjenigen anderer Autoren als bewiesen angesehen werden muß, ist die Theorie von der Entstehung des Ulkus und Karzinoms aus der Gastritis noch sehr umstritten.

In diagnostischer Hinsicht war man bezüglich der Gastritisdiagnose bisher recht schlecht daran. Man mußte sich mit dem Nachweis größerer Mengen von Magenschleim in dem Ausheberbepfe begnügen, und es ist zuzugeben, daß mit diesem Nachweis die Diagnose zu stellen ist. Nach den vorhergehenden Ausführungen ist aber die Gastritis viel häufiger als der Schleimnachweis im Mageninhalt. Es ist daher zu begrüßen, daß man neue Wege betreten hat, um der Diagnose näherzukommen. Als erstes muß hier zu nennen die Feststellung eines großen Pufferungsvermögens des Mageninhaltes, welches in den weit auseinanderliegenden Werten für freie und gebundene Salzsäure zum Ausdruck kommt und die Anwesenheit von Schleim und anderen Pufferstoffen beweist. Ob hierfür die Anwendung eines eiweißfreien Probefrühstückes unerlässlich ist, sei dahingestellt, da man ja das Pufferungsvermögen etwa eines Boas-Ewaldschen Probefrühstücks

bei Gesunden kennt und bei der Beurteilung des Ausheberbefundes berücksichtigen kann. Weitere Aufschlüsse vermag die Gastroskopie zu geben. In der Tat ist es mit ihrer Hilfe ohne weiteres möglich, eine Gastritis zu diagnostizieren, wenn diese überhaupt Grade erreicht, daß es zu makroskopischen Veränderungen der Schleimhaut gekommen ist. Das Verfahren, das in der Hand einiger geübter Spezialisten vielleicht gefahrlos sein mag, ist vorläufig für die allgemeine Einführung noch nicht reif. Es ist ein schwieriger und für den Kranken recht unangenehmer Eingriff, der strengster Indikationsstellung vorbehalten sein sollte. Demgegenüber ist das Röntgenverfahren geeignet, als ungefährliche und sehr aufschlußreiche Methode grundsätzlich in allen Fällen angewandt zu werden. Mit der oben erörterten Darstellung des Schleimhautreliefs gelingt es, dessen Veränderungen zu Gesicht zu bringen in Form von Vergrößerung und Verbreiterung, von Unregelmäßigkeiten, groben Höckerungen oder Verfeinerung der Schleimhautfalten, wie sie bei der hypertrophischen, pseudopolypösen, atrophischen Gastritis vorkommen.

Auch für die Ulkusdiagnose ist das Röntgenverfahren heute die Methode der Wahl. Ehrmann hält die Magenausheberung nur noch als Ergänzung, keinesfalls als Voraussetzung der Röntgenuntersuchung für notwendig. Der Nachweis einer Enface- oder Profilrische, die radiäre Konvergenz der Schleimhautfalten auf einen bestimmten Fleck zu, die typische Deformierung des Bulbus in Hammer-, Kleeblatt- oder Schmetterlingsform, die auf eine kurze Strecke beschränkte peristaltische Bewegungslosigkeit an der kleinen Kurvatur (Riegelsymptom — Arthur Fränkel) sind sichere Merkmale eines Ulkus. Die Verkürzung der Pars superior duodeni, die bei der Durchleuchtung im ersten schrägen Durchmesser erkennbar ist, zeigt die Möglichkeit einer Mobilisierung des Duodens bei einer etwaigen Operation an. Beim Karzinom zeigt das im übrigen normale oder leicht vergrößerte Schleimhautrelief eine plötzliche Unterbrechung der parallel verlaufenden Falten durch eine unregelmäßig gestaltete Aussparung, in deren Mitte sich ein Kontrastfleck — ein Ausguß des Karzinomkaters — finden kann. Ueberzeugende Bilder hiervon veröffentlicht Chaoul in der neuesten Auflage des von ihm bearbeiteten Lehrbuches von Stierlin. Haudeck weist erneut darauf hin, daß Magenkarzinome oft daran kenntlich sind, daß ihr oberer und unterer Rand eine scharfe, stufenförmige Absetzung im Profil der Magensilhouette bedingt.

Auch für die Erkrankungen der Gallenwege ist die Röntgenuntersuchung aufschlußreich geworden. Durch die verfeinerte Technik gelingt die Darstellung von Gallensteinen viel häufiger als früher. Die Cholezystographie, das ist die Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild nach oraler oder intravenöser Einverleibung eines in der Galle ausgeschiedenen Kontrastmittels, erleichtert die Diagnose zahlreicher Veränderungen, besonders auch im Hinblick auf die Indikation zum chirurgischen Eingriff. Eine nach Füllung gut sichtbare Gallenblase schließt schwere Veränderungen aus, insbesondere, wenn auch die durch eine geeignete Mahlzeit provozierte Entleerung der Gallenblase röntgenologisch als rechtzeitig und vollständig erkannt wird.

Die Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse finden zur Zeit größte Beachtung. Nur selten gelingt die röntgenologische Diagnose von Pankreassteinen. Ein Tumor des Pankreaskopfes läßt sich gelegentlich aus der Verdrängung der Duodenalschlinge erkennen. Meist müssen jedoch die im allgemeinen Teil erwähnten Fermentuntersuchungen die Diagnose stützen, zumal Störungen in der Ausnutzung der Nahrung (Fettstühle!) keineswegs immer vorhanden zu sein brauchen. Wichtig ist auch die Angabe über Schmerzen, die vom Oberbauch nach links in den Rücken ziehen und der Nachweis einer Headschen Zone.

Bei den Durchfallskrankheiten sind die Auffassungen über Gärungs- und Fäulnispepsie in theoretischer Hinsicht noch keineswegs einheitlich. Praktisch bestehen die alten Grundsätze weiter zu recht. Man behandelt den akuten Darmkatarrh mit Abführmitteln und Nahrungsenthaltung, weiterhin mit strengster, dem Charakter der Stühle angepaßter Diät. Die eigentlichen Stoppmittel sollten bei den akuten Erkrankungen streng vermieden werden. Ihre Domäne sind die chronischen Durchfälle, bei denen man mit dem Versuch von Abführung, Hunger und Diät nicht zum Ziele gekommen ist. Bei der Obstipation hat man die alte Einteilung der spastischen und atonischen Form aufgegeben zugunsten

des Gesichtspunktes der „Dyskinesie“ und „Dyschezie“ oder nach der Lokalisation eines Aszendens- und Deszendentstyps.

Bei den Mastdarmerkrankungen sei nachdrücklichst auf den Gebrauch des Rektoskops hingewiesen. Es können dadurch oft beginnende Karzinome rechtzeitig erkannt und einer radikalen Heilung zugeführt werden.

Von neueren therapeutischen Verfahren und Anschauungen sei noch erwähnt, daß man Magenspülungen auch bei der gutartigen Pylorusstenose weitgehend entbehren zu können glaubt. Ein gleicher Erfolg wie mit den Spülungen läßt sich auch rein diätetisch erzielen. Dagegen haben Duodenalspülungen mit Magnesiumsulfat bei den Erkrankungen der Gallenwege sich durchgesetzt. Allard verlangt vor jeder Operation wegen Cholelithiasis, soweit es sich nicht um eine vital indizierte handelt, aktivste interne Behandlung mit Duodenalspülungen, um derart den Abgang auch größerer Steine zu erzwingen. Kurze Erwähnung verdienen noch die Röntgentiefenbestrahlung bei Ulkus, Bluttransfusion bei unstillbaren Magenblutungen, Durchspülungen des Dickdarms mittels eines entsprechend verlängerten, oral eingeführten Duodenalschlauchs bei chronischer ulzeröser Kolitis. Von Medikamenten beherrscht das Atropin und seine Abkömmlinge die Sekretions- und Motilitätsstörungen des Magens und des Dickdarms, das Morphin im Verein mit Atropin die der Gallenwege. Bei chronischer Verstopfung bewährt sich das in Amerika schon lange angewandte Paraffinöl, ferner die stark quellenden Pflanzenschleime vom Charakter des Normalkols und Regulins. Von den antidiarrhöischen Mitteln verdienen die adsorptiv wirkenden Stoffe, namentlich die Tierkohle, besondere Aufmerksamkeit. Sie sind speziell indiziert bei den Fällen, in denen es durch Gasblähung des Kolons zum Zwerchfelhochstand und zu dem „gastrokardialen Symptomenkomplex“ (Römhelt) kommt.

Zum Schluß noch ein paar Worte zur Frage der Neurosen des Magen-Darmkanals. Die symptomatische Einteilung nach den einzelnen Symptomen, welche Boas in seinem Lehrbuch vornimmt, scheint der inneren Berechtigung zu entbehren. Es sei zwar zugegeben, daß bestimmte Formen von Neurosen — ihrem seelischen Gehalt entsprechend — sich gern eines bestimmten Symptoms, etwa der Rumination, des Aufstoßens, des Erbrechens usw. bedienen können. Ein prinzipieller Unterschied zwischen den einzelnen Neurosen wird aber darin nicht gesehen werden können. Das Wesen der Neurose wird nicht dadurch berührt, ob sie sich in diesem oder jenem Symptom äußert. Gerade der so häufige Wechsel der Symptome beim Neurotiker macht das augenfällig. Wichtiger ist die Frage, ob eine Neurose ein bestimmtes Organ betreffen kann, ohne daß dasselbe eine organische Grundlage für die Neurose abgibt. Es ist dies dieselbe Frage, die v. Bergmann mit dem bewußt schlagwortartigen Worte vom „Abbau der Organneurose“ anscheidet. Es kann ja natürlich keinem Zweifel unterliegen, daß ein Kranker, der konstitutionell die Fähigkeit zur neurotischen Reaktion mitbringt, imstande ist, ein bei irgendeiner belanglosen und schnell vorübergehenden Affektion aufgetretenes Symptom zu fixieren und zur Grundlage einer Dauerneurose zu machen. Es muß auch zugegeben werden, daß die „Organwahl“ der Neurose gelegentlich einmal von Zufälligkeiten abhängt, die die Aufmerksamkeit des Kranken gerade auf dieses Organ hinlenken, ohne daß ein krankhaftes Geschehen sich dort abspielt. Schließlich gibt es vielleicht Fälle, bei denen das sich an einem Verdauungsorgan äußernde Symptom der symbolische Ausdruck seelischer Konflikte ist, etwa Erbrechen bei einer schlechten, aber nicht gebrochenen Ehe (v. Bergmann, v. Weizsäcker). Aber nachdem die modernen diagnostischen Verfahren in einer Unzahl von früher als Neurosen angesehenen Fällen organische Erkrankungen

nachgewiesen haben, muß man daran festhalten, daß wenigstens für die Mehrzahl der ein bestimmtes Organ betreffenden Neurosen eine — wenn auch nicht immer hochgradige — anatomische Läsion zugrunde liegt. Sie aufzudecken bleibt in jedem Falle von Neurose diagnostische Forderung.

Für die Therapie ist es zunächst von größter Wichtigkeit, immer wieder zu betonen, daß Beschwerdefreiheit nicht gleichbedeutend mit Heilung eines organischen Leidens ist, und daß eine anatomische Veränderung völlig beseitigt sein kann, ohne daß die Beschwerden aufgehört haben. Das „autoplastische Krankheitsbild“ (Goldscheider), d. h. das Gesamtbild, das sich der Kranke von seinem Leiden auf Grund seiner Wahrnehmungen und Kombinationen bildet, entspricht oder braucht in keiner Weise dem wirklichen Ablauf des krankhaften Geschehens zu entsprechen. So erklären sich auf der einen Seite anscheinende „Wunderheilungen“, wie sie Coué auch bei organisch unheilbaren Kranken erzielt hat, auf der anderen Seite Fortbestehen von Krankheitssymptomen und Beschwerden noch lange nach dem Eintritt anatomischer Heilung.

Bei den reinen Neurosen ohne organisches Substrat kann die Behandlung nur in Psychotherapie bestehen. Welche Methode zur Anwendung kommt — Psychoanalyse, Psychagogik, Wachsuggestion, Persuasion, Hypnose usw. — ist im Einzelfall zu entscheiden. Aus der Literatur und aus eigenen Erfahrungen gewinnt man immer mehr den Eindruck, daß der psychotherapeutische Weg weniger wichtig ist als die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und der Grad seines seelischen Kontaktes mit dem Patienten. Für diejenigen Neurosen, die, sei es kausal oder konsekutiv (auch diese Möglichkeit muß erwogen werden!) mit organischen Veränderungen einhergehen, muß die Behandlung des Organleidens mit der Psychotherapie Hand in Hand gehen. Mit der Beseitigung des anatomischen Angriffspunktes kann auch die Neurose beseitigt sein, aber sie muß es nicht. Die Behandlung des organischen Leidens genügt also allein nicht. Ganz besonders tritt aber die Psychotherapie in ihre Rechte, wenn es sich um Erkrankungen handelt, die irreversible Veränderungen gesetzt haben oder in ihrem Fortschreiten nicht aufzuhalten sind.

Die Erfolge der Neurosen-therapie können auch bei Berücksichtigung der oben erwähnten Gesichtspunkte natürlich nicht in allen Fällen gleich gut sein. Erschöpfungsneurosen, die durch übermäßige seelische Beanspruchung eines konstitutionell keineswegs neurotischen Individuums entstehen, werden dankbarer zu behandeln sein als solche Neurosen, die Patienten betreffen, welche schon von Haus aus eine sehr geringe seelische Belastbarkeit mitbringen und schon auf die kleinen Mißhelligkeiten des täglichen Lebens abnorm reagieren. Mag im ersten Falle eine Sanatoriumskur, die ja den Kranken durch Aenderung des Milieus allen seinen Sorgen und Nöten entziehen kann, geeignet sein, die seelische Widerstandsfähigkeit soweit zu kräftigen, daß der Patient seine Neurose überwindet; in den anderen Fällen wird man Fleischer zustimmen müssen, wenn er behauptet, in keinem seiner Fälle Dauerheilungen gesehen zu haben. Die Konstitution wird auch im Sanatorium nicht geändert, und wenn die Anforderungen des Lebens dem Kranken in seinem alten Milieu wieder begegnen, so ist es nicht verwunderlich, wenn er in seine alte Neurose zurückfällt oder in eine neue gerät. Gleichwohl wird es vielfach gelingen, die einzelne Neurose jeweils erfolgreich zu bekämpfen, wenn auch die Neurosebereitschaft fortbesteht. Und letzten Endes ist nicht jede Neurose behandlungsbedürftig. „Die Fehler der Menschen sind zuweilen ihre Stärken, und ich bin nicht der Meinung, daß jede Neurose abgeschafft werden muß, und es gibt Neurosen genug, die mit den Werten einer Person zu eng verknüpft sind, als daß wir es wagen, sie anzutasten ohne die zwingende vitalste Notwendigkeit“ (von Weizsäcker).

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München, 106., Heft 6, 1929.

3375. Untersuchungen über Wärmeregulation. M. Marschak und O. Dukelski.

Beitrag zum Problem der Zivilisationsseuchen. K. v. Angerer.

Was ist naturreine Milch. K. Kibkalt.

Phosphorsäureion bei Verschmutzung von Abwässern, Fluß- und Badewässern. E. Remy.

3252. Typhusmorbidity und Schutzimpfung. M. Knorr.

Bact. paratyphi A haemolyticum. Hämolyseeffekt durch Bakteriophagen. Paratyphus-A-Bakterien. C. Sonnenschein.

Zur Frage der Diphtheriegiftentstehung. K. L. Pesch.

Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderhik.), 83., Heft 1, 1929.

3358. Myatonie congenita bei zwei Geschwistern. M. Boddin.
 Ueber das Verhalten der physikalisch-chemischen Eigenschaften des Bluts bei Anämien im Kindesalter. Das Verhalten des Säurebasengleichgewichts und der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. M. Giuffrè.
 Zur Technik der perkutanen Tuberkulinreaktion nach Moro. K. Hille.
 Ueber Ekzema vaccinatum. E. Rullmann.
 Zur Schutzimpfung gegen Varizellen nach Késmárszky. J. Siegl und K. Rupilius.
 Beobachtungen über Beziehungen zwischen Gewicht und Trinkmengen bei Neugeborenen. Drossel.
 Das Blutbild bei Neugeborenen und Brustkindern tuberkulöser Mütter. A. N. Morosoa und M. W. Raskina.

Archiv für Ophthalmologie (Arch. Ophthalm.), Berlin, 122., Heft 1, 1929.

- Variationsstatistische Untersuchungen über Refraktion. E. Thron.
 Ueber die Bedeutung der Starreste. A. Röth.
 Ueber das Verhältnis von erzwungener Vertikalkonvergenz und Rollung bei der Fusion. W. Herzau.
 Nochmals die rhinogene Neuritis retrobulbaris. O. Thies.
 158. Ueber anatomische Veränderungen bei primärer Keratitis parenchymatosa tuberculosa. S. Suganuma.
 159. Der Ziliarkörper bei Luxation der Linse. E. Fuchs.
 Die polychromatische Refraktionskurve als graphische Darstellung des Farbensinnes. E. Bonwetsch.
 Beitrag zur pathologischen Anatomie der Orbitalerkrankungen. H. Magnus.
 Ueber angeborene Phthisis bulbi. E. v. Hippel.
 162. Die Reaktion des Menschenauges auf die Kammerpunktion. A. J. Samojloff.
 163. Experimenteller Tetaniekatarakt. H. Goldmann.
 Ueber Entstehung von Diskontinuitätsflächen in der Linse. H. Goldmann.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), 71., 5-6.

390. Ueber den Einfluß der Bewegungen auf die Temperatur, besonders bei Tuberkulösen. C. H. Würtzen und Cai Holten.
 Ueber den Einfluß der Luftdruckerniedrigung auf den Verlauf der Tuberkulose. Walter Singer.
 395. Frühinfarkt und Hochgebirge. H. Loeb.
 392. Tuberkuloseformen in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem. betrachtet nach Grundumsatz, Temperatur und klinischem Verlauf. Alfred Deisz.
 Leberfunktionsprüfungen bei Tuberkulose. Irene Barát und Richard Wagner.
 Experimentelle Beiträge zur künstlichen Immunisierung gegen Tuberkulose. (I. Mitteilung. Theoretische Grundlagen). Paul Kallós.
 Experimentelle Beiträge zur künstlichen Immunisierung gegen Tuberkulose. (II. Mitteilung. Verwendung des künstlichen Primärherdes). Elisabeth Bajza und Paul Kallós.
 75. Schwangerschaft und Nierentuberkulose. Hans Marx.
 Ueber die Tuberkulosesepsis. Nikolaus Röth.
 Lungentuberkulose und Lungenentzündung. (Zugleich ein Beitrag zur Tuberkuloseallergie.) Rehberg.
 81. Fortlaufende zytologische Untersuchungen des Auswurfs bei chronischer Lungentuberkulose. Otto Mühlberg.
 Zur Sputumretention bei Lungentuberkulose. Josef Poras.
 Zur Biochemie des Wachstums und der Ernährung der Tuberkelbazillen. L. Model.
 Ueber die Mororeaktion bei den Schulkindern des Kreises Oldenburg. Simon.
 91. Negative Tuberkulinhautempfindlichkeit beim Erwachsenen. K. Sietter.
 Die Hautreaktion bei gegorenem Tuberkulin. Alexander Komis.
 87. Ueber das Auftreten von Pneumonien nach Phreniksexstirpation. M. Locwenenthal.
 Beiträge zur optimalen Differenzierbarkeit der Rasselgeräusche. A. Winkler und A. Sattler.
 94. Ueber neue Gesichtspunkte bei der Kalziumtherapie der Lungentuberkulose. T. Sternberg.
 93. Beiträge zur Solganalbehandlung der Lungentuberkulose. E. Saegler.
 92. Beitrag zur Behandlung der Lungentuberkulose mit ihrer Fetthülle beraubten lebenden avirulenten Tuberkelbazillen. R. Gewaltig.
 Ueber gewisse Beziehungen des akuten Infiltrates zur Spitzenerkrankung und von Phthise. (Zugleich eine Studie auf röntgen-technischem Gebiete.) E. Haeger.
 Zur künftigen Forschung der Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose. Alban Köhler.
 94. Ein Fall von totaler Blutung als Folge einer Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. A. J. Rawitzkaja.
 Die Beschattung der Lungenapexen bei „praktisch gesunden Leuten“. A. Prossoroff.
 Einiges zur Tuberkulose-Schutzimpfung mit BCG. Kurt Henius.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 72., 2.

7. Vergleichende Schutzimpfungsversuche an Meerschweinchen. Kirchner und Newton.
 6. Schutzimpfungsversuche an Affen. Kirchner und Schnieder.
 Versuche, den Ablauf der Spontan-Tuberkulose des Rhesusmakaken durch BCG-Impfung zu beeinflussen. Kalbfleisch und Nohlen.
 Zur Disposition für Erkrankung an Tuberkulose. W. Huber.
 Ueber doppelseitigen Pneumothorax. Kayser-Petersen.
 Behandlung schwerer Fälle von Lungentuberkulose mit Sanocrysin. K. Secher.
 Zur Frage der Möglichkeit einer bakteriziden Chemotherapie der Tuberkulose. F. Jessen.
 4. Zur Prognose der Spitzentuberkulose. Edel und Adler.
 3. Infiltrate und Spitzentuberkulose in einer Lungenheilstätte. E. Sprungmann.
 9. Sputumuntersuchungen Tuberkulöser. Bajza.
 Ist die Lungentuberkulose des Erwachsenen subprimär oder tertiär. F. Hamburger.
 Gefäßbefunde im Lupus vulgaris. S. Bettmann.

Tuberkulose-Fürsorgeblatt.

- Allgemeinfürsorge oder Spezialfürsorge. Häffner.
 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit und Arbeitszulassung Offentuberkulöser. Fraenkel.
 Die Verhandlungen der Tuberkuloseärzte in Pyrmont. Denker.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 27, 1929.

3381. Eigentümliche Hautveränderungen, beim Auftauen einer gefrorenen Leiche entstanden. M. Staemmler.
 3205. Zur Pathogenese der Striae distensae cutis. Fritz Lasch.
 3203. Seltene Hauteruptionen bei typhösen Erkrankungen. S. K. Rosenthal.
 Echte und falsche Balstomykosen. Walter Treuherz.
 3278. Kenntnis der rituellen Zirkumzisionstuberkulose. Valentin Zarubin.
 Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 164., Heft 5/6, 1929.
 3207. Cutis marmorata. R. Mayer-List.
 3271. Zur feineren Diagnostik von Leber- und Gallenwegserkrankungen. Adler und Jeddeloh.
 Aleukämische Myelose mit Uebergang in akute Leukämie. Pius Müller und Gertr. Spröhnle.
 3270. Leber und Mineralhaushalt. K. Beckmann.
 Atrioventrikulärer Doppelrhythmus. Wilh. Dreßler.
 3336. Untersuchungen über den abnormen Keimgehalt des Magens und Duodenums. Franz Seebert.
 3331. Die Bedeutung der Blutplättchen und der Bluteiweißstoffe bei der Thrombenbildung. Barta und Jakab.
 Milchsäurebestimmungen im Blut bei Myasthenie. Friesz und Mohos.
 Funktionsprüfung des Inselorgans bei Diabetikern. F. Depisch u. R. Hasenöhr.
 Röntgenologische Beurteilung des Herzgefäßbildes bei Thoraxdeformitäten: Kyphoskoliose, reine Kyphose, Trichterbrust. H. Rösler.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, 55. Jahrgang, Nr. 25.

- Ueber psychiatrische Erbprognosebestimmung. Rüdin.
 3302. Klinische Stellungnahme zur Frage der dentalen Fokalinfektion. Wolfgang Franke.
 3303. Fokalinfektion. Ed. Precht.
 Ueber den diagnostischen Wert der isolierten Pupillensymptome bei der viszeralen Syphilis. R. A. Luria.
 3338. Die angebliche Hypoplasie des Nebennierenmarkes beim sogenannten Status thymico-lymphaticus. Karl Löwenthal.
 3305. Chloralhydrat und Hypertonie. Gustav Spengler.
 3269. Gefährdende Senkung des Blutzuckerspiegels beim Diabetiker während einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung. Willy Creelius.
 Können wir von der Homöopathie lernen? Bastanier.
 Kryptorchismus und Leistenbruch bei einigen Zwillingen. Werner Birkenfeld.
 3195. Klinische und experimentelle Beobachtungen mit dem Ovarialhormon „Follikulin“. S. Joseph und I. Raschkes.
 Zur Deutung der negativen Schickschen Reaktion, insbesondere bei Säuglingen. Fr. v. Gröer.
 Erwiderung auf vorstehenden Artikel. E. Friedberger.
 Otologie. Uffenorde.
 Immunbiologie. Felix Klopstock.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 216., 3/4. Heft.

3186. Ueber kombinierte Gastarkose. Helmut Schmidt und Schumann.
 Die Technik der Paravertebralanästhesie des Plexus lumbosacralis. Kurt Hempel.
 Die Sakralanästhesie in der urologischen Chirurgie. Hans Widenhorn.
 Ueber die postoperative Thrombose und Embolie sowie ihre therapeutische und prophylaktische Behandlung mit Blutegeln. E. Sulger u. Th. Bozsai.
 3349. Die Genese der Krebskachexie. Erich Schneider.
 Ueber anaerobe Wundinfektion. J. G. Knoflach.
 Ueber die Wirkung von Chlorthymol und Jod-Chlorthymol (Präparat G 124 und G 125) bei Erdinfektion von Meerschweinchen. W. Gärtner und C. v. Scanzoni.
 Ueber geschwulstartige Aktinomykose des Unterkiefers. L. Siegel.
 Ueber Knochenaktinomykose, insbesondere Kiefer- und Darmbeinaktinomykose. H. Meyer-Borstel.
 Zur Zahnfleischfibromatose. J. A. Begelmann.
 Die „Porzellangallenblase“ (Cholecystopathia chronica calcarea). H. Flörcken.
 Beitrag zur periarteriellen Sympathektomie. Ernst Machus.
 Spontane Perforation einer mischinfizierten tuberkulösen Harnblase. Fritz Schürer.
 Seltene Lokalisation einer Venektasie. L. Zuckschwerdt.
 Ein Fall von insulin-refraktärem Morbus Basedow. Wolf Kreiner.
 Konstitution, Stoffwechsel und Dupuytren'sche Kontraktur. Nippert.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenhik.), 109., Heft 1-3, Juli 1929.

- Tendenz zum ausgezeichneten Verhalten. Kurt Goldstein.
 3169. Wassermann-Reaktion. F. Plaut.
 3357. Meningismus nach Lumbalpunktion. V. Palcsó.
 Handreflex. G. Perény.
 3320. Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung. B. N. Mankowsky.
 Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 5, 1929.
 3384. Der heutige Stand der Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni und seine klinische Bedeutung. H. U. Albrecht.
 3383. Zur Deutung der Veränderungen am präpylorischen Magenabschnitt. M. Haudek.
 3385. Die intravenöse Pyelographie. A. Roseno, H. Jekins.
 Halbseitige Aufnahme des Lendenwirbel-Kreuzbein-Abschnittes. O. Dittmar.
 Weitere röntgenologische Beiträge zum Entleerungsmechanismus der Gallenblase. W. Schöndube.

- Neuere Untersuchungen zur röntgenologischen Darstellung der männlichen Harnröhre, Prostata und Samenblase. L. Dreßler.
 Ueber die Zerstörung des Cholesterins durch Röntgenstrahlen in vitro. A. H. Roffo, L. M. Correa.
 Aneurysma der Carotis interna, einen Hypophysentumor vortäuschend. H. Albl.
 Die Art und Weise, abgekapselte kostale Pleuritis, Fremdkörper und Krankheitsprozesse in der Brusthöhle zu lokalisieren. A. Prossoroff.
 Ueber Strahlenschutzröhren. Siemens, Reiniger, Veifa.
 Situs inversus pylori und duodeni. A. Eistenstein.
- Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 12, 1929.**
 Die biologischen Grundlagen der Bäderwirkung. E. Weiß.
 Beitrag zur Wirkung der Soleinhalation. J. Seichter.
 Ueber die Beziehungen von Jod zum Kropf. G. Zachariae.
 Ormicet-Creme in der kleinen Chirurgie. W. Osterweil.
 Die perkutane Salizyltherapie. R. Friedländer.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 25.**
 Zur Frage der Vakzinationsenzephalitis. A. Eckstein.
3164. Absolute und relative Disposition gegenüber bestimmten Infektionen. Hans Reiter.
3232. Die intravenöse Pyelographie. A. Roseno.
 Hyperbilirubinämie bei Magen- und Duodenalgeschwüren. F. Reiche.
3174. Duodenalvertikel und Magengeschwür. L. Zuckschwerdt.
 Die Einwirkung des Natrium-Nitrits auf den Blutzucker. E. Herzfeld und R. Krüger.
3246. Die Lambliosis bei den Bergarbeitern des Ruhrgebietes als Ursache von Magenbeschwerden. H. Teitge.
 Volvulus der Flexur bei Vater und Sohn. Th. Plaut.
 Die Fermentwirkung des dreitausendjährigen Mumienmuskels. E. Sehr.
3310. Ueber das vegetative Nervensystem und seine Beeinflussung durch pharmakologische Gifte bei Katatonikern. T. Gordonoff und F. Walther.
 Beitrag zur Bedeutung des Cholesterins bei experimenteller Staphylokokkeninfektion der Katze. W. Borchardt.
 Gebißverletzungen und praktischer Arzt. Hoffmann.
 Bemerkungen zur Technik der Pneumothoraxtherapie. Fr. W. Ledermann.
 Intravenöse Thymolinjektionen in der Behandlung eitriger Lungenaffektionen. Paul Bonem.
- Die Krankenversicherung, Berlin, 17. Jahrg., Nr. 12.**
 Die Novelle zum Gesetz vom 9. Oktober 1924 betr. die Verordnung der Arbeitnehmer für den Fall der Krankheit, der Invalidität und des Alters in der tschechoslowakischen Republik. A. Dorschner.
 Die Anwartschaft auf Sterbegeld. v. Frankenberg.
- Die Krankenversicherung, Berlin, 17. Jahrg., Nr. 13—14.**
 Der Anspruch der versorgungsberechtigten Beamten auf Versorgungskrankengeld. Bültmann.
3370. Doppelleistungen in der Krankenversicherung. Korbmacher.
3373. Betriebsunfall und Unfallentschädigung. Baum.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 23, 1929.**
 Die Differentialdiagnose der Lungentumoren. Rudolf Cobet.
 Das Sedimentationsphänomen der roten Blutkörperchen. F. Reiche.
3330. Zur Technik der Milchinjektion. L. v. Liebermann.
3165. Weitere Erfahrungen mit dem antitoxischen Koliserum (Behringwerk). Kurt Hennings.
3187. Ueber Kreuzbandverletzungen. Paul Caan.
 Ueber partiellen Riesenwuchs. Martin Kaufmann.
3256. Zur Diagnose der Milzvenenthrombose. Luigi Villa.
 Ueber angeborene Nierenaplasie bzw. -hypoplasie. Carl Hofer.
 Moderne Behandlung von Haut-, Harn- und Geschlechtskrankheiten. Herbert Colman.
 Ueber Luminal löslich. W. Blumenthal.
 Ein neues Quecksilber-Diuretikum „Novurit“. L. Popper.
 Wirkung von Enzypan bei Gallenleiden. Viktor Stark.
 Eine einfache Stauungsmethode für intravenöse Injektionen. O. Fischer.
 Dienstbeschädigung für ein Herz- und Nierenleiden angenommen. v. Schnitzer.
 Ophthalmologische Rundschau. Sammelreferat. W. Gilbert.
 Die strafrechtliche Haftung des Arztes für Kunstfehler. Schläger.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 23, 1929.**
 3161. Die Schädigung des Auges durch Strahlen. Birch-Hirschfeld.
3218. Die Syphilisfrequenz im Krankenhaus. A. Buschke und Ernst Kaufmann.
 Klages Stellung zum Hysterieproblem. Felix Jung.
3247. Serumtherapie des Scharlachs. Iwan Taneff.
 Inhalationstherapie der oberen Luftwege. Unter besonderer Berücksichtigung des Inhalatoriums von Bad Harzburg. Rhese.
 Angina pectoris und ihre Behandlung. Franz Schlodtmann.
 Pathologie und Therapie der Osteoarthritis deformans. Geza Lichtenstein.
 Nachweis der Gallenfarbstoffe im Harn. Jerzy Glass.
3340. Fettleibige Hypotoniker. Adolf Stark und Gerhard Stark.
 Hypertoniebehandlung durch Sol- und kohlensäure Solbäder. Spindler.
 Adipolant in der Beinheilkunde. Edgar Brann.
 Polygonorm als Hämostyptikum. E. Schubert.
 Auslegung des § 7 Abs. 3 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Albert Wulff und Ernst Wolffson.
 Hygienische Volksbelehrung als Problem der Hygiene und des Aerztestandes. Martin Vogel.
 Beobachtungen eines mit 17 Jahren im Kriege blindgeschossenen Historikers. Ludolf Gottschalk von dem Knesbeck.
- Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, Leipzig, 36. Jahrg., Nr. 6, 1929.**
 3188. Hoher Oberarmbruch — Selbstbeobachtung. v. Renesse.
 Syringomyelie und Unfall. M. Krabbel.
- Beitrag zur Verletzung der Wirbelsäule. G. Wehner.
3376. Lungenödem nach autogenem Schweißen. Ph. Kissinger.
 Die Unfall- (Kriegs-) Neurose. Günther Scholtze.
- Monatsschrift für Unfallheilkunde (Monatsschr. Unfallheilk.), Leipzig, Nr. 8, 1929.**
 3373b. Zur Erkennung und Begutachtung der Hirnerschütterung und ihrer Spätfolgen. A. Knauer.
- 3373a. Knorpelknötchen der Wirbelsäule und Unfall. E. Brach.
 Röntgenshaden und Unfallversicherung. Fr. Groedel und H. Lossen.
- Der Nervenarzt, 2. Jahrg., Heft 7, 15. Juli 1929.**
 3361. „Äußerer Anlaß“ und „innerer Zusammenhang“ bei Rentenneuosen. P. Joßmann.
 Psychotherapie und Religion. H. Seng.
3217. Früherkennung der metasymphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Erich Hoffmann und Alois M. Memmesheimer.
- Reichsgesundheitsblatt, Berlin, Nr. 27, 1929.**
 3248. Die Grippeepidemie im Winter 1928/29. Reichsgesundheitsamt.
- Der Schmerz, 2. Jahrg., Heft 1 u. 2, 1929.**
 3315. Der Einfluß von Leberschädigungen auf die Giftigkeit örtlich betäubender Mittel. Ph. Eklinger und W. Hof.
3314. Ueber Vorzüge und Nachteile des Pernocton. R. Bumm.
3313. Erfahrungen mit der Lachgas-Sauerstoffnarkose. W. Denk.
 Kaiserschnittanästhesie mit Narzylen im Vergleich mit anderen Verfahren. O. Mallebrin.
- Die „elektrische Narkose“ nach Leduc bei Hunden. J. Mayr und H. Wenger.
3371. Die juristische Verantwortlichkeit des Arztes bei der Narkose. Ebermayer.
3200. Pernocton in der Geburtshilfe. E. Vogt.
3202. Die Erfahrungen der Jenaer Universitäts-Frauenklinik mit der Aethernarkose nach Ombrédanne. K. Herold und F. Netzer.
- Ueber Vorzüge und Nachteile des Pernocton. R. Bumm.
3101. Unsere Erfahrungen mit dem Pernocton-Scopolamin-Dämmerschlaf in der Geburtshilfe. W. Hols.
- Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Schweiz. Arch. Neur.), Zürich, 24. Heft 1, 1929.**
 „Brainkommission“. C. v. Monakow.
 Irrenstatistik in der Schweiz. H. Bersot.
3362. Geburtsmonat und Psychose. W. Tramer.
 Charakterologie. W. Bovea.
 Hypophyse. Alfred Gigon.
 Krisis der Psychoanalyse. C. v. Monakow.
 Zwillinge mit Varikozele. Laignel-Lavastine und Papillault.
 Frühkontraktur bei Zerebralparalysen. S. Dawidenkow.
- Soziale Medizin (Soc. Med.), Berlin, 2. Jahrg., Nr. 6, 1929.**
 Kommunalhygienische Arbeiten in Berlin. Korach.
3369. Wesen und Organisation des Gesundheitsdienstes der deutschen privaten Lebensversicherungsanstalten. Neustätter.
 Eine Statistik über 999 Morbiditätsursachen. Roesle.
3368. 5 Jahre Berliner Krankenkassenambulatorien. Kohn.
3372. Sind Krebs und Diabetes sozialmedizinisch wichtige Krankheiten? Wollf.
3378. Inwieweit ist gesetzlich eine Beteiligung der Krankenkassen an den Aufgaben der Sexualberatung, Eheberatung, Geburtenregelung zulässig? Bothe.
3245. Schularzt und Zahnheilkunde. Hoppe.
- Soziale Medizin (Soc. Med.), Berlin, Nr. 8, 1929.**
 3368a. Schonungskranke in der Krankenversicherung? Berger.
 3378a. Arbeitsunfähigkeit bei venerischen Krankheiten. Levy-Lenz.
 Eheberatung und Krankenkassen. Zabu.
 Der Begriff, die Fehlerquellen und der Aussageinhalt der ärztlichen Diagnose. Rink.
 Methoden der Erfolgsstatistik. Coliper.
 Psychosomatische Therapie. Juliusburger.
 Wirtschaftliche Behandlungsweise der Geschlechtskrankheiten. Jadassohn.
 Die wirtschaftliche Behandlung der Gelenkkrankheiten. Wendriner.
 Zur Frage der Silberamalgamfüllungen. Schönbaum.
- Strahlentherapie, Berlin und Wien, 32., Nr. 4, Juni 1929.**
 3388. Fertilität und Nachkommenschaft früherer Röntgenassistentinnen. H. Nanjoks.
 Ueber die Röntgenbestrahlung des inoperablen Ovarialkarzinoms. E. Vogt.
3348. Zum Krebsproblem. H. Kupferberg.
 Ueber Licht- und Wärmebehandlung in der Gynäkologie. Wilh. Flakamp.
 Die Behandlung von Gebärmutterblutungen durch Milzbestrahlung. Felix Gal.
 Zur Grenzstrahlenbehandlung der Dermatosen. Herbert Fuhs.
3210. Kleinste Strahlendosen bei Hautkrankheiten. H. Fuhs und Jos. Konrad.
 Ueber die Anwendung des Schwermetallfilters bei der Röntgenbehandlung des chronischen Ekzems. Sepp Grauper.
 Experimentelle Untersuchungen über die Röntgenwirkung auf das Knochenmark. Annibale Casati.
 Zur Physik der Fingerkammer. R. Braun und H. Küstner.
 Eigenartiges Verhalten von Stickstoff bei seiner Ionisation durch Röntgenstrahlen. Karl Brummer.
 Ueber die bakterizide Wirkung von Röntgenstrahlen. W. E. Pauli und E. Sulger.
 Ueber eine mögliche Herstellung von hochaktivem Ergosterin (Vitamin D) aus Rohkaffee. L. v. Noel und F. Danmeyer.
 Rot als Antagonist von Ultraviolett. Fritz Ludwig und Julius v. Ries.
 Vergleich der Radium- und Röntgendosis mit einem Röntgendosismesser. M. Jona.
 Zur Meßmethodik in der Hauttherapie. F. Bödecker.
 Gefahr der Bauchwandnekrose nach Röntgenkastration? Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. Henkel, Jena. Kurt Kirschmann.
 Erwiderung zu vorstehenden Bemerkungen. M. Henkel.

Therapie der Gegenwart (Ther. d. Gegenw.), Berlin-Wien, 70., Heft 7, Juli 1929.

255. Flimmerarrhythmien und ihre Behandlung. Theodor Brugsch und Manfred Klingmüller.

262. Rektale Anwendung von Leber bei perniziöser Anämie. Hans Puffer. Ueber das Wesen und die Behandlung des Hautjuckens beim Ikterus. F. Rosenthal.

259. Beitrag zur Frage der konservativen Empyembehandlung mittels Rivanolsplung. O. Diehls.

272. Die „Cornelius-Massage“ im Lichte der Reiztherapie. Seeligmüller. Repetitorium der Geschlechts- und Hautkrankheiten. A. Buschke und A. Joseph.

Arbeiten aus der Bierschen Klinik über Organtherapie. O. Klemperer. Deutsche Tuberkulosekongress in Bad Pyrmont (22. bis 25. Mai 1929). Siegfried Piel.

Physormon und Tetanie. Petzsch. Erfahrungen mit Dilaudid. T. Paepfer.

309. Zur Frage der Dosierung und Gewöhnung von Dilaudid. Felix Klemperer. „Ditalon“, ein narkotikumfreies schmerzstillendes Mittel bei Erkrankungen des Unterleibes. Koch.

Erfahrungen mit Staphar (Staphylokokkenvakzine). Kreckeler.

Wiener klinische Wochenschrift (W. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 25.

Ueber sichtbare Pulsationsphänomene in der Herzgegend. Weltmann.

266. Hydrops articuli intermitiens. Schlesinger.

382. Wandbeschaffenheit tuberkulöser Kavernen. Sgalitzer und Hofstätter.

Zur internen Behandlung des Ulcus ventriculi und duodeni. Poras.

Prinzipielles zur Frage der Trypaffavinbehandlung bei Gonorrhöe. Skutezky.

Pharmakologie des Magens. Molitor.

Auf amerikanischen Kongressen. Breitner.

Ueber die Vergrößerung des Billrothhauses. Hübl.

Die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. Neumann.

Wiener medizinische Wochenschrift (W. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 15.

359. Ueber die Behandlung der Ischias. Georg Stieffer.

353. Hypophysengangszysten. Julius Flesch.

273. Ueber Verkalkung von Riesenzellen bei einem Fall von Tuberkulose der Hypophyse. Ernst Löffler.

Eine divertikelartige, vermutlich kongenitale Ausstülpung der Aortenklappe. Richard Paltauf.

277. Tuberkulose des Wurmfortsatzes. Hans Popper.

Zeitschrift für Kreislauforschung (Z. Kreislauforschg.), Dresden und Leipzig, 21. Jahrg., Heft 14.

347. Ueber Veränderungen im Tierkörper durch Vergiftung mit bestrahltem Ergosterin, insbesondere über Veränderungen der Arterien. R. Hükel und H. Wenzel.

261. Zur Kreislaufdynamik der Nykturie. Schoenewald.

Ueber den Einfluß der Sperrung und Freigabe eines peripheren Stromgebietes (Carotis externa) auf den Blutdruck. H. Mies.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. med. Beamte), Berlin, 42. Jahrg., Nr. 12, 1929.

Das Opiumgesetz. Lemke.

Paratyphus als landwirtschaftlicher Unfall. Daxenberger.

Zur Frage der biologischen Wirkung des Ultraviolettglases. Schmidt.

Eine Lücke in der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Rohlfing.

Zeitschrift für moderne Chirurgie (russisch), Moskau-Petersburg, 4., Heft 3, 1929.

Die Ulkusepidemie. W. Uspenski und E. Zykowa.

276. Zur Differentialdiagnose und Therapie der tuberkulösen Peritonitis. E. Kortschitz.

Ueber diffuse Gallenperitonitis. P. Tschassnikow.

Zur Frage der bösartigen Thyreusgeschwülste. D. Alexandrowski.

Welche Ursachen führen Kranke mit Geschwülsten der Brustdrüse zum Arzt? A. Lauda.

Mittel und Wege gegen die postoperativen Vereiterungen. F. Winograd-Finkel.

185. Klinische Beobachtungen über die Wirkung von CO₂-Inhalation in der postoperativen Periode. D. Warschawskaja.

184. Ueber postoperative Azetonurie. S. Abrin.

Bösartige Geschwülste der Prostata. J. Tjomkin.

Zur Pathogenese der Gynecomastie. A. Iwantschenko.

Ueber Beckenechinokokken. W. Solowjow.

176. Ueber die Todesursache bei Ileus. J. Perelmann.

Ueber die Sprache unserer wissenschaftlichen Arbeiten. H. Reinberg.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 120., Heft 1, 1929.

Ergänzungen zu meinem Verfahren der subokzipitalen Liquorentnahme beim Kaninchen. F. Plaut.

354. Ueber das Problem der Hirnswellung, insbesondere der durch Aufsaugung von Liquor entstandenen bzw. ihr zugeschriebenen. Herbert Strecker.

355. Was bedeutet die eigenartige Lokalisation der Corpora amylacea? Naokichi Kawata.

351. Ueber die hereditären Beziehungen der Hirnarteriosklerose. Bruno Schulz.

Besondere Hirnbefunde bei zerebraler Fettembolie. Waldemar Weimann.

Klinischer und anatomischer Beitrag zur Frage der oligophrenen Krankheitsprozesse. Wichart Kryspin-Exner.

Zum Problem der empirischen Erbgangsbestimmung. Die Erkrankungsansichten der Neffen und Nichten sowie der Großneffen und Großnichten Basler Schizophrenen. Heinrich Walker.

Cajalsche Horizontalzellen und Ganglienzellen des Marks. Klara Oppermann.

3323. Der Harnsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis. Fritz Lickint.

3324. Der Gehalt des Liquor cerebrospinalis an Aminosäurenstickstoff. Fritz Lickint.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik (Z. Sex.wiss.), 16., Heft 1.

Ueber die Verwandlung des Geschlechtstriebes in den Muttertrieb beim Weibchen und beim Männchen. Carlo Centi.

Kollektive Straf- und Rachemaßnahmen unter Kameraden. R. Herberitz.

Zur psychosexuellen Genese der Dummheit. Karl Landauer.

Die sozialen Bedingungen der Pubertätsentwicklung bei der weiblichen proletarischen Großstadtlugend. C. A. Thorbecke.

3377. Aus der Praxis der Eheberatung. R. Fetscher.

Konkubinats- und Rechtsordnung. E. Friedr. Traumann.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), Leipzig, 54., 1.

3296. Röntgenologischer Nachweis pulmonaler Sekundärfiltrierungen im Schulalter. Kurt Nüssel.

3168. Filtrierbare Elemente des Tuberkulosevirus. Fr. Keller und R. Wethmar.

Zur Behandlung der Lungentuberkulose durch perkutane Einverleibung unspezifischer Fettstoffe (Lipomykol). R. Gewaltig.

Ueber eine quantitative Bestimmung der perkutan wirksamen Tuberkulinmenge. Karl Stelskal.

Spontanheilung ausgebreiteter Lungenherde bei einer Wettschwimmerin. E. Nervegno.

3280. Einwirkung des Brustkorbtraumas auf die Entwicklung der Lungentuberkulose. Gegetchkori Quigineischwilli.

Zeitschrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 6/7.

Leopold Casper zum 70. Geburtstag.

3234. Zur Kritik der Ureterstrikturen. Hermann Kümmel.

3240. Ueber die Anostomosebehandlung der frischen oder veralteten kompletten Ruptur der Pars anterior urethrae. Hugh. H. Young.

Mögliche Fehler in der Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen. S. P. Fedoroff.

3231. Die primäre Harnblasenatonie. Richard Fronstein.

3192. Ueber zwei seltene und wichtige gynäkologisch-urologische Fälle. A. Döderlein.

Ueber Emphysema scroti nach Nieren-, Prostata-, Hernienoperationen und über andere Formen des Skrotalemphysems. Hermann Küttner.

Ueber umschriebene eitrige Nierenentzündung unter dem Bilde des Tumors. Fritz König.

Ueber Nephrolithiasis bilateralis. Carlo Ravasini.

Ueber beiderseitige Nierengeschwülste. Giorgio Nicolai.

3235. Ueber Ureterektomie. Viktor Blum.

3220. Beitrag zur Behandlung der kalkulösen Anurie. Hans Rubritius.

3239. Zur operativen Behandlung der undurchgängigen Harnröhrenverengung. Friedrich Kroß.

Divertikelstein. Hans Gallus Pleschner.

Erfahrungen über die suprapubische Prostataktomie. Arthur Götze.

3223. Hypernephrom und Digestionstrakt. Alfred Hoch.

Einige Bemerkungen über Blasenfremdkörper, speziell bei kleinen Kindern. Rudolf Hollinger.

Blasenscheiteltumor. — Urachuskarzinom. Ludwig Kiellenthaler.

Zur instrumentellen Lösung von Harnleitersteinen. Felix Schlagintweit.

3224. Zur Frage der Nierenstein-Harnleitersteinoperationen und der Erholungsfähigkeit des Nierengewebes bzw. seiner Funktion. Otto Kneise.

3236. Ueber Ureterolithotomie am Juxtavesikalen Harnleiterende beim Weibe. Rudolf Oppenheimer.

3312. Die Lachgas- (Stickoxydul, N₂O) Narkose in der Urologie. Arthur Bloch.

3229. Ueber Behandlungsversuche bei chronischen Zystitiden mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka. Rudolf Leuchtenberger.

3212. Ueber Rückfälle beim Tripper des Mannes und deren Ursachen. Hanns Geyer.

3225. Die Nephrektomien an der Kieler chirurgischen Klinik vor und nach Einführung des Ureterenkatheterismus. Max Grauhm und von Rehren.

Zur Kenntnis der Sarkome der Harnröhre. Hugo Puhl.

3237. Ueber das intramurale Ureterpapillom, seine Diagnose und Behandlung. Eduard Pflaumer.

Zur Diagnostik der Hufeisenniere. Caspar Heinrich Ludwigs.

3226. Rasche Steinbildung in der Restniere nach Nephrektomie. Karl Fischer.

Ueber einen eigenartigen Fall von eklamptischer Urämie. Paul Friedrich Richter.

3342. Der Ausscheidungsweg der harnfähigen Substanzen im Körper nach neuen Untersuchungen. Carl Schlayer.

Ersatz der fehlenden Harnröhre bei der Hypospadias peno-scrotalis durch Blasenschleimhaut. Paul Rosenstein.

3228. Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. Georg Oelsner.

3222. Wie weit dürfen wir bei der operativen Reduktion des Nierenparenchyms gehen? Eugen Barreau.

Ueber einen Fall von Perforationsperitonitis durch Blasenstein. Ries.

3221. Die endovesikale Behandlung der Inkontinenzia urinae beim Weibe. Edwin Picard.

Pyelonephritis ascendens abscedens. Wilhelm Karo.

3230. Erfahrungen und Resultate der Blasensteinbehandlung. S. Werboff.

3238. Ueber Reflexurethritis. Albert Dreyer.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 18.

Fremdkörper in der Harnblase eines Kindes. O. Vingreen.

Ein Fall von Fremdkörpern in der Bauchhöhle (eine Gänsepose). J. M. Rabinowitsch.

Zur Operation des Unguis incarnatus. A. Hilsse.

Panaritium gangraenosum. F. Honigmann.

Beiträge zur Kippklappenplastik. W. Kunze.

Chirurgische Kleinigkeiten. D. Kulenkampf.

Technisches zum redressierenden Gipsverband. H. Nölle.

Eine weitere Verbesserung der Einheitsschiene. Br. Pfab.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 19.

3175. Ueber die Nahrungsausnutzung nach Totalexstirpation des Magens. M. Bürger und G. J. Konjetzny.
Zwei interessante Bauchwandgeschwülste. L. Adam.
Zur Avertinmarkose. B. O. Pribram.
Ein kombinierter Wiederbelebungssapparat. O. Loewe.
Gumma penis et scroti. L. P. Marjantschik.
Zur Operation des Hallux valgus. W. Raven.
Kruale Adnexhernie. R. Hubrich.
Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das wachsende Gehirn im Tierversuch. R. Demel.
Wachstumsstörungen durch Röntgenbestrahlung. K. Försterling.
Ueber Wachstumsstörung nach Röntgenbestrahlung jugendlicher Knochen- und Gelenktuberkulose. W. Anschütz und A. Beck.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallheilkunde, Berlin, XVI. Jahrg., Nr. 5.

3374. Die Einwirkung der industriellen Entwicklung auf den Körper des Arbeiters. Ascher.
Klinische Bewertung der Reaktionen des Arbeiterorganismus und ihre pathogenetische Bedeutung. Gelmann.
3319. Das Kohlenoxyd, seine Gefahren und seine Bestimmung. Wirth und Küster.
Die hygienisch einwandfreie Siedlung und Arbeiterkolonie. Casner.
Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Zbl. Gewerbehyg.), Berlin, 7. 1929.
3376a. Ein Fall von tödlicher Vergiftung durch nitrose Gase beim Lichtbogen-schweißen. Adler-Herzmark.
Die Stellung des Sozialhygienikers zur modernen Industrieentwicklung. Ascher.
Die Gesundheitsgefahren beim Arbeiten mit Zaponlack und ihre Verhütung. Banik.
Klinische Bewertung der Reaktionen des Arbeiterorganismus und ihre pathogenetische Bedeutung. Gelmann.
Wirken unsere Kraftfahrzeugbetriebsstoffe giftig? Lion.
Seelisch bedingte Organfunktionsstörungen nach Unfällen. Schenk.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Zbl. Gewerbehyg.), Berlin, 8. 1929.

- 3374a. Klinische Bewertung der Reaktionen des Arbeiterorganismus und ihre pathogenetische Bedeutung. Gelmann.
Ein Beitrag zur Untersuchung von Bleiarbeitern. Teleky.
Gutachten für gewerbliche Vergiftungen. Floret.
Die Pflege von Parks und Gärten als erste Aufgaben der Großstadthygiene. Schmidt-Lamborg.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 29, 1929.

- Ein Fall von Karzinom und Tuberkulose der Tube. P. Klein.
3189. Therapie bei diffuser Peritonitis genitalen Ursprungs. Seißer.
Stereogrammetrie in der Geburtshilfe. Drüner.
3198. Prophylaxe der Nachgeburtsblutungen durch Kalzium. Bardenheuer.
Blutstillende Wirkung des Kalzium bei der Geburt und im Wochenbett. Szenteh.
Weiterer Fall von Vorfal beider Füße und einer Hand bei Schädelllage. Oppenheimer.
Technik des Kaiserschnitts bei Placenta praevia. Rismondo.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 30, 1929.

- Allgemeine deutsche Kaiserschnittstatistik 1928. Winter.
Auswertung serologischer Untersuchungsergebnisse für das Verständnis der Biologie der Placenta. v. Oettingen.
3199. Modifikation der Kleidotomie. F. C. Wille.
Verbleib des eingeführten Jodöls nach Salpingographie.

Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50. Jahrg. Nr. 21.

3329. Zur Messung der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes beim Menschen. Nonnenbruch.
Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50. Jahrg. Nr. 22.
3334. Die Energotonometrie. Engelen.

Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50. Jahrg. Nr. 23.

3341. Zusatz zu meiner Theorie der Harnbildung. Bujewitsch.
Zentralblatt für innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, 50. Jahrg. Nr. 24.
Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhinolarngologie. O. Seifert.

Zeitschriften in holländischer Sprache**Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 24, 1929.**

3204. Ein merkwürdiger Fall von Pyoderma chronica papillaris et exulcerans (Zurhelle). W. L. L. Carrol.
Caput obstipum. G. W. Manschot.
Phlegmone des Dünn- oder Dickdarms und Invagination. H. J. Boevé.
Pemphigus neonatorum acutus et Dermatitis exfoliativa. L. Klumper.

Nordische Zeitschriften**Hospitaltidende, Nr. 17, 1929.**

- Ueber kongenitale Thoraxzysten und Lungenmißbildungen im Röntgenbild. P. Flemming Möller.
Sehnenzerreißung der Extensor-pollic.-long.-Sehne nach Radialisfraktur. Ernst Lassen.

Hospitaltidende, Nr. 18, 1929.

- Sanokrysinbehandlung der Lungentuberkulose im Sanatorium zu Nakkebolle-fjord. O. Helms.

Italiens Kampf gegen die Malaria. Vilh. Jensen.

Fulminale Milzbrandsepsis. Regus Jensen.

Hospitaltidende, Nr. 19, 1929.

- Ueber die Erfolge der Röntgenapparate bei Anwendung zur Diagnostik. Johannes Meyer.
Ueber den Infektionsverlauf nach oraler Zufuhr des Bacillus Aertrycke (Breslau) bei Mäusen mit B-vitaminfreier Kost. H. C. A. Larsen.
Ueber die Mikrometrie der roten Blutkörperchen. M. C. Bottrop.

Hospitaltidende, Nr. 20, 1929.

- Indikation zur Strahlenbehandlung einiger maligner Tumoren, besonders bei Metastasenbildung des Cancer labii. E. Collin.
Ueber intraartikuläre Frakturen im distalen Humerusende bei Kindern. O. Ramlan-Hansen.

Hospitaltidende, Nr. 21, 1929.

3268. Drei Fälle von Coma diabeticum mit Azotämie und ein Fall mit Gravidität. Oline Christensen und J. E. Holst.

Hospitaltidende, Nr. 22, 1929.

3171. Immunitätsverhalten bei Syphilis. Oluf Thomsen.

Hygiea, 91., Heft 11, 1929.

3321. Ueber Bau und Funktion der Hirnrinde. S. E. Henschen.

Norsk Magazin for Laegevidenskapen, Nr. 7, 1929.

- Ueber Schwangerschaftsblutungen durch Beckenleiden und die Schmerzen danach. Kr. Skajaa.
3298. Das Verhalten der endokrinen Organe bei Rachitis und Spasmophilie. L. Stollenberg.
Krebsentwicklung in chronischen Magen- oder Darmgeschwüren vom klinischen und pathologisch anatomischen Standpunkte. Chr. Rosing Bull.
Tuberkulinuntersuchungen. H. Jacob-Ustøedt.
Tuberkulöse Niereninfiltrat — Miliartuberkulose. R. Notlehn.
Peroneuslähmung nach Zangenburt. Anton Sunde.
3332. Ueber das Verhalten des Blutzuckers bei Körperanstrengungen. Christian Brunsgaard.

Svenska Läkaresällskapets Handlingar, 55., Heft 1, 1929.

- Asepsis und Antisepsis in der Gegenwart. Gunnar Nyström.
3249. Untersuchungen über die Epidemiologie der Poliomyelitis. C. Kling.
Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 24, 1929.
3344. Arbeitstherapie. H. J. Schon.
3346. Ernährungsversuch mit Insulin bei tuberkulösen Patienten. Arthur Martensen.
Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 25, 1929.
3365. Ueber Sulfosinbehandlung der Schizophrenie (Dementia praecox). Knud Schröder.
Anwendung des Lichtes bei Hautleiden. Axel Reyn.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 27, 1929.

- Adipositas und ihre Bedeutung für die Praxis. Knud Secher.
3307. Ueber Arsylen. Haagen Jensen.
Behandlung der Acne vulgaris mit Quarzlicht in kleinen Dosen. A. Korsblyer.
Ein Fall von 3 ausgebrochenen Zähnen mit Restitutio ad integrum. Renter.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 29, 1929.

3325. Familiäre „Dyskrie“. August Wimmer.
Zystographie mit chronischer Pyurie bei einem 15 Monate alten Kinde. Vagn Riis.
Ein technischer Vorschlag zur Entfernung des Os lunatum. H. S. Bjilmann.
Behandlung der Dementia praecox mit dem Metallsalz-Mangan. O. Tindings.

Zeitschriften in englischer Sprache**The American Journal of Surgery (Amer. J. Surg.), New York, New Series, 6., Nr. 3, 1929.**

3304. Verödung durch Elektrizität und Elektrokoagulation bei Neubildungen und ähnlichen Erkrankungen der Mundhöhle und ihrer Umgebung. William L. Clark.
Die Baldwinsche Operation bei Scheidenaplasie. C. Jeff Miller.
Eine Reihe von 84 aufeinanderfolgenden Fällen von doppelseitiger Vasektomie zur Verhinderung postoperativer Epididymitis. J. Sturdivant Read und E. King Morgan.
Kropf und endemischer Kretinismus. J. C. Moore.
Was soll als Kropfprophylaxe getan werden? Robert Olesen.
3173. Mortalitätsherabsetzung in der Schilddrüsenchirurgie. Nelson M. Percy.
3328. Die Wirkung von Jod- und Schilddrüsenfütterung auf die Schilddrüse, ein experimenteller Beitrag. W. Blair Mosser.
Arterielle Embolektomie. Harry Koster.
Schleimbeutel am Fuß. Percy W. Roberts.
Elektrische Behandlung der Eursitis subdeltoidea. Norman E. Titus.
Knorpelverletzungen. Willis W. Lasher.
3178. Semilunarknorpelzysten. Willis C. Campbell und Joseph I. Mitchell.
Primäres Lungenkarzinom. I. S. Raydin.
Die Verwendung des Radiums in der Krebsbehandlung. Douglas Quirk.
Ueber allgemeine Peritonitis. G. S. Foster.
Die Beziehung des retikulo-endothelialen Systems zur Funktion des Urogenital-systems. O. Kolischer und A. E. Jones.
Thrombose der Hämorrhoidalvenen. Frederick C. Smith.
Experimentelle Untersuchungen über die Behandlung lokaler und allgemeiner Infektionen vom chirurgischen Standpunkt aus. Abraham O. Wilensky.
Eine geschlossene aseptische und schnelle Methode der Magen- und Darm-anastomose (vorläufiger Bericht). A. V. Partipilo.
Holzblöcke an Stelle von Krücken. Jason S. Parker.

- Demonstration eines Tisches für zystoskopische und röntgenologische Untersuchungen. Paul W. Aschner.
- Resorbierbarer Tampon. Hermann Kümmell.
- Großes Lipom des Rückens. Addison H. Bissell.
- Chronische Intussuszeption. Fred W. Solley.
- Beiderseitige Nierensteine. J. J. Valentine.
- Nierenstein in einem entzündlichen hydronephrotischen Abschnitt einer Hufeisenniere. J. J. Valentine.
- Malignes Adenom der Schilddrüse. Locke L. Mackenzie.
- Epitheliom des rechten Oberkiefers. Herbert Willy Meyer.
- Splenektomie nach Schußverletzung der Milz. Herbert Willy Meyer.
- 2 Fälle von Basedow. J. William Hinton.
- Adenom des linken Schilddrüsenlappens. J. William Hinton.
- Ureteranastomose. Edward L. Keyes.
- Archives of Internal Medicine (Arch. Int. Med.), Chicago, 43., Nr. 2.**
3339. Kann die Gallenblase sich auf Duodenalsondierung entleeren? Ist die Gallenblase die Quelle der „B“-Galle? B. B. Vincent Lyon.
3254. Galopprhythmus bei Hypertonie. (Cardiograph. Laborat. of Mount Sinai Hospit., New York.) H. Mond und E. T. Oppenheimer.
- Die Bewegungen der Rippenränder bei normalen und krankhaften Zuständen. (New York State Hospit. for incip. Pulmon. Tuberc.) H. A. Bray und J. L. Wilson.
3317. Ochronosis. Bericht über einen Fall von Karbol-Ochronosis. (Path. Abt. des Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) S. E. Goldberg.
3316. Opiumsucht. Teil I: Das Verhalten des Opiumsüchtigen. (Narcot. Wards of Philad. General Hospit.) A. B. Light und E. G. Torrance.
- Das Radikulärsyndrom bei der hypertrophischen Osteoarthritis der Wirbelsäule. (Departm. of Med., Univers. of Californ. Medic. School.) L. Gunther und W. J. Kerr.
3257. Das kardiovaskuläre Problem bei der Pneumonie. (George Washingt. Univ. Hospit., Washington.) B. M. Randolph.
- Gestörte Vorhofs-Kammer-Leitung bei rheumatischem Fieber. (Departm. of Med., College of Physicians and Surg. of Columb. Univers., and the Presbyt. Hospit.) R. L. Levy und K. B. Turner.
- Kulturelle und serologische Reaktionen mit grünfärbenden Mikrokokken bei Masern. (Medic. Research Labor. Parke, Davis and Co.) N. S. Ferry und A. Noble.
- Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. phys. Ther.), Omaha, U. S. A., 10., Nr. 3.**
3337. Die Wirkung der leuchtenden Strahlen und ihr Wirkungsmodus. Carl Sonne.
- Zinkionisation vom elektrischen und bakteriologischen Standpunkt. A. R. Friel.
3336. Retikuloendotheliales System und Diathermie. Gustav Kolischer.
- Natürliche Heliotherapie. A. Gottlieb.
- Ein vernachlässigter Infektionsfokus. M. I. Breuer.
- Die Kugelfunktenstrecke. R. A. Watters.
- Klinik der physikalischen Therapie. A. F. Tyler.
- The Canadian Medical Association Journal (Canad. M. Ass. J.), Heft 5, Mai 1929.**
3339. Ueber Karzinombehandlung. Herbert A. Bruce.
- Lungentuberkulose im Kindes- und Jünglingsalter und ihre Differentialdiagnose. Maurice McPhedran.
3182. Varizen und ihre Behandlung bei Sklerosis. Gurth Pretty.
3183. Uebersicht über 137 Fälle von Magenkrebs bei den frühesten Symptomen. William Goldie.
- Juveniler Diabetes. M. Rabinowitch.
3297. Intramuskuläre Kampferinjektionen bei Stauung der Brüste in der Laktation. Nevell Philpott.
- Einwirkung langwelliger X-Strahlen auf Staphylokokkus aureus und auf Mikrosporum Audouini. Albert Bertrand.
- Operative Behandlung der Spina bifida. Mackenzie Forbes.
- Trypsin und Epihydrin gelöst in Glomenol als therapeutisches Mittel bei allergischen Zuständen. W. Caufeild.
- Chronisch intestinale Verdauungsstörung (Coeliae-Disease). Harold Little.
- Chronische Otorrhoea: Ihre Behandlung mit Calots-Lösung. I. Harnick.
- Journal of experimental medicine, 49., Nr. 4, 1. April 1929.**
- Behandlung experimenteller allgemeiner Peritonitis des Hundes mit Ileostomie und Kochsalzlösung. T. G. Orr und R. L. Harden.
- Das schnelle Atmen bei Lungenkongestion und Lungenödem. E. D. Churchill und O. Cope.
- Nicht-hämolytische Streptokokken und akutes rheumatisches Fieber. R. N. Nye und D. Seegal.
- Das Wachstum bestimmter fakultativer Anaerobier in Beziehung zu Oxydations-Reduktionsprozessen des Mediums. R. Dubos.
- Die Beziehungen zwischen bakteriostatischer Wirkung bestimmter Farben und Oxydations-Reduktionsprozessen. R. Dubos.
- Ueber toxische Substanzen des Typhusbazillus. II. Die Wirkung von Seren auf die Faktoren, die die lokale Hautempfindlichkeit gegenüber Filtraten von Typhusbazillenkulturen bestimmen. G. Schwartzmann.
- Blutchloride bei Pneumonie unter verschiedenen Bedingungen. C. A. Binger, R. V. Christie, J. S. Davis, A. Hiller.
- Wirkungen nicht-hämolytischer Streptokokken auf Kaninchen. III. Allgemeine tuberkulinähnliche Ueberempfindlichkeit, Allergie oder Hyperergie. C. L. Derick, H. F. Swift.
- Ueber indifferente Streptokokken. III. Die allergisierende Kapazität verschiedener Stämme. C. H. Itchcock und H. F. Swift.
- Uebertragung von Hühnerpocken durch Moskitos. J. Kligler, R. S. Muckenfuß und T. M. Rivers.
- Herpes encephalitis bei Zebuaffen. H. Zinsser.
- Ein Bacillus-abortus-Stamm vom Schwein. Th. Smith.
- Die Reaktion der menschlichen Galle und ihre Beziehungen zur Gallensteinbildung. J. G. Reinhold und L. K. Ferguson.

Differenzierung einiger toxischer Substanzen in anaerob gebildeten Pneumokokkenautolysaten. J. T. Parker.

Ueberleben des Poliomyelitisvirus für acht Jahre im Glycerin. C. P. Rhoads.

- The Journal of Infectious Diseases, (J. inf. Dis.), Chicago, 44., Nr. 5, 1929.**
- Rickettsia-ähnliche Organismen im Skrotum von fleckfieberkranken Meer-schweinchen. H. Pinkerton.
- Wirkung von Wechselstrom auf Tuberkelbazillen in Milch. Ch. M. Carpenter.
3172. Lebensfähigkeit des Felsengebirgsfiebererregers in Glycerin. A. G. King.
- Hautüberempfindlichkeit gegen Filtrate von „Rheumatismus“-Streptokokken. K. E. Birkhang.
- Hautreaktionen, hervorgerufen durch Filtrate und abgetötete Kulturen von grünwachsenden Streptokokken von Masern. W. J. Bradford.
- Wirksamkeit des Herpesvirus bei Mäusen. H. B. Andervont.
- Alkaligene Keime bei Patienten mit gangränöser Appendizitis. E. Weiß.
- Ueberempfindlichkeit gegen Diphtheriebazillen. J. M. Neill und W. L. Flemming.
- Herstellung spezifischer Sera mit formol-entgifteten Pasteurellakulturen. A. Batchelder.
- Sauerstofftoleranz von Cl. botulinum A, B, C, von Cl. sporogenes und Cl. Welchii. K. F. Meyer.
- Ansichten über Isohämolyse. C. M. Downs, H. P. Jones und K. Koerber.
- The Journal of Nervous and Mental Disease (J. Nerv. Dis.), New York, 69., Nr. 1, Januar 1929.**
3356. Tumoren in der Gegend des dritten Ventrikels, ihre Diagnose und ihr Verhältnis zum pathologischen Schlaf. J. F. Fulton und Percival Bailey.
3352. Gliom der Medulla oblongata. Orman C. Perkins.
3318. Nervöse und psychische Reaktionen auf Veronal, chronische Veronalvergiftung. A. C. Dannemann.
3350. Bedeutung der Infektion für die vegetative Symptomatologie der Neurosen. Nathan Savitsky und S. Philip Goodhart.
- Blickkrämpfe als Zwangsphänomene bei Postenzephalitis: ihr Auftreten, ihre Erscheinungsformen und ihre Bedeutung. Smith Ely Jelliffe.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5517, 25. Mai 1929.

Ueber Darmkrebs. G. Turner.

Schmerz und andere subjektive Krankheitszeichen bei kongestiven Herz-erkrankungen. K. Smith.

Experimentelle Behandlung des Krebses mit Tuberkulin. R. Peach, A. Sutton und W. Howard.

Maligne Degeneration eines Nävus. P. Fenwick und R. Wells.

Idiopathische Steatorrhöen infolge Erkrankung des Ganglion coeliacum. T. Thaysen.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5518, 1. Juni 1929.

Einige Typen septischer Infektionen Neugeborener. H. Cameron.

Die normale und pathologische Physiologie des Magens. V. Kinsellen.

Die Dimeplasintherapie der Malaria. R. Green.

Die Sanocrysintherapie der Tuberkulose. F. Heaf.

Die pharmakologischen Wirkungen des Banisterin. J. Gun.

3295. Benzylzimmester in der Tuberkulose. P. Jory.

Oriental Journal of diseases of infants, Kyoto, 5., Nr. 2, März 1929.

Vier Fälle von Epituberkulose. T. Suzuki.

3301. Ueber Blutzuckermengen bei kindlicher Dysenterie. S. Takeda.

- The Urologic and Cutaneous Review (Urol. a. Cut. Rev.), St. Louis, Nr. 7, Juli 1929.**
- Lokalbehandlung und physikalische Therapie bei Hautkrankheiten. W. Knowsley Sibley.
3203. Dermatologie und endokrine Störungen. James H. Hutton.
- Molluscum contagiosum (mit Bericht über einen Fall). Noah E. Aronstam.
3181. Uretrektomie. Victor Blum.
3180. Embryonales Karzinom des Hodens, mit Bericht über einige Fälle und mit Literaturübersicht. André L. Stapler.
3213. Die Behandlung der Zervixgonorrhöe. Malcolm Simpson.
- Diagnostische und operative Zystoskopie. Gideon Timberlake.
3191. Akute Vaginozervizitis. Eine neue Krankheit der Vagina. James J. E. Maher.
- Eine Methode zur Befestigung von Dauerureterenkatheter zweck Drainage. St. Julien R. Marchison.
3227. Doppelseitige Nierensteine. Cesare Boretti.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales de Derm. et de Syph., Nr. 5, Mai 1929.**
- Ueber einen Fall von Ei-Idiosynkrasie. B. Bloch, J. A. Gay Prieto.
- Allgemeines über Dermatophyten. R. Sabouraud.
- Rhinoklerom. W. J. Mrogovius.
- Wirkung der Topika, sogen. reduzierender Mittel auf Dermatosen. A. Sézary, R. Worms.
- Beitrag zum Studium der Epidermomykosen. E. de Gregorio.
- Annales de Derm. et de Syph., Nr. 6, Juni 1929.**
- Allgemeines über Dermatophyten. VI. R. Sabouraud.
- Die Woodsche Lampe in der Dermatologie. J. Margat, P. Devèze.
- Beitrag zur Frage des Zosters. S. A. Glaubersohn, R. A. Villand.
- Experimentelle Untersuchungen über Allergie und Immunität bei Trichophytie. E. Rivalier.
- Infektion von Haaren durch Haarpilze in vitro. A. Toma.
- Annales des maladies vénériennes (Ann. malad. vénér.), Nr. 5, 1929.**
- Beitrag zum Studium der Sarkoide. J. Gaté, J. Rousset.
3219. Rasche Heilung eines Gesichtslupus bei einem Heredosyphilitischen durch antisyphilitische Behandlung. Deshayes.

- Statistischer Versuch bezüglich der Zukunft Syphilitischer nach Arsenobenzolbehandlung. F. Fuß.
3233. Sekundärinfektionen der Harnwege. Lautmann.
- Biologie Médicale**, Nr. 1, 1929.
Gibt es anatomische Dispositionen, die den psychischen Funktionen entsprechen? L. Legrand.
- Biologie Médicale**, Nr. 2, 1929.
Pockenimpfung, nervöse Komplikationen, das englische Experiment. R. Pierret.
Ein großes Blatt in der Geschichte der Medizin: die Entdeckung der Malaria-transmission durch Mücken. Ch. Broquet.
- Biologie Médicale**, Nr. 3, 1929.
Chimie. H. Contière.
- Biologie Médicale**, Nr. 4, 1929.
Zellentheorie und Leben. R. Collin.
Chimie. Contière.
3260. Ein Fall von autochthoner Spirillose im Hospital de Briare im Mai 1928.
Heilung mit Stovarsol. P. Tschekow.
- Journal de Praticiens**, Nr. 18, 1929.
3177. Schnitte an Fingersehnen. Chateau.
Diabetes und Syphilis. R. Vizerie.
- Journal des Praticiens**, Nr. 17, 1929.
Die Endokarditiden des Typhus und die Endocarditis typhosa bei Kindern.
Nobécourt.
3160. Das akute primäre Glaukom. Prosper Veil.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 32, 1929.
Klinisch physiopathologische Studie über einen splenektomierten Fall von hämolytischem Icterus. F. Vidal, L. de Gennes, Laudal.
Zur Operationstechnik bei paralytischen Spitzfuß. L. Ombredanne.
Schwangerschaftspolyneuritis mit Korsakowschem Syndrom. E. Ledoux.
Die praktische Methode der Epiloonkulturen. A. Becart und H. Gachlinger.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 33, 1929.
Anaphylaktische Konjunktivitis und konjunktivale Krisen bei Asthmatikern.
Pasteur, Vallery, Radot, P. Blamutier und J. Stehelin.
3322. Der gegenwärtige Stand der Gehirnchemie. F. Tscherniakowski.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 34, 1929.
Die Rolle der Haut bei der Behandlung viszeraler Schmerzzustände. J. A. Sicard und A. Lichtwitz.
Die Mineralwässer. G. Billard und A. Mongrot.
3264. Zur Diagnostik und Therapie chronischer rheumatischer Erkrankungen.
J. van Breemen.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 35, 1929.
Wann ist Nierenkranken Salz zu verordnen oder zu verbieten. L. Blum.
Van Gualaert und Grabar.
Psycho-enzephalitischer Rheumatismus. R. Targowla.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 36, 1929.
Zur Diagnostik komprimierender Neubildungen im Rückenmark: Die Messung des Lumbaldrucks. Cl. Vincent und M. David.
Ueber die fast ausschließliche Entwicklung gastrischer Geschwüre inmitten von Schleimdrüsen. P. Cogniaux.
- Revue fr. de Derm. et de Vénéreol.**, Nr. 1, 1. Januar 1929.
Intradermoreaktionen mit Streptokokken bei Pityriasis rosea. Bérin, Michaux, J. Cottet.
Pityriasis rosea mit impetiginösen Krusten. G. Milian.
Medaillonförmige Parakeratose bei Pityriasis rosea nach infizierter Verwundung. Milian, Launay.
Impetigo confluens des Gesichts. Milian.
Impetigo, Erythem. Milian.
Erysipel am Gliede. G. Milian.
Kolibazillendermatosen. Miguel Ferrel de Morera.
- Revue fr. de Derm. et de Vénéreol.**, Nr. 2, Februar 1929.
Ulcerogummöse Syphilide des Knies. G. Milian.
Das Antigen bei der Kahnischen Reaktion. R. Demanche.
Syphilis maligna praecox. G. Milian, Périn, Michaux.
Eklampsie post partum. G. Milian.
Urtikarielles Erythem nach Salvarsan. Milian, Lotte.
- Revue fr. de Derm. et de Vénéreol.**, Nr. 3, März 1929.
Rezidivierendes Hämatom der Sakralgegend nach Wismutinjektionen. Milian, Nativelle.
Vesikulös-ödematöse Erythrodermie nach Arsen. G. Milian.
Varietiforme und varizelliforme Syphilide. G. Garnier.
Phagedänischer weicher Schanker. G. Milian.
Tödliche generalisierte Vakzine beim Neugeborenen. Milian.
- Revue d'Orthopédie**, Paris, 16., Heft 2, März 1929.
3179. Ueber die Resektion als Behandlung tuberkulöser Tumoren am Fuß. Etienne Sorrel und Joseph Meisel.
Zystenbildung der Wirbelsäule. H.-L. Rocher.
Ueber 2 Zystenfälle der Knochen. Zysten in Form einer Exostose. Alex. Sar. Papadopoulos.
Fehlerhaft gestellte Ankylose beider Knie, doppelseitige Kellresektion. L. Grimault.
2 Fälle von Zystenbildung der äußeren Menisken. J. Delchef.
Knorpelschwulst der Beugesehnensehnen der Hand. E. Brennemann und A. Jung.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Annali di Ostetricia e Ginecologia** (Ann. di Ost. e Gin.), Mailand, 51. Jahrg., Nr. 6.
3197. Fett und Lipoid in der Deziduazelle der normalen Gravidität. S. Martines.
Ueber einen Fall von beiderseitiger eitriger Otitis media auf gonorrhöischer Grundlage. G. Grossi.
3190. Ovarialabszesse. Cosma Raffaele.
3196. Rezidivierende Extrauterinschwangerschaft. Maria Arcieri.
- La Pediatra**, Neapel, Jahrg., 37, Heft 12, 1929.
3306. Das Hexamethylentetramin, intravenös verabreicht, als Therapie der Chorea minor. F. De Capua.
3250. Ueber Komplikationen der Bazillenruhr im Kindesalter. Luigi Greppi.
3253. Ueber Polyurie und Albuminurie bei kindlicher Malaria. A. Zalocco.
Ueber einen Fall von Mikulicz'schem Syndrom. Mario Cimmino.
Aetiologische und pathologische Betrachtungen über einen seltenen Fall von Chondrodystrophie, vergesellschaftet mit einem Riesenwuchs des Rumpfes. Umberto Sala.
- Il Policlinico**, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 25, 1929.
3343. Das Grundprinzip der Probe zur Differentialdiagnose zwischen Exsudat und Transsudat. F. Rivalta.
Akute Entzündung des Mesenteriums. C. Masseti.
Seltener Fall von Abdominalchirurgie. O. Tenalli.
Lyssabehandlung nach der Methode Fermi-Philips. C. Fermi.
- Il Policlinico**, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 26, 1929.
- Epidemiologie und Prophylaxe des Scharlachs. A. Filippini.
Inter-retrokolische Phlegmone. G. Ricciuti.
Osteomyelitis acuta der Schädelknochen. T. Teodocico.
3251. Abortive Behandlung des Bauchtyphus mit Milchinjektionen. T. Silvestri.

- Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis**, Bologna, Jahrgang III, Heft 6, 1929.
Beiträge zur Kenntnis des Atmungsmechanismus. Beobachtungen bei Pneumothoraxträgern. Vincenzo Monaldi.
3288. Ueber die bewegliche basale Dämpfung beim rechtsseitigen Pneumothorax. Saverio Aloisi.
Ueber eine neue vereinfachte Methode zum Nachweis tuberkulöser Antikörper. G. F. Capuani.
Übersichtsreferat über die Anreicherungsverfahren zum Nachweis des Kochschen Bazillus im Auswurf. Giovanni Andreoni.
Lues und Tuberkulose. Gino Polieri.
3289. Ueber die Behandlung des metapneumothoraxischen Empyems. E. Curti.
3286. Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. G. Oherardini.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Archivos Españoles de Pediatría**, Jahrg. XIII, Nr. 1, 1929.
3299. Die Hauptformen der beginnenden kindlichen Tuberkulose und ihre Diagnostik durch das Röntgenverfahren und den Bazillennachweis. Armand Deille.
Nipologie, Nipiohygiene und Niplosoziologie (I). Patricio Borobio.
- La Pediatría Española**, Jahrg. XVII, Nr. 193, Oktober 1928.
3300. Eitrige Pleuritiden im Kindesalter (I). Mateo Milano.
Die Röntgenuntersuchung des Säuglingsmagens (II). M. u. F. Arce.
- La Pediatría Española**, Jahrg. XVII, Nr. 194, November 1928.
- Eitrige Pleuritiden im Kindesalter (II). Mateo Milano.
Die Röntgenuntersuchung des Säuglingsmagens (II). M. u. F. Arce.

Zeitschriften in polnischer Sprache

- Nowiny Psychiatryczne** (Now. Psychiatr.), Dziekanka, Heft 3/4, 1929.
3242. Das psychiatrische Landeshospital Dziekanka während der letzten 10 Jahre. (Psychiatr. Landeshospital Dziekanka) Al. Piotrowski.
3241. Die Irrenpflege in Dziekanka während der letzten 10 Jahre. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) J. Gawronski.
3244. Die Entwicklung der Anstaltspraxis in Dziekanka während der letzten 10 Jahre. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) Fr. Wilczyński.
3367. Die Schlaflosigkeit Geisteskranker und ihre Behandlung in Dziekanka. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) H. Zajaczkowski.
3366. Ueber die Malariabehandlung der progressiven Paralyse mit Berücksichtigung der Ergebnisse in Dziekanka. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) St. Swierczek.
3330. Betrachtungen zur Alkoholfrage, unter Berücksichtigung der Statistik der Alkoholpsychosen in Dziekanka vor und nach dem Weltkrieg. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) W. Gorzkowski und H. Zajaczkowski.
3215. Kontrolluntersuchungen zur Symptomatologie der Zerebralspinalflüssigkeit bei progressiver Paralyse und anderen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) J. Medem.
3379. Ueber die öffentliche Psychopathenfürsorge. (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) J. Gawronski.
3243. Wie soll ein modernes psychiatrisches Krankenhaus aussehen? (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) Al. Piotrowski.
3363. Störungen des Selbsterhaltungstriebes bei Schizophrenie. (Psychiatr. Abt. des Krankenhauses „Czyste“, Warschau.) R. Markuszewicz.

Zeitschriften in russischer Sprache

Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med., russ.), Moskau, 6., 9. Jahrg., Heft 23 (98).
 Ueber Verbesserung der ärztlichen Ausbildung. N. A. Saweljew.
 Aetiologie, Epidemiologie und Prophylaxe des Scharlachs. A. P. Sokolowa.
 Zur Pathogenese und Therapie des Diabetes insipidus. M. O. Bogdatjan.
 Addisonische Krankheit als pluriglanduläres Syndrom. W. N. Petrow.
3327. Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und dem Knochenmark. J. W. Moldawski.

3324. Zur Klinik der syphilitischen Erkrankungen der Schilddrüse. L. J. Anserowa.
 Zum Studium der Schilddrüsen-syphilis. L. S. Sirota.

3360. Anwendung des Insulins in der neuro-psychiatrischen Praxis. B. F. Geucher.
 Ueber einige Meinungsverschiedenheiten in der Elektromedizin. N. J. Korotnew.

Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med., russ.), Moskau, 6., 9. Jahrg., Heft 24 (99).
 Ueber die Natur der Herzschmerzen. S. J. Kartschikjan.
 Auf dem Wege zur Vervollkommenheit der Perkussion. N. A. Saweljew.
 Therapeutische Wirkung der Chlorinhalationen bei chronischen Katarrhen der Atmungswege. W. J. Tschilikin.

Zur Frage der Dekalzinisation des Organismus bei Lungentuberkulose. W. A. Belajew.

Zur Frage des Lungenechinokokkus. R. L. Manwelan.
 Ueber den Verlauf der Lungentuberkulose im Zusammenhang mit pararektalen Fisteln. S. Ewojan.

Bewertung einiger Untersuchungsmethoden der frühen Tuberkuloseformen. E. M. Kerestedschan.

Die Pirquetsche Reaktion als Indikator der Bewegungen des tuberkulösen Prozesses. W. M. Grigorjew.

Ueber die Bedeutung des Pirquetindex bei Sanatorien- und Kurortbehandlung der Lungentuberkulose. M. M. Golyuko.

Fall von Klappeninsuffizienz der Art. pulmonalis. R. R. Tigi und S. J. Jampolskaja.

Fall von Sero-Cholesterin-Pleuritis. R. O. Kuschkil.
 Zur Kasuistik des spontanen, nichttuberkulösen Pneumothorax. L. A. Bari.

Sibirskij Archiv Teoretitscheskoj i Klinitscheskoj Mediziny (Sibir. Arch.), Tomsk, 3. Jahrg., 3., Heft 9/10.

Festschrift zum 40jährigen Bestehen der Universität Tomsk.
 Zur Geschichte der Staatsuniversität Tomsk. D. W. Pokrowski.
 Ueber primäres Sarkom im großen Netz (Schluß). R. Slobodski.
 Ueber Wirkung des Sauerstoffmangels auf das morphologische Blutbild der Tiere im normalen und im pathologischen Zustande des Organismus. A. W. Selesnew.

Zur Frage des Tablettenzerfalls. N. F. Hofstad.
 Zur Kasuistik der dreimaligen Wiederholung des Kaiserschnitts. O. N. Jaropolskaja-Zimbalskaja.

3216. Magensekretion in der späten Syphilisperiode. B. J. Shoditschski und A. A. Korolenko.

Zur Frage der Heterochylie (Untersuchung der Funktion der Magendrüse nach S. S. Simnitzki). A. M. Mirkin und N. S. Schubina.

Zur Klinik der essentiellen Thrombopenie. P. O. Stolypln.

Quantitative Bestimmung von Eiweiß und Formenelementen im Duodenalinhalt nach Darreichung von Aether und $MgSO_4$. F. K. Menschikow.

Ueber den Wert der Jejunostomie bei Magenkarzinom. S. A. Proskurjakow.
 Zur Technik der Fußfixierung in drei Grundpunkten nach Vreden. S. L. Schneider.

Behandlung der Trichiasis nach Oretschkin. N. S. Tschepurlin.

Zur Frage der sogenannten pathologischen Reflexe. J. L. Wicker.

Zur Kasuistik der Parapsoriasis und Beschreibung eines neuen Zeichens bei Parapsoriasis en gouttes. L. N. Judkin.

Zur Klinik der atypischen Fälle von Aortenklappeninsuffizienz. O. N. Beletzki.

Fall von Ektopie der Harnblase bei einem neugeborenen Mädchen. S. N. Sonow.

3194. Rektale Schlammbehandlung in der Gynäkologie. A. A. Iljin.

3193. Intrarektale Schlammbehandlung bei Frauenkrankheiten. S. G. Bykow und A. P. Suschkow.

Terapewitscheskij Archiv (Ter. Arch. [russ.]), Moskau, 7., Heft 1, 1929.

Zur Bedeutung der Elektrokardiographie als Methode zur funktionellen Herzdagnostik. K. F. Michailow.

3265. Ein zweites Herzzeichen im klinischen Bilde der chronischen „rheumatischen“ Polyarthritis. A. M. Koritzki.

3335. Bedeutung der Histaminprobe zur Diagnose der klinischen Formen von Achylie des Magens. N. K. Müller und L. N. Goldmann.

3333. Zur Frage der osmotischen Erythrozytenresistenz und des Bilirubin gehalts des Serums bei Erkrankungen der Leber. N. S. Moltschanow.

3345. Abnahme der Hyperglykämie und Olykosurie bei Diabetesskranken unter dem Einfluß körperlicher Arbeit. A. P. Omeljantz.

Das vegetative Nervensystem und der Grundumsatz. M. I. Weinstein.

3326. Konstitutionelle Schwankungen der Cholesterinämie. M. W. Tschernorutzki und E. L. Olinka-Tschernorutzkaja.

Die Rolle des physiologischen Systems des Bindegewebes in den Erscheinungen der Immunität und der Neoplasie. A. A. Bogomoletz.

Wratschebnje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 26.

Die Medizin in China in der Vergangenheit und jetzt. W. Korsakow.

3263. Ueber Lymphogranulomatose. A. J. Waldmann.

Fall von Lymphogranulomatose Steinberg-Paltauf. W. N. Petrowitsch.

Der symptomatische Wert der Verfärbung des weichen Gaumens. G. A. Rapoport.

Appendizitis bei Frauen. A. P. Gridnew.

Empyem der Pleura und seine Behandlung im Kindesalter (Schluß). H. S. Levy.

3364. Heterotransplantation bei Homosexualismus. J. I. Kirow.

Wirkung der Thyreoidektomie und Schilddrüsenfütterung auf das Blutbild und die Erythropoese der Tiere. S. J. Schermann.

3337. Leberfunktionsprobe nach Rosenthal. A. N. Ryshitch und L. G. Fischmann.

Die Expertise der Augenerkrankungen und -invalidität im Lichte der Sowjetgesetzgebung. D. M. Natanson.

3211. Persönliche Geschlechtskrankheitenprophylaxe. M. G. Choroschin.

Solirrigation der Vagina in chemisch-physikalischer Beziehung. A. W. Chochlow.

Beobachtungen über die funktionellen Herzproben während der Limnotherapie. M. A. Jassinowski.

3170. Nachweis der Spirochaeta pallida bei Neurolyues. L. S. Gerschkowitsch.

3258. Bronchialasthmatherapie mittels künstlichen Pneumothorax. B. Petrow.

Oedeme bei Masern und Grippe. M. A. Agroskin.

3209. Zur Behandlung des Ulcus cruris mit Zuckerlösung. A. A. Fedorowski.

3206. Warzenaustaat in Tätowierungen. D. A. Moshalew.

3303. Anwendung von Salvarsanpräparaten im Klystier. S. B. Epstein.

Die Aussichten der Organotherapie bei Krebsbehandlung. W. J. Gedroitz.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
 2. Augenheilkunde.
 3. Bakteriologie und Serologie.
 4. Chirurgie und Orthopädie.
 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
 6. Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
 9. Hygiene.
 10. Infektionskrankheiten.
 11. Innere Medizin, Tuberkulose.
 12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde

17. Psychologie und Psychopathologie.
 18. Soziale und gerichtliche Medizin.
 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Augenheilkunde

3158.

Suganuma, S., Ueber anatomische Veränderungen bei Keratitis parenchymatosa tuberculosa. (Arch. f. Ophthalm., 122., 1. Heft, 1929.) Beschreibung eines Falles von Kerat. parenchymatosa, die, wie die pathologisch-anatomische Untersuchung einwandfrei ergab, tuberkulöser Natur war, obgleich beim Patienten auch eine Lues cong. bestand. Dem Verfasser scheint es nahelegend, daß in diesem Fall die Lues die Schutzkraft des Körpers vermindert und dadurch die tuberkulöse Infektion und die Entstehung des Hornhautleidens erleichtert hat. Hurwitz, Berlin.

3159.

Fuchs, E., Der Ciliarkörper bei Luxation der Linse. (Arch. f. Ophthalm., 122., 1. Heft, 1929.) In einigen Fällen von angebore-

ner Ectopia lentis und erworbener Dislokation der Linse fand der Verfasser eine abnorme Stellung der Ciliarfortsätze, derart, daß sie stark nach hinten gerichtet waren und auf der Corona ciliaris anlagen. Während der Verfasser dies früher, da er diese Veränderungen nur bei Ectopia lentis cong. gesehen hatte, als eine angeborene Mißbildung betrachtete, veranlaßten ihn die Fälle mit erworbener Dislokation nach dem Mechanismus der Stellungsveränderung der Ciliarfortsätze zu suchen, den er sich nun folgendermaßen erklärt: Im Laufe des Lebens verlängern sich die Zonulafasern, und die nach oben ektopische Linse rückt allmählich nach unten. Der Linsenrand gleitet auf der Oberfläche der Ciliarfortsätze und drückt sie nach hinten. Bei der traumatischen Dislokation müssen die unteren Zonulafasern noch intakt sein, um die Ciliarfortsätze rückwärts zu ziehen. Durch das Schlottern der Linse reißen auch diese Fasern, so daß die Linse vollständig luxiert. Es ist höchstwahrscheinlich, daß bei lange dauernder Zurückziehung der Ciliarfortsätze eine Verklebung der Teile stattfindet.

so daß auch bei völliger Luxation der Linsen dieselben nach hinten verlagert bleiben.
Hurwitz, Berlin.

3160.

Prosper, Veit, **Das akute primäre Glaukom.** (Journ. d. Prat., Nr. 17.) Der akute Glaukomanfall erscheint plötzlich unter charakteristischen Symptomen: heftiger Augenschmerz, begleitet von Kopfschmerz und Nausea, Schlaflosigkeit und Depression. Rapide Abnahme der Sehkraft. Das Sehfeld ist hauptsächlich nasalwärts eingeengt; das erkrankte Auge ist lichtscheu, es bestehen Bлеpharospasmen, die Hornhaut ist matt, die Pupille erweitert. Schließlich das Hauptzeichen: die Härte des Augapfels zu deren Feststellung oft schon die vergleichsweise digitale Betastung führt. So schnell wie möglich muß die therapeutische Anwendung von Mioticis einsetzen. Regulieren diese den Tonus nicht, so tritt die breite Iridektomie als allein angenehmhaltend in Kraft. Das akute entzündliche Glaukom, sich selbst überlassen oder zu spät behandelt, endet absolutes Glaukom, das durch seine Schmerzhaftigkeit meist die Enukleation fordert.

Die Pilokarpinbehandlung muß prophylaktisch auch das gesunde Auge erfassen, denn nicht selten befällt das Leiden hintereinander beide Augen.
Held.

3161.

Birsch-Hirschfeld, **Die Schädigung des Auges durch Strahlen.** (Med. Welt, Nr. 23, 1929.) (Universitäts-Augenklinik Königsberg.) Durch längere Einwirkung leuchtender Strahlen von physiologischer Intensität werden ausgleichbare Aenderungen an der Nisslstruktur im Protoplasma der sogenannten großen Netzhautganglienzellen hervorgerufen. Durch Steigerung der Intensität des Lichtes kann man in bestrahlten Netzhautbezirken mit leuchtenden Strahlen zwischen 400 und 760 μ die Ganglienzellen zerstören und auch in dem Pigmentepithel und der Aderhaut schwere Veränderungen hervorgerufen. Subjektiv äußert sich die Blendung als zentraler Dunkelfleck, der mit einer zuweilen dauernden Sehstörung einhergeht. Der Augenspiegel läßt eine starke Hyperämie und Exsudation im Makulagebiet nachweisen. Ganz ähnliche Veränderungen werden auch durch ultrarote Strahlen erzeugt, wenn sie in sehr starker Intensität einwirken. Ultraviolette Strahlen können keine Netzhaut-Aderhautveränderungen hervorrufen, da die Hornhaut bis 300 μ , die Linse sogar bis etwa 390 μ absorbiert, während die ultravioletten Strahlen ihre stärkste organische Wirkung zwischen 313,4 und 280 μ entfalten. Dafür wirken aber die ultravioletten Strahlen stark entzündungserregend auf die vorderen Teile des Auges, auf Bindehaut und Hornhaut. Sie bewirken die Photophthalmia electrica, die mehrere Stunden nach der Blendung auftritt und sich in einem sehr schmerzhaften Schwellungskatarakt der Bindehaut und evtl. Veränderungen an den oberflächlichen Schichten der Hornhaut äußert. Die Photophthalmia electrica pflegt keine dauernden Folgen zu hinterlassen. Weiche Röntgenstrahlen und Radiumstrahlen können an der Netzhaut und am Sehnerven Zerstörungserscheinungen bewirken.
L. Gordon, Berlin.

3162.

Samoiloff, **Die Reaktion des Menschenauges auf die Kammerpunktion.** (Arch. f. Ophthalm., 122., 1. Heft, 1929.) Während die Reaktion des Tierauges auf die Kammerpunktion geklärt ist, und die letztere hier zu einer reaktiven Hypertonie führt, gehen die Meinungen in bezug auf die Reaktion des Menschenauges auf die Kammerpunktion auseinander. Nach einigen Autoren (Hagen, Löwenstein) besteht hier ein prinzipieller Unterschied, nach Wessely dagegen, nur eine quantitative Differenz, die durch die verschiedene Größe der Vorderkammer bei Tier und Mensch verursacht wird. Da der Verf. bei früheren Experimenten feststellen konnte, daß die Reaktion des Menschenauges auf einen Reiz später eintritt, als die Reaktion des Tierauges auf denselben Reiz, so mußte auch die Kammerpunktion beim Menschen, um die darauf folgenden Veränderungen vergleichen zu können, nicht 2 bis 3 Stunden vor der Enukleation, sondern 15 bis 30 Stunden vor derselben vorgenommen werden. Aus diesem Grunde nahm der Verf. 24 Stunden vor der Enukleation die Kammerpunktion eines wegen Sarcoma chorioid. zu entfernenden Menschenauges vor. Die klinische Beobachtung und die histologische Untersuchung dieses Auges bestätigten voll die Anschauungen Wesselys. Es wurden nämlich nicht alle Erscheinungen der reaktiven Hypertonie, sondern auch eine ausgesprochene Ähnlichkeit des anatomisch-pathologischen Befundes mit demjenigen des Tierauges — sog. Greeffsche Blasen in den Ciliarfortsätzen — festgestellt.

Hurwitz, Berlin.

3163.

Goldmann, H., **Experimentelle Tetaniekatarakt.** (Arch. f. Ophthalm., 122., 1. Heft, 1929.) Auf Grund von Epithelkörperchenexstirpation bei 40 Ratten, 3 Hunden und 1 Kaninchen beschreibt der Verfasser den Beginn und Verlauf der Tetaniekatarakt und ihr

Verhalten zu den Manifestationen der Tetanie. Aus dem Bestehen von engsten Beziehungen zwischen den muskulären Tetaniesymptomen und der Tetaniekatarakt — ohne muskuläre Symptome keine Katarakt und Darreichung von Cal.-lact.-Lösung verhindert beide! — folgt der Verf., daß die Tetaniekatarakt keine Wirkung einer „chronischen Tetanie“, also keine trophische Störung ist, sondern durch eine akute, kurzdauernde Giftwirkung hervorgerufen wird. Eine gleiche, primäre Noxe muß die Muskelerkrankungen und die Linsentrübungen bewirken. Während aber der Muskel das Gift direkt von der Blutbahn erhält, gelangt das Gift zur Linse erst nach dem Passieren der Blutkammergrenze, die bei verschiedenen Tierarten verschieden ist, wodurch wohl die vereinzelten Abweichungen im Entstehungsverlauf der T-Katarakt der Ratte und des Hundes zu erklären ist. Der Entstehungsverlauf der Katarakt ist nun folgender: Nach muskulären Anfällen bilden sich subkapsuläre Vakuolen, die nicht tote Kapselepithelien sind, da sie beim Hund einwandfrei auch unter der hinteren Kapsel festgestellt werden konnten, die hintere Kapsel aber kein Epithel hat. Vielmehr sieht der Verfasser diese Vakuolen als unlösliche Stoffwechselprodukte an, die die von der kurzdauernden Noxe getriebenen Linsenfaser durch reaktive Aenderung ihres Stoffwechsels ausscheiden. Treten nach dem ersten Anfall während längerer Zeit keine weiteren auf, so schwinden die Vakuolen bei der Ratte, während sie beim Hunde stationär bleiben. Die Prädispositionsstelle für die Vakuolenbildung ist die Linsennaht, und bei gehäuften Anfällen bei jungen Tieren bilden sich so viele Trübungsschläuche um die Naht, daß eine Rosettenfigur entsteht.

Als weitere Folgerung seiner Versuche glaubt der Verfasser, die von verschiedenen Autoren ausgesprochene Vermutung, die Thalliumkatarakt der Ratten beruhe auf Epithelkörperchenschädigung, ablehnen zu müssen, da die Thalliumkatarakt und die Tetaniekatarakt ganz verschieden aussehen.

Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

3164.

Reiter, Hans, **Studien über absolute und relative Disposition gegenüber bestimmten Infektionen.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 25.) (Universität Rostock und dem Meckl.-Schwer. Landesgesundheitsamt.) Vorliegende Untersuchungen wurden unter der Voraussetzung begonnen, daß relative und absolute Disposition gegenüber Infektionskrankheiten in konstitutionell bedingten Eigenarten des Stoffwechsels begründet ist. Zur Prüfung wurde der Cholesterinstoffwechsel aus dem gesamten herausgegriffen und bei drei Infektionen, für die er auf Grund der Stoffwechselbedingungen ihrer Erreger Bedeutung haben konnte, auf seine Auswirkung einer Untersuchung unterzogen.

Im besonderen wurde geprüft, ob die Lebensbedingungen der Spirochaeta pallida, des Typhusbazillus und des Tuberkelbazillus ein bestimmtes Verhalten des Cholesterinstoffwechsels zur Voraussetzung haben müssen, um ihrerseits bestimmte Krankheitserscheinungen auszulösen.

Aus den Ergebnissen der Untersuchungen läßt sich erkennen, daß ein niedriger Blutcholesterinspiegel bei Frühbikern und Frühparalytikern auffällig häufig gefunden wird, dadurch die Lebensbedingungen der Spirochäte erschwerend und diese zwingend, in solche Organe zu wandern, die reichlicher Cholesterin aufweisen. Auch experimentell ließ sich am Kaninchen nach Cholesterinfütterung der klinische Verlauf der experimentellen Syphilis modifizieren, erklärbar in einer Verbesserung der Pallidaexistenzbedingungen.

Als bemerkenswert ergab sich ferner, daß, obwohl Typhuskranken kein einheitliches Verhalten im Blutcholesterinspiegel erkennen lassen, alte Menschen, die meist im Gegensatz zu jungen einen höheren Cholesterinspiegel im Blute aufweisen, einen niedrigen Blutcholesterinspiegel zeigen, und so die Existenzbedingungen der Typhusbazillen nur in bestimmten Geweben erfüllen, wenn sie Typhusbazillenträger sind.

Tuberkulös infizierte Menschen lassen häufiger einen niedrigen Blutcholesterinspiegel erkennen. Es steht noch offen, ob er die Ursache oder die Wirkung der Infektion darstellt. Prognostisch ist das weitere Sinken des Cholesterinspiegels ein ungünstiges Zeichen für den Krankheitsverlauf; hebt sich dagegen der Blutcholesteringehalt, so gestaltet sich das klinische Bild in der Regel günstiger. Für die Tuberkulose spielt offenbar auch das Verhalten der Cholesterinfraktionen eine Rolle, insofern ein auffälliges Sinken des freien Cholesterins prognostisch sich klinisch ungünstig, ein Steigen günstig auswirkt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3165.

Hennings, Kurt, Weitere Erfahrungen mit dem antitoxischen Koliserum. (Med. Klin., Nr. 23, 1929.) (II. Chir. Abtlg. des Krankenhauses im Friedrichshain, Berlin.) Das antitoxische Koliserum (Behringwerk) ist ein hervorragendes Mittel für alle Fälle von Spätappendizitis oder Perforationsperitonitis, bei dem intra operationem Kollieiter festzustellen ist. Die Koliinfektion ist durch den Geruch sofort erkennbar. Man legt während der Operation zunächst eine intrakutane Quaddel an zur Erkennung etwa bestehender Anaphylaxie und injiziert dann nach 1 bis 2 Stunden 25 ccm langsam intravenös und 50 bis 75 ccm intramuskulär. In schweren Fällen können die Injektionen tagelang wiederholt werden. Die Injektion führt gewöhnlich zu einer frappanten Veränderung im Zustande der Patienten, es schwinden gewöhnlich alle Erscheinungen der schweren Intoxikation. Das Koliserum wirkt als Antitoxin, d. h. als ein die Giftwirkung der Kollibakterien paralysierender Faktor. Es ist darum auch zwecklos, das Serum bei Koliptyeliden anzuwenden, da es keine spezifisch abtötende Wirkung auf die Bakterien entfaltet. Eine Wirkung kann auch bei Darmangrän mit fortschreitender Mesenterialthrombose, bei eitriger Pyelothrombophlebitis mit Leberabszessen, Embolien, Pneumonien und schweren Herzmuskelveränderungen nicht erwartet werden.

L. Gordon, Berlin.

3166.

Kirchner, O., und E. A. Schnieder. Schutzimpfungsversuche an Affen mit BCG und Schröderschem Impfstoff. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 2.) Subkutan mit hoher BCG-Dosis vorbehandelte Affen zeigten eine einwandfreie, aber zeitlich sehr begrenzte Resistenzserhöhung gegenüber einer intrakutanen Infektion mit einer mittleren Dosis eines virulenten Stammes. Sie kam in einer mehrere Wochen betragenden Verzögerung der regionären Drüsenkrankung zum Ausdruck. Diese Resistenzserhöhung ging offenbar parallel der Dauer und Intensität der durch die BCG-Impfung bewirkten lokalen Reaktion. Sie fand sich nur bei 2 Affen mit deutlichen Impfinfiltrat und dauerte solange dieses bestand. Zwischen Affen und Meerschweinchen konnte ein prinzipieller Unterschied gegen den BCG, die virulente Erst- oder Nachinfektion nicht festgestellt werden. Sie verhielten sich hinsichtlich des Auftretens der örtlichen und regionären Drüsenkrankung, hinsichtlich der Ausbreitung der Tuberkulose und hinsichtlich der Lebensdauer ziemlich gleich. Bei den Affen war aber im Gegensatz zu den Meerschweinchen eine Tuberkulinhautempfindlichkeit nicht einwandfrei nachzuweisen. Für den Schröder-Impfstoff konnte unter den gewählten Bedingungen von Vorbehandlung und Nachinfektion, abgesehen von histologischen Verschiedenheiten mäßigen Grades eine eindeutige Resistenzserhöhung nicht festgestellt werden.

Zwerg, Coswig.

3167.

Kirchner, O., und H. F. Newton. Vergleichende Schutzimpfungsversuche an Meerschweinchen mit BCG, Schröderschem Impfstoff und abgetöteten Tuberkelbazillen. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 2.) Subkutan mit BCG vorbehandelte Meerschweinchen zeigten gegenüber einer Infektion, die virulent und groß genug war, um bei den Kontrolltieren einen völlig gleichmäßigen und ziemlich raschen Verlauf der Impftuberkulose zu sichern, einen deutlichen Schutz, der sich in einer bis zu drei Monaten dauernden Verzögerung des Eintretens der regionären Drüsenkrankung äußerte. Bei den mit dem Schröderschem Impfstoff — 10 ccm Thymusextrakt + 1 bzw. 2 mg lebende Tuberkelbazillen, sechs Wochen in geschlossenen Röhrchen im Brutschrank gehalten — wie bei den mit den abgetöteten Tuberkelbazillen vorbehandelten Meerschweinchen war eine einwandfreie, der Vorbehandlung zuzuschreibende Resistenzserhöhung gegenüber der allerdings recht virulenten Infektion nicht nachweisbar.

Zwerg, Coswig.

3168.

Keller, Fr., und R. Wethmar. Experimentelle Untersuchungen über filtrierbare Elemente des Tuberkulosevirus. (Z. Tbk., 54., 1.) In 5 von 40 Versuchsreihen konnte das Hindurchpassieren ganz vereinzelter Tuberkelbazillen durch Chamberlandfilter L2 und L3 festgestellt werden. Wie Tuberkelbazillen, so können ausnahmsweise auch andere Keime, z. B. Hühnercholera-bakterien Hartfilter passieren; die Filtrierbarkeit des Tuberkelbazillus stellt also nichts Besonderes dar. Der Nachweis von Tuberkelbazillen in den Filtraten gelang niemals durch das Kulturverfahren, sondern lediglich durch den Tierversuch. Durch Tierimpfung mit Filtraten wurden in 3 von den 5 positiven Versuchen, bei im ganzen 4 von 20 mit Filtrat geimpften Meerschweinchen eine typische Tuberkulose erzeugt, in 2 Versuchen wurden an je einem Tier Befunde erhoben, die in gewisser Beziehung den von Calmette und Valtis beschriebenen entsprechen. In einem dieser Versuche wurde zur Filtration eine Kultur nachweislich abgeschwächter Virulenz verwandt. In dem zweiten Versuch ist

offenbar durch die zweitägige Autolyse des verwandten Sputums und durch das Stehenlassen des Filtrats 3 Tage bei 37° Grad vor der Verimpfung eine Virulenzabschwächung der im Sputum enthaltenen und ursprünglich hochvirulenten Bazillen zustande gekommen. Es handelt sich also in den beiden letztgenannten Versuchen höchstwahrscheinlich um die Wirkung von Tuberkelbazillen abgeschwächter Virulenz.

Eine solche Wirkung vereinzelter, das Filter passierender Tuberkelbazillen abgeschwächter Virulenz — vielleicht auch von Bazillensplittern — liegt nach Ansicht der Verfasser auch den positiven Befunden von Calmette und Valtis zugrunde. Für viele Befunde säurefester Bazillen in Organaustrichen der mit Filtrat geimpften Meerschweinchen ist aber auch die Möglichkeit von Täuschungen (Verwechslung mit säurefesten Saprophyten) in Betracht zu ziehen. Die vorliegenden Untersuchungen der Verfasser (Robert-Koch-Institut, Abtlg. Prof. B. Lange) haben in ihrer Gesamtheit für die Existenz eines vom Tuberkelbazillus verschiedenen filtrierbaren Tuberkulosevirus keine Anhaltspunkte ergeben.

Zwerg, Coswig.

3169.

Plaut, F., Wassermann-Reaktion. (Deutsche Z. Nervenhe., 109., Heft 1—2.) Die Liquoruntersuchung ist viel zuverlässiger als die Blutuntersuchung. Soweit überhaupt die Untersuchung der Körperflüssigkeiten bei der Syphilis des Nervensystems uns eine Hilfe zu bieten vermag, können wir sie von der Liquordiagnostik in ungleich höherem Grade erwarten als von der Blutdiagnostik. Man kommt um den Liquorbefund nicht herum, wenn man einigermaßen sicher gehen will.

Kurt Mendel, Berlin.

3170.

Gerschkowitsch, L. S., Eine neue Methode zum Nachweis der Spirochaeta pallida bei Neurolyues. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Nervenklinik der Mittelasatischen Universität zu Tachkent.) Wie die Untersuchungen der Verfasserin zeigen, kann das Cantharidenpflaster-Blasensekret als Untersuchungsmaterial zum Spirochätennachweis herangezogen werden. Sie befolgte folgendes Verfahren: Es wurde ein 6 × 9 cm großes Cantharidenpflaster (Rp. Cerae flavae, Colophonii aa 4,0; Sebi bovini 2,0; Terebinthi lariniae 1,0; Cantharid. pulverat. 4,0. F. Emplastrum magnitudine chartae lusariae) nach vorheriger Erwärmung an irgendeiner mit Benzin gereinigten Hautstelle des Körpers aufgelegt. Die nach 8 bis 10, spätestens nach 12 Stunden, entstandene Blase wurde mit Spiritus, danach mit Jodtinktur abgetupft, mittels steriler Kanüle einer 5,0-ccm-Rekordspritze in der Richtung von oben nach unten (um ein Vergießen des Exsudats zu vermeiden) durchstoßen, in die Spritze eingesaugt, und dann in ein steriles Reagenzglas gebracht. Das entnommene Exsudat wird hiernach in hängenden Tropfen mit Vitalfärbung nach Mandelbaum untersucht, indem man das auf ein Deckgläschen gebrachte eine Tröpfchen desselben mit einer Oese $\frac{1}{10}$ Normalnatronlauge und mit zwei Oesen Löfflerschem Methylenblau vermischt. Die Pallida erscheint hell-himmelblau und ist am Tropfenrand deutlich zu sehen. Verfasser untersuchte das Material auch in nach Burri und Giemsa gefärbten Ausstrichpräparaten. — Die Untersuchung nach dem geschilderten Verfahren ergab bei 17 auf Lues verdächtigen Personen in 6 Fällen (35%) positive Resultate. Von 3 Tabikern fand sich bei 2 die Spirochäte im Cantharidenblasensekret, während sie im Drüsenpunktat nicht vorhanden war. Bei einem dieser Patienten erfolgte die Untersuchung unmittelbar nach der vollendeten spezifischen Kur.

E. Kontorowitsch.

3171.

Thomsen, Olaf, Immunitätsverhalten bei Syphilis. (Hospitaltid., Nr. 22, 1929.) Es ist bisher nicht geglickt, passiv oder aktiv, irgendeine auf Immunstoffe beruhende sichere Wirkung hervorzubringen, welche prophylaktisch oder kurativ Erfolg hat, selbst wenn man ganz sicher glaubte, spirochätözide Antistoffe im Syphilisserum nachzuweisen. Für die therapeutische Wirkung der komplexen Lipoid-Eiweißstoff-Verbindungen bei der Wassermannschen Reaktion ist bisher kein Anhaltspunkt gefunden. Auch die Resultate einer der Tuberkulose ähnlichen Kutanreaktion bei Syphilis sind noch schwankend und widersprechend. Dies gilt auch für das Luetin Noguchis, das auch bei anderen Kranken und nach Jodgebrauch ähnliche Reaktion hervorruft. Die Syphilis hat mehr Verwandtschaft zu verschiedenen Trypanosomeninfektionen als zu andern Spirochäteninfektionen (Rekurrens, Hühner-Spirochätose usw.). Eine wirkliche Immunität ist weder bei Kaninchen noch bei Menschen bisher erzeugt. Oft handelt es sich nur um eine „Infektionsimmunität“, eine Anergie der Haut, die schwindet, sobald die vorliegende oder erzeugte Infektion besiegt ist. Reinfektionen der Syphilis sind mehrfach sicher beobachtet, so daß auch die überstandene Lues keine Immunität erzeugt, die erworben werden könnte.

S. Kalischer.

3172.

King, A. G., **Lebensfähigkeit der Felsengebirgsflebererreger in Glycerin.** (J. Inf. Dis., 44., Nr. 5, 1929.) Der Erreger des Felsengebirgsflebers bleibt in Glycerin lebensfähig. Am besten scheint das Virus sich im Gehirn der erkrankten Tiere zu halten. Man kann einen Stamm bequem bei erhaltener Virulenz aufbewahren, wenn man das Gehirn des kranken Meerschweinchens in Glycerin in den Kühlschrank stellt. Die Uebertragung mit diesem Gehirn braucht nur etwa alle 4 Wochen zu erfolgen.

N. Henning, Leipzig.

Chirurgie und Orthopädie

3173.

Percy, Nelson M., **Mortalitätsherabsetzung in der Schilddrüsenchirurgie.** (Amer. J. Surg., 6., Nr. 3, 1929.) Verfasser hält die eigentliche Operation für weniger wichtig als die Begleitumstände und nennt als solche: Frühdiagnose und Operation, Operationsgeeignetheit des Patienten, Befinden des Patienten während der Vorbereitung, Wahl des geeigneten Zeitpunktes zur Operation, Wahl der geeigneten Operationsmethode, sei es, daß in einer oder mehreren Sitzungen operiert werden soll, und die Nachbehandlung. Es folgt eine eingehende Besprechung der einzelnen Punkte mit besonderer Berücksichtigung der Vorbehandlung, Operation einschließlich der Komplikationen sowie der Nachbehandlung. — Verfasser schließt mit einer Aufzählung und Beschreibung seiner Todesfälle.

E. Gohrbandt, Berlin.

3174.

Zukschwerdt, L., **Duodenaldivertikel und Magengeschwür.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 25.) (Chirurg. Universitätsklinik, Heidelberg.) Es wird an Beispielen gezeigt, daß Duodenaldivertikel als reiner Zufallsbefund, als selbständiges Krankheitsbild und mit anderen organischen Erkrankungen zusammen vorkommen können. Bei dem Fall vom gleichzeitigen Vorkommen von zwei Duodenaldivertikeln mit einem Magen- und einem Duodenalulkus wird der Zusammenhang so angenommen: Das Divertikel ist durch Stagnation seines Inhaltes eine Quelle für die Magensekretion zu einer Zeit, wo keine Speisebestandteile mehr vorhanden sind, die die Fermente in normaler Weise binden könnten. Durch diese Sekretionsstörungen wird nach vielfältigen klinischen und experimentellen Erfahrungen eine Disposition zur Ulkusbildung geschaffen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3175.

Bürger, M., und G. E. Konjetzny, **Ueber die Nahrungsausnutzung nach Totalexstirpation des Magens.** (Zbl. Chir., Nr. 19, 1929.) Verfasser haben ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen an einem Patienten vorgenommen, bei dem wegen Karzinom eine Totalexstirpation des Magens ausgeführt worden ist. Sie haben den Patienten in verschiedenen Perioden mit gemischter Kost, dann Kohlehydrat-, Fett-, eiweißreicher Kost ernährt. Es zeigte sich dabei, daß weitgehendste Störungen die Fettresorption und Fettverdauung aufweisen. Der Grund dafür liegt nach den Verfassern in dem Fortfall des chemischen Salzsäurereflexes vom Magen her, wodurch die Pankreassaft- und Gallenabsonderung und damit die wichtigsten chemischen Hilfsmittel für die Fettverdauung und -resorption ausbleiben.

Ein magenloser Patient ist am besten mit kleinen Einzelportionen gemischter Kost zu ernähren. Die Fette sollen in geringer Menge und emulgiert Form dem Patienten zugeführt werden. — Bei Störungen der Fettresorption ist Beigabe von frischem, gehacktem Pankreas in verschiedener Zubereitung ratsam.

Walter Grossmann, Berlin.

3176.

Perelmann, I., **Ueber die Todesursache bei Ileus.** (Z. f. moderne Chirurgie, 4., H. 3, 1929.) (Chirurg. Abt. d. städt. Krankenhauses, Borisow.) Auf Grund der Beobachtung von 100 Ileusfällen kommt Verf. zu der Ueberzeugung, daß nicht eine einheitliche Todesursache beim Ileus eine Rolle spielt, sondern eine Reihe von Faktoren. An erster Stelle steht die reflektorische Lähmung der Hirnzentren, vor allem der vasomotorischen Zentren. Die Hirnanämie sowie die allgemeine Kreislaufstörung und Blutdrucksenkung sind eine Folge der venösen Stauung im Mesenterialsystem. Eine bedeutende Rolle unter den Todesursachen beim Ileus spielt ferner die akute Wasserverarmung des Organismus infolge von Sekretions- und Resorptionsstörungen im Darm. Schließlich haben auch Giftwirkungen vom Darmlumen aus eine ungünstige Rückwirkung auf den Organismus, sei es durch Resorption giftiger Eiweißabbauprodukte, Bakterientoxine oder durch abnorme fermentative Prozesse im Darmlumen.

Helene Eliasberg, Berlin.

3177.

Chaton, **Richtlinien für Schnitte an Fingersehnen.** (Journ. d. Prat., Nr. 18/29.) Die Fortschritte in der Tenorrhaphie, deren Technik durch zunehmende Verfeinerung zu den delikatesten Angelegenheiten der Chirurgie gehört, haben dazu geführt, daß die Chirurgie der Sehnen, die noch bis vor kurzem in den Rahmen der laufenden chirurgischen Praxis gehörte, heute ein Spezialgebiet bilden. Und zwar mit um so mehr Recht, als ihre Resultate weitgehend vom Zufall abhängen und dadurch dem Chirurgen viel Verdruß bereiten können. Nicht einmal die Gefahr einer Lebensbedrohung kann er — trotz der scheinbaren Geringfügigkeit des Eingriffs — von vornherein mit Sicherheit ausschließen.

Held.

3178.

Campbell, Willis C., und Joseph I. Mitchell, **Semilunarknorpelzysten.** (Amer. J. Surg., 6., Nr. 3, März 1929.) Den 26 Fällen, die seit der ersten Beschreibung Ebners im Jahre 1904 veröffentlicht worden sind, fügt Verfasser zehn weitere hinzu, von denen einer schon veröffentlicht wurde. In sieben dieser Fälle hat die Diagnose durch Exzision erhärtet werden können. Ueber Entstehung dieser Zysten werden drei Theorien angeführt; doch ist ihre Aetiologie noch unklar. — Als Behandlung wird Exzision empfohlen, und zwar muß der ganze Knorpel entfernt werden, da nach alleiniger Entfernung der Zyste Rezidive beobachtet sind.

E. Gohrbandt, Berlin.

3179.

Sorrel, Etienne, und Joseph Meisel, **Ueber die Resektion als Behandlung tuberkulöser Tumoren am Fuß.** (Rev. d'Orthop., 16., Heft 3, März 1929.) Es immer wieder interessant zu sehen, wie die französischen Orthopäden die tuberkulösen Erkrankungen der Gelenke und Knochen besonders am Fuß radikal anzugreifen empfehlen. Die beiden Herren beschreiben ein Verfahren zur Resektion derartiger Erkrankungsherde aus dem Mittelfuß, das Ähnlichkeit hat mit der Brückenresektion am Hohlfuß. Sie betonen immer wieder, daß Fußtuberkulosen stets Erkrankungen ernster Natur sind und besonders beim Erwachsenen nur unter größten Opfern von Zeit und Geld zur Ausheilung gelangen können. Immerhin sind Heilungen möglich und am leichtesten durch Resektion zu erzielen. Bei alten Leuten sollte man sich an die klassische Forderung halten, den Fuß zu amputieren. Es ist sicher richtiger auf diesem Wege eine rasche Heilung zu erzwingen als jahrelang auf sie zu warten und zu sehen, wie sich der Fuß in dieser Zeit zu einem mißgestalteten Klumpen umwandelt. Die Verfasser kommen zum Schluß, daß die quere Resektion aus Fußwurzel und Mittelfuß eigentlich zum Verfahren der Wahl gestempelt werden sollte, mit Ausnahme der Fälle im Kindesalter, für die eine konservative Behandlung genügt, und der Fälle im Greisenalter, die durch Amputation doch rascher zur Ausheilung gebracht werden können.

Debrunner, Zürich.

3180.

Stapler, André L., **Embryonales Karzinom des Hodens.** (Urol. a. Cut. Rev., Juli 1929.) Die Hodentumoren sind wahrscheinlich weit häufiger, als es nach den Literaturberichten den Anschein hat. Sie finden sich meist zwischen 18 und 40 Jahren, aber auch früher und später. Sie sind meist malignen, gewöhnlich karzinomatöser, seltener sarkomatöser Natur. Das zuerst von Wilms beschriebene, embryonale Karzinom stellt sich als rasch wachsender, weicher Tumor dar, der in charakteristischer Struktur im Kote entsteht und den Testis schnell zerstört. In ihrer Aetiologie spielen Traumen sehr häufig eine auslösende Rolle. Differentialdiagnostisch sind Tuberkulose, Syphilis und Hämatorrhöen auszuschließen. Der Nachweis lumboaortischer Drüsen offenbart die Bösartigkeit der Geschwulst, während die Infiltration des Samenstranges diese nicht absolut beweist. Die Prognose der chirurgischen Therapie ist sehr schlecht. Nur in 5,5% der operierten Fälle war Patient vier Jahre nach der Operation noch am Leben.

B a b.

3181.

Blum, Victor, **Ureterektomie.** (Urol. a. Cut. Rev., Nr. 3, 1929.) Die totale Ureterentfernung kommt bei Tbc. nur bei tbc. Strikturen am unteren Ende des Ureters und bei Hydropyonephrose mit Dilatation des unteren Endes in Betracht; ebenso ist diese Operation bei allen papillösen Neubildungen des Nierenbeckens sowie solchen des Ureters indiziert.

B a b.

3182.

Pritty, Gusth, **Varizen und ihre Behandlung durch Sklerose.** (Canad. m. Ass. J., Mai 1929.) Verfasser unterscheidet idiopathische, symptomatische und kompensatorische Varizen. Idiopathische entstehen gewöhnlich vor dem 30. Lebensjahre und selbst in der Kindheit. Sie sind nicht kongenital, aber es besteht eine ausgesprochene Prädisposition. In 80% betreffen sie beide Beine. Im

Gegensatz hierzu erscheinen bei symptomatischen Varizen zunächst ödematöse Schwellungen bevor sich varizöse Veränderungen bemerkbar machen. Prädispositionsstellen sind unteres Drittel des Unterschenkels sowie Gebiet der Knöchel. Sie sind häufig Sekundärscheinungen bei kardiorespiratorischen sowie bei arteriellen Erkrankungen. Kompensatorische Varizen sind die direkte Folge einer venösen Blockade in den tiefen intermuskulären Venen, wie z. B. bei Thrombophlebitis.

Die histologisch-pathologischen Veränderungen sowie Theorien über Entstehung der Erkrankung werden eingehend besprochen. In allen zur Behandlung kommenden Fällen ist eine sorgfältige Anamnese, wann die Varizen aufgetreten, ob sie sich verschlimmert, ob Schwellungen der Beine, ob Ulzera vorhanden waren und wie sie behandelt wurden. Die örtliche Untersuchung hat durch den Trendelenburgschen und Homannschen Versuch den Grad der Varikosität zu prüfen und die Venen auf das Vorhandensein alter Thrombosen oder akuter Thrombophlebitis zu untersuchen. Bei der Allgemeinuntersuchung darf die Wassermannsche Reaktion und Bestimmung des Blutzuckers, insbesondere bei Anwesenheit alter Ulzera, nicht unterlassen werden. Das zur Anwendung gelangende sklerosierende Medikament ist eine 20- bis 40prozentige Lösung von Natrium-Salicylat. Zunächst wird eine Sensibilitätsprüfung zur Feststellung der Reaktion gemacht durch intravenöse Injektion von 0,25 ccm einer 20prozentigen Lösung Natrium salic. Anzeichen der Salizylintoxikation: Kopfschmerzen, Schwindel, Schweißausbrüche und Durchfälle. Durchschnittlich wird das Medikament gut vertragen, es werden 3 bis 6 ccm einer allmählich bis zu 40% ansteigenden Lösung gegeben, und zwar in Intervallen von 1 bis 2 Tagen 10 bis 20 Injektionen, je nach dem Grade Varikosität. Dabei wird innerlich Potassium jodid, 15 g dreimal täglich gegeben. Die Ulzera werden mit Unna-Paste behandelt. In Fällen von Idiosynkrasie gegen Salizyl wird Quinine urethane 6 ccm intravenös gegeben. Die Erfolge an Hand von 14 beschriebenen Fällen sind außerordentlich günstig. Das Prinzip der Heilung besteht in einer durch die Injektionen erfolgenden akuten Venenentzündung, die zu einer mehr oder weniger vollständigen Obliteration des Gefäßlumens führt. Die in dem engen Raum obliterierter Gefäße entstehenden Thromben sind fest und adhärent und zeigen die Tendenz schneller und vollständiger Organisation. Bis dahin ist wegen der Emboliegefahr strengste Bettruhe indiziert. Jede radikale chirurgische Behandlung von Varizen ist auf den idiopathischen Typus zu beschränken. Um denselben zu bestimmen, ist eine genaue, sorgfältige Prüfung der Vorgeschichte und der allgemeinen physikalischen Bedingungen erforderlich. Ebenso ist die Injektions-Obliterationsbehandlung äußerst vorsichtig durchzuführen, sowohl was die Idiosynkrasie gegen das Medikament wie auch die Technik des Verfahrens betrifft.

Kaufmann, Grünberg.

3183.

Goldie, William, Uebersicht über 137 Fälle von Magenkrebs bei den frühesten Symptomen. (Canad. m. Ass. J., Mai 1929.) Bei der Wichtigkeit der Frühdiagnose des Ca. ventric. für erfolgreiche chirurgische Behandlung berichtet Verfasser über Ergebnisse einer Umfrage in den verschiedensten Kliniken über früheste Symptome. Er teilt die 137 Fälle in zwei Klassen ein: 1. Solche, welche vorhergehende Störungen aufwiesen 46 (Plusfälle); 2. solche, welche keinerlei Beschwerden aufwiesen 91 (Minusfälle). — Das Altersauftreten ist in beiden Klassen beinahe dasselbe. Von den Minusfällen fanden sich vor dem Alter von 40 nur 5, bei den Plusfällen nur 3. Die Durchschnittsdauer zwischen den frühesten Symptomen und der definitiven Diagnose betrug in jeder Klasse acht Monate bei Schwankungen in beiden Klassen zwischen einigen Tagen bis zwei Jahren. Die durchschnittliche Zeit zwischen frühesten Symptomen und Konsultation eines Arztes betrug für die Plusfälle 4½, für die Minusfälle 5½ Monate. Die Zeit wiederum, die durchschnittlich zwischen Konsultation und Feststellung der Diagnose verging, betrug für die Plusfälle 3½, für die Minusfälle 2½ Monate. Unter den ersteren waren 10 Fälle, die keinerlei Verdauungsstörungen oder ernstere Erkrankungen für die Dauer von 9 Jahren oder mehr aufwiesen und für diese Zeit unter die Minusfälle gerechnet werden konnten. Die übrigen Plusfälle hatten Beschwerden, die meist weniger Verdauungsstörungen als allgemein Kräfteverlust, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust waren und in der Vielseitigkeit der Initialsymptome viel gemeinsames mit den Minusfällen aufwiesen. Hier ist mit Rücksicht auf das Alter und das Fehlen anderer Ursachen für die vorhandenen Beschwerden stets der Verdacht von Karzinom gerechtfertigt. Die günstigsten Fälle sind die, bei denen die Frühsymptome obstruktiver Natur sind, etwa durch Sitz des Tumors am Pylorus, wo rein mechanisch bedrohliche Symptome rechtzeitig ausgelöst werden. Am ungünstigsten sind Fälle, wo Metastasen als Frühsymptome entdeckt werden. — Aus diesen Erwägungen empfiehlt Verfasser zusammenfassend folgendes: 1. Vermute in jedem Fall chronischer Verdauungsbeschwerden im Alter von 40 Jahren oder darüber ein Karzinom, bis du dich

vom Gegenteil überzeugt. 2. Personen von 40 und darüber, die an allgemeine Schwäche leiden ohne nachweisbaren Grund sind verdächtig für Karzinom. 3. Gewichtszunahme und Besserung der Symptome dürfen die Nachforschungen nicht aufhalten. 4. Der Ausfall der Magensaftuntersuchung während der Frühsymptome ist eher irreführend wie nützlich. 5. Sicherste Hilfe ist die Röntgenuntersuchung. 6. Ist kein Beweis gefunden, daß die Symptome von anderen Ursachen herrühren, versuche den Patienten zu überreden, einen Chirurgen aufzusuchen. Kaufmann, Grünberg.

3184.

Abrin, G., Ueber postoperative Acetonurie. (Z. f. moderne Chirurgie, 4., H. 3, 1929, russisch.) (Arbeiterkrankenhaus, Tscherkassy.) Auf Grund von Untersuchungen an 252 Kranken sowie experimentellen Beobachtungen am Kaninchen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Kranke, die bereits vor der Operation Azeton im Harn ausscheiden, sind nicht selten; sie dürfen erst nach erfolgreicher antiazidöser Behandlung operiert werden. Vor der Operation soll man keine Abführmittel geben, sondern sich auf Einläufe beschränken. Der Kranke soll bis zur Operation nicht hungern, sondern Kohlehydrate bekommen. Frauen, Kinder und Greise verfallen leichter in Azidose als Männer; Astheniker und Digestive eher als muskuläre und zerebrale Konstitutionstypen. Fast alle Krebsfälle sowie Fälle mit Schilddrüsen- und Dickdarmoperationen zeigen postoperative Azetonurie. Bei Azetonurie nach Chloroformnarkose kommt neben den übrigen ursächlichen Momenten noch die Chloroformvergiftung in Betracht. Gleichzeitig mit der Chloroformausscheidung durch den Harn hört auch die Azetonurie auf. Die beste Methode der Bekämpfung der postoperativen Azetonurie ist die kombinierte Glukose-Insulintherapie.

Helene Eliasberg, Berlin.

3185.

Warschawska, D., Klinische Beobachtungen über die Wirkung von CO₂-Inhalation in der postoperativen Periode. (Z. f. moderne Chirurgie [russ.], 4., H. 3, 1929.) (Chirurg.-propädeut. Universitätsklinik, Odessa.) Unter dem Einfluß von CO₂-Einatmung wird die Atmung tiefer und häufiger. In 50% der Fälle steigt der Blutdruck um 20 bis 30 mm Hg. Die CO₂-Einatmung verringert die Zahl der postoperativen Bronchitiden und Pneumonien und koupert bereits beginnende Lungenkomplikationen. Auch das Erbrechen ist viel seltener, und besonders günstig wirkt die CO₂-Einatmung auf den Singultus ein. Als Komplikation der CO₂-Inhalation wurde in einem Falle ein durch die forcierte Atmung hervorgerufenen ausgebreitetes Hautemphysem beobachtet. Bei stark gesteigertem Blutdruck, ferner bei Azidose und bei Operationen an den Lungen selbst, ist die Anwendung der CO₂ kontraindiziert. Es ist noch nicht entschieden, ob es zweckmäßiger ist kontinuierlich Sauerstoff mit 5% CO₂-Gehalt atmen zu lassen oder reine Kohlensäure mit Unterbrechungen. Sobald Pupillenerweiterung eintritt, ist die CO₂-Atmung zu unterbrechen. Helene Eliasberg, Berlin.

3186.

Schmidt, Helmut, und Schumann, Ueber kombinierte Gasnarkose. (Dtsch. Z. Chir., 216., Heft 3/4.) Die einzige Gefahr bei der Lachgasnarkose, die Zyanose, läßt sich mit Sicherheit bei 20% Sauerstoffzufuhr vermeiden. Man erhält dann aber nur in 30 bis 40% Vollnarkosen. Als Zusatznarkotikum nahm man bisher Aether in ganz geringen Dosen (10 bis 30 ccm). Mit dieser Zusatzdosis werden durchaus befriedigende Resultate erzielt. Erstrebenswert ist die Zusatzgasnarkose, d. h. Lachgas-Sauerstoff mit einem Zusatzgas von stärkerer narkotischer Wirkung. Versuche mit Aethylen und Propylen ergaben, daß nicht immer genügend Narkosetiefe auch bei einem Zusatz von 50 bis 80% erreicht wurde. Von der Gruppe der vier Kohlenstoffatome enthaltenden Kohlenwasserstoffgase erwies sich das Butadien als ungeeignet. Günstiger erschienen Butylen und Isobutylen. Am günstigsten erwies sich Vinylchlorid, das einfache ungesättigte Chloräthyl, das sich nach experimenteller Untersuchung bei einem Zusatz von 3 bis 5% gut verwenden ließ. Verfasser gibt mit vorstehender Arbeit den Gang seiner Untersuchungen an und weist mit Recht darauf hin, daß nur exakte experimentelle Untersuchungen auf diesem Gebiete vorwärts bringen.

E. Gohrbandt, Berlin.

3187.

Caan, Paul, Ueber Kreuzbandverletzungen. (Med. Klin., Nr. 23, 1929.) Die Hauptfunktion der Kreuzbänder ist die Hemmung der Rotation. Die häufigste Ursache der Kreuzbandverletzungen ist eine forcierte Drehung des Unterschenkels nach innen gegen den durch Gewichtsverteilung festgehaltenen Oberschenkel bei leichter Beugung des Kniegelenks und gewaltsamer Abknickung des Unterschenkels mit auswärts offenem Winkel. Am häufigsten sieht man Kreuzbandverletzungen bei jugendlichen, sporttreibenden Personen. Meist wird das vordere Kreuzband verletzt. Die Art der Schädigung kann bestehen in einfacher Ueberdehnung und Auf-

lockerung, in Längsspaltung, quere partielle Einriß und schließlich in totaler Zerreißung. Die Symptome einer frischen Kreuzbandverletzung unterscheiden sich vielfach in nichts von denen einer schweren Kniegelenksdistorsion. Es tritt bald ein Flüssigkeitserguß auf mit gleichzeitiger vollständiger Funktionsstörung des verletzten Knies. Irgendeine abnorme Beweglichkeit des Kniegelenks ist in frischen Fällen nicht ausföhrbar. Bei schweren, durch Hyperextension entstandenen totalen Zerreißungen des vorderen oder beider Kreuzbänder finden sich gelegentlich einige typische Symptome. Hierher gehören das Schubladensystem, d. h. die Möglichkeit, den Unterschenkel nach vorne gegen den Oberschenkel zu verschieben, die passive Ueberstreckbarkeit des Kniegelenks und die Möglichkeit stärkerer Innenrotation und abnormer Adduktion. Die Diagnose einer Kreuzbandverletzung läßt sich nur mutmaßen. Von großem Wert ist das Röntgenverfahren, das aber eine absolute Sicherheit nur in den Fällen gibt, in denen ein Abriß von Knochenstückchen stattgefunden hat. Man sieht dann einen deutlich abnormen Schatten in der Gegend der Eminentia intercondylica tibiae oder in der Fossa intercondylica femoris. Die Prognose ist für die Mehrzahl der Fälle durchaus nicht günstig zu stellen. Charakteristisch sind die Spätformen der Kreuzbandverletzungen, wie Schwäche des Gelenks und des Beines mit vorzeitiger Ermüdbarkeit, Unsicherheit der befallenen Seite und des Ganges, Subluxationsmöglichkeit im Knie, ein chronischer resp. rezidivierender Hydrops, Corpora mobilia und schließlich eine chronische deformierende Arthritis. Was die Therapie anbelangt, so empfehlen sich für frische Fälle Ruhigstellung des Knies und des Unterschenkels auf einer Volkmannschiene mit Suspension des Beines, leicht komprimierende Verbände, bei starkem Erguß Punktion mit nachfolgendem Kompressionsverband. In leichteren Fällen kann durch eine ein- bis zweimonatige Ruhigstellung im Gips- oder Schienenverband, wobei durch leichte Beugung des Knies das Kreuzband möglichst zu entspannen ist, eine Schrumpfung des Bandes bzw. ein Wiederan- oder Zusammenheilen stattfinden. Bei vollständigem Ausriß eines Kreuzbandsatzes ist eine konservative Behandlung wenig aussichtsreich. Hier soll man mit der Operation nicht zögern. Angezeigt ist in solchen Fällen eine Naht des Bandes, eine Wiederbefestigung des ausgerissenen Knochenstückchens oder evtl. ein plastischer Ersatz des Kreuzbandes. L. Gordon, Berlin.

3188.

v. Renesoe, Hans, **Hoher Oberarmbruch — Selbstbeobachtung.** (Mon. f. Unf. Heilk., Nr. 6, 1929.) Interessante Selbstbeobachtung, die zeigt, daß bei diesem Unfälle noch monatelang Beschränkung der Bewegung, Muskel- und nervöse Störungen bestehen, trotzdem der gute Wille zu baldiger Arbeitsaufnahme vorliegt. Die anatomische Heilung war vorzüglich.

Michaelis, Bitterfeld.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3189.

Seisser, Fr., **Möglichkeiten und Grenzen unserer Therapie bei der diffusen Peritonitis genitalen Ursprungs.** (Zbl. Gynäk., Nr. 29, 1929.) Im Gegensatz zu Baisch, der die Ansicht vertrat, daß in der Behandlung der diffusen Peritonitis in den letzten Jahren keine nennenswerten Fortschritte gemacht worden seien, kommt Verfasser auf Grund genauer statistischer Erhebungen zu dem Resultat, daß die Mortalitätsziffer bei Peritonitiden genitalen Ursprungs an der Magdeburger Städt. Frauenklinik in den letzten Jahren doch bemerkenswert zurückgegangen sei. Der einzig gangbare Weg, um zu einem günstigen Ergebnis in der Behandlung gynäkologischer Peritonitiden zu gelangen, ist die Laparotomie, die möglichst frühzeitig, schonend und rasch auszuführen ist. Verfasser empfiehlt lediglich Eröffnung der Bauchhöhle mit Drainage, unter Verzicht auf alle Gegeninzisionen, Spülungen, Eingießungen. Die Narkose soll möglichst sparsam sein. Die Entfernung erkrankter Genitalorgane soll nur dann erfolgen, wenn sie technisch leicht ausführbar ist. Stielgedrehte Tumoren sind immer zu entfernen. Der perforierte Uterus soll nur bei frischer Peritonitis amputiert, sonst nach dem Vorgang von Albrecht lediglich übernäht werden. Für die Praxis wichtig und für das Schicksal der Pat. stets entscheidend ist das Beobachten der Frühsymptome einer Peritonitis: Abwehrspannung, Aufhören der Bauchdeckenatmung, Verschwinden der Leberdämpfung, das Blumbergsche Zeichen, Singultus, Nachlassen des Blutdrucks (Menge).

Schwab, Hamburg.

3190.

Raffaele, Cosma, **Ovarialabszesse.** (Ann. di ost. e gin., 51. Jahrg., Nr. 6.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Mailand.) Sichtung und wissenschaftliche Erforschung des Materials der Mailänder Klinik. Aus dem Eiter der Abszesse konnte trotz genauester

bakteriologischer Untersuchungsmethoden der Erreger nicht immer mit Sicherheit eindeutig bestimmt werden.

Aus den histologischen Untersuchungen ging hervor, daß die sudanofilen Zellen mit dem granulierten Protoplasma nicht den Luteinzellen entsprechen, sondern große Ähnlichkeit mit den interstitiellen Zellen haben.

Die Arbeit befaßt sich des Ausführlichen mit der Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Erkrankung. Was speziell letzteren Punkt anlangt, so wird, vorausgesetzt, daß alle konservativen Maßnahmen fehlgeschlagen haben, die Operation, und zwar die Totalexstirpation per laparotomiam empfohlen.

L. Szamek, Wien.

3191.

Maher, James I. E., **Akute Vaginazervicitis.** (Urol. a. Cut. Rev., Nr. 7.) Die Erkrankung bestand in stärkster Schwellung und Entzündung der Vagina, so daß der Muttermund wie bei einer Paraphimose in die entzündete Umgebung eingebettet erschien. Stärkste Eiterabsonderung der Vagina war vorhanden, während sich aus der Zervix nur glasig-schleimiges Sekret entleerte. Diplokokken oder gar Gonokokken wurden nie gefunden, dagegen fand sich beim Partner eine Phosphaturie, die M. als ätiologischen Faktor ansehen möchte.

B a b.

3192.

Döderlein, A., **Ueber zwei seltene und wichtige gynäkologisch-urologische Fälle.** (Z. Urol., 23., H. 6/7.) Im ersten Falle handelt es sich um eine beantragte Ehescheidung wegen Vorliegen des § 1333 BGB. Die Frau litt an einem Urethrobifidus mit extravasikular Ausmündung eines Harnleiters und dadurch bedingte Inkontinenz. Die Frage, ob ein ekelerregendes für die Umgebung unerträgliches Leiden vorliege, wird bejaht. Die zweite Frage, ob dies heilbar sei, wird dahin beantwortet, daß es verschiedene Möglichkeiten dazu gäbe. Eine Operation hat die Patientin bis jetzt abgelehnt. Aus einer Arbeit von Klein, die inzwischen erschienen ist, geht hervor, daß es gelingt, durch Röntgenbestrahlung die Niere so schwer zu schädigen, daß ihre Funktion aufhört. Auf diesen Weg hätte noch in dem Gutachten hingewiesen werden können. Er ist übrigens bisher erfolglos bei der Patientin eingeschlagen worden.

Der zweite Fall ist ein Verschuß einer großen Blasenröhren-Solviden fistel nach W. A. Freund mit plastischer Verwendung des Uterus.

E. Lehmann, Breslau.

3193.

Bykow, S. G., und A. P. Suschkow, **Versuch einer intrarektalen Schlammbehandlung bei Frauenkrankheiten.** (Sibir. Arch., 3. Jg., 3., H. 9/10.) (Gynäk. Univ. Klinik, Saratow.) Die intrarektale Schlammbehandlung wurde ambulatorisch bei 19 Patientinnen mit entzündlicher Erkrankung der Adnexe, Gebärmutter-Lageveränderungen und Uterus infantilis durchgeführt. Verfasser bedienen sich der Instillationsspritze von Bykow.* Bei allen Patientinnen, die eine vollständige Kur (30 Prozeduren) durchmachten bzw. diese wiederholten, wurde Besserung erzielt. E. Kontorowitsch.

3194.

Ilijin, A. A., **Rektale Schlammbehandlung in der Gynäkologie.** (Sibir. Arch., 3. Jg., 3., H. 9/10.) (Kurort „Bitterer See“ im Tschelabinsker.) Die in der letzten Zeit in Rußland mit der Anwendung intrarektaler Schlammtherapie in der Andro- und Gynäkologie gemachten Erfahrungen sprechen für den großen Wert dieses Verfahrens. Gegenüber anderen Methoden der Schlammbehandlung, zeichnet es sich durch sein größeres Indikationsgebiet sowie seine einfache Technik aus, die nicht nur im Kurort selbst, sondern auch außerhalb desselben im ambulatorischen Milieu leicht ausführbar ist. Je nach der Apparatur wird der Schlamm in Form von Einläufen bzw. Instillationen eingeführt. Der Einfachheit halber zieht der Verfasser das instillatorische Verfahren vor. Zum Unterschied von anderen Autoren, die sich einer Spritze bedienen, bei der der Schlamm durch Drehung des Stempels in das Rektum hineingestoßen wird, empfiehlt der Verfasser die Anwendung eines nach der Rekordspritze konstruierten Modells von 320 ccm Inhalt und mit einem 10,5 × 1,2 cm großen, mit Gummi versehenen metallischen Endstück. Die Wandungen der Spritze empfiehlt es sich, nach dem Prinzip der Thermosflaschen auszuführen, damit die Wärme des Schlamms während der Instillation nicht beeinträchtigt wird. Der Schlamm wird zunächst durch ein Metallsieb getrieben, im Wasserbad sterilisiert und dann von oben her in die Spritze eingeführt. Der Kolben ist mit Vaseline einzuschmieren. Die Kranke wird mit entleertem Rektum zur Behandlung bestellt. Die Instillation wird in der Knie-Ellenbogenlage ausgeführt. Die Temperatur des Schlamms beträgt 37 bis 38 Grad R. und wird jeden Tag um ein Grad bis auf 47 Grad R. erhöht. Die Menge des ein-

* Vgl. unser Referat aus Wratsch, Dielo, Nr. 19.

geführten Schlammes beträgt 200 bis 320 g. Die Mehrzahl der Patientinnen verträgt jedoch die volle Spritze — 320 g — ganz gut. Dauer der Sitzung 30 Min., evtl. etwas länger. Die Installationen erfolgen täglich mit einem Tag Pause in der Woche. Eine ganze Kur besteht — je nach Art und Schwere des Falles — aus 10 bis 20, evtl. auch mehr Installationen. Nach den vorliegenden Beobachtungen verträgt die Mehrzahl der Patientinnen die intrarektale Schlamminstallation ohne weiteres gut, und nur in seltenen Fällen wird die Kur wegen Reizung des Rektums, Schleimabsonderung, Tenesmus, Brenngefühl im After und dergleichen zeitweilig unterbrochen. Zur Zeit der Menstruation wird die Kur fortgesetzt. Bei schmerzhaften Menses wirkt diese Behandlung schmerzstillend, und menstruelle Unregelmäßigkeiten werden dadurch beseitigt. Während der Behandlung nehmen die Schmerzen im Becken oft zu und gehen dann allmählich zurück. Diese Schmerzen nebst den objektiven Erscheinungen, wie Verstärkung der Sekretion, lokaler Temperaturerhöhung, Verstärkung bzw. Auftreten von Exsudaten usw. sind Zeichen einer lokalen Herdreaktion. Die letztere ist jedoch nicht bei sämtlichen Kranken deutlich ausgesprochen. Gewöhnlich tritt sie nach 2 bis 6 Sitzungen auf. In einer Reihe von Fällen wurde eine allgemeine Reaktion des Organismus beobachtet, die sich in Fieber, allgemeiner Schwäche, Schweißausbrüchen äußert. Ist die Reaktion allzu stürmisch, so setzt man die Temperatur des eingeführten Schlammes herab, bzw. geht zu allgemeinen Solbädern über oder setzt die Behandlung auf 1 bis 2 Tage aus. Von den Wirkungsfaktoren der rektalen Schlammbehandlung auf die weiblichen inneren Geschlechtsorgane ist neben der Salzwirkung und der mechanischen Wirkung des Schlammes an erster Stelle die Wärmewirkung zu vermerken. Hier wendet man im allgemeinen höhere Temperaturen für den Schlamm an, als bei den vaginalen Verfahren, Sitzbädern und Schlammkuchen. Speziell den vaginalen Prozeduren gegenüber ist die rektale Schlammbehandlung ihrer Wärmewirkung nach weit überlegen, da sie eine Einführung von Schlamm von 47 Grad R. zuläßt. Wenn man bedenkt, daß die Mehrzahl der Tuben- und Ovarienerkrankungen gonorrhöischer bzw. paragonorrhöischer Natur ist, so kann die Hitzewirkung auf die Gonokokken nicht ohne Einfluß sein. Andererseits kommt der intrarektal angewandte Schlamm, wie die röntgenologischen Aufnahmen zeigten, viel näher an die Erkrankungsherde heran, als bei den anderen Methoden. Der Schlamm konzentriert sich in der Ampulle des Rektums in Form eines Kegels, dessen Spitze sich viel höher befindet, als der Uterusfundus, und die ganze Masse des Schlammes liegt dabei dicht an den Geschlechtsorganen des kleinen Beckens. Auf diese Weise kommt es zu einer günstigen mechanischen Wirkung der adstringierenden schwefelsauren Eisenverbindungen bzw. des Aluminiums des Schlammes auf die Schleimhaut des Rektums. Auch eine Einwirkung des Schlammes auf das sympathische Nervensystem (direkte und reflektorische Wirkung) ist nicht ausgeschlossen. Selbstverständlich bedarf die Methode der intrarektalen Schlammbehandlung noch eines weiteren klinischen und experimentellen Studiums. Man kann aber schon jetzt behaupten, daß es sich hier um ein wertvolles therapeutisches Verfahren handelt. Dieses Verfahren ist indiziert bei chronischen und subakuten Entzündungsprozessen in den Organen des kleinen Beckens, bei Para- und Perimetritis, ferner in den Fällen, wo die Durchführung einer allgemeinen Schlammbehandlung unmöglich ist, wie z. B. bei Hystero-Neurasthenie, Kachexie, Lungentuberkulose (beginnende, inaktive Formen), Herzmuskelerkrankungen usw. Die intrarektale Schlammbehandlung kann auch kombiniert mit anderen Methoden erfolgen, wie z. B. mit vaginaler Schlammtherapie, allgemeinen bzw. Sitz-Schlambädern; ferner mit Massage, Proteinotherapie und Elektroprozeduren. Nach der Kur äußert sich die Wirkung der intrarektalen Schlammbehandlung subjektiv in einer Besserung des Allgemeinbefindens und Verminderung bzw. Verschwinden der Schmerzen, objektiv in einer Resorption der Exsudate bzw. Infiltrate, Verkleinerung der entzündlich veränderten, vergrößerten Organe, Besserung der gestörten menstruellen Funktion, Verminderung der Sekretion usw.

E. Kontorowitsch.

3195.

Joseph, S., und I. Raschkes, **Klinische und experimentelle Beobachtungen mit dem Ovarialhormon „Follikulin“**. (Dtsch. med. Wschr., 55 Jg., Nr. 25.) (Geburtshilflich-gynäkologische Abt., Moabit.) Die durch Unterfunktion der Ovarien bedingte Amenorrhöe läßt sich in einem Teil der Fälle durch längere Follikelinjektionen beheben. Am besten wirkt das Follikulin bei jugendlichen, operativ kastrierten Patientinnen, bei denen die Therapie möglichst bald nach der Kastration einsetzt. Wichtig ist für den Behandlungserfolg die Auswahl der Kranken, wobei auf die Mit-erkrankung anderer Drüsen mit innerer Sekretion besonders zu achten ist. Die intramuskuläre Injektion wird als ebenso wirksam wie die intravenöse angesehen. Arnold Hirsch, Berlin.

3196.

Arcieri, Maria, **Beitrag zum Studium der rezidivierenden Extrauterinschwangerschaft**. (Ann. di Ost. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 6.) (Geb. gyn. Institut der kgl. Univ. in Rom.) In einer sorgfältigen, 44 Fälle von Extrauterinschwangerschaft (E.) betreffenden Zusammenstellung werden folgende Gesichtspunkte herausgearbeitet: 5,5% Rezidive, wenn die erste E. operiert, eine größere Zahl, wenn dieselbe nicht chirurgisch behandelt worden ist. Das Alter der Erkrankten schwankt für die 1. E. von 25 bis 30, für die rezidivierende von 28 bis 35 Jahren. Das Intervall zwischen der 1. und der 2. E. ist verschieden; einem Minimum von 2 Monaten steht ein Maximum von 15 Jahren gegenüber. Zwischen zwei E. sind intrauterin Graviditäten beobachtet worden in 20,5% der Fälle; von diesen endeten 9,1% mit Abortus, 11,25% wurden ausgetragen.

Was die Ätiologie betrifft, so scheint in einer hohen Prozentzahl die Ursache in den durch die erste E. bedingten Folgezuständen gelegen zu sein, für eine bestimmte Anzahl der Fälle entzieht sich die Ursache den Mitteln der Untersuchung. Im Interesse der Prophylaxe eines Rezidives ist nur die chirurgische Behandlung zu üben: Laparotomie, Abtragung der graviden Tube. Zur Entfernung des Ovars besteht kein zwingender Grund, es wäre denn, daß pathologische Zeichen die Hoffnung auf Konzeption unmöglich erscheinen lassen. Die Röntgentherapie kommt nur in ganz besonderen Fällen in Frage. L. Szamek, Wien.

3197.

Martines, S., **Ueber das Vorhandensein von Fett und Lipoiden in der Deziduazelle während der normalen Gravidität**. (Ann. di ostet. e gin., 51. Jahrg., Nr. 6.) (Geb. gyn. Institut der Kgl. Univers. in Bologna.) Fett und Lipide nehmen Anteil am normalen Inhalte der Deziduazelle während der Schwangerschaft. Diese Substanzen finden sich in größerer Menge in der ersten Hälfte der Schwangerschaft als in der zweiten. Sie sind der Ausdruck einer endokrinen Tätigkeit der Deziduazelle und kein Produkt einer regressiven Metamorphose. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und besonders gegen das Ende hin versiegt diese endokrine Tätigkeit und die Deziduazelle zeigt Zeichen der Involution. L. Szamek, Wien.

3198.

Bardenheuer, F. H., **Zur Prophylaxe der Nachgeburtsblutungen durch Kalzium**. (Zbl. Gynäk., Nr. 29, 1929.) An einer größeren Versuchsreihe gelang dem Verfasser der Nachweis, daß sich der Blutverlust bei normalen Geburten um durchschnittlich ein Drittel herabsetzen läßt, wenn man eine bis mehrere Stunden vor der erwarteten Geburt 10 ccm Kalziumglukonat „Calcium Sandoz“ intramuskulär injiziert. Ob es sich dabei um Erscheinungen der Förderung der Blutkoagulation durch das Kalzium oder um einen Einfluß auf den Gefäßtonus handelt, bleibt dahingestellt. Man wird in der Praxis mit Vorteil von der Kalziuminjektion dann Gebrauch machen, wenn aus der Anamnese ersichtlich ist, daß die Frauen bei früheren Geburten viel Blut verloren haben, bzw. bei Erstgebärenden, daß sie konstitutionell zu Blutungen neigen und gegen Blutverluste besonders empfindlich sind (rotblonde Frauen!). Desgleichen wird die Injektion von Kalziumglukonat vor operativen Eingriffen zur Herabsetzung der Blutungsgefahr empfohlen. Schwab, Hamburg.

3199.

Wille, F. C., **Eine Modifikation der Kleidotomie**. (Zbl. Gynäk., Nr. 30, 1929.) Die Durchtrennung der Schlüsselbeine beim abgestorbenen Kind ist in den letzten Jahren mehr und mehr zur Entwicklung eines für das Becken zu breiten Schultergürtels angewandt worden. Zur Verbesserung der Technik wird folgende Modifikation empfohlen: Die Haut des Kindes wird bei bereits geborenem Kopf am sichtbaren Halsteil unter der Mandibula, etwa am Kieferwinkel, eingeschnitten. Man kann hier die Spitze der Schere auf die zu inzidierende Stelle fast senkrecht aufsetzen; dann wird die geschlossene, nicht zu spitze Schere durch das Unterhautfettgewebe des kindlichen Halses in Richtung auf die Klavikula wie durch einen Tunnel vorgeschoben. Der Zeige- und Mittelfinger der anderen, in die Vagina eingeführten Hand, kontrollieren das Vordringen des Instruments bis auf das Schlüsselbein. Wird dann der Scherengriff geöffnet, so reißt dieselbe leicht auf der Klavikel; letztere läßt sich umschwer durchtrennen. Es erleichtert die Extraktion, wenn auf die genannte Weise beide Schlüsselbeine durchtrennt werden. Bei sehr großen Kindern empfiehlt es sich ferner, nach der Kleidotomie zur Extraktion noch einen stumpfen Haken in die hintere Achselhöhle einzusetzen. Schwab, Hamburg.

3200.

Vogt, E., **Pernocton in der Geburtshilfe**. (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Der Nachteil des Dämmerschlafes mit Scopolamin-Morphium besteht darin, daß die Uterusmuskulatur gelähmt wird, die Tätigkeit der Bauchpresse nachläßt, Erregungszustände

auftreten und die Erregbarkeit des kindlichen Atemzentrums herabgesetzt wird. Dagegen hat der Dämmerschlaf mit Pernocton erhebliche Vorteile: die Kreißende schläft schon während der Einspritzung ein; die Dosierung ist sehr einfach (auf $1\frac{1}{2}$ kg Körpergewicht 1 ccm Pernocton); Atmung, Herzfähigkeit, Blutdruck werden nicht geschädigt; die Muskulatur der Gebärmutter arbeitet normal weiter; da die Psyche ausgeschaltet ist, wird die Wehentätigkeit nicht beeinträchtigt und der Gesamtverlauf der Geburt erheblich gefördert. Die Durchführung des geburtshilflichen Pernocton-Dämmerschlafs muß vorerst auf die Klinik beschränkt werden. Die Vorbereitung ist eine rein psychische. Der Magen soll nach Möglichkeit leer sein, um Erbrechen zu vermeiden. Künstliche Gebisse sind vor Injektion des Pernocton zu entfernen. Eine Isolierung der Kreißenden ist notwendig. Der Dämmerschlaf wird eingeleitet, wenn bei Erstgebärenden der Muttermund 5 bis 6 cm weit, bei Mehrgebärenden etwa für 2 Finger durchgängig ist. Man injiziert intravenös ganz langsam, unmittelbar nach einer Wehe, ungefähr 1 ccm pro Minute. Das Einschlafen erfolgt meist noch während der Einspritzung. Spastische Zustände der Muskulatur gehen bald vorüber. Der eigentliche Dämmerschlaf ist durch den Wegfall der Großhirnfunktion und den Eintritt einer Hypalgesie gekennzeichnet und dauert ungefähr 2 bis 3 Stunden. Auf der Höhe der Wehe werden die Kreißenden etwas unruhig; der Ablauf der Wehentätigkeit erfährt aber, wie erwähnt, keine Beeinträchtigung. Der Uterusmuskel behält seine natürliche Ansprechbarkeit für Hypophysenpräparate und thermische Reize. Eine besondere Neigung zu Nachgeburtsblutungen besteht nicht. Bei Dammnähten und Episiotomien gibt man zweckmäßig einige Tropfen Aether.

Braun, Stettin.

3201.

Hole, W., **Unsere Erfahrungen mit dem Pernocton-Scopolamin-Dämmerschlaf in der Geburtshilfe.** (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Da die Wirkung des Morphium-Scopolamin erst nach und nach, diejenige des Pernocton dagegen sofort bei der Injektion eintritt, so hat Gauß beide Mittel kombiniert; einige Minuten nach der Pernoctoninjektion wird die erste Scopolamineinspritzung (0,00015 bis 0,0002 g) gegeben. In Abständen von ungefähr einer Stunde folgen weitere Scopolamininjektionen derselben Stärke. Nach 5 bis 6 Stunden können die Intervalle vergrößert und kleinere Dosen gegeben werden. Unter 130 Fällen trat in 100% nach Beendigung der Pernoctoninjektion das richtige Dämmerschlafstadium auf; in 76% war die Schmerzlinderung und nachfolgende Amnesie bis zur Geburt ideal; in 24% wurde zwar eine deutliche Schmerzherabsetzung bewirkt, die Amnesie dagegen war unvollkommen. In 20 Fällen trat während der Wehe eine motorische Unruhe auf; neunmal wurden ausgesprochene Erregungszustände beobachtet, die auf zu hohe Gaben von Scopolamin zurückzuführen waren. Erbrechen zeigte sich in 9 Fällen. In 23 Fällen wurde eine kurzdauernde Verschlechterung der Wehentätigkeit konstatiert; die Wehen wurden aber durch Hypophysenpräparate stets günstig beeinflusst. Die Nachgeburtsperiode verlief der Norm entsprechend. Im Wochenbett konnte niemals eine Schädigung der Nieren, der Leber oder anderer Organe festgestellt werden. 11 Kinder kamen asphyktisch zur Welt; bis auf ein Kind, das durch Tentoriumriß nach Wendung und Exaktion zugrunde ging, verließen alle Kinder lebend die Klinik. Als Kontraindikationen gegen den Dämmerschlaf haben zu gelten: primäre Wehenschwäche, Frühgeburt, bestehende Gefährdung von Mutter und Kind, Beckenverengung stärkeren Grades, Placenta praevia, Anämie, schwere Fieber- und Schwachzustände. Nebenwirkungen lassen sich ausschalten, wenn man Überdosierung vermeidet. Für längerdauernde Geburten ist der Pernocton-Scopolamin-Dämmerschlaf zur Zeit die beste Methode.

Braun, Stettin.

3202.

Herold, K., F. Netzer und M. Henkel, **Die Erfahrungen der Jenaer Universitäts-Frauenklinik mit der Aethernarkose nach Ombrédanne.** (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Henkel lernte den Narkosenapparat von Ombrédanne in Süd-Amerika kennen und führte ihn in seiner Klinik ein. Durch teilweise Wiedereinatmung des Kohlensäure-Aethergemisches wird das Atemzentrum gereizt, die Inspirationen werden vertieft und verlängert. Hierdurch kommt es zu einer beschleunigten Absorption des Aethers in den Lungen bei geringer Aetherkonzentration. Die Narkose wird auf diese Weise ohne Exzitation eingeleitet; und die zur Erreichung einer tiefen Narkose notwendige Menge Aether auf ein Minimum herabgesetzt. Die Gefahr des Atemstillstandes ist auch bei tiefer Narkose sehr gering. Ungefähr 2600 Operationen wurden, abgesehen von den Narkosen zu Untersuchungszwecken, und geburtshilflichen Operationen, mit dem Apparat durchgeführt. Dieser ist so konstruiert, daß die Ausatemluft zum Teil nach außen, zum Teil in einen Atembeutel gelangt, aus dem sie bei der nächsten Inspiration wieder eingeatmet wird. Der durchschnittliche Aether-

verbrauch beträgt, auch bei größten Operationen, kaum 150 g. Bei richtiger Technik, die beschrieben wird, erreicht ein geübter Narkotiseur in über 90% der Fälle tiefste Narkose ohne Zeichen von Zyanose und Speichelsekretion. Am Abend und Morgen vor der Operation werden je 0,5 g Veronal gegeben. Asphyxien traten niemals ein, der Puls blieb immer gut; in knapp 1% der Fälle traten Lungenkomplikationen ein, die sämtlich in Heilung übergingen. Als Nachteil der Ombrédanneschen Maske ist das relativ große Gewicht (1 kg) anzugeben. Ferner ist es ungünstig, daß die in der Maske nach einer Narkose zurückbleibende Aethermenge praktisch verloren ist, da man aus Gründen der Asepsis und Aesthetik nicht einen zweiten Patienten durch die vorher benutzte Maske atmen lassen kann.

Braun, Stettin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

3203.

Hutton, James H., **Dermatologie und endokrine Störungen.** (Urol. a. Cut. Rev., Nr. 3, 1929.) Zahlreiche Hautkrankheiten, wie Ekzem, Akne, Pigmentierung, Haarausfall, Pruritus usw., beruhen auf endokrinen Störungen, nämlich der Thyreoidea, Parathyreoidea, Hypophyse, Geschlechtsorgane, Pankreas, Nebennieren und Leber. So ist das Ekzem, besonders das Kindereczem, ebenso wie die Urtikaria und das angioneurotische Oedem, auf einen Mangel an Hormonen der Thyreoidea und der Parathyreoidea zurückzuführen, der mit Störung im Kalziumblutspiegel verknüpft ist; hieraus ergibt sich eine entsprechende Therapie. Die Störungen der Thyreoidea wirken sich außerdem aus in rauher, trockener Haut, brüchigen, gefurchten Nägeln, lockeren, leicht blutendem Zahnfleisch, erheblicher Polsterung der Supraklavikular- sowie Nackengegend, in fleischigen Händen, dabei schlechter, fahler oder pergamentartiger Haut, weiterhin langsamer Puls und Obstipation. Störungen in der Hormonbildung der Geschlechtsorgane spielen eine wichtige Rolle bei Akne, Dysmenorrhoe, Menstruationsbeschwerden aller Art, Starre der Extremitäten, Depression; hier wirkt entsprechende Organtherapie bei der Frau viel intensiver als beim Manne. Von Pigmentveränderung ist Gelbsucht häufig, aber nicht immer — auf Lebererkrankung zurückzuführen, Chloasma auf Schwangerschaft oder Erkrankung des sympathischen Nervengeflechtes, das die Nebennieren umgibt. Erkrankung der Nebennieren selber bringt Bronzefärbung hervor. Da bei Diabetes sich häufig Pruritus auch schon im pädiatrischen Stadium findet, ist bei Pruritus stets auch auf Blutzucker zu untersuchen und an das Pankreas zu denken, das auch bei Furunkulose und bei Karbunkel eine wichtige Rolle spielt. Vergrößerung der vorderen Hypophyse führt zur Akromegalie, Verkleinerung des vorderen Abschnittes derselben sowie eine solche der Thyreoidea nicht selten zu erheblichem Haarausfall.

Bab.

3204.

Carrol, W. L. L., **Ein merkwürdiger Fall von Pyodermia chronica papillaris et exulcerans** (Zurhelle). (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, Nr. 24, 1929.) Der beschriebene Fall beweist, daß es Formen dieser Krankheit gibt, die als Abszeß beginnen, welcher nach Absonderung eines seropurulenten Sekrets einen verrukösen, papulomatösen Charakter annimmt mit serpiginöser peripherer Extension und Neigung zu zentraler Narbenbildung und peripherer Ulzeration. Der histologische Bau erinnert sowohl an tertiäre Syphilis als an eine mykotische Infektion, minder auch an Tuberkulose.

Der eigene Charakter der Pyodermie ist vorläufig folgendermaßen charakterisiert: 1. Hyperkeratose mit atypischer Epithelwucherung. 2. Das Infiltrat besteht hauptsächlich aus Plasmazellen, die in der Kutis und Subkutis liegen. 3. Der tuberkuloide Bau tritt gegenüber den Mykosen, der Syphilis und der Tuberkulose stets sehr in den Hintergrund. 4. Das oberflächlich gelegene Infiltrat besteht großen Teils aus polynukleären Leukozyten, Lymphozyten und Eosinophilen. Hier werden Abszesse gebildet. Bildung tieferer Abszesse tritt in den Hintergrund. 5. Gefäßveränderungen, Periarteriitis, Endovaskulitis, Thrombusbildung sind in unserem Fall sehr stark. Bakteriologisch finden sich nur pyogene Kokken, und zwar: Staphylokokkus pyogenes aureus (haemolyticus et non haemolyticus).

Kurt Heymann, Berlin.

3205.

Lasch, F., **Zur Pathogenese der Striae cutis distensae.** (Dermat. Wschr., 89, Nr. 27, 1929.) (Dermatol. Abt. d. Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums und Jubiläumsspitals in Wien.) Ueber die Aetiologie der Striae cutis distensae sind sehr verschiedene Anschauungen verbreitet; es sollen dabei Dehnungen der Haut, Infektionskrankheiten, trophoneurotische, toxische Momente, Störungen der inneren Sekretion eine Rolle spielen. In dem hier

beschriebenen Falle waren die Striae, für die eine andere Ursache nicht vorlag, ungefähr 8 Wochen nach Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Typhusvakzine bei einer an multipler Sklerose leidenden Patientin aufgetreten. Es stimmt das überein mit Beobachtungen, in denen auch nach spontanem Typhus Striae mehrere Monate später aufgetreten waren. Wahrscheinlich schädigen die Toxine auf dem Blutwege primär das elastische Gewebe, durch dauernde kleine Traumen kommt es dann zu mechanischer Ueberdehnung des geschädigten Gewebes und zum Auftreten der Striae.

Ernst Levin, Berlin.

3206.

Moshajew, D. A., **Warzenaussaat in Tätowierungen.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) Einem Soldaten, der am dritten Finger der linken Hand seit einigen Jahren eine Warze hatte, wurde vor kurzem eine reichliche Tätowierung auf den Händen und der Brust angelegt, wobei außer der Tusche an einigen Stellen auch Ruß verwendet wurde. Zwei Monate darauf traten an den mit Ruß tätowierten Hautstellen an beiden Händen reichliche Warzen auf, die ganz genau den Konturen der Buchstaben und Zeichnungen folgten. Es war bemerkenswert, daß an den mit Tusche tätowierten Partien keine Warzenbildung auftrat.

E. Kontorowitsch.

3207.

Mayor-List, Rich., **Ueber Cutis marmorata.** (D. Arch. klin. Med., 164., Heft 5/6.) In der Haut sind die Kältepunkte herdförmig verteilt. Auf irgendwelche endo- oder exogene Reize hin bewirken sie Spasmen der zugehörigen Kapillaren, bzw. in der Nachbarschaft Stasen, welche unter dem Bild von Atonien erscheinen. Die Auslösung dieser Vorgänge erfolgt lokal, peripher, als sogenannte Axonreflexe; sie geht nicht über das Rückenmark. Allzu leichte Auslösung beobachtet man bei vasoneurotischer Diathese oder bei Störungen im Vasomotorenapparat, z. B. bei Polioomyelitis. Die histologischen Folgen sind einerseits Aneurysmen und Pigmentablagerungen, andererseits Neigung zu Ansiedlungen von Mikroben. Ungeklärt bleibt, warum diese, ebenso wie toxische Dermatosen, an hautgeographisch verschiedenen Stellen auftreten. Auch an den inneren Oberflächen von Blase, Magen, Gehirn, Muskeln finden sich analoge Erscheinungen. — Die Arbeit wirkt ungemein anregend.

Buttersack, Göttingen.

3208.

Rosenthal, S. K., **Zur Kenntnis seltener Hauteruptionen bei typhösen Erkrankungen.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 27, 1929.) (III. Rat-Krankenhaus in Minsk [Weißrußland].) Die Umwandlung der Roseola bei Abdominaltyphus in eine deutliche Papel ist sehr selten; auch bei Flecktyphus und bei Rekurrens kommen Papeln vor. Histologisch zeigte eine derartige Papel bei Abdominaltyphus stark ausgeprägte akute entzündliche Erscheinungen, wodurch die Bildung eines Bläschens oder einer Pustel an der Kuppe der Papel verständlich erscheint. Bei Rekurrens wurden ferner Roseolaeruptionen und Petchien beobachtet in Form von gleichartigen, stecknadelkopfgroßen Flecken, die Insektenstichen sehr ähnlich sind, jedoch stets gleichzeitig auftreten.

Ernst Levin, Berlin.

3209.

Fedorowski, A., **Zur Behandlung von Ulcus cruris mit Zuckerlösung.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) Bericht über sehr gute Resultate in 15 Fällen. Die Anwendung erfolgte in Gestalt von ein- oder zweimal täglichen Umschlägen mit 10- bzw. 30prozentiger Sol. sacchar. albi.

E. Kontorowitsch.

3210.

Fuhs, H., und Jos. Konrad, **Die Behandlungserfolge mit kleinsten Strahlendosen bei Hautkrankheiten.** (Strahlenther., 32., 1.) (Univ.-Klinik Wien.) Verfasser berichten über günstige Erfolge bei verschiedenen Dermatosen nach Anwendung sehr geringer Röntgendosen. Pro Sitzung werden nur 7 bis 15 R. gegeben. Diese Dosen werden in Abständen von etwa 2 Wochen des öfteren wiederholt. Spätschädigungen sind dabei nicht zu befürchten. Geeignet für diese Methode sind: Akne vulgaris, Ekzem, Psoriasis, namentlich am behaarten Kopf (keine Epilation!). Auch bei älteren Fällen von Lupus hypertrophicus und Ulzerosus wurde ein Rückgang der Erkrankungerscheinungen festgestellt. Dasselbe gilt für Sykosis, Blepharitis, Ulcera cruris und Furunkulose.

Kirschmann.

3211.

Choroschin, A. G., **Zur Frage der persönlichen Geschlechtskrankheitenprophylaxe.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Staatl. Inst. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Odessa.) Bericht über 2½-jährige Erfahrungen in der Prophylaxe des venerologischen Instituts zu Odessa. Während dieses Zeitraums (Februar 1925 bis Juni 1927) wurde die Nachtstation von 3702 Per-

sonen an Anspruch genommen, die insgesamt 11 091 mal die Station aufsuchten. Darunter waren 60 Frauen mit 63 Besuchen. 35% der Besucher standen im Alter von 18 bis 20, 39,8% 21 bis 25 und 12,5% 26 bis 30 Jahren. 72,5% verkehrten mit Prostituierten und 18,8% mit Bekannten. Infektionen wurden trotz Besuches der Station in 10 Fällen (0,09%) ermittelt: Gonorrhöe siebenmal, Ulcus mixte zweimal und Ulcus molle einmal. 93% der Besucher kamen innerhalb der ersten 2 Stunden nach dem Verkehr auf die Station.

E. Kontorowitsch.

3212.

Geyer, Hanns, **Ueber Rückfälle beim Tripper des Mannes und deren Ursachen.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Verfasser analysiert die Mißerfolge der Gonorrhöebehandlung der Würzburger dermatologischen Klinik und kommt zu dem Ergebnis, daß Rezidive dann vermeidbar sind, wenn eine frühzeitige und ausgiebige Behandlung aller erkrankten Stellen einsetzt. Versager der Provokation beruhen meist auf fehlerhafter Durchführung oder ungenügender Auswahl der Mittel. Die Fehler werden seltener, wenn die Reizuntersuchung erst geraume Zeit nach der Behandlung erfolgt und mehrfach wiederholt wird. E. Lehmann, Breslau.

3213.

Simpson, Malcolm, **Die Behandlung der Zervixgonorrhöe.** (Urol. a. Cut. Rev., Juli 1929.) Bei akuter Zervixgonorrhöe von Nulliparas sorgfältiges, dabei gründliches Auswaschen der Zervix mittels Wattetampons, um die Zervix von jedem Schleim zu befreien, dann Aetzen mit 2% Akriflavin-Glyzerin. Hierauf wird die Vagina mit Akriflavin-Glyzerin ausgespült und ein mit dieser Flüssigkeit getränkter Tampon vor den Muttermund gelegt. Diese Prozedur wird täglich wiederholt. Ist bei Multiparas der Zervix narbig verengt, so wird er durch Hegardilatator Nr. 8 erweitert, um dem infektiösen Schleim Abfluß zu verschaffen, eine Operation, die jedoch erst 4 Wochen nach der Infektion vorgenommen werden darf. Nach der Dilatation Behandlung wie bei den Nulliparas. Bei chronischer Zervicitis von Nulliparas wird der Muttermund mit den Blättern des Spekulum öfters mäßig eingedrückt, um hierdurch nach Art einer Massage die Drüsen des Zervixkanals anzuregen; hierauf wird nach Reinigung desselben durch Wattetupfer dieser alternierend mit starker Argentumlösung oder mit 40% Formalin, in Spiritus gesättigter Pikrinsäure, Ichthyol mehrmals wöchentlich geätzt. In gonorrhöeresistenten Fällen kommt hier die eben erwähnte Dilatation in Frage, ferner Diathermie oder, wenn die Gonorrhöe jeder Behandlung trotz, Amputation der Zervix. Für chronische Fälle bei Multiparas, bei denen Endometritis, Salpingitis usw. in der Anamnese vorliegt, ist die Auswaschung des Uterus mit jodiertem Glyzerin zu empfehlen, eine Operation, die in Allgemeinnarkose unter allen Kautelen der Asepsis vorgenommen werden muß.

Bab.

3214.

Anserowa, L. J., **Zur Klinik der syphilitischen Erkrankungen der Schilddrüse.** (Klin. Med. [russ.], 9. Jahrg., 6., Heft 23.) (Innere Univ.-Poliklinik, Moskau.) Mitteilung über Basedowismus und Struma luetica bei zwei Patientinnen. Die Diagnose wurde bei der einen Patientin auf Grund der Anamnese (syphilitischer Mann) und bei der anderen auf Grund des Blutbefundes (WaR. negativ, Sachs-Georgi-R. ++) gestellt. Die antiluetische Kur brachte in beiden Fällen rasche Besserung.

E. Kontorowitsch.

3215.

Medem, J., **Kontrolluntersuchungen zur Symptomatologie der Zerebrospinalflüssigkeit bei progressiver Paralyse und anderen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.** (Nowiny Psychiatr., Heft 3/4, 1929.) (Psychiatr. Landeshosp. Dziekanka.) Nach einer kurzen Betrachtung über die Ausbildung der Liquordiagnostik berichtet Verfasser über die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen, die er an 200 Fällen von luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems durchgeführt hat. Er betont die Bedeutung der Wassermannreaktion (Filtriermethode), die aber in einer gewissen Anzahl von Fällen — trotz exakter Ausführung — doch negativ ausfällt. Verfasser bemerkt, daß bei Syphilis des Zentralnervensystems der Liquor nie normal sei und daß Pleozytose, Eiweiß- und Globulinvermehrung zusammen mit positiven Koloidreaktionen auf chronische luetische Gehirnhautentzündung (Reizung) schließen läßt. Nach einer tabellarischen Darstellung der pathologischen Liquorbilder der einzelnen luetischen Krankheitsformen (P. P.; Lues cerebrospinalis, Tabes) und ihrer quantitativen und qualitativen Besonderheiten äußert Verfasser die Meinung, daß diese Bilder sich nicht voneinander exakt abgrenzen lassen und daß daher auf Grund der Liquoruntersuchung allein eine bestimmte luetische Krankheitsform des Zentralnervensystems nicht erkannt, bestenfalls nur diese oder jene Krankheit ausgeschlossen bzw. der Verdacht auf eine bestimmte Form gelenkt werden kann, mit

anderen Worten, daß man gegenwärtig noch nicht in der Lage ist, im Laboratorium eine exakte Diagnose eines der vorerwähnten Leiden mit absoluter Sicherheit zu stellen. Autoreferat.

3216.

Shodsischski, B. J., und A. A. Korolenko, **Zur Frage der Magensekretion in der späten Syphilisperiode.** (Sibir. Arch. [russ.], 3. Jahrg., 3. Heft 9/10.) Die Untersuchung des Magensaftes bei 40 Personen mit tertiärer Syphilis und positiver WaR. ergab in der Mehrzahl der Fälle (70%) eine Herabsetzung der Azidität. Nach der spezifischen Behandlung ergab sich eine Besserung der Magensaftsekretion. E. Kontorowitsch.

3217.

Hoffmann, Erich, und Alois M. Memmesheimer, **Früherkrankung der metasymphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.** (Nervenarzt, 2. Jahrg., Heft 7.) Etwa 10% der Syphilitiker erkranken an den Spätfolgen der Lues. Mit genügend starker und hinreichend schnell aufeinanderfolgenden Salvarsan-Wismutkuren gelingt es gewöhnlich, nicht nur alle äußeren Erscheinungen zu beseitigen und Rückfälle zu verhindern, sondern auch dauerndes Freibleiben von pathologischen Veränderungen im Blut und Liquor zu erzielen. Bei ausreichender Kurstärke wird den Spätfolgen in der großen Mehrzahl der Fälle der Boden entzogen. Bei unzureichend und schwach behandelten älterer Syphilis wurden Liquorveränderungen in einem noch etwas höheren Prozentsatz als bei gar nicht behandelten Fällen gefunden; indessen ist der Unterschied unbedeutend. Hingegen vermag die Behandlung mit hohen Einzeldosen und kurzen Pausen zwischen ihnen und den einzelnen kombinierten Kuren bei richtiger Durchführung Erkrankungen am Zentralnervensystem nicht nur bei primärer und frischer, sekundärer, sondern selbst bei älterer Lues noch weitgehend zu verhüten. Günstige Erfolge erzielt die maximale kombinierte Frühbehandlung auch bei der angeborenen Syphilis, hier gelingt Vorbeugen leichter als Heilen; gravide Frauen sind genügend kräftig zu behandeln; die prä- oder postnatale kräftige kombinierte Therapie schützt oft vor juveniler Tabes und Paralyse und geistiger Minderheit. Vortreffliches leistet die moderne Liquordiagnostik für die Früherkennung der Neurolues bei allen den Kranken, die nicht genügend stark und früh behandelt worden sind. Die Zisternenpunktion erleichtert die Kontrolle der Patienten. Außerordentlich selten kommt es vor, daß noch Spätfolgen am Zentralnervensystem auftreten, wenn nach energischer Frühbehandlung Blut- und Liquorbefund vollkommen negativ waren. Bei Salvarsan-Wismut-Resistenten ist die kombinierte Malaria-Salvarsan-Wismutkur anzuwenden. „Mit gutem Gewissen kann der Arzt die Syphilis jetzt als heilbar erklären, Tabes und Paralyse (auch Aortitis usw.) als weitgehend vermeidbar und in ihren Anfängen als gut beeinflussbar.“ „Mag man über die Frage, ob die Lues eine ausrottbare Krankheit ist, noch verschiedener Meinung sein, die kongenitale Syphilis ist eine vermeidbare Erkrankung geworden, und von ihr und ihren Folgen könnte bei geeigneter Ausnutzung unseres Könnens die Menschheit gewiß bald befreit werden.“ Kurt Mendel, Berlin.

3218.

Buschke, A., und Ernst Kaufmann, **Die Syphilisfrequenz im Krankenhaus.** (Med. Welt, Nr. 23, 1929.) (Dermatologische Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.) Die Zahl der frischen Luesinfektionen hat im Krankenhaus und besonders in der Privatpraxis sicherlich im ganzen abgenommen, wobei aber im letzten Jahr im Krankenhaus die Abnahme stagniert; möglicherweise befindet sich die Lues bereits wieder auf ansteigender Linie, es treten wieder häufiger Fälle von Lues maligna und gravis auf. Zunahme der latenten Luesfälle, der Metalues, ebenso auch des Lues congenita ist am Krankenhausmaterial zu beobachten. L. Gordon, Berlin.

3219.

Deshayes, **Rasche Heilung eines Gesichtslupus bei einem Heredosyphilitischen durch antisymphilitische Behandlung.** (Annales mal. vénér., Nr. 5, 1929.) Bei einem sehr ausgedehnten, seit Jahren bestehenden Gesichtslupus ergab die WaR. ein negatives, die Hechtsche Reaktion ein positives Resultat. Da die bisherige alle Methoden umfassende Behandlung das Wachsen der Affektion nicht verhindert hatte, ging der Autor zur antisymphilitischen Therapie über. Er wählte dazu das intramuskulär und subkutan injizierbare Stovarsolderivat Azetylarsan und gab zweimal die Woche eine Spritze. Lokal wandte er nur antisymphilitische Verbände an. Eigenartigerweise kam es jetzt zu einer raschen Heilung des Lupus, der vorher Jahre hindurch rebellisch gewesen war.

Zweifelloos war die Affektion nicht etwa an sich syphilitisch. Aber das Terrain spielt eine große Rolle.

Kurt Heymann, Berlin.

3220.

Rubritius, H., **Beitrag zur Behandlung der kalkulösen Anurie.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Der wiedergegebene Fall beweist deutlich die hohe Bedeutung des Ureterenkatheterismus für die kalkulöse Anurie. Bei diesem Patienten war die eine Niere wegen Steinyonephrose exstirpiert worden. Nach 9½ Jahren traten Anurien durch Konkrement in der restierenden Niere auf. Diese konnten sechsmal allein durch Harnleitersondierung behoben werden. Beim siebenten Male mußte eine Nephrostomie gemacht werden. E. Lehmann, Breslau.

3221.

Picard, Edwin, **Die endovesikale Behandlung der Inkontinenzia urinae beim Weibe.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Durch Elektrokoagulation bestimmte Stellen des Sphincters vesicae lassen sich Erfolge erzielen. E. Lehmann, Breslau.

3222.

Baneau, Eugen, **Wie weit dürfen wir bei der operativen Reduktion des Nierenparenchyms gehen?** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Nach Perlmanns und Kaïris tierexperimentellen Untersuchungen können zwei Drittel des gesamten Nierenparenchyms entfernt werden. Ein Drittel arbeitsfähigen Nierengewebes vermag die Funktion zu gewährleisten. Bisher wurden 4 Fälle publiziert, die zeigten, daß dies auch beim Menschen zutrifft. Barreau fügt einen weiteren Fall hinzu, bei dem wegen Kolihypernephrose erst ein Drittel der rechten Nieren, die zwei Becken und zwei Harnleiter besaß, entfernt wurde und nach 19 Monaten die linke pyonephrotische Niere. Man soll nach Möglichkeit stets zweizeitig operieren und im ersten Akt die Resektion vornehmen. Ein gutes Röntgenbild des restierenden Niere kann durch Flächenmessung zeigen, ob eine kompensatorische Hypertrophie des gesunden Teils erfolgt ist. Die Funktionsprüfungen belehren uns, ob eine Suffizienz des Parenchyms besteht. E. Lehmann, Breslau.

3223.

Hoch, A., **Hypernephrom und Digestionstrakt.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Hinweis auf Grund einer einschlägigen Beobachtung auf die gastrischen Erscheinungen bei Nierentumoren, die sich in Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fleisch, Hungergefühl, Erbrechen und Verdauungsstörungen äußern. Oft wird ein Ulcus ventriculi oder duodeni, auch ein Magenkarzinom angenommen. Gelegentlich treten diese Beschwerden schon früh auf. Sobald sich dazu dann eine Spur Eiweiß und Erythrozyten im Urin finden, sollte jedenfalls an ein Hypernephrom gedacht werden. E. Lehmann, Breslau.

3224.

Kneise, O., **Zur Frage der Nierenstein-Harnleiterstein-Operationen und der Erholungsfähigkeit des Nierengewebes bzw. seiner Funktion.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Der mitgeteilte Fall doppelseitiger Nephrolithiasis zeigt, in welch hohem Maße das Nierengewebe seine Funktionsfähigkeit wiedergewinnen kann, selbst wenn wochenlang ein kompletter Steinschluß den Harnafluß verhindert. Allerdings können Jahre darüber hingehen. Die rechte Niere arbeitete trotz dreier großer Harnleitersteine ausreichend, solange die linke schwerer erkrankt war, doch stellte sie sofort ihre Funktion ein, als die linke Niere wieder arbeiten konnte. Dies beweist eine feine, vom Nervensystem abhängige Steuerung der Funktion. Die Pyelolithotomie bleibt für die Mehrzahl der Steinfälle die Operation der Wahl, da sie am schonendsten ist. Die Nephrotomie ist nur in bestimmten Fällen indiziert. Man sollte versuchen, bei ihr mit möglichst kleinen Inzisionen in die Niere auszukommen. E. Lehmann, Breslau.

3225.

Granhan, Max, und von Rehren, **Die Nephrektomien der Kieler chirurgischen Klinik vor und nach Einführung des Ureterenkatheterismus.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Diese Arbeit zeigt den großen Wert und die unwägbare Bedeutung des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie. Während vor dieser Zeit über 10% der Fälle an schweren, sicher vor der Operation vorhandenen doppelseitigen Erkrankungen zugrunde gingen, ist dies Vorkommen jetzt praktisch ausgeschlossen. Zahlreiche Fälle von Nierenleiden kamen jetzt zur Operation, die noch nicht so vorgeschritten waren, wie die Fälle vor Einführung des Ureterenkatheterismus. Ihre Operation erwies sich dadurch als technisch einfacher und besserte entsprechend die Resultate. Vorher waren fast nur solche Nieren angegangen worden, die als Tumoren von beträchtlicher Ausdehnung palpatorisch nachweisbar waren. (Hydro-Pyonephrosen, Tuberkulosen und Hypernephrome.) E. Lehmann, Breslau.

3226.

Fischer, K., **Rasche Steinbildung in der Restniere nach Nephrektomie.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Bericht über 4 Fälle, für die folgender Erklärungsversuch gegeben wird: Die Disposition zur

Phosphatnieren lag im Sinne einer Organneurose vor. Durch die Exstirpation des Schwesterorgans sowie die Wundheilungserscheinungen wurde eine starke nervöse Reflexwirkung auf die Restnieren ausgeübt. Diese äußerte sich in starker Alkaliurie und Phosphaturie und war so stark, daß die Sedimentierung bereits im Nierenbecken begann. Weiterhin wurde die Steinbildung begünstigt durch Stagnation und Stauung während der Bettruhe, Verstopfung des Ureters, sowie durch die sehr bald eintretende Infektion der Niere.

E. Lehmann, Breslau.

3227.

Boretta, Cesare, **Doppelseitige Nierensteine.** (Urol. a. Cut. Rev., Nr. 7, 1929.) Obwohl doppelseitige Nierensteine als ernste Erkrankung anzusehen sind, so ist ihre Prognose doch nicht schlecht, wenn sie rechtzeitig chirurgisch angegangen werden. Vor jedem Eingriff muß die Funktionstüchtigkeit jeder von beiden Nieren geprüft werden; mit der besser arbeitenden Niere ist zu beginnen, es sei denn, es liegt eine organisch oder reflektorisch bedingte Anurie vor. Als Operationsmethoden kommen hauptsächlich Pyelolithotomie und Nephrotomie in Frage, während eine Nephrektomie erst in zweiter Linie in Erwägung zu ziehen ist.

Bab.

3228.

Oelsner, Georg, **Zur Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Dem regelmäßigen Katheterismus mit systematischer Spülbehandlung der Blase, wie sie die Caspersche Schule übt, widerfährt zu wenig Gerechtigkeit. Sie muß aber geradezu für die Mehrzahl der Prostatiker als die Methode der Wahl bezeichnet werden. Erst wenn sie versagt, kann an Operation gedacht werden. Viele Prostatiker leben jahrzehntelang mit zweimal täglichem Katheterismus und Spülung im Gleichgewicht. Die operativen Behandlungsmethoden werden kritisch abgewogen. Die Vasektomie ist in den Fällen indiziert mit Prostatismus und dadurch gesteigertem Harnbedürfnis ohne erhebliche Retention, aber auch bei infizierter Prostatahypertrophie bei der Gefahr einer abszedierenden Epididymitis. Zweckmäßig näh man dann die zentralen Stümpfe nach Voelker in die Haut ein, wo sie dann wie Drains wirken. Die Prostatektomie weist immer noch eine hohe Mortalität auf; der Vorschlag der Frühoperation ist abwegig. Je schärfer aber die Indikationsstellung umrissen wird, desto leister fällt der Entschluß, falls sie gegeben ist. „Wenn bei einer geringen Blasenkapazität trotz Katheterismus die Nachtruhe und Arbeitsfähigkeit nicht gewährleistet ist — wobei soziale Rücksichten eine erhebliche Rolle spielen werden —, wenn das Einführen von Kathetern schwierig ist, häufig starke Blutungen und immerwiederkehrende komplette Verhaltungen das Leiden komplizieren, und schließlich das Katheterleben in psychischer Hinsicht für den Kranken nicht tragbar ist, dann ist die Prostatektomie der einzige Weg, den wir trotz aller Gefahren beschreiten müssen.“

E. Lehmann, Breslau.

3229.

Leuchtenberger, R., **Ueber Behandlungsversuche bei chronischen Zystitiden mit Bakterienkulturfiltraten nach Besredka.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Die Versuche fielen ungünstig aus. Von 25 Fällen wurden 19 nicht beeinflusst, 6 gebessert, dann 2 jedoch nicht auf die Dauer.

E. Lehmann, Breslau.

3230.

Werboff, S., **Erfahrungen und Resultate der Blasensteinbehandlung.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Die Caspersche Klinik verfügt über 430 Blasensteinfälle, davon wurden 390 durch Litholapaxie und 40 durch Sectio alta behandelt. Die Mortalität bei der Zertrümmerung betrug 2%, beim hohen Blasenschnitt 15%. Die Kontraindikationen der Lithotripsie werden besprochen. Ihre Hauptgefahr besteht in dem Uebergreifen der Infektion auf die oberen Harnwege mit allgemeiner Sepsis. Durch geeignete Vorbehandlung der Blase lassen sich hier noch Besserungen erzielen.

E. Lehmann, Breslau.

3231.

Fronstein, R., **Die primäre Harnblasenatonie.** (Z. Urol., Jahrg. 23, Heft 6/7, 1929.) Es gibt eine primäre Atonie der Harnblase ohne nachweisbare Schädigung des Zentralnervensystems und ohne Vorhandensein mechanischer Abflußbehinderung. In diesen Fällen besteht ein Elastizitätsverlust des Sphincters vesicae oder der Blasenmuskulatur. Die Degeneration der Blasenmuskulatur kann eine Folge von Arteriosklerose oder Infektion vom Urin her sein. Ferner kann angenommen werden, daß die peripheren Nerven in diesen Fällen örtlich erkrankt sind oder die Wand infolge einer Ueberdehnung atrophiert.

E. Lehmann, Breslau.

3232.

Roseno, A., **Die intravenöse Pyelographie.** (Klin. Wschr., 8 Jahrg., Nr. 25.) (Chirur. Klinik Augustahospital, Köln.) Die intra-

venöse Pyelographie mit Jodharnstoff bedeutet die Synthese funktioneller Nierendiagnostik mit der topographisch-anatomischen Darstellung der ableitenden Harnwege. Die röntgenologisch-sichtbar gewordene Funktionsprüfung uropoetischen Systems ist damit gegeben. Der so möglich gewordene Aufbau einer neuartigen Symptomatologie wird in den Umrissen dargestellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3233.

Lautmann, **Beitrag zum Studium der Sekundärinfektionen der Harnwege.** (Ann. malad. vénér., Nr. 5, 1929.) Der Autor ist der Meinung, daß die Nierensteinkrankheit sich auf Grund einer Infektion entwickelt wie die Gallensteinkrankheit. Nur, daß bei der Nierenkalkulose die Infektion hämatogen sein dürfte. Er gibt dafür Beispiele und bezeichnet die Zähne und die Mandeln als Ursache. Er beruft sich auf Besserungen nach Behandlung der Ursache und auf die Theorie der Amerikaner über „focal infections“.

Kurt Heymann, Berlin.

3234.

Kümmel, H., **Zur Kritik der Ureterstrikturen.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Hunner hat das Gebiet zum erstenmal eingehend bearbeitet, scheint aber bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens dieser Erkrankung über das Ziel hinaus geschossen zu sein. Die Diagnose der echten Striktur ist schwierig; um sie ganz exakt zu stellen, bedarf es des Nachweises pathologisch-anatomischer Veränderungen im Sinne der Stenose, und nur die auf dieser Grundlage aufgebauten Untersuchungen geben ein richtiges Bild von der Eigenart der Harnleiterverengungen.

Die kritiklose Anwendung der wiederholten Harnleiterdehnung bei nicht sicher nachgewiesener Striktur entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage.

E. Lehmann, Breslau.

3235.

Blum, V., **Ueber Ureterektomie.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Die totale Ureterektomie bei Entfernung der Niere soll bei Tuberkulose nur in denjenigen Fällen ausgeführt werden, in denen eine tuberkulöse Stenose des Harnleiters an seiner Mündung nachweisbar ist. Sonst genügt es, den Ureter tief im kleinen Becken mit dem Thermokauter zu durchtrennen und zu versorgen. Indikation zur völligen Exstirpation des Organes bildet die Hydro-Pyonephrose mit Dilatierung des Ureters bis zur Blase. Eine dritte Anzeige geben die echten Neubildungen ab. Auch bei primären Nierenbeckentumoren soll sofort die völlige Ureterektomie ausgeführt werden.

E. Lehmann, Breslau.

3236.

Oppenheimer, R., **Ueber Ureterolithotomie am juxtavesikalen Harnleiterende beim Weibe.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Die Uteringefäße werden unter Vermeidung einer Verletzung des Peritoneums lateral mit Deschamps unterbunden, mit schmaler Winkelschere dicht über dem Ureter durchtrennt und die Gefäße nachgefaßt zur nochmaligen Ligatur. Die einseitige Unterbindung der A. uterina beeinträchtigt die Ernährung der Gebärmutter nicht, verschafft aber die zur Lithotomie notwendige Uebersicht.

E. Lehmann, Breslau.

3237.

Pflaumer, E., **Ueber das intramurale Ureterpapillom, seine Diagnose und Behandlung.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Pflaumer hält das Papillom des unteren Harnleiters für häufiger, als man gewöhnlich annimmt; es entsteht meistens als Metastase von der Blase in den Ureter. Andererseits ist jedoch vielfach ein Nierenbecken-gewächs dahinter verborgen. Deshalb besteht die Behandlung in der wirklich totalen Nephroureterektomie. Hierbei sind die gesamte Ureterschleimhaut einschließlich der Blaseschleimhaut am Ostium entfernt. Dies gelingt dem Verf. durch ein sinnreich von ihm erdachtes Harnleiterkathetermandrin mit Knopf.

E. Lehmann, Breslau.

3238.

Dreyer, Albert, **Ueber Reflexurethritis.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Im Anschluß an juckende Hautaffektionen (Pedikulosis) trat in 4 Fällen des Verf. eine Urethritis auf, die als reflektorisch durch den starken Juckreiz aufgefaßt wird und mit der Besserung der Grundkrankheit abklang.

E. Lehmann, Breslau.

3239.

Kroiss, F., **Zur operativen Behandlung der undurchgängigen Harnröhrenverengung.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Von der suprapubischen Zystostomiewunde aus führt man den Zeigefinger in die Pars prostatica bis zur Striktur ein und fühlt dann meist schon die vom Orificium ext. urethrae eingeführte Sondenspritze. Die ist konisch geformt und wird jetzt unter Leitung des Fingers durch das Narbengewebe durchgestoßen, ein Gummikatheter angeschlossen und dieser durchgezogen. Man erspart dem Pat. so die Urethro-

tomia ext. Die Spitze der Sonde wird solarwärts gegen die Fingerbeere gerichtet; dann sind Nebenverletzungen nicht zu befürchten.
E. Lehmann, Breslau.

3240.

Young, Hugh H., Ueber die Anastomosebehandlung der frischen oder veralteten kompletten Ruptur der Pars anterior urethrae. (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) An der Hand wunderbarer Abbildungen berichtet Young über 9 Fälle traumatischer Harnröhrenruptur. Es ergibt sich aus der Schilderung, wie wichtig die Frühoperation und komplette Wiederherstellung der Harnröhre ist. Versäumtes führt letzten Endes zum Tode oder zu schweren Komplikationen. Bei diesen Fällen mußten dann ausgedehnte sekundäre Eingriffe zur Heilung von Fisteln und zur Behebung der Inkontinenz ausgeführt werden. Die Ergebnisse der sofortigen Operation waren ausgezeichnet, die Komplikationen wurden vermieden. In jedem Falle von Beckenfrakturen ist es notwendig, eine genaue Revision der Harnorgane vorzunehmen und bei Verletzungen sofort einzugehen. Bei kompletter Ruptur ist die Anastomose auszuführen, bei Defekt ist dieser über einen Katheter zu decken. Mit perinealer oder suprapubischer Drainage wird die Infektion vermieden. Bei späteren Sekundäreingriffen führte Young die Resektion einer vesiko-perinealen Fistel aus, machte eine doppelte Sphinkterenplastik gegen Inkontinenz und behob eine Rektourethralfistel nach Young-Stone.
E. Lehmann, Breslau.

Hygiene

3241.

Gawroński, J., Die Irrenpflege in Dziekanka während der letzten zehn Jahre. (Nowiny Psychjatr., Heft 3—4, 1929.) (Psychiatr. Landeshospital, Dziekanka.) Verfasser gibt einen Ueberblick über die Organisation des Pflegedienstes in Dziekanka während der letzten zehn Jahre und hebt die Schwierigkeiten hervor, die bei der Auswahl eines geeigneten Personals und bei der Ausbildung desselben zu überwinden waren.

Es wurden für den Pflegedienst jugendliche, unbescholtene Personen im Alter von 18 bis 20 Jahren mit absolvierter Volksschulbildung angenommen, die einen zweijährigen theoretischen und praktischen Lehrkurs in der Irrenpflege durchzumachen hatten. Der Kurs wurde unter Leitung des Direktors von den Anstaltsärzten abgehalten nach folgendem Lehrprogramm: Anatomie, Physiologie, Hygiene, allgemeiner und psychiatrischer Pflegedienst, rechtliche Stellung des Pflegers. Die Kurse sind als staatliche Institution anerkannt und schließen mit dem Staatsexamen ab.

Das Pflegepersonal wird in verschiedene Dienstgrade eingeteilt, wie Wärter, Hilfspfleger, Pfleger, Abteilungspfleger, Oberpfleger (Oberin). Das Dienst Einkommen schwankt zwischen 40 bis 50 zł für die jüngsten Wärter und Wärterinnen plus völlig freier Station, soziale Versicherung ohne Abzüge, Dienstkleidung und 392 zł (ohne Verpflegung) für angestellte ältere Pfleger.

Während früher auf acht Kranke ein Pfleger kam, hat sich im Laufe der organischen Entwicklung des Pflegedienstes das Zahlenverhältnis von Pfleger und Kranken auf 1:10 eingestellt infolge: 1. gesteigerter Leistungsfähigkeit des Personals, 2. strengerer Auswahl geeigneter Hilfskräfte, 3. zweckmäßiger Verteilung des Personals — sowohl in quantitativer wie qualitativer Hinsicht — auf die einzelnen Abteilungen, 4. schichtweiser Einteilung des Tagesdienstes.

Zum Schluß bespricht Verfasser die täglichen Abendinstruktionen des Nachtpersonals durch den Arzt vom Dienst, Einteilung der Nachtwachen, Rapportpflicht, Inspektion der Nachtwachen durch Aerzte, Oberpfleger, mechanische Kontrolle.

Br. Jesionowski.

3242.

Piotrowski, Al., Das psychiatrische Landeshospital Dziekanka während der letzten 10 Jahre. (Nowiny Psychjatr., Heft 3 bis 4, 1929.) (Psychiatr. Landeshospital, Dziekanka.) Anlässlich des zehnten Jahrestages des Übergangs des psychiatrischen Landeshospitals Dziekanka in polnische Verwaltung gibt der Verfasser ein Jubiläumssheft der „Nowiny Psychjatryczne“ heraus, mit einem kurzen Bericht über den Anstaltsbetrieb während der letzten 10 Jahre. Er berichtet über die ärztliche Tätigkeit, über die Organisation des Pflegedienstes und über die durchgeführten Reformen. In Dziekanka gibt es keine Gitter und keine Isolierzellen mehr. Die Mauern sind zum größten Teil verschwunden. Einspritzungen von Scopolamin, Morphin und anderen Betäubungsmitteln werden kaum mehr verordnet, Bettbehandlung ist auf Ausnahmefälle beschränkt und wird aus psychiatrischen Gründen nur selten verordnet.

Die Behandlung gipfelt in dem Bestreben, die Kranken auf möglichst hohem kulturellen und sozialen Niveau zu erhalten, vermittelt Psychotherapie, geeigneter Beschäftigung (etwa 90% aller Kranken sind beschäftigt) und Erziehung zum Familien- und Gemeinschaftsleben.

Verfasser gibt einen Ueberblick über den Gesundheitszustand in der Anstalt, weist auf die Entwicklung der Familienpflege, das Anwachsen der Krankenziffer, besonders aus den besser situierten Kreisen, hin und gelangt zu der Feststellung, daß die während der letzten 10 Jahre in Dziekanka geübte Krankenbehandlung zwar nicht zur völligen Beseitigung unerwünschter Vorkommnisse, wie Selbsttötung u. a., wohl aber zu ihrer größtmöglichen Einschränkung geführt hat (im Zeitraum von 10 Jahren zwei Selbstmorde). Als wichtige Ergebnisse der Behandlungsmethoden in Dziekanka hebt Verfasser hervor: Beseitigung des Zwanges, Hebung des kulturellen und sozialen Niveaus der Kranken, Ausdehnung der Beschäftigungstherapie bis zur Höchstgrenze, Ausbreitung der Familienpflege, Erhöhung der Zahl geheilter und gebesserter Patienten, Senkung der Sterblichkeitsziffer.

Verfasser kommt zum Schluß, daß das in den letzten 10 Jahren in Dziekanka geübte Behandlungsverfahren den hergebrachten Methoden nicht nur nicht nachsteht, sondern in Anbetracht der besseren Ergebnisse weitgehende Beachtung verdient.

Br. Jesionowski.

3243.

Piotrowski, Al., Wie soll ein modernes psychiatrisches Krankenhaus aussehen? (Nowiny Psychjatr., Heft 3 bis 4, 1929.) (Psychiatr. Landeshospital, Dziekanka.) Nach einem historischen Ueberblick über die Entwicklung des psychiatrischen Krankenhauses bespricht der Verfasser die Kriterien, die den Begriff eines modernen psychiatrischen Krankenhauses ausmachen und präzisiert seine diesbezüglichen Forderungen unter Berücksichtigung hygienischer und psychotherapeutischer Gesichtspunkte.

Jeder Fortschritt in der Bauart sowie in der inneren Einrichtung des psychiatrischen Krankenhauses hat zur Hebung des kulturellen Niveaus der Insassen desselben und zur Milderung der Krankheitsäußerungen beigetragen.

Unhygienisch sind große Krankensäle. Sie wirken erregend, beängstigend, beunruhigend, deprimierend auf die kranke Psyche. Große Pavillons, kasernenartige Bauten tragen den Stempel des Zwanges und wirken auf die Besucher und mehr noch auf die Kranken ungünstig.

Der Verfasser verlangt anstatt Riesenbauten kleine, nette Wohnhäuser, gemütlich eingerichtete Wohnungen, Verteilung der Kranken in kleinere entsprechende Gruppen von 4 bis 6 Patienten, die in kleineren Räumen, kleineren Villen untergebracht werden sollen, wie das in den Privatanstalten vielfach schon durchgeführt ist. Dann wird das Mißtrauen der Bevölkerung, die Angst vor den Anstalten schwinden, die Kranken werden sich in einer freundlichen, schönen, sympathischen, gemütlichen Umgebung wohlfühlen und geduldiger auf ihre Genesung warten.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Krankheit um so gelinder verläuft, in je bessere Umgebung der Kranke versetzt wird.

Die Forderung nach Heilung der psychischen Krankheit ist so wichtig, daß ihr gegenüber Einwände finanzieller Natur eine untergeordnete Rolle spielen müßten.

Br. Makowski.

3244.

Wilczyński, Fr., Die Entwicklung der Anstaltspraxis in Dziekanka während der letzten 10 Jahre. (Nowiny Psychjatr., Heft 3 bis 4, 1929.) (Psychiatr. Landeshospital, Dziekanka.) Die traditionellen Behandlungsmethoden sind als überflüssig und vielfach schädlich verworfen. Die Mauern wurden größtenteils niedergelegt, die Gitter, Isolierzellen, Zwangsjacken, Masken, Handschuhe, Gitterbetten, Einpackungen abgeschafft, die Bettbehandlung nur ausnahmsweise für Spezialfälle vorgesehen, die Abgabe von chemischen Mitteln stark eingeschränkt.

Dagegen wurde Gewicht gelegt auf reichliche, kräftige Nahrung, auf Erziehung zum sozialen Leben durch Anleitung der Kranken zu systematischer Arbeit und Gewöhnung an hygienische Lebensweise. Durch Psycho- und Arbeitstherapie (über 90% der Patienten waren beschäftigt) wurde erstrebt, die Anstaltsinsassen auf möglichst hohem kulturellen Niveau zu erhalten.

Trotz Verwerfung der traditionellen Behandlungsmethoden haben sich die Verhältnisse in der Anstalt nicht verschlimmert, sondern vielfach gebessert.

Unerwünschte Vorkommnisse, wie Unsauberkeit der Kranken und Dekubitis, sind fast verschwunden, Entweichen von Kranken aus streng bewachten Abteilungen, Beschädigung von Gegenständen durch erregte Patienten waren seltener als zur Detentionszeit.

Der Gesundheitszustand der Patienten hat sich gebessert. Vor 10 Jahren betrug der Prozentsatz der als geheilt und gebessert Entlassenen weniger als 50% (er betrug 26,62%), im letzten Jahre

dagegen mehr als 50%. Die Zahl der als geheilt und gebessert Entlassenen vermehrte sich demnach bedeutend. Die Zahl der ungeheilt Entlassenen und der Verstorbenen verminderte sich. Die Sterblichkeitsziffer sank von 12% im Jahre 1919 auf 5,18% im Jahre 1928. Jesionowski.

3245.

Hoppe, F., **Schulartz und Zahnheilkunde.** (Soz. Med., Nr. 6, 1929.) Unter 102 14jährigen Kindern waren nur 5 mit Zeichen der Rachitis am Gebiß und übrigen Knochensystem. 18 Kinder wiesen als Reste alter Rachitis lediglich Veränderungen an den Knochen auf. Hypoplasie der Zähne wurde zwanzigmal beobachtet. Von diesen 20 zeigten 11 das Chvosteksehe Fazialisphänomen (spasmodische Diathese). Die für Skrofulose angeblich charakteristischen Schmelzwellen an den Vorderzähnen waren nicht vorhanden. Das einzige skrofulöse Kind zeigte ein tadelloses Gebiß.

Michaelis, Bitterfeld.

3246.

Teitge, H., **Die Lambliose bei den Bergarbeitern des Ruhrgebietes als Ursache von Magenbeschwerden.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 25.) 21% der an Magenbeschwerden erkrankten Ruhrkohlenarbeiter litten an einer Lambliose. Die Beschwerden schwanden mit dem Abnehmen der Parasitenzahl im Duodenalsaft. Sämtliche Lambliosen waren durch Neosalvarsaninjektionen heilbar, wenn die Dosis nicht zu schwach gewählt war. Andernfalls zog sich die Behandlung sehr in die Länge, auch traten häufig Rezidive auf. Dosen von 0,9 g Neosalvarsan heilen sicher, wenn sie auch nur ausnahmsweise angewandt werden sollten. Es empfiehlt sich, mit dem Schwinden der Lamblien die Behandlung nicht sofort einzustellen, um Rezidive zu verhindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

Infektionskrankheiten

3247.

Taneff, Iwan, **Serumtherapie des Scharlach.** (Med. Welt, Nr. 23, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik, Frankfurt a. M.) Das antitoxische Scharlach-Streptokokkenserum ist die wirksamste Waffe, die wir bis heute in der Behandlung von schweren Scharlachfällen haben. Damit die Serumbehandlung erfolgreich sein soll, muß die Dosierung bei leichten toxischen Symptomen 50 bis 75 ccm nicht konzentrierten oder 20 bis 30 ccm konzentrierten Scharlachserums der Behringwerke betragen. Bei ausgesprochen schweren Fällen ist die Dosis zu verdoppeln. Man gibt dabei ein Drittel der Serummenge intravenös. Die Injektion muß möglichst frühzeitig gemacht werden; nicht eine Stunde darf unnötig verloren werden. Wird das Serum am ersten oder zweiten Krankheitstage gespritzt, so fällt das Fieber kritisch ab. Bei späteren Injektionen pflegt dieser Fieberabfall von einem erneuten Fieberanstieg gefolgt zu sein, an den sich ein lytischer Abfall der Kurve anschließt. Trotz dieses zweiten Temperaturanstiegs hält aber die Besserung des Allgemeinzustandes an. Das Exanthem verschwindet gewöhnlich innerhalb 48 Stunden nach der Seruminjektion. Die septischen und ulzerösen Prozesse im Anschluß an die eitrige Angina (Frühkomplikationen) sind viel schwerer durch Serum zu beeinflussen als die initialen toxischen Symptome. Die Spätkomplikationen scheinen bei den mit Serum behandelten Patienten milder zu verlaufen. Schon bestehende Komplikationen werden durch Serum nicht gebessert. Serumexanthem sah Verfasser unter 114 Fällen in 47%. Es trat gewöhnlich zwischen dem achten und elften Tag nach der Einspritzung auf. Es verlief in allen Fällen ziemlich harmlos.

L. Gordon, Berlin.

3248.

Reichsgesundheitsamt, **Die Grippeepidemie im Winter 1928/29.** (Reichsges.-Bl., Nr. 27, 1929.) Mit Hilfe zahlreicher Tabellen wird über das Auftreten, den Verlauf und Ausgang der großen Grippeepidemie berichtet, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen.

Michaelis, Bitterfeld.

3249.

Kling, C., **Untersuchungen über die Epidemiologie der Poliomyelitis.** (Svensk. Läkarsellsk. Handlingar, 55., Heft 1, 1929.) Die Übertragung der Poliomyelitis scheint dadurch möglich, daß das Gift in dem Magendarmtraktus entsteht und von hier aus weiter verbreitet wird. Damit stimmt überein die geographische Verbreitung der Poliomyelitis in Schweden, wie das Auftreten zu bestimmten Jahreszeiten (ähnlich der Cholera und Dysenterie). Die Statistiken Schwedens, Sachsens und Rumäniens lehren, daß die Krankheit, wo sie herdweise auftritt, immer an Flüsse, Seen, Meere gebunden ist, während die Landbeförderungsmittel (Eisenbahnen) keine Rolle zu spielen scheinen. Auf dem Lande tritt mehr

Verbreitung auf als in Städten. Wo kein Wasser ist, bilden sich keine Herde von Poliomyelitis. Insektenübertragung konnte nicht festgestellt werden. Die Poliomyelitiskerne können sich 25 bis 30 Tage im Wasser halten. Städte werden befallen, wenn ihre hygienischen Wasserverhältnisse ungünstig liegen (schlechte Filter usw.). Die gastrointestinalen Störungen bei der Poliomyelitis hängen mit dem Sitz des Virus im Magendarmtraktus durch das Wasser oder die Milch zusammen, obwohl letztere nicht häufig das Virus zu übertragen scheint. Die Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht so häufig wie durch das Wasser. Das Virus hat gewisse Ähnlichkeit in seinen Lebensbedingungen wie die Cholera und das Typhus. Daraus resultieren ähnliche prophylaktische Maßnahmen und Abwehrmittel. Die Kontagiosität kommt erst in zweiter Reihe.

S. Kalischer.

3250.

Greppi, Luigi, **Ueber Komplikationen der Bazillenruhr im Kindesalter.** (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 12, 1929.) In elf mit Komplikationen verlaufenden Fällen wurde in vier Fällen eine Nephrose, in zwei Fällen Oedeme ohne Nierenschädigung, einmal Pyurie, dreimal Arthritis, einmal eine Keratokonjunktivitis, zweimal Urethritis beobachtet. Dabei erkrankte ein Kind gleichzeitig an Nephrose, Arthritis und Urethritis, ein zweites an Nephrose und Urethritis, die übrigen neun Komplikationen blieben monosymptomatisch. In allen Fällen wurde durch die Agglutinationsprobe Gluga-Kruse-Ruhr festgestellt.

Eugen Stransky, Wien.

3251.

Silvestri, T., **Die abortive Behandlung des Abdominaltyphus mit Milchinjektionen.** (Policlinico, 36., Nr. 26, 1929.) Verf. berichtet über ausgezeichnete Resultate, die er bei 26 Fällen von Typhus abdominalis mit Milchinjektionen, welche in der Menge von 4 bis 5 ccm am vierten bis sechsten, spätestens siebenten Krankheitstage erfolgten, erzielt hatte. In allen Fällen kam es zu einem kritischen oder lytischen Temperaturabfall. Kein Todesfall. Die Krisis setzte gewöhnlich am vierten bis fünften Tage nach der Injektion, und zwar schon nach der ersten, zweiten oder höchstens dritten Injektion ein. Das Wesen dieser Kur liegt in ihrer frühzeitigen Anwendung.

Ashkenasy, Wien.

3252.

Knorr, M., **Typhusmorbidity und Typhusschutzimpfung.** (Arch. f. Hygiene, 106., Heft 6, 1929.) Die Typhusmorbidity war vor dem Kriege in den Altersstufen von 20 bis 50 im männlichen Geschlecht annähernd so groß wie im weiblichen. Als Ursache der geringeren Morbidity der im Kriege gewesenen Männer kommt in erster Linie die Typhusschutzimpfung in Frage; die Durchseuchung ist von geringer Bedeutung. Die Dauer des Impfschutzes nach mehrmaliger Schutzimpfung wurde bisher unterschätzt. Man muß auf Grund der mitgeteilten Zahlen annehmen, daß ein Teil der Geimpften nur für kurze Zeit, ein anderer Teil aber für lange Zeit, über 7 Jahre, geschützt ist. Die Hauptmenge der Geimpften dürfte etwa 5 bis 7 Jahre immun sein.

N. Henning, Leipzig.

3253.

Zalocco, A., **Ueber Polyurie und Albuminurie bei kindlicher Malaria.** (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 12, 1929.) In hundert Fällen von kindlicher Malaria wurde sechszwanzigmal eine Albuminurie beobachtet, davon 21 Tertiana- und 5 Tropikafälle. Der Eiweißgehalt bewegt sich bei der Tertiana zwischen 0,1—0,3%, bei der Tropika zwischen 0,3—0,6%. In neunzehn Fällen trat die Albuminurie während oder sofort nach dem Fieberanfall auf, in sechs Fällen nach dem Fieberstadium, ein Fall betraf eine Malaria-kachexie. Mit Ausnahme des letzten Falles war die Dauer der Albuminurie meist kurz, 3 bis 4 Tage, selten eine Woche oder mehr. — Die Polyurie ist im Kindesalter bei der Malaria seltener als bei den Erwachsenen; sie wurde unabhängig von der Schwere des Falles zwölfmal unter hundert beobachtet.

Eugen Stransky, Wien.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

3254.

Mond, H., und E. T. Oppenheimer, **Galopprrhythmus bei Hypertension.** (Arch. Intern. Med., 43., Heft 2.) (Cardiograph. Labor. Mount Sinai Hospital, New York.) Die Verf. versuchen in ihrer Studie das klassische Syndrom von Potain: Galopprrhythmus, Hypertension und Herzschwäche mit Hilfe graphischer Methodik zu klären. Während die meisten anderen Experimentatoren sich mit Aufzeichnungen des Spitzenstoßes begnügen, geben Mond und Oppenheimer gleichzeitig Herztöne, Elektrokardiogramm, Spitzenstoß, Arterien- und Venenpuls auf demselben Registrierstreifen, weil nur so das exakte zeitliche Verhältnis der Extratöne zu den

elektrischen und mechanischen Phänomenen des Herzzyklus feststellbar ist. Daß bei echtem Galopprrhythmus die Extrasystole in der Ventrikeldiastole auftritt, daß sie gleichzeitig mit der zweiten Hälfte der P-Welle des Elektrokardiogramms und gleichzeitig mit einer starken Welle des Herzstoßes entsteht, sowie simultan mit der A-Welle des Venenpulses, daß sie also zum mindesten zeitlich mit der Vorhofkontraktion zusammenfällt, war schon lange bekannt. Der kausale Zusammenhang aber zwischen diesen Faktoren war damit noch nicht erwiesen.

Die Verff. kommen nun auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Schluß, daß der Galopprrhythmus bei Patienten mit Hypertension in der Tat erzeugt wird durch eine mit der Vorhofkontraktion zusammenfallende Extrasystole, daß die Hauptfaktoren, die diesen akzessorischen Ton entstehen lassen, die gesteigerte diastolische Tension der Muskelfasern des Ventrikels und der gesteigerte Druck im Vorhof sind. Protodiastolischer und prästistolischer Galopprrhythmus (wenigstens bei Hypertension) beruhen im wesentlichen auf demselben Prinzip, während der physiologische dritte Ton und die Verdoppelung des zweiten Tones durch einen grundsätzlich anderen Mechanismus zustandekommen. Besserung des funktionellen Zustandes der Herzmuskulatur ist häufig begleitet vom Verschwinden des Extratonen.

Zegla.

3255.

Brugsch, Th., und M. Klingmüller. **Flimmerarrhythmien und ihre Behandlung.** (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 7, 1929.) (Med. Universitätsklinik, Halle.) An Hand von 70 Fällen wird das Wesen der Flimmerarrhythmien, deren Diagnostik, Klinik und Behandlung besprochen. Das Gemeinsame sämtlicher Fälle von Flimmerarrhythmie ist eine Vorhofsdilatation, die dadurch zustandekommen ist, daß der Druck im linken Ventrikel gesunken und im linken Vorhof gestiegen, desgleichen der Druck im rechten Ventrikel gesunken und im rechten Vorhof gestiegen ist. Diese allmählich zustandekommene Dilatation der Vorhöfe ist als das Hauptmoment für die Entstehung der Flimmerarrhythmie zu betrachten. Das zunehmend insuffiziente Herz wird in den Flimmerbewegungen des Vorhofes immer frequenter, schließlich fallen die Flimmerbewegungen in der elektrokardiographischen Kurve so klein aus, daß sie kaum noch im Elektrokardiogramm erkennbar sind, die Vorhöfe werden überdehnt, die Stauungserscheinungen nehmen zu, und unter dem Bilde schwerster kardialer Insuffizienz verschwindet schließlich so gut wie ganz die Flimmerbewegung der Vorhöfe und es bleibt nur noch der dauernd unregelmäßige Puls bestehen; das ist die Arrhythmie des völlig insuffizienten Herzens. Die Flimmerarrhythmie ist praktisch also aufs engste mit der Feststellung der frühesten Insuffizienzerscheinungen des Herzens verbunden. Demzufolge ist die beste Behandlung der Flimmerarrhythmie die frühzeitige Behandlung der Herzinsuffizienz durch Digitalisdosen, die den leichteren Insuffizienzerscheinungen des Herzens angepaßt sind. Bei einer Flimmerarrhythmie, die 120 bis 180 Schläge am Herzen zeigt, ohne daß eine schwere Herzinsuffizienz vorliegt, kommt man meist mit einer Digitaliskur von täglich 0,1 g Pulv. Fol. Digit. titr., 10 Tage hintereinander gegeben, aus, bzw. mit Verodigen, 6 bis 8 Tabletten im Verlaufe von 3 bis 4 Tagen verabreicht. Zur schnellen Behebung der Herzinsuffizienz bei Flimmerarrhythmie wird Strophantin bevorzugt: in zweitägigen Intervallen 0,4–0,4 mg intravenös, wobei die Injektion mit 10 ccm physiologischer NaCl-Lösung oder 10prozentiger Glukoselösung vorgenommen und langsam — 5 Minuten Dauer — ausgeführt wird. Es genügen 2 bis 3 Injektionen. Gelingt es, durch die Digitalisierung die Insuffizienz des Herzens zu beheben, so versucht man mit Chinin bzw. Chinidin, die Flimmerreizbildung im Vorhofe zu drosseln. Man verabreicht nach der Digitaliskur 14 Tage lang 0,25 bis zweimal 0,25 g Chinidin in Merckschen Tabletten. Die Dosis kann auf 1–1,5 g Chinidin pro Tag gesteigert werden, und man wiederholt die Kur nach einer gewissen Zeit. Auch in den Fällen, wo das Vorhofflimmern nicht durch eine Herzinsuffizienz ausgelöst und unterhalten wird, kann man eine reine Chinidinkur gegen das Vorhofflimmern in Anwendung bringen: Verabreichung von 0,5–1,0 g in Dosen von 0,1–0,25 in den ersten Tagen; bei Ausbleiben des Erfolges Steigerung der Einzeldosis bis auf 0,5, der Tagesdosis auf 2 g. Dauer dieser Behandlung 8 Tage bei Bettruhe des Patienten. Hinterher, selbst wenn das Flimmern geschwunden ist, 14 Tage lang Darreichung von 0,25–0,5 g.

E. Kontorowitsch.

3256.

Villa, Luigi. **Zur Diagnose der Milzvenenthrombose.** (Med. Klin., Nr. 23, 1929.) (Med. Klinik der Kgl. Universität zu Pavia.) In allen Fällen, in denen man auf zirkulatorische Störungen der Milzgefäße den Verdacht hat, ist es ratsam, dem Patienten 1 mg Adrenalin oder 5 cg Ephetonin einzuspritzen. Das Adrenalin wirkt physiologischerweise kontrahierend auf die Milz. Ist eine Splenomegalie durch die wegen verhinderten Rückflusses der Milz gestaute Blutmenge hervorgerufen, so wird durch die Injektion eine

so erhebliche Kontraktion der Milz bedingt, daß sie mit den gewöhnlichen diagnostischen Untersuchungen und röntgenologisch nachgewiesen werden kann. In derselben Zeit vermehrt sich rasch und ziemlich erheblich die zirkulierende Blutmenge. Der Zustand der Milzkontraktion dauert einige Stunden; die Blutveränderung neigt viel schneller zum Verschwinden. Im Gegensatz dazu verursacht jede Strukturveränderung der Milz (myeloische Umbildung, granulomatöse Invasion, diffuse Vermehrung des Bindegewebes) ein Kompakterwerden des Organparenchyms und hebt die Kontraktionsfähigkeit auf.

L. Gordon, Berlin.

3257.

Randolph, B. M., **Das kardiovaskuläre Problem bei der Pneumonie.** (Arch. Intern. Med., 43., Heft 2.) (George Washington Univ. Hospital, Washington.) Verff. hat sich auf Grund seiner Erfahrungen eine von der üblichen abweichende Meinung über die pathologischen Vorgänge im Kreislaufapparat bei der Pneumonie gebildet, die ihn auch zu einer abweichenden Therapie geführt hat. Während im allgemeinen das ausschlaggebende Gefahrenmoment bei der Lobarpneumonie im Versagen des Herzmuskels gesehen wird, und daher frühzeitig zur Tonisierung durch Digitalis gegriffen wird, hält Randolph dafür (und sucht dieses an 100 klinischen Fällen zu beweisen), daß die primäre toxische Einwirkung des Pneumonieerregers im peripheren Kreislauf stattfindet, und daß das Myokard erst sekundär oder terminal befallen wird. Folgerichtig verwirft er die routinemäßige Digitalisanwendung als unwirksam oder gar schädlich. Die Beweise für seine Anschauung sieht er klinisch in dem frühen Absinken des Blutdruckes (besonders des diastolischen), das parallel mit der Schwere der Erkrankung geht und durch Digitalis nicht gebessert wird; pathologisch-anatomisch vermißt er diejenigen histologischen Herzmuskelveränderungen, die bei einer toxischen Herzschiädigung zu erwarten wären (ähnlich etwa denen bei Diphtherie). Er stellt sich den Mechanismus so vor, daß die erste Schädigung das Blut trifft, wodurch ein Sauerstoffmangel der Gewebe hervorgerufen wird, der seinerseits durch gesteigerte Respiration das Herz zu erhöhter Funktion treibt; der gesunkene Blutdruck und der verminderte Tonus der Gefäße stelle weitere Anforderungen an das Herz. Die rechte Herzhälfte wird schließlich noch belastet durch den Widerstand im Lungenkreislauf. Endlich erhält der Herzmuskel selbst nicht genügend sauerstoffreiches Blut zu seiner Ernährung. Die therapeutische Aufgabe besteht also nicht darin, die ohnehin erhöhte Arbeit des Herzens durch Digitalis zu steigern und seine Reservekraft schneller aufzubrechen, sondern im Gegenteil darin, ihm seine Last zu erleichtern. Dies erstrebt er durch Hebung des Blutdruckes, Verminderung der Toxämie, d. h. Unterstützung der Umwandlung von CO₂-Hämoglobin in O-Hämoglobin. Verff. hat Pituitrin am geeignetsten gefunden, um den gesunkenen peripheren Tonus zu heben. Er gibt aber zu, daß seine Erfahrungen zu abschließendem Urteil nicht ausreichen. Epinephrin, Ephedrin, Koffein, Strychnin und Kampfer leisten nach seiner Erfahrung weniger. Dagegen hat er vom Alkohol, besonders bei älteren Patienten, Gutes gesehen (hypnotische und euphorische Wirkung sowie Besserung des Pulses). Der Aderlaß, 300–600 ccm beim Erwachsenen, von dem er annimmt, daß er nicht nur eine mechanische Rolle spielt, hat sich ihm in den toxischen Fällen sehr bewährt. Er muß aber rechtzeitig angewendet werden, nicht erst, wenn Zeichen von Kollaps auftreten, und genaue Pulskontrolle muß anzeigen, wenn man aufzuhören hat. Die Einwirkung von Sauerstoffinhalationen war wechselnd, Versager kamen vor neben günstiger Beeinflussung.

Bei alledem ist aber eines besonders für deutsche Mediziner zu beachten: der bakteriologische Befund in Randolphs Fällen ist ein ganz anderer als gewöhnlich bei uns. Es handelt sich bei ihm (und überhaupt im Distrikt Columbia) nicht um Pneumokokkustfälle, sondern um Streptokokkuspneumonien (erzeugt durch Str. haemolyticus oder viridans), die zwar auch als akute lobäre Lungenentzündungen auftreten, aber nicht kritisch, sondern gewöhnlich lytisch ablaufen. Man wird nicht bestreiten können, daß dadurch auch die therapeutische Aufgabe sich ändert.

Zegla

3258.

Petrow, B., **Zur Frage der Bronchialasthmatherapie mittels künstlichen Pneumothorax.** (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Tuberkulose-Institut, Kiew.) 28jähriger Patient mit Hämoptye. Seit 15 Jahren Asthmaanfalle, die jedoch bis zum 24. Jahre von leichtem Charakter waren, und erst seit 4 Jahren einen sehr schweren Verlauf annahmen. Bisherige Behandlung (Quarzlampe, Blaulicht, Diathermie, Milz-, Hilus- und Hypophysen-Röntgenbestrahlung, Kalzitherapie, Adrenalin und Tuberkulin) führten nur zu unbedeutenden und kurzdauernden Erfolgen. Seit einem Jahr subfebrile Temperatur und Tuberkelbazillen im Sputum. Weiterbestehen der Asthmaanfalle. Infolge der anhaltenden Hämoptye wurde an der rechten Lunge Pneumothorax angelegt. Am nächsten Tage Sistierung der Hämoptye. 2 Tage später verschwanden auch

die Asthmaanfälle, die während des 14tägigen Aufenthalts in der Klinik bzw. später bei weiterer Aufrechterhaltung der Pneumothoraxtherapie sich nicht mehr zeigten. E. Kontorowitsch.

3259.

Diehls, O., Beitrag zur Frage der konservativen Empyembehandlung mittels Rivanolspülung. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 7, 1929.) (Innere Abteilung des städtischen Krankenhauses „Siloah“ in Hannover-Linden.) Eine Reihe von Empyemkrankungen wurde durch Punktion mit Absaugen des Eiters und anschließender Spülung mit physiologischer NaCl-Lösung und Rivanollösung 1 : 1000 mit Erfolg behandelt. Dieses Verfahren kommt besonders bei allen pneumonischen Empyemen in Frage, sofern sie durch ihre anatomische Lage der Punktion zugänglich sind. Insbesondere ist es für Kinder und geschwächte Patienten geeignet. In den Fällen des Verfassers betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur endgültigen Entleerung und Beginn der Rekonvaleszenz 28 Tage. Wird eine endgültige Heilung durch das konservative Spülverfahren nicht erreicht, so stellt es durch Ablassen des Eiters, Herabminderung der Virulenz und Abkapselung des Ergusses eine geeignete Vorbehandlung für die sekundäre Rippenresektion dar.

E. Kontorowitsch.

3260.

Tschekow, P., Ein Fall von autochtoner reiner Intestinalspirillose, beobachtet im Hospital Briare im Mai 1928. Heilung mit Stovarsol. (Biologie Méd., Nr. 4, 1929.) Eine 36jährige Frau litt seit 3 Jahren an dysenterieformen Störungen, Koliken, Diarrhöen, 4 bis 10 Stühle pro Tag. Die Anfälle wiederholten sich alle 2 bis 3 Monate und dauerten dann 3 bis 4 Tage mit Anorexie, belegter Zunge usw. Es folgte große Schwäche, Abmagerung um 10 Kilo progressiv. Collargol brachte ein wenig Besserung.

Mai 1928 Hospitalaufnahme mit 29 Fieber, schleimig-blutigen Stühlen, Tenesmus, Empfindlichkeit des Leibes. Bei Färbung einer Stuhlprobe nach Fontana-Fribondeau werden intestinale Spirochäten, Sp. eurygyrata gefunden, sie sind sehr zahlreich in Haufen und isoliert, 3 bis 12 mm groß, mit 2 bis 5 Windungen. Keine anderen Parasiten. Keine Eier.

Behandlung: Stovarsol in wachsenden Dosen und gemischte Kost. 15 Tage hindurch täglich $\frac{1}{2}$ —2 Tabletten. Am sechsten Tage Besserung, Appetit, ein Stuhl pro Tag, normal ohne Spirochäten, die auch bei dreimaliger Nachuntersuchung nicht mehr gefunden werden. 20 Tage nach Beendigung der Kur wird eine neue Stovarsolkur angeschlossen, so wird ein Rezidiv verhindert.

8 Monate nach der Kur ist Patientin beschwerdefrei.

Kurt Heymann, Berlin

3261.

Schoenewald, Zur Kreislaufdynamik der Nykturie. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jahrg., Nr. 14.) Verfasser ist davon überzeugt, daß die Nykturie weder hydrostatisch noch renal, sondern ausschließlich kreislaufdynamisch gedeutet werden kann, und in dieser Beziehung wieder nur als Symptom einer Insuffizienz des linken Ventrikels, wie dies bereits im Jahre 1910 und 1912 vom Verfasser behauptet worden ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3262.

Pulfer, H., Rektale Anwendung von Leber bei perniziöser Anämie. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 7, 1929.) (II. Innere Abt. d. Auguste-Victoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg.) Mitteilung über 7 Fälle von perniziöser Anämie, die mit rektaler Leberanwendung (mit Leber und Hepatopson) behandelt wurden. In der Mehrzahl der Fälle wurden gute Erfolge erzielt. Von den meisten Patienten wurden die Lebereinläufe sowie die Hepatopsonklysmen und -Zäpfchen gut vertragen. Nur in einzelnen Fällen, wo es sich um ältere Leute handelte, traten danach Schmerzen und Diarrhöen auf. Es wird folgende Technik empfohlen: Nach einem Reinigungseinlauf läßt man a) passierte Rohleber mit Milch (aa) verdünnt durch ein Haarsieb treiben oder b) mit Milch versetzte Leberpräparate oder ein Gemisch von a) und b) mit etwa 20 Tropfen Ta. Op. versetzen und langsam mit dem Irrigator ins Rektum einlaufen. Ist der Patient nicht imstande, die Einläufe möglichst lange zu halten, so läßt man den Schlauch einige Zeit liegen. Bei Neigung zu Durchfällen werden die Einläufe oder Zäpfchen einen oder mehrere Tage ausgesetzt oder Opiumsoppositorien gegeben.

E. Kontorowitsch.

3263.

Waldmann, A. J., Ueber Lymphogranulomatose. (Wratsch. Ojelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Therap. Abt. des I. Eisenbahnkrankenhauses, Odessa.) Mitteilung eines Falles, wo Lymphogranulomatosis der Mesenterialdrüsen bestand und Klarheit erst durch die mikroskopische Untersuchung nach der Obduktion geschaffen wurde. 22jähriger Mann. Vor 8 Monaten vorübergehend Schmerzen in der

Bauchgegend, Temperaturerhöhung, Husten, danach Besserung. Vor 3 Monaten plötzliche Erkrankung mit zunehmender Schwäche, Husten, Temperatur bis 38,5°, Schlaflosigkeit, Appetitmangel und Gewichtsabnahme. Klinisch fand sich unbedeutende Lebervergrößerung, großer Milztumor, Subikterus, Meteorismus. Keine sichtbare Drüsenvergrößerung. Auf der Haut des Bauches, der oberen Extremitäten und der Knie Ecchymosen, typhöse Zunge, starres, maskenartiges Gesicht. Zeitweise blutiger Stuhl. Ferner bestanden Bulimie, Polydipsie und Polyurie (28 Gläser Flüssigkeitseinnahme pro Tag, spezifisches Gewicht des Harns 1006). Blutbefund: Hb 55%, Erythrozyten 3700 000, Leukozyten 7000, davon Eosinophile 0,5%, Lymphozyten 30%, Monozyten 14%. Exitus bei Erscheinungen von progressiver Kachexie, Adynamie, Lungenödem und Herzschwäche. Klinisch wurde typhöse Erkrankung, Malaria, Lues vermutet. Einige Tage vor dem Exitus gelang es, bei dem Patienten unterhalb der Milz zwei harte, druckempfindliche kleine Wülste zu fühlen, die auf das Vorliegen einer Lymphogranulomatosis der Mesenterialdrüsen hinwiesen. Autopsisch fanden sich Krankheitsherde in den Mesenterialdrüsen, der Milz und den Lungen, die histologisch als Lymphogranulomatose Sternbergschen Typs erkannt werden. Die während der Erkrankung aufgetretenen Erscheinungen von Stoffwechselstörungen (Bulimie, Polydipsie und Polyurie) wurden auf eine toxische Läsion der Zwischenhirnzentren zurückgeführt.

E. Kontorowitsch.

3264.

van Breemen, J., Klinisch-physiologische Orientierung zur Diagnose und Therapie der chronischen rheumatischen Erkrankungen. (Presse Méd., Nr. 34, 1929.) Verf. hat seine ausgezeichnete Uebersichtsarbeit für die Internationale Liga zur Bekämpfung des Rheumatismus geschrieben, wobei er sich vorzugsweise an die deutschen Forschungen und die deutsche Nomenklatur hält, die am meisten den anatomischen Verhältnissen entsprechen. Pathogenetisch kommen vier Faktoren in Betracht: 1. Infektionsherde, deren Beziehungen zur rheumatischen Erkrankung aber wissenschaftlich noch nicht gesichert sind. Die Untersuchungen der Amerikaner über die Affinität des Darminhaltes zur Gelenkflüssigkeit ergibt eine enge Beziehung zwischen beiden. Per os zugeführte Glukose findet sich nach kurzer Zeit in der Gelenkflüssigkeit; wahrscheinlich gilt das auch für andere Produkte. Da der gefäßarme Knorpel fast ausschließlich von der Flüssigkeit ernährt wird, so ist dadurch der Weg für Stoffe aus dem Darminhalt freigegeben. 2. Die rheumatische Diathese oder anormale Konstitution, wobei eine deutliche Karez der vegetativen gegenüber dem Zerebrospinalsystem zutage tritt. Die Amerikaner sind geneigt, sitzende Lebensweise und Ueberernährung als Hauptursachen aufzufassen. Nach englischen und französischen Untersuchungen ist die ungenügende Verbrennung der Milchsäure einer der Hauptfaktoren. Die Bestimmung des pH im Blut nach Buchtenyck hat beweisende Resultate geliefert für die Unbeständigkeit des Säuregehaltes im Blut bei Rheumatikern. 3. Störungen der Hautzirkulation. Beweis: Der große Einfluß der Physiotherapie und Balneologie. Die Klagen über lokales Kältegefühl finden bei Messung der Hauttemperatur ihre objektive Bestätigung. 4. Externe Faktoren (soziale, klimatische Verhältnisse). Der Einfluß des warmen und trockenen Klimas ist bekannt, ebenso der des Berufes, falls eine Ueberfunktion eines bestimmten Gelenkes damit verbunden ist.

Haber.

3265.

Koritzki, A. M., Ein zweites Herdzeichen im klinischen Bilde der chronischen „rheumatischen“ Polyarthrit. (Ter. Arch., 7., Heft 1, 1929.) (Propädeutisch-therapeutische Klinik des Medizinischen Instituts, Dnjepropetrowsk.) Bei der Suche nach dem Infektionsherde, der als Ausgangspunkt verschiedener Formen von Chroniosepsis im Organismus, insbesondere der rheumatischen Polyarthrit dienen könnte, richtete K. sein Augenmerk auf die tonsilläre Infektion, und zwar auf die reaktiven Veränderungen am Lymphapparat, welcher das Rachengebiet versorgt. In 85% der Fälle konnte er am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus chronisch-entzündlich veränderte Halslymphdrüsen, sogenannten „lymphatischen Halswulst“*, der auf eine Tonsillitis chronica hinweist, vorfinden. Wenn auch das Äußere der Tonsillen nichts erkennen läßt, was auf die erwähnten Reaktionserscheinungen hinweisen könnte, so beweist dies noch lange nicht, daß der tonsilläre Apparat gesund sei. Ein Infektionsherd kann hier durchaus bestehen, man ist jedoch mittels der üblichen Methodik nicht imstande, ihn zu entdecken. Diese Tatsache wird auch durch häufige Fälle bestätigt, wo bei chirurgischen Eingriffen Vereiterung in den Tonsillen vorgefunden wurde, obwohl die vorangegangene Untersuchung dies nicht vermuten ließ. Infolgedessen stellt der „lymphatische Halswulst“ ein wertvolles Zeichen dar, welches auf gewisse

* Vgl. hierzu das Referat in „Fortschritte der Medizin“, Nr. 14, S. 539.

Prozesse in den höherliegenden Gebieten, möglicherweise auf einen verborgenen Entzündungsprozeß in der Tonsillargegend, hinweist.

Bei den weiteren Nachuntersuchungen in dieser Richtung entdeckte K. bei seinen Patienten noch eine weitere kleine Lymphdrüsengruppe, nämlich die in der Fossa retromandibularis liegenden sogenannten paratonsillären bzw. retromandibulären (RM) Lymphdrüsen, die eine merkwürdige Veränderung zeigte. Bei der Mehrzahl der Kranken mit chronischer „rheumatischer“ Polyarthritits erwiesen sich diese Lymphdrüsen als vergrößert. In 71% der Fälle war diese Vergrößerung beiderseitig, häufig jedoch mit vorliegender Schwellung an der einen oder anderen Seite, und nur in 14% war sie einseitig vorhanden. Schmerzhaftigkeit der RM-Lymphdrüsen wurde in 19% der Fälle nachgewiesen, wobei es sich um solche Personen handelte, die im Laufe des letzten Jahres eine Angina überstanden hatten. Die übrigen Patienten gaben die letzte Anginaerkrankung als 3, 5, 10 und sogar mehr Jahre zurückliegend an. Die übliche Untersuchung der Rachenschleimhaut ergab lediglich in 14% der Fälle Rötung und Schwellung. Halsschmerzen bei Fehlen von Fieber gaben unter hundert Patienten nur drei an.

Die RM-Lymphdrüsen versorgen hauptsächlich den tonsillären Apparat. Demzufolge kann man mit Sicherheit annehmen, daß in allen erwähnten Fällen von rheumatischer Polyarthritits eine Erkrankung der Tonsillen in diesem oder jenem Grade vorlag. Bemerkenswert ist das Zusammentreffen der RM-Lymphdrüsen-Vergrößerung mit dem oben erwähnten „lymphatischen Halswulst“. In den wenigen Fällen, wo es nicht gelang, beim Rheumatiker den „Halswulst“ nachzuweisen, dagegen Schwellung der RM-Lymphdrüsen deutlich ein- oder beiderseitig vorhanden war, wurde in den Tonsillen Eiter vorgefunden; ebenso war dies der Fall, wo die RM-Lymphdrüsen nicht palpierbar waren, und nur der Halswulst zu fühlen war. Diese Nichtübereinstimmung der beiden Erscheinungen war jedoch vereinzelt; die Hauptzahl der Rheumatiker des Verfassers gab ein auffallendes Zusammentreffen des ersten und zweiten Zeichens in prozentualer Beziehung: sowohl die Gland. cervicales profundae superiores mediales als auch die RM-Lymphdrüsen waren in 85% der Fälle vergrößert.

Die RM-Lymphdrüsen liegen in der Spalte zwischen Ramus ascendens mandibul. und Proc. mastoideus am oberen Drittel des M. sternocleidomastoideus und grenzen an den oberen Teil des „lymphatischen Halswulstes“ (Gland. angularis). Ihre Palpation geschieht gewöhnlich wie die des „Halswulstes“: die Enden der vier halbgekrümmten Finger beider Hände, mit Ausnahme der Daumen, werden in der Weise in die Fossa retromandibularis gelegt, daß der Zeigefinger mit seiner Spitze unterhalb und hinter dem Ohrfläppchen sich befindet, indem er mit seinem radialen Rande gegen den unteren Rand der Ohrmuschel gestützt wird. Die übrigen drei Finger befinden sich mit ihren Enden in der retromandibulären Spalte hinter dem Ramus ascendens mandib. und vorn vom Proc. mastoideus. Bei der Bewegung der Finger nach oben und unten kann man deutlich die vergrößerten RM-Lymphdrüsen fühlen. In manchen Fällen nimmt man die Palpation mit dem im rechten Winkel gekrümmten Zeigefinger allein vor. Die Größe der Drüsen schwankt von der Größe einer kleinen Erbse bis zu der des Taubenies.

Die Vergrößerung der RM-Lymphdrüsen muß im klinischen Bilde der „rheumatischen“ Polyarthritits die Stelle einer Begleiterscheinung einnehmen und neben dem „lymphatischen Halswulst“ als zweites Herdzeichen zur Bestimmung eines septischen Herdes bei der chronischen „rheumatischen“ Polyarthritits gelten. Selbstverständlich bilden hier Fälle mit einer allgemeinen Adenopathie eine Ausnahme. Das Vorfinden dieses Zeichens, ähnlich wie des „Halswulstes“, zeigt bei einem überwiegenden Prozentsatz der Fälle, und zwar in jedem beliebigen Moment der Untersuchung, an, daß diese chronische Hyperplasie der RM-Lymphdrüsen viele Jahre, ja Jahrzehnte hindurch bestehen kann, und demzufolge auch die tonsilläre Erkrankung höchstwahrscheinlich ebenso lange vorhanden sein muß.

E. Kontorowitsch.

3266.

Schlesinger, Neue therapeutische Versuche beim Hydrops articulorum intermittens. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 25.) Beim Hydrops articulorum intermittens überwiegt weitaus das weibliche Geschlecht. Die Affektion beginnt erst nach erlangter Geschlechtsreife, oft bald nach einem Partus. Der zyklische Ablauf der Gelenkschwellungen wird regelmäßig durch Gravidität und Laktation unterbrochen. Schlesinger nimmt als Ursache des H. a. i. eine Dysfunktion (Unterfunktion) der Ovarien an. Die Unterbrechung des H. a. i. während der Gravidität wird damit erklärt, daß ein Teil der Ovarialfunktion auf die Plazenta übergeht, deren Hormone viel stärker wirken als die des Ovariums. Auf Grund dieser Annahme wurde eine Patientin mit Plazentarextrakt behandelt (dreimal wöchentlich subkutan). Der therapeutische Effekt

zeigte sich darin, daß die Schwellungen geringer wurden, öfters ausblieben und nicht mehr schmerzhaft waren. Höhere Extraktmengen wirken besser als geringe. Ernst Pick, Wien.

3267.

Stark, Adolf, und Gerhard Stark, Fettleibige Hypotoniker. (Med. Welt, Nr. 23, 1929.) Verfasser sahen eine Reihe von auffallend kräftigen und zum Teil direkt fettleibigen Personen mit dem hypotonischen Symptomenkomplex. Die Mehrzahl waren Männer. Auffallend oft bestand dabei eine mäßige Herabsetzung der Pulszahl. Die Blutdruckwerte deckten sich bei palpatorischer und auskultatorischer Messung fast ausnahmslos, was in einem Gegensatz zu den Messungen bei Hypertonikern steht. Häufig waren nervöse Stigmata wie Dermographie und erhöhte Patellarsehnenreflexe vorhanden. Ein auffallendes und häufiges Symptom war ein aus kleinsten violetten dilatierten Venen bestehender Kranz, der in seiner Anordnung fast genau dem Zwerchfellansatz folgte. Die hervorstechenden subjektiven Symptome waren Schwindelgefühl am Morgen, Atemnot, Müdigkeit und reißende Schmerzen in den Beinen. Therapeutisch lassen sich sehr gut die subjektiven, nicht aber die objektiven Symptome beeinflussen. Als stärkstes therapeutisches Agens sind natürliche Kohlensäurebäder anzupreisen. L. Gordon, Berlin.

3268.

Christensen, O., und I. E. Holst, Drei Fälle von Coma diabeticum, die mit Azotämie kompliziert waren, und ein Fall mit Gravidität. (Hospitaltid., Nr. 21.) Zwei beschriebene Fälle von Coma diabeticum waren mit Azotämie kompliziert, ebenso ein dritter bei einer graviden Frau. Die charakteristischsten Zeichen der Azotämie sind: starke akute Nierendegenerationen, geringe Albuminurie, sehr hoher Blutzuckergehalt bei relativ geringer Glykoseurie; Diuresis und Azetonurie können fehlen. Die Respiration zeigt keine typische Hyperpnoe-Form. Die Nierendegenerationen heilen bei Insulinbehandlung. Die azotämischen Formen des Comas diabeticum sind nicht so sehr selten und eine Folge der Niereninsuffizienz (Urämie). Ein Uebergang der leichten Graviditätsglykoseurie in echtem Diabetes mellitus ist nicht mit Sicherheit erwiesen. Eine Reihe von „transitorischem“ Diabetes mellitus in der Gravidität sind wohl mitgeteilt. Die Ursachen und Bedingungen des Auftretens des azotämischen Comas diabeticum scheint mitunter dank toxischer Wirkung der affizierten Nieren hervorgerufen zu werden. In anderen Fällen, wo dies ausgeschlossen werden kann, ist die Azotämie bedingt durch Störungen im Salzumsatz, die zu osmotischen Regulationsvorgängen Veranlassung geben, welche wiederum für die Nierenfunktion von Bedeutung sind. Eine frühzeitige Diagnose dieser Vorgänge ist wünschenswert. Das azotämische Coma kann bei Leuten auftreten, die vor demselben und nach demselben kaum nennenswerte Nierenstörungen aufweisen; es tritt besonders auf bei Menschen mit hohem Blutzuckergehalt und Mangel der Ketonurie, doch auch bei Vorhandensein des letzteren. Der Zuckergehalt im Urin ist oft auch dabei sehr gering, kann sogar ganz fehlen. S. Kalischer.

3269.

Crecelius, Willy, Gefahrdrohende Senkung des Blutzuckerspiegels beim Diabetiker während einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 25.) (Innere Abt. d. Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt.) In der Mehrzahl der Fälle verschlechtert sich die Stoffwechselslage der Diabetiker durch interkurrente Erkrankungen. Verfasser berichtet in der vorliegenden Arbeit über einen ganz seltenen Fall, der während einer kurz dauernden Fieberperiode eine hochgradige, lebensbedrohende Hypoglykämie bekommen hatte. Arnold Hirsch, Berlin.

3270.

Beckmann, K., Die Wasser- und Ionenabgabe der Leber an Blut und Lymphe nach Verschluss der Gallenwege. (D. Arch. klin. Med., 164., Heft 5/6.) Die normale Leber weist ein gesetzmäßiges Verhalten den zuströmenden Ionen bzw. deren Abgabe auf. Bei Unterbindung der Ausführungsgänge fließt mehr Wasser ins Blut und die Lymphe ab. Zugleich werden auch mehr Na- und Bikarbonat-Ionen ins Blut abgegeben. Aber auch bei starker Belastung mit Cl-Ionen treten diese in vermehrter Menge ins Blut über. So gründlich auch die Zirkulationsverhältnisse in der Leber gestört sein mögen, so behält sie doch ihre feine regulatorische Tätigkeit hinsichtlich des Ionengleichgewichtes bei. Erst bei Schädigung des Leberparenchyms treten stärkere Schwankungen des Anionen-(Chlor-)Defizits. Buttersack, Göttingen.

3271.

Adler, A., und B. zu Jeddelsch, Feinere Diagnostik von Leber- und Gallenwegserkrankungen. (D. Arch. klin. Med., 164., Heft 5/6.) Im Gegensatz zum mechanischen Ikterus zeichnen sich Schädigungen der Leberzellen (akute gelbe Leberatrophie, Ikterus

infectiosus usw.) durch niedrigen Cholesteringehalt des Blutes, aber hohe Blutbilirubinwerte aus. Im allgemeinen ist hierbei der Gang dieser, daß bei den leichtesten Leberstörungen Urobilin zunächst nur im Stuhl vermehrt ist. Alsdann tritt Urobilin im Harn auf, und schließlich kommt es zu Bilirubinämie. Beim Abklingen der Erkrankung verschwindet zuerst das Bilirubin aus dem Harn, unter gleichzeitigem Hinaufschneiden der Urobilinausscheidung in Stuhl und Harn bei zurückgehendem Blutbilirubin.

Buttersack, Göttingen.

3272.

Seeligmüller, Die „Cornelius-Massage“ im Lichte der Reiztherapie. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 7, 1929.) Der Endeffekt der Tiefenmassage ist als eine Einwirkung auf die betroffenen Gewebsschichten, Haut-, Binde- und Fettgewebe, Muskulatur anzusehen, welche stets zum mindesten zu einer Flüssigkeitsverschiebung, häufig jedoch — worauf die Sugillationen hinweisen — zu kapillären Blutungen in die genannten Gewebe führt. Infolge der mehr oder weniger starken Quetschung der Gewebsschichten tritt eine Mobilisierung der Gewebssäfte ein, bei stärkerer Einwirkung kommt es zur Zerstörung von Blut- und Lymphkapillaren mit Blutaustritt. Diese ausgepreßten, zum mindesten verschobenen Gewebssäfte werden unmittelbar von dem Drainagesystem der Lymphkapillaren aufgenommen und gelangen damit in die Blutbahn, wo sie nach den Gesetzen der Reiztherapie im Bierschen Sinne zur Wirkung kommen. Zum Unterschied von der modernen Reiztherapie handelt es sich hier um körpereigene Säfte, also um eine Eigenserumwirkung, die jedoch von der bisher geübten Anwendungsform grundsätzlich verschieden ist. Die an den zahlreichen Massagestellen — Nervenpunkten — freiwerdenden Gewebssäfte, Lymphe, Kolloidmassen, Blut und Serum werden hier sofort an Ort und Stelle ihres Entstehens in vivo von den Lymphbahnen aufgenommen, wirken also gewissermaßen „in statu nascendi“. Ohne Spritze und blutigen Eingriff werden dadurch von der Peripherie aus nicht nur örtliche nervöse und rheumatische Leiden geheilt, sondern auch zentral liegende Organe, wie Herz, Magen, Nieren und Unterleibsorgane, sowie auch die Psyche, günstig beeinflusst.

E. Kontorowitsch.

3273.

Löffler, Ernst, Ueber Verkalkung von Riesenzellen bei einem Fall von Tuberkulose der Hypophyse. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 15.) Die histologische Untersuchung der Hypophyse einer 61jährigen Frau, die an Pneumonie gestorben war, ergibt ausgedehnte tuberkulöse Veränderungen in beiden Lappen, verstreut in beiden Lappen und in der verdickten Kapsel eine größere Anzahl von Epitheloid- und Riesenzellentuberkel. Im Hinterlappen sind die Tuberkel klein, scharf abgegrenzt. In der Kapsel sind sie zwischen den derben Bindegewebszügen plattgedrückt. Die Tuberkel im Vorderlappen sind rund, meist größer und enthalten reichlich Riesenzellen und Epitheloidzellen und einen breiten Saum von Lymphozyten, durch die auch der drüsige Anteil diffus infiltriert ist. Nixends Verkäsung. In sämtlichen Riesenzellen aller Tuberkel des Hinterlappens und in zahlreichen Tuberkeln der Kapsel sind Kalkherde nachweisbar, die eine deutliche konzentrische Schichtung erkennen lassen. Im Bereiche des Vorderlappens fehlen derartige Kalkherde. Verfasser ist der Ansicht, daß die Kalkablagerung im nekrotischen Anteil der Riesenzellen zustande kommt und dieser Vorgang der Verkalkung von Käsemassen und anderem nekrotischen Gewebe gleichzusetzen ist. Hiermit steht die Beobachtung im Einklang, daß derartige Kalkherde immer nur in älteren Riesenzellen vorkommen, die durch ein festgefügtes Gewebe gegen die Umgebung gut abgegrenzt sind. Warum Verkalkung in Riesenzellen selten ist, obwohl Zerfall und Nekrose des Protoplasmas im Zentrum von Riesenzellen einen häufigen Befund darstellt, ist noch nicht geklärt.

Maslowsky.

3274.

Rawitzkaja, A. J., Ein Fall von letaler Blutung als Folge einer Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Die Mesenterialdrüsentuberkulose verläuft gewöhnlich chronisch, sie äußert sich in unbedeutenden Leibschmerzen und exazerbiert manchmal akut-schmerzhaft. Bei diesen akuten Schmerzanfällen kommt differentialdiagnostisch Blinddarm, Magengeschwür, Gallen- und Nierenkolik in Betracht. Die Tuberkulose der Mesenterialdrüsen kann, wie es der beschriebene Fall zeigt, zu Gefäßerosionen mit Bildung von einer Art Aneurysma spuria und zu wiederholten Blutungen führen, die bei dem beobachteten Fall letal endeten.

Zwerg, Coswig.

3275.

Marx, Hans, Schwangerschaft und Nierentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Die Nierentuberkulose erfährt durch eine Schwangerschaft in der Mehrzahl der Fälle eine ausgesprochene,

zum Teil stürmisch verlaufende Verschlimmerung. Die Verschlechterung ist in manchen Fällen auf eine sekundäre Koliinfektion, deren Entstehung Schwangerschaft und Wochenbett begünstigen, zurückzuführen. Die Therapie der Nierentuberkulose besteht wie außerhalb der Schwangerschaft in der Nephrektomie. Sie ist für die Entwicklung der Frucht ungefährlich. Komplikationen, wie ausgedehnte Blasen-tuberkulose, Pyelitis der gesunden Seite, können die Unterbrechung der Gravidität neben der Nephrektomie notwendig machen. Nephrektomierte Frauen dürfen erst nach völliger Ausheilung heiraten und gebären. Eine fortbestehende Blasen-erkrankung wird durch eine Gravidität ungünstig beeinflusst.

Zwerg, Coswig.

3276.

Korschitz, E., Zur Differentialdiagnose und Therapie der tuberkulösen Peritonitis. (Z. f. moderne Chirurgie [russisch], 4., H. 3, 1929.) (Chirurg. Universitätsklinik, Minsk.) Trotz des chronischen Verlaufs muß die tuberkulöse Peritonitis zu den entzündlichen Erkrankungen gezählt werden; sie verläuft mit Temperaturanstiegungen, Laktosytose und relativer Lymphozytose, Kontraktur der Bauchmuskulatur, häufig Verstopfung. Die Differentialdiagnose ist oft schwierig. Appendizitis, Leberzirrhose, Salpingitis, Oophoritis, extrauterine Gravidität, Malaria und bösartige Tumoren kommen in Frage. Bei jungen Kindern bereitet die Pneumokokkenperitonitis gelegentlich differentialdiagnostisch Schwierigkeiten. Therapeutisch ist nach Ansicht des Verfassers die Laparotomie mit der durch sie bewirkten starken Hyperämisierung des Peritoneums der konservativen Behandlung überlegen. Helene Eliasberg, Berlin.

3277.

Popper, Hans, Zur Kenntnis der Tuberkulose des Wurmfortsatzes. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 15, 1929.) Verfasser beschreibt einen Fall von Tuberkulose des Wurmfortsatzes, wo die Geschwürbildung zu einer eigentümlichen intramuralen Hohlraumbildung geführt hat, wo dann durch Perforation des Hohlraumes gegen die Peritonealhöhle eine akute perforierende unspezifische Appendizitis vorgetäuscht wurde und auch eine oberflächliche makroskopische Besichtigung diese Annahme treffen ließ.

Maslowsky.

3278.

Zarubin, V., Beitrag zur Kenntnis der rituellen Zirkumzisionstuberkulose. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 27, 1929.) Im allgemeinen ist die Hauttuberkulose endogen bedingt, nur in Ausnahmefällen entsteht sie auf ektogenem Wege, so z. B. bei der rituellen Zirkumzision. Das zeigte einwandfrei ein Fall eines 3 bis 4 Wochen nach der Beschneidung aufgetretenen tuberkulösen Geschwürs auf der dorsalen Seite des Penis. Die Eltern des Kindes erwiesen sich vollkommen frei von Tuberkulose, hingegen war diese bei dem Beschneider nachweisbar. Bei allen 4 Personen keine klinischen oder serologischen Zeichen von Syphilis. Das Kind ging 4 Monate nach Exzision des Geschwürs an gallopiertem der generalisierter Phthise zugrunde.

Ernst Levin, Berlin.

3279.

Bajza, E., Sputumuntersuchungen Tuberkulöser. (Beitr. Tbk., 72., 2.) Das Antiforminverfahren ist als Anreicherungsverfahren wertlos: Bei wiederholter Durchsicht negative Sputa, erwiesen sich auch im Antiforminpräparat negativ. Dagegen konnten in drei im Originalpräparat positiven Fällen bei Anwendung des Antiforminverfahrens keine Bazillen nachgewiesen werden! Elastische Fasern können in 99% der Koch-positiven Fälle gefunden werden. Das Verfahren ist sehr wertvoll für den frühzeitigen Nachweis des offenen bzw. des destruktiven Charakters des Prozesses.

Zwerg, Coswig.

3280.

Gegetchkori und Giginischwili, Beitrag zur Frage der Einwirkung des Brustkorbtraumas auf die Entwicklung der Lungentuberkulose. (Z. Tbk., 54., 1.) An Hand von fünf einschlägigen, vor dem Trauma völlig lungengesunden Fällen wird gezeigt, daß ein Brustkorbtrauma, sogar ohne äußere Hautverletzung und ohne Rippenbruch, bei klinisch gesunden Menschen Blutspien hervorrufen und latente tuberkulöse Herde aktivieren kann. Der Prozeß entwickelt sich meistens auf der vom Trauma betroffenen Seite.

Zwerg, Coswig.

3281.

Mühlberg, Otto, Fortlaufende zytologische Untersuchungen des Auswurfs bei chronischer Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Die zytologische Untersuchung des tuberkulösen Sputums deckt zu feine Verhältnisse auf, als daß sie allein zu diagnostischen oder prognostischen Schlüssen verwendet werden könnte. Sie kann aber in Kombination mit der übrigen Untersuchung des Sputums — makroskopisch, nativ und bakteriologisch —

logisch — und der klinischen Beobachtung in Einzelfällen ein wertvolles Ergänzungsmittel sein. Es liegt in der Natur des Materials, daß das genaue Auszählen der Mengenverhältnisse der Zellen wie beim Blutbild eine unnütze Arbeit ist. Ungefähres Schätzen der Menge der einzelnen Zellarten zur Beurteilung ihres Verhältnisses und ihrer Verschiebungen wird den Vorgängen besser gerecht. Wichtige Anhaltspunkte gewinnt man, wenn man die einzelne Zellart verfolgt, ob sie zu- oder abnimmt, wie sie gelagert ist und wie sie sich qualitativ verändert. Makroskopisch und zytologisch lassen sich am Einzelpräparat keine für Tuberkulose typischen Merkmale feststellen. Typisch für Tuberkulose ist aber, daß bei den gleichen Aenderungen des Sputums der zeitliche Ablauf langsamer ist als bei den übrigen Lungenkrankheiten. Eine Eosinophilie des Sputums im Anfang einer Reiztherapie darf als prognostisch günstig betrachtet werden, wenn gleichzeitig deutliche Hautreaktionen auftreten. Sonst wird Eosinophilie, auch in größeren Mengen, ein banaler Befund bei Tuberkulose, unabhängig von asthmatischen Erscheinungen. Lymphozyten sind im tuberkulösen Sputum spärlich vorhanden.

Zwerg, Coswig.

3282.

Deisz, Alfred, **Tuberkuloseformen in ihren Beziehungen zum vegetativen Nervensystem, betrachtet nach Grundsatz, Temperatur und klinischem Verlauf.** (Beitr. Klin. Tbk., 71, 5/6.) Die Grundsatzhöhe ist vom jeweilig tonisierenden Zustand des vegetativen Nervensystems abhängig. Die vegetativ stigmatisierten Tuberkulösen weisen bei vegetativer Subfebrilität und tuberkulöser Aktivitätssubfebrilität Grundsatzsteigerung bis 30% auf. Die vegetativ atonischen Tuberkulösen zeigen mit und ohne Organfieber normale Grundsatzwerte. Der erhöhte Basalstoffwechsel als Zeichen tuberkulöser Aktivität ist nur zu verwerten bei vegetativ indifferenten Organismen. Die vegetativ stigmatisierten zeigen meist gute, die vegetativ atonischen ungünstige Krankheitsverlaufsform.

Zwerg, Coswig.

3283.

Sprungmann, Ernst, **Infiltrate, ihre Resterscheinungen und Spitzentuberkulosen in einer Lungenheilstätte.** (Beitr. Klin. Tbk., 72, 2.) In einem Röntgenfilmmaterial von 1000 Stück fanden sich 0,9% reine Frühinfiltrate und 11,1% Rest- bzw. Folgeerscheinungen nach Frühinfiltraten. In 12% des gesamten Materials konnte somit eine klinisch außerhalb der Lungenspitze beginnende, als Infiltration auftretende Lungentuberkulose im Sinne von Abmann und von Redeker festgestellt werden. Unter den 1000 Filmen fanden sich ferner 27 (= 2,7%) reine Spitzentuberkulosen, wobei unter Spitzengebiet der oberhalb des Schlüsselbeins gelegene Lungenabschnitt verstanden wird. Ein infraklavikulär auftretendes Infiltrat kann nicht als apikaler Beginn der Lungentuberkulose betrachtet werden, was der Fall wäre, wenn die zweite Rippe als untere Begrenzung der Spitze genommen würde (Tendeloo). Bei 18 Patienten mit Spitzentuberkulose waren Aktivitätssymptome vorhanden, 9 Fälle waren inaktiv. Von den 18 aktiven Fällen hatten 7 Bazillen im Auswurf (eine auffallend hohe Zahl! Ref.) Wenn die Lungen-spitzentuberkulose also auch im allgemeinen und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gutartig verläuft, so ist es doch auf keinen Fall angängig, sie von vornherein grundsätzlich als nicht behandlungsbedürftig zu bezeichnen.

Zwerg, Coswig.

3284.

Edel, Hans, und Hugo Adler, **Zur Prognose der disseminierten, produktiven Spitzentuberkulose.** (Beitr. Klin. Tbk., 72, 2.) Die Verfasser haben 200 röntgenpositive Fälle mit Spitzentuberkulose aus den Jahren 1922/25 nachuntersucht. Die Zwischenzeit beträgt 3 bis 7 Jahre. Aus der Spitzentuberkulose hatte sich eine progrediente Phthise entwickelt bei 12 Kranken = 6% (recht gut übereinstimmend mit den Ergebnissen früherer Untersucher, die etwa 7% im Durchschnitt fanden. Ref.). 18,5% hatten noch von ihrer Spitzentuberkulose rezidivierende Krankheitserscheinungen; 75% waren vollkommen stationär bzw. ausgeheilt. Beobachtungen über die Art und Weise, wie sich das Fortschreiten der Spitzentuberkulose abspielt, enthält die Arbeit nicht, es wird vermutet, daß akut auftretende Infiltrate in der Mehrzahl der Fälle die progrediente Lungenschwindsucht einleiten. Die geringe Zahl von nur 6% fortschreitender Tuberkulosen beweist erneut die relative Gutartigkeit der geschlossenen, produktiven Spitzentuberkulose, zumal alle Patienten zur Zeit der ersten Untersuchung wirklich klinisch krank waren und nicht nur Träger von röntgenologisch sichtbaren Spitzennarben.

Zwerg, Coswig.

3285.

Loeb, H., **Frühinfiltrat und Hochgebirge.** (Beitr. Klin. Tbk., 71, 5/6.) Der Wert des Hochgebirgsklimas für die Behandlung der Lungentuberkulose ist hinreichend empirisch bekannt, wissenschaftlich aber noch nicht exakt bewiesen. Der Behauptung mancher Kliniker, das Hochgebirge sei in Fällen von Frühinfiltrat kontra-

indiziert, wird widersprochen und an Hand mehrerer einschlägiger Fälle gezeigt, daß die Rückbildung solcher Erkrankungen spontan und durch chirurgischen Eingriff auf 1700 bis 1800 m Höhe mindestens ebensogut stattfindet wie in tieferen Regionen.

Zwerg, Coswig.

3286.

Gherardini, G., **Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose.** (Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 3, Nr. 6, 1929.) Die Kalkausscheidung durch Harn und Stuhl verhält sich bei der Lungentuberkulose ähnlich wie bei gesunden Individuen. Die Kalkausscheidung durch den Auswurf ist zwar quantitativ minimal, aber relativ höhere Werte weisen dennoch auf destruirende Prozesse in der Lunge hin. Der Blutkalkgehalt ist bei schweren, destruirenden Prozessen verringert, bei heilenden Prozessen erhöht. Der Phosphorstoffwechsel ist bei Lungentuberkulose normal, die Bilanzen meist positiv, nur schwer kachektische oder hoch fiebernde Individuen haben unabhängig vom spezifischen Prozeß negative Bilanzen. Die Phosphorverteilung in Harn und Stuhl schwankt in weiten Grenzen, ist abhängig von der Art der Ernährung, Kalkgehalt der Nahrung; der Stuhlphosphoranteil scheint dennoch bei schweren Fällen wesentlich erhöht zu sein.

Eugen Stransky, Wien.

3287.

Loewenthal, M., **Ueber das Auftreten von Pneumonien nach Phreniksexairese.** (Beitr. Klin. Tbk., 71, 5/6.) Im unmittelbaren Anschluß an Phreniksexairese können in seltenen Fällen — Verf. sah bei 350 Exairesen 5mal dieses Ereignis eintreten — Pneumonien nichttuberkulösen Charakters auftreten, die als traumatisch aufgefaßt werden müssen. Diese Pneumonien können sich entweder vollkommen zurückbilden oder den Boden für eine nachfolgende tuberkulöse Aspirationsausaat abgeben. Um echte käsigke Pneumonien handelt es sich nicht. Die Pneumonien treten meistens 1 bis 3 Tage nach der Exairese auf und bieten klinisch und röntgenologisch das typische Bild der lobären Pneumonie. Bei Berücksichtigung des anatomischen Verlaufs der Zwerchfellnerven ist es in Anbetracht der häufig anzutreffenden Verwachsungen der Pleurablätter teils untereinander, teils mit dem Pericard, einleuchtend, daß beim Herausdrehen des Nerven eine Verletzung der Pleura und somit auch der Lunge durchaus möglich ist; wenn andererseits nur selten eine solche Verletzung eintritt, so ist dies wohl daraus zu erklären, daß einerseits der in den Adhäsionen eingebettete zarte Nerv abreißt, bevor er die Pleuraadhäsionen zu sprengen vermag, andererseits ist bekannt, daß nicht jedes Trauma der Lunge eine Pneumonie zur Folge hat. Die Länge des exairierten Nerven kam mit dem Auftreten pneumonischer Erscheinungen nicht in Zusammenhang gebracht werden. Was die Seiten betrifft, so war dreimal die linke und zweimal die rechte Seite affiziert, so daß auch in dieser Beziehung keine Schlüsse gezogen werden können.

Zwerg, Coswig.

3288.

Aloigi, Savério, **Ueber die bewegliche basale Dämpfung beim rechtsseitigen Pneumothorax.** (Riv. Patol. Clin. della Tbc., 3, Nr. 6, 1929.) Bei frischen rechtsseitigen Pneumothoraxfüllungen, gleichgültig ob der Pneumothorax komplett oder inkomplett ausfällt, beobachtet man rechts basal eine respiratorisch nicht verschiebbliche, aber durch Rumpfbewegungen verschiebbliche streifenförmige Dämpfung, die nicht auf einen Erguß, sondern auf Anheften der postdiaphragmalen Wandungen beruht. Die Zwerchfellbewegung ist dabei, wenn auch reduziert, dennoch erhalten.

Eugen Stransky, Wien.

3289.

Curti, A., **Ueber die Behandlung des metapneumothorakischen Empyems.** (Riv. di Pat. e Clin. della Tbc., 3, Nr. 6, 1929.) Zur Behandlung der durch Pneumothorax entstandenen Empyeme genügt die Punktion und die Spülung der betroffenen Seite nicht, da die Keime aus den Kavernen stets in den Pleuraraum gelangen. Deswegen muß auf Punktion und Spülung am nächsten Tag die Phrenikotomie, Eröffnung des Pleuraraumes, Fixation der Lunge und Drainage an der tiefsten Stelle und zehn Tage später die Beendigung der begonnenen Thorakoplastik folgen.

Eugen Stransky, Wien.

3290.

Würtzen, C. H., und Cai Holten, **Ueber den Einfluß der Bewegungen auf die Temperatur, besonders bei Tuberkulösen.** (Beitr. Klin. Tbk., 71, 5/6.) Selbst kurzdauernde Bewegungen bewirken oft, aber nicht immer sowohl bei Normalen als auch bei Tuberkulösen Temperatursteigerung. Phthisiker bekommen häufiger größere und in der Regel auch länger andauernde Temperatursteigerungen als Normale. Die Probe der Bewegungstemperatur hat jedoch bei der Lungentuberkulose keinen Wert als dia-

ostisches Mittel, da die Bewegungstemperatur ein launenhaftes Phänomen ist, und da es nicht gelungen ist, eine Grenze zwischen normal und pathologisch zu finden. In einigen Fällen tritt ein Temperaturfall als Folge der Bewegung ein, in anderen Fällen eine verspätete Temperatursteigerung. Z w e r g, Coswig.

3291.

Stetter, K., Zur Frage der negativen Tuberkulinhautempfindlichkeit beim Erwachsenen. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Bei der Hautprobe mittels Pirquetscher und Infrakutanreaktion (Alttuberkulinlösung 1:1000) hatten nur 1,17% der Erwachsenen eine negative Allergie. Von diesen Negativallergischen waren 10 Kranke (64%) unter 20 Jahre alt, 8 Kranke (25%) 20 bis 30 Jahre, 3 Kranke (10%) 30 bis 40 Jahre alt. Dieses ausgesprochene Überwiegen der Altersklassen bis zu 20 Jahren bei den tuberkulinnegativen Individuen und das völlige Fehlen dieser Personen in den Altersklassen über 40 Jahre kann, selbst bei genügender Berücksichtigung der relativ kleinen absoluten Zahl von 31 Fällen, eigentlich nur so erklärt werden, daß diese Kranken nur deshalb keine spezifische Hautempfindlichkeit verfügen, weil sie durch Zufall bisher nicht mit Tuberkulose in Berührung kamen und daß sich mit zunehmendem Alter diese negative in eine positive Allergie verwandeln wird, wenn erst einmal eine Infektion mit Tuberkelbazillen erfolgt ist. Die erwähnten 31 völlig tuberkulinnegativen Kranken waren sämtlich frei von familiärer Belastung mit Tuberkulose, und es fanden sich bei keinem die Zeichen eines aktiven oder inaktiven tuberkulösen Prozesses. Dies würde der Annahme von dem Verschontbleiben von einer Tuberkuloseinfektion gut entsprechen. Z w e r g, Coswig.

3292.

Gewaltig, R., Beitrag zur Behandlung der Lungentuberkulose mit ihrer Fetthülle beraubten lebenden avirulenten Tuberkelbazillen (A. O. Arima, Osaka). (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Das in den Handel kommende Präparat A. O. (lebende, avirulente Tuberkelbazillen!) ist in Japan in mehr als 14000 Fällen beim Menschen, ohne Schädigungen hervorzurufen, mit gutem Erfolg zu immunisatorischen und Heilzwecken angewandt worden. Verfasser hat das Mittel bei 9 Fällen von Lungentuberkulose, und zwar bei leichterem prod.-zirrh. Fällen, gegeben. Die Injektionen werden in 7- bis sechswöchentlichen Abständen wiederholt; an der Stichstelle zeigte sich öfter eine leichte diffuse Rötung. Bei dem sehr geringen Krankenmaterial lassen sich Schlüsse auf die Heilwirkung des A. O. nicht ziehen, ein überwiegend exsudativer, schon weiter vorgeschrittener Fall verschlechterte sich unter der Behandlung. Bei den übrigen 8 Fällen war nach Ansicht des Verfassers „eine deutliche Tendenz zur Aushellung unverkennbar“. Eine Schädigung durch das Präparat scheint jedenfalls bei keinem der behandelten Kranken eingetreten zu sein. Z w e r g, Coswig.

3293.

Saegler, E., Beiträge zur Solganalbehandlung der Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5/6.) Das Solganal ist in kleinen und mittleren Dosen bei älteren, fieberfreien, produktiven Lungentuberkulosen mit geringem tuberkelbazillenhaltigem Sputum ein wirksames Unterstützungsmittel im Sinne der Reiztherapie. In 30 Fällen mit produktiver Lungentuberkulose verloren durch Solganalbehandlung 15 bis 50% die Tuberkelbazillen im Auswurf. Fälle von produktiver Lungentuberkulose mit Kavernen, die Kirschgröße nicht überschreiten, haben durch Solganalbehandlung Aussicht auf Erfolg. Von 16 Fällen mit Kavernen verloren durch Solganalbehandlung 7 die Tuberkelbazillen im Sputum. Die Toxizität des Solganals ist gegenüber den bisherigen Goldpräparaten sehr gering. Es verursacht im allgemeinen keine Nierenschädigungen. Die Häufigkeit der Solganalexantheme ist verschwindend klein. Empfehlenswert erscheint in geeigneten Fällen die Kombination zwischen Kollapstherapie und Goldbehandlung. Kontraindikationen für die Behandlung mit Solganal sind Darmtuberkulosen und Nierenaffektionen jeglicher Art. Z w e r g, Coswig.

3294.

Sternberg, T., Ueber neue Gesichtspunkte bei der Kalziumtherapie der Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 5-6.) Die Wirkung des Kalziums bei Tuberkulose hat nicht nur in einer substitutorischen Remineralisation seine Ursache. Vielmehr macht sich sein Einfluß geltend auch auf dem Wege des vegetativen Nervensystems, auf die kolloide Struktur des Blutes und der Gewebe, auf Blutbild und Blutalkalesenz. Die Wirkung des peroral verabreichten Kalziums hängt ab von dem Grade seiner Assimilation und Retention. Letztere läßt sich weitgehend steigern durch Beigabe von Phosphor, Endokrinsubstanzen und Vitaminen. Empfohlen wird das Präparat Vitacalcin. Z w e r g, Coswig.

3295.

Jory, P., Benzylzimmester in der Tuberkulose. (Lancet, 1929, 5518.) Es handelt sich um die Behandlung der Larynx tuber-

kulose mit der Jacobsonschen Lösung. Es wird eine Serie von 12 täglich erfolgenden intramuskulären Injektionen von je 0,25 ccm Benzylzimmester ausgeführt, worauf man eine zweiwöchige Pause einschaltet. Nach 3 Serien eine einmonatige Pause. Keine unerwünschten Erscheinungen, dagegen Besserung der Larynxerkrankung in sämtlichen so behandelten Fällen. Am auffallendsten ist das Verschwinden der Schmerzen und der Dysphagie. Ashkenasy, Wien.

3296.

Nüssel, Kurt, Grundsätzliche und statistische Erörterungen über den röntgenologischen Nachweis pulmonaler Sekundärfiltriierungen im Schulalter. (Z. Tbk., 54., 1.) Die akuten Sekundärfiltriierungen (Lungen- und Hilus-, Lungeninfiltrierungen) treten im Schulalter gegenüber den Reparationsstadien, deren akute Stadien zum größten Teil wohl bereits in das Kleinkindesalter zurückreichen, stark zurück. Hilus-Lungeninfiltrierungen sind viel häufiger als isolierte Lungeninfiltrierungen. Die Bevorzugung der rechten Lungenhälfte besteht wie bei den Primärherden auch für die Sekundärfiltriierungen bzw. ihre Reste, und zwar für beide Geschlechter. Von den röntgenologischen Lungenfeldern wird das Mittelfeld bevorzugt. Die Bedeutung der Sekundärfiltriierungen für das Phthiseogeneseproblem wird dahingehend zusammengefaßt, daß sowohl von Hilus- wie Lungeninfiltrierungen Weiterentwicklungen erfolgen können, daß aber wahrscheinlich nicht die Infiltrierungen, sondern das echte, akute auftretende Infiltrat Ausgangspunkt für den größten Teil der offenen kindlichen Lungentuberkulose sind. Es zeigt also auch diese Arbeit des Verf. über die Sekundärfiltriierungen, daß in der Tat das Schulalter im Gegensatz zu den bisherigen allgemeinen Anschauungen wahrscheinlich gar nicht der wesentliche Gefahrenpunkt im Ablauf der kindlichen Tuberkulose ist, sondern das Kleinkindesalter und das jugendliche Alter. Z w e r g, Coswig.

Kinderheilkunde

3297.

Philpott, Nevell, Intramuskuläre Kampferinjektionen bei Stauung der Brüste in der Laktation. (Canad. M. Ass. J., Mai 1929.) Seit Jahren ist örtliche Anwendung von Kampferöl zur Schmerzlinderung der gestauten Brüste bekannt; aber wenig wird in der Literatur berichtet über den Einfluß dieses Mittels auf die Herabsetzung der Milchsekretion. Es wurde ausschließlich Kampferöl verwendet und jedes andere Mittel ausgeschaltet, was das Resultat beeinflussen könnte. Verf. gibt täglich 1-1½ Grain (= 0,0648 g) pro Einzeldosis. Den ersten Tag werden 2 Injektionen gegeben, die drei folgenden Tage je eine Injektion. In jedem Fall, wo Stillung zunächst nicht möglich war wegen dem eben geborenen Kinde oder wegen anderer zur Zeit der Einlieferung bestehender Gründe, wurde mit der Behandlung ein Tag gewartet. Die Fälle werden nach 3 Gesichtspunkten betrachtet: 1. Fälle, die wegen des Neugeborenen nicht stillen konnten (Inversionen der Brustwarzen usw.). 2. Fälle, in denen das Kind entwöhnt war während des Aufenthaltes im Hospital. 3. Fünf Fälle, wo das Kind nicht trank und sonst den Müttern kein Mittel gegeben wurde.

Injektionen von Kampferöl sind eine weit einfachere und weniger schmerzvolle Methode wie Anlegen von Milchsaugern, lokale Anwendung von Eis oder Verwendung von Magnesiumsulfat. Die pharmakologische Wirkung des Mittels ist als Kardiakum und allgemeines Stimulans bekannt. Ob die Einwirkung auf die Brust selektiver Natur ist oder ob ein bestimmter Einfluß auf den inneren Drüsenapparat stattfindet, ist unbekannt. Zusammenfassend wird gesagt: 1. Kampferöl, intramuskulär angewandt, hat einen entschieden hemmenden Einfluß auf die Laktation. 2. Von 80 angeführten Fällen zeigten 68 ein ausgesprochen günstiges Resultat. 3. Intramuskuläre Kampferölinjektionen scheinen bei Bruststauungen in der Laktationsperiode die wirksamste Art der Behandlung zu sein. Kaufmann, Grünberg (Schles.).

3298.

Stoltenberg, L., Das Verhalten der endokrinen Organe bei Rachitis und Spasmophilie. (Norsk. Magas. f. Laegevidensk., Nr. 7, 1929.) Durch diätetische Maßnahmen und gleichzeitigen Ausschluß des Sonnenlichtes gelang es dem Verf., bei Kaninchen Rachitis und Tetanie zu erzeugen. Ueber die Versuchsbedingungen, Knochenveränderungen hat der Verf. bereits früher berichtet. Hier liegen die Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchungen vor, und zwar besonders in bezug auf die endokrinen Organe. Thymus und Nebennieren zeigten keine Veränderungen, die man irgendwie zur Rachitis oder Spasmophilie in ätiologischer oder pathogenetischer Beziehung bringen könnte. Die Schilddrüse dagegen zeigte Veränderungen wie bei einer Hyperfunktion dieses Organes. Die Drüse war auch vergrößert, ohne Zeichen der

Degeneration zu zeigen. Auch die Nebenschilddrüsen waren vergrößert; und zwar je nach der Dauer der Versuche. Auch diese Vergrößerung mußte als Hyperplasie aufgefaßt werden. Die Vergrößerung dieser beiden Drüsen wird auf eine vermehrte Funktion derselben zurückgeführt, die durch die schädliche Einwirkung bei den Versuchen bedingt war und als Reaktion des Organismus gegen dieselben aufgefaßt wird. Daraus erklären sich auch die klinischen Erscheinungen der Rachitis und Spasmophilie bei den Versuchstieren. S. Kaischer.

3299.

Delille, Armand, Die Hauptformen der beginnenden kindlichen Lungentuberkulose und ihre Diagnostik durch Röntgenverfahren und Bazillennachweis. (Arch. Espan. de Ped., XIII, Nr. 1, 1929.) Die Kenntnis von den Initialstadien der kindlichen Tuberkulose hat in den letzten Jahren starke Fortschritte gemacht, dank der frühzeitigen Anwendung der Röntgenuntersuchung und des Bazillennachweises im ausgeheberten Mageninhalt, frühmorgens vor der ersten Mahlzeit. Im Hospital Herold in Madrid wurden tuberkuloseverdächtige Kinder genau überwacht und im Falle einer fortschreitenden Tuberkulose mit letalem Ausgang die Organe des Thorax in situ fixiert und Serienschritte angefertigt. Verf. berücksichtigt in der Arbeit nur die Initialstadien, da nur diese Aussicht auf Heilung gewähren (Pneumothorax). Im Gegensatz zu der Auffassung, daß man bei der Tuberkulose des Kindes, abgesehen vom Primärkomplex, gleich einen massiven Befund zu erwarten hat, fand Verf. in der Mehrzahl der Fälle eine ganz beschränkte Ausbreitung, und zwar das Ergreifen eines einzelnen Lungenlappens. Er unterscheidet 4 Formen: Käseherd mit Infiltration der Nachbarschaft, lobäre Tuberkulose von bronchopneumonischer Topographie, lobäre käsige Pneumonie und Erweichung mit Kavernenbildung. Alle diese Formen unterscheiden sich nur durch die Art des tuberkulösen Prozesses, sind aber alle in gleicher Weise auf einen einzelnen Lappen beschränkt. Natürlich sind die tracheobronchialen Lymphknoten mit ergriffen. — Das Röntgenbild zeigte einen kleinen oder größeren Schatten mitten im hellen Lungenfeld und Verschattung des Hilus (Primärkomplex) oder Verschattung eines größeren Bezirkes, entsprechend einem Lappen, von homogener oder flockig-wolkiger Beschaffenheit. Diagnostik: Gewichtsstillstand, Fieberattacken oder kontinuierliches Fieber, schlaffer Turgor, Pulsbeschleunigung sind sehr verdächtige Symptome, zumal bei anamnestischer Belastung. Auswurf besteht beim Kinde nicht. Hämoptoe ist äußerst selten. Perkussion und Auskultation lassen bei den Initialstadien häufig im Stich. Die positive Tuberkulinreaktion ist nur beim Säugling von Belang. Vom ersten Lebensjahr an kann nur die negative Reaktion diagnostisch bewertet werden (!). Ausschlaggebend ist neben dem Röntgenbefund der Bazillennachweis im ausgeheberten Mageninhalt, eine klinische Methode, die noch viel zu wenig angewendet wird. — Der Ausgang ist, wenn der Prozeß über den Primäraffekt hinaus schon lobäre Ausbreitung gewonnen hat, ohne Eingreifen der Therapie fast immer letal. Es sind aber in Frankreich und in Deutschland („Epituberkulose“) Fälle beschrieben, die spontan ausgeheilt sind. Auch Verf. hat solche Fälle beobachtet. Nach bedrohlichem Anfang mit Fieberattacken, starkem Gewichtsverlust, intensiven Diarrhöen, beginnender Kachexie sah er spontan einen Umschwung zur Besserung eintreten. Bis zur Wiederherstellung des Patienten und der Aufhellung des Röntgenbefundes vergingen Monate. Eine komplette Heilung schien ihm zweifelhaft. (Diese Verlaufsförmungen decken sich wohl kaum mit dem, was wir in Deutschland unter Epituberkulose verstehen. Die vom Verf. skizzierten sehr bedrohlichen Symptome im Beginn passen nicht in das Bild der epituberkulösen Erkrankung.) Schulz-Sembten.

3300.

Milano, Mateo, Eitrige Pleuritiden im Kindesalter. (Pediat. Espan., 17, Nr. 193—194, Oktober 1928.) Die eitrige Pleuritis ist im Kindesalter sehr häufig (ungefähr 50% aller Lungenerkrankungen). Fast immer tritt sie auf in Begleitung einer Bronchopneumonie oder lobären Pneumonie oder im Anschluß daran. Der Beginn ist meist schleichend, so daß der Erguß leicht übersehen wird, wenn nicht speziell danach gefahndet wird. Perkussion und Auskultation lassen zumal bei kleinen Kindern oft im Stich. Es sollte deshalb immer die Röntgenuntersuchung zu Hilfe genommen werden. Die Punktion dient weniger zum Nachweis des Ergusses als zur Gewinnung von Exsudatflüssigkeit, die sofort bakteriologisch untersucht werden muß, da von der Art der Bakterien Prognose und Therapie abhängt. Verf. fand bei seinen 103 Fällen am häufigsten (80%) den Pneumokokkus; in 15% fand er Streptokokken; 5% waren Mischformen (Staphylokokken plus Pneumokokken oder Tuberkelbazillen plus Streptokokken). Das Pneumokokkenempyem neigt zur Abkapselung und bindegewebigen Strangbildung. Mitunter ist der Eiter so dick, daß er durch Punktion nicht extrahiert werden kann. Das metapneumonische Pneumokokkenempyem hat die Tendenz zur

interlobären Lokalisation. Das Streptokokkenempyem dagegen bildet sich fast nur im Pleurokostalraum und zeigt keine Neigung zur Abkapselung. Es bietet ebenso wie die in Gefolgschaft von Pyodermien, osteomyelitisch metastatisch auftretenden Mischformen eine sehr schlechte Prognose. Die beste Prognose hat das Pneumokokkenempyem. Therapie: Wenn durch bakteriellen und kulturellen Nachweis die tuberkulöse Pleuritis ausgeschlossen worden ist, ist die Methode der Wahl die Thorakotomie mit Resektion eines kleinen Rippenstückes und Einführung zweier Drains. Verf. legt Wert darauf, nach der Rippenresektion erst die Nähte der Muskelschichten und der Haut vorzunehmen und dann erst die Pleura zu eröffnen, um die Gefahr der sekundären Infektion zu beschränken. Bei sehr elenden und sehr jungen Kindern wendet er nur Lokalanästhesie mit dem Aetherspray an, bei elenden etwas älteren Kindern in leidlicher Verfassung die Chloroformnarkose. Täglich zweimal Verbandwechsel mit peinlicher Asepsie. Von Spülungen mit Rivanol, Formolglycerin, Collargol usw. hat er nie Ueberzeugendes gesehen. — Die Prognose des Empyems ist immer dubios. Es müssen vor allem das Alter des Patienten (je jünger um so schlechter), der Kräftezustand, die Art der Mikroben und die Toxizität des Prozesses in Rechnung gestellt werden. Das Herz ist durch die Gefahr lokaler Verdrängung sowie der toxischen Lähmung und schließlich durch das Uebergreifen des eitrigen Prozesses auf Perikard und Myokard oder metastatische Perikarditis mehrfach bedroht. Bei sehr jungen Kindern kann die Enge des Thorax verhängnisvoll werden. Durch die lange Dauer der Krankheit droht die Kachexie und die amyloide Degeneration. Auch können in den verschiedensten Organen septische Metastasen entstehen (am häufigsten in den Lungen, Ohren, Gelenken und der Niere, bei kleinen Kindern auch am Peritoneum). Schließlich ist der chirurgische Eingriff nicht frei von Gefahren (Anästhesie, plötzliche Entleerung des Ergusses, traumatischer Schock, Blutungen usw.). Schulz-Sembten.

3301.

Takeda, S., Ueber Blutzuckermengen bei kindlicher Dysenterie. (Orient. J. of dis. of inf., 5, Heft 2, 1929.) Verf. fand bei 119 Fällen in den ersten Krankheitstagen fast regelmäßig eine Hypoglykämie, die aber bereits nach wenigen Tagen verschwindet und normalen Blutzuckerwerten weicht. Die Blutzuckerwerte stiegen mit Zunahme der Azetonämie. Käckell.

Mund- und Kiefererkrankungen

3302.

Franke, Wolfgang, Klinische Stellungnahme zur Frage der dentalen Fokalinfektion. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 25.) (Med. Univ.-Klinik, Königsberg i. Pr.) Auf Grund der bisherigen Veröffentlichungen zur Frage der dentalen Fokalinfektion und eigener klinischen Beobachtungen an 10 Kranken im Verein mit den Ergebnissen der bakteriologischen und tierexperimentellen Untersuchungen kann der dentalen Fokalinfektion nach Ansicht des Verfassers die ihr zukommende Bedeutung nicht abgesprochen werden. Mit Rücksicht auf das kleine Material kann eine abschließende kritische Stellung zu der amerikanischen Bewertung des Problems noch nicht genommen werden. Arnold Hirsch, Berlin.

3303.

Precht, Ed., Fokalinfektion. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 25.) (Zahnärztliches Universitäts-Institut, Königsberg i. Pr.) Bei den von Franke mitgeteilten Fällen von dentaler Fokalinfektion sind mit der von E. C. Rosenow (Rochester, Minn.) angegebenen Technik tierexperimentelle Untersuchungen zwecks Feststellung eines elektiven Lokalisationsvermögens der Streptokokken aus den betreffenden dentalen Herden angestellt worden. Trotzdem die Zahl der klinischen Fälle und der Tierversuche nur gering ist, sind die Ergebnisse, besonders bei den Fällen von Arthritis und Nephritis doch so auffallend, daß sie für die Richtigkeit der E. C. Rosenowschen Lehre von dem elektiven Lokalisationsvermögen der Streptokokken sprechen. Experimentelle chronische Arthritis bei Kaninchen konnte nur mit Streptokokken von Patienten mit Arthritis erzielt werden, desgleichen waren z. B. Magengeschwüre nur bei den Tieren zu finden, die mit Streptokokken aus den Tonsillen und dentalen Herden eines Patienten mit Magenulkus beimpft waren. In einem schweren Falle von Colitis ulcerosa ergaben Streptokokkenkulturen, aus einem Darmgeschwür gewonnen, im Tierversuch stark positive Resultate, und eine Autovakzine besserte den Krankheitszustand erheblich.

Arnold Hirsch, Berlin.

3304.

Clark, William L., Verödung durch Elektrizität und Elektrokoagulation bei Neubildungen und ähnlichen Erkrankungen der

Mundhöhle und ihrer Umgebung. (Amer. J. Surg., Vol. VI., Nr. 3, 1929.) Verfasser steht auf Grund seiner Erfahrungen, die sich über mehr als 20 Jahre erstrecken, auf dem Standpunkt, daß in der Behandlung gewisser Geschwülste der Elektrodesikkation und Elektrokoagulation eine bedeutende Rolle zuzumessen sei. Besonders sollen diese therapeutischen Behandlungsmethoden an Stellen angewandt werden, wo eine starke Verunzierung durch einen operativen Eingriff zu erwarten ist und wo man bestrebt sein muß, möglichst viel Gewebe zu erhalten. Die Röntgen- und Radiumbestrahlung nimmt Verfasser als unterstützendes Moment zur Hilfe, um regionäre Lymphdrüsen zu behandeln; tut es aber erst, nachdem der primäre Tumor ausgerottet ist. Ein besonderer Wert wird auf die richtige Erkennung des Tumors selbst gelegt. Nur ein eifriges Studium der Pathologie kann die nötige Erfahrung in der Diagnosenstellung erbringen. Von der Art der Tumorzellen wird dann die Behandlung selbst abhängig gemacht. Palliativoperationen werden nur ausgeführt, um den Patienten in einen Zustand zu bringen, die Tumorbehandlung möglich zu machen. Die erreichten Resultate sind zum größten Teil zufriedenstellend und konnten auch bei Erkrankungen, die ursprünglich aussichtslos erschienen, erreicht werden.
E. Gohrbandt, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

3305.

Spengler, Gustav, **Chloralhydrat und Hypertonie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 25.) (Med. Abt. des Erzherzogin-Sophienospitals, Wien.) Seit langer Zeit verwendet Verfasser bei der Behandlung der Hypertonien das Chloralhydrat in kleinsten Dosen. Sowohl bei Kranken der Abteilung als auch bei ambulanten Patienten, die im gewöhnlichen Erwerbsleben stehen, gibt Spengler eine Chloralhydratdosis von 0,25 g (Chloral. hydrat. 0,25, Mucil. gum. arab. 100,0) am Abend vor dem Schlafengehen. Es ist zuweilen auch zweckmäßig, diese kleine Dosis nicht auf einmal am Abend, sondern über den ganzen Tag verteilt zu geben. Unter Umständen kommt auch die Darreichung dieser geringen Dosis durch Klysma in Betracht. Es wurde niemals über Müdigkeit am folgenden Tage oder während der oft längeren Zeit dieser Medikation geklagt. Bei den bettlägerigen Kranken konnten nicht selten, wenn auch nicht immer, ein deutlicher Rückgang des erhöhten Blutdrucks beobachtet werden, was nicht allein auf die Bettruhe und die geordnete Lebensweise zurückgeführt werden kann, da der Blutdruck nach Aussetzen der Chloralhydratmedikation bei sonst gleichgebliebenen Verhältnissen wieder anstieg. Bei ambulanten Patienten läßt sich der Einfluß des Chloralhydrats auf den Blutdruck aus äußeren Gründen nicht beurteilen. Bei beiden Gruppen von Kranken konnten jedoch, und zwar auch dann, wenn der Blutdruck nicht gesunken war, eine weitgehende Besserung der Beschwerden, die auf den Hochdruck zurückzuführen waren, beobachtet werden. Verfasser wandte die kleinen Chloralhydratdosen bei Blutdrucksteigerungen nephrogenen Ursprungs, bei Arteriosklerosen, bei klimakterischen und postklimakterischen Hypertonien an. Besonders bei klimakterischen Hypertonien, bei denen vor allem Störungen im Zusammenspiel der Vasomotoren die Hypertonie bedingen, konnten gute Erfolge erzielt werden. Auch bei Hypertonien anderen Ursprungs besserten sich fast stets die subjektiven Beschwerden. Außer günstiger Beeinflussung des Schlafs, der ruhig und erquickend wird, wird über Schwinden des lästigen Kopfdruckes berichtet; die substernalen Druckbeschwerden gehen zurück, selbst ausgesprochene, leicht anginöse Zustände lassen sich günstig beeinflussen. Auch auf die motorische Unruhe Nierenkranker im präurämischen Stadium wirken die angegebenen Dosen beruhigend. In einer großen Anzahl der Fälle war es die einzige Medikation, die neben den diätetischen und allgemeinen Maßnahmen durchgeführt wurde. Auch in diesen Fällen traten gute Erfolge ein.
Arnold Hirsch, Berlin.

3306.

De Capua, F., **Das Hexamethylenetetramin intravenös verabreicht, als Therapie der Chorea minor.** (Pediatria, 37. Jahrg., Nr. 12, 1929.) Therapeutische Versuche an zwölf an Chorea erkrankten Kindern — 5- bis 10prozentige Lösungen, alle zwei bis drei Tage intravenös injiziert — ergeben teils günstige, teils ungünstige Erfolge. Auch Auftreten von Hämaturie wird als Folge der Therapie beobachtet. Die Therapie kann nur als eine symptomatische betrachtet werden und wirkt nur durch ihre bakterizide Kraft auf das Grundübel (Gelenkrheumatismus, Endokarditis), wie auch vielleicht durch eine kolloidoklasische Schockwirkung.

Eugen Stransky, Wien.

3307.

Jessen, Haagen, **Ueber Arsylen.** (Uges. f. Laeg., Nr. 27, 1929.) Arsylen (Hoffmann-La Roche) zeigte bei Versuchen in vitro und in vivo die erwarteten biochemischen Eigenschaften. Es ist ebenso wirksam wie die anderen Arsenikpräparate und wird ebenso gut vertragen wie diese, ja es wirkt sogar besser und hat einen geringeren Grad von Toxizität. Es wird selbst in hohen Dosen bis zu 8 ccm (d. h. etwa 160 mg Arsen) pro die gut vertragen. Aber weit geringere Dosen genügen zumeist. In subkutaner und intramuskulärer Anwendung wirkte es am sichersten. Peroral als Granula mit Kalziumsalz kann man eine bis drei Tabletten täglich mit steigender Dosis verabreichen. Gegen die intravenöse Anwendung spricht der Umstand, daß Arsen sehr schnell durch die Nieren ausgeschieden wird. Die Arsenbehandlung ist immer eine Depotbehandlung; man gewöhnt sich außerdem an das Mittel.
S. Kalischer.

3308.

Epstein, S. B., **Versuch der Anwendung von Salvarsanpräparaten im Klistier.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) In 17 Fällen von tropischer Malaria wandte der Verfasser Neosalvarsan (russisches Präparat) per clysmam (0,3 bis 0,45 in 50,0 Aq. dest.) mit gutem Erfolg an. Insgesamt bekamen die Patienten 2 bis 3 Klistiere, die mit fünfägigen Zwischenpausen verabreicht wurden. Irgendwelche Nebenerscheinungen bzw. Intoxikation sind in keinem Falle beobachtet worden.
E. Kontorowitsch.

3309.

Klemperer, Felix, **Zur Frage der Dosierung und Gewöhnung von Dilauid.** (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 7, 1929.) (Städt. Krankenhaus, Berlin-Reinickendorf.) Bei Tuberkulösen, sowie bei Patienten mit Tracheitis und Bronchitis u. ä. erwies sich die Tablettendosis von 2½ mg nahezu in allen Fällen als ausreichend zur Stillung des Hustenreizes. In der Versuchszeit von ¼ Jahr trat keine Gewöhnung ein, und Nebenwirkungen wurden kaum beobachtet. Die zur Schmerzstillung und Schlafförderung angewendeten Injektionen von 2 bis 4 bis 6 mg führten öfters zu Schwindelgefühl, Uebelkeit, Erbrechen und wurden infolgedessen zugunsten der Suppositoriumdarreichung verlassen, bei der sich keine Nebenwirkungen zeigten. Verfasser will die erlaubte Dosis zur einmaligen Verordnung (für einen Patienten an einem Tage) mit 0,025 g begrenzen, was 10 Tabletten à 0,0025 oder 5 Suppositorien à 0,005 mg entspricht. Dilauid verdient eine größere Verbreitung, als besondere in Form von Tabletten zu 2½ mg als Mittel gegen den Husten bei Tuberkulösen, da es auch bei langem Gebrauch von größeren Codein-, Dicodid- und anderen Gaben wirksam ist, sowie als Suppositorien zu 5 mg gegen Schmerzen und Schlaflosigkeit.
E. Kontorowitsch.

3310.

Gordonoff, F., und F. Walther, **Ueber das vegetative Nervensystem und seine Beeinflussung durch pharmakologische Gifte bei Katatonikern.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 25.) (Pharmakologisches Institut und psychiatrische Klinik, Bern.) Bei Untersuchungen im Blute verschiedener Katatoniker konnte ein ganz normaler Kalziumgehalt festgestellt werden; die Ca-Menge schwankt in den normalen Grenzen 8,0 bis 10,0 mg. Der Kaliumgehalt war außerordentlich erhöht. Während die normalen Werte des Kaliums im Serum im Maximum bis 18 bis 20 mg % betragen, konnten beim Katatoniker Werte von 23 bis 24, ja noch mehr mg % nachgewiesen werden. Im Gesamtblut war die Kaliummenge besonders gesteigert; bei einem schweren Katatoniker wurden 240 mg % gefunden. Interessant war in diesem Falle auch der Befund, daß mit der Verschlimmerung der Krankheit eine stärkere Zunahme des Kaliumgehaltes einherging. Entsprechend der vermehrten Kaliummenge erscheint auch der Quotient K/Ca erhöht; es finden sich Werte von 2,4 bis 2,6.

Die gefundene Kaliumvermehrung stimmt mit dem klinisch seit langem auf verschiedenen Gebieten festgestellten erhöhten Reizzustand im parasympathischen Nervensystem bei der Katatonie gut überein.

An den gleichen Patienten wurden auch die Wirkungen der pharmakologischen Gifte untersucht und auf der Höhe der Wirkung der Mineralstoffgehalt des Blutes geprüft. Das sympathikotrope Adrenalin bewirkte ein Sinken des Quotienten K/Ca, während der Quotient bei Normalen eine Zunahme erfährt.

Der Kaliumgehalt im Serum pflegt bei Katatonikern nach Adrenalin abzunehmen. Im allgemeinen erwies sich der Katatoniker für Adrenalin weniger empfindlich. — Das Atropin erzeugt beim Normalen bekanntlich eine vorübergehende, leichte Abnahme des Blutdruckes und der Pulsfrequenz und nachher eine Steigerung der beiden Funktionen. Der Katatoniker reagiert nun in vielen Fällen mit einer sofortigen Steigerung des Blutdruckes und der Pulsfrequenz. Nach Atropin nimmt der Kaliumgehalt im Katatoniker-

blut ab, ebenso der K/Ca-Quotient, während diese Werte beim Normalen unverändert blieben.

Das Azethyl-Cholin rief beim Katatoniker eine dem Atropin entgegengesetzte Reaktion hervor.

Der Kalium-Kalzium-Elektrolytengehalt des Blutes bildet somit ein Kriterium für den Zustand des vegetativen Nervensystems im Sinne der Kraus-Zondekschen Lehre.

Arnold Hirsch, Berlin.

3311.

v. Liebermann, L., **Zur Technik der Milchinjektion.** (Med. Klin., Nr. 23, 1929.) (Augenabtlg. des Städt. St. Rochus-Zentralkrankenhauses in Budapest.) Es ist ein Irrtum, zu glauben, daß die Milch unbedingt intramuskulär injiziert werden muß. Die subkutane Injektion unter die Bauchhaut hat den Vorzug, daß die Injektionsstelle am folgenden Tage spontan kaum mehr schmerzhaft und nur noch etwas druckempfindlich ist. Ein weiterer Vorzug der subkutanen Injektion besteht darin, daß ein infolge eines Asepsisfehlers sich bildender Abszeß viel leichter erreichbar ist als ein intramuskulärer. Um eine einwandfrei wirksame und sterile Milch zu erhalten, verfährt man folgendermaßen: Die Milch wird zuerst nur ganz kurz gekocht, etwa 1 Minute, sodann durch mehrere Schichten steriler Gaze in ein steriles Kölbchen filtriert, um die Flocken zurückzuhalten. Das Kölbchen wird dann mit steriler Gaze verschlossen und in ein Wasserbad gestellt, das eine halbe Stunde lang kocht. Wird die Milch so zubereitet und die Injektion unter aseptischen Kautelen ausgeführt, so ist ein Abszeß ausgeschlossen. Dieser läßt sich mit noch größerer Sicherheit ausschließen, wenn man der Milch etwas Rivanol zusetzt. Man gibt zu diesem Zweck etwa 2 ccm einer Rivanollösung 1 : 1000 zu 8 ccm Milch. Diese ist die gewöhnliche Dosis für Erwachsene; Kinder bekommen entsprechend weniger, im Verhältnis zum Körpergewicht, Säuglinge 1 ccm unter die Haut des Oberschenkels. Um die Schmerzhaftigkeit der Injektion herabzusetzen, nimmt man noch auf je 10 ccm des Milch-Rivanolgemisches $\frac{1}{2}$ bis 1 ccm einer 20prozentigen Novocainlösung. Interessant ist, daß nach einer solchen schmerzlosen Injektion die Druckempfindlichkeit der Injektionsstelle am nächsten Tage gleichfalls geringer ist.

L. Gordon, Berlin.

3312.

Bloch, Arthur, **Die Lachgas- (Stickoxydul, NO₂) Narkose in der Urologie.** (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Empfehlung dieser Narkosenform für urologische Zwecke, insbesondere auch endoskopischen Eingriffen. Besonders wertvoll wird sie durch die Tatsache, daß bei der Lachgasnarkose die Schmerzempfindung der unteren Harnorgane und der Blasenreflex rasch aufgehoben wird. Die Geruchlosigkeit der Stickoxyduls vermeidet das Erstickungsgefühl. Die Patienten erwachen schnell, unangenehme Nebenwirkungen fehlen.

A. I. ehmann, Breslau.

3313.

Denk, W., **Erfahrungen mit der Lachgas-Sauerstoffnarkose.** (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Unter den Narkosegasen ist dem Stickoxydul der Vorrang einzuräumen, da es nicht explosibel ist, keine Organschädigungen hervorruft und geruchlos ist. Die Kunst der guten Narkose liegt im richtigen Mischungsverhältnis von Sauerstoff und Lachgas, das sich mit dem von der I. G. Farbenindustrie konstruierten Apparat leicht herstellen läßt. Man gibt nur so viel Sauerstoff, daß Zyanose vermieden wird. Im allgemeinen gibt man 80 bis 90% Stickoxydul und 10% Sauerstoff. Zur Vertiefung der Narkose kann man die Konzentration des Gasgemisches erhöhen oder das ausgeatmete Gasgemisch wieder einatmen lassen oder Aether zugeben. Nur in seltenen Fällen muß man zur reinen Aethernarkose übergehen. Schädigungen nach Lachgasnarkose scheinen weit geringer zu sein als nach anderen Gasnarkosen.

Braun, Stettin.

3314.

Bumm, Rudolf, **Ueber Vorzüge und Nachteile des Pernocton.** (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Der wesentlichste Vorteil des Pernocton ist die völlige Amnesie, die während der Injektion des Mittels eintritt und einige Stunden anhält. Ein weiterer Vorteil ist die Ersparnis der zur Erzielung einer tiefen Narkose erforderlichen Aethermenge. Angenehm ist ferner das Fehlen einer Einwirkung des Pernoctons auf die Herzstätigkeit. Bei Herzkranken hat sich daher die Pernoctonanwendung bewährt. Die bisher berichteten Todesfälle sind nicht mit Sicherheit auf das Pernocton zurückzuführen. Es ist lediglich in Fällen, die durch einen Ileus, eine Urämie oder Infektion toxisch schwer geschädigt sind, die Gefahr einer Ueberdosierung vorhanden, wie auch in den von der I. D. Riedel A.-G. herausgegebenen Richtlinien betont wird. Bestimmte Kontraindikationen lassen sich heute noch nicht aufstellen. Ein Gegenmittel zur Unterbrechung der Narkose ist noch nicht ge-

funden, wenn es auch scheint, als ob durch Sauerstoffatmung, Koffeininjektion und Aderlaß die Schlafdauer abgekürzt werden kann. Die gegenüber einer reinen Inhalationsnarkose um etwa 2 bis 4 Stunden verlängerte Schlafdauer bedeutet für die Operierten keine Schädigung und ist daher als ein unbedeutender Nachteil anzusehen. Der Hauptnachteil des Pernocton liegt in den häufig auftretenden motorischen Erregungszuständen, gegen die Morphium, Pantopon, Chloralhydratklysmen und Einatmung geringster Mengen Chloräthyl oder Aether empfohlen sind. In dieser Hinsicht wirken auch Verbalsuggestionen während der Injektion günstig. Vor allem muß das Pernocton ganz langsam injiziert werden, und man darf die optimale Dosis nicht überschreiten. Kommt es zu einem Exzitationsstadium, so ist es am besten, sofort mit der Aethernarkose zu beginnen; und zwar scheint es dem Verfasser, als ob der englische Piktet-Aether dem deutschen weit überlegen ist. Auch für den geburtshilflichen Dämmer Schlaf, ebenso bei der Behandlung der Eklampsie und des Tetanus scheint sich das Pernocton nach den bisher geringen Erfahrungen gut zu bewähren.

Braun, Stettin.

3315.

Ellinger, Ph., und W. Hof, **Der Einfluß von Leberschädigungen auf die Giftigkeit örtlich betäubender Mittel.** (Der Schmerz, 2. Jahrg., Nr. 1—2, 1929.) Die letale Dosis von Kokain, Novokain und Tutokain ist bei Tieren, die mit Phosphor bzw. Chloroform vorbehandelt sind, herabgesetzt. Daraus geht hervor, daß die Lokalanästhesie in größerem Umfang bei lebergeschädigten Personen kontraindiziert sein kann, und daß besonders in den ersten Tagen nach einer Chloroformnarkose die Anwendung örtlich betäubender Mittel nur mit Vorsicht stattfinden darf.

Braun, Stettin.

3316.

Light, A. B., und E. G. Torrance, **Opiumsucht.** (Arch. Intern. Med., 43., Heft 2.) (Narcot. Wards of the Philadelph. General-Hospital.) Erster Teil einer Artikelserie über Morphinisten und andere Giftsüchtigen, nach Beobachtungen an der narkotischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses Philadelphia. Verfasser weisen im einzelnen die Schwierigkeiten nach, auf die infolge des hinterhältigen Verhaltens der Süchtigen die Entziehungskur stößt, und die man kennen muß, wenn die Behandlung Erfolge haben soll. Sie schildern eingehend das klinische Verhalten der Morphinisten.

Zegla.

3317.

Goldberg, S. E., **„Ochronosis“.** Bericht eines Falles von Karbolochronose. (Arch. Intern. Med., 43., Heft 2.) (Pathol. Inst. d. Krkhs. am Friedrichshain, Berlin. Prof. Pick.) Aus der Pick'schen Abteilung, aus der schon wichtigste Arbeiten über die verhältnismäßig seltene Ochronose hervorgegangen sind (seit Virchows erster Beschreibung im Jahre 1866 waren in der Literatur 51 Fälle berichtet), bringt Verfasser einen neuen Fall, und zwar der exogenen Form der Karbolochronose, von der bisher nur 11 Fälle bekannt waren.

Während bei der angeborenen endogenen Ochronose, die mit Alkaptonurie vergesellschaftet ist, das melaninähnliche Pigment, welches Knorpel, Haut und lockeres Bindegewebe durchsetzt, unter dem Einfluß oxydierender Fermente aus Tyrosin und Phenylalanin entsteht, bildet sich bei der exogenen Ochronose, die infolge Karbolintoxikation erworben wird, der typische Farbstoff, von dem die Krankheit den Namen hat, aus hydroxylierten Derivaten des Benzols (Hydrochinon und Brenzcatechin). Wie bei allen bisher bekannten Fällen war auch in Goldbergs neuem (12.) Falle langjähriger Gebrauch feuchter Karbolverbände bei Ulcus cruris die Ursache der Krankheit, und da die Aera der antiseptischen Karbolanwendung ja wohl vorüber ist, darf man hoffen, daß diese Form der Ochronose nun auch ausstirbt. Im übrigen bot der klinisch und pathologisch-anatomisch sehr genau beschriebene Fall das typische Bild der Krankheit.

Zegla.

3318.

Dannemann, A. C., **Nervöse und psychische Reaktionen auf Veronal, mit Bericht über einen Fall von chronischer Veronalvergiftung.** (J. nerv. Dis., 69., Nr. 1.) Es wird ein Fall von chronischer Veronalvergiftung ausführlich mitgeteilt. Der Veronalabusus erstreckte sich über einen Zeitraum von 9 Jahren. An Hand der ausführlich zusammengestellten Literatur wird gezeigt, daß die Symptomatologie der Veronalvergiftung nichts für Veronal allein Charakteristisches darbietet. Es wird darauf hingewiesen, daß der exzessive Veronalmißbrauch die Folge und nicht die Ursache der Charakterveränderungen des Kranken ist.

W. Misch, Berlin.

3319.

Wirth, F., und O. Küster, **Das Kohlenoxyd, seine Gefahren und seine Bestimmung.** (Zentralbl. f. gew. Hyg., Nr. 5, 1929.) Konzentrationen von 0,01% Kohlenoxyd in der Luft sind unschäd-

lich, nach etwa 30 Minuten ist der gesamte Hämoglobin umgewandelt beim Verweilen in einem Raum mit 0,4% Kohlenoxydgasgehalt.

Verfasser ließen in einer geschlossenen Garage einen Automotor laufen. Sie fanden eine Kohlenoxydmenge (0,19%), die genügt, um einen Mann innerhalb von 35 bis 45 Minuten tödlich zu vergiften.

Sie konstruierten einen tragbaren Apparat, der es ihnen ermöglicht, überall schnell und präzise zu arbeiten.

Michaelis, Bitterfeld.

3320.

Mankowsky, B. N., **Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung**. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., Heft 1—2.) Mitteilung von 7 Fällen. Neuritiden nach Kohlenoxydvergiftung hängen ab von der Kompression der Nervenstämmen durch Blutergüsse, von der blutigen Imbibition des Epi- und Perineuriums, von der nachfolgenden Bildung von Narben und von der Ischämie der Nervenstämmen. Ein solcher Prozeß kann sich in jedem beliebigen Nervenstamm entwickeln, im Nervenplexus, an den spinalen und auch in den Hirnnerven (Fazialis, Trigeminus usw.). In der größten Mehrzahl der Fälle von Polyneuritis nach Kohlenoxydvergiftung handelt es sich um eine Kombination von Neuritis von einigen Nerven oder des Geflechts. Die Lage der Extremität während des bewußtlosen Zustandes ist von Bedeutung. Häufig sind vasomotorisch-trophische Erscheinungen: Hautödem, Kälte der Haut, Temperatursteigerung, Zyanose, Rötte, bläschenartige Ausschläge, Pemphigus, Verdünnung der Haut usw. Die Neuritiden nach Kohlenoxydvergiftung verlaufen relativ günstig, sie lassen zumeist nach Thermotherapie nach, die Nervenfunktion ist zumeist nach 2 bis 3 Monaten restituiert. Primär erkrankt ist das Gefäßsystem, sekundär die Nerven-elemente. Es ist möglich, daß die Seltenheit dieser Neuritiden darauf zurückzuführen ist, daß die leichteren Formen — infolge des Oedems der Extremitäten und der Muskelverdickung (Blutergüsse in ihnen) — unbemerkt bleiben. Als Behandlung ist Diathermie im Gebiete des vermutlichen Blutergusses in die Nerven anzuwenden.

Kurt Mendel, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

3321.

Henschen, S. E., **Ueber Aufbau und Funktion der Hirnrinde**. (Hygiea, Nr. 11, 1929.) Henschen gibt zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen Anschauungen in der Lokalisation in der Hirnrinde und alsdann über ihren mikroskopischen Aufbau. Er bekämpft die einseitige Auffassung Brodmanns, der die Lokalisation und Funktion lediglich nach einer Untersuchungsmethode, d. h. nach dem vertikalen Durchschnitt der Hirnrinde, der Zytoarchitektonik beurteilt wissen will. Ihm zur Seite stehen die myelo-architektonischen Untersuchungen Vogts und die atomistische Zentrenlehre Henschens für die Sinnesfunktionen und die psychischen Vorgänge (Vorstellungen). Ramin y Cajals Verdienste liegen besonders in der Darstellung der Neurofibrillen und Anezyklinder sowie in der physiologischen und pathologischen Veränderung der Nervenfasern und Zellen.

S. Kalischer.

3322.

Tscherniakowski, Paul, **Der gegenwärtige Stand der Gehirnchemie**. (Presse Méd., Nr. 33, 1929.) Von allen Körpergeweben ist, das Blut ausgenommen, das Gehirn das wasserreichste. Der Prozentsatz nimmt im Alter ab; der Aschegehalt steigt, je niedriger die Tiergattung ist. Die Proteine betragen etwa 37% der trockenen Substanzen; Nukleinsäure ist nur in kleinen Quantitäten vorhanden, von organischen Säuren Milchsäure, Ameisensäure, Kohlehydrate, wie von anorganischen Stoffen Phosphate, Chlorüre, Ca-, K-, Na-, Mg-, Zn-, Cu- und Fe-Sulfate. Der Ca-Gehalt wechselt je nach dem Alter und der Alimentation, während das Mg konstanter ist. Ueber die Rolle der Minerale weiß man nichts Sicheres, sie sind nur in geringen Mengen vorhanden. Die weiße Substanz enthält mehr feste Bestandteile und weniger Wasser als die graue. Ausgenommen das Cholesterin läßt sich über die Konstitutionsformel der festen Substanzen nichts genaueres sagen. Bei pathologisch veränderten Gehirnen findet sich eine Demineralisation, eine Verminderung an Stickstoff, Phosphor und Schwefel. Bei Paralyse findet sich speziell eine Verminderung der Lipide, insbesondere des Zephalins. Die neuesten Forschungen von K.-M. May bei experimenteller Enzephalitis beim Meerschweinchen über Wasser, Stickstoff, Schwefel, Phosphor

versprechen fruchtbare Resultate. Verf. faßt die Ergebnisse in 3 Argumenten zusammen: 1. Keine Teilung reifer nervöser Zellen; die Zellen empfangen ständig Eindrücke und geben sie wieder. Es besteht anatomische Stabilität. 2. Die Autolyse im Gehirn ist gering; es besteht chemische Stabilität. 3. Die chemische Leitungsfähigkeit deutet darauf, daß Körper der ungesättigten Fettreihe im Chemosmus des Gehirns eine Rolle spielen.

Haber.

3323.

Lickint, Fritz, **Einzelbeiträge zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis. 6. Mitteilung. Der Harnsäuregehalt des Liquor cerebrospinalis**. (Z. Neur., 120., Heft 1, 1929.) Es wurden insgesamt etwa 330 Liquoren auf das Vorkommen von Harnsäure untersucht und dabei zunächst bei 60 Fällen ein Normalgehalt von 0,4—1,0 mg% festgestellt, der etwa 10—20% des normalen Serum-Harnsäuregehaltes entspricht. Bei längerem Stehen kann in infektiösem Liquor (oder auch sterilem Liquor durch nachträgliche Verunreinigung mit Bakterien) Harnsäureschwund eintreten, weshalb eine sofortige Untersuchung jeden Liquors angezeigt ist. Bei Retention von Harnsäure im Serum infolge Nierenerkrankung kann die Liquorharnsäure fast bis zu 90% des jeweiligen Serumspiegels ansteigen. Der Höchstgehalt betrug im Liquor 13,25 mg%. Ein Parallelgehen mit dem jeweiligen Reststickstoffgehalt findet nicht statt. Bei hiesigen Erkrankungen findet sich eine Erhöhung am ehesten bei Tabes und Paralyse. Ebenso findet sich eine Erhöhung bei Leukämie. Ein prinzipieller Unterschied zwischen epidemischer und tuberkulöser Meningitis besteht nicht, da in beiden Fällen die Liquorharnsäure meist erhöht ist. Bei der epidemischen Form beachtet man fast immer zunehmende Erhöhung bei tödlichem Verlauf und Neigung zur Rückkehr zur Norm bei günstiger Prognose. Ein Zusammenhang mit der jeweiligen Zellzahl des Liquors besteht nicht.

Hans Knospe.

3324.

Lickint, Fritz, **Einzelbeiträge zur normalen und pathologischen Physiologie des Liquor cerebrospinalis. 7. Mitteilung. Der Gehalt des Liquor cerebrospinalis an Aminosäurenstickstoff**. (Z. Neur., 120., Heft 1, 1929.) Unter Benutzung der von Wolpe modifizierten kolorimetrischen Methode Folins (Naphthochinonsulfosäuremethode) wurden über 300 Liquores auf ihren Gehalt an Aminosäurenstickstoff untersucht und dabei an Hand von 66 liquor-negativen Normalfällen im Liquor ein Normalgehalt von 1,5 bis 3,0 mg% gefunden. Bei mehreren hundert Analysen im Serum ergab sich ein Normalgehalt von 5,3—8,5 mg%, bei Niereninsuffizienz einschließlich Urämie fand der Verfasser im Serum einen normalen oder nur wenig erhöhten Wert, dagegen bei Lebererkrankungen eine starke Vermehrung. Bei einer großen Anzahl von gleichzeitigen Analysen im Serum und Liquor fand Verfasser im Liquor im normalen Bereich etwa 15—30% der Serum-Aminosäuren vor, während sich bei zunehmender Konzentration der Aminosäuren im Liquor der Prozentsatz bis annähernd 90% steigern kann. Besonders stark ist der Ausgleich in Fällen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen), wo die Liquorkonzentration steigt, aber die Werte im Serum besonders niedrig liegen. Bei gleichzeitigen Untersuchungen im Liquor auf den Gehalt auf Rest-N und Aminosäuren-N zeigte sich, daß trotz Anstieg des ersteren auf das Vielfache der Aminosäuren-N in der Regel normal bleibt. Demgemäß ergaben sich also bei allen den Fällen von Urämie normale Liquorwerte. Bei Erkrankungen der Leber oft starke Erhöhung der Liquorwerte (bis 9,7 mg%), bei Diabetes dagegen normale Zahlen, wie ebenso im wesentlichen bei hiesigen Erkrankungen. Ein Zusammenhang mit der WaR. fand sich nicht. Bei jeder Form der Meningitis kann es zur Erhöhung des Aminosäuren-N kommen. Die geringste Neigung zur Vermehrung zeigt sich jedoch bei der tuberkulösen Meningitis. Ein Parallelismus zwischen Zellzahl, Zucker-gehalt und Globulinen besteht nicht. Prognostische Bedeutung besitzt diese Bestimmung für die Meningitis nicht. Von den verschiedenen Hirnerkrankungen zeigten auffallend häufig Hirnabszeß und Hirntumor stark erhöhte Werte, die wohl auf Zerfall von Hirnsubstanz zurückzuführen sind. Für die Erklärung des Aminosäurenanstieges im Liquor dürften zwei Mechanismen in Betracht kommen: die erhöhte Permeabilität (Meningitis) und Abbauvorgänge im Zentralnervensystem (Hirntumor und -abszeß usw.).

Hans Knospe.

3325.

Wimmer, August, **Familiäre „Dyskrie“**. (Uges. f. Laeg., Nr. 29, 1929.) Zur richtigen Entwicklung und Funktion der gesamten Organe ist in erster Reihe eine normale Funktion des neuroglandulären Systems notwendig, das sich zusammensetzt aus den endokrinen Drüsen und dem vegetativen Nervensystem (Sympathikus, Parasympathikus und deren zentralen vegetativen Zentren). Mit diesem Apparat hängt auch die Veranlagung unserer Temperamente zusammen, die habituelle Stimmung des Menschen, die Gefühls-

reaktion und das davon abhängige Gedankenleben; so bedingen sich Körperbau und Charakter. Das neuroglanduläre System ist in gewissem Sinne wiederum abhängig vom Zentralnervensystem, und dies wird besonders klar, wenn man die erbbiologischen Störungen dieser Systeme ins Auge faßt. Es gibt Familien mit Hypo- und Hyperthyreosen, mit puriglandulärer Insuffizienz. Die endokrinen Veranlagungsstörungen zeigen nun einen großen Polymorphismus (hypophysäre, genito-dystrophische, adrenale, sexuelle Dystrophien). Die endokrinen Vererbungsstörungen können in derselben Familie mit Alkoholismus, Psychosen alternieren, was am deutlichsten bei dem Morbus Basedowii verfolgt werden kann. So sind Psychosen und endokrine Störungen konstitutionell verwandt und zusammengehörig, was Wimmer in einigen Familien durch die erbbiologische Betrachtung der verschiedenen Generationen nachzuweisen sucht. Die mannigfachsten dyskrinen Störungen (des Stoffwechsels, der Haut, der Fettsucht, der Asexualität) kommen in diesen Familien vor. S. Kalischer.

3326.

Tschernorutzki, M. W., und Glinka-Tschernorutzkaja, Beiträge zur biochemischen Charakteristik der Konstitutionstypen des Menschen. 4. Konstitutionelle Schwankungen der Cholesterinämie. (Ter. Arch., 7., Heft 1, 1929.) (Therapeutische Hospitalklinik d. Medizin. Inst., Leningrad.) Die Höhe der Cholesterinämie stellt eine konstitutionelle Eigenschaft dar, indem sie bei Individuen mit verschiedenen Konstitutionstypen ungleich ist. Bei den Hypersthenikern zeigt die Cholesterinämie schon in der Norm relativ hohe Werte, die im Durchschnitt der oberen Grenze der allgemeinen Norm (1,2—1,8%) entsprechen. Bei Individuen des mittleren Typs hält sich die Cholesterinämie im mittleren Niveau und entspricht den arhythmischen Mittelwerten der allgemeinen Norm. Bei den Asthenikern besteht die Cholesterinämie bis zu 1% und entspricht im Mittel der unteren Grenze der allgemeinen Norm. Diese konstitutionellen Schwankungen des Cholesterinblutspiegels stehen in keiner Beziehung mit dem Alter der betreffenden Personen oder mit ihrem Krankheitszustand, und man erhält infolgedessen bei den Kranken dieselben Verhältnisse wie in der Norm. Die Schwankungsgrenzen der Cholesterinämie sowie auch ihre mittleren Werte für den einzelnen Konstitutionstyp können als „Konstitutionsnormen“ bezeichnet werden. Die konstitutionelle Hypercholesterinämie ist dem hypersthenischen Typ als solchem eigen, da überall der Unterschied im Cholesteringehalt zwischen dem hypersthenischen und dem mittleren Typ größer ist, als zwischen dem asthenischen und dem mittleren.

Was die Lipämie anbelangt, so zeigt sie im allgemeinen die gleiche konstitutionelle Korrelation wie die Cholesterinämie, indem sie höhere Werte für die Hyperstheniker und niedrigere für die Normostheniker und Astheniker aufweist. Die Korrelation ist hier jedoch weniger ausgesprochen als bei der Cholesterinämie. Man kann hinsichtlich der Lipämie und der lipolytischen Eigenschaft des Blutes folgende Erscheinung notieren: die Hyperstheniker weisen eine ausgesprochene Neigung zur Hyperlipämie und zur Erhöhung des lipolytischen Indexes auf, während die Normo- und Astheniker in dieser Beziehung sich wenig voneinander unterscheiden. Es scheint, als ob, wenigstens biochemisch, die Normostheniker ihren Eigenschaften nach den Asthenikern näherstehen als den Hypersthenikern. E. Kontorowitsch.

3327.

Moldawski, J. W., Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Schilddrüse und dem Knochenmark. (Klin. Med., russ., 9. Jahrg., 6., Heft 23 [98]). (Städt. Krankenhaus Am Urban und HämatoI. Abt. d. Krebsinst., Charité, Berlin.) Wie die hämatologischen Untersuchungen an Personen mit hyperthyreotischen Symptomen zeigten, gehört die Reizung der Erythropoese des Knochenmarkes, die sich in einer Vermehrung der Granulofilozyten äußert, zu den Kardinalsymptomen des Basedows. Dieses Symptom kann für die Frühdiagnose des Status praebasedowicus herangezogen werden. E. Kontorowitsch.

3328.

Mosser, W. Blair, Die Wirkung von Jod und Schilddrüsenfütterung auf die Schilddrüse, ein experimenteller Beitrag. (Amer. J. Surg., 6., Nr. 3, März 1929.) Verf. hat mit jungen Hunden Fütterungsversuche angestellt, wobei Jod und Schilddrüsenextrakt dem gewöhnlichen Futter beigemischt wurde. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: 1. Bei Versuchstieren regt Jod die Zelle an, Kolloid zu bilden. 2. Kolloid-Retention preßt die Zellen der Drüsen zusammen. 3. Bei Anwesenheit von experimentellem Hyperthyreoidismus läßt sich durch Jodverabreichung derselbe Effekt erzielen. 4. Bei einem Tier mit Hyperthyreoidismus bewirkt eine langdauernde Jodverabreichung einen Erschöpfungszustand der Drüse. 5. Die Jodwirkung auf die normale Schilddrüse ist ähnlich wie beim Tier. 6. Die Jodwirkung bei Basedow ist ähnlich der, die man bei der normalen Hundeschilddrüse erreicht. 7. Nach langdauernder Jodverabreichung

bei Patienten mit Basedow tritt ein Erschöpfungszustand der Drüse ein. Ein ähnlicher Zustand kann durch langdauernde Fütterung mit Jod oder Schilddrüsenextrakt bei Tieren hervorgerufen werden. 8. Der klinische Zustand eines Patienten ist nicht Entsprechend dem histologischen Bilde, wenn lange Zeit hindurch Jod genommen wurde. E. Gohrbandt, Berlin.

3329.

Klein, O., und J. Heinemann, Zur Messung der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes beim Menschen. (Zbl. inn. Med., 50., Nr. 21.) Perkutanpunktion der Arteria radialis nach Hürter, darauf Injektion von 8—10 ccm 1prozentiger Kongorotlösung in die Vena mediana der anderen Seite. Das aus der Art. rad. spritzende Blut wird aufgefangen, und zwar alle 2 Minuten ein neues U-Röhrchen gefüllt. Zeitdauer von der Injektion bis zum Erscheinen des Kongorotes in der Art. rad. beträgt bei Kreislaufgesunden 8—12 Sekunden, und ist bei Herzkranken ausnahmslos verlängert, bis zum Doppelten der normalen Zeitdauer. In einem Fall einer nervösen Tachykardie Verkürzung auf 6 Sekunden, Einseitige Beobachtung an 25 Fällen. Die erhaltenen Werte sind gegenüber der vor 6 Jahren von Koch angegebenen Methode absolut verschieden, verhalten sich aber durchaus gleichsinnig. Gustav Hoffmann, Nürnberg.

3330.

Reiche, F., Das Sedimentationsphänomen der roten Blutkörperchen. (Med. Klin., Nr. 23, 1929.) (II. Med. Klinik des Allgemeinen Krankenhauses, Hamburg-Barmbeck.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß Gesunde, abgesehen von Schwangeren, nach dem zweiten bis dritten Monat eine große Suspensionsstabilität des Blutes zeigen, daß aber der negative Ausfall der Senkungsprobe beim Nüchternblut gewöhnlich nicht zu Schlüssen verwertet zu werden vermag, daß ihr positives Ergebnis ein Anzeichen eines krankhaften Prozesses bildet und ein stark positives, bisweilen als erster wichtiger Hinweis, auf ernsterer Störung immer deutet, daß das an sich durchaus unspezifische Symptom zur Diagnose einer bestimmten Affektion nicht zu verwerten ist, da es weder charakteristisch für eine einzelne Krankheit, noch konstant bei einer solchen vorhanden ist, und schließlich, daß dieses gelegentliche Ausbleiben oder Schwachangedeutetsein in morbiden Zuständen, die in der Regel mit hochgesteigerter Senkungsgeschwindigkeit verlaufen, sich einer Erklärung bislang versagt, wie denn überhaupt die ursächlichen Bedingungen des Sedimentationsphänomens noch nicht erschlossen sind. Am ausgesprochensten ist das Phänomen bei Erkrankungen mit Zelluntergang, Eiweißschmelzung und Resorption der Zerfallsprodukte; hierdurch wird es zum guten Trennungsmerkmal zwischen eitrigen und nichteitrigen akuten Infektionen. Ein positives Ergebnis schließt immer ein rein funktionelles Leiden aus. Zur Frühdiagnose des Karzinoms eignet sich die Probe nicht. L. Gordon, Berlin.

3331.

Barta, Imre, und Jakob Mihály, Die Bedeutung der Blutplättchen und der Bluteiweißstoffe bei der Thrombenbildung. (D. Arch. klin. Med., 164., Heft 5/6.) Die Thrombenbildung als Agglutination der Blutplättchen wird durch Eiweißkörper beschleunigt, und zwar am meisten bei Zusatz von Fibrinogen, etwas weniger bei Globulin, am wenigsten bei Albumin. Die H-Ionen kommen nicht in Betracht, denn agglutinierend wirkt nur pH 3,5 bis 4,5, aber so niedrige Konzentrationen kommen im Organismus nicht vor. — Diese Versuche in vitro klären die Vorgänge in vivo herzlich wenig auf. Buttersack, Göttingen.

3332.

Brunsgaard, Chr., Das Verhalten des Blutzuckers bei Körperanstrengungen. (Norsk. Magas. f. Laegevidensk., Nr. 7, 1929.) Bei athletischen Trainierungen wurde der Blutzuckergehalt des Blutes untersucht, um die Bedeutung der Körperbewegung für den Zuckergehalt des Blutes festzustellen. Uebungen von kurzer Dauer sind immer von einer Zunahme des Zuckergehaltes begleitet. Diese Vermehrung ist zum Teil auf emotionelle Erregungen und Faktoren zurückzuführen; sie ist geringer bei ruhigem Trainieren. Die Hypoglykämie kann sicher nicht die Ursache der Ermüdung nach kurzen Uebungen sein. Dauern die Uebungen aber länger als 3 Stunden, so tritt eine Abnahme des Zuckergehaltes ein; doch ist dieselbe nie erheblich. Der Organismus besitzt eine große Fähigkeit, den Blutzuckergehalt in normaler Höhe zu erhalten. Eine bedeutende Hypoglykämie tritt nur bei schweren, langen Körperanstrengungen mit leerem Magen ein. Hier kann die Hypoglykämie auch eine Ermüdung herbeiführen. Dann sollte man in solchen Fällen Zucker in konzentrierter Wasserlösung verabreichen. Der diabetische Organismus reagiert bei diesen Versuchen in derselben Weise wieder normal. Nur sind die Variationen in bezug auf die Hyper- und Hypoglykämie bei diesem mehr ausgeprägt. S. Kalischer.

3333.

Molitschanow, N. S.: Zur Frage der osmotischen Erythrozytenresistenz und des Bilirubingehalts des Serums bei Erkrankungen der Leber. (Ter. Arch., 7., Heft 1, 1929.) (3. Militärhospital, Moskau.) Die Erythrozytenresistenz ist bei Stauungsikterus gesteigert, bei hämolytischen sowie bei dem bei Pneumonien auftretenden Ikterus herabgesetzt und zeigt bei Cholezystitis und Stauungsleber keine Veränderungen. Die vom Verfasser untersuchten Sera von Ikterus catarrhalis, Salvarsanikterus und Leberkarzinom ergaben eine ganz erhebliche Erhöhung des Bilirubins und zeigten eine direkte, sofortige Reaktion nach van den Bergh. Die hämolytischen Ikterusfälle, sowie Ikterus bei Pneumonien, Cholezystitis und Stauungsleber gaben eine umgekehrte, bzw. in seltenen Fällen eine direkte verzögerte Reaktion auf Bilirubin und geringe Erhöhung des Bilirubins im Serum (von 1,6 bis 12,5 mg auf 100 ccm). Die Cholezystitis- und Stauungsleberfälle zeigten in bezug auf den Bilirubingehalt keine deutlichen Veränderungen. Mit dem Verschwinden der Erscheinungen seitens der Leber beobachtet man zugleich auch ganz gesetzmäßige Veränderungen der Erythrozytenresistenz und des Bilirubingehalts im Serum. Die allmähliche Abnahme der Erythrozytenresistenz in Fällen mit katarrhalischem Ikterus stellt ein frühzeitiges Symptom dar, das auf den Genesungsbeginn hinweist, wobei die normalen Grenzen bereits vor dem Verschwinden der ikterischen Hautfärbung erreicht werden. Bei Ikterusformen von Stauungscharakter bleibt die Erhöhung des Bilirubingehalts im Serum nach dem Zurückgehen aller übrigen klinischen Erscheinungen (Ikterus) oft noch bestehen.

E. Kontorowitsch.

3334.

Engelen, P.: Die Energotonometrie. (Zbl. inn. Med., 50., Nr. 22.) Blutdruckmessung ist unvollkommen, da sie nur den Intensitätsfaktor, den Druck, berücksichtigt, nicht aber den Extensitätsfaktor, das Pulsvolumen. Hierzu eignet sich ein vom Verfasser beschriebenes, die Fehler der Volumetometrie nach Sahli vermeidendes, von Lautenschläger hergestelltes Energotonometer. Die Prüfung erfolgte durch Nachweis des physiologisch erwiesenen Gegensatzes zwischen Koffein- und Alkoholbeeinflussung.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

3335.

Müller, N. K., und L. N. Goldmann: Bedeutung der Histaminprobe zur Diagnose der klinischen Formen von Achylie des Magens. (Ter. Arch., 7., Heft 1, 1929.) (Poliklinik an der therapeutischen Hospitalklinik der Staatsuniversität, Moskau.) Die Histaminprobe kann nicht selten zum Nachweis freier Säure in denjenigen Fällen führen, wo eine Achylie angenommen wurde. Der negative Ausfall der Histaminprobe berechtigt jedoch noch nicht zur Annahme einer totalen Atrophie der Magendrüsen. Durch die Histaminprobe ist man imstande, Fälle von Pseudoachylie dort aufzudecken, wo es sich um Hyperaziditas larvata (Boas) handelt. Ferner erlaubt sie, die mit Verminderung der Magensaftsekretion einhergehenden Störungen seitens des Magens zu differenzieren.

E. Kontorowitsch.

3336.

Seeber, Franz: Abnormer Keimgehalt des Magens und Duodenums. (D. Arch. Klin. Med., 164., Heft 5/6.) Bei Kranken mit chronischer Gastritis (ohne freie HCl) findet sich zumeist eine abnorme Bakterienflora im Magen und Duodenum. Kranke mit gastrogenen Diarrhöen bei Anazidität haben die gleichen bakteriologischen Befunde wie andere anazide Menschen ohne Durchfälle. Bei Kranken mit Durchfällen ohne Sekretionsstörungen im Magen finden sich häufig Enterokokken. Während den Remissionen der Biermerischen Anämie ist die Bakterienflora nicht geändert. Salzsäuregaben bewirken keine normale Reaktion des Magensaftes; wohl aber wird dies für längere Zeit erreicht durch Chlorsilberkieselsäurepräparate (Silargel und Adsorgan) und Acid. citr.

Buttersack, Göttingen.

3337.

Ryshich, A. N., und L. G. Fischmann: Ueber Leberfunktion. (Experimentelle Begründung der Rosenthal'schen Leberfunktionsprobe.) (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Institut für operative Chirurgie und topographische Anatomie, Kasan.) Um zu erklären, inwieweit sowohl die Leber selbst, als auch das Retikuloendotheliale System, die Niere und die Magenschleimhaut in der Eliminierung des von Rosenthal zur Funktionsprüfung der Leber empfohlenen Phenoltetrabromphthaleins mitwirken, stellten die Verfasser eine Reihe von Versuchen an Hunden an, die zu folgenden Ergebnissen führten: Das bei normalen Bedingungen in der Dosierung 4 mmg pro Kilogewicht ins Blut des Tieres gebrachte Phenoltetrabromphthalein wird fast ausschließlich durch die Leber in die Galle ausgeschieden. Die Ausscheidung der Farbe beginnt 17 Minuten nach der Injektion und ist nach 30 bis 40 Stunden beendet. Bei Verschluss des Ductus choledochus erreicht die Re-

tention der Farbe im Blute hohe Werte, bei Erreichung des Maximums nach 48 Stunden. Die Mitwirkung des retikuloendothelialen Systems in der Eliminierung der Farbe ist ganz unbedeutend. Die Niere eliminiert in der Norm etwas mehr als 5% des intravenös eingeführten Phenoltetrabromphthaleins; dagegen übernimmt sie bei hochgradiger Funktionsstörung der Leber (experimentelle Choleämie) die Hauptrolle in der Ausscheidung der Farbe. Was ihre Ausscheidung durch die Magenschleimhaut betrifft, so wurde die Farbe 2 Stunden nach ihrer intravenösen Injektion sowohl beim normalen als auch beim cholämischen Hunde im Magen nicht mehr gefunden.

E. Kontorowitsch.

3338.

Löwenthal, Karl: Die angebliche Hypoplasie des Nebennierenmarkes bei sogenanntem Status thymico-lymphaticus. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 25.) (Pathologisches Institut d. Krankenhauses, Berlin-Lankwitz.) Es zeigt sich, dass die Grundlagen, auf denen die Lehre von der Hypoplasie des Nebennierenmarkes beruht, ebenso brüchig sind wie die des ganzen Status thymico-lymphaticus. Die berichtigten Todesfälle ohne nachweisbare anatomische Ursache lassen sich daher ebensowenig wie mit Hyperthymisation mit Hyperadrenalinämie erklären. Daß ein besonderer Mechanismus in diesen Fällen in Tätigkeit sein muß, wird mit dieser Feststellung nicht geleugnet; es fehlt bisher nur jedes sichere Zeichen dafür, worauf die abnorme Konstitution des Betroffenen beruht, ja sogar dafür, ob für den Eintritt des Todes überhaupt die Konstitution des Betroffenen oder eine einmalige Konstellation äußerer Momente das Entscheidende ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3339.

Vincent, B. B.: „Kann die Gallenblase sich auf Duodenalsondierung entleeren?“ „Ist die Gallenblase die Quelle der „B“-Galle?“ (Arch. Intern. Med., 43., Heft 2.) Auf Grund cholezystographischer Untersuchungen an 19 Patienten mit Gallengangs- und Gallenblasenerkrankung kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen.

Die Gallenblase entleert in der Tat ihren flüssigen Inhalt auf intraduodenale Reizung mit Magnesiumsulfat, Pepton, Olivenöl. Diese Entleerung wird hauptsächlich durch die Kontraktionen der tunica muscularis der Gallenblase selbst bewirkt, während äußere Faktoren, wie respiratorische Bewegung, Zwerchfelldruck, intra-abdominaler Druck, Tonuschwankungen der Duodenalwand und des Sphincter Oddi eine verhältnismäßig unbedeutende Rolle dabei spielen. Man kann auf diese Art leicht für klinische Zwecke Gallenproben zur mikroskopisch-chemischen und bakteriologischen Untersuchung mittels der Duodenalsonde erhalten, außer wenn der Gallengang durch Steine verstopft ist, oder wenn Strikturen resp. Adhäsionen den Ausführgang verlegen. Die Gallenblase ist die Quelle der sogenannten „B“-Galle, jener „B“-Fraktion dunkel gefärbter Galle, die 10,8mal so viel Jod enthält wie die „C“-Fraktion und 48mal soviel wie die „A“-Fraktion.

Zegla.

3340.

Glab, Jerzy: Eine wenig bekannte empfindliche Methode zum Nachweis der Gallenfarbstoffe im Harn. (Med. Welt, Nr. 23, 1929.) (I. Innere Abtlg. des Wola-Krankenhauses, Warschau.) Die vom Verfasser angegebene Probe wird folgendermaßen ausgeführt: Man gibt in zwei Reagenzgläser je 3 bis 4 ccm Harn. Sodann schüttelt man in das eine 2 bis 3 Tropfen konzentrierter Salzsäure und 1 bis 2 Tropfen 0,5% Natrium-Nitrit (Diaz II), wonach man das Glas schüttelt. Bei Anwesenheit von Gallenfarbstoffen tritt nach einigen Sekunden grüne oder olivgrüne Färbung auf, die sich langsam steigert. Bei Erwärmung nimmt die grüne Färbung zu. Die Färbung entsteht dadurch, daß Bilirubin unter dem Einfluß von salpetriger Säure, die aus dem Natrium-Nitrit durch die konzentrierte Salzsäure frisch erzeugt wird, sofort in das grüne Biliverdin oxydiert wird. Bei dunklem Harn und wenig Gallenfarbstoffen empfiehlt es sich, beide Reagenzgläser auf weißem Hintergrunde zu vergleichen. Die Probe ist nicht weniger empfindlich und sogar manchmal empfindlicher als die Probe von Gmelin und Huppert.

L. Gordon, Berlin.

3341.

Bujnewitsch: Zusatz zu meiner Theorie der Harnbildung. (Zbl. inn. Med., 50., Nr. 23.) Verfasser hat in dem Zentralblatt für Innere Medizin, Nr. 18, 1928, im Gegensatz zur herrschenden Bowman-Heidenhainschen Theorie die Harnbildung in der Weise geäußert, daß Wasser und Kochsalz in den Kanälchen, Harnstoff, Harnsäure usw. in den Glomeruli ausgeschieden wird. In den Glomeruli kommt ein Molekularaustausch zustande: eine äquivalente Menge Kochsalz wird durch die Glomeruli wieder aufgenommen, ebenso Wasser resorbiert, so daß in den Glomeruli auch die Harnkonzentration erfolgt. Französische Autoren haben auf Grund experimenteller Tatsachen unterdessen diese Bujnewitschsche Theorie bestätigt: Chevalier, Paris médicale, 1928, Nr. 15, und Batier, Méd. d'Alsace, 1928, Nr. 17.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

3342.

Schlayer, C., Der Ausscheidungsweg der harnfähigen Substanzen im Körper nach neuen Untersuchungen. (Z. Urol., 23., Heft 6/7.) Die Untersuchungen erstrecken sich auf Phenolphthalein, Yatrien, Milchsucker, Kreatinin und Indikan. Es zeigte sich, daß jeder Körper seine eigene Ausscheidungskurve hat. Wir unterscheiden innere und äußere Ausscheidung. Die innere Ausscheidung ist die Rückwanderung aus den Geweben in das Blut, die äußere ist die Ausscheidung in den Urin durch die Niere und zerfällt in zwei Abschnitte: die Speicherung in der Niere und die Abgabe an den Urin. Es zeigte sich, daß Speicherungsorgane Leber, Niere und Haut sind, während die Gewebe (Muskel, Lunge, Fett, Bindegewebe) die Stoffe bald wieder abgeben. Untersuchungen über die Beeinflussbarkeit der Ausscheidung harnfähiger Körper zeigten, daß diese eine sehr fein abgestufte Regulation besitzen.

E. Lehmann, Breslau.

3343.

Rivalta, F., Das Grundprinzip der Probe zur Differentialdiagnose zwischen Exsudaten und Transsudaten. (Policlinico, 36., 25.) Verf. beschreibt nochmals ausführlich die nach ihm benannte Probe: Zu 200 ccm destilliertem oder Brunnenwasser in einem Meßglas fügt man 4 Tropfen Eisessig hinzu und läßt dann in das Glas einen Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit fallen. Stellt letztere ein Exsudat dar, so sieht man, wenn man das Glas gegen das Licht hält, daß der Tropfen auf dem Wege von der Oberfläche bis zum Grunde des Glases eine gewundene, weißbläulich schimmernde, streifenartige Spur hinterläßt, welche sich allmählich in mehrere Streifen aufteilt, bis der Tropfen ganz zu Boden sinkt, wo er sich mit der untersten Schicht der das Glas füllenden Flüssigkeit vermischt. Die Farbe des sich nun bildenden Präzipitats ähnelt ganz den Rauchwolken einer Zigarre. Diese Wolken lösen sich sofort bei Zusatz von etwas Eisessig. Beim Transsudat fällt diese Reaktion negativ aus; nur manchmal bekommt man auch bei Transsudaten einen leichten, weißlichen Streifen, der immer aber schwächer ist und sich deutlich von dem positiven Streifen bei Exsudaten unterscheidet. So kann die Aszitesflüssigkeit bei Leberzirrhose nach erfolgten mehrfachen Punktionen eine derartig weißschimmernde „schwache“ positive Reaktion geben, während sie bei der ersten Punktion vollständig negativ reagierte. Eine gleiche Erscheinung sieht man in den letzten Stadien der pleuritischen oder peritonealen Exsudaten, obwohl die Abschwächung der Reaktion im allgemeinen selten vorkommt. Schließlich muß man in Betracht ziehen, daß zu einem Transsudat ein Exsudat oder umgekehrt sich gesellen kann. Die Probe fällt immer negativ aus in der hydroptischen Flüssigkeit der Gallenblase, dem Fruchtwasser, Hydramnion, Zysteninhalt von Paraovarialzysten, dem nicht verereiterten, nicht hämorrhagischen Inhalt von Echinokokkusblasen, dem normalen Liquor, ferner dem Liquor bei Meningocele, Hydrozephalus, Meningitis tbc., bei Hydronephrose und Hydrocele Erwachsener. Bei der Hydrocele vag. des Kindes, der Peritonealflüssigkeit der eingeklemmten Hernie, serösen Zysten des Funiculus spermaticus und Ovarialzysten fällt die Reaktion positiv aus.

Ashkenasy, Wien.

3344.

Schon, H. J., Arbeitstherapie. (Uges. f. Laeg., Nr. 24, 1929.) Die Arbeitstherapie hat verschiedene Aufgaben, unter anderen auch soziale; sie soll dem Kranken die Scheu und Furcht vor der Arbeit nehmen. Sie besteht in systematischer Beschäftigung unter ärztlicher Kontrolle zur Besserung und Heilung der Kranken. Man kann eine Unterhaltungstherapie, eine Erwerbstherapie und eine Aufmunterungs- oder Übungstherapie anwenden. Die aktive Behandlung bzw. die systematische Arbeitstherapie für Geisteskranken wurde erst 1924 von Simon (auf Gütersloh) wieder hervorgehoben, der 90% der Kranken beschäftigt, eine Entleerung der Zellen und Betten für unruhige Kranke dadurch erzielte, ebenso wie eine Abnahme des Gebrauches von Medikamenten. Die Arbeit beruhigte und regulierte die Lebensweise selbst der Unruhigen. Besonders in Nervensanatorien und solchen für Tuberkulose ist die Arbeitstherapie viel angewandt. In mehreren Plätzen sind bereits Lehrstätten und Kurse für Pfleger und Pflegerinnen eingerichtet; welche die Arbeits- und Beschäftigungstherapie für Kranke erlernen, ebenso für Blinde, Kinder usw. Besonders die Arbeit im Freien (Garten, Feld, Wege) ist sehr zu empfehlen. Für die Innenarbeit sind Werkstätten unentbehrlich. Schwierig sind die Fragen der Belohnung, der Beaufsichtigung und Anleitung zur Arbeit, der Verwertung der Arbeitsprodukte, der Dosierung der Arbeit und der Grenzen, in denen ein Arbeitszwang statthaft ist, wo aus freien Stücken eine Beschäftigung nicht herbeizuführen ist. Krankenpfleger sind in diesem Fache zu unterrichten, zu schulen und zu erziehen, Aerzte aufzuklären und Krankenhausinspektoren und Verwaltungen für dies Gebiet zu interessieren.

S. Kalischer.

3345.

Omeljanitz, A. P., Abnahme der Hyperglykämie und Glykosurie bei Diabetikern unter dem Einfluß körperlicher Arbeit. (Ter. Arch., 7., Heft 1, 1929.) Leichtere körperliche Anstrengungen von 10 Minuten Dauer bewirken bei Diabetikern eine Verminderung der Glykosurie sowie Herabsetzung des Blutzuckerspiegels, der unmittelbar nach der Leistung Werte bis zu 0,021 im Durchschnitt zeigt; später strebt die glykämische Kurve wieder dem Ausgangsniveau zu, ohne jedoch die vor der Leistung vorhandenen Zahlen wieder zu erreichen, so daß sich eine Stunde nach der Leistung die Hyperglykämie im Durchschnitt bis zu 0,015 herabgemindert hat. Bei der Wiederholung gleicher körperlicher Anstrengung verändert sich die glykämische Kurve ähnlich, wobei als Resultat 2 Stunden nach der ersten körperlichen Leistung eine abermalige ergänzende Abnahme des Blutzuckers eintritt. Nur in ganz seltenen Fällen wird bei Diabetikern, ähnlich wie bei Gesunden, nach körperlicher Arbeit Erhöhung des Blutzuckerspiegels beobachtet. Diese interessante, in diagnostischer Beziehung sicher wertvolle Erscheinung zu erklären, ist momentan unmöglich. Man kann vermuten, daß in solchen Fällen ein Diabetes vorliegt, bei dem die Hyperglykämie und Glykosurie infolge reichlicher Nahrungszufuhr und ungenügender Muskeltätigkeit aufgetreten ist. Da körperliche Anstrengung sowohl bei Gesunden als auch bei Diabetikern den Blutzuckerspiegel beeinflusst, so erscheint es wichtig, bei der Blutzuckerbestimmung zu Kontroll-, experimentellen bzw. diagnostischen u. dgl. Zwecken diese Wirkung auszuschließen, indem man am besten die Untersuchung des Blutes nicht früher als nach einstündigem, absolut ruhigem Verhalten des Untersuchten vornimmt. An diese Vorsichtsmaßregel muß man sich auch bei Tierexperimenten halten.

Wenn die körperliche Arbeit die Hyperglykämie und Glykosurie bei Diabetikern vermindert, erscheint ihre Anwendung als therapeutischer Faktor bei Diabetes zweckmäßig, und zwar in einer entsprechenden dem vorliegenden Falle angepaßten Dosierung und unter ständiger Kontrolle der Glykämie, der Glykosurie sowie des Zustandes des Organismus. E. Kontorowitsch.

3346.

Martensson, A., Ernährungsversuch mit Insulin bei tuberkulösen Kranken. (Uges. f. Laeg., Nr. 24, 1929.) 15 tuberkulöse, nicht diabetische Kranke wurden mit Insulininjektionen in kleinen Dosen behandelt, wodurch bei diesen eine Gewichtszunahme von durchschnittlich wöchentlich 487 g erzielt wurde, solange die Insulinzufuhr dauerte, etwa 28 Tage. Dieselben Sanatoriumskranken (Tuberkulose) ohne Insulinbehandlung nahmen bei einer Aufenthaltssdauer von durchschnittlich 144 Tagen wöchentlich nur 20 g zu. Einige nehmen an, daß die Gewichtssteigerung bei der Insulinbehandlung auf Wasserretention im Organismus mit beruhe. Bei diesen Kranken hier wurden Oedeme während der Behandlung nicht beobachtet, und die Diurese war eher erhöht als vermindert. Die meisten Kranken behielten auch ihr Gewicht bei, als man mit der Insulinzufuhr aufhörte. Durch die Gewichtszunahme besserte sich auch die Stimmung der Kranken. Die Zunahme beruht im wesentlichen auf einer Stoffwechseländerung durch die Insulinzufuhr und Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels. S. Kalischer.

3347.

Hückel, R., und H. Wenzel, Ueber Veränderungen im Tierkörper durch Vergiftung mit bestrahltem Ergosterin, insbesondere über Veränderungen der Arterien. (Z. Kreislaufforschung, 21. Jahrg., Heft 14.) Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der anatomische Prozeß auch in den Nierenarterien in der Media beginnt. Auch hier sind, wie bei der Aorta, die ersten Vorgänge Aufhellungen und Auflockerungen. Eine besondere Bevorzugung einzelner Schichten der Media konnte bei den kleinen Nierenarterien nicht beobachtet werden. Schon bei 9 mg Gesamtdosis wurden Veränderungen in der Media beobachtet. Im Gegensatz zur Aorta kommt es bei höheren Dosen in den Nierenarteriolen zu ausgesprochenen primären Nekrosen der Media, die verkalken können. Der Prozeß in der Media kann die Intima in Mitleidenschaft ziehen.

Die Tubuli sind bei geringen Dosen unverändert, zeigen jedoch bei stärkerer Vergiftung Verkalkungen, die zu Kalkzylindern führen können.

Die geschilderten anatomischen Untersuchungsbefunde haben einen interessanten, wenn auch wenig umfassenden Einblick in die Wirkungsweise des bestrahlten Ergosterins im tierischen Organismus gegeben. Es ist nach Ansicht der Autoren notwendig, die bisherigen Beobachtungen durch eingehende anatomische Untersuchungen an anderen Organsystemen zu ergänzen, damit man durch das Studium dieser anatomischen Vorgänge zu einer sicheren Erklärung des Wirkungsmechanismus der Substanz gelangt, sofern es überhaupt gestattet ist, aus dem morphologischen Befund Rückschlüsse auf funktionelle Änderungen der Organe zu ziehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3348.

Kupferberg, H., **Zum Krebsproblem.** (Strahlenther., 32., Nr. 4.) Verf. betont die Bedeutung des Vererbungsfaktors, fordert Partnern vermieden werden sollen. Von exogenen Faktoren, die namentlich bei Krebsverdacht ausschalten sind, sind zu erwähnen: Anilinfarben, Alkohol, Tabak. Ferner sind zu vermeiden oder einzuschränken: Konserven, Gewürze, Säuren, Süßigkeiten. Dieselben Vorschriften gelten bei nachgewiesenem Krebs, gleich welche Behandlung vorgenommen wird. Die Strahlenbehandlung rückt als Methode der Wahl immer mehr in den Vordergrund.

Kirschmann.

3349.

Schneider, Erich, **Die Genese der Krebskachexie.** (Dtsch. Z. Chir., 216., 3/4. Heft.) Ueber die Vorgänge des Eiweißumsatzes im Krebsgewebe wissen wir zur Zeit nichts oder fast gar nichts, während die Abweichung im Kohlehydratstoffwechsel hauptsächlich infolge der Arbeiten von O. Warburg bekannt ist. Die quantitative Bestimmung des veränderten Kohlehydratumsatzes allein genügt nicht, die Krebskachexie zu erklären. Sie wird durch sekundäre Faktoren herbeigeführt, wobei in erster Linie die Leberschädigung verantwortlich zu machen ist. Um diese möglichst lange zu vermeiden, empfiehlt Verf., den Kranken eine kohlehydratreiche Kost unter Verwendung von Insulin zu geben, und weist auf die klinischen Ergebnisse hin.

E. Gohrbandt, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

3350.

Savitsky, Nathan, und S. Philip Goodhart, **Bedeutung der Infektion für die vegetative Symptomatologie der Neurosen.** (J. nerv. Dis., 69., Nr. 1.) An Hand von 3 Fällen, bei denen ohne nachweisbare Anzeichen einer Magendarmerkrankung im Anschluß an eine Enzephalitis monatelanges Erbrechen auftrat, wird darauf hingewiesen, daß bei derartigen Fällen entzündliche Prozesse im vegetativen System die Ursache für die klinischen Erscheinungen sein könnten.

W. Misch, Berlin.

3351.

Schulz, Bruno, **Ueber die hereditären Beziehungen der Hirnarteriosklerose.** (Z. Neur., 120., Heft 1.) Unter den Geschwistern von 100 verheirateten Hirnarteriosklerotikern fand sich weniger Paralyse als in der Durchschnittsbevölkerung; auch manisch-depressives Irresein, Dementia praecox und Epilepsie fanden sich seltener als dort. Häufiger als dort dagegen fanden sich asylierte Psychopathien, Suizide und Alterspsychosen, und zwar ist wahrscheinlich, daß es sich bei den Alterspsychosen vor allem um Arteriosklerotische Psychosen handelt. Todesfälle an Arteriosklerose und Schlag, wie auch an Hirnschlag allein, fanden sich etwa doppelt so häufig wie in der Durchschnittsbevölkerung, Todesfälle an Tuberkulose etwa halb so häufig wie dort. Die Befunde hinsichtlich der arteriosklerotischen Psychosen und der Todesfälle an Hirnschlag, Schlag und Arteriosklerose sprechen für eine Erblichkeit der Arteriosklerose überhaupt und der Neigung zur Hirnarteriosklerose im besonderen. Gegen eine oft behauptete Verwandtschaft zwischen manisch-depressivem Irresein und Arteriosklerose spricht nicht nur die niedrige Ziffer, die sich für das (doch wohl rein endogene) manisch-depressive Irresein unter dem Material fand, sondern auch die geringe Zahl der Todesfälle an Tuberkulose, die nach Luxenburger in den Geschwisterschaften Manisch-Depressiver nicht geringer ist als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Befunde unter den Probandenältern erscheinen, soweit es sich um Psychosen handelt, ziemlich uncharakteristisch; in bezug auf Tod an Tuberkulose, Schlag, Arteriosklerose und Hirnschlag stimmen sie mit den bei den Geschwistern erhobenen Befunden überein.

Hans Knospe.

3352.

Perkins, Orman C., **Gliom der Medulla oblongata.** (J. nerv. Dis., 69., Nr. 1.) Der Tumor betraf die linke Seite der Medulla oblongata von der Höhe der Pyramidenkreuzung bis zur mittleren Olivenregion. Die durch die Geschwulst bewirkten Symptome umfaßten das Syndrom der Art. cerebelli post. inf., dazu Affektion des Hypoglossus und der Pyramide. Im einzelnen bestand gleichseitig: Hemiasynergie und Hemiataxie, Larynx-, Gaumensegel- und Akzessoriuslähmung, Hemianästhesie des Gesichts, Fazialis- und Hypoglossuslähmung, Nystagmus; gekreuzt: Hemiplegie, Schmerz- und Temperaturempfindungsstörung unter Verschönerung des Gesichts; ferner Puls- und Atmungsstörungen sowie Schwindel.

Misch, Berlin.

3353.

Flesch, Julius, **Zur Kasuistik der Hypophysengangzysten.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 15.) Bericht über einen Fall von zystischem Tumor des Hypophysenganges, der unter dem Bilde eines basalen Hirntumors kachektisch zum Tode führt. Eine ätiologische Diagnose konnte invivo nicht gestellt werden. In symptomatologischer Hinsicht fiel aber stets das Syndrom einer hypophysären Kachexie, die Schlafsucht, das Fehlen der Behaarung und die chronische Kachexie auf.

Maslowsky.

3354.

Strecker, Herbert, **Ueber das Problem der Hirnschwellung, insbesondere der durch Aufsaugung von Liquor entstandenen bzw. ihr zugeschriebenen.** (Z. Neur., 120., Heft 1, 1929.) Bestimmung von Differenz zwischen Schädelinnenraum und Hirnvolumen, zerebraler Liquormenge und Quellungsfähigkeit des Hirns in 10% Formol-lösung bei 170 Sektionen ergab, daß aus dem allmählichen Abnehmen des Liquors nach dem Tode nicht ohne weiteres geschlossen werden kann, daß der Liquor ausschließlich in das Hirn aufgesaugt worden ist. Kritische Betrachtung von 174 von Brandes angeführten Fällen ergab das gleiche. Unmittelbar nach dem Tode (unter Umständen schon terminal) kann ein beträchtliches Liquordefizit vorhanden sein, dessen Ursache eher in einem Ueberwiegen von Liquorresorption über Liquorproduktion zu suchen ist, als in einem Aufgesaugtwerden von Liquor in das Hirn. Die der Sektionszeit proportionale Abnahme der Quellungsfähigkeit des Hirns in Formol ist unabhängig von den Liquorverhältnissen und eventuell vorhandener Hirnschwellung, sie hat ihre Ursache größtenteils in Zersetzungsvorgängen in der Schädelhöhle und kann daher nicht als Beweis für das Vorhandensein postmortalen Aufsaugung von Liquor angeführt werden.

Hans Knospe.

3355.

Kawata, Naokichi, **Was bedeutet die eigenartige Lokalisation der Corpora amylacea?** (Z. Neur., 120., Heft 1, 1929.) Die Angaben Redlichs über die Lokalisation der Corpora amylacea beim Erwachsenen werden bestätigt. Das erste Auftreten der Corpora amylacea fällt durchschnittlich mit dem Abschluß der Gehirnreifung (Ende des zweiten Jahrzehnts) zusammen. Es gelang nicht, die Ablagerungsstätten der Corpora amylacea mit einem bestimmten intrazerebralen Lymphstrom in Beziehung zu setzen. Weder konnte die Annahme eines vom Ventrikel zur Rinde gehenden, noch eines umgekehrt verlaufenden Lymphstromes die Lokalisationsregeln erklären. Annehmbarer erschien die Vermutung, daß der fertige Liquor an bestimmten Stellen der Stauung oder der Konzentration, zu einer oberflächlichen Imbibition der glösen Substanz und zur Ausfällung bestimmter in Lösung gehender Substanzen als Corpora amylacea führt. Jedenfalls finden sich die Corpora amylacea entlang der Strombahn des Liquor. Doch besteht auch hier keine volle Uebereinstimmung. So bleibt nur die Annahme einer besonderen Disposition der befallenen Gewebe für die Ablagerung der Corpora amylacea übrig. Dafür scheint die Tatsache zu sprechen, daß kolloidale Farbstoffe, wenigstens beim Neugeborenen, reichlicher an diesen Stellen erscheinen, und daß die physiologischen Fettkörnchenzellen des menschlichen Neugeborenen eine ähnliche Lokalisationsregel aufweisen. Die letzten Ursachen dieser Gewebsdisposition (phylogenetische, ontogenetische Rückbildungsvorgänge oder Stoffwechselbezirke mit besonderen Formen der Ernährungsströme) sind bisher unbekannt.

Hans Knospe.

3356.

Fulton, J. F., und Percival Bailey, **Tumoren in der Gegend des dritten Ventrikels; ihre Diagnose und ihr Verhältnis zum pathologischen Schlaf.** (J. nerv. Dis., 69., Nr. 1.) Die Untersuchung geht aus von einem Fall von Narkolepsie mit Lachschlag, Adipositas und Epistaxis, der allerdings nicht operativ oder autopsisch verifiziert wurde. Es werden dann weiter die Tumoren beschrieben, die besonders den Hypothalamus befallen, und hierzu ein Fall mitgeteilt, der mit Amenorrhoe, Schläfrigkeit, Polydipsie und Polyurie begann, später Adipositas und schließlich heftige Kopfschmerzen und Sehstörungen durch Sehnerveneratrophie aufwies; nach Dekompressions-Trepanation trat der Exitus ein; die Autopsie ergab ein kleines Lymphoblastom des Tuber cinereum und Infundibulum bei Intaktheit der Hypophyse. Aus der Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten Fälle geht hervor, daß die primären Tumoren des Hypothalamus als Initialsymptome Hypersomnie, Diabetes insipidus und Dystrophia adiposo-genitalis aufweisen. — Die Tumoren im dritten Ventrikel weisen sehr unbestimmte Symptome auf; diese sind abhängig von der Lokalisation des Tumors zur Ventrikelwand. In dem einen mitgeteilten Fall, bei dem eine Zyste des Plexus chorioideus im oberen Ventrikelteil vorlag, bestanden seit 20 Jahren Vertigoanfälle sowie seit 3 Jahren plötzliche Anfälle von periodischem Kopfschmerz, die durch Rückwärtshaltung des Kopfes behoben werden konnten;

die Diagnose ließ sich durch Ventrikulographie stellen. Bei einem weiteren Fall eines großen Astroblastoms des dritten Ventrikels fanden sich psychische Störungen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schläfrigkeit, Stauungspapille, Pyramiden- und Kleinhirnzeichen; charakteristisch ist das Auftreten von deutlichen Pyramiden- und Extrapiramidalen Symptomen mit mehr oder weniger ausgeprägten Sensibilitätsstörungen, besonders Astereognose, ferner ein eigenartiger steifer watschelnder Gang mit Auswärtsdrehung der Zehen und ein parkinsonartiges Aussehen. In einem weiteren Fall eines Zirbeldrüsentumors, der den ganzen dritten Ventrikel ausfüllte und Chiasma und Hypophyse infiltriert hatte, begann die Erkrankung mit Diabetes insipidus, dazu kamen Obstipation, Abmagerung, Erbrechen, Zellvermehrung im Liquor sowie psychische Symptome, die für neurotisch gehalten und psychoanalytisch angegangen wurden; schließlich kam es zu genitaler Dystrophie, Kopfschmerzen, Sehstörungen mit bitemporaler Hemianopsie, Schlafattacken und Gewichtszunahme. — Zusammenfassend kommen die Verfasser zu dem Ergebnis, daß es ein Syndrom des dritten Ventrikels an sich nicht gibt, sondern daß die Tumoren desselben charakteristische Symptome auslösen durch Druck auf die Ventrikelwand und die in ihr enthaltenen Kerne und Fasern. Im einzelnen lassen sich unterscheiden: 1. das Infundibularsyndrom (Polyurie, Adipositas); 2. das Syndrom des zentralen Höhlengraus um das hintere Ende des dritten Ventrikels und den Aquäduktus Sylvii (Hypersomnie); 3. das Thalamussyndrom (zentrale Schmerzen, Hypästhesia dolorosa); 4. das extrapyramidale Syndrom (Bradykinesie, Rigidität); 5. das Enthirnungssyndrom (Hypertonie, Magnus de Kleinsche Reflexe); 6. das Parinaudsche Syndrom (Lähmung der konjugierten vertikalen Bulbusbewegungen); 7. das Syndrom des Corpus Luysii (Hemichorea); 8. das Hypophysitismus-Syndrom (Infantilisimus, Hypotrichosis, Herabsetzung des Stoffwechsels); 9. Syndrom des Gyrus uncinatus (Riech- und Geschmacksstörungen). Alle diese Syndrome sind lokalisatorisch wertvoll besonders dann, wenn sie vor den Hirndrucksymptomen auftreten. Besonders wichtig für die Lokalisation sind das Infundibularsyndrom und die Hypersomnie, obwohl ihre Bedeutung meist verkannt wird.

W. Misch, Berlin.

3357.

Palcsó, V., **Meningismus nach Lumbalpunktion.** (Dtsch. Z. Nervenhe., 109., Heft 1 bis 2.) Die Ursachen des nach Lumbalpunktion auftretenden Meningismus sind in der Druckverminderung des Liquors zu suchen. Einen sicheren Schutz dagegen bietet die statt der Lumbalpunktion ausgeführte Zysternenpunktion, und es dürfen nach Möglichkeit nicht mehr als 5 ccm Liquor abgelassen werden. Die Maßregeln gegen Auftreten von Meningismus nach Lumbalpunktion sind folgende: Verwendung einer dünnen Nadel, Ablassen von möglichst wenig Liquor, Einspritzen von physiologischer Kochsalzlösung an Stelle des entnommenen Liquors, der Kranke soll nach der Punktion stundenlang mit erhöhtem Becken liegen, um dadurch den positiven Druck des Rückenmarkes im subarachnoidealen Raum zu vermindern oder auf Null zu reduzieren. Treten trotzdem Beschwerden auf, so gebe man Pyramidon und Hypophysispräparate (zur Beschleunigung der Liquorbildung).

Kurt Mendel, Berlin.

3358.

Boddin, M., **Myatonia congenita bei zwei Geschwistern.** (Arch. f. Kdhlkd., 88., 1, 1929.) (Univ.-Kinderklinik, Berlin.) Die Myatonia congenita ist keine reine Muskelatrophie, sondern eine Erkrankung des zentralen Nervensystems. Sie beruht auf einer im Keimplasma determinierten Minderwertigkeit der trophischen Nervenbahnen. Machen Neugeborene oder kleine Kinder nicht die ihrem Alter entsprechenden Bewegungen, so muß an Myatonia congenita gedacht werden. Sehr empfehlenswert in therapeutischer Hinsicht sind intramuskuläre Injektionen einer 10prozentigen Traubenzuckerlösung. Außerdem sind als Übungstherapie Bäder mit reichlichem Salzzusatz sehr wirksam. Schutz vor jeder Infektion ist bei Myatonikern sehr wichtig, da sie leider an Infekten zugrunde gehen.

Pogorschelsky, Breslau.

3359.

Stiefler, Georg, **Ueber die Behandlung der Ischias.** (Wien. med. Wsch., 79., Nr. 15, 1929.) Verf. empfiehlt folgende Behandlung der sogenannten idiopathischen Ischias. Zu Beginn der Behandlung energische Diaphoresis und anschließende Elektrotherapie, wobei an erster Stelle die Galvanisation steht. Diathermie ist im allgemeinen nicht so wirksam wie die Galvanisation, doch gibt es Fälle, bei denen letztere versagt, die Diathermie hingegen zum Ziele führt. Vor Farradisation und Hochfrequenzbestrahlung wird gewarnt. Die elektrische Behandlung kann unterstützt werden durch eine unspezifische Reizkörpertherapie. Von den örtlichen Injektionsbehandlungsmethoden wird der Epiduralinjektion gegenüber der perineuralen Infiltration der Vorzug gegeben. Bei beiden Injektionsmethoden wird physiologische Kochsalzlösung verwendet. Massage

und unblutige Nervendehnung bei gleichzeitiger Verwendung warmer Bäder leisten bei chronischen Fällen gute Dienste, sind aber bei frischen Fällen zu vermeiden. Für die Balneotherapie kommen nicht die akuten, frischen Fälle, sondern die subakuten und chronischen in Betracht.

M a s l o w s k y.

3360.

Geucher, B. F., **Insulinanwendung in der neuro-psychiatrischen Praxis.** (Klin. Med., russ., 9. Jahrg., 6., Heft 23.) In einer ganzen Reihe von Fällen (Psychasthenie, Hysterie, Narkomanie, traumatische Neurose, nervöse Depression usw.), vorwiegend bei Personen mit asthenischem Habitus, wurde durch kleine Insulingaben Besserung des Allgemeinzustandes, Gewichtszunahme und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erzielt. Das Insulin wurde einmal täglich in einer Dosis von 5 bis 10, seltener 25 Einheiten neben reichlicher Zufuhr von Kohlehydraten injiziert; insgesamt 15 bis 25 Injektionen.

E. K o n t o r o w i t s c h.

3361.

Jessmann, P., **„Äußerer Anlaß“ und „innerer Zusammenhang“ bei Renten neurosen.** (Nervenarzt, 2. Jahrg., Heft 7.) Im Anschluß an einen Fall von Renten hysterie wird auf eine Entscheidung des Reichsgerichts hingewiesen, in welcher es heißt: „Überall, wo nicht die Körperverletzung, in der Regel der Unfall, selbst eine nervöse Erkrankung hervorgerufen hat, aus welcher dann in weiterer Folge die Begehrungsvorstellungen nach der Rente verbunden mit der Einbildung, ganz erwerbsunfähig geworden zu sein, in dem Verletzten sich entwickelt haben, sondern wo nur ein äußerer Zusammenhang durch das Erleben des Unfalls und die Erinnerung an ihn besteht und das Rentenbegehren nachträglich durch einen Mangel an Widerstandskraft gegen die auftretenden Begehrungsvorstellungen zur Entfaltung gekommen ist, ist ein ursächlicher Zusammenhang nicht mehr gegeben.“ Weiter führt Verf. aus: Schockwirkungen nach Unfällen klingen in sehr kurzer Zeit ab, ohne jemals dauernde krankhafte Veränderungen körperlicher und psychischer Art zu hinterlassen. Werden derartige Veränderungen längere Zeit nach dem verursachenden Ereignis noch gefunden, dann hat es sich eben nicht allein um eine Schockwirkung, sondern um eine mit der Schockwirkung an sich in keinem direkten Zusammenhang stehende Schädigung des Organismus bzw. des Zentralnervensystems gehandelt. Die „Willensschwäche“ des Traumatikers ist eine den anderen Erscheinungen der Renten neurose an die Seite zu stellende Äußerung der psychogenen Reaktion gelegentlich des Entschädigungsverfahrens. Im allgemeinen kann ein genauer Zeitpunkt nicht angegeben werden, wann rentenneurotische Erscheinungen zum ersten Male aufgetreten sind. Diese Unsicherheit beruht meistens darauf, daß sich das Abklingen bzw. Ausheilen der direkten Unfallfolgen und die Entwicklung der Rentenwünsche üblicherweise so zu überlagern pflegen, daß eine genaue Scheidung nach dem Datum nicht erfolgen kann: Andererseits haben Untersuchungen in dieser Richtung gezeigt, daß der Zeitpunkt des Auftretens von rentenneurotischen Erscheinungen durchschnittlich viel früher anzusetzen ist, als das allgemein angenommen wird. Im einzelnen wird dieses Auftreten davon abhängen, wann die betreffende Persönlichkeit im Gange des Entschädigungsverfahrens zum ersten Male auf die Rentenfrage überhaupt hingewiesen worden ist. Wenn im Falle der echten traumatischen Psychose die „Beteiligung“ am oder durch den Unfall als bedingende Ursache anerkannt wird, dann und dann allein besteht auch die Berechtigung, von Krankheit zu sprechen. Die Renten neurose aber ist keine Krankheit im Sinne der medizinischen Wissenschaft, sondern eine nur psychologisch zu beurteilende und zu bewertende Einstellung (Reaktion) der Persönlichkeit auf das Entschädigungsverfahren. Die Diagnose einer Renten neurose schließt den adäquaten Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden aus. Es wäre wünschenswert, daß das Reichsgericht die bei der Beurteilung der Renten neurose anzuwendenden Rechtsgrundsätze erneut formuliert und den juristischen und medizinischen Instanzen bekanntgibt.

Kurt Mendel, Berlin.

3362.

Tramer, W., **Geburtsmonat und Psychose.** (Schweiz. Arch. Neur., 24., Heft 1.) Die Häufigkeit der Geburten ist in den verschiedenen Monaten desselben Jahres sowohl wie auch verschiedener Jahre nicht die gleiche. Häufigkeitsmaximum der Geburten im Februar, März, April, ein Minimum im Oktober, November, Dezember, Zeugungs- bzw. Empfängnismaximum in der zweiten Hälfte des Frühlings und im Anfangsteil des Sommers. Da die äußeren Wachstums- und Entwicklungsbedingungen in den einzelnen Abschnitten des Jahres als erheblich verschieden anzusehen sind, kann es für das weitere Lebensschicksal des Kindes nicht gleichgültig sein, in welchem Monat des Jahres es zur Welt kam. Unter Berücksichtigung von 3100 Geisteskranken glaubt Verf., zeigen zu können, daß der Geburtsmonat für die Erkrankung an einer konstitutionell bedingten Geisteskrankheit von ätiologischer Bedeutung

st. Er schließt seine sehr vorsichtig aufzunehmenden Ausführungen wie folgt: „Der Geburtsmonat (und dadurch auch der Zeugungsmonat) eines Menschen erscheint von biologischer Bedeutung für seinen Lebensablauf. Insbesondere ergibt sich das empirische Resultat, daß die Wahrscheinlichkeit für die Erkrankung an einer konstitutionell bedingten Geisteskrankheit für die im Monat Mai geborenen Kinder relativ am kleinsten ist. Für die im Monat Dezember Geborenen ist sie anscheinend am größten.“

Kurt Mendel, Berlin.

3363.

Markuszewicz, R., **Störungen des Selbsterhaltungstriebes bei Schizophrenie.** (Nowiny Psychiatr., Heft 3—4, 1929.) (Psychiatr. Abt. d. Krankenhauses „Czyste“, Warschau.) Verfasser, gestützt auf die Analyse eines Krankheitsfalles, versucht nachzuweisen, daß bei Schizophrenie nicht nur das Geschlechtsempfinden, sondern auch der Selbsterhaltungstrieb gestört ist. Auf Grund psychoanalytischer Untersuchungen des Kranken gelangte er zu nachstehenden Folgerungen:

1. Der Selbsterhaltungstrieb ist vom Geschlechtstrieb scharf auseinanderzuhalten.
2. Der Selbsterhaltungstrieb unterliegt den gleichen Umwandlungen und Störungen, z. B. Sublimation und pathologische Steigerung, wie der Geschlechtstrieb.

Verfasser betont die Notwendigkeit der Analyse der psychischen Erscheinungsformen des Selbsterhaltungstriebes, der als ein psychisch sehr bedeutsamer Faktor anzusehen ist.

Br. Jesionowski.

3364.

Kirow, J. I., **Zur Frage der Heterotransplantation bei Homosexualismus.** (Wratsch. Djeło, 11. Jahrg., Nr. 20.) (Forschungsinstitut für Psychiatrie, Charkow.) Mitteilung eines Falles. 27jährige Patientin. Solange sie denken kann, hatte sie Widerwillen gegen Mädchenkleider und trug seit der Kindheit mit Vorliebe Knabenanzüge. Sie spielte auch lieber mit Knaben und fühlte sich unter ihnen als gleichwertiges Mitglied, während sie die Mädchenspiele stets mied. Der Hang nach männlicher Kleidung nahm immer mehr zu, so daß sie ausschließlich diese trug. Seit der Jugend zeigte sich Gefühlsneigung zu den Geschlechtsgenossen. Etwa mit 13 Jahren wurde sie von einem Manne geschlechtlich mißbraucht. Ueber die Folgen dieses Koitus (Schwangerschaft?, Abort?) macht sie unbestimmte Angaben, desgleichen über die Menses. Männliche Personen interessieren sie nicht, und ihre Neigung und Geschlechtstrieb sind ausschließlich auf das weibliche Geschlecht gerichtet. Geschlechtlichen Verkehr mit Männern (außer dem erwähnten Zwischenfall mit 13 Jahren) hatte sie nie. Verliebt sich sehr leicht in Frauen und trat wegen der letzteren öfters in Schlägereien mit Männern. Einige Zeit mit einer Frau „verheiratet“. — Ueberwiegend weiblicher Habitus. Spricht mit männlicher Stimme. Gesicht und Manieren nähern sich dem männlichen Typus. Scham- und Axillarbehaarung spärlich. Äußere Geschlechtsorgane: weiblich in der Norm. Die gynäkologische Untersuchung ergibt eine kleine Portio vaginalis; die Eierstöcke können nicht gefühlt werden. Weiblichen Personen gegenüber besteht ein starkes Schamgefühl, nicht aber gegenüber Männern. Von sich selber spricht sie nur im männlichen Geschlecht. Ausgesprochene Antipathie gegen alles Weibliche; verwünscht ihre Mammae. — Es handelt sich also um eine homosexuelle Transvestitin. Wie es scheint, war die Funktion des Ovariums bei der Patientin gestört; während ihres mehrmonatigen Aufenthalts in der Klinik traten keine Menses ein. — Von den Beobachtungen Steinachs und Lichtensterns, Rohleders, Mühsams u. a. ausgehend, machte Verf. in diesem Fall den Versuch, durch heteroplastische Eierstocküberpflanzung auf das Ovarium der Patientin einzuwirken. Eine vorherige Kastration wurde wegen der Kompliziertheit eines solchen Eingriffes beim Weibe nicht ausgeführt. Die Eierstöcke waren vom Schaf und Schwein entnommen und wurden der Patientin unterhalb der rechten Brust verpflanzt. Zu Ende des dritten Monats begann das Transplantat sich zu resorbieren. Die Operation blieb sowohl hinsichtlich des psychischen als auch des physischen Status der Patientin ohne Erfolg.

E. Kontorowitsch.

3365.

Schröder, Knud, **Ueber Sulfosinbehandlung der Schizophrenie.** (Uges. f. Laeg., Nr. 25, 1929.) Die Sulfosinbehandlung der Schizophrenie (Dementia praecox) wird vom Verf. fast der Behandlung der Paralyse mit Sulfosin gleichgestellt, obwohl die bestätigenden und lang genug angestellten Beobachtungen noch ausstehen. Er berichtet hier über 6 Fälle von Schizophrenie, die mit Sulfosin behandelt sind und will 3 geheilt, 3 gebessert haben. Er verweist auf die günstigen Erfolge, die Marcuse und Kallman mit Sulfosin bei Schizophrenie gehabt haben. Die Blutuntersuchungen bei der Schwefelbehandlung wären sehr erwünscht. Auch Loberg sah gute Erfolge bei Schizophrenie, die er auf einen infektiösen Prozeß sowie

die Paralyse und Enzephalitis zurückführt. Daraus erklärt er die günstige Wirkung des Sulfosins.

S. Kalischer.

3366.

Swierczek, St., **Ueber die Malariabehandlung der progressiven Paralyse, mit Berücksichtigung der Ergebnisse in Dziekanka.** (Nowiny Psychiatr., Heft 3/4, 1929.) (Psychiatr. Landeshosp., Dziekanka.) Verfasser gibt einen ausführlichen Ueberblick über die Publikationen bezüglich Malariabehandlung der progressiven Paralyse, berücksichtigt in gleicher Weise sowohl die optimistischen als auch die pessimistischen Meinungen und berichtet über die in Dziekanka in den letzten 3 Jahren gemachten Erfahrungen, wo bei 79 Fällen 11,3% Todesfälle nach Malariabehandlung und nur 30,24% Besserungen, einschl. 10% Remissionen, zu verzeichnen waren.

Gegenüber den optimistischen Anschauungen betont Verfasser die hohe Sterblichkeit der Paralytiker nach Malaria (bis zu 23,8%); er wendet sich gegen Verwertung der Ergebnisse der kombinierten Behandlung — Malaria + chemische Mittel — zugunsten der Malaria. Viele optimistisch eingestellte Forscher lassen auch den Umstand außer acht, daß spontane Remissionen vorkommen. In Dziekanka stand man der Malariabehandlung der progressiven Paralyse von Anfang an mißtrauisch gegenüber, schon aus theoretischen Erwägungen. Für die Richtigkeit dieser pessimistischen Einstellung sprechen die eigenen Erfahrungen wie auch die Tatsache, daß die Statistiken optimistisch eingestellter Forscher seit einer Reihe von Jahren einen mehr und mehr sinkenden Prozentsatz geheilter bzw. gebesserter Fälle von malariabehandelter progressiver Paralyse aufweisen.

Br. Jesionowski.

3367.

Zajaczkowski, H., **Die Schlaflosigkeit Geisteskranker und ihre Behandlung in Dziekanka.** (Nowiny Psychiatr., Heft 3/4, 1929.) (Psychiatr. Landeshospital, Dziekanka.) Verfasser bespricht die Beobachtungen über die Schlaflosigkeit Geisteskranker, die an einem großen Krankenmaterial (über 1000 Betten) während eines längeren Zeitraumes (10 Jahre) in Dziekanka gemacht worden sind und berichtet, daß 1. die Schlaflosigkeit meist nur partiell ist und periodisch auftritt, 2. daß sie vom Charakter der Krankheit nicht abhängt, 3. daß Schlafmittel sie eigentlich wenig oder gar nicht beeinflussen und daher schädlich und zwecklos sind.

Verfasser sieht die Schlaflosigkeit als Hypofunktion des hypothetischen Schlafzentrums an. Nach den in Dziekanka gemachten Erfahrungen ist die Wirkung der Schlafmittel als problematisch zu werten. Kranke haben trotz Schlafmittel schlecht oder gar nicht geschlafen. Erst nach Ablauf der schlaflosen Periode trat wieder normaler Schlaf ein. Bei anderen schlaflosen Kranken, die keine Schlafmittel bekamen, stellte sich der Schlaf von selbst ein, nachdem die schlaflose Periode vorüber war. Infolge dieser Erfahrungen werden in Dziekanka Schlafmittel selten verabreicht (wenige Dosen im Monat) und zwar nur dann, wenn ein Kranker während drei Tagen gar nicht oder weniger als vier Stunden täglich geschlafen hat. Diese Praxis ist für den Gesundheitszustand der Patienten vorteilhaft, weil deren Organismus vor toxischen Wirkungen bewahrt bleibt. Auch das Budget der Anstalt wird hierbei entlastet.

Br. Jesionowski.

Soziale und gerichtliche Medizin

3368.

Cohn, Julius, **5 Jahre Berliner Krankenkassenambulatorien.** (Soc. Med., Nr. 6, 1929.) Die Ambulatorien sind eine organische Entwicklungsstufe in der veränderungsbedürftigen Ausübungsform des ärztlichen Berufes. Sie fassen den in seine Spezialfächer aufgesplitterten ärztlichen Beruf zunächst einmal räumlich zusammen und ermöglichen ein Hand-in-Handarbeiten der verschiedenen Fachärzte, wie man es bisher nur in den Krankenhäusern großen Stils fand.

Die Ambulatorien wurden Januar 1924 gegründet, an Zahl 16, bald auf 39 erhöht. Sie dienen einer ausgedehnten Behandlung der Familienangehörigen. 14 Ambulatorien besitzen Röntgenapparate, ein Ambulatorium ist mit Tiefentherapieapparatur ausgerüstet. Es sollte durch diese Ambulatorien, welche mit allen physikalischen Hilfsmitteln ausgestattet sind, auch dem ständig steigenden Verbrauch an Arzneimitteln entgegengetreten werden. Es scheint dies gelungen zu sein, denn die Ausgaben an Arzneien für Familienangehörige betragen nur 10% derjenigen für die Mitglieder. In Zukunft werden die neuen Ambulatoriumsärzte aus den Reihen der Berliner Kassenärzte nur auf die Dauer von 6 Monaten gewählt. Ein Kuratorium führt die Verwaltung; in der Geschäftsstelle, im Auftrage des Kuratoriums fungierend, hat erfreulicherweise der Chefarzt gebührenden Einfluß! Die Ausgaben betrugen im Jahre

1927: 4 759 795,59 M. Auf den Kopf des Versicherten fallen monatlich 40 Pf. Die Frequenz ist eine steigende: 1926: 2 403 616 Personen; 1927: 3 100 604 Besucher. Die Gesamtkosten betragen für den Fall: 3,69 M. „Das bedeutet, daß die ärztliche Behandlung in den Ambulatorien sich wesentlich billiger gestaltet als bei irgendeinem anderen Arztsystem.“
Michaelis, Bitterfeld.

3368a.

Berger, H., **Schonungskranke in der Krankenversicherung?** (Soz. Med., Nr. 8, 1929.) Eine lückenlose, wissenschaftliche Begriffsbestimmung der Krankheit gibt es nicht. Nach der RVO ist Krankheit ein anormaler Körperzustand, der in der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln wahrnehmbar zutage tritt. Da es sicher eine recht große Anzahl von Kassenmitgliedern gibt, die weder krank im obigen Sinne noch voll gesund sind, schlägt Berger eine Mittelstufe, „Schonungskranke“, „Halbkranke“, vor. Hierunter gehören alle Rekoneszenten; alle, welche wegen Krankheitsverdachts zur Beobachtung kommen, ferner Leute, welche der Arzt für krank hält, ohne beweisende Symptome finden zu können; auch solche, bei denen die nachweisbaren Symptome nicht hinreichen, um die angegebenen Klagen zu rechtfertigen; schließlich Kranke mit rein örtlichen oder sonst die allgemeine Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigenden Leiden. Sie sollen ein geringeres Krankengeld erhalten.
Michaelis, Bitterfeld.

3369.

Neustätter, O., **Wesen und Organisation des Gesundheitsdienstes der deutschen privaten Lebensversicherungsanstalten.** (Soz. Med., Nr. 6, 1929.) Die „Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung“ bezweckt, den Gesundheitsdienst zu fördern, indem sie den Mitgliedsgesellschaften alles dienstbar macht, was diesem Ziele zutrifft. Die gesundheitliche Beratung der Mitglieder wird so durchgeführt, daß sie etwa alle 3 Jahre sich bei dem Arzte ihrer Wahl frei untersuchen lassen können und entsprechenden Rat empfangen. Die Gesellschaft erhält keinen Bescheid über die Krankheit. Die hygienische Belehrung wird durch eine Zeitung verbreitet.
Michaelis, Bitterfeld.

3370.

Korbmacher, R., **Doppelleistungen in der Krankenversicherung.** (Krank.Vers., Nr. 14, 1929.) Ausgeschlossen ist eine Doppelversicherung bei zwei Krankenkassen der Reichsversicherung (Knappschaft). Zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung besteht kein Unterschied. Dagegen kann jeder einer reichsgesetzlichen Krankenkasse und gleichzeitig einem privaten Versicherungsunternehmen angehören. Die ärztliche Behandlung kann nur einmal gewährt werden; der Versicherte kann sich die Kasse wählen. Die Barleistung erhält der Versicherte in voller Höhe doppelt. Nach § 189 RVO. darf das gesamte Krankengeld den täglichen Arbeitsverdienst nicht übersteigen.

Der Arbeitslose kann unter bestimmten Voraussetzungen (6 Wochen) einer Doppelversicherung unterliegen (Ansprüche aus einer alten Beschäftigung und Arbeitslosenversicherung). Hierüber liegen widersprechende Entscheidungen vor.

Für Familienmitglieder, welche keinen Anspruch aus eigener Versicherung mehr haben, kommt die Familienpflege nicht in Betracht.

Hinsichtlich des Sterbegeldes ist eine Doppelversicherung möglich.

Mehrfacher Bezug von Wochenhilfe ist nach § 205 a RVO. Abs. 8 ausgeschlossen.
Michaelis, Bitterfeld.

3371.

Ebermayer, **Die juristische Verantwortlichkeit des Arztes bei der Narkose.** (Der Schmerz, Heft 1 und 2, 1929.) Fahrlässigkeit im zivilrechtlichen Sinne liegt vor, wenn der Arzt die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Hierbei ist von Fall zu Fall zu entscheiden, da z. B. der klinisch arbeitende Arzt ein höheres Maß von Sorgfalt anwenden kann als der Landarzt. Es ist daher falsch, anzunehmen, daß jeder Fehler des Arztes ihm zum Verschulden gereicht. Der anzulegende Maßstab zur Beurteilung der Frage, ob ein Arzt im zivilrechtlichen Sinne fahrlässig gehandelt hat, ist ein objektiver, im Gegensatz zur Frage strafrechtlicher Fahrlässigkeit. Hier sind neben den Umständen des Falles die persönlichen Verhältnisse des Handelnden zu berücksichtigen. Verantwortlich wird der Arzt aber erst dann, wenn durch seine Fahrlässigkeit ein Schaden eingetreten oder ein im Strafgesetz mit Strafe bedrohter Tatbestand verwirklicht worden ist. Ferner muß zwischen der Fahrlässigkeit des Arztes und dem eingetretenen Erfolg ein ursächlicher Zusammenhang bestehen; es muß nachgewiesen werden, daß der Erfolg ohne die Fahrlässigkeit nicht eingetreten wäre. Als drittes kommt hinzu die Vorausschbarkeit des infolge des fahrlässigen Verhaltens eingetretenen Schadens bzw. des strafrechtlich verbotenen Erfolges. Inwieweit der Arzt, was

bei der Narkose eine wichtige Rolle spielt, für fahrlässiges Verhalten seiner Gehilfen haftet, hängt davon ab, ob der Arzt aus dem mit dem Kranken geschlossenen Vertrag oder aus unerlaubter Handlung in Anspruch genommen wird.
Braun, Stettin.

3372.

Wolff, G., **Sind Krebs und Diabetes sozialmedizinisch wichtige Krankheiten?** (Soz. Med., Nr. 6, 1929.) Vom rein sozialmedizinischen Standpunkte aus ist diese Frage zu verneinen, denn nach der Statistik der Berliner Ortskrankenkasse betrug die absolute Zahl der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfälle an: Tuberkulose 10 113, Krebs 387, Diabetes 538. Die jetzt beobachtete Zunahme dieser Krankheiten ist nur eine scheinbare, verursacht durch den erreichten höheren Altersdurchschnitt.

Michaelis, Bitterfeld.

3373.

Baum, H., **Betriebsunfall und Unfallentschädigung.** (Die Krank.Vers., Nr. 13, 1929.) Eine Beitragsleistung der Versicherten gibt es nicht. Die Versicherungsprämien zahlt der Unternehmer nach Maßgabe der Unfallgefahren des Betriebes.

Die Rechtsprechung hat den Begriff „Unfall“ fest umrissen: Ein Betriebsunfall ist ein bei dem Betriebe eintretendes oder durch denselben verursachtes, plötzlich oder wenigstens innerhalb eines kurzen Zeitraumes sich vollziehendes Ereignis, das von außen her eine schädigende Wirkung auf den menschlichen Körper ausübt.

Auch der Weg von und zur Arbeitsstätte gilt auch als Betriebsbeschäftigung.

Gegenstand der Versicherung ist Ersatz des entstandenen Schadens; bei Rentengewährung muß die Arbeitsverminderung wenigstens 10% betragen.

Die Unfallanzeige muß rechtzeitig erstattet werden (dreitägige Frist).
Michaelis, Bitterfeld.

3373a.

Brack, E., **Knorpelknötchen der Wirbelsäule und Unfall.** (Monatsschr. Unfallh., Nr. 8, 1929.) (Hamburger Hafenkrankenhaus.) Ein grobes Trauma muß als Ursache der Knorpelknötchenbildung durchaus abgelehnt werden. Die Knorpelknötchenbildung ist eine rudimentäre, umschriebene Form von Nukleus prolaps, von Knorpelzellenwucherung bzw. -aktivität, die einen noch zu zarten Knochen zu kurieren imstande ist. Das chronische leichte Trauma spielt hierbei nur eine nebensächliche Rolle.

Michaelis, Bitterfeld.

3373b.

Knauer, A., **Zur Erkrankung und Begutachtung der Hirnerschütterung.** (Monatsschr. Unfallh., Nr. 8, 1929.) In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle findet eine völlige Ausheilung statt. Leider haben wir noch keine sicheren objektiven Spätzeichen der Hirnerschütterung.

Experimentell fand Knauer, daß nach dem Schlage auf den Schädel eines Hundes häufig zentrale Reizerscheinungen — neben psychischen und solchen der willkürlichen Muskulatur —, vor allen Dingen solche der Vasomotoren, insbesondere den endokrinalen Vasomotoren, auftraten. Das Hirnvolumen nahm in vielen Fällen sofort riesig zu, in anderen auch umgekehrt riesig ab. Es ließ sich sicher nachweisen, daß die Ursache jedesmal aktive Vasodilatationen bzw. Vasokonstriktionen teils der Rumpf-, teils der Hirngefäße waren, dagegen keine paralytischen bzw. atonischen Vorgänge. Lähmungen der Hirnvasomotoren oder Funktionslosigkeit derselben stellen sich dagegen in einer nicht geringen Zahl von Versuchen sekundär nach Abklingen der aktiven Hyperämien oder Anämien des Zentralorgans ein.

Diese Verhältnisse glaubt Verfasser auf den Menschen übertragen zu können.

Unter allen Sicherheitskautele wurden die Patienten auf einem kippbaren Operationstisch befestigt und dann umgedreht, so daß sie mit dem Kopfe nach unten zu liegen kamen.

792 Personen, welche vor mindestens drei Jahren eine Gehirnerschütterung erlitten hatten, zeigten hierbei zum allergrößten Teil keine einwandfreien Hirndrucksymptome bei hängender Kopf-lage, insbesondere keinen Venenpuls. Nur bei 1% erhielt er einen positiven Befund, allerdings sehr ausgesprochen. Er hält dann dies Phänomen für in hohem Grade pathognomonisch für post-komotionelle Krankheitszustände.

Michaelis, Bitterfeld.

3374.

Ascher, **Die Einwirkung der industriellen Entwicklung auf den Körper des Arbeiters.** (Ztrbl. f. Gew.-Hyg., Nr. 5, 1929.) Die Statistik zeigt, daß in der industriellen Bevölkerung bei allen Völkern die Mortalität (auch an Tuberkulose) ganz erheblich gesunken ist, daß eine Lebenszunahme der Erwachsenen besteht. Nach der preussischen Statistik weist Ascher nach, daß das Gegenteil

einer Entartung, sogar eher eine Aufartung vorliegt. Auch körperlich ist der moderne Arbeiter kräftiger als seine Großeltern, wie Untersuchungen bei der Arbeiterolympiade zeigten; ferner bezeugen es die Konfektionsfirmen, denn sie müssen die Brust breiter, die Ärmelöcher weiter und den Rücken gerade machen.

Michaelis, Bitterfeld.

3374 a.

Gelmann, J. S., **Klinische Bewertung der Reaktionen des Arbeiterorganismus und ihre pathogenetische Bedeutung.** (Ztbl. Gew.-Hyg., 5/8, 1929.) Die interessanten Untersuchungen wurden während oder sofort nach der Arbeit an je 5 bis 10 Arbeitern jeden Berufes im Laufe von 3 bis 10 Tagen angestellt.

Hämodynamische Reaktionen, welche verschiedene Berufsarbeiter begleiten:

Die gleichmäßige Arbeit eines Webers gibt nur verhältnismäßig geringe Schwankungen der funktionellen Kurven (Blutdruck, Puls, Atmung).

Die Arbeit des Hammerschmiedes erfordert ungeheure psychische und körperliche Anstrengung. Der Pulsschlag ist auf 158 erhöht, der Blutdruck um 70 mm und die Atmung auf 22 in der Minute. Am Schlusse des Arbeitstages erfolgt rasche Erholung.

Bei dem Schmelzer sehen wir den Kampf des Einflusses der Muskelarbeit und der Temperaturfaktoren. 138 Pulsschläge, geringer Anstieg des Blutdrucks, am Schluß des Arbeitstages sogar unter der Norm.

Bei dem Walzer ist dasselbe zu beobachten; der Blutdruck beginnt nach einem kurzen Aufstiege zu fallen.

Bei dem Arbeiter der Zuckerfabrik sehen wir den Einfluß des Temperaturfaktors überwiegen. Puls bleibt beschleunigt, der Blutdruck sinkt stetig. Ähnlich ist es bei dem Porzellanbrenner, dessen Blutdruck um 20 mm sinken, dessen Atmung auf 28 steigen kann.

Bei dem Bauer, wenn er eggt und pflügt, ist der Puls mäßig beschleunigt, der Blutdruck sinkt ständig; anders wenn er mit dem Handpfluge arbeitet: Anstieg des Blutdrucks. Beim Mähen mit der Hand steigt der Blutdruck, die Pulszahl und die Atmung.

Jugendliche Lehrlinge antworten auf diese Arbeiten mit äußerst starker Veränderlichkeit und langsamer Rückkehr zur Norm bei Blutdruck, Puls und Atmung.

Kranke Arbeiter zeigten erhebliche Abweichungen von diesen gefundenen Normen.

Das Endresultat langdauernder Arbeit und körperlicher Anstrengung ist eine Herzvergrößerung, welche nicht als pathologisch angesehen werden kann. Diese Hypertrophie kann in eine Dilatation, Myofibrose übergehen. Der Prozentsatz der Herzkranken in den heißen Berufen ist höher als in den kalten. Bei den Arbeitern in den Trockenräumen hat sich eine bleibende Hypotomie ausgebildet. Die beruflichen Faktoren können für fast jede Gefäß-erkrankung den Weg bahnen.

Einfluß der Arbeit auf die Salz-Wasser-Bilanz:

Angestrenzte Arbeit und hohe Temperaturen führen zu schweren Störungen der Salz-Wasser-Bilanz. Die aufgenommene Wassermenge ist bedeutend erhöht. Das prozentuelle Verhältnis der mit dem Harn ausgeschiedenen Wassermenge zur aufgenommenen sinkt stark bei dem Eisenwalzer und bei dem Zuckerfabrikarbeiter (16 bis 14% statt normal 50%). Es traten Gewichtsverluste von 1 bis 2½ kg auf. Dies gleicht sich bis zum nächsten Morgen wieder aus (Wasserreserve in den Geweben). Die Hauptmenge des Wasserverlustes fällt auf die Hautrespiration. Die Gewichtsverluste gehen einerseits der Schwere der Arbeit, andererseits der Temperatur parallel. Die Chloride im Harn können 2,9%, ihre tägliche Menge 20 bis 40 g betragen. Deshalb Salz-hunger des Schwerarbeiters. Arbeiter mit kranken Nieren sind deshalb gezwungen, diese Arbeit bald aufzugeben.

Einfluß der Arbeitsmomente auf die Leber:

Leberveränderungen bei Arbeitern mit schwerer physischer Arbeit in heißen Hütten sind häufig. Unter 45 solchen Arbeitern war bei 25 eine deutliche Vergrößerung der Leber (Stauungs-hyperämie).

Die Bedeutung professioneller Faktoren für die Genese der Krankheiten des Verdauungskanales:

Unter dem Einfluß hoher Temperaturen tritt eine Hemmung der Sekretion bei gleichzeitiger Herabsetzung der Azidität, eine Steigerung der motorischen Funktion und eine Reizung (Hyperämie) der Epithel- und Drüschicht des Magens (stark erhöhte Schleimabsonderung) auf. Oft ist dieser hemmende Einfluß bei bloßem Aufenthalte in Räumen mit hoher Temperatur größer, als wenn man in ihnen arbeitet. In einigen Fällen wurde eine Anregung der Magensekretion beobachtet. Die Chlorausscheidung findet durch den Schweiß statt. Ferner kommt es zu einer ausgesprochenen Aenderung der Verteilung des Blutes, wodurch die

Ernährung der Magenwand eine Aenderung erfährt. Hält die Arbeit in heißen Räumen dauernd an, so müssen — besonders wenn Alkoholmißbrauch hinzutritt — die mannigfaltigsten Krankheitsbilder auftreten (Achylie, Subazidität, Hyperazidität, Supersekretion, Gastritis, Ulkus, Hypotonie, Gastropse usw.). Der kumulierte funktionelle Reiz führt zu stabilen funktionellen und anatomischen pathologischen Veränderungen.

Michaelis, Bitterfeld.

3375.

Marschak, M., und O. Duchelski, **Untersuchungen über Wärmeregulation.** (Arch. Hyg., 106., Heft 6, 1929.) Bei Arbeitern, die in hoher Umgebungstemperatur arbeiten, kann der Schweißverlust nicht durch Wasseraufnahme kompensiert werden, da die eintretende Bluteindickung nicht durch Wasseraufnahme gehemmt wird. Es müssen neben dem Wasser auch Chloride zugeführt werden. Durch diese Chloridzufuhr wird eine Blutverdünnung bewirkt. Das Allgemeinbefinden von Arbeitern, die neben Wasser auch NaCl zu sich nehmen, ist bedeutend besser als bei reiner Wasseraufnahme.

N. Henning, Leipzig.

3376.

Kissinger, Phil., **Lungenödem nach autogenem Schweißen.** (Monatsschrift für Unfallheilkunde, Nr. 6, 1929.) Ein Arbeiter erkrankte plötzlich, nachdem er eine viertel Stunde geschweißt hatte, schwer und starb nach 48 Stunden. Die Sektion ergab Lungenödem und Fettherz.

Der Obergutachter anerkannte den Tod als Unfallfolge, indem bei der Verbrennung des Azetylens Phosphorwasserstoff und Schwefelwasserstoffdämpfe sich entwickeln, welche nach der Kriegserfahrung zur Bildung eines gewaltigen Lungenödems führen können.

Michaelis, Bitterfeld.

3376a.

Adler-Herzmark, **Ein Fall von tödlicher Vergiftung durch nitrose Gase beim Lichtbogenschweißen.** (Zbl. Gew. Hyg., Nr. 7, 1929.) Beim Lichtbogenschweißen entstehen Nitro-, Amido-, Zyanverbindungen neben geringen Mengen von Kohlenoxyd.

Wie die Sektionsbefunde ergaben, muß es sich um eine wiederholte leichtere und schließlich tödliche Vergiftung des Arbeiters durch nitrose Gase gehandelt haben (?).

Michaelis, Bitterfeld.

3377.

Tetscher, R., **Aus der Praxis der Eheberatung.** (Z. Sexualwiss., 16., Nr. 1, 1929.) (Aus der Dresdener Eheberatungsstelle.) Die Beratung zerfällt in Heiratsberatungen (49,5%), Beratungen in der Ehe (20,8%) und Sexualberatungen (29,7%). Insgesamt haben die Beratungsstellen im Jahre 1927 1297 Personen aufgesucht. Die Beratungsstelle erfreut sich des wachsenden Erfolges, so daß eine zweite Beratungsstelle eröffnet werden mußte. Was die Präventivtechnik betrifft, so zieht der Verfasser Kondome den Okklusivpessaren vor. Zur Förderung der psychischen Hygiene empfiehlt der Verfasser Legalisierung des Verlobtenverkehrs. Aus seinen Beobachtungen kann er berichten, daß er nur selten Fällen begegnet war, wo der Verlobtenverkehr nicht stattgefunden hat.

M. Kantorowicz, Berlin.

3378.

Bothe, F., **Sexualberatung, Eheberatung, Geburtenregelung. Sollen sich die Krankenkassen daran beteiligen?** (Soc. Med., Nr. 6, 1929.) Auf Grund der Richtlinien über die Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung empfiehlt Bothe ihre finanzielle Beteiligung an den obengenannten Beratungsstellen.

Michaelis, Bitterfeld.

3378a.

Levy-Lenz, **Arbeitsunfähigkeit bei venerischen Krankheiten.** (Soz. Med., Nr. 8, 1929.) Weicher Schanker: Arbeitsunfähigkeit nur, wenn er auf die Außenhaut des Gliedes übergreifen hat oder von einer entzündlichen Schwellung der Vorhaut begleitet ist, und wenn es sich um einen Mann handelt, dessen Beruf besonders ungünstig ist. Bei Eiterung der Leistendrüse ist immer Arbeitsunfähigkeit anzunehmen.

Tripper: unkomplizierter niemals. Fortsetzung der normalen Tätigkeit bringt nie Schaden. Bei Blasenentzündung ist Bettruhe notwendig, wenn der Urin in beiden Portionen dick, rötlich ist, wenn Harndrang und Schmerzen bestehen. Ausgehzeit ist nie zu bewilligen. Nebenhodenentzündung macht wohl meist etwa eine Woche arbeitsunfähig.

Samenstrangentzündung bedingt ausnahmslos Arbeitsunfähigkeit, ebenso die akute Vorsteherdrüsenentzündung in schwereren Fällen.

Der chronische Tripper ist fast nie Grund zur Arbeitsunfähigkeit.

Krankenhausbehandlung, außer bei chirurgischen Fällen, nur bei Hoden- und Samenstrangentzündung notwendig.

Tripper der Frau: frischer Tripper nur bei Uebergreifen auf die Blase, ebenso bei Bartholinitis und bei Aufsteigen in die Eileiter, Eierstöcke und auf das Bauchfell. Bei den Folgezuständen ist besonders auf die neurosthenischen Beschwerden zu achten.

Syphilis: Primärer Schanker fast nie. Bei sekundären Ausschlägen — wegen Uebertragungsgefahr — drei bis vier Tage. Bei der Kur muß man beizeiten das Mittel, falls es schlecht vertragen wird, wechseln.

Die sekundären und tertiären Erscheinungen des Zentralnervensystems sind schwer zu beurteilen. Bei Kopfbeschwerden Arbeitsunfähigkeit von etwa vier Wochen, da sie spätestens nach der siebenten Salvarsanspritze schwinden.

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bringt Verfasser in folgende Tabelle:

Tripper der Männer:	
Vorderer Tripper	0 Tage
Hinterer Tripper	8 Tage
Blasentripper	14 Tage
Nebenhodenentzündung	10 Tage
Samenstrangentzündung	21 Tage
Vorsteherdrüsenentzündung	14 Tage

Tripper der Frauen:	
Harnröhrentripper	0 Tage
Blasenentzündung	10 Tage
Drüsenvereiterung	8 Tage
Gebärmuttertripper	28 Tage
Eileiterentzündung	28 Tage
Eierstockentzündung	28 Tage
Unterleibsentzündung	28 Tage

Weicher Schanker:	
Schanker	0 Tage
Bubo	21 Tage

Syphilis:	
Primäre Syphilis	0 Tage
Sekundäre u. tert. Hautsyphilis	5 Tage
Nervensyphilis	28 Tage

Michaelis, Bitterfeld.

3379.

Gawronski, J., Ueber die öffentliche Psychopathenfürsorge. (Nowiny Psychiatr., H. 3/4, 1929.) (Psychiatr. Landeshosp., Dziekanka.) Nach einer kurzen Schilderung der psychopathischen Anlage hebt Verfasser die Neigung der Psychopathen zu psychischen Erkrankungen, besonders in kritischen Lebensperioden, hervor und betont die Notwendigkeit der öffentlichen Psychopathenfürsorge, deren Aufgaben er wie folgt präzisiert:

1. Aufklärung breiter Massen über die Entwicklung der psychopathischen Konstitution sowie über die Notwendigkeit der Behandlung Erziehung psychopathischer Kinder.

2. Schaffung von Beratungsstellen für Psychopathen mit der Befugnis zur Internierung beobachtungsbedürftiger Individuen in Internaten, die mit den Beratungsstellen verbunden sein müßten. Die Beratungsstellen müßten von psychiatrisch erfahrenen Aerzten, die Internate bei den Beratungsstellen dagegen von geschultem Personal geleitet sein. Sie würden gleichzeitig der Aufklärung, Belehrung und Beratung der Eltern psychopathischer Kinder dienen.

3. Systematische Erziehung der psychopathischen Kinder: a) im Elternhaus, in leichteren Fällen; b) in speziellen Heil- und Erziehungsanstalten, nach der vom Verfasser in seiner Schrift: „Szkola Odrodzenia“ gekennzeichneten Methode.

4. Heilbehandlung von Psychosen, die auf psychopathischer Grundlage (endogene Ursachen) oder durch schwere Schicksalsschläge (exogene Ursachen) bei Psychopathen entstanden sind.

Zum Schluß erläutert Verfasser die von ihm ausgearbeiteten Heil- und Erziehungsmethoden („Psychohygienischer Park“).

Br. Jesionowski.

3380.

Gorzkowski, W., und H. Zajackowski, Betrachtungen zur Alkoholfrage unter Berücksichtigung der Statistik der Alkoholpsychosen vor und nach dem Weltkriege. (Nowiny Psychiatr., Heft 3/4, 1929.) (Psychiatr. Landeshosp., Dziekanka.) Der Alkoholismus verbreitet sich in beängstigender Weise. In Dziekanka ist die Zahl der Alkoholpsychosen nach dem Kriege auf das Zwanzigfache gestiegen. Die Hälfte davon sind chronischer Alkoholismus, 30% Delirium tremens, 8% Paranoia alcoholica, hierzu kommen einige Fälle von Korsakowscher Psychose, Dipsomanie, Hallucinosi potatorum, sowie drei Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse. Ungefähr 10% Alkoholiker litten an progressiver Paralyse.

Die Ergebnisse der Behandlung akuter Alkoholpsychosen waren im allgemeinen günstig. 74,6% der Kranken verließen die Anstalt als geheilt bzw. gebessert.

Nicht so günstig waren die Ergebnisse der Therapie des chronischen Alkoholismus. Die Verfasser unterscheiden psychopathische und nichtpsychopathische Alkoholiker. Von der ersten Gruppe verließen die Anstalt als geheilt bzw. gebessert 50%, in der zweiten Gruppe waren 68,2% geheilt bzw. gebessert.

Das psychiatrische Krankenhaus ist die eigentliche Heilstätte für Alkoholpsychosen; es eignet sich aber nicht für Alkoholiker. Für letztere sind Spezialanstalten erforderlich, mit Werkstätten, Land- und Forstwirtschaft, Fischerei.

Der Alkoholiker muß entmündigt werden nicht aus psychiatrischen Gründen, sondern aus sozialen Rücksichten, da so die Entmündigung leichter durchzuführen ist.

Die Verfasser bekennen sich zur Prohibition, die sie als soziale Prophylaxis bewerten.

Br. Jesionowski.

3381.

Staemmler, M., Eigentümliche Hautveränderungen, beim Auftauen einer gefrorenen Leiche entstanden. (Dermat. Wschr., 89, Nr. 27, 1929.) (Pathol. Hyg. Inst. d. Stadt Chemnitz.) Die Leiche eines erkrankten 30jährigen Mannes wies zunächst keine Veränderungen auf, während sich nach dem Auftauen wesentlich an unbedeckten, prominenten und zu Faltenbildungen neigenden Hautstellen grauweiße bis gelbweiße, trockene, leicht rauhe über das Niveau hervorragende Flecke von etwas festerer Konsistenz als die Umgebung, fanden. An in Formalin-fixierten Stücken zeigte sich das Epithel siebartig von Vakuolen durchsetzt und dadurch die ganze Epidermis verbreitert, die Vakuolen sitzen in den Zellen, die Vakuolenbildung greift auch auf die Kutis über. In Glycerinlösung eingelegte Stücke ließen hingegen von der Verfärbung der Haut kaum noch etwas erkennen, auch waren die Flecke nicht mehr erhaben, sondern eher eingesunken. Die Vakuolen sind geschwunden, die Epidermis verdünnt, die Bindegewebsfasern der Kutis vielfach zerbrochen und zerrissen. Der Zustand, der durch das Auftauen entstanden sein muß, erinnert an durch den elektrischen Strom in der Haut erzeugte Bilder.

Ernst Levin, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

3382.

Szalitzer und Hofstätter, Röntgenologische Studien zur Beurteilung der Wandbeschaffenheit tuberkulöser Kavernen. (Wien. klin. Wschr., 42. Jg., Nr. 25.) Die Beurteilung der Wandbeschaffenheit einer Kaverne war bisher nicht möglich und der wahrscheinliche Erfolg einer Operation, die den Kollaps der Kaverne bezweckt, daher nicht vorauszubestimmen. Da Oberlappenkavernen mit nicht starren Wänden sich inspiratorisch und namentlich beim Hustenstoß erweitern, wurde versucht, mittels des Valsalveschen und Müllerschen Versuches deutliche Resultate zu erzielen. Es zeigte sich nun, daß ausgiebigere Volumschwankungen unter diesen beiden extremen Druckverhältnissen für die Nachgiebigkeit der Kavernenwand sprechen und daher prognostisch günstig sind. Fehler der Volumschwankung spricht für Starrwandigkeit des Kavums.

Ernst Pick, Wien.

3383.

Haudeck, Martin, Zur Deutung der Veränderungen am präpylorischen Magenabschnitt. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 39., Heft 5, 1929.) (Wilhelminenhospital, Wien.) Die Differentialdiagnose im präpylorischen Abschnitt ist besonders schwierig. Es kann leicht ein Karzinomkrater durch eine Ulkurnische vorgetäuscht sein, es können bei gutartigen Erkrankungen skirrhöse Bilder entstehen. Das Nischensymptom läßt sich in der Pars pylorica nicht so häufig nachweisen wie in den anderen Magenabschnitten und am Duodenum. Zuspitzung und Achsenverbiegung, exzentrische Lage des Pylorus, Wechselnde Kontraktionszustände sprechen für Ulkus. Große diagnostische Schwierigkeiten machen die Verengerungen der Pars pylorica mit gutartiger Wandverdickung oder auf spastischer Grundlage. Hierbei ist der präpylorische Abschnitt in einer Längenausdehnung von mehreren Zentimetern röhrenförmig verengert. Die Ähnlichkeit mit dem Ca wird noch dadurch erhöht, daß oft dabei eine Pylorusinsuffizienz besteht. Ursächlich kommen Ulkus und Gastritis in Betracht. In anderen Fällen bestehen Beziehungen zur Linitis plastica. Auch die Magenlues kann ähnliche Bilder machen.

Kirschmann.

3384.

Albrecht, H. U., Der heutige Stand der Röntgendiagnostik des Ulcus duodeni und seine klinische Bedeutung. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 39., H. 5, 1929.) (Med. Univ. Klinik Frankfurt a. M.) Die Technik der „gezielten Momentaufnahme mit dosierter Kompression“ hat die Sicherheit in der Diagnose des Ulcus duodeni erheblich gesteigert. Die mit Hilfe der Schleimhautreliefaufnahmen erzielte Röntgendiagnose ist oft aufschlußreicher als die Probe-
aparatomie. Das diagnostisch sicherste und auch in der Mehrzahl der Fälle nachweisbare Zeichen ist die Darstellung einer Nische. Wir unterscheiden Enfacenischen und Profilnischen. Erstere sind vorwiegend im ersten schrägen Durchmesser darzustellen, letztere im zweiten. Die Nische umgebende Schleimhautwulstung läßt sich bei Enfacenischen sehr schön nachweisen. Beim frischen Ulcus bildet die Schleimhaut einen runden Wulst um den Krater herum, bei älteren Geschwüren sternförmig auf das Ulcus hin konvergierende Falten. Bei Profilnischen bewirkt der Schleimhautwulst eine konvexe Einziehung an dem der Nische benachbarten Abschnitt der Kontur. Die mannigfachsten Bilder ergeben sich durch Deformierung des Bulbus infolge entzündlicher und narbiger Veränderungen als Sekundärercheinungen des Geschwürs. Bei starker Schrumpfung werden die Gallenwege und die Papilla Vateri dem Geschwürsbereich bedenklich genähert. Durch konzentrische Querraffung des Bulbus können divertikelartige Ausbuchtungen entstehen. So bildet sich die Hammer-, Schmetterlings-, Kleeblatt-, oder Zahnradform des Bulbus heraus. Solche Fälle von Bulbusdeformitäten infolge Ulkus sind durchaus nicht immer behandlungsbedürftig, doch kann sich zuweilen auch ein frisches Ulcus dahinter verbergen. Tritt durch die Deformierung eine stärkere Verengung des Bulbus ein, so findet sich dahinter, also aboral, häufig eine Erweiterung, die als Preßstrahlwirkung erklärt wird. Bei starker Schrumpfung kann das Bild ähnlich dem eines Skirrhus werden. Der Nischenbefund und die Anamnese schützen dann vor Verwechslung. Deformierungen des Bulbus können auch als Folge extra-duodenaler Prozesse, namentlich von Gallenblasenerkrankungen, entstehen.

Neben der Röntgendiagnostik behält die sorgfältige Anamnese bei der Diagnose des Ulcus duodeni ihren Wert. Heftige, häufig wiederkehrende Hyperaziditätsbeschwerden müssen immer an Ulcus duodeni denken lassen. Die meisten Fälle von sogenannten Magenulceren entpuppen sich bei genauer Untersuchung als Ulcus duodeni. Ebenso wie zur Feststellung der Diagnose ist auch zur Feststellung der Heilung und zur Indikationsstellung das Röntgenverfahren allen übrigen Untersuchungen, sogar der Probelaparatomie, überlegen.

Kirschmann.

3385.

Roseno, A., H. Jekins, Die intravenöse Pyelographie. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 39., H. 5, 1929.) (Chir. Klin. u. Röntgeninst. Bürgerhospital, Univ. Köln.) Durch intravenöse Injektion von Jodnatriumlösung, die an Harnstoff gekoppelt ist, gelingt es, die Harnwege — Nierenbecken, Harnleiter und Blase — am Röntgenbilde sichtbar zu machen. Auch der Nierenschatten selbst tritt dabei sehr deutlich hervor. Verfasser berichten in der vorliegenden Arbeit nur über ihre Vorversuche am Hunde. Der interessante klinische Teil ist in der Klin. Wochenschr. erschienen.

Kirschmann.

3386.

Kolischer, Gustav, Retikuloendotheliales System und Diathermie. (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 3, 1929.) Das retikuloendotheliale System bildet insofern eine Einheit, als die Zellen die gleichen Merkmale aufweisen. Sie stammen vom mittleren Keimblatt ab. Morphologisch sind sie als große, mononukleäre Zellen gekennzeichnet. Ursprünglich auf bestimmte Organe lokalisiert, werden sie durch bestimmte Reize mobilisiert und können in alle Körperteile wandern. Sie werden von jedem Gebiet angezogen, wo die Stoffwechselvorgänge durch irgendwelche Einflüsse erhöht sind. Sie können auch die Blutgefäßwände durchdringen und in den Blutkreislauf eintreten. Ihrer physiologischen Bedeutung nach sind sie als Schutzzellen anzusehen. Sie können Toxine irgendwelcher Art aufnehmen und neutralisieren. Das retikuloendotheliale System ist also mit allen Immunisationseffekten eng verknüpft.

Die Beurteilung der Aktivität des r. e. S. geschieht mittels der Vitalfärbung mit elektronegativen Farbstoffen.

Unter dem Einfluß der Diathermie in mittleren Dosen, die eine Vermehrung der Blut- und Lymphmenge hervorrufen, werden auch die Zellen des retikuloendothelialen Systems angezogen und eine Neubildung solcher Zellen in dem betreffenden Gebiet angeregt. Dadurch gelangen die Toxine zur Absorption und Elimination. Hierzu ist aber eine länger dauernde Einwirkung erforderlich. So ist es zu erklären, daß die Diathermie weit bessere Erfolge hat,

wenn sie längere Zeit hindurch angewandt wird. In kürzeren Sitzungen kann sich ihr Einfluß nicht voll auswirken. Andererseits ist eine zu weitgehende Erhöhung der Stromstärke nicht nur unnötig, sondern geradezu unzweckmäßig. Es werden bei zu großer Erwärmung nämlich die Zellen des r. e. S. geschädigt. Eine weitere Komponente der Diathermiewirkung ist der Proteinkörpertherapie ähnlich.

Auch bei der chirurgischen Diathermie spielen die Zellen des r. e. S. eine Rolle. Sie sind in der Umgebung der Koagulationsschicht vermehrt und tragen zur Vernichtung der Krebszellen bei.

Kirschmann, Berlin.

3387.

Sonne, Carl, Untersuchungen über die Wirkung der leuchtenden Strahlen und ihren Wirkungsmodus. (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 3, 1929.) (Finseninstitut Kopenhagen.) Das Licht hat zwei verschiedenartige Wirkungen auf den Organismus, eine chemische und eine thermische. Als Wärmestrahlen im weiteren Sinne sind alle Lichtstrahlen aufzufassen, deren Wellenlängen also zwischen 100 und 10 000 μ liegen. Es sind sonach die sichtbaren Wärmestrahlen von den unsichtbaren, das sind infrarote und ultraviolette Strahlen, zu unterscheiden. Es muß weiter das innere vom äußeren Ultrarot getrennt werden. Letzteres, das langwelligere Spektrum, wird schon durch geringere Temperaturen erzeugt und besitzt geringe Penetrationskraft. Das innere Ultrarot und namentlich die leuchtenden Wärmestrahlen werden in weit geringerem Maße absorbiert. In Übereinstimmung mit älteren Untersuchungen fand Verfasser, daß der Mensch weit größere Wärmemengen, gemessen in Kalorien, verträgt in leuchtenden Strahlen als im Infrarot. Von den äußeren infraroten Strahlen wird an der Oberfläche des menschlichen Körpers nichts reflektiert, während von den inneren infraroten und den leuchtenden Strahlen 35% reflektiert werden. Die Haut kann von sichtbaren Strahlen etwa doppelt soviel absorbieren wie von den unsichtbaren. Temperaturmessungen während und nach den Bestrahlungen ergaben interessante Unterschiede. 15 Sekunden nach der Bestrahlung mit sichtbaren Strahlen betrug die Hauttemperatur 40,8°, bei unsichtbaren Strahlen nur 39,7°. Dahingegen wurden während der Bestrahlungen bei sichtbarem Licht 43,8° gemessen gegen 45,5° bei den infraroten. Diese Tatsache, daß trotz größerer Absorption bei den sichtbaren Strahlen die Hauttemperatur an der Oberfläche geringer ist als beim Ultrarot, ist darauf zurückzuführen, daß das letztere unmittelbar an der Oberfläche absorbiert wird, während das sichtbare Licht tiefer eindringt, ohne die oberflächlichsten Schichten so stark zu erwärmen. Eben deshalb können wir auch die größeren Wärmemengen hierbei vertragen. Die tieferen Gewebe werden dabei verhältnismäßig erheblich stärker erwärmt. Der größte Teil der sichtbaren Strahlen wird in den Blutgefäßen absorbiert, was eine starke Erhöhung der Bluttemperatur zur Folge hat. Einer zu großen Erhöhung der Körpertemperatur wird dabei durch den Regulierungsmechanismus des menschlichen Körpers vorgebeugt. Immerhin kann man mittels des Lichtbades einen beträchtlichen Teil der Blutmenge bis zu einer weit höheren Temperatur erwärmen als sie beim höchsten Fieber erreicht wird. Die Körpertemperatur als solche steigt dabei aber gar nicht an. Diese eigenartige Wirkung zeigt von allen bekannten Wärmequellen nur das Lichtbad mit leuchtenden Strahlen. Eine gewisse Übereinstimmung damit hat der Diathermiestrom, der aber gewöhnlich nur an begrenzten Körperabschnitten einwirkt. Wir besitzen somit in dem Lichtbad ein einzigartiges Mittel, das alle günstigen Wirkungen einer Temperatursteigerung des Blutes aufweist ohne die Nachteile des Fiebers. In einer Reihe von Fällen konnte z. B. ein günstiger Einfluß auf den Agglutinititer (Typhus) nachgewiesen werden. Im Tierexperiment zeigte sich weiter, daß die Resistenz gegen Diphtherieinfektion erheblich gesteigert wird. Verfasser berechnet, daß ungefähr 40% des Toxins zerstört werden. Zur therapeutischen Anwendung bei fieberhaften Erkrankungen soll aber das Lichtbad nicht empfohlen werden. Hingegen ist es bei chronischen Infektionen ohne Fieber, also namentlich bei der Tuberkulose, angezeigt. Inwieweit die günstigen Wirkungen hierbei auf die ultravioletten, inwieweit auf die leuchtenden Wärmestrahlen zurückzuführen sind, läßt sich noch nicht mit genügender Sicherheit entscheiden.

Kirschmann.

3388.

Naujoks, H., Fertilität und Nachkommenschaft früherer Röntgenassistentinnen. (Strahlenther., 32., Nr. 4.) (Univ.-Frauenklinik Marburg.) Die Frage der Keimschädigung bei röntgenbestrahlten Frauen, vorwiegend bei den sogenannten Schwachbestrahlungen, ist noch immer nicht entschieden. Es ist daher interessant, das Schicksal früherer Röntgenassistentinnen zu verfolgen, die längere Zeit in ihrem Berufe tätig waren und dabei, zum Teil bei ungenügenden Schutzmaßnahmen, mehr oder weniger

großen Strahleneinwirkungen ausgesetzt waren. Verfasser berichtet über das Ergebnis seiner Rundfrage bei 56 Assistentinnen, die sich verheiratet haben. Davon waren 13 Ehen kinderlos. Verwertbar sind hiervon aber nur 8 Fälle, davon 6 mit echter Sterilität, 2 mit Aborten. In den übrigen Fällen kamen zwar auch wiederholte Aborte vor, aber doch kaum häufiger als bei unbestrahlten Frauen (25%). Die Frage der Keimbeschädigung konnte bei 91 früheren Assistentinnen untersucht werden. Unter 125 Kindern zeigten 9 mehr oder weniger schwer Hemmungen der Entwicklung oder Erkrankungen des Nervensystems. Keine von diesen ist aber typisch für eine Keimbeschädigung durch Strahlen, nur eine Häufung solcher Anomalien würde etwas beweisen. Von den erwähnten 9 Fällen sind aber nur 5 zu verwerten, das sind 4%. Diese Zahl liegt an der oberen Grenze der auch sonst als Durchschnitt geltenden Zahl für derartige Entwicklungsstörungen bei Kindern gesunder, unbestrahlter Frauen. Schwerwiegende Schlüsse sind also aus dem beobachteten Material nicht zu ziehen.

Kirschmann.

3389.

Bruce, A.: Ueber Karzinombehandlung. (Canad. M. Ass. J., Mai 1929.) Als die bisher noch erfolgreichste Behandlung des Karzinom setzt sich Verfasser für die radiochirurgische Behandlung ein, und zwar ist nach Lage der Fälle nur die chirurgische oder nur Radiumbehandlung oder eine Kombination von beiden angezeigt.

Für die Radiumemanationen geben reine Epitheliome die besten Resultate, und zwar Epitheliome der Haut, des Mundes, der Zunge, der Fossa nasalis, des Pharynx, der Vagina und der Cervix uteri. Die Zukunft einer erfolgreichen Radiumbehandlung hängt von der Fähigkeit ab, für jeden Fall die für ihn spezifische, optimale Dosierung zu finden. Es ist notwendig, die Menge des zu zerstörenden Gewebes richtig einzuschätzen und die Einheit der Dosierung und der Zeit pro Kubikzentimeter richtig zu errechnen, sowie die für den vorliegenden Fall typische Art der Reaktion auf Radium entsprechend zu berücksichtigen. Man ist hierbei bisher noch auf rein empirische Erfahrung angewiesen. Als maximale Zeitdauer werden 300 Stunden angegeben und 2 mgm als Einheit auf 1 ccm. Eine Geschwulst, die beispielsweise 25 Einheiten bedarf, braucht daher eine Dosis von 50 mg Radium. Dasselbe findet in Gestalt von Nadeln Anwendung, die mit 0,5 mm Platin gefiltert sind und eine Länge von 6 bis 2 cm haben. Die 3 mgm Nadeln werden für lymphatische Bezirke verwendet, die 2 mgm Nadeln für dickere Gewebsteile und 1 mgm für die dünneren.

Es werden eingehend die offenen Operationsmethoden bei Rektumkarzinom geschildert an Hand von 27 Fällen. Hier wird versucht, das Radium in Platinnadeln in direkten Kontakt mit der Geschwulst und den lymphatischen Zonen zu bringen. Hierbei wird das Operationsverfahren auf dem perinealen, dem vaginalen, abdominalen Wege genau geschildert. Auch wurden Radiumbestrahlungen vor und nach erfolgter Exzision vorgenommen. Zusammenfassend wird gesagt, daß ausschließliche Anwendung des Radiums sich nur auf die zur Radikaloperation ungeeigneten Fälle beschränken sollte bzw. auf Fälle, bei denen die Ausführung der Radikaloperation an der schlechten Allgemeinkonstitution scheitert. Als die idealste chirurgische Behandlung des Rektumkarzinoms wird die Kolostomie mit nachfolgender perinealer Exzision empfohlen in Fällen bei beweglichem Tumor mit eigentlichem Rektum, wogegen bei Geschwülsten am oder über dem Rektosigmoidwinkel die abdomino-perineale Operation vorzuziehen ist. In Fällen, die weder zur Operation noch für Anwendung von Radium geeignet erschienen, wurde Tiefenstrahlentherapie versucht, doch waren die Erfolge sehr unbefriedigend. Es werden verschiedene Formen von Karzinom besprochen. Bei Brustkrebs treten erfahrungsgemäß Rezidive häufig in den Supraklavikulardrüsen oder an der Innenseite des ersten bis vierten Interkostalraumes ein. Aus der Annahme heraus, daß die innere mamilläre Lymphdrüsenkette bereits zur Zeit der Operation infiziert ist, wird neben der Operation und der Tiefenstrahlenbehandlung die innere Linie der Mamillardrüsen mit Radiumtuben belegt. Die Erfolge sind gut, Rezidive wurden in solchen Fällen nicht beobachtet. Ganz besonders günstige Erfahrungen sind bei Zervixkarzinom mit ausschließlicher Anwendung von Radium gemacht infolge der hierfür günstigen anatomischen Verhältnisse. Die Wertheimsche Hysterektomie gilt noch heute als eine der schwierigsten chirurgischen Operationen und hat auch in der Hand eines geschickten Operateurs eine Mortalität von 10%. Verfasser setzt sich dafür ein, daß Radium mehr als bisher in die Hände der Chirurgen gehört, der dazu berufen sei, die physikalische Eigenart dieses Metalles, seine Dosierung und Anwendungsmethode zu erproben. Es folgt noch eine Aufzählung der Krebsforschungsinstitute sowie die in den verschiedenen Ländern vorhandenen Mengen von Radium.

Kaufmann, Grünberg.

Neu erschienene Bücher

Gustav Pagenstecher, Sanitätsrat in Mexiko: **Die Geheimnisse der Psychometrie oder des Hellsehens in der Vergangenheit.** Verlag Oswald Mutze, Leipzig 1928. — Bei allem Skeptizismus, mit dem der Fachmann an ein den okkulten Wissenschaften zugehöriges Buch herangeht, fesselt dieses Werk in jedem Falle das Interesse des Lesers. Der Kopf der Sphinx, der das Titelblatt schmückt, deutet auf den Inhalt, der sich schwer mit den uns zugänglichen Begriffen des Unter- und Unbewußten erklären läßt und immer noch zu den von der Schulweisheit nicht erfaßten Dingen gehört. Man hat keinen Grund, an diesen Dokumenten und Angaben zu zweifeln, wenigstens nicht an der ehrlichen Ueberzeugtheit der Erlebenden und Beobachtenden, aber — es geht eben über den Verstand! Das Phänomen der Psychometrie ist wieder nur bestimmten Medien zu eigen, deren es anscheinend nur wenige gibt und deren ein Verfasser das Glück hatte, gelegentlich einer hypnotischen Behandlung wegen Schlaflosigkeit nach einer Operation zu entdecken. Frau v. Z., die Tochter eines mexikanischen Generals und selbst Mutter einer zahlreichen Familie, kann beim Berühren von Gegenständen, die in direktem Kontakt mit der Körperoberfläche stark erregter Persönlichkeiten gestanden haben, auch noch nach Jahren die Umstände erkennen, in der sich zur Zeit diese Persönlichkeiten und zugleich natürlich diese Gegenstände befanden, wobei auch gewisse absichtliche Täuschungen nichts änderten. So entstand durch ein blutbeflecktes Stück Leinwand sofort das Bild eines Mordes in allen seinen Einzelheiten, die der Wahrheit entsprachen, während andere Stücke Leinwand nur das Bild einer Leinenfabrik erzielten. Es wird eine große Reihe von überzeugend klingenden Beispielen gegeben, unter anderem auch solche, die sich auf die Zukunft bezogen. Z. B. wohnte einmal ein Fremder der Sitzung bei, von dem sie sagte, daß er häßliche, schmutzig-grüne, undurchsichtige Farben um den Körper habe und ihr unsympathisch sei. Ein Jahr später wurde er wegen Giftmordes angeklagt. Allen Beteiligten war unbekannt, daß die besagten Astralfarben waren und insbesondere auf unlauteren, böswilligen, rachsüchtigen Charakter deuteten. Während der Experimente bestand bei dem Medium kataleptische Starre bei vollem Bewußtsein in einem Trancezustand, der sofort beim Berühren des Gegenstandes einsetzte und ebenso prompt nach dessen Entfernung verschwand. Als Erklärung bringt Verfasser die Theorie, daß zwischen Gegenstand und Medium ein geheimnisvoller Rapport bestände, dessen Wesen bisher noch kein Forscher ergründen konnte und an dessen Aufklärung weiter zu arbeiten wäre.

Haber.

Erwin Liek: **Irrwege der Chirurgie.** Verlag J. F. Lehmann, München 1929. — In den „Irrwegen der Chirurgie“ stellt Liek eine Anzahl bereits an anderer Stelle veröffentlichter Aufsätze zusammen über Pseudoappendizitis, über chronisch-rezidivierende Appendizitis, über Mißerfolge nach Gallensteinoperationen usw. Die uns bereits von Liek aus seinen anderen Werken bekannte scharfe Kritik ist auch hier in jeder seiner Abhandlungen zu finden. Sie macht nicht vor den Altären der Höchsten Halt. Der besondere Wert des Buches liegt eben darin, daß Liek mit absoluter Offenheit Fehler und Mißerfolge zugibt, aber nicht allein, um sie zu geißeln, sondern um zu zeigen, wie man solche Fehler in Zukunft vermeiden soll. — Das Buch ist leicht verständlich und flüssig geschrieben. Eine große Anzahl eigener Erfahrungen und Mitteilungen aus dem Schrifttum werden herangezogen. Das vorliegende Werk ist zweifelsohne imstande, uns vor manchem Irrwege der Chirurgie zu bewahren. E. Gohrbandt, Berlin.

Dr. Max Nassauer, **Des Weibes Leib und Leben in Gesundheit und Krankheit.** Verb. Aufl. Ernst Heinrich Moritz, Stuttgart 1929. — Das Buch ist ein wertvolles Aufklärungsbuch des Wortes für Mädchen und für Frauen. Wie in einem Film wird das weibliche Leben in Bezug auf Körper, Gesundheit und die damit zusammenhängenden Fragen in Gesundheit wie in Krankheit vom Säugling zum Mädchen, zur Jungfrau, zur Braut, zur Mutter, zur Ehefrau und zur Matrone am Auge des Lesers vorbeigeführt. Zahlreiche Bilder erläutern die Ausführungen des Verfassers. Alle Fragen, besonders auf dem schwierigen Gebiete der Aufklärung des jungen Mädchens, sind offen, klar und dezent dargestellt. Sehr zutreffend sind die Vorwürfe des Verfassers über die Unterlassungssünden der Schule auf dem Gebiete der Aufklärung, die das Wichtigste vergißt, nämlich die Kinder über ihren Körper, das Haus, in dem sie ihr Lebenslang wohnen, ordentlich zu unterrichten. Verfasser meint hierzu mit Recht, wie wertvoll es wäre, wenn es recht viel verheiratete Lehrerinnen gäbe, die selbst Kinder besitzen, um den ihnen in der Schule anvertrauten Kindern in den Entwicklungsjahren aus eigener Kenntnis der geschlechtlichen Vorgänge richtig beistehen und sie gut aufklären zu können.

Haber

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Aus der Praxis.

Die Hypertonie und ihre Therapie.

Von San.-Rat Dr. MAX WOLF.

Die Ansichten der verschiedenen Schulen über die Entstehungsursachen der Hypertonie sind im Laufe des letzten Jahrzehnts ebenso wie die Schwankungen unterworfen gewesen, wie die Wirkung ihrer Auswirkungen. Während noch vor gar nicht langer Zeit die Meinung vorherrschte, daß das Blut in seinem Kreislauf als Hauptwiderstand gegen seine Fortbewegung die Reibung in den Arterienwänden zu überwinden habe, hat die neuere Biologie die These aufgestellt, daß die arteriellen Blutgefäße der Blutbewegung nicht nur keinen Widerstand entgegensetzen, sondern im Gegenteil diese Bewegung unterstützen — wenigstens im Zustand des physiologischen Gleichgewichtes. In Beziehung auf die Bewertung der interessierenden pathologischen Befunde bei der genuinen Hypertonie dürfte es aber vollständig gleichgültig sein, auf welche von den beiden Voraussetzungen die Blutdrucksteigerung zurückzuführen ist, ob auf eine erhöhte Resistenz in den Arterienwänden, oder eine verminderte Unterstützung der Blutbewegung durch die Rigidität der Gefäße. Wenn Schrumpff¹⁾ den klinisch gemessenen „Blutdruck“ gleich dem hydraulischen Druck plus der Resistenz erklärt, welche die lebende leere Arterie der Kompression entgegenstellen würde, wenn er also damit den Blutdruck, den wir messen, als eine klinische und nicht eine physiologische, auch nicht als eine physikalische Größe bezeichnet, so legt Munk in seinen Erörterungen über die Genese der Hypertonie den Schwerpunkt auf den von ihm vorausgesetzten arteriosklerotischen Prozeß in den Gefäßen, den er mit „Endarteriitis chronica deformans“ betrachtet. Der Folgezustand ist unter Zugrundelegung beider Hypothesen stets derselbe und besteht in einer zwangsläufig gesteigerten Arbeit des Herzmuskels und der sich hieraus ergebenden Hypertrophia cordis. Mit dem Moment des Eintritts dieser Arbeitshypertrophie tritt der ganze Circulus vitiosus in Erscheinung, als dessen Stigmata wir eben die Steigerung des intraarteriellen Druckes, die schädigende Wirkung auf die Nieren, die Elemente mit ihren Folgen und den ganzen Komplex der gestörten Kompensation kennen, die das Krankheitsbild komplizieren und in einer großen Anzahl von Fällen zur mehr oder weniger rasch zustande kommenden Katastrophe führen. Für uns ergab sich als Folge dieser Erfahrungen im Laufe unserer praktischen Tätigkeit sowohl wie auch beim Eigenversuch die Notwendigkeit der Kalkulation, auf welche Weise man rein kausal die pathologischen Vorgänge am Herzen am besten durch symptomatische Behandlung der einzelnen Krankheitserscheinungen günstig beeinflussen könne. Im Laufe unserer ärztlichen Tätigkeit drängte sich uns immer und immer wieder der Gedankengang auf, daß eine künstlich herbeigeführte Erschlaffung und Erweiterung des Arterienlumens auf das Herz insofern günstig einwirken müsse, als es ihm seine Arbeit erleichtere und damit dem Herzmuskel eine Schonung brächte, die sich im ganzen Krankheitsverlauf günstig auswirken müsse. Unter diesem Gesichtspunkt haben wir im Laufe der Jahre eine ganz respektable Anzahl von Präparaten zur Anwendung gebracht und sind zu Resultaten gekommen, die auch Munk in seiner Arbeit über „Arteriosklerose und genuine Hypertonie“ feststellen konnte. Die verschiedenen Nitrite versagen in den meisten Fällen auf die Dauer ihre Wirkung. Das Präparat „Vasotonin“, das vor einem Jahrzehnt auf den Markt kam und dessen angebliche blutdrucksenkende Wirkung seinem Gehalt an Yohimbim zugeschrieben wurde, wird nach Munk nur selektiv herangezogen, besonders aus dem Grunde, weil es „nicht selten schädliche Nebenwirkungen, wie Kopfdruck, Schwindelgefühl, erzeuge“. Die Amine (voran das Trimethylamin, eine in Frankreich beliebte Therapie) wirken zweifellos blutdrucksenkend, und man hat aus dieser Gruppe das B-Imidazoläthylamin, das unter dem Namen „Histamin“ in den Handel kommt, neuerdings auch bei uns mit unzweifelhaftem Erfolg angewandt. Diese Prä-

parate werden aber im allgemeinen per iniektionem verabreicht, was an und für sich als ein therapeutischer Mangel zu bezeichnen ist.

Seit geraumer Zeit verwende ich nun mit gutem und nachhaltigem Erfolge das von Professor Dr. Goldschmidt und Neuss hergestellte Präparat „Hypotonin“, eine Verbindung einer Diaminogruppe mit der Isovaleriansäure. Die Isovaleriansäure wurde neuerdings wegen ihres schlechten Geschmackes und des Geruches durch die ebenfalls depressorisch wirkende Bernsteinsäure ersetzt. Das Präparat kommt in Form von Tabletten in den Handel, wird also per os genommen und hat sich mir in allen Stadien der Hypertonie zuverlässig bewährt. Ich behandle in letzter Zeit einen schweren Fall von Migräne mit nebenhergehender Arteriosklerose mit Hypertonie und habe eine sowohl subjektive als auch objektive Besserung von nachhaltiger Wirkung festgestellt, die mich veranlaßt, das Hypotonin auf breiterer Basis nach den oben angedeuteten Gesichtspunkten fernerhin ausgiebig zu verwenden. Ich verordne: 2—3mal täglich 0,3 g in Originaltabletten; nach zehntägiger Anwendung erfolgt eine Pause von 3 bis 5 Tagen und in diesen Perioden habe ich das Mittel zwei bis drei Monate lang gegeben. Tackacs hat an der Universitätsklinik Budapest vergleichende Versuche über „Arzneibehandlung der Blutdruckerhöhung“²⁾ angestellt und fand, daß die Blutdrucksenkung beim Hypotonin zwar etwas langsamer eintritt als bei anderen Präparaten, wie Natrium silicicum (intravenös), Nitroskleran (intravenös), Natrium nitrosum (subkutan), Papaverin (per os), Guipsine (per os) u. a. m. Dafür ist sie aber um so nachhaltiger und ununterbrochen fortschreitend. Es bedarf wohl keiner besonderen Betonung, daß die Darreichungsform ebenso wie die Dosierung nicht generell festgelegt werden kann, sondern sich dem jeweiligen allgemeinen Zustand anzupassen hat. Man wird also grundsätzlich, wenn man auf Dauererfolg Wert legt, die Darreichung des Hypotonin individuell abhängig machen von der Schwere der Blutdruckerhöhung sowohl, als von dem ganzen Symptomenkomplex und von dem Allgemeinbefinden und dem Kräftezustand des Kranken. Nach Eintritt einer meßbaren Blutdrucksenkung geht man mit der Dosis herunter und kann dann beobachten, wie sich die Druckverhältnisse im weiteren Verlauf nach Senkung der Dosierung gestalten, mit anderen Worten wir betrachten die Hypotonintherapie in ihrer Uebersichtlichkeit als eine rein kausale. Unangenehme Nebenwirkungen sind weder von mir bisher beobachtet worden noch habe ich in der vorliegenden Literatur von solchen gelesen. Die subjektive Erleichterung, welche die Patienten mit ausgesprochener Herzzuffizienz dem Hypotonin nachrühmen, scheint mir ein Fingerzeig zu sein, daß das Präparat unter den bestehenden blutdrucksenkenden Mitteln einen dominierenden Platz beanspruchen kann.

Zur Bedeutung des Mineralstoffwechsels für die Lungentuberkulose-therapie.

Von Dr. JOSEF PORAS, Wien,

Spezialarzt für Erkrankungen der Atmungsorgane, gewesener Chefarzt des Sanatoriums Hinterbrühl.

Der Mineralstoffwechsel der Lungentuberkulose hat besonders die französische Tuberkuloseforschung seit jeher beschäftigt. Die Demineralisation Robins stand lange Zeit im Vordergrund der Diskussionen und wurde neuerlich zum Mittelpunkt des Interesses, als Sauerbruch in München die Gerson'sche Behandlung der Tuberkulose akzeptierte. Die Gerson'sche Behandlung erstrebt bekanntlich eine möglichst vollkommene Ausschaltung des Kochsalzes aus der Ernährung, um durch die Ueberschüttung des sonst eiweißarmen, jedoch kalorienreich ernährten Organismus mit einem Gemisch anderer Salze den für den Heilungsprozeß optimalen Elektrolytbestand herzustellen.

Manche Kritiker des Gerson'schen Verfahrens stehen auf dem Standpunkte, daß seine Erfolge, was die ernährungstechnische Seite anbelangt, dem Kalorienreichtum allein zu verdanken sind, da das Gerson'sche Salzgemisch die zur Abdämpfung der entzündlichen

¹⁾ Lehrbuch der Herzkrankheiten, Leipzig, 1922

²⁾ Fortschritte der Therapie 1927, Heft 1.

Vorgänge notwendige Alkalose herbeizuführen nicht geeignet ist. All diese Bestrebungen basieren auf der Erkenntnis, daß wir durch richtig gewählte Ernährung und Zufuhr richtig gewählter Salze und Salzgemische in der Lage sind, das Säurebasengleichgewicht und den Mineralstoffwechsel in einer für den Krankheitsprozeß günstigen Weise zu beeinflussen.

Wenn auch die Wasserstoffionenkonzentration des Blutes zu den stabilsten Größen des physiologischen Betriebes des Organismus gehört und vor Eingriffen von außen durch die Regulationsmechanismen der Atmung, der Ausscheidung des Harnes und der Magensäure in ausgiebigster Weise geschützt wird, so haben Schade u. a. dennoch gezeigt, daß die Wasserstoffionenkonzentration in den Geweben und Krankheitsherden mit der Wasserstoffionenkonzentration des Blutes nur selten in Uebereinstimmung steht und durch Maßnahmen von außen verhältnismäßig leicht planmäßig abgeändert werden kann. Die Verhältnisse weisen aber durchaus kein einheitliches Gepräge auf. Ist es für die akuten Entzündungen von Vorteil, daß in ihnen durch Aenderung der Ernährung und durch Zufuhr geeigneter Stoffe eine stark saure Reaktion hervorgerufen wird, die, wie alle Beobachter bestätigen, für die Wundheilung fast unentbehrlich ist, so hat Schade gezeigt, daß das Auftreten der Mischinfektion bei Lungentuberkulose beispielsweise, also eine als Verschlimmerung aufzufassende Komplikation im Krankheitsbilde, immer vom Auftreten stark saurer Reaktionen in den tuberkulösen Herden begleitet ist. Da es bei Behandlung der Lungentuberkulose auf die Verstärkung der Alkalose ankommen hat, so sind bei derselben in der Ernährung die alkalotisch wirkenden Nahrungsmittel zu bevorzugen. Als solche sind nach Berg anzusehen: Wurzel- und Blattgemüse, Kraut, Kartoffeln, Pilze, das Blut u. a.; als azidotisch wirkende Nahrungsmittel hingegen sind zu nennen: Fleisch, Fisch, Zerealien, Hülsenfrüchte, Käse, Nüsse und Eier. Durch die Zufuhr von Kalziumchlorid, Monoammoniumphosphat, Ammoniumchlorid, Phosphor- und Salzsäure kann die saure und durch die Zufuhr von Natriumsalzen der Kohlen-, Essig-, Zitronen- und Ameisensäure die alkalische Reaktion verstärkt werden. Beim Lungentuberkulose ist also eine Ueberfütterung mit Fleisch und Zerealien unter allen Umständen zu vermeiden. Der notwendige Kalorienreichtum wird am zweckmäßigsten durch Zufuhr entsprechender Mengen von Fettstoffen (Lebertran!) gewährleistet. Nicht zu vergessen ist hierbei die gewöhnlich ziemlich stark ausgeprägte Fermentschwäche des tuberkulösen Organismus, der, um die Ausnützung der Fettstoffe zu erleichtern, durch Verabreichung der Pankreasfermente zu steuern ist.

Zur Umstellung des Mineralstoffwechsels bei der Lungentuberkulose haben sich uns die Blutsalze, wie sie beispielsweise in den Sanguinalpillen der Firma Krewel & Co. sich finden, als sehr geeignet erwiesen. Da die Lungentuberkulose fast immer mit sekundärer Anämie vergesellschaftet ist, so erachteten wir es für zweckmäßig, ein Blutsalzgemisch zu verwenden, welches außer den Blutsalzen auch Hämoglobin, peptonisiertes Muskelalbumin, Mangan und ähnliche Substanzen enthalten, das Blutbild zu bessern und den Hämoglobingehalt zu steigern geeignet ist. — Autoritäten, wie Noorden, Jagic, haben schon vor Jahren die hämatopoetische Wirksamkeit des unter dem Namen Sanguinal Krewel bekannten Präparates hervorgehoben, das dank seiner Zusammensetzung bei der Durchführung der Mineralsalztherapie der Lungentuberkulose sich als außerordentlich wirkungsvoll erwies. Die Blutsalze bedingen, wie dies auch Brandes in einer kürzlich erschienenen Arbeit dartut, eine Ergänzung der im Blute des Patienten vorhandenen Mineralsalze. Wir verwendeten gewöhnlich den reinen Liquor sanguinalis (drei- bis viermal täglich $\frac{1}{2}$ Eßlöffel voll vor den Mahlzeiten) und kombinierten seine Applikation regelmäßig mit einer Sudiankur, von der ihr Erfinder Mosberg ebenfalls eine Umstimmung des Mineralstoffwechsels bei der Tuberkulose annahm und eine ausgedehnte praktische Anwendung hat die Richtigkeit dieser Annahme voll zu bestätigen vermocht. Sudian ist eine Schmierseifenkomposition und wird aus reinem, kalt geschlagenen Leinöl, Schwefelpräzipitat und flüssigen Seifen hergestellt. Wir lassen Sudian in derselben Weise anwenden, in welcher die gewöhnliche Quecksilberkur durchgeführt wird. Uebrigens hat auch schon vorher H. Schmidt über die kombinierte therapeutische Anwendung von Sudian und Sanguinal sowie über zahlreiche sehr befriedigende Erfolge dieser Behandlungsweise berichtet. Der Einfluß der kombinierten Sanguinal-Sudian-

Behandlung ist auf die produktiven azinös-nodösen Formen ganz ausgesprochen. Bei der Beurteilung eines Heilverfahrens bei Lungentuberkulose ist wohl die größte Skepsis am Platze. Gerade hier sollten wir der Forderung Wenckebachs eingedenk sein, günstige Veränderungen im Krankheitsverlauf nur dann auf das Heilverfahren zurückzuführen, wenn sie mit dem Einsetzen desselben zeitlich zusammenfallen. Und nicht allein der klinische Verlauf soll zur Beurteilung herangezogen werden, sondern auch die Kriterien, welche durch das Blutbild und das zytologische Bild des Sputums geboten werden. Durch unsere kombinierte Behandlung — wir führten sie bis nun in 20 Fällen durch — wurden nicht nur die objektiven Allgemeinsymptome, wie Temperatur, Gewicht, Nachtschweiß und die katarhalischen Herdsymptome, günstig beeinflusst, sondern auch das sputumzytologische Bild zeigte eine Abnahme der Leukozyten und eine Zunahme der Alveolarepithelien und das Blutbild außer Vermehrung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutzellen ein Zurückgehen der vorherbestehenden Leukozytose und eine relative Vermehrung der Lymphozyten; im großen und ganzen also Erfolge, die zum Aufruf zur weiteren Ausprobung unseres Verfahrens berechtigen.

Von unseren Fällen wollen wir nur zwei bemerkenswerte hervorheben:

Frl. R. A., 25 Jahre, hereditäre Verhältnisse suspekt, immer zart gewesen, erkrankte vor sechs Monaten an „Grippe“, nachher keine rechte Erholung, allgemeine Schwäche, Mattigkeit, Husteln, Abmagerung, häufiges Frösteln, schlechter Appetit, schwache Meneses, in letzter Zeit mehr Auswurf, Stechen in der linken Schulter, Nachtschweiß. Status: zartes, anämisches Mädchen; über der linken Lunge vorn bis zur dritten Rippe, hinten bis zur Spina scapulae Schallverkürzung, rauhes Vesikuläratmen mit verlängerter Expiration und feuchtes, klebbasiges Rasseln; über der rechten Spitze mäßige Schallverkürzung, verschärftes Atmen, kein Rasseln; Röntgen: Verdunkelung beider Lungenspitzen, links stärker als rechts. Sputum spärlich, stellenweise eiterig, Antiformin-Bazillen; Leukozyten vermehrt (62), Alveolarepithelien vermindert (20); im Blute: Eo 3, stabförmig 14, Lymphozyten 18; Therapie: Freiluftliegekur, kräftiges, gemischtes Regime, Lebertran, Sanguinal-Sudianbehandlung. Nach 6 Wochen: Besseres Aussehen, wenig Husten, mehr schleimiger Auswurf, Temperatur meist normal, nur bei Bewegung und Erregung subfebril, Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens, Gewichtszunahme 2,5 kg; die gleiche Therapie wird fortgesetzt; 4 Wochen später: 2 kg neuerliche Gewichtszunahme, sehr gutes Aussehen, normale Temperatur, Husten sehr gering, wenig schleimiger Auswurf des Morgens; Sputum bazillenfrei; Leukozyten 23, Alveolarepithelien 66; Blut: Eo-phile 8, Lymphozyten 30, Wohlbefinden hält auch nach längerem Aussetzen der Behandlung an.

Herr S. H., 34 Jahre, erblich frei, erkrankte im Kriege an Lungenkatarrh und Hämoptoe; 3 Monate Kriegsspital, dann zu leichten Diensten superarbitriert; im Zivilverf. Beamter, verheiratet, 2 Kinder gesund; vor einem Jahr Pleuropneumonie, seither wieder viel Husten, reichlich Auswurf, Abmagerung, Nachtschweiß; Status: schlechter Ernährungszustand, flacher Thorax; über der rechten Lunge vorn und hinten Verkürzung bis zur fünften Rippe, resp. bis zur Mitte der Skapula, an der rechten Lungenbasis nach aufwärts, fast bis zum Skapularwinkel reichend, Schallverkürzung, Unverschieblichkeit, Schwarte; über allen Lungenteilen verschärftes Vesikuläratmen, Giemen und Schnurren; über der rechten Spina scapulae konsonierendes, feuchtes Rasseln; Sputum bazillenpositiv, Leukozyten 82, Alveolarepithelien 28; Blutbefund: Eosine 2, stabförmig 11, Lymphozyten 23; Therapie: Liegekur, intern Sanguinal mit Guajakol und arseniger Säure, Kieselsäure, Suidaneinreibungen; nach 4 Wochen Besserung und Wiederaufnahme der Bureautätigkeit; Fortsetzung derselben Medikation; nach weiteren 6 Wochen: wenig lockerer Husten und schleimiger Auswurf, $1\frac{1}{2}$ kg Gewichtszunahme, keine Nachtschweiß; über der Cav. R. O. H. spärlich feuchtes Rasseln, über allen anderen Lungenteilen (die Schwarte ausgenommen) normales Atmen, stellenweise einzelne trockene Rhonchi. Sputum: wenig Bazillen, Leukozyten 56, Alveolarepithelien 41; 4. Woche Urlaub; während desselben Fortsetzung der Kieselsäure-Sanguinal-Sudianbehandlung; Erfolg: 1 kg Zunahme, morgens leichter Schleimauswurf, tagsüber meist hustenfrei, Wohlbefinden; Sputum: Antiformin pos.; Leukozyten 36, Alveolarepithelien 72; Blut: Eos: 9, Lymphozyten 34. Auch nach Aussetzen jedweder weiteren Behandlung anhaltend guter Allgemein- und Lungenzustand.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich.....3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn.....2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei.....17.00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien.....30.— Dinare
Holland.....1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz.....3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien.....2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien.....11.— Lire
Polen.....5.20 Sloty
Amerika.....jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder.....2.40 Rmk.

NUMMER 19

BERLIN, DEN 20. SEPTEMBER 1929

47. JAHRGANG

Telatuten
kann auch oral gegeben werden

Telatuten setzt den Blutdruck nachhaltig herab

Das Original-Gefäßpräparat Telatuten ist das adäquate Heilmittel gegen Arteriosklerose. Es wirkt als erstes kausal

Literatur:

hertz, Fortschr. d. Med. 1922, Nr. 2
Michael, Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 24
Deutsch, Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 31
Ziller, Fortschr. d. Med. 1926, Nr. 19
Zachariae, Fortschr. d. Med. 1928, Nr. 49
Priesack, Münch. Med. Woch. 1928, Nr. 44

Telatuten-Injektionen

Telatuten-Tabletten

Proben und Literatur auf Wunsch

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. med. Hans Debrunner, Zürich: Zur Erkennung und Behandlung verschiedener Formen von Fußbeschwerden 741

Dr. med. Max Grunewald, Dortmund: Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung 745

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 746

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 752

Bakteriologie und Serologie 753

Chirurgie und Orthopädie 754

Frauenheilkunde und Geburtshilfe 758

Geschichte der Medizin 759

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 759

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 760

Hygiene 763

Infektionskrankheiten 765

Innere Medizin, Tuberkulose 766

Kinderheilkunde 770

Mund- und Kiefererkrankungen 772

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie 772

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 776

Psychiatrie und Nervenheilkunde 779

Psychologie und Psychopathologie 781

Soziale und gerichtliche Medizin 781

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 782

Neue erschienene Bücher 783

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

30. 9.—5. 10. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen. September—Oktober. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.

* 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.

* 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.

* 7.—12. 10. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.

* 14. 10.—13. 12. 1929. Bakteriologisch-hygienischer Ausbildungslehrgang für approbierte Aerzte und Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.

* 16.—18. 10. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.

November—Dezember. Internationale Fortbildungskurse über innere Sekretion und Konstitutionsfragen, Wien.

26. 9.—8. 12. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medizinischen Fakultät, Wien.

* 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, Königsberg.

* 19.—21. 5. 1930. 2. Internationaler Malariakongreß, Algier.

* 5.—8. 8. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — Diätkuren — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.

Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch

Hausarzt: Dr. Hartmann. Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

BAD RIPPOLDSAU

Bad. Schwarzwald

Saison Mai—Oktober

SANATORIUM SOMMERBERG

Erstkl. Haus mit allem neuzeitlichen Komfort in schönster Lage des Bad. Schwarzwaldes für innere u. Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Zuckerkrankheit, Fettsucht, Ernährungsstörungen). Diätküche unter fachmännischer Leitung. Modern eingerichtetes Laboratorium für alle klinischen Untersuchungsmethoden. Ärztlicher Leiter Dr. H. Lampé, früher Lampé — von Noorden'sche Privatklinik.

KURHAUS-BAD RIPPOLDSAU

Moor- und kohlen-saures Mineral-Bad im Bad. Schwarzwald, 600 m. ü. d. M. Subalpines, nebel-freies Waldklima. Herrlich. Aufenthalt für Erholungsbedürftige. Hallenschwimmbad, Tennisplatz. Fließend Wasser, Dampfheizung, Privatbäder, 300 Betten. Günstige Wochenend-Vereinbarung. Postauto: Appenweier, Hausach, Freudenstadt

Direktion W. ERICHSEN, früher Kurhaus Baden-Baden



SOEBEN ERSCHIEN:

Kurzgefaßtes Lehrbuch der physiologischen Chemie

Von S. Edlbacher, a. o. Prof. an der Universität Heidelberg
Groß-Oktav VIII, 224 Seiten. Geh. M. 10.50, geb. M. 12.00

Ein prägnanter Umriss der Ergebnisse der physiologischen Chemie! Durchausgedehnte Formelbilder wird eine übersichtliche Einführung in die rein chemischen Tatsachen, besonders das Gebiet der Stoffwechselvorgänge, gegeben; die einschlägigen physikalisch-chemischen Grundphänomene werden in einer elementaren Weise dargestellt. Mit diesem kleinen Lehrbuch wird studierenden Medizinern, Biologen, Chemikern und Pharmazeuten ein neuartiges Arbeitsmaterial geboten, das in seiner ganz spezifischen Art — sein Schwergewicht liegt ganz im Methodischen — ein besonderes Bedürfnis moderner Studienarbeit ist.

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige eine ausführliche Prospektkarte kostenlos

Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10, Genthiner Straße 38

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 19

BERLIN, DEN 20. SEPTEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Zur Erkennung und Behandlung verschiedener Formen von Fußbeschwerden.

Von Dr. med. HANS DIEBRUNNER, Zürich.

Heute noch wird selbst in spezialistisch geschulten Aerztekreisen das formenreiche Gebiet der statischen Fußbeschwerden unter dem Kennwort „Plattfußbeschwerden“ zusammengefaßt und damit ein Urteil gefällt, über Ursache und Entstehungsweise, das in den wenigsten Fällen den tatsächlichen Vorgängen entspricht.

Der eigentliche Plattfuß, *Pes planus*, ist gar nicht so häufig, wie durch die irreführende Benennung aller möglichen Fußleiden mit diesem Namen vorgetäuscht wird. Aus diesem Grunde wurde der Vorschlag gemacht, die ganze Krankheitsgruppe mit dem Namen der *Insufficiencia pedis* zu belegen, den anstatt durch das schwerfällige „Untauglichkeit“ zu übersetzen wir vorziehen durch den völlig unverbindlichen Ausdruck „Gebrauchsbeschwerden“ zu umschreiben. Damit ist das all diesen Krankheitsformen Gemeinsame und auch einzig Gemeinsame hervorgehoben: Das Auftreten der Beschwerden als Folge normal bemessener Funktionsansprüche.

Den Fuß dürfen wir als eine funktionelle Einheit betrachten, sobald wir seiner Bindung und Abhängigkeit bewußt werden, die ihn an die Lebensgesetze des Beines, ja des Gesamtkörpers verpflichtet. Wir haben den Blick auf den Bewegungsablauf des Organismus einzustellen, um ihn erst bei der diagnostischen Analyse auf die Abschnitte des Organs zu verengern und dabei zu erkennen, daß die Deutung als Einheit die gleichmäßige Arbeit der Einzelteile zur Voraussetzung hat.

Nun sind dieser Einzelteile eine Menge. Größere und kleinere Knochen von bizarrsten Formen verzahnen sich in mannigfachen beweglichen Gelenken zu einem Skelettkomplex, dessen Gestalt erst noch durch ein verwirrendes Gewirk von Bändern in brückenartiger Wölbung erhalten wird. Das Ganze in sich und an sich zu bewegen, strahlen aus kräftigen Muskeln die Sehnen zu Sohle und Fußrücken oder schlingen sich kurz von Knochen zu Knochen im Fuße selbst. Richtungsänderung in ihrem Verlauf ist Regel und bedingt die Ausbildung der geschlossenen Scheiden und der bandartig verdickten Retinakula. Dem Bodendruck ausgesetzte Haut- und Unterhautpartien bilden sich ihre Schleimbeutel, ihre Fettpolsterung, ihre derben Verdickungen aus. In jedem einzelnen der erwähnten Gebilde kann die Krankheit ihren Anfang nehmen, sich auf Teile beschränken oder sich weiter Gebiete bemächtigen. Fast immer sind die einzigen Symptome Schmerz und dadurch behinderte, nicht eigentlich gestörte Funktion. Wer nach sichtbaren Veränderungen sucht, wird enttäuscht. Umgekehrt finden sich häufig genug Abweichungen von der zur Norm willkürlich erhobenen Idealform des Fußes, wo objektive Krankheitssymptome vollständig fehlen. Das zwingt uns zum Schluß, daß wir aus der Gestalt nichts diagnostizieren dürfen. All die verschiedenen und weitherum beliebten Abdruck- und Abgußverfahren sind für die Diagnose meist überflüssig; sie behalten ihren Wert als Hilfsmittel für die Behandlung. Da die Behandlung durch die falsche Bezeichnung der verschiedenen Gebrauchsbeschwerden und ihre ebenso falsche einheitliche Deutung als Plattfußbeschwerden in eben-schablonenhaften Schematismus hineingeraten ist, der sich in großartiger Weise im Einlagenvertrieb der Geschäfte äußert, ward es für zweckmäßig erachtet, die der Anatomie und Physiologie längst bekannten Tatsachen noch einmal hinzuschreiben¹⁾. Wir

dürfen aus dem Gesagten entnehmen, daß die Gebrauchsbeschwerden der Füße sich in sehr verschiedenen und ungleich zu bewertenden Krankheiten darstellen, die zu erkennen und ihrer Eigenart gemäß zu behandeln zu einer interessanten und keineswegs eintönigen ärztlichen Aufgabe wird.

Die Diagnose verwertet anamnestic Angaben und Leidens-erzählungen des Kranken, wobei auf besondere Erfahrungen aufmerksam gemacht werden soll. Wir fragen nach dem Sitz, auch nach dem Zeitpunkt des Schmerzeintritts, fragen nach Tätigkeit und Beruf, nach Gewichtsveränderungen, allenfalls nach der Art der Beschuhung, nach früheren ähnlichen Erkrankungen und können mancherlei Fingerzeige erhalten.

Wird der Sitz der Beschwerden ziemlich unklar als im Fuß, im Bein, im Knie angegeben, so läßt sich daraus kein Anhalt gewinnen. Häufig aber vernehmen wir präzise Erklärungen, die uns einen Weg weisen. Gibt der Kranke ganz bestimmt an, daß er im Gebiet der vorderen Tibialismuskulatur (Tib. ant., ext. hall. long.) ein „Ziehen“, eine gewisse Spannung nur nach längerem Gehen, besonders aber beim Stehen verspürt, so dürfen wir an die durch beginnendes Einsinken des Längsgewölbes hervorgerufenen Schmerzen denken. Fast immer steht bei der Betrachtung von hinten das Fersenbein aus der Unterschenkelachse nach außen abgewichen: der Fuß knickt ab. Es handelt sich um einen noch nicht abgeplatteten, sondern unter der Belastung etwas einsinkenden und abgknickten Fuß, den wir, um einen Namen gebrauchsfertig zu haben, als „Knickfuß“ (*Pes valgus*) bezeichnen wollen.

Sehr viele Fußkranke kommen wegen der eben erwähnten Veränderung zum Arzt, der sich indessen mit dieser Diagnosenstellung nicht zufrieden geben kann, wenn er wirklich nutzbringende Therapie verordnen will. Er wird vielmehr nach den genaueren Ursachen sich erkundigen und vielleicht erfahren, daß der Patient aus irgendeinem Grunde längere Zeit gehunfähig war. Daraus dürfte er den Schluß ziehen, daß es sich um eine vorübergehende Gebrauchsentwöhnung handelt. In derartigen Fällen werden sich die Beschwerden mit der Kräftigung des ganzen Beines während des Gebrauchs günstig gestalten. Eine aktive Turnbehandlung in Vereinigung mit zweckentsprechender Sohlen- und Unterschenkel-massage vermögen die Heilung zu beschleunigen. Die Massage — als eine unserer hervorragendsten diagnostischen Methoden — übt der Arzt wenigstens anfänglich am besten selbst aus, um sich über den Zustand der Muskulatur, über deren abnorme Spannungs- oder Verhältniszustände genau zu unterrichten. Er findet dann häufig genug besonders schmerzhaft Stellen in der Wade, in der Peronealmuskulatur, leichte Verdickungen im Gebiet des Musc. tib. ant., im Sohlenteil und ähnliche Erscheinungen. Einige Sitzungen energischer Massagetätigkeit beseitigen pathologischen Zustand und Schmerz.

Wir erklären uns derartige Krankheitsbilder aus langer Untätigkeit. Um vorzubeugen, unterstützen wir den Fuß eines wochenlang bettlägerigen Kranken vorübergehend durch federnde Einläge oder kräftigen hohen Schnürschuh, lassen nötigenfalls einige

¹⁾ Es sind diese Betrachtungen auch bedenkenswert, wenn wir den Einfluß einer Namensgebung auf die ärztliche Überzeugung ins Auge fassen. Die Assoziation „Plattfuß-Einläge“ ist heute selbst beim Laien zum Reflex geworden. Ich erinnere noch an „Rheumatismus-Salizyl“, an die Benennung „einfacher“ und „komplizierter“ Knochenbruch. Der „einfache“ erheischt sehr oft die weit sorgfältigere Einstellung und Behandlung, als der durch einen winzigen Fragmentspließ „komplizierte“ usw.

Tage vor dem endgültigen Aufstehen die manuelle Behandlung durchführen.

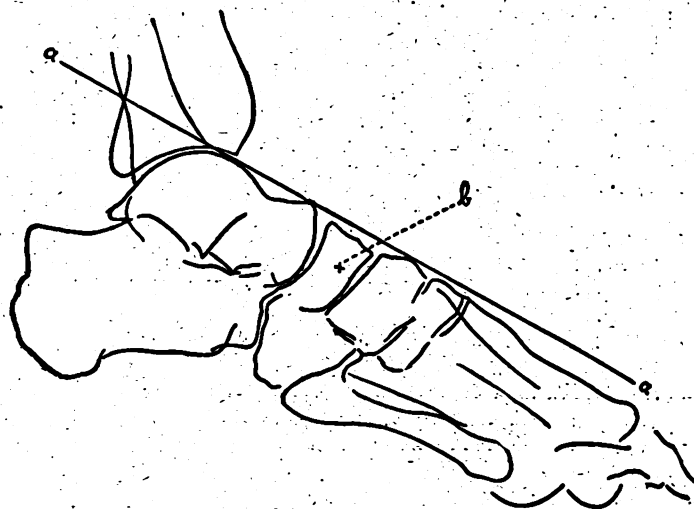
Ganz ähnliche Erscheinungen, wie sie der Fußgebrauch nach langer Untätigkeit hervorzurufen imstande ist, vermag auch eine plötzliche und ohne Training einsetzende vermehrte Beanspruchung auszubilden. (Rasche Gewichtszunahme, Aufnahme eines stehenden Berufes, sonstige Ueberanstrengung.) Im Grunde genommen handelt es sich stets um eine mangelhafte Deckung von Leistungsfähigkeit und Leistungsforderung. Wir dürfen gewiß von einer Insuffizienz sprechen, die durch eine Anpassungsbehandlung zu beheben wäre. Ob wir uns dabei pathologische Gewebsveränderungen im Bänder-, Sehnen- oder Gelenkbereich vorstellen wollen, ob wir den tastbaren Unterschieden in der Muskelkonsistenz bestimmte Gelenkformen zugrunde legen oder Koordinationsstörungen feinsten Art annehmen wollen, ist praktisch unwichtig gegenüber der Tatsache einer Behandlungsmöglichkeit, die uns eine Reihe von Mißständen beseitigen hilft, aus denen sich häufig genug eigentliche Leiden psychischer oder körperlicher Art entwickeln können. Gelingt der Ausgleich dieser Insuffizienz nicht bald, so empfiehlt sich die Aufrichtung des Gewölbes mit Hilfe von Heftpflasterverbänden, die nach der Technik von Gibney anzulegen sind. Mit ihrer Hilfe läßt sich der Fuß in supinierter Stellung auch bei Belastung erhalten. Eine schmale federnde Einlage vermag nach einigen Wochen den Uebergang aus Verbandperiode zur völligen Funktionsfähigkeit zu erleichtern.

Neben diesen sehr häufigen Klagen hört man ebensooft die Schilderung der eigentlichen Senkfußbeschwerden. Die Schmerzen treten, im Fuß nicht typisch lokalisiert, nach und nach während der Tätigkeit auf, werden als ziehende Müdigkeit geschildert und haben den Kranken meist schon dazu geführt, sich käuflich Einlagen zu erwerben, die den ihnen von geschickter Reklame angedichteten Wirkungen nur zum Teil oder gar nicht gerecht werden. Am hängenden Fuß lassen sich keine nennenswerten objektiven Krankheitsbefunde erheben; vielleicht fällt uns eine gewisse Verdickung des peritendinösen Gewebes auf am Endabschnitt der Achillessehne; vielleicht zeigen sich Oedemsäckchen über dem Fußrücken, wo sie durch Riemen der Spangenschuhe abgegrenzt und gestaut werden. Die weitere Untersuchung ergibt druckschmerzhafte Stellen, die sich verteilen auf den hinteren, seltener vorderen Abschnitt der Plantarfascie, auf die Ansatzpunkte der beiden Tibialessehnern, oft auch ihrem Verlaufe folgend bis zum inneren Knöchel, gewöhnlich auch auf die Sehne des *Musc. per. brev. vom Mäll. ext. bis zu seiner Knochenanheftung*. Die Gelenke des Fußes sind nach allen Richtungen frei beweglich entsprechend der konstitutionellen Ausmaße²⁾. Am stehenden Kranken fällt uns die übermäßige Senkung des ohne Belastung wohlgeformten Fußes auf, die fast immer von einer vermehrten Valgusstellung der Ferse begleitet wird. Wir dürfen aus diesen Befunden die Diagnose erschließen: *Pes valgus, semiplanus* (Knicksenkfuß).

Noch dürfen wir nicht von einem eigentlichen Plattfuß sprechen, da eine Gewölbebildung deutlich nachgewiesen werden kann. Nur als erklärendes Bild, nicht als wesentliche Deutung des pathologischen Vorganges wollen wir das sinkende Gewölbe vergleichen mit der über den Rahmen verbürgter Tragfähigkeit hinaus belasteten Brücke. Ein Zusammenbruch wird nicht erfolgen, dagegen werden Elastizität und Spannungsfestigkeit der Baumaterialien bis nahe an ihre Leistungsgrenze beansprucht. Für kurze derartige Ueberlastungen mag die Brücke Kräfte genug haben. Wiederholen sie sich oft oder dauern sie lange, so werden an besonders ausgesetzten Punkten Dauerveränderungen der inneren, später auch der äußeren Form und damit Verschlechterung der Tragfähigkeit eintreten. Bringen wir diese statischen Probleme in Verbindung mit der lebendigen Dynamik des Fußes, so werden wir mit ent-

sprechender Komplizierung der Vorgänge uns ein ziemlich klares Bild von den Veränderungen am *Pes semiplanus* machen können.

Der Fußabdruck ergibt noch keine platte Vollform, sondern zeigt mehr oder weniger starke Verbreiterung der lateralen Auftrittsfläche. Dazu tritt die fast gerade und nicht mehr medial konkav verlaufende Fußlängsachse. Das dorso-ventrale Röntgenbild bestätigt diese Abduktion des Mittel- und Vorderfußes, indem ganz besonders unter Belastungsdruck die Navikulargegend die auf der Platte sichtbare Hautkontur nach innen zu überschneiden beginnt. Das seitliche Bild zeigt dann noch eine weitere und diagnostisch sehr wichtige Stellungsverschiebung im Skelettgefüge, die durch eine Senkung des *Os naviculare* bedingt ist. Damit wird die dorsale Kuppe dieses Knochens von der Höhe des Gewölbescheitels verdrängt und sinkt auf oder unter die Verbindungslinie, die sich vom oberen Rand des Taluskopfes zum oberen Rand des ersten Keilbeines legen läßt. Häufig genug erkennen wir auch schon die der Pressung der oberen Gelenkabschnitte entsprechenden Gewebsreaktionen in Form von Randwucherungen. (Siehe die Skizze.)



Röntgen-skizze eines Senkfußes.

(Patientin E. E.) Die Verbindungsgerade (a-a) der höchsten Gewölbepunkte wird vom *Os naviculare* (b) nicht berührt. Die Gelenkspalten der Umgebung inkongruent; Taluskopf und *Os naviculare* zeigen deutliche Randzacken, die als beginnende pathologische Veränderungen im Sinne der Arthritis deformans zu deuten wären.

Wenn wir die Summe der Krankheitserscheinungen zusammen sehen, so dürfen wir den *Pes semiplanus*³⁾ doch nicht nur als die Vorstufe des echten *Pes planus* betrachten. Gewiß sind bei ihm die Symptome teilweise nur in der Stärke ihrer Ausbildung verschieden von denen des Senkfußes. Die Unterschiede sind indessen doch mannigfaltig und für die Bewertung des Zustandes recht bedeutsam.

Der *Pes semiplanus* muß, falls er Beschwerden macht, aufgefaßt werden als Zeichen einer Insuffizienz, nicht als eigentliche Mißbildung. Der nicht belastete Senkfuß zeigt keine Formabweichung und ist sicher äußerlich nicht als krank zu erkennen. Der Plattfuß mit seiner flachen Sohle, der starken Abduktion des mittleren und vorderen Fußabschnittes, mit seiner bleibenden Valgität und Flachlegung der Ferse — um nur einige äußerlich sichtbare Anzeichen zu nennen — ist eine echte Mißbildung und kann als solche den Ansprüchen der Funktion gegenüber versagen. Er ist aber als Mißbildung zu behandeln und nicht als Ausdruck der Mißfunktion, weil die fehlerhafte Form die Fehler der Funktion bedingt, während umgekehrt der Senkfuß in erster Linie aus den Mängeln der Funktion heraus zu verstehen und zu behandeln ist. Wir dürfen kurz sagen, daß dem Senkfuß die Mittel der funktionellen Therapie zugute kommen müssen, während der Plattfuß einer statischen Beeinflussung vorzugsweise zugänglich ist.

Wir fügen hinzu, daß in mancher Beziehung der reine *Pes valgus* auf grundsätzlich gleiche Weise zu bekämpfen wäre wie der

²⁾ Wir legen besonderen Wert auf die Untersuchung der Gelenkbewegungen auch im *Lisfrancschen* und *Chopartschen* Gelenkkomplex; da sich hier bei entzündlichen Prozessen (Tuberkulose) sehr frühzeitig Störungen oder Versteifungen ausbilden, die differentialdiagnostisch von Bedeutung sein können. Zur Beurteilung der physiologischen Bewegungsbreite, die individuell deutliche Verschiedenheit aufweist, prüfen wir den gesunden Fuß, allenfalls andere Gelenke und richten uns nach dem gesamten Phänotypus, der dem Erfahrenen bestimmte Schlüsse zu ziehen erlaubt. Ebenso suchen wir die gegenseitige Verschiebungsmöglichkeit der Metatarsalstrahlen zu prüfen, die bei Veränderungen der queren Gewölbekonstruktion häufig aufgehoben ist. Wir verweisen auf spätere Textabschnitte.

³⁾ Die Bezeichnung *Pes semiplanus* entspricht nicht ganz der Bedeutung, die wir dem Worte „Senkfuß“ — unter der Last einsinkender Fuß — geben möchten. Da wir aber eine Bezeichnung für wünschenswert halten zur Beseitigung der Spielerei mit dem Worte Plattfuß, da weiterhin auch der Philologe keine bessere Bezeichnung anzugeben wußte, bleiben wir bei diesem Ausdruck.

Pes semiplanus, also funktionell. Da er bei Erwachsenen in un-
vermischter Form selten anzutreffen ist, lassen wir es bei dieser
Erwähnung bewenden.

Funktionelle Therapie erzielt den Ausgleich zwischen Leistung
und Anforderung, versucht die Beseitigung der Insuffizienz auf
zwei entgegengesetzten Wegen: 1. durch Erhöhung der Leistungs-
fähigkeit (Training), 2. durch Herabsetzung der Ansprüche
(Schönung). Zum Training rechnen wir die Uebung des Fußes
beim Gehen (Bergsteigen, Laufsport), durch spezielle Fuß-
gymnastik, durch Massage. Ich darf auch die auf Verbesserungen
der Zirkulation abzielenden hyperämisierenden Maßnahmen hier auf-
zählen, z. B. Wechselbäder, Packungen, Wärmetherapie. Zur
Schönung gehört die geschickte Ausnützung der Sitzmöglichkeit im
Beruf, die Vermeidung langen, bewegungslosen Stehens, des so-
genannten passiven Stehens, dann die Verminderung oder besser
Verteilung der eigenen oder zugeladenen Traglast (Entfettungskur,
Einlage, entlastende Verbände, vorübergehende Aenderung der
körperlichen Tätigkeit).

Auf Einzelheiten der Behandlungstechnik will ich nicht ein-
gehen, dagegen auf die reiche Kombinationsmöglichkeit der ver-
schiedensten Behandlungsformen hinweisen. Die gedankliche Asso-
ziation „Senkfuß-Einlage“ darf nicht mehr die Therapie be-
stimmen, um sie zu einer monotonen Reflexbehandlung zu er-
niedrigen, die mit Recht von den Geschäften für Fußpflege und
einer rührigen Industrie übernommen würde. Wir sollen in jedem
Falle den Besonderheiten nachspüren, die sich weniger in den
Beschwerden des Kranken äußern werden als in den konstitutio-
nellen und Milieuverhältnissen, die bei Aufstellung des Behand-
lungsplanes in Erwägung zu ziehen unsere dankbare Aufgabe
ist. Die Einlagenbehandlung soll beim Senkfuß z. B. nicht als
dauerbehandlung durchgeführt werden, sondern rein im Sinne
einer vorübergehenden gleichmäßigen Gewichtsverteilung auf das
ganze Fußgewölbe. Ob die Einlage nicht gewisse schädigende
Einflüsse hat, ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt. Es wäre
denkbar, daß der Gewölbemuskulatur und der plantaren Zirkulation
durch den gleichmäßigen Druck Nachteile entstehen könnten.
Ebenfalls ist die Befreiung vom Apparat als einem Notbehelf Ziel
unserer Behandlung. Der Fuß soll für ihm entsprechende An-
forderungen wieder leistungsfähig werden. Das ist nicht ge-
lungen, solange er der Stütze bedarf.

Als Einlagen kommen nur feste Stützen (Metall, Zelluloid, Holz,
Gips usw.) zur Anwendung. Die Herstellung nach einem Gips-
modell sichert individuelle Anpassung. Kompromisse in Beziehung
auf Schuhform, Einlagengröße usw. sind während der Behand-
lungszeit nicht zulässig. Ob die begleitende Valgusstellung in der
Einlage korrigiert werden soll oder nicht, hängt von ihrer Stärke
und zum Teil auch von der Art der subjektiven Symptome ab.
Die bei der Behandlung der Schmerzen im Gebiet des M. tib. ant. oder an der Ansatz-
stelle der beiden Tibialessehn. deutend auf Valgusbeschwerden hin.

Auf die mechanischen Veränderungen am belasteten Senkfuß,
so auf die pathologische Physiologie der Knochen-Bänder-Muskel-
komplexe einzugehen, ist hier nur insofern geboten, als wir
Schlüsse auf unsere Behandlung daraus ziehen können. Die Senk-
fußbewegung spielt sich meist so ab, daß die Fußwurzel (Talus,
Calcaneus) eine pronatorische Drehung beginnt, während der
vordere Teil des Fußes sich supinierend aufrichtet und dergestalt
auf der Standfläche anpaßt. Durch die Fußachse geht eine Torsions-
bewegung, die aufzuheben die wichtigste Aufgabe der Einlagenbehand-
lung und der funktionellen Therapie ist. Die Einlage soll in ihrem
vorderen Teil den Fuß supinieren, um ihm vorn Raum zu geben für die
Pronationsbewegung. Auf diese Weise wird das Längsgewölbe in die
Höhe getrieben und besser verstrebt. Die Absätze dürfen 3–4 cm
hoch sein. Als Schuh wird am besten der hohe Schnürstiefel
empfohlen.

Der echte Plattfuß zeigt sowohl in seiner Form als auch
in seiner Leistungsfähigkeit deutliche Unterschiede vom Senkfuß.
Schon der Gang des Betroffenen vermag die Diagnose nahezulegen.
Gewöhnlich stellt er die Füße stark auswärts, rollt nicht eigen-
tlich ab, sondern scheint eher den Fuß als Ganzes zu heben und mit
der flachen Sohle aufzusetzen. Der Gang verliert dadurch seine
Elastizität, die mit einem gleichmäßigen Heben und Senken des
Körpers verbunden ist und sich graphisch in einer flachen Wellen-
linie von Schritt zu Schritt darstellen ließe. Die Schuhe sind nach
engerem Tragen durchgetreten und in der Gegend der Brücke ver-

breitert. Entkleidet der Patient seine Füße, so sehen wir eine auch
im unbelasteten Zustand vollkommen flache Sohle, deren Fläche
meist eine Reihe von Besonderheiten aufweist. Meist fallen uns
dick überhäutete, oft verhornte Druckstellen auf, die sich auf die
Gegend des Os naviculare, der Metatarsalköpfchen, der Tuber-
ositas ossis metatarsalis V verteilen. Diese Punkte sind häufig
Zentren der Beschwerden. Im Stehen ist der knöcherne Brücken-
bogen restlos verschwunden und von einer gleichmäßigen aufliegenden
Knochenfolge von Phalanx bis Fersenbein ersetzt. Fassen wir den
Fersenteil des Fußes mit der einen, den Vorderfuß mit der anderen
Hand, so gelingt uns wohl die Einwärtsdrehung (Inversion), die
dorsale und plantare Flexion; es setzt dagegen die Adduktion des
Mittel-Vorderfußes gegenüber der Fußwurzel unserem Druck einen
deutlichen Widerstand entgegen: Die außen konkave Sohlenlängs-
achse läßt sich nicht in eine normale, außen konvexe Bogenlinie ver-
wandeln. Dies gelingt dagegen manchmal, wenn wir gleichzeitig
die kurz zuvor besprochene Torsion des inneren Fußgelenkes auf-
drehen, also den vorderen Abschnitt pronieren, während wir den
Fersenteil in Supination drängen.

Die Beschwerden, die der einfache *Pes planus* macht, sind meist
gering. Er bildet sehr häufig eine Erscheinungsform konstitutioneller
und ererbter Besonderheit, wird sogar als Rassenmerkmal aus-
gegeben. Ich kenne ausgesprochene Plattfüßer, die zu den besten
Bergsteigern und Läufern gehören; deren Fuß demnach eine funk-
tionelle Tüchtigkeit besitzt, die auch für die Form des Fußes das
Prädikat normal erfordert. Ich kenne Familien, in denen sich Platt-
füße in drei Generationen nachweisen lassen, ohne daß sich Be-
schwerden besonders bemerkbar gemacht hätten. Solange der Fuß
in seinen Gelenken beweglich bleibt, kann er ein ausgezeichneter
und leistungsfähiger Träger seines Herrn bleiben. Wie erwähnt,
treten namentlich bei sehr mageren oder umgekehrt sehr schweren
Personen Druckerscheinungen auf, die durch eine sorgfältig den
Skelettvorsprüngen angepaßte, feste Einlage stets zu beheben sind.
Die Behandlung hat sich in derartigen Fällen nur an die Forderung
der Statik zu halten und darf die funktionelle Therapie vernach-
lässigen. An eine Aufrichtung des erwachsenen Plattfußes ist nicht
zu denken. Daher soll die Einlage nicht als ein Gewölbe konstru-
iert, sondern dem Relief der belasteten Sohle angeschmiegt werden
(Gipsabguß im Stehen).

Der einfache *Pes planus* ist nicht sehr häufig, oft auch im
Uebergang aus dem Senkfuß begriffen, so daß, entsprechend den
besonderen Beschwerden, die Therapie sich ihrer Kombinations-
möglichkeiten erinnert.

Was wir bisher in Kürze und Knappheit zur Darstellung ge-
bracht, stellt einen Ausschnitt dar aus dem Gebiet der Belastungs-
deformitäten des Fußes.

Ich habe, um im Rahmen einer Zusammenfassung zu bleiben,
nur das mir wichtig Scheinende erwähnt. Zu den besprochenen
krankhaften Veränderungen gesellen sich häufig Begleitsymptome,
die als Bewegungsstörungen, als Gelenkkontrakturen in Erscheinung
treten und ihre Aussonderung aus der gemeinsamen Gruppe den
speziellen Anforderungen der Behandlung verdanken.

Ein Kranker sucht uns auf mit den Angaben der typischen
Senkfußbeschwerden, zu denen vielleicht noch die vorzugsweise
Schmerzlokalisierung im Gebiet der Peroneussehn. am äußeren
Knöchel hinzukommt. Der Gang zeigt dem aufmerksamen Auge
eine gewisse Starre; die Abrollung geschieht ungeschickt und stark
über die mediale Fußkante. Der Patient setzt seine Schritte
sehr vorsichtig, erwähnt vielleicht, daß er auf gewölbten Straßen
auf der Seite der Erkrankung besser zu gehen vermag. Die
Prüfung der Funktion zeigt die Aufhebung oder Störung der aus
Supination, Plantarflexion und Adduktion kombinierten Inver-
sion des Fußes, während alle anderen Bewegungen, vor allem die
in sagittaler Ebene verlaufenden Exkursionen des oberen Sprung-
gelenkes, frei sind. Jeder Versuch passiver Eindrehung wird nach
und nach abgebremst oder stößt auf starren Widerstand. Wir
diagnostizieren einen kontrakten oder sogar fixierten
Senkfuß, dem der kontrakte oder fixierte Plattfuß
entsprechen würde. Bisher ist es noch nicht gelungen, das Geheim-
nis der Kontraktur befriedigend für alle Fälle zu klären. Wahr-
scheinlich darf die Bewegungshemmung anfangs als Schmerz-
kontraktur gedeutet werden, die erst nach und nach in eine rein
myogene Kontraktur übergeht durch Verkürzung der kontraktilen
Elemente auf die neue Gebrauchslänge. Je kleiner die Gelenk-

exkursionen sind, desto eher gehen auch elastische Bestandteile der ausgeschalteten Bänder verloren. Vielleicht spielen sich sogar arthritische Veränderungen in den Knorpelanteilen ab, die wiederum durch Randwucherungen, Osteophytenbildung, Knorpelauffaserung der Verzahnung und Ankylosierung vieler kleiner Gelenke Vorschub leisten. Dieser zuletzt genannte Vorgang ist besonders deutlich am Pes planus zu verfolgen, wo die Arthritis deformans zu starrer Gelenkvermauerung führen und die Heilungsaussichten gänzlich verstellen kann. Derartige „Gehplatten“ können hochgradige Beschwerden bringen. Sie verhindern den elastischen Gang; der Fuß wird wie eine Scharnierprothese gebraucht. Sodann ergeben die spurhaften Verschiebungen der Gelenkflächen dauernd Anlaß zu Reibungen, denen erneute Schübe arthritischen Gewebumbaus antworten. Zuletzt bilden sich unter hornig verdickter Epidermis Druckstellen um so stärker aus, je dünner der schwindende Belag des Unterhautfettes wird. Die sehr exakt nach unkorrigiertem Gipsabguß getriebene Metalleinlage vermag die Beschwerden zu mildern. Jüngeren Patienten darf die operative Wiederherstellung der Gewölbekonstruktion herzlich empfohlen werden. Von den verschiedenen Verfahren gebe ich nach wie vor den Vorzug der maschinellen Redression oder der Keilresektion aus der Kahnbeingegegend. Bei vorsichtiger Berechnung der Keilgröße kommen gute Formresultate zustande (Schneide-Basis: dorso-plantar, latero-medial). Die Inversion wird selten frei; dagegen ergeben die Verwachsungen im Komplex der Chopartschen Gelenke stabile Zustände, so daß die Reizung zu arthritischen Veränderungen ausgeschaltet wird. Nach der Operation sind Einlagen lange Zeit nötig.

Während also der fixierte Pes planus in seinen Endzuständen als arthrogene Kontraktur aufzufassen ist, dürfen wir den fixierten Pes semiplanus als myogene, meist als Schmerzkontraktur auffassen. Untersuchungen an weit über 2000 Senkfüßen ließen mir die Annahme wahrscheinlich werden, daß die Schmerzen besonders häufig im Bereich der Sehnen und Sehnenscheiden entstehen. Die Stellen der typischen Lokalisation sind zu finden über dem Sehnenstrang des M. per. brevis vom Retinakulum bis zur Insertion, etwas seltener auch über den Ansatzpunkten der MM. tib. ant. et post. Beim Versuch passiver Inversion klagen die Kranken über Spannungsgefühl, oft über heftigen Schmerz an den genannten Orten. Der Fuß läßt sich nur wenig oder überhaupt nicht einwärtsdrehen⁴⁾. Ab und zu werden die Schmerzen auch auf die kleinen Gelenke verlegt. Die Beschwerden sind sehr lästig. Die Gebrauchsfähigkeit der Füße leidet und bringt manchmal schwere Störungen im Beruf mit sich.

Unsere Therapie verfolgt den Zweck, zuerst einmal die schmerzhaften Reizzustände entweder in den Gelenken oder in den Sehnenscheiden zu beseitigen. Das ist nur möglich, wenn wir den Fuß seiner Tätigkeit auf 10 bis 14 Tage, allenfalls noch länger, ganz entziehen. Ich verordne Bettruhe. Während dieser Zeit ziehen wir die aktive und passive Hyperämisierung zu Hilfe. In erste Linie zu stellen ist die Wärmerotherapie, sei es in Form feuchter Packungen (Sole, Fango, Schlamm), sei es als trockene Wärme (heiße Kissen, Heißluft, Diathermie). Ich habe den Eindruck, daß die Hydrotherapie besonders geeignet ist zur Bekämpfung der arthritisch bedingten Kontrakturen, in denen die trockene Durchwärmung den tendogenen und myogenen Formen, besonders dem peronealen Typus der Kontraktur zu reservieren ist. Damit nicht genug, lasse ich eine gewisse Abwechslung in die Behandlung tragen durch Anwendung der Bierschen Stauung oder der intermittierenden Blutleere⁵⁾.

Sobald sich die Lösung der Kontraktur bemerkbar macht und die Inversionsbewegungen wieder etwas Spielraum finden, soll mit vorsichtiger Massage und passiver Bewegungstherapie begonnen werden. Am locker hängenden Fuß werden im Gebiet der Schmerzfürfreiheit kleine Bewegungsauslässe geübt und entsprechend den Fortschritten der Heilung vergrößert. Erst wenn die Beweglichkeit wieder einigermaßen normal geworden, darf der Fuß belastet und

in Gebrauch genommen werden. Unbedingt nötig ist dabei, die Inversionsstellung durch Einlage und Gibneyschen Heftpflasterverband auf Monate hinaus zu erhalten.

In leichten Fällen genügen die eben genannten Verbände und Einlagen zusammen mit ambulanter Behandlung durch Wärme, Massage und Gymnastik, um die Beschwerden nach und nach zu beseitigen. Die Krankheitsdauer ist für gewöhnlich auf einige Wochen zu beziffern.

Im Anschluß an diese Betrachtungen sei erwähnt, daß nach Distorsionen, Malleolarfrakturen und selbst leichten Sprunggelenksverletzungen ziemlich oft Kontrakturen sich einstellen, die sicher in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall zu bringen sind. Das dürfte für die Beurteilung von Unfallfolgen von Interesse sein. Es ist mir sogar wahrscheinlich, daß die gewöhnliche Fixierung des Senkfußes von kleinen, häufig sich folgenden Traumen bedingt wird, die zu Zerrungen im Sehnen- und Bänderapparat führen und Nachschmerzen erzeugen. Daß ein Pes valgus oder semiplanus zum Umknicken nach innen oder außen neigt, ist eine bekannte Tatsache. Statisch wäre nur das Uebertreten nach einwärts, d. h. im Sinne einer Vermehrung des Pes valgus ohne weiteres zu erklären. Beziehen wir indessen die dynamischen Momente des Ganges ein in unseren Erklärungsversuch, so werden wir erkennen, warum der Senk- und Knickfuß nach außen umkippt. Der Träger des Pes valgus oder semiplanus versucht in den Anfangsstadien seines Leidens, den Fuß bei jeder Belastung aufzurichten. Die Anspannung des M. tib. ant. und einiger anderer Muskeln, die den Fuß supinieren, überdauert für gewöhnlich die Belastungsphase des Schrittes, so daß sich der Fuß vom Boden löst und in supinierter Stellung nach vorn geschwungen wird. Ueberrnimmt er wiederum als Standfuß Fühlung mit dem Boden, so tut er das in supinierter Stellung zuerst mit der hinteren äußeren Umrandung der Ferse. Dadurch kommt auch die scheinbar paradoxe Abnutzung der Schuhabsätze hinten außen zustande, während der Form des Fußes zufolge eine Abnutzung hinten innen zu erwarten wäre). Im Augenblick der vollen Belastung sinkt allerdings das Gewölbe ein trotz der Kontraktion der MM. tibiales. Die Peroneen bleiben teilweise entspannt. Eine kleine Unebenheit der Trittfläche, besonders eine Neigung nach außen, kann das Schwerkraft über den äußeren Knöchel verschieben. Noch ehe die Peroneen zur Abwehr sich kontrahieren, haben die gespannten Gewölbeheber die Störung des Gleichgewichtes vollendet und der Fuß kippt auf den Außenrand um. Dieser Vorgang spielt sich oft und in verschiedener Stärke ab und setzt allerlei Schädigungen, denen der Organismus durch Ruhigstellung, also durch Fixierung der betroffenen Abschnitte zu begegnen versucht. Der Vorgang der Kontrakturenbildung, wie ich ihn kurz hier dargelegt, braucht nicht für alle Fälle zutreffen; eine große Reihe von Fällen ist einfacher und besser nicht zu erklären. Die erzwungene Varusstellung des Fußes (medial erhöhte Einlage, Gibneyverband) bringt sofort Besserung der Beschwerden und verhindert weitere Fehltritte fast mit Sicherheit. Sie ist auch als prophylaktische Maßnahme in Anwendung zu bringen. Es wäre ganz falsch, aus der Veränderung des Schuhabsatzes auf therapeutische Erhöhung des Fersenaußenrandes zu schließen, wie das so oft von Patienten gewünscht und vom Schuhmacher durchgeführt wird. Die Fehler der Fußstellung, wie wir sie am nackten Fuß sehen, sollen statisch korrigiert werden. Die Fehler der Fußbewegung, wie wir sie am nackten Fuß und Bein sehen und tasten, sollen funktionell umgestaltet werden. Dies bleibt das Geheimnis aller Fußbehandlung. Es verbirgt sich hinter einfachen logischen Folgerungen.

Damit schließen wir diesen kurzen Ueberblick, der nur gewisse Gebiete streifen durfte, über vieles hinwegglitt. Wir glauben hauptsächlich durch die reinere Fassung des Plattfußbegriffes und die Trennung der statischen von der funktionellen Therapie, mehr Klarheit in die Ueberlegungen des behandelnden Arztes gebracht zu haben.

Juni/Juli 1929.

⁴⁾ An diesen Umschlagstellen der Peroneusehnen bilden sich gelegentlich stenosierende Tendovaginitiden aus, die ähnlich der Stylalgie de Quervains zu starken und anhaltenden Schmerzen Anlaß geben. 3 eigene Fälle. Siehe auch Hackenbroch, M. m. W.

⁵⁾ Genauer über die Technik des Verfahrens wird am diesjährigen Orthopädenkongreß in München berichtet.

⁶⁾ Die Patienten reklamieren oft, wenn wir ihnen die Einlage medial erhöhen, und deuten darauf hin, daß sie die Schuhe auf der Außenseite abreiben. Der Schuh wird dort abgenutzt, wo er beim Aufsetzen des Fußes zuerst aufliegt.

Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung.

Von Dr. med. MAX GRÜNEWALD, Dortmund.

Das Gesetz über Ausbau der Angestellten- und Invalidenversicherung und über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung mit Datum vom 28. Juli 1925 hat bereits schon unter Abschnitt C bezüglich Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung folgendes bestimmt: „Die Reichsregierung kann nach Anhörung der Versicherungsträger und der Aerzte oder ihrer Spitzenverbände mit Zustimmung des Reichsrats und eines 8gliedrigen Ausschusses des Reichstags Richtlinien erlassen, betreffend das Heilverfahren in der Reichsversicherung und die allgemeinen Maßnahmen der Versicherungsträger zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder Invalidität oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung. Diese Richtlinien sollen ferner das Zusammenwirken der Träger der Reichsversicherung untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der sozialen Hygiene regeln.“ In dem am 5. März 1929 herausgegebenen Reichsgesetzblatt sind die Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom Reichsarbeitsminister unter dem 27. Februar 1929 veröffentlicht worden und zwar nach Anhören der Spitzenverbände, der Träger der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung und der Aerzte, nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und der Reichsknappschaft, mit Zustimmung des Reichsrats und eines 28gliedrigen Ausschusses des Reichstags.

Die Gesundheitsfürsorge soll im Sinne dieser Richtlinien allgemeine Maßnahmen umfassen und Maßnahmen im Einzelfalle zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und zur Hebung der Volksgesundheit. Die Richtlinien vom 27. Februar 1929, welche mit Wirkung vom 1. April 1929 in Kraft treten, befassen sich mit der Gesundheitsfürsorge der Versicherungsträger bei der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten in der versicherten Bevölkerung. Da neben den Versicherungsträgern, den Gemeinden und staatlichen Körperschaften freiwillige oder halbstaatliche Wohltätigkeitsanstalten auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge arbeiten, so ist, um ein Neben- und bisweilen Gegenüberstehen zu vermeiden, die Form der Arbeitsgemeinschaft für die Tätigkeit in der Gesundheitsfürsorge bestimmt worden. Die Versicherungsträger sollen sich untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege verbinden, ferner mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsbehörden, mit der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen. Das Zusammenwirken der Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaften soll bewirken, daß die Gesundheitsfürsorge möglichst umfassend, planmäßig, zusammenhängend und wirksam für die fürsorgebedürftige Bevölkerung erfolgt, unbeschadet der besonderen Aufgaben, welche den Gemeinschaftsmitgliedern nach Gesetz oder Satzung obliegen; die Ausgabe für unnötige Doppelleistungen sollen vermieden und Mittel zur Verringerung der notwendigen Leistungen freigemacht werden, so daß die Gesundheitsfürsorge im ganzen einfacher und wirtschaftlicher wird. Auf das geschichtlich Gewordene und das örtliche Kräfteverhältnis muß natürlich gebührend Rücksicht genommen werden, bestehende Arbeitsgemeinschaften sind zu fördern und auszubauen. Verfassung und Geschäftsführung, Arbeitsgebiete und Arbeitsweise, Aufbringung und Verwendung der Mittel regeln die Beteiligten durch Vereinbarung. Die Bildung einer Reichsarbeitsgemeinschaft ist anzustreben. Die Versicherungsträger sollen für die Durchführung der Gesundheitsfürsorge den Bruchteil der Einnahmen, der dem Bedürfnis in der versicherten Bevölkerung entspricht, und zugleich die sonstigen Verpflichtungen der Versicherungsträger berücksichtigt, in ihrem Haushalt jährlich bereitstellen. Dies wird den Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung durch die Ueberweisung von Reichsmitteln aus § 7 des Gesetzes über Volländerungen vom 17. August 1925 erleichtert.

In den einzelnen deutschen Staaten oder Gemeinden ist die Gesundheitsfürsorge bereits für folgende Arbeitsgebiete in Angriff genommen: Die Tuberkulosefürsorge, Geschlechtskrankenfürsorge, Schwangeren-, Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Schulkinderfürsorge, Krüppelfürsorge, Fürsorge für Kinder sowie neuerdings auch für Rauschsuchtige und gegebenenfalls für die Eheberatung. Ein Zusammenwirken der bisher tätigen Körperschaften

ist unerlässlich, zumal man sich von diesem Zusammenarbeiten einen besonderen Erfolg verspricht bei der Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und des Rheuma. Die Richtlinien vom 27. Februar 1929 beschäftigen sich mit der Gesundheitsfürsorge nur für tuberkulöse und geschlechtskranke Versicherte.

Die Leistung der Gesundheitsfürsorge kann bestehen aus einem Heilverfahren (Heilmaßnahme) oder einer sonstigen die Gesundheit fördernden Fürsorge (Fürsorgemaßnahme). Dem versicherten Tuberkulösen können bewilligt werden entweder Heilmaßnahmen oder wirtschaftliche Fürsorgemaßnahmen und Beratung bzw. Untersuchung der Angehörigen zum Schutz gegen Ansteckung. Als versichert gelten die Personen, welche gegen Krankheit, Invalidität oder Berufsunfähigkeit versichert sind, als mitversichert der Ehegatte, die Kinder, die Witwe (der Witwer) und die Waisen vom Versicherten; dabei stehen den ehelichen Kindern die Angehörigen gleich, für welche Kinderzuschüsse zu den Renten der Versicherten oder Waisenrenten bewilligt werden können. Zu den Versicherten gehören auch die Empfänger von Renten aus der Invaliden-, Angestellten- und knappschaftlichen Versicherung. Art, Umfang, Beginn und Dauer der Heilmaßnahmen, welche notwendig sind und ausreichend sein müssen, richten sich nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles. Der Bewilligung von Heilmaßnahmen muß deshalb sowohl bei einem tuberkulösen als auch bei einem geschlechtskranken Versicherten eine ärztliche Untersuchung vorangehen, erforderlichenfalls durch einen Facharzt; wenn es nötig ist, soll eine Beobachtung im Krankenhaus erfolgen, damit die Untersuchung so gründlich durchgeführt werden kann, wie es zur Beurteilung der Krankheit und für die rechte Auswahl der Heilmaßnahmen erforderlich ist. Zu den Heilmaßnahmen für tuberkulöse Versicherte gehört die Anwendung der Gasbrust und deren erforderliche Nachbehandlung (Nachfüllung) sowie die Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln. Die Heilmaßnahmen für tuberkulöse Versicherte umfassen: 1. ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, 2. Kur und Verpflegung in einer Anstalt, insbesondere in einer Tuberkuloseheilstätte, in einem Tuberkulosekrankenhaus oder in einem allgemeinen Krankenhaus (Anstaltspflege), 3. Aufenthalt in einer Erholungsstätte, insbesondere einer Tages- oder Walderholungsstätte, in einem Genesungsheim oder einer sonstigen Einrichtung (Erholungsaufenthalt), 4. Gewährung von Hauspflege. Tuberkulöse Lungenkranke mit ausgesprochenen Krankheitserscheinungen gehören, wenn sie Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten, in Tuberkuloseheilstätten, ferner gehören dorthin tuberkulöse Lungenkranke mit der Gefahr rasch fortschreitender Verschlechterung, insbesondere Kranke mit sogenannten Frühentzündungen; solche Erkrankte können auch in Tuberkulosekrankenhäusern untergebracht werden. Dort und in den Tuberkuloseabteilungen der allgemeinen Krankenhäuser oder in anderen geeigneten Anstalten finden auch nicht heilstättenfähige tuberkulöse Lungenkranke Aufnahme. Können solche Lungenkranke, welche heilstättenunfähig sind und eine offene Tuberkulose haben, nicht in geeigneten Anstalten untergebracht werden, so ist im Bereich der häuslichen Gemeinschaft anzustreben, daß andere Einrichtungen und Vorkehrungen getroffen werden, um eine ausreichende Abtrennung des Schwerverkranken zu ermöglichen.

In einer Walderholungsstätte oder, falls keine Ansteckungsgefahr besteht, in einem Erholungsheim, finden Kranke Aufnahme mit ruhender oder doch nicht zur Ausdehnung neigender Lungenveränderung ohne ausgesprochene Krankheitserscheinungen, insbesondere, wenn es sich nur um geringfügige Lungenspitzenveränderungen handelt. Die wirtschaftlichen Fürsorgemaßnahmen widmen sich der Verbesserung der Ernährung, Kleidung und häuslichen Umgebung des tuberkulösen erkrankten Versicherten sowie der Berufsfürsorge. Nötigenfalls werden Betten beschafft, wird die Wohnung entseucht und werden andere Maßnahmen getroffen zur Umbildung der äußeren Verhältnisse, in denen der Tuberkulöse lebt und die seinen Zustand verschlimmern oder den Heilerfolg beeinträchtigen können. Die Berufsfürsorge hat zum Gegenstand Maßnahmen zur Förderung des Uebergangs in einen anderen zuträglicheren Beruf, Beschaffung von Arbeitsgelegenheit, Arbeitsgeräten usw. Die Angehörigen, mit denen der Tuberkulöse in häuslicher Gemeinschaft lebt, werden zum Schutz gegen Ansteckung beraten und untersucht; vor allem erfolgt die regelmäßige Untersuchung der Kinder und Jugendlichen, soweit notwendig, mittels Röntgenstrahlen.

Die Krankenkassen (Ersatzkassen) treffen Vorsorge, daß ihnen die Kassenärzte, die (Tuberkulose-) Fürsorgestellten und die sonst berufenen Stellen die tuberkulösen Versicherten und Angehörigen vom Versicherten unverzüglich bezeichnen. Der Mitteilung ist das Ergebnis der Untersuchung mit einer gutachtlichen Äußerung über die erforderlichen Maßnahmen beizufügen. Soweit Versicherungsleistungen nur auf Antrag gewährt werden, soll der Berechtigte veranlaßt werden, den Antrag zu stellen und die erforderlichen Beweismittel herbeizubringen.

Die Versicherungsanstalt entscheidet nach Klärung des Sachverhalts über den Antrag; Wünsche des Kranken betreffend Auswahl der Heilstätte oder sonstiger Anstalten sollen beachtet werden. Vorzugsweise werden die Tuberkulösen berücksichtigt, bei welchen Aussicht auf Abwendung oder Beseitigung der Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Gebrechlichkeit besteht. Bei Ablehnung eines Antrages kann der Antragsteller Entscheidung eines zu bestellenden Ausschusses anrufen. Die Versicherungsanstalt kann die Durchführung der Heilmaßnahmen ganz oder teilweise einer Krankenkasse übertragen.

Bei der Gesundheitsfürsorge für Geschlechtskranke gelten als Versicherte solche Personen, die gegen Krankheit versichert sind und als mitversichert der Ehegatte und die Kinder von Versicherten; dabei stehen den ehelichen Kindern die Angehörigen gleich, für welche in der Invaliden- und Angestelltenversicherung

Kinderzuschüsse bewilligt werden können. Zu den Leistungen gehören in diesen Fällen: 1. ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, 2. Kur und Verpflegung in einer Anstalt, 3. die Beratung des Erkrankten unter besonderem Hinweis auf die Einrichtung und den Zweck der Beratungsstellen. Anstaltspflege ist notwendig nicht nur bei besonderer Schwere der Krankheitserscheinungen, sondern auch, wenn eine sachgemäße Durchführung der Heilmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses nicht gewährleistet ist, insbesondere, wenn der Beruf des Erkrankten Krankenhausaufnahme notwendig macht. Glaubt der Geschlechtskranke, sein Leiden der Krankenkasse nicht ohne Nachteil für seine Person offenbaren zu können, so soll die Versicherungsanstalt die Durchführung erforderlicher Heilmaßnahmen veranlassen; die Krankenkasse trägt dann die Kosten nach Maßgabe ihrer Leistungspflicht, die Mehrkosten übernimmt die Versicherungsanstalt. Als Nachweis für die Kassenmitgliedschaft des Geschlechtskranken genügt dann eine entsprechende Erklärung der Versicherungsanstalt, der Name des Geschlechtskranken darf der Krankenkasse nicht mitgeteilt werden.

Aus den Richtlinien kann weder für den Versicherten und seine Angehörigen noch für Dritte ein Anspruch hergeleitet werden. Die Gesundheitsfürsorge will den durch das heutige Wirtschaftsleben bedingten hygienischen Nachteilen entgegenarbeiten und die Schattenseiten der außerordentlich gesteigerten Erwerbstätigkeit mildern, welche Leben und Gesundheit untergraben kann.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes.

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

- Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), 157., Heft 3, 1929.
3581. Ueber die Wirkung der Grenzstrahlen auf die Haut. Karl Herxheimer und Erich Uhlmann.
- Ueber Schizosakkaromycose (Spalttheftomykose). II. Mitteilung: Uebertragungsversuche, Histologie, Therapie. T. Benedek.
3446. Lichen obtusus. K. H. Vohwinkel.
- Die lokalisierten und progredienten Hämosiderosen. Josef Sella.
3445. Pigmentierung nach Goldbehandlung. Erich Zimmerli und Wilhelm Lutz.
3455. Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhoe. Stefan Lukasz Kwiatkowski und Stanislaus Legeżyński.
- Allergie der Haut bei Lungenmoniliasis. Paul Balog und Oino Grossi.
- Zur Kenntnis der allergischen Dermatosen. (Ueberempfindlichkeit gegen Erbsen-, Ei- und Ziegenantigen.) Hans Biberstein.
- Lichenifikation des Vitiliginandes als Ausdruck seiner Ueberempfindlichkeit. E. Fischer.
3444. Nickelelektzeme. Werner Jadassohn und Fritz Schaaf.
- Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber. V. Mitteilung. E. M. Lewin.
- Neues zur Lehre der toxischen Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber. VI. Mitteilung. E. M. Lewin.
- Ekzema seborrhoicum Unna oder Schizosaccharomycosis Benedek? I. Mitteilung. Die Pathogenität der Benedekischen Spalttheft für die menschliche Haut. W. Engelhardt und K. Nicolai.
- Ekzema seborrhoicum Unna oder Schizosaccharomycosis Benedek? II. Mitteilung. Ueber die Züchtungsergebnisse des Schizosaccharomycetes hominis. W. Engelhardt und K. Nicolai.
- Eine eigentümliche lineare Hautveränderung, ähnlich der Berlockdermatitis. Alexander Dombrowski.
- Ueber die Ergebnisse und den Wert der „funktionellen Hautprüfung“ mittels der Läppchenprobe bei Hautkranken und bei Hautgesunden. Karl Steiner.
3438. Ueber Blutzuckerwerte bei Hautkrankheiten. Alfred Möller.
- Experimentelle Untersuchung über die Wirkung des Aktiniengiftes (Actinia equina) auf die Menschenhaut. E. N. Pawlowsky und A. K. Stein.
- Durch Teerpinselung bedingte Hautveränderung bei Kaninchen, die der Darlierschen Krankheit ähnlich ist. A. Babes.
3436. Veränderung des klinischen Bildes der Syphilis. Eline Epstein.
- Zur Klinik und Diagnostik der Nodosités justa-articulaires. A. W. Bossov.
- Zur Entstehung strichförmiger Dermatosen. R. Lewith.
- Ueber die Einwirkung von frischem Hautextrakt auf das Froschherz. Ole Enkvist.
- Die pathologische Anatomie der Psoriasis Bartolomé. Vignale.
- Untersuchungen über „Zentrodermosen“ (entzündliche Dermatosen mit Erkrankung des Mikrozentrons). B. Lipschütz.
- Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München-Berlin, 102., Heft 1, 1929.
- 3528a. Keimabtötungsvermögen eines neuen Kresolseifenpräparates (Geroxy) und anderer Seifen (u. a. Persil). B. Scharlau.
- Typhus und Trinkwasser. Epidemiologische Studie über die Pforzheimer Typhusepidemie 1919. M. Knorr.
- 3467a. Wasserinfektion mit B. proteus vulgaris. P. v. Oara und O. Sticke.

- Archiv für Kinderheilkunde (Arch. Kinderh.), 88., Heft 2/3, 1929.
- 3517a. Zur Diagnose und Therapie des sogenannten Pylorospasmus. B. Kemkes.
- Ueber das Auftreten einer negativen Phase nach kleinen Diphtherietoxindosen. J. Siegl.
- 3518c. Dementia infantilis. H. Jancke.
- Die ererbte gichtische Veranlagung — Kinderpflege und Erziehung. J. Brock.
- Zahnlieber? E. Helmerich.
- Die Wirkung der Salzsäuretherapie auf die Empfindlichkeit der Haut gegenüber verschiedenen Hautreizen. T. Sandels.
- 3470a. Spontan geheilte Diphtherieerkrankungen. J. Siegl.
- Bakteriologisch-epidemiologische Scharlachuntersuchungen. H. Happe und H. Thiele.
- Methodik zur Durchführung langfristiger ununterbrochener Mineral- und Stoffwechseluntersuchungen. E. Rominger, H. Fasold und H. Meyer.
- Blutsturz infolge Stomatitis im Kindesalter. H. Kunstein.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 28, 1929.
3449. Ueber die Sonderstellung der Oberlippe bei Ausbreitung des Lupus vulgaris. St. Rothman und W. Klebe.
- Ueber einen Fall von Scabies norvegica. Hans Sprafke.
3530. Strontian in der Dermatologie. Ernst Schubert.
3460. Prostatamassage. J. J. Stützin.
3454. Das Ultimatum-Urethroskop. C. Bruck.
- Entgegnung auf die Arbeit von W. Rebe über die Mastix-Lumbotest-Reaktion. G. Emanuel und H. Rosenfeld.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 29, 1929.
3448. Frostschäden und ihre Komplikationen mit Tuberkulose. O. Dittich.
- Die Reaktion des Harns von Hautkranken und ihre Beeinflussung durch Alkaligaben. Hans-Georg Scholtz jr.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermatol. Zschr.), Berlin, 56., Heft 2/3, 1929.
- Versuche zur spezifischen Sensibilisierung gegen Trichophyton und Tuberkulin ohne vorausgegangene Infektion. M. H. Ebert.
- Ueber ballistische elastometrische Messungen am Gelatineschichtmodell im Vergleich zur menschlichen Haut. P. Schmidt, La Baume und H. Fonrobert.
- Milbenerkrankungen beim Menschen. Asta v. Mallinckrodt-Haupt.
3452. Ueber einen mit Follikeln geheilten Fall von Impetigo herpetiformis bei einer nicht graviden Frau. Magda Migge.
3462. Salvarsan bei Erkrankungen der Harnwege. H. Loeb.
3450. Ueber ein neues kombiniertes Verfahren zur Behandlung des Lupus vulgaris. Franz Demuth.
3532. Wirkungsweise der Salvarsanpräparate. S. v. Szentkiralyi.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 26.
- Was hat man unter persönlichen Eigenschaften im Sinne des § 1333 des BGB. zu verstehen? M. Rosenfeld.
3461. Zur diätetischen Behandlung und Nachbehandlung der Nierensteine. G. v. Pannwitz.
3562. Zur Pharmakotherapie der multiplen Sklerose. F. Lachs.
3415. Hallux flexus (oder rigidus). H. Timmer.
- 3541a. Gewerbliche Arsenwasserstoffvergiftung. Van der Reis und Hans Bissow.
- Eine neue Methode zur Konservierung der Amöben. Osman Cherefeddin.
3545. Ueber die Wirkung von Milzextrakten auf das rote Blutbild, insbesondere bei Hyperglobulie vera. Nipperdey.
3484. Hohe Salizylgaben bei der Behandlung der akuten und chronischen rheumatischen Polyarthritiden. J. Th. Peters.
3509. Zur Kupferbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Artur Strauß.

1518a. Trockenbuttermilch „Eledon“ in der Außenpraxis. Putzig.
 453. Milzbrandähnlicher Bazillenbefund bei einer Hauterkrankung — Impetigo anthracoides. Wilhelm Richter und Karl Walther.
 Darmgeschwülste. Enderlen.
 Ueber die Pernoktonanästhesie. Radoslav Brasovan.
 Uvalysat als Harnantiseptikum. Georg Seegall.
 Erfahrungen mit dem neuen Wehenmittel „Gravitol“. R. Podkowa.
 Eine Verbesserung der Diathermieelektroden für die Prostata. Martin Kaufmann.
 Repetitorium der Darmkrankheiten. V. Ulcus duodeni. Walter Zweig.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 27.
 471. Aktive Schutzimpfung gegen Diphtherie. E. Seligmann.
 431. Der praktische Arzt in der operativen Geburtshilfe. G. Winter.
 454. Die Bedeutung der Eiweißrelation in der Liquordiagnostik. V. Kafka und K. Samson.
 Zur Kenntnis der hämatologischen Verhältnisse bei einigen selteneren Erkrankungen. Hermann Quinke.
 Zur Behandlung der Schistosomiasis mit intramuskulären „Fuafin“-Injektionen. M. Khalil, M. Nazmi, F. M. Peter, M. Salah el Din und M. H. el Betash.
 493. Die Behandlung des Asthma bronchiale. M. Leffkowitz.
 481. Die Zuckerkrankheit und die Steinkrankheiten. B. Molnar.
 Zum Verhalten des Blutzuckers bei der Darreichung von Opiaten. Arnold Hirsch.
 Zur Kenntnis der synovialen Osteochondromatose. Franz Bunne.
 442. Zur Strahlenbehandlung des akuten Ekzems. Kurt Kirschmann.
 Akute und chronische Rachitis. H. Vollmer.
 Experimentelle Uebertragung eines lokalen Ueberempfindlichkeitszustandes von einem paarig angelegten Organ auf das andere, zugleich ein Beitrag zur Genese der sympathischen Ophthalmie. Marchesani.
 Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen. W. Riehm.
 Die Unterlassung der Prüfung auf Hauthyperalgesie am Abdomen als Ursache diagnostischer und therapeutischer Irrtümer. I. Boas.
 410. Ueber Darmperforation durch verschluckte Fischgräten. J. Fürstenau.
 Tödliche Verblutung aus einem Traktionsdivertikel des Oesophagus und beiden perforierten Hauptbronchien. J. Heine.
 526. Solvochin in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Paul Samson.
 Tutokain in der Augenpraxis. Th. Leonhardt.
 Repetitorium der Alterskrankheiten. IX. Die Arteriosklerose. Hermann Schlesinger.
 Die Beschäftigung von Kranken, insbesondere Geschlechtskranken, während des Krankenhausaufenthaltes. Erich Langer.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 28.
 Ueber Divertikulosis des Dickdarms. Hans Heinrich Berg.
 406. Ueber die bakterielle Infektion als Ursache der Blinddarmentzündung. R. Hilgermann und W. Pohl.
 525. Avertindosierung. Avertin bei Tetanus. Fritz Momburg und Erich Rothhaus.
 495. Zur Ueberventilation. Curt Mandowsky.
 482. Agonale Blutzuckersteigerung. J. Neuburger.
 Zur medikamentösen Therapie der Aziditätsbeschwerden. Rudolf Siegel.
 486. Senkungsreaktion und weißes Blutbild bei rheumatischen Erkrankungen. H. J. Ditzes.
 485. Ueber den Einfluß von Moorbädern auf das rote und weiße Blutbild bei Rheumatikern. Rudolf Jürgens.
 429. „Kryptogene“ Peritonitis und Menstruation. K. Wolff.
 451. Zur Pathogenese und Therapie der Psoriasis. Erwin Pulay.
 Ueber die sogenannte Sommerrachitis. (Kritische Bemerkungen zu dem Aufsatz von Schöner in Nr. 11.) Max Klotz.
 Kinderheilkunde. Vogt.
 Eine neue Knochenzange zur Thorakoplastik. H. Jessen.
 Erfahrungen mit Gonovitan. Werner Kübelstein.
 Chemotherapie protozoischer Infektionen. R. Schnitzer.
 Zur Erfahrung und Betreuung der Offentuberkulösen. H. Gödde.
 Auslegung und Anwendung der staatlichen Richtlinien zur Bekämpfung des Scharlachs. G. Elkeles.
 Streptokokkenkontrolle bei Scharlachrekonvaleszenten. E. Seligmann.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 12, 1929.
 Das Porzellangußverfahren „Eldentog“, unter Mitberücksichtigung der Gußmasse „Lawecry“. Karl Scheer.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 13, 1929.
 Ueber Lachgasnarkose. Hauke.
 Die Behandlung der Parodontose ohne Operation. Felix Manasse.
 Ueber die auffallende Abnutzung der Schneidezähne. Bau Klen-Tsing.
 Ein Fall von hochgradiger Resorption der Wurzel. Beitrag zur praktischen Röntgendiagnostik. Katja Wendt-Dimkova.
 Stereoskopische Röntgenaufnahmen. W. Meyer.
 Galenos und seine Lehre. Kratz.
 Zahnarzt und Zahntechniker. Sommer.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 14, 1929.
 468. Die Mund- und Zahnpflege bei Geistes- und Nervenkranken. Leo Levanowitsch.
 Erwiderung auf die Arbeit von Fehr über Vollporzellanbrücken. Heinz Wittner.
 Wertvolle Hilfsmittel. F. C. Münch.

Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 15, 1929.
 Das Problem der Vererbung von Zahnstellungsanomalien. Kadner.

Kasuistischer Beitrag zur Molarisation der unteren Prämolarkrone. Th. E. de Jonge-Cohen.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 216., Heft 5/6.
 3413. Frakturenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Rentenbegutachtung. A. Rütz.

Schwebeextension in der Frakturenbehandlung. Rudolf Kraft.

3412. Spontanfrakturen bei atrophischen Knochen infolge entzündlicher Gelenkerkrankungen. Grete Westphal.
 Die Bedeutung der Subluxation im distalen Radioulnargelenk für die Behandlung des Speichelbruchs. Fritz Schneek.

Zur Klinik und Therapie der Verletzungen und Erkrankungen des Mond- und Kahnbeines. Bruno Pfab und Wolfgang Schosserer.

3414. Radiusköpfchenverletzungen. Bruno Pfab.
 Ueber die Behandlung der habituellen Schulterluxationen. Wolfgang Schosserer.

Zur Kenntnis der subkutanen Sehnenrupturen. Wolfgang Schosserer.
 Beitrag zu den malignen Geschwülsten der Karotisdrüse. Ludwig Schmidt.

Eine Lipomwanderung. Osterland.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 217., Heft 1/2.
 3419. Knochenbildung im Bindegewebe osteoplastischer Herkunft. Erich Lexer.

3420. Metaplastische Knochenbildung. Werner Schulze.

Ueber die Entstehungsbedingungen metaplastischer Knochenbildungen. Hans v. Seemen.

3421. Zwei homoplastisch verpflanzte Kniegelenke. H. Bürkle de la Camp.
 Osteodystrophia fibrosa. Wilhelm Hoffmeister.

Endokrinologie (Endokrinol.), Leipzig, 4., Heft 2, 1929.

3547. Endokrine Funktion der Epiphyse. E. Brandenburg.

Ueber die Beziehung endokriner Organe zur Entstehung der Polyglobulie und über klinische Typen hormonal bedingter Polyglobulie. H. Günther.

Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 39., Heft 6, 1929.

3582. Das Röntgenbild des alternden Herzens. H. Kloiber und G. Stroomann.

3418. Posttraumatische Navikularzyste. F. Schneek.

3408. Echinokokkus des Beckenknochens. R. Kienböck und E. G. Mayer.

3585. Die Aetiologie des Kaskadenmagens. J. Zollschen.

Ueber Loosersche Umbauzonen, mit besonderer Berücksichtigung der Osteodystrophia fibrosa. H. Salinger.

Ein Beitrag zur Malacia ossis lunati et navicularis. M. Santozki und S. Koppelman.

3583. Tabische Wirbelveränderungen. R. Pape.

Einige Röntgenstudien über „Normalrücken“ während der Wachstumsjahre. R. Hanson.

Der Sulcus paragonoidalis ossis ilei und sacri. R. Hofer.

Ueber einen Fall polyartikulärer Kapselosteomatosose. K. Weiß und W. Löwenstein.

Ueber röntgenologische Magenuntersuchungen bei Schwangeren. H. Kienlin und K. Kremser.

Ein Fall von Haemangioma cavernosum der Tibia. R. Pohl.

Ein Fall von Osteopathia hyperostotica multiplex infantum. G. Engelmann.

Bemerkungen zum Pneumothorax. Popovic.

Streifenförmige Schatten im Bereich der rechten Lungenspitze. Th. Barsony und E. Koppenstein.

Pseudozystizerkose, vorgetäuscht durch Lungentuberkulose. R. Jaksch-Wartenhorst.

Ueber angeborene einseitige Deformität des Os naviculare pedis. H. F. Ongkicheong.

Mittheilung der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 13, 1929.

3423. Die Narkose nach Ombrédanne. K. Specht.

3480. Magenfunktionsprüfung an Fällen von perniziöser Anämie nach Lebertherapie. F. Brauch.

3494. Atemgymnastik. E. Levy.

Sexualdiagnostik und Sexualberatung. J. H. Schultz.

Beitrag zur Dysmenorrhöetherapie. H. Rummelsburg.

Infektiöse Erkrankungen der Harnwege und ihre Bekämpfung. R. Gaschke.

3507. Hefetherapie. Kröber.

Bericht über die Deutsche Tuberkulosekonferenz zu Bad Pyrmont vom 23. bis 25. Mai 1929. G. Liebermeister.

Sozialhygienische Aufgaben der Aerztekammern. Buurmann.

Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 14, 1929.

3515. Ueber die Freiluftbehandlung der kindlichen Pneumonie. I. Rosenstern.

3533. Ueber Quecksilberdiuretika. V. Schenck.

Sexualdiagnostik und Sexualberatung. J. H. Schultz.

Bemerkungen zur Opothérapie des Seniums praecox. L. Heumann.

Zur Frühbehandlung der weiblichen Gonorrhöe. A. Rosenstingl.

Ueber die Zinntherapie pyogener Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes. E. Orbach.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 26.

Zur Kenntnis der mikroskopischen Gichtbefunde und ihrer Untersuchungsverfahren. G. Pommer.

3395. Immunitätsvorgänge bei Syphilis. III. Stammspezifische Komplexbildung und Schutzkörper. H. Kröo und F. O. Schultze.

3508. Tuberculosis incipiens. Johannes Heimbeck.

3522. Ueber den Einfluß des Adrenalins auf die zirkulierende Blutmenge. Karl Hiltzenberger und Fritz Tuchfeld.

Anatomischer Befund bei Bilepilepsie. M. Staemmler.

3502. Akute pankreatogene Fettdiarrhöe als Komplikation chronischer Kolitis. (Akute benigne Pankreatitis.) Th. E. Hess Thaysen.

3551. Cholesterinester im Blutserum Leberkranker. H. Wendt.

Weitere Mitteilungen zur Biologie und Färbung der Syphilisspirochäten. S. Bergel.

3487. Verlauf der Blutzuckerkurven bei Mastix- und Entfettungskuren im Hochgebirge. J. von Deschanden.
3548. Ueber den Gehalt an Elektrolyten im Blutserum bei Herz- und Gefäßkrankheiten. J. Teploff und A. Koschewnikowa.
- Permeabilität der Leukozyten. Walter Fleischmann.
- Ueber den Einfluß des Serums anämischer Tiere auf das Tumorstadium. Botho E. Brüda und Viktor Koszler.
- Lungentuberkulose und Sport. Walter Markowicz.
- Massen- und Einzelfürsorge in der Tuberkulosebekämpfung. Ickert.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 27.

- Die Entwicklung der Röntgenkunde. Guido Holzknicht.
- Zur pathologischen Anatomie der Wirbelsäule. G. Schmorl.
3524. Ein neues Lokalanästhetikum. Rudolf Höfer.
- Zur Diagnose der Pankreasgewebnekrose mittels der Diastasebestimmung im Urin. J. Wohlgemuth.
- Das lokale Blutbild in seiner Bedeutung für die Immunbiologie. E. Helmreich.
- Die Armhebereaktion. E. A. Spiegel.
3527. Vigantol an trächtigen Ratten. L. Schoenholz.
- Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems. II. Zum Studium des Mechanismus der Heilwirkung des Rückfallfiebers auf die syphilitische Infektion des Zentralnervensystems. I. L. Kritschewski.
3510. Ueber die Magensekretion der Phthisiker. Kjeld Tørring.
- Lymphogranuloma inguinale und seine Beziehungen zum Syphilome anorectal. Alice Koppel.
- Tonsillektomie mit Diathermie. E. Aron.
- Rhythmische Stimmchwankungen als Symptom abnormer Pulsationen im kleinen Kreislauf. Josef Beck.
- Erwin Schliephake.
- Permeabilität und Ermüdung. Ferd. Scheminzy.
- Uterusbewegungen und Eireife. F. Kok und H. Seel.
- Gaswechsel und sympathikusreizende Mittel. Rocco Capo.
- Akute Bleiintoxikation bei einem Säugling. Ernst Lorenz.
- Ueber Trikuspidalstenose. Ein Bericht über 30 autopsisch sichergestellte Fälle. Wilh. Dreßler und Rob. Fischer.
- Ueber fünfzehnjährige klinische Erfahrungen mit Jodfortan. Enge.
- Ueber perkutane Jod-Kampferbehandlung. Dolf Hofmann.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 28.

- Lebenshaltung und Ernährungslage des deutschen Volkes in der Gegenwart gegenüber der Vorkriegszeit. v. Tyszkä.
- Das Reserveweiß der Leber. Einfluß von Insulin und anderen Hormonen. Karl Paschkis.
3540. Thyroxin, Thyropurin und Thyreoidin. R. Boller und F. Högl.
3557. Chloriduntersuchungen im mütterlichen und kindlichen Blut. Zur Biologie der Neugeborenen. Karl Hellmuth.
- Ueber blaue Skleren. Hermann Paal.
3483. Der Blutmilchsäurespiegel beim Morbus Basedow in der Ruhe und während der Arbeit. Artur Bier.
3500. Cheyne-Stokes und Urämie. E. Rosenblüth und S. Wassermann.
- Weiterer Beitrag über Schutzstoffe bei experimenteller Syphilis. Alfred Cohn.
- Pathogenese und Resorption von Trans- und Exsudaten in der Pleura. Poul Iversen und E. Hecht Johansen.
- Bestehen Beziehungen zwischen der obligat urtikariogenen und der fakultativ ekzematogenen Wirkung des Atropins? R. L. Meyer und F. K. Chen.
- Tierexperimentelle Studien über die hämoregulatorische Wirkung der Säuren. Ladislaus Detre.
- Beobachtungen des Kapillarkreislaufes und lebender Parasiten im strömenden Blute. Fritz A. Lehmann.
- Ueber die Beziehungen zwischen dem Gaswechsel und dem elektrolytischen System. Guido Lanni.
3542. Zum Mechanismus der Gefäßerweiterung in arbeitenden Organen. Alfred Fleisch.
3489. Ueber Trikuspidalstenose. Wilhelm Dreßler und Robert Fischer.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 24, 1929.

- Ueber Ernährungsbedürfnisse und Ernährungskrankheiten des Kindes. Erich Müller.
3579. Luftembolie durch stumpfe Gewalt und deren Nachweis. Otto Schmidt.
3501. Zur Klinik der echten (chronischen) Urämie. Ludwig Popper.
- Ein Fall von multipler Hautnekrose und Ekzema cruris nach Krampfaderverödung mit Varicophthin. Käthe Hesse.
3505. Diffuse Sarkomatose der spinalen Meningen. Walter Misch und Manfred Landsberg.
- Zur Frage der reinen Wortstummheit. O. H. Feist und Otto Sittig.
- Eine bemerkenswerte chirurgische Indikation für die Balneotherapie. Ferdinand Khittl.
- Die Wirkung der Malaria-therapie auf die Stickstoff- und Eiweißverhältnisse im Paralytikerliquor. Fanny Halpern.
- Das Nasenbluten. L. B. Seifert.
- Klinische Erfahrungen über Gravitol als Uterotonikum. E. Klaffen.
- Ueber die Möglichkeit der Immunisierung gegen Tuberkulose durch den nichtbazillären Fettstoff Gamelan (Lipomykol). Ferdinand Mattausch.
- Kombinierte Hormonal- und Reizkörpertherapie mit Opodermol. Oldrich Simáček.
- Ein neuer Perkussionshammer. Arthur Münzer.
- Quetschung bzw. Einrisse von Unterleibsorganen durch stumpfe Gewalt, subakute tödlich verlaufende Erkrankung, Unfallserkennung. Carl Kleneberger.
- Orthopädische Operationen. Sammelreferat. Siegfried Peltesohn.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 25, 1929.

- Zu den neueren pathologisch-anatomischen Auffassungen der Tuberkulose. C. Benda.
- Ueber Ernährungsbedürfnisse und Ernährungskrankheiten des Kindes. Erich Müller.

Zur Blutgruppenfrage. H. Wilckens.

3434. Ueber einfache geburtshilfliche Handgriffe, unter besonderer Berücksichtigung der Expression nach Kristeller. Albert Bär.
- Der negative Röntgenbefund. Walter Saul.
3504. Ueber die gastrische Form der Tetanie. Ernst Pick.
- Zur Beeinflussung von Extrasystolen. Emil Mester.
- „Ueber Operationen an Hermaphroditen.“ Bemerkungen zu vorstehender Arbeit von L. Moszkowicz in Nr. 13 dieser Wochenschrift. Karl Melner.
- Schlußwort. Ludwig Moszkowicz.
- Nachtrag zu meinem Aufsatz: „Ueber die peptischen Schädigungen des Magendarmkanals.“ I. Boas.
- Ueber die Saprophytenflora in Hefepräparaten. Wolfgang Weichardt.
- Erkrankungen der Lider, der Tränenorgane und der Augenhöhle. K. Vogelsang.
- Die intramuskuläre und orale Strophanthintherapie mit Strophalen-Tosse. W. Berggold.
- Allonal als Hustenmittel. Walther Schmidt-Sachsenstamm.
- Sammelbericht über neuere Arzneimittel. Curt Heidepriem.
- Bemerkungen über den Tonisator als Heilmittel in der Chirurgie. Käthe Siegel.
- Uebersehener Kahnbeinbruch. W. Brandis.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 24, 1929.

3553. Der Belastungswasserversuch als Nierenfunktionsprüfung. Ferdinand Lebermann.
3537. Gonojotrophore und Tierversuch. Viktor Caesar.
- Gibt es eine Reizwirkung geringer Strahlenmengen? Jakob Seide.
3561. Die Fahrerlähmung des Nervus ulnaris. F. Kino.
- Inhalationstherapie der oberen Luftwege. Unter besonderer Berücksichtigung des Inhalatoriums von Bad Harzburg. Rhese.
3458. Die diagnostische Salvarsaninjektion. Ludwig Levy-Lenz.
3401. Die juvenile Gangrän. Heinrich Schum.
- Diät bei akuten und subakuten Nephritiden und Nephrosen. Jacques Goldberger.
- Klinische und allgemein-praktische Erfahrungen mit Cardiotonin. S. Kuttner.
- Behandlung von Beschwerden der Wechseljahre. Hans Oppenheim.
- Medizinstudium Reichsdeutscher in Oesterreich. Kurt Opitz.
- Juristische und medizinische Beurteilung der Dienstbeschädigungsfrage nach dem Reichsversorgungsgesetz. Niehaus.
- Wesen und Wirkung der Bad Nauheimer Bäder. Schoenewald.
- Der Blinde und die Kunst. Ludwig Cohn.

Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 25, 1929.

3396. Die serologische Bestimmung der väterlichen und mütterlichen Abstammung. W. Zangemeister.
- Gibt es striäre Bewegungsstörungen? Niebl v. Mayendorf.
3518. Behandlung des sogenannten Pylorospasmus. H. v. Mettenheim.
3409. Brodieabszß. Karl Hermann.
- Tetanoider hysterischer Anfall. Curt Ruschke.
- Diät bei chronischen Nephritiden, Nephrosen und Nephrosklerosen. Jacques Goldberger.
3491. Bekämpfung des Herzkollapses. Ferdinand Lebermann.
- Hexamethylentetraminwirkung und -therapie. Felix G. Meyer.
- Der Entwurf eines Arbeiterschutzgesetzes und die Ärztekammer für Berlin. E. Dietrich.
- Aus dem Strafrechtentwurf. Wöhrmann.
- Neue Synthetika in der Medizin. A. Salmony.
- Ernste Kuren und sportliche Betätigung. Artur Hesse.
- Die Sojabohne. Paul Bondy.
- Die Bakteriologie der Gasterkrankungen bei Schweinen. Ferdinand Winkler.
- Johanna Schopenhauer und die Blatterninokulation. Franz Mottek.
- Brief der Lady Montague aus Adrianopel über die Einführung des Blattenpropfens (1717). Erich Ebstein.

Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg., Heft 1.

- Die Hygiene der Frau in Indien. Eva Lombard.
- Zur Reform des Irrenrechts. Eva Hensel.
- Objektive Zerrüttung der Ehe als Scheidungsgrund. Eingesandt.

Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg., Heft 2.

- Die Wirkungen des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Anna Pappritz.
- Ueber Körperbautypen und ihre Bedeutung für die Erkenntnis der Person. C. Coeper.
- Glossen zu Prof. Hellers „Gedanken über die Stellung des Arztes zur Reform des Ehrechts“. Annemarie Bieber.

Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin (Mschr. Unfallheilk.), Leipzig, 36. Jahrg., Heft 7.

3447. Ueber das chronische traumatische Handrückenödem. P. Klassen.
- Periphere akute Trophoneurose der Haut. M. zur Verth.
- Heilung einer Pneumokokken-Gonitis und Unfall. E. Bettmann.
- Kongenitale Syphilis und Unfall nebst Bemerkungen zur Arbeit von Zimmermann. Max Michael.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 24, 1929.

- Die Bedeutung der Wehentafel für die Physiologie und Pathologie der Geburt beim vorzeitigen Blasensprung. E. Frey.
- Ueber die Abhängigkeit des Wochenbettverlaufes vom Zeitpunkt des Blasensprungs. Schultheiß.
- Die Löslichkeit des Cholesterins in der Galle. Otto Merkelbach.
- Zur Osteoarthropathia vertebrarum bei Tabes dorsalis. Pierre Schnyder.
- Ueber Chlorophyllwirkung und Chlorophylltherapie. Ed. Gsell.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Basel, Nr. 25, 1929.

3539. Ueber die Wirkungen des Schwefels. Emil Bürgi.
- Die Chirurgie der Bauchspeicheldrüse. Eugen Bircher.
- Ueber elektrolitische Strikturdehnung. H. Koller-Aeby.

- Ueber Chlorophyllwirkungen und Chlorophylltherapie. Ed. Gsell.
Kohlehydrat-, Ammoniak- und Cholesterinstoffwechsel, zugleich ein Beitrag zur Beri-Berifrage. Alfred Gilon.
- Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 7, 1929.**
Einige Ergebnisse internationaler Erhebungen über die Säuglingssterblichkeit. M. Olsen.
3575. Aus der Ideologie der deutschen Pflichtkrankenversicherung. Pryll.
Kassenarzt und Kassenarztvertrag. Okraß.
Berufsstunde als Grundlage der vertrauensärztlichen Begutachtung. Chajes.
Der Begriff, die Fehlerquellen und der Aussageinhalt der ärztlichen Diagnose. Rink.
Injektionslösung, aseptische Injektionstechnik und Wundheilung. Düringer.
- Seuchenbekämpfung, Berlin - Wien, Nr. 3, 1929.**
Bekämpfung der Paratyphusinfektionen. A. Aoki.
Leishmaniose der Kinder. S. Cannata.
Präventivbehandlung der Malaria mit Schweinfuttergrün. A. Missiroli.
Beziehungen zwischen Blutgruppen und Krankheit. O. Thomsen.
Bericht über die Arbeiten betr. Scharlachätiologie, Pathogenese und Therapie, ausgeführt im Staatl. hygien. Institut Warschau. L. Hirsfeld.
- 3472a. Scharlachschutimpfung in Polen. F. Redlich.
Das Luotest Müller-Brandt. R. Brandt.
Experimentelle Epidemiologie. W. W. C. Topley.
Spirillum minus, der Erreger der Rattenbißkrankheit. Ch. Ruys.
Angoramethode der Rotztilgung. H. Ganslmayr und S. Bey.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, Nr. 26, 27. Juni 1929.**
Die Klinik der Magensyphilis nach dem Stande der jüngsten Erfahrungen. Schlesinger.
Somatische und autonome Innervation. Heß.
3424. Fremdkörperumoren nach Paraffininjektion. Spitzmüller.
3586. Eingeweideschmerzen. Ungar.
Traumatische Nekrose eines abnormen Baudes im Kniegelenk. Lutterotti.
Zum Kapitel des Ileus. Schnitzler.
Wirkung der Kathodenstrahlen auf die Hornhaut von Salamanderlarven. Politzer und Pauli.
Durch Malariabehandlung behobene Sterilität bei einer Patientin mit Taboparalyse. Weißmann.
Ueber die Vererbung von Geisteskranken vom Standpunkt eugenischer Bestrebungen. Pözl.
- Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 16, 1929.**
Zur Diagnose und Therapie intrakranieller Tumoren. Percival Bailey.
Ein durch Oesophagogastronomie geheilter Fall von Kardiospasmus. B. Breitner.
3404. Die Drosselung der Arterie zentral vom Aneurysma. P. Clairmont.
3407. Die Echinokokkus der Wirbelsäule unter dem Bilde eines Rückenmarkstumors. W. Denk.
Zur Benennung der Magenresektion. A. Eiselsberg.
Die „eisenharte“ Struma. E. Enderlen.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortb.), Jena, 26. Jahrg., Nr. 5, 1. März 1929.**
463. Ueber organische und funktionelle Blasenleiden. Fürbringer.
Elektrische Unfälle und erste Hilfe. R. F. Müller.
440. Die Ävertinnarkose. Hayward.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortb.), Jena, 26. Jahrg., Nr. 6, 15. März 1929.**
470. Ueber septische Erkrankungen. E. Leschke.
Atmung und Gasaustausch. W. Arnoldi.
441. Ekzemlehre. J. Jadassohn.
Schwielenkopfschmerz und Muskelhäuten. H. Sieber.
- Zeitschrift für Kinderheilkunde (Z. Kinderh.), 48., Heft 1, 1929.**
Längen- und Massenwachstum von Zwillingen. Beiträge zur Vererbungswissenschaft. Herbert Orel.
- 516a. Die Pleuraempyembildung bei Kindern der ersten Lebensjahre und die Stachelheberdrainage nach Prof. Drachter. A. Haas.
Ueber die Plättchenzerfallsgeschwindigkeit bei normalen Kindern, bei der Hämophilie und Thrombopenie. Heinrich Baar und Lilli Szekely.
Die Beziehungen zwischen Wasser- und Kochsalzumsatz beim Säugling. E. Rominger, Imre Berger und Hugo Meyer.
Untersuchungen über die Kohlehydratverdauung beim Säugling. I. Mitteilung: Bedeutung der Dextrin-Maltosegemische. Hans Paffrath und Alfons Kaeß.
Untersuchungen über die Kohlehydratverdauung beim Säugling. II. Mitteilung: Zuckertoleranzprüfungen an darmgesunden Kindern. Hans Paffrath und Hilde Siering-Kaulla.
Untersuchungen über die Kohlehydratverdauung beim Säugling. III. Mitteilung: Erfahrungen über Kinderzucker bei Ernährungsstörungen. Hans Paffrath.
Ueber eitrige aseptische Meningitis. H. Kaulbersz-Marynowka.
- 18a. Chorea. W. Stöltzner.
- 57a. Die pseudopositive WaR. in den ersten Lebenstagen. Leo Lemez.
- Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Medizinalbeamte), Berlin, Nr. 13, 1929.**
Zum Streit um die Kriminaltelepathie. A. Hellwig.
97. Die Entdeckung des Tuberkulosebazzillus. Ickert.
Zur Forderung nach Vermehrung der amtsärztlichen Untersuchung von Motorfahrzeugführern. Rappold.
- Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Medizinalbeamte), Berlin, Nr. 14, 1929.**
54. Rassenhygiene. Hans Krauß.
- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neurol.), Berlin, 120., Heft 2 und 3, 1929.**
Der Zellaufbau des Hypothalamus beim Hunde. E. Grünthal.
73. Vergleichende kriminalbiologische Studien an Gefangenen. Arno Warstadt.
59. Zur Klinik der Hemiplegie mit Erörterungen über den Auslösungsort der tetanischen Krämpfe. Emil Redlich.
- Sind die Encephalitis lethargica (epidemica) und die Enzephalomyelitis (von Cruchet) ein und dieselbe Erkrankung? Nein. E. v. Economo.
Experimentelles zur Lehre vom systematischen Zusammenhang der motorischen Erscheinungen. (Provokation einiger pseudozerebellärer und subkortikaler Symptome bei Kranken und Gesunden.) A. A. Grünbaum.
3571. Pickische Krankheit. Carl Schneider.
3564. Chronaxieuntersuchungen an Bleiarbeitern. F. H. Lewy und St. Weisz.
3567. Chronaxie der tonischen Reflexe. Stefan Weiß.
3566. Chronaxieschwankungen bei Zustandsänderungen des gesunden Muskels. D. A. Markow.
3567. Chronaxie der tonischen Reflexe. Stefan Weisz.
Zirkulär oder schizophren? Hans Wildermuth.
3570. Hydrocephalus chronicus congenitus und acquisitus. Cornelia de Lange.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene (Z. Schulgesundheitspf.), Heft 13, 1929.**
Physiologische Begleiterscheinungen der belebenden bzw. ermüdenden Wirkung der Turstunde in der Schule. Schesinger.
Von dem Wesen, der Form, dem Inhalt der sozialhygienischen Wissenschaft. Schmidt.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene (Z. Schulgesundheitspf.), Heft 14, 1929.**
Ernährungsform und Schulzahnpflege. Wimmenauer.
Wo stehen wir in der Frage der Kurzsichtigkeit? Ruff.
Kritische Betrachtungen über Gasheizungen in den Schulen. Rößler.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene (Z. Schulgesundheitspf.), Heft 15, 1929.**
3469. Ergebnisse systematischer Untersuchungen auf dem Gebiet der Erholungs- und Erholungsfürsorge für die Schulkinder. Büsing.
Die Abortanlagen unserer Schulen. Mangel.
Ueber den Kropf in der norddeutschen Tiefebene. Klotz.
- Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik (Z. Sexualwiss.), 16., Heft 2.**
Ueber die Geschlechtsunterschiede bei Psychosen und ihre Bedeutung für eine vergleichende Psychologie der Geschlechter. Robert Gaupp.
Zur psychosexuellen Genese der Dummheit. Karl Landauer.
3574. Die Erotik in der Arzt-Patientenbeziehung. Alexander Hertzberg.
Beiträge zum Sexualleben der Landjugend. Erich Meyer.
Kritik der Pikanterie. S. Kroll.
Zur Geschichte der Prostitution der Stadt Berlin. P. Martell.
- Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik (Z. Sexualwiss.), 16., Heft 3.**
Experimentalbiologie und Schwangerenschutz. Agnes Blum.
Rechtsschutz den illegitimen Ehefrauen! Andreas König.
Die Angst um die Geburtenaufwertung. Walter Borgius.
Die Lebensfrage des deutschen Volkes. F. Burgdörfer.
Schlußbemerkungen auf vorstehenden Aufsatz von Ob.-Reg.-Rat Dr. F. Burgdörfer. W. Borgius.
Psychologie der männlichen Kokotte.
- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 20.**
Zur Technik plastischer Operationen. F. de Quedwein.
Bemerkungen zur Unterbindung von Gewebssträngen. R. Sommer.
Zur Perforation des einfachen Dünndarmgeschwürs. C. E. Jancke.
3400. Ueber den klinischen Wert der Azetonuriebestimmung in der postoperativen Periode. N. Gerber.
Zur Behandlung der Talusfraktur und Luxation. A. Peters.
Zur orthopädischen Behandlung der Kiefergelenkskontrakturen. H. Knorr.
Frakturbehandlungen mit Drahtextension. E. N. Stehnke.
- Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Zbl. Gewerbehyg.), Berlin, 16. Jahrg., 6. Heft, 1929.**
3467. Untersuchung von Bleiarbeitern. Banik.
Klinische Bewertung der Reaktionen des Arbeiterorganismus und ihre pathogenetische Bedeutung. Gelmann.
3465. Ursolschäden in der Rauchwarenindustrie. Mayer und Förster.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 25.**
3496. Ueber die medikamentöse Behandlung des Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni und ihrer Begleiterscheinungen. Froer.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 26.**
3529. Die Farnwurzel. Zickgraf.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 27.**
3541. Extraktivstoffe aus Zellen und Geweben. Winkler und Köck.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 28.**
Bericht über die Tuberkulosekongresse in Bad Pyrmont, 23. bis 25. Mai 1929. Möllers.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 29.**
3488. Zur Kropfbehandlung. Grumme.
- Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Nr. 30 und 31.**
Sammelreferat aus dem Gebiete der Pharmakologie. C. Bachem.

Zeitschriften in holländischer Sprache

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 25.**
Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration mit Antimonelektrode und auf kolorimetrischem Wege, besonders im Blut. Westenbrink, Pieters.
Diagnostische Schwierigkeiten beim Beurteilen von akuten Exanthemen. Bosma, Bommel.
3439. Dermatitis exfoliativa neonatorum. Sollewijn, Gelpke.
Fall von Intraoperitonealem Lipom. M. C. Coopman.
Ätiologische Beziehungen zwischen Gürtelrose und Windpocken. A. Vedder.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 26.
Nackenkrampf und die Bedeutung dieser Krankheit für das Heer. Peters.
Siestrop.
Uebertragung von Erscheinungen von Geisteskrankheit. S. P. Bakker.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde** (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 27.
Richtungslinien in der Neurologie und Psychiatrie. E. D. Wiersma.
Myxödem und Psychose. D. Schrijver.
Ueber Plazentalösung. Ph. Tak.

Nordische Zeitschriften

- Acta chirurgica Scandinavica** (Acta chir. scand.), Stockholm, 65., Vasc. II-III.
3411. Muskelhernie am Bein. Hugo Ihde.
Fortschritte der Nordischen Orthopädischen Gesellschaft, 10. Tagung in Helsingfors am 3. und 4. Juli 1928. P. G. K. Bentzon.
Methoden zum Studium der Funktionen der peripheren Arterien. Johs. Ipsen.
3416. Ueber die Behandlung der Flexionskontraktur des Kniegelenkes mittels Fasciata-Plastik. C. Camitz.
- Acta Ophthalmologica** (Acta Ophthalm.), Kopenhagen, Heft 1 und 2, 1929.
Untersuchungen über das Dunkelsehen. H. U. Möller.
3393. Der Nachweis von Vitamin-A im Retinagewebe und ein Vergleich mit dem Vitamingehalt des Gehirngewebes. E. Holm.
3392. Erblisches juveniles Glaukom. S. Werner.
126 Starextraktionen nach dem Stanculeanu-Törösköchen Verfahren. E. Hörven.
Ein Fall von hochgradiger Linsenmyopie. S. Hagen.
3391. Primärsarkom der Iris. J. D. E. Vestergaard.
- Hospitalstidende** (Hospitalstid.), Nr. 23, 6. Juni 1929.
3437. Behandlungsergebnisse der reinen otogenen Meningitis im Reichshospital. Reidar Schroeder.
3556. Basalstoffwechsel bei Kranken mit Krebs im Verdauungstraktus. S. A. Holböll.

Zeitschriften in englischer Sprache

- The American Journal of Surgery** (Amer. J. Surg.), New York, 6., Nr. 5, Mai 1929.
Was führt bei nicht verschlossenem Darm zur Behinderung der Gas- und Kotpassage? Walter C. Alvarez und Kiyoshi Hosoi.
Phytobezoar, verbunden mit Magenulkus. Donald Balfour und Ralph W. Good.
Eine Operation zur Einleitung der knöchernen Vereinigung des Fußgelenkes. Willis C. Campbell.
- 3406a. Infektionsverhütung in der Bauchchirurgie. Robert C. Coffey.
Generalisierte Ostitis fibrosa mit Bericht über einen Fall. William B. Coley und Bradley L. Coley.
Jodreaktion des Kropfes in Kropfgegenden. Frederick A. Collier und Eugene B. Potter.
Die Beziehungen zwischen Schilddrüse, Nebennieren und Nervensystem. G. W. Crile.
- 3402a. Pylorusverschluss. John B. Deaver.
- 3401a. Thorakotomie mit Bildung eines Hautlappens zur Behandlung der Empyeme. Charles L. Gibson.
Technik der Strumektomie und postoperative Nachbehandlung bei Basedow-kranken. Donald Guthrie.
Anwendung der Elektrizität in der Chirurgie. Howard A. Kelly.
Ischämische Paralyse. Dean Lewis.
- 3554a. Krebsempfindlichkeit. William J. Mayo.
15 Jahre Radiumbehandlung bei Fibromen, gutartigen Blutungen und Dysmenorrhö. John Osborn Polak.
Der klinische Verlauf der subakuten gelben Leberatrophy, mit Bericht über 2 Fälle. Allen O. Whipple.
- 3495a. Lipom des Magens. Robert B. White und E. Starr Judd.
Bösartige Geschwülste der Blase und Prostata. Hugh H. Young.
- Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium** (Arch. phys. Ther.), Omaha, U. S. A., 10., Nr. 4.
3587. Die Wirkung der ultravioletten Strahlen bei der experimentellen Rachitis. Carl Sonne.
Der Gebrauch und Mißbrauch der physikalischen Therapie in der Behandlung der chronischen Arthritiden. W. C. Stoner, L. S. Brookhart.
Ultravioletttherapie in der Kinderheilkunde. R. H. Kuhns.
3588. Die destruktive Wirkung der Röntgenstrahlen auf lebendes Gewebe. A. P. Evans.
Diagnostische Irrtümer als Ursache für viele Mißerfolge mit der physikalischen Therapie. J. Brams.
Klinik der physikalischen Therapie. I. W. Riggins.
- The British Journal of Children's Diseases** (Brit. J. Child. Dis.), 24., Nr. 301 bis 303, 1929.
Störungen der neuro-muskulären Koordination bei Kindern. F. S. Langmed.
Die Krankheit der Inkubationszeit bei Masern. G. F. Abercrombie.
Sommerdiarrhöen der Kinder. Hilda Stössiger.
Ein Fall von Tetanus, der Tetanie vortäuschte. Leslie Cole.
- 3518a. Frühzeitige Leberzirrhose. Alan Moncrieff.
- British Journal of Ophthalmology** (Brit. J. Ophthalm.), London, Januar 1929.
3394. Eine histologische Untersuchung über die Wirkung des kurzwelligen Lichtes auf das Auge nebst einer Bemerkung über „Einschlußkörperchen“. W. S. Duke-Elder und P. M. Duke-Elder.
- The British Journal of Venereal Diseases** (Brit. J. Ven. Dis.), 5., Nr. 1, 1929.
Geschlechtskrankheiten vom epidemiologischen Standpunkte. F. J. H. Coutts.
3531. Behandlung mit Tryparsamid. F. S. Keith und H. S. Le Marquand.
Syphilis (Literaturübersicht). E. Tytler Burke.
- The Canadian Medical Association Journal** (Canad. Med. Ass. J.), Juni 1929.
Eine Uebersicht über Leibscherzen im Kindesalter. H. W. Carson.
3403. Leberruptur. Thorlakson und Hay.

3399. Postoperative Nachbehandlung chirurgischer Fälle. James McKenty.
Herzkrankungen. Alexander McPhedran.
Das Herz im Thyphoidfieber. G. R. Brow.
3514. Häufigkeit der Lobulärpneumonie im Kindes- und Säuglingsalter. Gordon Manace.
Mirrorpicture dextrocardia, kompliziert durch Mitralaplasia und Pulmonarhypoplasia der transponierten „rechten“ Kammer. Abbot und Moffat.
3405. Nierengeschwülste. MacKenzie und Parkins.
Divertikel des Oesophagus. Burns.
Behandlung von Frakturen und anderen Deformitäten an der Nase. Fulton Risdon.
Ruptur der Urethra. Clifford Abbott.

- Edinburgh Med. Journal** (Edinburgh Med. J.), 36., Nr. 7, Juli 1929.
3538. Die therapeutischen Verwendungsmöglichkeiten der Kohlensäure. H. Whitridge Davies.
Eine Edinburgher Medizinerfamilie. George Ral Gibson.

- The Journal of Nervous and Mental Diseases** (J. Nerv. Dis.), New York, Nr. 2, Februar 1929.

3563. Die Rolle der Kapillaren des Gehirns für die Pathogenese der progressiven Paralyse. Wm. Malamud und K. Lowenberg.
3560. Progressive Hemiatrophia faciei. H. G. Wolff.

- The Journal of Nervous and Mental Diseases** (J. Nerv. Dis.), New York, Nr. 3, März 1929.

- Einige Bemerkungen über Kleptomanie. Fritz Wittels.
Der Hoffmansche Reflex; eine einfache Methode zur seiner Verstärkung und zur Verstärkung anderer Reflexe. Robert L. Pittfield.
Totale einseitige Ophthalmologie links mit Fazialis- und Akustikuslähmung auf der gleichen Seite. G. N. Brazeau.

- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5519, 8. Juni 1929.

- Beeinflussung der Blutzirkulation durch chemische Mittel. H. Dale.
3511. Septische Infektion beim Neugeborenen. H. Cameron.
Die klinische Bedeutung der Hyperbilirubinämie. H. Mogena.
3497. Der Ikterusindex des Bluteserums. G. Milroy.
Lebertherapie der sekundären Anämie. P. Dyke.
Ueber Rückenmarksanästhesie. C. Pannet.
Fall von Nephritis. E. Wordley.

- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5520, 15. Juni 1929.

- Beeinflussung der Blutzirkulation durch chemische Mittel. H. Dale.
Erkennung, Behandlung und Ursachen der Hämophilie. J. Pickering.
Fall von Pneumokokkenseptikämie während des Puerperiums. J. Nixon und H. Wright.
Exkretion der wirksamen Bestandteile von Schwefelwässern. D. Brown und A. Woodmansey.
Intensive Ionisation. W. Whitcombe.

3523. Allgemeinnarkose durch intravenöse Alkoholinjektionen. J. Constantin.

3472. Intravenöse Scharlachantitoxininjektionen bei einer Schulepidemie. A. Banks.

- The Lancet** (Lancet), London, 216., Nr. 5521, 22. Juni 1929.

- Beeinflussung der Blutzirkulation durch chemische Mittel. H. Dale.
Periodizitätsmechanismus der Filaria. C. Lane.
3519. Primäre generalisierte Hypertrophie des Zahnfleisches. D. Perloff.
Tödlicher Ausgang einer Bluttransfusion. L. Witts.
3555. Biologie der Karzinomzellen. A. Roffo.
3478. Postvaksinale Hirnsymptome. Th. Horder.
Tödlicher Fall einer postvaxinalen Enzephalitis. J. Taylor.
3475. Orale Immunisation gegen Abdominaltyphus in Südafrika. E. Cluver.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales des maladies vénériennes** (Ann. malad. vénér.), Paris, Nr. 6, 1929.

3459. Schwefelbäder in der Behandlung der Syphilis. A. Boutelier.
Merkwürdige Pigmententwicklung einer syphilitischen Schankernarbe. Belgodère.

3456. Syphilitisches Terrain und Blinddarmsyndrome. Pasquales Deolindo.

- Annales des maladies vénériennes** (Ann. malad. vénér.), Paris, Nr. 7, 1929.

- Leberveränderungen bei experimenteller Kaninchensyphilis. Zénine.
Hautreaktionen, wahrscheinlich neuro-endokriner und syphilitischer Natur.
Rasche Heilung durch Wismut. Belgodère.
Gesundheitszeugnis des Dispensaires in Nancy. Bénech.

- Bruxelles Médical** (Brux. Méd.), Brüssel, Nr. 32, 1929.

- Die Pest im Kongogebiet. J. Schwetz.

3432. Kaiserschnitt 20 Monate nach Uterusruptur. Henri-Magos.

- Diagnostische Elemente des kardiovaskulären syphilitischen Krankheitsbildes. R. Bernard.

- Gynécologie et Obstétrique** (Gynécol. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 5, Mai 1929.

- Spätresultate der Schauta-Wertheim-Kiellandschen Operation bei der Behandlung der Genitalprolaps. G. Cotte.

- Die abdominale subtotale Hysterektomie. G. Cotte und R. Pontius.

- Ueber lymphoide Knötchen im Endometrium. G. Cotte und J. F. Martin.

- Akute allgemeine Gonokokkenperitonitis. P. Bertrand und F. Carcassonne.

- Resultate der Urinuntersuchung von 70 Frauen mit normaler Schwangerschaft zu verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft. Pigeaud, Brochier und Fouilloupe.

- Gynécologie et Obstétrique** (Gynécol. et Obstétr.), Paris, 19., Nr. 6, Juni 1929.

- Jules M. Rouvier (1853 bis 1928). A. Couvelaire.

- Hoher, extraperitonealer Kaiserschnitt. B. J. Kouwer.

- Temporäre Sterilisation der Frau. Turenne.

3428. Gedrehte Pyosalpinx der linken Tube und gleichzeitiger Tubenabort der rechten Tube. Le Ballo.

- Ein Fall von Bauchhöhlenschwangerschaft mit epiploischem Tumor. P. Rell.

3426. Fremdkörper in den Urogenitalorganen der Frau. R. Tschierlok.

3435. Prophylaxe der fötalen Mortalität während der Schwangerschaft. A. Couvelaire.
Die Dauer der Entbindung. Mme. Katzigra.
- Journal des Praticiens* (J. Prat.), Nr. 19, 1929.
Tetanie. Ch. Achard.
3476. Osteoperiostitis typhosa der Tibia. Delbet.
- Journal des Praticiens* (J. Prat.), Nr. 20, 1929.
Lungenphthise; Pneumothorax und Phrenektomie mißlungen. Sergent.
Zyste der Epididymis. Hartmann.
Die Verwendung von Malzsuppe als Säuglingsnahrung. E. Terrien.
3572. Zyklothymie. Pierre Kahn.
- Journal des Praticiens* (J. Prat.), Nr. 21, 1929.
Zum Bakteriophagenproblem. J. Rieux.
3520. Angeborene Makroglossie. Hartmann.
Die Grippe im Jahre 1929. A. Quéryn.
- Journal des Praticiens* (J. Prat.), Nr. 22, 1929.
3512. Der Diabetes bei Mädchen im Pubertätsalter. Nobécourt.
- La Presse Médicale* (Presse Méd.), Paris, Nr. 37, 1929.
Diagnostik und Therapie beim Retentionsikterus. G. Panturier und M. Thalheimer.
Die Berechnung der Oberfläche des menschlichen Körpers und ihre Bedeutung. H. Bordier.
Lungengangrän bei Gasvergiftung. C. Barth.
Glykämie, Glykosurie und Diagnostik des Diabetes. P. E. Mohrhardt.
- La Presse Médicale* (Presse Méd.), Paris, Nr. 38, 1929.
Die transitorischen Hemiplegien und Ataxien post partum. A. Fröhinsholz und L. Corniel.
Subdiaphragmatische Resektion der Nervi splanchnici. J. Pereira.
Die pleuroperitoneale Koexistenz der Tuberkulose und die menstruellen Störungen bei genitoperitonealer Tuberkulose. Ch. Brody.
Karzinom des Pankreaskorpus. L. Ramond.
- La Presse Médicale* (Presse Méd.), Paris, Nr. 39, 1929.
3521. Blutdrucksenkende Substanzen gewisser Insuline. M. Villaret. Justin Besançon und Cachera.
Wird die Parathyreoidektomie eine chirurgische Operation werden? J. Mouzon.
- La Presse Médicale* (Presse Méd.), Paris, Nr. 40, 1929.
Unser Schutz gegen die Pocken. L. Camus.
Der unnötige Druck beim künstlichen Pneumothorax. J. Genevriev und H. Discomp.
- La Presse Médicale* (Presse Méd.), Paris, Nr. 41, 1929.
Die Rolle der Lymphwege bei der interstitiellen Lungentuberkulose der Erwachsenen. E. Sergent.
3528. Intravenös applizierte gallentreibende Mittel. E. Chabrol und M. Maximin.
- Revue belge des Sciences médicales* (Rev. belge Scienc. méd.), Louvain, Nr. 4, 1929.
Embryome und Krebs. J. Maisin und P. Dupuis.
Neuer Versuch einer sozialen antisiphilitischen Thermoprophylaxe: lokale Heißblutbehandlung des Primäraffektes. A. Bessemans, J. Vervouille und R. Hacquaert.
Drei anatomisch-klinische Untersuchungen von Krukenberg'schen Ovarientumoren. P. Moureau.
Tuberkulose. Uebersichtsreferat. F. de Potter.
- Revue belge des Sciences médicales* (Rev. belge Scienc. méd.), Louvain, Nr. 5, 1929.
3558. Bluttransfusion. Émile Derom.
Infektionskrankheiten. Uebersichtsreferat. Paul Néllis.
- Revue Internat de l'Enfant* (Rev. Int. l'Enfant), März/April 1929.
Clemens Pirquet.
Produktion und Erziehung. J. E. Valkal.
3577. Der Kampf gegen das jugendliche Verbrechen. J. van der Zyl.
Der Klub „de Arend“ in Rotterdam. W. E. van Wijk.
3576. Kinderfürsorge und Recht. G. H. Honing.
Das verbrecherische Kind vor Gericht. E. Hvidberg.
Die ärztliche Ueberwachung der Schulen. L. Dufestel.
- Revue d'Orthopédie* (Rev. d'Orthop.), Paris, 16., Heft 3, 1929.
5 Fälle angeborener Skoliose. J. Piquet und P. Bachmann.
Schmerzhafte Erkrankung der Patella am Kniegelenk. Heilung durch Exstirpation. C. Lepoutre.
Ein Fall von isolierter Fraktur des Trochanter minor. Oudard und Guichard.
417. Schmerzhafte Sakralisation und Pott'scher Buckel. P. Feutelaïs.
Zwei Fälle von nicht erkannter Kniegelenksfraktur bei Kindern. Mile. D. Ronget.
Klippel-Feilscher Symptomenkomplex. Albert Mouchet.
- Le Scalpel* (Scalpel), Nr. 23, 1929.
3550. Allgemeines zur Leberphysiologie. P. Spehl.
- Le Scalpel* (Scalpel), Nr. 24, 1929.
589. Die Behandlung der Hyperthyreoidie mit kurzwelligen Strahlen. F. Stuys.

Zeitschriften

in spanischer und portugiesischer Sprache

- Archivos Españoles de Pediatría* (Arch. Esp. Ped.), 13. Jahrg., Nr. 2, 1929.
516. Die hämorrhagische Pleuritis beim Kinde. Luis Morquio.
Nipologie und Niposoziozoologie. Patricio Borobio.
- Archivos Españoles de Pediatría* (Arch. Españ. Pediat.), Jahrg. XXI, Nr. 3, 1929.
508a. Klinische Betrachtungen über die tuberkulöse Meningitis. Enrico Sañer.

- Beitrag zum Studium der Verdauungs- und Ernährungsstörungen des Säuglings. Salvador Burghi.
- 3511a. Das Dürstfieber des Säuglings. J. Domingues Suque.
- La Pediatría Española* (Ped. Esp.), 17. Jahrg., Nr. 195, Dezember 1929.
3517. Chronische Pleuritiden im Kindesalter. Mateo Milano.
Der Ikterus des Neugeborenen. J. Garrido-Lestache.
- Revista española de medicina y cirugía* (Rev. españ. med. cir.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 133, Juli 1929.
Ein neues laryngoskopisches Instrument. J. Campos.
Kauterisation und Kokainisierung der Nasenschleimhaut. P. Farreras.
Der gegenwärtige Stand der Reflextherapie. A. Piga.
Der biologische Begriff des Schmerzes. I. Ochoterena.
Zur Psychologie der Kindererziehung. E. Suner.
- Revista española de medicina y cirugía* (Rev. españ. med. cir.), Barcelona, 12. Jahrg., Nr. 134, August 1929.
3544. Lymphozytose im Liquor. J. Peset.
Die sensiblen Formen der osteophytischen Gelenkentzündung der Wirbelsäule. A. Villacián.
Einige Fälle der nasalen Reflextherapie. I. Bañuelos.
Beziehungen zwischen Thymus, Wachstum und Ernährung. R. Grati und San Martín.
Leber und Schilddrüse. M. Mastex und M. Schtemgart.
Cinemaskopie. J. Vivaldi.
Zur Psychologie der Kindererziehung. E. Suner.
- Brasil médico* (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 24, 15. Juni 1929.
3398. Die Uebertragung des Virus des Gelbfiebers durch die Fäzes infizierter Moskiten. H. Aragao und A. Lima.
Beitrag zur primären akuten Orchitis der Kinder. A. Valerio.
Pathologischer Durchbruch der Weisheitszähne. P. Albernaz.
Ueber die Berna palpebralis. E. Campos.
- A Folha medica* (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 18, 25. Juni 1929.
Genitale Störungen im Verlaufe von Urethritis und Prostatitis chronica. B. Valverde.
Ueber Tuberkulose. G. Pitanga.
Die durch Harn oder Stuhl übertragbaren Krankheiten. C. Sá.
- A Folha medica* (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 19, 5. Juli 1929.
Röntgenologische Differentialdiagnose des perikarditischen Ergusses. M. de Abreu und V. Cortes.
Zur Hygiene der Schüler. M. Silva.
3536. Die Tetrachlorkohlenstofftherapie der Helminthiasis. C. Pimentel.
- A. Folha medica* (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 20, 15. Juli 1929.
Histopathologie der Leber bei Gelbfieber. O. Penna und B. de Figueiredo.
Ursachen der Säuglingsmortalität. A. Prata.
- A. Folha medica* (Folha med.), Rio de Janeiro, 10. Jahrg., Nr. 21, 25. Juli 1929.
Ueber plastische Chirurgie. J. Poggi.
Personenregister und Familienarchiv. R. Kehl.
Säuglingsernährung. A. Moscovo.
Uebertragbare Krankheiten. C. Sá.
- La Prensa medica argentina* (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 16. Jahrg., Nr. 1, 10. Juni 1929.
Röntgenologische Darstellung der Arterien. C. Udaondo und P. Maissa.
Perniziöse Anämie. M. Castex.
Ueber individuelle Konstitution. T. Castellano.
Methylenblau in der Kultur des normalen und neoplastischen Gewebes in vitro. A. Roffo.
3499. Thrombophlebitis splenica. C. Alvarez.
Ueber Splenomegalie. P. Barlaro.
Tastgefühl auf Distanz und Hindernisempfindung bei Blinden. E. Mouchet.
Fall von Lobulus der Vena azygos. M. Gallino.
Hämatalogie und Serologie der amerikanischen Hautleishmaniose. S. Mazza und F. Nino.
- La Prensa medica argentina* (Prensa med. argent.), Buenos Aires, 16. Jahrg., Nr. 2, 20. Juni 1929.
Fall von Mißbildung des Herzens. G. Martinez und J. Llambias.
Ikterogene Zirrhose, Typus Hanot, und Fibroadenie. M. Acunia, A. Casaubon und F. Filippi.
Die Bedeutung der Lipide in der Entwicklung der Tumoren. A. Roffo.
Die Atropin- und Orthostatierprobe in der Untersuchung des neuro-vegetativen Systems bei Schilddrüsenerkrankungen. E. del Castillo.
Kalium-Kalziumgleichgewicht und Blutreaktion. R. Vaccarezza. L. Silva. R. Carcamo und A. Boxall.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Annali di Ostetricia e Ginecologia* (Ann. di ost. e gin.), 51. Jahrg., Nr. 7.
Die Amnionämie im normalen und pathologischen Puerperium und im Fötus. (Institut der geb.-gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Messina. Giuseppe Motta.)
3430. Diabetes insipidus und Gravidität. (Geb.-gyn. Klinik der Kgl. Univers. in Rom.) E. Mormigliano.
Der Einfluß der Schwangerschaft und des Puerperiums auf die Entwicklung des experimentellen Adenokarzinoms. (Geb.-gyn. Institut der Kgl. Univers. in Cagliari.) Edgardo Barbanti.
- La Pediatría* (Pediatría), Heft 13, 1929.
3474. Die Bedeutung des Auftretens der Paratyphus- und Poliagglutinine im Verlaufe der Typhusinfektion. M. Gorbasi und A. Signa.

- Ueber die Uebertragung mütterlicher Immunreaktionen durch den Plazentarkreislauf auf das Kind. A. Macchi.
513. Lebertherapie bei kindlichen Anämien. F. lo Presti-Seminerio.
- Die Bedeutung des Nervensystems in der kindlichen Pathologie. A. Mazzeo.
- II Policlínico, sez. prat (Policlinico sez. prat.), Rom, 36. Jahrg., Nr. 27, 8. Juli 1929.
- Angina pectoris. E. Romberg.
3443. Verödungstherapie der Varizen. C. Gamberini.
- Diastase der Symphysis pubica als seltene Geburtskomplikaion. R. Lusena.
- Embriogenese. B. Coglievina.
- Nierendekapsulation. A. Marsella.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Kasanskij Medizinskij Žurnal (Kasan. med. Z.), Kasan, 25., Heft 1, 1929.
- Zur Mikrophotographiemethodik. W. E. Rodionow.
- Zur Histogenese der Lymphogranulomatosis. A. W. Abramow.
3479. Vakzination der Menschen gegen Rückfallfieber. W. M. Aristowsky und A. B. Weinstein.
3554. Funktionelle Diagnostik der Nebenniere. M. N. Tscheboksarow und S. J. Malkin.
- Ueber Chirurgieunterricht an der medizinischen Hochschule. W. L. Bogoljubow.
- Zur Frage der Radikaloperation des Leberechinokokkus. M. N. Kuscheva.
3549. Direkte Affektion der Medulla oblongata bei diffuser Peritonitis. P. W. Manenkow.
- Versuch der Hypnoseanwendung in der Augen Chirurgie. T. Krylow.
- Zur Histogenese und klinischen Bedeutung der Struma ovarii. S. N. Silbert.
- Neue Errungenschaften in der Prophylaxe und Serotherapie des Scharlachs. W. K. Menischikow.
- Zur Frage des Verbrechertums bei Psychopathen. L. J. Eichenwald.
3578. Gerichtsmedizinische Bedeutung der Untersuchung von Gonorrhöeflecken. A. J. Medwedj.
- Allergie- und Anaphylaxieprozesse bei Infektionskrankheiten. A. F. Agaionow.
- Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med. [russ.]), Moskau, 10. Jahrg., 7., Heft 1 (100).
3580. Das Eindringen der Sonnenstrahlen in den menschlichen Organismus. P. G. Mesernitzki.
- Ueber Ostitis fibrosa. N. S. Berland.
- Klinische Beobachtungen hinsichtlich der Wirkung des Fettes auf die Magensekretion bei Kranken. W. P. Kolowski.
3584. Der Einfluß der Diathermie auf die sekretorischen und avakuatorischen Funktionen des Magens. A. A. Kirstner und S. J. Lurje.
3498. Die diagnostische Bedeutung des „paravertebralen Symptoms“ von Skwirski bei Cholezystitis. A. J. Mostkow.
3522. Die van den Berghsche Bilirubinreaktion bei der Differentialdiagnostik der Gelbsucht am Sektionsmaterial. M. A. Wodinski.
3503. Die therapeutische Verwendung von Kalzium bei Kolitis. W. S. Sholty.
- Ueber Echinokokkus der freien Bauchhöhle. A. P. Alajew.
- Zur Kasuistik des Lebermelanosarkoms. K. A. Schuraw.
3466. Ueber die Ursachen der Unfälle bei Elektrisierung und über die Möglichkeiten ihrer Verhütung. N. J. Korotnet.
- Eine Pumpe zum Auspumpen von Pleuraexsudaten, zur Injektion von physiologischer Lösung, zur Lufteinblasung usw. K. O. Wokresenski.
- Klinische Verschiedenartigkeit von Diabetes mellitus. A. A. Ochs.
- Wratschebnoje Dielo (Wratsch. Dielo), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 21.
- Ueber den diagnostischen Wert des Symptoms „lymphatischer Halswulst“ A. M. Koritzki.
- Ueber Bilateralisation des tuberkulösen Prozesses beim künstlichen Pneumothorax. N. J. Tzanow.
- Die Spätergebnisse der Pleuromie bei serofibrinösen tuberkulösen Pleuriden. E. J. Fischersohn.
3433. Ileus und Schwangerschaft. J. I. Russin.
- Zur Symptomatologie und Diagnostik der Appendizitis bei Kindern. A. Mannheim.
- Zur Frage der „spezifischen Karzinomgifte“. N. J. Rosanow.
3546. Wirkung der Thyreoidektomie und Schilddrüsenfütterung auf das Blutbild und die Erythropoese der Tiere. S. J. Schermann.
3457. Prophylaktische Syphilisbehandlung mit Salvarsan. A. L. Schatilow.
- Die Expertise der Augenerkrankungen und -invalidität im Lichte der Sowjetgesetzgebung. D. M. Natanson.
3490. Die Wirkung der Kohlensäurebäder auf das Vorhofflimmern. M. S. Turkeltau.

3559. Blutbildänderung bei Gelenkerkrankungen unter dem Einfluß physiotherapeutischer Prozeduren. B. L. Malkowa-Rjabowa.
- Ueber Schock bei Gallensteinkrankheit. R. A. Tschersinskaja.
- Autohämotherapie beim akuten Gelenkrheumatismus. L. B. Listengarten.
- Sogenannte „schwarze Stürme“ als Ausgangsmoment bei Erkrankungen des Nervensystems. I. J. Gumarnik.
- Fall von linksseitiger Körperlähmung, kombiniert mit motorischer Aphasie. M. L. Wiener.
- Fall von primärem Echinokokkus des Ligamentum latum uteri. J. F. Diky.
- Fall von Spontangangrän der Geschlechtsorgane beim Manne. A. Simnitzki.
3427. Seltener Fall von über zwölfjährigem Verweilen eines Fremdkörpers in der Vagina. G. K. Gurewitsch.
3506. Opothérapie bei Krebsbehandlung. W. J. Gedroitz.
- Wratschebnaia Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 33., Nr. 1, 1929.
3390. Die diagnostische Rolle des Sehorgans bei Kopfschmerzen. J. J. Kasaß.
- Ueber das Vorfinden von Bakteriophagen im Darm von durch den Dansen-Bazillus experimentell infizierten Ratten. B. P. Ebert und M. M. Steinberg.
- Masernverlauf bei mit Serum Geimpften. S. S. Kanewskaja und P. M. Sosnowa.
- Blutkalzium bei Abdominaltyphus. M. J. Rybina.
3477. Behandlung des Typhus und Paratyphus „B“ durch Vakzinedarreichung per os. P. A. Alissow, N. J. Moroskin und E. S. Gurewitsch.
3425. Ueber die gynäkologische Untersuchung der sporttreibenden Frauen und die Bedeutung der gynäkologischen Kontrolle bei Sportleringen. X. N. Bronnikowa.
- Ueber einige Prophylaxe- und Therapieprinzipien der Lungentuberkulose der Erwachsenen unter dem Gesichtswinkel der neuen Lehre über den Beginn und die Entwicklung der tertiären Tuberkulose. R. J. Gassul.
3473. Ueber Hautausschlag bei Grippe. A. N. Komarow und A. A. Baryschew.
- Ueber Malariaidiagnose im Beginn der Erkrankung. P. J. Braslawski.
- Wirkung der Testikularlösung von Krawkow auf den Opsonischen Index des Blutes. A. Bekenskaja und Koschewnik.
- Zur Frage der Milzfunktion. T. P. Below.
- Zur Frage der Flugzeugverwendung für Evakuierungszwecke. A. A. Sergejew.
- Zur Tetanusprophylaxe. M. N. Bronnikow.
- Zur Behandlung der Orientbeule. N. A. Ujmanow.
- Die salbenlose Skabiesbehandlung. A. A. Aljawdin.

Zeitschriften in ukrainischer Sprache

- Ukrainski Medytschni Wisti (Ukrain. Med. W.), Kyjiw, 4., Nr. 9—10, 1928.
- (Dem zehnjährigen Bestand der Sowjetmedizin in der Ukraina gewidmet.)
- 10 Jahre Sowjetmedizin in der Ukraina. Kahan.
- Die Entwicklung der medizinische Hochschule in Kyjiw im ersten Jahrzehnt der Sowjetregierung in der Ukraina. Kortschak-Tschepurkiwskyj.
- Ueber die Resultate der sanatorischen Heilung Tuberkulöser. Sobkewytsch.
- 3434a. Ueber die manuelle Entfernung von Blutgerinnseln bei Nachgeburtsblutungen. (Geburtshilf. Abt. d. Oktoberkrankenh. in Kyjiw.) Magid.
- Diagnostische Reaktionen bei Krebserkrankungen. Majslisch.
- Elektrische Ströme der Magenschleimhaut als Indikatoren ihrer Funktion. (Physiol. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Tschahowetz.
- Die Bedeutung des Elektrokardiogramms beim Studium der Ermüdung. (Physiol. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Jaroslaw.
- Ueber den Parallelismus der morphologischen und biochemischen Veränderungen bei chronischer Phosphor- und Arsenvergiftung. (Path.-Physiol. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Neschtschadenenko.
- Die individuelle Disposition zu nervösen Komplikationen bei Impfungen gegen Tollwut. (Aus d. Bakteriolog. Inst. in Tambousk u. d. Sanit.-Bakt. Inst. in Kyjiw.) Spaskyj und Borodaj.
- Antigeneigenschaften der Bakteriophagen und der sekundären resistenten Kulturen. (Sanit.-Bakter. Inst. in Kyjiw.) Woronetzkyj.
- 3466a. Ueber die Ermüdbarkeit der Druckereikorrektoren. Waschetko.
- Die Bedeutung der Bazillenträger in der Epidemiologie und Prophylaxe der Diphtherie. Martschuk.
- Ueber die Blindheit der Bevölkerung des Kyjiwer Bezirkes. (Augenklin. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Kopanytsja-Kuda.
- Die Arbeits- und Lebensbedingungen des Maschinenkommandos auf den Personendampfern des Oberypr. Masur.
- Die Erweiterungsmethoden des Zervikalkanals der Gebärmutter. (Geburts- u. Frauenklinik d. Med. Inst. in Kyjiw.) Schmakyn.
- Die Malaria im Schewtschenko-Gebiete. Jacenko und Machlina.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

3390.

Kasaß, J. J., Die diagnostische Rolle des Sehorgans bei Kopfschmerzen. (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 1, 1929.) Verf. weist

auf die Bedeutung der Augenuntersuchung bei Kopfschmerzen hin und illustriert seine Ausführungen durch einige Beispiele aus der Praxis, wo erst die Korrektur der Refraktionsanomalien das Zurückgehen der jahrelang durch verschiedene Mittel erfolglos behandelten Kopfschmerzen förderte. E. Kontorowitsch.

3391.

Vestergaard, J. D. E., Ueber ein Primärsarkom der Iris. (Acta Ophthalm., Heft 1 und 2, 1929.) Ein primäres unpigmentiertes spindelzelliges Irissarkom bei einem 75jährigen, das bereits 5 Jahre bestand und zu einem Glaukomanfall führte. Abweichend von den in der Literatur beschriebenen Fällen war der Sitz im oberen temporalen Quadranten; auch ergab die histologische Untersuchung, daß der Ursprung in den hinteren Irisschichten stattgefunden hat, während es allgemein angenommen wird, daß Irissarkome in den Chromatophoren oder — bei Blau- und Graugrünen — den verzweigten unpigmentierten Stromazellen der vorderen Schichten der Iris entstehen. Hurwitz, Berlin.

3392.

Werner, S., Zur Kenntnis des juvenilen Glaukoms. (Acta Ophthalm., Heft 1 und 2, 1929.) Beschreibung vom Auftreten des juvenilen Glaukoms bei einer Mutter und ihren 3 Kindern, und zwar bei der Mutter mit 29 Jahren, bei den Kindern schon im Alter von 15 bis 19 Jahren. Diese Fälle sprechen für die von vielen Beobachtern ausgesprochene Ansicht, daß bei der Vererbung des juvenilen Glaukoms es sich um eine dominante Eigenschaft handelt, dagegen bleibt es unentschieden, ob hier eine Antizipation — Auftreten der Krankheit bei der jüngeren Generation früher als bei der älteren — vorliegt. Hurwitz, Berlin.

3393.

Holm, E., Der Nachweis von Vitamin-A im Retinagewebe und ein Vergleich mit dem Vitamingehalt des Gehirngewebes. (Acta Ophthalm., Heft 1 und 2, 1929.) Die bei einer an Vitamin-A-armen Kost auftretende Hemeralopie wird von verschiedenen Autoren auf eine gestörte Sehpurpurherstellung zurückgeführt. Um nun zu untersuchen, ob die gegen Avitaminose so empfindliche Retina ein das Vitamin-A normalerweise enthaltendes Organ ist, stellte der Verf. Versuche mit Kälberaugen an, die bekanntlich reich an Sehpurpur sind. Es wurden nämlich Ratten, bei denen man avitaminöse Xerophthalmie erzeugt hat, frische Kälberretinae dargereicht und beobachtet, ob dies eine heilende Wirkung auf die Xerophthalmie hat. Dabei ergab sich, daß die Retina, auch in kleinen Dosen gegeben, eine ausgesprochene Vitamin-A-Wirkung hatte und fast derjenigen gleich, die man in ähnlichen Fällen mit dem Darreichen von gleichem Quantum Butter erreicht. Berücksichtigt man noch den Wassergehalt der Retina, so ergibt sich, daß die Retina mehr Vitamin-A enthält als Butter. — Dagegen scheint die weiße Gehirnschicht überhaupt kein Vitamin-A zu enthalten, während die graue Substanz einen positiven Einfluß auf der Xerophthalmie ausübt, aber erst nach Darreichung von großen Dosen. Hurwitz, Berlin.

3394.

Duke-Elder, W. S., und P. M. Duke-Elder. Eine histologische Untersuchung über die Wirkung des kurzwelligen Lichtes auf das Auge nebst einer Bemerkung über „Einschlußkörperchen“. (Brit. J. Ophthalm., Januar 1929.) Die Verf. beschreiben die schädigende Wirkung des kurzwelligen Lichtes auf die Konjunktiva, Kornea, Linse und Retina, die sie bei Tierexperimenten beobachtet haben. Die beobachteten Veränderungen waren qualitativ in allen Geweben gleich und bestanden hauptsächlich in einer oxyphilen Degeneration des Kernchromatins, die die Verf. als eine photochemische Reaktion des Zelleneiweißes auf kurzwelliges Licht betrachten. Bezugnehmend auf die bereits von ihnen in einer früheren Arbeit festgestellte therapeutische Wirkung der ultravioletten Strahlen auf entzündliche, ulzeröse und degenerative Prozesse der Hornhaut halten es die Verf. für wahrscheinlich, daß diese Wirkung auf den folgenden 5 Faktoren beruht: 1. Werden die in den oberflächlichen Schichten liegenden pathogenen Mikroorganismen direkt von kurzwelligen Strahlen getötet, da die bakterizide Eigenschaft dieser Strahlen allgemein bekannt ist, andererseits die Proteine besonders diese Strahlen absorbieren. Daraus folgt, daß die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den Inhalt der Vorderkammer im umgekehrten Verhältnis zur Dicke und Infiltration der Hornhaut steht. Je mehr diese Strahlen von der Hornhaut selbst absorbiert und verbraucht werden, desto weniger gelangen sie in die Vorderkammer. 2. Werden die oberflächlichen Zellen der kranken Hornhaut mit ihren Bakterien abgestoßen. 3. Bewirkt die Bestrahlung eine Gefäßreaktion um den Limbus, und die Durchblutung der Hornhaut sowie das entzündliche Oedem üben einen bakteriziden Einfluß aus. 4. Wird eine schnelle und heilsame Regeneration des entblößten Epithels angeregt, was besonders bei chronischen und rezidivierenden Ulzera zu merken ist. 5. Scheint es wahrscheinlich, daß die aufgelösten Eiweißsubstanzen der Hornhautzellen gut auf die Immunitätsreaktion einwirken. — In bezug auf die Linse konnten die Verf. zwei Arten von Veränderungen feststellen: 1. Die Schädigung betrifft die subkapsulären Epithelzellen und die Kapsel schwillt, wodurch ihre Semipermeabilität leidet. Die Folge davon ist, daß die Elektrolyten des Kammerwassers leicht in die Linse eindringen können und die physikalischen Verhältnisse

ihrer Eiweißes verändern. 2. Die Linsensubstanz selbst wird chemisch-physikalisch beschädigt, so daß der Stoffwechsel in diesem Gewebe leidet und dadurch dasselbe für spätere Einflüsse empfindlicher wird. Für die Verf. steht es daher außer jedem Zweifel, daß bei der Genese der Katarakt die ultravioletten Strahlen eine Rolle spielen.

Die Veränderungen in der Retina bestanden in Chromatolyse und azidophiler Tendenz und betrafen hauptsächlich die Ganglienzellen- und die innere Körperschicht, und die Verf. sind der Meinung, daß dies nur als Folge des zu intensiven physiologischen Prozesses des Sehens zu betrachten ist.

Da die Kernveränderungen der bestrahlten Hornhautzellen sehr an die bei Herpes und Trachom beschriebenen „Einschlußkörperchen“ erinnern und in den Fällen der Verf. von der Anwesenheit eines Virus keine Rede sein konnte, so schließen die Verf., daß die „Einschlußkörperchen“ nicht spezifischer Natur sind, sondern eine oxyphile Degeneration darstellen und auf durch das Herpes- und Trachomvirus verursachte chemische Veränderungen des Kerneiwisses hinweisen. Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

3395.

Króo, H., und F. O. Schultze, Untersuchungen über die Immunitätsvorgänge bei Syphilis. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (Institut „Robert Koch“ und Wittenauer Heilstätten.) Die vorliegenden Versuche zeigen, daß beide Pallidastämme differente, scheinbar alkohollösliche (siehe Komplementbindung) Anteile mit antigenen Eigenschaften besitzen, wie dieses sich durch die Komplementbindung, Schutzkörperwirkung und allergische Hautreaktion dokumentiert. Dieses bisher unbekannte typenspezifische Verhalten zweier Syphilisstämmen ist anscheinend von Bedeutung, obgleich die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Pathologie der menschlichen Syphilis übertragen werden können. Das ist um so weniger möglich, als sich unser gesichertes Wissen über die Syphilisimmunität beim Menschen auf die Erfahrung beschränkt, daß der einmal infizierte (und nicht ausgeheilte) Organismus auf eine neuerliche Infektion nicht mehr mit Bildung eines Primäraffektes antwortet, ohne daß uns das Schicksal der dabei eindringenden Spirochäten bekannt wäre. Auch bleibt zu entscheiden, inwieweit die Voraussetzungen des Experimentes auf die Abwehrvorgänge des Organismus gegen den lebenden Erreger zutreffen. Andererseits wäre es denkbar, daß bei den vorliegenden Untersuchungen besondere, unter Laboratoriumsverhältnissen entstandene Eigenschaften der Erreger mitgewirkt haben. Solche Bedenken könnten, nach Ansicht der Verfasser, aber auch in manchen anderen Gebieten der Immunitätslehre geltend gemacht werden. Arnold Hirsch, Berlin.

3396.

Zangemeister, W., Die serologische Bestimmung der väterlichen und mütterlichen Abstammung. (Med. Welt, Nr. 25, 1929.) Die Methode des Verfassers besteht in der optischen Beobachtung von Serumgemischen. Der für diesen Zweck zu verwendende Zeißsche Stufenphotometer beruht auf der Lichtwirkung, welche durch Lichtstreuung von den kleinsten Teilchen eines getrübbten Mediums ausgeht (Tyndalllicht). Die Arbeit mit dem Photometer ist schwierig, aber absolut zuverlässig. Trübungsreaktionen lassen sich photometrisch genau verfolgen. So kann man z. B. die Meinickreaktion schon nach einer Stunde qualitativ feststellen und quantitativ messen. Ein Gemisch von Schwangerenserum mit Plazentarextrakt gibt stets einen positiven Ausschlag, d. h. eine allmählich zunehmende Helligkeitsabnahme des Gemisches im Tyndalllicht, bereits im zweiten Schwangerschaftsmonat. Das Serum des Neugeborenen gibt mit dem der Mutter immer einen positiven Ausschlag. Ebenso sicher ist auch die Reaktion beim Mischen vom Serum des Neugeborenen mit dem des Vaters. Die Reaktion bleibt positiv auch im höheren Alter der Kinder. Verfasser hat Untersuchungen bis zum 30jährigen Alter angestellt. Eine positive Reaktion findet man auch beim Mischen des Serums von Vater und Mutter unmittelbar nach der Geburt des Kindes. Die photometrische Methode läßt sich noch verfeinern, wenn das Auge des Beobachters durch eine optische Meßmethode ersetzt wird. Dies gelingt mit Hilfe einer lichtempfindlichen Kaliumzelle, die vor das Stufenphotometer geschaltet wird. Mit Hilfe der Ultramikrophotographie läßt sich ein Einblick in die molekularen Vorgänge, welche der Reaktion zugrunde liegen, gewinnen. Schon nach einigen Minuten wird ein Teil der leuchtenden Moleküle unsichtbar, und es treten im Gesichtsfeld große Gebilde auf, die durch ein Zusammenballen der Eiweißteilchen zu Klumpen bedingt werden. Mit Hilfe der Ultramikroskopie läßt sich die Diagnose schon 1½ Stunden nach der Blutentnahme stellen. Verfasser glaubt, daß seine Methode

zu einer absolut sicheren Diagnostik führen wird, namentlich wenn die Untersuchung wiederholt und das Ultramikroskop zu Hilfe genommen werden wird.
L. Gordon, Berlin.

3397.

Ickert, Hat die Entdeckung des Tuberkelbazillus wirklich keinen nachweisbaren Nutzen gebracht? (Zeitschr. f. Med.-Beamte, Nr. 13, 1929.) Schon allein dadurch, daß man nach Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Koch in der Lage ist, die offenen bazillenstreuenden Tuberkulosen ausfindig machen kann, ist die große Bedeutung und der Nutzen der Kochschen Tat bewiesen.

Michaelis, Bitterfeld.

3398.

de Beaurepaire Aragão, H., und A. da Costa Lima, Uebertragung des Virus des Gelbfiebers durch die Fäzes infizierter Moskiten. (Brasil med., 43., 24.) (Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.) Versuche an Affen zeigten, daß auch die Defekte infizierter Moskiten das Virus des Gelbfiebers übertragen können, und zwar sowohl auf dem Wege der Inokulation wie auch durch Ablagerung derselben auf die unverletzte Haut oder Konjunktivschleimhaut des Tieres.

Ashkenasy, Wien.

Chirurgie und Orthopädie

3399.

McKenty, James, Ratschläge für postoperative Behandlung chirurgischer Fälle. (Canad. Med. Ass. J., Juni 1929.) Für Beurteilung des postoperativen Schocks ist Beobachtung des Blutdrucks wichtig. Verfi. beobachtete bei Erhöhung des Bettes am Fußende Ansteigen des Blutdruckes um 5 bis 10 Grad. Ein systolischer Blutdruck von 100 verlangt peinlichste Beobachtung, ein weiteres Sinken bis 80 verlangt jede Art der Bekämpfung. Durch Flüssigkeit ist die Zirkulation anzuregen, insbesondere durch Bluttransfusion. Kochsalzlösungen mit Adrenalin, noch wirksamer mit Ephedrin.

Lagerung des nach Operation noch bewußtlosen Patienten flach auf dem Rücken, ohne Kopfkissen, Kopf seitlich, um Erbrechen und pharyngeale Sekretion zu erleichtern. Jedoch nicht länger als 6 bis 8 Stunden wegen Gefahren der dorsalen Position: 1. Hypostatische Pneumonie. 2. Kompression des Duodenums zwischen Arteria mesenterica superior und Aorta als Ursache für akute Magendilatation, besonders bei Pat. mit viszeraler Ptosis. 3. Verlangsamung des venösen Abflusses aus dem linken Bein infolge Kompression der linken Vena iliaca comm. durch Ueberlagerung durch die linke Arteria iliaca comm.

Urinentleerung: Ueberdehnung der Blase sowie unnötiger Gebrauch des Katheters sind zu vermeiden. Die Blasenfüllung hängt nicht von der Länge der Zeit, sondern von folgenden Faktoren ab: 1. Blutverlust während der Operation. 2. Verlust durch die Haut und Respirationstraktus. 3. Verlust durch Brechen. 4. Verlust durch Anwendung von Anästhetika. Sobald die Verhältnisse gestatten, sitzende Stellung. Urotropin alle 3 Stunden. Häufige geringe Urinentleerung oder Harnträufeln spricht besonders bei Frauen für Blasenüberdehnung und erfordert Katheterisierung. Einmal begonnen, muß dieselbe gewöhnlich mehrere Tage fortgesetzt werden.

Postoperative Nausea und Brechen: Abhängig von der präoperativen Morphiumdosis, der Art der Operation und der angewandten Anästhetika. Sollte nicht länger als 24 Stunden anhalten, falls länger, nach anderen Ursachen forschen, wie unzureichende Ernährung, akute Magendilatation, Azidosis oder Alkalosis des Blutes und intestinale Störungen.

Akute Magendilatation: Aetiologisch noch ziemlich unbekannt. Störung des neuromuskulären Mechanismus des Magens durch das Trauma der Operation oder durch toxische Einwirkungen. Vielfach wird auch eine Stockung und Dehnung im Duodenum infolge Kompression auf die Wurzel des Mesenteriums angegeben. Tierversuche beweisen, daß eine Stasis, besonders im oberen Teile des alimentären Traktus, eine Verminderung der Blutsalze hervorruft. Der nichtproteine, nitrogene Gehalt des Blutes steigt dagegen bei akuter Magendilatation wie bei allen abdominalen Erkrankungen. Frühzeitige Erkennung, Behandlung ist wichtig. Bezüglich der Behandlung werden 3 Indikationen angeführt: 1. Entleerung des Magens durch Magenonde, Auswaschungen mit Kochsalzlösung, bis die Flüssigkeit klar ist, gewöhnlich zwei- bis dreimal innerhalb 24 Stunden. Zur Vermeidung dieser wenig angenehmen Prozedur kann, wenn möglich, die dünne Duodenalsonde angewendet werden, die durch ein Heftpflaster an der Wange befestigt wird, und so der Mageninhalt alle halbe Stunde mit einer Spritze abgesaugt werden. 2. Die zweite Indikation ist Weitung des Winkels zwischen Arteria mesenterica superior und Aorta, durch den das untere Ende des Duodenums komprimiert ist. Dies ist durch geeignete Lagerung

möglich. Der Winkel ist am engsten bei dorsaler Position, am weitesten in Knie-Brustlage. In der Mehrzahl der Fälle dürfte eine solche Lagerung für einige Zeit wenigstens möglich sein. Bei tiefer Inspiration wird der Speisebrei nach dem Diaphragma zu geschoben und so der Druck auf die Wege der Mesenterialgefäße aufgehoben. Pat. wird dann auf die rechte oder linke Seite gelagert, wobei dorsale Position nach Möglichkeit zu vermeiden ist. 3. Beseitigung der Hypochlorämie durch intravenöse Eingießung von 500 ccm Dextrose in 1prozentiger Lösung von Natrium-Chlorid, alle 6 Stunden.

Respiratorische Komplikationen: Eingehende Schilderung der Lagerung zur Verhütung postoperativer Bronchopneumonie und Schluckpneumonie.

Diffuse eitrige Peritonitis: 1. Bekämpfung der Neigung zu Hypochlorämie und Ansammlung von Blutharnstoff durch Applikation einer 5% Dextroslösung in 1% Natriumchloridlösung intravenös, subkutan oder rektal. 2. Völlige Ruhigstellung des entzündeten Gewebes durch genügende Morphiummengen, um die Peristaltik herabzusetzen. Sehr wichtig ist Entleerung der dem Entzündungsherd proximal gelegenen Darmschlingen von Gas und toxischem Material zur Vermeidung von Darmpareesen und Knickungen. Es wird dies erreicht durch Klystiere oder Enterostomie. Gefahren der Einläufe: Das Prinzip der Ruhigstellung ist gestört und damit Verschlimmerung möglich. Heftige Peristaltik verstärkt die Absorption von Giften durch die Darmwand. Lokale Adhäsionen können getrennt werden und eine Aussaat der Infektion zur Folge haben. Diese Nachteile werden durch die Enterostomie vermieden, was freilich wiederum einen operativen Eingriff bedeutet und die Möglichkeit neuer Darmadhäsionen und Fistelbildung zur Folge haben kann. Verfasser vermeidet diese Komplikationen durch Zwischenlagerung von Omentum dort, wo sich Darmwand und Faszie des Abdomens berühren. Zugleich zieht er das Drän alle 12 Stunden soweit zurück, daß es im Verlauf von 48 Stunden nur noch durch die Bauchwand ragt. Bei diesem Verfahren will er niemals Bildung von Fisteln beobachtet haben.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

3400.

Garber, N., Ueber den klinischen Wert der Azetonuriebestimmung in der postoperativen Periode. (Zbl. Chir., Nr. 20, 1929.) Ueber den klinischen Wert der Azetonuriebestimmung, so wie hinsichtlich der Entstehung der Azidosis selbst, gehen die Meinungen der verschiedenen Autoren sehr auseinander. Während einige Autoren das Auftreten der Azetonurie in der Nachoperationsperiode für eine belanglose Erscheinung halten, sahen andere äußerst schwere Fälle von Säurevergiftung. Verfasser berichtet über zehn Fälle von schwerer Azidosis, die bei stark positiver Reaktion des Harns auf Azeton gleichzeitig Erbrechen, verfallene Züge, Azetonperiode, dunkle Ringe an den Lidern zeigten. Fünf Fälle sind davon zugrunde gegangen.

In Fällen von ausgeprägter Azetonurie empfiehlt Verfasser die Behandlung mit Glukoseinjektionen (fünfprozentige Lösung von 300 bis 700 g intrakutan) und auch Sodagaben per rectum. Die Glukoseinjektionen sollen auch nach der Operation, falls Azeton auftritt, zwei bis drei Tage fortgesetzt werden.

Walter Grossmann, Berlin.

3401.

Schum, Heinrich, Die juvenile Gangraen. (Med. Welt, Nr. 24, 1929.) (Chirurg. Abt. d. staatl. Polizeikrankenhauses, Berlin.) Die Bezeichnung juvenile oder präsenile Gangrän sagt nichts über das Alter des Kranken aus; es handelt sich dabei nur um eine besondere Gefäßerkrankung, die gelegentlich auch einmal einen älteren Menschen ergreifen kann. Die Bezeichnung Endarteritis obliterans ist nicht ganz richtig, da auch die Media immer mitbetroffen ist und auch die Adventitia nicht verschont bleibt. Man könnte die Erkrankung als Panangitis obliterans bezeichnen. Die Prodromalerscheinungen der Jugendgangrän äußern sich in Gestalt des intermittierenden Hinkens. Gelegentliche Spasmen in den glatten Muskelfasern der Media bedingen manchmal Schmerzen auch bei Ruhelage. Man findet dann bei den Patienten eine typische Beugung im Zwischengelenk der großen Zehe. Von der Gangrän am schwersten gefährdet ist nicht immer die Akra der Extremität; nicht selten wird zuerst die basale Partie einer Zehe befallen. Eine konservative Therapie ist bei der Jugendgangrän auf längere Sicht zwecklos. Sinnlos ist auch die die periarterielle Sympathektomie, die nur für einige Tage Linderung bringt. Aetiologisch handelt es sich bei der Jugendgangrän um eine toxische Wirkung irgendeines noch unbekannten Agens. Möglich ist auch die Wirkung einer chronisch verlaufenden Infektion. Eine gewisse Rolle muß auch der inneren Sekretion zugesprochen werden.

L. Gordon, Berlin.

3401 a.

Gibson, Charles L., Thorakotomie mit Bildung eines Hautlappens zur Behandlung der Empyeme. (Amer. J. of Surg., New

Series, 6., Nr. 5, Mai 1929.) Bei dieser, schon bekannten, Operation wird ein etwa 5 : 12 cm großer rechteckiger Hautlappen zurückpräpariert und nach Eröffnung der Pleurahöhle durch die Inzisionsöffnung ein Gummistuch als Drainage eingelegt. Vorteile sind die Ventilwirkung des Lappens (kein Pneumothorax), die Vermeidung von Gummiröhren (Drucknekrose, Fisteln) und das Fehlen der Rippenresektion (geringerer Operationsschock). Schnelle und dauernde Heilung ohne wesentliche Adhäsionsbildung oder Verschwärzung.

E. Gohrbandt, Berlin.

3402.

Breitner, B., Ein durch Oesophagogastronomie geheilter Fall von Kardiospasmus. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 16.) Bei einer Patientin mit Kardiospasmus wird, nachdem die interne Behandlung wirkungslos geblieben war, eine Oesophagogastronomie auf thorakalem Wege mit bestem Erfolge durchgeführt.

Maslow sky.

3402 a.

Deaver, John B., Pylorusverschluß. (Amer. J. of Surg., New Series, 6., Nr. 5, Mai 1929.) Außer der durch Geschwürsnarben, Geschwülste oder Verwachsungen hervorgerufenen Pylorusstenose verdient die auf angeborener, aber erst später in Erscheinung tretender Hypertrophie des Sphinkters beruhende sowie die nervös bedingte erhöhte Beachtung. Neuritische oder perineuritische Prozesse der Magennerven führen zu Pylorospasmus und Gastritis und weiter zum Ulcus und Karzinom. Bei Narben und vor allem auch bei Adhäsionen nach Erkrankungen der Gallenblase oder der abführenden Gallenwege ist die Gastroenterostomie möglichst frühzeitig vorzunehmen. Bei Karzinom führen selbst sehr ausgedehnte Resektionen noch zu guten Resultaten, auch wenn im Lig. gastro-colicum schon karzinomatöse Drüsen zu finden sind. Bei Pylorospasmus ohne anatomische Veränderungen ist die Resektion des Sphinkters, entweder der vorderen Hälfte oder im ganzen, nach Payr zu empfehlen. Hierbei werden nicht nur Nerven mit durchtrennt und so der spastische Zustand verhindert, sondern durch Rückfluß des alkalischen Duodenalsaftes wird auch der oft gleichzeitig bestehenden Hyperazidität entgegengewirkt. Wenn man bei Gallenblasenoperationen oder hochgeschlagenem Appendix einen hypertrophischen, spastischen Pylorus findet, empfiehlt Verfasser, einen Längsschnitt durch den Sphincter pylori zu legen. Die Payrsche Operation ist auch bei Ulcus duodeni zur Vermeidung der Gastroenterostomie wiederholt mit gutem Erfolge angewendet worden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3403.

Thorlakson, Leberzerreißung. (Canad. Med. Ass. J., Juni 1929.) Außerordentlich selten. Unter 200 000 Unfällen innerhalb 20 Jahren berichtet Verfasser nur 11 Fälle von Leberrupturen. Sofortige Operation notwendig, jede Stunde Verzögerung vermindert die Aussicht auf Wiederherstellung um 2 bis 5%. Nach Verlauf von 72 Stunden Operation kontraindiziert, da Pat. entweder moribund oder zu schwach für die Operation. Die Mortalität von Leber-Schuß- und -Stichverletzungen beträgt 40%, von Rupturen fast 100%.

Die traumatischen Leberrupturen verlaufen stets unter dem Bilde eines primären Schockes und ist zunächst festzustellen, ob es sich um einen einfachen Schock oder einen solchen mit inneren Verletzungen handelt. Meist treten die Anzeichen innerer Blutung erst nach Erholung von dem Schock auf. Wichtig ist die Beobachtung des Blutbildes, rapider Schwund roter Blutkörperchen und von Hämoglobin. Es wird eingehend die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen Ruptur der Bauchdecken, des Magens, der Nieren, der Gallenblase und der Milz besprochen.

An Hand von 11 Fällen die ausführlich beschrieben werden, wird über die Behandlung folgendes ausgeführt: Zwei Auffassungen stehen einander gegenüber. Die einen sind für sofortige Operation noch während die Schockwirkung anhält, weil bei schwerer Verletzung eine Erholung erst nach Blutstillung eintreten kann, die andern erachten Operation im Schock für gefährlich und behandeln zunächst den Schock nach den üblichen Verfahren. Auch Verfasser schließt sich dieser Auffassung an. Bezüglich Operationstechnik bevorzugt Verfasser den oberen, rechten, transversalen Einschnitt vor der longitudinalen Inzision, um die Gefahr einer postoperativen Gallenblasenhernie damit zu vermeiden. Am häufigsten wird die hintere, untere Oberfläche der Leber betroffen. Zur Feststellung der lädierten Stelle muß mitunter das ganze Organ abgetastet bzw. freigelegt werden. Folgende Methoden zur sofortigen Blutstillung werden empfohlen: Kompression der Gefäße im Gebiet des Foramen Winslowi. Selbst bei sehr großen Rissen ist die Kompression der Vena portali und der Arteria hepatica mit Omentum gastrohepaticum gerade gegenüber dem Foramen Winslowi durch den Fingerdruck eines Assistenten oder eine Arterienklemme unbedingt zuverlässig. Die Naht

kann große Schwierigkeiten verursachen bei schlecht zugänglichen Stellen gewisser Risse und wegen der Brüchigkeit des Lebergewebes. Ist aber der Riß schmal und zugänglich, so kann durch eine gewissenhafte Fascienlebernaht ein einwandfreies Resultat erzielt werden. Besonders empfohlen wird die Kauterisation als schnelles und einfaches Verfahren. Es ist wirksam, wenn die Blutung nicht zu profus ist, jedoch gefährlich wegen der Möglichkeit sekundärer Hämorrhagien, sobald das koagulierte Gewebe sich ablöst. Für den besten Zeitpunkt bei Verdacht von Leberruptur wird empfohlen. Beobachtung von Puls und Temperatur, des Blutdruckes sowie der roten Blutkörper, des Hämoglobins und der Leukozyten.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

3404.

Clairmont, P., Die Drosselung der Arterie zentral vom Aneurysma. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 16.) Bei einem 39jährigen Patienten mit multiplen Aneurismen unbekannter Aetiologie (Aneurysma in der linken Fossa subclavicularis, in der Fossa poplitea und Aneurysma der Aorta descendens) wird wegen starker Beschwerden, besonders starker Schmerzen, von seiten des Aneurysmas der Fossa poplitea die Operation in Betracht gezogen. Der Sitz des Aneurysmas nahe einer Teilungsstelle der Arteria femoralis ließ die Durchführbarkeit der zirkulären Gefäßnaht zweifelhaft erscheinen. Ebenso war es unsicher, ob nicht eine Gefäßerkrankung die Gefäßnaht undurchführbar oder gefährlich erscheinen lassen würde. Es war wahrscheinlich, daß es zur Exstirpation des Sackes mit doppelter Unterbindung der Arterie kommen würde. Vorbereitend wurde daher durch acht Tage hindurch eine Drosselung der Arterie femoralis durch ein oberhalb des Adduktoren-schlitzes um die Arterie gelegtes, in sich selbst geknüpftes Bändchen durchgeführt. Das Bändchen wurde aus der Wunde herausgeleitet, über die Arterie vollständig komprimiert. Die Drosselung wurde täglich einige Stunden hindurch durchgeführt. Am achten Tage erfolgte die Exstirpation des Aneurysmasackes und die doppelte Arterienligatur. Der Verlauf war ein ausgezeichneter. An der Extremität zeigten sich nach der Operation nicht die geringsten Zirkulationsstörungen, die Schmerzen waren dauernd gehoben. Wenn auch nicht jeder Fall von Ligatur der Arteria poplitea von Zirkulationsstörungen an der Peripherie gefolgt sein muß, so kann doch auf Grund dieser einen Beobachtung angenommen werden, daß durch eine derartige zentrale Drosselung die kollaterale Blutversorgung besonders sicher und zuverlässig zu erzielen ist.

Maslow sky.

3405.

Mackenzie und Parkins, Nierentumoren. (Canad. Med. Ass. J., Juni 1929.) Es wird über 56 Fälle der letzten neun Jahre berichtet, von denen 13 gutartig und 43 bösartig waren. Von den gutartigen Tumoren waren 6 solitäre Zysten, 2 multiple Zysten, 2 Fibrome, 2 Papillome, 1 Hämangiom. Alle diese Fälle konnten geheilt entlassen werden. Unter den 43 Fällen konnten 37 einwandfrei festgestellt werden, die übrigen 6 erschienen fraglich infolge ungenügender Angaben, 3 von ihnen verweigerten die Operation. Von den 37 Fällen wurden 27 operiert, die übrigen waren wegen fortgeschrittener Metastasen in Lunge und Leber sowie Komplikationen mit Diabetes ungeeignet zur Operation. Mehr als 50% betraf das 40. bis 50. Lebensjahr. 21 waren Männer, 16 Frauen. Die rechte Niere war 14mal, die linke 23mal erkrankt.

Symptome:

	Anfangs.-S.	Begleit.-S.
Hämaturie	14	9
Schmerzen	16	11
Tumor	3	20
Schwäche und Gewichtsverlust	2	7
Anorexie	—	2
Varicocele	—	2

Der klassische Symptomkomplex: Hämaturie, Schmerzen und Nierentumor fand sich in 11 Fällen, von denen 6 Metastasen hatten und inoperabel waren. Der Beginn der ersten Symptome bevor ärztlicher Rat eingeholt bzw. Krankenhaus aufgesucht wurde beträgt 1 Tag bis 4 Jahre, 18 Fälle kamen innerhalb der ersten 12 Monate zur Behandlung, 19 zwischen 1 bis 4 Jahren. Unter ersteren hatten 9 bereits im ersten Jahre Metastasen. Bei 2 von ihnen war ein großer Tumor palpabel, 3 starben nach der Operation.

Diagnose: Sämtlichen 37 Fällen waren einwandfrei festgestellt durch Anamnese, genaue physikalische Untersuchung, Zystoskopie und Pyelographie. Letztere, die Deformitäten im Nierenbecken nachweist, ist wichtigstes Diagnostikum für den Urologen. Folgende Befunde können hier erhoben werden: 1. Vergrößerung eines oder mehrerer der Kalyzes oder des eigentlichen Nierenbeckens, 2. Verkürzungen der Kalyzes, 3. Schrumpfungen im Nierenbeckenlumen im Sinne von Verwachsungen der Nierenkon-

turen, Verengerungen der spezifischen Kalyzes oder Obliteration des Nierenbeckens, 4. Verbreiterung der Kalyzes, 5. Pyelektasis, 6. Verschiebung des Nierenbeckens, 7. Deformität in der Verbindung zwischen Ureter und Nierenbecken.

Die Operationen ergaben folgende Arten der Metastasen:

Karzinom: Retroperitoneale Drüsen 4, Leber 1, Leber und retroperit. Drüsen 1, Lunge und Haut 1, Lunge, Pleura und Peritoneum 1, keine sichtbaren Metastasen 4.

Hypernephrom: Retroperit. Drüsen 3, Lunge, Leber, Milz, Herz, linke Nebenniere 1, Peritoneum und Drüsen 1, in Wunde und Inguinalkanal 1, keine sichtbaren Metastasen 9.

Cystoadenoma papilliferum malignum: Zunge, vor Operation 1.

Die Prognose ist sehr entmutigend. Man rechnet mit einer schließlichen Mortalität von fast 90%. Von den berichteten Fällen starben neun. Sechs hatten erneut Metastasen.

Von den 27 operierten Fällen wurden folgende Arten von Tumoren nachgewiesen: Hypernephrom 15, Karzinom 7, Papilläres Adenokarzinom 2, Squamöszelluläres Karzinom 1, Leiomyosarkom 1, Cystoadenoma papilliferum malignum 1.

Es wird eingehend Entstehung und patholog. Anatomie dieser Tumoren besprochen. Zusammenfassend wird gesagt: 1. Nierentumoren zeigen Tendenz zu außerordentlicher Bösartigkeit. 2. Die Wichtigkeit frühzeitiger Erkennung. 3. Die Schwierigkeit der Frühdiagnose. 4. Das bestehende Mißverhältnis zwischen ersten Symptomen und pathologischem Befund. 5. Die Notwendigkeit der Vervollkommenheit in der urologischen Untersuchungsmethode. Zur rechtzeitigen und genauen Befundaufnahme ist eine einwandfreie Beherrschung der Pyelographie notwendig.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

3406.

Hilgermann, R., und W. Pohl, Ueber die bakterielle Infektion als Ursache der Blinddarmentzündung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 28.) (Preußisches Hygienisches Institut Landsberg a. d. W. und chirurg. Abt. d. städt. Krankenhauses, Deutsch-Krone.) Die Appendizitis ist nach Ansicht der Autoren eine bakterielle Infektionskrankheit. Im Sinne von Aschoff, v. Brunn, Körte und vielen anderen wird sie nicht durch einen streng spezifischen Erreger, vielmehr durch eine Gruppe virulenter Bakterien ausgelöst.

Die Gruppe virulenter Bakterien gehört nicht der üblichen Darmflora an, sondern diese pathogenen Bakterien gelangen von einem primären Erkrankungsherd im Organismus — im vorliegenden Falle die Tonsillen — in die Appendix.

Die Art der Entzündung erregenden Bakterien ist je nach der Gegend verschieden, sie ist von dieser abhängig.

In dem nördlichen Teil der Grenzmark Posen-Westpreußen sind vorzugsweise Pneumokokken und Streptokokken, in zweiter Linie Diphtheriebazillen und Plaut-Vinzentische Bazillen und Spirochäten als Erreger der foudroyanten Appendizitis festgestellt worden.

Gegen diese Auffassung der Appendizitis als bakterieller Infektionskrankheit, spricht nicht der Umstand, daß in gering veränderten Appendizes von einigen Autoren nur Darmbakterien gefunden wurden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3406 a.

Coffey, Robert C., Infektionsverhütung in der Bauchchirurgie. (Amer. J. of Surg., New Series, 6., Nr. 5, Mai 1929.) Verfasser beschreibt eine von ihm seit 25 Jahren mit bestem Erfolg benutzte Drainage, die aus fächerartig in einem Gummithut angeordneten Gazedochten besteht, so daß der drainierte Infektionsherd (Abszeß oder dergleichen) gegen die freie Bauchhöhle abgeschlossen wird. Nachteile des Mikulicz-Tampons sind, daß in dem intraperitonealen Beutel mit Gaze durch die kleine Oeffnung in der Bauchwand leicht Sekretretentionen zustande kommen, daß sich um die raue Oberfläche des Beutels viele Verwachsungen bilden und daß sich bei seiner Entfernung Verklebungen leicht lösen können. Bei der beschriebenen Drainage handelt es sich um einzelne Gazedochte, die jeder für sich nach außen münden. Das abschließende Gummithut soll zu Verwachsungen kaum Anlaß geben und deshalb gerade auch bei Relaparotomien wegen Adhäsionsbeschwerden Verwendung finden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3407.

Denk, W., Der Echinokokkus der Wirbelsäule unter dem Bilde eines Rückenmarktumors. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 16.) Verfasser bespricht einen Fall von Wirbelsäulenechinokokkus, der gleich anderen in der Literatur beschriebenen Fällen unter dem Bilde eines Rückenmarktumors verlief. Der Echinokokkus dürfte im retroperitonealen Bindegewebe entstanden sein, wofür der Umstand spricht, daß die im Wirbelkanal gelegene Blase im Verhältnis zum prävertebralen Sack sehr klein war. Die Echinokokkusblasen wurden auf dem Wege der Laminektomie entfernt. Der

postoperative Verlauf war ungestört, die Lähmungserscheinungen besserten sich, eine vollständige Rückbildung derselben konnte mit Rücksicht auf die bereits seit Jahren bestehenden Kompressionserscheinungen nicht erwartet werden.

Maslowsky.

3408.

Kienböck, R., E. G. Mayer, Ein Fall von Echinokokkose des Beckens. (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 6.) (Allgem. Krankenhaus, Wien.) Beschreibung eines Falles von ausgedehnten zystischen Knochenwucherungen am linken Darm-, Sitz- und Schambein, sowie Femurkopf und -hals, verbunden mit Destruktionen des Knochens. Starke Verunstaltung der Pfannenengegend, Pfannenperforation. Besprechung der Differentialdiagnose gegen Ostitis fibrosa cystica.

Kirschmann.

3409.

Hermann, Karl, Brodie-Abszeß. (Med. Welt, 1929, Nr. 25.) Der Brodie-Abszeß ist eine atypisch verlaufende Osteomyelitis. Sie wird wahrscheinlich durch weniger virulente Mikroorganismen hervorgerufen. Die Schmerzen treten bei Brodie-Abszessen hauptsächlich nachts auf. Differentialdiagnostisch kommen Zyste, Tbc., Tumor und typhöser Knochenabszeß in Betracht. Gegen Zyste sind Anamnese und Entzündungserscheinungen gut verwertbar. Ein gut verwertbares Zeichen zur Abgrenzung gegenüber der Tuberkulose ist das Fehlen der Atrophie sowie der bei Tuberkulose kaum vorkommende scharf begrenzte Herd von glatten Konturen. Das Sarkom treibt den Knochen auf, bricht das Periost durch und verengt die Kortikalis. Der typhöse Abszeß liegt im Gegensatz zum Brodie-Abszeß in der Diaphyse und enthält mitunter Sequester. Die Therapie der Wahl ist die Operation, man sieht aber in manchen Fällen hervorragende Erfolge von Röntgenbestrahlungen.

L. Gordon, Berlin.

3410.

Fürstenau, J., Ueber Darmperforationen durch verschluckte Fischgräten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 27.) (Aeuß. Abt. d. Städt. Krankenanstalt, Königsberg.) Das Verschlucken von Fischgräten (besonders von größeren) kann Komplikationen durch Perforation des Magendarmkanals hervorrufen, meistens im unteren Ileum. Die richtige Diagnose wird meistens erst während der Operation gestellt. Die Kranken kommen gewöhnlich unter dem Bilde der Blinddarmentzündung bzw. der Bauchfellentzündung zur Operation. Die Therapie wird immer chirurgisch sein müssen (Laparotomie). Die speziellen Maßnahmen ergeben sich während des Eingriffs. Frühzeitige Operation ist außerordentlich wichtig, da davon die Prognose in erster Linie abhängt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3411.

Ihde, Hugo, Muskelhernie am Bein. (Acta chir. scand., 65., Fasc. II—III.) Verfasser teilt vom praktischen Gesichtspunkt aus die Muskelhernien an den vorderen Beinpartien in zwei Arten ein, 1. in traumatische und 2. in konstitutionelle Distensionshernien. Die Diagnose der Muskelhernie ist gewöhnlich leicht zu stellen. Ob es sich dagegen um eine traumatische oder Distensionshernie handelt, ist nicht immer leicht zu entscheiden, hat aber wegen der Möglichkeit sozialmedizinischer und gerichtlich-medizinischer Konsequenzen häufig eine große Bedeutung. Traumatische Rupturen in der Faszie oder im Muskel kommen selten vor, denn die Verletzungen heilen meistens, ohne eine Hernie zu hinterlassen, aus. Die Distensionslücken in der Faszie des Beines dagegen sind nicht selten. Die durch diese Lücken hinaustrretenden Hernien geben gewöhnlich mehr subjektive Beschwerden, weil meistens bei der nervösen Veranlagung der Patienten die Größe der Hernien sukzessive und intermittierend zunimmt. Nur selten erfordert eine Muskelhernie am Bein ein operatives Vorgehen. Von 12 Fällen, die Verfasser zu beobachten Gelegenheit hatte, war nur in drei Fällen die Operation angezeigt. Die Operationsmethode war die Myozelektomie mit Etagnenähten von Muskel, Faszie und Haut. Es wurden zufriedenstellende Resultate erzielt.

Gohrbandt, Berlin.

3412.

Westphal, Grete, Spontanfrakturen bei atrophischen Knochen infolge entzündlicher Gelenkerkrankungen. (Dtsch. Z. Chir., 216., 5. u. 6. Heft.) Wenn die Spontanfrakturen bei atrophischen Knochen infolge von entzündlichen Gelenkerkrankungen nicht immer diagnostiziert werden, obwohl sie gar nicht so selten sind, so liegt es daran, daß derartige Spontanfrakturen klinisch wenig in Erscheinung treten, eine gute Heilungstendenz zeigen und weil die Frakturstellen gewöhnlich schon wegen ihres Grundleidens eine entsprechende Lagerung und Fixierung erfahren haben.

Bei der Therapie, die sich von der der übrigen Knochenbrüche kaum unterscheidet, muß in erster Linie die Beeinflussung der Knochenatrophie anerstrebt werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3413.

Rütz, A., Beitrag zur Frakturenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Rentenbegutachtung. (Dtsch. Z. Chir., 216., 5. u. 6. Heft.) Das Studium der Unfallakten von über 1000 Knochenbrüchen der Nordöstlichen Holzberufsgenossenschaft gibt einen Einblick in die unbefriedigenden Resultate der Knochenbruchbehandlung. Die häufige Gewährung von Renten ist nicht etwa durch ein zu großes Wohlwollen der begutachtenden Aerzte bedingt; sie ist dadurch, daß die oberste Entscheidungsinstanz häufig zur Beurteilung herangezogen wurde, absolut berechtigt und beweist in dieser Hinsicht die ungenügenden Resultate der Behandlung. Verfasser kommt auf Grund seines Studiums zu der Ansicht, daß die Ursachen der schlechten Resultate einzig und allein in der Behandlungsform und in den unzulänglichen Behandlungsmethoden zu suchen sind. Die Knochenbruchbehandlung wird und soll dem Arbeitsfeld des praktischen Arztes zufallen. Der praktische Arzt jedoch muß seine Grenzen kennen und jede schwere Fraktur dem Krankenhaus überweisen, wenn die ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Einrichtungen nicht ausreichend sind, eine sachgemäße Behandlung von Anfang bis zu Ende durchzuführen. Nur so wird es uns gelingen, bessere Resultate in der Frakturbehandlung zu erzielen.

E. Gohrbandt, Berlin.

3414.

Pfab, Bruno, Zur Klinik und Therapie der Radiusköpfchenverletzungen. (Dtsch. Z. Chir., 216., 5. u. 6. Heft.) Verfasser beobachtete 50 Speichenköpfchenbrüche und -verletzungen, von denen 25 unblutig und 25 blutig behandelt wurden. Auf Grund seines Materials kommt er zu dem Vorschlage, Fissuren, Infraktionen, Absprengungen und Frakturen ohne Dislokation konservativ mit elastischen Binden und frühzeitig mit Heißluft und Massage zu behandeln. Die Erfolge sind bei dieser Behandlung in jeder Weise zufriedenstellend. Ist eine Dislokation der Bruchstücke vorhanden, so soll operiert werden. Bei der Zertrümmerung des Radiusköpfchens gilt die Exstirpation als die Methode der Wahl, während bei erhaltenem Köpfchen die Reposition und Fixation versucht werden soll, da so bessere Resultate erzielt werden. Nach der Exstirpation des Köpfchens findet sich nämlich meistens auch noch späterhin eine Einschränkung in der Beweglichkeit, besonders bei der Pro- und Supination. Ist man gezwungen, das Köpfchen zu resezieren, so soll man, um postoperative Komplikationen zu vermeiden und um eine bessere Gleitfähigkeit zu ermöglichen, das Radiusende mit Faszie, die durch freie Transplantation aus der Fascia lata gewonnen ist, umhüllen.

E. Gohrbandt, Berlin.

3415.

Timmer, H., Hallux flexus (oder rigidus). (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 26.) (Orthopädisch-chirurgische Klinik, Amsterdam.) Die Einschränkung der Dorsalflexion wird in der Regel verursacht durch Schrumpfung der Kapsel und deren Bänder und Verkürzung der kurzen Beuger und in einigen Fällen, besonders bei älteren Patienten, durch Blockierung durch verdickte Gelenkänder. Diese Auffassung entspricht der Beobachtung an mehreren Kranken, deren Hallux flexus mit einer konservativen Behandlung wieder normal beweglich wurde.

Die Erkrankung entsteht infolge Ueberlastung des Metatarso-Phalangealgelenke, nicht nur bei Plattfuß, sondern auch, wenn der Fuß durch andere Ursachen in Valgusstand gedrückt wird (in Spangenschuhen mit hohen Absätzen). Durch Ueberbelastung wird die plantare Kapsel oder periartikuläres Gewebe schmerzhaft, und hierdurch entsteht die Beugekontraktur.

Arthritis deformans kann auch eine Beugekontraktur hervorrufen, sobald das Gelenk schmerzhaft wird, oder eine Einschränkung der Dorsalbeugung durch dorsale Randverdickungen.

Im Hinblick auf die Behandlung werden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt, eine Gruppe, bei denen die Schmerzen und die Steifheit nicht durch Knochenverdickungen verursacht werden, und eine Gruppe, bei denen die Beschwerden die Folge knöcherner Blockierung der Dorsalflexion sind. Die verschiedenen Behandlungsmethoden werden mitgeteilt. Arnold Hirsch, Berlin.

3416.

Camitz, H., Ueber die Behandlung der Flexionskontraktur des Kniegelenks mittels der Fascia lata Plastik. (Acta chir. scand., 55., Fasc. II—III.) Um Flexionskontrakturen im Kniegelenk, die häufig nach chronischer Polyarthritis und auch nach Kinderlähmung auftreten, zu beseitigen, wird empfohlen, den Musc. tensor fasciae latae in einen Streckmuskel umzuwandeln. Durch die Transplantation dieses Muskels wird auf der schwachen Seite ein Kräftezuschuß erreicht, der fast immer genügt, auch erhebliche Beugekontrakturen auszugleichen. Bleibt eine geringe Beugekontraktur von 10 bis 15 Grad zurück und kann dieselbe nicht durch den verpflanzten Muskel ausgeglichen werden, so können

durch Kapsulotomie nach Putti auch die Reste der Beugekontraktur zum Schwinden gebracht werden. Die vom Verfasser mitgeteilten Fälle beweisen die Richtigkeit seiner Ansichten.

E. Gohrbandt, Berlin.

3417.

Feutelaïs, P., Schmerzhafte Sakralisation und Pottischer Buckel. (Rev. d'Orthop., 16., Heft 3, Mai 1929.) Die Diagnose einer Sakralisation ist nicht schwer zu stellen, wenn im Röntgenbild die übertriebene Ausbildung der Seitenfortsätze am 5. Lendenwirbel zu sehen sind. Oft läßt sich schon aus dem klinischen Aspekt (Fehlen der Lendenlordose) die Diagnose voraussehen. Falls die Sakralisation ein Zufallsbefund ist, so soll man dem Patienten nichts davon mitteilen. Wenn sie dagegen von Schmerzen begleitet wird, die allenfalls ganz ähnlich durch Neuralgie oder Knochenerkrankungen dieser Gegend, durch chronische Blinddarmerkrankungen, Salpingitis oder Nierensteinbildung erklärt werden können, so soll zur Beruhigung des Patienten ihm die Erklärung seines Leidens nicht vorenthalten werden. Der Unterschied zwischen Spondylitis und Sakralisation ist äußerlich kaum festzustellen. Man bedarf einer genauen Prüfung des gesamten Gesundheitszustandes, um eine Unterscheidung zwischen beiden Krankheiten vornehmen zu können. Behandlung der Sakralisation: Hyperämie, ultraviolette Strahlen, Lipiodolinjektionen in den Epiduralraum.

Debrunner, Zürich.

3418.

Schnek, Fritz, Zur Entstehung, Behandlung und Verhütung der sogenannten posttraumatischen Navikulärezyste. (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 6.) (Unfallkrankenhaus, Wien.) Die posttraumatische Navikulärezyste ist stets die Folge einer unerkannten oder nicht zweckmäßig behandelten frischen Fraktur und unterscheidet sich grundsätzlich von der ausgebildeten Pseudarthrose. Sie ist durch exakte, genügend lange durchgeführte Ruhigstellung des Handgelenks zur Heilung zu bringen. Die Prognose der frischen Navikulärefraktur ist bei richtiger Behandlung absolut günstig, es tritt immer knöcherne Vereinigung ein. Die Entstehung der posttraumatischen Ernährungsstörungen ist bei rechtzeitiger Behandlung immer vermeidbar.

Kirschmann.

3419.

Lexer, Erich, Knochenbildung im Bindegewebe osteoplastischer Herkunft. (Dtsch. Z. Chir., 217., Heft 1/2.) Auf Grund seines großen Materials und auf Grund von Untersuchungen und Experimenten stellt Lexer fest, daß die Entstehung von Knochen aus Bindegewebe zum Teil durch das Vorhandensein vorgebildeter Zellen bedingt wird und bald auf anatomischer Grundlage, bald auf abnormer angeborener Anlage beruht. Derartig vorgebildete Zellen finden sich an den Muskel-, Band- und Sehnenansätzen. Ein solches Bindegewebe ist imstande, an der Bildung des ersten Kallus teilzunehmen, nicht aber durch Metaplasie, sondern durch Osteoplastentätigkeit. Auch bei Knochentransplantationen in besonders befähigte Gewebsabschnitte kann sich das Lagerbindegewebe am lebenden Umbau beteiligen, obwohl es weit hinter den Leistungen des Transplantatperiosts und -endosts zurückbleibt. Von dieser Art der Verknöcherung von Bindegewebe osteoplastischer Herkunft muß die Verknöcherung verkalkter pathologischer Gewebe streng getrennt werden, die an ganz beliebigen Körperstellen in verschiedenen Geweben auftreten. Hier handelt es sich um metaplastische Herkunft. Hier können die Zellen des jungen Bindegewebes durch Einwachsen in Nekroseherde oder Kalkablagerungen durch besondere chemisch-biologische Zustandsänderungen im Paraplasma knochenbildende Fähigkeit erlangen. Treffen nur dieselben Einflüsse, die die jungen Bindegewebszellen zur Knochenbildung anregen können, schon besonders vorgebildete Zellen, so können Verbindungen osteoplastischer und metaplastischer Herkunft entstehen.

E. Gohrbandt, Berlin.

3420.

Schulze, Werner, Histologische und experimentelle Untersuchungen zur Frage der metaplastischen Knochenbildung. (Dtsch. Z. Chir., 217., Heft 1/2.) Im menschlichen Körper erfolgt die unmittelbare metaplastische Entstehung von Knochen aus Bindegewebe nur aus entzündlichem jungem Gewebe oder Gewebsabkömmlingen des Periosts. Gewöhnlich wird der metaplastische heterotope Knochen mittelbar gebildet. Er wird durch Knochenbildung um junge Blutgefäße oder um Fasermark herum angelegt, wobei es unerlässlich ist, daß Blutgefäße oder das Fasermark in kalkhaltiges nekrobiotisches Gewebe einwachsen. Das kalkhaltige Gewebe kommt dabei zur Auflösung. Jedenfalls ist die mittelbare Form der Knochenbildung wie bei der embryonalen Knochenbildung häufiger als die unmittelbare. Die mittelbare Knochenbildung um junge Blutgefäße herum spielt bei der knöchernen Umwandlung des Kallus eine bedeutsame Rolle.

E. Gohrbandt, Berlin.

3421.

Bürkle-de la Camp, H., **Die Untersuchungsbefunde von zwei homoplastisch verpflanzten Kniegelenken.** (Dtsch. Z. Chir., 217., Heft 1/2.) Verfasser hatte Gelegenheit, zwei homoplastische Kniegelenkstransplantationen von Lexer 14 und 16 Jahre nach der Operation nachzuuntersuchen. Bei den Untersuchungsergebnissen war auffallend, daß jegliche Nekrose fehlte. Man kann daraus mit einem weitgehenden lebenden Umbau rechnen. Ferner war bei den Gelenkstransplantationen ein Gelenkspalt stehen geblieben, der trotz aller Formveränderungen eine Beweglichkeit erlaubte. Das Fehlen der Nekrose sowie das Erhaltenbleiben des Gelenkspaltes würden der homoplastischen Gelenkstransplantation eine günstige Prognose stellen, wenn nicht bei längerer Dauer der Zusammenbruch der spongiösen Abschnitte einträte. Während in den beobachteten Fällen zunächst die Erfolge der Einheilung, Belastungs- und Bewegungsfähigkeit befriedigten, verschlechterte sich das Resultat nach 1½ bis 2 Jahren, und zwar aus dem eben schon angeführten Grunde des Zusammenbruches der spongiösen Abschnitte. E. Gohrbandt, Berlin.

3422.

Gaugele, K., **Dauerresultate der unblutig behandelten Hüftverrenkungen.** (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 8, 1929.) (Orthopädische Privatklinik von San.-Rat Dr. Gaugale, Zwickau.) Bei Kindern, die vor Ablauf des dritten Lebensjahres eingenrenkt worden sind, kann man eine normale Entwicklung von Pfanne und Kopf erwarten; auch wesentliche Muskelunterschiede pflegen später zu verschwinden, und der Gang ist dementsprechend in der Regel funktionell durchaus einwandfrei. Ausnahmen von der normalen Entwicklung von Pfanne und Kopf sind beim Kleinkinde ganz selten. In manchen Fällen sind sie als Folge einer vorausgegangenen Säuglingsosteomyelitis zu deuten. — Was die sogenannten Spätschädigungen anbelangt, so werden sie jetzt ganz selten angetroffen; sie dürften auf heftige Einrenkungsmanöver und auf eine Schädigung der Adduktoren zurückzuführen sein. Bei ganz kleinen Kindern wird man diese Spätschädigungen ausschalten können durch möglichst frühe Einrenkung, d. h. zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahre. Dies wird erreicht, wenn Fürsorgeärzte, Fürsorgeschwestern und vor allem die praktischen Aerzte jedes in den ersten Stadien des Gehens Abweichungen von der Norm aufweisende Kind sofort zur Röntgenuntersuchung schicken. E. Kontorowitsch.

3423.

Specht, K., **Die Narkose nach Ombrédanne.** (Fortschr. Ther., 5., Heft 13, 1929.) (Chirurgisch-poliklin. Institut der Universität, Leipzig.) Wegen der einfachen Bedienung ist die Aethernarkose mit dem Apparat von Ombrédanne für den Praktiker besonders empfehlenswert. Verfasser hat an dem Apparat (Firma Schädel, Leipzig) einige Verbesserungen vorgenommen. Beschreibung des Apparates und seiner Handhabung. E. Kontorowitsch.

3424.

Spitzmüller, **Zur Klinik der Fremdkörpertumoren nach Paraffininjektionen.** (Wien. med. Wschr., 42. Jg., Nr. 26.) Nach Injektion von Paraffin kommt es häufig zur Bildung spezifischer Granulome (Paraffinome), die in einzelnen Fällen malign degenerieren können. Die Entstehungszeit der Paraffinome ist verschieden (1 bis 14 Jahre); sie führen häufig zu Entstellungen und Funktionsbehinderungen. Andere Gefahren der Paraffininjektionen sind: Embolie (Lungenembolie, Erblindung), Thrombosen, Phlebitiden, Eiterungen und Phlegmonen. Die Paraffininjektion muß daher als gefährlicher Eingriff bezeichnet werden. Ernst Pick, Wien.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3425.

Bronnikowa, X. N., **Ueber die gynäkologische Untersuchung sporttreibender Frauen und über die Bedeutung der gynäkologischen Kontrolle bei Sportlerinnen.** (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 1, 1929.) (Geburtsh. Klinik d. 2. Staatsunivers. Moskau.) Die Umfrage mittels eines besonderen Fragebogens sowie die allgemeine bzw. gynäkologische Untersuchung, Reaktionsbestimmung des Scheidensekrets und bakterioskopische Untersuchung von Ausstrichpräparaten aus der Vagina erfolgte bei insgesamt 170 Sportlerinnen. Es handelt sich um 85 Personen zwischen 18 und 20 Jahren, 72 zwischen 20 und 25 und 13 über 25 Jahre, dem Beruf nach überwiegend Schülerinnen (92). Die Beteiligung an den verschiedenen Sportarten verteilte sich folgendermaßen: Leichtathletik 85, Sportspiele 26, Skilaufen 17, Hockey 16, Rudern 12, Eislauf 9, Fechten 3 und Radeln 2. Bezüglich des Einflusses der sportlichen Betätigung auf den allgemeinen Typ des ovarial-menstruellen Zyklus blieb dieser — ganz unabhängig davon, ob er

einen regelmäßigen (bei 99 Frauen) oder einen unregelmäßigen Charakter (bei 71) hatte — bei allen Untersuchten unverändert. Was den ungünstigsten Einfluß der Körperübungen während der Menstruationsblutung auf das Allgemeinbefinden betrifft, so gaben nur Teilnehmerinnen mit pathologischem menstruellem Zyklus Beschwerden an, während die normal menstruirenden dabei leistungsfähig waren. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Untersuchten fiel die gute Entwicklung der Bauchpresse und des Beckenbodens auf. Bei der allerdings in 6,5% der Fälle vorgefundenen Lageveränderung des Uterus bei Fehlen pathologischer Symptome war in keinem Falle der Einfluß der Leibesübungen als Ursache nachzuweisen. Auch bezüglich der Schwangerschaft bzw. des Geburtsverlaufs bei den Sportlerinnen lassen die Sportübungen keinen ungünstigen Einfluß erkennen. E. Kontorowitsch.

3426.

Tscherkow, R., **Fremdkörper in den Urogenitalorganen der Frau.** (Gynec. et Obstetr., 19., Nr. 6, 1929.) (Frauenklinik in Kiew.) Verfasser stellt das Material auf Grund der vorhandenen Literatur und seiner eigenen Beobachtungen zusammen, bei denen sich Fremdkörper, die zum Zwecke der Abtreibung angewendet wurden, im Urogenitalapparat der Frau fanden: 46 mal Fremdkörper in der Blase, 20 Fälle im Uterus, und 41 Fälle, bei denen in die Blase oder den Uterus eingeführte Fremdkörper die Wände dieser Organe durchbohrt haben und in die Bauchhöhle bzw. die Nachbargewebe der betreffenden Organe gewandert sind. In den meisten Fällen gelingt es, die Fremdkörper aus Blase und Uterus per vias natürlich zu entfernen, sonst kommt bei der Blase eventuell eine Zystotomie und beim Uterus eine Inzision der Zervix zur Entfernung des Fremdkörpers (z. B. Laminaria) in Frage. Die unangenehmsten Komplikationen bieten die Fälle, bei denen die Fremdkörper Blase oder Uterus verlassen haben und in der Bauchhöhle liegen. Dasselbst liegen sie, wie man der dabei notwendig werdenden Laparotomie feststellt, nicht frei, sondern sind meistens irgendwie mit der Umgebung stark verwachsen bzw. eingekapselt. Angesichts dieser Gefahren warnt Verfasser eindringlich, vor der Behandlung von Hebammen und Hilfspersonal zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung. Rudolf Katz, Berlin.

3427.

Gurewitsch, G. K., **Seltener Fall von über zwölfjährigen Verweilen eines Fremdkörpers in der Vagina.** (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 21.) Bei einer 19jährigen Bäuerin, die wegen Schmerzen beim Koitus in die Behandlung kam, wurden bei der Untersuchung in der vorderen Vaginalwand zwei 3½ bzw. 4½ cm. lange Bruchstücke einer Haarnadel vorgefunden, die mit dem vernarbten Scheidegewebe fest verwachsen waren. Die Patientin erzählte, daß sich bei ihr beim Auftreten der ersten Menstruation vor vier Jahren ein ähnliches Haarnadelbruchstück aus der Vagina spontan entleerte. Wie sich herausstellte, hat sie sich, vermutlich zu masturbatorischen Zwecken, im 7. Lebensjahre eine Haarnadel in die Scheide eingeführt, welche seither dort verblieb. E. Kontorowitsch.

3428.

Le Balle, **Gedrehte Pyosalpinx der linken Tube mit gleichzeitigem Tubenabort der rechten Tube.** (Gynec. et Obstetr., 19., Nr. 6, 1929.) (Chirurg. Klinik in Rennes.) Verfasser hat einen selten vorkommenden Fall von gleichzeitig bestehender torquirter Pyosalpinx und Tubenabort beobachtet. Er betont dabei den Einfluß der Gravidität auf die Entwicklung der Pyosalpinx infolge der starken Blutkongestion der Genitalorgane durch die Schwangerschaft, und glaubt, daß auch die Torsion der Pyosalpinx dem wachsenden Blutdruck in den Blutgefäßen der Tube zuzuschreiben ist. Auch die Unterbrechung der Tubarschwangerschaft ist zweifellos ätiologisch durch das Vorhandensein der torquierten Pyosalpinx bzw. deren Wachsen zu erklären. Die Diagnosenstellung war, wie oft in solchen Fällen, in denen man eher an eine Ovarialzyste denken kann, sehr schwierig. Rudolf Katz, Berlin.

3429.

Wolff, K., **„Kryptogene“ Peritonitis und Menstruation.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 28.) (Pathologisch-hygienisches Institut, Chemnitz.) Wenn auch der geschilderte Fall nicht so ausführlich wie wünschenswert histologisch und bakteriologisch kontrolliert worden ist, so scheint doch zweifellos der Kausalzusammenhang: sportliche Betätigung — Menstruation — Peritonitis vorhanden sein. In der heutigen Zeit, in der das weibliche Geschlecht ungehemmt Leibesübungen zu treiben pflegt, mag der zitierte Fall als Warnung dienen und eine Mahnung sein, eine vernünftige Diätetik zur Zeit der Regel zu treiben und den Organismus vor stärkeren körperlichen Anstrengungen zu bewahren.

Die Beobachtungen in der Literatur sind nur sehr gering. Gerade deswegen lehren die wenigen sicheren Fälle, daß man bei

allen Bauchfellentzündungen „kryptogener“ Natur das Genitale der Frau einer ganz besonders eingehenden Untersuchung unterziehen soll.

Arnold Hirsch, Berlin.

3430.

Mormigliano, E., Diabetes insipidus und Gravidität. (Ann. di ost. e gins., Jahrg. 51, Nr. 7.) (Geb. gyn. Klinik der Kgl. Univ. in Rom.) Die Kombination Diabetes insipidus und Gravidität ist sehr selten. Verfasser findet in der Literatur 31 Fälle, die kurz referiert werden. Hierzu kommen zwei Fälle eigener Beobachtung. Nach kritischer Besprechung der bisher zur Erklärung herangezogenen Theorien (hypophysäre, nervöse, neuroglanduläre, renale, humorale) neigt Verfasser zu der Ansicht, daß die Ursache in einer Schwangerschaftsneurotoxikose im Sinne von Seitz gelegen sein mag.

L. Szamek, Wien.

3431.

Winter, G., Der praktische Arzt in der operativen Geburtshilfe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 27.) Verfasser verfolgt mit seinem Aufsatz den Zweck, an einem Ausschnitt geburtshilflich-operativer Tätigkeit praktischer Aerzte den Beweis zu liefern, daß sie mit vorzüglichen Resultaten im Hinblick auf Asepsis und Technik operative Geburtshilfe leisten können und daß weder ein Grund noch eine Berechtigung besteht, ihnen diese Tätigkeit zu entziehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3432.

Majos, Henri, Kaiserschnitt 20 Monate nach Uterusruptur. (Brux. Méd., Nr. 32/29.) Eine Siebentgebärende erlitt einen Gebärmutterriß mit Ausstoßung der gesamten Frucht in den Leib. Eine neue Schwangerschaft ertrug sie ohne Zwischenfall, doch mußte diese durch Kaiserschnitt beendet werden. An der Gebärmutterwand fand sich auch nicht die Spur einer früheren stattgehabten Durchtrennung.

Held.

3433.

Russin, J. I., Ileus und Schwangerschaft. (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 21.) (Geburtsh.-gynäkolog. Univ.-Klinik, Woronesh.) Manche russische Chirurgen sind der Meinung, daß Ileus in Rußland im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern viel häufiger angetroffen wird. Hungersnot, ferner vegetabile Nahrung, die den Magendarmkanal traumatisiert und reichlich Gase bildet, sollen, neben der größeren Darmkanallänge des Russen, einige der Ursachen sein. Verfasser teilt zwei eigene Fälle von Ileus während bzw. im Anschluß an die Schwangerschaft mit. Wenn auch Ileus zur Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtsperiode eine relativ seltene Komplikation ist, so bedarf er doch infolge der noch immer hohen Mutter- (39,4%) und Kindermortalität (63,6%) einer besonderen Berücksichtigung seitens des Gynäkologen. Sowohl die wachsende gravide als auch die im Puerperium sich rückbildende Gebärmutter kann als primäre Ursache eines Darmverschlusses wirken. Die häufigsten ätiologischen Faktoren sind dabei: Tumoren, Stränge und Verwachsungen entzündlichen Ursprungs oder nach vorausgegangenen Laparatomien. Die Diagnose eines solchen Ileus ist äußerst schwierig, da die Prodromalerscheinungen (Uebelkeit, Erbrechen und Stuhlverhaltung) auch in der Schwangerschaft bzw. im Puerperium vorkommen. Was die Behandlung hier anbelangt, so halte man sich nicht zu lange mit der symptomatischen Therapie auf und greife schnell zur Operation, wobei hier der abdominale Eingriff dem vaginalen vorzuziehen ist, weil nur auf diese Weise die Erkennung und sichere Beseitigung der wirklichen Ursache des Ileus gelingt.

E. Kontorowitsch.

3434.

Bär, Albert, Ueber einfache geburtshilfliche Handgriffe unter besonderer Berücksichtigung der Expression nach Kristeller. (Med. Klin., 1929, Nr. 25.) (Frauenklinik und Entbindungsanstalt „Ceciliengarten“ in Berlin-Charlottenburg.) Die Expression nach Kristeller wird als Ersatz für die Beckenausgangszange angewandt. Ihr Vorteil besteht hauptsächlich in der geringeren Schädigung des Kindes. Um die Expression auszuführen, stellt man sich seitlich neben das Bett bei Rückenlage der Frau, isoliert den Fundus uteri, drückt ihn in die Beckenachse und drückt während einer spontanen oder künstlich erzeugten Wehe, an Stärke langsam an und abnehmend, mit voller Kraft nach unten. Man benutzt dazu am besten nur eine Hand, indem der Daumen auf die Vorderseite, die vier Finger auf die Rückenfläche des Uterus gelegt werden. Die Expression darf nur in der Austreibungszeit vorgenommen werden, und zwar bei vollständig erweitertem Muttermund, und nur, wenn der Kopf schon unterhalb der Beckenmitte steht. Tritt nach einigen kräftigen Expressionen der Kopf nicht merklich tiefer, so soll der Versuch zu gunsten der Zange aufgegeben werden.

Verfasser hat die Kristellersche Expression in 100 Fällen angewandt und konnte jedesmal ein lebendes Kind erzielen. Schäden

für die Mutter, vor allem in bezug auf Zunahme der Blutverluste in der Nachgeburtsperiode, hat er nicht feststellen können.

L. Gordon, Berlin.

3434 a.

Magid, M., Ueber die manuelle Entfernung von Blutgerinnseln bei Nachgeburtsblutungen. (Ukrain. Med. W., 4., Nr. 9/10, 1928.) (Geburtsh. Abt. d. Oktoberkrankenh. in Kyjiw.) Eine 27-jährige Viertgebärende hat drei normale Gurtten überstanden; bei der vierten Geburt kommt es aber in der Nachgeburtsperiode zu Blutungen. Die Nachgeburt wird mit dem Credeschen Handgriff ausgestoßen. Da die Blutung trotz Ergotin und Kompression der Aorta nicht steht, wird der Uterus manuell ausgetastet und ein an die Wandung des Uterus festhaftendes Blutgerinnsel entfernt. Daraufhin hört die Blutung auf, und die Patientin wird am siebenten Tage gesund entlassen. Der Autor rät daher, bei hartnäckigen Nachgeburtsblutungen eine manuelle Austastung der Uterushöhle vorzunehmen, wenn auch die Gewißheit besteht, daß die Nachgeburt unversehrt abgegangen ist, da an die Uteruswandung fest anhaftende Blutgerinnsel nicht immer durch äußere manuelle Handgriffe entfernt werden können. Zurückgebliebene Blutgerinnsel können die Nachgeburtsblutungen begünstigen, daher ist ihre, unter aseptischen Verhältnissen ausgeführte, manuelle Entfernung ein relativ ungefährlicher Eingriff. Nach den Literaturangaben zieht die manuelle Entfernung der Blutgerinnsel 4 bis 16% Morbidität und 0% Sterblichkeit nach sich.

Omel'skyj.

3435.

Couvelaire, A., Fortschritte in der Prophylaxe der fötalen Mortalität während der Schwangerschaft. (Gynéc. et Obstétr., 19., Nr. 6, 1929.) (Klinik Baudelocque in Paris.) Die Statistik der Klinik Baudelocque ergab in den Jahren 1890 bis 1919 auf 10 000 Geburten 237 tote Föten vor Beginn der Geburtstätigkeit, in den Jahren 1920 bis 1927 145 tote Föten auf 10 000 Geburten, also ein erhebliches Sinken der fötalen Mortalität. Verfasser schreibt dieses Sinken der Mortalität der individuellen Tätigkeit der Aerzte und Hebammen in der Anstalt, der guten Organisation der regelmäßigen Schwangerschaftsuntersuchungen, der Vereinigung dieser Untersuchungen mit der Diagnostik und Behandlung der Syphilis bei den Gravidis, ferner der fortschreitenden Erziehung der werdenden Mütter zur regelmäßigen ärztlichen Konsultation vor und während der Schwangerschaft, zu.

Rudolf Katz, Berlin.

Geschichte der Medizin

3436.

Epstein, E., Zur Frage der Veränderung des klinischen Bildes der Syphilis. (Arch. f. Dermat., 1929, 157, H. 3.) (Hautklin. Univ. Breslau.) Um festzustellen, ob die mehrfach ausgesprochene Ansicht, die Syphilis habe ihren Charakter verändert, den Tatsachen entspricht, wurden je 575 Fälle aus den Jahren 1878 bis 1899 und 1921 bis 1926 einander gegenübergestellt, die mit sekundären Erscheinungen, ohne bisher behandelt zu sein, zur Aufnahme kamen. Auffallend ist eine größere Zahl weiblicher Kranker unter den neuen Jahrgängen, die hier geringe Zahl noch sichtbarer Primäraffekte (früher einsetzende Behandlung), häufigere primäre, seltener allgemeine Drüsenschwellung, Ueberwiegen schwerer Exanthemformen (vielleicht jetzt bessere Diagnosen). Im ganzen zeigt sich aber eine weitgehende Übereinstimmung der Erscheinungsformen, es spricht nichts gegen einen veränderten Charakter. Daß im ganzen Hauterscheinungen seltener beobachtet werden, ist vielmehr eine Folge der frühzeitigeren und wirksameren Behandlung.

Ernst Levin, Berlin.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

3437.

Schweder, Reidar, Behandlungsergebnisse der reinen otogenen Meningitis im Reichshospital (Ohrenabteilung). (Hospitalstid., Nr. 23, 1921.) Von 17 Fällen mit tympanogener Meningitis, die in vollem Entwicklungsstadium eingebracht werden, starben 15. Von 23 Fällen mit labyrinthogener Meningitis starben dagegen nur 7. Von den Fällen mit Meningitis nach akuter Otitis (19) starben 12, von den 21 Fällen nach chemischer Otitis suppurativa starben nur 10. Besonders schlecht ist die Prognose, wenn bei akuter Otitis eine labyrinthale Meningitis entsteht. Von 18 derartigen Fällen heilte nach Mygindt nur einer. Bei der Meningitis nach chemischer Otitis bleibt die Entzündung oft nur auf die hintere Schädelgrube begrenzt, während sie bei Meningitis nach akuter Otitis diffuser zu

werden pflegt. In 6 Fällen nach chemischer Otitis und Meningitis fanden sich Cholesteatome, die die Prognose im allgemeinen nicht trüben.
S. Kalischer.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

3438.

Müller, A., Ueber Blutzuckerwerte bei Hautkrankheiten. (Arch. f. Derm., 1929, 157, H. 3.) (Univ. Hautklin. Freiburg i. Br.) Die Untersuchungen sind in jedem Falle mehrfach zu wiederholen, auf Begleitumstände, auf die eine Hyperglykämie zurückgeführt werden könnte, ist zu achten, nur Nüchternblut ist zu verwenden. Schwierig ist die Bewertung, da die als normal angesehenen Werte innerhalb einer sehr großen Breite (60 bis 120 mg %) liegen. Hyperglykämie fand sich in besonders hervortretendem Maße bei Dermatitis intertriginosa, ferner bei tertiärsyphilitischen Erscheinungen und in der Hälfte der Fälle von Boriasis, in geringerem Maße bei Furunkulose. Hypoglykämie beim spätexsudativen Ekzematoid.

Ernst Levin, Berlin.

3439.

Gelpke, Sollewijn, Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie der Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter von Rittersheim). (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., Nr. 25, 1929.) Möglicherweise ist diese Krankheit mit dem Pemphigus neonatorum und der Impetigo bullosa identisch.

Kurt Heymann, Berlin.

3440.

Jadassohn, J., Theoretisches und Praktisches zur Ekzemlehre. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 5.) Die Ekzeme, die zu den häufigsten Hautkrankheiten gehören, sind nur dann richtig zu verstehen, wenn man alles das ausschließt, was nicht mehr als Ekzem zu bezeichnen ist. Ätiologisch hat man das Ekzem marginatum abgetrennt, nachdem man es als eine Pilzkrankheit erkannt hat, ebenso die dysidrotischen Formen und manche Formen von Mazerationsekzem sind parasitären Ursprungs. Bei dem seborrhoischen Ekzem liegen die Verhältnisse anders. Da man die Ätiologie dieser Krankheit nicht kennt, ist die Benennung eine subjektive. Von den Ekzemen ferner zu trennen ist die Neurodermitis. Bei gewissen Dermatosen, den sogenannten Pyodermien, spielen die Staphylokokken und Streptokokken eine ursächliche Rolle. Wenn man alle die bisher als Ekzem bezeichneten Krankheiten abgesondert hat, bleibt eine Menge von entzündlichen Erkrankungen, welche durch ätiologische und morphologische Momente zusammengehören. Man unterscheidet das klassisch-akute und das klassisch-chronische Ekzem und zwischen beiden die akut rezidivierende Form. Nach Ansicht des Verfassers gehören die Ekzeme zu den toxisch bedingten Hautkrankheiten. Andere wieder sind der Meinung, daß die Ekzeme durch sogenannte Diathesen bedingt sind. In diesen beiden Auffassungen beruht der ganze Streit. Auf der einen Seite die Dermatitiden, d. h. durch reizende Substanzen von außen gesetzte Prozesse, auf der anderen Seite die eigentliche Ekzemkrankheit infolge innerer konstitutioneller Ursachen. Oft ist eine Ekzematose festgestellt auf Grund sorgfältiger Familienanamnese, bei der die Ekzematose erst verschwand, nachdem ein an sich unschädlicher Stoff entfernt worden war. Was wir bei den intern bedingten Arzneiekzemen schon lange als Idiosynkrasie bezeichnen, trifft auch auf externe Applikation zu. Man fand Substanzen, die bei einzelnen Menschen Ekzeme bedingten, von anderen aber in jeder Dosis vertragen wurden. Diese ekzematogenen Stoffe sind chemisch und physikalisch sehr verschieden. Die Menschen, die auf sie reagieren, lassen sich ebenfalls nicht in bestimmte Gruppen einordnen. Oft findet man bei einem Menschen keine andere Anomalie als die abnorme Reaktion auf einen bestimmten Stoff. Man konnte bei der Prüfung medikamentöser Dermatosen feststellen, daß die Beziehungen zwischen externer Anwendung sehr mannigfaltig sind, und von ihnen aus fand man die Brücke zu den Ekzemen, die durch alle möglichen nicht medikamentösen Stoffe bedingt sind. Man faßte danach die Ekzeme als eine Entzündung der Haut auf, die bedingt ist von einem die Haut treffenden Reiz und von der Eigenart der Reaktion der Haut. Die Spezialreaktionsfähigkeit der Haut kann hervorgerufen werden durch nachweisbare Anomalien wie Diabetes, Adipositas, Gicht. Andere Formen sind verständlich durch eine abnorme Reaktionsfähigkeit infolge von Varizen oder Hämorrhoiden usw. Häuft findet man aber keine so leicht verständlichen Gründe, wir wissen ferner, daß die innere Einführung von Medikamenten wie Arsen und Jod Ekzeme hervorruft, während die Versuche, durch Nahrungsmittel oder Verdauungsprodukte Ekzeme auszulösen, bisher nicht gelungen sind. Vieles spricht dafür, daß es sich beim Ekzem vor allem um ektogene Reize handelt. Im Vordergrund der Veränderungen steht das Epithel. Prüft man Ekzem-Patienten systematisch,

so wiederholen sich gewisse Erfahrungen immer wieder. Die Haut des Trägers erweist sich gegen den ursächlichen Stoff stets als überempfindlich, jedoch gibt es Fälle, wo derartige Patienten auch auf andere Substanzen besonders stark reagieren, und zwar in Dosen, die bei Hautgesunden keine Reaktion hervorrufen. Ekzemerkrankte besitzen also eine Reizbarkeit der Haut, die mitunter monovalent sein kann. Man stand früher auf dem Standpunkt, daß die Idiosynkrasie dem Individuum angeboren sei, es zeigte sich jedoch, daß die Haut sich an solche Substanzen gewöhnen kann und daß sich die Überempfindlichkeit oft erst entwickelt, wenn der ursächliche Stoff öfter mit der Haut in Berührung gekommen war. Für die Prognose ist besonders wichtig die Tatsache, daß die Reizempfindlichkeit der Haut nicht nur monovalent, sondern polyvalent sein kann. Diese Sensibilisierungsphänomene sind schon lange bekannt, während wir über die ebenso wichtige Desensibilisierung noch wenig wissen. Bestimmte anatomisch oder biologisch nicht besonders charakterisierte Hautstellen reagieren auf bestimmte Reize mit Veränderungen im Gegensatz zu anderen, die man als refraktäre Stellen bezeichnen kann. Auch durch traumatische Schädigungen kann die Reaktionsfähigkeit der Haut erhöht werden, jedoch muß man sagen, daß die meisten Ekzeme, bei denen man nach mechanischen Schädigungen forscht, doch leichter durch toxische Einwirkungen erklärt werden können.

Kosminski, Berlin.

3441.

Jadassohn, J., Theoretisches und Praktisches zur Ekzemlehre. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 6.) Die schwierigste und zugleich interessanteste Frage ist die der Pathogenese. Handelt es sich um Substanzen, die bei allen Menschen Entzündungen erregen, so sind die Fragen leicht zu beantworten. Tritt jedoch eine idiosynkrasische Wirkung auf, so muß man auf die anaphylaktischen Vorgänge eingehen. Die Analogie zwischen Toxikodermien und Infektionskrankheiten liegen hier auf der Hand. Am eindrucksvollsten ist wohl die Tatsache, daß es bei manchen idiosynkrasischen Toxikodermien gelungen ist, mit dem Serum solcher Kranken Reagine zu übertragen. Eine weitere Frage ist die nach der Bedeutung der Nerven, über die sich zur Zeit noch wenig sagen läßt. Der bisher größte Fortschritt ist die Erforschung der Kenntnis der äußeren Ursache, weshalb stets eine Anamnese aufs Genaueste aufzunehmen ist. Man muß hier auf alles überhaupt nur Denkbare eingehen, da in den verschiedensten Berufen und mit den verschiedensten Mitteln Ekzeme bedingt sein können. Bisweilen können erst durch den Gebrauch bestimmter Gegenstände derartige Substanzen frei werden, wie z. B. bei Bruchbändern durch Zersetzung mittels des Schweißes beobachtet worden ist. Patienten, die durch ihren Beruf mit mehreren verdächtigen Stoffen in Berührung kommen, soll man möglichst einer größeren Anzahl von Reizproben unterwerfen. Trotz aller Mühe bleiben immer noch Fälle übrig, bei denen alle Bemühungen erfolglos sind. Ohne die genaue Fahndung nach einer äußeren Ursache kann jedoch eine große Anzahl von Ekzemen in ihrer Ursache nicht klargestellt werden. Die allgemeine Untersuchung ist natürlich unentbehrlich, trotzdem man oft keine ursächlichen Momente findet. Manche haben geglaubt, durch eine strenge Diät die Ekzeme zu heilen, der Erfolg ist relativ selten. Bei den Kinder-Ekzemen, die eine besondere Stellung einnehmen, spielen die Ernährungsverhältnisse eine große Rolle. Die inneren Medikamente gegen Ekzeme sind im großen und ganzen verlassen worden. Die Behandlungsmethoden, die man als Reiztherapie bezeichnet, sind in neuerer Zeit versucht worden, und trotz mancher Erfolge muß man sagen, daß die externe Behandlung durch sie nicht vereinfacht worden ist. Man kommt zu dem Schluß, daß bei den Ekzemen die äußere Behandlung noch immer die Hauptrolle spielt. Diese ist fast durchweg empirisch, und es ist am besten, daß der Arzt einige wenige Mittel gründlich studiert, mit denen er umzugehen versteht, als daß er die zahlreichen auf den Markt geworfenen Mittel ausprobieren. Waschungen, vor denen man früher so viel Furcht beim Ekzem hatte, werden anstandslos vertragen, zumal sie das Jucken lindern, womit den Patienten schon sehr gedient ist. Sehr beliebt sind trockene Pinselungen, und von allen Mitteln ist neben dem Tumenol-Ammonium der Steinkohlenteer am meisten zu empfehlen. Von den Bestrahlungsmethoden hat vor allem die Röntgentherapie, besonders bei chronischen Fällen, viel Gutes geleistet. Allerdings gehört eine große Erfahrung dazu, da man mit den Dosen sehr vorsichtig sein muß. Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß der Sensibilisierung eine große Bedeutung zukommt. Bisweilen sieht man, daß durch energisch eingreifende Mittel es zu einer akuten Exazerbation kommt, die in manchen Fällen sehr günstig wirkt. Jedoch sind die Versuche einer desensibilisierenden Behandlung oft schwer durchzuführen, weil plötzliche Sensibilisierungen diese durchkreuzen. Die Ekzeme sind keine dermatologischen Kleinigkeiten, sondern bedingen eine außerordentliche Belastung der

Krankenkassen und Gemeinden und verursachen vielen Menschen oft langdauernde Leiden.

Kosminski, Berlin.

3442.

Kirschmann, Kurt, **Zur Strahlenbehandlung des akuten Ekzems.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) (Röntgenlaboratorium Dr. Thomas, Berlin.) Beim akuten Ekzem kann die Krankheitsdauer durch Blaulichtbestrahlung erheblich abgekürzt werden. Blaulichtbehandlung hat eine rasche Linderung des Juckreizes sowie Beseitigung der Sekretion zur Folge. Es muß darauf geachtet werden, daß nur das blaue Licht, nicht aber gleichzeitig die Wärmestrahlen zur Wirkung kommen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3443.

Gamberini, Carlo, **Verödungstherapie der Varizen.** (Polislinico, 36., Nr. 27.) (Spedale maggiore di Bologna.) Indiziert ist die Injektionstherapie der Varizen bei primären Varikositäten der Vena saphena interna oder externa beim Vorhandensein von Schmerzen, mechanischen Störungen, Hämorrhagiebereitschaft, trophischen Störungen und Geschwürsbildung. Auch ästhetische Faktoren müssen berücksichtigt werden. Kontraindiziert ist diese Therapie bei sekundären Varizen infolge Behinderung der tiefen Venenzirkulation oder infolge Obliteration (Phlebitis profunda) oder Kompression durch Tumoren. Folgende Modifikationen der Technik sind bemerkenswert: Die Injektion wird an dem am Betrande sitzenden Patienten ausgeführt, nach derselben wird der Patient in die horizontale Lage gebracht und 10 Minuten in derselben belassen, wodurch tiefe Venenthrombosen verhütet werden. Die erste Injektion hat als Probeinjektion mit einer verringerten Dosis des zu injizierenden Mittels zu erfolgen, und erst beim Ausbleiben einer Reaktion kann die erste kurative Injektion ausgeführt werden. Verfasser verwendet eine 20prozentige Lösung von Natr. salicyl., und zwar für die Probeinjektion 2 ccm, für die kurativen Einspritzungen 7 bis 8 ccm. Die Zahl der Injektionen schwankt zwischen 4 und 20, je nach der Größe der Varizen.

Ashkenasy, Wien.

3444.

Jadassohn, W., und F. Schaaf, **Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von Nickellekzemen.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 3.) (Dermatol. Klin., Zürich.) Gegenüber der von anderer Seite veröffentlichten Beobachtung, daß die meisten in einer Fabrik mit Vernickeln beschäftigten Arbeiterinnen sehr bald an Nickelkrätze erkrankten, daß also fast alle Menschen durch relativ kurzdauernden Kontakt mit Ni-Ionen auf diese sensibilisiert werden, konnten Verfasser weder häufige Erkrankungen bei den von ihnen untersuchten Arbeitern verschiedener Vernicklungsanstalten feststellen noch solche als bei der für die betreffenden Arbeiter zuständigen Unfallversicherungsgesellschaft gemeldet in Erfahrung bringen. Sensibilisierung mit Nickellösung konnten sie bei keiner Versuchsperson erzielen. Danach scheint Sensibilisierung durch das Ni-Ion nicht häufig zu sein, ein Teil der als Nickelkrätze bezeichneten Fälle sind eher auf anderen, gleichzeitig einwirkenden Schädigungen, z. B. Entfetten mit Kalk, beruhende Ekzeme.

Ernst Levin, Berlin.

3445.

Zimmerli, E., und W. Lutz, **Eine eigenartige Form von Pigmentierung nach Goldbehandlung.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 3, 1929.) (Dermatol. Klin., Univ. Basel.) Bei einer wegen eines Lungenleidens mit Sanokrysin behandelten Patientin trat eine eigenartige granuloide Hautverfärbung auf, die den dem Licht ausgesetzten Partien entsprach. Histologisch zeigten sich zahlreiche kleinste, rundliche und ovale tiefschwarze Körnchen, besonders im Stratum papillare des Koriums und auch in den obersten Schichten des Stratum reticulare. Das Bild entspricht nicht dem des gewöhnlichen Lichtpigmentes, vielmehr muß die Ablagerung mit der Behandlung in Zusammenhang gebracht und als eine Chrysose aufgefaßt werden. Unter Mitwirkung des Lichtes dürfte eine Umwandlung und Ausfällung des eingespritzten Goldes an den betroffenen Stellen stattgefunden haben.

Ernst Levin, Breslau.

3446.

Vohwinkel, K. H., **Zur Klinik, Histologie und Differentialdiagnose des Lichen obtusus.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 3, 1929.) (Univ.-Hautklinik Rostock und Städt. Hautklinik Essen.) Die beiden beschriebenen Fälle zeigten histologisch ein unbestimmtes polymorphes Bild, klinisch waren Beziehungen zum endokrinen System nachweisbar. Charakteristisch sind die abgestumpften (obtus) Papeln, deren Auftreten intensive Juckkrisen vorausgehen; die Papeln haben eine runde, sich nicht an die Hautfelderung haltende Basis. Für die Krankheitsfälle finden sich in der Literatur verschiedene Bezeichnungen: Prurigo nodularis, Neurodermitis nodularis, nodöse chronische Lichenifikation. Ekzema verruco-calorum nodulare gehören jedenfalls hierher, während die von manchen

auch als analoges Krankheitsbild betrachtete Urticaria chronica persistans nicht damit zu tun hat. Als Bezeichnung wäre Lichen obtusus (vulgaris) am geeignetsten, um dadurch auch die Differenz von dem ursprünglich von Unna als Abart des Lichen ruber planus beschriebenen Lichen ruber obtusus zum Ausdruck zu bringen.

Ernst Levin, Berlin.

3447.

Klassen, P., **Ueber das chronische traumatische Handrückenödem.** (Monatschr. f. Unfallheilk., Nr. 7, 1929.) Nach einem meist stumpfen, seltener scharfen Trauma kommt es sofort oder allmählich zu einer derben Schwellung des Handrückens, ohne Infektion, meist mit starken Schmerzen. Fingereindrücke bleiben nicht bestehen. Eigentliche Entzündungserscheinungen fehlen. Die Nägel werden rissig, spröde. Die Hohlhand ist meist frei. Die Fingerbewegungen werden entsprechend eingeschränkt. Beim Verschieben der Geschwulst auf der knöchernen Unterlage entsteht deutliches Knistern. Charakteristisch ist eine Druckempfindlichkeit der distalen Enden des Radius und der Ulna sowie der Karpal-Ultrakarpalknochen. Röntgenologisch erscheinen die Knochen aufgeheilt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Frakturen der Hand, akutes entzündliches Oedem (Phlegmone); regionäres Oedem bei tuberkulöser Erkrankung der Handknochen; Charcots Oedème bleu, trophoneurotisches Oedem; artifizielles Oedem. Das Wesen der Erkrankung ist noch nicht geklärt. Das Trauma erzeugt durch Gewebsverletzung mit gleichzeitiger Reizung der Gefäßnerven eine Hyperämie. Es tritt eine Abnahme der Gewebselastizität bei gleichzeitigem, dauerndem Gewebsreiz auf, welche eine Hypersekretion von Lymphe zur Folge haben.

Die Erwerbsbeschränkung muß von Fall zu Fall beurteilt werden.

Therapeutisch läßt sich die Krankheit kaum beeinflussen.

Krankenhausbehandlung über 5 bis 6 Monate ist meist zwecklos.

Möglichst zeitig ist für eine passende Arbeit zu sorgen.

Michaelis, Bitterfeld.

3448.

Dittrich, O., **Frostschäden und ihre Komplikation mit Tuberkulose.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 29, 1929.) (Universitäts-hautklinik Kiel.) Die Frostschäden (Perniosis) beginnen mit bisher noch nicht genügend bekannten reizlosen Follikelschwellungen an den Extremitäten von der Schulter oder der Hüfte aus, die an Zahl und Grad der Verfärbung (rötlich bis dunkelbläulich) zunehmen. Dazu kommen isolierte oder manschettenförmige Infiltrate an den abhängigen Partien (Erythrozyanosis crurum puellarum), eigenartiges, nicht stark eindrückbares Oedem hier und an sonstigen, Temperaturschwankungen ausgesetzten Extremitäten, isolierte Blasenbildung. Bei männlichen Personen ist die follikuläre Perniosis nur an der Glutäalgegend deutlich, an den Extremitäten fast nur Cutis marmorata, weiter distal diffuse Zyanose ohne Oedem. Bei ihnen sind Ulzerationen hier seltener als bei Frauen, hingegen an den Ohren häufiger; an diesen Atrophien oder Verziehungen der Ohrmuschel. Der Erkrankung liegt ein labiles Gefäßsystem zugrunde. In zwei Fällen konnten Beziehungen zu Tuberkulose nachgewiesen werden, der das primär geschädigte Gefäßsystem einen günstigen Angriffspunkt bot.

Ernst Levin, Berlin.

3449.

Rothmann, St., und W. Klebe, **Ueber die Sonderstellung der Oberlippe bei Ausbreitung des Lupus vulgaris.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 28, 1929.) (Lupusheilstätte Gießen.) Das Material der Lupusheilstätte Gießen zeigte die auffallende Tatsache, daß die Erkrankung der Oberlippe in jedem Falle zu einem progressiven und meist bösartigen Uebergreifen von der Haut auf die Schleimhaut und umgekehrt führt. Demgegenüber werden Unterlippe und Mundwinkel nur selten befallen, ihre Erkrankung ist verhältnismäßig gutartig. Ebenso auch die primäre Erkrankung der Mundschleimhaut, im Gegensatz zu der von der Oberlippe ausgehenden. Diese besondere Stellung der Oberlippe, die sie auch gegen oft lange stehende kleine Primärherde in der Mitte der Wangen, an den Ohrmuscheln, an der Stirn einnimmt, ist durch anatomische Verhältnisse des Lymphgefäßsystems bedingt; außerdem muß noch eine besondere Gewebsaffinität bzw. eine besonders geringe Abwehrkraft den Tuberkelbazillen gegenüber in Betracht kommen.

Ernst Levin, Berlin.

3450.

Demuth, F., **Ueber ein neues kombiniertes Verfahren zur Behandlung des Lupus vulgaris.** (Dermat. Z., 56., Heft 2/3, 1929.) Kleinere Lupusherde werden mit der Boeckschen Pinselung behandelt, größere mit dem kombinierten Verfahren. Dieses besteht in Auflegen 20prozentiger Pyrogallussalbe, bis tief genug geätzt ist; Nachbehandlung mit 10prozentiger, evtl. 5prozentiger Salbe. Außerdem täglich intravenöse Einspritzungen von Sulfaten seltener

Erden (Geódyi, Pélospanine), beginnend mit 3 ccm, steigend auf 5 ccm. Dabei werden die stärkeren Pyrogallussalben anstandslos vertragen, es kommt schnell zu gesunder Granulationsbildung (allerdings häufig hypertrophische Narbenbildung), selten Rezidive. Ernst Levin, Berlin.

3451.

Pulay, Erwin, Zur Pathogenese und Therapie der Psoriasis. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 28.) Auf Grund aller Ueberlegungen, wie vor allem der labilen Einstellung im Kohlehydratstoffwechsel, ferner auf Grund der häufigen Beobachtungen von gemeinsamem Auftreten von Diabetes und Psoriasis glaubt Verfasser im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Stoffwechseluntersuchung die pankreatische Störung in den Mittelpunkt der Psoriasispathogenese stellen zu dürfen. Von hier aus wird nicht nur die Klinik der Psoriasis, sondern auch ihre Histologie, nämlich die Parakeratose, verständlich.

Störung der pankreatischen Funktion fermentativer Natur (Trypsin) führt zu einer gestörten Fermenteinstellung der Haut, die zu gestörter Verhornung derselben Anlaß gibt. Es handelt sich um eine Verdauungsstörung der Haut selbst insofern, als die Zellkerne der Haut nur mangelhaft abgebaut werden. Normaler Eiweißabbau ist nötig, um die Zellkerne zum Verschwinden zu bringen und über Keratohyalin hinweg das zur normalen Verhornung notwendige Keratin aufzubauen. Letzteres wird durch die Aminosäure Tyrosin charakterisiert!

Die Psoriasis ist nach Ansicht des Verfassers eine Stoffwechsel-dermatose. Die pankreatische Dysfunktion führt zu einer gestörten Fermentregulierung, und die für das Krankheitsbild der Psoriasis charakteristischen Symptome sind das Resultat eines gestörten Fermentgeschehens an der Haut.

Auf Grund dieser Vorstellungen mußte eine Umstellung des gesamten Behandlungsplanes der Psoriasis einsetzen. Die nach dieser Richtung hin durchgeführte Behandlung zeigte nun die Richtigkeit dieser Auffassung. Die eindeutig immer wieder zu beobachtenden Heilresultate stützten demnach die Hypothese des Autors. Die Psoriasis wurde zum ersten Male einer kausalen Behandlung unterworfen und darf nach Ansicht Pulays nicht mehr als unheilbare Krankheit gelten.

Die Behandlung wird in eine allgemeine und eine lokale eingeteilt. Letztere hat die Beseitigung der psoriatischen Manifestationen an der Haut zu besorgen, und man versteht nunmehr die Wirkung aller jener Maßnahmen, die bisher angewandt wurden und deren Wesen darin gelegen ist, im oxydativen Geschehen der Haut einzugreifen. Damit wird der Fermentprozeß beeinflusst. Die allgemeinen Maßnahmen haben vorerst die Erfassung der Stoffwechselslage zur Voraussetzung und gliedern sich in diätetische und organotherapeutische Medikation. Letztere richtet sich nach der bestehenden Blutdrüsenformel. In einem Falle Schilddrüsenpräparate, im anderen Fall evtl. hypophysäre. Die unspezifische Eiweißtherapie ist von großer Bedeutung. In den meisten Fällen wird Eiweißentziehung, in richtiger Form durchgeführt, dauernde Beeinflussung des Zellgeschehens bringen. Die lokale Therapie (Teer, Zignolin usw.) wird verständlich. Für die innere Therapie sind die Fälle von Hyperglykämie für Insulin und Kohlehydratentzug geeignet. — Fiebertherapie ist in Fällen mit vertieftem Grundumsatz angezeigt. Fälle von erhöhtem Grundumsatz sprechen besonders gut auf Pankreon und Kalk an.

Die hormonale Beeinflussung hat stets die Erfassung des Elektrolytmilieus zur Voraussetzung. Psoriatischer mit Azidose bzw. Alkalose verhalten sich den therapeutischen Maßnahmen gegenüber verschieden. Die Thymusröntgenbestrahlung hat nur in den seltensten Fällen Erfolg. Im allgemeinen rät Verfasser von Röntgenbestrahlungen ab; er empfiehlt dagegen die Bestrahlung endokriner Drüsen. Die allen diesen Gesichtspunkten Rechnung tragende Therapie führt meist von Anfang an zu einem Dauererfolge.

Arnold Hirsch, Berlin.

3452.

Migge, M., Ueber einen mit Follikulin geheilten Fall von Impetigo herpetiformis bei einer nicht graviden Frau. (Dermat. Z., 56., Heft 2/3.) (Hautklin. d. Med. Akad. zu Düsseldorf.) Eine 43jährige Patientin, der vor Jahren der eine Eierstock entfernt worden war, erkrankt an sich wiederholenden Eruptionen eitriger Bläschen, die den größten Teil des Körpers ergreifen. Obgleich der Beginn im Nacken von dem sonst an den Genitalien oder in deren Nähe beginnenden Bilde abweicht, ist die Diagnose, besonders auch mit Rücksicht auf die stets negativen Kulturen des Bläscheninhalts, auf Impetigo herpetiformis zu stellen. Durch Einspritzungen von Follikulin wurde schließlich vollkommene Heilung erzielt, die seit Beginn der Erkrankung fortgebliebenen Menses traten wieder ein. Es spricht also auch hier vieles dafür, daß die Krankheit auf Fehlen eines Hormons (hier Ovar) beruht, wobei besonders der Organismus der schwangeren Frau zum Ausbruch der Krankheit disponiert zu sein scheint. Wieweit das Ovar wirk-

lich daran beteiligt ist, ließe sich durch Versuche mit dem Harn an Impetigo herpetiformis leidender Schwangerer bei kastrierten Ratten oder Mäusen feststellen. Ernst Levin, Berlin.

3453.

Richter, Wilhelm, und Karl Walther, Milzbrandähnlicher Bazillenbefund bei einer Hauterkrankung — Impetigo anthracoides. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) (Chirurg. Univers.-Klinik und Hygienisches Institut, Berlin.) Es handelte sich bei der von den Autoren beobachteten Erkrankung um eine Hautaffektion, die unter einem dem Milzbrand ähnlichen klinischen Bilde verlief, sich aber doch von diesem durch das Fehlen jeglicher entzündlicher Reaktion in der Umgebung unterschied. Als Erreger wurde in dem steril entnommenen Punktat ein Bazillus gefunden, der in die Gruppe der in der Literatur unter dem Namen der milzbrandähnlichen Bazillen oder Pseudomilzbrandbazillen zusammengefaßten Bakterien einzureihen ist. Die Pathogenität konnte durch den Autoinokulationsversuch bei der Patientin nachgewiesen werden, wobei festgestellt wurde, daß das gleiche Krankheitsbild entstand und aus dem neuen Herde der Nachweis derselben Bazillen in Reinkultur gelang. Unter Berücksichtigung des klinischen Bildes, das sich durch einen markstückgroßen Herd mit randständigen, aneinander gereihten, kleinen Bläschen und krustöser Umwandlung in den mittleren Teilen charakterisierte, und auf Grund des Bazillenbefundes haben Verfasser das klinische Bild als „Impetigo anthracoides“ benannt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3454.

Bruck, C., Das Ultimatumurethroskop, ein praktisches und billiges Instrument für die Gonorrhöetherapie. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 28, 1929.) (Dermat. Abt. Städt. Krkh. Altona.) Die Urethroskopie der vorderen Harnröhre ist dringend erforderlich, da hier oft häufig Rezidive verursachende Herde sitzen; nach deren örtlicher Behandlung schnelle Heilung eintritt. Die vielen Mängel, die den bisherigen Urethroskopen anhafteten, vermeidet das neue Ultimatumurethroskop, bei dem schwarz mattierte Hartglastuben eingeführt werden, in denen durch einen mit einer Trockenbatterie verbundenen Leuchtstab, der ein intensives blendungsfreies Tageslicht ausstrahlt, die Schleimhaut beleuchtet wird. Ein Durchbrennen der Lampe soll dabei unmöglich sein; die Kosten des Apparates sind wesentlich geringer als die der bisherigen.

Ernst Levin, Berlin.

3455.

Kwiatkowski, St. L., und St. Legeżyński, Die Komplementbindungsreaktion bei Gonorrhöe. (Arch. f. Dermat., 157., Heft 3, 1929.) (Dermatol. Univ.-Klinik und Mikrobiol. Institut der Tierärztlichen Hochschule Lemberg.) Die Untersuchungen wurden nach der Technik von Calmette-Massol ausgeführt (Titrierung der Gonokokkenantikörper mittels des Komplementes bei stabiler Dosierung der anderen Reagentien), als Antigen Gynargin extra stark verwendet, das Serum inaktiviert. Die Reaktion beruht auf Anwesenheit komplementbindender, antigonorrhöischer Antikörper im Serum und erwies sich als durchaus spezifisch. Positiv ist sie bei nichtkomplizierter akuter Gonorrhöe in einer geringen Zahl von Fällen (und zwar nie vor dem siebzehnten bis zwanzigsten Tage nach der Infektion), häufiger bei chronischen Formen, in 95 bis 100% bei gonorrhöischen Komplikationen. Bei letzteren findet sie sich jedoch gewöhnlich erst 6 bis 8 Tage nach ihrem Einsetzen, so daß eine prognostische Verwertung bezüglich Vorstehens von Komplikationen nicht in Frage kommt. Durch intramuskuläre Verabreichung spezifischer Vakzine bilden sich bei Gesunden gonorrhöische Antikörper. Die Antikörper können sich im Blut 4 bis 12 Wochen halten. Negative Resultate sind für Heilung nicht beweisend; positive, die das Schwenden klinischer Erscheinungen oder Beendigung einer Vakzinebehandlung um 3 Monate überdauern, sprechen für latenten Herd.

Ernst Levin, Berlin.

3456.

Deolido, Pasquales, Syphilitisches Terrain und Blinddarmsyndrome. (Annal. malad. Vénér., Nr. 6, 1929.) Die Autoren glauben an einen häufigen Zusammenhang zwischen Syphilisinfektion und Appendizitis und erläutern ihn an zwei Geschwistern, die aus hereditärsyphilitischer Familie stammen. Schlußfolgerung: Man muß die Appendizitis operieren, aber wenn Syphilis mit im Spiele ist, muß außerdem antisyphilitisch behandelt werden. Die Operation allein bessert nämlich die sonst im Magen-Darmkanal noch bestehenden Abweichungen und Beschwerden nicht.

Kurt Heymann, Berlin.

3457.

Schatilow, A. L., Zur Frage der prophylaktischen Syphilisbehandlung mit Salvarsan. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 21.) (Abt. f. soziale Venerologie des Dermato-Venerologischen Instituts, Odessa.) Während des zehnjährigen Bestehens des In-

stituts wurden dort etwa 100 Personen der prophylaktischen Behandlung mit Salvarsan unterzogen. 25 Fälle (9 Männer, 13 Frauen, 3 Kinder) wurden vom Verfasser längere Zeit beobachtet und einer genauen klinischen und serologischen Untersuchung unterzogen, wobei in keinem Falle eine syphilitische Infektion festgestellt wurde. Es handelte sich hier um ein- bzw. mehrmaligen Verkehr zwischen der gesunden Person und Syphiliskranken mit sichtbaren Erscheinungen, ferner um Stillung gesunder Säuglinge durch Frauen mit Primäraffekt auf der Brust sowie auch um Fälle von längerem außergeschlechtlichen Kontakt von Gesunden mit Syphiliskranken. Die prophylaktischen Salvarsaninjektionen sollen nur im Stadium der ersten Inkubation — $1\frac{1}{2}$ bis 2 Wochen nach der vermutlichen Infektion — vorgenommen werden, vorausgesetzt, daß genügende Gründe (wie Infektionserscheinungen bei dem Partner, genaues Datum der Infektion usw.) für eine derartige Kur vorliegen. Nach den Beobachtungen des Verfassers darf die Zahl der Salvarsaninjektionen nicht weniger als 3 betragen. Die der prophylaktischen Behandlung unterzogenen Personen müssen mindestens ein Jahr unter ärztlicher Kontrolle verbleiben. E. Kontorowitsch.

3457 a.

Lemez, Leo, Die pseudopositive Wassermannsche Reaktion in den ersten Lebenstagen. (Z. Kinderhk., 48., Heft 1, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik Zagreb.) Untersuchungen des Nabelschnur- und Fersenblutes bei 271 Neugeborenen nach Wassermann, Sachs-Georgi und Meinicke. Dabei ergab sich folgendes: Die WaR. im Fersenblut war in 18% der Fälle, die Eigenhemmungen inbegriffen in 25% der Fälle, positiv. Der weitaus größte Teil aller Eigenhemmungen entfällt auf die ersten 3 Lebenstage. Es besteht eine gewisse Beziehung zwischen der WaR. und dem Geburtsgewicht insofern, als Neugeborene mit größerem Geburtsgewicht mehr positive WaR. aufweisen. Die Reaktionen werden in der Regel nach 3 bis 5 Tagen negativ. Die Ursache für diese pseudopositiven Reaktionen liegt in der erhöhten Serumlabilität begründet. Auch kongenital luetische Kinder können genau wie luesfreie in den ersten Lebenstagen unspezifische Reaktionen aufweisen. Gesunde Neugeborene luetischer Mütter, die in den ersten beiden Lebenswochen vorübergehend eine positive Reaktion aufweisen, sind als luesfrei zu betrachten, sofern sie dauernd klinisch gesund sind und später eine negative WaR. aufweisen. Die Sachs-Georgi-Reaktion ergab auffallend wenig unspezifische Reaktionen. Das gleiche ist der Fall bei der Meinicke'schen Trübungsreaktion. Auffallend hoch ist die Zahl der positiven Fälle bei der Müllerschen Ballungsreaktion, die deshalb für die Diagnose der Lues Neugeborener nicht in Frage kommt. Am geeignetsten für die ersten 8 Lebenstage sind Sachs-Georgi und Meinicke. Der Milztumor der Neugeborenen ist weder ein typisches noch ein verlässliches Zeichen der Lues congenita. Schnupfen in den ersten Lebenstagen ist oft durch Eindringen von Sophol verursacht. Beck, Tübingen.

3458.

Levy-Lenz, Ludwig, Die diagnostische Salvarsaninjektion. (Med. Welt, Nr. 24, 1929.) (Frauenabt. d. Instituts f. Sexualwissenschaft, Berlin.) Verfasser empfiehlt in allen Fällen, in denen trotz Erschöpfung aller anderen Untersuchungsmethoden die Diagnose ungeklärt bleibt und das Ulkus keine Heilungstendenz zeigt, eine intravenöse Injektion von 0,6 g Neosalvarsan. Bleibt eine solche Injektion ohne Einfluß auf das Ulkus, so kann Lues ausgeschlossen werden. Ueberhäutet sich dagegen bald nach der Injektion das Ulkus, so kann mit Sicherheit eine Lues angenommen werden.

L. Gordon, Berlin.

3459.

Boutellier, Schwefelbäder in der Behandlung der Syphilis. (Annal. malad. vénér., Nr. 9, 1929.) Lob der Schwefelquellen. Sie heben den Gesamtzustand, unterstützen die spezifische Behandlung, lösen die Hg-Depots und bringen sie in die Zirkulation, beschleunigen ihre Ausscheidung. Ähnliches gilt für Wismut und Arsenobenzole, die vor der Badekur oder während derselben gegeben werden.

Erklärung: Es kommt zu wirksamen organischen Hg-Schwefelverbindungen oder Bi- oder As-Schwefelverbindungen. Empfohlen werden Trinkkuren, Inhalationen, Bäder mit Duschen.

Die Arbeit stammt aus dem Badeort Uriage.

Kurt Heymann, Berlin.

3460.

Stutzin, J. J., Ueber den Mißbrauch der Prostata Massage. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 28, 1929.) (Urol. Abteilung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin-Lichtenberg.) Verfasser hatte schon früher auf die Unzweckmäßigkeit und Schädlichkeit der Prostata Massage hingewiesen. Er teilt jetzt 2 Fälle mit (einmal typische Nierentuberkulose, einmal Prostatakrebs), in denen eine Zeitlang massiert und dadurch eine Steigerung der Beschwerden verursacht worden war. In dem ersten Falle war die radikale Be-

handlung, Nephrektomie, unnötig verzögert worden, und es bestand die Gefahr der Entwicklung einer Adnextuberkulose.

Ernst Levin, Berlin.

3461.

v. Pannewitz, G., Zur diätetischen Behandlung und Nachbehandlung der Nierensteine. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) (Chirurg. Univ.-Klinik, Freiburg i. Br.) Das Objekt der konservativen Behandlung der Nierensteine sind die kleinen Konkreme, ferner die Nachbehandlung operativ und konservativ entfernter Steine. Die vom Verfasser angewandte konservative Therapie sucht an den physiko-chemischen Entstehungsbedingungen der einzelnen Steinart anzugreifen. Dementsprechend ist die Behandlung der harnsauren Steine, welche nur bei einer Reaktionsverschiebung nach der sauren Seite entstehen, eine alkalisierende, und zwar medikamentös und alimentär. Die Behandlung der Phosphatsteine, die sich nur bei Reaktionsverschiebung nach der alkalischen Seite bilden können, ist eine säuernde, und zwar medikamentös-alimentär. Mit dieser Methode gelingt es, kleine Konkreme zum Verschwinden zu bringen, sowie Rezidivbildung zu verhindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

3462.

Loeb, H., Salvarsan bei Erkrankungen der Harnwege. (Dermat. Z., 56., Heft 2/3, 1929.) (Dermatol. Abt. der Städt. Krankenanstalten in Mannheim.) Salvarsan zeigte bei weiblichen Patienten einen ungünstigen Einfluß auf Zervikalgonorrhöe, was auf Speicherung des Arsens in der Uterusschleimhaut und Beeinträchtigung der Menstruation beruht. Hingegen war der Einfluß auf Urethralgonorrhöe ein günstiger, ebenso auch bei Zystitiden und Pyelitiden. Der Erfolg ist hier auf das Arsen, nicht auf abgespaltetes Formaldehyd zu beziehen. Ernst Levin, Berlin.

3463.

Fürbringer, Ueber organische und funktionelle Blasenleiden. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 5.) Verfasser erörtert in seinem Vortrag zunächst den Blasenkatarrh, der niemals ohne Sicherstellung der Pyurie diagnostiziert werden kann, und erinnert an die alte Luftblasenprobe von Donné. Wenn man unter starkem Schütteln dem Harn Kalilauge tropfenweise zufügt, verrät sich der Eitergehalt beim Schütteln durch eine schleimige Umwandlung der Leukozyten unter Bildung von Luftblasen. Bei akuter Zystitis genügen Ruhe und Wärme sowie reizlose Kost, um sie zu beseitigen. Bei resistenteren Fällen muß man zu einem der zahlreichen Hexamethylenetetraminpräparate greifen. Nicht so bekannt und doch erfolgreich wirkt die Salizylsäure. Mißerfolge der inneren Behandlung zwingen doch oft zur lokalen in Form von Spülungen und Installationen. Die Blasen-tuberkulose wird oft nicht richtig erkannt; ausschlaggebend ist der Nachweis der Bazillen im Sediment und eventuell Tierimpfung. Eine erfolgreiche Bekämpfung der Nierentuberkulose in Form der Exstirpation bringt meistens Heilung. Die Erkennung von Blasensteinen kann oft sehr schwierig sein; verdächtig ist der Schmerz bei Bewegungen, bisweilen die Unterbrechung des Harnstrahles, während die Hämaturie mit Vorsicht zu beurteilen ist. In zweifelhaften Fällen greife man zur Steinsonde und erst dann zur Zystoskopie und Radiographie. Die Behandlung gehört in die Hand des Chirurgen und besteht in der Lithotripsie oder Sectio alta. Rückfällen muß man vorbeugen durch Behandlung der Nephrolithiasis. Die Blasengeschwülste werden oft nicht rechtzeitig erkannt; eine plötzlich einsetzende Hämaturie ohne Beschwerden ist stets verdächtig. Bei der Behandlung muß man vor allen Dingen die oft nicht unbedenklichen Blutungen beseitigen. Die endovesikale Therapie, und besonders hier die Elektrokoagulation, bringt oft schnelle Heilung. Was die funktionellen Blasenleiden anlangt, so sind sie Teilerscheinungen einer allgemeinen Neurose. Entweder handelt es sich um eine krankhafte Reizbarkeit mit Pollakisurie; hier ist die Psychotherapie am Platze, die in Verbindung mit Wärme und Sedativa Erfolg bringt. Die nervöse Harninkontinenz findet sich auch bei Gesunden infolge einer überwältigenden Angst, sonst häufig bei Tabikern und Krankheiten des Zentralnervensystems. Neben der Psychotherapie ist hier die örtliche elektrische Behandlung zu empfehlen. In schweren Fällen hilft eine plastische Schließmuskeloperation. Die Harnverkalkung, die meist bei Prostatahypertrophie und Harnröhrenstriktur angetroffen wird, findet sich auch in Form des Spasmus und bei Zwangsvorstellungen. Bei diesen nervösen Leiden sind die internen Mittel meist zwecklos; nur die Spasmodika sind zu empfehlen.

Kosminski, Berlin.

Hygiene

3464.

Krauß, H., Gedanken zur Rassenhygiene. (Ztschr. f. Med.-Beamte, Nr. 14, 1929.) Alles, was unserem Volke rassenhygienisch

nottut, faßt Verf. in seinem Vortrage zusammen; er ist interessant zu lesen, ohne Neues zu bringen. Doch können die Forderungen einer gesunden Rassenhygiene nicht oft genug wiederholt werden, wenn auch wenig Hoffnung besteht, daß sie beherzigt werden.

Michaelis, Bitterfeld.

3465.

Mayer, R. L., und M. Förster, **Ursolschäden in der Rauchwarenindustrie.** (Ztrbl. f. gew. Hyg., Nr. 6, 1929.) Das Ursolasthma und die Ursolhautreizkrankungen sind eine idiosynkrasische Erscheinung, hervorgerufen durch die Oxydationsprodukte des Ursols. Es handelt sich ganz generell um eine Ueberempfindlichkeit gegen Körper von Chininstruktur, indem alle Substanzen, die in der Haut Chininkörper bilden, bei den Ueberempfindlichen Reaktionen hervorrufen. Das einzelne Individuum ist nicht gegen alle Ursole überempfindlich, sondern es besteht hier eine weitgehende Spezifität.

Um einen genauen Ueberblick über die Häufigkeit der „Ursolkrankheit“ zu gewinnen, gingen Verf. so vor, daß sie alle in Betracht kommenden Personen mit Ursol-D-Hautreizproben versahen. Positive Fälle antworteten mit einer Entzündung der Haut, die alle Grade vom Erythem bis zu stark infiltrierter, blasiger Dermatitis aufwiesen. Ferner wurden Skarifikationsproben mit Paraphenylendiamin, ferner mit Kopfschuppenextrakt und mit Hausstaubextrakt nach Storm van Leeuwen hergestellt. Als positiv gelten alle Fälle, welche auf einer oder auf beide Proben reagierten.

Von 111 Arbeitern, welche bisher ursolkrank gewesen waren, reagierten nur 49 positiv (44%). Die Asthmatiker reagierten relativ wenig.

Von der Belegschaft waren zur Zeit nur 10% ursolkrank oder sind es früher einmal gewesen.

Die Inkubationszeit bei Ekzemen beträgt fast immer weniger als ½ Jahr, bei Asthmatikern in der Regel länger als ½ Jahr.

Michaelis, Bitterfeld.

3466.

Korotnew, N. J., **Ueber die Ursachen der Unfälle bei der Elektrisierung und die Möglichkeiten ihrer Verhütung.** (Klin. Med., russ., 10. Jahrg., 7., Heft 1 [100]). (Staatl. Institut für Psychiatrie und Orthopädie, Moskau.) In einem elektrotherapeutischen Institut in Blagowestschensk (USSR) kam eine dort behandelte Patientin durch einen eigenartigen Unfall ums Leben. Die Frau wurde wegen Neurasthenie elektrisiert, wozu ein Schaltbrett der Firma Sanitas, das in das städtische Leitungsnetz — 220 V. Gleichstrom — eingeschaltet war, benutzt wurde. Die positive Elektrode befand sich am Nacken, die negative hielt die Patientin selbst am Sternum. Die Stromstärke betrug 2–3 MA. Während der Sitzung brannte plötzlich die Glühlampe am Schaltbrett durch, und in demselben Moment fiel die Patientin mit einem Aufschrei bewußtlos hin. Man versuchte zunächst durch Einspritzungen von Kampfer und anderen Mitteln, später auch mit künstlicher Atmung, sie zum Bewußtsein zu bringen, was jedoch nicht gelang. Die Elektrisierung leitete ein technischer Assistent. Von dem Schaltbrettsschema ausgehend, hält der Verf. die Annahme des sachverständigen Ingenieurs, die Pat. habe einen Strom von 220 V. Spannung erhalten, für unwahrscheinlich. Während der Sitzung betrug die Spannung im Stromkreis der Pat. nur 2 Volt und konnte sich daher im Moment des Kurzschlusses nicht auf mehr als 4 Volt erhöhen. Andererseits war ein Erdschluß wegen der guten Isolierung ausgeschlossen. Es steht fest, daß die Pat. von einem Strom von 3–4 V. und 2–3 MA getroffen worden ist. Die Sektion ergab, daß sie an erheblicher Myodegeneratio cordis litt. Bei der oben erwähnten Anordnung der Elektroden traf der Strom den N. vagus, wobei eine starke Erregung desselben stattfand: 1. beim Durchbrennen der Glühlampe, 2. als der Kohlenfaden der letzteren auf beide Pole fiel und den unterbrochenen Strom wieder schloß und 3. als die Pat. die auf ihrer Brust liegende Elektrode fallen ließ. Als Folge dieser wiederholten Vaguserregungen trat der Herzstillstand ein. Der Wiederbelebungsversuch wäre vielleicht nicht ohne Erfolg geblieben, wenn man die künstliche Atmung sofort eingeleitet hätte. — Die Hauptgefahr bei der Benutzung des aus einer städtischen Zentrale gelieferten Stromes zu elektrotherapeutischen Zwecken besteht nicht in der Möglichkeit eines Erdschlusses, welcher nur in ganz außergewöhnlichen Fällen vorkommen kann, sondern vor allem in den Stromunterbrechungen, die in manchen Orten sehr häufig vorkommen. Von diesem Gesichtspunkt aus vermindert die Benutzung des Gleichstromes von einem erdschlußfreien Umformer keineswegs die Gefahr, da jede Unterbrechung im Straßenstromkreis zum Stillstand des Umformers führt und demnach die Unterbrechung im Stromkreise des Patienten zur Folge hat. Infolgedessen fordert der Verf. in den elektrotherapeutischen Instituten Stromspeisung durch Akkumulatoren, bei denen diese Gefahr so gut wie ganz fortfällt.

E. Kontorowitsch.

3466 a.

Waschetko, M., **Ueber die Ermüdbarkeit der Druckereikorrektoren.** (Ukrain. Med. W., 4., Heft 9/10, 1928.) Der Autor hat die achtstündige Tagesarbeit von 12 Druckereikorrektoren untersucht und kommt zu dem Ergebnisse, daß die Korrektorenarbeit sehr ermüdend ist und folgendermaßen zu rationalisieren sei: 1. Die Arbeitszeit soll auf 36 Wochenstunden herabgesetzt werden, was die Produktion erhöht und unnütze Zeitvergeudung vermindern würde. 2. Sollen zwei Arbeitsunterbrechungen zu je 15 Minuten vor und nach der Mittagspause eingeschoben werden. 3. Die Urlaubszeit soll so lange sein, daß der Organismus der Korrektoren gut ausruhen kann, und 4. soll die Norm der Korrektorenarbeit in 6 Stunden 80 000 Buchstaben betragen. Omelskyj.

3467.

Banik, E., **Ein Beitrag zur Untersuchung von Bleikranken.** (Ztrbl. f. gew. Hyg., Nr. 6, 1929.) Verf. teilt die untersuchten Bleiarbeiter in folgende 5 Gruppen und glaubt dadurch die Bleikrankheit erfolgreich verhüten zu können:

Gruppe 1. Die wegen Krankheit oder sonstiger Erscheinungen zur Bleiarbeit dauernd untauglichen Arbeiter.

Gruppe 2. Arbeiter, die wegen Anzeichen von stark erhöhter Bleiaufnahme für 6 Wochen bleifreie Arbeit erhalten.

Gruppe 3. Arbeiter, die wegen mäßig erhöhter Bleiaufnahme bei bleifreier oder weniger gefährlicher Arbeit 6 Wochen lang beschäftigt werden müssen.

Gruppe 4. Grenzwerte zwischen Gruppe 3 und 5.

Gruppe 5. Arbeiter ohne Anzeichen erhöhter Bleiaufnahme.

Michaelis, Bitterfeld.

3467 a.

Gara, P. v., und O. Sticke, **Bakteriologische Befunde im Wasser und beim Menschen nebst serologischen und klinischen Untersuchungsergebnissen anlässlich einer Trinkwasserinfektion mit Bacillus proteus vulgare.** (Arch. f. Hyg., 102., Heft 1, 1929.) Während der Infektion einer Zentralwasserleitung mit Bacillus proteus vulgare wurden aus dem Leitungswasser sowie aus Stühlen, Urinen und Duodenalinhaltungen von 51 Einwohnern der Stadt Greifswald eine große Zahl von Proteusstämmen gezüchtet. Klinisch handelte es sich um verschiedene Formen von Darmerkrankungen, die unter dem Bilde des Typhus abdominalis oder Paratyphus verliefen. Andere Kranke wurden unter ruhrverdächtigen Symptomen eingeliefert. Die Widalische Reaktion zeigte im allgemeinen einen unspezifischen Anstieg. Typhus-Ruhrerreger wurden nie gefunden. Bei anderen Kranken wurden gleichzeitig oder später Bazillen der Typhus-Ruhrgruppe gefunden. In diesen Fällen wird der Proteus als Schrittmacher für die spezifischen Krankheitserreger angesehen. Die Autoren fordern, daß dem Bacillus proteus als pathogenem Keime mehr Beachtung geschenkt werden sollte als bisher.

N. Henning, Leipzig.

3468.

Levanowitsch, Leo, **Die Mund- und Zahnpflege bei Geistes- und Nervenkranken.** (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 14, 1929.) Die Zahn- und Mundpflege Geistes- und Nervenkranker ist ein unentbehrlicher Teil der psychiatrischen Therapie. Es sind in der Anstalt oftmals ganz unerwartete Resultate erzielt worden durch nichtssagende Maßnahmen im Munde eines ständig sich selbst und die Umgebung quälenden Kranken. Durch das Auswaschen des Mundes, durch Säuberung der Zähne, hat so mancher Kranker besser zu essen angefangen, durch Abfeilen einer scharfen Zahnkante ist mancher Dekubitus an Zunge und Wangen beseitigt worden. Ebenso ist es manchmal gelungen, Gesichts- und andere Schmerzen bloß durch Behandlung der schuldigen marginalen Entzündung des Zahnfleisches oder Beseitigung der Zahnsteinansammlung zu mildern. Wichtige Resultate sind erzielt worden durch sachgemäße Anwendung verschiedenartiger Prothesen. Die Beobachtung ist in vielen Fällen gemacht worden, daß langjährige Anstaltsinsassen bedeutend weniger Erregungszustände bekamen, wenn sie sich an den Gebrauch der Prothesen gewöhnt hatten. Es ist zu fordern, daß der auf diesem Gebiete arbeitende Zahnarzt spezielle Erfahrungen und in allen vorkommenden Lagen, die ihm vom Psychiater gestellten Aufgaben zu lösen bereit und imstande ist.

L. Gordon, Berlin.

3469.

Büsing, **Ergebnisse systematischer Untersuchungen an den Gebieten der Erholungs- und Erholungsfürsorge für Schulkinder.** (Ztschr. f. Schulgespfl. u. Sozialhyg., 15, 1929.) Es wird unterschieden zwischen Erholungs- und Erholungsfürsorge. Erholungs- und Erholungsfürsorge. Es wurde festgestellt: die sogenannte psychische Erholung, d. h. der subjektive Eindruck des Arztes, ferner Gewicht, Länge, Umfang des rechten Oberarmes und des rechten Oberschenkels, Brustumfang, Spirometerbefund. Bei

den Wandergruppen war die psychische Erholung gut, Brustumfang und Spirometerwert nahmen zu, Gewicht und Länge nur wenig. Die Wanderungen wirken sehr günstig bei Adoleszentenherzen, auch bei gut kompensierten Mitralfehlern. Austausch Kinder nach Dänemark und Oesterreich zeigten gute Erholung mit Ausnahme von drei Knaben, die zu jung waren. Bei den übrigen Erholungs-zweigen: Unterbringung im Zeltlager, Tageskolonie an der See und Nordsee-Heimverschickung ist die Erholung stets dann gut, wenn die Indikationsstellung für die Verschickung richtig war.
Heymann, Berlin.

Infektionskrankheiten

3470.

Leschke, E., Ueber septische Erkrankungen. (Z. ärztl. Fortb. bildg., 26. Jahrg., Nr. 6.) Unter Sepsis versteht man eine Allgemeininfektion des Organismus, die von einem primären Herd ausgeht und bei der Krankheitskeime in die Blutbahn gelangen, so daß schließlich der lokale Prozeß im klinischen Bilde zurückgeht. Die Bakteriämie ist zwar ein wichtiges, aber kein pathognomonisches Symptom. Bakterien gelangen sehr häufig ins Blut, ohne daß eine Sepsis auftritt. Andererseits findet man schwere Sepsisfälle, die nach Schüttelfrost bakterienfreies Blut aufweisen, da die Zerfallsprodukte der Bakterien den Schüttelfrost auslösen. Eine Vermehrung derselben im strömenden Blut findet nicht statt. Bei der Bezeichnung der Sepsis werden Erkrankungen mit spezifischen Organerkrankungen hier nicht berücksichtigt. Etwa 80% aller Sepsisfälle werden durch Streptokokken verursacht, während die übrigen Bakterien wesentlich zurücktreten. Aetiologisch findet man Metastasenbildungen hauptsächlich bei Staphylokokkensepsis. Für die klinische Diagnose ist zu verwerfen: 1. die Fieberkurve mit dem remittierenden Fiebertypus, 2. die Steigerung der Pulsfrequenz in Verbindung mit Blutdrucksenkung, 3. der Milztumor, 4. das weiße Blutbild, das durch den Grad der Linksverschiebung die Schwere der Erkrankung erkennen läßt. Von den weniger wichtigen Symptomen seien noch feine Hautblutungen, Blutkörperchen im Sediment und Blutungen im Augenhintergrund erwähnt. Als Eintrittspforte stehen die Mandeln an erster Stelle, während die Zähne überschätzt werden. Aerztliche Eingriffe in infiziertem Gewebe oder im Anschluß an eine überstandene Infektion rufen oft Sepsis hervor. Hierher gehören Ausschläge von Mandeln nach Angina, Dehnungen der Zervix nach Abort usw. Die Prognose ist immer sehr ernst. Prophylaktisch kann man durch vorherige Immunisierung manches erreichen. Für die Behandlung bewährt sich erstens die Chemotherapie, von der das Optochin, Eukupin, das Toxotrophin als Chininderivate, ferner die Akridinfarbstoffe, die Metallverbindungen und die Pregelsche Lösung erwähnt werden. Die Serumbehandlung hat in den meisten Fällen versagt. Vakzino-therapie kommt nur für chronische Fälle in Frage; oft sehr wirksam ist der sogenannte Fixationsabszeß. Die chirurgische Behandlung würde am Platze sein, wenn es gelänge, den primären Sepsisherd zu beseitigen, was meist unmöglich ist. Dagegen hat die Venenunterbindung in letzter Zeit an Boden gewonnen. Die Allgemeinbehandlung erstreckt sich auf anregende Kost; Alkohol in kleinen Mengen ist nützlich, während er in großen Mengen den Körper schwächt. Die Behandlung der Kreislaufschwäche muß mit Gefäßmitteln durchgeführt werden. Nach der Entfieberung muß in überaus vorsichtiger Weise das Aufstehen herbeigeführt werden.

Kosminski, Berlin.

3470 a.

Siegl, J., Beobachtungen bei spontan geheilten Diphtherieerkrankungen. (Arch. Kinderheilk., 88., Heft 2/3, 1929.) (Univ.-Kinderklinik, Graz.) Der häufigste Weg der Spontanheilung einer Diphtherieerkrankung ist der ohne Antitoxinbildung. Es hat den Anschein, daß die Antitoxinbildung für die gesamte Diphtherieabwehr nur ein relativ untergeordneter Faktor ist.

Pogorschelsky, Breslau.

3471.

Seligmann, E., Ergebnisse der aktiven Schutzimpfung gegen Diphtherie nach einjähriger Durchprüfung in Berlin. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) (Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin.) Nach den Ergebnissen des ersten Jahres darf gesagt werden, daß die Diphtherieschutzimpfung gute Erfolge verspricht. Notwendig ist eine mindestens zweimalige, besser noch eine dreimalige Impfung. Verfasser empfiehlt ferner, das Zeitintervall zwischen den einzelnen Injektionen auf etwa 2 bis 3 Wochen zu verlängern. Es bleibt zu prüfen, ob unsere neutralisierten Impfstoffe schon das Höchstmögliche leisten, oder ob die mit einer Giftspritze versehenen Impfstoffe (Amerika) oder die in der neuesten Zeit empfohlenen Anatoxine uns noch weiterbringen. Auf die Entscheidung dieser Frage braucht man jedoch nicht zu warten; auch die heutigen

Impfstoffe, in erster Linie das T.A., sind wirksame Waffen. Sie in weitestem Maße anzuwenden, ist ärztliche Pflicht.
Arnold Hirsch, Berlin.

3472.

Banks, Hartley H., Intravenöse Scharlachantitoxininjektionen bei einer Schulepidemie. (Lancet, 216., 5520.) (Isolation Hospital and Sanatorium, Leicester.) 16 Fälle wurden im Frühstadium mit intravenösen Scharlachantitoxininjektionen anlässlich einer Scharlachepidemie in einer öffentlichen Schule behandelt. In allen diesen Fällen kam 12 bis 24 Stunden nach der Injektion es nicht mehr zur Weiterentwicklung der Krankheitserscheinungen. Keine Desquamation. Bloß in einem einzigen Fall, der erst am vierten Krankheitstage zur Behandlung kam, leichte Drüsenschwellung. Nach einer Woche durften die so behandelten Kinder aufstehen, nach 14 Tagen wurden sie entlassen. Im allgemeinen erhielten die Kinder das Serum in der Menge von 10 ccm am zweiten oder dritten Tage der Erkrankung. Keine unerwünschten Wirkungen der intravenösen Serumverabreichung.
Ashkenasy, Wien.

3472 a.

Redlich, F., Scharlachschiutzimpfung in Polen. (Seuchenbekämpfung, Nr. 3, 1929.) Die Dicktsche Reaktion kann in ihrer heutigen Form nicht als zuverlässiger Indikator des Scharlachimmunitätszustandes angesehen werden. Die Scharlachschiutzimpfungen haben die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Es ist unzweckmäßig, Scharlachschiutzimpfungen in Epidemiezeiten vorzunehmen, denn erstens besteht die Möglichkeit, daß die Immunisierung im Inkubationsstadium, also in der negativen Phase erfolgen kann, zweitens erfordert die evtl. eintretende Immunisierung eine längere Zeit und drittens besteht die Möglichkeit, daß die Impfungen während eines spontanen Abflauens der Epidemie vorgenommen werden. In diesem Falle gelangt man zu falschen Schlüssen über die Wirksamkeit der prophylaktischen Methode. Als Methode der Wahl muß man augenblicklich die Schutzimpfung mit dem Scharlachantitoxin anwenden. Durch Injektion von Scharlachheilserum kann nur in wenigen Fällen eine Umkehr der Dicktschen Reaktion erzielt werden. Vorläufig soll die aktive Immunisierung noch als Experiment von kompetenten Forschern ausgeführt werden, bis der endgültige Wert der Methode feststeht.
N. Henning, Leipzig.

3473.

Komarow, A. N., und A. A. Baryschew, Ueber Hautausschlag bei Grippe. (Wratsch. Gaset, 33., Nr. 1, 1929.) (Univ.-Klinik f. Infektionskrankheiten, Perm.) Unter 292 Grippekranken beobachteten die Verf. 46 Fälle (15,75%) mit Hautausschlägen. In 32 Fällen trat im Beginn der Erkrankung ein roseolo-papulöses Exanthem auf, das gewöhnlich auf dem ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes und der Extremitäten, zu sehen war. In anderen Fällen handelte es sich um roseolo-vesikuläres, scharlach- bzw. masernähnliches Exanthem; in 9 Fällen gingen die Roseola später in die urtikarielle Form über. Der grippeöse Ausschlag zeichnet sich durch folgende Merkmale aus: 1. Auftreten in der ersten Woche der Erkrankung, 2. Mannigfaltigkeit der Form, 3. kurze Dauer, 4. Verschwinden gleichzeitig mit dem Temperaturabfall, 5. Fehlen von Schuppung und Pigmentierung.

E. Kontorowitsch.

3474.

Gerbas, M., und A. Signa, Untersuchungen über die Bedeutung des Auftretens von Paratyphus und Koliagglutinine im Verlaufe der Typhusinfektion. (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 13, 1929.) Bei der Typhuserkrankung kommt es zum erhöhten Agglutinationstiter nicht nur gegen Typhusbazillen, sondern auch Bazillen der Paratyphus- und Koligruppe. Der Agglutinationstiter letzterer erreicht aber selbstverständlich nicht so hohe Werte als der des ersten. Den erhöhten Agglutinationstiter gegen Typhusbazillen erreicht man auch bei Gesunden mittels der Typhusvakzination, aber die Agglutinationsfähigkeit gegen die Paratyphus- und Koligruppe bleiben dabei nicht oder kaum beeinflusst. Auch die Erhöhung des Agglutinationstiters gegen Paratyphus- und und Koligruppe typhuskranker, mit Typhusvakzine behandelter Kinder unterscheidet sich kaum von der nichtbehandelter Kinder. Somit ist die Mitagglutination unabhängig von der Vakzine und ist auf biologische Veränderungen des Organismus durch die Krankheit zurückzuführen.
Eugen Stransky, Wien.

3475.

Cluver, Eustace, Orale Immunisation gegen Typhus abdomin. in Südafrika. (Lancet, 216., 5521.) Die Erfahrung mit peroraler Immunisation in Form von Darreichung von Pillen, von denen jede 0,015 g getrockneter Bazillensubstanz (gleich 45 000 Keimen pro Pille) enthält und von denen je eine morgens auf nüchternem Magen an drei aufeinanderfolgenden Tagen gegeben wurden, zeigten, daß diese Art der Immunisation der eingeborenen Bevölkerung der

Minendistrikte, aber auch der städtischen Siedlungen der Methode der parenteralen Immunisation vollständig gleichwertig ist. Die Immunität kommt bei peroraler Immunisation viel rascher als bei der parenteralen zustande. Die erste Methode weist noch folgende Vorteile auf: sie ist für den Patienten viel angenehmer und löst keine unerwünschte Reaktion aus. Ashkenasy, Wien.

3476.

Delbet, Osteoperiostitis typhosa am Schienbein. (J. Prat., Nr. 19, 1929.) Die Spätsiedlung des Typhusbazillus bei Individuen, die Typhus überstanden haben und unvollkommen gegen das Bakterium geimpft sind, bevorzugt die Rippen und die Knochenknorpelgrenze der Rippen, ferner den unteren Teil der Tibia und deren Facies interna. Die so entstehenden Osteoperiostitiden sind gutartig, weniger ernst die durch Strepto- oder Staphylokokken bedingten Erkrankungen. Nach Inzision heilen sie erstaunlich einfach. Die Frage, ob die Resorption dieser subperiostalen Ansammlung von Typhusbazillen auch durch ein Impfverfahren zu erreichen ist, steht zur Diskussion. Immerhin wird es sich verlohnen, in jedem solchen Falle vor der Inzision eine Typhusimpfung vorzunehmen. Wir erweisen damit dem Kranken einen wichtigen Dienst, denn wir vermehren seine Immunität, seine Widerstandskraft und ersparen ihm andere Lokalisationen, die sonst noch möglich wären. Held.

3477.

Alissow, P. A., N. J. Moroskin und E. S. Gurewitsch, Weitere Beobachtungen über die Behandlung des Typhus und Paratyphus „B“ durch Vakzinedarreichung per os. (Wratsch. Gaset, 33., Nr. 1, 1929.) (Univ.-Klinik f. Infektionskrh., Smolensk.) Bei Behandlung von Typhus und Paratyphus-„B“-Fällen erzielten die Verf. gute Erfolge durch Darreichung einer vom Institut Metschnikoff, Moskau, hergestellten Vakzine in Form von Tabletten, die je 100 Milliarden Bazillenkörper enthalten. Die Tabletten wurden an vier aufeinanderfolgenden Tagen (erster Tag 1 Tablette, zweiter Tag 2 Tabletten, dritter und vierter Tag je 3 Tabletten auf nüchternem Magen nach vorausgegangener Einnahme eines Abführmittels (Natriumsulfat) genommen. In seltenen Fällen wurde diese Kur beim Ausbleiben des therapeutischen Effektes nach 7 bis 8 Tagen wiederholt. Bei der Mehrzahl der Fälle zeigte sich nach der Vakzinedarreichung Verschwinden der Kopfschmerzen, Verminderung der Intoxikationserscheinungen, Temperaturabfall und insbesondere auffallende Besserung des Allgemeinzustandes. Je früher die Vakzinedarreichung, um so größer der Erfolg. E. Kontorowitsch.

3478.

Horder, Thomas, Postvakzinale zerebrale Symptome. (Lancet, 216., 5521.) (St. Bartholomew's Hospital, London.) Verf. berichtet über Benommenheit, Erbrechen, Temperatur- und Pulssteigerungen, positivem Liquorbefund und Hypotonus, welche Erscheinungen zwischen 11 und 15 Tage nach der Erstimpfung (an vier Stellen gleichzeitig) bei einem 4jährigen Kinde zum Vorschein kamen. Am 16. Tage erfolgte eine intrathekale Injektion von 5 ccm Blutserum, das von der Mutter des Kindes stammte, welche zugleich mit dem Kinde einer Revakzination sich unterzogen hatte und bei welcher diese einen vollkommen normalen Verlauf hatte. 24 Stunden nach der Injektion trat eine auffallende Besserung im Zustande des schwerkranken Kindes ein, welches in kurzer Zeit zur vollkommenen Heilung führte. Ashkenasy, Wien.

3479.

Aristowsky, W. M., und A. B. Weinstein, Versuche mit Vakzination des Menschen gegen Rückfallfieber. (Kasan. med. Z., 25., Heft 1.) (Mikrobiolog. Institut der Staatsunivers. Kasan.) Bei den Vakzinationsversuchen gegen Rückfallfieber mit durch Erwärmen auf 60° getöteten Rekurrensspirochäten erhielten die Verf. absolute Immunität nur gegenüber der Ausgangsrasse der Spirochäten. Dagegen wurden nach Vakzination durch Kulturen der Rezidivrasse im Serum keine Lysine weder gegen dieselbe Rasse noch gegen die Ausgangsrasse entdeckt, und die betreffenden Personen wiesen gegenüber der folgenden Infizierung keine Immunität auf. Das verschiedene Verhalten im Auftreten spezifischer Lysine im Serum zur Zeit der natürlichen Infektion mit den Rezidivstämmen einerseits und unter den Bedingungen der Vakzination durch getötete Kulturen derselben Rasse andererseits läßt sich durch die geringere Resistenz gegen thermische Einflüsse des Rezidivantigens im Vergleich zu dem Ausgangsantigen, dessen immunisatorische Eigenschaften auch nach einer zweistündlichen Erhitzung bis 60° nicht verloren gehen, erklären. Wenn die derzeitigen Versuche die Vakzination nur gegen die Ausgangsrasse allein erlauben, so kann diese doch eine praktische Bedeutung, und zwar hinsichtlich der spezifischen Prophylaxe gegen Rekurrens, haben, da wohl anzunehmen ist, daß die

Infektion mit Rückfallfieber beim Menschen häufiger durch die Spirochäte der Ausgangs- als durch die der Rezidivrasse erfolgt. E. Kontorowitsch.

Innere Medizin einschließt. Tuberkulose

3480.

Brauch, F., Magenfunktionsprüfung an Fällen von perniziöser Anämie nach Lebertherapie. (Fortschr. Ther., 5., Heft 13, 1929.) (Medizinische Universitätsklinik, Leipzig.) Die Durchführung des Histaminversuches bei 5 Fällen von perniziöser Anämie, bei denen die Einwirkung der Leber zwischen 7 und 16 Monaten schwankte, ergab, daß die Leberdiät hinsichtlich Beeinflussung der Achylia gastrica keinen Erfolg hat. E. Kontorowitsch.

3481.

Molnar, B., Die Zuckerkrankheit und die Steinkrankheiten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) An einem aus 323 Diabetikern, 949 Gallenstein- und 170 Nierensteinkranken bestehendem Krankenmaterial wird gezeigt, daß 22,3% der Diabetiker auch an Gallensteinen, 7,74% derselben auch an Nierensteinen leiden. Die Diabetes-Urolithiasiskombination kommt relativ noch häufiger vor als die der Diabetes-Cholelithiasis. Der Zusammenhang ist in einer großen Anzahl der Fälle konstitutionell (heredofamiliär) bedingt, häufig kommt eine familiäre Alternation vor, häufig geht ihnen eine Infektionskrankheit oder die Verminderung bzw. das Erlöschen der Keimdrüsenfunktion voraus, häufig werden sie von einer Achylia gastrica begleitet — lauter Zustände, welche mit Hypercholesterinämie verbunden sind. Arnold Hirsch, Berlin.

3482.

Neuburger, J., Agonale Blutzuckersteigerung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 28.) (Innere Abt. des Städt. Hindenburg-Krankenhauses, Berlin-Zehlendorf.) Blutzuckererhöhungen, wie sie bei der perniziösen Anämie behauptet werden, haben mit dem Wesen oder der Ursache der Grundkrankheit nichts gemein. Im extremen Stadium bilden sie dort wie bei allen Krankheiten eine rein agonale Erscheinung.

Sie treten unter Umständen auf, wie sie bei den meisten Morbunden zu bestimmten Zeiten gefunden werden, wohl als Folge ungenügender Oxydationsvorgänge und deren Reizwirkungen auf eine zentrale Zuckerregulation. Daher erklärt es sich, daß solche Erscheinungen auch bei schwerer Zyanose beobachtet worden sind, und deshalb ist der Vorgang der Zuckersteigerung letzten Endes ein reversibler Vorgang, der sich mit Besserung der gestörten O₂-Verhältnisse zur Norm zurückbildet, während er als agonale Erscheinung bis zum Ende fortbesteht. Die agonale Blutzuckersteigerung erreicht keine besondere Höhe, sie überschreitet auch nach Erfahrung Neuburgers die Grenze von 200 mg% gewöhnlich nicht (Hollinger). Nur beim Diabetes und bei den schwereren Fällen erlangt sie aus den angeführten Gründen höhere Werte. Der Zeitpunkt ihres Eintritts während der Agonie ist ebenso unbestimmt wie der Zeitpunkt des Maximums, und sie bleibt manchmal auch nicht bis zum eintretenden Tode bestehen.

Harnzucker tritt bei dieser agonalen Blutzuckersteigerung nicht auf.

Verfasser konnte mit seinen Beobachtungen die strittige Frage der scheinbaren Blutzuckererhöhung bei der perniziösen Anämie zu einer Klärung führen, und er hat darüber hinaus eine bisher zum Teil nicht beobachtete, zum anderen Teil eben in ihrem Wesen nicht richtig erkannte Blutzuckersteigerung (siehe Diabetes) gesehen. Der zunächst rein naturwissenschaftlich interessante Vorgang der agonalen Blutzuckersteigerung gewinnt jedoch für die Frage des Zuckerhaushalts praktische Bedeutung deshalb, weil es sich bei der agonalen Blutzuckersteigerung um einen regelmäßigen Vorgang handeln dürfte, der nicht von krankhaften Vorgängen abhängig ist, der vielmehr bisher vermutete gesetzmäßige Bindungen und Richtlinien der Zuckerregulation bestimmter vor Augen treten und damit vielleicht auch bald faßbar werden läßt. Man darf dies um so eher erwarten, als gleiche Blutzuckererhöhungen, wie man sie nunmehr agonal als regelmäßigen Vorgang kennen gelernt hat, nach den bisherigen Erfahrungen auch unter bestimmten krankhaften Vorgängen aufzutreten pflegen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3483.

Bier, Artur, Der Blutmilchsäurespiegel beim Morbus Basedow in der Ruhe und während der Arbeit. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 28.) (I. Inn. Abt. des städt. Krankenhauses am Urban, Berlin.) Der Milchsäurespiegel im venösen Blute des Basedowikers ist in der Ruhe stets erhöht. Er befindet sich an der oberen Grenze oder oberhalb der oberen Grenze der Norm. Bei geringfügiger Arbeit, die beim Gesunden kaum als Arbeit im Sinne des Wortes

gewertet wird, erscheinen im Blute des Basedowkranken als Ausdruck eines in unökonomischster Weise gesteigerten Stoffwechsels derartig erhöhte Milchsäuremengen, daß sie auf den Basedowkranken erschöpfend wirken müssen und seine leichte Ermüdbarkeit verständlich machen. Ebenso wie der in der Ruhe schon erhöhte Sauerstoffverbrauch des Basedowikers während der Arbeit zu außerordentlich hohen Werten ansteigt, erscheinen im Blut als Ausdruck dieser gesteigerten Verbrennungsvorgänge vermehrte Milchsäuremengen, deren steiles Ansteigen und langsames Absinken dem O₂-Verbrauch in der Arbeits- und in der Erholungsphase direkt proportional gesetzt werden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

3484.

Peters, J. Th., Hohe Salizylgaben bei der Behandlung der akuten und chronischen rheumatischen Polyarthritiden. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) (Krankenhaus Maria Stichting, Haarlem.) Im Interesse der Kranken mit akuter und chronischer rheumatischer Polyarthritiden fordert Verfasser, daß man die niedrige Salizyldosierung endgültig fallen läßt und in allen Fällen mit hohen Dosen beginnt. Bei akuten Prozessen erreicht man zunächst eine schnellere Heilung, was von dem sozialen Gesichtspunkte aus ein großer Vorteil ist. Des weiteren, was noch viel wichtiger ist, vergrößert man die Aussicht, eine vollständige Heilung der Endokarditis zu erzielen, wenn diese die Arthritiden begleitet. Zahllose vielverheißende junge Menschenleben werden noch jährlich durch verkehrte Behandlung der akuten rheumatischen Polyarthritiden zerstört. Viele Patienten mit chronischer rheumatischer Polyarthritiden schleppen sich als Sieche durchs Leben. Auch für diese besteht nach Ansicht des Verfassers — vorbehaltlich der Richtigkeit der Diagnose — bei Anwendung der hohen Salizyldosierung die Möglichkeit völliger Genesung.

Arnold Hirsch, Berlin.

3485.

Jürgens, Rudolf, Ueber den Einfluß von Moorbädern auf das rote und weiße Blutbild bei Rheumatikern. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 28.) (Staatl. Institut für Rheuma-Forschung, Bad Elster.) Blutuntersuchungen von Rheumatikern nach Moorbäderbehandlung zeigen, daß nach den ersten Moorbädern plötzlich hohe Leukozytenzahlen mit Neutrophilie und Linksverschiebung auftreten.

Diese Blutreaktionen treten bei Verabfolgung jedes einzelnen Moorbades ein. Auf der Höhe des Schweißausbruches kurz nach dem Bade ist das Maximum erreicht. Nach Verlauf von wenigen Stunden kommt es zum Abfall.

Während der Moorbadekur treten diese Erscheinungen am stärksten bei der sogenannten Badereaktion auf; sie gehen nach dem 18. bis 20. Moorbade zurück. An ihre Stelle treten hohe Lymphozytenwerte.

Nach längerer Einwirkung von Moorbädern erhöht sich zugleich mit der allgemeinen Reaktion des Körpers die Zahl der vitalgranulierten Erythrozyten des peripherischen Blutes von der Norm (3 bis 4%) auf 25 bis 30%. Zugleich tritt eine Linksverschiebung des roten Blutbildes ein.

Der Anstieg der Leukozytenzahlen und die Linksverschiebung der weißen Blutzellen treten nach jedem Bade auf, während die Zahl der vitalgranulierten Erythrozyten allmählich ansteigt und bis zum Abschluß der Kur bestehen bleibt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3486.

Ditges, H. J., Senkungsreaktion und weißes Blutbild bei rheumatischen Erkrankungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 28.) (Landesbad der Rheinprovinz, Aachen.) Von 52 Fällen von Infektarthritiden mit beschleunigter Senkungsreaktion war bei 44 Fällen eine Vermehrung der Lymphozyten und Mononukleären nachzuweisen, nur in vier Fällen bestand Lymphopenie ohne Vermehrung der Mononukleären, es handelt sich um Fälle, die klinisch durch geringe Aktivität gekennzeichnet waren. Von den fünf Fällen mit normaler Senkungsreaktion zeigten drei eine Lymphozytose und ein Fall Vermehrung der Mononukleären. Vermehrung der Gesamtzahl der Leukozyten war in 34 von 52 Fällen festzustellen. Linksverschiebung in 30 von 45 Fällen, Eosinophilie in 11 von 52 Fällen. Zwischen klinischem Befund und weißem Blutbild einerseits, zwischen Senkungsreaktion und weißem Blutbild andererseits fand sich keine Proportionalität. Da ein Parallelgehen der Senkungsreaktion mit dem klinischen Bild bereits festgestellt wurde, folgt daraus, daß die Senkungsreaktion der morphologischen Blutuntersuchung in diagnostischer und prognostischer Hinsicht weit überlegen ist. Am häufigsten findet sich eine Uebereinstimmung zwischen erhöhter Senkungsreaktion und Lymphozytose; doch scheint die Lymphozytose bei Abheilen der Entzündung länger vorzuhalten und beruht vielleicht auf konstitutionellen Momenten. Die außerordentliche Häufigkeit der Lymphozytose bei Infekt-

arthritiden, wie sie eine Anzahl Autoren beobachten, wird vom Verfasser bestätigt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3487.

v. Deschwanden, J., Verlauf der Blutzuckerkurven bei Mast- und Entfettungskuren im Hochgebirge. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 26.) Bei zwei gleichalterigen Personen, wovon die eine sehr dick (fettstüchtig) ist und in der Höhe stark an Körpergewicht verloren hat, die andere sehr mager (asthenisch) und unter gleichen Verhältnissen stark zugenommen hat, wurden die Blutzuckerwerte untersucht, und zwar ohne und mit direkter Wirkung der Sonnenstrahlung.

Das Höhenklima vermag beim Fettsüchtigen, falls er an Körpergewicht verliert, die Gegenregulation des Blutzuckers zu aktivieren, ohne daß dadurch eine wesentliche bessere Funktion des Inselorgans bedingt wird, oder daß letztere infolge der starken Gegenregulation sich nicht auswirken kann. Verzeichnet der Astheniker in der Höhe eine starke Gewichtszunahme, so wird hingegen die Gegenregulation herabgesetzt und die Inselfunktion verbessert, wodurch Hypoglykämie mit ihren bekannten Auswirkungen auf den Stoffwechsel auftritt. Das wirksame Agens ist vor allen Dingen die Höhensonnenstrahlung. Da nun aber die Strahlung in der Höhe eine größere ist als im Tiefland, so treten diese Wirkungen in vermindertem Maße auch beim „bloßen“ Hochgebirgsaufenthalte ohne direkte „Sonnenkur“ auf. Verstärkt werden dieselben durch die direkte Sonnenbestrahlung.

Auf Grund der Untersuchungen bei zwei Personen können allerdings noch keine vollständigen Schlüsse gezogen werden; ein größeres Untersuchungsmaterial müßte nachgeprüft werden. Immerhin kann aus diesen einzelnen Untersuchungen geschlossen werden, daß endogene Ursachen der Fettsucht und der Asthenie durch einen Hochgebirgsaufenthalt geändert werden können, wodurch sich das Körpergewicht der Norm nähert. In den untersuchten Fällen scheinen diese endogenen Ursachen auf einer Dysfunktion der Schilddrüse und der Nebenniere einerseits und des Inselorgans andererseits zu beruhen, oder in einer veränderten Korrelation der Funktionen dieser Drüsen.

Depisch und Hasenöhl fanden bei einem normalen dicken Menschen, welcher nur bei knapper Nahrungszufuhr eine Zunahme seines Körpergewichts verhindern kann, reichliche Insulinproduktion und schwache Gegenregulation, der Gipfel der Blutzuckerkurve, der alimentären Hyperglykämie ist mäßig hoch, deutliche und starke hypoglykämische Phase, bei einem normalen, mageren Menschen, welcher trotz reichlicher Nahrungszufuhr immer mager ist, reichliche Insulinproduktion und schwache Gegenregulation, der Blutzuckergipfel der alimentären Hyperglykämie ist hoch, keine eigentliche hypoglykämische Phase. Nach den gleichen Untersuchungen vermag eine Insulinmastkur beim Astheniker die Blutzuckerkurve derart zu verändern, daß diese derjenigen bei progredienter Fettsucht ähnlich ist. Dasselbe dürfte nach den Untersuchungen des Verfassers auch durch das Höhenklima bzw. durch die Höhensonnenbestrahlung geschehen beim Astheniker, welcher an Körpergewicht zunimmt; das Gegenteil tritt ein beim Fettsüchtigen, welcher an Körpergewicht verliert.

Die Blutzuckerkurve der alimentären Hyperglykämie kann deshalb wertvolle Dienste leisten zur Prognosestellung, wenn Astheniker oder Fettsüchtige zu therapeutischen Zwecken in die Höhe geschickt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3488.

Grumme, Zur Kropfbehandlung, insbesondere zur Vollsalsprophylaxe. (Zbl. f. inn. Med., Jg. 50, Nr. 29.) Ausgehend von der Jodmangeltherapie als der plausibelsten Annahme der Kropfentstehung anerkennt Verfasser die Erfolge der Kropfprophylaxe durch Vollsals und gibt zu, daß Schäden in Form des Jodbasedow gering sind. Auf Grund langjähriger Beschäftigung mit der Jodfrage und der Physiologie der Ernährung hält Verfasser die Vollsalsverwendung aber nur für einen brauchbaren Notbehelf. Die ideale Prophylaxe ist Jodzufuhr durch die Nahrung: Trumpp (Münch. Med. Wo., Nr. 39, 1929) hat als jodhaltige Nahrung Lebertran, Zitronensaft und Jodanreicherung der Milch empfohlen, wobei Jodkali dem Futter der Milchtiere oder der Milch selbst beigegeben wird, was aber nur in Molkereien, nicht beim Selbstversorger durchführbar ist. Die Jodarmut der Nahrung mancher Gegenden kann durch Joddüngung behoben werden, doch wird lange Zeit vergehen, bis allgemein Futterpflanzen und Gemüse den optimalen Jodgehalt besitzen. Als jodhaltige Nahrung werden Seefische empfohlen: kleinere Fische fressen jodhaltige Meeresalgen, größere Fische leben von kleineren. Endemischer Kropf ist in Küstengegenden unbekannt.

Da Mineralsalze nur in körperkonformer, in der Passage durch Pflanzen entstandener Beschaffenheit „Nährsalze“ sind, ist Nahrungsjod dem reizend wirkenden Arzneijod vorzuziehen. Bei Jodkalltherapie findet sich nur anorganisches Jod im Blut. Er-

scheint Arzneijod erforderlich, so ist Jodeiweiß in Form des Jodtropen das Mittel der Wahl, nach dessen Einnehmen sich 10 bis 20% Jod in organischer Bindung im Blut bei Mensch und Tier findet. Vor dem jodhaltigen Vollsatz verdient Jodtropen wegen der Dosierbarkeit und der Vermeidung wilder Selbstbehandlung infolge ärztlicher Verordnung den Vorzug.

Gustav Hoffmann, Nürnberg.

3489.

Derssler, Wilhelm, und Robert Fischer, Ueber Trikuspidalstenose. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 28.) (Aus dem Spital des Vereins „Herzstation“, Wien.) Die Trikuspidalstenose (Tr. St.) ist ein bei weitem häufigerer Klappenfehler, als in den Lehrbüchern angegeben wird. Im Autopsiematerial der Herzstation findet sie sich in 24% der endokarditischen Vitien. Es kann daher der Tr. St. eine erhebliche praktische Bedeutung nicht abgesprochen werden. Die reine Tr. I. ist viel seltener als die Tr. St., die wohl in der Regel mit einem mehr oder minder hohen Grad von Insuffizienz vereinigt ist.

Die Tr. St. erreicht sehr selten jenen hohen Grad wie die Stenose des linken venösen Ostiums. Sie ist stets mit einer Mi. St. kombiniert, sehr häufig auch mit einem Ao.-Vitium. — Der rechte Vorhof ist fast immer sehr beträchtlich dilatiert und hypertrophisch. Der linke Vorhof ist oft nicht so stark erweitert, als dem komplizierenden Mitralklappenfehler allein zukommen würde.

Das weibliche Geschlecht ist an der Tr. St. viel stärker beteiligt als das männliche.

Die Stenose des rechten venösen Ostiums ist fast postfetal akquiriert. Ein kongenitale Entstehung kommt nur ausnahmsweise vor. Die häufigste Ursache ist der akute Gelenkrheumatismus.

Die für die Diagnosestellung wichtigsten Zeichen der Tr. St. sind: dauernde Zyanose, subikterisches Kolorit und insbesondere die Lebervergrößerung. Symptome, die auch dann noch bestehen bleiben, wenn Oedeme und andere Dekompensationszeichen schwinden. Die Venenpulssymptome (große a-Welle) haben nur geringen Wert für die Diagnose, wohl aber der aurikuläre Leberpuls, der an sich kein pathognomonisches Zeichen der Tr. St., doch immerhin ein sehr wertvolles Symptom für die Erkennung dieses Klappenfehlers darstellt. Gewöhnlich zeigt der Leberpuls neben der prä-systolischen Welle noch eine zweite Erhebung (v-Welle); dieser doppelte Leberpuls kann leicht durch die Palpation festgestellt werden. Eine beträchtliche Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts ist ein sehr konstantes Symptom der Tr. St. Dagegen kommt den Geräuschen über der Tr. nur eine sehr geringe Bedeutung zu, da ihre Abgrenzung von den der gleichzeitig bestehenden Mi. St. zugehörigen auskultatorischen Erscheinungen sehr schwierig ist. Auch fehlen Geräusche häufig vollkommen über der Tr. Der zweite Pulmonalton ist meist akzentuiert als Folge des begleitenden Mi.-Fehlers. Auffallend ist das häufige Erhaltenbleiben des Sinusrhythmus trotz des gleichzeitigen Vorhandenseins einer schweren Mi.-St.

Röntgenologisch fällt die Verbreiterung des Herzens nach rechts auf, weiterhin in manchen Fällen das Fehlen einer Lungenstauung und die geringe Erweiterung des linken Vorhofes bei gleichzeitig bestehender Mi.-St.

Oedeme fehlen mitunter vollkommen, sind aber in der Mehrzahl der Fälle doch stark entwickelt. Aszites steht nur sehr selten im Vordergrund der Dekompensationserscheinungen, wohl aber die Vergrößerung der Leber.

Die Tr. St. kann mit Hilfe der angegebenen Symptome in einem ziemlich hohen Prozentsatz der Fälle erkannt werden, zumal, wenn Sinusrhythmus besteht. Ist aber Vorhofflimmern vorhanden, so kann doch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Diagnose Tr.-St. gestellt werden, wenn eine starke permanente Lebervergrößerung ohne oder mit nur wenig ausgesprochenem systolischem Leberpuls nachweisbar ist.

Die Prognose eines Herzfehlers wird durch das Hinzutreten einer Tr. St. in der Regel erheblich verschlimmert. Doch ist andererseits das Bestehen einer Tr. St. mit einem langdauernden Zustande guter Kompensation, ja sogar mit einem arbeitsamen Leben vereinbar. Die Kompensation wird vornehmlich durch die Hypertrophie des rechten Vorhofes bewerkstelligt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3490.

Turkeltaub, M. S., Die Wirkung der CO₂-Bäder auf das Vorhofflimmern. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 21.) Ukrainisches Physio-Balneologisches Institut, Odessa.) Die Kranken mit deutlichen Erscheinungen von Vorhofflimmern vertragen die CO₂-Bäder äußerst schlecht, und nur in leichteren Fällen wird nach einer solchen Kur Besserung beobachtet, obgleich auch hier außer den Bädern in erster Linie Ruhe und Herzmittel therapeutisch in Betracht kommen. Da die CO₂-Bäder den Herzmuskel stark in Anspruch nehmen, sind sie bei Flimmerarrhythmien kontraindiziert.

E. Kontorowitsch.

3491.

Lebermann, Ferdinand, Bekämpfung des Herzkollapses. (Med. Welt, 1929, Nr. 25.) Das Herzanaaleptikum der Wahl ist das Koffein, Kampfer ist dagegen abzulehnen. Das normale Minutenvolumen des Herzens läßt sich lediglich durch Koffein und Adrenalin, nicht jedoch durch Kampfer steigern. Auch die Digitalisstoffe sind nicht dazu imstande. Die Kampferwirkung ist sehr unsicher. In den Fällen, in denen er wirksam ist, scheint es sich um eine Verdrängung von Herzgiften aus dem Herzmuskel zu handeln. In größeren Dosen erzeugt Kampfer sogar Herzschwäche. Der Nutzen des Kampfers liegt in der Erweiterung der kontrahierten Lungengefäße und in einer Erleichterung des Auswurfs. Seine Anwendung empfiehlt sich aus diesem Grunde besonders bei Pneumonien und Bronchitiden. Die synthetischen Präparate, Cardiazol, Coramin und Hexeton, wirken ähnlich wie Kampfer und sind also nicht herzanaaleptisch wirksam. Sie vermögen jedoch das Vasomotorenzentrum anzuregen und so einen zentralen Gefäßkollaps zu bekämpfen.

L. Gordon, Berlin.

3492.

Fahrenkamp, K., Ueber kombinierte intravenöse Strophanthin-Cardiazol-Behandlung des chronisch Herzkranken. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 8, 1929.) (Innere Abt. des Mutterhauses vom Rofen Kreuz, Stuttgart-Cannstatt.) Die kombinierte Strophanthin-Cardiazol-Behandlung ist eine „zwischen-geschaltete“ Strophanthinserienbehandlung unter wesentlicher Verringerung der Strophanthineinzel- und -gesamtdosis durch die Mitwirkung des Cardiazols. Diese Therapie schafft — nach den Beobachtungen des Verfassers — bei dem trotz (bzw. wegen) Digitalisdarreichung in Stauung geratenen Herzkranken den Boden für eine neue wirksame Digitalisbehandlung, die eine neue eintretende Stauung verhüten soll. Sie stellt also keine Dauerbehandlung des chronisch Herzkranken dar, sondern wird nach der Entwässerung des Patienten wieder durch die Digitalistherapie ersetzt, deren Dosis jetzt auf lange Zeit hinaus wesentlich verringert werden kann. Verfasser berichtet ausführlich über einige Fälle, bei denen er durch Injektionen von Strophanthin, compositum Boehringer (1 ccm = 0,25 mg Strophanthin + 0,1 g Cardiazol) die Arbeitsfähigkeit der Patienten wiederherstellte.

E. Kontorowitsch.

3493.

Leffkowitz, M., Die Behandlung des Asthma bronchiale durch den praktischen Arzt. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) (II. Inn. Abt. d. Krankenhauses Moabit.) Die Diagnose und Behandlung des Bronchialasthmas ist meist Sache des praktischen Arztes. Der Klinik gegenüber hat er den Vorteil der Milieukenntnis und der längeren Beobachtungsmöglichkeit. Das kommt sowohl den Patienten wie auch der wissenschaftlichen Erforschung des Asthmas zugute.

Es wird der Vorschlag der Zusammenarbeit zwischen Praktiker und Zentralstellen zur Ueberwachung des wissenschaftlichen Materials und zur späteren Durcharbeitung gemacht, um noch offene Fragen, besonders der Therapie, zu klären.

Arnold Hirsch, Berlin.

3494.

Levy, Erna, Ueber die Technik und die therapeutische Bedeutung der Atemgymnastik. (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 13, 1929.) Bei der sogenannten „Atemgymnastik“ handelt es sich im wesentlichen darum, „durch Erarbeitung einer Atmung, die sich auf dem Wege über das Bewußtsein vom bewußten Willen freigemacht hat, eine Möglichkeit der regenerativen Gestaltung des Menschen von innen heraus zu schaffen. Auf diesem Wege vollziehen sich, abbauend und aufbauend, lebensfördernde Prozesse, die in den Händen des Arztes der Therapie nutzbar gemacht werden können. Sie vollziehen sich durch Auseinandersetzung der vitalen Funktionen des Menschen mit den Naturgesetzen; die Beziehung zwischen Funktion und Gesetz wird erlebnis- und erkenntnismäßig erarbeitet, woraus Energien resultieren, die gewissermaßen „in statu nascendi“ vom Körper aufgenommen und fruchtbar gemacht werden.“ Beschreibung der Methodik und Mitteilung einiger einschlägiger Fälle.

E. Kontorowitsch.

3495.

Mandowsky, Curt, Zur Uebersventilation. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 28.) In der Uebersventilationstetanie tritt Hypoglykämie auf; auch beim Diabetiker sinkt der Blutzuckerspiegel in der Uebersventilation ab.

Durch genügend hohe Traubenzuckergaben wird der tetanische Anfall verhindert.

Es wird bei der Uebersventilation Temperatursteigerung und Schweißausbruch beobachtet, letzterer zur Demonstration pathologischer Schweißdrüsensekretion benutzt.

Beim fixierten Hypertonus sinkt wie beim normalen der Blutdruck, beim labilen Hypertonus steigt er unter gleichzeitigem

Auftreten der Beschwerden (anginöse Beschwerden, Kopfschmerz usw.).

Der Organschmerz wird bei verschiedenen Erkrankungen der Abdominalorgane durch Ueberspannung manifest; dabei gelingt mitunter der Nachweis Headscher Zonen. Bestehende Headsche Zonen werden größer.

Von neurologischen Symptomen wird außer dem schon bekannten Manifestwerden eines unsicheren Babinski (Rosett) das Auftreten eines sicheren Rossolimo bei vorher fraglichem Befund und der Pupillenstarre bei vorher träger Lichtreaktion beobachtet.

Es gelingt, durch Ueberspannung den Anfall bei Paralyse, Schizophrenie u. a. hervorzurufen. Arnold Hirsch, Berlin.

3495 a.

White, Robert B., und E. Starr-Judd, **Lipom des Magens**. (Amer. J. Surg., New Series, 6., Nr. 5, Mai 1929.) 14 Fälle aus der Literatur, von denen nur 2 bei der Operation gefunden wurden. Einmal waren vorher heftige Lebschmerzen, besonders im Epigastrium, aufgetreten, das andere Mal langdauernde blutige-schleimige Durchfälle. In einem eigenen Fall waren in 5 Jahren 6 Anfälle von heftigen, bohrenden Schmerzen und Völlegefühl im Magen aufgetreten mit schwerer Blutung (Teerstühle). Exzision eines Lipoms, dem an einer Stelle die Magenschleimhaut adhären und ulzeriert war. — Symptome nur durch sekundäre Veränderungen (Ulzerationen, Pylorusstenose).

E. Gohrbandt, Berlin.

3496.

Fröer, Ueber die medikamentöse Behandlung der **Ulcus ventriculi**, **Ulcus duodeni** und ihrer Begleiterscheinungen, insbesondere mit „**Gelonida stomachica**“. (Z. inn. Med., Jahrg., 50, Nr. 25.) **Gelonida stomachica**, Extr. Belladonnae, Bismut. subnit. und Magnesia usta enthaltend, haben sich bei der internen Behandlung der **Ulcera ventriculi** und **duodeni** neben der diätetischen Beeinflussung am Hedwigkrankenhaus zu Bad Warmbrunn gut bewährt. Sie werden auch zur Nachbehandlung Operierter empfohlen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

3497.

Milroy, G. W., **Iktusindex im Blutserum**. (Lancet, 216., 5519.) (Royal Albert Edward Infirmary, Wigan, Engl.) Es handelt sich um die kolorimetrische Bestimmung des Bilirubingehaltes des Blutserums, der in diagnostischer Beziehung für die Differenzierung der Gallenblasenaffektionen von gastrischen Duodenalen, renalen und appendizitischen Störungen wichtig ist. Von besonderer Bedeutung ist die Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs und perniziöser Anämie auf dem Wege der Bestimmung des Iktusindex, der bei letzterer erhöht ist. Auch in Fällen von klinisch schwer deutbaren Herzerkrankungen erweist sich die Bestimmung des Bilirubingehaltes des Serums von Wert.

Ashkenasy, Wien.

3498.

Mostkow, A. J., **Die diagnostische Bedeutung des „paravertebralen Symptoms“ von Skwirski bei Cholezystitis**. (Klin. Med. russ., 10. Jahrg., 7., Heft 1 (100).) 1927 gab Skwirski (Leningrad) zur Diagnose der Cholezystitis folgendes Symptom an: Wenn man bei einem Kranken mit akuter bzw. subakuter Cholezystitis an der Gallenblase gegenüberliegenden Stelle, also etwas rechts von der Wirbelsäule (paravertebral) auf der Höhe des 9. bis 11. Brustwirbels einen Druck mittels eines Fingers oder eine leichte Beklopfung mit der Handkante ausübt, so verspürt der Patient sowohl an dieser Stelle (paravertebral) als auch vorn in der Gallenblasegegend einen Schmerz. In den akuten Fällen wird dadurch ein so heftiger Schmerz ausgelöst, daß der Kranke fast immer reflektorisch mit der Hand nach der rechten Unterrippengegend greift. Besonders demonstrativ ist dieses Phänomen in den chronischen oder subakuten Cholezystitisfällen. Verfasser prüfte das erwähnte Symptom an einem großen klinischen und poliklinischen Material und konnte sich von seinem diagnostischen Wert überzeugen. Auch bei ganz isolierter Erkrankung der Gallenblase ohne Verwachsungen und Veränderungen in den Nachbarorganen wird das „paravertebrale Symptom“ vorgefunden. Bei Erkrankungsprozessen unter dem rechten Rippenbogen weist sein Vorhandensein in Verbindung mit anderen Untersuchungsmethoden auf die Miterkrankung der Gallenblase hin. Bei rezidivierender Cholezystitis zur Zeit der Remission stimmt das „paravertebrale Symptom“ mit dem palpatorischen Schmerz überein und tritt zurück bzw. ist nicht so ausgesprochen bei Fehlen des letzteren. In chronischen bzw. subakuten Cholezystitisfällen cum et sine concremento, mit Schrumpfung oder Hydrops der Gallenblase, Verwachsungen der letzteren mit den benachbarten Organen oder beim Uebergang des entzündlichen Prozesses auf Leber, Duodenum, Pankreas usw. ist es den hier vorhandenen Spontanschmerzen koordiniert, wobei es desto deutlicher auftritt, je intensiver diese sind. Als operative

Indikation hat dieses Symptom große Bedeutung. Auch differentialdiagnostisch hat es sich in einer Reihe von Fällen bewährt. So war es bei Nephropathien, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren und bei Appendizitis stets negativ. Verfasser teilt einige ausgewählte Krankengeschichten mit, bei denen die auf Grund des erwähnten Symptoms gestellte Diagnose durch die Operation bestätigt wurde.

E. Kontorowitsch.

3499.

Alvarez, C., **Thrombophlebitis splenica**. (Prensa med. argent., 16., 1.) Verfasser beschreibt zwei Fälle, die folgende charakteristische Symptome aufwiesen: Chronische Splenomegalie, welche im Laufe der Zeit ziemlich hohe Grade erreichte. Anämie vom chlorotischen Typus mit niedrigen Erythrozytenwerten, Leukopenie und relativer Lymphozytose. Zu diesen beiden Symptomen, die jahrelang persistierten, gesellten sich dann noch folgende: heftige, öfters sich wiederholende Anfälle von Hämatemesis, Fieber und Aszites. Die Krankheit trat in beiden Fällen im Kindesalter auf; weder hereditäre noch familiäre Momente waren in beiden Fällen nachzuweisen. Die Milz zeichnete sich durch eine glatte Oberfläche und derbe Konsistenz aus, ihre Vergrößerung setzte als erstes Krankheitszeichen ein. In anderen, in der Literatur beschriebenen Fällen, bildeten schwere Hämatemesis und Meläna, welche mit einer gleichzeitigen Volumabnahme der Milz einhergingen, das erste Krankheitszeichen. Das kapiöse Bluterbrechen führte nicht selten zum Tode.

Ashkenasy, Wien.

3500.

Rosenblüth, E., und S. Wassermann, **Cheyne-Stokes und Urämie**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 28.) (I. med. Universitätsklinik, Wien.) Cheyne-Stokes-Atmen ist in erster Linie ein Kreislaufphänomen.

Kranke mit Niereninsuffizienz (Urämie) zeigen überwiegend eine große, tiefe Atmung, keinen Cheyne-Stokes.

Ist bei Nierenkranken Cheyne-Stokes-Atmung vorhanden, so läßt sie sich auf eine gleichzeitig vorhandene Herzinsuffizienz zurückführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3501.

Popper, Ludwig, **Zur Klinik der echten (chronischen) Urämie** (Med. Klin., Nr. 24, 1929.) (I. Med. Abtlg. des Allgemeinen Krankenhauses in Wien.) Es werden Fälle von Schrumpfnieren im Stadium der Niereninsuffizienz mit normalen Blutdruckwerten und unbeträchtlicher Herzhypertrophie beschrieben. Verfasser konnte auch Fälle von Anurie ohne Blutdrucksteigerung beobachten. Im Serum aller Fälle konnte Harnfarbstoff nachgewiesen werden. Das vielen Nephritikern eigentümliche, in diesen Fällen besonders ausgeprägte graugelbliche Hautkolorit ist auf Urochromanhäufung zurückzuführen. Die Urochromretention im Blut kann mit Hilfe einer einfachen Methode nachgewiesen werden. Die Einzelheiten der Methode müssen im Originalartikel nachgelesen werden.

L. Gordon, Berlin.

3502.

Hess Thaysen, Th. E., **Akute pankreatogene Fettdiarrhöe als Komplikation chronischer Kolitis**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (Med. Abt. d. St. Elisabeth-Hospitals, Kopenhagen.) Es werden drei Fälle akuter pankreatogener Fettdiarrhöe beschrieben, charakterisiert durch plötzlich auftretende Schmerzen im Abdomen, ausstrahlend nach dem Rücken, zuweilen mit Erbrechen und leichtem Temperaturanstieg, Fettdiarrhöe und in zwei von den Fällen alimentärer Glykosurie von diabetischem Typ und erhöhter Diastasezahl im Harn.

In den zwei Fällen trat die akute pankreatogene Fettdiarrhöe als Komplikation einer chronischen Kolitis, im dritten Falle wahrscheinlich im Anschluß an einen akuten Duodenalkatarrh auf. Die Patienten hatten niemals vorher Anzeichen eines **Ulcus ventriculi** oder **duodeni**, ebensowenig einer Cholelithiasis, und die Anfälle waren durch keinerlei Gelbsucht kompliziert. Sie klangen sehr rasch wieder ab. Schmerzen, Temperaturanstieg und Fettdiarrhöe waren im Laufe weniger Tage geschwunden.

Die akute pankreatogene Fettdiarrhöe wird auf eine leichtere Form der Pankreatitis zurückgeführt, welche von dem Verfasser als akute benigne Pankreatitis bezeichnet wird. Letztere kann auch ohne Fettdiarrhöe verlaufen mit anfallsweise auftretenden Schmerzen im Abdomen, mehr oder weniger ausgeprägten Allgemeinsymptomen, zeitweise Glykosurie und erhöhter Diastasezahl. Ihre Bedeutung liegt teils darin, daß sie eine chronische Pankreatitis mit Diabetes verursachen kann, teils darin, daß sie Schmerzattacken sonst rätselhaften Ursprunges bei magen- oder darmkranken Patienten richtig zu erklären vermag.

Die Behandlung der akuten pankreatogenen Fettdiarrhöe besteht in Bettruhe, Opiaten, Umschlägen und kleinen Dosen roher Milch, später schonender Diät.

Arnold Hirsch, Berlin.

3503.

Sholty, W. S., Die therapeutische Verwendung von Kalzium bei Kolitis. (Klin. Med., russ., 10. Jahrg., 7. Heft 1 [100]). In 8 Fällen von chronischer Kolitis, die durch rein diätetische und medikamentöse Behandlung unbeeinflusst blieben, erzielte Verf. nach intravenöser Einspritzung von Chlorkalzium guten therapeutischen Erfolg. Er verwendete eine 5- bis 8- bzw. 10prozentige Lösung, die in steigenden Dosen: 5,0—7,5—10,0 ccm, einmal täglich, in die Armvene eingespritzt wurde. Insgesamt bekamen die Pat. 8 bis 15 Einspritzungen. E. Kontorowitsch.

3504.

Pick, Ernst, Ueber die gastrische Form der Tetanie. (Med. Klin., Nr. 25, 1929.) Es werden zwei Fälle von akuter Tetanie mit gastrischen Symptomen beschrieben. Im ersten Falle treten die Magenkrämpfe gleichzeitig mit einem Tetanieanfall auf, im zweiten Falle bilden sie das einzige manifeste Zeichen der akuten Tetanie. Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der intravenösen Kalziuminjektion wird hervorgehoben. L. Gordon, Berlin.

3505.

Misch, Walter, und Manfred Landsberg, Zur Klinik der diffusen Sarkomatose der spinalen Meningen. (Med. Klin., Nr. 24, 1929.) Besteht bei einem Kind oder Jugendlichen eine akute bis subakute Erkrankung, die klinisch und liquorserologisch zunächst als Meningitis tuberculosa erscheint oder bei der sich ziemlich rasch das Bild einer Querschnittsmyelitis des Halsmarks oder oberen Brustmarks mit Meningitisliquor entwickelt, so ist an eine diffuse Sarkomatose der spinalen Meningen zu denken. Besondere Beachtung ist der Xanthochromie des Liquors zu schenken. Die sichere Diagnose läßt sich nur durch Nachweis von Geschwulstzellen im Liquor stellen. L. Gordon, Berlin.

3506.

Gedroitz, W. J., Die Aussichten der Organtherapie beim Krebs. (Wratsch. Dielo, 11. Jahrg., Nr. 20 und 21.) Wenn auch die langjährigen Erfahrungen der Verfasserin mit der Organtherapie bei Karzinomkranken bisher keine optimistischen Aussichten eröffneten, so ist sie doch der Ansicht, daß die eingepflanzte Schilddrüse bzw. deren innerlich verabreichte Präparate bei Kranken mit inoperablen Karzinomen ein Anhalten des Prozesses begünstigt, ein Rezidiv nach der Operation für längere Zeit verhüten kann und bei früher Radikaloperation ein gewisses Hilfsmittel darstellt. Man wird jedoch an Hand eines großen klinischen Materials mehr Erfahrungen sammeln müssen, um hier Klarheit schaffen zu können. Die Schilddrüsensubstanz wurde stets in kleineren Dosen verabreicht: von 0,1—1,0 g in 24 Stunden mit dreitägigen Pausen. Hyperthyreotische Erscheinungen traten danach nie auf. Die Einpflanzung der Schilddrüse geschah unter der Haut nach Christiani. Verf. behandelte auf diese Weise mit verschiedenem Erfolge Magen-, Leber-, Oberkiefer-, Harnblasen-, Uterus- und Mammakarzinome. E. Kontorowitsch.

3507.

Kröber, Praktische Beiträge zur Hefetherapie. (Fortschr. Ther., 5., Heft 13, 1929.) Es wird über Erfahrungen mit Levurinose berichtet, welche sich therapeutisch in folgenden Fällen bewährte: Hämorrhoidal- und Stuhlbeschwerden, Fissura ani (Levurinose innerlich und 20prozentige Wattetampons am After), Proktitis (Darmspülungen mit 10prozentiger Levurinose), Ulcus cruris (viertel täglich Auftragen eines dicken Breies aus Levurinosepulver und Wasser), Seborrhoea faciei (neben CO₂-Bädern und Lichtbädern Gesichtswaschungen des Abends mit Levurinoseseife, ferner Levurinose innerlich), Diabetes mellitus (Darreichung von Levurinose mit entsprechender Diät), Hyperkeratose mit Rhagaden an Händen und Füßen (Waschen und Fußbäder mit Levurinoseseife bzw. seifenlösung). E. Kontorowitsch.

3508.

Heimbeck, Johannes, Tuberculosis incipiens. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (Osloer kommunale Krankenhäuser, Abt. IX, Norwegen.) Die latente Infektion der Kinderjahre ist sehr selten die Ursache der tuberkulösen Erkrankungen der Jugendjahre. Diese haben ihren Ursprung meistens in der Primärinfektion der Jugendjahre, der zweiten Infektionsperiode, in der die Mehrzahl infiziert wird. Die Infektion setzt sich in den Lungen fest und bildet häufig unmittelbar Primärfiltrate. Eine dieser Primärfiltratformen ist das subklavikuläre Frühinfiltrat. Erythema nodosum und Pleuritis sind gewöhnlich Manifestationen des primären tuberkulösen Lungeninfiltrates. Arnold Hirsch, Berlin.

3508 a.

Suñer, E., Klinische Betrachtungen über die tuberkulöse Meningitis. (Arch. Españ. Ped., 13. Jahrg., Nr. 3, 1929.) Verfasser kommt auf Grund klinischer Erfahrungen und theoretischer Erwägungen zu dem Schluß, daß als Prophylaxe gegen die Meningitis

tuberculosa bisher praktisch nur eine Erhöhung der defensiven Kräfte des Organismus in Betracht kommt. Er empfiehlt die Czernysche Proteinkörpertherapie, tägliche Serumgaben in kleinen Dosen über lange Zeiten. Mitteilung eines beachtlichen Falles: Vater und Mutter leiden an offener Tuberkulose. Zwei Kinder sind nacheinander an tuberkulöser Meningitis gestorben. Die übrigen sechs sind sämtlich tuberkulös infiziert. Soziale Lage ist sehr schlecht. Anwendung der Proteinkörpertherapie nach Czernyschem Muster. Bisher (4 Jahre lang) blieben die Kinder verschont von einer tuberkulösen Meningitis. Schulz, Semboin.

3509.

Strauß, Artur, Zur Kupferbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) Verfasser vertritt nach wie vor den Standpunkt, daß das Kupfer vom Blutwege her nicht als ein „Tuberkuloseheilmittel“ anzusehen ist. Wer es jedoch richtig zu verwenden weiß, dürfte es auch in Injektionen bei der chirurgischen Tuberkulose in Verbindung mit der örtlichen Cu-Behandlung als ein die Heilung förderndes Mittel schätzen lernen. Wenn es allein vom Blutwege aus nicht genügt, so dürfte, wie Verfasser bereits früher betonte, eine starke Ablenkung des Metallions auf andere Eiweißkörper und die schlechte Vaskularisation der tuberkulösen Herde als Ursache dafür in Betracht kommen. In diesem Sinne ist es auch bezeichnend, daß die örtliche Behandlung in dem besser durchbluteten Knochengewebe nachhaltigere Erfolge zeitigt, als bei dem von der Blutbahn fast abgeschnittenen Lupusgewebe.

Es wird noch bemerkt, daß sich die Heilung bei jeder Form der Haut- und chirurgischen Tuberkulose durch eine mit der Kupfer- und Lichtbehandlung verbundene Ernährungsbehandlung nach Gerson, Sauerbruch und Hermannsdorfer wesentlich beschleunigen, vertiefen und damit sicherstellen läßt. Arnold Hirsch, Berlin.

3510.

Tørning, Kjeld, Ueber die Magensekretion der Phthisiker. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 27.) (Inn. Univ.-Klinik, Abtl. B, des Reichshospitals, Kopenhagen.) Bei einem Material von 150 Phthisen aller Stadien fanden sich auffallend wenige Fälle von herabgesetzter Säuresekretion, nämlich Achylie bei 6%, Hypochylie bei 9%, Normo- und Hyperchylie bei 85%. Arnold Hirsch, Berlin.

Kinderheilkunde

3511.

Cameron, Hector Charles, Einige Typen septischer Infektionen Neugeborener. (Lancet, 216., 5519.) (Guy's Hospital, London.) Der Trismus neonatorum ist eine septische Manifestation. Nur in einer verhältnismäßig geringen Zahl von Fällen bildet er das dominierende Symptom; in der Mehrzahl der Fälle fällt die Rigidität weniger auf und wird bloß als Lokalsymptom gewertet, und zwar als Störung der Saugfunktion. Eine besonders hohe Mortalitätsziffer weist die Krankheit in kulturell zurückgebliebenen Ländern (Balkan, Osteuropa, Indien) auf, aber auch in den westlichen Ländern findet man nicht so selten schwächere Grade von Trismus. Prophylaxe: Beseitigung aller Infektionsquellen, Schutz der Infektionspfoten (Mund, Nabel, Haut) vor Reizung; Erhöhung der Resistenz gegen die Infektion, Gesundheit der Wartepersonen und der umgebenden Familienmitglieder. Die gesunde Haut des Neugeborenen darf durch zu kräftiges Abreiben nicht ihrer natürlichen, oberen Schutzschicht gewaltsam beraubt werden. Der Pemphigus neonatorum oder eine Dermatitis exfoliativa müssen mit größter Sorgfalt behandelt werden. Die einzig wirksame Therapie ist die Brustnahrung, die beim Trismus auf nasalem oder ösophagalem Wege zugeführt werden kann. Eine Bluttransfusion, wenn rasch und geschickt durchgeführt, wirkt oft lebensrettend. Askenasy, Wien.

3511 a.

Luque, J. D., Das Durstfieber des Säuglings. (Arch. Españ. Ped., 13. Jahrg., Nr. 3, 1929.) Verfasser berichtet zwei typische Fälle von Durstfieber, die er beobachtete. Ein Säugling und ein Kleinkind, die mit sehr konzentrierter Nahrung gefüttert werden, bekommen hohe Temperaturen, die nach Zufütterung von Wasser prompt schwinden. Das „Durstfieber“ beruht nach Rietschel auf einer Wärmestauung im Organismus, bedingt durch den Mangel an Wasser, welches der Verdunstung und somit der Wärmeregulierung entzogen werden muß, damit die normale Konzentration des Blutes und der Gewebe aufrechterhalten werden kann. Das sogenannte Salz- und das alimentäre Fieber sind dem Durstfieber eng verwandt. In diesen Fällen ist der Wasserbedarf des Organismus erhöht, zwecks osmotischer Regulierung, und wieder wird das Wasser der Wärmeregulation entzogen. — Finkelstein und Meyer

glauben dagegen, daß es sich bei dem alimentären Fieber um ein echtes Fieber handelt, bedingt durch die Reizung des Wärmeregulatoriums, und zwar durch intermediäre Stoffwechselprodukte des Eiweißes. — Für den Praktiker ist es wichtig, bei allen Fieberzuständen der Kinder dafür zu sorgen, daß genügend Wasser zugeführt wird, und, was ebenso wichtig ist, daß das Verhältnis von Kohlehydraten nicht zuungunsten der Kohlehydrate verschoben wird. — Das Durstfieber selbst ist nach Rietschel durch Darreichung großer Mengen von 10prozentiger Zuckerlösung zu bekämpfen, bei Erbrechen durch subkutane Injektionen von Traubenzuckerlösungen.

3512.

Nobécourt, Der Diabetes bei Mädchen im Pubertätsalter. (J. Prat., Nr. 22, 1929.) Bei Mädchen in der Pubertätsperiode trifft man zwei große Typen von Diabetikern an: die einen weisen reguläres Wachstum und reguläre Pubertät auf, die anderen bleiben im Wachstum zurück, auch verzögert sich bei ihnen die Pubertätsentwicklung oder bleibt ganz aus. Unter diesen letzteren sind bestimmt welche dadurch hypotrophisch, daß der Diabetes bei ihnen aufgetreten ist, ehe der präpubertäre Wachstumsschub einsetzte. Andere wiederum haben Störungen des Wachstums schon vor dem Auftreten ihres Diabetes.

Bei Mädchen in der Pubertätszeit verhält sich der Diabetes wie bei Kindern anderer Lebensalter und wie bei Knaben. Je jünger er einsetzt, desto schwerer ist der Diabetes. Indessen ist der Verlauf bei Mädchen mit regelrechter Entwicklung vielleicht weniger ernst als bei den hypotrophischen. Diese Annahme bedarf noch weiterer Bestärkung.

Das Mädchen, deren Krankheitsgeschichte hier mitgeteilt ist, ist gut entwickelt und hat eine normale Pubertät; sie leidet an einem schweren Diabetes, der durch hohe Insulingaben zum Verschwinden gebracht wird. 5 Monate lang hat man die Hoffnung auf einen gutartigen Verlauf. Aber ohne erkennbare Ursache tritt die Glykosurie wieder auf, und zwar ist diesmal die Insulinresistenz deutlich vermehrt. Diese Erfahrung stimmt nachdenklich in bezug auf die Spätprognose.

3513.

Lo Presti-Seminario, Beiträge zur Kenntnis der Lebertherapie bei kindlichen Anämien. (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 13, 1929.) Beobachtungen über Lebertherapie bei kindlichen Anämien ergeben, daß dieselbe wirksam ist bei postinfektiösen Anämien (Malariaanämie — drei beobachtete Fälle), bei Ziegenmilchanämie, dagegen versagt sie bei Leishmaniosisanämie. Die Therapie ist bei allen Anämieformen wirksam, bei denen das Knochenmark zu erhöhter Aktivität gereizt werden kann. Autor verordnet 15 g Kalbs- oder auch Rinds-, Lamm- und Zickleinleber roh, oder in verschiedenen Formen zubereitet pro Kilogramm Körpergewicht, mit der Höchstdosis von 100—150 g täglich.

Eugen Stransky, Wien.

3513 a.

Moncrieff, Alan, Ein Fall von frühzeitiger Leberzirrhose. (Brit. J. Child. Dis., Nr. 301/303, 1929.) Ein neunjähriger Junge erkrankt unter den Symptomen des Icterus catarrhalis. Protahierter Verlauf. Nach 6 Wochen noch keine Besserung. Milz vergrößert, Leber 2½ Querfinger unter dem Rippenbogen. Operation: Drainage der Gallenblase. Exstirpation eines Stückchens Leber, das mikroskopisch deutlich zirrhotische Veränderungen zeigt. Nach der Operation baldige Genesung.

Schulz, Semblen.

3514.

Manace, Gordon, Häufigkeit der lobulären Pneumonie im Kindes- und Säuglingsalter. (Canad. Med. Ass. J., Juni 1929.) Aus der Kinderklinik zu Washington werden in den Jahren 1927—1928 131 Fälle von Pneumonie berichtet, von denen 39 Bronchopneumonien und 92 Lobarpneumonien waren. Das Alter schwankt zwischen 1 Tag bis zu 5 Jahren. Bronchopneumonien wurden beobachtet:

	Unter 1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre	Zusammen
Fälle:	22	11	3	1	2	39
Todesfälle:	13	4	0	0	0	17

Mortalität 48%.

Häufigkeit der Bronchopneumonie daher hauptsächlich im Säuglingsalter und bis zum zweiten Lebensjahr. Lobarpneumonie ist häufiger im Kindesalter. Ihre Mortalität beträgt 9,7% nach dortiger Statistik. Ein Kind mit Lobaraffektion hat daher viermal mehr Chancen zu überleben, als ein solches mit lobulärer Erkrankung oder Bronchopneumonie. Die gesunden, kräftigen Kinder entwickeln meist Lobarpneumonie, wogegen die unterernährten, marastischen Kinder zu Bronchopneumonie neigen.

Bei Lobarpneumonie ist der rechte obere und der linke untere Lappen am häufigsten ergriffen und dehnt sich langsam nach dem rechten Apex, dem rechten unteren, dem linken oberen und rechten Mittellappen aus.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

3515.

Rosenstern, J., Ueber die Freiluftbehandlung der kindlichen Pneumonie. (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 14.) (Kinderheilanstalt der Stadt Berlin.) Die Freiluftbehandlung der kindlichen Pneumonien hat in erster Linie einen prophylaktischen Wert. Durch sie gelingt es, sowohl im Sommer als auch im Winter, die auf dem Boden der grippalen Infekte entstehenden Pneumonien erheblich zu reduzieren. Das gilt für gesunde und für chronisch kranke, besonders aber auch für keuchhustenkranke Kinder. Bei den letzteren ergibt sich der pneumonieverhütende Einfluß dieser Behandlung aus folgenden Zahlen: von 112 Keuchhustenkindern, die dem Freiluftregime ausgesetzt wurden, erkrankten an Pneumonie 3 (2,7%), wobei keines starb, während von im Zimmer behandelten 48 Kindern 15 (31%) Pneumonie bekamen und 3 (6,3%) starben. Bei frischen Masern bereitet die Pflege im Freien zur Winterszeit außerordentliche Schwierigkeiten. Verfasser sah in vielen Fällen danach erhebliche Verschlimmerung der Bronchitiden. — Was die Behandlung schon bestehender Pneumonien mit Freiluft anbelangt, so läßt sich hier wegen der Mannigfaltigkeit des Bronchopneumonieverlaufs im Kindesalter schwer zu einem abschließenden Urteil kommen. Es scheint, daß gewisse Formen von Pneumonie (septische, alimentäre, meningale) davon unbeeinflusst bleiben. Bei der kariesalen Form ist der Effekt wechselnd, die pulmonale Form, namentlich die Keuchhustentypus, wird günstig beeinflusst. Allerdings muß die Freiluftbehandlung technisch einwandfrei durchgeführt werden und nicht schablonenhaft zur Anwendung gelangen. Vor allem soll sie sich den Witterungsverhältnissen wie auch dem Zustande des Kindes anpassen. — Auf Grund seiner Erfahrungen gibt Verfasser Richtlinien für die Technik und erwähnt die Indikationen und Kontraindikationen seitens des Kindes hierzu.

E. Kontorowitsch.

3516.

Morquio, Luis, Die hämorrhagische Pleuritis beim Kinde. (Arch. Espan. de Ped., 13, Nr. 2, 1929.) Die hämorrhagische Pleuritis ist beim Kinde sehr selten. Verfasser beschreibt fünf von ihm beobachtete Fälle. Zweimal lag eine Tuberkulose, einmal ein Neoplasma der Lunge zugrunde. Einmal handelte es sich um eine hämorrhagische Diathese nach einem Typhus, und einmal konnte die Genese nicht geklärt werden.

Schulz-Sembten.

3516 a.

Haas, A., Die Pleuraempyembildung bei Kindern der ersten Lebensjahre und die Stachelheberdrainage nach Prof. Drachter. (Z. Kinderheilk., 48, Heft 1.) (Chir. Abt. Univ.-Kinderklinik München.) Die Empyeme der Kinder unter 2 Jahren werden nach Verfasser in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch lobuläre Lungenentzündungen hervorgerufen. Die Sterblichkeit wird durch offene Behandlungsmethoden, besonders durch die Rippenresektion wesentlich erhöht. Verfasser setzt sich warm für Anwendung der Stachelheberdrainage nach Drachter ein (die sich auch anderwärts ausgezeichnet bewährt hat. Ref.). Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt 5 bis 6 Wochen. Seit Anwendung dieser Art der Behandlung hat sich die Sterblichkeit, die früher 77% betrug, auf 22% bei Kindern unter 2 Jahren gesenkt. (Man kann Verfasser nur beistimmen. Ref.)

Beck, Tübingen.

3517.

Milano, Mateo, Chronische Pleuritiden im Kindesalter. (Ped. Esp., 17, Nr. 195, Dez. 1928.) Das „chronische“ Empyem ist im Kindesalter sehr selten, d. h. die Fälle sind selten, daß die Lunge nach Abfluß des Eiters, sich nicht wieder der Thoraxwand anlegt. Verfasser beobachtete 2 Fälle. Bei beiden war das Empyem nicht durch chirurgischen Eingriff eröffnet worden, sondern hatte sich spontan einen Weg durch die Brustwand gebahnt. Die Thorakotomie mit Rippenresektion und ausgiebiger Drainage brachte in beiden Fällen prompte Heilung. — Das tuberkulöse Empyem, welches im pathologisch-anatomischen Sinne nicht als chronisch zu gelten hat, ist dagegen beim Kinde häufig. Die Prognose ist schlecht. Die Therapie besteht in wiederholten Punktionen und in der Hebung des Kräftezustandes durch Diät, Proteintherapie usw. Zu warnen ist vor der Thorakotomie. Verfasser sah in einem solchen Fall die ganze Wunde sich in ein tuberkulöses Ulkus verwandeln. Auch die Haut wurde in Mitleidenschaft gezogen. Es ist daher wichtig, vor Eröffnung des Thorax immer die bakteriologische Untersuchung des Eiters vorzunehmen.

Schulz-Sembten.

3517 a.

Kemkes, B., Zur Diagnose und Therapie des sogenannten Pylorospasmus. (Arch. Kinderheilk., 88, Heft 2/3, 1929.) (Univ.-Kinderklinik, Frankfurt a. M.) Zusammenfassende Darstellung über Diagnose und Therapie des Pylorospasmus. Nach den Erfahrungen der Frankfurter Kinderklinik ist die interne Therapie der operativen vorzuziehen. Und immer bildet Atropin das souveräne

Mittel. Alle anderen angegebenen therapeutischen Wege — so auch die neuerding von der Breslauer Kinderklinik empfohlene Behandlung mit Röntgenstrahlen — erreichen nicht die Wirkung des Atropins.

Pogorschelsky, Breslau.

3518.

v. Mettenheim, H., **Leitsätze zur Behandlung des sogenannten Pylorospasmus.** (Med. Welt, Nr. 25, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik, Frankfurt a. M.) Es handelt sich beim Pylorospasmus um eine vegetativ motorische Neurose mit besonderer Lokalisation am Pyloruskanal. Pathologisch-anatomisch findet sich eine starke Vermehrung der Ringmuskulatur und der elastischen Fasern. Befallen werden häufiger Knaben als Mädchen. Bevorzugt ist die zweite bis dritte Lebenswoche. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht das habituelle unstillbare Erbrechen, das aber gewöhnlich später und meist bei künstlicher Nahrung einsetzt, die Rumination, die jedoch erst nach dem sechsten Lebensmonat einsetzt, die innere Duodenalstenose und die Abknickung des Duodenums von außen durch ein zu kurzes Lig. hepatoduoden. oder durch Verwachsungen. Die letztgenannten anatomischen Störungen lassen sich gewöhnlich röntgenologisch nachweisen. Eine relative Indikation zur Operation des Pylorospasmus liegt vor bei röntgenologisch nachgewiesener erheblicher Verzögerung der Magenentleerung, bei ausgesprochener Rechtsverlagerung des Pylorus, bei unaufhaltbarem Sturz des Gewichtes innerhalb von 8 bis 10 Tagen, bei plötzlicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Untertemperaturen, sinkendem Turgor, Ausscheidung von Zucker und Eiweiß im Urin, Benommenheit, toxischer Atmung, weiter bei drohender Epidemie und schließlich aus sozialer Indikation. Die Operation muß rechtzeitig ausgeführt werden, ehe eine Magenatonie aufgetreten ist. Bei interner Behandlung muß das Kind aus dem Milieu entfernt werden. Jegliche Reize müssen ferngehalten werden. Der Saugreiz soll durch Abstillen ausgeschaltet werden. In schweren Fällen muß zur Sondenfütterung gegriffen werden. Wichtig ist genügende Flüssigkeitszufuhr. Die Ernährung soll mit Frauenmilch versucht werden. Wird diese nicht getragen, so kann ein Versuch mit fettarmer, kohlehydratreicher Anfangsnahrung bzw. Buttermilch oder mit konzentrierter Eiweißmilch bzw. mit Keksnahrung gemacht werden. Medikamentös hat sich am besten eine alkoholische 1‰ Atropinlösung bewährt. Man gibt drei- bis fünfmal 1 bis 4 Tropfen 1½ Stunden vor der Mahlzeit bis zum Auftreten von Erythem oder subkutan dreimal täglich 1 bis 2 Teilstriche. In manchen Fällen sieht man Erfolge von Adrenalininjektionen (vier- bis fünfmal täglich 1 bis 2 Teilstriche einer Lösung 1:1000 kurz vor den Mahlzeiten). Gelegentlich ist es geraten, gleichzeitig Atropin innerlich zu geben. Die Atropinwirkung läßt sich manchmal durch Narkotika verstärken. Man gibt Luminaltabletten oder führt dreimal täglich ein Papavirdrinzäpfchen pro infantibus ein. Die Röntgenbehandlung des Pylorospasmus hat in 2 Fällen des Verfassers versagt.

L. Gordon, Berlin.

3518 a.

Putzig, Ueber die Anwendung der Trockenbuttermilch „Eledon“ in der Außenpraxis. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) Die Eledonbuttermilch hat sich in der Praxis nicht nur als gute Heilnahrung bei dyspeptischen Störungen, sondern auch als Dauernahrung für gewisse Gruppen schwer ernährbarer oder sonst schwieriger Kinder, besonders auch Frühgeborener und Ekzemkinder ausgezeichnet bewährt. In keinem einzigen Falle hat Verfasser Schwierigkeiten beobachtet, auch niemals die Nahrung absetzen müssen, weil die Kinder etwa die eventuell mit Sacharin gesüßte Buttermilch nicht gut genommen hätten. Sie hat für die Verwendung in der Außenpraxis eine Reihe wichtiger Vorzüge, und zwar:

1. die Herstellung aus einer erstklassigen, unter allen hygienischen Kautelen gewonnenen Vollmilch,
2. die Unabhängigkeit von der Milchquelle,
3. die rasche Herstellungsmöglichkeit im Haushalt in jeder gewünschten Menge.

Der Ernährungserfolg war in allen Fällen gut, zum Teil sogar ausgezeichnet, und zwar nicht nur bezüglich der Gewichtszunahme, sondern vor allem auch auf den günstigen Allgemeinzustand. Die Kinder wurden trotz gleichmäßig ansteigenden Gewichtes niemals pastös, sondern hatten einen guten Turgor und Tonus. Weiter war auffallend, daß bei den mit Buttermilch behandelten Kindern selten Rachitis beobachtet wurde, was vielleicht mit der besonders günstigen Darmreaktion bei der Buttermilchernährung zusammenhängt.

Die Vorzüge der Eledonbuttermilch gegenüber anderen Säuermilchen, die sonst als Dauernahrung empfohlen werden, wie z. B. Milchsäuremilch, liegen vor allen Dingen in der gleichbleibenden, einwandfreien Ausgangsmilch, deren man sonst, besonders auf Reisen und in kleineren Orten, nicht immer sicher ist. Verfasser rät daher Familien, die mit Säuglingen verreisen, aufs wärmste

an, im Hinblick auf die Haltbarkeit und leichte Transportmöglichkeit des Eledons einige Büchsen dieses Trockenpulvers als Heilnahrung und als raschen Ersatz bei eventuellen Schwierigkeiten der Milchbeschaffung mitzugeben. Arnold Hirsch, Berlin.

3518 b.

Stöltzner, W., **Ein Symptom der Chorea.** (Z. Kinderheilk., 48., Heft 1, 1929.) (Kinderklinik Königsberg.) Fordert man ein choreakrankes Kind auf, Luft zu holen, so öffnet es den Mund anstatt zu atmen. Das Symptom ist nach St. Ausdruck der choreatischen Parakinese, der Fehlleitung motorischer Impulse.

Beck, Tübingen

3518 c.

Jancke, H., **Zwei Fälle von Dementia infantilis.** (Arch. Kinderheilk., 88., Heft 2/3, 1929.) (Univ.-Kinderklinik Bonn.) Besprechung von 2 Fällen von Dementia infantilis. Diese Erkrankung unbekannter Ätiologie befällt vorher ganz normale Kinder, etwa im vierten Lebensjahr, unter den Erscheinungen einer rasch verlaufenden Verblöding. Es handelt sich wohl um eine organische Schädigung des Gehirns diffuser Art, die eine allgemeine Funktionsherabsetzung der psychischen Leistungen bedingt, aber auf die körperlichen Leistungen ohne wesentlichen Einfluß ist.

Pogorschelsky, Breslau.

Mund- und Kiefererkrankungen

3519.

Perkoff, D., **Primäre generalisierte Hypertrophie des Zahnfleisches.** (Lancet, 216., 5521.) (Hoxton Market Christian Mission, London.) Der Patient hatte bis zum 19. Lebensjahre überhaupt keine Zähne. Im dritten Lebensjahre wurden Einschnitte in das obere und untere Zahnfleisch gemacht, um das Wachstum der vermutlichen Zähne zu fördern. Letztere kamen aber nicht zum Vorschein bis vor zwei Jahren, d. i. im 20. Lebensjahre des Patienten, und zwar in einer ganz geringen Zahl. In der Zwischenzeit entwickelte sich eine hochgradige Hypertrophie des Zahnfleisches beider Kiefer, ebenso eine hochgradige Vergrößerung der Lippen, welche jedoch mit der Zahnfleischnhypertrophie nicht Schritt hielt, so daß der Patient den Mund nicht zu schließen vermag. Die Untersuchung des Mundes ergab nur eine sehr mangelhafte Entwicklung der spärlichen Zähne, eine ungewöhnliche lange Uvula und Fältelung der Wangenschleimhaut. Auffallend war die übermäßig starke Behaarung des ganzen Körpers, besonders aber der unteren Extremitäten. Die Therapie bestand in der Teilresektion des Zahnfleisches. Der postoperative Befund sowie das Röntgenogramm ergaben das Vorhandensein aller Zähne, wenn auch zum Teil im verkümmerten Zustande und in irregulärer Stellung. Als sicher war in diesem Falle das vollkommene Fehlen der Milchzähne anzunehmen. Verfasser weist auf das Zusammentreffen der Zahnanomalie, der Zahnfleischnhypertrophie und der abnormen Haarentwicklung, welche er als Symptome einer pituitären Störung auffaßt.

Ashkenasy, Wien.

3520.

Hartmann, **Angeborene Makroglossie.** (J. Prat., Nr. 21, 1929.) (Hôtel Dieu.) Es gibt verschiedene Arten von Makroglossie, z. B. solche, die auf einer echten Hypertrophie der Zungenmuskulatur beruhen; doch geben diese keinen Anlaß zu entzündlichen Erscheinungen. Bei den angeborenen Makroglossien handelt es sich meist um ein Lymphangiom der Zunge; bisweilen sind Halslymphangiome Begleiterscheinungen. Diese Lymphangiome haben die Eigenschaft, in unregelmäßigen Abständen entzündlichen Schüben unterworfen zu sein. Diese Schübe lassen dann immer eine Volumenvermehrung der Zunge zurück.

Die Behandlung des Zungenlymphangioms besteht in der keilförmigen Exzision der Zunge oder in einer tiefen Ignipunktur.

Held.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

3521.

Villaret, M., L. Justin-Besançon und Cachera, **Ueber die sogenannten blutdrucksenkenden Substanzen, gewisser Insuline.** (Presse Méd., Nr. 39, 1929.) Der aus dem Insulin gewonnene nicht hypoglykämisierende Extrakt in nach hypotensiven Einheiten dosierten Ampullen enthält Peptone, Cholin und histaminartige Substanzen in genügender Menge, um die geringe Hypo-

sion zu erklären, die er, intravenös injiziert, beim Tier hervorruft. Subkutan verabreicht, bewirkt er so gut wie keine Veränderung des arteriellen Druckes. Die intravenöse Wirkung ist auch sehr schwach im Verhältnis zu derjenigen der bisher bekannten ausdrucksenkenden Mittel. Die Anwesenheit des Cholins im pankreasextrakt, der von manchen Autoren zur Behandlung peripherer Gefäßaffektionen vorgeschlagen wird, findet sich nicht in diesem Extrakt, der ein Azetylderivat vorstellt (1000 000 mal aktiver und nur dreimal toxischer). Der hyposensitive Mechanismus (auf intravenösem Wege) dieses sehr unreinen organischen Extraktes verursacht gleichzeitig einen Peptonschock, Cholin- und Aminovergiftungen, wahrscheinlich auch kardiale Phänomene, wodurch die inischen Zwischenfälle erklärt sind. Die Bezeichnung „hyposensitive Einheit“ kann vom klinischen Standpunkt aus nicht aufrechterhalten werden.

3522.

Hitzenberger, Karl, und Fritz Tuchfeld. Ueber den Einfluß des Adrenalins auf die zirkulierende Blutmenge. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (I. med. Klinik in Wien.) Es wird eine Methode beschrieben, mit Hilfe derer man in kurzen Zeitabständen wiederholte Blutmengensbestimmungen mit der CO-Methode vornehmen kann.

Die subkutane Adrenalininjektion ruft bei Normalen in etwa 2% der Fälle eine Vermehrung der zirkulierenden Blutmenge hervor.

Bei der atrophischen Leberzirrhose fanden Verfasser nach Adrenalin keine Vermehrung der zirkulierenden Blutmenge.

Polyzystämien und myeloische Leukämien zeigen auf Adrenalin eine beträchtliche Steigerung der zirkulierenden Blutmenge.

Arnold Hirsch, Berlin.

3523.

Constantin, Julien D., Allgemeinnarkose durch intravenöse Alkoholinjektion. (Lancet, 216., 5520.) (French Hospital, London.) Es handelt sich um die Methode von Miguel Garcia Marin vom Militärkrankenhaus in Mexiko-City. Folgende Erwägungen sprachen für die Einführung dieser Narkose: Äthylalkohol (Spiritus vini) ist wasserlöslich, dringt auf dem Wege der Endosmose in das Protoplasma der Nervenzellen und unterbricht daher auf diese Weise teilweise deren Stoffwechsel. Der intravenöse Verabreichungsmodus vermeidet das Risiko der initialen Synkope, welche sonst bei Reizung der Schleimhäute einsetzt. Außerdem kommt Wegfall von Narkosemaske oder anderer Apparate in Betracht, was einerseits freies Arbeitsfeld für den Operateur, andererseits Ausschaltung von Infektionsquellen bei Verwendung der Masken über den Atemungsapparaten gewährt. Keine Gefahr postoperativer Pneumonien, ebenso keine Feuergefahr bei Verwendung von Thermokautern oder der Diathermie, schließlich ist eine Schädigung des Gewebes durch eventuellen Kontakt mit reizenden Anästhetika ausgeschlossen. Genaue Kontrolle der Verabreichung. Keine Blutdrucksteigerung. Von Belang: es kommt zwar zu einer initialen Blutdrucksteigerung, welche aber nur gering und vorübergehend ist, worauf der Blutdruck auf das normale Niveau zurücksinkt und auf demselben während der ganzen Dauer der Narkose verbleibt. Weit unter Sicherheitsgrenzen, da zur Erzielung der Anästhesie drei- bis viermal geringere Dosen, als die letale Dosis notwendig ist. Die Narkosetechnik ist folgende: Die üblichen aseptischen und antiseptischen Vorsichtsmaßregeln wie bei jeder intravenösen Injektion müssen eingehalten werden. Benötigt werden zwei sterile, in je einem Behälter aufbewahrte Lösungen: a) eine isotonische Traubenzuckerlösung und b) eine Lösung von reinem Äthylalkohol und Traubenzucker im Verhältnis von:

Äthylalkohol (96%) . . . 30,0
Solut. glucosae (28%) . . . 70,0

Jede beliebige Vene, je nach Bedürfnis des Narkotiseurs oder Operateurs, kann gewählt werden. Am besten erfolgt die Injektion mittels einer Zweigehehnspritze. Sobald die Kanüle sicher im Venenlumen sich befindet, werden einige Kubikzentimeter der Lösung a injiziert, der Hahn gedreht und nun die Lösung b bei gleicher Geschwindigkeit von 10 ccm in 30 Sekunden eingespritzt. Diese Geschwindigkeit wird eingehalten, bis volle Anästhesie erreicht wird. Ist eine genügend tiefe Anästhesie eingetreten, dann kann der Hahn abgedreht werden; auch kann, je nach Ansicht des Narkotiseurs, jederzeit etwas mehr von der Lösung a oder von der Lösung b gegeben werden. Die Nadel wird durch Heftpflaster in der richtigen Lage festgehalten. Die Dosis wird mit 2—3 ccm des 96prozentigen Alkohols pro Kilogramm Körpergewicht bemessen. Aber nur in den seltensten Fällen ist man zur Verabreichung von Maximumdosen genötigt. Zur Erzielung der Vollnarkose, die durch vollkommene Muskelschlaffung und ruhige tiefe Atmung auszeichnet ist, benötigt man 2 bis 15 Minuten; ein initiales Erregungsstadium wird nicht beobachtet. Die Methode der intravenösen Alkoholinjektionsnarkose darf bei Kindern und in Fällen fortgeschrittener Tuberkulose nicht angewandt werden. Dagegen

besteht keine Kontraindikation für dieselbe bei ausgesprochenen Herzfehlern, Diabetes oder Nephritis. Merkwürdigerweise benötigt man bei Alkoholikern eine geringere Menge des Anästhetikums zur Erreichung einer Vollnarkose als bei den anderen Patienten. Bei größeren chirurgischen Eingriffen dauert die Vollnarkose eine bis anderthalb Stunden; sie kann aber durch Verabreichung von mehr Äthylalkohol bis zu vier Stunden verlängert werden. Ruhiges Erbrechen, kein Erbrechen. Man darf sogar bald nach dem Erwachen dem Kranken Nahrung zuführen, sofern es die Natur der Operation gestattet. Die Periode der postoperativen Analgie erstreckt sich über drei bis vier Stunden und mehr. Wird während der Narkose die Atmung flacher, wie es in zwei Fällen des Verf. geschah, so genügt das Einfließenlassen der Traubenzuckerlösung (a) in die Vene, um sie wieder in Gang zu bringen.

Ashkenasy, Wien.

3524.

Höfer, Rudolf, Vorläufiger Bericht über ein neues Lokal-anästhetikum. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 27.) (Chirurg. Abt. des Kaiser-Franz-Josef-Spitals, Wien.) Wenn heute die Sicherheit des anästhetischen Effektes kaum mehr zu überbieten ist, so müßte man von einem neuen Mittel in erster Linie geringere Giftigkeit und intensivere, d. h. schon in wesentlich geringerer Konzentration eintretende anästhetische Wirkung verlangen. Wenn solche Eigenschaften schließlich bei einem Mittel zutreffen würden, das mit dem Kokain chemisch gar nichts mehr zu tun hat, so könnte man daraus die Berechtigung herleiten, die Zahl der vorhandenen Anästhetika um ein weiteres zu vermehren. Den vorstehenden Bedingungen entspricht das Präparat Percain. Es handelt sich chemisch um das Chlorhydrat des α -Butyloxycinchoninsäurediäthylendiamides, also um eine von den bisher in der Lokalanästhesie angewandten Mitteln völlig abweichende Verbindung.

Die Versuche am Menschen begann Verfasser zunächst mit dem Quaddelversuch an sich selbst. Die dazu benutzten Konzentrationen waren folgende: 0,1, 0,05, 0,025 g des Präparates auf 100 ccm physiologischer Kochsalzlösung, zunächst ohne jeden Zusatz. Selbst bei der niedrigsten der verwendeten Konzentrationen trat die Anästhesie in der Quaddel sofort ein, und das Verschieben der Nadel von der ersten Quaddel aus war absolut schmerzlos. Die Anästhesie — für Nadelstiche und Kneipen — erstreckte sich über den doppelten Umkreis der Hautquaddel. Als auffallende Tatsache wird das sehr lange Anhalten der Anästhesie erwähnt, die entsprechend der verwendeten Konzentration zwischen 2 und 6 Stunden nach der Injektion noch festgestellt werden konnte.

Verfasser versuchte dann die Exstirpation eines walnußgroßen Atheroms am Rücken. Es wurden zur Anästhesie 5 ccm der 0,05-prozentigen Lösung in Form einer Um- und Unterspritzung verwendet. Der Erfolg war ideal, störend wirkte lediglich eine ziemlich starke Hyperämie; die Lösung war ohne Adrenalinzusatz. Auch hier wird als auffallendste Tatsache die volle 12 Stunden anhaltende Schmerzfähigkeit erwähnt. Heilung erfolgte per primam; nicht die geringste lokale Gewebsschädigung war nachweisbar.

Zunächst wurde das Präparat dann in einer Anzahl kleinerer chirurgischer Eingriffe, z. B. Panaritien, Atheromen, Lipomen, Dermoiden usw., ambulant verwandt. Es wurde stets der gleich gute Erfolg erzielt.

Nach diesen günstigen Versuchen wurde die Ausführung der Anästhesie bei größeren chirurgischen Eingriffen vorgenommen: als geeignetstes Testobjekt wählte Verfasser zunächst die Hernie. Es wurde zunächst eine Lösung von 0,1 des Präparates in 100 ccm physiologischer Kochsalzlösung ohne jeden Zusatz verwendet. Ebenso wurde, um die anästhetische Wirksamkeit objektiv beurteilen zu können, von jeder vorbereitenden Alkaloidinjektion Abstand genommen. Da vorerst ohne jeden Adrenalinzusatz operiert wurde, war die Hyperämie eine recht starke, aber durchaus nicht störende. Sonstige Vergiftungserscheinungen, wie Brechreiz oder gar Erbrechen, wurden nicht beobachtet, dagegen eine außerordentlich wohlthuende und auffallend lange Dauer der Schmerzlösigkeit, die von 4 bis 12 Stunden post operationem anhält. In keinem Falle wurde während der Operation nachgespritzt, nur bei den Appendektomien vor Abtragung des Wurmfortsatzes die typischen Einspritzungen von 1—2 ccm der Lösung in das Mesenterium vorgenommen.

Mit den bisherigen Erfahrungen scheint der Beweis erbracht, daß das Präparat grundsätzlich zur Anwendung als Lokalanästhetikum in Frage komme. Die als Vergiftungserscheinungen registrierten Erhöhungen der Pulszahl und Schwankungen des Blutdruckes mahnten zu großer Vorsicht. Lokale Gewebsschädigungen konnten ausgeschaltet werden und sind auch niemals beobachtet worden.

Das Mittel besitzt eine ungewöhnlich starke, anästhetische Wirkung, welche die des Novocains um das 20fache, die des Tuto-cains um das zehnfache sicher übertrifft. Promptheit, Intensität und Dauer der Wirkung ist außerordentlich. Ueber seine Giftigkeit ist noch kein endgültiges Urteil zu fällen.

Verfasser empfiehlt nach seinen Erfahrungen eine 0,05prozentige Lösung des Präparates in physiologischer Kochsalzlösung, der für je 100 ccm 12 Tropfen Adrenalin zuzusetzen sind. Man bereitet eine Stammlösung von 1 g in einem Liter physiologischer Kochsalzlösung und füllt die zur Verwendung entnommene Menge mit der gleichen Menge reiner Kochsalzlösung auf, wodurch man die gewünschte Konzentration von 0,05% erreicht. Die Lösung wird jedesmal vor Gebrauch gekocht, ohne an Wirksamkeit zu verlieren und ohne daß eine Trübung eintritt. Das Adrenalin wird jedesmal unmittelbar vor Gebrauch zugesetzt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3525.

Momburg, Fritz, und Erich Rotthaus, **Avertindosierung. Avertin bei Tetanus.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 28.) (Chirurg. Abt. d. Städt. Krankenhauses, Bielefeld.) Die kunstgerecht angewandte Avertinnarkose bedeutet, nach Ansicht der Verfasser, einen Fortschritt in unseren Betäubungsmethoden. Das Avertin ist allen anderen Mitteln überlegen in der Beseitigung der klonischen und tonischen Krämpfe des Tetanus, so daß, falls einmal die normale Avertinnarkose durch eine bessere Methode abgelöst werden sollte, sehr zu prüfen wäre, ob nun das Avertin bei der Behandlung des Tetanus ebenfalls entbehrt werden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

3526.

Samson, Paul, **Solvochin in der Geburtshilfe und der Gynäkologie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) (Gynäk.-geburtshilf. Abt. d. Krankenhauses d. jüd. Gemeinde, Berlin.) Das Solvochin bietet in bezug auf Prophylaxe in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe zur Vermeidung von Komplikationen von seiten der Luftwege eine ausgezeichnete Sicherheit.

Zur Anregung der Wehentätigkeit bei Frühgeburten höheren Grades und normalen Entbindungen kommt das Solvochin nur am sensiblen Uterus in Frage.

Unentbehrlich ist das Präparat in Fällen, bei denen vorzeitiger Blasensprung erfolgt war. Hier besteht sowohl die Gefahr der Komplikationen bezüglich des Vorangehens der Geburt als der erhöhten Infektionsgefahr. Beide für den Geburtshelfer sehr erschwerende Momente werden durch das Solvochin wirksam bekämpft.

Auch bei der Behandlung fieberhafter Aborte leistet das Medikament außerordentlich gute Dienste.

Arnold Hirsch, Berlin.

3527.

Schoenholz, L., **Experimentelle Untersuchungen mit Vigantol an trächtigen Ratten.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 27.) (Univ.-Frauenklinik, Freiburg i./B.) Verfasser macht auf die Gefahr aufmerksam, welche der Frucht bei einer Verabfolgung zu hoher Dosen von Vigantol an schwangere Frauen droht. Solange für Vigantol und andere Präparate bestrahlten Ergosterins kein Rezeptzwang besteht, erscheint diese Gefahr besonders akut.

Arnold Hirsch, Berlin.

3528.

Chabrol, E., und M. Maximin, **Ueber die intravenös zu verabreichenden Cholagoga.** (Presse Méd., Nr. 41, 1929.) Im Tierexperiment erwiesen sich als wirksam: 1. Die Körper der aromatischen Reihe, vor allem das Phenylquinolin (Atophan), wonach eine sofortige Hypersekretion von Galle auftrat, 4 bis 5 Stunden anhält und etwa fünfmal so stark war wie beim Kontrolltier. 2. Das Natrium-Naphthoat und Oxy-Naphthoat mit ebenfalls ähnlicher Wirkung. 3. Die Gallensalze kommen in zweiter Linie; sie verdoppeln oder verdreifachen die Gallenexkretion. Ähnlich wirkt das Haarlemer Öl; der Anstieg erfolgt unmittelbar und hält 3 bis 4 Stunden an; dagegen blieb das Olivenöl ohne jede Wirkung sowohl auf die Menge wie auf die Oberflächenspannung; nur die ölige Säure sowie das Natriumoleat steigerte die Sekretion. 4. Natriumsulfat, Magnesiumchlorid und Natrium-Salizylat senken vor allem den Oberflächendruck der Galle, weil sie die Exkretion der Gallensalze enorm befördern, dagegen ergab das Natrium-Salizylat keine nennenswerten Erfolge. Vollkommen negativ blieben Azetylcholin, Cholin, Retropituitrin, Natr. bicarb. und Magnesiumsulfat. Letzteres besonders scheint eher eine hemmende Wirkung auf die Leberzelle zu haben, dagegen einen starken Gallenfluß in den extrahepatischen Wegen zu erzielen (Brugsch).

Haber.

3528 a.

Scharlan, B., **Kelmtötungsvermögen eines neuen Kresolseifenpräparates (Geroxyl) und anderer Seifen (unter anderem Persil.)** (Arch. f. Hyg., 102., Heft 1, 1929.) Geroxyl (Chlor-m-Kresol, Chlor-Xylenol-Kaliseife) zeigt eine stark bakterizide Wirkung. 2% wäßrige Lösungen töten in vitro und im Händedesinfektionsversuch Keime der Typhus-Ruhrgruppe in 2 Minuten, Eitererreger in 5 Minuten sicher ab. 2%-Lösungen haben keine Reiz-

wirkung auf lebendes Gewebe; chirurgische Instrumente werden nicht angegriffen. Geroxyl ist daher als gutes Desinfektionsmittel für die Praxis zu empfehlen.

Es gelingt nicht, mit „Sublimatseife“ in kürzerer Zeit Hände zu desinfizieren.

2%-Lösungen des Sauerstoffwaschmittels „Persil“ zeigen eine starke bakterizide Kraft. Typhus-Ruhrerreger werden darin in 2 bis 3 Minuten abgetötet. Diese starke Wirkung läßt daran denken, das Mittel zur Händereinigung in Abortanlagen, Schulen und dergleichen zu verwenden. Daneben besitzt „Persil“ eine stark desodorisierende Wirkung, so daß nach Desinfektion mit stark riechenden Stoffen eine Nachwaschung mit Persil zu empfehlen ist.

N. Henning, Leipzig.

3529.

Zickgraf, **Die Farnwurzel und ihre äußere therapeutische Anwendung.** (Zbl. Inn. Med., 50., Nr. 26.) Farnkraut wird in der Volksmedizin äußerlich gegen Gicht, Rheumatismus, Neuralgien als Einreibung mit einer aus der Wurzel gewonnenen Tinktur, in der Form von Bett- und Matratzenfüllung und als Dekokt zum Baden verwendet; dem Botaniker sind Farnblätter als gutes Konservierungsmittel bekannt. Zwei Beobachtungen von Selbsttherapie zweier Damen mit Farnkrautdekoktschlägen bei akuter Thrombophlebitis des Unterschenkels veranlaßten Verf. zur erfolgreichen Nachprüfung an 26 Fällen von Thrombophlebitis. Als endgültige Form empfiehlt Verf., zwei mittelgroße Wurzeln von Aspidium filix (Adlerfarn) von je etwa 120 g Gewicht zu zerkleinern, 2 Stunden mit 1 Liter Wasser zu kochen und die Abkochung mit 3 Teilen warmen Wassers zu vermischen. Neuerdings fügt er noch Dekokt von Solidago virga aurea hinzu. Umschläge ohne Verband werden auf die entzündeten Stellen gelegt, und haben sich außer bei Thrombophlebitis auch bei Frostbeulen und flächenhaften Frostschäden bewährt.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

3530.

Schubert, E., **Strontian in der Dermatologie.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 28, 1929.) Strontian ist in der Dermatologie wirksam bei urtikariellen Erkrankungen, bei denen unter Umständen eine einzige Einspritzung genügt (10 ccm des 10prozentigen Strontians). Daneben Strontiantabletten. Bei Pruritus und juckenden Dermatosen Bromostrontian, dieses auch bei Lichen, intertriginösen Ekzemen. Bei Salvarsanempfindlichkeit empfiehlt sich Lösung in 5 ccm Strontian.

Ernst Levin, Berlin.

3531.

Keith, T. S., und H. S. Le Marquand, **Behandlung mit Tryparsamid in einer Klinik für Geschlechtskrankheiten.** (Brit. J. of Ven. Dis., 5., Nr. 1, 1929.) Die Behandlung von Tabes, progressiver Paralyse und sonstiger Neurosyphilis mit Tryparsamid gab bessere Erfolge als die mit Salvarsanpräparaten. Es wurden sechs intravenöse Einspritzungen von 2 g in 10 ccm Wasser in wöchentlichen Abständen verabfolgt, nach Pause von 2 bis 3 Monaten weitere, und eventuell noch mehrmalige Serie. In einzelnen Fällen Kombination mit Wismut. Komplikationen im allgemeinen geringgradig, bei Aussetzen der Behandlung schnell schwindend. Einige Fälle von Gelbsucht und Dermatitis wurden durch Thiosulfat geheilt. Die Tabesfälle zeigten geringe; zum Teil aber bedeutende Besserung, trophische Geschwüre, die vorher jeder anderen Behandlung widerstanden hatten, heilten. Weitgehende Besserung der progressiven Paralysen, die zum Teil völlig arbeitsfähig wurden. Die Behandlung läßt sich auch ambulant in der allgemeinen Praxis durchführen.

Ernst Levin, Berlin.

3532.

von Szentkiralyi, S., **Zur Frage der Wirkungsweise der Salvarsanpräparate.** (Dermat. Z., 56., Heft 2/3, 1929.) (Abt. f. Haut- und Geschlkrh. des „Elisabeth“-Hospitals in Hódmezővásárhely.) Myosalvarsan wurde in verschiedener Verdünnung unter spirochätenhaltige Syphiliserscheinungen gespritzt, wobei sich zeigte, daß es auch in 15prozentiger Lösung die Spirochäten nicht zu zerstören vermag. Die gewöhnlich gegebenen intravenösen und intramuskulären Salvarsaneinspritzungen verteilen sich im ganzen Organismus und erleiden dabei eine viel weitgehendere Verdünnung. Diese ist wirkungsvoller durch die Zusammenarbeit des gesamten Organismus mit dem Mittel.

Ernst Levin, Berlin.

3533.

Schenk, V., **Ueber Quecksilber-Diuretika.** (Fortschr. Ther. 5. Jahrg., Heft 14, 1929.) (Innere Abt. d. St. Elisabeth-Krankenhauses.) Nach ergebnislosen Injektionen von Novasurol und Salyrgan sieht man oft eine Steigerung der Diurese bei einer Kombination von $\frac{1}{4}$ mg Strophanthin mit 1,0 Novasurol bzw. Salyrgan (intravenös). So führte diese Kombination bei einem dekompensierten Vitium eine Wasserausscheidung von 21 Litern in 4 Tagen herbei. Bemerkenswerte Ergebnisse wurden durch die Kombination

von Novasurol und Salyrgan (je 1,0 i. m.) erzielt. Bei einem 61jährigen Manne mit dekompensierter Mitralinsuffizienz, der hochgradige Oedeme beider Beine und Aszites darbot, und bei dem Karell-Kur, Digitalispräparate, Novasurol, Salyrgan, Strophanthin und Strophanthin mit Novasurol ohne jede stärkere Wirkung blieben, nahm nach der Mischinjektion die Diurese wesentlich zu. Es gelang dadurch, den Kranken fast völlig zu entwässern und ihn monatelang bei leidlichem Wohlbefinden zu erhalten. Auch an anderen Fällen wurde nach der Mischinjektion ein gleich günstiges Ergebnis gesehen, allerdings gab diese Kombination auch wiederholt Versager.

E. Kontorowitsch.

3534.

Saxl, P., Ueber die Verstärkung der Novasurol-(Salyrgan)-diurese durch Ammoniumchlorid. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 8, 1929.) (I. Medizinische Klinik, Wien.) Durch die Kombination mit peroraler Ammoniumchlorid-Darreichung (6 bis 8 g in Form der Mixture solvens 2 bis 5 Tage vor und bis zu dem der Injektion folgenden Tage) gelingt es, die diuretische Wirkung der Salyrgan-Injektionen um 20 bis 200% zu steigern und die salyrganrefraktären Fälle in salyrganempfindliche umzustimmen; dabei wirkt die intramuskuläre Injektion besser als die intravenöse. Die Wirkung hält nach Aussetzung des Ammoniumchlorids noch einige Zeit an. Mit dieser Kombinationstherapie erzielte Verfasser gute Erfolge bei kardial dekompensierten Fällen, Leberzirrhose mit Aszites (bei nicht zu vorgeschrittenem Stadium), lokalen Transsudaten und älteren Exsudaten (Transexsudate), wie z. B. Transsudate bei Venenthrombose, ältere peritonitische, pleuritische, perikarditische Exsudate. Kontraindiziert sind: Nephritis, Niereninsuffizienz bei Nephrosklerose, Anämie, Fieber, schwere Kachexie, Durchfälle. Die Ursache der günstigen Wirkung der Salyrgan-Ammoniumchloridtherapie wird auf die Ansäuerung des Organismus zurückgeführt.

E. Kontorowitsch.

3535.

Möller, Knud O., Ein neues Schlafmittel „Novonal“. (Ug. f. Laeg., Nr. 26, 1929.) Novonal, ein Allyl-Diätyl-Azetamid, wurde als Schlafmittel in Dosen von 0,5 = 1 Tablette verabreicht. Der Schlaf trat meist schneller ein als nach Veronal. 0,5 Novonal entspricht in seiner Wirkung ungefähr der Dosis von 0,35 Veronal. Novonal wirkt stärker als Brom und Adalin. Auch 1 g konnte ohne üble Folgen mit gutem Effekt gegeben werden. Wo andere Schlafmittel versagten, wirkte Novonal ebensowenig. In einem Falle wurde der Kranke nach Novonal unruhig und delirant. Bei länger-dauernden Fällen von Schlaflosigkeit kann man zwischen Veronal und Novonal abwechseln, um jeder kumulativen Wirkung aus dem Wege zu gehen.

S. Kalischer.

3536.

Pimentel, Candido, Moderne Therapie der Helminthiasis mit Tetrachlorkohlenstoff. (Folia med., 10., 19.) Das neue Präparat Neo-Necatorin (Merck) enthält in jeder Gelatine kapsel 0,7 g Tetrachlorkohlenstoff in halbfester Form. Zwischen 37 und 39° beginnt die Kapsel sich zu verflüssigen, während sie erst bei 50° sich löst; dieser Umstand ermöglicht eine genügend große Ausbreitung des Medikaments im Darmkanal, während er andererseits die Resorption der verhältnismäßig geringen Dosis von Tetrachlorkohlenstoff bedeutend erschwert. Die Dosierung lautet: Für Kinder von 5 bis 7 Jahren 1 Kapsel, von 8 bis 10 Jahren 2 Kapseln, von 11 bis 13 Jahren 3 Kapseln, von 14 bis 16 Jahren 4 Kapseln und von 17 Jahren aufwärts 5 Kapseln. Kommt es nicht zu einer Entleerung nach 3 Stunden, so muß man Magnesiumsulfat verabreichen. Rizinusöl ist kontraindiziert, ebenso sind Fette und alkoholische Getränke verboten. Tierexperimente bewiesen, daß eine Dose Neo-Necatorin genügt, sämtliche Ankylostomen zu eliminieren; gute Resultate werden auch bei Oxyuren, Tänien, Strongyloiden und Askariden erzielt, obzwar die Elimination der letzteren in verhältnismäßig langsamerem Tempo als die der Ankylostomen und Nekatoren vor sich geht.

Ashkenasy, Wien.

3537.

Caesar, Viktor, Gonoiontophorese und Tierversuch. (Med. Welt, Nr. 24, 1929.) Mit der Richterschen Gonoiontophorese läßt sich zweifellos eine medikamentöse Tiefenwirkung in der Schleimhaut erzielen, die mit anderen Methoden nicht annähernd erreicht werden kann.

Die kolloiden Silbersalze haben zu wenig Permeabilität, um in der Tiefe noch genügend Silberwirkungen zu erreichen, namentlich läßt auch die Verteilung zu wünschen übrig.

Die Verbindung von Silber mit Akridinfarbstoffen wirken kaum besser, vermutlich weil die einzelnen Moleküle ebenfalls zu groß sind, um noch durch das Gewebe in die Tiefe wandern zu können.

Sehr gute Tiefenwirkungen können molekular-disperse Silber-salzlösungen geben, aber nur unter bestimmten Voraussetzungen. Nur der für den elektrischen Ladungssinn geeignete Pol, der den

Silberkomplex schleimhautwärts treibt, vermag ohne Aetzwirkung das Silber in genügender Menge in genügende Tiefe und leidlicher Verteilung einzubringen. Der ungeeignete Pol macht eine Epithelnekrose, versilbert das Subepithel ungenügend und macht eine ungünstige Streuung des Silbers.

L. Gordon, Berlin.

3538.

Davies, H. W., Die therapeutischen Verwendungsmöglichkeiten der Kohlensäure. (Edinburgh Med. J., 36., Nr. 7.) 1. Als respiratorisches Stimulans: Die Atmung reagiert auf Kohlendioxyd im Sinne der Vermehrung in Fällen mit darniederliegender Allgemeinzirkulation (Mitralstenose) und nicht gasförmiger Azidosis. Sie wird herabgesetzt bei vermehrter Kohlendioxydbindung des Blutes, gleichviel ob diese auf nicht gasförmiger Alkalose (Einführung von Natriumbikarbonat) oder auf kompensierter gasförmiger Azidose beruht (chronisches Lungenemphysem). CO₂ hat sich als brauchbar erwiesen bei der Behandlung vieler Abarten von Respirationsmangel, besonders da, wo die Atmung rasch, flach, keuchend ist. Ferner zur Anregung des Atemzentrums bei Narkosevergiftung und zur Beförderung der Ausscheidung flüchtiger Gifte, wie Methylalkohol, Schwefelwasserstoff und Kohlendisulfid.

2. Die Verwendung von CO₂ bei Anästhesie: Wird der Atemluft Kohlendioxyd zugesetzt, so beherrscht der Narkotiseur die Durchlüftung der Lunge mit derselben Leichtigkeit und Sicherheit, wie die Geschwindigkeit einer Maschine durch die Drossel reguliert wird. Die bessere Durchlüftung beschleunigt nicht nur die Absorption, sondern auch die Ausscheidung des Aethers. Der Narkotiseur kann demnach die Narkose vertiefen oder abflachen, je nach dem Stande des operativen Akts. Die schnell zu erreichende Vertiefung wirkt äthersparend, und, da auch die Aetherausscheidung nach beendeter Narkose rascher vor sich geht, so vermindert sich der postnarkotische Brechreiz, der Kollaps und die Lungenkomplikationen. Auch bei länger dauernden Narkosen bleibt der Kreislauf gut, es fehlt jede Spur von Zyanose.

3. Die Verwendung von Kohlendioxyd bei Kohlenoxydvergiftung: Das Ziel der Behandlung der Kohlenoxydvergiftung ist ein dreifaches: erstens die Beschleunigung der Giftauusscheidung, zweitens die Beseitigung des sekundären, auf Alkalose beruhenden Sauerstoffmangels, drittens eine möglichst weitgehende Ansammlung von gelöstem Sauerstoff im Plasma. Diese Aufgabe erfüllt am besten die Einatmung eines Gemisches von 94% Sauerstoff und 6% Kohlendioxyd. Die 6% Kohlendioxyd lockern die Verbindung Kohlenoxyd-Hämoglobin, und durch Vermehrung der Lungendurchlüftung sinkt der Partialdruck des dissoziierten Kohlenoxyds in der Alveolarluft.

4. Die Verwendung von Kohlendioxyd bei Schock und Kollaps: Obwohl theoretisch noch mangelhaft begründet, besteht doch kein Zweifel, daß CO₂ in kleinen Mengen der Atemluft zugesetzt — in Fällen, wo Herzkraft und Atmung darniederliegen, Besserung schafft.

5. Die Verwendung von Kohlendioxyd zur Behandlung der Alkalose: Ueberhitzung des Körpers führt zu Hyperpnoe, übermäßiger Kohlensäureausscheidung, Alkalose und schließlich sogar zu Tetanie. Das sind Vorgänge, wie sie z. B. bei Hitzschlag vorkommen. Gewaltsame Herabsetzung der Temperatur durch Eispackung, Hydrotherapie usw. kann zu gefährlicher Apnoe mit Kollaps und Zyanose führen. Unter solchen Umständen empfiehlt sich der Gebrauch von Kohlendioxyd. Bei Zuständen von nicht gasförmiger Alkalose kann man von der Kohlensäuretherapie keinen Nutzen erwarten; sie gewährt nur eine zeitweise Erleichterung bei tetanischen Krämpfen und Laryngismus.

Held.

3539.

Bürgi, Emil, Ueber die Wirkungen des Schwefels. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 25, 1929.) Läßt man Schwefel auf Hautkrankheiten oder auf Knochentuberkulosen oder auf chronische Arthritiden einwirken, so beobachtet man gewöhnlich, wenn auch nicht immer, zuerst eine leichte Zunahme der Erscheinungen als Ausdruck einer lokalen Reizung und erst nachher eine Besserung. Man vergleicht den Schwefel wegen dieser Eigenschaft häufig mit den sogenannten unspezifischen Reizkörpern oder zählt ihn sogar zu ihnen, freilich ohne ausreichenden Grund. Wir wissen nur, daß er diese Wirkung einer Umwandlung dem Schwefelwasserstoff verdankt. Die Eigenschaft ist also nicht auf die kolloidale Form, in der er verabreicht werden kann, zurückzuführen, denn er wirkt eben nicht als Kolloid, sondern als Schwefelwasserstoff. Bei der Beeinflussung von Hautaffektionen spielt auch die keratolytische Eigenschaft des Schwefels eine Rolle. Das unerklärlichste bleibt gerade bei diesem Element die außerordentliche Kleinheit der wirk-samen Mengen, die den Homöopathen immer besonders gefallen hat. Man darf nicht vergessen, daß wir über die Form, in der der Schwefel im Eiweiß vorkommt, sehr wenig unterrichtet sind. Wir wissen nur, daß das Zystin in ihm bloß den einen schwefel-

haltigen Bestandteil darstellt. Wodurch sich das kleine Plus von Schwefel, das als Medikament eingeführt wird, geltend macht, bleibt vorderhand noch dunkel. Wie es sich aber geltend macht, daß es tatsächlich wirkt, langsamer aber sicherer und unschädlicher als große Mengen, die immer von fragwürdiger Güte sind, das ist doch allmählich klarer geworden. Und dies zu wissen, ist für den Arzt wichtiger als theoretische Spekulation. Held.

3540.

Boller, R., und F. Högl, *Klinische Erfahrungen mit Thyroxin, Thyropurin und Thyreoidin*. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 28.) (I. Med. Abtlg. des Kaiserin-Elisabeth-Hospitals, Wien.) Uebereinstimmend mit früheren Erfahrungen konnten die Verfasser bei Fällen von Nephrose mit den genannten Präparaten nur dann eine Beschleunigung der Entwässerung erreichen, wenn gleichzeitig die Salzzufuhr beschränkt wurde. Ebenso ließ sich in Fällen mit Fettsucht nur dann eine Gewichtsabnahme erzielen, wenn gleichzeitig die Kalorienzufuhr eingeschränkt wurde. Nur bei Zufuhr hoher toxischer Dosen gelang es, bei frei gewählter Kost geringfügige Gewichtssenkungen zu erreichen, doch ist es nicht Zweck einer sachgemäßen Therapie, zu derartig gefährlichen Experimenten zu greifen, zumal daraus auch Dauerschäden für die Patienten entstehen können. Zwischen dem synthetisch hergestellten Thyroxin und dem nativen Thyropurin (Jaffé) bestanden in ihrer Wirkung nur graduelle Unterschiede, vielleicht wirkt das letztere weniger toxisch auf das kardiovaskuläre System. Jod scheint in der von den Autoren applizierten Menge die Thyroxinwirkung nicht wesentlich zu beeinflussen.

Die Verfasser haben die Wirkung von Thyropurin Jaffé, Thyreoidin Merck, Thyroxin Schering und Thyroxin Henning untersucht und miteinander verglichen. Bei subkutaner bzw. intramuskulärer bzw. intravenöser Zufuhr erwiesen sich Thyroxin Henning und Thyroxin Schering sehr wirksam. Bei peroraler Zufuhr in größeren Dosen erwies sich Thyropurin Jaffé, Thyreoidin Merck und Thyroxin Henning wirksam, während Thyroxin Schering in einem Falle wirkungslos blieb. Arnold Hirsch, Berlin.

3540 a.

van der Reis und Hans Büsow, *Klinische Beobachtungen bei gewerblicher Arsenwasserstoffvergiftung*. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) (Innere Abt. des Städtischen Krankenhauses, Danzig.) Nach Beobachtungen der Autoren bieten die Kranken ein scharf umrissenes Krankheitsbild. Der Symptomenkomplex der akuten Hämolyse mit Hämoglobinurie, der Anämie mit Regenerationserscheinungen im Blutbild, der Leberschwellung mit Ikterus und des Fiebers muß den Verdacht einer Arsenwasserstoffvergiftung erwecken. Besonders wichtig für die erste Diagnose ist dabei das Symptom der Hämoglobinurie, das nicht verkannt werden sollte. Die aufgezählten Symptome sind: erstens eine Folge der Wirkung auf das Zentralnervensystem und zweitens eine Folge der hämolytischen Wirkung des eingeatmeten Gases. Differentialdiagnostisch kommen Vergiftungen mit Pilzen (*Helvella esculenta*) und Vergiftungen durch Schlangenbisse in Betracht. Von atembaren, hämolytischen Giften sind die nitrirten Benzole zu nennen. Doch stehen bei der Nitrobenzolvergiftung nach den Angaben von Koelsch und Zanger die Symptome der Methämoglobinbildung im Vordergrund (Zyanose, Methämoglobinspektrum). Bei der Arsenwasserstoffvergiftung ist zwar auch Methämoglobinbildung beobachtet worden, aber nach den früheren Beobachtungen tritt im klinischen Bilde die Zyanose gegenüber der Anämie in den Hintergrund.

Der Verlauf der Erkrankungen ist in vieler Beziehung bemerkenswert. Das zwischen Beginn der Schädigung und Einsetzen der Krankheitserscheinungen liegende symptomlose Intervall dauerte von $\frac{1}{2}$ bis zu 2 bis 3 Stunden. Einen Knoblauchgeruch haben die Kranken nicht bemerkt. Als Prodromalsymptome traten auf: Mattigkeit, Schwäche, Schwindel, Kopf- und Gliederschmerzen. Ueber das zeitliche Verhältnis des Ikterus zur Hämoglobinurie konnte nichts Sicheres ermittelt werden. Jedenfalls scheint der Ikterus nicht immer erst nach einigen Tagen aufzutreten. Maßgebend scheint dafür der Grad der Hämolyse zu sein. Die von Gerbis betonte prognostische Bedeutung der Diurese hat sich auch bei den Beobachtungen der Verfasser bestätigt. Trotz des anfangs sehr schwachen Zustandes blieben alle 3 Patienten, die von Anfang an eine gute Harnausscheidung aufwiesen, am Leben und erholten sich in verhältnismäßig kurzer Zeit. Verfasser halten die Annahme für berechtigt, daß in manchen Fällen von Arsenwasserstoffvergiftung die Nierenschädigung die unmittelbare Todesursache sein kann.

Das Auftreten von reduzierenden Substanzen ist bisher nur bei der Nitrobenzolvergiftung beschrieben worden.

Was das Blutbild betrifft, so stimmt die bei zwei Patienten beobachtete mäßige Leukozytose zu Beginn der Erkrankung, die Ausschwemmung von unreifen Formen ins Blut, die Anämie und die im Stadium der Regeneration eintretende Eosinophilie mit den von Joachim erhobenen Befunden weitgehend überein.

Die von Gerbis empfohlenen Sauerstoffatmungen scheinen den Autoren aus theoretischen Erwägungen heraus nicht indiziert, da der Mangel an sauerstoffbindender Substanz nicht durch Ueberangebot von Sauerstoff kompensiert werden kann. In schweren Fällen sollte die Bluttransfusion versucht werden, wenn Aderlaß und Kochsalzinfusion keinen Erfolg bringen und der Zustand ernst bleibt.

Bei der großen Giftigkeit des Arsenwasserstoffs (5.0 mg pro Liter Luft sind sofort tödlich), 0.05 in $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde oder später, 0.02 führen nach $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde zu lebensgefährlicher Erkrankung) ist nach Ansicht der Autoren unbedingt zu fordern, daß in den Betrieben die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. Es wäre vor allen Dingen zu wünschen, daß die betreffenden Metalle und Säuren wie früher wieder arsenfrei geliefert werden. Soweit sich dies nicht ermöglichen läßt, muß für ausreichende Lüftung der Arbeitsräume gesorgt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

3541.

Winkler, F., und F. Köck, *Beiträge zur Biologie von Extraktivstoffen aus Zellen und Geweben*. (Z. inn. Med., 50. Jahrg., Nr. 27.) Vorläufige Mitteilung über Befunde bei Reindarstellung von Hormonen nach einem neuen Verfahren im Pribramschen Laboratorium zu Wien. Extraktivstoffe ergaben unmittelbar nach Fertigstellung keine Eiweißreaktion, waren frisch hergestellt weiß und dunkelten unter Lichteinwirkung nach. Die aus tierischen Organen gewonnenen Extraktivstoffe zeigten anscheinend spezifischen Geruch. Sie behielten ihre Wirkung bei Erwärmen auf 40° bei, während bei höheren Temperaturen teils Verlangsamung, teils Beschleunigung, teils Inversion der Wirkung eintritt.

Aus dem durch Aderlaß gewonnenen frischen Blut normaler Tiere konnten ein hypophysenartiger und ein insulinähnlich wirkender Stoff gewonnen werden. Das weibliche Sexualhormon wurde auch im Blut männlicher Tiere nachgewiesen. Die weiblichen Keimdrüsen zeigen verschiedene Extraktivstoffe aus Ovarialstroma und Corpora lutea. Aus dem Herz eben getöteter Tiere konnte nach dem Verfahren der Verfasser ein Stoff hergestellt werden, der, ähnlich dem Haberlandschen Herzstoff, stillstehende Herzen wieder zum Schlagen bringt. Der aus der Leber gewonnene Stoff besitzt außer insulinähnlichen Wirkungen auch eine wachstumsbegünstigende und eine die Herzarbeit fördernde Wirkung. Extraktivstoffe aus Tonsillen, Lymphdrüsen und Milz wirkten reizend auf das blutbildende System, der letztere Extraktivstoff fördert ferner die Blutgerinnung und die Herzarbeit. Ähnlich verhält sich der aus der Thymusdrüse gewonnene Extraktivstoff, der außerdem wachstumsfördernd wirkt. Aus der Bauchspeicheldrüse konnte ein wirksames Insulin gewonnen werden.

Saccharomyzeszellen lieferten einen Extraktivstoff, der, ähnlich der Zymase Gärung in Zuckerlösung ohne Anwesenheit von lebendem Hefeplasma veranlaßt. Von den aus Bakterienleibern gewonnenen Extraktivstoffen ist ein aus Tuberkelbazillenkulturen hergestellter Körper von insulinähnlicher Wirkung hervorzuheben, ferner diastaseähnliche Substanzen aus Saprophyten.

Von der Fortführung der Versuche versprechen sich Verfasser Einblick in den Aufbau von Hormonen, Vitaminen und Enzymen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

3542.

Fleisch, Alfred, *Zum Mechanismus der Gefäßerweiterung in arbeitenden Organen*. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 28.) (Physiologisches Institut Dorpat.) Bei der ersten Durchströmung mit Ringerlösung wurden bei 79 Reizungen der Großhirnrinde in 82% der Fälle Vasodilatation und Bewegung der künstlich durchströmten Extremität erhalten. In 18% der Fälle fehlte ein Gefäßeffect, oder es trat Vasokonstriktion auf.

Nach Curarisierung infolge Durchströmung mit Curare-Ringerlösung trat von 38 Rindenreizungen zweimal (= 5%) eine leichte Vasodilatation auf. In 95% der Fälle fehlte ein Gefäßeffect, oder es erfolgte Gefäßverengung.

Nachdem die Curarevergiftung infolge Durchströmung mit Ringerlösung wiederum rückgängig gemacht worden war, trat in 34% der Rindenreizungen wieder deutliche Gefäßerweiterung auf.

Da die Gefäße unter Curarevergiftung auf andere vasodilatatorische Reize (Säure, Depressorreizung) noch prompt mit Erweiterung antworteten, war der gefäßdilatorische Mechanismus noch intakt. Wenn somit während der Curarisierung die Großhirnrindenreizung nicht mehr Vasodilatation erzeugt, so muß gefolgert werden, daß der Mechanismus der Gefäßerweiterung durch zen-

trale Mitinnervation nicht existiert und daß die bei Arbeitsleistung resultierende Gefäßerweiterung nur eine Konsequenz der in verstärktem Maße gebildeten Stoffwechselprodukte ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3543.

Kafka, V., und K. Samson, Die Bedeutung der Eiweißrelation in der Liquordiagnostik. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 27.) (Serologische Abteilung der psychiatrischen Univ.-Klinik und Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, Hamburg.) Auf Grund der Untersuchung von etwa 2500 Rückenmarksflüssigkeiten mit Hilfe der Eiweißrelation nach Kafka in Verbindung mit den übrigen liquordiagnostischen Methoden wird über die praktische Bedeutung dieser neuen Liquorprüfung kurz berichtet. Es ist durch sie festgestellt worden, daß der Grenzwert der Liquorzellen im Kubikmillimeter $\frac{1}{2}$ ist; das Gebiet von $\frac{1}{2}$ bis $\frac{10}{100}$ wäre als abnorm zu bezeichnen, soweit klinische Veränderungen nicht vorliegen. Auf Grund der Werte der Eiweißrelation läßt sich eine scharfe Abgrenzung normal-pathologisch erzielen. Durch Kombination der Eiweißrelation mit der Normalexstirpation und der Zählung der roten Blutkörperchen läßt sich blutiger Liquor noch weitgehend diagnostisch verwenden. Ferner wird die interessante Möglichkeit der Bestimmung des Euglobulins und der Aufstellung des Euglobulin-Globulinquotienten erörtert. Schließlich wird die diagnostische Bedeutung der Eiweißrelation an den Beispielen der Paralyse, Lues cerebri, Tabes, akuten Meningitis, Epilepsie, Schizophrenie, multiplen Sklerose, Enzephalitis dargelegt und auf weitere praktische Ausblicke hingewiesen. Arnold Hirsch, Berlin.

3544.

Peset, Juan, Der diagnostische Wert der Lymphozyten im Liquor. (Rev. español. med. cirug., 12., 134.) (Facultad de Medicina, Valencia.) Purulente Meningitiden werden durch eine vorangehende lymphozytäre Meningitis angezeigt; eine Lymphozytose de retour erscheint aber auch im Ausgangsstadium der zur Ausheilung neigenden Meningitiden. Die initiale Lymphozytose bei otogener Meningitis indiziert einen chirurgischen Eingriff, darf aber mit derjenigen bei tuberkulöser Meningitis, bei welcher ein operatives Vorgehen kontraindiziert ist, nicht verwechselt werden. Die Lymphozytose de retour tritt im Zeitpunkt des Verschwindens des Meningokokkus in Erscheinung und bietet gewissermaßen eine Gewähr für den negativen bakteriologischen Befund. Sie gibt das auch das Signal zur Sistierung der serotherapeutischen Behandlung ab.

Ashkenasy, Wien.

3545.

Nipperdey, Ueber die Wirkung von Milzextrakten auf das rote Blutbild, insbesondere bei Hyperglobulia vera. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 26.) (Innere Abteilung des Paulinen-Hauses, Charlottenburg.) Durch Verabreichung von Milzextrakten werden erhöhte Blutkörperchen- und Hämoglobinzahlen herabgesetzt. Dieser „Anämisierung“ ist eine nach Alter des Patienten und Schwere der Erkrankung individuell verschieden liegende Grenze gesetzt. Der Blutgesunde wird nur wenig beeinflusst.

Arnold Hirsch, Berlin.

3546.

Schermann, S. J., Wirkung der Thyreoidektomie und Schilddrüsenfütterung auf das Blutbild und die Erythropoese der Tiere. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 20 und 21.) Auf Grund seiner Versuche an Katzen und Kaninchen kommt Verfasser zu nachstehenden Ergebnissen: Die Thyreoidektomie bewirkt bei den Tieren eine Verminderung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen; in den ersten Tagen nach der Operation tritt eine erhebliche Steigerung der weißen Blutkörperchen ein, die in der folgenden Zeit etwas zurückgeht; $1\frac{1}{2}$ bis 2 Monate nach der Operation findet man eine unerhebliche Leukozytose, Zunahme der Pseudoeosinophilen, Basophilen und Monozyten und Abnahme der Lymphozyten und seitens des roten Blutes unerhebliche Poikilozytose und Anisozytose, vereinzelte Erythroblasten und Polychromatophile. In den ersten Wochen nach der Operation tritt eine starke Zunahme der Retikulozyten ein, die später abnehmen, jedoch nicht bis unter die Norm. Die Zunahme der Retikulozyten, als ein Zeichen der gesteigerten Erythropoese, spricht gegen die bei vielen Forschern bestehende Auffassung, daß die Thyreoidektomie zur Abnahme der Knochenmarksfunktion führt. Bei Verfütterung von getrockneten Schilddrüsen an Kaninchen beobachtet man eine Zunahme des Hämoglobins und der Erythrozyten und in der Mehrzahl der Fälle Abnahme der weißen Blutkörperchen, Zunahme der Lymphozyten, Monozyten und Basophilen. Die Anzahl der Retikulozyten nimmt zu, besonders in den ersten Wochen der Verfütterung (während bei der Thyreoidektomie die Steigerung der Erythropoese als eine Kompensationserscheinung aufzufassen ist, hängt sie bei der Thyreoideaverfütterung anscheinend mit der Steigerung sämtlicher Funktionen des Organismus zusammen). Die

Entfernung der gesamten Schilddrüse mit der Nebenschilddrüse führt zur Tetanie und nach einigen Tagen zum Tode. Seitens des Blutes tritt danach Abnahme des Hämoglobins und der Erythrozyten, starke Zunahme der weißen Blutkörperchen und Linksverschiebung ein. Wie der Verfasser annimmt, sind die Veränderungen im peripheren Blut bei der Schilddrüsenentfernung bzw. -verfütterung sekundärer Natur und auf die Veränderungen des Stoffwechsels, der Assimilationsprozesse und dergleichen zurückzuführen. Der Schilddrüsenapparat stellt, wie es scheint, einen für den Organismus notwendigen Katalysator der Lebensfunktionen dar. Die Frage der Wirkung der Schilddrüse auf die Blutbildung bedarf einer weiteren Erforschung. E. Kontorowitsch.

3547.

Brandenburg, E., Morphologische Beiträge zur Frage der endokrinen Funktion der Epiphyse. (Endokrinol., 4., Heft 2, 1929.) (Pathologisches Institut des Krankenhauses Berlin-Moabit.) Die genauen Messungen und histologischen Untersuchungen des Verfassers an 157 von Männern und Frauen in verschiedenen Lebensaltern stammenden Epiphysen sowie an 82 Schweineepiphysen haben irgendeinen Anhalt für das Wesen einer endokrinen Funktion der Zirbeldrüse nicht ergeben. E. Kontorowitsch.

3548.

Teploff, J., und A. Koschewnikowa, Ueber den Gehalt an Elektrolyten im Blutserum bei Herz- und Gefäßkrankheiten. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (Fakultätsklinik für innere Krankheiten des Leningrader medizinischen Instituts.) Bei Herz- und Gefäßkrankheiten ohne Insuffizienz des Blutkreislaufs weicht der Kalziumgehalt im Blutserum meistens nicht von der Norm ab. Der K-Gehalt war in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls normal; in mehreren Fällen war er erhöht. Das gegenseitige Verhältnis K/Ca war fast in allen Fällen normal.

Während der Dekompensation der Herztätigkeit wird in der Mehrzahl der Fälle eine Senkung des Ca-Gehaltes ebenso wie des Chlors und des anorganischen Phosphors im Blutserum beobachtet. Der K-Gehalt bleibt meistens an den Grenzen der Norm.

Bei Erscheinungen von Herzinsuffizienz, vorwiegend bei Kardiosklerose, weicht das normale Verhältnis zwischen Kalium und Kalzium im Blutserum fast immer von der Norm ab, und zwar meist im Sinne einer Steigerung.

Arnold Hirsch, Berlin.

3549.

Manenkov, P. W., Experimentelle Beiträge zur Frage des Mechanismus der direkten Affektion der Medulla oblongata bei diffuser Peritonitis. (Kasan. med. Z., 25., Heft 1, 1929.) (Abteilung für experimentelle Neuropathologie am Staatlichen Institut für experimentelle Medizin, Leningrad.) Durch die Untersuchungen von Speranskij (Leningrad) ist festgestellt, daß in der Entstehung einiger lokaler Prozesse die unmittelbare Läsion des Zentralnervensystems durch auf dem neurolymphatischen Wege hierhergelangte giftige Produkte eine Hauptrolle spielt, wobei der lokale Prozeß in der Peripherie lediglich eine Widerspiegelung der Veränderungen des physiologischen Zustandes der Zellen im entsprechenden Gehirnbezirke darstellt. Neben diesen Prozessen gibt es auch andere, wirkliche lokale Reaktionen, jedoch auch bei ihnen wird das Nervensystem in dieser oder jener Weise sekundär in den pathologischen Prozeß hineingezogen. Zu solchen Reaktionen gehört unter anderem die akute diffuse Peritonitis. Den einzigen direkten neurolymphatischen Weg, der die Bauchorgane mit dem Zentralnervensystem verbindet, stellt der Nervus vagus dar, dessen Kern sich in der Medulla befindet. Buschmakina und Pigalew haben durch ihre Experimente an Kaninchen mit Einverleibung von Staphylokokken und Vagusdurchschneidung bewiesen, daß die Aufhebung der direkten Verbindung zwischen der Bauchhöhle und dem verlängerten Mark das letztere vor einer prompten und schweren Läsion bewahrt. Diese Versuche sind jedoch nicht ganz einwandfrei, da hier bei den Tieren außer der Vagusdurchschneidung auch Laparotomie ausgeführt wurde. Indessen sind experimentelle und klinische Hinweise vorhanden, daß die Laparotomie an und für sich die Widerstandsfähigkeit der Bauchhöhle gegen eine Infektion erhöht. Infolgedessen stellte der Verfasser seine Versuche an, indem er bei einer Reihe von Kaninchen durch einen kleinen Einschnitt in die Bauchwand Staphylokokkenkultur unter die Serosa der vorderen Magenwand bzw. des Dickdarms einspritzte. Die Tiere, bei denen die Einspritzung in die Magenwand erfolgte (d. h. in das Organ, das mit der Medulla mittels eines direkten neurolymphatischen Weges verbunden ist), gingen innerhalb 8 bis 16 Stunden unter dem Bilde einer akuten diffusen Peritonitis sämtlich zugrunde. Von der Tiergruppe dagegen, der die Staphylokokkenkultur in die Dickdarmwand (von wo eine rein nervöse, jedoch keine direkte neurolymphatische Verbindung mit dem Vagus Kern vorhanden ist) eingespritzt wurde, erkrankten 4 Kaninchen überhaupt nicht, und 5 gingen nach 16 Stunden bzw. nach 2, 4, 6 $\frac{1}{2}$ und

7 Tagen zugrunde, wobei die Erscheinungen bei ihnen weniger ausgeprägt und mehr lokalisiert waren als bei der ersten Gruppe und es in keinem Fall zu einer diffusen Peritonitis kam.

E. Kontorowitsch.

3550.

Spehl, P., **Allgemeines zur Leberphysiologie.** (Scapel, Nr. 23, 1929.) Die Leber spielt in der Ausnutzung der Nahrungsmittel eine überragende Rolle. Sie fixiert einen Teil davon und übergibt ihn dem Blutkreislauf, je nach den Bedürfnissen des Organismus. Sie trägt dazu bei, den Nahrungsschlacken die Ausscheidung unter wenig toxischen Formen zu gewährleisten. Obwohl in ein und demselben Organ vereint, scheinen die Funktionen der Leber ziemlich unabhängig voneinander, so daß bei pathologischen Verhältnissen manche intakt bleiben können, wogegen andere schwer verändert sind. Eine Funktionsprüfung für das gesamte Organ existiert nicht.

Bei der Komplexität der Leberfunktionen muß man in der Bewertung der Funktionsprüfungen vorsichtig sein, um so mehr, als diese gewöhnlich auch noch andere Organe heranziehen.

Wenn man auch die reziproke Unabhängigkeit dieser multiplen Funktionen zugibt, so darf man dennoch die Leber als ein Gebilde aus verschiedenen nebeneinander gesetzter funktioneller Organe betrachten. Bezüglich der Glykogenfunktion bestehen nachweislich intrahepatische Synergien, aber für die gleiche Funktion gibt es auch extrahepatische. Die Leber und die verschiedenen Körperorgane beeinflussen sich gegenseitig, um so mehr, als die Leberfunktionen ebenso wichtig wie verschiedenartig sind. In der Würdigung dieser Synergien muß man sich jedoch vor einer falschen Präzision hüten. An dieser Stelle muß die Klinik das Experiment kontrollieren, und man muß sich hüten, die menschliche Pathologie durch einige Erfahrungen der Tierphysiologie leicht hin zu erklären.

Held.

3551.

Wendt, H., **Ueber das Verhalten der Cholesterinester im Blutserum Leberkranker.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 26.) (Med. Univ.-Klinik, Breslau.) Während der Mensch in seiner Galle ein cholesterinspaltendes Ferment und demzufolge nur freies Cholesterin enthält, scheidet der Hund in seiner Galle neben freiem Cholesterin auch Cholesterinester, aber dafür kein esterspaltendes Ferment aus. Auch die Hundeleber bereitet ein solches Ferment in größeren Mengen nicht. Kommt es beim Hunde nach Unterbindung des Ductus choledochus zum Uebertritt von Galle ins Blut, so steigen beim Hunde freies Cholesterin und Estercholesterin ungefähr gleichsinnig an, während beim Menschen, besonders beim schweren Ikterus, häufig eine Verminderung der Cholesterinester, ein sogenannter Estersturz, eintritt. Dieses verschiedenartige Verhalten von Mensch und Hund beim Uebertritt von Galle ins Blut wird mit den an den Gallen von Mensch und Hund gewonnenen Untersuchungsergebnissen erklärt, und insbesondere der Estersturz beim Menschen mit dem in der menschlichen Galle enthaltenen cholesterinesterspaltenden Ferment in Zusammenhang gebracht.

Arnold Hirsch, Berlin.

3552.

Wodinski, M. A., **Die van den Bergh'sche Bilirubinreaktion bei der Differentialdiagnostik der Gelbsucht am Sektionsmaterial.** (Klin. med. russ., 10. Jg., 7., Heft 1 [100].) (Pathologisch-physiolog. Institut der Staatsuniversität, Smolensk.) Die Untersuchungen an einer Reihe von sterbenden Patienten und an Leichen ergaben, daß die Hijnmans-van-den-Bergh-Reaktion mit dem Blutserum bei Lebzeiten sowie mit der Perikard- bzw. Bauchhöhlenflüssigkeit nach dem Tode gleich ausfällt. Der Charakter und die Intensität der postmortalen Reaktion stimmt mit den histologischen Untersuchungen der Leber ganz überein. Durch die Vornahme der van-den-Bergh-Reaktion am Sektionsmaterial ist die Möglichkeit zur schnellen Differentialdiagnostik der Ikterusform noch vor der histologischen Untersuchung gegeben.

E. Kontorowitsch.

3553.

Lebermann, Ferdinand, **Der Belastungswasserversuch als Nierenfunktionsprüfung.** (Med. Welt., Nr. 24, 1929.) (Inn. Abt. d. Julius-Spitals, Würzburg.) Aus der Annahme, daß die einfache Wasserbelastung nicht instande ist, die Nieren zu dem Maximum ihrer Leistungsfähigkeit anzuspannen, schlägt der Verfasser den Belastungswasserversuch vor. Dieser besteht darin, daß die einfache Flüssigkeitsbelastung mit verschiedenen Diuretika, wie Harnstoff, Purinderivate, Gallensäuren, Herzmittel usw. kombiniert wird. Die Diuretika werden den Kranken früh zusammen mit dem zu trinkenden Liter Flüssigkeit verabreicht. Bei Herz- und Nierengesunden zeigen sich bei Zulage von Diuretika alle mit dem Wasserversuch geprüften Funktionen steigerungsfähig. Die äußerste Grenze der Konzentrationsfähigkeit wird durch Harnstoffdarreichung, das Maximum des Verdünnungsvermögens durch Kombination mit Gallensäuren oder Euphyllin erreicht. Von den

akuten und, in geringerem Umfange, chronischen Nierenerkrankungen ohne Oedeme scheinen diejenigen prognostisch am günstigsten zu liegen, bei denen die Belastungswasserversuche eine ziemlich große Variabilität aller drei damit geprüften Funktionen, d. h. der Ausscheidungsfähigkeit, des Konzentrierungs- und des Verdünnungsvermögens, ergaben. Am ungünstigsten ist die Prognose in den Fällen, in welchen die genannten drei Funktionen keiner Schwankung mehr fähig sind. Rein kardiale Oedeme reagieren auf die Zulagen von Diuretika mit einer erheblichen Verbesserung der Flüssigkeitsausscheidung und Verdünnungsfunktion. Bei rein nephrogenen Oedemen und Mischformen liegen die Verhältnisse ziemlich unübersichtlich.

L. Gordon, Berlin.

3554.

Tscheboksarow, M. N., und S. J. Malkin, **Zur Frage der funktionellen Diagnostik der Nebenniere.** (Kasan. med. Z., 25., Heft 1, 1929.) (Medizinische Fakultätsklinik der Universität Kasan.) Während bekanntlich im normalen Blute nur die Serumlipase allein vorhanden ist, kann bei Schädigungen der verschiedenen parenchymatösen Organe auch das lipolytische Ferment des erkrankten Organs im Blutserum auftreten, die sogen. Organlipase, z. B. Leber-, Nierenlipase usw. Durch die Untersuchungen von Rona und seiner Mitarbeiter, welche die Tatsache des verschiedenen Verhaltens der Organlipasen zu den verschiedenen Giften festgestellt haben, ist die Möglichkeit der funktionellen Diagnostik der Erkrankungen verschiedener Organe gegeben. Nach den Versuchen der Verfasser besitzt man im Chloralhydrat eine Substanz, die es gestattet, die Nierenlipase von den Lipasen anderer Organe zu differenzieren und demzufolge die Bestimmung der Nebennierenlipase im Blute der Kranken zur funktionellen Diagnostik der Nebennierenerkrankungen zu verwerten. So wurde die Nebennierenlipase nicht nur in den Fällen mit bereits bekannter Diagnose beobachtet, sondern auch bei denjenigen Kranken, bei denen eine Nebennierenschädigung nicht vermutet wurde, und erst die weitere Beobachtung bzw. der Sektionsbefund einen pathologischen Zustand der Nebennieren zeigten. Es handelte sich um folgende Fälle: Addison'sche Krankheit (Formes frustes), pluri-glanduläre Insuffizienz, Unterleibstypus, Fleckfieber, Diphtherie, schwere Lungentuberkulose und Leberkrebs.

E. Kontorowitsch.

3554 a.

Mayo, William J., **Krebsempfänglichkeit.** (Amer. J. Surg., 6., Nr. 5, Mai 1929.) Die Krebstestung beruht neben individueller Disposition auf chronischen Reizzuständen, die die Lokalisation bestimmen. Bei lange bestehenden Reizzuständen kann der Körper nicht mehr, wie anfangs, normale Zellen als Kampfruppen verwenden, sondern es werden unreife vorgeschickt, die sich bei besonders disponierten Individuen unbegrenzt teilen, ohne eine Funktion zu haben. Manche Reizerreger scheinen besonders zu malignen Geschwülsten zu führen (Teerkrebs, Sonnenbrandkrebs, Krebs der Betelnußkauer usw.), wozu auch dauernde Hitze gehören dürfte (heiße Speisen und Getränke!). Murray fand experimentell, daß Mäuse individuell verschieden auf Teerpinselungen reagierten und nach chirurgischer Entfernung eines Teerkrebses oder eines spontan entstandenen Brustkrebses eine Immunität gegen Teerpinselungen aufwiesen. Nach Versuchen von Slye ist diese Disposition erblich. Gye und Barnard fanden ein Virus, das mit einem spezifischen Faktor (Tumorfiltrat) zusammen einen neuen Tumor entstehen läßt (andere Untersucher konnten das allerdings nicht bestätigen). Aus Versuchen mit Transplantation von Rous' Tumoren ist zu schließen, daß Röntgen- oder Radiumbestrahlung das Gewebe zur Bildung von Antikörpern anregt. Broder teilt die Krebszellen in vier mikroskopisch unterscheidbare Gruppen nach ihrer mehr oder minder großen Ähnlichkeit mit normalen Zellen ein und stellt danach die Prognose. Durch Bestrahlung soll eine Reifung des Krebses herbeigeführt werden, so daß inoperable Krebse operabel werden; besonders empfindlich sind lymphoide Gewebe (Lymphosarkom). Die Einreihung der Krebse in die Gruppen nach Broder wird biologisch bestimmt durch die Stärke der allgemeinen und der lokalen Widerstandsfähigkeit (Immunität).

E. Gohrbandt, Berlin.

3555.

Roffo, A. H., **Neueste Untersuchungen über die Biologie der Krebszellen.** (Lancet, 216., 5521.) (Institut für experimentelle Medizin, Buenos Aires.) In der Biologie des Karzinoms muß man zwei Faktoren berücksichtigen: einen, der der Zelle inherent ist und einen zweiten, welcher mit dem „Terrain“ in Beziehung zu bringen ist. Die Aenderung in der Entwicklung des Tumors, welche mit den biologischen Aenderungen des Terrains zusammenhängen. Verschiedenheiten der chemischen Struktur, die Kolloide usw. verleihen diesem Faktor eine besondere Wichtigkeit. Wir müssen uns jedoch fragen, ob die chemischen Strukturveränderungen der Gewebe und ihre Hormone das „Terrain“ vorbereiten oder, ob diese

Aenderungen eine Folge der geänderten Biologie der neoplasma-tischen Zelle sind. In der Beantwortung dieser Fragen liegt die Erklärung des Problems des präkarzinomatösen Stadiums.

Ashkenasy, Wien.

3556.

Holböhl, S. A., Untersuchungen über den Stoffwechsel bei Kranken mit Krebs im Verdauungstraktus und besonders zur Aufklärung des Gewichtsverlustes und der Mattigkeit. (Hospitalstid., Nr. 23, 1929.) Bei 57 Kranken mit Krebs des Magendarmkanals große Mattigkeit gefunden, während Störungen der Verdauungstätigkeit selbst nur in $\frac{1}{3}$ der Fälle beobachtet wurden. Diese Kranken klagten auch nie über Magendarmstörungen. Nicht selten werden Kranke im Alter von 30 Jahren und noch jüngere von Krebs im Magendarmtraktus befallen. Die Untersuchung des Grundstoffwechsels war in 16 von 19 untersuchten Fällen erhöht. Es scheint ein Zusammenhang zu bestehen zwischen der Stoffwechselerhöhung und dem Entwicklungsgrad der Krankheit. Man muß versuchen eine sichere und frühzeitigere Erkennung des Krebses des Magendarmkanals herbeizuführen (vielleicht durch Stoffwechseluntersuchungen usw.). Die Blutsenkungsreaktionen bei Krebskranken meist erhöht. Der normale Hämoglobinwert schließt die Diagnose Karzinom durchaus nicht aus. Beständige negative Benzidinreaktion fand sich in 5% der Fälle. Von 200 Fällen mit Magenresektion wegen Karzinom, welche die Operation überlebten, starben 161 im Laufe der ersten 5 Jahre nach der Operation und 21 nach 5 Jahren; nur 18 wurden geheilt. Die Diagnose muß vor dem metastatischen Stadium der Krankheit gestellt werden, wenn die Operation erfolgreich sein soll. S. Kalischer.

3557.

Hellmuth, Karl, Chloriduntersuchungen im mütterlichen und kindlichen Blut. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 28.) (Universitäts-Frauenklinik, Würzburg u. d. chem. Abtlg. d. Allgemeinen Krankenhauses, Hamburg-Barmbeck.) Zu Chloriduntersuchungen eignet sich Vollblut besser als Serum oder Plasma. Im Vollblut ist nach den Ergebnissen des Verfassers in einem großen Teil der Fälle der Chloridspiegel bei Mutter und Kind gleich. Aber auch unter normalen Verhältnissen können beträchtliche Abweichungen in den beiden Kreisläufen vorkommen, welche nicht durch die Fehlerbreite der Methodik erklärbar, sondern als tatsächlich vorhanden anzusehen sind. In diesen Fällen sind dann nach den Ergebnissen des Verfassers die Chloridwerte im Neugeborenenvollblut ausnahmslos niedriger als im mütterlichen Vollblut. Beim Serum, Plasma, und Blutkörperchenbrei ist gelegentlich auch ein höherer, vielleicht erst sekundär bedingter Gehalt an Chloriden in einzelnen Fällen beim Kinde zur Beachtung gekommen.

Wenn man daher auch im allgemeinen beim Uebergang der Chloride von der Mutter auf das Kind mit den einfachen Gesetzen der Osmose und Diffusion auskommt, so zeigen doch gerade die Fälle, bei denen ein Ueberschuß auf der mütterlichen oder fetalen Seite der placentaren Scheidewand besteht, eindeutig, daß schon bei diesem so leicht wasserlöslichen Körperbestandteil, wie sie die Chloride darstellen, gelegentlich auch unter normalen Verhältnissen die aktive Tätigkeit der Plazentarzotten offensichtlich in Erscheinung tritt. Der Uebergang der Chloride von Mutter auf Kind und umgekehrt ist, auch unter normalen Verhältnissen als ein komplexer Vorgang zu bewerten, welcher reguliert wird zum Teil nach den einfachen Gesetzen der Osmose und Diffusion, zum Teil aber auch durch eine vitale Tätigkeit der Plazenta.

Arnold Hirsch, Berlin.

3558.

Derom, Émile, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Bluttransfusion. (Rev. belge Scienc. méd., Nr. 5, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik zu Gent.) Die Untersuchungen des Verfassers an Hunden haben zu folgenden Schlußfolgerungen geführt:

1. Die roten Blutkörperchen, die normalen oder durch Blutverluste resp. Methylenblauinjektionen anämisierten Hunden transfundiert werden, bleiben mindestens 15 bis 20 Tage am Leben; die maximale beobachtete Überlebensdauer betrug 45 Tage.

2. Die transfundierten roten Blutkörperchen behalten ihren Hämoglobingehalt und ihre Resistenz gegenüber hypotonischen Lösungen.

3. Die transfundierten roten Blutkörperchen werden entweder plötzlich oder allmählich in Etappen eliminiert.

4. Die roten Blutkörperchen, die in Form von Zitratblut infundiert worden sind, verhalten sich in allen Hinsichten so, wie die in Form von reinem Blut infundierten.

5. Die Transfusion von reinem oder Zitratblut bei anämisierten Tieren stellt kein direktes Stimulans für die Erythropoese dar.

Auf Grund seiner klinischen Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen: Das transfundierte Blut übt eine

hervorragende hämostatische Wirkung in den Fällen von Blutungen aus, die jeglicher anderen Therapie trotzen. Die Autotransfusion ist nur in den äußersten Fällen anzuwenden, in denen dem Leben des Patienten eine unmittelbare Gefahr droht. Bei schweren chirurgischen Eingriffen an schwachen Individuen stellt die Bluttransfusion die präoperative Behandlung der Wahl dar. In Fällen von postoperativem Schock mit progressiver Blutdrucksenkung, in denen Kardiaka und intravenöse Seruminjektionen erfolglos bleiben, ist die Bluttransfusion allein imstande, den Zustand des Kranken zu heben. Beim rein nervösen postoperativen Schock ist die Bluttransfusion erfolglos. In Fällen von Blutungsanämien ist es gleichgültig, ob man reines oder Zitratblut infundiert; bei schwächenden chronischen Erkrankungen und nach Operationen ist die Transfusion von reinem Blut vorzuziehen.

L. Gordon, Berlin.

3559.

Malkowa-Rjabowa, B. L., Zur Frage der Blutbildveränderung bei Gelenkerkrankungen unter dem Einfluß physiotherapeutischer Prozeduren. (Wratsch. Djelo, 11. Jg., Nr. 21.) (Physiotherap. Institut, Charkow.) Nach physiotherapeutischen Prozeduren (Ultraviolettlicht, Salzäder, Diathermie und Massage) werden im Blutbild der Arthritiker verschiedene Veränderungen beobachtet, die in einer bestimmten Abhängigkeit vom Ausgang des Erkrankungsprozesses stehen. Wie es scheint, beeinflussen die Prozeduren das Blutbild durch das vegetative Nervensystem. Besserung des Zustandes am Ende der Kur wird von einer Vermehrung der Lymphozyten und Verminderung der Neutrophilen begleitet; Verschlimmerung geht mit Verminderung der Lymphozyten und Vermehrung der Neutrophilen einher, während die Fälle, die von den Prozeduren unbeeinflusst bleiben, keine sichtbaren Veränderungen im Blutbilde zeigen.

E. Kontorowitsch.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

3560.

Wolff, H. G., Hemiatrophia faciei progressiva. (J. nerv. Dis., 69., Nr. 2.) Mitteilung eines Falles von typischer rechtsseitiger Hemiatrophia faciei. Dazu bestanden epileptische Anfälle. Es fand sich eine Anisokorie (Mydriasis rechts) mit rechtsseitigem Enophthalmus, dazu vegetativ-endokrine Störungen: kalte zyanotische trockene Hände und Füße, deutliche Sinusarrhythmie, Pulsverlangsamung, positiver okulokardialer Reflex und Blutdrucksenkung; ferner Magendarmstörungen. Obwohl anzunehmen ist, daß die Störungen bei der progressiven Hemiatrophia faciei im autonomen System zu suchen sind, lassen sich in den meisten Fällen die verschiedenen Veränderungen nicht durch Affektion in den peripheren Partien des vegetativen Systems erklären. Weder durch Resektion des Halssympathikus noch der Zervikalganglien wurden derartige Veränderungen bewirkt. W. Misch, Berlin.

3561.

Kino, F., Die Fahrerlähmung des Nervus ulnaris. (Med. Welt., Nr. 24, 1929.) Die früher sehr selten beobachtete Lähmung des Nervus ulnaris der Radfahrer tritt in letzter Zeit sowohl bei diesen als auch bei Chauffeuren viel häufiger in Erscheinung. Die Erkrankung äußert sich in einer Schwäche und in Kribbeln im vierten und fünften Finger. In ausgesprochenen Fällen kommt es zu einer typischen motorischen und sensiblen Lähmung des Nerven. In manchen Fällen werden auch Atrophien verschiedener Muskeln beobachtet. Die Prognose der Erkrankung ist günstig, eine vielmönatige Arbeitspause ist aber in jedem Falle notwendig.

Es ist kaum anzunehmen, daß die Schädigung des Nervus ulnaris auf den Druck zurückzuführen ist, den das Handgelenk in seinem lateralen Abschnitt durch das feste Umgreifen der Lenkstange und die Last des nach vorne gebeugten Körpers ausgesetzt wird. Dazu liegt der Nerv viel zu tief und zu geschützt zwischen dem Os pisiforme und der Sehne des Flex. dig. subl. Ausschlaggebend ist wahrscheinlich die fortgesetzte Erschütterung des Nerven in seinem Kanal. Anscheinend besitzt der Nervus ulnaris eine größere Vulnerabilität als alle anderen Armierven.

L. Gordon, Berlin.

3562.

Lachs, F., Zur Pharmakotherapie der multiplen Sklerose. (Dtsch. dem. Wschr., 55. Jg., Nr. 26.) (Nervenheilstätten der Stadt Frankfurt a. M. zu Köppen i. Ts.) Mehrere von Solganal günstig beeinflusste Fälle stehen nur einer geringen Zahl von Mißerfolgen gegenüber. Wenn man hierbei erstens diejenigen Fälle berücksichtigt, denen nur eine sehr kleine Menge von Solganal injiziert wurde, und zweitens diejenigen, die zu den malignen, mit Spasmen und Gangstörungen einhergehenden Formen gezählt

werden dürfen, welche sich jeglicher bisherigen Therapie gegenüber refraktär verhielten, so ist das Gesamtergebnis als durchaus zufriedenstellend zu betrachten. Bei einer Erkrankung, wie der multiplen Sklerose, die zwar gutartige Verlaufsformen und spontane Remissionen kennt, die aber in ihrer Tröstlosigkeit zu den schwersten Erkrankungen des Menschen gerechnet werden muß, sollte jedes, auch nur die geringste Aussicht auf Erfolg versprechende Mittel zur Therapie mit herangezogen werden; und nach Ansicht des Verfassers scheint das Solganal nicht das schlechteste zu sein.

Verfasser möchte keineswegs den Eindruck erwecken, daß das Solganal als Mittel der Wahl, als einziges wirksames und spezifisches Mittel zur Bekämpfung der multiplen anzusprechen ist. Hierzu sind große Versuchsreihen notwendig, die Brauchbarkeit des Mittels weiter zu erproben. Sollte sich diese als tatsächlich herausstellen, so ist in diesem Mittel ein großer therapeutischer Fortschritt zur Bekämpfung der multiplen Sklerose zu erblicken.

Arnold Hirsch, Berlin.

3563.

Malamud, Wm., und K. Lowenberg, Die Rolle der Kapillaren des Gehirns für die Pathogenese der progressiven Paralyse. (J. nerv. Dis., 69., Nr. 2.) Auf Grund von sechs durchuntersuchten Fällen wird gezeigt, daß ein ausgesprochener Parallelismus besteht zwischen Typ und Lokalisation der Kapillarauffektion und dem des von den befallenen Kapillaren versorgten Gewebes. Danach ist anzunehmen, daß bei der Pathogenese der progressiven Paralyse die Rindenkapillaren die Brücke bilden, über die der Prozeß aufs Parenchym übergeht. Einen diesem Verhalten entsprechenden Mechanismus stellt wahrscheinlich auch die Blut-Liquorschranke bei der progressiven Paralyse dar, sowie deren Veränderungen bei der Malariaabehandlung. W. Misch, Berlin.

3564.

Lewy, F. H., und St. Weiß, Chronaxiestudien. 2. Chronaxieuntersuchungen an Bleiarbeitern. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (2. Medizinische Klinik der Charité, Berlin.) Der große Vorteil der Chronaxiemethode liegt darin, daß sie mit einem Minimum von Zeitverlust Massenuntersuchungen gestattet, bei denen man am einzelnen zahlenmäßig die Bleieinwirkung verfolgen und mit Leichtigkeit den Moment abpassen kann, in dem die chronaximetrische Uebererregbarkeit in die Untererregbarkeit umschlägt. Dies ist der Gefahrenpunkt, in dem Bleigefährdete aus dem Betriebe zu entfernen sind. Schließlich liefert die Methode einen objektiven Maßstab für therapeutische, ausscheidungsfördernde Eingriffe.

Hans Knospe.

3565.

Weiß, Stefan, Chronaxiestudien. 3. Das Verhalten der Chronaxie bei experimenteller Bleischädigung. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (2. Medizinische Klinik der Charité, Berlin.) Die Chronaximetrie gibt, wie sich an Hand der experimentellen Bleivergiftung des Meerschweinchens nachweisen läßt, ein zahlenmäßiges Bild von den einzelnen Stadien der Bleieinwirkung. Durch Medikamente (Jod, Kalzium) ist die Bleischädigung nicht aufzuhalten. Diese vermögen aber, nach Aufhören der Bleiaufnahme, die Bleiausscheidung zu fördern. Neben der Chronaxie ist stets das Verhalten der Rheobase zu berücksichtigen. Die „Gefahrzone“ ist durch niedrige Rheobase und verlängerte Nutzzeit charakterisiert, wogegen die Chronaxie keine deutliche Verlängerung aufweist. Auf Grund der Diskrepanz zwischen Rheobase und Chronaxie unterscheidet sich aber diese Phase von der normalen Erregbarkeit und ist somit auch in der Praxis erfassbar.

Hans Knospe.

3566.

Markow, D. A., Chronaxiestudien. 4. Chronaxieschwankungen bei Zustandsänderungen des gesunden Muskels. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (2. Medizinische Klinik der Charité, Berlin.) Es geht aus den Untersuchungen hervor, daß während der aktiven Kontraktion des Muskels bei direkter Reizung am motorischen Punkt wesentlich höhere chronaximetrische Werte auftreten als in Ruhelage. Da für den ruhenden Muskel generell die Erfahrung zu gelten scheint, daß mit steigender Rheobase die Chronoxie absinkt und umkehrt, so muß man wohl für den tätigen Muskel aus dem Befund des gleichzeitigen Ansteigens von Rheobase und Chronaxie auf das Vorliegen eines Reizzustandes schließen. Daß der bereits in mehr oder weniger weitgehender Kontraktion befindliche Muskel zur Zuckung stärkerer und länger dauernder Reize bedarf, wäre verständlich, steht aber im Gegensatz zur Erfahrung über die Chronaxie spastischer Muskeln. Jedenfalls ergibt sich hieraus, daß bei der aktiven und der reflektorischen Muskelspannung unterschiedliche Verhältnisse in bezug auf die direkte Muskeleerregbarkeit vorliegen.

Hans Knospe, Berlin.

3567.

Weiß, Stefan, Chronaxiestudien. 5. Ueber Chronaxie der tonischen Reflexe. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (2. Medizinische Klinik der Charité, Berlin.) Bei der Auslösung von tonischen Reflexen vom Kopf auf die Extremitäten tritt beim Kaninchen eine erhebliche Verkürzung des Zeitwertes im Streckreflex des Kieferbeines auf. Die Beuger desselben Beines zeigen nur in einem Teil der Fälle eine geringe Verkürzung.

Hans Knospe, Berlin.

3568.

Hofmann-Bang, A., Einige Erfahrungen über eine kombinierte Brom-Luminal-Somnifen-Kur (Schäfigen) als Dauernarkose in der Psychiatrie. (Uges. f. Laeg., Nr. 26, 1929.) Bei 40 Kranken (Schizophrenie, manisch-depressiven und anderen Psychosen) wandte der Verfasser die Schäfigensche Methode der Dauernarkose mit Brom-Luminal-Somnifen an. Er erzielte durch diesen Dauerschlaf in 15% erhebliche Besserung der Unruhe, 67,5% waren etwas gebessert und in 17,5% war irgendeine Wirkung nicht zu verzeichnen. Störungen oder unangenehme Nebenwirkungen oder Komplikationen brachte diese Methode nicht mit sich. Wo Luminal per os nicht gern genommen wurde, konnte man es in 20% Lösung des Lumnalnatrums intramuskulär verabreichen, ebenso auch das Somnifen, das in Ampullen zu 2 ccm gegeben werden kann. Eine gradweise Steigerung der Mittel ist vorzunehmen. Den ersten Tag wurden 5 Tropfen Somnifen 0,05 Luminal neben Brom gegeben. Die drei folgenden Tage 0,05 Luminal morgens und mittags, 0,1 Luminal abends und 10 Tropfen Somnifen neben Brom. Tritt dann noch keine hypnotische Wirkung ein, so erhöht man diese Dosen. Bei Auftreten von Ekzem oder Fieber setzt man die Kur aus. Man kann auch Luminal durch Veronal und Somnifen durch Skopolamin gelegentlich ersetzen.

S. Kalischer.

3569.

Redlich, Emil, Zur Klinik der Hemitetanie mit Erörterungen über den Auslösungsort der tetanischen Krämpfe. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (Heilanstalt Maria-Theresien-Schlössel in Wien.) Verfasser hat längere Zeit hindurch 2 Fälle in Spitalsbeobachtung, die die seltene Erscheinung von einseitigen Tetaniekrämpfen in einer oberen Extremität darboten und dabei ein nahezu identisches und recht kompliziertes Krankheitsbild zeigten. Sie gaben Anlaß, zur Frage des Auslösungsortes der tetanischen Krämpfe sowie der von Oppenheim, Cassierer u. a. beschriebenen sogenannten zervikalen Form der multiplen Sklerose Stellung zu nehmen. Die klinische Ueberlegung der aufgezeichneten Fälle legte nahe, sowohl die vorhandenen Störungen der Tiefensensibilität und der taktilen Gnosis, wie die einseitigen Tetaniekrämpfe als zerebral bedingt aufzufassen, auf Herde in den subkortikalen Ganglien und in der inneren Kapsel zurückzuführen.

Hans Knospe, Berlin.

3570.

de Lange, Cornelia, Klinische und pathologisch-anatomische Mitteilungen über Hydrocephalus chronicus congenitus und acquisitus. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (Neurologisches Laboratorium und Emma-Kinderkrankenhaus in Amsterdam.) Weder eigene Untersuchungen noch das Literaturstudium erbringt Argumente für das Bestehen eines Hydrocephalus idiopathicus oder hypersecretorius. Es liegen keine gültigen Gründe für die Annahme eines primären Hydrocephalus externus vor. Das Bestehen eines Hydrocephalus rachiticus ist nicht bewiesen. Falls Hydrocephalus und Spina bifida gleichzeitig vorhanden sind, ist der Hydrocephalus nicht sekundär in bezug auf die Spina bifida. Ebenso wenig führt der Verschluß des Sackes zu Hydrocephalus. Vielleicht wird es sich als möglich erweisen, durch eine Ependym-Ektropion-Operation einige Fälle von Hydrocephalus zur Heilung zu bringen. Selbstverständlich muß die Öffnung oder müssen die Öffnungen in einem sogenannten stummen Teil der Rinde angebracht werden.

Hans Knospe.

3571.

Schneider, Carl, Weitere Beiträge zur Lehre von der Pickschen Krankheit. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (Landesheil- und Pflegeanstalt Arnsdorf in Sachsen.) Es werden zwei neue Fälle von Pickscher Krankheit mit ihrem histologischen Befund geschildert. Einer der Fälle wurde intra vitam diagnostiziert. Ein Abriss der Klinik der Pickschen Krankheit unter Besprechung der Differentialdiagnose wird gegeben. Die früher vom Verfasser getroffene Unterscheidung zweier typischer Verlaufsformen, einer chronischen und einer stürmischen wird bestätigt. Die Kriterien der beiden Formen sind: klinisch vor allem rascher Gewichtsverfall und Marasmus bei rasch fortschreitender Demenz, bei den chronischen Formen langsames Wachsen der Demenz, meist jahrelange Gewichtsanstiege. Das frühere Ergebnis bestätigte der Verfasser, daß diesen beiden Formen eine bestimmte Variante des morpho-

logischen Syndroms zugeordnet ist, und zwar, daß sich bei den stürmischen Formen im Gegensatz zur blanden Atrophie der chronischen die bekannten eigenartigen Zellschwellungen, ferner postmortal entstehende, aber intravital vorgebildete Markscheidenquellungen, fleckenweise Markscheidenausfälle und stärkere Gliaproggression finden. Die Bedeutung der Ablagerung von Eisensalzen im histologischen Bilde wird näher besprochen. Hinsichtlich des klinischen Bildes wird eine genauere Analyse des Gesamtsyndroms versucht, indem das Nebeneinander von Herderscheinungen und eigentlichen seelischen Symptomen sowie der vom Grad der Herderscheinungen unabhängige Fortgang der Demenz sowie der seelischen Gesamtveränderung dargelegt wird. Auf die Möglichkeit auch phänomenologischer Feststellungen wird hingewiesen und gezeigt, daß das Gesamtsyndrom oder wesentliche Teile desselben in ihrem Zusammenhange gedeutet werden können, wenn sich die heuristische Hypothese bestätigt, daß in der Pickschen Krankheit eine Veränderung des als Festigungsmoment bei der Gedankenentfaltung zu bezeichnenden Vollzugsmomentes vorliegt. Die Pathogenese und Ätiologie des Zustandes ist noch unklar. Aus der Verteilung des Prozesses kann heute noch nicht auf systematische Selektivität geschlossen werden, es können bei den stürmischen Formen die Veränderungen bis in den Hirnstamm hinabreichen. Die Art der morphologischen Veränderungen bei den stürmischen Formen schließt exogene Ursachen nicht aus. Es handelt sich hier um eine schon heute gut gekennzeichnete Krankheit sui generis, welcher ein scharf umrissenes klinisch pathopsychisches Bild entspricht. Das verleiht der an sich nicht häufigen, wenn auch nicht extrem seltenen Erkrankung im gegenwärtigen Stadium der Gesamtpsychiatrie eine gewisse Bedeutung.

Hans Knospé.

3572.

Kahn, Pierre, *Die Zyklotymie*. (J. Prat., Nr. 20, 1929.) (Hospital de la Pitié.) Die Zyklotymie ist eine mentale Diathese, die ihren Ausdruck in Störungen der Affektivität, sei es durch Krisen maniakalischer Erregung, sei es durch Krisen melancholischer Depression findet. Gewöhnlich setzen diese Krisen zur Zeit der Pubertät oder ein bißchen später ein. Es ist eine Erkrankung von hereditärem Charakter; auch besteht ein erkennbarer Zusammenhang zwischen dieser Gehirndiathese und anderen Diathesen.

Der Rhythmus dieser Krisen ist sehr variabel. Bei einem Teil der Patienten überwiegt die Exzitation, bei einem anderen die Depression; die einen haben kleine, die anderen große Anfälle. Die Wiederkehr erfolgt zyklisch, bei den Frauen gewöhnlich zur Zeit der Regel. Exzitation und Depression können einander folgen ohne freies Intervall. Da man in der Psychiatrie den intimen Störungsmechanismus nicht kennt, ist man auf das Symptomenbild allein angewiesen.

Held.

3573.

Warstadt, Arno, *Vergleichende kriminalbiologische Studien an Gefangenen*. (Z. Neurol., 120., Heft 2 und 3, 1929.) (3. Städtische Heil- und Pflgeanstalt, Berlin.) Die Arbeit diene hauptsächlich einer Prüfung der wissenschaftlichen Brauchbarkeit des in Straubing niedergelegten Materials an kriminalbiologischen Berichten. Zu diesem Zwecke stellte Verfasser zwei Gruppen von Kriminellen, die erhebliche Unterschiede in wichtigen biologischen und sozialen Merkmalen erwarten ließen, einander gegenüber und verglich außerdem die Befunde nach den verschiedensten Gesichtspunkten mit jenen früherer Spezialuntersuchungen.

In letzterer Hinsicht ergab sich, daß die Befunde des Verfassers keineswegs hinter jenen früherer Autoren zurückbleiben, ja daß ihre Auswertbarkeit durchschnittlich weiter reicht. Beim Vergleich der beiden gebildeten Gruppen auf der anderen Seite fanden sich die erwarteten Unterschiede in der Tat in überraschend klarer und eindeutiger Weise. Danach scheint Verfasser der Schluß berechtigt, daß das in Straubing gesammelte Material schon jetzt brauchbar und von ganz erheblicher Wichtigkeit ist. Bei der Durchsicht der vom Verfasser herangezogenen Lebensläufe hoben sich von selbst zwei Gruppen von Kriminellen heraus, die er im zweiten Teil seiner Arbeit kurz umrissen hat: Kriminelle, die aus ihrer besonderen Artung heraus und unter dem Einfluß einmaliger eigenartiger Lebensumstände „Einmaligkeitsdelikte“ begehen, d. h. nur dies eine Mal notwendig sich schuldig machen, im übrigen aber meist alles andere als verbrecherische Menschen sind, und polytrophe Kriminelle, d. h. Menschen, die im Laufe ihres Lebens immer wieder und nach den verschiedensten Richtungen hin mit den Gesetzen in Konflikt geraten.

Ein Vergleich dieser letzteren Gruppe von Kriminellen mit dem Rest der Rückfälligen läßt eindeutig erkennen, daß man es hier mit Menschen zu tun hat, die sich in entscheidender Weise aus der Gemeinschaft herausgliedern und die in biologischer und sozialer Hinsicht eine ausgesprochen negative Auslese darstellen. Da auch in ihren Familien Kriminelle unvergleichlich häufig vorkommen, da

auf der anderen Seite Milieu und psychiatrische Belastung im engeren Sinne bei den Polytropen nicht wesentlich ungünstiger gestaltet sind als bei anderen Rückfälligen, ist die Vermutung nicht von der Hand zu weisen, daß man hier eine eigenartige, mehr oder weniger einheitliche Gruppe von Menschen vor sich hat, die eingehender beforscht werden sollte.

Hans Knospé.

Psychologie und Psychopathologie

3574.

Herzberg, Alexander, *Die Erotik in der Arzt-Patient-Beziehung*. (Ztschr. f. Sexualwissensch., 16., Nr. 2.) Eine sehr interessante und instruktive Analyse in der Arzt-Patientin-Beziehung. Wir verweisen auf das Original. Hier sei nur der folgende Rat im Verhalten des Arztes wiedergegeben: „Überall muß der Arzt dadurch Herr der Situation zu bleiben suchen, daß er jede Neigung zur Gegenliebe bekämpft, und überall kann ihm dabei die Erinnerung helfen, daß die erotische Einstellung der Patientin durch die Situation der Behandlung provoziert und nicht ein Effekt seiner persönlichen Qualitäten ist. Der Arzt kann ferner wie bei der Psychoanalyse, so auch bei jeder anderen Behandlung erotische Einstellungen getrost auf sich beruhen lassen, solange sie sich als förderlich für die Kur erweisen, und er muß ihnen zu Leibe gehen, so bald sie die andere Seite ihres Januskopfes zeigen. Und auch für die Art dieses Vorgehens kann er sich die meisten der Freud'schen Ratschläge zunutze machen. Hinweis auf das häufige Auftreten erotischer Einschläge in die Arzt-Patient-Beziehung, vorsichtige und taktvolle Anwendung auf den betreffenden Fall, Aufklärung über die künstliche, durch die Behandlung bedingte Entstehung des erotischen Einschlages und Darlegung seiner schädlichen Einflüsse auf die Kur.“

M. Kantorowicz.

Soziale und gerichtliche Medizin

3575.

Pryll, W., *Deutsche Pflichtkrankenversicherung*. (Soz. Med., Nr. 7, 1929.) Die Sozialversicherung ist ein Teil des Arbeitsrechtes. Die obligatorische soziale Krankenversicherung ist nach ihrem Rechtscharakter Erfüllung eines den Angehörigen bestimmter sozialer Klassen vom Staat eingeräumten Anspruchs auf Entschädigung in bestimmten Schadensfällen. Materiell und wirtschaftlich ist die Sozialversicherung eine Selbsthilfe bestimmter Arbeitnehmergruppen und ihrer Arbeitgeber. Sie ist eine lohnergänzende Einrichtung. Die Arbeit wird als soziale Leistung im Dienste des Ganzen angesehen und dafür ist als Gegenleistung die Beteiligung des Reiches vorgesehen. Die Versicherungseinrichtung ist die Wirtschaftsstelle der Erkrankungsgefahrengemeinschaft. Die Gemeinschaft verwaltet sich selbst. Laien im Ehrenamte besorgen die Geschäfte der Krankenkasse. Der Staat beschränkt sich auf die Aufsicht. Die Mitglieder der Organe, welche die Geschäfte führen, gehen aus den Wahlen der Gesellschafter hervor. Die Angestellten sollen durch berufliche Weiterbildung in der „Verwaltungsschule“ bis zum Geschäftsführer weitergebildet werden.

Die Kassenorgane bedürfen des ständigen ärztlichen Beirates in sozial-medizinischer Beziehung. Ob aber der Vorstand die ärztlichen Ratschläge annimmt oder ablehnt, unterliegt dem freien Ermessen des Vorstandes! Die Leistungen der Krankenversicherung zerfallen in Regel-Pflichtleistungen und Mehr-Freiwillige Leistungen. Rechtsanspruch auf Unterstützung haben die Mitglieder nur, wenn eine Krankheit im Sinne der RVO vorliegt, was leider oft von den Ärzten nicht beachtet wird. Die vom Arzte festgestellte Arbeitsunfähigkeit kann jederzeit vom Vertrauensarzt nachgeprüft werden. Gerade diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in den einzelnen Berufszweigen erfordert besondere Ausbildung des Vertrauensarztes, was leider von den praktischen Ärzten immer übersehen wird, denn jeder eben seine Praxis aufnehmende jüngste Mediziner glaubt dem ältesten Vertrauensarzte in dieser Beziehung weit über zu sein. Die Leistungen der Kassen dienen der Beseitigung der Unsicherheit des Lohnarbeiters bei Krankheit und der Erhaltung seiner Arbeitskraft als eines wirtschaftlichen Gutes. Den Grundstock der Versicherung bildete der Arbeiter, indessen hat sich der Kreis erheblich erweitert. Die Versicherungsspflicht beginnt mit dem Beginn der Beschäftigung und kann als freiwillige dauernd fortgesetzt werden. Den Gemeinschaftssinn ständig zu unterhalten, muß eine Hauptaufgabe dieser Gemeinschaft sein. Dazu dient unter anderem die „Gesundheit“, in 6 Millionen Exemplaren (eine Zeitschrift, die durch ihren Reich-

tum an kurpfuscherischen Ammoncen bis vor kurzem glänzte) verbreitet. Der Gemeinschaftler muß seine Wünsche betr. Arzneien, Kur usw. dem Gemeinschaftswohle unterordnen. Von den Kuren muß er die wohlfeilere annehmen; nicht jede Krankheit ist Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne. Unbedingt notwendig ist, daß jeder einen Gesundheitspaß erhält, der ihn dauernd begleitet. Michaelis, Bitterfeld.

3576.

Honing, G. A., **Kinderfürsorge und Recht.** (Rev. Intern. del' Enf., April 1929.) Holland hat ein besonderes Jugendrecht, in dem der Erziehungsfaktor gegenüber der Bestrafung fest verankert ist. Verf. wünscht einen noch weitergehenden Ausbau dieses Jugendrechts. Während jetzt nur zwischen Kindern und Erwachsenen unterschieden wird — Altersgrenze 18 Jahre —, verlangt er eine Dreiteilung: Kinder bis 16 Jahre, dann ein Uebergangsalter von 16 bis 18 Jahren, Jugendliche von 18 bis 23 (!) Jahren. Er wünscht ferner ein besonderes Jugendgericht mit einem einzigen Richter, der die Funktion eines Zivilrichters hat. Das Jugendgericht soll räumlich völlig von den Justizgebäuden getrennt sein und nicht den Charakter eines Gerichtshofes haben. Der Richter soll von einem Pädagogen unterstützt werden. Schließlich wird ein Gesetz verlangt, das das Recht gibt, jedes körperlich oder moralisch gefährdete Kind durch das Jugendgericht in einem Heim oder in einer geeigneten Familie unterzubringen. P. Heymann, Berlin.

3577.

van der Zyl, I., **Der Kampf gegen das jugendliche Verbrechen.** (Rev. Internat. de l'Enf., März 1929.) Im holländischen Jugendrecht ist die Möglichkeit vorgesehen, eine besondere physische und psychische Beobachtung des Jugendlichen vorzunehmen, bevor das Jugendgericht entscheidet. Zwei Einrichtungen sind vorgesehen: eine Beratungsstelle und eine Beobachtungsabteilung. Die Beratungsstelle trifft folgende Entscheidungen: Der Fall bedarf keiner besonderen Begutachtung; er soll vom Jugendgericht erledigt werden. Das Kind wird von der Beratungsstelle geistig und körperlich untersucht, entweder durch Beobachtung in seiner gewohnten Umgebung mittels einer Fürsorgepersönlichkeit, oder durch eine kurze Beobachtung in der Stelle selbst. Oder es wird einer längeren Beobachtung in der Beobachtungsabteilung überwiesen. Das Beobachtungsheim soll das Untersuchungsgefängnis in jeder Form ersetzen. Es wird von einem psychologisch-kriminalistisch geschulten Pädagogen geleitet, von einem Psychiater ständig überwacht. Es nimmt sowohl Jugendliche zu einer Beobachtung auf, wie auch solche Fälle, die einer sofortigen Unterbringung bedürfen, sei es aus sozialen Gründen oder wegen der Schwere des Deliktes. Selbstverständlich werden dort auch körperliche Leiden behandelt. Diese der Gerichtsverhandlung vorangehende Beobachtung hat sich als sehr wertvoll erwiesen. P. Heymann, Berlin.

3578.

Medwedj, A. J., **Zur Frage der gerichtsmedizinischen Bedeutung der Gonorrhöfleckenuntersuchung.** (Kasan. med. Z., 28., Heft 1, 1929.) Von 67 Gonorrhökranken gelang es bei 36 Personen (50%) nicht, die Gonokokken in dem mit Gonokokkeneiter durchtränkten Stoffgeweben zu entdecken. Was die Einwirkung der einzelnen Bedingungen auf die Gonorrhöflecken anbelangt, so konnte der Verfasser folgendes feststellen: nach minutenlangem Kochen in Wasser bei 80° bzw. beim Erwärmen der mit Gonorrhöeiter getränkten Gewebsstücke in Trockenluft bis 160° wurden die Gonokokken nicht mehr vorgefunden. Seifenwasser zerstört die Gonokokken in den Flecken etwa nach einer Stunde. Unter Einwirkung von Leitungswasser bei Zimmertemperatur bleiben die Gonokokken in den eitrigen Flecken einige Tage — in einzelnen Fällen bis 13 — erhalten. Ebenso werden die Gonokokken noch festgestellt nach einer 22 Stunden langen Einwirkung einer 5prozentigen Lysollösung auf die Gewebsstücke. E. Kontorowitsch.

3579.

Schmidt, Otto, **Luftembolie durch stumpfe Gewalt und deren Nachweis.** (Med. Klin., Nr. 24, 1929.) (Gerichtsärztliches Institut der Universität Breslau.) Luftembolische Ausschwemmungen können bei Brustkorbquetschung fast regelmäßig festgestellt werden. Der Nachweis, daß es sich um Luftbeimengungen handelt, ließ sich in allen Fällen des Verfassers sowohl durch vergleichende Beobachtung an Leichen, auf chemischem Wege als auch experimentell an Tierversuchen erbringen. Es wurden oft recht erhebliche Luftmengen gefunden, die für den Eintritt des Todes unter Umständen keineswegs bedeutungslos sein dürften. In Fällen von Brustkorbquetschung muß man der Herzfähigkeit besondere Beobachtung schenken und bei der Sektion an die Möglichkeit einer Luftembolie denken. Gordon, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

3580.

Mesernitzki, P. G., **Das Eindringen der Sonnenstrahlen in den menschlichen Organismus.** (Klin. Med. russ., 7., 10. Jahrg., Heft 1 [100].) (Tuberkulose-Institut, Jalta.) Zur Klärung der Frage, bis zu welcher Tiefe des menschlichen Organismus die Sonnenstrahlen (resp. ihre roten und infraroten Teile) eindringen, stellte M. eine Reihe von Messungen auf thermoelektrischem und photographischem Wege an, indem er die Wärmemenge auf der der bestrahlten Seite gegenüberliegenden Körperoberfläche (Hand, Vorderarm, Brust) bestimmte und die Strahlen nach ihrem Passieren durch die Gewebe photographierte. Die Penetration durch das Gewebe stellt allem Anschein nach eine Funktion der Wellenlänge des Lichtstrahles dar und ist der Abnahme dieser Länge (d. h. von dem roten nach dem violetten Spektralteil hin) proportional. Rote und infrarote (kurzwellige) Strahlen sind imstande, ganz tief in den menschlichen Organismus einzudringen und ihn sogar zu durchdringen. Praktisch kommt das für das Photographieren von Hautmorbiditäten und dergleichen zunutze. Während eines Sonnenbades dringen sämtliche Spektralteile in den Organismus, wobei die Ultraviolettstrahlen offenbar bereits von seinen peripheren Teilen (Haut) absorbiert werden. Bei Heranrücken der rechten Hälfte des Spektrums dringen die Strahlen tiefer ein, wobei die roten und infraroten Strahlen schon den ganzen Organismus zu durchdringen imstande sind. Die Penetration der Sonnenstrahlen durch die Gewebe wird durch die chemische Zusammensetzung der letzteren und ihren histologischen Bau bedingt. Die Fähigkeit des Lichtstrahlbündels, durch die Gewebe einzudringen, stellt die Funktion seiner Konzentration dar. E. Kontorowitsch.

3581.

Herxheimer, K., und E. Uhlmann, **Ueber die Wirkung der Grenzstrahlen auf die Haut.** (Arch. f. Dermat., 157., Heft 3, 1929.) (Dermatol. Univ.-Klinik, Frankfurt a. M.) Die an einer Reihe von mit Grenzstrahlen behandelten Patienten vorgenommenen histologischen Untersuchungen zeigten eine Beschränkung der Wirkung auf die Epidermis (bes. Auflockerung), während Veränderungen der Kutis fehlen. Die Veränderungen traten schon nach geringen Strahlendosen auf, die aber zur Erzielung des therapeutischen Effektes vollkommen ausreichten. Therapeutisch wird man die Anwendung der Grenzstrahlen auf epidermale Prozesse und Dermatosen beschränken, bei denen Veränderungen der Epidermis im Vordergrund stehen; für tieferliegende ist die übliche Röntgenbehandlung vorzuziehen. Überschreitung einer bestimmten Mindestdosis von Grenzstrahlen führt zu der Ueberdosierung von Röntgenstrahlen entsprechenden Erscheinungen; die therapeutische Verwendung soll sich stets unterhalb der Erythemdosis halten. Ernst Levin, Berlin.

3582.

Kloiber, Hans, und Gerhard Stroomann, **Das Röntgenbild des alternden Herzens.** (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 6, 1929.) Mit zunehmendem Alter erfolgt ein langsames Ansteigen der Werte des Transversal- und Längsdurchmessers, bei Frauen in etwas stärkerem Grade als bei Männern. Die Vergrößerung betrifft vorwiegend den linken Ventrikel. Körpergewicht und Blutdruck sind von größerem Einfluß als Körperlänge. Der Neigungswinkel wird mit zunehmendem Alter kleiner, ebenso mit zunehmendem Gewicht, nimmt aber bei steigender Größe zu. Kirschmann.

3583.

Pape, Rudolf, **Ueber die Differentialdiagnose tabischer Wirbelveränderungen.** (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 6.) (Allgem. Krankenh. Wien.) Die tabische Erkrankung der Wirbelsäule kann in der atrophischen Form auftreten, bei der lokalisierte Destruktionsherde fehlen. Die Differentialdiagnose hat hierbei in erster Linie Tbc. zu berücksichtigen. Doch ist bei der letzteren die Atrophie gewöhnlich auf den erkrankten Wirbel beschränkt. Ferner machen die trophineurotischen Atrophien bei anderen Rückenmarkserkrankungen ein ähnliches Bild. Eine zweite Form ist die Atrophie mit lokalisierten Destruktionsherden. Hierbei werden auch Spontanfrakturen und Luxationen beobachtet. Lokalisation gewöhnlich der untere Abschnitt der Wirbelsäule. Die Differentialdiagnose hat Tbc. und infektiöse Spondylitis zu berücksichtigen. Bei der hypertrophischen Form mit Exostosen und Sklerose neben Destruktionsherden ist die Abgrenzung gegen Arthrosis deformans schwierig; namentlich in leichten Fällen. Schließlich gibt es eine hypertrophische Form mit paravertebralen Verkalkungen. Kirschmann.

3584.

Kirstner, A. A., und S. J. Lurje, **Einfluß der Diathermie auf die sekretorischen und evakuatorischen Funktionen des Magens.** (Klin. med. russ., 7., 10. Jahrg., Heft 1 [100].) (I. Medizinische Univ.-Klinik, Moskau.) In Fällen mit Normo- und Hypersekretion ruft Diathermie Verminderung der Magensaftsekretion hervor. Bei Hyposekretion wird nach der Diathermie keine deutliche Beeinflussung der Sekretion beobachtet. Die Evakuierung des Magens nimmt nach der Diathermiebehandlung zu. Diese Wirkung der Diathermie ist nicht konstant, sie wird aber in denjenigen Fällen deutlich, wo die Evakuierung vor der Diathermie nicht erheblich war. Offenbar basiert die Wirkung der Diathermie nicht nur auf dem Wärmeeffekt, sondern sie kommt auch der spezifischen Einwirkung der Hochfrequenzströme zu. So konnten die Verfasser in denjenigen Fällen, wo Arsonvalisation angewendet wurde — bei der bekanntlich der Wärmeeffekt nicht groß ist —, analoge Resultate notieren, wie nach Diathermie. Diese Frage bedarf jedoch noch weiterer Beobachtungen, da das Material der Verfasser nicht allzu groß ist.

E. Kontorowitsch.

3585.

J. Zollschan, **Die Aetiologie des Kaskadenmagens.** (Fortschr. Röntgenstr., 39., Heft 6.) In Fällen mit unbestimmten dyspeptischen Beschwerden, die zuweilen krampfartigen Charakter haben und an Gallenerkrankungen denken lassen, findet man nicht ganz selten das Bild des Kaskaden- oder Doppelmagens. In diesen Fällen ist der Luftgehalt des Magens stets sehr groß und die Funduspartie reicht weit nach hinten. Der Kontrastbrei füllt zunächst diese Funduspartie auf und fließt erst dann kaskadenartig in die unteren Magenabschnitte. Manchmal wird dadurch eine so erhebliche Formveränderung des Magens hervorgerufen, daß irrigerweise schwerste organische Veränderungen, meist Ca., vermutet werden. Vor Verwechslungen schützt aber meist schon die Tatsache, daß der Befund sehr inkonstant ist. Z. führt zur Erklärung dieser Befunde aus, daß ihr Zustandekommen durch das Zusammenreffen mehrerer Momente bedingt wird. Durch Randstellung der Milz wird eine Ausdehnung des Fundus nach hinten und sein Hinweggleiten über den Pankreaschwanz ermöglicht. Wenn nun infolge Aerophagie oder Indigestionen der Luftgehalt des Magens und damit sein Innendruck vergrößert ist, so kann sich der hintere Fundusteil sackartig ausdehnen. Das Bindegewebe zwischen Pankreas und Niere ist locker und nachgiebig. In diesen Raum hinein kann sich die Funduspartie leicht ausbuchen. Andererseits wird das Zwerchfell stark vorgetrieben, namentlich in seinem hinteren Abschnitt. Die Zwerchfellschlinge zwischen vorderem und hinterem Abschnitt kann dann eine Einbuchtung an der oberen Wand des Fundus verursachen und das Bild der doppelten Magenblase hervorrufen.

Kirschmann.

3586.

Ungar, **Röntgenologische Studien zum Problem der Eingeweideschmerzen.** (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 26.) Die meisten Magenschmerzen haben motorische Vorgänge zur Unterlage. Die röntgenologische Beobachtung der Bewegungsvorgänge kann daher bei gleichzeitiger Befragung des Patienten auf spontane Schmerzensensationen verwertbare Resultate liefern. Ursachen für das Auftreten von Magenschmerzen sind: 1. Ueberdehnung im tonisch erschlafften Milieu, 2. Spannung im spastisch-tonischen Milieu. Bei verengernden Prozessen in Pylorusnähe kann es zu deutlich links lokalisierten Schmerzen mit Atembeklemmung kommen. Diese beruhen auf Ueberdehnung des muskelschwachen Fundus des Magens. Von Bedeutung ist das Wandern der Gase im Magen mit konsekutiven Druckänderungen. Wenn die Gase in ein entzündlich verändertes Gebiet gelangen und dieses dehnen, kommt es zum Auftreten von Schmerzen. Voraussetzung für das Auftreten des Schmerzanfalles ist in diesen Fällen eine aborale Verengung oder ein Verschuß spastischer oder organischer Natur. Beschreibung einiger Fälle, darunter einer tiefen Duodenalstenose funktioneller Natur, die als Gallensteinanfall imponiert.

Ernst Pick, Wien.

3587.

Sonne, Carl, **Die Wirkung der ultravioletten Strahlen bei experimenteller Rachitis nebst Studien über den Einfluß des Lichtes auf den Kalkansatz.** (Arch. Physic. Ther., 10., Nr. 4.) (Finsen-Institut, Kopenhagen.) Verfasser berichtet u. a. über Untersuchungen, betreffend die antirachitische Wirkung des Lichtes verschiedener Wellenlängen. Die Linie $366\text{ m}\mu$ hatte gar keine Wirkung, auch nicht die Linie $313\text{ m}\mu$. Dagegen wurde bei $302\text{ m}\mu$, $297\text{ m}\mu$, $280\text{ m}\mu$ und $253\text{ m}\mu$ in fast gleicher Weise antirachitische Wirkung gefunden. Bei $248\text{ m}\mu$ war die Wirkung zweifelhaft. Die noch kurzwelligeren Strahlen waren wieder wirkungslos. Der antirachitische Effekt ist also nicht auf ein so enges Spektralgebiet beschränkt, wie vielfach angenommen wird.

Weitere Untersuchungen bewiesen, daß bei der Bestrahlung der Ratten die antirachitische Wirkung in der Weise zustande kommt, daß das in den Haaren vorhandene Ergosterol vitaminisiert wird und von den Tieren durch das Belegen des Fells per os aufgenommen wird. Bestrahlungen an depilierten Tieren zeigten aber, daß auch durch direkte Lichteinwirkung ein antirachitischer Effekt auftritt. Diese direkte Bestrahlung ist bei Anwendung gleicher Intensitäten bei $265\text{ m}\mu$ größer als bei $300\text{ m}\mu$. Das Maximum scheint bei $280\text{ m}\mu$ zu liegen. Die Erklärung für diese Tatsache ist darin zu suchen, daß bei dieser Wellenlänge das Ergosterol die größte Absorption aufweist. Die erythembildende Wirkung hingegen hat ihr Maximum bei $300\text{ m}\mu$ und ist bei $280\text{ m}\mu$ fast gleich Null.

Kirschmann.

3588.

Evans, Archibald P., **Eine Methode, die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen auf lebendes Gewebe zu kontrollieren.** (Arch. Physic. Ther., 10., Nr. 4, 1929.) Verfasser berichtet über Versuche, die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen einzuschränken, zu neutralisieren. Die destruierende Wirkung ist auf die bei der Absorption entstehenden Elektronen zurückzuführen. Es wird nun versucht, durch einen eigens konstruierten elektrischen Schwingungskreis diese Wirkung zum Teil zu kompensieren. Einige Tierexperimente und Selbstversuche werden in diesem Sinne gedeutet.

Kirschmann.

3589.

Sluys, F., **Die Behandlung der Hyperthyreoidie mit kurzwelligen Strahlen (X- und Y-Strahlen).** (Scalpel, Nr. 24, 1929.) Die Radiotherapie gibt Resultate, die vom Standpunkt der Statistik den chirurgischen Ergebnissen kaum nachstehen. In einer großen Anzahl von Fällen (50%) erzielt sie eine vollkommene und dauerhafte Heilung, in 20% Besserungen, welche die Kranken sozial als geheilt erscheinen lassen. Die Radiotherapie findet ihre besondere Anwendung in der Behandlung schwerer Fälle mit rapid wachsender Symptomatologie, mit rascher Abmagerung, erhöhtem Grundumsatz, andererseits aber auch bei den leichten Formen „formes frustes“ genannt. Die Radiotherapie beim Hyperthyreoidismus verursacht keine interstitiellen und periglandulären Bindegewebsveränderungen, die bei einer späteren Operation Schwierigkeiten machen könnten. Man verwendet sie erfolgreich in einer großen Zahl von Fällen von toxischen Adenomen und Thyreotoxikosen; diese Fälle sind resistenter und verlangen eine größere Anzahl von Sitzungen. Auch gibt es unter ihnen einen höheren Prozentsatz strahlenresistenter Fälle. Das Zusammenwirken medikamentöser Methoden mit strahlentherapeutischen ist anzuraten. Die Jodbehandlung, die in den Händen eines endokrinologisch geschulten Arztes liegt, ist keineswegs unvereinbar mit der Bestrahlung. Die Bestrahlung derjenigen Hyperthyreoidien, deren Ursprung ovariell ist, gibt oft recht interessante Resultate. Leider sind sie nicht dauerhaft, so daß man vor häufigen Rezidiven nicht sicher ist. Erfolgreich operierte Fälle von Schilddrüsenüberfunktion können noch bestrahlt werden und ziehen aus dieser Behandlung Nutzen. Andererseits können erfolglos bestrahlte Fälle noch operiert werden und geben bisweilen unerwartete Resultate. Der Grundumsatz ist der beste Indikator, um Besserungen im Verlauf einer Bestrahlungskur festzustellen. Er fällt rasch im Beginn der Sitzungen, zeigt sich dann in der Folge aber ein wenig resistenter. Die Röntgenbestrahlung muß in fraktionierten Sitzungen, die in Serien auf mehrere Wochen ausgedehnt werden, vorgenommen werden. Die Strahlen sollen mittlere Penetranz besitzen, nur selten arbeitet man mit Tiefentherapie. Das Radium kann an Stelle der Röntgenstrahlen treten. Es ist in der Wirkung nicht viel anders, aber es kommt in Frage für Patienten, die man gern im Bett behalten möchte.

Obwohl es ratsam ist, Kranke mit Schilddrüsenüberfunktion im Verlauf einer Strahlenbehandlung zu hospitalisieren, so ist das nicht unbedingt erforderlich. Man kann die Bestrahlung auch durchführen, ohne Berufsbeschäftigung oder häusliche Pflichten völlig zu unterbrechen.

Die Bestrahlungstechnik ist streng zu individualisieren. Aus dem Zusammenwirken der verschiedenen Untersuchungsmethoden ergeben sich Indikationen und Rhythmus der Behandlung.

Held.

Neu erschienene Bücher

V. F. Calverton, **Der Bankrott der Ehe.** Nach der amerikanischen Originalausgabe ins Deutsche übertragen von Wilhelm Cremer. Avalun-Verlag, Hellerau-Dresden, 1929. — Das gut ausgestattete Werk ist in die Reihe der in Amerika in großer Zahl erschienenen Bücher zu zählen, die sich mit dem Wesen und der Ent-

wicklung der modernen Jugend befassen, wenn auch der Titel des Buches dem nicht ganz entspricht. Das Buch behandelt auch in der Hauptsache amerikanische Verhältnisse, Deutschland ist nur auf etwa 10 Seiten berücksichtigt, etwas eingehender Rußland.

Verfasser (oder Verfasserin?) malt ein ziemlich pessimistisches Bild der amerikanischen Jugend und ihrer heutigen Einstellung zur Ehe; der unbefangene europäische, besonders der deutsche Leser hat oft den Eindruck, daß die Schilderungen wohl übertrieben und einseitig gesehen sind. Der Einfluß des Krieges, dem Verfasser besonders in bezug auf die Freiheitsbestrebungen der modernen Jugend auf dem Sexualgebiet große Bedeutung beilegt, wird doch schließlich immer mehr nivelliert, und wenn auch durch die wachsende wirtschaftliche Selbständigkeit der Frau die Notwendigkeit einer Verheiratung als Versorgung an Bedeutung verliert, wird eine harmonische Ehe doch immer der Wunsch auch des modernsten jungen Mädchens sein. Unbedingt zustimmen muß man den Ansichten des Verfassers über die Notwendigkeit der Reform des heutigen Ehe- und Ehescheidungsrechts, aber ob die Verhältnisse in Rußland nun gerade das Ideal sind, muß doch sehr dahingestellt bleiben.

Häber.

Hans Prinzhorn und Kuno Mittenzwey, Krisis der Psychoanalyse. Bd. I: Auswirkungen der Psychoanalyse in Wissenschaft und Leben. Der Neue Geist Verlag, Leipzig 1928. 18 M. — In diesem Sammelwerk soll eine Uebersicht über die Hauptgedanken der psychoanalytischen Lehren gegeben und über einige bisher schwer zu übersehende Fragen aus der psychoanalytischen Lehre Klarheit geschaffen werden. Zu diesem Zweck hat Prinzhorn einen Stab hervorragender Vertreter verschiedener Forschungsgebiete um sich versammelt, die über die Anregungskraft der Psychoanalyse auf ihr Fachgebiet und deren Reichweite berichten. Prinzhorn hebt hervor, daß keiner der Mitarbeiter „Vereins-Analytiker“ ist, keiner sich aber auch besonders für dieses Werk erst mit der Lehre genauer beschäftigt hat. Die Mitarbeiter sind, abgesehen von den Herausgebern des Gesamtwerkes selbst: Bieber, Birnbaum, Clemen, Ehrenberg, Giese, Grünbaum, Haeblerlin, Happpich, Hopf, Kunz, Mahr, Mezger, Michels, Müncker, Sydow, Thurnwald, Voigtänder, Volhard und Weizsäcker.

Annähernd 40 Jahre besteht Freuds Lehre, deren Rang von einem engeren Kreis seiner Anhänger den Taten eines Kepler und Galilei gleichgestellt wird. Prinzhorn selbst, dessen Betrachtungen von großer Objektivität sind, bemerkt hierzu gleich, daß im Gegensatz zu dieser hohen Wertung eine überaus scharfe Abweisung der psychoanalytischen Betrachtungsweise seitens recht verschiedenartiger Persönlichkeiten und Denkrichtungen stehe, denen man Kenntnis in Sachen der Psychologie des Menschen nicht absprechen könne. Prinzhorn gibt in seinem Hauptbeitrag einen kurzen fesselnden Ueberblick über die Vor- und Entwicklungsgeschichte der Freudschen Lehre. Viele ursprünglich aufgestellte Dogmen sind im Laufe dieser Entwicklung wieder abgebaut; aus neuen therapeutischen Erfahrungen heraus begründet Freud Schritt für Schritt jede Neuerung, um ein haltbares, besseres Begriffsgebäude für das reiche Erfahrungsmaterial eines langen, arbeitsamen Lebens zu errichten.

Aus der Reihe der Abhandlungen, die die Auswirkung der Psychoanalyse auf Geisteswissenschaften, Naturwissenschaften und Leben und Schaffen behandeln, seien hier einige hervorgehoben, die den Arzt besonders interessieren. Weizsäcker (Heidelberg) gibt seinem Beitrag die Ueberschrift „Medizin, Klinik und Psychoanalyse“. Freud wünscht heute, daß Medizin und Psychoanalyse sich völlig trennen mögen. Mit der Einführung des Oedipuskomplexes hat Freud ein mythisch-historisches Element in die medizinische Psychologie gebracht und dadurch ihren induktiv-naturwissenschaftlichen Rahmen gesprengt. Die ältere medizinische Kritik fragt, ob das von der Psychoanalyse Behauptete auch durch Beobachtung und logische Evidenz erwiesen sei. Ihr Angriff richtet sich gegen die Libido-, Symbol- und Komplexlehre. Für die gegenwärtige Lage ist bezeichnend, daß statt dessen die Lehre von der Uebertragung in den Mittelpunkt rückt. Es ist immer daran festzuhalten, daß die Erscheinung Freuds tief beunruhigend auf den größten Teil der Medizin gewirkt hat. Weizsäcker stellt unter anderem fest, daß für dieselben Leiden zwei extrem auseinanderliegende Mittel vorhanden seien: Die Arznei und das Wort. Dem entspricht, daß ein organisches Leiden und ein psychogenes Leiden eine ziemlich lange Strecke hin dieselben Symptome bilden können. Birnbaum (Berlin) behandelt die Auswirkungen der Psychoanalyse in der Psychiatrie. Die allgemeinen Beziehungen zwischen beiden sind von selbst gegeben, sie liegen im wesentlichen in der Gemeinsamkeit des psychologischen Stoffgebietes und in der Uebereinstimmung der sich daraus ergebenden wissenschaftlichen Gesichtspunkte. Dem stehen freilich bedeutsame Verschiedenheiten der Anschauungsweise von psychiatrischer Klinik und Psycho-

analyse gegenüber, so daß Birnbaums Darstellung stark von der abweicht, die die Psychoanalyse selbst bei ihren psychiatrischen Exkursionen zu geben pflegt. Birnbaum steht auf dem Standpunkt, daß nicht so sehr die Beiträge der Psychoanalyse an sich für die Psychiatrie bedeutungsvoll geworden sind als vielmehr die Art, wie sie von der psychiatrischen Klinik aufgenommen, verarbeitet und weitergeführt wurden.

Haeblerlin (Nauheim) schreibt über ärztliches Handeln und Psychoanalyse. Unter den Leitworten: Die Tiefendimension, das Symptom, der Widerstand, Bewußtmachung oder Führung, das Problem der Erziehung des Arztes, legt Haeblerlin den Einfluß der mit diesen Worten verbundenen psychoanalytischen Begriffe und Ziele bei der Behandlung des kranken Menschen dar. Wer als Arzt durch die Erkenntnisse der Psychoanalyse gegangen ist, der versteht nicht nur den Menschen, sondern, was für diesen noch wichtiger ist, auch seine Krankheit, insofern sie dem Kreise der neurotisch bedingten Störungen angehört.

Besonders wertvoll und interessant sind bei vielen Aufsätzen die angefügten kommentierenden Anmerkungen und teils kritischen Literaturnachweise. Die Frage, die einem bei der Lektüre aufstößt, warum das Buch „Die Krisis der Psychoanalyse“ heißt, beantwortet der Herausgeber damit, daß er jetzt den Zeitpunkt für gekommen erklärt, wo es sich entscheiden muß, wer stärker ist: die allseitig begründete entstehende neue Lehre vom Menschen, innerhalb welcher die Psychoanalyse eine Methode und Theorie unter anderen mit relativer Gültigkeit sein wird, oder die einseitige psychoanalytische Lehre vom Menschen mit ihrer Verabsolutierung einer einzigen Denkrichtung.

Häber.

Arthur Steindler: Erkrankungen und Deformitäten der Wirbelsäule und des Brustkorbs. The C. V. Mosby Company, St. Louis, 1929. 573 Seiten, 76 Abbildungen. — In vorliegendem Werk, das fast 600 Seiten umfaßt, wird eine sehr ausführliche Schilderung der Erkrankungen der Wirbelsäule und des Brustkorbes gegeben. Auf Grund seiner außerordentlich großen Erfahrungen und seiner wissenschaftlichen Studien ist Verfasser in der Lage, etwas Umfassendes und in sich Abgeschlossenes zu schaffen. Bei der sonst ausführlichen Schilderung sämtlicher Erkrankungen der Wirbelsäule ist nur die Spina bifida ein wenig zu kurz gekommen. Eine Berechtigung, dieses Kapitel etwas kürzer zu behandeln, sieht Verfasser wohl darin, daß sie im Vergleich zu den sonstigen Deformitäten und infektiösen Granulomen der Wirbelsäule an Bedeutung weit in den Hintergrund tritt. Durch eine sehr exakt durchgeführte Einteilung und durch leicht verständlich geschriebenen Text gewinnt das Buch an besonderem Wert. Die zahlreichen Röntgenbilder und übrigen Abbildungen, die mit viel Sorgfalt ausgesucht sind, erläutern den Text und veranschaulichen das Krankheitsbild. Es liegt nicht nur ein zusammengeschriebenes Werk vor; Verfasser versucht immer, auf Grund anatomischer und pathologisch-anatomischer Darstellungen die Krankheitsbilder zu entwickeln. Die vorbildliche äußere Ausstattung entspricht dem Wert des Buches.

E. Gohrbandt, Berlin.

Reichs-Bäder-Adreßbuch, nach amtlichen Quellen bearbeitet. 5. Auflage. Druck und Verlag: Berlin SW 19. 15 M. — Außerdem steht auf dem Titelblatt: Handbuch der deutschen Heilbäder, Seebäder, Kur- und Erholungsorte. Führer durch deutsche Städte mit Fremdenverkehr. Anhang: Sanatorien und Heilanstalten in deutschen Bädern und Kurorten.

Das glänzend ausgestattete Werk bringt in übersichtlicher Form alles, was der Arzt über die Eigenschaften und Vorzüge der deutschen Badeorte wissen muß, und wird ihm zweifellos häufig als zuverlässiger Ratgeber dienen. Die annähernd 800 tiefdruckillustrationen und das Kartenmaterial sind wertvoll. Ergänzung des Textes.

A. K.

Felipe Llopis (Madrid), Hämophilie und ihre Behandlung. Verlag Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1929. 95 Seiten. 14 Abbildungen im Text und 4 Tafeln. Auf etwa fünfzehn Seiten teilt der Autor seine Ansicht über die Entstehung der Hämophilie mit, die er für eine Stoffwechselstörung der Vitamine hält, und auf Grund dieser Ansicht mit einem Vitaminpräparat „Nateina“, dessen nähere Zusammenstellung nicht erörtert wird, geheilt wird. Im restlichen, größeren Teil der Broschüre folgen kasuistische Beobachtungen aus Spanien, Frankreich, Italien und auch Deutschland. Ueberall wird über Dauerheilungen berichtet. Wenn auch das Büchlein nicht als wissenschaftliche Abhandlung betrachtet werden kann, da es nicht auf Pathogenese, Literatur usw. eingeht, wie auch das angegebene Mittel nicht wissenschaftlich begründet und anwenderspezifisch ist, wie auch die deutsche Uebersetzung recht mangelhaft ist, müssen dennoch die von verschiedenen Seiten berichteten guten Dauerresultate zur Nachprüfung anregen, und auch der Referent will bei gegebener Gelegenheit das Präparat anwenden.

Eugen Stransky, Wien.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54
Redaktion: Professor Dr. ARTUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6
Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

LIBRARY
RECEIVED
OCT 30 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag birten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich.....3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn.....2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei.....17.00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien.....30.— Dinare
Holland.....1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz.....3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien.....2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien.....11.— Lire
Polen.....5.20 Sloty
Amerika.....jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder.....2.40 Rmk.

NUMMER 20

BERLIN, DEN 4. OKTOBER 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

JOD-DERMASAN

Sichere Tiefenwirkung.

Bindung des Jod an das hyperämisierende tiefwirkende Ester-Dermasan

Gelenk- und Muskelrheumatismus / Gicht / Gelenktuberkulose / Neuralgien / Pleuritis / Drüsenaffektionen / Furunkel / Frostschäden

Porzellantopf M. 2.—

Literatur und Proben

„Deutsches Reichspatent“

Bei den Kassen zugelassen!

Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenicef-Fabrik, Berlin NW 87/Fm

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. Ernst Lewin, Berlin: Neuere Anschauungen über Aetiologie und Klinik des Zosters (Zoster varicellösus — Zoster generalisatus) 785

Dr. Emil Flusser, Kinderarzt in B.-Budweis: Urethritis, Zystitis und Vulvitis bei kleinen Mädchen 788

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 790

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 797

Bakteriologie und Serologie 797

Chirurgie und Orthopädie 798

Frauenheilkunde und Geburtshilfe 801

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 804

Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 805

Hygiene 810

Infektionskrankheiten 810

Innere Medizin, Tuberkulose 811

Kinderheilkunde 817

Mund- und Kiefererkrankungen 819

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie ... 819

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 821

Psychiatrie und Nervenheilkunde 822

Psychologie und Psychopathologie 825

Soziale und gerichtliche Medizin 825

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 826

Neue erschienene Bücher 827

Rensan-Tee

Wirksame Bestandteile: Kalisalze u. Kieselsäure, Arbutin.

Nieren- und Blasentee von harntreibender und desinfizierender Wirkung, ohne irgendwelche die Nieren reizenden Stoffe, daher in manchen Fällen dem offiziellen Species diureticae vorzuziehen; angezeigt bei akuten und chronischen Entzündungen der Niere und Blase, bei Gries- und Steinbildung in diesen Organen, sowie bei Erkrankungen der Harnröhre.

Literatur und Proben kostenlos.

„Opheyden“ Kdt.-Ges., Uetersen-A. b. Hamburg



Antineuralgicum
Antirheumaticum
Antipyreticum
Antidolorosum

von fast allen Krankenkassen zur Verordnung zugelassen
Verkauf in den Apotheken: 2/20 Tabletten - Pack 12
ATHEMOL auf Wasser

Phenalgetin

Acetylal. Phenacetin 85 0.25 Cod. ph. 0.01 Nuc. Col. 0.05

DR. HUGO NADELMANN • STETTIN

Die Physiologie des Kreislaufs.

Von Dr. Robert Tigerstedt, Helsingfors (Finnland).

4 Bände. Zweite, stark vermehrte u. verbess. Aufl. Quart-Format.

I. Bd.: Die Bewegung des Herzens. Mit 177 Abb. im Text. VIII, 334 S. 1921.

Rm. 15.—, geb. 17.—

II. Bd.: Die Innervation des Herzens. Mit 169 Abb. im Text. VIII, 478 S. 1921.

Rm. 21.—, geb. 23.—

III. Bd.: Die Strömungen des Blutes im großen Kreislauf. Mit 134 Abb. im Text. VI, 320 S. 1922.

Rm. 14.—, geb. 16.—

IV. Bd.: Die Innervation der Blutgefäße. Mit 43 Abb. im Text. VIII, 392 S. 1923.

Rm. 18.—, geb. 20.—

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige unser Verzeichnis „Medizin“ kostenlos.

WALTER DE GRUYTER & CO., BERLIN W 10
Genthiner Straße 38.

Unsere verehrten Leser

werden dringend gebeten, bei Anfragen an inserierende Firmen auf unsere

Fortschritte der Medizin

freundlichst Bezug zu nehmen.

Der Verlag.

Gut bei Tölz

in herrlicher Lage, mit wundervoller Aussicht aufs Gebirge, hervorragend geeignet als Sanatorium,

zu verkaufen.

ca. 428 Morgen groß, kleineres Herrenhaus im Rohbau mit 21 Morgen großem Park. Das Gut liegt an der Autobushaltestelle der Autobuslinie München-Tölz. Ernsthafte solvente Interessenten-Angebote senden unter Chiffre 059.

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenranke

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M. erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch. Hausarzt: Dr. Hartmann. Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 20

BERLIN, DEN 4. OKTOBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Neuere Anschauungen über Aetiologie und Klinik des Zosters.

(Zoster varicellösus. — Zoster generalisatus.)

Von Dr. ERNST LEVIN, Berlin.

Es ist eine eigentümliche Erscheinung, daß mit fortschreitender Erkenntnis der Wissenschaft nicht immer, wie man annehmen sollte, größere Klarheit in der klinischen Sonderung verschiedener Krankheitsbilder geschaffen, vielmehr unter Umständen in früher einfach und klar erscheinende Krankheitsbilder Verwirrung gebracht wird. Ein charakteristisches Beispiel hierfür ist die Variola-Varizellen-Frage; nachdem die dualistische Anschauung unwiderruflich zu einer vollkommenen Trennung der beiden Krankheiten geführt zu haben schien, besteht neuerdings wieder eine gewisse Neigung, durch Annahme eines ursprünglich einheitlichen, dann in 2 Formen differenzierten und in diesen allerdings fixierten Keimes zu der früheren unitarischen Anschauung in Form des Neu-Unitarismus (Sahli) zurückzukehren und damit auch die Möglichkeit des Uebergehens der einen Krankheitsform (Varizellen) in die andere (Variola) in ein und derselben Epidemie zuzulassen.

Merkwürdigerweise hat man bei den Varizellen, die wir eben mit der Variola verknüpft gesehen haben, noch zu einer anderen, zunächst durchaus verschieden erscheinenden Krankheit, dem Zoster, Verbindungsfäden finden zu können geglaubt, und wir stehen vor der Tatsache, daß weder vom Standpunkte der Aetiologie noch von dem des klinischen Bildes in manchen Fällen eine absolut sichere Differentialdiagnose zwischen Zoster und Varizellen möglich ist, und daß auch hier beide in derselben Epidemie auftreten zu können scheinen.

Auch bevor die Frage einer Bedeutung der Varizellen für die Aetiologie des Zosters aufgetaucht war, bestanden bezüglich dieser gewisse Schwierigkeiten, und man war mehr und mehr zu der Anschauung gekommen, daß, selbst ein einheitliches klinisches Bild vorausgesetzt, dieses verschiedene ätiologische Grundlagen haben könne. Im allgemeinen wurde der symptomatische Zoster von dem idiopathischen geschieden, womit aber für eine einheitliche Grundlage auch nur jeder dieser beiden Hauptformen noch nichts gewonnen war. Die Entwicklung bewegte sich jetzt in 2 Richtungen. Einmal wurde die Trennung von symptomatischem und idiopathischem Zoster für unhaltbar erklärt, vielmehr ein identisches Virus angenommen, für das die von Lipschütz erhobenen Befunde der charakteristischen, in Epithel- und Bindegewebszellen liegenden Zosterkörperchen von Bedeutung sind. Jeder Zoster sollte der Ausdruck eines wahrscheinlich invisiblen Virus sein, das zunächst die Haut angreift; die Hautveränderungen wären nicht, wie früher angenommen, der Ausdruck tropischer Störungen durch Läsionen der Spinalganglien, diese würden vielmehr erst sekundär durch Fortkriechen des Virus längs der Nervenstämmen ergriffen (Marinesco und Draganesco). Für diese Auffassung spricht auch eine Beobachtung, in der 18 Tage nach erfolgreicher Wiederimpfung am linken Oberarm ein Zoster in unmittelbarer Nähe, unterhalb der linken Klavikula und in der linken Fossa supraspinata aufgetreten war (Chatellier). Das vorausgesetzte, zunächst noch unbekannte Zostervirus braucht übrigens nicht absolut virulent zu sein, es kann sich auch um ein ubiquitär vorhandenes Virus handeln, das nur unter besonderen Umständen seine Wirksamkeit entfaltet (Keining), oder um ein endogenes Virus, das, im Körper vorhanden, erst durch Herabsetzung des normalen

Widerstandes des ektodermalen Gewebes wirksam wird (Levaditi). Es würden sich dann Analogien zu der Anschauung ergeben, die in verschiedenartigen Prozessen die Erweckung latenter Krankheitszustände erblickt und von Milian als Biotropismus bezeichnet wird.

Es spricht aber andererseits doch eine Reihe von Tatsachen dafür, daß der als Ausdruck eines infektiösen Prozesses aufgefaßte Zoster keine einheitliche ätiologische Grundlage zu besitzen braucht. Es muß auch, wenn wir an dieser Stelle der ätiologischen Bedeutung des Varizellenvirus für die Entwicklung eines Zosters näher treten, sofort festgestellt werden, daß im Grunde von keiner Seite behauptet worden ist, es handele sich um die Aetiologie sämtlicher Zosterfälle. Nur im Rahmen der Anschauung eines nicht einheitlichen, einen Zoster erzeugenden Virus, kann die Frage erörtert werden, wie weit und ob überhaupt auch die Varizellen hierbei eine Rolle spielen.

Die ersten Beobachtungen in dieser Richtung stammen von v. Bókay; sie waren zunächst vereinzelt, im Laufe der Jahre aber doch zahlreich genug, um ihn seine Vermutung, daß es sich bei gewissen Zosterfällen um eine Manifestation des Varizellenvirus handle, als unumstößliche Tatsache hinstellen zu lassen. Es würde also das von ihm als Zoster varicellösus bezeichnete klinische Bild nicht das sein, was wir unter einem Zoster früher zu verstehen gewohnt waren, vielmehr würde es sich um Varizellen mit zosteriformer Anordnung handeln, wie sie übrigens schon vor Jahrzehnten von Henoch beschrieben worden sind. Worauf sich v. Bókay stützt, und was viele weitere Einzelbeobachtungen anderer Autoren zu bestätigen scheinen, sind Fälle, in denen von anscheinend typischen Zosterfällen Varizellenerkrankungen ausgingen, ohne daß für diese eine anderweitige Infektionsmöglichkeit festzustellen gewesen wäre. Stets war dabei die übliche Inkubationszeit der Varizellen von durchschnittlich 14 Tagen vorhanden. Nun muß man ja angesichts der Tatsache, daß die Varizellen häufig außerordentlich milde, ohne wesentliche Allgemeinerscheinungen, auch mit nur spärlichen, keine Beschwerden verursachenden Hauteruptionen, also unter Umständen vollkommen unbemerkt verlaufen; mit der Möglichkeit rechnen, daß sehr wohl in der Umgebung der Kinder, die nach Kontakt mit Zosterkranken an Varizellen erkrankten, sich doch auch Varizellenkranke befunden haben konnten. Es liegen aber einwandfreie Beobachtungen vor, in denen das geschilderte Zusammentreffen von Zoster und Varizellen sich in Kinderkrankenhäusern, Säuglingsheimen ereignete, in denen längere Zeit, bis zu 2 Jahren, keine Varizellenfälle vorgekommen waren (François-Dainville und Reynaud, Hill).

Eigentümlicherweise sind Einzelbeobachtungen von Zosterfällen im Anschluß an Varizellen viel seltener, zumal Fälle eines erst nach 10 Monaten aufgetretenen Zosters (Glaubersohn) wohl kaum für die Frage des Zusammenhanges verwertet werden können. Nur Alterthum bringt ein größeres Material von 23 unter 36 Zosterfällen, in denen ihm ein Zusammenhang mit Varizellen sicher erscheint. Will man eine Erklärung für die seltene Beobachtung eines postvarizellösen Zosters finden, so muß die Tatsache herangezogen werden, daß die Varizellen, wesentlich eine Erkrankung des Kindesalters, häufig, der wesentlich bei Erwachsenen auftretende Zoster im ganzen relativ selten ist, wobei wahrscheinlich die Immunitätsverhältnisse, auf die noch näher einzugehen sein wird, eine Rolle spielen.

In manchen Fällen erstreckte sich die Infektion über mehrere Glieder, indem an die von einem Zoster ausgegangenen Varizellen

sich wieder Varizellen oder ein Zoster oder an den sekundären Zoster wieder Varizellen anschlossen; auch können von einem Varizellenfalle direkt weitere Erkrankungen sowohl an Varizellen wie an Zoster ausgehen. Auch gleichzeitiges Auftreten von Zoster und Varizellen bei derselben Person, das Löwenfeld noch als nicht beobachtet bezeichnete, wird mehrfach beschrieben (Guszman, Lepp, Lotte, Lyth, McEwen, Ouseley-Smith und Williamson, Shelmire), mit weiteren sich daran anschließenden Erkrankungen sowohl an Zoster wie an Varizellen. Da es sich hierbei mehrfach um Erwachsene handelte, bei denen im allgemeinen Varizellen selten sind, wird darin ein besonderer Stützpunkt für den angenommenen Zusammenhang erblickt. Allerdings ist nicht einzusehen, weshalb ein zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen sein und es nicht während der Inkubationszeit der Varizellen zum Auftreten eines unabhängigen Zosters soll kommen können (Spillmann und de Lavergne). Obwohl in einzelnen, der hier herangezogenen Fälle ausdrücklich betont wird, daß es sich um typische Varizellen, nicht etwa um abirrende Zosterbläschen oder sogenannten Zoster generalisatus handelte, der uns noch ganz besonders beschäftigen wird, bestehen in dieser Richtung bezüglich anderer Fälle recht beträchtliche Bedenken, so daß sie für die Frage des Zoster-Varizellen-Zusammenhangs kaum verwertet werden können.

Für dessen tatsächliches Bestehen würden gelungene, von Zosterbläschen ausgehende Impfungen von größter Bedeutung sein. Tierimpfungen haben bisher keine verwertbaren Ergebnisse gehabt (Schönfeld), über Impfungen beim Menschen liegen wechselnde (van Driel-Medan), negative (Keining, Lauda und Stöhr) und positive (Kundratitz, Glaubersohn und Wilfand, Kumer, Lipschütz, Siegl) Erfolge vor, letztere besonders bei Säuglingen und Kleinkindern, bei denen sich danach sowohl lokale Reaktionen als auch allgemeine Exantheme zeigten, die als echte Varizellen aufzufassen waren, da sich davon andere Kinder mit Varizellen infizierten. In einzelnen der als positiv bezeichneten Fälle kann jedoch eine Kontaktinfektion nicht ausgeschlossen werden.

Auch die bisher vorliegenden serologischen Untersuchungen gestatten ein abschließendes Urteil nicht. Die Angaben, daß die im Serum von Zoster- und Varizellenkranken enthaltenen spezifischen Antikörper wechselseitig sowohl mit dem — aus den vorher entnommenen Krusten beider Krankheiten stammenden — Zoster- und Varizellenantigen positive Komplementbindungsreaktion zeigen (Netter und Urbain, Lipschütz), haben viel Bestechendes für sich. Doch lehnt Schönfeld den Wert der serologischen Stütze, die bei anderen Krankheiten versagt hat, ab.

Wollte man einen Zusammenhang zwischen Zoster und Varizellen aus den epidemiologischen Verhältnissen folgern, so müßte man theoretisch ein Parallelgehen der Erkrankungsziffern erwarten. Das ist nicht der Fall (Alterthum), es zeigte sich bei über mehrere Jahre fortgesetzten Beobachtungen von Perutz ein Schwanken der Varizellenkurve, während die Zosterkurve ziemlich konstant blieb und wo letztere eine zeitweise Häufung der Fälle anzeigte, kann man nicht eine den Verhältnissen bei den Varizellen entsprechende epidemieartige Häufung annehmen; es handelt sich dann nur um Häufung der Bedingungen, unter denen das Zostervirus seine Wirksamkeit entfaltet (Keining).

Aehnliche Unklarheiten wie bezüglich der serologischen Verhältnisse bestehen auch in den Immunitätsverhältnissen. Zunächst begegnet der Angabe Levaditis, Zoster hinterlasse Dauerimmunität, die Tatsache unzweifelhaft bei derselben Person beobachteter wiederholter Zostererkrankungen; ist dies auch verhältnismäßig selten der Fall, so ist in Betracht zu ziehen, daß es sich beim Zoster überhaupt um eine im ganzen seltene Erkrankung handelt. Auch eine wiederholte Erkrankung an Varizellen ist nicht ausgeschlossen. Es würde danach also der Umstand, daß bei Zosterfällen ein früheres Ueberstehen von Varizellen nachweisbar ist, nicht gegen die varizellöse Natur des betreffenden Zosters verwertet werden können, abgesehen davon, daß, wie schon früher bemerkt, von keiner Seite etwa alle Zosterfälle als varizellös betrachtet werden. Außerdem ist, worin Alterthum durchaus beizupflichten ist, die wesentliche Dermotropie des Varizellenvirus in Betracht zu ziehen, infolge deren manchmal nach Varizellen nur eine partielle, das Nervensystem nicht berührende Immunität eintritt, die bei erneuter Infektion dem neurotrophen Zostervirus den

Angriff auf das Nervensystem und das Auftreten eines Zosters gestattet. So würde sich auch die Tatsache erklären, daß bei Erwachsenen, die größtenteils in der Kindheit Varizellen überstanden haben, diese selten sind, Zoster hingegen häufig. Nicht erklärt ist zunächst dessen seltenes Auftreten in der Kindheit; man muß hier eine geringe Empfänglichkeit des Nervensystems bei starker Empfänglichkeit der Haut annehmen. Sprechen also die Immunitätsverhältnisse nicht gegen Beziehungen des Zosters zu Varizellen, so sind sie andererseits auch nicht in bejahendem Sinne zu verwerten.

Im ganzen wird man sich bei aller Skepsis doch der Annahme gewisser ätiologischer Beziehungen zwischen Varizellen und Zoster gegenüber nicht ganz ablehnend verhalten können; sie erfahren eine fernere Stütze durch gewisse klinische Bilder, die geeignet erscheinen, in gleicher Richtung verwertet werden zu können, wobei allerdings auf den Eingang unserer Erörterungen zurückgegriffen werden muß, daß dadurch das früher so klar erscheinende klinische Bild des Zosters getrübt und verwischt wird.

Es soll hier nicht die Rede sein von den gleichzeitig in mehreren, sogar vielen, weit über den Körper verbreiteten, aber die zosteriforme Anordnung mehr oder weniger bewahrenden Herden auftretenden Fällen, die als Zoster universalis bezeichnet werden. Wir wollen auch die Fälle außer Betracht lassen, in denen neben einem typischen Zoster sich, meist in seiner Umgebung, vereinzelte isolierte Bläschen, sogenannte *Vésicules aberrantes* finden. Aber in weiterer Ausbreitung dieses Zustandes gelangen wir zu Fällen, die neben dem typischen Zoster ein oft über den ganzen Körper verbreitetes bläschenförmiges Exanthem zeigen und das klinische Bild des noch sehr umstrittenen Zoster generalisatus darstellen. Es liegen für die klinische Auffassung dieser Fälle verschiedene Möglichkeiten vor, die Schönfeld in 3 Formen sondert: 1. Typischer Zoster, dazu unabhängig sonstiger bläschenförmiger Ausschlag (Dermititis herpetiformis, Varizellen u. a.). 2. Nur scheinbares Bild des Zosters, das aber schon Ausdruck anderer Erkrankung (Leukämie, Arsen) ist, die dann weitere Ausbreitung in Form bläschenförmigen Hautausschlages zeigt. 3. Echter Zoster, der durch Versagen der Immunkörperbildung und Aussaat auf dem Blutwege universell wird.

Die Grenze, wo der Zoster mit *Vésicules aberrantes* aufhört und der Zoster generalisatus beginnt, ist nicht scharf zu ziehen, und es können sehr wohl in früheren Zeiten dem letzteren zugehörige Fälle der ersteren Kategorie zugezählt worden sein. In seiner ausgeprägten Form zeigt aber der Zoster generalisatus ein sehr charakteristisches Bild, das zunächst näher betrachtet werden soll.

Der primäre Zosterherd (ob ein generalisierter Zoster ohne einen solchen vorkommen kann, erscheint noch fraglich [Glaubersohn]) soll verhältnismäßig häufig am Thorax lokalisiert sein; es zeigen sich indessen unter den in der Literatur veröffentlichten Fällen auch nicht wenige mit Lokalisation am Kopf, Gesicht, Hals, Gesäß, Oberschenkeln, so daß ein Unterschied gegenüber sonstigen, isoliert bleibenden Zosterfällen wohl nicht besteht. Auffallend ist hingegen, daß die Zostereffloreszenzen in mindestens der Hälfte der Fälle einen hämorrhagischen, gangränösen Charakter zeigen, daß es sich also bei dem primären Zoster um ein schweres Krankheitsbild handelt; das zeigen auch die oft damit verbundenen schweren Allgemeinerscheinungen und der in einzelnen Fällen beobachtete tödliche Verlauf. Wenige Tage nach dem primären Zoster kommt es dann zu einer oft über den ganzen Körper ausgebreiteten Eruption, bei der bisweilen auch die Mundschleimhaut mit ergriffen ist. Bei ihr wiederholt sich nun ganz auffallend der Charakter des primären Zosters; nicht etwa, als ob die ganze Eruption ein hämorrhagisch-gangränöses Aussehen zeigt, wohl aber, indem fast ausnahmslos mindestens vereinzelte derartige Effloreszenzen sich dem im übrigen sehr polymorphen Exanthem beimeschen, das aus, zum Teil gedellten Bläschen mit rotem Hofe, makulösen, papulösen, pemphigusähnlichen, varizellösen oder mehr zosterähnlichen Effloreszenzen, Pusteln, Petechien in mannigfachen Kombinationen besteht; bei der Abheilung bleibt bisweilen Narbenbildung nicht aus.

In den zur Sektion gekommenen Fällen fanden sich entzündliche und besonders auch sonstigen leukämischen Veränderungen entsprechende Infiltrate in den Zervikal- und Dorsalganglien. Das Vorliegen von Leukämie beim Zoster generalisatus und besonders das Vorwiegen dieser Form unter im Laufe einer Leukämie auf-

treten Zosteren ist, worauf Freund aufmerksam gemacht hat, ganz auffallend häufig. Allerdings hielt Jadassohn eine in einem von ihm vorgestellten Falle vorliegende hochgradige lymphatische Leukämie für nicht mit dem Zoster im Zusammenhange stehend. Neben der Leukämie mögen auch sonstige, den Organismus schädigende Prozesse die Entwicklung des Zoster generalisatus begünstigen, der sich ganz vorwiegend bei älteren, schwächlichen Personen findet. Deshalb wurde auch ein von Stein in der Wiener dermatologischen Gesellschaft vorgestellter Fall bei einem 14jährigen jungen Mädchen von anderer Seite eher als Kombination von Zoster und Varizellen aufgefaßt.

Die vorliegenden konsumierenden Krankheiten schädigen die Abwehrkräfte und die Immunisierungsvorgänge im Körper (Freund), greifen auch direkt am Nervensystem an und schaffen dem Zostervirus eine geeignete Angriffsbasis, mag es nun zentral ansetzen oder, wie sich Löwenfeld vorstellt, die Nervenendapparate der Haut befallen, nachdem es zum Einbruch in die Blutbahn gekommen ist.

Sprechen nun irgendwelche Tatsachen dafür, daß auch beim Zoster generalisatus wie bei sonstigen Zosterfällen Beziehungen zu Varizellen bestehen? Es ist mehrfach über Fälle berichtet worden, in denen von einem Zoster generalisatus Infektionen, sogar epidemieartig, an Varizellen ausgegangen sind; darunter befindet sich allerdings der schon erwähnte Fall des 14jährigen Mädchens, in dem es sich möglicherweise um Zoster + Varizellen handelte. Das könnte auch sonst der Fall gewesen sein, wie denn in der Literatur sich nicht nur vereinzelt Fälle gleichzeitigen Bestehens von Zoster und Varizellen, die bereits vorher erwähnt worden sind, finden. Allerdings sind andererseits unter ihnen auch solche, die man sehr wohl als Zoster generalisatus bezeichnen könnte (Guszman, Kleeberg, Lepp, Lotte, Lyth, McEwen, Ouseley-Smith und Williamson, Shelmire, Spillmann und de Lavergne, Stein). Von den früher erwähnten positiven Ueberimpfungen stammte ein Teil von Bläschen eines Zoster generalisatus. Kommen wir also auch hier wieder zu der Möglichkeit eines varizellösen Ursprunges eines Teiles der Zoster-generalisatus-Fälle, so würde natürlich auch der primäre Zoster als varizellöser Zoster aufzufassen sein.

Weder ob es sich um eine von Varizellen unabhängige allgemeine Zostereruption, ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von Zoster und Varizellen, ob es sich um einen varizellösen Zoster mit allgemeiner Ausbreitung handelt, ist im einzelnen Falle aus dem Aussehen der Einzeleffloreszenzen zu entscheiden, da genügend scharfe Unterschiede zwischen Zoster und Varizellenbläschen nicht bestehen, und meist ein polymorpher Charakter des Exanthems vorliegt. Das geht aus vielen Beschreibungen der in der Literatur niedergelegten Fälle hervor, und das zeigte sich auch in einem von mir selbst vor kurzem beobachteten Falle, in dem bei einem 59jährigen, hochgradig nervösen Manne neben einem ausschließlich hämorrhagischen und nekrotischen Effloreszenzen bestehenden Zoster der rechten Gesäßhälfte eine wenige Tage später aufgetretene Allgemeineruption bestand, deren einzelne Effloreszenzen erythematös, bläschenförmig, zum Teil varizellös, überwiegend aber uncharakteristisch, übrigens im Verhältnis zum Aussehen des Primärzosters in auffallend geringem Maße hämorrhagisch waren. Keining glaubt allerdings in einer Gegenüberstellung so weitgehende Unterschiede zwischen Zoster generalisatus und Varizellen nachweisen zu können, daß er einen ätiologischen Zusammenhang ablehnt, und auch Löwenfeld will einen verschiedenen Ablauf beider Erkrankungen feststellen, wobei er dem gleichzeitigen Bestehen von Bläschen und Pusteln besonderen Wert beimißt; das dürfte aber nur für einen geringen Teil der Fälle zutreffen.

Solange uns die Möglichkeit fehlt, auf bakteriologischem Wege die Natur des vorliegenden Krankheitsprozesses mit Sicherheit festzustellen, werden wir uns vorläufig damit abfinden müssen, daß die einander ähnelnden und in einander übergehenden Krankheitsbilder durch die verschiedenen Beobachter eine verschiedene Deutung erfahren. Man braucht nicht soweit zu gehen wie Stein, der nicht abgeneigt ist, in idiopathischem Zoster, generalisiertem Zoster, Varizellen drei im Grunde identische Varianten zu erblicken, muß aber Kumer darin Recht geben, daß der Zoster generalisatus — auf dessen doch meist ausgesprochen charakteristische Erschei-

nungsform wir nochmals hinweisen — klinisch unzweifelhaft ein Bindeglied zwischen Zoster und Varizellen darstellt; ätiologisch ist er noch unklar.

Wir wollen aber zum Schluß nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, daß die vorstehenden Ausführungen nicht nur theoretisches, sondern auch praktisches Interesse besitzen. Es ergibt sich nämlich die Notwendigkeit, in Kinderanstalten jeden Fall, sowohl von einfachem wie generalisiertem Zoster, sorgfältig zu isolieren, um der — bei den noch unklaren ätiologischen Verhältnissen niemals auszuschließenden — Möglichkeit einer davon ausgehenden Varizellenepidemie vorzubeugen (Alterthum, v. Bókay).

Literatur.

(Das nachstehende Literaturverzeichnis beschränkt sich auf die Arbeiten der mit Namensnennung erwähnten Autoren. Weitere, besonders ältere Literatur findet sich in den zusammenfassenden Darstellungen von Glaubersohn, Keining, Lipschütz, Perutz, besonders in der neuesten Arbeit von Schönfeld im Handbuch der Hautkrankheiten.)

Alterthum, H., Beiträge zur Frage des Herpes zoster varicellösus, Mschr. f. Kinderhik. 1928, Bd. 40, S. 330. — Battino, G., Die Beziehungen zwischen Herpes zoster und Varizellen, La Pediatra, Jahrg. 33, Bd. 1 (Ref. M. m. W. 1925, S. 579). — Beyer, Herpes zoster, mit generalisierter Lokalisation, Arch. f. Dermatol. 1906, Bd. 78, S. 233. — Blaschko, Herpes zoster, Handb. d. Hautkrkh. v. Mraček 1905. — Bókay, Ueber den ätiologischen Zusammenhang der Varizellen mit gewissen Fällen von Herpes zoster, W. Kl. W. 1909, S. 1323. — v. Bókay, J., Ueber die Herpes zoster-Varizellen-Frage, Jahrb. f. Kinderhik. 1924, Bd. 105, S. 8. — Chatellier, L., Vaccine et zona vaccinal dans le territoire cutané correspondant à la vaccination, Bull. Soc. Franc. de Derm. 1925, Nr. 2 (Ref. Derm. Wschr. 1925, Bd. 81, S. 1549). — Van Driel-Medan, B. M., Die Verwandtschaft zwischen Zoster und Varizellen, M. m. W. 1927, S. 1541. — Fabre, P., Des zones multiples dédoublées ou bifurquées, Progr. Méd. 1903, S. 257. — Fasal, H., Herpes zoster generalisatus, Arch. f. Derm. 1909, Bd. 95, S. 27. — Fischl, Herpes zoster generalisatus bei Leucaemia lymphatica, Arch. f. Derm. 1913, Bd. 118, S. 553. — François-Dainville, E., und H. Reynaud, Zona et varicelle, Presse Méd. 1928, S. 660. — Freund, H., Zoster generalisatus und Leukämie, Derm. W. 1929, Bd. 88, S. 375. — Freund, H., Zoster und Leukämie Ein Beitrag zur Kenntnis des symptomatischen Zosters, Arch. f. Derm. 1928, Bd. 154, H. 2. — Gavin, F. W., Herpes and Varicella, Lancet 1927, Bd. 212, S. 214 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1048). — Glaubersohn, Ueber den Zusammenhang zwischen Herpes zoster und Varizellen, Russ. Westnik Dermatol. 1928, Bd. 6, Nr. 10 (Ref. Derm. Wschr. 1929, Bd. 88, S. 489). — Glaubersohn, S. A., Beiträge zur Zosterfrage, Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 141. — Glaubersohn, S. A., Beiträge zur Zosterfrage, Derm. Wschr. 1928, Bd. 87, S. 1422. — Glaubersohn, S. A., und R. A. Wiland, Beiträge zur Zosterfrage, Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 300. — Guszman, J., Beiträge zur Herpes zoster-Varizellenfrage, Derm. Wschr. 1924, Bd. 79, S. 779. — Haslund, Ueber Zoster. Bei Gelegenheit eines Falles bei generalisierter Eruption, Nord. med. Arkiv 1897, Nr. 8. — Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. — Hill, N. G., Herpes and Varicella, Brit. m. J. 1928, S. 197. (Ref. Derm. Wschr. 1928, Bd. 87, S. 1851). — Hinze, Herpes zoster generalisatus — Herpes zoster varicellösus, Arch. f. Derm. 1926, Bd. 152, S. 670. — Jadassohn, J., Herpes zoster und varizellenartiges Exanthem und lymphatische Leukämie, Stzg. Schles. Derm. Ges. 6. Februar 1926 (Ref. Zbl. Haut- u. Geschlechtskrkh. 1926, Bd. 20, S. 23). — Keining, Beitrag zur Zosterfrage, unter besonderer Berücksichtigung des Zoster generalisatus, Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 665. — Kleeberg, Herpes zoster generalisatus und Varizellen, Berl. Derm. Ges. 7. Dezember 1926 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 84, S. 181). — Kletetschka, A., und F. Lucksch, Herpes zoster und Varizellen, M. Kl. 1928, Nr. 13. — Kumer, Ueber Beziehungen von Herpes zoster generalisatus und Varizellen, Derm. Ztschr. 1928, Bd. 53, S. 336. — Kumer, Herpes zoster generalisatus, Stzg. Wiener Derm. Ges. 17. Februar 1927 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 84, S. 835). — Kumer, Impfung von Kleinkindern mit Bläscheninhalt von Herpes zoster generalisatus, Stzg. Wiener Derm. Ges. 28. April 1927 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1328). — Lauda, E., und D. Stöhr, Zur Frage des varizellösen Zoster (Bókay), Mschr. f. Kinderhik. 1926, S. 97. — Lepp, F., Zur Aetiologie des Herpes zoster und dessen Beziehungen zu den Windpocken, Eesti Arst 1926, S. 1 (estnisch) (Ref. Zbl. Haut- und Geschlechtskrkh. 1926, Bd. 19, S. 870). — Levaditi, C., L'Herpès et le zona, 1927 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1183). — Lipp, Herpes zoster generalisatus, Stzg. Wien. Derm. Ges. 25. Oktober 1928 (Ref. Derm. Wschr. 1929, Bd. 88, S. 692). — Lipschütz, B., Die Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. 1926, Bd. 21, S. 673. — Lotte, Zona et varicelle par biotropisme, Bull. Soc. Franc. de Derm. 1927, Nr. 4 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1210). — Löwenfeld, W., Zur Kenntnis des Herpes zoster generalisatus, Arch. f. Derm. 1924, Bd. 146, S. 281. — Lyth, J. C., Varicella followed by Herpes, Brit. m. J. 1928, Nr. 3537, S. 700 (Ref. Derm. Wschr. 1929, Bd. 88, S. 539). — Marigonda, Zoster universale emorragico varicelliforme, in individuo con leucaemia acuta emociotoplastica, Gazz. d. osp. 1928, Bd. 49, S. 549 (Ref. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh. 1928, Bd. 28, S. 280). — Marinisco, G., und St. Draganesco, Nouvelles contributions à la pathologie et la physiologie pathologique du zona zoster, Bull. de l'Acad. de Méd. 1927, Bd. 97, S. 473 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1278). — McEwen, E. L., The Association of Herpes zoster and Varicella, Arch. of Derm. 1920, Aug., Nr. 2. — Meldrum, W. J., Herpes and Varicella, Brit. m. J. 1926, Bd. II, S. 302. — Milian, G., Zona et varicelle, Rev. Franc. de Derm. et des mal. vén. 1927, Nr. 5 (Ref. Derm. Wschr. 1927, Bd. 85, S. 1464). — Münsterer, H. O., Drei neue Beobachtungen von Herpes zoster generalisatus, Derm. Wschr. 1928, Bd. 87, S. 1704. — Netter, A., A. Urbain und M. Lamy, Apparition successive dans la même famille d'un zona et d'une varicelle. Déviation des compléments: zona et varicelle par le sérum de chacun des convalescents, C. r. Soc. Biol. 1928, Bd. 98, Nr. 2 (Ref. Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 783). — Ouseley-Smith,

E., E. und G. Williamson, Coincident Herpes and Varicella, Brit. m. J. 1927, Bd. I, S. 423. — Pereira, H., Herpes and Varicella, Brit. m. J. 1926, Bd. II, S. 597. — Perutz, A., Zur Frage der Beziehungen zwischen Zoster und Varizellen, Derm. Wschr. 1927, Bd. 84, S. 12. — Rabut und Chène, Zona généralisée, Soc. Franç. de Derm. et de Syph., 12. Juli 1928 (Ref. Derm. Wschr. 1929, Bd. 88, S. 175). — Schönfeld, W., Zoster, Handbuch d. Haut- u. Geschlechtskrk., von Jadassohn, Bd. 7, T. 1, 1923. — Shelmire, J. B., und B. Shelmire-Dallis, Concurrent Herpes zoster and Varicella, Arch. of Derm. and Syph. 1928, Bd. 17, Nr. 5 (Ref. Derm. Wschr. 1929, Bd. 87, S. 1308). — Siegl, J., Zum ätiologischen Zusammenhang von Herpes zoster und Varizellen, m. m. W. 1927, S. 189. — Spillmann, L., und de Lavergne, Réflexions sur un cas de varicelle succédant à un zona intercostal chez un même malade, Réunion. Derm. de Nancy, 8. Juli 1927 (Ref. Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 223). — Stein, Herpes zoster generalisatus als Infektionsquelle einer kleinen Spitalsepidemie von Varizellen, Stzg. Wiener Derm. Ges. 19. Oktober 1927 (Ref. Derm. Wschr. 1928, Bd. 86, S. 646). — Stein, O., Herpes zoster generalisatus als Ursache einer Varizellen-epidemie, Derm. Ztschr. 1928, Bd. 53. — Steuer, Fr., Ein seltener Fall von Herpes zoster gangraenosus generalisatus, W. m. W. 1911, S. 1167. — de Bec Turtle, G., A case of Aberrant Herpes, Lancet 1921, Bd. 200, S. 965. — Ziel, Zosteriformer Varizellenausbruch, M. Kl. 1926, S. 991. — v. Zumbusch, Ueber Herpes zoster generalisatus mit Rückenmarksveränderungen, Arch. f. Derm. 1913, Bd. 118, S. 823.

Urethritis, Zystitis und Vulvitis bei kleinen Mädchen.

Von Dr. EMIL FLUSSER, Kinderarzt in B.-Budweis.

Irren heißt in der Medizin Erfahrungen sammeln. Sollen ärztliche Irrtümer nicht nur Schaden stiften, dann müssen die Erfahrungen, die sich aus ihnen ergeben, einer möglichst großen Zahl von Aerzten vermittelt werden.

Die kleine Eva S., geb. 2. August 1923, ist das einzige Kind reicher Eltern. Ich kenne sie von ihrer Geburt an; sie war in den ersten zwei Lebensjahren nie ernstlich krank gewesen, war immer das Bild eines munteren, derb gesunden, rosig gefärbten Kindes. Sie wurde mir in regelmäßigen Zeitabständen gezeigt, hatte ihre eigene Pflegerin und ich sollte überdies Pflege und Ernährung des Kindes genau überwachen. Ich konnte an der Pflegerin nur das eine aussetzen, daß sie in einer Hinsicht des Guten zuviel tat: So oft ich das Kind sah, war After und Genitale mit einer Creme eingesmiert, und wenn ich das als überflüssig bezeichnete, dann meinte die Pflegerin, das Kind würde immer gleich rot, wenn man diese Maßnahme unterließe. Ich selbst sah niemals, wenn ich die Salbe wegwischte, die Gegend des Genitales oder Afters irgendwie gereizt. Von Mitte November 1925 an wird wiederholt darüber geklagt, daß das Kind appetitlos und nicht so munter wie sonst sei, doch konnte ich nichts Abnormes feststellen: Am 12. Dezember 1925 tritt etwas Fieber auf und ich finde einen trüben, reichlich Eiterzellen enthaltenden, saueren Harn. Diagnose: Pyelozystitis. Unter der üblichen Behandlung Entfieberung in wenigen Tagen. Der Urin enthält am 30. Dezember noch einzelne Eiterzellen, ist dann bei wiederholten späteren Untersuchungen klar, Allgemeinzustand ganz tadellos, kein abnormer Harndrang, 5 bis 6 Harnentleerungen in 24 Stunden. Anfang Oktober 1926 ohne Störung des Allgemeinbefindens wieder trüber Harn und häufiger Harndrang, Temperaturen zwischen 37,1 und 37,5. Unter Neohexal-Behandlung wieder nach 2 Wochen normaler Befund. Am 2. März 1927 plötzlich unter hohem Fieber erkrankt, Schmerzen und Schwellung im linken Handgelenk, wo sich im Laufe der nächsten Tage eine typische Monarthritis ausbildet. Der Befund einer Monarthritis lenkt sofort die Aufmerksamkeit auf das Genitale; es findet sich aber so gut wie kein Zeichen eines Katarrhs. Trotzdem Injektion von Gonargin 50 Mill. Nach der zweiten Injektion weitgehende Besserung der Gelenkerkrankung, hingegen deutliche Trübung des Harns (Herdreaktion?). Nach Untersuchung mehrerer Ausstriche des gefärbten Sediments finden sich sichere Gonokokken. Unter Vakzinebehandlung heilt im Laufe von 10 Tagen die Arthritis ab und der Harn wird im Verlaufe der nächsten Wochen völlig klar. Rezidive ereigneten sich nicht; seit 2 Jahren auch nach provokativer Injektion immer normaler Befund; die Umgebung des Genitales nunmehr auch ohne Anwendung der Creme frei von jeder ekzematöser Reizung.

Die in diesem Falle in drei Schüben aufgetretene Pyurie (zuletzt im Anschlusse an die Vakzinebehandlung) war wohl nicht der Ausdruck einer Pyelozystitis, wie ursprünglich angenommen wurde, sondern einer Urethritis. Bei dem letzten Schube, der durch das Vorliegen einer Monarthritis die Untersuchung in die Richtung einer Gonorrhöe lenkte, ist das Bestehen einer Urethritis deshalb als gesichert anzunehmen, weil bei Vornahme einer Zwei-Gläserprobe die erste Harnportion trübe, die zweite klar war.

Ich halte diesen Fall deshalb für bemerkenswert und lehrreich, weil ich überzeugt bin, daß die Irrtümer, die zu jahrelanger Verkenntung dieses Falles führten, in der Praxis recht häufig vorkommen dürften:

1. Verkenntung einer Gonorrhöe bei kleinen Mädchen, wenn durch sorgsame Pflege und Reinlichkeit des Kindes an den äußeren Genitalien keine Zeichen eines Katarrhs zu sehen sind.

2. Verwechslung einer gonorrhöischen Urethritis mit einer Pyelozystitis.

Die allgemein übliche Bezeichnung Vulvovaginitis gonorrhöica für die gonorrhöische Infektion der kleinen Mädchen sagt schon, daß der eitrige Katarrh der äußeren Geschlechtsteile geradezu als das Wahrzeichen dieser Krankheit gilt. Es gibt aber sicher recht zahlreiche Fälle, wo dieser Katarrh niemals auffallend in Erscheinung tritt, wo die Krankheit in der Urethra lokalisiert bleibt, und wo es insbesondere bei peinlicher Reinhaltung niemals zu einer katarrhalischen Erkrankung der Vulva oder Vagina kommt. Ebenso wie bei der Urethritis der erwachsenen Frau kann auch hier die Krankheit ohne jeden akuten Beginn von Anfang an ohne nennenswerte Beschwerden, vielleicht hier und da unter schubweisen akuten Verschlimmerungen verlaufen.

Im folgenden Falle hielt ich ein Kind mit einer Urethritis infolge unrichtiger Untersuchungstechnik über ein Jahr lang für gesund, die Mutter für eine Querulantin.

Die kleine Rosa St., Kaufmannstochter, geb. 9. Dezember 1921, war immer eine der häufigsten Besucher meiner Sprechstunde gewesen. Die Eltern hatten vor Jahren ihr einziges Kind an einer Meningitis tbc. verloren und waren gleich in größter Sorge, wenn ihr spätgeborenes zweites Kind die geringsten Zeichen eines Unbehagens zeigte. In jeder vorübergehenden Appetitlosigkeit, Verstopfung, insbesondere jedem Erbrechen sahen sie schon die Zeichen einer Meningitis; Anfang Februar 1923 klagte die Mutter darüber, daß das Kind beim Harnlassen auffallend presse, wobei es deutlich Schmerzen äußere. Ich fand äußerlich nichts Abnormes, nahm mit dem Katheter Harn ab, er war vollkommen klar, Eiweißprobe negativ. Mit der Klage über Pressen beim Harnen wurde das Kind nun wiederholt in Abständen von einigen Wochen und Monaten zu mir gebracht, jedesmal katheterisierte ich das Kind, jedesmal war der Befund im Katheterharn negativ, so daß ich, beeinflusst durch die Vorgeschichte, die Klagen der Mutter nicht mehr ernst nahm. Am 5. April 1924 sah ich das Orificium externum urethrae gerötet und geschwollen, ich katheterisierte wieder und wieder war der Harn klar. Dann aber drückte ich auf die Harnröhrenmündung und es entleerte sich ein schleimiges, fadenziehendes Sekret. Im Aufstrich fanden sich reichlich Gonokokken.

Ich habe in diesem Falle deshalb solange die Diagnose verfehlt, weil ich immer nur den Katheterharn untersuchte. Dabei ging ich so vor, daß ich etwa ein halbes Reagenzglas des Harnes auffing, den Rest in den Kübel fließen ließ. Hätte ich das Kind auf den Topf gesetzt, oder mir von der Mutter eine Harnprobe bringen lassen, dann wäre mir der Eiter im Harn nicht entgangen, während durch den Katheter sich natürlicherweise nur reiner Harn aus dem Blaseninneren entleerte.

Wenn der Arzt bei einem kleinen Mädchen den Harn untersuchen will, dann greift er mit der größten Selbstverständlichkeit zum Katheter, er hat dann die Sicherheit, daß der Harn nicht verunreinigt wird und gewinnt den Harn viel rascher, als wenn er das Kind erst auf den Topf setzen und ihm göttlich zureden muß. Aber eine Urethritis kann er dabei übersehen, weil er den das Harnröhrensekret führenden Harn nicht in den Katheter bekommt.

Zur Unterscheidung der Urethritis von der Zystitis oder Pyelozystitis dient die Zwei-Gläserprobe. Sie ist in der Kinderpraxis nicht üblich und ist auch nirgendwo in den pädiatrischen Lehrbüchern angeführt. Wie wichtig sie ist, zeigen die beiden angeführten Fälle. Es gehört manchmal etwas Geduld dazu und eine verständige Mutter, die es dem Kinde beibringt, in zwei Portionen den Harn zu entleeren; aber nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen gelingt es dann doch immer. Bei der Zystitis sind beide Portionen trübe, gewöhnlich die zweite trüber als die erste, weil zum Schluß der Entleerung der der Blasenwand anhaftende Eiter ausgepreßt wird. Bei der Urethritis sind die ersten Tropfen am stärksten getrübt. Es empfiehlt sich deshalb, das Kind anzuhalten, gleich bei Beginn der Harnentleerung den Topf zu wechseln. Dann ist die erste, kleine, Portion trübe, die zweite, große, klar.

Das Vorliegen einer Zystitis spricht mit großer Wahrscheinlichkeit gegen eine Gonorrhöe, denn gonorrhöische Erkrankung der Blase ist beim Kinde noch seltener als bei der erwachsenen Frau.

Eine Zwei-Gläserprobe sollte besonders bei solchen Pyurien angestellt werden, die beim Kinde ohne größere Störung des Allgemeinbefindens und ohne sonstige Zeichen einer akuten Krankheit gefunden werden, denn dann ist das Vorliegen einer Urethritis gonorrhöica wahrscheinlich.

Die Pyelozystitis, die bei Vorhandensein von Eiter im Harn gewöhnlich automatisch diagnostiziert wird, beginnt in der Regel plötzlich wie eine akute Infektionskrankheit. Das ängstliche, blasse Gesicht, das Fieber, der etwas meteoristische, bei der Atmung ruhig gestellte Bauch lassen den Erfahrenen, auch beim kleinen Kinde, das noch keinerlei Angaben über seine Schmerzen macht, an eine Pyelozystitis denken. Je älter das Kind ist, desto häufiger sind die Ausnahmen von der Regel, desto häufiger ist es, daß die Pyelozystitis langsam, ohne nennenswertes Fieber, beginnt, oft ohne auffallende Störung des Allgemeinbefindens. Nur der häufige Harndrang, ein gewisses Aechzen beim Harnen, oft ein leichtes Wundsein des Genitales, lenken die Aufmerksamkeit auf die Erkrankung. Bei einem Teil dieser Fälle wird man durch die Zwei-Gläserprobe eine Urethritis finden. Seit dem Irrtum, der mir bei dem ersten Falle unterlaufen ist, wende ich die Probe regelmäßig an und bin dadurch mancher Gonorrhöe auf die Spur gekommen, die mir sonst entgangen wäre.

Bei kleinen Kindern, die noch nicht auf dem Topf sitzen, ist die Probe in dieser Form nicht durchführbar, und es empfiehlt sich, zur Diagnose einer Urethritis den Katheterharn mit dem nach Reinigung des äußeren Genitales spontan entleerten zu vergleichen. Ersterer ist klar, letzterer trübe.

Jana L., geb. 16. Februar 1927, aus angesehener Familie, gedeiht als Säugling bei der Brust ausgezeichnet; knapp nach der Abstillung wird das Kind unzufriedener, hat mehrmals Temperaturen bis 38,0. Ich finde bei der Untersuchung am 10. Januar 1928 nichts Auffallendes; der mit Katheter gewonnene Harn zeigt einzelne Flöckchen, die sich als Leukozytenhaufen erweisen; der spontan entleerte Harn ist deutlich trübe, enthält zahlreiche Leukozyten, die Eiterprobe mit Lauge positiv. Der gleiche Befund wiederholt sich bei weiteren Untersuchungen, bis dann nach 3 Wochen unter Urotropinbehandlung beide Portionen klar sind. Mehrmalige Untersuchung auf Gonokokken negativ. Trotzdem der Befund einer Urethritis feststeht, wage ich es nicht, den Eltern gegenüber den Verdacht einer Gonorrhöe zu äußern. Am 11. Oktober 1928 kommt die ältere Schwester Janas, geb. 27. Februar 1923, mit eitriger Vulvovaginitis bei positivem Gonokokkenbefund. Wiederholte weitere Untersuchungen bei Jana hatten immer negativen Befund. Der Harn ist klar, doch ist das Genitale oft wund, so daß ich eher eine Latenz als eine Heilung annehme.

Die Urethritis gonorrhöica scheint vielfach Vorläufer einer Vulvovaginitis zu sein und die erste Phase der Gonorrhöe kleiner Mädchen darzustellen.

Bei der 4 Jahre alten Annie P. stelle ich eine spezifische Urethritis fest. Die vorgeschlagene Injektionsbehandlung mit Vakzine lehnen die Eltern ab und suchen einen anderen Arzt auf. Mehrere Kollegen lösen einander in der Behandlung ab. Zwei Jahre später werde ich als Consiliarius zugezogen und finde neben der alten Urethritis eine gonorrhöische Vulvovaginitis und Proktitis.

Wenn bei den Pyurien kleiner Mädchen viel zu selten an eine Gonorrhöe gedacht wird, so wird andererseits eine Vulvovaginitis im Kindesalter viel zu häufig mit einer Gonorrhöe identifiziert. Die bakteriologische Untersuchung und der klinische Verlauf zeigen aber bei meinem Material und wohl überall in der Landpraxis, daß im Gegensatz zu der Erfahrung der Kliniken die Mehrzahl eitriger Vulvovaginitiden nichts mit Gonorrhöe zu tun hat. Die Häufigkeit unspezifischer Katarrhe bei Landkindern dürfte damit zusammenhängen, daß diese Kinder viel mehr als Stadtkinder am Boden herumrutschen und dadurch, daß sie keine geschlossenen Beinkleider oder Hemdhosen tragen, eher Gelegenheit zu Schmutz- und Schmierinfektionen haben. Man sieht mitunter makroskopisch eingedrungene Staub- und Schmutzteilen in den eitrigen belegten Genitalien. Zweimal habe ich bei eitriger Vulvitis in der Druschzeit eingespießte Getreidegrannen aus der Vulva von Kindern entfernt.

Außer dieser recht häufigen exogenen Form des nichtspezifischen eitrigen Katarrhs der äußeren Geschlechtsteile sah ich wiederholt bei gut gepflegten Kindern plötzlich unter anfänglichem Fieber

eine massige Eiterung auftreten, bei welcher die Vulva mit dickem, rahmigem Sekret bedeckt war. Im Sekret fanden sich nebst Leukozyten zahlreiche, wenig charakteristische, meist Gram-negative Kokken. In wenigen Tagen heilte die Affektion ab. Ebenso wie die Zystopyelitis denke ich mir auch diese Affektion auf dem Blutwege metastatisch entstanden.

Vor einem Jahre sah ich ein 7 Jahre altes Mädchen nach recht schweren Allgemeinerscheinungen unter Fieber bis nahe an 41,0 plötzlich an einer Pyelozystitis erkranken mit gleichzeitiger Vulvovaginitis. Das eitrige Sekret der Vulva war bestimmt nicht, wie man vielleicht annehmen könnte, aus den Harnwegen in die Vulva gelangt, sondern man konnte in den ersten Tagen der Erkrankung durch Druck auf den Damm dickes, rahmiges Sekret durch die Hymenalöffnung ausdrücken. Der Eiter aus der Scheide sowie der Katheterharn wurden zwecks Herstellung einer Autovakzine an das Prager Hygienische Institut geschickt; es wuchsen Kolibazillen. Indessen heilte die so schwer aussehende Affektion in wenigen Tagen ab, bevor noch die Vakzine fertiggestellt war.

Von gonorrhöischen Vulvovaginitiden unterscheiden sich diese Erkrankungen durch ihren akuten Verlauf. Ob ein Monate und Jahre dauernder Fluor bei kleinen Mädchen anderer als gonorrhöischer Natur vorkommt, erscheint mir zweifelhaft, trotzdem diese Möglichkeit auch von erfahrenen Pädiatern angenommen wird.

Ein 6 Jahre altes Mädchen war an Vulvovaginitis mit positivem Gonokokkenbefund erkrankt, die Krankheit zog sich lange hin, die Eltern wurden ungeduldig und suchten einen Kliniker auf. Um ihn nicht zu beeinflussen, verschwiegen sie ihm die lange Vorgeschichte und den positiven Befund. Sie brachten dann ein „an den behandelnden Arzt“ gerichtetes Schreiben von dem Kliniker mit, worin er sich äußerte, es handle sich hier, wie genaue Untersuchungen ergaben, um keine gonorrhöische Erkrankung, sondern um einen Fluor auf anämischer Grundlage. — Wenn es schon einen Fluor auf anämischer Grundlage bei kleinen Mädchen gibt, dann muß in einem solchen Falle wenigstens eine Anämie in hämatologischem Sinne und nicht bloß eine blassere Hautfarbe vorliegen, wie es bei diesem Kinde der Fall war.

In der Wertung negativer Gonokokkenbefunde bei lange dauerndem Fluor kleiner Mädchen ist größte Reserve am Platz. Man kann nicht oft genug untersuchen und finden, wenn schon das Sekret der Vulva nichts ergibt als ein uncharakteristisches Kokkengemenge, dann doch schließlich im Harnröhren- oder Mastdarmsekret charakteristische Gonokokken, zumal bei provokatorischer Vakzineinjektion. Ein positiver Gonokokkenbefund bedeutet eine schwere Attacke auf den Frieden der ganzen Familie und, falls er sich als irrtümlich herausstellt, eine schwere Situation für den Arzt. Deshalb lasse man jeden positiven Gonokokkenbefund bei einem Kinde durch einen Fachmann verifizieren. Wer täglich mit Gonokokken zu tun hat, für den ist es ein leichtes, sie mit absoluter Sicherheit zu agnosieren. Bei etwas geringerer Erfahrung und Uebung können folgeschwere Verwechslungen vorkommen. Selbst die besten Färbemethoden sind nur in der Hand des Geübten und Erfahrenen verlässlich.

Kurz gestreift sei noch die Vulvitis der neugeborenen Mädchen, derentwegen der Arzt öfters von Angehörigen und Hebammen konsultiert wird. Es gibt da alle Uebergänge von glasig klarem bis zu krümligem, grauweißem Sekret mit einzelnen blutigen Fäden; es gibt rein blutige und auch schleimige, gelbe, ziemlich leukozytenreiche Sekrete. Besonders in Fällen letzterer Art habe ich unter dem Einflusse meines Lehrers Alois Epstein, der als häufigen Infektionsmodus bei der Gonorrhöe der kleinen Mädchen Infektion intra partum ansah, immer Abstriche gemacht und auf Gonokokken untersucht: immer mit negativem Erfolg. Den Scheidenkatarrh neugeborener Mädchen faßte Epstein als desquamativen Prozeß, als Teil der physiologischen Hautschuppung des Neugeborenen auf. Diese Ansicht findet man noch heute allgemein in den Lehrbüchern vertreten, indessen dürfte sie nicht das Wesen der Sache treffen. Genau so wie die im kindlichen Organismus kreisenden mütterlichen Hormone Milchsekretion bei manchen Neugeborenen bewirken, so wirken im kindlichen Organismus auch jene Hormone unmittelbar nach der Geburt, die bei der Mutter zur Abstoßung der Dezidua führen und verursachen dann auch beim Kinde Abstoßung der oberen Schichten der Genitalschleimhaut, manchmal auch genitale Blutung.

Zur Behandlung: Die Gonorrhöe heilt, wenn sie heilt, durch die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus. Dieser Ausspruch B u m m s hat sicher auch für die kindliche Gonorrhöe volle Geltung. Wer jahrelang die lokale Behandlung der Gonorrhöe mit den be-

kannten Mitteln und allerlei technischen Variationen, Stäbchen, Einlegungen, Tampons, bei kleinen Kindern geübt hat, der muß, wenn er seine Erfolge streng kritisch sichtet, zu der Ueberzeugung von der völligen Wirkungslosigkeit jeder örtlichen Behandlung gelangen. Oft dachte ich in früheren Jahren nach wochen- und monatelanger Behandlung einen vollen Erfolg erzielt zu haben, dann erfuhr ich, daß ein oder mehrere Kollegen nach mir das Kind behandelt haben, oder daß das Kind nach mehrfachen Rückfällen dann doch ohne jede Behandlung gesund geworden sei.

Die natürlichen Abwehrkräfte des Organismus, die allein die Krankheit zur Heilung bringen können, während die verschiedenen Chemikalien mit dem eigentlichen Krankheitsherde (Urethra) gar nicht in Berührung kommen, werden am besten mobilisiert durch die Anwendung polyvalenter Gonokokkenvakzinen. Wenn Bucura, in der Vakzinebehandlung wohl einer der Erfahrensten, glaubt, daß sie da versage, wo der Prozeß rein auf die Schleimhaut beschränkt ist, weil die Abwehrstoffe gar nicht in diese Schichten dringen können, so trifft das für die kindliche Gonorrhöe sicher nicht zu, vielmehr ist die Wirkung der Vakzinebehandlung so eklatant, daß schon nach den ersten Injektionen ein Fluor, der monatelang einer lokalen Behandlung getrotzt hat, verschwindet. Vor 3 Jahren wurde aus der Frauenklinik Webers in München über 100%

Heilungen der kindlichen Vulvovaginitis bei Anwendung des Gonargins (Höchst) berichtet. Ich verwende seither fast ausschließlich dieses Präparat, beginne mit 20 bis 50 Mill. Keimen pro Injektion und steigere gewöhnlich in 20 bis 25 Injektionen bis zu 3000 Mill. Ich habe zwar wiederholt Rezidive gesehen, aber bei Wiederholung der Behandlung wird man auch mit dem Rezidiv meistens fertig. Auch mehrere Rezidive kommen vor, ausnahmsweise schließlich auch Versager. Ein leichter Katarrh, mit schleimig krümeligem, gonokokkenfreiem Sekret, bleibt manchmal recht lange bestehen; es schwindet dann entweder von selbst oder aber es kommt zum Rezidiv. Auf diese Möglichkeit mache ich von vornherein die Eltern aufmerksam. Neben der Vakzinebehandlung verwende ich nur warme Sitzbäder; bei bestehendem Reizzustand nach Schwinden der Gonokokken 1% Vuzinsalbe. Es sei noch darauf aufmerksam gemacht, daß unter allen Gonokokkenvakzinen, von welcher Fabrik sie auch immer stammen, mitunter auch unbrauchbare Fläschchen vorhanden sind. Gewöhnlich sieht man dann schon mit freiem Auge die ungewöhnliche Beschaffenheit der Aufschwemmung. Wirkungslos sind alle Vakzinen, die nicht gut färbbare Gonokokken enthalten. Protargol, Choleval, Reargin usw. verwende ich nicht mehr bei der gonorrhöischen Vulvovaginitis. Sie wirken aber prompt bei nicht-gonorrhöischen Katarrhen.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 143., Heft 1/2.

Methodisches zur Langendorfschen Apparatur für die Durchströmung des Warmblüterherzens. Wiemer.

Gefäßwirkungen von Sulfidlösungen am überlebenden Warmblüterherzen. Wiemer.

Überlebendes Gefäß-Herz-Froschpräparat. Methodisches. Gramenitzki.

Zur Frage von der Verteilung der physiologischen Wirkung des Adrenalins zwischen den Gefäßen und dem Herzen. Gramenitzki.

Die Fermentwirkung des 3000jährigen Mumienmuskels (Präzipitinreaktion, Glykolyse, Atmungsferment). Sehrt.

Die photodynamische Erscheinung in Beziehung zur Wirkung des Methylenblaus auf das isolierte Froschherz. Agnoli und de Barbieri.

Prüfung von Ovarialpräparaten des Handels. Kochmann.

Über den Antagonismus und Synergismus zwischen einigen Analeptis und Medinal. Tartler.

Kombinatorische Wirkungen von Koffein und Alkohol. Flamm.

Untersuchungen über kombinierte Narkosen. V. Mitteilung: Über die Konzentrationswirkungskurve des Avertins am Atemzentrum des Kaninchens und über die kombinierte Avertin-Morphiumwirkung auf die Atmung. Kärber und Lendle.

Untersuchungen über den verschiedenen Angriffspunkt einiger Narkotika im Zentralnervensystem. Lendle.

Untersuchungen über den Ammoniakstoffwechsel der Niere und seine Beziehung zum Säure-Basenhaushalt. Wassermeyer.

Über die durch Schockgifte erzeugten Zirkulationsveränderungen. III. Mitteilung: Der Einfluß der Leber auf Blutdruck und Schlagvolumen. Mautner und Pick.

Die Wirkung des Biguanids und seiner Derivate auf den Zuckerstoffwechsel. Hesse und Taubmann.

Studien über den Skopolaminschlaf und seine Verstärkung durch Morphin. Mehes.

Wirkung der Leberextrakte im Tierversuch. Adlersberg und Gottsegen.

Untersuchungen über den Regulationsmechanismus von Störungen der intravasalen Ungerinnbarkeit des Blutes bei experimenteller Beeinflussung der Gerinnungsfaktoren durch Bakterien, unspezifische Reizkörper und Wittepepton. v. Falkenhausen.

Die Veränderungen der Gefrierpunktniedrigung im Blutserum sowie im Magen- und Darmsaft beim experimentellen Ileus. Müller.

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 155., Heft 1. Zum 100. Geburtstag Theodor Billroths. A. Eiselsberg.

3665. Nieren- und Harnleitersteine. J. Gottlieb.

3672. Blasenstörungen bei Erkrankungen des Dick- und Enddarmes. W. Heckenbach.

3614. Die Ruptur des Meniscus auf Grund der Erfahrungen der Gießener Klinik. H. Dieterich.

3611. Über Pernoxtonnarkose. Franz Prochnow und Desider von Klimkö.

3616. Die Entstehung der Wirbelsäulenverbiegungen und ihr Verhältnis zur Späterkrankheit. Fenker.

3594. Über den Pseudoanthrax beim Menschen. W. J. Matschan.

3724. Gallensteinileus. Edmund Holz.

Archiv für Ohren-, Nasen-, Kehlkopfheilkunde (Arch. Ohr-, usw. Heilk.), Leipzig, 121., Heft 3/4.

Ist die Rhinitis atrophicans eine Infektionskrankheit? Wirth.

3637. Ozaena. Beselin.

3638. Apoplexie und Schwerhörigkeit. Berberich und Fineberg.

Zur Stoffwechselpathologie der Rachitis und Otosklerose. Behrendt und Berberich.

3767. Kopfnystagmus. Stscheglow.

3639. Geheilte traumatische otogene Meningitis. Koch.

Ein Fall von Neurofibrom im Bereiche des Nervus infraorbitalis. Nußbaum.

Lageprüfungen und -reaktionen beim Menschen. Grahe.

Archiv für Soziale Hygiene und Demographie (Arch. soz. Hyg.), 4., Heft 2, 1929.

Ursachen der Säuglingssterblichkeit. Eine Analyse der Todesfälle in Frankfurt a. M. 1926. T. Tasché.

Kritische Bemerkungen zur bisherigen Handhabung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Georg Loewenstein.

Die Genauigkeit der Todesursachen-Statistik auf Grund der niederländischen Methoden der Erhebung und Bearbeitung der Angaben. M. G. Neurdenburg.

Über Mortalitätsunterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. Felix Burkhardt.

Die Bevölkerung der Stadt Kiew während der Jahre 1917 bis 1926. S. Kagan.

Die Fehlgeburten in Lübeck (Stadt) im Jahre 1927. J. Hartwig.

Geburtshilfliche Statistik im Staate Pennsylvania. E. Roesle.

Die Eugenik in der katholischen Literatur. Joseph Mayer.

Rheuma und Rheumabekämpfung. Uebersichtsreferat. Arnold Zimmer.

Arbeitsverhältnisse von Hausgehilfinnen. Gertrud Israel.

Fragen der sozialen Berufsausbildung. Martha Heynacher.

Die in- und ausländische Lebensmittelgesetzgebung. E. Merres.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 71., 3.

Studien über Tuberkulose. A. Schloßmann.

3737. Über die Sterblichkeit der Säuglinge im tuberkulösen Milieu. M. Deutsch-Lederer.

Versuche über die lokale Immunisierung gegen Tuberkulose. K. W. Clauber.

Untersuchungen an der Schweinehaut über die Erzeugung von Tuberkeln durch Einspritzung von Lipoiden. A. Haim.

3593. Einfaches Tuberkulosekomplementbindungsverfahren mit aktivem Serum nach Goldenberg. Schulte-Tigges.

Über die Spontan-Tuberkulose der Affen. H. Kalbfleisch und Nohlen.

3727. Spirographische Untersuchungen bei Lungenkollaps. Anthony und Heine.

Vorkommen und Bedeutung der sogenannten gekreuzten Dämpfungsa. A. Winkler.

Eine neue Kanüle für direkte Thorakoskopie. W. Maschner.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 30, 1929.

Laporteadermatitis. A. Imshennetzky.

3652. Die pharmakologische Provokationsprobe bei der Urethritis anterior. Otto Klein.

Schicksalsfragen für den deutschen Dermatologen. Meirowsky.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 31, 1929.

3745. Hosal (koch)salzfreie Ernährung. E. Delbanco.

3642. Über atypische Frostschäden. S. C. Beck.

3663. Angeborene durch ein in die vordere Augenkammer infiziertes Kaninchen übertragene Syphilis. Paul Grigoriev

3655. Intravenöse Anwendung der Gonokokkenvakzine. Blümmers.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 32, 1929.

3641. Über Ekzeme und Ekzempathogenese. W. Scholtz.

Über die Schwierigkeiten der histogenetischen Ableitung der Naevuszellen. C. Kaiserling.

Über Lues latens. Otto Nast.

3648. Hereditärer symmetrischer systematisierter Naevus aplasticus. A. Brauer.

3671. Seltsame Wanderung eines Geschosses. H. Mühlpißdorf.

Über Potenz. Ernst Riebes.

Ueber die Entstehung von Nebenhodenentzündungen durch Samenleiterbewegungen. Sigurd Frey.
Angeborene Muskel- und Hautatrophie. Lippitz.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 33, 1929.
3658. Syphilis und sterile Ehe. Röszavölgyi.
Ueber einen Fall von Endotheliosis im Kindesalter. J. Dörfel.
3662. Ueber die Erzeugung von experimentell-luetischen Primäraffekten an der Rückenhaut des Kaninchens und des Meerschweinchens. C. Schumacher.

Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Zschr.), Berlin, 56., Heft 4, 1929.
Ueber die faviforme Degeneration resp. Umwandlung unserer Dermatophyten. Arthur Alexander.
Katzenkaries beim Menschen. A. von Mallinckrodt-Haupt.
3645. Säurebehandlung intertriginöser Epidermophytien. Alfred Marchionini.
Physikalische Allergie der Haut. Erich Urbach.
Die bullöse Freibad- und Wiesendermatitis. A. Feßler.
3595. Outtadiaphotmethode. Viktor Schilling.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 29.

3633. Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie. M. Martens.
3722. Ueber Divertikulosis des Dickdarms. Hans Heinrich Berg.
3735. „AO“-Impfung bei tuberkulosebedingten und schwächlichen Kindern. A. Arima.
Nierenfunktionsprüfung mittels Alkalibelastung und Azidose der Nierenkranken. Max Rosenberg und Alfred Helffers.
3646. Dermatitis durch Achillea millefolium. Oscar Gans.
3717. Lungentumoren. Hans Jacoby.
3602. Operative Aszitesbehandlung. F. Parkes Weber und O. B. Bode.
3725. Diabetes bei und nach Gallenblasenentzündungen. H. Haug und Wöhrmann.
3796. Verbesserung der röntgenologischen Darstellung der Gallenblase. J. Geling.
3623. Ein Fall von Avertintod. Dagobert Kallmann.
Ophthalmologie. Igersheimer.
3705. Myxödem. Ernst Herzfeld.
Konservierung der Sera mit Formalin. R. Hilgermann.
3749. Unguentum Eutirsoli. Martin Schubert.
Ueber den Einfluß der Transkutanbäder auf die Resorptionfähigkeit der Haut. G. Joachimoglu und N. Klissunis.
Zur Therapie der Zystitis mit Ormizetten. F. Schierenberg.
Chemotherapie protozoischer Infektionen. R. Schnitzer.
Ergebnis der Reichszählung der Geschlechtskranken für Bayern. Julius K. Mayr.
Sollen Diphtherie und Scharlach sanitätspolizeilich wie Masern und Keuchhusten behandelt werden? Max Klotz.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), Leipzig, 55. Jahrg., Nr. 30.

Beiträge zur aktiven Immunisierung gegen Diphtherie. R. Otto und G. Blumenthal.
Ueber den Mißbrauch des Konstitutionsbegriffes (zumal in ärztlichen Gutachten). Walther Riese.
Ueber den Zeitpunkt und die Technik der Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie. M. Martens.
Zur Analyse der intrakutanen Ferrizyankaliumreaktion nach Brugsch. S. Dietrich.
3746. Aconitum napellus in der Therapie. G. Pietrkowski und A. Schürmeyer.
Klinisch-experimentelle Untersuchung der Wundheilung durch Yxinsalbe. E. Bors und Th. Fohl.
3622. Zur Behandlung der Urininfektion der Frau mit hohen Urotropingaben per os. K. Tietze.
Zur Inhalationstherapie des Asthmas. Heinrich Feigen.
Arculan. Erich Wossido.
3742. Ueber die Behandlung des nervösen sowie des durch Pertussis bedingten Erbrechens im Kindesalter mit Trichlorisobutylalkohol. Paul Freud.
Kinderheilkunde. Beumer.
3748. Erfahrungen mit dem Lipoidpräparat Helpin. E. Vogt.
Novonal als Schlafmittel. Gerhard Marx.
Erfahrungen mit Vasonol. E. Greul.
Ueber Argryosis conjunctivae und ihre Vermeidung. W. Dieter.
Lavasteril als Antiseptikum in der urologischen Praxis. Walter Grossmann.
Erfahrungen mit der Avertinnarkose. F. Jaeger.
3654. Ueber Gonorrhöbehandlung mit Silberqueckstoffsäben (Partagon). Mühle.
Die Beseitigung der Altersfalten im Gesicht. F. Halla.
Repetitorium der Alterskrankheiten. Krankheiten des Zirkulationsapparates. XI. Mesaortitis. Hermann Schlesinger.
Kinderheilkunde. Erich Nassau.
Gesundheitsschädigungen durch Haarfärbemethoden. Schrader.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chirurg.), Leipzig, 217., Heft 3/4.

Das Verhalten des Säurebasenhaushaltes beim experimentell gesetzten Ikterus und die Bedeutung dieses Verhaltens für den chirurgischen Eingriff. Hans Achelis und Erich Schneider.
Beitrag zur Chirurgie des epi- und subdiaphragmalen Raumes. Wilhelm Fick.
3603. Ueber Diagnose und Operationsaussichten bei atypischen Gallenblasenerkrankungen. H. Friedrich.
3601. Konservative Magenoperationsmethoden. Hermann Brauneck.
Notizen zur Wahl der Operationsmethode beim Mastdarmkrebs. Waldemar Goldschmidt.
3599. Die Urotropinbehandlung der Meningitis. Paul Rostock.
Ueber einen Fall von metastatischem Melanosarkom der Mamma. C. Bauer.
Ueber Folgezustände der präliminären Unterbindung der Arteria carotis externa. Hans Hanke.

Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 7/8, 1929.

3716. Behandlung der fötiden Bronchitis und des Lungenabszesses. Stiegele.

Das 50jährige Jubiläum des Berliner Vereins homöopathischer Aerzte. Gisevius.

Vom Studium der homöopathischen Arzneimittellehre. Meng.
Engeres Zusammenarbeiten zwischen homöopathischen Ärzten und Spezialisten. Rabe.

Heilkunst und Gewissen in der Krebsbehandlung. Schlegel.

Zur Schwefeltherapie. Gerlach.

Ueber Sulfur und seine Anwendung. Wassily.

Kritisch — allzu kritisch. Planer.

Nosodenbehandlung bei der perniziösen Anämie. Beyer.

Die Beziehungen der Schüßlerschen „abgekürzten Therapie“ zur Homöopathie. Laese.

Fortschritte der Therapie (Fortschr. Ther.), Berlin, 5. Jahrg., Heft 15, 1929.
Kombination mit Säuretherapie bei der Entwässerung Herzkranker. O. Stroomann.
Die ambulatoire Behandlung des weichen Schankers (I.). O. G. Günsberger.

3750. Adsorptionstherapie mit Silargel und Adsorgan (Heyden). C. Bachem.

3711. Hypertonie und Hypertoniebehandlung. P. Szanto.

3700. Behandlung der Fettsucht mit Decorpa. v. Lebinski.

Schonungskranke in der Krankenversicherung? H. Berger.

Hippokrates, Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin (Hippokrates), Stuttgart, Heft 1, 1929.
Ueber Lipide. Much.

3714. Paradoxe Pneumonien. Widmer.

3744. Schwefel. Leiser.

Der Gegensatz von Arzt und Volk in der Bevölkerungsfrage. Meng.

Der psycho-biologische Standpunkt Adolf Meyers und seine Bedeutung für die Einheitstendenzen in der modernen Medizin. Wertham.

Die Biologie und die heutige Bakteriologie. Almqvist.

Goethe und die Abstammungslehre. Jablonski.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 29.

Lebenshaltung und Ernährungslage des deutschen Volkes in der Gegenwart gegenüber der Vorkriegszeit. v. Tyszkä.

3712. Ueber periphere Gefäßstörungen im jugendlichen und mittleren Lebensalter (Raynauds Gangrän, Spontangangrän, Thromboangiitis obliterans). H. Aemann.

Oxycholesterin im Organismus. H. Beumer und G. Bischoff.

3731. Zum Wesen der tuberkulösen Erweichung. Walter Pagel.

3754. Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Salvarsan. E. Nathan und A. Munk.

3544. Epidermophyten in der Form postskarlatinöser Schuppungen in den Händen. Samuel M. Peck.

3747. Pyridium, ein neues Harnantiseptikum. R. Stern.

Hyperchrome Anämie bei Stagnation des Darminhaltes in einer Seitentasche des Dünndarmes. E. Hartmann.

Ein neues kalorimetrisches, durch Druck auf den Sympathikus hervorgerufenenes Symptom retroperitonealer raumbeschränkender Erkrankungen. Erich Hesse.

Hemmung der Blutgerinnung durch Coffein. Natr. benz. Klink.

Ueber die Verteilung der Harnsäure zwischen Blut und Gewebssaft. J. Wohlgemuth und G. Scherk.

Ueber die Blutkörperchen-senkungsreaktion und ihre Bedeutung für die Praxis. Wilhelm Graef und Luise Ihm.

Medizinalstatistische Uebersicht. Karl Freudenberg.

Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 30.

Die Lehre vom „Status thymicus“ im Lichte der normalen Thymusverhältnisse. J. Aug. Hammar.

Klinik der Weichen Krankheit. J. Strasburger und O. Thill.

Neue Serumbefunde an Diphtherierekonvaleszenten. H. Hentschel und L. Szegö.

3739. Das Manifestationsalter und die Hereditätsverhältnisse des kindlichen Diabetes mellitus. Richard Priesel und Richard Wagner.

3762. Die diagnostische Bedeutung des Befundes von Mikroresten, insbesondere im Ehrmannschen Probestruck. D. Dinkin.

3703. Zuckerstoffwechsel und Wasserhaushalt. I. Mitteilung: Insulin und Zuckerbelastung bei kardialer Stauung. Heinz Taterka und Felix Oestreicher.

3706. Parathormon bei Tetanie parathyreopriva. A. W. Elmer und M. Scheps.

Ueber Icterus catarrhalis und Naunyns Cholangie. A. Kahlstorf.

Zur Wirkung des Atropins auf den respiratorischen Stoffwechsel. Franziska Kertl.

Zur Frage der Kurzatmigkeit bei Fettsüchtigen und Asthenikern. H. W. Bansi.

G. Groscurth und H. Weigel.

Ueber den Einfluß der physiologischen Veränderungen in den Gehörzentren der Gehirnrinde bei Hund auf die proteolytischen Prozesse in denselben. S. W. Fomin.

3771. Ueber einen Fall von Morbus Addisonii, höchstwahrscheinlich luetischen Ursprungs. Andreas Zerkowit.

Die Ersatzkohlehydrate in der Diabetestherapie. Alfred Gottschalk.

Die Ergebnisse experimenteller Prüfung der Oxyazetamini-Phenylarsinsäure. Viktor Fischl.

Die Krankenversicherung (Krankenversich.), Berlin, 17. Jahrg., Nr. 15, 1929.

Ist Trinkgeld „Entgelt“ im Sinne der RVO. H. Baum.

Beitreibung von Geldstrafen der RVO. Leo Cremer.

Arbeitslosenversicherung und Gemeinden. Servais.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 26, 1929.

Aus chirurgischer Gutachterstätigkeit. Eduard Melchior.

3726. Ueber die Wirkung von Nierenextrakten auf funktionelle Zustände bei Schrumpfnieren. Vorläufige Mitteilung. Karl Stejskal.

Auftreten unspezifischer Eiweißanaphylaxie und heterogenetischer Tuberkulimpefindlichkeit bei zwei diphtheriekranken Kindern. Edmund Hoke.

3721. Darmbeschwerden nach Abmagerungskuren. L. v. Friedrich.

Ueber einen eigenartigen Fall von Kohlenoxydvergiftung beim Schweißen in geschlossenen Röhren. Hans Haegeler.

- Kleinere Brustkorrekturen. F. Halla.
3592. Transfusion von spezifischem Blut. J. Clemens.
- Bemerkungen zu der Arbeit von Blumenthal und Saito: Ist das Guttadiaphot von Meyer, Bierast und Schilling für die Diagnose der Lues verwendbar? (Med. Klinik 1929, Nr. 15.) Viktor Schilling.
- Schlußwort zu den Bemerkungen von V. Schilling zu unserer Arbeit: Ist das Guttadiaphot von Meyer, Bierast und Schilling für die Diagnose der Lues verwertbar? G. Blumenthal und T. Saito.
- Ergebnisse beim Vergleich zwischen mikroskopischer Untersuchung, Tierversuch und Kulturverfahren auf Tuberkelbazillen und ihre klinische Bedeutung. T. Wohlfell und J. Jacobi.
- Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
- Ueber Kalziumbehandlung unspezifischer Bronchitis. Josef Mantner.
- Therapeutische Erfahrungen mit Quinisol aus der letzten Grippeepidemie. Hans Wreschner.
- Der Wert des Algotopyron als Analgetikum. Karl Müllern.
- Multiple Sklerose und Unfall. (Aus einem Gutachten.) Kurt Mendel.
- Die ärztlichen Gutachten im Bonner Morboprozeß Richter. K.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 26, 1929.
- Die Grenzen der Norm in Medizin und Biologie. L. Borchardt.
- Serumkrankheit und Anaphylaxie. A. Buschke und A. Joseph.
3699. Vereinfachte und erweiterte Blutuntersuchungsmethode mit Hilfe einer neuen Universalblutkammer. J. Kriele.
- Kreuzschmerzen. A. Schanz.
3757. Flugtherapie. Reinhard Goering.
3696. Durch eitrige Parotitis verursachte Besserung bei einem Fall von Anaemia perniciosa. L. Horvai.
- Diät bei chirurgischen Nierenerkrankungen. Jaquès Goldberger.
- Ein neues Mittel bei Kochsalzarmen Diät. L. Löhr.
- Urobenyl als wirksames Harndesinfizens bei saurem und alkalischem Harn. Eugen Bernstein.
- Herausgabe von Krankheitsgeschichten öffentlicher Anstalten an Versicherungsbehörden und Organe der Versicherungsträger. Kurt Korge.
- Die Beschlagnahme von Krankengeschichten. Kurt Colpe.
- Radioaktivität, Untergrundströme und Wünschelrute in ihrer Beziehung zur menschlichen Gesundheit. Schmid-Curtius.
- Das „Trockenbettchen“. F. Landmann.
- Das Rockefeller-Institut und seine Organisation. M. Friesleben.
- Tempelbesuche. Arnold Hutschnecker.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 3.
- Ist die Zivilbevölkerung durch die modernen Kriegsmethoden gefährdet? Gertrud Woker.
- Mitteilungen des Archivs für Wohlfahrtspflege. Sofie Götze.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 4.
- Aufgaben der Schulärztin einst und in Zukunft. Josephine Hoeber.
- Ueber sexuelle Aufklärung im Rahmen der Schule. Helene Boerner.
- Mädchenschulturnen und Schulärztin. Elisabeth Hoffa.
- Ein sozialhygienisches Wohnungsprogramm — offene Frage an die Aerztinnen. Hildegard Grünbaum-Sachs.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 5.
- Die Schulärztin. Agnes Molthan.
- Wer soll den Unterricht in Gesundheitslehre erteilen? E. Hertel.
- Die schulärztliche Betreuung psychisch und intellektuell anormaler Kinder. Lotte Landé.
- Probleme der schulärztlichen Versorgung der Berufsschulen. Ilse Szagunn.
- Leibesübungen in den Berufsschulen. E. Michelsen.
- Mitteilungen des Archivs. Sofie Götze.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 6.
- Das Bewachungsgesetz und seine Probleme. Hans Maier.
- Unsere Aussprache über ein Reichslebensmittellgesetz. Elisabeth Schwörer-Jalkowski.
- Erwiderung auf die „Glossen“ von Dr. Annemarie Bieber zu meinem Aufsatz „Reform des Ehrengesetzes“. Julius Heller.
- Zur Frage der strafrechtlichen Regelung der Schwangerschaftsunterbrechung. El. Hegemann-Wandrey.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 7.
- Medizinische Indikation und Technik der Geburtenregelung. Sofie Lützenkirchen.
- Der prophylaktische Gedanke in der Geburtenregelung. Hertha Riese.
- Zur Frage der Geburtenregelung in Oesterreich. Dora Teleky.
- Regelung der Rechtsstellung des unehelichen Kindes. Käte Mende.
- Mitteilungen des Archivs für Wohlfahrtspflege. Sofie Götze.
- Monatsschrift Deutscher Aerztinnen (Mtschr. Dtsch. Aerztinn.), 5. Jahrg. Heft 8.
- Körperliche Eignungsfeststellung und gesundheitliche Förderung junger Berufsanwärterinnen. Emma Löwe.
- Probleme der gesundheitlichen Versorgung der Berufsschulen. Theobald Fürst.
- Hygieneunterricht in der Schule. Ernestine Müller und Josefine Höber.
- Körpererziehung in der Familie. Edith Löhöffel.
- Monatsschrift für Kinderheilkunde (Mtschr. Kinderhik.), 43., Heft 5, Juni 1929.
- Zur Klinik und Therapie der Pyurie. Aron und Hirsch.
- Destruierende Veränderungen im Knochensystem bei kongenital-syphilitischen Säuglingen. Epstein und Podvinec.
- Ueber Furchenbildung im Gesicht bei Neugeborenen und jungen Säuglingen. Fischl.
- Blutbild bei Pertussis. Frank.
- Einfluß der Bestrahlung Schwangerer auf die Konstitution der Neugeborenen. Freund und Schmitt.
- Feersche Neurose des vegetativen Nervensystems. Glauber.
- Ueber Nirvanolbehandlung der kindlichen Chorea minor. Gottlieb.
- Fragen des Wasser- und Mineralhaushalts. Klinker.
- Die kindliche Nephrose. Knauer.
- Der Kinofilm im pädiatrischen Unterricht. Langer.
- Klinische Erfahrungen über Synthalinbehandlung des Kinderdiabetes. Langer.
- Rheumatische Erkrankungen im Kindesalter. Leichtenritt.
- Die Erfolge der Nirvanoltherapie. Lengsfeld.
- Ueber das Elektrokardiogramm bei Kindern mit Situs inversus. Müller-Pollak.
- Somatogramme. Schießner.
- Ueber Blasenblutungen bei Grippe. Podvinec und Pollak.
- Ueber einen Fall von Bronchiektasenbildung im Kindesalter. Schrötter.
- Paraskarlatina. Stern.
- Das blasse Kind. Stölte.
- Partielle Anodontie bei einem kongenital-luetischen Kinde. Weiß.
- Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 72., Heft 5/6, Juli 1929.
- Exogene Vergiftungen. H. Bürger.
- Gleichgewichtsstörung durch Barbitursäure-Derivate. H. Hoff.
- Depressive Beziehungspsychosen. H. Strauß.
3776. Gehirnzystikose. F. Salinger und F. Kallmann.
3773. Begutachtung Hirnverletzter. A. Otten.
- Eidetik und Schizophrenie. D. Miskolczy und G. Schultz.
3779. Meningiom der Olfaktoriusrinne. H. H. Müller.
- Der Nervenarzt (Nervenarzt), Jahrg. II, Heft 8, 15. August 1929.
3765. Zeigeversuch. Kurt Goldstein.
3778. Behandlung der Folgezustände der epidemischen Enzephalitis. Kurt Blum.
- Rentenneurose. A. Wetzel.
- Rechts und links. Hans Bürger.
- Reichsgesundheitsblatt, Berlin, 4. Jahrg., Nr. 31, 1929.
3680. Reichszählung der Geschlechtskranken. Dornedden.
- Therapie der Gegenwart (Ther. d. Gegenw.), Berlin-Wien, 70., Heft 8, August 1929.
- Die wissenschaftlichen Grundlagen der Diphtherieschutzimpfung. H. Dold.
3492. Ueber kombinierte intravenöse Strophanthin-Cardiazol-Behandlung des chronischen Herzkranken. K. Fahrkamp.
3534. Ueber die Verstärkung der Novasurol-(Salygran)diurese durch Ammoniumchlorid. P. Saxl.
- Zur Frage des Zeitpunktes der Rezidivbildung nach Nierensteinoperationen und ihrer Prophylaxe. J. J. Stutzin.
- Ueber die Bedeutung und die Erfolge des Bardenheuerschen Streckverbandes bei der Behandlung von Knochenbrüchen. P. Caan.
3422. Unblutig behandelte Hüftverrenkungen. K. Gaugele.
- Der Alkohol bei akuten Ansteckungskrankheiten. J. Flaig.
- Warzenbehandlung durch Suggestion. O. Moos.
- Ueber Desitinsalbe. E. Knope.
- „Philonin“-Salbe für Frostschäden ersten und zweiten Grades. Fr. Polik.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 21, 4. Juli 1929.
- Der Inhalt des Doppelbegriffes „kausal-final“ im klinisch-ärztlichen Denken. Sihle.
- Ueber die biologische Wirkung ultraviolettbestrahlter Fette und Schokolade. Ried.
- Therapeutische Versuche mit ultraviolettbestrahlter Schokolade. Krasso.
- Die Wirkung des Atropins in einem Falle von Extrasystolie. Fogelson.
3691. Die Fleckfieber-Leber. Coglievina.
- Ueber freie Knochengebilde im Kniegelenk. Jerusalem.
- Weitere Geschwürsrückfälle im Gefolge ausgedehnter Magenresektionen, nebst Bemerkungen zur Wahl der Nachoperation bei vorausgegangener Resektion nach Billroths erster Methode. Starlinger.
- Ueber einige schmerzhafteste Bauchaffektionen. Kovács.
- Auf amerikanischen Kongressen. Breitner.
- Abgrenzung zwischen konservativer Behandlung und radikalen Maßnahmen bei Nebenhöheneiterungen. Glas.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, 42. Jahrg., Nr. 23, 11. Juli 1929.
- Die erbliche Anlage zu Geistesstörungen. Wagner-Jauregg.
- Der Inhalt des Doppelbegriffes „kausal-final“ im klinisch-ärztlichen Denken. Sihle.
- Ueber perkutane Immunisierung gegen Diphtherie nach Loewenstein. Baar und Grabenhofer.
- Karzinomentwicklung und Tumordisposition. Steindl.
3597. Eine intern verabreichbare Gonokokkenvakzine. Platzter.
3628. Alte Erstgebärenden. Mraz.
- Filaria sanguinis hominis (Filaria Bancrofti). Neubauer.
- Ueber Ernährungsschwierigkeiten beim Kleinkinde. Kornfeld.
- Störungen der Magenmotilität. Reitter.
- Differentialdiagnose und Therapie der verschiedenen Lichenformen. Brünauer.
- Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 17, 1929.
- Die deutsche Röntgen-Gesellschaft. Martin Haudek.
3301. Die Röntgenbehandlung der Raynaudschen Krankheit. J. Borak.
1743. Die „Röntgenepilation“ der Haarzone. Norbert Dohan.
3806. Zur Strahlenbehandlung der Sarkome des weiblichen Genitales. F. Eisler.
3804. Zur Röntgentherapie innersekretorischer Störungen. Felix Fleischner und Frieda Sack.
3805. Ueber die Röntgenbestrahlung bei krankhaften Zuständen nach Operationen am Verdauungstrakte. Martin Haudek.
3798. Röntgenologische Knochenaufnahmen bei Behandlung elektrischer Unfälle. Stefan Jellinek.
3612. Ueber die trockene fibröse (fibrozystische) Form der Knochentuberkulose an Gelenken. R. Kienböck.

Die Engel-Recklinghausensche Knochenkrankheit. Robert Kienböck.

Ueber den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die embryonale Linse. O. Politzer.

3803. Die oligosymptomatischen Thyreotoxikosen und deren Röntgenbehandlung. Fritz Pordes.

Die Grundlagen der Röntgendiagnostik des Magens und des Duodenums. Karl Presser.

3802. Röntgenbehandlung bei Hypophysengeschwulsten. Max Sgalitzer.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbild.), Jena, 26. Jahrg., Nr. 7, 1. April 1929.

Ueber die Bedeutung des „Frühinfiltrats“ für die Entwicklung der Lungenphthise des Erwachsenen. A. Geronne.

3632. Tubargravidität. O. Pankow.

3604. Ueber Blinddarmentzündung. M. Martens.

Psychiatrie in der Tätigkeit des praktischen Arztes. F. Meyer.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), 21. Jahrg., Heft 15.

3710. Kreislauf und Hochdruck. S. Lauter.

3759. Plethysmographische Untersuchungen über Gefäßrhythmen. H. Simon.

Ueber Herzgeräusche. K. Posener und F. Trendelenburg.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.-Beamte), Berlin, Nr. 15, 1929.

3682. Jodstoffwechsel und Kropfbekämpfung. Sommerfeld.

Paratyphusausschlag in Wipperfurth in Jahre 1928 in seiner Bedeutung für die menschliche und tierische Seuchenlehre. Fr. Wolter.

Zur Methode der Credéisierung bei Neugeborenen. Burkarth.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.-Beamte), Berlin, Nr. 16, 1929.

3791. Die Sterilisierung Minderwertiger und Verbrecher. E. Schütt.

Paratyphus als landwirtschaftlicher Unfall. Fr. Wolter.

Die Hebamme und die Säuglingsfürsorge und -pflege. E. Martin.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neurol.), Berlin, 120., Heft 4 und 5, 1929.

Studien an jugendlichen Zwillingen. Hedwig Meyer.

3769. Myopathie. M. P. Nikitin.

3768. Autohalluzinationen. Johann Susmann Qalant.

3782. Katastrophe Todesfälle in der Psychiatrischen Klinik von Zürich von 1900 bis 1928. Werner Scheidegger.

3787. Vegetative Störungen bei der Zyklaphrenie. N. Schewelew.

Zur Halluzinose nach Malariaabehandlung der Paralyse. Pierre Krayenbühl.

Ueber das Hypnoseerlebnis der Schizophrenen. Paul Schilder.

3766. Der Nervenstrom und seine Bedeutung. J. A. van Trotsenburg.

Zur Pathogenese örtlich elektiver Olivenveränderungen. A. v. Braunnüller.

Die Eiweißrelaxation des Liquor cerebrospinalis. 5. Mitteilung: Beziehungen der Eiweißrelaxation zur Hämolysereaktion, zur Englobulinfraktion und zur Braun-Huslerschen Reaktion. V. Kafka und K. Samson.

3781. Genie und Irrsinn. Friedrich Schülhof.

Ueber die Blutversorgung der Kleinhirnrinde und ihre Bedeutung für die Pathologie des Kleinhirns. Yushi Uchimura.

3783. Zur Diagnostik der Alzheimerischen Krankheit. Fritz Eugen Flügel.

Reizversuche in der Gegend des Sulcus interparietalis beim Menschen. Hans Hoff.

Das Nebelsehen bei Labyrinthreizung. Hans Brunner und Hans Hoff.

3756. Pathologisch-anatomische Befunde am Nervensystem nach experimenteller Thalliumvergiftung. R. Greving und O. Gagel.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tuberkulose), 64., 2.

3678. Unzulänglichkeiten in der Tuberkulosebekämpfung. W. Huppert u. Gruschka.

3679. Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser. F. Kreuser.

Metallsalzbehandlung ad modum Walbum. Lunde.

3729. Amphor.-metall. Phänomene beim geschlossenen Pneumothorax. H. Rubinstein.

Erbrechen als Indikation für Unterbrechung der Pneumothoraxbehandlung. Hoffschulte.

Die gleichzeitige Anwendung der Exairese und des Pneumothorax auf der anderen Seite. L. Vajda.

3736. Die Prognose der kindlichen Wirbelsäulentuberkulose bei klimatischer Behandlung. H. H. Knüßli.

Milchtherapie bei Tuberkulose. Böttcher und Knüßli.

Die Bedeutung der Senkungsreaktion und der Komplementablenkung nach Besredka für die Klinik der Tuberkulose. M. Stamm.

Ileo-zökalgurren an der vorderen Brustwand. W. Feldmann.

Zeitschrift für Urologie (Z. Urologie), Heft 8, 1929.

3664. Ueber ein Zeichen der Nierentuberkulose. L. Lurz.

Ueber Strikturen der weiblichen Harnröhre. P. Gorowitz.

Ueber die Hämoglobinurie, mit besonderer Berücksichtigung der paroxysmalen Hämoglobinurie. Eugen Dozza.

3674. Ein Führungszystoskop. C. Schneider.

Die Geschlechtsbestimmung auf Grund der Blutreaktion. (Die Manoilowsche Reaktion.) Nik. Owtschinnikow und Igor Schischov.

Wie lange können Gonokokken im Mastdarm virulent bleiben? H. Mühlpfordt.

Ueber Magendarmstörungen nach Nierenoperationen. Anton v. Adler-Racz.

Hypernephroider Krebs kombiniert mit Nierenbeckenstein, papillärer des Nierenbeckens und Harnleiters Ureteritis cystica. Max Jacobi.

Seltener Fremdkörper der Harnblase. J. Bitschai.

Zur Differentialdiagnose zwischen entzündlichem Adnextumor und Ureterempyem. Warner.

Die Bedeutung der Pyelographie für die Indikationsstellung bei Nierensteinen. J. Gellmann.

Blasenstörungen bei Erkrankungen des Dick- und Enddarmes. W. Heckenbach.

Die klinische Bewertung und Einordnung der Harninfektion. Otto A. Schwarz.

Zentralblatt für Chirurgie. (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 21.

3755. Avertin beim Wundstarrkrampf. K. Lindemann.

Hernia petroperitonealis mesenterica mit Einklemmung des gesamten Dünndarmes, Resektion des Bruchsackes. Heilung. C. Flechtenmacher.

Die Operation der Appendizitis unter lokaler Infiltrationsanästhesie. A. W. Wischniewsky.

Ueber einen Fall echt traumatischer Hernie. R. Herbst.

3600. Zur Diagnose des durchgebrochenen Magengeschwürs. F. Kudlek.

3613. Behandlung der Schultergelenkversteifung. C. E. Jancke.

Ueber einen neuen elektrischen Großkauter. H. Scherer.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 22.

Kann ein doppelter Wurmfortsatz praktische Bedeutung bekommen? E. Braatz.

Zur Frage der Anästhesierung des Plexus brachialis. A. Hilse.

3610. Pantopon, Magnesiumsulfat, Skopolamin, Avertin. H. J. v. Brandis und H. Killian.

Das Rasperatorium als Weichteilinstrument. Fr. Steinmann.

3615. Die Radikaloperation des Malum perforans der Ferse. O. Loewe.

Ueber Cystitis retroperitonealis retrocoecalis. G. M. Gurewitsch.

Operationsbefund am Lig. falciforme hepatis. H. C. Schröder.

Zwei Fälle von äußeren (benignen) Geschwülsten des Dünndarmes. L. P. Mariantschik.

Nordische Zeitschriften

Acta Dermato-Venereologica (Acta Derm.-Vener.), Stockholm, Vol. X, Fasc. 2, Juli 1929.

3643. Zur Klinik, Histologie und Therapie der Sycosis non parasitaria. R. Brande und M. Sarchi.

Generalisierte Lymphogranulomatose von ungewöhnlicher Ausdehnung, unter dem klinischen Bilde der Mycosis fungoides verlaufend. Georg Ludwig Mousson.

3657. Citragen in der Gonorrhöbehandlung. A. Kismeyer.

3598. Ueber die Ätiologie und Prophylaxe der meningitischen Beschwerden nach der Lumbalpunktion. J. D. Perkel und F. T. Taresis.

Acta psychiatrica et neurologica (Acta neurol.), Vol. IV, Fasc. 2.

Bewußtsein als eine physiologische Funktion. John Agerberg.

Arteriovenöses Aneurysma zwischen Carotis interna und Sinus cavernosus. Holger Ehlers.

Assoziierte Kehlkopflähmungen. Reidar Schroeder.

3784. Amentia und Dementia praecox. V. M. Buscaino.

Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska läk. sällsk. Hdl.), Helsingfors, 70.

3702. Nachuntersuchungen von Insulinpatienten. S. Nylander.

3681. Orientierende Untersuchung über die Verbreitung des Kropfes in Finnland. Erik Adlercrentz.

3701. Ueber den Unterschied zwischen der Zuckerharnruhr beim Erwachsenen und beim Kinde. Karin Widnäs.

Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska läk. sällsk. Hdl.), Helsingfors, 72., Heft 6.

Die Entzündungszellen. Axel Wallgren.

Anpassung bei beschwerten Defekten der unteren Extremitäten. Bernt Lönnqvist.

Ueber das Semon-Rosenbachsche Gesetz bei Lähmungen im Kehlkopf. F. Leiri.

3697. Pathohistologische Untersuchungen über die Magenschleimhaut bei aplastischer Anämie. Ivar Wallgren.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Psyche der Zirkulationsstörung. Robert Ehrström.

3795. Röntgendiagnose der Relaxatio und der Hernia diaphragmatica. Bruno Nyström.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 24, 13. Juni 1929.

3591. Ueber Augenmuskelleiden bei Encephalitis epidemica. Holger Ehlers.

Chirurgische Kasuistik (Embolia paradae, Art. iliac. extern., Emboliekomie, Rotationsluxation der Zervikalwirbel, Reposition). E. Dahl-Iversen.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 25, 20. Juni 1929.

Die moderne Gewebszüchtung, deren Technik und einzelne Resultate. O. Kapel.

Ein Fall von Monozytängina. E. Rosling.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 26, 27. Juni 1929.

Nurnol-Nirvapon-Narkose. Eine obstetrische Narkose. V. Eskelund.

Eine verbesserte Vakuum-Formalin-Desinfektion. V. Eskelund.

Die öffentliche Fualtbehandlung in der Friedrichsberger Kommune. L. E. Walblum.

Hospitalstidende (Hospitalstid.), Nr. 27, 4. Juni 1929.

3674. Veränderungen in den Hautgefäßen, hervorgerufen durch langjährige Einwirkung klimatischer Faktoren, und deren Bedeutung für verschiedene Hautleiden. H. Haxthausen.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, Heft 12, 30. Juni 1929.

3634. Thymophycin als wehenverbesserndes Mittel bei primärer und sekundärer Wehenschwäche. Folke Holtz.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, Heft 13, 15. Juli 1929.

Ueber kurzdauernde periodische Veränderungen in der Suspensionsstatistik des Blutes. Jacob Möllerström.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, Heft 14, 31. Juli 1929.

Verhandlungen der Section für Otiatrie, Rhinologie und Laryngologie 1828/29: Fall von Larynxkarzinom. Y. Jungert.

Fall von Mediastinalleiden mit doppelseitiger Rekurrenzlähmung. A. Sjöberg.

Einige glücklich operierte Fälle von Ozaena. H. Björckman.

Zwei Fälle von extraduralem Abszeß mit zerebralen Symptomen. E. Berggren.

Die chronische Laryngitis vom phoniatrischen Standpunkt. B. Borg.

Medicina Fennica, Helsingfors, 4, 1928.

- Die Verbreitung des Kropfes in Finnland und deren Zusammenhang mit dem Jodvorkommen im Wasser. Erik Adlerkreutz.
 Nachuntersuchungen von Insulinpatienten. G. Nylander.
 Zuckerharnruhr des Erwachsenen und des Kindes. Karin Widnäs.
 Schizophrenie und Konstitution. Sven Donner.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 90. Jahrg., Nr. 9, August 1929.

3720. Akute und chronische Gastritis. Bjorne Dahl.
 Einige Wahrnehmungen betreffs des Bakteriophagens wie der Therapie bei der Bakteriophagie. J. A. Voß.
 Die Behandlung des Fötus bei engem Becken. O. Schaaning.
 Stiedas Läsion. Chr. K. Schoening.
 Ernährung und Zahnkaries. H. Isaachsen.

3794. Ueber die Röntgenuntersuchungen der Lungen. Thorleif Dalle.

- Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 26, 27. Juni 1929.**
 Ueber Tuberkulose bei Kindern im ersten bis dritten Lebensjahr. Vald. Paulsen.

3535. Ein neues Schlafmittel „Novonal“. Knud O. Möller.
 3568. Eine kombinierte Brom-Luminal-Somnifen-Kur (Schäfigen) als Dauernarkose in der Psychiatrie. A. Hofmann-Bang.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 28, 11. Juli 1929.

3609. Aktinomykose. Th. Eiken.
 Wie lange dauert die Inkubationszeit für den Paratyphus B. Ejnar Sylvest.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 30, 25. Juli 1929.

3687. Febris undulans borina. Erik Bondo.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 31, 1. August 1929.

3774. Die Symptomatologie der Hirngeschwülste. Viggo Christiansen.
 Perforiertes Ulcus ventriculi bei einem 15- und bei einem 14jährigen Knaben. Erik Holm.
 Untersuchungen über B. C. G.s Virulenz. K. A. Jensen, J. R. Morch und J. Oerskor.
 Der vierte nordische Kongress für interne Medizin. A. Norgaard.
 Die sechste Versammlung der nordischen Tuberkuloseärzte-Vereinigung in Helsingfors. Begtrup Hansen.

Ugeskrift for Laeger (Ug. f. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 32, 8. August 1929.

3775. Die Behandlung und speziell die chirurgische der Hirngeschwülste. Viggo Christiansen.
 Die Häufigkeit der Syphilitiker unter 5158 medizinischen Patienten. I. A. Jørgensen.
 Seinen eigenen Star zu sehen! Eutoptische Wahrnehmungen. Olaf Blegrad.
 Einige Verbandsmethoden. H. Tiedegaard.

Zeitschriften in englischer Sprache**American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis, 18., Nr. 1, Juli 1929.**

3617. Infizierte endometriale Ovarialzysten. I. A. Sompson.
 3625. Kohlehydratstoffwechsel bei Eklampsie. H. I. Stander und E. P. H. Harrison.
 3624. Schwankungen des Blutzuckers bei Eklampsie. P. Titus und E. W. Willets.
 Schwankungen des Blutzuckers bei Eklampsie. Analyse der Daten von Titus-Wellett zur Bestimmung des Einflusses des gerinnungshemmenden Mittels auf das Verhältnis von Plasmavolum und Zellvolum. H. D. Lightbody.
 Die Klassifikation der Schwangerschaftstoxämien. P. F. Williams.
 3626. Blutdruckmessungen bei 1000 schwangeren Frauen. E. L. Cornell.
 3627. Ueber das Auftreten von Ovarial- und Hypophysenvorderlappenhormon im Urin schwangerer Frauen. Ch. Mazer und J. Hoffmann.
 3620. Die Beziehung der Morphologie der Spermien zur Fruchtbarkeit. O. L. Moench.
 3629. Die Zervix unter der Geburt. L. S. Loiseaux.
 3618. Die Infiltration der Cervix uteri mit löslichem Merkurochrom bei der Behandlung der Zervizitis und Endozervizitis. F. Helvestine und F. A. Farmer.
 3619. Koagulation durch Diathermie bei Zervizitis. F. M. Ende.
 3621. Die Blutkörperchen senkungsprobe in der Gynäkologie. Ch. M. Stimson und H. W. Jones.
 3630. Die Beckenfazie als Geburtshindernis. Ira Wilens.
 Eine statistische Studie über die Wochenbettmorbidity in der Krankenhauspraxis. M. S. Tonsinsin.
 Maligne Geschwülste des Uterus bei jungen Mädchen. B. C. Hirst.
 3635. Hirnblutung durch Geburtstrauma bei unausgetragenen und unreifen Kindern. A. Capper.
 3631. Appendizitis in der Schwangerschaft. A. L. McDonald.
 Bericht über einen Fall von medullärem Karzinom des Ovariums. J. Sarnoff.
 Peritoneale Implantationen von Ovarialzysteninhalten mit deziadalem Aussehen. M. Ballin und P. F. Morse.
 3799. Ein neuer Tisch für Röntgenaufnahmen. I. F. Stein und R. A. Arens.
 Papillome der Brustwarze. W. D. Fullerton.

Archives of Pediatrics (Arch. Pediatr.), New York, 66., Nr. 7, Juli 1929.

- Stand und Technik der natürlichen und künstlichen Höhensonnenbehandlung. Percival Nicholson.
 Angeborene Pylorusverengungen. Ulysses Moore, Jessie L. Brodie, H. O. Dennis und R. B. Hope.
 Bösartige Diphtherie. Philip S. Potter.
 Diphtheriebegleiterkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung von Kreislaufschwächen. Joseph Orengard.

Das Wachstum von Knaben aus Privattageschulen. R. G. Freeman, Jr. und Raymond Searfoss.

3685. Eine Epidemie von Erythema infektum. Eugene H. Smith.
 Prof. Langers Impfmethode gegen Tuberkulose. B. M. Gasul.
 Hygiene des Neugeborenen. Morris Gleich.
 Rachitis. C. E. Macke und Wm. J. Todd.

Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. Phys. Ther.), Omaha (U. S. A.), 10., Nr. 5.

- Elektrische Prüfung und Therapie in der Neurologie. Th. T. Stone.
 Eine Kritik der Phototherapie. Frank T. Woodbury.
 Lichttherapie, ihre Indikationen und Anwendungsarten in der Otolaryngologie. Maurice Weisblum.
 Elektrophoretische Methoden in der Zahnheilkunde. C. E. Norris.
 Physikalische Therapie beim Glaukom. Carl B. Sputh.
 Mechanik des Körpers. F. H. Ewerhardt.
 Klinik der physikalischen Therapie. E. N. Kime.

Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. Phys. Ther.), Omaha (U. S. A.), 10., Nr. 6.

3800. Die biologischen Wirkungen der ultravioletten Strahlen und Untersuchungen über das wirksame Spektralgebiet. Carl Sonne.
 3807. Heliotherapie bei Tuberkulose. Sam. H. Watson.
 3808. Arterielle Hypertension und physikalische Therapie. J. Gutmann.
 Die Behandlung der bösartigen Erkrankungen mit Radiumemanation, mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten hoffnungslosen Fälle. Ira I. Kaplan.
 Die Kataraktoperation nach Barraquer und ihre vereinfachte Form. O. B. Nugent.
 Klinik der physikalischen Therapie. G. P. Lawrence.

The biochemical journal, London, 22., Nr. 5, 1928.

- Die Bestimmung der Brenztraubensäure. B. H. R. Kristin und M. Sreenivasaga.
 Die Spezifität der Dehydrierten. Die Isolierung der Zitronensäuredehydrogenase von der Leber und der Milchsäuredehydrogenase von Hefe. F. Fernheim.
 Sukzinoxidase. II. Einfluß von Phosphaten und anderen Faktoren auf die Wirkung der Sukzinoxidase und der Fumarose der Leber und des Muskels. P. W. Clutterbuck.
 Eine Mikromethode zur Bestimmung der Fette und Lipide im Blut. J. A. Millroy.
 Eiweiß und Vitamin B. G. A. Hartwell.
 Die geringste Menge von Vitamin D für eine positive antirachitische Wirkung. H. Coward.
 Ueber die Bestrahlung von Ergosterin. T. A. Webster und R. B. Boardman.
 Die zerstörende Wirkung von Hitze auf Insulinlösungen. A. Asogh und A. M. Hemmingson.
 Ueber die Messung von Chlorionenpotentialen in Gegenwart von Eiweiß. R. S. Aitken.
 Die Bestimmung von Karnosin. W. M. Clifford und V. H. Mottrom.
 Neutralsalzadditionskomponenten des N-methylierten Glyzins, ihre Formel und die ihrer Hydrate. W. K. Anslov und H. King.
 Das zweite Protein des Eigelbs. H. D. Kay und P. G. Marshall.
 Zusammensetzung der Hexosediphosphorsäure. II. Die dephosphorylierten α - und β -Methylhexoside. W. J. T. Morgan und R. Robison.
 Tetralosemonophosphor, isoliert von den Produkten der Fermentation von Zuckern mit getrockneter Hefe. R. Robison und W. T. J. Morgan.
 Der Kohlehydratstoffwechsel bestimmter pathologischer Gewächse. H. G. Crabtree.
 Die purinolytischen Enzyme des Egels (Hirudo medicinalis) und der Frischwassermuschel. R. Truszkowski.
 Struktur und Enzymreaktion. VII. Das System Glykogenamylase-Lebergewebe. S. J. Przylecki und J. Wogrik.
 Abbau von Harnsäure im Blut. M. Gomolinska.
 Ueber flüchtige Sulfide vom Muskel. W. A. Osborne.
 Ueber die Oxydation von Cholesterin durch molekularen Sauerstoff. G. Blix und G. Lowenhielm.
 Bemerkung über quantitative Meßmethoden des Nährwertes von Proteinen. H. H. Mitchell.
 Oxydierende Enzyme. X. Das Verhältnis von Oxygenase zu Tyroxinas. M. W. Onslow und M. E. Robinson.
 Glukose im normalen Urin. A. Hassan.

Brain, 52., Part 1, 1929.

- Hepato-lentikuläre Degeneration. St. Barnes und E. Weston Hurst.
 3770. Myasthenia gravis. D. Mc Alpine.
 Arteriosklerotischer Parkinsonismus. M. Critchley.
 Ein Fall von progressiver hypertrophischer Polyneuritis (Dejerine-Sotter) mit pathologischer Untersuchung.
 Ein Fall von rezidivierender interstitieller hypertrophischer Polyneuritis. W. Harris und W. D. Newcomb.

The British Journal of venereal Diseases (Brit. J. ven. Dis.), 5., Nr. 2.

3660. Malariabehandlung der progressiven Paralyse. W. D. Nicol.
 3659. Fieberbehandlung der progressiven Paralyse. L. M. Mackenzie.
 3656. Citragan bei der Gonorrhöbehandlung. A. Kibmeyer.
 Die nichtvenereischen Affektionen der Genitalien. H. C. Simon.

The British Journal of Urology (Brit. J. Urology), London, 1., 1, 1929.

3673. Transperitoneale Blasendrainage nach suprapubischer Prostataktomie. Andrew Fullerton.
 3677. Die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie. Victor Bonney.
 3669a. Experimentelle Studien zur Frage der Rückresorption bei Hydronephrose. Duncan M. Morison.
 3797. Die Diagnose des Nierentumors aus dem Pyelogramm. Gordon Craig und R. K. Lee-Brown.
 3606. Beitrag zur Frage der Berechtigung chirurgischer Eingriffe bei Zystennieren. Maurice Meltzer.

Weiteres Schicksal eines wegen Zystenniere mit Nephrektomie behandelten Patienten. H. Temple Mursell.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Juli 1929.

Einige Beobachtungen über Myokarderkrankungen. Moon.

Die Tanienerkrankung, ein klinisches Problem. D. W. Carmalt-Jones.

3694. Leberbehandlung der perniziösen Anämie. Chas. H. Melland.

3693. Nachkontrolle bei der Leberbehandlung. Wilkinson und Brockband.

Bruzelle Abortus-Bang-Erkrankung beim Menschen. Davies und Anderson.

Verwachsungen zwischen Milz und Leber. F. Parkes Weber.

Die Gallenblase als Sitz von Infektionsherden. P. D. Wilkie.

Tuberkulöse Primärinfektion und Folgezustände. Cummins.

Strahlenbehandlung bei Hornhautgeschwüren. Duke-Elder.

3707. Die Entstehungsursache von 100 Fällen rheumatischer Erkrankung. Lowe.

Angeborene Zwerchfellhernie. Mc Fadden

Ein Fall von Meningocele. B. Tickering und Pick.

Zyste des dritten Ventrikels. Drennan.

Frühdagnose der perniziösen Anämie durch das Halometer. C. Eve.

Unterbindung der Karotis bei einem subklavikulären Aneurysma. Granville-Chapman.

Eine Umfrage über die Gründe der hohen Wochenbettssterblichkeit. Watts Eden.

Bakteriologische Blutuntersuchungen während Schwangerschaft und Puerperium. Miller Whitaker.

Die mikroskopische Untersuchung von Material mit filtrierbaren Keimen und die Grenzen der Sichtbarkeit. Coles.

Ein Fall von Herzsyphilis. Cookson.

3792. Schularztprobleme auf dem Lande. Perkins.

Physiologie als Basis für die Behandlung. Dixon.

Traumatische Zerreißen des Magens. Scotson.

Toxische Gelbsucht mit Aszites. Bulmer.

Dicktest während der Schwangerschaft. Marg. Salmond.

Klinische Erfahrungen mit Radium. Cartlie und Leslie-Spinks.

The Canadian Medical Association Journal (Canad. Med. Ass. J.), Juli 1929.

Dankschritt gelegentlich der Schenkung der Osler Bibliothek. W. S. Thayer.

3640. Typische Krebsbildung des Larynx. Dauerbehandlung in 76% von Fällen durch Laryngo-Fissuren. Sir St. Clair Thomson.

Ueberblick über einige der neuesten orthopädischen Behandlungsmethoden nach dem Listerschen Verfahren. Herbert Galloway.

3650. Hereditäre ektoodermale Dystrophie. H. R. Clouston.

Regulation des Gallenflusses durch die Gallengänge. B. P. Babkin und D. R. Webster.

3734. Verdauung und Assimilation von Bananen in gemischter Diät bei Kindern über 5 Jahre. Brown und Courtney.

Betrachtungen über die Pathologie der Verdauung. Jose Rosell.

3785. Manganchlorid bei Dementia praecox. George Reed.

Ueber die Heilbarkeit des Diabetes mellitus. J. A. Gilchrist.

Spontaner Pneumothorax. Arthur Rowan.

Aethylenanästhesie. C. E. Tipping.

Diathermie bei krankhaften Zuständen an Armen und Beinen. John Hunter.

The Journal of Urology (J. Urol.), Baltimore (U.S.A.), 22., Nr. 1, 1929.

3669. Das Hypernephrom. E. Starr Judd und John R. Hand.

3668. Papillome des Nierenbeckens. Albert E. Bothe.

3675. Eingekapselte periurethrale Steine. George J. Mullerschoen.

3667. Klinische und experimentelle Studien über Ureter und Nierenbecken. Albert E. Goldstein.

3666. Doppelseitige Doppelnieren und Doppelureteren. W. Calhoun Stierling und Norvell Belt.

3676. Primäres Karzinom in der Pars posterior der männlichen Harnröhre. Walter D. Bieberach und Clinton N. Peters.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5522, 29. Juni 1929.

Die natürliche Erwerbung der Immunität. W. Topley.

3793. Röntgendiagnose der Mitralklappenstenose. H. Cookson.

3718. Therapie des Magen- oder Dünndarmgeschwürs. J. Anderson.

Kniescheibenbruch. A. Bertwistle.

3763. Die Lävulosestoleranzprobe der Leberfunktion bei Epileptikern. M. Gosden und J. Fox.

Fall von idiopathischer Herzhypertrophie eines jungen Mannes. H. Whittle.

3692. Behandlung des Schwarzwasserfiebers durch perorale Verabreichung von Natr. bicarbonicum. C. Chesterman.

The Lancet (Lancet), London, 216., Nr. 5523, 6. Juli 1929.

Physiologie des Glykogens und die Rolle des Insulins und Epinephrins im Kohlehydratstoffwechsel. J. Macleod.

3809. Die Radiumtherapie durch Implantation von Platinum radon seeds. J. Muir.

3764. Der Cholesterolgehalt des Blutplasmas bei der Epilepsie. M. Gosden, J. Fox und W. Brain.

3605. Komplikationen und Mortalität bei Appendizitis. R. Warren.

Rezidivierende Stieltorsion einer akzessorischen Milz. R. Alexander.

Verwendung von Knochenplatten in der Behandlung der Frakturen. H. Greenwood.

Spasmus des Cervix uteri. L. Green.

The Tohoku journal of experimental medicine (Tohoku j. exper. med.), Sendai, 11., Nr. 4/5, 25. Oktober 1928.

Pankreashormon und Mineralstoffwechsel. II. Ueber den Einfluß des Pankreashormons auf die Blutbestandteile, insbesondere auf die anorganischen Salze. S. Takeuchi.

Ueber die Beziehungen zwischen der H-Konzentration der Zerebrospinalflüssigkeit, Lymphe und Blutserum und der thermostabilen bakteriziden Wirkung derselben. T. Shimidzu.

Ueber Veränderungen des Hämoglobins und Wassers durch die Ernährung beim Kaninchen. H. Tachi.

Ueber den Einfluß der Luftdruckveränderungen auf die Zusammensetzung des Blutes. III. Ueber- und Unterdruckatmung bei Tieren. K. Izumiyama.

Ueber die Wirkung des Strychnins auf die absolute Kraft des Froschherzens. J. Kikuchi.

Vergleich der Epinephrinmenge im Nebennierenextrakt von Ochsen, Schweinen, Katzen, Hunden und Kaninchen mittels der paradoxen Katzenaugenreaktion, der Kaninchendarmsegmentmethode und der kolorimetrischen Methode nach Follin, Connon und Denvir. T. Sugawara.

Ueber die kolorimetrischen und biologischen Auswertungen des Epinephringehaltes von Nebennieren — insbesondere Rindenextrakten des normalen Kaninchens. M. Watunabe und K. Sato.

Ueber die Chromierbarkeit und den Epinephringehalt der Nebennieren des Kaninchens nach der beiderseitigen Nierengefäßunterbindung. M. Watunabe.

Untersuchungen über die Oedembildung. V. Ueber die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Hormon der Thyreoiden, der Hypophyse und des Pankreas beim intermediären Wasseraustausch. VI. Ueber weitere Oedembildung im ödematösen Gewebe. Ch. Sato.

The Tohoku Journal of experimental medicine (Tohoku j. exper. med.), Sendai, 11., Nr. 6, 30. November 1928.

Untersuchungen über die Oedembildung. VII. Ueber den Einfluß des Kolloids auf den intermediären Wasseraustausch bei gestörter Schilddrüsenfunktion. Ch. Sato.

Experimentelle Studien über Indikanbildung. I. Y. Kishi.

Einfluß der Anwendung von Kälte und Hitze auf die Epinephrinausbeute beim Hunde. S. Saito.

Pankreashormon und Mineralstoffwechsel. III. Ueber den Einfluß des Pankreashormons auf die verschiedenen Bestandteile der Brustgangslympe und das Verhältnis zwischen den Aenderungen von Blut und Lymphe bei normalen und pankreasdiabetischen Hunden. S. Takeuchi.

Die Lokalisation einer Hirnläsion durch Differenzierung von Blutausstrichen. 18. und 20. Bericht über die Peroxydasereaktion. K. Shoyi und Suzuki.

Experimentelle Bildung des gestreiften Blutbildes bei der Ziege durch „Peroxidasestich“. 19. Bericht über die Peroxydasereaktion. K. Shoji.

Die etwas empfindlicher gemachte Katzenparadoxenpupillenreaktion für Epinephrinbestimmung in Blut und Nebennierenextrakt. T. Aomura und T. J. Yen.

Mikroskopische Untersuchungen der Nebennieren von Kaninchen nach der doppelseitigen Nierengefäßunterbindung. T. Suzuki.

The Urologic and Cutaneous Review (Urologic Rev.), St. Louis, August 1929.

3789. Homosexualität: ihre psychologische und psychopathologische Bedeutung. John F. W. Meagher.

Verschiedene Formen der Homosexualität. Clarence P. Oberndorf.

Normale und abnormale Sexualität vom psychiatrischen Standpunkt. Aaron J. Rosanoff.

3790. Die Psychologie und Psychotherapie des Impotenten. Michael Osnato.

3780. Sexuelle Exzesse in Beziehung zu Nerven- und Geisteskrankheiten. Alfred Gordon.

3788. Sexuelle Frigidität. Newdigate M. Owensby.

Die Kräfte der Ehe. Ira S. Wile.

„Weitabgeschiedenheit“ — Eine Impression. Noah E. Aronstam.

Zeitschriften in französischer Sprache

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 33, 1929.

Die Athrepsie. C. de Guide.

3753. Malariaabehandlung durch Plasmochin. P. Walraveus.

Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 34, 1929.

Die Zirkumzision, ihre Geschichte, ihre Technik. E. Tant.

Krukenbergscher Tumor, Histogenese des Stromas. H. Dubouché und J. Montpellier.

Schwangerschaftserbrechen. Latis Bey.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 23, 1929.

3752. Die Arsenbenzol-Erythrodermien; Früh- oder Spätschädigungen der Arsenmedikation. Carnot.

Der diagnostische Wert der abdominalen Schmerzpunkte. L. Pron.

Journal des Praticiens (J. Prat.), Nr. 24, 1929.

Der Fußkomplex und seine Behandlung. H. Gongerot.

Ruptur des langen Bizeps. Hartmann.

3590. Das chronische Glaukom. Prosper Veil.

La Presse Médicale (Presse méd.), Nr. 43, 1929.

Die Röntgenbilderbeschreibung der tuberkulösen Perilobulitis. E. Sergent.

Bullöser und pustulöser Jodismus bei einem Brightiker. Paquiez und Ravina.

Aseptische Nekrose durch den Anilinstoff. P. Wilmoth.

Zur Ausführung der farbigen Gastroskopie. P. Michon.

Behandlungsergebnisse der Lungentuberkulose mit Gold- und Natrium-Thio-sulfat. L. Bernard und Ch. Mayer.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 44, 1929.

Die Gastro-Pyloro-Duodeno-Enterostomie; Operationstechnik. Delbet und de Vadder.

Ueber die van den Berghsche Reaktion des Bilirubins im Blut. H. Hayaschi.

Die Entwicklung von Hyperthyreoidismus durch Jodbehandlung nach Hypothyreoidismus. L. Dautrebande.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 45, 1929.

3713. Hämoptysen und vasomotorische Störungen. F. Besançon und A. Jaquelin.

Bemerkungen zur großen Autoagglutination der Blutplättchen. E. Rist.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 46, 1929.

Die Wirkungsweise des bestrahlten Ergosterol; zur Pathogenese der Rachitis. A. B. Marfan.

Chemische Analyse der Bakterien. G. Loewy.
Myeloide Leukämie. L. Ramond.

- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 47, 1929.
Die Wichtigkeit der vago-sympathischen Anastomosen. R. Leriche und R. Fontaine.
3751. Surifikationsgrad der Insulinpräparate. H. Chabanier, C. Lobo-Onell, M. Lebert und E. Lélu.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 48, 1929.
Die dermopathischen Konstitutionen. H. Jausion, M. Gauch und Goldberg.
Die Thermalkuren in der Gynäkologie. P. Sappey.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 49, 1929.
3777. Geschwüre der kleinen Kurvatur. A. Grosset und G. Loewy.
Die Encephalo-Myelitis subcuta diffusa von Cruchet und die Encephalitis lethargica epidemica. C. V. Economo.
Lungenabszess und interlobäre Pleuritis. G. Paissean, S. Vialard und V. Oumanski.
Die Behandlung der Hautangiome mit Radium. E. Wallon.

La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 50, 1929.
Ueber wenig bekannte Schmerzausstrahlungen im Verlauf von Cholezystiden. F. Ramond und S. Chène.
Gefensterter Oesophagus. Ducroquet (Sohn).
Sternumfissur. H. Barillet.
Praktische Kombination zur Identifizierung der Blutgruppen bei Transfusionen. C. Simonin.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 25, 1929.
Kolibazillurie. Gaudy.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 26, 1929.
3723. Die Leberinsuffizienz. Feroud.

Le Scalpel (Scalpel), Nr. 27, 1929.
Enthält Sitzungsberichte.

Zeitschriften in italienischer Sprache

Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 28, 15. Juli 1929.
3728. Der initiale, simultane bilaterale künstliche Pneumothorax. A. Manai.
3730. Die Insulinbehandlung des Diabetes bei Tuberkulosen. G. Rizzo.
3733. Fall von postvazinaler Tuberkulose der Brustdrüse bei einem Manne. G. Pertile.
3732. Die Prognose der Paraplegien bei tuberkulöser Spondylitis. L. Urbani.
Eine neue Methode der Isolierung des Tuberkelbazillus bei Meerschweinchen. G. Capuani.

Policlinico, sez. prat. (Policlinico), Rom, 36. Jahrg., Nr. 29, 22. Juli 1929.
Apyretischer Typhus abdominalis. A. Bonanno.
Fall von hämorrhagischem Ileotyphus mit letalem Ausgang. V. Serra.
3686. Ueber das häufige Vorkommen von Mastoiditis und Sinusitis der Gesichtshöhlen bei der letzten Influenzaepidemie. G. Ferreri.
3703. Wiederbelebung des Herzens mittels intrakardialer Adrenalininjektion. L. Tanzii.

La Pediatria (Pediatria), Neapel, Heft 14, 1929.
3740. Ueber die endorektale Applikation von Insulin. G. Salvio.
3699. Ueber Krämpfe bei kindlicher Malaria. A. Zalocco.
Ueber refraktometrische Bestimmungen im normalen und pathologischen Liquor. A. Signa.
Anatomisch-klinische Beiträge zur Kenntnis der malignen Lymphogranulomatose im Kindesalter. F. De Capua.
3738. Ueber interstitielle Myokarditis. A. Mazzco.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

Archivio di Patologia e Clinica Medica (Arch. Pat. Clin. Med.), Vol. VIII, Heft 3, März 1929.
Ueber chronische Splenomegalien mit sklerosiderotischen Veränderungen. Carlo Gamna.
3702. Aneurysmen der A. pulmonalis. Antonio Costa.
Serodiagnostik des Karzinoms und kolloidale Labilität. Ivo Davanzo und Gian Pietro Cucco.
3595. Die Lebertherapie, mit besonderer Berücksichtigung der perniziösen Anämie. Paolo Introzzi.

Brasil medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 25, 22. Juni 1929.
Gewisse Erscheinungen beim Kontakt flüssiger und fester Körper. A. Pimenta Bueno.
3608. Fall von Knochenzyste, behandelt durch Transplantation nach Delaganière. F. Moreira.

Brasil medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 26, 29. Juni 1929.
Zur Klassifikation der Reflexe. R. Mendes.
Verkalkte Schleimbeutel. A. Valerio.
Ursprung der Typhusepidemie im Jahre 1924 in Salvador im Staate Bahia. E. Falcao.
Berne ocularis, Miasis nasalis. A. Martins.
Ueber Sprachstörungen. A. Linhares.

Brasil medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 27, 6. Juli 1929.
Ätiologie der Krämpfe bei Kindern. R. Moreira.
Nierenkrebs und Pyonephrose. M. Monteiro.

Ueber Erkrankungen der Pulmonalarterie. E. Gomes.
Ueber Sprachstörungen. A. Linhares.

Brasil medico (Brasil med.), Rio de Janeiro, 43. Jahrg., Nr. 28, 13. Juli 1929.
Bazilläre Dysenterie der Säuglinge und Kleinkinder. M. da Rocha.
Masernenzephalitis. J. da Rocha.
Ueber Alkoholismus. F. Prisco.

La Prensa médica argentina (Prensa méd. argent.), Buenos Aires, 16. Jahrg., Nr. 3, 30. Juni 1929.
Fall von traumatischer, durch Koitus provozierter Erkrankung der Herzkappen. M. Castex und A. di Cio.
Neue Nomogenisationsmethode des Sputums zur Untersuchung auf Tuberkelbazillen. C. Udaondo, J. Renner und O. Massiglia.
Die Atropin- und Orthostatieprobe in der Untersuchung des neuro-vegetativen Systems bei Schilddrüsenerkrankungen. E. del Castillo.
Verruga peruviana. A. da Cunha.
Epidemie von Chancere blande. J. Carrera.

La Prensa médica argentina (Prensa méd. argent.), Buenos Aires, 16. Jahrg., Nr. 4, 10. Juli 1929.
Lymphogranulomatose Paltan, Granuloma malignum oder Lymphomatosis granulomatosa? M. Castex.
Das Kojewnikowsche Syndrom. V. Dimitri und M. Victoria.
3661. Halbsseitiges pseudosyringomyelitisches Syndrom syphilitischen Ursprungs. H. Gonzalez und L. Ontaneda.

La Prensa médica argentina (Prensa méd. argent.), Buenos Aires, 16. Jahrg., Nr. 5, 20. Juli 1929.
Sklerosierende retraktile Mesenteritis. C. Udaondo.
Anomalien der Augenlidpigmentierung. E. Adrogué und E. Alvarado.
Ueber die durch den Pseudococcidioides Mazzai hervorgerufene Mykose. S. Mazza und S. Parodi.
Diffuses totales Solenom des Uterus. A. Roffo.

Zeitschriften in ungarischer Sprache

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Nr. 22, 1. Juni 1929.
Ueber Erfahrungen mit der Wagner-Jauregg'schen Malariatherapie. J. Schuster.
Ueber gonorrhoeische Augenkrankheiten. J. Singer.
3596. Ueber eine Impfung mit Tetanusserum. D. Bayor.
Diagnostischer Wert des „Karyons“ bei Tuberkulose. L. Peschky.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Nr. 23, 9. Juni 1929.
Ueber die diagnostische Bedeutung der Korrelation innersekretorischer Organe. A. v. Korányi.
3760. Ueber die Quajak-Harz-Farbensolreaktion des Liquors. E. v. Thurzó.
Ueber die Vermehrung der schweren Anämien im Kindesalter. B. Steiner.
Beobachtung von arteriosklerotischen Krankheitsprozessen auf Grund von Augenspiegelungsbildern. M. Vögel.
Ueber das Neoiacol in der Luestherapie. P. Szegő.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Nr. 24, 16. Juni 1929.
Ueber die Blasensteinerkrankung. G. v. Illyés.
Ueber akute Leukämie. A. Kovács.
Zusammenhang zwischen Appendizitis und Trauma. L. Steiner.
Hormontherapie in der Frauenheilkunde. H. Fogel.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Nr. 25, 23. Juni 1929.
3719. Der Wert des Probebrühstücks bei Magen-Duodenalgeschwüren. Th. Bárony.
Ein einfaches Verfahren zur chirurgischen Therapie des Empyems. J. Jäger.
Syphilis und sterile Ehen. M. Rózsa-völgyi.
3651. Weibliche Gonorrhöe. N. Temesváry.
Ueber Noviholen. L. Orentsák.
Geschichte der Bologneser Schule vom 17. bis 18. Jahrhundert und ihre Wirkung auf die Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft. L. Münster.

Gyógyászat (Gyógyászat), Budapest, Nr. 26, 30. Juni 1929.
Schwere Amenorrhöen im keimreifen Alter. H. Singer.
Interessanter Fall von Nierentuberkulose. K. Hegedüs.
Ueber Vergiftung durch Schlafmittel. E. Körmöczy.
Interessanter Typhusfall. B. Schmidt.
Jodtherapie mit Dijodil-Riedel. W. Gosztönyi.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Nr. 22, 1. Juni 1929.
Wundtherapie. Franz Fáyköfi.
3636. Ueber die Diagnose des in der Gebärmutter eingetretenen Absterbens der Frucht mittels Röntgenphotographie. Franz Szellő.
Postoperative Magen-Darmatonien nach Niereneingriffen. A. von Adler-Racz.
Frühzeitige Tubargravidität mit intrakolumnärer Einbettung. G. Bud.
3653. Die Kahn-Reaktion. E. Galgóczy, J. Kovács und G. Oláh.
Die Beeinflussung der Magensekretion mit Pufferlösungen. J. Vándorffy und E. Baráth.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Nr. 23, 8. Juni 1929.
Aortitis luetica. A. von Torday.
Fall von primärem, einen Thymustumor nachahmendem Lungenkarzinom. E. Oetvös.
3741. Heilung der Rachitis mit Ergosterinpräparaten. L. Kostyál.
3307. Ueber einen 60mal röntgenisierten, durch Operation zur Heilung gebrachten Fall von doppelseitiger Dermoidzyste. G. Bud.
Schwere Migräne mit Neuritis retrobulbaris. K. Pákozdy.
Modifizierung der Tränensackoperationen. L. Hollós.
Ueber Konstriktion und Fürsorge der Verkrüppelten. Z. von Vámosy.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Nr. 24, 15. Juni 1929.
3772. Der epileptische Organismus und die symptomatischen Erscheinungsformen der Krankheit. E. von Thurzó.

Ueber mit „Perhepar“ behandelte Fälle von Anaemia perniciosa. O. Czoniczer.
 Daten zur Zykloiderkrankung. P. Büchler.
 3715. Mittellappeninfiltrat oder abgesacktes Interlobärexsudat? Th. Bárony und E. Koppenstein.
 Thrombophlebitis des Bulbus venae jugularis. St. Krepuska.
 Ueber den Justerschen, eine Läsion der Pyramisgänge anzeigenden Handreflex. G. Perényi.
 Diagnostischer Wert des Tuberkelbazillennachweises im Stuhl. D. Szüle.
 Das Lebensalter medizinischer Forscher und Entdecker. A. Herczeg.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Nr. 25, 22. Juni 1929.
 Der Blutdruck der Hautadern bei gesunden und kranken Menschen. F. Herczog.
 Ueber Cholesterinuntersuchungen bei Asthma bronchiale. B. Fornet, B. Paul und A. Dzinich.
 Anatomie der Muskeldystrophie. E. Friesz.
 Schutzimpfungsversuch bei Parotitis epidemica. E. Kramár und E. v. Barla-Szabó.
 Ueber den diagnostischen Wert der Lange-Heuerschen Blutserumreaktion bei gynäkologischen Erkrankungen. B. Bodó.
 Die Strahlenbehandlung des Diabetes mellitus. E. Kolta.

Orvosi Hetilap (Orv. het.), Budapest, Nr. 26, 29. Juni 1929.
 Ueber die Tuschreaktion des Liquors. L. Benedek und E. Thurzó.
 Ueber die intrakutane und subkutane Impfung gegen Blattern. H. Flesch.
 Ueber Fallsuchtanfälle bei Kindern mit aktiver Steigerung des Muskeltonus. K. Keller.
 Ueber eine seltene Schlundveränderung in einem Falle von Lymphogranulomatose. St. Zolán.
 Ueber „Hosal“ im Dienste der salzarmen Diät. F. Péter und E. Róth.
 Scharlach und Blutgruppe. P. Kib und Z. Teveli.

Zeitschriften in russischer Sprache

Wratschebnoje Djelo (Wratsch. Djelo), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 22.
 Zur Frage der Perforation des Geschwürs an der großen Krümmung des Magens. E. Ch. Koeh und I. J. Balubanow.
 Milzbrandbehandlung mittels Milzbrandserum. B. J. Padalka.
 Die Resultate der Serodiagnostik der typhösen Erkrankungen nach Fischer. M. N. Fischer und A. I. Blank.
 3761. Die Davis-Reaktion und ihre Bedeutung für die Erkennung der bösartigen Geschwülste. S. L. Mauchmann.

Ueber die Aetiologie des Scharlachs. Gibt es beim Scharlach ein filtrierbares Virus? S. I. Zlatogoroff und B. L. Palant.
 Farbreaktion des Blutes zur Geschlechtsbestimmung. W. N. Krasinskaja-Ignatowa.
 Ueber eine Krankheit der Arbeiter der Nußknopfindustrie. W. I. Saltykowski.
 Akute eitrige Erkrankungen der Hautdrüsen als Berufskrankheit der Hochofenarbeiter. S. B. Epstein.
 3758. Schlammbehandlung in der Gynäkologie. A. W. Chochlow.
 3633. Klassifikation der Gelenkerkrankungen hinsichtlich der Auswahl für die Kurortbehandlung. M. M. Newjadomski.
 Behandlung des Milzbrandes mit Salvärsan. B. M. Stepuchowitsch.
 3638. Malariabehandlung. P. D. Davidow.
 Ueber Parotitis epidemica. M. I. Figmann.
 Behandlung mittels mechanischen Druckes bei Hämorrhoiden, Prolapsus recti und Retroflexio uteri. N. Seitschikow.
 3704. Diabetes insipidus und hypophysärer Nanismus. E. W. Maslow.
 Neurologische Richtung in der Psychiatrie. (Versuch einer methodologischen Untersuchung.) E. A. Popow.

Wratschebnaia Gaseta (Wratsch. Gaseta), Leningrad, 33., Nr. 2, 1929.
 Die gegenwärtigen Behandlungsmethoden der Diphtherie. N. K. Rosenberg.
 Ueber die spezifische Behandlung der epidemischen zerebrospinalen Meningitis bei Kindern. W. A. Leonow.
 3634. Diphtherie mit später Belagbildung. A. J. Trojitzki.
 Zur Diagnostik des piknischen Körperbautyps beim Menschen. B. E. Makarow.
 3690. Behandlung und Verhütung von Rückfallfieber mittels Osarsol (Stovarsol). S. J. Kreutzer und Z. S. Drapkin.
 Ueber wiederholte Fleckfiebererkrankung und einige Besonderheiten ihres Verlaufs. N. J. Moroskin.
 Pappatazifieber in der Krim, dessen Lokalisation und Ueberträger. J. E. Minkewitsch.
 Zur Frage der Neuralgia aortae abdominalis bei Malaria. A. A. Petrowitsch.
 Zur Frage der Flugzeugverwendung für Evakuierungszwecke. A. A. Segejew.
 Plastik mit Filatowschem Rundstiel bei Exzenteration der Augenhöhle. G. N. Ambrumjan.
 Zur Diagnostik des Ulcus duodeni mittels HCl. P. J. Korobkow.
 3649. Behandlung einiger Hautkrankheiten. D. A. Milowidow.
 Fall von Mastoiditis, hervorgerufen durch Löfflerschen Bazillus. P. N. Sinowjew.
 3698. Zur Methodik der Untersuchung des Absonderungen des Organismus auf okkultes Blut und des Blutnachweises in Flecken auf Gegenständen. W. F. Mau.
 Gelatinekorsett. L. L. Komarowitsch.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde. | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Augenheilkunde

3590.

Veil, Prosper, Das chronische Glaukom. (Journ. d. Prat., Nr. 24, 1929.) Das chronische Glaukom bleibt lange Zeit unbemerkt; es entwickelt sich langsam, führt aber zu völligem Sehverlust des betroffenen Auges. Oft sucht der Pat. den Arzt erst auf, wenn die Sehkraft schon beträchtlich herabgemindert ist. Wer sich aufmerksam beobachtet, dem fällt wohl auch die Einschränkung seines Sehfeldes, besonders im nasalen Teil auf; er gibt damit dem Arzt einen wichtigen Fingerzeig.

Zwischen dem chronischen, einfachen Glaukom mit schleichender Entwicklung und dem entzündlichen akuten Glaukom mit stürmischer Entwicklung bestehen Abstufungen jeden Grades. Stellt sich bei jemandem die Empfindung von Nebel vor einem Auge ein, verbunden mit gleichzeitigem Kopfschmerz, dann soll man mit dem Tonometer nach einer okulären Hypertonie fahnden.

Die Anwendung von Pilocarpin und Eserin reicht bei gewissen Formen von chronischem Glaukom aus zur Regulierung der Spannung. Erst wenn das nicht gelingt, wird man zur chirurgischen Behandlung raten. Beim chronischen Glaukom weicht die typische Iridektomie den fistulisierenden Operationen. Man reseziert die Sklera im Bereich des Iridokornealen Winkels unter der Konjunktiva und erreicht auf diese Weise eine filtrierende Narbe, welche die Hypertension des glaukomatösen Auges unterdrückt.

Held.

3591.

Ehlers, Holger, Ueber Augenmuskelleiden bei Encephalitis epidemica. (Hospitaltid., Nr. 24, 1929.) Augenmuskelblutungen oder Krämpfe kommen in 70–90% der Fälle bei Encephalitis epidemica vor. Auch die Koordination und das synergistische Zusammenwirken der Augenmuskeln kann gestört sein. Am häufigsten kommt Ptosis vor, daneben auch tikartige, klonische, myoklonieähnliche Zuckungen. Diplopie ist ebenfalls oft vorhanden, und Blickklammungen oder Konvergenzlähmungen sind nicht selten, noch häufiger nur Konvergenzparesen und Insuffizienzen. Konjugate Deviation, myostatische Starre, Nystagmus, Blickkrämpfe, Schauanfalle kommen nicht selten vor, ebenso Pupillenstörungen, Differenzen. Reflektorische Pupillenstarre mit Erweiterung der Pupillen sind ebenfalls beobachtet, auch völlige Starre auf Licht und Akkommodation. Isolierte Starre bei Konvergenz ist nicht selten ein sicheres Zeichen der Encephalitis. Akkommodationsparese und Spasmen mit Mikro-Makrographien und verschiedenen Sehbeschwerden kommen auch bei einfacher Grippe ohne Encephalitis vor, doch häufiger bei der letzteren. Die Augenmuskelerkrankungen geben prognostisch keine ungünstige Aussicht, sie sind sehr oft die einzigen Restresiduen abgeheilter Encephalitis.

S. Kalischer.

Bakteriologie und Serologie

3592.

Clemens, J., Transfusion von spezifischem Blut. (Med. Klin., Nr. 26, 1929.) (Äußere Abtlg. des St.-Josef-Hospitals Sterkrade.)

Verfasser versucht, Krankheiten, die durch Antitoxine zu beeinflussen sind, spezifisch durch größere Blutübertragung zu behandeln. Unter spezifischen Blutspendern versteht er solche, die Abwehrstoffe in ihrem Blute gegen Erkrankungen besitzen. Er benutzt dazu Rekonvaleszenten; fehlen solche, so sucht er, spezifische Blutspender durch wiederholte und gesteigerte Toxingaben zu bekommen. Bei 6 Fällen von Sepsis waren die Resultate der Behandlung günstig. Als Blutspender wurden Kranke mit abgeheilten eitrigen Wunden oder Erysipel oder ausgeheilte Sepsis gewählt. In einem Fall von Tetanus erwies sich die Transfusion von spezifischem Blut gleichfalls als wertvoll. Sollte sich diese Behandlungsart auch weiter bewähren, so wird es leicht sein, durch ständige Impfungen mit käuflichem Toxin hochwertige tetanus-spezifische Spender bereitzuhalten. Das gleiche gilt auch von Scharlach, bei dem die Behandlung mit Rekonvaleszentenblut sich als besonders aussichtsreich erwies. Gute Erfolge sah Verfasser auch bei Typhus und Tuberkulose. Aus der Erwägung heraus, daß Immunstoffe auch gegen arteigenes Gewebe gebildet werden können, hat Verfasser erfolgreich auch einen Fall von inoperablem Krebs der Portio behandelt. Als Spender dürfen nur Patienten mit gut ausgeheilten Karzinomen herangezogen werden.

L. Gordon, Berlin.

3593.

Schulte-Tigges, H., Einfaches Tuberkulosekomplement-bindungsverfahren mit aktivem Serum nach Goldenberg. (Beitr. Klin. Tbk., 71, 3.) Das Goldenbergsche Bindungsverfahren leistet annähernd dasselbe wie die Original-Tuberkulose-Komplement-bindungsprobe nach Besredka. Bei den Anfallsfällen von Lungentuberkulose findet sich ein hoher Prozentsatz negativer Reaktionen, bei den mittelschweren und schweren Fällen nimmt der Prozentsatz der stark positiven Reaktionen wieder zu. 74% der offenen Tuberkulosen reagierten sehr stark positiv. Die Technik des Goldenbergschen Verfahrens ist wesentlich einfacher als die Originalmethode von Besredka.

Zwerg, Coswig.

3594.

Matschan, W. J., Ueber den Pseudoanthrax beim Menschen. (Arch. klin. Chir., 155, 1.) (Propädeutische Chir. Klinik d. Ekaterinoslawer Medizinischen Instituts.) An Hand eines Falles von Pseudoanthrax weist Verfasser darauf hin, daß Pseudoanthraxbazillen in bestimmten Fällen eine pathogene Wirkung besitzen und bei Menschen und bei Tieren eine Infektionserkrankung auslösen können. Die Bedingungen, unter denen diese Bazillen pathogene Eigenschaften gewinnen, sind noch gänzlich unbekannt. Jeder unter der Diagnose Anthrax verlaufende Fall muß bakteriologisch auf das Vorhandensein von Pseudoanthraxbazillen untersucht werden. Die Behandlung des Pseudoanthrax ist im wesentlichen die gleiche wie beim wirklichen Anthrax.

E. Mühsam, Berlin.

3595.

Schilling, V., Einige Bemerkungen zum Wesen und zur praktischen Bedeutung der Guttadiaphotmethode. (Dermat. Z., 56, Heft 4, 1929.) Gegenüber immer noch verbreiteten Anschauungen wird betont, daß die Guttadiaphotmethode eine durchaus unspezifische, besonders nicht für Syphilis spezifische, ist, wenn auch weitgehende Übereinstimmungen mit der War. zu verzeichnen sind. Dies beruht aber nur darauf, daß die Methode eine Infektion als solche bzw. toxischen Prozeß, Blutkrankheit, Anämie anzeigt. Bei Verdacht auf Syphilis kann diese durch positiven Ausfall bestätigt werden; dieser fordert auch bei scheinbar funktionellen Fällen zu eingehender klinischer Untersuchung auf.

Ernst Levin, Berlin.

3596.

Bayor, D., Ueber eine Impfung mit Tetanusserum. (Gyógyászat, Nr. 22, 1929.) Bei einem Automobilausflug wurden fünf Personen leicht verletzt. Ein junger Arzt des Spitals leistet die erste Hilfe und nimmt die Tetanusserum-Impfungen vor. Von dem hierzu nötigen Serum verbraucht er zwei Ampullen. Die letzte Impfung geschieht in der Weise, daß er das noch übriggebliebene Serum der beiden Fläschchen vermischt und damit impft, und zwar unter die Brusthaut, obzwar die verletzte Person eine Frau mit straffen Brüsten ist. Am dritten Tage nach der Einspritzung zeigten sich Serum-Vergiftungserscheinungen (41° Fieber, Brustdrüsen-schwellung, Hautödem, hochgradige Urtikaria, ziehende Gelenks- und Muskelschmerzen, Brechreiz, Schlaflosigkeit, manchmal Delirien), welche in verschiedener Intensität 8 Tage andauerten. Nach Rekonvaleszenz von einer Woche folgte eine neuerliche Eruption (Urtikaria, Brechreiz, Schlaflosigkeit, reichlicher Schweißausbruch und Fieber bis 38,5°). Die Brust, deren Drüsen in der Gegend des Einstiches anschwellen, war vier Wochen in entzündetem Zustand, der erst nach sechs Wochen spurlos verschwand. Die Brust verlor (im Vergleich zur anderen) viel von ihrer Konsistenz und Straff-

heit, was auf die Psyche der Patientin so stark einwirkte, daß sie zwei Monate in einem Sanatorium zubringen mußte.

In diesem Falle hat die prophylaktisch gegebene, für ganz unbedenklich gehaltene Serumimpfung eine sechswöchige, ernste Erkrankung verursacht. Es ist hierbei in Rechnung zu ziehen, daß der junge Arzt in seiner Unbedachtsamkeit zwei Sera vermischt — Einbringung von zweierlei Eiweiß in den Organismus — und daß er nicht berücksichtigt, daß die verletzte Person eine Frau war, bei welcher er nicht eben an der geeigneten Stelle die Injektion verabfolgte.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

3597.

Platzer, Erfahrungen über eine intern verabreichbare Gonokokkenvakzine. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 28.) Die parenterale Vakzinetherapie hat den Nachteil starker Reaktionen, weshalb sie nur in größeren Intervallen zur Anwendung gelangen kann. Von der Antigonokokken-Enterovakzine Rhéantine Lumière, die aus 24 verschiedenen Gonokokkenstämmen dargestellt wird, wurden täglich zwei- bis dreimal 2 Pillen täglich verabreicht. Nach wochenlangender Medikation wurde bei merkbarer Beeinflussung der Gonorrhöe die Dosis auf einmal 2 Pillen vermindert. Die Verträglichkeit war gut, Fieberreaktionen wurden nicht beobachtet.

Behandelt wurden solche Patientinnen, bei denen trotz wochenlangender Lokalbehandlung und intravenöser Vakzinetherapie das Zervikalsekret positiv geblieben war. In manchen Fällen schien das Verschwinden der Gonokokken durch die Rhéantinebehandlung bedingt zu sein; bei nicht vorbehandelten Fällen scheint die Ausbildung von Adnexkomplikationen eher vermindert zu werden. Bei schon bestehenden Adnexentzündungen besteht die günstige Beeinflussung vor allem im Schwinden des Fiebers und der quälenden Schmerzen.

Ernst Pick, Wien.

Chirurgie und Orthopädie

3598.

Perkel, J. D., und F. J. Tarsis, Ueber die Aetiologie und Prophylaxe der meningitischen Beschwerden nach der Lumbalpunktion. (Acta-Derm. Vener., 10, Fas. 3, Juli 1929.) Die Nachbeschwerden nach Lumbalpunktion, die die wünschenswerte Verbreitung dieser Methode sehr hemmen, sind nach Sicard darauf zurückzuführen, daß aus dem Stichkanal erhebliche Mengen von Liquor noch lange nachsickern, wodurch eine Druckverminderung im Liquorraum mit folgender meningealer Hyperämie entsteht. Ist diese Hypothese richtig, so läßt es sich leicht erklären, daß entsprechend der Dünne der Punktionsnadel die meningitischen Nacherscheinungen an Häufigkeit, Stärke und Dauer abnehmen. Die besten Resultate ergab die Autoni-Wechselmannsche Doppelkanüle, die aber ziemlich kompliziert ist, so daß sie bei massenhafter Punktion unbequem ist.

Bab.

3599.

Rostock, Paul, Die Urotropinbehandlung der Meningitis. (Dtsch. Z. Chir., 217, 3/4. Heft.) Falls die Meningitis purulenta nicht durch abnorm virulente Keime hervorgerufen wird, so hat das Urotropin auf den Verlauf der Krankheit einen günstigen Einfluß. Auf Grund der Erfahrungen wird empfohlen, bereits prophylaktisch vor Operationen mit Eröffnung der Hirnhäute sowie bei Schädel-frakturen Urotropin zu geben. Innerliche Darreichung von 3–10 g täglich, scheint zweckmäßig zu sein. Treten trotzdem meningitische Erscheinungen auf, so soll zu intravenösen Injektionen gegriffen werden. Je nach der Schwere der Infektion kann man bis zum Abklingen der Entzündung ein- bis dreimal täglich 10 g einer sterilen 40prozentigen Urotropinlösung langsam injizieren. Die intramuskuläre Injektion, die auch möglich ist, verursacht große Schmerzen; Nekrosen treten nicht auf. Auch die Injektion von Urotropin in den Lumbalkanal gelegentlich der Lumbalpunktion wäre anzuraten. Gleichzeitig mit der Urotropingabe muß der Urin wegen der Möglichkeit der Nierenschädigung kontrolliert werden. Auftretende Hämaturie kann durch Fortlassen des Mittels schnell beseitigt werden. — Selbstverständlich sollen bei der Urotropinbehandlung der Meningitis die übrigen therapeutischen Maßnahmen (Lumbalpunktion, Trepanation usw.) nicht außer acht gelassen werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3600.

Kudlek, F., Zur Diagnose des durchgebrochenen Magengeschwürs. (Zbl. Chir., Nr. 21, 1929.) Ein wichtiges Symptom ist beim durchgebrochenen Magengeschwür der Luftaustritt in die freie Bauchhöhle, welcher röntgenologisch frühzeitig nachgewiesen werden kann. Die Durchleuchtung bzw. Aufnahme in wägerechter Rückenlage kann bei jedem einfachen Röntgeninstrumentarium oder mit einem transportablen Röntgenapparat vorgenommen werden. — Für die Durchleuchtung in vertikaler Stellung ist ein umlegbares

Klinoskop erforderlich. Charakteristisch für den Luftaustritt in die freie Bauchhöhle ist die völlige Abdrängung der Leber Vorderfläche in ihrer ganzen Ausdehnung von der Bauchwand bis zum Zwerchfell hin. Die Tiefe des luftgefüllten Raumes schwankt zwischen 2–3 cm. Bei der Durchleuchtung in vertikaler Richtung tritt ebenfalls ein 2–4 cm betragender, luftgefüllter Spaltraum rechts zwischen Zwerchfell einerseits und Magenwand und Milz andererseits auf. Beim Durchbruch in die Bursa omentalis sieht man eine mond-sichelförmige Luftansammlung in der Mitte des Epigastriums unter dem Zwerchfell. Verf. hat unter 24 Fällen von *Ulcus ventric. perforat.* in 20 Fällen das Zeichen des *Pneumoperit. antehepaticum* und des *Pneumoperit. subdiaphragmaticum* einwandfrei festgestellt. Die Diagnose wurde durch die Operation bestätigt. — In 4 Fällen handelte es sich um gedeckte Perforationen.

Walter Grossmann, Berlin.

3601.

Braunck, Hermann, Konservative Magenoperationen. (Dtsch. Z. Chir., 217., 3/4. Heft.) Verf. gibt die Erfolge der Sattlerschen Magenoperationen bekannt, die in der Absteppung von Geschwüren oder in der Quernaht vor dem Antrum pylori mit Einstülpung der Pyloruszone und Gastroenterostomie besteht. Es wird ausdrücklich betont, daß die Ausführung der Operation außerordentlich einfach ist und deshalb einen meist recht guten Heilerfolg aufweist. Die Mortalität ist entsprechend dem geringen Eingriff sehr gering. Die Nachuntersuchungen haben gute Dauerresultate ergeben.

E. Gohrbandt, Berlin.

3602.

Weber, F. Parkes, und O. B. Bode, Resultate operativer Aszitesbehandlung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrgang, Nr. 29.) (Deutsches Hospital, London.) Die besprochenen Fälle zeigen, daß der chronische Aszites als Symptom der Leberzirrhose nach Ausbildung eines genügenden Kollateralkreislaufes verschwinden kann. Die Talmascas Operation und ihre Modifikationen dienen dazu, möglichst günstige Bedingungen für die Ausbildung eines solchen Kollateralkreislaufes zu schaffen. Verfasser sind der Ansicht, daß man in der Indikationsstellung zu diesen relativ harmlosen und sicher lebenserhaltenden Eingriffen bei den sonst so trostlosen Krankheitsbildern nicht zu engherzig sein darf. Das Ultimum refugium darf man natürlich nicht darin sehen, und es ist selbstverständlich, daß man alte oder kachektische Patienten ausschließen wird. Am meisten eignen sich Kranke im hypertrophischen Stadium der alkoholischen und toxischen Zirrhose; syphilitische Zirrhosen, wenn unter spezifischer Behandlung der Aszites nicht mehr verschwindet, aus der Gruppe der Pseudo-zirrhosen wohl diejenigen, deren Aszites eher durch perihepatische als durch perikardiale Prozesse und starke Herzinsuffizienz bedingt ist.

Es wird noch bemerkt, daß fast alle beobachteten Fälle sich relativ früh in ärztliche Behandlung begeben hatten, so daß Spätstadien in der letzten Zeit kaum zur Beobachtung kamen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3603.

Friedrich, H., Ueber Diagnose und Operationsaussichten bei atypischen Gallenblasenerkrankungen. (Dtsch. Z. Chir., 217., 3/4. Heft.) Bei Operationen, die in der Annahme einer chronischen Cholezystitis oder einer Cholelithiasis angestellt werden, ergibt sich häufig der Befund, daß weder eine chronische Entzündung noch ein Steinleiden vorliegt, daß dagegen mannigfaltige Zustandsänderungen der Gallenblase gefunden werden. Diese Gallenblasenanomalien werden mit den verschiedensten Namen bezeichnet: Stauungsgallenblase, Pericholezystitis, mechanische Cholezystitis, Pendelgallenblase, konzentrationsschwache Gallenblase. Da keines dieser Krankheitsbilder scharf umrissen ist, so schlägt Verf. vor, alle diese Krankheitsbilder unter dem Sammelbegriff: atypische Gallenblasenerkrankungen zusammenzufassen. Verf. gibt zu, daß die operativen Resultate dieser atypischen Gallenblasenerkrankungen weitaus schlechter sind als die bei Gallensteinblase oder chronischer Gallenblasenentzündung. Am wenigsten gute Erfolge werden erzielt, wenn die Gallenblase nur wegen Adhäsionen exstirpiert wird. Sie können teilweise von der Gallenblase selbst ausgehen, sind aber genau so häufig kongenitalen Ursprungs oder können durch entzündliche Prozesse, die einmal in der Nachbarschaft bestanden haben, hervorgerufen werden. Ebenso wie die Adhäsionen müssen die Fixierungen der Gallenblase mit größter Zurückhaltung beurteilt werden. Besser sind schon die Erfolge, wo die Gallenblasenexstirpation wegen diffuser Wandveränderungen vorgenommen wird. Mit diesen Veränderungen der Gallenblase sind nicht etwa Veränderungen gemeint, die auf eine chronische Entzündung der Wandung hinweisen, sondern die sich in einer Glanzlosigkeit der Gallenblasen-serosa und in einer Entzündung der Blutgefäße kennzeichnen. Auch die fixierten Knickungen, die bei der Operation

nachgewiesen werden können, sind bedeutungsvoll und müssen häufig als Ursache für die Gallenblasenbeschwerden angesehen werden, genau so, wie der flüssige Gallenblaseninhalte mit zur Beurteilung herangezogen werden muß. Normalerweise liegt der Farbton der Gallenblase zwischen einem hellklaren Braun und einem tiefen Schwarz; bei kranker Gallenblase dagegen kann eine auffallende trübgelbe, olivgrüne oder rubinrote Verfärbung eintreten. — Auch zur Diagnose der atypischen Gallenblasenerkrankungen kann die Cholezystographie mit Nutzen herangezogen werden.

E. Gohrbandt, Berlin.

3604.

Martens, M., Ueber Blinddarmentzündung. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 7.) Die enorme Zahl von Todesfällen nach Blinddarmentzündung ist darauf zurückzuführen, daß die Kranken zu spät der chirurgischen Behandlung zugeführt werden. Man hat daher im Jahre 1927 durch ein Merkblatt auf diese Gefahr hingewiesen. Besonders gefährlich bei dieser Erkrankung ist das Eindringen der Entzündungserreger in den Kreislauf, und die eitrige Thrombophlebitis führt zu den Komplikationen, an denen die Kranken ohne sofortige Operation zugrundegehen. An sich ist die Diagnose durch die klassischen Symptome leicht. Differentialdiagnostisch muß man an Darmkatarrh denken, Gallenblasenentzündung, perforiertes Magengeschwür, Nierensteine, Entzündungen der Adnexe, Hernien usw. Eine rechtsseitige Unterlappenpneumonie kann mitunter das Bild einer Appendizitis vortäuschen. Auch mit Darmverschluß kann die Krankheit verwechselt werden. Die Frühoperation in den ersten 24 Stunden bewirkt, daß Komplikationen noch nicht vorhanden sind. Bei längerem Bestand kommt es jedoch zur Bauchfellentzündung, wobei die allgemeine Peritonitis besonders gefährlich ist. Die Entwicklung dieser Komplikationen ist meist von der Lage des Appendix abhängig, die vorher nicht bestimmt werden kann. Die mit Schüttelfrost komplizierten Fälle, die mit einer eitrigen Thrombophlebitis einhergehen, sind, wenn nicht in den ersten 24 Stunden operiert, meist verloren. Früher war die Behandlung der Blinddarmentzündung ausschließlich intern und forderte viel Todesopfer. Wenn auch unter konservativer Behandlung eine große Reihe von Blinddarmentzündungen geheilt sind, so waren es immer die leichten katarrhalischen Fälle, und es ist nie vorauszusagen, wie im einzelnen der Fall verlaufen wird. Die Frühoperation verhindert das Auftreten des Rezidives und kürzt das Krankenlager außerordentlich ab. Man kann, wenn primär geheilt, die Bauchwunde ohne weiteres schließen, und der Patient kann am zehnten Tage das Krankenhaus verlassen. Bei später operierten Fällen dauert das Krankenlager oft wochen- und monatelang.

Kosminski, Berlin.

3605.

Warren, Richard, Komplikationen und Mortalität bei Appendizitis. (Lancet, 216., 5523.) (Weston-Super-Mare-Hospital, England.) Es hat den Anschein, als ob derzeit die Appendizitis entweder einen viel strengeren Charakter angenommen oder an Häufigkeit zugenommen hat. Verf. bezieht nach seinen Erfahrungen die Mortalität mit 3–10%. Expektative Maßnahmen vermögen unter Umständen gute Resultate zu liefern; im allgemeinen bieten sie aber keine Sicherheit. Die größte Mortalität ist bei der Appendizitis der Kinder zu verzeichnen, so daß ein abwartendes Verhalten bei letzteren nicht angezeigt ist. Frühdiagnose, die übrigens bei Kindern und Greisen ziemlich Schwierigkeit bietet, und rasche Operation bieten die beste Gewähr eines guten Ausganges. Die falsche Deutung von Magendarmstörungen seitens der Patienten, bei welchen es sich um echte Appendizitis handelt, verursachen nicht selten eine derart rasche Entwicklung der Krankheitserscheinungen, daß ärztliche Hilfe dann zu spät kommt. Die hauptsächlichsten Todesursachen bei Appendizitis sind allgemeine Peritonitis und mechanische Darmstenosierung; letztere kann durch entsprechende Operationstechnik verhütet werden.

Ashkenasy, Wien.

3606.

Meltzer, Maurice, Beitrag zur Frage der Berechtigung chirurgischer Eingriffe bei Zystennieren. (Brit. J. Urology, I., 1, 1929.) Kongenitale Zystennieren sind gewöhnlich doppelseitig und darum nur selten Gegenstand chirurgischer Behandlung. Gelegentlich jedoch lassen schwere und alarmierende Symptome einer Seite, wie Hämaturie oder schwere Koliken, die Frage eines chirurgischen Eingriffes auftauchen. Verfasser stellte eine Umfrage an über die Häufigkeit einseitigen Auftretens der Zystenniere, über die Häufigkeit schwerer Erscheinungen von einer Seite bei Doppelseitigkeit des Prozesses, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machten, über die Art des Eingriffes und die Lebensdauer nach der Operation. In 111 Fällen zwangen einseitige Beschwerden zur Operation. Das chirurgische Vorgehen bestand 59mal in Nephrektomie, 31mal in Punktionen der Zysten, in den übrigen Fällen in Dekapsulation, Nephrotomie, Drainage, Dekapsulation und Punktion.

Nephrolithotomie. Ueber die kongenitale Anlage, war man sich klar. Die alarmierenden Symptome bestanden in Hämaturien, Koliken und großen Tumorgebilden. Das beste diagnostische Hilfsmittel ist die Pyelographie. Die Prognose ist nicht ganz so ernst, wie allgemein angenommen, und besonders in älteren Abhandlungen noch beschrieben. Vor jedem Eingriff ist eine genaue Beurteilung der zweiten, besseren Niere erforderlich, um zu entscheiden, ob der Eingriff überhaupt irgendeinen Hoffnungsstrahl läßt.

E. Mühsam, Berlin.

3606a.

Mursell, H. Temple, Weiteres Schicksal eines wegen Zystennieren mit Nephrektomie behandelten Patienten. (Brit. J. Urology, 1, 1, 1929.) Bericht über einen Patienten, bei dem wegen einseitiger Zystenniere eine Nephrektomie ausgeführt wurde. Der Patient ist 4 Jahre nach der Operation gesund und voll arbeitsfähig.

E. Mühsam, Berlin.

3607.

Bud, G., Ueber einen 60mal röntgenisierten, durch Operation zur Heilung gebrachten Fall von doppelseitiger Dermoidzyste. (Orvosi Hetilap, Nr. 23, 1929.) Verfasser konnte die ungeheuren Verwachsungen nur durch gänzliche Ausräumung des Beckengrundes freimachen. Peritonisierung der so freigelegten Ureteren und des ganzen Operationsterrains gelang nur durch Hinzuziehen von Zöcum, Flexura sigmoidea und Blase, wobei zum Schlusse zur Bodeckung Sigmadarm selbst herangezogen wurde. Hierauf ist mit Tampons nach unten drainiert worden. Die Bauchwunde der große Schwierigkeiten verursachenden Operation heilte per secundam int. Verfasser weist neuerdings nachdrücklich auf die Forderungen Professor Tóth's hin, welche die Röntgenbehandlung der Myome äußerst einschränken; wenn auch nur der geringste Verdacht auf Ovarialtumor, submuköse Lagerung des Myomherdes, zystische Degeneration oder bösartige Entartung besteht, muß sofort operiert und darf nicht erst lange abgewartet werden! Ebenso wenig ist es zweckmäßig, dort mehrmals zu bestrahlen, wo die Geschwulst nach den ersten Bestrahlungen keine Neigung zur Schrumpfung aufweist.

Als sprechender Beweis gegen die Röntgenbehandlung dient der mitgeteilte Fall, bei dem nach Angabe der Kranken 60 Bestrahlungen vorgenommen wurden.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

3608.

Moreira, F. De Godoy, Behandlung einer Knochenzyste durch eine Transplantation nach Delaganière. (Brasil med., 43, 25.) Es handelt sich um ein Riesenzellensarkom der Tibia mit zystischer Degeneration bei einem 7jährigen Kinde. Die Therapie bestand in Füllung der Höhle mit Knochenplättchen, welche der Tibia entnommen wurden und bei welchen das Periost noch erhalten blieb. Innerhalb von 6 Wochen kam es zur Heilung, welche auch noch 2 Jahre nach der Operation anhält.

Ashkenasy, Wien.

3609.

Eiken, Th., Ueber Aktinomykose, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Behandlung. (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 28, 1929.) 22 Fälle von Aktinomykose (15 Männer, 6 Frauen, ein Kind von 6 Jahren) werden mitgeteilt. In 21 Fällen ging das Leiden von der Mundhöhle aus, in einem vom Appendix. Zweimal war die Zunge angegriffen, einmal Thorax und Lunge. Die zerviko-faziale Aktinomykose kann leicht und schwer auftreten. Meist beginnt das Leiden akut oder subakut, ohne gleich erkannt zu werden, bis die charakteristischen Myzelien gefunden wurden in den gramgefärbten Präparaten an den kleinen farblosen Körnern. Züchtungsversuche des Pilzes wurden im Seruminstitut vorgenommen. In allen Fällen wurde neben der chirurgischen auch Röntgenbehandlung vorgenommen und Jodkali innerlich verabreicht. 11 Fälle zerviko-fazialer und 1 Fall abdominalen Aktinomykose wurden geheilt. In den anderen Fällen (5 gebesserte) ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen oder die Beobachtungszeit noch zu kurz (1 Jahr). Die Prognose ist günstig für Gesichts-Aktinomykose, ungünstig für die abdominale und meist fatal für die Lungenerkrankung.

S. Kalischer.

3610.

Brandis, H. J., und H. Killian, Pantopon-Magnesiumsulfat, Skopolamin, Avertin. (Zbl. Chir., Nr. 22, 1929.) Verfasser empfiehlt die von der Firma La Roche (Basel) hergestellten Mischampullen von 2 ccm 50prozentigem Magnesiumsulfat und 0,02 Pantopon zur allgemeinen Schmerzlinderung, besonders in der postoperativen Phase, zur Vorbereitung der Lokalanästhesie, zur Vorbereitung für Narkosen, darunter vor allem der Avertinnarkose. Bei der Schmerzlinderung tritt eine Steigerung und eine wesentliche Verlängerung der Pantoponwirkung auf, so daß an Stelle von 2 bis 3 Pantoponspritzen für dieselbe Zeit nur eine einzige Pantopon-Magnesiuminjektion genügt. Zwei Ampullen, im Abstand von etwa

einer halben Stunde injiziert, erzeugen einen leichten Dämmer-schlaf mit nur mäßiger Atemwirkung.

Bei Vorbereitung zur Aethernarkose mit Pantopon-Magnesiumsulfat sank die notwendige Aethermenge um 50%, dabei keine Verlängerung der Schlafdauer. Bei Vorbereitung zur Avertinnarkose mit der Mischampulle wurde in 80% der Fälle Vollnarkose erzielt mit einer Dosis von 0,11 g Avertin pro Kilogramm Körpergewicht.

Walter Grossmann, Berlin.

3611.

Prochnow, Franz, und Desider von Klimkó, Ueber Pernoktonnarkose. (Arch. klin. Chir., 155, 1.) (U. Chir. Univ.-Klinik, Budapest.) Verfasser kommen nach der Beobachtung von 75 Fällen zu folgendem Schluß über die Pernoktonäthernarkose: sie bedeutet eine Ausschaltung des psychischen Traumas und spart Aether. Komplikationen, wie postoperatives Erbrechen, Bronchitis und Lungenentzündung, kommen zwar in geringerem Maße auch bei Pernokton vor. Die Pernoktonnarkose steht hinter den Inhalationsnarkosen zurück, da sie sich unabhängig von unserem Willen fortsetzt und sich nicht rechtzeitig beheben läßt. Sie ist gefährlich, denn sie kann bereits vor Erreichung großer Dosen zur Asphyxie führen. Postoperative Erregungszustände erfordern vermehrtes Personal und gefährden den Kranken durch die Gefahr der Zerrung der Operationswunde, sowie der Spannung und Zerreißung der Nähte. Verfasser glauben, daß das Pernokton in seiner gegenwärtigen Form mit der reinen Aethernarkose und mit der Lokalanästhesie nicht ernstlich rivalisieren kann.

E. Mühsam, Berlin.

3612.

Kienböck, R., Ueber die trockene fibröse (fibrozystische) Form der Knochentuberkulose an Gelenken. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 17.) Die trockene fibröse Form der Knochentuberkulose stellt eine gutartige Form der ossären Gelenkstuberkulose dar. Es handelt sich um eine zentrale Erkrankung mit innerer Zerstörung des Knochens. Die Destruktion wird nicht hochgradig, es besteht keine besondere Neigung zur Verkäsung und Verflüssigung, zu Durchbruch ins Gelenk, es ist eine trockene proliferierende und fibröse Affektion. Es können von der Erkrankung alle Gelenke und Gelenkskomplexe befallen werden; es erkranken zugleich oder bald nacheinander mehrere Stellen. Die Prognose der Erkrankung ist im allgemeinen gut, es kann nach wiederholtem Wechsel in der Stärke der Erscheinungen zu definitivem Rückgang, selbst zur vollständigen Heilung kommen.

Masłowski.

3613.

Jancke, C. E., Behandlung der Schultergelenkversteifung mit dem Abduktionsgipsverband. (Zbl. Chir., Nr. 21, 1929.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der Adduktionskontraktur im Schultergelenk den Gläbnerschen Abduktionsgipsverband. Bei 27 nachuntersuchten Fällen war in 48% der Erfolg gut; in 41% trat eine Besserung ein, und in 11% war das Resultat schlecht, 90% der Kranken überschritt das vierte Dezennium.

Walter Grossmann, Berlin.

3614.

Dieterich, H., Die Ruptur des Meniskus auf Grund der Erfahrungen der Gießener Klinik. (Arch. klin. Chir., 155, 1.) (Chir. Univ.-Klinik, Gießen.) Unfälle und Sportverletzungen gehen heute öfters Gelegenheit, die Ruptur des Meniskus zu beobachten. Die Exstirpation des rupturierten Meniskus wird von vielen Chirurgen geradezu als die Operation der Wahl bezeichnet. Andere (Katzenstein) fordern nach Möglichkeit die Erhaltung des rupturierten Meniskus und seine primäre Naht. Bei der Aetiologie der Meniskusverletzungen spielt das Trauma eine große Rolle, und zwar handelt es sich meist um eine indirekte Wirkung, indem es zu einer maximalen, funktionellen Belastung der Zwischenknorpelscheibe kommt und eine Unterbrechung ihrer Kontinuität resultiert. Bruns Versuche an der Leiche haben gezeigt, daß eine gesteigerte Rotation bei gleichzeitiger Flektion die Voraussetzung ihrer Entstehung ist. Die Behandlung frischer Meniskuszerreißen wird sich zunächst mit der Ruhigstellung des Gelenkes begnügen, um die Resorption eines etwaigen Blutergusses und den weiteren Verlauf abwarten zu können. Bleiben Beschwerden, so ist die Arthrotomie angezeigt; ebenso sollten alle rezidivierenden Fälle operativ behandelt werden. Da bei dauerndem chronischen Reiz bei verschleppten Fällen die Gefahr einer Arthritis deformans besteht, worauf Bircher hinwies, soll durch zu langes Abwarten das Gelenk nicht gefährdet werden, sondern die Arthrotomie ausgeführt werden.

E. Mühsam, Berlin.

3615.

Loewe, O., Die Radikaloperation des Malum perforans der Ferse. (Zbl. Chir., Nr. 22, 1929.) Von den Ueberlegungen ausgehend, die Levy 1910 auf dem Chirurgenkongreß dargelegt hat,

bildete Verfasser für die Therapie des Malum perforans eine Operationsmethode heraus, durch die das zwischen Knochenwucherung und Schuhboden eingepreßte Geschwür von dem Druck des Knochens befreit wird.

Der Kalkaneus wird nach Ausschneidung des Geschwürs durch einen an der Ansatzstelle der Achillessehne beginnenden und über das Tuberc. calcanei zum Cuboides verlaufenden Längsschnitt freigelegt. Es wird sodann vom Kalkaneus ein auf der Spitze stehendes etwa rechtwinkliges Dreieck mit dem Meißel weggeschlagen. Nach der Entfernung des Knochenstückes gelingt es, die Wundränder miteinander gut zu vernähen.

Verfasser hat in 3 Fällen, darunter bei 2 Tabikern, durch diese Methode Heilung erzielt. Die Gehfähigkeit wird nicht beeinträchtigt, der Defekt des Kalkaneus läßt sich durch ein Keilkissen aus Schwammgummi recht gut ausgleichen.

Walter Grossmann, Berlin.

3616.

Fenkner, Betrachtungen über die Entstehung der Wirbelsäulenverbiegungen und ihr Verhältnis zur Spätrachitis. (Arch. klin. Chir., 155., 1.) Verfasser weist darauf hin, daß die Wirbelsäulenverbiegungen, sobald sie deutlich zu erkennen sind, ein schwer zu heilendes Leiden darstellen. Sie müssen daher möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Oft liegt den Wirbelsäulenverbiegungen eine meist nur an bestimmten Knochen nachweisbare Spätrachitis zugrunde. Sie kann an der Wirbelsäule bestehen, ohne röntgenologisch nachweisbar zu sein. Da die Rachitis nicht nur eine Knochenerkrankung ist, sondern sich bei ihr auch oft Muskelsymptome finden, ist die Beachtung der Muskelerkrankungen oft ein wichtiger, diagnostischer Hinweis. Bekämpfung der Rachitis im ersten Stadium kann für den weiteren Verlauf der Wirbelsäulenverbiegungen von großer prognostischer Bedeutung sein. Die neueren Methoden der Bestimmung von Blutkalk und Blutphosphor bieten vielleicht eine Handhabe zur exakten Rachitisdiagnose.

E. Mühsam, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3617.

Sampson, I. A., Infizierte endometriale Ovarialzysten. Bericht über 3 Fälle, darunter 2 doppelseitigen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Im ersten geschilderten Falle waren in beiden Ovarien endometriale Zysten vorhanden. Die Zysten waren infiziert mit einem gramnegativen Bazillus, der zahlreiche Kulturmerkmale der Paratyphusgruppe aufwies. Ein ähnlicher Organismus fand sich im Urin. Die Bakterien waren offenbar durch den Blutstrom zu den Zysten gelangt. Die primäre Infektionsquelle wurde nicht ermittelt.

Im zweiten Falle fanden sich ebenfalls in beiden Ovarien endometriale Zysten. Die Kulturen zeigten kein Wachstum, aber ein grampositiver Kokkus war in den Abstrichen aus dem Zysteninhalt sowie in den Gewebsschnitten zu finden. Die abdominale Operationswunde infizierte sich mit einem ähnlichen Organismus. Die Infektion der Zysten war auch hier anscheinend auf dem Blutstrom erfolgt, eine primäre Quelle war nicht aufzufinden.

Im dritten Falle war eine große endometriale Zyste des linken Ovars mit faulig riechendem, eitrigem, blutigem Inhalt vorhanden, die mit dem Sigmoid fest verwachsen war. Kulturen und Abstriche wurden nicht gemacht. In den Schnitten sah man gramnegative Bazillen. Es kann sein, daß diese Zyste vom Sigmoid aus infiziert wurde, doch wäre auch eine Infektion vom Blutstrom aus denkbar. In allen Fällen waren die Tuben offen und normal. Man kann also annehmen, daß sich endometriale Ovarialzysten leicht infizieren. Ihr blutiger Inhalt enthält oft nekrotische Gewebstückchen, mit ihrer Reaktion auf die Menstruation ist immer ein Trauma verbunden, eine Epithelauskleidung fehlt oft an Teilen der Zyste. Dies alles prädisponiert zum Eindringen von Bakterien von irgendeinem Kanal her, vor allem aus dem Blutstrom. Der Infektionsweg durch die Tuben wird überschätzt. Nur ein Fall von Gonokokkeninfektion des Inhalts einer Ovarialzyste ist in der Literatur beschrieben.

Hans Hirsch, Köln.

3618.

Helvestine und Farmer, Die Infiltration der Cervix uteri mit löslichem Merkurochrom bei der Behandlung der Zervicitis und Endozervicitis. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Um eine keimtötende Substanz an die Basis der Zervikalkanäle zu bringen, bis zu der bei der gewöhnlichen medikamentösen Behandlung der Zervicitis das Heilmittel kaum vordringt, infiltrierten die Verfasser die Zervix mit 2prozentiger wäßriger Merkurochromlösung. Nach Einsetzen eines Spekulum und Anheften der Portio wird eine an einer Spritze befestigte lange Kanüle an der Grenze zwischen Zervix und Stroma

parallel dem Zervikalkanal eingestochen, das ist im allgemeinen $\frac{1}{2}$ cm vom Os externum nach außen, und es werden einige Tropfen der Lösung im Gewebe deponiert. An vier Punkten der Peripherie wird eingestochen, an den nächsten Behandlungstagen an anderen dazwischenliegenden Stellen. Die Behandlungsintervalle betragen 5 bis 7 Tage. Die Erfolge waren gute. Bei Zervicitis mit Erosion waren 6 bis 8 Behandlungen, bei Gonorrhöe durchschnittlich 18 Behandlungen zur Heilung nötig.

Hans Hirsch, Köln.

3619.

Ende, Frank M., Koagulation durch Diathermie bei Zervicitis mit Hilfe einer neuen Elektrode, zugleich ein Bericht über die Resultate bei 200 Fällen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) In hartnäckigsten Fällen von Zervicitis ist die Koagulation der Zervikalschleimhaut das Mittel der Wahl. Die Größe der Einwirkung eines Kauters ergibt sich aus dem Produkt der zerstörenden Kraft und der Zeitdauer der Einwirkung. Der Hitzeegrad des gewöhnlichen Thermokauters ist aber nicht abschätzbar, denn die Farbe der glühenden Spitze, nach der man gewöhnlich die erreichte Hitze einschätzt, erscheint verschieden bei verschiedener Beleuchtung. Der Hitzeegrad ist auch in der Tiefe der Zervix ein anderer, geringerer als vor dem Muttermund. Hier schafft die Diathermieelektrode Abhilfe. Beim Gebrauch einer aktiven und einer großen inaktiven Elektrode ist wieder die verschiedene Dicke des Patienten und damit der verschiedene elektrische Widerstand als unsicherer Faktor einzusetzen. Das wird vermieden durch Anwendung zweier aktiver dünner Elektroden mit geringem Abstand. Der Verfasser beschreibt ein von ihm gebrauchtes Modell, dessen koagulierende Kraft in einem Röhrchen mit Hühnereiß gemessen wird. Die Zeitdauer der Einwirkung richtet sich nach der Länge der Zervix, die Nekrose geht 2 mm tief. Beide Elektroden an einem Halter werden in die Zervix eingeführt, vier Längsstriche an der Zervixinnenwand, vorne, hinten und an beiden Seiten gezogen, oder die Elektroden werden an der Innenwand rotierend vorbeigeführt. Der Zervikalschleim ist kein Hindernis, fördert im Gegenteil den elektrischen Kontakt. Am dritten Tage stößt sich nach stärkerer wäßriger Sekretion ein Schorf ab. In 14 Tagen epithelisieren sich Erosionen wieder, während die Zervixinnenwand längere Zeit braucht. Vor Abstoßung des Schorfes wird mit Gaze drainiert, die mit proteolytischem Enzym getränkt ist, später werden tägliche Scheidenduschen vorgenommen. Die Resultate waren gute. Die Narben waren dünn und elastisch.

Hans Hirsch, Köln.

3620.

Moench, Untersuchung über die Beziehung der Morphologie der Spermien zur Fruchtbarkeit mit Hilfe der Mikrodisektion. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Um zu entscheiden, ob die im Sperma sich häufig findenden Doppelbildungen der Spermien nur z. B. durch Verklebung entstehende Kunstprodukte oder echte Varietäten sind, versuchte der Verfasser, durch Mikromanipulation unter dem Mikroskop mittels feiner Glasnadeln die Leiber solcher Spermien zu trennen, was aber nicht gelang, ohne daß wenigstens in dem einen der Spermien ein Defekt entstand. Die zu beobachtenden, zu einem Knäuel aufgerollten Samenfäden lassen sich künstlich erzeugen durch Zusatz von destilliertem Wasser zum Sperma. Auffallend war die relativ große Elastizität der Spermienköpfe, vor allem der aus schon mehrere Tage altem Sperma, aber auch aus frischem. Die Köpfe konnten mit den Nadeln erheblich in die Länge gezerrt werden und kehrten dann in die ursprüngliche Form zurück. Zugespitzte Spermienköpfe sind weniger elastisch. Ihr Halsstück ist auch zerbrechlicher.

Hans Hirsch, Köln.

3621.

Stimson und Jones, Die Blutkörperchensenkungsprobe in der Gynäkologie. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Die graphische Aufzeichnung ist ein ausgezeichnetes Mittel, die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit zu interpretieren. Reine diagnostische Schlüsse lassen sich aus der Reaktion nicht ziehen, doch stellt sie eine empfindliche Methode dar, das Vorhandensein von Entzündung und Gewebszerstörung zu erkennen. Sie ist hierin sicherer als die Temperaturkurve oder die Leukozytenzahl. Bei entzündlichen Beckenerkrankungen zeigt eine Senkung von 20 mm oder weniger in der Stunde, daß ein chirurgischer Eingriff gestattet ist. Bei früher, nicht geplatzter und unkomplizierter Extrauterin-gravidität ist die Senkungsgeschwindigkeit gering. Sie ist aber kein Differentialdiagnostikum zwischen Appendizitis, Pyosalpinx und Tubarruptur. Bei Karzinomen entspricht die Senkungsgeschwindigkeit dem Gewebszerfall. Vermehrte Geschwindigkeit bei Myomen läßt entzündliche Komplikationen erwarten.

Hans Hirsch, Köln.

3622.

Tietze, K., Zur Behandlung der Urininfektion der Frau mit hohen Urotropingaben per os. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 30.) (Universitäts-Frauenklinik, Kiel.) Die von Schulten vor-

geschlagene Behandlung der Infektion der ableitenden Harnwege mit hohen Urotropingaben per os (bis 12 g pro die) bei gleichzeitiger starker Ansäuerung des Urins wurde bei 30 Patientinnen angewandt. Aber die Erfolge waren sowohl bei Fällen mit Gravität wie solchen ohne Gravität keineswegs befriedigend. Nach wie vor ist der lokalen Behandlung der Harnwege (Ureterenkatheterismus, Dauerdrainage der Blase und Spülungen mit desinfizierenden Lösungen, wie Argentum nitricum und Collargolinstallationen usw.) der Vorzug zu geben. Arnold Hirsch, Berlin.

3623.

Kallmann, Dagobert, Ein Fall von Avertintod. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Gynäkologisch-geburtshilfliche Abt. des Krankenhauses Berlin-Lankwitz.) Es wird ein Todesfall bei einer Alexander-Adamsoperation beschrieben, bei welchen das Avertin, trotz richtig zubereiteter und dosierter Lösung verhängnisvoll gewirkt haben muß, ob durch Versagen der Leber bei der Entgiftung oder der Nieren bei der Ausscheidung, ließ sich auch durch Autopsie und mikroskopische Untersuchung der Organe nicht belegen. Die Annahme, daß die Nieren aus einem noch unbekannten Grunde versagt haben, erhält eine Stütze durch die 17½ Stunden nach dem Eingriff leere Harnblase und die Ausscheidungsherde im Magen und Dickdarm. Arnold Hirsch, Berlin.

3624.

Titus, Paul, und E. W. Willets, Schwankungen des Blutzuckers bei Eklampsie. Das Verhältnis zwischen den Schwankungen des Blutplasmazuckers und des Blutzellzuckers in kurvenmäßiger Darstellung. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) In früheren Veröffentlichungen haben die Verfasser auf starke Schwankungen des Blutzuckers bei Eklampsie hingewiesen. Den Konvulsionen ging fast stets ein scharfer Abfall des Blutzuckers voraus. Diese Perioden der plötzlich erniedrigten Werte bezeichneten die Verfasser als „relative Hypoglykämie“. Hiermit stellten sie eine Beziehung zwischen den Konvulsionen der Eklampsie und einer Störung des Kohlehydratstoffwechsels fest. Sie fanden ähnliche, aber viel langsame Zustände kommende Blutzuckerwerte in der frühen Schwangerschaft bei Hyperemesis gravidarum. Sie bestimmten neuerdings den Blutzucker getrennt im Plasma und in den Zellen und kommen zu dem Schlusse, daß der mobilste Teil des zirkulierenden Zuckers im Plasma enthalten ist. Erst wenn die Blutzellen ihres Zuckers beraubt sind, tritt eine Konvulsion ein. Das erste Zeichen der Erholung ist ein Anwachsen des Plasmazuckers, wahrscheinlich aus den Leberdepots. Hiernach sinkt der Plasmazucker wieder ab, währenddem der Zellzuckergehalt ansteigt. Diese Fluktuationen können ebenso wie die eklampischen Anfälle durch Morphin subkutan und hypertensive Dextroselösung intravenös abgestoppt werden. Diese bisher empirisch angewandten Maßnahmen bekommen so eine mehr spezifische Bedeutung.

Hans Hirsch, Köln.

3625.

Stander und Harrison, Kohlehydratstoffwechsel bei Eklampsie. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) (Geburtshilfliche Abteilung der Johns-Hopkins-Universität, Baltimore.) In der Mehrzahl der Eklampsiefälle, von denen 78 untersucht wurden, besteht eine Tendenz zur Hypoglykämie. Im allgemeinen bleibt der Blutzuckerspiegel während der Erkrankung ziemlich konstant. Da keine relative Hypoglykämie vorhanden ist, kann eine solche nicht zur Erklärung der Entstehung der eklampischen Krampfanfälle herangezogen werden, was von Titus versucht worden ist. Die eklampischen Konvulsionen sind nicht zu vergleichen mit den hypoglykämischen Krämpfen nach Insulininjektion. Im Anschluß an eklampische Konvulsionen kommt es zu einer leichten Vermehrung des Blutzuckers. Eine Patientin kann eklampische Anfälle bei verschieden hohem Blutzucker haben. Der Blutzuckerspiegel wird durch die Anfälle nicht erheblich beeinflusst.

Therapeutisch wurden, wenn das CO₂-Bindungsvermögen des Blutes auf 25 Volumprozent oder weniger absank, um die Azidosis zu bekämpfen, 15 bis 20 Einheiten Insulin mit einer Schutzdosis von Glukose (2,0 auf 1 Einheit) mit gutem Erfolg gegeben.

Hans Hirsch, Köln.

3626.

Cornell, Blutdruckmessungen bei 1000 schwangeren Frauen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Die untersuchten Frauen wurden in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe A: solche mit einem systolischen Blutdruck unter 129, Gruppe B: solche zwischen 130 und 139 und Gruppe C: solche über 140 mm Hg. Bei Gruppe A ist der Blutdruck die Schwangerschaft hindurch niedriger als bei normalen nichtschwangeren Frauen. Es ist praktisch keine Veränderung in den Durchschnittswerten von einem Monat zum anderen vorhanden, da das Minimum 108,744 und das Maximum 113,148 ist. In Gruppe B erscheinen die potentiell toxischen Fälle. Diese Frauen verlangen mehr Aufmerksamkeit, als ihnen gewöhnlich zuteil wird, da sich ein

bestimmter Prozentsatz als toxisch erweist. In Gruppe C treten die toxischen Fälle auf. Unter der untersuchten Serie war kein Fall von Eklampsie. Die Durchschnittswerte aller Fälle waren etwas niedriger als gewöhnlich angegeben. Immerhin hatten 176 Frauen unter 1000 einen Blutdruck von 140 und mehr.

Hans Hirsch, Köln.

3627.

Mazer, Charles, und Jacob Hoffmann, Ueber das Auftreten von Ovarial- und Hypophysenvorderlappenhormon im Urin schwangerer Frauen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Die Verfasser versuchten, durch Nachweis von Ovarialhormon im Frauenurin mittels Injektion des Urins bei kastrierten erwachsenen Mäusen eine Schwangerschaftsprobe zu schaffen. Von 143 schwangeren Frauen des ersten bis dritten Monats war die Probe in 119 Fällen positiv, in 24 negativ. In der ersten Woche nach Ausbleiben der Menstruation war die Reaktion unter 18 Fällen in 6 Fällen negativ, in der zweiten Woche unter 22 in 7, in der dritten Woche unter 25 in 4. Im ganzen ergeben sich also 20% Fehlergebnisse, und um so mehr, je jünger die Schwangerschaft ist: Bei 128 nichtschwangeren Frauen war die Reaktion in 2 Fällen positiv, einmal bei Entzündung im Becken, das andere Mal ohne besonderen Befund. Negativ war sie in 126 Fällen. Mit der Aschheim-Zondekschen Methode des Hypophysenvorderlappenhormonnachweises und der Siddallschen Schwangerschaftsprobe, die in der Injektion von Schwangerserserin bei nichtschwangeren Tieren und Nachweis der hierauf folgenden Uterusvergrößerung besteht, haben die Verfasser keine größere eigene Erfahrung.

Hans Hirsch, Köln.

3628.

Mras, Unsere Erfahrungen mit alten Erstgebärenden. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 28.) Unter 20000 Gebärenden befanden sich 117 jenseits des 40. Lebensjahres. Bei diesen wurden folgende Erfahrungen gemacht: Bei normaler Kindeslage ist die Prognose günstig, selbst wenn der allgemeine somatische Zustand dem eines vorzeitigen Greisentums entspricht. Für die Entbindung wird ein rein zuwartendes Verhalten empfohlen; nur bei ausgesprochener Starrheit des Muttermundes müssen Muttermundeinkerbungen gemacht werden. Bei vaginal operativen Entbindungsmethoden bestehen dieselben Indikationen und die gleiche Prognose wie bei Jüngeren. Bei Beckenlagen alter Primiparar mit vorzeitigem Blasensprung soll baldigst die Schnittentbindung vorgenommen werden. Mit chronischen organischen Leiden, namentlich Herzleiden, behaftete Frauen sollen vor Spätgeburt eher bewahrt bleiben.

Ernst Pick, Wien.

3629.

Loiseaux, Leon S., Die Zervix unter der Geburt. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Die sich nicht erweiternde Zervix ist eine der Hauptschwierigkeiten, die unter der Geburt in Erscheinung treten können. Während der Eröffnungsperiode, aber auch nur während dieser, empfiehlt der Verfasser einen Ultrakonservatismus. Kleine Gaben von Morphin oder anderer Analgetika setzen den psychischen Schock und die Schmerzempfindlichkeit herab und verstärken häufig die Wehentätigkeit. Ihre Anwendung ist daher während der Eröffnungsperiode sehr zu empfehlen. So früh wie möglich soll die Wahl zwischen dem abdominalen oder vaginalen Entbindungsweg getroffen werden, denn die Mortalität der Kaiserschnitte ist proportional der Dauer der Wehentätigkeit. Ist die Entscheidung für künstliche Entbindung gefallen, dann soll diese möglichst in einem Zug durchgeführt werden. Die Metreuryse hat große Nachteile. Sie ist von der Kontraktilität des Uterus abhängig, sie kann einen Krampfzustand des unteren Uterinsegmentes herbeiführen. Bei toxischem Uterus verfehlt sie häufig ihren Zweck, da der Uterus nicht genügend reizbar ist. Sie verschiebt den vorliegenden Teil, verlängert die Geburtszeit und trägt zur Infektion bei. Häufigere Anwendung verdienen statt dessen die Krokolaparotomie, der vaginale Kaiserschnitt und zervikale Inzisionen. Die Kräfte der Gebärenden soll man durch geeignete Ruheintervalle und Zufuhr von Zuckerlösungen und Getränken aufrecht erhalten.

Hans Hirsch, Köln.

3630.

Wilens, Ira, Die Beckenfaszie als Geburtshindernis. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Bei Frauen mit sogenanntem männlichem Beckentyp, schweren Knochen, langer und hoher Symphyse und mangelhafter Beckenneigung findet man die Fascia pubouterina ungewöhnlich zäh und fest. Bei diesen Frauen, die nicht schnell gravid werden, ist die Geburt verlängert, die Zervixdilatation verzögert, und die Retraktion der Zervix tritt nicht ein, da sie durch die Unelastizität dieses Faszienplanums behindert wird. Der vorliegende Teil kann nicht eintreten. Das Hindernis wird erst durch spontanes oder artifizielles Einreißen der Faszie (z. B. beim Forzeps) beseitigt. Dann geht die Geburt meist leicht vonstatten. Nach der Entbindung bildet sich meist eine Zystozele aus, die

durch die Verletzung der tragenden Faszie entsteht. Die folgenden Geburten sind dann in der Regel leicht. Es ist wichtig, die Differentialdiagnose zwischen engem knöchernen Becken und faszialer Behinderung des Geburtsvorgangs zu stellen. Da die Entbindung oft mit ausgedehnten Weichteilverletzungen einhergeht, ist es zweifelhaft, ob die Entbindung per vias naturales als Methode der Wahl zu gelten hat. Wird die Diagnose gestellt, bevor Manipulation per vaginam vorgenommen worden sind, so ist die Sektio vorzuziehen, weil sie den geringeren Schaden verursacht.

Hans Hirsch, Köln.

3631.

McDonald, Appendizitis in der Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) In einem Fall von akuter Appendizitis bei beginnender Geburt nach Blasensprung bei einer Zweitgebärenden wurde die Geburt durch manuelle Erweiterung der Zervix und Wendung und Extraduktion des Kindes mit nachfolgender spontaner Ausstoßung der Plazenta beendet. Es wurde sofort vom Para-ektalschnitt aus laparotomiert, die von einem freien eitrigen Exsudat umgebene Appendix entfernt und die Bauchhöhle drainiert. Die Patientin genas ohne Komplikationen. Wiederholte appendizitische Attacken, die auch in diesem Falle vorhanden waren, sind während der Schwangerschaft häufiger als außerhalb derselben infolge der Obstipation, der Stase und der Verlagerung des Zökums. Die letztere ist auch der Grund, warum es in graviditate weniger zur umschriebenen Abszeßbildung und häufiger zur diffusen Peritonitis kommt. Gelegentlich kann die Entzündung durch die rechte Tube zum Endometrium weitergeleitet werden. Erbrechen und Uebelkeit werden häufig als Schwangerschaftssymptome gedeutet, und deshalb kommt es leicht zur Verzögerung der Operation, die während der Schwangerschaft wegen der größeren Peritonitisgefahr ganz besonders indiziert ist. Prüfung auf Leukozytose ist wichtig. Pyurie oder Bazillurie muß nicht notwendig die Diagnose Pyelitis bedeuten, die zuweilen fälschlicherweise gestellt wird. Mit der Dauer und Heftigkeit der Appendizitis wächst die Tendenz zum Abort. Der schädigende Einfluß des Aborts oder der Geburt auf den peritonealen Krankheitsprozeß wird überschätzt. Bei milden Fällen ist die Wehentätigkeit ohne Schaden, bei freier Peritonitis hat sie dagegen nach der Statistik einen ungünstigen Einfluß und verschlechtert die Prognose. Doch sind in die Statistik auch viele Fälle einbegriffen, bei denen der Abort die Folge, nicht die Ursache der allgemeinen Peritonitis war. Die sofortige Entleerung des Uterus hat Vorteile, wenn der Abort oder die Geburt zur Zeit der Operation oder der Rekonvaleszenz bevorsteht. Andernfalls soll man die Schwangerschaft weiterbestehen lassen. Der Entbindungsweg der Wahl ist der vaginale, der weit größere Sicherheiten vor Infektion bietet. Von geschickter Hand kann die vaginale Entbindung schnell und sicher durch manuelle Erweiterung oder vaginale Sektio der Zervix mit nachfolgender Wendung und Extraduktion oder durch Forzeps durchgeführt werden. Die Prognose ist besser, wenn die Entbindung bis zur Wiederherstellung hinausgeschoben werden kann.

Hans Hirsch, Köln.

3632.

Pankow, O., Diagnose und Behandlung der Tubargravidität. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 7.) Die Tubargravidität hat nach dem Kriege merklich zugenommen. Es mehren sich Beobachtungen, daß praktische Aerzte nach Ausbleiben der Menses und Auftreten von Blutungen Ausschabungen vornehmen und die Möglichkeit einer Tubargravidität nicht berücksichtigen. Hier kann der Eingriff für die Kranken oft verhängnisvoll werden. Durch die langanhaltenden, wenn auch geringfügigen Blutungen wird die bakterizide Kraft des Vaginalsekrets herabgesetzt, die pathogenen Keime können sich entwickeln, auch im Anschluß an eine Abrasio sehr leicht zur Sepsis führen. Auch eine schwere innere Blutung kann durch eine Abrasio verursacht werden. Deshalb ist auch vor den bewußt vorgenommenen Ausschabungen zu diagnostischen Zwecken zu warnen. Als Hilfsmittel der Klinik kann sie neben der Probepunktion Verwendung finden, wo die Möglichkeit besteht, eine Operation sofort anzuschließen. In der Außenpraxis ist die Punktion nicht ganz ohne Gefahr. Wichtig ist, daß man eine dicke Nadel wählt, da man hier beim Ausblasen des Kanüleninhalts Blut, gerinnsel finden kann, wodurch die Diagnose sichergestellt ist. Die Diagnose einer intakten Extrauterinravidität ist in den ersten zwei Monaten nicht zu stellen. Bisweilen ist sogar bei weiterem Bestand der Uterus so vergrößert, daß man an eine intrauterine Gravidität glauben kann. Am leichtesten ist die Diagnose bei der akut einsetzenden Tubenruptur, wenn aus bestem Wohlbefinden heraus plötzlich die Katastrophe eintritt. Charakteristisch ist die der Blutung nachfolgende Anämie und die durch die Blutung hervorgerufene peritoneale Reizung. Geklärt wird die Diagnose durch eine infolge der Blutung entstehende Dämpfung und die bisweilen auftretende Verfärbung des Nabels. Differentialdiagnostisch muß man an ein perforiertes Ulkus denken. Mitunter werden innere

Blutungen durch geplatzte Venen oder auch bei der Ovulation beobachtet, bisweilen herrscht das Bild der Perforationsperitonitis vor, die durch erhöhte Temperaturen und Hyperleukozyten vorgetauscht wird. Die Diagnose des Tubenaborts ist viel schwieriger. Die sorgfältige Aufnahme der Anamnese kann hier zu Ziele führen. Leider sind hier die Angaben der Frau oft sehr ungenau. Häufig sind die Schmerzen in der betreffenden Seite das einzige, was an die Möglichkeit einer Extrauterinen denken läßt. Temperaturerhöhungen infolge Resorption des ergossenen Blutes dürfen nicht als Zeichen einer entzündlichen Erkrankung ohne weiteres gedeutet werden. Auch hier bringt die Punktion oft die Entscheidung, ob es sich um einen Douglasabszeß oder eine Hämatozele handelt. Man hat vorgeschlagen, hier die diagnostischen Merkmale heranzuziehen, die wir für das Bestehen einer Schwangerschaft verwenden können. In vielen Fällen werden diese Methoden versagen, da das Ei bereits abgestorben ist. Auch die neueste Hormonprobe von Zondek-Ashheim versagt hier. Es werden demnach immer noch Fälle bleiben, die sich einer sicheren Diagnose entziehen. Denkt man bei diesen unklaren Fällen an die Bauchhöhlenschwangerschaft, so ist hier die Punktion in der Klinik wiederum sehr wertvoll. Therapeutisch kommt nur die operative Behandlung in Frage, wobei man bisweilen die Tuben erhalten kann. Der Praktiker muß wissen, daß trotz des schlechten Aussehens der Kranken ein Transport möglich ist, da es sich oft weniger um die Folgen des Blutverlustes als um einen schweren peritonealen Schock handelt. Kommt es zur Verjauchung einer Hämatozele, so genügt die Eröffnung vom hinteren Scheidengewölbe aus. Die konservative Behandlung erfordert meist sehr viel Zeit und fesselt die Frau monatelang ans Bett.

Kosminski, Berlin.

3633.

Martens, M., Ueber den Zeitpunkt und die Technik der Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Krankenhaus Bethanien, Berlin.) Wenn nach einem Abort oder einer Entbindung der Uterus spontan oder operativ entleert ist, wenn dann alle Eingriffe, auch Untersuchungen, Transporte unterblieben sind und trotzdem bei strenger Bettruhe mit steilen Temperaturen ein Schüttelfrost eintritt, bei Ausschluß anderer Erkrankungen (Pneumonie, Endokarditis, Erysipel), wenn womöglich schon die Thromben in einem oder beiden Parametrien oder die der Spermatika schon in der unteren Bauchgegend zu fühlen sind, dann ist sofort zu operieren. Auch wenn schon Metastasen oder überhaupt entzündliche Erscheinungen, z. B. in den Lungen — Pneumonie oder Pleuritis — vorhanden sein sollten, soll man nach Ansicht Martens doch noch die Operation versuchen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3634.

Holtz, Folke, Thymophysin als wehenverbesserndes Mittel bei primärer und sekundärer Wehenschwäche. (Hygiea, Nr. 12, 1929.) Thymophysin, eine Mischung von Hypophysin und Thymus-extrakt, wurde intramuskulär in Dosen von 1 bis 2 ccm gegeben und verbesserte sowohl die Öffnungs- wie die Austreibungsphase der Entbindung. Es versagt, wo keine Wehen vorhanden sind oder die Uterusmuskulatur nach zu langer Anstrengung übermüdet ist. Auch bei dem Partus praematurus wie bei dem Abort scheint es günstig zu wirken. Die Plazentalösung geht nach Thymophysin-anwendung normal vor sich, ebenso wie die Nachblutung. Bei der Anwendung von 2 ccm kann Asphyxie des Fötus eintreten, daher beginne man mit $\frac{1}{2}$ bis 1 ccm. Thymophysin steigert wie die anderen Hypophysispräparate den Blutdruck. Es ist bei primärer wie sekundärer Wehenschwäche mit hochstehendem Teil des Fötus zu empfehlen sowohl in der Öffnungs- wie der Austreibungsperiode. Es ist kontraindiziert, wo zu kräftige Wehen oder gesteigerter Blutdruck für Herz, Lunge, Uterus gefährlich werden können.

S. Kalischer.

3635.

Copper, Hirnblutung durch Geburtstrauma bei unausgetragenen und unreifen Kindern. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 1.) Die elastischen Gewebe entwickeln sich am spätesten im Körper. Unreife und unausgetragene Kinder sind daher arm an elastischem Gewebe und zu Gefäßtraumen und Hämorrhagien disponiert. Die Disposition ist um so größer, je geringer das Geburtsgewicht ist. Nicht der vielfach angeschuldigte Forzeps ist die Ursache der zerebralen Blutung, sondern eher die Schäden einer langdauernden Geburt. Schulzesche Schwingungen wirken oft blutungsauflösend. Die Dura haftet bei unreifen Kindern dem Schädeldach fester an, deshalb sind Dura- und Tentoriumrisse bei ihnen seltener als bei ausgetragenen Kindern. In der Gehirnschubstanz selbst sind die Blutungen meist mikroskopisch. Die makroskopischen Blutungen sind piaie oder arachnoidale und finden sich entlang dem Sinus longitudinalis und dessen Aesten oder unter dem Kleinhirn. Auch weniger auffällige Symptome, wie zu große Somnolenz oder In-

somnolenz, vieles Schreien, Verweigerung des Saugens, wiederholte Attacken von Zyanose, inspiratorischer Stridor, Nystagmus, Ptosis usw., sollten auf Gehirnblutung verdächtig sein. Auch Hyperthermie kann auf eine intrazerebrale Blutung zurückzuführen sein. Therapeutische Maßnahmen sind intramuskuläre und intraperitoneale Injektionen von Blut oder Serum und Lumbalpunktionen, die alle 12 bis 24 Stunden wiederholt werden, bis klarer Liquor kommt. Eine „trockene“ Lumbalpunktion kann dadurch verursacht werden, daß die Punktionsnadel die locker anhaftende Dura vor sich herschiebt, ohne sie zu durchbohren. Spitzere Nadel und Punktieren am sitzenden Kinde können Abhilfe schaffen. Die Prognose der Kinder mit Hirnblutung ist trübe. Sie bleiben, wenn sie genesen, unter dem Durchschnitt in Länge und Gewicht. Der Verfasser fand unter den genesenen 5% Epilepsie, 5% Little'sche Krankheit, 7% Idiotie und Imbezillität, viele Fälle von psychischem Infantilisimus, Zurückbleiben in der Schule und potentielle Kandidaten für Heime für Geistesschwache. Die Geburt soll daher, wenn eben möglich, bis zum normalen Ende hinausgezögert werden. Statt der künstlichen Frühgeburt ist die Sectio caesarea am Platze.

Hans Hirsch, Köln.

3636.

Szellö, F., Ueber die Diagnose des in der Gebärmutter eingetretenen Absterbens der Frucht mittels Röntgenfotografie. (Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1929.) Verfasser berichtet über einen Fall der Pécs-er geburtshilflichen Universitätsklinik, der ihm Gelegenheit bot, die Angaben Spaldings durch mehrere Röntgenaufnahmen zu kontrollieren. Nach Spalding bedeutet auf der von der intrauterin liegenden Frucht verfertigten Aufnahme: die in ununterbrochenen Bogen verlaufende Linie der Schädelknochen; deren reguläre gewölbte oder eiförmige Gestalt, das Vorhandensein einer lebenden Frucht; dagegen bedeuten die schindelartige Aufeinanderlagerung der mobilen Schädelknochen und die von Späglér beschriebene Abflachung des Schädeldaches sowie die hochgradige Einbiegung der Wirbelsäule eine kadaverisative Gewebssaftabsaugung mit postmortaler Schrumpfung und die Lösung des Gewebstonus, demnach das Absterben der Leibesfrucht. Letztangeführte Merkmale ermöglichen daher, das intrauterine Absterben des Kindes schon vor dem Eintritt der Geburt diagnostizieren zu können. Diese Anzeichen sind, vom siebenten Monate der Schwangerschaft angefangen, immer schärfer zu erkennen, wobei bei vor längerer Zeit erfolgtem Fruchttod bzw. deren Mazeration obige Kennzeichen noch durch die Röntgenzeichen der Dekalkination ergänzt werden (Auseinanderklaffen der Schädelknochen, Undeutlichkeit der Knochengrenzen durch unscharfes oder verschwommenes Bild der Konturen usw.).

Bei dem mitgeteilten Falle Szellös handelte es sich um eine 42jährige Sechstgebärende am 316. Tage ihrer Schwangerschaft mit der Angabe, daß sie seit 10 Tagen keine Kindesbewegungen verspürt hätte. Die damals angefertigte Röntgenaufnahme zeigte die charakteristische schindelartige Aufeinanderlagerung der Schädelknochen. Die am 338. Tage — also 32 Tage nach dem Aufhören der Fruchtbewegung — und am 340. Tage abermals verfertigten Aufnahmen zeigten neben der größeren Prägnanz dieses diagnostischen Symptoms auch die Abflachung des zusammengefallenen Schädeldachgewölbes, die Tiefenabweichung der Schädelknochen, die sehr auffallende Verkrümmung der Wirbelsäule und die verschwommenheit der Knochenkonturen deutlich. Das am 345. Tage der Schwangerschaft geborene, stark mazerierte, reife Kind männlichen Geschlechtes bestätigte die Röntgendiagnose.

Die Beobachtungen Szellös bestärken demnach die Angaben Spaldings, welche daher eine weitere eingehende Nachprüfung verdienen.

E. J. László, Budapest.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

3637.

Beselin, Zur Entstehung und Behandlung der Ozaena. (Arch. Ohren- usw. Heilk., 121., Heft 3/4.) B. prüfte an Azaenakranken die Angabe von Beck nach, daß die Ozaena auf einer Störung der inneren Sekretion der Schilddrüse beruhe, ferner die von Fleischmann, der eine Verarmung an Cholesterin ätiologisch beschuldigt und ferner die von Glascheib, der Mangel an fettlöslichem Vitamin als Ursache annimmt. Diese Ansichten konnten nicht bestätigt werden. Vielmehr beruht die Ozaena wohl auf einer erblichen Konstitution der Schleimhaut. In therapeutischer Beziehung ist deshalb hauptsächlich auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse der Kinder der armen Bevölkerung, auf die Behandlung der Kinderkrankheiten, die mit Nasenerkrankungen einhergehen, und auf die Behandlung etwaiger Syphilis Wert zu legen.

Hesse, Königsberg.

3638.

Berberich und Fineberg, Apoplexie und Schwerhörigkeit, zugleich ein Beitrag zur Innenohrschwerhörigkeit. (Arch. Ohren- usw. Heilk., 121., Heft 3/4.) Während man früher immer die Arteriosklerose für die Apoplexie verantwortlich machte, ist man neuerdings zu der Ansicht gelangt, daß dieses nur in wenigen Fällen der Fall ist. Vielmehr kommen hier Diapedeseblutungen ursächlich in Betracht, die unabhängig von arteriosklerotischen Erkrankungen sind. Ferner kommt die Hypercholesterinämie bei der Entstehung der Hypertonie und Arteriosklerose ursächlich in Frage. Es konnte von den Autoren gezeigt werden, daß die sogenannte Altersschwerhörigkeit, die Schwerhörigkeit bei Hypertonien, bei Nephritis, bei Diabetes ihren gemeinsamen ätiologischen Faktor in der Hypercholesterinämie des Blutes haben. Hierfür spricht auch die Ablagerung von Lipoiden im Bereiche des Gehörorgans in diesen Fällen von Schwerhörigkeit.

Die Untersuchung an 47 Apoplektikern ergab, daß immer eine Innenohrschwerhörigkeit vorlag, die beide Seiten gleichmäßig betrifft. Der Grad der Schwerhörigkeit ist wechselnd und steht nicht im Zusammenhang mit der überstandenen Hirnblutung. Otologisch fand sich bei den Patienten ein typischer Arcus lipoidus des Trommelfelles und der Hornhaut oder eine diffuse Trübung des Trommelfelles, die sich histologisch als Verfettung (Ablagerung von Cholesterinestern und Neutralfetten) erwies. Es wurden 19 Fälle von Apoplexie, Diabetes, Arteriosklerose, Nephritis pathologisch-anatomisch verarbeitet. Bei 6 dieser Fälle konnte klinisch noch vor dem Tod durch Hörprüfung eine Innenohrschwerhörigkeit festgestellt werden. Charakteristisch war bei diesen Fällen die ringförmige Ablagerung von Lipoiden in der Substantia propria des Trommelfelles, während die normale Mittelohrschleimhaut keine Lipoidablagerung zeigt. Nur bei vorhandener Otitis media findet man auch hier reichlich Lipoiden. Auch im Tierversuch konnten bei Fütterung von 26 Kaninchen mit Cholesterin die typischen Lipoidablagerungen nachgewiesen werden.

Auf Grund der klinischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen Untersuchungen wird der Schluß gezogen, daß die Innenohrschwerhörigkeit bei Apoplexie, Diabetes, Nephritis, Hypertonie und im Alter in erster Linie durch die Hypercholesterinämie bedingt ist.

Hesse, Königsberg.

3639.

Koch, Geheilte traumatische otogene Meningitis. (Archiv für Ohren- usw. Heilk., 120., Heft 3/4.) Es wird über einen Fall von Schädelbasisfraktur berichtet, der erst spät in ohrenärztliche Behandlung kam (etwa 8 Tage nach dem Unfall). Es hatte sich hohe Temperatur um 39° eingestellt, starke Kopfschmerzen, Erbrechen. Nach Parazentese entleerte sich seröses blutiges Sekret. Am nächsten Tage entleerte sich aus der Parazenteseöffnung klarer Liquor. Es fand sich bei der Lumbalpunktion trüber, milchiger Liquor mit ungefähr 8000 Zellen im Kubikzentimeter. Durch die Labyrinthektomie, wobei eine Fissur durch den horizontalen Bogen gang aufgedeckt wurde, konnte Heilung des Falles erzielt werden.

Hesse, Königsberg.

3640.

Thomson, Sir. St. Clar, Typisches Larynxkarzinom. Dauerheilung in 76% der Fälle durch Laryngofissur. (Canad. Med. Ass. J., Juli 1929.) Es wird zumeist der vorderste Teil der Stimmbänder betroffen. Einziges Frühsymptom ist Heiserkeit viele Monate hindurch. Zunächst gering, allmählich steigend, ohne wesentliche Störung im Allgemeinbefinden. Kein Husten, keine Dysphagie. Wenn Schmerzen, Husten, blutiger Auswurf, vergrößerte Drüsen, fötider Atem bereits hoffnungslos. Daher Frühdiagnose wichtig. Jede länger als drei Wochen anhaltende Heiserkeit eines gewöhnlichen Katarrhs erfordert daher eingehende Kehlkopfuntersuchung. Im jugendlichen Alter Verdacht auf Tuberkulose, in späteren Jahren häufig ein Epitheliom als Ursache. Kehlkopfkrebs weit häufiger bei Männern als bei Frauen. Die ausgezeichneten Operationserfolge auf dem Wege der Laryngofissur wurden zuerst durch die beiden englischen Laryngologen Butlin und Seimon Ende vorigen Jahrhunderts ausgeführt. Das Verfahren besteht in einer teilweisen Laryngektomie oder fast vollständigen Hemilaryngektomie, die jedoch von innen ausgeführt wird. Der Larynx wird der Länge nach gespalten und der betreffende Thyreoidflügel mit dem benachbarten Gewebe vom inneren Perichondrium bis zu den mukösen Membranen der Glottis entfernt, so daß wieder normale Verhältnisse der Stimmbänder und des Arytenoidknorpels geschaffen werden.

Verfasser berichtet über 70 Fälle von Laryngofissuren bei Kehlkopfkrebs. Hiervon waren nur 14 Frauen. Das Alter schwankt bei Männern zwischen 40 bis 80, bei den Frauen zwischen 35 bis 58, durchschnittlich ist die sechste Lebensdekade bevorzugt, während bei Frauen die Erkrankung früher auftritt. An Hand von Tabellen wird nachgewiesen, daß von den operierten Fällen 34 bis

heute leben, wovon 32 keinerlei Rückfälle in einer Beobachtungszeit von 1½ bis 14½ Jahren aufweisen. Darunter 4 Aerzte, die ihrem Beruf wieder nachgehen, ein Geistlicher ist wieder fähig, am Sonntag, zweimal zu predigen, ein Schulmeister erhält wieder seine alte Stelle, ein mit 67 Jahren operierter Herr ist jetzt 79, nachdem er sich mit Erfolg vor 4 Jahren einer Prostataoperation unterzogen hat. Schließlich sei noch ein pensionierter Richter erwähnt, der noch Jagden zu Pferde ausübt 6 Jahre nach seiner Operation im Alter von 86 Jahren.

Von 73 Jahren starben 18 an anderen Ursachen ohne Rückfälle, 3 von ihnen zehn oder noch mehr Jahre nach der Operation. 7 weitere Todesfälle durch Entwicklung von Karzinom anderwärts, wobei der Larynx freiblieb; 2 von ihnen waren so karzinomvirulent, daß sie sehr schnell Metastasen in den Halsdrüsen entwickelten, die nach 4 bzw. 6 Monaten zum Tode führten, wogegen 2 andere Fälle erst vier und sieben Jahre nach der Operation Erkrankungen der Halsdrüsen aufwiesen. Im ganzen wurden nur 11mal typische Rückfälle beobachtet, alle nur bei Männern, wobei 8 innerhalb des ersten Jahres sich einstellten. Es ereigneten sich 3 operative Todesfälle, 2 infolge Idiosynkrasie gegen Heroin und Morphium und eine Oesophagusruptur durch Postanästhesin Brechen, also eine operative Mortalität von 4%. Zusammenfassend wird bei Frühdiagnose des Kehlkopfkrebse die Laryngofissur als zweckmäßigste und fast ungetrübte Operation empfohlen, die Dauerheilung und Wiederherstellung der Stimme bedeutet. Es kommt also alles auf die Frühdiagnose an.

Kaufmann, Grünberg.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

3641.

Scholtz, W., Ueber Ekzeme und Ekzempathogenese. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 32, 1929.) (Univ.-Hautklinik Königsberg.) Das Ekzem ist keine einheitliche Erkrankung, seine Abgrenzung von der Dermatitis ist nicht immer leicht, trotzdem wäre es aber nicht berechtigt, die Ekzemgruppe ganz aufzulösen; vielmehr sollen die einzelnen Formen durch Beiworte charakterisiert werden. Im ganzen stellt das Ekzem eine entzündliche Reaktionsart der Haut auf meist von außen kommende Reize verschiedenster Art dar. Besteht eine besondere Ueberempfindlichkeit gegen einen bestimmten Stoff (z. B. Jodoform), so handelt es sich um ein idiosynkrasisches (allergisches) Ekzem, wenn die Erkrankung auf die Stelle der Applikation beschränkt bleibt. Breitet sie sich jedoch trotz Fortlassen des schädigenden Stoffes weiter aus, so ist der betreffende Kranke besonders für Ekzemausbrüche disponiert, ein sogenannter Ekzematiker, also idiosynkrasisches Ekzem bei einem Ekzematiker. Ekzeme, die sich auf verschiedene chemische oder physikalische Reize immer wieder an denselben Stellen (z. B. den Händen) entwickeln, stellen die lokalisierten Empfindlichkeitsekzeme dar; dabei kann es sich auch um Ekzematiker handeln, bei denen dann in höheren Graden Eruptionen in häufigen Wiederholungen an verschiedenen Körperstellen auftreten, ausgesprochene Ekzematosen, die oft diathetischer Natur sind. Zu den idiosynkrasischen Ekzemen gehören Primel-, Pelz-, Streichholzdermatitis, Jodoform-, Quecksilberexzem u. a., zu den lokalisierten Empfindlichkeitsekzemen die meisten Gewerbeekzeme. Ein Teil von diesen ist allerdings allergischer Natur, was nicht immer leicht festzustellen ist. Ob ein bestimmter, die Erkrankung auslösender Stoff vorliegt, ob es sich also um eine spezifische Ueberempfindlichkeit bei Ekzematikern handelt, versucht man durch Kutanreaktionen mit den verschiedenen in Betracht kommenden Stoffen oder durch Strichreaktion nachzuweisen, wobei auch von innen mit dem Blutstrom in die Haut gelangende Stoffe, bei Kindern besonders auch aus dem Darm stammende Urtikaria, Strophulus, Ekzeme) in Betracht gezogen werden müssen. Das Resultat dieser Untersuchungen ist noch kein sehr bedeutendes. Mit einer gewissen Berechtigung werden manche Ekzeme (Epidermophytie, dysidrotisches Ekzem, Erosio interdigitalis) auf das Eindringen besonderer Keime zurückgeführt; wieweit diese spezifisch sind, ist noch nicht sicher, die betreffenden Formen sind unter Zusatz der Bezeichnung als „mykotische“ noch in dem Ekzembegriff zu belassen.

Ernst Levin, Berlin.

3642.

Beck, S. C., Ueber atypische Frostschäden. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 31, 1929.) (Klin. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten der Kgl. ung. Elisabeth-Universität in Pécs.) Frostschäden sind in dem vorigen scharfen Winter sehr häufig und durch die moderne Damenkleidung begünstigt worden. In atypischer Weise fanden sie sich in 3 Fällen bei gut genährten jungen Mädchen und Frauen an der vorderen und inneren Fläche des oberen Teils der Unterschenkel, im inneren Kniegegend, manchmal auch Oberschenkel, in Form von flach erhabenen, scharf begrenzten dunkelroten oder mehr livid-

farbigen Infiltraten oder kirschen- bis pflaumengroßen mäßig derb-elastischen Knoten von derselben Farbe. In einzelnen Fällen Kombination mit Frostbeulen oder Akrozyanose der Hände oder auch mit Livedo racemosa. Es bestand eine große Ähnlichkeit mit atypisch lokalisierten Knoten von Erythema induratum. In allen Fällen konnte Beziehung der Erscheinungen zu Tuberkulose festgestellt werden, indem in sehr charakteristischer Weise die Pirquetsche Reaktion in unmittelbarer Nähe der Krankheitsherde sehr stark positiv, je weiter entfernt davon, desto schwächer ausfiel.

Ernst Levin, Berlin.

3643.

Brande, R., und M. Sarchi, Zur Klinik, Histologie und Therapie der Sykosis non parasitaria. (Acta Derm.-Vener., 10., Fasc. 3, Juli 1929.) Die Aetiologie der Sykosis non parasitaria ist noch nicht völlig geklärt, da zur Auslösung der pathogenen Tätigkeit des Staphylokokkus aureus noch besondere, bis jetzt allerdings völlig unbekannte Eigenschaften des Organismus vorhanden sein müssen. Die Chronizität der Erkrankung erklärt sich nicht durch eine permanente Infektion, sondern durch dauernde Rezidive, da die Mikroben nicht vakzinierend wirken. Dagegen gelingt es, die Verteidigungseigenschaften des Individuums (Immunisierung) durch Autovakzination zu steigern, die am besten intrakutan vorgenommen wird. Für die individuell durchzuführende Behandlung sind am besten Mitteldosen 0,02 bis 0,15 mit Pausen von 2 bis 3 bis 5 Tagen und einer Injektionszahl von 10 bis 12. — Die pathologisch-anatomischen Schädigungen beschränken sich gewöhnlich auf das obere Drittel der Follikel und auf die Mündung der Talgdrüsen. Das Infiltrat der Sykosis war ein Plasmaintfiltrat und besaß im Gegensatz zu den Befunden von Sabouraud auch monozytären Charakter.

Bab.

3644.

Pöck, Samuel M., Epidermophytide in der Form post-skarlatinöser Schuppungen an den Händen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 29.) (Dermatologische Klinik, Zürich.) In allen Fällen von ätiologisch unklaren, ekzematoiden, dysidrosiformen und squamösen Affektionen der Hände wird man in Zukunft die Füße auf das Bestehen einer Pilzaffektion hin untersuchen müssen. In zahlreichen Fällen der Züricher Klinik gelang es, auf diesem Wege Fußmykosen, die sonst unbeobachtet geblieben wären, zu entdecken und dadurch eine folgerichtige Therapie der Handläsionen einzuschlagen. Des ferneren wird man, und das soll der spezielle Grund dieser Mitteilung sein, in Zukunft bei sogenannten postskarlatinösen Desquamationen nicht nur an ein Scharlach-, sondern eben, wie ausgeführt, auch an ein squamöses Epidermophytid denken müssen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3645.

Marchionni, A., Säurebehandlung intertriginöser Epidermophytien. (Dermat. Z., 56., Heft 4, 1929.) (Univ.-Hautklinik, Freiburg i. Br.) Nachdem sich gezeigt hatte, daß der besonders häufig an intertriginöser Epidermophytie erkrankte vierte Interdigitalraum der Füße eine erhebliche Erniedrigung seiner Hautoberflächenazidose gegenüber der H-Ionennorm der freien Hautoberfläche aufweist, erschien es berechtigt, die antiparasitäre Therapie durch eine Terraintherapie in Form von Säurezufuhr zu unterstützen. In dieser Hinsicht wurden mit gutem Erfolge verwendet Salzsäurespiritus, Normolaktol, Borsäure.

Ernst Levin, Berlin.

3646.

Gans, Oscar, Ueber die Dermatitis durch Achillea millefolium. (Mtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Universitäts-Hautklinik Heidelberg.) Die Achillea millefolium ist imstande, eine spezifische Badodermatitis hervorzurufen. Bei den davon Betroffenen gelang es, auch nach Abklingen der Erkrankungen eine positive Reaktion auszulösen, und zwar sowohl durch längere Berührung mit gekochten und nichtgekochten Blättern, wie auch mit einem durch Aetherextraktion der Blätter gewonnenen Auszug.

Arnold Hirsch, Berlin.

3647.

Haxthausen, H., Veränderungen der Hautgefäße durch langdauernde Einwirkung klimatischer Faktoren und deren Bedeutung für verschiedene Hautleiden. (Hospitalst., Nr. 27, 1929.) Die klimatischen Faktoren rufen bei längerdauernder Einwirkung Veränderungen der Haut hervor und zwar besonders durch die Temperatur (Kälte) und Bestrahlung (Sonnenlicht), die auch auf die kleinen Gefäße der Haut Einfluß haben. Durch die Kälte treten Erweiterungen der Kapillaren und kleinen Venen bei gleichzeitiger Kontraktion der Arterien ein, wodurch die Stromgeschwindigkeit in diesen Gebieten sehr herabgesetzt wird. Durch die Lichteinwirkung werden ebenfalls die Kapillaren und kleinen Venen erweitert, ohne daß die Arterien kontrahiert werden; im Gegenteil, sie bleiben normal oder leicht dilatiert. Diese Veränderungen können zu dauernden werden. Die Kälteveränderungen finden sich

besonders an den Extremitäten, Nates, Außenseiten der Oberarme; in ausgeprägtem Grade kommt es zu Frost (Perniones). Die Lichtwirkung findet sich zumeist am oberen Brustteil bei Frauen, im Gesicht, an den Händen, Unterarmen. Durch die Kältewirkung wird eine Disposition zum Erythema induratum und zu akneiformen Tuberkelleiden gegeben, ebenso zu Keratosis pilaris, Erythem. Die lichtgeschädigten Hautpartien disponieren zu Lupus erythematosus, Erythema multiforme, Pityriasis simplex. Wo Kälte und Licht zugleich einwirken, scheint eine Disposition geschaffen zu werden für Rosazea und Erythema pudoris und auch für die Lokalisation des Lupus vulgaris und erythematosus. S. Kalischer.

3648.

Brauer, A., Hereditärer symmetrischer systematisierter Naevus aplasticus bei 38 Personen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 32, 1929.) Unter 155 aus 5 Generationen einer Familie stammenden Personen wurden bei 38 an der gleichen Stelle (oberhalb der Supraorbitalgegend bis seitlich vom äußeren Augenwinkel und sagittal bis zur Stirnhaargrenze) in verschieden großer Anzahl wie Narben aussehende Hautveränderungen angetroffen. Sie sind stecknadelkopf- bis fingernagelgroß, rundlich oder oval, mit glatten, scharf begrenzten Rändern, glatter oder wabenartig geteilter Oberfläche, unter dem umgebenden Hautniveau liegend, von weißlicher, gelblicher oder bräunlicher Farbe. Es finden sich an ihnen keine Haare oder Schweißdrüsen. Nach Zahl, Größe und Form schwankten sie bei den verschiedenen Personen und auch auf den beiden Seiten derselben Person. Bei zweien von ihnen findet sich die Affektion nur an der einen Seite, während sie bei der Nachkommenschaft wieder doppelseitig auftritt. Es handelt sich nicht um Atrophien, sondern um angeborene Defektbildung. Diese Beobachtung beweist, daß Verschiedenheit der Zahl, Größe und Form der Naevi nicht gegen ihre hereditäre Bedingtheit spricht und daß auch bei symmetrischer Erbanlage asymmetrische Lokalisation vorkommt. Man kann daraus den Schluß ziehen, daß das Auftreten eines Naevus bei nur einem eineiigen Zwilling nicht gegen die Heredität der Naevi spricht. Ernst Levin, Berlin.

3649.

Milowidow, D. A., Ueber die Behandlung einiger Hautkrankheiten. (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 2, 1929.) Bei Akne vulgaris empfiehlt der Verfasser zwei- bis dreimal tägliche Bepudung der Aknepusteln mit Sublimatlösung 1 : 300. Rp. Hydrargyri bichlorati corrosivi 0,66, Spirit. vini 95% 70,0, Aq. dest. 130,0. MDS. Für Akne rosacea wird empfohlen: Rp. Ichthyol., Sol. acid. carbolic 5% aa. 10,0. MDS. Bei wiederholter Bepudung der Haut mit dieser Lösung bildet sich nach 5 Minuten ein trockenes, glänzendes Häutchen, das sehr leicht, nötigenfalls durch Abwaschen, abgeht. Das Häutchen läßt man über Nacht, womöglich auch den ganzen Tag über, unberührt. Das Mittel muß längere Zeit hindurch angewendet werden. E. Kontorowitsch.

3650.

Clouston, H. R., Hereditäre ektodermale Dystrophie. (Canad. Med. Ass. J., Juli 1929.) An 119 Fällen in 6 Generationen wird das in der Literatur als hereditäre oder familiäre Dystrophie der Haare und der Nägel beschriebene Symptom geprüft, wobei 40 Fälle besichtigt wurden. Die Vererbung der Dystrophie erfolgt nach dem Mendelschen Gesetz, jedoch geschlechtlich nicht gebunden, der Defekt ist vorherrschend. Männer wie Frauen werden gleichmäßig betroffen. Das Leiden überträgt sich etwa auf die Hälfte der Kinder. Generationen werden niemals übersprungen. Auch verschlimmert sich die Dystrophie nicht bei Kindern, wenn der behaftete Teil der Eltern eine gesunde Person von gleichfalls erkrankten Eltern geheiratet hat. Die Erkrankung beginnt meist an den Nägeln. Sind die Fingernägel betroffen, so sind es auch stets die Fußnägel. Es kommen alle Grade der Dystrophie vor von leichter Verdickung an den Nagelenden, Verfärbung und verlangsamtem Wachstum bis zum völligen Fehlen der Nägel mit chronischer eiternder Nagelbettentzündung. Da besonders in Zeiten der Pubertät die Entzündungen gehäuft auftreten, sich später dagegen vielfach bessern, glaubt man die Erscheinung in einem gewissen Zusammenhang mit Störungen im endokrinen System. Auch die Haare werden vielfach betroffen. Entweder ist der Kopf von Geburt an völlig haarlos, oder die Haare sind auffallend dünn und trocken und fallen stellenweise oder vollkommen im Verlauf von 8 bis 9 Monaten aus. Mitunter fleckenartige dunkle Pigmentierung des Lanugohaars. Augenbrauen meist sehr gering oder nur bis zum Supraorbitalknötchen entwickelt und scharf absetzend, wo Arterie, Vene und Nerv austreten, desgleichen fehlen vielfach die Augenwimpern oder sind ganz spärlich, ebenso wie die Scham- und Axelhaare. Dystrophie der Talg- und Schweißdrüsen, der Zähne, und der Drüsen innerer Sekretion wie ektodermaler Herkunft. Hiermit zusammenhängend hereditäre Keratosis plantaris et palmaris; mitunter auch an den Knien und Ellenbogen. Anomalien des Haut-

pigmentes, der Zähne, der gesamten Körperstruktur. Gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, herabgesetzte Mentalität. Strabismus, Myxödem, Epilepsie werden mitunter beobachtet. Auf die Geschlechtsreife der Frau scheint die Dystrophie keinen hemmenden Einfluß zu haben, wogegen beim Mann eine verspätete Reifung an der noch im 17. Lebensjahr röntgenologisch nachgewiesenen Trennung der Epiphysenknorpel von Radius und Ulna nachgewiesen wurde. Hypothyreoidismus wurde in 10% der Fälle nachgewiesen. Dystrophische Störungen der suprarenalen Drüsen sowie Medulla adrenalıs erzeugen ähnliche Symptome wie die Addisonische Erkrankung in ihren frühesten Stadien. Auffallend sind besonders Pigmentationen an den Knöcheln, Knie- und Ellenbogengelenken, den Axeln und Genitalien, an den Streckflächen der Gelenke vielfach auch Hyperkeratosis der Haut. Infolge verspäteten Epiphysenschlusses häufig abnormes Längenwachstum der Fingerphalangen und klumpige Verdickung der Endphalangen, so daß der Eindruck von Akromegalie entsteht. Man vermutet hier eine dystrophische Störung der Hypophyse im Sinne einer Hyper- oder Dysfunktion der Drüse.

Alle geschilderten Störungen treten meist nur vereinzelt auf, und im Vordergrund stehen die Dystrophien ektodermaler Herkunft, wie der Nägel, der Haare, der Haut und ihrer Drüsen. Sie beruhen auf einem Mangel der Entwicklung etwa im dritten Monat des fötalen Lebens. Daher sind die Kardinalsymptome entweder bei der Geburt vorhanden oder fehlen. Der Defekt ist in einer Anomalie des Keimplasmas zu suchen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß sich die nach dem Mendelschen Gesetz vererbte Erkrankung allmählich abschwächt und ganz verschwindet in dem Maße wie sich die allgemeinen Lebensverhältnisse der Vorfahren bessern. Die Therapie ist daher eine soziale, die nach Besserung der allgemeinen Lebensverhältnisse bei den betroffenen Familien strebt. Kaufmann, Grünberg.

3651.

Temesváry, N., Ueber die weibliche Gonorrhöe. (Gyógyászat, Nr. 25, 1929.) Verfasser schildert den heutigen Stand der Behandlung weiblicher Gonorrhöe. In der Diagnostik hält er den bakterioskopischen Nachweis der Gonokokken für das noch immer wertvollste Zeichen. Serologische Untersuchungen eignen sich mehr für komplizierte Fälle. In auf Gonorrhöe verdächtigen Fällen ist Verfasser bei negativem Befund für eine öfters wiederholte Sekretuntersuchung. Zwei bis drei negative Befunde genügen nicht! Manchmal sind provokatorische Maßnahmen notwendig, von denen der Verfasser außer den üblichen, noch die Landeckersche Lampe empfiehlt. Das Sekret soll stets mit dem Aschschen Löffel entnommen werden, nicht aber mit einer, stets nur den oberflächlich liegenden Schleim ergreifenden Platinöse. Bei der Gonorrhöe von Eheleuten ist er mehr für den Coitus condomatosus, als für die Abstinenz, da letztere meist sowieso nicht eingehalten wird oder aber zur extramatrimonialen Infektion führt. In scheinbar geheilten Fällen ist Verfasser für den Probekoitus mit nachfolgender Beobachtung, da so eine eventuell auftretende Reinfektion, wenn so gleich zur Behandlung geschritten wird, leicht geheilt werden kann.

Verfasser schildert dann eingehend die therapeutischen Maßnahmen der Gonorrhöe verschiedener weiblicher Geschlechtsorgane. Bei der Behandlung der Uterusgonorrhöe ist er für die Aschsche aktive Behandlung, vorausgesetzt, daß sie genau nach den Aschschen Vorschriften ausgeführt wird: Genaue Asepsis, dünne, biegsame Sonde, rasches Herausziehen derselben noch vor der ersten Uterus-Kontraktion, mit Belassen der Watteumwicklung in der Uterushöhle, aus welcher sie dann spontan ausgestoßen wird; ölige, entsprechende Medikamente. Die Unschädlichkeit dieses Verfahrens, das heißt, das Nicht-in-die-Tuben-Dringen des Medikamentes bzw. des Sekretes, konnte Verfasser an eigenen hysterographischen Aufnahmen ad oculos demonstrieren.

In seinen weiteren Ausführungen behandelt Temesváry auch die Rektalgonorrhöe, die namentlich bei Wöchnerinnen und kleinen Mädchen oft beobachtet, aber im allgemeinen — seiner Meinung nach — nicht genügend berücksichtigt wird. Er selbst fand von in den Jahren 1919 bis 1926 gonorrhöeisch infizierten und stationär behandelten 1282 Frauen bei 261 (22,5%) von Vulvovaginitis leidenden, ebenfalls auf der Krankenstation behandelten 256 Mädchen sogar bei 96 (37,5%) das Rektum miterkrankt, welcher Umstand unstreitig mehr Beachtung verdient, als er bisher gefunden.

E. J. László, M. U. M., Budapest.

3652.

Klein, O., Die pharmakologische Provokationsprobe bei der Urethritis anterior. (Derm. Wschr., 89., Nr. 30, 1929.) (II. Abt. f. Haut- und Geschlechtskrankh. d. Mariahilfer Ambulatoriums und Spitals in Wien.) Zur Feststellung der Heilung eines Trippers müssen möglichst alle zur Verfügung stehenden Reizmethoden kombiniert werden. Neben den mechanischen, chemischen, serologischen ist von Perutz eine pharmakologische angegeben worden, die in

Einspritzung von Pilokarpin in die Harnröhre besteht. Es werden von einer Lösung von salzsaurem Pilokarpin 0,05 : 200,0 20 ccm eingespritzt und 10 bis 15 Minuten in der Harnröhre belassen. Nach etwa zwei Stunden tritt eine Sekretion der Liträrschen und Cowperschen Drüsen ein, die nach 12 bis 24 Stunden wieder schwindet. Durch Atropin läßt die Sekretion sich unterdrücken oder verhindern. In 26 auf diese Weise untersuchten Fällen konnte siebzehnmal Sekretion hervorgerufen werden, achtmal waren darin Gonokokken nachweisbar. In einigen dieser Fälle hatten vorher andere Provokationsmethoden kein positives Ergebnis gehabt. Unter Umständen tritt das positive Ergebnis bei der Pilokarpinreizung erst nach einer zweiten Einspritzung auf. Ernst Levin, Berlin.

5653.

Galgóczy, E., I. Kovács und G. Oláh, Ueber die Kahnreaktion. (Orvosi Hetilap, Nr. 22, 1929.) Verfasser führten in 6337 Fällen parallel mit der Wa. R. die Kahnsche Reaktion, dazwischen in 1974 Fällen auch die Meinickesche Trübungsreaktion aus (in 659 Fällen mit inaktiviertem, in 1315 mit aktivem Serum). Nach den Resultaten ihrer Untersuchungen übertrifft die Kahnsche Reaktion die Wa. R., die mit aktivem Serum ausgeführte M. T. R. die mit inaktivem betriebs ihrer Spezifität bedeutend. Verfasser betrachten daher die Kahnsche Reaktion bei entsprechend vorsichtiger klinischer Verwertung als nicht nur zur Ergänzung der Wa. R., sondern nötigenfalls auch zu deren Ersatz geeignet.

E. J. László, M. U. M., Budapest.

3654.

Mühle, Ueber Gonorrhöbehandlung mit Silber-Quellstäbchen (Partagon). (Dtsch. med. Wschr., 55, Jg., Nr. 30.) An 100 Fällen von Gonorrhö hat Verfasser folgende Erfahrungen gesammelt:

Bei der weiblichen Gonorrhö erzielt man mit silberhaltigen elastischen Quellstäbchen (Partagon) eine reizlosere und schnellere Heilung als mit den bisherigen Verfahren; auch in der schmerzlosen und bequemen Anwendung der Partagonstäbchen liegt ein Fortschritt, der zumal die ambulante Gonorrhöbehandlung bedeutend erleichtert.

Bei Vulvovaginitis infantum lassen sich die Partagonstäbchen den kindlichen Organen beliebig anpassen; auch hier sind sie der gebräuchlichen Therapie überlegen.

Fluor genitalis wurde durch Partagon auffallend rasch beeinflusst; ebenso bewährte es sich gut bei unspezifischer Urethritis.

Arnold Hirsch, Berlin.

3655.

Blümmers, Ueber Gefahren bei der intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 31, 1929.) (Dermatol. Abt. Stadt. Rudolf-Virchow-Krkh., Berlin.) Im Verhältnis zu der großen Zahl der zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken ausgeführten intravenösen Einspritzungen von Gonokokkenvakzine, ist über unangenehme Nebenerscheinungen dabei verhältnismäßig selten berichtet worden. Daß aber solche sogar in sehr schwerer Weise vorkommen können, zeigen 4 Fälle, in denen einem es innerhalb weniger Stunden zum Exitus, in den anderen zu vorübergehenden schwersten Kollapszuständen mit äußerst bedrohlichen Erscheinungen gekommen war. Verwendet war Gonargin bzw. Arthigon in üblichen Dosen worden. In dem tödlich verlaufenen Falle ergab die Sektion, abgesehen von einem ausgesprochenen Status thymicolymphaticus keinen wesentlichen Befund, in zwei anderen bestand weiche Struma mit nervöser Erregbarkeit von seiten des vegetativen Nervensystems, in dem vierten war keine krankhafte Veränderung nachweisbar. Die Fälle sowie andere veröffentlichte mahnen zur Vorsicht bei Personen mit reduziertem Allgemeinzustande, Herz-, Nierenkranken, Diabetikern, nervösen Personen, besonders mit deutlichen vegetativen Stigmata, Struma, Hyperplasie der der Untersuchung zugänglichen lymphatischen Apparate. Ernst Levin, Berlin.

3656.

Kißmeyer, A., Erfahrungen mit Citragan bei der Behandlung des Trippers. (Brit. J. of Ven. Dis., 5., Nr. 2, 1929.) Die Behandlung bestand in fünfmal täglich ausgeführten Einspritzungen von Citragan und nachfolgender Einführung von gelatinösen, absolut fettfreien, löslichen und resorbierbaren Citragan-Stäbchen mit einem Silbergehalt von 1,27 mg in 1 ccm. Traten Komplikationen auf, so wurden nur Stäbchen eingelegt, dies auch in Fällen, die von vornherein mit Epididymitis zur Behandlung kamen. 55,3% wurden in 30 Tagen oder weniger geheilt, 29,9% in 30 bis 60 Tagen, 4,0% in mehr als 100 Tagen. Die lange Dauer beruhte in einigen Fällen auf vorhandener Posterior, in anderen konnte kein Grund dafür gefunden werden. Der Ausfluß schwand meist bald, doch ist darauf kein Wert zu legen, da Ausfluß und Gonokokkenbefund nicht in einem bestimmten Verhältnis zueinander stehen.

Ernst Levin, Berlin.

3657.

Kißmeyer, A., Weitere Erfahrungen über Citragan in der Gonorrhöbehandlung. (Acta Derm.-Vener., 10., Nr. 3, 1929.) K. hofft, bei Gonorrhö eine tiefergehendere Wirkung der bakterioziden Substanz erzielen zu können, indem er durch verschiedene Wasserstoffionenkonzentration und durch osmotischen Druck Veranlassung zur lebhaften Strömung der Gewebsflüssigkeit gibt. Diese „Osmosedesinfektion“ bewirkt er durch die Silberverbindung — nicht Silberweiß — Citragen „Gea“. Die mitgeteilten Resultate sind nicht überwältigend.

Bab.

3658.

Rózsavölgyi, Syphilis und sterile Ehe. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 33, 1929.) (Ambulanz f. Nervenkrkh. des Pester Isr.-Spitals.) Absolut sterile Ehen, d. h. solche, in denen niemals eine Konzeption erfolgt war, fanden sich unter den Nervenluesfällen in ungefähr 16%, sie beruhen auf Orchitis und Oophoritis luica. Die Bedeutung der Lues für die Sterilität scheint etwas in Vergessenheit geraten zu sein, statistische Erhebungen darüber wären erforderlich.

Ernst Levin, Berlin.

3659.

Mackenzie, J. M., Die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse. (Brit. J. of Ven. Dis., 5., Nr. 2, 1929.) Die Fieberbehandlung wurde mit intravenösen Einspritzungen von T. A. B.-Vakzine durchgeführt, die in 1 ccm 1000 Millionen Typhusbazillen und 750 Millionen Paratyphus-A- und -B-Bazillen enthält. Mehrere Serien von 10 Tage hintereinander ausgeführten intravenösen Einspritzungen, mit 300 Millionen Gesamtbakterien beginnend, bis auf 20 000 steigend, in den Zwischenpausen Salvarsan. Bei den Kranken finden sich häufig Infektionsherde (kariöse Zähne usw.), die vor der Fieberbehandlung beseitigt werden müssen. Die besten Erfolge fanden sich in den Größenideen zeigenden Fällen, die Besserungen des psychischen Zustandes konnten auch ohne wesentliche Beeinflussung der Liquorbefunde beobachtet werden. Bei der Wirkung müssen neben der reinen Fieberwirkung Antikörpereinflüsse in Betracht gezogen werden. Gegenüber der Malariabehandlung ist die geringere Gefährlichkeit, die exakt zu regulierende Dosierung, die Möglichkeit, in jedem Augenblick die Behandlung abbrechen zu können, hervorzuheben.

Ernst Levin, Berlin.

3660.

Nicol, W. D., Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. (Brit. J. of Ven. Dis., 5., Nr. 2, 1929.) (Horton Mental-Hospital.) In allen Fällen wurde durch Lumbalpunktion die Diagnose sichergestellt (positive WR, Zellvermehrung, gesteigerter Proteingehalt, meist Paralysekurve mit Goldsol). Am günstigsten liegen die Aussichten für möglichst frühzeitig behandelte Patienten; sie sollen sich in gutem Allgemeinzustande befinden, bei starker Fettsucht ist besondere Aufmerksamkeit erforderlich. Die Infektion der Kranken erfolgte durch Blutübertragung oder durch Bisse von Moskitos, die von Malariakranken infiziert worden waren; bei der letzteren Methode traten in einer größeren Zahl von Fällen Malaria-rezidive nach 6 bis 7 Monaten auf, die milde sind, und wenn man sie sich selbst überläßt, in kurzer Zeit schwinden. Die Erfolge sind hierbei besser als bei der Blutübertragung. In manchen Fällen ist der Erfolg der ersten Behandlung unbefriedigend, so daß eine nochmalige Infektion wünschenswert erscheint, die aber nicht immer gelingt. Es kommt dann Infektion anstatt, wie gewöhnlich, mit Tertiana, mit einem Quartanastamm in Frage, mit dem man dann gewöhnlich zum Ziel kommt und der auch bei für Tertiana nicht genügend widerstandsfähigen Patienten angebracht ist. Die manischen Fälle der Paralyse reagierten am besten auf die Behandlung.

Ernst Levin, Berlin.

3661.

Gonzalez, Hernan D., und Luis E. Ontaneda, Fall von pseudosyringomyelitischem hemilateralem Syndrom syphilitischen Ursprungs. (Prensa med. argent., 16., 4.) Es handelte sich um eine meningo-medulläre Syphilis mit doppelter Pyramidenläsion und halbseitigem syringomyelitischem Syndrom, ohne Lähmung oder Atrophie der Muskulatur. Interessant war die Dissoziation der Sensibilität: Ausschaltung der knöchernen und muskulären Schmerz-sensibilität, Persistenz eines Restes der Tiefensensibilität. Fernschmerzsymptom: Bei Druck auf die Wade wird Schmerz in der Prädorsalgegend empfunden, mit gleichzeitiger Pulsbeschleunigung und ausgesprochener Mydriasis. Die Schmerzzone entspricht der Höhe der Rückenmarksläsion. Das Symptom des Fernschmerzes wurde vorher nie beschrieben.

Ashkenasy, Wien.

3662.

Schumacher, C., Ueber die Erzeugung von experimentell-luetischen Primäraffekten an der Rücken- und Halshaut des Kaninchens und des Meerschweinchens. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 32, 33, 1929.)

Die Haut hat bisher bei der experimentellen Kaninchensyphilis kaum Verwendung gefunden, ist jedoch hierfür durchaus geeignet, wenn auch allerdings die intratestale und subskrotale Impfstoffe ihr überlegen ist. Auch beim Meerschweinchen ergaben sich unter Umständen positive Ergebnisse, während die Methode bei der Maus versagte. Ausgeführt wurde sie durch Setzen intrakutaner Quaddeln an der durch Ausrupfen enthaarten Rückenhaut. Unter Umständen traten bei den Tieren Sekundärerscheinungen (Keratitis, Orchitis, Papeln an entfernteren Stellen) auf. Die Erkrankung bewirkt eine weitgehende Immunität des Hautorgans gegen intrakutane Nachimpfung mit demselben Stamme. Von den erzeugten Rückenschankern lassen sich Weiterimpfungen auf die Rückenhaut gesunder Kaninchen und den Hoden vornehmen, wobei wieder typische Primärerkrankungen entstehen. Der Verlauf der Erscheinungen und die Immunitätsverhältnisse sprechen mit Sicherheit dafür, daß es sich bei den Rückenschankern um echte experimentell-syphilitische Erscheinungen, nicht um originäre Kaninchensyphilis handelte.

Ernst Levin, Berlin.

3663.

Grigoriew, P., Angeborene, durch ein in die vordere Augenkammer infiziertes Kaninchen übertragene Syphilis. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 31, 1929.) (Syphilidol. Klin. d. Universität zu Saratow.) Ein Kaninchen wurde mit Reizserum eines Primäraffektes in der vorderen Augenkammer infiziert; es entwickelte sich danach eine starke Keratitis, die während einer Beobachtungszeit von 2½ Jahren wechselnde Remissionen und Verstärkungen zeigte. Keine sonstigen Syphiliserkrankungen, WaR. positiv. Bei mehreren Würfen lebensfähige Junge, 2 lebend gebliebene, 3 Monate nach Infektion der Mutter geborene, von vollkommen gesundem männlichem Kaninchen stammende, zeigten im Alter von 8 bis 9 Monaten Augenerkrankungen, die als spezifische angesprochen werden mußten; bei dem einen fanden sich im Korneagewebe typische Spirochäten. Es handelte sich also um bereits nach 2 Monaten nach Infektion in der vorderen Augenkammer generalisierter Syphilis und Übertragung auf die Nachkommenschaft.

Ernst Levin, Berlin.

3664.

Lurz, L., Ueber ein Zeichen der Nierentuberkulose. (Z. Urol. Heft 8, 1929.) Die Harnleitermündung der kranken Seite wird bei tiefem Eindringen der kranken Seite nach oben ausgezogen. Ursache hierfür bildet die starke Ureteritis und Periureteritis tuberculosa, die zu einer Verkürzung des Harnleiters führt. Gleich einem Strange spannt er sich straffer als sonst zwischen Niere und Harnleiter aus. Das Zeichen ist für Nierentuberkulose charakteristisch.

E. Lehmann, Breslau.

3665.

Gottlieb, J., Zur Klinik und Therapie der Nieren- und Harnleitersteine. (Arch. klin. Chir., 155., 1.) (Urologische Klinik der Ersten Staatsuniversität in Moskau.) Verfasser berichtet auf Grund seines stationären urologischen Materials. Er stellt fest, daß die an Nieren- und Harnleitersteinen Leidenden spät in die Behandlung kamen. Fast die Hälfte seiner Kranken kam erst drei Jahre nach Beginn des Leidens, nur ein Viertel nach einjähriger Erkrankung in klinische Behandlung. Die Prognose betrachtet er darum ungünstiger, die Eingriffe mußten oft radikaler sein und gaben in einigen Fällen infolge des verspäteten Einsetzens einer rationalen Therapie weniger erfolgreiche Resultate. Auf 73 Nierenoperationen kamen 4 Todesfälle, auf 22 Harnleiteroperationen kam kein Todesfall. Wie das bei der späten Inanspruchnahme klinischer Hilfe nicht verwunderlich ist, war eine große Zahl der Fälle infiziert: bei Harnleitersteinen waren 40%, bei Nierensteinen 54%, bei doppelseitigen Steinen 63% infiziert. Bei nichtinfizierten Harnleitersteinen wurde in 12,5% die Ureterotomie ausgeführt, in 57,5% der Fälle gelang es, die Steine endovesikal zu entfernen. Bei infizierten Steinen kam die Ureterotomie in 60% zur Anwendung, die endovesikale Entfernung in 36%. Es waren in nicht infizierten Fällen bei Harnleiter- und Nierensteinen weniger komplizierte, weniger eingreifende, ungefährlichere Operationen nötig, als in infizierten Fällen. Je später also der Patient in die Behandlung eintritt, desto größer ist die Gefahr der Komplikationen, desto ungünstiger die Prognose. Chromozystoskopie, Harnleiterkatheterismus und Röntgenuntersuchung in Verbindung mit Pyelographie vermögen fast immer eine sichere Diagnose zu stellen. Die endovesikale und endoureterale Steinentfernung werden vom Verfasser mit Recht als eine der bemerkenswertesten Errungenschaften der modernen Urologie bezeichnet. Grundvoraussetzung hierfür ist jedoch die Frühdiagnose des Steines zu einer Zeit, wo der Stein noch nicht zu groß geworden ist. Bezüglich der Rezidivfrage nach Steinoperationen weist Verfasser auf die häufigen Pseudorezidive hin. Oft handelt es sich in Wirklichkeit um nicht erkannte oder während der Operation zurückgelassene Konkremente. Für das

schnelle Wachstum der Steine macht Verfasser einerseits die Infektion, andererseits eine ungenügende Peristaltik des Nierenbeckens verantwortlich. Es kann gewissermaßen eine Analogie zwischen diesem Vorgang und dem Prozeß der Steinbildung in der Harnblase beim Vorliegen von Infektion und Restharn gezogen werden.

E. Mühsam, Berlin.

3666.

Stirling, W., Calhoun und Belt, Norwell, Doppel-seitige Doppelnieren und Doppelureteren. (J. of Urol., 22., 1.) An Hand eines Falles doppelseitiger Doppelnieren plus Doppelureteren weisen Verfasser darauf hin, daß eine Doppelniere vermutet werden muß, wenn das Pyelogramm die abnorme Lokalisation des gefüllten Nierenbeckens in bezug zum gesamten Nierenschatten zeigt. Sorgfältige Blaseninspektion muß auf das Vorhandensein überzähliger Ureterenostien achten. Chromozystoskopie leistet hierbei wertvolle Dienste. Ureterogramme zeigen unter Umständen hohe Teilung des Ureters bei Vorhandensein nur eines Ostiums.

E. Mühsam, Berlin.

3667.

Goldstein, Albert E., Klinische und experimentelle Studien über Ureter und Nierenbecken. (J. of Urol., 22., 1.) (Sinai-Hospital, Baltimore.) Die Frage, ob das Nierenbecken und der Ureter nach ihrer operativen Eröffnung wieder genäht werden sollen, ist Gegenstand vorliegender Arbeit. Gegen die Naht von Ureter oder Nierenbecken sprechen einmal technische Schwierigkeiten bei der Ausführung derselben; zum zweiten die Verlängerung der Operationsdauer durch die Naht, die Urinabsonderung durch die als Drainage wirkenden Nähte, die Gefahr postoperativer Strikturen oder Steinbildung an der Nahtstelle, die Gefahr eines Abszesses an der Nahtstelle. Experimentelle Studien ließen Verfasser zu der Ueberzeugung kommen, daß die Naht des Ureters oder Nierenbeckens abzulehnen sei. Der Heilverlauf war schneller und komplikationsloser, wenn Ureter oder Nierenbecken nicht genäht wurden.

E. Mühsam, Berlin.

3668.

Bothe, Albert E., Papillome des Nierenbeckens. (J. of Urol., 22., 1.) (Misericordia-Hospital, Philadelphia.) Verfasser weist darauf hin, daß Papillome des Nierenbeckens verhältnismäßig selten sind im Vergleich zu den Tumoren, die vom Nierenparenchym ausgehen. Es wird hingewiesen auf Meltzers Sammelstatistik aus dem Jahre 1926, in der er über 181 Fälle von Papillom des Nierenbeckens berichtet. An Hand eines eigenen Falles bespricht Verfasser die Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieses Leidens. Hämaturie ist gewöhnlich das erste und wichtigste Symptom. Kolikartige Schmerzen sind fast immer anzutreffen, da Blutgerinnsel und kleine Tumorstückchen den Ureter verstopfen können. Oft ist eine besonders schwere Kolik gefolgt vom Abgang eines langen Blutgerinnsels aus dem Ureter. Gelegentlich läßt sich palpatrisch eine Vergrößerung der Niere feststellen. Jedenfalls läßt sich gewöhnlich bei Verstopfung des Ureters durch Tumorbröckel oder Blutgerinnsel oder Verlegung des Ureterabgangs durch den pendelnden Tumor eine Vergrößerung der Nierenumrisse feststellen. Sichere Diagnosen können allein durch Zystoskopie und Pyelographie gestellt werden. Aus dem Ureterostium der erkrankten Seite können Bluttropfen herausickern. Entsprechend der Tendenz dieser Nierenbeckenpapillome im Ureter und in der Blasenschleimhaut sich fortzupflanzen, zeigt das zystoskopische Bild gelegentlich papillomatöse Wucherungen aus dem Ureter herausragen. Bei frühzeitiger Diagnosenstellung ist gewöhnlich noch kein Unterschied in der Funktion der beiden Nieren wahrzunehmen. Gelegentlich kann man aus spontan abgegangenen Tumorstückchen histologisch die Diagnose stellen. Am wichtigsten ist jedoch der pyelographische Befund: das Vorhandensein eines Füllungsdefektes im Nierenbecken ist ein regelmäßiger Befund. Differentialdiagnostisch sind hierbei Blutgerinnsel und Steine im Nierenbecken und extrarenale gelegene Tumoren, die auf das Nierenbecken drücken, auszuschließen. Als Behandlung kommen bei sichergestellter Diagnose nur Nephrektomie plus Ureterektomie in Frage. Partielle Ureterexstirpationen sind abzulehnen wegen der Wahrscheinlichkeit des Auftretens sekundärer Tumoren im verbleibenden Ureter.

E. Mühsam, Berlin.

3669.

Starr-Judd, E., und John R. Hand, Das Hypernephrom. (J. Urol., 22., 1.) (Mayo Foundation, Rochester, Minnesota.) Verfasser weist erneut auf den Umstand hin, daß Karzinome der Nierenrinde besonders bösartig sind und oft schon weit vorgeschritten sind, wenn sie die ersten Erscheinungen machen. Die Karzinome vom alveolären Typ sind die bösartigsten überhaupt von allen Karzinomen der Niere, wohingegen Adenokarzinome weniger bösartig in ihrem Verlauf sind. Um aus den behandelten Fällen Rückschlüsse über die jeweilige Methode der Wahl und die

Prognose des einzelnen Krankheitsbildes ziehen zu können, müßten die Tumoren in bezug auf ihre histologische Zusammensetzung noch besser untersucht werden. Verfasser verfügen über ein Operationsmaterial von 367 Fällen. Von ihren Todesfällen fallen manche sicher nicht der bösartigen Natur ihres Leidens zur Last. Zahlreiche Operierte lebten noch mehrere Jahre und starben dann an anderen Leiden. Von einzelnen wußte man, daß bereits Metastasen zur Zeit der Operation des Primärtumors bestanden. Verfasser empfehlen auch in den Fällen bereits nachweisbarer Tumormetastasen die Nephrektomie als palliative Operation. Aus der Tatsache, daß 106 Patienten aus obigem Operationsmaterial 3 bis 22 Jahre nach der Operation lebten, glauben Verfasser berechtigterweise zeigen zu können, daß die Chirurgie einen erheblichen Teil bösartiger Nierentumoren zu heilen vermag.

E. Mühsam, Berlin.

3669 a.

Morison, Duncan M., Experimentelle Studien zur Frage der Rückresorption bei Hydronephrose. (Brit. J. Urol., 1., 1, 1929.) (Univ.-Klinik Edinburg.) Es ist bekannt, daß bei Hydronephrose, verursacht durch vollkommenen Verschuß des Ureters, kein völliges Aufhören der Sekretion des Nierensackes eintritt. In irgendeiner Weise muß die Absonderung fortbestehen und eine Rückresorption stattfinden. Der Weg, auf dem diese sich vollzieht, ist unbekannt. Man nahm an, daß eine Rückresorption in dem vollkommen abgeschlossenen Sack durch das Nierenbecken erfolgt. Die Versuche zur Darstellung der resorbierenden Fähigkeit des Nierenbeckens zeigten keine befriedigenden Ergebnisse. Es ist bekannt, daß in den Nierensack eingebrachte Lösungen, Emulsionen und Gifte, in den allgemeinen Körperkreislauf übergehen. Die vom Verfasser angestellten Experimente ergaben zwei Möglichkeiten der Rückresorption aus dem allseitig abgesperrten Nierensack: erstens auf lymphatischem, zweitens auf tuberkulärem Wege. In den ersten zwei oder drei Tagen findet eine rein lymphatische, vom dritten Tage ab eine vorwiegend tubuläre Rückresorption statt. Der pyelovenöse Rückfluß ist zurückzuführen auf ein das Nierengewebe schädigendes Trauma und darf nicht als normaler Faktor im Mechanismus der Hydronephrose angesehen werden.

E. Mühsam, Berlin.

3670.

Frey, S., Ueber die Entstehung von Nebenhodenentzündungen durch Samenleiterbewegungen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 32, 1929.) (Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg.) Antiperistaltische Samenleiterbewegungen werden vielfach für die Entstehung von akuten und chronischen Nebenhodenentzündungen verantwortlich gemacht. Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen ergaben jedoch, daß der Samenleiter spontane Bewegungen überhaupt nicht ausführt. Bewegungen können durch elektrische und pharmakologische Reize hervorgerufen werden, sie bestehen in einer longitudinalen Kontraktion und wesentlich schwächer ausgeprägter zirkulärer Kontraktion an entsprechender Stelle; peristaltische und antiperistaltische Bewegungen finden nicht statt. Samenleiterinhalt wird bei den Kontraktionen stets urethralwärts, niemals hodenwärts bewegt; Harnröhreninhalt gelangt durch die Samenleiterbewegungen nicht in Samenleiter bzw. Nebenhoden. Insbesondere gelang es niemals, durch vor der Reizung in die hintere Harnröhre verbrachte Bakterien Epididymitis hervorzurufen. Beim Menschen scheinen die Verhältnisse ähnlich zu liegen, so daß er nicht berechtigt ist, Samenleiterbewegungen für die Entstehung von Epididymitiden verantwortlich zu machen. Diese sind vielmehr als kontinuierlich fortgeleitete Entzündungen aufzufassen.

Ernst Levin, Berlin.

3671.

Mühlpfordt, H., Seltene Wanderung eines Geschosses, zugleich ein Beitrag zur Entstehung der Nebenhodenentzündung. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 32, 1929.) Für die bei dem Patienten aufgetretene Nebenhodenentzündung konnte eine Ursache zunächst nicht nachgewiesen werden; Gonorrhöe und Bakteriurie lagen nicht vor. Nach einer zum Zwecke der Stuhlentleerung erfolgten Darreichung von Rizinusöl wurde unter heftigsten, kolikartigen Schmerzen aus der Harnröhre ein Geschöß ausgestoßen, das den Patienten von 14 Jahren in den Rücken getroffen hatte. Es muß angenommen werden, daß es allmählich abwärts gewandert war und, extraperitoneal bleibend, an den Ductus deferens gelangte, in diesen eindrang und durch seine Reizung die Epididymitis hervorrief. Durch Anregung der Peristaltik war es dann aus der Harnröhre gewissermaßen geboren worden.

E. Levin, Berlin.

3672.

Heckenbach, W., Blasenstörungen bei Erkrankungen des Dick- und Enddarmes. (Arch. klin. Chir., 155., 1.) (Urolog. Abt. d. St.-Hedwig-Krankenhauses, Berlin.) Es ist bekannt, daß Erkrankungen des Digestionstraktus durch bakterielle Verschleppung zu Infektionen des Harntraktes führen können. Koprostase, Enteritis,

Appendizitis, Analriss u. a. können der Ausgang entzündlicher Erkrankungen der Blase werden. Die Infektion erfolgt indirekt auf lymphogenem Wege oder durch direkte Ueberwanderung und Uebergreifen auf die Blase. Aber auch bei Darmtumoren können Blasenstörungen auftreten. Wie Tumoren der Prostata, des Uterus, der Adnexe und der Vagina auf die Blasenwand übergreifen können, so können auch Karzinome des Kolons und des Rektums die Blase in Mitleidenschaft ziehen. Durchbruch durch die Blasenwand, Blasen-Mastdarm-Fisteln werden im Endstadium oft beobachtet. Bei sekundär von außen her die Blasenwand infiltrierenden Geschwülsten muß man mit der endovesikalen Koagulation vorsichtig sein und sich mit anderen Maßnahmen (Bestrahlung, Anlegung eines Anus praeternalis) begnügen, da die endovesikale Behandlung bei der von beiden Seiten geschädigten Wand leicht einen Durchbruch herbeiführen kann. Jedenfalls sollte bei Verdacht der Einbeziehung der Urogenitaltraktus in das Krankheitsbild bereits nachgewiesener Darmtumoren mit Hilfe der urologischen Untersuchungsmethoden Aufschluß über die Ausdehnung des Prozesses gesucht werden.

E. Mühsam, Berlin.

3673.

Fullerton, Andrew, Transperineale Blasendrainage nach suprapubischer Prostatektomie. (Brit. J. Urol., 1., 1, 1929.) (Universitätsklinik, Belfast.) Die Mortalität der Prostatektomie hat wesentlich abgenommen seit der exakten Durchführung der Nierenfunktionsprüfungen und seit Einführung der die geschädigten Nieren entlastenden Methoden (regelmäßiges Katheterisieren, Dauerkatheter, suprapubische Blasen fisteln). Diese Methoden gestatten auch bessere Ueberwachung der Hämorrhagien der Blase. Die Frage der Bekämpfung der Infektion ist jedoch noch nicht befriedigend gelöst. Sie hängt von dem Grade der Drainage ab. Verfasser ist der Ansicht, daß die Blasendrainage auf suprapubischem Wege nicht zufriedenstellende Ergebnisse zeitigt. Die Enukleation der Prostata hinterläßt eine Höhle am tiefsten Punkt der Blase, in der sich Eiter, Urin und abgestoßenes Gewebe sammeln. Verfasser glaubt, die Art der Drainage bei perinealer Operation der Prostata als günstiger ansehen zu müssen, erkennt aber andererseits den suprapubischen Weg wegen des einfachen Vorgehens als Methode der Wahl an. Er war bemüht, eine Vereinigung des einfachen suprapubischen Operationsweges mit der befriedigenden perinealen Drainage zu finden. Angeregt durch kriegschirurgische Erfahrungen bei Behandlung des extraperitoneal gelegenen perivesikalen Bindegewebes kam Verfasser dazu, eine perineale Blasendrainage zu empfehlen. Der Zugangsweg bei dem in Steinschnittlage befindlichen Patienten ist leicht und einfach. Das zur Drainage verwandte Rohr muß breit und derb genug sein, um den Druck der starken Beckenmuskulatur auszuhalten.

E. Mühsam, Berlin.

3674.

Schneider, C., Ein Führungszystoskop. (Z. Urol., Heft 8, 1929.) Die Führung erfolgt durch einen Ureterkatheter, der vorher in die Blase eingeführt wird. Das Zystoskop hat an der Spitze eine kleine Durchbohrung und einen Extrakanal am Schaft, durch welchen der Harnleiterkatheter hindurchgeleitet wird. Nach Einführung des Instrumentes kann das Leitbougie entfernt werden.

Bei Ureterenzystoskop genügt eine Durchbohrung der Spitze allein zur Durchführung des Leitkatheters. Dieser kann dann — entsprechend nach Einführung zurückgezogen — sofort zum Ureterenkatheterismus verwandt werden.

E. Lehmann, Breslau.

3675.

Müllerschöen, George J., Einkapselte periurethrale Steine. (J. Urol., 22., 1.) Bericht über einen Fall eines eingekapselten Steines als Rest eines alten periurethralen Abszesses. Dieser Stein wurde ohne Verletzung der Harnröhre in Lokalanästhesie entfernt. Aus der Literatur kann Verfasser nur zwei einschlägige Fälle von eingekapselten periurethralen Steinen anführen. Einmal handelte es sich dabei um einen Fall von Prostatahypertrophie, das zweitemal um mehrere Steine, die in der Höhle eines periurethralen Abszesses lagen.

E. Mühsam, Berlin.

3676.

Bieberbach, Walter D., und Clinton N. Peters, Primäres Karzinom in der Pars posterior der männlichen Harnröhre. (J. Urol., 22., 1.) Karzinome der Harnröhre sind selten und treten meist nach dem 50. Lebensjahre auf. Man könnte glauben, daß Trauma und intraurethrale Reizungen bei Infektion oder Strikturen auslösende Momente darstellen. Läng anhaltende Infektionen, besonders solche, die in Strikturen ausgehen, sollten im karzinomverdächtigen Alter als warnende Hinweise auf die Möglichkeit eines Harnröhrenkarzinoms beachtet werden. Die Diagnose eines solchen Harnröhrentumors ist schwer. Sie machen teilweisen Verschuß der Harnröhre und Verlaufen ähnlich den Erscheinungen einer Striktur. Hämaturie, schwere Schmerzanfälle nach der Miktion, Fisteln am

Damm mit Verhärtung der Umgebung sind wichtige Hinweise auf das Vorhandensein eines Tumors. Die Prognose dieser Tumoren ist schlecht und viele vorgeschrittene Fälle starben bald nach der Operation. Metastasen nach der Operation kommen häufig vor. Frühzeitige Diagnose ermöglicht allein eine Radikaloperation mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen. Radium- und Röntgenbestrahlungen sind wenig erfolgreich. E. Mühsam, Berlin.

3677.

Bonney, Viktor, **Die Beziehungen zwischen Urologie und Gynäkologie.** (Brit. J. Urol., I, 1, 1929.) Verfasser weist auf die engen Beziehungen zwischen Harn- und Genitaltraktus bei der Frau hin. Die benachbarten Lagebeziehungen bringen es mit sich, daß Erkrankungen des einen Systems häufig übergreifen auf das andere, so daß eine spezialistische Behandlung in gleicher Weise am Uro- und Genitalsystem derselben Patientin häufig auszuführen ist. Verfasser zählt einige Hauptgruppen genitaler Erkrankungen der Frau auf, deren Uebergreifen auf den Harntraktus eine gleichzeitige spezialistisch-urologische Tätigkeit erfordert. Es seien erwähnt Aplasien, Hypoplasien und angeborene Deformitäten der Genitalorgane und daraus sich ergebende Veränderungen am Harnsystem, Verletzungen des Genitalsystems, insbesondere die verschiedenen Formen der Scheidenfisteln, und ihre Beziehungen zum Harnsystem, Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane mit dem sekundär sich entwickelnden Erkrankungen des uropoetischen Systems (Pyelitis als Folge der Ureterenkompensation bei Uterustumoren, Schwangerschaft usw.). E. Mühsam, Berlin.

Hygiene

3678.

Huppert, W., und Gruschka, **Ueber Unzulänglichkeiten in der Tuberkulosebekämpfung.** (Z. Tbk., 54., 2.) Die Arbeit enthält eine ganze Reihe recht interessanter, für den Arzt vielfach leider recht beschämender Einzelheiten. Es ist auch leider heute noch sehr häufig der Fall, daß der Kranke zu spät zum Arzt geht, daß der Arzt die Krankheit zu spät oder nicht richtig erkennt, daß die notwendigen Untersuchungsmethoden (besonders Röntgen- und Auswurfuntersuchung) zu spät oder gar nicht angewendet werden; daß trotz Erkennung der Krankheit die notwendige Behandlung zu spät eingeleitet wird und daß die Heilstätten dem Kranken zu schwer zugänglich sind. Zu fordern ist: planmäßige Verteilung diagnostischer Stationen (mit gut ausgebildeten Aerzten! Ref.) zur systematischen Ueberwachung der Bevölkerung, Vervollkommen der Heilstätten und ihrer therapeutischen Einrichtungen, Regelung der Einweisung in Heilstätten und Krankenhäuser.

Zwerg, Coswig.

3679.

Kreuser, F., und H. Deuster, **Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser vom Standpunkt der Fürsorge und der Krankenbehandlung.** (Z. Tbk., 54., 2.) Von den maßgebenden Tuberkulosebekämpfungsorganisationen wird seit langem die Aufnahme einer Bestimmung über die Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser in das zu schaffende Reichstuberkulosegesetz gefordert. Man muß sich jedoch darüber klar sein, daß die gesetzliche Bestimmung allein nicht ausreichen wird, um nun die zwangsmäßige Asylierung auch erfolgreich zur Durchführung zu bringen. Auf Grund von im Saargebiet geltenden Verordnungen hatte Verf. Gelegenheit, Erfahrungen mit der praktischen Durchführung der Zwangsabsonderung zu sammeln. Von 30 Fällen dieser Art sind 12 entwichen bzw. von Angehörigen entführt, einer mußte disziplinarisch entlassen werden. 10 Kranke sind während der Absonderung oder kurz danach gestorben, was fürsorglicher als Erfolg gelten darf. Nur 7 konnten klinisch bzw. sozial gebessert entlassen werden. Die Erfolge sind also recht dürftig. Um in Zukunft mehr zu erreichen, wird es erforderlich sein, für die Abzusondernenden eine besondere Art von Krankenhausabteilung und eine besonders intensive Fürsorgebeaufsichtigung nach der Entlassung zu schaffen.

Zwerg, Coswig.

3680.

Dornedden, **Nachtrag zum Ergebnis der Reichszählung der Geschlechtskranken.** (Reichsgesetzbl., Nr. 31, 1929.) In Sachsen sind die Tripperfälle häufiger gewesen als im übrigen Reichsgebiete. Die Behandlungsfälle der Frühstadien überwiegen. Eine höhere Erkrankungshäufigkeit bestand bei den unter 20jährigen Personen an chronischem Tripper, ebenso an frischer Syphilis. Die Verheirateten zeigten eine unter dem Reichsdurchschnitt liegende Erkrankungsziffer.

In Thüringen, deren Erkrankungsziffer nur $\frac{1}{2}$ der Reichsziffer betrug, wurden verhältnismäßig viel Syphilisfälle beobachtet sowie viel chronischer Tripper unter 30jährigen Männern.

Michaelis, Bitterfeld.

3681.

Adlercreutz, Erik, **Orientierende Untersuchung über die Verbreitung des Kropfes in Finnland und über deren Zusammenhang mit dem Jodvorkommen in Wasser.** (Finsk. Laekar. Handl., 70., 1928.) Fast alle Gebiete, in denen Kropf als häufig bezeichnet wird, liegen in Finnland im seenreichsten Teile, auf dem großen Seenplateau. Seltener ist der Kropf an den Seenküsten. In dem Seengebiet ist er endemiert. In den meisten Gebieten ist der Kropf aber seltener als häufiger geworden. Flußwässer waren nicht jodreicher als Quellwässer. Bei der Enteisung des Wassers in Leitungs- und Trinkwasser in Städten wird ein Teil des Jods aus dem Wasser eliminiert. Eisenreiche Wässer sind stets auch jodreich. Ein Vergleich zwischen Verbreitung des Kropfes und dem Jodvorkommen deutet auf eine gewisse Beziehung zwischen beiden hin, doch ist dieses Verhältnis keineswegs konstant. Die Auffassung eines exogenen Jodmangels als Kropfsache ist keineswegs als sicher bewiesen anzusehen. Jodmangel scheint keine direkte Ursache des Kropfes abzugeben, vielleicht ist derselbe ein indirekter kausales Moment. Es gibt jedenfalls vielfache Ursachen für die Kropfätiologie, die auch regionär verschieden sind. Ein einheitlicher endemischer Kropftypus existiert vielleicht aus diesem Grunde nicht. S. Kalischer.

3682.

Sommerfeld, **Jodstoffwechsel und Kropfbekämpfung.** (Zeitschr. f. Med.-Beamte, Nr. 15, 1929.) Ohne Jod kein Schilddrüsenhormon. Beziehungen zwischen Jodmenge, Schilddrüsenaktivität und exogenem Stoffwechsel sind unverkennbar. Dem primären Jodmangel in den Kropfigenden muß nach den bisherigen Kenntnissen eine wichtige Rolle für die Entstehung des endemischen Kropfes zuerkannt werden. Die Vollsalzprophylaxe der Schweiz hat einen günstigen Einfluß auf die Schilddrüsen-Neugeborener und Heranwachsender in Endemiegebieten ergeben. Michaelis, Bitterfeld.

3683.

Newjadoskij, M. M., **Klassifikation der Gelenkerkrankungen hinsichtlich der Auswahl für Kurortbehandlung.** (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 22.) (Propädeutische Klinik der 2. Staatsuniversität, Moskau.) Verfasser empfiehlt folgende Klassifikation: Gruppe A: 1. Arthritis acuta traumatica. 2. Arthritis ac. ex anaphylaxia. 3. Arthr. ac. urica. 4. Arthr. ac. simplex (rheumatismal). 5. Arthr. ac. secundaria: a) typhosa, b) gonorrhoea, c) tuberculosa, d) luetica, e) scarlatinosa, f) septica usw. 6. Arthr. ac. haemorrhagica: a) pelyosis rheumatica, b) haemophilica, c) ex anaemia perniciosa, d) scorbutica. — Gruppe B: 1. Arthritis chronica traumatica. 2. Arthr. chron. urica. 3. Arthr. chron. simplex (rheumatismal). 4. Arthr. chron. secundaria: a) post typhosa, b) gonorrhoea, c) tuberculosa, d) luetica, e) post scarlatinam, f) septica usw. 5. Arthritis chron. haemorrhagica: a) haemophilica, b) post anaemia perniciosa, c) scorbutica. — Gruppe C: Arthritis chron. deformans. — Gruppe D: Arthritis chron. endocrinica. — Gruppe E: Arthritis chron. neuropathica. — Gruppe F: Spondylosis. — Gruppe G: Neoplasma arthriticum. — Gruppe H: Echinococcus arthriticum. — Jede nosologische Einheit dieser Klassifikation wird zur Bestimmung des Charakters des Prozesses, seiner Lokalisation und Intensität noch in drei Untergruppen „a“, „b“ und „c“ eingeteilt: Arthritis der Untergruppe „a“: Der Krankheitsprozeß wird hier durch Schmerzen und Reibungsgeräusche in den Gelenken der — a₁ oberen Extremitäten, a₂ unteren Extremitäten, a₃ Wirbelsäule charakterisiert. Untergruppe „b“: Es besteht Schwellung, Rötung, Schmerzhaftigkeit und Exsudat in den Gelenken: b₁ der oberen Extremitäten, b₂ der unteren Extremitäten, b₃ der Wirbelsäule. Untergruppe „c“: Einschränkung der Bewegungen, Kontraktur (Ankylose) der Gelenke: c₁ der oberen Extremitäten, c₂ der unteren Extremitäten und c₃ der Wirbelsäule.

Während die Kranken der Untergruppe „a“ ambulatorisch bzw. in Badeorten mit niedriger Moortemperatur behandelt werden können, bedürfen die Untergruppen „b“ und „c“ der Sanatoriumsbehandlung und Verschickung in Kurorte mit höherer Moortemperatur. Die Gruppen A, G und H bilden eine absolute Kontraindikation, die Gruppe B eine relative Indikation für die Kurortbehandlung. E. Kontorowitsch.

Infektionskrankheiten

3684.

Trojetzky, A. J., **Diphtherie mit später Belagbildung.** (Wratsch. Gaset, 33., Nr. 2, 1929.) Während einer Diphtherieepidemie beobachtete T. eine große Anzahl von Fällen, die in den ersten 3 bis 4, seltener 5 Tagen der sonst für Diphtherie typischen

Erkrankung keine Erscheinungen seitens des Gaumenbogens und der Tonsillen darbieten, und bei denen sich die Belagbildung erst am 4. bis 6. Tage zeigte. Bei einem Kinde ergab die Untersuchung des Rachenabstriches am dritten Krankheitstage, als noch keine Anzeichen von Angina vorhanden waren, positiven Diphtheriebazillenbefund. — Erscheinungen seitens des Herzens beim bis dahin gesunden Kinde, wie leise Herztöne, Dilatation des Herzens, frequenter, kleiner, leicht unterdrückbarer Puls, Albuminurie, sollten auch bei Fehlen von Angina stets Verdacht auf Diphtherie mit allgemeiner Intoxikation erwecken. E. Kontorowitsch.

3685.

Smith, Eugene H., Eine Epidemie von Erythema infectiosum. (Die 5. Krankheit.) (Arch. Pediatr., 66., Nr. 7, Juli 1929.) Beschreibung einer Epidemie von 14 Fällen, welche im Laufe des Herbstes 1927 und Frühlings 1928 in Ogden auftraten. Die Kinder waren 2 bis 12 Jahre alt und wohnten alle in demselben Stadtteil. Der Ausschlag verlief in Form eines Rash. Die Infektiosität der 5. Krankheit soll nicht sehr groß sein, da in der gleichen Familie fast niemals alle Geschwister erkrankten.

Trendtel, Bremen.

3686.

Ferreri, Giorgio, Das häufige Vorkommen von Warzenfortsatz- und Gesichtshöhlenentzündungen bei der letzten Grippeepidemie. (Polichinico, 36., 29.) Verf. beobachtete bei der letzten Grippeepidemie ein besonders häufiges Vorkommen von Ohrenkomplikationen in Form der Mastoiditis sowie von Sinusitis der Stirn- und Kieferhöhlen bei ein und demselben Individuum.

Ashkenasy, Wien.

3687.

Bondo, Erik, Febris undulans bovina. (Uges. f. Laeg., Nr. 30, 1929.) 15 Fälle von Febris undulans bovina kamen zur Behandlung und Beobachtung. Bei Tieren wie Menschen handelt es sich hierbei um einen septischen Stoff, der im Blute kreist. Bei Menschen überwiegt der rein septische Charakter, indem ein langdauerndes Fieber besteht, hämorrhagische Diathese, geringe Ansteckungsfähigkeit, Ausscheidung des Mikroorganismus durch Se- und Enkrete (Fäzes, Urin, Milch). Bei Tieren Ausscheidungen aus Milchdrüsen und Genitalien, große Ansteckungsgefahr, Störungen der Schwangerschaft, Veränderungen der Frucht und Fruchthäute nach Aborta. Bei beiden findet allmähliche Immunisierung statt, bei den Tieren Bazillenträger, ob beim Menschen auch, ist noch nicht sicher festgestellt. Ungekochte Ziegen- und Kuhmilch ist zu vermeiden. Die Ansteckung des Viehes in den Ställen ist zu bekämpfen. Milch infizierter Tiere sollte nur pasteurisiert verkauft werden, obwohl kleine Kinder für die Infektion weniger empfänglich sind als Erwachsene. Bei Maul- und Klauenseuche pflegt auch diese Infektionskrankheit zuzunehmen. Die prophylaktische Vakzination der Tiere wird vielfach versucht, doch bisher ohne sicheren Erfolg. Unspezifische Proteintherapie, Metallsalzinjektionen, Chinin wurden ebenfalls versucht. Die Ansteckung bei Tieren findet oft bei der Paarung statt, bei Menschen ist der Melkakt und die Behandlung der neugeborenen Kälber am gefährlichsten. S. Kalischer.

3688.

Davidow, P. D., Zur Frage der Malariabehandlung. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 22.) Bei 6 chronischen und 2 frischen Tertiana-fällen, die sich gegenüber Chinin, Neosalvarsan und Methylenglaube als refraktär erwiesen, gelang es dem Verf., durch Darreichung von Knoblauch, der als altes Hausmittel gegen Malaria bekannt ist, alle Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Eine feingestoßene Knoblauchknolle wurde in drei Glas Milch gekocht, wovon die Patienten, etwa 10 bis 15 Tage lang, dreimal täglich je ein Glas bekamen. Es werden folgende Beispiele mitgeteilt: 1. Fall: 29jährige Patientin, seit 1921 an Tertiana krank. Wurde regelmäßig mit Chinin behandelt. 1925 dreimonatige Kur (0,3—1,0 g Chinin, dreimal täglich). Während der letzten 7 Jahre bekam sie insgesamt 35 subkutane Chinopyrin- und 12 intravenöse Neosalvarsaninjektionen, jedoch ohne daß danach sichtliche Besserung eingetreten wäre. Nach 14tägiger Darreichung von Milch mit Knoblauch auf fallende Besserung des Zustandes, Abnahme des Milztumors, Verschwinden von Plasmodien aus dem Blute. 6 Monate nach der Behandlung keine Verschlimmerung. Im zweiten Falle handelte es sich um eine frische Tertiana bei einem 42jährigen Manne. Behandlung mit Chinin (0,25—0,6 g, drei- bis viermal täglich) und Neosalvarsan. Danach Besserung, 2 Monate später nach einer Erkältung Rezidiv. Nach Verabfolgung von in Milch gekochtem Knoblauch während 10 Tagen wird der Pat. fieberfrei, Heilung.

E. Kontorowitsch.

3689.

Zalocco, A., Ueber Krämpfe bei kindlicher Malaria. (Pediatra, Jahrg. 37, Nr. 14, 1929.) Bei fünf jungen Kindern werden

Krämpfe im Beginn, während und auch unmittelbar nach dem Schüttelfrost, als auch Fieberäquivalente bei Malaria larvata beobachtet. Krämpfe treten besonders bei schweren Formen von Malaria auf. Der Liquor zeigt nur erhöhten Druck, sonst ist er unverändert. Eugen Stransky, Wien.

3690.

Kreutzer, S. J., und Z. S. Drapkin, Behandlung und Verhütung von Rückfallfieber mittels Osarsol (Stovarsol). (Wratsch. Gasetta, 33., Nr. 2, 1929.) (Infektionsabteilung des Donkreiskrankenhauses, Rostow/Don.) Von Versuchen von Kritschewski an mit Rekurrenzspirochäten infizierten Ratten mit Stovarsoldarreichung ausgehend, wurde bei 67 Fällen von Rückfallfieber die Behandlung mit Osarsol (russisches Stovarsolpräparat) und Spirocid durchgeführt. In allen Fällen wurden gute therapeutische Erfolge erzielt, wobei die Wirksamkeit des Osarsols der des Neosalvarsans gleichgestellt werden kann. Rezidive traten in 7,4% auf.

E. Kontorowitsch.

3691.

Coglievina, Ueber die Fleckfieberleber und ihre klinische Bedeutung. (Wien. klin. Wsch., 42. Jahrg., Nr. 27.) Beim Fleckfieber besteht immer eine Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber; Urobilinurie ist in 80%, leichter Ikterus in 30% der Fälle vorhanden. Pathologisch-anatomisch wurde öfters fettige Degeneration der Leber gefunden; ferner ließen sich in den Kupferschen Sternzellen Gebilde nachweisen, die man für Rickettsien halten muß. Auf die Leberstörung werden vom Autor zwei Symptome zurückgeführt: die psychischen Störungen und der hämorrhagische Charakter des Fleckfiebers. Die psychischen Störungen bestehen in Delirien, die an die bei septischen Erkrankungen häufigen musitierenden Delirien erinnern; oft sind ausgeprägte artikulatorische Störungen zu beobachten. In allen Fällen wurde verzögerte Blutgerinnung festgestellt, die auf Fibrinogenmangel infolge der Leberstörung zurückgeführt wird; im Zusammenhang damit steht die hämorrhagische Tendenz. Therapeutisch wirkt Hexamethylentetramin bei Fleckfieber durch Desinfektion der Leber und des Zentralnervensystems. Auch mit kolloidalem Silber (Dispargen) werden gute Erfolge erzielt, das auch auf dem Wege über die Leber wirken dürfte.

Ernst Pick, Wien.

3692.

Chesterman, Clement C., Behandlung des Schwarzwasserfiebers mit peroraler Verabreichung von Natr. bicarbonicum. (Lancet, 216., 5522.) (Krankenhaus der Baptistenmissionare, Jakusu, Belg.-Kongo.) Verfasser berichtet über die Heilung eines Falles von Schwarzwasserfieber durch Verabreichung von Natr. bicarbon. mehrmals im Tage, Zitronenwasser, Tee und Vichymineralwasser, außerdem soviel pulverisierten Traubenzuckers, als mit der Nahrung aufgenommen werden konnte. Daneben auch Citrin in entsprechenden Dosen. Bemerkenswert in diesem Fall war, daß im initialen Anfall und im Rezidiv das Hämoglobin aus dem Harn einige Stunden, nachdem letzterer alkalische Reaktion zeigte, verschwand. Dieses Resultat wurde durch Natr.-bicarbon.-Dosen bis 21 g innerhalb 24 Stunden bei gleichzeitiger Verabreichung von Zitrat in Form von Limonade erzielt. Das gallige Erbrechen wurde durch häufige schluckweise Zufuhr der alkalischen Lösung bekämpft. Die Probe auf Hämoglobin in einem auf diese Weise alkalisch gemachten Harn gibt eine leichte wolkige Trübung beim Kochen, während Acid. nitr. eine kräftige Fällung zeitigt.

Ashkenasy, Wien.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

3693.

Wikinson und Brockbank, Perniziöse Anämie. (Br. med. J., 3574.) Es werden die Erfolge von 80 Fällen nachkontrolliert, 33 wurden mit Leberdiät behandelt, 47 ohne. Von den 33 mit Leberdiät behandelten Patienten sind 50% sehr wohl, 15% haben leichte Beschwerden etwa ein Jahr nach der Entlassung. Nur zwei (6%) sind tot. Von den 47 nicht mit Leber behandelten Patienten sind 50% tot nach einem Jahr, die anderen bekommen jetzt Leber. Nur zwei dieser Gruppe sind arbeitsfähig, während 19 der ersten Gruppe arbeiten. Die Leber wird am besten roh oder halbroh genommen. Die gastrischen Symptome werden durch die Lebertherapie günstig beeinflusst, die Symptome des Nervensystems bleiben unbeeinflusst. Rückfälle sind viel seltener geworden, sie kommen besonders im Anschluß an Infektionskrankheiten (Grippe) vor.

Heyman, Berlin.

3694.

Melland, H., Leberbehandlung bei perniziöser Anämie. (Br. med. J., 3574.) Es werden Erfolge der Leberbehandlung mit denen

früherer Behandlungsarten verglichen. Vorausgestellt wird die Tatsache, daß man auch bei den früheren Behandlungsarten langjährige Remissionen erlebte. Bei der Lebertherapie geht die Besserung schneller, die Zahl der roten Blutkörperchen steigt schneller an, auch ist sie außerhalb des Spitals leichter anwendbar als die anderen Behandlungsarten. Dauerheilungen gewährleistet sie auch nicht, beim Aussetzen der Therapie kommen Rückfälle. 80 bis 100 g Leber am Tag sind ausreichend, besonders wenn mit einer anderen Behandlung kombiniert wird. Wenn die Zahl der Erythrozyten auf 4 Millionen gestiegen ist, genügt es, die Dosis jeden zweiten Tag zu geben, um den Erfolg zu halten. Allzu große Dosen Leber erzeugen auf die Dauer Gicht und Nephritis. Leberextrakte scheinen ebenso gut zu sein wie frische Leber, doch sind sie sehr teuer.

P. Heymann, Berlin.

3695.

Introzzi, Paolo, Die Lebertherapie und ihre Anwendung, unter besonderer Berücksichtigung der Anaemia perniciosa. (Arch. di Patol. e Clin. Medica, 8., März 1929.) (Allg. Med. Klinik der Univ. Paris.) Verfasser bespricht eingehend die ersten Arbeiten der Amerikaner über den Einfluß der Leberdiät auf die experimentell durch einen Aderlaß erzeugten Anämien, sowie auf perniziöse Anämien. Sodann hält er einen Ueberblick über die Anwendung der Lebertherapie, je nach Nationen, und zwar sowohl auf dem Gebiet der typischen perniziösen, progressiven Biermerschen Anämie, als auch auf dem Gebiet anderer Hämopathien der Krankheitszustände, wie z. B. die Lipidnephrose. Schließlich verweilt er längere Zeit bei der Beschreibung der Modifikationen, wie sie die Einführung von Leber im klinischen und hämatologischen Bilde der perniziösen Anämie hervorbringt. In einem weiteren Kapitel entwickelt Verfasser Fragen, die den Wirkungsmechanismus der Leberdiät betreffen. Er läßt die verschiedenen, hierüber aufgestellten Theorien an uns vorüberziehen: die Theorie der Amerikaner, nach der es sich um eine Stimulation und eine von der Leber auf die Megaloblasten ausgeübte Reifung handelt; die antihämolytische Theorie, die Theorie der Vitamine; die Theorie, welche die Lebenswirkung auf ihren Reichtum an Nukleinen und Proteinen gründet oder auf das Vorkommen assimilierbaren organischen Eisens, oder auf das Zusammentreffen von Eisen und Vitaminen. Schließlich die Theorie, daß Leber auf hämolytische Mikroben der Darmflora wirkt (antitoxische Theorie).

Verfasser hat 12 verschiedene Fälle von Hämopathien behandelt. In der Mehrzahl der Fälle gründete sich die Diagnose auf die Entnahme von Knochenmark aus der Titiä oder dem Sternum oder auf Milzpunktion.

In 6 Fällen von progressiver perniziöser Anämie, wovon 2 eine sehr ausgeprägte Milzvergrößerung aufwiesen, empfingen 3 Leber in Form von Extrakten, die anderen Leber roh oder fast roh. In allen 6 Fällen trat eine rasche Besserung des Allgemeinzustandes ein mit konstanter fortschreitender Rückkehr zum normalen Blutbild. Die Zunahme der roten Blutkörperchen steigerte sich in 2 von diesen Fällen bis zur Hyperglobulie. Das Hämoglobin stieg in allen 6 Fällen, desgleichen die Zahl der Leukozyten; die hämolytischen Erscheinungen wiesen einen offensichtlichen Rückgang auf. Megalozyten, Megaloblasten und andere unreife Elemente der Erythroblasten- und der weißen Reihe verschwanden da, wo sie vor der Behandlung vorhanden gewesen waren, aus dem Kreislauf. Das Fieber ging zurück, ein vorhandener Milztumor verkleinerte sich merklich.

Zum Studium der Beziehungen zwischen Hämolyse und Lebertherapie berichtet Verfasser von einem Fall von hämolytischer, hypochromer Anaemia splenica, bei dem eine intensive, protrahierte Leberbehandlung auf die hämolytischen Erscheinungen keinen nennenswerten Einfluß ausübte, wogegen sich der Allgemeinzustand des Kranken erheblich besserte. Sodann veröffentlicht er drei Fälle von Anämie infolge von Ankylostomen, wo die Leberzufuhr erfolgte, während sich der Parasit im Darm aufhielt und einen Fall, wo die Leberzufuhr erst nach Austreibung des Parasiten erfolgte. In keinem dieser Fälle beeinflusste die Behandlung die Wiederherstellung der ursprünglichen Blutbeschaffenheit. Auch ein Fall von aplastischer Myelose verhielt sich gegen langdauernde Leberbehandlung refraktär.

Um zu beweisen, daß das aktive Prinzip der Leber nicht den Wert eines Spezifikums besitzt, berichtet er von einem Fall von perniziöser Anämie mit Splenomegalie, den er mit Lymphdrüsenextrakt behandelte, und der danach klinisch und hämatologisch eine ganz besonders schnelle Besserung aufwies.

Verfasser ist ein Gegner der anderweitig vertretenen Ansicht, daß die Leber auf die Perniziosa durch Herbeitragen eines Baumaterials für rote Blutkörperchen wirkt. Er schließt aus, daß es sich um eine von der Leber ausgehende Stimulation des normalen erythroblastischen Gewebes handelt, weniger noch des megaloblastischen Gewebes. Letzteres produziert nur Megalozyten.

Diese aber verschwinden gerade unter dem Einfluß der Leberbehandlung aus dem Kreislauf. Am wahrscheinlichsten dünkt ihm immer noch die Hypothese von der antihämolytischen Leberwirkung. Immerhin darf man auf diese Wirkung allein keine Theorie gründen, sie würde wichtige Tatsachen, wie das Verschwinden von Megaloblasten und Megalozyten nicht allein aus peripheren Kreislauf, sondern auch aus den hämatopoetischen Organen nicht genügend berücksichtigen. In Übereinstimmung mit Terrata und seiner Schule bezüglich der Pathogenese der Anaemia perniciosa nimmt Verfasser einen gewissen Antagonismus zwischen Leberfunktion und Megaloblastenbildung an. Letztere stockt beim Embryo in dem Augenblick, wo die Leberfunktion einsetzt. Besteht also nachgewiesenermaßen zwischen diesen beiden ein Gegensatz, so ist man berechtigt, die Anaemia perniciosa als eine Leberinsuffizienz anzusehen, bei der es dem Kranken an Kraft fehlt, die Entwicklung von Megaloblasten zu verhindern. Die Zufuhr von Leber von außen her hätte dann regulatorisch die Fähigkeit, die Megaloblastenbildung der Mesenchymzellen zu unterdrücken.

Nach den klinischen und hämatologischen Veränderungen, die Verfasser bei einem mit Lymphdrüsenextrakt behandelten Fall von perniziöser Anämie beobachtet hat, glaubt er annehmen zu können, daß das wirksame Prinzip nicht der Leber allein eigen ist, sondern, daß es sich auch im lymphatischen ebenso wie im Nierengewebe findet, ferner auch im Myokard und in der Skelettmuskulatur, wie man an zahlreichen Versuchen zeigen konnte.

Held.

3696.

Horvai, L., Durch eitrige Parotitis verursachte Besserung bei einem Fall von Anaemia perniciosa. (Med. Welt, Nr. 26, 1929.) (Liget-Sanatorium, Budapest.) Bei der aplastischen Form einer perniziösen Anämie erwies sich eine eitrige Entzündung der Ohrspeicheldrüse als fördernd auf die Blutbildung und führte, wenn auch nicht zur vollständigen Remission, so doch jedenfalls zu einer wesentlichen Besserung der Blutzusammensetzung. Der Einwand, daß die günstige Änderung des Blutbildes durch die Anhydrämie infolge des Fiebers vorgetäuscht worden sei, wird durch Refraktationsbestimmungen im Serum entkräftet. Verfasser wirft zum Schluß die Frage auf, ob man in Fällen von perniziöser Anämie, in denen auch die Lebertherapie versagt, nicht als letzten Versuch eine künstliche Infektions- oder Proteintherapie anwenden sollte.

L. Gordon, Berlin.

3697.

Wallgren, Ivar, Pathohistologische Untersuchungen über die Magenschleimhaut bei aplastischer Anämie. (Finska Lak. sällsk. Hdl., 72, Nr. 6.) W. erstattet Bericht über 4 Fälle von aplastischer Anämie, in denen der Magen histologisch untersucht worden ist. In 3 der Fälle ließ sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, ob die Magenschleimhaut normal oder möglicherweise Sitz einer leichten Entzündung war. In dem vierten Falle dagegen lag eine Gastritis ohne Drüsenatrophie vor.

W. vergleicht das histologische Bild der Magenschleimhaut bei aplastischer und bei Biermerscher Anämie und benutzt dabei als Vergleichsmaterial eine Reihe von 14 von ihm früher untersuchten Fällen progressiver perniziöser Anämie. In sämtlichen diesen 14 Fällen hat die Magenschleimhaut das Bild einer hochgradigen Gastritis mit Drüsenatrophie dargeboten.

In dem verschiedenartigen Aussehen der Magenschleimhaut bei aplastischer und bei Biermerscher Anämie erblickt W. eine Stütze für die Auffassung, daß die beiden Krankheiten verschiedener Natur sind.

Keller.

3698.

Mau, W. F., Zur Methodik der Untersuchung der Absonderungen des Organismus auf okkultes Blut und des Blutnachweises in Flecken auf Gegenständen. (Wratsch. Gaseta, 33, Nr. 2, 1929.) (Eisenbahn-Krankenhaus, Nishnij-Nowgorod.) In den Fällen, wo das zur Untersuchung bestimmte Material (Harn, Magensaft) in so geringen Mengen vorliegt, daß es zur allgemeinen Untersuchung nicht ausreicht, empfiehlt Verfasser, zum Blutnachweis den Filter zu benutzen, etwa wie es beim Gallenfarbstoffnachweis nach Rosenbach geschieht. Man bedient sich hierzu der Benzidin- und Pyramidonprobe. Technik: Der von anderen Untersuchungen des betreffenden Materials zurückgebliebene Filter wird mittels Glasstabes von festen Substanzen befreit und in einer Petrischale ausgebreitet. Benzidinprobe: Man gibt darauf 1, 2 bis 3 Tropfen frisch bereiteter Benzidinlösung (ein Spatel Benzidin in 2,0 ccm Eisessig gelöst) und 2. auf dieselbe Stelle des Filters 2 bis 3 Tropfen Wasserstoffsuperoxydlösung (3- bis 5prozentig). Bei positivem Ausfall tritt sofort oder nach einigen Sekunden Hellblaufärbung bzw. Grünblau- bis Schwarzfärbung ein. — Bei Ausfärbung der Pyramidonprobe bringt man der Reihe nach je 2 bis 3 Tropfen folgender Reagenzien auf den Filter: 1. Eisessig, 2. fünfprozentige

Alkohol-Pyramidonlösung und 3. Wasserstoffsperoxyd. Bei Vorhandensein von Blut tritt eine violette Verfärbung des Filters ein, die sich aber bald wieder verliert. Beim Blutnachweis im Sputum, Eiter usw. bringt man diese ebenfalls — am besten mit einer weißen Unterlage — in die Petrischale und setzt die erwähnten Reagenzien zu. Diese beiden Proben haben sich auch bei der Untersuchung von Flecken auf Webstoffen, Holz- und Metallgegenständen als ganz zuverlässig erwiesen, indem man diese mit den aufgeführten Reagenzien in der gleichen Reihenfolge direkt bearbeitet oder ein abgeschabtes Partikelchen (von festen Gegenständen) bzw. Gewebestücken in ein mit durch Essigsäure angesäuertem Wasser gefülltes Reagenzglas bringt, dessen Inhalt nach einiger Zeit auf ein Filtrierpapier ausgießt und in obenerwähnter Weise untersucht.

E. Kontorowitsch.

3699.

Kriele, J., Vereinfachte und erweiterte Blutuntersuchungsmethoden mit Hilfe einer neuen Universalblutkammer. (Med. Welt., Nr. 26, 1929.) (Brandenburgische Landesfrauenklinik, Berlin-Neukölln.) Die Vorzüge der neuen Blutuntersuchungsmethode mit der vom Verfasser angegebenen Kammer bestehen darin, daß die Blutbestimmungen ohne Auszählen, allein durch Ablesen von Zellhöhen vorgenommen werden, daß die Bestimmungen auch in der Außenpraxis ausführbar sind, da transportabel gemachtes Arterienblut zu benutzen ist, und daß gleichzeitig auch die Senkungsreaktion, die Thrombozytenzählung und die Hämoglobinbestimmung vorgenommen werden. Die Technik aller Bestimmungen ist äußerst einfach und muß in der Originalarbeit nachgelesen werden.

L. Gordon, Berlin.

3700.

von Lebinski, Beiträge zur Behandlung der Fettsucht mit Decorpa. (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 15, 1929.) In 25 Fällen mit verschiedenen Formen von Adipositas wurden gute Erfolge erzielt. Im Durchschnitt betrug die Gewichtsabnahme pro Woche 1 bis 1,5 kg und lediglich bei der hereditären Fettsucht nur 0,5 kg. Das Mittel wurde gut vertragen, weder Herz noch innere Organe waren danach irgendwie beeinflusst.

E. Kontorowitsch.

3701.

Widnäs, Karin, Ueber den Unterschied zwischen der Zuckerharnruhr beim Erwachsenen und beim Kinde. (Finsk. Laekar. Handl., 70., 1928.) Der Diabetes beim Kinde beginnt meist auch im Anschluß an eine Infektionskrankheit oder eine andere Noxe. Die Prognose quoad vitam ist nicht von Anfang an schlecht, da das Kind, wenn es sich vom Koma erholt, nach einigen Monaten das Insulin entbehren kann und doch bei geeigneter Kost zuckerfrei sein kann. Der Zuckergehalt, der in Harn und Blut sehr hoch sein kann, sinkt schnell. Ein hoher Blutzuckergehalt (über 0,23%) hat nicht dieselbe ungünstige prognostische Bedeutung wie bei Erwachsenen, ein recht niedriger Blutzuckergehalt, kann ohne andere Symptome bestehen. Die Kinder sind sehr zur Azidose geneigt. Hungerdiät kann leicht ein Koma auslösen. Störungen im Wasserhaushalt sind viel größer als beim Erwachsenen. Unbehandelte Kinder sind stark ausgetrocknet, sie können im Laufe eines Tages bis zur Hälfte ihres Körpergewichts an Wasser einnehmen und lassen. Nach Insulin nimmt das Körpergewicht und der Turgor der Gewebe gleich mächtig zu. Komplikationen außer Infektionskrankheiten sind weit seltener als bei Erwachsenen. Hungerkuren und kohlehydratfreie Kost sind bei Kindern zu meiden. Genügende Kalorienzufuhr (40 bis 70 kro kg Körpergewicht) sowie mindestens 6 Eiweiß pro kg Körpergewicht muß gesichert werden, damit das Wachstum nicht leidet. Man kann vier Fünftel vom Kalorienbedarf mit Fett decken, wenn das allmählich geschieht und ein Fünftel aus Kohlehydraten besteht. Die Insulindosis muß sehr individuell berechnet werden, schon 1 bis 2 Einheiten haben sich als wirksam erwiesen. Das Alter des Kindes ist weniger wichtig für die Dosierung als die Schwere der Erkrankung.

S. Kalischer.

3702.

Nylander, G., Nachuntersuchungen von Insulinpatienten. (Finsk. Laekar. Handl., 70., 1928.) Die Durchführung einer strengen Diabetesdiät ist in Finnland schwierig, weil es namentlich im Frühjahr nicht leicht ist, geeignetes Gemüse zu beschaffen. Daher ist es oft zweckmäßig, reichliche Kohlehydratmengen und gesteigerte Insulindosen zu verordnen. Von 263 Kranken mit einer Kohlehydrattoleranz unter 100 g Weißbrot konnten 92 nur mit Diätvorschriften und 161 mit Insulin- und Diätvorschriften entlassen werden. Die Hälfte dieser Kranken aus beiden Gruppen ist noch am Leben. Von 52 lediglich diabetisch Behandelten sind 21 völlig arbeitsfähig. Von 86 Insulinpatienten haben 22 den Insulingebrauch aufgegeben; von den Insulin noch Gebrauchenden sind 32 völlig arbeitsfähig. Von den Insulinkranken hatte mehr als die Hälfte

eine so gut wie kohlehydratfreie Kost; von diesen sind 44% arbeitsfähig. Die Betrachtungen lehren, daß die Methode: strenge Diät und wenig Insulin in der Praxis nicht zu guten Resultaten geführt hat. Da der Preis des Insulins hoch ist im Vergleich zu den Einnahmen des Durchschnittsbürgers, so ist eine effektive Therapie nur mit Unterstützung aus öffentlichen Mitteln zu erzielen.

S. Kalischer.

3703.

Taterka, Heinz, und Felix Oestreicher, Zuckerstoffwechsel und Wasserhaushalt. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 30.) (I. inn. Abt. d. städt. Krankenhauses Neukölln, Berlin.) Bei Patienten mit kardialen Oedem findet sich ein niedrigerer Nüchternblutzucker, eine verspätete, aber stärkere Insulinwirkung und ein verlangsamtes Ansteigen und Absinken der Blutzuckerkurve nach Traubenzucker mit etwas geringeren Höchstwerten als beim Gesunden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3704.

Maslow, E. W., Zur Klinik des Diabetes insipidus und des hypophysären Nanismus. (Wratsch. Dielo, 11. Jg., Nr. 22.) (Psychoneurologische Klinik der Nordkaukasischen Universität, Rostow, Don.) Beitrag zur Pathogenese des Diabetes insipidus. Es handelt sich um ein neunjähriges Mädchen, das mit 4½ Jahren eine mit Fieber einhergehende Erkrankung (Malaria?) durchmachte, im Anschluß daran bis zum sechsten Lebensjahre an Enzephalitis litt und seit dieser Zeit ein völliges Stillstehen des Wachstums sowie Erscheinungen von Diabetes insipidus darbot. Keine Störungen der Intelligenz. In den letzten Jahren periodisches Auftreten von Kopfschmerzen — ein- bis zweimal in der Woche —, von Adynamie und Verstärkung des Durstgefühls begleitet. Röntgenbefund: Sella turtica normal. Das Erscheinen von Polydipsie, Polyurie und Wachstumsstörung gleichzeitig mit zerebralen und vegetativ-trophischen Störungen sind in diesem Falle eher auf eine Affektion der höheren vegetativen Zentren als auf die der Hypophyse zurückzuführen.

E. Kontorowitsch.

3705.

Herzfeld, Ernst, Myxödem. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 29.) Der Verfasser beschreibt den Fall eines Patienten, der jahrelang wegen der geringen Eiweißmenge im Urin, der allgemeinen Blässe, der Mattigkeit und des Gesichtsoedems fälschlich als Nephritiker behandelt worden war. Es war einerseits übersehen worden, daß es sich um einen alkalischen Urin mit Leukozyten ohne irgendeine Störung der Nierenfunktion handelte und andererseits Zeichen einer Prostatitis vorhanden waren. Die erwähnten Symptome hätten zumindest differentialdiagnostisch an ein Myxödem denken lassen müssen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3706.

Elmer, A. W., und M. Scheps, Die Wirkung des Parathormons bei Tetania parathyreopriva. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 30.) (I. inn. Abt. d. allg. Krankenhauses, Lwów.) Parathormon wirkt spezifisch bei der Tetania parathyreopriva.

Die Wirkung des Parathormons übertrifft bei weitem diejenige anderer Mittel (Kalziumpräparate, Vigantol usw.). Die Parathormonbehandlung bewirkt, auf subkutanem Wege, binnen 3 bis 15 Stunden rasche Besserung des klinischen Bildes der Tetanie. In den schwersten Tetaniefällen, in denen eine momentane Hilfeleistung notwendig ist, ist neben subkutaner Parathormon-Injektion eine gleichzeitige intravenöse notwendig, die binnen 20 Minuten bis 1½ Stunden eine schlagfertige Besserung bringt. Die parenterale Parathormonbehandlung ist also in sämtlichen schweren Tetaniefällen, besonders in denjenigen, in welchen andere Mittel versagten, angezeigt.

Parallel mit der Besserung der klinischen Symptome beeinflußt das Parathormon auch den Blutchemismus, indem es vor allen Dingen den Blutzucker erhöht, den Phosphor- und Kaliumspiegel erniedrigt. Die Beeinflussung der Alkalireserve und der Gerinnungszeit ist nicht konstant.

Die Dosierung des Parathormons soll individuell und unter der Kontrolle des Blutkalkspiegels durchgeführt werden.

Die Dauer der Parathormonbehandlung ist verschieden. In akuten Fällen mit nur vorübergehender Insuffizienz soll sie nur während der Dauer der klinischen Symptome, in schweren, meist chronischen Fällen dagegen dürfte sie, ähnlich wie die Insulinbehandlung, kontinuierlich oder mit kleinen Pausen, am besten bei gleichzeitiger peroraler Kalziumdarreichung fortgesetzt werden.

Erscheinungen eines hyperkalzämischen Syndroms wurden nicht beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

3707.

Lowe, Die Entstehungsursache von 100 Fällen rheumatischer Erkrankung. (Br. med. J., 3575.) 100 verschiedene Fälle rheumatischer Erkrankung wurden bakteriologisch auf die Entstehungs-

ursache untersucht. Folgende Infektionsherde kamen nach der Häufigkeit geordnet in Frage: die retrorhinalen Sinus-, die Nebenhöhlen-, Darminfektionen, Tonsillar- und Zahninfekte. Bakteriologisch überwiegen die Streptokokken, doch kommen auch alle anderen häufigeren Bakterien in Einzelfällen vor.

Heyman, Berlin.

3708.

Tanzii, Luigi, Wiederbelebung des Herzens mittels intrakardialer Adrenalininjektion. (Policlinico, 36., 29.) Einstich in das 4. linke Interkostalspatium, hart am Sternalrand. Die Nadel wird senkrecht bis zur Tiefe von 4 bis 6 cm eingestochen und die Injektionsflüssigkeit (1prozentige Adrenalinlösung) in der Menge von maximal 2 ccm langsam injiziert. Die künstliche Atmung darf keinesfalls unterbrochen werden. Gewöhnlich beginnt das Herz bereits nach 5 bis 6 Sekunden zu schlagen, während die Respiration erst nach 5 Minuten wiederkehrt. Schädigungen sind im allgemeinen nicht zu befürchten. Die intrakardiale Injektion darf jedoch nicht später als höchstens 10 Minuten nach Eintritt der Synkope stattfinden, da sonst der Erfolg ausbleibt.

Ashkenasy, Wien.

3709.

Costa, Antonio, Morphologie und Pathologie der Aneurysmen der A. pulmonalis. (Arch. d. Patol. e Clin. Med., Vol. VIII, März 1929.) (Pathol. Institut der Univ. Florenz.) Das Aneurysma der A. pulmonalis trifft man in allen Lebensaltern an; es bevorzugt nicht — wie das Aortenaneurysma — die Zentralperioden des Lebens, sondern es betrifft die erste Jugend und die Pubertät genau so gut wie das reife Lebensalter. Das Aneurysma der Pulmonalis ist ungemein selten; der hier beschriebene Fall ist der einzige bei einem Material von mehr als 20 000 Nekropsien. Am häufigsten zeigt sich sich der Stamm befallen; viel seltener die Bifurkationszweige. Verhältnismäßig häufig findet man am Orifizium der Pulmonalis angeborene Mißbildungen. Zuweilen besteht Permanenz und Durchgängigkeit des Ductus Botalli, und zwar auch bei Erwachsenen, oft verbunden mit anderen Mißbildungen. Man beobachtet auch Durchgängigkeit des Foramen ovale, Septumdefekte, angeborene Vitien der Mitrals.

Als genetische Basis läßt sich in einigen Fällen ein vorausgegangener Gelenkrheumatismus erheben, in anderen eine Arteriitis luetica oder mykotisch-embolische Arteriitiden.

Der hier beschriebene Fall weist multiple Aneurysmen des Hauptstammes der beiden Bifurkationszweige und der Zweige der Unterlappen auf. Histologisch ließ sich nachweisen, daß echte Aneurysmen vorlagen, keine einfachen Erweiterungen, ferner daß jede entzündliche Erscheinung fehlte. Atherosklerotische Veränderungen fanden sich nur in den aneurysmalen Stämmen, während die anderen Lungen- und großen Kreislaufgefäße frei waren. Da man eine primäre pulmonäre Atherosklerose ausschließen kann, so muß man die vorhandene Atherosklerose auf hydraulische Störungen durch das Aneurysma und kalzifizierte Thromben beziehen. Man schließt auf diese Weise aus, daß sie der primären Aneurysmenbildung vorausgegangen sein kann. War das Orifizium der Pulmonalis, das eine relative Klappeninsuffizienz aufwies, vorher Sitz eines organischen Vitium? Diese Annahme widerlegt sich durch makroskopische und histologische Befunde. Im Gegenteil, man findet in dem unversehrtesten Teil der Arterie Spuren einer wahrscheinlich angeborenen Mißbildung vom hypoplastisch-elastischen Typ, desgleichen im gesamten übrigen Arteriensystem und in den inneren Organen. Nach dem, was die Experimente von Cavina gezeitigt haben, ist es wahrscheinlich, daß in Abhängigkeit von einer ganz besonders schweren Hypoplasie das tatsächliche aneurysmatische Gefäßgebiet durch den normalen Druck erweitert worden sein kann, wie das im Verlauf einer Hypertonie vorkommt. Zugleich mit diesem Vorgang Anwachsen der „parietalen Spannung“. Nach vergeblichen Versuchen hyperplastischer Kompensation wird das hypoplastisch-elastische System, dessen Resistenz vielleicht durch latente toxische Faktoren (darunter sicherlich der Alkohol) herabgesetzt ist, von den ersten degenerativen Veränderungen betroffen. Diese, in Verbindung mit der parietalen Spannung, bilden die pathogenetische Grundlage der Atherosklerose, während die langsam an der Bifurkation deponierten und teilweise verkalkten Thromben eine weitere Zunahme der Spannung veranlassen und so die Gefäßveränderungen ernstlich steigern. Dadurch wird die relative Klappeninsuffizienz erst geschaffen. Der Tod in dem hier mitgeteilten Falle ist zurückzuführen auf Insuffizienz des Herzens, nahezu aufgehobene Kanalisation der A. pulmonalis und Thrombose der V. cava sup. Der Fall ist so recht geeignet, darzutun, daß histologische Gewebsmißbildungen die solide Grundlage abgeben, auf der sich die viszerale pathologische Anatomie der Konstitutionen entwickelt.

Held.

3710.

Lauter, S., Kreislauf und Hochdruck. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jg., Heft 15.) Die Höhe des Blutdrucks zeigt zwar die gute Leistungsfähigkeit des Herzens an, ist aber kein Maßstab dafür, wieviel von dieser Leistungsfähigkeit der Zirkulation zugute kommt. Bei länger dauerndem Hochdruck findet man ein Absinken der Zirkulationsgröße, dementsprechend müssen die Reserven, die periphere Ausnützung kompensatorisch eintreten.

Arnold Hirsch, Berlin.

3711.

Szanto, P., Hypertonie und Hypertoniebehandlung. (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 15, 1929.) In einer Reihe von Fällen konnte Verfasser durch Phyllochlor (Heinval-Laboratorium der Viktoriaapotheke, Halle a. d. S.) eine auffallend günstige Beeinflussung der Hauptsymptome und Begleiterscheinungen der Blutdruckkrankheiten feststellen. Es kam zu einer allmählichen Herabsetzung des pathologisch erhöhten Blutdruckes; Kopfschmerzen, Schwindel, Atemnot verschwanden ebenso wie die Aortalgien und Stenokardien. Das Präparat, das sich durch absolute Unschädlichkeit auszeichnet, wird in einer Dosis von dreimal täglich je zwei Tabletten für die Dauer von mehreren Wochen, in schweren Fällen bis zu einem halben Jahre, verordnet.

E. Kontorowitsch.

3712.

Assmann, H., Ueber periphere Gefäßstörungen im jugendlichen und mittleren Lebensalter. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 29.) (Med. Universitäts-Poliklinik, Leipzig.) Auf Grund der Literatur und eigener Beobachtungen werden diejenigen peripheren Gefäßstörungen besprochen, die einerseits dem Typus der Raynaudschen Gangrän, andererseits der im jugendlichen und mittleren Alter auftretenden Spontangangrän entsprechen.

Beim Typus Raynaud wird auf das gleichzeitige Vorkommen von Quinkeschem Oedem und peripheren Gefäßstörungen hingewiesen und beide Krankheitserscheinungen als verschiedene hohe Reizgrade einer Krankheitseinheit, der angioneurotischen exsudativen Diathese, aufgefaßt. In einem anatomisch untersuchten Falle wurde, abgesehen von geringfügigen Abnutzungserscheinungen, ein normales Verhalten der Arterien und sympathischen Ganglien gefunden, dagegen eine beachtenswerte Hypertrophie der Nebennieren, besonders ihrer Marksubstanz festgestellt und auf Grund von klinischen und anatomischen Beobachtungen die Aufmerksamkeit auf endokrin-hormonale Einflüsse, die mit nervösen Einwirkungen Hand in Hand gehen, gelenkt.

Bei der Spontangangrän des jugendlichen und mittleren Alters, von welcher 5 klinische und 2 anatomische Beobachtungen mitgeteilt werden, wurden im Gegensatz zum Typus Raynaud organische Veränderungen der Arterienwand, insbesondere der Intima und thrombotischer Verschluß der Richtung gefunden. Die Veränderungen sind vom Bilde einer gewöhnlichen Arteriosklerose zu trennen. Für die Entstehung wird ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren, nämlich:

1. einer besonderen individuellen, manchmal familiären und rassenhaften Disposition, wobei auch endokrine Einflüsse zu erwägen; aber bisher nicht bewiesen sind;

2. äußerer Schädlichkeiten (Tabak, Kälte) und

3. wenigstens in manchen Fällen einer Infektion von noch nicht geklärter Art und Weise angenommen.

Es ist denkbar, daß die verschiedenen, beim Typus Raynaud und bei der jugendlichen Spontangangrän hervorgehobenen ursächlichen Faktoren sich in verschiedener Weise miteinander verknüpfen und dadurch Mischformen zustande kommen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

3713.

Bezançon, F., und A. Jacquelin, Hämophysen und vasomotorische Störungen. (Presse Méd., Nr. 45, 1929.) Verfasser fassen das Problem als vasomotorisches Syndrom auf, das speziell den fibrösen Formen der Lungentuberkulose eigen ist. Es besteht bei den Patienten eine vasomotorische Instabilität, die anscheinend vom Wetter, Barometerstand, Jahreszeit usw. abhängig ist. Kongestionen, gerötetes Gesicht, überhaupt vermehrter Blutzufluß zu den Kapillaren, besonders unter dem Einfluß der Mahlzeiten und Aufregungen, gehen den Hämoptysen voran. Je nach dem lokalen Sitz (pulmonäre Sklerose, Glosso-Epiglottis-Varizen, Fragilität der Nasengefäße) handelt es sich um eine Hämoptoe, eine pharyngeale Blutung oder eine Epistaxis. Durch die fibrösen Neubildungen entsteht Reizung oder Zerstörung der sympathischen Fasern, enorme Vasodilatation kann die direkte Ursache einer Hämoptoe sein, ebenso eines Lungenödems. Vor der Hämoptoe besteht häufig erhöhter Venendruck ohne Parallelismus mit dem arteriellen Druck.

Die Wirkung des okulo-kardialen Reflexes zeigt entweder Pulsbeschleunigung oder Verlangsamung, die auch durch die ent-

sprechende Pharmakologie (Adrenalin oder Engotamintartrat) bestätigt wird. Da diese Variationen nicht konstant sind, kann nur ganz allgemein von einer vasomotorischen Instabilität gesprochen werden. Doch deutet der besondere Einfluß des einen oder des anderen Mittels auf das Vorwiegen des Vagus oder des Sympathikus. Im ganzen zeigt sich diese Medikation sowie die der üblichen blutdruckstockenden Mittel von bedeutend stärkerem Erfolg als die koagulierenden Substanzen. **Haber.**

3714.

Widmer, Charles, Paradoxe Pneumonien. (Hippokrates, Heft 1, 1929.) Eine durch ihre Schwere des Verlaufes und Unbeeinflussbarkeit durch die übliche Therapie gekennzeichnete Form der Lungenentzündung beobachtete Widmer bei der unselbständigen, den Arbeitsplatz oft wechselnden Landbevölkerung (in Amerika? Ref.). Bei relativ geringem objektiven Befund starke subjektive Klage und vor allem ein auffallend rasch schwindendes Bewußtsein sind die Merkmale. Die von Widmer zur Erklärung herangezogenen Gedanken, welche er dann für die Behandlung nutzbar macht, sind hochinteressant. Die Psyche ist die Zentrale für jede Widerstands- und Abwehrreaktion, sei es in der bewußten oder unbewußten Sphäre. Bei diesen Patienten, welche durch ihr Leben ohne jedes feste Heim und äußere Sicherheit auf dauernde Abwehr eingestellt sind, wird das plötzliche Selbstwerden, das warme Bett zu einem Ausfall der ihren wichtigsten Lebensinhalt bildenden psychischen Einstellung führen, nämlich der dauernden Abwehrstellung. Sobald durch die äußeren Umstände diese Funktion überflüssig wird und einschlaf, erlahmt ihre ganze Psyche und damit die wichtigste Leitung aller auch somatischen Abwehrleistungen. Deshalb suchte Widmer vor allem eine noch so kleine Bewußtseinsregung und Verknüpfung mit dem Außen zu erreichen. Dies tat er dadurch, daß er die Schwerkranken nicht in Ruhe ließ, sie aus dem Bett in ihre Kleider hetzte und möglichst in Bewegung hielt. So setzten wieder Bewußtseinsvorgänge ein, und damit hatte er dann gewonnen. Er hat, seitdem er diese etwas grob anmutende Behandlungsart durchführt, selten mehr einen dieser früher eine Sterblichkeit von etwa 90% aufweisenden Erkrankungsfälle verloren. **Dermitzel.**

3715.

Bárony, Th., und E. Koppenstein, Mittellappeninfiltrat oder abgesacktes Interlobärexsudat? (Orv. Het., Nr. 24, 1929.) Mittellappeninfiltrate und abgesackte Interlobärexsudate werden auch heute nicht selten verwechselt. Die Differentialdiagnose erschwert der Umstand, daß einerseits die Größe des Mittellappens individuell sehr verschieden ist, andererseits daß Schrumpfungsvorgänge in den Nachbarlappen und in dem Mittellappen selbst zur Vergrößerung bzw. zur Verkleinerung des Mittellappens führen können. Das Infiltrat eines großen Mittellappens wird kaum mehr mit einem Interlobärexsudat verwechselt, Infiltrate kleiner Mittellappen aber auch noch in der neueren Literatur öfters. Der Grund dafür ist die frontal beiderseits scharfe Begrenzung eines des kleinen Mittellappens ganz ausfüllenden Infiltrates. Zur Differenzierung verfahren: die Untersuchung in Lordose, in frontaler Richtung der Lappenstreifen des kleinen Spaltes, schließlich die Aenderung des Röntgenbefundes während des weiteren Krankheitsverlaufes. **E. J. László, Budapest.**

3616.

Stiegele, Beitrag zur Behandlung der fötiden Bronchitis und des Lungenabszesses. (Dtsch. Z. Homöop., Heft 7/8, 1929.) Bis vor ganz kurzer Zeit hätte der Gedanke, Geruchseindrücke in der Medizin praktisch nutzbar zu machen, nur ein spöttisches Lächeln zur Folge gehabt. Nachdem aber von streng wissenschaftlicher Seite der Geruch in den Dienst der Diagnostik gestellt worden ist, wird seine therapeutische Auswertung eher, wenn auch nicht Verständniß, so doch Gnade finden. Stiegele hat bei dem schweren Krankheitsbild der fötiden Bronchitis und des Lungenabszesses die praktische Folgerung aus dem Gestank gezogen und Sulfur iodat verwendet. Den guten Erfolg belegt er mit ausführlichen, zum Teil mit Röntgenbildern und Kurven einwandfrei bewiesenen Fällen. **Dermitzel.**

3717.

Jacoby, Hans, Zur Klinik der Lungentumoren. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Med. Klinik Lindenburger der Universität Köln.) Es liegt im Bereich klinischer Möglichkeiten, die Diagnose auf Lungenkrebs zu stellen. Ein erster Verdacht auf Lungenkrebs ist durch kennzeichnende subjektive Angaben der Patienten gegeben. Dieser Verdacht wird zur höchsten Wahrscheinlichkeit, wenn die physikalisch-klinische Untersuchung die geschilderten, scheinbar im Widerspruch stehenden Ergebnisse der Perkussion, Auskultation und der Prüfung des Stimmfremitus liefert. Gesichert wird die Diagnose durch die Röntgenaufnahme. Differentialdiagnostisch leistet der Vergleich zwischen Erythrozytensenkungsgeschwindigkeit und relativem Blutbild durch erhebliche Beschleunigung der ersteren und annähernd normalen Ausfall des letzteren bei Tumor gute Dienste. Therapeutisch sah Verfasser von der Röntgenbestrahlung in keinem einzigen Falle eine nennenswerte Besserung, so daß seiner Ansicht nach ein chirurgischer Versuch nach der Methode Sauerbruchs in geeigneten Fällen erlaubt erscheint. **Arnold Hirsch, Berlin.**

3718.

Anderson, John H., Innere Behandlung von Magen- und Dünndarmgeschwül. (Lancet, 216., 5522.) (Ruthin Castle, Nord Wales.) Die diätetischen Maßnahmen des Verfassers stützen sich auf eine Kombination der Lenhartzschén Diät und der Oelkur nach Cohnheim-Walko in der Modifikation von Spriggs. Das Dätschema ist auf 26 Abstufungen verteilt, beginnend mit der Verabreichung von Olivenöl und Alkali (15 g Natr. bicarbon, gelöst in 500 ccm Wasser, und auslaufend in eine leichte Diät. So verordnet Verfasser am ersten Tage:

8 Uhr morgens	15 ccm Olivenöl
9 " "	60 ccm Alkaliwasser
11 " "	15 ccm Olivenöl
12 " mittags	60 ccm Alkaliwasser
2 " nachmittags	15 ccm Olivenöl
3 " "	60 ccm Alkaliwasser
5 " "	15 ccm Olivenöl
6 " "	60 ccm Alkaliwasser
8 " abends	15 ccm Olivenöl
9 " "	60 ccm Alkaliwasser
10 " "	15 ccm Olivenöl

Verträgt der Patient das Olivenöl nicht, dann kann man es durch eine Milchahnelösung ersetzen: 180 ccm Milch, 60 ccm Kalkwasser und 60 ccm Sahne. Eine Zugabe von 30 ccm Alkaliwasser zwischen die Olivenöleinnahmen ist auf Wunsch des Patienten erlaubt. Der Ernährungswert dieser Diät entspricht ungefähr 770 Kalorien.

Mit dieser Diät kann drei bis vier Tage nach der Magenblutung begonnen werden; bis dahin Fasten oder rektale Ernährung. Diät am dritten Tage:

8 Uhr morgens	30 ccm Olivenöl
9 " "	50 ccm Milchlösung
11 " "	30 ccm Olivenöl
12 " mittags	50 ccm Milchlösung
2 " nachmittags	30 ccm Olivenöl
3 " "	50 ccm Milchlösung
5 " "	30 ccm Olivenöl
6 " "	50 ccm Milchlösung
8 " abends	30 ccm Olivenöl
9 " "	50 ccm Milchlösung
10 " "	30 ccm Olivenöl

Der Nährwert dieser Diät gleicht 1790 Kalorien. Die Milchlösung, die aus 100 ccm Milch und 1 Ei besteht, wird schluckweise genommen. Die Intervalle sollen nach Möglichkeit laut Schema eingehalten werden. Der Durst kann durch Verabreichung von Alkaliwasser gestillt werden, welches jedoch nicht öfter als viertelstündlich genommen werden darf. Allmählich wird die Oelration reduziert und die Menge der Milchlösung entsprechend erhöht. Am siebenten Tage kann man gekochten Reis zufügen, am achten Tage haschiertes Huhn. In den folgenden Tagen wird die Diät reicher gestaltet, wobei jedoch noch immer je 30 ccm Olivenöl vor den Hauptmahlzeiten sowie je 150 ccm Milchlösung um 2 Uhr nachmittags und 9 Uhr abends gegeben werden müssen. Außerdem werden noch bei jeder leichten Mahlzeit 170 ccm Milchwasser getrunken. Letzteres besteht aus 55 ccm Milch und 35 ccm Wasser. Beim Wiederauftreten von Schmerzen oder sonstigem Unbehagen Rückkehr für 1 bis 2 Tage zur vorangegangenen Stufe. Bei Einhaltung dieser diätetischen und allgemeinen Maßnahmen, wie Bettruhe, Alkohol- und Nikotinabstinenz, Sorge für regelmäßigen Stuhl durch eine entsprechende Alkalimedikation, verringert sich allmählich der Schmerz und verschwindet am siebenten bis achten Tage ganz. Nur vorübergehend tritt in den nächsten Tagen noch leichtes Unbehagen ein. Die Schlaflosigkeit wird durch Verordnung eines leichten Hypnotikums oder sehr häufig auch durch Zufuhr einer leichtverdaulichen Speise während der Nacht bekämpft. Der Patient muß bei der Entlassung aufmerksam gemacht werden, daß der Vernarbungsprozeß des Ulkus noch monatelang dauert und daß er dementsprechend die diätetischen und sonstigen Verhaltensmaßregeln noch sehr lange einhalten muß. Die Erfahrungen des Verfassers beziehen sich auf einen Zeitraum von 15 Jahren. Es konnten ausgezeichnete Resultate in allen jenen Fällen verzeichnet werden, in denen chirurgisches Eingreifen nicht angezeigt war. **Ashkenasy, Wien.**

3719.

Bárony, Th., Ueber den Wert des Probefrühstücks bei Magen-Duodenum-Geschwül. (Gyógyászat, Nr. 25, 1929.) Verfasser betonte schon vor Jahren, daß wenn die Röntgenunter-

suchung bestimmte charakteristische Geschwürsymptome im Magen oder im Duodenum aufzeigt, es überflüssig sei, das Probefrühstück zu verabfolgen, da dasselbe weder die Diagnose erleichtert, noch unser therapeutisches Vorgehen beeinflusst. Mit der Untersuchung des Magenreliefs diagnostizieren wir heute bereits viele solche Geschwüre, die man früher nur für Hyperazidität gehalten hatte, so auch werden viele atypische Gallensteine mit Hilfe der Cholezystographie nachgewiesen, welche früher auch unter der Diagnose einer Hyper- oder Hypazidität behandelt wurden. Heute gilt die Regel, daß man bei jedem Fall von länger andauernden Beschwerden im oberen Teile des Magens außer der Magen-Duodenum-Röntgenuntersuchung auch die Cholezystographie ausführen soll, wodurch sich die Diagnosen einer Hyper- oder Hypazidität auf das Minimum beschränken.

E. J. László, Budapest.

3720.

Dahl, Bjarne, Eine pathologisch-anatomische und klinische Studie über akute und chronische Gastritis. (Norsk. Mag. f. Laegevid., Nr. 8, 1929.) Dahl untersuchte 95 Magenpräparate, von denen 87 durch große Resektion herbeigeschafft wurden. Außerdem wurden normale Magen genau untersucht. Akute und chronische Gastritis werden dabei genau unterschieden. Die gewöhnliche Dyspepsie wird durch akute Entzündung verursacht, die meist nur die Pylorusdrüsen ergreift. In 27 Magen mit Ulkus ventriculi und 10 mit Ulcus duodeni wurde eine chronische Antrumgastritis festgestellt und in 16 dieser Fälle gleichzeitig eine akute Gastritis, zumal wenn in einer schmerzhaften Periode operiert worden war. Die Magengeschwüre hatten sich alle im Gebiete der Pylorusdrüsen entwickelt. In 24 Fällen, in denen auf eine Ulkusanamnese operiert war, fand sich weder ein Ulkus noch eine Narbe, wohl aber eine chronische Antrumgastritis, und in 9 Fällen daneben auch eine akute Gastritis. Die Entzündungserscheinungen waren oft diffus und griffen bis in die Serosa hinein, wodurch Symptome peritonealer Irritation oder auch Perforation erzeugt worden waren. Die rezidivierende akute Gastritis kann ein Syndrom abgeben, das von demjenigen des chronischen Ulkus oft nicht zu unterscheiden ist. Die chronische Achylie ist die Folge der chronischen Antrumgastritis. Bei Resektion des Magens ist es zwecklos, soviel wie möglich von dem gesunden Gebiete der Fundusdrüsen zu entfernen; nur das entzündete Gebiet der Pylorusdrüsen darf entfernt werden. Die Grenze liegt auf der Curvatura minor 6 bis 9 cm oberhalb des Pylorus, auf der Curvatura major durchschnittlich 5 cm oberhalb des Pylorus. — In einigen Fällen hatte sich ein Karzinom auf dem Grunde einer primären fibrösen Gastritis entwickelt. Die Gastritis atrophicans hyperplastica (volypso) ist ein wahrer präkarzinomatöser Zustand.

S. Kalischer.

3721.

v. Friedrich, L., Darmbeschwerden nach Abmagerungskuren. (Med. Klin., Nr. 26, 1929.) Es werden einige Fälle mitgeteilt, die sich alle auf Frauen beziehen, die aus Eitelkeitsgründen ohne ärztliche Indikation, noch weniger Aufsicht, forcierte Abmagerungskuren durchführten; anschließend dieser traten bei allen Magen-Darmbeschwerden auf. Bei allen waren die Beschwerden auf die rechte Bauchseite lokalisiert, Diarrhöen, Obstipation, Schmerzen, die auch in den Rücken ausstrahlen, waren die dominierenden Symptome. In einem Falle konnte Achylie am Magen festgestellt werden, bei allen Zeichen einer Colitis superficialis vom Aszendentstyp. Als Ursache wird außer der reizenden Wirkung der Abführmittel auf die durch völlig veränderte Nahrungsaufnahme hervorgerufene Umstellung der Darmflora und auf Zustandsänderungen im innersekretorischen System hingewiesen.

L. Gordon, Berlin.

3722.

Berg, Hans Heinrich, Ueber Divertikulosis des Dickdarms. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Med. Universitätsklinik der Charité, Berlin.) Grasersche Divertikel am Dickdarm sind namentlich bei älteren und fetten Menschen häufig, namentlich an der Flexura sigmoidea. In einem großen Teil der Fälle belangloser Nebenfunde, können sie durch das Moment der Retention und der folgenden Entzündung Ausgangspunkt einer Skala von Beschwerden und klinischen Krankheitsbildern werden, die von leichten Stuhlanomalien bis zu schweren peritonealen Zuständen reichen. Ausbildung entzündlicher perikolitischer Tumoren (eventuell mit Blutungen, Stenosen) führen relativ oft zu Krebsverdacht. Ein großer Teil der Fälle sogenannter Sigmoiditis beruht auf Divertikulitis, die sogenannte Colitis infiltrativa wohl stets. Es ist wenig bekannt, wie leicht und sicher infolge typischer Aspekte die Röntgendiagnose dieser häufigen Erkrankung ist. Entzündliche Begleiterscheinungen an den Divertikeln können durch röntgenologisches Schleimhautstudium erfaßt und beurteilt werden. Konservative Behandlung verspricht in der Mehrzahl der Fälle Erfolg. Perforationen und Ileus sowie Fisteln können chirurgisches Vorgehen erfordern.

Arnold Hirsch, Berlin.

3723.

Ferond, Die Leberinsuffizienz. (Scalpel, Nr. 26, 1929.) (Klinik und Laboratorium.) Eine Leberinsuffizienz kann vorübergehend oder bleibend sein, aber niemals ist man imstande, von vornherein die Schwere der Gewebsschädigung, ihre Ausdehnung und ihre zukünftige Entwicklung zu beurteilen. Kurz gesagt, es gibt keinen engen Parallelismus zwischen den Leberschädigungen und den verschiedenen Funktionen dieses Organs. Bald gibt ein gutartiger Ikterus zahlreiche Anzeichen funktioneller Insuffizienz, bald läßt eine schwere Lebererkrankung nur ganz verstohlene Anzeichen einer Funktionsstörung erkennen.

Wir besitzen leider keine Laboratoriumsmethode, um die adipogene Leberfunktion zu erforschen. Das ist eine schmerzliche Lücke, wenn wir bedenken, welche überragende Rolle dieses Organ im Fettstoffwechsel besitzt. Wir haben auch kein Mittel, um in sicherer Weise die Fixation, die Transformation und die Ausscheidung autogener toxischer Substanzen zu prüfen, bei der die Leber eine so wesentliche, wenn nicht gar ausschließliche Rolle spielt. Zwei konstante und zuverlässige, übrigens auch empfindliche Zeichen sind für den Kliniker stets zu bedenken. Das ist zunächst die Urobilinurie unabhängig von jeder Hämolyse, wohlverstanden; das ist ferner die Feststellung von Gallensäuren im Urin und vor allem von Anwesenheit von Hämokonien im Blut nach Fettabsorption.

Zuverlässig ist vor allem die van den Berghsche Reaktion. Zu ihr soll der Kliniker seine Zuflucht nehmen, wenn die klinische Beobachtung zweifelhaft ist oder versagt. Man kann heute vom Laboratorium noch nicht mehr verlangen, als es imstande ist, uns zu geben.

Held.

3724.

Holz, Edmund, Zur Frage des Gallensteinileus. (Arch. klin. Chir., 155, 1.) (M. Chir. Abt. des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck, Hamburg.) Gallensteinileus kann auf verschiedene Weise zustande kommen:

1. kann sich bei einem Kolikanfall reflektorisch ein Lähmungsileus entwickeln,
2. können lokale Entzündungen um die Gallenblase eine lokale Peritonitis verursachen, die zu einem Lähmungsileus führt,
3. können in den Darm gelangte Gallensteine einen Obturationsileus hervorrufen.

An Hand von 2 Fällen der dritten Gruppe empfiehlt Verfasser bei der Operation des Gallensteinileus eine Revision des Gallensystems, da noch weitere Gallensteine vorhanden sein können. Eine zweite Steineinklemmung, die mit größter Wahrscheinlichkeit an der Stelle der frischen Darmnaht erfolgt, kann wegen der Perforation der eben vernarbten Wunde besonders gefährlich sein. Bei schlechtem Allgemeinzustand muß natürlich die Revision des Gallensystems unterbleiben.

E. Mühsam, Berlin.

3725.

Haug, H., und Wöhrmann, Diabetes bei und nach Gallenblasenentzündungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) Es wird eine Reihe von Krankheitsfällen besprochen und an ihrer Hand auf die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Diabetes und Cholezystopathie hingewiesen. Dieser Zusammenhang ist sicher häufiger, als bisher angenommen wurde, wenn auch andere Faktoren, wie innersekretorische Störungen und äußere Schädigungen, eine gewisse Rolle spielen.

Der Weg von der Cholezystopathie zum Diabetes geht über die Leberschädigung oder über eine Schädigung des Pankreas. Meistens sind beide Organe betroffen.

Es wird ferner gezeigt, daß der Diabetes nach Gallenblasenentzündung prognostisch vorsichtiger zu beurteilen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3726.

Stejskal, Karl, Ueber die Wirkung von Nierenextrakten auf funktionelle Zustände bei Schrumpfnieren. (Med. Klin., Nr. 26, 1929.) (Spital der Barmherzigen Brüder in Wien II.) Verfasser hat bei Hypertonien, die auf Nierenerkrankungen, und zwar primären und sekundären Schrumpfnieren, beruhen, Nierenextrakte injiziert, und zwar in Form von wässrigen Extrakten, als auch in solcher Form, bei denen die Lipoidkörper der Niere in möglichst unveränderter, nicht autolyzierter Form enthalten waren. Die Injektionen erfolgten in Form einer intrakutanen Quaddelbildung in der Menge von 2 bis 5 ccm, um eine langsame Resorption der Extrakte zu sichern. Es zeigte sich, daß man auf diese Art ohne jedwede begleitende störende Allgemeinreaktion des Organismus imstande ist, den erhöhten Blutdruck bei den obengenannten Hypertonien für längere Zeit herabzusetzen. Das Nichtparallelgehen bzw. Bestehenbleiben von urämischen Zuständen und der immer nach einer Injektion auftretenden Blutdrucksenkung spricht dagegen, in einem spontanen Abklingen der urämischen Erscheinungen die Ursache

für die Blutdrucksenkung zu sehen; mit einer solchen Annahme sind auch die Blutdrucksenkungen bei anderen nicht urämischen Fällen unvereinbar. Die Wirkungen auf den Blutdruck sind organspezifisch, d. h. sie erfolgen nur nach Einspritzungen von Nierenextrakten und nur bei nephritischen Hypertonikern. Sie sind weiter durch den Umstand, daß sie auch mit lipoidartigen, also eiweißfreien Nierenextrakten erfolgen, als nicht durch Proteinkörperwirkung bedingt anzusehen. Worauf die Wirkung beruht, ist noch unklar.

L. Gordon, Berlin.

3727.

Winkler, A., Vorkommen, Grundlagen und Bedeutung der sogenannten „gekreuzten“ Dämpfungen. (Beitr. Klin. Tbk., 71, 3.) Bei Skoliosen der Wirbelsäule findet sich regelmäßig eine Reihe von gekreuzten Dämpfungen, die sehr leicht zur Quelle von Perkussionstäuschungen werden können. Um solche zu vermeiden, ist es unerlässlich, die Wirbelsäule einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. Sind die gefundenen gekreuzten Dämpfungen auf Skoliosen der Wirbelsäule zurückzuführen, dann dürfen sie nur bei gleichzeitigem Vorliegen eines entsprechenden Röntgen- oder Auskultationsbefundes auf Erkrankungen der Lunge bezogen werden. Als Kavernensymptom aufzufassen sind die in Oberlappendämpfungen gelegenen, zirkumskripten Aufhellungen des Perkussionsschalls, vorausgesetzt, daß sie nach allen Seiten hin gut abzugrenzen sind. Auch ohne tympanitischen Beiklang haben diese beschriebenen Aufhellungen als Kavernensymptom zu gelten.

Zwerg, Coswig.

3728.

Manai, Andrea, Die initiale simultane Anlegung eines doppelseitigen künstlichen Pneumothorax. (Policlinico, 36, Nr. 28.) (Istituto di Clinica e Patologia medica der Universität Sassari, Italien.) Man kann gleichzeitig einen doppelseitigen Pneumothorax anlegen, wenn keine Kontraindikationen vorliegen und die Verwachungen es ermöglichen. Die hypotensive bilaterale Kollapstherapie ist bei broncho-pneumatischen Formen der Tuberkulose, vor allem bei fortgeschrittenen Fällen indiziert. Durch allmähliche Erhöhung der Kompression ist es möglich, beiderseits hohen Druck zu erzielen, ohne dabei merkliche Störungen im Befinden des Kranken hervorzurufen. Individuelle Indikationsstellung unter Zugrundelegung der klinischen und radiologischen Daten ist unerlässlich. Der Erfolg der doppelseitigen gleichzeitigen Kollapstherapie ist bei richtiger Indikationsstellung und Technik ein sehr guter.

Ashkenasy, Wien.

3729.

Rubinstein, H., Ueber amphorisch-metallische Phänomene beim geschlossenen Pneumothorax. (Z. Tbk., 54, 2.) Beim künstlichen Pneumothorax lassen sich in 15 bis 18% der Fälle amphorisch-metallische Phänomene nachweisen. Die Entstehung dieser akustischen Erscheinungen ist kaum durch ein direktes Ueberleiten des Lungenatmens auf den Pneumothoraxluftstrom zu erklären. Vielmehr scheinen echte Reibebewegungen der Lunge an der Thoraxwand einerseits und direkte Ueberleitung des Bronchialatmens durch Fäden und Stränge auf die Thoraxwand, als auch selbständige Schwingungen feiner Adhäsionsfäden diese amphorisch-metallischen Geräusche hervorzurufen. Mit einer beginnenden Pleuritis haben diese akustischen Phänomene nichts zu tun.

Zwerg, Coswig.

3730.

Rizzo, Giovanni, Die Diabetesbehandlung mit Insulin bei Tuberkulösen. (Policlinico, 36, Nr. 28.) (Ospedale di S. Giovanni, Rom.) Es werden zwei Fälle von Tuberkulose beschrieben, die wegen des bestehenden komplizierenden Diabetes mit Insulin behandelt wurden. Im Gegensatz zu den bei Insulinkuren gewöhnlich eintretenden Besserungen des Allgemeinzustandes sah man in beiden Fällen weder eine Gewichtszunahme noch eine sonstige günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens, obzwar es andererseits zu einer Herabsetzung der Hyperglykämie und Verschwinden der Glykosurie gekommen ist. Bei beiden Fällen kam es zu einer letalen Hämoptoe, von welcher der Verfasser annimmt, daß sie, wenn auch nicht direkt durch Insulin provoziert, so doch durch dasselbe bezüglich ihrer Intensität begünstigt wurde.

Ashkenasy, Wien.

3731.

Pagel, Walter, Zum Wesen der tuberkulösen Erweichung. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 29.) (Tuberkulose-Krankenhaus, Berlin.) Durch einen Modellversuch — Ueberpflanzung menschlichen tuberkulösen Gewebes auf Hauttaschen normaler und tuberkulöser Meerschweinchen — konnten 2 Arten der Entstehung tuberkulöser Erweichungen unterschieden werden:

1. Umschriebene Erweichungsvorgänge beim normergischen Tier in enger Beziehung zu örtlicher Bazillenproliferation.

2. Ausgedehnte leukozytäre Einschmelzungen der überpflanzten Gewebsanteile beim allergischen Tier. Zu diesen Vorgängen kann sich örtliche Bazillenvermehrung sowie das Bild der normergischen „Erweichung“ in verstärktem Umfange zugesellen.

Dem Vorgang der allergischen (leukozytären) Erweichung kommt die ungleich wichtigere Bedeutung zu als dem der normergischen (aleukozytären).

Arnold Hirsch, Berlin.

3732.

Urbani, Lucio, Die Prognose der Paraplegien bei der tuberkulösen Spondylitis. (Policlinico, 36, 28.) (Ospedale di Roma, Rom.) Bei rigoros durchgeführter Immobilisierung gehen im allgemeinen die Paraplegien sehr schnell zurück. Rasch einsetzende Paraplegien sind, wenn auch ziemlich selten, die prognostisch günstigsten: sie sind durch die perifokalen Oedeme bedingt. Paraplegien, die sich im Laufe des ersten Jahres des Krankheitsprozesses entwickeln und welche zu ihrer vollen Ausbildung einen Zeitabschnitt von 2 bis 4 Monaten erfordern, bedürfen zu ihrer Heilung etwa 2 Jahre; ihre Entstehung steht mit der Entwicklung des inter-spinalen Abszesses im Zusammenhang. Paraplegien, welche sich bei bereits lange Zeit schon dauernden Spondylitiden entwickeln und mit heftigen Schmerzen einhergehen, sind Zeichen eines pachymeningitischen Prozesses und gehen nicht zurück. Ungünstig ist eine schlaffe Lähmung, die mit tropischen Störungen und Sphinktererscheinungen vergesellschaftet ist. Bei Röntgenuntersuchung mit Lipojodol kommt es in Fällen von pachymeningitischem Abszeß zur Füllung bis zum Kompressionspunkt, beim Oedem dagegen sinkt das Lipojodol bis zum kokzygealen Blindsack herunter.

Ashkenasy, Wien.

3733.

Pertille, Giuseppe, Ueber einen Fall von postvazinaler Tuberkulose der linken Brustdrüse bei einem Manne. (Policlinico, sez. prat., Jahrg. 36, Nr. 28, 1929.) Es handelt sich um einen Fall von Tuberkulom der Brustdrüse, das sich im Verlauf von 3 Jahren bei einem kräftigen jungen Manne entwickelt hatte. Verfasser bringt die Entstehung des Tuberkuloms in einen kausalen Zusammenhang mit einer prophylaktischen Typhusimpfung, welche an dieser Stelle stattgefunden hat. Die Affektion heilte aus, nachdem Mastektomie bis ins Gesunde und Ausräumung der axillären Drüsen erfolgt sind.

Ashkenasy, Wien.

Kinderheilkunde

3734.

Brown und Courtney, Verdauung und Assimilation von Bananen in gemischter Diät bei Kindern über 5 Jahre. (Canad. Med. An. J., Juli 1929.) Kinder von 5 bis 13 Jahren wurden in Gruppen von je 4 Kindern beobachtet. Innerhalb dieser Gruppen wurden je zwei eine gemischte Diät ohne Bananen und den beiden anderen die gleiche Diät mit 3 bis 6 Bananen für die entsprechende Menge von Kohlehydraten verabfolgt. Nach hinreichendem Intervall wurden die Diätformen innerhalb der Gruppen gewechselt.

Nach vorausgegangener, genauer Berechnung der verabfolgten Nahrungsmenge wurden für einen Zeitraum von 4 Tagen Urinmengen und fäkale Ausscheidung gesammelt. Dies Material wurde sorgfältig analysiert auf seinen Gehalt an Fett, Nitrogen, Gesamtsäure, Kalzium, Magnesium, Phosphor, Chloriden. Das Feucht- und Trockengewicht der Fäzes und die Urinmenge wurden täglich notiert und der Gehalt von Hydrogenionen-Konzentration im frischen Urin und Fäzes bestimmt. Der Prozentsatz der verabfolgten Mengen diente als Kriterium für die Verdauung und Assimilation der Diäten.

Der durchschnittliche Prozentsatz der assimilierten Nahrungsmengen in ihren einzelnen Komponenten für alle beobachteten Kinder zeigte eine unbedeutende Differenz zwischen der Bananenernährung und den Kontrollidiäten. Bezüglich der Nitrogenretention war die Differenz etwas größer als bei den übrigen errechneten Komponenten, aber es ist fraglich, ob diese Differenz groß genug ist, um von irgendwelcher Bedeutung zu sein. Die Durchschnittsergebnisse innerhalb der Gruppen zeigten geringe Unterschiede, teils zugunsten der bananenhaltigen Kost, teils zugunsten der Kontrollidiäten, für erstere eigentlich nur bezüglich des Nitrogengehaltes als für die übrigen Komponenten.

Bei der Bananenernährung war die tägliche Urinausscheidung etwas geringer und die Kotmenge etwas größer, dagegen wurden niemals irgendwelche Diarrhöen beobachtet.

Der Urin war stets ausgesprochen stärker alkalisch bei der Bananenkost wie bei der Kontrollidiät, wie sich aus dem Phosphorgehalt errechnen ließ. Dies gibt Anlaß zu der Vermutung, daß Bananen von gewissem Wert sind bei Zuständen von Uebersäuerung.

Kaufmann, Grünberg.

3735.

Arima, R., Ergebnisse der „AO“-Impfung bei tuberkulosebedrohten und schwächlichen Kindern. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Arima-Institut für experimentelle Medizin, Osaka, Japan.) Die Tuberkuloseschutzimpfung im weiteren Sinne, die therapeutisch-prophylaktische Immunisierung mittels „AO“ bei Konstitutionsschwachen sowie bei Infektionsbedrohten ruft in einem bisher nicht bekannten Maße einen auffallend günstigen Umschwung des betreffenden Organismus hervor und behütet ihn vor Ausbruch einer Tuberkulose. Verfasser glaubt also, daß die seit langer Zeit vergeblich gesuchte Tuberkuloseschutzimpfung, insbesondere die Explosionsvorbeugung der Tuberkulose, im großen und ganzen gelungen ist.

Beschränkt sich die Anwendungsbreite dieser Methode vorläufig nur auf die oben angegebene „therapeutisch-prophylaktische“ Schutzimpfung, auf Schwächliche und Infektionsbedrohte, so werden die Neugeborenen und Kleinkinder derselben Generation zwar vor der Infektion nicht bewahrt werden, aber die Methode vermag — theoretisch wenigstens, und wenn die Impfung allgemein durchgeführt werden würde — die Tuberkulose in der zweiten Generation auszurotten. Die Lösung des Problems hängt nach Ansicht des Verfassers davon ab, wie lange diese durch das Schutzimpfungsverfahren erworbene Tuberkuloseimmunität anhält. Natürlich kann die Dauer dieser akquirierten Immunität je nach dem Individuum sehr verschieden sein. Sie kann nach Ansicht Arimas in „tuberkulös durchseuchter Umwelt“ wohl bei vielen lebenslanglich beibehalten werden, weil das aus der Umwelt stetig in die Immunisierten eindringende Virus die erworbene Immunität dauernd ergänzt. Diese Erwägung scheint sich zum Teil bei der erwähnten Gruppe I., bei welcher die Impflinge 3 Jahre hindurch Impfwegen erhalten hatten und gleichzeitig dauernd beobachtet worden waren, tatsächlich als richtig zu erweisen. Bei dieser Gruppe von 186 Impfungen war nämlich bei mehr als 3 Jahre langer Beobachtung kein einziger Tuberkuloseerkrankungsfall aufgetreten. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei Gruppe III., obwohl bei dieser Gruppe die Impfungen nur in dem ersten Beobachtungsjahre durchgeführt und sie im zweiten und dritten Beobachtungsjahre unterlassen wurden. Es wird noch erwähnt, daß in vielen anderen, an den verschiedensten Orten mit der Methode behandelten Einzelfällen, in denen sich die Beobachtungszeit schon bis zum neunten Jahre erstreckt, und die vom Verfasser gar nicht erwähnt worden sind, der gleiche gute Erfolg zu verzeichnen war.

„AO“ bewirkt nach der neuen, durch Bestimmung der „Antigen-Einheit“ geregelten Gebrauchsweise gar keine ungünstige Nebenreaktion. Selbstverständlich äußert die „AO“-Impfung auch keine Infektionsgefahr, weil der Impfstoff zwar das native Tuberkelbazillenprotoplasma, aber keine auskeimungsfähigen Bazillen enthält.

Arnold Hirsch, Berlin.

3736.

Knüsli, H., Die Prognose der kindlichen Wirbelsäulentuberkulose bei klimatischer Behandlung. (Z. Tbk., 54., 2.) Von den an Wirbelsäulentuberkulose erkrankten und konservativ behandelten Kindern sind nach 1 bis 10 Jahren 50% geheilt. Zählt man die ersten 3 Jahre nach der Entlassung nicht mit, so verbessert sich der Prozentsatz auf 62,5% und steigt, die gebesserten Fälle mitgerechnet, auf 78,5%. Das Lebensalter der Kinder schwankte zwischen 3 und 15 Jahren, bestimmte Schlüsse auf die bessere oder schlechtere Prognose einer bestimmten Altersstufe lassen sich nicht ziehen. Am häufigsten war die Brustwirbelsäule und die Lendenwirbelsäule betroffen, prognostisch am ungünstigsten stellt sich die Tuberkulose der Halswirbelsäule. Fistelbildung verschlechtert die Prognose ganz erheblich. Eine Unterscheidung der Fälle nach dem Vorliegen einer Abszeßbildung ist nicht angängig, da die moderne Röntgentechnik mit ihrer Vervollkommenung nahezu in jedem Falle Abszesse nachweisen läßt. Wie bei der Lungentuberkulose ist auch bei der Lokalisation der Tuberkulose in der Wirbelsäule frühzeitige Erfassung und Einweisung in die Heilstätte anzustreben.

Zwerg, Coswig.

3737.

Deutsch-Lederer, M., Ueber die Sterblichkeit der Säuglinge in tuberkulösem Milieu. (Beitr. Klin. Tbk., 71., 3.) Die Tuberkulose führt während des ersten Lebensjahres durchaus nicht so häufig zum Tode, wie früher angenommen wurde. Die Sterblichkeit der Säuglinge im tuberkulösen Milieu ist unter den untersuchten Fällen nicht höher als die Sterblichkeit der Säuglinge in Düsseldorf überhaupt, ja sogar etwas niedriger. Diese Tatsache dürfte auf die starke Befürsorgung zurückzuführen sein, welche diesen Familien zuteil wird. Es ist nicht angängig, die Verminderung der Mortalität von Säuglingen im tuberkulösen Milieu nach Impfung mit BCG ohne weiteres auf diese Impfung zurückzuführen. In Düsseldorf sind unter den der Infektion ausgesetzten Säuglingen

ebensoviel bzw. ebensowenig gestorben, wie unter den nach Calmette in Paris schutzgeimpften.

Zwerg, Coswig.

3738.

Mazzeo, A., Ueber interstitielle Myokarditis. (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 14, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einem zwei Jahre alten Mädchen, das in Anschluß an Masern an Herzschwäche erkrankt. Die Erscheinungen und der Röntgenbefund sprechen für eine Perikarditis. Das Kind stirbt am nächsten Tag nach einem operativen Kardiolyseversuch. Die Sektion ergibt nebst schweren Kreislaufstörungen eine interstitielle Myokarditis mit lymphozytärer Infiltration wie auch Perikarditis.

Eugen Stransky, Wien.

3739.

Priesel, Richard, und Richard Wagner, Studien über das Manifestationsalter und die Hereditätsverhältnisse des kindlichen Diabetes mellitus. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 20.) (Universitäts-Kinderklinik, Wien.) Die Analyse des Manifestationsalters und der Hereditätsverhältnisse des kindlichen Diabetes mellitus ergeben:

Der Gipfel im Manifestationsalter der kindlichen Zuckerkrankheit im 13. Lebensjahr deutet auf eine nahe Beziehung zwischen Zahl der verfügbaren Inseln und Wachstum hin.

Der jugendliche Diabetes mellitus stellt immer eine angeborene Minusvariante der Langerhansinseln dar und entsteht nicht durch eine postnatal erworbene Noxe. Das Manifestwerden eines latenten Diabetes hängt in erster Linie von der Zahl der verfügbaren Inseln ab. Der jugendliche Diabetes ist in vielen Fällen nicht wirklich, sondern nur scheinbar progredient.

Der jugendliche Diabetes ist eine hereditäre, nach Art einer Mißbildung auftretende Krankheit. Eine Hereditätsanamnese konnte in 27% erhoben werden.

Die größere Häufigkeit der Heredität des Diabetes bei den Juden (43% bei eignen Fällen der Autoren) beruht auf Inzucht.

Der Diabetes mellitus wird sowohl als rezessives als auch als dominantes Merkmal vererbt.

Doppelbelastung mit Diabetes in der Aszendenz ist für das Manifestwerden einer diabetischen Anlage besonders günstig.

Arnold Hirsch, Berlin.

3740.

Salvioli, G., Ueber die endorektale Applikation von Insulin. (Pediatria, Jahrg. 37, Nr. 14, 1929.) Untersuchungen an gesunden Kindern ergeben, daß Insulin, rektal eingeführt, gut resorbiert wird und den Blutzuckerspiegel auch nach Zuckergenuß niedrig hält.

Eugen Stransky, Wien.

3741.

Kostyal, L., Ueber die Heilung der Rachitis mit Ergosterinpräparaten. (Orv. Het., Nr. 23, 1929.) Verfasser benutzte bei seinen Versuchsuntersuchungen das Richtersche irradiierte Ergosterin. Bei seinen Fällen zeigte sich die Heilung schon nach 8 bis 10 Tagen, nach vier- bis fünfwöchiger Behandlung war sie bereits als vollkommen anzusehen. Den Verlauf der Heilung verfolgte der Verfasser genau sowohl durch die Bestimmung des anorganischen Serum-Phosphors als auch durch Röntgenaufnahmen. Das Ergebnis dieser Kontrolluntersuchungen bewies die Wirkung des Ergosterins auf das deutlichste. Kostyal verabreichte von dem Präparate täglich dreimal 6 Tropfen (0,66 ccm = 6 mg). Schädliche Nebenwirkungen zeigten sich bei keinem Fall.

E. J. László, M. U. M. Budapest.

3742.

Freud, Paul, Ueber die Behandlung des nervösen sowie des durch Pertussis bedingten Erbrechens im Kindesalter mit Trichlorisobutylalkohol. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 30.) (Säuglingsheim des Zentralkrippenvereins, Wien.) Es wurde bei 17 Fällen von nervösem Säuglingserbrechen, bei 17 Fällen von nervösem Erbrechen größerer Kinder und bei 23 nach Pertussisanfällen erbrechenden Kindern gezeigt, daß der Trichlorisobutylalkohol, in Form des Nautisans gegeben, das Erbrechen dieser Kinder in der überwiegenden Zahl zu unterdrücken vermag. Die wirksame Trichlorisobutylalkoholdosis beträgt 0,05 g. Eine schädliche Wirkung dieser Behandlung wurde in keinem Falle beobachtet, als einzige Begleiterscheinung zeigte sich ab und zu nach acht- bis zehntägiger Behandlungsdauer leichte Schläfrigkeit, woraufhin das Medikament abgesetzt wurde. Die Schläfrigkeit konnte durch Hinzufügung kleiner Koffeindosen, 0,015 g, vermieden werden. Die Begleiterscheinungen gingen regelmäßig nach 1 bis 2 Tagen zurück. Die Anwendung des Trichlorisobutylalkohols ist in den Fällen, bei denen das Erbrechen nicht als habituelles oder nervöses Symptom aufzufassen ist (bei Magendarmkatarrh, Infektionskrankheiten usw.), nicht indiziert.

Arnold Hirsch, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

3743.

Dohan, Norbert, Die „Röntgeneplation“ der Haarzunge. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.) Bei einem Patienten mit Haarzunge wurde, nachdem die übliche Behandlung, Abschabung der Haarzunge mit scharfem Löffel und nachträgliche Bepinselung mit verschiedenen Mitteln (Alkohol, Jod, Lapis, Karbol, Lysol usw.) erfolglos geblieben war, eine Röntgenbestrahlung (kleine Dosen in zwei Sitzungen) versucht. Bereits am fünften Tage nach der Bestrahlung konnte eine breiige Masse von der Zunge abgestreift werden, die Behaarung war verschwunden und auch bei der abermaligen Untersuchung des Patienten nach 10 Monaten nicht wiedergekehrt.

Maslowsky.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

3744.

Leeser, Otto, Schwefel. (Hippokrates, Heft 1, 1929.) Die von vier Generationen homöopathischer Aerzte durchgeführten Prüfungen des Schwefels ergeben ein, von kleinen Abweichungen abgesehen, völlig gleiches Bild seiner Wirkung, welches Leeser anschaulicher Weise bespricht. Interessant ist, daß sich die Symptome dieses Stoffes, welcher immer wieder als Aktivator bei chronischen Krankheiten gebraucht wird, dahin zusammenfassen lassen, daß für den Schwefelmenschen eine mangelhafte Gewebs- und Säfteerneuerung kennzeichnend ist. Diesen scheinbaren, aber schon von der praktischen Erfahrung entkräfteten Widerspruch sucht Leeser mittels der von der experimentellen Forschung gewonnenen, wenn auch immerhin noch recht dürftigen Ergebnisse zu erklären. Die schwefelhaltigen Eiweißgruppen scheinen im Stoffwechsel durch die leichte Austauschbarkeit von Wasserstoff bedeutsam zu sein, wobei der Schwefel je nach dem Substrat, d. h. je nach den Reaktionsbedingungen einmal einen Oxydationsvorgang, ein andermal einen Reduktionsvorgang einleitet. Hierbei fällt ihm die Rolle des Uebertragungskatalysators zu. Aus dieser zwiefachen Wirkung erklärt Leeser an Hand der einzelnen experimentellen-Ergebnisse seine zwiefache Verwendungsmöglichkeit am Krankenbett.

Dermitzel.

3745.

Delbanco, E., Hosal und (koch)salzfreie Ernährung. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 31, 1929.) Für die Bedeutung einer kochsalzfreien oder -armen Diät bei verschiedenen Dermatosen, besonders Ekzemen, Psoriasis liegen zahlreiche theoretische Erwägungen und praktische Beobachtungen vor. Neuerdings ist die Bedeutung einer kochsalzarmen Diät (nach Gerson) für die Behandlung der Haut- und Nierenerkrankungen hervorgehoben worden. Das Kochsalz kann ersetzt werden durch Hosal, das frei von Halogenionen ist, nur wenig Natriumkation enthält. Es hat einen salzhaltigen, würzigen Geschmack, der im wesentlichen seinem Gehalt an optisch aktiven polyaminosauren Kalziumdoppelsalzen zu verdanken ist. Das Hosal soll den Speisen nicht während des Kochens, sondern am besten nachträglich zugesetzt werden.

Ernst Levin, Berlin.

3746.

Pietrkowski, G., und A. Schürmeyer, Aconitum napellus in der Therapie. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 30.) (Med. Univ.-Klinik, Freiburg i. Br.) Das Mittel wurde bei ungefähr 10 Fällen angewandt. Darunter befanden sich 7 trockene Pleuritiden, 10 Fälle von Arthritis deformans, etwa 16 Fälle von Gelenksbeschwerden ohne objektiven Befund, eine Trigemineuralgie und eine Neuralgie des Nervus supraorbitalis. Das Mittel wurde ohne Nebenerscheinungen stets gut vertragen. In keinem einzigen Falle waren von seiten des Herzens, der Atmung oder des Magen-Darmkanals irgendwelche unangenehmen Symptome zu bemerken. Die Schmerzlinderung trat häufig schon nach den ersten Gaben ein. Die nötige Dosis ist individuell verschieden und schwankt zwischen dreimal täglich eine und dreimal täglich vier Tabletten. Am bemerkenswertesten waren die Erfolge bei Pleuritisschmerzen, von denen manche jeder anderen Behandlung trotzten. Diese Therapie scheint den Autoren besonders vor der sonst üblichen Jodmedikation mit ihren oft bei erethischen Tuberkulösen beobachteten Nebenerscheinungen den Vorzug zu verdienen. Sehr befriedigend waren die Erfolge bei Arthritis deformans und jenen Kreuzschmerzen ohne objektiven Befund, die sonst oft monatelang jeder Therapie Widerstand leisten. Auch Trigemineuralgien reagieren gut auf das Mittel. Nach Ansicht der Verfasser müßte sich das

Mittel auch bei Migräne gut bewähren, doch liegt hierüber noch kein genügendes Material vor.

Das Mittel wurde ferner in 16 Fällen von Gelenkschmerzen unklarer Herkunft angewandt. Darunter waren einige, die nach einer Angina auftraten und bei denen man trotz des Fehlens jeglichen anatomischen Befundes doch eine entzündliche Reizung der serösen Gelenkhäute annehmen mußte. Andere Fälle wieder waren ohne jeden ätiologischen Anhalt. In bezug auf die Schmerzen reagierten sie prompt auf das Mittel. Bei Periostschmerzen nach frischen Infektionen versuchten die Verfasser das Mittel. Hier trat sofort nach dreimal zwei Tabletten Schmerzstillung ein.

Arnold Hirsch, Berlin.

3747.

Stern, R., Klinische Erfahrungen mit Pyridium, einem neuen Harnantiseptikum. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 29.) (Med. Universitätsklinik, Breslau.) Pyridium ist ein kolloidales Kondensationsprodukt von salzsäurem β - und γ -Phenylazodiaminopyridin. Im Reagenzglasversuch erwies es sich als außerordentlich kräftiges Desinfiziens, besonders gegen Kokken aller Art, weniger stark gegen Bacterium coli und Dysenteriebazillen. Die Tierversuche ergaben, daß Pyridium sehr rasch vom Magendarmkanal aus resorbiert und zum größten Teile unverändert durch den Urin ausgeschieden wird, der dadurch bactericide Eigenschaften annimmt; toxische Wirkungen wurden selbst bei großen Dosen (bei Kaninchen 0,3 g pro Kilogramm Körpergewicht) nicht beobachtet. Klinisch wurde das Mittel zuerst bei Zystitis und Zystopyelitis mit gutem Erfolg angewandt. Bei Koli-Zystitis soll die Besserung, nach Angaben der Amerikaner, die das Mittel in die Therapie einführten, nicht so rasch eintreten wie in den Fällen, in denen Kokken als Erreger vorhanden sind, jedoch soll auch hier das Mittel — in etwas höheren Dosen — immer noch schneller als andere Methoden zur Besserung und Heilung führen.

Verfasser hatte bei der Behandlung einer großen Zahl von akuten und chronischen Zystitiden den Eindruck, daß das Mittel völlig unschädlich ist, Allgemeinbefinden war gut und Verdauungsstörungen usw. wurden nicht beobachtet. Zunächst gab Verfasser nur 5 Tage lang dreimal täglich 1 bis 2 Tabletten zu 0,1 g; später gab er in hartnäckigen Fällen dreimal 0,2 g viele Wochen lang ohne Pause. Laufende mikroskopische Untersuchungen des Sediments zeigten, daß auch hierbei Hämaturie selbst spurenweise nicht vorkommt; diese Möglichkeit zog Verfasser nach der bekannten Wirkung großer Urotropindosen in Betracht. Verfasser betont ausdrücklich, daß das im Urin ausgeschiedene Pyridium demselben eine auffallend rote Farbe verleiht, so daß es zweckmäßig erscheint, ängstliche Kranke von vornherein davon in Kenntnis zu setzen, um keine Besorgnis dieserhalb aufkommen zu lassen. Ein abschließendes Urteil über das Präparat ist noch nicht möglich.

Bei der Zystoskopie eines Patienten mit Balkenblase, bei welchem das Medikament schon mehrere Tage abgesetzt war, gelang es selbst durch mehrfaches und immer wiederholtes Spülen der Blase mit Borwasser nicht, das Spülwasser ungefärbt zurückzuhalten. Es war völlig klar, zeigte aber dauernd, wenn auch schwach, den Farbton einer Pyridiumlösung. Hieraus läßt sich schließen, wie stark das Pyridium offenbar in den Schleimhautfalten einer solchen Vesika adsorbiert wird, was sicher eine Erklärung für seine nachhaltige Wirkung bietet.

Arnold Hirsch, Berlin.

3748.

Vogt, E., Erfahrungen mit dem Lipoidpräparat Helpin. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 30.) (Universitäts-Frauenklinik, Tübingen.) Die Hauptindikationsgebiete von Helpin sind Erschöpfungszustände, die verschiedensten Formen der Anämien, leichte Formen von Tuberkulose und Hypogalaktie. Besonders zweckmäßig ist die Kombination von Helpin mit Insulin bei Mastkuren. Das Mittel wird mit dem Insulin gemischt eingespritzt. Dadurch wird die Injektion völlig schmerzlos. Die Insulinhelpinkur übertrifft alle anderen Mastkuren wegen der Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges bei weitem.

3749.

Schubert, Martin, Erfahrungen mit Unguentum Eutirsoll. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 29.) (Chirurg. Abt. d. Krankenhauses St. Anna, Breslau.) Die Indikationsbreite der Eutirsollsalbe ist nach den speziellen Erfahrungen des Verfassers ungefähr die gleiche wie bei der Ichthyolsalbe, doch hat sie dieser gegenüber wesentliche Vorteile aufzuweisen. Im Vordergrund stehen die recht günstigen resorptiven, anästhesierenden Eigenschaften, Unangenehme Nebenwirkungen, wie Störungen des Allgemeinbefindens (Idiosynkrasie), Hautreizungen, Nieren- und Leberschädigungen wurden nicht festgestellt. Das Präparat wurde ausnahmslos gut vertragen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3750.

Bachem, C., **Adsorptionstherapie mit Silargel und Adsorgan (Heyden)**. (Fortschr. Ther., 5. Jahrg., Heft 15, 1929.) Silargel und Adsorgan sind höchst wirksame Arzneimittel, die zur innerlichen Desinfektion des Verdauungstraktes in weitgehendem Maße geeignet sind. Ihre Wirkung ist keine plötzliche, sondern ihre desinfizierende Kraft setzt, entsprechend der Passage durch den Darm, erst allmählich ein, um dann längere Zeit, selbst tagelang, wirksam zu bleiben. Von den üblichen Kohlepräparaten unterscheiden sie sich durch ihren entwicklungshemmenden oder keimtötenden Einfluß auf die Krankheitserreger. Außerlich wird Silargel mit gutem Erfolg auch in der Dermatologie, Gynäkologie, Oto-Rhinologie usw. angewendet.

E. Kontorowitsch.

3751.

Chabanier, H., C. Lobo-Onell, M. Lebert und E. Geu, **Zur Insulinmedikation; der Purifikationsgrad des Präparats**. (Presse Méd., Nr. 47, 1929.) Jeder Fortschritt in der Purifikation vermindert die Sicherheit in der Anwendung des Insulins und damit die Bequemlichkeit der Anwendung. Das Maximum der Sicherheit ist durch die Dosierung genau zu bestimmen. Nach den Beobachtungen der Verfasser zeigen die nicht so stark gereinigten Präparate weniger Zwischenfälle, auch nicht bei Hyperglykämie und Glykosurie und bei 120 Einheiten täglich. Würden dann wieder gereinigte Präparate verwandt, so zeigten sich Nebenwirkungen auch bei schwachen Dosen, zugleich mit dem Wiederauftreten der Glykosurie. Am vorteilhaftesten erwies sich die Mischung eines gereinigten mit einem ungereinigten Präparat.

Haber.

3752.

Carnot, **Erythrodermien durch Arsenobenzol; Früh- oder Spätschäden der Arsenmedikation**. (J. d. Prat., Nr. 23/29.) Nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens unterscheidet man unmittelbare und Spätschädigungen der Arsenmedikation. Schon während der Injektion oder wenige Minuten später können mehr oder weniger bedrohliche Störungen auftreten. Die Erytheme dieser Frühperiode aber sind flüchtig und verschwinden spätestens nach 1 bis 2 Tagen. Gefürchtet sind die Schädigungen, die erfahrungsgemäß zwischen dem 3. und dem 9. Tage auftreten; gewöhnlich erlebt man sie bei Salvarsaninjektionen, weniger bei anderen Arsenpräparaten. Nach einer Inkubationszeit von 3 bis 4 Tagen erscheint unvermittelt heftigster Kopfschmerz, Fieber, Erbrechen und bald danach epileptiforme Attacken oder Koma. Nach 1 bis 2 Tagen tritt der Tod ein, falls es dem Adrenalin nicht gelingt, die Krise abzuschwächen.

Die Erytheme des 9. Tages nehmen einen weniger stürmischen Verlauf. Sie treten als skarlatinoider, aber auch als morbilliformer Typ auf, halten sich nicht länger als 3 bis 6 Tage. Die Spätschädigungen, die nach mehreren Wochen in Erscheinung treten, betreffen vor allem Leber und Haut. Die Schädigung der letzteren kann zu jedem Zeitpunkt der Kur eintreten, nach 2 oder 3 Injektionen, ja auch schon nach einer einzigen, am häufigsten allerdings gegen Ende der Kur.

Das früheste und wichtigste Symptom ist das Hautjucken, das an Heftigkeit und Ausbreitung sehr schnell gewinnt. Erst dann tritt die Eruption auf, an die sich rasch das Oedem anschließt. Vom 8. bis 15. Tage erfolgt die Desquamation in großen Lamellen.

Ein wichtiger, noch sehr umstrittener Punkt ist der Einfluß dieser Erythrodermien auf die Entwicklung der Syphilis. Eine Reihe von Autoren bezeichnet diesen Einfluß als günstig, nach andern wieder ist er zum mindesten flüchtig.

Das Adrenalin, das im Frühstadium so gute Dienste leistet, bleibt bei den Späterscheinungen wirkungslos. Das Hauptaugenmerk wird sich auf die rasche Entfernung der toxischen Produkte richten.

Held.

3753.

Walravens, P., **Bemerkungen bezüglich der Malaria-behandlung durch Plasmochin**. (Brux. Med., Nr. 33, 1929.) An der Hand von 14 Fällen kommt der Verfasser zu folgenden Ergebnissen:

Vom Standpunkt der Toleranz gegen das neue Präparat läßt sich folgendes sagen: 9 Kranke hatten gar keine Störung, auch nicht von seiten der Zirkulation, 4 andere hatten vorübergehende Störungen der Zirkulation mit leichten Vergiftungserscheinungen. Ein einziger Malaria-kranke wies Zirkulationssymptome auf, die etwas beunruhigend waren und ihn dazu trieben, einen Wechsel der Behandlung anzufordern.

Vom Standpunkt der Parasiten: Verschwinden derselben am zweiten Tage in 8 Fällen, Fortbestehen der Parasiten am 2. und 3. Tage in 4 Fällen.

Vom Standpunkt des Rezidivs: 2 Kranke wiesen Parasiten im Blut auf, der eine nach einer sehr ernsthaft durchgeführten Behandlung, während deren er Intoleranzerscheinungen gehabt hatte.

Die Vorteile des Plasmochin-Chinins vor dem reinen Chinin sind folgende: einfache Anwendungsweise, Vermeidung der Nachteile, die hohe Chinindosen mit sich bringen, die oft per os nicht vertragen werden und intramuskuläre oder andere schmerzhaftige Injektionen erfordern; seine Geschmacklosigkeit läßt es für die Kinderpraxis geeignet erscheinen.

Die Nachteile sind folgende: Vom Standpunkt des Fiebers: Hohe Chinindosen führen einen rascheren Temperaturabfall herbei. Vom parasitären Standpunkt: Das Plasmon läßt die Plasmodien aus dem Blute weniger rasch verschwinden. Vom Standpunkt der Toleranz: Das Plasmochin wird nicht immer gut vertragen, so daß seine Anwendung nicht immer durchführbar ist. Nichtsdestoweniger bleibt die Tatsache bestehen, daß unser therapeutisches Rüstzeug gegen die Malaria sich um ein ernst zu nehmendes Präparat bereichert hat. Dieses Präparat wird sicher das Chinin niemals ganz verdrängen, aber bei Personen, die es vertragen, wird es häufig dem per iniektionem verabreichten Chinin vorgezogen werden.

In malarieerkrankten Ländern kann man sich über die Spätwirkungen der Behandlung noch kein Bild verschaffen, noch über die Dauerhaftigkeit der Sterilisation. Die Gelegenheit zur Wiederinfektion ist zu zahlreich, wir müssen deshalb bei unserer Präventiv-Chininbehandlung der Kolonialvölker verharren.

Held.

3754.

Nathan, E., und A. Munk, **Ueber experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Salvarsan**. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 29.) (Hautklinik d. städt. Krankenhauses, Nürnberg.) Es gelingt nicht nur durch intrakutane Injektion, sondern auch durch kutane Applikation von Myosalvarsan eine Sensibilisierung gegenüber Salvarsan beim Menschen auszulösen. Dabei kommt es nach einem Intervall von 7 bis 11 Tagen an der bis dahin reaktionslosen Applikationsstelle des Salvarsans zum Auftreten eines lokalen allergischen Aufflammungsphänomens und allgemeiner Sensibilisierung der Haut.

Die Salvarsanüberempfindlichkeit läßt sich nicht nur durch die Intrakutanreaktion mit Salvarsan, sondern auch durch eine Salvarsan-Kutanreaktion in manchen Fällen nachweisen.

Bei experimenteller Sensibilisierung kann sich der Eintritt des allergischen Zustandes außer im Auftreten des lokalen Aufflammungsphänomens auch im spontanen Auftreten universeller Exantheme dokumentieren (Parallele zur Serumkrankheit der Erstinjizierten).

Bei experimentell gegenüber Salvarsan Sensibilisierten kann auch die intravenöse Reinjektion, wie schon früher gezeigt worden ist, zum Auftreten universeller urtikarieller Erytheme führen (Parallele zur Serumkrankheit der Reinjizierten).

Arnold Hirsch, Berlin.

3755.

Lindemann, K., **Zur Anwendung des Avertin beim Wundstarrkrampf**. (Zbl. Chir., Nr. 21, 1929.) Verfasser empfiehlt zur symptomatischen Beeinflussung des Tetanus die wiederholte Avertinnarkose. Durch die Avertingaben gelingt es, den tonischen Krampfzustand der Muskulatur für die Dauer der jeweiligen Narkose deutlich zu bessern. Es gelingt den Kranken zu Beginn des Avertinschlafes, nachdem Trismus und die reflektorische Ueberempfindlichkeit des Zentralnervensystems nachgelassen haben, mittels Sonde zu ernähren. In einem Falle erhielt der Patient insgesamt 65 g Avertin in 10 Einzelgaben von je 6,5 g. Eine Gewöhnung oder irgendeine Schädigung konnte nicht festgestellt werden.

Walter Grossmann, Berlin.

3756.

Greving, R., und O. Gagel, **Pathologisch-anatomische Befunde am Nervensystem nach experimenteller Thalliumvergiftung**. (Neurol. 120., Heft 4 u. 5, 1929.) Zwecks Klärung einer Polyneuritis, die nach Thalliumvergiftung beim Menschen beobachtet werden konnte, wurden an 10 Tieren (5 Hunden, 1 Katze, 4 Kaninchen) Vergiftungen mit dem Thalliumpräparat „Celio“ durchgeführt. An den 4 Kaninchen ließen sich keine wesentlichen Befunde erheben. Die übrigen 6 Tiere zeigten an klinischen Symptomen Erbrechen, Durchfall, Abmagerung, Unsicherheit und Schwäche in den beiden Beinen, Haarausfall trat nicht ein. Histologisch fanden sich an den sensiblen und motorischen Nerven sowohl im Markscheidenpräparat, wie auch im Achsenzylinderbild schwere Veränderungen, wie sie bei Polyneuritis typisch sind. Dem entsprechend ließ sich an den motorischen Vorderhornzellen und im Fazialiskern das Bild der primären Reizung feststellen. Die histologischen Befunde beweisen, daß auch im Tierexperiment der gleiche polyneuritische Prozeß zu erzielen ist, wie er vom Verfasser bei einem menschlichen Vergiftungsfall beschrieben wurde. Als Nebenfund konnte Verfasser an den Zellen des Corpus

amillare, des Nucleus supraopticus und des Corpus geniculatum mediale sowie an den Purkinjeschen Zellen degenerative Veränderungen nachweisen, deren Bedeutung durch weitere Untersuchungen zu klären ist. Im vegetativen Nervensystem konnten pathologische Befunde nicht beobachtet werden.

Hans Knospe.

3757.

Goering, Reinhard, Ein neuer Versuch mit Flugtherapie. (Med. Welt, Nr. 26, 1929.) Kurzer Bericht über erfolgreiche Behandlung einiger Fälle von seelischen Depressionen durch längere Flüge. Erfolgreich war die Flugtherapie auch in einem Fall von hartnäckiger Bronchitis bei einem 14jährigen Kinde.

L. Gordon, Berlin.

3758.

Chochlow, A. W., Eine neue Methode der Schlammbehandlung in der Gynäkologie. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 22.) Von den in der russischen Literatur von Kellat und Mikertschanz mitgeteilten Erfolgen bei der Behandlung von Uterusblutungen mit Entophorese der Brustdrüse, sowie von der Vorstellung der korrelativen Beziehung zwischen Mammæ und Ovarien ausgehend, versuchte Verfasser die Menstruationsstörungen durch Schlammumschläge auf die Brustdrüsen zu beeinflussen. Zur Behandlung gelangten 32 Patientinnen im Alter von 19 bis 47 Jahren mit Polyhyper- und Polyalgomenorrhoe, denen zur Zeit der Menses weiße (38 bis 39 Grad) Schlamm packungen während 15 bis 20 Minuten in der Gegend der Brustdrüsen appliziert wurden. In allen Fällen zeigte sich bereits einige Stunden nach der Prozedur eine bedeutende Abnahme der Blutung, was auch zur Linderung der vorhandenen Schmerzen führte; die Dauer der Menses wurde in vielen Fällen bis auf die Hälfte verringert. Das Verfahren, das Verfasser als „Schlamm-Automammintherapie“ bezeichnet, wurde von allen Patientinnen gut vertragen. E. Kontorowitsch.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

3759.

Simon, H., Plethysmographische Untersuchungen über Gefäßrhythmen. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jg., Heft 15.) (Institut für normale und pathologische Physiologie d. Universität Köln.) Mit einem besonderen Volumregistrierer werden zunächst die Spontanschwankungen der Kaninchenohrgefäße untersucht. Sie sind unter gleichen Bedingungen auf beiden Seiten von gleicher Größe, Frequenz und Ablaufsform. Beim aufgespannten, nicht künstlich erwärmten Tiere nehmen die Schwankungen im Laufe etwa einer halben Stunde an Frequenz und Größe dauernd ab unter gleichzeitiger Verringerung des Gesamtohrvolumens. In diesem Zustand reagieren die dauernd kontrahierten Ohrgefäße nicht mehr wie beim frischen Tiere reflektorisch auf Hautreize (Berühren oder Anblasen) und akustische Reize. Bei Verhinderung der Abkühlung durch künstliches Erwärmen des ganzen Tieres (Heizkissen) lassen sich die Spontanschwankungen und Reaktionen der Gefäße erhalten oder wieder herbeiführen.

Durch isoliertes Erwärmen des gegenseitigen Ohres durch kurzdauerndes Eintauchen in Wasser von 47 bis 50 Grad kommt es zu einer starken, vorübergehenden Volumenzunahme des anderen Ohres ohne Auftreten von Spontanschwankungen.

Faradische Reizung des gleich- oder anderseitigen Aortennerven bewirkt in der Regel eine Abnahme des Ohrvolumens; bei einigen Tieren trat aber unter gleichen Versuchsbedingungen dabei allerdings eine sehr geringe Volumzunahme ein. An Ohren, deren Vasomotoren durchschnitten waren, kam es nur zu einer Volumabnahme.

Durch Ausschaltung der vier Blutdruckzügler im akuten Versuche würden die Spontanschwankungen nicht beeinflusst.

Bei Abklemmung beider Car. comm. kommt es am entnervten Ohre zu einer viel stärkeren Volumabnahme als am normalen; die postanämische Hyperämie ist aber nur am normalen Ohre zu beobachten.

Arnold Hirsch, Berlin.

3760.

v. Thurzó, E., Ueber die Guajakharz-Farbensolreaktion des Liquors. (Gyógyászat, Nr. 23, 1929.) Als nächstes Ziel bezeichnet der Autor die Schaffung von Laboratoriumsmethoden, die eine Frühdiagnose ermöglichen. Es müssen Kolloidlösungen gesucht werden, welche nicht für den Gesamteiweißgehalt, sondern für die einzelnen Eiweiß-Fractionen charakteristische Reaktionen geben. Am wichtigsten ist unter diesen das Englobulin, dessen Vermehrung für Nervenlues bezeichnend ist. Unter der Leitung des Dr. G. Godwien, Greenfield, hat der Verfasser im Laboratorium des

National-Hospital für Nervous Diseases, in London „die bikolorierte Guajakharz-Reaktion“ (B. G. R.) ausgearbeitet. Die Lösung besteht aus einer 20prozentigen Guajaktinktur, aus einer 0,5prozentigen wässerigen Naphtholgrünlösung, einer 0,5prozentigen alkoholischen Brillant-Fuchsinlösung, einer 10prozentigen Kochsalzlösung und einer 1,5prozentigen Natr.-carb.-Lösung, welche nach einer bestimmten Vorschrift gemengt werden. Es werden dann zehn verschiedene Verdünnungen bereitet. Die Stärke der Reaktion des zugesetzten Liquors ist einerseits an der Menge des Niederschlages, anderseits an der zwischen rot und grün variierenden Farbe der Lösung leicht und deutlich abzulesen; sie wird mit 0, +, ++, +++ bezeichnet und, wie bei anderen Kolloidreaktionen, in Kurvenform dargestellt. Bisher wurde die Reaktion bei 108 Kranken durchgeführt. Bei Paralyse zeigte sich auch hier ein vollkommener Ausfall in den ersten 4 Epruvetten; bei Tabes undluetischer Myelitis eine tiefe Zacke mit dem maximalen Ausfall in der 2., 3. oder 4. Glasröhre; bei multipler Sklerose eine der tabischen ähnliche Reaktion, jedoch eine Kurve mit breiterem Basalabschnitt; bei anderen Nervenkrankheiten war die Reaktion negativ. Bei Malaria ergab sich eine abgeschwächte „apralytische“ Kurve. Der Goldsol- und der Benzoeharz-Reaktion gegenüber ist bei der B. G. R. die Ablesung leichter und die Nervenlues-Diagnose mit größerer Sicherheit zu stellen.

St. v. Máday, M. U. M., Budapest.

3761.

Hauchmann, S. L., Die Davissche Reaktion und ihre Bedeutung für die Erkennung der bösartigen Geschwülste. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 22.) (Hosp.-Therap. Klinik des Medizin. Instituts, Leningrad.) Verfasser prüfte die seinerzeit von dem Amerikaner Davis für die Diagnose der malignen Tumoren angegebene Reaktion an 66 Fällen mit malignen Geschwülsten, an 79 mit anderen Erkrankungen und an 5 Gesunden. Die Reaktion wurde folgendermaßen ausgeführt: 100 ccm filtrierten frischen Harns werden mit 10 ccm HCl vermischt und gekocht; nach dem Erkalten setzt man 30 ccm Aether hinzu, wobei dieser durch Drehen des Reagenzglases mit dem Harn in Berührung gebracht wird. Die Mischung läßt man 12 bis 24 Stunden stehen, nach welcher Zeit der Harn bei positivem Ausfall eine rosa oder rote, bei negativem eine weiße, gelbe oder braune Verfärbung annimmt. Die Reaktion wird durch alkalischen Harn und Vorhandensein von großen Eiweißmengen und Farbstoffen sehr beeinträchtigt. Das spezifische Gewicht des Harns soll nicht unter 1010 sein. Bei der ersten Gruppe erhielt der Verfasser in 88% der Fälle positive Resultate; in 4 Fällen war die Reaktion zweifelhaft. Bei 84 nicht karzinomatösen Erkrankungen war in 74% der Fälle die Reaktion negativ, in 8% zweifelhaft und in 18% positiv, wobei es sich im letzteren Falle um perniziöse Anämie, chronische Peritonitis und Vorhandensein von Eiter- bzw. Fäulnisherden handelte. Verfasser spricht der Davisschen Reaktion einen gewissen Wert für die Diagnose des Karzinoms zu, insbesondere wenn die erwähnten positiv reagierenden Erkrankungen auszuschließen sind. (Von manchen Autoren wird die Spezifität der Davisreaktion sehr angezweifelt. So hält der russische Kliniker Hausmann, dessen Arbeit wir in den Fortschr. d. Med., 1928, Heft 42, S. 1052, referierten, sie für völlig identisch mit der Indirubinreaktion zum Nachweis des Indikans. Ref.) E. Kontorowitsch.

3762.

Dinkin, L., Die diagnostische Bedeutung des Befundes von Mikroresten, insbesondere im Ehrmannschen Probetrunk. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 30.) (I. inn. Abt. d. städt. Krankenhauses Neukölln in Berlin.) Es besteht eine Fähigkeit des Magens, sich von den allerletzten Speiseresten zu säubern, dies gilt aber in erster Linie in bezug auf die physiologischen Nahrungsmittel, besonders Fleisch und Amylazeen. Sie werden von dem starken Sekretionsstrom der gesunden Magenschleimhaut bis auf die letzten Reste abgespült oder aufgelöst.

Die nur mechanisch wirksamen Mittel, wie Bismut, Barium, Pflanzenkörner und -samen, rufen vor allen Dingen eine Schleimhautsekretion hervor. Sie bleiben zum Teil in diesem Schleim eingehüllt; auch an der normalen Magenwand haften und sind daher zu Motilitätsprüfungen wenig geeignet.

Die nüchterne Expression oder Spülung 12 Stunden nach einer Belastungsmahlzeit ergibt in bezug auf den Befund von Mikroresten widerspruchsvolle Resultate, so daß diesem Befund keine ausschlaggebende diagnostische Bedeutung beigemessen worden ist.

Der Ehrmannsche Alkoholprobetrunk ist nicht nur als eine Sekretionsprüfung zu betrachten, sondern er ist auch zur Motilitätsprüfung besonders geeignet. Arnold Hirsch, Berlin.

3762a.

Rosenberg, Max, und Alfred Hellfors, Nierenfunktionsprüfung mittels Alkalibelastung der Nierenranken. (Dtsch. med.

Wschr., 55. Jg., Nr. 29.) (I. inn. Abtl. d. städt. Krankenhauses, Berlin-Westend.) Verfasser empfehlen auf Grund einer zweieinhalbjährigen Prüfung die Alkalibelastung als Nierenfunktionsprüfung für die innere Klinik in der Form, daß morgens nüchtern 20 g Natrium bicarbonicum in 400 ccm Wasser gereicht und zwei Stunden lang in einhalbstündlichen Abständen die Harn-pH untersucht wird. Die Methode eignet sich ganz besonders für ambulante Behandlungen und bei bestehenden Oedemen, die die Ergebnisse von Wasserversuch und Konzentrationsversuch illusorisch machen können.

Die Blutazidose kann mit der Bestimmung der Eiweißschlacken im Blut nicht konkurrieren als Indikator der Nierenfunktionsstörung, doch beweist ein Sinken der Alkalireserve unter 30 einen äußerst bedrohlichen Grad der Niereninsuffizienz. Anscheinend hat in solchen, insbesondere akuten Fällen von Niereninsuffizienz die intravenöse Zufuhr von Alkali (4prozentige Natrium-bicarbonicum-Lösung) einen guten therapeutischen Erfolg.

Die ungenügende Ausscheidung alkalischer Valenzen nach peroraler Natrium-bicarbonicum-Zufuhr bei Niereninsuffizienz beruht offenbar auf einer durch diese hervorgerufene Störung im Austausch von sauren und alkalischen Valenzen zwischen Geweben und Blut, daneben auch auf einer direkten Ausscheidungsinsuffizienz alkalischer Valenzen durch die Niere; eine Störung des Ammoniakstoffwechsels und der Ammoniakausscheidung scheint außerdem vorzuliegen, doch ist es vorläufig nicht möglich, Ort und Art dieser Störung genauer zu präzisieren. Arnold Hirsch, Berlin.

3763.

Gosden, Minnie, und Fox, Tylor J., Die Lävulose-toleranzprobe der Leberfunktion bei Epileptikern. (Lancet., 216., 5522.) (Lingfield Epileptic Colony, England.) An einer größeren Zahl sonst gesunder Epileptiker ausgeführte Versuche ergaben, daß die Epilepsie mit einer Leberinsuffizienz verbunden ist, welche während der Anfälle besonders stark ausgesprochen und bei alten Fällen auch nur in den Anfallsintervallen nachweisbar ist.

Ashkenasy, Wien.

3764.

Gosden, Minnie, Fox, Tylor J., und Brain, Russel W., Der Cholesterolgehalt des Blutplasmas bei Epilepsie. (Lancet, 216., 5523.) (Lingfield Epileptic Colony und Hospital for Epilepsy and Paralysis, Maida Vale, London.) Verfasser bestätigen die Angaben anderer Autoren, daß der Cholesterolspiegel des Blutplasmas bei der Epilepsie im Durchschnitt unternormal ist und daß er im Status epilepticus und bei Anfallsreihen ausnahmslos unter der Norm ist. Die Schwankungen des Cholesterolniveaus im Blut sind um die Anfallszeit herum größer als in den anfallsfreien Perioden. Unter vier Fällen war in drei knapp vor dem Anfall ein plötzlicher Abfall des Cholesterolgehalts nachweisbar.

Ashkenasy, Wien.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

3765.

Goldstein, Kurt, Zeigerversuch. (Nervenarzt, Jahrg. II, Heft 8.) Verfasser hält das Symptom des Vorbeizeigens (Bárány) für diagnostisch sehr wertvoll bei Erkrankungen im zerebellaren System. Wie das Zeigen im einzelnen je nach der Lokalisation der Schädigung innerhalb der verschiedenen Abschnitte dieses Systems modifiziert ist, ist noch nicht sicher. Nach den Erfahrungen des Verfassers dürfte etwa folgendes zu sagen sein: Bei labyrinthärer Störung dürfte Vorbeizeigen in allen Ebenen und auf beiden Seiten vorliegen, bei zerebellärer Schädigung, vor allem Vorbeizeigen auf der ganzen Körperhälfte, u. z. besonders oder ausschließlich nach außen, vorwiegend oder ausschließlich auf der Seite der Läsion; bei frontaler Läsion bestehen die ungeklärtesten Verhältnisse. Hier ist bei Zurücktreten des Vorbeizeigens nach der Seite, besonders ein Vorbeizeigen nach oben oder unten charakteristisch, entweder allein auf der herdgekehrten Seite oder auf dieser wenigstens in wesentlich stärkerem Maße.

Kurt Mendel, Berlin.

3766.

van Trotsenburg, I. A., Der Nervenstrom und seine Bedeutung für Biologie und Medizin, namentlich für Psychologie und Psychiatrie. (Neurol., 120., Heft 4 u. 5, 1929.) (Grave Holland.) Aus seinen vorläufigen Messungen irgendwelchen Schluß zu ziehen, wagt Verfasser nicht. Er glaubt aber, daß Narkose, Scheintod, Hypnose, Epilepsie usw. vielleicht typische elektrische Abweichungen zeigen werden. Er nimmt an, daß für die allgemeine Medizin wie auch für die Biologie wahrscheinlich die elektrische Ladung der belebten Welt eine Bedeutung hat.

Hans Knošpe.

3767.

Stscheglow, Ein Beitrag zur Frage über den Kopfnystagmus. (Arch. Ohren- usw. heilkunde, 121., Heft 3/4.) Beim Menschen ist der Kopfnystagmus sehr selten und ist als atavistisches Symptom aufzufassen. besteht in rhythmischen pendelnden Bewegungen des Kopfes nach rechts und links oder nach oben und unten und hat ebenso wie der Augennystagmus eine langsame und schnelle Komponente. Es werden drei Fälle von Labyrinthfistel angeführt, bei denen Kopfnystagmus gesehen wurde. In zwei von ihnen war auch gleichzeitig Augennystagmus festzustellen.

Hesse, Königsberg.

3768.

Galant, Johann Susmann, Ueber Autohalluzinationen. (Neurol., 120., Heft 4 u. 5, 1929.) (Moskau.) Verfasser stellte bei einem Alkoholhalluzinant neben vielen anderen Gehör- und Gesichtshalluzinationen fest. Unter A. H. versteht Verfasser solche Halluzinationen, bei denen Patient sich selbst, seine eigene Person, so leibhaftig wie im Spiegel, sieht, mit dem Unterschiede, daß man es dabei nicht mit einem Spiegelbild, sondern mit einer halluzinierten Gestalt, in der der Halluzinant sich selbst erkennt, zu tun hat. Noch mehr, diese halluzinierte eigene Gestalt braucht gar nicht identisch mit der derzeitigen Gestalt des Patienten zu sein. Verfasser erwähnt dieses Phänomen wegen seiner anscheinenden Seltenheit.

Hans Knošpe.

3769.

Nikitin, M. P., Ueber eine eigenartige Form der Myopathie. (Z. Neurol., 120., Heft 4 u. 5, 1929.) (Nervenklinik in Leningrad.) Verfasser beobachtete an einem Geschwisterpaar, dessen Eltern in Vetterschaft zueinander stehen, ein ganz eigenartiges Krankheitsbild. Die Symptome gipfeln in der Trias: Ophthalmoplegia externa, mäßig ausgeprägte Störungen im Gebiete der Hirnnerven, unerkennbare, wenn auch nicht allzu deutlich ausgesprochene Störungen an den Rumpf- und Extremitätenmuskeln, wie sie zu meist der progressiven Muskeldystrophie entsprechen, über das pathologisch-anatomische Substrat lassen sich nur Vermutungen anstellen. In vorliegenden Fällen ist die Störung an den Extremitäten- und Rumpfmuskeln so auffallend ähnlich derjenigen, welche die progressive Muskeldystrophie bewirkt (Ausbreitung der Störungen, Fehlen der Entartungsreaktion), daß es schwer ist, eine Myopathie zu verkennen. Was die Mitbeteiligung der von den Hirnnerven versorgten Muskeln anlangt, Augen-, Kau-, Gesicht-, Schluckmuskeln usw., so scheint Verfasser auch hier eine myopathische Grundlage durchaus annehmbar. Dafür könnte der Umstand sprechen, daß auch die progressive Muskeldystrophie, wie Verfasser sie gesehen hat, nicht immer diese Muskelgruppen verschont.

Hans Knošpe.

3770.

Mc Alpine, Douglas, Eine Form von Myasthenia gravis mit Veränderungen im Zentralnervensystem. (Brain, 52., Part. I, 1929.) Bei dem beschriebenen Fall von Myasthenie fand sich von inneren Organen nur die Thymusdrüse pathologisch verändert, d. h. ein beträchtliches Wachstum in die Tiefe der Rinde, das Mark enthielt die normale Zahl Hassalscher Körperchen. Die zahlreichen Muskelschnitte zeigten negatives Resultat. Am Nervensystem fanden sich Muzinablagerungen in den perivaskulären Räumen nur in den Meningen, auch in den Fasern der Capsula interna waren Makrozyten eingelagert; sonst waren die Basalganglien und die Regio subthalamica normal. Am Hirnstamm färbten sich die Zellen des Okulomotorius nicht gleichmäßig, jedoch bestand keine Chromatolysis. Außer bei einem kleinen Gefäß zwischen Medulla und Pons fanden sich keine perivaskulären Lymphozyten, dagegen bestand im ganzen Hirnstamm Mukoiddegeneration der weißen Substanz. Im Rückenmark waren in allen Gefäßen deutliche Rundzelleninfiltrationen, die ähnlich angeordnet waren wie bei der Encephalitis epidemica, am stärksten an der postero-medianen Fissur und an der Eintrittszone der hinteren Wurzel. Frische Hämorrhagien in der grauen Substanz der Vorderhörner fanden sich in mehreren Schnitten, nie im Hirnstamm oder im Hirn selbst. Die motorischen Zellen waren in allen Schichten normal. Die große Ähnlichkeit mit den Befunden bei der Encephalitis epidemica wird durch eine Arbeit von Grossmann bestätigt: Encephalitis epidemica, die eine Myasthenia gravis vortäuscht. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß es eine Form der Myasthenie mit entzündlichen Veränderungen am Zentralnervensystem gibt, daß aber die Ursache noch gegenwärtig problematisch ist.

Haber.

3771.

Zerkowitz, Andreas, Ueber einen Fall von Morbus Addisoni, höchstwahrscheinlich luetischen Ursprungs. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 30.) (Nervenabteilung des städtischen St.-Stephan-Spitals, Budapest.) In dem mitgeteilten Falle von Morbus Addisoni

— höchstwahrscheinlich luetischen Ursprungs — besteht die Krankheit bereits seit 7 Jahren. Zeitweilig kommt die relative Vagotonie stärker zum Vorschein. In diesem Zustande treten Bradykardie, Hypotonie, extrasystolische Arrhythmie mit heterotroper Reizbildung, Insuffizienzerscheinungen auf. Diese Symptome ließen sich nicht durch Lähmung der Vaguswirkung (Atropin, Chinin, Chinidin versagt auch), sondern durch geeignete Reizmittel des Sympathikus bekämpfen (Koffein, Strychnin, kombiniert mit Rekresal, Zuckerinfusion und Anwendung des Herzkühlers).

Arnold Hirsch, Berlin.

3772.

v. Thurzó, E., **Der epileptische Organismus und die symptomatischen Erscheinungsformen der Krankheit.** (Orv. Het., Nr. 24/25, 1929.) Bei Epileptikern ist der Sauerstoffverbrauch herabgesetzt, während der Anfälle wird Stickstoff zurückgehalten. Der Autor konnte die Toxizität des Serums der Epileptischen beweisen, indem er zum Vergleich mit dem, mit der pleohämolytischen Methode von Benedek und Deák (1911) gewonnenen Serum von Schizophrenen, das Serum von epileptischen Kaninchen injizierte. Bei Einführung des Serums in die Ohrvene bekamen die Kaninchen in 6 Fällen Krämpfe, während bei intraperitonealer Injektion die Tiere bloß mit einer Gewichtsabnahme reagierten. Bezüglich der Liquorbefunde ist bisher nichts bekannt geworden, was als ein sicheres und konstantes Symptom der Epilepsie angesprochen werden könnte. Im Laboratorium der Debrecener Nervenklinte wurde bisher der Liquor von 332 Epileptikern untersucht. Während die Wassermann-Reaktion im Serum bei 13,6% positiv war, konnte im Liquor in keinem einzigen Falle ein positiver Wassermann nachgewiesen werden. Von den verschiedenen Kolloidreaktionen wies nur die bikolorierte Mastixreaktion in 15,2% eine leichte Zacke auf; die vom Autor angegebene Tuschreaktion aber war in 87,1% positiv. — Autor schließt sich der Ansicht von Wuth und von Spielmeier an, daß bei der Auslösung der Krampfanfälle die vegetativen Zentren und die Innervation der vasomotorischen Nerven die Hauptrolle spielen. Der Autor glaubt, daß die alternative reziproke Innervation der Agonisten und Antagonisten, die in den letzten Jahren für die willkürliche Bewegung festgestellt wurde, ein allgemeines Gesetz der Nervenfunktion darstelle, welche auch für die gleichzeitige Innervation der Vasokonstriktoren und der Vasodilatoren gültig sei. Vielleicht sei der Krampfanfall der Ausdruck einer Störung des Gleichgewichts dieser beiden, vom sympathischen und vom parasympathischen Nervensystem beherrschten Gruppen der Gefäßnerven. — Die künstliche Auslösung von Anfällen wurde in 39 Fällen, welche sonst nicht sicher diagnostiziert werden könnten, durch die Hyperventilation versucht, gelang jedoch nur in zwei Fällen. In einigen Fällen wurde die Hyperventilation mit einer Adrenalininjektion (Benedek) kombiniert; in einem solchen Falle wurde ebenfalls ein Anfall ausgelöst.

3773.

Otten, A., **Begutachtung Hirnverletzter.** (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 5/6.) Bei der Kraftmessung am Hand- und Körperdynamometer sind die Leistungen der Hirntraumatiker abgesehen und geistig gesunder Menschen. Bei der rhythmischen Dauerarbeit ließen die Ergogramme normaler Versuchspersonen im Beginn eine Plateaubildung, dann einen mehr oder weniger starken Abfall auf ein niedrigeres Niveau, hierauf wiederum eine Plateaubildung erkennen. Die Kurven Hirngeschädigter hingegen zeigten in ihrem Gesamtverlauf einen sukzessiven Ermüdungsabfall ohne Plateaubildung. Die Hysterikerkurven ließen bei sehr niedrigen Ermüdungswerten einen Ermüdungsabfall überhaupt vermissen. Temposchwankungen waren bei den Normalkurven nur vereinzelt. Der Schluß des Arbeitsversuches, bei allgemein Hirngeschädigten schon während des Versuchsverlaufs und zum Schluß hin zunehmend nachweisbar.

3774.

Christiansen, Viggo, **Einige Bemerkungen über die Symptomatologie der Hirngeschwülste.** (Ug. f. Laeg., Nr. 31, 1929.) Die Stauungspapille bei Hirntumoren tritt dann am stärksten und am häufigsten hervor, wenn grade Teile des Gehirns, wie z. B. das Kleinhirn betroffen sind, die nicht einen direkten, unmittelbaren Druck auf das Chiasma oder den Tractus opticus ausüben. Sie tritt dort am ehesten auf, wo eine Stauung und Druck auf die venösen Sinus und Plexus des Gehirns und seiner Häute erzeugt wird. — Frühsymptome treten dort am frühesten hervor, wo sie von dem Patienten selbst wahrgenommen und bemerkt werden, so daß man sie nicht übersehen kann. Die Stauungspapille ist weit häufiger beim Sitze des Tumors im Frontallappen, als wenn die motorische Region (Zentralwindungen) ergriffen ist. Kortikale Reizerscheinungen der motorischen Zentren treten oft auf, noch bevor allgemeine Hirndruckerscheinungen bemerkbar sind. Bei Tumoren

des Kleinhirnbrückenwinkels finden wir fast immer Stauungspapille, und zwar recht früh, da erst später subjektive Symptome auftreten, die die Aufmerksamkeit des Patienten und Diagnostikers auf diesen Sitz hinlenken, wie z. B. Trigeminusneuralgien. Bei Hydrocephalus internus ist die Stauungspapille nicht so konstant und tritt oft erst spät auf. Tumoren im Okzipitallappen weisen oft als einziges auffallendes Symptom homogene Hemianopsie auf. Die primäre, idiopathische, seröse Meningitis ist, wenn sie überhaupt vorkommt, äußerst selten; oft werden hierbei andere Symptome (verborgen sitzende Tumoren) übersehen, die sekundär die seröse Meningitis erzeugen. — Die Jacksonsche Epilepsie durch Tumoren und Reiz der motorischen kortikalen Zentren hat oft eine Atrophie der beteiligten Extremitäten und Muskeln zur Folge, so daß oft an eine Komplikation mit Neuritis oder Vorderhornkrankung des Rückenmarks tatsächlich gedacht wird, ohne daß jedoch Entartungsreaktion auftritt. — Tumoren der Chiasmaregion geben oft Veranlassung zu einer Pleozytose in der Spinalflüssigkeit.

S. Kalischer.

3775.

Christiansen, Viggo, **Einige Bemerkungen über die Behandlung und speziell die chirurgische der Hirngeschwülste.** (Ug. f. Laeg., Nr. 32, 1929.) Die chirurgische Behandlung der Hirngeschwülste ist im wesentlichen nach Christiansen eine Chirurgie der extrazerebralen Geschwülste. Patienten, die an sehr großen extrazerebralen Geschwülsten operiert sind, können 25 Jahre und länger leben, während bei intrazerebralen Tumoren, abgesehen von Funktionsstörungen durch die Operation, kaum je eine Lebensdauer von 10 Jahren erreicht wird, und auch in diesen nur als mehr oder weniger Invalide. Am günstigsten ist die Prognose der extrazerebralen Geschwülste, die von den Häuten ausgehen und über den Hemisphären liegen. Die dekompressive Trepanation oder Kraniotomie ist nützlich, wo große intrazerebrale Tumoren vorliegen mit starken Druckerscheinungen; aber auch sie ist zu unterlassen, wo dauernder Sopor vorliegt. Ergibt die Punktion einen subkortikal gelegenen zystischen Tumor, so kann man die Radikalexstirpation versuchen. Die Tumoren im zerebellopositiven Winkel kann man auf verschiedene Art operieren. Die translabryntäre Operation (Quix) verlief in 4 Fällen des Verfassers tödlich. Von der Röntgenbehandlung der Tumoren des Gehirns sah der Verfasser nie einen wesentlichen Nutzen, wenn auch die Gliome und Gliosarkome des Gehirns radiosensibel sind. Wo Röntgenheilungen berichtet werden, liegen oft diagnostische Mißverständnisse vor oder auch spontane von der Behandlung unabhängige Remissionen und Intermissionen, wie sie bei Hirntumoren nicht selten sind.

S. Kalischer.

3776.

Salinger, F., und F. Kallmann, **Gehirnzystizerkose.** (Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 72., Heft 5/6.) Mitteilung eines Falle: 36jähriger Mann, Schwachsinnig. In Kindheit Krämpfe; Lues +. Mit 35 Jahren gehäufte Anfälle und Verwirrheitszustände. Objektiv: Reflexdifferenzen von wechselnder Intensität, Fazialisparese, vorübergehend Patellarklonus, artikulatorische Sprachstörung. Rasch zunehmende Verblödung, Euphorie, typisch paralytische Größenideen. Trotz negativen Wassermanns wurde progressive Paralyse diagnostiziert. Exitus im Status epilepticus. Sektion: ausgedehnte Gehirnzystizerkose mit sterilen, multilokulären Blasen und zahlreichen verkalkten Parasiten in Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappen sowie im dritten Ventrikel, Cysticercus racemosus an der Hirnbasis, chronische Zystizerkenmeningitis. Gefäßveränderungen fast ausschließlich in der Umgebung von Zystizerken. Das paralyseähnliche psychische Bild ist am ehesten auf die Zyste im rechten Frontallhorn zu beziehen. Verfasser halten im vorliegenden Falle die Kombination einer genuinen mit einer Zystizerkenepilepsie für wahrscheinlich. — Die Zystizerkose kann nicht nur durch ihre neurologischen Symptome, die affektive und intellektuelle Verblödung, durch Krampfanfälle und Eiweißvermehrung im Liquor paralyseähnliche Zustandsbilder vortäuschen, sondern sie vermag sogar zu echten Wahnbildungen im Sinne paralytischer Größenideen zu führen.

Kurt Mendel, Berlin.

3777.

Economo, C. V., **Encephalomyelitis subacuta diffusa de Cruchet und Encephalitis lethargica epidemica.** (Presse Méd., Nr. 49, 1929.) Economo stellt in dieser Arbeit erstens die Priorität seiner Veröffentlichung über die Encephalitis epidemica vom 17. April 1917 fest gegenüber der Arbeit Cruchets, betitelt „40 Fälle von subakuter Encephalomyelitis“, vom 27. April 1917, eine Priorität, die sich nicht nur auf das Datum des Erscheinens, sondern auch auf das der Einsendung bezieht, und weist ferner nach, daß ein Prioritätsrecht und -streit hier insofern nicht in Frage kommt, als es sich in beiden Arbeiten um zwei ganz verschiedene Krankheiten handelt. Die von Cruchet beschriebenen 40 Fälle haben mit der von ihm selbst beschriebenen Encephalitis lethargica nichts

gemein, da diese eine disseminierte, nicht hämorrhagische und nicht nekrotische Polio-Encephalitis vorwiegend in der grauen Substanz des Mittelhirns darstellt, während die Cruchetische Form neun verschiedene Gruppen umfaßt, die bis auf einen Fall alle keine Mittelhirnerkrankungen bedeuten und die teilweise autopsisch sich nicht als solche erwiesen haben. Er schlägt also vor, für diese Formen den alten Namen Cruchets, der Encephalomyelitis subacuta diffusa, beizubehalten und hält damit auch die Prioritätsfrage für gelöst.
Haber.

3778.

Blum, Kurt, **Behandlung der Folgezustände der epidemischen Enzephalitis.** (Nervenarzt, Jahrg. II., Heft 8.) Versuche, mit bestimmten Kostverordnungen oder Leberpräparaten die Erscheinungen des Parkinsonismus zu bessern, sind vorläufig fehlgeschlagen, dürfen aber noch nicht als abgeschlossen gelten. Reizkörper- und Fiebertherapie, Salvarsan, Quecksilber, Jod, Silber werden mit wechselndem Erfolge angewandt. Scopolamin, hydrobrom. (mit dreimal täglich 5 Tropfen einer 1 prom. Lösung beginnend), Atropin (3 bis 4 mg täglich), Atropin + Skopolamin, Duboisin, Hyoscyamin, ev. Bulbokapnin, Banisterin, Harmin (ihre Wirkung ist weiterhin zu erproben), Arsen, Natr. kakodyl. kommen als symptomatische Mittel in Betracht. Ferner: systematische Uebungsbehandlung, Massage, Vibrationsmassage, Turnübungen unter Musik, Psychotherapie (evtl. Hypnose). Gegenüber Fieberturen ist vorläufig Skepsis am Platze. Die endolumbale Serumbehandlung ist zu versuchen, wenn alle anderen Möglichkeiten erschöpft sind; es ist dabei gleichgültig, ob man Eigenserum oder Pferdeserum oder Kasein injiziert; das Eigenserum hat den Vorteil, daß es jederzeit leicht zu beschaffen ist. Zuweilen sieht man Erfolge von der endolumbalen Serumbehandlung in Fällen, wo alle anderen Mittel versagten. Bei wesensveränderten post-enzephalitischen Jugendlichen ist eine individualisierte, ständig kontrollierte, systematische Beschäftigungstherapie geboten. Bei graviden Frauen ist evtl. Schwangerschaftsunterbrechung indiziert.
Kurt Mendel, Berlin.

3779.

Müller, H. H., **Meningiom der Olfaktorierinne.** (Mschr. Psychiatr., 72., Heft 5/6.) 48jähriger Mann. Nach einem ungefähr 8 Monate dauerndem Stadium allgemeiner zerebraler Erscheinungen (Schwindel, Schlafzustände) kam es zur Entwicklung einer retrobulbären Neuritis links. Dann traten epileptische Anfälle und beiderseitige Anosmie hinzu. Röntgenologisch: Drucksteigerung mit Zerstörung der Sella turcica. Psychisch: Witzelsucht, Hypomanie, Euphorie. Sehnenreflexe links gesteigert, Babinski links. 2½ Monate nach Konstatierung der retrobulbären Neuritis links wurde eine Stauungspapille rechts gefunden; links Optikusatrophy. Diagnose in vivo: Tumor der rechten Hemisphäre, und zwar an der Grenze des Stirn- und Schläfelappens. Operation. Autopsie: verkalktes Endotheliom in der Olfaktorierinne an der Unterfläche des Orbitallappens.
Kurt Mendel, Berlin.

3780.

Gordon, Alfred, **Sexuelle Exzesse in Beziehung zu Nerven- und Geisteskrankheiten.** (Urologic Rev., August 1929.) Sexuelle Exzesse können die prädisponierende Ursache funktioneller nervöser Störungen, besonders der Neurasthenie, werden. Sie bewirken eine Irritation des Zentralnervensystems, die zur zeitweiligen Erschöpfung führen kann; vielleicht spielt hierbei die mißbrauchte Funktion der inneren Sekretion der Genitaldrüsen eine gewisse Rolle.
Bab.

3781.

Schulhof, Friedrich, **Genie und Irrsinn. Eine Erwiderung an Prof. Dr. Ernst Kretschmer, Marburg.** (Neurol., 120., Heft 4 und 5, 1929.) Verfasser wendet sich in seinen Ausführungen gegen einen bei einem in Wien gehaltenen Vortrag Kretschmers angeblich gemachten Versuch, Genie und Irrsinn in irgendeine Zusammengehörigkeit zu bringen. Er hält die in Lombrosos Buch vertretenen Ansichten für eine Gefahr für die Wissenschaft. Genie und Irrsinn sind nach seiner Meinung durch die ganze Reihe der menschlichen Geister voneinander getrennt und stehen an entgegengesetzten Enden einer Reihe, die in keinem Punkte eine Unterbrechung hat. Er hält die Zeit für eine Einordnung der genialen Menschen noch nicht für gekommen und schlägt vor allem vor, vorerst die Zeichen und Grenzen geistiger Gesundheit festzustellen.
Hans Knospe.

3782.

Scheidegger, Werner, **Katatone Todesfälle in der psychiatrischen Klinik von Zürich von 1900 bis 1928.** (Neurol., 120., Heft 4 und 5, 1929.) (Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli-

Zürich.) Aus dem Material der verstorbenen Patienten wurden 43 Todesfälle bearbeitet, die unter einem katatoniformen Zustandsbild zur Beobachtung kamen und klinisch als Schizophrenien (Katatonien) diagnostiziert wurden. Davon erwiesen sich 17 Fälle als sichere, 22 als wahrscheinliche Schizophrenien und 4 als Encephalitis epidemica. Meist starben die Kranken 8 bis 14 Tage nach ihrer Aufnahme in die Anstalt, und wo der Schub Wochen bis Monate dauerte, brachte oft ein letzter Anfall den Kranken innerhalb weniger Tage ad exitum. Die Sektion ergab stets einen auffallend geringen, das Krankheitsgeschehen nicht erklärenden, manchmal sogar völlig negativen Befund. In drei hirnhistologisch durchuntersuchten Fällen fand sich ein durchaus intaktes Gehirn. In prognostischer Hinsicht ließen sich keine sicheren Anhaltspunkte feststellen. Die Kombination eines schweren triebhaften Angstaffektes mit der starken motorischen Erregung, der delirösen Bewusstseinstörung und dem raschen und unaufhaltsamen körperlichen Zerfall scheinen jedoch in dieser Beziehung besonders infaust zu sein. Soweit Angaben über Heredität vorlagen, bestand keine Einheitlichkeit in der Belastung. Im Vergleich mit den ähnlich verlaufenden Fällen von Encephalitis epidemica sind bei den hier bearbeiteten Katatonien gewisse Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß die zum Tode führenden pathologischen Vorgänge mit den subkortikalen Zentren in direktem Zusammenhange stehen. Eine sehr genaue allgemeine klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung ähnlicher katatoner Todesfälle in der Zukunft ist dringend erwünscht, auch in der Richtung, ob nicht außer dem schizophrenen Krankheitsprozeß auch noch andersartige Krankheitsursachen, sei es allein, sei es als Komplikation der schizophrenen Vorgänge, dem ganzen Krankheitsgeschehen zugrunde liegen und den tödlichen Ausgang dieser Fälle bedingen. Therapeutisch erscheint es als nicht ausgeschlossen, daß durch eine medikamentös erzeugene psychische und motorische Ruhigstellung der Kranken, z. B. durch eine protrahierte Schlafkur, der Verlauf eines Teiles dieser Fälle günstig beeinflußt und eine Remission erzielt werden kann.
Hans Knospe.

3783.

Flügel, Fritz Eugen, **Zur Diagnostik der Alzheimerschen Krankheit.** (Neurol., 120., Heft 4 und 5, 1929.) (Psychiatrische und Nervenkl. der Universität Leipzig.) Als Beitrag zur Kasuistik der Alzheimerschen Krankheit soll in folgendem kurz ein Fall mit präsenilen Demenzercheinungen mitgeteilt werden, welcher klinisch als beginnende Alzheimersche Krankheit aufgefaßt wurde und bei welchem die histopathologische Untersuchung der durch Hirnpunktion gewonnenen Hirnzylinder die klinische Diagnose sichern konnte. Es ließen sich überraschend intensive anatomische Veränderungen feststellen. Der Fall demonstriert eindrucksvoll, daß es schon bei Lebzeiten des Kranken möglich sein kann, die histologische Diagnose der Alzheimerschen Krankheit zu stellen; es besteht damit auch die Möglichkeit der weiteren Verfolgung des anatomischen Verlaufes der Erkrankung.
Hans Knospe.

3784.

Buscaino, V. M., **Amentia und Dementia praecox.** (Acta psychiatr. et neurol., Vol. IV., Fasc. 2.) Verfasser fand als erster im Gehirn von Dementia-praecox-Kranken, vorzugsweise in der weißen Substanz und in den Basalganglien, besondere mikroskopische Gebilde, welche in Kontinuität mit dem Nachbargewebe stehen, ferner Veränderungen der Nervenzellen, auch der Olla, besonders in den Basalganglien. Das Gehirn Dementia-praecox-Kranker ist ausnehmend reich an chemischen Veränderungen des Nervengewebes. Im Jahre 1921 fand Verfasser bei Dementia praecox und Amentia schwarze Niederschläge im Harn bei Zusatz von kochendem Silbernitrat. Diese schwarze Reaktion ist ein Ausdruck einer Anormalität des Stickstoffwechsels. Sie ist konstant bei Amentia und bei den Initialformen von Dementia praecox. Leber- und Darmläsionen sind häufig bei Dementia praecox und Amentia. Die Formen dieser beiden Krankheiten bedeuten die akute und stürmische bzw. die mehr stille und chronische Äußerung einer Einwirkung toxischer Substanzen auf ein hierfür prädisponiertes Nervensystem. Diese toxischen Substanzen sind im wesentlichen vom Amin-Typus und haben sich im Darm unter dem Einfluß besonderer Mikroorganismen gebildet, von wo sie dann durch Läsionen oder wegen abnormer Permeabilität des Darmes in den Kreislauf übergetreten sind. Jedenfalls ist die Dementia praecox toxischen Ursprungs.
Kurt Mendel, Berlin.

3785.

Reed, George, **Anwendung von Manganchlorid bei Dementia praecox.** (Canad. Med. Ass. J., Juli 1929.) Dementia praecox, von der französischen Schule als „Gestrandet auf dem Felsen der Pubertät“ bezeichnet, ist in ihrer physikalischen Grundlage noch gänzlich unbekannt. Aus Dänemark, Schweden und Holland wird

urch Anwendung von Manganchlorid bei Dementia praecox von einer Besserung bis zu 50% berichtet. Tierexperimentell wurde Manganchlorid für eines der nützlichsten Metalle befunden bei Fällen von Diphtherie-, Paratyphoid- und Schiga-Kruseinfektionen, sowie bei Diphtherie- und Tetanusintoxikationen. Man nimmt an, daß ein Metall eine katalysatorische Wirkung im biochemischen Abwehrprozeß des Körpers hat. In kleinen Dosen hat es keine stimulative Wirkung auf den infektiösen Organismus, in größeren Dosen fördert es dagegen den pathologischen Prozeß. Die Behandlung von Dementia praecox mit Manganchlorid erfordert drei Voraussetzungen: 1. Nur bei Fällen ohne aktive, organische Erkrankungen. 2. Jeder Fall ist streng individuell zu behandeln, d. h. für jeden Fall die Optimaldosis zu errechnen, die niemals überschritten werden darf. 3. Bei jeder Behandlung sorgfältig achten auf Puls, Temperatur und Respiration. Verfasser berichtet unter diesem Gesichtspunkt über seine Erfahrungen an 30 verschiedenartigen Fällen von Dementia praecox.

Zunächst wurden die Patienten zur Feststellung der Optimaldosis einer zweiwöchentlichen Untersuchung unterzogen. Es wurden intravenöse Injektionen von 2 bis 8 ccm einer 0,02prozentigen Lösung von Manganchlorid verabfolgt. Im ganzen 30 Einspritzungen im Verlauf von 15 Wochen. Nach Beendigung dieser Kur wurden zweimal täglich 0,3 g Manganchlorid per os einen Monat lang gegeben. Hierbei wurde vorübergehendes Erythem des Gesichts und der Konjunktiva beobachtet, verbunden mit Wärmegefühl. Keine Veränderung der Pupillen, des Blutdruckes, der Temperatur und des Pulses. Objektiv wurde eine Gewichtszunahme und eine Besserung in der Sedimentausscheidung nachgewiesen. Objektiv ließen langsam die Beschwerden nach, so daß eine größere Zahl als gebessert entlassen werden konnte, als bei den anderen Manganchlorid behandelten Fällen. Ein abschließendes Urteil läßt sich jedoch bei dem geringen Material und der kurzen Beobachtungsdauer nicht geben.

3786.

Donner, Sven, Schizophrenie und Konstitution. (Duodecim, Heft 44, 1928.) Donner weist auf die Zustände hin, in denen nach einer Anamnese Alkoholismus vorliegt und ein der Schizophrenie ähnliches Krankheitsbild beobachtet wird (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, katatonische Züge). Hier ist die Prognose meist günstig. Die einen betrachten diese Fälle als Schizophrenie, die durch den Alkoholismus ausgelöst ist. Andere sehen sie als Reaktion eines schizoide Psychopathen auf den chronischen Alkoholismus an; eine Auffassung, die der Verfasser teilt, indem er die Krankheitsform mit der Alkoholepilepsie vergleicht. Auch bei diesen ist die Konstitution oder Disposition richtunggebend für die Form der Erkrankung durch den Alkoholismus. — Eine statistische Zusammenstellung ergab ferner dem Verfasser die Tatsache, daß die Eltern der Schizophrenen eine größere Neigung zu Todesfällen an Herzkrankheiten aufweisen als die Eltern von Geisteskranken im allgemeinen. Irgendeine Korrelation zwischen schizophrener Disposition und Disposition zu Herz- und Kreislaufstörungen scheint nicht hiernach wahrscheinlich. Die Disposition der Schizophrenen zur Erkrankung an Tuberkulose ist bekannt. Auch die Eltern der Schizophrenen zeigen eine gesteigerte Neigung zu Todesfällen an Tuberkulose. Auch hier bestehen Korrelationen.

S. Kalischer.

3787.

Schewelow, N., Vegetative Störungen bei der Zyklophrenie. (Neurol., 120., Heft 4 und 5, 1929.) (Psychiatrische Klinik der Militär-Medizinischen Akademie zu Leningrad.) Bei der Zyklophrenie werden zweifellos eine Reihe vegetativer Störungen mit bestimmtem Verhalten zu Beginn, auf der Höhe der Entwicklung und beim Schluß der Erkrankung, die eine Bedeutung auch für die Prognose haben, vom Verfasser angeführt. Die pharmakologischen Reaktionen mit Pilocarpin und Adrenalin bestätigen das Gesagte. Die vegetativen Störungen haben eine bestimmte Form bei dem melancholischen und manischen Zustände. Im ersten Zustande hat man eine Reihe von Zeichen, die sowohl auf eine Steigerung des parasympathischen als auch des sympathischen Systems hinweisen, d. h. einen Zustand der Neurotonie nach Guillaume, aber in der Mehrzahl der Fälle die Symptome der sympathischen Störungen unabhängig von irgendeiner äußeren Einwirkung auftreten (Tachykardie, erweiterte Pupillen) und diese Störungen im Vergleich mit den parasympathischen Störungen viel konstanter sind, muß man von einem Zustand der Sympathiko-Neurotonie sprechen. Die Störungen von seiten des sympathischen Systems sind quantitativ mehr im manischen Zustande ausgeprägt, was auch durch die Adrenalinprobe bestätigt wird. Die Störungen des parasympathischen Systems sind im Gegenteil im Vergleich mit demselben im depressiven Zustande etwas herabgesetzt.

Hans Knospe.

Psychologie und Psychopathologie

3788.

Owensby, Newdigate M., Sexuelle Frigidität. (Urologic Rev., August 1929.) Wenn auch die Frigidität häufig zu starken nervösen und seelischen Störungen Anlaß gibt, wird allein um ihrerwillen nur selten der Arzt konsultiert. Vielmehr muß der Arzt, der das Vertrauen seiner Patientinnen besitzt, bei Beschwerden, für die keine klinischen Grundlagen vorliegen, sich über diesen Punkt vergewissern, denn die sexuelle Frigidität beruht meistens auf Ursachen, die bei rationeller Psychotherapie abgestellt werden können; daher sind diese Patientinnen dem Forum des Sexologen resp. des Psychoanalytikers zuzuführen.

B a b.

3789.

Meagher, John F. W., Homosexualität: Ihre psychobiologische und psychopathologische Bedeutung. (Urologic Rev., August 1929.) Kümmerte man sich früher nur um die einzelnen Zustände, die wir mit Perversionen bezeichnen, so studieren wir heute den Patienten, seinen Charakter, seine sexuell-psychologische Verirrung und seine Heilungsmöglichkeit. Hierbei müssen wir angeborene und die weit häufigere erworbene Homosexualität unterscheiden, bei letzterer besonders die Individuen, die wirklich willens sind, ihre Perversion abzulegen. Die nichterkannte und daher nicht behandelte Homosexualität ist ein wichtiger ätiologischer Faktor für die Entstehung von Neurosen, Psychosen und zahlreichen unglücklichen Ehen: Medizinische und chirurgische Maßnahmen ohne fürsorgliche Maßnahmen reichen zur Umstimmung gewöhnlich nicht aus, vielmehr muß man vor allem bei diesen Individuen heterosexuelle Interessen hervorzurufen suchen.

B a b.

3790.

Osnato, Michael, Die Psychologie und Psychotherapie des Impotenten. (Urologic Rev., August 1929.) Impotenz, als Verlust der Männlichkeit, wird sehr schwer ertragen; beruht sie auf organischer Ursache, wie z. B. bei Tabes, bleibt dem Arzt nichts weiter übrig, als intelligente Patienten darauf hinzuweisen, ein mehr geistiges Leben zu führen, also Beschäftigung mit Literatur, Malerei, Philosophie usw., einfachere Leute finden häufig Trost in der Religion oder durch irgendein Steckenpferd. Daneben Rücksprache mit der Ehefrau, die weder schelten noch hohnlächeln soll, getrennte Schlafzimmer usw. Bei der weit größeren Anzahl von Impotenzpatienten handelt es sich — besonders bei jung Verheirateten — um Neurosen auf Grund von Narzissmus oder von homosexuellem Einschlag. Trennung von Bett, evtl. von Tisch und Bett, sind zunächst anzuordnen, ferner Belehrung über Geburtenregelung usw. Notwendig ist aber vor allem tiefes Eindringen in das Seelenleben des Neurotikers.

B a b.

Soziale und gerichtliche Medizin

3791.

Schütt, Ed., Die Sterilisierung Minderwertiger und Verbrecher. (Zeitschr. f. Med.-Beamte, Nr. 15, 1929.) Die „Eugenische Arbeitsgemeinschaft“ hat folgenden Antrag an den 21. Ausschuß (Reichsstrafgesetzbuch) des Reichstages als zweiten Absatz zum § 238 des amtlichen Entwurfes gerichtet:

„Eingriffe und Behandlungsweisen zum Zwecke der Unfruchtbarmachung von Personen sind, wenn sie nach pflichtmäßigem und wissenschaftlich begründetem Ermessen staatlicher Medizinalbeamten von approbierten Aerzten vorgenommen werden, keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne des Gesetzes.“

Michaelis, Bitterfeld.

3792.

Perkins, West Suffolk, Schularztprobleme in ländlichen Distrikten. (Br. med. J., 3576.) Der Landbezirk, der dieser Arbeit zugrunde liegt, hat etwa 9300 Schulkinder in 139 Dorfschulen, also etwa 67 Kinder pro Schule. Dieser Bezirk wird versorgt durch einen leitenden Arzt, der gleichzeitig Bezirksarzt ist, einen Assistenzarzt, einen Zahnarzt, einen zahnärztlichen Hilfsperson, vier Schulschwester. Die Aerzte arbeiten hauptamtlich. Jede Schule wird zweimal im Jahr besucht. Zur nachgehenden Fürsorge bleibt keine Zeit. Es wird nachgewiesen, daß diese Art der schulärztlichen Versorgung sehr lückenhaft ist. Für Sonderschulkinder kann gar nichts geschehen. Es wird folgender Vorschlag gemacht. Die kleinen Dorfschulen werden abgeschafft. Es werden größere zentrale Schulen mit etwa 1000 Schülern eingerichtet. Die Kinder werden durch Autobusse zu den Schulen gefahren. Etwa zwei

große Autos genügen für jede Schule. Die Autos stellt der Kreis, sie dienen außerhalb der Schulzeit dem allgemeinen Verkehr. Solch größerer Schulkomplex muß schulisch wie hygienisch modern ausgestattet werden. Er würde eine gute schulärztliche Ueberwachung, aber auch eine moderne Beschulung, Sonderschulrichtungen usw. ermöglichen.
P. Heymann, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

3793.

Cookson, Harald, Die Röntgendiagnose der Mitralstenose. (Lancet, 216., 5522.) (Nationalhospital for diseases of the heart, London.) In 40 Fällen von rheumatischen Herzerkrankungen mit klinisch sichergestellter Mitralstenose zeigte das Orthodiagramm gewisse Erscheinungen, welche in einer derart großen Anzahl der Fälle auftreten, daß man sie als typisch für diese Affektion bezeichnen muß. Dieselben bestanden in einer Prominenz der Pulmonalarterie und einer Dilatation des linken Vorhofs und konnten bei 72,5% der Fälle festgestellt werden. In anderen 7,5% war nur eine Prominenz der Pulmonalarterie vorhanden. Nur in 10% der Fälle war das Bild nicht typisch. Eine Vergrößerung des linken Vorhofs, allein ohne gleichzeitige Veränderung in dem linken mittleren Gefäßbogen würde nie gesehen. Eine Kontrollgruppe von 30 Fällen, unter denen kein einziger Fall von rheumatischer Herzerkrankung mit Mitralstenose zu verzeichnen war, zeigte ein solches Zusammentreffen obiger Symptome nicht, obzwar bei vielen entweder das Hervortreten der Pulmonalis, bei den anderen die Vergrößerung des linken Vorhofs für sich allein nachweisbar war. Bei 10 Fällen von rheumatischer Herzerkrankung mit klinisch wahrscheinlicher Mitralstenose war das typische Bild in 6 Fällen zu konstatieren, während die anderen vier eine prominente Pulmonalarterie zeigten.
Ashkenasy, Wien.

3794.

Dale, Torleff, Ueber Röntgenuntersuchungen der Lungen, ein Vergleich der Sektionsbefunde mit dem klinischen Befunde. (Norsk Mag. Laegevidensk., Nr. 8, 1929.) Bei 35 Leichen wurden die Lungen untersucht und wird dabei die Röntgenuntersuchung nach der klinischen Diagnose und dem Sektionsbefund vergleichsweise zusammengestellt. 12 Lungen waren normal, 23 zeigten krankhafte Veränderungen, so veraltete tuberkulöse Spitzenaffektionen, Tuberkulose beider Lungen, Miliartuberkulose, Pleura-Exsudat, Lungenabszeß und Gangrän. Spitzenaffektion und Miliartuberkulose waren klinisch nicht nachgewiesen, dagegen zeigte das Röntgenbild, mit Ausnahme eines Falles von Miliartuberkulose, alle für diese Krankheiten charakteristischen Veränderungen. Ein Fall von Lungenkavernen und einer von Lungenabszeß waren im Röntgenbild nicht nachzuweisen. Die Schwierigkeit der Röntgendiagnose bei verschiedenen Lungenkrankheiten wird besonders hervorgehoben.
S. Kalischer.

3795.

Nyström, Bruno, Röntgendiagnose der Relaxatio und der Hernia diaphragmatica. (Finska Läksällsk. Hdl., 72., Nr. 6.) (Aus der Röntgenabteilung d. Allgemein. Krankenh. zu Helsingf.) N. erstattet Bericht über zwei von ihm untersuchte Fälle, in deren einem eine Relaxatio diaphragmatica vorlag, während es sich in dem andern um eine Hernia diaphragmatica gehandelt hat. Verfasser bespricht speziell die Differentialdiagnose dieser Affektionen und gibt der Meinung Ausdruck, daß manche Zwergfellhernie infolge mangelnder Untersuchung in liegender Stellung undiagnostiziert geblieben sei, und daß ohne Zweifel in manchen Fällen eine richtige Diagnose imstande gewesen wäre, sonst rätselhaft erscheinende Magenkrise und andere Beschwerden zu erklären.
Keller.

3796.

Geling, J., Weiterer Beitrag zur Verbesserung der röntgenologischen Darstellung der Gallenblase. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 29.) (Inn. Abt. d. Städt. Krankenhaus Küstrin.) Fußend auf den Tatsachen, daß der Farbstoff Tetragnost in der Leber aufgespeichert und auf dem Gallenwege ausgeschieden wird, versuchte Verfasser, mit einem gallentreibenden Mittel, dem Decholin, das Leberreservoir mit der Lebergalle auszuschütten und somit eine Beschleunigung des Gallenblasenschattens zu erreichen. Drei bis vier Stunden nach Tetragnostinjektion konnte der Schatten dargestellt werden. Somit ist der Beweis für die Vorstellung über den Kreislauf des Farbstoffes und die prägnante Wirkung des Decholins erbracht. Mit der peroralen Methode konnte Verfasser diese Erfolge nicht verzeichnen. Daraus zieht er den Schluß, daß

die heutzutage beste perorale Methode nach Sandström, die bisher die besten Dienste leistete, noch nicht die Zuverlässigkeit der intravenösen erreicht hat.
Arnold Hirsch, Berlin.

3797.

Craig, Gordon, und P. K. Lee-Brown, Die Diagnose des Nierentumors aus dem Pyelogramm. (Brit. J. Urology, 1929, 1.) (Prinz-Alfred-Hospital, Sidney.) Besprechung der für Nierentumoren charakteristischen Pyelogramme und differentialdiagnostische Hinweise. Sehr schöne Abbildungen von Pyelogrammen der Nierentumoren einerseits und der Zystennieren, Nierentuberkulosen und Nierensteine andererseits.
E. Mühsam, Berlin.

3798.

Jellinek, Stefan, Röntgenologische Knochenaufnahmen bei Behandlung elektrischer Unfälle. (Wien. med. Wochenschrift, 79., Nr. 17, 1929.) Im Röntgenbild können frische Elektrizitätsspuren im Knochen in Form allerfeinster Zeichnungen nachgewiesen werden, entweder als eine gerade verlaufende Linie oder als Zickzacklinie oder in Sternform. Durch Nachweis dieser frischen Elektrizitätsspuren ist es ermöglicht, Knochenschädigungen bei elektrischen Unfällen frühzeitig zu erkennen und die Therapie entsprechend einzurichten.
Maslowsky.

3799.

Stein und Arens, Ein neuer Tisch für Röntgenaufnahmen mit einer Beschreibung der vollständigen Ausrüstung des Verfassers für Röntgenaufnahmen des Beckens mit jodiertem Oel und Pneumoperitoneum. (Amer. F. Obst., 18., Nr. 1.) Es wird ein neuer Tisch beschrieben, der zweckdienlich ist für Beckenaufnahmen bei Frauen in Knie-Brustlage mit Pneumoperitoneum, desgleichen ein Instrumentarium hierfür und eine selbsthaltende Kanüle. Die Beckendiagnostik ist durch die Anwendung von Röntgenaufnahmen mit Pneumoperitoneum genauer geworden. Die kombinierte Anwendung von jodiertem Oel und Pneumoperitoneum ist von besonderem Wert bei der Untersuchung der weiblichen Sterilität und bei ungeklärten gynäkologischen Erkrankungen.
Hans Hirsch, Köln.

3800.

Sonne, Carl, Die biologischen Wirkungen der ultravioletten Strahlen und Untersuchungen über die wirksamen Spektralgebiete. (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 6, 1929.) (Finsen-Institut Kopenhagen.) Die hämolysierende Wirkung des Ultravioletts beginnt bei 313 μ , steigt mit abnehmender Wellenlänge zunächst gleichmäßig an; bis bei 240 μ ein plötzlicher starker Anstieg erfolgt. Schon hier zeigt sich demgemäß ein großer Unterschied gegenüber der erythembildenden Wirkung. Die Umwandlung von Hämoglobin in Methämoglobin hat ihr Maximum bei 265 μ und ist bei größeren Wellenlängen geringer. Ähnlich verläuft die Kurve bei der Eiweißkoagulation, und bei der bakteriziden Wirkung des Ultravioletts (Proteinreaktionen).
Kirschmann.

3801.

Borak, J., Die Röntgenbehandlung der Raynaudschen Krankheit. (Wien. med. Wochenschr., 79., Nr. 17.) Die Raynaudsche Krankheit wird durch Röntgenbestrahlung der die erkrankten Extremitäten versorgenden Rückenmarksegmente sehr günstig beeinflusst. Die Erfolge dieser Therapie sprechen für den zentralen Sitz der Erkrankung.
Maslowsky.

3802.

Sgalitzer, Erfahrung mit der Röntgenbehandlung bei Hypophysengeschwülsten. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.) Verfasser berichtet über die Erfolge mit Röntgenstrahlen an 25 Fällen von Hypophysentumoren. Von 5 Akromegalien wurden 2 durch die Röntgenbestrahlung ausgesprochen günstig beeinflusst, einer blieb stationär, 2 verhielten sich refraktär. Von 10 Fällen mit vorwiegend lipodystrophem Charakter schwanden bei 6 die zum Teil sehr schweren Augensymptome innerhalb kurzer Zeit; auch die anderen Symptome bis auf die Unterentwicklung des Genitals besserten sich. Ein Fall blieb stationär, 3 unbeeinflusst. Von 10 Fällen, bei denen die Augensymptome im Vordergrund standen, änderte Symptome nur geringfügig waren, wurden 4 gebessert, 2 zeigten einen Stillstand, 4 keine Beeinflussung durch die Bestrahlung. Der Röntgenbestrahlung der Hypophysentumoren bietet sich ein weitgehendes Betätigungsfeld. Für den operativen Eingriff kommen jene Fälle in Betracht, wo das Sehvermögen abnimmt und sich die Strahlentherapie als unwirksam erweist, in welchen Fällen meist ein zystöser Prozeß zugrunde liegt.
Maslowsky.

3803.

Pordes, Fritz, Die oligosymptomatischen Thyreotoxikosen und deren Röntgenbehandlung. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.)

Die oligosymptomatischen und monosymptomatischen Thyreotoxikosen sind der Röntgenbehandlung sehr gut zugänglich. Als häufige Sonderform wird ein Zustandsbild herausgehoben, welches durch Status subfebrilis mit labilen Temperaturen, Abmagerung und Ermüdbarkeit leicht zur Verwechslung mit fibröser Lungenspitzen tuberkulose Anlaß gibt und jahrelang ohne wesentlichen Erfolg in Heilstätten behandelt wird, während die Symptome durch geeignete Röntgenbestrahlung der Schilddrüse beseitigt werden können. Bei ätiologisch unklaren Syndromen dieser Art insbesondere bei Status subfebrilis ohne nachweisbare Ursache, sollte immer auch an die Schilddrüse als Ursache gedacht werden. Bei der Röntgenbestrahlung werden kleinste Dosen angewendet, wie bei der Röntgentherapie der akuten Entzündungen.

Maslowsky.

3804.

Fleischner, Felix, und Frieda Sack, Zur Röntgentherapie innersekretorischer Störungen. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.) Bei einer 34jährigen Patientin, die viermal geboren, zum letztenmal vor acht Monaten, vor einem Monat abgestillt hat, wird wegen der bestehenden Basedowsymptome eine Röntgenbestrahlung der Schilddrüse durchgeführt. Bei fortdauernder Gewichtsabnahme, kommt es zunächst zu einer mäßigen Besserung der subjektiven Beschwerden. Da aber zwei Monate nach dem Abstillen die Menstruation nicht wieder aufgetreten ist und über Wallungen geklagt wird, wird zur Bekämpfung der ovariellen Ausfallserscheinungen eine Bestrahlung der Hypophyse vorgenommen. Auch darauf nur geringe Besserung. Hierauf Bestrahlung der Ovarien mit Stimulationsdosis. Seither regelmäßige und starke Menstruation. Innerhalb weniger Wochen Verschwinden aller subjektiven Beschwerden und Rückbildung der objektiven Symptome. In diesem Fall wurde durch das Zurückführen der Keimdrüse zu normaler Funktion offenbar auch das Gleichgewicht in der Funktion von Schilddrüse und Hypophyse wieder hergestellt. Die Beobachtung zeigt, daß die Wahl des geeigneten Angriffspunktes und geeigneter Technik bei Funktionsstörungen innersekretorischer Organe wertvolle therapeutische Erfolge erzielen läßt.

Maslowsky.

3805.

Haudek, Martin, Ueber die Röntgenbestrahlung bei krankhaften Zuständen nach Operationen am Verdauungstrakte. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.) Funktionsstörungen nach Magenresektion wegen Ulcus ventriculi oder duodeni, die offenbar spastischer Natur, vielleicht Vorboten eines Ulcus pepticum jejuni sind, werden durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflusst. Auch bei Beschwerden nach Cholezystektomie (Kramp fzuständen, Magendrücken, Brechreiz) hat Verfasser Röntgenbestrahlungen mit gutem Erfolge durchgeführt. Bei nicht operierten Fällen von Ulcus ventriculi und duodeni und bei Cholezystopathien wurden ebenfalls mit Röntgenstrahlentherapie häufig günstige Resultate erzielt. Nach Ansicht des Verfassers sollte die Strahlentherapie in diesen Fällen häufiger in Betracht gezogen werden.

Maslowsky.

3806.

Eisler, F., Zur Strahlenbehandlung der Sarkome des weiblichen Genitales. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 17.) Sarkome des weiblichen Genitales erwiesen sich bei der Bestrahlung mit verhältnismäßig kleinen Dosen rückbildungsfähig, so daß heute die Strahlentherapie auch von gynäkologischer Seite vielfach der Operation vorgezogen wird. Verfasser beobachtete einen Fall, bei dem 12 Jahre nach der Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe wegen Uterussarkom multiple Metastasen im Abdomen auftraten. Nach einer Probeparotomie wurde eine Röntgenbehandlung eingeleitet, die zur vollen Rückbildung der Tumoren führte. Drei Jahre später ist der Palpations- und gynäkologische Befund vollkommen normal und das Befinden der Patientin ein sehr gutes. In einem zweiten Fall wurde ein Rezidivtumor nach Sarkom des rechten Ovars, das vier Jahre vorher operativ entfernt wurde, durch Röntgenbehandlung vollständig zum Schwinden gebracht. Patientin ist vier Jahre später bei vollem Wohlbefinden.

Maslowsky.

3807.

Watson, Samuel H., Der Wert der Heliotherapie bei Tuberkulose. (Arch. Phys. Ther., Nr. 6, 1929.) Die Heliotherapie ist keineswegs in allen Fällen von Tuberkulose angezeigt. Im allgemeinen ist direkte Sonnenbestrahlung bei extrapulmonaler Tuberkulose indiziert, bei Lungentuberkulose kontraindiziert. Als eigentliches Heilmittel für die Tuberkulose kann die Heliotherapie überhaupt nicht bezeichnet werden, vielmehr nur als Hilfsmittel. Sie darf daher nur gleichzeitig mit den übrigen therapeutischen Maßnahmen angewandt werden. Bei der Durchführung der Heliotherapie ist bei allen Fällen zu beachten, daß die direkten Sonnenstrahlen ein stark wirkendes Mittel darstellen, das unkontrolliert

angewandt großen Schaden verursachen kann. Die Wirkung ein und derselben Dosis bei verschiedenen Patienten ist namentlich zu Beginn der Kur außerordentlich verschieden. Die zweckmäßigste Dosis muß daher individuell festgestellt werden unter Vermeidung eines starren Schemas.

Das wichtigste Indikationsgebiet ist die chirurgische Tuberkulose ohne Lungenkomplikationen. Sind aber solche vorhanden, so muß die Ausführung besonders sorgfältig gehandhabt werden, namentlich bei Besonnung des Brustkorbs. Sehr günstig ist auch die Wirkung bei Hilusdrüsentuberkulose.

Mit peinlichster Abstufung angewandt, kann die Heliotherapie bei der produktiven Form der Lungentuberkulose vorgenommen werden. Eine Ueberdosierung kann hier aber durch Aktivierung des Krankheitsprozesses fatale Folgen haben. Streng kontraindiziert ist das Sonnenlicht bei der exsudativen Form der Lungentuberkulose und allen Formen im akuten Stadium. Bei richtiger Dosierung muß der Patient während und unmittelbar nach der Besonnung sich behaglich fühlen, andernfalls ist die Indikation oder die Dosierung falsch gewesen.

Kirschmann.

3808.

Gutman, Jacob, Arterielle Hypertension und physikalische Therapie. (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 6, 1929.) Individuelle Behandlung ist bei arterieller Hypertension erste Voraussetzung für den Erfolg, hierzu gehört die Behandlung von Komplikationen und besonders ursächlichen Erkrankungen: Toxische, endokrine, konstitutionelle Störungen, lokale Infektionen und namentlich auch Darmstörungen. Als physikalische Maßnahmen werden angewandt: Das elektrische Lichtbad, um durch Transpiration die Ausscheidung zu beschleunigen. Die Autocondensation, die eine Leukozytose und eine Steigerung der Oxydation bewirkt und das sympathische Nervensystem günstig beeinflusst; der Bergoniéstuhl namentlich bei Fettleibigen; die Vibrationsmassage des Rückens; Kolonirrigation, bei denen dem Wasser Alkalien oder Salzlösungen zugesetzt werden, verbunden mit Desinfektionsmitteln; schließlich bei intraabdominalen Komplikationen Diathermie des Bauches.

Kirschmann.

3809.

Muir, Joseph, Radiumtherapie mittels Platinumradonseeds. (Lancet, 216, 5523.) Nach Schilderung der Vorteile dieser Form gegenüber den anderen Formen der Radiumbehandlung und die darin besteht, daß sie eine erhöhte Sicherheit sowohl bezüglich der Strahlung als auch bezüglich der Art der Applikation, Verweilens im Gewebe und Entfernung aus demselben bietet, berichtet Verfasser über die erweiterten Indikationen der Behandlung. So eignet sich diese Form besonders zur Behandlung der Neubildungen der Zunge, speziell, wenn sie hoch oben an der dorsalen Fläche lokalisiert sind. Tumoren der Zungenwurzel, des Mundbodens und der Tonsillen können von außen mit den Platinumradonseeds implantiert werden, wodurch die Infektionsgefahr ausgeschaltet wird. Bei Oesophaguskrebs besteht keine Gefahr der Nekrose und der Perforation in Lunge oder Trachea bei Verwendung der Platinumradonseeds. Sogar in Fällen von kompletter Striktur ist es möglich durch diese Therapie das Lumen wieder durchgängig zu machen. Es gelang sogar in solchen Fällen die Kranken ihrem Beruf wieder zuzuführen und ihre normale Lebensweise bezüglich der Diät und sonstiger Gewohnheiten wieder aufnehmen zu lassen. Während die Platinumradonseeds beim Uteruskarzinom keinen Vorteil gegenüber anderen Methoden der Radiumbehandlung aufweisen, so bewährt sich diese Methode ausgezeichnet bei krebsiger Infiltration der Ligamenta lata sowie beim Ca. vaginae. Bei krebsigem Zerfall der Portio gelingt es in Fällen, welche bisher hoffnungslos dahinsiechten, durch Implantation der Platinumradonseeds eine derartige Besserung zu erzielen, daß man dann einen solchen Fall der bisher üblichen Radiumbehandlung unterziehen konnte. Es äußerte sich diese Besserung darin, daß der unerträgliche Schmerz rasch verschwand, der übelriechende Ausfluß entweder bedeutend sich verringerte oder ganz zum Verschwinden gebracht wurde, der Allgemeinzustand sich merkbar besserte und auch lokal die Geschwürfläche sich reinigte. Bei Fällen des übrigens seltenen Vulvakarzinoms wurden mit dieser Methode ebenfalls gute Erfolge erzielt, ebenso wie beim Blasen- oder Prostatakrebs, bei welchem die Technik der Einführung besonders leicht sich gestaltet.

Ashkenasy, Wien.

Neu erschienene Bücher

Hugo Sauer, Ueber Nierenerkrankungen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, Leipzig, Zürich, 1929. In den Vorlesungen betrachtet der Verfasser von seinem Standpunkt als homöopathischer

Arzt aus die Nierenerkrankungen. In seiner ersten Vorlesung behandelt er die Anatomie, Physiologie und Pathologie der Niere, indem er ältere Anschauungen und neueste Forschungen zugrunde legt. Entsprechend der Einstellung seiner therapeutischen Richtung den Nierenerkrankungen gegenüber wird die Nervenversorgung der Niere ganz besonders erörtert. Die Niere ist nicht nur das gefäßreichste, sondern auch das in bezug auf Innervation mit am besten versorgte Organ. Vagus und Sympathikus sind auch in der Niere zu finden und wirken als Autogonisten: der Vagus fördert die Mehrausscheidung des Harnes, der Sympathikus durch den Splanchnicus minor hemmt durch Gefäßverengung, Ammoniak- und Phosphatausscheidung, Gesamtstickstoffabgabe usw. werden durch Innervationstätigkeit der einzelnen Nerven fördernd oder hemmend bewirkt. Dabei sind gleichzeitig sympathische Nervenfasern unter sich Antagonisten. Der Vorgang der Harnbereitung wird ausführlich besprochen und dabei auf zwei auch heute noch bestehende Annahmen verwiesen: die von Ludwig 1847 aufgestellte Filtrationslehre und die von Heidenhain aufgestellte Sekretionslehre. Von den anatomischen und physiologischen Verhältnissen wendet Verfasser sich dem pathologischen Verhalten zu. Nach Lichtwitz erkennt man eine Nierenerkrankung: 1. Aus der Untersuchung des Urins, 2. aus chemisch-analytischen Untersuchungen und klinischen Proben in bezug auf die Nierenfunktion, 3. aus extrarenalen Symptomen (Ödem, Kreislaufstörungen, Urämie, Anämie, Retinaveränderungen). Diese symptomatologische Einteilung erscheint dem Verfasser als am besten für die Praxis verwendbar. Von den Funktionsprüfungen mit körperfremden Stoffen, besonders Farbstoffen, sagt Verfasser, daß sie für den Praktiker entbehrlich seien; sie seien mehr differentialdiagnostisch für die Nierenchirurgie von Bedeutung. Die Theorien über die Pathogenese des Oedems, der Blutdrucksteigerung, der Urämie und der Retinitis werden ausführlich besprochen.

In seiner zweiten Vorlesung bespricht der Verfasser die Einteilung der verschiedenen Nierenerkrankungen nach neuesten Gesichtspunkten und die Therapie, die die Schulmedizin jeweils einschlägt. Bei der Einteilung der verschiedenen Nierenerkrankungen gingen die jeweiligen Autoren von den verschiedensten Punkten aus. Die Vielgestaltigkeit der Nierenerkrankungen bringt es mit sich, daß die unzähligen Krankheitsbilder auch nur schwer in ein Schema einzugliedern sind. Es wurden Gruppierungen vorgenommen nach zeitlichem Verlauf, wobei man von akuter und chronischer Erkrankung sprach, nach Teilung in Erkrankungen des Parenchyms und des Interstitiums, nach der Pathogenese, wobei man von aufsteigenden Nierenerkrankungen mit meist infektiöser Aetiologie und absteigenden, hämatogenen Nierenerkrankungen mit bakteriellen, bakteriell-toxischen, toxischen, zirkulatorischen und zirkulatorisch-toxischen Einflüssen sprach. Es wurden entzündliche und degenerative Veränderungen unterschieden (Fr. Müller hat den Namen Nephrose für Nierenerkrankheiten nicht-entzündlicher Natur eingeführt). Alle hämatogenen, entzündlichen Nierenerkrankheiten mit vorzugsweisem Befallensein der Glomeruli werden als Glomerulo-Nephritis bezeichnet. Die dritte Gruppe ist die der Schrumpfnieren, wobei eine benigne und eine maligne Nierensklerose unterschieden werden. Die Diät als wesentlicher Faktor der Therapie der Nierenerkrankungen wird ausführlich erörtert. Salzarme Nahrungsmittel, Rohkost, Flüssigkeitskontrolle und Medikamente sind einige Faktoren in der Therapie der Nierenerkrankungen, auf die Verfasser hinweist. Für die Behandlung der essentiellen Hypertonie und der Arteriosklerose mit Nierenbeteiligung kommen die neuerdings wieder empfohlenen Aderlasse, heißen Fußbäder, Ableitungen auf den Darm usw. bei homöopathischer Behandlung nach Ansicht des Verfassers nicht in Frage.

In seiner dritten Vorlesung beschäftigt sich Verfasser nur mit der homöopathischen Therapie der Nierenerkrankungen. Nach der Ähnlichkeitsregel könne man Arzneien bei Nierenerkrankheiten nach zwei Richtungen anwenden: 1. Wenn sie organ-spezifische Wirkung bei Prüfungen und Vergiftungen erkennen lassen, 2. wenn sie in dem funktionellen Kreislauf, der bei der Nierentätigkeit sich abspielt, Verschiebungen möglich machen. Verfasser betrachtet eingehend vom homöopathischen Standpunkt die Nierenveränderungen und Nierenzerstörungen bei Vergiftungen mit anorganischen und organischen Säuren, mit Laugen, mit den verschiedensten Metallen und Metallsalzen, mit Tiergiften usw. Die homöopathische Therapie bedient sich mit empirischem Erfolg auch bei Nierenerkrankungen einer Zahl von Arzneien, die heute als Elektrolyte gelten. Vagotonie und Sympathikotonie als auslösende Zustände der einzelnen Nierenerkrankheiten werden auf homöopathischem Wege paralytisch und so eine Umkehrwirkung erzielt, die weniger erregte Bewegung auf der anderen Seite angefaßt und die Regulation wieder hergestellt. Zum Schluß werden einzelne Arzneien, die die Homöopathie empirisch seit länger Zeit mit bestem Erfolg nach der Ähnlichkeitsregel angewandt, betrachtet.

E. Mühsam, Berlin.

Müller-Senftenberg: **Die Erfüllung des neuen Zeitalters**, Verlag Akropolis, Leipzig 1929. 201 S. — Eine junge Dame, von unheimlichem Erkenntnisdurst beseelt, las mit bewundernswürdiger Ausdauer die verschiedenartigsten Schriftsteller in sich hinein. Allein die Verdauung von all dem heterogenen Zeug war schwierig. Drum gab sie es wieder von sich, und zwar in einem Buch, etwa wie Goethe einmal äußerte: „Ich ginge zugrunde, wenn ich jetzt keine Dramen schriebe.“ Das Ziel der Verfasserin ist reichlich hoch gesteckt: sie will die Weltprobleme lösen durch rein menschlich-subjektives Erfassen der Geheimkräfte der Natur. Ja, wer das vermöchte! Aber sie übersieht dabei, daß Analogien — Analogie ist ihre Forschungsmethode — nur Ausflüsse persönlicher Einstellung sind. So kommt auch bei Margarete Müller-Senftenberg das spezifisch weibliche Fühlen immer wieder zum Vorschein: Liebe, Entgegenkommen, Hochzeit, Befruchtung, Zeugung, Geburt, Kastration und das ganze Register der Geschlechtlichkeit klingen wie eine Dominante allenthalben durch. Die Erde erscheint — im Analogieverfahren — als Sonnenembryo, als Erdenbaby, Erdenjungfrau, Erdenmutter (S. 39 bis 87), der Mond als ihre Großmutter bzw. als die feuchtigkeitsgebärende Mutter der Sonne; man kann sie den elektrizitätzeugenden Vater nennen (S. 34). Natürlich fehlen auch Auseinandersetzungen mit dem minderwertigen Manne nicht (S. 91, 116 ff.). Der Kampf der Geschlechter, diese Balgerei, muß endlich ausgekämpft sein (S. 85, 123); das erreicht man durch Vermännlichung des Weibes, Verweiblichung des Mannes (S. 86).

Die Götter an Margarete Müller-Senftenbergs Himmel sind nicht mehr Sokrates, Platon, Kepler, Newton, Gauß usw., sondern Nietzsche, Elisarion (= Elisar von Kupper), St. Ch. Waldecke, Trinc, Mulford und ähnliche. Nach ihren Lehren wollen wir uns ein neugeformtes Seelenleben schaffen; dann werden wir durch Regulierung der Energiestrahlen nach den Gesetzen des Weltgeistes ebenso wissen, was Krankheit und Gesundheit ausmachen, wie wir die rechte Erkenntnis von Gut und Böse errungen haben (S. 185). Am Steuer dieses Geisterschiffs für höhere Sphären aber sitzt die Frau und steuert mit verwegener Hand die neue Zeit (S. 158).

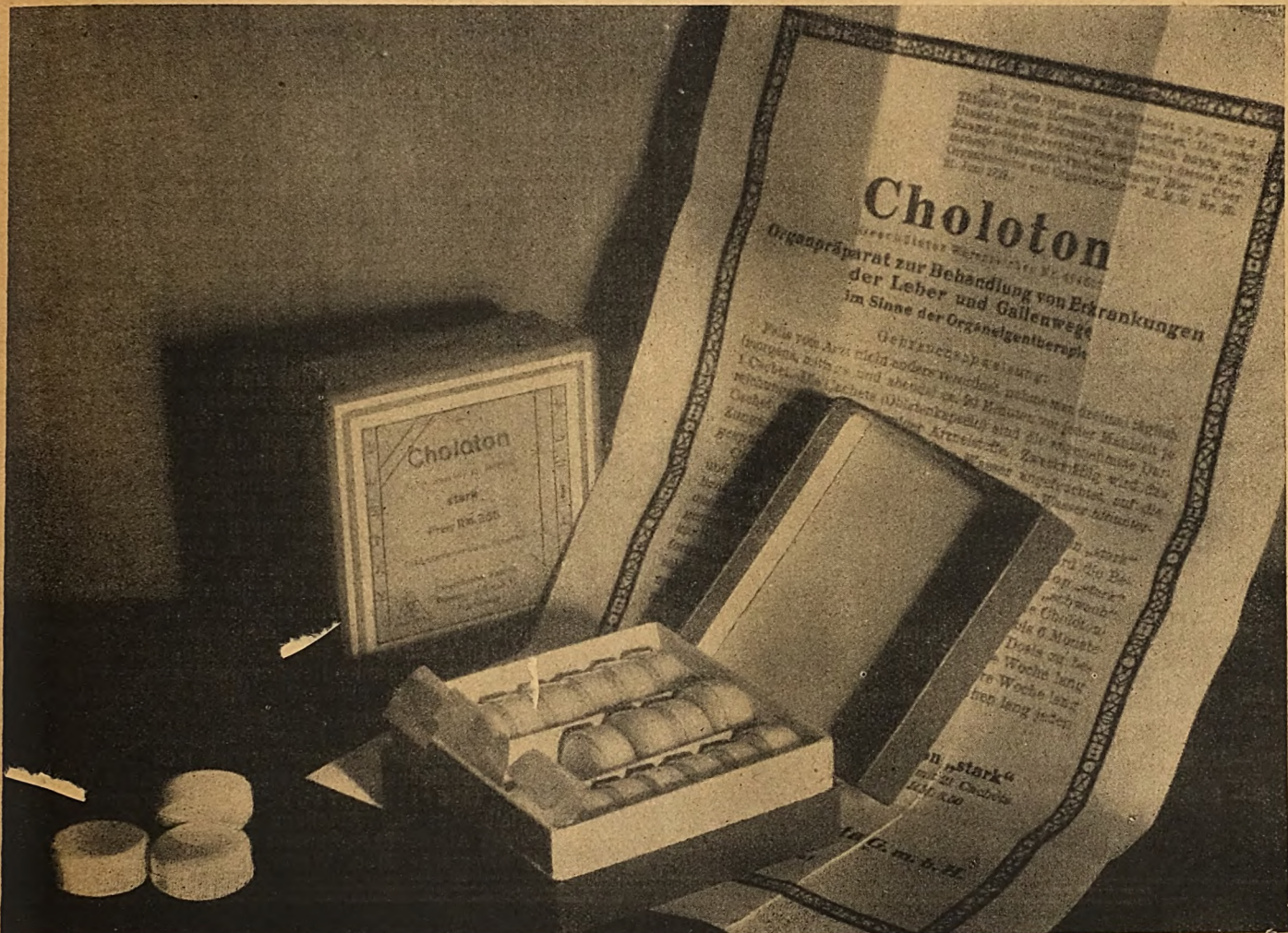
Das ist freilich verwegen, und nur mit Kopfschütteln nimmt Klio dieses Vorkommnis in das Buch der Geschichte auf.
Buttersack, Göttingen.

Carl Deutschländer, Hamburg: **Orthopädisches Schulturnen. Ausgleichsturnen der Schule zur Bekämpfung der schlechten Haltung**. Eine Einführung für Aerzte und Lehrer der körperlichen Erziehung. II. verbesserte Auflage. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands, Leipzig, 1929. — Von den vielen Büchern, die sich mit den ausgleichenden und vorbeugenden Leibesübungen befassen, gebührt dem Deutschländerschen Buch neben dem von Lange (Das Münchener Sonderturnen) zweifellos die größte Beachtung. In seiner Ausführlichkeit der theoretischen und praktischen Darstellungen erzieht es den Lehrer nicht zur Oberflächlichkeit und weist ihm die Grenzen seiner Mitarbeit auf. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß sich der Verfasser nicht auf ein bestimmtes System festlegt, sondern reine Freilübungen, Stabübungen, Holzantellübungen sowie Geräteübungen und Kriechübungen berücksichtigt. Die Neuauflage weist eine ganze Reihe wichtiger Verbesserungen auf; so werden in einem Kapitel die wichtigsten Haltungsfehler, die für das Ausgleichsturnen der Schulen in Betracht kommen, beschrieben. Auch organisatorische Fragen werden berücksichtigt. Das Studium dieses Buches kann Aerzten und Turnlehrern wärmstens empfohlen werden.

Eckhardt, Dahlem.

Christian Silberhorn, **Die aktive Bekämpfung der Knick- und Plattfußbildung als Ergänzung und Ersatz von Einlagen**. Technik und Methode der Heilgymnastischen Anstalt München. Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München 1929. Preis: geheftet 1,10 RM. — In dem kleinen Büchlein weist Verfasser auf die Bedeutung der aktiven Muskelübungen zur Beseitigung des Knick- und Plattfußes hin. Wir Orthopäden teilen voll und ganz diese Ansicht, auch für uns ist die Einlage nur ein Mittel zur Verhütung einer Verschlimmerung des Fußleidens und zur Beseitigung von Schmerzen. Heilung, d. h. für uns die Wiederherstellung normaler Form und Funktion, ist nur durch Uebung möglich. Silberhorn beschreibt eine einfache, sinnreiche, übrigens gesetzlich geschützte Apparatanordnung, die eine wertvolle Bereicherung der sonst gebräuchlichen und nicht minder wirkungsvollen Plattfußübungen bedeutet. Ein Vorteil liegt in der Dosierbarkeit des zu überwindenden Muskelwiderstandes. Schließlich beschreibt Verfasser eine aktive Uebung für die Abwicklung des Fußes im Großzehengrundgelenk. In einem Vorwort wird das Buch den Aerzten zur Beachtung empfohlen, sollte es diese aber finden, so müßten die Ausführungen über die Anatomie des Fußes, die Plattfußentstehung und seine Folgen weniger populär sein.

Eckhardt, Dahlem.



Choloton

enthält alle organspezifischen Reizstoffe (ferment- und hormonartige Substanzen), die das normale Funktionsgetriebe von Leber und extrahepatischen Gallenwegen bedingen.

Choloton wirkt kausal.

Indikationen: Ikterus, Cholecystis, Cholangitis, Cholelithiasis, funktionelle Störungen der extrahepatischen Gallenwege, Beschwerden nach Cholecystektomie.

Handelsformen:
Choloton „stark“ und „schwach“
Schachteln mit 21 Cachets
RM 3.50



Literatur und Proben
zur Verfügung der Herren Ärzte

Dosierung:
3mal täglich 1 Cachet
lt. besonderem Kurschema

Chemische Fabrik Promonta G.m.b.H., Hamburg 26.

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

30. 9.—5. 10. Allgemeiner ärztlicher Fortbildungskurs, Gießen.
- September—Oktober. Internationale Fortbildungskurse über Fortschritte der Medizin (Landärztekurs), Wien.
- * 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Chirurgen, Salzburg.
- * 7.—8. 10. Freie Vereinigung alpenländischer Internisten, Neurologen und Pädiater, Salzburg.
- * 7.—12. 10. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.
- * 14. 10.—13. 12. 1929. Bakteriologisch-hygienischer Ausbildungslehrgang für approbierte Aerzte und Tierärzte im Institut Robert Koch, Berlin.
- * 16.—18. 10. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Berlin.
- November—Dezember. Internationale Fortbildungskurse über innere Sekretion und Konstitutionsfragen, Wien.
26. 9.—8. 12. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medizinischen Fakultät, Wien.
- * 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, Königsberg.
- * 19.—21. 5. 1930. 2. Internationaler Malaria-Kongreß, Algier.
- * 5.—8. 8. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Chloramin.

Das Chloramin-Heyden, das sich durch bequeme Anwendungsweise, leichte Löslichkeit, große Haltbarkeit, Ungiftigkeit und das Fehlen von Aetzwirkungen auszeichnet, wird in der Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung des Breslauer Allerheiligen-Spitals bereits seit Jahren ausgiebig verwendet, und zwar im poliklinischen Betrieb zu Spülungen bei chronischen Otitiden und Antrumfisteln, zur Desinfektion des Operationsfeldes, nach Radikaloperationen, sowie beim Verbandwechsel Radikaloperierter und Antrotomierter zur Ausspülung der Wundhöhlen. Auch zur Durchspülung phlegmonöser Halsdrüsenabszesse, bei Nebenhöhlenerkrankungen und zur konservativen Behandlung der Kieferhöhlenerkrankungen, sowie zu Spülungen nach Kieferhöhlenradikaloperationen hat sich Chloramin-Heyden bewährt.

Der Verfasser verwandte im allgemeinen 0,25- bis 0,5prozentige Chloraminlösungen. Diese entfalten eine gute reinigende und desodorisierende Wirkung und können wegen ihrer Billigkeit in großen Mengen, z. B. zur mechanischen Abspülung des Wundsekretes verwendet werden. Zur Spülung von Radikaloperationshöhlen bewährte sich das Chloramin-Heyden am besten. Bereits nach 2 bis 3 Spülungen verschwand der stark fötide Geruch und das Granulationsgewebe wurde gut gereinigt. Zur Nachbehandlung von Kieferhöhlenoperationen zeigte sich das Chloramin-Heyden wegen seiner bakteriziden, fäulnishemmenden Wirkung, zu der sich noch die desodorisierende Eigenschaft gesellte, als äußerst brauchbar.

Zur Händedesinfektion wurde Chloramin-Heyden in 0,5prozentiger Lösung angewendet. Die gleiche Lösung diente auch zur Desinfektion der Instrumente, die selbst bei längerem Liegen in Chloraminlösung nie eine Schädigung der Verwicklung zeigten. Neben Chloramin-Heyden wurden vom Verfasser auch Gyneclorinalösungen verwendet, die den Vorzug eines aromatischen, unaufdringlichen Geruches haben. Besonders für die Händedesinfektion, zu Kieferhöhlenspülungen und zu Spülungen nach Radikaloperationen erwies sich Gyneclorina als geeignet. Schädigungen des gesunden Gewebes wurden nie beobachtet. (Martin Hirsch: „Das Chloramin in der Oto-Rhinologie“. Aus der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten des Allerheiligen-Spitals in Breslau [Primärarzt: Dr. Goerke]. Deutsche Med. Wschr. 1928, Nr. 34, S. 1422.)

JUNICOSAN

JUNIPUR-LICHTENHELDT mit KAL. SULFOGUAJACOL

doppelwertiges, billigstes Expectorans und Reorganisations-Präparat

bewährt bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane einschl. Tuberkulose

Literatur: Mediz. Welt Berlin Nr. 30/1927, Dtsch. Arztztg. Berlin Nr. 157/1929 u.

Nr. 170/1929, Mediz. Wchschr. Wien Nr. 27/1929, Pharm. Ztg. Berlin Nr. 66/1929

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH (Thür. Wald)

Für Kassen

und Privat-Praxis

K.-P. 1,45 RM

P.-P. 1,75 RM

Fabrik-Mark



STOVARSOL

(Oxy-acetyl-aminno-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincenzsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25. Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Redaktion: Professor Dr. ARTUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

LIBRARY
RECEIVED
NOV 12 1929

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf einem der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich.....3.50 Sch.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn.....2.90 Pengö
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei.....17.00 Ks.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien.....30.— Dinare
Holland.....1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz.....3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien.....2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien.....11.— Lire
Polen.....5.20 Sloty
Amerika.....jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder.....2.40 Rmk.

NUMMER 21

BERLIN, DEN 18. OKTOBER 1929

47. JAHRGANG

Erkältung

Lenirenin, rein, (staubfeines Lenicet Nebennierenpräparat)

Schleimhautabschwellend, sekretionsvermindernd, blutstillend
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis

KP. (1,25 g) M. 0.60
5 g M. 1.50
12,5 g M. 3.—

Lenirenin-Salbe (mentholfrei)

Anaemisierend, antiphlogistisch und juckreizstillend.
Augen-, Nasen-, Ohren-, Schleimhaut- und Wund-Salbe
(Auch klinisch bestbewährt bei Säuglingsschnupfen)

Tube (Olivansatz) M. 1.40

Lenirenin-Schnupfen-Salbe (mentholhaltig)

Rhinitis Erwachsener (Nicht für Säuglinge. Für diese die Lenirenin-Salbe)

Tube (Olivansatz) M. 0.60

Neurithrit (Tabletten)

Neuralgien, Myalgien, Influenza, Katarrhe der oberen Luftwege
3 mal täglich 1—2 Tabletten

20 Stck. M. 1.20
40 Stck. M. 2.30

Rheumasan D. R. P. Jod-Dermasan

K. P. M. 0.80, D. K. P. M. 1.40, 1/1 Tube M. 2.—

Porzellantopf M. 2.—

Sichere Tiefenwirkung

Akuter und chronischer Gelenk- und Muskelrheumatismus, Arthritis, Gicht

Robural

Roborans, Nerventonicum.

Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Rekonvaleszenz,
Unterernährung

Pulver: 100 g M. 1.20
250 g M. 2.60
500 g M. 5.—

Tabletten:
(mit Aluminiumtaschen-
hülse)
60 Stck. à 2 g M. 2.—

Proben und Literatur

Dr. Rudolf Reiss

Bei Kassen zugelassen

Rheumasan- und Lenicet-Fabrik
Berlin NW87 / Fm.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (dirig. Arzt Prof. Dr. Buschke).

- Prof. Dr. A. Buschke und Dr. Wolfgang Caspar, Assistent der Abteilung: Zur Biologie und Serologie des Gonokokkus 829
- Dr. med. Max Grünewald, Dortmund: Industrie und Tuberkulose 831
- Dr. A. Karsten, Berlin: Neue Wege der Röntgentechnik 833

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 833

Referate nach Fachgebieten:

- Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte .. 840
- Augenheilkunde 840
- Bakteriologie und Serologie 841
- Chirurgie und Orthopädie 842
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 846
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 848
- Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 849

- Hygiene 853
- Infektionskrankheiten 853
- Innere Medizin, Tuberkulose 854
- Kinderheilkunde 859
- Mund- und Kiefererkrankungen 861
- Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 861
- Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 863
- Psychiatrie und Nervenheilkunde 866
- Soziale und gerichtliche Medizin 867
- Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 868
- Neu erschienene Bücher 872
- Berichtigung 872
- Arbeiten über pharmazeutische Präparate:**
- Dr. Werner Troll-Obergfell und Dr. Heinz Kaldori: Ueber Fluoridiagnostik und Fluortherapie 873
- Dr. El Karargi: Cylotropin als unentbehrliches Hilfsmittel bei der Bilharziosisbehandlung 874

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

November—Dezember: Internationale Fortbildungskurse über innere Sekretion und Konstitutionsfragen. Wien.

26. 9.—8. 12. Kurs über Kinderheilkunde der Wiener medizinischen Fakultät. Wien.

* 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. Königsberg.

* 19.—21. 5. 1930. 2. Internationaler Malaria-Kongreß. Algier.

* 20.—25. 7. 1930 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.

* 5.—8. 8. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.

Löflund's

MALZ-EXTRAKTE

die Vitamine und die andern wirksamen Bestandteile des Gerstenmalzes enthaltend, seit 60 Jahren bewährt als Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder, Kranke und Genesende. Bei Husten und Katarrhen als Linderungsmittel unübertroffen.

MALZ-EXTRAKT REIN
und mit Zusätzen von Chinin-Eisen, Eisen, Jod-Eisen, Kalk und Lebertran.

ED. LÖFLUND & CO., GMBH
GRUNBACH BEI STUTTGART

A. Marcus & E. Weber's Verlag



Berlin W 10, Genthiner Str. 38

Abhandlungen aus dem Gebiete d. Sexualforschung.
Herausgegeben im Auftrage der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung. Bisher sind 28 Abhandlg. erschienen, die einzeln erhältlich sind.

Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Herausgegeben von Max Marcuse. Geh. M. 42.—, geb. 45.—.

Verhandlungen d. Ersten Internationalen Kongresses für Sexualforschung. Redigiert von Max Marcuse. 5 Bände zum Preise von je M. 20.—.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik. Redigiert von Max Marcuse. Abonnementspreis pro Vierteljahr M. 6.—.

Sexualpathologie. Herausgegeben von Magnus Hirschfeld. 3 Bände. Geh. M. 30.—, geb. 36.—.

Spezialverzeichnisse und Kataloge
liefern wir unter Bezugnahme auf diese Anzeige kostenlos

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — **Diätkuren** — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M. erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärztl. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Moderne hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt** Geh. San.-Rat Dr. Römisch

Hausarzt: Dr. Hartmann. Neuer illust. Tiefdruckprospekt gratis

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 21

BERLIN, DEN 18. OKTOBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
(dirig. Arzt Prof. Dr. Buschke).

Zur Biologie und Serologie des Gonokokkus.

Prof. Dr. A. BUSCHKE und Dr. WOLFGANG CASPER,
Assistent der Abteilung.

Seitdem Neisser 1879 den Gonokokkus als eine der Gonorrhöe eigentümliche neue Kokkenform beschrieben hat, hat es nicht an Untersuchungen gefehlt, den Gonokokkus in seinen morphologischen, kulturellen, serologischen, kurz in seinen biologischen Eigenschaften zu erkennen. Aber soviel neue Erkenntnisse in der Literatur der letzten Jahrzehnte niedergelegt worden sind, so fehlt es doch noch heute nicht an Streitpunkten, die noch einer genauen experimentellen Untersuchung bedürfen.

Neisser selbst beschrieb in einer zweiten Arbeit die morphologischen Charakteristika und berichtete über Zuchtungsversuche, die er angestellt hatte.

Allerdings ist es erst das Verdienst von Bumm, den Beweis der ätiologischen Bedeutung des Gonokokkus durch Kultur und Überimpfung erbracht zu haben.

Die am meisten charakteristische Form der G. ist im Eiter die Kaffeebohnenform. Sie ist dem G., dem Meningokokkus und dem Mikrokokus catarrhalis eigentümlich und ermöglicht so eine Unterscheidung von anderen pathogenen Kokken.

Aber schon durch den Teilungsmodus des G., den schon Neisser beobachtet hatte, wird ein häufiger Formenwechsel von der Kaffeebohnenform bedingt, indem sich der einzelne Kokkus etwas in die Länge streckt, sich dann in der Mitte abschnürt und so ein Diplokokkenpaar in Achterform entsteht. Jedoch finden sich auch zuweilen jugendliche kugelförmige und ungeteilte Formen.

Jedoch wurden bald auch andere Formen beschrieben, die als Degenerationsformen der G. gedeutet wurden, deren Existenz jedoch von anderer Seite vielfach bestritten wurde. So wurden in dem Sekret chronisch Tripperkranker von Herzog Null-, Sanduhr- und Arkadenformen, wie Mikrogonokokken und Riesenformen gesehen, während Asch und Adler große, geschwollene kugelförmige Formen, die an Größe den normalen Typ um das Zwei- bis Fünffache überstiegen, beschrieben wurden. Diese Angaben wurden von Finkelstein und Timochina auf Grund von 3200 Sekretuntersuchungen bestätigt, jedoch von Bender als ausgeschiedenes Glykogen der Amyloid resp. deren Vorstufen aus den Leukozyten des Gonorrhöeexsudates angesehen. So erheben sich schon morphologische Streitfragen mannigfacher Art, bei denen das Wort: „Pseudogonokokken“ nur Verwirrung anzustiften imstande ist. Denn während sicher das Größenverhältnis des Einzelkokkus viel zu schwanken kann, als daß es als Maßstab für die diagnostische Beurteilung herangezogen werden könnte, spielen sicher noch rein physikalische und kolloidchemische Momente, z. B. bei der Färbung eine nicht zu unterschätzende Rolle.

So viel steht fest, daß jede Färbemethode geeignet ist, die Kokken in den bizarrsten Formen erscheinen zu lassen. Denn wenn schon schwach gefärbte Gonokokken immer etwas kleiner erscheinen als stark tingierte, so führt die Alkoholbehandlung sicher durch Schrumpfung zur Verkleinerung des Einzelkokkus. Eine ungeheure Menge Färbemethoden sind angegeben und als die ideale bezeichnet worden. Die am meisten ausgeführten sind jedoch die mit Löfflers Methylblau und die Färbung nach Gram. Während die Gramsche Färbung sicher unbestreitbaren Wert für die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen schon normalerweise in Vagina und Urethra vorkommenden Diplokokken besitzt, war sie doch ge-

eignet, eine große Literatur entstehen zu lassen, bei der in der Hauptsache wieder die Frage der Degenerationsformen in den Vordergrund trat. Denn wenn auch bei geeigneter Technik eine frische Reinkultur sich immer entfärben, — gramnegativ verhalten wird, so darf doch nie vergessen werden, daß bei alten Kulturen entweder in ihrem Quellungsstand veränderte oder rein mechanisch durch ihre Lage bedingte Veränderungen entstehen können, die einerseits ein verändertes Bild vortäuschen, wie es andererseits auch möglich ist, daß andere Kokken für Gonokokken angesehen werden können. So wird des häufigen von einem Umschlagen von der gramnegativen in die grampositive Phase gesprochen, ohne dabei zu bedenken, daß sich dies doch sicher nicht auf einen veränderten Lebenszustand beziehen kann. Jedenfalls konnte bisher experimentell der Beweis noch nicht erbracht werden, daß unter veränderten Lebensbedingungen aus einem gramnegativen Gonokokkus konstant ein grampositiver unter Erhalt all seiner biologischen Eigentümlichkeiten gezüchtet werden kann.

Färbt man nun von einer frisch gezüchteten Kultur eine Einzelkolonie nach Gram unter Nachfärbung mit Fuchsin, so sieht man gerade nach Aufschließen der Kultur nach etwa 12 Stunden ein ziemlich uniformes Aussehen und eine gleichmäßig gute Färbbarkeit der Gonokokken. Dieser Zustand dauert jedoch nicht lange.

Bereits nach 20 bis 24 Stunden bietet sich das Bild, das den Gonokokkus in seiner ganzen Variationsbreite darstellt. Hier werden regelmäßig, gleich ob es sich um eine alte oder frische Kultur handelt, sämtliche Formen gefunden werden, von der kugelförmigen Jugendform über die teils schwächer, teils stärker tingierten normalgroßen Diploformen bis zu den Mikrogonokokken oder Bakteriendetritus gesehen, so daß das typische Kulturausstrichpräparat immer ein ziemlich multiformes, buntes Bild zeigt.

Wie schon erwähnt, hat Bumm als erster auf erstarrtem menschlichen Blutserum die ersten Reinkulturen weiter verimpfen können und nach ihm hat Wertheim durch Einführung der Serumplatte eine für praktische Zwecke bequeme Methode geschaffen. Im Laufe der Zeit sind soviel Modifizierungen und Differenzierungen der Nährmedien angegeben worden, daß ein Eingehen auf diese Frage überflüssig erscheint. Menschliches Serum ist durch tierisches Serum oder andere eiweißhaltige Flüssigkeiten (Aszites) ersetzt worden, andere Eiweißkörper haben als Serumersatz gedient, halbfeste und flüssige Nährböden sind als „Elektivnährböden“ bezeichnet worden.

Jedoch scheint die Kultivierung für manche Autoren mit Schwierigkeiten verknüpft zu sein; denn viele der selbst in jüngster Zeit veröffentlichten Angaben über neue Nährbödentekniken weisen immer wieder darauf hin. Wegen ihrer einfachen Herstellung und ihrer Haltbarkeit wird neuerdings die Kochblutagarplatte (Levinthal) in Deutschland vielfach angewandt. Aszitesagar, der zwar bessere Wachstumsergebnisse zeigt, wird wegen der vielfach schwierigen Beschaffung von Aszites in genügend großen Mengen wohl nur für größere Kliniken und Laboratorien zugänglich sein.

Da aber die Aszitesflüssigkeit in ihrer Brauchbarkeit auch ein schwankendes Verhalten zeigt, hat J. Koch in Vergleichsuntersuchungen mit tierischem Blut als Ersatz der Aszitesflüssigkeit den 5% Pferdeblutagar als brauchbar für die Gonokokkenzüchtung gefunden.

Im Vergleich zu diesen Nährböden hat sich uns der Blutwasseragar (W. Casper, Klin. Woch. 1929, Nr. 34) als überlegen herausgestellt, da auf diesem Nährboden die Einzelkolonien bis zu 5 mm Größe erreichen. Bei diesem Verfahren werden die Blutbestandteile optimal aufgeschlossen und ein gewisser Feuchtigkeitsgehalt

garantiert, der die Grundforderung jedes Nährbodens ist, da die Gonokokken gegen Austrocknung sehr empfindlich sind.

Das Erkennen wird dem geübten Untersucher keine Schwierigkeiten bereiten. Die Einzelkolonie hat ein transparentes Aussehen von blau-weißlicher Farbe, ist in der mikroskopischen Lupenvergrößerung glatt und wird nach dem Zentrum zu dick und undurchsichtig. Die Kolonien stehen isoliert und zeigen stets an den Berührungspunkten die ehemalige deutliche Abgrenzungslinie; es sei denn, daß ein ganz dicker Impfstrich vorliegt. Atkin konnte auf Trypsagar (Trypsin-Bouillon Erbsagar nach Gordon) zwei Arten Kolonien züchten, die in Form, Lebensdauer und serologischem Verhalten verschieden waren. Typ I zeigte nach dreiwöchentlichem Wachstum Papillen, die als Reaktion auf Alkaleszenz, also Anpassung an ungünstige Umgebung, anzusehen waren.

Sonst besitzen die Gonokokken eine große Anpassungsfähigkeit an ihre Umgebung und besitzen nicht die Empfindlichkeit, die von einigen Untersuchern immer wieder behauptet wird. Ein Hauptcharakteristikum, das bekanntlich früher gegen Go. angeführt wurde, war das Ausbleiben jeglichen Wachstums auf den gewöhnlichen Nährböden. Urbahn, ferner Wildbolz und Vannod 1902 konnten schon Go. auf Agar wie auf Bouillon züchten. Allerdings gelingt es nicht immer, besonders nicht mit jungen Kulturen. Man muß sie langsam gewöhnen und auch dann zeigen sie kein dem normalen ähnlich starkes Wachstum. In Bouillon bilden sie ähnlich wie in anderen flüssigen Nährmedien einen zum Teil krümeligen, z. T. schleierartigen Niederschlag, wenn auch erst nach einer gewissen Zeitspanne und mit viel geringerem Bodensatz, es sei denn, daß sie nicht vorher zugrunde gegangen sind. Denn unter günstigsten Verhältnissen bleiben die Gonokokken nicht länger als 1 bis 2 Wochen am Leben, auf der Platte im Durchschnitt 3 bis 4 Tage. Nach dem Ungermannschen Verfahren unter Sauerstoffabschluß halten sie sich 2 bis 4 Monate (Buschke und Langer). Jedoch findet ein weiteres Wachstum anscheinend nicht statt.

Gegenüber Temperatureinflüssen verhalten sie sich schwankend. Bis 44 Grad Hitze halten sie manchmal über eine Stunde aus. Im Eisschrank halten sie sich manchmal noch bis 24 Stunden überimpfbar. Bei älteren Kulturen evtl. länger. Bleiben sie überimpfbar, so erfahren sie dadurch keine wesentlichen Veränderungen.

Die Frage der Veränderlichkeit wurde in letzter Zeit akut durch die Herausgabe eines Vakzins von angeblich lebenden Gonokokken (Gonovitan), die durch mehrjährige Passagen sich in einem flüssigen Nährmedium über drei Monate am Leben halten sollten. Da von verschiedenen Seiten wie auch von uns die Gonokokkenzugehörigkeit der zwar gramnegativen Diplokokken bestritten wurde, wurden alle diese letzteren Momente betreffs Haltbarkeit und Gewöhnung für den Gonokokkencharakter von der Fabrik (Sächsisches Serumwerk) wie auch von anderen Autoren ins Feld geführt. Diese Kokken zeigten aber ein uniformes Aussehen im Präparat, wie ein dick schleimiges weißes Wachstum auf der Agarplatte als auch ein Angehen bei Zimmertemperatur u. a. m. Letzteres aber tun die Gonokokken nie. Während dem geübten Beobachter sogleich klar war, daß Go. nicht vorlagen, da sämtliche positiven Merkmale fehlten, bedurfte es erst einer großen Aussprache in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, um letzten Endes die Autoren doch nicht überzeugen zu können. Ich wollte dies nur als Beispiel anführen, wie wenig beweiskräftig die Anhaltspunkte für eine sichere Diagnose, Gonokokkus oder nicht, sein können.

Ein wesentlicher Faktor in der Kulturdiagnose spielt der Geruch. Gonokokken jeden Alters und auf jedem festen Nährboden haben immer einen ganz arteigenen unaufdringlichen leicht alkalischen, spermaartigen Geruch.

Ueber die Virulenz und Pathogenität der Gonokokken können wir nur wenig sagen, da mit Gonokokken eine dem Menschen ähnliche Erkrankung bei Tieren noch nicht erzeugt werden kann. Selbst die Untersuchungen von russischer Seite durch Borjus und Schereschorina nach Sensibilisierung der Kaninchenschleimhäute durch Ochsen-galle konnten nicht allseitig bestätigt werden. Auch unsere Versuche u. a. auch mit Brillantgrün ergaben zwar eine Keratokonjunktivitis, die klinisch einer Augenblennorrhoe ähnlich sah, jedoch konnten Gonokokken nicht zum Wachstum gebracht werden.

Bei allen anderen Versuchen durch intraperitoneale Injektion oder Infektion der Vagina junger Katzen (Jost) oder durch Verreiben in den Konjunktivalsack handelt es sich zumeist um eine kürzere oder längere Verweildauer, jedoch niemals um ein Wachstum.

Die pathogene Wirkung des Gono. auf die Versuchstiere ist zum größten Teil auf Toxine zurückzuführen. Hieraus aber auf die Virulenz eines Gonokokkenstammes und auf die Infektiosität beim Menschen schließen zu wollen, ist nicht angängig. (Buschke und Langer.)

Bezüglich der Haltbarkeit von Gonokokken in Vakzine ist auf die Untersuchungen von Buschke und Langer hinzuweisen, die sie in künstlicher Vakzine meist nach längerer Zeit nicht einmal morphologisch, ja schließlich chemisch Albuminate nicht nachweisen konnten. Infolge dieser vielfach bestätigten Versuche haben die Fabriken durch Konservierungsmittel haltbare Vakzine gemacht, am besten ist wohl frische Vakzine, es braucht nicht gerade Autovakzine zu sein.

Wie bei anderen Bakterien können auch Gonokokken aus dem Trippereiter isoliert werden, die sich zwar morphologisch und kulturell nicht, aber serologisch unterscheiden. So hat Jöten mit Hilfe der Agglutination und Komplementbindung von 27 Stämmen 20 in vier verschiedene Gruppen bringen können. „Die Stämme A und B zeigten eine größere Widerstandsfähigkeit gegenüber der opsonischen, bakteriotropen und bakteriziden Kraft des Normalserums und endlich eine größere Giftigkeit für Mäuse.“ Diese Stämme sollen auch beim Menschen zu schwereren und komplizierteren Erkrankungen geführt haben. Während andere Autoren drei Stämme unterscheiden können, gelang es Tulloch in England mittels der Agglutinin-Adsorptionsmethode von 100 Stämmen 72 zu isolieren, die eine enge Verwandtschaft zueinander hatten. Wir konnten in unseren Versuchen bei dem Berliner Material zwei serologisch getrennte Typen isolieren, deren beide Seren: Titer 1 : 1600 den jeweils anderen Typ unbeeinflusst lassen. Von diesen konnten auch wir den einen Typ als absolut vorherrschend feststellen. Weitere Versuche unsererseits sind noch im Gange und werden demnächst veröffentlicht.

All diese Fragen haben aber nicht nur rein bakteriologisches Interesse, sondern gewinnen in dem Moment praktische klinische Bedeutung, wo an den Bakteriologen die Frage nach der Diagnose gestellt wird. Die Diagnose der akuten Gonorrhoe pflegt keine Schwierigkeiten zu machen. Hier genügt das Ausstrichpräparat. Schwieriger gestaltet sich schon der Nachweis, wenn bei chronischer Gonorrhoe im Laufe der Behandlung Go. nicht mehr nachgewiesen werden können und bei Fehlen sonstiger klinischer Erscheinungen die Frage der Heilung gestellt wird. Hier hat man die serologischen Methoden für die Diagnose der Gonorrhoe nutzbar zu machen versucht. Während beim Kaninchen ziemlich leicht durch aktive Immunisierung ein Serum erzeugt werden kann, das eine gute Agglutinationsbreite aufweist, sind die Resultate der Agglutination beim Menschen diagnostisch nicht verwertbar. Und wenn sich auch nach Vannod mit Gonokokkeninjektionen bei Tieren ein präzipitierendes Serum herstellen läßt, so kommt doch der Präzipitationsmethode in praktischer Bedeutung keine große Verwertbarkeit zu.

Schon nach Bekanntwerden der Komplementfixationsmethode durch Wassermann im Jahre 1906 hat man versucht, diese Methode auch in den Bereich der Gonorrhoeidiagnostik zu ziehen. Jedoch wurde sie in Deutschland bald wieder verlassen. Dagegen wurde von englischer, amerikanischer und russischer Seite das serologische Problem immer wieder in den Brennpunkt des wissenschaftlichen Interesses gerückt. In neuerer Zeit haben sich auch deutsche Autoren mit dieser Fragestellung beschäftigt. Aber noch widersprechen sich die Angaben einzelner Autoren zu sehr, um sie auf jeden Fall schon heute als gesichert ansehen zu dürfen. Ueberhaupt kann die praktische Bedeutung der Serodiagnose bei der Gonorrhoe nur für einen kleineren Komplex in Frage kommen, da der klinische und bakteriologische Befund in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose sicher zu stellen vermag. Läßt aber ein klinischer Befund eine Gonorrhoe möglich erscheinen, ohne daß anamnestic oder bakteriologisch ein Befund zu erheben ist, so wäre die indirekte diagnostische Methode der Blutuntersuchung in den Bereich der differentialdiagnostischen Erhebungen zu ziehen.

Während aber einige Autoren wie Gieszczykiewicz und Tęrawicz (Polen), Buquichio und Crosti u. a. unspezifische Ausschläge

bekommen und ihren praktischen Wert gering veranschlagen, da technisch die Komplementbindungsreaktion (K.B.R.) bei Go. delikater als die Wa.R. ist, zweitens die komplementbindenden Substanzen schwächer und in geringerer Menge auftreten als bei Lues, drittens auch unspezifische Ausschläge häufiger sind kommt die überwiegende Mehrzahl der Autoren zu positiven Resultaten.

So finden Sheorghin 100%, Mondor und Urbano, Syffert bei 200 Seren 85%, Landeri 79% ähnlich den Angaben der deutschen Autoren Henck und Lochbrunner, Kloeppel sowie Cohn und Graefenberg, Bruck. Während Cohn und Graefenberg in sicher positiven Fällen nur 6% negative Ausfälle zu verzeichnen hatten, reagierten die Seren von Nichtgonorrhöikern bis auf 2, die fiebern-kranken Kranken entnommen waren, negativ.

Ich möchte einige Zahlen unserer Untersuchungsergebnisse folgen lassen, die sich allerdings nur auf ein kleineres Material erstrecken:

Untersucht wurden 250 Fälle

	positiver Ausschlag		negativer Ausschlag	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Frische Fälle bis zur 2. Woche post. infekt. mit positivem Gonokokkenbefund	6	2 (davon 1 schw. Reaktion)	4	4
Mit positivem Gonokokkenbefund nach der 2. Woche ohne Komplikationen	18	28 (davon 2 schw. Reaktionen)	5	11 (davon 3 verdächtig)
Gonorrhöen nach Behandlung (Gonokokken trotz Provokation nicht nachweisbar)	—	—	3	8
Mit Gonokokkenbefund nach der 2. Woche mit Komplikationen:				
a) Epididymitis, Prostatitis	38* (davon 3 schw. Reaktionen)	—	6	—
b) Bartholinitis, Adnexitis	—	5 (davon 1 schw. Reaktion)	—	—
c) Arthritis	7 (davon 1 schw. Reaktion)	4 (davon 1 schw. Reaktion)	2 (davon 1 verdächtig)	2 (Gonok. nicht mehr nachweisbar)
Mit Andnaxbefunden, Gonokokken nicht nachweisbar	8	—	5	2 (davon 1 verdächtig)
Bereits vorher mit Vakzine (Arthigon) behandelt.	26 (davon 1 schw. Reaktion)	2	11	21
Kontrollfälle ohne Gonorrhöeanamnese	9* (3 verdächtig; evtl. zu negativ zu rechnen) 1 Fall von Tbc. testis Wa R + + + + MTR + + + + 1 Fall von Condylom. acuminat. 1 Fall von Lues lat., vor 29 Jahr. Go.-Infekt.)	1	44	12

Bemerkenswert ist, daß sich unter den positiven Fällen eine Frau befindet, deren Gonorrhöe anderthalb Jahre zurückliegt und bei der trotz Provokation Gonokokken nicht nachweisbar waren, ferner ein Mann, dessen Gonorrhöe sieben Jahre und ein Fall von Prostatitis und Zystitis, bei dem anamnestisch die Gonorrhöe 24 Jahre zurückliegt. Ferner fand sich eine schwach positive Reaktion bei einem Mann mit einer sicheren Gonorrhöe, der zwei Tage nach der Infektion in unsere Behandlung trat, und eine stark positive Reaktion bei einem sechsjährigen Kind mit Vulvovaginitis.

(Zu den Resultaten ist hinzuzufügen, daß die ersten K.B.R. etwa 50 Fälle — genau nach Vorschrift in der angegebenen Verdünnung hergestellt wurden. Da wir aber dabei bei früheren Gonorrhöefällen einige negative Resultate erhalten haben,

wurde das Antigen 10% stärker angesetzt. Dabei erhielten wir gute positive Resultate, aber auch einige positive Kontrollfälle.)

Wenn man die Wa. R. und die K. B. R. gleichzeitig ansetzt, so sieht man, daß die Wa. R. schneller löst als die letztere Reaktion. Kommt diese aber zur Hämolyse, so löst sie im Vergleich zur Wa. R. verhältnismäßig schnell, so daß durch ein Verpassen des richtigen Zeitpunktes die schwachen Hemmungen nicht erfaßt würden. Es muß dabei in dem Moment abgelesen werden, in dem die doppelte Serummenge und die negative Serumkontrolle lösen. Das kann je nach Stärke des Komplements oder Ambozeptors schon nach 20 Minuten oder einer Stunde erfolgen. (Als Antigen diente uns das von A. Cohn angegebene Antigen von der Firma Laboschin A.-G., Berlin.)

Wenn also trotz genauester Technik unsere Zahlen von anderen Autoren abweichen, so soll das in keiner Weise gegen den Wert der Reaktion sprechen, sondern nur zeigen, daß der Möglichkeit von Fehlerquellen und Fehlschlüssen ein weites Feld gegeben ist.

Andererseits ist noch die mehr theoretische Frage zu erörtern, ob eine positive Komplementbindungsreaktion bei klinisch negativem Befund noch für das Vorhandensein eines aktiven Herdes spricht, oder ob sich die Komplementbindungsreaktion länger positiv hält, als wir noch Gonokokken bei dem Erkrankten vermuten dürfen? Und wenn von einigen Autoren darauf hingewiesen wird, daß ein negatives Resultat der Komplementbindungsreaktion auf einen Mangel an Antikörperbildung und schlechter Heilungstendenz hinweist, dürfte es sich hierbei nur um Erörterungen theoretischer Art handeln. Die Vorgänge bei der Immunbiologie der Gonorrhöe sind so komplizierte und die Abhängigkeit dieser Vorgänge von der Bildung komplementbindender Substanzen so fraglich, daß ein abschließendes Urteil noch nicht gefällt werden kann.

Noch ist die Frage der Biologie des Gonokokkus nicht geklärt und dem Bakteriologen wie dem Dermatologen ein weites Feld der Forschung geöffnet.

Industrie und Tuberkulose.

Von Dr. med. MAX GRÜNEWALD, Dortmund.

Die Statistik der Tuberkulose ist im wesentlichen eine Sterblichkeitsstatistik, d. h. infolge der Unsicherheit der Erkennung früher Stadien der Erkrankung ergibt meist nur die Zählung der Tuberkulosedodesfälle ein einwandfreies Material. Etwa drei Viertel der Todesfälle an Lungentuberkulose fallen in das erwerbsfähige Alter von 15 bis 60 Jahren. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist fast dreimal so groß wie die an Scharlach, Masern, Typhus und Diphtherie zusammen. Sie beträgt fast ein Achtel der Gesamtsterblichkeit überhaupt. Der systematische Kampf gegen die Tuberkulose ist deshalb von größter sozialer Bedeutung. Die staatliche Selbsterhaltung fordert die Beseitigung dieser Volkskrankheit.

Bei dem außerordentlichen Aufschwung, welchen Technik und Industrie in unserer Zeit genommen haben, ist es vor allen Dingen nötig, zu wissen, ob und welchen Einfluß diese industrielle Bewegung auf die Tuberkulose hat.

In einer englischen Statistik über die Sterblichkeit bei verschiedenen Berufsgruppen in den Jahren 1890 bis 1912 zeigen folgende Betätigungen eine Tuberkulosesterblichkeit, welche die Durchschnittstuberkulosesterblichkeit aller berufstätigen Männer überschreitet: bei Arbeit in stark belegten Räumen: Schneider und Buchdrucker; bei mittelschwerer Arbeit: Sattler und Kunsttischler; bei Arbeit im Sitzen: Anwaltsgehilfen und kaufmännische Angestellte; im Alkoholgewerbe: Kellner und Brauer; unter den Bergarbeitern diejenigen, welche in Zinngruben beschäftigt sind; bei der Arbeit in Dämpfen: die Stoffärber, ferner Arbeiter in Baumwoll- und Seidenfabriken, die Seiler, Töpfer, Messerschmiede, und unter den ungelerten Arbeitern die Hafenarbeiter und Gemüsehändler. Das Zahlenmaterial ergibt ferner ganz allgemein eine Abnahme der Lungentuberkulose beim Steigen der Löhne und ein Geringerwerden dieser Abnahme beim Lohnstillstand. Ein guter Geschäftsgang in der Industrie trägt also dazu bei, die Schwindsucht zu verhüten. Eine schlechte soziale Lage mit den durch sie bedingten Nachteilen muß, besonders in der Industrie, immer als schädlicher Faktor angesehen werden.

Will man den Einfluß der Industrie richtig bewerten, so ist es nötig, Männer und Frauen getrennt zu betrachten, denn der Anteil der weiblichen Bevölkerung an der Tuberkulosesterblichkeit ist wohl mehr unter häuslichem Einfluß entstanden, während der Anteil männlicher Bevölkerung den Einfluß häuslicher und industrieller Arbeit widerspiegelt. Bis zu 20 Jahren ist der weibliche Teil der Bevölkerung — und zwar ausgesprochen in ländlichen Bezirken — in höherem Maße an Tuberkulose erkrankt als der männliche. Unter den Männern nimmt die Schwindsucht erst später zu, und zwar wiederum besonders in ländlichen Bezirken. Diese in England, einem vorzugsweise industriellen Lande, gesammelte Erfahrung wird noch dahin ergänzt, daß die Schwindsucht allgemein zunimmt, wenn der Verkehr erleichtert, die Ernährungsweise geändert wird und der Alkoholgenuß gestiegen ist, während bei Besserung der Lebenshaltung die Krankheit zurückgeht. Unter den englischen und amerikanischen Buchdruckern hat das Aufhören der 36-Stunden-Schicht und der nicht dauernde Aufenthalt in den Maschinenräumen viel geleistet, um die Tuberkulose unter ihnen zum Rückgang zu bringen.

Wir sehen also, es besteht kein direktes Abhängigkeitsverhältnis der Tuberkulose von der Ausdehnung der Industrialisierung. Die biologischen und soziologischen Gesetzmöglichkeiten sind viel zu kompliziert, um in Form einer mathematischen Funktion sich ausdrücken zu lassen. Wohlstand der Bevölkerung und die Erziehung zur Hygiene spielen eine bedeutende Rolle mit bei der Bekämpfung der Tuberkulose.

Es ist nun interessant, in einer Arbeit von Dr. Georg Wolff über Tuberkulosesterblichkeit und Industrialisierung zu lesen, wie ein ausgesprochener Industriestaat zu einem Staat mit hauptsächlich landwirtschaftlich tätiger Bevölkerung bezüglich der Tuberkulosesterblichkeit sich verhält. Länder mit vorzugsweise industrialisierter erwerbsfähiger Bevölkerung sind in Europa England und Wales, Schottland und Belgien, während Finnland, Spanien, Ungarn und Rußland eine mehr landwirtschaftlich tätige Bevölkerung haben. Deutschland und Frankreich stehen in der Mitte zwischen diesen beiden Gegensätzen. In den Jahren 1906 bis 1910 starben nun an Tuberkulose im Durchschnitt auf je 10 000 Einwohner 15,68 bis 20,21 in England, Wales, Schottland und Belgien, während in den Ländern mit hauptsächlich landwirtschaftlich tätiger Bevölkerung in der gleichen Zeit und unter den gleichen Bedingungen die Tuberkulosesterblichkeit 27,31 bis 37,44 betrug. In Deutschland sind Sachsen und Preußen Länder mit vorzugsweise industrialisierter Bevölkerung, Württemberg und Bayern Länder mit hauptsächlich Land- und Forstwirtschaft. Die Tuberkulosesterblichkeit betrug aber in denselben Jahren 1906 bis 1910 auf je 10 000 Einwohner in Sachsen und Preußen 15,5 bzw. 16,1, in Württemberg und Bayern 18,0 bzw. 24,5. Diese Statistiken zeigen, daß die Tuberkulosesterblichkeit unter der vorzugsweise landwirtschaftlich tätigen Bevölkerung größer zu sein scheint als unter der hauptsächlich industrialisierten.

Von Interesse ist ferner in diesem Zusammenhang auch, zu verfolgen, wie die Tuberkulosezahl im Laufe der Jahre in den einzelnen Staaten sich geändert hat. In den vorzugsweise industriellen Gebieten von England und Wales ist in der Zeit von 1871 bis 1910 die Tuberkulosesterblichkeit, auf 10 000 der mittleren Bevölkerung berechnet, von 29,41 auf 15,68 gesunken, während Irland mit mehr landwirtschaftlich tätiger Bevölkerung sowohl in den Jahren 1871 bis 1875 wie in den Jahren 1906 bis 1910 eine fast gleichbleibende Tuberkulosesterbeziffer von 25,29 bzw. 25,26 gehalten hat. In Ungarn ist sogar von 1896 bis 1910 die Tuberkulosesterblichkeit von 32,77 auf 37,44 gestiegen. Preußen — mit hauptsächlich industrialisierter Bevölkerung — zeigt in den Jahren 1876 bis 1910 einen Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit auf fast die Hälfte. In England hat, wie wir sehen, die Abwärtsbewegung der Tuberkulosesterblichkeit bereits vor Entdeckung des Kochschen Tuberkelbazillus (1880) begonnen. Das ist ein Beweis dafür, daß nicht allein die auf Grund der Kochschen Entdeckung begründete moderne Behandlung der Tuberkulose (Heilstättenbewegung, Tuberkulin) zur Beseitigung der Tuberkulose ausschlaggebend ist. Die organisierte, fortgeschrittene Arbeiterschaft Englands und anderer Gebiete mit vorzugsweise industrialisierter Bevölkerung sorgt für Besserung der Lebenshaltung und drängt so die Tuberkulose zurück. Unter annähernd gleichen Lebensbedingungen, guten wie schlechten, hat zwar der in der Landwirtschaft Erwerbstätige vor

dem Industriearbeiter stets den Vorteil der Beschäftigung in frischer Luft. Nimmt der Landarbeiter auch an den Errungenschaften der modernen Technik und Hygiene teil, so lebt er unter ganz anderen Verhältnissen, als wenn er bei primitiver Lebenshaltung seine Arbeit ausübt. Man darf nie vergessen, daß z. B. die Bergbewohner der Alpenländer in ihrer Lebenshaltung nicht so gestellt sind wie die dort weilenden Kurgäste. Die Arbeitslöhne auf dem Lande sind meist gering, die hygienischen Bedürfnisse, besonders der Wohnung, primitiv, die Arbeitszeit lang, so daß die Landbevölkerung durchaus nicht gut gestellt ist, obwohl sie in frischer, freier Luft lebt. Die industrialisierte Bevölkerung dagegen verdient mehr, lebt zwar unter ungünstigeren Bedingungen, hat aber die Möglichkeit, durch Mittel der modernen Technik und Hygiene die Ungunst der Verhältnisse auf ein Mindestmaß zu beschränken.

Dieses Ergebnis unserer Betrachtungen ist auch durch die Beobachtung der Tuberkulosesterblichkeit in den Niederlanden bestätigt worden. Die Niederländische Staatskommission steht auf dem Standpunkt, daß die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung der ausschlaggebende Faktor ist. Durch eine Statistik wird gezeigt, daß auch auf dem Lande die wirtschaftlichen Verhältnisse von wesentlichem Einfluß auf die Häufigkeit der Tuberkulose sind.

Bei diesen Betrachtungen darf auch nicht der Einfluß des Alkohols auf die Tuberkulosesterblichkeit vergessen werden. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß besonders im Alkoholgewerbe unter den Kellnern und Brauern die Tuberkulosesterblichkeit in England groß ist. Dabei hat sich herausgestellt, daß von den Kellnern mehr krank sind als von den Gastwirten; wieder ein Beweis dafür, welch außerordentlichen Einfluß die soziale Lage auf die Ausbreitung der Tuberkulose hat. Der Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulosesterblichkeit wird auch noch dadurch bewiesen, daß in Amerika seit Einführung des Alkoholverbots die Tuberkulosesterblichkeit bedeutend zurückgegangen ist. In einem amerikanischen Gebiet von rund 90 Millionen Einwohnern, in welchem regelrechte statistische Gesundheitsämter sich befinden, ist die Tuberkulosesterblichkeit in den Jahren 1914 bis 1922, auf 100 000 Einwohner berechnet, von 143,7 auf 86,8 gesunken. Das bedeutet eine Abnahme von etwa 40%. Auf dem Gebiete der Lebensversicherung hat nach den Ausweisen der Metropolitan Insurance Company unter den 14 Millionen Versicherten der industriellen Angestellten, die über die ganze Union und Kanada verbreitet sind, die Tuberkulosesterblichkeit von 1916 bis 1921 um 38,3% abgenommen. Es ist also von großer Bedeutung, die Berufstätigen über die Schäden des Mißbrauchs alkoholischer Getränke aufzuklären.

Die Wichtigkeit der sozialen Lage einer Bevölkerungsschicht bezüglich der Widerstandskraft gegen die Tuberkulose ist auch in einer interessanten Weise in einer Arbeit des anerkannten Gewerbehygienikers K. B. Lehmann (Würzburg) festgehalten worden, in welcher an Hand der Erkrankungsstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse die Staubeinwirkung auf Tuberkulose untersucht wird bei Arbeitern in geschlossenen Räumen mit und ohne Staub. Zu den Angehörigen der Gruppe ohne Staub sind in diesem Fall die Musiker, Sänger und Schauspieler gezählt worden, soweit sie der Versicherungspflicht unterliegen. Die Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose ist bei den Arbeitern ohne Staub dreimal so groß gewesen als bei den Staubarbeitern. Dieses Ergebnis ist deshalb von Interesse, weil bekanntlich Musiker, Sänger und Schauspieler häufig in wirtschaftlicher und sanitärer Beziehung unter ungünstigeren Verhältnissen leben als die organisierten Industriearbeiter. Lehmann folgert deshalb mit Recht, „weit wichtiger als mäßige Staubmenge ist schlechte Ernährung, Wohnung, Konstitution und Infektionshäufigkeit“.

Aus unseren Betrachtungen folgt also: Die Industrialisierung bringt eine Verunreinigung der Luft, sie verändert die Lebensgewohnheiten und ballt große Bevölkerungsmassen an einer Stelle zusammen; diese Nachteile werden aber aufgehoben durch Vorteile von seiten der modernen Hygiene und Technik, vor allen Dingen aber durch wirtschaftliche Hebung infolge des gewerkschaftlichen Zusammenschlusses der Industriearbeiter; dazu kommt noch, daß der Vorzug der Industrialisierung nicht ohne günstigen Einfluß auf den Wohlstand des Landes, auf die Lebensführung der Bevölkerung, auf gesetzgeberische Maßnahmen und die Erziehung bleibt. Eine Folge all dieser Faktoren ist auch der seit Beginn z.

nehmender Industrialisierung eingetretene Rückgang der Allgemeinheitlichkeit; hieran ist die Tuberkulose stark beteiligt.

Der Industriestaat hat eben in der Bekämpfung der Tuberkulose größere Fortschritte gemacht als der Agrarstaat.

Die hohe soziale Bedeutung, welche dem systematischen Kampf gegen diese Volkskrankheit zukommt, macht es für den Industriestaat unbedingt notwendig, nie das Ziel wirtschaftlicher und sanitärer Hebung der Gesamtbevölkerung aus dem Auge zu verlieren: Die hygienische Volksaufklärung von früh an zu heben, die ärztlich beeinflusste Berufswahl zu fördern und die Lebensführung außerhalb der Arbeit günstig zu gestalten, d. h. besondere Aufmerksamkeit zu schenken der Wohnung und Wohnungshaltung, dem Freiluftleben (Gartenbau, Leibesübungen, Wanderung), der Ernährung, der Vermeidung der Genußgifte und regelmäßiger Körperpflege.

Neue Wege der Röntgentechnik.

Von Dr. A. KARSTEN, Berlin.

Bisher war es nicht möglich, mit Hilfe eines verkleinerten Objektivs, wie man sonst Aufnahmen auf jede beliebige Platte oder Filmformat bringen kann, Röntgenaufnahmen zu machen. Denn, während die gewöhnlichen Lichtstrahlen der Sonne oder des künstlichen Lichtes durch die Linse der Objektive gebrochen werden, ist dieses bei den unsichtbaren Röntgenstrahlen, die so äußerst kleine Wellenlängen haben, nicht möglich, gehen diese doch durch Glas- und Quarzlinse ungebrochen, geradlinig durch. Deshalb befand sich die Röntgendiagnostik gewissermaßen in einer Zwangslage durch die völlige Abhängigkeit der Filmgröße von der Objektgröße. Macht man eine Fingeraufnahme, so braucht man ein 9×12 Format, beim Thorax ein 30×40 usw. Auch werden eine Anzahl von Kassetten und Verstärkungsfolien benötigt, eine riesige und kostspielige Bukyblende zur Beherrschung großer Plattenformate, komplizierte Spezialkassetten zur Anfertigung von Serienbildern (Bergkassette) und anderes mehr. Hierdurch entstanden die großen Kosten, die nur zu häufig die Patienten von der Röntgenuntersuchung abschreckten.

Die Erkenntnis dieser Fülle ungünstiger Momente veranlaßte den Berliner Röntgenologen Dr. Gottheiner, sich eingehend mit einer neuen Methode der Aufnahme zu befassen. Der Erfinder versuchte das Leuchtschirmbild zu photographieren. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, daß sie nicht mit den unberechenbaren Röntgenstrahlen selbst, sondern erst mit den durch sie erzeugten brechbaren Fluoreszenzstrahlen arbeitet und unabhängig von der Objektgröße ist. Wie so häufig, war auch hier zwischen Theorie und Praxis ein weiter Weg. Es mußte mit der so geringen Lichtintensität gearbeitet werden, wie sie das Leuchtschirmbild ergibt. Mit den gebräuchlichen Apparaten konnte nur das Bild photographiert werden, wenn es einer Beleuchtungszeit von mehreren Sekunden ausgesetzt war, während die Kinematographie schon pro Sekunde 16 Bilder benötigt. Auch war es nicht angängig, das

Licht der Röntgenröhre beliebt zu verstärken, ohne den Patienten zu schädigen. Deshalb war das Bestreben Gottheiners darauf gerichtet, die vorhandene Lichtmenge bis zum äußersten auszunützen; die Apparaturen der gewöhnlichen Kinematographie zeigten sich hierfür völlig unbrauchbar. Er mußte ganz neue Instrumente und neue Filme herstellen, die besonders fein reagieren. Nach langer, mühevoller Arbeit gelang es Gottheiner und seinem Mitarbeiter Jakobson, das Werk so weit zu fördern, daß sie jetzt ohne weiteres 16 und noch mehr Bilder pro Sekunde mit der neuen Apparatur aufnehmen können, vorläufig bis zu einer Zeitdauer von 10 Sekunden. Auch sind sie auf dem Wege, Zeitlupeneffekte herauszubringen. Was das heißt, wird jedem Mediziner einleuchten, wenn er an die Herzdiagnostik denkt.

Eine derartige Filmaufnahme geht auf einfachste Weise vor sich: Der Patient wird in gleicher Weise wie bisher durchleuchtet, doch steht vor dem Leuchtschirm eine Kinokamera. Nun schaltet der Arzt einfach die Röntgenapparatur auf Aufnahmebedingungen um und läßt mittels einer Kurbel den Film abrollen. Die Apparatur wurde schon beim jüngsten Wiener Röntgenkongreß vorgeführt und ist neuerdings weiter vervollkommen worden, so daß sich eine Reihe von Aerzten bereits über den tatsächlichen Wert durch Augenschein informiert hat. Die Bewegungen der inneren Organe, das Physiologische konnte bisher nicht aufgeheilt werden, da es ja keine eigentliche Kinematographie gab; man war gezwungen, um eine Bewegung quasi röntgenographisch-kinematographisch aufzunehmen, eine ganze Anzahl von Platten, wohl 100 Stück, in einem großen Plattenformat zu verwenden, alsdann zusammenzustellen und zu verkleinern. Eine derartige Herstellung hat Hunderte von Mark gekostet, so daß sie kaum in der Praxis umgesetzt worden ist, zumal ein solch beschleunigter Transport von Groß-Filmformaten in einem Apparat nur mehrere Sekunden lang wohl kaum durchzuführen gewesen wäre.

Die neue Erfindung hat neben der Erkennung von Frühsymptomen von Krankheiten und ihrer weiteren Entwicklung und Feststellung auch eine große Bedeutung für Unterrichtsmethoden zur Förderung der Wissenschaft. Während alle anderen Disziplinen der Medizin in großen Hörsälen vor einem bequem sitzenden Studentenpublikum gelehrt werden, welches mit Muße den Demonstrationen des Lehrers folgen kann, wird Röntgendiagnostik bisher in einem höchstens 35 qm großen dunklen Raum getrieben und gelehrt. Dort befindet sich ein Stativ mit einem 30×40 cm großen Leuchtschirm, auf dem das Untersuchungsobjekt erscheint. Vor diesem Schirm sitzt der untersuchende Lehrer, der seinen Kopf ganz dicht dem Bilde nähern muß. Jeden einzelnen dicht an den Leuchtschirm herantreten zu lassen, ist nicht möglich, da der Patient nicht allzulange im Strahlenkegel bleiben kann. Die neue Methode ermöglicht es, einem beliebig großem Publikum, jedem einzelnen ganz deutlich, die Vorgänge im Organismus beliebig vergrößert auf der Leinwand zu demonstrieren.

So dürfte denn diese Erfindung ein weiterer Fortschritt zur Erkenntnis und Heilung der Krankheiten sein und zum weiteren Ausbau der medizinischen Wissenschaft beitragen.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend nummeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.). Leipzig, 143., Heft 3/4.
Das physikalisch-chemische System des Blutes in seiner Beziehung zu Atmung und Kreislauf. Hochrein, Dill und Henderson.
Das physikalisch-chemische System des Blutes in seiner Beziehung zu Atmung und Kreislauf. II. Mitteilung: Die Bestimmung der Blutzirkulation in Ruhe und Arbeit. Hochrein, Talbot, Dill und Henderson.
Das physikalisch-chemische System des Blutes in seiner Beziehung zu Atmung und Kreislauf. III. Mitteilung: Ueber die Ionenverteilung in Ruhe und Arbeit. Edwards, Hochrein, Dill und Henderson.
Das physikalisch-chemische System des Blutes in seiner Beziehung zu Atmung und Kreislauf. IV. Mitteilung: Kohlensäureatmung und Hyperpnoe. Hochrein, Dill und Henderson.
Ueber die Wertbestimmung der Belladonna. Nolle.
Zur Frage der Vagus- und Sympathikuswirkung. Zondek.
Ueber die Abhängigkeit der oxydationssteigernden Wirkung des Adrenalins von der Unversehrtheit der Innervation. v. Euler.

Ueber die Giftigkeit verschiedener Kohlenwasserstoffdämpfe. Lazarew.
Ueber die Wirkung verschiedener Eiweißträger auf den Blutzucker. Glatzel.
Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Ovarialfunktion und die Funktion des Hypophysenvorderlappens der weißen Maus. Mahnert.

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 155., Heft 2.
3835. Ueber Nabelsteine. W. Kausch.
3850. Traumatische Epiphysenlösungen. Ernst Gold.
3826. Röntgenbehandlung der Wirbelsäulentumoren. O. Kingreen.
3932. Das Granulationsgewebe der Fisteln bei Knochentuberkulose. N. A. Gurewitsch.
3888. Bildung einer sogenannten Vorblase infolge vollständiger tuberkulöser Sequestrierung der Prostata (Totalkaverne). Hans Boeminghaus.
4001. Kastration aus psychiatrischer Indikationsstellung. St. Kartal.
3828. Ueber das rezidivierende retroperitoneale Lipom. O. Hosemann und Wolfgang Lang.

Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 155., Heft 3.
3849. Folgen und Behandlung großer Defekte der Kniegelenkscapsel. Fritz Kroh.
3825. Die zervikale und lumbale sympathische Ramikotomie bei der spastischen Paralyse. Erich Hesse.
3824. Die operative Behandlung der Syringomyelie nach Poussepp. W. A. Oppel.
3887. Der pelvirenale und der sogenannte pyelovenöse Uebertritt. H. Boeminghaus und A. Hendrick.

4008. Die Resorption schaffengebender Lösungen in verschiedenen Hohlorganen. H. Boeminghaus.
4024. Behandlung der Echinokokkuszysten der Lunge. Copello. Aktinomykose der Unterkieferspeicheldrüse. H. Ganner.
4019. Zur Röntgenuntersuchung beim Gasödem. Max Sgalitzer.
3968. Gasödemfälle im Frieden und ihre Behandlung. Paul Moritsch.
3827. Ueber Oesophagusdivertikel. L. P. Mariantschik.
- Archiv für orthopädische und Unfall-Chirurgie (Arch. orthop. Chir.), Berlin, 27., Heft 3.
3980. Beiträge zur Muskelpathologie. (Berliner orthop. Universitätsklinik und Poliklinik.) Imre Kopits.
3846. Zehn Jahre Sehnenplastik. (Berliner orthopädische Universitätsklinik und Poliklinik.) E. Neustadt.
- Ein Beitrag zur Pathogenese der kartilaginären Exostosen und Euehondrome. (Orthopädische Universitätsklinik Berlin.) G. Schramm.
- Phalloplastik nach Schindung. (Chir. Universitätsklinik Göttingen.) Hermann Meyer.
- Ueber den Metatarsus varus congenitus und seine Behandlung. (Pommersche Krüppelheilanstalt „Bethesda“, Züllichow-Stettin.) Schulze-Gocht.
3348. Die Dauererfolge der Patellarfrakturbehandlung. (Chir. Abt. des Krankenhauses Bergmannsheil, Bochum.) Paul Rostock.
3347. Die Operation des angeborenen Schulterblatthochstandes. (Annastift, Hannover-Kleeblatt.) Felix Plotow.
- Zum Ausbau der Apparatechnik. (Orthop. Klinik, Würzburg.) Konrad Port.
- Fingerschiene. H. Gocht, Berlin.
- Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. Klin. Tbk.), 72., Heft 3.
- Eine einfache Methode für bilaterale Thorakographie. Anthony und Hansen.
- Die Bewegung der Thoraxwand bei einseitigen Lungen- und Pleuraerkrankungen. Anthony und Hansen.
3926. Beitrag zur Frage des Frühinfiltrates bei Lungentuberkulose. A. Moeller.
- Zur Frage des Beginns der menschlichen Tuberkulose: Petruschky oder Ranke? Eduard Schulz.
- Zur Frage der Infektionsquellen der Säuglingstuberkulose. Eugen Stransky.
3931. Klinische Versuche und Beobachtungen mit der Diätbehandlung der Lungentuberkulose nach Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson während 1½ Jahren. Fr. Liesenfeld.
- Ueber gewisse Beziehungen des akuten Infiltrates zur Spitzenerkrankung und zur Phthise. E. Haeger.
3934. Die „andere Seite“ bei der Pneumothoraxtherapie. A. Baer.
4017. Beiträge zur Kenntnis der biologischen Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Tuberkulose. I. Biologische Leukozytenkurven bei röntgenbestrahlten Fällen von Lungentuberkulose. Georg Brdiczka.
- Beiträge zur Kenntnis der biologischen Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Tuberkulose. II. Pathologisch-anatomische Untersuchungen der Röntgenstrahlenwirkung auf den tuberkulösen Primäraffekt beim Meerschweinchen. Georg Brdiczka.
- Spontanheilung einer großen Infiltrateinschmelzung? Franz Ickert.
- Lungentuberkulose mit Säureintoxikation. Fr. Pomplun.
- Ueber einen Fall von „Situs inversus totalis“ mit offener Lungentuberkulose. H. Poepping.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 34, 1929.
- Zur Kenntnis und Kritik der histopathologischen Veränderungen am Zentralnervensystem beim Pemphigus vulgaris. Erich Urbach und Heinrich Uiberall.
- Ein Fall von disseminiertem Lupoid Boeck. Jean Briel.
3872. Psoriasis arthropathica und Alopecia totalis. K. H. Vohwinkel.
3375. Ueber die Behandlung der eitrigen Bartflechte mit Jodisan. Enrique P. Fidanza.
- Dermatologische Wochenschrift (Derm. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 35, 1929.
- Ein neuer Beitrag zur Frage der örtlichen Amyloidosis der Haut. C. Gutmann.
- Franciscus Joël, ein Greifswalder Professor der Medizin, Stadtphysikus und Apotheker, sein Leben und seine Werke. W. Schönfeld.
3964. Mitteilung weiterer Untersuchungen über die Myosalvarsanausscheidung nach subkutaner und intravenöser Injektion. Gustav Hopf.
- Dermatologische Wochenschrift (Derm. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 36, 1929.
- Beiträge zur Zosterfrage. VI. S. A. Glaubersohn und R. A. Willfand.
3370. Beiträge zur Zosterfrage. VII. S. A. Glaubersohn und M. J. Melnik.
3877. Ueber Meningitis gonorrhoea. Karl Lorentz.
- Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Z.), Berlin, 56., Heft 5, 1929.
- Beiträge zur Anatomie und Biologie der Haut. XII. Chorda-, Knorpel-, Epidermiszellen. — Epidermisfasersystem ein Histosystem höherer Ordnung. — Metaplasie von Epidermis- und Haut-Ca-Zellen. — Epidermisbildung bei Wundheilung und normale Epidermisregeneration. — Entstehung der Hautkreise. W. Friboes.
3382. Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim lebenden kongenital syphilitischen Säugling. P. Manteufel und K. Herzberg.
3883. Diagnostik luischer Plazenten. C. Kaufmann.
3952. Myosalvarsan bei Säuglingen. L. Waldeyer.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 31.
3879. Ueber Gonorrhöebehandlung und Gonorrhöeheilung. Walther Scholtz.
3881. Gibt es Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis? Erich Hoffmann.
3907. Konstitutionelle Blutdrucksteigerung und paradoxe Reaktion. Otfried Müller und Karl A. Bock.
- Die Ausdehnung der Grippeepidemie 1928/29 in Berlin und einigen anderen deutschen Großstädten. W. Hoffmann.
3951. Moderne Rachitis-therapie. E. Wieland.
- Die Ernährungsbehandlung des Lupus vulgaris. S. Bommer und L. Bernhardt.
3965. Unklare Strychninwirkungen. Robert Hilt.
4018. Die Röntgenuntersuchung isolierter Wirbelkörperfrakturen. Otto Kingreen.
3859. Endometrioides Heterotopien (Adenomyosis beim geschlechtsreifen Weib). G. Haselhorst.
- Ueber das Vorkommen menschlicher Infektion mit dem Bazillus abortus Bang in der Provinz Brandenburg. W. Silberstein.
- Zur Kerzenfiltration kleinster Mengen. I. Schereschewsky.
- Drei Fälle von plötzlicher Harnverhaltung (Anurie). Max Henkel.
- Generalisierte Urtikaria nach Wespenstich. H. Schaefer.
- Eine neue Behandlungsart der chronischen Konjunktivitis. Max Maschke.
- Reptitorium der Darmkrankheiten. VI. Darmstenosen. Walter Zweig.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 32.
- Neuere Arzneimittel. Spezielles und Allgemeines. F. Hafner.
3967. Entgiftung des Chloroforms. H. Fühner.
- Die Intrakutanreaktion mit Ferrizyankali beim Ikterus. Theodor Brugsch.
- Infektionsbedingungen bei den Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege. Erich Wirth.
3966. Leberschädigungen durch chronische Bleivergiftung. Ernst Zadek.
- Glykosuria innocens im Kindesalter. Herbert Rau.
- Ist die Blutgruppenbestimmung als differentialdiagnostisches Hilfsmittel verwendbar? Fritz Lickint und Johannes Tröltzsch.
- Bronchographie mittels praktischer vereinfachter Methode. Georg Brdiczka.
- Ist Behandlungszwang bei latenter Syphilis möglich? Ernst Felchenfeld.
- Ueber Morchel- und Lorchelvergiftungen. R. Gutzeit.
- Pyurie. Rud. Fischl.
3917. Eosinophilie bei rheumatischen Erkrankungen. Helene Matthisson.
- Reptitorium der Darmkrankheiten. VI. Darmstenosen. Walter Zweig.
- Lungenkrankheiten. Harry Scholz.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 33.
3936. Der kontralaterale Tiedruckpneumothorax. M. Ascoli.
3945. Enzephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. I. Klinische Beobachtungen. Hans Gottlieb Huber.
3946. Enzephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. II. Experimentelle Untersuchungen. E. Gildemeister.
3901. Ueber die Notwendigkeit einer länger dauernden Nachuntersuchung anscheinend erfolgreich behandelter Typhus- und Paratyphusbazillenträger. G. Roesler.
- Die Typhuserkrankungen in Palästina. T. Canaan.
- Klinische Beobachtungen aus der Grippeepidemie 1929. W. Natrop.
4012. Oral-Tetragon. F. Brockmann und V. Schenck.
3867. Infektionsbedingungen bei den Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege. Erich Wirth.
- Meningitis chronica circumscripta (erstes Symptom Blasenblutung). W. Anschütz.
- Mein Polyauskulturator. Arthur Hasenfeld.
- Bindehautverätzung nach einem künstlichen Kohlensäurebad. Werner Bah.
- Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. F. Sauerbruch.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 16, 1929.
3955. Das Problem der Vererbung von Zahnstellungsanomalien. Kadner.
- Merkblatt zur Bekämpfung der Bäckerkaries für die Betriebsstätten des Bäcker- und Konditoreigewerbes. Alfred Triebel.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 17, 1929.
- Gebißuntersuchungen bei Chorea. Werner Schütt.
- Ein neuer Quapparat. (Der Trigon-Kompressor.) Gutmann.
- Ueber Amalgamprüfmethoden. Die Beständigkeit von Amalgamfüllungen gegenüber chemischen Einflüssen. Otto Loebich und Leo Nowack.
- Zur Frage der Indikation für die Replantation bei tiefergehender Karies. M. Lipschitz.
- Das Psicobenzyl forte als Anästhetikum der Mundhöhlenschleimhaut. St. Ikonomoff.
- Jodstäbchen „Merck“. Manasse.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 217., Heft 5/6.
- Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Narkotika auf das normale, entnervte und digitalisierte Hundeherz. Gottfried Eismayer und Werner Wachsmuth.
3841. Zirkulierende Blutmenge und Operationstrauma. Heinrich Reissinger und Hermann Schneider.
3842. Die Phlebektomie als Behandlungsmethode der Thrombophlebitis und ihrer Komplikationen. Wilhelm Dreyfuß.
- Der sogenannte Kardiospasmus. Wilhelm Rieder.
- Die blutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksluxation. G. Herbst.
- Osteochondritis dissecans des Hüftgelenks. Ernst Bergmann.
- Osteopathia patellae. Paul Rostock.
- Die operative Behandlung der Subluxatio capiti radii nach Hlata. B. Simons.
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 40., Heft 1, 1929.
- Untersuchungen zu einer Reliefdiagnostik des erkrankten Rückenmarks und seiner Hüllen. H. Pelper.
- Verkalkung der Bandscheiben der Wirbelsäule nebst Bemerkungen über das Verhalten der Bandscheiben bei infektiöser Spondylitis. G. Spol.
4025. Röntgenologisches und Klinisches zur Frage des Ulcus carcinomatosum ventriculi. H. U. Albrecht.
4016. Zur Kenntnis der Knochen- und Gelenkveränderungen bei Alkaptonurie (Osteoarthritis alcaptonurica). J. Bauer und R. Kienböck.
- Ueber die Verteilung der Wismutdepots bei intramuskulärer Injektion unlöslicher Salze und die Dauer des röntgenologischen Nachweises. H. Schra.
- Wurzelbestrahlung junger Lupinenpflanzen und der Einfluß auf die Wurzelknöllchenbildung. A. Kuste.
- Ein Fall von Hernia diaphragmatica dextra hepatis nebst Beispielen zur Differentialdiagnose. A. Zwicker.

- Ein Beitrag zur benignen Dünndarmstenose. Amberger und Rövekamp.
Röntgenkymographische Schreibung von echten Herzalternans beim Menschen.
Dr. Scherf und E. Zdansky.
Ueber die Malazie des Os naviculare pedis. K. Weiß.
Tele Chiasmo Röntgenstereoskopie. W. Alberti.
4015. Röntgenologische Beobachtungen der Dünndarmfunktion bei der Colitis haemorrhagica acuta im Kindesalter. E. Nöschel.
Processus supracondyloideus humeri und Foramen supracondyloideum.
L. Zuckschwerdt.
Röntgenologische Studien am kindlichen Gebiß. E. M. Büstin, M. Leist und R. Priesel.
Fractura manubri sterni. Sinus alveolaris. L. Rothbart.
Ueber familiär auftretende Störungen des Knochenwachstums im Röntgenbilde. B. Kemkes.
Halbseitige Aufnahmen des Lendenwirbel-Kreuzbein-Abschnittes. O. Dittmar.
Die Klemmenspannung des Röntgenapparates mit rotierendem Gleichrichter und seine Arbeitsweise. G. Varga.
Ueber den Stereoorthodiographen. L. Drüner.
Entgegnung zu Prof. Drüner. C. Beyerlen.
Erweiterung zu Beyerlens Entgegnung. L. Drüner.
- Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (Klin. Mbl. Augenheilk.), Stuttgart, April 1929.
3913. Das Substrat des Descemetpigmentrings bei Pseudoklrose. (Aus der Universitäts-Augenklinik Zürich.) A. Vogt.
Ueber eine neue Methode zur Prüfung von heterochromer Photometrie. E. Wölflin.
3911. Operative Behandlung von Glaskörpertrübungen. (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Greifswald.) W. Wegner.
3914. Veränderungen der Netzhautvenen bei allgemeiner Blutdrucksteigerung. (Aus der Augenabteilung des poliklinischen Institutes der Deutschen Universität in Prag.) R. Salus.
Septische Periphlebitis der Zentralvene. H. Rönne.
Altersstar und Glaukom als Komplikationen beim Keratokonus. (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Breslau.) P. A. Jaensch.
Zur Frage über die Wirkung des Pilokarpins auf den Augendruck. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Moskau.) A. J. Samojloff.
Das Applanationsprinzip im Lichte manometrischer Untersuchungen. (2. Druckbestimmung nach der Aenderung der Applanationsdiameter bei Belastung mit verschiedenem Gewicht (Tonometer von Maklakow). (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Riga, Lettland.) K. Apin.
Ueber das Auftreten von sogenannten myopischen Veränderungen am Augenhintergrund bei den verschiedenen Brechungszuständen des Auges. (Aus der Universitäts-Augenklinik Tübingen.) R. Scheerer und A. Seitzer.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 31.
Ueber Verdauung und Ausnutzung der tierischen Organe in unserer Kost. Heinrich v. Hoesslin.
Ueber Störungen der trypanoziden Serumstruktur bei der perniziösen Anämie. F. Rosenthal.
3963. Die pharmakologischen Wirkungen des „Percain“. Werner Lipschitz und Walther Laubender.
Zur klinischen Prüfung des neuen Lokalanästhetikums „Percain“. Hermann Freund.
Zur Ätiologie der postvazinalen Exantheme. Oscar Gans.
3987. Ueber Milchsäurebeseitigung und Sauerstoffverbrauch bei körperlicher Arbeit. Kl. Gollwitzer-Meier und E. Simonson.
Hyperovarie und Oestation. W. Reiprich.
Ueber vergleichende Untersuchungen mit dem Pulsresonator und dem Elektrokardiographen. Alfred Fürstenberg und Ernst Hoffstaedt.
Wundtherapie mit gasförmiger Kohlensäure. St. Hediger.
3911. Vergleichende Aziditätsbestimmungen nach Semmelteefrühsüß und der fraktionierten Ausheerung des Magens (Verweilschleife). Fritz Lickint.
Indirekte Reaktion des Bilirubins bei mechanischer Gelbsucht. Ludwig Hollos.
Antirachitische und Arterienwirkung bestrahlten Ergosterins. Wolfgang Heubner und Friedrich Holtz.
Die Abhängigkeit der Blutdruckregulationsfähigkeit von gleichzeitig ablaufenden Wärmeregulationsvorgängen. H. Rein und R. Rößler.
Ultraviolettes Licht und Entstehung der Hautkrebse. St. Rothman und L. Bernhardt.
Die akuten Anginen im Kindesalter. E. Koenigsberger.
Brauchen wir mehr Tuberkuloseanstalten? Hans Denker.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 32.
Die Wirkung der Leibesübungen auf den Körper des Kindes. Eugen Schlesinger.
3922. Schutzstoffe bei Syphilis. A. Hauptmann und A. Gallinek.
3944. Inhalationsnarkose mit Rückatmung. Th. Fohl und H. Eitel.
3953. Körperstellung und Wasserhaushalt im Säuglingsalter. Oskar Bosch.
3929. Lungenspitzen tuberkulose, jahrelang latent geblieben, kann unter Umständen plötzlich lebensgefährliche Folgen haben. Christian Bäumer.
Die Verwendung des Lebendvazins. Erich Langer.
Zur Bakteriologie und Klinik des Gonovirus und der Gonokokkenlebensvazine. Friedrich Wolff.
3911. Magen-Duodenalgewür und Probefrühstück. Th. Barsöny.
Ueber die physiologische Malleinreaktion bei Menschen. H. Brokmann und H. Hirszfeld.
Diurese als bedingter Reflex beim Hunde. Walter Grossmann.
Beitrag zur kolorimetrischen Milchsäurebestimmung nach Mendel-Goldscheider. Hans J. Fuchs.
Zur Pathogenese der Endokarditis. K. Semsroth und R. Koch.
3908. Konstitutionelle infantile (perniziöse) Anämie. E. Uehlinger.
Rassengliederung Deutschlands. Karl Saller.
Neue Apparatur zur Blutdruckmessung. Friedrich H. Lorentz.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 33.
Die Probeexzision. Alexander Hellwig.
Das chemische Verhalten der serologischen Gruppenstoffe A und B, ihr Vorkommen und ihr Nachweis in Körperflüssigkeiten. B. Brahn und F. Schiff.
Ueber Phasenspufferung. Ferdinand Lebermann.
Todesfälle im Remissionsstadium der perniziösen Anämie. I. Zadek.
Ueber einen Fall von Agranulozytose mit Lokalisation im Oesophagus nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über diesen Krankheitszustand. Werner Schultz.
3972. Ueber die Glykolyse und das Verhalten der Milchsäure im normalen und pathologischen Liquor cerebrospinalis. H. Fasold und H. A. Schmidt.
3956. Die Kreislaufwirkung des Histamins. Franz Kisch.
Ueber die Brauchbarkeit einiger neueren Trübungs- und Flockungsreaktionen für die Serodiagnose der Syphilis. H. Groß und L. Oelrichs.
Ergebnisse des Anreicherungsverfahrens der Leukozyten bei der morphologischen Blutuntersuchung. Luigi Villa.
Asymmetrische Estersynthese durch Pankreasesterase. P. Rona und R. Ammon.
Die Leber als Blutdepot. W. Grab, S. Janssen und H. Rein.
Beobachtungen über Aenderungen der Permeabilität durch Thyroxin. A. Fröhlich und E. Zak.
4010. Zur Röntgendiagnostik der Ulkusperforation. Arthur Sonnenfeld.
3913. Die chronische, periodisch aufflackernde Amöben-Hepatitis. Schrumpf-Pierron.
Die Krankenversicherung (Krankenvers.), Berlin, Nr. 16, 1929.
Die reichsgesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1927.
4006. Sozialschwern. von Frankenberg.
Neuzeitliches soziales Herostratentum. Gengler.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 27, 1929.
3925. Bronchialdrüsentuberkulose. St. Engel.
Aus chirurgischer Gutachtertätigkeit. Eduard Melchior.
Ueber Blutgerinnung und ihre Beziehungen zum Komplement. Frhr. M. v. Falkenhausen.
3944. Ueber die Behandlung der Chorea minor mittels intravenöser Neosalvarsaninjektionen. Johann v. Bokay.
3863. Die Therapie der Kehlkopftuberkulose. Gustav Wotzika.
Nierenvenenthrombose nach Enteritis bei einem 26jährigen Manne. Harald Spaeth.
Zum Tode führende Komplikationen nach überstandenen Coma diabeticum. H. Bix und E. Czylarz.
Frühzeitige familiäre spastische Kinderlähmung mit zerebralen Erscheinungen. Fillicé.
Ueber ein Experiment bezüglich der Verwendung der Magensäfte auf suggerierte Ernährungsvorstellungen. Outeirinho und Jaso.
Die wirksame Gabe des Dicodid. Walther Kaupe.
Ueber Cardiazol. Ernst Pochmann.
Erfahrungen mit Pantatollan. F. Sacki.
Ursache der Arthritis deformans im Knie. Brandis.
Endokrinologische Arbeiten. Uebersichtsreferat. Felix Boenheim.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 28, 1929.
Ueber die pharmakologische Prüfung von chemischen Verbindungen. Eichholtz.
3927. Frühformen der chronischen Lungentuberkulose. E. Fraenkel.
Kasuistische Beiträge zur Frage der Uterusrupturen und Usuren. Heinz Krukenberg.
3928. Zur Therapie der tuberkulösen Hämoptoe. L. Lindt.
3810. Fall von Halsrippe. Hans Trotter.
Morbus Basedowii und Anaemia gravis. Josef Reinhold.
Experimentelle Untersuchungen über die Jodwirkung auf die Atherosklerose. H. Liebig.
Klinische Erfahrungen mit Proklina „Clba“. Carl Hofer.
Ueber die Anwendung moderner Eisenpräparate im Säuglings- und Kleinkindesalter. Paul Freud.
Unsere Erfahrungen mit „Agarol“ in der Behandlung der Obstipation in chirurgisch-gynäkologischen Fällen. Otto Ragotzky.
Dienstbeschädigung für ein Herzleiden abgelehnt. v. Schnitzer.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 29, 1929.
Ueber klinische Arzneimittelprüfung. Wilhelm Stepp.
3961. Beschwerden nach Lumbalpunktion. Hans Ehrenwald.
3821. Ueber die diagnostische Agglutination und die Vakzinothérapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. I. Theoretischer Teil. C. H. H. Spronck und W. Hamburger.
Frühoperation der Hernien. Gustav Neugebauer.
Vorübergehende Herz- und Aortendilatation und Vestibularstörung bei einem 29jährigen Elektromonteur, verursacht durch Starkstromunfall von 50 000 Volt. Otto James Lasius.
Doppelseitige zentrale Pneumonie bei einem Lysolvergifteten. Kurt Burg.
Vergleichende Untersuchungen zur Methodik der Tuberkelbazillenzüchtung. W. Blumenberg.
Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
Behandlung genitaler Blutungen mit Polygonorm. Hildegard Biehle.
Dienstbeschädigung für deformierende Gelenkentzündung abgelehnt. v. Schnitzer.
Syphilis. Sammelreferat. Félix Pinkus und Franz Preiß.
Beitrag zur Frage des Assistentenmangels; unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse an den Berliner städtischen Krankenanstalten. Rudolf Unger.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 30, 1929.
4030. Grenzstrahltherapie. Gustav Bucky.
3857. Ueber hormonale temporäre Sterilisierung weiblicher Tiere durch Fütterung mit Insulin. E. Vogt.
3922. Differentialzählung der Leukozyten bei 700 Lungentuberkulösen. E. Brinkmann.
3924. Ueber die diagnostische Agglutination und die Vakzinothérapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. Ed. Allard und Wotzka.
Ueber gangränöse Prozesse im Rachen bei Schädigung des Granulozytenapparates. S. Kórach.

4029. Die Behandlung mit Radiumschrachbestrahlungen. Georg Burckhard.
Heuschupfen und exsudative Diathese. Walther Kaupe.
3921. Gelenkerkrankungen bei Grippe. A. J. Weil.
Versuche mit gefärbten Antigen bei der Meinickeschen Trübungsreaktion.
Br. Stepowski und W. Wróblewski.
Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
Dysphagie in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Paul Badstöber.
Ueber Erzielung lokaler Immunität der Rachenorgane mit Immunol.
Littauer und Bonnin.
Epilepsie und Unfall. W. Brandis.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 27, 1929.
Die physikalische und die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen.
R. Glocker.
Die Grenzen der Norm in Medizin und Biologie. L. Borchardt.
Mischehen. R. Fetscher.
3855. Die allgemeine Kaiserschnittstatistik. G. Winter.
3916. Kreuzschmerzen. A. Schanz.
3912. Die Prüfung der Magensaftsekretion. Hermann Steinitz.
Diuretika. Ferdinand Lebermann.
Nur ein Fall von Hysterie. Gibt es eine Verschlimmerung eines als Dienst-
beschädigung anerkannten hysterischen Leidens? W. Eliasberg.
3866. Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr. Rudolf Bensch.
Beeinflussung von Lupus vulgaris durch Behandlung mit Splenotrat. Artur
Mahlö.
Das Reichsgericht zum Begriff der „Behandlung“ im § 7 des Gesetzes zur
Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. L. Schäfer.
Thermalbadekuren im Lichte neuer Forschung und Anschauung. Schober.
Ein optisches Patientensignal für das ärztliche Behandlungszimmer. F. W.
Oelze.
Todesseiche als biologische Quellen. Beitrag zur Frage der angewandten
Anthropologie. Max Käsbacher.
Verjüngungsmethoden in der Vergangenheit. St. v. Vamossy.
Brauchte Goethe eine Brille? Franz Bruck.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 28, 1929.
Die Kolloide und ihre Bedeutung für die Medizin. Werner Schemensky.
3854. Geburt bei alten Erstgebärenden. Alexander Mandelstamm und Emmanuel
Kaplan.
Einfache klinische Methode zur Bestimmung des Bilirubingehaltes im Blut.
Jerzy Głaß.
Der praktische Arzt in der operativen Geburtshilfe. Autoreferat zum Gynä-
kologenkongreß. G. Winter.
Das Glaukom. Hans Lachmann.
Neurästhenie, Neurose, Hysterie in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt.
Karl Siegfried.
3906. Die Prognose der essentiellen Hypertonie bei Frauen. Leo Alexander und
Hans Ullmann.
Praktische Untersuchungen zur Vitaminfrage. Alfred Behrendt.
Ein Fall von Tibiaspan-Operation bei Pottscher Krankheit. H. Sievers.
Der Arzt und die industrielle Entwicklung. L. Ascher.
Die Aufgaben des Jugendamtspsychiaters. Werner Villinger.
Das Radiummineralbad Brambach. Martin Werner.
Mit Flugzeug und Hundegespann. Aerztliche Praxis im nördlichen Kanada.
Zwölf Stunden statt zwölf Wochen. Karl H. Meyer.
Das Landarztproblem in Amerika. Zu viele Spezialisten. Die Kosten der
ärztlichen Ausbildung in den Vereinigten Staaten. Sprachkurse für Aus-
landsärzte geplant. Karl H. Meyer.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 29, 1929.
3958. Subkutane Pepsintherapie. Karl Gläner.
Das weiße Blutssystem und die tuberkulöse Infektion. Ernst August Schnieder.
Ueber den heutigen Stand der C. Langeschen Goldsolreaktion. Otto Einstein.
Ueber die klinische Bedeutung der Desensibilisation (Antiphotokatalyse) in
der Lichttherapie. Viktor Hufnagel.
Zentrale oder periphere Gesichtslähmung? Neurologische Demonstrationen II.
S. Fleischmann.
Ueber die moderne medikamentöse Therapie der Erkrankungen der Gallen-
wege. Ferdinand Lebermann.
Erzieherische Behandlung der Nervosität. W. Pinoff.
Physikalische Betrachtungen zur Tiefendithermie, insbesondere jener des
Beckens. Oscar Dieterich.
Die Levuriose „Blaes“ im gynäkologischen Arzneischatze. R. Maurer.
Erfahrungen mit Neurithrit. A. Weninger.
Die Aufgaben des Jugendamtspsychiaters. Werner Villinger.
50 Jahre Kurierfreiheit. Ein Bericht. R. Breitschwerdt.
Zwischenstaatliches zur Meteorologie und Krankheitsforschung. v. Heuß.
Patienten, Aerzte und Kliniken in U. S. A. Erwin Straßmann.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 30, 1929.
Grundsätzliches zur Heliotherapie. A. Rollier.
Herzentwicklung durch Leibesübung. Friedrich H. Lorentz.
„Fadicit“ als neues Färb- und Differenzierungsmittel zur Herstellung von
Blutbildern. Mark Lipschitz.
Morphologie, diagnostische und prognostische Bedeutung der Granulofilozyten
(vital gefärbte Erythrozyten). J. W. Moldawsky.
Brustkind und Magendarmspasmus. W. Gravinghoff.
3902. Ueber Infektion des Menschen mit dem Bacterium abortus Bang. C. Hegler.
Ueber die Fürsorgebehandlung des Lupus vulgaris. S. Bommer.
Ueber die moderne medikamentöse Therapie der Erkrankungen der Gallen-
wege. Ferdinand Lebermann.
Erfahrungen mit Neuramag. Lorenz.
Purgiolax compositum. Dolt Simons.
Strafrechtsreform und Sexualrechtsreform. Otto Wagner.
Akrothermen und Nierenfunktionen. P. Kornmann.
Patienten, Aerzte und Kliniken in U. S. A. Erwin Straßmann.
Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie (Mschr. Psychiatr.), 73., Heft 12,
August 1929.
Störung der Chronognosie. L. Bouman und A. A. Grünbaum.
3990. Motorische Apraxie. O. Maaß und O. Sittig.
Die innere Haltung. Jürg Zutt.
Tonische Halsreflexe und Mitbewegungen. E. Topow.
4000. Avertinnarkose in Neurologie und Psychiatrie. A. Gallinek.
3989. Lebertherapie bei schizophrenen Erkrankungen. E. Rakowitz.
- Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin und Wien, 33., Heft 1, 1929.
4014. Ueber den Zeitfaktor der biologischen Strahlenwirkung. Ad. Liechti.
4007. Ueber das retikuloendotheliale System unter Strahlenwirkung und seine Be-
ziehungen zum Röntgenkater. Albert Schöniag.
Einfluß der Strahlenwirkung auf die Oxydation. Hisao Kubo.
Ergebnisse der Strahlentherapie bei den Adenoeptitheliomen des Uterus.
A. Lacassagne.
Ergebnisse der Strahlentherapie der Uteruskrebse in Tabellen. A. Döderlein.
4028. Die Radiumbestrahlung als Heilbehandlung des Kollumkarzinoms. W. Lahn.
4027. Was kann man heute von der Strahlentherapie der sogenannten inoperablen
Tumoren erwarten? H. Hoffelder.
Zur Wahl der Dosis und Strahlenhärte bei bösartigen Neubildungen. Franz
Bardachzi.
4026. Die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden. J. Borak.
4013. Die Verlaufsänderungen der akuten Entzündung nach Röntgenbestrahlung.
Fritz Pordes.
4023. Zur Röntgenbehandlung der akuten Entzündung der Mittelohrräume.
R. Goldmann.
Das neue Bestrahlungsgerät in Verbindung mit der Metallix-Therapieröhre
Carl Fried.
Das neue Bestrahlungsgerät der Metallix-Therapieröhre. H. Cramer und
A. Borm.
Exakte Dosierung mit der Sabouraudtablette. Th. C. Neeff.
Dosierung und Technik der dermatologischen Röntgentherapie. O. H.
Schneider.
4020. Klinische Erfahrungen mit roten Intensivbestrahlungen an Hand von Häm-
ogrammen. H. Cramer und G. Fechner.
Ueber die Wirkung von Kathodenstrahlen auf Erythrozyten. W. Hausmann
und I. Zadowski.
Die Behandlung des Uteruskarzinoms an der Stöckelschen Klinik. F. v. Mika-
licz-Radecki.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, Nr. 29, 1929.
3836. Splenektomie. Lauda.
Die erbliche Anlage zu Geistesstörungen. Wagner-Jauregg.
Salyrgandiose und zirkulierende Blutmenge. Fehér.
Zur Kenntnis der Klinik der sogenannten Kautschukkolloidstruma und ihrer
Bedeutung für die Entstehung von Kropffisteln. Stöhr.
Erfahrungen mit der Müllerschen Ballungsreaktion bei der Untersuchung von
2000 Blutproben. Lechner.
3919. Ueber die Pyloroduodenitis. Tschobokssaraw.
Tuberkuloseprophylaxe. Nobel.
Ueber Obstipation. Pick.
Prophylaktische Aufgaben des Orthopäden im Kindesalter. Spitzzy.
- Wiener klinische Wochenschrift (Wien. klin. Wschr.), Wien, Nr. 30, 1929.
3948. Das idiopathische Drüsenfieber. Lehdorff.
Ueber die chirurgischen Erkrankungen des Meckelschen Divertikels.
Winkelbauer.
Ueber die diätetische Behandlung der Lungentuberkulose nach Sauerbrach.
Herrmannsdorfer und Gerson. Kretz.
Studie über die Malariaparasiten im verträglichen und unverträglichen
Serum. Horn.
Ein seltener Fall von Ileus. Urban.
Zusatz zu meiner Theorie der Harnbildung. Buinewitsch.
Physikalische Therapie bei Magen-Darmkrankheiten. Strasser.
Angina pectoris und Asthma cardiale. Pal.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 18.
Theodor Billroth und die moderne Chirurgie.
Ueber Myom und Gravidität. Fabrizius.
3829. Die Bedeutung des Alters für die unmittelbaren und späteren Erfolge der
Magenkarzinomreaktionen. Finsterer.
Aus Billroths Chirurgischen Briefen. Fraunheim.
Fragmente zum Krankenpflegerberuf aus der Feder Robert Gersunys. Otto
Frisch.
3833. Solitäre Leberabszesse. Haberer.
Angeborene Lücken, Divertikel und Fisteln des weichen Gaumens. Henschen.
3830. Bestrebungen zur Kontinenzheilung bei wegen Mastdarmkrebs Operierten.
Hochenegg.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 19.
3954. Ueber die Elephantiasis der Gingiva und ihre operative Behandlung.
A. Löwen.
Persönliches von Theodor Billroth. Adolf Lorenz.
Zur Technik der Resectio ventriculi secundum Billroth II. Hans Lorenz.
Die Resektion der Speiseröhre. G. Lotheissen.
Eine einfache Art, große Bauchbrüche zu entfernen. Pels-Leusden.
3832. Zur Annahme der Radikalheilung und Rezidive bei malignen Tumoren.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 20.
3839. Ueber zwei Messerstichverletzungen seltener Lokalisation. Walter Brandesky.
3840. Drei Verletzungen des Plexus cervicalis bei Motorradfahrern. Deimner.
3831. Spätrezidive oder Neuerkrankung nach Resektion von Magen- und Dick-
darmkrebs. Finsterer.

3897. Die Behandlung der Cystitis tuberculosa. Haslinger.
 3834. Ueber Dauerresultate der Choledochoduodenostomia externa. Heyrowsky.
 Akute chirurgische Erkrankungen des Verdauungstraktes im Verlaufe der Schwangerschaft. Hans Högl.

- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26. Jahrg., Nr. 8, 1929.**
 Das Diätproblem in der Balneologie. H. Strauß.
 3959. Schlafmittel. K. Birnbaum.
 Verödungsbehandlung der Varizen. Baetzer.
 Untersuchungen über den Einfluß des Ostseeklimas auf Kinder. M. Klotz.
 3918. Rheumatische Erkrankungen. W. Krebs.
 3818. Allergie und allergische Krankheiten. E. Fränkel.

- Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenheilk.), Berlin, Juni 1926.**
 3812. Hochgradige Kurzsichtigkeit und künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Birch-Hirschfeld.
 Ueber mehrkernige Plasmazellen und das besondere Vorkommen von Russellschen Körperchen. A. Fuchs.
 Ueber die Behandlung von Hornhauterkrankungen mit ultraviolettem Licht. L. Hollos und A. Linksz.
 3815. Ueber die Möglichkeit der Beeinflussung des Glaukoms durch die Röntgenbestrahlung der Schilddrüse. J. Krasso.

- Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), 21. Jahrg., Heft 16.**
 Oedempathogenese mit Bemerkungen über Aszitespathogenese bei Herzinsuffizienz. P. Iversen.
 Scheinbare Doppelbildung des Herzens beim Frosch. Bruno Kisch.
 Ökonomie der Herzarbeit bei hoher Frequenz. G. Rückle.
 Gefäßgeschwülste in der Wirbelsäule. Walter Putschar.

- Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, Nr. 17, 1929.**
 Zur amtsärztlichen Begutachtung der Gemeingefährlichkeit. A. Sighart.
 4005. Vergleichende Untersuchungen über die für das neue Hebammen-Lehrbuch vorgeschriebenen Desinfektionsmittel. E. Jacobsthal.

- Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), 54., 3.**
 3935. Erfahrungen mit beiderseitigem Pneumothorax. E. Gabe.
 Ueber die Stellung der Mischinfektion im Tuberkuloseproblem. Rassers.
 Die Tuberkulose ist eine Erkrankung des Lymphdrüsen-systems. E. Schulz.
 Erkrankung eines Arztes an Lungentuberkulose infolge von Dienstbeschädigung. H. Braeuning.
 Herzfehler als Tuberkulosemaske. R. Menzel.
 3909. Lungenpigmentierungen und die Vorstellung der Anthrakose. F. Ickert.
 Biologisch-chemische Forschungen über den Tuberkelbazillus. Vassiliou.
 3988. Ueber die Eignung der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn für die Lungenheilstätten. K. Krause.
 3939. Tuberkelbazillenzüchtung aus dem Sputum. Schulte-Tigges.
 Die Wasserstoffionenkonzentration im Blut tuberkulöser Kaninchen. Kentzler und Kallos.
 3930. Ein Beitrag zur geschlossenen Tuberkulose bei Kindern. Mikulowski.
 Ueber neuere Medikamente und Nährmittel zur Behandlung der Tuberkulose. G. Schröder.

- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 23.**
 3843. Das Blattsilber in der Wundbehandlung. P. Moritsch.
 Vorschlag zur Vereinheitlichung der Karzinomstatistiken. F. Mandl.
 Zur operativen Behandlung der Syndaktylie. J. Haß.
 Ueber die isolierten Kreuzbeinbrüche. J. Feuz.
 3851. Zur Plattfußdiagnose. F. Seiffert.
 Zur allgemeinen Technik der freien Faszientransplantation. D. Mahischew.
 Die Insulinbehandlung der Fistel nach Magenoperation. A. Lupan.
 Aseptik. E. Sonntag.
 Uebertragung von latenter Malaria tertiana durch Bluttransfusion. F. Schnitzler.

- Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 24.**
 Experimentelle Untersuchungen über die künstliche Verödung von Venen. E. Schwarz und M. Ratschow.
 Zur Operation der Peroneussehnenluxation. F. Mandl.
 Ein Fall von antithorakaler Oesophagusplastik aus der Haut. M. J. Chorschak.
 Zur Verwendung der Stryphnongaze in der Zahnheilkunde. H. Sicher.
 Zur geschlossenen operativen Behandlung der Pleuraempyeme. G. Dardel.
 Neues Verfahren der Ramisektion in der Halsgegend. J. Sánchez y Cózar.
 Eitrige Peritonitis nach Bauchpunktion bei einem Fall von Bauchtuberkulose. T. Caneau und E. Omelin.
 Gefahren bei rektaler Peraldehyddarreichung. I. Starlinger.

- Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung (Zbl. Gewerbehyg.), Berlin, Heft 9, 1929.**
 4004. Die Bedeutung der Bäderbehandlung für die Berufskrankheiten. Beike.
 4003. Ein klassischer Zeuge des Gießfiebers. Holtzmann.
 4003. Kapillarfunktionsstörungen als Berufskrankheit durch Schuhanklopmmaschinen. Meyer-Brodnitz und Wollheim.
 Aerztliche Gutachten für gewerbliche Vergiftungen. Floret.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 31, 1929.**
 Gynäkologische Orthopädie. Martius.
 Mineralgehalt und Funktion der Tube. Kok.
 3856. Tetanus als postoperative Komplikation. Häusermann.
 3863. Pudendusnästhesie. Gutmann und Metz.
 Operative Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Bucura.
 Späteres Befinden von Frauen nach Uterusexstirpation mit Erhaltung der Ovarien. B. Aschner.
 Unklare Bauchtumoren. Samson.
 Kaiserschnitt bei Querlagen. Sedlis.
 Zum Eklampsieproblem. Hüßsy.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 32, 1929.**
 Verhütung der Frühsterblichkeit. Schoedel.
 Einfluß von Rasse und Umwelt im Bereich der Frauenheilkunde. Rummer.
 Proktitis und Periproktitis mit Perforation in der Vagina im Wochenbett. Gutmann.
 Kasuistik seltener Sarkomfälle des Uterus. Gerich.
 Geburtshilfliche Neuordnung. M. Hirsch.
 Beitrag zur Neuorientierung in der Geburtshilfe. König-Brünn.
 Für Kommission in Sachen „offenbar unmöglich“. Ribmann.
 Erfahrungen über die Sztehosche Nabelklemme. Paulik.
 Mukometra. Iwanow.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 33, 1929.**
 Ernährungstherapie Frühgeborener. v. Oettingen.
 Histologische Bewertung von Hyperplasie der Korpussschleimhaut. Mack.
 Neues Preußisches Hebammenlehrbuch. Burckhard.
 3861. Behandlung der Trichomonasinfektion mit Yatren 105. Rodecure.
 Konservative Gastroschisisbehandlung. Caffier.
 Seltene Neubildungen der Gebärmutterbänder. S. Goldschmidt.
 Plötzliches und vorübergehendes Abschwellen einer Struma. Lewin-Berlin.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 34, 1929.**
 3862. Durchtrittsnarkose. Labhardt.
 Seltene Anzeigen zur Schnittentbindung. H. H. Schmid.
 Verzögerte menstruelle Abstoßung, funktionelle Hypertrophie und pathologische Hyperplasie der Uterusschleimhaut. Lahm.
 Kleidotomie an der lebenden Frucht. Erwidung. F. C. Wille.
 Bekämpfung der Vasomotoren-schwäche nach Avertinnarkose. S. Goldschmidt.
 Abortus artificialis wegen komplizierter Myopie. Krieger.
 Beurteilung des Geburtsverlaufs. Samuel.
 Fermentative Charakteristik des Bacillus vaginalis Döderlein. Smorodinzew und Kott.

- Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 35, 1929.**
 Neue Methode zur Bestimmung des Ovulationstermins. Knaus.
 3860. Ovarielle Substitutionstherapie mit dem Sexualhormon Hogival. Herschan.
 Avertinnarkosen bei gynäkologischen Operationen. H. Köhler.
 Spontanruptur und Hämatom des Musculus rectus abd. unter dem Bilde eines Ileus. H. Hirsch.
 Zur Statistik des Abortus. Peller.
 Operationskunst und Film. Liepmann.
 Peritoneale Wundversorgung bei operativer Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Bujakowski.
 Bewegung der Fallopischen Tube. Invagination der Eileiter. Gogoberidse.

Zeitschriften in holländischer Sprache

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 28, 1929.**
 Gelbfieber in Niederland. I. E. Dinger, W. A. P. Schöffner, E. P. Snijders und N. H. Swellengrebel.
 Reinigung von Gläsern, die bei morphologischer Blutuntersuchung gebraucht wurden. G. C. van Walsem.
 Physiologie der Gallenblase. R. Brummelkamp.
 Fall von akutem Malleus. Roelofs.
 Fibroma molle plicae vocalis. K. S. Nanninga.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 29, 1929.**
 Bluttransfusion in der gynäkologischen Praxis. B. S. ten Berge.
 Dauernarkose mit Dial. C. A. T. Engelmann.
 Patella bipartita. Nuboer.
 Fall von Bizephalus. Verbeck.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 30, 1929.**
 Kohlenbogenlicht. van Braam Houckgeest.
 Behandlung der Malaria tropica mit Chinin, kombiniert mit Plasmochin. Verspijck Mijnsen.
 Ueber Meningokokkensepsis. Kramer.
 Fall von Liposarkom. Poerwosobroto.

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 31, 1929.**
 3505. Die Alastrimfälle von Rotterdam. Hannema.
 Ueber Splanchnikusanästhesie. Hustinx.
 Fall von Scharlach auf der „Tjeremai“. van Steenis.
 Fall von Sectio caesarea post mortem. Hogewind.
 Fall von Febris undulans. Klinkert.

Nordische Zeitschriften

- Acta Societatis Medicorum Fennicae „Duodecim“ (Acta Soc. Medic. fenn. Duodecim), Helsingfors, II., Heft 2, 1929.**
 3985. Untersuchungen zum Nachweis des Harns, mit besonderer Berücksichtigung der spektrophotometrischen Methode. Erkki Leikola.
 Eine Methode zur quantitativen Bestimmung des Urobilins im Harn. Erkki Leikola.
 3986. Spektrophotometrische Untersuchungen über die Farbe des Harns bei verschiedenen Krankheiten. Erkki Leikola und Ilmari Vartiainen.
 Eine neue Methode zur Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration vermittle Indikatoren. Erkki Leikola und Paavo Noponen.
 3960. Klinische Untersuchungen über die Schlafwirkung von Hopfenpräparaten. Anne Stavén-Grönberg.

Hospitaltidende (Hosp.tid. [dän.]), Nr. 28, 1929.

3914. Blutuntersuchungen bei Achylie, speziell im Hinblick auf die perniziöse Anämie. Axel Borgbjærg und M. C. Lottrup.

Ein Fall primärer kutaner gonorrhöischer Infektion. Pararitum mit folgender gonorrhöischer Lymphangitis und Gelenkerkrankung. V. Genner und P. Schaltzer.

Hospitaltidende (Hosp.tid. [dän.]), Nr. 29, 1929.

3995. Ueber assoziierte Larynxparalysen. Reidar Schroeder.

3961. Injektionsnarkotika. Viggo Eskelund und Otto Jacobsen.

Hospitaltidende (Hosp.tid. [dän.]), Nr. 30, 1929.

3989. Ueber Su'fosinbehandlung gewisser Leiden des Zentralnervensystems nicht-syphilitischen Ursprungs. Knud Schroeder.

Ueber den möglichen Zusammenhang zwischen Isoagglutininen (Anti-A und Anti-B im Serum von O-Typen). Olaf Thomsen und E. Worsaae.

Hospitaltidende (Hosp.tid. [dän.]), Nr. 31, 1929.

3984. Ueber den diagnostischen Wert der Goldsolreaktionen. Axel V. Neel und P. Dickmeiß.

Hygiea (Stockh.), Stockholm, 96., Heft 15, 1929.

3993. Ein Fall von pulsierendem Exophthalmus und systolischem Blasengeräusch am Schädel. A. Josefson.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben (Norsk Mag. Laegevidensk.), 90. Jahrgang, Nr. 9, September 1929.

3915. Ueber die Häufigkeit der nichtdiabetischen Glykosurien. Hans Jacob Ustredt. Komplikationen nach Ureterkaterisation und Pyelographie. Erling Borch-Johnsen.

3962. Untersuchungen über die Wirkung des Nikotins auf den Blutzuckerspiegel bei Kaninchen. Ragaar Nicolaysen. „Enterocleaner“ (subaquale Darmspülung) und dessen Anwendung. H. Fr. Harbitz.

Ein Fall von Erysipelas fulminans. Erling Hjort.

Ueber die pathogenetische Grundlage der Jodbehandlung bei Thyreotoxikose. Johan Holst.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Nr. 33, 1929.

3996. Symptomatologie und Behandlung der Rückenmarksgeschwülste. Viggo Christiansen.

3992. Diabetes und Hypertension. Victor Larsen.

Dyspeptische Symptome bei Kranken mit Leiden der oberen Luftwege. Reidar Schröder.

Zwei Fälle von Thermometerläsion mit gefährdender arterieller Blutung. P. Windfeld.

Ueber Kreuzottern-Statistik. C. C. Vogel.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Nr. 34, 1929.

Ueber die Diagnose der Gallensteine. Carl Wessel.

3997. Ueber Myelographie. V. Finsen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Nr. 35, 1929.

Das sogenannte filtrierbare Tuberkulosevirus. Olaf Thomsen.

3994. Kleinhirnbrutheit, die beim Spiel entstand. H. R. Krogsgaard.

Ueber Coramin, besonders im Hinblick auf die respirationsfördernde Wirkung. H. Heidemann.

Zeitschriften in englischer Sprache

The British Journal of Children's Diseases (Brit. J. Childr. Dis.), Nr. 304—305, Vol. XXVI, 1929.

3950. Invagination bei Kindern. Douglas und Murray.

3949. Akuter Gelenkrheumatismus und Mandelentzündung. Tertius Clarke. Eine Notiz über Herpes zoster und seine Beziehung zu Arsen und zu Varizellen. Parkes Weber.

Kala-Azar des Kindes. Angélique Panayotatou.

3941. Ertaugung von Kindern durch intestinale Intoxikation. Macleod Jearsley. Ungewöhnliche Komplikation bei einem Naevus vasculosus: Septikämie Davies und Flett.

The British Journal of Urology (Brit. J. Urol.), London, 1, 2, 1929.

3892. Traumatische Harnröhrenzerletzungen. William Ireland e Courcy Wheeler.

3898. Drei Fälle von Ureterextirpation wegen Papillomen. John Thomson-Walker.

3899. Harnleiterdilatation und kindliche Hydronephrose. D. J. Mac Myn.

3894. Erworbene Blasen-Darm- und Harnröhren-Darmfisteln. Hamilton Bailey.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3579, 1929.

Kasuistik über Beckensepsis. Luise McIlroy.

4032. Bestrahltes Fluorescein in der Behandlung des Krebses. Copeman, Coke, Gouldsbrough.

Spontaner doppelseitiger Pneumothorax. Bedford, Joules.

Eine Analyse der Kohlehydrate und ihre Anwendung bei Diabetes. Lawrence, McCance.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3580, 1929.

Der Einfluß von Bestrahlung auf virulente Streptokokken. Eidinow.

3865. Die Beziehungen von Ohrerkrankungen zum Baden. Daggett, Cove-Smith. Vergiftung mit Arsen. Dalton.

The Glasgow Medical Journal (Glasgow med. J.), 31., Nr. 1, 1929.

3874. Tanninsäurebehandlung von Verbrennungen. Andrew J. Hutton.

Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei der Magen- und Duodenal-diagnostik. Robert Mailer.

3973. Sepsis und endokrine Störungen in ihrer Wirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel. Dorothy B. Thomson.

The Japan Medical World (Jap. med. World), Tokio, Nr. 4, 1929.

3976. Die biologische Bedeutung des Corpus luteum des Ovars. Y. Miagawa, K. Salto.

Ueber Asthma nasale. T. Kohno.

Experimentelle Studie über die hereditäre Immunität des Rückfallfiebers. A. Nohira.

Hühnchentumoren.

The Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), Chicago, 44., Heft 6, 1929.

Hitzeresistenz von Bakteriensporen. O. B. Williams.

Virulenz des B. Paratyphus B bei weißen Mäusen. R. D. Friedländer und K. F. Meyer.

Virulenz des B. Paratyphus B bei Meerschweinchen. R. D. Friedländer und L. D. Hertert.

Kutane Immunisierung gegen Streptokokken der Meerschweinchenlymphadenitis. L. D. Hertert und K. F. Meyer.

Kutane Immunisierung von Meerschweinchen gegen B. aertryke. H. L. Averill und K. F. Meyer.

Kulturröhrchen für Tuberkelbazillen. W. J. Mc Neal und A. B. Bayliss.

The Journal of Infectious Diseases (J. inf. Dis.), 45., Heft 1, 1929.

3820. Beziehungen zwischen Schultz-Charltonschem Phänomen und Serumverdünnung. M. E. Wylie.

Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten bei akuten und chronischen Infektionen. M. E. Wylie.

Zytologie und Mikrochemie des Tuberkelbazillus. G. Knaysi.

Bakteriophagenbehandlung von Staphylokokkeninfektionen. N. W. Larkum.

Bacillus Sordellii und Clostridium oedematoides. J. C. Hall, M. R. Rymer und E. Jungherr.

Die Natur der Stecknadelkopfkolonien in roher und pasteurisierter Milch. M. M. Diehm.

3823. Schutzwirkung von Bakteriophagen gegen gleichzeitige Injektion von Koll-bazillen. J. E. Walker.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 9, 1929.

Schlaf. R. Burrell.

Behandlung der Blasenepitheliome. K. Frater.

Subjektive Proben bei Refraktionsirrtümern. J. C. Gillespie.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 10, 1929.

Die medizinische Erziehung der Eingeborenen in den Territorien. J. M. Watt.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 11, 1929.

3873. Variköse Ulzera. G. O. Thornton.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 12, 1929.

3853. Syphilis und Schwangerschaft. A. Simpson Wells.

Gefahren, Schwierigkeiten, Diagnose und Behandlung der Tubenschwangerschaft. L. Burman.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 13, 1929.

Radium bei Krebs. A. Radford.

3816. Behandlung von Augenstörungen ohne Arzneimittel und Gläser. A. Verwey.

Mandeln und Adenoide. A. Campbell.

The Journal of the Medical Association of South Africa (J. med. Assoc. S. Africa), Cape Town, Nr. 14, 1929.

Ueber Genitalprolaps. H. Alabaster.

Schwarzwasserfieber. Carmody.

Radiologische Diagnose des Ulcus pepticum. J. Oliver.

The Journal of Urology (J. of Urol.), Baltimore, U. S. A., 22., Nr. 2, 1929.

3988. Die Ausscheidung in die Blutbahn gebrauchter Fremdkörper durch die Nieren. David W. MacKenzie und Allan B. Hawthorne.

3845. Sakralanästhesie. Manuel Grodinsky und R. Russell Best.

3891. Abnorme Gänge der Pars pendulans urethrae. Robert W. Mc Kay.

3893. Harnröhren- und Dammzysten der Cowperschen Drüsen. Maurice Muschal.

3885. Nierentuberkulose. P. A. Rohrer.

Journal of Urology (J. Urol.), 21., Heft 3.

3889. Zystoskopische Prostatektomie. Frederic B. Foley.

3884. Kongenitale polyzystische Nieren. Irving J. Shapiro.

Pyelitis follicularis. J. Mason Hundley und W. J. Carson.

Nierenkarbunkel. Bericht über 2 Fälle. Joseph a. Lazarus.

Lefomyom der Niere. Bericht über einen Fall. Henry S. Bugbee.

3895. Behandlung von Blasenentzündungen. Herman C. Bumpus.

Karzinom in einem Blasendivertikel. Herman L. Kretschmer und K. E. Barbee.

Leukoplakie in einem Blasendivertikel. Henry S. Bugbee.

Die Behandlung echter Bluter in der urologischen Chirurgie. Charles P. Mathe und V. Mitchell.

Die klinische Neuropsychologie der Blasenautomatie und der Enuresis. C. F. Mc Clintic.

Die chirurgische Pathologie der Mißbildungen von Nieren und Harnleitern. James S. Davis.

Sympathektomie der Niere. Elmer Hess.

Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 11, 1929.

3977. Eingangspforten des tuberkulösen Virus. W. Feudenthal.

3974. Besserung der Toleranz bei Diabetikern. H. I. John.

3864. Aetiologie und Behandlung der Dakryozystitis. C. Lester.

Nahrungsalergie. A. Sterling.

Neurogene und psychogene Hautstörungen. J. J. Eller.

3858. Fettsucht bei Mädchen und jungen Frauen. R. Harrower.

Ein Fall von Asthma durch Bettwanzen. L. Sternberg.

Arteriosklerose. E. Fitch.

3975. Störungen im oberen Abdomen bei chronischer Herzkrankheit. L. Immermann.

3920. Zirkulationsstörungen in den Extremitäten. M. Rechtman.

- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 21, 1929.
Prostataktomie. W. C. Quinby.
Spontane passagegroße Nierensteine. I. D. L. Barney.
Primäre Tuberkulose der Prostata. O. Townsends.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 22, 1929.
Appetitverlust bei Kindern. J. Garland.
Kaiserschnitt. R. D. Margeson.
Variabilität des Tuberkelbazillus. S. A. Petroff.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 23, 1929.
Beckenchirurgie vom Standpunkt des Internen. Wilder Tileston.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 24, 1929.
Das Problem der Kinderlähmung. J. L. Morse.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 25, 1929.
Chirurgie bei Nephritikern und bei Hypertension. P. O'Hare, L. Hoyt.
Die Ninhydrinprobe bei Gravidität. M. Davis.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 35, 1929.
396. Blasendivertikel. Griepkoven.
398. Bedeutung der Splenomegalien in heißen Ländern. M. A.-J. Valenzuela.
- Journal des Praticiens** (J. Prat.), Nr. 25, 1929.
Seltene Komplikationen des Erythema nodosum. Achard.
- Journal des Praticiens** (J. Prat.), Nr. 26, 1929.
343. Sydenhamsche Chorea. Nobécourt.
- Paris Médical** (Paris méd.), Paris, Nr. 22, 1929.
Die Infektionskrankheiten 1929. Dopfer.
Die humoralen Reaktionen der Aspergilliose. P. Nicaud.
Anticholerainfektionen. A. Urbain.
Ueber Malariatherapie. P. Decourt.
- Paris Médical** (Paris méd.), Paris, Nr. 23, 1929.
Ueber die Wirkung des Phosphors. Hayashi.
319. Bordet-Wassermannsche Reaktion. Gougerot.
Karamel bei Diabetikern. Guy Laroche, L. Camus.
303. Die Dengue in Griechenland. S. Livierato, M. Vagliano.
- Paris Médical** (Paris méd.), Paris, Nr. 24, 1929.
Die Pharmakologie 1929. Tiffenau.
Ueber Morphinum-Narkotimischungen. J. Lévy, O. Gaudin.
Ueber die Toxizität der Digitalisglykoside. J. Lévy, R. Cahen.
Wirkung der endokrinen Extrakte auf Gefäße und Herz. I. Katz, E. Leibensohn.
- Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 51, 1929.
42. Zur Parrotschen Pseudoparalyse. M. Péhn und A. Mestrallet.
Die homolaterale Kontorsion als erstes Anzeichen eines malignen Tumors der unteren Atemwege. G. A. Bosco.
Die Melitokokken-Pseudotuberkulose (zur pulmonären Form des Maltafiebers). L. Bethoux.
- Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 52, 1929.
Die temporäre Osteosynthese bei Kindern. L. Ombredanne.
Das humorale Syndrom bei der Pankreatitis haemorrhagica. L. Binet, P. Brocq und G. Ungar.
Hygiene der Schwangerschaft. Purenne.
21. Radiotherapie bei Angina pectoris. Nemours-Auguste.
Die pleurale Spätintoleranz beim künstlichen Pneumothorax. F. Dumarest.
- Revue Neurologique** (Revue neur.), Jahrg. 36, I., Nr. 6, Juni 1929.
399. Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Wagner-Jauregg.
- Urologie de Praticien** (L'Urol. Prat.), 2. Jahrg., Nr. 1, 1929.
Blut im Sperma. G. Geyet.
80. Untersuchungen über die Kutanreaktion mit Gonokokkentoxin bei Gonorrhöe. A. Démonebey und F. Benoist.
Behandlung von Harnblutungen mit intravenösen Injektionen von Natriumzitat. L. Phélip.
- Urologie de Praticien** (L'Urol. Prat.), 2. Jahrg., Nr. 2, 1929.
90. Unvollständige Prostataktomien. M. Legueu.
Miktionschmerzen. Maissonnet.
Die Wichtigkeit der kulturellen Harnuntersuchung in Fällen der täglichen Praxis. Paul Noguès.
Klinische Untersuchung der pathologischen Harnbestandteile. M. Beaufils.
- Urologie de Praticien** (L'Urol. Prat.), 2. Jahrg., Nr. 3, 1929.
86. Behandlung der Harnschmerzen nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Marion.
Darm-Nierensymptome bei Ileus. Heilung nach Durchtrennung von Adhäsionen. A. Boeckel und Allenbach.
Vakzinetherapie der Gonorrhöe. Demonchy.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Archivos Españoles de Pediatría** (Arch. españ. Pediatr.), Jahrg. XIII, Nr. 4, 1929.
Nabelhernien und Spinae bifidae. Juaristi und Arraiza.

- Septisches Fieber bei Pemphigus. Juan Córdoba.
3947. Akrotymie der Kinder (Feersche Krankheit). Antonio Villegas.
Nabelsepsis. Enrique Jaso.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia** (Arch. ital. Dermat.), Bologna, Jahrg. IV, Heft 5, 1929.
3871. Ueber einen Fall von Pemphigus vegetans. Renzo Ghigi.
3878. Die Diathermiebehandlung bei der Gonorrhöe und ihren Komplikationen. Icilio Ballico.
Beiträge zur Kenntnis der Sklerodermie, mit besonderer Berücksichtigung der Kalkstoffwechselstörung infolge derselben. Giuseppe Sannicandro.
3969. Ueber Cutis verticis gyrata. G. Truffi.
- Archivio di Patologia e Clinica Medica** (Arch. Pat. e Clin. med.), Vol. VIII, Heft 4, 1929.
3923. Antituberkulinimpfung. Mario Barbàra.
3983. Die Aetiologie der malignen Lymphogranulomatose. Aldo-Martinolli.
3971. Speicheldrüsen und Glykämie. S. Caccuri.
Klinische und experimentelle Untersuchungen über Elektrokardiographie. Luigi Condorelli.
3979. Die Wirkung embryonaler Organextrakte auf die Körperentwicklung. Luigi Ferrarini.
3910. Die Cholesterinpleuritis. A. Malaynti.
- La Pediatría** (Pediatría), Neapel, Jahrg. 37, Heft 15, 1929.
3940. Die Insulintherapie bei dystrophischen Säuglingen. Michele Miraglia.
3978. Ueber die Bedeutung der Milz für immunbiologische Vorgänge im jugendlichen Organismus. Domenico Blasi.
Betrachtungen über 21 Fälle von kindlicher Leishmaniose. F. Lo Presti Seminerio.
Alte und neue Probleme bei der künstlichen Ernährung. (Uebersichtsreferat.) A. Zalocco.
- Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis** (Riv. Pat. e Clin. Tbc.), Bologna, Jahrg. III, Heft 7, 1929.
3937. Untersuchungen über die Filtrabilität und diaplazentare Uebertragung des Tuberkulosevirus. Giuseppe Invernizzi und Carlo Schiepati.
Das Anatuberkulin bei den Allergieuntersuchungen im Kindesalter. Mario Cottellassa.
Leberfunktionsstörung und Tuberkulose. G. B. Argentina.
Betrachtungen über die Frühdiagnose der Lungentuberkulose auf Grund neuer pathogenetischer Anschauungen und ihre Bedeutung in der Fürsorge. Mario Martinelli.
3933. Ueber den Stickstoff und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. G. Gherardini.

Zeitschriften in polnischer Sprache

- Polski Przegląd Radiologiczny** (Polski Przegl. radiol.), 4., Nr. 1, 1929.
4033. Autotransfusion röntgenbestrahlten Blutes. v. Dziembowski.
4031. Die Behandlung von Hautkrankheiten mit den sog. Grenzstrahlen (Bucky) E. Bruner.
3817. Lokalisation metallischer Fremdkörper im Auge. Grudziński.
3970. Myeloische Leukämie. A. Groszlik.
Zungenzyste. B. Grynkrant und H. Lewenfisz.
3852. Myositis ossificans post luxationem coxae siu. J. Kinsky.

Zeitschriften in ukrainischer Sprache

- Ukrainskyj Medytschnyj Archiv** (Ukrain. Med. Arch.), Charkiw, 4., Heft 1, 1929.
Pericarditis xanthomatodes lymphangiectatica lenta. (Eine besondere Form der hämorrhagischen Perikarditis.) (Ukrain. Patholog.-anatom. Inst. in Charkiw.) Melnykiw-Roswedenkiv.
Synthese und Analyse im befruchteten Hühnerei nach Röntgen- und Radiumbestrahlung. Olexander Repiow.
Ueber das absolute und relative Gewicht der Schilddrüse. Kutscherenko und Isachaniw.
Pathologische Anatomie des alveolären (multifokulären) Echinokokkus der Nieren beim Menschen. (Ukrain. Patholog.-anatom. Inst. in Charkiw.) Anaida Melnykowa-Roswedenkowa.
Ueber Diosphenol. (Med. Inst. in Odessa.) Lutschynin.
4022. Der Einfluß der Radiumbestrahlung auf Glykoside (Digitalin). (Pharmakol. Laborat. d. Med. Inst. in Charkiw.) Petrowskyj.
Die Immunisierung per os mit alkoholischer Choleravakzine. (Bakt. Laborat. d. Med. Inst. in Charkow.) Myronow, Kłodnyckij und Sujew.
Die Aether-Magnesia-Morphiummarkose. (Chir. Klinik in Charkiw.) Halsynskyj.
4002. Venenerweiterungen an den Extremitäten von Dampfmaschinenarbeitern. (Poliklinik der Südbahnen.) Nabornyj.
Die Grundforderungen der Chirurgie gegenüber der Massage und der Heilgymnastik. Nowytskyl.
3900. Der Aderlaß in der Volksmedizin des heutigen ukrainischen Dorfes. (Medizinisch-ethnographischer Beitrag.) Werchratzkyj.
Biochemische Veränderungen bei Bleivergiftungen. Pawlow.
Die Amputationsmethoden und die derzeitige Anschauung über den Amputationsstumpf. (Traumatolog. Inst. in Kyliw.) Studsynskyj.
„Microbes des sortie“ und ihre Bedeutung in der Pathologie. Slatohorow.
- Ukrainski Medytschni Wisti** (Ukrain. Med. W.), Kyliw, 5., Nr. 1, 1929.
Ueber Extrasystolie. Rosin.
3957. Osmo- und Glukosetherapie. Udincow.

Verdeckung eines Gesichtsfeldes durch Transplantation eines Bauchhautlappens. (Chir. Abt. d. Krankenh. in Konotip.) Charchiw.
 Transplantation mit einem gedoppelten Hautlappen. Iwanyskyj.
 Die Therapie der Eklampsie in den letzten 50 Jahren. (Geburts.-Gyn. Fakultät d. Med. Inst. in Kyjiw.) Schmakyn.
 Ein Fall von Schwangerschaft im Tubenwinkel der Gebärmutter. (Gynäkol. Abt. d. Krankenh. in Korostenj.) Schalkewytsch.
 Ueber abgeirrte Nervenfasern im inneren Ohr von menschlichen Embryonen. (Histol. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Tschernjachiwskyj.
 Ueber die Innervation des Sinus caroticus, Glomus caroticum und über den Nervus depressor bei menschlichen Embryonen. (Histol. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Tschernjachiwskyj.
 Die Erkrankungshäufigkeit im Winnycja-Bezirk. Merkow.
 Die Luftdurchlässigkeit des ukrainischen Bauziegels. (Hygien. Labor. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Skorochoodjko.
 Neues über die Therapie der Apnoe. Basylewysch.

Zeitschriften in russischer Sprache

Wratschbnoje Djeło (Wratsch. Djeło), Charkow, 11. Jahrg., Nr. 23.
 Ueber die funktionelle Diagnostik der Pankreaserkrankungen. M. M. Gubergritz.

Zur Klinik der gespaltenen Herztöne. S. F. Nekljadow.
 Eine neue Methode zum Studium der Dynamik der Magenfunktionen. N. S. Swonitzki.
 3991. Das Symptom des Kopfbiegens bei Radikulitis. W. D. Kunitzyn.
 Versuch der Hämatotherapie bei einigen Säuglingskrankheiten. E. J. Friedmann und E. P. Emeljanow.
 Ambulatorische Behandlung der Adnexitiden mittels Laktotherapie. D. J. Seitzew.
 Eine Schnellreaktion auf Syphilis. (Kadisch-Methode.) M. M. Israelsohn und S. A. Korol.
 Ueber die Ätiologie des Scharlachs. Gibt es beim Scharlach ein filtrierbares Virus? S. I. Zlatogoroff und B. L. Palant.
 Einfluß verschiedener Aufbewahrungs- und Zubereitungsarten von Nahrungsmitteln auf ihren Gehalt an C-Vitamin. M. S. Egorow.
 Die epidemio-sanitäre Organisation in der Ukraine. A. N. Marsejew.
 Ergebnisse des Kurortwesens in der Ukraine. L. S. Turkeltaub.
 3994. Malariaabehandlung mittels subkutaner Strychnininjektionen. L. S. Kardin.
 Fall von dreifacher Zystenbildung an der Epiglottis. F. K. Kravtchenko.
 Fall von Polydaktylie. I. A. Kirakosjan.
 Anwendung von Vakzitherapie in Kombination mit balneologischen Prozeduren. A. G. Botscharnikow.
 3876. Intrakutane NaCl-Injektionen in der Dermatologie. N. G. Sakrepa.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

3810.

Tretter, Hans, Ueber einen Fall von Halsrippe. (Med. Klin., Nr. 28, 1929.) (Chirurg. Abt. d. Kaiserin-Elisabeth-Spitals in Wien.) Halsrippen sind als Störungen in der Entwicklung des mittleren Keimblattes zu werten, und daher immer angeboren. Als auslösende Momente für das Auftreten der Beschwerden müssen Wachstumsvorgänge, welche sich auch auf die abnorme Rippe erstrecken, betrachtet werden. Sehr häufig jedoch geben Traumen das auslösende Moment ab. Die Beschwerden sind überwiegend nervöser Natur; Zirkulationsstörungen sind seltener. Die letzten werden manchmal durch eine vasokonstriktorische Neurose bedingt, welche zu Anfällen regionärer Ischämie führt und das Bild des Raynaud'schen Komplexes hervorrufen kann. Die Diagnose kann durch die Palpation nur selten vermutet werden. In den meisten Fällen wird die Diagnose durch das Röntgenbild eindeutig gesichert. In jenen Fällen jedoch, die mit Skoliose kombiniert sind, ist die Diagnose auch röntgenologisch nicht immer leicht zu stellen. Schwierig ist die Erkennung der Ursache der Beschwerden auch in den Fällen, wo keine knöcherne Rippe besteht, sondern die Beschwerden durch ein vom verlängerten Querfortsatz des VII. Halswirbels zur 1. Rippe ziehendes fibröses Band verursacht sind. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht bei Kindern Schiefhals und Wirbeltuberkulose, bei Erwachsenen Syringomyelie, Pachymeningitis cervicalis, Exostosen und Lymphome, Rheumatismus. Für die Operation ist die Methode von Albrecht zu empfehlen, der auf die breite Freilegung des Operationsgebietes, besonders im vorderen Anteil, mit Rücksicht auf die häufige Kompliziertheit der anatomischen Verhältnisse, größtes Gewicht legt und daher den typischen Querschnitt über die Fossa supraclaviculäris, den er eventuell durch einen darauf senkrechten Schnitt ergänzt, benutzt. L. Gordon, Berlin.

Augenheilkunde

3811.

Wegener, W., Betrachtungen über den klinischen Wert der operativen Behandlung von Glaskörpertrübungen. (Klin. Mbl. Augenheilk., April 1929.) Bericht über die Erfolge von Glaskörperabsaugungen und Sclerotomya posterior in 18 Fällen von Glaskörperblutungen — spontanen und nach Verletzungen — sowie bei Glaskörpertrübungen infolge von Uveitis. Die Folgen dieser Eingriffe sind unberechenbar, und sie sind daher nur in Fällen anzuwenden,

wo andere Maßnahmen erfolglos sind und der Visus so schlecht ist, daß nunmehr kein Schaden angerichtet werden kann. Was die Frage anbelangt, welcher Eingriff, die Absaugung oder die Sklerotomie, den Vorzug verdient, so entscheidet sich der Verf. für die letztere, da die Absaugung nicht nur technisch schwer und zuweilen mißlingt, sondern bei ihr auch die Gefahr der Ablatio retinae besteht. Denn während bei der Absaugung die Abnahme des Glaskörpervolumens das Primäre und das Zusammenfallen der Augenhüllen das Sekundäre ist, verhält es sich bei der Sklerotomie umgekehrt. Nur so viel Glaskörper wird entleert, als es die Spannung der Sklera herausdrängt, so daß, rein mechanisch wenigstens, dieser Eingriff keine Ablatio bewirken kann. Hurwitz, Berlin.

3812.

Birch-Hirschfeld, Hochgradige Kurzsichtigkeit und künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. (Z. Augenheilk., Juni 1929.) Auf Grund drei von ihm behandelter Fälle und der Berichte in der Literatur, faßt Birch-Hirschfeld seine Ansicht über die Schwangerschaftsunterbrechung bei hochgradig myopischen Frauen folgendermaßen zusammen:

Die Interruptio ist indiziert bei hochgradiger Myopie mit fortgeschrittenen Netz- und Aderhautveränderungen und hochgradiger Schwachsichtigkeit eines Auges, analogen Fundusveränderungen am anderen Auge, jedoch ohne hochgradige Funktionsstörungen, wo man also zu befürchten hat, daß durch die Entbindung frische zentrale Blutungen im sehtüchtigeren Auge entstehen und zu Erblindung oder hochgradiger Amblyopie führen würden. Besonders ist die Unterbrechung in Fällen angezeigt, wo bereits durch frühere Entbindungen eine Abnahme der Sehkraft eingetreten ist. Hurwitz, Berlin.

3813.

Vogt, A., Untersuchungen über das Substrat des Descemet-pigmentringes bei Pseudosklerose. (Klin. Mbl. Augenheilk., April 1929.) Vogt beobachtete an der Hornhaut hinterfläche zweier Patientinnen, deren Augen mit kolloidalen Silberlösungen (Syrgol und Argyrol) behandelt wurden, Farbenercheinungen, die ganz an den von Kayser und Fleischer zuerst bei Pseudosklerotikern festgestellten Hornhautpigmentring erinnerten. Da auch die chemische Untersuchung von Hornhautschnitten einer Kornea eines Pseudosklerotikers mit dem Kayser-Fleischer'schen Pigmentring einwandfrei eine positive Silberreaktion ergab, so schließt der Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren, daß der Kayser-Fleischer-Ring aus in der Membrana Descemeti eingeeilten Silberverbindungen besteht. Hurwitz, Berlin.

3814.

Salus, R., Veränderungen der Netzhautvenen bei allgemeiner Blutdrucksteigerung. (Klin. Mbl. Augenheilk., April 1929.) Während

bei jüngeren Leuten die Kreuzungsstellen der Arterien und Venen der Netzhaut nicht besonders markiert sind, treten im höheren Alter an den Kreuzungsstellen Veränderungen auf. Die Vene wird von der verdickten Arterie verdeckt und erscheint unterbrochen oder, bei hochgradiger Arteriosklerose, eingedrückt mit einem Bogen. Dabei kann der Blutdruck erhöht oder auch normal sein. Bei permanentem hohem Blutdruck treten jedoch häufig an den Kreuzungsstellen typische Veränderungen auf, durch die allein die Diagnose Hypertonie mit voller Sicherheit gestellt werden kann. Die gekreuzte Vene zeigt zu beiden Seiten der Arterie eine Verdünnung, die mehrere Gefäßbreiten lang ist, oder sie biegt mehrere Gefäßbreiten vor der Kreuzung ab, macht einen Bogen und kehrt wieder in die alte Verlaufsrichtung zurück. Bei beiden Typen liegt die Arterie in der Mitte des veränderten Venenteiles. Daß diese Verdünnung aber nur eine scheinbare ist, folgt aus der Tatsache, daß die Vene peripher und zentral von der Kreuzungsstelle dasselbe Kaliber hat. Vielmehr ist der Mechanismus der Verdünnung und des Bogens so zu verstehen, daß die aufgelagerte verdickte und gespannte Arterie auf die Vene einen Druck ausübt und zur Stauung des peripheren Venenteils führt. Dadurch wird bewirkt, daß die Vene rückwärts in die Netzhaut ausweicht und von Gewebsschichten zum Teil verdeckt und gegen den direkten Druck der Arterie geschützt wird.

3815.

Krasso, J., Ueber die Möglichkeit der Beeinflussung des Glaukoms durch die Röntgenbestrahlung der Schilddrüse. (Z. Augenheilk., Juni 1929.) Um festzustellen, ob die latente Schilddrüsenhyperfunktion in gewissen Fällen von Glaukom in ursächlichem Zusammenhang mit dem Augendruck steht, bestrahlte der Verf. die Schilddrüse bei fünf Glaukompatienten. Da die Schilddrüsenbestrahlung den Grundumsatz herabsetzt und die Symptome des Hyperthyreoidismus verschwinden läßt, so wäre bei ursächlichem Zusammenhang mit Glaukom eine Abnahme des Augendruckes bei Thyroideabestrahlung zu erwarten. Jedoch konnte nur bei zwei Patienten eine Normalisierung des Augendruckes nach der Bestrahlung festgestellt werden, während bei den anderen die Bestrahlung keinen Einfluß auf das Auge ausübte. Darauf folgert Krasso, daß die Möglichkeit besteht, daß bei gewissen Fällen von chronischem Glaukom ein Zusammenhang mit Hyperthyreoidismus existiert. Es läßt sich aber auf Grund des geringen Materials nicht feststellen, welche Fälle dies sind.

3816.

Verwey, A., Behandlung der Augenstörungen ohne Arzneimittel und Gläser. (J. med. Assoc. S. Africa, Nr. 13, 1929.) Die von Amerika ausgehende Richtung nimmt an, daß die Myopie durch Wirkung der Obliqui verursacht wird und daß der Augapfel durch Übungen und Bewegungen seine richtige Form wiederbekommt. Es sind vier Gesichtspunkte der Therapie vorhanden: 1. Kaltes Wasser, 2. Training zu starkem Lichte, 3. Massage, 4. Übungen und Bewegungen, freiwillige und reflektorische. Bei Schmerzen und Ueberanstrengung der Augen bespritzt man sie bei geschlossenen Augenlidern mit kaltem Wasser; auch Kongestionen können so beseitigt werden. Bei geöffnetem Auge kann das Wasser mechanisch und chemisch schädigen. Die Tränen sind eine etwa 1,3prozentige Natriumchloridlösung; ein Augenbad mit destilliertem Wasser ist sehr schmerzhaft, während eine isotonische Salzlösung oder eine 3prozentige Borsäurelösung beruhigt. Starke Antiseptika reizen das Auge kaum, wenn sie mit 1,2prozentiger Natriumchloridlösung gemischt werden. Das Training auf starkes Licht ist eine sehr gefährliche Sache und kann leicht zu Erblindung führen. Hier spielen mystische ungesunde und unlogische Gedankengänge mit: die natürliche Stärke des Adlerauges erreicht der Mensch nie. Recht gesunde Gedanken sind bei der Massage des Lides und des Auges. Sie wird vielleicht in der Ophthalmologie zu sehr vernachlässigt. Man darf aber nicht vergessen, daß sie ohne genaue Diagnose recht gefährlich sein kann. In Betracht kommen die chronischen Affektionen der Lider, die zum Teil durch Stagnation und Hypersekretion verursacht werden. Eigentlich gehört aber eine Unterlage für das Lid dazu. Auch bei Störungen in der Zirkulation des Humor aqueus ist Massage von Vorteil. Ferner bei Synechien als Folge von Iritis und Zyklitis. Dann bei Embolien der Arteria ophthalmica, die durch Massage unter Kontrolle des Ophthalmoskops nach vorne in kleine Arterien getrieben werden können, wodurch die Sehkraft erhalten bleiben kann. Auch bei den Bewegungsübungen lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen; auch hier ist eine genaue Diagnose erforderlich.

3817.

Grudziński, E., Neues vereinfachtes Verfahren zur Lokalisation metallischer Fremdkörper im Auge. (Polski Przegl. radjol., Nr. 1, 1929.) Der Verfasser beschreibt ein von ihm angegebenes Verfahren zur genauen Lagebestimmung von Fremdkörpern im Auge. Dasselbe ist auf die Prinzipien der Verschiebung des Fremd-

körperschattens auf dem Röntgenbilde infolge der Veränderung der Schichtung gestützt. Die Methode geht auf Verbesserung der auf gleichem Prinzip beruhenden Verfahren von Holtzknicht und Altshul hinaus. Das Verfahren ermöglicht, ohne besondere Zählungen und Korrekturen rein graphisch innerhalb ein bis zwei Minuten möglichst genau die Fremdkörperlage zu bestimmen mittels Auflegen auf das Röntgenbild mit Fremdkörperschatten entsprechender auf einer durchsichtigen Platte befindlicher Schemata des normalen Auges.

v. D z i e m b o w s k i.

Bakteriologie und Serologie

3818.

Fränkel, E., Neue Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Allergie und der allergischen Krankheiten. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 8.) Bei der Behandlung allergischer Krankheiten muß man durch Diät, Klimaveränderung usw. für eine Fernhaltung des Allergens sorgen. Die Herabsetzung der Ueberempfindlichkeit durch spezifische Desensibilisierung muß mit größter Vorsicht versucht werden. Auch eine unspezifische Desensibilisierung kann erfolgreich sein. Es ist zu versuchen, durch psychische oder Narkoseeinwirkung einen zentral bedingten Schockkreis zu unterbrechen, beim vegetativen Nervensystem ist dies durch Adrenalin oder Atropin und bei Vorgängen im inneren Stoffwechsel durch Kalziumgaben zu versuchen.

K o s m i n s k i, Berlin.

3819.

Gougerot, Diagnostischer Wert der Bordet-Wassermannschen Serumreaktion. (Paris méd., Nr. 23, 1929.) Es gibt Fälle, wo die Reaktion unmöglich ist (stark hämolytisches, antihämolytisches, hämolyisiertes oder putrefiziertes Serum). Auch in einem cholesterinreichen Serum kann die Reaktion negativ bleiben. Eine negative Reaktion sagt: entweder der Kranke ist nicht syphilitisch oder latent syphilitisch (alte Infektion, mächtige Behandlung), oder der Schanker ist im Beginn. Eine prophylaktische Behandlung kann die Reaktion um 9 Monate verzögern. Nach dem 25. Tage des Primäraffektes ist die Reaktion in 100% positiv. Bei einer Mischinfektion nach dem 40. bis 60. Tage. Aber es gibt bei maligner Syphilis negative Reaktionen; ferner gibt es spontan verzögerte Reaktionen, ohne den Einfluß einer Behandlung — 100, 120 Tage nach dem Primäraffekt. Ist dieser frühzeitig und stark behandelt, so kann sich die Reaktion um 7 bis 12 Monate verzögern. In solchen Fällen hat die klinische Diagnose vor dem Wassermann den Vorzug. In der Sekundärperiode sind bei guter Technik ebenfalls 100% positiv, außer bei As-Einflüssen oder maligner Syphilis; in solchen Fällen hat auch hier die klinische Diagnose den Vorzug. In der Tertiärperiode schwanken die positiven Reaktionen zwischen 23 und 100%. Wichtig ist, daß die Blutprobe hier negativ und die Liquorprobe positiv sein kann, daß bei aktiver Lues ein negativer Wassermann bestehen kann. In der Latenzperiode hat man zwischen 13 und 83% positive Ausfälle; andere oder durch Behandlung ruhende Lues; später, namentlich in den ersten 3 Jahren, wird die Reaktion wieder positiv. Positive Reaktionen kommen vor: bei vielen Infektionen, Pneumonie, Scharlach, Rekurrens, akutem Lupus erythematodes. Hier kann die Infektion eine latente Reaktion reaktiviert haben, ganz besonders wenn im weiteren Ablauf die Reaktion positiv bleibt. Ferner kennt man positive Reaktionen nach der Behandlung der Rabies, nach Narkose, der therapeutischen Injektion von Eigenblut, von Serum oder Medikamenten in die Spinalhöhle. Ausschlaggebend ist hier der Ausfall nach der Genesung. Ferner hat man positiven Ausfall bei Kachektischen, Tuberkulose oder Krebs. Dies kann besonders bei der tuberkulösen Meningitis zu Irrtümern verleiten. Dann bei Malaria in 19 bis 35%, bei Hautkrankheiten, bei Trypanosomeninfektion, bei Lepra, bei der fusospirillären Infektion, Vincent; bei Psoriasis, Sklerodermie, Pellagra, Hodgkin, Eklampsie — hier inkonstant und wahrscheinlich durch technische Fehler. Am schwersten zu interpretieren sind die zweifelhaften Reaktionen; sie sind bedingt durch spontane Abschwächung der Infektion, die lange Dauer der Krankheit; in solchen Fällen Wiederholung oder Reaktivierung nach Milian, die von vielen hinsichtlich ihres Wertes angezweifelt wird.

v. S c h n i z e r.

3820.

Wylie, M. E., Beziehungen zwischen Schultz-Charltonschem Phänomen und Serumverdünnung. (J. Inf. Dis., 45., Heft 1, 1929.) Die Auslöschfähigkeit eines Scharlachserums ist nicht gerade proportional seiner Verdünnung oder Konzentration. Mit sehr verdünnten Lösungen sind die Resultate sehr unsicher. Unter 1 : 100 sollte in praxi nicht verdünnt werden. Die besten Resultate erhält man mit unverdünntem Serum. Die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten des Auslöschphänomens schwankt zwischen 1 bis 48 Stunden. Die Intrakutanreaktion nach Schultz-Charlton kann

nicht zur Wertbestimmung eines Scharlachserums verwendet werden.
N. Henning, Leipzig.

3821.

Spronck, C. H. H., und W. Hamburger, Ueber die diagnostische Agglutination und die Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. (Med. Klin., Nr. 29, 1929.) (Bakteriotherapeutisches Privatlaboratorium in Zeist (Holland) und Med. Abtlg. des Marien-Krankenhauses in Hamburg.) Aus humanen und bovinen Tuberkelbazillen können lipoidarme, nicht säurefeste, gramnegative Bazillen entstehen, die sich schnell vermehren und Sporen bilden. Die Umwandlung ist reversibel. Die transmutierten Tuberkelbazillen sind avirulent und zeigen keine Tuberkulinwirkung. Dieselben enthalten ein Endotoxin, das gesunde Meerschweinchen tötet. Vorbehandlung mit Bazillen oder Endotoxin schützt Meerschweinchen nicht gegen tuberkulöse Infektion, wohl aber gegen das Endotoxin, das die Bildung nicht nur von Bakteriolyisin, sondern auch von Anti-Endotoxin anregt. Die umgewandelten Tuberkelbazillen sind praktisch verwertbar für die diagnostische Agglutinationsprobe und die Vakzinetherapie der Tuberkulose.

Zur Agglutinationsprobe wird eine homogene, stabile Suspension der transmutierten Bazillen in 0,3% Formol enthaltender physiologischer Kochsalzlösung benutzt. Gegen dieses „Transmutan-Diagnostikum“ befinden sich im Blutserum des Menschen Agglutinine, und zwar bei Tuberkulösen in erheblich größerem Ausmaße als bei Gesunden. Als Grenzwert für die Beurteilung kann der Titer 1 : 100 angenommen werden. Die spontane Heilung tuberkulöser Prozesse pflegt mit einem hohen Titerwert einherzugehen. Steigende hohe Titerwerte erscheinen als ein günstiges, heruntergehende bei Fortbestehen der Krankheitserscheinungen als ein ungünstiges Zeichen. In akuten und subakuten Fällen mit tödlichem Ablauf kann der Titerwert kleiner als 1 : 100 sein und nicht steigen, sondern fallen; in chronischen vorgeschrittenen Fällen verschwinden mit der Tuberkulinreaktion auch die Agglutinine.

Das Transmutanvakzin besteht aus jungen, 24 bis 48 Stunden alten, abgetöteten Bazillen, suspendiert in physiologischer Kochsalzlösung, der 0,5% Karbolsäure zugesetzt ist. Das Vakzin wird subkutan injiziert. Eine zu große Dosis verursacht Temperatursteigerung, welche nicht selten erst am zweiten Tag nach der Injektion aufhört und bald verschwindet. Kleine Reaktionen, bis 38°, lassen sich nicht immer vermeiden, geben aber Anlaß, bei der folgenden Injektion die gleiche oder eine verringerte Dosis zu geben. Unerwünschte Temperatursteigerungen, sowie Stich- und Herdreaktionen wie bei der Tuberkulinbehandlung treten bei der Transmutanbehandlung nicht auf. Die Dauer der Kur beträgt Monate, kann aber zum Schluß ambulant ausgeführt werden. Die Verfasser sahen günstige Resultate in allen Stadien der Lungentuberkulose mit Ausnahme der ausgesprochenen Kachexien. Ein günstiger Eindruck wurde ferner erhalten in Fällen von Larynx- und Urogenitaltuberkulose sowie bei Tuberkulose des Auges und bei Lupus.

L. Gordon, Berlin.

3822.

Hauptmann, A., und A. Gallinek, Zur Frage der Schutzstoffe bei Syphilis. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 32.) (Universitäts-Nervenklinik Halle a. d. S.) Im Serum Sekundärsyphilitischer und (tertiärer) Hirnsyphilitiker wurden syphilitische Immstoffe gefunden; bei Paralytikern fanden sich solche nicht, bzw. in geringeren Mengen, ebensowenig bei Gesunden. Im paralytischen Krankheitsgeschehen spielt die ungenügende Abwehr den Spirochäten gegenüber eine Rolle; ob es sich hierbei um eine konstitutionelle Schwäche oder um den ungenügenden Reiz schwachvirulenter Spirochätenstämme handelt, ist durch näher beschriebene spezielle Untersuchungen noch zu klären.

Arnold Hirsch, Berlin.

3823.

Walker, J. E., Schutzwirkung von Bakteriophagen gegen gleichzeitige Infektion mit Kolibazillen. (J. Inf. Dis., 45., Heft 1, 1929.) Injiziert man gleichzeitig mit Kolibazillen den homologen Bakteriophagen intraperitoneal bei weißen Mäusen, so tritt eine starke Senkung der Mortalität ein. Diese Wirkung ist auch ausgesprochen, wenn der Bakteriophage an einer anderen Stelle injiziert wird. Diese Eigenschaft des Bakteriophagenfiltrates wird dem aktiven Bakteriophagen selbst zugesprochen, da die Bouillon oder Produkte des Bakterienstoffwechsels ohne Einfluß auf die Infektion sind.

N. Henning, Leipzig.

Chirurgie und Orthopädie

3824.

Oppel, W. A., Erfahrungen mit der operativen Behandlung der Syringomyelie nach Poussepp. (Arch. klin. Chir., 155., 3.)

Die Operation von Poussepp besteht in einer Laminektomie des sechsten, siebenten Hals- und des ersten Brustwirbels, der Spaltung der Dura und Eröffnung des zentralen Rückenmarkskanals; dies geschieht von hinten aus durch einen kleinen vertikalen, etwa 4 mm seitlich von der Mittellinie angelegten Schnitt. Entleerung des zentralen Kanals, Naht der Dura, der Muskel- und Hautwunde. Poussepp berichtet über vier Kranke, bei denen unmittelbar nach der Operation eine Besserung der Symptome der Syringomyelie auftrat. Die Besserung nahm im weiteren Verlauf dann noch zu. Verfasser selbst hat 7 Operationen an 6 Patienten ausgeführt. Er hat ebenso wie Poussepp keinen Kranken nach der Operation verloren und sieht in der Operation keine große Gefahr. Verfasser hat aber selbst, wie auch Poussepp, bei zwei Kranken ein Aufgehen der Wunde nach Entfernung der Nähte beobachtet. Er betrachtet dieses Auseinandergehen der Wundränder nach Entfernung der Nähte als eine trophische Störung des Hautüberzuges, wie ja überhaupt trophische Störungen charakteristisch für das Krankheitsbild der Syringomyelie sind. Besonders interessant ist, daß gerade die Hautwunde auseinandergeht und nicht die Muskelwunde. Diese Beobachtungen machten übereinstimmend Poussepp und Oppel. Zur Vorbeugung müssen deshalb die Nähte möglichst lange liegen bleiben. Nach seinen Erfahrungen glaubt Verfasser sagen zu können, daß das Prinzip der Pousseppschen Operation — Eröffnung des zentralen Rückenmarkskanals bei Syringomyelie — volle Aufmerksamkeit verdient. Eine Erkrankung, die stets als unheilbar galt, ist jetzt der operativen Behandlung zugänglich geworden, wobei man in nicht zu vorgeschrittenen Fällen einen glänzenden Erfolg erzielen kann.

E. Mühsam, Berlin.

3825.

Hesse, Erich, Erfahrungen über die zervikale und lumbale sympathische Ramikotomie bei der spastischen Paralyse. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Klinisches Bechterew-Nervenkrankenhaus und Chirurg. Klinik der Staatl. Hochschule med. Wissenschaften in Leningrad.) Verfasser berichtet über 8 Operationen wegen spastischer Paralyse, von welchen 4 an den unteren Extremitäten ausgeführt wurden. Viermal wurde ein gutes, dreimal ein geringes, einmal kein Resultat erzielt. Es scheint, daß bei der spastischen Paralyse der unteren Extremität die Resultate im allgemeinen bessere sind als an der oberen Extremität. Erfolgreich wurde operiert bei spastischen Lähmungen nach Schädigungen der Großhirnrinde, bei Parkinsonismus, bei Verletzungen des Rückenmarks, bei spastischen Erscheinungen nach peripheren Verletzungen. Der Effekt der Operation besteht in einer Erschlaffung der rigid gespannten, gleichsam versteinigten Muskulatur. Die Funktionsfähigkeit der Muskeln ließ sich bessern, hin und wieder auch vollkommen wiederherstellen. Die Reflexsteigerung wurde herabgesetzt, der Tremor verschwand, die fibrillären Zuckungen wurden seltener. Mißerfolge bei Ausführung der Operation erklärt der Verfasser auf folgende Weise: zu großer Zwischenraum zwischen Auftreten der ersten Symptome spastischer Lähmung und Operation; bereits bestehende Deformationen der Gelenke und Sehnen, die die Ausführung schwieriger orthopädischer Operationen nötig machten; Unmöglichkeit wegen bereits bestehender anatomischer Veränderungen die Operation in der Ausdehnung auszuführen, die für eine ausreichende Desympathisation erforderlich wäre. Die Operation verbietet sich, wenn eine Zerstörung der kortikalen Zentren vorliegt, da hier eine Wiederherstellung ausgeschlossen ist, wenn der primäre Prozeß, welcher der spastischen Lähmung zugrunde liegt, noch nicht abgeschlossen ist, wenn gleichzeitig schwerere Geistesstörung, besonders Imbezillität, vorliegt. Zur Technik wird empfohlen, nicht die zervikalen oder lumbalen Abschnitte des Grenzstranges zu extirpieren, sondern die Ramikotomie der C5 bis C8 bis D1 resp. der L2 bis L4 auszuführen und den Grenzstrang unterhalb nur zu durchtrennen, nicht aber in größerer Ausdehnung zu reseziieren. Nach der Operation müssen längere Zeit Massage, Gymnastik, physikalische und mechano-therapeutische Maßnahmen angewandt werden.

E. Mühsam, Berlin.

3826.

Kingreen, O., Zur Röntgenbehandlung der Wirbelsäulentumoren, insbesondere der Sarkome. (Arch. klin. Chir., 155., 2.) (Chir. Univ.-Klinik Greifswald.) Wenn die Prognose der Wirbelsäulenkarzinome und Sarkome auch recht trostlos erscheint, so soll man doch eine intensive Röntgenbehandlung niemals unversucht lassen. Bei Karzinom- und Sarkometastasen wird sie vorübergehend Erleichterung bringen und palliative Operationen (extra- oder intradurale Nervendurchtrennungen) ersetzen können. Das primäre Sarkom der Wirbelsäule soll radikal operiert und nachbestrahlt werden. Gelingt die Radikaloperation nicht, so kann man durch die Röntgenbestrahlung auf eine Ausheilung des Prozesses hoffen.

E. Mühsam, Berlin.

3827.

Mariantschik, L. P., Ueber Oesophagusdivertikel. (Arch. klin. Chir., 155, 3.) (Chir. Abt. des M.K.W.-Eisenbahnkrankenhauses, Kiew.) Verfasser berichtet über zwei Fälle von Oesophagusdivertikeln. Er weist darauf hin, daß konservative Behandlung (Bougieren und Durchspülungen) nur temporäre Besserung und niemals Heilung erzielen. Als indiziert zur Operation will er nur die Fälle ansehen, die durch Oesophagoskopie und Röntgenuntersuchung einwandfrei geklärt sind und einen zunehmenden Verfall darbieten. Die Prognose hängt sehr wesentlich von dem postoperativen Heilungsverlauf ab: Eiterungen, Fisteln, Rezidive können vorkommen. Die Mortalität bei der Divertikelexstirpation beträgt 10%. Bei den beiden Fällen des Verfassers handelte es sich um Pulsionsdivertikel. Verfasser empfiehlt die einzeitige Exstirpation, bei sehr abgemagerten Kranken ist vorher eine Gastrotomie anzulegen.

E. Mühsam, Berlin.

3828.

Hosemann, G., und Wolfgang Lang, Ueber das rezidivierende retroperitoneale Lipom. (Arch. klin. Chir., 155, 2.) (Chir. Abt. des Freiburger Diakonissenhauses und Pathologisches Institut, Freiburg i. B.) Das Lipom im allgemeinen gilt als Musterbeispiel einer gutartigen Geschwulst. Das pararenale und retroperitoneale Lipom jedoch macht hiervon nicht so selten eine Ausnahme, so daß man dann direkt von Bösartigkeit sprechen kann. Es fehlen zwar Metastasenbildung und hemmungsloses, infiltrativ-destruierendes Hineinwuchern in andere Gewebe und Ubergreifen auf andere Organe. Die Malignität zeigt sich jedoch an dem unaufhaltsamen Wachstum, das ohne operativen Eingriff unweigerlich zum Tode führt, und an einer Neigung zum Rezidivieren trotz gründlicher Operation. Die Exstirpation der oft riesengroßen, viele Kilo schweren Tumoren, die noch dazu multipel sein können, ist sehr schwierig und gefährlich. Harnleiter, Darm, Nierengefäße usw. können durch Kompression und Verdrängung bereits geschädigt sein. Obwohl nichts von Sarkom oder sonstiger Malignität im histopathologischen Sinne zu finden war, kann das Rezidiv folgen. Die Fettgeschwülste der pararenalen und retroperitonealen Regionen sind makro- und mikroskopisch gutartige Lipome, die gut abgegrenzt wachsen, nicht metastasieren und trotzdem im klinischen Verlauf durch unaufhaltsames Wachstum und Rezidive sich als bösartig erweisen. Die Entwicklung der Tumoren ist schiefe und unbemerkt. Sie sitzen versteckt, machen, solange sie nicht zu groß sind, keinerlei Schmerzen oder Symptome und kommen in ärztliche Behandlung oft erst, wenn Stärkerwerden des Leibes, Kompressionserscheinungen von seiten der Nieren, des Darms, der Gefäße usw. oder akuter Ileus schwere Erscheinungen machen. Ähnlich den wirklich bösartigen Geschwülsten bieten die Kranken häufig das Bild schwerster Kachexie, da die Geschwulst sich gewissermaßen auf Kosten des gesamten Organismus ausbreitet und dem Körper die Nahrung entzieht. Die Diagnose dieser Fettgeschwülste ist schwierig und wird oft erst bei der Operation gestellt. Sie können verwechselt werden mit Nierentumoren, Ovarialtumoren, großen intraperitonealen Drüsenumoren usw. Angstgefühl, Depression, Schweißausbrüche, Ohnmachten, Herzstörungen, Schlafstörungen und sonstige nervöse Erscheinungen bestehen und sind durch Sympathikusbeschädigung verursacht. Die Prognose ist wenig günstig, die Röntgenbestrahlungen sind vergeblich, nur die Operation kann unter Umständen noch helfen. Dabei ist die Mortalität je nach Statistik nach der Operation bis 25 bis 38%, offenbar, weil die Kranken zu spät in chirurgische Behandlung kommen und meist bereits irreparable Schädigungen sekundärer Art durch Kompression usw. bestehen. Die Operation kann unter Umständen sehr eingreifend sein, da bei der Entfernung des Tumors, der sich häufig in das Mesenterium hinein erstreckt, Darmresektionen nötig sein können; die Laparotomie ist zu empfehlen, der intraperitoneale Weg ist dem extraperitonealen vorzuziehen. Nach der Literatur sind einzelne Fälle mehrmals operiert. Bei dem vom Verfasser veröffentlichten Fall handelte es sich um ein zellreiches Lipofibrom, das multipel aufgetreten war, in zweimaliger Laparotomie wurden zahlreiche Tumormassen entfernt. Patient verstarb durch zunehmende Kachexie. Die pathologische Zusammenfassung der Todesursache ergab nach Aschoff ein aus der Fettgewebskapsel der linken Niere herausgewachsenes, histologisch nicht bösartiges Lipofibrom. Die Kachexie muß auf die Beeinträchtigung der übrigen Bauchorgane infolge Verdrängung durch den gewaltigen Tumor zurückgeführt werden. Tod an Lungenödem. Zwischen erster und zweiter Operation lagen sieben Jahre, davon 6½ Jahre völliger Arbeitsfähigkeit.

E. Mühsam, Berlin.

3829.

Finsterer, Hans, Die Bedeutung des Alters für die unmittelbaren und späteren Erfolge der Magenkarzinomresektionen. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 18.) Unter den 535 vom Verfasser operierten Fällen von Magen-Karzinom (340 Resektionen, 8 Total-

exstirpationen des Magens) sind 12 Fälle = 2,2%, die unter 30 Jahre alt waren. Die Erfolge sind bei Karzinom der Jugendlichen nicht günstige. Verfasser hat bei den unter 30 Jahre alten Patienten keine Dauerresultate zu verzeichnen. Auch bei Patienten zwischen 30 und 40 Jahren sind die Aussichten der Radikaloperation nicht viel besser. Von 24 Resektionen unter 40 Jahren sind nur 4 Fälle = 16% länger als 5 Jahre rezidivfrei geblieben. Bei alten Leuten (über 60 Jahre) sind die Erfolge der Resektion nicht viel schlechter als bei jüngeren Patienten. Von 95 Patienten im siebenben Dezennium sind 19 = 20%, von 21 Patienten im achten Dezennium 3 = 14,3% gestorben, während bei 224 Patienten unter 60 Jahren die Mortalität 19,6% beträgt. Auch unter den Patienten im hohen Alter finden sich noch 44 Patienten, bei denen Teile des Pankreas, der Leber, des Kolon mitreseziert werden mußten; was an sich die Mortalität bedeutend erhöht. Bei den Fällen von einfacher Magenresektion ist die Mortalität geringer (9,6%). Die Verbesserung der Resultate bei den Patienten im hohen Alter ist außer auf die Vervollkommnung der Asepsis und die Operationstechnik hauptsächlich auf die Ausschaltung der Allgemeinnarkose zurückzuführen. Dauerheilungen sind bei alten Leuten wegen der geringen Malignität des Karzinoms viel leichter zu erreichen als bei jüngeren Patienten. Der Prozentsatz der nach 5 Jahren rezidivfrei Lebenden wird allerdings durch die Zahl der nach 3 bis 5 Jahren infolge des hohen Alters interkurrent Verstorbenen etwas herabgedrückt.

Maslowsky.

3830.

Hochenegg, Julius, Bestrebungen zur Kontinenzzielung bei wegen Mastdarmkrebs Operierten. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 18.) Verfasser empfiehlt für die radikale Entfernung des Rektumkarzinoms als Normalverfahren die sakrale Rektumexstirpation sowohl wegen der gegenüber anderen Operationsmethoden geringeren Operationsmortalität als auch wegen der so erzielten Dauerresultate. Die kombinierte (sakral-abdominale) Methode bleibt nur für besondere Fälle (hoher Sitz, starke Fixation des Tumors) reserviert. Um die Kontinenzverhältnisse bei den sakral Operierten günstig zu gestalten, kommen folgende Maßnahmen in Betracht: Vor allem ist der Sphinkter, sofern es die Radikalität des Eingriffs erlaubt, stets als intakter Muskelsling zu erhalten. Der erhaltene Sphinkter kann später, gleichgültig, ob der Mastdarm exstirpiert, amputiert oder reseziert wird, in verschiedener Weise zur Erzielung einer Kontinenz verwertet werden. Bei genügend mobilisierbarem oberem Darmabschnitt ist die primäre Naht oder das primäre Durchzugsverfahren zu empfehlen. In Fällen, in denen diese Methoden infolge schwerer Mobilisierbarkeit des oberen Darmabschnittes nicht in Betracht kommen, werden die Inkontinenzerscheinungen des sakralen Afters durch Tragen einer Pelotte gemildert. Der meist entstehende Darmprolaps kann später zu einer erfolgreichen Nachoperation verwendet werden. Der prolabierte Darm wird in seiner Umrandung umschnitten, entfaltet und durch den erhaltenen Sphinkter durchgezogen. Um den Darmprolaps zu provozieren, kommen Preßübungen in Betracht und die Anwendung der Bierschen Saugglocke. In Fällen, in denen der Sphinkter nicht erhalten werden konnte, wurde der prolabierte Darm mobilisiert, durch eine Lücke im Glutäus durchgezogen und an der Hautumrandung fixiert. Durch methodisch geübte Innervation des tunnelierten Glutäus wurde eine meistens relative Kontinenz erzielt.

Maslowsky.

3831.

Finsterer, Spätrezidiv oder Neuerkrankung nach Resektion von Magen- und Dickdarmkrebs. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 20.) Verfasser bespricht die von ihm beobachteten Fälle von Spätrezidiv bzw. Neuerkrankung viele Jahre nach Karzinomresektion und erörtert die Frage, ob und welche Faktoren das Wiederauftreten eines Karzinoms begünstigen können. In einem der beobachteten Fälle ist vielleicht eine schwere Grippeerkrankung, in einem zweiten Falle eine Cholelithiasis für das Wiederauftreten des Karzinoms verantwortlich zu machen. Der nach Karzinomresektion momentan geheilte Patient soll auch weiterhin beobachtet und behandelt werden, es sind alle Schädlichkeiten von ihm fernzuhalten, die imstande sind, seine Widerstandskraft herabzusetzen, da es dadurch vielleicht gelingt, das Wiederauftreten von Karzinom zu verhindern.

Maslowsky.

3832.

Pupovae, D., Zur Annahme der Radikalheilung und zum Rezidiv bei malignen Tumoren. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 19.) Verfasser berichtet über einige von ihm beobachtete Fälle maligner Tumoren, deren Verlauf im Gegensatz zu den gültigen Regeln und Lehrsätzen steht. Ein Mann mit Zungenkarzinom blieb nach Exstirpation des primären Tumors und nach Entfernung des ein Jahr später aufgetretenen lokalen Rezidivs 21 Jahre beschwerdefrei. Nach dieser Zeit trat an Stelle der Narbe neuerlich ein karzino-

matöser Tumor auf. Ob es sich in diesem Fall um ein Rezidiv oder um eine Neuerkrankung handelte, war nicht mit Sicherheit zu entscheiden. In einem Falle von Mammarkarzinom trat das zum Tode führende lokale und metastatische Rezidiv 9 Jahre nach der Radikaloperation auf, in einem zweiten Falle 12 Jahre nach der Radikaloperation. Eine Patientin, bei der vor 22 Jahren ein Melanosarkom unterhalb der rechten Mamma samt den regionären Lymphdrüsen und im folgenden Jahre zwei Rezidivtumoren entfernt wurden, ist bis zum heutigen Tage vollständig gesund und rezidivfrei geblieben.

Maslowsky.

3833.

von Häberer, H., **Zur Frage solitärer Leberabszesse.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 18.) Verfasser berichtet über die von ihm beobachteten 6 Fälle solitärer Leberabszesse; durch Eröffnung und Dränage der Abszeßhöhle kam es in allen Fällen zur Heilung. In einem Falle war die Abszeßhöhle in die Lunge durchgebrochen. Die Kommunikation des Leberabszesses mit der Lunge bestand mehrere Jahre. Zeitweise kam es zu Hämoptoen und Exspektoration großer Eitermengen. Die Eröffnung und Dränage des Leberabszesses vom Abdomen her brachte auch in diesem Falle vollständige Heilung.

Maslowsky.

3834.

Heyrovsky, **Ueber Dauerresultate der Cholecho-
duodenostomia externa.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 20.) Verfasser hat bei 25 Patienten, bei denen eine Dauerdränage des Chole-
dochus indiziert war, die Cholecho-
duodenostomia externa ausgeführt. Eine Patientin, die an Hepatolithiasis mit schwerem Ikterus und Cholangitis gelitten hatte, starb 5 Wochen nach der Operation an den Folgen der Insuffizienz der Anastomose. 10 Patienten waren nach der Operation völlig geheilt. Bei den übrigen Patienten waren die Resultate nicht befriedigend. In 3 Fällen blieben die Beschwerden auch nach der Operation unverändert bestehen, in einem Falle kamen durch das Ueberfluten des Duodenalinhaltes durch die Anastomose in die Gallenwege beträchtliche Beschwerden zustande.

Maslowsky.

3835.

Kausch, W., **Ueber Nabelsteine.** (Arch. klin. Chir., 155., 2.) (I. Chir. Abt. des Schöneberger Krankenhauses.) Zum Gedächtnis des am 24. März 1928 verstorbenen Verfassers bringt die Schriftleitung diesen Aufsatz. Verfasser beobachtete in den letzten drei Jahren seiner Tätigkeit 11 Fälle dieses seltenen Vorkommnisses. Derartige Nabelsteine bilden sich im vertieften Nabel, besonders, wenn der Nabel mit verengtem Eingang das Herausfallen eines derartigen Konkrementes verhindert. Die Steinbildung entsteht aus Epidermiszellen, Hauttalg, Härchen, Stoff-Fasern der Kleidung und Staub. Ist ein Stein erst einmal entstanden, dann wächst er automatisch durch sich auflagernde Epidermiszellen und Talg weiter. Derartige Nabelsteine kommen nach Kausch auch bei Leuten vor, die sich größter körperlicher Sauberkeit befleißigen, vor allem natürlich aber bei Menschen mit mangelhafter Körperpflege, die jahrzehntlang nicht oder nie gebadet haben. Die Steine stinken pestilenzialisch, sind von verschiedenster Größe, Oberfläche, Form und Farbe. Die Steine können jahrelang im Nabel ruhen, ohne die geringsten Erscheinungen zu verursachen. Gelegentlich werden sie dann durch Zufall bei der Inspektion des gesamten Körpers entdeckt; oft aber bilden sie ein eigenes Leiden, das die Menschen zum Arzt führt: Reizerscheinungen, Omphalitis mit Eiteransammlung im Nabel, Periomphalitis, Nabelphlegmone. Der Stein als Zufallsbefund ist nicht als Leiden zu bezeichnen; nach der meist mühelos auszuführenden Exstruktion mit einer Pinzette ist alles erledigt, und sorgfältige Nabelpflege wird das Entstehen neuer Steine im allgemeinen verhindern. Bestehen Reizerscheinungen, so sind diese durch Säuberung, Salbe, Tampons zu behandeln. Wer nicht auf Nabelsteine achtet, sie nicht kennt, wird sie fast nie bemerken. Nach Kausch sind Nabelsteine sicherlich nicht so selten, wie man gewöhnlich annimmt, man achtet nur eben nicht genug auf sie.

E. Mühsam, Berlin.

3836.

Lauda, **Die Indikation zur Splenektomie und ihre Grundlagen.** (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 29.) Die Indikationen zur Milzextirpation wurden nicht auf Grund physiologischer Tatsachen konstruiert, sondern empirisch gefunden. Zu den rein chirurgischen Indikationen gehören: Milzruptur mit sekundärer Blutung, Milzechinokokkus, Milzabszeß, septischer Milzinfarkt. Bei der Malaria geben postoperative Komplikationen (Magenblutungen, Verblutungen aus dem Amputationsstumpf, fortschreitende Milzvenenthrombosen) sowie die Aktivierung der latenten Infektion eine Kontraindikation gegen die Splenektomie (S.) ab. Nur in vereinzelt Fällen, wenn die interne Therapie sich als völlig machtlos erweist und bei besonders großem Milztumor, ist die S. angezeigt, die nach mehreren Autoren bei der chronischen Malaria sehr gute

Resultate zeitigt. Bei der myeloischen und lymphatischen Leukämie wurden nach der schon oft ausgeführten S. keine Dauererfolge gesehen, der Eingriff ist bei diesen Krankheiten nur bei leukämischer Wandermilz mit schweren Beschwerden, bei sekundärer Hydronephrose und bei Ruptur der Milz indiziert. Bei der Gaucherschen Krankheit sieht man außerordentliche Besserungen nach der S., heilend jedoch wirkt der Eingriff hier nicht; die S. ist daher nur in fortgeschrittenen Fällen erlaubt. Beim Milztumor der septischen Endokarditis, der tertiären Lues und der thrombophlebischen Splenomegalie ist die S. kontraindiziert, bei isolierten Lymphogranulomatosen, Sarkomatosen und Tuberkulosen dagegen angezeigt. Bei der perniziösen Anämie sieht man mitunter gute Erfolge, die aber nur vorübergehend sind und die Lebensdauer nicht wesentlich beeinflussen. Die S. soll aber als letztes Mittel in den seltenen Fällen versucht werden, wo die interne Behandlung völlig versagt. Beim hämolytischen Ikterus sind die Erfolge häufig gut, man sieht sogar Dauerheilungen. Bei schweren Fällen stellt hier die S. die Therapie der Wahl dar, bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden und bei fehlender Anämie ist sie kontraindiziert. Als Ursache für die Erfolge der S. bei perniziöser Anämie und hämolytischem Ikterus wird die meist angenommene Ausschaltung der aktiven Hämolyse (Zerstörung normaler Erythrozyten) abgelehnt und eine Wechselwirkung zwischen Milz und Knochenmark angenommen. Bei der thrombopenischen Purpura gibt die S. gute Erfolge, deren Ursache in einer Beeinflussung des Gefäßsystems durch den Eingriff zu suchen ist. Die S. ist nur bei schwereren Fällen angezeigt.

Ernst Pick, Wien.

3837.

O'Hare, P., und L. Hoyt, **Chirurgie bei Nephritikern und Hypertensiven.** (New England J. Med., Nr. 25, 1929.) Die Chirurgen sind in diesen Fällen entweder zu ängstlich oder zu sorglos. Ein Kranker kann auf ganz verschiedenen Wegen zu einer Hypertension kommen. Eine akute Nierenentzündung kommt ins subakute, subchronische und chronische Stadium, aber viele erreichen das subchronische Stadium nicht, weil sie vorher heilen oder — selten — sterben. Zu Beginn des subchronischen Stadiums steigt der Druck allmählich jahrelang, aber er erreicht nicht die Höhe der zweiten Gruppe. Gleichzeitig fällt aber auch die Nierenfunktion: Tod durch Urämie, Herz- und Gefäßstörungen, meist durch eine interkurrente Infektion. Recht verschieden ist der Verlauf bei den Patienten, bei denen man erst nach 40 zuerst Hypertension entdeckt. Das Primäre sind hier nicht die Nieren, wie man meist annimmt, sondern die Gefäße: Spasmen, Sklerose der kleinen Gefäße, Herzhypertrophie folgen nacheinander, und der Tod tritt ein durch zerebrale Hämorrhagie, Angina, kongestiven Herzfehler mit Oedem, chronische Nephritis mit Oedem, Diabetes, Hypertension und Albuminurie allein genügt nicht für eine Nephritis oder für die Möglichkeit eines Todes an zerebraler Hämorrhagie oder Herzfehler. Eine Angina pectoris braucht nicht nur vom Herz auszugehen. In beiden Fällen können lediglich Gefäßstörungen zugrunde liegen. Von den Anästhetika läßt Aether zuerst im Erregungsstadium den Druck steigen, was durch eine Morphininjektion etwas gemildert werden kann. In voller Anästhesie nahe an der Norm. Bei längeren Operationen ist der Fall durch die Operation an sich bedingt. Q mit Aether hält den Druck hoch. Aether reizt zwar die Nieren, aber nicht immer. So kann nach einer Tonsillektomie unter Aether eine akute oder subakute Nephritis aufflackern. Ebenso, was wenig bekannt ist, nach einem Lokalanästhetikum. Und zwar nicht durch das Anästhetikum, sondern durch die unreine Wunde. Chloroform sollte nie bei Hypertension gebraucht werden wegen der depressiven Wirkung auf das Herz. Ähnlich wirkt Äthylchlorid. N mit O hebt den Druck, aber hier ist die Gefahr meist übertrieben. Äthylol hat keine üblen Nebenwirkungen bei Hypertension und Nephritis. Spinalanästhesie mit Novocain wirkt ausgesprochen hypotensiv, wenn nicht Ephedrin gegeben wird, das aber sehr gefährlich sein kann. Lokalanästhesie mit Novocain: hier ist ein allgemeines Anästhetikum vorzuziehen, denn der druckerhöhende psychische Effekt fällt weg, und die Operation ist kürzer. Ferner birgt das Adrenalin Gefahren: Hypertensive sind hiergegen sehr sensibel; keine Verabreichung bei Druck über 180. Hypertensive bluten mehr und sind leichter zum chirurgischen Schock geneigt. Deshalb: außer bei schweren Hämorrhagien kann der Druck wohl immer vorher noch gemessen und der Urin untersucht werden. Bei akuter und subakuter bei den Exazerbationen der chronischen Nephritis möglichst keine Operation, solange das Urinvolumen gering. Postoperatives Erbrechen kann das Urinvolumen noch mehr herabsetzen und Urämie heraufbeschwören. Also reichlich Flüssigkeit subkutan, intravenös, rektal. Bei der Tendenz zu Azidosis reichliche Alkalinisierung vor und nach der Operation. Hoher diastolischer Druck, Pulsus alternans, Gallopprhythmus, retinale Arteriosklerose geben schlechte Aussichten. Die schlechtesten Aussichten geben die chronischen Nephritiden. Hier ist der Blut-N zu bestimmen, unter Umständen die Phthaleinreaktion vorzunehmen.

Oxygen, Lokalanästhesie, Alkali 3 Tage vor und nach der Operation, den Urin durch Flüssigkeitszufuhr auf allen Wegen über 1500 halten.
v. Schnizer.

3838.

Tileston, Wilder, Beckenchirurgie vom Standpunkt des Internisten. (New England J. Med., Nr. 23, 1929.) Hypertension ist im allgemeinen keine Kontraindikation zur Operation, wenn die Herzkompensation eine gute ist. Natürlich darf kein Herzfehler vorliegen. Bei großen Abdominaltumoren, z. B. bei Fibromyomen des Uterus, besteht die Gefahr der plötzlichen Drucksenkung: Ueberwachung des Druckes während der Operation und Bereithalten von Adrenalin, denn wenige Stunden nach der Senkung kann plötzlicher Tod eintreten. Auch die Frage Myom und Herz ist wichtig. In den meisten Fällen ist der tödliche Ausgang nicht dem Myom zuzuschreiben, das nach vielen Autoren einen schädlichen Einfluß aufs Herz haben soll, sondern der Arteriosklerose und besonders der Koronarsklerose des Herzens. Lediglich bei ausgesprochenen Anämie durch Hämorrhagien findet eine schädliche Wirkung auf das Herz statt. Also bei allen älteren Leuten genaue Untersuchung des Herzens vor der Operation. Durch das Insulin sind Operationen bei Diabetikern heute nicht mehr zu fürchten: aber Vorbereitung durch einen erfahrenen Internisten. Aktive Lungentuberkulose ist eine direkte Kontraindikation für nicht unbedingt nötige Operationen: Verschlimmerung des Zustandes dadurch. Hier ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Abort: wenn auch das französische Diktum: die erste Schwangerschaft wird leicht, die zweite schwer und die dritte nie überstanden, etwas übertrieben ist, so birgt es doch einen Kern Wahres. Wegen der oft rapiden Ausdehnung der Lungentuberkulose nach Einleitung des Abortes ist es manchmal besser, die Schwangerschaft zu Ende gehen zu lassen und nachher spätere Schwangerschaften zu verhüten. Die tuberkulöse Salpingitis ist eine ausgesprochen chirurgische Affektion; aber eine Nachbehandlung der Tuberkulose durch den Internisten ist hier dringend nötig. Ovariektomie: In früheren Jahren ist Konservierung indiziert; aber immerhin ist dabei die spätere maligne Degeneration zu erwägen. Adipositas danach kommt eigentlich nur in sehr jungen Jahren vor. Die heißen Wallungen findet man nicht häufiger nach der Operation wie in der Menopause. Hinsichtlich der psychischen Folgen empfiehlt sich vor der Operation eine psychiatrische Untersuchung. Nach Graves sind Rückenschmerzen über der unteren Lumbal- und Sakralregion niemals pelvischen Ursprungs: Sakroiliakalstörungen, Pott, Osteoarthritis, maligne Erkrankungen der Spina, die meist metastatische Menorrhagien sind, oft einer hämorrhagischen Diathese, wie Leukämie, Leberzirrhose, Purpura haemorrhagica, welch letztere namentlich in ihrer chronischen Form leicht übersehen wird. Manche solche Fälle können zu einer fatalen Hämorrhagie vom Uterus führen. Amenorrhöe ist oft durch endokrine Störungen bedingt, manchmal durch Hypopituitarismus mit Fettsucht, häufiger durch Hypothyreoidismus.
v. Schnizer.

3839.

Brandesky, Ueber zwei Messerstichverletzungen seltener Lokalisation. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 20.) Bei einem 27jährigen Mann kam es durch einen Messerstich drei Querfinger unterhalb des Rippenbogens in der hinteren Axillarlinie zu einer retroperitonealen Verletzung des Colon descendens. Die nach der Verletzung zu beobachtende stark verminderte Harnsekretion ließ den Verdacht auch auf eine Verletzung des linken Ureters aufkommen. Bei der Operation erwiesen sich Niere und Ureter intakt, im Bereich des Stichkanals bestanden Zeichen beginnender Phlegmone. Die Uebernähung der Darmwunde und Ueberdeckung derselben mit einem Peritonealzipfel — das Peritoneum wurde zwecks Inspektion der Verletzung gegenüberliegenden, intraperitonealen Darmwand eröffnet — führte binnen 3 Wochen zu völliger Heilung. Die Verminderung der Harnsekretion ist in diesem Falle auf reflektorischem Wege durch die beginnende retroperitoneale Phlegmose zustande gekommen. — 26jähriger Patient erlitt zwei Stichverletzungen, eine am vorderen Rand des linken Sternokleido, eine im rechten Oberbauch. Die Verletzung am Halse führte zu einer retropharyngealen Phlegmone. Durch frühzeitige Operation (hintere kollare Mediastinotomie) kam es zur Heilung.
Maslowsky.

3840.

Demmer, Drei Verletzungen des Plexus cervicalis bei Motorradfahrern. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 20.) Drei Motorradfahrer zogen sich durch Anprall an einen Mast in der Weise, daß derselbe zwischen Schulter und Kopf zu stehen kam, neben Gehirnerschütterung und Knochenbrüchen eine totale Lähmung des Armes zu. Die operative Behandlung der Plexuslähmung erfolgte beim ersten Patienten 10 Wochen, beim zweiten Patienten 1 Jahr, beim dritten Patienten 3 Wochen nach dem Unfälle. Beim ersten

und dritten Patienten trat nach der Operation allmählich eine recht weitgehende Wiederkehr der Beweglichkeit ein, beim zweiten Patienten blieb die Lähmung dauernd unverändert bestehen. Bei der Operation wurden die Nerven aus dem Narbengewebe freigelegt; dort, wo Kontinuitätstrennungen bestanden und der zentrale Stumpf nicht erreichbar war, wurde die zeitliche Implantation in einen parallel laufenden Strang verwendet. Da es sich in allen Fällen um die Verletzung der Ursprungsäste des Plexus brachialis und nicht der bereits für die einzelnen Nerven erkennbaren Faszikel handelte, ist nicht zu entscheiden, wie weit der erzielte Erfolg der spontanen Erholung der Nerven den Neurolysen, den Plastiken und Implantationen zuzuschreiben ist. Der chirurgische Erfolg der beschriebenen Fälle berechtigt zur frühzeitigsten Indikationsstellung da, wo durch ein wichtiges Trauma ein Nerv in seiner Funktion gestört wurde.
Maslowsky.

3841.

Reissinger, Heinrich, und Hermann Schneider, Zirkulierende Blutmenge und Operationstrauma. (Dtsch. Z. Chir., 217., Heft 5/6.) Für den Ausfall der Operationen ist, abgesehen von dem Eingriff selbst, nicht nur die Herzkraft, sondern die zirkulierende Blutmenge von allergrößter Wichtigkeit. Mit Hilfe der Kohlenoxydmethode läßt sich das Verhalten der zirkulierenden Blutmenge während der operativen Eingriffe gut verfolgen. Zunächst ergibt sich, daß das Betäubungsmittel in keiner Weise gleichgültig ist. Bei Allgemeinnarkose, mit Ausnahme bei der Narzylennarkose, ist eine Verminderung der zirkulierenden Blutmenge zu konstatieren. Die Verminderung ist von der Dauer der Narkose und von der Art des Narkosemittels abhängig. Avertin und Chloroform bewirken ein stärkeres Absinken der zirkulierenden Blutmenge als Aether. Bei örtlicher Betäubung wird eine viel geringere Abnahme der zirkulierenden Blutmenge, ja sogar eine Steigerung derselben festgestellt, die auf die Wirkung des Adrenalins zurückzuführen ist.

Auch das Operationstrauma selbst wirkt im Sinne einer Verminderung der zirkulierenden Blutmenge. Besonders stark ist diese Verminderung bei Operationen in der Bauch- und Brusthöhle. Die Lagerung des Patienten während der Operation scheint keinen Einfluß auf die zirkulierende Blutmenge zu haben. Wirkung des Betäubungsmittels und Ausdehnung des Operationstraumas beeinflussen die zirkulierende Blutmenge. Das Absinken der zirkulierenden Blutmenge muß als beginnender Kreislaufkollaps aufgefaßt werden und kann durch Mittel, die den peripheren Kreislauf angreifen, wie Adrenalin und Strychnin, günstig beeinflusst werden.
E. Gohrbandt, Berlin.

3842.

Dreyfuß, Wilhelm, Die Phlebektomie als Behandlungsmethode der Thrombophlebitis und ihrer Komplikationen. (Dtsch. Z. Chir., 217., Heft 5/6.) Auf Grund eigener Erfahrungen und des Studiums des Schrifttums wird die Indikationsstellung zur Phlebektomie im Gesunden folgendermaßen begrenzt: Schreitet die infektiöse Thrombophlebitis fort, so ist die Unterbindung am befallenen Gefäß im Gesunden auszuführen. Bestehen dabei noch keine Zeichen von Allgemeininfektion, so genügt es, bei aufsteigender Thrombophlebitis die oberflächlichen Venen zu unterbinden, bevor sie das Hauptgefäß erreicht. Liegt dagegen ein Prozeß in der Tiefe oder besteht ein Herd, der zu einer Allgemeininfektion führen kann, so soll das Hauptsammelgefäß, auch wenn es nicht selbst befallen ist, doppelt unterbunden und durchtrennt werden. Genau so soll das Hauptsammelgefäß unterbunden und durchtrennt werden bei allen blauen oder infizierten Thrombosen, von denen aus Embolien in die Lunge erfolgt sind. Verfasser glaubt, in der Phlebektomie einen so großen Wert erblicken zu müssen, der alle Zweifel, ob eine Verschlimmerung in dem einen oder anderen Falle ohne sie wirklich eintreten würde, weit in den Schatten stellt.
E. Gohrbandt, Berlin.

3843.

Moritsch, P., Das Blattsilber in der Wundbehandlung. (Zbl. Chir., Nr. 23, 1929.) Verfasser empfiehlt, auch frische Wunden, Exkoriationen, Fingerzerquetschungen usw. mit Blattsilber zu behandeln. Unter dem Silberblättchen reinigt sich die Wunde rascher und wird schneller sekretionsfrei als bei der Salbenbehandlung. Auch der Verbandwechsel ist schmerzloser. Besonders eignen sich zur Blattsilberbehandlung die stark sezernierenden Granulationswunden. Auch für die Nahtwunden, die längere Zeit unter dem Verband, z. B. Gipsverband, liegen bleiben, ist die Verwendung von Silberblättchen sehr ratsam, da infolge der sekretionshemmenden und bakteriziden Wirkung der Silberbedeckung die Nähte viel länger liegen bleiben können. Walter Grossmann, Berlin.

3844.

Fohl, Th., und H. Eitel, Klinische und experimentelle Studie über die Inhalationsnarkose mit Rückatmung. (Klin. Wschr.,

8. Jahrg., Nr. 32.) (Chirurgische Universitätsklinik Freiburg i. Br.) Prinzip der Narkose mit Rückatmung: partielle Wiedereinatmung der Ausatemungsluft unter Zugabe von Frischluft.

Beschreibung des Ombredanne-Apparates und seiner konstruktiven Besonderheiten.

Analyse des Narkoseablaufes: Die Rückatmung führt zu einer optimalen CO₂-Anreicherung im Einatemungsstrom sowie im arteriellen Blut.

Theoretische und experimentelle Grundlagen. Nachprüfung der stimulierenden Wirkung der gegebenen CO₂-Konzentration auf Kreislauf, Atmung und Stoffwechsel.

Klinischer Verlauf dieser Narkoseart und ihre Vorteile: schnelles Einschlafen, ruhiger tiefer Schlaf bei gutem Allgemeinzustand, rasches Erwachen, geringe Nachwirkung.

Arnold Hirsch, Berlin.

3845.

Grodinsky, Manuel, und R. Russell, **Sakralanästhesie.** (J. Urol., 22, 2.) (Medizinische Hochschule der Universität Nebraska, Omaha.) Epidurale Injektion von 20 ccm Novokain genügt zur Anästhesierung des fünften Sakralnervens und unter Umständen des vierten und sogar dritten. Verfasser empfiehlt zur Sakralanästhesie Novokainlösungen 1prozentiger Stärke. Das Vorhandensein von perineuralem Fett und Narben in der Injektionsstelle erschwert das Eindringen des Novokains in die Nerven und zwingt unter Umständen zur Verwendung größerer Mengen.

E. Mühsam, Berlin.

3846.

Neustadt, E., **Zehn Jahre Sehnenplastik.** (Arch. orthop. Chir., 27., Heft 3, 1929.) (Berliner orthopädische Universitätsklinik und Poliklinik.) Nachuntersuchung von 49 Patienten zwischen 4,6 und 15,6 Jahren, bei denen in der Zeit von 1916 bis 1925 Sehnenverpflanzungen (nach der Methode von Lange, einige mit Sehnen- auswechslung nach Biesalski) vorgenommen wurden. Bei Ersatz des Kniestreckers zeigte die Verpflanzung von zwei Beugern, vor allem des Musculus semitendinosus und des langen Bizepskopfes, die besten Resultate. Beim Lähmungshackenfuß wird auf Grund der Nachuntersuchungsergebnisse die Verpflanzung des Musculus peroneus longus nach vorhergehender Keilosteotomie aus dem Kalkaneus empfohlen, beim Lähmungsklumpfuß die Verwendung des Musculus extensor hallucis longus. Sehr günstig war bei Lähmungsknickfüßen der Ersatz der gelähmten Tibiamuskeln durch den Musculus peroneus longus oder Musculus extensor hallucis longus. Beim paralytischen Knickplattfuß wird vor der Verpflanzung eine Keilosteotomie aus dem Navikulare empfohlen. Der Erfolg jeder Sehnentransplantation ist von einer ausgiebigen und konsequent durchgeführten Vor- und Nachbehandlung abhängig.

Eckhardt, Dahlem.

3847.

Flotow, Felix, **Die Operation des angeborenen Schulterblatt-hochstandes.** (Arch. orthop. Chir., 27., Heft 3, 1929.) (Annastift, Hannover-Kleefeld.) Bericht über 11 Fälle, die nach Puttis Angaben (Durchtrennung der Muskelstränge, Mobilisation, Tiefstellung und Fixation des Schulterblattes durch Naht an Rippe) mit sehr günstigem, in einigen Fällen idealem funktionellem und kosmetischem Resultat operiert wurden.

Eckhardt, Dahlem.

3848.

Rostock, Paul, **Die Dauererfolge der Patellarfrakturbehandlung.** (Arch. orthop. Chir., 27., Heft 3, 1929.) (Chir. Abteilung des Krankenhauses Bergmannsheil, Bochum.) Den Ausführungen liegen 154 Fälle zugrunde, die während der letzten 20 Jahre in verschiedenen kleinen und großen Krankenhäusern behandelt wurden. Die Sekundärnaht wies die schlechtesten Resultate auf. Selbst bei komplizierten Frakturen soll man nach Exzision der Wundränder sofort die Naht vornehmen. Die Nachuntersuchung ergab, daß es, an der Erwerbsverminderung gemessen, gleichgültig ist, ob die Behandlung eine knöcherne oder fibröse Heilung erzielt. In bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist es auch gleichgültig, welche Art der Patellarnaht oder die konservative Behandlung, wenn keine Dislokation der Fragmente vorhanden ist, angewandt wird.

Eckhardt, Dahlem.

3849.

Kroh, Fritz, **Folgen und Behandlung großer Defekte der Kniegelenkscapsel.** (Arch. klin. Chir., 155, 3.) (Chir. Klinik der Universität Köln.) Verfasser empfahl im Jahre 1919 die Mobilisierung der Kniegelenkscapseltaschen als aussichtsreiche Methode der Capselplastik bei größeren Gelenkscapseldefekten. Verfasser berichtet über die in der Nachkriegszeit mit dieser plastischen Methode gemachten Erfahrungen und empfiehlt sein Verfahren dringend. Das Verfahren besteht darin, anstelle des sonst üblichen Muskel-Faszienlappens aus dem Quadrizeps bei Deckung eines durch Entfernung der Knie Scheibe entstandenen Capseldefektes den

geräumigen oberen Rezessus als artgleiches Deckungsmaterial zu verwerten. So wurden zahlreiche Defekte der vorderen Capselwand wie auch solche des seitlichen inneren und äußeren Rezessus plastisch mit gutem Erfolge gedeckt.

E. Mühsam, Berlin.

3850.

Gold, Ernst, **Ueber traumatische Epiphysenlösungen und deren Behandlung.** (Arch. klin. Chir., 155, 2.) (I. Chir. Universitäts-Klinik Wien.) Unter traumatischer Epiphysenlösung wird die durch ein Trauma bewirkte Kontinuitätstrennung eines wachsenden Knochens im Bereiche seiner Wachstumsfuge verstanden. Mit der Kontinuitätstrennung geht regelmäßig eine mehr oder weniger weitgehende Ablösung des Periostes einher. Bei den vom Verfasser beobachteten Fällen handelt es sich um die erste zusammenfassende Darstellung der Klinik und Behandlung der traumatischen Epiphysenlösungen, die im deutschen Schrifttum seit den Arbeiten von P. Bruns (1882) und O. Wolff (1900) zu finden ist. Verfasser kommt an Hand des Materials der Eiselsbergischen Klinik während des Zeitraumes vom 1. Dezember 1926 bis 31. Januar 1928 zu dem Schluß, daß die Epiphysenlösung am unteren Radiusende die häufigste von sämtlichen traumatischen Epiphysentrennungen ist. Frühzeitige, genaue Repositionen und Retentionen der gelösten Epiphyse sind vorzunehmen. Extensionsverbände, Lagerung des Gliedes, extraartikuläre Osteotomie des Kallus bei veralteten Fällen sind je nach Lage des Falles zur Erzielung guter funktioneller Resultate anzuwenden.

E. Mühsam, Berlin.

3851.

Seiffert, J., **Zur Plattfußdiagnose.** (Zbl. Chir., Nr. 23, 1929.) Verfasser beschreibt ein einfaches diagnostisches Hilfsmittel, das angibt, ob wir es mit einem lockeren oder mit einem kontrakten Plattfuß zu tun haben, was für die Therapie von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Der mit parallelgerichteten Füßen auf glattem Fußboden stehende Patient wird aufgefordert, sich in den Zehenstand zu erheben. Wir sehen dabei, daß beim lockeren Plattfuß das Fußgewölbe durch den noch kontraktionsfähigen Plantar- und Wadenmuskel wiederhergestellt wird, da das Skelett noch keine Formveränderung erlitten hat. Wird durch die dauernde Belastung des schon geschwächten Fußgewölbes ein Umbau in der Knochenarchitektur bewirkt, so wird das Fußgewölbe beim Zehenstand nicht wiederhergestellt, dann haben wir es mit einem kontrakten oder fixierten Plattfuß zu tun.

Walter Grossmann, Berlin.

3852.

Winski, J., **Myositis ossificans post luxationem coxae sin.** (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 1, 1929.) Bei einem 58 Jahre alten Manne wurden nach nicht reponierter Luxatio coxae sin. nach oben und hinten zahlreiche Verknöcherungsherde in der Gegend der durch das Trauma betroffenen Knochenteile festgestellt, d. h. in der Nähe der Gelenkpfanne, des Femurkopfes und -halses, der Trochanteren und der medialen Seite des obersten Teiles des Femurschaftes.

v. Dzierbowski.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3853.

Simpson Wells, A., **Syphilis und Schwangerschaft.** (J. med. Assoc. S. Africa, Nr. 12, 1929.) Eine Uebersicht über 1000 Blutproben von farbigen Schwangeren von 1921 bis 1928 und 399 Untersuchungen des Plazentablutes: im ersteren Falle waren 28% positiv, im letzteren 20%. Untersuchungen bei amerikanischen Negeren ergaben bei 966 Schwangeren 20% positiven Ausfall und 7% positiven Ausfall bei Plazentablut. Bedeutung der Untersuchung des Plazentablutes: man nimmt an, daß eine vollentwickelte Plazenta durch ihre Chorionfermente die Infektion verhindere; daher gesunde Kinder von spät in der Schwangerschaft infizierten Müttern. Von 1922 bis 1928 55 Totgeburten; 34 von diesen Müttern hatten positiven Wa. Ebenso interessant wie praktisch wichtig, namentlich hinsichtlich der Diagnose, ist die Beobachtung, daß die Syphilis bei Frauen anders auftritt wie bei Männern. Schanker ist bei Frauen äußerst selten, oft so ephemere, daß er gar nicht beobachtet wird. Während er an der Zervix in der Form einer nur mikroskopisch festzustellenden Infiltration auftritt, beobachtet man ihn sonst am weiblichen Genital, auch an der Brustwarze als blumenkohlähnliche Infiltration von purpurroter Färbung; die leicht, wenn entfärbt, als Ca angesprochen wird. Im sekundären Stadium sind die Erscheinungen bei Frauen viel milder als bei Männern. Veränderungen der Haut, des kardiovaskulären Systems der Nerven und des Ovariums sind bei Frauen verhältnismäßig selten. Konstitutionelle Symptome sind dagegen bei Frauen häufiger. Bei ihnen führt die Toxämie oft zur Diagnose Malaria, Typhus, Influenza,

rheumatisches Fieber; Leber- und Niereninfektionen sind bei Frauen häufiger und machen oft die As-Behandlung gefährlich. Als Gründe dafür hat man angeführt: die Verschiedenheit der Sera der beiden Geschlechter, die größere Lymphozytosis bei der Frau, die protektive Wirkung der Thyreoidea, u. a. Hormone, der konzeptionelle Schutz durch die Chorionproteine. Infolgedessen hat auch die Syphilis während der Gebärperiode die Tendenz, latent zu bleiben; Wa wird erst nach der Menopause positiv. Die Behandlungsergebnisse sind gute. Kahn scheint sicherer zu sein als Wa. v. Schnizer.

3854.

Mandelstamm, Alexander, und Emmanuel Kaplan, Geburt bei alten Erstgebärenden. (Med. Welt, Nr. 28, 1929.) (Geburtshilfliche Klinik des Geburtshilflich-Gynäkologischen Reichsinstituts für ärztliche Fortbildung, Leningrad.) Bericht über Beobachtungen an 476 Erstgebärenden über 30 Jahre. Je älter die Erstgebärenden sind, desto mehr ist der Prozentsatz der spät (nach fünfjähriger Sterilität) konzipierten: bis zum Alter von 35 Jahren beträgt diese Zahl 62,5%, zwischen 35 und 50 Jahren steigt dieser Prozentsatz bis 74,4%. In 34% der Fälle waren Menstruationsanomalien (Oligo-, Hypo-, Hyper-, Dysmenorrhöe), also mit gewisser Wahrscheinlichkeit eine Sterilität ovarieller Herkunft vorhanden. In 10,6% der Fälle bestand ein enges Becken. Die große Zahl der engen Becken bei alten Erstgebärenden glaubt Verfasser dadurch erklären zu müssen, daß diese körperlich schlecht entwickelten Frauen von Männern weniger geschätzt werden, und es ihnen darum meistens bedeutend später zu heiraten gelingt. Steißlagen traten am Material des Verfassers doppelt so oft vor als bei jungen Erstgebärenden. Im ganzen wurden 8,4% anormale Lagen gefunden. Die mittlere Dauer der Geburt betrug 25½ Stunden; die längere Dauer der Geburt wurde nicht nur durch die größere Starrheit der Gewebe, sondern auch durch die konstitutionelle Minderwertigkeit eines großen Teiles der Frauen, durch entzündliche Veränderungen des Myometriums nach vorangegangenen Aborten, durch Myome u. a. bedingt. Die häufigste Komplikation der Geburt war die Wehenschwäche.

Durch die Wehenschwäche (Eklampsie, Blutungen, Nabelschnurvorfälle usw.) einerseits und den relativ hohen Prozentsatz der engen Becken andererseits werden bei alten Erstgebärenden häufig operative Eingriffe bedingt. Bei den Erstgebärenden im Alter von 35 bis 39 Jahren wurde jede fünfte Patientin durch Zangenoperation entbunden; bei 40 und mehr Jahre alten wurde jede dritte Frau operativ entbunden. Wegen der geringen Nachgiebigkeit der Weichteile waren auch Dammrupturen besonders häufig. Es folgt daraus, daß man bei alten Erstgebärenden nicht zu lange mit der Perineotomie abwarten soll.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält es der Verfasser für zweckmäßig, bei alten Erstgebärenden nach nicht zu langem Abwarten den Kaiserschnitt aus relativen Indikationen häufiger anzuwenden, vor allem, wenn ein verengtes Becken vorliegt und ein gewisses Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken besteht. Dasselbe gilt für Fälle mit schwachen Wehen, vorzeitigem Blasensprung bei rigidem Muttermund, wenn der vorliegende Teil nicht ins Becken eintritt; bei beginnender Asphyxie der Frucht usw. A. Gordon, Berlin.

3855.

Winter, G., Bericht über die allgemeine Kaiserschnittstatistik. (Med. Welt, Nr. 27, 1929.) Der Hirschsche Vorschlag, die vaginale Operation durch den Kaiserschnitt zu ersetzen, bekommt einen bedenkliehen Stoß durch die Feststellung, daß der abdominelle Kaiserschnitt eine Operationsmortalität von 4,2% hat. Er wird niemals die Resultate der vaginalen Operation erreichen können, denn er bleibt stets mit der erhöhten peritonealen Infektion, mit Embolie, Ileus, Pneumonie belastet. Dazu kommt noch die schwere Rekonvaleszenz des Kaiserschnittes gegenüber dem normalen Wochenbett, nach vaginaler Operation, die Gefahr der Ruptur in der Kaiserschnittnarbe und die fakultative Sterilität nach dem Kaiserschnitt, welcher den Gewinn an lebenden Kindern sehr beschränken wird. Aus allen diesen Gründen muß der Hirschsche Vorschlag rundweg abgelehnt werden.

Der abdominelle Kaiserschnitt darf weiter ausgedehnt werden. Außer den drei Hauptindikationen: Enges Becken, Eklampsie und Placenta praevia, ist er noch berechtigt: bei vorzeitiger Lösung der Plazenta, bei Indicatio vitalis infolge von Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten, bei einzelnen Fällen von Querlagen, bei Defektionslagen in Verbindung mit engem Becken, drohender Uterusruptur, schweren raumbeengenden Weichteilstörungen, bei komplizierten Geburten alter Erstgebärenden, bei einigen Fällen von Nabelschnurvorfällen, bei Wunsch nach einem lebenden Kinde, wenn dasselbe in anderer Weise nicht garantiert ist.

Der abdominelle Kaiserschnitt muß aber rundweg abgelehnt werden bei der Mehrzahl der inneren Krankheiten und Toxikosen,

bei einfachen Querlagen, bei fehlerhaften Kopfeinstellungen ohne enges Becken, bei alten Erstgebärenden ohne Komplikationen, bei Wehenschwäche und bei Infectio intra partum.

L. Gordon, Berlin.

3856.

Häusermann, E., Tetanus als postoperative Komplikation in der Gynäkologie, besonders beim Karzinom. (Zbl. Gynäk., Nr. 31, 1929.) Es werden vier Fälle von postoperativem Tetanus an nach Wertheim Operierten beschrieben. Eine exogene Infektion ist auszuschließen. Vielmehr glaubt Verf. in Anlehnung an die Arbeiten von Buzellö und Rahmel den Darmtraktus als Keimträger und Infektionsquelle verantwortlich machen zu müssen. Alle vier Fälle waren postoperativ durch Komplikationen belastet. Prophylaktisch wird eventuell eine Schutzdosis von Tetanus-Antitoxin, hauptsächlich bei operativ komplizierten Fällen nach Wertheim-Operationen in Erwägung gezogen. Therapeutisch werden baldigst große Dosen Serum intralumbal und intramuskulär empfohlen.

Schwab, Hamburg.

3857.

Vogt, E., Ueber hormonale temporäre Sterilisierung weiblicher Tiere durch Fütterung mit Insulin. (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) (Universitäts-Frauenklinik, Tübingen.) Die hormonale temporäre Sterilisierung weiblicher Tiere läßt sich in gleicher Weise durch Fütterung von Insulin wie durch parenterale Zufuhr erzielen. Damit ist ein neuer Beweis erbracht, daß das Insulin, wenigstens soweit seine sterilisierende Wirkung in Frage kommt, auch durch den Magen-Darmkanal zur Resorption gelangt und seine Wirkung entfaltet. In den Tatsachen, daß das weibliche Sexualhormon in Form der reinen Präparate Follikulin, Menformon und Progynon im Tierexperiment und klinisch auch bei oraler Zufuhr wirkt, und in der Tatsache, daß weiße Mäuse durch Fütterung von Insulin ohne Auftreten von Allgemeinschädigungen temporär sterilisiert werden können, erblickt Verfasser eine weitere Bestätigung der früher schon vertretenen Auffassung, daß das Pankreashormon, das Ovarial- und Plazentarhormon bzw. das weibliche Sexualhormon einander sehr nahe stehen und sich vor allem in der sterilisierenden Eigenschaft decken.

L. Gordon, Berlin.

3858.

Harrower, H. R., Fettsucht bei Mädchen und jungen Frauen. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Es soll hier nur die endogene Fettsucht und davon nicht die der Menopause besprochen werden. Letztere ist ein pluriglanduläres Problem, das Resultat des kompensatorischen Druckes auf Thyreoidea und Hypophysis, und muß natürlich entsprechend behandelt werden. An der endokrinen Fettsucht sind drei Drüsen beteiligt: in erster Linie die Thyreoidea, dann das Ovarium und die Hypophysis. Folgende Gesichtspunkte sind nun dabei wesentlich: die präpuberalen Schädigungen durch Infektionen und Toxämien, die Entwicklung des Kropfes, die Verzögerung des Eintrittes der Pubertät und die daraus erfolgende Menstruationsstörung, die gleichzeitige Störung des Fettstoffwechsels und die gleichzeitige Regulierung des Kropfes, der Menstruation und der Fettsucht durch eine zweckmäßige Therapie. Am wichtigsten ist dabei die Schädigung in der präpuberalen Periode. Sie ist die Ursache des Kropfes, der Fettsucht und des Dysovariums. Und das Hauptopfer ist die Thyreoidea. Sie hat drei wichtige Aufgaben: die Erhaltung des Zellchemismus und Zellstoffwechsels, die Einleitung der Gonadenfunktion, besonders beim weiblichen Geschlecht, ihre Erhaltung für 30 und mehr Jahre, und nicht minder wichtig die Immunitätsregulierung des Organismus. So ist es verständlich, daß Infektionen vor der Pubertät die beiden ersten wichtigen Funktionen erheblich stören können: Vergrößerung und unter Umständen Ausfall ist die Folge. Dabei ist zu bemerken, daß die Reaktion der Thyreoidea nicht nur von der Größe der an sie gestellten Anforderungen abhängt, sondern auch von ihrer Kapazität und physiologischen Spannkraft, ein variabler, von Heredität, Umwelt, geographischen Faktoren usw. abhängender Faktor. So kann man es verstehen, daß unter Umständen gerade das gegenteilige Bild mit Hyperthyreoidismus zustande kommen kann. Also Schädigungen zur Pubertätszeit können alle Funktionen der Thyreoidea stören: die schon genannten, die Regulierung der mentalen Verhältnisse, die Kontrolle über die Ernährung und Hautreaktion, und nicht zuletzt den subtilen Faktor der endokrinen Bilanz. Dies eröffnet wertvolle Aussichten für eine prophylaktische Therapie. Man kann natürlich nicht die Schädigungen einer Infektion, wie Influenza oder Scharlach, abhalten, aber man kann die Thyreoidea auf verschiedene Weise schonen. Man kann z.B. gerade in diesen Zeiten Jod zuführen, wo sie Mangel daran hat, kann der Toxämie zweckmäßig entgegenwirken. Hier kann besonders die durch gewisse Spaltprodukte des Proteins zustandekommende Azidosis, die besonders die Thyreoidea belastet, bekämpft werden.

v. Schnizer.

3859.

Haselhorst, G., **Zur Klinik der endometrioiden Heterotopien (Adenomyosis) beim geschlechtsreifen Weibe.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) (Universitäts-Frauenklinik, Hamburg-Eppendorf.) Die Endometriosis stellt ein Krankheitsbild dar, das keinesfalls selten, jedoch verhältnismäßig gutartig ist, dessen baldige Erkennung und Behandlung mit Rücksicht auf die hartnäckigen Beschwerden für die Kranken jedoch von größter Wichtigkeit ist.

Die Tatsache, daß keiner der beschriebenen Fälle, einschließlich der Bauchwandtumoren, mit der Diagnose Adenomyosis in die Klinik eingeliefert wurde, läßt den Schluß zu, daß das Krankheitsbild bei der praxisausübenden Ärzteschaft noch sehr wenig bekannt ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

3860.

Herschman, O., **Ovarielle Substitutionstherapie mit dem Sexualhormon Hogival.** (Zbl. Gynäk., Nr. 35, 1929.) Das Hogival stellt für die Praxis ein gutes und physiologisch wirksames Ovarialhormonpräparat dar, das bei geeigneter Auswahl der Fälle sehr schöne Erfolge in der Behandlung von ovariellen Insuffizienzerscheinungen gibt. Sehr rasch und deutlich tritt die Hormonwirkung bei Fällen von sekundärer Amenorrhöe und kurzdauernden amenorrhöischen Störungen auf, oft schlagartig, also überall dort, wo die Schädigung der innersekretorischen Funktion der Ovarien noch nicht weit fortgeschritten ist. Die substituierende Wirkung zeigt sich besonders in Fällen klimakterischer Ausfallserscheinungen. Bei primärer Amenorrhöe und solchen Amenorrhöen, die durch anderweitig innersekretorische Störungen hervorgerufen sind, kommt es scheinbar erst nach längerer stimulierender Wirkung zur Auslösung der Menstruation. Weitere Nachprüfung dieses Präparates an einem größeren Material und genauere Präzision der Indikationsstellung scheint noch geboten.

Schwab, Hamburg.

3861.

Rodecurt, M., **Ueber Behandlung der Trichonomaskolpitis mit Yatren 105.** (Zbl. Gynäk., 1929, Nr. 33.) Durch Einlegen von Yatrenpillen in die Vagina gelang es dem Verf., die Trichonomaskolpitis rasch zu beseitigen. Zur Vermeidung von Rückfällen empfiehlt es sich aber, die Fälle mit negativem Befund noch längere Zeit, besonders nach den Menses, nachzukontrollieren und nachzubehandeln. Gegenüber den von Höhne angegebenen Sublimat-Scheidenwaschungen hat das Einlegen der Vaginalpillen den Vorzug der Einfachheit und Sauberkeit. Verabreichung: jeden zweiten Tag 1 bis 2 Pillen tief in die Scheide einführen. Unangenehme Nebenwirkungen konnten nicht festgestellt werden. Ein Aufflackern anderer entzündlicher Genitalerkrankungen läßt sich bei einiger Vorsicht bei der Applikation der Vaginalpillen vermeiden. Wenn gut sitzende Binden getragen werden, ist auch eine Beschmutzung der Bettwäsche sehr wohl vermeidbar; im übrigen lassen sich Flecke in Binden und Wäsche leicht auswachen. Die Pillen können auch der Pat. zur Selbstbehandlung leicht und ohne Gefahr in die Hand gegeben werden. Vor oraler Yatrenmedikation muß wegen des Fehlens besonderer Vorteile und wegen der Gefahr der Jodintoxikation gewarnt werden.

Schwab, Hamburg.

3862.

Labhardt, A., **Die Durchtrittsnarkose.** (Zbl. Gynäk., Nr. 34, 1929.) Ein brauchbares Schmerzlinderungsverfahren für den schmerzhaften Augenblick des Durchtrittes des kindlichen Kopfes durch die Vulva gibt Verf. folgendermaßen an: Er läßt, sobald der Geburtshelfer den kindlichen Kopf in seiner Macht hat, also nach Belieben noch zurückhalten oder schon durchtreten lassen kann, in Abständen von 5—10—15 Sekunden je 10 Tropfen Chloroform auf eine gewöhnliche Gazemaske auftropfen, bis er merkt, daß die Gebärende nicht mehr empfindet. An den ruhigen Atemzügen der Frau merkt man, daß der Schlaf begonnen hat. Sobald man merkt, daß das Stadium der Toleranz eingetreten ist, kann der kindliche Kopf und Körper in aller Ruhe entwickelt werden. Dammrisse werden leichter vermieden, als wenn die Gebärende wach und unruhig ist und sich wehrt. Eine eventuell notwendig gewordene Episiotomiewunde kann, wenn die Instrumente dafür in Bereitschaft sind, sogleich anschließend in Narkose noch genäht werden. Die kurz dauernde Chloroformnarkose hat kein Uebelsein, kein Erbrechen, keinerlei Störungen der Atem- oder Herzstätigkeit zur Folge. Ausnahmslos kommen die Kinder lebensfrisch zur Welt.

Schwab, Hamburg.

3863.

Gutmann, M., und V. Metz, **Erfahrungen mit der Pudendus-anästhesie in der Geburtshilfe.** (Zbl. Gynäk., Nr. 31, 1929.) Zur Schmerzlinderung in der Austreibungsperiode bei Spontangeburt, besonders bei Erstgebärenden, außerdem bei leichten Zangenextraktionen sowie bei der Dammnaht empfehlen die Verf. die Anwendung der Pudendusanästhesie als gefahrloses, technisch leicht durchführbares Verfahren zur Schmerzlinderung, das keinerlei

Hilfskräfte verlangt und daher auch in der häuslichen Geburtshilfe leichter anwendbar ist als die Dämmerschlafmethoden, die rektalen Anästhesien und die Lachgasnarkose. Technik: Die Frau wird im Querbett mit maximal adduzierten und flektierten Oberschenkeln gelagert. Die linke Hand des Arztes markiert mit einem Finger das Tuber ischii. Dann wird mit einer Rekordspritze, die mit einer 5 bis 6 cm langen Nadel armiert ist, an der median abfallenden Kante des Tubers in horizontaler Richtung etwa 5 cm tief eingestochen und ein Teil des Anästhetikums, etwa 10 ccm, deponiert. Hierauf wird die Nadel bis zur Hälfte zurückgezogen und von neuem etwas mehr nach unten und lateral vorgeschoben und der Rest des Anästhetikums injiziert. Das zweite, seitliche Depot ist notwendig, um die Kollateraläste des N. pudendus zum N. cutaneus femoris post. zu blockieren. Als Anästhetikum wird eine 1prozentige Novocain-Suprarenin-Lösung empfohlen.

Schwab, Hamburg.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

3864.

Lester, C., **Dakryozystitis.** (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Bei der akuten und chronischen Form gibt es verschiedene ätiologische Faktoren: alle Formen von Konjunktivitis, Blepharitis, Keratitis müssen zweckentsprechend behandelt werden. Besonders die trachomatösen, katarrhalischen und angularen Konjunktivitiden. Und zwar von jeder Operation. Eine der Hauptursachen ist unkorrigierte akkomodative Asthenopie jeder Art, nachlässige Korrektur von Refraktionsfehlern. Ferner alle Toxämien, die den Allgemeinzustand beeinflussen. Eine ideale Operation besteht bis heute noch nicht.

v. Schnitzer.

3865.

Daggett und Cove-Smith, **Die Beziehungen von Ohrenkrankheiten zum Baden.** (Brit. med. J., 3580, 1929.) Ernsthaftige Ohrenkrankungen infolge kalter Bäder werden in der Badezeit häufig beobachtet. Zunächst ist eine korrekte Atemtechnik beim Schwimmen eine wichtige Vorbeugung. Bei falscher Atmung dringt Wasser in die Tuba Eustachii und macht so Infektionen. Dies beobachtet man vor allem in den Badeanstalten der Großstadt, deren Wasser lange nicht häufig genug gewechselt wird; dadurch ist auch die Reinigung des Beckens mangelhaft. Menschen, die an Schnupfen oder sonstigen Nasenerkrankungen leiden, ebenso Menschen mit Ohrenkatarrhen mit oder ohne Sekretion müssen streng vom Baden ausgeschlossen werden. Menschen mit Perforation im Trommelfell ohne sonstige Erscheinungen dürfen dann mit gewissen Vorsichtsmaßnahmen schwimmen (ölgetränkte Watte ins Ohr), wenn zwei Jahre ohne Krankheitserscheinungen am Ohr verstrichen sind. Die Forderung des Abseins vor dem Bad muß viel strenger durchgeführt werden.

P. Heymann, Berlin.

3866.

Bensch, Rudolf, **Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr.** (Med. Welt, Nr. 27, 1929.) Verfasser empfiehlt dem Allgemeinpraktiker, Fremdkörper aus Nase und Ohr mit dem scharfen Löffel zu entfernen. Der Löffel muß so eingeführt werden, daß die Löffelhohlfläche den Fremdkörper zugekehrt ist, während die Rückenfläche unter vorsichtigem Druck an der nachgiebigsten Stelle der Schleimhautwand hochgeführt wird, bis der Fremdkörper in den Löffel einspringt. Es gelingt dann leicht, durch Anheben des Löffelgriffes den Fremdkörper zu entfernen. Es lassen sich auf diese Weise nur solche Fremdkörper fassen, die dem hohlen Löffel eine Angriffsfläche bieten. Es läßt sich meist beim Erwachsenen mit einem Löffel von 6 mm Breite, beim Kinde von 3 mm Breite, arbeiten.

L. Gordon, Berlin.

3867.

Wirth, Erich, **Infektionsbedingungen bei den Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrgang, Nr. 33.) (Universitäts-Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, Heidelberg.) Neben der Art und Virulenz der Infektionserreger, deren Anwesenheit in jedem Falle eine „conditio sine qua non“ darstellt, spielen bei den Infektionskrankheiten des Ohres die anatomische Struktur der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes, bei denen der oberen Luftwege die anatomische Beschaffenheit der Nase eine wesentliche Rolle. Hierbei ist in vielen Fällen auf Grund des bakteriologischen und klinischen Befundes eine weitgehende Analyse der einzelnen Krankheitsfaktoren möglich. Dagegen lassen sich über die Infektionsbedingungen der Mandelerkrankungen und ihrer Komplikationen bisher nur Vermutungen äußern. Die für die Behandlung wichtige Frage, ob es vorwiegend die Art und Virulenz der Erreger oder ungünstige anatomische Verhältnisse oder eine angeborene bzw. erworbene Minderwertigkeit einzelner Organe oder mehr eine allgemeine Abwehrunfähigkeit des Organismus sind,

was die Entwicklung und Ausbreitung von Infektionen begünstigt, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Daher muß auch die Therapie der infektiösen Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege neben den bakteriologischen und neben den lokalen anatomischen Befunde immer auch etwaige Allgemeinerkrankungen berücksichtigen und darf nicht allzu schematisch gehandhabt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3868.

Wotzilka, Gustav, **Die Therapie der Kehlkopftuberkulose.** (Med. Klin., Nr. 27, 1929.) Jeder Lungentuberkulose muß in regelmäßigen Zeiträumen von etwa 4 bis 6 Wochen von einem Fachkundigen laryngoskopiert werden. Jede Rötung oder Schwellung muß als verdächtig in kürzeren, etwa ein- bis zweiwöchigen Abständen beobachtet werden. Man findet häufig in Kehlköpfen, die im Spiegelbilde keine pathologischen Erscheinungen aufweisen, histologisch eine Tuberkulose. Nicht gar zu selten gelingt es mittels der Röntgenbeobachtung des Kehlkopfes, eine ausgedehnte tuberkulöse Erkrankung des Morgagnischen Ventrikels aufzudecken, wo das Spiegelbild nur eine leichte Rötung oder Schwellung zeigt. Es ist deshalb besser, jede verdächtige Erscheinung als beginnende Tuberkulose anzusehen. In solchen Fällen bringen Schonung der Stimme, Hygiene des Essens und Trinkens und die autolaryngoskopische Bestrahlung nach Sorgo mit natürlicher Sonne oder Quecksilberlicht die krankhaften Erscheinungen meist zum Schwinden.

Sind bereits größere Infiltrate, Ulzera oder Perichondritis vorhanden, so muß das Vorgehen ein energischeres sein. Eine eingreifende lokale Behandlung des Kehlkopfes darf nur dann vorgenommen werden, wenn der Lungenprozeß nicht rasch progredient ist, die Temperatur nicht zu schwankend und durch mindestens acht Tage höchstens 37,3° gewesen ist, das Gewicht keine fallende Tendenz, die Blutensenkung keine steigende Tendenz und das Blutbild keine wesentliche Linksverschiebung zeigen. Von der Tuberkulinbehandlung und von den verschiedenen Goldpräparaten hat Verfasser niemals eine wesentliche Besserung einer Larynx-tuberkulose gesehen. Für wertlos hält er auch Pinselungen des Larynx: nur Pinselungen mit 2prozentigem Argochrom bewähren sich zur Reinigung sekundär infizierter ausgedehnter Ulzera. Symptomatisch und subjektiv angenehm wirken Mentholeinspritzungen in den Kehlkopf.

Die wirksamste Therapie der Larynx-tuberkulose ist die mit dem Galvanokauter, der zum Tiefenstich bei Infiltraten und als Flachbrenner bei Geschwüren verwendet werden darf. Das Vorgehen mit dem Galvanokauter muß sehr vorsichtig sein: bei der ersten Sitzung dürfen höchstens 2 bis 3 Stiche gemacht werden. Durch ein solches vorsichtiges Vorgehen läßt sich das postoperative Larynxödem immer vermeiden. Zur Entfernung von umschriebenen zapfen- oder papillomartigen Infiltraten verwendet Verfasser die Kürette in Form des Doppelloffels oder der Stanze. Der Eingriff soll durch eine 3 Wochen vorher vorgenommene Kaustik vorbereitet werden; sofort nach der Entfernung des Infiltrates muß die Wundfläche mit dem Flachbrenner verschorft werden. Es läßt sich auf diese Weise eine Exulzeration der Wundfläche vermeiden.

Eine sehr wertvolle und wirksame therapeutische Maßnahme ist die Bestrahlung der Larynx-tuberkulose mittels des Photostaten von Cemach. Sie leistet besonders in der Kombination mit der Galvanokaustik Bedeutendes und kürzt vor allem die Behandlungsdauer ab.

Von großer Bedeutung für den Allgemeinzustand ist die Bekämpfung des Schlingschmerzes. In leichten Fällen kommt man mit Anästhesinaufblasungen und mit Dysphagintabletten aus. Die prompteste Wirkung hat die perineurale Alkoholinfiltration des N. laryngeus superior und die Röntgenbestrahlung. Die Alkoholinfiltration darf nie beiderseits gleichzeitig ausgeführt werden, weil sonst eine vollständige Anästhesie des Larynxeinganges eintritt und die Patienten sich leicht verschlucken. Die Wirkung hält gewöhnlich mehrere Wochen an. Eine vollständige Schmerzfürfreiheit läßt sich mit durchschnittlich drei kurzen Röntgenbestrahlungen erreichen. Verfasser verwendet kleinste Dosen von $\frac{1}{10}$ bis $\frac{1}{20}$ HED.

Die Prognose der Kehlkopftuberkulose ist in den Fällen, deren Lungen- und Allgemeinzustand eine aktive chirurgische Therapie erlaubt, im allgemeinen eine günstige. Die Behandlung muß aber unbedingt in einer Lungenheilstätte durchgeführt werden.

L. Gordon, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

3869.

Truffi, G., **Cutis verticis gyrata.** (Arch. ital. Dermat., 4, Nr. 5.) Unter Cutis capitis gyrata versteht man, wie der Name sagt, eine Faltenbildung der behaarten Kopfhaut, die in ihrer

äußeren Erscheinung auf Gehirnwindungen erinnert. Auf Grund einer großen Kasuistik und der Literatur erblickt Autor darin ein Symptomenbild verschiedener Ursache, und zwar 1. durch Naevi oder Naevioide gebildete tumorartige Neubildung, 2. durch entzündliche Vorgänge hervorgerufene Gewebswucherung und 3. angeborene Anomalien, die meistens durch Wachstumsstörungen des Schädelskeletts (Mikrozephalie usw.) einhergeht.

Eugen Stransky, Wien.

3870.

Glaubersohn, S. A., und M. J. Melnik, **Beiträge zur Zosterfrage.** VII. (Derm. Wschr., 89, Nr. 36, 1929.) Für die Frage des Zusammenhanges von Zoster und Varizellen haben vergleichend-epidemiologische Beobachtungen eine Bedeutung, besonders wenn sie zu negativen Resultaten führen. Es zeigten nun bei einer über 4 Jahre sich erstreckenden Beobachtungsreihe die Zahl der Zosterfälle, abgesehen von dem ersten Jahre, nur ganz unbedeutende Schwankungen, während die an verschiedenen Stellen registrierten Varizellafälle durchweg in weiten Grenzen schwankten. Von einer Uebereinstimmung der Zoster- und Varizellakurven kann danach nicht die Rede sein.

Ernst Levin, Berlin.

3871.

Ghigi, Renzo, **Ueber einen Fall von Pemphigus vegetans.** (Arch. ital. Dermat., Jahrg. IV, Heft 5, 1929.) Beschreibung eines Falles mit Beginn an der Mundschleimhaut und Vaginalschleimhaut im Anschluß an ein psychisches Trauma und mit neuralgischen Kopfschmerzen. Zuerst bleibt die Affektion lokalisiert; um dann terminal nach einem halben Jahr generalisiert aufzutreten. Histologische Untersuchung der Haut und Schleimhautveränderungen, Betrachtungen über die Aetiologie der Krankheit.

Eugen Stransky, Wien.

3872.

Vohwinkel, K. H., **Psoriasis arthropathica und Alopecia totalis.** (Dermat. Wschr., 89, Nr. 34, 1929.) Städt. Hautklin., Essen.) In einem mit Arthropathien in zahlreichen Gelenken verbundenen Falle schwerer Psoriasis war plötzlicher Haarausfall am ganzen Körper aufgetreten. Die auf mannigfachste Weise durchgeführte Behandlung hatte sehr wenig Erfolg. Wie in anderen Fällen mit Arthropathien einhergehender Psoriasis handelte es sich auch hier um sehr ausgedehnte Hauterscheinungen von exsudativer Form. Eine gemeinschaftliche Aetiologie der beobachteten Erscheinungen könnte in einer Dysfunktion des Sympathikus und der inneren Sekretion erblickt werden, wofür besonders der schlagartig aufgetretene Haarausfall spricht, der große Ähnlichkeit mit der Thalliumalopezie zeigte, für die die genannte Aetiologie angenommen wird.

Ernst Levin, Berlin.

3873.

Thornton, G. O., **Variköse Ulzera.** (J. med. Assoc. S. Africa, Nr. 11, 1929.) Thornton beschreibt eine Behandlungsmethode, die nicht nur in allen Arten variköser Ulzera Erfolg verspricht, sondern auch dem Patienten jede Freiheit in seiner privaten und öffentlichen Tätigkeit während der Behandlung erlaubt. Ergebnis von über 50 Fällen in 7 Jahren. Am Abend vorher — am besten Samstags, damit die Stärkebinde am Sonntag genügend erhärten kann — wird das Ulkus für eine halbe Stunde dick mit Rohrzucker eingepudert und dann mit Seife und heißem Wasser gewaschen und dann mit Gaze bedeckt. Besteht Oedem, so wird das Bein die Nacht durch auf Kissen hochgelegt, so daß es am nächsten Morgen abgeschwollen ist. Dann erfolgt wieder Einpudern mit Rohrzucker und Waschung. Umwicklung des Beines mit einer Stärkebinde unter Freilassung einer etwa 2 Zoll breiten Zone um das Geschwür, von den Zehen bis zum Knie. Fuß im rechten Winkel; Schutz gewisser Partien, wie Achillessehne und Venenerweiterungen, durch Watte. Dann wird in dreifacher Lage mit folgender Lösung durchtränkte Gaze appliziert: 40 g Natriumborborat werden in 60 g Kalkwasser gelöst, dazu werden 140 g Süßmandelöl gegeben und gut gemischt und darin gut 60 g Zinkoxyd vermengt. Dieser Verband bleibt eine Woche liegen und wird dann erneuert. Nach der Heilung kommt Unnas Zinkgelatinebinde darüber, ebenfalls von den Zehen bis zum Knie. Innerlich 0,1 Parathyreoidea.

v. Schnizer.

3874.

Hutton, Andrew J., **Tanninsäurebehandlung von Verbrennungen.** (Glasgow. med. J., 31, Nr. 1, Juli 1929.) Es wird über die Behandlung von 35 Klinik- und 45 ambulanten Patienten berichtet. Die Gefahren ausgedehnter Verbrennungen bestehen im Initialschock, der zum Tode führen kann, ferner im Stadium der akuten Toxämie oder dem sekundären Schock, der 6 bis 24 Stunden nach der Verbrennung beginnt und innerhalb 48 Stunden zum Tode führen kann. Es handelt sich hierbei um Folgen einer Resorption von toxischen Substanzen, die bei der Verbrennung von Eiweißkörpern frei werden und von denen experimentell nachgewiesen ist,

daß sie Gehirn, Leber, Nieren, lymphatisches Gewebe und Myokard schädigen. Klinisch findet man Temperatur- und Teillanstieg, Unruhe und Zyanose, weite Pupillen, Blutdrucksenkung, kleinen Puls, beschleunigte Atmung. Dem Ende geht gewöhnlich ein Koma von einigen Stunden voran. Eine dritte Komplikation bildet die septische Toxämie, die bei tiefergehenden Verbrennungen fast stets auftritt. — Die Behandlung besteht beim Initialchock in Wärme- und Flüssigkeitszufuhr. Neben der Allgemeinbehandlung muß die Versorgung der verbrannten Stellen bald einsetzen, um die weitere Resorption von Toxinen zu verhindern. Dies geschieht am besten durch Mittel, die eine Koagulation und Fällung der toxischen Substanzen herbeiführen. Absoluter Alkohol, Pikrinsäure u. a. sind benutzt, aber am besten bewährte sich die Tanninsäure. Es bildet sich dabei eine feste Koagulationsschicht, die keine Beschwerden macht und sich nach etwa 14 Tagen ohne Schmerzen löst. Man verwendet 2½prozentige frisch bereitete Lösung, die man stündlich, 11 bis 12 Stunden lang, aufsprayt, bis die verbrannten Stellen mit einem tief-schwarzen Überzug bedeckt sind.

Erich Wolfenstein, Berlin.

3875.

Fidanza, E. P., Ueber die Behandlung der eitrigen Bartflechte mit Jodisan. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 34, 1929.) (Klin. für Hautkrkh. in Rosaria [Argentinien].) Bei eitrigen Bartflechten haben sich intravenöse Jodeinspritzungen von sehr guter Wirkung gezeigt, doch hatte die bisher für diesen Zweck verwendete Lugolsche Lösung den Nachteil, schon sehr bald die Venen zu schädigen und dadurch eine Fortsetzung der Behandlung unmöglich zu machen, was sich auch durch stärkere Verdünnung nicht verhindern ließ. Diese Unannehmlichkeit fällt fort bei Verwendung von Jodisan, das anstandslos vertragen wird. Man gibt alle 1 bis 2 Tage in steigender Dosis 2 bis 4 ccm; am empfehlenswertesten ist täglich 2 ccm einzuspritzen. Im allgemeinen sind 10 bis 20 Einspritzungen erforderlich.

Ernst Levin, Berlin.

3876.

Sakrepa, N. G., Intrakutane NaCl-Injektionen in der Dermatologie. (Wratsch. Djeło, 11. Jahrg., Nr. 23.) (Hautklinik des Kuban. Medizin. Staatsinstituts, Krasnodar.) In einer ganzen Reihe von eiternden Prozessen, wie Impetigo, Ekthyma, Furunkulose, Schweißdrüsenabszesse und dergl., wurden gute therapeutische Resultate durch intrakutane NaCl-Injektionen erzielt. Technik: Man spritzt 0,4—0,6 ccm physiologischer NaCl-Lösung an einer oder bei höheren Dosen an 2 bis 3 Stellen des Vorderarms bis zur Bildung einer Quaddel ein. Die Injektionen erfolgen jeden zweiten Tag, und zwar mit 0,1 ccm (bei Kindern 0,06) beginnend und allmählich aufsteigend, falls die erste Dosis keine Nebenerscheinungen gibt. Die höchste vom Verf. angewandte Dosis war 1,8 ccm. Die Kur beträgt 10 bis 15 Injektionen, mitunter auch mehr. Bei Rezidiv bzw. Fehlen eines Erfolges Wiederholung der Kur nach 3 Wochen. Bei den ersten, seltener erst nach der sechsten bis achten Injektion, wurden lokale und allgemeine Reaktionen beobachtet, die sich in lokalen Schmerzen bzw. Unwohlgefühl, Schläfrigkeit, Druckgefühl in der Herzgegend, Kopfschmerz, Fieber und Temperaturerhöhung bis 37 bis 38° äußerten. Alle diese Erscheinungen waren jedoch nicht sehr ausgeprägt, so daß von 95 behandelten Personen nur bei 2 die Injektionen unterbrochen werden mußten.

E. Kontorowitsch.

3877.

Lorentz, M., Ueber Meningitis gonorrhoeica. (Derm. Wschr. 89., Nr. 36, 1929.) (II. Inn. Abt. d. Krkh. Charlottenburg-Westend.) Die Beteiligung der Meningen bei dem Krankheitsbilde der Gonokokkensepsis ist eine verhältnismäßig seltene und nur in wenigen der klinisch hierher gerechneten Fälle konnte einwandfrei der Beweis geliefert werden, daß der Gonokokkus der Erreger der im Verlaufe eines Trippers aufgetretenen Meningitis war. Wie auch die sonstigen Fälle, betraf der hier beschriebene einen Mann, und es handelte sich auch hier um eine, und zwar durch Arthritis komplizierte Gonorrhöe. Der aus der trüben, fast eitrigen Lumbalflüssigkeit gezielte Keim erwies sich durch sein mikroskopisches, färberisches, kulturmorphologisches Verhalten, biologisches Verhalten bei der Zuckervergärung, serologisches Verhalten gegenüber agglutinierendem Gonokokkenserum, antigenes Verhalten in der Erzeugung von Gonokokkenagglutininen, fehlende Tierpathogenität als unzweifelhafter Neißerscher Gonokokkus. Die Metastasierung der Gonokokken ist in diesen Fällen als hämatogen aufzufassen.

Ernst Levin, Berlin.

3878.

Ballico, Scilio, Die Diathermiebehandlung bei der Gonorrhöe und ihren Komplikationen. (Arch. Ital. di Dermat. Sifilogr. e Venerol., Jahrg. IV, Heft 5, 1929.) Autor berichtet über günstige Resultate der Diathermiebehandlung bei männlicher und weiblicher Gonorrhöe (Urethritis anterior, posterior, Vulvovaginitis), wie auch

bei den Komplikationen (Zystitis, Epididymitis, Prostatitis, Endometritis usw.). Neben der Diathermie muß allerdings auch die sonst übliche Therapie verwendet werden. Durch die Diathermie, die antiphlogistisch und bakterizid wirkt, wird die Dauer der Behandlung verkürzt und Dauerheilung erzielt. Technik der Behandlung, Indikationen werden besprochen.

Eugen Stransky, Wien.

3879.

Scholtz, Walther, Ueber Gonorrhöebehandlung und Gonorrhöeheilung. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) (Universitätshautklinik, Königsberg.) Die Wirkung der Silberpräparate (Protargol u. dgl.) bei der Gonorrhöebehandlung beruht nicht allein auf der antiseptischen Wirkung der Präparate, sondern auch auf der Beeinflussung der Schleimhaut.

Die oft rasche spontane Ausheilung eines Harnröhrentrippers im Verlaufe einer Epididymitis läßt darauf schließen, daß noch andere Wege der Gonorrhöebehandlung möglich sind.

Zur Feststellung der Heilung der Gonorrhöe ist die mikroskopische Untersuchung nach Provokationen besonders beim Manne im allgemeinen ausreichend, obwohl der kulturelle Gonokokkennachweis dem mikroskopischen etwas überlegen ist.

Die Komplementbindungsreaktion ist für die Feststellung der Heilung ein wertvolles Hilfsmittel. Negativwerden der vorher positiven Reaktion spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für eingetretene Heilung, während Bestehenbleiben positiver Reaktion nur als ein Warnungssignal zu besonders sorgfältiger und eingehender Untersuchung auf Gonokokken (wiederholte Provokation und Kultur) aufgefaßt werden darf.

Arnold Hirsch, Berlin.

3880.

Demonchy, A., und F. Benoist, Untersuchungen über die Kutanreaktion mit Gonokokkentoxin bei Gonorrhöe. (L'Urologie du Praticien, 2. Jahrg., Nr. 1, 1929.) Verfasser haben mit drei Antigenen gearbeitet, erstens mit Vakzinen, die sie selbst hergestellt haben (dieses Antigonokokkentoxin enthält in 1 ccm 25 Milliarden Bakterien in Suspension einer 10prozentigen Magnesiumsulfatlösung, zweitens einer Glycerinemulsion von Gonokokken und drittens einem Gonokokkenautolysat, das 1 g Mikroorganismen in 1 ccm destilliertem Wasser enthält. Technik wie bei der Tuberkulosedagnostik. Im allgemeinen wurde bei jedem Kranken, der mit einer frischen Gonorrhöe zur Behandlung kam, die Reaktion angestellt. Dann noch einmal am zwölften und einundzwanzigsten Tag der Krankheit. Bei chronischer Gonorrhöe wurde die Reaktion nur einmal angestellt. Es wurden bei 169 Kranken 425 Reaktionen ausgeführt.

Positive Resultate wurden erstens bei Neuerkrankungen im Laufe der ersten drei Wochen der Urethralgonorrhöe vom zehnten Tage ab erhalten. Zweitens bei Patienten, die schon einige Monate krank waren und vorher mit Injektionen (Spüllungen, internen Mitteln oder Vakzinen) behandelt wurden. Negative Resultate ergaben: 1. Kranke mit frischer Gonorrhöe vor dem zehnten Tage und die noch keine Gonorrhöe vorher gehabt haben. In dieser Kategorie sind zwei Gruppen zu unterscheiden: A. Die vor dem fünften Tage gekommen sind und eine gewöhnliche Vakzinebehandlung durchgemacht haben, behalten fast immer eine negative Hautreaktion. Diese Reaktion wird kaum subpositiv gegen den zwölften Tag. B. Diejenigen, die nach dem fünften Tage gekommen sind, zeigten zunächst eine negative Hautreaktion, dann eine positive gegen den zwölften Tag, und häufig wurde die Reaktion positiv von der dritten Woche ab. 2. Kranke, die gegen den zehnten Tag zur Behandlung kamen. 3. Kranke, die in der dritten Woche zur Behandlung kamen und auf dem Wege zur Heilung waren. 4. Bei alter Gonorrhöe, die im Urethralektret noch Gonokokken haben oder auch keine. Bei dieser Gruppe ist die Hautreaktion negativ geblieben trotz möglicher Komplikationen.

Die Hautreaktion hat erstens diagnostisches Interesse. Sie erscheint im Laufe der zweiten Woche der Erkrankung und bestätigt die Diagnose. Sie ist eine unspezifische Reaktion. Sie erlaubt in gewissen Fällen zu unterscheiden zwischen Rückfällen und Reinfektionen. Zweitens prognostisches Interesse. Das Persistieren einer positiven Hautreaktion über der dritten Woche kann die Ausbreitung des Prozesses anzeigen. Drittens therapeutisches Interesse. Das Persistieren der positiven Hautreaktion muß die Vakzinetherapie einsetzen oder eine solche verlängern.

Walter Grossmann, Berlin.

3881.

Hoffmann, Erich, Gibt es Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis? (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) (Hautklinik, Bonn.) Die Annahme, daß Mischformen von angeborener und erworbener Säuglingssyphilis vorkommen können, ist durch klinische und experimentelle Erfahrungen über die Möglichkeit einer Superinfektion begründet. Ein diaplazentar kurz vor der Geburt infizierter, anscheinend gesund geborener Säugling kam

durch Superinfektion während oder bald nach der Geburt einen kutanen, einer Initialsklerose völlig gleichenden, spirochätenreichen Schanker (Pseudoprimäraffekt) bekommen, der, von regionärer Drüenschwellung begleitet, eine rein akquirierte Syphilis vorzutäuschen vermag. Ob der diaplazentare oder der kutane Stamm die Oberhand gewinnt, wird neben der Zeit wohl von der Masse des Spirochäteneinbruchs abhängen. Derartige Doppelinfektionen, die übrigens auch durch einen ganz fremden Spirochätenstamm (von kranker Amme, Pflegerin usw.) möglich sind, scheinen selten zu sein. Man könnte sie im Gegensatz zu Tarnowskys „Syphilis binaria“ adutorum als Syphilis binaria infantum bezeichnen.

Zwischen Rückfallserscheinungen der angeborenen Syphilis (Heubners kondylomatöser Rezidivperiode) und der erworbenen Syphilis der Säuglinge und Kinder ist eine schärfere Trennung durch sorgsamere Differentialdiagnose, als sie jetzt zum Teil üblich ist, geboten.

Arnold Hirsch, Berlin.

3882.

Manteufel, P., und K. Herzberg, **Virusnachweis durch Drüsenverimpfung beim lebenden kongenital syphilitischen Säugling.** (Dermat. Z., 56., Heft 5, 1929.) (Hygien. Inst. der Med. Akademie Düsseldorf.) Der Nachweis kongenitaler Syphilis kann bei Fehlen manifestester Erscheinungen Schwierigkeiten begegnen, da die serologischen Reaktionen verhältnismäßig häufig negativ ausfallen und auch die sonstigen Hilfsmittel versagen können. In einem Falle mit zahlreichen, klinisch als Mikropolyadenie zu bezeichnenden Drüenschwellungen gelang es mit Leisten- und Kubitaldrüsen, in denen weder histologisch nach Levaditi noch im Dunkelfeld Spirochäten nachweisbar waren, durch intratestale Verimpfung bei Kaninchen typische Granulome mit massenhaft Spirochäten zu erzeugen. Diese Methode kann also für die Diagnose der kongenitalen Syphilis herangezogen werden, allerdings sind unter Umständen von dem erstgeimpften Tier weitere Passagen mit Drüsen-, Hoden-, Milz-, Lebergewebe erforderlich. Die Blutverimpfung war in dem Falle negativ ausgefallen.

Ernst Levin, Berlin.

3883.

Kaufmann, C., **Zur histologischen Diagnostik luischer Plazenten (einschließlich des Spirochätennachweises).** (Dermat. Z., 56., Heft 5, 1929.) (Univ.-Frauenklinik der Charité, Berlin.) Die makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen der Plazenta können nicht als spezifisch betrachtet werden; miliare Abszesse, Sklerosierung des Zottenstromas, Oedem der Zotten und infiltrative Prozesse der Nabelschnurgefäße werden auch bei sicher nicht vorhandener Syphilis gefunden. Die abnorme Persistenz des Langhansschen Epithels wurde bei 55 sicher syphilitischen Plazenten vermisst. Als wesentlichster Befund kann eine über zahlreiche Zottenbezirke verteilte echte Zottenhyperplasie betrachtet werden. Gegenüber dem zweifelhaften histologischen Befunde ist der Spirochätennachweis von ausschlaggebender Bedeutung; nicht verwertbar ist der Nachweis im paraffineingebetteten Organ (Plazenta, Nabelschnur), einwandfrei hingegen der Nachweis im Gewebssaft der Nabelschnur, besonders der peripheren Nabelvenenwand, der durch die Stempel-Armuzzi-Silberfärbung am Gefrier-Schnitt ergänzt wird.

Ernst Levin, Berlin.

3884.

Shapiro, Irving J., **Kongenitale polyzystische Nieren.** (J. Urol., 21., Heft 3.) Der Verfasser hat sich mit der Vererbbarkeit kongenitaler Zystennieren eingehend befaßt und bringt fünf genealogische Tabellen, aus welchen sich die Vererbbarkeit der Krankheit erweist. Es sollten diejenigen Menschen, die Träger angeborener Zystennieren sind, auf die große Gefahr der Uebertragbarkeit auf die Nachkommenschaft hingewiesen werden. 12 Fälle eigener Beobachtung werden beschrieben.

E. Lehmann, Breslau.

3885.

Rohrer, P. A., **Nierentuberkulose.** (J. Urol., 22., 2.) An Hand von 25 Fällen von Nierentuberkulose, von denen 19 operiert wurden, teilt Verfasser fest, daß Nierentuberkulose etwa doppelt so oft Männer wie Frauen befallt. Zwei Drittel seiner Patienten befanden sich im dritten oder vierten Jahrzehnt. Nur etwa 50% des bearbeiteten Materials zeigten gleichzeitig tuberkulöse Prozesse anderer Organe (zehnmal Lungentuberkulose, fünfmal Genitaltuberkulose). Blasenerscheinungen wurden als erstes Symptom in 80% aller Fälle gefunden. Schmerzen in den Nieren in 68%, schwere Hämaturien in 16% und makroskopisch sichtbare Hämaturien in 9%. Pyurie war stets vorhanden. 88% des Materials zeigten tuberkelbazillen im Urin. Nephrektomie ist die Methode der Wahl: 3% der operierten Fälle wurden geheilt. Ligatur des Ureters, Durchbrennen mit dem Glüheisen, Einlegen eines kleinen Dochtes in die Wunde für 48 Stunden werden empfohlen.

E. Mühsam, Berlin.

3886.

Marion, M., **Die Behandlung des trüben Urins, der nach der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose persistiert.** (L'Urologie du Praticien, 2. Jahrg., Nr. 3, 1929.) In den meisten Fällen nach der Herausnahme der tuberkulösen Niere verschwindet der trübe Urin. In einzelnen Fällen aber nicht. In diesen Fällen entleeren einige Patienten sogar nach der Miktion etwas Blut. Bei einigen schreitet die Trübung fort. Man kann die Kranken, die diese Trübung nach der Operation behalten, in drei Gruppen einteilen: 1. Auch die andere Niere ist tuberkulös. Palliative Behandlung mit Hygiene und lokale Behandlung. 2. Es besteht keine Tuberkulose mehr, sondern es persistiert eine Zystitis, verursacht durch andere Erreger. Diese Zystitis wird wie eine gewöhnliche Zystitis durch Spülungen mit Oxyzyanat oder Argentum nitricum behandelt. Manchmal findet man eine Inkrustation der Blase. Es handelt sich um tuberkulöse Geschwüre, die mit Phosphatkrystallen bedeckt sind. Oder man findet einen Stein in der Blase. 3. In einer großen Zahl der Fälle ist die Ursache der Trübung eine Blasen-tuberkulose. Dabei kann die zweite Niere gesund sein. Therapie: durch Ureterostomie.

Walter Grossmann, Berlin.

3887.

Boeminghaus, H., und A. Hendrick, **Experimenteller und klinischer Beitrag zur Frage des pelvi-renal und des sogenannten pyelovenösen Uebertritts.** (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Chir. Univ.-Klinik Marburg a. d. Lahn.) Verfasser beschäftigen sich mit der praktisch sehr wichtigen Frage, ob und auf welchem Wege und unter welchen Umständen bei der Füllung des Nierenbeckens vom Harnleiter aus ohne nachweisbare Gewebsläsionen ein Uebertritt der Füllungsflüssigkeit in den Kreislauf der Niere erfolgen kann. Diese Frage ist besonders wichtig angesichts der Bestrebungen, wieder die Luft als Kontrastmittel bei der Nierenbeckenfüllung einzuführen. Verfasser arbeiteten experimentell mit lebenden Hunden und weisen darauf hin, daß es nicht gleichgültig sein kann, ob man die experimentellen Untersuchungen der Nierenbeckenfüllung an Kadavernieren oder am lebenden Tier vornimmt, da bei vorhandenem Blutkreislauf ganz andere hydropneumatische Verhältnisse vorliegen als bei herausgenommener Niere. Im Gegensatz zu einer klinischen Beobachtung der Verfasser, bei der es zu einem ausgedehnten Uebertritt des Kontrastmittels aus dem Nierenbecken in das Nierenparenchym und darüber hinaus gekommen war, wurde derartige bei den Tierversuchen nicht beobachtet. Verfasser betrachten es als erwiesen, daß unter Druck stehender Nierenbeckeninhalt je nach den obwaltenden Bedingungen auf verschiedenen Wegen in die Niere eindringen kann. Sie wollen diese Vorgänge unter der Bezeichnung des „pelvi-renal Uebertritts“ zusammengefaßt wissen. Der Ausdruck „pyelovenöser Reflex“ umfaßt eine dieser Möglichkeiten, die jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielt. Einen Uebertritt des Nierenbeckeninhalts in den venösen Kreislauf der Niere konnten Verfasser ohne Gewebsläsion nicht beobachten. An Kadavernieren fand der Uebertritt in die Blutbahn schon bei sehr niedrigem Druck statt. Beim lebenden Hund wurde ein derartiger Vorgang auch bei Drucksteigerung bis zu 70 mm Hg weder röntgenologisch noch histologisch nachgewiesen. Daß bei noch höherem Druck im Anschluß an Gewebsläsionen auch am lebenden Tier ein Einbruch in die Gefäßbahn der Niere erfolgen kann, erscheint selbstverständlich. Pelvi-renal Uebertritt kann unabhängig von der angewandten Technik infolge unvorhergesehener Nierenbecken- und Ureterkontraktionen während der Pyelographie zustandekommen. Möglicherweise kann bei aktiver Druckerhöhung durch Nierenbeckenkontraktion ein Verschluß des Kanälchensystems der Niere durch die Papillarschließmuskeln der Niere erfolgen.

E. Mühsam, Berlin.

3888.

Boeminghaus, Hans, **Bildung einer sogenannten Vorblase infolge vollständiger tuberkulöser Sequestrierung der Prostata (Totalkaverne).** (Arch. klin. Chir., 155., 2.) (Chir. Univ.-Klinik Marburg a. d. Lahn.) Nach den Statistiken erkrankt die Prostata von allen Organen des Urogenitaltrakts am häufigsten an Tuberkulose. Die Prostatatuberkulose wird jedoch in der Regel erst diagnostiziert, wenn andere Erkrankungsherde (Nebenhoden, Blase usw.) auf eine Urogenitaltuberkulose hinweisen und man die Prostata einer besonderen Untersuchung unterzieht. So sieht man, daß die Prostatatuberkulose häufig ohne charakteristische Lokalerscheinungen verläuft: klinische Erscheinungen von seiten der Prostata fehlen oft völlig oder treten gegenüber den Krankheitserscheinungen anderer, tuberkulös erkrankter Organe ganz zurück. So steht oft der Obduktionsbefund, der einen weit vorgeschrittenen, spezifischen Prozeß aufdeckt, im Gegensatz zu den negativen klinischen Angaben. Durch Konfluenz einzelner tuberkulöser Knötchen, durch Verkäsung und Einschmelzung entstehen kalte Abszesse, die ähnlich den heißen Abszessen nach der Harnröhre, dem

Damm, dem perivesikalen Gewebe oder dem Rektum zu durchbrechen können. Nach erfolgtem Durchbruch in die Urethra kann es zu divertikelartigen Bildungen im Bereich der Pars prostatica urethrae kommen. Derartige Pseudodivertikel oder prostatistische Kavernen, die mit dem Lumen der Urethra durch einen langen oder kurzen, geraden oder gewundenen, weiten oder engen Kanal in Verbindung stehen, beobachtet man auch bei postgonorrhöischen oder andersartigen Abszessen. Derartige Fälle bedürfen wegen der bestehenden Höhlenbildung der Behandlung durch breite Eröffnung des entzündlichen Pseudodivertikels auf urethroskopischem oder perinealem Wege bzw. durch Prostatektomie. Die Diagnose kann durch Röntgenuntersuchung der mit Kontrast gefüllten Blase und Harnröhre sichergestellt werden. Bericht über zwei einschlägige Fälle.

E. Mühsam, Berlin.

3889.

Foløey, Frederik B., **Zystoskopische Prostatektomie. Eine neue Operation und ein neues Instrument. Vorläufiger Bericht.** (J. Urol., 21., Heft 3.) Der Verfasser hat drei Instrumente konstruiert, mit denen es gelingen soll, per urethram beliebig große Stücke der Prostata abzutragen, aus der Blase zu entfernen und die Blutung aus dem Prostatabett zu stillen.

Das erste Instrument besteht aus einem vulkanisierten Hartgummischacht mit starker Krümmung. An der durch Porzellan isolierten Spitze ist ein 0000-Saitendraht aus Stahl befestigt, welcher am proximalen Schaftende in einen Tunnel des Schaftrohres mündet. Dort ist er ebenfalls isoliert. Durch ein Gewinde, das nahe dem Okular angebracht ist, kann der Saitendraht angespannt werden, so daß er wie eine Sekante zur Krümmung des Zystoskopschaftes verläuft. Am Gewinde befindet sich der aktive Pol für den Draht. Durch die Lichtung des Schaftes wird die Optik und der Lichtträger eingeführt. Ein genügender Zwischenraum zwischen dem Teleskop und der inneren Wand des Schaftes gestattet eine Dauer-spülung, welche durch Hähne reguliert werden kann. Die proximale Verbindung zwischen Schaft und Teleskop wird durch eine Gummischiene abgedichtet. Die Krümmung des Schaftes ist ausgehöhlt, so daß man durch sie hindurch die Aktion des Saitendrahtes beobachten kann.

Die Operation erfolgt in Sakralanästhesie, die Blase ist mit Oel gefüllt. Das Instrument wird eingeführt, und nach genauem Studium des Operationsfeldes wird der von Hochfrequenzstrom durchströmte Saitendraht angezogen und dringt in die Prostata dabei ein. Nun wird, sobald er tief genug darin ist, das Instrument um 360° gedreht, wodurch ein entsprechendes Stück der Prostata exzidiert wird und in die Blase schlüpft.

Zur Blutstillung wird jetzt ein entsprechender Katheter eingelegt, der kurz vor seiner Spitze einen Gummiballon trägt, welcher nach Einführung durch Füllung mit Wasser ausgedehnt wird und durch Druck auf die Wand der Prostata die Blutung stillt. Gleichzeitig vermag er den Urin abzuleiten.

Der dritte Akt der Operation, der erst später ausgeführt wird, besteht in der Entfernung der Prostata aus der Blase. Dies geschieht mit Hilfe eines ähnlichen Instrumentes wie des ersten. Eine Drahtschlinge führt aus dem Schaft heraus, wird um die Prostatastücke herumgeführt und der Hochfrequenzstrom hindurchgeschickt. Beim Zurückziehen der Schlinge zerschneidet der Thermokauter das Gewebe. Dies wiederholt man solange, bis die Teile so klein sind, daß sie mit der Fremdkörperfaßzange herausbefördert werden können.

Ueber klinische Erfahrungen wird nicht berichtet. Versuche sind bisher nur im pathologischen Institut erfolgt.

E. Lehmann, Breslau.

3890.

Leguen, M., **Unvollständige Prostatektomien.** (L'Urologie du Praticien, 2. Jahrg., Nr. 2, 1929.) In einigen Fällen muß man nach Prostatektomien einige Monate oder Jahre später eine zweite Operation wegen eines Adenoms ausführen. Es ist nicht die Prostata selbst der Sitz des Adenoms, sondern die Urethraldrüsen. Verfasser berichtet über einige Fälle, in denen man nach vielen Jahren, in manchen sogar bis zu 10 Jahren, zu einer zweiten Prostatektomie schreiten mußte. Er bespricht kurz die Diagnose dieser Prostatavergrößerung und weist darauf hin, daß man durch sehr minutiöse und vollständige Entfernung der Adenomknoten bei der ersten Operation das Rezidiv vermeiden kann.

Walter Grossmann, Berlin.

3891.

McKay, Robert W., **Abnorme Gänge, der Pars pendulans urethrae.** (J. Urol., 22., 2.) (Johns Hopkins Hospital, Baltimore.) Die Bedeutung der paraurethralen Gänge ist bekannt. Besonders wichtig sind sie als Schlupfwinkel der Gonokokken. Im Falle akuter Infektion sind sie zu inzidieren. Chronische Paraurethritis wird behandelt durch Einspritzung ätzender Lösungen in die Gänge; besonders empfohlen wird hierzu 5prozentiges Silbernitrat. Gänge,

die mit der Injektionsbehandlung nicht ausheilen, sind durch Radikaloperation zu exzidieren. Diese kann leicht unter Sakralanästhesie ausgeführt werden. Verfasser berichtet über 4 Fälle von Injektion der Gänge und 5 Fälle von radikaler Exzision. Die radikal Operierten heilten alle glatt ohne Entstehung einer Urinistel.

E. Mühsam, Berlin.

3892.

de Courcy Wheeler, William Ireland, **Traumatische Harnröhrenzerreißen.** (Brit. J. Urology, 1., 2, 1929.) Verfasser berichtet über 6 Fälle kompletter Harnröhrenzerreißen. Diese Art Verletzung soll verhältnismäßig selten sein. Er weist besonders darauf hin, daß bei richtigem Vorgehen, besonders bei entsprechender Nachbehandlung, die früher fast regelmäßig auftretenden schweren Strikturen heute fast zu den Ausnahmen gehören. Verfasser weist auf die von französischen Autoren besonders mitgeteilte Tatsache hin, daß die Verletzung häufig gerade bei jungen Männern beobachtet wird. Als besonderes Kennzeichen wird das Hämatom am Damm genannt sowie der intensive, aber erfolglose Urindrang. Urinaustritt durch die zerrissene Harnröhre in das umgebende Gewebe wird häufig verhindert durch den reflektorischen Krampf der Harnröhrenmuskulatur. So hilft sich die Natur selbst und verhindert nach Ansicht des Verfassers oft den gefährlichen Austritt von Urin in die Weichteile. Die Diagnose einer Harnröhrenruptur ist nicht schwierig, nicht leicht dagegen in vielen Fällen die genaue Lokalisation des Risses in der Harnröhre. Als ungünstiges Prognostikum wird das Auftreten eines schwarzen Fleckes auf der Glans penis bezeichnet; es wird auf Urininfiltration des ganzen Penis zurückgeführt. Der Erfolg der Operation hängt zum großen Teil von der Blutstillung und der Asepsis ab. Zum Transport in das Krankenhaus soll die übermäßig gefüllte Blase durch suprapubische Punktion entleert werden. Instrumentelle Untersuchung der Harnröhre vor der Operation ist nur bei unklarer Diagnose berechtigt. Die Operation ist in Allgemeinnarkose oder Lumbalanästhesie bei Steinschnittlage des Patienten auszuführen. Die Blase wird durch Sectio alta eröffnet und unter Leitung des Fingers wird ein retrograder Katheterismus mit einem Katheter oder einem besonderen, vom Verfasser angegebenen Instrument ausgeführt. Lange, mediane Inzision am Damm, peinliche Blutstillung, Durchziehen des Katheters, Naht der Harnröhre über dem Katheter, Naht des Damms bis auf einen Docht. Verfasser wünscht die Operation in jedem Fall, auch wenn ein Katheter vom Orificium externum urethrae über die zerrissene Stelle hinweg bis in die Blase eingeführt werden kann. Wenn der Patient keine Beschwerden hat, soll mindestens ein Jahr lang kein Instrument in die Harnröhre eingeführt werden.

E. Mühsam, Berlin.

3893.

Muschat, Maurice, **Harnröhren- und Dammzysten der Cowperschen Drüsen.** (J. Urol., 22., 2.) Bericht eines einschlägigen Falles. Bei Schwierigkeit in der Miktion oder gar akuter Harnverhaltung oder bei Schwierigkeit instrumenteller Einführung ist auf das Vorhandensein einer urethralen oder perinealen Zyste einer Cowperschen Drüse zu denken. Diese an sich seltene Krankheit wird meist erst durch Endoskopie der Harnröhre entdeckt. Die Behandlung dieser Zysten hängt ab von ihrer Lokalisation. Intra-urethrale Zysten können durch Endoskopie behandelt werden, während die perinealen auf chirurgischem Wege radikal extirpiert werden müssen.

E. Mühsam, Berlin.

3894.

Bailey, Hamilton, **Erworbene Blasen-Darm- und Harnröhren-Darmfisteln.** (Brit. J. Urol., 1., 2, 1929.) (Dudley Road Hospital, Birmingham.) Bericht über 7 Fälle erworbene Fisteln zwischen Blasen bzw. Harnröhre und Darmtraktus. Als Entstehungsursache werden aufgeführt: Divertikulitis des Sigmoid, maligne Tumoren von Blase, Uterus, Prostata und Rektum, Abszesse des Wurmfortsatzes und der weiblichen Adnexe, Traumen (Beckenfrakturen, operative Zwischenfälle, besonders Lithotripsien), Prostataabszesse, Ruhr (besonders Amöbenruhr), Tuberkulose, Aktinomykose, Syphilis, Bilharzia und Blasendivertikel. Zur Klärung der Diagnose dienen Röntgenuntersuchungen des Darmtrakts, der Blase und Harnröhre, Zystoskopie, Urethroskopie, Rektoskopie, Wassermannsche Reaktion, mikroskopische Untersuchung des Urins und der Fäzes (Amöbenruhr). Als Palliativoperation kommen zur Ableitung des Urins oder der Fäzes Blasen- oder Darmfisteln bzw. künstlicher After in Frage. Als Radikaloperation ist zu versuchen, durch Laparotomie die normalen Verhältnisse wiederherzustellen. E. Mühsam, Berlin.

3895.

Bumpus, Hermann C., **Die gegenwärtigen Methoden und Ergebnisse der Behandlung von Blasen-tumoren.** (J. of Urol., 21., Heft 3.) Bericht aus der Mayo-Klinik. Der Grad der Malignität eines Tumors wird nach dem Verhältnis undifferenzierter Zellen zu differenzierten angegeben. Sind etwa ¼ der Zellen undifferenziert,

so wird Gruppe 1 angenommen, bei $\frac{1}{4}$ zu $\frac{1}{4}$ Gruppe 2, sind $\frac{3}{4}$ undifferenziert Gruppe 3, noch mehr Gruppe 4. Diese sind die bösartigsten. Natürlich wird gleichzeitig das klinische Bild mit bewertet. Bei den leichteren Formen der Gruppe 1 und 2 wird elektrokoaguliert. Hierbei ist wegen der Rezidivgefahr regelmäßig Nachkontrolle nötig. Radium wird nicht mehr angewandt. Von der Applikation durch das Zystoskop kam man rasch ab, da das darauffolgende Oedem eine spätere Operation erschwerte. Von 46 Fällen wurden 12 weiter beobachtet, wobei sich ergab, daß sie durchschnittlich nur 6 Monate noch lebten. Die Anwendung von Radium nach Eröffnung der Blase machte oft so schwere schmerzhaftes Zystitiden, daß man davon abkam. Nur in einzelnen Fällen sah man überraschende Erfolge. Jetzt steht die Diathermie im Vordergrund, die in allen den Fällen angewandt wurde, bei denen chirurgische Maßnahmen nicht in Frage kamen. 29 Fälle der Gruppe 3 und 4 wurden beobachtet, von denen 16 leben, und zwar 4 über 3 Jahre ohne Rezidiv. Von 179 anderen behandelten Fällen der gleichen Gruppe leben 50, und zwar 27 über 3 Jahre. Es scheint, daß die Diathermie zwar andere chirurgische Maßnahmen nicht ausschließt, aber einzelne Fälle aussichtsreicher gestaltet.

E. Lehmann, Breslau.

3896.

Gripekoven, Blasendivertikel. (Brux. méd., Nr. 35, 1929.) Blasendivertikel sind erworben oder angeboren. Man trifft sie fast immer beim männlichen Geschlecht an und im allgemeinen jenseits der vierzig. Sie sind solitär oder multipel. Sie geben Anlaß zu mechanischen Komplikationen, zu Infektionen, zu Steinbildung, zu Geschwülsten, zu Hernien. Ihre Diagnose ist nur möglich mit Hilfe der zweizeitigen Zystographie, der Kontrastzystographie, der schrägen oder lateralen Zystographie. Ihre Behandlung besteht in der Exairese, sei es auf extra-, sei es auf intravesikalem Wege, sei es durch Kombination beider Methoden.

3897.

Haslinger, Die Behandlung der Cystitis tuberculosa. (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 20.) Bei der Behandlung der Cystitis tuberculosa haben sich sowohl hinsichtlich der Heilungsdauer als auch hinsichtlich der subjektiven Beschwerden die interne Medikation von Natrium bicarbonicum und Blasenspülungen mit 3prozentiger Natrium-bicarbonicum-Lösung bestens bewährt. Maslowsky.

3898.

Thomson-Walker, John, 3 Fälle von Ureterextirpation wegen Papilloms. (Brit. J. Urol., 1, 2, 1929.) Verfasser berichtet über drei Fälle von Papillomatose des Nierenbeckens, die mit Nephrektomie operiert wurden. Ureter und Blase schienen frei zu sein. Später entwickelten sich in allen drei Fällen Papillome im Ureter und in der Blase, die Ureterektomie und Elektrokoagulation der Blase erforderlich machten.

E. Mühsam, Berlin.

3899.

MacMyn, D. J., Harnleiterdilatation und kindliche Hydro-nephrose. (Brit. J. Urol., 1, 2, 1929.) (King's College Hospital, London.) An Hand von zwei Fällen weist Verfasser auf die Möglichkeit hin, frühzeitig erkannte Hydronephrosen durch Dilatation von Ureteren zu behandeln. Sorgsame urologische Untersuchung gestattet gelegentlich, bereits im jugendlichen Alter Hydronephrosen zu erkennen, deren Vorhandensein man wegen bestehender Miktionsbeschwerden und hinzukommender Infektion vermuten kann. Die mechanische Behinderung des Urinabflusses als auslösender Faktor für die Entstehung einer Hydronephrose kann so unter Umständen erfolgreich beseitigt werden. Häufig finden sich neben den die Hydronephrose verursachenden abnormen Anlagen (überzählige oder ungewöhnlich verlaufendes Gefäß usw.) auch noch andere Abnormitäten im uropoetischen System oder an anderen Stellen des Körpers, deren Beachtung gegebenenfalls an eine Hydronephrose anknüpfen lassen kann.

E. Mühsam, Berlin.

Hygiene

3900.

Werchrackyj, D., Der Aderlaß in der Volksmedizin des ukrainischen Dorfes. (Ukrain. med. Arch., 4, Heft 1, 1929.) Das ukrainische Dorf genießt erst seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Möglichkeit der rationellen medizinischen Hilfe. Deshalb volkstümliche medizinische Eingriffe, vor allem der Aderlaß, weit verbreitet sind. Am häufigsten wird der Aderlaß zur Blutreinigung, doch werden auch Bluteigel, viel weniger Schröpfköpfe benutzt. Besonders gerne wird der Aderlaß bei akuten Erkältungskrankheiten, Furunkulose, Nachgeburtskrankungen, akuten Psychosen, bei allgemeiner schlechter Ernährung (Anämie), sowie bei erhöhten Geschlechtstrieb angewandt. In jedem Rayon findet

man auch heute noch fünf bis sechs aderlaßkundige Bauern, die ihre Tätigkeit streng geheim halten.

Omelskyj.

Infektionskrankheiten

3901.

Roesler, G., Ueber die Notwendigkeit einer längerdauernden Nachuntersuchung anscheinend erfolgreich behandelter Typhus- und Paratyphusbazillenträger. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 33.) (Medizinische Klinik, Münster i. Westf.) Typhus- und Paratyphusbazillenträger zeigen oft monatelange Pausen in der Bazillenausscheidung. Es ist dadurch außerordentlich erschwert, den Erfolg einer eingeschlagenen Behandlung zu bejahen. Unter Berücksichtigung der in der Praxis bestehenden Schwierigkeiten wird ein Untersuchungsschema angegeben, das einige Sicherheit gegen Irrtümer bietet. Verfasser empfiehlt: anschließend an die Behandlung 10 Wochen lang Stuhl- und Urinuntersuchungen (etwa einmal wöchentlich), nach einem $\frac{1}{2}$ Jahr dreiwöchige Nachuntersuchung in gleicher Weise, bei Typhusbazillendauerauscheidern diese Nachuntersuchungen in den beiden folgenden Jahren wiederholen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3902.

Hegler, C., Ueber Infektion des Menschen mit dem Bacterium abortus Bang. (Med. Welt, Nr. 30, 1929.) (Allgemeines Krankenhaus, Hamburg-St. Georg.) Das Bacterium abortus Bang ist der Erreger des seuchenhaften Verwerfens der Rinder. Es ist fast völlig identisch mit dem Micrococcus melitensis, dem Erreger des Maltafiebers. Die Infektion durch Bact. Bang beim Menschen verläuft unter dem Bilde einer septischen Erkrankung. Männer werden ungefähr dreimal so oft als Frauen befallen; Kinder werden im allgemeinen verschont. Charakteristisch ist das wochen-, oft monatelang sich hinziehende undulierende Fieber. Die einzelnen Fieberwellen können 8 bis 14 Tage andauern und von einem oft mehrwöchigen fieberfreien Intervall unterbrochen sein. Das Allgemeinbefinden ist fast immer wenig beteiligt; das Sensorium bleibt frei; die Gewichtsabnahme ist gewöhnlich minimal. Der Puls pflegt relativ langsam zu sein. Die Leukozytenzahl ist im Beginn herabgesetzt mit relativer Vermehrung der Lymphozyten. Die Senkungsgeschwindigkeit pflegt niedrig zu sein. Die Haut ist gerötet und zeigt im Beginn gelegentlich ein leichtes Erythem. Die Milzschwellung, die immer vorhanden ist, kann recht erheblich sein. Im Urin findet sich im Beginn oftmals positive Diazoreaktion. Nicht selten sieht man allgemein rheumatische Beschwerden und Gelenkschmerzen. Die Diagnose wird gesichert durch den Ausfall der Agglutination. Differentialdiagnostisch kommt neben Typhus abdominalis, Tuberkulose, Grippe und Sepsis vor allem das Maltafieber in Betracht, bei dem jedoch die subjektiven Beschwerden viel stärker zu sein pflegen. Die Prognose ist im allgemeinen als günstig zu bezeichnen; es sind bis jetzt nur wenige Todesfälle an Bang-Infektion beschrieben. Therapeutisch ist die Verabreichung von Salizyl in Kombination mit Neosalvarsan empfohlen worden, scheint jedoch nicht immer wirksam zu sein. Verfasser sah in einzelnen Fällen einen Erfolg von Chinin mit Pyramidon aa 0,25. Die Prophylaxe der Erkrankung beginnt mit der Hygiene des Stalles. Das Bact. Bang wird abgetötet durch $\frac{1}{2}$ stündiges Erhitzen der Milch auf 60° oder durch ganz kurzes Aufkochen. In Sahne, Butter und anderen Milchprodukten ist der Erreger monatelang haltbar. Eine direkte Ansteckung mit Bact. Bang vom kranken Menschen auf Gesunde ist bisher nicht beobachtet worden.

L. Gordon, Berlin.

3903.

Livierato, S., und M. Vagliano, Die Dengue. (Paris méd., Nr. 23, 1929.) Symptomatologie. Fieber: Selten Apyrexie, meist konstant; das Bild beherrschend, über 39, gegen den dritten bis vierten Tag remittierend, um am nächsten wieder zuzunehmen; brüsk am siebenten bis achten Tag fallend. Schmerzen meist im Kopf und in der Lendengegend; oft allgemein, so daß man an einen infektiösen Rheumatismus denkt. Nausea, Blässe, Erbrechen, oft ganz plötzlich in wenigen Minuten sich mehrfach wiederholend. Auch durch seine Abundanz tödliches Erbrechen (Leberinsuffizienz). Konstipation oft die ganze Dauer hindurch; auch Melänastühle. Charakteristisch ist die Dissoziation zwischen Puls und Temperatur: fast im ganzen Verlauf Bradykardie (bis zu 40); gegen das Ende hin Beschleunigung auf 110 ca.; in der Konvaleszenz wieder Bradykardie. Dabei Schwindelanfälle um so häufiger, je stärker die Bradykardie. Senkung des arteriellen Druckes. In den toxischen Fällen deutet die Abschwächung der Herztöne auf die Beteiligung des Myokards. Die Lendenschmerzen fordern zu einer systematischen Untersuchung des Urins auf: fast in allen Fällen Albuminurie; manchmal 0,5 bis 2 g pro l; dann auch

granulierende Zylinder und einzelne Erythrozyten. In 2 Fällen hämaturische Nephritis: vielleicht durch Urotropin verursacht. In manchen Fällen während der ganzen Dauer Isomnie. Charakteristische Mahagonifärbung des Gesichts und des ganzen Rumpfes, unter Umständen mit vorübergehender masern- oder scharlachähnlicher Eruption auf den Gliedern und der Vorderseite des Rumpfes. In toxischen Fällen kann diese Eruption sogar hämorrhagische Form annehmen. Ausnahmsweise in Konvaleszenz, dann leichte Desquamation. Charakteristisch ist endlich die schmerzhaft Hyperthrophie der Achsel- und Leistenrücken.

Man unterscheidet die ambulatorische Form: leichte Ermüdung, Kopfschmerzen, Anorexie, leichte Temperatur 2 bis 3 Tage im ganzen. Dann die gewöhnliche Form: leichte Prodromalerscheinungen 1 bis 2 Tage lang; 38 bis 39 °; 2 bis 4 Tage lang kaum ausgesprochen mit einer Remission von einigen Stunden; am siebenten oder achten Tage wieder intensiv, um plötzlich zu sinken; manchmal geht der Rekonvaleszenz eine besonders ausgesprochene Depression voraus. Hier kommt es zu Hämorrhagien (Epistaxis, Hämatemese, Metrorrhagien); häufig Erbrechen, banale Magen-erscheinungen. Ferner die hyperpyretische Form: 4 bis 5 Tage oder die ganze Dauer über 40 ° mit starker Depression, manchmal auch Uebererregung, Agitation, rapider schwieriger Atmung ohne objektiven Befund auf der Lunge. Die hepatische Form: Lebervergrößerung ist ohne besondere klinische Erscheinungen sehr häufig; in manchen Fällen bietet sie aber ein besonderes, schweres klinisches Bild. Von Anfang an Hämorrhagien, Purpura, subikterische Färbung der Haut und der Konjunktiven; am vierten bis fünften Tage wird der bisher langsame Puls beschleunigt; subjektives Wohlbefinden, aber Zunahme der Leberschwellung, des Ikterus und der Hämorrhagien — Tod. Kardiale Form: Mehr oder weniger brüsk tritt eine akute Myokarditis auf mit Dyspnoe, Zyanose, kalten Extremitäten, Tachykardie, Hypotension. Prognose trübe. Solche Fälle können noch in der Konvaleszenz und später plötzlich tödlich enden. Die nervöse Form: Hier beherrschen psychische Störungen das Bild. Die 3 letzteren Formen zeigen eine Mortalität von 2 bis 3%, die manchmal oft kräftige junge Leute betrifft. Inkubation: 4 bis 8 Tage. Uebertragung durch Stegomyia, aber auch durch die gewöhnlichen Kulizes. Das Virus findet sich im Serum, passiert Filterkerzen und bleibt in im Eisschrank aufbewahrt Blut bis zu 90 Tagen virulent.

v. Schnitzer.

3904

Kardin, L. S., Malariabehandlung mittels subkutaner Strychnininjektionen. (Wratsch, Djelo, 11. Jahrg., Nr. 23.) K. berichtet über Anwendung von Strychnin bei akuter und chronischer Malaria, mit dem er rasche Heilwirkung herbeiführen konnte. Von 25 damit behandelten Malarikern reagierten zwei Drittel der Fälle schon nach der ersten Injektion durch Schwinden der Anfälle, Rückgang der Milz- und Leberschwellung und Besserung des Allgemeinbefindens. Das Mittel wurde in einer Dosis von 0,0001 bis 0,002 täglich nach folgender Formel gegeben: Rp. Strychnini nitrici 0,1, Aq. dest. 100,0, Glycerin. puri gtt. V. M.D. Steril., pro injection. Von dieser Lösung wurden 1,0 bis 2,0 ccm subkutan injiziert. Die Kur bestand aus insgesamt 6 Injektionen. E. Kontorowitsch.

3505.

Hannema, Alastrimfälle zu Rotterdam. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 31, 1929.) Es gibt Epidemien, die an Pocken erinnern und die einen sehr leichten Verlauf haben, auch bei Personen, die nicht oder doch sehr lange nicht geimpft sind. Diese Epidemien gaben Anlaß zur Unterscheidung des Krankheitsbildes Alastrim. Die klinische Abgrenzung ist bestimmt berechtigt.

Im Juli kam ein sterbendes Kind ins Krankenhaus. Zahlreiche Pneumonien, ausgedehnter Pockenausschlag. Alle folgenden Fälle sind auf dieses Kind zurückzuführen. Der Vater war auch in Behandlung gewesen, ohne erheblich krank zu sein. Er hatte einen pockenähnlichen Ausschlag, keine Dellen; man schloß Variola vera aus.

6 Tage nach dem Tode des Kindes wurde eine Krankenschwester krank. Die Inkubation stimmte nicht zu Variola vera und auch nicht zu Varizellen. Nun mehrten sich die Fälle, ihr Verlauf war ziemlich gleich. Der Hautausschlag zeigte nur quantitative Verschiedenheiten. Er entsteht am zweiten bis dritten Tage, also nahe bei der Temperatursenkung. Ein Mann hatte nur zwei Bläschen am ganzen Körper, ein Kind war voll von Pusteln. Qualitativ sieht man beim selben Kranken verschiedene Formen. Roseolae, Papeln, Blasen, Pusteln.

Im ganzen begannen die Fälle wie Pocken. Leichtere Fälle waren nicht durch Impfung der schwereren Form entgangen, denn auch nichtgeimpfte Fälle waren leicht. Die Krankheit war außerordentlich ansteckend, auch für Erwachsene.

Die Impfungen waren zahlreich. Kurt Heymann, Berlin.

Innere Medizin einschließl. Tuberkulose

3906.

Alexander, Leo, und Hans Ullmann, Die Prognose der essentiellen Hypertonie bei Frauen. (Med. Welt, Nr. 28, 1929.) Die Altersklasse 50 bis 60 Jahre weist prozentual die meisten Hypertoniefälle auf. Das Auftreten von Albumen steigt an mit dem höherwerdenden Blutdruck. Diabetes tritt öfters auf in Fällen mit höherem Blutdruck. Die Zahl der Aortenkonfiguration, breite Aorta und Hemiplegien steigen ebenfalls an bei höherwerdendem Blutdruck. Der hohe Blutdruck steht in keinem Verhältnis zu Magen-, Gallenerkrankungen, Lues, Adipositas, Karzinom, Gewicht, Partus und Abortus.

Permanente Blutdruckwerte über 160 mm Hg sind durchaus ernst zu nehmen. Wenngleich auch die Lebensdauer durch Inerscheinungtreten der Hypertonie durchaus noch nicht beeinflusst wird, so ist doch das Allgemeinbefinden der davon befallenen Patientinnen sehr beeinträchtigt. Das kritische Alter für diese Fälle ist die Wende des sechsten Jahrzehntes.

L. Gordon, Berlin.

3907.

Müller, Otfried, und Karl A. Bock, Ueber konstitutionelle Blutdrucksteigerung und die sogenannte paradoxe Reaktion. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) (Med. Universitäts-Klinik Tübingen.) Es wird ein lange und eingehend beobachteter Fall von jugendlicher Blutdrucksteigerung beschrieben, der sichere Störungen von seiten der Hypophyse aufweist und unter Einwirkung von Präphyson erheblich und auf lange Zeit hinaus gebessert werden konnte.

Es werden die bisher bekannten Tatsachen über die Einwirkung von Hormonen auf die Kapillarendothelien kurz zusammengestellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3908.

Uehlinger, E., Konstitutionelle infantile (perniziosaartige) Anämie. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 32.) (Pathologisches Institut Zürich.) Es wird ein Fall von infantiler, konstitutioneller (perniziosaartiger) Anämie bei einem 6jährigen Knaben beschrieben. Ursache der Anämie ist eine quantitative Unterentwicklung des roten Knochenmarks ohne Veränderung des Knochenbestandes. Das vorhandene blutbildende Mark ist voll funktionsfähig. Die Hämolyse ist nicht gesteigert. Die Häufung von Mißbildungen an den Organen spricht für ein Vitium primae formationis. Diese Anämie kann familiär auftreten. Das klinische Bild wird beherrscht durch Haut- und Schleimhautblutungen auf Grund einer der Blutarmut vorausgehenden Thrombopenie.

Arnold Hirsch, Berlin.

3909.

Ickert, F., Lungenpigmentierungen und die Vorstellung der Anthrakose. (Z. Tbk., 54., 3.) Französische Forscher haben mit Hilfe neuartiger Untersuchungsmethoden gefunden, daß tuberkulöse Lungen viel eisenhaltiger sind als nichttuberkulöse. Es wird daraus der Schluß gezogen, daß das schwarze Lungenpigment, herkömmlich als Kohlepigment aufgefaßt, gar nicht aus Kohle bestehe, sondern aus dem Blute stamme; es werde vornehmlich in jenen Teilen der Lunge gefunden, welche durch Entzündungen irgendwelcher Art verändert seien. Den Ausdruck „Anthrakose“ wollen französische Forscher durch „Melanosiderose“ ersetzt wissen. Die Untersuchungen der französischen Schule, besonders Joussets, bedürfen der Nachuntersuchung auch von deutscher Seite, da die Ergebnisse geeignet wären, unsere Anschauungen über die Anthrakose erheblich zu modifizieren.

Zwerg, Coswig.

3910.

Malaguti, A., Die Cholesterinpleuritis. (Arch. di Patol. e Clin. Med., 8., Heft 4, 1929.) (Med. Abt. des Bürgerhospitals von St. Arcangelo di Romagna.) Unter der Bezeichnung „Cholesterinpleuritis“ versteht Verfasser jede Pleuritis, deren Erguß suspendiert Cholesterinkristalle enthält. Diese Krankheitsform, meist tuberkulösen Ursprungs, nimmt fast immer einen chronischen und latenten Verlauf und bietet für die Diagnose wenig Charakteristisches. Erst die Punktion gewährt Aufschluß durch das Aussehen der Flüssigkeit deren Inhalt (nicht Cholesterin allein, sondern Eiweiß- und Fettsubstanzen) in sehr weiten Grenzen schwanken kann. Im allgemeinen besteht zwischen dem Cholesteringehalt des Blutes und dem der Pleuraflüssigkeit keine Beziehung.

Eine spezifische Behandlung dieser Krankheit gibt es nicht. Die Prognose richtet sich mehr nach der Grundkrankheit und nach anderen Begleitsymptomen als nach der Flüssigkeit an sich.

Nach Aufzählung der verschiedenen pathogenen Theorien kommt Verfasser zu dem Schluß, daß es zur Zeit nicht möglich ist, eine einzige pathogene Ursache aufzustellen, die alle vorkommenden Fälle erklärt. Vielmehr muß man an das Vorhandensein multipler

Mechanismen denken, deren Wirkung sich in den verschiedenen Fällen wechsellvoll gestaltet. **Held.**

3911.

Lickint, Fritz, Vergleichende Aziditätsbestimmungen nach Semmelteefrühstück und der fraktionierten Magenausheberung (Verweilsonde). (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 31.) (Innere Abteilung des staatlichen Krankenstiftes Zwickau i. Sa.) Bei 100 Patienten wurde an zwei aufeinanderfolgenden Tagen morgens am ersten Tage 30 Minuten nach Einnahme des Boasschen Semmelteefrühstücks ausgehebert und am zweiten Tage die Magenverweilsonde unter Benutzung des von Katsch und Kalk angegebenen Wasser-Koffein-Methylenblautrankes durchgeführt. Bereits bei der jeweilig zuvor erfolgten Nüchternausheberung zeigte sich eine Differenz insofern, daß in 15 Fällen mit der Verweilsonde genügend Nüchternsaft erhalten wurde, wo die Verwendung des dicken Magenschlauches keinen Mageninhalt ergeben hatte. Ferner ergab sich, daß die Aziditätsgrade im Magensaft 30 Minuten nach dem Semmelteefrühstück nicht ausreichend mit den Werten übereinstimmten, die in 30 Minuten nach Einführung des Wasser-Koffein-Methylenblautrankes mittels der Verweilsonde erhalten wurden. Sowohl die freie bzw. fehlende HCl als auch die sogenannte Gesamtsäuretität stimmten nur in einem Drittel gut überein, während sie in einem weiteren Drittel um etwa 10 Aziditätsgrade nach oben oder unten abwichen und in einem letzten Drittel schließlich soweit differierten, daß ein Vergleich überhaupt nicht mehr in Betracht kam (bis zu 80 Säuregraden Unterschied!). Hieraus ergibt sich jedoch, daß nicht nur das Gesamtergebnis der Verweilsonde von dem nach dem Boasschen Frühstück erhaltenen vollkommen abweichend sein kann, wie bereits andere Autoren festgestellt haben, sondern daß man nicht einmal die Säurewerte beider Methoden vergleichen kann, die einander zeitlich entsprechen. Besonders bedeutungsvoll ist diese Tatsache dafür, daß man trotz dieser Einschränkung nicht in der Lage ist, in der Klinik und der Gutachterstätigkeit neue mit der Verweilsonde erhaltene Ergebnisse mit früheren mit der alten einmaligen Ausheberung gefundenen Werten zur Feststellung einer Besserung oder Verschlechterung der Aziditätsverhältnisse zu vergleichen. Die Ursache für diese Abweichungen dürfte teils in den verschiedenen Reizmitteln (Semmelin und Tee auf der einen und Wasser, Koffein und Methylenblau auf der anderen Seite) und teils in der verschiedenen Ausheberungstechnik begründet sein.

3912.

Steinitz, Hermann, Die Prüfung der Magensaftsekretion in ihrer praktischen Bedeutung. (Med. Welt, Nr. 27, 1929.) (Innere Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde zu Berlin.) Das Ewald-Boassche Probefrühstück kann auch heute noch als Standardmittel für die Untersuchung der Magensaftsekretion dienen. Für die Fälle, bei denen die Anwendung eines flüssigen Probeingestums angezeigt erscheint, wird der Straußsche Probeteer empfohlen. Dieser stellt ein Probefrühstück ohne Brötchen dar und besteht also aus 300 cm Tee (ungesüßt). Er wird nach 30 bis 60 Minuten ausgehebert. Zur Beurteilung der Motilität dient das Verschwinden der Teefarbe. Bei Anwendung dieser Probeingesta wird die Titration alten Stils allen Anforderungen moderner Wissenschaft gerecht und kann daher auch weiterhin Verwendung finden. Zur Prüfung der höchsten Leistungsfähigkeit des Magens, besonders in Fällen von Salzsäuremangel, und zur Gewinnung reinen Magensaftes dient die subkutane Injektion von ½ mg Histamin ohne Zuführung eines Probeingestums. Für die Praxis wird die Methode der einmaligen Ausheberung mit dünnem Schlauch ½ Stunde nach der Injektion empfohlen. Die fraktionierte Ausheberung des Magens mit dünner Verweilsonde kann, unbeschadet ihres Wertes für manche klinische und rein wissenschaftliche Fragestellungen, nicht als eine allgemeine Untersuchungsmethodik der Praxis angesehen werden. Die Untersuchung der Fermentsekretion kann für praktische Zwecke entbehrt werden, da ihr ein differentialdiagnostischer Wert nicht zukommt.

L. Gordon, Berlin.

3913.

Schrumpf-Pierron, Die chronische, periodisch aufackernde Amöbenhepatitis. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 33.) Die Invasion der Leber durch die Amöben der Dysenterie kommt sowohl primär ohne Erscheinungen von Darmruhr, als auch sekundär als Komplikation einer dysenterischen Kolitis vor.

Die vom Verfasser näher beschriebene Form der Amöbenhepatitis ist eine chronische Erkrankung mit langen Zeiträumen der Remission, welche unterbrochen werden durch periodische akute Fälle, die von der einfachen, nicht schmerzhaften und nicht fieberhaften Leberschwellung, bis zur diffusen oder lokalisierten, schmerzhaften und fieberhaften Entzündung gehen.

Diese akuten Anfälle werden meist entweder durch plötzliches Steigen der Lufttemperatur oder durch Alkoholexzesse ausgelöst.

Die einzig wirksame Therapie des Anfalls ist das Emetin.

Jedoch auch nach Verschwinden der entzündlichen Lebererscheinungen des akuten Anfalls erscheint es unwahrscheinlich, daß eine tatsächliche Heilung des Anfalls erzielt worden ist. Dem früher oder später kann sich ein neuer Anfall einstellen. Es handelt sich infolgedessen um eine chronische latente Infektion mit periodischem akuten Ausflackern. **Arnold Hirsch, Berlin.**

3914.

Borgbjærg, A., und M. C. Lottrup, Blutuntersuchungen bei Achylie, mit spezieller Hinsicht auf die perniziöse Anämie. (Hospitid., Nr. 28, 1928.) Achylia gastrica findet sich in 50% der Fälle von Anämie, in der Regel leichteren Grades. Megalozytose fand sich in 15% der Fälle, meist bei Kranken mit hohem Hämoglobinprozent. Bei Anaemia perniciosa findet sich immer Megalozytose. Bei Magenkrebs fand sich diese jedoch nie. Bei Kranken mit positiver Kongoreaktion ist Megalozytose selten. Meist findet sie sich bei dem Index 1. Unter dem Gebrauch von Arsen und Eisen kann die Größe der Blutkörperchen zunehmen; sie wechselt aber auch spontan oft. Die Leberbehandlung verringert die Größe der Blutkörperchen bei Megalozytose. Diese findet sich auch in Fällen, wo von perniziöser Anämie keine Rede sein kann. Bei Kranken mit Achylie soll man Blutuntersuchungen vornehmen; sicher findet man einzelne, die sich im ersten Stadium der perniziösen Anämie befinden. Die Achylie allein ist nie die Ursache der perniziösen Anämie, es müssen noch andere Momente zu deren Ausbildung und Entstehung hinzukommen. Zwei Kranke mit Gastritis ulcerosa und Achylie oder vermutlicher perniziöser Anämie zeigten erst nach der Operation das Bild der perniziösen Anämie. Oft fanden sich bei Kranken mit dem Verdacht der perniziösen Anämie Schmerzen im linken Hypochondrium, in der Pankreasgegend. Bei den von Warburg beschriebenen Fällen von Neurasthenie mit Achylie und Megalozytose fand sich nur einmal perniziöse Anämie. **S. Kalischer.**

3915.

Ustredt, H. J., Ueber die Häufigkeit der nichtdiabetischen Glykosurien. (Norsk Mag. Laegevidensk., Nr. 9, 1929.) Unter 1000 Kranken ohne besondere Symptome des Diabetes wurde in 1 bis 2% der Fälle Glykosurie gefunden. Die Hälfte der zufällig gefundenen Glykosuriefälle entpuppte sich als Diabetes. Bei 27% unter 240 Diabetikern wurde die Krankheit erst nach dem Eintritt in das Hospital festgestellt. Unter 62 chronischen Glykosurien, die zufällig gefunden wurden, hatten 55 echten Diabetes. Unter diesen 205 chronischen Glykosurien inklusive der Diabetiker wurde nur zweimal renale Glykosurie und fünfmal Glykosurie mit zystischer Hyperglykämie festgestellt. 14 der 32 Fälle transitorischer Glykämie waren mit zerebralen Leiden verbunden; insbesondere scheinen plötzlich einsetzende zerebrale Leiden, wie z. B. die subarachnoidalen Blutungen, zu Glykosurie zu neigen. Nach schwerer Hämatemesis sieht man zuweilen Glykosurie und transitorische Hyperglykämie. Renale Glykosurie wurde einmal familiär bei Mutter und Töchtern beobachtet. **S. Kalischer.**

3916.

Schanz, A., Kreuzschmerzen. (Med. Welt, Nr. 27, 1929.) Kreuzschmerzen werden hervorgerufen durch Erkrankungen der Lendenmuskulatur, der Wirbelsäule, des Hüftgelenks und der Abdominalorgane. Es handelt sich dabei immer um eine Störung des Belastungsgleichgewichtes an der Wirbelsäule. Zur Ermittlung der unmittelbaren Ursache der Kreuzschmerzen ist die Berücksichtigung der Funktion des Bauches von Wichtigkeit. Wenn der Mensch eine schwere Last zu heben hat, so holt er tief Atem, schließt den Kehldeckel und spannt Brust- und Bauchmuskulatur an. Dadurch wird die luftgefüllte Blase, welche Brust- und Bauchraum bilden, aufgepumpt, unter Spannung gesetzt und belastungsfähig gemacht. Die Bauchblase behält ständig einen gewissen positiven Druck und übt auf diese Weise auch in Ruhelage ihre Funktion als Hilstragorgan der Wirbelsäule aus. Tritt aus irgendeinem Grunde eine Insuffizienz der Bauchblase ein, so wird die Wirbelsäule ihres Hilstrützorgans beraubt, und es entstehen Kreuzschmerzen als Ermüdungssymptome der Wirbelsäule. In allen solchen Fällen werden die Kreuzschmerzen durch eine elastische Bauchbandage gebessert. **L. Gordon, Berlin.**

3917.

Matthisson, Helene, Eosinophilie bei rheumatischen Erkrankungen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 32.) (Knappschlafazarett Waldenburg in Schlesien.) In der Eosinophilie des Blutes ist ein neues wichtiges objektives Symptom vor allem des akuten Muskelrheumatismus zu erblicken. Dies ist um so wichtiger, als man bisher gerade bei der Diagnose rheumatischer Muskelerkrankungen mehr als bei anderen Krankheiten in der Hauptsache auf subjektive Beschwerden und Klagen angewiesen ist. Andererseits kann darin eine Erklärung der bis zur Gegen-

wart dunklen Genese der rheumatischen Muskelerkrankungen liegen.
Arnold Hirsch, Berlin.

3918.

Krebs, W., Ueber rheumatische Erkrankungen und ihre Behandlung. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 8.) In letzter Zeit hat die Frage der rheumatischen Erkrankungen die Kongresse beschäftigt, und man hat ein Rheuma-Forschungsinstitut in Aachen gegründet. Bei den Arthritiden unterscheidet man die primär-chronischen und die sekundär-chronischen Gelenkerkrankungen. Die ersteren setzen schon häufig im jugendlichen Alter ein und sind oft die Folge einer Infektion, bisweilen auch endokrin bedingt. Die zweite Gruppe schließt sich unmittelbar an einen akuten Gelenk-rheumatismus; in ihrem Verlauf besteht kein wesentlicher Unterschied der beiden Gruppen. In einer Reihe von Fällen treten frühzeitig Versteifungen auf, die häufiger durch spastische Abwehrhaltung der Muskeln als durch den Prozeß im Gelenk selbst verursacht sind. So kommt es zu der Flexionskontraktur der Kniegelenke, da am Oberschenkel die Flexoren überwiegen und die Extensoren atrophieren. Schwellungen der Gelenke sind bei den verschiedenen Arten nicht selten. Man hat versucht, die Quelle der Infektion an den Zahnwurzeln, in den Mandeln usw. zu suchen. Sicher kann in den Anfangsstadien die operative Entfernung solcher Herde auf den Verlauf der Gelenkerkrankungen gut einwirken, jedoch sind bisweilen die Gelenkaffektionen schon zu eigenen Krankheitsherden geworden, so daß derartige Eingriffe zu spät kommen. Die chronischen Arthritiden führen zu Deformierungen, bei denen man im Zweifel war, ob sie entzündlicher Herkunft oder auf Grund degenerativer Vorgänge entstanden sind. Durch die Untersuchung der Gelenke mit Röntgenstrahlen sind die Deformierungen mehr zu unserer Kenntnis gelangt, jedoch gelingt es nicht, durch das Röntgenbild festzustellen, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Arthritis, um eine Infektion oder endokrin bedingten Prozeß handelt. Die Deutung der Röntgenbilder bedarf strengster Kritik. Kommt es zum Knorpelschwund und zum Verschwinden des Gelenkspalts, so sieht man diese Veränderungen sehr deutlich. Größere Schwierigkeiten in der Diagnose machen die Neuralgien und Myalgien. Eine Scheidung der verschiedenen Neuritiden ist klinisch nicht durchführbar. Diagnostische Merkmale der Myalgie sind die Nervenpunkte. Der Auffassung, daß durch fortgesetzte Massagen dieser Punkte die Beschwerden zu beseitigen sind, kann Verfasser nicht beitreten. Therapeutisch muß man versuchen, eine starke Hyperämie der Gelenke herbeizuführen, wobei die feuchte Wärme der trockenen vorzuziehen ist. Verfasser wählt mit Vorliebe die einfachen Leinwandschläge, auch heiße Paraffinpackungen leisten gute Dienste. Reizt man die Haut durch äußere Anwendungen, so werden unter den Epithelien der Epidermis Stoffe und Antikörper erzeugt, die auf die Krankheitskeime einwirken. Sehr wichtig ist die Bewegungstherapie, die schonend vorzunehmen ist nach eventueller Verabreichung schmerzstillender Mittel. Massage der Gelenke und Muskeln ist zu empfehlen. Von Medikamenten steht an der Spitze das Salizyl, Atophan, auch in Form von Zäpfchen. Hierdurch werden die schmerzhaften spastischen Muskelkontrakturen, die das Gelenk in der Beweglichkeit hemmen, beseitigt. Bei den Myalgien empfiehlt sich ein kräftiges Massieren, medikomechanische Gymnastik, während bei den Neuralgien leichte Massage und viel Ruhe vorzuziehen ist. Die rheumatischen Erkrankungen sind sehr vielgestaltig, sie zu behandeln ist eine schwere Aufgabe. Kosminski, Berlin.

3919.

Tschebokssarow, Ueber die Pyloroduodenitis. (Wien. klin. Wschr., 42. Jahrg., Nr. 29.) Die Pyloroduodenitis (P.) ist pathologisch-anatomisch eine tiefgreifende Schleimhautentzündung der Pylorus-Duodenumgegend, zum Teil mit oberflächlicher Ulzeration und adhäsiver Perigastritis und Periduodenitis. In fast allen Fällen wurde eine gleichzeitige chronische Appendizitis gefunden, die als Ausgangspunkt der Infektion der Pylorus- und Duodenal-schleimhaut angesehen wird. Die Symptome gleichen vollkommen denen des Ulcus pylori und duodeni; es besteht Hyperazidität, ein hypertrophierter, sehr schmerzhafter Pylorus, latente und mitunter sogar manifeste Melaena. Ein negativer Röntgenbefund spricht gegen Ulkus für P. Von großer diagnostischer Bedeutung wäre die Gastroskopie. Die Therapie gleicht der konservativen Behandlung des Ulkus. Empfohlen wird die vorherige Appendektomie, bei Bestehen von Spasmen des hypertrophierten Pylorus eine Pyloroplastik. Ernst Pick, Wien.

3920.

Rechtman, A. M., Instruktionen für Patienten mit zirkulatorischen Störungen der Extremitäten. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Fußpflege: Waschen mindestens jeden anderen Tag mit warmem Wasser und Seife, Abtrocknen und mit Lanolin einreiben. Letzteres auch gegen spröde Nägel; hier kein Metallinstrument zum

Reinigen. Besondere Sorgfalt sei Hühneraugen und Schwielen gewidmet. Keine Hühneraugenringe oder Pflaster, sondern Sachverständige. Bei kälteempfindlichen Füßen wollene Socken. Passende Schuhe, bei Kälte unter Umständen mit Fell gefüllt. Leichte Verletzungen, Schnitte, Abrasionen usw. verlangen besondere Sorgfalt: keine reizenden Salben, keine Jodtinktur, sondern steriles Vaseline, sterilen Verband. Die Beschäftigung soll die Füße nicht anstrengen, Sitzen nach Anstrengungen mit erhobenen Füßen. Unter Umständen Cascara sagrada. Möglichst wenig rauchen. Abwechslungsweises Erheben und Senken der Füße mehrmals täglich üben. Kontrastbäder mit warmem und kaltem Wasser mehrmals täglich. Unter Umständen Heißluftbäder. v. Schnitzer.

3921.

Weil, A. J., Gelenkerkrankungen bei Grippe. (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) (Med. Universitäts-Poliklinik Frankfurt a. M.) Verfasser hat bei einer Gesamtzahl von 558 Grippekranken in knapp 2% der Fälle Gelenkerkrankungen beobachtet. Das Krankheitsbild ergab immer Schmerzhaftigkeit bei Bewegung und Druck, Bewegungshemmung, mäßige teigige Schwellung, ohne daß sich dabei die darüberliegende Haut heiß anfühlte und ohne Rötung, öfters Druckschmerzhaftigkeit auch der benachbarten Muskulansätze. Meist waren mehrere Gelenke zugleich oder kurz nacheinander befallen. Gewöhnlich dauerten die Erscheinungen nur wenige Tage. Therapeutisch empfiehlt Verfasser Ruhigstellung, lokale Wärme und Salizyl oder Atophan. Das letzte scheint eine bessere analgetische Wirkung zu haben. L. Gordon, Berlin.

3922.

Brinkmann, E., Praktische Erfahrungen mit der Differentialzählung der Leukozyten bei 700 Lungentuberkulösen. (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) (Lungenheilstätten Albrechtshaus-Marienheim der LVA. Braunschweig bei Stiege im Harz.) Lymphopenie und Linksverschiebung, ebenfalls normale Lymphozytenzahl und meist stark Linksverschiebung weisen bei positiver Anamnese oder vorhandener tuberkulöser Exposition auf die Möglichkeit eines Frühinfiltrats, jedenfalls auf einen frischen tuberkulösen Prozeß hin; ein nur geringer physikalischer Befund, mit starker Linksverschiebung wird oft ein Kavum in den der physikalischen Untersuchung weniger zugänglichen Lungenteilen zur Grundlage haben. Der Grad der Linksverschiebung geht anscheinend der Akuität des Prozesses parallel (was meist, aber nicht immer eine schlechte Prognose bedeuten dürfte); je höher dabei die Lymphozytenzahl ansteigt, um so kräftiger scheint die Abwehr des Körpers zu sein, ohne daß deshalb die Prognose unbedingt günstig wäre. Die Eosinophilen haben fraglos eine ähnliche Bedeutung wie die Lymphozyten, über die Monozyten läßt sich noch nichts abschließendes sagen. L. Gordon, Berlin.

3923.

Barbàra, Mario, Der Einfluß der Antituberkulinimpfung auf einige biochemische Komponenten des Blutes. (Arch. d. Patologia Clin. Med., 8. Heft 4, 1929.) (Biotypolog. Institut der med. Univ. Klinik Genua.) Die Biochemie des Blutes erblich tuberkulöser ist gekennzeichnet durch ein Ueberwiegen von Hyperglykämien, Hyperurikämien, Hyperkaliämien, Hypocholesterinämien und durch normale Kalkämien. 30 bis 40 Tage nach Behandlung mit der prophylaktischen Vakzine Maragliano — wenn die spezifischen Antikörper zunehmen — findet man ziemlich den gleichen hohen Prozentsatz von Hyperurikämien und Hyperkaliämien. Es besteht die Neigung zur Normalisierung des Verhältnisses K : Ca, eine Abnahme der Hyperglykämien, wogegen die normalen Kalkämien und Glykämien zunehmen. Ferner findet man ein Ueberwiegen hoher Cholesterinkonzentrationen; es tritt also anstelle der ursprünglichen Hypocholesterinämie eine Hypercholesterinämie. Diese Veränderungen legen die Vermutung nahe, daß die der Antituberkulinimpfung folgenden Abwehr- und Immunitätserscheinungen zu dem Cholesterin in sehr naher Beziehung stehen. Die hohe Cholesterinkonstante nach Antituberkulinimpfung ist — wiewohl indirekt — günstig für das, was wir von der Bedeutung der Lipide halten: nämlich daß sie das chemische Substrat der Entwicklung von Immunitätserscheinungen und ein Faktor der humoralen antituberkulösen Immunität sind. Heide.

3924.

Allard, Ed., und Wotzka, Ueber die diagnostische Agglutination und die Vakzinetherapie der Tuberkulose mit einem umgewandelten Tuberkelbazillus. (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) (Bakteri-therapeutisches Privatlaboratorium in Zeist (Holland) und Med. Abt. des Marien-Krankenhauses in Hamburg.) Die Transmutations-Agglutination ergibt bei offener Tuberkulose sowie Tuberkuloseverdächtigen über ¾ der Fälle ein positives Resultat. Die Höhe der Agglutinations-titers ist unabhängig von der Ausbreitung der Erkrankung, womit die Agglutination mit der Tbc., War.- und mit der Besredka-Reaktion übereinstimmt. Bemerkenswert ist, daß

Personen, die mit offenen Tuberkulösen zusammenleben, sehr häufig positive Agglutination gefunden wird. Bei 17% der offenen Tuberkulösen und bei 20,5% der Tuberkuloseverdächtigen wurde eine negative Agglutination gefunden. 24% von nicht nachweisbar Tuberkulösen agglutinierten positiv. Der Grund dieser Versager ist unklar. Eine negative Agglutination zeigten auch die schweren Kachexien tuberkulöser Genese. Auf Grund der Untersuchungen der Verfasser läßt sich schließen, daß die positive Agglutination lediglich die Anwesenheit von Tuberkulose-Antikörpern im Serum bedeutet; die Höhe der Agglutination hat keine prognostische Bedeutung.

Die therapeutischen Versuche der Verfasser haben ergeben, daß das Transmutan eine wertvolle Vakzine für die Behandlung der Tuberkulose darstellt. Für den Beginn der Behandlung war nur die Temperatur maßgebend, nicht der Allgemeinzustand und Lungenbefund. Durchschnittlich haben die Verfasser gewartet, bis die Temperatur auf etwa 38° gefallen ist. Die Behandlung wurde begonnen mit der Serie 0 oder 1 und bis zum Abschluß der Serie 4 in vier- bis fünftägigen Abständen durchgeführt. Lokal- und Herdreaktion konnte nie festgestellt werden. Die Temperaturerhöhung nach der Injektion betrug meist nur 0,2–0,3°. Die Erfolge der Transmutanbehandlung waren bei verschiedenen Formen der Tuberkulose ganz auffallende.

L. Gordon, Berlin.

3925.

Engel, St., Zur Pathologie und Röntgenologie der Bronchialdrüsentuberkulose. (Med. Klin., Nr. 27, 1929.) Die Neigung zu größerer Bronchialdrüsentuberkulose (Br. Tb.) beschränkt sich auf das früheste Kindesalter. Die Erkrankung beschränkt sich in der Regel nicht auf die am Quellgebiet liegenden Lymphknoten, sondern ergreift mindestens die Lymphknoten der ganzen fraglichen Seite. In vielen Fällen werden auch die Lymphknoten der gegenüberliegenden Seite in Mitleidenschaft gezogen. In den ausgesprochenen schweren Fällen hat man es mit einer allgemeinen Br. Tb. zu tun. Mit dem zunehmenden Alter schwindet die Neigung zu diesen großen Reaktionen der bronchialen Lymphknoten. Die frische Br. Tb. im Schulkindesalter bezieht sich gewöhnlich auf einen oder wenige Lymphknoten von Erbsen- bis Bohnengröße im Quellgebiet des Primäraffektes.

Der physikalischen Diagnostik der Br. Tb. erwachsen aus den anatomischen Verhältnissen heraus außerordentlich große Schwierigkeiten, so daß der Hauptwert auf die Röntgendiagnostik gelegt werden muß. Was die Anatomie der Bronchialdrüsen anbelangt, so ist wichtig, zu wissen, daß sie nicht an den Bronchialbaum anlehnen, sondern der Arteria pulmonalis folgen. Die topographischen Beziehungen dieses Blutgefäßes zur Trachea sind aber so eng, daß man für praktische Zwecke die Lymphknoten nach dem Bronchialbaum orientieren kann. Nun liegen aber beim jungen Kinde die Trachea und die Hauptbronchien vollständig im Bereiche des Herzschattens, so daß die der Trachealgabel anliegenden hilären Lymphknoten durch den Herzschatten verdeckt werden. Mit dem zunehmenden Alter bessern sich die Verhältnisse insofern, als die Hauptbronchien, vor allen Dingen der rechte Hauptbronchus, aus dem Herzschatten heraustreten. Verdeckt bleiben aber unter allen Umständen die Bifurkation und damit Lymphdrüsengruppen, welche in besonderen Maße die Neigung zur tuberkulösen Erkrankung und zur tumorösen Vergrößerung haben. Dementsprechend ist der nachweis rundlicher Tumorschatten von Br. Tb. nur an einer Stelle möglich: Die Lymphknoten im rechten Tracheo-Bronchialwinkel nehmen im Falle der tuberkulösen Erkrankung häufig die Gestalt von Tumoren bis zur Größe eines Taubeneies bzw. Hühnereies an. In dieser Stelle läßt sich dann im Röntgenbilde ein bogiger Schatten konstatieren.

Wichtig ist die Kenntnis der röntgenologischen Erscheinungen der Br. Tb., welche nichts mit der unmittelbaren Wiedergabe von Knoten bzw. Tumoren zu tun haben. Vor allen Dingen spielen die Veränderungen der Hilusfigur eine Rolle. Diese nimmt häufig eine lediglich fest umrissene Gestalt an, welche sich auf der rechten Seite am ehesten mit einem Schmetterlingsflügel vergleichen läßt. Auf der linken Seite ist sie mehr von der Figur eines Kreissegmentes. Anatomisch handelt es sich dabei um Hyperämien und entzündliche Vorgänge im Hilusorgan, d.h. im Gebiet der hilären Gefäße, Bronchien und Lymphknoten. Verfasser bezeichnet die oben beschriebenen Schatten als „Hilusschatten“. Die diagnostische Bedeutung des Hilusschattens ist im Einzelfalle nicht überragend, die entzündliche Reaktion nicht spezifisch zu sein braucht.

Von einer pathognostischen Bedeutung ist weiterhin die Unschärfe der Herzränder. Es handelt sich dabei, wie auch bei Hilusschatten, um perilymphadenitische Zustände.

Auf Entzündungsvorgängen des Lungengewebes beruhen die sogenannten „Infiltrierungen“. Diese können um jeden tuberkulösen Herd herum entstehen. Sie machen auf der Röntgenplatte leichte, flüchtige, homogene, unscharf abgegrenzte Schatten. Bilden sich die Infiltrierungen um tuberkulös erkrankte Lymphknoten herum, so

entstehen die sogenannten perihilären Infiltrierungen. Am bekanntesten ist darunter das sogenannte Slukasche Dreieck. Es handelt sich dabei um ein Schattendreieck, welches mit der Basis dem Hilus aufsitzt und nach der Peripherie zu mehr oder minder spitz endet. Es ist dies der Ausdruck nicht einer Hilustuberkulose, sondern einer kollateralen, perifokalen Entzündung.

Aus den geschilderten Verhältnissen geht hervor, daß die Zahl der röntgenologisch feststellbaren Fälle nur ein kleiner Prozentsatz der Erkrankungen ist. Die Mehrzahl der Infektionen findet in den höheren Altersklassen statt, bei denen die Neigung zur großen Erkrankung der Bronchialdrüsen in Wegfall kommt. Als Hauptfeld der Röntgendiagnostik bleibt also nur das Säuglings- und junge Kleinkindesalter frei, bei dem die Zahl der Infektionen verhältnismäßig klein ist.

L. Gordon, Berlin.

3926.

Moeller, A., Beitrag zur Frage des Frühinfiltrats bei Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 3.) Das akute Frühinfiltrat des Erwachsenen ist nur eine besondere Entwicklungsform der Tuberkulose. Es geht nur selten wieder zurück und hat meistens einen bösartigen Verlauf. Die Röntgenuntersuchung muß möglichst frühzeitig stattfinden, da nur diese das Frühinfiltrat aufdeckt. Frühinfiltrate sind dringend behandlungsbedürftig, zahlenmäßig spielen sie jedoch unter den sonstigen Formen der Lungentuberkulose nur eine geringe Rolle. Die chronische Lungentuberkulose des Erwachsenen nimmt ihren Anfang in den meisten Fällen in der Lungenspitze; dem Frühinfiltrat geht zumeist eine Erkrankung der Lungenspitzen voraus.

Zwerg, Coswig.

3927.

Fraenkel, E., Zur Frage der Frühformen der chronischen Lungentuberkulose. (Med. Klin., Nr. 28, 1929.) Die indurierende Spitzentuberkulose trägt nicht die unmittelbare Gefahr der fortschreitenden Erkrankung in sich, wenigstens nicht in dem Maße wie das Frühinfiltrat; dementsprechend sind Behandlungs- und Schonungsbedürftigkeit zu beurteilen.

Spitzenerkrankungen, die sich nicht nach Röntgenbild und sonstigem Befund als vernetzt ansprechen lassen, verpflichten, da mit der Möglichkeit der Entwicklung einer fortschreitenden Erkrankung gerechnet werden muß, zur Beobachtung des Falles.

Welche Rolle die Superinfektion des Erwachsenen für die Entstehung der fortschreitenden Lungentuberkulose spielt, ist nicht genügend klargestellt; daher ist an dem Grundsatz festzuhalten, daß im Gegensatz zur rücksichtslosen Expositionsprophylaxe des Kindes für den Erwachsenen die Erhöhung der Resistenz und die Fernhaltung allergisierender Schädigungen das dringendere Gebot ist.

Erwachsene, die frischer, massiger Superinfektion ausgesetzt sind oder gewesen sind, sollen regelmäßig mit Zuhilfenahme des Röntgenapparates untersucht werden, damit weitere Erfahrungen über die Bedeutung der Superinfektion gewonnen werden.

L. Gordon, Berlin.

3928.

Lindt, L., Zur Therapie der tuberkulösen Hämoptoe. (Med. Klin., Nr. 28, 1929.) (Sanatorium „Am Hofacker“ in Aflenz [Steiermark].) Als erstes Mittel bei schwerer Hämoptoe ist die intravenöse Calcium-chloratum-Injektion zu nennen. Am besten bewährt sich dabei eine Mischung von 5 ccm einer 10prozentigen Lösung von Calcium chloratum mit 5 ccm einer 10prozentigen Kochsalzlösung, da bei NaCl die erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes rascher eintritt als bei CaCl₂, während bei letzterem diese Wirkung länger andauert. Die Injektionen werden anfangs zweimal, bei sehr schweren Blutungen auch dreimal in 24 Stunden gemacht. Beim Versagen dieses Mittels leistet die besten Dienste Kampher; man injiziert 5–10 ccm einer 20prozentigen Lösung subkutan oder intramuskulär. Die Wirkung des Kampheröles scheint später einzutreten als bei CaCl₂, aber auch länger anzuhalten.

In schweren Fällen, in denen alle anderen Mittel versagen, sieht man oft überraschende Erfolge mit Clauden. Man muß aber volle 10 ccm injizieren. Das Clauden wird körperwarm ganz langsam und unter stetem Rücksaugen von Blut injiziert. Der Kranke muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß ungefähr 30 bis 40 Minuten nach der Injektion ein Schüttelfrost auftritt mit Fieberanstieg, oft bis zu 39° und darüber und einem manchmal mehr kritischen, manchmal mehr lytischen Temperaturabfall in den nächsten Stunden. Durch Injektion von 1–2 ccm Cardiazol, etwa 20 Minuten nach der Claudeninjektion, kann der Schüttelfrost und eventuell auch das Fieber abgekürzt werden. Zu widerraten sind subkutane Claudeninjektionen, da die Patienten sich danach den ganzen Tag furchtbar elend fühlen.

Bei kleinen protrahierten Blutungen sah Verfasser einen günstigen Erfolg von der fortlaufenden Darreichung von Clauden-tabletten per os (4 bis 6 pro Tag) durch längere Zeit, einen noch besseren aber von subkutanen Coagulininjektionen, früh und abends je eine Injektion.

L. Gordon, Berlin.

3929.

Bäumler, Christian, Lungenspitzen-Tuberkulose, jahrelang latent geblieben, kann unter Umständen plötzlich lebensgefährliche Folgen haben. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 32.) Blutsputten bei ganz gesund aussehenden Menschen deutet immer auf Veränderungen tuberkulösen Ursprungs in einer, namentlich der rechten Lungenspitze.

Ein Arzt, der an einem seiner Klienten eine Veränderung in einer Lungenkuppe, wie sie Verfasser schildert, gefunden hat, ist verpflichtet, denselben vor größeren Körperanstrengungen (Laufen, Tanzen, Bergsteigen und sportlichen Anstrengungen) zu warnen. **Arnold Hirsch, Berlin.**

3930.

Mikulowski, Ein Beitrag zur geschlossenen Tuberkulose bei Kindern. (Z. Tbk., 54., 3.) Bei einem dreijährigen, an Knochen- und Drüsentuberkulose leidenden Kinde wurde infolge der Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Stuhl auch die Diagnose auf Darmtuberkulose gestellt. Die Diagnose wurde durch die Sektion nicht bestätigt, es fand sich lediglich Knochen- und Drüsentuberkulose, der Darm war frei von Tuberkulose. Nach der Obduktion wurden mehrere Meerschweinchen mit homogenisiertem Stuhl und mit Galle geimpft; die Tiere erkrankten an Tuberkulose. Der Fall beweist, daß die „geschlossene“ Tuberkulose der Drüsen und Knochen die Anwesenheit von Tuberkelbazillen im Stuhl verursachen kann. Die Tuberkelbazillen gelangen aus der Gallenblase, die ein Reservoir für sie ist, in den Darmkanal. **Zwerg, Coswig.**

3931.

Liesenfeld, F., Klinische Versuche und Beobachtungen mit der Diätbehandlung der Lungentuberkulose nach Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson während 1½ Jahren. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 3.) Verf. prüfte zunächst durch Blutanalysen, ob durch die genannte Diät die behauptete Säuerung des Organismus herbeigeführt wird. Er konnte dies nicht bestätigen, eine Säuerung trat nicht ein, die pH des Urins stieg nicht an, auch die Alkalireserve wurde nicht niedriger. Der Blutkalziumspiegel stieg an, der Kochsalzspiegel fiel ab, ohne daß eine gesetzmäßige Abhängigkeit dieser Vorgänge voneinander erwiesen ist.

Am Krankenbett wurden mit der Diät folgende Erfahrungen gemacht: Bei der Durchführung der Diät machten sich große Schwierigkeiten bemerkbar, bei Männern mehr als bei Frauen. Viele Kranke empfanden den Salzverlust als Quälerei; die Ersatzmittel (Hosal) befriedigten wegen ihres bitteren Geschmackes nicht. Klinisch wurden mit der Diätbehandlung keine anderen Erfolge erzielt als bei gewöhnlicher gemischter Kost. Bei Schwerkranken war Verf. öfters genötigt, die Kost abzusetzen, da die Kranken die grobe, voluminöse Nahrung nicht mehr nehmen konnten. Mehrere Fälle von primärer tuberkulöser exsudativer Pleuritis und Peritonitis, bei denen man einen Erfolg noch am ehesten hätte erwarten dürfen, zeigten durchaus keinen, von dem üblichen abweichenden Heilungsverlauf. Die Behandlung der Lungentuberkulosen mit der Gersondiät wurde deshalb nach 1½ Jahren als zwecklos aufgegeben. Der Erfolg lohnt nicht den Aufwand an Geld und Arbeit für den Anstaltsbetrieb und auch nicht die mehr oder minder großen Unannehmlichkeiten für den Kranken. Von dem Salzgemisch Mineralogen, dessen Preis außerdem noch ziemlich hoch ist, sah Verf. nicht den geringsten Erfolg. **Zwerg, Coswig.**

3932.

Gurewitsch, N. A., Das Granulationsgewebe der Fisteln bei Knochentuberkulose. (Arch. klin. Chir., 155., 2.) (Nordkaukasische Univ., Rostow am Don.) Das Granulationsgewebe der Fistel bei tuberkulösen Prozessen erinnert seinem Aussehen nach an das Gewebe tuberkulöser Herde. Die Absonderungen des tuberkulösen Herdes umspülen dauernd die Wandungen der Fistel und beeinflussen dadurch deren Bau und Wachstum. Dieses Granulationsgewebe enthält alle Elemente, aus denen die typischen Tuberkeln bestehen, doch werden gefäßlose Tuberkeln mit käsiger Degeneration nicht angetroffen. Riesenzellen sind fast immer zu finden, sie bilden gelegentlich bedeutende Anhäufungen. Als Folge mangelhafter Vaskularisation hat das Granulationsgewebe der Fisteln bei Knochentuberkulose das charakteristische blasse und schlaffe Aussehen. Schlaffheit und ödematöse Durchtränkung sind die Folge des reichlichen Exsudates. Wegen seiner Gefäßarmut kann das Granulationsgewebe zu den Granulomen gerechnet werden. **E. Mühsam, Berlin.**

3933.

Gherardini, G., Ueber den Stickstoff und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., Jahrgang III, Heft 7, 1929.) Die weiteren Untersuchungen über Ausscheidungswege des Phosphors, Verhältnis des anorganischen und organischen Phosphors lassen keine Unterschiede zwischen Lungentuberkulotikern und gesunden Individuen erkennen. Der Chlorstoff-

wechsel ist bei der Lungentuberkulose zwar gestört, aber die Störung hängt nicht vom Grad der Krankheit, sondern vom Ernährungszustand des Kranken ab. Namentlich läßt sich eine Störung im Chloraustausch zwischen den Körperflüssigkeiten (Blutplasma usw.) und Gewebe nachweisen. **Eugen Stransky, Wien.**

3934.

Baer, A., Die andere Seite bei der Pneumothoraxtherapie. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 3.) Auf Grund mehrerer einschlägiger Beobachtungen vertritt Verf. den Standpunkt, daß es Fälle von Lungentuberkulose mit aktiven Herden auf beiden Seiten gibt, bei denen die Behandlung mit künstlichem Pneumothorax noch mit Erfolg angewendet werden kann. Bei Kranken mit beiderseitiger, aber verschieden schwerer Erkrankung ist oft noch der Versuch berechtigt, durch Heilstättenbehandlung die leichter kranke Seite so weit zu beruhigen, daß auf der schwerer kranken Gegenseite die Kollapsbehandlung eingeleitet werden kann. Auch dies wird sicherlich nicht immer zum Erfolg führen; doch gelingt es, einzelne Kranken mit sonst sehr schlechter Prognose dem Leben wiederzugeben. Es zeigt sich ferner in solchen Fällen, daß der Pneumothorax die Affektion der Gegenseite günstig beeinflussen kann. Dies geht manchmal soweit, daß schon recht ausgedehnte Veränderungen auch röntgenologisch zum Rückgange, ja sogar zum vollständigen Verschwinden gebracht werden können. Eine bestimmte Höhenlage ist zu solchen Erfolgen nicht notwendig; in jeder klimatisch günstigen gelegenen Heilstätte lassen sich dieselben erzielen. **Zwerg, Coswig.**

3935.

Gabe, E., Erfahrungen mit beiderseitigem Pneumothorax. (Z. Tbk., 54., 3.) Es wird über den Verlauf von sechs mit doppelseitigem Pneumothorax behandelten Fällen berichtet. Die Patienten sind zur Zeit noch in Behandlung; von Dauerresultaten kann also noch nicht gesprochen werden. Durchweg waren es beiderseitig schwere, offene und kavernöse Tuberkulosen. Die Erkrankten waren jugendliche Personen in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre. Die Anlage auf der zweiten Seite erfolgte stets erst einige Wochen nach der Erstanlage; anfangs wurde alternierend, später fast durchweg gleichzeitig nachgefüllt. Zur Kontrolle wurde fortlaufend die Vitalkapazität bestimmt. An Komplikationen wurde nur einmal ein mäßig starkes seröses Exsudat beobachtet. Der Erfolg war in allen Fällen befriedigend, in einigen Fällen ein weit über Erwarten günstiger. Der Auswurf schwand in drei Fällen völlig, bei den anderen ging er wesentlich zurück. Fünf Fälle wurden während der Anstaltsbehandlung völlig entfiebert, der letzte entfieberte später. Bei Kranken mit Darmtuberkulose und so großer Ausdehnung des Lungenprozesses, daß Mangel an ausreichender Atemfläche zu befürchten ist, muß von der Anwendung des Doppelpneumothorax abgesehen werden. Im übrigen kann jedoch bei vorsichtiger abwägender Durchführung der doppelseitige Pneumothorax durchaus empfohlen werden. **Zwerg, Coswig.**

3936.

Ascoli, M., Der kontralaterale Tiefdruckpneumothorax. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 33.) (Medizinische Universitätsklinik d. Kgl. Universität in Catania.) In Fällen von Lungentuberkulose, in denen eine Pneumothoraxbehandlung angezeigt ist, jedoch infolge von Verwachsungen nicht durchgeführt werden kann, ist unter Umständen die Aplegung eines Tiefdruckpneumothorax auf der gesunden Seite von Nutzen. **Arnold Hirsch, Berlin.**

3937.

Invernizzi, Giuseppe, und Carlo Schiepati, Untersuchungen über die Filtrabilität und diaplazentare Übertragung des Tuberkulosevirus. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. III, Nr. 7, 1929.) Die Untersuchungen der Autoren führen zu vollkommen negativen Ergebnissen. Wohl gelingt es, durch Ultravirus bei den injizierten Versuchstieren Drüsenanschwellungen zu erzielen, aber dieselben sind nicht spezifisch und identisch mit den Lymphdrüsenveränderungen bei banalen Infektionen. Ebenso wenig gelingt der Beweis der transplazentaren Infektion durch den tuberkulösen Ultravirus, nicht im Sinne einer spezifisch bedingten Kachexie der Nachkommenschaft. **Eugen Stransky, Wien.**

3938.

Krause, K., Ueber die Eignung der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn für die Lungenheilstätten. (Z. Tbk., 54., 3.) Das Hohnsche Kulturverfahren (kultureller Nachweis von Tuberkelbazillen auf Eiernährböden) ist durchaus lohnend und stellt zweifellos einen Fortschritt gegenüber dem nur mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbazillen dar. Bei 120 mikroskopisch negativen Auswuchsproben brachte die Züchtung der Tuberkelbazillen nach Hohn eine Mehrausbeute von 23,4%! Der negative Kulturausfall konnte bei der Differentialdiagnose und objektiven Kontrolle der Behandlungserfolge mit Erfolg verwertet werden. Die Einführung des K-

verfahrens in die Laboratoriumsarbeiten einer Heilstätte ist ohne Einstellung einer besonderer Hilfskraft möglich, da die Technik einfach ist.

Zwerg, Coswig.

3939.

Schulte-Tigges, H., **Zur Frage der praktischen Bedeutung der Tuberkelbazillenzüchtung aus dem Sputum.** (Z. Tbk., 54., 3.) Der Hohnsche Nährboden besteht im wesentlichen aus frischen Eiern, Glycerinbouillon als Zusatz zur Beimischung und künstlichem Kondenswasser aus natursaurer Bouillon zur Feuchthaltung der Kulturen. Zur Abtötung der Begleitbakterien benützt Hohn 10prozentige Schwefelsäure. Das Hohnsche Kulturverfahren ist sicher der mikroskopischen Sputumuntersuchung überlegen und bedeutet unbedingt einen Fortschritt. Mit dem Tierversuch, der immer noch den sichersten Nachweis des Sputumtuberkelbazillus gestattet, kann das Kulturverfahren nicht konkurrieren. Auch mit dem Petragani-Nährboden, welcher dem Hohnschen noch überlegen sein soll, hat Verf. gute Erfahrungen gemacht. Für Untersuchungsämter, Lungenheilstätten und für Tuberkulosefürsorgestellen dürfte nach den jetzigen Erfahrungen die mikroskopische Auswurfuntersuchung nicht mehr den heutigen Anforderungen genügen. Will man gute Resultate haben, so ist im Zweifelsfalle der Kulturversuch mit Eiernährböden oder Petragani-Nährböden nebst dem Tierversuch heranzuziehen.

Zwerg, Coswig.

Kinderheilkunde

3940.

Muraglia, Michele, **Die Insulintherapie bei dystrophischen Säuglingen.** (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 15, 1929.) Bei sechs dystrophischen Säuglingen im Alter von 3 bis 12 Monaten wurden ohne Änderung der Ernährung durch Insulininjektionen jeden zweiten Tag (je 5 Einheiten), verbunden mit einer 10prozentigen Zuckerlösungsinfusion günstige Gewichtszunahmen erzielt, nachdem die Kinder vorher nicht zum Gedeihen zu bringen waren.

Eugen Stransky, Wien.

3941.

Yearsley, Macleod, **Ertaubung von Kindern durch intestinale Intoxikation.** (Brit. J. Childr. Dis., Nr. 304—306, 1929.) Es gibt gewisse Fälle von Ertaubung im Kindesalter, bei denen alle Funktionsprüfungen auf das innere Ohr hinweisen. Entfernung der Tonsillen und Adenoiden ist ohne Erfolg. Die Ursache liegt in einer chronischen Intoxikation, die vom Dickdarm ausgeht. Kariöse Zähne und eitrige Mandeln sind sekundäre Herde. — Die Anwendung der Zünd-Burquetschen Methode führt zur Heilung dieser oft als hoffnungslos aufgegebenen Fälle. Schulz-Sembten.

3942.

Péhn, M., und A. Mestrallet, **Zur Nosologie der Parrotschen Pseudoparalyse.** (Presse méd., Nr. 51, 1929.) Um sowohl die klinische Physiologie wie das anatomische Bild und die pathologische Physiologie der Parrotschen Pseudoparalyse zu charakterisieren, schlagen Verf. folgende Definition vor: Die Parrotsche Krankheit ist ein Syndrom, das bei hereditärer Syphilis in den ersten drei Lebensmonaten auftritt. Es besteht dabei eine motorische Lähmung eines oder mehrerer Glieder, verbunden mit Schmerzen und objektive Sensibilitätsstörungen. Das anatomische Substrat besteht nur in Läsionen der langen Röhrenknochen, die verschiedenen Grades, aber konstant sind. Sehr häufig finden sich bei den Säuglingen auch andere Zeichen der Spirochätenwirkung, wie Megalosplenie und Hepatomegalie, weniger konstant Coryza, Pemphigus, Condylome usw.

Haber.

3943.

Nobécourt, **Die schweren Formen der Sydenhamschen Chorea.** (Journ. d. Prat., Nr. 26, 1929.) (Hôsp. des Enfants-Malades.) Die schweren Formen der Sydenhamschen Chorea sind ziemlich selten. Im allgemeinen schätzt man die Mortalität der Chorea auf 1—3%; aber nicht alle schweren Fälle von Chorea sind tödlich. Die schweren Formen bevorzugen das Pubertätsalter beider Geschlechter, rarer aber auch die Schwangerschaftsperiode.

Die Schwere der Erkrankung erkennt man: an Motilitäts-, an Sensibilitätsstörungen, an Störungen des Geistes und an Herzsymptomen.

Die der Chorea zugehörigen Bewegungen sind intensiv und generalisiert. Die kontinuierliche Bewegung der Lippen, der Zunge, der Backen, des Kehlkopfes erschwert das Sprechen und die Schluckaufnahme; auch werden die kontinuierlich agitierten Kinder schlaflos. Die Intensität der Bewegung ist einer geordneten Leitung des Nervensystems sehr im Wege.

Die Sensibilitätsstörungen haben nichts Charakteristisches; die Affektionen stellen wahrhafte choreatische Psychosen dar. Gewöhnlich setzen sie brüsk ein; ihre Intensität steht in enger Beziehung

zur Intensität der choreatischen Bewegungen. Die Herzsymptome, die allen Fällen von Chorea gemeinsam sind, treten besonders deutlich bei den schweren Formen hervor. Man begegnet der einfachen akuten Endokarditis, mit und ohne Beteiligung des Myokards, der Endokarditis und Perikarditis, der wahren Pankarditis. Schließlich beobachtet man auch maligne ulzeröse und wuchernde Endokarditiden.

Stellen sich im Beginn oder im Verlauf der Chorea ernste geistige Störungen ein, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen, Erregungen maniakaalischer Art, so ist die Prognose allemal ernst zu stellen.

Charcot betont den Ernst der Prognose, wenn die Delirien rapid aufhören und an ihre Stelle der Stupor tritt. Auch das Auftreten infektiöser Komplikationen ist immer ein schlechtes Zeichen.

Held

3944.

v. Bokay, Johann, **Ueber die Behandlung der Chorea minor mittels intravenöser Neosalvarsan-Injektionen.** (Med. Klin., Nr. 27, 1929.) (Universitäts-Kinderklinik in Budapest.) Die Behandlung der Chorea minor mittels intravenöser Salvarsaninjektionen ist ein wohlbewährtes Heilverfahren, das besonders bei Fällen von Chorea gravis unschätzbare Dienste leistet. Bei der üblichen Dosierung (0,10—0,30 g. in Abständen von 5 bis 7 Tagen) sah Verfasser nie schädliche Nebenwirkungen. Das bei vereinzelt Fällen auftretende Salvarsanexanthem besitzt keine praktische Bedeutung. Die Dauer der Behandlung wird im Verhältnis zur früher üblichen peroralen Arsenverabreichung verkürzt; 3 bis 6 Wochen nach Beginn der Behandlung ist das Gros der Kranken vollkommen geheilt. Je früher die Kranken der Neosalvarsanbehandlung zugeführt werden, um so rascher kann die Wirkung der Injektionen beobachtet werden. Die Neosalvarsaninjektionen üben auf den Allgemeinzustand des Kranken in jeder Hinsicht einen günstigen Einfluß aus. Komplikationen seitens des Herzens (Mitralinsuffizienz usw.) kontraindizieren nicht die intravenöse Anwendung des Neosalvarsans. Die intravenöse Neosalvarsanbehandlung kann das Auftreten von Rezidiven ebenso wenig verhindern wie die übrigen Heilverfahren. Die Salvarsanwirkung ist keine Stoffwechselwirkung, sondern eine chemische Wirkung; die Veränderungen des Stoffwechsels spielen nur eine untergeordnete Rolle.

L. Gordon, Berlin.

3945.

Huber, Hans Gottlieb, **Zur Frage der Enzephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. I. Klinische Beobachtungen.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 33.) (II. inn. Abt. d. Städt. Krankenhauses Friedrichshain, Berlin.) Es werden 3 Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems im Anschluß an die Pockenschutzimpfung beschrieben, von denen 2 auf Grund ihres Verlaufes als sichere Fälle von postvaxinaler Enzephalitis anzusehen sind. Im ersten dieser Fälle, bei dem die enzephalitischen Erscheinungen bereits am fünften Tage nach der Impfung einsetzten, konnte im Lumbalpunktat Vakzinevirus nachgewiesen werden. Im zweiten Falle blieb entgegen dem sonst üblichen Verlaufe eine völlige schlaffe Lähmung des rechten Armes zurück. Der dritte Fall, bei dem sich zwischen der Impfung und dem Ausbruch der nervösen Symptome ein katarrhalisches Stadium einschob und bei dem der Beginn der nervösen Erscheinungen auf den 24. Tag nach der Impfung fiel, wird als nicht mit der Impfung in direktem Zusammenhang stehende Enzephalitis aufgefaßt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3946.

Gildemeister, E., **Zur Frage der Enzephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. II. Experimentelle Untersuchungen.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 33.) (Bakteriologische Abt. — Bakteriologisches Laboratorium — des Reichsgesundheitsamtes, Berlin-Dahlem.) In einem Fall von Enzephalitis post vaccinationem konnte in der 7 Tage nach der Impfung entnommenen Lumbalflüssigkeit Vakzinevirus nachgewiesen werden. In 3 anderen Fällen, bei denen die Liquorentnahme nach dem 20. und 24. Tage erfolgte, war das Ergebnis negativ.

Zur endgültigen Bewertung positiver Vakzinevirusbefunde bei an Enzephalitis post vaccinationem Erkrankten sind Untersuchungen über die Dauer des Kreisens des Vakzinevirus im Organismus der Impflinge bei normalem Verlauf der Impfung und beim Auftreten interkurrierender Erkrankungen nach der Impfung erforderlich.

Erst nach dem Vorliegen der Ergebnisse dieser Untersuchungen wird sich ein sicheres Urteil über die Bedeutung des beobachteten Vorkommens von Vakzinevirus im Gehirn oder in der Lumbalflüssigkeit bei Enzephalitis post vaccinationem gewinnen lassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3947.

Villegas, Antonio, **Akrodynie der Kinder (Feersche Krankheit).** (Arch. españ. Pediatr., Jahrg. XIII, Nr. 4, 1929.) Diese Kinder-

krankheit wurde erst in den beiden letzten Dezennien entdeckt und studiert. Der Name Akroynie wurde übernommen von einer Epidemie der Erwachsenen aus dem Jahre 1828 in Paris, die ein ähnliches Bild zeigte. Da Feer die Krankheit besonders eingehend studiert und beschrieben hat, wird sie auch Feersche Krankheit oder, nach seinem Vorschlage, vegetative Neurose genannt. Sie befallt meist gesunde Kinder zwischen 6 Monaten und 4 Jahren. Zuerst fällt eine Veränderung im Charakter des Kindes auf (Teilnahmslosigkeit, Apathie, auch Erregungszustände). Zugleich ist der Schlaf gestört. Es treten profuse Schweißsekretionen auf, begleitet von Jucken und Frieselausschlägen. — Das ausgebildete Krankheitsbild ist sehr bunt. Die Haut der Extremitäten, besonders der Handflächen und Fußsohlen, zeigt Rötung, Schwellung, Zyanose, Schweißbildung, Desquamation, zuweilen Blasenbildung und Gangrän. Manchmal ist die Haut des ganzen Körpers von einem scharlachartigen Exanthem befallen. Der Charakter des Kindes ist verändert. Es wechselt aufgeregtes Schreien mit stumpfer Apathie. Das Kind hat jegliches Interesse an der Umwelt verloren und liegt meist mit hochgezogenen Beinen, in stummer Abwehr, in seinem Bett. Die Muskulatur ist hypotonisch. Das Kind will nicht laufen; schon beim Aufsetzen fällt es in sich zusammen. Die elektrischen Reaktionen sind normal. Es besteht das Gefühl von Ameisenkriechen (manchmal ein starkes Hitzegefühl), Juckreiz, und zum Schluß treten Schmerzattacken in den Zehen und Fingern auf, die sehr heftig sein können. Der Puls ist beschleunigt, die arterielle Spannung erhöht. Oft besteht Stomatitis, Alveolarpyorrhoe, Zahnkaries. Der Appetit ist schlecht, das Durstgefühl vermehrt. Oft stellen sich Durchfälle ein, manchmal auch Erbrechen. Die Kinder magern stark ab. Natürlich sind nicht in jedem Fall alle Symptome vorhanden; es überwiegen bald die trophischen, bald die psychischen, bald die intestinalen. Der Verlauf ist subakut. Nach schleichendem Beginn entwickelt sich das Krankheitsbild innerhalb einiger Wochen, bleibt oft mehrere Monate stationär, und weicht dann langsam der Restitutio. Die Prognose ist gut. Ueber die Aetiologie herrscht noch Unklarheit. Das vegetative Nervensystem ist geschädigt, und zwar Vagus sowohl als Sympathikus, vielleicht durch die Toxine eines spezifischen Virus. Therapie: Quarzlampe und symptomatische Behandlung.

Schulz-Sembten.

3948.

Lehndorff, Das Idiopathische Drüsenfieber. (Wien. klin. Wschr., Wien, 42. Jahrg., Nr. 30.) Das Pfeiffersche Drüsenfieber wurde lange als nosologische Einheit geleugnet, kann aber jetzt als solche auf Grund hämatologischer Untersuchungen mit Sicherheit angesehen werden. Das Kardinalsymptom der Erkrankung sind Lymphdrüsenentzündungen, die manchmal den Allgemeinscheinungen vorausgehen, aber meist am dritten bis sechsten Tage nach Beginn der Erkrankung auftreten. Konstant ist eine universelle Drüsenentzündung; meist sind die tiefen zervikalen Drüsen zuerst erkrankt. Retrosternale Schmerzen und pertussisartige Hustenanfälle sprechen für eine Beteiligung der tracheobronchialen, peribronchialen Schmerzen für eine Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Manchmal beobachteter Ikterus könnte mit einer Schwellung der Drüsen am Leberhilus erklärt werden. Die Milz ist meist mitbeteiligt, die Leber ist seltener geschwollen. Das Fieber steigt meist plötzlich bis 39 bis 40° an und beginnt am nächsten Tage lytisch abzufallen. Zwischen Fieberhöhe und Drüsenentzündung besteht kein Parallelismus. Die häufig vorhandene Angina ist kein obligates Symptom: sie kann ganz fehlen oder erst einige Tage nach Beginn der Drüsenentzündung auftreten. Im Blut besteht meist eine mäßige Leukozytose mit Vermehrung der ungranulierten Zellen. Diese setzen sich aus den verschiedensten normalen und atypischen Formen zusammen, welche letztere als Lymphoblasten mit Plasmazellcharakter angesehen werden. Für die eigenartige Reaktion des lymphatischen Apparates wird eine Besonderheit der Noxe als Ursache angenommen. Gegen eine „lymphatische Reaktion“ spricht das Fehlen einer lymphatischen Konstitution bei den Erkrankten und vor allem der Umstand, daß dieselben Individuen bei späteren Infektionen (Angina, Otitis usw.) und auf Proteinkörperinjektionen mit polynukleärer Leukozytose reagieren. Das gehäufte Vorkommen des Drüsenfiebers in Familien, Schulen usw. spricht dafür, daß es sich um eine Infektionskrankheit handelt. Die Inkubationszeit kann mit 5 bis 8 Tagen berechnet werden. Als Eintrittspforte kommt meist die Mundrachenhöhle in Betracht. Der Erreger ist nicht bekannt. Die Prognose der Erkrankung, die Lehndorff idiopathisches Drüsenfieber nennt, ist absolut günstig.

Ernst Pick, Wien.

3949.

Clarke, Tertius, Akuter Gelenkrheumatismus und Mandelentzündung. (Brit. J. Childr. Dis., 304/306, 1929.) Verfasser hält den gemeinen Rattenfloh, *Ceratophyllus fasciatus*, für den Urheber des Gelenkrheumatismus. Er sah in den Tropen während 30 Jahren

unter 150.000 Kranken keinen Fall von Gelenkrheumatismus, Chorea oder Mitralklappenstenose; in den Tropen gibt es den genannten Floh nicht. Die geographische Verteilung des Flohs stimmt genau mit der Verteilung des Rheumatismus überein. Auch in bezug auf lokale Verbreitung, Temperatur und Feuchtigkeit, in bezug auf das gehäufte Vorkommen in schlecht ventilierten, unhygienischen Wohnungen; im ärmeren Milieu überhaupt ergeben sich Parallelen. Daß die Tonsillen die Eintrittspforte für den Rheumatismus sind, ist noch nie bewiesen worden. Es ist aber gut zu verstehen, daß in Räumen mit mangelhaften Abzugskanälen, die das Eindringen der Ratten erleichtern, gleichzeitig die Angina begünstigt wird.

Schulz-Sembten.

3950.

Murray, D., Acht Fälle von akuter Invagination bei Kindern und einige Bemerkungen dazu. (Brit. Childr. Dis., 304/306, 1929.) Alle Kinder waren Knaben. Die Behandlung bestand immer in der Operation. Die konservativen Methoden (Wassereinfluss, Gas-einfüllung, Anwendung von Bariumbrei, Manipulation unter Anästhesie) werden vom Verfasser abgelehnt, hauptsächlich, weil zu lange Zeit vergeht, bis man weiß, ob der Versuch der Reposition von Erfolg gekrönt war. Bemerkenswert ist, daß in jedem Fall der Invagination ein Diätfehler vorausging, ferner daß 2 Kinder dreimal hintereinander, bzw. viermal, an Invagination erkrankten. Im letzteren Falle wurde das Kökum an der Fossa iliaca mit 2 Nähten fixiert, um weitere Rezidive zu vermeiden. 2 Kinder starben. Bei ihnen hatte das invaginierte Ileum den Mastdarm erreicht, und es bestanden Schwierigkeiten bei der Lösung des letzten Endes.

Schulz-Sembten.

3951.

Wieland, E., Die moderne Rachitistherapie (bestrahlte Frisch- und Trockenmilch, aktivierte Ergosterinpräparate) an der Basler Kinderklinik. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) Um der indirekten Lichttherapie der Rachitis einen ebenso bedauerlichen wie unverdienten Rückschlag zu ersparen infolge unvorsichtiger Dosierung oder mißbräuchlicher Anwendung des spezifischen Faktors (bei Nichtrachitisfällen!), müssen nach Ansicht Wieland's die bestrahlten Substanzen, speziell alle Ergosterinpräparate, in Zukunft notwendig unter Rezepturzwang und deren Abgabe unter behördlicher Kontrolle gestellt werden. Sie gehören ausschließlich in die Hände des Arztes, der für ihre Anwendung persönlich verantwortlich ist. Den praktischen Ärzten gibt Verfasser auf Grund seiner vierjährigen Erfahrung mit bestrahlten Präparaten drei Ratschläge für die Praxis: die Befolgung derselben wird sie voraussichtlich davor bewahren, störende Folgen der indirekten Lichttherapie bei ihren Rachitispatienten erleben zu müssen.

1. Niemals bestrahltes Ergosterin bei anderen Krankheiten anwenden als bei Rachitis (inkl. Spätrachitis, Tetanie und Osteomalazie).

2. Niemals die Maximaldosen (2 bis 4 mg bestrahltes Ergosterin oder 80 bis 85 g bestrahltes Trockenmilchpulver = $\frac{1}{2}$ Liter bestrahlte Frisch- oder Trockenmilch oder dreimal 5 Tropfen Vigantöl am Tage) überschreiten.

Die spezifische Behandlung einfacher, d. h. nicht durch chronische fieberhafte Infekte (rezidivierende Grippe usw.) komplizierter Rachitisfälle nicht über 8 bis 10 Wochen hinaus verlängern.

Arnold Hirsch, Berlin.

3952.

Waldeyer, L., Erfahrungen über Myosalvarsan bei Säuglingen. (Dermat. Z., 56., Heft 5, 1929.) (Dermatologische Abt. des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.) Bei Säuglingen und Kleinkindern kann zwar Neosalvarsan, wenn die intravenöse Einspritzung nicht möglich ist, intramuskulär eingespritzt werden, ohne die gleichen unangenehmen örtlichen Nebenerscheinungen wie bei Erwachsenen zu zeigen, doch kommen manchmal schmerzhaft infiltrierte Vordrüse, die die Fortsetzung der Kur erschweren. Diese fehlen beim Myosalvarsan vollkommen, ebenso auch Nebenwirkungen allgemeiner Natur; der Allgemeinzustand wird günstig beeinflusst. Zur Lösung des Myosalvars wird eine möglichst geringe Flüssigkeitsmenge verwendet (0,2 bis 0,5 ccm). Dosierung 0,015 Myosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht, bei elenden Kindern mit kleinsten Dosen von 0,015 beginnend. Einspritzungen alle 5 bis 8 Tage, im ganzen 12 bis 15 mit einer durchschnittlichen Gesamtmenge von 1,2 bis 1,5 g. Die Wirksamkeit war eine befriedigende. Myosalvarsan ist bei Säuglingen das Mittel der Wahl.

Ernst Levin, Berlin.

3953.

Bosch, Oscar, Körperstellung und Wasserhaushalt im Säuglingsalter. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 32.) (Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin.) Auch beim Säugling zeigt sich mit wechselnder Körperhaltung ein verschiedenes Verhalten des Wasserhaushaltes. Gegenüber dem Verhalten im Liegen wird im

Sitzen die Diurese nicht unerheblich eingeschränkt. Die extrarenale Wasserabgabe steigert sich jedoch beim Säugling im Sitzen, Hand in Hand gehend mit einer Temperaturerhöhung. Beide Faktoren dürften durch die für das Säuglingsalter noch ziemlich erhebliche Arbeitsleistung der Gleichgewichtshaltung im Sitzen bedingt sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

3954.

Läwen, A., Ueber die Elephantiasis der Gingiva und ihre operative Behandlung. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 19.) Bei einem 16jährigen Patienten mit Elephantiasis gingivae wurde durch Radikaloperation, Entfernung der gewucherten Schleimhaut und Abtragung des freien Randes des Alveolarfortsatzes mit Entfernung der Zähne ein voller, auch kosmetisch sehr günstiger Erfolg erzielt. Die Zahndefekte wurden durch eine Prothese ersetzt. Bei dem Patienten bestanden auch andere Anomalien, Finger- und Zehndefekte, Fehlen von Nägeln, abnorme Zartheit und bläuliche Verfärbung der Haut der Hände und Füße. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen von Elephantiasis der Gingiva konnten ebenfalls Abnormalitäten im Bereich der Haut und Hautanteile beobachtet werden. Dies weist darauf hin, daß die Elephantiasis gingivae nur Teilerscheinung einer Allgemeinerkrankung oder allgemeinen Minderwertigkeit des mesenchymalen und ektodermalen Keimblattes darstellt. Geistige Minderwertigkeit und körperliche Schwäche konnten öfters bei Kindern mit Elephantiasis gingivae beobachtet werden. Vielfach wurde familiäres Vorkommen nachgewiesen; in dem vom Verfasser beschriebenen Falle war keine Heredität feststellbar. Die mit verschiedenen Behandlungsmethoden gemachten Erfahrungen zeigen, daß ein Dauererfolg nur dann zu erzielen ist, wenn die Zähne entfernt werden. Es scheint somit die Gingivawucherung mit der Anwesenheit der Zähne ätiologisch im Zusammenhang zu stehen. An zahnlosen Kiefern wurde die Erkrankung noch nie beobachtet. Die Erkrankung besteht offenbar in einer abnormen Reaktion der bindegewebigen Elemente des Zahnfleisches auf einen von den Zähnen ausgehenden, seiner Natur nach unbekannten Reiz. Manchen klinischen Beobachtungen zufolge sind vielleicht auch innersekretorische Störungen von Einfluß.

Maslowsky.

3955.

Kadner, Das Problem der Vererbung von Zahnstellungsanomalien. (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 16, 1929.) Auf Grund zahlreicher Beobachtungen kommt Verfasser zu der Theorie, daß sich die Kiefer aus einzelnen Komponenten zusammensetzen, die sich im allgemeinen, jede in ihrer Gesamtform, von den beiden Eltern auf die Kinder übertragen können. Diese einzelnen Komponenten sind: Oberkieferselemente, Unterkiefer, Zwischenkiefer und Zähne mit ihrem Alveolarteil. Sind diese normal vererbten einzelnen Komponenten nun anatomisch formverschieden, so fügen sie sich nicht zu einem harmonischen Ganzen zusammen. Es entstehen in einem solchen Falle Anomalien oder Disharmonien (Walkhoff), die durch Mixovariation der elterlichen Anlagen bedingt sind.

L. Gordon, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

3956.

Kisch, Franz, Beobachtungen über die Kreislaufwirkung des Histamins bei Kreislaufgesunden, Hypertonikern, Hypotonikern und Kreislaufinsuffizienten. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 33.) (I. Medizin. Universitätsklinik Wien.) Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, daß die im akuten Versuch auftretende Kreislaufwirkung des Histamins in Form der subkutanen Verabreichung von 0,5 ccm Imido-„Roche“ beim kreislaufgesunden Menschen durch eine im Maximum 12 bis 18% betragende und über 1 Stunde anhaltende Blutdrucksenkung, durch eine — zumeist innerhalb 10 Minuten wieder abklingende — Vergrößerung des Amplitudenfrequenzproduktes (Indikator des Minutenvolumens) sowie durch eine Vermehrung der Herzschlagfrequenz charakterisiert erscheint. Bei Hypertonikern ist die erfolgende Blutdrucksenkung oft intensiver (durchschnittlich 13 bis 28% im Maximum) als beim Kreislaufgesunden, hält aber manchmal nur kurze Zeit an und macht dann einer bis weit über das Ausgangsniveau hinausgehenden Blutdrucksteigerung Platz; das Amplitudenfrequenzprodukt erfährt nicht in allen Fällen eine Vergrößerung, die Herzschlagfrequenz beschleunigt sich. Beim Hypotoniker kommt zumeist eine gering-

gradigere und weniger kontinuierliche Blutdrucksenkung zustande (im Maximum 9 bis 12%), auch das Amplitudenfrequenzprodukt erfährt — wenn überhaupt — eine weniger anhaltende Vergrößerung als beim Kreislaufgesunden; die Herzschlagfrequenz ist gewöhnlich nur unbedeutend beschleunigt. Das Verhalten Kreislaufinsuffizienter ist verschiedenartig; die Blutdrucksenkung kann vollkommen ausbleiben; das Amplitudenfrequenzprodukt weist in einigen Fällen eine Vergrößerung, in anderen Fällen eine Verkleinerung auf; auch die Herzschlagfrequenz zeigt in den einzelnen Fällen ungleiche Reaktionen, es kommt Beschleunigung, Verlangsamung, aber auch Verharren in der ursprünglichen Frequenz vor. Hautrötung und Hitzegefühl sind ihrer Intensität nach sowohl bei Kreislaufgesunden als auch bei Kreislaufkranken verschieden, aber ausnahmslos vorhanden.

Arnold Hirsch, Berlin.

3957.

Udinow, F., Osmo- und Glukosetherapie. (Ukrain. Med. W., 5., Heft 1, 1929.) Der Autor hat bei 200 Fällen von Lungenödem, Lungenentzündung, Herzerkrankungen, endogenen und exogenen Intoxikationen hypertonische Zuckerlösungen verwendet und gute Resultate gesehen. Die hypertonische Zuckerlösung beeinflusst den osmotischen Zustand der Zellen und wirkt harntreibend. Da Glukose durch Reizung der Rezeptoren auch das retikulo-endotheliale System stimuliert und so zum Abfangen und Festhalten von Kolloiden führen soll, verwendete der Autor hypertonische Zuckerlösungen als Vehikulum für das Kollargol bei septischer Endokarditis, konnte aber keine eindeutigen Resultate erzielen.

Omelskyj.

3958.

Gläbner, Karl, Subkutane Pepsintherapie. (Med. Welt, Nr. 29.) (Innere Abtlg. des Rainer-Spitals, Wien.) Durch intrakutane Injektion von salzsaurem Pepsin lassen sich in der Haut von Versuchstieren typische peptische Geschwüre mit wallartigen Rändern, trichterförmigem Grund und hyperämischen Wall hervorrufen. Dieselben Geschwüre lassen sich auch beim Menschen erzeugen, unabhängig davon, ob der Betreffende ein Hyperazider oder Achyliker ist. Die Heilung solcher Geschwüre, die gewöhnlich 3 Wochen dauert, wird durch Bepinseln mit Pepsin-Salzsäure nicht beeinträchtigt, das Bepinseln mit verdünnter Natronlauge führt dagegen zu einer auffallend raschen Heilung. Eine wesentliche Beschleunigung der Heilungsdauer und Heilungstendenz der Intrakutangeschwüre wird auch durch subkutane Zufuhr von neutralen Pepsinlösungen bewirkt.

Auf Grund dieser Versuchsergebnisse behandelt Verfasser das Ulcus ventriculi mit subkutanen oder intramuskulären Injektionen einer 1- bis 3prozentigen Lösung von Pepsinum absolutum Merck. Durch Passierenlassen durch einen Porzellanfilter erhält man eine klare eiweißfreie, kaum albumosenhaltige und völlig sterile Lösung. Gebrauchsfertige Ampullen werden von der Apotheke „Zur Austria“, Wien IX, Währinger Str. 18, hergestellt. Die Injektionen rufen manchmal geringe Hautrötung, Schwellung der Haut und Temperatursteigerungen um einige Zehntel hervor, die jedoch bedeutungslos sind. In etwa 2% der Fälle kommt es zu Schwellungen des Subkutangewebes und Temperatursteigerungen bis 37,5; in solchen Fällen muß die Behandlung aufgegeben werden. Man verabreicht im allgemeinen 20 bis 30 Injektionen, jeden zweiten Tag eine Injektion, steigend von 0,1 bis 1 ccm. Kontraindiziert ist die Behandlung bei anatomischen Hindernissen (Stenose, Sanduhrmagen usw.), bei Pepsinanaphylaxie und bei penetrierenden Geschwüren ins Pankreas oder die Milz. Die Behandlung wird im Jahre zweimal durchgeführt und dauert jeweils 1 bis 2 Monate. Von einer besonderen Diät kann meist Abstand genommen werden. Eine subjektive Besserung (Ausbleiben der Schmerzen, normaler Appetit, Wohlbefinden) trat fast in allen vom Verfasser behandelten Fällen auf. Eine objektive Besserung ließ sich in gut zwei Drittel der behandelten Fälle nachweisen.

L. Gordon, Berlin.

3959.

Birnbaum, K., Nutzen und Schaden der Schlafmittel. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 8.) Bei der Besprechung der Schlafmittel scheidet Verfasser alle die Mittel aus, die der Morphiumgruppe angehören, und auf Seiten der Patienten alle, die zur Gruppe der Psychopathen zu rechnen sind. Die Vorzüge der Schlafmittel bestehen in der Einfachheit der Verabreichung, in dem prompten Erfolg und in dem physiologischen Wert eines prompten Schlafes, der den Zusammenhang zwischen organischer Krankheit und Schlafstörung unterbricht, und in dem psychologischen Wert der seelischen Beruhigung. Nicht immer ist der physiologische Erfolg so prompt und ideal, und oft versagt nach sofortiger Wirkung das Mittel durch Abstumpfung der Empfänglichkeit. Hier kann es leicht zu einer Schlafmittelsucht kommen, die dann als Krankheitskomplikation zu beseitigen ist. Das Uebergewicht liegt demnach scheinbar bei den Nachteilen, jedoch ist die Gefahr der Gewöh-

nung nach Erfahrungen des Verfassers nicht so groß und bei zweckmäßigem Wechseln der Mittel zu vermeiden. Nicht hoch genug einschätzen ist das häufig beobachtete Gefühl der inneren Sicherheit, das der durch Schlaflosigkeit gequälte Patient bisweilen durch einen einzigen Nachtschlaf wiedergewinnt. Da ein leichter, durch ein Schlafmittel herbeigeführter Schlaf sich physiologisch von dem natürlichen kaum unterscheidet, so kann man wohl die vielen Menschen anhaftende Furcht vor Schlafmitteln nicht teilen. Eine kritische Verwendung derselben dient bestimmt zum Nutzen der Kranken.

Kosminski, Berlin.

3960.

Stavén-Grönberg, A., **Klinische Untersuchungen über die Schlafwirkung von Hopfenpräparaten.** (Act. Soc. Medic. fenn. Duodecim, 11., Nr. 2, 1929.) Hopfenpräparate (Extrakte wie Dialysate) wurden auf ihre Schlafwirkung untersucht. Am wirksamsten erwies sich eine Hopfen- und Valerina-Dialysat-Mischung in Pillen oder Tabletten (Hovaletten [Zyma, Erlangen]). 3 bis 5 Stück wurden abends verabreicht, die suggestive Wirkung durch Wechsel des Mittels ausgeschaltet. Die Versuche wurden nur an Lungenkranken (Lungenheilstätte) angestellt. In 51,7% der Fälle wurde eine befriedigende Wirkung erzielt, in 31,9% eine Besserung, in 16,4% keine deutliche Wirkung. Bei morgendlichen Störungen war die Wirkung weit weniger günstig als bei abendlichen Schlafstörungen. Die Schwere der Störung war für die Wirkung nicht maßgebend. Die Präparate wirkten auch günstig bei Tachycardia nervosa und bei Hustenreiz. Nebenwirkungen waren selten und unbedeutend (Kopfschmerzen, Müdigkeit). Die Frage der Gewöhnung war nicht recht zu entscheiden. Mit der Zeit war in manchen Fällen eine Steigerung der Dosis notwendig.

S. Kalischer.

3961.

Eskelund, V., und O. Jacobsen, **Einige Untersuchungen über Injektionsnarkotika (Numal, Magnesiumsulfat, Magnesiumbromid und deren Kombinationen).** (Hospitid., Nr. 30, 1929.) Bei Geisteskranken wurden Injektionsversuche mit Numal, Magnesiumsulfat, Magnesiumbromid in verschiedenen Kombinationen und einzeln mit diesen Mitteln angestellt. Bei Numal ist die Dosierung schwierig, weil es individuell sehr verschieden wirkt. Natürlich war die Wirkung bei Geisteskranken nicht so narkotisierend wie bei normalen Menschen, die vor der Operation diese Injektionen bekommen. Die Numalinjektionen wurden intravenös gemacht. Schlaf trat nach 8 Minuten bis nach 4 Stunden erst ein, bei gleicher Dosis; so verschieden wirkt das Mittel bei einzelnen. Gegeben wurden etwa $\frac{1}{10}$ cg pro Kilogramm Körpergewicht. Respiration und Puls wurden nicht verändert. Mitunter folgten Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen am nächsten Tag. Es ist daher Numal nie zu hoch zu dosieren, auch wo es zur Narkose mit Morphin, Pantopon, Skopolamin zusammen angewandt wird. Als Schlafmittel ist es jedenfalls bei Geisteskranken überhaupt nicht sehr zu empfehlen. Magnesiumsulfat hat keine narkotische Wirkung; wo es bei Entbindungen, wie in Amerika z. B., mit Morphin zusammen gegeben wird, kommt wohl letzterem allein die narkotische Wirkung zu; vielleicht potenziert es auch ein wenig die Morphinwirkung. Bei Tetanus wurde Magn. sulph. intramuskulär von 2 bis 25 g gegeben, auch intravenös wird es dort angewandt. Eine potenzierende Wirkung bei Mischungen von Numal und Magnes. sulphur. konnte nicht festgestellt werden. Magnesiumbromid hat keine andere Wirkung als Magnesiumsulfat, beide wirken nicht narkotisch. Auch bei Kombination mit Pantopon konnte eine potenzierende Wirkung des Magnesiumbromids nicht festgestellt werden.

S. Kalischer.

3962.

Nicolaysen, Ragaar, **Untersuchungen über die Wirkung des Nikotins auf den Blutzuckerspiegel bei Kaninchen.** (Norsk. Mag. Laegevidensk., Nr. 9, 1929.) Die Wirkung des Nikotinbitartrat auf den Blutzucker beim Kaninchen wurde untersucht, indem die Tiere 24 Stunden vorher fasten mußten; so wurden horizontal verlaufende Blutzuckerkurven erzielt. Das Mittel wurde subkutan injiziert. Bei einer Gabe von etwa 5 mg auf 1 kg Körpergewicht wurde nach 6 bis 8 Minuten eine Blutzuckersteigerung von 10 bis 17 mg% erzielt. Nikotintartrat in Gaben von $\frac{1}{4}$ bis $\frac{3}{4}$ mg pro Kilogramm Körpergewicht zeigt eine nicht konstante, schnell vorübergehende Hyperglykämie. Größere Gaben wirken konstant eine Blutzuckersteigerung von 40 bis 95 mg%, doch höchstens von zwei-stündiger Dauer hervor. Bei steigenden Gaben steigt auch stetig der Blutzucker mit gleichzeitigen Allgemeinsymptomen, wie Pupillenkontraktionen, Tachypnoe und Muskelzuckungen. Diese Symptome treten jedoch erst nach Gaben von 15 mg pro Kilogramm Körpergewicht auf.

S. Kalischer.

3963.

Lipschitz, Werner, und Walther Laubender, **Die pharmakologischen Wirkungen des Percain, eines neuen Lokalanästhe-**

tikums. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 31.) (Pharmakologisches Institut der Universität Frankfurt a. M.) Das Percain ist ein Lokalanästhetikum, das in Wasser oder Kochsalzlösung leicht löslich, hitzestabilisierbar und mit Adrenalin kombinierbar ist.

Seine lokalanästhetische Wirkung übertrifft die des Kokains um das Mehrfache: am Frohschischadikus rund um das Dreifache, an den sensiblen Nervenenden der Froschpote zehnfach, an der Kaninchenkornea mindestens hundertfach. Die Wirkung steigt — stärker als beim Kokain — mit dem pH der Lösungen an. Am isolierten Nerven zeigt sich ein ungleich längeres Halten der Wirkung als z. B. bei Kokain, Novokain und Alynin.

Mit der lokalanästhetischen Wirkung verbindet sich nach Froschversuchen das Percain eine vasokonstriktorische mäßigen Grades.

Auf den isolierten Muskel ohne Blutzirkulation wirkt es kontrakturerregend, an der Froshaut in höheren Konzentrationen aufquellend.

Von der Froschpote aus wird Percain in lokalanästhetisch wirkungsgleichen Konzentrationen weit langsamer resorbiert als Kokain und Novokain.

Die toxischen Wirkungen resorbierten Percains erstrecken sich zunächst auf das Herz, während die Atmung überlebt. Die Eliminationsgeschwindigkeit des Organismus gegenüber resorbiertem Mittel ist verhältnismäßig gering. Infolgedessen ist die erlaubte Grenzdosis scharf — im Gegensatz zu Covain. Dosis letalis für das Kaninchen 3 bis 4 mg/kg (intravenös) 5 bis 10 mg/kg (subkutan), für den Frosch 0,0 g mg/g (vom Lymphsack).

Arnold Hirsch, Berlin.

3964.

Hopf, G., **Mitteilung weiterer Untersuchungen über die Myosalvarsanausscheidung nach subkutaner und intravenöser Injektion.** (Derm. Wschr., 89., Nr. 35, 1929.) (Univ.-Hautklin., Jena.) Das Lösungsmittel — Glukose 10% oder Aqua dest. — zeigte keinen Einfluß auf die Ausscheidungskurve. Im ganzen zeigte diese, abgesehen von gewissen Unregelmäßigkeiten, in Beginn ($\frac{1}{2}$ bis $\frac{2}{3}$ Stunden nach der Injektion) und Länge (3 bis 12 Stunden) gegenüber der intramuskulären Einspritzung keine Unterschiede. Die im Harn nach intramuskulärer oder subkutaner Einspritzung ausgeschiedene Menge unveränderten Myosalvarsans ist nur eine minimale, während sie nach intravenöser Einspritzung sehr groß ist. Man wird daher von dieser Abstand nehmen, und wo eine brüske Wirkung vermieden werden soll, den subkutanen oder intramuskulären Weg wählen.

Ernst Levin, Berlin.

3965.

Hift, Robert, **Ein Erklärungsversuch für unklare Strychninwirkungen.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) („Herzstation, gegründet von Prof. R. Kaufmann“, Wien.) Die großen Vorteile, die die Klinik aus der pharmakologisch gewonnenen Einsicht in den Wirkungsmechanismus des Strychnins als Reflexmittel ziehen konnte, waren die Ursache, daß die Kliniker über der anschaulicheren Hauptwirkung die zweite pharmakologische Wirkung dieses Alkaloids vernachlässigten. Es hat sich nun aus der — vom Standpunkte der reflexsteigernden Strychninwirkung paradoxen — günstigen Beeinflussung eines bestimmten Syndroms, einer funktionellen, mit starker Intensität auftretenden Vermehrung des Harndranges, die Notwendigkeit ergeben, auch die lähmende, analgesierende Wirkung des Alkaloids in Betracht zu ziehen, sie für die Klinik sozusagen erst zu entdecken, und es wird angenommen, daß sie auch die Begründung für die oft gerühmte, bisher aber nie gut verständliche Heilwirkung des Strychnins bei anderen Krankheitssymptomen darstellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

3966.

Zadek, Ernst, **Leberschädigungen durch chronische Bleivergiftung.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 32.) (I. inn. Abt. d. Städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) An der schädlichen Wirkung des Bleies auf die Leber kann auf Grund des vorliegenden Materials kein Zweifel mehr bestehen. Die Ausführungen des Verfassers sollen zu weiteren Beobachtungen in dieser Richtung anregen. Bei der großen Anzahl bleifährdeter Berufe dürfte die Berücksichtigung dieser Noxe für die Klinik der Lebererkrankungen in diagnostischer und therapeutisch-prophylaktischer Hinsicht fruchtbar sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

3967.

Fühner, H., **Versuche zur Entgiftung des Chloroforms.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 32.) (Pharmakologisches Institut der Universität Bonn.) Die Spätdodesfälle nach Chloroformnarkosen sind nach Ansicht des Verfassers mit aller Wahrscheinlichkeit nicht auf das Chloroform selbst, sondern auf seine im Organismus entstehenden Oxydationsprodukte (Phosgen u. a.) zurückzuführen. Im Tierversuch kann man die schädliche Nachwirkung des Chloroforms verringern, wenn man ein niedrig siedendes Chloroform ver-

wendet, das 10% Alkohol enthält; es wird empfohlen, ein derartiges Chloroform am Menschen zu versuchen. Es wird ferner empfohlen, 20prozentigen Alkohol vor Einleitung der Narkose in solcher Menge trinken zu lassen, daß dadurch Schläfrigkeit und Euphorie herbeigeführt wird. Die Haltbarkeit des Chloroforms im Organismus dürfte durch diese Alkoholeinleitung der Narkose erhöht, die zur Narkose erforderliche Chloroformmenge vermindert werden. Es ist daran zu denken, durch Antikatalysatoren, wie Cystein, vielleicht auch Insulin oder Zucker, wie Mannit und Dioxazeton, die Oxydation des Chloroforms im Organismus zu verlangsamen und durch entsprechende Ernährung (Haferkost) den Patienten gegenüber der Chloroformnachwirkung widerstandsfähiger zu machen.

Arnold Hirsch, Berlin.

3968.

Moritsch, Paul, Gasödemie im Frieden und ihre Behandlung. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Unfallstation der I. Chir. Klinik, Wien.) An Hand von 21 Fällen weist Verfasser auf die Zunahme der Gasödemieinfektion durch schwere Straßenverletzungen hin. Besonders gefährdet sind solche Wunden, die mit Straßenkot verunreinigt sind. Die Diagnose ist zu stellen durch den röntgenologischen Gasmachweis. Die prophylaktische Schutzimpfung hat Aussicht auf Erfolg nur bei der Anwendung hochwertiger, echter polyvalenter Sera. Es müssen große Dosen an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen verabfolgt werden. Frühdiagnose und rechtzeitiger chirurgischer Eingriff sind von größter Wichtigkeit. Prophylaktische Serungaben schwächen den Krankheitsverlauf ab.

E. Mühsam, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

3970.

Groszlik, A., Hautsymptome bei myeloischer Leukämie. (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 1, 1929.) Beschreibung eines Falles myeloider Leukämie, in dem wegen positiver WaR. zuerst eine spezifische und hiernach Röntgenstrahlenbehandlung stattfand. Nach Neosalvarsaninjektionen traten fast jedesmal tumorähnliche Hautödeme an verschiedenen Stellen der Haut auf. Ebenso nach den Röntgenbestrahlungen, wonach überdies ein intensiver allgemeiner Pruritus zum Vorschein kam. Obige Erscheinungen werden vom Verfasser als Folgen einer anaphylaktischen Intoxikation gedeutet. Der Verfasser nimmt die infektiöse Theorie für die Aetiologie der Leukämie an und glaubt, daß nach Salvarsan und Bestrahlung es zu einer Ausschwemmung von Zerfallsprodukten und gleichzeitig von abgetöteten Leukämieerregern kommt; dieses ist der Anlaß zum anaphylaktischen Phänomen. Die spontan im Laufe der Leukämie auftretenden gleichen Erscheinungen lassen eine ähnliche Deutung zu.

v. Dziembowski.

3971.

Caccuri, S., Speicheldrüsen und Glykämie. (Arch. Pat. e Clin. med.) (Med. Klinik d. Univ. Neapel.) Nachdem der Vorschlag gemacht worden war, den Diabetes chirurgisch anzugehen durch Unterbindung der Stenosen Gänge, versucht Verf. nachzuprüfen, ob die Unterdrückung der Funktion der Parotiden wirklich zur Hypoglykämie führt.

Aus den vom Verf. angeführten Versuchen geht hervor, daß die Ligatur der Stenosen Gänge beim Hund weder eine Herabsetzung des Blutzuckerwertes noch eine Zunahme der Kohlehydrat-toleranz bewirkt, wogegen die Abtragung der Parotiden, der Submaxillar- und Sublingualdrüsen Schwankungen des Blutzucker-gehaltes im Sinne der Abnahme erzeugt. Es ist bemerkenswert, daß der kombinierte Zucker vermehrt erscheint, was an eine bessere Ausnutzung der Glukose infolge Zunahme von Insulinämie denken läßt.

Spritzt man Kaninchen einen hydroglyzerinierten Speicheldrüsenextrakt ein, so steigt der freie Zucker an, während eine intravenöse Speichelinjektion Schwankungen hervorbringt, die nicht immer gleichsinnig sind.

Held.

3972.

Fasold, H., und H. A. Schmidt, Ueber die Glykolyse und das Verhalten der Milchsäure im normalen und pathologischen Liquor cerebrospinalis. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 33.) (Universitäts-Kinderklinik, Kiel.) Durch Zentrifugieren von Zellen befreiter Liquor zeigt keine Glykolyse. — Zellenhaltiger normaler und pathologischer Liquor zeigt einen geringen, langsamen Abbau des Zuckers, der weit unter der Größenordnung einer normalen Glykolyse liegt und wahrscheinlich geringen Mengen Fermenten aus den abgestorbenen Zelleibern zuzuschreiben ist.

Dieser geringe Abbau ist in der Hauptsache keine Glykolyse, denn die Zunahme der Milchsäure steht nicht im entsprechenden Verhältnis dazu.

Ein Abbau von Milchsäure tritt weder im normalen noch im pathologischen Liquor ein.

Ein Stehenlassen des Lumbalpunktes bis zu 12 Stunden bedingt sicher keinen für die Diagnose in Betracht kommenden Fehler.

Arnold Hirsch, Berlin.

3973.

Thomson, Dorothy B., Sepsis und endokrine Störungen in ihrer Wirkung auf den Kohlehydratstoffwechsel. (Glasgow med. J., 31., Nr. 1, 1929.) Es wird über Untersuchungen berichtet, die den Einfluß der Sepsis und endokriner Erkrankungen auf den Kohlehydratstoffwechsel klären sollen. An 10 Diabetikern mit Sepsis wurde die Glukosetoleranzprobe ausgeführt, ferner an 50 Fällen von Sepsis, 13 mit Basedow und 3 mit Hypophysenerkrankungen. Es zeigte sich, daß Sepsis einen bestehenden Diabetes verschlimmert, daß viele Fälle von Sepsis zeitweise Störungen im Kohlehydratstoffwechsel aufweisen. Ebenso wirken endokrine Erkrankungen ungünstig auf den Kohlehydratstoffwechsel.

Erich Wolfenstein, Berlin.

3974.

John, J., Die Besserung der Toleranz bei Diabetikern und die Wichtigkeit einer frühen Behandlung. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Jede Glykosurie ist bis zum Nachweis des Gegenteiles als Diabetes aufzufassen. Sie sollte nie leicht genommen werden; sie kann Frühstadium eines Diabetes sein, und dann ist es sehr wichtig, ihn in einem milden Stadium zu erhalten und ihn nicht durch Vernachlässigung schwer werden zu lassen. Glykosurie kann diabetisch und nichtdiabetisch sein. Die nichtdiabetische ist durch eine ausgesprochene Permeabilität des Nierenfilters bedingt und bedeutungslos. Aber man muß diese Diagnose vorher eingehend begründen. Man kann die Unterscheidung nur durch eine Glukosetoleranzprobe machen: aus der Art der Kurve sieht man, ob ein Diabetes vorliegt, gleichgültig, ob Zucker im Urin ist oder nicht. Andererseits kann man die Entwicklung eines Diabetes in einem Falle, in dem eine nichtdiabetische Glykosurie vorlag, nicht verhindern. Auch die Glykosurie der Schwangerschaft ist ernst zu nehmen, weil ein gewisser Prozentsatz dieser Fälle diabetisch ist. Man braucht hier gerade keine Toleranzprobe zu machen, aber man kann 2½ Stunden nach einem kohlehydratreichen Mahl den Blutzucker bestimmen; ist er normal, kann Diabetes ausgeschlossen werden. Ist er übernormal, sofortige Behandlung. Bei Kindern sollte 4 bis 5 Wochen nach jeder Infektion, wie Masern, Mumps, Scharlach, Tonsillitis, Erkältungen einmal wöchentlich der Urin untersucht werden, weil sich bei ihnen in dieser Zeit am häufigsten Diabetes entwickelt. Glykosurie bei Fettsucht deutet meist immer Diabetes an: alle Fetten sind bis zum Beweis des Gegenteiles Diabetiker. Glykosurie bei Hyperthyreoidismus erfordert eine besondere Beachtung.

v. Schnizer.

3975.

Immerman, S. L., Störungen im oberen Abdomen und ihre Beziehungen zu chronischen Herzerkrankungen. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Das Abdomen und besonders das Epigastrium ist der Balken des Rumpfes: chronische Nephritis, Herzerkrankungen, Tuberkulose der Lungen, Prozesse in und um das Abdomen. Krankheiten der Spina und des Nervensystems strahlen dorthin aus, und Pneumonie und Perikarditis können sogar deswegen verkannt werden. Bei Rektumkarzinom findet man oft Klagen im Epigastrium, ebenso bei Nierenaffektionen. Zwischen Herz und Abdomen bestehen reziproke Beziehungen. Aszites kann durch Kompression Herzerscheinungen machen, ebenso Indigestion, organische Gallenblasenerkrankungen. Mit Schock, rapidem Puls, Ohnmacht und Schwitzen, können sie eine Koronarerkrankung vortäuschen. Auch können Angina pectoris und Gallensteine zusammen vorkommen. Umgekehrt können aber auch Herzerkrankungen Indigestion und Schmerzen im Abdomen hervorrufen. So kann zunächst eine Herzerkrankung unter dem Bilde einer einfachen Indigestion, Auftreibung nach dem Essen auftreten, ganz besonders bei Koronar-erkrankung. Man kann nicht genug betonen, daß das früheste Symptom dabei eine einfache Indigestion sein kann (auch bei Nichtkoronarerkrankungen, nicht Atemnot usw.), und es kann plötzlicher Tod eintreten, ohne daß der Patient die klassischen Symptome (die akuten Anfälle der Thrombose, Anstrengungsangina und Erregung, Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit und passive Kongestion) aufweist. Zunächst treten die Beschwerden nach einer reichlichen Mahlzeit auf, später beim Spazierengehen. Der Ausdrück milde Angina sagt also prognostisch gar nichts. Wo die Indigestion auf passiver Kongestion beruht, ist die Prognose gut. Auch appendizitisähnliche Störungen können vorkommen. Bei Myokarditis geht häufig Hypertension voraus. Dann — was wenig bekannt ist — bei hypertensiven Frauen allgemeines Unwohlsein,

Ohnmacht, Nausea, unangenehme Sensationen im Epigastrium. Prognose im allgemeinen gut. Es können aber auch schwerere Anfälle vorkommen: Dyspnoe, Cheyne-Stokes, Lungenödem. Bei Frauen dominiert im allgemeinen Angos animi über den Dolor pectoris. Dann kommt eine Gruppe mit unregelmäßigem und rapidem Herzschlag, Extrasystolen, Tachykardie, Vorhofflattern, plötzlich einsetzend, mit gestörtem Allgemeinbefinden, Nausea, Ohnmacht. Oft bei Thyreoidikern ohne Exophthalmus, ohne verdächtige Thyreoida mit der Hauptklage: Indigestion. Der hiermit nicht Vertraute übersieht leicht die wirkliche Ursache. Oft findet man dabei das Bewußtsein der Extrasystolen, manchmal auch Aufstoßen. Prognose abhängig vom Zustand des Herzens. Eine weitere Gruppe ist die der extremen Indigestion mit Gewichts- und Kräfteverlust, Fehlen freier HCl, eine Geschwulst im Epigastrium, die oft als maligner Tumor genommen wird, während sie in Wirklichkeit der vergrößerte linke Leberlappen ist: der Patient hat einen Herzfehler ohne peripheres Oedem. Auch schmerzlose Anfälle von Herzblock kommen vor, aber auch solche mit derartig schweren Abdominalschmerzen, daß man ein akutes Abdomen annahm. Eine weitere Gruppe betrifft die chronische Perikarditis, die sehr oft Indigestion so in den Vordergrund stellt, daß der Herzzustand übersehen wird. Eine weitere Gruppe bilden die Aortenerkrankungen. Man denkt dabei oft an Arteriosklerose, Syphilis oder Rheumatismus. Die Erkrankung kann latent sein oder als Aortitis, Aortenklappenfehler oder Aneurysma auftreten. Bei Aneurysma und Aortenregurgitation auf syphilitischer Basis ist Dyspnoe häufig ein Frühsymptom. Oder man hat auf derselben Basis das Bild der Angina bei einem jungen Manne oder einem solchen in mittlerem Alter. Bei der syphilitischen Aortitis bestehen Schmerzen, ob eine Koronaraffektion vorliegt oder nicht. Solange nur der aufsteigende Aortenbogen affiziert ist, ohne begleitende Mediastinitis oder Verengerung des Lumens der Koronararterien, ist die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Viele Fälle syphilitischer Aortitis wurden zunächst als Magenstörungen behandelt. Nicht jeder Fall von Angina beruht auf Koronarerkrankung; auch die Aortenregurgitation macht anginöse Schmerzen ohne Zeichen einer Thrombose und ohne Arteriosklerose der Koronararterien und der Aorta. Wahrscheinlich durch den niederen diastolischen Druck, denn der diastolische Druck soll die Koronarzirkulation aufrechterhalten. Endlich bei Koronarthrombose kann es zu einer rapiden Vergrößerung des rechten Leberlappens kommen, und im akuten Anfall stehen gastrische Symptome so im Vordergrund, daß man an eine Vergiftung denken kann. Auch die Vergrößerung des rechten Ventrikels kann Anlaß geben zu epigastrischen Symptomen. Die Abdominalschmerzen der Kardiopathen sind akut, subakut und chronisch. Oft ist deswegen eine unnötige Laparotomie gemacht worden.

v. Schnizer.

3976.

Miyagawa, Y., und S. Salto. Die biologische Bedeutung des Corpus luteum des Ovariums. (Japan med. World, Nr. 4, 1929.) Das prägnante Corpus luteum ruft die charakteristische prägnante Veränderung im Genitalapparat, Uterus, Vagina und der Brustdrüse hervor, Veränderungen, die durch andere Substanzen nicht in dem Grade hervorgebracht werden. Ebenso charakteristisch ist der Einfluß des prägnanten Corpus luteum auf die endokrinen Drüsen, Hypophysis, Thyreoida, Nebennieren und Pankreas. Injektionen von Foetus und junger Plazenta bringen ähnliche Veränderungen hervor, aber lange nicht in dem Grade, wie das prägnante Corpus luteum, und nicht in allen Organen. Das menstruelle Corpus luteum, reife Follikelflüssigkeit, Interstitium des Ovariums, die Uterusschleimhaut bringen keine Schwangerschaftsveränderungen hervor. Die wirksame Substanz im prägnanten Corpus luteum ist in Alkohol, Aether und Wasser löslich. Also enthält das prägnante Corpus luteum eine Substanz, die im Genitalapparat und in den inneren Drüsen die Veränderungen hervorruft, die der physiologischen Schwangerschaft entsprechen; eine ähnliche Substanz im Foetus und in der jungen Plazenta vermehrt diese Wirkung. Dieses Corpus-luteum-Hormon findet man nicht im menstruellen Corpus luteum, in der reifen Follikelflüssigkeit, im Interstitium des Ovariums und in der Uterusschleimhaut.

v. Schnizer.

3977.

Freudenthal, W. Schleimhäute als Eingangspforte des Tuberkelgites. (Med. J. a. Rec., Nr. 11, 1929.) Die häufigste Uebertragung des Tuberkelbazillus erfolgt nicht durch die Nahrung, auch nicht durch die Tröpfchen, sondern durch trockenen mit Bazillen geladenen Staub. Und zwar ist der gefährlichste tote Punkt nicht die Lungenspitze, sondern der Retropharynx. Dort kann er einen günstigen Boden finden. Die Reinigung dort erfolgt durch die Cilien und deren Tätigkeit wird gelähmt bei Feuchtigkeitverlust. Bei unseren heutigen Lebensverhältnissen nun, besonders unseren Heizverhältnissen, entsteht gerne eine Rhinopharyngitis sicca und atrophica. Und unter solchen Verhältnissen versagen die physio-

logischen Schutzmaßnahmen: die eingeatmete Luft wird nicht assimiliert, sie wird nicht erwärmt, befeuchtet und filtriert. Während man in der Nase die mechanischen Schutzmaßnahmen (Schneuzen usw.) sehr gut arbeiten, ist dies beim Nasopharynx unter diesen Umständen nicht der Fall.

Früher hat man die Mandeln als Eingangspforte für alle möglichen Bazillen angesehen. Nach Kaiser sind bei 20 000 von 48 000 Schulkindern die Mandeln entfernt. Dies kommt einem Abusus chirurgiae nahe. Diese Frage der Tonsillektomie ist überhaupt ein heikles Kapitel. Einmal lassen selbst geübte Spezialisten Stumpen zurück, die infektiös sind. Denn neues adenoides Gewebe ist nicht notwendig ein Zeichen einer mangelhaften Tonsillektomie, sondern eine Selbsthilfe der Natur: kompensatorische Hypertrophie im Waldeyerschen Ring. Aber eine Infektion kann vorhanden sein mit und ohne Mandeln in loco; diese extratonsilläre Infektion ist ein ernst zu nehmender Faktor nach Tonsillektomie. Aber außer den Mandeln kommen noch andere Faktoren in Frage, vor allem die nie ganz rein zu haltenden Zahnbürsten. Der Bazillus findet seinen Eingang an jeder Stelle der oberen Luftwege. Sodann selbst eine sehr leichte chirurgische Intervention bringt Bazillen oder Toxine in den Blutstrom, die schon bestehende Herde verschlimmern. So nach Septumoperationen, nach denen mehrfach das Einsetzen einer Tuberkulose beobachtet wurde. Für F. gilt in zweifelhaften Fällen die Hypertrophie der lingualen Mandel als ein wichtiges Zeichen beginnender Tuberkulose: in etwa 8% ist sie tuberkulös verändert. In erheblich höherer Zahl ist sie hypertrophisch. Also strikteste Indikation. Die Gefahr liegt in der Verallgemeinerung. Im Larynx ist der Blut- und Lymphweg die gewöhnliche Form der Infektion. Aber man darf nicht vergessen, daß dort auch der Bazillus die intakte Schleimhaut passieren kann, lange bevor infektiöses Sputum aus der Tiefe die oberflächliche Epithellage zerstört hat. Dies letztere kommt überhaupt viel weniger in Frage, als die abwärts fließende Nasensekretion. Hier ist namentlich auf die hintere Wand und die vordere Kommissur zu achten.

v. Schnizer.

3978.

Blasi, Domenico, Ueber die Bedeutung der Milz für immunologische Vorgänge im jugendlichen Organismus. (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 15, 1929.) Tierversuche an jungen Kaninchen, die mit verschiedenen Krankheitskeimen (Typhus und Paratyphusbazillen, Staphylokokken) infiziert werden, ergeben, daß die entmilzten Tiere rascher der Infektion erliegen bzw. schwerere Krankheitserscheinungen aufweisen, als die nichtentmilzten Kontrolltiere. Somit dürfte die Exstirpation der Milz auf die Abwehrkräfte des jugendlichen Organismus einen schädigenden Einfluß haben.

Eugen Stransky, Wien.

3979.

Ferranini, Luigi. Die Wirkung von Embryonalextrakten auf die körperliche Entwicklung. (Arch. Pat. e Clin. med., 8, Heft 4, 1929.) (Med. Klinik d. Univ. Cagliari.) Extrakte aus embryonalen Organen und Geweben haben niemals eine schädliche Wirkung und beeinflussen meist das Körperwachstum günstig, besonders wenn es durch Unterentwicklung oder Rachitis zurückgeblieben ist. Ihre Wirkung erstreckt sich mehr auf das Körpergewicht als auf das Wachstum. Je nach Alter und Individualität überwiegt bald das eine, bald das andere, gemäß dem Vlaschen Gesetz über den Antagonismus zwischen morphologischer Entwicklung und Gewichtszunahme. Indessen haben die verschiedenen Präparate nicht immer die gleiche günstige Wirkung.

Held.

3980.

Kopits, Imre, Beiträge zur Muskelpathologie. Histologische Befunde an Muskeln, Nerven und Blutgefäßen in Spät- und Endstadien peripherer Lähmungen, mit besonderer Berücksichtigung der Poliomyelitis anterior acuta. (Arch. f. Chir., 27, 3. Heft, 1929.) (Orthopäd. Universitäts-Klinik und Poliklinik, Berlin.) In 8 Fällen peripherer Lähmung wurden über 40 Muskeln in kürzeren und längeren Schnittserien histologisch untersucht. Die periphere Lähmung ist von einer „einfachen Atrophie“, voluminäre und numerische Abnahme der Muskelfasern, gefolgt; dazu kommt eine Wucherung des Fettgewebes. Auch die Blutgefäße sind verändert (Mediaverdickung und Lumenveränderung der Präkapillaren). Die peripheren motorischen Nerven zeigten nur geringe Veränderungen (leichte Atrophie der Markscheiden, Varikosität der Achsenzylinder), die sensiblen gar keine. Der Verlauf der histologischen Veränderungen wird in ein Früh-, Spät- und Endstadium eingeteilt. Für die Prognose entscheidend ist das Spätstadium, in dem die Reparation des Neurons eintritt oder infolge ihres Ausbleibens die Muskelatrophie fortschreitet, bis elektrische Unerregbarkeit eintritt. Die Prädiagnostik, d. h. die häufigere und schwerere Lähmung gewisser Muskeln bei der Poliomyelitis (M. tib. ant., M. ext. dig. long., M. peron. long., M. quadriceps fem. und M. deltoides), ließ sich auch histologisch nachweisen, und wird dadurch erklärt, daß es

sich um Muskeln handelt, die der Schwerkraft entgegenarbeiten, die infolgedessen passiv gedehnt und mehr inaktiv sind als die anderen Muskeln. In den gedehnten Muskeln kommt es außer der primären zu einer sekundären Atrophie. Der sekundären Atrophie kann durch Vermeidung einer Ueberdehnung vorgebeugt werden.

Eckhardt, Dahlem.

3981.

Ehrenwald, Hans, **Zur Pathogenese der Beschwerden nach Lumbalpunktion.** (Med. Klin., Nr. 29, 1929.) (Psychiatrische und Neurologische Klinik in Wien.) Die klinische und experimentelle Analyse der Punktionsbeschwerden läßt im wesentlichen zwei ätiologische Faktoren erkennen: 1. den durch den Einstich und die „Desäquilibriumierung“ der gesamten Liquorsäule gesetzten meningealen Reiz; 2. die in beiden Ohrlabirynthen vom Liquorraum reflektorisch oder fortgeleitet zur Wirkung gelangenden Sekretions-, Strömungs- bzw. Druckanomalien der Labyrinthflüssigkeit, die zu einem Labyrinthreiz besonderer Art und in dessen Gefolge zu den vegetativen, in mancher Hinsicht der Seekrankheit vergleichbaren Funktionsbeschwerden, nämlich der Nausea, dem Schwindel und dem Erbrechen führen.

Auf Grund dieser Ähnlichkeit mit der Seekrankheit hat Verasser versucht, die Beschwerden nach Lumbalpunktion mit dem Seekrankheitsmittel Vasano zu bekämpfen. Durch täglich zweimal Tabletten wurden die Nauseaerscheinungen tatsächlich in bemerkenswerter Weise beeinflußt, wenn auch nicht vollkommen behoben. Insbesondere wurde das Erheben des Kopfes oder selbst das Aufstehen aus der horizontalen Ruhelage für einige Zeit möglich. Durch phylaktische Verabreichung von 2 Tabletten am Tage der Punktion und von je 1 Tablette an den folgenden 4 bis 5 Tagen, konnte in einem großen Prozentsatz der Fälle Beschwerdefreiheit erzielt werden.

L. Gordon, Berlin.

3982.

Valenzuela, M. A.-J., **Bemerkungen zur Bedeutung der Splenomegalien in heißen Ländern.** (Brux. méd., Nr. 35, 1929.) Der Schmerz, der einer Milzvergrößerung vorausgeht, ist wichtig für die Diagnose. Ist die Erkrankung syphilitischer Natur, so weicht der Schmerz der spezifischen Behandlung. Zwischen der syphilitischen und der Malaria milz bestehen viele Analogien, aber die leukozytenformel unterscheidet sie voneinander. Paralyse und Absterben trifft man bei Malaria kranke mit großer Milz selten an. Soll man darin einen Einfluß der Malariaanfalle auf die Syphilis erblicken.

Held.

3983.

Martinolli, Aldo, **Die Ätiologie der malignen Lymphogranulomatose.** (Arch. Pat. e Clin. med., 8., Heft 4, 1929.) (Patholog. Inst. u. Med. Klinik, Perugia.) Mit Gewebstückchen (Milz Leber) von 12 Foeten, die aus Schwangerschaftsuntersuchungen infolge von Lungentuberkulose stammten, hat Verf. eine Reihe von Meerschweinchen geimpft und sie 9 bis 16 Monate lang beobachtet; eine sorgfältige histologische Untersuchung der verschiedenen Organe nach Tötung der Tiere ergab keine Veränderung. Einem Teil dieser Meerschweinchen wurde danach aseptisch die Milz entfernt, um sie einer zweiten Tierreihe einzupflanzen. Nach einer Beobachtungszeit von nur 3 Monaten traten bei dieser Reihe interessante Veränderungen an Leber, Lungen und Lymphknoten hervor. Die tuberkulösen Veränderungen dieser Organe waren charakteristisch und offenbar. Die Inguinaldrüsen eines dieser Meerschweinchen hatten ein Aussehen, das völlig einer malignen Lymphogranulomatose glich. Tuberkelbazillen waren trotz sorgfältigster Nachforschung nicht auffindbar. In diesen Lymphknoten ist — wie aus beigegebenen Mikrophotographien zu ersehen — der glanduläre Anteil fast völlig ersetzt durch ein Gewebe von lymphogranulomatosen Typ mit Sternbergischen Riesenzellen. Nach seinen Beobachtungen hält Verf. die Tuberkulose als Ursache der malignen Lymphogranulomatose für wahrscheinlich, und zwar er geneigt, die filtrierbaren Elemente des tuberkulösen Virus als spezielle Ursache anzusehen.

Held.

3984.

Neel, Axel, und P. Dickmeiß, **Ueber den diagnostischen Wert der Goldsolreaktion mit einem Vergleich der Kurven der Goldsolreaktionen und der Globulin-Totaleiweißbestimmungen in der Zerebrospinalflüssigkeit.** (Hospitid., Nr. 31, 1929.) Durch die Untersuchungen von Zerebrospinalflüssigkeiten mit verschiedenem Eiweißgehalt zeigte es sich, daß die Goldsolreaktion keine wesentlichen Vorteile bietet vor der Globulin-Totaleiweißbestimmung. Brandberg, Stolnikow, Roß, Joner, Bisgaard, zumal die Kurven der Goldsolreaktionen im wesentlichen zusammenfallen mit dem Verhalten der Globulin-Totaleiweißmenge. Außerdem erwies sich, daß die Goldsolreaktionen, selbst wenn sie die Paralysekurven zeigen, nicht immer für Syphilis spezifischen Prozessen entsprechen; man findet die sogenannten paralytischen Kurven auch

bei Tuberkulose, multipler Sklerose, Enzephalitis und Entzündungsprozessen an den Meningen. Auch kann die Goldsolreaktion negativ ausfallen, obwohl bedeutende pathologische Eiweißveränderungen in der Zerebrospinalflüssigkeit vorliegen können, die mit der Globulin-Totaleiweißbestimmung nachweisbar sind. Diese Eiweißbestimmung kann also durch die Goldsolreaktion nicht ersetzt werden. Um die Kurven und den Ausfall der kolloidalen Reaktionen in der Spinalflüssigkeit richtig zu beurteilen, ist eine quantitative Bestimmung der verschiedenen Eiweißmengen und Arten in der Spinalflüssigkeit notwendig. Die Goldsolreaktionen wie die kolloidalen Reaktionen sind sehr umständlich und zeitraubend, was ihre Anwendung sehr erschwert.

S. Kalischer.

3985.

Leikola, E., **Untersuchungen zum Nachweis des Harns, mit besonderer Berücksichtigung der spektrophotometrischen Methode.** (Acta Soc. Medic. fenn., 11., Nr. 2, 1929.) Die Lichtabsorption des Harns wurde in 100 normalen Fällen spektrophotometrisch untersucht. Diese Absorption ist nur von einem Stoff, dem Urochrom, her zu leiten; sie ist konstant, abgesehen von engen Variationsgrenzen. Selbst ein mehrjähriges Faulen des Urins scheint auf diese Absorption keine größere Einwirkung auszuüben. Die Farbe des Harns wird bei saurer Reaktion nach längerer Zeit dunkler. Eine niedere Temperatur scheint auf die Farbe des Urins nicht einzuwirken; eine höhere verändert dieselbe ebenso wie die saure Reaktion (dunkler). Ultraviolettes Licht verdunkelt die Farbe des Harns. Die spektrophotometrische Farbenbestimmung des Urins erweist sich somit als wichtige Maßregel neben anderen Untersuchungsmethoden des Urins. Viele Harnbestandteile kommen auch im Blute vor und können darin quantitativ bestimmt werden. Von dem Reststickstoff im Blute, 0,035%, besteht die Hälfte aus Harnstoff. Harnsäure findet sich durchschnittlich in 0,002—0,003%, Kreatinin in 0,0012—0,0014%. Genannte Stoffe finden sich auch in der Lymphe, in Trans- und Exsudaten. Der Harnstoff ist ein physiologischer Bestandteil der Galle, der Milch, der Zerebrospinalflüssigkeit wie der Amnionsflüssigkeit. Überall finden sich im Organismus Stoffe (Purinbasen), aus denen durch einfache Reaktionen Harnbestandteile gebildet werden können.

S. Kalischer.

3986.

Leikola, E., und J. Vartiainen, **Spektrophotometrische Untersuchungen über die Farbe des Harns bei verschiedenen Krankheiten.** (Acta Soc. Medic. fenn., 11., Nr. 2, 1929.) An 100 Kranken wurden die spektrophotometrischen Absorptionskurven an den Urinproben bestimmt. Die Farbe des Harns weicht nicht einmal in den pathologischen Fällen in der Regel von der normalen ab. Das Urobilin kommt in der Absorptionskurve in allen den Fällen zum Vorschein, wo man es auch zu finden erwartet, so bei Pneumonie, Anaemia perniciosa, Karzinom. Die Gallenfarbstoffe, das Blut, das Eiweiß und die Bakterien verleihen der Absorptionskurve des Harns ihr besonderes Gepräge.

S. Kalischer.

3987.

Gollwitzer-Meier, KJ., und E. Simonson, **Ueber Milchsäurebeseitigung und Sauerstoffverbrauch bei körperlicher Arbeit.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 31.) (Med. Univ.-Klinik u. der arbeitsphysiologischen (Abt. d. sozialhygienischen Untersuchungsamtes, Frankfurt a. M.) Die Autoren Hill, Long und Lupton versuchten den Nachweis zu führen, daß die gesamte, während der Arbeit gebildete Milchsäure beim Menschen nach Art der Meyerhof'schen Reaktion verschwindet. Die von ihnen herangezogenen Befunde scheinen den Verfassern aber nicht ausreichend, diese zu beweisen. Aus den Versuchen der Verfasser geht hervor, daß bei leichter körperlicher Arbeit keine Korrelation zwischen Milchsäureschwund und Abfall des Sauerstoffverbrauches besteht. In den ersten Erholungsabschnitten wird bedeutend mehr Sauerstoff aufgenommen, als es für die Beseitigung der gleichzeitig verschwindenden Milchsäure erforderlich wäre, während später die Beseitigung der Milchsäure ohne im Respirationsversuch meßbare Erhöhung des Sauerstoffverbrauches vor sich geht. Der Gesamtorganismus scheint demnach die Fähigkeit zu besitzen, die Milchsäure ökonomischer zu beseitigen, als es den von Meyerhof am isolierten Muskel gefundenen Verhältnissen entspricht.

Arnold Hirsch, Berlin.

3988.

MacKenzie, David W., und Allan B. Hawthorne, **Studien über die Ausscheidung in die Blutbahn gebrachter Fremdkörper durch die Nieren.** (J. Urology, 22., 2.) (Royal Victoria Hospital, McGill Univ. Montreal.) Kolloidale Tinte-Partikelchen, die in den Kreislauf gebracht werden, gehen durch die Niere durch und werden ausgeschieden, ohne Verletzungen zu machen oder in den Zellen zurückgehalten zu werden. Nur bei größeren Dosen ist eine vorübergehende Stauung in den feineren

Kapillaren der Glomeruli und in den intertubulären Kapillaren zu beobachten. Diese Verstopfung durch Tinteembolie verursacht nach den Beobachtungen der Verfasser eine typische, akute Glomerulitis mit Anhäufung von roten Blutkörperchen und Leukozyten, Albuminurie und Degeneration der Tubulizellen. Die Tinte wird nun durch Phagozytose des retikulo-endothelialen Systems fortgeschafft und die Blockade so beseitigt. Glomeruli und Tubuli nehmen dann ihre normale Form und Funktion wieder auf. Bleibt der Embolus dauernd im Glomerulus stecken, so entsteht ein Infarkt. Eingebrauchte Emulsionen abgetöteter Bakterien passierten den Kreislauf und fanden sich in den phagozytären Zellen der Nierenglomeruli. Sowohl bei durchgängigem als auch bei unterbundenem Ureter wurden die Bakterien weder in dem Endothel noch in der Submukosa des Nierenbeckens gefunden. Der größte Teil der eingebrachten Fremdkörper verschwand in wenigen Stunden. Nur wenn der Ureter unterbunden wurde und so experimentell eine ausgedehnte Hydronephrose erzeugt wurde, fand sich die in den Kreislauf injizierte Tinte in der Submukosa des Nierenbeckens und in den Resten der Papillenspitzen.

E. Mühsam, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

3989.

Rakowitz, E., **Lebertherapie bei schizophrenen Erkrankungen.** (Mschr. Psychiatr., 73., Heft 1/2.) Verfasser unternahm therapeutische Leberversuche bei Schizophrenen, weil die Leber als Hauptbeteiligter der humoralen Zusammensetzung des Organismus gilt. Verfasser wandte das ungarische Leberpräparat „Prozythol-Chimoin“ an, welches bei perniziöser Anämie gute Erfolge gezeitigt hat. Die Versuche fielen negativ aus.

Kurt Mendel, Berlin.

3990.

Maaß, O., und O. Sittig, **Motorische Apraxie.** (Mschr. Psychiatr., 73., Heft 1/2.) Schön Liepmann hatte erkannt, daß die motorische Apraxie „eine Störung nach Gliedmaßen“ ist. Auf Grund zweier eigener Beobachtungen pflichteten die Verfasser in diesem Punkte Liepmann bei: die motorische Apraxie tritt gliedweise auf. Sie können aber darin nicht mit ihm übereinstimmen, daß es sich, wenn mehrere Glieder oder Körperteile apraktisch sind, um eine bloße „Summierung“ handle. Vielmehr scheint die Verteilung der Apraxie auf bestimmte Körperteile gesetzmäßig zu sein, und die Art dieser Gesetzmäßigkeit entspricht dem von Hughlings Jackson auch in anderen hirnpathologischen Erscheinungen gefundenen Prinzip, wonach jene Körperteile, welche kleine Muskeln haben, besonders stark in den höchsten Zentren repräsentiert sind.

Kurt Mendel, Berlin.

3991.

Kunitzin, W. D., **Das Symptom des Kopfbeugens bei Radikulitis.** (Wratsch, Dielo, 11. Jahrg., Nr. 23.) (Nervenabteilung des Babuchin-Krankenhauses, Moskau.) Bei Kranken mit Wurzelschias konnte Verfasser folgendes Symptom beobachten: Schmerz im oberen Gebiet des Nervus ischiadicus bei passiver Vorwärtsbeugung des Kopfes. Das Symptom löst man folgendermaßen aus: Der Kranke wird aufgefordert, seine Halsmuskulatur zu entspannen bzw. den Kopf nach vorn zu beugen; letzterer wird nun von der am Nacken des Patienten liegenden Hand des Arztes langsam zur Brust gebeugt; die andere Hand des Untersuchers liegt dabei auf der Brust des Patienten. Bei akuten Fällen ruft diese Manipulation, beim auf dem Rücken liegenden Kranken ausgeführt, einen intensiven Schmerz in der Kreuzgegend, oder häufiger an der Austrittsstelle des Ischiadicus aus dem Becken, hervor. Noch prägnanter wird das Symptom beim sitzenden Patienten; in diesem Falle ist es auch in subakuten Fällen vorhanden. Bei einem Untersuchungsmaterial von 100 Kranken fand K. dieses Symptom nur bei der radikulären Form der Ischias vor, während es in den Fällen mit Stammschias negativ war. Auch bei anderweitigen vom Verfasser untersuchten Radikulitiden war dieses Symptom stets vorhanden, wobei der Schmerz in den entsprechenden Segmenten um so intensiver war, je frischer die vorliegende Wurzelkrankung war. Die Pathogenese des beschriebenen Symptoms wird vom Verfasser auf Grund seiner Untersuchungen an der Leiche hauptsächlich auf die während der Kopfbewegung infolge der Verschiebung des Rückenmarks zustande kommende Dehnung der erkrankten Wurzeln zurückgeführt. Dabei spielen, wie es scheint, auch die Erhöhung des Druckes im Subarachnoidalraum (infolge der Dehnung der Dura mater) und die Wirbelsäulenbewegung eine Rolle.

E. Kontorowitsch.

3992.

Larsen, Victor, **Diabetes und Hypertension.** (Ugeskr. Laeg., Nr. 33, 1929.) Die Untersuchungen des Blutdrucks wurden an

82 Diabetikern zu verschiedenen Zeiten und Stadien vorgenommen. Diabetiker haben größere Disposition zu Blutdrucksteigerungen als andere Menschen und andere Kranke. Bei diabetischen Frauen befördert das klimakterische Alter noch diese Neigung. Ueber die Wirkung des Insulins auf die diabetische Hypertension kann Sicheres nicht ausgesprochen werden. Die diabetische Hypertension gleicht der gewöhnlichen, essentiellen; sie ist labil, sinkt durch Bettruhe und zeigt ähnliche Symptome, so aufsteigende Hitze, Schweißneigung, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen. Albumen wurde nur in 16 Fällen der diabetischen Hypertension gefunden. Oedeme in 2 Fällen, wovon es sich einmal um ein kardiales Oedem handelte. Ein bestimmtes Verhältnis zwischen der Höhe des Blutzuckergehalts und des Blutdrucks besteht nicht. Es scheint, daß die Blutdruckerhöhung erst einige Jahre nach dem Bestehen des Diabetes sich einstellt. Meist war der Blutdruck bei Diabetikern unter 200. Frauen neigten in früherem Alter zur Blutdruckerhöhung als Männer. Bei 16 Diabetikern fand sich Azidose, und es scheint die Azidose den Blutdruck herabzusetzen. Während des Komats ist der Blutdruck meist herabgesetzt, und auch in dem präkomatösen Stadium ist er meist niedrig und nicht erheblich höher als sonst. Auch bei Personen unter 30 Jahren zeigen Diabetiker einen höheren Blutdruck.

S. Kalischer.

3993.

Josefson, A., **Ein Fall mit pulsierendem Exophthalmus und systolischem Blasegeräusch am Schädel.** (Hygiea, Heft 15, 1929.) In dem beschriebenen Falle handelt es sich um einen 41jährigen Mann, der trotz der negativen Wassermannschen Blutuntersuchung wegen des Verdachtes der Gehirnthrombose ausgiebig antisiphilitisch behandelt wurde. Er zeigte Doppelsehen, Protrusion der Bulbi und ein sausesendes Geräusch, das synchron mit dem Pulse auftrat und am Schädel als systolisches Blasen zu vernehmen war. Auch der Exophthalmus pulsierte lebhaft. Durch Druck auf die Karotis gelang es, das Geräusch zum Verschwinden zu bringen. Man stellte die Diagnose auf ein Aneurysma der Carotis interna am Schädel (intrakraniell) und machte eine Ligatur am Nacken. 2½ Monate nach der Operation zeigte der Kranke keine zerebralen Symptome mehr. Der Exophthalmus war geringer geworden. Die Pulsation wie das blasende Geräusch waren gänzlich geschwunden.

S. Kalischer.

3994.

Krogsgaard, H. R., **Kleinhirnblutung durch ein Spiel.** (Ugeskr. Laeg., Nr. 35, 1929.) Ein siebenjähriges Mädchen erkrankte plötzlich mit Kopfschmerzen und Bewußtlosigkeit und ging im Koma nach wenigen Stunden zugrunde. Die Sektion erwies für die Erkrankung und Todesursache nur eine frische Blutung in das linke Kleinhirn. Das Mädchen war vorher völlig gesund. Es stellte sich heraus, daß es 20 Stunden zuvor mit anderen Kindern „Steinplaster“ gespielt hatte und dabei immer heftig mit den Beinen aufgestampft hatte. Wahrscheinlich traten die Krankheitserscheinungen erst 20 Stunden später auf, weil die langsam zunehmende Blutung den Ventrikel erreichte. Auch von anderen Seiten sind Kleinhirnblutungen nach geringfügigem Trauma mitgeteilt, doch im großen ganzen sehr selten. Die Erscheinungen sind in leichten Formen: Nackenstarre, Schwindel, Sehstörungen, Taumeln beim Gehen, Nystagmus, Amaurose, Apathie, Bewußtlosigkeit. In schwereren Fällen treten Nackenschmerzen, Bewußtlosigkeit, Koma ein. Selten sind Lähmungen, und zwar homolaterale wie gekreuzte, beschrieben.

S. Kalischer.

3995.

Schroeder, Reidar, **Ueber die assoziierten Larymlähmungen. Ein Fall von Villarets Syndrom infolge eines Neurinoms der vier letzten Hirnnerven.** (Hosp.tid., Nr. 29, 1929.) Schroeder beschreibt einen Fall von Neurinom der Hirnbasis, welches die letzten vier Hirnnerven ergriffen hatte und zu Lähmungen im Bereich des Hypoglossus, Glossopharyngeus, Vagus-Akzessorius geführt hatte; auch der Sympathikus war beteiligt. Dadurch entstanden Lähmungen der Zunge, des weichen Gaumens, des Pharynx, des Larynx und des Musculus sternocleidomastoideus und Musculus trapezius, außerdem Störungen der Sensibilität. Die im hinteren Raume, hinter der Parotis lokalisierte Neurofibromatose dieser Nerven wurde als Villaretsches Symptom beschrieben, wobei besonders der Hypoglossus, Akzessorius, Sympathikus beteiligt sind. Das Bild der Lähmungen der hintersten vier basalen Hirnnerven variiert, je nachdem der eine oder andere mehr oder weniger betroffen ist. Außer der Neurofibromatose können eine Basisfraktur, meningitische, luische Prozesse, Tuberkulose, andere Tumoren, Traumen, Stichverletzungen diese Nervengruppe schädigen. Tumoren hinter der Parotis, Lymphome, Thrombophlebitis können ebenso diese Nervengruppe in Mitleidenschaft ziehen. Hier lag Neurofibromatose vor. Wie in ähnlichen Fällen bestanden neben der Neurofibromatose auch an anderen Organen Miß- und Hemmungsbildungen, so ein juveniler, femininer Habitus.

Genitalhypoplasie. Eine Atrophie im Schultergürtel beruhte auf Neurofibromatose der entsprechenden Rückenmarkswurzeln. Eine gleichzeitige Otitis war eine zufällige Komplikation oder sekundär durch Lähmung des Pharynx, Anästhesie im Glossopharyngeusgebiet oder Druck auf die Tuben bedingt. S. Kalischer.

3996.

Christiansen, Viggo, Ueber Symptomatologie und Behandlung der Rückenmarksgeschwülste. (Ugeskr. Laeg., Nr. 33, 1929.) Rückenmarksgeschwülste zeigen häufig neben Hyperalbuminose des Liquors Zeichen der serösen Meningitis, die nicht selten den extramedullär sitzenden Tumor kompliziert. Die ausstrahlenden, oft lanzinierenden und neuralgiformen Schmerzen verlaufen mehr band- und gürtelförmig und werden nicht selten für Folgen von Gallensteinen, Nierensteinen, Magengeschwür, Appendizitis, Angina pectoris gehalten; ihnen gesellen sich doch bald sensible Ausfallserscheinungen (Analgesie, Anästhesie) hinzu. Nach den Wurzelreizungen folgen Reiz- und Druckserscheinungen des Rückenmarks selbst, spasmenartige Krämpfe, spastische Lähmungen, Reflexsteigerungen, Störungen der Sphinkterentätigkeit. Später tritt einseitig, dann beiderseitig der Brown-Séquardsche Symptomenkomplex (gekreuzte sensible, motorische Halbseitenlähmung) hervor. Häufig findet man auch Paresen der Abdominalmuskeln im oberen oder unteren Abschnitte des Bauches. Mitunter kommt es schnell zu einer kompletten transversalen Leitungsunterbrechung des Rückenmarks, und nicht selten ist dann das Bild von einer transversalen Myelitis vorhanden. Ober- und unterhalb des extramedullären Tumors finden sich gewöhnlich hyper- und analgetische Zonen am Rumpfe. Gewöhnlich zeigt bei diesen Tumoren die Spinalflüssigkeit eine vermehrte Eiweißmenge und gelbe, öckerfarbige oder blutige Veränderung. Mitunter findet sich auch eine Zellvermehrung. Zur Feststellung des Sitzes ist die Lipiodol-injektion mit folgender Röntgenaufnahme ein geeignetes Mittel. Die Unterscheidung der intra- und extramedullären Tumoren kann oft große Schwierigkeiten machen. Auch Wirbeltumoren können ähnliche Symptome zeitigen. In schwierigen, zweifelhaften Fällen soll die explorative Laminektomie vorgenommen werden.

S. Kalischer.

3997.

Finsen, V., Ueber Myelographie. (Ugeskr. Laeg., Nr. 34, 1929.) Fünf Fälle von Rückenmarkstumoren werden mitgeteilt, in denen die Myelographie angewandt wurde und in denen bei der Laminektomie der Tumor dem Sitz entsprach, der durch die Röntgenuntersuchung nach der Injektion in die Rückenmarkshöhle angenommen wurde. Bei der technischen Schwierigkeit der Injektionen, die mit mangelhafter Armatur bisher vorgenommen wurden, waren die Myelogramme bisher unsicher. Heute kann man der Röntgendiagnose des Rückenmarkstumors nicht Gewicht genug beilegen. Bei den intramedullären Tumoren tritt oft durch die Injektionsflüssigkeit keine vollkommene Blockierung oder Passagebehinderung ein; die injizierte Flüssigkeit kann sich streifenweise an der Seite des komprimierten Rückenmarks ausbreiten. Bei Wirbeltumoren, Senkungsabszessen, Frakturen, Spondylitis kann vollständiger Verschluss erzielt werden, ebenso wie häufig bei den extramedullären Tumoren. Eine unregelmäßige Verteilung der injizierten Masse kann leicht lokale Arachniden vortäuschen, besonders an der Grenze der Zervikal- und Dorsalsegmente. Bei der asszendierenden Methode der Injektionsflüssigkeit kann leicht Kopfschmerz und Schwindel entstehen. Die Subokzipitalpunktur will der Verfasser bei den myelographischen Vornahmen nicht angewandt wissen.

S. Kalischer.

3998.

Schroeder, Knud, Ueber Sulfosinbehandlung bei Leiden des Zentralnervensystems nichtsyphilitischen Ursprungs. (Hosp.tid., Nr. 30, 1929.) Sulfosin, das bei Dementia paralytica, Tabes, Lues cerebrosinalis mit gewissem Erfolge angewandt war, wurde auch bei zerebralen Leiden nichtsyphilitischen Ursprungs versucht, so bei Encephalitis chronica mit Parkinsonismus (5 Fälle). In allen Fällen trat eine Besserung der subjektiven und objektiven Symptome ein. In akuten Fällen der Encephalitis lethargica konnten Versuche bisher nicht angestellt werden. Auch bei multipler Sklerose und bei Paralysis agitans wurden Besserungen beobachtet, doch ist noch nicht genau zu sagen, ob dieselben nach den Sulfosininjektionen von großer Dauer waren. Jedenfalls ermuntern diese Versuche zur Fortsetzung derselben in geeigneten Fällen.

S. Kalischer.

3999.

Wagner-Jauregg, Malariabehandlung der progressiven Paralyse. (Revue neurolog., Jahrg. 36, 1., Nr. 6.) Zur Heilung der Paralyse boten sich zwei Wege dar: der rationelle (Salvarsan) und der empirische. Letzterer beruht auf der Beobachtung, daß bei der Paralyse nach interkurrenten infektiösen Krankheiten oft weit-

gehende und langdauernde Remissionen auftraten. Die Malariabehandlung basiert auf dieser Erfahrungstatsache; Verfasser wendet sie seit 1917 an. Er kombiniert mit ihr eine Salvarsantherapie, da dann die Erfolge noch besser sind. Die Malariabehandlung ist sofort zu beginnen, wenn die Diagnose gesichert ist; je früher man sie anwendet, um so besser die Resultate. Schon bei Individuen, die Gefahr laufen, paralytisch zu werden, sollte man die Behandlung einleiten, also bei Leuten mit Liquorveränderungen. Auf diese Weise wirkt die Behandlung als Prophylaxe gegen Paralyse und auch gegen Tabes. Oft zeigt sich die Remission erst Monate nach der Kur, insbesondere saniert sich Liquor und Blut oft erst lange Zeit (1 Jahr und länger) nach der Behandlung. Zu zahlreiche Fieberanfälle und zu hohes Fieber sind zu meiden; 8 bis 10 Anfälle genügen, zu exzessive Temperaturen sind mit kleinen Dosen Chinin zu bekämpfen. Auch wenn die Gefahr besteht, daß die Kur den Kranken zu sehr erschöpft, gibt man eine einzige Dosis von 0,2 bis 0,3 g Chinin, damit sich der Patient für einige Tage erholen kann, oder man teilt die Kur in zwei Teile: erst 2 bis 4 Anfälle, dann Chinin, dann 4 bis 6 Wochen lang einige Salvarsaneinspritzungen, dann wieder 4 bis 6 Fieberanfälle. Das Alter bietet keine Kontraindikation gegen die Behandlung, ebenso wenig die Tuberkulose. Die Mortalität ist sehr gering geworden, nachdem man die Behandlung vorsichtig handhabt. Die Tabes ist den antisyphilitischen Mitteln zugänglicher als die Paralyse. Sind bei der Tabes Blut und Liquor rein, so ist eine spezifische Behandlung nicht nötig. Ist aber der Fall vorgeschritten, progredient und sind die Reaktionen positiv, so soll man antisyphilitisch behandeln und mit dieser Behandlung eine Malariakur kombinieren. Durch letztere gelingt es oft, das Fortschreiten der Tabes hintanzuhalten. Die Malariakur wirkt bei der Paralyse besser als die Nukleotherapie, das Phlogetan, das Tuberkulin, das Staphylokokken-, Streptokokken- und Typhusvakzin usw. Sie wirkt neurotrop auf die metasyphilitischen Affektionen, sie wirkt direkt auf das veränderte Nervengewebe. Bei Patienten, die schon eine natürliche Malaria durchgemacht haben, ist die Malariatherapie unwirksam. Letztere versagt daher oft in Ländern, wo die Malaria endemisch ist. Statt Malaria tertiana kann man Malaria quartana oder auch Rekurrens einimpfen, doch ist Malaria dem Rekurrensfieber vorzuziehen. Versagt die Malariatherapie, so soll man Rekurrens versuchen. Von größter Wichtigkeit ist immer die frühe Liquoruntersuchung in Fällen, wo Verdacht auf Tabes oder Paralyse besteht.

Kurt Mendel, Berlin.

4000.

Gallinek, A., Avertinnarkose in Neurologie und Psychiatrie. (Mschr. Psychiatr., 73., Heft 1/2.) Verf. hat 19 Erwachsene und 6 Kinder in Avertinnarkose enzephalographiert, um die enzephalographische Untersuchung zu erleichtern und die unangenehmen Neben- und Nachwirkungen der Enzephalographie zu bannen. Unter diesen 25 Fällen ist ein Todesfall zu erwähnen; es handelte sich um einen Stirnhirntumor, bei dem es wohl im Anschluß an die Lufteinblasung zu einer Blutung in den Tumor kam. Der Narkose mißt Verf. keine Schuld an dem Tode bei. Im übrigen hat sich die Avertinnarkose zur Erleichterung der enzephalographischen Untersuchung bewährt; insbesondere kamen die Patienten infolge der langen Gesamtwirkungsdauer der Narkose meist über die ersten unangenehmen Stunden nach der Enzephalographie hinweg. Bei erregten Geisteskranken sowie beim Status epilepticus, bei schwerer Chorea hat sich die Avertinnarkose gleichfalls bewährt.

Kurt Mendel, Berlin.

Soziale und gerichtliche Medizin

4001.

Kartal, St., Kastration aus psychiatrischer Indikationsstellung, eine chirurgische Nachuntersuchung. (Arch. klin. Chir., 155., 2.) (Chir. Univ.-Klinik, Zürich.) Von 16 wegen sexueller Perversion (Exhibitionismus, Homosexualität, Onanie, Päderastie, Sexualneurasthenie usw.) kastrierten Männern wurden alle bis auf einen nach der Kastration wieder sozial. Der eine Mißerfolg war ein wegen Hebephrenie später in einer Irrenanstalt untergebrachter Kranker. Die meisten Patienten, die vor der Operation bereits vieljährige Gefängnisstrafen und langen Irrenhausaufenthalt durchmachen mußten, sind für ihre Person mit dem Erfolg der Kastration zufrieden. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß der Chirurg bei den ihm vom Psychiater wegen sexueller Delikte zugewiesenen Patienten unbedenklich und mit berechtigter Hoffnung auf Erfolg die Kastration ausführen kann und soll. Eine selbstverständliche Voraussetzung ist die strenge Indikationsstellung von seiten des Psychiaters und der vorausgegangene intensive und exakte Versuch, auf andere Weise (psychische wie medikamentöse) eine Heilung zu erzielen.

M ü h s a m, Berlin.

4002.

Nahornyj, D., Venenerweiterungen an den Extremitäten von Dampfmaschinenarbeitern. (Ukrain. med. Arch., IV., Heft 1, 1929.) (Poliklinik d. Südbahnen.) Büdinger führt die Entwicklung der Varizen und Phlebitiden der unteren Extremitäten auf angeborene oder erworbene Schwäche der Venenwand zurück, während Schachkeldjana, Heinatz und Klymenkova neben dieser einen bestimmenden Einfluß den professionalen (sozialen) Momenten zuschreiben. Der Autor fand bei 360 Dampfmaschinenarbeitern 53,05% Venenerweiterungen, daher ist der Einfluß des Berufes nicht zu leugnen. Das dauernde und ununterbrochene Stehen sowie die Erschütterung spielen eine große Rolle bei der Entstehung der Venenerweiterung. Daß die Erschütterung die glatte Muskulatur der Venenwand schwächt, mußte noch experimentell überprüft werden. Eine dauernde Spannung der Muskulatur führt zu Venenerweiterung auch an den Händen. O m e l s k y j.

4003.

Meyer-Brodnitz und Wollheim, Kapillarfunktionsstörungen als Berufskrankheit durch Schuhanklopfmaschinen. (Zbl. Gewerbehyg., 9, 1929.) Der Zweck der Schuhanklopfmaschine ist das auf dem Leisten aufgezogene Oberleder an den Umbiegstellen zu formen und den Zwickelanschlag glatt zu klopfen. Die Hammerschläge dieser Maschine pflanzen sich auf die Hände des Arbeiters fort und versetzen die Arme in eine ständige Vibrationsmassage. Die Arbeiter klagen über Bläwerden der Hände, Gefühl der Taubheit und des Kribbelns. Unter Einwirkung der Kälte tritt eine Verschlimmerung auf. Die Kapillaruntersuchung nach Otfried Müller zeigte eine eindeutige Betriebsstörung der Endkapillaren an der Hand und zum Teil auch an den Armen. Diese Kapillarbetrübungsstörung charakterisiert sich als eine Kontraktionsbereitschaft der Endkapillaren, eine Neigung zur Zusammenziehung bei Einwirkung mechanischer wie Kältereize. Dieser Befund erklärt einwandfrei die Beschwerden der Arbeiter. M i c h a e l i s, Bitterfeld.

4004.

Betke, H., Bedeutung der Bäderbehandlung für die Berufskrankheiten. (Zbl. Gewerbehyg., 9, 1929.) Verf. befürwortet die Bäderbehandlung der Berufskrankheiten. Auch Ref. kann die bisherigen guten Erfolge nur bestätigen. M i c h a e l i s, Bitterfeld.

4005.

Jacobsthal, E., Vergleichende Untersuchungen über die für das neue Hebammenlehrbuch vorgeschriebenen Desinfektionsmittel. (Z. Med. beamte, 17, 1929.) Lysoform reizt die Haut und desinfiziert schlecht; seine entwicklungshemmende Wirkung ist ziemlich groß, wirkt aber nicht auf die Dauer. Mianin und Chloramin zeigen zwar scheinbar große Desinfektionswirkung, werden aber schon durch minimale Eiweißmengen, wie sie in den Absonderungen des weiblichen Geburtsschlauches vorkommen, unwirksam gemacht. Bacillol und Sagrotan sind bei weitem am wirksamsten, verhältnismäßig wenig empfindlich gegen Eiweiß, dringen gut in die Stoffe, schädigen die Haut nicht stark. Sagrotan ist dem Bacillol durch seine Wirkung auf die Spermatozoen und durch das Fehlen des unangenehmen Geruches überlegen. M i c h a e l i s, Bitterfeld.

4006.

von Frankenberg, Sozialschwestern. (Krankenvers., 16, 1929.) Verf. fordert die weitere und umfassendere Ausbildung von Sozialschwestern. Sie sollen auf allen Gebieten der sozialen Versicherungszweige arbeiten und zwischen Versicherten und Versicherungsträger ein Bindeglied bilden. Die Sozialschwester muß in Verbindung mit dem Mutterhause bleiben; für freie Schwestern hält er dieses Gebiet für nicht geeignet. M i c h a e l i s, Bitterfeld.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

4007.

Schönig, Albert, Ueber das retikuloendotheliale System unter Röntgenwirkung und seine Beziehungen zum Röntgenkater. (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Durch Röntgenbestrahlung mittels der Kastrations- und Karzinomdosis wird die Funktion des retikuloendothelialen Systems herabgesetzt, und es zeigt sich ferner ein Zusammenhang zwischen der Schädigung und dem Grad des Röntgenkaters. Bei einer schlechten Aufnahmefähigkeit des retikuloendothelialen Systems für den Farbstoff trat ein starker Kater auf. Bei guter Aufnahmefähigkeit fehlt der Röntgenkater. Es wird angenommen, daß die Aufnahmefähigkeit des retikuloendothelialen

Systems für Farbstoffe (Kongorot) der Abfangfähigkeit gegenüber Gewebsgiften entspricht. Der Röntgenkater wird als Symptom einer Intoxikation des Körpers mit Zellerfallsprodukten aufgefaßt. Seine Stärke ist abhängig von der Menge der unter Röntgenwirkung gebildeten Stoffe, und der Aufnahmefähigkeit des retikuloendothelialen Apparates für diese. Da der Röntgenkater der Ausdruck einer tiefgehenden Alteration vor allem des Abwehrapparates des Organismus ist, muß er tunlichst vermieden werden. Dies kann durch Verabreichung der therapeutischen Dosis in mehreren Sitzungen geschehen. K i r s c h m a n n.

4008.

Boeminghaus, H., Röntgenologische Untersuchungen über die Resorption schattengebender Lösungen in verschiedenen Hohlorganen, insbesondere in Niere, Nierenbecken und Ureter bei akuten Stauungszuständen. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Chir. Univ.-Klinik, Marburg a. d. Lahn.) Zur Klärung der Frage, ob bei akuter Harnstauung bzw. durch die sich dabei einstellende intrapelvine Drucksteigerung ein pyelovenöser Rückfluß zustandekommen könne, wurde an Hunden der Ureter einer Seite in Höhe der Blase abgetrennt, in das zentrale Ende 2—3 ccm Umbrenal mit Tuschezusatz ohne jeden stärkeren Druck instilliert und der Harnleiter sorgfältig unterbunden. Es sollte eine Stauung von 24 Stunden und länger abgewartet werden und dann unter Röntgenkontrolle der wieder freigelegten Ureter auf mechanischem, elektrischem und pharmakologischem Wege zur Kontraktion gebracht werden. Es schien für die Pathogenese der Hydronephrosen und für den Ablauf der Pyelographie von Bedeutung, ob die dabei auftretende Drucksteigerung einen pyelovenösen Rückfluß hervorzurufen imstande sei. Die Untersuchungen mißlangen vollkommen, da es nicht glückte, den Harnleiter oder das Nierenbecken nach 24- bis 48stündiger Ureterunterbindung zur Kontraktion zu bringen, und da außerdem nach 24 Stunden von dem Umbrenal röntgenologisch nichts mehr nachweisbar war. Weitere Versuche mit kürzeren Pausen zwischen Füllung und Unterbindung des Ureters und den Kontrollaufgaben ergaben eindeutig gegen die Mitwirkung eines pyelovenösen Rückflusses sprechende Befunde. Die histologischen Untersuchungen zeigten Übereinstimmung, daß der Nierenbeckeninhalt in das Harnkanälchensystem der Niere eindringt. Alles sprach dafür, daß das beobachtete Verschwinden des Kontrastschattens durch Resorptionsvorgänge erfolgt. Bei akuten Stauungszuständen in den oberen Harnwegen kann nach den Versuchen des Verfassers eine Resorption schattengebender Lösungen im Ureter und im Nierenbecken stattfinden. Die Bedeutung der Resorptionsvorgänge bei akuter Harnstauung ist von Wichtigkeit bei Hydronephrosen, bei denen eine Rückresorption stets angenommen wird; so erklärte man auch das ständige Wachsen der Nierensäcke bei akutem und komplettem Abschuß der Niere, indem durch die Rückresorption der intrarenale Druck wieder absinke und damit von neuem ein Wiederbeginn der Sekretion ermöglicht wird. Auch für die Pathogenese der ascendierenden Zystopyelitis bzw. der Pyelonephritis zeigen die röntgenologischen Untersuchungen des Verfassers deutlich, wie verhängnisvoll bei Harninfektion eine Stauung in den oberen Harnwegen werden kann, weil bei Stauung eine Infektion der Niere nicht ausbleibt. Schüttelfröste und Fieber sind neben Koliken die äußerlichen Begleiterscheinungen der Rückstauung des Nierenbeckeninhaltes in die Harnkanälchen und der Ausdruck der Resorption von toxischen Produkten. Deshalb empfiehlt Verfasser bei Fieber und Schüttelfrösten im Verlauf einer Pyelitis den Ureterenkatheterismus zur Behebung der intrapelvinen Drucksteigerung durch Abfließenlassen von gestautem und infiltriertem Harn. Nierenbeckenspülungen dagegen seien im akuten Stadium der Pyelitis unangebracht. Die Berichte der letzten Zeit über Intoxikationen (Bromismus, Jodismus) im Anschluß an pyelographische Untersuchungen lassen die Vermutung aufkommen, daß Resorptionsvorgänge auch hierbei mitspielen. Verfasser weist darauf hin, daß die röntgenologische Untersuchung vielleicht auch zur Prüfung der Resorptionsintensität in anderen Hohlorganen (Gallenblase, Blase, Darm, Mastdarm usw.) herangezogen werden kann. E. M ü h s a m, Berlin.

4009.

Ganner, H., Ein Fall von Aktinomykose der Unterkleierspeicheldrüse, zugleich ein Beitrag zur Frage der Aetiologie der sogenannten Küttnerschen Speicheldrüsentumoren. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Pathol.-anatom. Inst. Univ. Innsbruck.) Bericht über einen Fall von Aktinomykose der Speicheldrüse. Sie verläuft unter dem Bilde einer diffus über die ganze Drüse ausgebreiteten, unspezifischen infiltrativ-proliferativen Entzündung, die seinerzeit als kennzeichnend für die Küttnerschen Tumoren beschrieben wurde. Es ist nötig, in jedem Fall chronisch-entzündlicher Schwellung im Gebiete einer Speicheldrüse verschiedene Teile des Organs histologisch zu untersuchen. Nur so kann der oft kleine Aktinomykesherd aufgefunden werden. Chronisch-entzündlichen

Tumoren der Speicheldrüsen im Sinne Küttners liegt eine Strahlenpilzinfektion zugrunde.
E. Mühsam, Berlin.

4010.

Sonnenfeld, Arthur, **Zur Röntgendiagnostik der Ulkusperforation.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 33.) (II. inn. Abtlg. des Städt. Krankenhauses Neukölln in Berlin.) Es wird ein Fall mitgeteilt, bei dem sich unter den Symptomen einer Cholezystitis ein perforiertes Ulcus duodeni verbarg, dessen Erkennung durch die Thoraxdurchleuchtung möglich war. Spontane Resorption der Luft und Rückgang aller Erscheinungen unter konservativer Behandlung.

Bei unklaren akuten Schmerzanfällen im Oberbauch sichert die röntgenologische Feststellung eines Pneumoperitoneum die Diagnose eines durchgebrochenen Magengeschwürs. Die in der Klinik fast immer durchführbare vorsichtige Durchleuchtung des Thorax sollte stets bei atypischen abdominalen Krankheitszeichen vorgenommen werden.
Arnold Hirsch, Berlin.

4011.

Barsony, Th., **Magen-Duodenalgeschwür und Probefrühstück.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 32.) (Röntgenabteilung d. Charité-Poliklinik, Budapest.) Wird wegen Ulkusverdacht eine Röntgenuntersuchung vorgenommen und am Magen bzw. am Bulbus duodeni ein direktes Ulkussymptom (Ulkusfleck, Bulbusdeformität) gefunden, läßt sich auf Grund des Röntgenbefundes allein das Vorhandensein eines Geschwürs feststellen. In solchen Fällen wird die sichere Diagnose weder durch den hyperaziden Befund des Probefrühstücks bekräftigt, noch durch einen normalen oder hyperaziden Befund abgeschwächt. Nur dann, wenn sich mit Hilfe der Röntgenuntersuchung keine bestimmte morphologische Veränderung am Magen oder Duodenum feststellen läßt, hat es einen Sinn, das Probefrühstück auszuführen. Aber auch in diesen Fällen ist das Probefrühstück nicht geeignet, entscheidende Befunde zu ergeben. Hyperazidität spricht zwar eher für das Vorhandensein eines Geschwürs im Duodenum bzw. in der Pylorusgegend, kommt aber auch bei anderen Krankheiten vor; die normale oder verminderte Azidität wiederum schließt die Möglichkeit eines Ulkus nicht aus. Die Kenntnis der Säurewerte allein besagt bei Fehlen anderer Angaben recht wenig. Der Umstand, daß bei einem Kranken eine Hyperazidität oder Hypazidität gefunden wurde, bedeutet nicht, daß dieser Kranke an einer Krankheit dieses Namens leidet, denn das Abweichen von den normalen Säurewerten ist nicht die Krankheit selbst, sondern bloß ein Symptom irgendeiner in vielen Fällen noch nicht feststellbaren Veränderungen (Geschwür, Gallensteinleiden, Magenkatarrh, chronische Appendizitis, Gefäßinnervationsstörungen usw.). Falls man bei Magenbeschwerden also eine spezielle Untersuchung vornehmen will, so soll man in erster Linie die Röntgenuntersuchung ausführen. Ergibt diese eine bestimmte morphologische Veränderung, dann ist das Probefrühstück überflüssig. Ohne die Röntgenuntersuchung ist, nach Ansicht des Verfassers, die sichere Diagnosenstellung unmöglich.

Arnold Hirsch, Berlin.

4012.

Brockmann, F., und V. Schenck, **Oral-Tetragnost, ein neues Präparat zur Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 33.) (Inn. Abt. d. St.-Elisabeth-Krankenhauses, Halle a. d. S.) Die Autoren glauben, daß die intravenöse Methode durch Oral-Tetragnost eine Einschränkung erfahren wird, da es in seiner Darreichung einfach, vollkommen unbedenklich und der Kapselmethode überlegen ist. An Zuverlässigkeit steht er nach wie vor der intravenösen Methode an erster Stelle. Versäusser schlagen folgenden Weg vor: In diagnostisch zweifelhaften Fällen geben sie zuerst Oral-Tetragnost. Bei negativem Röntgenbild wird noch einmal zu erwägen sein, ob man sich mit dem Resultat begnügen kann. An und für sich bestehen nach den Erfahrungen der Verfasser keinerlei Bedenken, die intravenöse Injektion, wenn es die Umstände erfordern, alsbald anzuschließen; doch ist es besser, eine mehrtägige Pause einzuschalten und indessen eine gründliche Entleerung des Darmes zu sorgen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4013.

Pordes, Fritz, **Die Verlaufänderung akuter Entzündungen nach Röntgenbestrahlung.** (Strahlenther., 33., Heft 1.) Die Röntgenbestrahlung akut entzündlicher Affektionen kann, mit oder ohne vorhergehende Exazerbation, Erfolg haben, entweder durch einfache Rückbildung der Entzündung oder durch beschleunigte Einschmelzung mit allgemein verbessertem Verlauf. Die bei der beschleunigten Einschmelzung form entstehenden „Abszesse nach Bestrahlung“ sind symptomarm, d. h. es kann jedes einzelne der sonst die spontane Einschmelzung anzeigenden Symptome fehlen. Da diese Abszesse ebenso entlernt werden müssen wie spontane entzündliche, muß das Krankheitsbild des symptomarmen „Abszesses nach

Bestrahlung“ gekannt werden, damit nicht durch Unterlassung des Eingriffes der Erfolg der Behandlung zunichte gemacht werde.

Kirschmann.

4014.

Liechti, Adolf, **Ueber den Zeitfaktor der biologischen Strahlenwirkung.** (Strahlenther., 33., Heft 1.) Die Frage, ob eine Fraktionierung der Röntgendosis bzw. eine Verteilung derselben Dosis auf einen größeren Zeitabschnitt den Erfolg der Bestrahlung steigert oder herabsetzt, ist von erheblicher Bedeutung für die Strahlenpraxis. Die zu dieser Frage vorliegenden Untersuchungen geben noch kein eindeutiges Bild. Verf. untersuchte den Einfluß der Röntgenstrahlen auf Askariseier und Bakterien. Bei dem ersteren Objekt ergab sich ein Zeitfaktor kleiner als 1, d. h. die Wirkung ist herabgesetzt, wenn die Intensität der Bestrahlung verringert und die Bestrahlungszeit in demselben Verhältnis verlängert wird. Bei Fraktionierung der Dosis war die Wirkung unverändert; es trat eine einfache Summation ein, niemals aber eine erhöhte Wirkung. Bei Bakterien war die Wirkung der fraktionierten Bestrahlung geringer als diejenige der einzeitigen. In bezug auf die menschliche Haut ist seit längerem bekannt, daß verteilte Dosen geringer wirken, als die in einer Sitzung applizierte Bestrahlung in Höhe der Gesamtdosis. Aus den Untersuchungen des Verf. geht hervor, daß diese Herabsetzung der Strahlenwirkung bei einem Intervall von 12 Stunden beginnt und um so beträchtlicher ist, je länger das Intervall ist.

Das Früherythem hingegen ist bei fraktionierter Bestrahlung oft stärker als bei Verfolgung einer Voldosis.

Bei der Uebertragung dieser Resultate auf die menschliche Pathologie muß man natürlich sehr zurückhaltend sein. (D. Ref.)
Kirschmann.

4015.

Nöschel, **Röntgenologische Beobachtungen der Dünndarmfunktion bei der Colitis haemorrhagica acuta im Kindesalter.** (Fortschr. Röntgenstr., 40., Heft 1, 1929.) Röntgenologisch nachweisbare Funktionsstörungen des Dünndarmes bei Colitis haemorrhagica im Kindesalter gehen mit der Schwere des klinischen Krankheitsbildes parallel. In den schwersten Fällen wird starke Gasansammlung im Dünndarm, spastische und atonische Zustände in verschiedenen Abschnitten des Dünndarmes beobachtet, wobei die normale Schleimhautreliefzeichnung verlorengeht.

Der Zusammenhang kann zweierlei Art sein: Entweder ist die Motilitätsstörung durch die allgemeine Toxikose verursacht, oder es hat die durch den Krankheitsprozeß bedingte Motilitätsstörung des Dünndarmes eine schwere Ernährungsstörung und Resorption der Toxine zur Folge. Bei der Colitis haemorrhagica ist wohl eine primäre Schädigung der Dünndarmfunktion am wahrscheinlichsten, die zu atonischen und spastischen Zuständen und einer schwer gestörten Koordination der feinen Darmbewegungen führt.

Kirschmann.

4016.

Bauer, J., und R. Kienböck, **Zur Kenntnis der Knochen- und Gelenkveränderungen bei Osteoarthritis alkaptonurica.** (Fortschr. Röntgenstr., 40., Heft 1, 1929.) (Allgem. Poliklinik, Wien.) Im Röntgenbilde finden sich bemerkenswerte Veränderungen vor allem an den Gelenkabschnitten der Knochen. Es zeigen sich einerseits atrophische, andererseits hypertrophische Prozesse, sowohl Zystenbildungen als auch randständige Knochenwülste mit scheinbar abgelösten Teilen und diffuser Verdichtung der Knochen. Dazu kommen multiple kleine rundliche kalklose Herde (Defekte) in den Schaftteilen der Knochen abseits der Gelenke, besonders an den Femoren. An der ganzen Wirbelsäule sind schwere Erscheinungen zum Teil ähnlicher Art vorhanden: Wirbelkörperwandwulstung, Bandscheibenverdichtung, Knochenverdichtung. Diese Befunde hängen offenkundig mit der Stoffwechselanomalie zusammen. Die Ablagerung der abnormen Stoffwechselprodukte, speziell des ochronotischen Pigments, im Gewebe, namentlich Knorpel, Beinhaut und Knochenmark, hat offenbar zu reaktiven chronischen Entzündungen geführt.

Differentialdiagnose: Zunächst bezüglich der im Röntgenbild erkennbaren Gelenk- und Knochenveränderungen. Der radiologische und zugrundeliegende anatomische Befund ähnelt anderen Affektionen, ganz besonders vier Krankheiten: der sogenannten Arthritis deformans, ferner der echten uratischen Gicht, dann den Bluterlenken und endlich auch der hypertrophischen Form der tabischen Arthropathie. Bei der gewöhnlichen einfachen deformierenden Osteoarthritis sind die Veränderungen stets minder stark ausgebildet, ferner sind keine oder nur geringe Verdichtungen, keine Zysten vorhanden; bei der uratischen Gicht sind fast nur Zerstörungsherde im Knochen, keine Verdichtungen; bei der Hämophilie besteht fast nur die Zystenbildung, und zwar ist diese hier stark ausgebildet; bei der tabischen Arthropathie in der hypertrophischen Form hingegen sieht man Veränderungen, die auf den ersten Blick

sehr ähnlich der Ochronose aussehen, namentlich auch durch die bedeutende Knochenneubildung an den Gelenkrändern, dann durch stark ausgebreitete Knochenverdichtung; doch sind hier auch noch Zeichen von Zusammenbruch der Knochen vorhanden. Im ganzen betrachtet, zeigen die hier gefundenen Veränderungen von allen den anderen Affektionen deutliche Verschiedenheiten; man kann demnach hier von einem pathognomischen Befund für Osteoarthritis ochronotica sprechen.

Therapie: Von Wichtigkeit ist der Hinweis auf die Protein-körpertherapie in solchen Fällen, die hier möglicherweise nicht bloß als unspezifische Reiztherapie gegen das Gelenkleiden, sondern vielleicht auch ätiologisch gegen die Alkaptonurie wirksam sein könnte. Ein Fall von Alkaptonurie zeigt bei einem 10 Monate alten Kinde, daß auf je zwei Injektionen von Pferdeserum, Rinderserum und Kuhmilch die Homogentisinsäureausscheidung jedesmal innerhalb von 24 Stunden bis auf $\frac{1}{2}$ der ursprünglichen Menge absank, um allerdings nach 2 bis 3 Tagen wieder anzusteigen, ohne aber das frühere Niveau ganz zu erreichen. Ob es sich um eine Aktivierung des Homogentisinsäureabbaues oder eine Ablenkung dieses Abbaues auf einen anderen chemischen Weg handelt, lassen die Verf. unentschieden.

Kirschmann.

4017.

Brdiczka, G., Beiträge zur Kenntnis der biologischen Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Tuberkulose. I. Biologische Leukozytenkurven bei röntgenbestrahlten Fällen von Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 3.) Verf. hat bei einer größeren Zahl von Lungentuberkulosen, die mit Röntgenbestrahlung behandelt wurden, die Leukozytenzahl und das weiße Blutbild laufend untersucht und kontrolliert. Am häufigsten fand sich eine Reaktionsform, die bei Beginn der Bestrahlung mit Eosinopenie, Lymphopenie, Polynukleose, Vermehrung der Stabkernigen, dann später mit Monozytose, Lymphozytose und Eosinophilie einhergeht. Bei den an sich günstig liegenden Fällen treten also infolge der Röntgenbestrahlung im Blutbild Veränderungen ein, die man im allgemeinen als günstig bezeichnet und die in der Mehrzahl der Fälle mit einer klinischen Besserung einhergehen. Leider hat man es, selbst bei sorgfältiger Auswahl der Fälle, nicht ganz in der Hand, auf der einen Seite die anfängliche depressive Phase des Blutbildes (Eosinopenie, Lymphopenie, Stabkernigenausschwemmung) nur soweit zu treiben, daß gegen Ende der Bestrahlung wieder eine deutliche Kompensation des Blutbildes einsetzt. In manchen Fällen kann man durch das Blutbild einen Anhaltspunkt für den Zeitpunkt und die Größe der nächsten Röntgendosis bekommen, so daß es sich für die Praxis empfiehlt, bei der Dosierung neben den klinischen Anhaltspunkten auch dem Blutbild Beachtung zu schenken.

Zwerg, Coswig.

4018.

Kingreen, Otto, Die Röntgenuntersuchung isolierter Wirbelkörperfrakturen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 31.) (Chirurgische Universitäts-Klinik, Greifswald.) Man soll die Röntgenuntersuchung Wirbelsäulenverletzter möglichst sofort nach dem Unfall vornehmen. Die Möglichkeit, bei der Beurteilung von Wirbelsäulen-Röntgenbildern Fehldiagnosen zu stellen, ist nicht zu unterschätzen. Es muß daher bei allen Fällen, bei denen nur der geringste Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung vorliegt, eine sehr sorgfältige Röntgenuntersuchung eingeleitet werden. Das Uebersehen von isolierten Wirbelkörperbrüchen wird dann nicht mehr vorkommen. Gleichzeitig werden auch die laufenden Kontrollröntgenaufnahmen einen wichtigen Ausschlag für die in den einzelnen Fällen angezeigte Behandlung geben. Die Frage, ob mit oder ohne Stützapparat die baldige Arbeitsfähigkeit des Patienten erzielt werden kann, wird auf diese Weise am objektivsten unterschieden werden können. Für die Begutachtung und besonders für die Entscheidung des Zeitpunktes der Arbeitsfähigkeit ist die Röntgenuntersuchung bei isolierten Wirbelkörperbrüchen unerlässlich.

Arnold Hirsch, Berlin.

4019.

Sgalitzer, Max, Zur Röntgenuntersuchung beim Gasödem. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) (Röntgenlaboratorium der Ersten Chir. Univ.-Klinik, Wien.) Verfasser weist darauf hin, daß bei schweren Phlegmonen eine Röntgenuntersuchung nötig ist, um frühzeitig den Nachweis eines Gasödems zu erbringen. Fälle tiefliegender Gasödeminfektionen, die klinisch oft schwer zu diagnostizieren sind, werden durch Röntgenuntersuchung manchmal frühzeitig erkannt. Außer der Röntgenaufnahme ist bei festgestellter Gasansammlung eine Durchleuchtung der erkrankten Extremität unter Drehung notwendig, um die Gasbläschen zu lokalisieren. So wird man die durch Geschoßwirkung mitgerissene Luft, die sich meist subkutan ansammelt, von den durch anaerobe Infektion entstandenen Gasblasen unterscheiden können, die sich gewöhnlich tief in die Muskulatur hinein erstrecken.

E. Mühsam, Berlin.

4020.

Cramer, C., und G. Fechner, Klinische Erfahrungen mit roten Intensivbestrahlungen an Hand des Hämmogrammes. (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Verf. berichtet über die Behandlungserfolge mit einer neuen Bestrahlungsanlage „Frigusolar“ (Burger, Berlin-Pankow), die intensives Rotlicht und Ultrarotlicht liefert. Es wurden mit gutem Erfolg behandelt: Arthritis, Otitis media, Appendicitis chronica, Adnexitis, Myalgien, Neuralgien u. a. m. Die Blutbildveränderungen weisen auf eine Aktivierung mesenchymaler Abwehrkräfte hin.

Kirschmann.

4021.

Nemours-Auguste, Die Radiotherapie der Angina pectoris. (Presse méd., Nr. 52, 1929.) Verf. haben 51 Patienten, die an schweren Anfällen von Angina pectoris litten, mit Röntgen bestrahlt und in 31 Fällen Erfolg (ohne nähere Angaben) erzielt; 8 wurden gebessert, 5 nicht beeinflusst, 1 erlitt einen akuten Anfall, 6 sind an ihrem Leiden gestorben.

Die Bestrahlung hat den Zweck, die Uebererregbarkeit des Plexus cardio-aorticus und seiner Leitungswege zu bekämpfen. Besonders günstig beeinflusst wurden die Arrhythmien, die Extrasystolen, die paroxysmale Tachykardie, die mit dieser Uebererregbarkeit zusammenhängen. Eine Kontraindikation besteht nicht; Mißerfolge sind bei der Schwere des Leidens und dem hohen Alter der Behandelten sicher nicht auf Rechnung der Therapie zu setzen. Genaue Angabe der Technik.

Haber.

4022.

Petrowsky, J., Der Einfluß der Radiumbestrahlung auf Glykoside (Digitalin). (Ukrain. med. Arch., 4., Heft 1.) (Pharm. Labor. d. Med. Inst. in Charkiw.) Wie die jüngsten Untersuchungen über bestrahlte Milch, Ergosterin, Fette und Eiweißsubstanzen gezeigt haben, geht unter dem Einfluß der Strahlenenergie eine ganze Reihe von physikalischen, chemischen und biologischen Veränderungen vor sich, was den Autor veranlaßte, auch mit Digitalin Versuche anzustellen. Es wurden 50 mg Digitalin (Merck) 17 Stunden lang mit Radium bestrahlt und das Präparat an isolierten Froschherzen und Kaninchennieren geprüft. Schlußfolgerungen: 1. das radiumbestrahlte Digitalin ändert seine Eigenschaften, indem es schon in schwächeren Konzentrationen (1 : 10 000 000) eine Steigerung der Amplitude am Froschherzen hervorruft; 2. wird seine Toxizität geringer, da durch bestrahltes Digitalin zum Stillstand gebrachtes Froschherz rascher zur Norm zurückkehrt; 3. bewirkt es eine starke Gefäßverengung an den Nierengefäßen, und 4. scheint Radium eine stabile Eigenschaftsänderung des Digitalins zu bewirken, die sich bei den Versuchen des Autors über 3 Monate erstreckte.

Omelsky.

4023.

Goldmann, R., Zur Röntgenbehandlung der akuten Entzündung der Mittelohrräume. (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Empfehlung der Röntgentherapie bei der torpiden Form der Otitis media. Wenn bei bereits wochenlang bestehender Entzündung die übliche Behandlung keinen Erfolg hat, kann durch Röntgenbestrahlung das Bild sich schlagartig ändern. Innerhalb sechs Stunden setzt der Ausfluß ein und die entzündlichen Erscheinungen klingen rasch ab; die Funktion des Gehörorgans bessert sich von Tag zu Tag. Bei Gefahr des Durchbruchs ist natürlich rechtzeitige chirurgische Behandlung angezeigt.

Einfeldsfeld: Warzenfortsatz, Spannung: 150 kV, Filter 0,5 mm Zn plus 1 mm Al. Dosis 10—20% der HED. Meist genügt eine einzige Bestrahlung, sonst kann die Bestrahlung nach 3 bis 8 Tagen wiederholt werden.

Kirschmann.

4024.

Copello, Behandlung der Echinokokkuszysten der Lunge. (Arch. klin. Chir., 155., 3.) Verfasser unterscheidet einmal zentrale und periphere Zysten, andererseits primitive und sekundäre Zysten. Primitive Zysten sind solche, die aus einem, aus dem Darm stammenden und in den Lungen angesiedelten Parasiten hervorgehen, sekundäre Zysten solche, die aus anderen, in dem Organismus schon vorher entwickelten Zysten entstehen. Bei Lungenzysten empfiehlt Verfasser die operative Beutelbildung mit Drainage, und will die operative Okklusionsmethode nur ausnahmsweise angewandt sehen. Saubere Zysten werden primär geschlossen, eitrige, degenerierte sowie Zysten mit trübem Inhalt werden drainiert.

E. Mühsam, Berlin.

4025.

Albrecht, H. U., Röntgenologisches und Klinisches zur Frage des Ulcus carcinomatosum ventriculi. (Fortschr. Röntgenstr., 40., Heft 1, 1929.) Die moderne Magenröntgenologie läßt durch das Studium des Innenreliefs frühzeitig die morphologischen Veränderungen der Magenschleimhaut erkennen. Trotzdem gibt es Fälle,

bei denen man nicht sicher sagen kann, ob schon Malignität vorliegt.

Verf. beobachtete einen Fall, bei dem klinisch und röntgenologisch die Diagnose auf *Ulcus pepticum* gestellt werden mußte, wobei auch das Resektionspräparat die Charakteristika des chronischen kallösen *Ulcus pepticum* zeigt und erst die histologische Untersuchung die karzinomatöse Degeneration aufdeckt. Man darf eben vom Röntgenbefund nicht mehr erwarten, als von der makroskopischen Diagnose am Resektionspräparat. Bei großen Nischen wird man mit der Möglichkeit des Vorliegens eines Ulkuskarzinoms rechnen müssen, und wenn sich nach interner Kur die Nische nicht verkleinert, ein operatives Eingreifen als unbedingt indiziert erachten. In jedem Falle ist der Befund einer großen Ulkusanische, falls eine Operation abgelehnt wird, röntgenologisch nachzukontrollieren. Verf. weist auf wichtige Ergebnisse hin, die einen Zusammenhang zwischen Durchmesser des Geschwürskraters und karzinomatöser Degeneration insofern zeigen, als u. a. Geschwüre von 2,4 cm Durchmesser und darüber in hohem Grade karzinomverdächtig erscheinen.

Kirschmann.

4026.

Borak, J., *Die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden.* (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Verf. berichtet über die Erfolge der Behandlung klimakterischer Beschwerden mittels Röntgenbestrahlung der Hypophyse. Die durchschnittlichen Erfolge sind auf etwa 80% zu veranschlagen. In einer Reihe von Fällen tritt der Erfolg nur bei Kombination mit Schilddrüsenbestrahlung ein, bzw. wird durch dieselbe verbessert. In der großen Mehrzahl der Fälle betrug die Dauer des Erfolges mehr als ein ½ Jahr.

Technik: Hypophysenbestrahlung aus drei Feldern (Schläfen und Glabella) in dreitägigen Pausen, je ½ HED. Nötigenfalls Wiederholung nach 2 bis 4 Wochen, bei ungenügendem Erfolg zwei Schilddrüsenbestrahlungen, ebenfalls je ½ HED. Kirschmann.

4027.

Holfelder, H., *Was kann man heute von der Röntgentherapie der sogenannten inoperablen Tumoren erwarten?* (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Die prinzipiellen Bemerkungen des Verf. zur Wertung der Strahlentherapie sind für den Chirurgen von großer Bedeutung. Ihre Lektüre im Original ist sehr zu empfehlen; für ein kurzes Referat sind dieselben aber nicht geeignet. Aus den kasuistischen Mitteilungen sind zwei Fälle von Magenkarzinom (Skirrhus) hervorzuheben, deren Heilung durch Strahlenbehandlung sicher zu sein scheint.

Kirschmann.

4028.

Lahm, W., *Die Radiumbestrahlung als Heilbehandlung des Kollumkarzinoms.* (Strahlenther., 33., Heft 1, 1929.) Die Vernichtung des Karzinoms ist in allererster Linie abhängig von der verabreichten Dosis. Das Kollumkarzinom als solches braucht zu seiner Zerstörung eine Dosis, die etwa 500 mgh/cm = 11% der HED entspricht. Sie kann etwas niedriger angenommen werden, wenn die Bestrahlungen getrennt voneinander erfolgen. Doch gibt es zweifellos auch einen nennenswerten Prozentsatz von Fällen, wo höhere Dosen angebracht sind. Verf. beweist, daß diese höheren Dosen den Heilungsvorgang im Mesenchym nicht beeinträchtigen.

Kirschmann.

4029.

Burckhard, Georg, *Die Behandlung mit Radiumschwachbestrahlungen.* (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) (Privat-Frauenklinik von Prof. Dr. G. Burckhard.) Verfasser verwendet zur Behandlung mit Radiumemanation Leinwandstücke, die mit einem radioaktiven Sande gefüllt werden. Erprobt wurden zu diesem Zwecke: Monacit-sand 1, Reservoirsand der Baden-Badener Quellen, Sinterniederschlag aus den Leitungsröhren der gleichen Quellen, Quellsand der Kreuznacher Quellen, Monacit-sand 2 und Sinterniederschlag aus den Fußbodenkanälen der Baden-Badener Quellen. Die Wirkung aller dieser Präparate ist ungefähr gleich. Die Sandsäcke werden auf etwas über Körpertemperatur erwärmt; bei besonders empfindlichen Personen kann man sie auch in kaltem Zustande gebrauchen. Da die Menge der ausgesandten Radiumemanation eine relativ geringe ist, können die Säcke viele Stunden liegen bleiben, ohne daß eine Schädigung hervorgerufen wird. Verfasser konnte auf diese Weise sehr gute Erfolge erzielen bei chronischen Adnexerkrankungen und bei einer Reihe von Rheumatismuställen. Die Wirkung der schwachen Radiumstrahlen beruht auf einer stärkeren Durchblutung der Gewebe und auf einem spezifischen Einfluß auf die sensiblen Nervenendigungen im Sinne einer Lähmung derselben. Es ist auch eine Steigerung des Gesamtstoffwechsels, eine Aktivierung der Abwehrkräfte und eine Leistungssteigerung der Zellen anzunehmen.

L. Gordon, Berlin.

4030.

Bucky, Gustav, *Stand und Ausblicke der Grenzstrahlen-therapie.* (Med. Klin., Nr. 30, 1929.) Grenzstrahlen sind elektro-

magnetische Schwingungen von einer Wellenlänge, die sich im linearen Spektrum an die gebräuchlichen Röntgenwellenlängen direkt anschließen und daher den Röntgenstrahlen im physikalischen Sinne sehr nahe stehen. Die Grenzstrahlen unterscheiden sich von den bisher gebräuchlichen Röntgenstrahlen durch ihre große Wellenlänge und damit durch ihre geringe Durchdringungskraft; sie werden daher schon von minimalen Schichten absorbiert. In klinisch-biologischer Beziehung nehmen die Grenzstrahlen eine Mittelstellung zwischen den ultravioletten Strahlen und den Röntgenstrahlen ein. Nach Grenzbestrahlung der Haut tritt niemals Epilation auf. Die Latenzzeit, die bis zum Auftreten des Erythems verstreicht, ist bei der Grenzstrahlung deutlich und erheblich abgekürzt. Sie kann je nach der applizierten Dosis ½ bis 1 Stunde, mehrere Stunden, Tage und Wochen betragen. Die Pigmentierung, die nach der Grenzstrahlung auftritt, ist stärker als bei Röntgenstrahlen und schwächer als bei Licht. Die Kumulation der Dosenwirkung ist wesentlich kleiner als bei Röntgenstrahlen. Eigentliche Geschwüre sind bei Überdosierung der Grenzstrahlen kaum erzeugbar. Die entstehenden Epithelverluste heilen in kurzer Zeit und ohne Folgen ab. Von Wichtigkeit ist die außerordentlich große Reaktionsbreite der Grenzstrahlung, d. h. des Abstandes der Erfolgs- von der Gefahrdosis. Den Grenzstrahlen kommt aus diesem Grunde eine bei weitem geringere Gefährlichkeit zu als den Röntgenstrahlen. Der Grund für die praktische Gefährlosigkeit liegt in der außerordentlich geringen Tiefenwirkung, die wieder in dem geringen Durchdringungsvermögen der Strahlen begründet ist. Die Technik der Bestrahlung ist äußerst einfach.

Die Grenzstrahlung ist nicht nur ein wertvolles Mittel für die Dermatologie, sondern auch für verschiedene andere Erkrankungen, bei denen das vegetative Nervensystem beteiligt ist. Bestrahlt man 1 qcm der Haut mit einer minimalen Grenzstrahlenenergie von etwa 10–15 R, was ungefähr den Reizschwellwert darstellt, so erzielt man einen Leukozytensturz, der über den Weg des vegetativen Nervensystems ausgelöst wird. Auf Grund dieser Beobachtung hat Verfasser Fälle von Magen- und Darmgeschwüren mit Grenzstrahlen behandelt; die Erfolge waren in bezug auf die Schmerzhaftigkeit und die Toleranz bei der Nahrungsaufnahme sowie in bezug auf das allgemeine Befinden recht günstige. Bei der Polycythaemia rubra lassen sich mit der Grenzstrahlung bessere Erfolge erzielen als mit Röntgenstrahlen. Günstige Einwirkungen wurden auch bei der spastischen Obstipation, bei Angina pectoris und bei Reizhusten der Kinder beobachtet. Die spasmophilen Erscheinungen bei der Thymushyperplasie schwinden nach der Grenzbestrahlung mit auffallender Regelmäßigkeit.

Auch endokrine Störungen lassen sich durch die Grenzstrahlung beeinflussen. Besonders gut reagiert die Arthritis auf endokriner Basis, namentlich bei Frauen in der Nähe des Klimakteriums. Beim Basedow zeigt sich dagegen eine wesentliche Verschlechterung fast aller Symptome. Sehr gute Erfolge lassen sich erzielen bei der Oligo-Amenorrhoe. Mit gutem Erfolg hat Verfasser auch einige Fälle von Hypertrichosis auf endokriner Grundlage behandelt.

L. Gordon, Berlin.

4031.

Bruner, E., *Die Behandlung von Hautkrankheiten mit den sogenannten Grenzstrahlen (Bucky).* (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 1, 1929.) Verfasser hat mit dem genannten Verfahren 200 Fälle behandelt. Die Resultate waren, wie Vergleichsuntersuchungen ergeben haben, den Resultaten üblicher Röntgenbehandlung nicht überlegen. Hierfür sprechen auch biologische experimentelle Untersuchungen des Verfassers.

v. Dziewowski.

4032.

Copeman, Coke, Gouldesbrough, *Bestrahltes Fluorescin in der Krebsbehandlung.* (Brit. med. J., 3579, 1929.) Seit zwei Jahren werden inoperable Krebsfälle behandelt mit einem löslichen alkalischen Fluorescinsalz und einer unmittelbar folgenden Bestrahlung mit einer relativ kleinen Dosis von Radium oder Röntgenstrahlen. Es wurde nach folgendem Schema gearbeitet: Die Fluorescinslösung wurde auf den Krebs aufgetragen oder innerlich gegeben. Bestrahlung mit einer angemessenen Dosis von Radium oder Röntgen (6 Holzknecht-Einheiten durch ein 4 mm Aluminium-Filter). Dies wird dreimal in Abständen von einer Woche wiederholt. Dann drei Wochen Ruhe. Wiederholung der Behandlung je nach Bedarf. Die Indikation für diese Behandlung sind die mehr oberflächlichen Krebse, Brust- und Drüsenkrebs, sekundäre Knoten in Operationsnarben, oberflächlich gelegene Knochenkarzinome. Je zellreicher der Tumor, desto besser der Erfolg. Am 17. Tage nach Beginn der Behandlung werden im allgemeinen die ersten Zeichen eines Rückganges bemerkt, manchmal kann es schon nach 14 Tagen oder erst nach drei Wochen sein. Die Schnelligkeit der Rückbildung ist außerordentlich verschieden. Solche Tumoren reagieren am besten, die nicht schon vorher mit Röntgen oder Radium behandelt waren. Oberflächliche Drüsen-

tumoren oder Tumorknötchen reagieren mit Erfolg auf eine Injektion von einigen Tropfen Fluorescin in die Substanz. Inoperable Fälle werden durch Vorbehandlung in manchen Fällen für eine Operation zugänglich. Es folgt Kasuistik.

P. Heymann, Berlin.

4033.

v. Dziewowski, Z., **Die Theorie, Technik und die Erfolge der Autotransfusion röntgenbestrahlten Blutes.** (Polski Przegl. radiol., 4, Nr. 1, 1929.) Der Verfasser wendet seit über 1 Jahr die Autotransfusion röntgenbestrahlten Blutes an. Das durch Venenpunktion oder Aderlaß gewonnene Blut, etwa 100 bis 200 ccm, wird mit der notwendigen Natriumnitratmenge vermischt und hierauf mit einer mittleren filtrierten Dosis — etwa wie bei einer einmaligen Oberflächenbestrahlung — Röntgen bestrahlt. Hierauf Wiedereinspritzung, zum Teil intravenös, zum Teil in die Tumorumgebung. Hierauf unmittelbar gleich die erste Bestrahlung des zu bestrahlenden Tumors und nachfolgende weitere Strahlenbehandlung nach allgemein geltenden und bekannten Regeln.

Es wurden auffallend gute Resultate erzielt selbst bei sehr weit vorgeschrittenen Fällen, mit ausgedehnten Metastasen, trotz schlechtem Allgemeinzustand usw. Die Erfolge erklärt Verfasser zum Teil ähnlich wie die Verfasser der Arbeiten über Traubenzuckerinjektionen zur Verstärkung der Wirksamkeit der Strahlenbehandlung bei Ca, über Seruminjektionen, Cholin, Proteinkörper und dergleichen. Günstige Beeinflussung der Blutdrüsen, des Knochenmarks, des retikuloendothelialen Systems wird besonders hervorgehoben. Ähnlich wie die Einspritzung von kolloidalem Blei (Blair-Belle), wie die Anwendung von Bidiasporal (Kahn), gibt das Verfahren, bei welchem ein künstliches Hämatom um den zu bestrahlenden Herd geschaffen wird, die Möglichkeit zur Entstehung und besonders wirksamen Ausnützung der Sekundärstrahlung. Auch werden zur Erklärung und theoretischen Begründung die Erfahrungen mit Erfolgen bei indirekter Bestrahlung und die Theorie von Caspari über die Entstehung von wirksamen Nekrohormonen durch Bestrahlung von Geweben und Blutzellen herangezogen.

Es wurde das Verfahren in einer ganzen Reihe, etwa in 30 Fällen, bösartiger Geschwülste in recht hoffnungslosem Zustande angewandt. Zwei Fälle von Struma maligna mit großen Metastasen und Tracheakompression wurden klinisch geheilt. In einigen nach Operation rezidierten Brustdrüsenkrebsen wurde trotz sehr großer Ausdehnung Heilung erzielt. Auffallend gute Erfolge, die klinische Heilung bedeuten, wurden auch bei Speiseröhrenkrebs (2 Fälle), Magenkrebs (4 Fälle) und Mastdarmkrebs (2 Fälle) erzielt. Sehr günstig waren auch die Erfolge bei Uteruskarzinom. Bemerkenswert ist es, daß nach der Autotransfusion röntgenbestrahlten Blutes sowohl lokal als auch, was den Allgemeinzustand anbetrifft, sehr hohe Dosen, also eine recht forcierte Strahlenbehandlung gut und ohne unangenehme Nebenerscheinungen vertragen wurden. Außer bei malignen Tumoren wurden auch sehr gute Erfolge bei chirurgischer Tuberkulose erzielt, wobei nach der in beschriebener Weise ausgeführten Autotransfusion der Herd (Gelenkherde, Lymphdrüsenpakete) mit schwachen Dosen röntgenbestrahlt wurden.

Wenn auch ein definitives Urteil in Anbetracht der noch nicht ausreichend großen Zahl der Fälle und der zu kurzen Beobachtungszeit noch nicht möglich ist, verdienen immerhin die in besonders ungünstigen Fällen erzielten recht günstigen Erfolge besondere Beachtung.

v. Dziewowski.

Neu erschienene Bücher

Bericht über die Verhandlungen des III. Kongresses der internationalen Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1929. Das erste Referat hielt Hugo Stern (Wien) über die Notwendigkeit einer einheitlichen Nomenklatur für die Physiologie, Pathologie und Pädagogik der Stimme. Das zweite Referat handelte über die Vorstellungstypen in der Normalpsychologie (Referent: Hische-Hannover), das dritte über die Bedeutung der Vorstellungstypen für den Sprech- und Gesangsunterricht (Referenten: Emil Fröschels und Auguste Jellinek-Wien), das vierte über die Ausbildung des Lehrers für Gesangs- und Sprechkünstler (Referentin: Branco van Dantzig-Rotterdam), das fünfte über vergeistigte Stimmtechnik (Referent: O. Brömme-Frankfurt), das sechste über den Schularzt und die Fürsorge für sprach- und stimmgestörte Schulkinder (Referent: Leopold Stein-Wien), das siebente über die Aufnahme der Logopädie auch in der allgemeinen Ausbildung der Lehrer (Referent: Cornelius Rothe-Wien), das achte über die Psychologie der Störungen des Sprachrhythmus bei Geisteskranken (Referent: F. G. v. Stockert-Halle). Zahlreiche Vorträge aus dem Gebiete der Logopädie und Phonetik umrahmen die angeführten Referate.

Kurt Mendel, Berlin.

P. Pitzen: **Diagnose der beginnenden Knochen- und Gelenktuberkulose.** 207 Seiten. Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München. 1929. — Das vorliegende Werk hat seinen Hauptwert darin, daß Verf. versucht, die Knochen- und Gelenktuberkulose bereits in ihren Anfangerscheinungen zu beschreiben und somit eine frühzeitige richtige Diagnose zu ermöglichen. Verf. steht auf dem einzig richtigen Standpunkt, daß in dem Frühstadium der Knochen- und Gelenktuberkulose eine völlige Heilung wohl möglich, die in späteren Stadien so gut wie ausgeschlossen ist. Auf Grund des eifrigen Literaturstudiums und auf Grund eigener großer Erfahrungen ist es dem Verf. gelungen, die Aufgabe, die er sich gestellt hat, zu lösen. — Einem nur kurz gefaßten, aber sehr übersichtlichen allgemeinen Teil folgt der Hauptteil, in dem die Tuberkulose sämtlicher Knochen und Gelenke behandelt wird mit Ausnahme der Tuberkulose der Kopfknochen. Als besonders wertvoll muß es empfunden werden, daß Verf. im Anschluß an diesen speziellen Teil eine allgemeine Differentialdiagnose folgen läßt. Durch eine große Anzahl trefflicher und mit großer Sorgfalt ausgewählter Röntgenbilder wird das in Worten Gesagte zur Anschauung gebracht.

E. Gohrbandt, Berlin.

F. G. Stockert: **Ueber Umbau und Abbau der Sprache bei Geistesstörung.** S. Karger, Berlin 1929. — Vers. versucht, die einzelnen sprachlichen Umbauformen nach Störungen in den verschiedenen Schichten des vorsprachlichen Denkens einzuteilen. „Diese Schichtenanalyse der sprachlichen Fehlleistungen gewährt uns Einblick in die theoretischen Grundlagen der einzelnen Formen des klinischen Demenzbegriffes. Die prinzipiell verschiedenartige Denkstörung gibt uns manche Anhaltspunkte für ihre anatomische Abgrenzung; ebenso erlaubt uns das jeweilige Bild der Psychomotorik, die zum Teil in der Sprachdynamik ihren Ausdruck findet, einen Schluß, ob wir es mit einer reinen biotonischen Störung zu tun haben oder ob auch der striäre Apparat mit verantwortlich zu machen ist. Selbst die den völligen Mutismus begleitende Motorik als Reaktionsform auf äußere Reize läßt uns weitgehende Schlüsse auf den Charakter der Erkrankung ziehen.“

Die Sprachmelodie als die feinstdifferenzierte menschliche Ausdrucksform erweist sich in ihrem Ablauf besonders empfindlich auf affektive Momente jeder Art und wird dadurch zum deutlichen Indikator der affektiven Grundeinstellung der Persönlichkeit. Wir können so von einer spezifischen Physiognomik der Sprache ebenso wie der Schrift jedes Menschen reden und finden in ihr ein dankbares Objekt der im Entstehen begriffenen Forschungsrichtung der Charakterologie.“

Kurt Mendel, Berlin.

Memmesheimer: **Die Technik und Anwendung der Subokzipital- oder Zisternenpunktion.** (Mit 35 Abbildungen und 3 Tabellen.) Montana-Verlag-A.-G., Mediz. Abtlg.: Benno Koenig. Zürich, Leipzig, Stuttgart. Die Subokzipital- oder Zisternenpunktion ist heutzutage ein Eingriff geworden, auf den wir vielfach aus diagnostischen und therapeutischen Rücksichten nicht mehr verzichten können. Es ist eine dankenswerte Aufgabe des Verf. gewesen, in einem kurzen, aber sehr übersichtlichen Werk die Technik und Anwendung dieses Eingriffes zu beschreiben. — Nach einem kurzen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung folgt eine genaue Beschreibung der topographischen Anatomie. Die Beschreibung der Technik selbst wird durch die bildliche Wiedergabe des notwendigen Instrumentariums, der Lage des Patienten und durch Abbildungen des operativen Eingriffes selbst neben guten Leitworten übersichtlich geschildert. Verf. begnügt sich aber nicht nur mit der Technik und der Anwendung. Er geht ausführlich auf die Gefahren und auf deren Vermeidung in einem besonderen Kapitel ein. Er unterwirft die Erfolge der Zisternenpunktion einer gerechten Betrachtung, und läßt man Schlüsse seines Buches ein ausführliches Literatur- und Autorenverzeichnis folgen. Jedem, der das Buch gelesen hat, mußte es eigentlich gelingen, an Hand der guten Darstellung und Abbildungen den Eingriff ohne Gefahr für den Kranken ausführen zu können.

E. Gohrbandt, Berlin.

Berichtigung

In Nr. 51/52, Jahrg. 1928, der „Fortschritte der Medizin“, S. 1275, Referat Nr. 1140, betreffend die Arbeit von Nicolai Nissen „20 Jahre Erfahrung über Appendizitisbehandlung mit der konservativen Methode (Ugeskrift for Laeger, Nr. 34, 1928, S. 819) ist mir ein Fehler unterlaufen, den ich hiermit berichte. Im Verlauf von 20 Jahren hat der Verf. mit der konservativen Behandlung der Appendizitis nicht 5 Todesfälle gehabt, wie irrtümlich angegeben ist, sondern 0, als keinen, obwohl unter seinen Fällen 5 recht schwere waren, während die anderen Aerzte, die ihre Fälle im Krankenhaus hatten und operativ behandelten, jeder 5 Todesfälle in demselben Zeitraum hatten. Nissen ist Landarzt und befürwortet die konservative Behandlung im Hause.“

S. Kalischer.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Ueber Fluordagnostik und Fluortherapie.

Von Dr. WERNER TROLL-OBBERGFELL,

em. Assistenten der Frauen-Abteilung des Rudolfsitals in Wien III,
und

Dr. HEINZ KALDORI, Facharzt für Dermatologie.

Die Frage der Therapie des weiblichen Ausflusses gehört ohne Zweifel noch immer zu den umstrittensten Themen der medizinischen Wissenschaft, was schon daraus hervorgeht, daß die Anzahl der in den letzten Jahren angegebenen Heilmethoden eine sehr große ist, zweifelsohne ein Beweis für den Wechsel der ärztlichen Anschauungen über das Wesen oder die auslösenden Faktoren des Fluors.

Die Zahl der fluorkranken Frauen ist in der Nachkriegszeit um ein Bedeutendes gestiegen, wohl im Zusammenhang mit den verschlechterten sozialen Verhältnissen seit dem Kriegsende und nicht minder infolge Zunahme der Aborten und besonders der Gonorrhöinfektionen.

Als erster Grundsatz muß festgestellt werden, daß der Fluor keine Krankheit *sui generis* ist, wie noch oft angenommen wird, sondern nur ein Krankheitssymptom, ein sichtbares Zeichen einer Erkrankung oder einer Anomalie, die genitalen oder extragenitalen Ursprunges sein kann. Es ist daher erste Aufgabe des Arztes, sich hier Klarheit zu verschaffen über Sitz und Ursache der Erkrankung, um den einzelnen Fall nach ätiologischen Momenten klassifizieren zu können, was mitunter sehr schwer, ja oft fast unmöglich ist.

Jedenfalls erscheint es für den untersuchenden Arzt in erster Linie wichtig, in jedem Falle sein Augenmerk auf das evtl. Vorhandensein einer Gonorrhö zu lenken. Diese Erkenntnis ist in einem akuten oder subakuten Fall gewiß nicht schwer, stellt aber in chronischen Fällen oft große Anforderungen an Geduld und Ausdauer von Arzt und Kranken. Es ist ja nicht zu leugnen, daß es angesichts des komplizierten Baues des weiblichen Geschlechtsorganes mit den vielen Buchten und Gängen besonders am äußeren Genitale oft sehr schwer ist, besonders bei chronischer Gonorrhö, die richtige Diagnose sofort zu stellen. In solchen Fällen müssen eben alle erkrankten oder der Erkrankung verdächtigen Oertlichkeiten berücksichtigt werden: also Untersuchung eines evtl. Harnröhrensekretes, eine solche der Skeneschen Drüsen und der drüsenähnlichen Epitheleinstülpungen in der Harnröhrenumgebung, nicht minder der Ausführungsgänge der Bartholinischen Drüsen, der Scheidenschleimhaut, des Uteruskanals und des Mastdarms.

Ohne auf die Methode der Untersuchungen einzugehen, erscheinen folgende Möglichkeiten beachtenswert, die im Zusammenhang mit der Fluordagnostik wichtig erscheinen. Es kommt, wenn auch selten, so dennoch vor, daß paraurethrale Drüsen, die tief gelegen, zu para- und periurethralen Infiltraten und Abszedierungen Anlaß geben können, zu einer Entleerung nach der Scheide führen, wodurch oft ein langdauernder jeglicher Therapie trotztender Fluor unterhalten wird. Ferner gibt es chronisch gonorrhöische Entzündungen der Bartholinischen Drüsengänge und des Drüsengewebes, die sich nicht, wie man es in solchen Fällen erwartet, durch die hochroten, klaffenden Mündungen der Gangöffnungen dokumentieren und trotzdem einen gonorrhöischen Fluor erzeugen. Schließlich sei besonders und noch einmal auf die Mastdarmschleimhaut verwiesen, von wo sehr häufig ein Fluor seinen Ausgangspunkt nimmt und allen vaginalen Behandlungseingriffen selbstverständlich trotzt.

Trotz Kenntnis dieser und ähnlicher Vorkommnisse kann ein solches Fahren nach einer okkulten gonorrhöischen Fluorätiologie oft Wochen brauchen und empfiehlt sich für solche Zwecke die Reizinjektion mit Gonokokkenvakzin gegen Ende der Menstruation mit nachfolgender Untersuchung nach obigen Gesichtspunkten.

Ist nunmehr die Gonorrhö sicher ausgeschlossen, so erscheint folgendes Schema zur weiteren Untersuchung des „Fluor albus“ praktisch wichtig:

1. Feststellung genitaler Erkrankungen,
2. Beachtung extragenitaler Krankheiten,
3. Durchforschung des allgemeinen Gesamtzustandes des Körpers.

Der von genitalen Erkrankungen ausgehende Fluor kann ein vestibulärer und vaginaler bzw. uteriner Fluor sein; letzterer kann vom Korpus oder der Zervix ausgehen. Als Ursache des uterinen Fluors kommen in Betracht: Tuberkulose, Plazentarestes, vorangegangene Aborten, Pessare, Oxyuren sowie Geschwülste, sei es benigner oder maligner Natur. Der zervikale Fluor, der das Hauptkontingent der Fluores vom Standpunkt der topischen Ätiologie stellt, ist sehr häufig als postgonorrhöischer Katarrh aufzufassen, doch spielen wirkliche und Pseudo-Erosionen, Polypen, Geschwülste und nicht so seltenluetische Manifestationen eine sehr wichtige ätiologische Rolle.

Der vaginale Fluor kann in einer Diphtherie, in Soor, in Fremdkörpern (wie Menstruationsschwämmchen, Pessaren), in Condylomen und schließlich in Würmern seine Ursache haben.

Schließlich ist noch des vestibulären Fluors zu gedenken, bei dem Unreinlichkeit, Masturbation und Geschwülste verschiedenster Ursachen einen Entstehungsfaktor spielen.

An extragenitalen Erkrankungen kommen in Betracht in erster Linie die Tuberkulose, Skrofulose, Chlorose und Anämie, Fettleibigkeit, chronische Obstipation und Stoffwechselerkrankungen (besonders der Diabetes), schließlich Kreislaufstörungen und Lues.

Bei Ueberprüfung des Allgemeinzustandes sind zu erwähnen: körperliche und geistige Erschöpfungszustände, Ueberarbeitung, Unterernährung und die Folgezustände nach langwierigen Eiterungen, sowie schweren Infektionskrankheiten. Hierzu kommen die durch Anomalien hervorgerufenen Fluore, wie zum Beispiel bei Infantilisimus und bei Hypoplasie. An dieser Stelle erscheint die Feststellung wichtig, daß ein Fluor als Folge von Hypersekretion bei geschlechtlicher Ueberreizung, vor den Menses, oft auch während der Menstruation oder als Mensesersatz bei temporärer Amenorrhö auftreten kann, worauf Bucura hingewiesen hat. Sieht man nunmehr vom Fluor gravidarum ab, so verbleibt als letzte Form der sogenannte essentielle Fluor zurück, der von verschiedenen Autoren als durch gesteigerte Zersetzlichkeit des normalen Scheidensekretes entstanden, erklärt wird.

Die nunmehr nach obigen Gesichtspunkten durchgeführte Untersuchung ergibt in der allergrößten Mehrzahl der Fälle die Richtung der einzuschlagenden Therapie, die in erster Linie kausal sein muß; daß hierbei chirurgische bzw. gynäkologische Eingriffe eine wesentliche Rolle spielen, ist selbstverständlich. Ebenso von wesentlicher Bedeutung ist im Beginn jeder Fluorbehandlung zunächst das Koitusverbot, das später von einer entsprechenden Geschlechtshygiene abgelöst werden muß, die Hebung des Allgemeinzustandes bei genauer Berücksichtigung der oben festgestellten Ätiologiemöglichkeiten und das baldige Einsetzen einer Therapie, bei der diätetische, physikalische, Bade- und medikamentöse Behandlungsmethoden (Vakzinetherapie) in Betracht kommen.

Als letztes Moment in der Therapie erscheint schließlich die Lokalbehandlung des Fluors.

Was nunmehr diese anbelangt, so erscheint es zunächst von größter Wichtigkeit, etwaige entzündliche Veränderungen der Scheidewand, besonders die Ulzerationen der Vaginalschleimhaut zur Abheilung zu bringen, da erwiesenermaßen schon auf Grund verminderter Trans- und Exsudation ein Nachlassen des Fluors festzustellen ist. Für diese Einleitungstherapie kommen die Scheidenbäder mit 2- bis 5prozentiger Lapislösung nach den Angaben Menges und das von Stephan in die Fluortherapie eingeführte Granugenol in Betracht.

Die weitere Aufgabe ist es, die pathologische Veränderung der biologisch aufeinander abgestimmten Faktoren, wie Flora und Säuretitel, des Inhalts wiederherzustellen.

Eine wichtige Rolle spielen da die Scheidenspülungen, bei denen neben der mechanischen Reinigung auch die obigen Momente berücksichtigt erscheinen. In erster Linie kommen hier die Milchsäurepräparate in Betracht, welcher Therapie der theoretische Gedanke zugrundeliegt, die normale Bakterienflora der Scheide, die aus dem Glykogen der Epithelzellen Milchsäure erzeugt, zu verankern und in ihrem Kampfe gegen die eindringenden alkalischen Produkte erzeugenden Bakterienarten zu unterstützen. Als ein solches Medikament sei das Bacillosan erwähnt, das aber bei besonders starken Zervikalkatarrhen versagt hat, weil das stets nachfließende alkalische Sekret die säureliebenden Bazillen nicht

gedeihen läßt. Ferner können auch in der Minderwertigkeit des Nährbodens Mißerfolge liegen, wie aus den Frauenkliniken in Rostock und Königsberg gemeldet wird. Daher erscheint eine weitere Verbesserung dieser Methode erwähnenswert in Form der Milchsäurepuffergemische, die die Eigenschaft haben, die Azidität der Spüllösung für längere Zeit gleichzuerhalten.

Bei all diesen Spülungen, wie sie im Volke mit den verschiedensten Mitteln recht zahlreich im Gebrauche stehen, erscheint jedoch die Durchführungsart der Spülung von wesentlicher Bedeutung, die darauf abzielen muß, den Kontakt zwischen Spülmittel und Scheidenwand solange als möglich zu verlängern, um dem Medikament die Möglichkeit zu geben, in alle Falten und Nischen der Scheide zu gelangen. Diese sogenannte permanente Scheidenirrigation wurde seinerzeit von Schücking in die Therapie eingeführt, ist aber wegen der Umständlichkeit und der schwer vermeidbaren Durchnässung der Kranken heute mehr oder minder verlassen und muß durch häufig wiederholte Spülungen ersetzt werden. Bei dieser Gelegenheit erscheint es von Bedeutung, auf die Wertlosigkeit, ja sogar schädliche Methode der Scheidenspülungen mit Gummiballons hinzuweisen. Es muß aber auch darauf verwiesen werden, daß manche Medikamente, wie z. B. Alaun, eine Abnahme des Ausflusses vortäuschen, indem der Schleim gerinnt und nun statt in flüssiger Form in allerdings weniger auffallenden weichen, bröckeligen Massen abgeht.

Eine zweite, allerdings schon mehr oder weniger verlassene Methode der Fluorbehandlung ist die Trockenbehandlung, wie sie von Nassauer eingeführt wurde. Die mit Bolus durchgeführte Therapie hat den Nachteil der geringen Desinfektionskraft bald erkennen lassen, außerdem ist die Entfernung der Bolusbröckelchen und -krusten sehr schwer, die Scheidenschleimhaut wird bei dieser Behandlungsmethode trocken und rissig, so daß das Einführen des Spekulum Schmerzen und Blutungen verursacht (Verkleisterung der Scheide).

Eine weitere Hauptgruppe der Behandlungsmethoden sind die Tamponbehandlung und jene mit Globuli, deren Wirksamkeit durch die Verwendungsmöglichkeit hochkonzentrierter Medikamente sicherlich nicht unterschätzt werden kann. Hier wäre nur zu erwägen, ob diese Medikamente auch die ganze Vaginalhöhle auskleiden bzw. die durch die Körperwärme aufgelösten Massen überall dorthin fließen, wo ihre Wirkung erwünscht ist.

Als eine letzte Behandlungsart des Fluors, über die schon wiederholt günstiger berichtet wurde, ist die Behandlung mit schaubildenden Medikamenten, den Spumanen, zu erwähnen.

Bei diesen Spumanen, die durch die verschiedenen medikamentösen Zutaten wesentlich hervorrangen, handelt es sich um die Bildung eines chemischen Schaumes, der durch die Einführung der Stäbchen in der Scheide erzeugt wird.

Die Vorteile dieser Behandlungsmethode bestehen in der außerordentlich feinen Verteilung der Medikamente im Schaume, dessen kleinste Bläschen in alle Falten und Buchten der Scheide eindringen, ferner in der reinigenden Wirkung durch das langsame Abfließen des Medikamentes und die günstige mechanische Irritation der Vaginalschleimhaut durch das andauernde Zerplatzen der Bläschen. Außerdem ist eine Kohlensäureatmosphäre für das Gedeihen von pathogenen Mikroben sehr ungünstig und wirkt schon an und für sich bakterizid.

Wir geben nachstehend auszugsweise noch einen Ueberblick über die klinischen Ergebnisse, die wir bei der Behandlung von zahlreichen Fällen erzielen konnten.

1. A. F., 23J., seit etwa 8 Tagen gelblicher Ausfluß aus der Scheide mit Brennen beim Urinieren. Untersuchung ergibt eine akute Infektion mit Gonorrhöe, welche zum Teil in der Harnröhre und im Trigonum der Blase, zum Teil in der Scheide und im Zervix lokalisiert ist; es besteht bereits eine schillinggroße Erosion. Spülungen, die die Patientin eigenmächtig bereits gemacht hatte, erzeugten schmerzhaft Sensationen im Bauche. Es wurde daher eine Spumanbehandlung eingeleitet, die in vorsichtiger Reinigung der Scheide und nachherigem Einlegen von zwei Spumanstäbchen mit Protargol bestand. Schon nach zweiwöchentlicher Behandlung war ein deutliches Nachlassen des Ausflusses und eine starke Verringerung der Gonokokken im Sekret nachweisbar. Nach etwa sechswöchentlicher Behandlung bestand nur noch eine sehr geringe katarrhalische Sekretion ohne Gonokokken, die auch nach Reizungen nicht mehr nachweisbar waren.

2. B. R., 29J., weiß von einer infektiösen Erkrankung der Geschlechtsorgane nichts, soll nach Angabe eines Mannes diesen infiziert haben. Untersuchung ergibt ein schleimiges Sekret aus

der Scheide: keine Gonokokken nachweisbar. Nach einer Reizinjektion mit Artigon konnten nach dem Unwohlsein im etwas eitrigen Sekret ganz vereinzelte gramnegative Diplokokken nachgewiesen werden. Da die Patientin eine ärztliche Behandlung nicht mitmachen konnte, wurde sie angewiesen, täglich zweimal je 2 Spumanstäbchen mit Protargol einzuführen. Die nach vier Wochen begonnene und nach jedem Menses, im ganzen viermal durchgeführte Scheidensekretuntersuchung nach Reizinjektion war bis heute negativ.

In zwei Fällen, bei denen eine Lokalbehandlung wegen Schmerzhaftigkeit beim Einführen von Scheidenspiegeln abgelehnt wurde, erschien eine Spumanbehandlung als das Mittel der Wahl. Die Sekretion in diesen Fällen von Fluor albus war nach etwa dreiwöchentlicher Selbstbehandlung so gering geworden, daß eine weitere ärztliche Kontrolle überflüssig erschien.

Cylotropin als unentbehrliches Hilfsmittel bei der Bilharziosisbehandlung.

Von Dr. EL KARARGI.

In meiner Heimat ist die Bilharziosis eine Volkskrankheit; 92% der Fellachen sind infiziert. Die Würmer verbreiten sich durch das strömende Blut und heften sich selten in der Lunge fest, etwas mehr in der Pfortader und meistens in der Niere, dem Nierenbecken, der Blase, der Prostata und dem Darm. Es entstehen dann, je nach Resistenzfähigkeit des Körpers, Reizerscheinungen von Icterus, unbestimmten Beschwerden bis Ikterus, Dysenterie, Prostatahypertrophie, kolossalen Seitenschmerzen; jedoch wird in den meisten Fällen nach der Miktio einige Tropfen Blut gelassen. Kommt nun letztere Kategorie gleich zum Arzt, so können sie durch Tartre émétique oder Antimosan geheilt werden.

Leider warten die Leute nun aber meistens, bis sie nicht mehr kriechen können, das heißt, sie sind schon schwach durch den dauernden Blutverlust, oder es hat sich durch den Reiz eine Pyelitis, Zystitis oder Prostatahypertrophie ausgebildet; diese Fälle müssen nun intern behandelt werden.

Ich persönlich spüle niemals die Blase, es sei denn unbedingt nötig, wie bei Prostatahypertrophie oder sehr starker Zystitis, aber auch dann nur einige Male. Meine Patienten erhalten, wenn der Urin mikroskopisch zur Bilharziosis neigt, etwas Theobromin als Diuretikum und dann, je nach Wunsch, 18 Injektionen Tartre émétique intravenös oder 10 bis 12 Injektionen Antimosan intramuskulär, prophylaktisch 2 oder 3 Injektionen Cylotropin.

Die schwereren Fälle, wo der Harn ganz blutig oder dick von Eiter bzw. Gries ist, behandle ich prinzipiell folgendermaßen: Abwechselnd 1 Tag Cylotropin intramuskulär, 1 Tag Antimosan steigend und unterstütze als Diuretikum entweder, je nach Lage des Falles, mit Helmitol — 6 bis 8 Tabletten täglich — oder Theocin bzw. Piperazin; ich sehe innerhalb 1 Woche, höchstens 10 bis 14 Tagen, sich stets den Urin klären.

Bei Prostatahypertrophie lasse ich den Katheter nur 3 bis 4 Tage liegen und spüle stets mit Rivanollösung 1:500, sonstige Behandlung wie oben.

Bei Schmerzen versuche ich stets das Morphinum zu umgehen und gebe 2 ccm Novalgin intravenös. Ich habe stets Sistieren der Schmerzen erreicht.

Cylotropin ist für mich unentbehrlich, da ich mich in etwa 140 leichten Fällen von Zystitis wie Pyelitis von seiner guten Wirkung, selbst bei nur 2 oder 3 Injektionen, überzeugen konnte; bei mittelschweren Fällen, etwas trübem Harn und Bodensatz bin ich mit 5 Injektionen Cylotropin ausgekommen; ganz schwere Fälle heilten nach 10 bis 15 Injektionen Cylotropin. Ich kann die Wirkung des Cylotropins bestimmt beurteilen, da ich in vielen Fällen nur Cylotropin gebe, weil die Leute entweder die anderen Präparate nicht kaufen oder nicht wollten.

Ich möchte nicht mit Krankengeschichten langweilen, da sie alle dasselbe Bild zeigen, doch möchte ich meinen hiesigen Kollegen besonders warm ans Herz legen, weniger zu spülen und dafür Cylotropin intramuskulär oder intravenös zu geben. Auch wäre es angebrachter, mehr Antimosan statt Tartre émétique zu verwenden; wir hätten dann weniger Schocks und Abszesse zu verzeichnen, auch würden die Patienten nicht so nadeln, da Tartre émétique doch allerlei Anforderung an den Körper stellt und viele sehr unter dem Brechreiz leiden.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Verantwortl. | Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 16

Schriftleitung: | Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin - Steglitz, Lindenstraße 20

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand, einschließlich Porto, außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich..... 3.50 Sch.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn..... 2.90 Pengö
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei..... 17.00 Kč
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 501224 Praha

Jugoslawien..... 30. — Dinare
Holland..... 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage.
Schweiz..... 3. — Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien..... 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien..... 11. — Lire
Polen..... 5.20 Sloty
Amerika..... jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder..... 2.40 Rmk.

NUMMER 22

BERLIN, DEN 1. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

STOVARSOL

Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincenzsche Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Verpackungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25. Klinikpackung mit 100 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Generalvertrieb: Theodor Trautsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64. Telegr.-Adresse: „Stovarsol“ Hamburg.

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

M. Kantorowicz, Berlin: Soziale Pathologie und soziale Hygiene. Ein Uebersichtsreferat 875

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 877

Referate nach Fachgebieten:

Augenheilkunde 883
Chirurgie und Orthopädie 884
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 887
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 891
Hygiene 894

Infektionskrankheiten 895
Innere Medizin, Tuberkulose 897
Kinderheilkunde 903
Mund- und Kiefererkrankungen 903
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 903
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 906
Psychiatrie und Nervenheilkunde 910
Psychologie und Psychopathologie 914
Soziale und gerichtliche Medizin 914
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 915

Neu erschienene Bücher -918

Beilagen-Hinweis: Ein günstiges Weihnachtsangebot enthält das beiliegende Zirkular des bekannten Weingutes Franz Jos. Steinen, Eller an der Mosel.

Anermon
Gynormon

TABLETTEN · INJEKTIONEN

für Entziehungskuren

Hysterie — Melancholie — Schizophrenie

NICHT NARKOTISCH / ALKALOIDFREI

LECINWERK DR. ERNST LAVES HANNOVER

Löflund's

MALZ-SUPPEN-EXTRAKT
nach Prof. Dr. Keller

zur Bereitung der Malzsuppe für atrophische u. an Milchnährschäden leidende Säuglinge. — Die grundlegenden Versuche von Professor Dr. Keller wurden seinerzeit mit Löflund's Extrakt durchgeführt. Diese Marke bietet daher auch heute sichere Gewähr für guten Erfolg.

ED. LÖFLUND & CO., GMBH
GRUNBACH BEI STUTTGART

NEU!

Heparliten

Zerkleinerte Wurzel einer in Niederländisch-Indien vorkommenden Cedroarin-Art

das bewährte Mittel bei
Erkrankungen der Leber
-- und der Gallenwege --

Einzelpackung (Wochenpackung) . . . RM 4.75
Klinikpackung (Kurpackung) RM 12.—

Literatur:

R. Koch, Münchner Med. Wschr. Nr. 23, 1927
Hersteller: A. v. Michaelis & Co., Frankfurt a. M.

Alleinvertrieb für In- und Ausland:

Dr. Fresenius, Hirsch-Apoth., Zell 111
FRANKFURT AM MAIN

Hochgebirgskurhaus
Obersalzberg bei Berchtesgaden
..... 1000 Meter
für Rekonvaleszenten * Davoser Verhältnisse

Dr. J. Hamburger's
Kurhaus

für Nervenkranken u.
Erholungsbedürftige.

Strausberg b. Berlin

Tel. 43. Sommer u. Winter.

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkranken

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1830 m ü. M. erstklassige Heilstätte für Lungenkrankheiten und chirurgische Tuberkulose. Pension von Fr. 20.— (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad. Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertantenschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. Chefarzt Geh. San.-Rat **Dr. Römisch**

Hausarzt: **Dr. Hartmann.**

Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 | Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61931 | Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 22

BERLIN, DEN 1. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Soziale Pathologie und soziale Hygiene (I).

Ein Uebersichtsreferat.

Von M. KANTOROWICZ, Berlin.

Auf dem vor einigen Monaten stattgefundenen Wiener Psychologenkongreß wies der Hamburger Psychologe William Stern darauf hin, daß, während vor 25 Jahren die experimentelle Psychologie ausgelacht wurde, sie heute eine Selbstverständlichkeit ist. Dasselbe Schicksal hatte ihre gleichaltrige Wissenschaft, die soziale Hygiene gefunden. Als am 1. März 1904 der Bahnbrecher der heutigen Sozialhygiene Alfred Grotjahn in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege den bis dahin verschwommenen Begriff der sozialen Hygiene und der sozialen Medizin formulierte und am 1. Mai desselben Jahres den Inhalt seines Vortrages veröffentlicht hatte (1a), war die Begeisterung für seine Gedanken recht spärlich, obwohl bereits im Jahre 1847 der Berliner Arzt Salomon Neumann darauf hingewiesen hat, daß die medizinische Wissenschaft in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft ist (2). Ein Jahr darauf hat Rudolf Virchow in seiner als Zeitdokument hochinteressanten Wochenschrift „Die medizinische Reform“ (3) den Satz geprägt: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“. Virchow hat sich jedoch, obwohl er auf dem Gebiete der Gesundheitspflege mancherlei Bemerkenswertes geleistet hat, hauptsächlich der pathologischen Anatomie und der Anthropologie gewidmet. Vor allem konzentrierte er sein Interesse auf die Lehre von der Zellulärpathologie. Zu dieser Zeit erntete Robert Koch seine Triumphe, so daß das ganze medizinische Denken damals im Banne der Zellulärpathologie und der Bakteriologie stand. Erst das im Jahre 1897 erschienene Buch von Adolf Gottstein über die „Allgemeine Epidemiologie“ war in der Lage, eine Bresche in die herrschende Auffassung der bakteriologischen Ära zu schlagen (4, 5). Gottstein hat nämlich in seinem Buch darauf hingewiesen, daß im Gegensatz zu der Kochschen Meinung „an der Entstehung von Seuchen erst in letzter Reihe die zufällige Uebertragung eines Ansteckungsstoffes beteiligt ist, daß vielmehr tiefer liegende Ursachen in Frage kommen, die auf dem Felde der Rassenentwicklung oder sozialen Zustände zu suchen sind“. Gottstein hat hier nicht nur auf die sozialen und wirtschaftlichen Ursachen der Entstehung und Verbreitung der Infektionskrankheiten und deren wirtschaftlichen Folgen hingewiesen, er hat auch gezeigt, welche Rolle die Konstitution des Menschen bei der Erkrankung spielt. Allerdings hat Gottstein einige Vorgänger gehabt. Ottomar Rosenbach (6), Ferdinand Hueppe (7, 8) u. a. haben einige Jahre vorher versucht, gegen den Strom der bakteriologischen Ära zu schwimmen. Doch ist es ihnen weniger gelungen als Gottstein. Das von den genannten Autoren geschaffene Prinzip übernahm sodann Friedrich Martius, der im Jahre 1898 die Konstitutionslehre begründet hat (9, 10). Im Zusammenhang hiermit wäre es interessant, das Problem der personalistischen Medizin (11, 12, 13) und deren Streitobjekt, das Problem der Konstitution und Kondition (14) zu erwähnen. Doch gehört dieses Thema zu einer speziellen Betrachtung. Hier sei nur hervorgehoben, daß man Gottstein als den Vorläufer der modernen personalistischen Medizin bezeichnen kann, weil er in seiner „Allgemeinen Epidemiologie“ sowohl die Konstitution als auch das soziale Moment in den Vordergrund gestellt hat. Jedenfalls ist sein Buch das erste Werk,

in dem Krankheiterscheinungen vom sozialpathologischen Standpunkt aus betrachtet werden. Gottstein hat aber noch nicht den ganzen Problemkomplex der sozialen Pathologie aufgerollt. Dies war Alfred Grotjahn vorbehalten, der in seinem Standardwerk nicht nur als erster den Begriff „soziale Pathologie“ wissenschaftlich formuliert hat, sondern auch sämtliche in Frage kommenden Krankheiten einer eingehenden Analyse unterzogen hat (15, 16). Er untersucht jede Krankheit in ihrer Beziehung zur sozialen Umwelt von folgenden Gesichtspunkten aus: 1. vom Standpunkt der Häufigkeit, 2. der Form, 3. der Verursachung, 4. der Wirkung, 5. der ärztlichen Behandlung und 6. der Verhütung durch soziale Maßnahmen.

Die Grundlage der sozialpathologischen Betrachtung ist die Medizinalstatistik. Leider ist dieser Zweig der Statistik stiefmütterlich behandelt worden. Da aber die medizinische Wissenschaft beginnt, diese Lücke allmählich auszufüllen und deshalb das Interesse für die Medizinalstatistik mehr und mehr wächst, scheint es uns angebracht, diesem Gebiet ein spezielles Referat zu widmen.

Untersuchen wir nun die Krankheiten von den obengenannten Gesichtspunkten aus, so scheint es uns, als müßten dabei die Infektionskrankheiten die größte Beachtung finden. Dies gilt jedoch nur für die chronischen Infektionskrankheiten, die akuten dagegen haben in den Industrieländern infolge der durch den Kulturfortschritt ermöglichten Maßnahmen an Wirksamkeit verloren. Eine Ausnahme bilden allerdings die akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters. Die Ursache liegt nicht nur in unserer Unkenntnis der Krankheitserreger, sondern in der immer noch unzulänglichen Schulhygiene (17). Somit gibt uns die soziale Pathologie des Kindesalters zur Besorgnis Anlaß. Es gibt leider noch kein konzentriertes Werk, in dem dieses Problem allseitig behandelt wird, so daß wir auf die Zeitschriften angewiesen sind (18). Aufschlußreich ist für uns insofern die „Zeitschrift für Kinderforschung“, als hier regelmäßig über die wichtigsten Neuerscheinungen auf dem Gebiete der Pädologie referiert wird. Diese Zeitschrift richtet ihr Hauptmerk auf die soziale Psychopathologie des Kindesalters. Die Schwererziehbarkeit der Kinder spielt in der Tat eine sehr große Rolle in dem gesamten Komplex der sozialen Pathologie des Kindesalters (19, 20, 21). Ebenso wie mit den schwer erziehbaren Kindern steht es mit der sozialen Psychopathologie schlechthin (22).

Auf der Grenze zwischen der sozialen Psychopathologie einerseits und der Sozialpolitik andererseits steht das komplizierte und viel umstrittene Problem der sogenannten „Rentenneurose“ (23). Diese Frage kann aber einwandfrei nur im Rahmen der Arbeitsmedizin (24, 25, 26) behandelt werden. Zu den bisher ihrer Bedeutung nach noch wenig gewürdigten Problemen gehört auch das der sozialen Pathologie der Frau. Allein die Tatsache, daß 35,6% aller Frauen berufstätig sind, deutet auf die Wichtigkeit dieses Problems hin. Der verdienstvolle Forscher dieses Problems ist der Berliner Frauenarzt Max Hirsch (27, 28).

Wir wenden uns nunmehr den Krankheiten zu, die wegen ihrer großen Tragweite sowohl in der Literatur als auch in der Praxis zuerst erkannt und gewürdigt wurden. Die Tuberkulose fordert im Durchschnitt 10% aller Todesopfer. Es ist interessant, festzustellen, daß diese Krankheit, insbesondere die Lungentuberkulose, vor Jahrzehnten als eine Gewerbekrankheit galt, die zur Zeit der fortschreitenden Industrialisierung die Tendenz zeigt, sich zu verringern (29). Die zweite chronische Infektionskrankheit ist

die Syphilis, die ebenfalls zur Zeit die Tendenz hat, sich zu verringern (30). In bezug auf seine zerstörenden Folgen ist neben der Syphilis der Alkoholismus nicht zu unterschätzen (31). Alfred Grotjahn gehört der Verdienst, diese Frage in eine neue Richtung gewiesen zu haben (32). Ferner ist die soziale Pathologie der übrigen Rauchtgifte hervorzuheben (33).

In letzter Zeit fällt die große Sterblichkeit an Krebs und Diabetes auf. Im Gegensatz zur Tuberkulose haben diese Krankheiten die Tendenz, sich zu steigern. Georg Wolff hat auf der letzten Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte darauf hingewiesen, daß diese Steigerung nur scheinbar ist und mit der Veränderung der Altersbesetzung der Bevölkerung zu erklären (34).

Recht stiefmütterlich ist bis jetzt die soziale Pathologie des Rheumatismus behandelt worden (35). Dagegen lenkte das Krüppelwesen in der letzten Zeit die Aufmerksamkeit auf sich. Durch das letzte Jugendgesetz ist vielen Krüppeln die Möglichkeit zu einer unabhängigeren Existenz als früher und damit die Ernährung durch eigene Arbeit gegeben (36).

Mehr und mehr macht sich die Tendenz geltend, auch andere Krankheitserscheinungen und ihre Wirkungen vom sozialpathologischen Gesichtspunkt aus zu werten. Zu solchen gehören die z. T. neuerdings zu den Gewerbekrankheiten gerechneten Ohren-, Augen-, Hautkrankheiten, hervorgerufen durch ohrenbetäubende Maschinen, augenschädigende Hochöfen bzw. Arbeitsräume, hautätzende Materialien usw., die allmählich zu einer Verkrüppelung führen können.

Dies alles haben in der letzten Zeit die Sozialversicherungsträger erkannt, und sind infolgedessen dazu übergegangen, dem schadenbehandelnden Prinzip das schadenverhütende Prinzip vorzuziehen (37). Alfred Grotjahn hat diese Erkenntnis bereits vor 25 Jahren gehabt, wie wir schon eingangs hervorgehoben haben. Es ist daher kein Wunder, daß A. Grotjahn seine sozialhygienische Lehre in seiner vorhin erwähnten „sozialen Pathologie“ behandelt hat. Er grenzt die physikalisch-biologische Hygiene von der sozialen scharf ab. Die Hygiene ist in erster Linie eine Naturwissenschaft; es darf aber nicht vergessen werden, daß zwischen dem Menschen und der Natur die Kultur steht, und diese an die gesellschaftlichen Gebilde gebunden ist, in denen allein der Mensch wirklich Mensch sein kann. „Die Hygiene muß daher auch die gesundheitlichen Wirkungen dieser gesellschaftlichen Verhältnisse und der sozialen Umwelt, in der die Menschen geboren werden, aufwachsen, arbeiten, genießen, sich fortpflanzen und sterben, sorgfältig berücksichtigen. Damit wird sie zur sozialen Hygiene, die der physikalisch-biologischen als notwendige Ergänzung zur Seite tritt.“ — Grotjahn teilt die soziale Hygiene in eine deskriptive und normative. „Als deskriptive Wissenschaft ist es ihre Aufgabe, den jeweiligen Status präsens hygienischer Kultur zu schildern; als normative bezweckt sie die Verallgemeinerung der hygienischen Maßnahmen, die zunächst in der Regel nur einer bevorzugten Minderheit zugute kommen, auf die Gesamtheit und somit eine fortschreitende Verbesserung des jeweiligen Status präsens. Mehr noch als nach der deskriptiven ist sie nach der normativen Seite hin den Naturwissenschaften entrückt und geisteswissenschaftlicher Betrachtung unterworfen: kulturhistorische, psychologische, volkswirtschaftliche, politische und überhaupt sozialwissenschaftliche Gedankengänge treten zur sozialhygienischen Synthese zusammen.“ Die Entwicklung der sozialen Hygiene hat inzwischen gezeigt, daß die Zeit nicht mehr fern ist, wo die bakteriologische und die experimentelle Hygiene sich der sozialen unterordnen muß. Allerdings müssen alle drei Teile der nunmehr synthetischen Wissenschaft an und für sich selbständig bleiben. So wird auch jetzt in den meisten Universitäten, wo als Ordinarius ein Bakteriologe amtiert, die experimentelle Hygiene einem selbständigen Abteilungsvorsteher untergeordnet. Leider wird die soziale Hygiene, abgesehen von Berlin und vielleicht einigen anderen Universitäten, immer noch stiefmütterlich behandelt.

Der von uns hervorgehobenen Tendenz Rechnung tragend, hat Ernst Gerhard Dresel versucht, alle drei Teile der hygienischen Wissenschaft zu einer Synthese zu bringen (38). Leider aber hat er dies nicht tief genug begründet. Aber auch aus dem Dreselschen Werk geht hervor, wie vorteilhaft es für die hygienischen Untersuchungen ist, im Gegensatz zu den herrschen-

den Untersuchungen der bakteriologischen Ära den Menschen in den Mittelpunkt der Forschung zu stellen. Einen kräftigen Beweis hierfür liefert uns die soziale Hygiene der Ernährung, wie A. Grotjahn uns schon im Jahre 1902 gezeigt hat (39, 40). Auch in der Wohnungshygiene konnte die experimentelle Hygiene sich ohne Berücksichtigung des sozialen Faktors nicht behaupten (41, 42). Aber kein anderes Gebiet zeigt die Unzulänglichkeit der nur experimentellen Hygiene so deutlich wie die Hygiene der Arbeit. Bei aller Anerkennung für die Laboratoriumsexperimente, die unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet durchaus bereichert haben, haben Erfahrungen gezeigt, daß praktische Beobachtungen der Arbeitsverhältnisse unerlässlich sind. Es ist daher eine neue synthetische Wissenschaft entstanden, die, auf dem Grenzgebiete zwischen der Medizin, Psychologie und Soziologie fußen, den Arbeiter in seiner gesamten Lebensweise umfassen will (43). Eine besondere Stellung nehmen in der Arbeitswissenschaft Psychotechnik (44) und Arbeitsphysiologie (45) ein. Insbesondere beschäftigt sich die letztere mit dem Ermüdungsproblem. Diese Frage bildet einen wichtigen Faktor in der psychischen Hygiene (46).

Aber auch alle andern Zweige der Hygiene wie die der Wohnung, der Ernährung, geschweige denn die Verbreitung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten, zeigen, wie eng die psychische Hygiene mit der sozialen verknüpft ist (47). Ebenfalls liegen auf dem Grenzgebiete zwischen der psychischen und der sozialen Hygiene das Erziehungswesen (48) und die Leibesübungen (49). Im Zusammenhang mit der letzteren ist die Frage der anthropometrischen Untersuchung erwähnenswert (50). Leider ist diese Untersuchungsweise noch nicht das Allgemeingut der Ärzteschaft, worunter auch die soziale Hygiene des Kindesalters leidet. Die einigen wenigen Untersuchungen geben uns einen wertvollen Aufschluß über die Kindesentwicklung. Die Anthropometrie ist auch wertvoll für die Eugenik. Alfred Grotjahn hat darauf hingewiesen, daß diese eng mit der sozialen Hygiene verbunden ist (51). „Denn allein die soziale Hygiene ist imstande, durch ihre Untersuchungen das Rätsel zu lösen, warum so manches große Kulturvolk vom Erdboden hat verschwinden müssen, und aus derartigen Untersuchungen Maßnahmen abzuleiten, die einem Volke, das in Sitte, Gesetz und Verwaltung diesen Regeln folgt, mit Sicherheit ermöglichen, die körperliche Grundlage seiner Kultur, seine Volkskraft, dauernd unversehrt zu erhalten.“

In der letzten Zeit wird hauptsächlich vom eugenischen Standpunkt aus die Säuglings- und Kinderfürsorge stark kritisiert. Diese letztere Frage, in Verbindung hiermit die Rachitisfrage usw., gehören in eine besondere Betrachtung über die praktische Sozialhygiene.

Literatur:

1. Als Einführung in die soziale Pathologie und soziale Hygiene empfehlen wir „Die soziale Pathologie“ von A. Grotjahn, 3. Auflage, 1923. Als Nachschlagewerke dienen: „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“, 2 Bände, herausgegeben von A. Grotjahn und J. Kaup, 1912, und „Handbuch der sozialen Hygiene und der Gesundheitsfürsorge“, 6 Bände, 1925 ff. Eine gute Literaturübersicht bieten: „Jahresberichte der sozialen Hygiene“, herausgegeben von Grotjahn und Krieger zwischen 1901 und 1923. Das Zentralorgan der sozialen Hygiene und Pathologie ist „Archiv für soziale Hygiene und Demographie“, herausgegeben von Rott und HammeI (wird in dieser Zeitschrift regelmäßig von uns referiert). — 1a. Vorwort zum Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie, herausgegeben von A. Grotjahn und F. Krieger, 3. Bd., Jena 1904. — 2. S. Neumann. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum, Berlin 1847. — 3. „Die medizinische Reform“, eine Wochenschrift, erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849 in Berlin. — 4. Adolf Gottstein, Allgemeine Epidemiologie, Bibliothek der Sozialwissenschaft Bd. 12, Leipzig 1897. — 5. Adolf Gottstein, Autoergographie in der Sammlung „Medizin der Gegenwart“, herausgegeben von L. R. Grote, Leipzig 1925. — 6. Ottomar Rosenbach, Grundlage, Aufgaben und Grenzen der Therapie, 1891. — 7. Ferdinand Hueppe, Ueber die Ursachen der Gärungen und Infektionskrankheiten und deren Beziehungen zum Kausalproblem und zur Energetik, Berlin 1893, und Verhandlungen der Naturforschergesellschaft I, 1893. — 8. Ferdinand Hueppe, Autoergographie in der Sammlung „Medizin der Gegenwart“, herausgegeben von L. R. Grote, Leipzig 1923. — 9. Friedrich Martius, Autoergographie in der Sammlung „Medizin der Gegenwart“, herausgegeben von L. R. Grote, Leipzig 1923. — 10. Theodor Brugsch, Einführung in die Konstitutionslehre „Biologie der Person“, Bd. 1, S. 2 — 11. Theodor Brugsch, Ziel und Wege der Konstitutionsforschung oder die Personallehre, Med. Klin. 1922, Nr. 34, S. 1082. — 12. Die Biologie der Person, ein Handbuch der allgemeinen und speziellen Konstitutionslehre, herausgegeben von Th. Brugsch und F. H. Lewy, 4 Bände. — 13. Friedrich Kraus, Pathologie der Person, 1. Teil Leipzig 1919, 2. Teil 1926. — 14. Julius Tandler, Konstitution und Rassenlehre, Zeitschrift für angewandte Anatomie und Konstitutionsforschung, Bd. 1, Heft 1, Berlin 1913. — 15. Alfred Grotjahn.

Soziale Pathologie, 1. Aufl. Berlin 1912, 3. Aufl. 1923. — 16. Handbuch der sozialen Hygiene und der Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von A. Gottstein, A. Schloßmann und L. Teleky, Bd. 5, 17. Georg Wolff, Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in den Schulen, Deutsche mediz. Woch. 1928, H. 11. — 18. Zeitschrift für Kinderforschung, Berlin, Verlag von Julius Springer, Zentralblatt für die gesamte Kinderheilkunde, ebenda. Zeitschrift für Kinderheilkunde, ebenda. Archiv für Kinderheilkunde, Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Verlag von S. Karger, Berlin. Monatsschrift für Kinderheilkunde, redigiert von Arthur Keller, Verlag von F.-C. W. Vogel, Leipzig. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter (Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Berlin). — 19. Ernst v. Düring, „Erkennung und erzieherische Behandlung psychischer Grenzzustände bei Kindern und Jugendlichen“, Karlsruhe 1928. — 20. Walter Cimbali, Die Neurosen des Kindesalters, Berlin und Wien 1927. — 21. Adler-Furtmüller, Heilen und Bilden, 3. Aufl., redigiert von Erwin Wechsberg, München 1928. — 22. M. Kantorowicz, Soziale Psychopathologie, ein Sammelreferat im Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. III (1928), H. 4 und 5. — 23. Walter Riese, Ueber Rentenstörungen, Stuttgart 1929. — 24. Franz Koelsch, Arbeitsmedizin im Handwörterbuch der Arbeitswissenschaft, herausgegeben von Giese, Halle a. S. 1927, Bd. 1, Lief. 1 und 2. — 25. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von A. Gottstein, A. Schloßmann und L. Teleky, Bd. 2, Berlin 1926. — 26. Schriften aus dem Gebiete der Gewerbehygiene, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Im Julius-Springer-Verlag in Berlin. — 27. Archiv für Frauenkunde, herausgegeben von Max Hirsch, Max Hirsch, Die Gefahren der Frauenarbeit für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kinderaufzucht, Leipzig 1925. Max Hirsch, Frauenarbeit und Frauenkrankheiten in „Biologie und Pathologie des Weibes“, Berlin und Wien 1925, bei Urban und Schwarzenberg. Max Hirsch, Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene, Stuttgart 1919. — 28. Veit, Handbuch der Gynäkologie, 3. Aufl., herausgegeben von W. Stoeckel, Bd. 2, München 1926. Inhalt: Hygiene und Diätetik der Frau von H. Sellheim; Die Grundlagen der Vererbungslehre von S. Meisenheimer. — 29. Georg Wolff, „Der Gang der Tuberkulosensterblichkeit und die Industrialisierung Europas“, Leipzig 1926. Georg Wolff und Mayor Greenwood, Einige methodologisch-statistische

Studien zur Epidemiologie der Tuberkulose. Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 52 (1928). Ludwig Teleky, Die Tuberkulose. Im 3. Band des Handbuches der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. — 30. Hans Hausteil, Die Geschlechtskrankheiten einschließlich der Prostitution. Im 3. Band des Handbuches der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausgegeben von I. Jadassohn, Bd. 22, Berlin 1927. Inhalt: Die soziale Bedeutung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von Hugo Hecht; Statistik der Geschlechtskrankheiten von Hans Hausteil. — 31. E. G. Dresel, Der Alkohol und seine Bekämpfung, im 3. Band des Handbuches der sozialen Hygiene und Demographie. — 32. A. Grotjahn, Alkoholismus nach Wesen, Wirkung und Verbreitung, Leipzig 1898. — 33. Hans W. Mayer, Der Kokainismus, Leipzig 1926. — 34. Georg Wolff, Hat die Sterblichkeit an Krebs und Diabetes zugenommen?, Deutsche medizinische Wochenschr. 1928, Heft 47. — 35. Arnold Zimmer, Rheuma und Rheumabekämpfung. Mit einem Vorwort von August Bier. Berlin 1928. — 36. Konrad Biesalski, Grundriß der Krüppelfürsorge, 3. Aufl., Leipzig 1926. — 37. Fr. Goldmann und A. Grotjahn, Die Leistungen der Deutschen Krankenversicherung im Lichte der sozialen Hygiene, Berlin 1928. — 38. Ernst Gerhard Dresel, Lehrbuch der Hygiene, Berlin und Wien 1928. — 39. A. Grotjahn, Ueber Wandlungen in der Volksernährung, Leipzig 1902. — 40. und 41. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 5. — 42. C. Flügge, Großstadtwohnung und Kleinhaußsiedlungen in ihrer Einwirkung auf die Volksgesundheit, Berlin 1926. — 43. Otto Lipmann, Grundriß der Arbeitswissenschaft, Jena 1926. Fritz Giese (Herausgeber), Handbuch der Arbeitswissenschaft, Halle a. S., Carl Marhold Verlagshandlung, erscheint zur Zeit in Lieferungen. — 44. F. Baumgarten, Die Berufseignungsprüfungen, München und Berlin 1928. — 45. Edgar Atzler (Herausgeber), Körper und Arbeit, Handbuch der Arbeitsphysiologie, Leipzig 1927. — 46. Robert Sommer, Öffentliche Ruhehallen, Halle a. S. 1913. — 47. Karl Kibkalt, Probleme der psychischen Hygiene. Archiv für Hygiene, Bd. 100, H. 5-7. — 48. Czerny, Arzt als Erzieher, München in mehreren Auflagen. Erich Stern, Gesundheitliche Erziehung, Karlsruhe 1928. — 49. Johannes Müller, Die Leibesübungen, ihre biologisch-anatomischen Grundlagen, Physiologie und Hygiene, sowie erste Hilfe bei Unfällen, 5. Aufl., Leipzig 1928. — 50. Rudolf Martin, Anthropometrie, Berlin 1925. — 51. Alfred Grotjahn, Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung, Berlin und Wien 1926.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

- Arbeiten aus dem Neurologischen Institute an der Wiener Universität (Arch. neur. Inst. Wien), Wien, 31., Mai 1929.
 Konstitution des Glioms. T. Usawa.
 4212. Kleinhirnbryone. J. C. Yaskin.
 Gefäße bei Hirntumoren. J. C. Yaskin.
 4211. Gehirn nach Urämie. K. Uchida.
 Plexus chorioideus der Seitenventrikel. A. Auersperg.
 Ganglienzellen bei Encephal. epidem. B. Nishii.
 4217. Bulbus und Atemstörungen. T. Hazama.
 4218. Zentren für den Uterus. E. Ishikawa.
 Diffuse Sarkomatose des Nervensystems. B. Nishii.
 Corpus genic. ext. bei tabischer Optikusatrophy. H. Deutsch.
 Spirochäten bei multipler Sklerose. B. Nishii.
 4225. Dystrophie musc. progr. J. Nielsen.
 Senile multiple Sklerose. K. Taga.
 4226. Nervöse Erscheinungen bei der Osteomalazie. T. Kurosawa.
 Ganglienzellen im Vorderhorn der Lumbalanschwellung. Y. Tsiminakis.
 Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), Berlin, 158., Heft 1, 1929.
 4097. Ueber Melkernoten mit toxischem Exanthem. Walther Schulze und Friedrich v. Grundherr.
 4099. Epidermophytide der Hände. Werner Jadassohn und Samuel M. Peck.
 4096. Zur Pathogenese der Sklerodermie. K. H. Vohwinkel.
 Das Verhalten von Fadenpilzcolonien unter der Wirkung des Lichtes. K. v. Berde.
 Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei experimentellen Kutanreaktionen. S. Bettmann.
 Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenbenzolpräparate auf die Leber. VII. Mitteilung. E. M. Lewin.
 4102. Unspezifische Desensibilisierungsversuche an Ekzematikern mit Terpentinöl auf perkutanem Wege. Richard Geiger.
 Meinecke-Reaktion mit unmittelbar nachfolgender dem Zentrifugieren und gefärbten Antigenen. E. Alvarez Sáinz de Aja und Nicolás Calvin.
 4098. Ueber zwei Fälle von erblichem Melanismus. Orth.
 4206. Die Rattenbierkrankung (Sokodu) als Modellinfektion für Syphilisstudien. A. Stühmer.
 Studien über Vererbung von Hautkrankheiten. XI. Ichthyosis congenita. Hermann Werner Siemens.
 Ueber endokrine Störungen bei Recklinghausenscher Krankheit. Helmuth Freund.
 4169. Allgemeine Betrachtungen über das Guttadiaphot am Beispiel der Gonorrhö. Kurt G. Stenzel.
 Ueber Dermatose bei Finsendruckbestrahlung der normalen Haut des Menschen. Max Popper.
 Ueber eine bisher nicht beschriebene punktförmige Keratose. Porokeratosis vera non perstans. P. W. Schmidt.

4195. Blutzuckerbestimmungen bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris. Hans Biberstein und Helene Linke.
 4128. Die amerikanische Hautleishmaniose. G. Buß.
 Die Hautüberempfindlichkeit gegen Körper von Chinonstruktur. III. Mitteilung: Urol- und Pallidolüberempfindlichkeit, anderer Mechanismus in gewissen Fällen nebst Bemerkungen über die Natur des reizenden Stoffes in den gefärbten Pelzen. R. L. Mayer.
 4095. Ueber Organtherapie der Hautkrankheiten. Wilhelm Karo.
 Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 43., Heft 5/6.
 Weitere Untersuchungen zum Chemismus der nephritischen Blutdrucksteigerung. Hülse und Francke.
 Tierexperimentelle Untersuchungen über die blutzuckersenkende Wirkung des Phaseolanum fluidum „Tosse“, mit besonderer Berücksichtigung der Organanalyse. Gohr und Hilgenberg.
 Die Wirkung des Morphinumderivates Laudanon auf den Stoffhaushalt bei verschiedener Kost. Arnoldi.
 Der Ablauf von Vergiftungen an mit Theophyllin vorbehandelten Tieren. Fröhlich und Zak.
 Einfluß des Adrenalins auf die Zuckerneubildung. II. Mitteilung: Mobilisierung des Muskelglykogens durch Adrenalin. Geiger und Schmidt.
 Pharmakologische Differenzierung von Ephedrin und Epinephrin. Macht.
 Ueber den Einfluß verschiedener Substanzen auf den Zucker- und Ammoniakgehalt des Blutes. Wantoch.
 Wirkt das linksdrehende Ephedrin stärker als das optisch inaktive Ephedrin (Ephetonin)? Kreitmair.
 Ueber die Wirkung der sogenannten „Bitterstoffe“. Junkmann.
 Archiv für klinische Chirurgie (Arch. klin. Chir.), Berlin, 155., 4. Heft.
 4037. Behandlung des akuten nichttuberkulösen Pneuempyems. Rudolf Demel.
 4200. Erzeugte Lungenembolie bei Hunden. B. Martin.
 4046. Hautplastik für die Behandlung der Hypospadie. Hermann Meyer.
 4132. Morphologie des lugalbehandelten Basedowstruma. Abraham Troell.
 4056. Die Blutversorgung der Lappen bei osteoplastischen Amputationen an der unteren Extremität. Adib Chasin.
 4203. Ueber die praktisch-klinische Bedeutung des Wirbelangioms. K. Makrycostas.
 4035. Operation des Oesophaguskarzinoms auf endoskopischem Wege. A. Seiffert.
 4042. Die Stieldrehung des dritten Netzes. Dessó von Klimko.
 4214. Tuberkulose des zentralen Nervensystems. P. Schildowsky.
 Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 37, 1929.
 Ueber Untersuchungsergebnisse am Nervensystem bei Pemphigus vulgaris et vegetans. G. Riehl jr.
 4100. Sommerprurigo und Vitiligo. Franz Weinberger.
 4194. Zur Kenntnis der Citocholeaktion. Erich Klopstock.
 4104. Konstitution bei Gonorrhö. „Milde“ Gonorrhöbehandlung. Hugo Hecht.
 Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 38, 1929.
 Schizosaccharomycosis pompholyticiformis. Zur Aetiologie und Pathogenese der „dysidrosiformen“ palmaren und plantaren Mykosen. (Vorläufige Mitteilung.) T. Benedek.
 4239. Ein Fall von 16 Jahre lang erhaltener Salvarsanüberempfindlichkeit. Richard Birke.

- Ueber den Gonokokkennachweis in gerichtlich-medizinischer Beziehung, speziell in Hinsicht auf die Diagnosestellung auf Grund der Untersuchung von Sekretflecken. Helmut Lorch.
4105. Der gegenwärtige Stand der Serodiagnose der Gonorrhöe. Alfred Colln.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrgang, Nr. 34.
- Rachitis und Tuberkulosebehandlung. O. v. Bergmann.
- Rektale Strophantivergiftung. Der „Fall Meriens — Dr. Richter“. H. Führer.
- Die Notwendigkeit von Kliniken für Alterskrankheiten. R. Eiselt.
- Zur Ueberventilation. W. Raab.
- Ruhrpest durch Bazillus Kruse-Sonne. Paul Grosser.
4125. Die Scharlachkomplikationen und die Serothérapie des Scharlachs. Felix v. Bormann.
- Schädigungen durch Röntgen- und Radiumstrahlen? H. v. Spindler.
- Ueber die Behandlung des Brustwarzenkrampfes. R. Zimmermann.
- Zur Partagonbehandlung der weiblichen Gonorrhöe. Walter Schaefer.
- Zur Technik des Heftpflasterverbandes. Benedikt Klenke.
- Zur Analyse der intrakutanen Ferrizyankaliumreaktion nach Brugsch. Herbert v. Versen.
- Entgegnung zu vorstehender Arbeit. Theodor Brugsch.
- Deszendierender Katarrh. W. Offenorde.
- Potenzierende Wirkung von Eumydrin und Papaverin auf den Darm. Hans Handovsky.
- Klinische Erfahrungen mit Sandoptal als Schlafmittel. O. Deicke.
- Repititorium der Darmkrankheiten. VII. Appendizitis. Walter Zweig.
- Erfolgreiche Bekämpfung von Scharlach und Diphtherie. Ascher.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift** (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrgang, Nr. 35.
4130. Fettleibigkeit und Fettsucht. P. F. Richter.
4146. Beziehungen zwischen Gallenblasenerkrankungen und Diabetes. H. Strauß.
4135. Hypertonie. Th. Fahr.
4136. „Hämogramm“ oder „Feststellung toxischer Granulationen der Leukozyten“ als Methode praktischer Blutbildwertung. Viktor Schilling.
4049. Die Steuerungsmöglichkeit der Avertinnarkose durch Thyroxin. B. O. Pribram.
4055. Die Deckung rezidivierender Ulcera cruris mittels Lappenplastik aus dem Oberschenkel des anderen Beines. A. Peters.
- Die Bedeutung der Kahnischen Reaktion in der serologischen Syphilisdiagnostik. Ehrenfried Castegs.
- Zur Therapie der Metasyphilis. Leven.
4062. Der menschliche Fuß als Urbild gestaltender Funktion. August Weinert.
4192. Ueber die Funktionsprüfung des Magens, speziell mittels des Bierfrühlstücks. Hirsch-Mammoth.
- Frühzeitig nach Entfernung einer Blasenmole entstandenes, erkanntes und entferntes malignes Chorionepitheliom. L. Fraenkel.
- Hohe Salizylgaben bei der Behandlung der akuten und chronischen rheumatischen Polyarthritiden. Heinz Taterka und Paul Borchardt.
- Drosithym zur Behandlung des Keuchhustens und der Katarrhe der oberen Luftwege. Rothenberg.
- Entfernung einer Stearinkeze aus der männlichen Blase. Ernst Zimmermann.
- Repititorium der Darmkrankheiten. VIII. Erkrankungen des Mastdarms. Walter Zweig.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie** (Dtsch. Z. Chir.), Leipzig, 218., 1/6. Heft.
4045. Untersuchungen über die Rolle der Venen bei der Weiterleitung pyämischer Prozesse. A. Löwen und E. König.
4044. Ueber Entstehung und Bedeutung der sekundären Thrombose bei arterieller Embolie. Ernst Melzner.
- Experimentelle Untersuchungen zur „Erzeugung von Immunität durch das Glühisen“ nach Bier. Karl H. Erb.
- Die Autointoxikation durch die Phenol-Indolkörper. Max Biebl.
- Zur Pathologie und operativen Behandlung chronischer Kniegelenkerkrankungen. A. Löwen.
- Ueber Arachnodaktylie und arachnodaktylieähnliche Degenerationsformen. W. Müller.
- Trauma und Diabetes. Zuckerstoffwechsel bei Frakturen. B. Hundsdoerfer.
4180. Ueber die organspezifische wachstumsfördernde Wirkung homoioplastischer Epithelkörperchen-Transplantation. H. O. Zwerg.
- Eine experimentelle Bindegewebsstudie am Retikuloendothel der Leber. Max Biebl.
- Experimenteller Beitrag zur Entstehung der akuten und chronischen Entzündungen des Nebenhodens und Hodens. Sigurd Frey.
- Der Tod des Menschen in seinen Beziehungen zu den Tages- und Jahreszeiten. Sigurd Frey.
- Ueber homolaterale Hemiplegie bei Meningeaverletzung. E. König.
- Zur Röntgenbestrahlung der Plexus chorioidei. E. König und G. Panning.
- Zum plastischen Ersatz der Oberlippe und zur Korrektur ihrer Form. Kurtzahn.
- Ueber die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen nach Gaumenspaltenoperationen. Scheppokat.
- Experimentelle Untersuchungen über die Verteilung von Flüssigkeiten in der Bauchhöhle. E. Grube.
- Die sogenannte Büschelbildung im menschlichen Nieren-Röntgenbild. E. König.
- Ueber den negativen Luftdruck im Gelenkraum. Walther Müller.
- Spontanfraktur bei seniler Osteomalazie. Kurtzahn.
- Zur Technik der Zusammensetzung von Skelettabschnitten nach Form. Walther Müller.
- Ueber die Behandlung des eingewachsenen Nagels. Kurtzahn.
- Endokrinologie** (Endokrinol.), Leipzig, 4., Heft 3, 1929.
- Ueber Chondrodystrophie. H. Curschmann.
4118. Ueber die geographische Verbreitung des Kropfes in Rußland. H. J. Arndt.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 34.
4185. Bewertung der Senkungsreaktion im Rahmen funktioneller Zellpathologie. K. v. Neersgaard.
- Ueber die serologische Spezifität der Krebszellen. L. Hirschfeld, W. Halber und J. Laskowski.
4147. Ueber Störungen der Fettresorption bei Leberzirrhose und anderen Erkrankungen. H. Wendt.
- Der Einfluß der Schilddrüse auf die zirkulierende Blutmenge und die Blutdepots des Organismus. L. Wislicki.
4201. Ueber den K- und Ca-Gehalt von Eiter und Exsudaten und seine Beziehungen zum Entzündungsschmerz. C. Häbler.
4249. Symptom bei der Cholezystographie. Kaspar Blond.
- Zur Bestimmung des spezifischen Gewichts des Liquors cerebrospinalis. Carl Riebeling.
4161. Das Guttadiaphot beim kranken Kinde. Ernst Lorenz.
- Gonokokkenzüchtung auf Blutwasser-Agar. Wolfgang Casper.
- Experimente zur Frage des hypophysären Diabetes. Carl Velhagen.
- Hormonbilanz nach peroralen Ovarialhormongaben. J. Luchsing und H. E. Voß.
- Ueber die Wirkung der Radiumbestrahlung auf den Kohlehydratstoffwechsel der Gewebe. A. A. Krutowski.
- Tetanie unter dem Bilde von Entropasmen. Zwei unnötig operierte Fälle. H. Stern.
- Vorbeugung und Behandlung der Rachitis. Bericht über die Vorträge in den Sitzungen der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde am 12. und 25. Juni 1929.
- Ueber Stellung und Bedeutung des Schularztes. Wilfried Zeller.
- Zur Frage der Blutzuckerverteilung im Arterien-, Venen- und Kapillarkreislauf. Robert Wertheimer.
- Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. F. Sauerbruch.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 35.
- Die Besonderheiten des Kraftwechsels im Kindesalter. E. Helmreich.
4158. Die Bedeutung der Organe mesenchymaler Abstammung für die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber bakteriellen Infektionen im Wachstumsalter. Walter Frey.
- „Antagonismus“ zwischen Roustumor und Tuberkulose? O. Teutschländer.
- Reaktionsregulation des Darmchymus. H. Brühl und E. Freudenberg.
- Icterus neonatorum und die Frage anhepatischer Ikterusentstehung. Hans Jacoby.
- Akute lebensbedrohende Sauerstoffverluste des arteriellen Blutes bei Lungentuberkulose. Fr. Pomplun.
- Ueber symmetrische, multiple Lipomatosis. Wilfried Löwenstein.
4229. Blutströmungsgeschwindigkeit und Blutstatus bei Nervenkrankheiten. Richard Grün.
4143. Ueber Herzvergrößerungen bei angeborener arterio-venöser Kommunikation. H. Rösler.
- Die intravenöse Pyelographie. A. Roseno.
- Farbenphotographie des Augenhintergrundes. K. Wessely und E. Wertheimer.
4186. Die Wirkung des Lezithins auf den Kohlehydratstoffwechsel. Guido Izar und Saverio Costantino.
- Entwicklung und Invasion von *Metastrongylus elongatus* der Lunge. Adde und Michael Hobmaier.
- Ein Fall von einheimischer Sprue. Else Scherer.
- Die Besonderheiten des Kreislaufes im Kindesalter. L. Doxiades.
- Das Psycobenzyl in der Therapie des Hals-, Nasen- und Ohrenarztes. Fr. Ernst Rieplemeyer.
- Weitere Erfahrungen mit Gelonida antineuralgica. Heinrich Ruge.
- Die Krankenversicherung** (Krk.vers.), Berlin, Nr. 17, 1929.
4122. Arzneimittelgesetzgebung. Lustig.
- Arbeitslosenversicherung und Gemeinden. Servais.
- Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung 1928.
- Medizinische Klinik** (Med. Klin.), Berlin, Nr. 31, 1929.
- Ein Kernproblem der Tuberkuloseforschung. Disposition und Exposition bei der Entstehung und Entwicklung der chronischen Lungentuberkulose. J. Meinertz.
4210. Ueber die Obstipation bei Sclerosis multiplex und Tabes dorsalis. Leo Heil und Josef Faltischek.
4244. Die Häufigkeit des röntgenologischen Nachweises der Zirbeldrüse. Hans Rothmann.
4181. Der Blutdruckreflex. Albert Hirschbruch.
- Ueber Lungentumoren. Willy H. Crohn und B. Weber.
- Ueber Lymphogranulomatosis des Magens. K. Tschilow.
- Zur Frage Stoffwechsel und Haut. Erwin Pulay.
- Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
- Medikamentöse Behandlung der Gicht. Wolfgang Straube.
- Die Behandlung der akuten Gonorrhöe mit Trypallavin. Karl Skutezy.
- Dienstbeschädigung für Adververkalkung abgelehnt. v. Schnizer.
- Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. Otto Strauß.
- Zur Honorarfrage der Aerzte. Schläger.
- Medizinische Klinik** (Med. Klin.), Berlin, Nr. 32, 1929.
4151. Der Einfluß besonderer Ernährungsart auf schwere Formen der Tuberkulose. A. Hermannsdorfer.
- Aerztliche Fragen bei der Erholung der Kinder an der See und im Gebirge. Leopold Moll.
- Zur Kritik der neuen Lehre vom Versagen chronisch kranker Herzen durch Stoffwechselstörungen in der Körperperipherie. Robert Weiß.
4223. Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge von Schädelverletzungen. H. Oetken.
4164. Ueber Thanatophthisin, ein neues Mittel zur Behandlung der Tuberkulose. H. Koenigsfeld.
4073. Behandlung der akuten Appendizitis in der Gravidität. Hans Dworzak.
- Zur Frage der Jodkaliprovokation von Bleitupfeln. Kurt Haack.
- Bemerkungen zu vorstehender Arbeit. U. Winkler.
- Diastasebefunde in der Galle. Hans L. Popper.
- Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
- Gyneciorina-Tabletten in der chirurgisch-gynäkologischen Praxis. P. Schmidt.

- Gaumen- und Rachenmandelhypertrophie im Kindesalter und ihre interne Behandlung mit Sulfojodetten. Fritz Rothenberg.
- Die Potenzierung kleinster Dosen bei der Uro-Med-Behandlung der urogenitalen Infektionen. Kanellis.
- Dienstbeschädigung für essentiellen Hochdruck abgelehnt. v. Schnitzer.
- Ueber Krebs und Krebsbehandlung. Sammelreferat. Otto Strauß.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 31, 1929.**
4256. Radiotherapie der Brustdrüsenkarzinome. Mario Ponzo.
4183. Morphologie, diagnostische und prognostische Bedeutung der Granulofilozyten. J. W. Moldawsky.
4231. Das Symptomenbild der Ethnophrenie. Berndt Götz.
- Zwei Fälle von puerperaler Urterkomplikation. Otto Bokelmann.
- Ueber nichterkannten Abriß des Ligamentum patellare. Walter K. Fränkel.
- Schultergelenkerkrankungen und Erbscher Punkt. Martin Lier.
- Lokale Ultraviolett- und Hochfrequenztherapie bei Haut- und Schleimhauterkrankungen. O. Heller.
- Zur Therapie juckender entzündlicher Dermatosen. J. Segall.
- Erfahrungen mit Coffetyl in der Allgemeinpraxis. Siegmund Helischkowsky.
- Strafrechtsform und Sexualreform. Otto Wagner.
- Ein neuer Respirationsapparat. E. Simonson.
- Radioaktivität, Untergrundströme und Wüschelrute in ihrer Beziehung zur menschlichen Gesundheit (vgl. Med. Welt, 29, 1928). Schubart.
- Radioaktivität, Untergrundströme und Wüschelrute in ihrer Beziehung zur menschlichen Gesundheit (vgl. Med. Welt, 26). Hugo Bach.
- Der kranke Schumann. Gustav Ernest.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 32, 1929.**
- Koffein und Nachkommenschaft. H. Stieve.
- Oonojontophorese und Tierversuch (vgl. Med. Welt, 24, 847). Paul Happel.
- Die Bedeutung der endokrinen Drüsen in der Chirurgie. W. A. Oppel.
- Sulfosalizylsäure als Entkalkungsmittel. Ferdinand Winkler.
- Was muß der Hausarzt von der Chirurgie der endokrinen Drüsen wissen? Georg Büttner.
4252. Kniebeschmerzen bei Hüft- und Fußkrankheiten. August Bienenke.
4034. Heilerfolge mit oberflächlicher Galvanokaustik bei Infiltraten der Kornea und Heilwert der kautischen Punkte bei Glaukom. A. Maria Rosenstein.
- Die vegetative Neurose. Ernst Hoffstaedt.
4224. Ischias. A. Grinbarg.
- Behandlung des Singultus. Georg Rosenfeld.
- Nachwort. Singultus und Enzephalitis. Benda.
- Nichtfärbende Schieferölbehandlung mit Eutisol. Elisabeth Willms.
- Strafrechtsform und Sexualreform. Otto Wagner.
- Die Rolle des Geschlechtes bei der Vererbung geistiger Eigenschaften. Leven.
- Tragische Erlebnisse eines armen Schluckers. Heinrich Zellner.
- Monatsschrift für Unfallheilkunde (Mschr. Unfallheilk.), Leipzig, 9, 1929.**
- Traumatische Magen- und Darmperforationen durch stumpfe Gewalteinwirkungen in versicherungsgesetzlicher Beziehung. Otto Buurman.
- Unfallbegutachtung unter Bezugnahme auf die neue Lehre der Phthiseogenese. Philipp Kissinger.
4237. Inwiefern ist bei Wirbelsäulen-Schwerverletzten zeitweise Arbeitsfähigkeit ein Maßstab für die spätere Bewertung von Unfallfolgen. W. Dabs.
- Münchener Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), 76. Jahrg., Nr. 35.**
- Die Entwicklung der gerichtlichen Medizin in den letzten 25 Jahren. Hermann Merkel.
4238. Ueber Elektrizitätstodesfälle. H. Edenhofer.
- Zur Verhütung des Selbstmordes, insbesondere der Jugendlichen. Erich Meyer.
- Ist der Genuß von Glassplintern gesundheitsschädlich? Greiff.
- Ueber Messerstichverletzungen im Metzgerberuf mit Beiträgen zur Stichverletzung der Arteria femoralis. O. Winterstein.
- Ueber Erfahrungen mit dem Seekrankheitsmittel Vasano. F. Metzler.
- Unsere Erfahrungen mit Dilaudid. Gertrud Lullies.
- Bemerkenswerter Fall von Sandoptalvergiftung. Ernst Friedebert Walker.
- Infektion der Meningen nach Lumbalpunktion durch Hautstückchen. H. Schoenemann.
- Die Wasserstrahlmilchpumpe. F. Thoenes.
- Ein neuer Hämatokrit. Werner Kollath.
- Blutgruppenstudien in Kanton (China). Backiang Liang.
- Erwiderung auf vorstehende Kritik meiner Arbeit durch Herrn B. Liang. Ernst A. Dormanns.
- Die Erkrankungen der Leber- und Gallenwege. G. Lepehne.
- Münchener Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), 76. Jahrg., Nr. 36.**
- Erleichterung der Myomoperation und die dadurch bedingte Indikationsverschiebung nach der Frühoperation hin. Hugo Sellheim.
4250. Die klinische Bedeutung der Tuberkuloseimmunität. H. Selter.
4223. Ueber schleichende und larvierte septische Infektionen. Hugo Kammerer.
- BCG-Virulenz und Tuberkuloseimmunität. Ernst-August Schnieder.
- Vierjährige Erfahrungen mit der Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose. Joseph Hohn.
- Das frei perforierte Magen-Zwölffingerdarmgeschwür. H. Paugger.
4248. Anwendung der Duodenalsonde zur Tälchenabtreibung bei Erwachsenen und Kindern. S. Margulis.
4271. Untersuchungen über den Nachweis von Urotropin im Liquor cerebrospinalis. G. Jung und K. Voit.
- Die Vermehrung und Vitaminanreicherung der Muttermilch und Kuhmilch mittels bestrahlter Hefe. Michael Wachtel.
- Zur Behandlung des Keloids nach Furunkel mit Jodiontophorese. Fr. Wirz.
- Ueber Behandlung von Dekubitis mit „Mova-Salbe“. Masorsky.
- Ueber das Wundpulver Yxlin. Fiedler.
- Zur Differentialdiagnose der Hämatocele bei Tubargravidität. Emil Mertens.
- Reichs-Gesundheitsblatt (Reichsgesdh.bl.), Berlin, 4. Jahrg., Nr. 36, 1929.**
420. Die Fehlgeburten in den Universitäts- und Landesfrauenkliniken. Dornedden.

- Reichs-Gesundheitsblatt (Reichsgesdh.bl.), Berlin, 4. Jahrg., Nr. 37, 1929.**
4119. Eine technische Neuerung bei der Abhaltung öffentlicher Impftermine. Hackenthal.
- Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin und Wien, 33., Heft 2, 1929.**
4241. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle als physikalisches Problem. R. Glocker.
- Zur Strahlenbehandlung des Skleroms. H. Martenstein.
- Bericht über die an der Freiburger Frauenklinik mit Injektionen von Cansical und Anabol behandelten Fälle. Karl Friedrich Vorländer.
4205. Karzinomkrankheiten und Säurebasenhaushalt. H. Th. Schreus.
- Die Röntgenbehandlung der epithelialen Krebse der Tonsillengegend. H. Coutard.
4251. Ueber die Dosierung bei Radium- und bei Radiumröntgenbestrahlung. Th. C. Neef.
- Fortschritte in der Dosimetrie von Kathodenstrahlen. Rudolf Thaler.
- Zur Physik der Fingerhutkammer. R. Braun und H. Küstner.
- Bestimmung der bei Gamma- und Röntgenstrahlenbehandlung vom Gewebe absorbierten Energiemengen. E. Stahel.
- Versuche über den Wirkungsgrad von Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge auf die Milz der Maus bei gleicher Dosis, gemessen in R-Einheiten. Jürgen Piepenhorn.
- Licht und Rachitis. Fr. Peemöller.
4252. Kalzium, Schwangerschaft und Licht. H. Gutmann und W. Schol.
- Weitere Untersuchungen an der Strahlenreaktion des Eiweißes. B. Rajewsky.
- Entzündungsprophylaktische Röntgenbestrahlung. Franz Freund.
- Weitere Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. W. v. Wieser.
- Beitrag zur Strahlenempfindlichkeit des Gehirns. Adolf Druckmann.
- Die Veränderungen des Blutcholesterins in vitro. A. H. Rolpf und H. Degiorgi.
- Ultraviolett durchlässiges Glas. C. Dorno.
- Zur Frage der Hochspannungsmessung. D. Nasledow und P. Scharawsky.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 21.**
- Psychiatrie und psychologische Methodik. Erwin Stransky.
4103. Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und der Skabies in Wien. M. Oppenheim und A. Feßler.
- Ueber die Entstehung der Entzündung und des Karzinoms. Ferdinand Röder.
4041. Die Kystoskopie des Rektums. Wilhelm Sternberg.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 22.**
- Vincenz und Kern. Hoffmann.
4039. Bedarf die Fettgewebsektomie der Bauchspeicheldrüse als solche stets operativer Behandlung? Heinrich Hufnagel.
4048. Die Vorteile der Lachgasnarkose. Eugen Jeckl.
4175. Bleivergiftungen des Magen- und Darmtraktes und ihre chirurgische Heilung. Fritz Kaspar.
4047. Zur Indikation der Krampfaderverödung. Franz Kazda.
- Zur operativen Therapie des Hallux valgus, der Hammerzehe und unerträglicher Klavi. Hans Lorenz.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 23.**
- Gedanken über den Unterricht in Chirurgie. F. de Quervain.
- Beziehungen der Erkrankungen des Blutes und des Verdauungsapparates. Emil Schwarz.
- Anämien. Albert Herz.
4081. Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Th. Micholitsch.
- Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Z. Geburtsh.), Stuttgart, 95., Heft 1, Juli 1929.**
- Ueber die Selbstreinigung der Scheide. I. Teil: Untersuchungen über das Bakteriophagen im Scheidensekret. II. Teil: Bedeutung des Säuregehaltes des Scheidensekrets als Selbstreinigungsfaktor. H. Schultheiß.
- Zum placentaren Kreislauf unter der Geburt. C. Haselhorst.
4091. Röntgenologische Untersuchungen der regressiven Veränderungen des placentaren Gefäßsystems. Ete Burg.
- Pudendus- und Parametrienanästhesie, kombiniert mit Pantopon-Skopolamin-dämmerschlaf bei vaginalen Operationen. Otto Gragert.
4082. Ueber künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft im Status epilepticus. Herbert Hoffmann.
4086. Geburtsmechanismus bei Schädelgeburten mit querverlaufender Pfeilnaht. Walter Cohen.
- Ueber das Mutterkorninfus. Ernst Meyer.
4077. Landrysche Paralyse als Graviditätstoxikose. P. Caffier.
- Erfahrungen mit der intratumoralen Thorium-X-Anwendung in der Gynäkologie. Max Schöbber.
4088. Ovarialkarzinom als Geburtshindernis. H. Komnicker.
- Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (Z. Geburtsh.), Stuttgart, 95., Heft 2, August 1929.**
4078. Reststickstoff und Indikan bei den Schwangerschaftstoxikosen. Heinrich Eufinger.
- Stoffwechselphysiologische Untersuchungen an trächtigen Hündinnen. (Beitrag zur Physiologie des absoluten Hungers in der Schwangerschaft.) P. Jönn und M. Rupp.
- Zum placentaren Kreislauf unter der Geburt. Gustav Haselhorst.
- Plazenta und Bakterien. Ernst Philipp.
- Ueber die Selbstreinigung der Scheide. III. Teil: Untersuchungen über das Vorkommen von Strepto- und Staphylokokken im Vaginalsekret. IV. Teil: Flora und Chiasmus des Scheidensekrets in Beziehung zum Wochenbettverlauf. H. Schultheiß.
4069. Tropische Esthiomereform (tropisches Ulcus vulvae chronicum). Robert Joachimovits.
4071. Ueber maligne Adenomyome des Uterus. Paul Borowski.
4087. Kaiserschnitt bei unreinen Fällen. Hans Schröder.

- Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 121., Heft 1/2, 1929.**
 Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Quecksilbervergiftungen. A. Guilirowsky und A. Winokuroff.
 Ueber das sogenannte Bremsungsphänomen in Muskeldehnungskurven. McKinley, J. Charnley und Kurt Wacholder.
 4235. Denkinhalt und Aphasie. Robert Klein.
 4209. Multiple Sklerose und Beruf. Else Koch.
 Einige Beobachtungen über die Emanuel-Rosenfeldsche Lumbotestreaktion. W. Schmitt.
 4207. Ueber eine der amyotrophischen Lateralsklerose nahestehende Erkrankung mit psychischen Störungen. A. Meyer.
 Ueber die Beziehungen des vegetativen Nervensystems zur Sensibilität. O. Foerster, H. Altenburger und F. Kroll.
 4232. Schizophrenieähnliche metenzephalitische Psychosen. Jakob Wyrsh.
 4235. Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Ernst Kretschmer.
 4220. Zur Topographie der Cisterna cerebello-medullaris bei Hydrozephalus. A. Dietrich.
 4233. Die Grundstörung der Zwangsneurose. Erwin Wexberg.
 4197. Blutbilduntersuchungen an Paralytikern unter besonderer Berücksichtigung der Lymphozytenbewegungen vor und nach der Impfmalaria. Arist Stender.
 Die Takata-Ara-Reaktion. Erich Blum.
 4179. Ueber ein diskordaneiliges Zwillingpaar. Hans Burkhardt.
 Ueber Stickstoff- und Eiweißverhältnisse im Liquor cerebrospinalis. Fanny Halpern.
 Grundsatz und spezifisch-dynamische Wirkung bei Neurosen. Robert Exner.
Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie (Z. orthop. Chir.), Stuttgart, 52., Heft 1.
 4050. Die Skoliose bei Säuglingen und ihre Behandlung. (Emma-Kinderkrankenhaus in Amsterdam.) R. J. Harrenstein.
 Ein Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Klauenhohlfußes. (Chir. Univ.-Klinik Göttingen.) A. Beykirsch.
 4053. Ueber den kongenitalen Charakter juveniler Osteochondriten des Hüftgelenkes. (Orthop. Krankenhaus Zagreb.) Božidar Spišić.
 4093. Ueber die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. (Orthop. Heilanstalt von Prof. Dr. A. Blencke, Magdeburg.) Bernhard Blencke.
 4058. Die Epiphysenlösung als Ursache der Coxa vara. (Krüppelfürsorgestelle V im Krankenhaus Friedrichshain.) Höxter.
 4054. Zur Pfannendachplastik. (Orthop. Provinzial-Kinderheilstalt Süchteln, Rheinl.) L. Roeren.
 4057. Epiphysenschädigung bei Nagelextension im kindlichen Alter. (Orthop. Provinzial-Kinderheilstalt Süchteln, Rheinl.) Franz Koch.
 4059. Störungen der Knochenheilung nach Unterschenkelosteotomie. (Orthop. Spital in Wien.) Walter Aberle-Horstenegg.
 4198. Ueber einen Fall von Dystrophia adiposogenitalis mit allgemeiner Osteoporose durch Hypophysenerkrankung. (Orthop. Abtlg. der Kinderheilstalt der Stadt Berlin in Buch.) Willy Gronsfield.
 Ueber einen Fall von spondylitischem Schiefhals nach isolierter Osteomyelitis des Epistophens. (Orthop. Abtlg. des Luisenhospitals, Aachen.) A. Lob.
 Zur Mechanik der Schlottergelenke bei Kinderlähmung. (Orthop. Univ.-Klinik Heidelberg.) H. Knorr.
 Der Anteil der propriozeptiven Sensibilität an den funktionellen Umstellungsbedingungen bei Sehnen transplantation. (Orthop. Anstalt und Poliklinik Balgrist, Zürich.) R. Scherb.
 Antwort auf die „nachträgliche Bemerkung“ von Fr. Schede, Leipzig. K. Gangele.
 4053. Die Einlagenbehandlung des Knickplattfußes. Ernst Fischer, Budapest.
 Zur Mechanik des luxierten Hüftgelenkes vor und nach Gabelung des oberen Femurendes. (Anastift, Hannover-Kleefeld.) Wilhelm v. Bülow.
 Stellvertretende Hypertrophie der Metatarsalia bei Zehenverlust. (Unfallkrankenhaus Wien.) Fritz Schnek.
 Ungewöhnliche Deformität der Kniegelenke. Gerh. Rall.
Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 36, 7. September 1929.
 Fettzusammensetzung des Corpus luteum. Hermstein.
 Paradoxe Wirkung bei Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie. Hinselmann.
 Ovarialgravidität bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Schwangerschaft. O. Schubert.
 Hydrops und Wetter. H. Sachs.
 Indikation und Technik der vaginalen Totalexstirpation. v. Toth.
 Hirnhautentzündung beim Neugeborenen. N. Köhler.
 4080. Wert der Kolpeuryse als Wehenmittel. J. Voigt.
 4168. Therapeutische Verwendung des Ovarium-„Panhormon“. Leon.
Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 37, 14. September 1929.
 Positio occipitalis publica im Röntgenbild. H. O. Neumann.
 4092. Günstigster Zeitpunkt der Abnabelung. Haselhorst und Trautvetter.
 Dauerresultate der Kollumkarzinombehandlung der Kieler Frauenklinik. Clauberg.
 4075. Tuberkulose und Schwangerschaft. Hannes.
 Kasuistik der Corpus-luteum-Blutungen. Mühl.
 Anaërobe Infektion des Bauchfells bei perforierter Appendizitis. Fritschek.
 Klinik und Behandlung der Dermoidzysten.
Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Leipzig, Nr. 38, 21. September 1929.
 Sexualhormone, Plazenta und Neugeborene. Philipp.
 4089. Puerperaler Tetanus oder puerperale Sepsis? K. Sommer.
 Klinische Nachuntersuchungen bei schwerer Hyperplasie der Korpuschleimhaut. O. Hintze.
 4079. Rezidivierende Eklampsie. Schmechel.
 Proteolytische Fähigkeit von Ei und Eibett. Caffier.
 Uteruszyste. Wittenberg und Slatmann.
 4076. Tonsillitis der Schwangeren und Gebärenden. v. Büben.

Zeitschriften in holländischer Sprache

- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 32, 1929.**
 Ein Fall von kaverneröser Veränderung rundum die Vena portae. S. van Crefeld und W. A. Levv.
 Schmerzhafte Knötchen am Ohrtrand. J. H. Broers.
 4178. Fall von Thalliumvergiftung. A. Snyters.
 4084. Schmerzlose Geburt mit tragischem Verlauf. Jos. Peters.

Nordische Zeitschriften

- Acta chirurgica Scandinavica (Acta chir. scand.), Stockholm, 65., Heft 4.**
 4051. Sakralisation des fünften Lumbalwirbels. R. Ingebrigtsen.
 Untersuchungen über die Arterien bei pathologischen Verhältnissen. Joh. Ipsen.
 4040. Wieviel kann vom Dünndarm des Menschen entfernt werden, ohne daß sein Leben dadurch gefährdet wird? Viljo Tuomikoski.
Acta Societatis Medicorum Fennicae „Duodecim“ (Acta Soc. Medic. fenn. Duodecim), Helsingfors, 12., Nr. 1, 1929.
 4172. Ueber den Einfluß des Adrenalins auf die Wasser- und Kochsalzausscheidung der Nieren. T. Tyrti.
 4182. Die Vererbung der Blutgruppen. A. K. Vuori.
Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Läk.sällsk. Hdl.), Helsingfors, 8., Heft 71.
 Encephalitis lethargica — Sclerose en plaques. Eine differentialdiagnostische Studie. Henry Marcus.
 Gehirnvolum und Schädelkapazität. Ernst Ehrnrooth.
 Bothriocephalus, Lebertherapie und Retikulozytenreaktion. Fredrik Salzman.
 Ueber Bakteriensporen. Carl Nyberg.
 Ueber die regionären Lymphdrüsen bei Karzinom der Gebärmutter. Laimi Leidenius.
 Ein Blatt aus der ältesten Geschichte der finnisch-schwedischen Militärmedizin. Bertil Sourander.
Hospitalstidende (Hosp.tid.), Nr. 32, 8. August.
 Ein Fall essentieller Thrombopenie, der mit Leberextrakt behandelt wurde. S. A. Holböll.
 Ein Fall inkarzierter Kruralhernie bei einem neunjährigen Knaben. K. K. Ortmann.
Hospitalstidende (Hosp.tid.), Nr. 33, 15. August.
 4216. Ueber die Veränderungen der Spinalflüssigkeit als Folge von kurzdauernder Kompression nach Queckenstedts Methode. Axel V. Neel, Helgi Tómasson und Otto Jacobsen.
Hospitalstidende (Hosp.tid.), Nr. 34, 22. August.
 Ueber die Veränderungen der Spinalflüssigkeit als Folge kurzdauernder Kompression nach Queckenstedts Methode. Axel V. Neel, Helgi Tómasson und Otto Jacobsen.
Hospitalstidende (Hosp.tid.), Nr. 35, 29. August.
 Klinische Untersuchungen über intravenöse Insulininjektionen und ihre Wirkung. I. Blutzuckerkurven bei Normalen. A. Norgaard und E. Hol Thaysen.
 Ueber Lichtsensibilisation und experimentelle Rattenrachitis. Eigil Rekling.
Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 16, 31. August 1929.
 Die Ausdehnung der ultravioletten Strahlen und die neue Osram-Vitalux-Lampen. F. A. Förster.
 Einige Versuche zur Bestimmung der bakteriziden Wirkung einer kleinen Quarzlampe, die zur Bestrahlung von Schleimhäuten konstruiert wurde. Olaf Andersson.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 36, 5. September.
 4126. Die Meningitis cerebrospinalis im Aerztelidistrikt von Umanag (Grönland). Kai Hralo.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 37, 12. September.
 4131. Ueber die Behandlung des Morbus Basedowi mit Antithyreoidin. Einar Rad.
 4166. Antithyreoidintabletten. Th. Madsen.
 Bemerkungen über Untersuchungen auf Zucker mit Alméns Flüssigkeit. J. E. Holst.
 Immunisierung von Menschen mit arteigenem Blut von anderen Typen. Olaf Thomsen.
Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Kopenhagen, Nr. 38, 19. September.
 4230. Pathomimia cutanea. C. Rasch.
 Radiumbehandlung von Angiomen. Jens Nielsen.
 Pyeloureterozystographie bei angeborenen Leiden der Urinwege der Kinder. J. Fabricius-Möller.
 Mitteilungen über Augenleiden in Grönland. V. Hertz.
Uppsala Läkaresällskapets Förhandlingar (Uppsala Läk.för. Förh.), neue Folge, 34., Heft 5 und 6, September 1929.
 Hjalmar Oehrwall. Gustav Göthlin.
 Chemische Untersuchung der Lungenödemflüssigkeit. A. Gunar Blix.
 4174. Experimentelle Untersuchungen über gewisse Faktoren, die für die Entstehung von Blausäurevergiftung bei Zyanwasserstoffbehandlung von Wunden und anderen Räumen von Bedeutung sind. Carl Naeslund.
 4121. Theoretische Berechnungen über Inzucht beim Menschen. Gunnar Dahlberg.
 Verzeichnis der Institutionen, Zeitschriftenredaktionen im Auslande, mit denen die Aerztervereinigung Upsala im Austauschverkehr steht. Harald Heyman.

Zeitschriften in englischer Sprache

- The American Journal of Hygiene (Amer. J. Hyg.), Lancaster, 10., Nr. 1, 1929.**
 Ueberempfindlichkeit gegen Diphtheriebazillen. J. M. Neill, W. L. Fleming und A. L. Harris.

4124. Jahreszeitliche Schwankungen im Diphtherieantitoxingehalt des Blutes. R. G. Perkins, R. H. Heeren, E. Megraill und A. B. Grossman.
 Infektion von Hühnern mit Darmprotozoen von Vögeln und anderen Tieren. R. Hegner.
 Anpassungsfähigkeit von *Trichomonas muris* und *parva* an Nährböden und an Änderungen der Darmflora der Ratten. H. L. Ratcliffe.
 Entomologische Funde bei der Carrionschen Krankheit (*Verruga peruviana*). R. C. Shannon.
 Die amerikanischen Spezies von *Phlebotomus rondani*. H. G. Dyor.
 Variation in der Wachstumskurve von *Ankylostoma caninum*. J. A. Scott.
 Bakterien als Nahrung für Hakenwurmlarven. O. R. Mc. Coy.
 Methode der Askariseisolation aus dem Boden. L. A. Spindler.
 Wirkung von Sonnen- und Luftbädern auf den respiratorischen Gaswechsel. W. A. Jakowenko.
 Empfänglichkeit verschiedener wilder Tiere für *Leishmania donovani*. C. W. Young, M. Hertig und Pao-yung Liu.
 Einfluß der Wohnung auf die Krebssterblichkeit. J. V. De Porte.
 Immunität von mit Typ. II, III und IV des Pneumokokkus immunisierten Kaninchen gegen intranasale Infektion mit Typ I. C. G. Bull und C. M. McKee.
4199. Asthma und Rizinusvergiftung durch Rizinussamenstaub. B. Ratner und H. L. Gruhl.
 Wirkung von Nahrung auf den Phototropismus von Moskitolarven. W. Rudolfs und J. B. Lackey.
 Sinusitis und Otitis bei Schwimmern. G. C. Saunders.
 Anaphylaxie bei Flußkrebsen. J. Krafka Jr.
 Nüsse und Kollinfektion von Zuckerwaren. J. Weinzirl.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (Am. J. Obst.) St. Louis, 18., Nr. 2, August 1929.

- Lumbalanästhesie in Geburtshilfe und Gynäkologie. George P. Pitkin.
 Drei Phasen in der gynäkologischen Plastik. Robert T. Frank.
 Das Schicksal von 625 Schwangerschaften bei Frauen, die eine Radium- oder Röntgenbestrahlung des Beckens erhalten hatten. Douglas P. Murphy.
 Das Schlüsselmyom. Emil Ries.
 Mikrocephale Idiotie nach Radiumtherapie wegen Uteruskarzinoms während der Schwangerschaft. Leopold Goldstein und Douglas P. Murphy.
 Fluor vaginalis. Carl Henry Davis.
 Untersuchung des Neugeborenenblutes im Hinblick auf die Behandlung von Hämorrhagien. Walter Lester Carr.
 Bestimmung der therapeutischen Dosis der intravenös gegebenen Dextrose (d-Glukose). Paul Titus und H. D. Lightbody.
 Die Häufigkeit von Syphilis unter schwangeren Negerfrauen. Leon Wilson.
 Metaphen in der Behandlung der puerperalen Septikämie und anderer Blutstrominfektionen. J. Bernard Bernstine.
 Diathermie als Hilfsmittel in der Behandlung von Entzündungen im Becken. Lewis C. Sheffey und William H. Schmidt.
 Fünfzig aufeinanderfolgende Extrauterin graviditäten. Robert M. Grier.
 Puerperale Morbidität ohne Desinfektion der Vagina. Charles A. Gordon.
 Behandlung der Endozervizitis mit Kauterisation und Elektrokoagulation. Walter F. Harriman.
 Röntgenstrahlen als Hilfsmittel in der Behandlung des Polyhydramnios. Alfred C. Beck.
 Uterozystographie. E. C. Steinharter und Samuel Brown.
 Eine neue, gasdichte, öldichte und selbsthaltende Uteruskanüle. Samuel R. Meaker.
 Ein Fall von Schwangerschaft bei Uterus didelphys. H. M. Mills und Hyman Strauß.
 Bericht über einen Fall von Kephalothorakopagus. C. E. Updegraff.
 Suprapubische, transvesikale Operation bei Vesikovaginalfistel. Nathan B. Sears.
 Ein Fall von Uterusruptur nach klassischem Kaiserschnitt.
 Spontane Trennung der Nabelschnur. Louis H. Douglass.
 Doppelseitige Nierendekapsulation wegen puerperaler Anurie. Irving B. Krellenstein.
 Ein neuer Beckenmesser. Harry Stuckert.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.), New York, 21., 5.

- Enzephalographie: Röntgenologische und klinische Betrachtungen über ihre Anwendung. H. K. Pancoast und T. Fay.
 Knochenveränderungen bei Raynaud'scher Krankheit, wie sie von den Röntgenstrahlen zur Darstellung gebracht werden. K. Kornblum.
 Wiederholte massive Atelektase der Lunge infolge eines benignen Intra-bronchialen Tumors. H. E. Ashbury.
 Basaltuberkulose. K. Dunham und V. V. Norton.
 Die Absorption des Tetraiodphenolphthaleins durch den Verdauungstrakt. L. Levyn und E. C. Beck.
 Perforiertes Ulcus pepticum. F. A. Geier.
 Ein Fall zur Diagnose. M. C. Sosman.
 Ein Fall von Rissenzellentumor des tarsalen Kahnbeins. P. F. Butler.
 Fremdkörper im Bronchus. R. Dresser.
 Ein Fall von Fekalstein. R. Dresser.
 Radium in der Behandlung multipler Lymphzysten des Nackens bei Kindern. F. A. Figi.
 Chemische Wirkungen der Radiumbestrahlung. S. C. Lind.

The American Journal of Surgery (Amer. J. Surg.), New York, 6., Nr. 6, Juni 1929.

- Uterosalpingographie: Sicherheit der Methode, Fehlresultate, Kontraindikationen, Übersicht über die neueste Literatur, Besprechung der Technik und Therapie und Angabe einer neuen Spritze mit Manometeranschluß. Julius Jarcho.
 Lipöidol als diagnostisches Hilfsmittel bei Fibromen der weiblichen Geschlechtsorgane. Albert Mathieu.

- Bericht aus dem „Fifth Avenue Hospital“: Die bei uns übliche Vor- und Nachbehandlung chirurgischer Fälle.
 Ratschläge zur röntgenologischen Darstellung von Misteibildungen. Frederic W. Bancroft.
 Nasennebenhöhlenerkrankung und Mastoiditis bei Säuglingen und kleinen Kindern. L. E. Hetrick.
 Vorläufiger Bericht über die operative Behandlung des Glaukoms. Elliot Norton.

- Chronische Appendizitis — was ist das? Kingsley Roberts.
 Die Beziehungen zwischen Tonsillitis und Appendizitis. Westley M. Hunt.
 Bericht über schmerzlose Geburtshilfe im Jahre 1928. Paul M. Wood.
 Behandlung der bei der Geburt entstandenen Frakturen. Donald Gordon.
 Zu lange dauernde Zurückhaltung von Plazentaarresten. John E. Tritsch.
 Ätiologie der Schwangerschaftsperitonitis. Frances E. Shields.

4043. Konservative Chirurgie bei Nierenstein. B. S. Barringer.
 Ein Fall von intrakanalikulärem Fibroadenom der Mamma mit tuberkulöser Lymphadenitis, irrtümlicherweise als Karzinom angesprochen. Norman Treves.
 4050. Die Pathogenese der Legg-Calvé-Perthes'schen Erkrankung. Robert K. Lippmann.

4061. Die operative Behandlung der Legg-Perthes'schen Erkrankung. Royal Whitman.

- Legg-Perthes'sche Erkrankung, mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und Behandlung. Arthur T. Legg.
 Schenkelhalsfraktur im Kindesalter. Paul C. Colonna.
 Die Anwendung der Abduktionsbehandlung bei frischen Schenkelhalsfrakturen. W. Russell, MacAusland.
 Die Behandlung der Schenkelhalsfrakturen. Royal Whitman.
 Eine plastische Operation für schlechtstehende Beckenbrüche. Lewis Clark Wagner.

- Rippenimplantation bei Skoliose. Armitage Whitman.
 Implantation eines Rinderknochens bei Skoliose. Samuel Kleinberg.
 Die Behandlung der Hüftgelenksversteifung. Leo Mayer.
 Eitrige Arthritis des Kniegelenks. Paul B. Steele.
 Der gegenwärtige Stand der Synovektomie. Paul P. Swett.
 Vermeidung und Behandlung der Kontrakturen nach Hautverbrennung. Fenwick Beekman.

- Anwendung der Faszie als Nahtmaterial. Joseph P. Hogue.
 Die Injektionsbehandlung der varikösen Venen. Ralph Charles Kahle.
 Habituelle Schultergelenksluxation, ihre Behandlung durch Transplantation des langen Bizepskopfes. Toufik Nicola.
 Karzinom des Penis, Behandlung mit Thermo-Elektrokoagulation. Budd C. Corbus.

- Völlige Atelektase der Lunge nach Beckenbruch. Harry O. Veach.

The American Journal of Syphilis (Amer. J. Syph.), St. Louis, 13., 3. Juli 1929.

4111. Erhöhung der Körperwärme als mögliche Unterstützung bei wassermannfester Syphilis. L. D. Cady und F. H. Ewerhardt.
 4106. Syphilitische Kopfschmerzen. J. Kopecky.
 4108. Neurolues nach vorhergehender antisiphilitischer Behandlung. F. E. Weatherby.
 4114. Unspezifische und Malaria-therapie bei Neurolues. H. H. Reese.
 4107. Akute syphilitische Meningitis. A. D. Carr.
 4112. Die zystometrische Diagnose der Syphilis, eine neue Präzisierung der Zeichnung neurogene Blase. D. K. Rose und R. Deakins.
 4110. Magensyphilis. H. A. Singer.
 4102. Syphilitische Herzerkrankung. L. T. Gager.
 Betreffend die Kultivierung der *Spirochaeta pallida*. C. C. Kast und J. A. Kolmer.
 Eine Silberstärkegelatinemethode zur Darstellung der Spirochäten in einzelnen Gewebsschnitten. A. S. Warthin.
 Vergleich der Färbemethode der *Spirochaeta pallida* im Gewebe. R. E. Olsen.

The British Journal of Tuberculosis (Brit. J. Tbc.), Juli 1929.

4242. Medizinische Forschungsgesellschaft und Ultraviolettbestrahlung. Maurice Weinbre.
 4154. Medizinische und radiologische Studien über tuberkulöse Kavernen. M. Jaquerod.
 4152. Beurteilung und Wert gewisser Symptome und Anzeichen in der Diagnose frühzeitiger tuberkulöser Infektion. William Stobie.
 Erscheinungsformen der Tuberkulose in bezug auf Rassensoziologie im Bezirk von Wales. E. G. Bowen.
 4163. Ist Heliotherapie empirisch oder wissenschaftlich? J. Rosslyn Earp.

The British Journal of Venereal Diseases (Brit. J. vener. Dis.), London, 5., Nr. 3, 1929.

4116. Ueberblick über die experimentellen Untersuchungen bei Syphilis und die Möglichkeit ihrer Anwendung beim Menschen. L. W. Harrison.
 Das Problem der Geschlechtskrankheiten bei der Handelsmarine. H. M. Hanschell.
 Das Problem der Behandlung der Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine. A. O. Roß.
 Geschlechtskrankheiten in der Handelsmarine. Diskussion.

4101. Vakzine-Kondylome. R. T. Brain.

Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 12, 19. Juni 1929.

4144. Physiologisch unterstützte Behandlung der Pneumonie. E. Cornwall.
 4149. Milde Formen der Pankreatitis. Max Einhorn.
 4162. Retinierte Zähne. W. Lintz.
 4094. Neurogene und psychogene Hautstörungen. J. J. Eller.
 4142. Myokarditis. B. Feguson.
 Schlaflosigkeit. R. Kingman.
 4155. Tuberkulose und Nerven- und Geisteskrankheiten. A. Thompson.
 4134. Multiple Abszesse des Gehirns bei bronchopulmonären Affektionen. A. Gordon.

New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 26, 27. Juni 1929.

4145. Gallenblasenerkrankungen und Herzkrankheiten. C. B. Leech.

- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 1, 4. Juli 1929.
Obstruktive Gelbsucht. W. Walters.
Elektrochirurgische Methode für aseptische Gastroenterostomie. E. Briggs, R. Whitaker.
4253. Intrathorakale Veränderungen und chirurgische Tuberkulose. H. Ragolsky.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 2, 11. Juli 1929.
Innerer Aspekt der Dickdarmaffektionen. G. Blüner.
Chirurgische Kolonerkrankungen. R. Lampson.
Chirurgischer Aspekt der Dickdarmerkrankungen. F. Verdi.
- New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 3, 18. Juli 1929.
Cholezystographie. A. Robins, I. Goldberg.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Archives Internationales de Neurologie (Arch. internat. Neur.), Paris, Januar 1929.
4113. Neurosyphilis und Malaria. Marie und Soboleff.
- Archives Internationales de Neurologie (Arch. internat. Neur.), Paris, Februar 1929.
Zur experimentellen Malaria-therapie. A. Marie und Lambert.
4115. Infektionstherapie der neurosyphilitischen Erkrankungen. E. de Thurzo und M. Nagy.
- Archives Internationales de Neurologie (Arch. internat. Neur.), Paris, April 1929.
Die Malaria-therapie bei nichtparalytischen Erkrankungen. A. Marie.
- Archives Internationales de Neurologie (Arch. internat. Neur.), Paris, Mai 1929.
Dementia praecox und Syphilis. Marie und Toponkoff.
- Clinique et Laboratoire, Nr. 2, 1929.
Die klinischen Formen des Lungenemphysems. L. Bard.
4083. Wie sorgt man für eine gute Entbindung? V. Le Lorier.
Die kachektische Form der Stypertonie. C. Lian.
Das Krankheitsbild des Basedow. Mathieu-Pierre Weil.
- Clinique et Laboratoire, Nr. 3, 1929.
4156. Das Fleisch in der Säuglingsernährung. J. Comby.
4127. Die Anomalien der Fieberkurve im Verlauf des Typhus. André Philibert.
- Clinique et Laboratoire, Nr. 4, 1929.
Bronchitiden und Bronchopneumonien bei akuten Rhinopharyngitiden der Säuglinge. Nobécourt.
4138. Fieber bei Herzkranken. Jean Moussour.
- Clinique et Laboratoire, Nr. 5, 1929.
Die Methylenblau-technik von 1:500 bei der postvitalen Färbung.
4228. Malaria-therapie bei Erkrankungen des Nervensystems. M. A. Fribourg-Blanc.
- Clinique et Laboratoire, Nr. 6, 1929.
Radiotherapie bei Erkrankungen des Haarsystems. Belot.
4208. Multiple Sklerose. J. Lhermitte.
Angiospasmen in der Neuroophthalmologie. Moubroun.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynec. et Obstétr.), 20., Nr. 1, Juli 1929.
Behandlung von Karzinom, das sich auf der Vaginalnarbe nach Total-exstirpation entwickelt hat. H. Hartmann, S. Fabre und Dubois-Roquebert.
Chronische Zervizitis und Karzinom, präkarzinomatöse Zustände des Collum uterinum. E. Villard und G. Montel.
Die postoperativen Komplikationen nach erweiterter Hysterektomie wegen Zervixkarzinom. R. Keller.
Unsere Kenntnis von der „verlängerten“ oder „verzögerten“ Schwangerschaft. A. Fruhinsholz und R. Cadore.
4074. Abdominale Hysterotomie corporis in Lokalanästhesie, als Unterbrechung der Schwangerschaft. L. Portes.
Ueber die Biologie der Plazenta des Meerschweinchens. Rusea Villard.
Ueber Stirnlagen. C. Maret.
Die Durchschneidung der Ligamenta sacro-uterina in der gynäkologischen Chirurgie. H. Molin und F. Condomin.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 25, 22. Juni 1929.
Aussichten der Lungenchirurgie nach Pneumothorax. G. Rosenthal.
Diagnose der Lungenaffektionen durch Lipiodolinjektionen. Chianotis und Hadjissarantos.
4202. Diagnose des enterorenenalen Syndroms. R. Coiffon und H. Pretet.
- Paris Médical (Paris méd.), Nr. 26, 29. Juni 1929.
Ueber Schwindel. P. Rigaud und M. Risér.
Inguinale Ligamentopexie. L. Dieulafé.
Serologie der Malaria. X. Henry.
- Paris Médical (Paris méd.), Nr. 27, 6. Juli 1929.
Herz- und Gefäßkrankheiten 1929. Harvier und I. Heitz.
4140. Ueber partielle Herzinsuffizienzen. Donzelot.
4141. Angina pectoris und Herzinsuffizienz bei Gicht. F. Doumer.
4137. Ueber den Mechanismus der Herzschmerzen. Lichtwitz.
4139. Der akute febrile Angor coronarius. Lian.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 28, 13. Juli 1929.
4222. Das ano-vesiko-genito-perineale Syndrom der sakralen Tabes. P. Carnot.
Rheumatismusbehandlung mit Radium und Thorium. Dausset, Messina.
Ueber Synthalin. Schwab.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 53, 1929.
Einige Einzelheiten zur antiphterischen Impfung mit Anatoxin. Ch. Zoeller.
4215. Staphylokokkenmeningitis. J. A. Chavany und S. George.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 54, 1929.
Das Nachlassen des künstlichen Pneumothorax; die Verschiedenheit der optimalen Dager, Verhaltungsregeln. L. Bernard, Baron, Triboulet und Vallis.
Zur Topographie der Entstehungsregionen der Salzsäure im Magen. L. Deloyer und J. W. S. Archibald Johnson.

- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 55, 1929.
4219. Genauere anatomische Feststellungen über die Beziehungen der Nervenwurzeln zum lumbosakralen Subarachnoidalraum. E. Forgue und G. Lax.
Die heroische Thorakotomie beim offenen Lungenempyem Tuberkulöser. L. Bérard und M. Guilleminet.
Normale Anatomie des Sympathikus. R. Leriche und R. Aontaine.
Histochemische Untersuchungen der pulmonären Anthrakose. A. Policard und S. Doubrow.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 56, 1929.
Die generalisierte Pneumokokkenperitonitis beim Kinde. P. Mathieu und J. Davioud.
Brachialgie während der Menopause. André-Thomas.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 57, 1929.
4173. Die regionale Impfung durch die Eingangspforte. P. Poincloux.
Sensorische Anfälle bei Leber-Gallenerkrankungen. G. Parturier und A. Vallerix.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 58, 1929.
Die Veränderungen der Hemi-Thoraxwände im Verlauf der Lufteinblasungen. J. Genvrier und H. Descomps.
4167. Die Mineralwässer, ihr antitoxisches Milieu, die Rolle des Kalziums. P. L. Violle und A. Giberton.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 59, 1929.
4133. Die fraktionierten Joddosen bei der Behandlung des Hyperthyreoidismus. L. Dautrebande.
Maligne Anthraxseptikämie; Heilung durch Serumtherapie. Paris.
Die Typhusbazilliose. A. Ravina.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 60, 1929.
Die humorale Regulierung im Herzen. J. Demoor.
Ursachen und Mechanismus der funktionellen Mitralinsuffizienz. E. Géraudel.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 61, 1929.
Die Gelenkeilbildung bei Osteoarthritis. M. Tuffier.
Die Encephalitis lethargica v. Economos und die Encephalomyelitis epidemica. R. Cruchet.
Die Resultate der totalen Oesophagoplastik. J. Sénèque.
- La Presse Médicale (Presse méd.), Paris, Nr. 62, 1929.
Anurie mit transitorischer Azotämie. Heilung. E. JoTRAIN und Maurice-Lévy.
Der puerperale Scharlach. P. Baize und M. Mayer.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 20, 18. Mai 1929.
Anästhetische und therapeutische Kältewirkung. L. Lortat-Jacob.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 21, 25. Mai 1929.
Hypogenitalismus. P. Serdukoff.
Agozytische und anagozytische Wirkung der Mineralwässer. A. Mougéot und V. Aubertot.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 22, 1. Juni 1929.
Ueber Anilismus. Balsac, Agasse-Lafont und Feil.
Medikamentöse Erytheme. Lortat-Jacob und Bureau.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 23, 8. Juni 1929.
Elektrolytische Einführung analgetischer Arzneimittel. A. Zimmern.
4160. Rindereserum in der Kinderheilkunde. G. Pouchet-Souffland.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 24, 15. Juni 1929.
4196. Warmes Wasser und Schmerz. A. Piot.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 25, 22. Juni 1929.
4065. Ueber die katameniale Autointoxikation. A. Hamant, L. Cornil und M. Mosinger.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 26, 29. Juni 1929.
Ueber das Serum bei Hyperthyreoidismus. M. Loeper, J. Tonnet und Lebert.
Magenchemismus bei Cholezystitiden. P. Chene und C. Berardier.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 27, 6. Juli 1929.
4176. Ein Fall von Anilinvergiftung. A. Medioni, Goigoux, Delaville.
- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, Nr. 28, 13. Juli 1929.
4177. Vergiftungen mit Tetrachlorkohlenstoff. P. Boveri.
4234. Ueber das akute Delir und Delirium tremens. H. Damaye.
- Revue neurologique (Rev. neur.), 36. Jahrg., 2., Nr. 1, Juli 1929.
4213. Chirurgische Behandlung der Hirngummata. D. Bagdasar.
4221. Epilepsia subcorticalis. L. Marchand und A. Courtols.
Liquor und Körpertemperatur. Alfred Gordon.

Zeitschriften in polnischer Sprache

- Polski Przegląd Radiologiczny (Polski Przegl. radiol.), 4., Nr. 2, 1929.
4036. Zunahme von Tumormetastasen in der Lunge. Maria Werkentinówna.
4189. Lobus venae azygos. E. Meisels und M. Schütz.
4188. Lobus venae azygos. W. Zawadowski.
4064. Apophysitis calcanei bilateralis. J. Wojciechowski.

Zeitschriften in ukrainischer Sprache

- Ukrainski Mednyi Visti (Ukrain. med. Visti), Kyjiw, 5. Jahrg., Nr. 2/3, 1929.
Aetiologie und Pathogenese der Anaemia pernicioosa. (Therap. Klinik des Med. Instituts in Kyjiw.) S. Steinberg.
Die Pathomorphologie der Anaemia pernicioosa. Smirnowa Samkova.
Die Klinik der Anaemia pernicioosa. M. Straszkesko.
Zur Behandlung der Anaemia pernicioosa. O. Bernstein.
Die Dawisreaktion und ihre diagnostische Bedeutung bei bösartigen Neubildungen. (Aus der Klinik der spez. Therapie des Med. Instituts in Kyjiw.) F. Heilig und H. Kolbmann.
Die Sterblichkeit bei plötzlichen Blutungen Lungentuberkulöser. (Tuberkuloseninstitut in Kyjiw.) H. Sydorenko.

4198. Die klinische Bedeutung der Farbreaktion des Harps (Ehrlichs Diazo-Weißsche und Wienersche Reaktion) bei Infektionskrankheiten. (Klinik des Infekt.-Krankenhaus in Kyjiw.) H. Chomenko.
Die Modifikation der Radikaloperation des Leistenbruches und ihre Begründung. (Chir. Klinik Kyjiw.) E. Tschernjachiwskyj.
Ein neuer Apparat zur Abnahme der Michelschen Klammern. (Geburtsh.-gynäkol. Klinik Kyjiw.) I. Selentschuk.
Fremdkörper im Mastdarm. M. Kowalskyj.
4038. Die Heilung postoperativer Lungenkomplikationen nach Bier. (Chir. Klinik Kyjiw.) A. Bondartschuk.
Cystoma glandulae parotis. (Chir. Klinik Kyjiw.) A. Pantschenko.
Ueber Gallenblasenechynokokkus. (Chir. Klinik Kyjiw.) A. Schurynok.
Die Sensibilisierung der Haut der Psoriatiker. (Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Kyjiw.) H. Gram und A. Lebedew.
Der Einfluß von CO auf den Tierorganismus. Waschetko.
Veränderungen in der Struktur der Zähne bei Avitaminosen. (Path.-physiolog. Laboratorium Kyjiw.) Solkower.
Die Reizung der Nerven mittels Kondensatorenströmen. S. Kapran.
Sozialhygienische Probleme in der Psychiatrie. A. Abaschew.
Ueber die Epilepsie und den Kampf gegen dieselbe. Sinowjew-Ikonnikow.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Kazanskij Medicinskij Žurnal (Kazan. med. Z.), K a s a n, 25. Jahrg., Heft 2, 1929.
Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der bedingten und unbedingten Speichelsekretion. A. B. Wolowik.
4184. Die Bedeutung der Senkungsreaktion. J. W. Chorosch und J. P. Dubrowina.
Ueber die Klassifikation der tuberkulösen Erkrankungen. M. J. Eufebach.
Zur Behandlung Magenkranker im Kurort Essentucki. A. M. Predtitschenski.
Ueber die primäre akute Osteomyelitis der Wirbelsäule. M. S. Snamenski.
Zur Frage der primären Wundnaht nach Anthrotomie. B. N. Lebedewski.
Bedeutung der Chromozystoskopie für die Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung des Uteruskarzinoms. A. W. Chochlow.
227. Trichinose. M. A. Chasanow.
4159. Die Behandlung des Keuchhustens mittels Aetherinjektionen. S. J. Malkina.
Altersnormen der physischen Entwicklung bei Schulkindern. A. W. Lewitzki und A. W. Samoilowa.
Das Trauma auf dem Lande und seine Ursachen. A. E. Alejew.
4117. Zur Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. E. N. Awrow.
Fall von gleichzeitigem Bestehen von Extra- und Intrauterin gravidität mit verdrehtem Stiel der schwangeren Tube. A. A. Blagodarow.
Fall von atypischer akuter Poliomyelitis beim Erwachsenen. D. T. Kuimow.
Ueber einige Grundgesetzmäßigkeiten der Entstehung, Entwicklung und des Verlösens von Epidemien. W. M. Aristowski.
Ueber die Tuberkulosebekämpfung in Deutschland. W. I. Katerow.
4118. Die historische Wege der phrenologischen Ideen und das persönliche Schicksal ihres Urhebers. (Zum 100. Todestage von F. J. Gall.) J. W. Kannabich.
Zur Röntgendiagnostik der Nierenerkrankungen nach dem Material des staatlichen Röntgeninstituts Moskau. A. N. Hagmann.
Zur Frage der hämorrhagischen Diathese bei Morbus Brighti. E. M. Tarejew und K. S. Kutukow.
87. Quantitative Eiweißbestimmung. F. L. Spanier.
65. Kalziumsalze bei Nierenerkrankungen. N. A. Kewdin.
57. Genuine Nephrose beim Kinde. A. M. Bogaschewa.
Röntgendiagnostik der diffusen kaseösen Degeneration der Nieren. S. A. Motschulski.
Fall von doppelseitiger zystöser Degeneration der Nieren mit Hydronephrose und Pyelitiskomplikation. I. G. Pupko.
4119. Archiv Teoretičeskoj i Kliničeskoj Mediciny (Sibir. Arch. Med.), T o m s k, 4., Heft 1/2, 1929.
90. Der Verlauf des Hungers bei normalen und bei großhirnberaubten Tauben. B. I. Bajandurow.
Einige vergleichende Betrachtungen über den Umfang der Lungenlappen und die Verteilung von Residualluft in denselben. M. K. Samjatin.
Zur Anwendung der lokalen Anästhesie bei gynäkologischen und geburts-hilflichen Operationen in der Bauchhöhle. B. S. Poisner.
Placenta praevia und der Kaiserschnitt. W. S. Galkin.

- Methoden zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit. M. K. Butowski.
Ueber Nierensyphilis. L. I. Hefter.
Zur Frage der Erkennung der Nierensteinkrankheit. M. G. Ananjew.
Zur Frage der Rolle des Kalziums in der Aetiologie des Kropfes. M. Schwarzmann.
Zur Erythrozytensenkungsreaktion bei chronischer Appendicitis. N. W. Schipunow.
Struma maligna nach dem Material der Tomsker chirurgischen Klinik in der Zeit von 1917 bis 1928. M. S. Krymko.
Der Einfluß der Kurortbehandlung auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes. G. N. Udintzew.
Vračebnoe Delo (Vrač. Delo [russ.], Charkow, 11. Jahrg., Nr. 24.
Zur Frage der Leukanämie. M. M. Ekelow und A. J. Alymow.
Ueber funktionelle Diagnostik der Pankreaserkrankungen. M. M. Gubergritz.
Eine neue Methode zum Studium der Dynamik der Magenfunktionen. N. S. Swonitzki.
Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. R. J. Malykin.
Zur Frage der Uterusausschabung bei Vorliegen einer nichterkannten extra-uterinen Gravidität. G. L. Davidow.
Zur Klinik der Wurmkrankheit bei Kindern. S. B. Davidsohn.
Ueber die Wirkung des Bismutum subnitricum auf die Syphiliserschelnungen. G. I. Chetaguraw.
Experimentelle Beobachtungen über die Wirkung des Insulins auf die Zuckerretention und -bildung in der Leber. F. R. Borodulin, E. J. Grigul, W. W. Bashenow und N. E. Rogoshina.
4129. Das Sklerom im Woroneschen Bezirk und in der U. d. S. S. R. J. P. Woloschin.
Vergleichende Untersuchungen über die Veränderungen der morphologischen Zusammensetzung des weißen Blutes bei der allgemeinen und lokalen Winter- bzw. Sommerschlammbehandlung. F. D. Stojanow und B. G. Rubinstein.
Zur Frage der Torfbehandlung im staatlichen Kurort Mirgorod. N. Oleschko.
Material zur Frage der Bleivergiftung nichtprofessionellen Charakters. A. F. Bilbin und M. M. Budget.
Fall von epidemischer Enzephalitis mit tonischen Krämpfen der Augenmuskulatur. G. B. Rabinowitsch.
Fall von Cystoma papillare ovarii. I. F. Diky.
Konzentrierte CaCl-Lösung (35prozentig) beim unstillbaren Erbrechen der Schwangeren. J. E. Krysbak.
Fall von Dizephalus. M. Rumjantzew.
Vračebnoe Delo (Vrač. Delo [russ.], Charkow, 12., Nr. 1, 1929.
Divertikel des Perikards. W. W. Kedrowski.
Aus der Kasuistik der leukämischen Erkrankungen. E. M. Lepskaja.
4191. Abhängigkeit zwischen dem Säuregehalt des Mageninhaltes und seiner Evakuierung in das Duodenum. W. A. Joffe.
Die Spätresultate der operativen Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und der Gebärmutterverlagerungen. G. G. Ter-Gabrielan.
Ueber atypische Formen des Verlaufs des infektiösen Ikterus im Kindesalter. L. D. Steinberg.
Ueber die Wasserstoffionenkonzentration des subkutanen Gewebssaftes bei Hauttuberkulosekranken und ihre Veränderungen nach Ultraviolettbestrahlung. S. Kaplanski.
Zur Frage der Wechselbeziehungen einiger Elektrolyte und Hormone. A. Solowtowa.
Die Neutralisation des Diphtherietoxins mittels des durch die Tierhaut mit Hilfe von Gleichstrom eingeführten Antitoxins. P. P. Astanin und M. M. Plotnikow.
Kulturrevolution, Gesundheitspflege und Aerztenschaft. J. I. Lifschitz.
Die krepitierende Tendovaginitis als Berufskrankheit bei Bergleuten. S. L. Fierer.
Untersuchungen über die Wirkung des Mineralwassers „Mirrad“ auf die Funktion des Verdauungsapparates. F. M. Šuponitzkaja.
Die Wirkung der Moorbehandlung im Kurort Slawjansk auf den Harnsäurestoffwechsel und den Blutzuckergehalt. M. F. Runowa.
Zur Frage der therapeutischen Tuberkulinanwendung. N. N. Beketowski.
Fall von aleukämischer Lymphadenosis. D. B. Rabinowitsch.
Zur Frage der Milzbrandbehandlung auf dem Lande. N. S. Mamtschenko.
Fall von Nasenrachenpolyp. M. E. Jankelewitsch.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
Augenheilkunde.
Bakteriologie und Serologie.
Chirurgie und Orthopädie.
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.

17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Augenheilkunde

4034.

Rosenstein, A. Maria, Heilerfolge mit oberflächlicher Alvanokaustik bei Infiltration der Cornea und Heilwert der kautistischen Punkte bei Glaukom. (Med. Welt, 1929, Nr. 32.) Ver-

fasserin behandelt alle Corneainfiltrate durch oberflächliche Kaustik. Unter 226 Fällen brauchte die Kaustik in keinem Falle wiederholt zu werden. In den Fällen von Diplobazilleninfiltraten war ausnahmslos der Erfolg der Kaustik ein prompter: die Heilung trat binnen wenigen Tagen entweder restlos ein, oder es blieb an den kauterisierten Stellen eine hauchige Trübung, die auch in kurzer Zeit verschwand. Eine auffallende Heilungstendenz zeigten auch

die skrophulösen Infiltrate. Die kauterisierten Koch-Week-Infiltrate heilten binnen wenigen Tagen restlos. Bei Pneumokokkeninfiltraten war die Wirkung der Kaustik auffallend gut. Am raschesten und deutlichsten waren die Erfolge bei allen mykotischen Infiltraten. Die Kaustik wird folgendermaßen ausgeführt:

1. Einträufeln von zweiprozentigem Fluoreszin (zur deutlichen Begrenzung der Infiltrate).

2. Einträufeln von sechs Tropfen fünfprozentigem Kokain, Einträufeln von sechs Tropfen einhalbprozentigem Holokain und Einträufeln von fünf Tropfen Tanogen-Suprarenin 1/1000.

3. Nach beendeter Anästhesie und Zuwarten von drei Minuten wird mit einem Lidcrweiterer das Auge offen gehalten. Sodann wird mit dem schwachglühenden Galvanokauter im Momente des Verglühens des Kauters das Infiltrat berührt. Bei kleinen Infiltraten genügt eine einmalige Berührung, bei größeren eine zweifache dreimalige Annäherung des Glühdrahtes.

Um eine Beschädigung der Hornhautlamellen zu vermeiden, ist es ratsam, sich einer Lupenbrille oder einer Rektavistbrille zu bedienen. Am dritten Tage nach der Kaustik kann man die Epithelisierung durch leichte elektrische Massage beschleunigen. Diese wird nach Einbringung von Präzipitatsalbe ins Auge mit einem kleinen runden Gummiansatz über dem Oberlide ausgeführt. Der kaustische Apparat kann auch durch eine zum Glühen gebrachte Stricknadel oder durch einen Sondenknopf ersetzt werden. Die oberflächliche Kaustik muß ausgeführt werden, sobald ein beginnendes Infiltrat der Cornea diagnostiziert wird.

Beim Glaukom empfiehlt Verfasserin, neben der Einträufelung von Eserin-Pilokarpin die punktförmige Kaustik nahe dem Cornearand im Bereiche des Oberlides auszuführen. Bei Wiedereintreten des erhöhten Druckes können die drei bis vier punktförmigen Kauterisationen ohne Schaden wiederholt werden.

L. Gordon, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

4035.

Seiffert, A., Operation des Oesophaguskarzinoms auf endoskopischem Wege. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Univ.-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Berlin.) Ausgehend von Erfahrungen, die Verfasser bei schwierigen Fremdkörperextraktionen aus der Speiseröhre machte, kam er zu dem Schluß, daß auch große Wanddefekte des Oesophagus heilen könnten. So kam er dazu, mit dem Oesophagoskop ein Oesophaguskarzinom mit der erkrankten Oesophaguswand radikal zu extirpieren. In Anbetracht der eintreffenden und wenig Erfolg versprechenden operativen Maßnahmen bei Oesophaguskarzinom im Brustteil erscheint die Erprobung des endoskopisch-operativen Weges durchaus angebracht. Der Verfasser ist an Hand eines günstig verlaufenen Falles der Ansicht, daß es grundsätzlich möglich ist einen Teil des Oesophagus zirkulär samt dem Karzinom durch das Oesophagoskop zu entfernen; die primäre Vereinigung der Oesophagusstümpfe oder plastischer Ersatz des Defektes sind nicht nötig; auch ohne Vereinigung ist eine funktionfähige Speiseröhre zu erzielen.

E. Mühsam, Berlin.

4036.

Werkenthinówna, Maria, Bemerkungen über die Zunahme von Tumormetastasen in der Lunge, an der Hand eines längere Zeit hindurch beobachteten Falles. (Polski Przegl. radiol., Nr. 2, 1929.) Verfasserin berichtet über einen Fall, in welchem zufällig gelegentlich einer Thoraxdurchleuchtung Tumormetastasen in der Lunge entdeckt wurden. Bei der Autopsie wurden ein Hypernephrom der linken Niere und Lungenmetastasen festgestellt. Während einer vier Monate währenden Beobachtung sah man, daß alle Metastasen solange sie klein sind rasch wachsen, später macht die Größenzunahme langsamere Fortschritte. v. Dziewowski.

4037.

Demei, Rudolf, Ueber Aufgaben bei der Behandlung des akuten nichttuberkulösen Pleuraempyems. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Erste Chirurgische Universitätsklinik, Wien.) Verfasser weist darauf hin, daß in der operativen Behandlung des Empyems eine Abkehr von den Radikalmethoden zu den konservativen Operationsverfahren zu verzeichnen ist. Als Radikalmethode ist die offene Thoraxdrainage, als konservatives Verfahren die geschlossene Drainage zu nennen. Möglichst zu vermeiden sind alle jene Methoden, welche zum offenen Pneumothorax führen. Verfasser will, mit Ausnahme der Punktion, jeden operativen Eingriff erst dann ausgeführt sehen, wenn das akute Stadium der Infektion überwunden und die unter Umständen begleitende Erkrankung der Lunge zum Stillstand gekommen ist. Auch die zu früh ausgeführte Punktion mit vollständigem Ablassen des Exsudates kann verschlechternd wirken. Verfasser schließt sich Sauerbruchs' Ansicht

an, daß die Störungen des Allgemeinbefindens und die Entwicklungszeit des Exsudates für die operative Behandlung maßgebend sein sollen. Er will den Pleuraerguß zumindest zu Beginn der Erkrankung als eine zweckmäßige Reaktion des Körpers im Kampfe gegen die Infektion angesehen wissen und hält deshalb die frühzeitige Entfernung des Ergusses in jedem Fall und um jeden Preis nicht für zweckmäßig. Wiederholte Punktionen müssen der eigentlichen Operation des akuten Empyems vorausgegangen sein. Wenn wiederholte Punktionen nicht zur allmählichen Entleerung des Exsudates führen, sollte man öfter, als bisher geschehen, bei Kindern und Erwachsenen die Bülause Heberdrainage und das Aspirationsverfahren anwenden. Im postoperativen Verlauf ist systematisch Lungengymnastik durchzuführen. Verfasser gibt ein in der Eiselsberg'schen Klinik ausprobiertes Aspirationsverfahren an, das eine Verbindung von luftdichter Drainage mit Absaugverfahren darstellt. Das dazu erforderliche Instrument besteht aus einem in die Thoraxwand einzubauenden Teil, der der luftdichten Drainage der Empyemhöhle dient, aus einer Schlauchvorrichtung zur Ableitung des Exsudates und aus einer Evakuationspumpe mit Sammelgefäß als Absaugvorrichtung. Die ganze Anlage kann, wenn sie verstopft ist, leicht durchgespült werden. Erst nach dem Versagen aller konservativen Verfahren soll die breite Thorakotomie mit Resektion einer oder mehrerer Rippen angewandt werden. In der Zwischenzeit ist unter dem Einfluß des Ergusses dann das Mittelfell so fest geworden, daß eine Gefahr des Mediastinalflatterns nicht mehr besteht. Nur bei Pleurasepsis sieht Verfasser die sofortige Eröffnung der Brusthöhle unter Druckdifferenz als berechtigt an.

E. Mühsam, Berlin.

4038.

Bondartschuk, A., Die Heilung postoperativer Lungenkomplikationen nach Bier. (Ukrain. Med. W., Nr. 2/3, 1929.) (Chir. Klinik d. Med. Inst. in Kyjiw.) Der Autor injizierte bei postmarkotischen Lungenkomplikationen Aether und Ol. oliv. aa 2,5 intramuskulär und hat sehr gute Erfolge gesehen. Die Art der Wirkung des Aethers ist unbekannt.

O m e l s k y.

4039.

Hufnagel, Heinrich, Bedarf die Fettgewebsnekrose der Bauchspeicheldrüse als solche stets operativer Behandlung. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 22.) 45jähriger Patient litt seit einem Jahr an Schmerzanfällen im rechten Epigastrium mit Brechreiz, Ikterus und Obstipation. Bei der Operation fand sich ein Empyem der Gallenblase. Im Omentum, Mesenterium und im Pankreas waren zahlreiche Fettgewebsnekrosen nachweisbar. Ein Teil derselben zeigte deutliche Heilungstendenz, die Mehrzahl war akut entzündlich wie bei akuter Fettgewebsnekrose. Die Gallenblase wurde entfernt, am Pankreas wurde keinerlei Eingriff vorgenommen. Nach drei Wochen wurde Patient geheilt entlassen. Bei diesem Patienten, der seit vielen Jahren Alkoholiker war, bestand offenbar eine chronische Pankreatitis, durch die das Auftreten einer akuten Pankreatitis, hier zweifellos durch fortgeleitete Infektion von der Gallenblase her entstanden, begünstigt wurde. — Bei sekundärer akuter Pankreatitis (Fettgewebsnekrose), die nicht durch ein Steinleiden bedingt ist und in ihrem pathologisch-anatomischen Bilde Heilungstendenz erkennen läßt, soll von einer Operation an der Drüse selbst Abstand genommen werden.

Maslo wsky.

4040.

Tuomikoski, Viljo, Wieviel kann vom Dünndarm des Menschen entfernt werden, ohne daß sein Leben dadurch gefährdet wird? (Acta chir. scand., Vol. LXXV, Fasc. IV.) An einem Patienten, bei dem so viel Dünndarm reseziert worden war, daß der zurückgebliebene Teil des Jejunoleums nur 80 bis 90 cm betrug, wurden sieben Jahre nach der Operation Untersuchungen über die Ausnutzung der Nahrung angestellt. Da sich der Patient noch nach sieben Jahren der besten Gesundheit erfreute und die Ausnutzung der Nahrung relativ gut war, so nimmt Verfasser an, daß von dem Dünndarm operativ so viel entfernt werden darf, daß nur etwa 50 cm des Jejunoleums zurückbleibt.

4041.

Sternberg, Wilhelm, Die Zystoskopie des Rektums: Die Rektoskopie der Zukunft. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 21.) Die Anwendung des klassischen Nitze-Zystoskops für die Rektoskopie ermöglicht die Nachteile der bisherigen Rektoskopie zu beseitigen und zwar: die blinde Einführung des optischen Instruments mittels Einführungs-Obturalors, irrationelle Beleuchtung des Objekts, leichte Verdunkelung oder gar Versagen der Innenlampe durch Verunreinigung; Belästigung des Patienten durch maximales Kaliber.

Maslo wsky.

4042.

von Klimko, Dezsö, Die Stieldrehung des dritten Netzes. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Zweite Chir. Klinik der Budapest)

Univ.) Das gelegentlich vorkommende dreieckige, von der kleinen Magenkurvatur auswachsende und vor der vorderen Magenwand schürzenartig herabhängende Gebilde wurde als „drittes Netz“ bezeichnet. Eine Stieldrehung ist bis jetzt nicht beschrieben worden. Verfasser berichtet über einen durch Operation geklärten Fall von Stieldrehung des dritten Netzes. Seit Beobachtung dieses Falles forscht Verfasser stets bei Laparotomien, ob nicht ein drittes Netz vorhanden ist. In 25 Fällen hat er es in kleinerer oder größerer Ausbreitung gefunden. Das dritte Netz kann ein Zufallsbefund bei der Operation sein, ein überzähliges Organ, das keinerlei Beschwerden macht. Es kann aber auch ein eigenartiges, schwer diagnostizierbares Krankheitsbild darstellen, dessen Symptome: plötzliche Entstehung, Bauchkrämpfe, Verfallensein des Patienten usw. sein können. Patienten mit akuter Stieldrehung des dritten Netzes sollen beim Stehen an heftigen Schmerzen leiden, während beim Liegen die Krämpfe sich lösen sollen. Ursache der Stieldrehung soll das gleichzeitige Vorhandensein einer Magenptose mit größerer Exkursionsfähigkeit sein. Die Diagnose ist wohl erst bei der Operation zu stellen, die Therapie ist die Exstirpation des dritten Netzes. Eine von einzelnen Autoren empfohlene Detorsion, wie sie für das große Netz vorgeschlagen wird, dürfte für das dritte Netz nicht angebracht sein. E. Mühsam, Berlin.

4043.

Barringer, B. S., Konservative Chirurgie bei Nierenstein. (Amer. Surg., Juni 1929.) In den letzten Jahren hat die Nephrektomie immer mehr der Nephrotomie Platz gemacht, besonders weil man durch zeitweise Abklemmung des Gefäßstieles eine Blutung bequem beherrschen kann und an Stelle der Matratzennaht, die das Gewebe schwer schädigt, oberflächliche Nähte legt. Dies und die Möglichkeit der Röntgenkontrolle auf dem Operationstisch haben die Entfernung auch ungünstig gelegener oder multipel auftretender Steine ermöglicht. In der spinalen Anästhesie hat man eine ausreichende und ungefährliche Methode in der Hand, um eine Nierenoperation durchführen zu können. Die konservativ-chirurgische Behandlung kann bei Erkrankung beider Nieren von großer Bedeutung sein; aber auch bei einseitigen Erkrankungen ist sie wichtig, da die Funktionsprüfungen gelegentlich irreführend sind und eine scheinbar schwer geschädigte Niere nach Entfernung eines Steines gut funktionieren kann. E. Gohrbandt, Berlin.

4044.

Melzner, Ernst, Ueber Entstehung und Bedeutung der sekundären Thrombose bei arterieller Embolie. (Dtsch. Z. Chir., 218.) Auf Grund von 151 Fällen des Schrifttums und 9 eigenen Fällen wird, durch das Tierexperiment besonders erprobt, festgestellt, daß gesetzmäßige Beziehungen zwischen der Gangrän im nämischen Bezirk und dem Auftreten von sekundärer Thrombose bestehen. Sie sind abhängig von allgemeinen und örtlichen Veränderungen des erkrankten Organismus und in erster Linie eine Frage der Seitenbahnenfunktion. Die Prognose der Embolie ist abzusehen von allgemeinen und lokalen Veränderungen besonders von der Zeit abhängig, die zwischen der Embolie und dem operativen Eingriff verstrichen ist. Ein günstiger Ausgang ist bei Operationen innerhalb der ersten 10 Stunden zu erwarten, da sonst postoperative Thrombenbildung zu entstehen pflegt. Von 108 Embolektomien wurden 47 Fälle (42%) geheilt. Am günstigsten konnenden Embolien der Armgefäße behandelt werden. Am ungünstigsten die Zahlen für die Embolie an der Bifurkationsstelle der Aorta. E. Gohrbandt, Berlin.

4045.

Läwen, A., und E. König, Untersuchungen über die Rolle der Venen bei der Weiterleitung pyämischer Prozesse. (Dtsch. Z. Chir., 218.) In einer großen Reihe von Versuchen wurde erforscht, ob Staphylo- und Streptokokken, die an die Außenwand peripherer Venen gebracht wurden, durch die Wand der Venen in das strömende Blut gelangen können. Selbst bei längerer Beobachtungsdauer bis zu 47 Stunden konnten die Kokken nicht im strömenden Blut nachgewiesen werden. Ferner wurde im Experiment erforscht, ob Giftlösungen, an die Venenwand gebracht, in das strömende Blut diffundieren können. Diese Versuche ergaben, mit einer wässrigen Strychninlösung ausgeführt, daß es stets gelang, den Übergang der Giftlösung in das strömende Blut nachzuweisen. Auf Grund dieser Untersuchungen wird vorgeschlagen, bei pyämischen Prozessen, die sich endophlebitisch oder periphlebitisch ausbreiten können, durch Frühoperation die Infektionswege festzustellen. Liegt eine endophlebitische Ausbreitung vor, so soll die führende Hauptvene möglichst bald unterbunden werden. Bei periphlebitischer Ausbreitung sollen die großen, die Vene umgebenden Bindegewebsräume tamponiert werden. E. Gohrbandt, Berlin.

4046.

Meyer, Hermann, Eine einfache Hautplastik für die Behandlung der Hypospadie. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Chir. Univ.-Klinik, Göttingen.) Angabe eines Verfahrens unter Umpflanzung der Glans. Zahlreiche erläuternde Abbildungen. Verfasser rät von Plastiken in den ersten Lebensjahren ab. Das Verfahren ist in Anbetracht der kleinen Ausmaße in dieser Zeit technisch sehr schwer. Außerdem ist die Mithilfe des Kranken erforderlich (Lokalanästhesie, Verband, Blasenfistel, Bougieren). Verfasser empfiehlt das 10. bis 12. Lebensjahr als Zeitpunkt der Operation.

E. Mühsam, Berlin.

4047.

Kazda, Franz, Zur Indikation der Krampfaderverödung. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 22.) Verfasser berichtet über Patienten, bei denen sich Varizen an den Extremitäten im Anschluß an durchgemachten Thrombophlebitiden entwickelten. Durch die Thrombophlebitis kam es zur Verödung der tiefen Venen und Erweiterung der oberflächlichen, welche die Funktion der tiefen Venen wenigstens zum Teil übernahmen. Die in derartigen Fällen durchgeführte Operation oder Verödung an Krampfadern kann eine abgeklungene Thrombophlebitis wieder zum Aufklappen bringen oder es kommt zur raschen Ausbildung neuer erweiterter Venen, die wieder als Varizen imponieren. In vereinzelt Fällen hat der Verfasser bei der Verödung von Krampfadern mit hypertonischer Zuckerklösung Allgemeinerscheinungen (Schüttelfrost, Parästhesien, Erbrechen) beobachtet, die in einer vorhandenen oder erst erworbenen Ueberempfindlichkeit ihren Grund haben dürften. In solchen Fällen muß die Behandlung unterbrochen werden. Maslowsky.

4048.

Jeckl, Eugen, Die Vorteile der Lachgasnarkose. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 22.) Hauptvorteil der Lachgasnarkose ist die absolute Unschädlichkeit, da sie auf kein parenchymatöses Organ schädigend wirkt, keinerlei Stoffwechselstörungen setzt, Herz, Gefäße, Blutdruck, Blutgerinnungsfähigkeit unverändert läßt und auf die Atmungsorgane keinerlei Reizwirkung ausübt. Die Patienten verspüren das Einatmen des geruchlosen Gases nicht unangenehm, zeigen kein Abwehr- und Erstickungsgefühl und meist auch keine Exzitation. Die Patienten wachen auch aus länger dauernder Lachgasnarkose rasch auf und fühlen sich nachher vollständig wohl. Bei tiefer Narkose ist auf eintretende Zyanose zu achten. Bei entsprechender Technik (Zufuhr entsprechender O₂-Mengen) können Asphyxien vermieden werden. Bei fettleibigen, sehr muskelkräftigen, plethorischen Patienten ist mitunter durch Stickoxydul-Sauerstoff eine genügende tiefe, ruhige Narkose nicht zu erzielen, hier muß Äther zugezogen werden. Das beste Anästhesieverfahren stellt derzeit die Kombination von Lokalanästhesie mit Lachgasnarkose dar. Maslowsky.

4049.

Pribram, B. O., Die Steuerungsmöglichkeit der Avertin-narkose durch Thyroxin. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) (Chirurg. Abtlg. d. St. Hildegard-Krankenhauses, Berlin.) Die bisher angestellten Versuche mit Thyroxin sprechen dafür, daß man ein Mittel in der Hand hat, das auch für praktische Zwecke eine Steuerung der Narkose insofern ermöglicht, als es gelingt, im Bedarfsfalle die Narkose wesentlich abzukürzen und die Entgiftung zu beschleunigen.

In zwei Fällen hat Verfasser den Eindruck einer unmittelbar lebensrettenden Wirkung gehabt, und das ist auch der Grund, weswegen er sich entschlossen hat, das Resultat dieser Versuche schon jetzt bekanntzugeben, trotzdem die wissenschaftliche Seite noch in den allerersten Anfängen steht.

Arnold Hirsch, Berlin.

4050.

Harrenstein, I. R., Die Skoliose bei Säuglingen und ihre Behandlung. (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Emmakinderkrankehaus, Amsterdam.) Bei 46 Kindern unter 2 Jahren bestanden seitliche Abweichungen der Wirbelsäule mit Rippenwölbung an einer Seite, die auch in Bauchlage nicht ganz verschwand. Im Röntgenbild wurde die Seitenabweichung ebenfalls nachgewiesen, jedoch keine Abweichungen von der normalen Entwicklung gefunden. Zwischen Grad der Verkrümmung und Rippenbuckel bestand nicht immer Parallelität. 29 Kinder waren weiblichen, 17 männlichen Geschlechts. In 7 Fällen hatten die Mütter die Entwicklung der Skoliose bereits während der 3 ersten Lebensmonate beobachtet. Bei 6 Fällen wurden keinerlei rachitische Zeichen gefunden! Die Entstehung wird nicht merkbar beeinflusst durch Tragen auf dem Arm. In 7 Fällen handelte es sich um eine einfache, bogenförmige Krümmung (29mal links konvex, 8mal rechts konvex). Die Behandlung bestand in allgemeinen antirachitischen Vorschriften, Verbot

von Sitzen und Stehen, täglich 20 Stunden Gipsbettlagerung und zweimal 2 Stunden Bauchlage zur Übung der Rückenmuskulatur (durch Leibchen fixiert). Die Technik der Gipsbettherstellung wird beschrieben. 50% konnten klinisch und anatomisch geheilt werden. Durch Vermeidung von Fehlern in der Behandlung, die diese Untersuchungen ergaben, kann der Prozentsatz erhöht werden. Spontane Besserungen kommen vor. Bei den Fällen mit mehrfachen Krümmungen wurde 1 Kind geheilt, 3 gebessert, 2 sind noch in Behandlung, 3 Fälle, die von der Behandlung wegblichen, haben sich ernst verschlimmert. Frühzeitige Behandlung wird gefordert. Eckhardt, Dahlem.

4051.

Ingebrigtsen, R. **Sakralisation des 5. Lumbalwirbels.** (Acta chir. scand., Vol. LXV., Fasc. IV.) Die Sakralisation des 5. Lumbalwirbels muß in anatomischem und pathologischem Sinne von einander getrennt werden. Während wir im anatomischen Sinne aber verschiedene Formen der Sakralisation kennen, müssen wir die Definition im pathologisch-anatomischen Sinne dahin zusammenfassen, daß wir in der Sakralisation eine Entwicklungsanomalie erblicken, die damit endet, „daß die eine Querzacke des 5. Lumbalwirbels oder auch beide so groß und kräftig werden, daß sie außen mit der Basis des Os sacrum oder des Os ileum eine intime Verbindung bekommt.“ — Röntgenologisch ist es wohl möglich, durch verschiedene Projektionen und durch stereoskopische Aufnahmen die Sakralisation zu erkennen. Durch die pathologische Sakralisation wird eine größere oder geringere Deviation der Achse der Wirbelsäule bestimmt. Die daraus hervorgehende Asymmetrie ist die Ursache von Insuffizienz und Kontrakturen. Die Symptome zeigen sich gewöhnlich erst nach der Pubertät, und nur ausnahmsweise vor derselben. Bei der doppelseitigen Sakralisation ist gewöhnlich ein flacher Rücken vorhanden. Die Beschwerden bei der Sakralisation werden durch Bewegung verschlimmert, bei Ruhe gelindert. Sensibilitätsstörungen oder Muskelatrophie werden nicht beobachtet. Wie bereits früher in der Literatur mitgeteilt wurde, konnte durch Resektion des Proc. transversus der Zustand gebessert oder geheilt werden. In zwei von dem Verfasser mitgeteilten Fällen wurde durch dieselbe Operation völlige Heilung erzielt. E. Gohrbandt, Berlin.

4052.

Blencke, August, **Knieschmerzen bei Hüft- und Fußkrankungen.** (Med. Welt, Nr. 32, 1929.) (Orthopädische Heilanstalt von Prof. Dr. August Blencke, Magdeburg.) Bei Hüft- und Fußkrankungen können lediglich Knieschmerzen auftreten, ohne daß die Knie selbst die geringsten krankhaften Veränderungen aufweisen und ohne daß an der Hüfte und am Fuß Schmerzen auftreten. Was die Hüftkrankungen anbelangt, so werden die meisten Fehldiagnosen bei der Arthritis deformans gestellt. Von den Fußkrankungen ist es der Plattknickfuß mit allen seinen Abarten, der am häufigsten Kniebeschwerden verursacht. Die Kniebeschwerden pflegen meist an der Innenseite des Kniegelenks meist beiderseits, oft genug aber auch nur an einem Kniegelenk ihren Sitz zu haben. Es ist daher außerordentlich wichtig, bei Kniebeschwerden immer auch das ganze Bein zu untersuchen, zumal in solchen Fällen, bei denen an den schmerzhaften Knien selbst kein krankhafter Befund erhoben werden kann. L. Gordon, Berlin.

4053.

Spilić, Božidar, **Ueber den kongenitalen Charakter juveniler Osteochondritiden des Hüftgelenkes.** (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Orthop. Krankenhaus, Zagreb, S. H. S.) Die Ansicht, daß sich die juvenile Osteochondritis des Hüftgelenkes in einem kongenital minderwertigen Gewebe durch äußere Gewalteinwirkungen, wie Trauma und Belastung, entwickelt, findet eine Stütze durch die Beobachtung, daß bei 10 Fällen von Osteochondritis siebenmal eine Spina bifida im lumbosakralen Teil der Wirbelsäule bestand.

Eckhardt, Dahlem.

4054.

Roeren, L., **Zur Pfannendachplastik.** (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Orthop. Prov. Kinderheilstalt, Süchteln, Rheinl.) Beschreibung der Technik der Bildung eines künstlichen Pfannendaches bei relaxierender Hüftverrenkung. Es werden 2 Späne der Tibia entnommen, die in einem stumpfen Winkel zueinander den Kopf überdecken und an Ort und Stelle fixieren. Dabei wird die Periostseite der Späne dem Kopf zugewandt.

Eckhardt, Dahlem.

4055.

Peters, A., **Die Deckung rezidivierender Ulcera cruris mittels Lappenplastik aus dem Oberschenkel des anderen Beines.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) (I. Chirurg. Abtlg. d. Städt. Krankenhauses, Charlottenburg-Westend.) Verfasser glaubt aus seinen Erfahrungen den Schluß ziehen zu können, daß beim rezidivierenden

Ulcus cruris in Fällen, in denen überhaupt eine operative Behandlung angezeigt ist, die sicherste und beste Methode die Plastik aus dem Oberschenkel des gesunden Beines ist. Sie befreit den im übrigen meist gesunden Menschen in verhältnismäßig kurzer Zeit von seinem quälenden Leiden und macht ihn wieder voll arbeitsfähig. Die Operationstechnik ist nicht schwierig, muß aber nach den angegebenen Richtlinien genau eingehalten werden. Es werden dann selten Fehlschläge vorkommen, auch dann, wenn man sonst mit plastischen Operationen nicht vertraut ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

4056.

Chasin, Adib, **Die Blutversorgung der Lappen bei osteoplastischen Amputationen an der unteren Extremität.** (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Med. Institut Kiew und Ukrainisch-orthopädisches Kinderinstitut.) Verfasser stellte fest, daß Pirogows Osteoplastik bei Amputationen bedeutend die Lebensfähigkeit der Lappen hebt. Der Pirogowsche Lappen ist infolge der ausgiebigen Verzweigung der Gefäße des hinteren Abschnittes des Fußes ebenso reichlich versorgt, als wenn er mit dem Unterschenkel und dem Fuße normal zusammenhängen würde. Jeder gestielte osteoplastische Lappen enthält mehr Blutgefäße, als ein Lappen, der nur aus weichen Geweben besteht. Das Durchschneiden der A. tibialis post. und der A. peronea vermindert die Zahl der gefüllten arteriellen Stämme des Pirogowschen Lappens bedeutend. Die Unterbindung der A. tibialis post. mit partieller Resektion eines 1½ bis 2 cm langen Stückes der Arterie vermindert nicht die Blutversorgung des Pirogowschen Lappens. Der Biersche Lappen, der aus der vorderen inneren Fläche des mittleren Teiles des Unterschenkels entnommen wird, wird in demjenigen Teil, wo die Knochenplatte liegt, am besten versorgt. In den übrigen Abschnitten des Lappens ist die Blutversorgung weit geringer. E. Mühsam, Berlin.

4057.

Koch, Franz, **Epiphysenschädigung bei Nagelextension im kindlichen Alter.** (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Orthop. Prov. Kinderheilstalt, Süchteln, Rheinl.) Um irreparable Spätschädigungen nach Frakturbehandlung in der Wachstumszeit zu vermeiden, wird die Anwendung von Gipsverbänden oder Heftpflasterextension empfohlen. Wird Nagelextension angewandt, so ist die Epiphyse unbedingt zu schonen. Der Nagel soll durch die Diaphyse gelegt werden. Wird die Epiphyse getroffen, so wird sie zu vermehrtem Längenwachstum gereizt, teilweise zerstört oder verknöchert. Sitzt die Verknöcherung nur im lateralen Teil, so entwickelt sich eine Valgusstellung. Eckhardt, Dahlem.

4058.

Höxter, **Die Epiphysenlösung als Ursache der Coxa vara.** (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Krüppelfürsorge V im Krankenhaus Friedrichshain.) Auf Grund einiger Beobachtungen kommt Autor zu der Auffassung von Haß, wonach die Coxa vara häufig epiphysären Ursprungs ist. Die Epiphysiolyse wird mit der erhöhten Empfindlichkeit der Knochenwachstumzellen in Zusammenhang gebracht. Auch auf die Beziehungen zum endokrinen System (Störung im Kalkstoffwechsel) wird hingewiesen. Eckhardt, Dahlem.

4059.

Aberle-Horstenegg, Walter, **Störungen der Knochenheilung nach Unterschenkelosteotomie.** (Z. orthop. Chir., 52., H. 1.) (Orthop. Spital, Wien.) Bei Unterschenkelosteotomien ist die Kallusbildung in 1,32% aller Fälle bedeutend verzögert, in 0,33% droht eine echte Pseudarthrose. Die Gefahr ist bei unblutigen und subkutanen Eingriffen am kleinsten. Bei angeborenen Verkrümmungen ist die Kirschnersche Aufspaltung zu empfehlen.

Eckhardt, Dahlem.

4060.

Lippmann, Robert K., **Ueber die Pathogenese der Legg-Calvé-Pertheschen Erkrankung auf Grund der bei einem Fall erhobenen pathologischen Befunde.** (Amer. J. Surg., Juni 1929.) Ein 12-jähriges Mädchen wird unter der Diagnose Epiphysenlösung im linken Hüftgelenk operiert. Der Befund spricht für Perthesche Krankheit. Entfernung der Epiphyse mit Lig. teres. Auf dem Oberschenkelkopf sieht man bei gut erhaltenem Knorpel Unebenheiten (Furchen, Grübchen). Zwischen Knorpelüberzug und Epiphysenlinie findet sich eine scharf begrenzte Nekrose im Knochen, die von einer Art Granulationsgewebe umgeben ist. Dieses durchbricht an einer Stelle die Epiphysenlinie. Das stark verdickte und gerötete Ligament zeigt auf dem Schnitt diffuse Blutungen und Oedem sowie in der Peripherie Granulationsgewebe und ein Kapillarnetz. Die Kapillaren sind teilweise obliteriert, teilweise verdickt von einer zelligen Infiltration umgeben. — Die bisher beschriebenen 12 pathologischen Befunde stimmen mit diesem überein. Verfasser glaubt, daß die Erkrankung mit der durch aseptischen Infarkt entstandenen Nekrose in der Epiphyse beginnt. Inwieweit die Gefäßobliteration

im Lig. teres normal ist, ist noch nicht klar. Ebensovienig läßt sich entscheiden, ob die übrigen Veränderungen im Ligament primär oder sekundär sind. Jedenfalls hält Schwarz (1914) diese Gefäßveränderungen für die Ursache der Pertheschen Krankheit, während Bergmann (1927) experimentell durch Verschluß der lateralen Epiphysegefäße nekrotische Herde in der Schenkelkopf-epiphyse erzielte.

4061.

Whitman, Royal, Weitere Beobachtungen über die operative Behandlung der Legg-Pertheschen Erkrankung. (Amer. J. Surg., Juni 1929.) In der Mehrzahl der Fälle ist die Funktionsstörung gering und eine vollkommene Wiederherstellung der Funktion in kurzer Zeit zu erwarten. Schätzungsweise 20% der Fälle sind aber persistent bzw. progredient und indizieren eine Operation, die Verfasser in 3 Fällen ausgeführt hat. Er entfernt den deformierten Kopf, rundet den Hals dann ab und versetzt den Trochanter an die Außenseite des Schaftes, um die Hebelwirkung der Abduktoren wieder zu ermöglichen.

E. Gohrbandt, Berlin.

4062.

Weinert, August, Der menschliche Fuß als Urbild gestalten-der Funktion. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) Die heute als Knick-Senk-Plattfuß angesprochene, seit etwa 50 Jahren in Erscheinung tretende Deformierung des menschlichen Fußes und seines Skelettes trägt diese Bezeichnung nach Ansicht des Verfassers zu Unrecht. Nicht das Umnicken auf die Innenkante ist das Primäre, sondern das nach innen (medial), nach vorn und nach unten erfolgende Abgleiten des Fußoberbaues vom Fußunterbau, d. h. des Sprungbeines vom Fersenbein, stellt den ersten Akt in dem komplizierten Umformungsprozeß dar. Demgemäß muß in Zukunft folgerichtigerweise von einem Pes lapsus gesprochen werden, der erst in zweiter Linie den Pes valgus und schließlich die endgültige Deformierung und Transponierung des Fußskelettes zum Pes lapsus-valgo-abducto-planus hervorruft.

Arnold Hirsch, Berlin.

4063.

Fischer, Ernst, Die Einlagenbehandlung des Knickplattfußes. (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) Um das Modell einer Fußdeformität bei Belastung unter Beachtung der einzelnen Komponenten herzustellen zu können, wird ein Fußmodellierapparat beschrieben. Länge, Breite, Höhe und Elastizität der Einlage sind individuell zu wählen. Mobile Knickplattfüße brauchen starre Einlagen. Die Einlagen sind ortsfest zu kontrollieren. Wichtig sind außerdem Gangart, Turnübungen und richtig geformte Schuhe mit breitem, vorgelagertem Absatz.

4064.

Wojciechowski, J., Ein Fall von Apophysitis calcanei bilateralis. (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 2, 1929.) Ein diesbezüglicher Fall wurde vom Verfasser bei einem zwölfjährigen Knaben anscheinend im Anschluß an ein einmaliges Trauma beobachtet. Schmerzen in beiden Hacken machten Auftreten unmöglich. Das Röntgenbild weist unregelmäßige, zerklüftete Konturen des Tuberculi calcanei auf, mit inselförmiger Knochenverdichtung. Der Verfasser läßt das Leiden als einen aseptischen, entzündlichen Prozeß auf, der Störungen in der Ossifikation zur Grundlage hat. Langwieriger Verlauf, gute Prognose.

v. Dziembowski.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4055.

Hamant, A., L. Cornil, M. Mosinger, Kritische Beobachtungen über das Problem der katamenialen Autointoxikation. (Progrès méd., Nr. 25, 1929.) Unter den allgemeinen Störungen der Menstruation sind von selten des Nervensystems zu nennen: Uebererregbarkeit, Charakterveränderungen, Melancholie (33% der Selbstmorde geschehen während der Regel, Warnehausbüchle!), Verminderung der Muskelkraft, Epilepsie, Hysterie, Dementia Präcox; ferner Vermehrung der Permeabilität der Meningen, der Leukose, Verminderung der Chloride. Vegetatives Nervensystem: einige Tage vor der Regel Hypervagotonie, dann Hypersympathotonie und während der Regel Vagotonie. Im Prämenstruum: Schilddrüsenvergrößerung, Vermehrung des Grundstoffwechsels, Hypertension. Sodann die menstruelle Oligozythämie und Leukopenie, Verschiebung der Arnehtschen Formel nach links; Kongestion der Milz, Vergrößerung der Leber; Diabetes renalis, Azidose im Prämenstruum. Endlich Hautkrankheiten. Als Ursachen nimmt man schon in alten Zeiten Intoxikation durch das Menotoxin an; auch Anaphylaxie. Ersteres ist schon ein alter Volksausdruck. Das Menotoxin sollte erst Cholin sein. Dies ist aber widerlegt worden. Andere nahmen Oxycholesterin an, wieder

andere proteinogene Amine. Die Anhänger der Intoxikationstheorie nehmen an, daß das Menotoxin eine Art Ferment sei, alle Monate vom Organismus geschaffen, das durch die menstruelle Blutung ausgeschieden wird. Die Theorie stützt sich darauf, daß alle Frauen unter der Menstruation mehr oder weniger leiden; daß alle Frauen mit Hypomenorrhöe unter den verschiedensten Krankheiten leiden; daß nach Abtragung des Uterus unter Erhaltung der Ovarien allgemeine Störungen um so schwerer auftreten, wenn der Kranke vorher reichliche Blutverluste hatte. Endlich, daß eine Anzahl der Affektionen durch Hypomenorrhöe verschwinden bei Anwendung von Emmenagogis. Dagegen kann man aber einwenden: die katamenialen Affektionen kommen aber auch bei Hypermenorrhöe vor; die Erscheinungen nach Hysterektomie treten lange nach der Operation auf, wenn die Ovarien resorbiert sind, und Einpflanzung eines Ovariums hält diese Störungen auf; wenn man die Ovarien bei der Hysterektomie läßt, sind die Erscheinungen geringer; die postoperative Plethora ist durch Laboratoriumsuntersuchungen nicht bestätigt. Aus den Untersuchungen der Autoren geht nun hervor, daß es nicht nötig ist, auf ein hypothetisches Menotoxin zurückzugreifen. Der Reichtum des Blutes der Uterusschleimhaut an Jod, Cholin und c hat toxische Wirkung und kann die sympathischen Störungen erklären; es handelt sich also nicht um ein spezifisches Produkt, sondern um eine Dysthyreoidie durch eine besondere chemische Bildung exkretorischen Jods. Die Desintoxikation geschieht auf allen Exkretionswegen. Die katameniale Autointoxikation und die Menstruation sind zwei voneinander unabhängige Vorgänge, zwei verschiedene Epiphänomene, von denen jedes die Bedeutung einer Exkretion hat. Gemeinsam haben sie nur den Tod des Ovulums. Und der klinkt einen bis jetzt noch ganz unbekannten Mechanismus aus. Vielleicht gibt es ein Menstruationszentrum.

4066.

Frank, Robert T., Drei Phasen in der gynäkologischen Plastik. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 2.) Der Verfasser berichtet zunächst über sein Vorgehen bei der Beseitigung von Blasen-scheidenfisteln. Er wandte meist die Simssche Methode oder die Methode der Lappenbildung oder die Transposition des Uterus an. Mehrfach hat er, besonders vom abdominalen Wege aus, und dann in der Regel verbunden mit supravaginaler Hysterektomie, die Blase weitgehend mobilisiert und dann vernäht. Das Operationsfeld wird dann extraperitonealisiert durch Vereinigung des vesikalen und retroperitonealen Peritoneums und glasiert durch Überlagerung mit einer Sigmashlinge. In das Cavum Retzii kommt ein Gummidrain, in die Blase ein Dauerkatheter. Rekonstruktion einer zerrissenen Urethra fährt in einer enttäuschend häufigen Zahl von Fällen zu Urinröpfeln. Auch kurze Harnröhren funktionieren gut, wenn der Sphinkterapparat intakt ist. Bei Uterusprolaps bevorzugt der Verfasser die vordere und hintere Kolporraphie mit extraperitonealer Ventrofixation des Uterus nach Kocher. In Fällen, bei denen man keine Inhalationsnarkose wagen kann, bewährte sich die Parasakralanästhesie. Bei der Perineorrhaphie werden nur die Faszien, die das Rektum und die Levatores bedecken, gerafft. Freilegung und Naht der Levatormuskeln führt zu dünnen, narbigen und schmerzhaften Dämmen. Zwingen gleichzeitig vorhandene große Myome zu abdominalen Operation, so wird die Raffung der pubovesicalen Faszie nach Loslösung der Blase von der Vagina vom Abdomen aus vorgenommen, damit nicht bei einer vaginalen vorderen Kolporraphie der vorher ventrofixierte Uterusstumpf von seiner abdominalen Verankerung weggezogen wird. Die Bildung einer künstlichen Vagina wird nach einer eigenen Methode mit Hilfe von Hautlappenplastik vorgenommen. Die Hautlappen werden zu Röhren zusammengefügt und dann zwischen Urethra und Rektum implantiert. Die Resultate sind dauernd und befriedigend.

Hans Hirsch, Köln.

4067.

Davis, C. H., Fluor vaginalis, mit besonderer Berücksichtigung des Trichomonas vaginalis. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 2.) Der vaginale Fluor kann parasitöse und infektiöse, örtliche, konstitutionelle und zirkulatorische Ursachen haben. Häufig ist die Infektion mit Trichomonas vaginalis. Dieser Parasit ist am besten im frischen Vaginalsekret zu finden, das mit physiologischer Kochsalzlösung vermischt wird und untersucht werden muß, bevor es eingetrocknet ist. Die Parasiten sind in Traubenzuckerbouillon mit 5% Menschenblutserum zu züchten. Sie sind gegen Desinfizienten ziemlich empfindlich. Trotzdem ist mehrmalige Behandlung nötig, um sie gänzlich zu beseitigen, das sie nach der Menstruation häufig rezidivieren. Man bekämpft sie durch Auswaschung der Scheidenwände mit 5% Mercurchromlösung mit nachfolgender Einlegung von Glyzerintampons oder Spülung mit 1% Milchsäure oder Lysol. Zuweilen ist ein Trockenpuder wirksam.

Hans Hirsch, Köln.

4068.

Sears, Suprapubische transvesikale Operation bei Vesiko-vaginalfistel. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Eine suprapubische transvesikale Operation bringt in einem hohen Prozentsatz von Vesiko-vaginalfisteln Heilung, auch wenn viele vaginale Versuche fehlgeschlagen sind. Sie gewährt viel besseren Zugang zu jeder hoch in der Vagina fixierten Fistel, besonders wenn der Uterus schon vorher entfernt war. Wenn die Ureteren in Gefahr kommen, ligiert zu werden, soll man für die Zeit der Operation Ureterenkatheter einlegen. Die Technik muß je nach der Größe und Beschaffenheit der Fistel variieren, wesentlich ist aber eine sorgfältige Trennung der Blasenwand und der Vaginalwand, die jede für sich vereinigt werden müssen. Keine Naht darf die Vaginalwand durchdringen, damit Stichkanalfisteln vermieden werden. Suprapubische Drainage für zwei bis drei Wochen ist anzuwenden, dabei ist Seiten- oder Bauchlage der Patientin zweckmäßig.

Hans Hirsch, Köln.

4069.

Joachimovits, Robert, Ueber die Klinik, die Genese und die Therapie einer tropischen Ecthymenform (tropisches Ulcus vulvae chronicum) und einige Bemerkungen über Inkontinenzoperationen überhaupt. (Geb. u. Gynäk., 95, Heft 2, 1929.) Verfasser beschreibt drei frische und 15 ältere Fälle der Erkrankung. Die häufigste Lokalisation der linsen- bis bohnen großen Geschwüre ist die Umgebung der Urethra, das Frenulum clitoridis; vielfach ist die Harnröhre vollkommen zerstört, die Vaginalschleimhaut ist meist intakt. Daher meist Inkontinenz der Harnröhre und Blase. Meist ist Amenorrhöe dabei vorhanden, ferner häufiges Vorkommen von Rekto-Vaginalfisteln und Perinealfisteln, sowie von ausgedehnten Mastdarmgeschwüren. Der Erreger der Krankheit ist wahrscheinlich der Ducreysche Bazillus des Ulcus molle, zu dem dann noch sekundäre Besiedlung mit Spirochäten vom Typ Refringens in Symbiose mit wetzskinförmigen Bazillen, Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen hinzutritt. Durch die Geschwüre kommt Lymphstauung und Elephantiasis hinzu. — Als Therapie kommen hauptsächlich Paqueleinisierung und bei foudroganten Fällen tiefe radiäre Einschnitte in Frage, ferner Jodoform und 5% Naphthol-salbe. — Da Lues ätiologisch nicht in Frage kommt, sind Salvarsan, Neosalvarsan völlig ergebnislos. — Zur Inkontinenzbehandlung kommt nur eine Sphinkterplastik mit dem Levator und eine Interpositio uteri in Frage.

Rudolf Katz, Berlin.

4070.

Steinharter und Brown, Uterozystographie. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Die Verfasser empfehlen die gleichzeitige Füllung der Blase und des weiblichen Genitalsystems mit Kontrastmedien. Die Röntgenaufnahmen haben alle Vorteile der Uterographie allein und erlauben außerdem, mit Hilfe der Prüfung der Konturen der gedehnten Blase, eine Beurteilung des Feldes außerhalb des Bereiches der einfachen Uterographie, und zwar des Raumes zwischen Uterus und Blase und den Flächen seitlich von der Blase.

Hans Hirsch, Köln.

4071.

Borowski, Paul, Ueber maligne Adenomyome des Uterus. (Z. Geb. u. Gynäk., 95, Heft 2, 1929.) (Univ.-Frauenklinik, Berlin.) Verfasser beschreibt 1. einen Fall einer 55jährigen Frau mit faustgroßem Uterus und drei walnußgroßen Knoten im Fundus (Vorder- und Hinterwand), die deutlich den Typ des Adenomyoms mit karzinomatösen Bestandteilen aufweisen und Karzinometastasen auf der Darmserosa und Peritoneum parietale. Operation: Probeparatomie. Exitus; 2. den Fall einer ebenfalls 55jährigen Frau, bei der acht Jahre vorher Uterus und Adnexe exstirpiert waren. Tumor unter dem Stumpf enteneigroß im Douglas mit Uebergriß auf die Blase, die davon ausgefüllt wird. Der Tumor wies Bindegewebe, glatte Muskelfasern und dazwischen typisches Adenomyomgewebe auf mit sarkomatösen und karzinomatösen Bestandteilen. — Verfasser kommt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der vorhandenen Literatur zu dem Schluß, daß es sich bei der Entstehung maligner Adenomyome von vornherein um Geschwulstkeime handelt, denen die Fähigkeit zur Bildung maligner Strukturen innewohnt.

Rudolf Katz, Berlin.

4072.

Titus P., und H. D. Lightbody, Bericht über Untersuchungen zur Bestimmungen der therapeutischen Dosis der intravenös gegebenen Dextrose (d. Glukose). (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Trotz der weitverbreiteten Anwendung der intravenösen Dextroseinfusion ist zwei wichtigen Punkten noch keine rechte Beachtung geschenkt worden: 1. der besten Konzentration und 2. der Schnelligkeit der Injektion. Die Fälle müssen individuell beurteilt werden, aber im Durchschnitt scheint eine 25prozentige Dextroslösung die wünschenswerte Konzentration zu haben. Durch frühere

Arbeiten ist festgelegt worden, daß die Injektionszeit wenigstens 30 bis 35 Minuten für je 25,0 Dextrose sein soll. Die therapeutische Dextrosemenge für einen Erwachsenen von durchschnittlichem Gewicht beträgt 75 g. Weniger als diese Menge gibt nicht den maximalen therapeutischen Effekt, und mehr als diese veranlaßt eine Reaktion durch Ueberreizung der insulinproduzierenden Tätigkeit des Pankreas. Aufzeichnungen von Blutzuckerkurven während der Dextroseinjektionen zeigen ein beginnendes Fallen bei dieser Dextrosemenge, so daß die Gefahr der hypoglykämischen Reaktion entsteht, trotz Dextrosezufuhr. Die befriedigendsten Resultate scheinen beim Erwachsenen also 75 g Dextrose in 300 ccm Wasser im Verlaufe von 90 bis 100 Minuten zu geben.

Hans Hirsch, Köln.

4073.

Dworzak, Hans, Zur Frage der Behandlung der akuten Appendizitis in der Gravidität. (M. Kl., Nr. 32, 1929.) (Chirurg. Abtlg. d. Allg. öffentl. Krankenhauses in Mährisch Schönberg.) In jungen Schwangerschaftsmonaten, etwa bis zum Beginne des vierten Monats, wird die akute Appendizitis nach allgemeinen chirurgischen Regeln behandelt. Appendizitis ist keine Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung. Bei vorgeschrittener Gravidität muß in jedem Stadium der Erkrankung operiert werden. Je früher die Patientin in Behandlung kommt, desto besser sind die Operationsresultate und desto geringer ist die Gefahr der Früh- bzw. Fehlgeburt. Haben bei Perforation der Appendix und perityphlitischem Abszeß zur Zeit der Operation die Wehen noch nicht begonnen, so ist der Abszeß zu inzidieren und zu drainieren. Ist die Appendix leicht auffindbar, so ist zu appendektomieren. Um keine Wehen auszulösen, soll der gravide Uterus möglichst unangetastet bleiben. Im Falle der Belassung der Appendix wird sekundär appendektomiert. Haben zur Zeit der Operation die Wehen schon begonnen, so läßt man nach der Operation die Geburt zunächst ruhig weitergehen. Verlangt aber bei langsamem Fortschritt der Geburt nach der Operation der Zustand der Gebärenden eine schnelle Entbindung, so kann man nach Schmid zuerst laparotomieren, den Bauch provisorisch verschließen, durch vaginale Sektio entbinden, die Bauchhöhle nochmals revidieren und drainieren.

L. Gordon, Berlin.

4074.

Portes, L., Abdominale Hysterotomia corporis als Schwangerschaftsunterbrechung. (Gynec. et Obstétr., 20., Nr. 1, 1929.) (Klinik Boudelocque, Paris.) Verfasser berichtet über 7 Fälle, in denen er zwischen dem fünften und achten Monat die Schwangerschaft durch Hysterotomia corporis in Lokalanästhesie unterbrochen hat. Bei diesen 7 Fällen handelte es sich um Patientinnen, deren Leben gefährdet schien. Viermal infolge von Herz- bzw. Lungenerscheinungen, zweimal infolge von Störungen der Nierenfunktion, einmal wegen schwerer Koli-Infektion. Dasselbe Verfahren wandte er ferner in drei Fällen von schwerer Tuberkulose ante mortem im Interesse des Kindes an. Die Lokalanästhesie (Novocain) ermöglicht es bei derartigen schweren Fällen, ohne Gefahr für die Patientin den Uterus zu entleeren und nötigenfalls die Pat. durch doppel-seitige Tubendurchschneidung zu sterilisieren.

Rudolf Katz, Berlin.

4075.

Hannes, W., Tuberkulose und Schwangerschaft. (Zbl. Gynäk., Nr. 37, 1929.) Zur Frage der Indikationsstellung für die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei manifester Tuberkulose nimmt Verfasser erneut folgendermaßen Stellung: Interruptio bei tuberkulösen Schwangeren nach ganz exakter Diagnosestellung, um Scheintuberkulosen auszuschließen. Gleichzeitig Beschleunigung der Einleitung des Heilstättenverfahrens, damit möglichst schon eine Woche nach dem Ausführungstage des künstlichen Abortus die Heilstättenbehandlung beginnen kann. Am Ende der Heilstättenbehandlung ist dann zu entscheiden, ob Sterilisierung oder Maßnahmen zur Konzeptionsverhütung zu empfehlen sind oder ob und nach welcher Zeit völligen Gesundes eine Schwangerschaft ausgetragen werden darf. Eine Unterbrechung mit gleichzeitiger Sterilisation durch vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus lehnt Verfasser ab, besonders wenn erstmalig die Notwendigkeit einer Unterbrechung eintritt. Da beim Fortbestehen einer Schwangerschaft der Patientin von seiten ihrer Tuberkulose eine wirkliche Gefahr droht, die wirksam nur durch die Schwangerschaftsunterbrechung abgewandt werden kann, so ist die Indikation bei manifester Tuberkulose stets zu stellen.

Schwab, Hamburg.

7076.

von Büben, I., Die Tonsillitis der Schwangeren und Gebärenden. (Zbl. Gynäk., Nr. 38, 1929.) Die akute eitrige Mandelentzündung bildet für Schwangere im fortgeschrittenen Stadium, Gebärende und Wöchnerinnen eine große Gefahr. Wir wissen, daß

die Tonsillen die Eintrittspforte für zahlreiche Infektionen darstellen und daß Schwangere und Wöchnerinnen zu entzündlichen Erkrankungen viel eher inklinieren und dieselben auch schwerer ertragen als Nichtschwangere. Zu Endokarditis, Nieren- und Gelenkentzündungen tritt bei Wöchnerinnen noch die Möglichkeit der Infektion des puerperalen Uterus, ausgehend von den erkrankten Tonsillen, hinzu. Die verminderte Widerstandsfähigkeit der Schwangeren und Wöchnerinnen tut das ihre, für die zerstörende Tätigkeit der ohnedies hochvirulenten Streptokokken die günstigsten Bedingungen zu schaffen. So fordert die Tonsillitis bei Schwangeren und Wöchnerinnen, meist infolge metastatischer Infektion, große Opfer, ohne daß man diese in den meisten Fällen verhindern könnte. Am aussichtsreichsten ist noch immer die Prophylaxe. Hier kann durch Isolierung der Kranken, Desinfizierung des Krankenzimmers, Gurgeln und gesteigerte Ueberwachung der Schwangeren ein weiteres Umsichgreifen der Infektion in vielen Fällen verhindert werden.

4077.

Caffier, P., Landrysche Paralyse als Graviditätstoxikose. (Z. Geburtsh., 95., H. 1.) (Univ.-Frauenkl. Berlin.) Verfasser berichtet über eine 20jährige Primipara, die wegen schwerer Hyperemesis mit Hungerkur, rektalen Traubenzuckertropfklysmen und Insulin behandelt wurde. Einschlafen der Beine, starkes Schwächegefühl in diesen, Kraftlosigkeit in den Hüften, vollkommen mangelnder Muskeltonus der Muskulatur der unteren Extremitäten, Pulsbeschleunigung, unwillkürlicher Urinabgang, Uebergreifen der Erscheinungen auf die obere Körperhälfte, Erschlaffung mit Hyperästhesie der Bauchdecken lenkten schließlich die Diagnose auf Landrysche Paralyse (Polyneuritis) mit Vagus und Phrenikusbeteiligung. Im fünften Monat der Schwangerschaft wurde dann in Lokalanästhesie durch Hypertonie anterior die Schwangerschaft unterbrochen — ohne Sterilisierung. Danach erholte sich die Pat. zusehends, bis auf die schlaffe Lähmung der Beine und das Ausbleiben der Reflexe in denselben. Verfasser ist der Meinung, daß bei Landryscher Paralyse die Unterbrechung der Schwangerschaft berechtigt ist, wenn eine Lebensgefahr besteht, d. h. in Fällen, bei denen Nerven betroffen werden, die die unwillkürliche Körpermuskulatur innervieren (Vagus, Phrenikus) und bei Fällen von Landryschen Typ, bei denen der Nervus opticus ernstlich erkrankt ist. Doch sollte nach Ansicht des Verfassers vorher in jedem Falle ein Versuch mit der Serumtherapie nach R. Freund unternommen werden. Die Ablehnung der Unterbrechung in allen Fällen von Polyneuritis gravidarum ist heute nicht mehr gerechtfertigt. Da die Polyneuritis der Ausdruck einer Schwangerschaftstoxikose ist, und in den folgenden Schwangerschaften nicht sicher zu erwarten ist, kommt hierbei eine sofortige Sterilisierung der Frau nicht in Frage.

4078.

Eufinger, Heinrich, Reststickstoff und Indikan bei den Schwangerschaftstoxikosen. (Z. Geburtsh., 95., Heft 2, 1929.) (Universitäts-Frauenklinik, Frankfurt a. M.) Der Reststickstoff wurde bei 43 Hyperemesisfällen, 12 Fällen von Eklampsie sub partu, 15 im Wochenbett, bei 30 Nephropathien, 4 Fällen von Pyelitis in gravid., und 3 Fällen echter Nephritis in gravid. bestimmt. Indikan bei 18 Eklampsien, 3 Nephropathien und 18 Fällen von Hyperemesis. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß sowohl der Rest-N als auch das Indikan in der pathologischen Schwangerschaft in einem hohen Prozentsatz im Blute eine Steigerung erfährt. Die Höhe der festgestellten Werte geht aber im Einzelfalle durchaus nicht parallel zu der Schwere des Krankheitsbildes und vor allem der klinischen Äußerung der vorhandenen Funktionseinstellung der Niere. Prognostisch ist also die Höhe der Rest-N und Indikanwerte nicht verwertbar. Das Auftreten erhöhter Rest-N- und Indikanwerte ist also nicht so sehr als Folge einer Nierenfunktionsstörung aufzufassen, sondern vielmehr ihre Ursache in dem andersartigen Funktionieren des Eiweißabbaues zu sehen. Bei schweren Schwangerschaftstoxikosen kann natürlich noch das Moment einer sekundären, durch eine Oligurie bedingten Retention hinzutreten und dadurch ein weiteres Ansteigen der Werte erfolgen. Rudolf Katz, Berlin.

4079.

Schmechel, A., Ueber die rezidivierende Eklampsie. (Zbl. Gynäk., Nr. 38, 1929.) Interessante und praktisch wichtige Beobachtungen über das Wiederauftreten der Eklampsie bei späteren Schwangerschaften veröffentlicht Verfasser aus der Staatl. Frauenklinik Dresden. In Fällen, bei denen die erste Schwangerschaft und Eklampsie längere Zeit zurückliegen, kommt es bei zweckmäßigem Verhalten zu keiner Störung im Verlauf der zweiten Schwangerschaft. Tritt jedoch die erneute Schwangerschaft sehr bald ein, so kann es bei der erhöhten Disposition zur Eklampsie sehr leicht zu Störungen von seiten des vegetativen Nervensystems in Gestalt von Blutdruckerhöhung, Kopfschmerzen, Flimmern vor

den Augen und den übrigen präeklampsischen Symptomen kommen. Ungeeignete Ernährung, fett- und eiweißreiche Kost begünstigen das Wiederauftreten der Eklampsie. Für die Praxis erhebt sich auf Grund dieser Beobachtungen die Frage, wie lange man nach einer Eklampsie eine erneute Schwangerschaft verhindern soll, oder ob man bei wieder eingetretener Schwangerschaft beim Auftreten von Nierensymptomen berechtigt ist, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Verfasser ist der Meinung, daß zunächst der Versuch gemacht werden soll, die Nierensymptome durch klinische Behandlung zu bessern und sich nur beim Auftreten von Azeton und Azetessigsäure zur Unterbrechung der Schwangerschaft entschließen soll. Die rezidivierende Eklampsie verläuft gewöhnlich leichter.

Schwab, Hamburg.

4080.

Voigt, J., Der Wert der Kolpeuryse als Wehenmittel. (Zbl. Gynäk., Nr. 36, 1929.) In seiner für jeden praktisch tätigen Geburtshelfer außerordentlich lesenswerten Arbeit warnt Verfasser vor allem vor der Unrast, mit der heutzutage von vielen die Geburtshilfe betrieben wird. Die häufig ohne strikte Indikation angewandte Schnittentbindung, die Forcierung des Geburtsvorgangs durch Einspritzung aller möglicher Hypophysenpräparate sind Anzeichen für Mangel an Geduld, Erfahrung und Verständnis für den physiologischen Geburtsablauf. Soweit eine Verzögerung in der Geburt nicht durch Erschöpfung der Uterusmuskulatur bedingt ist, empfiehlt Verfasser die vaginale Anwendung des prall zu füllenden Gummiballons, welche ein ungefährliches und dabei außerordentlich wirksames Mittel zur Verstärkung der Wehentätigkeit darstellt. Der richtig und aseptisch eingelegte Kolpeurynter kann ruhig sechs bis acht Stunden in der Scheide liegen bleiben. Falls der prallgefüllte Ballon der Kreißenden Schmerzen verursacht, gebe man ein Morphiumpräparat. Nur unvollständig gefüllte Kolpeurynter erfüllen ihren Zweck nicht!

Schwab, Hamburg.

4081.

Micholitsch, Die vorzeitige Lösung der normalsitzenden Plazenta. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 23.) Die Diagnose der vorzeitigen Plazentalösung ist nicht schwer, wenn die Symptome einer Blutung in dem Uterus manifest wurden (auffallende Blässe, Kollaps- und Ohnmachtsanfälle, Wachsen des Uterus bei Fehlen einer stärkeren Blutung nach außen, zunehmende Pulsfrequenz). Mitunter treten diese Symptome bei vollständigem Wohlbefinden, oft ganz überraschend auch ohne vorherige Geburtstätigkeit im Anschluß an einen plötzlich im Bauch empfundenen Schmerz auf. Schwieriger kann die Diagnose sein, wenn das Ereignis während oder gegen Ende der Geburt eintritt. Das Symptom des Schmerzes kann in diesen Fällen durch den Wehenschmerz gedeckt sein. Die Ätiologie der vorzeitigen Plazentalösung ist offenbar keine einheitliche. Verfasser teilt auf Grund der an seinen Fällen gemachten Beobachtungen nicht die Ansicht derjenigen, die die vorzeitige Plazentalösung als Folge einer Nephritis mit konsekutiven Gefäßschädigungen und Blutungen auffassen. Die Therapie besteht in der sofortigen Entleerung des Uterus, die Art und Weise derselben ergibt sich aus dem Geburtsstadium. Auf das Kind ist kaum Rücksicht zu nehmen, da in allen schwereren Fällen die Kinder bereits tot sind.

Maslowsky.

4082.

Hoffmann, Herbert, Ueber künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft im Status epilepticus. (Z. Geburtsh., 95., Heft 1.) (Frauenklinik Prag.) Verfasser kommt auf Grund von zwei eigenen Beobachtungen und der einschlägigen Literatur zu folgendem Ergebnis: Da man bisher in keinem Falle von Epilepsie mit Sicherheit eine günstige oder ungünstige Beeinflussung durch die Gravidität voraussagen kann, muß jede gravide Epileptika unter strengster Kontrolle bleiben und bei etwaigen Anzeichen der Verschlimmerung trotz eingeleiteter Medikation sorgfältig darauf geachtet werden, daß der günstige oder richtige Zeitpunkt der Unterbrechung nicht verpaßt wird. Bei enormer Steigerung der Anfälle der in der Gravidität aufgetretenen Epilepsie, bei Auftreten psychischer Störungen, Nahrungsverweigerung soll die Unterbrechung in Erwägung gezogen werden, und es soll eine Methode der Unterbrechung gewählt werden, die eine möglichst rasche Entleerung des Uterus gewährleistet (Hysterotomia vaginalis).

Rudolf Katz, Berlin.

4083.

Le Lorier, V., Wie sorgt man für eine gute Entbindung? (Clinique et Laboratoire, Nr. 2, 1929.) Zu einer guten Entbindung gehört, daß man alles tut, damit die Nachgeburt den Geburtskanal so vollständig wie möglich, ohne Zerreißen der Häute, ohne Retention von Plazentarresten verläßt. Die Hilfe des Arztes darf erst dann einsetzen, wenn er die Gewißheit hat, daß Plazenta und Eihäute vollkommen abgelöst sind. Klinische Anzeichen dafür stehen uns zur Verfügung. Zunächst die Modifikation der Form und der

Höhe des Uterus nach Ausstoßung des Föt. Die Schwankung dieser Höhe, die man in Abständen von 5 zu 5 Minuten nachprüft, lassen auf ein Vorrücken der Plazenta schließen. An der Vulva beobachten wir ein mehr oder minder manifestes Gleiten der Nabelschnur. Um zu wissen, ob auch die Eihäute völlig gelöst sind, müssen wir uns zweier Handgriffe bedienen. Der erste besteht darin, daß man auf den Fundus einen sanften Druck ausübt, nicht so, als ob man exprimieren wollte. Dabei verlängert sich die Nabelschnur; diese Verlängerung schlüpft zurück, sobald wir loslassen. Bei unvollkommener Ablösung schlüpft die gesamte Schnur in das Innere der Vagina zurück. Der zweite Handgriff besteht darin, daß man 4 Finger flach so auflegt, als wollte man die Haut des Hypogastricus hinter die Symphyse stülpen. Indem man dann in der Tiefe durch Vermittlung der Blase Fühlung sucht mit der Vorderwand des unteren Segments, stützt man sich auf letzteres und betrachtet dabei aufmerksam die aus der Vulva heraushängende Nabelschnur. Schnell die Schnur nicht zurück, so besteht zwischen Uterus und Membranen kein Konnex mehr, d. h. der Moment zum Eingreifen ist günstig.

Keiner dieser Handgriffe darf vorgenommen werden, wenn man nicht die Gewißheit hat, daß die Plazenta sich schon im oberen Teil der Vagina befindet; denn jedes vorzeitige oder stürmische Ausdrücken stört den normalen Ablösungsmodus, vor allem die Bildung jenes kleinen retroplazentären Hämatoms, ohne das die Ablösung nicht gut vonstatten geht.

Die Entwicklung der Nachgeburt soll mit größter Langsamkeit vor sich gehen. Statt zu ziehen, soll man lieber retardieren.

Held.

4084.

Peeters, Schmerzlose Geburt mit tragischem Verlauf. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 32, 1929.) Peeters berichtet über ein in seiner 31jährigen Praxis einzig dastehendes Ereignis. Er wird zu einer 27jährigen Erstgebärenden gerufen, die er vor drei Wochen zum letzten Male untersucht hatte. Die Geburt sollte beginnen. Die Nachbarin, wie bei Bauern Sitte, sollte als Hebamme fungieren und hatte alle Vorbereitungen getroffen. Die „Kreißende“ machte nicht den gewohnten Eindruck, bei der äußeren Untersuchung stellte es sich zur größten Ueberraschung des Arztes und der Frau heraus, daß die Geburt schon stattgefunden haben mußte. Er machte heftige Vorwürfe, daß man ihm nicht gesagt hätte, daß die Geburt schon stattgefunden hatte. Darob größtes Erstaunen, niemand wußte etwas von der Geburt. Genaues Nachfragen ergab, daß die Frau keine Wehen gehabt hatte. Am Morgen hatte sie das Bedürfnis zu urinieren und ging auf den Abort, möglicherweise hatte sie hier auch etwas defäziert, sie wußte es nicht genau. Schließlich wurde das ausgetragene männliche Kind mit samt der Nachgeburt in dem Abort (kein W.-Kl.) gefunden. Die Trauer der Mutter, die sich ehrlich auf ihr Kind gefreut hatte, war groß. Böswilligkeit ist völlig ausgeschlossen.

Der Fall läßt wichtige forensische Schlußfolgerungen zu. Bisher war es unbekannt, daß eine unbewußte Geburt möglich ist. Man kennt wohl Sturzgeburten, doch sind hierbei die Wehen ungewöhnlich stark. Hätte Autor nicht den Abort untersuchen lassen, so hätte er das ganze wohl als eine Fehlgeburt, die längst abgelaufen war, aufgefaßt. Die Mutter wollte an die Geburt nicht glauben, bevor sie nicht das Kind gesehen hatte.

Auch in der deutschen Literatur herrscht die Ansicht, daß eine Mutter nach der Ausstoßung der Frucht sich über die Situation im Klaren sein müsse, wenn sie nicht ausgesprochen schwachsinnig ist. Ein deutscher Richter hätte also dieser einfachen Frau keinen Glauben schenken dürfen.

Kurt Heymann, Berlin.

4085.

Grier, Eine Studie über fünfzig aufeinanderfolgende Extrauterin graviditäten. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Von den anamnestischen Symptomen, die für Extrauterin gravidität sprechen, sind Unregelmäßigkeit der Blutung, plötzlich einsetzen von Schmerzen und Amenorrhöe die wichtigsten. Bei der Untersuchung findet man am häufigsten Schmerzempfindlichkeit und Rigidität im unteren Abdomen und eine palpable Masse. Schock war nur in 11% der Fälle vorhanden. Unter den Laboratoriumsbefunden ist die hohe Leukozytenzahl höchst wertvoll. Es spricht für eine frische Blutung in die Peritonealhöhle, wenn die Leukozytenzahl 15000 oder mehr beträgt.

Hans Hirsch, Köln.

4086.

Cohen, Walter, Geburtsmechanismus bei Schädelgeburten mit querverlaufender Pfeilnaht. (Z. Geburtsh., 95., Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik Göttingen.) Verfasser berichtet über 3 Geburten bei Erstgebärenden, bei denen der Schädel in Scheitellage mit querverlaufender Pfeilnaht ausgetreten ist, nachdem in allen Fällen ein hoher Geradstand bzw. eine Geradeinstellung, und zwar zweimal in

Positio occipitalis publica und einmal in Positio occipitalis sacralis vorausgegangen war. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen hohem Geradstand und quierem Austritt des Schädels wird auf Grund des maßgebenden Einflusses des Schultermechanismus vermutet. Die das Zustandekommen des hohen Geradstandes maßgeblich veranlassende Verengung des Beckeneinganges im queren Durchmesser, die durch Röntgenaufnahmen nachgewiesen werden konnte, ist auch richtunggebend für den Eintritt der Schulterbreite im geraden Durchmesser. Außer den bereits bekannten Momenten, die für den queren Austritt des Schädels verantwortlich gemacht werden konnten, geräumiger knöcherner Beckenausgang, abnorm dehnbare Weichteile, indifferente Schädelhaltung, spitzer, unausnutzbarer Schambogenwinkel, wodurch der Schädel gezwungen wird, mehr steilbeinwärts auszutreten, wird der Geburtsmechanismus der Schultern als ein den queren Austritt des Kopfes wesentlich beeinflussendes Moment angesehen.

Rudolf Katz, Berlin.

4087.

Schröder, Hans, Zur Frage des Kaiserschnittes bei unreinen Fällen. (Z. Geburtsh., 95., Heft 2, 1929.) (Städt. Wöchnerinnenheim zu Nürnberg.) Bericht über 280 Kaiserschnitte in der Zeit vom 1. Januar 1923 bis 30. September 1928. Gesamt mortalität 5%. Kindliche Mortalität 8,6%. Nur 87 Fälle waren rein, alle übrigen kamen fieberhaft, d. h. mit Temperatursteigerung auf 38° und darüber (rektal) zur Operation. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Sektio berechtigt ist bei engem Becken, wenn nach sechsständiger Wehentätigkeit der Kopf nicht ins Becken eintritt; unter diesen Umständen wird nach Ansicht des Verfassers auch der Entschluß zum Kaiserschnitt leichter bei totem Kind in Fällen, in denen es zweifelhaft ist, ob eine vaginale Entbindung auch des zerstückelten Kindes überhaupt möglich ist. Er befürwortet auch die Schnittentbindung bei übertragendem Kind bei dringendem Wunsch der Mutter nach einem lebenden Kind. Die Totalexstirpation soll nur bei schwerst infizierten Fällen in Betracht kommen. Er glaubt, daß bei den infizierten Fällen alles auf eine exakte Naht ankommt und empfiehlt neben vollkommener Abdeckung bei Pfannenstielschem Querschnitt und intraperitonealem zervikalem Schnitt bei Totalexstirpation des Uterus Vernähen der Ligamenta rotunda beiderseits auf den Scheidenstumpf zur Vermeidung eines Descensus vaginae und Bedeckung dieser Wundfläche mit der Blase. Beim einfachen Uterusschnitt legt er zunächst eine fortlaufende Naht durch die Muskulatur ohne Mukosa, dann eine zweite Naht mit Knopfnähten und schließlich eine fortlaufende Lambertnaht mit Versenkung der ganzen Uteruswunde. Lediglich durch diese komplizierte Uterusnaht glaubt Verfasser eine wesentliche Verbesserung seiner letzten Resultate erzielt zu haben.

Rudolf Katz, Berlin.

4088.

Kamniker, H., Ovarialkarzinom als Geburtshindernis. (Z. Geburtsh., 95., Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik Wien.) Bei einer 40jährigen fünftgebärenden stellte sich nach langem Kreißen die Unmöglichkeit des Fortgangs der Geburt durch ein mannsfaustgroßes rechtsseitiges Ovarialkarzinom mit Metastasen an der Unterseite des Zwerchfells heraus; am Peritoneum vorn nuß- bis kirschgroße Knoten, zwischen Symphyse und Vorderwand des Uterus apfelgroße Knoten, in der hinteren Vaginalwand eine mannsfaustgroße Resistenz, die sich links weit in den Douglas erstreckte. Auf das linke Ovarium war die Tumormasse von außen her übergegangen. Kaiserschnitt, lebendes Kind, Exitus der Mutter nach 4 Tagen an Peritonitis. Nach Ansicht des Verfassers besteht die Möglichkeit, daß der Tumor schon vor der Empfängnis bestanden haben kann, wenn auch in kleinem Umfange. Wahrscheinlich ist der Tumor erst in den letzten Monaten stark gewachsen, da die Frau bis dahin nie Beschwerden gehabt. Andererseits muß wohl zugegeben werden, daß das Karzinom einen Einfluß auf den Geburtstermin gehabt hat, da die Geburt nicht am normalen Schwangerschaftsende, sondern bereits früher einsetzte. Das linke Ovarium war stark aktiv, mit großen Mengen Primordialfollikeln und Follikeln in mehr oder weniger weit gediehener Ausreifung, zystischen und Graafischen Follikeln. Weiterhin fand sich als interessante Erscheinung paradezhiale Umwandlung an Stellen, wo der Krebs nur der Oberfläche des linken Eierstocks angelagert scheint. Die Erscheinungen im relativ gesunden linken Eierstock sind allem Anschein nach durch den Reiz des einwuchernden Karzinoms bedingt.

Rudolf Katz, Berlin.

4089.

Sommer, K., Puerperaler Tetanus oder puerperale Sepsis? (Zbl. Gynäk., Nr. 38, 1929.) Die puerperale Infektion mit dem Tetanusbazillus ist in den letzten Jahren nicht seltener geworden. Bei dem vom Verfasser berichteten Fall handelte es sich allerdings um eine Staphylokokkensepsis, die dadurch einen Tetanus vor-

täuschen konnte, daß sie massenhaft Abszesse in der Gesichtsmuskulatur, im Musculus masseter und Musculus temporalis, metastatisch vom infizierten puerperalen Uterus ausgehend, hervorgerufen hatte. Staphylokokken-Allgemeinfektionen sind auch im Puerperium so häufig, daß es nicht mehr angängig ist, für die Wochenbettinfektionen in erster Linie und fast ausschließlich die hämolytischen Streptokokken verantwortlich zu machen.

Sch w a b, Hamburg.

4090.

Carr, W. L., Untersuchung des Neugeborenenblutes im Hinblick auf die Behandlung von Hämorrhagien. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Die Untersuchung des Neugeborenenblutes ergab, daß Blutungszeit, Gerinnungszeit und Blutkörperchenresistenz durch die Dauer der Wehentätigkeit und durch Forzeps, Wendung oder andere geburtshilfliche Manipulationen keine Veränderungen erleiden, die außerhalb der normalen Werte liegen.

Hans Hirsch, Köln.

4091.

Burg, Ete, Röntgenologische Untersuchungen der regressiven Veränderungen des placentaren Gefäßsystems. (Z. Geburtsh., 95, Heft 1, 1929.) (Frauenklinik Pécz, Ungarn.) Nach vollkommener Durchspülung der Plazenten mit gewöhnlichem Leitungswasser wurden die Nabelschnurgefäße mit einer mit Zinnober gefärbten, in Azeton gelösten Zelluloidmasse, später mit Teichmannscher Masse gefüllt. Die Röntgenaufnahmen wurden bei 120 ccm Fokusweite mit 35 kV und Belastung von 20 MA ohne Verstärkungsscheibe gemacht. Bei den normalen Plazenten ergab sich überall Gefäßreichtum in dem Kotyledonen, bei den pathologischen Fällen dagegen, wie Vitium cordis Lues, Nephritis, Eklampsie, zeigte sich Gefäßarmut, die um so ausgeprägter war, je jünger die Schwangerschaft. Aus der Tatsache der Gefäßverminderung kann man auf eine Abnahme der fötalen Atmungs- und Ernährungsfläche schließen, durch die der Fötus schließlich absterben muß. Bis zum Eintritt des Fruchttodes kann der mit ungenügenden Sauerstoffmengen versorgte Föt seine Stoffwechselprodukte (z. B. Eiweißspaltprodukte) nicht genügend verbrennen, wodurch es dann zu Vergiftungserscheinungen kommt, sowohl für den Föt als auch für die Mutter. Vielleicht können auch die durch die regressiven Gefäßveränderungen entstandenen fötalen Abbauprodukte die Muskulatur des Uterus aktivieren und dadurch den Geburtsakt einleiten, und möglicherweise erklärt sich auch durch diese schwankenden physiologische Verhältnisse die Unbestimmtheit des Geburtseintritts.

Rudolf Katz, Berlin.

4092.

Haselhorst, G., und M. Trautvetter, Zur Frage nach dem günstigsten Zeitpunkt der Abnabelung. (Zbl. Gynäk., Nr. 37, 1929.) Auf Grund eingehender Untersuchungen am Material der Hamburger Universitäts-Frauenklinik kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß die optimalen Bedingungen für das Neugeborene dann geschaffen sind, wenn der Geburtshelfer mit der Abnabelung so lange wartet, bis die Zirkulation in der Nabelschnur völlig erloschen ist. Denn die Flüssigkeits- und Hämoglobinmenge, die bei der sofortigen Abnabelung dem Kinde vorenthalten, bei der Spät-abnabelung aber zugeführt werden, ist keineswegs nutzlos, da sie Nährstoffe und vor allem Sauerstoff enthält, welcher letzterer in Fällen mit mangelhafter Atemtätigkeit von wesentlicher Bedeutung für das neugeborene Kind ist. Da jedoch bis zum völligen Aufhören jeder Zirkulation in der Nabelschnur mitunter 15 Minuten vergehen können, genügt es im allgemeinen, die ersten 2 bis 3 Minuten abzuwarten, während welcher die Hauptmenge des Blutes bereits übergeflossen ist. So lange sollte jedoch stets mit der Abnabelung gewartet werden, auch bei schlaffen, asphyktischen Kindern, bei denen die Trennung und Entfernung von der Mutter deswegen oft so bald als möglich vorgenommen wird, damit Hautreize und evtl. künstliche Atmung schneller und gründlicher in Anwendung gebracht werden können. Uebereile bringt jedoch hier oft mehr Schaden als Nutzen. Es wird empfohlen, während der 2 bis 3 Minuten, solange das Kind noch dem placentaren Kreislauf angeschlossen ist, Mund und Rachen von etwaigem Schleim und Fruchtwasser freizumachen und die in der Abkühlung und dem Zutritt der Luft gegebenen Hautreize durch leichtes Schlagen oder Besprengen mit kaltem Wasser zu unterstützen.

Sch w a b, Hamburg.

4093.

Bloncke, Bernhard, Ueber die sogenannte Entbindungs-lähmung des Armes. (Z. orthop. Chir., 52, Heft 1.) (Orthop. Heilanstalt von Prof. A. Bloncke, Magdeburg.) Die Aetiologie der sogenannten Entbindungs-lähmung ist verschieden. Mitteilung eines Falles, bei dem es sich um eine erbte Deformität (Vitium primae formationes infolge eines zentralnervösen Bildungsdefektes; Schubert) handelt.

Eckhardt, Dahlem.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

4094.

Eller, J. J., Neurogene und psychogene Hautstörungen. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) Gruppe 3: Hautstörungen, die häufig mit psychischen Störungen verbunden sind, aber nicht notwendig darauf beruhen. Hierher gehören vor allem die kongenitalen Mißbildungen, wie Recklinghausen, Adenoma sebaceum, Ichthyosis, Alopecia congenita, Epidermolysis bullosa hereditaria, Albinismus. Aber diese Vereinigung ist sicher nicht so häufig, wie sie angenommen wird. Haarausfall und plötzliches Ergrauen durch Schock, Kummer, Angst ist bekannt. Ebenso Haarverlust nach Infektionen, Typhus, Pneumonie, Influenza; hier wächst es aber wieder nach. Sicherlich spielen in vielen Fällen von Leukoderma, Vitiligo und anderen Pigmentanomalien die inneren Drüsen eine Rolle. Besonders bei Nebennieren durch Störung der Sympathikusfunktion. Hierher gehören auch die vasomotorischen und trophischen Störungen bei Geisteskranken, wie Akrozyanose, abnormer Haarwuchs, Anomalien der Schweißsekretion, Störungen der Nägel. Eine Gangrän neurotischen Ursprungs der Nägel kann man bei Alkoholneuritis finden, ferner bei Tabes, allerdings selten (subunguale Blutung und Verlust). Endlich ist hier noch Pellagra und Skorbut zu erwähnen.

Gruppe 4: Störungen, bedingt oder verbunden mit organischen Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems. Hierher gehört Herpes zoster, dessen Aetiologie noch dunkel ist (infektiös?). Man kann ihn gelegentlich beobachten nach As-injektionen, Salvarsan, auch bei Myelitis, Tabes, Hemiplegie und Tumoren des Rückenmarks. Zusammenhang mit Pocken? Dann die perforierenden Ulzera bei Tabes, Lepra und auch Diabetes, die trophischen Hautstörungen bei Syringomyelie, Myelitis, multipler Sklerose, Tumoren der zentralen und peripheren Nerven, epidemischer Enzephalitis Arteriosklerose. Sodann die Neurofibromatose, das Fibroma mullusum, Pemphigus, Pellagra, Herpes simplex, Akroynie, Erythrodema, Polyneuritis, Erythromelalgie, Neuralgia cutis, Kausalgie, Meralgia parästhetica.

Gruppe 5: Hautkrankheiten durch Störungen des vegetativen Nervensystems, Angio- und Trophoneurosen. Die enge Verbindung des vegetativen Nervensystems mit dem peripheren und zentralen erklärt bis zu einem gewissen Grade Urtikaria, angioneurotisches Oedem, die allergischen Ekzeme, Neurodermatitis, Erscheinungen, die von anderer Seite auch der Allergie oder Anaphylaxie zugeschrieben werden. Auch die Kolloidoklasie ist dafür verantwortlich gemacht worden. Die Verhältnisse sind noch nicht ganz geklärt und sind auch schwer zu klären. Auch die Erythromelalgie und der ihr verwandte Raynaud gehören hierher. Manche nehmen bei Raynaud eine hereditäre Disposition an. Er kann mit Syphilis vorkommen, hat aber nichts damit zu tun. Auch der „tote Finger“ ist ein vasomotorisches Symptom. Bei Skleroderma steht noch nicht fest, ob die Ursache eine Trophoneurose oder ein infektiöser Prozeß toxischen Ursprungs ist. Alopecia areata wird teils als Trophoneurose, teils als endokrine Störung aufgefaßt. Trophische Störungen der Haut und der Nägel werden teils neuritischen Störungen, teils akzidentellen Ursachen, Folgen der Gefühlosigkeit der Haut, zugeschrieben. Man findet das mal perforans häufig bei Syringomyelie, auch bei Tabes, Paralyse, Hemiplegie, Spina bifida, Myelitis, Hämorrhagie ins Gehirn und ins Rückenmark, bei Frakturen der Wirbelsäule, Lepra und Diabetes. Trophische Störungen der Haut und Nägel kommen vor bei Syringomyelie, multipler Sklerose, Myelitis, Tumoren oder Traumen des zentralen und peripheren Nervensystems bei epidemischer Enzephalitis, Lepra, Arteriosklerose der Blutgefäße des Rückenmarks, bei Diabetes und Spina bifida. Bei Syringomyelie findet man folgende trophischen und vasomotorischen Störungen: Fissuren, Blasen, Zyanose der Haut, Ulzerationen der Sehnenscheiden, Pigmentveränderungen, Glanzhaut und Veränderungen an den Nägeln. Auch Hyperhidrosis. Bei Hemiplegie mögen die trophischen Störungen oft dem akuten Dekubitus vorausgehen. Ebenso bei Myelitis.

v. Schnizer.

4095.

Karo, W., Ueber Organtherapie der Hautkrankheiten. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 1, 1929.) Ausgehend von der Anschauung, daß viele Hautkrankheiten keine selbständige äußere Krankheit, sondern ein Symptom einer Allgemeinerkrankung, besonders auch mit Störungen der inneren Sekretion einhergehender, darstellen, wurde ein polyhormonales Präparat „Vallathen“ zur Behandlung herangezogen. Es enthält Extrakt tierischer innersekretorischer Drüsen, besonders Succus intestinal, Pankreas, Hepar, daneben Sulfur, depur. und Magnesia ust. Dosierung täglich 3 Dragees, ¼ Stunde vor den Mahlzeiten. Gute Erfolge bei Akne, nässenden Ekzemen, Furunkulose, Rosazea.

Ernst Levin, Berlin.

4096.

Vohwinkel, K. H., Zur Pathogenese der Sklerodermie. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 1, 1929.) (Städt. Hautklinik, Essen.) Der

Fall ist geeignet, die bisher noch dunkle Pathogenese der Sklerodermie zu klären. Bei einem achtjährigen Knaben fanden sich zahlreiche Herde einer Sklerodermie an den Händen, die eine deutlich segmentale Anordnung erkennen ließen. Befallen waren hauptsächlich links Trigeminusast 1 und 3, Zervikalis 1, 2 und 5, Dorsalis 4, 6 bis 8, 11, 12, Lumbalis 1, Sakralis 2 und 3; rechts Trigeminusast 3, Dorsalis 5 bis 9, 11, 12, Lumbalis 4 und 5, Sakralis 1 bis 3. Neben der Sklerodermie fand sich eine Hemiatrophia facialis progressiva, wie meist auch hier linksseitig, ferner an Bauch und Rücken ein zosteriformer pigmentfreier Bezirk. Es kann hier an einer neurogenen Ätiologie nicht gezweifelt werden.

Ernst Levin, Berlin.

4097.

Schulze, W., und F. v. Grundherr, Ueber Melkerknötchen mit toxischem Exanthem. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) (Univ.-Hautklinik Gießen.) Bei einer Reihe von Patienten, die sich von an Kuhpocken erkranktem Vieh mit Melkerknötchen infiziert hatten, traten 5 bis 17 Tage später unter starkem Oedem akute Exantheme von urtikariell-papulösem Charakter auf. Die einzelnen Effloreszenzen stellen in Aussehen und Ablauf einen abortiven Verlauf der Melkerknötchen dar. Während die Melkerknötchen sich auf Kälber übertragen lassen, die dann eine der sonstigen völlig gleichwertige Vakzine liefern — womit die Melkerknötchen als Pockeninfektion erwiesen sind —, gelang eine Übertragung des sekundären Exanthems nicht. Dieses muß als postvazinales Exanthem aufgefaßt werden und ist so zu erklären, daß es infolge eines Reizes von den Melkerknötchen zu einer Aussaat des Pockenvirus durch das Blut oder auf dem Lymphwege kommt; die Erreger treffen auf eine in ihrer Reaktionsfähigkeit stark veränderte Haut, es kommt nicht mehr zur Weiterentwicklung der Erreger in den Krankheitsherden, sie werden abgebaut, und ihre Toxine verursachen das beschriebene Krankheitsbild.

Ernst Levin, Berlin.

4098.

Orth, Ueber zwei Fälle von erblichem Melanismus. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) Es konnten die Stammbäume von zwei Familien aufgestellt werden, in denen durch mehrere Generationen eine ununterbrochene Forterbung einer eigenartigen Hautfärbung nachweisbar war. Die Personen zeigten besonders im Gesicht und an einzelnen anderen Stellen eine fleckige, schmutzige graubraune Färbung, während der übrige Körper heller, mehr bronzegrau erschien. Haare dunkelbraun bis schwarz. Von einem Rassenmerkmal kann hier nicht die Rede sein, es spricht dagegen die bei allen Personen vorhandene helle Irisfärbung sowie das Fehlen von Zwischenstufen in der Färbung, vielmehr handelt es sich um eine einfach dominant bedingte Pigmentierungsanomalie.

Ernst Levin, Berlin.

4099.

Jadassohn, W., und S. M. Peck, Epidermophytide der Hände. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) (Dermatol. Klinik, Zürich.) Während bei dysidrosiformen und intertrichinösen Erkrankungen an den Füßen der Nachweis von Pilzen (meist der Kaufmann-Wolf-Gruppe), die als pathogen angesehen werden müssen, gewöhnlich leicht gelingt, ist dies bei den entsprechenden Veränderungen an den Händen nur ganz ausnahmsweise der Fall. Eine Erklärung dafür konnte bisher nicht gegeben werden. Aus der Tatsache, daß bei den meisten Fällen von Fußmykose sich dysidrotische oder squamöse Veränderungen an den Händen fanden, die kürzere Zeit als die ersteren bestehen, daß die Trutophytinreaktion regelmäßig positiv ausfiel, daß entsprechende Veränderungen unter Umständen auch an anderen Körperstellen neben denen der Hände auftraten, kann man schließen, daß es sich dabei um Epidermophytide handelt. Das würde auch in Analogie zu den Tuberkuliden und Trichophytiden den negativen Pilzbefund erklären.

Ernst Levin, Berlin.

4100.

Weinberger, F., Sommerprurigo und Vitiligo. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 37, 1929.) (Deutsch. Dermatol. Klinik Prag.) Eine Lichtreaktion an der Haut wird nur von den Strahlen hervorgerufen, die absorbiert werden; in dieser Beziehung übt normalerweise das Pigmentfilter eine Schutzwirkung aus, so daß bei Pigmentinsuffizienz Ueberempfindlichkeitserscheinungen auf der Haut auftreten können. Das zeigte sich in einem Falle, in dem alljährlich Erscheinungen von Sommerprurigo, die das Produkt der kurzwelligen und chemisch wirksamen Lichtstrahlen sind, auftraten, und zwar mit ausschließlicher Lokalisation an durch jahrelanges Bestehen einer Vitiligo depigmentierten Hautstellen, soweit diese nicht von der Kleidung bedeckt waren.

Ernst Levin, Berlin.

4101.

Brain, R. T., Vakzinekondylome. (Brit. J. vener. Dis., 5., Nr. 3, 1929.) Von einer älteren Schwester, die gegen Pocken geimpft war und mit der sie im Bett zusammen schlief, war ein neun-

jähriges Mädchen infiziert worden. Es zeigten sich bei ihm in der Vulva und um sie und den After herum zahlreiche gedellte Bläschen und Pusteln mit erythematösem Hofe. Einige Pusteln an den kleinen Labien mit starkem Oedem. Schwellung der Inguinaldrüsen. Die Lage einzelner Pusteln glich ganz der spezifischer Kondylome.

Ernst Levin, Berlin.

4102.

Geiger, H., Unspezifische Desensibilisierungsversuche an Ekzematikern mit Terpentinöl auf perkutanem Wege. (Arch. i. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) (Univ.-Klinik für Syphilidol. und Dermatol. in Wien.) Zum Zustandekommen des Ekzems ist ekzematogener Reiz und Disposition erforderlich, die anfangs nur monovalent überempfindliche Haut des Ekzematikers wird im Laufe der Zeit gewöhnlich polyvalent überempfindlich. Eine Herabsetzung der Ueberempfindlichkeit kann durch Desensibilisierung erzielt werden, wobei, wenn ein spezifisches Allergen nachweisbar ist, dieses zur Verwendung kommt. Meist ist das jedoch nicht der Fall, die Desensibilisierung kann dann nur eine unspezifische sein. Eine solche, und zwar perkutan, gelang durch Auflegen von mit Terpentinöl getränkten Lappchen. Es wurde zunächst die unterste Grenze der Terpentempfindlichkeit festgestellt, die sich meist bei 60 bis 70% des in Sesamöl gelösten Terpentinöls fand. Dies wurde solange an verschiedenen Stellen aufgelegt, bis keine Reaktion mehr auftrat, dann die Konzentration allmählich gesteigert. Eine Reihe von Ekzematikern blieb so mehrere Jahre lang rezidivfrei; es wird auch durch die Desensibilisierung die Verträglichkeit lokal angewendeter Mittel gesteigert, so daß auch kombinierte Behandlung empfohlen werden kann.

Ernst Levin, Berlin.

4103.

Oppenheim, M., und A. Feßler, Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und der Skabies in Wien. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 21.) Eine Statistik aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Wilhelminenspitales, betreffend die in den Jahren 1918 bis 1928 erfolgten Aufnahmen, zeigt bezüglich der frischen Lues (Lues I und Lues II) einen fast ununterbrochen verlaufenden beträchtlichen Abstieg der absoluten und relativen Zahlen vom Jahre 1920 bis zu den Jahren 1926/27. 1928 findet sich eine plötzliche Steigerung der Luesaufnahmen um nahezu 10%, die nach den Beobachtungen, die an dem Materiale des Ambulatoriums gemacht werden können, noch weiter anzuhalten scheint. Die Patienten der genannten Abteilung rekrutieren sich hauptsächlich aus Bezirken, die von Arbeitern bewohnt werden. — Die Gonorrhöe ist in der unmittelbaren Nachkriegszeit weniger häufig als später. Erst seit dem Jahre 1922 ist ein Anstieg erkennbar, seither ist die Zahl der aufgenommenen Gonorrhöefälle ziemlich konstant. Bezüglich des Ulcus molle zeigt sich in der Statistik eine rasche Abnahme. Erst in letzter Zeit wurde das Ulcus molle von den Verfassern wieder häufiger beobachtet. Eine Uebersicht über die in der Schnellkuranstalt behandelten Skabiesfälle zeigt den bedeutenden Rückgang der Skabies.

Maslowsky.

4104.

Hecht, H., Konstitution bei Gonorrhöe. „Milde“ Gonorrhöebehandlung. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 37, 1929.) Der Verlauf der Gonorrhöe ist in weitgehender Weise nicht so sehr von der Behandlung als von der Konstitution des Kranken, den anatomischen Verhältnissen der Harnröhre (glatt oder buchtig), der Empfänglichkeit für Gonokokken, der Neigung zu Komplikationen, dem Bildungsgrade und Berufe (schwererer Verlauf bei Gebildeten) abhängig. Daneben ist von Bedeutung die Virulenz des Gonokokkenstammes, manche Stämme sind auffallend häufig von Komplikationen, auch von den gleichen Komplikationen begleitet. Deshalb ist eine milde Behandlung vorzuziehen, bei der zu starke Reaktionen vermieden werden, die einen Schock für die Gonokokken und den Kranken darstellen können. Es werden bei nicht zu entzündlichen Erscheinungen von Beginn an Einspritzungen von Targesin, Choleval, Neoregon empfohlen, allmählich steigend stärkere Konzentrationen von Hegonon, Protargol, Albargin. Nach 5 Wochen probeweise Ansetzen, falls Gonokokken fortbleiben. Provokation mit Vakzine, Lugol. Bei starken Entzündungserscheinungen innere Medikation, dann Vakzine, wobei jede Posterior in 5 bis 6 Wochen ausgeheilt, dann sehr milde Einspritzungen adstringierender Mittel. — Es verliefen ungefähr 70% ohne Komplikationen, davon 53% in 8 Wochen.

Ernst Levin, Berlin.

4105.

Cohn, A., Der gegenwärtige Stand der Serodiagnose der Gonorrhöe. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 38, 1929.) Zur Züchtung der für die Antigenherstellung erforderlichen Gonokokkenstämme bewährt sich besonders der Levinthalsche Kochblutagar; die 48 oder 72 Stunden bebrüteten Gonokokkenreinkulturen werden mit physiologischer Kochsalzlösung abgeschwemmt, die Suspension nach Zusatz von 0,5% Phenol in großen braunen Flaschen gesammelt, in

Eisschrank aufbewahrt und 2 bis 3 Monate reifen gelassen. Die Polyvalenz wird durch 6 bis 12 Gonokokkenstämme gewährleistet, jedoch werden gleiche Resultate auch mit einem aus dem als „prävalierend“ erkannten Stamme hergestellten Antigen gewonnen. Das Patientenserum soll nicht älter als 3 Tage zum Versuche kommen, kurz vorausgegangene Vakzinierung mit Gonokokken kann unspezifische Hemmungen bewirken; es wird eine halbe Stunde bei 56° inaktiviert. Die Ausführung der Komplementbindungsreaktion entspricht vollkommen der WaR., es muß jedoch, da eine verhältnismäßig schnelle Nachlösung stattfindet, um schwache Hemmungen nicht zu übersehen, abgelesen werden, wenn die doppelten Serumemengen und die negativen Serumkontrollen lösen. Schwache Hemmungen sind bei fehlender Anamnese als zweifelhaft bzw. verdächtig anzusehen. Wiederholte negative Reaktionen nach vorhergegangener positiver spricht für Heilung. Auch sichere Tripperfälle können negativ reagieren, im allgemeinen tritt die positive Reaktion am Ende der zweiten Woche nach der Infektion auf. Von Bedeutung ist die Seroreaktion bei Fehlen bakteriologischer oder klinischer Befunde bei Sekretionen anscheinend geheilter Gonorrhöer, metastatischen Erkrankungen der Haut, Gelenke, Muskeln, des Herzens, der Sinnesorgane und des Nervensystems. Unspezifische Hemmungen kommen zu ungefähr 5 bis 7% vor, besonders kommt bisweilen ein Uebergreifen des Gonokokkenantigens auf Meningokokkenserum und ein Mitregieren von Luesseren vor. Eine prognostische Bedeutung kommt der Reaktion nicht zu, negative Reaktion bei chronischen Komplikationen scheint ungünstige Heilungstendenz anzuzeigen. Die positive Reaktion überdauert die klinische Heilung; besteht jedoch ein positives Bleiben über Monate und Jahre hinaus, so muß dies den Verdacht eines latenten Gonokokkenherdes hervorrufen.

4106.

Kopecky, J., Syphilitische Kopfschmerzen. (Amer. J. Syphilis, 13, Nr. 3, 1929.) Von 4300 intern Erkrankten hatten 882 Syphilis. 632 davon brachten Beschwerden vor, welche auf syphilitischen Ursprung zurückzuführen waren. 131 gaben Kopfschmerzen als Hauptbeschwerden an. Bei den meisten schien der Kopfschmerz toxischen oder funktionellen Ursprungs zu sein. Anzeichen struktureller Veränderungen zeigten sich nur bei wenig Fällen. Möchten doch alle Patienten mit dauerndem geheimen Kopfschmerz einer peinlichen Fahndung auf Syphilis teilhaftig werden!

E. Kottmaier, Mainz.

4107.

Carr, A. D., Akute syphilitische Meningitis. (Amer. J. Syphilis, 13, Nr. 3, 1929.) Die akute syphilitische Meningitis zeigt in sehr typisches und gleichmäßiges Krankheitsbild. Der Ausbruch erfolgt gewöhnlich 2 bis 8 Monate nach dem Primäraffekt. In den meisten Fällen waren die Patienten frühzeitig und intensiv, besonders mit Arsenpräparaten, behandelt worden. Nach einem Prodrom von einigen Wochen, in welcher Zeit die Patienten über Schwäche und Gewichtsverlust klagten, bricht die Krankheit plötzlich aus mit unerträglichen Kopfschmerzen, Uebelsein oder Erbrechen und Verminderung der Sehkraft. Bei manchen Kranken treten von Zeit zu Zeit Krämpfe, Bewußtlosigkeit und Hemiparesen auf. Die Patienten sind außerordentlich hilflos und machen den Eindruck von schwer Akutkranken. Die Krankheit zieht sich oft über mehrere Monate hin. Die Temperatur ist wechselnd, doch steigt sie selten über 38 Grad. Man findet Gewichtsverlust und Gastrointestinalstörungen. Die Besserung geht meist schrittweise vor sich. Das klinische Wohlbefinden des Patienten spiegelt sich häufig nicht im Liquorbefund wieder. Meist bleibt die Zahl der Zellen hoch. Der Liquorbefund ist außerordentlich konstant. Es besteht ausgesprochene Lymphozytose. Der Wassermann ist unveränderlich positiv. Verfasser referiert über 12 Fälle von akuter syphilitischer Meningitis unter 530 Syphilitikern. Die Patienten wurden trotz ihrer Vorkuren sehr aktiv kombiniert, besonders mit Quecksilber bis zur Toleranzgrenze behandelt. Es ist schwer zu sagen, wann man die Behandlung abbrechen soll. 11 Patienten verließen das Spital stark gebessert. Nicht nur die Kopfschmerzen waren vollständig geschwunden, auch die Hemiparesen waren fast ganz zurückgegangen. Zwei Fragen dürften bei der akuten Meningitis besonders interessieren: 1. Wie kommt es, daß solche Fälle so stark infektiös sind, obgleich sie doch intensiv behandelt wurden? Wie viele der akuten Meningitisfälle gehen in Tabes und Paralyse über? Um diese Frage beantworten zu können, ist die Verlaufsreihe noch zu klein. Bei den 12 referierten Fällen wurde auch nach 5 Jahren weder Tabes noch Paralyse gefunden.

E. Kottmaier, Mainz.

4108.

Weatherby, F. E., Neurolues nach vorhergehender antisyphilitischer Behandlung. (Amer. J. Syphilis, Juli 1922, Vol. XIII, Nr. 3.) Es wurden keinerlei Anzeichen gefunden, daß die Behandlung mit Arspenamin in den Frühstadien der Syphilis zu Paralyse,

welche bei den berichteten Fällen konstatiert wurden, disponiert. Paralyse entwickelt sich meist bei den unerkannten, vernachlässigten und unzureichend behandelten Fällen. Arspenamin scheint zwar zum Frühbeginn von Zerebrospinallues zu disponieren, es können aber auch Patienten mit augenscheinlich spätem Beginn frühzeitige Zerebrospinalerkrankung haben, welche entdeckt worden wären. Der Prozentsatz der Vernachlässigten scheint bei Tabes und den psychiatrisch-syphilitischen Erkrankten nicht so bedeutsam wie bei der Paralyse. Trotz Malariatherapie in verschiedenen Intervallen nach syphilitischer Infektion, können sich Paralyse und andere Formen von Neurosyphilis entwickeln.

E. Kottmaier, Mainz.

4109.

Gager, L. T., Syphilitische Herzerkrankung. (Amer. J. Syphilis, Juli 1929, Vol. XIII, 3.) Grundsätzlich steht der konservativen Behandlung der tertiären Syphilis des Herzens und der Aorta die Annäherung an die ideale und praktische Immunität vor Augen, jenes natürlichen Gewebswiderstandes, welchen wir zu erhalten, wiederherzustellen, zu stärken und gewiß nicht zu vermindern wünschen. Eine genaue Herzdiagnose, die Auswertung der individuellen Faktoren und die Möglichkeit den Patienten und seine Reaktion auf die Behandlung zu beobachten, ist für jeden Grad therapeutischen Erfolges erforderlich. Unglücklicherweise weiß niemand, ob ein positiver Blutwassermann im dritten Stadium ein Zeichen aktiver Erkrankung oder schützender Immunität ist.

E. Kottmaier, Mainz.

4110.

Singer, H. A., Magensyphilis in ihrer Beziehung zur hypertrophischen Sklerose des Magens. (Amer. J. Syphilis, Juli 1929, Vol. XIII, 3.) Obgleich durch die häufigen Wassermann- und Röntgenuntersuchungen, ebenso wie durch die Magensekretionen eine große Zahl von Fällen, welche sich anatomisch als Linitis plastica gaben, sich als syphilitische Erscheinungen im Magen erwiesen, ist ihre Identifizierung bis jetzt noch nicht sichergestellt. Gleichwohl neigt der Autor dazu, eine enge Verwandtschaft zwischen der sogenannten benignen Linitis plastica und Syphilis des Magens anzunehmen, wobei der erstere Zustand ein in Abheilung begriffenes oder geheiltes Stadium der letzteren darstellt. Bis die Patienten zur Autopsie kommen, sind die Veränderungen regelmäßig nicht mehr charakteristisch, so daß dieluetische Natur häufig unerkannt bleibt.

E. Kottmaier, Mainz.

4111.

Cady, L. D., und F. H. Ewerhardt, Erhöhung der Körperwärme als mögliche Unterstützung bei massermannfester Syphilis. (Amer. J. Syphilis, Juli 1929, Vol. XIII, Nr. 3.) Durch heiße Bäder, die von anderer Seite warm empfohlen waren, ließ sich bis jetzt keine konstante, nützliche Beeinflussung wassermannfester Patienten erzielen. Auch ließ sich nicht dartun, daß die serologischen Reaktionen während der relativ kurzen Periode der Thermotherapie labiler geworden wären. Gleichwohl legt die Besserung des Allgemeinbefindens und die, wenn auch in geringer Zahl in Erscheinung getretene Beeinflussung der serologischen Reaktion es nahe, die Versuche mit Thermotherapie bei wassermannfesten Patienten fortzusetzen.

E. Kottmaier, Mainz.

4112.

Rose, D. K., und R. Deakins, Die zystometrische Diagnose der Syphilis; eine neue Präzisierung der Bezeichnung „neurogene Blase“. (Amer. J. Syphilis, Juli 1929, Vol. VIII, Nr. 3.) Die Zystometrie dient der Messung des Blasendruckes. Bekanntlich manifestiert sich die Tabes dorsalis in ihren Frühstadien häufig allein durch Blasensymptome, hauptsächlich Inkontinenz und erschwerte Entleerung. Die zystoskopische Diagnose der neurogenen Blase, welche in solchen Fällen nicht selten gestellt wird, beruht auf der Sichtbarkeit des inneren Sphinkters und der Urethra posterior, der Deutung des Typs der Trabekelbildung zusammen mit allgemeinen Beobachtungen. Diese Blasenveränderungen sind aber nicht selten eine Wirkung des Lokalanästhetikums, welches beim Zystoskopieren verwendet wird. Mit dem Zystometer konnten viele Fälle von syphilitischer Erkrankung des Zentralnervensystems gefunden werden, wobei die gewöhnlichen zystometrischen Befunde nicht vorhanden waren, dennoch war die zystometrische Kurve jene der „neurogenen Blase“. Andererseits wurden Fälle entdeckt, bei welchen die zystoskopische Diagnose der neurogenen Blase weder durch die neurologische noch durch die zystometrische Untersuchung gestützt werden konnte. Die zystometrische Untersuchung stellt eine zusätzliche Methode dar, das Vorhandensein von Syphilis des Zentralnervensystems zu sichern. Die Zystometrogramme trennen die myogene von der neurogenen Dysurie und erlauben so frühzeitig, die prostatistische Verengung von der neurogenen Blase zu unterscheiden. Die Deutung der zystometrischen Kurven gestattet verschiedene Formen der neuro-

genen Blase zu umschreiben: a) Reizung oder Zerstörung des sympathischen Nerven (Thorakolumbal, die Nerven der Blasenfüllung, b) Reizung oder Zerstörung des parasympathischen Nerven (Kraniosakral, die Nerven der Blasenentleerung), c) die funktionelle Bedeutung des Nervus pudendus, welcher den äußeren, willkürlichen Schließmuskel versorgt, d) Erkrankungen des Zentralnervensystems oberhalb des Ursprungs des Thorakolumbalspinalsegments, e) die psychisch-hysterischen Formen der Blasenbeeinflussung. Simulanten können schnell erkannt werden, da sie nicht hintereinander dieselben Zystometrogramme hervorbringen, f) Reflektorische postoperative Harnverhaltung, g) Folgen intra- oder extraspinaler Rückenmarksverletzung auf die Blaseninnervation. Das Zystometrogramm gestattet „aktive“ und „passive“ Typen normaler Blasen zu unterscheiden mit Neigung zu Enuresis oder milden Formen der Dysurie. Gelegentlich kann die Zystometrie als therapeutisches Agens bei spastischer Blasenmuskulatur Verwendung finden. Bei Tuberkulose oder Fraktur der Wirbelsäule kann die Rückenmarkskompression frühzeitig zystometrisch nachgewiesen werden, ebenso auch die Wirkung einer Behandlung des syphilitischen Zentralnervensystems, wenn der Blasenerv mitbefallen war. E. Kottmaier Mainz.

1413.

Marie und Soboleff, **Neurosyphilis und Malaria.** (Arch. internat. Neur., Januar 1929.) Die anaphylaktische Sensibilisierung durch das Malariafieber gilt nicht nur für ein bestimmtes Albumin sondern für die ganze Gruppe, die zu diesem gehört. Daraus erklärt sich die Impfwirkung mancher Mikroben sowohl bei den älteren Formen der Malaria wie bei Syphilis. Vielleicht ist es das Cholesterin, das die Verteidigung des luetischen Organismus gegen die langsam chronische Anaphylaxie übernimmt. Man kennt seit langem die gute Wirkung des Lecitins bei Malaria und könnte aus dieser Ueberlegung heraus das Gelbe zur Therapie bei lange dauernden Infektionskrankheiten anwenden. Bei Fieber ist das Chinin nicht nur das Spezifikum gegen Malaria, sondern es setzt auch die Anaphylaxie beträchtlich herab. Wagner und Jauregg sind Anhänger der Wiederimpfung von Paralytikern bis zur genügenden Konsolidierung. Haber.

4114.

Reese, H. H., **Unspezifische und Malaria-therapie bei Neuro-lues.** (Amer. J. Syphilis, Juli 1929, Vol. XIII, Nr. 3.) Malaria-inokulation in Fällen von Paralyse ist die Therapie der Wahl unter den unspezifischen Heilmethoden. Die Malaria-besserung der Paralyse ist intensiver und anhaltender, wenn sie mit Tryparsamid-, Quecksilber- und Jodtherapie sofort nach der zwölf-tägigen Periode der Chininmedikation kombiniert wird. O'Leary's Harnnitrogen-index ist ein wertvolles prognostisches Zeichen während der Malaria-infektion, wobei Gewichtszunahme nach der Inokulation gute Resultate verheißt. Jeder Malaria-anfall ändert die vegetative Balance des Gefäßsystems und erzeugt eine Gewebstätigkeit in Gebieten chronischer Entzündung. E. Kottmaier, Mainz.

4115.

de Thurzo, E., und M. Nagy, **Zur Infektionstherapie der neuro-syphilitischen Erkrankungen.** (Arch. internat. Neurol., Februar 1929.) Verfasser hatten Gelegenheit, drei Fälle von progressiver Paralyse und vier Tabesfällen zu beobachten, die eine echte Malaria, teils tertiana, teils tropica und auch Mischformen durchgemacht hatten. Wenn auch diese den Ausbruch der Neuro-lues nicht hatte verhindern können, so scheint doch die Prognose im ganzen für den Verlauf günstiger zu sein mit totaler Remission in klinischer Hinsicht und totaler oder beträchtlicher Besserung der Veränderungen im Liquor. Haber.

4116.

Harrison, L. W., **Ueberblick über die experimentellen Untersuchungen bei Syphilis und die Möglichkeit ihrer Anwendung beim Menschen.** (Brit. Journ. Venereal Dis., 5., Nr. 3, 1929.) Die von Neisser mit der Gegenwart der Spir. pall. im Organismus in Beziehung gebrachte und als Ursache der Resistenz gegen Reinfektion und Latenz betrachtete Anergie kann bei Mäusen und einem Teil der Kaninchen als natürlicher Zustand vorkommen; die infizierten Tiere bleiben dann von äußeren Erscheinungen frei, doch gelingt Weiterimpfung anderer Tiere mit ihren Drüsen. Auch beim Menschen scheinen Zustände von Anergie wenigstens zeitweise vorkommen zu können, wie langes Freibleiben Prostitulierter von Syphilisinfektion zeigt. Durch Wismuteinspritzungen kann die Entwicklung eines Primäraffektes verhindert werden, während die Spirochäten in die Lymphdrüsen eindringen, nach Aufhören der Wismutwirkung tritt die Syphilis in die Erscheinung. Nicht geklärt ist noch die Frage, ob eine nach vorausgegangener Erkrankung eintretende Resistenz gegen erneute Erkrankung auf erworbener Anergie oder der Entwicklung einer aktiven Resistenz gegen die

Spir. pall. beruht; die Bildung von Schutzstoffen im Serum kranker oder experimentell infizierter Individuen, die auf andere übertragen werden können, glaubte man zwar nachgewiesen zu haben, doch ließen sich die Befunde nicht bestätigen. Untersuchungen über die zuerst rein empirisch gefundene WR haben diese als wirkliches Antikörperphänomen erkennen lassen, bei dem die Lipide eine wesentliche Rolle spielen, und zwar soll es sich mehr um Antikörper gegen Organ-Lipide als um Antispirochäten-Lipide handeln. Den Mononukleären wird eine besondere Fähigkeit zugeschrieben, vermittelt ihrer lipolytischen Enzyme die Spirochäten zu zerstören; im ganzen scheint aber von der Bildung antagonistischer Fähigkeiten des Körpers gegen virulente Spirochäten nicht die Rede zu sein. Werden Tiere mehrmals hintereinander infiziert, so hängt das Gelingen der Infektion von dem Zeitpunkte der zweiten Infektion und der Verwendung eines anderen Stammes ab; beim Menschen scheint sich die erworbene Immunität auf alle Stämme zu erstrecken. Die Versuche, in denen eine wiederholte Infektion behandelter Kaninchen nicht gelang, dürfen nicht durch bei ihnen noch vorhandene Infektion, sondern durch Entwicklung einer definitiven Immunität erklärt werden. Bei der sehr schwierigen Frage der menschlichen Reinfektion muß damit gerechnet werden, daß eine solche zustande kommen kann, ohne das äußerlich die Bildung eines wiederholten Primäraffektes in die Erscheinung tritt. Bei Tieren zeigte sich die Ausdehnung und Schwere der Primärläsion von großer Bedeutung für die Entwicklung der Allgemeinerscheinungen. In infizierten Drüsen konnten häufig Spirochäten nicht nachgewiesen werden; das ließ den Gedanken eines Lebenszyklus der Spirochäten wieder aufleben, in dem auch ultramikroskopische Formen vorkommen. Durch künstliche Erhöhung der Körpertemperatur sind von verschiedenen Seiten Heilungen experimenteller Schanker beobachtet worden. Eine Schutzwirkung durch der Inokulation vorausgehende Einspritzungen von Wismut oder anderen Metallen erstreckt sich nur auf eine beschränkte Zeit, sie ist von dem Wismutgehalt der Organe abhängig.

Ernst Levin, Berlin.

4117.

Awrow, E. N., **Zur Behandlung der postoperativen Harnverhaltung.** (Kasan. med. Z., 25., Heft 2, 1929.) (Chirurg. Abt. d. Kanton-Krankenhauses zu Elabushsk.) Von den bisher empfohlenen Mitteln zur Behebung der postoperativen Harnverhaltung hat sich bezüglich seiner prompten Wirkung das Pilocarpin bewährt, welches der Verfasser als einprozentige Lösung von 1,0 ccm subkutan injiziert. Der Erfolg tritt bereits 5 bis 15 Minuten nach der Einspritzung ein. In den von ihm während der letzten drei Jahre behandelten 110 Fällen hat Verfasser nie Versager gehabt. Irgendwelche bemerkenswerten Störungen seitens der Blutzirkulation und der Atmung wurden nicht notiert. Die nach der Injektion gewöhnlich beobachteten Schweißausbrüche, Speichelfluß, bisweilen auch Schmerzen im Leib infolge der erhöhten Darmperistaltik wurden von allen Kranken stets gut überstanden. Das Pilocarpin ist selbstverständlich in denjenigen Fällen kontraindiziert, wo eine absolute Ruhe des Darmkanals nach der Operation erforderlich ist. E. Kontorowitsch.

Hygiene

4118.

Arndt, H. J., **Ueber die geographische Verbreitung des Kropfes in Rußland.** (Endokrinol., Heft 3, 1929.) (Aus der deutsch-russischen Forschungsstätte für geographische Pathologie in Moskau.) Man unterscheidet bei der geographischen Verbreitung des Kropfes in Rußland zweckmäßig Gebirgs- und Tieflandendemien. Die Gebirgskropfendemien befinden sich vor allem in folgenden fünf Gebieten: 1. Kaukasus, 2. Ural, 3. Altai, 4. Ostsibirien, 5. Zentralasien. Die bedeutungsvollsten Kropfgebiete des Kaukasus sind die Hochgebirgstäler an den Süabhängen des Hauptkammes des großen Kaukasus in Westrußland (Flußgebiete des Ingur, Zschenischali und Rion). Im Hochland Swanetien, dem wichtigsten Kretinienherd Rußlands, ist der Kropf bei etwa 50% (im unteren Swanetien mit einer Höhenlage von 400 bis 1500 m) bzw. 20% („oberes Swanetien“ 1100 bis 2100 m) der Gesamtbevölkerung vorhanden. Schwächere Endemien bestehen in den Kreisen Ratscha und Letschshun und in Abchasien mit 20% Kropf und 2% Kretinismus. Ein weiteres wichtiges Kropfzentrum des Kaukasus liegt in „Ziskaukasien“ wo man wenigstens bei der weiblichen Bevölkerung mit gut 40% Kropfigen rechnen muß. In den adscharischen Bergen, dicht am Schwarzen Meer, ist bei 30% der Bevölkerung Kropf, ferner auch Kretinismus zu beobachten. Schwächere endemische Kropfgebiete befinden sich in Ostgrusien, ferner in Dagestan und in Aserbeidschan. Dagegen scheint der Kropf im „kleinen Kaukasus“ einem ausgesprochenen Hochland (bis 1600 m) nur äußerst selten

vorzukommen, was möglicherweise durch die Lebensweise und Ernährungsart der dort wohnenden Armenier zu erklären ist. — Der Uralkropf, dessen Zentrum sich im Kungurbezirk, dem von dem Flusse Sylva durchzogenen Gebiet der westlichen Uralabhänge (bis 300 m) befindet, ist ein typischer Pubertäts- und Postpubertätskropf und geht „funktionell“ meist mit Euthyreose einher. — Im Altai (Mittelsibirisches Kropfgebiet) kommt Kropf besonders häufig in dem durch seinen Kohlen- und Eisenreichtum wichtigen Kusnetzker Becken sowie im Mittel- und Westaltai vor (Höhe bis 400 und 500 m). Kretinismus fehlt hier. Die wichtigsten endemischen Kropfgebiete Ostsibiriens sind: a) das Baikalsee- und Angara-(Irkutsker) Kropfgebiet mit Verkropfung der Bevölkerung bei rund 50%; b) das transbaikalische Kropfgebiet, wo der Kropf u. a. im Nertschinsker bzw. Argungebiet (Höhenlage 500 bis 700 m) in Kombination mit der hier endemischen Osteoarthritis deformans (sogen. Kaschin-Becksche Krankheit) auftritt; c) das Lenakropfgebiet mit einer Verkropfung der Bevölkerung bis 74%. Ausgesprochene Hypothyreosen bzw. echter Kretinismus werden in Ostsibirien selten angetroffen. Die Beteiligung des männlichen Geschlechts ist hier stark, auch wird hier der Kropf häufig bei den Haustieren beobachtet. — Die Kropfgebiete Russisch-Mittelasiens sind sehr ausgedehnt. Hier sind zu nennen der Ferganabezirk und gewisse Gegenden des Pamirplateaus, insbesondere die Täler des Flusses Wansch mit einer sehr wichtigen Kropfendemie, ferner die Umgebung der Stadt Taschkent und das Gebiet des „Siebenstromlandes“ unweit der ostturkestanisch-ungarischen Grenze. Auch in der Gegend von Bucharä sowie von Samarkand finden sich Kropfherde. Soweit das bisherige Material zeigt, gehören die Kropfgebiete Zentralasiens zu den schwersten Rußlands, wobei man hier auch einen großen Prozentsatz von Kretinismus vorfindet. Was die gesamten Gebirgsendemien Rußlands betrifft, so ist zu bemerken, daß Häufigkeit und Schwere des endemischen Kropfes durchaus nicht direkt proportional der Höhenlage des Gebirges verläuft.

Zu den noch wenig erforschten Tieflandskropfendemien Rußlands gehören: 1. das weißrussische Kropfgebiet, 2. das Tschere-missengebiet an der mittleren Wolga, 3. in beschränktem Umfange das Gebiet der Wolgadeutschen Republik an der unteren Wolga und 4. das Kropfgebiet in der Nähe der Ladogasee bzw. in Karelän.

Der weißrussische Kropf ist ein typischer Pubertätskropf. Klinisch besteht meist Euthyreose. Bemerkenswert ist das praktisch völlige Fehlen von Kretinismus. In Minsk, der Hauptstadt Weißrußlands, werden etwa 20% der Schulkinder als kropfig angegeben. In den Dörfern des Tschere-missengebietes tritt Kropf in einer Häufigkeit von 20 bis mehr als 70% auf. Auch Fälle von Kretinismus werden hier beobachtet, ebenso Kropf bei Tieren. In dem Gebiete der wolgadeutschen Republik kommt Kropf in schwacher Endemie vor, wobei er bei der deutschen Bevölkerung entschieden häufiger ist, als bei den gleichfalls dort lebenden Russen bzw. in den russischen Siedlungen. Vor allem sind hier die Frauen befallen: 10mal häufiger als die Männer. Echter Kretinismus fehlt. — In der Nähe des Ladoga- (und Onega-) Sees ist die Hälfte und mehr der Bevölkerung mit mehr oder weniger erheblichen Kröpfen behaftet; hier kommt auch Kretinismus vor.

Bezüglich der geographischen Untergründe und der landschaftlichen Struktur aller dieser Tieflandskropfendemiegebiete haben sie das Gemeinsame, daß die an bestimmten Gewässern liegen bzw. sich durch Wasserreichtum auszeichnen. Außer den genannten Gebirgs- und Tieflandsendemien sind in Rußland noch verschiedene kleine, überall verstreute Kropfherde anzutreffen: z. B. in der näheren Umgebung von Moskau kommt Kropf (klinisch oft als „Basedowkropf“ erscheinend!) immerhin so häufig vor, daß die Annahme einer schwachen Endemie nicht ungerechtfertigt erscheint. Der Kropf tritt recht wahllos bei den verschiedenen Bevölkerungsarten Rußlands auf. In dem Material des Verfassers sind 28 verschiedene Nationalitäten vertreten. Es ist anzunehmen, daß die Rasse bei der Verbreitung und Entstehung des Kropfes keine Rolle spielt, so daß man hier eher von exogenen Umweltfaktoren (Jodmangel, Trinkwasser oder Bodenverhältnisse, vor allem aber Ernährung), als von einer Rassendisposition sprechen kann. Hinsichtlich der Beziehung des endemischen Kropfes zu den geologischen Formationen bieten die geologischen Verhältnisse in Rußland für die H. und E. Birscherschen Theorien („hydrotellurische“ bzw. „geologische“ Theorie) keine Stütze.

E. Kontorowitsch.

4119.

Hackenthal, Eine technische Neuerung bei der Abhaltung öffentlicher Impftermine. (Reichs-Gesundhbl., 1929, 37.) Verfasser übergibt bei der Aufforderung zur Impfung den Müttern folgenden Abfragezettel:

„Achtung! Durchlesen! Sie werden gebeten, den Impfarzt vor Ausführung der Impfung darüber zu unterrichten, ob

der Impfling an Wunden oder Ausschlägen leidet oder gelitten hat, wann und woran das Kind zuletzt erkrankt war, ob in Ihrer Umgebung oder bei Personen (bzw. deren Familien), die in letzter Zeit in Ihrem Hause verkehrten, ansteckende Krankheiten herrschen, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Windpocken usw. Geben Sie, bitte, auch an, ob sich in der Umgebung des Impflings Personen befanden, die an Hautausschlägen oder Wunden leiden. Achten Sie bei Ihren Angaben über das zu impfende Kind auch auf Kleinigkeiten, wie z. B. wundete Stellen hinter den Ohren, zwischen den Beinen, zwischen den Hautfalten am Halse und am Unterleibe, ferner darauf, ob die Augen des Kindes in Ordnung sind, ob sich nicht etwa morgens früh kleine Eiterknoten an den Wimpern finden, auch ist zu berichten, ob bei den Kindern irgendwelche Ohrerkrankungen vorliegen.“

Hackenthal glaubt hierdurch die Arbeit sich sehr erleichtert zu haben und empfiehlt Nachahmung.

Michaelis, Bitterfeld.

4120.

Dornedden, Die Fehlgeburten in den Universitäts- und Landesfrauenkliniken. (Reichsges. Blatt 1929, 36.) Im zweiten Halbjahr 1928 wurden 560 Aborte in oder außerhalb dieser Anstalten von Ärzten eingeleitet, 4971 Spontan- oder kriminelle Aborte wurden dort behandelt. Die gesundheitlichen Abtreibungsschäden scheinen geringer zu werden. Acht Zehntel aller Aborte waren kriminell. Als ärztliche Indikationen für die Einleitung eines Abortes werden angegeben: Tuberkulose, Herzkrankheiten und krankhafte Begleiterscheinungen der Schwangerschaft. Vermutlich dauernde Gesundheitsschädigung wurden bei 1,05% festgestellt, 1,9% verlief tödlich.

Michaelis, Bitterfeld.

4121.

Dahlberg, Gunnar, Theoretische Berechnungen über Inzucht beim Menschen. (Upsala Läk. för. Förh., 34., Heft 5 u. 6, September 1929.) In der Praxis ist die Bedeutung der Inzucht in der Bevölkerungsfrage so gering, daß sie fast vernachlässigt werden kann. Die Inzucht wird ja bis zu gewissen Grenzen durch gesetzliche Bestimmungen bereits geregelt. In vielen Ländern sind sogar Eheschließungen zwischen Onkel und Nichte und Tante und Neffen verboten, in einigen sogar ohne Möglichkeit eines Dispenses; in einigen Ländern bestehen wiederum Verbote von Ehen zwischen entfernten Verwandten. Vom Standpunkt der Erblichkeit dürften nach den hier vorliegenden theoretischen Berechnungen diese Verbote kaum als begründet erscheinen. Bei Zunahme der Bevölkerung tritt eine gewisse Gleichgewichtslage der Merkmalsträger durch die Inzucht ein. Durch sehr intensive Inzucht können die ungünstigen Anlagen praktisch bald ausgegült werden. Ein Vergleich mit den Ehen von Taubstummten und der Verbreitung oder Ausrottung der Taubstummheit durch Ehen mit Gesunden oder anderen Taubstummten wird angeführt. Die Inzucht ändert vom Standpunkt des Gemeinwesens niemals den Anlagegehalt der Bevölkerung und auch kaum merkbar die Zusammensetzung der gesamten Bevölkerung.

S. Kalischer.

4122.

Lustig, Die gegenwärtige Arzneimittelgesetzgebung und die Notwendigkeit einer Reform. (Krankenversicherung, 17, 1929.) Für die Sozialversicherten werden jährlich für 16,8 Millionen Mark Arzneimittel verschrieben in Berlin, im Reiche für 297 Millionen Mark. Wieviele davon sind wirklich nötig und wieviele werden wirklich eingenommen? Hieraus erkennt man die Wichtigkeit einer richtigen Arzneiversorgung des deutschen Volkes. Lustig hält eine Reform der bisherigen für dringend notwendig. Die entsprechenden Gesetze müssen im ganzen Reiche einheitlich und vereinfacht werden. In erster Linie muß das Interesse des Volkes stehen. Die Apotheker müssen für die einwandfreie Beschaffenheit der abgegebenen Arzneien verantwortlich sein. Die Apotheken müssen Tag und Nacht geöffnet sein. Das Volk muß vor Ausbeutung durch Geheimmittel geschützt werden (das souveräne Volk?). Größte Beschränkung an Arzneimitteln bei den Krankenkassen. Das Selbständigwerden der Apotheker muß frühzeitig begünstigt werden.

Michaelis, Bitterfeld.

Infektionskrankheiten

4123.

Kämmerer, Hugo, Ueber schleichende und larvierte septische Infektionen. (Münch. med. Wschr., 76 Jg., Nr. 36.) (Ambulatorium der 2. med. Universitätsklinik, München.) Jeder Arzt hat die Pflicht, bei unklaren Krankheitszuständen, die an larvierte septische Infektionen denken lassen, auch beschwerdefreie Zähne genauestens vom Zahnarzt untersuchen zu lassen, wobei der röntgenologischen Feststellung von Wurzelspitzenentzündungen die

Hauptbedeutung zukommt. Sache des Zahnarztes wird es sein, ob dann völlige Entfernung des Zahnes notwendig ist oder ob Wurzelspitzenresektion genügt. Die Mayo-Klinik läßt auch sehr häufig noch Autoyakzinebehandlung mit dem aus den Zähnen gezüchteten Erreger folgen.

Die ärztlichen Praktiker, die den Verdacht haben, daß eine schleichende oder larvierte Infektion von den Zähnen ausgehe, sollen den Zahnarzt ganz besonders veranlassen auf 3 Punkte zu achten: 1. Pulpenlosigkeit der Zähne, 2. Parodontose, 3. positiven Röntgenbefund in der Umgebung der Wurzelspitzen.

Verfasser betont, daß der Kernpunkt der Diagnose das Aufspüren des Herdes ist, und hier haben sehr häufig der Laryngologe, der Zahnarzt, der Chirurg, der Gynäkologe, der Urologe usw. dem Internisten oder Praktiker wichtige Aufschlüsse zu geben.

Oft wird die Frage aufgeworfen ob eine Tonsillektomie ausgeführt werden soll oder nicht; wenn man den Verdacht hat oder die Sicherheit, daß ein noch aktiver Entzündungsprozeß der Tonsillen bei gleichzeitiger Gelenkaffektion oder sonstigen schleichen septischen Erscheinungen besteht, sollte man nach Ansicht des Verfassers bei Erwachsenen lieber einmal zu viel als zu wenig die Tonsillen sachgemäß behandeln bzw. extirpieren lassen. Dies gilt auch für nachweisbare Entzündungsprozesse des Nasenrachenringes, der Zähne und anderer Prädisloktionsstellen. Bei schweren phlegmonösen und tiefen abszedierenden Halsprozessen denke man an die Unterbindung der Vena jugularis.

Arnold Hirsch, Berlin.

4124.

Perkins, R. G., R. H. Heeren, E. Megrail und A. B. Grossmann, **Schwankungen im Diphtherie-Antitoxingehalt des menschlichen Blutes.** (Amer. J. Hyg., 10., Nr. 1, 1925.) Der Diphtherie-Antitoxingehalt im Blut bei Erwachsenen und Kindern zeigt jahreszeitliche Schwankungen. Bei verschiedenen Kindern von 11 bis 14 Jahren war der geringste Antitoxingehalt im Winter und Frühjahr festzustellen. Der gewöhnlich eintretende Herbstanstieg der Diphtheriemorbidität kann damit nicht in Zusammenhang gebracht werden. Es gibt Erwachsene, deren Blut praktisch frei von Diphtherie-Antitoxin ist.

N. Henning, Leipzig.

4125.

v. Bormann, Felix, **Die Scharlachkomplikationen und die Serothérapie des Scharlachs.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 34.) (Städtisches Infektionskrankenhaus, Tallinn-Reval.) Durch eine rechtzeitige, möglichst vollständige Behebung der Initialtoxikose kann eine weitgehende Milderung des septischen Prozesses beim Scharlach erzielt werden. Der Verlauf der schon bestehenden Komplikationen wird gemildert, die Häufigkeit der nachfolgenden vermindert. Dieser günstige Serumeinfluß ist nur durch das Unschädlichmachen der die Invasion befördernden Ekto-toxine der Streptokokken zu erklären. Die Seruminjektion nach dem Abklingen der Initialtoxikose kann nichts mehr nützen. Im Gegenteil, genau ebenso wie die Injektion bei den Fällen mit wenig ausgesprochener Initialtoxikose befördert dann das Serum merklich das Auftreten der Komplikationen. Solange wir kein bakterizides Serum haben, wird die Frage der Komplikationenbekämpfung auf diese Weise auf die Bekämpfung der Initialtoxikose zurückgeführt. Ein Serum, das zu wenig Antitoxin enthält, darf nicht in Gebrauch genommen werden, da es nur invasionsbefördernd wirken kann. Es wird davor gewarnt, die Scharlachfälle zu freigebig als levissimae zu definieren und aus diesem Grunde von der Serumbehandlung abzusehen. Die Fälle mit einem sehr gutartigen Anfang, die schon am zweiten bis dritten Krankheitsstage bösartig toxisch werden, sind nicht allzu selten.

Arnold Hirsch, Berlin.

4126.

Hrolo, Kai, **Einige epidemiologische Betrachtungen über die Meningitis cerebrospinalis epidemica im Distrikt Umanagu (Grönland).** (Ug. f. Laeg., Nr. 36, 1929.) In den letzten 6 Jahren wurde die Ausdehnung und Verbreitung der Meningitis cerebrospinalis epidemica in dem Aerztdistrikt Umanagu (Grönland) genau verfolgt. Nichts deutet bei diesen Feststellungen auf eine indirekte Ansteckung. Die Ansteckungsgefahr durch gesunde Bazillenträger kann jedoch monats- bis jahrelang fortbestehen. Alle Fälle der Meningitis cerebrospinalis konnten auf direkte Ansteckung durch Bazillenträger zurückgeführt werden. Durch Briefe, Pakete, andere Gegenstände wurden aus anderen Distrikten nie Uebertragungen festgestellt. Die Empfänglichkeit für die Ansteckung ist im allgemeinen nicht groß. Es handelt sich eben um eine nur epidemische Krankheit, die mehrere ungünstliche Faktoren zu ihrer Verbreitung nötig hat. Darauf deutet das plötzliche Entstehen und die plötzliche Verbreitung. Zum Schwinden der Keime in den Bazillenträgern tragen wohl Wetter, Klima, Jahreszeiten mehr oder weniger bei. Isolation und frühzeitige Vakzination erwiesen sich von großem Nutzen.

S. Kalischer.

4127.

Philibert, André, **Die Anomalien der Fieberkurve im Verlauf von Typhus.** (Clinique et Laboratoire, Nr. 3, 1929.) Die Anomalien des Initialstadiums: Normalerweise erfolgt die Typhuserkrankung schleichend, und die Temperatur steigt erst vom vierten bis zum achten Tage auf 40 Grad. Eine Abweichung wird also darin bestehen, daß, wie bei der Lungenentzündung, das Fieber sofort auf 40 Grad steigt, oder daß noch nach dem vierten Tage eine Fieberlosigkeit besteht. Auch kommt es vor, daß die Temperatur brüsk auf 40 Grad steigt und sich auf dieser Höhe hält. Diese Eventualität läßt in Europa die Entwicklung derjenigen Krankheitsform voraussehen, die man unter dem Namen „Typhus abortus“ beschreibt. Die Gesamtdauer braucht acht Tage nicht zu überschreiten. Hier sichert nur die Blutkultur die Diagnose, man weiß, daß sie von Beginn der Krankheit an positiv ist. Der brüske Beginn ist häufig anzutreffen beim kindlichen Typhus, bei dem außerdem die erste Phase unbemerkt vorbeigehen kann.

Anomalien des Fastigiums: Diese Periode zeichnet sich durch eine Kurve aus, die um 40 Grad herum schwankt und nur einmal am 7. oder 13. Tage eine tiefe Remission zeigt. Dieser folgt dann eine Phase starker, unregelmäßiger Temperaturschwankungen. Die Anomalien werden also in folgendem bestehen: Im ungewöhnlichen Auftreten einer vorübergehenden oder länger dauernden Remission, darin, daß statt einer Rückkehr zur normalen Temperatur eine relative oder absolute Hypothermie besteht, in der Möglichkeit einer anormalen Hyperthermie, in unregelmäßigen Schwankungen von anormaler Amplitude, in Unterdrückung des amphibolen Stadiums.

Die wichtigste Anomalie der Kurve in diesem Stadium ist der brüske Temperaturabfall. Er kommt zustande durch: Darmblutung, Darmparation, Kollaps des Herzmuskels, akute Leberatrophie, innere Blutungen usw. Der praktische Arzt hat sofort zu entscheiden, ob diese Hypothermie eine Perforation anzeigt. Man weiß, daß der chirurgische Eingriff, der allein Rettung bringen kann, nur im Beginn erfolgreich ist, wenn die Zeichen einer Peritonitis noch fehlen. Alles hängt also von der rechtzeitigen Erkennung ab. Perforationen gibt es auch bei sonst gutartig verlaufenden Typhuserkrankungen, sogar auch bei Paratyphus, sie kommt nur ausnahmsweise beim kindlichen Typhus vor. Der Meteorismus ist ein Zeichen von großem Wert, denn er bildet eine prädisponierende Ursache für eine Perforation. Der Schmerz ist oft kaum zu unterscheiden von dem Normalschmerz, der dieser Erkrankung eigen ist, nur wenn er spontan, heftig und unvermittelt auftritt, gewinnt er an diagnostischer Bedeutung.

Außer dem Meteorismus gibt es noch ein wertvolles Zeichen: Die Abwehrspannung, die Kontraktur der Bauchmuskulatur. Man kann diese oft nur leichte Kontraktur nur mit sehr zarter Hand palpieren. Die anhaltende Pulsbeschleunigung — bekanntlich ist beim Typhus der Puls langsam — ist ein weiteres wichtiges Zeichen. Ein Puls von 90 bis 130 und mehr, weich und miserabel, ist sehr verdächtig, besonders, wenn diese Beschleunigung noch stundenlang nach der Hypothermie anhält. Die Untersuchung des Blutes kann in diesem Augenblick wichtige Aufschlüsse geben. Bekanntlich besteht beim Typhus-Leukopenie. Jede infektiöse, andersgeartete Komplikation, insbesondere die beginnende Peritonitis, führt rasch eine polynukleäre Hyperleukozytose herbei. Die Zahl der weißen Blutkörperchen steigt tatsächlich in wenigen Stunden von 3000 auf 20000 an. Die häufigste Ursache für die Perforation ist die Darmblutung. Ist sie profus, so nimmt sie einen dramatischen Verlauf, der Kranke erliegt ihr, noch ehe Hilfe gebracht werden konnte. Indessen ist eine rechtzeitig erfolgte Injektion von 1 g Adrenalin schon imstande, den Kranken zu retten. Bei diesen rasch tödlich verlaufenden großen Blutungen braucht das Blut nicht an die Außenwelt zu gelangen, erst bei der Leichenöffnung findet man den Darm überschwemmt von Blut. Diese großen Blutungen sind glücklicherweise selten. Dagegen kommen mittlere und leichtere Blutungen verhältnismäßig häufig vor, nur ist ihr klinischer Verlauf weit weniger dramatisch.

Eine andere Abart der persistierenden Hypothermie wird dargestellt durch den choleriformen Typ der Erkrankung. Auch das amphibole Stadium kann abgekürzt sein, besonders bei gutartig verlaufendem Typhus fehlt es häufig, nur muß man bei jeder Anomalie der Entfieberung mit der Möglichkeit eines Rezidives rechnen.

Anomalien des Schlußstadiums: Die Suche nach Eosinophylen in der Rekonvaleszenz ist empfehlenswert, denn sie gestattet, Rezidive bzw. Heilungen vorauszu sehen und sich über die Wirkung von Diätetik und Therapie zu orientieren. Ein rascher Temperaturabfall im Schlußstadium könnte auch die Möglichkeit einer Perforation nahelegen, aber da entscheidet der Allgemeinzustand. Statt sich zu verschlimmern, bessert er sich, der Puls verlangsamt sich und wird kräftiger. Das wäre bei einer Perforation undenkbar.

Die Einführung von Heilvakzinen in die Therapie des Typhus hat gezeigt, daß diese die Kurve manchmal im Sinne der Hyperthermie, manchmal im Sinne der Hypothermie beeinflussen können. Es handelt sich aber da um eine provozierte Anomalie, welcher der aufmerksame Arzt bereits entgegensteht. Wenn der Arzt in Voraussicht aller denkbaren Vorkommnisse auf die Temperaturkurve gründet, so kann er seine vorausschauende Therapie täglich danach modeln im Interesse der Heilung des Kranken.

Held.

4128.

Buß, G., Die amerikanische Leishmaniose. (Arch. f. Dermät., 158., Heft 1, 1929.) (Forschungsstelle f. Mikrobiol. d. Kaiser-Wilhelm-Ges. Sao Paulo u. Univ.-Hautklin. Heidelberg.) Die amerikanische Hautleishmaniose scheint sich von der Orientbeule durch eine größere Bösartigkeit zu unterscheiden; ulzerierte Formen sind bei ihr das Gewöhnliche, nichtulzerierte, verruköse, papillomatöse Herde sowie Schleimhaut-Komplikationen in der Minderzahl. Es handelt sich um eine chronische, meist mit Geschwürsbildung einhergehende Erkrankung der äußeren Haut, wobei die Progredienz des Geschwürs bei spärlicheren Herden eine größere ist. Die Krankheit scheint mit oft multiplen Primärherden zu beginnen, an die sich Autoinokulationen durch Kratzen und Ausbreitungen auf dem Lymph- und Blutwege anschließen. Die ersten Erscheinungen werden gewöhnlich auf Insektenstiche zurückgeführt, doch konnte ein bestimmtes Insekt für die Uebertragung nicht nachgewiesen werden. Die Infektionen kommen im wesentlichen in Urwaldgebieten zustande; das kann auch für die Differentialdiagnose gegen Syphilis, Tuberkulose, Pyodermien verwertet werden. Der die Diagnose sichernde Nachweis der Protozoen gelingt nicht immer; sehr wertvoll ist die Intrakutanprobe, die von hoher Spezifität ist. Die Zahl der gefundenen Erreger schwankt in den positiven Fällen sehr stark; zahlreiche Erreger scheinen sich in den Fällen zu finden, in denen der Organismus eine schwächere Reaktion gegenüber den Parasiten entfaltet. Die Gewebsreaktion bei der Leishmaniose zeigt Ausbildung eines verschieden ausgedehnten und dichten Granulationsgewebes, in dem eine Gruppe der Histiozyten zuzurechnende Zellen von verschiedenem Aussehen eine besonders reagierende Zellart darstellen. Die Zahl der Erreger ist bei der Orientbeule gewöhnlich eine viel größere; diese zeichnet sich gegenüber der amerikanischen Leishmaniose auch durch leichtere Heilbarkeit, Fehlen der bei letzterer oft noch nach Jahren auftretenden metastatischen Schleimhautaffektionen aus. Der Ausbildung von tuberkuloidem Gewebe kommt bei der Orientbeule eine größere Bedeutung zu.

Ernst Levin, Berlin.

4129.

Woloschin, I. P., Das Sklerom im Woroneshschen Bezirk und in der U.d.S.S.R. (Wratsch. Djelo, 11. Jahrg., Nr. 24.) In den letzten 50 bis 55 Jahren sind die Skleromfälle in Rußland ständig im steigen. Der erste registrierte Fall wurde im Jahre 1874 publiziert; 1886—1888 waren 21 Fälle bekannt; bis 1911 betrug die Veröffentlichungen 128 Fälle, bis 1926 287, und bis 1928 ist die Zahl der registrierten Skleromfälle für ganz Rußland auf 997 gestiegen. Diese Statistik umfaßt jedoch bei weitem nicht alle Skleromfälle, da viele von ihnen in der Literatur überhaupt nicht publiziert wurden; viele Fälle gelangten nicht unter die Hände der Aerzte; eine nicht geringere Anzahl aber lief unter der Diagnose der Syphilis, Tuberkulose usw. Erst in den letzteren Jahren ist eine bessere Erkenntnis der Krankheit durch die Aerzte zu verzeichnen. Von den registrierten 997 Skleromfällen stammen 448 aus Weißrußland, 305 aus der Ukraine und 129 aus dem übrigen Rußland. Das Hauptkontingent aller Fälle stammt also aus Weißrußland und Wolhynien, d. h. aus dem ausgedehnten, stark sumpfigen, dem Flusse Pripiet anheftenden Gebiet (Pinsker Sümpfe). Dieses Gebiet wird für den primär- und Hauptverbreitungsherd des Skleroms nicht nur für Weißrußland, sondern wohl auch für Europa gehalten. Es wird angenommen, daß diese Krankheit von hier aus durch Auswanderung die ganze Welt verschleppt wurde. Als zweiter selbständiger Herd des Skleroms in Rußland stellt sich die Umgebung des Flusses Dnepr, insbesondere sein stark sumpfiges Gebiet und seine linksseitigen Zuflüsse — die östlichen Distrikte Galiziens und teilweise das rechte Ufer des Flusses Dnepr dar. Der dritte bedeutende Krankheitsherd des Skleroms befindet sich in Nordkaukasien und im Woronesh- und Donebiet. Einen starken Impuls für die Verbreitung dieser Krankheit sowohl in Rußland als auch im Ausland gab der Weltkrieg mit seinen unendlichen Auswanderungen und der engen gegenseitigen Berührung des Heeres mit der Bevölkerung der Krankheitsbezirke in Weißrußland, Wolhynien und Galizien. Vorbeugungsmaßregeln fordert Verf. die obligatorische Registrierung sämtlicher Skleromkranken, Untersuchung ihrer Familienangehörigen und Errichtung spezieller Sklerominstitute und -stationen zum Studium und Behandlung dieser noch unheilbaren Krankheit.

E. Kontorowitsch.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

4130.

Richter, P. F., Fettleibigkeit und Fettsucht. 1. Pathogenese. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) Die Pathogenese der Fettsucht läßt sich nicht auf eine einheitliche Formel bringen. „Fettleibigkeit“ und „Fettsucht“ sind nicht mehr so streng zu trennen, wie es früher angenommen wurde. Man kann höchstens sagen: fettleibig „wird“ man, fettstüchtig „ist“ man, d. h. an erster Stelle steht bei der Fettsucht das „konstitutionelle“ Moment, die vererbte krankhafte Neigung des Unterhautzellgewebes, Fett zurückzuhalten, die sich teils lokal, teils allgemein auswirkt. In welchem Maße diese „Lipophilie“ in die Erscheinung tritt, hängt von der Tätigkeit der endokrinen Drüsen ab, wobei dahingestellt sein mag, ob die regulierende Größe der von diesen abhängigen Oxydationen nach Umher nur von der Schilddrüse bestimmt wird, d. h. ob es nur dann zu einer Verminderung des Grundumsatzes kommt, wenn sie in Mitleidenschaft gezogen ist, oder ob primär auch anderweitige innersekretische Störungen beteiligt sind.

Als Resultat dieser Tätigkeit kann der Grundumsatz vermindert sein, er braucht es aber nicht. Jedenfalls ist diese Verminderung nicht als Ursache der Fettsucht anzusprechen. Neben theoretischen Erwägungen spricht schon die praktische Erfahrung dagegen, die lehrt, in wie vielen Fällen sie fehlt. Endokrine Organe und Nervensystem modifizieren wohl die ererbte Anlage zur Fettsucht; man kann sich vorstellen, daß sie dieselbe nicht manifest werden lassen, aber sie sind nicht verantwortlich für die eigentliche Entstehung der Stoffwechselanomalie.

Arnold Hirsch, Berlin.

4131.

Rud., Einar, Ueber die Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin. (Ugeskr. Laeg., Nr. 37, 1929.) Verf. behandelte 9 Fälle von Morbus Basedowii mit Antithyreoidin, und zwar 6 bis 8 Wochen lang. In 5 Fällen wurde Antithyreoidin (Merck) und in 4 Fällen Antithyreoidin-Tabletten aus dem dänischen Staats-Seruminstitut angewandt. Es wurden bei dieser Behandlung keine wesentlichen Besserungen des Grundstoffwechsels wahrgenommen, soweit nicht die Allgemeinbehandlung gleichzeitig diesen beeinflusste. Der Mißerfolg war bei beiden Medikamenten der gleiche. Die spezifische Wirkung blieb eben aus. Zur Behandlung ausgewählt waren mittelschwere Fälle, weder zu leichte noch zu schwere. Um suggestive Nebenwirkungen auszuschalten, wurden nur objektive Symptome verglichen, so der Grundstoffwechsel, die Tachykardie, Tremor, Struma, Exophthalmus, Körpergewicht. Ruhe, Nervina, gute Ernährung wurden gleichzeitig angewandt.

S. Kalischer.

4132.

Troell, Abraham, Zur Morphologie der lugolbehandelten Basedowstruma, besonders mit Rücksicht auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen dem anatomischen und klinischen Effekt der Lugolbehandlung. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) An Hand von 147 Fällen von Basedowstruma, die nach vorhergehender Lugolbehandlung mit Strumektomie operiert wurden, stellte Verfasser fest, daß länger dauernde Lugolbehandlung bei von Anfang an toxischen Fällen gute Erfolge ergibt. Als Maßstab des Grades der Besserung während der präoperativen Lugolbehandlung wurde die Gewichtserhöhung des Patienten genommen. Erst wenn die Gewichtskurve in deutlichem Aufsteigen begriffen war, wurde die Strumektomie ausgeführt.

E. Mühsam, Berlin.

4133.

Dautrebande, L., Die fraktionierten Joddosen bei Hyperthyreoidismus. (Presse méd., Nr. 59, 1929.) Sowohl beim echten Basedow wie beim toxischen Adenom der Schilddrüse erwiesen sich die Verteilung von 20 Tropfen Lugolscher Lösung auf viermal 5 oder fünfmal 4, auch zehnmal 2 Tropfen als wirksam, um den nach anfänglichem Absinken wieder im Ansteigen befindlichen Grundumsatz zur Norm zu bringen. Auch als Operationsvorbereitung wurde diese Art der Jodmedikation mit bestem Erfolg verwandt.

Haber.

4134.

Gordon, A., Gehirnabszesse bei bronchopulmonären Zuständen. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) An der Hand eines Falles wird ausgeführt, daß Gehirnabszesse bei bronchopulmonären Zuständen erster Natur gar nicht so selten sind. Besonders bei Bronchiektasie, und zwar in etwa 55%. In den Rest teilen sich Lungenentzündungen, Tuberkulose, Empyem und Pneumonie. Bei Bronchiektasie ist die Häufigkeit wahrscheinlich durch die längere Dauer des Leidens bedingt. In dem erwähnten Falle fanden sich bei der Sektion zwei Abszesse; monatelang bestand Kopfweh, aber keine motorischen und sensorischen Erscheinungen. Bei der Bildung

der Abszesse kommen meist thrombophlebitische oder metastatische Faktoren und auch direkte bakterielle Invasion in Frage. Weg: von den kleinen Bronchial- und Lungenvenen zur Vena cava superior, durch die Jugularis zu den Gehirnsinus und von dort in die Gehirnenvenen. Treibende Kraft die Hustenparoxysmen. Man darf aber auch nicht die gleichzeitige Infektion des Bronchialapparates und des Gehirns außer Acht lassen. Praktisch wichtig ist, daß die Lungenerscheinungen so in Vordergrund treten, daß die Gehirnsymptome übersehen werden. Ferner das Fehlen grober Gehirnsymptome spricht noch nicht gegen einen Gehirnsabszeß. Dies ist namentlich der Fall, wenn die motorische und sensorische Gehirnrinde nicht in Mitleidenschaft gezogen ist. Am häufigsten ist der Frontallappen befallen. Dann der Temporallappen.

v. Schnizer.

4135.

Fahr, Th., **Zur Frage der Hypertonie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) (Pathologisches Institut der Universität Hamburg.) Die Hypertonie ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, das auf sehr verschiedene Weise bedingt sein kann.

Konstante Hypertonie auf renaler Basis kann durch antagonistische Faktoren (Sinken der Herzkraft, Lähmung der Vasomotoren) eine Senkung erfahren, wie das am Beispiel der Sublaminophrose auch auf Grund morphologischer Untersuchungen plausibel gemacht werden kann. Arnold Hirsch, Berlin.

4136.

Schilling, Viktor, **„Hämogramm“ oder „Feststellung toxischer Granulationen der Leukozyten“ als Methode praktischer Blutbildwertung.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) (I. med. Klinik d. Universität Berlin, Charité.) Die Feststellung toxischer Granulationen in den neutrophilen Leukozyten ist seit Jahren bekannt und keine der Hämogrammmethode annähernd gleichwertige praktische Blutuntersuchungsmethode. Klinisch sind ihre Ergebnisse labil und nur gelegentlich mitverwertbar. Ihre wissenschaftliche Erklärung als rein periphere Herdsymptome ist unrichtig, da sie sowohl zentral wie periphere in allen Altersstadien der Granulozyten unter pathologischen Einflüssen gebildet werden können. Im histologischen Sinne sind sie degenerative Strukturveränderungen der Leukozyten durch infektiöse oder toxische Schädigungen, d. h. funktionelle Strukturänderungen durch Aufnahme und Verarbeitung schädigender Substanzen und durch katabiotische autolytische Prozesse. Arnold Hirsch, Berlin.

4137.

Lichtwitz, A., **Ueber den Mechanismus der Herzschmerzen.** (Paris méd., Nr. 27, 1929.) Herzschmerzen sind bei den organischen Kardiopathien seltener, als bei den funktionellen Affektionen. Die sonst unempfindlichen Eingeweide werden Sitz von Schmerzen, wenn die sie umhüllende Serosa beteiligt ist oder durch den viszerosensitiven Reflex. Letzterer kommt beim Herzen hauptsächlich in Betracht. D. h. es entsteht im Gebiet des Plexus cardiacus ein adäquater Reiz, eine anatomische oder funktionelle Veränderung, die die Sensibilität des vegetativen Systems erweckt. Gewöhnlich ist der Ausgangspunkt dieses Reizes das Herz selbst (Aorta; Koronargefäße) oder sonst ein Teil aus dem Gebiet des Plexus (Blase, Magen). Natur des Reizes: Distention, Spasmus oder Ischämie. Das ganze Geheimnis der viszeralen Algien ist der adäquate Reiz.

Entgegen der landläufigen Ansicht sind die meisten Spasmen nicht schmerzhaft; allerdings gewisse Spasmen, Leber- und Nierenkolik; hier kommen aber andere Faktoren dazu, besonders die Distention. Sie allein kann in jedem Organ ganz erhebliche Schmerzen machen; sie kommt allerdings selten isoliert vor und wird deshalb oft übersehen. Die Intensität der Schmerzen dabei hängt ab vom Kaliber des Organs (Gallengang, Ureter), vom Zustand der Wände (ein atonischer Magen, eine sklerotische Arterie kann keinen Reflex auslösen), vom Grad der Obstruktion, vom Füllungsvolum und der Zeit, in der dies geschieht. Die Ischämie kommt für Hohlorgane kaum in Frage, wohl aber für Muskelorgane und besonders fürs Herz. Endlich wird die Frage noch kompliziert durch die interviszeralen Reaktionen und die medulläre Empfindlichkeit, die die Menschen sehr ungleich gegen Schmerzen macht. Wenn die Koronargefäße der Ausgangspunkt sind, so kann man dies meist nur durch Ausschluss und vermutungsweise diagnostizieren: Röntgen gibt keinen krankhaften Aortenbefund. Dies, die Ergebnisse des Elektrokardiogramms, die Insuffizienz, die besonderen Charakteristika des Syndroms — die von der Aorta ausgehende Angina pectoris ist viel weniger dramatisch —, die Arrhythmie, das perikardiale Reiben, Senkung des Drucks, Temperatur sind praktisch bedeutungsvoll. Schon sicherer ist der Infarkt des Myokards zu erkennen. Man nimmt an, daß die stenosierenden Veränderungen der Koronarien oder deren Spasmen durch Ischämie wirken, und führt dafür ins Feld aus der vergleichenden Pathologie

die Schmerzen bei Obliteration der Femoralis, bei Myokardinfarkt mit Angina. Warum machen nun die Muskeln, die sehr viel Blut manchmal brauchen, eine Ausnahme? Während doch die Ischämie anderer Organe schmerzlos ist. Es besteht auch ein „Hinken“ des Herzens, des Gehirns und Marks, aber auch sie sind schmerzlos. Ferner sind die zentralen Infarkte der Lungen, der Nieren und der Milz schmerzlos; sie werden erst schmerzhaft, wenn sie die Rinde betreffen (Reiz der Serosanerven). Auch die meisten Myokardinfarkte sind schmerzlos. Die sensiblen Reaktionen treten nur auf, wenn das Myokard „überrascht“ wird, wenn die Ischämie rapide auftritt. Kommt nun bei den Koronarien die Distention in Betracht? Die oben genannten Vorbedingungen dafür sind gegeben. Aber man weiß, daß die Distention bei veränderten Wänden, und wenn die Obstruktion nicht vollständig ist, nicht wirkt. Deshalb kann man gewaltige Veränderungen sklerotischer Natur finden, ohne jeden Schmerz im Leben. In diesem Falle auch Ischämie, aber keine Distention. Jedenfalls geht daraus hervor, daß die anginösen Schmerzen durch die Koronarien, nicht durch Ischämie des Myokards bedingt sind, sondern durch die Distention der Koronarien vor einem Hindernis. Dies ist bis jetzt noch nicht so betont worden, weil man zwischen Natur und Sitz des Reizes nicht scharf genug unterschieden hat. Bei der Aorta ist Sitz und Natur des Reizes klar: hier kommt lediglich die Distention in Betracht. Da Voraussetzung ist, daß die Wände lebensfähig sind, also noch nicht ganz sklerotisch, so ist es klar, warum die Aortitis des Greises nicht schmerzhaft ist, warum bei Aneurysmen selten Angor vorliegt. Ferner warum Angor häufiger ist bei einfachen Aortitiden, als bei denen mit Aorteninsuffizienz: es fehlt der Druck in der Aorta. Endlich ist die Hypertension im Anfangsteil der Aorta Ursache der Angina durch Anstrengung. Ebenso klar sind die Fälle, die im Myokard ihren Sitz haben, mit Dyspnoe, Palpitationen, Pseudoasthma, akutem Oedem, Tachykardie, Galop. Hierher gehören namentlich die Dekubitusanginen nach Vaquez, die die Kranken im Liegen überraschen. Die Distention sieht man bei Hypertension und Aortikern: hier reagiert das hypertrophische Myokard aktiv auf das Hindernis; im Gegensatz zu den Mitralfehlern, bei denen es sich um eine Schwäche der Wand, um ein unvollständiges Klappenhindernis handelt, um eine richtige Dilatation. Dazu kommen nun noch andere Vorgänge: bei Hypertension im Initialteil der Aorta kommt es zu abdominaler Vasodilatation und Senkung des Aortendrucks. Ist aber die Aorta verändert, so fehlt dieser Reflex, die Hypertension bleibt, und es kommt zu Schmerzen anginöser Art. Endlich spielt dabei noch die medulläre Empfindlichkeit, besonders die Ermüdung, eine gewisse Rolle.

v. Schnizer.

4138.

Moussour, Jean, **Fieber bei Herzkranken.** (Clinique et Laboratoire, Nr. 4, 1929.) Persistierendes oder rezidivierendes Fieber bei Herzkranken stellt sich in drei Allgointypen dar: ein kontinuierlich erhöhtes Fieber, oszillierend oder gleichbleibend findet sich häufig im Verlaufe von malignen, primären Endokarditiden; eine mittlere, mehr oder weniger unregelmäßige Kurve mit Remissionen begleitet oft die sekundäre Endocarditis lenta. Schwerer zu diagnostizieren sind subnormale Temperaturen zwischen 37 bis 38 Grad, bei denen man schwankt zwischen einer leichten und vorübergehenden Infektion, einem kardialen Rheumatismus mit rapider Entwicklung, wie man ihn oft bei Mitralfehlern findet, und absolut keinem Befund. Bei Patienten mit Klappenerkrankungen, die zugleich eine Instabilität der Nerven, Gefäße und Vasomotoren aufweisen, finden wir auch eine thermische Instabilität, und zwar beschreibt man 2 Typen: a) eine hyperthermische mit Steigerungen zwischen 37 bis 38 Grad, die bald kontinuierlich, bald diskontinuierlich sein kann, b) eine hypothermische, dessen Kurve von unter 37 Grad stoßweise und unregelmäßig auf 38 Grad springt. Diese thermische Instabilität beruht vor allem auf körperlicher oder seelischer Anstrengung und wird durch Ruhe beseitigt.

Jede offenkundige und wiederholte Temperaturerhöhung bei einem Herzkranken muß die Aufmerksamkeit auf 2 Ursachen lenken: die fortschreitende plastische Endokarditis und die maligne sekundäre Endocarditis lenta. Letztere Diagnose darf aber erst dann gestellt werden, wenn die Blutkultur den Beweis dafür erbracht hat. In der Zwischenzeit soll man einen solchen Patienten als schweren Rheumatiker betrachten und die Behandlung danach einrichten.

Held.

4139.

Lian, C. **Die akute fieberhafte Angina coronaria.** (Paris méd., Nr. 27, 1929.) Neben der gewöhnlichen Angina pectoris gibt es noch eine akute fieberhafte Angina coronaria infolge Arteriosklerose coronaria. Die gewöhnliche Form hat 3 Hauptaspekte: der Angor durch Anstrengung (plötzlich im Gehen), einige Sekunden usw. mehrmals am Tage, ohne peinliche Sensation, Fortsetzung der Tätigkeit; der Angor dekubitus mitten in der Nacht, eine Stunde

und länger, ist am anderen Morgen vorbei; und die Verbindung dieser beiden der Angor mixtus. Ganz anders die Angina coronaria: heftiger, 3 bis 10 Stunden dauernder Anfall mit Pausen von 12 bis 24 Stunden, zwingt zu völliger Bettruhe; akute Herzschwäche mit Abschwächung der Herztöne, Galopgeräusch, funktioneller Klappeninsuffizienz, plötzliche wesentliche Drucksenkung; Fieber mit einem Maximum in 24 bis 48 Stunden, allmählich abfallend. Man unterscheidet die reine oder Myokardform: entweder aus heiterem Himmel oder nach mehreren kurzen Anfällen von Angina; plötzlicher Beginn am Tage in der Ruhe, nach Anstrengung, in der Nacht. Heftiger Präkordialschmerz nach links oder in beide Arme ausstrahlend; Todesangst, bleich, erdfarben; der Schmerz hält 3 bis 10 Stunden an. Wiederholung in den nächsten Tagen oder Nächten. Das Schmerzgefühl kann, wenn auch geringer, bis zu einer Woche dauern. Der Kranke bleibt unbeweglich im Bett, weil jede stärkere Bewegung einen neuen Anfall auslöst. Die Atmung ist nicht behindert. Gewöhnlich keine Nausea, kein Erbrechen. Blasser, ängstlicher Ausdruck, beschleunigte Herzaktivität, regelmäßig, aber auch Extrasystolen, seltener komplette Arrhythmie, Anfälle von Tachyheterosystolie. Meist Galop. Sehr schwache Herztöne, beträchtliche Drucksenkung. Nach 36 Stunden hat die Temperatur ihren Höhepunkt erreicht, bleibt 3 bis 4 Tage stationär und fällt dann allmählich. Leichte Polynukleose. In den meist günstigen Fällen kommt die Temperatur nach etwa einer Woche zur Norm; ebenso der Druck nach wenigen Tagen; erreicht er sie nicht, so ist Prognose reserviert zu stellen. Wie bei akuten Infektionen macht die Kurve der Diurese mit der der Temperatur ein X. Bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit erst ein leichter Angor. Nach einigen Monaten, selbst nach Jahren, kommt gewöhnlich ein Rückfall. In seltenen Fällen bleibt eine starke Herzinsuffizienz: Dyspnoe nach geringen Anstrengungen, Oligurie, zeitweise Oedeme. Es bleibt dauernd ein Galopgeräusch und das der funktionellen Mitralinsuffizienz zurück. Es war den Alten schon bekannt, daß die große progressive Herzinsuffizienz die Angina ersetzen kann und ebenso die Anfälle unterdrücken kann. Ausnahmsweise kann der erste Anfall plötzlich tödlich verlaufen, häufiger spätere. Oder nach langen Remissionen eine interkurrente Krankheit. Dann die myokardiale Form mit Perikardbeteiligung: seltener aber ungünstiger als die vorige reine Form. Sodann die kardiogastrische Form: verstärkte Erscheinungen der reinen Form, manchmal mit perikarditischem Reiben, mit Bradykardie, wenn der Infarkt das Hische Bündel betrifft, Kälte und Zyanose der Extremitäten. Der Schmerz steht hier im Vordergrund: es handelt sich um einen veritablen anginösen Zustand; er erstreckt sich bis ins Epigastrium und dauert auch zwischen den Anfällen noch an. Er kann nur im rechten Epigastrium sein und strahlt meist in den Rücken, oft in beide Arme, in Hals und in die Kiefer aus. Auch hier starkes Todesangstgefühl. Von seiten des Magens starke Intoleranz: von Beginn an Erbrechen der aufgenommenen Speisen, später Galle und Schleim, bei der geringsten Bewegung oder spontan. Dauernde Nausea, die u. U. ohne Erbrechen bestehen kann. Schmerzen im Epigastrium, auch auf Druck. Selten Meteorismus der Muskelspannung. Dazu Fieber, Polynukleose. Bei der geringsten Bewegung Dyspnoe, Husten mit blutigem oder schwarzem Auswurf: kongestives Oedem einer oder beider Basen, u. U. ohne viel physikalische Zeichen oder mit Rasseln, so daß man an eine Pneumonie mit Herzinsuffizienz denken könnte. Es handelt sich hier sicher nicht um eine aufgepfropfte Infektion, denn das Fieber kann auch ohne jedes physikalische Zeichen von seiten der Lunge bestehen. Dies sind die schwersten Fälle: Tod im Schmerzparoxysmus oder im Kollaps. Dauer: einen, einige Tage, Wochen bis zu 2 Monaten. Heilungen sind immerhin beobachtet. Endlich die infektiöse Form: beginnend mit einer Coronaritis infectiosa mit Myokardinfarkt. Gewöhnlich geht dann der infektiöse Prozeß über in periphere und schafft periphere, besonders arterielle und venöse Lokalisationen. Es kann auch umgekehrt sein: die Arteritis coronaria kann auch Folge einer venösen Septikämie sein. Schließlich gibt es noch unvollständige Formen: das anginöse Syndrom kann auch ohne akute Coronarthrombose entfallen, aber ohne die ausgesprochenen Charakteristika der besprochenen Formen; das Fieber fehlt, der Schmerz anfall bleibt isoliert. In diesen Fällen gibt das Elektrokardiogramm Auskunft.

v. Schnizer.

4140.

Donzelot, E., Die aurikuläre Insuffizienz. (Paris, méd., 27, 1929.) Die aurikuläre Tachysystolie manifestiert sich klinisch durch eine Arrhythmie oder durch eine Tachykardie bis zu 150 in Minute. Die Arrhythmie kann akut oder paroxystisch und chronisch oder permanent auftreten. Die erstere ist die häufigere; sie entgegnet der landläufigen Ansicht manchmal ganz brutal mit Anstrengungsdyspnoe, Angor, selbst mit schmerzhaften Anomalien nach der Schulter und dem linken Arm hin. Allerdings manchmal ohne jedes subjektive Phänomen. Die chronische

Form geht aus der akuten hervor, kann aber auch von vornherein bestehen; manchmal lange ertragen, kann sie rapid oder schlechend zur kardialen Insuffizienz führen. Dieser Unterschied ist dadurch bedingt, daß der Vorhof nur eine akzessorische Rolle bei der Tätigkeit des Herzmotors spielt, weshalb seine Insuffizienz zusammen mit einer normalen Ventrikelkapazität bestehen kann, worunter das zirkulatorische Gleichgewicht nicht leidet; wohl aber wird das ganze zirkulatorische Gleichgewicht gestört, wenn die Ventrikelkapazität schon geschädigt ist. Die Folgen sind durch die Aetiologie bedingt. Man unterscheidet die isolierte primäre Insuffizienz: keine viszerale Veränderung, aber in der Anamnese eine alte (rheumatische) Toxiinfektion oder eine Intoxikation (meist Alkohol). Im allgemeinen gut ertragen, findet man Anstrengungsdyspnoe, vorübergehende Palpitationen, rapide Ermüdung. Dabei wird gewöhnlich weitergearbeitet. Progressiv kommt es zu Inkapazität des Ventrikels, und durch einen interkurrenten Prozeß kommt es zum klassischen Bild der peripheren und viszeralen Stase und zum Exitus. Dann die glanduläre Insuffizienz: meist thyrioidealen Ursprungs, findet man sie häufig bei Basedow; sie geht unbehandelt rapid in eine Ventrikelinsuffizienz über. Ferner die Insuffizienz kombiniert mit Klappenfehlern: häufig im Verlauf einer chronischen mitralen Endokarditis, seltener bei Aorteninsuffizienz auf dieser Basis. Sie bedeutet eine Verschlimmerung der Klappenaffektion und zu oft den Anfang einer totalen, irreparablen Insuffizienz. Endlich die Insuffizienz bei kardiovaskulären Veränderungen. Häufig bei Sklerotikern und Hypertendierten: manche alten Sklerotiker vertragen diese Arrhythmie monatelang, jahrelang gut, namentlich bei verminderter Tätigkeit. Oft kommt es dabei zu Gefäß- und Nierenveränderungen, meist aber günstiger Einfluß der Therapie. Plötzlicher Tod ist selten. Solange die Ventrikelkapazität gut ist, kann man trotz des unregelmäßigen Rhythmus die Aurikelinsuffizienz therapeutisch beeinflussen; später muß man auf den Ventrikel wirken. Atropin, Chinidin 60 cg bis 1 g, 4 bis 5 Tage 1 ang. Später Strophantus, Digitalis. Bei Dysthyroidie Jod, Röntgen, Operation.

v. Schnizer.

4141.

Doumer, F., Angina pectoris und Herzinsuffizienz durch Gicht. (Paris méd., Nr. 27, 1929.) Gichtiker haben gern kardiovaskuläre Komplikationen, mehr als andere Gleichaltrige mit ungestörter Ernährung. Besonders droht Angina pectoris. Man weiß heute, daß die Koronaritis nicht immer die Ursache ist, aber man gesteht ihr auch keine Beziehungen zur Gicht zu. Wenn, dann auf dem Wege der Sklerose der Aorta oder der Koronargefäße oder durch Herznachlaß, von dem der anginöse Anfall ein Symptom sein kann. Und das Herz des Gichtikers läßt nach infolge Sklerose oder Hypertension, und dafür ist die Gicht nicht direkt verantwortlich. Diese Auffassung bedarf der Revision. In der Mehrzahl der Fälle sind Gicht und Sklerose verantwortlich, und es sind dies immer Komplikationen bei Gichtveteranen, die in dem Moment auftreten, in dem der Gichtiker Sklerotiker oder Hypertendierter geworden ist, ohne jede Beziehung zum eigentlichen Gichtanfall. Und diese Fälle unterscheiden sich in nichts von der reinen Sklerose, der reinen Hypertension. Aber diese Erklärung reicht nicht aus für die Fälle, in denen sich die Angina an die Gelenkerscheinungen knüpft, mit ihnen alterniert oder sie ersetzt und im ganzen zum Bilde des Gichtanfalles gehört. Abgesehen von der Wahrscheinlichkeit, daß die Angina durch eine gichtische Neuritis oder Neuralgie des Plexus cardiacus erklärt werden kann, kann sie auch durch eine gichtische Herzinsuffizienz entstehen. Sie kann in manchen Fällen deren einzige Manifestation sein, ebenso wie die Arthropathie eine Manifestation der Gicht ist. Und tritt tatsächlich manchmal mit den typischen gichtischen Erscheinungen auf als klinisches Syndrom der Gicht. Mit den Anfällen, wieder verschwindend mit ihnen: ein vorübergehender Energienachlaß des Herzens durch die Gicht. In einem Falle waren die Manifestationen der gichtischen Intoxikation mit paroxystischem Habitus völlig klar; in einem zweiten Falle traten die Herzerscheinungen an Stelle eines brutal kuptierten Gichtanfalles. In einem weiteren Falle traten sie im Höhepunkt der gichtischen Intoxikation auf und verschwanden mit den Arthropathien. Es gibt zwei Erklärungen dieses Mechanismus: einmal die Ansicht der Alten, die läsionelle, fluxionäre, kongestive, ödematöse Wirkungen der Gicht auf das Herz. Deshalb unwahrscheinlich, weil die Kristallisation der Gicht am Herzen ganz andere typische Zeichen hinterlassen würde, vor allem im Rhythmus usw., wobei nicht zu vergessen ist, daß das Myokard viel empfindlicher ist als die artikulären Gewebe. Man hat dagegen tatsächlich nur die Erscheinungen einer kardialen Asthenie, einer einfachen Energieschwäche der Herzkontraktion, rein funktionell: der Muskel arbeitet unter ungünstigen Verhältnissen. Man beobachtet ja auch bei Gichtikern in und vor dem Anfall eine allgemeine muskuläre Asthenie. Mechanismus: Stoffwechselstörungen, Zirkulation von unvollständig aufgespaltenen Produkten im Blut, Störung des physikochemischen Gleichgewichts im Blut, osmotische Veränderungen, Ernährungs-

störungen im Myokard. Allerdings sind diese humoralen Störungen noch nicht genau bekannt. Warum beobachtet man diese Erscheinungen so selten und nicht bei jedem Gichtanfall? Der Kranke verteidigt sich im Gichtanfall und durch ihn gegen die gichtische Intoxikation und damit auch sein Herz. Gerade die Kristallisation verhindert die Verseuchung der Säfte; daher auch die Euphorie nach den Anfällen. Dafür sprechen auch die Beobachtungen: die Herzerscheinungen treten statt des Anfalls ein oder an Stelle eines medikamentös brutal unterbrochenen Anfalls. Es handelt sich also um eine humorale Störung, die sich außerhalb der Anfälle entwickelt, und was wesentlich ist, verschieden von der, die die Anfälle gewöhnlich auslöst. Und diese Störung hat auf das Herz eine depressive Wirkung. Für den Praktiker ist daraus die wichtige Lehre zu ziehen, daß es u. U. schädlich ist für das Herz, einen Gichtanfall in voller Entwicklung durch Colchicum brutal zu kupieren. Dies war schon den Alten bekannt, ist aber wieder in Vergessenheit geraten.

v. Schnizer.

4142.

Ferguson, Burr, **Myokarditis**. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) An der Hand eines Falles gibt F. eine vorläufige Mitteilung: es handelte sich um eine Myokarditis bei einem 62jährigen mit 6500 weißen Blutkörperchen. Da der konstante Faktor bei Immunität die Phagozytose ist, war sein Gedanke, zumal da eine direkt kausale Therapie bis jetzt nicht besteht, diese anzuregen. Er benutzte dazu eine intramuskuläre Injektion von HCl 1:1000, 10 ccm, mit nachfolgender 1prozentiger Procainlösung: 3 Injektionen in dreitägigen Zwischenpausen. Schon nach der ersten Injektion 10 300 weiße Blutkörperchen, nach 24 Stunden 9300. Ganz wesentliche Besserung des Pulses und des sonstigen Herzbefundes. Unter allen den Stimulantien für die weißen Blutkörperchen ist HCl das beste.

v. Schnizer.

4143.

Rösler, H., **Ueber Herzvergrößerung bei angeborener arterio-venöser Kommunikation**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 35.) (Röntgeninstitut der Poliklinik Wien.) Im Gegensatz zu der von Reid, Riehnhoff vertretenen Auffassung wird an Hand eines eigenen Falles sowie einer Reihe von Fällen aus der Literatur Herzvergrößerung bei angeborener arterio-venöser Kommunikation beschrieben. Aus der Rückbildung der Herzvergrößerung nach Beseitigung der abnormen Verbindung (z. B. Amputation) geht hervor, daß es sich um einen ursächlichen Zusammenhang handelt. Bei einer Minderzahl von Fällen tritt eine Herzvergrößerung nicht ein. In Analogie zu den arterio-venösen Verbindungen traumatischer Genese sind über dem Herzen häufig Geräusche zu hören, die das Bestehen von Herzklappenfehlern, wie Mitralf-, Aorteninsuffizienz, vortäuschen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

4144.

Cornwall, F., **Physiologisch unterstützende Behandlung der Pneumonie**. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) Physiologische Unterstützung heißt nicht symptomatische Behandlung, denn Symptome sind Ausdruck oft der Reparation, welche es lediglich zu unterstützen gilt. Praktisch wichtig sind hier: horizontale Lagerung von Anfang an bis eine Woche nach der Entfieberung, bei schwerer Dyspnoe leichte Erhöhung des Kopfes und der Schultern. Mit Bädern vorsichtig; bei Herzstörungen keine. Keine unnötigen Untersuchungen; Schonung des Herzens ist wichtiger, als genaue Kenntnis der Ausdehnung der Pneumonie. Kein Umrollen deshalb auf die Seite. Bei Delirien deshalb entsprechende Arzneimittel. Schutz vor Erkältung; keine Kaltluftbehandlung; oft Komplikationen, namentlich in der Entfieberung. Wichtig ist die Diät: Gefahren vom Nahrungstrakt für das Gefäßsystem (Tympantie, Dilatation der Splanchnikusgefäße, dadurch Sinken des an sich schon niederen Druckes; Reflexerregung des Vagus, Toxämie). Besser Unterernährung. 1200 Kalorien. Flüssig lakto-vegetarisch. Streng alkalisch: Säure tendenz des Fiebers. Ca-, Na-Salze, Fruchtsäfte, Laktose, Dextrose. In schweren Fällen vor der Krisis keine Milch, auch wenn Tympantie vorliegt. Bei Diarrhöe bloß Wasser und Salze. Je schwerer der Fall, um so weniger Flüssigkeit und Nahrung, besonders so bei Herzaaffektionen. Während der aktiven Periode der Krankheit keine gewohnheitsmäßigen, noch aus der alten Humoralpathologie übernommenen Abführmittel: vermehrte Flüssigkeit im Kolon; vermehrtes Bakterienwachstum, vermehrte Toxinabsorption, Gasauftreibung. All dies erregt den Vagus und schädigt das Herz. Also schadet eine mäßige Verstopfung nichts, d. h. natürlich nicht: gar keine Abführmittel geben. Also wenn der Patient in den ersten 24 Stunden gesehen wird und keinen Stuhl hatte in dieser Zeit und keine Kontraindikation von seiten des Herzens vorliegt, einen Einlauf. In der aktiven Periode nur bei Tympantie, wenn sie sich nicht durch Diät regeln läßt, sonst am zweiten Tage nach der Entfieberung, wenn der Stuhl nicht spontan kommt. Bei Herzstörungen Strophantin in geringen Dosen. Strychnin bei niederem Blutdruck, Koffein ebenfalls dazu und als Atemstimulans. Morphium

nur in den Anfangsstadien, um das Herz vor störenden Faktoren zu schützen; später, namentlich in der Krisis, ist es kontraindiziert. Alkohol ist ein Sedativum bei alten Leuten und Alkoholikern. Manche Symptome: schädigen sekundär. So Schmerzen durch Schlaflosigkeit; trockener Husten überanstrengt das Herz. Hier Morphinum oder Codein, aber nur im Beginn. Lungenödem: Koffein unter Umständen mit Morphinum. Hohe Temperaturen werden allgemein als günstiges Zeichen angesehen. Im allgemeinen Vorsicht bei der Behandlung der Symptome, weil leicht mehr als nur physiologische Unterstützung dabei herauskommt.

v. Schnizer.

4145.

Leech, Clifton B., **Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Gallenblase und des Herzens**. (New England J. Med., Nr. 26, 1929.) 116 Patienten wurden daraufhin untersucht. 80% waren Frauen, und etwa 70% davon waren ausgesprochen fett. Da dies nur bei 70% der männlichen Patienten der Fall war, so mögen Beziehungen zwischen dem Ueberwiegen der Frauen und der weiblichen Adipositas bestehen. Bei den Fetten war der Prozentsatz der akuten und chronischen Veränderungen etwa gleich. Mortalität 6,89% einschließlich derer, die innerhalb 3 Monaten nach Verlassen des Hospitals starben. Die Mortalität der Abdominaloperationen im Hospital betrug 8,22%. 50% der Todesfälle kamen bei Patienten vor mit Veränderungen am Herzen (Geräusch und Vergrößerung). Aber nur 25% der gesamten Fälle hatten Herzveränderungen. Diejenigen Kranken mit Herzveränderungen, die starben, hatten abnorme Elektrokardiogramme, aber nichts deutet auf eine besondere Beziehung zur Gallenblasenerkrankung. Diese Patienten hätten mit irgendeiner anderen Komplikation als der Gallenblasenerkrankung kein besseres oder schlechteres Risiko gehabt. 50% der tödlichen Fälle hatten ausgesprochenen Ikterus, ein Zeichen der Schwere und langen Dauer der Infektion. Keine Bradykardie, kein Einfluß der zirkulierenden Gallensalze durch die Operation auf den Herzrhythmus. 36% ergaben eine Anamnese einer bestimmten Herzerkrankung: kein wesentlicher Unterschied mit anderen Krankenserien desselben Alters. Auch die Elektrokardiogramme ergaben nichts Wesentliches. Auch der Blutdruck zeigte nichts Charakteristisches. Also: es bestehen keine Beziehungen.

v. Schnizer.

4146.

Strauß, H., **Zur Frage der Beziehungen zwischen Gallenblasenerkrankungen und Diabetes**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) Diabetes infolge von Gallenblasenerkrankungen kommt nur selten vor, obwohl die Kombination beider Zustände auch nach eigenen Beobachtungen des Verfassers nicht gerade selten (etwa 15%) ist. Dagegen sind vorübergehende, geringgradige, aber ohne Glykosurie einhergehende Funktionsschädigungen des Pankreas als Folge von Gallenblasenerkrankungen nicht ganz selten. (Nach Beobachtungen des Verfassers in etwa 18% der Fälle.) Auch bei leichten Diabetikern ist während einer akut fieberhaften Cholezystitis eine Insulinbehandlung angezeigt.

Arnold Hirsch, Berlin.

4147.

Wendt, H., **Ueber Störungen der Fettresorption bei Leberzirrhose und anderen Erkrankungen**. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 34.) (Medizinische Universitätsklinik, Breslau.) 1. Die Angaben von Bürger und Habs, daß bei Kranken mit Leberzirrhose 4 Stunden nach peroraler Eingabe von 100 g Olivenöl und 5 g Cholesterin keine Lipämie auftritt, während dies bei Gesunden unter gleichen Bedingungen stets der Fall ist, werden an neuen Fällen bestätigt. 2. Die gleichen Fettresorptionsstörungen wie bei Leberzirrhosen wurden außerdem gefunden bei 3 Kranken mit Karzinosis, je 1 Kranken mit Perikarditis, Bauchfelltuberkulose und Amyloidosis. 3. Bei Leberzirrhosen wurden relativ häufig niedrige Cholesterinesterwerte gefunden; das gleiche trifft zu für die unter 2 angegebenen Kranken.

Die niedrigen Cholesterinesterwerte bei Leberzirrhosen und bei den unter 2 angegebenen Kranken werden mit den gefundenen Störungen der Fettresorption erklärt.

Die Ursache der Fettresorptionsstörungen wird erörtert und dabei auf die bei allen untersuchten Kranken vorhandene Stauung im Pfortadergebiet besonders hingewiesen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4148.

Margulis, S., **Anwendung der Duodenalsonde zur Tänienabtreibung bei Erwachsenen und Kindern**. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 36.) (Wohlyinisches Bezirkskrankenhaus, Schitomir.) Verfasser glaubt, daß die Duodenalsonde die Methode der Wahl zur Tänienabtreibung ist, insbesondere bei Kindern, und zwar bei solchen im Spielalter, wo jede andere Methode meistens versagt. Denn durch die Duodenalsonde eingeführt, genügen auch kleine Dosen des Farnkrautes (nur 2,0) zur Austreibung bei Kindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

4149.

Einhorn, Max, Milde Formen von Pankreatitis. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) Einhorn gibt eine Analyse von 32 Fällen milder Form von Pankreatitis, 4 akute, 2 subakute und 26 chronische. Sie sind häufiger als man bisher annahm. In manchen Fällen wird die Diagnose nur wahrscheinlich sein, aber in der Mehrzahl war sie positiv. Von Bedeutung ist dabei die Verdauungsprobe mit Kapseln, oder die Untersuchung, ob aktives Pankreasferment vorliegt. Wichtig ist hier, daß nicht nur mangelnde Pankreassekretion, sondern auch vermehrte Sekretion als abnorm und pathologisch gilt. Ebenso wichtig ist das Vorhandensein von Zucker im Urin oder Hyperglykämie, Vermehrung von Amylopsin im Urin. Heftige Schmerzen im Abdomen, ausstrahlend nach links und in den Rücken, manchmal vermehrt in liegender Stellung sind charakteristisch. In den akuten Fällen ist keineswegs immer Operation nötig. Ein wichtiger Fingerzeig ist die Abnahme der Leukozytose und die prozentuale Verminderung der Polynukleären. 5 Fälle waren kompliziert mit chronischer Cholezystitis, 3 mit chronischer Cholezystitis und Diabetes mellitus, 3 mit Diabetes mellitus, 4 mit penetrierenden Magengeschwüren, 1 mil Angina pectoris, 2 mit malignen Neubildungen. Bei 5 war letzteres zweifelhaft. In 3 Fällen chronischer Ikterus, der immer verdächtig ist.

v. Schnizer.

4150.

Selter, H., Die klinische Bedeutung der Tuberkuloseimmunität. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 36.) (Hygienisches Institut der Universität Bonn.) Durch allgemeine unspezifische Behandlung, wie Ruhigstellung, Stärkung des Körpers, evtl. Anwendung physikalischer Faktoren, kann eine Rückbildung eines aktiv gewordenen tuberkulösen Herdes oder neu entstandener Herde angestrebt werden, und man kann dadurch dem Kranken wieder zu seiner verlorengegangenen Immunität verhelfen. Wenn die Bedeutung der Tuberkuloseimmunität in diesem Sinne aufgefaßt wird, bleibt für die Klinik nicht mehr viel übrig, und Verfasser muß Kalbfleisch zustimmen, soweit es sich um eine fortschreitende Erkrankung handelt. Solange die experimentelle Forschung kein neues Material beigebracht hat, wird man deshalb gut tun, auf eine Erörterung der Tuberkuloseimmunität in der Klinik der Tuberkulose zu verzichten. Auf der anderen Seite berechtigen die bisherigen Versuche von dem Vorhandensein einer Tuberkuloseimmunität zu sprechen, deren Bedeutung, nach Ansicht des Verfassers, auch für den Menschen eine überaus wichtige ist. Ihre Darstellung im Tierexperiment ist bis jetzt noch sehr schwierig und hängt mehr oder weniger von Zufällen ab.

Arnold Hirsch, Berlin.

4151.

Herrmannsdorfer, A., Der Einfluß besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen. (Med. Klin., Nr. 32, 1929.) (Chirurgische Universitätsklinik der Charité in Berlin.) Die auf Grund eigener Erfahrungen des Verfassers und auf Grund der Vorschläge von Gerson ausgearbeitete besondere Ernährungsart zur Behandlung der Tuberkulose stützt sich auf folgende Grundsätze: Bei Tierversuchen wird die Empfänglichkeit gegen Infektionen durch Eiweißmangel herabgesetzt. Erfahrungen der Tuberkulose- und Kinderärzte lehren, daß Fett und Lipoidstoffe die Abwehrkräfte des Körpers steigern. Die Infektionsbereitschaft des Körpers hängt außerdem bekanntermaßen mit dem Wassergehalt der Gewebe zusammen. Dieser wird wiederum durch den Kochsalzgehalt der Nahrung beeinflusst; es werden von jeher Eiterungen und Entzündungen von Wunden mit Austrocknung bekämpft. Außer dem Kochsalz spielen auch andere Mineralsalze eine Rolle: Das einwertige Natriumion zieht sowohl in seiner Chlorverbindung wie auch als Karbonat Wasser an; Kalium wirkt entwässernd; das Kalzium- und das Magnesiumion sollen diuretische, austrocknende, entzündungswidrige und säuernde Eigenschaften haben. Der Körper wird wasserärmer gemacht durch Verschiebung im Säurebasen-aushalt nach der sauren Seite; Alkaligaben können dagegen zu Ödemen führen. Die Empfänglichkeit für infektiöse Erkrankungen läßt sich schließlich durch Anreicherung der Kost mit Vitaminen deutlich herabsetzen.

Entsprechend diesen Forschungsergebnissen ist die Diät zur Behandlung der Tuberkulose durch hohe Eiweiß- und Fettmengen verhältnismäßig spärliche Kohlehydratgaben gekennzeichnet. Eine Mästung des Kranken ist unzweckmäßig. Im Durchschnitt werden ungefähr 3000 Kalorien täglich zugeführt (90 g Eiweiß, 60 g Fett und 220 g Kohlehydrate). Durch vollkommene Ausschaltung des Kochsalzes wird der Natriumgehalt der Nahrung heruntergedrückt. Im Gegensatz dazu wird der Kaliumgehalt der Kost durch reichliche Gaben von Gemüse, Salaten und Obst gesteigert. Kalzium und Magnesium werden in großen Mengen verabreicht, das von Gerson angegebene Mineralogen zugeführt. Durch Verabreichung von möglichst viel rohen Nahrungsmitteln wird ein hoher Gehalt der Kost an Vitaminen, Fermenten und Katalase gewährleistet. Durch Beschränkung des Backens, Bratens und

Kochens auf das unumgänglich notwendige Zeitmaß wird die Ausnützbarekeit und der Anschlagswert der Speisen günstig gestaltet.

Die Auswahl der Speisen geschieht auf Grund dieser Prinzipien folgendermaßen:

Verbotene Speisen: Kochsalz, Konserven jeder Art, geräuchertes und gewürztes Fleisch, Wurst und Schinken, geräucherte oder gesalzene Fische, Bouillonwürfel, Suppenwürzen und Extrakte außer den beschränkt erlaubten.

Beschränkt erlaubte Speisen: Mehl jeder Art: salzloses Brot, Vollkornbrot, Pumpernickel, Zwieback, Nudeln, Makkaroni, Kufekepräparate, Bäckereien; Zucker, besonders empfehlenswert brauner Kandiszucker, echter Bienenhonig; bestrahlte Malzhefe (Cenoviswerke, München); Pfeffer; Essig; Liebigs Fleischextrakt, Dardex (Kibo G. m. b. H., Frankfurt a. M.); Bier („Heilbier“ oder Malzbier); Marsala, Madeira, Malaga, Rotwein (als Zusatz zu den Speisen); Kaffee, Tee, Kakao.

Erlaubte Speisen: Frisches Fleisch (etwa 600 g in jeder Woche); Eingeweide (Bries, Hirn, Leber, Lunge, Nieren, Milz); frische Fische; Milch: etwa 1—1½ Liter täglich in jeder Form (besonders rohe Milch, wenn Quelle einwandfrei, ferner saure Milch, Milchkakao, Milch in Pudding oder Reis, Sahne, Rahm, Kefir, salzreicher Käse, Quark, Topfenkäse); Fette: salzlose Molkereibutter, Olivenöl, Schmalz, (Schweinefett), salzloser Speck; Obst und Früchte: möglichst viel rohes, aber auch gekochtes Obst; Kompott, Marmelade, Fruchtgelee, Fruchtsäfte, Limonaden, Apfelmus, Fruchtweine, Obstsalat, Bratapfel; Salat und Gemüse: Gemüse nicht abbrühen, sondern nur dämpfen! Viel frisches Gemüse (auch rohe Preßsäfte aus Gemüse als Zusatz zu Suppen und anderen Speisen); Tomaten, gelbe Rüben, Stockrüben, Schwarzwurzeln, Kartoffeln, Kohlrabi, Lauch, rote Rüben, Runkelrüben, Spargel, Blumenkohl, Rot- und Weißkohl, gewässertes Sauerkraut, Kohl, Wirsing, Kresse, Endivien, Feld- und Kopfsalat, Rhabarber, Sauerampfer, Spinat, Erbsen, Bohnen, Linsen, Pilze, Gurken, Kürbisse, Melonen, Mohrrüben; Eier: auch in Mayonnaise, Puddings, Brei; Reis (ungeschälter Ragooneis), Gries, Maizena, Tapioka, Graupen, Haferflocken; Gewürze: alle Kräuter, Majoran, Estragon, Dillkraut, Gurkenkraut, Pfefferminzkräuter, Zwiebeln, Porree, Lorbeerblätter, Schnittlauch, Rosmarin, Basilikum, Salbei, Kümmel, Zitronen, Petersilie, Sellerie, Knoblauch, Meerrettig, Rettig, Radieschen, Suppenkräuter, Ingwer, Vanille, Zimmt, Anis, Korinthen, Mandeln, Kokosnuß, Nüsse, Paranüsse, Rosinen, salzlose Cenovis-Nährhefe, salzloser Cenovis-Vitaminextrakt (kochsalzfrei auf Bestellung bei Cenoviswerke, München, Rosenheimer Straße).

Arzneien: Phosphorlebertran, 45 g täglich (Rp. Phosph. 0,025, Ol. jecor. as. 300,0); Mineralogen (dreimal täglich nach dem Essen einen gehäuften Teelöffel in Wasser aufschwemmen und mit Holzlöffel gut verrühren) (Pharma, M. Loebinger & Co., Berlin, Wilmerdorfer Straße).

Die Tageseinteilung geschieht wie folgt:

7 Uhr: Brei (etwa ¼ Liter Milch, Haferflocken oder Reis oder Grieß oder Maizena oder Tapioka oder dgl., ein halbes Ei, ein Teelöffel Butter, Kandiszucker, Zitronen oder Zimmt oder Vanille). Danach 1½ Eßlöffel Phosphorlebertran.

9 Uhr: Dünner Kaffee (hauptsächlich Malz, nur wenig Bohnen) mit viel Milch. Brot, Butter oder Marmelade oder Honig. Danach 1 Teelöffel Mineralogen.

10 Uhr: Rohes Obst und rohes Gemüse, auch rohe Eidottern mit Zitronensaft.

12½ Uhr: Mittagessen: Suppe, ein Gang, Obst. Danach 1 Teelöffel Mineralogen.

4 Uhr: Milch (Kakao oder etwas Kaffee), Kuchen, Keks, Zwieback, Butter- oder Marmelade- oder Honigbrot.

6½ Uhr: Abendessen: Ein Gang und Obst. Danach 1 Teelöffel Mineralogen.

8 Uhr: Brei (wie morgens). Im Sommer statt dessen an heißen Tagen saure Milch. Danach 1½ Eßlöffel Phosphorlebertran.

Mit einer auf diese Weise durchgeführten Diät hat Verfasser an 300 Schwer- und Schwersttuberkulösen aller Art außerordentlich gute Erfolge erzielen können. Besonders eindrucksvoll waren die Besserungen an tuberkulösen Erkrankungen der Haut, der Weichteile, der Drüsen und der Knochen. Es kommt dort rasch zu Rückgang der entzündlichen Erscheinungen, zum Schwinden von Ödem, zur Austrocknung von Geschwüren und Fisteln, zur Schrumpfung und Vernarbung der Krankheitsherde. Die Feststellung des Heilerfolges bei der Lungentuberkulose ist schwieriger; es scheinen aber auch hier gute Resultate erzielt worden zu sein.

L. Gordon, Breslau.

4152.

Stobie, William, Einige Beobachtungen über Beurteilung und Wert gewisser Symptome und Anzeichen in der Diagnose frühzeitiger Tuberkuloseinfektion. (Brit. J. Tbc., Juli 1929.) Verfasser wendet sich gegen übertriebene Auswertung gewisser Symptome

als Anzeichen von Tuberkulose. Wieviel Kinder werden als tuberkulose oder pretuberkulose Fälle alljährlich in Lungenheilstätten eingeliefert, die nichts anderes haben als adenoide oder intestinal-parasitäre Störungen, Azidosis, Rachitis oder milde Grade von mukösem Darmkatarrh. Große Summen könnten gespart werden, wenn die erkrankten Kinder sofort der erforderlichen ambulanten ärztlichen Behandlung zugeführt würden.

Bei der Wertung der wichtigsten Frühsymptome nehmen Kräfteverfall, Husten und Gewichtsverlust die erste Stelle ein. Wenngleich diese Anzeichen suspekt für Tuberkulose sind, so können die Erscheinungen doch häufig auf andere Ursachen zurückgeführt werden (z. B. übermäßiger Genuß von Zigaretten). Ebenso werden abendliche Temperatursteigerungen als Zeichen beginnender Tuberkulose häufig überschätzt, zumal sie so vielseitige Ursachen haben, daß dieselben vielfach nicht alle genügend berücksichtigt werden. Erwähnt wird ein auf Grund abendlicher Temperatur als Lungentuberkulose eingelieferter Fall, bei dem sich als Ursache für das Fieber eine chronische Appendizitis herausstellte. Häufig sind auch Temperaturerhöhungen bei beginnendem Ca. verbunden mit Gewichtsverlust.

Viel zu wenig Bedeutung wird dagegen der Beschaffenheit des Pulses beigemessen. Nach Erfahrung des Verfassers erscheint die Prognose der Tuberkulose ungünstig, wenn der Puls über 100 im Frühstadium beträgt, selbst wenn die übrigen Symptome, einschließlich Temperaturkurve, eine optimistische Auffassung rechtfertigt.

In Gegenden von Thyreoiderkrankungen wird häufig die Diagnose einer frühzeitigen Lungentuberkulose im Stadium eines akuten beginnenden Hyperthyreoidismus irrtümlich gestellt, weil bei dieser Erkrankung Gewichtsverlust, Pulsbeschleunigung, Temperatursteigerungen, verbunden mit Nachtschweißen, das Bild einer Tuberkulose vortäuschen kann.

Ständige Quelle von Aengstlichkeit für den Allgemeinpraktiker bildet die Bewertung einer Hämoptöe. Zweifellos ist Blutspucken jeder Art ein augenscheinliches Anzeichen für Lungentuberkulose, solange das Gegenteil nicht erwiesen ist. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß erhöhter Blutdruck durch Platzen einer Zweigarterie Hämoptöe erzeugen kann. Ferner ist bei Abwesenheit anderer Symptome von Tuberkulose Hämoptöe häufig durch klimakterische Zustände verursacht. Schließlich können Blutungen noch Ursache von Tumoren und Mitralerkrankungen sein.

Man hat sich auch zu fragen, ob dem Röntgenbefund nicht mitunter eine übertriebene Bedeutung zukommt und der Perkussion zu wenig Beachtung geschenkt wird. Verfasser hält für ein frühzeitiges Symptom eine fühlbare Muskelresistenz über einem Apex besonders hinten, ähnlich wie es bei abdominalen Erkrankungen auf der Seite des entzündlichen Prozesses eintritt. Meist ist hierbei auch gesteigerte Empfindlichkeit vorhanden. Schmerzen in der Schulter, die häufig als Rheumatismus oder Neuritis bezeichnet werden, sind sehr oft kardialen oder pulmonaren Ursprunges. Im letzteren Fall brauchen sie nicht unbedingt vom Apex herrühren, sondern vielfach strahlen sie vom Diaphragma aus. Bei der Deutung von Röntgenbildern ist stets zur Berücksichtigung, daß das, was sichtbar ist, nur Schatten sind, welche keinen völligen Aufschluß über die Natur des krankhaften Prozesses geben und über das Stadium der Erkrankung. Um sich vor Mißdeutungen zu schützen, vergleiche man stets mit Röntgenbilder von Gesunden.

Bevor man sich zufriedengibt mit der Diagnose positiver Lungentuberkulose ohne sichere Anzeichen, sollte man genaue Untersuchungen der Fäzes auf Tuberkelbazillen, Tierimpfungen und intrakutane oder subkutane Impfungen von Tuberkulin vornehmen.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

4153.

Ragolski, Harold, Beziehungen der intrathorakalen und chirurgischen Tuberkulose. (New England J. Med., Nr. 1, 1929.) Man nimmt gerne an, daß Lungentuberkulose praktisch bei jedem chirurgisch tuberkulösen Fall besteht. Dem ist aber, wie das Folgende zeigt, nicht so. Wenn man annimmt, daß Milch die Hauptinfektionsquelle der chirurgischen Tuberkulose ist, im wesentlichen einer Erkrankung der Kindheit, so muß man auch annehmen, daß eine Drüsenveränderung vorausgeht oder noch besteht. Die chirurgische Tuberkulose ist überhaupt selten: von 1058 Fällen im Manitobasanatorium hatten 2,7% Knochen- und Gelenkveränderungen. Von 4654 Fällen wiesen 7% extrapulmonäre Veränderungen auf. 200 Brustaufnahmen wurden unter folgenden Gesichtspunkten klassifiziert: negativ; positiv; wahrscheinlich (meist ist das, was man im Röntgenbild sieht, wichtiger als das, was man hört); Hilus (nach Chadwick bestätigen verkalkte Drüsen eine Hilus- oder Tracheobronchialdrüsentuberkulose); Ghonsche Veränderungen (geheilte Stellen in sonst normalem Parenchym). 66% waren unter 21 Jahren; 52% 16 Jahre und darunter. Freie Lungentuberkulose wurde in 17,5% festgestellt und 42% davon hatten positive Sputa. Von den 90 negativen Fällen hatten 71% osteoarthritische

Veränderungen. Von den 110 Fällen, die irgendeine pathologische Veränderung im Brustkorb aufwiesen, also alle außer den negativen, konnte bei 55% eine intrathorakale Veränderung nachgewiesen werden. Wo man letztere nicht nachweisen konnte, darf man nicht ohne weiteres annehmen, daß man eine primäre chirurgische Tuberkulose vor sich hat. Der negative Befund sagt nur, daß ein Lymphknoten im Hilus noch nicht kalzifiziert ist oder daß der Bazillus noch in den Lymphdrüsen in der Nähe des digestiven Systems sitzt. Die abdominelle Lymphadenitis ist nicht selten.

v. Schnitzer.

4154.

Jaquero d, M., Medizinische und radiologische Studien über tuberkulöse Kavernen. (Brit. J. Tbc., Juli 1929.) An Hand von Röntgenbildern unterscheidet Verfasser drei verschiedene Arten von Kavernen.

1. Stadium: Radiographisch charakterisiert durch etwas undeutliche Begrenzung und leicht fleckigen Inhalt. Klinisch zeigt sich Fehlen von Expektorat. Dies bedeutet die erste Phase eines beginnenden Verkäsungsprozesses, wobei die zentrale Partie noch nicht völlig zerstört erscheint.

2. Stadium: Ringförmig scharf begrenztes Gebiet, das einen gleichförmigen Raum bildet. Dieser Zustand ist begleitet von schleimig-eitriger Expektorat, Tuberkelbazillen enthaltend. Anatomisch bestehen die Ränder der Kavernen aus zartem Lungengewebe, das mit Tuberkelherden infiziert ist.

3. Stadium: Gekennzeichnet als rundes Gebilde von meist großer Dimension, häufig einen ganzen Lungenlappen ausfüllend. Es erscheint als heller Kreis inmitten eines dunklen Lungengeldes. Reichlich eitriger Auswurf mit zahlreichen Tuberkelbazillen. Die Kaverne ist von einer derben fibrösen Kapsel umgeben.

Für die Therapie ergibt diese Einteilung folgendes:

Die Heilung von Kavernen 3. Grades ist nur möglich durch Schrumpfung, Verkapselung, Verkalkung oder vollständige fibrinöse Absorption des gesamten infizierten Gebietes, so daß ein sogenannter „Fibro-Thorax“ entsteht (ein Zustand, der selten eintritt).

Dagegen können Kavernen 2. Grades mitunter schnell und ohne Hinterlassung sichtbarer Spuren ausheilen, was wohl auf eine Hypertrophie des umgebenden Lungengewebes zurückzuführen ist.

Die erste Phase der Erkrankung kommt entweder durch Aufsaugung ohne sichtbare Spur zur Heilung oder durch fibröse Absorption, die als kreisförmige Gebilde röntgenologisch wahrnehmbar ist.

Eine Kenntnis dieser Vorgänge ist zur Einleitung zweckmäßiger Behandlung notwendig. Das erste Stadium bedarf keiner Kollapstherapie. Nach Verlauf einiger Wochen ist jedoch im 2. Stadium Pneumo-Thorax notwendig, der bekanntlich zu glänzenden Resultaten führt.

Im 3. Stadium ist die chronische Kaverne bedeutend resistent gegen die Kompression des Pneumo-Thorax und erfordert häufig entweder Thoraxoplastik oder Phrenizektomie, besonders in Fällen unterer Kavernen. Hier ist die Prognose außerordentlich ernst.

Zusammenfassend wird gesagt, daß Lungenkavernen nicht länger als unvermeidliches Endstadium und schwerstes Symptom im Verlauf der Tuberkulose anzusehen sind, da die Prognose nicht von der Gegenwart einer Kaverne abhängig, sondern von ihrer Neigung lokalisiert zu bleiben und schließlich von der allgemeinen Widerstandskraft des Patienten.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

4155.

Thompson, A., Tuberkulose und Nerven- und Geisteskrankheiten. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) Tuberkulose ist eine chronische Toxämie, die in der Kindheit beginnend sich über eine lange Zeit hinzieht. An sich ist nun die Tuberkulose keine klinische Einheit in den Ursachen der Geisteskrankheiten, aber das toxische Element kann die psychische Equipierung so unterminieren, daß mentale Symptome auftreten. Allerdings ist sie in den toxischen Psychosen ein geringer Faktor. Es gehört noch ein konstitutioneller Defekt dazu, bei dem der Grad der Tuberkulose keine Rolle spielt. Die Toxine schädigen das Nervensystem und den übrigen Nervenapparat, namentlich das vegetative System und ihr andauerndes oder intermittierendes Trommelfeuer kann die normale Zelltätigkeit ändern. Im allgemeinen kann man den Satz aussprechen: Je mehr Tuberkulose, um so weniger Neurose, und je weniger Tuberkulose, um so mehr Neurose. Die äußere und innere Atmosphäre des Sanatoriums, die langen Ruhkuren geben reichlich Gelegenheit zur Introspektion und damit einen überaus günstigen Boden für Neurosen. Besonders bei Invaliden. Die Behandlung dieser „supervikalen Form der Tuberkulose“ geschieht am besten mit Persuasion und Suggestion. Ein überaus wichtiger Faktor in der Behandlung der Tuberkulose ist, das geistige Verhalten genau zu erforschen und in richtige Bahnen zu lenken.

v. Schnitzer.

Kinderheilkunde

Comby, J., Das Fleisch in der Säuglingsernährung. (Clinique et Laboratoire, Nr. 3, 1929.) Täglich sehen wir Kinder in vollster Gesundheit heranwachsen, die bis zu zwei oder drei Jahren oder auch darüber hinaus Fleisch in keinerlei Form bekommen haben. Milch, Eier, Gemüse, Brot, Obst, Käse bringen ihnen alles zum Aufbau Erforderliche. Das lakto-ovo-vegetabile Regime enthält ausreichend Stickstoff und tierische Proteine, um allen Bedürfnissen des jungen Organismus Genüge zu tun. Das Bedürfnis nach rohem oder gekochtem Fleisch ist beim gesunden Säugling sicher nicht vorhanden.

Wie steht es mit Fleischsaft und Brühe? Bei der natürlichen Ernährung empfinden manche Kinder schließlich eine Abneigung gegen Milch. Daneben finden sich bei ihnen Anzeichen von allgemeiner Schwäche, Anämie, muskulärer Hypotonie. Hier verwenden wir Fleischsaft oder Fleischextrakt als medikamentöses Nahrungsmittel. Aber selbst in solchen Fällen besteht unter den Ärzten die größte Meinungsverschiedenheit. Immerhin: jeder mag es verantworten, ob er therapeutisch den rohen oder den gekochten Fleischsaft vorzieht. Für den gesunden Säugling soll das Gesetz bestehen bleiben: kein Fleisch vor Ablauf des 3. Lebensjahres.

Held.

4157.

Bogašchewa, A. M., Zur Frage der genuine Nephrose beim Kinde. (Klin. Med. russ., 7., Heft 2, 1929.) (Kinderklinik der 2. Staatsuniversität zu Moskau.) Mitteilung eines Falles. Vier Monate vor der Aufnahme erkrankte das sonst ganz gesunde 3½-jährige Kind plötzlich mit starker Anschwellung des Gesichts und des ganzen Körpers, erheblicher Albuminurie und Oligurie. Unter der Behandlung trat zunächst eine Besserung ein, jedoch folgte im Laufe der nächsten Monate wieder eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens: Zunahme der Oedeme, deutlicher Aszites, Albumen bis 21‰, im Sediment hyaline und granulierte Zylinder, Fettkörnchenzellen, Leukozyten; Urinmengen um 120 ccm. Herz ohne Besonderheiten. In der 6. Woche nach der Aufnahme plötzlich Temperaturanstieg (39°) und eitrige Durchfälle (10 bis 16 Stuhlgänge täglich). In den nächsten Tagen allmähliches Zurückgehen der Oedeme und des Aszites, Verminderung des Albumens und der Zylindrurie. Wesentliche Besserung. Nach 7 Wochen als beschwerdefrei entlassen. — Das Kind blieb dann über 2½ Jahre lang in Beobachtung, ohne daß die Erscheinungen seitens der Niere sich wieder zeigten. Was die Ätiologie dieses Falles betrifft, so ist die Nephrose hier möglicherweise auf eine lokale chronische eitrige Peritonitis (Aszites: eitrige Durchfälle) zurückzuführen. Dabei ist aber die Möglichkeit einer Pneumokokkeninfektion nicht ausgeschlossen.

E. Kontorowitsch.

4158.

Frei, Walter, Die Bedeutung der Organe mesenchymaler Abstammung für die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber bakterieller Infektionen im Wachstumsalter. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 35.) (Innere Abt. d. Katharinen-Hospitals, Stuttgart.) Die Erkrankungsbereitschaft des Organismus ist zur Zeit der Wachstumsperiode für verschiedene Infektionen keineswegs besonders niedrig, durch eine maximale Reaktionsfähigkeit des Körpers erscheint die Gefährlichkeit der Infektionen in dieser Lebensperiode aber am geringsten. Von besonderer Wichtigkeit sind dabei die Gewebe mesenchymaler Herkunft, deren stärkste Wachstumsenergie in die Zeit zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr fällt.

Arnold Hirsch, Berlin.

4159.

Malkina, S. J., Die Behandlung des Keuchhustens mittels Aetherinjektionen in bezug auf die Reaktion des weißen Blutes und auf die lipolytischen Fermente. (Kasan. med. Z., 25., Heft 2, 1929.) (Univ.-Kinderklinik, Kasan.) Bei einer Reihe von Keuchhustenen wandte Malkina mit Erfolg Aether an. Die Injektionen wurden intramuskulär in täglichen Dosen von 1,0 bis 3,0 ccm, insgesamt bis 7 Injektionen (Aether sulfuricus bzw. Aether depuratus pro arcosi) verabfolgt. Zur Behandlung gelangten Kinder im Alter von 2 Monaten bis 13 Jahren, wobei es sich meist um schwere Formen der Erkrankung, zum Teil mit Komplikationen seitens der Lunge (Bronchopneumonie, Bronchitis, Tuberkulose) handelte. Am instigsten fiel die Behandlung bei Kleinkindern mit bedrohlichen Stücken aus. Unter 138 Injektionen wurden nur viermal Nekrosen beobachtet, die allerdings nur oberflächlich waren und in 1 bis 2 Wochen heilten. Verfasser empfiehlt, die Kanüle erst eine halbe Minute nach der Einspritzung aus der Injektionsstelle herauszunehmen. Was die Schmerzhaftigkeit der Aetherinjektionen betrifft, so erwies sie sich bei den Kindern als erträglich. Die Wir-

kung des Aethers äußerte sich in der Kupierung des Prozesses, indem dieser einen abortiven Charakter annahm.

Die Untersuchung des Blutes nach der Aethertherapie ergab von den ersten Injektionen an ein Sinken der Leukozyten, Verminderung sowohl der absoluten als auch der relativen Leukozytenzahl und ferner eine systematische Erhöhung der lipolytischen Fermente. Nach den Beobachtungen der Verfasserin geht die Erhöhung der Lipase im Blute der Keuchhustenkranken mit der klinischen Besserung einher. Die Paralleluntersuchung der Leukozytose, Lymphozytose und der lipolytischen Fermente zeigt eine gesetzmäßige Wechselbeziehung dieser Faktoren; demzufolge können ihre Veränderungen im Blute nicht nur für Diagnose, sondern auch hinsichtlich der Therapie und Prognose des Keuchhustens bewertet werden.

E. Kontorowitsch.

4160.

Pouchet-Souffland, G., Serum junger Rinder in der Kinderheilkunde. (Progrès méd., Nr. 23, 1929.) Ausgehend von den Erfolgen die Broca und Marfan bei Rachitis, Debilität, Adenopathien, Knochen- und Drüsentuberkulose der Kinder mit rohem, feinhacktem Pferde- oder Hammelfleisch hatten, von der Unmöglichkeit, dies in der heißen Jahreszeit richtig anzuwenden und besonders von der Schwierigkeit es richtig zuzubereiten, kam P.-S. auf den Gedanken das Serum junger Rinder statt des Fleisches zu verwerten. Die Erfolge waren sehr gute: Zunahme des Gewichts, Appetits, Besserung des Charakters und des Schlafes — rachitische Kinder sind stets nervös, reizbar und schlafen schlecht —, keine gastrische Intoleranz. Besonders merkwürdig war das rasche Versiegen von Eiterungen. Besonders deshalb ist die Medikation bei Knochen- und Drüsenabszessen, bei Osteomyelitis und Mastoiditis zu empfehlen.

v. Schnizer.

4161.

Lorenz, Ernst, Das Guttadiaphot beim kranken Kinde. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 34.) (Universitäts-Kinderklinik, Kiel.) Es wird an 193 Kindern, darunter 27 Patienten mit Lues congenita, der diagnostische Wert des Guttadiaphot untersucht. Bei unbehandelten Fällen von Lues congenita stimmen Guttadiaphot und WaR. im positiven Ausfalle fast völlig überein, doch ist das Guttadiaphot als unspezifische Reaktion nicht imstande, hier die serologischen Methoden zu ersetzen. Bei Fällen während und nach der antiluischen Behandlung ergeben sich zwischen Guttadiaphot und WaR. Differenzen bis zu 50%. Beurteilung von Therapieerfolg und Feststellung der erfolgten Heilung kann in einwandfreier Weise nur durch die Serumreaktionen erfolgen.

Positives Guttadiaphot fand sich außer bei Lues hauptsächlich bei Blutkrankheiten (Anämien; Leukämie), Sepsis und bemerkenswerterweise bei Kindern mit manifesten Erscheinungen von exsudativer Diathese. Das positive Tropfbild des 1. Teststreifens zeigt bei nichtbehandelten Luesfällen für gewöhnlich ein gegenüber den anderen angeführten Krankheiten verschiedenes Aussehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

4162.

Lintz, W., Retinierte Zähne. (Med. J. a. Rec., Nr. 12, 1929.) Diese Verhältnisse sind dem Praktiker wenig bekannt. Infektion und Eiterung der Milchzähne zerstören die Zahnkeime der bleibenden Zähne. Sie kommen häufiger bei Frauen wie bei Männern vor. Heredität und die inneren Drüsen besonders die Thyreoidea und die Gonaden spielen eine Rolle dabei. Praktisch kommen als Folgen in Betracht: Dysmenorrhagie, Metrorrhagie, Beginn der Menstruation mit 16 Jahren und später, frühzeitige Menopause mit 35 und 40 Jahren. Neuralgien im Gebiete des Trigemini, die oft aufs Konto der Syphilis geschrieben werden. In einem Falle, in dem seit Kindheit Epilepsie bestand, verschwanden die Anfälle nach Entfernung der impaktierten Zähne. Therapie: Entfernung der impaktierten Zähne, Endokrine Extrakte.

v. Schnizer.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

4163.

Rosslyn, J., Ist Heliotherapie empirisch oder wissenschaftlich? (Brit. J. Tbc., Juli 1929.) Während bei Behandlung der Rachitis die Einwirkung der Ultraviolettstrahlen auf Grund genauer Berechnung der Wellenlänge und von Blutanalysen eine wissenschaftliche Begründung erfahren hat, ist dies bei ihrer Anwendung

auf Tuberkulose bisher leider noch nicht der Fall. Bei den bemerkenswerten Erfolgen von Rollier u. a. ist es bis jetzt noch unbekannt, welche Rolle hierbei den Luftbädern und welche den Sonnenbestrahlungen zukommt. Klinische Erfahrungen mit Höhensonne in geschlossenen Räumen scheinen die Auffassung zu rechtfertigen, daß der günstige Einfluß ausschließlich der Lichteinwirkung zukommt. Bei jedem Sonnenbad sind jedoch immerhin drei therapeutische Momente zu berücksichtigen: 1. Licht, 2. strahlende Wärme, 3. kühlender Einfluß beweglicher Luft. Jeder dieser Faktoren ist bisher in seiner Wirkung noch nicht genau bestimmt worden.

Der Mangel in der Dosierung des Lichteffektes ist äußerst bemerkenswert bei Behandlung von Lungentuberkulose, zumal eine Ueberdosierung im allgemeinen als gefährlich zu betrachten ist. Es ist sehr wahrscheinlich, daß einige der Krankheitserscheinungen bei zu starker Bestrahlung auf Ueberhitzung zurückzuführen sind. Wenngleich die Zeit für die Sonnenbestrahlung in Bezug auf die Oberfläche der Haut bestimmt wurde, so ist dies doch eine grobe Form der Dosierung, solange es nicht gelingt, die Stärke der Sonnenenergie entsprechend zu berücksichtigen.

Die Ursache, warum die Messungen der Lichtenergie so sehr vernachlässigt wurde, hat zwei Gründe: In erster Linie konnte man noch nicht feststellen, in welcher Ausdehnung die Lichtenergie der Sonnenstrahlen von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag und von einer Jahreszeit zur anderen wechselt, entsprechend Einfallswinkel, Wellenlänge und verschiedener atmosphärischer Bedingungen. Verfasser schildert eingehend seine diesbezüglichen Beobachtungen und einschlägige Veröffentlichungen.

Die zweite Erklärung bezieht sich auf den Mangel an geeigneten Apparaten zur Lichtmessung, sowie auch die unerschwinglich hohen Preise. Die photoelektrische Zelle hat gewisse Vorteile, da sie in der Lage ist einen ausgedehnten Bezirk des Sonnenspektrums zu messen oder einen kleinen ausgewählten Teil unter Benutzung von Sonnenfiltern zu erkennen. Indessen hat die photochemische Methode nach Clark den Vorteil außerordentlicher Einfachheit und ist für alle praktischen Zwecke genau genug. Kürzlich wurde diese Methode von Clark noch verbessert und dürfte demnächst in der amerikanischen Zeitschrift für Hygiene veröffentlicht werden.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

4164.

Koenigsfeld, H., Ueber Thanatophthisin, ein neues Mittel zur Behandlung der Tuberkulose. (Med. Klin., Nr. 32, 1929.) (Med. Universitäts-Klinik zu Freiburg i. Br.) Die Thanatophthisinherstellung benutzt als Ausgangsmaterial tuberkulösen Käse aus den Organen von Rindern, die spontan an Tuberkulose erkrankt sind. Dieses steril entnommene Material wird durch besondere Verfahren entkeimt und daraus ein Extrakt hergestellt. Dieser wird mit den wasserunlöslichen Rückständen des Ausgangsmaterials gemischt und dient nun zur Immunisierung von Pferden. Die Tiere werden subkutan mit steigenden Dosen etwa ein Jahr lang behandelt, bis die Injektionen ganz reaktionslos vertragen werden. Das von diesen Pferden gewonnene Serum stellt das Thanatophthisin dar. Die Wertbestimmung des Serums erfolgt durch Titration an tuberkulösen Meerschweinchen. Das Thanatophthisin wird bei Menschen subkutan injiziert. Man beginnt mit 0,1 ccm und kann nach 4 bis 6 Injektionen dieser Dosis über mehrere Injektionen von 0,2 ccm bis 0,3 ccm steigern. Bei der chirurgischen Tuberkulose kann die Steigerung der Dosis schneller durchgeführt werden und bis zu 0,5 ccm gehen. Die Intervalle zwischen den einzelnen Einspritzungen betragen 8 Tage bei der chirurgischen und 10 bis 14 Tage bei der Lungentuberkulose. Die Gesamtdauer der Behandlung erstreckt sich über mehrere Monate.

Verfasser hat mit dem Thanatophthisin eine große Reihe von schweren Tuberkuloseerkrankungen verschiedener Art behandelt und in vielen Fällen eine klinische Heilung erreicht. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nie gesehen. In ganz seltenen Fällen trat eine leichte Lokalreaktion auf. Eine Allgemeinreaktion trat in 15 bis 20% der Fälle in Form einer subfebrilen Temperatursteigerung auf. Eine leichte Herdreaktion ließ sich meist nachweisen. Verfasser hält das Thanatophthisin für indiziert in allen Fällen, außer denjenigen mit dauerndem hohen oder remittierenden Fieber.

L. Gordon, Berlin.

4165.

Kewdin, N. A., Ueber die Anwendung von Kalziumsalzen bei Nierenerkrankungen. (Klin. Med. russ., 7., Heft 2, 1929.) (Ther. Hosp.-Klinik der Universität zu Smolensk.) Die Darreichung von CaCl_2 bei entzündlichen Erkrankungen der Niere soll nur in kleinen Dosen (etwa 1,0 bis 1,5 g täglich) erfolgen, da größere Dosen (z. B. 8,0 g täglich) nachteilig sind. Der therapeutische Effekt nach CaCl_2 -Behandlung tritt erst nach längerer Darreichung des Medikaments ein. Da jedoch in einzelnen Fällen auch nach kleineren Dosen Verschlimmerung beobachtet werden konnte, ist die CaCl_2 -

Behandlung bei Nierenerkrankungen nur bei ständiger Untersuchung des Harns zulässig.

E. Kontorowitsch,

4166.

Madsen, Th., Antithyreoidintabletten. (Ugeskr. f. Læg. Nr. 37, 1929.) Das Serum Institut von Kopenhagen stellte seit dem Jahre 1903 Antithyreoidin-Tabletten her, deren Wirkung in experimenteller wie klinischer Hinsicht ganz verschieden bewertet wurden. Nach einigen Versuchen sollte Antithyreoidin im Thyreoidgewebe die Einwirkung auf den Stoffwechsel zentralisieren. Indessen haben weitere klinische Beobachtungen sowie experimentelle Versuche an Mäusen den Mangel irgendeiner spezifischen Wirkung der Antithyreoidin-Tabletten erwiesen, so daß das Institut beschloß, die Herstellung dieser Tabletten ganz einzustellen.

S. Kalischer.

4167.

Vielle, P. Z., und A. Giberton, Die Mineralwässer, ihr antitoxisches Milieu, die Rolle des Kalziums. (Presse Méd., Nr. 58, 1929.) Interessante Versuche an Fischen, die antitoxische Wirkung der Mineralwässer bzw. ihrer Bestandteile festzustellen, ergaben folgendes: Sie vermochten in vivo vollständig die Wirkung einer tödlichen toxischen Dosis aufzuheben, in vivo durch nachfolgende Injektionen von Mineralwässern die Wirkung einer submortalen toxischen Dosis aufzuheben, die einer mortalen partiell zu neutralisieren. Durch vorhergehende Injektion konnte auch letztere vollständig neutralisiert werden. Als toxische Substanz wurde Kupfer verwandt, als Fisch der Pfrill (Cyprinus phoxinus). In SO_4Na_2 , CO_3NaH , CaCl_2 , MgCl_2 -Lösungen mit destilliertem Wasser lebt der Fisch, stirbt aber in denselben Lösungen, wenn sie mit der Kupferlösung versetzt werden bis auf die CaCl_2 -Lösung. Die antitoxische Wirkung gegenüber dem Kupfer ist also dem Ca (Cation) zuzuschreiben. Versuche mit Spartein an Meerschweinchen ergaben das gleiche Resultat der antitoxischen Wirkung des Kalziums. Beim Diphtherietoxin zeigte sich keinerlei Einfluß des Kalziums. Es scheint sich demnach wie ein negatives Kolloid zu verhalten und daher auch auf Silizium nicht zu wirken, was Verfasser auf den Gehalt an pH zurückführt.

Haber.

4168.

Leon, M., Ueber die therapeutische Verwendung des Ovarium-„Panhormon“ (Henning). (Zbl. Gynäk., Nr. 36, 1929.) Ein neues brauchbares, Ovarialhormone enthaltendes Präparat scheint das Ovarium-Panhormon der Firma Henning zu sein. Jedenfalls sind die bisher damit gewonnenen klinischen Erfahrungen recht günstig. Hauptindikationsgebiete sind die Regelstörungen jugendlicher. Bei den präklimakterischen Funktionsstörungen muß man sich mit symptomatischen Erfolgen begnügen. Bei Erschöpfungsamennorrhöe nach Geburten und Aborten erscheint das neue Ovarium-Panhormon gleichfalls gut zu wirken. Sicheres leistet es in der Bekämpfung der vasomotorischen Allgemeinstörungen des Klimakteriums. Dosierung: täglich eine intravenöse Injektion von je 1 ccm; je nach Hartnäckigkeit des Einzelfalles genügt zur Heilung eine Serie von 5 bis 10 Injektionen. Die Einspritzungen sollen auch bei Einsetzen der Blutung täglich erfolgen.

Schwab, Hamburg.

4169.

Stenzel, K. G., Allgemeine Betrachtungen über das Guttadiaphot am Beispiel der Gonorrhöe. (Arch. f. Dermat. 158., Heft 1, 1929.) (Städt. Krankenhaus I, Hannover.) Bei Untersuchungen an Tripperkranken und anderen Fällen wurde eine weitgehende Uebereinstimmung des Guttadiaphots mit der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit beobachtet, die eine Verwandtschaft zwischen ihnen wahrscheinlich macht. Aus weiteren Analogien kann man schließen, daß das Guttadiaphot von der parenteralen Zufuhr von Eiweißkörpern oder von Abbauprodukten abhängig ist, die im Körper selbst bei verschiedenen Prozessen entstehen. Diese Vermutung erwies sich als richtig, da bei stark reagierenden Organismen die parenterale Einverleibung von Eiweißkörpern den Ausfall des Guttadiaphots wesentlich beeinflusste. Es kann dadurch somit die Wirkung zugeführter Reizkörper beurteilt werden, ferner auch der Grad der Abbauproduktbildung bei Schwangerschaft, Entzündungsprozessen, bösartigen Geschwülsten. Das Guttadiaphot gestattet Schlüsse auf die Reaktionsfähigkeit des Körpers, es ist vollkommen unspezifisch, daher für die Aetiologie nur bedingt zu verwerten. Wiederholtes Anstellen der Reaktion gestattet einen Ueberblick über den Verlauf der Erkrankung.

Ernst Levin, Berlin.

4170.

Bernstine, B., Metaphen in der Behandlung der puerperalen Septikämie und anderer Blutstrominfektionen. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 2.) Metaphen ist ein organisches Quecksilberpräparat von 60% Hg-Gehalt und so hoher bakterizider Wirkung, daß es das Wachstum von Staphylokokken in einer Verdünnung von 1 : 20 000 000

hemmt. Seine desinfektorische Kraft ist stärker als die des Sublimats. Dennoch wird es vom menschlichen Organismus weit besser als dieses vertragen. Es wurde in einer Konzentration von 1 : 1000 zu 10 ccm intravenös mehrfach wiederholt gegeben. Schäden traten niemals auf. In 16 Fällen von Blutstrominfektion, darunter einer Anzahl von puerperalen Septikämien, bewirkte es ein Abfallen der Temperatur mit Senkung der Pulsfrequenz und der Atemfrequenz und führte schließlich die Genesung herbei. Charakteristisch ist eine Verminderung der Leukozyten, besonders der polynukleären nach der Injektion. Die Nieren wurden von der verwandten Dosierung nicht in Mitleidenschaft gezogen. Es ist ein ungefährliches und mächtiges Mittel bei Blutstrominfektionen.

Hans Hirsch, Köln.

4171.

Jung, G., und K. Voit, Untersuchungen über den Nachweis von Urotropin im Liquor cerebrospinalis. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 36.) (Ohren-, Nasen- und Halsklinik der med. Klinik Breslau.) Verfasser können auf Grund ihrer Versuche Tetens Hald nicht zustimmen, wenn er eine Kumulierung des Urotropins ablehnt. Wenn man überhaupt etwas mit der Urotropintherapie bei der Meningitis — und auch bei der Prophylaxe — erreichen will, empfiehlt es sich auch hier, wie schon früher für die Therapie bei den bakteriellen Erkrankungen der Harnwege betont wurde, möglichst hohe Dosen in kurz aufeinanderfolgenden Abständen zu geben, und zwar bei der Behandlung der Meningitis intravenös.

Verfasser vertreten mit Hinsberg die Anschauung, daß nur durch fortgesetzt große Dosen therapeutisch etwas erreicht werden kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

4172.

Tyrni, Toivo, Ueber den Einfluß des Adrenalins auf die Wasser- und Kochsalzausscheidung der Nieren. (Acta Soc. Medic. Fenn. Duodecim, 12., Heft 1, 1929.) Bei den Versuchspersonen wurde darauf geachtet, daß sie 10 Stunden vor dem Versuch und während der ganzen Versuchsdauer weder Speise noch Trank zu sich nahmen. Die Versuche dauerten 5 bis 13 Stunden, und nach jeder Stunde mußte Urin entleert werden. An dem einen Tage wurde eine Dosis von Sol. adrenalinum (1 : 1000) 0,012 g pro Kilogramm Körpergewicht, an dem anderen physiologische Kochsalzlösung eingespritzt. Nach der Injektion wurde der Blutdruck bestimmt. Der Kochsalzgehalt wurde nach Vollhard bestimmt. Als Normalfälle sind die gesunden Personen zu betrachten, bei denen eine intravenöse Injektion von 0,005 mg Adrenalin keine Veränderung des Blutdrucks und der Atmung hervorrief. Die untersuchten Krankheitsfälle wurden in adrenalinempfindliche und -nichtempfindliche Fälle eingeteilt, je nachdem eine intravenöse Injektion von 0,005 mg Adrenalin den Blutdruck steigerte oder nicht. Normalmenschen hatten nach intramuskulärer Adrenalininjektion in den zwei ersten Stunden eine bedeutend geringere Harnausscheidung mit Sinken des spezifischen Gewichts des Harns und seines NaCl-Gehaltes. Gegen Adrenalin überempfindliche Personen haben bald eine bedeutend größere, bald geringere Harnausscheidung in den ersten zwei Stunden bei Sinken des spezifischen Gewichts und des Kochsalzgehaltes. Gegen Adrenalin nichtempfindliche Personen scheiden nach intramuskulärer Injektion in den ersten beiden Stunden bedeutend weniger Harn aus bei Abnehmen des spezifischen Gewichts und des NaCl-Gehaltes.

S. Kalischer.

4173.

Poincloux, P., Die regionale Impfung durch die Eintrittspforte. (Presse Méd., Nr. 57, 1929.) Die regionale Impfung besteht darin, die spezifische Vakzine in das Gewebe zu injizieren, das als Eintrittspforte zu bezeichnen ist; die erzielte Reaktion ist konstant und heilend, der Entzündungsprozeß wird in kurzer Zeit beschränkt. Handelt es sich um Gonokokken-, Kolibazillen-, Staphylokokken- und Typhusinfektionen, darunter Mittelohrentzündungen und Typhus, genaue Angabe der Technik. Die Reaktion erfolgt sehr rasch, bei Gonokokkeninfektion nach 30 bis 45 Minuten mit hoher Temperatur in einigen Stunden. Die Besserung vollzieht sich in 1 bis 3 Tagen. Bei Kolibazillus erfolgt die Reaktion langsamer, weniger stürmisch und dauert länger, ungefähr das gleiche gilt für den Staphylokokkus. Das nächste Ziel des Verfassers sollen die Erkrankungen des Rhinopharynx bilden und zugleich die Schaffung eines Zustandes der Unempfindlichkeit für die Krankheiten, die zu heilen möglich sind.

Haber.

4174.

Naeslund, Carl, Experimentelle Untersuchungen über gasförmige Faktoren, die für Entstehung von Blausäurevergiftung bei Zyanwasserstoffbehandlung von Wohnungen und anderen Räumen von Bedeutung sind. (Uppsala Läkför. Förh., Heft 5/6, September 1929.) Bei Ausräucherung von Wohnungen und anderen Räumen mit Zyanwasserstoff können Mörtel, Ziegelstein, Zement nicht so

große Gasmengen aus der Luft aufnehmen, daß dadurch bei günstigen Lüftungsverhältnissen eine Gefahr entsteht; dasselbe gilt von Kork und Linoleum. Dagegen können Holz und Pappflächen beträchtliche Quantitäten Zyanwasserstoff aus der Luft aufnehmen. Imprägnierte Pappe bildet kein Gefahrenmoment. Holz- und Pappflächen, die mit trockener, gut erhaltener Ölfarbe oder Firniß bedeckt sind, bieten keine Möglichkeit für größere Giftadsorption. Unter Bekleidungsstoffen nehmen Wolle und Wollstoffe einen hervorragenden Platz als Adsorptionsstoffe für Zyanwasserstoff ein, auch Seide, weniger aber Leinwand und Baumwolle. Polsterungsmittel, wie Daunen, haben großes Vermögen, Zyanwasserstoff aufzunehmen. Käse mit Stanniolpackung ist geschützt. Flüssige wie feste Eßwaren, die nicht in dicht verschlossenen Gefäßen aufbewahrt werden, sind vor Beginn der Gasbehandlung aus den Räumen, die ausgeräuchert werden sollen, zu entfernen. Holzwaren halten mit Zähigkeit den Zyanwasserstoff fest; weniger lange Daunen, Pelzwaren, Wollstoffe, kleinere Bettstücke, Daunen, Wolle sind 2 Tage, Federbetten, Matratzen 3 bis 4 Tage vor der Benutzung zu lüften, Kleidungsstücke mindestens 24 Stunden. Unbekleidete Holzflächen sind 48 Stunden, einfache Wände 24 Stunden nach der Räucherung gut zu lüften. Die Temperatur hat einen gewissen Einfluß auf die Dauer der Lüftung; nasse Kleider sollen nicht bei niedriger Temperatur (unter dem Gefrierpunkt) gelüftet werden. Auch der Luftwechsel ist bei der Dauer von Bedeutung. Auch die dickste Pappe läßt das Gas durchdringen. Papier soll zur Dichtung von Wohnungen bei Blausäurevergasung nicht benutzt werden, nur das in mehreren Lagen zusammengeleimte Papier vermindert die Durchlässigkeit.

S. Kalischer.

4175.

Kaspar, Fritz, Bleivergiftungen des Magen- und Darmtraktes und ihre chirurgische Heilung. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 22.) 3 Patienten mit chronischer Bleigastritis, welche mit hartnäckigen, immer wiederkehrenden spastischen Schmerzattacken kombiniert war, wurden, nachdem die interne Therapie erfolglos geblieben war, durch Magenresektion völlig und dauernd geheilt. Bei 2 Patienten war bei der Operation eine beträchtliche Verdickung des Pylorus nachweisbar. Außerdem berichtet Verfasser über einen Patienten mit chronischer Bleiintoxikation des Darmes, einhergehend mit Anfällen heftiger tetanischer Enterospasmen, der durch einfache Laparotomie, die in der Annahme einer inneren Einklemmung ausgeführt wurde, von seinen Beschwerden völlig befreit wurde. Eine Erklärung für diese Tatsache ist wohl in der durch den Bauchschnitt erfolgten Umstimmung des autonomen Nervensystems zu suchen.

Maslowsky.

4176.

Médioni, Goigoux, Delaville, Ein Fall von Anilinvergiftung. (Progrès méd., Nr. 27, 1929.) Es handelte sich um eine 28jährige Angestellte, die gegen 11 Uhr Kopfschmerzen bekam, aber mit Appetit zu Mittag aß, aber 3 Stunden später plötzlich eine ausgesprochene Zyanose der ganzen Hautoberfläche aufwies, besonders der Extremitäten, schwachen Puls, keine Herzgeräusche, rapide kurze Atmung, Nausea, Schwindel und Kopfschmerzen. Eins fiel aber auf: Blaufärbung der Füße: 12 Stunden vorher hatte sie ihre geflochtenen Schuhe mit einer blauen Tinktur reichlich bepinselt; das Geflochtene erleichterte den Kontakt mit der Haut; sehr wichtig ist endlich die Hitze des Tages: kaltes Anilin ist auf der Haut wahrscheinlich unschädlicher. Nun Aderlaß, O-Inhalation und Injektion. Darauf beträchtliche Besserung. 10 Stunden später normale Hautfärbung. Leichte Arrhythmie, lediglich noch Kopfschmerzen bis zum nächsten Tag. Der Urin war dann ebenfalls normal; am ersten Tag enthielt er Spuren von Eiweiß. Spektroskopisch Methämoglobin. Die O-Therapie scheint weniger ausschlaggebend gewesen zu sein als der Aderlaß. Wichtig ist praktisch weiterhin, daß der Aderlaß auch diagnostische Bedeutung hatte: die braun-violette Verfärbung des entnommenen Blutes, das Methämoglobin.

v. Schnitzer.

4177.

Boveri, P., Gewerbliche Vergiftung durch Terachlorkohlenstoff. (Progrès méd., Nr. 28, 1929.) Ein 27jähriger Arbeiter hat in einer Seidenfabrik (wo CCl₄ zur Entfettung gebraucht wird) 12 Stunden damit in einer kleinen, schlecht gelüfteten Kammer gearbeitet. Am Abend des zweiten Tages kam er sehr müde heim; gegen Morgen bilöses Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Lebschmerzen, Anurie, Bewußtseinsstörung, 39° Fieber. Im Hospital Blässe, leichte Zyanose, Ikterus, leichter Husten ohne Auswurf, Puls 60 mit einigen Arrhythmien, Respiration qu; Vergrößerung der Leber und Milz, Albumen, hyaline und granulierende Zylinder, zahlreiche rote Blutkörperchen. 4,8 Millionen rote, 14 000 weiße Blutkörperchen. Dauerndes Unterbewußtsein; die Blockade der Nieren hob sich erst nach 10 Tagen. Nach 20 Tagen Besserung; nach 2 Monaten Entlassung als gesund. Es handelt sich hier um einen richtigen Unfall: das rapide Auftreten und die Heftigkeit, mit der derselbe gleich

von vornherein sich zeigte, bei einem vorher völlig Gesunden. Im allgemeinen wird der CCl₄ als ungefährlich angesehen, weshalb in den Fabriken kaum Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Die geringen Vergiftungen verlaufen unbemerkt; im ganzen sind Vergiftungsfälle selten. Aufnahme durch die Respirationswege und durch kleine Hautwunden, wie sie beim Arbeiter die Regel sind. Man benützt CCl₄ in Fabriken zur Entfettung lieber als Benzin und Schwefelkohlenstoff wegen seiner schwachen Toxizität. Therapeutisch benutzt man ihn als Desinfektionsmittel in der Chirurgie (Fisteln usw.), dann beim Erysipel, gegen Ankylostomum, Trichinose, Askariden, Seborrhöe, Pityriasis, Akne usw.

v. Schnizer.

4178.

Sluyters, A., Fall von Thalliumvergiftung. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 32, 1929.) Ein 19jähriges Mädchen mit Favus erhielt eine Thalliumsalmbe zur Epilation. Sie bekam Urämie, Albuminurie, ernste Herzerscheinungen mit Pulsfrequenz über 150. Danach polyneuritische und später psychotische Erscheinungen.

Der Autor diskutiert die Thalliumvergiftung als Intoxikation der Nebenschilddrüsenkörperchen. Empfohlen werden Nebenschilddrüsenpräparate.

Kurt Heymann, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

4179.

Burkhardt, Hans, Ueber ein diskordantes eineliges Zwillingpaar. Ein Beitrag zur psychiatrischen Zwillingsforschung. (Z. Neur., 121., Heft 1/2.) (Psychiatrische und Nervenkl. Würzburg.) Eine endogen psychotische (paraphrene) Patientin hat eine Zwillingschwester, die auf Grund des äußeren Eindruckes, der Vorgeschichte und genauerer vergleichender Untersuchungen als einelgig mit ihr gelten muß. Diese Schwester, heute bereits 74 Jahre alt, zeigt das Bild einer gut erhaltenen, nicht aus dem Rahmen der Norm fallenden Persönlichkeit und gleich ihrer Schwester nur in allen normalpsychologischen Wesensäußerungen. Hieraus ergeben sich für die Zwillingsforschung einige wichtige Fragestellungen.

Hans Knospe.

4180.

Zwerg, H. G., Ueber die organspezifische wachstumsfördernde Wirkung homoplastischer Epithelkörperchentransplantation. (Dtsch. Z. Chir., 218.) Trotzdem bei menschlicher Tetanie homioplastisch verpflanzte Epithelkörperchen der Resorption anheimfallen, so können doch die Erfolge dieser homioplastischen Transplantation nicht bestritten werden. Die Wirkung der Transplantate ist eine doppelte. Sie üben einmal bis zu ihrem Zugrundegehen eine spezifische Organfunktion aus und bewirken im Empfänger direkt aktive, wachstumsanregende Stoffe, die organspezifisch wirken. Die Verpflanzung von Epithelkörperchen wird nur einen Dauererfolg zeitigen können, wenn ein Rest von Epithelkörperchengewebe beim Empfänger zurückgeblieben ist, der an und für sich nicht genügt, den Ausbruch der Tetanie zu verhindern, aber durch eine Homoiotransplantation hypertrophieren und so die normale Funktion wieder übernehmen kann.

E. Gohrbandt, Berlin.

4181.

Hirschbruch, Albert, Der Blutdruckreflex. (Med. Klin., Nr. 31.) Bestimmt man den minimalen und maximalen Blutdruck mittels der auskultatorischen Methode nach Korotkow, indem man den Manschettendruck bis zur oberen Blutdruckgrenze steigert, und erhöht dann den Druck rasch bis zur obersten Grenze der Manometerskala, so sieht man bei sofortiger rascher Senkung des Druckes, daß in vielen Fällen der Blutdruck höher geworden ist. Dieser Blutdruckreflex pflegt nie bei einem gesunden Herzen aufzutreten. Unter den Personen mit steigerungsfähigem Blutdruck sind auffallend häufig solche, die in mehr oder minder ausgesprochener Art an stenokardischen oder stenokardieähnlichen Beschwerden leiden. Der Reflexcharakter und die zentrale Auslösung des beschriebenen Phänomens wird dadurch bewiesen, daß der Blutdrucksteigerung auch am anderen Arm auftritt. Eine Mitbeteiligung psychischer Erregung wird durch Fehlen einer Pulsbeschleunigung ausgeschlossen. Der Reflex setzt meist erst bei starker Steigerung der Armpressung ein und ist als solcher durch die größere Lautstärke und die schärfere Akzentuierung erkennbar. Für die Beurteilung der Bedeutung des Blutdruckreflexes ist von Wichtigkeit, daß er an sich schon pathologisch und ein Zeichen für die erhöhte Erregbarkeit des Kreislaufsystems darstellt. Ob diese Eigenschaft zu krankhaften subjektiven oder objektiven Folgeerscheinungen führt, hängt von dem Einzelfalle selbst ab. Neben der absoluten

Höhe des maximalen Blutdrucks und der Reflexhöhe wird die mehr oder minder atheromatöse Beschaffenheit z. B. der Hirngefäße für die Größe der Apoplexiegefahr von Bedeutung sein. Ein hoher Reflex mit relativ gut beschaffenen Hirngefäßen wird eine geringere Gefahr bieten als ein niedriger Reflex bei brüchigen Gefäßwänden. Auf keinen Fall darf aber verkannt werden, daß Ceteris paribus der Hypertoniker mit starkem Blutdruckreflex in höherem Maße gefährdet ist als ein Kranker ohne diesen Reflex. Es kann ferner nicht gleichgültig sein, beim Vorhandensein eines stärkeren Reflexes — insbesondere bei Hypertonikern, Nierenkranken oder bei Herzmuskelentartung — intravenöse Injektionen mit Salvarsan oder manchen anderen Mitteln vorzunehmen. Bei vertrauensärztlichen Untersuchungen spricht ein stärkerer Blutdruckreflex für die Berechtigung von Klagen über stenokardartige Beschwerden.

L. Gordon, Berlin.

4182.

Vuori, A. K., Die Vererbung der Blutgruppen und deren Korrelation zu anderen konstitutionellen Eigenschaften. (Acta Soc. Medic. fenn. Duodecim, 12., Heft 1, 1929.) Die Untersuchungen über die Vererbung der Blutgruppe und des Verhältnisses derselben zu Krankheiten und konstitutionellen Eigenschaften sind im finnischen Binnenlande (Süd-Finland) bei einer homogenen Bevölkerung vorgenommenen an 4606 Individuen. Die Vererbung wurde an 348 Familien mit 1080 Kindern studiert. Familien, in welchen entweder der Vater oder die Mutter zur AB-Gruppe gehörte, gab es 49 mit 172 Kindern. Im ganzen Material zeigte die Vererbung der Blutgruppe keine Abweichung von Bernsteins Theorie. Kein einziges A- und kein AB-Kind kam in O × AB-Familien und kein O-Kind in anderen AB-Familien vor, was gegen Bauers Hypothese spricht. Die Größe der verschiedenen Blutgruppen war bei Frauen und Männern dieselbe. Die Zahl der Aborte war gleich groß in Ehekombinationen von verschiedenen Blutgruppen. Beim Vergleich der Blutgruppe von Eltern und Kindern in Familien, wo Braunäugigkeit, Strabismus oder andere erblich bedingte physiologische oder pathologische Zustände vorkamen, konnte man keine Andeutung dafür sehen, daß die genotypischen Anlagen für die Blutgruppe und andere erblich bedingte Eigenschaften die Neigung hätten, sich im Zusammenhang miteinander zu vererben. Zwischen Lebensdauer und Blutgruppe ließ sich keine Abhängigkeit nachweisen. Die Einteilung in Blutgruppen war bei 138 psychisch Kranken dieselbe wie bei normalen Personen. S. Kalischer.

4183.

Moldawski, J. W., Morphologie, diagnostische und prognostische Bedeutung der Granulofilozyten. (Med. Welt, Nr. 31, 1929.) (Hämatologische Abteilung des Universitätsinstituts für Krebsforschung an der Charité.) Die Untersuchung des Blutes nach dem Verfahren der supravitalen Färbung muß in den Kreis der ständigen Untersuchungsmethoden in jeder Klinik und in jedem Ambulatorium aufgenommen werden. Die mit der Supravitalfärbung ermittelten Ergebnisse ermöglichen die Aufstellung einer Erythrozytenformel. Aus praktischen Gründen schlägt Verfasser die Einteilung in 3 Typen nach Maßgabe des Reifezustandes vor: a) kompakte, b) retikuläre und c) körnige (granulierte) vitalgefärbte Erythrozyten. Diese Typen geben dem Kliniker einigermaßen Anhaltspunkte zur Beurteilung der Intensität und zum Teil auch des Charakters der gereizten Erythropoese bei den betreffenden Kranken. Je nach dem Vorherrschen des einen oder des anderen Typus der supravitalgefärbten Erythrozyten kann von einer stärkeren oder schwächeren „Linksverschiebung“ gesprochen werden. Für die supravitalgefärbten Erythrozyten schlägt Verfasser für kürzeren Ausdrucksweise halber die Bezeichnung „Granulofilozyten“ vor, was in Uebersetzung bedeutet: „Zellen, die Substantia granulofilamentosa enthalten“. Diese Bezeichnung bringt die eigentümliche Struktur dieser Elemente am deutlichsten zum Ausdruck.

L. Gordon, Berlin.

4184.

Chorosch, J. W., und J. P. Dubrowina, Ueber die Bedeutung der Senkungsreaktion in der physiotherapeutischen Klinik. (Kazan. med. Z., 25., Heft 2, 1929.) (Physiother. Klinik des Instituts für ärztl. Fortbildung, Kasan.) Wie die Untersuchungen an 200 Kranken zeigen, geht die Verlangsamung der Senkungsreaktion unter der Wirkung der physikalischen Therapie mit der Besserung der klinischen Symptome parallel. Erreicht die Senkungsreaktion dabei die normalen Werte nicht, so ist mit einem Rezidiv zu rechnen, auch wenn eine klinische Heilung vorliegt. Die physiotherapeutischen Prozeduren rufen im Anfang der Behandlung eine Beschleunigung der Senkungsreaktion hervor, wobei diese mit einer Verschärfung der klinischen Symptome zusammentrifft oder — in selteneren Fällen — diesen vorangeht. Die Schwankungen der Senkungsreaktion innerhalb hoher Zahlenwerte ohne Tendenz zur Senkung bei der Anwendung verschiedener Prozeduren stellen eine Kontraindikation zur weiteren physikalischen Behandlung dar. In

den Fällen, wo außer den Gelenkerkrankungen auch Erkrankungen innerer Organe bestehen, die Senkungsreaktion also von verschiedenen Faktoren abhängig ist, erscheint ihre Verwertung für die physiotherapeutische Behandlung nicht als zweckmäßig.

E. Kontorowitsch.

4185.

v. Neergaard, K., Ueber die Bewertung der Senkungsreaktion im Rahmen funktioneller Zellpathologie. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 34.) (Universitäts-Institut für Physikalische Therapie, Zürich.) Es wird die Bewertung der Senkungsgeschwindigkeit im Rahmen allgemein-pathologischer Vorstellungen diskutiert und die Auffassung vertreten, daß sie eine der Allgemeinreaktionen des aktiven Mesenchyms auf toxisch entzündliche Reize darstellt. Die Senkungsgeschwindigkeit ist eines der wertvollsten Hilfsmittel zur klinischen Beurteilung der momentanen Reaktionslage des aktiven Mesenchyms, dessen abnorme Funktionszustände zum Teil darin zum Ausdruck kommen. Systematische Bewertung in diesem Sinne verspricht wesentlich differenziertere Schlüsse nicht nur für die Beurteilung des Einzelfalles, sondern auch für die therapeutische Handeln.

Arnold Hirsch, Berlin.

4186.

Izar, Guido, und Saverio Costantino, Ueber die Wirkung des Lecithins auf den Kohlehydratstoffwechsel. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 35.) (Med. Klinik d. Kgl. Universität Messina.) Die subkutane Injektion von 10 ccm Bioplastina (eine aseptische Emulsion von Lecithin, Lutein und Cholesterinesterb in physiologischer Kochsalzlösung) bewirkt bei Erwachsenen eine konstante und bemerkenswerte Zunahme des Blutzuckers.

Diese Zunahme ist maximal bei Individuen mit niedrigem Blutzuckergehalt vor der Injektion des Medikamentes. Starke Zunahmen beobachteten die Autoren in Fällen von exsudativer Pleuritis.

Der Vorgang dieser Zunahme ist bei den verschiedenen Individuen ungleich. Die bisher untersuchten Fälle beweisen, daß die Zunahme ihr Maximum 60 bis 120 Minuten nach der Injektion von Bioplastina erreicht, um später stufenweise nachzulassen und fünf Stunden nach der Injektion zum initialen Inhalt wieder zurückzukehren.

Arnold Hirsch, Berlin.

4178.

Spanier, F. L., Eine neue Methode der quantitativen Eiweißbestimmung. (Klin. Med., russ., 7., Heft 2, 1929.) (Chemisch-bakteriologisches Laboratorium, Odessa.) Verf. schlägt ein Verfahren vor, das sich vor den bisherigen durch seine Einfachheit und Exaktheit auszeichnet. Prinzip: Der unverdünnte Harn wird über eine Reihe bestimmter Verdünnungen des Reagens geschichtet, bis der Eiweißring an der Grenze beider Flüssigkeiten genau am Ende der zweiten Minute erscheint. Technik: Man benutzt dabei das von Jolles modifizierte Spieglerische Reagens: Hydrarg. bichl. corros. 10,0; Ac. citrici, Natr. chlor. aa 20,0; Aq. dest. 500,0. Aus diesem Reagens, dessen Konzentration man als gleich 100% annimmt, bereitet man eine Reihe von Verdünnungen (50%, 40%, 30% usw.). Um eine Vermischung der Flüssigkeiten bei der Schichtung zu vermeiden, bedient man sich zur Bereitung der Verdünnungen aus dem 100prozentigen Reagens einer 20prozentigen wässerigen Glycerinlösung. Man bestimmt zunächst mit der Jollesschen bzw. anderen Proben das Eiweiß qualitativ. Ergibt sich dabei eine größere Eiweißmenge, so nimmt man sogleich eine der bereitgehaltenen höheren Verdünnungen des Reagens (0,5% oder 0,05%) und bringt davon 10 Tropfen in ein kleines Probierröhrchen; hierzu schichtet man nun den unverdünnten, filtrierten und mit 30% Ac. acet. angesäuerten Harn, wobei man beobachtet (am besten bei Tageslicht), ob am Ende der 2. Minute ein Eiweißring entsteht. Erscheint dieser bereits früher, so schichtet man den Harn auf immer schwächere Verdünnungen des Reagens, bis der Eiweißring sich ziemlich genau nach Ablauf von zwei Minuten gebildet hat. Diese Methode macht jedes Nachrechnen überflüssig, da die Resultate in der nachstehenden Tabelle einfach abzulesen sind:

Erscheint der Eiweißring am Ende der 2. Minute erst bei einer Verdünnung gleich:				so ist in einem Liter Harn eine Eiweißmenge enthalten von:			
I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
100%	7 %	0,8%	0,09%	0,01	0,22	0,70	1,88
50%	6 %	0,7%	0,08%	0,08	0,26	0,80	2,10
40%	5 %	0,6%	0,07%	0,04	0,30	0,91	2,35
30%	4 %	0,5%	0,06%	0,06	0,35	1,18	2,65
20%	3 %	0,4%	0,05%	0,09	0,40	1,26	3,10
10%	2 %	0,3%	0,04%	0,18	0,46	1,40	3,50
9 %	1 %	0,2%	—	0,15	0,53	1,55	—
8 %	0,9%	0,1%	—	0,18	0,61	1,70	—

Ein Beispiel: Es wird mittels der qualitativen Vorprobe ein mittlerer Eiweißgehalt festgestellt. Nach Schichtung des unverdünnten Harns, z. B. auf eine vierprozentige Verdünnung des Reagens, erscheint rasch ein dichter, breiter Eiweißring. Darauf schichtet man den Harn auf eine bedeutend entferntere Verdünnung des Reagens, beispielsweise 0,09%: der Ring erscheint nach 1½ Minuten; eine weitere Schichtung des Harns auf eine 0,07prozentige Verdünnung ergibt nun einen schwachen Ring an der Berührungsstelle genau am Ende der 2. Minute. Aus der Tabelle ergibt sich dementsprechend eine Eiweißmenge von 2,35‰. Wenn auch in der Abschätzung der Ergebnisse der qualitativen Vorprobe eine Übung fehlt, so gelingt es doch, wie Verfasser betont, bereits bei der zweiten oder dritten Schichtung, die Eiweißbestimmung zu vollenden, die also nur einige Minuten Zeit in Anspruch nimmt. Die Verdünnungen des Reagens sind haltbar und können im voraus für beliebig viele Untersuchungen hergestellt werden. Für praktische Zwecke erscheint die Zahl der in der Tabelle aufgeführten Verdünnungen — 30 — als ausreichend. Bei einem Eiweißgehalt von über 3,5‰ empfiehlt es sich, eine zwei-, fünf- oder zehnfache Verdünnung des Harns zu bereiten, mit der dann die Schichtung auf Verdünnungen des Reagens in der erwähnten Weise vorgenommen wird, wobei man den ermittelten Eiweißgehalt mit dem Verdünnungsgrad des Harns multipliziert. E. Kontorowitsch.

4188.

Zawadowski, W., Der Lobus venae azygos und seine Kennlichkeit auf dem Röntgenbilde. (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 2, 1929.) Der anormale Verlauf der V. azygos wurde 1778 von Wrisberg beschrieben. Der Mechanismus der Entstehung des überzähligen Lappens wurde von Dévé (1899) und Bluntschli (1905) aufgeklärt. Je nach Größe und Lage der ihn begrenzenden Furche hat Stibbe 3 Typen des Lobus azygos unterschieden. Bendick und Weßler haben 1928 mittels Vergleich zwischen Röntgen- und Autopsiebefund festgelegt, daß der Lobus azygos auf dem Röntgenbilde sich als scharfer, enger, linienförmiger Schatten kennzeichnet, welcher über die rechte Lungenspitze bogenförmig verläuft und unter dem Schlüsselbein und über dem Hilus mit einer kommaförmigen Verdickung endigt. Diese Verdickung entspricht der ins Lungengewebe versinkenden V. azygos. Der Verfasser hat auf 3590 Röntgenbildern aus dem Jahre 1927 und 1928/1929 13mal die Anomalie erkennen können.

v. Dziewbowski.

4189.

Meisels, E., Lobus venae azygos. (Polski Przegl. radiol., 4., Nr. 2, 1929.) Der Lobus venae azygos ist ein überzähliger Lappen an der rechten Lungenspitze, welcher infolge Entwicklungsstörung entsteht. Die Venae azygos, welche abnorm peripher verläuft, schneidet in ihrem sagittal verlaufenden Endteil in die rechte Lunge ein, wodurch ein mehr oder minder beträchtlicher Teil von der Lunge abgetrennt wird. Derselbe bildet alsdann einen überzähligen Lappen, den sogenannten Lobus venae azygos. Im Röntgenbilde sieht man einen bogenförmig über die Lungenspitze verlaufenden linienartigen Schatten, welcher unten am Hilus verdickt ist, so daß er die Gestalt eines hängenden Tropfens erhält. Der linienförmige Schatten entspricht den eingestülpten Pleurafalten; der verdickte unterste Schatten ist durch die in der Furche verlaufende V. azygos bedingt. Die Kenntnis der klinisch bedeutungslosen Anomalie ist für die Beurteilung von Spitzenveränderungen wichtig. Laut Veröffentlichungen amerikanischer Autoren ist die Anomalie nicht allzu selten.

v. Dziewbowski.

4190.

Bajandurov, B. I., Der Verlauf des Hungerns bei normalen und bei großhirnhemisphärenberaubten Tauben. (Vorläufige Mitteilung.) (Sibir. Arch., 4., Heft 1/2, 1929.) (Physiolog. Laboratorium der Universität zu Tomsk.) Experimentell konnte Verf. bei den Tauben, bei denen das Großhirn entfernt war, nach einer bestimmten künstlichen Ernährung eine Gewichtszunahme feststellen, die bei einigen Experimentiertieren auf ¼ ihres Gewichtes anwuchs. Ferner wurde bei solchen Tauben ein atypischer Verlauf der Avitaminose bei Reisfütterung sowie eine Hemmung in der Entwicklung beobachtet. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Läsion des Großhirns anscheinend eine Störung der Tätigkeit gewisser, eine Reihe somatischer Funktionen des Organismus regulierender Mechanismen zur Folge hat. Das Fehlen des charakteristischen Vitaminhungers bei den hirneraubten Tauben, die auf vitaminarmes Futter gesetzt waren, ließ das Vorhandensein eines ungleichen Verhältnisses dieser zu den normalen Tauben hinsichtlich des völligen Hungerns annehmen. Um dieser Frage näher zu kommen, stellte Verf. folgende Versuche an: Bei einer Anzahl von Tauben wurden Großhirnhemisphären entfernt, und nachdem die operierten Tiere sich erholt und ihr früheres Gewicht wiedererlangt hatten, wurden sowohl sie als auch die ihrem Gewicht entsprechenden normalen Tauben dem völligen Hungern ausgesetzt. Es wurde beobachtet,

daß, während die Lebensdauer der normalen Tauben bei völligem Hungern etwa 7 bis 14 Tage betrug, die hirneraubten Tauben bei denselben Bedingungen 8 bis 23 Tage lebten. In 50% der Fälle wurde jedenfalls eine bedeutende Verlängerung der Hungerperiode bei den letzteren festgestellt. Dabei nahm das Körpergewicht bei den hirneraubten Tauben im Vergleich zu den normalen weniger ab, und bezüglich der Körperbeweglichkeit waren sie sogar etwas lebhafter als die normalen. Man kann also das Vorhandensein von die somatischen Funktionen des Organismus regulierenden Mechanismen in den Großhirnhemisphären annehmen.

E. Kontorowitsch.

4191.

Joffe, W. A., **Zur Frage der Abhängigkeit zwischen dem Säuregehalt des Mageninhaltes und seiner Evakuierung in das Duodenum.** (Wratsch. Djelo, 12., Nr. 1, 1929.) (Innere Univ.-Klinik, Smolensk.) Serdjukow hat seinerzeit durch seine Versuche bewiesen, daß die Reizung des Duodenums mit Säure die Schließung des Pylorus bewirkt, was die Entleerung des Mageninhaltes verzögern kann. Auf diese Weise entstand die Vorstellung eines den Uebergang des Mageninhaltes in das Duodenum regulierenden Säurereflexes. Es wurde nun angenommen, daß die Entleerung desto geringer sei, je höher die Azidität und umgekehrt. In diesem Antagonismus sah man eine nützliche Vorrichtung des Organismus, die das Duodenum vor einer überflüssigen Reizung bei Vorhandensein eines hohen Säuregehaltes bewahrt bzw. bestrebt ist, bei ungenügender Azidität den Mageninhalt rasch zwecks Chemifikation in den Darm vorzuschieben. Bald wurde jedoch von manchen Klinikern und Röntgenologen beobachtet, daß dieser Antagonismus zwischen Azidität und Evakuierung beim Kranken durchaus nicht immer zur Geltung kommt. Auch die Untersuchungen des Verf. in dieser Richtung an 196 Kranken zeigen, daß der pathologische Zustand des Magendarmtraktes den Serdjukowschen Reflex sehr beeinträchtigt. So wurden unter 34 Fällen mit stark herabgesetzter Evakuierung in keinem Fall erhöhte Aziditätswerte vorgefunden, und in 34 Fällen mit herabgesetzter Evakuierung variierte die Azidität in überaus weiten Grenzen; von 80 Fällen mit normaler Evakuierung waren die Säurewerte des Magensaftes in 27 Fällen hoch; von 28 Fällen mit erhöhter Evakuierung war die Azidität in 15 Fällen ebenfalls erhöht, und schließlich waren die Säurewerte von 20 Fällen mit stark erhöhter Evakuierung 14mal erhöht.

E. Kontorowitsch.

4192.

Hirsch-Mamroth, **Ueber die Funktionsprüfung des Magens, speziell mittels des Bierfrühstücks.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 35.) (Poliklinik für innere und Magen-Darmkrankheiten von Prof. Rosin und Dr. Hirsch-Mamroth, Berlin.) Die klinische Untersuchung einschließlich der Magenausheberung stellt — namentlich für den praktischen Arzt — die Grundlage der Magen-diagnostik dar; die Röntgenuntersuchung bildet deren wertvolle Ergänzung.

Es wird an der Ermittlung genauer Aziditätswerte festgehalten. Die Titration nach einem geeigneten Probe-Ingestum genügt hierfür.

Das von Michailow angegebene Bierfrühstück hat sich in der ambulanten Praxis als Probe-Ingestum nicht bewährt. Eigenazidität des Bieres und Gallerückfluß trüben das Titrationsergebnis. Auch die „Schmackhaftigkeit“ des Bieres in den Morgenstunden ist nicht anzuerkennen; die überwiegende Mehrzahl der Kranken zogen das bewährte Ewald-Boassche Probefrühstück vor.

Arnold Hirsch, Berlin.

4193.

Chomenko, H., **Die klinische Bedeutung der Farbreaktionen des Harnes (Ehrlichs Diazo-, Weißsche und Wienersche Reaktion) bei Infektionskrankheiten.** (Ukrain. Med. Wschr., Nr. 2—3, 1929.) (Klinik d. Infektionskr. d. Med. Inst. in Kyjiw.) Alle 3 Reaktionen sind für keine der Infektionskrankheiten spezifisch, da sie nur auf einen abnormen endogenen Eiweißstoffwechsel hinweisen. Der volle Parallelismus dieser Reaktionen macht es wahrscheinlich, daß sie durch ein und dieselbe Substanz (nach Weiß' Urochromogen) verursacht wird. Differentialdiagnostisch und prognostisch sind diese Reaktionen nicht zu verwerten. Sie sind in etwa 90% von Bauchtyphus, Flecktyphus, Masern und Milchartuberkulose, manchmal auch bei kruppöser Pneumonie positiv; in den leichteren Fällen dieser Erkrankungen können sie auch negativ ausfallen. Der Einfachheit halber ist die Diazo- und Weißsche Reaktion der Wienerschen Reaktion vorzuziehen.

Omelskyj.

4194.

Klopstock, E., **Zur Kenntnis der Citrocholreaktion.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 37, 1929.) (Inst. f. med. Diagnostik.) Die Citrocholreaktion hat der Trübungsreaktion von Meinicke und der Benzocholreaktion von Sachs und Klopstock gegenüber den Vorteil, daß die eine umständliche Art der Extraktbereitung bedingende Beigabe von Harz zu den Organextrakten fortfällt. Die Citrocholextrakte

werden durch Mischen von 1 Teil Extrakt und 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung schnell verdünnt; nach 10 Minuten langem Stehen ist die gleichmäßig ausgeflockte Extraktsuspension zum Gebrauche fertig. Vergleichende Untersuchungen mit der WaR und der MTR. zeigten Divergenzen in 8,9% der Seren, wobei die Citrocholreaktion die größte Zahl positiver Reaktionen aufwies, ohne daß jedoch eine größere Unspezifität vorliegt als bei der MTR. Die WaR zeigte weitaus am wenigsten positive Reaktionen ohne Luesanamnese. Fielen mehrere Reaktionen positiv aus, so handelte es sich nur selten um Fälle ohne klinische Anzeichen von Syphilis.

Ernst Levin, Berlin.

4195.

Biberstein, H., und H. Linke, **Blutzuckerbestimmungen bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal und Ulcus cruris.** (Arch. f. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) (Univ.-Klin. f. Hautkrkh. Breslau.) Bei Zugrundelegung eines als normal zu bezeichnenden Blutzuckergehalts von 0,07—0,11% konnte, abgesehen von den Fällen, in denen eine Glykosurie bestand, bei Ekzem, Psoriasis, Lichen Vidal, Ulcus cruris eine pathologische Erhöhung des Blutzuckerspiegels nicht festgestellt werden. Die Belastungsprobe ergab bis auf ganz vereinzelte Fälle normale Werte. Beim Lichen Vidal zeigte die Hälfte der Untersuchten einen zwar noch normalen, aber verhältnismäßig niedrigen Wert.

Ernst Levin, Berlin.

4196.

Piatot, A., **Warmes Wasser und Schmerz.** (Progrès méd., Nr. 24, 1929.) Die feuchte Wärme hat eine dreifache Wirkung: sie erleichtert die Resorption oder die Begrenzung der entzündlichen Herde; macht alte Entzündungsherde geschmeidig und regelt die Erscheinungen des vegetativen Lebens. Die in Betracht kommenden Schmerzen sind die, die Infektionen der Glieder und Eingeweide begleiten, Lymphangitiden, Adenophlegmonen, oberflächliche und tiefe Abszesse, Cholezystitis, Appendizitis, manchmal auch Perimetrosalpingitis, Ovaritis, Prostatitis, Osteoperiostitis der Maxilla, frische Traumen, Verrenkungen. Man unterscheidet die flüchtigen und vorübergehenden Schmerzen von den Algien mit repetierender Tendenz oder dauernder Schmerzreaktion. Und zwar von letzteren die des Nervensystems schlechtweg und die des sympathischen Systems.

Therapeutische Anwendung des warmen Wassers am besten zwischen 50 und 55 Grad. Es aktiviert die Zirkulation, entfernt die Organtrümmer und die Infiltrationen, begünstigt die Diapedese und Phagozytose besser als die Biersche Methode, erzeugt eine aktive Hyperämie und wirkt im Gegensatz zur Kälte antiseptisch. Anwendung als warme Kompressen mit undurchlässigem Batist bei Cholezystitis, manchmal auch bei Appendizitis; im allgemeinen beruhigt bei manchen die Eisblase besser bei Zystitis, Prostatitis, bei den Reflexokklusionen bei Leber- und Nierenkolik oder Enterokolitis. Bei phlegmonöser Amygdalitis und alveolodentärer Periostitis sind Irrigationen mit und ohne Jodtinktur oder Akonittinktur, am besten aber lediglich mit warmem Wasser sehr schmerzstillend. Ebenso nach Exzision eines kariösen Zahnes. Vaginalinjektionen kommen in Frage bei Adnexaffektionen, peritonealen Verwachsungen, bei Uteruskongestion junger neuroarthritischer Mädchen, bei den sklerotischen Uterusfluxionen älterer Frauen. Bei Perimetrosalpingitis kommen warme Einläufe in Frage. Ebenso bei akuter Prostatitis, Beckenappendizitis, Hämorrhoiden. Außer bei tuberkulösen und syphilitischen akuten Beckenaffektionen. Bei Verrenkungen lokale Bäder, zweimal täglich, 10 bis 15 Minuten lang, dann Massage, im Intervall warme Kompressen mit Batist.

Lauwarmes Wasser von 35 bis 40 Grad ist ein Sedativum ersten Ranges: bei den Hyperästhesien der Psychopathen, in der Menopause, bei Arthritikern. Beruhigt den Schmerz, begünstigt den Schlaf. Besonders bei Dysmenorrhöe und Neuralgie, bei allen möglichen gynäkologischen Leiden, Pruritis vulvae. Bäder und submarine Dusche, eine Art Wassermassage unter Wasser kommen namentlich bei Rheumatismus in Frage, mit Muskelatrophien und Anämie, noch vorhandenen Schwellungen, bei den anginösen Kardialgien. Sie wirken beruhigend auf den Schmerz, auf das Nervensystem und die Zirkulation. Sehr beruhigend ist die einfache warme Dusche, namentlich bei den verschiedenen tabischen Manifestationen. Endlich ist noch die Massage unter Wasser zu erwähnen.

v. Schnitzer.

4197.

Stender, Arist, **Blutbilduntersuchungen an Paralytikern, unter besonderer Berücksichtigung der Lymphozytenbewegungen vor und nach der Impfmalaria.** (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2, 1929.) (Universitätsklinik Halle.) Eine Lymphopenie fand Verfasser bei unbehandelten Paralytikern (in teilweisem Gegensatz zu den Feststellungen Skalwits) nur in einem Drittel der Fälle, und zwar handelt es sich bei denselben meist um das klinische Bild der chronisch-dementen Form der Paralyse. Die übrigen Fälle wiesen normale, hochnormale, wenn nicht gar lymphozytische Werte auf:

klinisch lagen hier meist manisch-euphorische Zustandsbilder vor. Die Lymphozytenwerte erreichten aber nie die Höhe wie bei Lues cerebri, wo Verfasser, wie auch Skalweit, durchschnittlich hohe Lymphozytenzahlen fanden. Je ausgesprochener sich eine Remission nach der Behandlung gestaltete, um so mehr zeigten die Lymphozyten die Tendenz, normale Werte darzubieten. Ein regelmäßiges Parallelgehen des Lymphozytenanstieges mit einer klinischen Besserung konnte Verfasser entgegen Skalweit nicht beobachten. Vorübergehend schien es bei einer Zahl von Fällen zu einer kurz dauernden Lymphozytose nach abgeschlossener Behandlung zu kommen; eine prognostische Bedeutung kam, nach Verfassers Meinung, diesem Phänomen nicht zu, weil es in gleicher Weise bei sich späterhin bessernden als auch sich verschlechternden Fällen beobachtet wurde. Eine langdauernde Lymphozytose im Blutbild blieb im allgemeinen bei solchen Fällen bestehen, die sich wenig gebessert haben, oder sich progredient verschlechterten. In Fällen bei denen es durch Prostration und körperliche Erschöpfung zu kachektischen und marantischen Zuständen gekommen war, trat ein allgemein als schlechtes Omen geltender Leuko- oder Lymphozytensturz ein. Prognostisch günstig ist, nach Verfassers Erfahrungen, nur das Normalwerden des Blutbildes nach der Behandlung zu bewerten; Lymphozytose wie Lymphopenie nach der Behandlung sind ein ungünstiges Zeichen.

Hans Knospe.

4198

Grousfeld, Willy, Ueber einen Fall von Dystrophia adiposogenitalis mit allgemeiner Osteoporose durch Hypophysenerkrankung. (Z. orthop. Chir., 52., Heft 1.) (Orthop. Abtlg. der Kinderheilstalt der Stadt Berlin in Buch.) Beschreibung eines Falles generalisierter Osteoporose, kombiniert mit endogener Fettsucht, und Hinweise auf die Pathogenese des seltenen Krankheitsbildes.

Eckhardt, Dahlem.

4199.

Ratner, B., und H. L. Gruehl, Asthma und Rizinvergiftung durch Rizinusstaub. (Amer. J. Hyg., 10., Nr. 1, 1929.) Rizinusstaub ist anaphylaktogen. Daneben enthält er das giftige Rizin. Durch Einatmung von größeren Mengen können Meerschweinchen unter den Symptomen der Rizinvergiftung getötet werden. Wiederholte, kurzdauernde Inhalationen machen das Tier immun gegen die Inhalation der tödlichen Mengen. Man kann die Tiere auch mit dem Staub sensibilisieren, so daß sie bei der darauf folgenden Inhalation die typischen Zeichen des Asthma bronchiale zeigen. Dieses experimentelle Rizinasthma wird zum Studium des menschlichen Asthma bronchiale empfohlen.

N. Henning, Leipzig.

4200.

Martin, B., Ueber experimentell erzeugte Lungenembolie bei Hunden, durch kinematographische Aufnahmen festgehalten. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Chir. Univ.-Klinik, Berlin.) Der schnelle Ablauf tödlicher Lungenembolien ließ es als wünschenswert erscheinen, tierexperimentelle Grundlagen zu finden, welche den Vorgang möglichst naturgetreu wiederholen und Aussicht auf therapeutische Rückschlüsse ermöglichen. Im Röntgenbild sollten durch direkte Beobachtung die Wege, das Wandern und das Schicksal der vom Verfasser experimentell erzeugten Embolie festgelegt werden. Zur Thrombenbildung wurde eine Lösung aus Liq. Ferri sesquichlor. mit physiologischer NaCl-Lösung und Bariumsulfat benutzt. Der kinematographisch beobachtete Ablauf der Embolie spielte sich in 2 bis 10 Sekunden ab. Es lassen sich deutlich zwei Phasen unterscheiden: im Bauchteil der Vena cava inf. wandert der Embolus langsam und gleichmäßig vorwärts. Kurz vor dem Uebertritt in den Brustraum fließt er plötzlich mit großer Geschwindigkeit in das Herz, wird hier ein oder mehrere Male herumgewirbelt, zerschlagen und fährt in die Aeste der A. pulmonalis. Die Versuche wurden an 45 Hunden durchgeführt, bei 42 war die Embolie tödlich; elektrokardiographisch ist die katastrophale Wirkung der Lungenembolie auf das Herz festzustellen. Meist trat der Tod schockartig unter raschem Versagen des Herzens ein. Das Ergebnis der vom Verfasser angestellten Versuche ist dahin zusammenzufassen; daß der Tod nach einer Lungenembolie durch Versagen des Herzens eintritt. Dieses Versagen soll verursacht sein durch Schockwirkung und allmählich eintretende, zunehmende Herzinsuffizienz. Akute Erstickung konnte Verfasser nicht feststellen. Als therapeutischen Schluß bei den experimentellen Erfahrungen weist Verfasser darauf hin, daß in erster Linie die Kraft des Herzens zu erhalten ist. Drucksteigernde Mittel, wie die Digitalis, seien nicht angezeigt. Atmungsunterstützung, z. B. durch CO₂-Einatmung, könnte von Erfolg sein. Die gute Wirkung eines Aderlasses nach einer Lungenembolie dürfte ihre Erklärung in der Entlastung des rechten Herzens finden.

E. Mühsam, Berlin.

4201.

Häbler, C., Ueber den K- und Ka-Gehalt von Eiter und Exsudaten und seine Beziehungen zum Entzündungsschmerz. (Klin.

Wschr., 8. Jahrg., Nr. 34.) (Chirurg. Universitätsklinik und Physikochemisches Laboratorium, Würzburg.) An klinischem Material wird gezeigt, daß der K-Gehalt von Eiter und Exsudat mit zunehmender Entzündung größer wird. Seröse Exsudate mit einer Azidität, die der des Blutserums entspricht, zeigen einem K-Gehalt nicht höher als das normale Serum. Sero-fibrinöse und serös-eitrige Exsudate enthalten bis zur 1½fachen Menge des normalen K-Gehaltes. Die eitrigen Exsudate dagegen sind durch einen ganz enorm hohen K-Gehalt von 51,3 bis zu 205 mg% ausgezeichnet, und in allen diesen Exsudaten geht der K-Gehalt mit der Schwere der Entzündung und dem Aziditätsgrade parallel. Es läßt sich also auch für die K-Ionenkonzentration im Entzündungsherd, genau wie für den osmotischen Druck und die H-Ionenkonzentration, eine nach dem Zentrum der Entzündung zu gerichtete Zunahme erweisen. Erklärt wird diese Zunahme an K dadurch, daß, je schwerer die Entzündung, desto mehr Zellen zerstört werden, aus denen K in das Exsudat übertritt.

Ferner ergibt sich, daß an dem Zustandekommen des Entzündungsschmerzes das K wesentlich beteiligt ist. Bei sero-fibrinösen und serös-eitrigen Exsudaten, deren aktuelle Reaktion und osmotischer Druck in einem Gebiete liegen, das nicht mehr schmerz-erzeugend wirkt, ist es sogar als alleinige Ursache des Entzündungsschmerzes zu betrachten. Bei den akut eitrigen Exsudaten mit hohem Aziditätsgrad addiert sich der durch die Azidität bedingte Schmerz zu dem durch K-Vermehrung hervorgerufenen hinzu.

Arnold Hirsch, Berlin.

4202.

Goiffon, R., und H. Pretet, Das enterorenale Syndrom Heitz-Boyer. (Paris méd., Nr. 25, 1929.) Infektiöse Phänomene infolge Virulenz und Wanderung intestinaler Bakterien haben in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit erregt. Meist ist es der Kolibazillus, aber auch der Enterokokkus, der Pneumobazillus Friedländer, seltener der Staphylokokkus, der Proteus und falsche Dysenteriebazillen. Für diese Saprophyten des Intestinum ist die Darmschleimhaut für gewöhnlich unpassierbar; gelangen sie aber unter Umständen auf dem Blut- oder Lymphwege in die allgemeine Zirkulation, so werden sie, wenn im Blut nicht zerstört, durch die Nieren ausgeschieden, und man hat also Störungen im Darm- oder Urintrakt oder im Blut. Klinisch: die Kranken suchen Hilfe wegen Veränderungen des Allgemeinzustandes: Asthenie, Arbeitsunlust, Kopfschmerzen, Neigung zu Migräne, Schwindel, zerviko-dorsalen oder lumbosakralen Neuralgien mit mehr oder weniger ausgesprochenen Fieberschüben. Die intestinalen Störungen sind oft sehr diskret und stehen, weil alten Datums, nicht im Brennpunkt des Interesses beim Patienten. Oft bestehen Veränderungen in der abdominalen Statik: kürzer oder länger dauernde Konstipation mag die Folge sein. Oder man findet eine Kolitis oder parasitäre Störungen. Diese Erscheinungen können lange bestehen, ohne Urinkomplikationen zu verursachen. Die Urinstörungen können in einer einfachen Bakteriurie bestehen oder das ganze Bild beherrschen: Pyelonephritiden, Zystitiden mit Pyurie. Die Fixation der intestinalen Bakterien im Urintrakt geschieht durch irgendwelche Veränderungen oder funktionellen Störungen: Urinstase in der Schwangerschaft, Steine, Ureterstenosen, Blasenatonie, Prostatahypertrophie usw. Von Untersuchungen kommt hier zunächst die des Stuhles in Frage. Hier sind die Ergebnisse sehr magere: man kann funktionelle Störungen und Beweise für eine Alteration der Darmschleimhaut feststellen, aber das bakteriologische Ergebnis läßt meist im Stich außer bei spezifischen Infektionen. Den besten Aufschluß geben noch dem Praktiker Abstrichpräparate des Stuhles nach Gram gefärbt. Auch die Blutuntersuchung, besonders die Blutkultur auf Kolibazillus, läßt in der Regel im Stich. Also die Harnuntersuchung. Sie kann eine massive Pyurie und Bakteriurie ergeben, oder eine massive Bakteriurie ohne Pyurie, oder eine massive Bakteriurie ohne Pyurie, oder eine Bakteriurie mit Spuren von Eiter, oder eine diskrete Bakteriurie ohne Pyurie. Eiter deutet dabei immer auf eine Entzündung infolge Fixation der Mikroben an irgendeinem Punkt des Urenaltraktes. Hier ist der Fall klar. Die Schwierigkeiten beginnen erst bei den einfachen oder diskreten Bakteriurien. Urin ist ein guter Kulturboden für den Kolibazillus: er lebt leicht im sauren Urin und wuchert rapid im alkalischen. Also kann auch ein vorübergehend alkalischer Urin eine diskrete Kolibazillurie enthüllen, die in saurem Urin unbemerkt bleibt: praktisch kann also eine massive Kolibazillurie die gleiche Bedeutung haben wie die Ausscheidung einiger weniger Bazillen. Wenn sonst das klinische Bild stimmt, wird hier eine Alkalisierung des Urins die Ausscheidung von Kolibazillen durch die Nieren sofort klären. Praktisch ist es also von Bedeutung, daß die Ausscheidung weniger Keime durch die Nieren zur Diagnose genügt. Beste Therapie: medikamentöse Säuerung des Urins. v. Schnitzer.

4203.

Makrycostas, K., Ueber die praktisch-klinische Bedeutung des Wirbelangioms. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Pathol.-Anatom. Institut des Krankenhauses der Stadt Wien.) Die Symptome der

Hämangiome der Wirbelsäule sind klinisch die der schweren Transversal-Myelitis. Das Angiom kann zur Rückenmarkskompression durch Porosierung und langsames Zusammensinken des Wirbels unter Bildung einer Kyphose führen. Das Angiom kann außerdem in den Extraduralraum einwachsen. Es kann bei der Vielseitigkeit der Wachstumsmöglichkeiten die verschiedenartigsten Symptome machen. Das Rückenmark bedrohende Angiome jüngerer Leute mit schweren Erscheinungen breiten sich über den gesamten Wirbelkörper aus. Für die klinisch symptomlosen, nur zufällig gefundenen Angiome älterer Menschen ist es charakteristisch, daß selbst die größten unter ihnen nicht den ganzen Wirbelkörper einnehmen. Verfasser berichtet über einen klinisch bedeutungslos verlaufenen Fall (zufälliger Obduktionsbefund), bei dem der seltene Fall völligen Becken- und Aufgeblähtheits des ganzen Wirbelkörpers vorlag. Das Angiom war hier außerdem in den Wirbelkörper hineingewachsen. Die zu lebensbedrohlichen Symptomen führende Ausdehnung eines Wirbelangioms ist radiologisch an der Aufblähung des Wirbelkörpers zu erkennen.

E. Mühsam, Berlin.

4204.

Heilig, F., und H. Kossman, Die Dawis-Reaktion bei bösartigen Neubildungen. (Ukrain. Med. Wschr., Nr. 2—3, 1929.) (Klinik d. spez. Therapie d. Med. Inst. in Kyjiw.) Technik: In einen Kolben werden zu 100 ccm Harn 10 ccm Acid. mur. pur. (spez. Gewicht 1,19) gebracht, bis zum Kochen erwärmt, abgekühlt und 30 ccm Aether absol. (spez. Gewicht 0,73) zugesetzt. Die Flüssigkeit wird vorsichtig umgeschüttelt und nach 24 Stunden abgelesen. Die Reaktion ist positiv, wenn die Aetherschicht oder auch der Harn eine kirschrote Farbe bekommen. — Die Autoren haben die Dawis-Reaktion bei 129 Kranken angestellt und fanden, daß diese Reaktion zwar für Krebs nicht spezifisch ist, aber in 88% der Fälle positive Ergebnisse zeitigt. Positiv ist diese Reaktion auch bei Erkrankungen, die mit hochgradiger Kachexie oder Gewebszerfall einhergehen. Bei negativem Ausfall der Dawis-Reaktion kann diese neben klinischen und röntgenologischen Befunden zur Differentialdiagnostik herangezogen werden.

O. Melsky.

4205.

Schreus, H. Th., Karzinomkrankheit und Säure-Basenhaushalt. (Strahlenther., 33., Heft 2, 1929.) (Röntgen-Inst. d. Med. Akad. Düsseldorf.) Von allen biologisch wichtigen Ionen spielen die H-Ionen die erste und auch insofern die übergeordnete Rolle, als die anderen biologisch aktiven Ionen (K, Ca, Mg) in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der Menge der H-Ionen stehen. Ferner lassen die Untersuchungen von Warburg vermuten, daß örtliche Reaktion und Pufferung einen bedeutenden Einfluß auf die Funktion der Karzinomzellen ausüben. Bei Karzinomkranken ist die Wasserstoffionenkonzentration nach der alkalischen Seite verschoben (im Durchschnitt 7,24 gegen 7,38 beim Normalen). Die Auswirkungen sind für den Karzinomkranken ungünstig, weil sowohl Wachstum der Zellen wie auch ihre Funktion durch die alkalische Reaktion begünstigt werden. Auch in diagnostischer Beziehung kommt ihr eine gewisse Bedeutung zu. Durch säuernde Behandlung (saure Kost, Ammoniumchloratgabe) gelingt es, die alkalische Reserve herabzusetzen, nicht aber gleichzeitig das pH. Aus der Untersuchung der aktuellen Reaktion des Arterien- und Venenblutes ging weiter hervor, daß bei Karzinomkranken eine schlechtere Versorgung der Gewebe mit Sauerstoff stattfindet. Für die Frage der Metastasen- und Rezidivbildung dürfte diese Tatsache von Bedeutung sein. Aber auch die Therapie wird daraus Nutzen ziehen. Die günstige Wirkung des Hochgebirgsklimas in der Nachbehandlung der Karzinomkranken erklärt sich wohl zum Teil durch Verschiebung im Säure-Basenhaushalt. Von der Beigabe von Kohlensäure zur gewöhnlichen Inspirationsluft ist dieselbe Beeinflussung zu erwarten. Es bleibt abzuwarten, ob sich auf Grund dieser Gesichtspunkte neue Wege zur Karzinombehandlung erschließen werden.

Kirschmann.

4206.

Stühmer, A., Die Rattenbißerkrankung (Sokodu) als Modellinfektion für Syphilisstudien. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 1, 1929.) (Univ.-Hautklin. Münster i. Westf.) Die Rattenbißerkrankung ist für die Maus anscheinend ein harmloser Parasitismus; es handelt sich um eine „stumme Infektion“, an der die Tiere niemals zugrundegehen. Hingegen tritt beim Meerschweinchen ein schweres Krankheitsbild auf mit Allgemeinerscheinungen und stets tödlichem Ausgang. Die Erkrankung des Kaninchens entspricht am meisten der des Menschen: Bildung eines Primäraffektes, Auftreten von Sekundärserscheinungen, die nach einiger Zeit schwinden, um in unregelmäßigen Abständen in geringerer Intensität wieder aufzutreten. Beim Menschen hat die Erkrankung in mancher Beziehung mit Rezidiv oder Malaria Ähnlichkeit; sie ist daher auch zur künstlichen Fiebererzeugung benutzt worden. Salvarsan wirkt heilend. Die weitgehende Übereinstimmung des Verlaufes beim

Menschen und Kaninchen, die die der Syphilis übertrifft, läßt hier eine Modellinfektion ermöglichen, die für das Studium vieler Syphilisfragen (Immunität, stumme Infektion, Verbleib der Erreger in den Latenzperioden usw.) geeignet erscheint.

Ernst Levin, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

4207.

Meyer, A., Ueber eine der amyotrophischen Lateralsklerose nahestehende Erkrankung mit psychischen Störungen. Zugleich ein Beitrag zur Frage der spastischen Pseudosklerose. (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2, 1929.) (Universitätsklinik u. Labor. der Prov.-Anstalt Bonn.) Der beschriebene Fall hat Beziehungen zu der in ihrem Ausmaß an Bedeutung gewinnenden Gruppe der von Jakob als spastische Pseudosklerose oder wohl besser (weil weniger präjudizierend) als „chronische Enzephalomyelopathie mit Neigung zu systematischer Ausbreitung in motorischen Hirnregionen“ benannten Prozesse. Er ist vor allem bemerkenswert dadurch, daß er klinisch und anatomisch der amyotrophischen Lateralsklerose wesentlich näher steht als die Jakobischen Fälle. Vielleicht schlägt er so die Brücke von mehreren der Jakobischen Fälle zur amyotrophischen Lateralsklerose, während andere Fälle der Jakobischen Gruppe möglicherweise im Laufe der Zeit von ihnen abgetrennt werden müssen. Im Augenblick hält Verfasser es für geboten, seinem Fall sowohl gegenüber der amyotrophischen Lateralsklerose wie gegenüber den Jakobischen Fällen eine Sonderstellung einzuräumen. Der Fall gehört ferner zur Gruppe jener kataton-gefärbten eindeutig organischen Psychosen, die dadurch ein erhöhtes Interesse haben, weil sie vielleicht Hinweise auf die Lokalisation psychomotorischer Symptome gestatten.

Hans Knoke.

4208.

Lhermitte, J., Probleme der multiplen Sklerose. (Clinique et Laboratoire, Nr. 6, 1929.) Störungen der subjektiven Sensibilität gelten im Beginn der multiplen Sklerose als diagnostisch besonders wichtig. Bis jetzt haben die Neurologen und vor allem die Praktiker, die doch mehr als andere die multiple Sklerose in frühen Stadien zu sehen bekommen, zu wenig auf dieses Symptom geachtet. Unter den Sensibilitätsstörungen steht oben an das Gefühl der Ermüdung in den Muskeln, Parästhesien der Extremitäten und Gefühl von Lähmung an ihren distalen Enden, blitzartige Schmerzen von lanzinierendem Charakter, die an Tabes erinnern, ja auch die Trigemineuralgie ist als Initialsymptom der multiplen Sklerose beobachtet worden. Unter den der multiplen Sklerose eigenen Symptomen tritt am meisten hervor die Abschwächung des Gedächtnisses, oft verdeckt durch eine fabulierende Aktivität, die Ermüdbarkeit und Zerstreuung der Aufmerksamkeit, Diskordanz zwischen Tiefe der Amnesie und Beeinträchtigung der Intelligenz, Ausfall von Schulfachwissen, Schwierigkeiten im Rechnen und vor allem Abwandlungen der Gemütsphäre, die sich vielgestaltig durch Puerilismus, Euphorie, Hyperemotivität an der Oberfläche zu erkennen geben. Mit Hilfe von psychologischen Tests hat man festgestellt, daß unter zehn Sklerotikern neun eine Herabminderung ihrer geistigen Funktionen aufweisen. Tatsächlich lassen sich Verzüge der Reaktionsweise, Armut der Ideenassoziation, Abschwächung der Aufmerksamkeit, Schwierigkeit abstrakter Vorstellungen und grammatikalischer Ausdrücke, Schwäche des Urteils und der Selbstkritik objektiv vermerken.

Verfasser läßt eine Reihe von Kranken an uns vorbeipassieren, um die Vielfältigkeit und die Komplexität der Probleme der multiplen Sklerose darzutun. Sie sind gleichzeitig eine Bestätigung für die große Häufigkeit des Leidens, das in manchen Ländern, wie z.B. in Nordamerika, im Wachsen begriffen ist. Von der Identifikation der ersten Symptome hängt die Prognose zum großen Teil ab, denn solange die Veränderungen entzündlicher Natur und noch nicht vernarbt sind, sind wir in der Lage, die Herde, die dazu neigen, das gesamte Nervensystem zu überschwemmen, zum Erlöschen zu bringen.

Heid.

4209.

Koch, Else, Multiple Sklerose und Beruf. (Z. Neur., 121., Heft 1/2, 1929.) (Universitätsklinik Heidelberg.) Eine die Durchschnittsziffer weit übersteigende Zahl von Polysklerotikern ist auf dem Lande geboren und übt einen landwirtschaftlichen Beruf aus. Bei den differenzierten Handwerkerberufen zeigt sich, daß die Holz- und Metallberufe in überwiegendem Maße von der multiplen Sklerose betroffen werden, in weniger starkem Maße die Gärtner und Forstberufe, ebenso vielleicht die Bäcker und noch weniger einige andere Nahrungsmittelberufe. Das Krankheitsmilieu der Erkrankten steht relativ häufig in Beziehung zu den holzverarbeitenden Berufen und der Landwirtschaft.

Hans Knoke.

4210.

Heß, Leo, und Josef Faltischek, Ueber die Obstipation bei Sclerosis multiplex und Tabes dorsalis. (Med. Klin., Nr. 31, 1929.) (III. Med. Universitätsklinik und Zentral-Röntgen-Institut in Wien.) Man findet bei der Sclerosis multiplex langdauernde, das physiologische Maß weit überschreitende Retention der Fäzes in den proximalen Kolonabschnitten mit Erweiterung derselben und fast vollkommen fehlender Haustration. Der Uebergang in die distalen Abschnitte des Querdarms ist gekennzeichnet durch tiefe, segmentierende Haustration, eine Erscheinung, die auf eine spastische, zumindest hypertensive Einstellung dieses Darmabschnittes hinweist. Im Gegensatz zu diesem Aszendensstypus der Obstipation bei der Sclerosis multiplex erstreckt sich die Retention der Ingesta bei der tabischen Obstipation auf das Colon descendens und die distalwärts gelegenen Darmpartien. Es werden bei der tabischen Obstipation trotz reichlicher Füllung der unteren Darmabschnitte nur spärliche Bröckel verspätet aus der Ampulle ausgestoßen, während die Hauptmasse im Descendens fast unverändert liegen bleibt. Diese Stagnation der Fäzes in den distalen Teilen des Kolons und das Liegenbleiben einzelner Fragmente in der Ampulla dokumentieren somit eine Störung in jenem Mechanismus, der beim Normalen die Kotentleerung beherrscht, während die Fortbewegung des Darminhaltes durch die oberen Darmabschnitte keinerlei Störung erkennen läßt. Es handelt sich dabei anscheinend um eine Störung des Defäkationsreflexes, der normalerweise vom Descendens ausgeht. Da dieser Darmabschnitt in den Innervationsbereich des Nervus pelvici fällt, dessen Wurzelgebiet im Sakralmark gelegen ist, nehmen die Verfasser an, daß die beschriebenen Darmstörungen in ursächliche Beziehung mit einer Läsion dieses Nerven zu bringen sind.

L. Gordon, Berlin.

4211.

Uchida, K., Gehirn nach Urämie. (Arb. Neurol. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) 3 Fälle werden klinisch und pathologisch-anatomisch mitgeteilt. Nach den anatomischen Untersuchungen erscheint es begreiflich, wenn beim Urämiker schwere zerebrale Erscheinungen vorkommen, die unter Umständen zu lokalisierten Ausfällen führen können. Es ist eine Meningoenzephalopathie mit perivaskulärer Oedembildung und einer Parenchymschädigung, deren Wesen uns allerdings noch nicht erfaßbar erscheint.

Kurt Mendel, Berlin.

4212.

Yaskin, J. C., Kleinhirneembryome. (Arb. Neurol. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) Im Kleinhirn von Embryonen läßt sich eine ganze Reihe der verschiedenartigsten Anomalien zeigen, die ganz gut Ursache einer späteren Erkrankung werden können. Das Wichtigste ist die Persistenz eines ependymausgekleideten Kanals, dann folgt die mediane und paramediane Anhäufung von Keimzellen und schließlich, wenn auch nicht die Zyste selbst, so doch eine Veränderung an der ventralen Seite des Kleinhirnlappens, die als Zona spongiosa den fötalen Zysten vorausgeht. Und schließlich kann man im Kleinhirn der Föten auch Blutungen wahrnehmen, die eigenartig lokalisiert sind und sehr gut als Ursache späterer Mißbildungen angesehen werden können.

Kurt Mendel, Berlin.

4213.

Bagdasar, D., Chirurgische Behandlung der Gehirngummaten. (Rev. neur., Jahrg. 36, 2., Nr. 1.) Hirngummaten sind sehr selten. Auf 1500 Tumoren kommen 8 Gummaten = 0,5%. Die Differentialdiagnose zwischen Hirngumma und Hirntumor ist sowohl in klinischer wie serologischer Hinsicht fast unmöglich. In Anbetracht der äußersten Seltenheit der bei der Operation angetroffenen Gummaten ist diese Diagnose praktisch nicht zu stellen. Im Zweifelsfall soll der Chirurg immer eingreifen. Die probatorische Behandlung muß endgültig verlassen werden in Anbetracht ihrer Erfolgslosigkeit, sie soll aber der Operation folgen, wenn die pathologisch-anatomische Untersuchung ein Gumma ergeben hat. 8 Fälle werden mitgeteilt.

Kurt Mendel, Berlin.

4214.

Schidrowsky, P., Zur Frage der Tuberkulose des zentralen Nervensystems. (Arch. klin. Chir., 155., 4.) (Path.-Anatom. Institut Kiew und Pathol.-Anatom. Kabinet des Metschnikow-Krankenhauses, Leningrad.) Tuberkulose des Zentralnervensystems sind verhältnismäßig selten. Sie kommen im Vergleich zu den echten Geschwülsten des Nervensystems in einem Verhältnis von 1 : 6 vor. Sie lassen sich in jedem Abschnitt des Zentralnervensystems beobachten, bevorzugen aber die hintere Schädelgrube. Tuberkulose sollen bei Männern etwas häufiger vorkommen als bei Frauen. Am häufigsten kommen sie aber bei Kindern vor, können aber in höherem Lebensalter auch beobachtet werden. Verfasser beobachtete sie zwischen dem 26. Monat und 43. Jahr. Die Größe der Tuberkulome schwankt zwischen Erbse- und Apfelgröße.

Primäre Tuberkulome sind äußerst selten. Die tuberkulöse Grunderkrankung überdeckt gewöhnlich das Tuberkulom, das meistens Zufallsbefund bei Obduktionen ist. Sind die Tuberkulome deutlich von der Hirnsubstanz abzutrennen, so können sie operativ entfernt werden.

E. Mühsam, Berlin.

4215.

Chavany, J.-A., und S. George, Zur Staphylokokkenmeningitis; die spinale Form. (Presse Méd., Nr. 53, 1929.) Verfasser hatten Gelegenheit, 2 Fälle von spinalen Staphylokokkenmeningitis zu beobachten, von denen der eine einen akuten Verlauf mit tödlichem Ausgang, der andere einen langsameren Verlauf mit Heilung nahm. In beiden Fällen wurde sehr häufig punktiert und jedesmal in der Kultur Staphylokokken nachgewiesen, über deren Ätiologie nichts zu erfahren war. Verfasser nehmen nach diesen beiden Fällen 2 Formen von spinaler Staphylokokkenmeningitis an: 1. eine akute Form, 2. eine subakute Form. Um ein Uebergreifen auf das Zerebrum zu vermeiden, sind alle therapeutischen Maßnahmen zu unterlassen, die eine allgemeine Ausbreitung der Infektion verursachen könnten, vor allem die Lumbalpunktion, da eine Aussaat in den Subarachnoidalraum die Folge sein kann. Als Behandlung kommt eine Schock- oder Vakzinotherapie in Frage.

Haber.

4216.

Neel, Axel V., H. Tómassen und O. Jacobsen, Ueber Veränderungen der Spinalflüssigkeit infolge von kurzdauernder Kompression nach Queckenstedts Methode. (Hosp. tid., Nr. 33 u. 34, 1929.) Die Untersuchungen der Verfasser sollten die Wirkung einer kurzen Zeit dauernden Kompression durch die Queckenstedtsche Methode (Kompression der Vena jugularis) auf die Beschaffenheit oder Veränderung der Spinalflüssigkeit erweisen. Es wurde eine quantitative Eiweißbestimmung nach Brandberg-Stolnikow-Bisgaard vorgenommen, die als genau und einfach dazu empfohlen wird. Durch die Kompression der Vena jugularis kommt es stets bei genügender Stärke und Dauer der Kompression zu einer Verdünnung der Spinalflüssigkeit, indem die letzten Proben weniger Eiweißgehalt zeigen als die früheren. Durch die Kompression wird der Venendruck verstärkt und übersteigt den kolloid-osmotischen Druck; dadurch wird Flüssigkeit durch die Kapillaren gepreßt. Auch bei der Punktion von Kranken, die sich stark wehren und die man sehr festhalten muß mit gebeugtem Haupte, kommt es auch zur Verdünnung der Spinalflüssigkeit.

S. Kalischer.

4217.

Hazama, T., Bulbus und Atemstörungen. (Arb. Neurol. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) Verfasser stellt 3 Fälle von Atemstörungen ganz verschiedener Genese nebeneinander und zeigt an ihnen, daß der dorsale Abschnitt des Vaguskernegebietes mit der Atmung in irgendeinem Zusammenhange stehen muß. Fall I: entzündlicher Prozeß der Medulla oblongata; Fall II: schwere Syringobulbie; Fall III: Parkinsonismus nach Enzephalitis. Alle 3 Fälle boten Atemstörungen, und die Autopsie ergab schwere Veränderungen im dorsalen Abschnitt des dorsalen Vaguskerne.

Kurt Mendel, Berlin.

4218.

Ishikawa, E., Zentren für den Uterus. (Arb. Neurol. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) Die Lokalisation für die den Uterus versorgenden Nerven ist vom dritten Sakralsegment abwärts im Zwischenstück zu suchen, hauptsächlich in dessen lateralen Partien.

Kurt Mendel, Berlin.

4219.

Forgue, E., und G. Laux, Ueber die Beziehungen der Nervenwurzeln zum lumbosakralen Subarachnoidalraum. (Presse méd., Nr. 55, 1929.) Die beste Zone zur tiefen Lumbalpunktion befindet sich zwischen dem unteren Rand des ersten Lumbalwirbels, wo das Rückenmark in einer Spitze ausläuft, und dem zweiten Sakralwirbel, wo der fibroseröse Sack endet. Hier ist der Subarachnoidalraum leer von Mark, und die Nadel trifft nur die Nerven der Cauda equina, die ein fächerförmiges Bündel bilden und die zuerst von der analgesierenden Flüssigkeit imprägniert werden und die bei schwacher Lösung allein betroffen werden können. Die beigefügten Abbildungen der Schnitte durch die einzelnen Wirbel zeigen außerdem klar, daß man am besten und sichersten in der Medianlinie und nicht lateral eingeht, da man dabei riskiert, den ausgebreiteten Wurzelfächer zu verletzen, sei es im Moment des Duradurchstiches, sei es, daß man zu tief sticht und eine Wurzel der entgegengesetzten Seite trifft.

Haber.

4220.

Dietrich, A., Zur Topographie der Cisterna cerebello-medullaris bei Hydrozephalus. (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2, 1929.) (Pathologisches Institut Tübingen.) Aus in der Arbeit gebrachten Abbildungen geht hervor, daß die Sperre des Liquorabflusses (Sub-

arachnoidalblock) bei Hydrozephalus durch mannigfaltige Veränderungen bedingt sein kann und die bisherige Einteilung nicht allen Möglichkeiten gerecht wird. Man unterschied bisher den zerebralen Block bei einer Absperrung am Foramen Magendii und den Seitenöffnungen des vierten Ventrikels; den Zisternenblock beim Uebergang der Zisterne in den spinalen Subarachnoidalraum, und endlich den spinalen Block. Folgende Einteilung dürfte nach Meinung des Verfassers zu einer schärferen Erfassung der Verhältnisse führen:

1. Sperre mit Zusammenpressen des vierten Ventrikels (zerebraler Block). Hervorgerufen kann dieser Zustand werden durch Hineinziehen des verlängerten Markes und des Kleinhirns in den Spinalkanal (Chiari-Arnoldsche Mißbildung bei Rachischisis) oder durch Abschluß vor dem vierten Ventrikel (Aquaeductus Sylvii) und Hineindrücken des verlängerten Markes mit Kleinhirn in das Foramen magnum. In derartigen Fällen würde die Ventrikelpunktion den Hydrozephalus erkennen lassen, die Zisternenpunktion negativ sein, aber auch große Gefahr einer Verletzung bieten.

2. Sperre mit Erweiterung des vierten Ventrikels (Block der Rautengrube). Es besteht ein Abschluß des Foramen Magendii und der seitlichen Öffnungen oder auch Ausfüllung der Rautengrube (Tumor, Zystizerkus). Das Kleinhirn wird vorgewölbt und füllt den Zisternenraum aus. Die Zisternenpunktion ist negativ und gefährlich wie in der ersten Gruppe.

3. Sperre mit Erweiterung der Zisterne (zerebrospinaler Block). Der Abschluß besteht am Foramen magnum. Die Punktion der erweiterten Zisterne gelingt leicht und ist geeignet, eine Entlastung herbeizuführen.

4. Sperre im Bereich des Spinalkanals (spinaler Block). Dieser unter den angeführten Beispielen nicht vertretene Fall bliebe noch als weitere Möglichkeit bestehen. Hans Knoke.

4221.

Marchand, L., und A. Courtois, *Epilepsia subcorticalis*. (Rev. neur., Jahrg. 36, 2, Nr. 1.) Krampfanfälle kommen bei subkortikalen Läsionen vor, so bei extrapyramidalen Erkrankungen, bei Läsionen der grauen Zentralganglien, der Regio subthalamica (Myoklonien, Polyklonien, Chorea, Athetose, Pseudosklerose, Torticollis spasticus, striäres Syndrom, Encephalitis epidemica, Parkinsonismus usw.). Diese Anfälle, die als subkortikale, striäre, extrapyramidale, spastische Epilepsie beschrieben worden sind, können verschiedene Formen mit Uebergängen zwischen einander aufweisen: 1. mehr oder minder lokalisierte Krämpfe ohne Bewußtseinsverlust; tonische Extremitätenspasmen, Torsionsspasmen, giratorische Krisen, Torticollis spasticus, okulogyre tonische, myoklonische, choreo-athetotische, nystagmiforme Krisen, Zitteranfälle; oft sind damit Schmerzen und vasomotorische Störungen verbunden. 2. Anfälle mit allgemeinen motorischen Phänomenen, Bewußtseins-trübung oder Bewußtlosigkeit: Anfälle von Muskelrigidität, pseudotetanischer Kontraktur, rhythmische Bewegungen, epileptische Myoklonien, Epilepsia choreatica, statische Epilepsie, Kataplexie, Pyknolepsie. Diese Anfälle können mit Anfällen gewöhnlicher Epilepsie alternieren oder später durch sie vertreten werden. 3. Typisches Bild der klassischen Epilepsie; nur weisen die Störungen im Intervall der Anfälle auf die subkortikale Läsion als Ursache der Epilepsie hin; häufig sind dann auch die Anfälle atypisch, sie bestehen evtl. nur aus tonischen Zuckungen. Kurt Mendel, Berlin.

4222.

Carnot, P., *Das Ana-vesiko-genito-perineale Syndrom der sakralen Tabes*. (Paris méd., Nr. 28, 1929.) Die Poliomyelitis des Konus oder die kaudale Radikulitis ist klinisch sehr wichtig: als erstes Zeichen wird ihre tabische Natur oft verkannt. In einem Falle traten 20 Jahre nach der Ansteckung — jetzt vor 10 Jahren — die ersten genitalen Störungen auf: prämatüre Ejakulationen, die allmählich zunahm, Verlust der Erektion, der Libido, jetzt totale Impotenz. Totaler Verlust der Sensibilität an der Glans, der Urethra, am Skrotum; dort war allerdings die Tiefensensibilität erhalten. Fast zur gleichen Zeit kam es zu Urinstörungen: häufiger Drang mit erheblicher Verzögerung der Entleerung, nur unter starkem Drücken mit vielfachen erneuten Versuchen und mit schwachem Strahl. Dann unfreiwillige Entleerungen, die erst an der Durchnässung bemerkt werden beim Lachen, bei Anstrengungen. Sie werden immer häufiger und reichlicher: ein Rest Sphinkterreaktion zeigt sich beim Versuch, den Kremasterreflex auszulösen (der oft fehlt) in Form eines leichten Strahles. Oft ist deswegen ein Urinal nötig. Fäkale Störungen: Auf die initiale Konstipation mit Verlust der anorektalen Sensibilität folgt eine unfreiwillige Entleerung bei Winden, beim Husten; der Sphinkter erschlafft völlig; der Kranke merkt nicht, wenn die Defäkation beginnt, wenn sie endet. Endlich die Anästhesie im Sitzen. Perineum, Skrotum, Penis, die Glutäi bis zum Darmbeinkamm hinauf und abwärts sind anästhetisch. In einem anderen Falle bestand neben diesen Zeichen durch die Syphilis des Pankreas ein ausgesprochener Diabetes. Be-

sonders quälend kann ein dauernder Tenesmus sein, ein steter Drang, oder das Gefühl eines Fremdkörpers im Anus. Oder es kommt durch die mangelnde Kontraktion des Kolon zu einer Konstipation, sogar zu einem Sterkorom, das künstlich entfernt werden muß. Die Kranken halten ihren Stuhl oft auch gewaltsam zurück; wenn er flüssig ist, läuft er einfach ab. Bei der Konstipation versagen Einläufe und Laxantien. Oft sind diese Petits malheurs die ersten Zeichen, die erst durch eingehendes Fragen entdeckt werden. Später, bei Zunahme, halten sich diese Kranken deswegen völlig zurück. Sehr früh treten die Urinstörungen auf: die Kranken und auch die Urologen, die sie wegen einer vermeintlichen Strikture oder Prostatahypertrophie aufsuchen, werden meist erst durch den Nervenspezialisten richtig aufgeklärt. Charakteristisch ist, daß die Kranken oft tagelang ihre Blase nicht entleeren, der Anästhesie wegen; deshalb wissen sie auch nicht, wann die Entleerung beginnt und aufhört. Umgekehrt kann auch ein Tenesmus bestehen. Endlich sind Schmerzphänomene zu erwähnen, richtige vesikale Krisen, plötzlich einsetzende Dysurien, die die Fehldiagnose Stein nahelegen. Von seiten der Genitalien kann der Impotenz eine Uebererregung vorausgehen, die je nach dem Alter überrascht, monatelang andauern kann, dann aber rasch von Depression und tabischen Zeichen gefolgt ist. Die Brüsklen, oft den Koitus verleitenden Ejakulationen kommen gelegentlich auch bei Psychopathen vor. Bei der Frau werden diese Zustände durch eine vorher nicht gekannte sexuelle Indifferenz maskiert. v. Schnizer.

4223.

Gerhartz, H., *Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge von Schädelverletzungen*. (Med. Klin., Nr. 32, 1929.) Auf Grund einer Reihe von Fällen kommt Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß es zweifellos Hirndrucksteigerungen nach Kopftrauma gibt, bei denen die Drucksteigerung das einzige objektive Zeichen einer organischen Schädigung des Nervensystems ist. Sie können sich sehr langsam entwickeln und lange Zeit fortbestehen, und sie sind häufiger, als allgemein angenommen wird. Nach Schädelverletzungen sollte deshalb die Lumbalpunktion obligatorisch sein. Zum mindesten sollte sie ausgeführt werden, ehe man den Verletzten als Simulanten bezeichnet und die Rente entzieht. L. Gordon, Berlin.

4224.

Grinbarg, A., *Die Ischias und ihre Behandlung mit Antipyrininjektionen unter gleichzeitiger Galvanisierung*. (Med. Welt, Nr. 32, 1929.) (Physiotherapeutische Klinik des Kasaner Staatsl. Lenin-Instituts für ärztliche Fortbildung.) Verfasser erblickt die Ursache der Ischias in einer Neuritis des die Gefäße begleitenden peripheren sympathischen Nervenstammes. Zugleich mit einer Störung des physiologischen Gleichgewichtes treten im vegetativen Nervensystem vasomotorische Verstimmungen ein, die einen ununterbrochenen Reiz der sensiblen Nervenfasern hervorrufen. Therapeutisch werden Antipyrininjektionen unter gleichzeitiger Galvanisierung empfohlen. Das Verfahren wird folgendermaßen ausgeführt: Es werden mittels einer feinen Nadel langsam 0,5 ccm einer sterilisierten, leicht angewärmten 40prozentigen Antipyrinlösung ungefähr in der Mitte des großen Gesäßmuskels entlang dem Verlauf des Hüftnerven eingespritzt. Der regelrecht bewerkstelligte Stich ist an Schmerzen in der Verlaufsrichtung des Nerven zu erkennen. Je nach der Schwere des Falles wird die Dosis nach und nach erhöht, und zwar bei jeder Injektion um 0,1 bis 0,2 g bis zur Höchstdosis von 1,25 g. Die Injektionen werden nicht häufiger als dreimal in der Woche ausgeführt, und zwar in die am meisten schmerzende Stelle des Hüftnerven, wobei man die frühere Einstichstelle vermeidet. Gleich nach dem Einstich wird die Galvanisation zur Anwendung gebracht. Von den zwei gleichen, etwa 200 bis 250 qcm großen Elektroden wird die eine 10 bis 20 cm über der Antipyrininjektionsstelle, die andere in der Laufrichtung des Nerven angelegt. Die Pole müssen so angeordnet werden, daß ein Hinüberwandern der Antipyrinionen von der Anode zur Kathode in der Richtung der Schmerzausstrahlung vor sich geht. Nach 20 bis 40 Minuten gibt man dem Strom, nach Ausschaltung des Rheostaten, auf 10 bis 15 Minuten die entgegengesetzte Richtung, da ein Teil der Antipyrinionen negative Ladung besitzt. Nach je 3 bis 4 Sitzungen wird lediglich Galvanisation, ohne vorhergehende Antipyrininjektion, in der gleichen Weise ausgeführt. Die Stromstärke beträgt gewöhnlich 20 bis 30 M.A. L. Gordon, Berlin.

4225.

Nielsen, J., *Dystrophia muscularum progressiva*. (Arch. Neurolog. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) In einem Falle von Dystrophia muscularum progressiva untersuchte Verfasser das Rückenmark und fand daselbst: in der Halsanschwellung eine auffallende Schrumpfung der Ganglienzellen bei erhaltenen Tigroiden, vollständige Pyknose und geschlängelte Dendriten; andere Zellen daneben zeigen bereits vollständige Atrophie, wie es dem höchsten Senium zukommt. Die zweite Gruppe der Veränderungen ist eine lipodystrophische; indem z. B. die Zelle vollständig mit Lipofuszin

erfüllt ist. Die Glia ist reaktiv sehr wenig verändert. Auffällig ist die Intaktheit der Stillingschen Zervikalkerne, und auch die Hinterhornzellen zeigen eigentlich nichts von einer hochgradigen Atrophie. Auch im Dorsalmark zahlreiche Vorderhornzellen von senil atrophischem Aussehen. Im ganzen zeigten sich also im Rückenmark die Zeichen einer schweren Gesezensenz, ebenso auch am Skelett. Die Frage ist allerdings, ob der Zellschwund und die Zellveränderung als Ursache der Dystrophie anzusehen ist oder ob der spinale Prozeß sekundär als Folge der Muskelveränderung gelten muß oder aber ob die beiden Prozesse, der spinale und der muskuläre, nicht Folge einer gemeinsamen Noxe einander koordiniert sind.

Kurt Mendel, Berlin.

4226.

Kurosawa, T., **Nervöse Erscheinungen bei der Osteomalazie.** (Arb. Neurol. Inst. Wien, XXXI, Mai 1929.) In 2 Fällen von Osteomalazie — der eine ein typischer Fall, der andere ein Fall von Hunger-Osteomalazie — fand Verfasser schwere Veränderungen im Rückenmark: im ersten Falle einen polysklerotischen Prozeß von unklarer Genese, im zweiten Falle ein tabiformes Bild, das wohl auf eine luische Infektion zu beziehen ist. In beiden Fällen fanden sich auch schwere Degenerationen der Zellen des Seitenhorns.

Kurt Mendel, Berlin.

4227.

Chasnow, M. A., **Trichinose und die Erscheinungen seitens des Nervensystems.** (Kazan. med. Z., 25., Heft 2, 1929.) (Univ.-Nervenklinik Minsk.) An Hand von 3 Fällen wird darauf hingewiesen, daß die Trichinellen und deren Giftprodukte nicht nur die Muskulatur, sondern in beträchtlichem Maße auch das Nervensystem durchsetzen, wobei die Erscheinungen seitens des Nervensystems den myosytischen und denen der anderen Organe bisweilen vorangehen können. Die Trichinose befallt sowohl die Hirnhaut als auch das Hirngewebe und die Hirngefäße. Wie die klinischen Befunde zeigen, werden in den Krankheitsprozeß auch die Wurzeln, die peripheren Nerven und das vegetative Nervensystem hineingezogen. Eine Reihe von wichtigen und kardinalen Krankheitssymptomen der Trichinose, wie Kernigesches Symptom, Fehlen der Reflexe, Parästhesien, niedriger Blutdruck, Ödeme u. a. sind durch Affektion des Nervensystems bedingt, und die rechtzeitige Untersuchung des letzteren kann oft zur frühen Erkennung dieser Krankheit führen.

E. Kontorowitsch.

4228.

Fribourg-Blanc, M. A., **Malariatherapie bei Erkrankungen des Nervensystems.** (Clinique et Laboratoire, Nr. 5, 1929.) Von allen Zweigen der Medizin hat sich die Psychiatrie am meisten entwickelt. An Stelle der analysierenden Psychiatrie von früher ist heute die „heilende“ getreten. Ein lebendes Beispiel für diese wohlthätige Entwicklung sind die Erfolge der Malariatherapie.

Held.

4229.

Grün, Richard, **Blutsenkungsgeschwindigkeit und Blutstatus bei Nervenkrankheiten.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 35.) (Abt. und Poliklinik für Nervenkrankheiten im städt. Krankenhaus Frankfurt a. M., Sachsenhausen, Sandhof.) Bei den angeführten neurologischen Fällen, mit Ausnahme der Luesfälle, haben sich wenige eindeutige Resultate seitens des Blutbildes und der Senkungsreaktion ergeben. Bemerkenswert erscheint Verfasser, daß bei Patienten, die eine Geirnerschütterung erlitten haben, die Senkung verlangsamt und oft eine Lymphozytose im Blute gefunden wird. Da man den gleichen Befund bei vegetativ Stigmatisierten erheben kann, so kommt diese Methode bei der Differentialdiagnose funktionellen Störungen gegenüber nur dann in Frage, wenn die Blutsenkung sehr stark verlangsamt ist. Verfasser fand, daß bei vorwiegend halbseitig lokalisierten Enzephalitisformen die Blutsenkung nicht beschleunigt ist, im Gegensatz zu den übrigen Fällen von chronischer Enzephalitis, in denen meist eine Beschleunigung der Blutsenkung gefunden wird. Bei Arteriosklerose fand Verfasser fast immer eine Senkungsbeschleunigung. Bei den Patienten, die eine Vermehrung der roten Blutkörperchen aufwiesen, war die Senkung verlangsamt, dasselbe Resultat wurde bei einem Patienten mit einer aplastischen perniziösen Anämie gefunden, während ein anderer Patient mit einer aplastischen perniziösen Anämie beschleunigt senkte. Die Methode der Senkungsbeschleunigung scheint Verfasser nach seinen Erfahrungen vielleicht bei der wichtigen und oft so schweren Differentialdiagnose, ob eine akute Enzephalitis oder ein Tumor im Gehirn vorliegt, verwertbare Resultate zu zeigen. Nach seinen Beobachtungen sprechen verlangsamte oder normale Senkungswerte mehr für Tumor, gegen akute Enzephalitis, bei der die Senkung stets beschleunigt ist. Beschleunigung der Senkung spricht dagegen nicht unbedingt gegen Tumor. Ist die Senkung erheblich beschleunigt, spricht dieser Befund mehr für akute Enzephalitis oder aber für eine rasch wachsende, zerfallende Geschwulst.

Arnold Hirsch, Berlin.

4230.

Rasch, C., **Pathomimia cutanea.** (Ugeskr. Laeg., Nr. 38, 1929.) Unter Pathomimia (Dieulafoy) versteht man Hautveränderungen, welche die Patienten selbst erzeugen, in Simulationsabsichten und aus psychischen Ursachen. Norman Walker nannte diese Leiden: Autotypisme. Schwer zu trennen davon sind die psychogenen Hautleiden, wo nur eine psychische Ursache vorliegt, wie bei Urtikaria, Hyperhidrosis, Prurigoformen, oder wo psychische Momente (wie Aufregungen, Aerger, Sorgen) den Ausbruch oder die Verschlimmerung des Hautleidens verursachen, so bei Ekzemen, Urtikaria, Psoriasis, Lichen ruber, Dermatitis herpetiformis. In einem Falle von Encephalitis lethargica sah der Verf. auf dieser Basis neurotische Hautexkoriationen entstehen. Bei vasomotorischer Hypererregbarkeit treten bei geringen Erregungen, äußeren Reizen, Medikamenten (Antipyrin, Chinin) und durch willkürliche Vornahmen (Druck, Reiben, Kratzen, Aetzen) Reaktionen ein, die oft falsch gedeutet werden wegen ihrer Stärke, Ausdehnung und Dauer. In einigen von den 52 Fällen dieser Art, die der Verf. sah, wurden Aetzungen der Haut vorgenommen, um eine Invalidität vor dem Gesetz vorzutäuschen (stückförmige Exkoriationen, Blasenbildungen, Pigmentveränderungen, Dyskromien). Oft sind die Formen und Grenzen dabei ganz unregelmäßig. Auch künstlich erzeugter Haar-ausfall ist nicht selten (durch Selbstausreißen). Alle diese Fälle sind natürlich psychisch zu behandeln, besonders die auf hysterischer Basis.

S. Kalischer.

4231.

Götz, Berndt, **Das Symptomenbild der Ethnophrenie.** (Med. Welt, Nr. 31, 1929.) (Anstalt Wuhlgarten bei Berlin.) An Hand eines Falles von Schizophrenie zeigt Verfasser, daß nicht nur die Denkmeechanismen, sondern, mit diesen allerdings im engsten Zusammenhang stehend, auch die Denkinhalte oder beides in eins genommen, die gedanklichen Bildungen der Ethnik wie der Pathopsychik in gleichen Richtungen sich bewegen. Das urtümliche Erleben, das wir im Aberglauben, der Urreligion, begegnen, ist es, das der schizophrenen Denkstörung ihren aberartigen Charakter verleiht. Verfasser belegt aus diesem Grunde das Symptomenbild mit der Bezeichnung Ethnophrenie.

L. Gordon, Berlin.

4232.

Wyrsch, Jakob, **Zur Kenntnis der schizophrenieähnlichen metenzephalitischen Psychosen.** (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2, 1929.) (Heil- und Pflegeanstalt St. Urban, Luzern.) Es wird hier eine nun 5 Jahre dauernde, im wesentlichen unveränderte metenzephalitische Psychose beschreibend-psychologisch zerlegt. Das symptomatologische Zustandsbild hat inhaltlich und formal große Ähnlichkeit mit einer Schizophrenie; insbesondere läßt sich die Sprach- und Denkstörung von den schizophrenen entsprechenden Störungen nicht klar und bestimmt abgrenzen. Dagegen läßt nun der Verlauf die Psychose von den Schizophrenien wohl unterscheiden, da hier weder Persönlichkeitsspaltung noch Veränderungen der Affektivität eingetreten sind. Ebenso bleibt die formale Intelligenz und das Gedächtnis unbeeinflusst.

Hans Knospe.

4233.

Werberg, Erwin, **Die Grundstörung der Zwangsneurose.** (Z. Neur., 121., Heft 1 u. 2, 1929.) Die rein psychologische Auffassung der Zwangsneurose läßt wesentliche Fragen der Pathogenese und Symptomentstehung unbeantwortet. Ausgehend von den neuen Erfahrungen der Enzephalitisforschung liegt der Gedanke nahe, die Erklärung der Zwangsphänomene in einer neurologisch erfassbaren Grundstörung zu suchen. Diese Grundstörung dürfte bei einer großen Gruppe von Zwangsneurosen im Bereiche der höheren Psychomotilität zu finden sein und in einer Insuffizienz der motorischen Zeitfunktion (des psychomotorischen Rhythmus) bestehen. Die zentrale Angst in der Zwangsneurose dürfte teils auf einer ebenfalls primären, mit jener Grundstörung verknüpften Anomalie der Affektivität, teils auf psychogenen Momenten beruhen. Das Erlebnis des Zwanghaften gelang erst sekundär zur Stellung des Kardinalsymptoms bei der Zwangsneurose und ist das Ergebnis einer Konflikthaftigkeit, wie sie beim Auftreten ichfremder Impulse in ichtnaher Sphäre verständlich scheint. Das anlagemäßig gegebene Material, gekennzeichnet durch die Grundstörung, wird durch die ergebnismäßig bedingten persönlichen Zielsetzungen sekundär gestaltet, so daß sich schließlich die Zwangssymptome, unbeschadet ihrer organischen Bedingtheit, in einen psychologisch verstehbaren Zusammenhang fügen, aus ihm erwachsen zu sein scheinen. Mit Hinblick auf dieses Verhältnis zwischen Psychogenie und neurologischer Grundstörung ergibt sich als therapeutische Indikation der Zwangsneurose die (individualpsychologische) Psychotherapie in Verbindung mit rationaler Übungsbehandlung.

Hans Knospe.

4234.

Damaye, H., **Akutes Delir und Delirium tremens.** (Progrès méd., Nr. 28, 1929.) Beide sind nahe verwandt und beruhen auf einer

Septikämie mit meningoenzephalitischer Lokalisation. Im Blut: Streptokokken (die schwersten Fälle), Staphylokokken oder Pneumokokken oder Mischinfektionen dieser. Trotz der mäßigen Meningoenzephalitis findet man ziemlich viele kapilläre Hämorrhagien durch die Agitation und den früheren schlechten Zustand des Gefäßsystems, besonders bei Leuten, deren Agitation lange Zeit unbehandelt blieb. Tod häufiger durch die Intoxikation und die Erschöpfung des Myokards, besonders bei Herzfehler und chronischer Myokarditis. Beide sind Septikämien und entstehen durch eine akzidentelle Infektion (Furunkulose, Metritis) oder durch die Virulenz latenter Mikroben unter dem Einfluß einer Schwächung des Organismus: beide Patienten sind gewöhnlich schlecht genährt; Auslösung durch Ueberanstrengung oder Rausch. Oft sind Leber, Nieren oder Herz schon geschädigt, fettig oder sklerotisch degeneriert, durch Alkoholintoxikation, frühere schwere Infektionen (Typhus, Paratyphus), besonders bei viszeraler Sklerose, wodurch die Widerstandskraft geschädigt ist. Prognose hier schlecht. Beim Delirium tremens kommen eigentlich nur noch die Zeichen der Alkoholintoxikation dazu. Es sind Psychosen, die nur bei mental Belasteten oder Psychopathen auftreten. Daher die Schwere und die mentalen Folgen, Schizophrenie usw. Klinisch kann beim akuten Delir die Verwirrtheit fehlen, lediglich Halluzinationen mit hohem Fieber; es kann aber auch ohne Agitation sein, bloß Stupor mit Fieber. Beim Delirium tremens sind Agitation und Verwirrtheit alkoholische Beigabe. Die Verwirrtheit kann dabei manchmal minimal sein. Die Behandlung dieser beiden schweren Affektionen ist die der Septikämien: Fixationsabsatz, hohe Dosen Elektrargol, am besten intramuskulär (intravenös leicht Schock). Oder besser Urometin. Ferner tägliche Strychnininjektionen oder künstliches Serum mit Glykose und Jod (letzteres befördert die Leukozytose). Wichtig ist ferner Digitalis und gute Ernährung (gezuckerte Milch und geschlagene Eier, eventuell mit Schlundsonde durch die Nase). Wenn die Kranken keine Nahrung zu sich nehmen, sind sie verloren.

v. Schnizer.

Psychologie und Psychopathologie

4235.

Klein, Robert, **Denkinhalt und Aphasie**. (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2.) (Deutsche psychiatrische Universitätsklinik, Prag.) Es wird ein Fall von Aphasie beschrieben, dessen Besonderheit darin liegt, daß die Darstellungs- und Konversationsprache unter den größten Schwierigkeiten vor sich geht, während alle übrigen rein sprachlichen Funktionen, vor allem das Bezeichnen, recht gut ablaufen. Es konnte geschlossen werden, daß die Ursache dieser eigenartigen Sprachstörung in dem fehlenden bzw. mangelhaft auftauchenden Denkmaterial für die Sprache gelegen ist. Eine Störung des formalen logischen Denkens konnte in diesem Falle nicht festgestellt werden. Es wird die Bedeutung der Denkinhalte, des Denkmaterials, neben dem formalen Denken bei der Beurteilung aphasischer Störungen betont. Das gute Erhalten sein des Bezeichnens konnte mit der angenommenen Störung insofern in Uebereinstimmung gebracht werden, als hier im wesentlichen ein einfacher symbolischer Denkvorgang Voraussetzung ist, nicht eine Reihe mehr oder weniger komplizierter Inhalte. Es konnte an dem Fall weiter gezeigt werden, daß je determinierter die Aufgabe gestellt ist, um so besser die Reaktion; das konnte einerseits als eine Parallelerscheinung zum mangelhaften Denkmaterial für die Sprache aufgefaßt werden, für das behinderte Freisteigen von Inhalten, das mangelhafte Aus-sich-heraus-Entwickeln charakteristisch ist, andererseits aber auch wieder das Erhalten sein des determinierten Bezeichnens verständlich machen. Es konnten Fälle von Korsakow-Psychose angeführt werden, die ganz ähnliche Störung aufweisen, auch für diese wurde eine Reduktion der Denkinhalte bzw. der Bereitstellung für den sprachlichen Ausdruck angenommen; die lückenhafte Darstellung bei dieser Krankheit kann mit einer Demenz oder Gedächtnisstörung allein nicht ausreichend erklärt werden; die hier nachweisbare Störung im Denkmaterial ist einer allgemeinen Intelligenzstörung nicht gleichzusetzen; Gegebenheiten werden richtig erfaßt und in entsprechende Beziehung gesetzt. Es wird die Bedeutung des Satzes und des Wortes besprochen mit Rücksicht auf die sie vorbereitenden Denk- und innerer Sprachvorgänge. Dann die Beziehungen, die die hier zugrunde gelegte Störung im allgemeinen zur Aphasie hat, vor allem zu den motorischen und insbesondere zu den transkortikalen Formen, die in einem engeren Zusammenhange mit ihr zu stehen scheinen.

Hans Knospe.

4236.

Kretschmer, Ernst, **Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände**. (Z. Neur., 121., Heft 1 und 2, 1929.) Verfasser spricht von der Therapie der schizophrenen Veranlagten, der akuten

schizophrenen Psychosen und der Postschizophrenen. Wie im ganzen Neurosengebiet, sieht er auch hier ein Ziel nur in einer streng differenzierten Psychotherapie auf Grund wissenschaftlich fundierter Typenpsychologie.

Hans Knospe.

Soziale und gerichtliche Medizin

4237.

Dabs, W., **Inwieweit ist bei Wirbelsäulenschwerverletzten zeitweise Arbeitsfähigkeit kein Maßstab für die spätere Bewertung von Unfallfolgen**. (Mschr. Unfallheilk., 9, 1929.) Der Wirbelsäule ist in der Beurteilung von Fraktursschäden eine Ausnahmestellung einzuräumen. Man darf sich durch die Wiederaufnahme der Arbeit von seiten des Verletzten, die wiedergewonnene, ausreichende, aber offenbar vorübergehende Funktionsfähigkeit der Wirbelsäule nicht verleiten lassen, den Verletzten wieder für schwerste Berufe als tauglich anzusehen. Es kann dadurch frühzeitige Invalidität eintreten infolge sekundärer Arthritis deformans.

Michaelis, Bitterfeld.

4238.

Edenhofer, H., **Ueber Elektrizitätstodesfälle**. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 35.) Verfasser führt aus, daß einerseits Unkenntnis und Leichtsinns der Arbeiter die Ursache der Unfälle ist, andererseits die körperliche Disposition für den tödlichen Ausgang eine ausschlaggebende Rolle spielt. Deshalb fordert Verfasser die Aufklärung der Arbeiter und der Umwelt über die Gefährlichkeit des elektrischen Stromes, auch der Niederspannungsleitungen, und die Entfernung organisch Minderwertiger aus der elektrischen Gefahrenzone. Bei der dringenden Notwendigkeit der Kenntnis des Wesens des Elektrizitätstodes, die allein eine entsprechende Bekämpfung der Gefahren ermöglicht, ist die Obduktion und genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung aller Elektrizitätsleichen zu fordern.

Arnold Hirsch, Berlin.

4239.

Birke, R., **Ein Fall von 16 Jahre lang erhaltener Salvarsan-überempfindlichkeit**. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 38, 1929.) (Univ.-Hautklinik Kiel.) Bei einer zunächst seronegativen, im weiteren Verlauf seropositiv gewordenen Lues I war nach innerhalb von 20 Tagen verabfolgten 4 intravenösen Einspritzungen, von Alt-salvarsan 0,4 eine ausgedehnte exfolierende Dermatitis aufgetreten. Später 2 Kalomelkuren, WaR. blieb positiv. Nach 16 Jahren Tobtschichts anfall infolge progressiver Paralyse, Malaria, Fieber durch Chinin nicht ganz beseitigt, Neosalvarsan 0,30. Nach 2 Tagen exfolierende Dermatitis mit starker Exsudation in ihren Erscheinungen dem Verlaufe beim ersten Male sehr ähnlich. Exitus. Es muß also bei noch so weit zurückliegender Ueberempfindlichkeit erneuter Schädigung durch vorsichtige Dosierung oder Vermeidung von Salvarsan vorgebeugt werden. Der unspezifische Reiz der ersten Dermatitis hatte hier die Metalles nicht verhindern können.

Ernst Levin, Berlin.

4240.

Lorch, H., **Ueber den Gonokokkennachweis in gerichtlicher medizinischer Beziehung, speziell in Hinsicht auf die Diagnostikstellung auf Grund der Untersuchung von Sekretflecken**. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 38, 1929.) (Gerichtsärztl. Inst. d. Hamburger Univ.) Die Untersuchung auf Gonorrhoe kommt in zivil- und strafrechtlichen Verfahren in Frage (Ehescheidung, Aufhebung von Verlobnissen, Notzucht, unsittliche Handlungen, Päderastie). Zum Nachweis der Gonokokken, deren Lebensfähigkeit in feuchten Medien eine ziemlich lange ist, findet die Kultur gerichtsärztlich im allgemeinen keine Anwendung, sondern der mikroskopisch-färbische Weg. Differentialdiagnostisch kommt bei intrazellulärer Lagerung und gramnegativem Verhalten nur der Meningococcus cerebrospinalis in Betracht; es entscheidet hier das klinische Bild. Bei Mangel genügenden Sekretes kommen die sonst üblichen Reizmethoden forensisch nicht in Frage, da sie eine Körperverletzung darstellen würden. Von den vielen Färbvorschriften kann die kombinierte Methode von Neißer als Methode der Wahl bezeichnet werden, da sie Kontrastfärbung mit Gramfärbung vereinigt (Färben mit Karbolgentianaviolett, fixieren mit Lugol, Entfärben mit absolutem Alkohol, Nachfärben mit Pappenheimschem Methylgrün-Pyronin-gemisch). Aus Flecken von Wäsche können Gonokokken noch nach Jahren nachgewiesen werden; das Material wird einer Quellung in mit einigen Tropfen konzentrierter Salzsäure versetztem Wasser unterworfen, wodurch die Eiterkörperchen weitgehend wiederhergestellt werden. Nach genügender Quellung (je nach dem Alter 4 bis 12 Stunden) wird das Sekret mit Platinoase abgenommen und wie bei frischen Präparaten gefärbt; es zeigt sich nur eine Schrumpfung der Kerne und des Protoplasmas der Leukozyten. Bei sehr geringen Sekretflecken erhält man unter Umständen

noch färbbare Ausstriche, indem man das herausgeschnittene Gewebe auf einem Objektträger in einem Tropfen angesäuerten Wassers zerzupft, die Stoffasern entfernt und den Rückstand sorgfältig fixiert. Bei Nachweis aus Flecken empfiehlt es sich, die Präparate (nach Entfernen des Zedernöls und Einschließen in Kanadabalsam) dem Gutachten beizufügen; auch durch Mikrophotographien kann die Diagnose festgestellt werden.

Ernst Levin, Berlin.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

4241.

Glocker, R., Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle als physikalisches Problem. (Strahlenther., 33., Heft 2, 1929.) Die erste Stufe in der Wechselwirkung zwischen Röntgenstrahlung und Materie ist die Umsetzung der Strahlenenergien in Elektronenenergie. Hiervon müssen wir auch bei der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die lebende Zelle ausgehen. Aus zahlreichen Untersuchungen ist die Tatsache bekannt, daß die biologischen Objekte eine stark fluktuierende Variabilität hinsichtlich ihrer Schädigung durch Strahlen aufweisen. Es ist aber nicht richtig, die Schädigungskurve, d.h. das Abhängigkeitsverhältnis der Schädigung von der angewandten Dosis, allein auf biologische Ursache zurückzuführen. Schon früher wurden die physikalischen Vorgänge für diese Kurve in Anspruch genommen. Es kann nämlich der Fall eintreten, daß ein und dasselbe Molekül des strahlenempfindlichen Bereiches der Zellen mehrfach getroffen werden muß, bis die Zelle zerstört wird. Eine geringere Anzahl von Treffern führt dann nur zu geringeren Schädigungen, z.B. Mißbildungen. Die Energien und die Zahl der Elektronen können aus physikalischen Daten berechnet werden. Die Berechnung für weiche und harte Strahlen in den Versuchen an Bohnenkeimlingen ergaben ziemlich gute Uebereinstimmung mit den Versuchsergebnissen. Für die praktische Strahlentherapie liefern diese physikalischen Vorstellungen eine zwanglose Erklärung des Zeitfaktors. Werden verschiedene Exemplare ein und desselben Objektes mit der gleichen Dosis bestrahlt, die eine Gruppe mit großer Intensität und kurzer Bestrahlungszeit, die andere mit langer Bestrahlungszeit und schwacher Intensität, so wird im zweiten Fall ein Teil der mehrmals getroffenen Zellen sich wieder erholen, bevor sie die tödliche Trefferzahl erhalten haben. Steigerung der Intensität bei konstant gehaltener Gesamtdosis bringt also solange stärkere biologische Effekte hervor, als das Erreichen der tödlichen Trefferzahlen in so kurzen Zeiträumen erfolgt, daß keine Erholung der Zelle möglich ist. Steigert man die Intensität darüber hinaus unter entsprechender Abkürzung der Bestrahlungszeit, so erhält man keine weitere Verstärkung der biologischen Wirkung.

Die ganz kurzweilige Radiumstrahlung erscheint im Lichte dieser Anschauungen biologisch besonders wirksam, weil die tödliche Trefferzahl mit der Wellenlänge abnimmt. Je geringer aber die tödliche Trefferzahl ist, desto rascher wird sie bei gleicher Dosis erreicht und desto weniger wird die Strahlungswirkung durch Erholungseffekte beeinträchtigt.

Kirschmann.

4242.

Weinbren, Maurice, Medizinische Forschungsgesellschaft und Ultraviolettbestrahlung. (Brit. J. Tbc., Juli 1929.) Der kritische Gebrauch von Apparaten mit Ultraviolettbestrahlung durch Laien und Kurpfuscher sowie die Veröffentlichung einiger Fälle mit tödlichem Ausgang veranlaßten das englische Gesundheitsamt, bei der medizinischen Forschungsgesellschaft ein Gutachten über Wert und Anwendungsbereich der Ultraviolettbestrahlung einzufordern.

Verf. wendet sich gegen den völlig einseitigen Bericht dieser Gesellschaft, die eine Ultraviolettbestrahlung eigentlich nur bei Lupus gelten läßt, und den einzig wissenschaftlichen Erfolg in der vermehrten entzündlichen Reaktion der Haut im Sinne gesteigerter Lämobakterisierung der Eigenschaft sowie in der Anhäufung von Vitamin sieht. Letztere Eigenschaft könne besser und billiger durch Darreichung von Lebertran erzielt werden. Hierbei ist nicht berücksichtigt, daß viele Kinder Lebertran nicht nehmen können. völlig unbeachtet bleiben die glänzenden Resultate, die man bei Rachitis erzielt hat, und die Tatsache, daß in sonnenarmen Ländern infolge der fehlenden Ultraviolettbestrahlung Rachitis sehr verbreitet ist. Es werden Veröffentlichungen des Augenarztes Dr. Duke-Elder über 700 Fälle mit Strahlenbehandlung angeführt. Besonders günstige Einwirkung bei tuberkulöser Dakryozystitis, Choroiditis, Sklerokeratitis. Nach dem Bericht der Gesellschaft soll bei Reknavaleszenz und allgemeiner Körperschwäche die Einwirkung der Strahlen so unbestimmt und vorübergehend sein, daß Anwendung derselben nicht gerechtfertigt erscheint. Hierbei ist jedoch festzustellen, daß die Technik in der Strahlenbehandlung bei

Lupus und in der Erzeugung erhöhter Bakterizie der Blutreaktion wenig Beziehungen zueinander haben. Bei Lupus ist die Dosierung so kräftig, daß eine kaustische Wirkung erzielt wird, wogegen eine minimale Erytemdosis bereits zur Erhöhung der bakteriziden Eigenschaft führt. Lichtbehandlung beschleunigt jedenfalls die Reknavaleszenz und erhöht das allgemeine Wohlbefinden.

Noch schwächer als gegen die Phototherapie sind die Einwände der Gesellschaft gegen die Bedeutung einer lokalen Bestrahlung. Nur weil Dr. Dora Colebrook keine varikösen Ulzera zu heilen vermochte, wird der Schluß daraus gezogen, daß lokale Lichtbestrahlung Hautulzera nicht beeinflussen könne. Die erwähnten Versuche sind aber völlig unzureichend, denn von 70 Fällen wurden nur 31 mit Ultraviolettbestrahlung behandelt, wobei die meisten wöchentlich weniger als zwei Bestrahlungen erhielten. Je chronischer die Fälle waren, desto weniger häufig wurden sie besichtigt, mitunter weniger als einmal wöchentlich. Keine Versuche wurden gemacht, die Oberfläche der Ulzera, ihre Ränder und die umgebende Hautpartie verschieden zu dosieren. Da ist es wohl zu verstehen, daß positive Resultate nicht erzielt werden konnten. Dagegen erwähnt Verf. aus verschiedenen Quellen Heilwirkungen durch Ultraviolettbestrahlung: bei akuten und chronischen Hornhautgeschwüren, varikösen Ulzera, Röntgeschwüren, Dysenteriegeschwüren, primären Wundheilungen von Hautnähten und schnellere Heilung bei Verbrennungen.

Verf. widerlegt mit seinen Ausführungen in jeder Weise den von der Gesellschaft aufgestellten Bericht und setzt sich aufs energischste für weitgehende therapeutische Anwendung der Ultraviolettbestrahlung ein.

Fritz Kaufmann, Grünberg.

4243.

Levy, L., und E. C. Beck, Untersuchungen über die Absorption des Tetraiodphenolphthaleins durch den Verdauungstrakt. (Amer. J. Roentgenol., 21., 5, 1929.) Beim Hunde war selbst mit großen Dosen der Farbdroge keine Gallenblasendarstellung zu erreichen.

J. Kottmaier, Mainz.

4244.

Rothmann, Hans, Die Häufigkeit des röntgenologischen Nachweises der Zirbeldrüse und seine diagnostische Bedeutung. (Med. Klin., Nr. 31, 1929.) (Med. Universitäts-Klinik zu Halle a. d. S.) Die Zirbeldrüse ist ein in der Medianebene gelegenes Gebilde von bald eiförmiger, bald kegelförmiger Gestalt von einer Länge von 8 bis 12 mm, einer Breite von 6 bis 8 mm und einer Dicke von 4 mm. Sie liegt frei über der Furche der vorderen Vierhügel. Vom dritten Dezennium ab lagern sich in der Zirbeldrüse Konkrement ab, die sich aus kohlenurem Kalk, Kalziumphosphat und Magnesiumphosphat zusammensetzen. Dadurch wird die röntgenologische Sichtbarmachung der Zirbeldrüse ermöglicht. Der normale Zirbelschatten ist bereits vom Pubertätsalter ab manchmal mehr oder weniger deutlich als zusammenhängender schwacher Schatten oder auch geteilt erkennbar und nimmt mit zunehmendem Alter meist an Intensität zu. Er kann sichtbar gemacht werden sowohl von vorn wie in der seitlichen Schädelaufnahme. In letzterer ist er leichter erkennbar und meist deutlicher, während er in der frontalen Aufnahme oftmals erst durch eine der Schädelbasis parallel gerichtete Aufnahme sichtbar gemacht werden muß. An einem großen Material von Schädelaufnahmen konnte Verfasser den Zirbeldrüsenschatten in 68% der Fälle konstatieren. Ein besonders intensiver Schatten weist auf pathologische Verhältnisse hin. Ein enger Zusammenhang läßt sich zwischen vermehrter Kalkablagerung in der Zirbeldrüse und dem Hypogenitalismus feststellen. Diese Beobachtung entspricht auch den klinisch bekannten Zusammenhängen zwischen Keimdrüsen und Zirbeldrüse.

L. Gordon, Berlin.

4245.

Pancoast, H. P., und T. Fay, Enzephalographie: Röntgenologische und klinische Betrachtungen über ihre Anwendung. (Amer. J. Roentgenol., 21., Nr. 5, 1929.) 90% des normalerweise in den Seitenventrikeln produzierten Liquors werden nach der Wanderung durch das Foramen Monroi zum dritten Ventrikel, dem Aquädukt und dem vierten Ventrikel, wo er nach Passierung der Foramina Magendii und Luschka subarachnoidal wird, durch die Cisterna chiasmatis zur Cortex cerebri geleitet, wo er in den (gewöhnlich 3 Paar) Pacchionischen Körpern resorbiert wird; etwa 10% werden im Rückenmarkskanal und durch das Lymphsystem aufgesaugt. Normalerweise befindet sich zwischen den Sulkis ein wenig Luft. Fehlt sie, so ist daraus auf Obliteration aus verschiedenen Ursachen zu schließen, während die Erweiterung, Drehung und die Entwicklung kompensatorischer Bahnen eine Blockierung der Pacchionischen Körper oder anderer Stellen längs der normalen Zirkulationswege anzeigen. Kommt es zu einem Verschuß des Foramen Monroi, so entsteht ein einseitiger interner Hydrozephalus, welcher sich durch zunehmende Ausdehnung des verschlossenen Seitenventrikels anzeigt, wobei die Mittelgebilde bis zur Kompensation nach der anderen Seite verschoben werden. Druckerscheinungen, Hirn-

atrophie und Verdrehungen des Organs sind die nächste Folge. Beim Erwachsenen mit seinen geschlossenen Fontanellen unterliegen das allseitig von Flüssigkeit umgebene Hirn und Rückenmark dem Gesetz von Flüssigkeiten in geschlossenen Räumen, wonach ein an irgendeinem Punkt ausgeübter Druck innerhalb des geschlossenen Flüssigkeitssystems auf alle anderen Punkte dieses Systems in gleicher Weise ausgeübt wird. Demnach kommt es in der Kindheit mehr zur Atrophie des Hirnes, während beim Erwachsenen, lange bevor dieser Prozeß größere Ausmaße erreichen kann, intensive Hirndrucksymptome auftreten. Beobachten wir demnach beim Erwachsenen einen großen, einseitigen Hydrozephalus, so dürfen wir schließen, daß es sich um einen auskompensierten Prozeß aus der Kindheit handelt. Verschuß des Foramen Monro wird durch einen Tumor im 3. Ventrikel, Ependymitis oder Verlagerung der Basis des Frontallappens nach aufwärts und rückwärts durch einen Tumor verursacht. Wird der Aquäduktus Sylvius verschlossen, so kommt es zu doppelseitigem, internem Hydrozephalus. Ein Tumor im 3. Ventrikel könnte gleichfalls Erweiterung der Seitenventrikel hervorrufen, wohingegen sich die Verlegung des Sylviuskanals auch durch die Erweiterung des 3. Ventrikels unterscheidet. Zur Verlegung des Aquäduktes können große Tumoren von außen führen: Kleinhirnbrückenwinkeltumoren oder Tumoren des Corpus pineale, meist aber sind es unregelmäßige Entwicklung, Entzündung und intramedulläre Tumoren, welche die Verlegung herbeiführen. Tumoren des 4. Ventrikels werden meist bei Kindern gesehen, sie stellen sich als Füllungsdefekte dar. Kleinhirntumoren, Abszesse und Brückenwinkeltumoren können, direkt oder indirekt, den 4. Ventrikel verlegen, ebenso den Abfluß durch Druck und Verlagerung, wodurch Dilatation des Aquäduktes, des 3. Ventrikels und der Seitenventrikel meist in symmetrischer Weise hervorgebracht wird. Enzephalographie kann in solchen Fällen nicht ausgeführt werden, da es nicht gelingt, etwa vom Lumbalsack aus Luft bis zum 3. Ventrikel vorzutreiben. Enzephalographie gibt am meisten Aufschluß bei Erkrankung in der vorderen und mittleren Schädelgrube (supratentorialen und kortikalen Sitzes). Diese einfachere Untersuchungsmethode ist dabei weniger riskant. Ventrikulographie gibt besseren Bescheid bei Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube (subtentorial, einschließlich des hinteren Teiles des 3. Ventrikels, des Kleinhirns, der Brücke und deren Umgebung). Die Ventrikulographie ist wegen des Sitzes der Erkrankungen riskanter. Jede der beiden Methoden hat ihre Indikationen, und es ist unrecht, beide anzuwenden, wenn bereits eine klare Verhältnisse schafft. Obstruierende Erkrankungen in der Cisterna magna, der Brücke oder dem Chiasma haben weniger Einfluß auf die Ventrikelverlagerung, weil die Zirkulationswege dort weiter und die Möglichkeiten der Absorption besser sind durch Lymphbahnen, Nervenscheiden und Venen, was auch bei der Deutung der Röntgenbefunde zu beachten ist. Bei Obstruktion an der Incisura tentorii kann je nach dem bestehenden Druck und dem Grade des Verschlusses Luft die Ventrikel, die Cisterna pontis und Cisterna magna erreichen und die Dilatation dieser Räume bewirken. Liquor, welcher die Cisterna chiasmatis und eventuell die Pacchionischen Gruben nicht auf dem gewöhnlichen Wege erreichen kann, kann einen anderen Weg finden. Im Enzephalogramm wird nur wenig Luft in der Cisterna chiasmatis und entsprechend ihrer Eigenschaft als Flüssigkeitsreservoir für die Frontookzipitalregion und den Scheitel in diesen Gegenden zu finden sein. Bei Zirkulationsschwierigkeiten in der oberen Cisterna pontis oder der unteren Cisterna chiasmatis kann der Liquor hinten um die Hirnschenkel fließen, um die Cisterna venae magnae in der Gegend des Corpus pineale zu erreichen. Der sonst schmale Raum kann so dilatieren, daß das Enzephalogramm einen pyramidenförmigen Luftraum unterhalb des Tentoriumdaches mit der Basis nach dem Processus petrosus des Os temporale gerichtet, erkennen läßt. Je ferner der Verschuß von den Ventrikeln liegt, um so geringer wird die Dilatation. Entzündungen oder Exsudate, subarachnoidale Hämorrhagien erfüllen die kortikalen Liquorbahnen mit reaktivem Gewebe und Adhäsionen. In kleineren oder größeren Bezirken wird dann die Luft vermißt. Es kommt zur Ausbildung kompensatorischer Kanäle. Hirntumoren verursachen eine Verlegung der Liquorräume in zwei ganz bestimmten Weisen. Tumoren invasiven Typs, wie die zerebralen Gliome, durchwachsen den Balken und überschwemmen die darüber liegenden Hirnwindungen, dabei die Flüssigkeitszwischenräume erfüllend. Manche Fälle gehen mit einer Verschiebung der Mittellinie nach der entgegengesetzten Seite einher, um den Balken zu entlasten. Das Enzephalogramm zeigt dann eine Verschiebung und eine gewisse Verdrehung der Ventrikel oder Füllungsdefekte der Ventrikulumsrisse, ebenso Verlegung der Liquorräume auf der Seite des Tumors. Andererseits können langsam wachsende extramedulläre Tumoren (Fibrosarcome) je nach dem Fortschreiten Verlagerung und Hirnatrophie machen und können jahrelang bestehen, ehe sie genügend Liquorräume verlegen, um Hirndruck hervorzubringen, im Gegensatz zu

den Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Die Gegend der Pacchionischen Körperchen ist wegen der Bedeutung der kortikalen Luftschatten bei der Deutung des Enzephalogramms vielleicht die wichtigste. Kommt es infolge Entzündung, Vergiftung, Infektion, eklamptischen oder traumatischen Einfluß, ebenso auch durch subarachnoidale Blutungen zu einem Tumor oder unvollständiger Entwicklung, so bilden sich infolge mangelhafter Resorption kleine Liquortropfen und Erweiterungen der Kanäle heraus. Es ist dies das Gegenteil des Bildes, welches durch intraventrikulären Druck entsteht, wobei die Verdrängung nach der anderen Seite so groß sein kann, daß es zur Obliteration der kortikalen Flüssigkeitsräume kommt, statt zur deren Erweiterung. So wie die Trepanation einen Hirnprolaps zur Folge hat, so kommt es bei Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube oder dem 3. Ventrikel oder dem Aquädukt zur Zerebellarhernie, wobei die Kleinhirnhappen nach dem Atemzentrum gedrückt werden, was den sofortigen Tod oder seinen Eintritt innerhalb 4 bis 8 Stunden nach der Lumbalpunktion herbeiführen kann. In solchen Fällen muß, ehe die Lumbalpunktion ausgeführt wird, der Ventrikeldruck herabgesetzt werden. Häufig genügt dann auch das Ventrikulogramm. Neurologische Untersuchung verbunden mit Bäranyversuch, Audiometer und genaue Bestimmung der Hörschwärze, besondere Beachtung der Basalganglien und der Pons- und Medullarkerne weist auf Erkrankung in der hinteren Schädelgrube hin. Bei Verdacht auf Hirntumor sollte die Lumbalpunktion immer mit einer feinen 22- oder 24 Green-Nadel vorgenommen werden, so daß die Nadel ohne Liquorverlust herausgezogen werden kann, wenn der Druck über 20 mm Hg beträgt. Durch Flüssigkeitsbeschränkung auf etwa $\frac{1}{2}$ Liter maximal wird der Liquordruck herabgesetzt, daß das Hirngewebe nicht in das Foramen magnum gepreßt werden kann. Es ist aber augenscheinlich, daß bei einer Verengung des 4. Ventrikels oder des Aquäduktes und dem Mangel an Flüssigkeit aus den Ventrikeln nicht möglich ist, Luft in die Ventrikel eintreten zu lassen, wodurch in solchen Fällen kein Bild erzielt wird, so daß ein Enzephalogramm nicht die gleichen Informationen gibt wie ein Ventrikulogramm, welches allein bei dieser Gruppe vor einer Operation angezeigt sein kann trotz seiner höheren Mortalität. Liegt die Verengung oberhalb der Hirnbrücke wie bei plastischen Exsudaten, nach Traumen, Blutungen oder Erkrankung der Pacchionischen Körperchen selbst, so ist der Druck oft extrem hoch (40, 50, 60 mm Hg). Gleichwohl kann man in diesen Fällen gefahrlos Liquor entnehmen, da der Aquädukt und der Ausgang in die Ventrikel frei sind, und so der Druck im ganzen System gleichmäßig vermindert wird. Besonders gefährlich sind Gliome mit ihren leicht zerreißen Gefäßen. Nach Lumbalpunktion kann es so zu Blutungen und einer schwammartigen Auftreibung des Tumors kommen. Dies ist häufig der Grund plötzlichen spontanen Todes ohne Operation oder nach Lumbalpunktion oder auch danach beobachteten verzögerten Todes. Unter 1529 Fällen bei 20 Fällen der Autoren Tod ein. Die Lumbalpunktion wird bei liegenden Patienten mit einer unzerbrechlichen Nadel aus Gold oder Nickelstahl zwischen dem 4. und 5. Lumbalwirbel vorgenommen. Ist der Liquor klar und farblos, wird der Druck bestimmt. Er liegt im Liegen normal 6-8 mm Hg, im Sitzen etwa 20 mm Hg. Zwischen dem 3. und 4. Lumbalwirbel wird eine zweite Nadel eingeführt, und so wie bei der ersten verfahren. Dann werden die Stylets und Nadeln wieder eingeführt und der zu Untersuchende vorsichtig in sitzende Haltung gebracht. Dann wird das Manometer mit der oberen Nadel verbunden, wo es während der ganzen Prozedur bleibt. (Ist der Druck im Liegen bereits 18 mm Hg, so daß man im Sitzen 30 erwarten kann, so läßt man aus der unteren Nadel Liquor ab, bis etwa 8 mm Hg.) Dann wird aus der unteren Nadel beim Sitzenden Liquor bis etwa 10 mm Hg abgelassen; darauf vermittelst einer sterilen 20-ccm-Spritze Luft eingeführt. Es kann gewöhnliche Zimmerluft sein, welche beim Einsaugen in die Spritze durch ein Stück sterile Watte am Spritzenansatz geht. Die Luft wird graduell in der Weise durch die untere Nadel zugeführt, daß das Manometer der oberen Nadel nicht höher wie 20 mm Hg steigt, dann kann man durch Abtropfen des Liquor, nie durch Ansaugen, den Liquordruck wieder auf 10 mm Hg senken. Während der Prozedur dreht ein Assistent oder eine Wärterin den Kopf des Untersuchenden gradweise, beugt ihn nach der Brust und rückwärts soweit wie möglich mit intermittierenden Rotationen im Kreise von einer Seite zur anderen soweit wie möglich, ohne die Wirbelsäule auf der Achse des Patienten zu bewegen. Wichtig ist, daß nach jeder Manipulation der Kopf wieder in die Mitte zurückkommt. Eine erfolgreiche versprechende Lufteinblasung ist erst möglich, wenn 90 bis 120 ccm Liquor abgelassen sind. 100 ccm Luft sind nötig, um ein interpretierbares Röntgenbild zu erzielen. Auch zu diesem Zeitpunkt beträgt der Liquordruck 20 mm Hg. Wegen der Liquorproduktion innerhalb der nächsten halben Stunde, welche zur Drucksteigerung führen kann, ist es gut, die Nadel erst dann wieder zu entfernen, wenn der Liquordruck auf 10 mm Hg gesunken ist. Um Dislokationen, infolge falscher Luftverteilung in den Hohlräumen

Schädels zu vermeiden, muß der Patient immer in aufrechter Haltung sein. Hat man etwa 40 ccm Luft eingeführt, so klagt der Patient über heftigen Frontalkopfschmerz, welcher anzeigt, daß die Subarachnoidalräume über dem Frontallappen erreicht sind, dann, wenn darauf geachtet wird, daß der Druck 20 mm Hg nicht übersteigt, beginnt der Patient profus zu schwitzen, zunächst am Vorderkopf, dann allgemein. Der Patient klagt über Schwächegefühl. Die Drehungen des Kopfes verursachen bisweilen Erbrechen, wenn die Ventrikel gefüllt werden. Verlangsamung des Pulses auf 60 Schläge ist nichts Ungewöhnliches. Selten war es nötig, wegen Pulsverlangsamung oder Atemschwierigkeiten nach der Röntgenuntersuchung die Luft wieder zu entfernen. Knieellbogenlage war dazu nur in 3 Fällen erforderlich. Wegen des Kopfschmerzes werden etwa 1 Stunde vor der Punktion Chloralhydrat und Kodein, wenn nötig, gegeben. Der Kopfschmerz hält sehr stark in den nächsten 6 bis 8 Stunden an und vergeht innerhalb der nächsten 24 bis 36 Stunden vollständig. Nach 24 bis 48 Stunden ist noch Luft in den Ventrikeln und über der Rinde nachweisbar. Die Aufnahmen müssen genau in sagittaler Richtung gemacht werden, um nicht Asymmetrie der Ventrikel vorzutäuschen, auch muß der Kopf nach vorwärts gebeugt werden, damit die lateralen und der mittlere Ventrikel klar von dem frontalen Sinus zu unterscheiden sind. Röntgenblendaufnahme auf etwa 1 m Entfernung sagittal 1200, seitlich 120 Milliampèrsekunden. J. Kottmaier, Mainz.

4246.

Dunham, K., und V. V. Norton, **Basaltuberkulose**. (Amer. Roentgenol., 21., 5, 1929.) Wird die Diagnose Basaltuberkulose gestellt, so ist in anderen Teilen des Körpers eine tuberkulöse Erkrankung zu erwarten, während wir bei der apikalen Erkrankung ist im vorgeschrittenen Stadium mit anderweitigen tuberkulösen Manifestationen im Körper rechnen. Die Basaltuberkulose läßt zwei verschiedene Typen erkennen: tuberkulös-käsige Bronchopneumonie und tuberkulöse Pneumonie. Die erstere kann so konfluierend sein, daß sie die letztere nachahmt. Die Basaltuberkulose ist ganz gewöhnlich bei Neger, aber auch bei Weißen nicht ungewöhnlich. Sie stellt eine Form generalisierter Tuberkulose dar.

J. Kottmaier, Mainz.

4247.

Ashbury, H. E., **Wiederholte massive Atelektase der Lunge infolge eines benignen intrabronchialen Tumors**. (Amer. J. Roentgenol., 21., 5, 1929.) Die bekannten Erscheinungen ließen sich durch Lufteinblasung — 600 ccm in diesem Falle — in die Pleurahöhle beheben. Einige Tage später hustete der Patient den obstruierenden Tumor aus.

J. Kottmaier, Mainz.

4248.

Geier, F. A. J., **Frühdiagnose des perforierten Ulcus pepticum**. (Amer. J. Roentgenol., 21., 5, 1929.) Als erstes Zeichen ist im Abdomen röntgenologisch Luft nachweisbar.

J. Kottmaier, Mainz.

4249.

Blond, Kaspar, **Ueber ein bisher nicht beachtetes Symptom der Cholezystographie und seine klinische Bedeutung**. (Klin. chr., 8. Jahrg., Nr. 34.) Es wird auf ein Symptom hingewiesen, welches man auf Cholezystogrammen regelmäßig beobachten kann, aber bisher nicht beachtet oder analysiert worden ist. Es besteht in folgendem: Macht man 12 Stunden nach intravenöser Injektion des üblichen Kontrastmittels eine Aufnahme der Gallenblasenregion, sieht man außer dem Gallenblasenschatten noch ein Schatten des Kontrastmittels in der Höhe der Flexura hepatica im Duodenum. Da das Mittel injiziert worden war, so kann es nur aus der Leber durch die Papilla Vateri in die Flexura hepatica gelangt sein. Dieses Symptom hat Verfasser seither bei allen cholezystographierten Fällen nach intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels beobachtet und zwar sowohl dann, wenn die Gallenblase gefüllt, als auch wenn sie ungefüllt bleibt.

Dieses Depot scheint für die Physiologie der Gallenblase von Bedeutung zu sein, da es Verfasser geeignet erscheint, in das Problem des Entleerungsmechanismus der Gallenblase ein neues Licht zu werfen.

Auch in diagnostischer Hinsicht dürfte das Symptom größere Bedeutung gewinnen, sodaß es nach Ansicht des Verfassers in dem Röntgenbefunde mehr fehlen sollte.

Aus dem Vorhandensein des Symptoms lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. In physiologischer Hinsicht:

a. Die Leber entleert auch während der Hungerperiode (in der Zeit wie bei Tag) Kontrastgalle in den Darm; es erscheint die Leber wie von einem Antagonismus der Gallenblasenmuskulatur und des sogenannten Sphincter Oddi hinfällig, denn obwohl eine aktive Entleerung der Gallenblase während dieser nicht nachweisbar ist, so tritt Kontrastgalle durch die Papilla Vateri.

2. Das Vorhandensein des Darmdepots stellt den sichtbaren Ausdruck einer auf der Platte festzuhaltenden Leberfunktionsprobe dar, wenigstens in bezug auf die Farbstoffausscheidung.

II. In diagnostischer Hinsicht:

a) Bei Vorhandensein eines normal dichten Gallenblasenschattens und normalen Depots.

3. Wegsamkeit der Papilla Vateri (sowohl Stein als auch Narbe im Hepatiko-Choledochus können ausgeschlossen werden).

b) Bei Vorhandensein eines schwachen Gallenblasenschattens und großen Depots.

4. Schädigung der Resorptionsfähigkeit der Gallenblasenschleimhaut oder beschleunigte Rückresorption oder relative Stenose der Valvula Heisteri oder pathologische Erweiterung des Hepatikocholedochus.

c) Bei nicht vorhandenem Gallenblasenschatten und vorhandenem Depot.

5. Wegsamkeit des Duct. hep. chol. und der Papilla Vateri und Erkrankung der Gallenblase.

Arnold Hirsch, Berlin.

4250.

Murphy, Douglas P., **Das Schicksal von 625 Schwangerschaften bei Frauen, die eine Radium- oder Röntgenbestrahlung des Beckens erhalten hatten**. (Amer. J. Obstetr., 18., Nr. 2.) Um den Einfluß der Bestrahlung auf die Schwangerschaftsdauer und auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder festzustellen, wurden 625 Schwangerschaften von Frauen untersucht, die der Radium- oder Röntgenbestrahlung unterworfen worden waren. Die Daten wurden aus der Literatur und durch Rundfrage bei den führenden Radiologen und Gynäkologen Amerikas erhalten. Es wurde ein wesentlicher Unterschied in der Schädlichkeit der Bestrahlungen vor der Konzeption und derjenigen nach der Konzeption festgestellt. Ein schädlicher Einfluß der Bestrahlungen vor der Empfängnis ließ sich weder auf die Dauer der Schwangerschaft noch auf die Gesundheit der nachfolgenden Kinder nachweisen. Die Zahl der Aborte, der Totgeburten, der Todesfälle im ersten Lebensjahr, der Deformitäten, der Kränklichen war nicht höher als unter der Gesamtzahl der Geburten. Auch die Bestrahlung nach der Empfängnis schien auf den Prozentsatz der Aborthäufigkeit, die Zahl der Totgeburten, der Todesfälle im ersten Lebensjahr und der Kränklichkeit der Kinder keinen erkennbaren Einfluß zu haben. Indessen fanden sich unter 74 nach der Empfängnis bestrahlten Schwangerschaften 25 Mißbildungen = 33,7%! Hierunter waren: Mikrozephalie 17, Hydrozephalus 2, mongoloide Idiotie 1, Blindheit und Untergewicht 1, Mißbildung des Kopfes 1, Mißbildung der oberen Extremitäten 1, Spina bifida und doppelte Klumpfüße 1, Divergenzschien 1. Die Häufigkeit dieser Defekte und die Gleichförmigkeit ihres Typus, vor allem der der Mikrozephalie, machen die Vermutung unabweisbar, daß sie das Resultat der Bestrahlung sind, die der Embryo in utero empfangen hat.

Die Folgerungen, die der Verfasser aus den Ergebnissen der Untersuchung zieht, sind folgende: Jeder Beckenbestrahlung soll eine diagnostische Abrasio vorausgehen, um die mögliche Bestrahlung eines wachsenden Embryos zu vermeiden. Der schwangere Uterus darf nicht bestrahlt werden. Es ist ratsam, eine Schwangerschaft, die unwissentlich der Bestrahlung unterworfen worden ist, so früh wie möglich zu beenden.

Hans Hirsch, Köln.

4251.

Noef, Th. C., **Ueber die Dosierung bei Radium- und bei Radium-Röntgenbestrahlung**. (Strahlenther., 33., Heft 2, 1929.) (Lab. f. med. Strahlenforschung a. d. Univers.-Frauenklin., Würzburg.) Auch beim Radium muß die HED als Grundlage für die Dosierung angesehen werden. Während im allgemeinen angenommen wird, daß eine Radiumdosis von 560 mgh in einem Abstand von 1 cm der HED entspricht, fand Verf. bei seinen Versuchen, daß die Dosis bereits bei 430 mgh liegt. Hierbei diente als Filter 0,2 mm Platin und 1,2 mm Messing, so daß nur die Gammastrahlung zur Wirkung gelangte. Die anzuwendende Radiumdosis muß die Dosenverteilung in der Tiefe (Isodosenkurven) berücksichtigen. Bei gynäkologischer Bestrahlung gibt die Toleranzdosis der Darmschleimhaut die Grenze an. Für Radium ist die höchst zulässige Darmdosis mit 330% anzunehmen. Hierbei können zwar leichte Darmbeeinflussungen auftreten, dieselben sind aber reversibel. Es sind demnach 1400 mgh in 1 cm Abstand vom Darm bei einer Filterung 1,2 Messing und Verwendung des Zelleneinheitspräparates von 20 cm Länge zulässig. Die Bestimmung des Abstandes vom Darm muß in jedem Einzelfall sorgfältig vorgenommen werden. Bei Kombination mit Röntgenstrahlen gelten die üblichen Gesichtspunkte.

Kirschmann.

4252.

Guthmann, H., und Walter Schol, **Kalzium, Schwangerschaft und Licht**. (Strahlenther., 33., Heft 2, 1929.) (Universitäts-Frauenklinik, Frankfurt a. M.) Der sonst mit dem Fortschreiten

der Schwangerschaft eintretende Abfall des Kalziumspiegels tritt bei Ultraviolettbelichtung nicht ein, sondern es ist sogar eine Erhöhung zu beobachten. Diese Erhöhung des Kalziumspiegels ist als prophylaktisch außerordentlich wichtig und günstig zu bezeichnen, da dadurch zweifellos eine große Reihe von Schädigungsmöglichkeiten und der Ausbruch verschiedener Krankheiten, wie z. B. Subtetanie und Osteomalazie, verhindert, andere, wie Eklampsie und Nephropathie, vermindert werden. Es ist wahrscheinlich, daß die günstige Einwirkung der Ultraviolettbelichtung auf Präeklampsie auf die Regulierung des Kalziumspiegels mit zurückzuführen ist. Das Gleichbleiben bzw. die Erniedrigung der galvanischen Erregbarkeit nach Ultraviolettbelichtung beweist einerseits die Abhängigkeit vom Kalziumspiegel, andererseits die Erhöhung desselben. Prinzipiell neu an dem Verfahren ist, daß mit Hilfe der Ultraviolettbelichtung der schwangeren Frau die Fähigkeit einer aktiven Kalziumspiegelerhöhung über längere Zeit hinaus vermittelt wird, im Gegensatz zu der bisher allein üblichen Erhöhung durch Ueberschwemmung mit Kalzium, die nur eine vorübergehende, zwangsweise Steigerung, nicht aber eine biologische Funktion darstellt. Auf Grund dieser Untersuchungen ist die systematische, kurgemäß durchgeführte Ultraviolettbehandlung der werdenden Mütter zu fordern. Kirschmann.

4253.

Goldstein, L., und D. P. Murphy, Mikrozephale Idiotie nach Radiumtherapie wegen Uteruskarzinoms während der Schwangerschaft. (Amer. J. Obstetr., 18., Nr. 2.) Eine 29jährige Zweitgebärende, deren erste Schwangerschaft normal gewesen war und ein gesundes Kind zur Folge gehabt hatte, erkrankte in der zweiten Schwangerschaft an Zervixkarzinom. Die Familien der Frau und des Mannes waren frei von geistigen Erkrankungen. Im sechsten Monat der Gravidität wurde das Karzinom mit 4440 mg El.-Stunden Radium bestrahlt. Die Schwangerschaft endete mit einer Frühgeburt im siebenten Monat. Das Kind war mikrozephal und idiotisch. Es wurde bis zum 12. Lebensjahr beobachtet. Die Umstände des Falles und das Studium der Literatur und der Ergebnisse einer Rundfrage führen die Autoren zu dem Schlusse, zu empfehlen, eine Schwangerschaft, bei der eine solche Radium- oder Röntgentherapie angewandt wurde, nicht zur Austragung kommen zu lassen. Hans Hirsch, Köln.

4254.

Scheffey und Schmidt, Diathermie als Hilfsmittel in der Behandlung von Entzündungen im Becken. (Amer. J. Obstetr., 18., Nr. 2.) In Parallelserien von Adnexitzündungskranken, die mit Diathermie und ohne Diathermie behandelt wurden, zeigte sich kein wesentlicher Unterschied der Resultate. Doch haben die Verfasser den Eindruck, daß in den zur Operation gekommenen Fällen bei den diathermierten Frauen weniger dichte Verwachsungen vorhanden waren. Es gibt virulente Adnexitoren, die auf Diathermie mit Schmerzen oder Fieberanstieg reagieren. Hier muß man die Behandlung abbrechen. Entzündungen post abortum oder post partum sprechen vorteilhafter auf Diathermie an als gonorrhöische. Hans Hirsch, Köln.

4255.

Beck, Ein Fall, der den Wert der Röntgenstrahlen als Hilfsmittel in der Behandlung des Polyhydramnios illustriert. (Amer. J. Obstetr., 18., Nr. 2.) Die gewöhnliche Behandlung des Polyhydramnios ist expektativ. Der Wunsch nach einem lebenden Kinde führt dahin, abzuwarten, bis die Druckbeschwerden auf seiten der Mutter so stark werden, daß man das kindliche Interesse nicht länger wahrnehmen kann. Nach vielen Beschwerden und nicht unbeträchtlicher Vermehrung des mütterlichen Risikos endigt die Schwangerschaft häufig mit der Geburt eines Monstrums. Hier kann eine sorgfältige Röntgenuntersuchung die Monstrosität vorher aufdecken; die Rücksichten auf das Kind fallen weg, und die Sprengung der Eihäute wird die Mutter vor weiteren Leiden und der Vergrößerung ihrer Gefährdung bewahren. Ein Fall, in dem die Röntgenaufnahme bei Polyhydramnios im achten Monat eine Hemi-zephalie aufdeckte, illustriert die Darlegungen. Hans Hirsch, Köln.

4256.

Ponzio, Mario, Radiotherapie der Brustdrüsenkarzinome. (Med. Welt, Nr. 31, 1929.) (Radiologisches Mauriziusinstitut, Turin.) Die radiumchirurgische Behandlung bei Brustdrüsenkrebs ist die angezeigteste, und dies um so mehr, je früher der Eingriff erfolgt. In den nicht operierten Fällen bietet die mit geeigneten medizinischen Kuren verbundene Radium-Röntgenbehandlung bedeutende Vorteile. Im ersten Falle können die Gesamtstatistiken Heilungen von 65% über 4 Jahre hinaus aufweisen, im zweiten Falle kann man bei 45% der Fälle Rückgänge und Verlängerungen des Lebens um mehr als zwei Jahre erreichen. L. Gordon, Berlin.

Neu erschienene Bücher

Hans Holfelder: Das Röntgeninstitut Frankfurt a. M. Leipzig 1929. Preis kartoniert 3,50 M. — Gemeint ist, wie aus den Vorsatzblättern hervorgeht, das neue Röntgeninstitut der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt a. M. Es handelt sich hier um eines der modernsten Institute seiner Art, weshalb sich eine etwas ausführlichere Besprechung der es beschreibenden Schrift empfiehlt. Es mußte zu einem Neubau geschritten werden, da die jährliche Frequenzsteigerung von 20–30% in Diagnostik und Therapie die Verhältnisse unhaltbar gemacht hatte. Gegebene Raumverhältnisse in unmittelbarem Anschluß an die chirurgische Klinik, rationelle Ausnutzung der Apparate, Vermeidung bzw. Beschränkung des Leerlaufes der Arbeit und Planung, welche eine Amortisation über ein Jahrzehnt gestattete, bildeten die Grundlage eines eingehenden Vorstudiums. Die Interessengemeinschaft mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse ermöglichte die Rentabilitätsberechnung, welcher eine Steigerung der Frequenz von 60 bis 100 diagnostischen und 30 bis 40 therapeutischen Leistungen bei Eröffnung des Institutes auf das Doppelte bzw. das Dreifache zugrunde gelegt wurde, auf eine so verbreiterte Grundlage zu stellen und zugleich den zahlreichen übrigen Röntgeninstituten in Frankfurt a. M. die freie Institutswahl zu erhalten. In ökonomischer Hinsicht muß die Raumordnung von größter Bedeutung sein. Im Untergeschoß findet sich neben der Diathermieabteilung, welche auch die chirurgische Diathermie einschließt, die Lichtabteilung, welcher die Heizwärme vom Fußboden zugeführt wird, da sich die Patienten vollständig nackt ausziehen. Die photographische Abteilung besteht aus einem Aufnahmeraum, verbunden durch Lichtschleuse mit einer besonderen Dunkelkammer mit trockenem und feuchtem Flügel. In der röntgendiagnostischen Abteilung wurden 4 Räume mit elektrischer Verdunkelungseinrichtung versehen, so daß Durchleuchtungen und Aufnahmen darin vorgenommen werden können. Zwei weitere Räume dienen ausschließlich der Röntgenphotographie. Die 6 Apparate sind von 3, durch Kempe-Loreywände voneinander getrennten Schalträumen aus zu bedienen. Von den 6 Arbeitsräumen hat jeder eine besondere Ausstattung mit Röntgeneräten erhalten. Denn Universalgeräte haben sich zur Erzielung von Höchstleistungen nicht bewährt. Der erste Raum, unmittelbar an den Operationsssaal anstoßend, dient der Untersuchung von Nieren, Wirbelsäule, Rückenmark, der Frakturkontrolle im Gipsverband und der Ausführung von Röntgenoperationen, welche natürlich eine Raumausstattung im aseptischen Sinne bedingen. Der angrenzende Raum dient der Untersuchung von Kranken des Magendarmkanals, vornehmlich Dickdarmkranken. Der dritte Raum dient der Untersuchung von Magen und Zwölffingerdarm. Im folgenden Raum werden neben Magen- und Darmuntersuchungen vornehmlich Herz- und Lungenuntersuchungen vorgenommen. Der nächste Raum dient der Röntgenphotographie von Kopf und Zahn und zur Röntgenuntersuchung frisch Unfallverletzter, der letzte Raum zur Röntgenphotographie der Extremitäten. Es kommen zur Verwendung: 1. Symmetriemietrieapparat, 1. Heliopanapparat (Raum 1), Symmetriemietrieapparat (Raum 2), Polyphosapparat (Raum 3), Titanosapparat (Raum 4), Siemens-Halske-Gleichrichter (Raum 5), Metopanapparat und Neosymmetriemietrieapparat (Raum 6). Die Apparate sind in einem Zwischengeschoß aufgestellt. Die Dunkelkammer ist zur Entwicklung der Arbeit bis zu 160 Filmen eingerichtet. Der gleiche Raum, welcher der Filmwässerung, Filmtrocknung und Filmausstellung dient, wird durch zweckmäßige Anordnung der leicht entfernbaren eisernen Sitze auch als Demonstrationsraum und kleiner Hörsaal benutzt. Die Archivierung der Filme erfolgt aus feuerpolizeilichen Gründen in einem besonderen Filmarchiv im (2.) obersten Stockwerk. Die Therapieabteilung besitzt 6 Hochspannungsgeneratoren (Stabilvoltsystem) und 6 Bestrahlungskanonnen (nach Holfelder). Je 2 Bestrahlungsplätze werden von einem Schaltraum bedient. Wie bei der diagnostischen Abteilung wurde auch für das Vorhandensein von reichlichen Nebenräumen gesorgt, welche erst eine volle Ausnutzung der Apparate ermöglichen. Dazu kommt eine reichliche Anordnung von Lichtsignalen, welche vom Hauptbüro und dem Direktorzimmer einen Überblick über die Benutzung der Räume gewähren, welche selbstverständlich durch ein verzweigtes Telefonnetz unter sich und mit der Stadt in Beziehung stehen. Der Personalbestand setzt sich aus dem Direktor, dem Oberarzt, 2 Assistenzärzten, 2 Volontärärzten und 6 Röntgenschwestern zusammen, welche den Dienst in beiden Röntgenabteilungen versehen. Zwei weitere Röntgenschwwestern sind der lichttherapeutischen und Diathermieabteilung tätig. Daneben wirkt noch 1 Photograph. Die Bau- und Ausstattungskosten belaufen sich (ohne Apparate) auf 561 826 M., d. h. 54 M. für d. Kubikmeter.

52 Illustrationen geben eine gute Vorstellung von der Ansicht des Instituts, seinen Plänen, seinen Räumen und ihrer Ausstattung. J. Kottmaler, Mainz.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Verantw. | Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Schriftleitung: | Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin - Steglitz, Lindenstraße 20

LIBRARY
RECEIVED
OCT 13 1929
of Agriculture

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto „Fortschritte der Medizin Berlin 32224“ zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich 3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140 900 Wien
Ungarn 2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei 17.00 Kc.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien 30.— Dinare
Holland 1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz 3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien 2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien 11.— Lire
Polen 5.20 Sloty
Amerika jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder 2.40 Rmk.

NUMMER 23

BERLIN, DEN 15. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

Konservative Ulcus - Therapie

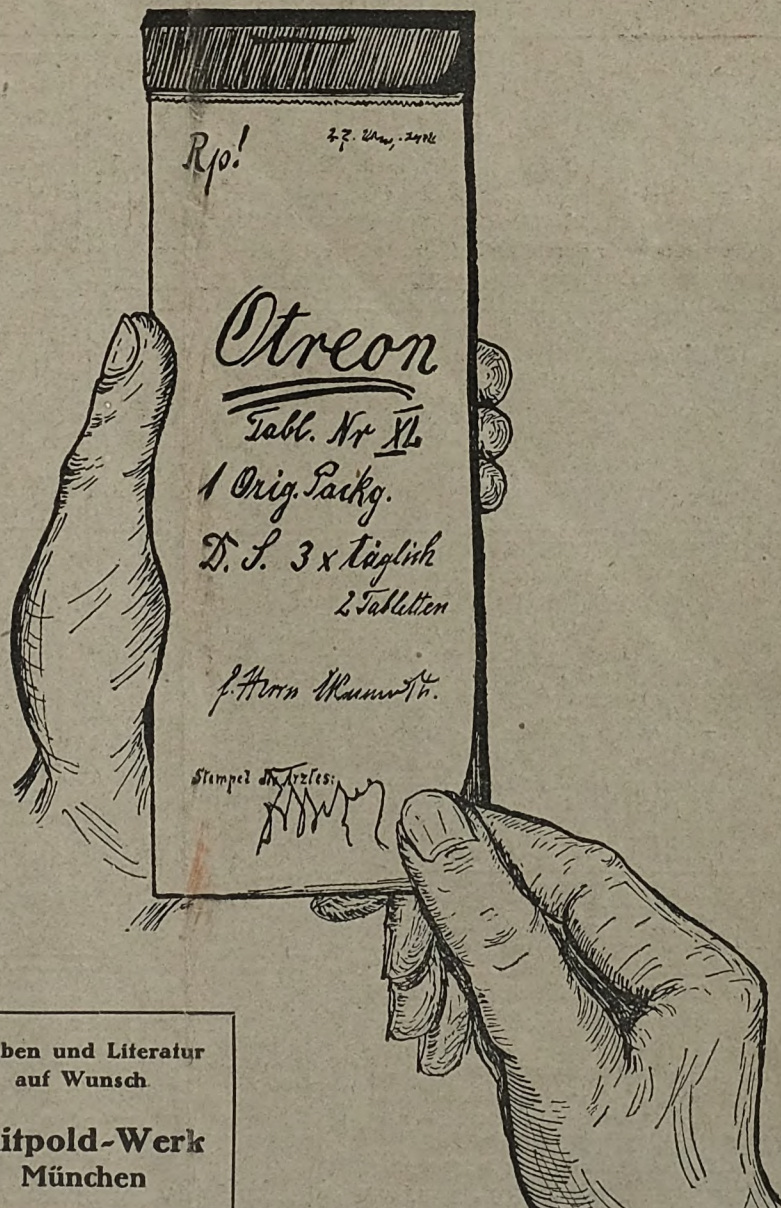
„..... Die ganze Ulcustherapie hatte in diesem Fall bislang versagt, die Anfangserfolge mit Otreon aber waren derartig ermutigend, daß sich der Patient mit Freuden zum weiteren Versuche entschloß.“

„..... Bemerken muß ich, daß Sch. bereits nach 6 wöchiger Otreon-Kur arbeitsfähig war und dies bis heute geblieben ist und seit 3 Monaten Otreon nur dann nimmt, wenn er das Gefühl des Vollseins nach vorher gemiedenen Speisen verspürt.“

„..... Ich verordnete absolute Ruhe, Wärme strengste Ulcusdiät und Otreon. Die günstige Einwirkung desselben ließ nicht lange auf sich warten. Die großen Schmerzen ließen immer mehr nach, so daß ich den Patienten, der sich sichtlich erholte, nur durch mein ganz energisches Veto nach 5 wöchiger Otreon-Kur von der Wiederaufnahme seiner schweren Arbeit zurückhalten konnte.“

„..... Otreon, nebst strenger Ulcusdiät, Ruhe und Wärmeapplikation brachten auch in diesem Falle bald vollkommene Beschwerdefreiheit, und da sich der Patient dabei sehr gut erholte, nahm er Ende September bereits die Arbeit in der Fabrik wieder auf und fühlte sich seither beschwerdefrei und wohl.“

„..... doch ist für mich der vorläufige Erfolg Beweis genug, daß Otreon beim Ulc. ventr. günstig einwirkt und in jedem Falle, der nicht einen sofortigen chirurgischen Eingriff benötigt, des Versuches wert ist.“ (Brade, M. Kl. 1927. Nr. 11.)



Proben und Literatur
auf Wunsch

Luitpold-Werk
München

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

- Dr. Kurt Kirschmann, Facharzt für Röntgenologie, Berlin: Fortschritte der Röntgendiagnostik (ein Uebersichtsreferat) 919
- Dr. Heinrich Pudor: Das Leben, das Leben.... Ist eine Lösung des Lebensrätsels möglich? 921

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes 923

Referate nach Fachgebieten:

- Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte .. 929
- Bakteriologie und Serologie 929
- Chirurgie und Orthopädie 931
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 933
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 937
- Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 937
- Infektionskrankheiten 940
- Innere Medizin, Tuberkulose 942
- Kinderheilkunde 946

- Mund- und Kiefererkrankungen 948
- Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 949
- Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie 951
- Psychiatrie und Nervenheilkunde 954
- Psychologie und Psychopathologie 957
- Soziale und gerichtliche Medizin 958
- Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik und -therapie 958

Neu erschienene Bücher 960

Arbeiten über Pharmazeutische Präparate:

- Dr. med. Schwahn, Berlin-Pankow: Beitrag zur Reizkörpertherapie 961
- Dr. Ernst Silberberg, Breslau: Behandlung akuter Darmaffektionen mit Adorgan 961
- Dr. med. Heinz Esser, Baden-Baden: Beitrag zu dem kombinierten Schlafmittel Idonal 962
- Dr. Paetz, Deutsche Privatklinik und Apotheke Peking (China): Behandlung juveniler Warzen 962

Sanatorien Leysin

(Schweiz) 1450 m ü. M.

Grand Hotel — Mont. Blanc — Chamossaire

Heilanstalt für Lungenkrankheiten

Prospekte gratis durch Station Climatérique, Leysin (Schweiz)



Heilanstalt für Lungenkranke
Waldhof-Elgershausen (Weizlar)
Leitender Arzt: Dr. H. Meiners
Im schönsten Teile des südlichen Westerwaldes gelegen
Mäßige Preise · Mittelfranksanatorium!

Sanatorium Seehof

Davos 6.

Chefarzt: Dr. Th. Janssen
Fließendes Wasser. — Pension einschl. Arzt etc. ab Mark 12,50. Jll. Prospekte

Märkisches Sanatorium Wald - Sieversdorf

Fernruf: Buckow (Märk. Schweiz) 21, für innere Krankheiten, Nervöse u. Erholungsbedürftige. Bevorzugte Lage. Küchenleitung d. Spezial-Sanatoriums-Koch. Prosp. d. d. Verwaltg.
Leitender Arzt: **Dr. Zachariae**,
Facharzt für innere Krankheiten.

Bad Neuenahr / Zuckerkrankhe
erhalten Prospekt durch Sanatorien — Dr. Külz.
Das ganze Jahr besucht.

Sanatorium Dr. Kohnstamm

Königstein - Taunus

Nerven- und innere Erkrankungen, auch Rekonvaleszenten — Diätkuren — alle modern. psychotherapeutischen Methoden

Dr. M. Friedemann Dr. B. Spinak

Dr. J. Hamburger's Kurhaus

für Nervenkrankhe u. Erholungsbedürftige.

Strausberg b. Berlin

Tel. 43. Sommer u. Winter.

DIE EHE

Ihre Physiologie, Psychologie, Hygiene und Eugenik. Ein biologisches Ehebuch.

Von **Dr. M. MARCUSE**, 1927.

Großoktav, XI, 621 Seiten. Geh. RM. 18.—, geb. RM. 20.—

„Das neue Werk dürfte sich rasch im ärztlichen Leserkreis den ersten Platz erobern. Es wird jedem Arzte eine aufschlußreiche und fesselnde Lektüre, dem Dermato-Venerologen ein wertvolles Nachschlagewerk sein, das ihm einen Ueberblick auch über alle nicht sein tägliches Arbeitsbereich berührenden Fragen des Ehelebens gewährt.“
Dermatologische Wochenschrift

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen Prospekt kostenlos.



A. MARCUS & E. WEBER'S VERLAG
BERLIN W 10, Genthiner Straße 38

BAD Warmbrunn

IM RIESENGEBIRGE

Heilt
Rheuma, Gicht,
Ischias, Nerven-
Haut- u. Frauen-
Leiden
Thermal- u. Moorbad
Ganzjährige Kurgast

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1850 m ü. M., erstklassige Heilanstalt für Lungenkrankheiten u. chirurg. Tuberkulose. Pension von Fr. 20, Winter Fr. 22. (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette. Stadttelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.
Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römis
Hausarzt: **Dr. Hartmann**.
Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 23

BERLIN, DEN 15. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Fortschritte der Röntgendiagnostik.

Ein Uebersichtsreferat.

Von Dr. KURT KIRSCHMANN,
Facharzt für Röntgenologie, Berlin.

Von den in der letzten Zeit erzielten Fortschritten der Röntgendiagnostik ist für die ärztliche Praxis von besonderer Bedeutung die Verfeinerung der Magen-Darmdiagnostik. Aufbauend auf den Arbeiten von Gösta Forssell und Ake Akerlund haben sich namentlich H. H. Berg und H. Chaoul um das Studium der

Schleimhautreliefbilder des Magens und Zwölffingerdarms verdient gemacht. Bei der bisher üblichen Untersuchungsmethodik gründete sich die Röntgendiagnose auf Veränderungen der Lage, Größe und Form, des Tonus und der Peristaltik sowie der motorischen und sekretorischen Funktion. Der direkte Nachweis organischer Wandläsionen war nur dann möglich, wenn die Konturen entsprechende Veränderungen aufwiesen. Bei einem großen Teil der Magengeschwüre und -karzinome ist dies der Fall. In nicht wenigen Fällen aber entzieht sich die Erkrankung dem direkten Nachweis, sei es, weil nur die oberste Schleimhautschicht alteriert ist und bei der prallen Auffüllung des Magens mit Kontrastbrei eine Konturveränderung gar nicht aufzuweisen kann, sei es, daß die tatsächlich vorhandene Veränderung der Konturen zu unendlich ist, um eine sichere Beurteilung zu gestatten. In solchen Fällen war man bisher auf die unzuverlässigen indirekten Symptome angewiesen. Zahlreiche Ulzera und Karzinome blieben unerkannt, ganz zu schweigen von denjenigen Schleimhautveränderungen, die nicht mit Defekt- oder Geschwulstbildung zusammenhängen. Auch die Differentialdiagnose zwischen Ulkus und Karzinom sowie die Erkennung gutartiger Geschwülste begegnete unüberwindlichen Schwierigkeiten. Es bedeutete daher einen erheblichen Fortschritt, daß man dazu überging, nicht nur die äußeren Umrisse, sondern auch das Schleimhautrelief, also gleichsam die Innenarchitektur des Magens zu untersuchen.

Um die Schleimhautfaltenzeichnung darzustellen, verabfolgt man dem Patienten nur geringe Mengen des Kontrastmittels, etwa ein Eßlöffel voll. Die Konsistenz desselben soll möglichst dünn sein. Entweder stellt man eine einfache Aufschwemmung von Natrium sulfuricum in Wasser her, oder man bereitet sich eine Emulsion mittels Tragacanth, Eierschnee oder dgl. Es ist zweckmäßig, wenn der Patient nach dem Einnehmen des Kontrastmittels eine Zeitlang auf dem Rücken oder auf der rechten Seite liegt. Bei der Untersuchung ist die wichtigste vorbereitende Maßnahme eine zweckmäßige Kompression, die mittels der Hand, des Stinktors bzw. Luftschwammes oder eines luftgefüllten Gummiballs vorgenommen wird. Die Kompression muß derartig abgemessen werden, daß an den Kuppen der Schleimhautfalten kein Kontrastbrei mehr haften bleibt, dagegen in den Buchten zwischen den Falten in genügender Menge liegen bleibt, um die Darstellung derselben zu ermöglichen (dosierte Kompression). Ein anderer Weg ist die nachträgliche Luftaufblasung des Magens mittels des Gengschlauches bzw. der Duodenalsonde (Hilpert). Die Untersuchung geschieht mittels Durchleuchtung und unmittelbar darauffolgender Aufnahme. Hierzu sind Untersuchungsbedingungen erforderlich, die durch automatische Auslösung vom Untersuchungsstand aus die Exposition des Films gleich nach der Durchleuchtung ermöglichen (gezielte Aufnahmen). Der Zeitraum zwischen Durchleuchtung und Aufnahme soll nur Bruchteile einer Sekunde betragen. Viel angewandt wird der Bergsche Rahmen. Sehr

zweckmäßig ist auch die Rollfilmapparat der Firma Siemens, mittels deren man beliebig viele Aufnahmen machen kann.

Die diagnostische Beurteilung des Reliefbildes ist nun freilich keineswegs ganz leicht. Als Fehlerquellen sind namentlich zu nennen: Mangelhafte Verteilung des Kontrastmittels und Schleimpfropfe. Das normale Schleimhautrelief zeigt in der Pars descendens regelmäßige Längsfalten, die im Sinus ventriculi nach der lateralen Seite abbiegen. In der Pars pylorica verlaufen die Falten wieder annähernd parallel den Konturen. Nahe der großen Krümmung und im Fornix bilden die Falten ein weniger regelmäßiges Netzwerk.

Ein Krankheitsbild, das durch die Reliefdarstellung gewissermaßen wiederentdeckt worden ist — wenigstens hinsichtlich der exakten Diagnose —, ist die chronische Gastritis. Kennzeichnend ist für die hypertrophierende Form derselben eine vergrößerte Schleimhautfaltung bzw. grobe Wulstbildungen. Eine Sonderstellung nimmt der Etat mameloné ein. — In differentialdiagnostischer Beziehung ist zu beachten, daß eine begleitende Gastritis sehr häufig bei Ulkus, Gastroenteroanastomose und auch bei Karzinom vorkommt. Auch bei Cholezystopathien sieht man zuweilen solche Schleimhautwulstung. Die Feststellung einer chronischen Gastritis ist von Bedeutung für die Beurteilung der Heilungsvorgänge beim Ulkus. Das Geschwür selbst kann geheilt sein, die Beschwerden aber fortdauern infolge der Gastritis. Umgekehrt kann ein Patient bei nicht abgeheiltem Ulkus seine Beschwerden verlieren, wenn die Gastritis zur Ausheilung kommt. Auch bei der Gastroenteroanastomose erklärt die begleitende Gastritis das Fortdauern der Beschwerden.

Beim Ulkus ist das sternförmige Konvergieren der Schleimhautfalten zwar schon seit langem bekannt; der systematische Nachweis dieses wichtigen Symptoms ist aber erst mittels der neuen Technik möglich geworden. Nicht selten kann man so auch eine vorher nicht sichtbare Ulkusnische nachweisen, namentlich bei tangentialer Durchleuchtung. Dies gilt sowohl für den Magen wie namentlich für das Duodenum.

Weiterhin ist das Reliefbild von Bedeutung für die Diagnose der gutartigen Magentumoren, deren Feststellung insofern wichtig ist, als sie zu maligner Degeneration neigen, daher frühzeitig durch Resektion operiert werden müssen.

Schließlich scheint die neue Technik berufen zu sein, die Frühdiagnose des Karzinoms wesentlich zu fördern. Bei der bisher geübten Untersuchungsmethode war ja ein Karzinom nur dann nachzuweisen, wenn durch Infiltration der Magenwand Füllungsdefekte an den Konturen in Erscheinung traten. Hierzu muß der Tumor schon ein gewisses Alter erreicht haben. Aber selbst bei ausgedehnten Tumoren war in ungünstigen Fällen eine sichere Diagnose oft nicht möglich, wenn nämlich die Infiltration mehr in die Längsrichtung der Magenwand und nach außen sich entwickelte, so daß ein Füllungsdefekt nicht in Erscheinung trat, sondern nur eine diagnostisch nicht sicher zu beurteilende Starre der Kontur. In solchen Fällen ist nun der Nachweis von Schleimhautveränderungen mittels der Reliefaufnahmen von größter Bedeutung. Ist in einem umschriebenen Abschnitt die Faltenzeichnung ausgelöscht, finden sich an einzelnen Stellen Aufhellungen innerhalb des Kontrastschattens; sind die Grenzen gegen das Gesunde unscharf oder zackig, so ist fast mit absoluter Sicherheit zu sagen, daß hier ein Karzinom vorliegt. Ziehen aber die Falten über den Defekt hinweg, so ist es wahrscheinlich kein Karzinom, sondern allenfalls ein gutartiger Tumor. „Wahrscheinlich“, weil man die

Falten der beiden übereinander projizierten Magenwände nicht immer voneinander trennen kann. Gelingt dies aber, kann man mit Sicherheit die Falten beider Magenwände sehen und findet sie glatt und einwandfrei, so läßt sich daraus mit fast absoluter Sicherheit schließen, daß in dem betreffenden Gebiet kein Karzinom oder Ulkus vorliegt. Hierin liegt nun ebenfalls ein wesentlicher Fortschritt. Denn die Verwertbarkeit eines negativen Untersuchungsbefundes ist von nicht zu unterschätzender klinischer Bedeutung.

Das Prinzip der Reliefaufnahmen wird auch in der Diagnostik des Kolons angewandt. Hierbei steht uns in Gestalt des Thoridiols (Frik) ein eigenartiges Kontrastmittel zur Verfügung, das durch seine kolloidalen Eigenschaften eine schöne Darstellung der normalen Schleimhaut gestattet, während es an erkrankten Stellen nicht haftet. Für die Magenuntersuchung läßt sich dieses Prinzip leider nicht verwenden, weil die saure Reaktion der Anlagerung des Kolioids hinderlich ist.

Ist mit der Reliefdarstellung ein neuartiges Prinzip befolgt worden, so hat auch die Untersuchung der Konturen eine Verfeinerung erfahren. Die Untersuchungen über den

Ablauf der Peristaltik

mittels Serienaufnahmen (Arthur Fraenkel) hatten bemerkenswerte Resultate. Wenn ein Ulkus an der kleinen Kurvatur vorhanden ist, ohne daß eine Nische sich nachweisen läßt, so findet man häufig, daß an der betreffenden Stelle die Peristaltik der kleinen Kurvatur fehlt, daß eine lokale Starre besteht (Riegel-symptom). Oberhalb dieser Stelle ist manchmal die Peristaltik verstärkt. Zuweilen verursacht ein flaches Schleimhautulkus eine Lähmung der Längsmuskulatur, so daß die kleine Kurvatur in der ganzen Ausdehnung einen starren Eindruck macht (Basillikenblick). Nicht ganz selten lassen sich diese Symptome, die für die Diagnose des Ulkus naturgemäß von großer Bedeutung sind, schon bei der Durchleuchtung nachweisen. In anderen Fällen ist dies aber nur mittels der von Fraenkel angegebenen Technik möglich. Hierzu müssen zahlreiche Aufnahmen hintereinander vorgenommen werden, um die Peristaltik in den verschiedenen Phasen festzuhalten. Von diesen Aufnahmen werden Pausen angefertigt, die übereinander gelegt werden. So kommt in erster Linie das Riegelsymptom sehr schön zur Geltung. Leider ist die Methode recht kostspielig. Ob die als Ersatz derselben gedachte „Polygraphie“, bei der drei Aufnahmen auf ein und demselben Film vorgenommen werden, sich bewähren wird, bleibt abzuwarten.

Die Cholezystographie

erfreut sich nach wie vor des größten Interesses. In bezug auf die Technik ist durch Verbesserung des Kontrastmittels die perorale Methode weit zuverlässiger geworden, so daß sie der intravenösen fast gleichwertig ist. Nach meinen persönlichen Erfahrungen ist das „Oral-Tetragon Merck“ zur Zeit wohl das beste Mittel. Hierdurch ist die Untersuchung wesentlich vereinfacht. Als Fortschritt ist weiter die systematische Funktionsprüfung der Gallenblase zu bezeichnen. Unmittelbar nach der ersten Aufnahme, auf der die Gallenblase dargestellt ist, erhält der Patient eine Eidottermahlzeit von drei Eiern, und es wird nun durch fortlaufende Aufnahmen der Entleerungsmodus beobachtet. Die normale Gallenblase ist nach etwa 30 Minuten zur Hälfte, nach $1\frac{1}{4}$ Stunde bis zu $\frac{1}{2}$ entleert. Bei parasympathisch Erregbaren ist die Entleerung beschleunigt, so daß nach durchschnittlich 20 Minuten die Hälfte entleert ist, nach 45 Minuten nur noch ein kleiner Rest sichtbar ist. Eine noch stärkere Beschleunigung findet sich beim Ulkuskranken, sowohl *Ulcus ventriculi* als auch *duodeni*. Hier ist bereits nach 20 bis 25 Minuten die Gallenblase fast völlig entleert. Eine weitere bemerkenswerte Erscheinung beim Ulkuskranken ist die relativ häufige hochgradige Rückstauung von Blasengalle in das Hepatikumgebiet während der Entleerung, so daß der Ductus hepaticus deutlich darstellbar ist.

Bei der

Pyelographie

ist es als wesentlicher Fortschritt zu begrüßen, daß es endlich gelungen zu sein scheint, brauchbare Nierenbeckenbilder auf intravenösem Wege zu erhalten. Für diejenigen Fälle, wo der Ureterkatheterismus aus irgendeinem Grunde nicht möglich ist, ist die intravenöse Methode der einzige Weg. Aber auch in vielen anderen Fällen dürften sich auf diesem Wege neue, vielleicht nicht unwichtige Aufschlüsse ergeben. Als Kontrastmittel hat sich an Harnstoffgekoppeltes Jod am besten bewährt (Roseno). Da das Nieren-

becken keinen Sphinkter besitzt, füllt es sich in normalen Fällen nur schlecht auf. Wenn jedoch eine Stenose oder überhaupt eine Stauung besteht, sei es durch Stein oder eine andere Ursache, so erhält man Bilder, die denen nach Füllung vom Harnleiter aus nur wenig nachstehen.

Die Hysterosalpingographie

hat sich nunmehr eingebürgert und wird in zahlreichen Frauenkliniken angewandt. Zur Differentialdiagnose der gynäkologischen Tumoren, zur Feststellung der Tubendurchgängigkeit, zum Nachweis etwaiger Deformitäten und vielleicht auch zur Frühdiagnose der Schwangerschaft bedient man sich ihrer mit Vorteil.

Die Fortschritte in der Röntgendiagnostik der

Lungenkrankheiten

betreffen in erster Linie die Klassifizierung der Tuberkulose. Der grundlegende Wandel unserer Anschauungen über die Entstehung und Ausbreitung der Lungentuberkulose hat ja vom Röntgenbilde seinen Ausgang genommen. Die Lehre von apikokaudalen Verlauf der Phthise ist bekanntlich stark erschüttert, wenn auch nicht, wie manche meinen, als völlig falsch erwiesen. Einer der ersten, die die Spitzenlokalisation der Tuberkulose als erste Erscheinungsform der fortschreitenden Phthise der Erwachsenen in Zweifel zogen, war A. B. Mann. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf den sogenannten subapikalen, infraklavikulären Herd, der im Röntgenbilde meist in den lateralen Partien, entweder dicht unter der Klavikula oder weiter tiefer als weicher, runder umschriebener Schatten in Erscheinung tritt und als häufigste Frühlokalisation aufzufassen ist. (Daher „Frühinfiltrat“.) Als primärer Infekt ist allerdings nach Ansicht der meisten Autoren auch dieses Frühinfiltrat nicht anzusehen. Der Primärkomplex, bestehend in einem kleinen, röntgenologisch meist nicht sichtbaren Herd und den dazu gehörigen Hiluslymphknoten, bildet sich meist in früher Kindheit in den untersten Lungenpartien aus und kann nur dann nachgewiesen werden, wenn er verkalkt. Das infraklavikuläre Infiltrat wäre somit also bereits der Beginn des Sekundärstadiums der Tuberkulose. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß manche neuere Beobachtungen gegen diese Darstellung sprechen, und daß mindestens bei einem Teil der Fälle das Frühinfiltrat tatsächlich die erste Manifestation der fortschreitenden Phthise der Erwachsenen darstellt. Der weitere Verlauf ist nun ganz verschieden. Im günstigen Falle bildet sich das Frühinfiltrat durch Schrumpfung zurück; der Herd wandert spitzwärts und kommt als Spitzennarbe zur Ausheilung. Oder aber das Frühinfiltrat kommt zur Verkäsung; es bildet sich unter- oder oberhalb der Klavikula der sogenannte Puhlsche Herd, der eine inaktive Form der Tuberkulose darstellt und ausheilen kann, in anderen Fällen aber aktiv wird und zur Entstehung einer apikokaudal verlaufenden Phthise Veranlassung gibt. Sehr oft ist aber der Verlauf noch stürmischer. Das Frühinfiltrat neigt zur Einschmelzung (Frühkaverne). Durch Streuung entsteht leicht rasche Propagation sowohl in den Lungen selbst als auch in entfernten Organen. Die Kontaktausbreitung führt zu den verschiedenen Formen der Tuberkulose, namentlich zur exsudativen Form und späterhin zur tertiären Phthise der zirrhotischen Form.

Dies das Schema, das sich in der Hauptsache an die Darstellung Ulricis anlehnt. Hierzu ist noch zu bemerken, daß im einzelnen abweichende Auffassungen bei den verschiedenen Autoren bestehen. Wichtiger jedoch als der Streit um eine Theorie ist die Feststellung von Tatsachen, die sich aus den Untersuchungen der letzten Jahre ergeben haben bzw. durch sie bestätigt worden sind. Und da ist nun in erster Linie die Tatsache zu nennen, daß die erste Manifestation der Phthise sehr häufig nicht in den Spitzen, sondern unterhalb der Klavikula lokalisiert ist. Es ist aber sicher zu weit gegangen, wenn man daraufhin von der „verhältnismäßigen Bedeutungslosigkeit der Spitzentuberkulose“ spricht. Weitere, auch für die Praxis wichtige Tatsachen: Bereits im Anfangsstadium kann eine Einschmelzung mit typischer Kavernenbildung sich vollziehen; daher raten viele bei festgestelltem Frühinfiltrat zu aktiver Therapie (Pneumothorax). Andererseits steht fest, daß Kavernen völlig ausheilen können. Die Miliartuberkulose der Lungen ist viel häufiger, als man früher annahm. Auch hierbei sind die Heilungschancen weit günstiger, als man früher glaubte. Ueber raschend schnell kann eine miliäre Aussaat der ganzen Lunge spurlos zurückgehen. Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß eine einigermaßen exakte Diagnose nur mittels der Röntgenuntersuchung möglich ist. Namentlich Frühinfiltrat und miliäre Aussaat

entziehen sich bei der einfachen physikalischen Untersuchung häufig dem Nachweis. Daß trotzdem die Perkussion und Auskultation, namentlich aber auch Temperaturkurve, Blutbild, Sputumuntersuchung usw., nicht vernachlässigt werden dürfen, ist wohl selbstverständlich. Zur Beurteilung der Aktivität eines Prozesses und der Prognose wie auch zur Indikationsstellung für Pneumothorax- oder Strahlenbehandlung ist eine zusammenfassende Beurteilung aller Untersuchungsmethoden erforderlich. Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung ist aber neuerdings immer mehr in den Vordergrund gerückt. Dabei ist unter „Röntgenuntersuchung“ eine vollständige, technisch einwandfreie Untersuchung zu verstehen. Eine einfache Durchleuchtung genügt nicht. Die feinen weichen Verschattungen gehen dabei völlig verloren. Auch darf man sich nicht immer mit einer Aufnahme begnügen. Vielfach ergibt sich erst aus dem Vergleich mehrerer in bestimmten Zeitabständen angefertigter Aufnahmen ein richtiges Bild. Von manchen Seiten wird die Zweckmäßigkeit stereoskopischer Aufnahmen betont. Das solche in besonderen Fällen, z.B. zur Lokalisation von Kavernen, wertvoll sind, ist zweifellos richtig. Im allgemeinen reicht aber die Aufnahme mit Durchleuchtung aus. Als Normalmethode dürfte sich jedenfalls die stereoskopische Untersuchung der Lungen kaum einbürgern. Auch die extreme Weichstrahltechnik, die eine besondere Apparatur voraussetzt, dürfte nicht allzu viele Anhänger finden.

Von den nichttuberkulösen Lungenerkrankungen wird dem Bronchuskarzinom

höchste Aufmerksamkeit zugewandt wegen der auffallenden Häufung desselben in den letzten Jahren. Gewiß wird die häufigere Diagnose eines Bronchuskarzinoms zum Teil mitbedingt durch die bessere Untersuchungstechnik und die vermehrte Erfahrung. Es kann aber auch nach den Statistiken der pathologischen Institute wie auch nach Einzelbeobachtungen kaum ein Zweifel bestehen, daß die Krankheit in solchen häufiger geworden ist. Wenn auch von einer wirksamen Therapie bei dieser Erkrankung nicht die Rede sein kann — Röntgen und Radium bringen wohl palliative Erfolge, vielleicht auch Verlängerung des Lebens, aber keine Heilung —, so ist doch eine Frühdiagnose anzustreben, nicht nur wegen der immerhin besseren Aussichten der Behandlung, sondern vor allem aus wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkten. Als Kennzeichen des Bronchuskarzinoms haben zu gelten: Hilusschwellung mit Verschattung des Hilusschattens und oft auch abgrenzbaren Drüsen, vielfach auch auf der entgegengesetzten Seite, strangförmige Verschattungen, die vom Hilus ausgehen, unregelmäßig begrenzte schattenhafte Verschattung mit strangförmigen Ausläufern. Nach diesen Beobachtungen ist ferner beim beginnenden Karzinom zu achten auf die stark ausgeprägte Atelektase, den Hochstand des verfallenen mit verminderten Exkursionen und auf die auffallende Vorzugung des linken Oberlappens. In zweifelhaften Fällen können unter Umständen zur Klärung der Diagnose die Bronchoskopie und der diagnostische Pneumothorax in Frage. Doch sollte man mit diesen Methoden, die immerhin einen größeren Eingriff darstellen, sehr zurückhaltend sein, namentlich in der ambulanten Praxis. — Im klinischen Bild sind Brustschmerzen und Atemnot hervorstechendste Symptome. Hustenreiz und blutiger Auswurf stellen sich vielfach erst später ein. Der letztere hat nur dann das in den Lehrbüchern immer beschriebene pflaumenbrühartige Aussehen. Die Kachexie tritt meist erst am Ende in Erscheinung. Die Krankheit befällt Männer viel häufiger als Frauen. Sie tritt vorzugsweise im 6. Lebensdezenium auf.

Außer der Diagnostik hat auch die

diagnostische Technik

Fortschritte zu verzeichnen. Ich denke dabei in erster Linie an Röntgenkinematographie, die namentlich durch F. M. Groedel gefördert worden ist. Für wissenschaftliche Untersuchungen hat dieselbe zweifellos eine gewisse Bedeutung erlangt. Ob auch für die diagnostische Praxis der Fall sein wird, bleibt abzuwarten. Nicht zu unterschätzen sind die Fortschritte der Röntgentechnik. Durch Konstruktion von mechanisch funktionierenden Wechsellinien ist die Vornahme von Stereoaufnahmen technisch vereinfacht worden, was auch der Exaktheit der Methode förderlich kommt. Leider sind die betreffenden Vorrichtungen größtenteils ziemlich teuer. Es wäre sehr zu wünschen, daß weniger komplizierte preiswerte Aufnahmegeräte konstruiert würden, da die Stereoskopie, die bei Fremdkörpern, orthopädischen Auf-

nahmen, Nierenaufnahmen, Mittelohrbildern u. a. m. schätzenswerte Aufschlüsse gibt, allgemeinere Anwendung finden kann.

Literatur.

- Magenschleimhautdiagnostik:
Akerlund, Ake, Acta radiologica, Suppl. 1, 1921.
Akerlund, Ake, Fortschr. Röntgenstr., 30., 3. Kongreßheft.
Akerlund, Ake, Acta radiologica 1927, 8., 6.
Albrecht, H. H., Fortschr. d. Röntgenstr., 39., 2 und 39., 5.
Berg, H. H., Fortschr. d. Röntgenstr., 30., 1.
Berg, H. H., Ergebn. med. Strahlenforsch. 1926, 2.
v. Bergmann und Berg, Acta radiologica 1926, Festschrift.
Chaoul, H., Stierlius Klinische Röntgendiagnostik des Verdauungskanals, Verl. Springer, Berlin 1928.
Forssell, G., Fortschr. d. Röntgenstr., Erg.-Band 30.
Hilpert, F., Fortschr. d. Röntgenstr., 37.
Pribram, B. O., und N. Kleiber, Fortschr. d. Röntgenstr., 36.
Ulksriegel usw.:
Fraenkel, Arthur, Fortschr. d. Röntgenstr., 34.
Bernstein, A., Fortschr. d. Röntgenstr., 39.
Cholezystographie:
Brönner, H., Fortschr. d. Röntgenstr., 39.
Schöndube, W., Fortschr. d. Röntgenstr., 39.
Pyelographie:
Roseno, A., und H. Jekens, Fortschr. d. Röntgenstr., 39.
Roseno, A., Klin. Wochenschr. 1929.
Hysterosalpingographie:
Temesvary, Nikolaus, Die Hysterosalpingographie, Verl. Enke, Stuttgart 1928.
Lungentuberkulose:
Abmann, Herbert, Die klinische Röntgendiagnostik, Verl. Vogel, Leipzig 1929.
Ulrich, H., Dtsch. med. Wochenschr. 1928, 15.
Bacmeister, A., Dtsch. med. Wochenschr. 1928, 21.

Das Leben, das Leben

Ist eine Lösung des Lebensrätsels möglich?

Von Dr. HEINRICH PUDOR.

Daß eine Neubildung der Organe, im besonderen der Knochen, möglich ist („Regeneration“), habe ich schon 1907 in meinem Buche „Nacktkultur“ verfochten. Seitdem hat namentlich Prof. Aug. Bier das Thema „Regeneration der Knochen“ zu seiner Lebensaufgabe gemacht und seit 1917, also zehn Jahre später, eine große Reihe Arbeiten darüber veröffentlicht; man vergleiche besonders seine 20 Abhandlungen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, 1917 bis 1919, „Beobachtungen über Regeneration beim Menschen“. In einer neueren Arbeit, „Münch. Med. Wschr.“, vom 21. Juni 1929, „Ueber Organhormone und Organtherapie“, berichtet er von einem Fall, bei dem ein gebrochener Oberschenkelknochen sich regenerierte, indem das Regenerationshormon binnen fünf Tagen einen sehr formgleichen Knochen hervorbrachte und Knochenverlängerungen bis zu 7 cm entstanden. Das grenzt nicht nur an Wunderbare, sondern ist ein Wunder, das Wunder des Lebens. Bier stellt im Anschluß hieran die naheliegende, aber wichtige Ueberlegung an: „Trägt jedes Organ die Fähigkeit, sich zu erneuern in sich, so muß höchstwahrscheinlich dasselbe auch für seine Erhaltung in gesundem Zustande gelten, denn diese ist ja nichts als eine stete Erneuerung.“ Jedes menschliche Organ also hat die Fähigkeit sich zu erneuern: folglich auch der Mensch selbst als der Gesamtorganismus seiner Organe. Wenn man den Mut hat, diesen Gedanken zu Ende zu denken, so ergibt sich, daß es für den lebenden Menschen physiologisch keinen natürlichen Tod gibt, sondern nur fortwährende Lebenserneuerung. Das ist sinngemäß, denn Leben ist eben Leben, fortwährendes Leben und würde aufhören Leben zu sein, wenn es einen Tod gäbe. Anders gesagt, im Begriffe Leben ist die ewige Erneuerung, die Ewigkeit des Lebens enthalten.

Bevor wir der wissenschaftlichen Untersuchung der Lebenserneuerung weiter nachgehen, seien einige Bemerkungen über die heutzutage tatsächliche Lebensdauer gemacht. Der älteste Lebende soll heute der Kurde Zaro Aga in Konstantinopel sein; wie alt er eigentlich ist, weiß man anscheinend nicht. Der amerikanische weibliche Schönheitsapostel Edna Wallace Hopper hat mit 63 Jahren die Figur einer Achtzehnjährigen und das Gesicht einer Zwanzigjährigen (vergl. Prentice Mulford „Der Unfug des Sterbens“); sie sagt „Das Alter muß deine Gedankenwelt berührt haben, bevor es dein Gesicht und deinen Körper berühren kann“. Aber Beispiele sehr hohen Alters aus neuester Zeit sind sehr selten: es gilt schon als außerordentlich, wenn im März 1929 in Nizza die

Gräfin Emilie Erlach im Alter von 106 Jahren gestorben ist. Aus den früheren Jahrhunderten sind uns Beispiele von Lebensdauer bis zu 160 Jahren überliefert; sie werden zwar angezweifelt, aber gerade in dem außerordentlichsten Fall hat Harvey den betreffenden untersucht und das hohe Alter bestätigt und Harvey ist doch eine einigermaßen zuverlässige wissenschaftliche Autorität. Die Physiologie und Biologie nehmen ja auch an, daß die Lebensdauer normal und natürlich sich bis ins Achtfache erstrecken kann der Wachstumsdauer. Da nun der Mensch, im besonderen das Gehirn, bis ins 25. Lebensjahr wächst, kommen wir auf diese Weise zu einer Lebensdauer von 200 Jahren. So rechnet auch Hufeland in seiner Makrobiotik. Andere Forscher nehmen nur ein Fünft- oder Sechsfaches der Wachstumsdauer an. Wir kämen dann immer noch zu einer Lebensdauer von 125 bis 150 Jahren. Also theoretisch. Denn praktisch tut der Mensch das Menschenmögliche, seine Lebensdauer zu verkürzen; er stirbt also in allen Fällen eines unnatürlichen Todes, man könnte auch sagen eines gewaltsamen Todes.

In der Richtung des Entschleierung des Lebensrätsels haben wir ein neues physiologisch-biologisches Grundgesetz aufzustellen:

Im Pflanzenreich können wir beobachten, daß alles nur der Erhaltung und Entwicklung und Höherzüchtung des Samens, also der Fortpflanzung*) dient. So bei Blume und Baum. Die Schönheit der Blume, der Rose, ist nur ein Lockmittel zur Befruchtung. Was wir beim Obstbaum „Frucht“ nennen, ist „nur“ das Mittel, den Samen zu erhalten, zu konservieren, wachsen zu lassen, bis er keimfähig ist: zu diesem Zweck liegt er in dem Fleisch der Frucht eingebettet und wird von dieser ernährt und getränkt und frisch erhalten (vergl. Apfel, Gurke, Zitrone). Die Natur kennt kein „Obst“, sie kennt nur Samen und Fortpflanzung. Es gibt Pflanzen, welche, wenn sie den Samen ausgeschüttet haben, zugrunde gehen, sterben. Das gilt eigentlich von allen einjährigen Pflanzen.

Der Natur ist es also nur um die Fortpflanzung zu tun. Die einzelne Pflanze, ob Blume oder Baum, hat für sie nur Interesse, soweit sie sich fortpflanzt und höherzüchtet.

Diesen Gedanken und diese Beobachtung gilt es, auf das Tier- und Menschenreich anzuwenden. Auch hier kommt alles lediglich auf den Samen und auf die Fortpflanzung und Höherzüchtung an. Fleisch, Knochen, Gehirn, Herz, der ganze Körper des Menschen sind nur Mittel, den Fortpflanzungssamen sich bilden zu lassen, ihn wachsen und entwickeln zu lassen und höherzuzüchten und die Fortpflanzungsorgane zeugungsfähig zu erhalten. Wobei wir jetzt davon absehen, daß im animalischen Reich, wie in einzelnen Fällen schon im Pflanzenreich, das Fortpflanzungsorgan in Mann und Weib gespalten ist.

Folgerichtig muß auch für den einzelnen Menschen die höchste Aufgabe darin bestehen, diesem einen und alleinigen Zweck, den die Natur im Auge hat, zu dienen und für die besten Entwicklungsmöglichkeiten des Samens Sorge zu tragen. Das ist die eigentliche Lebensaufgabe des Menschen. Dem muß auch die „Kultur“ unterstehen, die der Höherzüchtung der „Art“ zu dienen hat. Zu unserem eigenen Schaden haben wir diese unsere Bestimmung im Zeichen der Zivilisation (von civis, Bürger) übersehen und vergessen.

Ferner hängt unsere Lebensberechtigung folgerichtig nur davon ab, ob und inwieweit wir die Fortpflanzungsfähigkeit besitzen und erhalten und instande sind, den Gattungs- und Stammesamen innerhalb der Sippe weiterzugeben, neuen Samen zu bilden und neue und höhere Generationen zu züchten.

Auf diese Erkenntnis also, daß es der Natur lediglich auf den Samen und auf die Fortpflanzung, anders ausgedrückt auf die Erhaltung der Gattung ankommt, gilt es unsere ganze Wissenschaft und Kultur, im besonderen die Heilkunde umzustellen. Und vieles, was wir jetzt nicht verstehen, sind nur Wege und Umwege der Natur, die immer nur diesem Zweck dienen.

Ferner hat für die Natur das individuelle Leben, das Leben des einzelnen Individuums nur Interesse, soweit dieses instande ist, der Fortpflanzung und Erhaltung der Gattung zu dienen. Die allein wichtigen Organe sind für die Natur die Zeugungsorgane. Der männliche Samen und das weibliche Ei, das von ihm befruchtet wird, das ist das Einzige, was die Natur interessiert. Alles andere

ist nur Hilfswerkzeug und Unterstützungsmittel. Deshalb sterben Eier, die nicht befruchtet werden, ab. Deshalb altern alle Männer überraschend schnell, sobald sie die Geschlechtsaktivität verlieren. Frauen, sobald sie die Empfängnis- und Gebärfähigkeit verlieren Eier also, sagt Bier (a. o. W. S. 1032), die nicht befruchtet werden, sterben ab; besonders klar tritt das zutage bei solchen, die erst nach der Ablage befruchtet werden. Ohne Befruchtung verpilzen und verfaulen sie schnell, während die Befruchtung sie am Leben erhält und sie sich zum fertigen Organismus entwickeln lassen.

Und nun eine weitere wichtige Ueberlegung: Da die erste Bedingung zur Erhaltung der Fortpflanzungstätigkeit die Erhaltung des Lebens ist und nur das Lebendige Samen tragen kann, erhellt, wie sehr es der Natur darauf ankommen muß, das Leben zu erhalten, also auch das individuelle Leben. Vielleicht hat die Natur aus diesem Grunde den Samen und Eiern selbst gleich, die Hormone mitgegeben, die Lebensanreger und Lebenswecker, die sich nicht etwa nur in den endokrinen Drüsen, sondern in allen Organen auch in den Zellen, befinden. Besonders im Herzen (Herzhormone), weil das Herz für die Erhaltung des Lebens so sehr wichtig ist. Herzhormone vermögen schon zum Stillstand gekommene Herzen wieder schlagen zu machen, wie Tierversuche ergeben haben. Im Sinne eines Herzhormones wirken nach Riegler auch das Histamin und das Vitamin B, welches letzteres sich besonders im Spinat und in der Tomate befindet.

An diesem Punkte sehen wir also zugleich aufs Neue wieder, wie das Leben von sich selbst aus die Tendenz hat, sich zu erhalten. Und so gewiß auch jedes einzelne Organ als Organ des Lebens. In jedem Organ ist die stärkste Kraft die der Lebenserhaltung. Kommt das Leben in Gefahr, so ist die Natur bestrebt, die Gefahrenquelle auszuschalten oder unschädlich zu machen und so erklärt sich das, was wir Selbstheilung des Körpers nennen, eines der Grundprinzipien der Naturheilkunde (vergl. auch die Physiatrie von Kleinschrod). Also Heilung als Mittel zur Erhaltung des Lebens zum Zwecke der Erhaltung der Gattung, der Fortpflanzung, zum Säen und Ernten. . . Oder man kann sagen: die Fortpflanzung als Mittel zur Erhaltung und Höherzüchtung der Gattung. Immer ist es der Samen, sein Wachsen und Reifen aufzutragen, auf den alles ankommt. Das ist das Ei des Kolumbus (das Ei der Welt*) . . .

Und der gleichen Tendenz dient die schon vorerwähnte Fähigkeit der Organe, sich zu erneuern, zu regenerieren, um das Leben zu erhalten.

Aber was ist nun dasjenige, was die Auswirkung des Lebens, die Wirkungsweise, die Wirksamkeit des Lebens ausmacht. Was ist überhaupt „Leben“? Ich habe die Antwort darauf in meinen früher erschienenen Artikeln gegeben: „Das Leben ist ein elektrischer Vorgang“ (Blätter für Elektro-Homöopathie, Würzburg 1. September 1928³⁾), „Der elektrische Mensch“ (ebenda 1. August 1928⁴⁾) und „Die Elektrizität im Menschen“ (Salus-Blätter, „Natur und Gesundheit“, 15. Juli 1928).

Ueber das Wesen der Elektrizität selbst brauchen wir uns hier nicht zu verbreiten. Ihr Herd liegt in der Sonne und den Sonnenstrahlen. Die Sonnenelektrizität ist positiv, die Erdelektrizität negativ. Es sei aber an die Sonnen-Protuberanzen erinnert, die ihre Garben bis 500 000 Kilometer Entfernung emporschießen lassen und auf der Erde fühlbar werden. Mit ihnen hängen vermutlich die neu entdeckten Ultra-X-Höhenstrahlen zusammen, die vom Himmel kommen und besonders im Hochgebirge fühlbar werden. Millecan-Strahlen genannt, aber schon vom Oesterreicher Heß entdeckt. Sie sind hundertmal durchdringender als die Radiumstrahlen; eine Billion Wellen kommt auf die Länge eines Millimeters.

Nach Dr. Georg Hirth und neuerdings Dr. Winsch ist auch die Nervenkraft gleichbedeutend mit Elektrizität. Diese Nervenkräfte, die Elektrizität gewinnt der Körper ebenso wie das im galvanischen Element geschehe, aus einem Elektrolyten, d. h. aus einem Leiter zweiter Klasse. Indessen sind die eigentlichen Träger der Elektrizität die Muskeln und nicht die Nerven, auch der Herzmuskel (das ganze Herz als Muskel), wie sich zum Ueberfluß auch aus seinen

³⁾ Vergl. hierzu den Ei-Ritus auf der Osterinsel. Der Sieger, der das erste Ei (der Seeschwalbe) findet, tanzt durch die ganze Insel, das Ei auf der flachen Hand tragend, zum heiligen Berg Raraku. Die Einwohner nennen ihre Iden „Mutter schoß“, den großen Eier-Gott Make-Make.

⁴⁾ Auf neue erschienen in „He-Le-Ro“, Frankfurt am Main, 1. September 1928.

⁵⁾ Auf neue erschienen in „He-Le-Ro“, Frankfurt am Main, 1. April 1929.

¹⁾ Man beachte gut dieses, auch auf den Menschen angewendete Wort „Fort-pflanzung“.

vielen Versuchen mit Froschmuskeln und Froschherzen ergeben (at. 5)

Wenn aber Sanitätsrat Kleinschrod sagt, das Lebensrätsel stehe heute nach 2400 Jahren noch vollkommen in jungfräulicher Unberührtheit da: „Ja, wir merken erst jetzt mit Schrecken, daß noch ein einziger Lebensvorgang streng wissenschaftlich-biologisch und medizinisch erklärt werden kann, daß alles, was mechanistisch und chemisch-physikalisch erklärt werden kann, überhaupt kein Lebensvorgang ist, wie der berühmte Physiologe von Bunge schon vor dreißig Jahren feststellte. „Das rein Biologische oder rein Medi-

5) Vergl. auch die neueren Untersuchungen und Nachweise von Sauerbruch und Schumann, daß jede Muskelspannung von ungemein schnell wechselnden elektrischen Strömungen begleitet ist, deren Sitz in der Haut oder unmittelbar unter der Oberfläche der Haut zu suchen sei. Uebrigens hat schon Galvani, der Begründer der Elektrizitätslehre (1737–1798), gesagt: „Jede Muskelarbeit hat einen elektrischen Strom zur Folge, der ruhende Muskel ist stromlos; das Herz ist der kräftigste Muskel.“

zinische, das Vitale ist bis zur Stunde überhaupt noch nicht erforscht. Was das Leben eigentlich ist, weiß augenblicklich niemand und wird, wie ich glaube, auch in Zukunft niemand wissen“ — sagt der bekannte Biologe Dr. H. Miehe. Wenn ferner Dr. E. Liek in der neuesten Auflage seines Buches „Der Arzt und seine Sendung“ sagt: „Der lebende Organismus mit allen seinen Einzelercheinungen ist nach wie vor ein ungeheures, unfassbares Rätsel“, so glaube ich, die Antwort auf die Frage, was Leben ist, in den drei vorher angeführten Artikeln gegeben zu haben. Leben ist ein elektrischer Vorgang, Leben ist Elektrizität⁶⁾, und die Antwort auf die Frage nach Wesen und Zweck des Lebens in vorliegender Arbeit: das Leben dient der Fortpflanzung und Erhaltung der Gattung⁷⁾....

⁶⁾ Interessanterweise hat kürzlich ein indischer Gelehrter das Steigen des Saftes in den Bäumen auf Elektrizität zurückgeführt.

⁷⁾ Man beachte hierzu die sprachliche und gedankliche Verwandtschaft der beiden Begriffe und Worte „Gattung“ und „Begattung“.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend nummeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 144., Heft 1/2.

Ueber das wirksame Prinzip der Kamillenblüten. Junkmann und Wiechowski. Messung der Wirkungsstärke von Arzneimitteln. Laubender.

Die Wirkung von Diäthylin auf den Kreislauf. Bijlsma und van Esveld. Untersuchungen über die Wirkungsweise des Gitalins. Mansfeld und Horn. Vegetatives Nervensystem und Blutlipide. Tutkewitsch.

Ueber die Verstärkung der Magnesiumsalzwirkung und deren Anwendbarkeit zur enteralen Narkose. Lieben.

Gibt es Pupillarfasern? Wendel und Amsler.

Verhältnis von Dosis zur Wirkung bei narkotischen Substanzen aus verschiedenen Gruppen (nach Untersuchungen am Atemzentrum des Kaninchens). Lendle.

Ueber das Jod in Blut und Drüsensekreten nach Jodeiweißfütterung. Barkan und Leistner.

Ueber den quantitativen Adrenalinnachweis in Organen mit Hilfe lichtelektrisch ausgemessener Absorptionsspektren. I. Mitteilung: Ueber den Adrenalingehalt der Nebennieren. Handovsky und Reuß.

Einfluß des Pituitrins auf den Wasser-Salzstoffwechsel und den Blutdruck. Lomikowskaja.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 144., Heft 3/4.

Der Adrenalingehalt des Blutes in der Narkose. Schloßmann und Müggé.

Das „Alles- oder Nichts-Gesetz der Narkose“ und die zweite Kritik Hans Wintersteins. Mansfeld.

Ueber das Verhalten der Erregbarkeit und der Erregungsgröße im narkotisierten Nerven. Mansfeld und Láncoz.

Experimentelle Untersuchungen über Strychnon. Sümegi und Haintz.

Zur Frage der Wertbestimmung von Insulin. Ssargin.

Verstärkung und Verlängerung lokalnästhesierender Wirkungen durch Hühnerweiß in Versuchen an der Hornhaut des Auges. Stender u. Amsler.

Experimentelle Untersuchungen über das Lokalanästhetikum. Rothlin.

Ueber die Beeinflussung der Atmung durch Amylnitrit. Rosenblüth und Wassermann.

Die Wirkung des Apocodeins auf die Funktion und Erregbarkeit der isolierten Nebenniere. Kusnetzow.

Zur Pharmakologie der Perchloratwirkung. Eichler.

Archiv für Frauenkunde und Konstitutionsforschung (Arch. Frauenkde. u. Konstitutionsforschg.), 15., Heft 3–4, September 1929.

30. Die Stellung des menschlichen Beckens in der Wirbeltierreihe. M. Westenhöfer.

31. Totgeburtenszahl und geburtshilfliche Ordnung. J. Vögel.

32. Totgeburten im Lichte der Variationsstatistik. Ihr Verhalten zur Geburtenzahl und zur Frühsterblichkeit. J. Vögel.

33. Ueber das spätere Befinden von Frauen nach Uterusexstirpation mit Erhaltung der Ovarien. B. Aschner.

Ueber das Hochschulstudien der Frauen in Oesterreich, mit besonderer Berücksichtigung des ärztlichen Berufes. R. Hofstätter.

39. Geburtshilfliche Reichsstatistik. Max Hirsch.

Die Frau im vaterrechtlichen Orient. Paul Krusche.

Frauenkundliche Quellen in Ilias und Odyssee. Max Hirsch.

Die vollkommene Ehe im 18. Jahrhundert. H. Vorwahl.

Arbeiterrinnenschutz und Frauenbewegung. Max Hirsch.

Sittenwidrigkeit eines Vermögens an die ehebrecherische Geliebte? Bloch.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäk.), 138., Heft 1, August 1929.

88. Die diagnostische Anwendung von kombinierten intrauterinen Jodölinjektionen und Röntgenaufnahmen, im Vergleich zur peruterinen CO₂-Insufflation (in 66 Fällen von Tubenunwegsamkeit). J. C. Rubin.

Experimentelle Studien an Parabiosetieren über Physiologie und Biologie der Sexualhormone. Erich Fels.

4298. Zur röntgenologischen Größenbestimmung des vorangehenden kindlichen Kopfes beim engen Becken. P. Schumacher.

Die immunbiologische Bedeutung von Röntgenschwachbestrahlungen für die bakterizide Kraft des Blutes. G. J. Pfalz.

4281. Vaginalschleimhaut. Klaas Dierks.

Untersuchungen über die Biologie und Pharmakologie der Plazenta. II. Mitteilung: Der Sauerstoffverbrauch der menschlichen Plazenta. H. Küstner und H. Siedentopf.

4294. Die latente Infektion der graviden Uterushöhle. Ihr sicherer Nachweis und ihre Folgen. Albert.

4285. Das Verhalten des arteriellen Blutdrucks im menstruellen Zyklus. F. Eichbaum.

4282. Zur Frage über die Mutterhals-Scheidenfisteln. Fistulae cervico-vaginales laqueaticae. J. B. Levit.

Zur Physiologie des Corpus luteum. H. Knaus.

Beitrag zur Kenntnis der Kernbandstellung in Uterussarkomen. O. Brakemann.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. f. Hyg. u. Bakteriologie), München-Berlin, 102., Heft 2, 1929.

Bakterienkultur als Hilfsmittel experimenteller Populationsforschung. O. Bail.

4336. Infektion des Menschen mit Bacterium abortus Bang. E. Weigmann.

Gleichzeitige Wirkung von Wärme und Giftgasen auf den Organismus. R. Leites.

4435. Basophil granululierte Erythrozyten beim Menschen ohne Bleieinwirkung. H. Lehmann.

Oertliche Wirkung und Hautresorption von Tetrachlorkohlenstoff und Chloroform. O. Lapidus.

Archiv für Hygiene und Bakteriologie (Arch. f. Hyg. u. Bakteriologie), München-Berlin, 102., Heft 3, 1929.

Veränderungen im roten Blutbild bei Gewerbestaubinhalation im Tierexperiment. B. Scharlau.

Körperbeschaffenheit von Wiener Straßenbahnangestellten. E. Brezina und J. Waste.

Indolnachweis in Bakterienkulturen. A. Lapinski.

Phagozytose und Leukinproduktion. K. Süpfle und W. Belian.

Blutarmut bei Anilinvergiftung. L. Schmidt-Kehl und Waskewitsch.

Archiv für Verdauungskrankheiten (Arch. f. Verdgskrkh.), Berlin, 45., Heft 5/6.

4352. Bluttransfusionen zur Behandlung der Colitis gravis. Strauß.

4396. Klinische und experimentelle Studien zur verminderten Salzsäure- und Fermentabscheidung des Magens. Delhogue.

Ueber Magengeschwürsprobleme. Kelling.

Ueber Morbiditätsverhältnisse der Magen- und Duodenalgeschwüre und die Dauererfolge ihrer internen Behandlung. Bahn und Rüsch.

4395. Kritische Betrachtungen zur Rohkosternährung des Gesunden. Süßkind.

4397. Die diagnostische Bedeutung der Blutuntersuchung bei Magenkranken. Kogan.

Zur Frage über den Einfluß von Dauerdiäten auf die Sekretbildung der Galle. Olga Sawalischina.

400 Jahre Karlsbader Diät. Molnár jun..

Kurze Bemerkungen zur Geschichte der ärztlichen Stuhluntersuchung. Ebstein.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 39, 1929.

Zur Klinik und Diagnostik des Angioma cavernosum linguae. M. C. Derbändker.

4261. Zur Vereinfachung des färberischen Nachweises der Syphilisspirochäten. Ernst Keil.

4262. Spirochätenkulturen und ihre Anwendung. Hans Reiter.

4317. Erfahrungen mit der Schnell-Mikro-Mästixreaktion von Melcher und Dahmen. Riebe.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 40, 1929.

4260. Ueber das Fortkommen der pathogenen Hautpilze außerhalb des Körpers. E. Kadisch.

4444. Ueber eine bisher nicht beachtete Fehlerquelle bei der Dosierung des Röntgenstrahlen. Carl Stern.

4308. Zur Frage der Ovarialhormonwirkung auf einige Hauterkrankungen. Sergei Borman.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 36.
Der gegenwärtige Stand der Strahlenbehandlung beim Karzinom. H. Holthusen.
4331. Die bakteriologische Kontrolle des Scharlachrekonvaleszenten. U. Friedemann und H. Deicher.
Ueber den Erregungs- und Kontraktionsablauf am Herzen. H. Sachs.
4394. Die klinische Bedeutung des Elektrokardiogramms bei regelmäßigem Herzrhythmus. E. Mosler.
Was leistet die Enzephalographie? Methoden und Ergebnisse. Bernhard Badt.
4264. Zur Bakteriologie bei Lungenentzündungen des Menschen. Karl Habbe.
4318. Syphilisimmunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen. R. Prigge und E. v. Rutkowski.
4289. Gravitätspolyneuritis mit drei Rezidiven außerhalb der Schwangerschaft. Karl Pakozdy.
4304. Mukositis. Werner Kindler.
Weiteres zur Frage der Nirvanolwirkung. Hans Sehestedt.
Die Anämieprophylaxe bei Unreifegeborenen. Nora Wundt.
Ueber Gesichtsplastiken. Schlesinger.
Zur Prophylaxe und Frühbehandlung der Sozialhysterien. Max Eyrich.
Ueber Trinkerheilstätten. M. Margulies.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 37.
Vergleichende Schutzimpfungsversuche gegen Rindertuberkulose mit schwach virulenten Rindertuberkelbazillen (Kultur BCG [Calmette-Guérin] und Kultur TB 18 [Uhlenhuth]). Uhlenhuth, Alfred Müller und Karl Hillenbrandt.
4275. Zur Theorie der Avertinnarkose. Eichholtz.
Die Diagnose der Lageveränderungen des Uterus und der übrigen Genitalabschnitte. Benthin.
Haben sich Krankheitsbild und Infektiosität der Masern geändert? Rudolf Fischl.
4269. Ueber chirurgische Beeinflussung krankhafter Herztätigkeit im Versuch. Wilh. Felix.
Psychotherapeutisches zur Hypertoniefrage. J. H. Schultz.
4437. Was leistet die Enzephalographie? Methoden und Ergebnisse. Bernhard Badt.
4375. Thallium. A. Buschke.
- 4375a. Bestrahlte Frischmilch. Ph. Bamberger.
Zur Frage der Lipidnephrose. Otto Diebold.
Rückenmarkstumoren. M. Nonne.
Die Diathermie-Ketten-Elektrode. René Sommer.
Ueber Randperforationen durch verschluckte Fischgräten. J. Fürstenau.
Dürfen Nichtspezialisten Nasenoperationen ausführen? Richard Bühr.
Erblichkeit der Naevi. Leven.
Repetitorium der Darmkrankheiten. IX. Die Neurosen des Darms. Walter Zweig.
Spezielle Immunbiologie. Felix Klopstock.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 18, 1929.
4371. Gebißuntersuchungen bei Chorea. Werner Schütt.
4372. Zahnanomalien bei Idioten und Imbezillen. Karl Mauß.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 19, 1929.
Wirkung der Ultraviolettstrahlen auf das Gebiß der Albinoratten und Hunde. Alexius Földi.
Das Euphoriesystem. F. C. Münch.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderhk.), 74., Heft 1/2.
4366. Icterus familiaris gravior und Hydrops congenitus universalis foetus. Cornelia de Lange und Arntzenius.
4367. Ueber Vorkommen und Klinik von Thrombosen, insbesondere von Sinusthrombosen, von Blutungen des Gehirns und seiner Häute und Embolien am akut infektionskranken Kinde. Zischinsky.
Zur Pathogenese des Milchnährschadens. Orgler.
Die Isoagglutination bei den Neugeborenen und ihre Beziehungen zum Icterus neonatorum. Lenart und Biro.
Die Isohämagglutinationsreaktion bei Kindern im Säuglingsalter. Belajew und Tschekalin.
Pertussisenzephalitis im Kindesalter. Mikulowski.
Früh- und Spätjahrkinder. Blonsky.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderhk.), 74., Heft 3/4.
4368. Die operative Behandlung des Pylorospasmus mittels Dilatatio pylori. Foramitti.
4359. Klinische Beobachtungen über die Initialkrämpfe im Kindesalter. Faerber.
4400. Ueber die Bedeutung der Zuckerabnahme sowie deren Zusammenhang mit dem Milchsäuregehalt und der Wasserstoffionkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Meningitis tuberculosa. Geldrich.
4388. Beiträge zur Chemie des Liquor cerebrospinalis. Sterner.
4362. Die Beziehungen der Selter-Swift-Feerschen Krankheit zu dem epidemischen Schweißriesel (Sudor anglicus). Zechlin.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 36.
4284. Aenderungen des Stoffwechsels während der Menstruation. H. Eufinger.
Ueber den Unterschied zwischen normalem und abnormem Ansprechen auf Ergotamin, Belladonna und Skopoamin. W. Brack.
4398. Der Einfluß von Hormonen auf Zucker- und Zellpermeabilität im tierischen Organismus. Rudolf Siegel.
4341. Hypoglykämisches Koma mit Ketonurie. A. Gottschalk und A. Springborn.
Die praktische Bedeutung des bakteriellen Index des Blutes für den Kliniker. G. J. Pfalz.
4347. Elektrokardiographische Beobachtungen über den Ablauf einer akuten Myokarditis nach Grippe. Wilhelm Dreßler und Aristid Kiss.
Zur Kritik der sogenannten Mineralsalztherapie. Fritz Mainzer.

- Experimentelle Syphilis des Zentralnervensystems. III. Ueber die Prophylaxis der Syphilis des Zentralnervensystems der Mäuse durch das Stovarsolan. I. L. Kritschewski und K. A. Friede.
Ueber die Steigerung der Antikörperbildung durch Oxychinolin (Chinosol). Wolfgang Weichardt.
Zur Frage der experimentellen Bartonellenanämie. B. Klein und P. Soliterman.
Ueber klimakterische Gesichtsbehaarung. Esau.
Ueber die spontane diffuse Subarachnoidalblutung (leptomeningeale Spontanblutung). Otto Heß.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), Berlin, 8. Jahrg., Nr. 37.
Präbasadow. H. Zondek und H. W. Bansi.
Therapeutische Versuche mit einer besonderen Fraktion des Hypophysenhinterlappens bei Diabetes insipidus nebst Bemerkungen über ihren Wirkungsmechanismus. S. Issac und R. Siegel.
4266. Weitere Untersuchungen am Endocarditis-lenta-Serum. H. Kürten.
4404. Ueber den Einfluß von Adrenalin auf die Galaktoseassimilation der Leber. Josef Bösch.
Ueber Austauschvorgänge zwischen Blut und Geweben. IV. Mitteilung. Die kapillaren Differenz des Na-Cl-Spiegels im Blute. G. dell'Acqua.
Beiträge zur Frage der numerischen Verteilung der Erythrozyten und Leukozyten an der Peripherie. Johannes Reichel und Gabriele Monasterio.
4384. Ueber experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan. E. Nathan, A. Munk und H. Grundmann.
4445. Was leistet die Röntgenbestrahlung der Hypophyse bei Behandlung klimakterischer Beschwerden? Bianca Steinhardt.
Ueber das Hormon des Hypophysenvorderlappens. Peter Botschkareff.
Zur Verwertbarkeit der diagnostischen Blut-Seruminjektionen nach Heilserumanwendung. H. Deicher.
Radiumversuche an Eudorina elegans. L. Halberstaedter und A. Luntz.
Vegetativ-endokrines System als Regulator des intermediären Stoffwechsels. D. Alpern, L. Tutkewitsch und W. Besuglow.
Lungenkrebs und Lungensarkom. E. Homann.
Ueber das Wesen der Allergie. E. Lehner und E. Rajka.
Rote Blutkörperchen im Harn bei Oxalurie. Kurt Henius.
Pernokton-Basisnarkose. G. Weißenbruch.
- Die Krankenversicherung (Kr.-Vers.), Berlin, XVII, 18.
Das Kind in der Sozialversicherung. Schulz.
Zur Frage der Sicherheit im Rechnungswesen der Krankenkassen. Kleff.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 33, 1929.
4387. Ein Reizstoff des Zentralorgans und die zentrale Funktion. E. Steinhilber (teilweise unter Mitwirkung von H. Kun).
Anatomie und Physiologie der Hypophyse, besonders ihrer Beziehungen zum Tuber cinereum. E. Spiegel.
4265. Ueber die allergische Natur des Dick-Toxins. W. Grunke.
4378. Kolonspasmen als Kardinalsymptom der Bleivergiftung. Fritz Riesenfeld-Hirschberg.
4342. Diabetes und Cholezystopathie. S. Horwitz.
4316. Kurze Mitteilung über die Wassermannreaktion bei über Sechzigjährigen. Willy H. Crohn.
4343. Perorale Traubenzuckergaben in Kombination mit Insulin als therapeutische Maßnahme bei Diabetes mellitus. Othmar Pucsko.
4327. Inkontinenzbehandlung bei Frauen mit intravesikaler Elektrokoagulation. Walter K. Fränkel.
Die Morphologie und die Filtrierbarkeit des Tuberkuloseerregers. Franz Lucksch und Alexander Skutetzky.
Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
Zur Epilepsiebehandlung mit Grana boraxata. A. Jellinek.
Sanofel, ein neues Präparat in der Behandlung der Gallenerkrankungen. Ernst Rachwalsky.
Erfahrungen mit Tonicum „Roche“. Ulrich Steinberg.
Der Ombredanne-Narkose-Apparat mit einer Haltevorrichtung. Hans Nammacher.
Schädelbruch. Minderung der Erwerbsfähigkeit. W. Brandis.
Klinisch-chemische Laboratoriumsmittelungen. I. Abelin.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 34, 1929.
Zur Operation der Hypophysengeschwülste. A. Eiselsberg.
Zur Frage der Spezifität allergischer Hautreaktionen und ihre Beeinflussung durch Jod. A. Buschke und A. Joseph.
Anatomie und Physiologie der Hypophyse, besonders ihrer Beziehungen zum Tuber cinereum. E. Spiegel.
Erfahrungen mit Pyrier bei der Behandlung der progressiven Paralyse. Otto Kauders.
Ueber die Erfassung der Tuberkulösen mittels Röntgenserienuntersuchungen. Wiewiorowski.
Oertliche und Fernwirkung physikalischer Therapie auf Grund kapillarmikroskopischer Untersuchungen. Max Michael.
Ein Fall von Angiomyom des Samenstranges. Franz Kerschner.
Immunitätsforschung bei Scharlach und Diphtherie. Kornel Preisich.
Ein Fall von rhabdomyoplastischem Sarkom geringer Gewebsreife. Ladislav Friedmann.
Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
Ueber Adsorgan. I. Kugler.
Beobachtungen über einen Fall von Magenkarzinom. Herbert Scheidel.
Neue Forschungen zur Entwicklung der Lungentuberkulose. H. Gerhardt.
Aerzte und Naturforscher über den Aetna und über seine Eruptionen. Erich Ebstein.
Zur Erinnerung an die Entdeckung des Gonococcus Neisseri. Felix Pinkas.

Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 35, 1929.

Der Schlaganfall als Symptom der arteriosklerotischen Allgemeinerkrankung. Walther Weigelt.

59. Bericht über den Stand der Untersuchungen über die verschiedenen Erscheinungsformen einer Bakterienart. Philaethes Kuhn.

123. Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Enzephalitis. Otto Lamp.

Die Strahlenbehandlung des Krebses in Schweden. Joachim Granzow.

130. Selbstheilung der Prostatahypertrophie nebst Versuchen, dieselbe nachzuahmen. Ernst Felber.

138. Die Behandlung des Milzbrandes. B. Peričič.

Die Granulaveränderungen der Leukozyten. Hans Dimmel.

Praktisches zur Infusion. Henryk Loebel.

Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.

Sanofelol, ein Hilfsmittel in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege. Gerhard Glaser.

Jodalzet als Hämostyptikum und Wundschutz in der sportärztlichen Praxis und Unfallchirurgie. Hans Conrad.

Der derzeitige Stand der Hypophysenvorderlappenforschung. Albert W. Bauer.

Geschlechtskrankheit als verschuldetes Unglück (§ 63 HGB.). Schlager.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 33, 1929.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

77. Koffein und Nachkommenschaft. H. Stieve.

Persönlichkeitsstruktur und anthropologische Medizin. W. Jaensch.

76. Die Behandlung der Schulterverletzungen. C. Mau.

Ischiasähnliche Erkrankungen. (Zum Abbau der Neuralgien.) Neurologische Demonstrationen III. S. Fleischmann.

Was muß der Hausarzt von der Chirurgie der endokrinen Drüsen wissen? Georg Büttner.

Die Malariabehandlung der Paralyse. Herbert Kaltenbach.

12. Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria. Alfred Kauffmann.

Intustabletten. Josef Klemperer.

Eine neue Methode der Harndesinfektion. Fritz Bodländer.

Wie weit reicht der Begriff der „Behandlung“ nach dem Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zwei neue Reichsgerichtsurteile. Rudolf Lehmann.

Haftung des Arztes für Kunstfehler. Sommer.

Richtlinien für die Überweisung von Psoriasis-kranken in radiumhaltige Bäder. Joh. Fabry.

Ueber medizinische Physiognomik. Paul Cohn.

Der älteste Sexuopsychologe Europas. Wilhelm Riemschneider.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 34, 1929.

Ueber den Selbstmord. Rehfeldt.

Schülerelbstmorde. Dieudonné.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

Die Blutgruppenvererbung in ihrer gerichtlichen Anwendung. Ergebnisse einer Umfrage. F. Schiff.

Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. P. Sauerbruch.

Ueber die allgemeine Kärschnittstatistik. (Zu Winters Bericht, Med. Welt, 27, 958.) Heine. Doerfler.

Beiträge zur Appendizitisfrage. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.

Herzschmerzen. Behr.

Peritonitis chronica fibroplastica capsulata retrahens. Franz J. Kaiser.

Hygiene des Seelenlebens. Otto Juliusburger.

Zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Werner Villinger.

Pankreasenzympräparate in der Hand des praktischen Arztes. Rudolf Gaschke.

Der Selbstmord im 19. Jahrhundert. Zunahme des Selbstmordes Anfang des 19. Jahrhunderts. Dieudonné.

Bei meinen alten Sanitätsunterständen in Flandern. R. Kretschmar.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 35, 1929.

Zur Klinik des Stotterns. Theodor S. Platau.

Untersuchungen über die Handschrift von Stotternern. Klara Roman-Goldzieher.

Biologische und schädigende Wirkung der verschiedenen Strahlenarten des Lichtes. H. W. Kranz.

Das Verhalten der Jodbiozyme im Tierkörper. M. Tennenbaum.

Die Behandlung der Syphilis. Fr. Bering.

Primäre eitrige akute Mastoiditis. A. Blumenthal.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 33, 1929.

Der Schlaganfall als Symptom der arteriosklerotischen Allgemeinerkrankung. Walther Weigelt.

59. Bericht über den Stand der Untersuchungen über die verschiedenen Erscheinungsformen einer Bakterienart. Philaethes Kuhn.

123. Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Enzephalitis. Otto Lamp.

Die Strahlenbehandlung des Krebses in Schweden. Joachim Granzow.

130. Selbstheilung der Prostatahypertrophie nebst Versuchen, dieselbe nachzuahmen. Ernst Felber.

138. Die Behandlung des Milzbrandes. B. Peričič.

Die Granulaveränderungen der Leukozyten. Hans Dimmel.

Praktisches zur Infusion. Henryk Loebel.

Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.

Sanofelol, ein Hilfsmittel in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege. Gerhard Glaser.

Jodalzet als Hämostyptikum und Wundschutz in der sportärztlichen Praxis und Unfallchirurgie. Hans Conrad.

Der derzeitige Stand der Hypophysenvorderlappenforschung. Albert W. Bauer.

Geschlechtskrankheit als verschuldetes Unglück (§ 63 HGB.). Schlager.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 33, 1929.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

77. Koffein und Nachkommenschaft. H. Stieve.

Persönlichkeitsstruktur und anthropologische Medizin. W. Jaensch.

76. Die Behandlung der Schulterverletzungen. C. Mau.

Ischiasähnliche Erkrankungen. (Zum Abbau der Neuralgien.) Neurologische Demonstrationen III. S. Fleischmann.

Was muß der Hausarzt von der Chirurgie der endokrinen Drüsen wissen? Georg Büttner.

Die Malariabehandlung der Paralyse. Herbert Kaltenbach.

12. Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria. Alfred Kauffmann.

Intustabletten. Josef Klemperer.

Eine neue Methode der Harndesinfektion. Fritz Bodländer.

Wie weit reicht der Begriff der „Behandlung“ nach dem Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zwei neue Reichsgerichtsurteile. Rudolf Lehmann.

Haftung des Arztes für Kunstfehler. Sommer.

Richtlinien für die Überweisung von Psoriasis-kranken in radiumhaltige Bäder. Joh. Fabry.

Ueber medizinische Physiognomik. Paul Cohn.

Der älteste Sexuopsychologe Europas. Wilhelm Riemschneider.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 34, 1929.

Ueber den Selbstmord. Rehfeldt.

Schülerelbstmorde. Dieudonné.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

Die Blutgruppenvererbung in ihrer gerichtlichen Anwendung. Ergebnisse einer Umfrage. F. Schiff.

Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. P. Sauerbruch.

Ueber die allgemeine Kärschnittstatistik. (Zu Winters Bericht, Med. Welt, 27, 958.) Heine. Doerfler.

Beiträge zur Appendizitisfrage. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.

Herzschmerzen. Behr.

Peritonitis chronica fibroplastica capsulata retrahens. Franz J. Kaiser.

Hygiene des Seelenlebens. Otto Juliusburger.

Zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Werner Villinger.

Pankreasenzympräparate in der Hand des praktischen Arztes. Rudolf Gaschke.

Der Selbstmord im 19. Jahrhundert. Zunahme des Selbstmordes Anfang des 19. Jahrhunderts. Dieudonné.

Bei meinen alten Sanitätsunterständen in Flandern. R. Kretschmar.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 35, 1929.

Zur Klinik des Stotterns. Theodor S. Platau.

Untersuchungen über die Handschrift von Stotternern. Klara Roman-Goldzieher.

Biologische und schädigende Wirkung der verschiedenen Strahlenarten des Lichtes. H. W. Kranz.

Das Verhalten der Jodbiozyme im Tierkörper. M. Tennenbaum.

Die Behandlung der Syphilis. Fr. Bering.

Primäre eitrige akute Mastoiditis. A. Blumenthal.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 33, 1929.

Der Schlaganfall als Symptom der arteriosklerotischen Allgemeinerkrankung. Walther Weigelt.

59. Bericht über den Stand der Untersuchungen über die verschiedenen Erscheinungsformen einer Bakterienart. Philaethes Kuhn.

123. Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Enzephalitis. Otto Lamp.

Die Strahlenbehandlung des Krebses in Schweden. Joachim Granzow.

130. Selbstheilung der Prostatahypertrophie nebst Versuchen, dieselbe nachzuahmen. Ernst Felber.

138. Die Behandlung des Milzbrandes. B. Peričič.

Die Granulaveränderungen der Leukozyten. Hans Dimmel.

Praktisches zur Infusion. Henryk Loebel.

Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.

Sanofelol, ein Hilfsmittel in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege. Gerhard Glaser.

Jodalzet als Hämostyptikum und Wundschutz in der sportärztlichen Praxis und Unfallchirurgie. Hans Conrad.

Der derzeitige Stand der Hypophysenvorderlappenforschung. Albert W. Bauer.

Geschlechtskrankheit als verschuldetes Unglück (§ 63 HGB.). Schlager.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 33, 1929.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

77. Koffein und Nachkommenschaft. H. Stieve.

Persönlichkeitsstruktur und anthropologische Medizin. W. Jaensch.

76. Die Behandlung der Schulterverletzungen. C. Mau.

Ischiasähnliche Erkrankungen. (Zum Abbau der Neuralgien.) Neurologische Demonstrationen III. S. Fleischmann.

Was muß der Hausarzt von der Chirurgie der endokrinen Drüsen wissen? Georg Büttner.

Die Malariabehandlung der Paralyse. Herbert Kaltenbach.

12. Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria. Alfred Kauffmann.

Intustabletten. Josef Klemperer.

Eine neue Methode der Harndesinfektion. Fritz Bodländer.

Wie weit reicht der Begriff der „Behandlung“ nach dem Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zwei neue Reichsgerichtsurteile. Rudolf Lehmann.

Haftung des Arztes für Kunstfehler. Sommer.

Richtlinien für die Überweisung von Psoriasis-kranken in radiumhaltige Bäder. Joh. Fabry.

Ueber medizinische Physiognomik. Paul Cohn.

Der älteste Sexuopsychologe Europas. Wilhelm Riemschneider.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 34, 1929.

Ueber den Selbstmord. Rehfeldt.

Schülerelbstmorde. Dieudonné.

Das Wesen der sogenannten „chronischen Metritis“. W. Lahm.

Die Blutgruppenvererbung in ihrer gerichtlichen Anwendung. Ergebnisse einer Umfrage. F. Schiff.

Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. P. Sauerbruch.

Ueber die allgemeine Kärschnittstatistik. (Zu Winters Bericht, Med. Welt, 27, 958.) Heine. Doerfler.

Beiträge zur Appendizitisfrage. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.

Herzschmerzen. Behr.

Peritonitis chronica fibroplastica capsulata retrahens. Franz J. Kaiser.

Hygiene des Seelenlebens. Otto Juliusburger.

Zur medikamentösen Behandlung der Epilepsie. Werner Villinger.

Pankreasenzympräparate in der Hand des praktischen Arztes. Rudolf Gaschke.

Der Selbstmord im 19. Jahrhundert. Zunahme des Selbstmordes Anfang des 19. Jahrhunderts. Dieudonné.

Bei meinen alten Sanitätsunterständen in Flandern. R. Kretschmar.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 35, 1929.

Zur Klinik des Stotterns. Theodor S. Platau.

Untersuchungen über die Handschrift von Stotternern. Klara Roman-Goldzieher.

Biologische und schädigende Wirkung der verschiedenen Strahlenarten des Lichtes. H. W. Kranz.

Das Verhalten der Jodbiozyme im Tierkörper. M. Tennenbaum.

Die Behandlung der Syphilis. Fr. Bering.

Primäre eitrige akute Mastoiditis. A. Blumenthal.

Die Schraubenzugbehandlung der Fingerkontrakturen. Wolf.

Ueber den Umgang mit Dingen. Hatlapa.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, 76. Jahrg., Nr. 37.

Beobachtungen bei spontan geheilten Diphtherieerkrankungen. Franz Hamburger und Josef Siegl.

4353. Die Lösung der Tuberkulosefrage. Eugen Szalai.

4370. Zur Frühdiagnose der kindlichen Appendizitis. Emil Flusser.

4344. Entstehung und Verhütung der Erkältungsschmerzen (Neuralgien, Myalgien) während der Schlafes. Ernst Bayer.

Die Spannungsverhältnisse des Rückenmarks bei lordotischer und kyphotischer Einstellung der Wirbelsäule und ihre Bedeutung des akuten Stadiums der Poliomyelitis. Franz Becker.

Operations-, Gips- und Verbandstisch mit Extensionsvorrichtungen nach allen Seiten, unter besonderer Berücksichtigung der Knochen- und Gelenkchirurgie. W. Engelhard.

Die Metatarsalgie, ihre Ursache und ihre Behebung. K. W. Fischer.

Zur Behandlung des lockeren und fixierten Spreizfußes. G. Hohmann.

Einfache Verfahren zur unblutigen Gradstellung von schlechtstehenden Frakturen und Osteotomien. P. Pitzen.

4438. Die Kinematographie des Herzens und ihre Bedeutung für die Diagnostik. Pleikart Stumpf.

4279. Steigerung der Leistungsfähigkeit (Vitalität) bei hochgradiger Skoliose durch systematisches Sport- und Atemtraining. Robert Haas.

Das Dogma von den fünf Mahlzeiten des Säuglings. W. Stoeltzner.

Histaminprobe und endoskopisches Bild der Magenschleimhaut bei Achylie. Norbert Henning.

Zur Methodik der Milzpalpation. Hans Schotter.

Ueber Bauchdeckenschmerzen (zur Differentialdiagnose der Appendizitis). Josef Rosenbaum.

Gipsverbände und Operationen bei rheumatischen Arthritiden. O. Vulpius.

Historische Bemerkung zu der neuen Diätbehandlung der Tuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer. A. Ahringsmann.

Ueber die Feuergefährlichkeit von Röntgenfilmen.

Der Nervenarzt (Nervenarzt), Jahrg. 2, Heft 9, 15. September 1929.

4416. Meningiome. A. Bostroem und H. Spatz.

Psychische Impotenz. Arthur Kronfeld.

Vestibulär bedingter Stellreflex. M. Kroll und P. Bogorad.

Der Ausdruck der Gemütsbewegungen. W. H. von Wyß.

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Schweiz. Arch. Neur.), 24., Heft 2.

Hirn- und Kleinhirnrinde in einem Fall von amaurotischer Idiotie. Ludo von Bogaert und Rodolphe Albert Ley.

Neurologisch-klinische Diagnosen und pathologisch-anatomische Epikrise. Karl Max Walther.

4417. Traumatische Epilepsie. M. Tramer.

Reaktion in der Psychiatrie. L. Redalié.

Obturation des Foramen occip. magn. Erwin Julius Meier.

4428. Krisis der Psychoanalyse. C. v. Monakow.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 26, 1929.

Spitalärzte und Fortbildung. F. de Quervain.

Schwester im Spital. C. Ischer.

Einige Bemerkungen zu einem rationellen Krankenhausbetrieb. Häberlin.

Die wirtschaftlichen Werte der Heilanstalt. Gelpke.

Ueber Herzgeräusche und Subfebrilität als häufig verkannte thyreogene Symptome. Richard Zollikofer.

4390. Die Blutkörperchenreaktion in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. Hans Rothpletz.

Fürsorgedienst im Krankenhaus. A. Ritter.

Etwas über die Sterilisation. Marie Lauber.

Ueber Totenschau und Totenbescheinigung. Remund.

4274. Die Behandlung der kindlichen Hernien. Monnier.

Die Bestimmung der Gerinnungswerte vor Operationen mit der kombinierten Untersuchung der Gerinnung. Fonio.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 27, 1929.

4320. Zur Frage der Behandlung der latenten Syphilis. O. Naegeli.

Die physiologischen Wirkungen des Höhenklimas im Vergleich zu den der übrigen Klimate. A. Loewy.

Ueber den Einfluß der Tuberkuloseinfektion auf den respiratorischen Stoffwechsel während der Inkubation. H. Fischer und E. Frommel.

4355. Fehler in der ambulanten Pneumothoraxbehandlung. Vouite.

Ueber ein neuartiges Lokalanästhetikum Ciba 1297/6 (Percain). A. Ritter.

Soziale Medizin (Soz. med.), Berlin, Nr. 9, 1929.

4434. Die Berufskrankheiten der Bergarbeiter. Gorn.

Bestrebungen zur Rationalisierung von Gesundheitspflege und Medizin in den Vereinigten Staaten. Olsen.

Die sozialmedizinische Bedeutung der Iontophorese bei Augenerkrankungen. Erlanger.

4414. Ueber Neurasthenie. Boenheim.

4433. Zur Frage der sozialen Kosmetik. Klauber.

Der Begriff die Fehlerquellen und der Aussageinhalt der ärztlichen Diagnose. Rink.

4432. Herzfürsorge bei den Krankenkassen. Sachs.

Krüppelfürsorge und Krankenversicherung. Biesalski.

Ortskrankenkasse und Krüppelfürsorge. Kotzenberg.

4373. Mundsanierung als Grundbedingung der Heilstättenbehandlung. Klatt.

Therapie der Gegenwart (Ther. Gegenw.), Wien-Berlin, 70., Heft 9, September 1929.

Immunbiologische Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung. R. Pügge.

4446. Die Indikationen und Kontraindikationen der Sonnenbehandlung bei Tuberkulose. H. Deist.

4267. Ueber Wesen und Wert der Eigenblutbehandlung in der Chirurgie. O. Wolfsohn.
 Ueber die Bedeutung und die Erfolge des Bardenheuerschen Streckverbandes bei der Behandlung von Knochlenbrüchen. P. Caan.
 Die Ramogenernährung. W. Beck.
 Behandlung und Verhütung der Rachitis. L. F. Meyer und E. Nassau.
 Zur konservativen Empyembildung mittels Rivanolspülung. W. Olshausen.
 Digitalis-Exclud-Zäpfchen als Adjuvans bei der Ulcera-cruris-Therapie. Th. Wohlrath.
 Perkutane Rheumatherapie mit Oerelin. F. W. Arlt.

Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 24.
 Die erbliche Anlage zu Geistesstörungen. Wagner-Jauregg.

4380. Diätetische Reiztherapie. Wilhelm Schlesinger.
 Probleme in der neueren chirurgischen Ulkustherapie. A. Winkelbauer.
 Anämien. Albert Heiz.

Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 25.
 Zur Kasnistik der elektrischen Unfälle. Ranzi und Cartellieri.
 Differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Chirurgie. Julius Schnitzler.
 Theodor Billroth und die Urologie. Viktor Blum.
 Anämien. Albert Herz.

Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 26.
 Ueber Cholecystitis typhosa und Typhusbazillendauerausscheidung.
 A. Decastello.

4271. Die Grundlagen der operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. E. v. Radwitz.
 Ozaurie und Phosphaturie. V. Kollert.
 Differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Chirurgie. Julius Schnitzler.
 Apoplexie. A. Feller.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26. Jahrgang, Nr. 9, 1. Mai 1929.

4333. Diphtheriebehandlung und Diphtherieschutzimpfung. W. Braun.
 4379. Eigenblutbehandlung. E. Mühsam.
 Mein geburtshilfliches Testament. F. Eberhart.
 Zur Frage der Differentialdiagnose der Thrombose der rechten und der linken Aa. coronaria des Herzens am Lebenden. B. A. Kohan und E. Aunin.
 Sport und Stoffwechsel. H. Herxheimer.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26. Jahrgang, Nr. 10, 15. Mai 1929.

4354. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. J. Knosp.
 Die Erfolge der Röntgenbestrahlung bei den Erkrankungen der Drüsen im Kindesalter. J. Lorenz.
 4319. Syphilis und Verdauungsapparat. H. Rosin.
 Neue Ergebnisse und Fortschritte auf dem Gebiet der Pockenforschung. A. Gins.
 Kann der praktische Arzt die Chronaxie bei Bleikranken selbst messen und wie? F. H. Lewy.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26. Jahrgang, Nr. 11, 1. Juni 1929.

- Die psychogenen Dermatosen. Werther.
 4443. Die Röntgentherapie in der inneren Medizin. A. Müller.
 4258. Endokriner Hoch- und Kümmerwuchs. M. Berliner.
 Ueber Hauttuberkulose. F. Blumenthal.
 Einige Betrachtungen über Temperaturmessungen. M. Barilari und M. v. Krogh.

Zeitschrift für Kinderheilkunde (Z. Kinderh.), 48., Heft 2 u. 3, 1929.

4365. Beobachtungen betreffend erste Kinderlähmungsepidemie in Rumänien. M. Manicatis, A. Bratescu und A. Rusescu.
 Ueber die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach. von Naumann.
 Das Verhalten der Kapillaren und Thrombozyten bei kindlicher Tuberkulose, besonders bei Erscheinungen von Purpura. M. Giuffrè.
 Zur Bewertung von Größe und Gewicht bei Knaben und Mädchen aller Altersstufen. Werner Kornfeld.
 4358. Ueber Durchschnittswerte und Bewertungsgrundlagen des Handgelenkumfanges bei Kindern verschiedener Altersstufen. W. Kornfeld und H. Schüller.
 4352. Beitrag zur Thyroxinbehandlung des kongenitalen Myxödems. E. Nobel und W. Kornfeld.
 4364. Zur Frage der Ausheilung der Tuberkulose im Kindesalter. Nobel und R. Seidmann.
 4360. Beitrag zur Pathogenese des azetonämischen Erbrechens der Kinder. Walter Heymann.
 Zur Pathogenese des Säuglingskollerems. I. Quellungsverhältnisse. W. Heymann, H. Pathologisch-anatomische Bemerkungen. L. Löffler.
 4332. Ueber perkutane Immunisierung gegen Diphtherie nach Löwenstein. Heinrich Baar und Adolf Grabenhofer.
 4376. Ueber Vigantolschädigung der Niere bei einem Kinde. Walter Putschar.
 Vernix caseosa persistenz in der Form symmetrischer Knieflecke und anderer auffälliger Vernixreste bei jungen Säuglingen. E. Meyerhofer.
 Klinisch-experimentelle Untersuchungen über den Verlauf der alimentären Blutzuckerkurve bei Kindern, namentlich bei solchen im Stadium der zunehmenden Fettsucht. Georg Erb.
 Der Wintergipfel der Atemserkrankungen. Oskar Kirsch.
 Replik zu obigen Bemerkungen. R. Lederer.
 Richtigstellung zu obiger Replik. Oskar Kirsch.
 4312. Ueber einen Fall von gonorrhöischer Epididymitis und Omphalitis bei einem 3 Monate alten Säugling. K. Wiesner.
 Zur Geschichte der Schädelperkussion. Erich Ebstein.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), 21. Jahrgang, Heft 17.
 Seltene Herzmäßbildung. Sogenannter Septumdefekt, Transposition der großen Gefäßstämme, Atresie des rechten venösen Ostiums. Hans Smetana.

Versuch einer Erklärung des Smetanaschen Falles von Transposition der Kammerostien des Herzens auf Grund der phylogenetischen Theorie der Herzmäßbildungen. Alexander Spitzer.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforschg.), 21. Jahrgang, 18. Heft.

4346. Das zeitliche Verhalten der Mitralklappen. Walter Frey und C. Fromm.
 Ueber die Pulsation im Jugulum in ihrer diagnostischen Bedeutung. Ein Gedenkblatt zu Piorrys 50. Todestag (29. Mai 1929). Erich Ebstein.

Zeitschrift für Medizinbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, 42., Nr. 18, 1929.

- Säuglingsfürsorge und Mitarbeit der Hebammen in einem Landkreise. Gütt.
 Zur Neuordnung der häuslichen Geburtshilfe. Charlotte Klähr.

Zeitschrift für Medizinbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, 42., Nr. 19, 1929.

- Ueber Liquidationen. Nippe.
 Zur Methode der Credéisierung der Neugeborenen. Ruhne.
 4302. Zur Credéisierung der Neugeborenen. Hauffe.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie (Z. Neur.), Berlin, 121., Heft 3 u. 4, 1929.

- Wie sollen wir Elitegehirne verarbeiten? C. v. Economo.
 4427. Die Besonderheiten des Größenwahns bei verschiedenen Psychosen. Anlässlich eines paralytischen Größenwahns bei postenzephalitischem Parkinsonismus. M. Perlmutter.
 Ganglienzellen als konstanter Bestandteil der Zirbel von Affen. W. Kolmer.
 Ueber Koordination und Inkoordination auf Grund graphischer Aufzeichnung von Bewegungsvorgängen. J. Phahl.
 4426. Endogene Psychosen und Lebensalter. Simon Schelichowsky.
 Ueber Veränderungen des Anfallsbildes durch äußere Einwirkungen im Krampfanfall. Robert Klein.
 4429. Ein Stück Biopsychologie. E. Bleuler.
 4415. Zur Frage der Pelizaeus-Merzbacherschen Krankheit. Gustav Bodechtel.
 Ueber das Prinzip der Endigung der Optikusfasern und über die funktionelle Gliederung in der Calcarinarinde. A. H. Schroeder.
 4418. Zur Frage der „endokrino-toxischen Epilepsie“. E. N. Krylowa.
 4421. Typenunterschiede bei Meskalinversuchen. Hanns Bensheim.
 Zeitstruktur und Schizophrenie. Franz Fischer.
 Zur Struktur scheinlogischer Evidenzen bei Schizophrenen. J. H. Schultz.
 4430. Okkultismus und Hexenglaube. Albert Hellwig.
 Ueber Veränderungen im sympathischen Nervensystem bei der spontanen Gangrän. B. J. Scharapow.
 4424. Das enzephalographische Bild der progressiven Paralyse und seine klinische Bedeutung. Ludwig Guttman und Walter Kirschbaum.
 Der Impfaffenbiß in der Behandlung der progressiven Paralyse. C. Grabow und J. Krey.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 25.

- Zur Behandlung des angeborenen Fibuladefektes. A. Haas.
 Das Laufrad in der orthopädischen Chirurgie. Fr. Schede.
 Das Fahraussche Phänomen und Bestimmung der toxytischen Barriere bei Eiterungsprozessen. J. H. Lukomsky.
 Kreuzbandersatz nach vorhergegangener Operation wegen Chondromalazie und Meniskusruptur. F. Mandl.
 Zur Frage der sogenannten Degesteroenterostomisation. H. Hilarowicz.
 Appendizitis und Trauma. H. Hartoch.
 Zur Kasuistik der Relaxatio diaphragmatis. Fr. Krauß.
 Ueber die Fernresultate der Pyloroplastik beim Magengeschwür. X. Polissodowa.
 Offene oder geschlossene Wundbehandlung nach sakralen Mastdarmoperationen? F. Neugebauer.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 26.

- Einige Worte über die chirurgische Behandlung von Angina pectoris. S. P. Fedoroff.
 Zweizeitige Milzruptur mit einem Intervall von 6 Tagen. H. Schmidt.
 Ueber die operative Behandlung der Serratuslähmung. O. Samter.
 Dickdarmfistel, geheilt durch Plombierung und Bestrahlung. L. Lorch.
 Dauerresultate unserer Ventrifixur der Ligamenta rotunda uteri. Chr. Schmidt.
 Verbesserter Zystoskopwechselhahn. H. Heuß.
 4268. Beitrag zur Pneumographie der Hirnabszesse. A. N. Bakuleff.
 Bemerkung zur Arbeit von Dr. Z. Kienle „Beitrag zur Technik der Nagel-extension“ im Zbl. Chir. 1929, Nr. 15. H. Kunz.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 27.

- Zur Bekämpfung des lebensbedrohlichen Mediastinalempyems nach Preßnarkose. K. H. Bauer.
 4402. Ueber experimentell erzeugte Lungenembolie bei Hunden durch kinematographische Aufnahmen festgehalten. Z. Martin.
 Kurzer Bericht über 103 Fälle postoperativer Thrombosen und Embolien aus der Würzburger Chirurgischen Universitätsklinik. C. Bauer.
 Nichtschleifende Fäden. F. Danziger.
 Rektumprolapseoperationen durch Auslösung des Rektums aus der Excavatio sacralis nach Ludeck. G. Friederichs.
 Erfolgreiche Weber-Ramstaedtsche Operation. E. Seifert.
 Zystoradiographie mit Bromnatriumlösung — Cystitis gravis — Exitus letalis. Svend Hinds-Nielsen.
 4278. Verwechslung des Kahnbeinbruchs mit Handgelenktuberkulose. Fr. Schnell.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 39, September 1929.

- Ergebnisse von Mengenbestimmungen des Sexualhormons. Siebke.
 Der Säugling gehört den Geburtshelfern. Ribmann.
 Zur Neuorientierung der Geburtshilfe nach Hirsch. Laubenburg.
 4295. Aetiologie der puerperalen Uterusinversion. Rabau.
 4297. Extrauterin gravidität und Ovarialtumor. Herzfeld.
 Ungleiche Entwicklung der Embryonen nach Mehrlingsschwangerschaft. Beljaewa.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 40, Oktober 1929.

- Unterbindung der aberrierenden Nierengefäße bei schmerzhafter Harnleiterbehinderung. Straßmann.
 Unblutige Nierenausschüttung durch Röntgenbestrahlung zur Heilung von Ureterfisteln. Conrad.
 Pyelitis gravidarum und Schwangerschaftsunterbrechung. Klein.
 Schwangerschaftsileus und Pyelitis. Klein.
 Schwangerschaftsileus und Pyelitis gravidarum. Sennwald.
 Topographie der Harnblase in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. v. Schubert.
 Einbrüche genitaler Eiterherde in Harnblase und Harnleiter. Ottow.
 Zum Artikel: Sectio caesarea bei Periurethritis chron. fibrosa. Stiglbauer.

Zeitschriften in holländischer Sprache

- Niederländisch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 33, 1929.**
 Alastrum. J. Jitta.
 Einige nähere Besonderheiten über die Alastrimfälle. L. S. Hannema.
 Eigenartiger Fund im Blut bei Patienten mit Anaemia pseudoleucaemia infantum. W. A. P. Schöffner.
 Die Hormontherapie in der Gynäkologie. J. A. van Dongen.
 Alastrum und Pocken, ätiologisch verglichen. A. Ch. Ruys.
Niederländisch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 34, 1929.
 Registration von Stenoseerscheinungen. L. Kaiser.
 Vorkommen von Piedra in Surinam. Ch. G. Aars.
 Erfahrungen mit Pernocton. Tholen und Landmann.
Niederländisch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Nr. 35, 1929.
 Ueber den Nachweis der Vitamine, besonders A und D. van Leersum.
 Immunisierung von Ratten gegen Pest mit konzentrierten Bakteriophagenlysaten aus virulenten Pestbakterien. Flu.
 Periarthritis nodosa. van Paassen.
 Primitive und passive Hingabe bei Angstzuständen. Meerlo.

Nordische Zeitschriften

- Finska Läkaresällskapets Handlingar (Finska Lak.sällsk. Hdl.), Helsingfors, 71., Heft 8.**
 Encephalitis lethargica — Sclérose en plaques. Eine differentialdiagnostische Studie. Henry Marcus.
 Gehirnvolum und Schädelkapazität. Ernst Ehrenrooth.
 Bothriozephalus, Lebertherapie und Retikulozytenreaktion. Fredrik Saltzmann.
 Ueber Bakteriensporen. Carl Nyberg.
 Ueber die regionären Lymphdrüsen bei Karzinom der Gebärmutter. Laimi Leidenius.
 Ein Blatt aus der ältesten Geschichte der finnisch-schwedischen Militärmedizin. Bertil Sourander.

Zeitschriften in englischer Sprache

- Archives of Internal Medicine (Arch. Int. Med.), Chicago, 43., Nr. 3.**
 Ulcus pepticum: Die Einwirkung von parenteralen Einspritzungen gereinigter Milchproteinkörper (Aolan) auf die Symptome und den Verlauf. (Gastro-Intestinal Clinic of the Johns Hopkins University School of Medicine.) Lay Martin.
 Opiumsucht. II. Teil: Physische Charakteristika und körperliche Leistungsfähigkeit von Suchtkranken während der Verabreichung von Morphium. (Narcotic Wards of the Philadelphia General Hospital.) Arthur B. Light und Edward G. Tofrance.
 Das Ventrikelektrokardiogramm. Eine Experimentalstudie. (Laboratory of Physiology, Faculty of Medicine, Paris.) Harold L. Otto.
 Chronische Lungeninfektion durch Friedländer-Bazillus. Eine klinische und röntgenologische Studie. (Medical Division and the Department of Roentgenology, Hospital of the University of Pennsylvania.) Leon H. Collins jr. und Karl Korubum.
 Der Cholesteringehalt des Blutplasmas bei Diabetes mellitus. Eine statistische Studie auf Grund von 20000 Beobachtungen in 385 Fällen. (Department of Metabolism, The Montreal General Hospital, Montreal.) I. M. Rabinowitch.
 Der Cholesteringehalt des Blutplasmas beim juvenilen Diabetes. Statistische Studie. (Department of Metabolism, The Montreal General Hospital and the Henry J. Elliott Laboratory of the Shriners' Hospital, Montreal.) I. M. Rabinowitch.
 Diabetes mellitus. Eine Studie von 147 Autopsien. (Department of Pathology of Cornell University Medical College, New York.) William F. Gibb jr. und W. Logan.
 Die Einwirkung des Synthalins auf den respiratorischen Quotienten des Diabetes. (Biochemical Laboratories of the Graduate School of Medicine of the University of Pennsylvania and the Department of Metabolic Diseases, Philadelphia General Hospital.) W. G. Karr, C. Schumann und O. H. Petty.
 Das Reduktionsvermögen (Blutzucker) von Kaninchenblutfiltraten. (Department from Physiology, Columbia University.) Ernest L. Scott mit technischer Assistenz von Louis B. Dotti.
 Pankreasfunktionen. III. Teil: Die Pankreassekretion bei gestörter Magensekretion. (Medical Clinic of Prof. R. Inada, Imperial University of Tokyo.) Seizaburo Okada, Tsunemoto Imazu, Kwanichi Kuramochi, Masaka Matsubara und Toshio Tsukahara.
 Stenose der Aorta. Ein Fall von Erwachsenentypus beim 6 Monate alten Kinde. (Pathological Laboratory of Harlem Hospital, New York.) A. M. Sala und I. Nachamie.

Bulletins of the Johns Hopkins Hospital (Bull. Hopkins Hosp.), August 1929.

4357. Studien an lebenden Blutzellen des Neugeborenen. Claude Forkner.
 Die glomerulöse Niere des Krötenfisches (Opsanus tau). E. Marshall.
 Bericht über einen Fall von Herpes zoster ophthalmicus, behandelt mit Konvaleszenten Serum.
 Stärkekonzentration im normalen Urin. Walter Brem Mayer und Harold Finkenstein.
 Sarcoid of Boeck beim Neger.

The Journal of Urology (J. of Urol.), Baltimore, 20., Nr. 3.

4324. Fallgruben der Urographie. Miley B. Wesson.
 4328. Nierentuberkulose. Die Heilung tuberkulöser Nephrektomie Wunden. Bernhard S. Scholefield.

The Journal of Urology (J. of Urol.), Baltimore, 20., Nr. 4.

4326. Studie über die epithelialen Geschwülste der Harnblase. Kennel Frater.
 Kleine Prostatakarzinome. Edwin F. Hirsch und Louis E. Schmidt.
 Stadien der Pathologie, Diagnose und Behandlung des Prostatakarzinoms. Benjamin S. Barringer.
 4321. Struktur und Funktion des Harnleiters in der Schwangerschaft. J. Hofbauer.
 Einige Zwischenfälle in der Nierenchirurgie. N. P. Rathbun.
 Riesiger verzweigter Nierenstein mit multiplen Nierenzysten. B. A. Thomas.
 Nephrolithiasis. Kasuistik. L. F. Milliken.
 Akute Hydronephrose. Kasuistik. John B. Haines.
 Nierensarkom. Kasuistik. W. Hersey Thomas.
 Urolithiasis. Bericht über 3 Fälle. William I. Czickson.
 Pneumozysto-uretero-Pyelographie. B. A. Thomas.
 Fremdkörper in der Harnblase. W. B. Haines.
 Pyelolithotomie, durch Gasbrandinfektion kompliziert, die vom Nierenstein ausging. Paul A. Ferrier und Walter P. Bliff.
 Myositis ossificans nach suprapubischer Prostektomie. Hermann L. Kretschmer.
 Doppelseitige Blasendivertikel an den Harnleitermündungen, durch Lipidol zu Gesicht gebracht. John W. Visser.
 Spermatozele. Meredith F. Campbell.
 Priapismus. Kasuistik. R. E. v. Duzen.
 Angiom der Glans penis. Thomas E. Gibson.
 4323. Spezialkatheter für die Ureterpyelographie und zum aseptischen Harnleiterkatheterismus. Stanley R. Woodruff.
 4325. Neues verbessertes Zystoskop. A. Ravich.
 4322. Ein neues Harnleiter-Spülbougie. A. Ravich.

Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, Nr. 1, 1929.

- Ueber Sterilität. H. Cary.
 4374. Ephedrin. G. B. Lake.
 Säurebehandlung des Heufiebers. H. Beckmann.
 Ueber Schlaflosigkeit. R. Kingman.
 4350. Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre. H. J. Paterson.
 4349. Landmarken in der Gastroenterologie. Meyer-Golob.
 Behandlung des Ulcus pepticum mit Proteininjektionen. S. Shaine.
 4351. Gastropasmus bei Gallenblasenerkrankungen. I. Gray, M. Bernstein.
 4381. Jodtherapie. H. J. Novack.

Medical Journal and Record (Med. J. a. R.), New York, 130., Nr. 3.

4405. Cholesteroleinreibungen bei einem wahrscheinlich endokrinen Syndrom. L. Berman.
 Chromvergiftung von Nase und Hals. W. Carter.
 4340. Diabetes. W. H. Porter.
 Rückenschmerzen. S. Kleinberg.
 Milchallergie bei Kindern. H. Hallarman.
 Studie über Unterernährung bei Kindern. H. Perlman.
 4369. Akute Pankreatitis bei Kindern. M. Weintrob und H. Geschwind.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 4, 1929.

- Adenokarzinom des Fundus uteri. J. V. Meigs.
 4273. Chirurgische Divertikulitis. H. Rogers und R. H. Miller.
 Zisternale oder subokzipitale Punktion. C. Saunders und J. Riordan.
 4286. Thyreoidea und das Kopfweh der Menopause. N. C. Stevens.
 4363. Diagnose der aktiven Tuberkulose bei Kindern. K. D. Blackfan.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 5, 1929.

4403. Insulinresistenz und Bronzediabetes. F. Root.
 Chronische Taubheit. W. Drury.
 4335. Enzephalitis lethargica. C. O. Coburn.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 6, 1929.

4270. Behandlung des chirurgischen Diabetes. R. Ohler.
 Nutritionelle Anämie bei Kindern. W. Hill.
 Akute gelbe Atrophie. K. Sowles.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 7, 1929.

4407. Karzinom des Pankreaskopfes. J. Walker.
 Fortschritte in der Biologie des Krebses. A. W. Allen.
 4407a. Bakteriologisches Studium erkrankter Gallenblasen. C. E. Branch.

The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, Nr. 8, 1929.

- Einfluß der Thyreoidea auf die Morphiumwirkung. C. Lund und B. Benedict.

The Urologic and Cutaneous Review (Urologic Rev.), St. Louis, September 1929.

4442. Notizen über einige bösartige Blasen Tumoren, die mit Radium behandelt wurden. William Neill.
 Röntgenographische Diagnose von Krankheiten des Ureters. Bernard H. Nichols.
 Stereoskopische Pyelographie. Willibald Heyn.

4439. Röntgenographie der Niere und des Ureters während der Operation. Albert E. Goldstein und Benl. S. Abeshouse.
Fortschritte der Pyelographie. Willis F. Manges.
4441. Praktischer Wert des Radiums bei der Behandlung des Karzinoms der Haut. Maurice Sittenfeld.
4440. Die selektive Wirkung des Radiums. Irving Bancroft.
4309. Hochfrequenzströme in der Behandlung von Hautkrankheiten. Knowsley Sibley.
4306. Naevus verrucosus (Ichthyosis hystrix: Röntgenbehandlung desselben). Charles W. Perkins.
Das Retikulo-Endothelialsystem in Beziehung zur praktischen Medizin. Gustav Kolischer.
4307. Nickelkrätze. Kristian Gron.
Verbrennung durch Karbolsäureverband, darauf Anwendung von Sublimat und folgende Quecksilberintoxikation. Robert Rabut und Jean Quex.
Lithotripsie und Evakuierung unter Kontrolle der Augen. Ludwig Zeiß.
4329. Ein elektrischer Prostataerwärmer. Erayson Carrolt.
- West London Medical Journal (West London Med. J.), 34., Nr. 1.
4401. Fieber. Eine klinische Studie. J. Burnford.
Arbeitsunfähigkeit schwangerer Frauen. H. H. Mills.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (Ann. de Dermat.), Paris, 6. Serie, 10., Nr. 8, August 1929.
Domenico Majocchi. G. Petges.
Mikrosporien und Trichophytien der behaarten Kopfhaut. G. Massia und J. Rousset.
Sind die Fibrosarkome der Haut Dermatoneurome? Darier.
4310. Ein Fall von primärer Hautinfektion durch Gonokokken. V. Genner und P. Schultzer.
4305. Hartnäckiges generalisiertes Ekzem. N. N. Dracoulidis.
- La Gynécologie, Paris, 28. Jahrg., Nr. 3, 1929.
4 Beobachtungen über Tumoren mit Entwicklung im Becken, teilweise oder gänzlich subperitoneal. Technik ihrer Exstirpation. P. Petit-Dutailis.
4296. Die Steißblagen der geburtshilflichen Klinik in Straßburg vom Januar 1919 bis September 1928. F. Gateaux.
- La Gynécologie, Paris, 28. Jahrg., Nr. 4, 1929.
4293. Die Operation der puerperalen Mastitis. E. Bohler.
Vagina duplex mit Hydrokolpos. A. Descamps.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 29, 1929.
Chirurgie und Orthopädie beim Kinde 1929. Moucet und Roederer.
Spondylolisthesis und essentielle Lordose. Rochet und Roudil.
4334. Gelenkkomplikationen bei Windpocken. A. Martin.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 30, 1929.
Serotherapie bei Typhus. A. Rodet.
4343. Der akute fieberhafte Angor coronarius. C. Lian.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 31, 1929.
Ueber Freiluftschulen. F. Armand-Delille.
Die physische Erziehung. P. Tissie.
Schulüberbürdung. L. Dufestel.
4431. Herz- und Lungenuntersuchung bei Schülern. A. Thouvenel.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 32, 1929.
4389. Der Supraorbitalreflex. Petzetakis.
Ueber Diathermie. Boutarel.
- Paris Médical (Paris méd.), Paris, Nr. 33, 1929.
Das Genitoadrenalsyndrom. Langeron und Danès.
4336. Pathogenie des Paludismus. B. le Bourdelles.
4345. Wiederholte myalgische Asthenien. Turries.
Pankreasmedikation bei chronischen Venenstörungen. P. Quiserne.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 29.
4291. Malaria in der Gynäkologie. Dr. Piet.
Manuelle Behandlung des Schmerzes. Duray.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 30.
- Aetiologie des Krebses. F. Ramond und F. Soullès.
4292. Malaria und Schwangerschaft. Dr. Piet.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 31.
4408. Krebs und Narben. A. Lumière.
Ruptur eines Aszites am Nabel: akute Peritonitis. M. Loeper und J. de Sèze.
Eingeklemmte epigastrische Hernie im Verlauf eines Aszites. M. Loeper, J. de Sèze und Leroy.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 32.
- Kalkämie und Ovarialfunktion. E. Imperato.
Zittern, Stottern, postkommotionelle Asthenie. R. Benon.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 33.
4406. Natur und Ursprung des Krebses. Lowenthal.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 34.
4436. Ursachen der Kriminalität Jugendlicher in Paris. G. Paul-Boncour.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 35.
- Ueber die Milch. J. und P. Grépin.
Sympathikavagosedative Therapie bei Epilepsie. H. Damaye.
- Le Progrès Médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 36.
4422. Der perverse Postenzephalitiker. R. Cruchet.
4385. Wismut und Kalomel in neuer Kombination bei Syphilis. F. Gros.

- Revue belge des Sciences médicales (Rev. belge Scenc. méd.), Louvain, Nr. 6, 1929.
Die Herztonusreflexe und ihre Verwendung zur Funktionsprüfung der Zirkulation. Silvio de Candia.
Klinische Methode zur Messung der Tieftemperatur. A. Besseman.
Fr. de Potter und R. Hacquaert.
Der Karotidensinus und die übrigen vasosensiblen reflexogenen Zonen. Ihre Rolle in der Physiologie, Pharmakologie und Pathologie. Uebersichtsreferat. Corneille Heymans.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Rivista Ospedaliera (Riv. osped.), 18., Nr. 10, 1928.
Moderne Behandlungsmethoden der Urethritiden. Riccardo Sabatucci.
- Rivista Ospedaliera (Riv. osped.), 18., Nr. 11, 1928.
Pankreatitiden. Tommaso Lucherini.
- Rivista Ospedaliera (Riv. osped.), 18., Nr. 12, 1928.
Moderne Behandlungsmethoden der Urethritiden. Riccardo Sabatucci.
- Rivista Ospedaliera (Riv. osped.), 19., Nr. 1, 1929.
Die Klassifikation der Nephritiden. Aliredo Ricci.
- Rivista Ospedaliera (Riv. osped.), 19., Nr. 2, 1929.
Moderne Behandlungsmethoden der Urethritiden. Riccardo Sabatucci.
- Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi (Riv. Pat. e Clin. Tbc.), Bologna, 3. Jahrg., Heft 8, 31. August 1929.
4263. Ueber den filtrierbaren Virus in den Tuberkulosebazillenkulturen. Giuseppe Vascellari.
Ueber das Verhalten des arteriellen und venösen Druckes bei Lungentuberkulose. Carlo Olivero.
Ueber die Erblichkeit der anatomisch-klinischen Formen der Lungentuberkulose. Emilio Bufalari.
4356. Ueber Goldgiffestigkeit bei der Behandlung der Lungentuberkulose. O. P. Capuani.
4410. Ueber Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. G. Gherardini.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Medizinisch-biologisches Journal (Med.-biol. Z. [russ.]), Moskau-Leningrad, 4. Jahrg., Heft 6, 1928.
4393. Elektrokardiographie des sterbenden Herzens. L. J. Vogelsohn.
Die inotrope Herzfunktion und das Elektrogramm. L. J. Vogelsohn und J. A. Tschernogorow.
Bestimmung des Pulsus inaequalis et alternans durch Auskultation der Arterientöne nach Korotkow. B. P. Pitow.
Zur Frage der Nitritwirkung auf das Herzgefäßsystem. B. Titow und A. Levin.
Ueber den Einfluß des Hungerns auf das Herzgefäßsystem. L. J. Vogelsohn und M. Schewliagina.
4392. Zur Frage der chemischen Regulierung der Herztätigkeit. A. F. Scharikova und S. J. Rappoport.
Einfluß der Exstirpation des Sinoaurikulärknotens auf den Herzrhythmus. P. Awerianow, L. Vogelsohn und N. Fedorow.
Ueber den Lipoid-Kohlehydratstoffwechsel bei einigen physiologischen und pathologischen Zuständen. S. Shislina.
Ueber den Einfluß hormonaler Ovarialpräparate auf den Tonus und die Motilität des überlebenden Darmes. S. O. Badykes und L. Klimenkova.
Ueber Atropintoleranz bei Parkinsonismus. E. Polkownikova und J. Buratschewski.
Zur Frage der Methodik der Untersuchungen am überlebenden Darm. J. Buratschewski.
Die Blutliquorschranke bei experimenteller Trypanosomie. S. Rosenholz.
Kritik der Forschungen über die vegetativen Zentren des Mittelhirns. B. Schwabauer.
Neurohypophysäre Syndrome. A. Kuliabko.
- Wratschebnaja Gasetta (Wratsch. Gasetta), Leningrad, 33., Nr. 3/4, 1929.
- Neue Ergebnisse hinsichtlich der inneren Sekretion des Ovariums. L. Okintschitz.
Neuere Untersuchungen über die Gehirnphysiologie in ihrer Wechselbeziehung zur Pathologie und Therapie. G. P. Seleny.
Zur Frage der Histogenese des Karzinoms. M. M. Newjadomskij.
4257. Neue Wege der Selektion des Menschen und der Säugetiere. A. Sch. Schorochowa.
4399. Ueber den Einfluß der parenteralen Einführung von Fetten auf das weiße Blutbild beim hinsichtlich der Tuberkulose klinisch gesunden Menschen. W. G. Kudrjawzew.
4361. Ueber die spezifische Behandlung der epidemischen zerebrospinalen Meningitis bei Kindern. W. A. Leonow.
Zur Klinik der Erkrankungen der Gallenwege. S. A. Grossmann und A. B. Hornstein.
Ueber die Bestimmung des Chemismus der Intermediärschicht bei gleichzeitiger Röntgenuntersuchung des Magens. J. I. Arkuskij.
Zur Frage der Pathogenität, Klinik und Austreibung des Trichocephalus dispar. W. S. Tabolew.
4396. Trichocephalus dispar und seine Radikalbehandlung mittels Osarsols. P. O. Gatowskaja und P. T. Kasakow.
In dubis suspice luem atque malarium. N. F. Golubow.
Zur Differentialdiagnostik zwischen Tuberkulose und Malaria. I. J. Godik.

- Zur Frage der Keuchhustenbehandlung mittels kombinierter Vakzine nach Korschun. I. S. Schlachow.
11. Zur Frage der lokalen Anwendung der Gonokokkenvakzine. W. A. Saradschew. Ueber konservative Karbunkelbehandlung. W. F. Grusdew. Paste anstelle des Vaseline bei der rektalen Untersuchung. F. B. Samsonow. Bearbeitung des Operationsfeldes mit Pikrinsäure. W. I. Sosontow. Ueber Nervenkrankenfürsorge. W. P. Perwuschin. Ueber Fernkurse zur Fortbildung der Hebammen auf dem Lande. B. S. Ginsburg. Nachtrag zu meiner Theorie der Harnbildung. K. Bujnewitsch.

Zeitschriften in polnischer Sprache

- Polski Przegląd Chirurgiczny (Polski Przegl. chir.), 7., Heft 4.
4277. Eine neue Behandlungsmethode des schlaffen Plattfußes. J. Wierzelewski. Ueber Gesichtsfurunkel. St. Nowicki. Traumatische, extraperitoneale Blasenruptur. J. Szper. Die chirurgische Behandlung angeborener Kniescheibenluxationen. T. Kaszubski. Ein Fall von Luxation im Lissfransen Gelenk. M. Cholewicki. Ueber die Behandlung der Lymphdrüsentuberkulose. J. Jasieński.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Anatomie, Anthropologie, Entwicklungs-geschichte.
Augenheilkunde.
Bakteriologie und Sero-logie.
Chirurgie und Orthopädie.
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
Geschichte der Medizin.</p> | <p>7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.</p> | <p>13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde</p> | <p>17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.</p> |
|---|--|--|--|

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

4257.

Schorochowa, A. Sch. **Neue Wege der Selektion des Menschen und der Säugetiere.** (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 3/4, 1929.)

Verfasser gibt einen Ueberblick über die Untersuchungen mittels von ihm angegebenen Methode an einem Material von 10 000 Personen, von denen 2000 steril waren. Es wurden Versuche mit künstlicher Befruchtung sowie morphologische und biologische Studien an Spermien und sogen. „Linearmessungen“ angestellt. Letztere bestehen in einer Messung der Größe des Hodens mittels elliptischer Standardformen und Berechnung des „Koeffizienten des Generationsgewebes“ aus dem Verhältnis der Hodenlänge zur Körpergröße. Normales Sperma und normale Nachkommenschaft wurden bei Personen mit dem Koeffizienten 1/35 bis 1/30 vorzufinden. Der normale Durchschnittskoeffizient des Generationsgewebes beträgt nach Sch. beim Menschen 1/32, d. h. die Länge des Hodens läßt sich in der Körperlänge 32mal unterbringen. Die Untersuchung der Individuen mit kleinerem bzw. größerem Koeffizienten ergab einen angeborenen bzw. erworbenen Defekt des Keimdrüsenorgans. Verfasser stellt die These auf, daß durch genaue Messung des Somas (Körperlänge) und des Generationsgewebes (Hodenlänge) die Qualität bzw. Lebensfähigkeit der von einem Individuum gezeugten Nachkommenschaft vorausgesehen werden kann. — Zwischen der Qualität der Nachkommenschaft einerseits und der Morphologie und Biologie des Spermas andererseits wird eine bestimmte Abhängigkeit festgestellt. Die übliche Untersuchung des Ejakulats hält Verfasser für die Klärung der Ursachen beim Manne für unzureichend. Hier soll berücksichtigt werden: die Menge des Ejakulats, seine morphologische Zusammensetzung sowie die biologischen Eigenschaften der Spermien. Für die pathologische Spermatogenese sind charakteristisch: Oligospermie, Oligozoospermie, ferner — nach der Terminologie des Verfassers — „Immobilospermie“ (Abnahme der Beweglichkeit der beweglichen Formen), „Monstrospermie“ (Auftreten von unnormalen Spermien), „Zitospermie“ (Vorhandensein von unreifen Spermien). Die Ursache von spontanen Aborten, Totgeburten, Mißbildungen und Tod im Säuglings- bzw. Kleinkindesalter liegt fast ausschließlich in der pathologischen Spermatogenese. Bleibt die Nachkommenschaft solcher Eltern am Leben, so weist sie verschiedene Entwicklungsanomalien auf. — Verfasser gibt eine Probe zur biologischen Untersuchung der Spermien an. Hierzu wird ein U-förmiges, 0,2 mm starkes Glaskapillär benutzt, dessen eines Ende blind ist; in das andere, ampullenartig erweiterte Ende wird ein Tropfen des Ejakulats eingebracht. Die Bewegungen der Spermien werden unter dem Mikroskop zu verschiedenen Zeitpunkten beobachtet. Es wurde festgestellt, daß die aktiv-beweglichen Spermien sich in der dem Erdmagnetismus entgegengesetzten Richtung fortbewegen. „Gute“ Spermien legen den Weg von 21 cm in 4 Stunden zurück, während die „schlechten“ hierzu einige Tage benötigen. Die Energiereserven für das Vorwärtstreiben reichen auch bei den Spermien nur für 48 Stunden aus. Zur Befruchtung lassen sie den 20 cm langen Weg bis zur Tube zurücklegen. Es ergibt dabei eine natürliche Auswahl der aktiveren und besten Spermien, die bis zum Ei vordringen. — Das Auftreten „nichtadelnder“ Merkmale bei der Nachkommenschaft hängt haupt-

sächlich von dem Zustande der Spermato- und Oogenese sowie von den verschiedenen Prozessen im Generationsgewebe ab.
E. Kontorowitsch.

4258.

Berliner, Max. **Endokriner Hoch- und Kümmerwuchs.** (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 11.) Die Wuchsanomalien sind für den Forscher eine Fundgrube von biologischen Zusammenhängen. Man unterscheidet verschiedene Gruppen: Zunächst den familiären Hochwuchs, bei dem keinerlei pathologische Abweichungen von den normalen Proportionen und den Funktionen der inneren Organe beobachtet werden. Bei dem akromegalen Hochwuchs findet sich neben der Breitenentwicklung vor allen Dingen ein sogenanntes Spitzenwachstum, hervorgerufen durch eine Ueberfunktion der Hypophyse, ohne Beeinträchtigung der Intelligenz. Bei Erkrankungen der Epiphyse findet man die 3. Form von Riesenwuchs, aber nur bei jugendlichen Personen. Fehlt beim Riesenwuchs die Breitenentwicklung, so kommt es zu dem sogenannten kümmernden Hochwuchs. Die Ursache liegt in einer verspäteten Verknöcherung der Epiphysen, es findet sich eine allgemeine Schwäche des Stützgewebes, wie Plattfüße usw., ferner ein Tropfenherz und Kreislaufhypotonie. Tritt hierzu ein Funktionsmangel der Keimdrüsen, so handelt es sich um den eunuchoiden Hochwuchs. Die Zahl dieser Anomalien ist bei den Männern bedeutend größer als bei den Frauen. Sie sind zurückzuführen auf das Verhalten der das Wachstum beeinflussenden Drüsen, der Thymus, Schilddrüse und Hypophyse. Wo die erste Störung ansetzt, ist nie festzustellen. Das Fortbestehen der Thymus trägt zu vermehrtem Wachstum bei. Man kann auf Grund von Beobachtungen sagen, daß die Thymus das Massenwachstum, die Schilddrüse die Differenzierung der Gewebe fördert. Ebenfalls als Folge einer Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion ist der Zwergwuchs zu bezeichnen, und zwar unterscheiden wir den dystrophischen, den hypophysären Zwergwuchs, das infantile Myxödem, die Chondrodystrophie und den rachitischen Zwergwuchs. Bei Myxödem gehen die Entwicklungshemmungen am weitesten, was man im Röntgenbild bei der Knochenkernentwicklung sieht. Der Leib ist vorgewölbt, und zwar nicht infolge Fettansammlung, sondern Schlafheit der Bauchdecken. Die Intelligenz ist hochgradig gehemmt. Beim hypophysären Typ ist die Ursache verschiedenartig, sie kann angeboren, doch auch durch embolische Prozesse erworben sein. Beim chondrodystrophischen Typ besteht die Fähigkeit der Fortpflanzung, die Krankheit ist erblich. Für die Zwerge bedeutet die Schwangerschaft eine große Gefahr, oft stirbt das Kind wegen Raumbeschränkung ab, das Becken bietet ein absolutes Geburtshindernis. Therapeutisch sind wir gegen diese Erkrankung, deren Ursache wir nicht kennen, machtlos, während man bei anderen Formen durch Zufuhr der mangelnden Hormone schöne Erfolge erzielen kann. Kosminski, Berlin.

Bakteriologie und Sero-logie

4259.

Kuhn, Philalethes. **Bericht über den Stand der Untersuchungen über die verschiedenen Erscheinungsformen einer Bakterienart.** (Med. Klin., Nr. 35, 1929.) (Hygienisches Institut der Universität Gießen.) Auf Grund seiner langjährigen Untersuchungen über

verschiedene Erscheinungsformen einer Bakterienart kommt Verfasser zu folgender Einteilung:

1. Die eigentlichen Bakterienformen, B-Formen.
2. Die aus ihnen hervorgehenden (unechten) Fäden, F-Formen.
3. Starke, nach Giemsa dunkel färbbare Fadengebilde mit Verzweigungen, deren Dicke das Mehrfache der gewöhnlichen Bakterienfäden beträgt, D-Formen (dendritische Formen).
4. Kokkenähnliche Formen, die aus den B-Formen entstehen, C-Formen.
5. Rundliche Gebilde, die oft amöbenähnlich sind, A-Formen. Diese Formen wachsen in den Bakterienleibern heran, wobei ein Schwund der Bakterien eintritt. Sie vermehren sich durch Teilung und können eine erstaunliche Größe, bis zu einem Durchmesser von 9 μ , erreichen.

Die B-, C-, D- und F-Formen sind ihrem Wesen nach Bakterienformen, während es sich bei den A-Formen um Protozoen handelt, die Parasiten der Bakterien sind und in enger Symbiose mit diesen leben. Verfasser nennt sie Pettenkoferien und glaubt, daß sie die Bakteriophagen sind, die das d'Herellesche Phänomen hervorrufen. Die von ihnen gebildeten feinsten Sporen dringen in die Bakterien ein und entwickeln sich in ihnen zu neuen Gebilden. Die Pettenkoferien scheinen als Träger des Krankheitsprozesses eine erhebliche Rolle zu spielen; aus diesem Grunde können Versuche, mit einem Filtrat Infektionskrankheiten zu heilen, zu keinem Erfolge führen. Es ist möglich, daß die besondere Reaktion der Gewebe, wie man sie bei den malignen Tumoren beobachtet, durch die von der Bazillensymbiose abgetrennten, in den Körperzellen selbständig wuchernden Pettenkoferien hervorgerufen werden; vielleicht kommen aber auch für das Entstehen von Tumoren besondere Stämme in Betracht, deren A-Formen den spezifischen Wachstumsreiz liefern. Jedenfalls fand Verfasser im Ehrlichschen Mäusekarzinom und im menschlichen Karzinom Gebilde, die von den Pettenkoferien der Bakterien auf der Agarplatte durch nichts zu unterscheiden waren.

L. Gordon, Berlin.

4260.

Kadisch, E., Ueber das Fortkommen der pathogenen Hautpilze außerhalb des Körpers. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 40, 1929.) (Dermatol. Abt. d. Charlottenburger Krkh.) Die große Neigung der Mykosen zu Rezidiven kann darauf beruhen, daß am Orte der Erkrankung virulente Pilzelemente liegen geblieben sind, oder daß aus dem ursprünglichen Erkrankungsherd Keime in die Zirkulation kommen, die sich dann an der ursprünglichen Stelle als an einem locus minoris resistentiae wieder ansiedeln, oder daß es sich um eine nach erfolgter Heilung eintretende Reinfektion mit dem inzwischen außerhalb des Körpers zur Weiterentwicklung gekommenen Stamme handelt. Zur Feststellung der letzteren Möglichkeit wurden Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, daß pathogene Hautpilze bei feuchter Aufbewahrung auf verschiedenen natürlichen Substraten (Seide, Wolle, Leder, Kehrlicht, Strohmist, Federn) wachsen, wobei einige Keime gewisse Substrate bevorzugen. Am günstigsten sind dabei Temperaturen von 27 Grad, doch sind auch 18 bis 20 Grad Celsius günstiger als 37 Grad. Bei letzterer Temperatur schien die Lebensdauer der Pilze bereits beeinträchtigt zu sein. Ernst Levin, Berlin.

4261.

Keil, E., Zur Vereinfachung des färberischen Nachweises der Syphilisspirochäten. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 39, 1929.) (Univ. Hautklin. Königsberg i. Pr.) Der färberische Nachweis der Spirochaete pallida hat trotz der Einführung des Dunkelfeldes seine Bedeutung behalten, da er eine längere Betrachtung der Spirochäten und Vergleich mit Testpräparaten sowie die Herstellung von Dauerpräparaten gestattet. Von den vielen angesehenen Färbemethoden hat sich die mit Viktoriablau IV. R. besonders bewährt; Verfasser verbesserte sie noch, indem er durch Hinzufügung von Methylgrün und Pyronin eine die Farbinintensität der Farblösung bedeutend verstärkende Schwebefällung herbeiführte. Die Vorschrift lautet: Viktoriablau IV. R. 3,0, Pyronin 0,9, Methylgrün 0,1, Alkohol. absol. 9,0, Glycerin 10,0, Aqu. dest. ad 100,0. Die vollkommen lufttrockenen Präparate werden 3 bis 4 Minuten mit der Farblösung bedeckt, vorsichtig abgespült, am besten wieder an der Luft getrocknet. Es ergibt sich dann eine tiefblau-schwarze Färbung der Spirochäten.

Ernst Levin, Berlin.

4262.

Reiter, H., Spirochätenkulturen und ihre Anwendung. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 39, 1929.) Das Problem der Spirochätenzüchtung in Reinkultur kann noch nicht als gelöst betrachtet werden, die Schwierigkeiten beruhen anscheinend darauf,

daß für das Gedeihen der Spir. pall. bestimmte Stoffwechselbedingungen erforderlich sind, die am besten von der lebenden Zelle geliefert werden. Eine praktische Verwertung der Kulturspirochäten wird nach verschiedenen Richtungen hin angestrebt. Als Hautdiagnostikum ist die Wirksamkeit noch keine genügende, weil anscheinend die in der Spirochäte enthaltenen Bausteine nicht zur Wirkung kommen, es muß deshalb die Herstellung eines Hautdiagnostikums mit aufgeschlossenen Spirochäten angestrebt werden. Auch für die Anwendung des Spirochätenantigens zur WR. liegen die Verhältnisse ähnlich; von Bedeutung ist hier die Feststellung, daß die normale WR. sich aus zwei Reaktionsquoten zusammensetzt, von denen das übliche, nicht aus Spirochäten hergestellte Antigen die nicht spezifische Quote bedingt, während das Spirochätenantigen das Spezifische anzeigt. Das letztere könnte für die Beurteilung der Dauer der Behandlung von Bedeutung werden. Schließlich ist noch die lebende Pallidakultur zur Behandlung metaluetischer Prozesse herangezogen worden, wobei sich allerdings noch keine Erfolge aber auch keine Schädigungen zeigten. Ernst Levin, Berlin.

4263.

Vascellari, Giuseppe, Ueber den filtrierbaren Virus in den Tuberkelbazillenkulturen. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. 3, Heft 8, 1929.) Die Existenz der filtrierbaren Formen der Tuberkelbazillen wird experimentell bestätigt. Das auf Nährböden verimpfte bakterienfreie Filtrat führt zur Entwicklung von Tuberkelbazillen. Das auf Kaninchen intraperitoneal übertragene Filtrat führt wohl mitunter zur Entwicklung spezifischer, verkäsender Organveränderungen, aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt es zur unspezifischen Hyperplasie der Lymphdrüsen und der Milz und terminaler Kachexie. Aber auch bei den an klassischer Tuberkulose erkrankten Tieren verläuft der Krankheitsprozeß wesentlich langsamer, als bei den mit Bakterien infizierten Tieren. Die Pathogenität der filtrierten Kulturen ist um so größer, je älter die Kultur ist. Säureresistente Stäbchen werden nach Impfungen mit filtrierbarem Virus, am ehesten in den Lymphdrüsen, seltener in der Milz, am seltensten in der Lunge, aber in kleiner Zahl gefunden. Unter 35 geimpften Tieren mißlang nur in zwei Fällen der Nachweis der Tuberkelbazillen. Die Übertragung der Tuberkulose von den mit filtrierbarem Virus geimpften Tieren auf andere Tiere durch Ueberimpfung von Organbrei gelingt stets, ebenso wie der kulturelle Bakteriennachweis aus diesen Organen. Eugen Stransky, Wien.

4264.

Habbe, Karl, Zur Bakteriologie bei Lungenentzündungen des Menschen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 36.) (Pathologisches Institut der Universität Hamburg-Eppendorf.) Die Zusammenstellung der bakteriologischen Untersuchungsergebnisse bei entzündlichen Erkrankungen der menschlichen Lunge an einem Sektionsmaterial von 270 Fällen ergab ein Ueberwiegen der Pneumokokken und Streptokokken. Dabei konnte ein Vorkommen des Pneumococcus mucosus fast ausschließlich nur bei der kruppösen Pneumonie festgestellt werden, während diese Erreger bei Bronchopneumonien nicht beobachtet wurden. Es scheint zum Zustandekommen einer kruppösen Pneumonie nicht allein die Immunitätslage des Organismus im Sinne der modernen Anschauungen, sondern auch die Art des Erregers eine Rolle zu spielen. Die Klärung dieser Frage ist durch systematische bakteriologische Untersuchungen am Krankenbett zu erwarten. Arnold Hirsch, Berlin.

4265.

Grunke, W., Ueber die allergische Natur des Dick-Toxins. (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) (Med. Klinik d. Universität Halle a. d. S.) Es ist dem Verfasser in einer Reihe von Fällen eine passive Uebertragung der Hautüberempfindlichkeit gegenüber dem Dick-Toxin gelungen, was für eine allergische Natur oder zumindest für eine allergische Komponente des Dick-Toxins spricht. Daß diese Uebertragung nur mit dem Serum von Dickpositiven zu erreichen ist, muß als Zeichen einer Spezifität des Serumantikörpers angesehen werden. L. Gordon, Berlin.

4266.

Kürten, H., Weitere Untersuchungen am Endocarditis lenta Serum. (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 37.) Die nachgewiesene Erhöhung des Serumweißquotienten bei der Endocarditis lenta läßt sich außer durch die Formolgelierung auch durch den Farbstoffdiffusionsversuch charakterisieren.

Das unter pathologischen Verhältnissen auftretende Schwanken des Serumweißwertes und -quotienten wird am Beispiel der Endocarditis lenta mit der Aktivität des Endothelialsystems erklärt und so das „endogene“ Bluteiweiß dem exogenen gegenübergestellt. Arnold Hirsch, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

4267.

Wolfsohn, G., Ueber Wesen und Wert der Eigenblutbehandlung in der Chirurgie. (Ther. Gegenw., 70., H. 9, 1929.) (Krankenhaus der jüdischen Gemeinde zu Berlin.) In der Eigenbluttherapie besitzt man ein ebenso billiges wie gefahrloses Mittel, um einen protoplasmaaktivierenden und immunisatorischen Effekt im Organismus zu erzielen. Nach den sehr zahlreichen Beobachtungen des Verfassers ist dieser Effekt aber in den meisten Fällen nur ein vorübergehender, und er erschöpft sich bei chronischen Affektionen im Laufe der Zeit. Außerordentlich gute Resultate wurden mit der örtlichen Eigenblutumspritzung nach Laewen bei Oberlippenkarbunkeln sowie bei Schweißdrüsenentzündung der Achselhöhle erzielt. Hierbei wirkt das Eigenblut als Riegel und als ideales Tiefenantiseptikum. Bei der Umspritzung von Nackenkarbunkeln sind die Resultate weniger günstig. Bei einigen akuten Zuständen ist die Eigenbluttherapie von entschiedenem Wert, insbesondere bei Blutungen und bei der Bekämpfung postoperativer Bronchitiden bzw. Bronchopneumonien. In einigen Karzinomfällen konnte Verfasser nach der Eigenbluttherapie Hebung des Allgemeinbefindens, mitunter auch eine auffallende Verlangsamung bzw. einen Stillstand im Wachstum des Tumors feststellen.

E. Kontorowitsch.

4268.

Bakuleff, A. N., Beitrag zur Pneumographie der Hirnabszesse. (Zbl. Chir., Nr. 26, 1929.) (II. Chirurg. Klinik Moskau.) Verfasser berichtet über drei Fälle von schweren Hirnabszessen, in denen ohne jegliche Komplikation die Pneumoencephalographie ausgeführt worden ist. Auf diese Weise konnte man den Sitz des Eiterherdes genau feststellen. Um die Form, Umfang und Lage genau festzustellen, hat Verfasser in die Eiterhöhle nach erfolgter Punktion Luft injiziert, wodurch mittels Röntgenaufnahme der Umfang und die Form der Höhle genau bestimmt werden konnte. Dadurch wurden die später erfolgten Punktionen und andere Eingriffe außerordentlich erleichtert. Die eingeführte Luft übt auf die Wandungen der Abszeshöhle keinen Reiz aus, sondern fördert sogar die Entleerung derselben.

Walter Grossmann, Berlin.

4269.

Felix, Willi, Ueber chirurgische Beeinflussung krankhafter Herzrhythmen im Versuch. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 37.) In Tierversuch wird versucht, ob Herzfehler, ferner akute und chronische arterielle Hypertonie durch Aenderung des auf dem Herzen lastenden Druckes beeinflusst werden können. Es gelingt, den Außendruck über der Herzoberfläche durch Vermindern der Perikardspannung mittels breiter Spaltung des Perikards herabzusetzen. Umgekehrt läßt sich der Außendruck durch Vermehren der Perikardspannung mittels Raffens des Herzbeutels erhöhen. Abnahme des Außendruckes steigert bei akuter und chronischer Insuffizienz der Mitrals und Trikuspidalis die Tätigkeit des Herzens; bei den übrigen Herzfehlern bleibt sie ohne Einfluß. Ferner senkt sie bei akuter und chronischer arterieller Hypertonie den Blutdruck. Diese deutliche Wirkung der Außendruckabnahme ruht auf einer Zunahme der Herzgröße, auf Dilatation. Außendruckvermehrung über der Herzoberfläche hat stets bei Herzfehlern sowohl wie bei arteriellem Hochdruck eine Verminderung der Herzrhythmen zur Folge. Dagegen vermag sie eine Dilatation des Herzens unter bestimmten Voraussetzungen zu verzögern oder zu vermindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

4270.

Ohler, R., Behandlung des chirurgischen Diabetes. (New England J. Med., Nr. 6, 1929.) Die Erfahrung von 5 Jahren am Boston City Hospital ergab folgende Schlüsse: der chirurgische Diabetes ist immer ein schwerer Diabetes und in solchen Fällen verläuft die Sepsis rapid und die chirurgischen Symptome sind dunkel. Zucker oder Diazetsäure im Urin sind keine Kontraindikation für chirurgische Eingriffe, wenn vor und nach der Operation eine entsprechende innere Behandlung stattfindet. Die Gegenwart von Eiter vermehrt immer die Schwere des Diabetes: die Erfahrung lehrt, daß der septische Fall, bei dem man wartet, sich der Allgemeinzustand des Patienten gebessert hat, immer abt. Auch eine allgemeine Septikämie kann durch Insulin zuckerfrei gehalten werden, aber Insulin hält die Ausbreitung der Infektion nicht auf. Jede septische Wunde bei einem Diabetiker muß täglich behandelt werden: eine leicht gangränöse Zehe kann 24 bis 48 Stunden zur Sepsis des Fußes oder Beines führen. Einleidendes Koma bei einem nicht chirurgischen Diabetes kann Symptome des akuten chirurgischen Abdomens bieten: steife Haut, Nausea, Erbrechen, Leukozytosis. Hier ist Zu-

sammenarbeit zwischen Chirurgen und Internisten notwendig. Häufige Harnuntersuchungen während der kritischen Periode sind nötig; dies ist wichtiger als die 24stündige Urinmenge. Ebenso wichtig sind häufige Blutzuckerbestimmungen, aber von ihnen dürfen die chirurgischen Maßnahmen nicht abhängen, insofern als man sie erst abwarten mußte. Die Insulindosis wird sicher bestimmt, wenn man kurz vor jeder Mahlzeit den Urin untersucht und nach folgendem Farbschema handelt: kein Zucker — kein Insulin. Grünliche Farbe — 5 Einheiten. Gelbgrüne Farbe — 10 Einheiten. Braune Farbe — 15 Einheiten. Rote Farbe — 20 Einheiten. Diazetsäure — 20 Einheiten. Präoperative Regeln: bei einer Operation der Wahl: Patient unter völliger Fürsorge des Internisten. Zuckerfrei und Blutzucker unter 250 mg bei einer Diät von 100 g Khydraten, entsprechend Protein (1 g pro kg) und Fett. Am Tage der Operation 30 bis 50 g Glukose in Form von Haferschleim oder Orangensaft, zuletzt 2 Stunden vor der Operation. Wird Insulin gegeben: morgens zur Zeit des Glukosemahls. Ist die Operation nötig: Urinuntersuchung und entsprechend Insulin. Vor der Operation Khydrate im Mahl, Glukose per rectum oder intravenös, 30 bis 50 g. Während der Operation möglichst Wärme- und Flüssigkeitsverlust vermeiden. Den Patienten warm und bedeckt halten. In schweren Fällen 1000 ccm Salzlösung subkutan vor Verlassen des Operationstisches. Nach der Operation wird von manchen empirisch 5 bis 10 Einheiten Insulin gegeben; andere entsprechend nach der ersten Urinprobe, sonst alle 2 Stunden innerhalb der ersten 24 Stunden; Insulin wenn nötig. Alle 4 Stunden am 2. Tag. Alle 6 Stunden am 3., d. h. vor den 3 Mahlzeiten und um 10 Uhr abends. Wichtig ist nicht das Auftreten von Zucker, sondern das von Diazetsäure, möglichst 1000 ccm Flüssigkeit am ersten Tage, u. U. per rectum oder intravenös mindestens 50 g Glukose in den ersten 24 Stunden.

v. Schnitzer.

4271.

v. Redwitz, E., Die Grundlagen der operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 26.) Für die Therapie des Magengeschwürs scheint es von ausschlaggebender Bedeutung zu sein, daß durch die Entstehung eines primären Defekts im Magen auch eine Umgestaltung des Mutterbodens eintritt, die nun ihrerseits ungünstig auf die Heilungsvorgänge einwirkt. Durch die Einwirkung des Magensaftes auf den frischen Defekt kommt es zu einer Schädigung der Gefäße auf dem Grund des Geschwürs und in der Umgebung, die sich histologisch als Enderarteritis obliterans manifestiert. Durch diese sekundäre Arteritis obliterans wird die Regenerationskraft der Schleimhaut gehemmt, durch die vom Schleimhautdefekt ausgehenden nervösen Reize kommen reflektorisch spastische Kontraktionen der Magenwand und der Gefäße zustande, die in gleichen Sinne wirken. Pyloruskampf führt zur Stagnation des Mageninhalts. Durch diese und durch direkte, vom Ulkus ausgehende Reize entzündlicher Natur kann es zu Entzündung der Magenschleimhaut kommen. Diese sekundäre Gastritis kann vielleicht ebenfalls die Ausheilung eines Ulkus verzögern oder die Entstehung neuer Geschwüre begünstigen. Durch den Reiz des frisch entstandenen Geschwürs kann ferner regellose, von den Mahlzeiten unabhängige Magensaftsekretion ausgelöst werden. Die nicht seltene Beobachtung frischer Geschwüre in der Umgebung alter wird in diesem Zusammenhange hervorgehoben. Die Einwirkung der aufgesplitterten Muskelfasern auf die Ränder des Geschwürs und die Fixation der Geschwürränder bei tiefgreifenden, in die Nachbarorgane penetrierenden Geschwüren tragen ebenfalls zur verzögerten oder ausbleibenden Heilung bei. Ob es tatsächlich zur Entwicklung eines Ulcus chronicum kommt oder ob die stets vorhandene Heilungstendenz imstande ist, die hemmenden Faktoren zu überwinden, ist auch von konstitutionellen Momenten abhängig. Es ist heute noch nicht möglich, diese konstitutionellen Momente für die Pathogenese des Ulcus pepticum schärfer zu fassen. Die Beobachtung familiären und hereditären Vorkommens weist darauf hin, daß eine erbliche besondere Konstitution des Ulkusträgers eine Rolle spielen kann. Bei der Entwicklung des chronischen Ulkus besteht ein Circulus vitiosus, der mit der Entstehung eines akuten Defektes beginnt; für die Weiterentwicklung zum chronischen Ulkus muß jedenfalls die Reaktionsfähigkeit des Gesamtorganismus mit ins Gewicht fallen. Verfasser hebt aber hervor, daß das Ulcus pepticum des Magens und der oberen Darmwege eine isolierte Erscheinung sein kann. Seiner Ansicht nach ist es nicht angängig, primär jedes Ulkus als Ausdruck einer bestimmten Disposition, also als Symptom einer „Ulkuskrankheit“ zu betrachten. Die Pathogenese des chronisch peptischen Geschwürs stellt sich dar als ein Komplex ineinandergreifender, sich gegenseitig ergänzender, zum Teil verstärkender, zum Teil abschwächender Vorgänge, wobei die primären Kräfte sehr verschiedener Natur sein können, die organisch oder funktionell be-

dingte Gefäßsperrung aber sicher eine wichtige Rolle spielt. Die Therapie muß trachten, im einzelnen Falle die ausschlaggebenden Momente diagnostisch zu erfassen und therapeutisch zu verwerten. Da aber derzeit die Zusammenhänge noch nicht völlig geklärt sind, bleibt vorderhand das Ziel der Therapie, den für die Pathogenese so einflußreichen *Circulus vitiosus* in irgendeiner Weise zu durchbrechen. Von den chirurgischen Methoden scheint derzeit die ausgedehnte Resektion des Magens die Heilungsbedingungen für das Ulkus am günstigsten zu gestalten und besonders ungünstige Verhältnisse für die Neubildung eines Ulkus zu schaffen.

Maslowsky.

4273.

Rogers, H., und H. Miller, **Chirurgische Divertikulitis**. (New England J. Med., Nr. 4, 1929.) Die Diagnose hat 2 Phasen, die präoperative und die operative, und beide bieten gewisse Schwierigkeiten. Bei der ersteren kommen differentialdiagnostisch verschiedene Veränderungen in Frage: intestinale Obstruktion, Fäkalfistel, Krebs, akute Appendizitis, akute Cholezystitis, Tubo-ovarialsabszeß, Ovarialzyste, Fibroide mit Beckenentzündung, Osteomyelitis der Beckenknochen, strangulierte Hernie, Tuberkulose, Aktinomykose. Bei 24 im Massachusetts General Hospital operierten Fällen wurde die präoperative Diagnose in 5 Fällen gestellt. Auch während der Operation ist die Verwechslung zwischen Divertikulitis und Krebs leicht. Sie kommen aber auch zusammen vor: unter den 24 Fällen dreimal; dreimal war die Diagnose Krebs zu Unrecht gestellt und einmal war Divertikulitis bei der Operation diagnostiziert, während es sich in Wirklichkeit um einen Krebs des Sigmoids handelte. Bei der Differentialdiagnose sind gewisse Punkte wichtig: eine lange Geschichte periodischer Verstopfung, Schmerzen im linken unteren Quadranten, namentlich mit Fieber, spricht mehr für Divertikulitis, kommt aber auch bei Krebs vor. Blut im Stuhl ist charakteristischer für Krebs, während Leukozytose häufiger Divertikulitis begleitet. Ein guter Ernährungszustand spricht ebenfalls für letztere. Röntgen kann bei Divertikulitis Aufschluß geben, kann aber einen gleichzeitigen Krebs nicht ausschließen, oder sagen, ob eine diffuse Veränderung Krebs oder Divertikulitis ist. Von den 24 Fällen starben acht im Hospital. Bei der chirurgischen Divertikulitis kommen drei Hauptsymptome in Frage: die akute entzündliche Gruppe mit Perforation, allgemeiner Peritonitis, akuter Abszeßbildung, dasselbe chirurgische Problem wie bei akuter Appendizitis. Dann die Fälle, bei denen die intestinale Obstruktion im Vordergrund steht. Endlich die chronische Gruppe mit Komplikationen, wie Blasen-Colon-Fistel und geringer chronischer Entzündung mit und ohne partielle Obstruktion. Das Alter, die Lokalisierung der Veränderung und ihre Ausdehnung beeinflussen die Mortalität. Mittleres Alter 52. Das Sigmoid war 21mal betroffen. Eine Operation hat erst dann ihren Zweck erreicht, wenn ein Krebs ausgeschlossen ist dadurch.

v. Schnitzer.

4274.

Monnier, E., **Die Behandlung kindlicher Hernien**. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 26/29.) Eine abwartende Behandlung kindlicher Hernien ist nur dann ratsam, wenn die Bedingungen für das Zustandekommen des Erfolges wirklich gegeben sind, wenn die Möglichkeit besteht, eine Bandage anzuwenden, die Tag und Nacht getragen wird, und wenn man das Kind stets sorgfältig überwacht. Ist das nicht durchführbar, so empfiehlt sich die Operation vom dritten Lebensmonat ab, denn die Mortalität ist in geschickten Händen fast Null, die Heilung erfolgt rasch und ist dauerhaft.

Held.

4275.

Eichholtz, **Zur Theorie der Avertinnarkose**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 37.) Avertin ist dasjenige Schlafmittel, das am schnellsten resorbiert und am schnellsten entgiftet wird und das bei rektaler Zuführung die größte narkotische Breite besitzt. Diese narkotische Breite, d. h. der Quotient aus letaler Dosis und minimaler Narkosedosis, beträgt bei rektaler Zuführung 1,7. Sie wird vergrößert durch Äther und andere Inhalationsnarkotika, durch einzelne Schlafmittel, aber auch durch bestimmte anorganische Salze. Sie wird verringert durch Kombination mit Natriumbromid und Natriumchlorid. Die größte bisher beobachtete narkotische Breite beträgt im Experiment 3,3 bei Kombination mit Kaliumchlorid.

Arnold Hirsch, Berlin.

4276.

Mau, C., **Die Behandlung der Schulterverletzungen**. (Med. Welt, Nr. 33, 1929.) Es ist falsch, bei den Schulterverletzungen einen Verband nach Désault oder Velpeau anzulegen resp. in leichteren Fällen nur Einreibungen zu verordnen. Eine solche wenig aktive Behandlung führt sehr rasch zu einer reflektorischen Atrophie der Oberarmabduktoren, insbesondere des Deltoideus in seinem mittleren Anteil. Durch die Ruhigstellung in Adduktion

wird ferner die Abduktionsmuskulatur übermäßig gedehnt, was zu einer Kontraktur der viel kräftigeren und phylogenetisch viel älteren Adduktoren, Latissimus dorsi, Subskapularis, Pectoralis major, Coracobrachialis führt; auch der Infrapinatis, Teres major und minor sind meist beteiligt. An die muskuläre Kontraktur schließt sich sekundär eine Schrumpfung der Gelenkkapsel an. Außerdem kommt es bei fehlender Funktion zu chronisch traumatischen Veränderungen, zu einer Verödung und Schrumpfung der paraartikulären Bindegewebsräume und Schleimbeutel, gelegentlich auch zu Verkalkungen in denselben; es entwickelt sich so das Krankheitsbild der Periarthritis humero-scapularis, bei der Pendelbewegungen nach vorne und hinten im Schultergelenk möglich sind, die Abduktion aber beeinträchtigt ist.

Solche Kontrakturenzustände können vermieden werden, wenn der Oberarm möglichst bald nach der Verletzung im Schultergelenk in die Abduktions- und Außenrotationsstellung überführt wird. Die Ruhigstellung ist auf eine möglichst kurze Zeit zu beschränken und durch eine Bewegungstherapie zu ersetzen. In der Praxis kann man auf zweierlei Weise vorgehen: 1. Bettruhe mit einfachem Zugverband am Unterarm, der über den oberen Bett- rand zu leiten ist und den Arm in Abduktion und Außenrotation überführt; 2. Anwendung einer portativen Schulterabduktions-schiene. Besonders empfehlenswert ist die Böhlersche Schiene.

L. Gordon, Berlin.

4277.

Wierzejewski, J., **Eine neue Behandlungsmethode des schlaffen Plattfußes**. (Polski Przegl. chir., 7., Heft 4.) (Orthopädische Universitätsklinik.) Der Verfasser macht auf eine besondere Form des schlaffen Plattfußes aufmerksam. Der nicht belastete Fuß erscheint normal, die Wölbung verschwindet erst beim Auftreten. Um die inneren Bänder zu stärken, vollführte er folgende Operation: Ein 15 cm langer und 6 cm breiter, der Fascia lata entnommener Lappen wird längsgeteilt (für beide Füße), sodann ein Bogenschnitt vom Kahnbein über dem Knöchel zum Fersenbein zur Gegend der Ansatzstelle des Ligamentum tibio calcaneum angelegt. Ueber dem Knöchel werden zwei kleine Längsschnitte gemacht und das Periost unterminiert. Jetzt wird der Faszienlappen an das Periost des Kahnbeins angenäht, das freie Ende durch den Kanal über dem Knöchel durchgeführt und bei äußerster Pronationsstellung des Fußes an die Ansatzstelle des Lig. tib. calc. angenäht. Gipsverband. Nach 17 Tagen die ersten Gehversuche mit entsprechender Schuheinlage. In 2 Fällen ausgezeichnetes Dauerresultat nach 4½ und 6 Jahren.

L. Piórek, Che Tumo.

4278.

Schnek, F., **Verwechslung des Kahnbeinbruches mit Handgelenkstuberkulose**. (Zbl. Chir., Nr. 27, 1929.) (Unfallkrankenhaus, Wien.) Die Fraktur des Os naviculare wird oft übersehen, da man bei fehlenden charakteristischen Symptomen auf eine Röntgenaufnahme verzichtet oder an eine solche Verletzung überhaupt nicht gemacht hat. Erst bei der Nachuntersuchung läßt man ein Röntgenbild anfertigen. — So kommt es dann, daß aus der bereits bestehenden Knochenatrophie meist die Diagnose Handgelenkstuberkulose gestellt wird. Ueber zwei solche Fälle berichtet der Verfasser. In beiden Fällen verschwand durch eine länger dauernde Immobilisierung mittels einer ungepolsterten dorsalen Gipsschiene die Knochenatrophie vollkommen und die Beweglichkeit des Handgelenks wurde restlos wiederhergestellt.

Verfasser macht noch darauf aufmerksam, daß die Entstehung einer Pseudoarthrose des Os naviculare dem Bewußtsein des Kranken vollständig entgehen kann. — Dieser Umstand ist wichtig für die Begutachtung der Frage, ob es sich um eine frische oder alte Verletzung handelt.

Walter Grossmann, Berlin.

4279.

Haas, Robert, **Steigerung der Leistungsfähigkeit (Vitalität) bei hochgradiger Skoliose durch systematisches Sport- und Atemtraining**. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 37.) Die fortschreitende oder ausgebildete Skoliose ist mit unseren heutigen therapeutischen Maßnahmen, was die eigentliche Wirbelsäulenverbiegung anlangt, nicht wesentlich zu beeinflussen. Allenfalls können sekundäre Verbiegungen (Rippenbuckel, Muskelkontrakturen usw.) gebessert werden.

Es kommt alles darauf an, unter bewußtem Verzicht auf Beeinflussungsmöglichkeit der eigentlichen Deformierung, die Leistungsfähigkeit der Skoliotiker zu steigern. Das gelingt, wenn man aus einem erstarrenden oder schon erstarren Brustkorb einen beweglicheren machen kann.

Die Atemgymnastik in jeder Form (system. Atemübungen, Sportleistungen, Radfahren, erhöhte Arbeitsleistungen) zwingt den deformierten Körper zu einer allmählichen Kompensation, steigert seine Leistungsfähigkeit.

Dies soll ein Hinweis sein, bei Behandlung der Skoliose neben anderen therapeutischen Maßnahmen die Atemtherapie, system. Sport- und Arbeitstraining, weitgehendst zu berücksichtigen.
Arnold Hirsch, Berlin.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4280.

Westenhöfer, M., Die Stellung des menschlichen Beckens in der Wirbeltierreihe. (Arch. Frauenkde. u. Konstitförsch., 15., Heft 3 bis 4, 1929.) (Pathol. Museum, Berlin.) Verfasser kommt auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen der verschiedensten Wirbeltiere zu dem Ergebnis, daß die „Aufrichtung“ des Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit unmittelbar aus einem Vierfüßlerstadium und nicht aus einer Hangel- oder halbaufrechten Haltung erfolgt sei. Der Mensch ist heute noch bezüglich seiner Beckenstellung Vierfüßler. Die Aufrichtung geschah bei fast horizontal fixiertem Becken durch lordotische Ueberstreckung der Lendenwirbelsäule und ist mit großer Wahrscheinlichkeit schon in der Frühzeit der Säugetiere, vielleicht schon auf der Stufe eines Lurchreptils erfolgt. Damit haben die früheren, aus den Untersuchungen über die Progonismen, das Kinn und den Fuß gezogenen Schlußfolgerungen des Verfassers über die primitive Stellung des Menschen in der Säugetierreihe eine neue Stütze gefunden.

Rudolf Katz, Berlin.

4281.

Dierks, Klaas, Experimentelle Untersuchungen an menschlicher Vaginalschleimhaut. (Arch. Gynäk., 138., Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik der Charité, Berlin.) Bei der durch Exstirpation beider Ovarien kastrierten Frau ruht das Vaginalepithel. Nach Injektion von Sexualhormon (Follikulin) gelang es, das Vaginalepithel im Sinne einer Dreischichtung (Funktionalis, intraepitheliale Verhornungszone und Basalis) künstlich aufzubauen. Dabei ergaben sich Bilder, wie sie im Verlaufe seines normalen mensuellen Zyklus früher beschrieben wurden. Die verschiedenen Bilder des Vaginalepithels während des Intermenstruums sind phasenspezifische Leistungen des Ovariums, die Scheide ist demnach als Erfolgsorgan des Eierstocks zu betrachten. Höhe und Differenzierung des Epithels der Scheidenwand nehmen nicht immer gleichmäßig zu wie beim Endometrium, sondern weisen unscheinend gelegentlich diskontinuierliches Wachstumstempo auf. Die zeitlichen Beziehungen der zyklischen Vorgänge in Tube, Uterus und Vagina lassen einen wellenförmigen metachromen Ablauf dieser Vorgänge stark vermuten. Rudolf Katz, Berlin.

4282.

Levit, J. B., Zur Frage über die Mutterhals-Scheidenfisteln. Fistulae cervico-vaginales laqueaticae. (Arch. Gynäk., 138., Heft 1, 1929.) (Gynäk. Staatl. Klinik in Leningrad.) Verfasser kommt auf Grund der vorhandenen Literatur und auf Grund sechs eigener Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Als prädisponierendes Moment zur Entstehung der Mutterhals-Scheidenfisteln dienen konstitutionelle Eigentümlichkeiten und Entwicklungsanomalien der Gebärmutter (rüsselförmige Zervix, konische Zervix und andere). Als Ursache der Entstehung von Mutterhals-Scheidenfisteln ist eine spontane und eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen. Am häufigsten entstehen die Mutterhals-Scheidenfisteln nach künstlichen Aborten. Die häufigsten Folgen der Mutterhals-Scheidenfisteln sind: Ausfluß, spontane Aborte, profuse Menses. — Die zweckmäßigste Therapie ist der operative Eingriff. Rudolf Katz, Berlin.

4283.

Aschner, B., Ueber das spätere Befinden von Frauen nach Uterusexstirpation mit Erhaltung der Ovarien. (Arch. Frauenkde. Konstit.försch., 15., Heft 3 bis 4, 1929.) Verfasser hat in den letzten 10 Jahren in seiner Privatpraxis 132 Fälle von Uterusexstirpation mit Erhaltung der Ovarien beobachtet und hat festgestellt, daß dieser Eingriff durch den Fortfall der Menstruation durchaus kein so belangloser Eingriff ist, wie ihn die überwiegende Mehrzahl aller in- und ausländischen Gynäkologen ansieht. — Zwar haben nach Ansicht des Verfassers solche Frauen oft in den ersten Jahren nach der Operation wenig oder gar keine Beschwerden, ja manche vorher ausgeblutete, magere, anämische Frauen nehmen zu, bekommen gute Farbe und blühen förmlich auf, aber wenn man solche Frauen noch länger beobachtet, etwa 3, 5 oder 10 Jahre lang, so sieht man, daß doch ein großer Teil an sehr erheblichen, oft recht qualvollen Zuständen leidet. Es sind manchmal ganz ausgesucht seltene, schwere Krankheitsbilder, von denen diese Frauen heimgesucht werden, so z. B. Sklerodermie, Verlust eines Auges durch Blutung, ungewöhnlich heftige Neuralgien mit Herpes

zoster, Neurofibromatosis, Menièrescher Schwindel, Schlafsucht, Psychosen usw. — Es kann auf keinem Zufall beruhen, daß solche Frauen nach anfänglichem Wohlbefinden, welches auch die günstigen Statistiken der meisten bisherigen Untersucher erklärt, dann, wenn sie in die Jahre des natürlichen Klimakteriums kommen, also zwischen dem 45. und 55. Lebensjahre, ganz besonders schwere Krankheitszustände bekommen, also ein extrem pathologisches Klimakterium durchmachen, unabhängig von den unmittelbar nach der Operation auftretenden anfänglichen vasomotorischen und nervösen Beschwerden. Wohl am häufigsten konnte Verfasser rheumatisch-arthritisch-neuralgische Beschwerden beobachten, und zwar sichtlich in noch größerer Häufigkeit und Intensität, als man das im natürlichen Klimakterium sieht. Gelenkschmerzen mit Steifheit aller Glieder, Arthritis deformans, am häufigsten in Händen und Knien, ziehende Schmerzen in den Knochen usw. wurden festgestellt, ebenso sieht man nervöse und psychische Zustände, die zwar weniger hochgradig sind als nach Röntgenkastration, aber immerhin noch häufig und eindrucksvoll genug sind. Von seiten des Ohres tritt Gefäßklopfen, Ohrensausen und Schwindel, aber auch ausgesprochene, zunehmende Schwerhörigkeit ohne hereditäre Ursache und in verhältnismäßig jungen Jahren auf; an Hauterscheinungen wurden öfters Hautjucken, verschiedene Hautausschläge, Pruritus genitalium, und ausgedehnte, hartnäckige Ekzeme beobachtet. — Was die Behandlung dieser Zustände betrifft, so gelingt es, häufig, aber durchaus nicht immer, die Gefahren und Beschwerden dieser Abart des künstlichen Klimakteriums durch Aderlaß, Regelung der Verdauung, Anregung der Hautatmung und stoffwechselverbessernde Konstitutions-therapie zu lindern bzw. zu beseitigen. Das beste ist aber die Prophylaxe in Form möglicher Zurückhaltung vor Zerstörung der Menstruation und Bevorzugung der konservierenden Behandlungs- und Operationsmethoden. Rudolf Katz, Berlin.

4284.

Eufinger, H., Änderungen des Stoffwechsels während der Menstruation. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 36.) (Universitäts-Frauenklinik, Frankfurt a. M.) Der Eintritt der Menses ruft schon bei der gesunden Frau im Organismus eine beträchtliche Umwälzung hervor. Dabei ist es auffällig, daß im menstruellen Stadium die gleichen Systeme eine Beeinflussung erfahren, die während der Schwangerschaft in gesteigertem Maße alteriert werden. Qualitativ sind also die Veränderungen, die sich am weiblichen Organismus während des Zyklus und der Gravidität einstellen, sehr ähnlich, und man muß feststellen, daß eine gleichartige Beeinflussung stattfindet, ob es sich — um mit Sellheim zu sprechen — um einen „fruchtbaren oder unfruchtbaren Funktionsgang“ handelt. Mit dieser Erkenntnis werden wir wieder auf die Aetiologie der ganzen Veränderungen zurückgeführt, nämlich auf die innersekretorischen Vorbereitungen zur Gravidität, wie sie vom Intermenstruum ab durch das Bersten des Follikels bis zur Corpus-luteum-Bildung hervorgerufen werden. Mit der beginnenden Degeneration des Corpus luteum (L. Seitz) ist für den Zyklus der Abbau der gesetzten Veränderungen gegeben, während bei Eintritt einer Gravidität das Corpus luteum graviditatis und die Plazenta eine gleichgerichtete Weiterführung der Umstellung zur Folge hat. Arnold Hirsch, Berlin.

4285.

Eichbaum, Franz, Das Verhalten des arteriellen Blutdruckes im menstruellen Zyklus und seine Abhängigkeit vom vegetativ-hormonalen System. (Arch. Gynäk., 138., Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik Frankfurt a. M.) Verf. hat bei 65 Frauen während des Ablaufes einer Menstrualperiode tägliche Blutdruckmessungen vorgenommen und bei 14 Fällen (52 Beobachtungen) probatorische Adrenalininjektionen (nach Dresel) ausgeführt. Er kam dabei zu folgenden Ergebnissen: Für die Beurteilung des Verhaltens des arteriellen Blutdruckes genügt es nicht, allein den Wert des systolischen Druckes zu berücksichtigen; ein klares Bild ergibt sich erst durch Einbeziehung der diastolischen Werte und der Pulsamplitude. Eine Abhängigkeit des Blutdruckes von den zyklischen ovariellen Vorgängen findet sich nur etwa in der Hälfte der Fälle. Von diesen zeigt die Mehrzahl einen prämenstruellen Anstieg und menstruellen Abfall der „extragenitalen Welle“. Unter den Fällen, die keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen Blutdruck und menstruellem Geschehen zeigen (etwa 50%), finden sich auffallend viel Hypotonien. Die subkutane Adrenalinblutdruckkurve nach Dresel ist nicht imstande, das antagonistische Verhalten von Vagus und Sympathikus zu präzisieren. Sie kann lediglich als Index einer erhöhten oder herabgesetzten „Adrenalinempfindlichkeit“ (nicht zu identifizieren mit Tonusänderung der vegetativen Nerven) dienen. Das wechselnde Aussehen der Adrenalincurven während der drei extramenstruellen Stadien (Prä-, Post- und Intermenstrum) muß als uncharakteristisch angesehen werden. Während des menstruellen Stadiums ist eine herabgesetzte Adrenalinempfindlichkeit als sehr

wahrscheinlich anzunehmen. Dieses Verhalten, als Ausdruck einer allgemein herabgesetzten Empfindlichkeit gegen blutdrucksteigernde Stoffe während der Menstruationsperiode, läßt auch die vom Verf. und anderen Autoren häufig beobachtete menstruelle Blutdrucksenkung vollständig erscheinen.

Rudolf Katz, Berlin.

4286.

Stevens, N. Campbell, Thyreoida und die Kopfschmerzen der Menopause. (New. England J. Med., Nr. 4, 1929.) Es gibt eine Art rekurrierender Kopfschmerzen bei Frauen zwischen 45 und 60, die der Praktiker selten sieht, weil sie kein ernstes Leiden sind und keine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie bilden mit anderen bestimmten Symptomen ein charakteristisches Syndrom. Frauen, die in früheren Jahren an Migräne litten, leiden in der Menopause leicht an Kopfweh. Die Migräne verliert dann ihre Charakteristika: die Aura verschwindet, ebenso die Periodizität der Anfälle und ihre Stärke, man findet keine Nausea mehr und kein Erbrechen; der Patient fühlt sich im ganzen wohler, ist aber noch häufigen Anfällen eines dumpfen Kopfwehs unterworfen. Aber auch bei Nichtmigränikerinnen ist Kopfschmerz oft das erste Zeichen der Menopause. Nach einem Nervenschock, längerer Anstrengung, schwerer Krankheit oder Influenza besonders. Meist ist sie verheiratet und hat geboren. Der Schmerz sitzt meist frontal, auch auf dem Scheitel. Meist zwei- bis dreimal in der Woche, aber auch konstant Tag und Nacht. Selten schwer nimmt er zu bei Ermüdung und Nervenanspannung. Oft Schwindel, Nachlaß des Gedächtnisses. Die Patienten sind immer müde und nervös, werden bei kalter Witterung selten warm. Haben auch bei warmem Wetter kalte Füße und Hände. Basalstoffwechsel vermindert. Hier hilft als Spezifikum Thyreoidaeextrakt, denn es handelt sich im wesentlichen um Hypothyreoidismus. Und zwar oft ganz überraschend.

v. Schnitzer.

4287.

van Dongen, J. A., Die Hormontherapie in der Gynäkologie. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 33, 1929.) Der Verfasser gab bei Ausfallserscheinungen im Klimakterium die in den Climactontabletten enthaltenen Stoffe in 33 Fällen von spontan eintretendem Klimakterium und zwölfmal bei künstlichem Klimakterium. Nur in 5 Fällen blieb der Erfolg aus. Die Hauptklage, die Kongestionen, hörten in 90% der Fälle auf. Die günstige Wirkung soll nicht so sehr aus den Organpräparaten hervorgegangen sein, als vielmehr durch das Bromural- und das Kalziumdiuretin.

Die Ausfallserscheinungen bedeuten ein Ueberwiegen der anderen endokrinen Drüsen, die nun durch das Ovarium nicht mehr in Gleichgewicht gehalten werden. Die Organtherapie beruht nicht nur auf Anwendung eines Enkrets, wenn das betreffende Organ an Hypofunktion leidet, sondern man muß auch an Hyperfunktion denken und die Wechselwirkung nicht vergessen, die bei allen endokrinen Drüsen besteht.

Es ist nicht möglich, durch Eierstockspräparate die einmal eingetretene Menopause aufzuheben und wieder zyklische Veränderungen hervorzurufen dadurch, daß man Eierstockspräparate gibt. Dagegen kann man Fälle von Amenorrhöe und von Oligomenorrhöe durch das holländische Menformon günstiger gestalten. In 10% seiner Fälle trat die Menstruation wieder auf. Kranke, die ihre Amenorrhöe länger als ein halbes Jahr hatten, konnten nicht gebessert werden.

Die Präparate, welche Corpus luteum enthalten, dienen dem Autor zur Bekämpfung von Blutungen. Am besten war Sistomensin. Der Verfasser glaubt nicht an eine tonische Wirkung auf die Gebärmutter. Er wandte es klinisch bei Hunderten von Fällen an und hatte etwa 86% Erfolge; meist genügten die Gaben per os, dreimal täglich eine Tablette eine Woche vor der zu erwartenden Menstruation, während derselben dreimal täglich zwei Tabletten. Subkutane Gaben waren die Ausnahmen.

Der Verfasser bespricht noch seine persönlichen Erfahrungen mit dem Laqueurschen Menformon. Die Anzahl der Mißerfolge übertrifft die der Erfolge bei weitem.

Kurt Heymann, Berlin.

4288.

Rubin, J. C., Die diagnostische Anwendung von kombinierten intrauterinen Jod-Oel-Injektionen und Röntgenaufnahmen, im Vergleich zur peruterinen CO₂-Insufflation. (In 66 Fällen von Tubenunwegsamkeit.) (Arch. Gynäk., 138, Heft 1, 1929.) (Fellow. Americ. College of Surgeons New York City.) Der Hauptwert des Lipiodols beruht auf der Unterstützung, die es in der röntgenologischen Lokalisierung eines Tubenhindernisses und in der Darstellung und Abgrenzung submuköser Myome bietet. Es erleichtert auch physiologische Untersuchungen. Seine Nachteile bestehen darin, daß es eine lange Zeit in der verschlossenen Tube und in der Bauchhöhle zurückbleibt, daß es nicht vollkommen zuverlässig und fehlerlos ist, wie manche erklären; denn selbst, wenn es nicht durch die Tuben in die Bauchhöhle gelangt, so spricht das nicht notwendigerweise

für einen Tubenverschluß. Das Eindringen von Lipiodol in die Blutbahn wird von einigen für weniger gefährlich gehalten als der Uebertritt von Gas (CO₂). Dies ist fraglich. — Die CO₂-Insufflation weist sowohl Durchgängigkeit als auch Unwegsamkeit der Tube nach. Gas wird rasch resorbiert und hinterläßt keine Spuren in der Bauchhöhle, es ist nahezu ungefährlich. In keinem der beobachteten 66 Fälle war seine Anwendung von unliebsamen Folgen begleitet. Die Untersuchung ist leichter ausführbar und weniger beschwerlich für die Patientin als die intrauterine Lipiodolinjektion, kann auch, falls nötig, mit großer Sicherheit wiederholt werden. Sie kann in der Sprechstunde vorgenommen werden und ist bei sorgfältiger Ausführung gefahrlos. Ihr diagnostischer Wert hinsichtlich des Tubenverschlusses ist dem des Lipiodols gleichgestellt, es ist dem Lipiodol überlegen in der Darstellung des Tubenspasmas, der mittels des Kymographen graphisch dargestellt werden kann. Funktionsbeschränkung der Tube kann ebenfalls mit diesem Apparat dargestellt werden. Die Salpingographie kann zwar einen Tubenverschluß anzeigen, nicht aber die Anwesenheit von tubaren Adhäsionen, die die Tuben von außen fixieren und ihre normale Peristaltik verhindern. — In zweifelhaften Fällen und auch dort, wo eine operative Beseitigung des Tubenhindernisses beabsichtigt ist, kommt die Hysterosalpingographie zu ihrem Rechte. Die Kontraindikationen sind die gleichen für jede der beiden Methoden, und auch in den besonders ausgewählten Fällen, wo beide kombiniert sind.

Rudolf Katz, Berlin.

4289.

Pakozdy, Karl, Graviditätspolyneuritis mit drei Rezidiven außerhalb der Schwangerschaft. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 36.) (IV. med. Klinik der kgl. ung. Pazmany Péter-Universität, Budapest.) Die im fünften Schwangerschaftsmonat entstandene schwere toxische Polyneuritis heilte bald nach der im sechsten Monat eingeleiteten künstlichen Frühgeburt, doch traten später — in einer Zwischenzeit von 1½ bis 3 Jahren — 3 Rückfälle ohne neuerliche Gravidität auf. Das erste und dritte Mal war an allen vier Extremitäten schwere motorische Lähmung zu beobachten, während die zwei anderen Erkrankungen in Begleitung verhältnismäßig geringfügiger motorischer Lähmung, in Form der sogenannten Neurotabes périphérique verliefen. Der Fall, der bezüglich seiner 3 Rückfälle außerhalb der Schwangerschaft einzig dasteht, zeugt von der zurückgebliebenen Ueberempfindlichkeit des Nervensystems auch gegen anderweitige Noxen. Die beim ersten und dritten Rezidiv aufgetretene Ataxie läßt sich mit der gleichzeitigen Verletzung der Spinalbahnen erklären.

Arnold Hirsch, Berlin.

4290.

Sennewald, F., Schwangerschaftsileus und Pyelitis gravidarum. (Zbl. Gynäk., Nr. 40, 1929.) Auf Grund eines an 4 Fällen beobachteten Zusammentreffens von Ileus und schwerer Pyelitis bei Gravidität wird vom Verfasser ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen gefolgert. Theoretisch und durch Heranziehung weiteren klinischen Materials wird die Ansicht begründet, daß für die Entstehung des Ileus neben der Gravidität auch die Pyelitis als Ursache in Betracht kommt. Infolgedessen wird bei derartigen Fällen, sofern keine vitale Indikation zum sofortigen Eingriff zwingt, außer Einläufen usw. nur intensive Behandlung der Pyelitis empfohlen.

Schwab, Hamburg.

4291.

Piet, Gynäkologie und Malaria. (Progrès méd., 55., Nr. 29.) Praktisch sehr wichtig. Charakteristika: die Muskelsuffizienz, die Tendenz zu Kongestionen und Hämorrhagien. Entwicklung ganz im stillen, fast ohne Fieber, Milzschwellung; ohne Chinin keine therapeutischen Erfolge. Meist sind es unbestimmte „Saisonaffektionen“ für die Landärzte von besonderem Interesse. Uterusstörungen können auftreten ziemlich rasch nach anfangs ganz normalen Geburten. Am 7., 13. oder 19. Tag kann man eine Erschlaffung des Uterus sehen, mit weicher Schwellung, Koliken, serosanguinolentem geruchlosem Ausfluß. Dazu gastrische Störungen, Diarrhöe; man denkt an eine Genital- oder Kolibazilleninfektion. Charakteristisch ist dabei das Oszillierende; Heilung in 3 bis 4 Wochen ohne Einfluß der Medikation. Hinterläßt gewöhnlich Anämie. Oder nach Aborten im 2. oder 3. Monat, besonders nach Kurettage kommen am 7. oder 13. Tage Beckenschmerzen, Blutverluste, manchmal heftiges Fieber. Weicher, kongestionierter Uterus, der jeder Behandlung trotzt. Nach 3 bis 4 Injektionen Chinin intramuskulär (1,2-g-pro die) Heilung. Diese Inertia uteri kann lange dauern oder erst nach Jahren unabhängig von jeder Schwangerschaft oder zurückreichen auf eine „Verzögerung“ der Regel oder einer Fehlgeburt. Blutverluste, intermittierende Gerinnsel, gelegentlich verlängerter Regel oder spontan, periodisch. Es ist das, was man als hämorrhagische oder fungöse Metritis auffaßt, aber abgesehen vom Fieber, ohne Entzündungserscheinungen, von kurzer Dauer.

Auf Kurettage Besserung, aber nach 1 bis 2 Monaten dasselbe. Gleichzeitig Migräne, Neuralgien, kleine gastrische Störungen, leichtes Fieber. Chinin wirkt hier sofort. Dieser chronisch kongestionierte, weiche Uterus neigt leicht zu Retroflexionen usw. In der Mitte des Genitallebens kann dieser weiche, kongestionierte Uterus leicht Anlaß zu falschen Diagnosen geben durch die Hämorrhagien, die Schwellung (Fibrome). Auch die Adnexe werden betroffen: manche dunkle Ovaritis oder Ovarosalpingitis, die man einer puerperalen Infektion oder einer Gonokokkie zuschreiben möchte, verdient genauere Nachforschung nach dieser Richtung. Die sklerozystischen Ovarien hängen wahrscheinlich nicht mit Malaria zusammen. Wohl aber die Dysmenorrhöe der jungen Mädchen in Malariagegenden.

v. Schnizer.

4292.

Piet, Malaria und Schwangerschaft. (Progrès méd., 56., Nr. 30.) Nach jeder Wunde, auch nach einer Geburt, kann eine latente Malaria wieder aufflackern. In der Schwangerschaft handelt es sich lediglich um banale Symptome. Diagnose: durch das periodische Auftreten; die Milzschwellung, die rapide Chininwirkung. Charakteristika: die Inertia uteri, die Hämorrhagien, die Störungen durch Autointoxikation. Der Einfluß der Befruchtung auf die Zirkulation mobilisiert die Parasiten. Daher nach einer gewissen Inkubation die kleinen latenten Anfälle. Die Zerstörung der roten Blutkörperchen führt zu einer diskreten Anämie, die um so störender ist, als das O-Bedürfnis vermehrt ist. Weiterhin lagern sie sich mit den Parasitentümmern in der Leber ab: es kommt zu einer richtigen Autointoxikation. So kommt es in den ersten Wochen zu Ohnmachten, Erbrechen, Abgeschlagenheit, die fälschlicherweise dann für physiologisch gehalten werden. Hier hilft nur das Chinin. Zur Unterstützung der Leber mit etwas Magnesium. Zwischen den ersten 3 Wochen und den ersten 3½ Monaten der Schwangerschaft ist die Malaria eine der häufigsten Ursachen von Hämorrhagien und Fehlgeburten. Und zwar viel früher als bei Syphilis. Gewöhnlich zuerst mäßiger Blutverlust ohne Kolik. Hier energische Chininbehandlung. Wenn sich die Schwangerschaft weiterhin im unteren Uterussegment entwickelt, so kann es zu Placenta marginalis oder praevia kommen mit ihren Folgen. Chinin, trotzdem es daran nichts mehr ändert. Bei der Geburt sind die Anämie, die große Milz und die periodischen kleinen Anfälle üble Beigaben: langsame Dilatation, schwache, rasch erschöpfbare Energie. Auch hier Chinin. Auch die Austreibung der Plazenta verzögert sich. Später ist die Verwechslung mit einer Retentionsinfektion des Uterus möglich: Die Milz, die Art des Fiebers und die Wirkung des Chinins entscheiden hier. Auch später beim Stillen massive Dosen von Chinin.

v. Schnizer.

4293.

Bohler, E., Die Operation der puerperalen Mastitis. (Gynéc., Nr. 41, 1929.) Den bogenförmigen Schnitt um die Mamma verwendet man schon lange bei Exstirpation gutartiger Tumoren. Auch bei der eitrigen Mastitis hat man ihn oft angewendet. Man vermeidet mit ihm eine Verunstaltung der Brust und sichert sich einen guten Abfluß. Man benutzt die submanuäre Falte, so daß die Narbe später nicht sichtbar ist. Nach der Hautinzision kommt man auf das Bindegewebe, das die Drüsensubstanz von der oberflächlichen Faszie trennt. Meist ist das Gewebe leicht mit dem Finger abzuschieben. Unbestreitbar verstümmelt die radiäre Inzision die Drüse weniger, während die grade sie durchschneidet. Der Abseß selbst wird durch einen Längsschnitt gespalten. Eine gute Drainage ist die Hauptbedingung der schnellen Heilung, wozu man einen sehr breiten Abflußkanal schaffen muß. Bei multiplen Abszessen muß man versuchen, von der größten Höhle aus eine einzige zu schaffen. Bleiben Rezessus bestehen, so ist die Eiterretention unvermeidlich, und es bilden sich neue Herde. In diesem Falle ist der angegebene Schnitt sehr zu empfehlen, da man von ihm aus neue Ansammlungen von Eiter eröffnen kann, ohne neue Inzisionen zu machen. Nach der ersten Tamponade wartet man 4 Tage und zieht sie langsam heraus, bis nach 10 Tagen keine Drainage mehr nötig ist. Die Wunde schließt sich dann bald, evtl. unter Argentumätzung. Irgendwelche Gegeninzisionen, die die Brust verstümmeln, fallen fort. Auch Fisteln bilden sich nicht. Die Brust erholt sich schnell, die Laktation stellt sich bald wieder ein. Die Vorzüge dieses Verfahrens sind also: 1. Die Eiteransammlung entleert sich schnell. 2. Die Drainage des retromanuären Raumes ist leicht und vollkommen. 3. Multiple Abszesse lassen sich von einer einzigen Inzision aus behandeln. 4. Die Narbe ist in der submanuären Falte kaum sichtbar. 15 Abbildungen erläutern das Verfahren.

Kosminski, Berlin.

4294.

Albert, Die latente Infektion der graviden Uterushöhle, ihr sicherer Nachweis und ihre Folgen. (Arch. Gynäk., 138., Heft 1, 1929.) (Frauenklinik des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt-

Dresden.) Verfasser kommt auf Grund langjähriger bakteriologischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß 95% der von ihm untersuchten graviden Uteri Keime enthalten, zum Teil pathogene Keime, und es ist vielleicht nur ein Zufall oder ein bakteriologischer Untersuchungsfehler, daß 5% keimfrei befunden wurden. Mit Bestimmtheit aber kann man sagen, daß bis zum vierten bis fünften Monat fast jeder graviden Uterus pathogene Mikroben enthält und, wie aus weiteren Untersuchungen hervorgeht, muß man vorläufig annehmen, daß die Bakterienbefunde um so seltener werden, je mehr sich die Schwangerschaft dem natürlichen Ende nähert. Jedoch muß man auch am Ende der Schwangerschaft immer noch in mindestens 50% der Fälle mit positiver latenter Infektion rechnen. — Verfasser ist der Meinung, daß die Infektion der Uterushöhle zu jeder Zeit und in jedem Lebensalter möglich ist, daß eine Besiedlung der Uterushöhle mit allen möglichen Bakterien vielleicht ausnahmslos, vielleicht nur meistens besteht und daß der Modus der Infektion sicher erwiesen ist; dieselbe erfolgt auf hämatogenem oder lymphogenem Wege, andererseits können aber auch die Mikroben der Vagina und Vulva ebenfalls in jedem Lebensalter in die Uterushöhle eindringen, sei es durch einfache Ausbreitung über die Zervix und den inneren Muttermund hinaus, sei es unter Mithilfe von Spermatozoen oder durch den geschlechtlichen Akt überhaupt, sei es durch die häufigen wunden Stellen an der Vulva, in der Vagina und die noch häufigeren Erosionen an der Portio, also von Wunden aus, durch die Lymph- oder Blutbahn. — Die Folgerungen, die aus dieser Lehre von der latenten Infektion der Uterusschleimhaut zu ziehen sind, sind weittragende: möglichste Einschränkung der vaginalen Untersuchungen bei der Geburt und in der Schwangerschaft, Leitung der Geburt möglichst durch äußere Handgriffe, Einschränkung der Indikationsstellung für jede operative Maßnahme in der Schwangerschaft und Geburt, Forderung, den sogenannten Abtreibungsparagraphen im Strafgesetzbuch beizubehalten, da jede frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft als Operation in infizierten Gebieten besonders gefährlich ist, mildere Beurteilung von Aerzten und Hebammen, bei schwerer Erkrankung oder Tod der Entbundenen, vorausgesetzt, daß die Leitung der Geburt mit allen Mitteln der Asepsis und Antisepsis erfolgt ist. — Sowohl gynäkologische Störungen und Erkrankungen, deren Aetiologie bisher unklar war (die vielen Arten von vaginalem Fluor, Anämie, Chlorose, Menstruationsbeschwerden junger Mädchen, zu starke, zu lange dauernde, zu häufige Monatsblutungen bei Retroflexio uteri usw.), als auch besonders die Beschwerden, Störungen und Erkrankungen können durch die Lehre von der latenten Infektion erklärt werden. Von der Gruppe der Intoxikationen sind hier Hyperemesis gravidarum, Schwangerschaftsnephropathie, weiterhin Eklampsismus, Eklampsie usw. zu nennen; bei der Gruppe der auf Infektion beruhenden Störungen und Anomalien der Schwangerschaft und Geburt sei vor allem die große Zahl von spontan eintretenden fieberhaften Aborten und Frühgeburten, Endometritis post abortum, Fieber in der Geburt oder kurz nach der Geburt, die ganz schweren Fälle von Puerperalfieber (wobei die Infektion nach normaler Geburt ohne innere Untersuchungen oder Operationen oder Geburtsverletzungen zum Tode oder zu schwerer septischer Erkrankung führt), ferner die Hydrorrhoea gravidarum erwähnt. Anomalien der Plazenta, der Eihäute (abnorm feste Adhärenz, vorzeitiger Blasensprung), Anomalien des Uterus (primäre Wehenschwäche, atonische Nachblutungen, Tympania uteri), ebenso das intrauterine Absterben der Kinder können häufig durch lange dauernde latente Infektion begründet sein. — Die beste Therapie der latenten Mikrobeninfektion des Uterus besteht in einer guten Prophylaxe, diese besteht vor allem in der Hygiene der Genitalien auch außerhalb der Schwangerschaft. (Waschungen, Spülungen usw.)

Rudolf Katz, Berlin.

4295.

Rabau, Erwin, Zur Aetiologie der puerperalen Uterusinversion. (Zbl. Gynäk., Nr. 39, 1929.) Die puerperale Uterusinversion, die eine relativ seltene Nachgeburtskomplikation darstellt, ist bedingt durch eine Atonie des unteren Uterinsegments. Mechanisch bedingte Inversionen des im ganzen schlaffen, atonischen Uterus sind sehr selten. Jedenfalls war in keinem der vom Verfasser beobachteten Fälle die Inversion durch einen Zug an der Nabelschnur bedingt. Schwächliche, anämische Wöchnerinnen neigen am ehesten zu Zervixparese, die eine Uterusinversion bedingen können. Bei der Behandlung der Inversion ist in erster Linie die Blutung zu beachten. Meist ist durch die Umstülpung eine Abdrosselung der Gefäße erzeugt, so daß die Blutung von selbst zum Stehen kommt. Ist dies nicht der Fall, so empfiehlt sich das Anlegen der Henkelschen Parametrienklemmen. Um die durch Blutung und Schock hervorgerufenen Allgemeinerscheinungen möglichst schnell zum Schwinden zu bringen, ist nach dem Vorschlag von Engelmann die Reposition baldmöglichst, und zwar in Narkose, auszuführen. Dadurch wird auch die große Infektions-

gefahr etwas vermindert. Bei schwerer Schockwirkung wird man gleichzeitig oder unmittelbar danach den Allgemeinzustand durch eine Bluttransfusion günstig beeinflussen. Schwab, Hamburg.

4296.

Gateaux, F., Die Steißlagen der geburtshilflichen Klinik in Straßburg vom Januar 1919 bis September 1928. (Gynéc., Nr. 3, 1929.) In diesem Zeitabschnitt wurden unter 13 467 Geburten 378 Steißlagen entbunden, von denen 76 starben. Die linke Lage war viel häufiger als die rechte. Als Ursache der Steißlage von seiten der Mutter sind zu nennen: 1. Zahl der Geburten (bei Mehrgebärenden häufiger), 2. das Alter (bei älteren Erstgebärenden wegen der Rigidität der Weichteile), 3. verengtes Becken, 4. Anomalien des Uterus. Von seiten des Fötus: 1. Frühgeburten, 2. Mazeration des Fötus, 3. Zwillinge, 4. das Geschlecht (bei Mädchen häufiger), 5. Mißbildungen (Hydrozephalus, Anenzephalus u. a.). Von seiten des Eies: 1. Hydramnion, 2. Placenta praevia. Was die Dauer der Geburt anlangt, so ist die Gesamtdauer bei Primiparen viel länger als bei Multiparen (12 bis 14 Stunden zu 6 bis 8 Stunden). Der vorzeitige Blasensprung wird oft beobachtet, besonders bei älteren Erstgebärenden. Die Austreibung dauert im Durchschnitt 25 Minuten. Die Mortalität der Mutter beträgt 1,08%, die Morbidität 10%, darunter sind besonders häufig Zervixrisse. Die Gesamtmortalität der Kinder ist 20,1%. Wenn Frühgeburten und Mißbildungen nicht mitgerechnet werden 9,6%. Geburtsverletzungen der Kinder traten in 3,1% der Fälle auf.

Zusammenfassend wird gesagt: Die kindliche Mortalität bei Steißlagen ist viel größer als bei Schädellagen, bedingt durch die Gefahr bei Erstgebärenden (besonders älteren), durch die Dauer der Geburt, den Nabelschnurvorfall, Beckenverengung und Gewicht des Kindes. Die mütterlichen und kindlichen Verletzungen sind häufiger. Wichtig bei Steißlagen für den Geburtverlauf ist das Abwarten. Das Kind darf nur bei völliger Erweiterung des Muttermundes extrahiert werden. Kosminski, Berlin.

4297.

Herzfeld, B., Extrauterin gravidität und Ovarialtumor. (Zbl. Gynäk., Nr. 39, 1929.) An einem Fall von nicht geplatzter Tubargravidität, kompliziert durch einen Ovarialtumor, konnte Verfasser beobachten, wie die Tube breit auf der Eierstockgeschwulst aufliegt und durch diese in die Länge gezogen wird. Die aufgeschnittene Tube zeigt ein etwa kirschgroßes befruchtetes Ei, das sich im mittleren Teil der Tube entwickelt hat. Die Tube ist in ihrer Mitte fast rechtwinklig abgelenkt. Da sich bei der Patientin in der Anamnese keinerlei entzündliche Erkrankung infolge Geburt, Abortus oder sonstiger abdominalen Erkrankungen nachweisen läßt, so muß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen der ektopischen Eimplantation und dem Ovarialtumor anerkannt werden, der nicht als bloße Begleiterscheinung der Extrauterin gravidität angesehen werden darf. Schwab, Hamburg.

4298.

Schumacher, P., Zur röntgenologischen Größenbestimmung des vorangehenden kindlichen Kopfes beim engen Becken. (Archiv f. Gynäk., 138., Heft 1, 1929.) (Univ.-Frauenklinik Gießen.) Bei der seitlichen Beckenaufnahme und einem Fokusplattenabstand von 70 bis 80 cm kommt der vorangehende kindliche Kopf deutlich zur Darstellung, so daß die Ausmessung des auf den Röntgenfilm jeweils projizierten Kopfplans ermöglicht wird. Der geburtsmechanisch und geburtsprognostisch besonders wichtige biparietale Durchmesser des kindlichen Schädels läßt sich aus der Profilaufnahme dann berechnen, wenn der Kopf quer oder annähernd quer steht. Bei normalen Becken- und Kopfverhältnissen läßt sich der Diameter biparietalis des im Beckeneingang bzw. im Becken querstehenden Kopfes mittels der seitlichen Aufnahme praktisch einwandfrei berechnen, mit einer Fehlerbreite von nur 1 bis 2 mm, während beim gradverengten Becken diese Fehlerbreite etwa 1,2 cm beträgt. Der Grund für diese Fehlerbreite liegt an dem Einstellungs- und Passagemechanismus des kindlichen Kopfes im gradverengten Beckeneingang. — Diese Verschiebung des biparietalen Kopfdurchmessers gegenüber der Conjugata vera ist auf der seitlichen Beckenaufnahme nicht zu erkennen, während man auf der Röntgenaufnahme des Beckens in Sitzstellung diese Verschiebung nach rechts oder links nicht nur deutlich erkennen, sondern auch einwandfrei berechnen kann. Es läßt sich also dadurch der wahre Wert der größten Kopfbreite fehlerfrei bestimmen. Auch bei der Berechnung des wesentlich wichtigeren Diameter bitemporalis versagt die seitliche Aufnahme vollkommen, wesentlich mehr Aufschluß gibt uns wieder die Kombination der Profilaufnahme mit der Sitzaufnahme. Diese Berechnungen lassen sich auch auf die anderen Formen von engem Becken und auch auf das normale Becken übertragen. — Da beim allgemein verengten Becken der Kopf in forciert hinterhauptslage den Beckeneingang und das Becken passiert, ist auch bei querstehendem Kopf der biparietale Durchmesser der Mittellinie Promontorium—Symphyse

noch mehr als bei normalen Beckenverhältnissen genähert und steht gewöhnlich direkt in dieser Verbindungslinie. Die Folge hiervon ist, daß hier der bei der Profilaufnahme errechnete Wert des biparietalen kindlichen Durchmessers mit der wahren Größe vollkommen übereinstimmt. Trotzdem muß auch hier eine Sitzaufnahme gemacht werden, weil die seitliche Aufnahme uns über die Form des Beckeneinganges und auch über den Grad der Biegung des kindlichen Kopfes nicht genügend Aufschluß geben kann. Beim schräg verengten Becken kann man den biparietalen Durchmesser des kindlichen Kopfes durch die seitliche Aufnahme nicht ermitteln; durch die Sitzaufnahme bekommen wir jedoch über die Art und den Grad der Verformung des Beckeneinganges einwandfreien Aufschluß, auch die Größe des kindlichen Kopfes läßt sich durch die Kombination der Profilaufnahme mit der Sitzaufnahme zwar nicht berechnen, so doch ausgezeichnet schätzen. Auch bei dem im Eingang querverengten Becken gibt die Sitzaufnahme die erforderliche Auskunft und ermöglicht in günstig gelagerten Fällen die Berechnung des biparietalen Durchmessers, so daß man sowohl über Größe und Form des mütterlichen Beckens wie des kindlichen Kopfes Aufschluß erhalten kann, während auf der seitlichen Aufnahme der Frontookzipitale statt des biparietalen Durchmessers des kindlichen Kopfes projiziert wird, wenn es bereits zu Beginn der Geburt zu einer Gradstellung des Kopfes gekommen ist. — Verfasser kommt zu dem Ergebnis, daß man geburtshilfliche Röntgenaufnahmen nicht nur von der Seite oder in Sitzstellung machen soll, sondern daß bei dem heutigen Stande der Technik möglichst in jedem Falle beide Aufnahmeverfahren anzuwenden sind, wenn man geburtsprognostisch und geburtsmechanisch fehlerfreie Resultate erzielen will. Rudolf Katz, Berlin.

4299.

Hirsch, Max, Geburtshilfliche Reichsstatistik. (Arch. f. Frauenk. u. Konst., 15., Heft 3/4, 1929.) (Berlin.) Da in dem Streit über die vom Verfasser geforderte „geburtshilfliche Neuordnung“ sich gezeigt hat, daß weder das klinische noch das bisher vorliegende landesstatistische Material, welches nur die Ausgänge für Mutter und Kind erkennen läßt, ausreicht, um in alle Einzelheiten des geburtshilflichen Geschehens einzudringen, hat Verfasser eine Zählkarte für geburtshilfliche Operationen entworfen, welche zusammen mit den schon jetzt üblichen Meldungen über geburtshilfliche Ereignisse dazu dienen soll, eine geburtshilfliche Reichsstatistik zu schaffen. Die Notwendigkeit einer solchen hat der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Mai 1929 in Leipzig anerkannt und ist beim Reichsministerium des Innern wegen Aufbaues einer Reichsgeburtenstatistik vorstellig geworden und hat eine Kommission ernannt, welche der mit der Geburtenstatistik betrauten Behörde als fachwissenschaftlicher Beirat dienen soll. Rudolf Katz, Berlin.

4300.

Vögel, J., Totgeburten im Lichte der Variationsstatistik. Ihr Verhalten zur Geburtenzahl oder zur Frühsterblichkeit. (Arch. f. Frauenk. u. Konst., 15., Heft 3/4, 1929.) (Staatl. Inst. f. Geb. u. Gynäk. in Leningrad.) Verfasser konnte auf Grund seines statistischen Materials keine irgendwie zum Ausdruck kommende zuverlässige Abhängigkeit zwischen den Totgeburten und der allgemeinen Geburtenzahl ausfindig machen. Die Ergebnisse der statischen Reihe bestätigen hinsichtlich der gegenseitigen Abhängigkeit der Totgeburten und der allgemeinen Geburtenzahl die vollständig analogen Ergebnisse der dynamischen Reihe. Er konnte also in dieser Weise den Parallelismus und eine korrelative Abhängigkeit zwischen den Totgeburten und den einzelnen Kategorien der frühen Kindersterblichkeit und das Fehlen eines solchen Parallelismus in der Dynamik der Totgeburten und der Geburten konstatieren. Darum schließt Verfasser auf das Vorhandensein einiger Faktoren, welche sowohl die Totgeburten als auch die frühzeitige Kindersterblichkeit beeinflussen, und nimmt an, daß in der Ätiologie der frühen Kindersterblichkeit (vor Ablauf des ersten Monats) die Wirkung des Geburtsaktes (z. B. des Geburtstraumas) fortdauert. Man kann sich also von diesem Standpunkt aus die Totgeburt als einen speziellen Fall von frühzeitiger Kindersterblichkeit denken, trotzdem diese Begriffe sich logisch einander widersprechen. Rudolf Katz, Berlin.

4301.

Vögel, J., Totgeburtzahl und geburtshilfliche Ordnung. (Arch. f. Frauenk. u. Konst., 15., Heft 3/4, 1929.) Verfasser hat an einem großen statistischen Material festgestellt, daß die Höhe der Totgeburtzahl und der Frühsterblichkeit der Kinder in Leningrad für das erste Viertel dieses Jahrhunderts einen steten und systematischen Abfall zeigt, was in den letzten Jahren besonders deutlich hervortritt. Die Analyse der klinischen, demographischen und der sozialwirtschaftlichen Faktoren, welche die Höhe der Geburtenzahlen beeinflussen können, zeigte einerseits, daß das Sinken der Totgeburtzahl nicht an die Fortschritte der klinischen Geburts-

R u d o l f K a t z , Berlin.

Michaelis, Bitterfeld.

4303.

L. Gordon, Berlin.

Arnold Hirsch, Berlin.

Kurt Heymann, Berlin.

B a b.

B a b.

Ernst Levin, Berlin.

Knowsley, Sibley, Hochfrequenzströme in der Behandlung von Hautkrankheiten. (Urologic. Rev., Nr. 9, 1929.) S. empfiehlt die Hochfrequenzströme bei Pruritus vulvae und Pruritus ani. Sind bei letzteren Hämorrhoiden vorhanden, so führt man eine Elektrode, die bei entzündeten und erweiterten Venen eine zugespitzte Form haben muß, in den Anus ein. Selbst in akutesten Fällen werden sofort die Schmerzen und Beschwerden gemildert. Weiterhin ist diese Methode wertvoll bei seborrhöischem Ekzem, Lichen, chronischer Akne und bei neuralgischen Hautaffektionen, wie Herpes zoster: auch bei Ulcera cruris und Varizen kann sie mit Erfolg ausgeführt werden. Die Behandlung wird zwei- bis dreimal

wöchentlich vorgenommen und dauert jedesmal etwa 10 bis 20 Minuten.

4310.

Genner, F., und P. Schultzer, Ein Fall von primärer Hautinfektion durch Gonokokken. (Ann. de Dermat., Nr. 8, 1929.) Ein Venerologe hatte sich bei Behandlung eines Gonorrhöekranken versehentlich Gonokokken in die Haut inokuliert. Es kam — eine große Seltenheit — zu einer primären Hautinfektion durch die Gonokokken, es folgte ein Panaritium mit gonorrhöischer Lymphangitis, schließlich entstand eine Allgemeininfektion mit Gelenkschwellungen, die ganz nach dem Bilde der gonorrhöischen Arthritis verliefen: erst mono-, dann polyartikulär.

Der Fall steht nicht allein da. Schon früher sind seltene Fälle von Hautinfektionen durch Gonorrhöe beobachtet und beschrieben worden. Das lange Krankenlager im vorliegenden Falle sollte den Praktikern eine ernste Mahnung sein, nicht so sorglos auf jeden Schutz der Hände bei der Gonorrhöebehandlung zu verzichten. Vielleicht sind solche Fälle häufiger als man dachte, und sie gingen nur unter der Diagnose der verschiedenen Staphylokokkeninfektionen.

Kurt Heymann, Berlin.

4311.

Saradesheva, W. A., Zur Frage der lokalen Anwendung von Gonokokkenvakzine. (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 3/4, 1929.) (Venerologisches Ambulatorium Kutais.) Guter Erfolg in einigen Fällen von Anteriorgonorrhöe. Die Behandlung wurde in folgender Weise ausgeführt: Nach vorheriger Spülung der vorderen Harnröhre mit Acidum-boricum-Lösung (1 : 1000) wurden dem liegenden Patienten mittels Neisserscher Spritze 3 ccm Gonokokkenvakzine (pro Kubikzentimeter 1 Milliarde Keime) in die Harnröhre injiziert. Die Injektionen erfolgten täglich; die Vakzine wurde eine Stunde in der Harnröhre zurückgehalten. Um ihrem Herausfließen vorzubeugen, bestrich Verfasser das Orifizium und seine Umgebung nach der Injektion mittels eines Pinsels mit Kollodium. Der sich danach bildende feste Pfropf war nach der Behandlung mit einer Pinzette leicht entfernbar. Die Vakzine wurde an 10 aufeinanderfolgenden Tagen injiziert. Danach erfolgten Spülungen der vorderen Harnröhre nach Janet mit Argentum nitricum (1 : 6000 bis 1 : 1000) ebenfalls 10 Tage lang.

E. Kontorowitsch.

4312.

Wiesner, K., Ueber einen Fall von gonorrhöischer Epididymitis und Omphalitis bei einem 3 Monate alten Säugling. (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 u. 3, 1929.) (Kinder- und Mütterheim Charlottenburg.) Kasuistische Mitteilung. Dauer der Erkrankung 10 Wochen. Ausgang in Heilung. Behandlung mit Arthigon und mit Albargonspülungen.

Beck, Tübingen.

4316.

Crohn, Willy H., Kurze Mitteilung über die Wassermann-Reaktion bei über Sechzigjährigen. (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) (II. Innere Abtlg. d. Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.) In dem Krankenbestand des Virchow-Krankenhauses in Berlin war bei den alten Leuten (zwischen 60 und 78 Jahren) die Wa.R. häufiger positiv als bei den unter Sechzigjährigen. Von allen vorgenommenen und positiv ausgefallenen Wa.R. waren 16,9% bis 27,73% über 60 Jahre gewesen. Jeder fünfte bis sechste Mensch über 60 Jahre hatte einen positiven Wa. Man kann also mit einer positiven Wa.R. im Blut alt werden und braucht keine Beschwerden zu haben: weder von seiten des Kreislaufs (trotz einwandfreiem Befund einer Aortitis), noch von seiten des Nervensystems (trotz Pupillen- und Reflexveränderungen).

L. Gordon, Berlin.

4317.

Riebe, Erfahrungen mit der Schnell-Mikro-Mastixreaktion von Melzer und Dahmen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 39, 1929.) (Dermatol. Abt. des Städt. Krkh. Danzig.) Vergleiche der von Melzer und Dahmen angegebenen Schnell-Mikro-Mastixreaktion mit der Kafkaschen Normomastixreaktion ergaben 62 übereinstimmende, 38 divergierende Resultate, bei den rein luischen Fällen ein Verhältnis von 51 : 32 zugunsten der Normomastixreaktion. Die Reaktion ist also sehr unsicher; ihr angeblicher Vorzug, daß für sie nur 2 Tropfen Liquor erforderlich sind, fällt auch nicht ins Gewicht, da die Schwierigkeit der Erlangung genügender Liquormengen zur Anstellung aller notwendigen Reaktionen überschätzt wird.

Ernst Levin, Berlin.

4318.

Prigge, R., und E. v. Rutkowski, Syphilisimmunität und symptomlose syphilitische Superinfektion beim Menschen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 36.) (Staatl. Inst. f. experim. Therapie, Frankfurt a. M. u. d. psychiatrischen Univ.-Klinik, Kiel.) Die geschilderten Tatsachen bringen zum ersten Male den durch Feststellung der Spirochaete pallida gesicherten Beweis für das

Vorkommen der symptomlosen Superinfektion beim syphilitischen Menschen, und zwar beim Paralytiker, der Spirochäten, welche von der Erstinfektion herrühren, nur im Gehirn beherbergt. Sie zeigen, daß eine Veranlassung nicht vorliegt, für die Immunitätsvorgänge beim Syphilitiker andere Erklärungen heranzuziehen als beim experimentell infizierten Kaninchen. Es sind keine Tatsachen bekannt, die dagegen sprechen, daß auch die Immunität des syphilitischen Menschen nur eine Scheinimmunität ist. Diese wirkt im Falle einer Neuankomstung mit Syphilis als Schankerimmunität, die zwar die Entstehung neuer syphilitischer Effloreszenzen verhindert, aber das in den Körper eingebrachte Virus nicht vollständig vernichtet und das Eindringen virulenter bleibender Spirochäten in die Lymphdrüsen und von da aus in den übrigen Organismus nicht zu verhüten vermag.

Arnold Hirsch, Berlin.

4319.

Rosin, H., Syphilis und Verdauungsapparat. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 10.) Seitdem die Wassermannsche Reaktion uns veranlaßt hat, mehr als früher an Syphilis bei Organerkrankungen zu denken, haben die anatomischen Untersuchungen im Verdauungsapparat uns weiter gefördert und für die Diagnostik Wertvolles geschaffen. Nicht jede Magen-Darmerkrankung eines Syphilitikers muß spezifisch sein. Was zunächst die Magen-Syphilis anlangt, so sieht man im sekundären Stadium auf der Schleimhaut sekundäre Effloreszenzen ähnlich denen im Mund. Am häufigsten beobachtet man die tertiäre Periode. Hier unterscheidet man einige Haupttypen: 1. Eine Infiltration der ganzen Magenwand, die entweder gleichmäßig diese verdickt oder in granulärer Form die gummösen Anhäufungen aus der Schleimhaut hervorragen läßt. 2. Den Schrumpfmagen, bei dem dieses Organ auf ein Viertel verkleinert werden kann. 3. Zirkumskripte Form am Pylorus mit Stenosenbildung und Verwachsungen in der Umgebung, die dann als Tumor imponieren. 4. Gummata im Kardierteil und schließlich Ulzerationen infolge Zerfalles der Gummata oder als Folge einer Endarteriitis. Diese Geschwüre sind meist nicht kraterförmig und zeigen nicht treppentartige, sondern flache Aushöhlungen, im Gegensatz zum Ulkus. Außerdem treten sie multipel auf. Was die Symptome anlangt, so findet man den Magenschmerz, Appetitlosigkeit, Abmagerung, palpatorisch oft feste Tumoren, die schwanden und wieder auftreten können; die Verdickungen am Pylorus ähneln oft sehr denen bei Karzinom. Meist liegt eine Subazidität vor, jedoch findet man auch bisweilen Milchsäure, häufig okkultes Blutungen im Stuhl und Diarrhöen. Die Röntgendurchleuchtung ergibt nichts Spezifisches. Am ehesten spricht noch für Syphilis der Schrumpfmagen. Spirochäten hat man nie gefunden. Die Frage ob aus dem klinischen Befund ein charakteristisches Krankheitsbild schon zu stellen ist, muß verneint werden. Trotzdem kann man verschiedene Formen der Magenlues aufstellen: 1. Die Gastritis syphilitica, meist im tertiären Stadium, mit Subazidität und Gärungsvorgängen, Appetitlosigkeit. Es kann sich oft um eine Magenstörung unspezifischer Natur handeln. Ein positiver Wassermann kann auch hier nichts entscheiden, bisweilen kann man eine juvenitibus durch eine spezifische Kur Schlüsse ziehen. 2. Das syphilitische Magengeschwür tritt multipel auf. 3. Die Tumoren sind für den Kliniker wegen der Verwechslung mit Karzinom besonders schwierig festzustellen. Selbst bei positivem Wassermann wird man die Zeit mit einer spezifischen Behandlung nicht verlieren wollen. 4. Der syphilitische Schrumpfmagen ist röntgenologisch leicht zu erkennen. Die Diagnose Magensyphilis wird stets sehr schwierig sein, es ist jedoch wichtig, die Aufmerksamkeit bei allen Magenkrankungen auf diese Möglichkeit zu lenken. Die syphilitischen Erkrankungen der Speiseröhre sind äußerst selten. Sie treten mit Vorliebe im rechten Abschnitt, in der Mitte und an der Kardie auf. Was die Darmlues anlangt, so bildet sie nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Lues und hat eine gute Prognose. Die Erscheinungen schwinden bei spezifischer Therapie. Bei der Spätluie führen geschwürige Prozesse zu Narben und Stenosen, besonders häufig im Jejunum. Bei den Durchfällen findet man oft Schleim und Eiter. Bei tiefgehenden Geschwüren besteht die Gefahr der Perforation. Für Lues charakteristisch sind die multiplen Stenosen, die durch Darmversteifung kenntlich werden. Für die Diagnosestellung, die äußerst schwierig ist, ist von Wichtigkeit der Sitz, das Vorkommen im Jejunum und die Multiplizität sprechen für Lues. Auch hier kommt es zu Verwechslungen mit Karzinom. Die Therapie bei diesen syphilitischen Erkrankungen ist die antisiphilitische. Parenterale Jodbehandlung steht bei der Spitze. Trotz Jodismus soll man Jod weiter geben, da eine Immunisierung eintritt. Quecksilber muß vermieden werden wegen der Gefahr der Diarrhöen, dagegen ist die Wismuth-Salvarsol-Therapie zu empfehlen. Bisweilen besteht die Gefahr des Zerfalles der Gummata. Eine Diätetik ist unbedingt durchzuführen. Jedenfalls ist es von Wichtigkeit, mehr als es bisher geschick

auch an die Möglichkeit syphilitischen Ursprungs bei Verdauungskrankheiten zu denken.

Kosminski, Berlin.

4320.

Naeijell, O., **Zur Frage der Behandlung der latenten Syphilis.** (Schweiz. med. Wschr., Nr. 27, 1929.) Eine sofortige Behandlung latenter Syphilis ist fast ausnahmslos am Platze bei bisher unbehandelter oder längere Zeit nicht mehr behandelter rezenter Syphilis — dies wegen der Wahrscheinlichkeit einer weiteren Ausbreitung der Krankheit in inneren Organen, die bis dahin verschont geblieben waren, wegen der Möglichkeit des Auftretens stark kontagiöser Haut- oder Schleimhauteruptionen und wegen der großen Heilungschancen in den frischen Stadien. Hierher sind auch die okkulten Infektionen zu rechnen, über deren Bestehen keine zettlichen Angaben erhältlich sind. Ferner ist jede schwangere Frau, bei der Syphilis festgestellt worden ist, im Interesse des Kindes sofort der Behandlung zu übergeben, gleichviel, welches Stadium der Krankheit vorliegt. Endlich gehört zu dieser Gruppe die kongenitale latente Syphilis der Neugeborenen und kleinen Kinder.

Auch ältere syphilitische Infektionen sind während der Latenzzeit mit spezifischen Mitteln anzugehen. Indessen können über zeitliche Konzessionen gemacht werden, da die Ansteckungsgefahr mit dem Alter der Krankheit in den Hintergrund rückt. Außerdem weiß man, daß die Krankheit nicht mehr die gleiche Ausdehnungstendenz besitzt, wie in den ersten Jahren; man spricht von „Fixiertsein“ der Spirochäten — natürlich ein sehr relativer und dubiöser Begriff. Z. B. glaubt man, daß, wenn der Liquor mehrere Jahre nach der Infektion intakt befunden wird, eine Einwanderung der Spirochäten in die Hirnhäute und das Zentralnervensystem nicht mehr zu befürchten ist. Natürlich fällt unter diese Rubrik auch die kongenitale latente Syphilis bei älteren Kindern und Erwachsenen.

Absolute Kontraindikationen, außer schweren interkurrenten Krankheiten und Idiosynkrasie gegen die Medikamente, die wohl kaum gleichzeitig sich auf die verschiedenen Präparate ausdehnen, gibt es nicht. Dagegen ist es unnötig, bei über 70jährigen Leuten nur eines positiven Wassermanns wegen eine antiluetische Kur einzuleiten. Endlich ist bei mehrfach und gut behandelten symptomlosen Syphilitikern Vorsicht geboten, und es darf das Fortbestehen einer positiven Seroreaktion allein nicht Veranlassung zu beständigen weiteren Kuren geben.

Held.

4321.

Hofbauer, J., **Struktur und Funktion des Harnleiters während der Schwangerschaft.** (J. Urol., 20., H. 4.) Schwangere haben einen höheren Gehalt an Gallensalzen im Blute als andere Frauen. Dieser übt eine Verminderung der Ureterkontraktionen und ihrer Amplitude aus, wie er auch die Kontraktilität der Uterusmuskulatur und der glatten Muskulatur des Dünndarms verringert. Hierin erblickt der Verfasser die Ursache der Ureteratonie in der Schwangerschaft. Zur Interpretation dieser Erscheinung am Ureter führt der Autor weiter an, daß die Gallensalze die Oberflächenspannung herabzusetzen vermögen. Gegenteilig wirkt das Adrenalin, welches daher zur rationalen Behandlung der Gravidityspyllitis mit herangezogen werden sollte.

E. Lehmann, Breslau.

4322.

Ravich, A., **Ein neues Harnleiter-Spülungsbougie.** (J. Urol., 20., H. 4.) Auf den Kontrastharnleiterkatheter kann eine Reihe von Metalloliven aufgeschraubt werden, die in einer Kugelspitze enden. Die Oliven haben einen Umfang von 10 bis 18 Charr. Durch die Kugelspitze wird die Einführung erleichtert. Die starke Ausbuchtung der Oliven gestattet die exakte Lokalisation von Strikturen und erleichtert die Steinabtreibung. Auch wird die Ureterlichtung leicht verschlossen, so daß von unten her pyelographiert werden kann, ohne daß ein Zurückströmen der Flüssigkeit befürchtet werden müßte.

E. Lehmann, Breslau.

4323.

Worodruiff, Stanley R., **Spezialkatheter für die Ureteropyelographie und zum aseptischen Harnleiterkatheterismus.** (J. of Urol., 20., H. 4.) Der Katheter ist an der Spitze zentral perforiert und nicht seitlich, auch verdickt er sich etwas vom distalen Ende. Er wird mit Hilfe eines Bougies eingeführt, und zwar nur bis 3 cm. Dann wird das Bougie zurückgezogen und, da die langsamere Verdickung des Katheterumfanges eine dichte Anlage an die Ureterwand zur Folge hat, wird ein Reflex der Kontrastflüssigkeit vermieden. Somit kann die Pyelographie von unten ausgeführt werden.

E. Lehmann, Breslau.

4324.

Wesson, Miley B., **Fallgruben der Urographie.** (J. of Urol., H. 3.) Instruktive Arbeit, die an Hand von 11 Fällen dia-

gnostische Irrtümer analysiert. In 3 Fällen mit Füllungsdefekten des Pyelogramms, die als Karzinome gedeutet wurden, fand sich ein organisiertes Blutgerinnsel bzw. eine ungenügende Füllung oder Lagerung der Katheterspitze in einem Kelche. Drei Fälle mit Steinschatten verschiedener Dichte waren zweimal ein Gallenstein und einmal ein Nierenstein. Ein Blasenkrebs verschwand nach der Therapie völlig aus dem Röntgenbild, rezidierte jedoch später.

Selbst bizarr anmutende Pyelogramme können noch innerhalb der normalen Variationsbreite eligen; daher sollten auch doppel-seitige Pyelographien stets ausgeführt werden, wenn keine spezielle Kontraindikation vorliegt. Die meisten Erkrankungen, die eine doppel-seitige Darstellung verbieten, verbieten auch intra-urethrale und intraureterale Manipulationen.

Die Ausführung der Nierenbeckenfüllung mit zwei Büretten, die 18 bis 24 Zoll hochgehoben werden, gewährleistet ein Minimum von Beschwerden für den Patienten.

Zu geringe Füllung ist ebenso gefährlich wie die Ueberfüllung, da sie zu ungenauer Diagnosestellung führt.

E. Lehmann, Breslau.

4325.

Ravisch, A., **Ein neues, verbessertes Zystoskop.** (J. of Urol., 20., H. 4.) Das Instrument hat einen Umfang von 21 Charrière. Vorne hat das Instrument eine kleine Krümmung. Die Lampe liegt fest im Schaft, das Teleskop ist drehbar. Beim Einführen liegt die Linse nach innen zu und wird so vor Verunreinigung bewahrt. Erst in der Blase erfolgt eine Drehung um 180 Grad. Man kann auch ein zweites Teleskop einführen, das die Einführung von zwei oder drei Kathetern gestattet, für welche Rinnen im Teleskopschaft liegen.

E. Lehmann, Breslau.

4326.

Frater, Kennell, **Studie über die epithelialen Geschwülste der Harnblase.** (J. of Urol., 20., H. 4.) (Mayo Clinic.) Eine größere Reihe von Blasen Tumoren der Mayo-Klinik wurden mehrfach histologisch daraufhin untersucht, ob Rezidivgeschwülste einen höheren Grad von Malignität aufweisen als die Primärtumoren. Die Beurteilung erfolgte nach dem Bröderschen Schema, nach dem Verhältnis undifferenzierter Zellen zu differenzierten. Gruppe 1 zeigte etwa ein Viertel undifferenzierte und drei Viertel differenzierte Zellen, Gruppe 4 fast nur undifferenzierte. Als Ergebnis wird festgestellt, daß die Rezidive, mit wenigen Ausnahmen, nicht maligner sind, als die ursprünglichen Gewächse. Dasselbe Gewächs zeigt bei Probeexzisionen an verschiedenen Stellen denselben Grad von Malignität.

E. Lehmann, Breslau.

4327.

Fränkel, Walter K., **Inkontinenzbehandlung bei Frauen mit intravesikaler Elektrokoagulation.** (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) Besonders geeignet für die intravesikale Elektrokoagulation ist die relative Inkontinenz der Harnblase bei multiparen Frauen, die sich in unwillkürlichem Urinabgang als Folge plötzlich intraabdomineller Drucksteigerungen äußert. Der Erfolg der intravesikalen Elektrokoagulation wird bedingt durch den strahligen, narbigen Kontraktionsprozeß. Zur Ausführung der Methode wird die Blase mit etwa 200 ccm schwacher Rivanollösung aufgefüllt, wonach die dem Orificium internum auf der einen Seite benachbarte Sphinkterpartie eingestellt wird. Nicht zu nahe am Orificium werden nun mit der Diathermiesonde in strichförmiger Anordnung und Ausdehnung von 0,5 bis 1 cm Länge parallel zur Körperlängsachse mehrere Koagulationspunkte gesetzt. Genau so wird auf der anderen dem Orificium benachbarten Sphinkterpartie verfahren. Eine Anästhesie ist unnötig; die Schmerzangabe der Patientin gibt einen Anhalt für die Intensität der Koagulation. Der Erfolg kann nach 2 bis 4 Wochen beurteilt werden. Ist das erzielte Ergebnis nicht ausreichend, so kann der Eingriff unbedenklich wiederholt werden. Falsch ist Koagulation in der Hinterwand des Orificiums selbst, weil die so entstehende Narbenschwundung zu rillenförmiger Vertiefung im Orificium führt und den bestehenden schlechten Schlußmechanismus völlig insuffizient macht. Die zu beiden Seiten des Orificiums einsetzende Vernarbung führt dagegen zu einer Hebung der unteren bzw. hinteren Umgrenzung des Orificiums und zu einer Muskelzusammenziehung im Sphinkter vesicae. Der Erfolg kann durch eine „Blasengymnastik“ gesteigert werden, die folgendermaßen ausgeführt wird: Nach Auffüllung der Blase mit etwa 200 ccm Flüssigkeit wird die Patientin aufgefordert, die Blase zu entleeren und bei einem bestimmten Kommando den Urinstrahl zu unterbrechen. Der Blaseninhalt soll dabei mit vier bis fünf Unterbrechungen entleert werden. In jeder Sitzung werden auf diese Weise etwa zwei bis drei Blasenfüllungen entleert.

L. Görden, Berlin.

4328.

Scholefield, Bernhard S., **Nierentuberkulose. Die Heilung tuberkulöser Nephrektomie Wunden.** (J. of Urol., 20., H. 3.)

Nur 40% der Wunden nach Nephrektomie wegen Tuberkulose heilten primär. Bei den übrigen sezernierte die Wunde noch monatelang oder brach ganz auf, so daß eine Sekundärnaht ausgeführt werden mußte. Es zeigte sich, daß diejenigen Fälle, bei denen die Tuberkulose der Niere erst kürzere Zeit bestand, eine schlechtere Heilungstendenz zeigten, als alte Kittnieren. Manche Fälle heilten befriedigend, obwohl wegen der schweren Infektion eine Drainage erforderlich gewesen war. Erkrankungen des Ureters oder des perinephritischen Gewebes scheinen ohne Bedeutung für den Heilverlauf zu sein.

Der Beginn der Erscheinungen lag bei den Kranken, die glatt heilten, durchschnittlich 28,6 Monate zurück, bei den anderen hingegen 16,3. Je akuter der Prozeß war, desto größer scheint demnach die Gefahr eines gestörten Wundverlaufes. Anamnese und postoperativer Verlauf der Fälle sprechen dafür, daß eine geringe Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose der hauptsächliche Faktor hierfür war. Es scheint auch, daß die tuberkulöse Infektion nicht kontinuierlich auf die Wunde übergreift, sondern daß ein neuer spezifischer Prozeß in dem durch das Trauma der Operation in seiner Widerstandsfähigkeit geminderten Wundgebiete beginnt. Demnach hängen die Operationserfolge bei der Nierentuberkulose vielleicht nicht so sehr von der operativen Technik als von dem Allgemeinzustand der Kranken ab. E. Lehmann, Breslau.

4329.

Grayson, Carrol, Ein elektrischer Prostataerwärmer. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Der elektrische Prostataerwärmer nach Brunsford Lewis ähnelt dem Arzberger Instrument und ist so konstruiert, daß nur die der Prostata anliegende Partie erwärmt wird. Bab.

4330.

Felber, Ernst, Selbstheilung der Prostatahypertrophie nebst Versuchen, dieselbe nachzuahmen. (Med. Klin., Nr. 35, 1929.) Entsteht in einer hypertrophischen Prostata ein Abszeß, so fällt ihm häufig das die Hypertrophie erzeugende Adenom durch eitrige Einschmelzung zum Opfer. Ein Prostataabszeß wird meist durch eine Dauerkatheterbehandlung verursacht: Der Dauerkatheter verursacht eine urethrale Eiterung, die sich in der Regel bei längerer Katheterbehandlung auf die Prostata fortsetzt. Fußend auf dieser Beobachtung hat Verfasser in sechs inoperablen Fällen von Prostatahypertrophie versucht, einen Prostataabszeß künstlich zu provozieren. Dies wurde in allen Fällen durch Einführen eines Dauerkatheters nach doppelseitiger Unterbindung des Vas deferens und durch täglich mehrstündige rektale Applikation des Arzberger-Apparates abwechselnd mit Diathermie erzielt. Die ersten Veränderungen an der Prostata ließen sich rektal nach zwei bis drei Wochen nachweisen. Der Eiter entleerte sich per urethram spontan oder durch leichten Druck gelegentlich der digitalen Kontrolle. L. Gordon, Berlin.

Infektionskrankheiten

4331.

Friedemann, U., und H. Deicher, Die bakteriologische Kontrolle des Scharlachrekonvaleszenten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 35.) (Infektionsabt. d. städt. Rudolf-Virchow-Krankenhauses, Berlin.) Die praktischen Erfolge oder Mißerfolge der bakteriologischen Kontrolle der Scharlachrekonvaleszenten lassen keinen Schluß auf die Scharlachätiologie zu.

Die in der Seligmannschen Statistik aufgeführten Schulkinder kommen für die Beurteilung der prinzipiellen Anwendbarkeit der bakteriologischen Kontrolle nicht in Betracht, weil sie nur einmal untersucht wurden.

Bei Massenuntersuchungen sind Fehlerquellen vorhanden, die unter Umständen einen negativen Streptokokkenbefund vortäuschen können; am wichtigsten erscheint den Autoren die geringe Haltbarkeit der hämolytischen Streptokokken an den Wattetupfern. Scharlachrachenabstriche müssen am Tage der Entnahme ausgestrichen werden. Es wird nach der vorliegenden Literatur notwendig sein, die Rachenabstriche durch Nasenabstriche zu ergänzen; auf Komplikationen bei der Entlassung ist zu achten.

Mit Rücksicht auf ihre praktische Wichtigkeit und die widersprechenden Angaben in der Literatur ist eine weitere Prüfung der Methode dringend erforderlich. Arnold Hirsch, Berlin.

4332.

Baar, Heinrich, und Adolf Grabenhofer, Ueber perkutane Immunisierung gegen Diphtherie nach Löwenstein. (Z. Kinderheilk., 48., H. 2 u. 3, 1929.) (St. Anna-Kinderspital, Wien.) Es gelingt, durch perkutane Einverleibung von Diphtherietoxoid Meer-

schweinchen so zu immunisieren, daß eine mehrfache Dosis Necrosis minima ohne Reaktion vertragen wird. Solche Meer-schweinchen vertragen auch eine mehrfache Dosis Letalis minima ohne Reaktion. Sie sind außerdem resistent gegen eine intrakonjunktivale Infektion mit virulenten Diphtheriebazillen. Von perkutan immunisierten Kindern wurden 50 bis 60% innerhalb von 6 Wochen und 70 bis 75% innerhalb von 4 Monaten Schick-negativ. Dabei ergab sich, daß der Immunisierungserfolg mit der Zahl der Toxoideinreibungen stieg. Er ist bei Kindern zwischen 1 und 14 Jahren vom Alter unabhängig. Unter 20 Diphtherieerkrankungen betraf nur eine ein viermal vorbehandeltes Kind.

Beck, Tübingen.

4333.

Braun, W., Diphtheriebehandlung und Diphtherieschutzimpfung. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 9.) Auf Grund von einem Material von 13 500 Diphtheriefällen ist Verfasser ein überzeugter Anhänger der Serumbehandlung geblieben. Nachdem in den Jahren 1926 und 1927 eine große Zahl bösartiger Fälle aufgetreten waren, ist die Frage der Diphtheriebehandlung wieder akut geworden. Die Aufgaben, die erfüllt werden müssen, sind: 1. das erkrankte Kind zu retten, 2. die gefährdete Umgebung zu schützen und 3. den Kampf gegen die Verbreitung energisch durchzuführen. Das Wichtigste bei der Behandlung ist die Serum-Früh-Therapie. Die Sterblichkeit der am 1. Tage gespritzten Kinder steigt von 2% auf 7,5% am zweiten und auf 17,5% nach dem zweiten. In jedem Falle von Diphtherieverdacht muß ohne Rücksicht auf das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung eine ausreichende Dosis gegeben werden. Die Fälle, bei denen schon frühzeitig eine schwere Erkrankung des Organismus mit Gedunsenheit des Gesichts, Drüsenschwellung, Nierenschädigung auftritt, sind diejenigen, die die meisten Todesfälle fordern. Hier erliegen die Kranken der nicht beeinflussbaren Kreislaufschwäche in wenigen Tagen oder einer irreparablen Herzmuskelschwäche nach längerer Zeit. Daß es sich hier um Mischinfektionen mit Streptokokken handle, lehnt Verfasser ab. Bei leichten und mittelschweren Frühfällen ist die normale Dosis 2000 bis 4000 I. E. Bei nicht prompter Wirkung kann man die Dosis bis zu 10 000 steigern. Diese Dosis ist bei von vornherein schwer erscheinenden Fällen sofort zu geben. Bei besonders bösartigen Fällen ist es auch mit höchsten Dosen nicht möglich zu helfen. Die Anwendung ist intramuskulär, daneben bekommen die Kinder reichlich Kochsalz-Dampfspray-Inhalationen, sowie Kampferpräparate und Strychnin. Die Furcht vor anaphylaktischen Schocks ist nicht berechtigt, die Serumfolgen sind meist leicht, bei Erwachsenen allerdings oft stärker. Hier empfiehlt sich ein Wechsel von Pferde- mit Rinderserum bei wiederholten Dosen. Die Prophylaxe darf nur mit dem Antitoxinserum ausgeübt werden, eine aktive Immunisierung ist nicht angezeigt. Es gelingt durch passive Immunisierung die Erkrankungen auf ein Zehntel herabzusetzen, und diese verlaufen, wenn sie eintreten, wesentlich leichter. Der Impfschutz dauert 3 bis 4 Wochen, eine Zeitspanne, in der meist die Infektion in den Familien vor sich geht. Es gelingt nicht, durch Frühbehandlung einen Einfluß auf die Verbreitung der Diphtherie im Volke zu gewinnen. Auch durch passive Schutzimpfung ist einer Epidemie nicht abzuweichen. Dagegen verdienen die Bestrebungen, das Volk, ähnlich wie bei den Pocken, gegen die Diphtherie zu festigen, ernste Beachtung. Behring gab ein toxin-antitoxinhaltiges Serum an, das eine große Menge von Antikörpern im Organismus hervorrufen soll. Heute kennt man zwei Präparate, das eben genannte, das besonders in Deutschland und in Nordamerika verwandt wird, und das Anatoxin Ramons, das in den romanischen Ländern benutzt wird. Unangenehm ist, daß eine dreimalige Wiederholung der Injektion nötig ist. Da die aktive Schutzimpfung ungefährlich ist, müßte sie unbedingt im großen Stile durchgeführt werden. Praktische Erfahrungen stehen noch nicht zu Gebote. Man hat auch zur Feststellung des Antitoxingehalts die Schickprobe angewandt und sollte ohne Rücksicht auf ihren Ausfall alle Kinder im Alter von zwei bis neun Jahren impfen oder mittels der Probe zunächst nur die Schick-Positiven impfen. Da die Schutzimpfung erst nach acht bis zwölf Wochen wirksam wird und nicht alle geimpften Kinder diphtheriefest sind, muß man die geimpften ebenso wie bisher vor der Diphtherie behüten, d. h. man darf sich nicht in Sicherheit wiegen, und bei Diphtherieverdacht muß man ebenso wie bei ungeimpften die Serumbehandlung in die Wege leiten. Vielleicht wird es auf diese Weise gelingen allmählich der Seuche Herr zu werden.

Kosminski, Berlin.

4334.

Martin, A., Gelenkkomplikationen bei Windpocken. (Paris méd., Nr. 29, 1929.) Die Windpocken gelten im allgemeinen als gutartige Eruption; aber es gibt auch Fälle, die im Verlauf oder in der Rekonvaleszenz, seltener in den ersten Tagen, artikulare, periartikuläre oder muskuläre Komplikationen aufweisen. Damit

sind nicht die einfachen serösen Arthritiden oder die Schleimbeutelentzündungen mit periartikulärer Schwellung gemeint, die durch Immobilisierung heilen. Die Arthritiden treten meist zwischen dem 15. und 35. Tage auf, wenn die Krusten abfallen; sie sind aber auch schon am 3. Tage beobachtet worden. Man muß dabei die serösen postvarizellösen Polyarthritiden von der akuten eitrigen Monarthritis unterscheiden: plötzlich wieder hohe Temperatursteigerung, Delirium, Agitation, profuse Schweiße, Erbrechen, äußerst heftiger Schmerz, periartikuläres Oedem. Nach 24 bis 36 Stunden zunehmender Erguß. Trotz Umschlägen, Immobilisation und Salizyl, Verschlimmerung: Rötung der Haut, Fluktuation. Meist im Knie, seltener in der Schulter. Ohne Eingriff: Septikämie, die auch die sehr seltene spontane Eröffnung nicht aufhält. Oft Ankylose. Außerdem gibt es auch Lymphangitiden mit periartikulärem Oedem und erhaltener Beweglichkeit. Ferner sind die Myositiden zu erwähnen, im Gluteus, Bizeps, langen Supinator: harte umschriebene Schwellung, Bewegungsbeschränkung; das benachbarte Gelenk immobilisiert sich; die Gelenksymptome stehen im Vordergrund. Nach der Inzision geht das Fieber nicht herunter, lange Eiterung, oft gangränöser Zustand des Muskels. Adenitis. Die Diagnose ist oft nicht leicht (Gelenk!). Die Bursitis tritt gern am Trochanter auf (Verwechslung mit Koxitis) oder am Olekranon. Eine langdauernde Eiterung, selbst eine Phlegmone kann dabei vorkommen. Endlich ist die Synovitis zu erwähnen mit starkem Oedem in den Peroneusscheiden, leicht mit Osteomyelitis zu verwechseln. Therapie: Operation. v. Schnizer.

4335.

Coburn, O., *Encephalitis lethargica*. (New England J. Med., Nr. 5, 1929.) Die Encephalitis ist mit der Zerebrospinalmeningitis und der akuten Poliomyelitis eine der drei wichtigsten neurotrophischen Infektionen. Bei über 26 000 Fällen aus England und Nordamerika betrug die Mortalität 35 bis 40% und von 40% Ueberlebenden hatte die Hälfte ernste und dauernde Folgen, so daß eine weitere gewinnbringende Beschäftigung oder Erziehung unmöglich war. Aetiologie unbekannt. Da sie oft auf Influenza folgt, nehmen manche eine Septikämie durch den Influenzabazillus an, andere ein Virus, identisch mit dem des Herpes febrilis, oder einen neurotrophischen Streptokokkus. Auch die Pockenimpfung ist verantwortlich gemacht; aber vielleicht sind manche Fälle sekundär anderer Infektionen. Das kausative Agens hat jedenfalls eine Affinität fürs Nervengewebe. Es gibt kein klassisches Symptomenbild; deshalb ist die Diagnose so schwer. Aber einige nahezu konstante Zeichen. Neun Zehntel werden im Beginn als Influenza diagnostiziert; aber es gibt auch stürmische, ganz akute Fälle, die von vornherein Gehirnstörungen zeigen. Gewöhnlich Lethargie oder ausgesprochene Schlafstörung. Augenstörungen mit Diplopie und Lähmung anderer kranialer Nerven, die oft übersehen werden. Manchmal Hemiplegie oder Monoplegie, Myoklonie, Singultus, Störungen der Abdominalreflexe, Gähnen, Polyurie. Veränderung der Persönlichkeit der Gewohnheiten gehen der Krankheit manchmal voraus. Ganz unregelmäßiger Verlauf, jedes dieser Zeichen kann nur kurz bestehen und wieder verschwinden. Am konstantesten noch Lethargie oder Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, Diplopie, flüchtige Kranialnervstörungen. Bei Diplopie mit vorausgehender Grippe ist immer an Encephalitis zu denken. Wenn bei leichtem oder schwerem Verlauf der Tod nicht eintritt, Verschwinden der akuten Symptome in einigen Wochen; aber Rückfälle sind möglich. Zunächst anscheinend früherer Zustand aber in Wirklichkeit latentes Stadium für Monate, 1 bis 2 Jahre. Dann erst die Veränderungen des chronischen Stadiums nicht wie bei Poliomyelitis Schädigung durch das akute Stadium. Dann Veränderungen der Disposition, Verlangsamung der mentalen Tätigkeit, bei Kindern Defekte und krimonelle Tendenzen. Parkinson, Respirationstörungen. Solche im Kauen und Schlucken, Sialorrhoe, mentale Depression, schwere Muskelkontraktionen, Myoklonie, chronische Invalidität. Tod durch interkurrente Krankheit. Differentialdiagnose: akute Poliomyelitis (kommt mehr vor Weihnachten vor, dauernde lokale Zeichen, polynukleäre Zellen in der Spinalflüssigkeit), Encephalitis kommt dagegen mehr in den ersten Monaten des Jahres vor, zeigt in der Spinalflüssigkeit Zucker und Lymphozyten. Tuberkulöse Meningitis: Nachweis des Tuberkelbazillus mindestens beim Meerschweinchen. Akute Zerebrospinalmeningitis: dauernde progressive Symptome, Rigidität des Halses, Kernig. Spinalflüssigkeit: Nachweis des Meningokokkus. Encephalitis wird oft mit Gehirnabszeß verwechselt und umgekehrt. Dann Botulismus: Anamnese hinsichtlich des Essens, Erbrechen mit heftigen Leibscherzen. Spinalflüssigkeit: Vermehrung der polynukleären Zellen, starke Prostration, Pupillendilatation. Namentlich bei Kindern kann jede akute Infektion, Pneumonie, Scharlach, Tonsillitis fälschlich für Encephalitis genommen werden. Auch Osteomyelitis. Syphilis ist auszuschließen. In milden Fällen ist namentlich Neurasthenie auszuschließen. Ebenso chronischer Bright

und zerebrale Arteriosklerose, multiple Sklerose u. a. weniger häufige Gehirnkrankheiten. Wichtig ist bei der Diagnose: eine genaue Anamnese, der vielfältige Beginn, die Jahreszeit, Schlafstörung in Verbindung mit Lethargie, richtige Interpretation der allgemeinen und leichten Störungen. Behandlung rein empirisch; Salizylate in hohen Dosen, Sedativa, leichte nahrhafte Diät mit viel Flüssigkeit. Intraspinal 2 ccm einer 5 prozentigen Mercurchromlösung, intravenös mehrfach 150 bis 500 ccm einer 10prozentigen Glukoselösung, eventuell in Verbindung mit Natriumsalizylat. Acriflavin 10 ccm einer 1,5prozentigen Lösung intravenös. Proteintherapie, Bluttransfusionen, Rekonvaleszenzserum, Infektion mit Malaria- und Rückfallfieber. Im latenten Stadium sind alle Infektionsherde auszumerzen. Hier besondere Überwachung.

v. Schnizer.

4336.

Weigmann, E., *Infektion des Menschen mit Bact. abortus Bang*. (Arch. f. Hyg., 102., H. 2, 1929.) Es wird auf die Methode und die Schwierigkeit der Züchtung der Erreger aus dem Blute hingewiesen. Unter 57 Fällen gelang die Isolierung des Erregers nur viermal. Bei einer Gruppe von 38 näher bekannten Fällen konnte 17 mal der Zusammenhang mit abortierenden Kühen und in weiteren 12 Fällen der Genuß von roher Milch festgestellt werden. Der Infektionsweg per os durch infizierte Milch scheint beim Menschen der häufigere zu sein. Tierversuche, die am Meerschweinchen zur Nachprüfung des menschlichen Infektionsweges angestellt wurden, ergaben, daß sowohl per os mit infizierter Milch als auch durch Einreiben des Erregers in die skarifizierte Haut eine Allgemeininfektion der Tiere erfolgt. N. Henning, Leipzig.

4337.

le Bourdellès, B., *Pathogenie des Paludismus*. (Paris méd., Nr. 33, 1929.) Man hat die klinischen Erscheinungen des Paludismus aus dem Walten des Hämatozoos im Organismus recht verschieden zu erklären versucht: die Anämie durch die Destruktion der Blutkörperchen, die perniziösen Anfälle rein mechanisch; eine toxische Wirkung analog den löslichen Toxinen der sonstigen Mikroben hat man heute verlassen. Neuerdings hat man auch zur Erklärung des Anfalls den hämoklastischen Schock herangezogen: die neu entstandenen Merozyten repräsentieren das heterogene Eiweiß. Daher die intensive Mononukleose. Endlich spielen die Desintegrationsprodukte der Parasiten, der roten und weißen Blutkörperchen in der Pathogenie eine Rolle: die nervösen Erscheinungen, die erst funktionellen, später organischen Nierensymptome, die Nephritis, die splenohepatischen Erscheinungen sind so zu erklären. Ferner hat man spezifische Antikörper und am Ende des Anfalls eine schizontolytische Reaktion nachgewiesen; kurz alles spricht für eine relative Immunität. Nun hat Henry ein neues Moment hereingebracht mit seiner Serumreaktion: bei gewissen Antigenen, Eisenmethyllarseniat und gewissen Pigmenten flocken Malariaseren aus. D. h., der Paludismus ist nicht nur eine Affektion mit Antigenimmunität, sondern mit endogener Hypersensibilität.

Wenn man nun unter dem Lichte dieser Theorie die Infektion studiert, so hat man klinisch drei Etappen. Die primäre Form der Invasion. Man kennt sie eigentlich nur aus der Behandlung der Paralytiker. Die Reaktion ist negativ in der Inkubationsperiode und im initialen Fieber, sie wird erst positiv nach einigen Anfällen. Diese Periode scheint die Antigenphase der Infektion zu sein: das sich frei entwickelnde Hämatozoon ist für die Erscheinungen verantwortlich. In der sekundären Periode mit den klassischen Anfällen ist die Reaktion negativ im Anfall: Sättigung des Antikörpers durch das Antigen. Aber positiv im Intervall. Es ist dies eine antigene-endogene Mischphase: es besteht schon eine relative Immunität gegenüber dem Parasiten; ein kontinuierliches Fieber ist nicht mehr möglich, die Destruktion des Parasiten hat schon begonnen. In der Tertiärperiode werden die Anfälle seltener, unregelmäßiger; hier ist die Reaktion positiv bei Anfällen, die auf eine Reinfektion verdächtig sind und die schon viszerale Folgen zeigen (Milz). Hier herrscht das Endogen vor: das Hämatozoon ist aus dem peripheren Blut total verschwunden; die Seroflokulation ist positiv: Fortdauer der endogenen Imprägnation des Kranken. Aber es handelt sich hier um ein labiles Endogen, das an die parasitäre Evolution gebunden ist. In den Geweben deponiert, verschwinden schließlich die Pigmente, damit die Antiendogene, die Reaktion wird negativ. In dieser Periode findet man die viszerale Sklerose und die Kachexie. Aber die Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die viszerale Veränderungen weniger wichtig und häufig sind als man bis jetzt annahm, besonders, wenn es sich um frühzeitig Heimgeschickte und gut Chinisierte handelt. Der viszerale Paludismus ist der Reinfektion eigentümlich. Lediglich die wiederholten Reinfektionen durch längeren Aufenthalt in einem endemischen Lande rufen den schweren viszerale Paludismus hervor. Diese neue Auffassung erklärt manche bis jetzt dunkle Punkte

der Malaria, besonders die mysteriöse Reizwirkung der Zellzerfallsprodukte, die das viszerale Parenchym der Reinfizierten infiltrieren.
v. Schnitzer.

4338.

Peričić, B., Die Behandlung des Milzbrandes. (Med. Klin., Nr. 35, 1929.) (Landesspital in Split, Jugoslawien.) Außer wenigen Ausnahmen ist die chirurgische Therapie des Milzbrandes überall verlassen worden. Die Chirurgie kommt in ihre Rechte bei dieser Krankheit nur, wenn nach der Heilung entstehende Narben zurückbleiben. In der letzten Zeit wird der Milzbrand allgemein mit Serum behandelt. Es fehlt aber noch der Nachweis, daß das Serum wirklich beim Milzbrand rettend wirke, da ähnliche und vielleicht noch bessere Erfolge mit einer konservativen, reizlosen Therapie ohne Serum Anwendung erreicht wurden, wie die persönliche, auf 104 behandelte Fälle gestützte Statistik des Verfassers beweist. Es sind weitere sorgfältige Beobachtungen und Versuche notwendig, um die Frage der Nützlichkeit des Serums zu lösen. Intravenös soll das Serum jedenfalls nur ausnahmsweise und mit großer Vorsicht angewendet werden.
L. Gordon, Berlin.

Innere Medizin einschließt Tuberkulose

4339.

Gibb, W. F., und V. W. Logan. Diabetes mellitus. Eine Studie von 147 Autopsien. (Arch. int. Med., 43., Nr. 3.) (Departm. of Pathol. Cornell Univ. Med. Coll., New York.) In der Hoffnung, eine Beziehung zwischen klinischem und pathologisch-anatomischem Befunde beim Diabetes zu finden, durchforschten die Verfasser 170 Fälle von Zuckerkrankheit, bei denen die Autopsie gemacht war, 23 schieden aus, weil sie nicht genügende Daten enthielten. Die 147 bearbeiteten Fälle entstammen den Jahren 1909 bis 1926, also meist aus der Zeit vor der allgemeinen Anwendung des Insulins. Im Lebensalter rangierten sie von 12 bis 76 Jahren (die meisten über 40 Jahre), Frauen und Männer waren ziemlich gleich stark vertreten. Die Sektionspräparate waren mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt, in den meisten Fällen waren Schnitte aus mehr als 2 Teilen des Pankreas gemacht. Typische pathologische Befunde an den anderen Organen konnten außer häufigen eitrigen Infektionen (Abszesse, Otitiden usw.), Leberzirrhose und Myokardschädigungen nicht erhoben werden.

Von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Bauchspeicheldrüse fand sich in 123 Fällen interstitielle Pankreatitis, meist die interlobuläre, weniger oft die interazinöse Form. Sieht man von den Fällen mit nur leichter fibröser Veränderung ab, so bleiben noch 79 mit ausgesprochenem Befund chronisch-produktiver Bindegewebsentzündung, wobei die hohe Ziffer der Patienten mittleren Lebensalters in die Augen fällt. Verfasser wollen diese als das Resultat akuter Infektionen ansehen und entnehmen aus der Anamnese von sechs dieser Fälle, daß diese akute Entzündung zusammenfällt mit dem plötzlichen Einsetzen des Diabetes. — Von 11 Patienten mit chronischer Cholezystitis hatten zehn ausgesprochene Pankreasfibrose. Zwischen interstitieller Pankreatitis und Schädigung der Zellen der Langerhansschen Inseln besteht eine direkte Beziehung: Je ausgedehnter die erste, um so erheblicher die Inselläsion. Die schwersten fibrösen Formen führen zur Atrophie des Parenchyms. — Lipomatosis des Pankreas (41 Fälle) als Spätfolge der chronisch-interstitiellen Veränderungen kam unter 40 Jahren nicht vor, fand sich dagegen bei der Hälfte der über 60 Jahre alten Patienten. Pankreastuberkulose fand sich in keinem Falle.

Ausgesprochene Schädigungen der Langerhansschen Inseln fanden sich in 136 Fällen, also in mehr als 90%. Hierbei ist sehr bedauerlich, daß keine Serienschritte vorlagen. Die Autoren unterscheiden an Inselveränderungen: Fibrosis, hyaline Degeneration, pyknotische Kernveränderungen, Hämochromatosis, Kapselverdickung, Hämorrhagie, Rieskerne. Die häufigste Veränderung der Inseln war die Vermehrung des Bindegewebes innerhalb der Inseln (oft in der Literatur „Sklerose“ genannt). Der Grad der Fibrosis variierte sehr in den verschiedenen Inseln desselben Pankreas, und in kaum einem fehlten dabei normale Inseln. Selbst bei weit vorgeschrittenem Prozeß waren die epithelialen Zellen oft bemerkenswert gut erhalten. Doch ist wohl anzunehmen, daß die in dem fibrösen Gewebe eingebetteten Blutgefäße und Nerven durch Druck beeinträchtigt sind. Kapselverdickung fand sich in 53% aller Fälle und in 55 bis 70% der Fälle von interstitieller Pankreatitis. Hyaline Degeneration fand sich in 30 Fällen, von den leichtesten Fällen partieller Veränderung bis zur völligen Ausfüllung einer Insel. In einem Fall war, wohl als Spätausgang, Kalzifikation der hyalinen Partien festzustellen. — Pyknotische Kernveränderungen sahen die Autoren in 15 Fällen, in 3 Rieskerne. — Sieben-

mal wurde Hämochromatosis beobachtet mit wechselnden Mengen von Pigment, ohne daß die Inselzellen sonst von der Norm abwichen. — In 4 Fällen kam Hämorrhagie innerhalb der Inseln vor, beschränkt auf diese, ohne das umgebende Parenchym zu betreffen. Diese Patienten starben an: Lobärpneumonie, Coma diabeticum, Herzfehler und Nierenerkrankung.

In 11 Fällen — und das sind die interessantesten — wurden völlig normale Inseln gefunden. Da aber, wie schon oben erwähnt, keine Serienschritte durch das ganze Pankreas gemacht waren, so müssen die Verfasser die Möglichkeit zugeben, daß in den nicht untersuchten Abschnitten der Drüse geschädigte Inseln gewesen sind. Auch die klinischen Daten bezüglich der Schwere des Diabetes waren unzureichend, so daß Rückschlüsse leider nicht zu ziehen sind. (Drei von diesen Patienten hatten weniger als ½ Jahr Diabetes, fünf dagegen hatten 2 bis 12 Jahre lang Symptome gezeigt, bei dreien fehlten nähere Angaben.) Bei sechs von diesen Fällen mit normal befundenem Inselapparat konnte ohne Insulin, nur durch Diät, Zuckerfreiheit erzielt werden. — Auch in den Fällen von Koma und Gangrän war keine Beziehung zwischen Schwere der klinischen Erscheinungen und Grad der Inselkrankung zu ermitteln. In fünf von diesen Fällen fanden sich normale Inseln.
Zegla.

4340.

Porter, W. H., Diabetes. (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 3.) Das nächst wichtigste im Stoffwechsel ist die Harnsäure, die nach Harnstoff am meisten O braucht zu ihrer Bildung. Der normal arbeitende Organismus produziert in 24 Stunden gerade so viel Harnsäure, um das Dinatriummonohydrogenphosphat in Mononatriumdihydrogenphosphat zur Säuerung des Harns umzuwandeln. Und in diesem Sinne ist die Harnsäure ein Sekretionsprodukt, weil das Urat eines der vier normalen Endprodukte ist, um den N aus dem Körper in den Urin überzuführen. Folglich zeigt freie Harnsäure im Urin an, daß der Proteinstoffwechsel falsch ist. Es ist also für den Praktiker von großem Wert, die Ueberproduktion an Harnsäure zu bestimmen: am besten, indem man die oberen Lagen des Urin kocht und dann einige Tropfen einer vierprozentigen Essigsäurelösung zufügt und dann das Reagenzglaschen 24 bis 48 Stunden kalt stellt. Dann bilden sich die Säurekristalle neben der freien Oberfläche des Urins und fallen, wenn im Uebermaß, zu Boden. Sie können quantitativ gewogen werden. Das Studium der überproduzierten Harnsäure ist viel wichtiger als die Schätzung der totalen Harnstoffelimination. Besonders, wenn man wissen will, ob die Proteinmoleküle völlig oxydiert werden. Die Bestimmung des Harnstoffs ohne Kenntnis des aufgenommenen und assimilierten N hat praktisch wenig Wert und muß einige Tage fortgesetzt werden. Und dann ist es klar, daß die Harnstoffelimination bei niedriger Proteindiät gering ist, oder fixierte Proteine brechen rapid zusammen. Dies kommt namentlich bei ausschließlich vegetarischer Diät vor. Anstrengung erfordert vermehrte Hitzeenergie, und die wird hauptsächlich durch Verbrennung von Fett und Glukose geliefert; dann bleibt aber wenig O übrig zur Verbrennung der Proteine. Also vermehrt Ueberanstrengung stets die Harnsäureelimination und vermindert den Harnstoff. Dabei muß man sich erinnern, daß das Harnsäuremolekül zweimal soviel N dem Körper entführt als der Harnstoff. Ferner: die N-Ausscheidung wird hauptsächlich beherrscht von dem mit der Nahrung aufgenommenen Protein, weniger von den fixierten Proteinen; also braucht man bei starker physischer Anstrengung mehr Protein und mehr Kohlehydrate. Dies erklärt auch, warum die ländliche Bevölkerung früher verbraucht ist: sie hat jahrelang zu wenig O, um die Proteine zu oxydieren. Daher bei so um die fünfzig alle Formen von Stoffwechselstörungen. Ebenso wichtig ist die Kenntnis der Ueberproduktion der Phosphate. Sie zeigt sich an, wenn beim Kochen der oberen Harnschichten ein weißes, wolkiges Stratum wie eine Spur Albumin im Urin auftritt, namentlich, wenn der Urin sauer ist. Einige Tropfen einer vierprozentigen Essigsäure: die irrtümlich für Albumin gehaltenen überproduzierten Phosphate verschwinden, während Albumin dadurch intensiver wird. Es kann aber auch beides vorhanden sein. Sind Oxalate dabei (mikroskopisch nachzuweisen), so muß man zwei Faktoren ausschalten: reichliche grüne Vegetabilien in der Nahrung und Hypophosphate als Medizin. Sind dann noch Oxalate und Ueberproduktion von Phosphaten vorhanden: schlechte Ernährung des Nervensystems. Bei der Glykoseurie gibt es zwei Formen von Glukose: Glukose durch äußere Ursachen (zuviel Nahrung, Unfähigkeit zu oxydieren, Mangel an Bewegung) und innere Ursachen (mangelhafte Oxydation der Proteine). Dies zeigt die Trommerprobe an: langsame Reduktion des Kupfers, zunächst schmutzig braun, in einer Stunde erst rot, und dann noch nicht. Bei der inneren Form rasche Reduktion, was namentlich bei Jungen eine üble Prognose bedeutet, während sie bei der langsamen Reduktion gewöhnlich gut ist. Nicht selten ist der Diabetes durch Bright kompliziert. Wichtig sind die drei ver-

schiedenen Formen von Eiweiß: durchscheinend: nur leichte Stoffwechselstörung, keine destruktiven Veränderungen in den Nierenzellen, unvollständig oxydiertes Eiweiß wird ausgeschieden. Opak, wenn gekocht mit Essigsäure: nicht notwendig ernste Strukturveränderungen. Endlich eine käsige Masse: ernste Veränderung in den Nierenzellen, meist in syphilitischen Fällen. Dann muß man Tag- und Nachturin untersuchen: die abnormen Veränderungen fluktuieren, besonders in der Jugend kann man zu verschiedenen Tageszeiten Eiweiß finden. v. Schnizer.

4341.

Gottschalk, A., und A. Springborn, **Hypoglykämisches Koma mit Ketonurie.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 36.) (Inn. Abt. und das chemische Institut d. städt. Krankenhauses, Stettin.) Aus dem beschriebenen Falle darf für das Praktische die Folgerung gezogen werden, die Therapie eines jeden bei insuliniierten Diabetikern auftretenden Koma, das nicht durch den Nachweis stark erhöhten Blutzuckers als Coma diabeticum untrüglich feststeht, selbst bei vorhandener Ketonurie mit einer Traubenzuckerinjektion zu beginnen. Wenn auch bei bestehendem echten diabetischem Koma durch dieses Vorgehen der Zeitpunkt der erforderlichen Insulinspritzen um einige Minuten hinausgeschoben wird, so erscheint den Autoren dieser Zeitverlust nicht so schwerwiegend wie der Verlust eines Menschenlebens durch Ueberinsulinierung. Die Traubenzuckerinjektion als solche ist auch im Falle eines bestehenden echten Coma diabeticum keinesfalls unerwünscht; sie schafft die Möglichkeit einer unbesorgten hinreichenden Insulinierung auch in jenen Fällen, in denen der Blutzuckergehalt nicht bekannt ist und die Nierenschwelle für den zur Ausscheidung gelangenden Zucker hochliegt.

Für die Theorie der Insulinwirkung geht scheinbar aus dem vorliegenden Falle hervor, daß der von manchen Autoren angenommene doppelte Angriffspunkt des Hormons auf den Kohlehydrat- und Fettstoffwechsel wenig wahrscheinlich ist. Würde dem Insulin neben seiner den Kohlehydratumsatz beschleunigenden Wirkung noch eine primäre Wirkung auf den Fettstoffwechsel im Sinne einer Normalisierung des entgleisten Fettsäureabbaus zukommen, so wäre die beträchtliche Ketonurie zur Zeit heftigster Insulinwirkung (hypoglykämisches Koma) schwer verständlich.

Arnold Hirsch, Berlin.

4342.

Horwitz, S., **Diabetes und Cholezystopathie.** (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) (Innere Abtlg. d. Krankenhauses d. Jüdischen Gemeinde, Berlin.) Die Zuckerkrankheit tritt nur relativ selten als Folge einer Cholelithiasis mit sekundären Veränderungen am Pankreas auf. Die Annahme eines sekundären Diabetes als Folge einer primären Gallenblasenerkrankung, welche den Weg über das Pankreas nimmt, trifft nur für eine begrenzte Zahl von Fällen zu. Wahrscheinlicher ist, daß die Gallenblasenerkrankung bzw. Gallensteinbildung häufiger eine Folge oder eine Begleiterscheinung des Diabetes darstellt, oder daß eine beiden Erkrankungen gemeinsame Stoffwechselstörung das Zustandekommen von Gallenblasenerkrankungen mit oder ohne Steinbildung bei Diabetes erleichtert.

L. Gordon, Berlin.

4343.

Pucsko, Othmar, **Perorale Traubenzuckergaben in Kombination mit Insulin als therapeutische Maßnahme bei Diabetes mellitus.** (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) An Hand einiger Krankengeschichten wird gezeigt, daß der Diabetes mellitus durch perorale Traubenzuckergaben in Kombination mit Insulin günstig zu beeinflussen ist. Besonders gut reagieren die Fälle mit hoher Ketonkörperausscheidung. Diese therapeutische Maßnahme empfiehlt sich dann, wenn eine langsame Entketonisierung des Organismus erwünscht ist, während die intravenöse Verabreichung von Traubenzucker dann in Anwendung kommen dürfte, wenn eine rasche Drosselung der Ketonkörper (Operation, Koma usw.) geboten erscheint.

L. Gordon, Berlin.

4344.

Beyer, Ernst, **Entstehung und Verhütung der Erkältungsschmerzen (Neuralgien, Myalgien) während des Schlafes.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 37.) Erkältungsschmerzen (Neuralgien, Myalgien und Mischformen) entstehen leicht im Schlafe, besonders während des Nachtschlafes, infolge örtlicher Abkühlungen und Durchkühlungen. Sie werden verhütet und beseitigt durch eine vernünftige Ventilation des Schlafraumes unter Berücksichtigung der Jahreszeiten (Vermeidung von Luftströmungen), durch anpassungsfähige Bedeckung und durch eine zweckdienliche Nachtkleidung.

Arnold Hirsch, Berlin.

4345.

Turries, **Die wiederholten myalgischen Asthenien.** (Paris méd., Nr. 33, 1929.) Es handelt sich um das Syndrom: Allgemeine

Ermüdung mit Muskelschmerzen und anderen Erscheinungen. Ein Gefühl der allgemeinen Schwäche, schon morgens im Bett, den Tag über, ähnlich wie nach einer intensiven Bergtour für den Gesunden; mit minuten- bis stundenlangen Anfällen, die jede Anstrengung hindern, weil die Muskeltätigkeit äußerst erschwert ist. Ruhelage bessert den Zustand. Die Energiereserve ist gering, erschöpft sich rasch und verlangt energisch Ersatz. Erdfarbener Teint, unruhige Augen, leichtes Schwitzen selbst in der Kälte. Nebenher geht eine intellektuelle Asthenie, eine richtige Apathie und Unfähigkeit zu Gehirnarbeit: der Kranke will eben jede Anstrengung vermeiden. Sie ist weniger ausgesprochen als die physische Ermüdung und kann fehlen, macht übrigens keinen neurasthenischen Eindruck. Dazu richtige Muskelschmerzen auf Druck, Palpation und bei Bewegungen der Gelenke. Diffus oder lokalisiert findet man sie in den Supra- und Infraspinalgruben besonders; Schulterbewegungen lösen Pseudoseitenstiche aus. Ebenso eine forcierte rapide Inspiration. Auch der Trapezius ist gerne befallen. Bei den diffusen Schmerzen kann man leicht an eine allgemeine Infektion denken, zumal da leichte Temperatursteigerungen vorhanden sein können. Durch diese Affektion der Thoraxmuskulatur kommt es zu einer lässigen Haltung. Man trifft den Zustand oft im Frühjahr. Gewöhnlich sind es Individuen mit dünnen Gliedern, schlaffem Hals, schmalen Thorax. Oft sind es Zyklotyme. Jedoch ist das mentale Gleichgewicht in Ordnung, ebenso Urteil und Wille. Oft besteht eine gewisse digestive Instabilität: das vegetative Gleichgewicht ist gestört. Ferner manchmal eine mäßige Hypertension, besonders bei den myalgischen Schüben. Endlich manchmal Hyperphosphaturie, Hypothermie. Aetiologisch kommen in Betracht: hereditäre oder erworbene Syphilis; man wird hier keine morphologischen Stigmata finden, häufig wohl Hutchinson der Zähne, eine gewisse sympathische Hyperexzitabilität, die oft mit Neuropathie verwechselt wird und eine Vergrößerung der Milz, aber keine typischen nervösen Zeichen, keine charakteristischen viszerale Zeichen. WaR. ist häufiger in den erworbenen Fällen positiv. Oft findet man die Heredosyphilis in der zweiten Generation. Erstaunliche Resultate mit Hg und B i. Dann die Tuberkulose: meist latent ist auch hier die Anamnese von Bedeutung. Man wird außer dem charakteristischen Habitus von seit den Lungen keine groben Erscheinungen finden; eine dauernde Subfebrilität, geringe Zeichen einer alten Pleuritis, leichte Drüsenveränderungen. Endlich spielt die heredoarthritische Diathese eine wesentliche Rolle in manchen Fällen. v. Schnizer.

4346.

Frey, Walter, und C. Fromm, **Das zeitliche Verhalten der Mitralklappen.** (Z. Kreislaufforschg., 21. Jahrg., Heft 18.) Der als erster Herzton zu hörende Schwingungskomplex ist nicht dem Beginn der Ventrikelkontraktion gleichzusetzen, fällt vielmehr mit der Erhebung der Austreibungswelle zeitlich zusammen.

Der Beginn des systolischen Mitralsuffizienzgeräusches liegt nicht in der Anspannungszeit, sondern in der Austreibungszeit. Während der Anspannungszeit schwingen die als Sperrmechanismus wirkenden Klappen nach rückwärts, gehen mit dem Strom, erst bei ihrer Anspannung macht sich eine Insuffizienz derselben geltend.

In Bestätigung von A. Weber wird festgestellt, daß die Mitralsuffizienzgeräusche im Gegensatz zu dem Aortenstenosengeräusch meist nur eine relativ kurze Strecke des systolischen Intervalls einnehmen. Die Strömungsgeschwindigkeit des regurgitierenden Blutes und die Amplitude der Geräuschschwingungen nehmen bei der Mitralsuffizienz infolge des Anwachsens der Vorhofs-füllung rasch ab.

Der Beginn des sogenannten Kreszendogeräusches der Mitralsenose liegt so häufig in der Prästole, daß dem Auftreten des Geräusches ausschließlich im Verlauf der Anspannungsperiode der Ventrikelkontraktionen keine grundsätzliche Bedeutung beigemessen werden kann. Das späte Einsetzen des Geräusches gegenüber der P-Zacke im Ekg. läßt daran denken, daß das Geräusch erst nach der Kontraktion des linken Vorhofs durch ein Rückströmen von Blut aus dem maximal gefüllten Ventrikel entsteht. Das prästolische Geräusch der Mitralsenose wäre danach als diastolisches Mitralsuffizienzgeräusch zu bezeichnen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4347.

Dreßler, Wilhelm, und Aristid Kib, **Elektrokardiographische Beobachtungen über den Ablauf einer akuten Myokarditis nach Grippe.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 36.) (Spitale der „Herzstation“, Wien.) Bei einem 21 Jahre alten Studenten, der zur Zeit einer Grippeepidemie eine Influenza durchgemacht hatte, traten 2 Wochen darauf zuerst kompletter Block mit Ohnmachtsanfällen, später nach Wiederherstellung der normalen Schlagfolge Störungen der Reizbildung und insbesondere der Reizausbreitung sowohl im Vorhof als auch in besonders ausgedehntem Maße innerhalb der Kammer auf, die auf eine diffuse Erkrankung des spezifischen

Muskelsystems hinwiesen. Gleichzeitig bestanden Opressionsgefühl auf der Brust, Mattigkeit, vorübergehend geringe Temperatursteigerungen. Alle diese Symptome wurden als Grippe-Myokarditis gedeutet. Besonders wertvoll für die Erkennung dieses und ähnlicher Krankheitsbilder erweist sich die elektrokardiographische Untersuchung, die auch beim Fehlen anderer auf die Myokardaffektion bezüglichen Symptome, besonders auch von Arrhythmien, durch den Nachweis von Störungen der Erregungsausbreitung in Vorhof oder Kammer Aufklärung über das Bestehen eines pathologischen Prozesses im Myokard zu geben vermag. Die frühzeitige Erkennung dieses Krankheitszustandes ist aber mit Rücksicht auf die notwendigen prophylaktischen Maßnahmen von großer Wichtigkeit.

Arnold Hirsch, Berlin.

4348.

Lian, C., *Der akute fieberhafte Angor coronarius*. (Paris méd., Nr. 30, 1929.) 2 Sätze gelten: das durch Myokardinfarkt charakterisierte anginöse Syndrom kann klinisch diagnostiziert werden und: es kommen Heilungen vor. Ein Myokardinfarkt liegt nun nicht immer vor: es gibt alle Zwischenglieder zwischen der einfachen Ischämie und der Nekrose des Myokards, nicht immer rein myokardial, sondern auch oft unvollständig. Das Fieber dabei ist einmal durch Resorption der heterogenen Eiweißstoffe des Infarktherdes zu erklären, dann ist es infektiösen Ursprungs von den entzündlichen Prozessen des Myokards. Bei der Diagnose muß man im Auge behalten, daß die Angina pectoris ein weitläufiges Syndrom ist, das alle Schmerzparoxysmen zusammenfaßt, besonders nach links ausstrahlen mit dem Gefühl der Enge, dem Leidenschrei des Plexus cardialis. Man muß deshalb 3 Gesichtspunkte festhalten: eine Angina kann im Verlaufe einer akuten schon diagnostizierten kardiovaskulären Affektion auftreten, einer akuten Endokarditis, Perikarditis, Myokarditis oder Aortitis. Wenn man einen solchen Fall nicht von Anfang an verfolgt hat, wird man sich schwer zurechtfinden. Z. B. bei einem perikardialen Reiben werden die heftigen, ausstrahlenden Schmerzen im Gegensatz zu den diskreten Perikarderscheinungen in Verbindung mit dem Fall des arteriellen Druckes und dem Elektrokardiogramm leiten. Ferner am häufigsten, aber auch am schwersten, kann der akute Angor durch eine plötzliche intensive Herzdilatation verursacht sein. Auch hier findet man die wiederholten Anfälle, Senkung des Drucks, Galoppgeräusch, die funktionelle aurikuloventrikuläre Insuffizienz; aber nicht das für das fieberhafte Syndrom sprechende zyklische Fieber, die intensiven Schmerzen mit vorherrschender Dyspnoe, Nausea mit und ohne Epigastralgie. Und endlich gibt es auch Reflexanginen, die alten „falschen“ Anginen, die man bei der Aerogastrikolie, Lithiasis findet, bei Leberkolik. Hier senkt sich aber der Druck nicht wesentlich; die digestiven Antezedentien und der lokale Druckschmerz leiten hier. Prognose: die kardiogastrische und infektiöse Form enden gewöhnlich örtlich; letztere kann sich langsam entwickeln. Erstere kann wenige Stunden, einige Tage, auch 2 Monate dauern. Kann aber auch heilen. Heilung des akuten Anfalles ist nicht selten bei der myokardoperikardialen Form; ist die Regel bei der reinen myokardialen und unvollständigen Form. Ernst sind die Fälle mit stationärem Fieber, mit progressivem Sinken des Drucks und mit ventrikulärer Atypie im Elektrokardiogramm. Günstig ist die progressive Verminderung der Temperatur, das Wiederanstiegen des Drucks und das Nachlassen der ventrikulären Atypie. Ein Rückfall nach der Heilung, der 5 bis 15 Jahre nachher kommen kann, ist nicht direkt fatal, hat aber eine reservierte Prognose. Therapie: Verminderung der Ischämie des Myokards (Natriumzitrat, 6 bis 10 g pro die, nicht intravenös — Schock! — Benzylbenzoat, Papaverin, Diathermie); dann die kardiodynamischen Mittel, Digitalis intravenös und per os, evtl. mit Kampfer. Endlich Sedativa, Opiate. Man muß in jedem Falle eine spezifische Kur ins Auge fassen.

v. Schnizer.

4349.

Golob, Meyer, *Landmarken in der Gastroenterologie*. (Med. J. a. Rec., Nr. 1.) Das Rückgrat der klinischen Untersuchung ist die Anamnese und die physikalische Untersuchung; alle anderen Methoden der Untersuchung dienen lediglich der Bestätigung. Gerade in der Anamnese ist jedes Schema zu vermeiden: die verschiedene geistige Einstellung derselben Krankheit gegenüber schafft am meisten Verwirrung in der Interpretation. Manche Patienten sind eher geneigt den Doktor zu examinieren, als daß er sie examiniert: sie arbeiten deshalb nicht mit. Hinsichtlich der geistigen Einstellung kann man folgende Typen unterscheiden: solche, die nicht von selbst ihre Symptome sagen, oder sie verheimlichen oder vergrößern oder verkleinern, oder denen die Sprache fehlt, ihre Symptome genau zu beschreiben, endlich solche, die gegen Schmerzen usw. hyper- oder hyposensitiv sind. Um ein Beispiel zu geben: Astheniker klagen leicht über Konstipation und Schmerzen in der rechten Inguinalgegend: dies kann fälschlicherweise eine Appendizitis suggerieren.

Der Neurastheniker ist äußerst introspektiv und beobachtet seine physiologischen Prozesse peinlich auf eingebildete, krankhafte Abweichungen. Hier spielt namentlich die muköse Kolitis eine Rolle in Fällen, in denen nicht einmal Diarrhöe vorliegt. Andererseits darf man dieses Introspektive bei Magenkranken nicht mißdeuten: die Diagnose gastrische Neurose ist nur nach eingehender Untersuchung gerechtfertigt, denn mancher gastrische Neurotiker zeigt früher oder später eine greifbare pathologische Basis seiner anscheinend funktionellen Störungen.

Der Magen ist häufig das Aushängeschild extragastrischer Erkrankungen, andererseits tut er aber auch wieder ganz unschuldig, wenn er selbst ernstlich affiziert ist, wie z. B. beim Krebs. Er ist ein Organ „voll von Mitgefühl für andere leidende Organe“; bekannt sind die digestiven Klagen bei Herzinsuffizienz, Gallendysfunktion und Störungen des hämatopoetischen Systems, der Appetitverlust und die Indigestion bei der tuberkulösen Toxämie als früheste Erscheinungen. Diese Erscheinungen können stark und gering sein, auch wenn der Magen per se nicht krank ist. In 40% von Indigestion ist anzunehmen, daß die Ursache außerhalb der Bauchhöhle liegt, in weiteren 40% innerhalb der Bauchhöhle, aber außerhalb des Gastrointestinaltraktes und nur in 20% im Nahrungstrakt. Schon daraus ist zu ersehen, wie leicht Irrtümer in der Interpretation vorkommen können: man muß auch bei leichten Störungen den weitesten Gesichtskreis, nicht den „tubularen“ des Spezialisten einschalten. Anorexie ist das häufigste der dyspeptischen Symptome. Meist ist es aber bloße Sitophobie, die auf dem Wege Sitophobie — Unterernährung — gastrische Störungen, den Circulus vitiosus, schafft: der Kranke ist unterernährt, weil er digestiver Invalide ist und er ist digestiver Invalide weil er unterernährt ist. Dazu kommt eine starke Reizbarkeit und vasomotorische Instabilität. Hier bestätigt sich der alte Satz: Kranke mit Leiden über dem Bund sind munter, mit solchen unter dem Bund sind mürrisch. Die meisten Hypochonder müssen ihre Zufriedenheit durch den Magen wiedergewinnen.

Manche Patienten wollen gefragt sein; andere sind von dem Irrtum befangen, daß ein guter Arzt von selbst finden müsse, worum es sich handle; wieder andere oft recht intelligente Patienten sagen: wenn ich wüßte, was vorläge, käme ich nicht zum Arzt. Meist kommt man hier so weiter, wenn man die Fragen so stellt, daß sie mit ja oder nein beantwortet werden müssen. Großen Takt erfordert die Erforschung der hereditären Verhältnisse und der Familienanamnese; Syphilis in der Aszendenz, überstandene Tuberkulose wird gern verschwiegen. Wesentlich ist eine chronologische Beschreibung vom ersten Auftreten der Krankheit bis zur Konsultation. Charakteristisch für Malignität ist kurze Dauer, Fortschreiten, Fehlen von Remissionsperioden. Umgekehrt ist es beim paptischen Ulkus: rhythmischer Wechsel zwischen Aktivität und Passivität. Charakteristisch für das präpylorische Ulkus: weil Patient keine Hungerschmerzen hat und sich am besten bei leerem Magen fühlt, enthält er sich der Nahrung; daher auch das Erbrechen. Schmerzen nach der Mahlzeit. Postpylorisches Geschwür: Hungerschmerzen, die durch Essen gebessert werden. Beschwerden, wenn der Magen leer. Deshalb häufiges Essen, besonders vor dem zu Bett gehen. Typisch für die Ulkusanamnese ist die Periodizität, die natürlich auch anderen Krankheiten eigen tümlich ist. Wenn sich Schmerzen auf Alkali sofort bessern, so deutet das auf ein Magengeschwür. Dann die diätetische Probe: Schmerzen treten bei flüssiger Nahrung früher auf als bei fester. Sitophobie ohne Anorexie deutet auf postpylorisches Ulkus; Essen in häufigen Intervallen: postpylorisches Ulkus. Röntgen bestätigt im Allgemeinen nur die Diagnose: immerhin kann man folgende Sätze gelten lassen: wenn der Röntgenbefund der eines Ulkus ist und die charakteristischen Symptome vorliegen, so wurde im allgemeinen ein Ulkus gefunden; wenn die klassischen Symptome vorlagen und der Röntgenbefund war negativ, fand man gewöhnlich ein Ulkus; wenn aber die Symptome fehlten und die Röntgen-diagnose war Ulkus, so hatte das Röntgen in mehr als der Hälfte der Fälle Unrecht. Okkultes Blut spricht für Ulkus auch bei negativem Röntgenbefund. Die Unterlassung der rektalen Untersuchung rächt sich beim Ca schwer: im Anfang hart, flach, ist es ohne Schmerzen; wichtig ist eine dauernde Aenderung in den regelmäßigen Entleerungsgewohnheiten, besonders eine unerklärliche Konstipation oder eine Periode häufiger Entleerungen gefolgt von längerer Konstipation, besonders wenn beide durch Behandlung nicht beeinflußt werden. Wenn man erst auf die charakteristische Stuhlform warten will, die auch durch Spasmen oder eine hyper-tonische Analfistel vorkommt, ist es zu spät. Wenn sich der Fingerling mit Blut oder Schleim bedeckt, ist eine weitere eingehende Rektaluntersuchung nötig. Wichtig ist auch: bei intestinaler Fermentation schwimmt der Stuhl im Wasser. Die rechte Fossa iliaca ist eine schwere diagnostische Nuß: die Lokalisation der Schmerzen bei Appendizitis hängt von der Lagerung des Appendix ab. Appendizitis kann sogar eine Angina pectoris vortäuschen. Oft

macht auch ein *Ulcus pepticum* Schmerzen im unteren rechten Quadranten; tabische Krisen und zerebrale Syphilis kann eine Appendizitis vortäuschen.

v. Schnizer.

4350.

Paterson, H. J., **Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre.** (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Magengeschwüre können heilen, und zwar endgültig. Also zunächst innere Behandlung, aber unter zwei Bedingungen: die innere Behandlung muß lange genug und gründlich durchgeführt werden, und dann: sie darf nicht abgebrochen werden, wenn die Symptome weiter bestehen oder der Rückfall auftreten. Ohne Restriktion der Diät und ohne völlige Ruhe ist die Behandlung eine Travestie. Alle möglichen Infektionsherde, kariöse Zähne, Alveolarpyorrhoe, Sinus und Mandeln müssen möglichst behandelt werden. Bettruhe mindestens Wochen. Das Ulkus heilt nicht unter saurem Magensaft; also Nahrungsmittel, die diese Sekretion nicht reizen und möglichst wenig Peristaltik hervorrufen: Milch und Eier. In der ersten Woche, mit etwas Wasser verdünnt, in kleinen Dosen, etwa $\frac{1}{4}$ Liter, vier- bis sechsmal täglich, verteilt, dazu Rahm oder Orangensaft. In der zweiten Woche Woche 2 bis 3 Eier in die Milch geschlagen, mit Zucker gesüßt, etwas Biskuit oder Schokolade ohne Stärkezusatz. Nach 3 bis 4 Wochen süßes Gelee, Eierzulaue, Eiermilch, Brot ohne Kruste, Butter. Nach 2 Monaten weißen Fisch. Kein Fleisch während 6 Monaten. Wichtig Mundantiseptis. Bismutmixtur dreis- bis viermal täglich, milde Salina oder Paraffin zur Darmregulation, ein Alkohol, mäßig Tabak. Wenn nach 6 Wochen Bettruhe, 6 Monaten strenger Diät mit relativer Ruhe der Patient nicht frei von Symptomen ist oder ein Rückfall auftritt, Operation. Die Aussicht auf Heilung durch innere Mittel ist nicht groß. Die häufigste Ursache der Magen- und Duodenalgeschwüre ist eine appendikuläre Infektion, und wenn eine solche vorliegt, ist Aussicht auf Heilung ohne chirurgischen Eingriff unwahrscheinlich. Der Sippykur liegt der Gedanke zugrunde, durch wiederholte große Alkaligaben die Magensäure zu neutralisieren. Die optimistische Ansicht, daß dadurch das Geschwür in wenigen Wochen heile, beruht einmal darauf, daß die Symptome besser werden (dies ist aber keine Heilung) und daß man durch Röntgen keinen Krater mehr nachweisen kann, was aber ebenfalls sehr problematisch ist. Aber Granulationsgewebe kann ihn unsichtbar machen, und dies ist absolut keine Heilung. Die Heilung dauert Monate, wie die chirurgische Erfahrung lehrt, nicht die radiologische. Naiv ist im Rückfall für wenige Tage Alkali zu nehmen. Denn die Besserung der Symptome sagt gar nichts. Aber die großen Mengen Alkali sind nötig, man kann dasselbe durch Diät erreichen. Dann wird bei dieser Kur, eben weil Heilung angenommen wird, viel zu früh die normale Diät wieder aufgenommen. Das Anziehende dieser Kur ist eben die Erweckung falscher Hoffnungen. Chirurgische Behandlung ist indiziert in Fällen mit Hämorrhagie, ausgesprochenen Nahrungsintention, Pylorusstenose, wenn die Schmerzen trotz der Behandlung andauern, bei anscheinender Heilung wiederkehren. Operation der Wahl: Gastrojejunostomie. Mortalität 1%, weniger als bei vergeblicher innerer Behandlung. Unbefriedigendes Resultat weniger 10%, vorausgesetzt, daß die Operation sorgfältig vorbereitet und ausgeführt wird, daß der Appendix entfernt ist (stets Infektionsquelle) und daß nach der Operation eine zweckmäßige Diät einhalten wird: die Operation selbst ist nur eine Episode der Behandlung. Mißerfolge sind nur auf Nichtbeachtung dieser Grundregeln zurückzuführen: man darf nach einer Gastrojejunostomie absolut nicht alles essen. Rückfälle sind nur durch eine allzu große Gasausschüttung infolge falscher Diät bedingt. Wichtig ist auch, daß die Operation nur ausgeführt wird, wenn bestimmt ein Ulkus vorliegt, denn es sind Fälle berichtet, in denen kein Ulkus, aber akute oder chronische Nephritis, Appendizitis oder Cholezystitis lag. In 2—3% treten nach der Operation neue Geschwüre auf infolge Hyperazidität infolge falscher Diät. Partielle Gastrektomie ist eine unnötig schwere Operation, die höchstens in Frage kommt, wenn das Ulkus malignen ist oder wird.

Die Ansichten, ob ein Duodenalulkus durch innere Behandlung geheilt wird, sind noch geteilt. Dies ist möglich bei oberflächlichen, nicht indurierten Geschwüren. Die dafür pathognomonischen Symptome: Schmerzen 2 bis 3 Stunden nach dem Essen, Hunger- und Völlegefühl, Einsetzen der Schmerzen frühmorgens, sind einfache Symptome der Hypersekretion. Diese ist aber auch Symptom Appendixaffektionen und gelegentlich auch von Gallensteinen. Die Operation ist indiziert bei Hämorrhagie und Stenose. Ebenso bei Ulkus oder drei Rückfällen nach langen Intervallen. Da die Hyperazidität oft ein ausgesprochenes Zeichen von Duodenalulkus ist, so ist hier, was praktisch wichtig ist, die Diätrestriktion länger anzuhalten als beim Magenulkus. Auch hier ist ein erkrankter Appendix zu entfernen.

4351.

Gray, I., und B. M. Bernstein, **Gastrospasmus bei Gallenerkrankung, ein Magenkarzinom vortäuschend.** (Med. J. a.

Rec., Nr. 1, 1929.) Die viszeromotorischen, viszerosensorischen und viszerviszeralen Reflexerscheinungen bei Gallenblasenerkrankungen können so bizarr sein, daß die eigentliche Ursache oft übersehen und eine falsche Behandlung eingeleitet wird. Die Differentialdiagnose bei chronischer Gallenblasenerkrankung berührt *Ulcus pepticum*, epigastrische Hernie, chronische Appendizitis, Angina abdominalis, Bleikolik, angioneurotisches abdominales Oedem, seltener Zwerchfellhernie, Nierenkolik, Meckels Divertikulitis. Dazu kommen nicht selten Brustsymptome, die Angina pectoris. Und schließlich kann, wie an der Hand von 3 Fällen dargetan wird, Spasmus der pylorischen und präpylorischen Region vorkommen, der radiographisch vollkommen einem Karzinom gleicht, weil man dabei entgegen der allgemeinen Ansicht Achlorhydrie findet. Auch kann in solchen Fällen der direkte Gallenblasensymptomenkomplex (rechtseitige Schmerzen und Empfindlichkeit) völlig fehlen, obgleich sehr starke Reflexstörungen vorliegen können. Gewöhnlich heilen solche Fälle durch die entsprechende Gallenblasentherapie.

v. Schnizer.

4352.

Strauß, **Bluttransfusionen bei Colitis gravis.** (Arch. Verdgs-krkh., 45., Nr. 5/6.) Auf Grund einer zufälligen Erfahrung wandte Verf. bei zwei Fällen von Colitis gravis Bluttransfusionen mit auffallend gutem Erfolge an. Es wurden unter allen Kautelen 400 bis 500 ccm mit dem Beckschen Apparat transfundiert. Die Transfusion mußte in einem Falle in mehrwöchigem Abstände mehrmals wiederholt werden, bis eine erhebliche Besserung eintrat. Bezüglich der Dauererfolge äußert sich Verf. vorsichtig.

Fiegel, Berlin.

4353.

Szalai, Eugen, **Die Lösung der Tuberkulosefrage.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 37.) Verfasser hat 15 000 Tuberkulöse mit dem Friedmannmittel geimpft, und je länger er das Mittel anwendet, um so mehr ist er überzeugt, daß es gelingt, mit dem Friedmannmittel die Tuberkulose auszurotten, wenn es richtig und rechtzeitig angewendet wird. Die Indikation der Pasteurimpfungen gegen Lyssa ist viel beschränkter als die Indikation des Friedmannmittels, und trotzdem ist die Pasteursche Impfung ein Segen für die Menschheit.

Mit Pneumothorax, mit Plombieren, mit Thorakoplastik und mit 3% Sanatoriumheilung wird man, nach Ansicht des Verfassers, die Tuberkulosefrage nicht lösen können; mit der allgemeinen rechtzeitigen Anwendung des Friedmannmittels dagegen glaubt er, daß man sie lösen wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

4354.

Knosp, J., **Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose.** (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 10.) Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose hat sich ein immer größer werdendes Feld erobert. Als Gegenanzeigen gelten Darmtuberkulose, Herzfehler, Diabetes schwereren Grades, doppelseitige Nierentuberkulose. Hauptsächlich die schweren Fälle mit einseitiger Erkrankung eignen sich für chirurgische Behandlung. Die Herbeiführung des Kollapses und der damit zusammenhängenden Ruhigstellung kann erreicht werden: 1. durch künstlichen Pneumothorax, 2. durch Lähmung des Zwerchfells (Phrenikusexstirpation), 3. durch Rippenresektion. In geeigneten Fällen kommt noch hinzu die Thorakokaustik und der Oelthorax. Es ist gelungen, die Komplikationen bei den chirurgischen Eingriffen auf ein Mindestmaß herabzusetzen. Nicht jeder einseitige Prozeß ist der Pneumothoraxbehandlung zuzuführen, es gehört schärfste Indikationsstellung dazu. Nur wenn Zeichen des Verfalles bestehen mit Bazillen im Auswurf, soll man schnellstens mit der Kollapstherapie beginnen. Ist auch die andere Seite erkrankt, so muß sie aufs genaueste überwacht werden. Neuerdings macht man auch bisweilen den doppelseitigen Pneumothorax unter strengster Kontrolle. Man soll häufiger nachfühlen. Wenn der Röntgenbefund für Adhäsionen spricht, so wird trotzdem an mehreren Stellen ein Versuch gemacht. Gelingt er nicht, so greift man zur Thorakoskopie, wobei die Verwachsungen kauterisiert werden. Während es sich bei dieser Methode um einen vorübergehenden Kollaps handelt, wird bei der Exstirpation ein Dauerzustand geschaffen. Man kann die Methode zur Ergänzung des Pneumothorax heranziehen. Selbst bei vorgeschrittenen Phthisen sieht man gute Erfolge. Der Husten und Auswurf lassen merklich nach. Da es sich nur um einen kleinen Eingriff handelt, der in wenigen Minuten beendet ist, sollte er viel öfter angewandt werden. Die Thorakoplastik dagegen ist ein größerer Eingriff, und sollte sich die andere Seite nicht gewachsen zeigen, so sind die Heilungsaussichten sehr verschlechtert. Der Eingriff stellt an die Widerstandskraft des Patienten hohe Anforderungen, zeitigt jedoch in einschlägigen Fällen gute Erfolge.

Kosminski, Berlin.

4355.

Voûte, **Fehler in der ambulanten Pneumothoraxbehandlung.** (Schweiz. med. Wschr., Nr. 27, 1929.) Es herrscht vielerorts die

Ansicht, daß ein älterer Pneumothorax seltener der Nachfüllung bedarf als ein frischer, und die Festsetzung der Nachfüllungstermine wird durch das Alter des Pneumothorax diktiert. Diese Ansicht ist irrig. Der Zeitpunkt der Nachfüllung darf sich nur nach der Geschwindigkeit richten, mit welcher der Körper das eingeführte Gas resorbiert. Diese Resorptionsfähigkeit ist bei den einzelnen Patienten sehr verschieden. Allerdings wird meist bei einem frischen Pneumothorax das Gas sehr rasch resorbiert, und wird bei einer langen Pneumothoraxbehandlung die Pleura allmählich das Gas weniger rasch aufnehmen, so daß man im allgemeinen einen älteren Pneumothorax relativ seltener nachfüllen muß als einen frischen. Jedes Schematisieren bei der Festsetzung der Zeiten für die Nachfüllung ist verderblich. Um die optimale Zeitspanne von einer Nachfüllung zur anderen zu kennen, bedarf es einer genauen Beobachtung. Wir haben in den Heilstätten dazu Gelegenheit, und es wird wohl keine Heilstätte einen Pneumothoraxträger in ambulante Behandlung entlassen, ohne dem weiter behandelnden Arzt mitzuteilen, wie oft die Nachfüllungen nötig sind, in welchen Grenzen die jeweiligen Druckverhältnisse sich bewegten, welche Gasmengen durchschnittlich erforderlich waren.

Für die Beurteilung der Häufigkeit der Nachfüllungen ist auch zu berücksichtigen, was für ein Gas benutzt wird, indem die Resorption von Sauerstoff rascher erfolgt als z.B. von Stickstoff. Ferner ist daran zu denken, daß die vermehrte Bewegung des ambulanten Patienten die Resorption des Gases beschleunigt und deshalb die ambulante Pneumothoraxbehandlung häufigere Nachfüllungen erfordert, als es beim Heilstätteninsassen nötig ist, der durch die ganze Lebensweise in der Heilstätte viel mehr zur Ruhe gezwungen wird.

Ein recht zuverlässiges Kriterium für die genügende Wirksamkeit des Pneumothorax bietet die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, die sehr früh durch Ansteigen ihrer Werte anzeigt, daß eine Verschlechterung in der Wirkung des Pneumothorax eingetreten ist. Die einfache Technik der Senkungsreaktion gestattet auch dem praktischen Arzt in der Sprechstunde neben anderen klinischen Anzeichen, sich dieses für die Beurteilung der Tuberkulose so wichtigen Hilfsmittels zu bedienen. Heild.

4356.

Capuani, G. F., Ueber Goldgiffestigkeit bei der Behandlung der Lungentuberkulose. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., Jahrgang 3, Heft 8, 1929.) Da bei der Sanocrysinbehandlung der Lungentuberkulose nach scheinbarer klinischer Heilung Rezidiven auftreten, wird die Frage erörtert, ob eine lange Behandlung die Gefahr einer chronischen Vergiftung mit sich bringt. In drei Fällen wurden bei einer monatelangen Behandlung 29,65, 19,80 und 18,20 g verabreicht, ohne irgendwelche Intoxikationserscheinungen zu beobachten. Da bei rasch verabreichten hohen Dosen in 60% der Fälle unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet werden, die bei lange verabreichten kleineren Dosen nur in 6% der Fälle auftreten, ist anzunehmen, daß bei dieser Behandlung eine Giffestigkeit entsteht, die die Gefahr einer chronischen Vergiftung durch Kumulierung des Giftes ausschließt. Eugen Stransky, Wien.

Kinderheilkunde

4357.

Forkner, Claude, Studien an lebenden Blutzellen des Neugeborenen. (Bull. Hopkins Hosp., August 1929.) Die supravitale Untersuchungsmethode an lebenden Blutzellen wurde an 15 neugeborenen Kindern ausgeführt vom Zeitpunkt der Geburt bis zum 11. Lebenstage. Es wurden nur völlig gesunde Kinder mit einem Gewicht von 6½ bis 10 Pfund gewählt. Verf. beschreibt eingehend die Technik der Untersuchung. Diese Methode hat den Vorzug, daß keinerlei mechanische oder chemische Verletzungen der Zellen eintreten, wie bei der fixierenden Methode toter Zellen, wo meist die zystoplastischen Membranen zerrissen und damit die Strukturen zerstört werden. Auf diese Weise lassen sich physiologische Funktionen normaler und anormaler Formen genau studieren und damit die Zahlen der bisher zweifelhaften und atypischen Blutelemente verringern.

Polymorphnukleäre neutrophile Leukozyten nahmen sowohl prozentual wie in ihren absoluten Werten ab in der Zeit der Beobachtung, wobei die stärkste Abnahme in den ersten Tagen nach der Geburt zu verzeichnen war. Dieses Verhalten steht im Gegensatz zu dem der lymphoiden Zellen. Die letzteren nahmen prozentual zu vom Tage der Geburt bis zum 11. Tage. Ihre absoluten Zahlen vermehrten sich etwas in den ersten 2 bis 4 Tagen, um dann ständig zu sinken.

Polymorphnukleäre Eosinophile blieben fast unverändert mit geringer Zunahme der absoluten Zahlen von 3 bis 5. Tage. Ent-

sprechend dieser Zunahme war auch ein Ansteigen der prozentualen Werte zu verzeichnen.

Die Monozyten waren hoch in ihren absoluten Werten die ersten 11 Tage hindurch. Sie nahmen keinen Anteil an der anfänglichen Abnahme der gesamten weißen Blutkörperchen. Die Monozyten folgten weder den Lymphozyten noch den myeloiden Elementen in ihrer Bewegung.

Polymorphnukleäre basophile Zellen blieben bei einem Prozentsatz von 0,5 während der Beobachtungszeit nahezu beständig, aber ihre Gesamtzahl war am Tage der Geburt am höchsten.

Neutrophile Myelozyten und die retikulären roten Blutkörperchen waren am ersten Tage ausgesprochen erhöht und fielen dann rasch wieder.

Die Gesamtzahl roter Blutkörperchen nahm bis zum 4. Tage ab mit geringem Anstieg am Ende der 1. Woche und sank hierauf wieder am 10. Tage. Dies stand im Gegensatz zu den Hämoglobinwerten, die bis zum 4. Tage anstiegen und dann bis zum 7. Tage wieder abfielen.

Die Proteinbestandteile des Blutes nahmen 6,95% bis 7,65% während der ersten 11 Tage zu, wobei während der ersten 4 Tage die Zunahme nur ganz gering war.

Die Zahl der Blutplättchen war am ersten Tage größer als zu irgendeiner anderen Zeit, blieb dann aber nahezu beständig.

Die geringe Zahl von Fällen gestattet natürlich keine genaue statistische Analyse. Fritz Kaufmann, Grünberg.

4358.

Kornfeld, W., und H. Schüller, Ueber Durchschnittswerte und Bewertungsgrundlagen des Handgelenkumfanges bei Kindern verschiedener Altersstufen. (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 und 3, 1929.) (Kinderklinik Wien.) Untersuchungen an 1000 Kindern. Die Ergebnisse sind in graphischen Darstellungen niedergelegt und sind in der Arbeit nachzusehen. Die Untersuchungen zeigen, daß die Zahl der gemessenen Kindern genügt, um ein Urteil über das allgemeine Ansteigen der Durchschnittsmasse zu bekommen, und um zu zeigen, daß zwischen Knaben und Mädchen ein deutlicher Unterschied in dem Sinne besteht, daß vom 1. bis zum 10. Lebensjahr die Durchschnittswerte des Handgelenkumfanges bei den Knaben höher sind als bei den Mädchen. Im 11. bis 12. Lebensjahr kehrt sich dieses Verhältnis um, während vom 13. Jahr an die Knaben wieder stärkeren Handgelenkumfang erkennen lassen. Beck, Tübingen.

4359.

Faerber, Klinische Beobachtungen über die Initialkrämpfe im Kindesalter. (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 3/4.) Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und eines eingehenden Studiums der vorliegenden Literatur kommt der Verfasser zu der Auffassung, daß Fieberkrämpfe ihrer Form nach, abgesehen vom Fieber, von epileptischen Krämpfen nicht zu unterscheiden sind. Die Mehrzahl der Kinder mit Fieberkrämpfen des Beobachtungsmaterials stammte aus Familien, in denen bereits Krämpfe aller Art, auch epileptische vorgekommen sind. Zwei der 10 beobachteten Kinder mit Fieberkrämpfen haben sich zu sicheren Epileptikern entwickelt. Daraus geht hervor, daß das, was die Aerzte unter Fieberkrämpfen verstehen, eine pathogenetische Einheit nicht darstellt. Für die Praxis lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: Die erste Gruppe, die wahrscheinlich auch die größere von beiden ist, umfaßt diejenigen Kinder, die sich später völlig ungestört entwickeln. Vorbedingung für die Einreihung in diese Gruppe bleibt eine genügend lange Beobachtung. Zu der zweiten Gruppe gehören die Kinder, bei denen die Fieberkrämpfe enge Beziehungen zur genuinen Epilepsie aufweisen. Es sind das diejenigen Kinder, die sich bei weiterer Beobachtung zu echten Epileptikern entwickeln oder die, als Epileptiker bereits bekannt, auf fieberhafte Erkrankungen ebenfalls mit Krämpfen reagieren. Jahr.

4360.

Heymann, Walter, Beitrag zur Kenntnis des azetonämischen Erbrechens der Kinder. (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 und 3, 1929.) (Kinderkrankenhaus der Stadt Berlin.) Blutzuckeruntersuchungen bei einem Kind mit azetonämischen Erbrechen ergaben normale Blutzuckerwerte im Anfall und keine wesentliche Störung in der glykämischen Reaktion nach Dextrosebelastung in gesunden Tagen. Weiter zeigte sich, daß das Kind im Anfall eine bedeutend stärkere und länger anhaltende Adrenalinhyperglykämie aufwies, als dies bei einem Kontrollkinde der Fall war. Als Ursache des azetonämischen Erbrechens möchte Verf. eine Störung der Oxydationsprozesse der Kohlehydrate in der Leber annehmen, die die Produktion der ihrer Natur und Herkunft nach noch unbekannten Noxe ermöglicht. Beck, Tübingen.

4361.

Leonow, W. A., Ueber die spezifische Behandlung der epidemischen zerebrospinalen Meningitis bei Kindern. (Wratsch. Gaseta, 33., Nr. 2 u. Nr. 3/4, 1929.) (Kinderklinik der Weiß-

ussischen Staatsuniversität Minsk.) Die Ausbreitung der Meningokokkenmeningitis in Weißrußland ist von Jahr zu Jahr ständig im Wachsen. So zeigt sie nach den statistischen Angaben der letzten Jahre folgendes Verhalten: 1923: 49 Fälle, 1924: 283, 1925: 324, 1926: 496, 1927: 761 Fälle; 1928 war die Zahl der Fälle, wie die Klinik des Verfassers zeigt, noch höher. An Hand von 313 behandelten Fällen kommt L. zu dem Schluß, daß die spezifische Therapie die einzige zweckmäßige Behandlung der Meningitis epidemica darstellt, wobei man sowohl mit Serum als auch mit Vakzine gleich gute therapeutische Effekte erzielt. Diese Therapie muß jedoch individualisierend angewandt werden. Es ist zu beachten, daß das Serum hinsichtlich der Beeinflussung der Krankheitsdauer und des Auftretens von rezidivierenden Formen der Vakzine überlegen ist; letztere gibt dafür aber weniger Komplikationen. Im großen und ganzen ist das Serum in erster Linie bei Fällen mit stürmischem Verlauf bzw. in den ersten 7 bis 10 Tagen nach Erkrankungsbeginn anzuwenden, während die Vakzinetherapie für die subakuten Fälle gilt. Das polyvalente, aus Ortsstämmen hergestellte Serum von hohem Titer injiziert man in großen Dosen — täglich 50 bis 80 ccm, und zwar 10 bis 15 ccm intralumbal, den Rest intramuskulär. Die Vakzine muß ebenfalls polyvalent und frisch hergestellt sein. E. Kontorowitsch.

4362.

Zechlin. Die Beziehungen der Selter-Swift-Feerschen Krankheit zu dem epidemischen Schweißriesel (Sudor anglicus). (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 3/4.) Zwischen der Feerschen Neurose und der als „epidemischer Schweißriesel“ bekannten Infektionskrankheit scheinen sehr nahe Beziehungen zu bestehen, und zwar sowohl in bezug auf das klinische Bild als auch der örtlichen Verteilung der Krankheitsfälle. Beide Krankheitsbilder befallen in erster Linie und frühzeitig das Zentralnervensystem, lassen dabei aber keineswegs die peripheren Nerven verschont. Sie sind auf Grund ihrer Symptomatologie offenbar den „neurotrophen Ektodermosen“ im Sinne Levaditis und Pettes hinzuzurechnen. Beide Krankheitsbilder treten zwar infolge der im Laufe der Zeit anzunehmenden allgemeinen Durchseuchung weniger häufig und zwar vorwiegend auf dem Lande und in endemischer Form auf, das Virus hat jedoch seine Neigung, sich ausschließlich im zentralen und peripheren Nervensystem auszuwirken, unverändert beibehalten. Die Art des Erregers ist bisher völlig unbekannt. Jahr.

4363.

Blackfan, K. D., Diagnose der aktiven Tuberkulose bei Kindern. (New England J. Med., Nr. 4, 1929.) Bei Kindern sind die üblichen diagnostischen Methoden nicht so sicher wie bei Erwachsenen. Hier hat das Verhältnis der Monozyten zu den Lymphozyten hohe praktische Bedeutung sowohl für die Prognose wie für die Diagnose. Nach Sabin entstehen im retikulären Gewebe des Knochenmarks 3 Hauptarten weißer Zellen: die polymorphkernigen Leukozyten, die Lymphozyten und die Monozyten, die großen mononukleären Zellen. Bei einem aktiven tuberkulösen Prozeß erfolgt nun eine Ausschüttung der Monozyten in die Gewebe, und dies zeigt sich im peripheren Blut. Während das normale Verhältnis der Monozyten zu den Lymphozyten 1 : 4 ist oder niedriger, ändert sich das Verhältnis bei einem aktiven Prozeß dahin, daß die Lymphozyten abnehmen und die Monozyten zunehmen. Dazu kommen noch modifizierte Monozyten und epitheloide Zellen. Diese mit der supravitalen Technik vorgenommenen Untersuchungen bei Tuberkulösen, bei denen die Diagnose durch Autopsie, Biopsie, Inokulation oder Bazillennachweis sichergestellt wurde, haben nun ergeben, daß relative und absolute Zunahme der Monozyten, entsprechende Abnahme der Lymphozyten und Auftreten modifizierter Monozyten und epitheloider Zellen dem aktiven Prozeß eigentümlich ist, während im Ruhestadium oder Heilungsprozeß Verminderung der Monozyten und Zunahme der Lymphozyten statthat. v. Schnitzer.

4364.

Nobel, E., und R. Seidmann, Zur Frage der Ausheilung der Tuberkulose im Kindesalter. (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 u. 3, 1929.) (Kinderklinik Wien.) Verfasser haben 50 Patienten mit den verschiedensten tuberkulösen und nichttuberkulösen Erkrankungen, die eine positive Pirquet'sche Probe gehabt hatten, nach 4 bis 17 Jahren einer erneuten Tuberkulinprüfung unterzogen. Dabei reagierten 49 Patienten nach 14 bis 17 Jahren erneut auf Tuberkulin positiv, 45 von ihnen schon auf die erste Pirquet-Probe, 4 erst nach intrakutaner Einspritzung von $\frac{1}{10}$ mg Alt-Tuberkulin. Einzig ein 8½ Jahre altes Kind, das 4 Jahre vorher pirquet-positiv gewesen war und das bei der Nachprüfung einen Primärkomplex aufwies, reagierte negativ. Bei ihm bestand wohl keine Immunität gegen Tuberkulose mehr. Alle anderen 49 Fälle sind nach Verfasser mit der Annahme vereinbar, „daß die erste Tuberkuloseinfektion durch die dauernde Anwesenheit lebender, virulenter Tuberkelbazillen, wofür die neuerliche positive Tuberkulin-

reaktion spricht, die Grundlage für die spätere Tuberkuloseimmunität abgibt; die biologisch völlige Aushellung der ersten Tuberkuloseinfektion gehört zu den größten Seltenheiten.“

Beck, Tübingen.

4365.

Manicattide, M., A. Bratescu und A. Rusescu, Beobachtungen betreffend die erste Kinderlähmungsepidemie. (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 u. 3, 1929.) (Kinderklinik Bukarest.) Ausführliche Schilderung der Kinderlähmungsepidemie im Jahre 1927 in Rumänien. Im ganzen wurden 170 Fälle klinisch beobachtet und behandelt. Ausführliche Schilderung der klinischen Erscheinungen, die nichts wesentlich Neues bringt. 27 Kinder wurden mit Pettit-Serum behandelt. Die Behandlung begann 2 bis 13 Tage nach Ausbruch der Erkrankung, eine ausgesprochene Einwirkung auf den Krankheitsverlauf konnte jedoch nicht festgestellt werden. Vorbehandlung mit Pettit-Serum bekam eine Reihe von Kindern in den ersten 10 Tagen nach Beginn der Erkrankung jeden zweiten Tag 10 bis 20 ccm Eigen- und Erwachsenenblut eingespritzt. Auch dabei haben Verfasser keine greifbaren Erfolge gesehen.

Beck, Tübingen.

4366.

de Lange, Cornelia, und Arntzenius, Ikterus familiaris gravis und Hydrops congenitus universalis foetus. (Kinderheilk., 74., Heft 1/2.) Klinik und pathologische Anatomie des Ikterus familiaris gravis auf Grund eingehender Studien eigener einschlägiger Fälle. Als Erklärung für das Zustandekommen werden folgende Hypothesen diskutiert:

1. Eine Systemerkrankung des hämatopoetischen Apparates beim Kinde wird von den Autoren verworfen.
2. Vergiftung des Kindes im mütterlichen Uterus durch chemische Gifte, entweder infolge einer Stoffwechselerkrankung der Mutter oder durch solche des Kindes selbst.

Für diese zweite Hypothese sprechen die Untersuchungen der Autoren, die einen hochgradigen Blutabbau und eine hochgradige Blutneubildung erkennen lassen, als deren wahrscheinlichste Ursache Toxine angenommen werden müssen, die von der Mutter oder der Frucht gebildet werden. Ein allmählicher Uebergang des Ikterus neonatorum in einen Ikterus familiaris gravis wird als unwahrscheinlich erachtet.

3. Der Blutabbau erfolgt dadurch, daß die erbten Agglutinogene des Kindes mit den Isoagglutininen der Mutter eine Hämolyse hervorrufen, welche wieder zur Reparation führt.

Diese letzte Anschauung trägt am besten dem familiären Charakter der Erkrankung Rechnung.

Auch der Hydrops congenitus universalis foetus zeigt beim Studium der histologischen Befunde ein ziemlich bedeutenden Abbau, wie aus der dabei festgestellten Siderosis und dem pleiochromen Resorptionsikterus hervorgeht. Der Bluterfall ist jedoch viel weniger hochgradig als beim Ikterus familiaris. Die Blutneubildung ist bei der allgemeinen Wassersucht jedoch nicht das Primäre, sondern wahrscheinlich sind wiederum Toxine mit besonderer Affinität zum Gefäßsystem die Ursache der Wassersucht. Der Zusammenhang zwischen Hydrops und Ikterus wäre demnach der, daß beide auf einer Vergiftung beruhen können. Art und Wesen dieser Toxine ist einstweilen noch völlig unbekannt. Jahr.

4367.

Zischinsky, Ueber Vorkommen und Klinik von Thrombosen, insbesondere von Sinusthrombosen, von Blutungen des Gehirns und seiner Häute und Embolien am akut-infektionskranken Kinde. (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 1/2.) Auf Grund großer Beobachtungsreihen von akut-infektionskranken Kindern (Diphtherie, Scharlach, Dysenterie, Masern, Keuchhusten) wird auf die relative Häufigkeit thrombotisch-embolischer Prozesse als Komplikationen bei den genannten Krankheiten hingewiesen. Jahr.

4368.

Foramitti, Die operative Behandlung des Pylorospasmus mittels Dilatatio pylori. (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 3/4.) Mißerfolge bei der operativen Behandlung der Pylorusstenose nach Weber-Rammstedt veranlaßten den Verfasser zu folgendem operativen Vorgehen: Gastrotomie, 3 Querfinger oral vom Pförtner in der Mitte der Magenvorderwand mittels eines etwa 1 cm langen Längsschnittes. Einführung einer leicht gekrümmten Klemme, die durch den Pförtner hindurchgezogen wird. Dieser wird durch langsames Öffnen der Dranchen gedehnt und nachfolgend der Pylorusring mit Hegarstiften bis Nr. 14 erweitert, die kleine Gastrotomiewunde anschließend dreischichtig übernäht, Mukosa und Seromuskularis mit feinstem Katgut, die Serosa mit feinsten Seide. Bei diesem Vorgehen wird der Pylorus nur gedehnt und die vordere kleine Inzision an der Magenwand so geschlossen, daß keine Formveränderung am Magen zurückbleibt. Eine Gefahr für eine peri-

itoneale Infektion ist dabei kaum vorhanden, der postoperative Verlauf äußerst einfach. Unter 19 derart operierten Kindern 3 Todesfälle, von denen einer 6 Stunden nach der Operation verstorben ist. Der Obduktionsbefund stellte eine bemerkenswerte Blutung (20 ccm) in die freie Bauchhöhle aus einer verletzten Vene fest. Die beiden übrigen Todesfälle standen nach der Meinung des Verfassers in keinem ursächlichen Zusammenhang mit der Art seines operativen Vorgehens. Der bedauerliche Ausgang dieses einen Falles zeigt — so schließt der Verfasser seine eigene Arbeit —, wie leicht nach einer Serie glücklich ausgegangener Operationen ein Rückschlag erfolgen kann.

Jahr.

4369.

Weintrob, M., und H. Geschwind, **Akute Pankreatitis bei Kindern**. (Medical J. a. Rec., 130., Nr. 3.) Die Handbücher erwähnen das Vorkommen von akuter Pankreatitis als Komplikation von Parotitis selten. Vorbedingung ist Aktivierung des Pankreasferments im Organ dadurch, daß Duodenalsaft mit Entero kinase in den Gang eindringt; ferner eine Parenchymschädigung. Dies führt dann zur Nekrose, die Bakterien allein nicht hervorbringen. In zwei Drittel der Fälle liegt eine Gallenerkrankung gleichzeitig vor; also spielt auch Infektion eine Rolle dabei. Gastroduodenitis, duodenale Divertikulitis sind begünstigende Faktoren. Bei der Impaktion von Rundwürmern in der Ampulle kommen in Frage: Galle gelangt in den Ductus pancreaticus, oder die Entzündung durch den Wurm blockiert den Gang, und endlich bringt der Wurm genügend Flüssigkeit mit, um das Trypsinogen zu aktivieren. Schmerz in der Pankreasgegend ist nicht charakteristisch. Verdächtig ist das plötzliche Einsetzen, die außerordentliche Heftigkeit, die Unmöglichkeit, die Schmerzgegend palpieren zu können. Meist ist er um den Nabel ausstrahlend ins linke Hypochondrium. Oft ist der Schmerz kolikähnlich mit Kollaps. Nausea, Blässe, Erbrechen. Später, wenn das Peritoneum ergriffen ist, wird er mehr lokalisiert. Wichtig ist der andauernde Schmerz. Trotzdem später das ganze Abdomen empfindlich ist, kann man gelegentlich doch eine bestimmte Schmerzzone über dem Pankreas herausfinden. Zunächst kein Fieber, kein erhöhter Puls. Es handelt sich ja auch um eine Nekrose und zunächst nicht um eine Entzündung. Wenn die Toxämie noch nicht weit vorgeschritten ist, kann man auch subnormale Temperatur feststellen. Nach 1 bis 2 Tagen mäßiges Fieber. Kommt es dann zu (multiplen) Abszessen des Pankreas, so findet man hohes Fieber mit Frösten. Solange keine Peritonitis vorliegt, fehlt Rigidität. Gewöhnlich auch Respirationsbehinderung. Selten Ikterus. Behandlung: chirurgisch. Die Hälfte der Operierten kommt durch; 95% der nicht Operierten erliegen.

v. Schnizer.

4370.

Flussor, Emil, **Zur Frühdiagnose der kindlichen Appendizitis**. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 37.) Was Verfasser auf dem schwierigen Gebiete der kindlichen Appendizitis durch eigene Beobachtungen, eigene und anderer Irrtümer gelernt hat, faßt er dahingehend zusammen, daß kein einziges klinisches Symptom dieser Krankheit so regelmäßig vorkommt, daß man aus seinem Fehlen das Vorliegen der Appendizitis ausschließen könnte. Folgeschwere Fehldiagnosen werden am sichersten dann vermieden, wenn es sich der Arzt zur Gewohnheit macht, bei der Untersuchung jedes Kindes auch die Appendixgegend zu untersuchen und auf die Erscheinungen der larvierten Appendizitis, die dem schweren Anfall gewöhnlich vorausgehen, zu achten.

Den besten Maßstab für die Richtigkeit seiner Beobachtungen gibt dem Arzte die Autopsie bei der Operation. Der behandelnde Arzt muß bei der Operation selbst zugegen sein, es genügt nicht, den entfernten Wurm nachher zu betrachten. Dieser schrumpft und trocknet nach wenigen Minuten ein und gibt keinen Aufschluß über die tatsächliche Größe, Spannung, Lage, Form, Farbe, den Blutgehalt des Wurms, über Exsudat und Oedem in der Umgebung und Verwachsungen mit den Nachbarorganen.

Durch jedesmaligen Vergleich des klinischen Bildes mit dem anatomischen, welches oft eine jahrelange Vorgeschichte beleuchtet, kann der praktische Arzt so viel lernen, daß er den Schwierigkeiten und Tücken begegnen kann, welche sich der Erkennung dieser im Kindesalter besonders gefährlichen und häufigen Krankheit entgegenstellen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Mund- und Kiefererkrankungen

4371.

Schütt, Werner, **Gebißuntersuchungen bei Chorea**. (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 18, 1929.) (Zahnärztl. Ambulat. der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.) Sogenannte rachitische Zähne kamen bei den Huntington-Chorea-Kranken in 78,26% der vom Verfasser untersuchten 23 Fälle vor. Bei 27 Familienangehörigen (Blutsverwandten) der Choreakranken aus 8 Familien

fanden sich rachitische Zähne in 77,70% der Fälle. Die psychopathischen Kinder der Choreakranken zeigten auffallenderweise die meisten charakteristischen Schmelzhypoplasien.

Unter der Voraussetzung, daß der sogenannte rachitische Zahn eine Folge innersekretorischer Störungen ist, läßt sich der Schluß ziehen, daß die Choreakranken und deren Familienmitglieder zu einem hohen Prozentsatz unter Störungen der inneren Sekretion gelitten haben, daß es sich demnach bei ihnen um anormale Konstitutionsverhältnisse handelt; es erscheint aus diesem Grunde unbedingt von Bedeutung, auf die Entwicklung derjenigen Kinder Choreakranker zu achten, die an den Zähnen Hypoplasien haben.

Der Torus palatinus, der besonders bei Degenerierten und Kriminellen festgestellt wurde, ist bei den Choreakranken nicht gefunden worden. Das echte Diastema kam in 15,38% der untersuchten Fälle vor. Bezüglich der Gaumenform wurden normale Verhältnisse gefunden; infolge der normalen Gaumenverhältnisse fand sich auch durchwegs der vollständig normale orthognate Biß. Zahnstellungsanomalien konnten nicht festgestellt werden. Formanomalien (Zapfenzähne) kamen in 7,69% der Fälle vor; auch hier muß als Ursache eine Störung der Sekretion des polyglandulären Syndroms angenommen werden. Persistierende Milchzähne und retinierte Zähne sind nicht beobachtet worden. Abrasio ist in 69,23% aller Fälle festgestellt worden. Diese Zahl ist sehr hoch, läßt sich jedoch wahrscheinlich mit den choreatischen Bewegungen des Mundes in Zusammenhang bringen. Eine Parodontose war in 46,14% der Fälle vorhanden.

Die Wassermannsche Reaktion war in sämtlichen Fällen negativ. Von 9 Choreakranken lagen die Ergebnisse des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens vor, aus denen hervorging, daß die Dysfunktion der Schilddrüse gegenüber der Gehirnrinde und den Geschlechtsdrüsen erhöht war.

L. Gordon, Berlin.

4372.

Maß, Karl, **Zahn anomalies bei Idioten und Imbezillen**. (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 18, 1929.) (Zahnärztl. Ambulat. der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.) Die unter der Bezeichnung der rachitischen Veränderungen bekannten Hypoplasien an den Zähnen kommen bei Idioten und Imbezillen in einem außerordentlich hohen Prozentsatz der Fälle vor, im Gegensatz zu den bei Massenuntersuchungen Normaler gefundenen Zahlen von etwa 8 bis 10%. Bei Idioten war die entsprechende Prozentzahl 45,8% bei Imbezillen 43,8%. Die nach Abderhalden vorgenommenen Dialysierversuche zeigten einwandfrei den bestehenden engen Zusammenhang zwischen der Funktion der endokrinen Drüsen und dem Auftreten der Hypoplasien. Ein erhöhter Abbau aller Drüsen, besonders aber der Hypophyse, führt zu dem Schluß, daß bei den hypoplastischen Veränderungen eine Störung in der Funktion des gesamten endokrinen Drüsenapparates vorliegen muß.

Makrodonte Zähne (1,7%) und mikrodonte Zähne (2,2%) fand Verfasser in so geringer Anzahl vor, daß irgendwelche Schlüsse daraus nicht gezogen werden können. Die sogenannte Pflügersche Knospenform der ersten Molaren konnte Verfasser bei Idioten in 8,1%, bei Imbezillen in 2,5% der Fälle feststellen. Da bei keinem dieser Fälle Lues congenita nachgewiesen war, glaubt Verfasser der Ansicht Pflügers, wonach die Knospenform der Molaren auf Erbsyphilis hinweisen soll, widersprechen zu müssen. Das primär entstandene Diastema fand sich bei Idioten in 8,3%, bei Imbezillen in 3,2% aller Fälle. Das echte Diastema muß zweifellos als ein Degenerationszeichen aufgefaßt werden, dessen Aetiologie allerdings noch dunkel ist. Als typische Veränderung des harten Gaumens konnte Verfasser den abnorm hohen und spitzen Gaumen in 27,1% der Gesamtheit aller Patienten beobachten. In starkem Gegensatz hierzu stehen die aus den Untersuchungen Normaler gefundenen Zahlen von etwa 5 bis 7%. Bezüglich der Bißstellungen war die Häufigkeit des prognathen Bisses mit 17,1% aller Fälle bemerkenswert. Der Torus palatinus kam in 23,2% aller untersuchten Fälle vor. Alle diese Anomalien müssen als Degenerationszeichen aufgefaßt werden und sind in ihrer ätiologischen Ursache letzten Endes auf eine Störung in der inneren Sekretion zurückzuführen.

L. Gordon, Berlin.

4373.

Klatt, Friedrich, **Die Mundsanierung als Grundbedingung der Heilstättenbehandlung**. (Soz. Med., 9, 1929.) Die Mundsanierung wird leider bei der Antragstellung für Heilstättenbehandlung noch oft von den Ärzten übersehen. Es ist wünschenswert, daß die Sanierung (füllen kariöser Zähne, Entfernung nicht mehr verwendbarer Wurzeln und Herstellung einer normalen Kaufähigkeit durch Zahnersatz) vor der Entsendung in die Heilstätte erfolgt; nur wenn die Behandlung eine zu lange Zeit erfordert, muß sie in der Heilstätte erfolgen. Ausgenommen sind nur schwere, dauernd belägerige Kranke mit evtl. tuberkulöser Munderkrankung, da Gefahr besteht, daß eine tuberkulöse Knochenerkrankung sich anschließt. In großen Heilstätten wäre die feste Anstellung eines Zahnarztes zu empfehlen.

Michaelis, Bitterfeld.

**Pharmakologie,
Toxikologie, Allgemeine Therapie**

4374.

Lake, G. B., **Persönliche Erfahrungen mit Ephedrin.** (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) L. leidet an Bronchospasmen und Heufieber. Er hat das Ephedrin nur wenige Male subkutan, meist per os genommen und hat gefunden, daß das Hydrochlorid etwas prompter wirkt als das Sulfat. Die Wirkung auf die Bronchospasmen war etwas langsamer per os (30 bis 45 Minuten), aber vollständiger und nachhaltiger. Beim synthetischen braucht man die doppelten Dosen, und wenn Bronchitis den Spasmus begleitet, ist das natürliche Präparat wirksamer. Eine Nebenwirkung sind scharfe Spasmen des Sphinkters vesicae. Die Dosen waren gewöhnlich 32 bis 64 mg, bei leichteren Attacken genügten 8 bis 16 mg. Die Wirkung war beträchtliche Ruhelosigkeit, wenn in der Nacht genommen (32 mg), Muskelzucken und leichte Krämpfe, namentlich in den Beinen. Ferner Schauern und am anderen Tage Zittern der Hände. Man kann diesen unangenehmen Nebenwirkungen begegnen mit Neonol oder besser, wenn man je 32 mg Ephedrin 0,13 mg Atropinsulfat zufügt. Rauchen 4 bis 5 Stunden nach der Einnahme von Ephedrin hinterläßt einen ungewohnten und unappetitlichen Geschmack im Munde. Eine Ephedrinsucht gibt es nicht.

v. Schnizer.

4375.

Buschke, A., **Thallium.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 37.) Die spezifischen Wirkungen des Thalliums beruhen im wesentlichen auf der Beeinflussung des vegetativ-endokrinen Systems durch das Mittel.

Zur Epilation durch Thallium sollen nur sonst gesunde Kinder vor der Pubertät herangezogen werden.

Es können Versager vorkommen, von denen noch nicht sicher ist, ob sie durch die Konstitution des Patienten oder durch Veränderungen des Mittels bedingt sind.

Seine therapeutische Verwendung soll mit besonderer Exaktheit (Dosierung) und Vorsicht vorgehen.

Nicht jeder Fall von Pilzerkrankung der Kopfhaut, bei dem Epilation erforderlich ist, braucht mit Thallium behandelt zu werden. Es eignet sich besonders für Massenbehandlungen.

Die Kombination mit Röntgentherapie kann erfolgreich sein, ist aber unsicher.

Arnold Hirsch, Berlin.

4375 a.

Bamberger, Ph., **Bestrahlte Frischmilch.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 37.) Nach dem Hanauer- und dem Scheidt-System bestrahlte Frischmilch, unvermischt Säuglingen regelmäßig auf die Dauer von 3 bis 12 Monaten verabreicht, hat sich, wie die Wachstumskurven zeigen, als völlig unschädlich und als völlig ausreichendes Prophylaktikum erwiesen.

Nach der Hanauer- und der Scheidt-Methode bestrahlte unvermischte Frischmilch, rund 1200 chronisch und akut kranken, auch tuberkulösen Kindern jeden Lebensalters in Mengen von 200 bis 400 ccm auf die Dauer von 1 bis 4 Monaten verabreicht, hat keinerlei klinisch erkennbare Schädigungen gesetzt.

Unvermischte, nach dem Hanauer System bestrahlte Frischmilch hat zuverlässig auch bei Rachitis gravissima Heilung hervorgerufen. Das Heilungstempo war langsamer als das mit der Ultraviolettlampe und mit industriell hergestellten Vitasterinen bekannte.

Die vom Verfasser mit der Hanauer Lampe bestrahlte Frischmilch, die sich in täglichen Mengen von 400 bis 600 ccm als zuverlässiges Therapeutikum erwiesen hatte, schützte Ratten erst in einer Menge von 0,75 bis 1 ccm pro Tag und Tier vor der Rachitis. Mit der Scheidt-Apparatur bestrahlte Milch erwies sich weniger wirksam als die mit der Hanauer Apparatur bestrahlte Milch. Die Heilungsvorgänge verliefen langsamer, waren aber in jedem Falle nachweisbar.

Arnold Hirsch, Berlin.

4376.

Putscher, Walter, **Ueber Vigantolschädigung der Niere bei einem Kinde.** (Z. Kinderheilk., 48., Heft 2 u. 3, 1929.) (Pathol. Institut Göttingen.) Ein 5½ Monate alter Säugling bekam während eines Zeitraums von 96 Tagen insgesamt 210 mg bestrahltes Ergosterin in Form von Vigantol. Diese Vigantolgaben erfolgten, trotzdem sich keinerlei Zeichen von Rachitis nachweisen ließen. 70 Tage nach Beginn der Vigantoldarreichung fanden sich im Harn Leukozyten und Spuren von Eiweiß. Der Harnbefund wurde auf eine Zystitis bezogen. Das Kind starb unter hohen Temperaturen. Bei der Obduktion fanden sich schwere Verkalkungen der Kanälchen und des Zwischengewebes in der Niere.

Beck, Tübingen.

4377.

Stieve, H., **Koffein und Nachkommenschaft.** (Med. Welt, Nr. 33, 1929.) (Anatomisches Institut der Universität Halle a. d. S.)

In einer Reihe von Versuchen an Kaninchen will Verfasser die Frage klären, ob Koffeinguß einen Einfluß auf die Nachkommenschaft auszuüben vermag. Bei Tieren, die an einer akuten Koffeivergiftung eingingen, ließen sich an den Eierstöcken und an den Hoden keine Veränderungen nachweisen. Ohne Einfluß blieb auch eine beliebig lange durchgeführte Koffeinbehandlung, solange die Tiere gesund blieben. Stellten sich jedoch unter der Wirkung höherer Koffeidosen Krämpfe, Haarausfall und andere Krankheitszeichen ein, so fanden sich an den Keimdrüsen diejenigen Erscheinungen, die gewöhnlich bei einer Keimdrüschädigung eintreten pflegen: In den Eierstöcken gehen die großen Follikel zugrunde und die kleineren Follikel reifen nicht mehr heran, in den Hoden kommt die Samenbildung zum Stillstand.

Aufschlußreicher waren die Versuche, bei denen behandelte Tiere mit unbehandelten gepaart wurden. Wurden koffeinbehandelte Böcke mit unbehandelten Weibchen gepaart, so blieb dies ohne Einfluß auf die Fruchtbarkeit, doch starben von den Jungen in der ersten Lebenswoche 74%. Diese hohe Sterblichkeit wird vom Verfasser auf das Koffein zurückgeführt. Wurden mit Koffein vorbehandelte Weibchen von nicht behandelten Männchen gedeckt, so ging die Fruchtbarkeit um 72% zurück. Der Ausfall war also fast ebenso groß wie in den Versuchen an männlichen Tieren, nur mit dem Unterschied, daß hier die Schädigung früher einwirkte: entweder wurden die Eier gar nicht befruchtet oder aber die Jungen gingen in der Gebärmutter zugrunde. In der dritten Versuchsreihe wurden nichtbehandelte Tiere gepaart, es bekamen jedoch die Weibchen während der Tragezeit Koffein. Hier trat entweder ein sehr hoher Ausfall der Fruchtbarkeit ein oder eine hohe Sterblichkeit der Jungen. Bei den aus diesen Würfen stammenden Böcken ließ sich außerdem ein frühzeitiges Erlöschen des Geschlechtstriebes beobachten. In allen Versuchen blieben die Elterntiere gesund. Verfasser kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Ergebnis, daß das Koffein, wenn es in genügend großer Menge gegeben wird, ein Keimgift ist, und zwar auch dann, wenn es in Mengen gegeben wird, die keine krankhaften Erscheinungen am Körper der behandelten Elterntiere hervorrufen.

Die Frage, ob die Ergebnisse der Versuche auf den Menschen übertragen werden dürfen, ist schwer zu beantworten. Bei den Kaninchen wurden die Keimzellen und Nachkommen erst dann deutlich geschädigt, wenn etwa 0,1 g Koffein je Kilogramm Körpergewicht längere Zeit hindurch verabreicht wurde. Auf den Menschen umgerechnet ergibt dies eine tägliche Menge von 5 bis 8 g Koffein. Eine Tasse starken Kaffees enthält aber nur 0,1 bis 0,15 g Koffein. Da aber der Mensch zweifellos dem Koffein gegenüber viel empfindlicher ist als das Kaninchen, so ist es möglich, ja sogar wahrscheinlich, daß die Fortpflanzungsmöglichkeit des Menschen durch Koffein geschädigt wird, selbst wenn der Gesamtkörper keine deutlichen Folgen erkennen läßt.

L. Gordon, Berlin.

4378.

Riesenfeld-Hirschberg, Fritz, **Kolonspasmen als Kardinalsymptom der Bleivergiftung.** (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) (Untersuchungsstelle für Gewerbekrankheiten, Berlin SW 19.) Bei einer überwiegenden Zahl von Bleivergifteten fanden sich häufiger als andere Kardinalsymptome Kolonspasmen. Dieses Zeichen könnte als Kardinalsymptom angesehen werden, da nur in 1,5% bei Nichtbleiarbeitern Kolonspasmen gefunden wurden. Der besondere Wert des Nachweises von Kolonspasmen liegt darin, daß sie lange, nachdem alle anderen Kardinalsymptome verschwunden sind, noch bestehen. Zum Nachweis von Kolonspasmen wird die oktodigitale Palpation nach Kuttner empfohlen. Wesentlich dabei ist nur das Vermeiden jedes stärkeren Druckes, da hierdurch eine aktive Spannung der Bauchmuskulatur ausgelöst wird und eine feinere Palpation nicht mehr möglich ist.

L. Gordon, Berlin.

4379.

Mühsam, E., **Eigenblutbehandlung.** (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 9.) Bei der Methode, die von Tieß und Vorschütz stammt, unterscheidet man eine spezifische und eine unspezifische Wirkung. Neben den im Körper kreisenden Bakterien werden Antistoffe zugeführt und andererseits die Antitoxinwirkung angeregt und eine aktive Immunisierung eingeleitet. Man soll daher bei Beginn einer Erkrankung möglichst früh von der Einspritzung Gebrauch machen, um möglichst viele Antistoffe dem Körper zuzuführen. Das Eigenblut vermeidet viel Unannehmlichkeiten, die dem Spenderblut anhaften, nämlich die vorherige Untersuchung auf Lues usw., die Agglutinationsprobe und den anaphylaktischen Schock. Besonders hat sich bei manchen Fällen die Blutumspritzung bewährt, bei der das aus dem Depot sich ausscheidende Serum als stärker bakterizid sich erweisen soll als das Blut selbst. Ferner wirken die Leukozyten und Blutplättchen in bakterienfeindlichem Sinne, und das Blutdepot lockt die Leukozyten heran. Bei der Eigenblutbehandlung unterscheidet man zwischen der Transfusion und der Injektion des aus der Vene entnommenen Blutes. Bei erheblichem Blutverlust

werden größere Mengen Eigenblutes wieder einverleibt, und zwar entweder unverändert subkutan oder intramuskulär oder verändertes Blut, das defibriert oder hämolytisch ist. Zum Defibrinieren benutzt man einen Quirl aus Draht, der das Fibrin herausquirlt, und das zurückgebliebene Blut wird reinjiziert. Das Blut muß so schnell injiziert werden, daß der Patient die Reaktion am vegetativen Nervensystem wahrnimmt. Zur Reinfusion eignet sich nur das Blut aus den großen Körperhöhlen. Das Anwendungsgebiet der Methode ist sehr groß. Manche behaupten, daß diese Therapie nur dasselbe leistet wie jede andere Reizkörperbehandlung. Bei schlecht heilenden Knochenbrüchen zur Anregung der Kallusbildung hat sich die Methode bewährt. In manchen Fällen wirkt sie als Hämostyptikum. Auch bei postoperativen Lungenkomplikationen soll die Methode günstig wirken. Bei vorsichtiger Anwendung und gewissenhafter Indikation stellt sie ein gutes therapeutisches Mittel dar.

Kosminski, Berlin.

4380.

Schlesinger, Wilhelm, **Diätetische Reiztherapie. Zur modernen Behandlung mit drüsigen Organen.** (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 24.) Den drüsigen Organen kommt als Nahrungsmittel gegeben bei der Behandlung gewisser Krankheiten eine beträchtliche Bedeutung zu. In gewissen Fällen, wie bei der Lebertherapie, mag es sich um besondere spezifische Wirkungen handeln. Außerdem scheint aber den drüsigen Organen, in der Nahrung verabreicht, Reizwirkung auf das Protoplasma ganz allgemein zuzukommen. Bei Versuchen mit Thymus, Verabreichung von Kalbsbries bei latenter Malaria zeigte sich Proliferation der Lameten mit echten Malariaanfällen im Gefolge. Derartige Reizzustände sind nicht auf drüsige Organe allein beschränkt, sondern, wenn auch in geringerem Maße, in vielen unserer Nahrungsmittel enthalten. Vitamine, Hormone, Reizsubstanzen schließen einander nicht aus, sondern sind scheinbar innig miteinander verbunden. Zumeist finden wir sie in Nahrungsmitteln, die einen bestimmten anregenden Geschmack haben. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß Wohlgeschmack der Nahrung zumindest ein Hinweis darauf ist, daß die betreffende Speise auch reaktionsfähige Substanzen in größerer Menge enthält.

Maslowsky.

4381.

Novack, H. J., **Jodtherapie.** (Med. J. a. Rec., Nr. 1, 1929.) Ergebnis einer sechsjährigen Erfahrung. N. verwendet ein nicht toxisches 10prozentiges Jod in kolloidaler Form innerlich. Dosierung eine Drachme (= 3,75 g) alle zwei Stunden in akuten Krankheiten oder in chronischen zweimal täglich. Auch bei Kindern, die verhältnismäßig größere Dosen besser vertragen als Erwachsene. In kritischen Zuständen, Pneumonie, Scharlach, Zellulitis kann man mit einer Fluidunze (= 28,3 g) beginnen, entsprechend 48 Gran (= 0,06 g) elementaren Jods. Absolut nicht toxisch reizt es Magen oder Nieren nicht. Die niedere Dosis ist namentlich gegen eine jodarme Thyreoidea gerichtet. Die hohe Dosierung beruht auf folgendem. Die meisten Arzneimittel wirken nicht direkt auf die Krankheit, sondern auf die Verteidigungskräfte des Körpers und die spezifische Wirkung von Hg, As und Chinin in gewissen Krankheiten beruht auf einer allgemeinen Leukozytose. Das ist ganz besonders bei Jod der Fall. Dann hat Jod eine stimulierende Wirkung auf alle Drüsen, einschließlich Thyreoidea, Ovarium, Pankreas und Speicheldrüse. Ferner setzt es die Viskosität des Blutes herab und vermehrt die Gerinnungszeit. Dies ist von großem Vorteil, da bei den meisten akuten und chronischen Entzündungen bakteriellen und anderen Ursprungs ein Koagulationsprozeß mit Verstopfung der benachbarten Kapillaren vorliegt; eine Abnahme der Viskosität schafft nun frischem Blut Zugang und damit auch einer erfolgreichen Phagozytose. Dies trifft besonders beim Karbunkel, bei Arteriosklerose, Senilität zu. Die Eliminationswirkung des Jods ist bekannt, namentlich Gicht, unlöslichen Pb-, Hg- und As-Verbindungen. Endlich ist die Oxydation abnormen fibrösen Gewebes und dessen Ersatz durch normale Zellgewebe bzw. erwähnen. Indikationen: akute und chronische Mandelaffektionen, alle rheumatischen Affektionen der Muskel, Gelenke und Nerven, Endokarditis und chronische Klappenkrankheiten des Herzens, Angina pectoris, alle infektiösen Drüsenanschwellungen, namentlich bei Kropf, und zur Vorbereitung bei einer Basedowoperation. Dann katarrhalische und lobäre Pneumonie, chronische Pleuritis, Bronchitis, Laryngitis, Rhinitis, Sinusitis, Otitis media, Bronchialasthma, gewisse Formen von Heufieber, Windpocken, Herpes Zoster, Scharlach, Mumps, Diphtherie, Masern, akute und chronische Gonorrhöe irgendwo im Genitaltrakt, gonorrhöischer Rheumatismus, alle Formen von Syphilis, Sensilität, Atherom, Arteriosklerose, arterielle Hypertension, besonders durch lokale Infektion, Na-CI-Reiz oder pluriglanduläre Störung, Paralyse nach Apoplexie, Bellische Lähmung auch nach akuter Poliomyelitis anterior. Ferner ist Jod ein pluriglanduläres Stimulans, ist wirksam bei Amenorrhöe, Diabetes, bei allen pyogenen Infektionen,

Narben, Ankylose, Frakturen, bei den sklerotischen Veränderungen im Gehörapparat besonders nach Kinderkrankheiten, bei mäßigen Magen- und Duodenalgeschwüren, Zystitis und Cholezystitis, zur Elimination bei chronischer Pb-, Hg- und As-Vergiftung, Gicht endlich als diagnostisches Mittel bei dunklen fokalen Infektionen (Leukozytose).

v. Schnitzer.

4382.

Nobel, E., und W. Kornfeld, **Beitrag zur Thyroxinbehandlung des kongenitalen Myxödems.** (Z. Kinderheilk., 48, H. 2 u. 3, 1929.) (Kinderklinik Wien.) Bei einem vorher nie behandelten 17 Jahre alten Mädchen mit schwerem angeborenem Myxödem konnten Verfasser durch eine 1½ Jahre durchgeführte Thyroxinbehandlung eine Zunahme der Körperlänge um 18 cm und eine fast völlige Ausheilung des anfangs hochgradigen Rückstandes der Verknöcherung erzielen. Die geistige Entwicklung sprach nur in sehr wenig befriedigender Weise auf die Behandlung an.

Beck, Tübingen.

4383.

Kauders, Otto, **Erfahrungen mit Pyrifier bei der Behandlung der progressiven Paralyse.** (Med. Klin., Nr. 34, 1929.) (Psychiatrische Universitätsklinik in Wien.) Das Pyrifier besteht aus Bakterieneiweißstoffen, die nach einem besonderen Verfahren aus einem der Koligruppe angehörenden, aus Milch isolierten, apathogenen Bakterienstamm gewonnen werden. Die Dosierung des Präparates ist leicht und sicher durchführbar und gestattet es, auch bei anfangs ungenügender Reaktion durch entsprechende Steigerung der Dosierung stärkeres Fieber zu erzielen. In allgemeinen dauern die hohen Temperaturen weniger lange als bei der Malaria, doch sind die Temperaturen um 40 Grad in der zweiten Hälfte der Behandlung die Regel. Man gibt im allgemeinen 12 Injektionen, so daß der Kranke 12 Fieberstöße durchmacht. Die Fieberreaktion tritt ungefähr eine Stunde nach der Injektion in Erscheinung und hält 8 bis 10 Stunden, selten länger an. Die Fieberanfälle werden im allgemeinen ohne unangenehme Nebenerscheinungen vertragen. In 3 von den 10 vom Verfasser behandelten Fällen kam es in der zweiten Hälfte der Pyrifierbehandlung zur Entwicklung einer ausgesprochenen Furunkulose, die die Fieberbehandlung durch längere Zeit überdauerte. In einem dieser 3 Fälle entwickelte sich im Anschluß an die Furunkulose eine Sepsis, die zum Tode führte. Dieser Fall mahnt zur Vorsicht beim Gebrauch von Pyrifier.

Was die Beeinflussung des paralytischen Prozesses durch Pyrifier anbelangt, so gelang es, unter 9 Fällen fünfmal eine Remission zu erzielen. Am Vergleichsmaterial von malariebehandelten Paralytikern wurden Remissionen in 7 Fällen erzielt. Ueber die Dauerhaftigkeit der Remissionen läßt sich vorläufig nichts sagen.

L. Gordon, Berlin.

4384.

Nathan, E., A. Munk und H. Grundmann, **Ueber experimentelle Sensibilisierungs- und Allergieerscheinungen der Haut gegenüber Myosalvarsan.** (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 37.) Die Prüfung der spezifischen Reaktionsfähigkeit der Haut bei der experimentellen Salvarsanüberempfindlichkeit gegenüber kutaner Applikation von Salvarsanlösungen mittels verschiedener Methoden ergab nur bei skarifizierter, nicht aber bei unverletzter Haut positive Reaktion. Es handelt sich also bei der experimentellen Salvarsanüberempfindlichkeit um den Typus einer vaskulären Allergie.

Die Intrakutanreaktion mit 0,1 ccm 1prozentiger Myosalvarsanlösung war in allen Fällen positiv. Der Grad der Ueberempfindlichkeit läßt sich durch intrakutane Injektion absteigender Salvarsanmengen (Salvarsanverdünnungen ein Hundertstel bis ein Hunderttausendstel) quantitativ bestimmen.

Die Reaktion trat bei der intrakutanen Reinjektion zumeist erst im Verlauf von 24 Stunden auf, um in 48 Stunden ihren Höhepunkt zu erreichen. Mit der Steigerung des Sensibilisierungsgrades verkürzte sich jedoch das Intervall, und zwar unter Umständen bis zum Auftreten von Sofortreaktionen. Dementsprechend änderte sich auch der Charakter der Reaktion im Sinne des Hervortretens urtikarieller Reaktionsformen an Stelle länger bestehender entzündlicher hyperämischer Infiltrate. Es besteht also ein nachweislicher Zusammenhang zwischen Sensibilisierungsgrad, zeitlichem Eintritt, Art und Dauer der Reaktion bei intrakutaner Prüfung.

Die Uebertragungsversuche mit Serum und Kantharidenblaseninhalt nach Prausnitz-Küstner und Königstein-Urbach fielen in allen bisher geprüften Fällen experimenteller Salvarsanüberempfindlichkeit negativ aus.

In der Sensibilisierungsperiode kommt es in allen Fällen, in denen überhaupt deutlichere Verschiebungen des Blutbildes nachweisbar sind, zu einem mäßigen Anstieg der Leukozyten, und mit dem Auftreten des lokalen Aufflammungsphänomens, d. h. mit dem Eintritt des allergischen Zustandes zu einer vorübergehenden

Leukopenie, bedingt durch Verminderung der polynukleären Leukozyten.

Arnold Hirsch, Berlin.

4385.

Gros, F., Eine neue Wismut-Calomel-Verbindung bei der Behandlung der Syphilis. (Progrès méd., 58., Nr. 36.) Man wirft dem Wismut vor, den Organismus nicht genügend zu sterilisieren. So kam man auf die Verbindung von Wismut mit Calomel. Am besten geeignet haben sich gezeigt Ampullen mit 0,15 basischem Wismutkarbonat und 0,03 Calomel. Die Ampulle enthält 3 ccm. Injektionen in den Muskel in der üblichen Technik. Bei Erwachsenen alle 2 bis 3 Tage eine Ampulle, im ganzen 12 bis 15 Injektionen. Beim Kinde 1,0 bis 1,5 ccm je nach dem Alter. In dieser Verbindung ist das Calomel nicht schmerzhaft, wenig toxisch, für alle Stadien geeignet, besonders aber ein Spezifikum für die lanzierenden Schmerzen der Tabes. Auch seine Kaustizität ist in dieser Verbindung aufgehoben. Wertvoll in allen Fällen von As-Resistenz und bei denen Hg indiziert ist.

v. Schnizer.

4386.

Gatowska, P. G., und P. T. Kasakow, Trichocephalus dispar und seine Radikalbehandlung mittels Osarsols. (Wratsch. Gaset, 33., Nr. 3/4, 1929.) Zur Behandlung gelangen 36 Personen, bei denen die Trichocephaluskrankheit folgende Symptome verursachte: allgemeine Schwäche, Gewichtsabnahme, Ohnmachten, Schwindel, Kopfschmerzen, Speichelfluß, Schmerzen im Epigastrium, Uebelkeit, Anorexie, Bulimie, Obstipation, Durchfälle, Globus hystericus, Anämie. In einem Falle traten epileptiforme Anfälle auf. Als Anthelmentikum wandten die Verf. das Osarsol (russ. Stovarsol-Präparat) an, das bei 28 Personen zur völligen Entfernung des Peitschenwurmes und Behebung der erwähnten Symptome führte. Die Behandlung wurde folgendermaßen ausgeführt: zwei Tage lang Diät: Bouillon, Milch, Kefir, Butter, Quark, Sauermilch, Eier, Zucker, Honig. Danach Einlauf und Abführmittel. 3 Tage lang Osarsol 0,5 dreimal täglich vor dem Essen (Wasser nachtrinken). Am vierten Tage wieder abführen.

E. Kontorowitsch.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

4387.

Steinach, E. (teilweise unter Mitwirkung von H. Kun), Ein Reizstoff des Zentralorgans und die zentrale Funktion. (Med. Klin., Nr. 33, 1929.) Es gelang dem Verfasser, aus dem Hirn einen Reizstoff zu isolieren, dessen vermehrte Zufuhr bzw. dessen Anreicherung im Organismus die zentralen Tätigkeiten innerhalb der physiologischen Grenzen zu fördern vermag. Der Grad dieser Förderung kann an der zentralen Fundamentalfunktion, an der Reflexerregbarkeit gemessen werden, und zwar am Frosch. Der Reizstoff zeigt eine spezifische, dem Zentralnervensystem angepaßte Wirksamkeit. Der Hirnreizstoff ist wasserlöslich, thermolabil, wenig säurebeständig und nicht artspezifisch. Der vom Verfasser „Centronervin“ genannte Reizstoff vermag eine durchschnittlich 400–600prozent. Erhöhung der Reflexerregbarkeit zu bewirken. Aus den vom Verfasser ermittelten Befunden geht hervor, daß Intensität und Ablauf der zentralen Tätigkeit nicht allein konstitutionell bedingt sind, sondern daß dieselben in weitgehendem Ausmaße auch durch ein Prinzip hormonaler Natur gesteuert werden. Es können daher die individuellen Verschiedenheiten der zentralen Tätigkeiten sehr wohl mit der Bildung des Reizstoffes — qualitativ wie quantitativ — in Zusammenhang gebracht werden.

Der Reizstoff ist sowohl im Hirn wie im Rückenmark enthalten und ist in reicher Menge aus Hirnrindensubstanz herstellbar. Nach der histologischen Beschaffenheit und der Lagerung der Gliazellen ist anzunehmen, daß der Reizstoff in ihnen gebildet wird. Zwischen dem Hirnreizstoff und anderen Inkreten bestehen zweifellos Beziehungen oder Wechselwirkungen.

Da der Hirnreizstoff auch auf zentrale Leistungen höherer Ordnung einen Einfluß auszuüben vermag, kann man sich vorstellen, daß geistige Unterentwicklung in ihren verschiedenen Abstufungen und daß Krankheiten des Zentralnervensystems sowie psychische Anomalien durch einen Mangel oder durch eine Mangelhaftigkeit des Reizstoffes bedingt werden. Dadurch werden sehr interessante therapeutische Möglichkeiten eröffnet.

L. Gordon, Berlin.

4388.

Sternier, Beiträge zur Chemie des Liquor cerebrospinalis. (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 3/4.) Der normale Gehalt an anorganischem Phosphor schwankt im Liquor cerebrospinalis zwischen 1,4 bis 1,6 mg%. Bei Meningitis sind die Werte erhöht (1,7–3,0 mg%). Bei Hirntumoren und Encephalitis acuta ist er dagegen vermindert.

Jahr.

4389.

Petzetakis, M., Der Supraorbitalreflex. (Paris méd., Nr. 32, 1929.) Die Kompression des Supraorbitalnerven erregt den Vagus und Sympathikus und erzeugt so eine Reihe von Reflexen: den orbitokardialen (Verlangsamung der Pulsschläge, beim Gesunden durchschnittlich um 5 Schläge, und Extrasystolen); den orbitopneumonischen (Anhalten des Thorax in der Inspiration, Pausen in der Inspiration, manchmal sakkadierte und spasmodische Atmung); den orbitovasomotorischen (Erhöhung des Blutdruckes). Beim Asthma stellt man nun in $\frac{1}{2}$ der Fälle eine wesentliche Erhöhung dieser Reflexe fest. Bei der genuinen Epilepsie: Verminderung der Herzschläge, Stillstand des Herzens für einige Sekunden, bei längerer Kompression Synkope, vor und während des Anfalles Erlöschen des Reflexes.

v. Schnizer.

4390.

Rothpletz, Hans, Die Blutkörperchenreaktion in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. (Schweiz. med. Wschr., Nr. 26, 1929.) Die Senkungsreaktion in Form und Anwendung von heute ist bei kritischer Einstellung ein hervorragendes Ergänzungsmittel der Sprechstundenuntersuchung. Eine vermehrte Senkung hat immer alarmierende Bedeutung, und ihre Träger dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

Ueber die diagnostische Bewertung des Krankheitsbildes hinaus erlangt die Senkungsreaktion eine nicht zu unterschätzende Bedeutung in differentialdiagnostischer und prognostischer Hinsicht. Dies gilt ganz besonders für die Beurteilung der Tuberkulose. Sie ist im Gesamtbild der Tuberkulose ein wertvoller und sicherer klinisch prognostischer Beitrag als etwa die Temperaturkontrolle, die nur zu oft vom Patienten ungenau und fahrlässig geführt wird. Der Ausschlag der Senkung steht in deutlichster Beziehung zur Aktivität eines tuberkulösen Prozesses und entscheidet oft im Zweifelsfalle über florid oder nichtflorid, d. h. über Freiheit oder Internierung.

Bei der Lues bildet die Senkungsreaktion eine direkte Ergänzung der WaR. Während diese entscheidend ist für positiv oder negativ, zeigt jene, namentlich im Zusammenhang mit der spezifischen Therapie, in manchen Fällen auch Grad und Intensität der Infektion an.

Eine Senkungsanomalie ist ferner von größter Bedeutung für die Frühdiagnose bösartiger Tumoren. Im Zusammenhang mit anamnestischen Angaben und verdächtigen klinischen Symptomen gibt sie Anlaß zu einer spezialistischen Untersuchung, ganz besonders dann, wenn der Tumor der Betastung nicht zugänglich ist.

Die Ansicht, die Blutkörperchenreaktion zur Frühdiagnose der Schwangerschaft heranzuziehen, hat kritischen Betrachtungen nicht standgehalten. Die Senkungsvermehrung tritt nämlich erst zu einer Zeit ein, in welcher die Schwangerschaft schon längst klinisch festgestellt ist.

Held.

4391.

de l'Acqua, G., Ueber Austauschvorgänge zwischen Blut und Gewebe. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 37.) Durch die vom Verfasser geübte gleichzeitige Untersuchung des Kapillar- und Venenblutes nüchtern sowie 30 bis 90 Minuten und eventuell länger nach Einnahme von 10 g NaCl in $\frac{1}{2}$ Liter Wasser läßt sich ein Bild von den Austauschvorgängen zwischen Blut und Gewebe in bezug auf das NaCl gewinnen. Auf diese Weise konnte bei gewissen Nephropathien, bei allen untersuchten Diabetikern und bei manchen endogenen Fettleibigen eine Anomalie dieser Austauschvorgänge im Sinne einer gesteigerten Retentionstendenz der Gewebe für NaCl festgestellt werden. Die, wenn überhaupt vorhandene, geringe kapillarvenöse Differenz im NaCl-Gehalt des Nüchternblutes steigt bei den angeführten Zuständen nach NaCl-Belastung abnorm stark an, indem das Gewebe dem durchströmenden Blute NaCl entzieht.

Arnold Hirsch, Berlin.

4392.

Scharikowa, A. F., und S. J. Rapoport, Zur Frage der chemischen Regulierung der Herztätigkeit. (Med.-biol. Z. [russ.], Jahrg. 4, Heft 6, 1928.) (Medico-biolog. Institut, Moskau.) Am isolierten Warm- und Kaltbluterherzen werden Perfusionsversuche mit den Metaboliten verschiedener Organe angestellt, das sind Suspensionsflüssigkeiten der überlebenden Organe, die die gewöhnlichen Abbauprodukte sowie auch die organspezifischen und die Hormone enthalten. Alle Metabolite enthalten gefäßverengernde und erweiternde Stoffe. Bei Anwendung geringer Mengen überwiegt die gefäßverengernde, bei größeren Metabolitmengen die gefäßverweiternde Wirkung. Es besteht am Warmbluterherzen kein strenger Parallelismus zwischen der Beeinflussung des Koronarkreislaufes und der Wirkung auf die Herztätigkeit, die sich zusammensetzt aus der unmittelbaren Einwirkung auf den Herzmuskel und der Aenderung des Koronarkreislaufes.

Helen Eliasberg, Berlin.

4393.

Vogelsohn, L. J., Elektrokardiographie des absterbenden Herzens. (Med.-biol. Z. [russ.], Jahrg. 4, Heft 6, 1929.) (Med.-biolog. Klinik, Moskau.) Die Art des Absterbens des Herzens in Klinik und Experiment hängt von der Todesart, vom Zustand des Herzmuskels, vom Reizleitungssystem des Herzens und vom vegetativen Nervensystem ab. Mit Hilfe des Elektrokardiogramms kann man feststellen, daß es zunächst zum Atrio-Ventrikulärblock kommt; dann hören die Ventrikelkontraktionen auf, zum Schluß erst die der Herzhöhlen.

In einem klinischen Falle hörten die Oszillationen des Galvanometers erst 60 Minuten nach klinisch aufgetretenem Tode auf; die letzte Phase bestand in Ventrikelflimmern. Diese Beobachtung macht die gelegentlich beobachtete Wiederbelebung durch Adrenalin nach klinisch festgestelltem Tode verständlich.

Helene Eliasberg, Berlin.

4394.

Mosler, E., Die klinische Bedeutung des Elektrokardiogramms bei regelmäßigem Herzrhythmus. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 336.) (III. med. Universitäts-Poliklinik, Berlin.) Aus den Ausführungen Moslers ist zu entnehmen, daß das Elektrokardiogramm die wichtigsten Aufschlüsse auch bei der regelmäßigen Herzreaktion gibt. Es ist für den geübten Kliniker heute bei den Arrhythmien unentbehrlich. Es wird, wenn man auch noch den Vorhofsvenenpuls betrachtet, eine Analyse der Herzunregelmäßigkeiten oft auch genau ohne das Elektrokardiogramm gelingen. Feinheiten und Unterschiedlichkeiten aber sind nur elektrokardiographisch faßbar. Daß die Elektrokardiographie nicht etwa allein vom Elektrokardiographiker zu einer kompakten Diagnose verwendet werden kann, ist selbstverständlich; im Rahmen des Gesamtkomplexes aber, in Verwertung all der kleinen und kleinsten subjektiven Beschwerden der Kranken, in Verwertung der auch häufig nicht elektrokardiographisch nachweisbaren Veränderungen dürften diese dem Praktiker nicht so geläufigen Tatsachen wesentlich an Wert gewinnen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4395.

Süßkind, Rohkosternährung des Gesunden. (Arch. Verdgs-krkh., 45., Nr. 5/6.) Die Arbeit berichtet über höchst interessante Eigenversuche des Verfassers mit ausschließlicher Rohkost. Es stellte sich heraus, daß nach einer gewissen Uebergangszeit eine Periode des gesteigerten Wohlbefindens und erhöhten Tätigkeitsdranges bei ungewöhnlich großer Ausdauer sich einstellte. Der Appetit ebenso wie der Hunger wurden so gering, daß Verf. bedeutend mehr Speise zu sich nahm, als dem Appetit entsprach, trotzdem die Nahrung kalorisch unzureichend war. Die Nahrungszufuhr betrug in einer Versuchsreihe 53 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht. Gleichwohl sank das Gewicht ständig. Allmählich stellte sich völliger Appetitmangel, und bei dem Versuch, zu gewöhnlicher Nahrung zurückzukehren, ein Magenkatarrh ein. In allen Versuchen, die sich über 4 bis 12 Wochen erstreckten, ergab sich, daß bei subjektiv völligem Wohlbefinden der Appetit schwand und das Körpergewicht beständig abnahm, obwohl bei gewöhnlicher Kost schon eine geringere Anzahl von Kalorien genügte, um das Körpergewicht auf seinem Standardwert zu halten. Daneben kam es zu einer beträchtlichen Pulsverlangsamung.

Verf. zieht aus seinen Versuchen folgende Schlüsse: Der Genuß roher Pflanzenspeisen führt zu einem länger anhaltenden Sättigungsgefühl als der Verzehr gekochter Pflanzenspeisen. Es tritt ferner vorzeitige Sättigung auf. Infolgedessen kommt es allmählich dahin, daß sich der Rohkostler unterernährt. Das Wohlbefinden bleibt dabei ungestört. In Wahrheit macht sich aber die kalorische und Eiweißunterernährung über kurz oder lang verhängnisvoll bemerkbar. Somit ist diese Ernährungsweise für den Gesunden abzulehnen. Wird bei dieser Kost aber auf eine genügende Zufuhr von Kalorien und Eiweiß — etwa 80 g für den Erwachsenen — geachtet, so ist gegen sie nichts einzuwenden, vorausgesetzt, daß die Hälfte der Eiweißmenge aus biologisch hochwertigem Eiweiß besteht. Eine Tabelle am Schluß der Arbeit zeigt nochmals übersichtlich, daß eine reine Rohkost trotz rechnermäßig ausreichender Kalorienzufuhr zu beständiger Gewichtsabnahme führt. Schließlich wird der Wert der Rohkost überhaupt überschätzt. Der Gesunde wird den Anforderungen seines Organismus gerecht, wenn er ihm täglich neben den gekochten Speisen auch rohe pflanzliche Nahrung in Form von sauberem frischen Obst, grünen Salaten, Tomaten usw. zuführt.

Fiegl, Berlin.

4396.

Delbougne, Verminderte Salzsäure- und Fermentabscheidung des Magens. (Arch. Verdgs-krkh., 45., Nr. 5/6.) Eine eingehende, mit zahlreichen Kurven versehene, experimentelle Arbeit, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. Verf. kommt zu dem Resultat, daß feste Körper, wie Brot und Fleisch, große Mengen von Salzsäure und Fermenten im Magen adsorbieren.

Diese sind nicht chemisch gebunden, sondern sie können durch Expression freigemacht werden. Im subaziden Magensaft wird mehr Säure und Ferment adsorbiert als im norm- oder peraziden Magensaft. Die adsorbierte Menge ist der Oberflächenspannung umgekehrt proportional; sie kann durch Histamin und Atropin beeinflusst werden. Die Konzentrationsdifferenzierung zwischen festen Körpern und Magensaft ist am größten im subaziden Magensaft. Die Adsorptionsgröße ist unabhängig von Größe und Geschwindigkeit des Reaktionsablaufes im Mageninhalt.

Fiegl, Berlin.

4397.

Kogan, Blutuntersuchung bei Magenkranken. (Arch. Verdgs-krkh., 45., Nr. 5/6.) Die morphologische Blutuntersuchung kann bei klinisch schwierigen Diagnosen von Wert sein. Sie kann die Unterscheidung zwischen Ulcus ventriculi und duodeni einerseits, Ulcus callosum und Karzinom andererseits erleichtern, da man bei Geschwüren Neigung zur Polyzytämie, bei Karzinomen Verminderung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobins oder nur des Hämoglobins finden kann. Bei beiden Erkrankungen findet sich eine Lymphozytose, wahrscheinlich in Abhängigkeit von der Aktivität des Prozesses, vielleicht auch von okkulten Blutungen. Eosinophilie fand sich bei Geschwüren nicht; sie ist somit entweder nicht pathognomonisch für Vagotonie oder die Theorie von der vagotonischen Neurose bei der Entstehung der Magengeschwüre ist unrichtig.

Fiegl, Berlin.

4398.

Siegel, Rudolf, Der Einfluß von Hormonen auf Zucker-Verteilung und Zellpermeabilität im tierischen Organismus. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 36.) (Inn. Abt. d. Krankenhauses d. Israelitischen Gemeinde, Frankfurt a. M.) Es wird vom Verfasser ausgeführt, daß unter physiologischen Bedingungen Insulin Zuckeransatz und Glykogenfixation in der Leber fördert; in der Muskulatur erhöht es die Eindringungsfähigkeit des Zuckers und steigert dessen Aufbau zu Glykogen unter gleichzeitiger Oxydation eines geringeren Anteiles. Adrenalin wirkt in niedrigster Konzentration unter physiologischen Bedingungen in der Leber im gleichen Sinne wie das Insulin, nämlich glykogenfixierend. In der Körperperipherie ist es insofern sein Antagonist, als es gleichzeitig den Zuckernachschub vom Blute in die Muskulatur hemmt. Adrenalin regt im Falle der Glykogenverarmung der Leber durch Förderung der Milchsäurebildung aus Muskelglykogen eine Neubildung von Leberglykogen an. Auf den oxydativen Zuckerumsatz der Kohlehydrate aber ist Adrenalin fast ohne Einfluß. Nur bei abnorm hoher Konzentration (Schock, Experiment) wirkt Adrenalin im entgegengesetzten Sinne, glykogenverzuckernd durch Reizung der Sympathikusendigungen in der Leber. Im Thyroxin aber muß in der Leber der eigentliche Antagonist von Insulin und Adrenalin erblickt werden, während in der Körperperipherie ein unmittelbarer Einfluß auf den Kohlehydratstoffwechsel unter Thyroxin sich nicht nachweisen lassen.

Für die Aufrechterhaltung des normalen Kohlehydratstoffwechsels ist dies harmonische Wechselspiel der einzelnen Inkrete von größter Bedeutung. Wie sich Störungen des hormonalen Gleichgewichtes unter pathologischen Bedingungen, z. B. im Diabetes mellitus, auswirken, soll noch erörtert werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4399.

Kudrjawzew, W. G., Ueber den Einfluß der parenteralen Einführung von Fetten auf das weiße Blutbild beim hinsichtlich der Tuberkulose klinisch gesunden Menschen. (Wratsch. Gasetta, 33., Nr. 3/4, 1929.) (Medizinische Univ.-Klinik Perm.) Die Untersuchungen wurden angestellt an 25 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen mit annähernd normalen prozentualen Verhältnissen der weißen Blutkörperchen. Das Fett wurde in Form von subkutanen Injektionen von Ol. Olivarum, 8—10 ccm, bzw. 10prozent. Gemisch von Sahnenbutter mit Ol. Olivarum, 4—6 ccm, jeden 2. bis 4. Tag, 2 bis 3 Wochen lang, eingeführt. Bei fast allen Versuchspersonen wurde danach Hebung des Allgemeinbefindens, Besserung des Appetites und des Schlafes, Verminderung der Atemnot, Verstärkung der Diurese und Resorbierung der Exsudate beobachtet; bei Nierenkranken trat Verminderung der Albuminurie und Verschwinden der Kopfschmerzen ein; die bei manchen Rheumatikern nach den ersten Injektionen zunächst aufgetretene Zunahme der Schmerzen in den Gelenken wurde bald durch Besserung und Verminderung der Bewegungseinschränkung in den Gelenken abgelöst. Hinsichtlich des Blutes wurde bereits von den ersten Injektionen an Zunahme der Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen, und zwar hauptsächlich in Form einer Erhöhung der absoluten und relativen Lymphozytenzahl, konstatiert.

E. Kontorowitsch.

4400.

Geldrich, Ueber die Bedeutung der Zuckerabnahme sowie deren Zusammenhang mit dem Milchsäuregehalt und der Wasserstoff-Ionenkonzentration des Liquor cerebrospinalis bei Meningitis

tuberculosa. (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 3/4.) Untersuchungen des Liquors bei 30 Fällen von tuberkulöser Meningitis ergaben, daß der Zuckergehalt nur bis zu einer bestimmten unteren Grenze sinkt. Dann tritt eine Zuckerschwankungsperiode auf, in welcher der Liquorzucker zwischen 10 und 20 mg%, in einzelnen Fällen zwischen 10 und 30 mg% und höheren Grenzen schwankt. In Ausnahmefällen kann er sogar bis zur normalen Höhe ansteigen. Die Milchsäure nimmt während des ganzen Verlaufes der Erkrankung beständig zu und steigt von 15 auf etwa 120 mg% am Ende der Erkrankung. Als Ursache dieser Milchsäurezunahme ist die Milchsäuregärung anzusehen. Die elektrometrisch gemessene Reaktion des Liquors wird im Verlauf der Erkrankung saurer, die pH sinkt bis 7,22, ja bis auf 7,08 herab. Jahr.

4401.

Burnford, J., Fieber. Eine klinische Studie. (W. Lond. med. J., Nr. 1, 1929.) Uebersicht über ausgewählte klinische Fieberfälle mit Lehren für die Praxis. Fieber ist nicht immer Symptom einer Infektion, durch fehlendes Fieber lasse man sich bei Infektionskrankheiten nicht irreführen. Man denke an die niedrigen Fieber gerade bei schwerer toxischer Diphtherie. Selbst hochgradige Leukozytose braucht nicht stets Eiterung anzuzeigen, wohl aber legt schnell zunehmende Leukozytose diesen Verdacht nahe. Influenza und Typhus gehen mit Leukopenie einher. Leberabszesse zeigen geringe oder keine Leukozytose. Septikämie ist nicht von hoher Leukozytose begleitet, wohl aber Pyämie. Ein Herzgeräusch mit prolongiertem Fieber, auch wenn geringen Grades, ist stets ernst zu nehmen. Bei Kindern, die beim Urinieren schreien, fähde man auf Bazillurie. Fieber bei Kindern kann auf Azidosis beruhen. Wenn andere Ursachen für Fieber nicht auffindbar, denke man an verborgene Tuberkulose (z. B. der Hilusdrüsen, des Peritoneums oder Addisonsche Krankheit). Man erinnere sich an das Fieber bei Hodgkinscher Krankheit und der Leukämien. Man begnüge sich nicht mit dem Nachweis pathologischer Veränderungen, wenn diese nicht alle Symptome erklären. Man hüte sich vor Verwechselung von Osteomyelitis mit rheumatischem Fieber oder eitriger Arthritis mit Gicht (Leukozytenzählung!). B. gibt zu, daß trotzdem eine Anzahl von Fieberfällen bleibt, deren Ursache nicht zu ermitteln ist. Zegla.

4402.

Martin, B., Ueber experimentell erzeugte Lungenembolie, durch kinematographische Aufnahmen festgehalten. (Zbl. Chir., Nr. 27, 1929.) (Chirurg. Universitätsklinik Berlin.) Verfasser hat in der Vene von Hunden durch Lig. ferri sesquichl. einen Koagulationsthrombus erzeugt, der nach Freigabe der Vene als freier Embolus vom Blutstrom abgeschwemmt wurde. Die Embolie hat er bei der Röntgendurchleuchtung beobachtet und sie auch durch kinematographische Aufnahmen festgehalten. Unter 45 Versuchen erliefen 42 tödlich, 3 überlebten eine sichere Embolie. Der Tod bei der Embolie erfolgt durch Versagen des Herzens. Für die Erstickung fanden sich keine Anhaltspunkte. Besonders leicht wird von der Strombahn ein Thrombus abgerissen, wenn er das Lumen der Vene nicht völlig verschließt oder wenn er über die Einmündung einer größeren Vene hinauswächst. Ein völlig obturierender Thrombus ist dagegen weniger gefährlich.

Walter Grossmann, Berlin.

4403.

Root, H. F., Insulinresistenz und Bronzediabetes. (New England J. Med., Nr. 5, 1929.) An der Hand eines Falles, bei dem 580 Einheiten täglich wirkungslos waren, werden insulinrefraktäre Fälle aufgeführt. Hierher gehört in erster Linie der renale Diabetes, bei dem die Insulinresistenz sogar diagnostischen Wert hat. Dann Komplikationen durch Störungen der Hypophysis, Myxoedema und Nebennieren. Hyperthyreoidismus reduziert den Glykogengehalt der Leber nicht nur, indem er sie hypersensitiv macht bei der Ausgabe des Zuckers, sondern auch indem er die Glykogenetische Funktion der Leber stört und so die Aufnahme aus dem Blut und die Aufstapelung in der Leber hindert. Beim Diabetiker ist die Insulinreserve an sich schon unternormal, und Hyperthyreoidismus setzt sie noch mehr herunter. Die Beziehungen zwischen Hypophysis und Diabetes sind stark. Bei Hypersekretion der Hypophysis wird viel Insulin verlangt, um den Blutzucker auf normaler Höhe zu halten. Bei Akromegalie ist Diabetes ziemlich häufig. Hyperaktion der Hypophysis wird oft übersehen. Besonders deutlich ist dies bei Kindern. Auch die Hyperfunktion der medullären Nebenniere mit folgender Mobilisierung des Zuckers und Vermehrung des Blutzuckers spielt bei der Insulinresistenz eine Rolle. Ferner Infektionen, wie akute septische Prozesse und Pneumonie, verlangen viel Insulin, um die Glykosurie und die Azidosis zu bessern. Ob toxische Wirkungen die Pankreasfunktion schädigen, gewisse Substanzen, das Insulin neutralisieren oder die Glycerinzellen toxisch beeinflusst werden, ist noch nicht klar. Das Diphtheriegift neutralisiert wahrscheinlich das Insulin. Ebenso Eiter

von metastatischen Prozessen oder das Serum solcher Personen. Sodann Herzkomplicationen mit Dekompensation: bei Oedem ist die Wirkung des Insulins reduziert. Bei Dekompensation ist die Leberfunktion gestört. Ferner Hautveränderungen: Fälle von Sonnenbrand und Ekzem verlangen oft Extradosen von Insulin. Auch Azidosis verlangt 200 bis 500 Einheiten. Ebenso Krebs, besonders des Pankreas; Verlust des Muskeltonus bei lange Bettlägerigen; Leberzirrhose: die Glykogenfunktion der Leber ist gestört. Sodann bei Hämochromatose (Bronzediabetes): das Hämoferusin tötet die Pankreas- und anderen Gewebszellen; wenn der Eisengehalt 1,5% überschreitet, besteht Diabetes, der mit weiterer Ablagerung zunimmt. Das Terminalstadium wird selten beobachtet, weil der Tod meist an interkurrenten Krankheiten erfolgt. Auch bei älteren abgemagerten Sklerotikern sind hohe Beträge von Insulin nötig. Endlich gibt es noch unerklärte Fälle ohne Infektion und Störung der inneren Drüsen, meist mild resistente Fälle. v. Schnizer.

4404.

Blösch, Josef, Ueber den Einfluß von Adrenalin auf die Galaktoseassimilation der Leber. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 37.) Es wird festgestellt, daß gleichzeitige Verabreichung von Adrenalin und Galaktose in Fällen von Leberparenchymschädigungen mit einiger Zeit hindurch konstanter Herabsetzung der Galaktosetoleranz eine weitere Senkung dieser bewirkt, ferner, daß die Ursache für dieses weitere Absinken der Galaktosetoleranz in der durch das Adrenalin bewirkten Glykogenschwemmung liegt.

Arnold Hirsch, Berlin.

4405.

Berman, L., Ein neues Syndrom endokrinen Ursprungs, mit Cholesterineinreibungen behandelt. (Medical J. a. Rec., 130., Nr. 3.) Es handelt sich um ein bisher nicht beschriebenes Syndrom: abnorme Ermüdbarkeit, neuromuskuläre und vorherrschend muskuläre Asthenie, zunächst rein physisch; in vorgeschrittenen Fällen auch mit einer gewissen nervösen Ermüdung: Vergeßlichkeit, Entschlußlosigkeit, Unfähigkeit sich zu konzentrieren, Tendenz zur Melancholie. Im allgemeinen besteht diese Ermüdbarkeit ohne Atrophie, sie kann mit dem Dynamometer nachgewiesen werden. Außerdem besteht Anorexie. Die Muskulatur schlaff, atonisch. Elektrische Reaktion außer in den Terminalstadien normal. Auch andere Zeichen endokriner Störung: Hyperpigmentation an den Augenlidern, der Wirbelsäule, den Genitalorganen. Blutuntersuchungen ergaben einen Mangel an Cholesterin und Phosphaten. Ersteres findet man auch bei perniziöser Anämie und bei Addison; aber hier zeigte das Blutbild nicht die Charakteristika der perniziösen Anämie und nicht den niedrigen Blutzucker des Addison. Cholesterin per os war wertlos. Von Erfolg war aber Massage mit Lanolin, mit nachfolgender ultravioletter Bestrahlung. v. Schnizer.

4406.

Lowenthal, Natur und Ursprung des Krebses. (Progrès méd., 56., Nr. 33.) Zwischen Präkanzer und Krebs besteht nur eine Graddifferenz, keine wesentliche. Beide beruhen auf einer Zell-anomalie physiologischer Art, sind Folge einer Reversion, diese wieder eines Schocks (traumatisch, psychisch oder toxisch). Ein einziger Schock oder mehrere kleine können einen Präkanzer auslösen; eine lange Serie davon löst dann den Krebs aus. Das kausale Agens braucht nicht bis zur Umbildung der Zellhyperplasie zu dauern, es kann durch andere verschiedener Art ersetzt werden. Wenn das kausale initiale Agens aufhört, zu wirken (oder die anderer Art), entwickelt sich der Präkanzer nicht zum Krebs. Krebs und Präkanzer sind rein lokale Affektionen, keine allgemeinen; der kanzeröse Prozeß lokalisiert sich ausschließlich am Ort der hyperplastischen Zellen. Also sind die Aussichten auf ein Heil- oder Präventivserum vergeblich. Krebs und Präkanzer ist nicht kontagiös, aber durch Erblichkeit übertragbar, wie alle konstitutionellen Anomalien, unter denselben anatomischen und topographischen Bedingungen wie diese. Hinsichtlich Ort und Zellkategorie ist der übertragene Krebs der gleiche wie beim Aszendente. v. Schnizer.

4407.

Walker, I. J., Krebs des Pankreaskopfes. (New England J. Med., Nr. 7, 1929.) Eine Analyse von 15 operierten Fällen. In allen Fällen lag eine harte Masse am Pankreaskopf vor; härter als bei chronischer Pankreatitis. Dazu kommen 4 Fälle mit der vorläufigen Diagnose Karzinom, die sich nachher als Stein des Ductus communis mit chronischer Pankreatitis, als Hämochromatose mit Hepatitis, Leberzirrhose des atrophischen Typs und als Karzinom der Gallenblase mit Metastasen entpuppten. Die Dauer vom Einsetzen der Symptome bis zum Aufsuchen des Arztes betrug etwa 4½ Monate. Metastasen nur in 3 Fällen. Keine Steine: die chronische Pankreatitis scheint eher als; ätiologischer Faktor in Frage zu kommen. Glykosurie nur in einem Falle. Mittleres Alter 58; Zunahme mit dem Alter. 9 Männer, 6 Frauen, meist Fette. Sym-

ptome nach ihrer Häufigkeit: Ikterus in allen 15 Fällen; mit Pruritus; digestive Störungen auch bei allen; Aufstoßen, epigastrische Fülle, in 5 Fällen intermittierendes Erbrechen; sie hatten keine diagnostische Bedeutung. Schmerzen in 10 Fällen im Epigastrium oder rechts neben der Mittellinie, dumpf, intermittierend. Bei 3 in den Rücken ausstrahlend, bei 3 kolikähnlich schon früh im Verlaufe des Ikterus; vermehrte Peristaltik nach Nahrungsaufnahme. Gewichtsverlust bei 12. Bei allen dunkler Urin, Lehmstühle. Nie Schüttelfrost oder Fieber, während der Beobachtung leichte Nachmittags temperaturen. Ikterusindex 18 bis 60; im Mittel 34. Van den Bergh positiv in 12 Fällen. Keine Lebervergrößerung, kein Aszites, weil wenig Metastasen. Physikalischer Tumor bei 7. Die Operation ergab bei allen 15 eine vergrößerte Gallenblase, die wegen der Fettsucht nicht bei allen vorher festgestellt werden konnte. 8 zeigten normale Magensäure. Mittlere Blutungszeit 4 Minuten, Koagulation 13 Minuten vor Kalziumgebrauch. In der Anamnese keine Hämorrhagien, keine Petechien. Röntgen gab in keinem Falle Aufschluß; Grahamprobe nur in einem Falle, präoperative Vorbereitung: geringe Protein- und Fett-diät, vermehrte Kohlehydrate. Am Tage vorher Glukose per rectum; am Morgen intravenös; vermehrte Flüssigkeitszufuhr. Keine Operation, bevor nicht die Koagulationszeit durch Kalzium auf 9 Minuten oder weniger gebracht war. Trotzdem in allen Fällen, auch am Operationstage, dreimal täglich 5 ccm einer 10% Kalziumchloridlösung. Postoperativ: Tendenz zur Blutung in 2 Fällen, einmal vom Stoma, beseitigt durch Transfusion, einmal beträchtliches Hämatom, beseitigt durch Kalzium. Bei 8 Gallenanhäufung im Magen: Spülung, Pruritus verschwand nach 3 bis 5 Tagen. Bei 10 Gewichtszunahme, bei 2 Abnahme. Appetitzunahme meist. Ikterus verschwand in 4 bis 6 Wochen. 9 starben als Resultat der Krankheit; mittlere Lebensdauer vom Einsetzen der Krankheit 1 Jahr und 2 Monate. Die Uebrigbleibenden zeigten meist wenig befriedigenden Allgemeinzustand.

v. Schnizer.

4407 a.

Branch, C. F., **Bakteriologische Studie über Gallenblasenkrankungen.** (The New England J. med., Nr. 7, 1929.) Eine Analyse von 210 Fällen, 16% Männer, 83% Frauen, von denen 80% verheiratet waren. Mittleres Alter etwas über 40. Darunter 2 Kinder von 5 und 8 Jahren mit akuter Cholezystitis bei Scharlach. Bei der chronischen Cholezystitis ist die Gallenblase in etwa 12% infiziert, bei der akuten in etwa 75%. Nahezu 40% aller Gallensteine sind infiziert. Galle, bei der die Gallensalze eine normale oder hohe Konzentration haben, hat einen ausgesprochen hemmenden Effekt auf Bakterienwachstum. Der Häufigkeit nach kommen in Betracht Bacillus coli, Streptokokken, Staphylokokken. Dabei ist zu beachten: der Organismus, der bei einem akuten Fall gefunden wird, ist nicht notwendig der primäre ätiologische Faktor, der für die Entwicklung der akuten Läsion verantwortlich zu machen ist.

v. Schnizer.

4408.

Lumière, A., **Krebs und Narben.** (Progrès méd., 56., Nr. 31.) Es gilt zunächst, einige Probleme schärfer zusammenzufassen und einige Irrtümer zu beseitigen. Zunächst darf man nur das als Krebs registrieren, was auch wirklich Krebs ist, also nicht das Roussche Sarkom. Alsdann: Es gibt in den nicht sekundär infizierten Krebsen keine anderen Aerobier, als die man in jedem normalen Gewebe findet. Ferner der familiäre oder der an ein Haus gebundene Krebs ist eine Legende. Auch ist der Krebs nicht kontagiös. Endlich, das „Gift“ in den Krebsextrakten ist lediglich durch die Präzipitation schädlich. Auf Grund zahlreicher Beobachtungen kommt L. zu dem Schlusse, daß in der Mehrzahl der Fälle das Karzinom auf alten Narben entsteht, wie auch die Auslösung (mechanisch, chemisch usw.) sei. Einwürfe: Die humorale Theorie, die den Krebs als eine allgemeine Krankheit auffaßt, weil sich im Präkanzer Veränderungen in den Säften konstant zeigen. Aber frühzeitig exstirpierte Krebse sind definitiv geheilt; dann spricht die lokale Uebertragungsmöglichkeit dagegen; das Fehlen des Krebses bei gewissen Völkern, die die Geiseln der Zivilisation, Syphilis, Tuberkulose, Alkoholismus (Narbenbildung dadurch) noch nicht besitzen. Dann wird aus dem Auftreten des Retinaglioms auf einen hereditären Einfluß geschlossen. Aber gerade das spricht dafür, daß der Krebs ursprünglich eine rein lokale Erkrankung ist: es handelt sich hier nicht um eine humorale Verwandtschaft, sondern um hereditäre lokale Mißbildung, die auf die Retina beschränkt ist. Eine weitere Stütze, die Glykämie beim Kanzer und Präkanzer, ist durch die Untersuchungen von L. nicht bestätigt worden. Drei Bedingungen sind für die Degeneration von Narben zum Krebs nötig: die primäre Narbe muß sehr lange zu ihrer Reparation gebraucht haben; rapid sich schließende Narben sind nicht kanzerisabel. Nur Narben, die 20 bis 30 Jahre alt sind, können krebsig degenerieren, und nur wenn sie einem sekundären Trauma unterliegen, einer Erosion usw. Bei

lange eiternden Wunden werden die Epidermiszellen immer wieder zerstört, durch die Hemmung ihrer Vervielfältigung wird ihre Reproduktionsfähigkeit gesteigert, und es kommt schließlich zu einer besonderen Proliferationsfähigkeit, die zunächst latent bleibt, wie das Ei, das reifen und befruchtet sein muß, um sich entwickeln zu können. Diesem Reifen des Eis entspricht das Altern der Narbe; weil sie kompakt ist, dauert es länger. Die neue Kolloidmischung entspricht der Befruchtung: die Krebszelle ist fertig. Dem Einwurf des Krebses bei kleinen Kindern begegnet man damit: Die Zellkolloide sehr junger Individuen reifen viel rascher als die der Erwachsenen. Und dann ist das Narbenepitheliom des reiferen Alters etwas anderes als die kindlichen Neubildungen.

v. Schnizer.

4409.

Strauß, Ueber Verblutung aus den Gallenwegen. (Msch. Unfallheilk., Nr. 10, 1929.) Ein 19jähriger Mann verunglückte beim Rodelfahren, indem er, auf dem Bauche liegend, vom Schlitten heruntergeschleudert wurde, nachdem er 2 Jahre vorher 6 m herabgestürzt war. Er starb an innerer Verblutung, es gingen mehrere Liter Blut per rectum ab. Die Sektion zeigte ein subphrenisches Leber-Hämatom, welches mit dem Darne durch die Papilla Vateri in Verbindung stand.

Michaelis, Bitterfeld.

4410.

Gherardini, G., Ueber Stickstoff und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. (Riv. Pat. e Clin. Tbc., 3. Jahrg., Heft 8, 1929.) Chloride werden in namhafter Menge in Schweiß und Sputum ausgeschieden, ohne aber die Chlorbilanz zu beeinflussen. Der Chloridgehalt des Blutes ist bei der Lungentuberkulose normal. Schwefelverluste werden bei schweren Fällen beobachtet, sonst nicht. Die Schwefelverteilung in Harn und Stuhl entspricht der Verteilung bei gesunden Individuen. Sowohl die Verhältniszahl von Stickstoff zu Schwefel im Harn, wie auch Neutralschwefel zu Gesamtschwefel im Harn verhalten sich bei der Lungentuberkulose vollkommen normal. Zwischen Magnesiumbilanzen, die fast immer positiv sind, und Grad der Krankheit besteht kein Zusammenhang. Der Kalium- und Natriumstoffwechsel sind noch zu wenig studiert, um Definitives sagen zu können. Die Alkalireserve des Blutes ist von so vielen Faktoren abhängig, daß ihre Bestimmung keine Schlüsse bei der Lungentuberkulose gestattet. Dasselbe gilt von der Harnazidität.

Eugen Stransky, Wien.

4411.

Rosenholz, H. P., Die Blutliquorschranke bei experimenteller Trypanosomeninfektion. (Med.-biol. Z. [russ.], 4., Heft 6, 1928.) Experimentelle Trypanosomeninfektion führt bei Hunden und Kaninchen zu einer Schädigung der Blutliquorschranke, die sich in einer erhöhten Durchlässigkeit für Kristalloide und kolloidale Farbstoffe äußert. Die erhöhte Durchlässigkeit findet sich sowohl in akuten wie im subakuten und chronischen Stadium der Infektion.

Helene Eliasberg, Berlin.

4412.

Kauffman, Alfred, Chininresistenz und Rezidive bei therapeutischer Malaria. (Med. Welt, Nr. 33, 1929.) Absolute und relative Chininresistenz sowie Rezidive trotz zunächst prompter Entfieberung findet man bei der Impfmalaria zwar viel seltener als bei der spontanen Malaria tertiana, immerhin aber häufiger als mancherseits angenommen wird. Vorsicht in der Auswahl der zu verwendenden Plasmodienstämme ist geboten. Das Verhalten des besonders gutartigen Wiener Stammes darf nicht ohne weiteres als typisch gelten. Frisch gezüchtete Stämme, die sich als chininempfindlich oder stark gametenbildend erweisen, müssen schleunigst wieder ausgemerzt werden. Der Praktiker muß wissen, daß auch die Impfmalaria rezidivieren kann, um solche Fälle sofort richtig zu deuten und sie einer zweckmäßigen Therapie zuführen zu können.

L. Gordon, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

4413.

Goldblatt, H., und Ph. Pastschenko, Spontane Zehenphänomene. (Msch. Psychiatr. u. Neur., 73., Heft 3/4.) Als spontane Zehenphänomene gelten: Extensio hallucis, Extension oder Flexion der 4 letzten oder sämtlicher Zehen, Fächerstellung bzw. -bewegung, Adduktion der ersten Zehe. Diese spontanen Zehenphänomene, welche bei Neugeborenen und Säuglingen stets auftretende, markante, wechselvolle Bilder bieten und mit zunehmendem Alter seltener, schwächer, weniger labil werden, finden sich selbst bei gesunden erwachsenen Personen; sie treten bald ein-, bald doppelseitig auf, verlaufen träge oder lebhaft. Bisweilen

wirken aktive Bewegungen in den Bein- und Fußgelenken begünstigend. Mit Ausnahme von Extension der letzten 4 Zehen wurden sämtliche Phänomene, besonders Dorsalflexion und plantärphänomene, im Bereich schwerer pathologischer Zustände bei Geisteskranken, bei Erkrankung des Zentralfnervensystems (somatisch Kranken) häufiger als bei gesunden Erwachsenen konstatiert. Unter den Geisteskranken stehen bezüglich Häufigkeit und Stärke der Phänomene in charakteristischer Weise obenan Idioten, an letzter Stelle Manischdepressive; nach den Idioten folgen Imbecillen und Epileptiker, danach verblödete Schizophrenie und Paranoiker. Bei einseitigem Auftreten spontaner Zehenphänomene in Fällen mit schweren inneren oder chirurgischen Erkrankungen lag meist ein Krankheitsherd an der entsprechenden Körperseite vor. Supinationsstellung der Füße wurde nur bei den Säuglingen und kleinen Geisteskranken, stärkeres Auftreten auf den äußeren Sohlen nur unter letzteren und bei drei acht- bis neunjährigen Kindern gefunden. Die erhaltenen Untersuchungsergebnisse finden durch neurologischer Beobachtungen Erklärung.

Kurt Mendel, Berlin.

4414.

Boenheim, Felix, Ueber Neurasthenie. (Soz. Med., Nr. 9, 1929.) Bei der hohen Zahl von Neurasthenikern, welche täglich sich ammelden, fordert Boenheim eine ganz sorgfältige Untersuchung, die nur in Spezialkliniken erfolgen könne; besonders zwecks Klärung der Differentialdiagnose.

Michaelis, Bitterfeld.

4415.

Bodechtel, Gustav, Zur Frage der Pelizaeus-Merzbacherschen Krankheit. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) (Kaiser-Wilhelm-Institut, München.) Bei einem Geschwisterpaar tritt im Alter zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr ausgesprochener Tackeltremor des Kopfes auf, Ataxie, spastische Erscheinungen und choreiforme Bewegungen. Die eine der Schwestern kommt infolge einer interkurierenden Erkrankung rasch zum Exitus, während die andere unter zunehmendem Schwachsinn im Alter von 16 Jahren an einem Lungenabszeß zugrunde geht. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Gehirns der einen Patientin zeigt einen Entmarkungsprozeß, der über das ganze Gehirn ausgedehnt ist und in dem streifenförmige und perivaskuläre Inseln stehenbleiben. Die Fasern sind größtenteils mit zerstört, und auch das Marklager der Rinde hat erheblich gelitten. Der Degenerationsprozeß verläuft sehr langsam, was die geringe Menge der Fettabbauprodukte beweist; von entzündlichen Veränderungen ist nichts nachzuweisen. Der Markscheidenausfall entspricht eine starke Fasergliose. Der Fall nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, er zeigt die für die Pelizaeus-Merzbachersche Krankheit charakteristisch erhaltenen Markinseln, andererseits sind besonders die U-Fasern und auch das Marklager in der Rinde schwer befallen. Mit einer gewissen Einschränkung kann man ihn als ein Zwischenglied zwischen der Pelizaeus-Merzbacherschen Krankheit und der diffusen Sklerose, und zwar der nicht entzündlichen Form, bezeichnen.

Hans Knospe.

4416.

Bostroem, A., und H. Spatz, Meningiome. (Nervenarzt, Jahrg., Heft 9.) Die durchaus nicht seltenen, von Cushing in der Bedeutung erkannten Meningiome der Olfaktorierinne sind langsam wachsende, ihrer Qualität nach gutartige Gewächse, die an einer ziemlich engbegrenzten Stelle der Hüllen an der Basis des Stirnhirns ihren Ausgang nehmen. Verfasser berichten über eigene Fälle. Entsprechend ihrer charakteristischen Lokalisation verursachen die artgleichen Tumoren ein gut gekennzeichnetes Krankheitsbild, das eine Diagnose wohl meist gestattet, wenn daran gedacht worden ist, eine Prüfung des Geruchssinnes vorzunehmen. Bei jedem Fall von primärer Optikusatrophie und bei Tumoren mit auf das Stirnbein hinweisenden psychischen Symptomen ist eine Untersuchung des Olfaktorius unerlässlich. Die Operation der Olfaktoriusmeningiome ist ein schwerer Eingriff, der in 3 Fällen ist es Cushing bereits gelungen, durch ein zu diesem Zweck besonders geeignetes Verfahren den Tumor zu entfernen und ein günstiges Dauerresultat zu erzielen.

Kurt Mendel, Berlin.

4417.

Tramer, M., Traumatische Epilepsie. (Schweiz. Arch. Neur., Heft 2.) Auf Grund eines Falles von traumatischer Epilepsie nimmt Verfasser betreffs der Psychopathologie der Halluzinationen dem Schluß, daß für die Entstehung der komplizierten — diaphanischen und berichtenden — akustischen Halluzinationen die Erbarkeitseigenschaft der Hörphäre eine Rolle spielen kann, anderen pathogenen Momenten. Letztere liegen in einer durch den Krankheitsprozeß bedingten Veränderung der Affektivität und einer pathologischen Aktivierung von Vorstellungen.

Kurt Mendel, Berlin.

4418.

Krylowa, E. N., Zur Frage der „endokrino-toxischen Epilepsie“ (Seretski). (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) (Psychoneurotische Kinderklinik Moskau.) 1926 warf Seretsky das Problem des Studiums einer besonderen Art von Epilepsie auf, für die er den Namen „endokrino-toxische“ vorschlug und die er der Klasse der symptomatischen Krankheitsformen zuzählt. Das von ihm beschriebene Syndrom besteht in folgendem: Der krampfartige Mechanismus der Krankheit äußert sich im wesentlichen nach dem Typus „petit mal“; gleichzeitig bestehen endokrine Störungen, meist in Form des Basedowschen Symptomkomplexes, dessen Auftreten mit demjenigen des Abszesses zusammenfällt oder auch ihm vorausgeht. Das Material des Verfassers betrifft 3 Fälle von endokrino-toxischer Epilepsie. Die außerordentliche Exquisitheit des somato-psychischen Syndroms, sowie der eigenartige Verlauf des epileptischen Prozesses veranlaßte Verfasser zur Veröffentlichung seines nur spärlichen Materials. Aus dem Prinzip der Korrelation der Drüsen ausgehend, beschloß Verfasser, auf die Eierstöcke, als auf die konvulsive Mechanismen hemmenden Drüsen einzuwirken, indem er ihre Funktionen förderte und die in der Familie konstitutionell stark entwickelte Hypophysentätigkeit herabsetzte. Guter therapeutischer Effekt. Anwendung verschiedener ovarieller Präparate per os und intramuskulär. Zurückgehen der Absenzen. Rückkehr der Menses, Seltenerwerden der großen Anfälle.

Hans Knospe.

4419.

Wuth, O., Psychische Krankheitserscheinungen bei Hypoglykämie. (Mscr. Psychiatr., 73., Heft 3/4.) Es ergibt sich aus des Verfassers Beobachtungen und Betrachtungen, daß man den Blutzuckeruntersuchungen bei psychischen Kranken erneutes Interesse entgegenbringen muß, aber im Gegensatz zu bisher, wo immer die Hyperglykämie im Vordergrund des Interesses stand, dieses einer eventuell vorhandenen Hypoglykämie zuwenden soll. In praktischer Beziehung wird man an die Möglichkeit eines hypoglykämischen Schocks denken müssen, namentlich bei der zunehmenden Verbreitung der Insulintherapie, um zu vermeiden, daß das Zustandsbild für einen Alkoholausbruch gehalten oder mit Erscheinungsformen anderer Krankheitseinheiten verwechselt wird. Man könnte auch die Frage aufwerfen, ob sich nicht vielleicht einmal aus der Gruppe der Epilepsien solche Fälle heraus- und zusammenstellen lassen, bei welchen die epileptischen Erscheinungen die Folge einer primären spontanen Hypoglykämie sind.

Kurt Mendel, Berlin.

4420.

Light, Arthur B., und Edward G. Torrance, Opiumsucht. II. Teil: Physische Charakteristika und körperliche Leistungsfähigkeit von Suchtkranken während der Verabreichung von Morphin. (Arch. int. Med., 43., Nr. 3.) (Narcotic Wards of the Philadelphia General Hospital.) Bezüglich der Frage, ob der Morphinismus und die verwandten Giftsuchten als solche die körperliche Beschaffenheit des Süchtigen schädigen, oder ob das, was man dafür ansieht, erst eine Folge der Abstinenzerscheinungen ist, gehen die Meinungen sehr auseinander. L. und T. haben diese Frage an einer Serie von Morphin- resp. Heroinsüchtigen studiert. Sie bestimmten das Körpergewicht, die Vitalkapazität und die Resultate der Schneiderschen Probe an 96 solche Patienten, die eine ausreichende Gabe ihrer gewohnten Droge bekamen, so daß Abstinenzerscheinungen vermieden wurden, und verglichen die Ergebnisse mit den normalen Standardziffern. Sie konnten dabei keinerlei markante Zeichen körperlicher Minderwertigkeit feststellen, die als Folgen der Giftsucht an sich aufzufassen gewesen wären. Selbst die in einzelnen Fällen anzutreffende beträchtliche Abmagerung und blasse Hautfarbe erklären sie sich durch die unhygienische und ärmliche Lebenshaltung der betreffenden Süchtigen, nicht als direkte Wirkung der Droge. (Wohl aber tritt bei Abstinenz sofort Abmagerung in Erscheinung.) Die in 60% der Fälle beobachteten Abszeßnarben und die frischen Abszesse (5%) sind natürlich nur Folgen der oft höchst unsauber vorgenommenen Injektionen, nicht des Medikamentes. Die Pupillen waren in fast allen Fällen verengert, reagierten auf Licht und bei Akkomodation, wenn auch etwas träger als normal. (Aber bei 3 Patienten, die länger als 10 Jahre morphiumsüchtig waren, fehlte die Pupillenverengung, solange die Droge verabreicht wurde.) Bei Kokainschnupfern fanden sich Nasenscheidewandperforationen.

Lunge und Herz zeigten bei fast allen normale Befunde. Die Pulsfrequenz war meist etwas unter der Norm (durchschnittlich 68 Schläge). Auch die Bauchorgane wiesen keine Abweichungen auf. Ausgesprochener Tremor der ausgestreckten Hände nur in 4% der Fälle (!). Bei den Längen- und Gewichtsmessungen wichen 10 der Untersuchten um 20% vom Normalgewicht des betreffenden Alters ab, wobei aber nahezu gleiche Abweichungen nach oben und

unten vorkamen. Auch die Dauer, seit der der Süchtige das Gift nahm, war hierbei nicht maßgeblich; durchschnittlich $10\frac{1}{2}$ Jahr bei der Gruppe mit Uebergewicht und täglicher Dosis von 1,36 g — gegenüber $9\frac{1}{2}$ Jahr Dauer und täglicher Dosis von 1,4 g bei der Gruppe mit Untergewicht.

Ebensowenig ergab die Vitalkapazität nach Probeanstrengungen. (Die Patienten rangierten in die Klassen B und C der Dreyerschen Tabelle [Dreyer u. Hansom, London, 1920, Kassel & Co., p. 115].) Soweit sie von der Norm abwichen, zeigte sich eher eine Tendenz nach oben. Die kardiovaskuläre Prüfung nach Schneider (J. A. M. A., 74., 1920, S. 1507), bei der Pulszahl und Blutdruck im Liegen, Stehen und nach leichten Übungen verglichen werden, ergab bei sonst annähernd normalem Verhalten, daß der Blutdruck in fast allen Fällen bei Uebergang aus dem Liegen in den Stand fiel, statt zu steigen. Es wird dies aber auf das ausnahmslos bei allen Süchtigen festgestellte exzessive Zigarettenrauchen zurückgeführt. So kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß der Giftsüchtige keine deutliche und konstante körperliche Schädigung oder Beeinträchtigung seiner Leistungsfähigkeit zeigt, solange er sein Medikament in genügender Dosis erhält und unter einigermaßen hygienischen Bedingungen lebt. Zegla.

4421.

Bensheim, Hanns, **Typenunterschiede bei Meskalinversuchen.** (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) (Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten, Tübingen.) Es finden sich im Rauschverlauf und in den Rauschgehalten einzelne Gesetzmäßigkeiten, die auf die Zugehörigkeit der Versuchsperson zur zylothymen oder schyzothymen Charakterveranlagung zu beziehen sind. Darüber hinaus lassen sich jedoch keine sicher verwertbaren gesetzmäßigen Rückschlüsse auf die individuelle Persönlichkeitsstruktur nachweisen. Durch die Eigenart des Rauschgeschehens, sowohl durch die auftretende Euphorie, als auch durch das Wegfallen von Willenshemmungen ist ein großer Teil der sonst vorhandenen Widerstände gebrochen, wodurch eine Persönlichkeitsanalyse in auffallend kurzer Zeit durchgeführt werden kann. Die praktische Verwertbarkeit des Meskalins scheint daher, abgesehen von den interessanten physiologischen und psychologischen Einzelergebnissen, somit gerade im spezifischen Ergebnis der „Charakterenthüllung“ zu liegen. Hans Knoespe.

4422.

Cruchet, R., **Der Perverse nach Encephalitis epidemica.** (Progrès médical, 58., Nr. 36.) Das Wesen des eigentlichen Perversen nimmt mit dem Alter zu; unkorrigierbar, zynisch läßt er sich ganz durch seine krankhafte Bössartigkeit leiten, er vervollständigt sich im Raffinement des Leidens und bleibt kalt gegenüber den moralischen Schmerzen, die er seiner Umgebung macht. Der perverse Postenzephalitiker ist erst durch seine Krankheit pervers geworden; seine Perversität ist relativ, instabil wie sein Charakter, unregelmäßig, phantastisch. Er tut wenig wirklich Böses. Seine Grausamkeit ist niemals kalt überlegt und vorbereitet. Er ist affektiv, sensibel für Vorwürfe, bereut auch und erklärt, wo er Vertrauen gefaßt hat, seine Motive. Er simuliert wie ein Kind. Der Blick des wahren Perversen ist eiskalt, falsch, hart. Der des Postenzephalitikers mild, manchmal timide, lächelnd. Gerade diese Euphorie ist charakteristisch. Sein Geisteszustand läßt eher an eine Dementia praecox denken, aber dies ist nur scheinbar: es handelt sich um einen richtigen Debilitätszustand, nicht kongenital, sondern erworben. Er schreitet in seiner Intelligenz zurück, aber keineswegs immer bis zur Demenz. Je nach der Intensität der Encephalitis: ein 15jähriger z. B. auf den Zustand eines 10jährigen. Manchmal stabilisiert sich diese Regression; der Zustand bleibt entsprechend dem Alter, in dem das Kind erkrankt ist. In anderen Fällen kann aber auch allmählich wieder der normale Zustand erreicht werden. Hinsichtlich der Schule: Es handelt sich um einen wirklichen Verlust der Engramme; die Fixation der Bilder ist viel schwieriger als früher, ihre Phantasie viel ärmer. Ihre Geduld ist rasch zu Ende.

v. Schnizer.

4423.

LampI, Otto, **Weitere Beiträge zur symptomatischen Therapie der chronischen Enzephalitis.** (Med. Klin., Nr. 35, 1929.) Die am weitesten verbreitete Behandlungsart der chronischen Enzephalitis ist die Therapie mit Solanazeenalkaloiden (Skopolamin, Atropin, Duboisin, Datura Stramonium, Nikotin), die von Enzephalitikern in hohen Dosen vertragen werden. Die antagonistische Wirkung des zentral lähmenden Skopolamins und des zentral erregenden Atropins fällt bei Enzephalitikern fort, hier wird eine Potenzierung der Wirkungen beobachtet. Die Fälle mit starkem Tremor scheinen besser auf Skopolamin zu reagieren, während die Rigidität besser durch Atropin beeinflusst wird. Treten bei einer Ueberempfindlichkeit gegen die Solanazeenalkaloide Delirien auf, so soll das betreffende Medikament nicht gleich ausgesetzt werden;

es genügt in solchen Fällen das Heruntergehen mit der Dosis. Die chemisch reinen Substanzen sind nicht so wirksam wie die galenischen Herstellungsformen der Droge. Vorzuziehen sind die biologisch ausgewerteten Präparate. Verfasser hat aus verschiedenen Rohdrogen (Scopolia carniolica, Hyosciamus niger, Datura Stramonium, Atropa belladonna und Nictiana rustica) zwei Kombinationspräparate hergestellt, die in Tablettenform unter dem Namen Encephanyl und Striasolan in den Handel gelangen.

Für die Behandlung der chronischen Enzephalitis läßt sich ein Schema aufstellen, das in den meisten Fällen befolgt werden kann. Die Therapie der schweren Zustände wird am zweckmäßigsten durch eine Proteinkörpertherapie eingeleitet, wobei gleichzeitig Encephanyl (3 bis 5 Tabletten täglich, möglichst nach dem Essen) gegeben werden. Die dabei auftretende Austrocknung der Schleimhäute läßt sich sehr gut durch reichliche Zufuhr koffeinhaltiger Getränke bekämpfen. Von den Proteinkörpern gibt man am besten das Phlogetan forte oder das Pyrifor. Beide Präparate können ambulant verabfolgt werden. Das Phlogetan forte wird intramuskulär injiziert. Man beginnt mit 2 bis 3 ccm und steigert die Dosis allmählich um 1 bis 2 ccm bis zu einer Dosis von 10 bis 15 ccm. Hohe Fieberreaktionen sind zu vermeiden und evtl. durch Aspirin oder Eigenblut zu bekämpfen. Nach einer Fieberreaktion darf die Phlogetandosis nicht gesteigert werden. Im ganzen verabreicht man 8 bis 17 Injektionen. Bei besonders schweren Fällen ist das Pyrifor vorzuziehen, das intravenös injiziert werden muß. Man beginnt mit 25 Einheiten und gibt im ganzen 9 bis 10 Injektionen, als Höchstdosis 2000 Einheiten. Bei ambulant behandelten Patienten kann man knapp vor der Injektion eine Tablette Belladenal Sandoz geben, wodurch die Latenzperiode des Fiebers verlängert wird.

Nach Beendigung der Proteinkörpertherapie setzt die Behandlung mit Kalzium und Striasolan ein. Man gibt am besten 2 Monate hindurch parenteral oder peroral das Kalzium Sandoz, das auch intramuskulär injiziert werden kann. Die Injektionen werden jeden zweiten bis dritten Tag verabreicht. Gleichzeitig mit dem Kalzium wird auch das Striasolan gegeben (je nach der Schwere des Falles 4 bis 7, evtl. sogar 9 Tabletten täglich). Das Encephanyl ist dabei in etwas reduzierter Menge weiter zu nehmen. Die beiden Präparate sind auch nach Abschluß der Kalziumtherapie beizubehalten.

Das viel empfohlene Arsen bewährt sich gut in Form des Arsylen Roche. Besonders gut wird die Rigidität beeinflusst. Man gibt dreimal täglich 2 Pillen zu je 0,01 Arsylen nach dem Essen. Gute Erfolge sieht man auch von der Diathermie der Stammganglien. Die eine Elektrode (8 × 15 cm) wird auf die Stirn aufgelegt, die andere etwas kleinere auf den Nacken. Die Sitzungsdauer schwankt zwischen 5 bis 15 Minuten. In manchen Fällen bewährt sich auch das Banisterin resp. Harmin. Man gibt dann nachmittags statt der zweiten Hälfte Striasolan 0,02 Harmin parenteral.

Die häufig vorkommenden parysimalen Blickkrämpfe werden sehr gut durch Atropin in Kombination mit einem Schlafmittel der Barbitursäurenreihe beeinflusst. Verfasser gibt gewöhnlich 2 bis 3 Tabletten Belladenal, sobald sich die ersten Anzeichen von Blickkrämpfen einstellen. Das nicht selten auftretende Gefühl, als ob die Patienten in die Knie einsinken würden, kann erfolgreich durch 2 Dezimilligramm Strychnin in Pillenform oder durch 3 bis 7 Genostrychninpillen täglich bekämpft werden. Beachtung muß auch den Anomalien des Sexualtriebes geschenkt werden. Gegen Hypererotismus bewährt sich gut das Epiglandol, gegen Hypoerotismus älterer Patienten das Testifortan. Bei schwer heruntergekommenen Patienten muß eine Insulinmastkur gemacht werden.

Bei den leichten Fällen beginnt man die Behandlung ohne Proteinkörper. Man verordnet zuerst nur Encephanyl und beginnt nach einer Woche mit Kalzium und Diathermie. In etwas schwereren Fällen kann man vor dem Kalzium noch einige intravenöse Novoprotin- oder Kaseosaninjektionen geben. Man verabreicht im ganzen 5 bis 10 Injektionen, beginnend mit 2 ccm und steigend in zwei- bis dreitägigen Intervallen.

L. Gordon, Berlin.

4424.

Guttmann, L., und W. Kirschbaum, **Das enzephalographische Bild der progressiven Paralyse und seine klinische Bedeutung.** (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) Die Beobachtungen des Verfassers lehren, daß die Enzephalographie bei jedem einigermaßen kräftigen Paralytiker zur Beantwortung bestimmter Fragestellungen eine wertvolle diagnostische Hilfsmethode ist und als ungefährlich angesehen werden darf. Von vornherein auszuschließen sind von dem Eingriffe Fälle, bei denen auch nur der Verdacht einer stärkeren Kreislaufschädigung besteht. Aus diesem Grunde hat der Verfasser davon abgesehen, Paralysen in vorgeschrittenem Lebensalter zu enzephalographieren. Die besondere Schonung des Patienten, vorsichtigste Lagerung bei und nach der Enzephalographie, längere Bettruhe, ganz besondere

Vermeidung jeglicher Zugluft im Zimmer usw. haben dazu zu dienen, den durch den Eingriff ohnehin anfälligeren Organismus vor besonderen Schädigungen bzw. Infektionen zu schützen. Nur in Verbindung mit den übrigen klinischen Befunden und unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit des betreffenden Kranken ist eine sichere Stadienbestimmung bzw. Prognosestellung ermöglicht. Die gemachten Beobachtungen bei den fortgeschrittenen Fällen erscheinen von praktischer Wichtigkeit, besonders für die Frage der wiederholten Fieberbehandlungen. Schlüsse über die Ausbreitung des paralytischen Prozesses von anatomisch-lokalisatorischen Gesichtspunkten: Als Ausdruck der Atrophie verstärkte Oberflächenzeichnung in Frontal- und Temporalregion, weniger in Parietalregion und am geringsten in der Okzipitalregion. Besonders bemerkenswerte Veränderungen an den Seitenventrikeln: Ueberwiegen der Ventrikelasymmetrie zugunsten des linken. Die Frage der Beziehungen der akustischen und optischen Halluzinationen bei Paralyse zu besonderen Atrophien in Temporal- bzw. Okzipitallappen können die Befunde der Autoren in keiner Weise bestätigen. Bei Fällen von juveniler Paralyse entsprach in mehreren Fällen das Enzephalogramm nicht dem, was man nach verwandten klinischen Befunden der Erwachsenen hätte vermuten können. Hans Knospe.

4425.

Grabow, C., und J. Krey, Der Rattenbiss in der Behandlung der progressiven Paralyse. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) Die Rattenbissbehandlung der progressiven Paralyse scheint manche Vorteile zu bieten. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber der Malaria, namentlich dort, wo nur ein kleineres Behandlungsmaterial in Frage kommt, ist der, daß der aufpfropfungsaufwand außerordentlich leicht zu halten ist. Hinsichtlich der erzielten Erfolge leistete die Rattenbissbehandlung zweifellos Gutes. Der Verfasser selbst hat bei gleichem Material weit bessere Remissionsziffern als bei der Rekurrensbehandlung. Die Menge unserer Remissionen, die bei der Rekurrensbehandlung verhältnismäßig gering blieb, erreicht jetzt bei der Rattenbissbehandlung durchwegs die Zahlen, wie sie von den meisten Autoren für Malaria-Rekurrensbehandlung angegeben werden. Bei 4 in Behandlung genommenen Fällen von Lues cerebri trat eine Besserung auf psychischem Gebiet, besonders aber auch eine prompte Beseitigung selbst schwerer motorischer Störungen ein.

Hans Knospe.

4426.

Schelichowsky, Simon, Endogene Psychosen und Lebensalter. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) (Universität in Ratow [U.S.S.R.]) Verfasser schließt aus seinen Beobachtungen, daß die endogenen Psychosen eine Art Evolutionspsychosen, welche zu einer bestimmten Lebenszeit in Erscheinung treten, darstellen. Es gibt Fälle, wo die Psychose bei zwei (oder mehr) nächsten Verwandten im gleichen Lebensalter in Erscheinung tritt. Diese Fälle sind der Beweis für die Wichtigkeit des Lebensalters in der Genese der Psychose, für die pathogenetische Rolle des Lebensalters; sie sind auch als die rein endogenen oder überwiegend endogenen Psychosen zu betrachten. Der Wahn tritt in manchen Fällen nur in einem bestimmten Lebensalter zu entwickeln; in der zur Wahnbildung nicht geeigneten, unentwickelten Lebensperiode können auch die scheinbar den Wahn auslösenden stärke provozierenden Erlebnisse bei diesen Patienten unwirksam bleiben. Die Entwicklung des Wahnes hängt von der biologischen Lebensperiode mit ab. Die Erforschung der für Psychosen charakteristischen Lebensalter kann in der Zukunft die der Erkrankung wirksamen Dysfunktionen der einen oder der anderen Inkretionsdrüse mit entdecken helfen. Die Erkennung der Lebensalter der Psychosen wichtigen Lebensalter erfordert die Sammlung eines umfangreichen Materials von gleichaltrigen Psychosen bei Verwandten.

Hans Knospe.

4427.

Perlmutter, M., Die Besonderheiten des Größenwahns bei verschiedenen Psychosen. Anlässlich eines paralytischen Größenwahns bei postenzephalitischem Parkinsonismus. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) (Kreisirrenanstalt in Kiew.) Verfasser kommt aus seinen Erwägungen heraus zu folgenden Schlüssen: Während der paralytische Größenwahn bei progressiver Paralyse am frühesten zu Beginn der Psychose unbedingt von einem manischen Zustand begleitet ist, kann der Größenwahn bei epidemischer Enzephalitis schon ganz im Anfang der Psychoseentwicklung ohne manischen Zustand verlaufen, was bis zu einem gewissen Grade als differentialdiagnostisches Merkmal dienen kann. Der Größenwahn beim Paralytiker ohne manischen Zustand weist einen höheren Grad von Zerfall hin, auf eine intensivere Rindenaffektion, vielleicht mit Beteiligung auch der subkortikalen Ganglien, und kommt im Anfang der Psychoseentstehung nicht

vor. Da für die Entstehung des Größenwahns bei progressiver Paralyse ohne manischen Zustand eine tiefe Affektion der Rinde erforderlich ist, wird auch der Größenwahn in Form von trauriger Ueberresten konstatiert und niemals so üppig produziert, wie zu Anfang der Erkrankung, wo ein manischer Zustand vorhanden ist. Bei epidemischer Enzephalitis aber, wo die Störung des Zusammenhanges zwischen den Komponenten des Intellekts und Affekts nicht von der Schwere der Rindenaffektion abhängt, sondern von der vorwiegenden Lokalisation des Prozesses in den subkortikalen Ganglien, ist eine außerordentlich üppige Produktion des Größenwahns möglich, ohne irgendwelche Anzeichen von manischen Zuständen, sogar von Euphorie. Während sich die Größenwahneideen bei der progressiven Paralyse, die nur im manischen Zustand entstehen, ihrem Mechanismus nach denjenigen bei der manisch-depressiven Psychose nähern, wo sie selbstverständlich nur im manischen Stadium möglich sind, stehen die Größenwahneideen bei der epidemischen Enzephalitis ihrem Mechanismus nach denjenigen bei der Schizophrenie nahe, wo sie bekanntlich durchweg ohne manischen Zustand möglich sind. Hans Knospe.

Psychologie und Psychopathologie

4428.

v. Monakow, C., Krisis der Psychoanalyse. (Schweiz. Arch. Neur., 24., Heft 2.) „Ein abgeschlossenes Urteil über die Bedeutung und den Wert der Psychoanalyse in ihrer heute üblichen Anwendungsweise in therapeutischer Beziehung und besonders über ihren Wert in wissenschaftlicher Hinsicht, dürfte heute noch verfrüht sein, da wir trotz der behaupteten Krisis noch tief in dieser Bewegung, die ihre Wurzeln selbst in die schöne Literatur, resp. Kunst und sogar in die religiöse Seelsorge geschlagen hat, stecken. Die agglutinierte Kausalität (Suggestion und Glaube) wirkt sich da kräftig bei Anhängern als auch bei manchen Gegnern der Psychoanalyse in der Gesamtbeurteilung aus. Interessant und wenig verheißungsvoll für die Zukunft ist, daß die Psychoanalytiker verschiedener Richtung und Bekenntnis, was früher als unantastbarer Gewinn, besonders für die Wissenschaft, proklamiert wurde, oft wieder verwarfen, daß sie der religiösen (ethischen) Seite angemessene Zugeständnisse machen (das anfänglich empfohlene sexuelle Sichausleben ist, seitdem die Geistlichen sich der Psychoanalyse angenommen haben, nunmehr verpönt) und daß sie ihre Lehren eher im Sinne einer Rückkehr zur Volkspsychologie (Sprichwörterpsychologie) modifizieren und erweitern.“ „Die Diskussion über die Psychoanalyse mahnt uns heute an die fortgesetzten Wandlungen der Theorien über die Hysterie im vorigen Jahrhundert.“ Kurt Mendel, Berlin.

4429.

Bleuler, E., Ein Stück Biopsychologie. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) Verfasser nimmt Stellung zu der Arbeit Hauptmanns „Die subkortikale Handlung“. Er faßt seine Ansicht folgendermaßen zusammen. Wenn Hauptmann das Ich nicht als „autonomes“ Wesen den anlagemäßig bedingten Funktionen die Zweckhandlungen diktieren lassen will, so hat er natürlich recht. Doch hat das Ich in einem anderen Sinne biopsychische Wirklichkeit als Integration der verschiedenen aktuellen Triebe zusammen mit einer Menge teils klarer (ich-naher), teils mehr andeutungsweise gedachter (ich-fernerer) Vorstellungen. Unter diesen Umständen ist es selbstverständlich, daß die einzelnen (aktuellen) Triebe des Organismus Bestandteile desselben sind. Daß die Triebe normaler zweckdienlich sind, ergibt sich schon daraus, daß nur solche Individuen und Arten bestehen können, deren Triebe eben das Leben erhalten. Unter krankhaften Verhältnissen können die Triebe auf uns noch nicht verständliche Art sinnlos werden (z. B. Chorea, pseudospontane Bewegungen); aber auch dann erscheinen sie für das Individuum als Äußerung seines Ichs, seines Willens, wenn nicht eine Spaltung (Schizophrenie, Hysterie, gewisse Zwangsneurosen) des sonst einheitlichen das Ich bildenden Komplexes statthat. Was wir von außen als Trieb („Reflex“ bei Hauptmann) auffassen, erscheint subjektiv als Wille. Der Wille ist wirklich subjektiv frei, weil er nichts anderes ist als die Resultante der Strebungen des Ichkomplexes; objektiv ist er determiniert, weil kausal bedingt durch angeborene Strebungen plus äußere Einwirkungen. Ein großer Teil unserer Strebungen kann vom Stammhirn aus verändert werden. Die normalen Strebungen sind gerichtet nach dem Ziel der Erhaltung des Individuums und der Art: Die Zweckmäßigkeit der physiologischen Funktionen des Organismus ist im Prinzip die gleiche wie die der Psyche, nur daß im Organischen und bei niederen Wesen dem individuellen Gedächtnis und damit der individuellen Anpassung (durch „Ueberlegung“) eine sehr geringe Rolle zukommt, beim höchsten Gedächtnisgeschöpf eine überwiegende. Wird die Vorstellung kon-

sequent durchgeführt, so ergibt sich: Die Psyche ist ein Komplex von Hirnfunktionen. Was wir als unser bewußtes Ich von innen sehen, ist das nämliche, was uns das Studium des Hauptkomplexes der Hirnfunktion objektiv zeigt (Identitätslehre). Wenn die ganze Psyche eine Hirnfunktion ist, muß es auch die Bewußtheit, die bewußte Qualität, sein. Hans Knospe.

4430.

Hellwig, Albert, Landgerichtsdirektor, **Okkultismus und Hexenglaube**. (Z. Neur., 121., Heft 3 u. 4, 1929.) Verfasser führt einige Beispiele an, die die Beziehungen zwischen okkultistischen Lehren und Volksanschauungen erhellen sollen. Sie gehören zu dem Gebiete des kriminellen Aberglaubens. Ein Aufsatz in dem neuesten Heft der „Zeitschrift für Parapsychologie“, der einen modernen Hexenprozeß aus Ungarn (1927) behandelte, regt Verfasser zu schärfster Kritik an. Durch Aufnahme derartiger Aufsätze, glaubt er, werde das Volk in seinem Hexenglauben bestärkt. Hans Knospe.

Soziale und gerichtliche Medizin

4431.

Thouvenel, A., **Untersuchungen der Herz- und Lungenfunktion bei Schülern**. (Paris méd., Nr. 31, 1929.) Untersuchung etwa zwei Stunden nach dem Frühstück, während welcher Zeit keine körperliche Anstrengung vorausgegangen sein darf. Nach Eintreffen zunächst zehn Minuten Ruhe, um den Faktor Erregung auszuschalten und das Vertrauen zu gewinnen. Konstante Temperatur im Untersuchungslokal etwa 17 Grad: Belastungsprobe: abwechselndes Erheben des Beines bis zur Horizontalen auf Kommando, so daß zehn Bewegungen in fünf Sekunden stattfinden, im ganzen 50 Sekunden lang. Ergebnisse: Die Pulsbeschleunigung ist äußerst wechselnd; sie schwankt zwischen 8 bis 64 Schlägen in der Minute. Unter denselben Bedingungen nimmt die Zahl der Atembewegungen zu zwischen 4 und 18 Zügen in der Minute. Die Rückkehr des Pulses auf die Norm erfolgt fast immer vor zehn Minuten. Und zwar bei 34% innerhalb der ersten Minute, bei 28% innerhalb der zweiten Minute, bei 32% in zwei Zeiten: nach einem brüskten Fall, unmittelbar nach der Anstrengung, hält sich der Puls etwas über dem primären Rhythmus, um dann progressiv zwischen der zweiten und fünften Minute zur Norm zurückzukehren. In 5% tritt diese zweite Phase erst zwischen der fünften und zehnten Minute ein. Die Wiederholung der Probe nach längerer Ruhe liefert bei demselben Individuum manchmal von den ersten ganz verschiedene Ziffern sowohl hinsichtlich des Pulses wie der Respiration. Es besteht kein Parallelismus zwischen der Beschleunigung des Pulses und der Atmung. Diese verhältnismäßig großen Schwankungen sind aber noch innerhalb physiologischer Grenzen. v. Schnizer.

4432.

Sachs, H., **Herzfürsorge bei den Krankenkassen**. (Soz. Med., Nr. 9, 1929.) Die Herzfürsorge ist in Amerika gut ausgebaut. Die Diagnose muß mit allen Hilfsmitteln gesichert werden, ebenso der Heilplan. Planmäßige Nachuntersuchungen müssen den Erfolg sichern. Bei nervösen Herzkranken kämen Tageskurstätten in Frage. Halboffene Fürsorge und Beobachtung auch bei aus Krankenhäusern Entlassenen zur Unterstützung des Kassenarztes. Da Herzleiden sich oft in der Jugend erwerben, so ist besonders und rechtzeitig die Jugend zu betreuen. Seit 1928 in Berlin eine Fürsorgestelle für herzkranken Schulkinder, ebenso in Wien. Wichtig ist besonders die Dauerkontrolle sowie die Berufsberatung. Michaelis, Bitterfeld.

4433.

Klauber, L., **Zur Frage der sozialen Kosmetik**. (Soz. Med., Nr. 9, 1929.) Verjüngungsoperationen sollten nur dann Kassenleistungen werden, wenn es sich um vorzeitige, äußere Alterung bei genügend erhaltener Arbeitsfähigkeit handelt (keine geschminkten Leichen). Die durch Krankheit, Unfall, Berufs- oder Kriegsschädigung hervorgerufenen Entstellungen, besonders des Kopfes, sind auf plastisch-operative und jede andere geeignete Weise zu bekämpfen. Gesetzesverbesserungen, besonders in der Invalidengesetzgebung, sind herbeizuführen. Michaelis, Bitterfeld.

4434.

Gorn, **Die Berufskrankheiten der Bergarbeiter**. (Soz. Med., Nr. 9, 1929.) Im Bergbau werden 625 000 Arbeiter beschäftigt. Der Tiefbau bringt größere Gesundheitsgefahren als der Tagebau. Das Unfallrisiko beträgt 3% gegenüber 0,5% der Industriearbeiter. Auf 1000 Versicherte kamen 1925 13 entschädigungspflichtige Unfälle mit 2,07 Todesfällen. 36% der Unfälle kommen durch Bruch und Einsturz in den Förderstrecken zustande, 18% beim Abtransport der

Gesteine, 4,8% bei Anwendung von Maschinen, 2,8% bei Gebrauch von Sprengstoffen, 2,8% durch giftige Gase, 7,7% durch Fall usw. Beim Tagebau sind Verletzungen durch Starkstrom relativ häufig. Als schädliche Gase kommen Kohlensäure, Kohlenoxyd und Methan in Betracht.

Als Berufskrankheiten müssen folgende bezeichnet werden: Rheumatismus, 90% aller Invaliden sind deshalb arbeitsunfähig. Häufig sind auch Erkältungskrankheiten der Luftwege, ferner Lungenarterienverengung, Asthma und Lungenstaubkrankheiten. Lungentuberkulose war bisher selten. Herzkrankheiten sind nicht häufiger, nur scheint die Arteriosklerose frühzeitiger aufzutreten (Alkohol, Nikotin! Verf.). Im Braunkohlenbergbau werden Hautschädigungen (Ekzeme) beobachtet.

Der Schneeberger Lungenkrebs ist anzeige- und entschädigungspflichtig, welcher seit 1531 bekannt ist. Die Wurmkrankheit hat wohl nur noch historisches Interesse. Das Augenzittern ist mit Vervollkommen der technischen Einrichtungen zurückgegangen. Michaelis, Bitterfeld.

4435.

Lehmann, H., **Basophil granulierten Erythrozyten beim Menschen ohne Bleieinwirkung als Ursache**. (Arch. Hyg., 102., Heft 2.) Beim Menschen treten nach längerem Aufenthalt in Zementstaub basophil getüpfelte Erythrozyten im Uebermaß der üblichen Grenzzahlen für Bleivergiftung auf. Bei den Zementarbeitern steigen die vitalfärbbaren Erythrozyten in gleichem Maße wie die basophil punktierten an. Dieselbe Blutveränderung beim Menschen konnte experimentell nach subkutaner Injektion von kleinen Mengen Alkohol erzielt werden. Auch hier stiegen die vitalfärbbaren Erythrozyten mit an.

Der Befund der basophilen Punktierung ist also nicht spezifisch für Bleiwirkung anzusehen, da diese auch bei anderen Reizwirkungen auf die Blutbildungsstätten in Mengen und Formen auftritt, die sich in nichts von den durch Blei hervorgerufenen unterscheiden. Im Rahmen des klinischen Untersuchungsbefundes und beim Zusammentreffen mit anderen Frühsymptomen bildet sie insofern eine Stütze für die Diagnose Bleikrankheit, als sie eine Reizwirkung auf die Blutbildungsstätten anzeigt. N. Henning, Leipzig.

4436.

Paul-Boncour, G., **Ursachen jugendlicher Kriminalität in Paris**. (Progrès méd., 56., Nr. 34, 1929.) Bei 300 männlichen Minderjährigen zwischen 13 und 18 kam einfacher Diebstahl in 46% vor, mit Hehlerei 9%, Vagabundage 16%, mit Homosexualität, Prostitution, Päderastie 7%. Vagabundage kommt aber viel häufiger vor, und ihre Bedeutung für die Kriminalität ist stark unterschätzt. Unter 19 Homosexuellen war nur ein reiner, die anderen waren bisexuelle oder psychosexuelle Hermaphroditen. Diese Zahl dürfte unter der Wirklichkeit sein, und gerade darum müßten sich die Behörden mehr kümmern. In 75% etwa war die Familie schuld. Wichtig sind die Beziehungen zwischen Verbrechen und mangelndem Schulbesuch. 10% konnten nicht lesen und schreiben, 50% nur ungenügend. Ueber die Hälfte aller besuchte die Schule aus Indisziplin nicht; die Vagabundage ist der Anfang allen Übels und sollte von der Behörde viel mehr bestraft werden. 18% waren hinsichtlich Intelligenz und Charakter normal; 31% trugen einen polymorphen Charakter; bei 29% kam noch intellektuelle Deбилität dazu; 18% waren Deбиле, 3% Epileptiker. Also 80% Minderwertige und 64% mit Charakterstörungen. Günstige Familienverhältnisse lagen vor bei 11%, ungünstige bei 55%. Dringend notwendig ist die Untersuchung aller minderjährigen Delinquenten in besonderen Instituten. v. Schnizer.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

4437.

Badt, Bernhardt, **Was leistet die Enzephalographie?** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 37.) Die Enzephalographie hat sich in der Diagnostik der Neurologie einen sicheren Platz erworben. Selbstverständlich gilt für die Enzephalographie, was für alle mittels der Röntgenstrahlen auf dem Gebiete der inneren Medizin erhobenen Befunde gilt: ihr Ergebnis ist nur im Rahmen des gesamten klinischen Untersuchungsbefundes zu verwerten, innerhalb dieses Rahmens leistet sie aber wertvolle Dienste. Der Hydrozephalus ist fast nur durch die Enzephalographie einwandfrei festzustellen und damit der Therapie zugänglich zu machen. Die schwierige Unterscheidung zwischen raumbeengendem Prozeß und Erweichungsherd ist durch Verschiedenartigkeit der enzephalographischen Bilder bei beiden Krankheitsformen sehr erleichtert.

worden. Ebenso viel leistet die Methode für die Seitendiagnose eines Krankheitsprozesses, wie sie auch bei der chirurgischen Behandlung der Epilepsie nicht entbehrt werden kann. Bei dieser finden sich fast stets pathologische Befunde, oft ein symmetrischer Hydrozephalus, oft auch Asymmetrien der Ventrikel, wobei der weitere meist die stärker erkrankte Hirnhälfte anzeigt, über der auch die Subarachnoidalräume erweitert sind.

Da die Enzephalographie keine ungefährliche Methode ist, sollte man sie nur anwenden, wenn durch sie die Diagnose geklärt und damit dem Patienten geholfen werden kann.

Auch in der Therapie hat sich die Enzephalographie einen gewissen Platz erworben. In einer Reihe von Fällen sind allen sonstigen Mitteln trotzende Kopfschmerzen durch sie gebessert worden, so daß ein Versuch bei den so sehr leidenden Kranken gerechtfertigt erscheint. Ihre günstige Wirkung ist vielleicht in der Lösung von Verklebungen der Subarachnoidalräume zu erblicken. Auch bei genuiner Epilepsie verschwinden oder verringern sich mitunter nach einer Luftfüllung die Anfälle für kürzere oder längere Zeit; jedenfalls hat hierbei die Luftfüllung niemals geschadet. Die besten Erfolge sind im Status epilepticus mit der Luftfüllung erzielt worden. Bei Encephalitis epidemica wird die eventuell wiederholte Vornahme einer Enzephalographie sehr empfohlen, wobei das Wirksame weniger die Luftfüllung als das Ablassen des eitrigen Liquors sein dürfte. Aus denselben Gründen hilft die Luftinbläsung bei der Behandlung von Intoxikationszuständen, besonders beim Delirium tremens. Chronische Enzephalitiker fühlen sich nach einer Luftfüllung oft besser und sind auch objektiv beweglicher, doch hält dieser Erfolg meist nur kurze Zeit an.

Arnold Hirsch, Berlin.

4438.

Stumpf, Plekart, Die Kinematographie des Herzens und ihre Bedeutung für die Diagnostik. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 37.) Es wird eine Methode der Kinematographie des Herzens geschildert, welche sich auf die Herstellung eines Flächenkymogramms aufbaut. Die kinematographische Vorführung hat nur den Zweck, die großen Bewegungszusammenhänge sichtbar zu machen, während das Studium der Einzelheiten der Bewegung besser durch die genaue Betrachtung und Durchmusterung des Kymogramms erfolgt. Es werden die typischen Randkurven nach ihrer morphologischen und funktionellen Differenzierung geschildert und an Hand von Beispielen gezeigt, daß man durch die geschilderte Methode in der Lage ist, unklare Bildteile näher zu differenzieren, die Topographie des Bildes klarzulegen und auch in pathologischen Fällen die Diagnostik zu verfeinern und sicherer zu gestalten.

Arnold Hirsch, Berlin.

4439.

Goldstein, Albert E., und Benj. S. Abeshouse, Röntgenographie der Niere und des Ureters während der Operation. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Die Röntgenographie während der Operation ist sehr oft wertvoll zwecks Lokalisierung von Steinen der Niere und des Ureters. Stets sollte sie vor Beendigung jeder Steinoperation vorgenommen werden, um zu ermitteln, ob noch irgendwelche Reste vorhanden sind. Ferner wird durch diese Methode häufig der beste Weg gezeigt, auf dem man an den Stein herankommen kann.

B a b.

4440.

Bancroft, Irving, Die selektive Wirkung des Radiums. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Die selektive Fähigkeit des Radiums kann man am besten am Ovar und Testis beobachten, da man hier die spezifischen Zellen sterilisieren kann, ohne gleichzeitig das Bindegewebe zu schädigen. Von der Haut ist das Epithel am empfindlichsten gegenüber Radium — und hier besonders das Strat. germinat., weniger die verhornten Zellagen —, dann folgen die Talg-, weiterhin die Schweißdrüsen, hierauf Blutgefäße, Bindegewebe und zuletzt die Nerven. Ebenso reagieren die verschiedenen Geschwulstzellen verschieden auf die Radiumstrahlen. Da auch hier die keratinhaltigen Zellen verhältnismäßig wenig angegriffen werden, so werden auch hier diejenigen Zellen zuerst zerstört, die am empfindlichsten sind, neues Gewebe zu produzieren, so daß nach der Bestrahlung zunächst das weitere Wachstum der Neubildung aufhört. Die abgestorbenen Zellen werden durch Autolyse oder Phagozytose zum Verschwinden gebracht, während Bindegewebe, Blutgefäße und Nerven kaum angegriffen werden.

B a b.

4441.

Sittenfield, Maurice J., Praktischer Wert des Radiums bei der Behandlung des Ca der Haut. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Die Radiumbehandlung der Hautkarzinome ist jeder anderen überlegen, da sie ohne jede Verstümmelung arbeitet, wie wir es besonders an den Lippen sehen. Besonders gut reagieren auf Radium die schnellwachsenden klinisch bösartigen Tumoren, während die langsamwachsenden Geschwulstarten, die einen reifen Zelltyp und reichliches Bindegewebe aufweisen, ziemlich resistent sind.

B a b.

4442.

Neill, William, Notizen über einige bösartige Bläsumentumoren, die mit Radium behandelt wurden. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Operativ dürfen Bläsumentumoren höchstens in den Fällen entfernt werden, in denen die Tumoren scharf umgrenzt und noch sehr klein sind, und wenn sie außerdem am Scheitel bzw. an den beweglichen Wänden der Blase sitzen: In allen anderen Fällen, aber auch in den genannten, ist die Radiumtherapie die weit überlegene Behandlungsart. Sie hat keine Todesfälle in ihrem direkten Gefolge, und ist wenig störend, da sie meist ambulant ausgeführt werden kann. Bei operablen Fällen erzielt sie in 35%, bei inoperablen, weit vorgeschrittenen Fällen noch in 9,9% Heilung.

B a b.

4443.

Müller, August, Die Röntgentherapie in der inneren Medizin. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 11.) Es gilt heute als erwiesen, daß eine biologische Wirkung der Röntgenstrahlen nur stattfindet, wenn ihre Energie absorbiert wird. Bei der immer auftretenden Zellschädigung ist die Frage noch nicht gelöst, ob diese im Kern, im Protoplasma oder in der Membran stattfindet. Jedenfalls kommt es zu Veränderungen im Sinne einer vermehrten Zellaktivität. Die Tatsache, daß die einzelnen Zellen verschieden reagieren, gibt uns die Möglichkeit, die Strahlen zu Heilzwecken zu verwenden. Jedoch ist die Möglichkeit einer elektiven Wirkung auf eine Zellart klein, und es besteht stets die Gefahr, durch zu starke Bestrahlung nicht nur das kranke, sondern auch das gesunde Gewebe zu schädigen. An der Spitze der Krankheitsgruppen steht die Leukämie, und zwar die chronische myeloische und die chronische lymphatische. Die Erfolge sind jedoch leider nur symptomatische, das Rezidiv führt schließlich doch zum Tode, jedoch kommt es zu langdauernden Remissionen mit absinkender Temperatur, Abnahme des Milztumors und Verkleinerung der Drüsen. Auch die Zusammensetzung des Blutes wird weitgehend verändert, der Farbeindex steigt, man erzielt fast ein normales Blutbild. Die Wirkung erklärt man sich damit, daß die Zellen des strömenden Blutes und das hyperplastische Gewebe von den Strahlen vernichtet werden. Jeder Fall von chronischer Leukämie sollte prinzipiell bestrahlt werden, nur die akuten Fälle muß man ausnehmen. Verf. schildert genau die Bestrahlungstechnik. Man darf nie schematisieren und muß die Behandlung unter ständiger Kontrolle des Blutbildes durchführen. Auch bei der lymphatischen Leukämie wirkt die Therapie nur symptomatisch. Auch hier tritt rasch eine Besserung ein, jedoch ändert sich das Blutbild nur langsam. Hier werden größere Dosen gut vertragen, und kleinere sind oft unwirksam. Ein weiteres Indikationsbereich sind die Lymphadenosen und das Lymphogranulom, bei denen die Rezidive jedoch schneller auftreten. Bei der Lympho-Sarkomatose sind die Erfolge besser. Wegen des schnellen Kernzerfalles muß man hier anfangs mit hohen Dosen zurückhaltend sein. Bei der Polycythaemia rubra mit hohem Gehalt an Hämoglobin ist durch Röntgenstrahlen zu bessern. Da man annimmt, daß es sich um eine Knochenmarksauffektion handelt, hat man das Skelett bestrahlt. Günstig sprechen auf Röntgenbestrahlungen ferner die tuberkulösen Erkrankungen an. Eine Wirkung auf die Bazillen erfolgt nicht, jedoch kann tuberkulöses Granulationsgewebe in Narbengewebe umgewandelt werden. Bei den tuberkulösen Lymphomen sind die Aussichten günstig. Bei der tuberkulösen Peritonitis haben sich die Röntgenstrahlen ebenfalls bewährt, und zwar sowohl bei der exsudativen wie bei der spastischen Form. Bei der Nierentuberkulose soll bei jeder doppelseitigen Erkrankung, wenn eine Niere leicht erkrankt und die andere nicht mehr gesund ist, bestrahlt werden; ferner wenn bei einem einseitigen Fall die Operation verweigert wird, und schließlich die erkrankte zurückgebliebene Niere nach operativer Entfernung der anderen. Die Bestrahlung der Lungentuberkulose, die nach bestimmten Leitsätzen erfolgen soll, wird vom Verf. abgelehnt, ebenso die Bestrahlung der Kehlkopftuberkulose, bei der die Gefahr der Exazerbation besteht. Bei Bronchialasthma wirkt die Bestrahlung äußerst günstig. Vieles spricht dafür, daß es sich um Veränderungen des strömenden Blutes durch die Bestrahlung handelt. Die Basedowsche Krankheit wird ebenfalls günstig beeinflusst. Eine spezifische Affinität zwischen Schilddrüse und Strahlen gibt es nicht. Man muß vor jeder Bestrahlung den Grundumsatz genau kontrollieren und darf nur mit schwachen Dosen arbeiten. Schließlich hat man Neuralgien mit Röntgenstrahlen behandelt. Ob die Wirkung auf die Nervenendigungen eine Rolle spielt, ist noch unsicher. Nur große Dosen haben hier Zweck, am besten kombiniert auf den Ort des Schmerzes und auf die Nervenwurzel. Frische Fälle sprechen sofort an. Bei vielen inneren Krankheiten kann die Röntgentherapie manche anderen Heilmaßnahmen erheblich übertreffen.

Kosminski, Berlin.

4444.

Stern, C., Ueber eine bisher nicht beachtete Fehlerquelle bei der Dosierung der Röntgenstrahlen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 40,

1929.) (Klin. f. Hautkrkh. d. Med. Akad., Düsseldorf.) Zur Dosierung der Röntgenstrahlen werden immer noch und sogar in neuerer Zeit wieder in steigendem Maße die Sabouraud-Noiréschen Tabletten benutzt. Fehler in der Dosierung sind besonders schwerwiegend, wenn die Röhren, wie das bei den neueren der Fall ist, die Erythemdosis in verhältnismäßig kurzer Zeit liefern. In Betracht zu ziehen ist, daß die Röhren vor erneuter Benutzung wieder austriert werden müssen, daß sie aber auch bei länger andauernder Bestrahlung ihren Titer ändern können. Die Kienböcksche Dosimetrie gibt zuverlässigere und konstantere Resultate als die Messung nach Holzknecht-Sabouraud, und zwar stellte sich heraus, was bisher noch nicht bekannt war, daß die Schnelligkeit der Bräunung der Tabletten weitgehend von dem Feuchtigkeitsgrade der Luft und der Temperatur beeinflusst wird.

Ernst Levin, Berlin.

4445.

Steinhardt, Bianca, Was leistet die Röntgenbestrahlung der Hypophyse bei Behandlung klimakterischer Beschwerden? (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 37.) Die günstigen Erfolge der Röntgenbestrahlung, insbesondere der Hypophyse, bei Behandlung klimakterischer Beschwerden werden besprochen. Besonders hervorgehoben wird der günstige Erfolg bei klimakterischen Störungen nach Röntgenkastration, bei der es sich vielfach um außerordentlich hartnäckige, viele Jahre anhaltende, besonders quälende Beschwerden handelte. Von 27 Fällen wurde bei 19, d. h. in 70%, Dauerheilung erzielt. Dagegen waren die Dauererfolge bei operativer Kastration nicht gleich günstig und betrugen nur 25%.

Bestrahlungstechnisch wurden beide Schläfenfelder in einer Sitzung mit je ein Drittel der HED beschickt. Auch in den günstig reagierenden Fällen wird durch die erste Bestrahlung meist nur eine etwa 4 bis 8 Wochen anhaltende Besserung erzielt; nach einer zweiten Serie hält der Erfolg meist länger, etwa 4 bis 5 Monate an, und ein dauernder Erfolg stellt sich in der Mehrzahl der Fälle erst nach der dritten oder vierten Serie ein. Unter den beschriebenen vollen Erfolgen fanden sich einige, die erst nach fünf Serien dauernd beschwerdefrei wurden. Es wird von Ausnahmefällen berichtet, die schon nach einmaliger Bestrahlung einen Dauereffekt aufwiesen; häufiger allerdings sind jene Fälle, bei welchen nach der ersten Bestrahlung der Erfolg ausbleibt und sich erst bei der zweiten Bestrahlung einstellt. Es wird davor gewarnt, die Behandlung zu früh abzubrechen.

Verfasser hält es für vorteilhaft, um Rückfälle zu vermeiden, 6 bis 8 Wochen nach der ersten Bestrahlung prinzipiell eine zweite folgen zu lassen, unabhängig davon, ob der Erfolg der ersten noch anhält, und nach etwa 3 bis 4 Monaten eine dritte zu verabfolgen. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden selbst bei wiederholten Bestrahlungen nicht beobachtet.

Während die vasomotorischen Symptome, wie Wallungen, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeklemmungen, in der überwiegenden Zahl der Fälle in kurzer Zeit gebessert werden, scheint ein, allerdings seltenes, aber um so quälenderes Symptom auch der Röntgenbehandlung Widerstand zu leisten, das sind die klimakterischen Gelenkschmerzen, die nur ausnahmsweise zu beeinflussen waren.

In Fällen, in denen die Hypophysenbestrahlung versagte, konnte mit Bestrahlung der Thyreoidea in geeigneten Fällen gute Erfolge erzielt werden.

Die mit der Strahlenbehandlung erzielten Erfolge sind um so höher einzuschätzen, als in einer großen Zahl der beschriebenen Fälle andere Mittel ohne Erfolg angewandt worden waren. In wenigen Fällen, in welchen die Bestrahlung versagte, blieben dagegen andere Methoden, auch die moderne Ovarialhormontherapie und der Aderlaß ohne Erfolg.

Arnold Hirsch, Berlin.

4446.

Deist, H., Die Indikationen und Kontraindikationen der Sonnenbehandlung bei Tuberkulose. (Ther. Gegenw., 70., Heft 9, 1928.) (Lungenheilstätte Ueberruh bei Isny, Würt. Allgäu.) Verf. bespricht zunächst die physikalischen und biologischen Grundlagen der Klimatherapie. — Bei Lungentuberkulose ist vor jedem heliotherapeutischen Versuch genaueste Diagnosestellung bei eingehendster Kenntnis des gesamten Zustandes des Kranken erforderlich. Für die Sonnenbehandlung (Ganzbestrahlung) kommen im wesentlichen nur die wenig aktiven, vorwiegend latenten, wenn nicht aktiven, wenig ausgedehnten Spitzentuberkulosen und solche ausgedehnten Erkrankungsarten in Betracht, bei denen der vernarbende Charakter ganz im Vordergrund steht, und seit langem nie eine Neigung zum Fortschreiten vorhanden war. Dagegen scheiden ausgesprochen aktive Lungentuberkulosen mit auch nur leicht erhöhten Temperaturen für jede Sonnenbehandlung aus. Dazu gehören vorzugsweise alle die Fälle, bei denen man zeitweise mit einem akuten Schub, z. B. unter der Form eines

Infiltrats, rechnen muß. Fälle von Pleuratuberkulose ertragen die Sonnenbehandlung schlecht. Bei Kehlkopftuberkulose muß bei der Indikation zur Heliotherapie die Lungentuberkulose berücksichtigt werden. Bei sogenannten chirurgischen Tuberkulosen (also Tuberkulose der Drüsen, der Knochen und Gelenke, des Bauchfelles und der Geschlechtsorgane) wird die Besonnung, abgesehen von Fällen mit gleichzeitigem Vorhandensein einer aktiven Lungentuberkulose, vorzüglich vertragen. Während sich Fälle von Ileokökaltuberkulose mit oder ohne Fistel wie auch tuberkulöse Mastdarmfisteln und perirektale Abszesse zu einem Bestrahlungsversuch eignen, ist ein solcher bei der eigentlichen Darmtuberkulose mit ihrem meist progredienten Verlauf kontraindiziert. Alle Formen der Hauttuberkulose stellen für die Heliotherapie ein dankbares Gebiet dar. — Da schon bei leichten Ueberdosierungen erheblichere Herdreaktionen beobachtet wurden, muß hier die Dosensteigerung vorsichtig erfolgen. Es ist zu betonen, daß von einer auch nur irgendwie im eigentlichen Sinne bakteriziden Kraft der Sonne nicht die Rede sein kann. — Was die Heliotherapie bei der kindlichen Tuberkulose betrifft, so ist sie für das Kleinkind bei der Drüsen- und Knochengelenk-Tuberkulose ohne Beteiligung der Lungen indiziert, während die Lungentuberkulose ganz ausscheidet. Beim älteren Kinde kommt die Heliotherapie vor allem bei Adenitis, Ostitis, Arthritis und Peritonitis in Betracht, vorausgesetzt daß eine aktive Lungentuberkulose fehlt. — Sehr gut sind die Ergebnisse bei Jugendlichen bei sicher inaktiven, fibrösen Lungentuberkulosen und Lungendrüsenerkrankungen ohne aktive Lungentuberkulose. Vorzügliche Resultate ergeben die Fälle von rezidivierenden Bronchitiden oder Neigung zu solchen bei alter Hilustuberkulose.

E. Kontorowitsch.

Neu erschienene Bücher

Carl Oppenheimer und Otto Weiß: **Grundriß der Physiologie**. I. Teil: Biochemie, von C. Oppenheimer. 6., völlig neubearbeitete Auflage. Georg Thieme, Leipzig, 1929. — Das Lehrbuch ist gut eingeführt; die 5. Auflage erschien im April 1925. Neu geschrieben sind diesmal wiederum die Vitamine, ferner die Kapitel über spezifisch-dynamische Wirkung, über Regulierung der Funktionen, die Physiologie der Kohlehydrate, respiratorische Farbstoffe, Proteasen, Desmolasen.

Keller.

Geh. San.-Rat Prof. Dr. Ferdinand August Schmidt, Bonn, in Verbindung mit Privatdozent Dr. med. Wolfgang Kohlrausch, Berlin: **Physiologie der Leibesübungen**. Verlag Voigtländer, Leipzig. IV. umgearbeitete und erweiterte Auflage. Preis: geh. 7 M. — Die bedeutsamen Fortschritte der Wissenschaft über Leibesübungen und Sport erforderten eine gründliche Umarbeitung und Neubearbeitung dieses führenden Werkes, das seit zwei Jahren vergriffen war. Die neue Auflage ist das letzte Lebenswerk F. A. Schmidts. In einem kurzen Referat ist es gar nicht möglich, auf die Fülle des Inhaltes einzugehen. Wert und Gefahren der Leibesübungen bei Kind und Erwachsenen, Mann und Frau, werden auf Grund wissenschaftlicher Forschungen verständlich dargestellt. An diesem Werk sollte kein Arzt vorbeigehen.

Eckhardt, Dahlem.

Konrad Heim, Leipzig: **Die Frage nach dem Ursprung der endometrioiden Heterotopien beim geschlechtsreifen Weibe**. Verlag von S. Karger, Berlin 1929. Mit 8 Tafeln, 110 Seiten. Preis 8 M. — An Hand der über Jahrzehnte verstreuten umfangreichen Literatur behandelt Verfasser die Morphologie, Ausbreitung und Häufigkeit des in seinen verschiedenen klinischen Erscheinungsformen erst allmählich als einheitlich erkannten Krankheitsprozesses und verfolgt die Entwicklung der für die gynäkologische Pathologie bedeutsamen Frage bis in die jüngste Zeit. Nach kritischer Besprechung der genetischen Hypothesen, vor allem der Sampsonschen Implantationstheorien, schildert er seine eigenen Versuche und Beobachtungen. Auf Grund derselben lehnt er die Sampsonsche Theorie, soweit sie die Verschleppung menstrueller Sequester auf dem Tubenwege betrifft, mit größter Bestimmtheit ab. Die Möglichkeit einer transplantativen Genese nach operativen Eingriffen bleibt für seltene Fälle bestehen. Die Entstehung der heterotopen Wucherungen wird aus Elementen des Serosae epithels, die unter bestimmten Bedingungen metaplastische und prosoplastische Potenzen entfalten können, auch in Zukunft biologisch und anatomisch am besten zu begründen sein, insbesondere, wenn auch dem Keimepithel des Eierstocks, dem Endothel des Lymphsystems und vielleicht auch dem Kapillarendothel unter bestimmten Verhältnissen eine derartige aus der Entwicklungsgeschichte herzuleitende Umwandlungsfähigkeit zuerkannt wird.

Rudolf Katz, Berlin.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Beitrag zur Reizkörpertherapie.

Von Dr. med. SCHWAHN, Berlin-Pankow.

Seit Bekanntwerden der ersten Erfolge mit parenteral zugeführten Reizkörpern war es mir klar, daß die Komplikationen der männlichen und weiblichen Gonorrhöe eine ganz besonders gute Domäne für diese Therapie abgeben müßten. In den zahlreichen Veröffentlichungen wurde dann auch über gute und bessere Einwirkung auf diese Komplikationen mit den allerverschiedensten Reizstoffen berichtet. Ich habe vieles nachzuprüfen versucht, um ein klares Bild von der Wirkungsweise dieser Stoffe zu gewinnen, und es fiel mir dabei ganz besonders auf, daß der Ablauf der sogenannten „negativen Phase“ (nach Rudolf Schmidt das „Frühstadium“ der Wirkung) bei den von mir versuchten Stoffen überaus verschieden, während die Heilwirkung zwar schwer zu vergleichen, aber meist befriedigend war. Man kann in der Gonorrhöetherapie zwei Arten Reizkörper benutzen: nämlich einen fast ausschließlich heilenden, d. h. bei dem die negative Phase von möglichst geringer Breite und Intensität ist, und einen möglichst stark provozierenden mit so markanter negativer Phase, daß das spätstadium erst eintritt, nachdem uns inzwischen der fragliche Gonokokkennachweis geglickt ist. Es war mir dabei klar, daß der Prototyp

- a) eines heilenden,
- b) eines provozierenden

Reizkörpers nicht ein und dasselbe sein darf, sondern daß beide ihrer chemischen Struktur ebenso wie in ihrer Angriffsweise grundverschieden sein müssen. Dennoch schien mir ein Reizkörper, das Terpentin, sich ganz besonders von den Proteinkörpern unterscheiden, sowohl in chemischer wie auch in physikalischer Beziehung. Ich habe in jahrelanger Arbeit mit Terpentin gefunden, daß tatsächlich grundlegende Unterschiede zwischen diesem und den Eiweißkörpern (Caseosan und Novoprotein) bestehen.

Schon die einfache Ueberlegung sagt einem, daß die oxyblen Eiweißkörper nach der Injektion nach mehr oder weniger kurzem Aufenthalt zu den natürlichen Spaltprodukten (Aminosäuren) abgebaut werden, während das Terpentin als Harz nicht nur ein unangreifbares Molekül darstellt, sondern sogar darüber hinaus als aufnahmefähig für Sauerstoff angesehen werden muß. Da in Sauerstoff sich nicht nur im Blut, sondern auch in den Geweben und Gewebsflüssigkeiten findet, ist die Annahme einer Sauerstoffanlagerung in vivo sehr naheliegend. Chemische Vorgänge, wie Oxydation und Reduktion, aktivieren den Sauerstoff (in statu nascendi), und in dieser Oxyphyllie ist das Moment gegeben, welches beim Terpentin die Erklärung besonderer Wirkung im Gegensatz zu den Eiweißreizkörpern ermöglicht: Terpentin ist nicht nur ein Reizmittel wie die Eiweiße, sondern außerdem ein Giftmittel. Das Terpentin des Handels ist in den seltensten Fällen gereinigt; meist enthält es Ballaststoffe, die bei der Injektion Schmerzen hervorrufen. Deswegen enthalten die Terpentinpräparate der Industrie anästhesierende Substanzen, mit einer einzigen Ausnahme, des Olobintin (Riedel), das subkutan und intramuskulär schmerzlos appliziert werden kann.

Bei meinen nun über drei Jahre gesammelten Erfahrungen schien mir das Zurücktreten der negativen Phase, d. h. der provozierenden Wirkung hinter der heilenden, das Olobintin in der Behandlung auch akuter gonorrhöischer Komplikationen ganz besonders wertvoll zu machen. So habe ich es z. B. stets mit bestem Erfolg selbst bei ganz akuten Infiltrationen bei Epididymitis, Prostatitis und Adnexitis gegeben (gewöhnlich jeden zweiten Tag bis 2 ccm intramuskulär).

Je mehr man in das Wesen der Reiztherapie einzudringen versucht, wird die Aufstellung eines Behandlungsplanes schwieriger, da schon die Beurteilung des Erfolges nicht leicht und oft nicht deutlich möglich ist. Ich kann am Ende meiner Versuchsreihen sagen, daß sich nur das Olobintin als das mildeste Reizmittel bewährt hat, das sicher nie auch nur den geringsten Schaden Nebenwirkung zeitigt, sondern im Gegenteil in fast allen, selbst ganz akuten Fällen selbstredend stets Hand in Hand mit der entsprechenden ganz milden oder auch stärkeren Lokaltherapie eine günstige Beeinflussung des Prozesses gezeigt hat.

Der Wert einer Provokation darf niemals unterschätzt werden, und die provozierende Wirkung mancher Reizmittel wird als ganz

besonders brauchbar überall dort erscheinen, wo es gilt, alte chronische Prozesse in ein mehr akutes oder subakutes Stadium zu überführen, um eine Heilung überhaupt zu ermöglichen. Ich erwähne nur die alten Adnexerkrankungen auf gonorrhöischer Basis, bei denen die Infektion oft Jahre zurückliegt. Hier ist das stark provozierende spezifisch-unspezifisch reizende Gono-Yatren das Mittel der Wahl, und der erfahrene „Reiztherapeut“ hat es in der Hand, die Reize des Mittels, je nach dem mehr akuten, subakuten oder chronischen Charakter der Infektion abgestuft, auch kombiniert anzuwenden.

Ich möchte nur vor anfänglich größeren intravenösen Gaben warnen, denn es ist mir immer wieder erschienen, als lösen diese eine Art Schockwirkung aus, gegen die der Körper eine Gegenwirkung entfaltet und so den Reiz zum mindesten abschwächt, wenn nicht ganz unwirksam macht. Vielmehr braucht der Körper Zeit, die feine Laboratoriumsarbeit des Umformens und Umbauens richtig zu leisten, und die intramuskuläre Injektion mit Setzungen eines Depots ist wohl die beste und bequemste. Es sei denn, man will bei sonst kräftigen und gesunden Patienten, bei denen schon alle die verschiedenen Reize angewendet wurden, durch einen kräftigen Reizschock die Abwehrkräfte wachrütteln, dann gebe ich wie bei der Provokation in der ersten Bedeutung 2 ccm Gono-Yatren intravenös und wiederhole diese Injektionen nach Abklingen aller Erscheinungen je nach dem Falle noch einige Male, um dann auf die intramuskuläre Applikation überzugehen.

Die Abstufung der Reize versuchte ich so zu bewerkstelligen, daß ich bei chronischen Adnexerkrankungen u. a. in dreitägigen Zwischenräumen von $\frac{1}{2}$ ccm steigend bis zu $2\frac{1}{2}$ ccm Gono-Yatren intramuskulär, und dazwischen stets zuerst in Form einer Quaddel intrakutan, um den Reiz über das vegetative Nervensystem zu erhöhen, später von 1—2 ccm langsam steigend ebenfalls zweimal wöchentlich Olobintin intramuskulär gab. Je akuter dann der Fall umgeformt war, d. h. je mehr die Reizwirkung zutage trat, je geringer wurde die Yatrengabe zugunsten des Olobintin, von dem ich zuletzt jeden zweiten Tag 2 ccm injizierte. Auch die Menses haben mich nicht gezwungen, die Olobintin-, wohl aber die Gono-Yatren-Injektionen für diese Tage auszusetzen.

Zum Schluß möchte ich nicht verfehlen, auf den Unterschied zwischen provozierender-negativer und mehr heilender Phase auch in der Reiztherapie anderer als nur gonorrhöischer Affektionen hinzuweisen, und sei es nur, um die Reize bei mehr akuten gegenüber solchen bei chronischen Erkrankungen abzustufen zu helfen.

Behandlung akuter Darmaffektionen mit Adsorgan.

Von Dr. ERNST SILBERBERG, Breslau.

Zur Beseitigung der Fäulnis- und Gärungsprodukte aus dem Intestinaltraktus werden schon seit langer Zeit Kohlepräparate verwendet. Die therapeutische Wirkung der Kohle ist bekanntlich in erster Linie eine Adsorptionswirkung. Es hat sich jedoch sowohl im experimentellen Versuch als auch in der Praxis gezeigt, daß die verschiedenen Kohlesorten, besonders wenn die einzelnen Teilchen möglichst klein sind, zwar eine gute Adsorptionswirkung entfalten, daß sie jedoch nicht imstande sind, pathogene Bakterien abzutöten und sonstige im Magen-Darmtraktus befindliche Schädlichkeiten zu beseitigen.

Den Arbeiten Bechholds verdanken wir die sogenannten „metallisierten Adsorbentien“. Hierunter hat man solche Stoffe zu verstehen, die zur Erhöhung der Adsorptionswirkung einerseits und zur Vernichtung der Bakterien und Unschädlichmachung giftiger Produkte andererseits mit einem Metallüberzug versehen sind. Die Wirkung dieser Körper ist also eine doppelte: die im Intestinaltraktus befindlichen Krankheitserreger werden zunächst adsorbiert und dann infolge des Metallgehaltes allmählich abgetötet oder doch wenigstens in ihrer Entwicklung gehemmt.

Bechhold prüfte zahlreiche derartige Präparate im Institut für Kolloidforschung zu Frankfurt a. Main und fand, daß es nicht möglich sei, durch ein einziges Adsorbens optimale Wirkung zu erzielen. Er stellte daher verschiedene Kombinationen besonders wirksamer Adsorbentien her, von denen sich das Adsorgan als das hinsichtlich seiner Zusammensetzung und Wirkung zweckmäßigste erwies.

Adsorgan besteht zu 40% aus Chlorsilber-Kieselsäure-Gel (Silargel), einem der wirksamsten von Bechhold untersuchten Adsorbentien, das die pathogenen Bakterien praktisch vollständig abgetötet und auch Toxine und schädliche Stoffwechselprodukte gut adsorbiert, während es die physiologisch wirksamen Fermente, wie Pepsin und Trypsin, nur ganz minimal adsorbiert. Ferner enthält das Adsorgan 10% Silberkohle (Argocarbon), die nach den Feststellungen Bechholds besonders Dysenterietoxin gut adsorbiert. Im übrigen enthält das Adsorgan ein Gemisch aus Kakao, Zucker und Geschmackskorrigentien und kommt in granulierter Form in den Handel.

Adsorgan wurde bereits wiederholt klinisch erprobt, wobei sich die auf Grund der experimentellen Feststellungen an das Präparat zu stellenden Anforderungen weitgehend erfüllten. Ich persönlich konnte mich im Laufe von vielen Monaten an Hand zahlreicher von mir beobachteter Patienten von der ausgezeichneten Wirkung des Adsorgan bei akut infektiösen Darmerkrankungen überzeugen. Die folgenden Auszüge aus einigen Krankengeschichten geben am besten ein Bild von dem therapeutischen Effekt des Mittels:

Fall I: Kind L., 7 Jahre, leidet an akut einsetzenden, mit hohem Temperaturanstieg (41°) einhergehenden Darmintoxikationen. Es bestehen Erbrechen mit Durchfällen, Druckschmerzhaftigkeit im Abdomen und allgemeine Schwäche. Nach Eingabe von viermal täglich einen gehäuften Teelöffel Adsorgan verschwinden die Durchfälle nach einem Tage, Nachlassen der Schmerzen, Absinken der Temperatur zur Norm.

Fall II: Kind N., 8 Jahre, Schmerzen im Leib, Temperatur 40,5°, Erbrechen nach Genuß von rohem Obst, kolossal fäkulente Stuhlentleerung, aufgeblähter Leib mit starker Schmerzhaftigkeit und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Nach Einnehmen von Adsorgan, fünfmal täglich einen gehäuften Teelöffel, Besserung am nächsten Tage mit Nachlassen der Beschwerden der Temperatur.

Fall III: Kind D., 4 Jahre, Schmerzen im Leib, sehr starke Durchfälle, Temperatur 39,5°, völlige Appetitlosigkeit. Die Untersuchung ergibt: Leichte Rötung im Halse und stark geblähter Leib. Nach Eingabe von viermal täglich einen gehäuften Teelöffel Adsorgan Sistieren der Diarrhöen, Entleerung von breiartigen Stuhlmassen und Nachlassen der Schmerzen.

Ich könnte noch eine Anzahl Fälle von akuten Darmaffektionen erwähnen, bei denen ich mich von der ausgezeichneten Wirkung des Adsorgan überzeugen konnte. Meist handelte es sich um leichtere Fälle von Magen-Darmerkrankungen, z. B. nach dem Genuß rohen Obstes, ferner um Intoxikationen unklarer Ätiologie, verbunden mit starken Diarrhöen. Kindern gab ich 4 bis 5 Teelöffel Adsorgan täglich, wodurch bereits am nächsten Tage die Zahl der Entleerungen geringer wurde. Auch die Temperatur fiel bald zur Norm ab, und der Stuhl nahm allmählich feste Form an. Wegen des angenehmen Kakaogeschmackes wurde das Adsorgan von den Kindern gerne genommen.

Natürlich kann man von einem derartigen Mittel keine plötzliche Wirkung verlangen. Es ist eben kein Stopfmittel, sondern wirkt ätiologisch, indem es durch Adsorption und Desinfektion die Schädlichkeiten aus dem Magendarmkanal beseitigt.

Nach meinen Beobachtungen und Erfahrungen ist das Adsorgan ein ausgezeichnetes und zuverlässiges Darmdesinfiziens, das wegen seiner zuverlässigen und nachhaltigen Wirkung bei akut entzündlichen Darmstörungen gute Dienste leistet.

Beitrag zu dem kombinierten Schlafmittel Indonal.

Von Dr. med. HEINZ ESSER, Baden-Baden.

Unser Arzneimittelschatz verfügt über eine große Anzahl von Schlafmitteln. Der vorhandene Bestand wird durch weitere Beobachtungen und Erfahrungen sowie durch neue Produkte der chemischen Industrie mehr und mehr vergrößert. Unter vielen, schlechten und rechten, Schlafmitteln hat man die Wahl, die bei der großen Anzahl manchmal sehr schwer ist. Hat sich das eine oder andere bewährt, so wird man doch manchmal nicht umhin können, mit einem anderen zu wechseln, dies um so mehr, als eine Reihe von Schlafmitteln für viele Patienten wenig verträglich ist. Außerdem ist die Wirkung der verschiedenen Hypnotika eine rein individuelle. Man kann oft die Beobachtung machen, daß Schlafmittel, die bei einem zum Erfolge führen, beim anderen eine geringe oder fast gar keine Wirkung haben. Andererseits ist es genügend bekannt, daß die Kranken sehr oft am nächsten Tage nach den eingenommenen Schlafmitteln unter den Folgen des genossenen Narkotikums leiden.

Es ist daher nicht so einfach, ein Narkotikum als ideales Schlafmittel bezeichnen zu können. Dazu muß es folgenden Grundbedingungen genügen: es muß

1. unschädlich sein,
2. einen ruhigen, tiefen Schlaf erzeugen,
3. darf es keine üblen Nachwirkungen haben.

Diese Bedingungen erfüllt meines Erachtens ein Schlafmittel, das ich seit längerer Zeit anwende und das infolge seiner idealen Beschaffenheit erwähnt zu werden verdient. Das ist das Hypnotikum Indonal-Bürgi, das nach den wissenschaftlichen Angaben von Prof. Bürgi hergestellt wird.

Das Indonal ist eine die Cannabis indica enthaltende Hypnotika-kombination, wozu ich noch folgendes sagen möchte:

Bei den Orientalen ist die Cannabis indica oder auch Haschisch ein bekanntes und beliebtes Genußmittel, womit man Rauschzustände erzeugen kann. Es hat narkotische Eigenschaften, denen aber ein Rauschzustand mit Illusionen und Halluzinationen vorangeht. Die Funktionen des Großhirns werden angeregt, ebenso Gedächtnis, Intellekt und Vorstellungskraft. Jedoch sind diese Wirkungen zu heftig, als daß sich die Cannabis indica in reiner Form therapeutisch verwenden ließe.

Um nun das Wertvolle der Pflanze auszunutzen, versuchte Prof. Bürgi die wertvollen Eigenschaften der Cannabis indica durch geeignete Kombination mit anderen Schlafmitteln zur Geltung zu bringen und gleichzeitig ihre schädlichen Wirkungen zu unterdrücken. Er ging von der öfters gemachten Beobachtung aus, daß die an und für sich erregende Wirkung einer Arzneidosis bei Kombination mit einem lähmenden Medikament die Lähmung erheblich verstärkt. So kombinierte er Cannabis indica mit dem bekannten Veronal und konnte durch zahlreiche experimentelle Beobachtungen feststellen, daß der Veronalschlaf erheblich vertieft wurde, ohne daß das geringste Erregungsstadium auftrat. Auch die Kombination mit anderen Schlafmitteln, wie Morphin, Urethan, Medinal usw., bewies die Richtigkeit der Annahme. Jedoch erfüllte am idealsten die Kombination mit Veronal, und zwar in einer von der Firma Dr. Fresenius, Frankfurt a. M., unter dem Namen Indonal herausgegebenen Verhältniszahl.

Ich wendete das Präparat in zahlreichen Fällen von Schlaflosigkeit verschiedenster Ätiologie an und konnte folgendes zu meiner Zufriedenheit feststellen: Die Patienten versinken in einen ruhigen tiefen Schlaf ohne unangenehme Traumzustände und erwachen morgens frisch und wohl ausgeschlafen.

Auch bei Schmerzzuständen verschiedenster Art, wie bei inoperablen Magen- und Oesophaguskarzinomen, sowie bei sehr schmerzhaften Neuralgien gab ich mit gutem Erfolg Indonal.

Hervorheben möchte ich noch, daß durch Kombination der Cannabis indica mit Veronal einerseits die narkotische Veronalwirkung erheblich verstärkt wird, während andererseits von beiden Substanzen weniger Mengen erforderlich sind.

Zusammenfassend kann ich sagen, daß wir in dem Indonal ein aus Cannabis indica und Veronal kombiniertes Schlafmittel haben, das den idealen Anforderungen entspricht, als praktisch unschädlich betrachtet werden kann und in unseren Arzneimittelschatz aufgenommen zu werden würdig ist.

Behandlung juveniler Warzen.

Von Dr. PAETZ,

Deutsche Privatklinik und Apotheke Peping (China).

Die lokale Behandlung juveniler Warzen ist oft zeitraubend und erfolglos. Sehr oft sieht der Arzt, wenn er mühsam eine Warze chemisch oder manuell entfernt hat, an einer anderen Stelle neue Warzen hervorschießen. Die Multiplizität läßt eine interne Krankheitsursache vermuten. Arsen und Jodquecksilberpräparate werden innerlich empfohlen. Regelwidrige Fäulnisvorgänge im Darm lassen Reizstoffe ins Blut übertreten (vielleicht aus Eiweiß her stammende Verbindungen). Diese Fäulnis beheben, heißt zugleich die Warzen zum Verschwinden bringen. Yoghurtmilch zeigt einen prompten Erfolg. Die Milchsäurebakterien, die mit der Milch in großer Menge aufgenommen werden, überwuchern die entarteten Kolibakterien im Darm. Recht wirksam ist auch Blutaflor (Kultur isolierter reingezüchteter [sogenannter normaler] Kolibakterien). Das Präparat das vorzügliche Dienste bei habitueller Verstopfung leistet, wo alle übrigen Präparate versagen, ist etwas teuer.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Verantwortl. | Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Schriftleitung: | Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin - Steglitz, Lindenstraße 20

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten angeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bittet wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich.....3.50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn.....2.90 Pengö
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei.....17.00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

Jugoslawien.....30.— Dinare
Holland.....1.45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz.....3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien.....2.15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien.....11.— Lire
Polen.....5.20 Sloty
Amerika.....jährlich 2.35 Dollar
Für alle anderen Länder.....2.40 Rmk.

NUMMER 24.

BERLIN, DEN 29. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

STOVARSOL

(Oxy-acetyl-amino-phenylarsinsäure)

Das innerliche Praeventiv- und Heilmittel gegen Lues

(Therapeutisch am besten in Verbindung mit den bisherigen Methoden)

Specificum gegen Rückfallfieber (Spirochaeta-Obermeier et Duffoni)

Weitere Indikationen: Amöbiendysenterie, Malaria tertiana, Framboesie, Plaut-Vincentische Angina, andere Spirochaetosen

Dosierung: Höchstdosis für einen Erwachsenen: 4 Tabletten pro Tag unter Kontrolle des Arztes

Packungen: Flaschen mit 14 Tabletten à 0,25 und mit 28 Tabletten à 0,25, Klinikpackung mit 50 gr. in Tabletten à 0,25

Literatur auf Anfrage.

Stovarsol wird nur auf ärztliche Verordnung abgegeben und angewandt!

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
„SPECIA“

Marques „Poulenc Frères“ et „Usines du Rhône“, 86, rue Vicille du Temple, Paris III.
Generalvertrieb: Theodor Traulsen, Hamburg 23, Wandsbeker Chaussee 64

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

- Dr. med. Karl Mathé (Assistent der Univ.-Ohren-
klinik Königsberg i. Pr. [Direktor: Geh.-Rat
Stenger]): Die Erkrankungen der Nase und ihrer
Nebenhöhlen 963
- Johann Susmann Galant, Moskau: Das
Farbenhören in der Kunst und in der Psychiatrie 965

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Lite-
ratur des In- und Auslandes 966

Referate nach Fachgebieten:

- Augenheilkunde 972
- Bakteriologie und Serologie 972
- Chirurgie und Orthopädie 973
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe 974
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 979
- Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 980
- Hygiene 982
- Infektionskrankheiten 982
- Innere Medizin, Tuberkulose 983
- Kinderheilkunde 989
- Mund- und Kiefererkrankungen 991
- Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 992
- Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische
Anatomie 994
- Psychiatrie und Nervenheilkunde 998
- Psychologie und Psychopathologie 1000
- Soziale und gerichtliche Medizin 1001

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik
und -therapie 1001

Neu erschienene Bücher 1004

Arbeiten über pharmazeutische Präparate:

Dr. Oskar und Dr. Hans-Oskar Schäfer,
Berlin: Schonungstherapie bei Ulcus ventriculi und
Ulcus duodeni 1007

Aus dem ärztlichen Laboratorium der Preussischen Hochschule
für Leibesübungen in Spandau:

Med.-Rat Prof. Dr. Joh. Müller: Einige Beobach-
tungen über Anwendung von Calcipot bei Leibes-
übungen 1107

Aus der experimentell-biologischen Abteilung des Patho-
logischen Instituts der Universität Berlin:

M. Tennenbaum: Vitaminanreicherung durch
Ultraviolettlichtbestrahlung in Nährpräparaten aus
Blut und Malz 1009

Dr. Bonnin, Berlin: Beiträge zur Therapie der
Hyperhidrosis 1011

Dr. K. Hillebrecht, Rodewald in Hannover:
Meine Erfahrungen mit Yatren bei Dysenterie und
dieser ähnlichen Darmerkrankungen 1012

M. U. Dr. Josef Mautner, Prag: Ueber die Be-
deutung der Strontiums in der Therapie der rheu-
matischen Erkrankungen 1012

Dr. Alfred Karsten, Berlin: Milch und ultra-
violette Strahlen 1013

J

UNICOSAN

JUNIPUR - LICHTENHELDT mit KAL. SULFOGUAJACOL

doppelwertiges, billigstes Expectorans und Reorganisations-Präparat

bewährt bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane einschl. Tuberkulose

Literatur: Mediz. Welt Berlin Nr. 30/1927, Dtsch. Aerzteztg. Berlin Nr. 157/1929 u.
Nr. 170/1929, Mediz. Wchschr. Wien Nr. 27/1929, Pharm. Ztg. Berlin Nr. 66/1929

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH (Thür. Wald)

**Für Kassen-
und Privat-Praxis**

K.-P. 1,45 RM

P.-P. 1,75 RM

Bad Neuenahr / Zuckerkranken
erhalten Prospekt durch Sanatorien — Dr. KHz.
Das ganze Jahr besucht.

Privat-Erholungsheim Haus Gymnastik-Schule
für Kinder und Frehsinn für Erwachsene
junge Mädchen 500 m. ü. M.
• Friedrichroda in Thür. •

Kindersanatorium Dr. Rohr
Wilhelmshöhe bei Kassel
Mittlere Höhenlage, in unmittelbarer Nähe vom Schlaf-
und Habichtswald. / Ganzjährig geöffnet. / Uebernacht.

Bad Freienwalde a.O.
Sanatorium für Nervenkranken
Dr. E. Zenker
Nervenarzt

Waldsanatorium Arosa

Schweiz. 1850 m ü. M. erstklassige Heilstätte für Lungenkrankheiten u. chirurg. Tuberkulose. Pension von
Fr. 20, Winter Fr. 22. (Zimmer. 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, ärzt. Behandlung, Bäder,
Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische und betriebstechn. Einrichtungen. In allen
Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser. Appartements u. Einzelzimmer m. Bad.
Toilette. Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements.
Chefarzt Geh. San.-Rat Dr. Römisch
Hausarzt: Dr. Hartmann. Neuer illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 24

BERLIN, DEN 29. NOVEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

ORIGINALIEN.

Die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Von Dr. med. KARL MATHE

(Assistent der Univ.-Ohrenklinik Königsberg i. Pr. [Direktor:
Geh. Rat Stenger]).

In einem kurzen Referat über dieses Thema läßt sich nur das Wichtigste bringen. Ich werde deshalb hier auf das, was für den praktischen Arzt besonderes Interesse hat, näher eingehen. Das übrige soll von mir nur gestreift werden.

Ekzeme des Naseneingangs sehen wir bei Kindern, die an exsudativer Diathese leiden. Hier muß vor allem Wert auf die allgemeine Behandlung durch Diätvorschriften gelegt werden (bei mastösen Kindern wird die Milchzufuhr eingeschränkt, heruntergekommene Patienten bekommen reichlich Fleisch und Eier, wenig Mehlspeisen). Beide Erkrankungsformen müssen viel Gemüse und Obst haben und mit Sonne — auch künstliche Höhensonne kann man anwenden — behandelt werden. Wenn möglich sollten die Kinder an die See, ins Gebirge oder in Soolbäder geschickt werden.

Nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen treten Dermatitis am Naseneingang auf. Meist besteht dann eine lange anhaltende Absonderung aus der Nase, wie wir sie als Symptom der chronischen Rhinitis oder einer Erkrankung der Nebenhöhlen finden. Es empfiehlt sich, bei jeder Hauterkrankung des Naseneinganges das Naseninnere einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen, und wird dort eine mit vermehrter Absonderung verbundene Krankheit gefunden, diese zur Heilung zu bringen. Dann wird die Entzündung der Haut entweder von selbst oder durch Salbenbehandlung schnell abheilen. Haben sich Krusten gebildet, so weicht man diese durch Wattebäuschchen, die mit warmem, reinem Olivenöl getränkt sind, auf. Sind die Krusten entfernt, genügt meist Zinksalbe, die man auf einem Wattetampon mit einer Nasenpinzette einträgt. Den Tampon läßt man im Naseneingang liegen und hält ihn mit einer Nasenschleuder fest oder man bestreicht die kranken Stellen nur mit der Salbe. In hartnäckigen Fällen ist eine Salbe aus Jodol 1,0, Acid. boric. 2,0, Lanolin 10,0, Ol. provinc. q. s. u. f. pasta mollis zweimal täglich auf die erkrankten Stellen aufzutragen. Auch Sulfanthrensalbe, einmal täglich angewandt, ist von Nutzen. Manchmal wirkt auch die rote Präzipitatsalbe gut. Dann handelt es sich meist um Impetigo contagiosa.

Werden wir eines akut auftretenden Ekzems nicht Herr, so müssen wir an eine primäre Nasendiphtherie, die von manchen auch Rhinitis fibrinosa genannt wird, denken. Wir finden dann Krustenbildung am Naseneingang. Im Naseninneren ist die Schleimhaut mit bräunlichen Belegen überzogen. Die Nasengänge sind mit eitrigen Sekret gefüllt. Von der ernster zu beurteilenden Form der Diphtherie unterscheidet sie sich durch das Fehlen von Allgemeinsymptomen. Löffler'sche Bazillen werden jedoch gefunden. Wahrscheinlich sind sie nicht so virulent wie bei der schweren Abart, bei der Fibrinauflagerungen im Rachen oder Kehlkopf selten fehlen. Innerlich gibt man in solchen Fällen Jodkali. Die Nase wird mit Borsalbe behandelt. Ob man eine spezifische Behandlung einleiten soll, muß nach dem Allgemeinbefund entschieden werden.

Finden sich im Naseninneren, dort wo äußere Haut und Nasenschleimhaut im Nasenvorhof zusammentreffen, Krusten und Borken und klagen die Patienten über Jucken, Spannungsgefühl und Schmerzen in der Nase, so liegt meist eine Rhinitis sicca anterior vor. Es handelt sich um eine Rhinitis atrophicans, bei der es nach

Atrophie der Schleimhaut zur Epidermisierung derselben kommt. Vor allen Dingen ist es nötig, daß die Patienten Bohren und Kratzen mit den Fingernägeln unterlassen, damit es nicht zu weiteren Schädigungen und letzten Endes zu einer Septumperforation kommt. Nach Siebenmann wird täglich Salbenbehandlung mit Hydrarg. oxyd. flav. 0,2, Vaseline 10,0 für längere Zeit empfohlen. Sowohl bei der zuletzt erwähnten Erkrankung als auch bei den Ekzemen beobachten wir oft Rhagaden- und Erosionsbildung. Hierbei ist eine besonders sorgfältige Behandlung durch Aetzungen mit 2 bis 10% Argentum-nitricum-Lösung, die alle 1 bis 3 Tage vorzunehmen sind, und durch indifferente Salben, am Platze, da solche Verletzungen die Eingangspforten für den Erysipelserreger sein können.

Ähnlich der Wundrose durch Infektion von der Haut aus entstehen durch Eindringen von Staphylokokken in die Ausführungsgänge der Haarbalg- und Talgdrüsen die Nasenfurunkel. Häufig sitzen sie versteckt unter der Nasenspitze im Vestibulum und sind nur durch Anwendung eines Nasenrachenspiegels zu entdecken. Die Furunkel dieser Gegend sind wie die übrigen des Gesichtes möglichst konservativ mit Wärme (Solluxlampe, Kohlenfadenlampe, Leinensamenumschläge) und Einlegen von Tampons, die mit 5 bis 10% Lösung von essigsaurer Tonerde getränkt sind, zu behandeln. Nach Einschmelzung ist eine Stichinzision indiziert. Dem Patienten ist jede Manipulation, wie Drücken und Kratzen am Furunkel, zu verbieten, da es über eine Thrombophlebitis der Gesichtsvenen und des Sinus cavernosus zur Meningitis kommen kann.

Ehe ich zu der Besprechung der Erkrankungen des Naseninneren übergehe, muß ich einige Bemerkungen über die Physiologie desselben vorausschicken. Zwei Hauptaufgaben hat die innere Nase zu erfüllen. Sie dient zur Reinigung und Anfeuchtung der Luft und ist Geruchsorgan. Dank der durch die Nasenmuscheln bedingten großen Oberfläche und der gefäßreichen Schwellkörper in diesen ist sie zu ersterem besonders geeignet. Die Einatemluft dringt in die Nasenlöcher ein und biegt dann, wie experimentell festgestellt wurde, nach oben um. Sie umstreicht besonders die mittlere und obere Muschel und den diesen Teilen gegenüberliegenden Septumabschnitt. Zuletzt gleitet der Atemstrom wieder nach unten und verläßt die Nase in den Choanen. Auf diesem Wege berührt die Luft die Regio olfactoria, wie man die mit dem spezifischen Sinnesepithel versehenen Teile der oberen und mittleren Muschel und die entsprechenden Septumabschnitte bezeichnet. Ueber die Bahn, die die Expirationsluft nimmt, besteht noch keine Klarheit, wahrscheinlich schlägt sie den Weg ein, der auch bei der Einatmung bestrichen wird.

Der normale Verlauf der Atmung kann nun durch die verschiedensten Hindernisse gehemmt werden.

Wir kennen die strang- und bandartigen Verlegungen der Nase, die Synechien. Sie sind meist die Folge von intranasalen Eingriffen, wie Kauterisationen und gleichzeitigen Operationen an gegenüberliegenden Teilen des Naseninneren. Auch nach Verletzungen werden sie beobachtet. Ulzerationen bei Lupus, Lucs und Diphtherie können mit Verwachsungen abheilen. Eine Beseitigung der anatomischen Anomalien ist nur dann indiziert, wenn tatsächliche Beschwerden vorhanden sind. Sei es, daß die Nasenatmung erschwert ist oder daß das Geruchsvermögen nachläßt oder daß Neigung zu Rachen- und Tubenkatarrhen und zu Entzündungen der tieferen Luftwege entstanden ist. Dann muß man die Hindernisse weitgehend exzidieren. Erneute Verwachsungen können durch tägliche Nachbehandlung mit Kokain-Adrenalin spray (Kokain 5,0, Aq. 100,0, Solut. Adrenal. hydrochlor. (1/1000 gtt; 100 = 5,0)

und durch tägliches Einschieben von mit Paraffin getränkten Kartenblattstreifen zwischen die Wundflächen verhindert werden.

Flächenförmige Abschlüsse der Nase nennen wir Atresien. Sie sind bei weitem am häufigsten auf dieselben Vorgänge zurückzuführen wie die Synechien. Aber auch kongenital kommen sie vor. Dann handelt es sich meist um Choanalverschlüsse. Therapeutisch muß ebenso vorgegangen werden wie bei den strangförmigen Verwachsungen. Knochenbrücken werden mit dem Meißel oder mit der Säge entfernt. Bei Entfernung von Choanalatresien geht man am besten nach v. Eicken vor. Die Operation beginnt mit der submukösen Septumresektion nach Killian. Hierbei nimmt man außer dem sonst üblichen Knochen- und Knorpelgerüst den Vomer vollkommen und einen Teil der Lamina perpendicularis des Siebbeins fort. Nun wird die Schleimhaut von dem knöchernen Choanalverschluß abgeschoben. Der Knochen wird mit Meißel und Stanze soweit weggenommen, daß die Öffnung nach dem Nasenrachenraum weit ist. Nachdem man nun noch den Schleimhautvorhang, der Nasengänge und Nasenrachenraum trennt, mit einem Conchotom entfernt hat, wird tamponiert. Der hintere Teil des Septums muß fortgenommen werden, um erneute Verwachsungen zu verhindern.

Während es sich bei den eben besprochenen Verlegungen der Nase meist um solche nach Eingriffen oder nach entzündlichen Erkrankungen handelt, soll jetzt die Rede von ausgesprochenen Wachstumsanomalien sein. Die Nasenscheidewand der meisten Menschen ist nicht vollkommen ebenmäßig gebaut. Bestehen grobe Abweichungen von der Mittellinie, so wird die Nasenatmung erschwert, und es kann zu Folgeerscheinungen, wie sie oben beschrieben sind, kommen. Die Veränderungen an dem Septum können mannigfaltig sein. Weicht es von der Mittellinie ab, so spricht man von einer Deviation. Ist das Septum nur an einer Stelle oder im Verlauf einer Linie verdickt, so nennt man die Auswüchse Spörn (Spina) oder Leiste (Crista). Eine konservative Behandlung hat hier keinen Erfolg. Bei einzelnen Spinen genügt es, wenn man nach Säubern der Nase mit 70% Alkohol in Lokalanästhesie mit Meißel oder Säge dieselben entfernt und danach die operative Seite mit Jodoformgaze für zwei Tage tamponiert. Die Anästhesie erreicht man durch Watteeinlagen, die mit 5% Kokainlösung getränkt sind. Der Kokainlösung ist, um die Blutung auf das geringste Maß herabzudrücken, etwas Solut. Adrenalin hydrochlor. beizusetzen. Danach kann man, um die Wirkung zu verstärken, unter die Schleimhaut einige Kubikzentimeter $\frac{1}{2}$ - bis 1prozentige Novokainlösung, der ebenfalls etwas Adrenalin beigelegt wurde, spritzen. Nach 5 bis 10 Minuten ist das Operationsgebiet unempfindlich. Cristen und Deviationen werden am besten submukös reseziert. Wir gehen dabei nach der Killianschen Anweisung vor. Nachdem auf einer Seite im Vestibulum die Schleimhaut über dem Septum durch einen von vorn oben nach hinten unten verlaufenden Schnitt durchtrennt ist und der Schnitt auch den unter den Schleimhaut liegenden Knorpel gespalten hat, ohne die Schleimhaut der anderen Seite zu verletzen, löst man die Mukosa beider Seiten von dem Knorpel und Knochen der Scheidewand sorgfältig ab. Der deformierte knöcherne und knorpelige Teil des Septums wird mit einem Knorpelmesser, mit dem Meißel und mit Zangen entfernt. Durch Tamponade beider Nasenöffnungen für zwei Tage erreicht man, daß die beiden zurückbleibenden Schleimhautblätter aneinander kleben und meist glatt miteinander verheilen. Sind die Veränderungen der Nasenscheidewand nicht durch Wachstumsanomalien, sondern durch Traumen entstanden, so ist die Operation oft durch Verwachsungen erschwert.

Da es in den meisten Fällen von frischer Nasenverletzung möglich sein wird, die Nase wieder in ihre alte Form zurückzuführen und dadurch die normale Atmung zu erhalten, will ich kurz angeben, wie man mit einer frakturierten Nase verfährt. Im Chloräthylrausch drückt man mit einer Kornzange oder mit einem langen Killianschen Spekulum die gebrochenen Teile in ihre alte Lage zurück und fixiert sie durch Jodoformgazetamponade. Schon am nächsten Tage sollte die Gaze herausgenommen oder wenigstens gewechselt werden, um aufsteigende Infektionen zu verhüten. Kommt es gelegentlich einer Nasenverletzung zu starkem Nasenbluten, so wird man fest tamponieren müssen.

Da die Behandlung der Epistaxis eine für den praktischen Arzt wichtige Frage ist, will ich näher auf sie eingehen. Kommt ein Nasenbluter zum Arzt, so wird man zuerst beruhigend auf ihn einwirken müssen. Wie jede andere Blutung, so regt auch

die aus der Nase den Patienten stark auf. Medikamentös sollte man nur im Notfall und dann mit Pantopon eingreifen. Nun muß man versuchen, die blutende Stelle zu finden. Dazu ist eine sorgfältige Anästhesierung der Nase mit 5- bis 10%iger Kokain-Adrenalinlösung nötig. Sind keine raumbeengenden Hindernisse in der Nase vorhanden, so wird man die Wunde bald gefunden haben. Meist sitzt sie am Locus Kiesselbach, also vorn unten am Septum. Wird die Blutung hinter einem verbogenen Septum vermutet, so kann die submuköse Septumresektion nötig werden. Sieht man die blutende Stelle, so legt man nochmals einen Kokain-Adrenalinintampon auf und ätzt sie nach 5 Minuten mit einer Chromsäureperle, die man dadurch herstellt, daß man einen glühenden Draht in ein Gefäß mit Chromsäurekristallen steckt. Nach dem Herausziehen des Drahtes haften einige Kristalle an ihm. Diese werden in der Flamme angeschmolzen. In der Nase zurückbleibende überschüssige Chromsäure wird durch Aufblasen von Natr. bicarbonic. neutralisiert. Der galvanische Flachbrenner kann ebenfalls zur Blutstillung verwandt werden. Mit ihm werden die Läsionen verschorft und in ihrer Umgebung die zuführenden Gefäße verodet.

Zur Tamponade, sowohl zur vorderen als auch zur hinteren, soll man sich nur im Notfall entschließen und dann auch nur für 24 Stunden, da die Gefahr der Ohrinfektion eine sehr große ist. Die vordere Tamponade wird sich häufig durch Aetzung der blutenden Stelle vermeiden lassen. Besteht eine Blutung im Epipharynx, wird man ohne die hintere nicht auskommen. Durch einen unteren Nasengang wird das Bellocquiesche Röhrchen nach dem Pharynx geschoben. Ein Kugeltampon wird kreuzweise mit zwei starken Fäden umschnürt. Die etwa 40 cm langen Fäden befestigt man an dem Draht des Bellocque. Indem man den Draht mit den Fäden durch den unteren Nasengang fest nach vorn zieht, fixiert man den Tampon im Nasenrachenraum. Ein vor das eine Nasenloch gedrückter und von den Fäden eingebundener Gazetupfer verhindert das Zurückgleiten des Rachtampons. Nach der Blutstillung ist der Patient mit dem Kopfende hoch zu lagern. Er hat eine Eisblase in den Nacken zu bekommen. Für leichten Stuhlgang muß gesorgt werden. Zweckmäßig gibt man Kalk in irgendeiner Form: Calc. lact.-Kompressen 0,5, Kalzan oder anderes mehr dreimal täglich. Bei der vorderen Tamponade verwendet man entweder Jodoformgazestreifen, die vorher mit Zinksalbe bestrichen werden. Um ein Verschieben des Tampons in den Nasenrachenraum zu verhindern, schiebt man den Anfang des Streifens zwischen Septum und mittlere Muschel nach oben. Eine Lage soll dann im unteren Nasengang nach hinten gebettet werden. Nun wird die Nase besonders dort, wo die Blutung herkommt, fest ausgestopft. Liegt keine Blutkrankung (Hämophilie, Leukämie, Anämie, Purpura) und keine Erkrankung mit erhöhtem Blutdruck (Nephritis, Arteriosklerose, Vitium cordis) vor, so wird die Blutung zu stillen sein. Andernfalls müssen die Hauptleiden angegriffen werden. Man gibt bei gehemmter Gerinnungsfähigkeit Rinder Serum bis 10 ccm oder 2 ccm Hämoplastin (Purke, Davis & Co.). Ein- bis zweimal Clauden, Pituglandol und Ergotin subkutan kann helfen. Gelatine und 5 ccm Kochsalz (5%) oder Calc. chloratum intravenös wirkt gut. Bei Hypertonie ist manchmal als letztes ein Aderlaß von Erfolg. Man kann bis 500 ccm ablassen.

Besonders unangenehm empfindet der Patient die akute Entzündung in der Nase, die Koryza. Die Fülle der gegen sie angegebenen Medikamente ist ein Zeichen dafür, daß das wahre Mittel noch nicht gefunden ist. Schwitzpackungen, Kopfbäder bis zu $\frac{1}{2}$ Stunde, Einblasungen in beide Nasenlöcher von Silargel und Kalkgaben per os in irgendeiner Form können von Nutzen sein.

Während die akute Koryza meist die Folge einer „Erkältung“ ist, entsteht die chronische Entzündung in der Nase durch dauernde äußere oder innere Reize. Luftverunreinigungen jeder Art, übermäßiger Tabak- oder Alkoholgenuß, chronische Erkrankungen, die zu Kongestionen führen können, wie Herz- und Nierenleiden und Obstipationen, sind hier anzuführen. Verlegungen der Nasenwege können dadurch zu chronischen Veränderungen führen, daß es durch die vermehrte Atemtätigkeit, die angewandt werden muß, um den Organismus mit dem nötigen Sauerstoff zu versorgen, zu einem negativen Druck in der Nase und dadurch zum Ansaugen von Lymphe und Blutflüssigkeit in den Muscheln kommt. Meist klagen die Patienten über „Stockschnupfen“. Besonders nachts ist die Nasenatmung verlegt. Oft ist auch immer nur das Nasenloch der

Seite luftundurchgängig, auf der die Kranken liegen. Außer den oben besprochenen Folgen einer erschwerten Nasenatmung, kann bei Verdickungen der unteren Muschel der Ausführungsgang des Tränennasenkanals, der im unteren Nasengang mündet, verschlossen werden. Es kann so zu Tränenträufeln, zu Dakryosistiden und zu Konjunktivitiden kommen. Einfache Schwellungszustände in der Nase, die Rhinitis chronica simplex, werden meist bei Sistieren der Noxe und durch konservative Maßnahmen, wie Behandlung mit Schnupfpulver (Menthol, 0,1 Natr. bicarb., Sacch. lb. aa 5,0) verschwinden. Ist das nicht der Fall, so wird man einen Versuch mit Aetzungen mit 10- bis 20prozentiger Trichloressigsäure anstellen. Bleibt auch dann der Erfolg aus, so kommt nur die Austistik in Frage. Hier wird man gern die sogenannte Kalt-austistik, d. h. die Thermokoagulation, wie sie durch die Anwendung des Diathermieapparates möglich gemacht wird, benutzen. Sie koagulierte das berührte Gewebe und ruft nur geringe Reaktionen hervor. Bei der hyperplastischen Form der Rhinitis, bei der es, wie der Name sagt, zu Gewebsneubildungen kommt, müssen die überflüssigen Muschelteile entfernt werden. Unter Lokalanästhesie werden sie mit der Schere, wenn sie gleichmäßig verteilt sind, oder mit der kalten Schlinge nach Krause, wenn sie an einzelnen Muschelteilen wie den vorderen oder hinteren Enden sitzen, entfernt. Man muß sich hüten, zu viel Weichteile aus der Nase oder gar große spongiöse Muschelstücke zu entfernen. Ist einmal zu viel weggenommen worden, so kann sich nämlich eine atrophische Rhinitis atrophicans und später eine Ozaena mit ihren primierenden Symptomen entwickeln.

Ueber die sonstigen Ursachen der Ozaena sind die verschiedensten Theorien aufgestellt worden. Bisher sind alle Ansichten nur Theorien geblieben. Wir wissen nur, daß es zu atrophischen Störungen in der Schleimhaut, den Schwellkörpern und selbst dem Knochengebiet kommt. Gleichzeitig wird eine Gewebismetaplasie beobachtet. Das Zylinderepithel der Nasenschleimhaut wandelt sich in Plattenepithel, das Neigung zur Verhornung zeigt, um; Drüsen und Gefäße verschwinden. Dafür wird Bindegewebe neu gebildet. Das Sekret trocknet in der Nase leicht ein und bildet Krusten und Borken, die durch reichlich entstehende Zersetzungsprodukte einen oft unausstehlichen Geruch an sich haben. Die Therapie wird vor allem darauf bedacht sein, den Patienten von dem üblen Geruch zu befreien, den er selbst meist nicht bemerkt, da auch die Riechschleimhaut gelitten hat, der ihn jedoch gesellschaftsunfähig macht. Durch regelmäßige Nasenspülungen können die Beschwerden gemindert werden. Die Eingriffe an der Nase müssen mit Vorsicht durchgeführt werden, da sonst leicht Mittelohrinfektionen auf dem Wege durch die Tuba Eustachii entstehen können. Besonders ist darauf zu achten, daß die Patienten während der Spülung das Schlucken vermeiden. Durch einfache Gazestreifentamponade der Nase nach Gottstein, die für $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde in der Nase verbleibt, werden ebenfalls die Borken bei Entfernung der Gaze herausbefördert. Durch folgende Behandlung kann man dem Patienten ebenfalls die Beschwerden nehmen. Ein Gummipfropf wird eine Nacht ins rechte, die andere ins linke Nasenloch geschoben, so daß die eine Nasenöffnung jedesmal vollkommen verschlossen ist. Das geschlossene Nasenloch wird am nächsten Tag frei von Borken sein. Es entsteht in der abgedichteten Nasenseite bei Inspiration durch das offene Nasenloch ein negativer Druck. Dadurch kommt es zu vermehrter Absorption aus der Nase und zu geringerer Borkenbildung. Will man dem Patienten operativ helfen, so muß man darauf bedacht sein, die natürlichen Atemwege wieder passierbar zu machen. Man wird einen verlegten mittleren Nasengang frei legen. Die zu weit atrophische Nase kann man durch Apposition verschiedener lateralen Septum und unteren Nasengang, wie sie von Eckert-Möbius, Steurer, Brünings, Flatau, Sturmann u. a. angegeben wurde oder durch Medianverlagerung der lateralen Nasenwände nach Lautenschläger, Halle, Hinsberg, Seiffert und Kahler verengen. Im allgemeinen wird man die erste Methode anwenden und nur bei ihrer Undurchführbarkeit die bei weitem eingreifendere zuletzt erwähnte vornehmen. Wenn man operativ eingreift, wird man sich davon überzeugen, daß die Nebenhöhlen der Nase gesund sind, daß weder Tuberkulose noch vor allem aktive Lues vorhanden sind. Im letzteren Fall muß eine spezifische Kur eingeleitet werden. Von einer Operation ist man überhaupt abzuraten.

Einen breiten Raum in der Rhinologie nimmt die Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen ein. Da ihre Aetiologie, ihre Symptomatologie und im Kernpunkt auch ihre Therapie eine einheitliche ist, möchte ich sie anfangs zusammenhängend behandeln und nur zuletzt auf das, was den einzelnen Erkrankungsformen eigen ist und verschieden angefaßt werden muß, eingehen.

(Schluß folgt.)

Das Farbenhören in der Kunst und in der Psychiatrie.

Von JOHANN SUSMANN GALANT, Moskau.

Was in Laienkreisen, unter Musikern, Malern und sonstigen Künstlern über das Farbenhören gesagt wird, kann uns Psychiater nicht unberührt lassen. Denn es handelt sich beim Farbenhören um ein Phänomen, das gerade an der Grenze des Normalen und des Pathologischen steht, und zeigt sich nun bei den Künstlern eine Neigung, das Farbenhören zu einer besonderen Kunst zu erheben, so müssen wir Psychiater in solchem Falle Stellung nehmen und zu entscheiden versuchen, was das Farbenhören letzten Endes doch sei.

„Die Pflege der Fähigkeit, Farben zu hören oder Töne zu sehen, eine Fähigkeit, die in jedem mehr oder weniger schlummert, wird namentlich für Maler und Musiker von größter Bedeutung sein, wird wechselseitig ungeheuer befruchtenden Einfluß auf ihr Schaffen gewinnen, und das lange angestrebte Ideal einer innigen Harmonie zwischen Bühnenbild und Musik — um nur ein Beispiel zu nennen — wird seiner Verwirklichung um so näher kommen, je fester sich die klingende Brücke von den Ufern der Malerei zu denen der Tonkunst fügt. Lang ist der Weg und gefahrsvoll. Doch wir fürchten ihn nicht. Die Wasser werden sich teilen und neue besonnte Gestade werden sichtbar werden.“

So spricht Rudolf Gahlbeck in Westermanns Monatsheften (Bd. 138, H. 826) über das Farbenhören, als über eine Fähigkeit, die die Leistungen der Künstler auf eine höhere Entwicklungsstufe bringen wird. Derselbe Gahlbeck stellt uns auf Bildern die Musik Beethovens, Richard Wagners, Richard Strauß' und Johannes Brahms' „farbenhörerisch“ dar, so daß wir uns jetzt schon einen Begriff von der künftigen Kunst des Farbenhörens bilden können.

Eine der Grundlagen des musikalischen Farbenhörens ist, daß jedes musikalische Instrument eine ihm allein spezifische Farbenempfindung beim Hörer auslöst. Die Trompetentöne lösen rote Farbererscheinungen aus, Oboen sollen ein scharfes Chromgelb, Flöten ein rundes Blau, die tiefen Blechbläser dunkelste Töne von Purpur über Tiefgrün bis zum Schwarz, die Celli Braun, die Violine seidiges Indischgelb auslösen usw. Es ist nun begreiflich, daß das Farbenbild, das ein vielstimmiges Orchester beim Farbenhörer auslösen muß, ein sehr kompliziertes Gebilde ist, und die Farbenbilder, die uns Gahlbeck als die Musik der genialen Musiker enthaltend gibt, erscheinen noch immer so ziemlich schematisch, wenn sie vielleicht auch die Grundidee und den allgemeinen Charakter der Musik des Dichters richtig wiedergeben¹⁾.

Die mögliche künstlerische Bedeutung des Farbenhörens ist in der Psychiatrie niemals einer Betrachtung unterzogen worden, viele Psychiater sahen das Farbenhören selbst als pathologisch an, oder sie sahen im Farbenhören (audition colorée der Franzosen) ein Moment, das pathologische Erscheinungen, nämlich Halluzinationen

¹⁾ Gahlbeck möchte in den von ihm wiedergegebenen Farbenbildern der Musik Beethovens, Wagners, Strauß' und Brahms' die Darstellung folgender Eigenschaften sehen:

In Beethoven ist das Mächtige, Weltumspannende herausgestellt, der heiße Schaffensdrang dieses Titanen, der seine Werke wie Blöcke übereinanderschichtet; der aus dem Unendlichen die Kraft schöpft, um sie aus seinem Herzen ins Unendliche wieder verströmen zu lassen. Beherrschend ist hier das Violett.

Bei Richard Wagner hat das Attribut „Bühnen“-Musik — also nicht mehr Musik schlechthin — in dem kullissenartigen Unterbau des Baues seinen Niederschlag gefunden. Das für Wagner charakteristische Rot weist unter anderem auf die starke Heranziehung der Blechbläser hin.

Die oft unerhört gehäufte Kontrapunktierung zeitgenössischer Musik ist bei Richard Strauß betont, von dessen Sätzen einige geradezu geometrisch-malerisch wirken (Dreieck!), wie die herbe Schönheit einer Präzisionszeichnung. Mondgrün und Tintenrot sind bei ihm vorherrschend.

Von der schwerelosen Erdgebundenheit eines Johannes Brahms will die lastende Melancholie der Farben und Formen zeugen. In der jähen Flamme zuckt die Leidenschaftlichkeit seiner Rhapsodien und ungarischen Tänze irrlichternd auf (Gahlbeck l. c.).

begünstigt. Korsakow²⁾ bespricht das Farbenhören unter den qualitativen Störungen der Wahrnehmungen, sieht im Farbenhören eine der vielen Erscheinungen der Irradiation; des sekundären Widerhalls von Wahrnehmungen eines Sinnesorgans in einem anderen, und um diese Genese des Farbenhörens besonders wahrscheinlich zu machen, erinnert Korsakow an die jedem Arzt so gut bekannten irradiierten Schmerzen: Bei Zahnweh breiten sich die Schmerzen durch Irradiation auf die verschiedenen Zweige des N. Trigemini; bei Gallensteinen kommt es nicht selten vor, daß die Schmerzen sich auf das Gebiet der linken interkostalen Nerven ausdehnen, die Schmerzen bis in die Herzgegend irradiieren und die Vorstellung von einem Herzleiden hervorrufen. Solche irradiierten Schmerzen spielen bei Geisteskranken eine Rolle, indem sie je nach der Geisteskrankheit diese oder jene Wahnideen, Wahnvorstellungen und verschiedene andere Wahngebilde ins Leben rufen.

Um ähnliche sensorielle Irradiationen soll es sich also bei den Sekundärempfindungen der Sinnesorgane der Photismen (Farbenhören) und Phonismen (Sehen von Tönen), welche letztere viel seltener vorkommen, handeln. Obwohl Korsakow die Sekundärempfindungen oder Synästhesien unter den qualitativen Störungen der Wahrnehmungen abhandelt, so ist er dennoch geneigt, diese Erscheinungen mehr als normale Erscheinungen anzusehen. Er führt als Beispiel eines besonders charakteristischen Falles von Farbenhören den Fall Nußbaumer an. Nußbaumer hat seinerzeit über seine farbenhörigen Erlebnisse einen Vortrag in der Wiener medizinischen Gesellschaft gehalten. Schon von früher Jugend her hat er und sein Bruder bei jeder Gehörsempfindung eine dieser Empfindung entsprechende Farbenempfindung erlebt. Gewisse Töne waren ihm nicht so sehr an sich angenehm als durch jene sekundäre Farbenempfindungen, die sie zu begleiten pflegten. Es stellte sich dann später heraus, daß Menschen, die ähnliche Synästhesien wie die Brüder Nußbaumer aufweisen, in großer Menge vorkommen, daß es sich aber dabei um mehr psychopathische Persönlichkeiten mit einer krankhaft gesteigerten Phantasie handelt. Die meisten von diesen Farbenhörenden geben an, daß jeder Vokal und Konsonant eine ganz bestimmte Farben-

empfindung bei ihnen hervorrufe. So soll der Klang a die Farbenempfindung gelb, e die Farbenempfindung weiß, i die Farbenempfindung blau usw. hervorrufen. Natürlich gibt es bei den Farbenhörenden auch andere Klang-Farben-Assoziationen.

Direkt pathologisch ist das Farbenhören nicht. Ja, bei den eigentlich Geisteskranken, die doch so häufig an den verschiedensten Störungen der Wahrnehmung leiden, ist das Phänomen außerordentlich selten zur Beobachtung gekommen, was dafür sprechen dürfte, daß das Farbenhören seinem Wesen nach nicht pathologisch, sondern eine seltene Eigenschaft der menschlichen Psyche sei, die wegen ihrer Seltenheit den Eindruck des Pathologischen macht. Doch scheint Korsakow nicht ohne Grund das Farbenhören, wenn es bei Geisteskranken vorkommt, als pathogenes Moment anzusehen, indem es beim Mangel an Kritik des Kranken zur Quelle von Wahnideen und Halluzinationen (sogenannte reflektorische Halluzinationen) wird.

Hingegen glaubt Bleuler, der in seinem Lehrbuch der Psychiatrie im Kapitel der Halluzinationen mit einigen Worten die Synästhesien streift, daß das Farbenhören und die Sekundärempfindungen überhaupt sicher nichts mit den Halluzinationen zu tun haben und überhaupt keine Bedeutung für die Pathologie besitzen. Diese etwas zu apodiktische Behauptung Bleulers scheint uns in dieser ihrer Form zum allermindesten ungerechtfertigt zu sein. Doch könnte natürlich Bleuler den Beweis der Richtigkeit seiner Anschauungsweise aus dem Farbenhören der Künstler schöpfen und gerade die von uns selbst oben angeführten Tatsachen über das Farbenhören in der Kunst und bei psychisch gesunden Menschen als zu seinen Gunsten sprechend anführen. Es scheint mir aber, daß wir im Farbenhören einen jener Punkte der menschlichen Psyche haben, wo das Genie und das Irresein hart aneinanderstoßen, und wo vom Genialen zum Irrsinnigen noch weniger als ein Schritt ist. Die Abbildungen, die Gahlebeck seinem oben zitierten Artikel beifügt, dürften jedem vor Augen führen, wie leicht der Farbenhörer in seinem Eifer auf Irrwegen geraten und uns ganz dekadente Kunstwerke vorlegen kann. Es ist also sicher, daß wir uns beim Farbenhören auf einem Grenzgebiet der Physiologie und Pathologie bewegen und Genie und Irrsinn hier tief ineinandergreifen können. Darin besteht das besondere Interesse des Problems des Farbenhörens.

²⁾ Korsakow, S. S., Kurs der Psychiatrie, 2. Aufl., S. 152, Moskau 1901 (russisch).

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Allgemeine Homöopathische Zeitung (Allg. Homöop. Ztg.), Leipzig, 177., Heft 2.
Ist die Homöopathie das Resultat induktiver Forschung oder phantastischer Spekulation? Heppel.

4588. Zur wissenschaftlich-experimentellen Begründung der Homöopathie. Kötschau.
Ueber die Bewertung von Erfolgen. Donner.

4589. Das Problem der Wirksamkeit hoher Potenzen. Leeser.
Nachwort. Wapler.
Zur Frage der wissenschaftlichen Erforschung der Homöopathie. Kötschau.
Mangan bei Dementia praecox. Meng.
Dürfen wir Geschlechtskrankheiten homöopathisch behandeln? Aebly.
Auszüge aus Arbeiten führender Klassiker der naturwissenschaftlichen Homöopathie. Donner.

Allgemeine Homöopathische Zeitung (Allg. Homöop. Ztg.), Leipzig, 177., Heft 3.
Die Anfänge einer naturwissenschaftlich-kritischen Richtung in der Lehre Hahnemanns. König.
Konstitutionsfragen und Konstitutionsforschung. Scheidegger.
Vorlesung vor den nordamerikanischen Aerzten. Bastanier.
Die Pathologie Hahnemanns. Stiegele.
Ueber die Quellen der homöopathischen Arzneimittellehre. Donner.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 141., Heft 5/6.
Ueber phasische Wirkungen von Bittermitteln auf das Herz. Weger.
Die Wirkung des Pilokarpins auf den Blutzucker. Szép.
Zur Wertbestimmung der Digitalis mit verschiedenem Eichungsverfahren, mit besonderer Berücksichtigung der Mansfeldschen Froschherzsinusmethode. Stasiak und Zboray.
Bilanzuntersuchung einer Salmakazidose. Dennig, Dill und Talbott.
Lokalanästhetika und Suprarenin. Rentz.
Zur Therapie der Quecksilbervergiftung. Hesse.
Ueber die Wirkung des Papaverins und des Narkotins auf das Herz. Sakussow Jun.

Ueber die pharmakologische Wirkung des Plasmochins. Le Henx und de Lind van Wijngaarden.
Beeinflussung des Haarwachstums durch äußerliche Mittel. Forster.
Verlauf und Dauer der experimentellen Urämie und Salzgehalt der Harnsäure. Kerpel-Fronius und Leóvey.

Archiv für Gynäkologie (Arch. Gynäkol.), Berlin, 138., Heft 2.
4469. Ueber Riesenovarialzystome. (Univ.-Frauenklinik Marburg.) E. Kehler.
4470. Karzinomproblem. III. Das Verhalten der Hautelastizität. (Univ.-Frauenklinik Frankfurt a. M.) H. Guthmann und A. Erb.
4471. Ueber das Adenomyom des Uterus. (Univ.-Frauenklinik Tübingen.) H. Balzer.
4582. Die angeborenen Basalzellumoren der Gingiva. (Univ.-Frauenklinik Heidelberg.) H. O. Klein.
4465. Leukoplakie und Kraurosis vulvae. (Univ.-Frauenklinik Marburg.) E. Terribili.
4466. Vitiliginöse Leukopathia vulvae. (Univ.-Frauenklinik Marburg.) E. Terribili.
4473. Postklimakterische Blutung. (Bettina-Stiftungsspavillon, Wien.) J. Schöffmann.
4480. Physiologie des Genitaltraktes beim Weibe. (Univ.-Frauenklinik Erlangen.) R. Dyroff.
Die Kalziumbilanz des Organismus in der Gravidität. I. Tierexperimentelle Untersuchungen unter normalen Ernährungsbedingungen. (Univ.-Frauenklinik der Charité, Berlin.) O. Bokelmann und A. Bock.
Das klinische und anatomische Bild der genitalbedingten Sepsis. (Univ.-Frauenklinik Kiel.) C. Clauberg und H. Kötter.
4482. Polymastie und Polythelie. (Univ.-Frauenklinik Marburg.) H. O. Kleinmann und Margarethe Oing.
4492. Zur Frage des Geburtsschocks und des plötzlichen Todes nach der Geburt. (Geburtsh.-gynäkol. Reichsinstitut für ärztliche Fortbildung zu Leningrad.) A. Mandelstamm.
4493. Ueber objektive diagnostische Zeichen der achtmonatigen Schwangerschaft bei Steißlagen. (Mediz.-prophylakt. Abteilung der Leningrader Gynäkologischen kasse für soziale Versicherung.) B. A. Lübow.
Ueber das paraganglionäre Gewebe des Eierstocks während der Schwangerschaft und bei Myom des Uterus. (Frauenspital Basel.) J. Walder.
St. Louis.

Archiv f. Hygiene und Bakteriologie (Arch. Hyg.), München-Berlin, 122., Heft 4, 1929.
4531. Die Lungenentzündung als Todesursache. H. Lehmann.
Zur Toxikologie des Benzins. N. W. Lazarew.

- Welche Veränderungen erleidet das im Brot aufgenommene Getreidekorn im Verdauungskanal. E. Eckstein.
- Die Giftigkeit kohlenoxydhaltiger Luft. W. Deckert.
- Beiträge zur Klinik der Tuberkulose (Beitr. klin. Tbk.), 72., Heft 5.
4549. Komplementbindungsreaktion mit dem Neuberg-Klopstockschen Antigen. G. Zerbe.
- Plasmaproteine und Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. F. Reiche und F. Fretwurst.
- Beitrag zur Frage der Oxalaturie und der vermehrten Oxalsäureausscheidung im Harn Tuberkulöser. Josef A. Langer und Th. Littig.
4548. Ueber die Verwertbarkeit der Wassermannschen Tuberkulosereaktion (Wa. Tb.-R.) für die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose. Otto Gandenberger.
4550. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im negativen Auswurf Tuberkulöser durch das Züchtungsverfahren nach Schiller. Richard Michel.
4551. Virulenz- und Typenbestimmung von Bazillenstämmen kindlicher Tuberkulose. H. Opitz und Sherif.
- Die Stellung der Kehlkopftuberkulose im Krankheitsablauf der Phthise. Ernst.
4543. Ueber die Lage der infraklavikulären Fröhkavernen in der Lunge und ihre Behandlung. Alf. Gullbring.
- Ueber sogenannte „epituberkulöse Infiltrate“ des Lungengewebes. A. Prosoroff.
4557. Klinische Erfahrungen mit Oleothorax. M. Loewenthal.
- Milliartuberkulose nach primärer Pleuritis exsudativa. Walter Rosenberg.
- Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Lungentumor und Lungentuberkulose. Heinrich Ruhe.
- Die Sanierung der „offen“ Tuberkulösen in der Häuslichkeit. Krutzsch.
- Zwerchfellzug und Spitzendisposition. A. Farhad.
- Ueber zwei Fälle von akuter Pankreatitis bei allgemeiner Tuberkulose. K. Schuberth.
- Erythema nodosum in statistischer Beleuchtung. Nils Levin.
4536. Frühinfiltrate. Robert Güterbock.
- Ein Versuch zur Erklärung der „Ringschatten“. Irene Barât.
- Zur Technik der Adhärenzabbrennungen. Ein Operationstisch für Thorakoskopie und Kaustik.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 41, 1929.
- Ein Fall von Rotz beim Menschen. N. Busch.
4516. Zur Kenntnis der postkarlatinösen Hauterscheinungen. S. K. Rosenthal.
4502. Einfluß der Rückenmarksdurchwärmung auf die Hyper- und Dysidrosis manuum. Roman v. Leszczyński.
4501. Beitrag zur Therapie der Dermatitis herpetiformis Duhring. A. Kryński.
4586. Die endermatische Einführung von Hormonen. Ferdinand Winkler.
4590. Zur Frage über die lokalisierte Epilation durch örtliche Thalliumanwendung. N. Tschernogouboff und F. Montreil.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 42, 1929.
4515. Zur Ätiologie und Pathogenese der postvaksinären Exantheme. Paula Seier.
4505. Ein Versuch zur Behandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhöe durch Impfung mit europäischem Typhus recurrens. M. Batunia, A. Wainstein und G. Dertschinski.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 38.
- Fettleibigkeit und Fettsucht. P. F. Richter.
4568. Zur Rachitisprophylaxe. Rudolf Degkwitz.
- Könnte nicht die Homöopathie von uns lernen? Hermann Freund.
4563. Die Diagnose der Lageveränderungen des Uterus und der übrigen Genitalabschnitte. Benthin.
- Zur Blutzuckerbestimmung in der ärztlichen Praxis. Ewald Kestermann.
4508. Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprobe. Hermann Steinitz.
4533. Ueber konstitutionelle Hypotonie, insbesondere ihre differentialdiagnostische Bedeutung bei Tuberkulose. F. Junker.
- Weiterer Beitrag zum Identitätsbeweise der Alkaloide Harmin und Banisterin. O. Dalmer.
- Dermatose nach arsenhaltigen „Schönheitspillen“. Carl Stern.
- Die Behandlung des Scheidenkatarrhs und der Erosionen der Portio vaginalis mit Ormizetten. Karl Abel.
- Eine neue Fingerschiene. Benedikt Kientle.
- Spezielle Immunbiologie. Felix Klopstock.
- Krankenbeschäftigung. A. Wiest.
- Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 9, 1929.
- Krankheitsverlauf und Krankheitsbehandlung in der Pubertät. Meng.
4502. Gold: Abmann.
- Der Besuch der amerikanischen Aerzte.
- Deutsche Zeitschrift für Homöopathie (Dtsch. Z. Homöop.), Berlin, Heft 10, 1929.
- Conium maculatum und Digitalis purpurea. Jahnert.
- Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenheilk.), 110., Leipzig, Heft 1/3, September 1929.
4500. Alopecia universalis bei Polyneuritis. Georg Stieffer.
4503. Enzephalogramm. K. Goette.
4502. Topische Diagnostik des Kopfschmerzes. Edgar Trautmann.
4506. Meralgia paraesthetica. Wilhelm Klimke.
4504. Singultus. Dumpert.
- Atrophische syphilitische Spinalparalyse. A. Nik. Popow.
4503. Blinzlabwehrreflex. M. L. Borowsky.
4509. Krokodilstränen. S. D. Kaminsky.
- Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dtsch. Z. Nervenheilk.), 110., Leipzig, 109., Heft 3/6, September 1929.
- Binswanger f. E. Röper.
4503. Tumoren am Zentralnervensystem. O. Veraguth.
4503. Tumoren am Zentralnervensystem. Max Nonne.
4501. Diffuse meningiale Hirn- und Rückenmarksgeschwülste. H. Pette.
4509. Psychische Symptome bei Hirntumoren. A. Bostroem.
- Intrakraniale Chondrome. W. G. Sillevs Smitt.
4632. Kleinhirnbrückenwinkeltumor. Carl Friedrich Dahmer.
4626. Piale Dermoidzysten. Martin Lua.
- Dehnungswiderstand am Muskel. G. Schaltenbrand.
4634. Beseitigung extrapyramidaler Akinesien. M. Astwazaturov.
- Encephalitis epidemica. Fritz Salus.
4635. Kältelähmung. B. Serebrjanik.
- Aurikulo-temporales Syndrom bei Syringomyelie. S. D. Kaminsky.
- Zuckerstoffwechsel bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. L. Teschler und M. Mittag.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), 74., Heft 6.
4578. Ueber Relaxatio diaphragmatica und Hernia diaphragmatica. Tucherer.
- Ueber den Einfluß der Kohlehydratnahrung auf den Wassergehalt des Organismus bei wachsenden Ratten. Baisch.
- Zirkumskripte symmetrische Fettsklerose der Säuglinge (sogenannte Sklerodermie). Corsdref.
4451. Ueber die Beziehungen der Enterokokken zu den Milchsäurestreptokokken und Pneumokokken. Buchholtz.
- Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde (Klin. Mbl. Augenheilk.), Stuttgart, 82., Mai 1929.
4449. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Rosazea des Auges. (Aus der Augenklinik der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster i. W.) A. v. Szily.
- Ueber die intrakapsuläre Starextraktion nach Stanculeanu-Török. (Aus der Deutschen Universitäts-Augenklinik in Prag.) J. Kubik.
4447. Zur Heilung der Netzhautablösung mittels Ignipunktur des Netzhauttrisses. (Aus der Universitäts-Augenklinik Zürich.) A. Vogt.
- Ueber pulsatorische Lokomotion an den vorderen Ziliararterien und über die topographischen Beziehungen zwischen den vorderen Ziliararterien und den Kuppen der Axenfeldschen Ziliarnervenschleifen im klinischen Bild. J. Streiff.
- Zur Photographie der Hornhautoberfläche. (Aus der Augenklinik der Universität zu Groningen. H. M. Dekking.
- Anaphylaxie und Keratitis parenchymatosa. (Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg.) W. Riehm.
4450. Die vorzeitige Presbyopie der Feuerarbeiter. R. Lederer.
- Malignes Tränensackpapillom, zugleich ein Beispiel von Zellenmetaplasie in den Tränenwegen. (Aus dem Augenkrankenhaus der Diakonissenanstalt Wiborg, Finnland.) B. Hildén.
- Kreisförmige, lochartige Atrophie der hinteren Linsenkapsel nach Staroperation. M. Handmann.
- Ueber die Indikation der Frühplastik nach Verätzung des Auges. (Denigsche Operation.) (Aus der Universitäts-Augenklinik Pécs, Ungarn.) A. Röttli.
- Nachtrag zu meiner Mitteilung: „Untersuchungen über das Substrat des Descemetipigmentringes bei Pseudosklerose.“ (Aus der Universitäts-Augenklinik Zürich.) A. Vogt.
4448. Heroische Behandlungsmethoden für Pannus crassus der Hornhaut und für gewisse Fälle chronischer Tränensackeiterung. J. Streiff.
- Zur Morphologie der Cataracta diabetica. W. F. Schnyder.
- Ulcus corneae rodens. (Bemerkungen zur Mitteilung von O. Triebenstein. Rostock: „Zur Frage des Ulcus corneae rodens.“) Junius.
- Bemerkung zu der Arbeit von K. Betsch: „Ueber die menschliche Refraktionskurve.“ F. Wibaut.
- Mitteilungen und Fragen aus der Praxis.
- Schwere Migräne mit Neuritis retrobulbaris. (Aus der IV. Medizinischen Klinik der kgl. ung. Pázmány-Peter-Universität in Budapest.) K. Pákozdy.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 38.
- Lipidstoffwechsel im Kindesalter. Hans Knauer.
4601. Ueber den Wassergehalt der Haut bei Fettsüchtigen. Georg Recht.
4594. Die sogenannte Kombucha und deren Einfluß auf die toxische Vigantolwirkung. Siegwart Hermann.
- Ueber die Resorptionsfähigkeit der Darmwand für Wasserstoffionen. K. Scheer.
- C. und O. Vogts Hirntopistik in der Psychiatrie. P. Schröder.
4616. Orthoglykämische Glykosurien. Urban Hjärne.
4500. Insulin und Zuckerbelastung beim herzkranken Diabetiker. Heinz Taterka.
4621. Ueber die aktuelle Reaktion im Blute Karzinomkranker und ihre Beeinflussung durch Kohlensäurestauung. Schreus.
4598. Das Vorkommen von weiblichem Sexualhormon und Hypophysenvorderlappenhormon im Blute und Urin von Neugeborenen. R. Brühl.
- Vorgänge im Magendarmkanal nach peroraler Glykosegabe. F. Holtz.
- Der Einfluß des Großhirns auf den Zuckergehalt im Blute. I. Daniel und Maria Maxim.
- Zur Krebsverhütung. O. Teutschländer.
- Uberschwemmung und Seuchengefahr. Friedrich Wolter.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 36, 1929.
4556. Diätbehandlung der Lungentuberkulose. H. Strauß.
- Chirurgie und Bäderbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Bäder. B. Wollmann.
- Inwiefern hat die „Neue Lehre“ von der Phthiseogenese auf unsere diagnostischen und therapeutischen Bestrebungen eingewirkt? Otto Laufer.
- Zur Kehlkopfstenosefrage im Kindesalter. M. Boddin.
4460. Zur Symptomatologie des primären Wirbelsarkoms und der Möglichkeit seiner Diagnose. Victor Gorlitzer.
4534. Rotsehen als Frühsymptom bei urämischen Erkrankungen. Erich Vinazzer.
- Die Entleerung der Harnblase nach Heiß. A. Friedel.
- Ueber die Behandlung der Pediculosis pubis des Menschen mit „Nissex“. K. Steiner.
- Zur Behandlung mit Sulfoderin-Puder. C. Volmer.
- Zur Technik der intravenösen Injektionen und Venenpunktion. Rudolf Halmoß.
- Trauma und epidemische Meningitis. Erläutert an einem Obergutachten. Gutzeit und Stern.

- Die zweite Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufs-
krankheiten. Hanauer.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 36, 1929.
4519. Zerebrale Komplikationen im Verlauf der Vakzination. H. A. Gins.
Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Erkrankungen des Stütz- und Be-
wegungsapparates des Menschen. Erich Plate.
Arsenvergiftungen bei der Schädlingsbekämpfung mit Flugzeugen. Ernst
W. Baader.
Kohlenoxydvergiftung. Pathologische Demonstrationen. M. Staemmler.
4595. Störungen der Sensibilität bei einer gewerblichen Quecksilbervergiftung.
Ernst Holstein.
Nierenreizung bei frischer Bleivergiftung. Beintker.
4629. Autoptische Befunde nach Gehirnerschütterung. Ernst Haase.
Begutachtung von Schädelverletzungen und Neurosen. Gerhard Haenisch.
Begutachtung von Hysterikern. (Vgl. Eliasberg, „Nur ein Fall von Hysterie“,
Med. Welt 27, 1929.) R. Lische.
Die Entschädigung von Berufskrankheiten in chemischen Betrieben.
Th. Sommerfeld.
Die Stellung der Hautkrankheiten nach der neuen (zweiten) Verordnung über
die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten. Beintker.
Die Beurteilung der Renten neurosen im Ausland. Rudolf Menzel und
Ad. Hansen.
Bernard Shaw und die Aerzte. Ein Brief aus England. C. C. Robertsch.
- Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, 73., Heft 5/6, Oktober 1929.
4641. Angioma und Syringomyelie. J. Silbermann und E. Stengel.
Das Angstsymptom. H. Schulte.
Polarisationskapazität der Haut bei Psychosen. Ch. Roggenbau und W. Lueg.
4638. Pupillenreaktionen bei Myasthenie. E. Rakonitz.
4642. Träume bei Labyrinthläsionen. K. Eisinger und P. Schilder.
Die innere Haltung. Jürg Zutt.
- Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München,
76. Jahrg., Nr. 38.
4533. Ueber perorale Insulinwirkung und perorale Insulintherapie. Richard
Stephan.
4583a. Perorales Insulin bei kindlichem Diabetes mellitus. Marga Ottow.
Nebenwirkungen von Insulin. P. Bonem.
4485. Kaiserschnitt. R. Hornung.
Die Abhängigkeit der Radikaloperabilität der Magendarmkarzinome von der
klinischen Krankheitsdauer. H. G. Zwerg.
Ueber die Braunsche Splanchnikusanästhesie. Wie hat sie sich bewährt und
wann ist sie angezeigt? E. Martin.
Zustandsverantwortlichkeit beim Genitalkarzinom der Frau. Paul Gornick.
Infektion der Meningen nach Lumbalpunktion. L. Drüner.
Die Wasserstrahlpumpe. Leopold Moll.
Einige Bemerkungen zur Bezeichnung „Kaiserschnitt“ und „zervikaler
Kaiserschnitt“. H. Martius und L. Ramsauer.
Ueber die Tuberkulosebekämpfung in Italien. O. Burkard.
Einfache Verfahren zur unblutigen Gradstellung von schlecht stehenden Frak-
turen und Osteotomien. P. Pitzten.
Die Zeugnispflicht im ärztlichen Beruf. J. Frankfurter.
- Der Nervenarzt (Nervenarzt), 2. Jahrg., Heft 10, 15. Oktober 1929.
4637. Rechtsneurosen. V. v. Weizsäcker.
4627. Meningiome des vorderen Chiasmawinkels. E. Guttmann und H. Spatz.
Peripherie und Zentrum in der Epilepsielehre. J. L. Talmud.
4611. Organotherapie. Josef Wilder.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 28, 1929.
- Parkinsonismus, Paralysis agitans und Unfall. Robert Bing.
Ueber Rektalnarkose mit Avertin. Andreas Christ.
Kombination der Osteochondritis dissecans mit Meniskusverletzung. J. Kopp.
4539. Das Herzsyndrom in der Tuberkulose. Durán Arrórn.
Ueber einen eigenartigen bakteriologischen Befund nach Hundebißverletzung.
R. Grilicheß.
Ueber einen Fall von generalisierter Furunkulose mit Sarcine tetragena
(Koch und Gaffky). Migula, mit Autovakzine und Antivirus behandelt.
B. Galli-Valerio und M. Bornand.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 29, 1929.
- Ueber Eigenreflexe. A. Fleisch.
Beitrag zur Frage der Bakterienvariabilität. A. Grumbach.
Experimenteller Beitrag zur Frage der tuberkulösen Bazillämie. J. E. Wolf.
Ueber Einteilung, Definition und Nomenklatur der Nebengeräusche. Alfons
Winkler.
Die Reinigung der Zentralreizungsanlagen und ihre Gefahren. M. H.
Remund.
Der praktische Wert der „Dekolorations“-Methode für die bakteriologische
Schnelldiagnose der Diphtherie. Th. Reh.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 30, 1929.
- Ueber Blinddarmentzündung. P. F. Nigst.
4461. Zur Prognose der operativen und konservativen Behandlung der Patellar-
frakturen. C. Schlatter.
Zur Therapie des Morbus Basedow. P. Bonem.
Beitrag zur Epidemiologie der Einschlusskrankungen der Bindehaut in der
Schweiz. Malka Lebinson.
Zur Morphologie aerober Aktinomyzeten. J. Seitz.
Colitis intermitens. A. Forcl.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 31, 1929.
4535. Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. E. von Romberg.
Frühdiagnose der Lungentuberkulose des Erwachsenen. Hanns Alexander.
Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. A. Dudan.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 32, 1929.
- Die chirurgische Behandlung der Uterusmyome mittels der supravaginalen
Amputation. Oskar Beutner.
4453. Tetanusprophylaxe. R. Campbell.
Zur Therapie des Tetanus. Otto Bayard.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 33, 1929.
- Die radiologische Behandlung der malignen Tumoren. Elis Berven.
Das Klimakterium. Paul Hüsey.
20 Leit- und Hilfssätze zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse.
Max Hausmann.
Zu meiner Theorie der Harnbildung. K. Bujnewitsch.
4647. Anilinvergiftungen. J. Haldimann.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 27.
8587. Die perkutane Ernährung und ihre Verwendung am Krankenbett. (Spital
der barmherz. Brüder in Wien.) Karl Steiskal.
4474. Menstruationsstörungen als Krankheitsursache. B. Aschner.
Zur Kasuistik der elektrischen Unfälle. (Chir. Universitätsklinik in Inns-
bruck.) E. Ranzi und P. Cartellieri.
Differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Chirurgie. Julius Schnitzler.
Einiges über Plazenten mit abnorm fester Haftung. (Frauenabteilung der
Wiener Poliklinik und III. Frauenklinik in Wien.) Robert Joachimovits.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 28.
- Ueber die Indikationsstellung in der Geburtshilfe. Fritz Kermauner.
Psychoanalyse und Recht. Paul Schilder.
4643. Zur Kasuistik der elektrischen Unfälle. (Chir. Universitätsklinik in Innsbruck.)
E. Ranzi und P. Cartellieri.
4455. Ueber den Schutz von Magen-Darmnähren durch Drain und Streifen. (II. chir.
Universitätsklinik in Wien.) Felix Mandl.
4664. Beitrag zur Röntgenuntersuchung der Appendizitis. (Universitäts-Röntgen-
institut des Hadassah-Hospitals, Jerusalem.) Adolf Druckmann.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 29.
- Der Werdegang der Sehnenverpflanzung. (Orthopäd. Klinik und Krausskizzen
in München.) Fritz Lange.
4613. Krankbleiben und Krankwerden. Ernst Czyhlarz.
Psychologische Probleme des Hungers und des Appetits. (Universitäts-
Klinik Rostock.) D. Katz.
Die psychische Beeinflussung der Organfunktion. (Psychiatrisch-neurologische
Klinik Wien.) Hans Hoff.
Die ersten Jahre des „American Journal of the Medical Sciences“. Edward
B. Krumbhaar.
- Wiener Medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 30.
- Ueber Prognose und Therapie der Geburtsverletzungen, insbesondere der
intrauterinen. (Kinderabteilung des Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien.)
A. Reuß.
4670. Zur Indikation und Technik der Röntgenbestrahlung bei akuten und chro-
nischen unspezifischen Entzündungen. (II. chir. Universitätsklinik in Wien.)
Josef Palugyay.
4457. Appendixfistel. (Rathisches Krankenhaus in Baden bei Wien.) B. Kaufmann.
4618. Idiopathische diffuse Oesophagushypertrophie. (Prosektur des Kaiser-
Elisabeth-Spitals in Wien.) A. Goedel.
Ueber Ernährungsschwierigkeiten beim Kleinkind. (Universitäts-Kinderklinik
in Wien.) Werner Kornfeld.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Z. ärztl. Fortbildg.), Jena, 26. Jahrg.,
Nr. 12, 15. Juni 1929.
- Ueber den Wasserhaushalt des menschlichen Körpers. Schlayer.
4615. Differentialdiagnose der Bewußtlosigkeit. Dresel.
Zur konservativen Behandlung der Gesichtsfurunkel. I. Saudek.
Habituelles Kopfschmerz und Nervenmassage. Loewe.
4606. Ueber Funktionsprüfungen des Pankreas. R. Ehrmann und L. Dinkln.
Wodurch werden plötzliche Sehstörungen bedingt. Koll.
- Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Z. Hals- usw. Heilk.), Berlin,
23., Heft 3.
4497. Aneurysma spurium, Arteria carotis internae. (Univ.-Ohren-, Nasen- und
Halsklinik Woronesch.) A. G. Lichtschoff.
4609. Erfahrungen mit dem Muckschen Adrenalin-Sondenversuch. (Ohren- und Keh-
lkopf-klinik Rostock.) Joel.
4496. Zur Behandlung chronischer Mittelohr- und Nebenhöhlenentzündungen mit
Bacillus-bulgaricus-Kulturen. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-
krankheiten Heidelberg.) E. Wirth.
4498. Zur Diagnose der chronischen Mandelentzündung, besonders ihrer gefä-
hrlichen Formen. (Krankenhaus „Evangel. Stift“, Koblenz.) W. Blumenthal.
4458. Rektalnarkosen mit Avertin-Amylenhydratlösung. (Hals-, Nasen- und Ohren-
abteilung des Allgem. Krankenhauses Barmbeck-Hamburg.) K. Elsbach.
4495. Die Fazialisparese bei den suppurativen Mittelohrleiden, mit besonderem
Hinblick auf ihre Verbindung mit den labyrinthären Komplikationen und
ihre Bedeutung als Operationsindikation. Die postoperative Fazialisparese.
(Ohrenabteilung des Kommunehospitals Kopenhagen.) R. Lund.
- Zeitschrift für Kreislauforschung (Z. Kreislaufforschg.), 21. Jahrg., Nr. 19.
4525. Differentialdiagnostische Abgrenzung der Herzneurosen gegen organische Er-
krankungen des Herzens auf Grund auskultatorischer Erscheinungen. J. S.
Schwarzmann.
4596. Die Blutdruckcharakteristik. Eberhard Koch.
Ueber die Methode der graphischen Registrierung des Venen- und Arterien-
pulses. A. I. Nesterow.
- Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), 54., 4.
4558. Die Behandlung der Lungen- und Kehlkopf-tuberkulose mit Schwermetal-
salzen. H. Jessen und R. Griesbach.
4537. Soll man bei frühinfiltrativen Frühformen der Lungentuberkulose den künst-
lichen Pneumothorax ebensolange wie bei den tertiären Spätformen unter-
halten? Hermann Rubinstein.

4547. Ueber die Intestinalptose Tuberkulöser. J. Gwérder und L. Kalmár.
Was leisten die Mittelgebirgsanstalten in der Tuberkulosebehandlung. A. Baer.
4552. Bilirubinbestimmungen im Blutserum bei chronischer Lungentuberkulose.
E. Warnecke.
Tierexperimentelle Untersuchungen bezüglich der Tuberkulosekomplement-
bildung. H. Schulte-Tiggens.
Tuberkelbazillenfärbung im dicken Ausstrich nach Bearbeitung der Unter-
suchungsobjekte mit Antiformin. Alfred Osol.
Die Frage der Zwangsabsonderung usw. (Zeitschrift für Tuberkulose.)
Robert Güterbock.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), 54., 5.
4559. Tuberkulosebehandlung mit dem neuen Tuberkuloseserum Thanatophthisin.
H. Fecht.
4540. Blutdruck und Tonus der Arterienwand bei chronischer Lungentuberkulose.
Fritz Keßler.
4554. Die Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose. M. Friesleben.
Zur Fürsorge für tuberkulöse Hochscholstudenten und Prophylaktiker. Jenő
Kollárits.
Einige Besonderheiten der Lungentuberkulose bei Stadt- und Landbewohnern.
Theorie des Infektionsmodus der Lungentuberkulose vom Standpunkt be-
merkter Tatsachen. — Gesetzmäßigkeit in der Lokalisation von Lungen-
krankheiten im allgemeinen. Vladas Kairiukštis.

Zentralblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 41, 12. Oktober 1929.
4467. Ovarialfunktion nach Uterusexstirpation. Westmann.
4487. Cervix-Damm-Fistel als Geburtsweg bei Scheidenatresie. Caffier.
Kaiserschnitt bei Querlagen. Remmelts.
Verwendung des Raspatoriums in der operativen Gynäkologie. Ludwig.
4472. Herzveränderungen bei Myom. Janaki.
Ein im Wochenbett geborenes Myom. Herzfeld.

Zentralblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 42, 19. Oktober 1929.
4649. Begutachtungen in Alimentationsprozessen. Zangemeister.
4478. Zunahme von Thrombosen und Embolien in der Nachkriegszeit. Sellheim.
Erlöhte Frühgeburtenfürsorge zur Bekämpfung der Frühsterblichkeit. Schödel.
Indikation und Technik der Plazentaauflösung nach Mojon-Gabastou. Benzon.
Anatomie und Therapie der Plazenta accreta. Blagodarow.
Riesiges Fibrolipom in der Kreuzbeinhöhle als Geburtshindernis. Iubas.

Zeitschriften in holländischer Sprache

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem,
Nr. 35, 1929.
Enttäuschungen bei der Serumtherapie. P. H. Kramer.
Variabilität des Tränenkanals. P. J. Waardenburg.
Betrachtungen über Verkrümmungen und über Arthritis. J. van Assen.
Alastrim bei mir selber. J. Sanders.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem,
Nr. 37, 1929.
4499. Postanginöse Pyämie. H. Burger.
Untersuchungen nach der Art des Virus von hier zu Lande beobachteten
Alastrimfällen. H. Aldershoff, W. Pott.
Die Geburtshilfe und Max Hirsch auf dem Deutschen Gynäkologenkongreß.
G. C. Nijhoff.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem,
Nr. 38, 1929.
Alastrim. Terburgh.
Untersuchungen des Gehöres mittels des gesprochenen Wortes. C. E.
Benjamins.
Einige Untersuchungen über Neo- und Palaeointellekt. Jong.
Unzuverlässigkeit der Nylanderschen Probe bei stark saurem Urin.
W. Hoogs'ag.
Gelbfieber in Niederland. J. E. Dinger.

Nordische Zeitschriften

Acta Radiologica (Acta radiol.), Stockholm, 10., Fasc. 2, Nr. 54, 1929.
4662. Luftgefüllte Gallenwege bei einer Fistel zwischen Duodenum und Ductus
choledochus. Harald Oehnell und K. Lindblom.
4657. Plastische Darstellung des Herzens am Lebenden (Radioplastik). G. O.
Palmieri.
Stereographie der Brust. D. L. Barteling.
Ein Fall von multiplen Hämangiom-Chondromen im Skelett und Weichteilen.
O. Hultén, K. A. Loven.
4658. Knieatrophie im Röntgenbilde — Trauma oder Tuberkulose? Kurt Breitländer.
Strahlentherapie in der Behandlung einiger gutartiger und bösartiger Tumoren,
mit besonderer Berücksichtigung der Resultate im Radium-Zentrainstitut
in Kopenhagen. Edv. Collin.
Sinusitis Highmori Calcificans. Adolf Lindblom.
Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska Läk.sällsk. Hdl.), Helsingfors,
71., Heft 9.
Multiple Plasmazelleninfiltrate im Dünndarm. Eine eigenartige mykotische (?)
Krankheitsform. Ulrik Quensel.
Regeneration. Albert Fischer.
Züchtungsversuche mit menschlichem Gewebe. Vorläufige Mitteilung. Harry
Castrén.
Carcinoma vaginae im zweiten Lebensjahre. Ellis Lövegren.
Ueber die operative Behandlung der diffusen Abortperitonitiden. J. J.
Chydenius.
Zur Frage der Phthiseogenese bei Erwachsenen. Hedvig Buch.

Zeitschriften in englischer Sprache

The American Journal of Hygiene (Amer. J. Hyg.), Lancaster, 10., Nr. 2, 1929.
Coccidiosis bei Hühnervögeln. E. E. Tyzzer.
Untersuchungen über den Nematoden Haemonchus contortus. N. R. Stoll.
Einfluß des Windes auf die Verbreitung von Anopheles maculipennis. N. H.
Swellingrebel.
Verbesserung der Geburtsstatistik. A. W. Hedrich.
Untersuchungen über die bei Hunden und Katzen vorkommende Anchylostoma
Brasilienie, mit Berücksichtigung der Altersresistenz. M. P. Sarles.
Beziehungen der Feuchtigkeit zur Verteilung menschlicher Eingeweide-
würmer. L. A. Spindler.
Untersuchungen über den Wasserbedarf von Pferde-, Hunde-, Menschen- und
Schweineaskarideneiern. G. F. Otto.
Uebersicht über die Rattenflöhe in Peking. M. Hertig und T. F. Huang.
American Journal of Obstetrics and Gynecology (Amer. J. Obst.), St. Louis,
18., Nr. 3, 1929.
Einige literarische Doktoren der Medizin. C. J. Miller.
4464. Mykotische Vulvovaginitis. N. W. Popoff, P. Ford und W. H. Cadmus.
4476. Die Morphologie des normalen Menstruationsblutes. S. H. Geist.
4455. Obliteration des Processus vermiformis. Alexander Hellwig.
4484. Ein Fall von Uterus didelphys gravidus mit Ausgang in Streptokokken-
peritonitis. H. J. Epstein und S. A. Goldberg.
Die klinische Verwertung von Vaginaausstrichen. Max. M. Meyer.
4479. Intraabdominale Raffung der Fascia pubovesicalis. R. T. Frank.
Ureterovaginalfistel nach hoher Zangenentbindung. R. E. Watkins.
Die Einflüsse der Schwangerschaft auf die Blutzirkulation in ihrer Beziehung
zur sogenannten Toxikose. J. C. Beker.
Eine theoretische Betrachtung der Aetiologie der Schwangerschaftstoxikosen.
R. L. Larsen.
4488. Die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft. Thomas E. Lavell.
4476. Mütterliche Mortalität an 582 abdominalen Kaiserschnitten. E. M. Hawks.
4591. Die Anwendung von Natrium-Isoamethyl-Barbiturat (Amytal-Natrium) in der
Geburtshilfe. A. R. Robbins, J. T. C. McCallum, A. M. Mendenhall und
L. G. Zerfas.
4494. Sakralanästhesie in der Geburtshilfe. J. W. Kelso.
4483. Die Häufigkeit des engen Beckens bei Chinesinnen und dessen Beziehung
zur Geburt und zur Größe der Neugeborenen. S. R. Parsons.
4491. Anämie in der Schwangerschaft. J. H. Moore.
4561. Ueber die Bekämpfung der epidemischen Impetigo neonatorum mit Hilfe von
Glyzerin. E. Kellert.
4468. Bildung einer künstlichen Vagina. St. Rushmore.
4439. Sekundäre Bauchschwangerschaft. T. E. Mendenhall.
Eine neue Gaskontrollklappe für den Rubintest. G. Mombach.
The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy (Amer. J. Roentgen.),
New York, 21., 6, 1929.
4676. Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms während 1927. H. H. Bowling und
R. E. Fricke.
4678. Urethrakarunkel: Bericht über 2 mit Radium behandelte Fälle. R. E. Loucks.
4581. Speicheldrüsentumoren. Ueberblick über 66 Fälle. B. F. Schreiner und
W. L. Mattick.
4675. Strahlenbehandlung des Brustkrebses. G. E. Pfahler und B. P. Widmann.
4667. Röntgenbetrachtung über das Temporomandibulargelenk. P. A. Bishop.
4553. Der sichtbare Oesophagus in der Diagnose von Erkrankungen des Herzens
und der Aorta. L. G. Rigler.
4573. Lappen- und zentrale Pneumonie bei Kindern. F. B. Stephenson.
4507. Nierentumoren. B. H. Nichols.
Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium (Arch. Phys.ther. X-Ray),
Omaha, U. S. A., 10., Nr. 7, 1929.
Der Wert der physikalischen Therapie in der Dermatologie. A. E. Schiller.
4679. Die Verordnung beim Ultraviolett. G. B. Lake.
4650. Die Wirkung des ultravioletten Lichtes auf das Blut. P. H. Dorne.
Der Wert der ultravioletten Strahlen in der Zahnheilkunde. S. Wollenberger.
Die klinische Bedeutung des Spirogramms. Paul Roth.
Klinik der physikalischen Therapie. G. Clement.
The British Journal of Radiology (Brit. J. Radiol.), London, 2., Nr. 19, 1929.
Die Schwierigkeiten der vergleichenden Radiologie der Brust. I. V. Sparks.
4661. Ungewöhnliche Divertikel der oberen Speisewege. R. S. Paterson.
4459. Dislokation der Lendenwirbelsäule. I. F. Brallsford.
Abnormalitäten des knöchernen Thorax. Duncan White.
Ein Instrument für die schnelle Identifizierung von Radiumröhren und -nadeln.
G. W. C. Kaye und F. W. Higgins.
Eine unerkannte Gefahr bei Ventilröhren. N. S. Finzi.
The British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Heft 3581, 1929.
Hilustuberkulose, ein wichtiger Faktor bei der Tuberkulose der Erwachsenen.
Gair Johnston.
Akuter Ileus. H. W. L. Molesworth.
Die Einklemmung verschluckter Fremdkörper. Horace Mather.
The British Medical Journal (Brit. med. J.), Heft 3582, 1929, Ausbildungsnummer.
Die medizinische Ausbildung und die ärztliche Berechtigung in Amerika.
Norman Walker.
Normale Physiologie in der Ausbildung des Mediziners. F. R. Fraser.
Der medizinische Beruf. Sammelreferat.
The British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Heft 3583, 1929.
4514. Tuberkulöse Infektion durch Milch in den schottischen Städten. Norman
C. Wright.
4477. Das Radiumklimakterium. Clennell Fenwick.
Die Adrenalinbehandlung des Glaukoms. Wright und Nayar.
Die Essigsäureprobe in der Spinalflüssigkeit. Plotrowski.

- The British Medical Journal** (Brit. med. J.), London, Heft 3584, 1929.
Eine klinische Studie über akuten Rheumatismus. Lightwood U. Davies.
Die chirurgische Eröffnung der Pleurahöhle. Flint.
4524. Der rheumatische Typus. Hill und Allan.
- The British Medical Journal** (Brit. med. J.), London, Heft 3585, 1929.
300 Fälle von Hüftgelenkstuberkulose. Lee Pattison.
Ueber Nasen- und Ohrenerkrankungen in der Allgemeinpraxis. Carruthers.
Transperitoneale Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms. Asherson.
- The British Medical Journal** (Brit. med. J.), London, Heft 3586, 1929.
Kongreßberichte.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 14, April 1929.
Virus. Thomas M. Rivers.
4530. Anoxämie bei Pneumonie. Arthur E. Guedel, Will Shimer und John M. Cunningham.
Behandlung der Morphinisten im Staatsgefängnis in Atlanta (U. S. A.). C. T. Nellans und J. C. Massee.
Die Zukunft der Chirurgie. Lewis Hugh McKinnie.
4504. Chronisches Unterschenkelgeschwür. Joseph W. Sooy.
Blutdruck und Atmung (Hyperventilation der Lungen als Therapie der Hypertonie). Israel Rappaport.
Die Wirkung des Chiniussulfats bei ventrikulärer Tachykardie. Samuel A. Levine und Marshall N. Fulton.
Vortäuschung von Appendizitis durch Darmparasiten. Damaso de Rivas.
Panaritien, akute Lymphangitis und Sahnenscheidenentzündung: Differentialdiagnose und Behandlung. S. L. Koch.
Behandlung von Brandwunden mit Normal-Pferdeserum. Stephen R. Monteith, Nyack und Ralph O. Clock.
Wie läßt sich die Wirkung wasserlöslicher Medikamente (z. B. Insulin und Epinephrin) verlängern? Claauß Burkart Strauch.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 15, April 1929.
Wege, auf denen psychische Faktoren den Verdauungstrakt beeinflussen können. W. C. Alvarez.
Häufigkeit der Syphilis unter den Sträflingen des Staatsgefängnisses in San Quentin (Kalifornien). L. L. Stanley.
4605. Die Ausscheidung von Neutralrot in den Magen bei Achylia gastrica. Asher Winkelstein und J. M. Marcus.
Wirkung von Histamin auf die Alkalireserve. Salomon Katzenelbogen.
Amaurose bei epidemischer Enzephalitis. I. J. Sands.
Kraurosis vulvae. W. P. Graves.
Wird Wismuth absorbiert? Bernhard Erdman.
Ersatz des Daumennagels. J. E. Sheehan.
Pyrexie bei malignem Nephrom (Hypernephrom). C. D. Creevy.
Degeneration des Rückenmarks bei perniziöser Anämie (Behandlung mit Leberdiät). B. M. Fried.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 16, April 1929.
Die neue Kindheit. Ray L. Wilbur.
Behandlung variköser Venen der Beine. Norman J. Kilbourne.
Erfahrungen mit der Hench-Aldrichschen Methode der Blutharnstoffbestimmung. Edwin C. White und Harry C. Ricker.
Viszerosensorische Erscheinungen bei akutem Verschuß der oberen Harnwege. Meredith F. Campbell.
4612. Einfluß von Leberdiät auf den Blutzuckerspiegel. Harry Blotner und W. P. Murphy.
Pituitrinlösung und Uterusruptur. A. M. Mendenhall.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 17, April 1929.
Beziehungen zwischen Laboratoriums- und klinischem Unterricht. Hans Zinsser.
Erzieherische Aufgaben des Aezttestandes. David Allan Robertson.
Der Unterricht in Medizin. Ralph H. Major.
Beziehungen zwischen medizinischer Ausbildung und Kosten ärztlicher Behandlung. Ray Lyman Wilbur.
Meningokokkenendokarditis. C. M. Hyland.
Die diuretische Wirkung wasserlöslichen Wismuts. P. J. Hanzlik, A. L. Bloomfield, A. B. Stockton und D. A. Wood.
Akutes Pfeiffersches Drüsenfieber (Bericht über eine Epidemie in einem Säuglingsheim). Clara M. Davis.
Die Ausscheidung von Blei. Robert A. Kehoe und Frederick Thammann.
Digitalismedikation in kleinen Dosen. Harry Gold und Arthur C. De Graff.
Gefäßverkalkung bei Diabetes. L. B. Morrison und I. K. Bogan.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 18, Mai 1929.
Konstitutionelle Faktoren als Ursache der Sterilität. Samuel R. Meaker.
Schwierigkeit bei der Diagnose des hypoglykämischen Komas. Ernst Wiechmann.
Gelenkstuberkulose. Mather Cleveland und Edwin Pyle.
Gesunde Scharlachstreptokokkenträger. Ruth Tunnicliff und T. T. Crooks.
Stomatologie. A. le Roy Johnson.
Postherpetische Trigeminalneuralgie. Max Minor Peet.
Unerwünschte Erscheinungen bei der Behandlung mit Phenylhydrazinhydrochlor. Herbert Z. Giffin und H. Milton Conner.
Ringworm- (Trochophyton interdigitale) Erkrankung der Füße. Robert T. Legge.
Der diagnostische Wert von Studien über Magensekretion. Arthur L. Bloomfield und W. Scott-Pollard.
Luftblasungen in der Behandlung der akuten gonorrhöischen Synovitis des Kniegelenks. William B. Porter und J. E. Rucker.
- Eine neue Methode der Beckenmessung mittels Röntgenstrahlen. Herbert Thoms.
Darmparasiten. W. G. Gamble.
- The Journal of Infectious Diseases** (J. inf. Dis.), Chicago, 45., Nr. 2, 1929.
Vorkommen ungiftiger Stämme von Cl. paratubulinum. J. B. Gunnison und K. F. Meyer.
Vergleichende Untersuchungen an 'giftigen' und ungiftigen Stämmen von Cl. paratubulinum. C. T. Townsend.
Europäische Stämme von Cl. paratubulinum. K. F. Meyer und J. B. Gunnison.
Südafrikanische Stämme von Cl. botulinum und paratubulinum. K. F. Meyer und J. B. Gunnison.
Kulturstudien an einer internationalen Sammlung von Cl. botulinum und paratubulinum. J. B. Gunnison und K. F. Meyer.
4520. Botulismus nach Genuß von Büchsenbirnen. K. F. Meyer und J. B. Gunnison.
Wirkung der Erhitzung von Luesserum und seiner Eiweißfraktionen auf die Präzipitationsreaktion. M. Nishio.
Vorkommen des Bacillus Sordellii bei der Hämoglobinurie der Rinder. J. C. Hall.
- The Journal of Urology** (J. Urol.), Baltimore, 20., Heft 5.
Die chirurgische Behandlung der Tuberkulosen der unteren Genital- und Darmabschnitte. Frank Hinman.
Doppelseitige Nierentuberkulose. Ausgang in Sklerose und Verkalkung. Dorrin F. Rudnick.
Bericht über die vermutete Beckeniere. Charles M. McKenna.
4506. Die Rolle der Nierenfunktionsprüfung in der urologischen Chirurgie. Henry S. Bugbee.
Die Verhütung der Wiederkehr von Nierensteinen. Ernest O. Ney.
Divertikulitis mit Ruptur in die Harnblase. L. L. Veseen.
Pyeloureteroplastik bei mächtiger Hydronephrose. James C. Sargent.
Allergische Reaktionen an Nieren und Hoden. Edmond R. Long.
4513. Urinphlegmone. Hermann S. Soloway.
Purpura der Blase. Bericht über einen Fall mit akuter Gelenkbeteiligung. Irving J. Shapiro.
Ungewöhnliche urologische Fälle. Benjamin C. Hager.
- The Journal of Urology** (J. Urol.), Baltimore, 22., Nr. 3, September 1929.
4512. Kaugummi in der männlichen Harnblase. Goodman.
4511. Doppelureter. Callis.
4510. Differentialdiagnose zwischen Entzündung der Samenblasen und des Wärmfortsatzes. Winfield, Scott, Pugh.
- Medical Journal and Record** (Med. J. a. Rec.), New York, 130., Nr. 2, 1929.
Injektionsbehandlung der Hernien. K. Hall.
4620. Aetiologische Faktoren des Pruritus ani. F. Montagne.
4533. Hepatitis als Ursache der Symptome nach Appendektomie. D. Manheim.
4523. Diabetes. W. H. Porter.
Irrtümer in der Diagnose der akuten Milartuberkulose. M. J. Schroeder.
4518. Influenza und Magen- und Darmgeschwüre. M. Einhorn.
Konvulsionen in der Kindheit. I. Binder.
Chronische Pyurie in der Kindheit. F. Campbell.
4560. Obskures Fieber bei Kindern. J. Epstein.
4560a. Sinusitis bei Kindern. M. Weinstein.
- Medical Journal and Record** (Med. J. a. Rec.), New York, 130., Nr. 4, 1929.
Ueber soziologische Medizin. B. Jackson.
Farbenproben. D. Bush.
Influenzatabtheit. B. McAuliffe.
Das Sprechen in der Medizin. B. Swift.
4565. Studie über die Unterernährung bei Kindern. H. Perlmann.
Blasendivertikel. S. Pugh.
4508. Irreleitende urologische Symptome. L. Nagorsky.
4509. Chronische Prostatitis. J. W. Vischer.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, Nr. 9, 29. August 1929.
4544. Komplikationen der Tuberkulose. H. B. Campbell.
4546. Intestinaltuberkulose. W. A. Griffin.
4672. Quarzlichttherapie der Tuberkulose. E. O'Brien.
Laryngealtuberkulose. H. Erlund.
4545. Die Wirkung der Bronchitis, Influenza und Pneumonie auf die Lungentuberkulose. T. Lord.
4619. Pellagra und Alkohol. H. Guthrie.
4643. Avitaminotische Depressionen. D. Gregg.
- West London Medical Journal** (West London Med. J.), 34., Nr. 2.
4617. Erkältung. S. Taylor.
Diskussion über Dyspepsie. Eröffnet durch R. Hutchinson.
Immunisierung bei spezifischem Fieber, mit besonderer Berücksichtigung von Diphtherie und Scharlach. R. A. O'Brien.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Archives de Médecine des Enfants** (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 7.
4655. An der Leiche ausgeführte Röntgenbilder der Ventrikel und Seen des Gehirns. Technik der Gehirnpunktionen. P.-R. Bize.
Die Serumreaktion nach Gâté und Papacostas bei der kindlichen Leishmaniose. Francesco Lo Preati-Seminario.
4577. Akute Niereninsuffizienz bei einem Tuberkulösen. Vollständige Nekrose der Rindensubstanz beider Nieren. M. E. Apert und E. Bach.
Lokalisierte Ostitis fibrosa. J. Comby.
- Archives de Médecine des Enfants** (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 8.
4567. Der akute Gelenkrheumatismus beim Kind. H. Grenet und J. Delalande.
4671. Die Ultraviolettstrahlen bei der Kindertuberkulose. Martin Gonzalez-Alvarez.

4659. Das röntgenologische Dreieck von Weill und Mouriquand im frühen Kindesalter. Adolfo E. Canelli.
 4660. Ueber einen Fall von adiposogenitalem Syndrom. Gabriel Raticivili. Anämie mit sichelförmigen Zellen. (Übersichtsreferat.) J. Comby.

- Archives de Médecine des Enfants (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 9.
 4655. Die Tuberkuloseschutzimpfung des Kindes mit BCG. B. Weill-Hallé und R. Turpin.
 4664. Die Prognose des Wackelkopfes beim Säugling. H. Rogier. Ueber einen Fall von akromegalem Riesenwuchs mit umschriebenen Knochen-dystrophien. (Spätrachitis.) Al. Sarantis Papadopoulos und Cl. Voudouris.
 4674. Sklerosen der Lungen beim Säugling. J. Comby.

- Archives de Médecine des Enfants (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 10.
 4654. Hirnähnliches Aussehen des Schädels im Röntgenbild und Gehirntumoren. P. Nobévourt, J. Haguénau und P. R. Bize.
 4644. Notwendige Maßnahmen für anormale Kinder. G. Heuyer und Serin. Angeborene kraniofaziale Dysostose und angeborene Luxation des Kiefers. E. Apert und Bach.
 4672. Oxycephalie mit netzförmigem Schädeldach. E. Apert und Bach.
 4672. Unter Schilddrüsenbehandlung verschwundene Oedeme. E. Apert und Bach. Die Thalassotherapie in England. J. Comby.

- Archives de Médecine des Enfants (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 11.
 4671. Ueber bleibende Akrozyanose beim Jugendlichen. J. Comby.
 4670. Ueber die Bedeutung der Cholesterinämie im Kindesalter. J. Baylac und M. Sendrail.
 4663. Frontoparietale Kranirose bei einem Kind mit Little'scher Krankheit. A. Lévi und J. A. Lievre.
 4662. Milzbrandmeningitis bei einem 11jährigen Knaben. A. Aguiar.
 4679. Behandlung der Pyurie bei Kindern. J. Comby.

- Archives de Médecine des Enfants (Arch. méd. Enf.), Paris, 31., Heft 12.
 4617. Die Cholesterinämie bei Diphtherie. P. Léboult, M. David und Donato.
 4669. Chronische aleukämische Leukämie mit Hämocytoblasten und einem sarkom-artigen Mediastinaltumor. Jean Orrico.
 4680. Ueber einen Fall von Hernia funiculo-umbilicalis mit parametopischer Meningocele. Americo Pires de Lima.
 Die Melorheostose. J. Comby.

- La Gynécologie (Gynéc.), Paris, 28. Jahrg., Nr. 5, 1929.
 4481. Versprengter Nebennierenkeim im Ligamentum luteum. R. Petit.
 Die Brunnen von Uriage in der Gynäkologie. P. Sappey.
 Die Brunnen von La Léchère-les-Bains, ihre Zusammensetzung und Anwendung. Midet.

- Paris médical (Paris med.), Paris, Nr. 34, 24. August.
 Ueber Thoraxmessung. G. Laniez.
 4645. Aetiologie der Folie morale.

- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 37.
 Retrobulbäre Neuritiden und toxische Amblyopie. F. Terrien.

- Le Progrès médical (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 38.
 4614. Irrtümer in der Diagnostik. L. Lafont.

- Revue neurologique (Revue neur.), 36. Jahrg., 2., Nr. 2, August 1929.
 Gliomatose des Rückenmarks. Georges Guillain, P. Schmitte und Ivan Bertraud.

4628. Rindenläsionen bei postenzephalitischem Parkinsonismus. Ivan Bertraud und Georges Chorobski.

4625. Bulbäre Oliven bei pathologischen Zuständen. Nathalie Zand.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Annali di Ostetricia e Ginecologia (Ann. di Ost. e Gin.), Mailand, 51. Jahrg., Nr. 8.

4585. Die Verabreichung von Schilddrüsenextrakt in der Behandlung der Eklampsie und schwerer Albuminurien. (Geb.-gyn. Klinik der Kgl. Universität in Mailand.) G. Grossi.

4475. Die Menstruation und ihre Störungen bei der Tuberkulose des Genitales. (Geb.-gyn. Klinik der Kgl. Universität in Rom.) F. D'Aprile.
 Experimentell-klinische Untersuchungen über die Hämphagie nach Müller. (Bakterio-Immunolog. Institut der Kgl. Universität in Turin und Geburtsh. Sektion des Spital Maria Viktoria.) Giulio Vittori Segre.

- Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia (Arch. ital. Dermat.), Bologna, 4., Heft 6, Juli 1929.

- Ueber einen interessanten Fall von systematisiertem Naevus hyperkeratosus. Nicolo Caluzzi.

4500. Ueber Epidermolysis bullosa dystrophica. Aldo Marozzi.

4503. Ueber Hautverkalkung. G. Patrassi.

- Ueber den Wert der Leukopenie bei der Luesdiagnose. Giovanni Lanteri.

4593. Ueber eine Zinkseifensalbe. L. Martinotti und A. Tagliavini.

- Archivio di Patologia e Clinica Medica (Arch. Pat. e Clin. med.), Heft 5, Juli 1929.

- Die Lehre vom Antagonismus und Synergismus im neurovegetativen Gleichgewicht. P. Castellino.

4603. Die Sekretionsfähigkeit des Magens, geprüft durch Dauersonde und fraktionierte Ausheberung. E. Musante.

4610. Die physiko-chemischen Grundlagen der direkten und indirekten Reaktion bei der Hijmans-van den Berghschen Reaktion. U. De Castro.

4529. Die Poliorrhomenitis subacuta lenta. L. Piccini.

- Archivio di Radiologia (Arch. di Radiol.), Neapel, 5. Jahrg., Heft 1, 1929.

4656. Das Verhältnis zwischen Hypophyse und der radiographischen Darstellung der Sella turcica. Cignolini.

4660. Die exsudative und produktive Lungentuberkulose im Röntgenbild. V. Witting.

4666. Seltene Erscheinungen von Knochenläsionen bei erworbener Syphilis. R. Casazza.

4665. Oberflächliche, chronische Knochengabszesse. L. Feci.
 Plattfuß aus angeborener Skelettanomalie. S. Ro'lo.

4663. Die motorische Funktion der Gallenblase auf pharmakodynamische Einwirkungen. E. Benassi.

- Stoff und Strahlung. L. Piergrossi.

4669. Ueber einige neuere Indikationen der Röntgentherapie, im speziellen Hinblick auf die Resultate der Wiener Schule. A. Casati.

4677. Strahlenbehandlung des malignen Granuloms. A. Mandarino.

- Archivio di Radiologia (Arch. di Radiol.), Neapel, 5. Jahrg., Heft 2, 1929.
 Systematische Röntgenuntersuchung über Frakturen des Beckengürtels. M. Gargiulo.

4490. Organische und funktionelle Veränderungen am Gastrointestinaltrakt, wie sie nach Heilung eitriger Extrauterin gravidität bestanden. F. Talia.

- Beginnendes Karzinom an der Ileokökalclappe. F. Talia.

4651. Antagonistische Strahlenwirkung auf die Haut. N. Lovisatti.
 Teratom an der Vorderfläche des Kreuzbeins-Steißbeins, einen Blasenstein vortäuschend. C. Luccioni.

4607. Gallenblasenwirkungen des Cholins und des Azetylcholins, untersucht vermittels der Cholezystographie. E. Benassi.

- Einseitige Hufeisenniere und kreuzweise Verlagerung der Nieren. R. Forta.
 Ein Fall von doppelseitigem Malum senile. B. Raviola.

4673. Die Röntgenepilation. L. Beretvas.
 Klinisch-statistische Verhältnisse 1926/27. V. Giovetti.

4674. Ueber Strahlenbehandlung der Psoriasis mit direkter Hautbestrahlung und indirekter Bestrahlung.

- Rivista di Patologia e Clinica della Tuberculosis (Riv. Pat. e Clin. Tbc.), Bologna, 3. Jahrg., Heft 9, 30. September 1929.

4532. Behandlung der serofibrinösen Pleuritis mit Pneumothorakozentese. Antonio Di Natale.

4542. Kavernen im Röntgenbild. Gino Laschi.

4541. Ueber die Differentialdiagnose zwischen sackförmigem Pneumothorax und Lungenkaverne. Enrico De Castiglione.

4584. Ueber das Nebennierenrindenhormon als Gegenmittel bei der Abmagerung Tuberkulöser und als Aktivator der Menstrualfunktion. Gino Fabiani.

4553. Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose. G. Gherardini.

Zeitschriften in polnischer Sprache

- Polski Przegląd Chirurgiczny (Polski Przegl. chir.), 8., Heft 1, 1929.

- Ueber die sogenannte blutende Mamma. A. Rudzki.

- Der Internist und Chirurg bei Behandlung des Magen- und Zwölffinger-geschwürs. L. Dengel.

- Ueber die Behandlung des perforierten Magengeschwürs. K. Czyzewski.

4454. Das Bersten der Bauchwandnaht auf Grund des Materials der II. chirurg. Universitäts-Klinik Warszawa. E. Traczuk.

- Ein Beitrag zur Lippenplastik. L. Dengel.

- Eine neue Methode der intradermalen Naht. W. Dobrzaniecki.

- Moderne Behandlungsmethoden der Verbrennungen und Erfrierungen. W. Ostrowski.

Zeitschriften in russischer Sprache

- Klinitscheskaja Medizina (Klin. Med. [russ.]), Moskau, 7., Heft 3 (102), 1929.

4452. „Microbes de sortie“ und ihre Bedeutung in der Pathologie. S. I. Zlatogoroff.

- Die Symptomatologie der perniziösen Anämie auf Grund der Ergebnisse der Klinik. D. Pleinew.

- Ueber die Veränderung der morphologischen Zusammensetzung des Sternumpunktes bei perniziösen Anämiekranken während der Remission. M. I. Arinkin.

- Abwarten oder Kaiserschnitt? H. G. Genter.

- Zur Frage der Basedowbehandlung. J. A. Lowtzky.

- Die Bedeutung der Tuberkuloseeinteilung nach Ranke, insbesondere des zweiten Stadiums, für die Klinik und die Prophylaxe. Th. O. Hausmann.

4526. Der primäre infektiöse Herd bei organischen Herzklappenerkrankungen. A. M. Koritzki.

- Ueber die Blutzirkulationsregulatoren. N. A. Kurschakow.

- Zur Methodik der diagnostischen Sternumpunktion. M. J. Arjew.

4522. Die konservative und präoperative Jodbehandlung bei Basedow. W. M. Kogan-Jassny und E. M. Sorkin.

- Ueber die spontane Ruptur des Herzens. A. A. Görke.

- Zur Frage der Duroziez'schen Doppelgeräusche. N. Loktionowa.

- Zur Frage der funktionellen Herzdiagnostik. G. A. Smagin und R. F. Tomaschewski.

- Zur Frage der klinischen Bedeutung der Pirquet-Reaktion. P. I. Nikolajewa.

4597. Ueber die Beobachtung der Schweißdrüsenausführungsgänge mit dem Kapillarmikroskop. N. N. Pissarewski.

- Paediatrja (Paediatr. [russ.]), Leningrad-Moskau, 8., Heft 2, 1929.

- Die Rolle der klinischen Erfahrung, der Laboratoriumsmethoden sowie des konditionalen Denkens in der modernen wissenschaftlich-praktischen Diagnostik. M. S. MaBlow.

4652. Ueber Veränderungen der Allergie unter dem Einfluß der Strahlenenergie. P. S. Medowikow und E. J. Sorkina.

4575. Veränderung der Leukozytenformel bei Kindern nach Schutzimpfung gegen Scharlach. A. Neklindow und A. Iwanow.

- Einfluß des südlichen Meeresklimas auf den kindlichen Organismus. N. M. Demikiewa, M. A. Wassiliewa und E. A. Dcernowa.

4576. Hämatologische Studien an typhuskranken Kindern. B. F. Schagan.

Erfahrungen über die Durchführung der Antialkoholbelehrung in der Schule. E. Smirnow.

4521. Viszerale Leishmaniose. J. N. Pikul.

Terapewitscheskij Archiv (Ter. Arch. [russ.]), Moskau, 7., Heft 2, 1929.

4527. Ueber die Rolle des Traumas in der Pathogenese der Erkrankungen des Herzkappenapparates. W. S. Simnitzki.

Die Kapillaroskopie in der Klinik. H. Kogan und F. Litwak.

Klinische Beobachtungen über die Wirkungen des Hypersolserums. A. Eitwit. Ueber den Kalziumstoffwechsel und den Cholesteringehalt des Blutes bei Anwendung von Hypersol. O. W. Trawnina.

4604. Ueber den Einfluß der füssigen Bierhefe auf die Magensekretion beim Menschen. W. W. Pesharskaja und A. I. Emelianow.

4646. Biochemische Veränderungen im Organismus bei Ermüdung. J. M. Hefter und R. J. Judelowitsch.

Vergleichende Untersuchungen verschiedener Urobilin- und Urobilinogenproben. M. M. Pismareff.

Das vegetative Nervensystem und K/Ca. A. S. Berland.

Wratschebnoje Djelo (Wratsch. Djelo), Charkow, 12., Nr. 2, 1929.

Zur Frage der Erythrope in den verschiedenen Perioden der tuberkulösen Toxämie. A. E. Leibensohn.

Autoagglutination und ihre Bedeutung in der Bluttransfusion. I. L. Raigorodski.

Zur Klinik und Therapie der sogenannten Hypochlorämie bei Durchgängigkeitsstörungen des Magendarmkanals. W. P. Nedochlebow.

Zur Frage des kombinierten Lungen- und Milzschinokokkus. I. M. Wereskunow.

Zur operativen Behandlung des Anus praeternaturalis. R. A. Geschwandner.

4462. Die Spätresultate der operativen Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und der Gebärmutterverlagerungen. G. G. Ter-Gabrielan.

4602. Ueber die Bewegungen des Magens. D. W. Filimonow und B. Ch. Tscherejkin.

Ueber die Wirkung des Koks-Benzol-Betriebes auf die Gesundheit der Arbeiter. A. B. Cheifitz.

4528. Vorhofflimmern und seine Behandlung. M. S. Turkeltau.

Beobachtungen über die Umfangveränderungen der Ohrspeicheldrüsen in bezug auf einige Erkrankungen. K. J. Kolossow.

Fall von Herzverletzung, mit Naht behandelt. M. A. Kontorowitsch.

Fall von kombinierter intra- und extrauteriner Schwangerschaft. I. F. Diky.

Narkolepsie bei epidemischer Enzephalitis. M. M. Melikow.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend numeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte.
2. Augenheilkunde.
3. Bakteriologie und Serologie.
4. Chirurgie und Orthopädie.
5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
6. Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde

17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Augenheilkunde

4447.

Vogt, A., **Zur Heilung der Netzhautablösung mittels Ignipunktur des Netzhauttrisses.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Mai 1929.) Während Leber auf Grund von histologischen Untersuchungen die Ablatio als Resultat einer vorangehenden Preretinitis ansieht, die als Exsudat Häutchen erzeugt, das beim Schrumpfen die Netzhaut ablöst, schließt sich der Verfasser der Annahme von Gonin und Hansen an, daß jeder spontanen Ablösung eine Ribildung in der Netzhaut vorangehen muß. Der Verfasser teilt einleitend einige von ihm beobachtete Fälle von Ablatio retinae mit, die Lochbildungen aufwiesen und die es wahrscheinlich machten, daß bei der myopen Ablösung die vorangehende Lochbildung wohl eine *Conditio sine qua non* für die Ablösung ist. Sodann teilt der Verfasser das Resultat der von ihm in acht Fällen von Ablatio ausgeführten Ignipunktur nach Gonin mit, von denen vier mit gutem bis sehr gutem Visus geheilt sind. Zur Ignipunktur scheinen sich aber nur solche Fälle zu eignen, bei denen das Loch ophthalmoskopisch zu sehen und nicht zu groß ist und nicht zu weit von der Aderhaut absteht.

Hurwitz, Berlin.

4448.

Streiff, J., **Heroische Behandlungsmethoden für Pannus crassus der Hornhaut und für gewisse Fälle chronischer Tränensackeiterungen.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Mai 1929.) Der Verfasser versuchte durch Anwendung von Alkohol die pannöse Hornhaut „umzustimmen“. Während er anfangs eine Lösung von 1 Teil 95% Äthylalkohol auf zwei Teile Wasser auf die Hornhaut einwirken ließ, ging er später zur Behandlung mit konzentriertem Alkohol über. Nachdem das Auge vorher kokainisiert wurde, spritzte er zunächst $\frac{1}{2}$ ccm 95% Alkohol auf den Pannus, nach 30 Sekunden noch einmal dieselbe Menge, und erst nach weiteren 30 Sekunden wurde mit physiologischer Kochsalzlösung gründlich abgespült. Die darauffolgende Reaktion — Chemosis und Bläschenbildung an der Hornhaut — hielt eine gewisse Zeit an, das Resultat der Behandlung war aber gut und führte zur teilweisen Aufhellung der Kornea.

Hurwitz, Berlin.

4449.

v. Szily, A., **Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Rosazea des Auges.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Mai 1929.) Histologischer Befund der Konjunktiva und Kornea in zwei Fällen von Rosazea des Auges.

Im frischen Stadium fanden sich an den Eruptionsstellen der Konjunktiva bulbi Lymphozytenhaufen mit epitheloiden Zellen im Zentrum, was in den Conjunctiva bulbi sehr selten anzutreffen ist. Im späteren Verlauf der Krankheit bildeten sich oberflächliche

und tiefe derbe Knoten, die hauptsächlich aus Granulationsgewebe bestanden. In älteren Stadien fanden sich obliterierte Gefäße innerhalb des Knotens und Riesenzellen vom Typus der Fremdkörperriesenzellen. Von der Kornea konnten nur oberflächliche Flachschnitte gemacht werden, jedoch konnten auch hier dieselben Veränderungen wie in der Bindehaut festgestellt werden. Dabei war die Bowmansche Membran stellenweise durch kleine Lymphozytenhaufen und Fibroblasten unterbrochen.

Hurwitz, Berlin.

4450.

Lederer, R., **Die vorzeitige Presbyopie der Feuerarbeiter.** (Klin. Mbl. Augenheilk., Mai 1929.) Lederer beobachtete bei Feuerarbeitern ein vorzeitiges Auftreten von Presbyopie, auch mußte dieselbe häufig durch stärkere Gläser korrigiert werden, als es dem Alter entspricht. Die auf der Hand liegende Annahme, dies wäre durch Linsenveränderung verursacht, konnte in den Fällen des Verfassers keine Bestätigung finden, da die Linsen keine pathologischen Veränderungen aufwiesen. Vielmehr ist anzunehmen, daß Ziliarkörper und Ziliarmuskeln durch die Einwirkung der strahlenden Energie geschädigt werden.

Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

4451.

Buchholtz, **Ueber die Beziehungen der Enterokokken zu den Milchsäurestreptokokken und Pneumokokken.** (Jhrb. f. Kbhk., 74., Heft 6.) Auf Grund eingehender morphologischer und biologischer Kriterien wird der Nachweis geführt, daß die Differenzangaben der Literatur über den Enterokokkus sich durch die Identizität mit den drei Typen der Milchsäurestreptokokken (*Streptokokkus lacticus*) ergeben. Aus der weitgehenden Analogie der kulturellen Merkmale eines Enterokokkentypes mit dem Pneumokokkus wird auf die hier in Betracht kommenden morphologischen und biologischen Differenzierungsmethoden hingewiesen.

Jahr.

4452.

Zlatogoroff, S. I., **„Microbes de sortie“ und ihre Bedeutung in der Pathologie.** (Klin. Med. [russ.], 7., Heft 3 [102], 1929.) Unter „Microbes de sortie“ versteht man die normal im menschlichen oder tierischen Organismus gedeihenden Mikroben, welche stets bereit sind, zu einer pathogenen Wirkung „auszutreten“, falls sich im Organismus geeignete Bedingungen ergeben. Es sind zwei Kategorien solcher Mikroorganismen vorhanden. Die eine Gruppe enthält unsere banalen Mikroben, die von den ersten Stunden des extrauterinen Lebens an bis zum Tode bald als

Saprophyten, bald als avirulente Varietäten pathogener Mikroorganismen in unserem Organismus gedeihen: Staphylokokkus, Streptokokkus, Pneumokokkus, Friedländerscher Pneumobazillus, Proteusbazillus, Kolibazillus, Bacillus perfringens, filtrierbarer Virus, Spirochäten. Die zweite Gruppe gehört zu den pathogenen Mikroorganismen, die den Körper ebenfalls frühzeitig besiedeln, ohne hier beim Eindringen Erkrankungen hervorzurufen. Hierher gehören: Tuberkelbazillus, Aktinomyzeten, Tetanusbazillus. Durch Versuche des Verfassers und seiner Schüler wurde das Bestehen von „Microbes de sortie“ bei einigen Tieren (Kaninchen, weiße Mäuse, Meerschweinchen, Katzen) erwiesen. Vermittels verschiedener Einflüsse auf den Tierorganismus kann man die in den Drüsen oder der Milz sitzenden Streptokokken in den peripheren Blutstrom hervorlocken. So gibt die Einführung von Adrenalin oder artfremdem Eiweiß die Möglichkeit, Mikroben im Organismus dort aufzudecken, wo man ihr Vorhandensein ohne diese Provokation nicht im geringsten vermutete. Es ist nicht zu bezweifeln, daß das Spontansarkom der Ratten zu den „Microbes de sortie“ gehört. Die erfolgreichen Versuche von Übertragungen menschlicher Sarkome auf Ratten und die weitere Passage durch die Ratten werden auf eine Belegung des spontanen Rattensarkoms zurückgeführt, wobei die Vermimpfung nur als Impuls zum „Austritt“ des Sarkoms bei geimpften Ratten diene. Es liegt der Gedanke nahe, möglicherweise auch die bösartigen Neubildungen beim Menschen als Resultat der Aktivierung von „Microbes de sortie“ aufzufassen.

Die Ursachen des „Austritts“ der Mikroben und ihrer Aktivierung werden als innere und äußere erkannt. Zu den ersteren gehört in erster Linie die Variabilität der Mikroorganismen, die ihre biologische Funktion darstellt. Als äußere Ursachen werden zunächst die zur Schwächung des Organismus führenden Momente genannt, wie Nahrungsmangel, psychische Traumen und verschiedene Krankheiten. Allgemein bekannt sind die Fakten aus dem Leben der Diabetiker oder aus Hungerjahren, wo die sekundären Infektionen, Magendarmaffektionen, Typhus, Kolitis und Enzephalitis so leicht vorkommen. Zu den „Austritt“ der Mikroben aktivierenden Faktoren kann man die Einführung einer Kohlehydrat- und wasserreichen Nahrung in den Organismus mitrechnen. So verändern Obst und Gemüse z. B. gegen Ende des Sommers das physikalisch-chemische Milieu des Darms und begünstigen dadurch die Variabilität der Darmflora und deren „Austritt“. Die Vakzination kann ebenfalls zur Belegung der „Microbes de sortie“ führen. In dieser Beziehung sind die postvakzinalen Enzephalitiden bei Kindern interessant. Als die endogenen Infektionen aktivierende Faktoren sind ferner die Abkühlung und Überhitzung des Körpers (Erkältung, Baden, Sonne) zu nennen. Kruppöse Pneumonien und postoperative Peritonitiden bzw. Pneumonien, Tuberkulose bei alten Leuten, Anginen, akuter Rheumatismus, Endokarditis lenta, Bronchopneumonien bei Kindern, postoperative Starrkrämpfe — dies sind Krankheiten, welche mit dem „Austritt“ der eigenen Mikroben infolge verschiedener von außen wirkender Impulse eng verbunden sind. Eine gewisse Rolle spielen die „Microbes de sortie“ auch während der Epidemien.

Zur Bekämpfung solcher „Auswanderer“ verfügt die moderne Wissenschaft über eine ganze Reihe von Mitteln, welche außer der Wirkung auf den Makroorganismus und dem Fernhalten von Mikroben aktivierenden Bedingungen von demselben noch in der Beseitigung der Herde sowie in der Anwendung spezifischer Antigene, wie Vakzine-, Bakterio-, Serum- und Antivirustherapie, stehen.

E. Kontorowitsch

4453.

Campbell, R., Tetanusprophylaxe in der Praxis, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Kanton Graubünden. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 32, 1929.) Die Technik der Tetanusserumprophylaxe ist folgende: Die erste Seruminjektion dem Patienten zu geben, sobald man ihn in die Hand bekommt. Man verwendet dabei in der Regel 20 AE. Tetanusantitoxin subkutan. Man hat früher vorgeschlagen, das Serum intramuskulös zu verabreichen, ist aber davon abgekommen, größere Mengen in dieser Weise zu applizieren, weil, wenn auch selten, bedrohliche Schockwirkungen auftraten. Auch intramuskuläre Injektionen zeigen keine Vorteile gegenüber den subkutanen. In vorsichtiger Technik kann man wohl behaupten, es gäbe keine Kontraindikation gegen die Tetanusserumprophylaxe. Manchmal auftretende Urtikaria, Oedeme, Fieberattacken, selbst Schüttelfröste und Gelenkschmerzen, auch Uebelkeit, sind nach den bisherigen Erfahrungen ungefährlich und vorübergehender Natur. Sie müssen nicht in Frage, wenn es heißt, zu entscheiden, ob man das Risiko des Starrkrampfes auf sich nehmen soll oder nicht. Die Seruminjektion ist bei schwergefährdeten Patienten nach 2 bis 3 Wochen zu wiederholen.

Zur Vorbeugung des Tetanus nach einer Verwundung gehört in erster Linie eine möglichst frühzeitige und gründliche Wund-

revision mit mechanischer und chemischer Beseitigung des Infektionsmaterials. Das gequetschte und zerrissene Gewebe, das mit tetanushaltigen Stoffen in Berührung kam, ist womöglich sofort zu exzidieren; blinde Taschen der Wunde sind breit zu eröffnen, ebenso verdächtige Stich- und Schußwunden. So wird für den Anaerobier der Nährboden verschlechtert und auch der Mischinfektion entgegengearbeitet. Der zweite wichtige Faktor ist die Applikation des Jodmedikaments, am besten in alkoholischer Lösung. Die Wirkung dieser Lösung ist aber kurzdauernd, darum setzt man noch in die Wunde ein Joddepot in Form von Jodoform, Aiol oder Vioform; diese leisten hier Vorzügliches, indem sie erst allmählich an Ort und Stelle ihre Wirkung entfalten und den Tetanuserreger dabei ganz wesentlich zu schädigen vermögen. Nicht jodhaltige Antiseptika haben sich gegen die Tetanusinfektion als viel weniger wirksam erwiesen und kommen darum hier weniger in Frage.

Heid.

Chirurgie und Orthopädie

4454.

Traczuk, E., Das Bersten der Bauchwandnaht auf Grund des Materials der II. chirurg. Universitäts-Klinik Warszawa. (Polski Przegl., 8., Heft 1, 1929.) Der Verfasser bespricht 31 Fälle von Bersten der Bauchwandnaht ohne Eiterung, die in den letzten 10 Jahren an der Klinik sich ereignet haben, ist das 1,4% der Bauchhöhlenoperationen. Die Wundränder gingen vornehmlich zwischen dem 8. bis 13. Tage nach der Operation auseinander, ohne daß man während der Nahtentfernung etwas der Wunde ansah. In 2 Fällen wurde als Ursache das zu frühzeitig resorbierte Nahtmaterial (Katgut) festgestellt. In der Klinik wird mit Ausnahme der Haut Katgut zur Naht verwandt. Die Naht barst am häufigsten nach Krebsoperationen, dann bei akuter Cholezystitis und Bauchfelltuberkulose. In 50% der Fälle wurden Lungenkomplikationen festgestellt, die als Ursache angeschuldigt werden, daneben Aszites und postoperative Darmparese. Die Schnittwahl, ob Mittellinie (50% der Fälle) oder muskelplastische Schnitte, ist ohne Einfluß. Die Prognose der Fälle ist stets sehr ernst, 20 Fälle (64,5%) endigten letal. Der Verfasser empfiehlt die Hautnähte bei heruntergekommenen Kranken, bei denen man ein Bersten der Wunde erwarten kann, 2 bis 3 Wochen liegen zu lassen.

L. Piórek, Chetumo.

4455.

Mandl, Felix, Ueber den Schutz von Magen-Darmnähten durch Drain und Streifen. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 28.) (II. chir. Universitätsklinik in Wien.) Die Frage der Drainage von Magen-Darmnähten wurde in Tierversuchen (an Kaninchen) näher studiert. Makroskopisch finden sich schon nach 24 Stunden um Streifen und Drains ausgiebige Adhäsionen. Die histologische Untersuchung der Präparate ergibt: Streifen und Drain bewirken, auch wenn sie der Magen-Darmnaht direkt anliegen, keine Dehiszenz derselben. Eine von vornherein unsichere Naht, die zu einer Dehiszenz führt, aus der Mageninhalt austritt, wird durch Drain oder Streifen zu einem isolierten Abszeß. Streifen scheinen die Umgebung stärker zu verändern als Drains. Statistische Untersuchungen an 150 Patienten, bei denen wegen Karzinom Magenresektionen ausgeführt wurden, sprechen auch zugunsten des Nahtschutzes durch Drain und Streifen. Die längere Krankheitsdauer spielt bei größeren Operationen keine wesentliche Rolle. Die durch das Drain bedingte Sekundärheilung kann durch seitliche Ableitung desselben verhindert werden. Für das Zustandekommen von Adhäsionen spielen mehr konstitutionelle Momente als rein mechanische eine Rolle.

Maslowsky.

4456.

Hellwig, Alexander, Obliteration des Processus vermiformis. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Von 859 operativ entfernten Appendizes zeigten 60 oder 7% eine Atresie des Lumens. In 55% war nur das distale Drittel verschlossen, in den anderen das ganze Organ. Das mikroskopische Bild war von der größten Mannigfaltigkeit. Zeichen einer abgeheilten Appendizitis wurden in zwei Drittel der Fälle gefunden. Es fand sich kein morphologischer Beweis für eine chronische Appendizitis, aber es waren alle Uebergangsstufen von akut eitriger Entzündung zum Heilungsstadium und endgültiger Fibrose vorhanden, was zu der Schlußfolgerung führt, daß die Atresie das Endstadium einer ulzerösen Appendizitis ist, bei der das Epithel vollständig zerstört ist. Eine Appendix mit vollständiger Obliteration wird keine Entzündung mehr durchmachen, und ihre Entfernung wird den Patienten nicht von seinen Symptomen befreien. Eine Appendix mit teilweiser Obliteration ist dagegen zur Wiederkehr der Entzündung disponiert, weil die Stenose des nicht-verschlossenen Teiles und die Fibrose der Muskelschichten die

Retention des Inhaltes und die bakterielle Invasion der Mukose begünstigen.

Hans Hirsch, Köln.

4457.

Kaufmann, B., **Appendixfistel.** (Wien. med. Wschr., 79, Nr. 30.) (Rathisches Krankenhaus Baden bei Wien.) Verfasser berichtet über die von Jägermann geübte Methode der Anlegung einer Darmfistel bei paralytischem Ileus und als Prophylaxe bei schweren Perforationsperitonitiden. Jägermann wählt die gesunde Appendix zur Anlegung der Fistel. Dieses Verfahren stellt einen verhältnismäßig kleinen Eingriff dar und bietet den Vorteil, daß sekundäre Operationen nicht nötig sind. Die in die Bauchwand eingenähte und über einem Melatonkatheter zirkulär abgebundene Appendix gangränisiert und fällt zwischen dem 8. bis 14. Tag ab. Die nun restierende Kotfistel schließt sich meist innerhalb weniger Tage.

Maslow sky.

4458.

Elsbach, K., **Rektalnarkosen mit Avertin-Amylenhydratlösung.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23, Heft 3.) (Hals-, Nasen- und Ohrenabteilung des Allgem. Krankenhauses Barmbeck-Hamburg.) Verfasser kann die Avertinnarkose vorläufig noch nicht allgemein propagieren. Er will versuchen, durch niedrigere Avertingaben diese Art der Narkose auszubauen, um so eine gerade für die Otorhinolaryngologie wertvolle Methode zu gewinnen.

F. G. Katz, Berlin.

4459.

Brailsford, I. F., **Dislokation der Lendenwirbelsäule.** (Brit. J. Radiol., 2, Nr. 19.) Ein Teil der Mißbildungen der Lendenwirbelsäule ist kongenitalen Ursprungs. Hierzu gehört die teilweise Verschmelzung des fünften Lendenwirbels und Kreuzbeins (Sakralisation). In solchen Fällen kann schon eine leichte Gewalteinwirkung zu einer Dislokation führen. Eine andere Form der Dislokation wird durch ein Trauma in der Kindheit bedingt. Nicht festgestellt ist die Ursache bei dem Krankheitsbild, das unter dem Namen Spondylolisthesis bekannt ist. Die Diagnose dieser Deformität ist leicht zu stellen. Im Röntgenbilde zeigt sich nämlich bei seitlicher Untersuchung die Verschiebung der Lendenwirbelsäule gegenüber dem ersten Kreuzwirbel nach vorn.

Bei der Chondroosteodystrophie findet man im Röntgenbild die bekannten typischen Zeichen der Knochenerkrankung, und wenn diese abgeschlossen ist, meist eine Kyphose und später auch eine Lordose der Lendenwirbelsäule. Zu dieser Krankheitsgruppe gehört auch die Rachitis.

Eine andere Ursache für Dislokation der Lendenwirbelsäule ist das Trauma. Meist ist der obere Wirbel nach vorn disloziert, und das Rückenmark ist daher komprimiert. Es kommt auch eine Dislokation eines frakturierten Wirbels in lateraler Richtung vor. Die stärksten Verschiebungen infolge Trauma kommen im Kindesalter vor.

Von den Krankheiten, die eine Dislokation im Gebiet der Lendenwirbelsäule verursachen können, ist in erster Linie die Tuberkulose zu nennen. Auch hierbei ist der obere Teil der Wirbelsäule nach vorn disloziert. Bei Erkrankung der unteren Lendenwirbel kann das Bild ganz demjenigen der Spondylolisthesis entsprechen. Außer der Tuberkulose kommt als destruktiver Prozeß mit sekundärer Deformierung der Wirbelsäule das Karzinom in Betracht.

Kirschmann.

4460.

Gorlitzer, Victor, **Zur Symptomatologie des primären Wirbelsarkoms und der Möglichkeit seiner Diagnose.** (Med. Klin., Nr. 36, 1929.) In einem Falle eines außerordentlich gefäßreichen Rundzellensarkoms des 8. und 10. Brustwirbels war der wechselvolle Krankheitszustand der Patientin auffallend: das manchmal schwerste Krankheitsbild wurde innerhalb weniger Stunden durch völliges Wohlbefinden abgelöst. Die Ursache dieser plötzlichen Änderungen im Befinden der Patientin ist in den Volumenschwankungen des Tumors durch jeweilig verschiedene Blutverteilung im Gefäßsystem des Gesamtorganismus zu suchen.

Charakteristisch für einen Wirbeltumor war auch die Druckempfindlichkeit im Bereiche der untersten Brustwirbel neben der Wirbelsäule. Eine Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze war dabei trotz der schon äußerlich sichtbaren Deformität der Wirbelsäule nicht vorhanden. Auch die plötzliche Belastung der Wirbelsäule war nicht schmerzhaft. Ein analoges Verhalten wird bei keiner anderen Wirbelerkrankung beobachtet; so ist bei Spondylitis tuberculosa immer eine Empfindlichkeit der Dornfortsätze bei direktem Druck vorhanden.

L. Gordon, Berlin.

4461.

Schlatter, C., **Zur Prognose der operativen und konservativen Behandlung der Patellarfrakturen.** (Schweiz. med. Wschr., Nr. 30, 1929.) Der Lehrsatz, daß die mit Zerreißen des seitlichen

Streckapparates und aktiver Streckunfähigkeit komplizierten Frakturen der operativen Behandlung angehören, soll unangestastet bleiben. Doch geht aus dem vorliegenden Material mit aller Deutlichkeit hervor, daß leichtere Fälle von Kniescheibenbrüchen ebenso gut und sicher auf unblutigem Wege geheilt werden können. Bei diesen leichteren Fällen erforderten die konservativen Behandlungsmethoden erheblich weniger Zeit und Geld als die operativen. Diese Feststellung ist nicht nur von Wert nach der ökonomischen, volkswirtschaftlichen Seite, sondern auch für jene Frakturfälle, wo Gegenanzeigen für ein operatives Vorgehen vorliegen, wie Herz- und Lungenleiden, Nierenentzündung, Diabetes, hohes Alter.

Held.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4462.

Ter-Gabrielan, G. G., **Die Spätergebnisse der operativen Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und der Gebärmutterverlagerungen.** (Wiatsch. Djelo, 13, Nr. 1 u. 2, 1929.) (Städtisches Zentralambulatorium Moskau.) Da die Spätergebnisse der operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane unbefriedigend sind, fordert Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen an einem Material von 348 operierten Fällen, zunächst einen Versuch mit physiotherapeutischen Methoden zu machen und nur in Ausnahmefällen zur Operation zu schreiten. Was die Spätergebnisse der Lageveränderungen des Uterus betrifft, so sind sie am günstigsten, wenn man die Gebärmutter vor der Operation von den umgebenden Infiltraten, Verwachsungen und Strängen befreit. Das Korrigieren der Uterusknickung durch Verkürzung der runden Bänder sowohl abdominal als auch vaginal ist der Ventrifixur vorzuziehen. Insbesondere gilt das für physisch schwer arbeitende Frauen.

E. Kontorowitsch.

4463.

Benthin, **Die Diagnose der Lageveränderungen des Uterus und der übrigen Genitalabschnitte.** (Dtsch. med. Wschr., 55, Jahrg. Nr. 38.) Lageveränderungen der Gebärmutter sind vielfach etwas Nebensächliches, häufig nur Begleit- und Folgeerscheinungen genitaler Prozesse, durch die die Therapie bestimmt wird. Bei der Retroversio flexio uteri besonders ist der Nachweis des Vorhandenseins oder Fehlens von Komplikationen (Prämetritis, Adnexitis, Entzündungen usw.) Hauptaufgabe der Diagnose. Eine Verwechslung der Retroversio flexio mit einem retrouterinen Tumor, einem Exsudat, einer Hämatozele ist eigentlich nur bei gleichzeitig bestehender Gravidität möglich. Zur Feststellung, ob eine Retroflexion des graviden Uterus mobil ist oder nicht, ist die Narkoseuntersuchung oft nicht zu entbehren. Auf Inversio uteri ist die trichterförmige Vertiefung des Gebärmuttergrundes stets suspekt, um nicht zu sagen beweisend. Bei der Lageveränderung der Scheidewände ist im Interesse der Wahl reparativer Maßnahmen auf den Umfang der Mitbeteiligung der Blase und des Rektums, auf die Lage des Uterus Bedacht zu nehmen. Täuschungen über den Grad des Vorfalles können durch vorangegangene Ruhelage und absichtliche Reposition hervorgerufen werden. Sehr schwierig ist die Diagnose der Torsion der Adnexe, die infolge Stauung, Hämato-salpinxbildung stielgedrehte Eierstocksgeschwülste, Hämatozelen usw. vortäuschen. Differentialdiagnostisches Zeichen ist die Durchsichtigkeit und Dünnflüssigkeit des blutigen Punktales.

Arnold Hirsch, Berlin.

4464.

Popoff, Ford und Cadmus, **Mykotische Vulvovaginitis.** (Amer. J. Obst., 18, Nr. 3.) Bei einer Graviden, die im sechsten Schwangerschaftsmonat über Jucken und Brennen an der Vulva und in der Vagina klagte und an einem erst dünnflüssigen, später dicker, käsig bis körnig werdenden Ausfluß litt, war die Vaginalwand entzündet, rot und schmerzhaft bei der Berührung. Im Ausstrich fand sich neben Bazillen vom Döderleinschen Typus ein hefeähnlicher Pilz, der zur Gruppe der Monilia pilosus oder Parasaccharomyces gehörte und der als Ursache der Vulvovaginitis angesehen wurde. Therapeutisch brachten Desinfizientia, wie Merkurchrom, nur auf Stunden Erleichterung. Dagegen hatte Behandlung mit Alkalien (1 bis 2% Lösung von Natriumbikarbonat und Ovula aus Glycerin-Stärke-Borat-Natriumbikarbonat) Erfolg. Diese Behandlung wurde bis zur letzten Woche der Schwangerschaft fortgesetzt. Amnionflüssigkeit hemmte das Wachstum der Pilze nicht. Vom zweiten Tage post partum ab waren die Pilze nicht mehr nachzuweisen.

Hans Hirsch, Köln.

4465.

Terruhn, E., **Leukoplakie und Kraurosis vulvae.** (Arch. Gynäk., 138, Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Marburg.) Die Leuko-

plakia vulvae kommt als solche wahrscheinlich nicht vor; die Leukoplakie, besser Leukodermie, verkörpert nur ein Symptom des ersten Kraurosisstadiums, nämlich den Pigmentschwund, stellt aber kein Krankheitsbild sui generis dar. Da sich ferner aus dem depigmentierten hypertrophischen Stadium stets in kurzer Zeit, d. h. nach Rückbildung des Oedems, die regressive und atrophische Phase entwickelt, ist auch eine sogenannte „stationäre Leukoplakie“ unmöglich. In sämtlichen 3 Stadien, besonders im ersten, ist der Boden für eine karzinomatöse Epithelwucherung durchaus gegeben, weil durch die Druckatrophie des Oedems die Basalzellschicht nicht mehr eine geschlossene, das Epithel von der bindegewebigen Kutis trennende Grundlinie bildet, sondern ein lückenhaftes an Mottenfraß erinnerndes Aussehen erhält und damit dem, durch das Oedem stark angeregten Wachstumsimpuls der Keimschicht ein malignes Tiefenwachstum erleichtert wird. — Eine Kraurosis ohne Leukodermie, d. h. Pigmentschwund, gibt es nicht, wohl aber eine vitiliginöse Leukopathie vulvae ohne Kraurosis! Diese wird scheinbar vielfach mit der „stationären Leukoplakie“ verwechselt, hat aber mit Kraurosis nichts zu tun und ist streng von ihr zu trennen.

Rudolf Katz, Berlin.

4466.

Terruhn, E., Vitiliginöse Leukopathia vulvae. (Archiv Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Marburg.) Die vitiliginöse Leukopathia vulvae ist eine primäre oder auch idiopathische Form der Leukopathia acquisita oder des erworbenen Pigmentschwundes. Sie ist im Gegensatz zur Kraurosis eine rein epitheliale Erkrankung, die klinisch stets symptomlos verläuft und lediglich als Zufallsbefund bei anderweitigen gynäkologischen Erkrankungen angetroffen wird. — Was die Entstehungsursache der Leukopathia vulvae betrifft, so kann trotz ihres Auftretens im vorgereckten Alter die symmetrische Lokalisation allein mit einer endokrinen ovariellen Dysfunktion nicht erklärt werden. Vielmehr legt die ausschließlich auf die Genitoanalgegend beschränkte, reithosenbesatzartige Depigmentierung durch ihre stets auffallend symmetrische Ausparung den Gedanken einer Beteiligung des Zentralnervensystems nahe. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Irritation des Nervus pudendus internus, dem dritten Sakralsegment entsprechend.

Rudolf Katz, Berlin.

4467.

Westmann, A., Untersuchungen über die Ovarialfunktion nach Uterusexstirpation. (Zbl. Gynäk., Nr. 41, 1929.) Die Frage, ob die Ovarien bei der Uterusexstirpation besser entfernt oder womöglich belassen werden sollen, hat Verfasser auf tierexperimentellem Wege nachgeprüft. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß eine Uterusexstirpation an jugendlichen Mäusen keine merklichen morphologischen und funktionellen Störungen in den Ovarien herbeiführt. Diese erlangen ihre Pubertätsreife, lösen regelrechte zyklische Veränderungen in der Vaginalschleimhaut aus und weisen auch nach relativ langer Beobachtungszeit ein normales anatomisches Bild auf. Die Feststellungen früherer Untersucher, die nach Totalexstirpation des Uterus degenerative Veränderungen an den Ovarien mit Atrophie der Primärfollikel, Neigung zu kleinzystischer Degeneration und Follikelhämatomen häufig beobachtet haben wollen, müssen demnach als überholt gelten.

Schwab, Hamburg.

4468.

Rushmore, Mitteilung über die Bildung einer künstlichen Vagina. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 3.) Nach der Methode von Frank und Geist wurde durch Hautlappenplastik aus beiden Oberschenkeln eine röhrenförmige Vagina gebildet und zwischen Urethra und Rektum eingesetzt. Die Methode ist relativ einfach und ohne größere Gefahr.

Hans Hirsch, Köln.

4469.

Kehrer, E., Ueber Riesenoarialzystome. (Arch. Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Marburg.) Verfasser berichtet über einen erfolgreich operierten Fall eines Riesenzystoms des linken Ovariums mit 26,1 Liter hämorrhagisch-pseudomukinösem Inhalt und einem Gesamtgewicht des Tumors von 33,3 kg. Im Anschluß an diese Beobachtung werden 99 Fälle von Riesenoarialzystomen aus der gesamten Weltliteratur zusammengestellt. Als Riesenoarialzystom wird dasjenige Zystadenom ganz außerwöhnlicher Größenentwicklung bezeichnet, dessen Gesamtgewicht: flüssiger Inhalt der Hauptzyste + feste Masse + anhängende Zysten über 25 kg beträgt und dem Gewicht des Körpers nach Exstirpation der Geschwulst ungefähr gleichkommt. Es sind 1 Liter Zysteninhalt, welchem 28 bis 30 kg Gesamtgewicht des Tumors zu entsprechen pflegen, als unterer Wert angenommen. Verfasser bespricht auf Grund der 100 Fälle eingehend das klinische Bild des Ovarialzystoms, wobei neben der hochgradigen Vergrößerung der Bauch- und Brustorgane auch den venösen Kollateralen im Bereich der vorderen Bauchwand, den Folgen der Kom-

pression der Vene cava inferior, Beachtung geschenkt wird, und deren Verlauf vom sogenannten Caput Medusae abgegrenzt wird. Was die Operation anbelangt, so ist die bloße Punktion zu vermeiden und nur im Falle vitaler Indikation zu diskutieren, zumal sie die Aussichten einer späteren Tumorexstirpation nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Als Methode der Wahl ist Punktion mit sofort anschließender Exstirpation des Riesenzystoms zu bezeichnen. Die operative Entfernung der Riesenoarialzystome ist schwierig, jedoch weniger wegen der Größe als wegen der sehr ausgedehnten Verwachsungen mit der vorderen und seitlichen Bauchwand, die in fast allen Fällen vorhanden und im wesentlichen auf eine geringe Stieldrehung und auf Blutungen in das Zystom zurückzuführen sind. Die Adhäsionen der riesigen Tumoroberfläche mit dem Peritoneum parietale dürfen erst nach möglichst vollständiger Entleerung der Zystenflüssigkeit gelöst werden, um das Einfließen dieser in die Bauchhöhle zu vermeiden, da sie sarkomatöse, karzinomatöse oder Dermoidbestandteile enthalten kann. Der Gefahr der operativen oder postoperativen, und dann meist im Verlauf des ersten bis zweiten Tages nach der Ovariectomie eintretenden Synkope läßt sich durch richtige Vorbereitung der Kranken zur Operation und durch richtige Maßnahmen bei der Operation meistens begegnen: Digitalisierung, richtige Lagerung der Kranken bei der Operation, Ersatz der Inhalationsnarkose durch Lokal- oder Sakralanästhesie oder evtl. schwache Avertinnarkose, einwandfrei und zielbewußte Operationstechnik, sowie sehr sorgfältige und andauernde Ueberwachung der Patientin in den ersten beiden Tagen nach dem Eingriff.

Rudolf Katz, Berlin.

4470.

Guthmann, H., und A. Erb, Beiträge zum Karzinomproblem. III. Das Verhalten der Hautelastizität. (Arch. Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Frankfurt a. M.) Bei gesunden Personen von höherem Durchschnittsalter (47,5 Jahre) besteht bereits bei 50 g Belastung ein Elastizitätsverlust der Haut. Bei karzinomkranken Frauen findet sich gegenüber gleichaltrigen gesunden Personen ein weitgehender Verlust der Elastizität. Der Elastizitätsverlust macht sich am deutlichsten an der Hand, weniger an der Schulter, am wenigsten am Oberschenkel bemerkbar. Auch bei beginnenden karzinomatösen Prozessen läßt sich bereits ein sehr starker Elastizitätsverlust nachweisen, der bei Zunahme der Ausbreitung des Karzinoms noch zunimmt. Der Verlust der Hautelastizität bzw. die Abnahme des Bindegewebsturgors tritt viel frühzeitiger auf als die Verminderung des onkotischen Druckes.

Rudolf Katz, Berlin.

4471.

Baltzer, H., Ueber das Adenomyom des Uterus. (Arch. Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Tübingen.) Das bei einer 47jährigen Nullipara wegen Metro- und Menorrhagien entnommene Kurettagematerial ergab bei der mikroskopischen Untersuchung in Muskulatur eingebettete Drüsenschläuche, die den Verdacht auf Adenomyom und evtl. Karzinom nahe legten. Der durch Laparotomie entfernte Uterus wies neben Fibromyomen in Korpusmitte einen histologisch als reines Adenomyom anzusprechenden Tumor auf, wie er bisher in der Literatur nicht beschrieben wurde: Adenomyom und Myom in inniger Verflechtung, kein zystogenes Gewebe, scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung. — Als Entstehung des Tumors kommt bei seiner zentralen Lage im Corpus uteri nur ein verschleppter Zellkomplex des Müllerschen Organes in Frage. In dem Adenomyom fand sich eine größere Partie karzinomatös gewuchter Drüsenschläuche. Metastasen fehlten. — In einem in der Mittellinie gelegenen Fundusmyom fand sich ein kleiner Myomkeim mit epithelialen Zellverbänden, der möglicherweise einen Adenomyomkeim darstellt.

Rudolf Katz, Berlin.

4472.

Janaki, J., Herzveränderungen bei Myom. (Zbl. Gynäk., Nr. 41, 1929.) Die Debatte über das Wesen und die Entstehung der Herzveränderungen beim Uterusmyom ist noch immer nicht geschlossen. Ob die anatomischen und funktionellen Veränderungen am Herzen Myomkranker unspezifisch sind, nur als Folgen von Blutdruckänderungen bei vasomotorischen Störungen, Blutungen und Anämien zu erklären sind, oder aber ob wir berechtigt sind, von „Myomherz“ als einem charakteristischen Begleitsymptom der Geschwulsterkrankung zu sprechen, darüber herrscht noch allwärts Zweifel. Auch die vorliegende Arbeit nimmt zu den strittigen Fragen keine entscheidende Stellung. Interessant aber sind die am Krankenmaterial des Verf. gemachten Feststellungen. Auf die hohe Mortalität der myomatösen Herzkranken ist zunächst aufmerksam zu machen. Sodann ist bemerkenswert, daß Myomkranke unter dem 40. Lebensjahr röntgenologisch und klinisch feststellbare Herzveränderungen in wesentlich geringerem Grad aufwiesen als Pat. jenseits des 40. Lebensjahres. Verf. schließt daraus, daß mit der

längeren Dauer des Bestehens sowie auch mit der Größe des Tumors die Zahl und die Schwere der Herzveränderungen zunimmt.
Schwab, Hamburg.

4473.

Schiffmann, J., Weitere Beiträge zur Kenntnis der postklimakterischen Blutung. (Archiv Gynäk., 138., Heft 2.) (Bettina-Stiftungs-Pavillon Wien.) Auf Grund seiner Statistik bei postklimakterischen Blutungen betont Verf. die Wichtigkeit des Probekürettments. Verf. macht, wie das ja an den meisten Kliniken geschieht, sein Vorgehen in erster Linie von dem Ergebnis des Probekürettments abhängig. Wenn das Kürettment nekrotische oder schollige Massen oder Atrophie der Schleimhaut aufweist, wird man zuwarten, aber aus Gründen der Vorsicht auf einer periodischen Nachuntersuchung der Frauen beharren. Ergibt das Probekürettment hypertrophische oder auch hyperplastische Schleimhaut und ist neben dem Uterus kein Tumor zu tasten, so ist auch hier ein Zuwarten gestattet; doch muß das Postulat einer häufigen Nachuntersuchung strenger gefaßt werden. Ist dieses nicht erfüllbar, dann wäre es vorzuziehen, die Exstirpation des Uterus unter Mitnahme der Ovarien auszuführen. — Ist neben dem blutenden Uterus ein Ovarialtumor oder auch nur ein vergrößertes Ovarium tastbar, so erübrigt sich das Kürettment, und ergibt sich zwangsläufig die Indikation zur Totalexstirpation, da die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen auf die hier in Betracht kommenden Tumoren noch keineswegs sichergestellt ist.
Rudolf Katz, Berlin.

4474.

Aschner, B., Menstruationsstörungen als Krankheitsursache. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 27.) Verf. bespricht die bei Hypomenorrhö häufig vorkommenden Beschwerden. Die besonders häufig auftretenden Herzbeschwerden (vor allem Herzklopfen) werden durch die üblichen Herz- und Beruhigungsmittel nicht oder nur vorübergehend beeinflusst. Blutegel, kleine oder größere Aderlässe beseitigen oft dauernd das Herzklopfen. Auch alle anderen ableitenden, entgiftenden Methoden, ebenso wie Emmenagoga bringen oft dauernden Erfolg. Verf. weist darauf hin, daß auch die Herzbeschwerden bei Basedow auf diese Weise erfolgreich behandelt werden können, und auch bei der Behandlung der Herzfehler mit ähnlichen Maßnahmen bessere Erfolge erzielt werden können, als durch die Behandlung mit bloßen Herzmitteln.
Maslowsky.

4475.

D'Aprile, F., Die Menstruation und ihre Störungen bei der Tuberkulose des Genitales. (Ann. di Ost. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 8.) Nach einer einleitenden historischen Darstellung des Menstruationsproblems kommt Verfasser auf Grund einer Beobachtung von 173 Fällen der Klinik in Rom zu folgenden Konklusionen: Bei etwa 45% der Frauen, die mit einer Tuberkulose des Genitales bereits vor dem Beginne der Pubertät behaftet waren, trat die Periode im Alter von 16 bis 18 Jahren auf gegenüber einer Norm von 14 Jahren in Italien. Ob die Frauen steril blieben oder fruchtbar waren, war diesbezüglich kein Unterschied festzustellen.

Die primäre Amenorrhöe ist eine häufige Begleiterscheinung der Tuberkulose des Genitales; sie ist gewissermaßen der Ausdruck einer schweren funktionell-anatomischen Störung, auch des Genitales. Die sekundäre Amenorrhöe ist ebenfalls oft zu verzeichnen.

Menstruelle Störungen kommen im allgemeinen vor in 90% aller sterilen, in 65% der fruchtbaren Frauen. Ursache: Allgemeine Toxikose und direkte anatomisch-funktionelle Veränderung des Genitales.
L. Szamek, Wien.

4476.

Geist, S. H., Die Morphologie des normalen Menstruationsblutes und ihre diagnostische Bedeutung. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Die nicht auf einer Menstruation beruhende Blutung aus der Vagina unterscheidet sich morphologisch so wesentlich vom Menstrualblut, daß durch histologische Untersuchung die Differentialdiagnose gestellt werden kann. Das aus dem Uterus entleerte Blut wurde in der Vagina durch Gläser aufgefangen, wenn nötig zentrifugiert, in Paraffin eingebettet, geschnitten und gefärbt. Bei den 100 untersuchten Menstruationsblutungen fand sich Uterusepithel am ersten Tage der Menses in 50%, am zweiten Tage in 74% und am dritten Tage in 54%. Uterusstroma fand sich in 75% am ersten Tage, in 90–91% am zweiten und dritten Tage und in 50% noch am vierten Tage. Die Anwesenheit von Stromafragmenten ist also außerordentlich charakteristisch und konstant. In 9% der Menstruationsfälle fand sich keine Ausstoßung von Stroma und Epithel. Vielleicht findet sich bei bestimmten Individuen Menstruation ohne Desquamation. Mit großer Regelmäßigkeit sieht man in den vaginalen Entleerungen in der prämenstruellen Phase und während der Periode zusammenhängende Lamellen von Vaginalepithel. Außerdem weist das Menstrualblut in der Vagina einen großen Leukozytenreichtum auf, der aber nicht aus dem Uterus kommt — die

Leukozytenwerte waren in dem aus der Zervix austretenden Blut normal —, sondern vielmehr aus der Vagina, deren Epithellamellen intra menstruationem sich unter starkem Leukozytendurchtritt abstoßen. In einigen Fällen war der Leukozytengehalt des Menstrualblutes so stark, daß man histologisch Eiter vermuten konnte. In allen diesen Fällen handelte es sich um Entzündungen, an den Beckenorganen. Von 100 Fällen von Vaginalblutung, die klinisch keine Menstruation waren, enthielt das Blut in 90% weder Epithel noch Stroma. In den restierenden 10 Fällen ist es auch klinisch ungewiß, ob es sich nicht doch um eine Menstruationsblutung handelte.
Hans Hirsch, Köln.

4477.

Fenwick, P. Clennell, Das Radium-Klimakterium. (Brit. Med. J., 3583.) Christchurch Hospital, New-Zealand.) Seit vier Jahren sind 89 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren wegen Blutungen mit Radium behandelt worden. Es wurde einmal während 24 Stunden Radium in das Uteruskavum eingeführt. In der Mehrzahl der Fälle hört die Blutung sofort auf, häufiger kommt noch eine Blutung nach der Behandlung vor; eine zweite Blutung ist selten. Die Beschwerden durch das Aufhören der Blutung sind nicht unangenehmer als beim normalen Klimakterium. In sechs Fällen von stark blutenden Myomen hörten die Blutungen nach der Radiumbehandlung auf. Für viele Fälle uteriner Blutung ist das Radium gut verwendbar; es ist notwendig, daß mehr Erfahrungen gesammelt werden.
P. Heyman, Berlin.

4478.

Sellheim, H., Ueber die Zunahme der Thrombosen und Embolien in der Nachkriegszeit. (Zbl. Gynäk., Nr. 42, 1929.) Auf der Suche nach den Ursachen der auffallenden Zunahme der Thrombosen und Embolien, den gefährlichsten postpartalen und postoperativen Komplikationen, ist Verf. zu dem Resultat gekommen, daß in erster Linie Störungen der Herztätigkeit für das Zustandekommen der Störung in der Blutbeförderung im Venensystem verantwortlich zu machen sein dürften. Das Herz, das in der Kriegs- und Nachkriegszeit bei einer Unzahl von Frauen gewaltigen Schädigungen durch Ueberanstrengung, Kummer und Hunger ausgesetzt war, ist durch die genannten Schädigungen in einem Grade abgenutzt und in seiner Leistungsfähigkeit herabgesetzt, daß das Organ besonderen Zumutungen, wie sie eine schwerere Operation oder eine Geburt darstellen, oft wider Erwarten nicht mehr gewachsen ist. Dieser Schaden ist wohl im Lauf der Jahre scheinbar zugedeckt, kann aber nicht völlig wieder gutgemacht werden. Sowohl die Frauen, die als ausgewachsene Menschen die Kriegsjahre durchgemacht haben, wie die jungen Frauen und Mütter, deren Konstitution während der Entwicklungsphase durch die Kriegsentbehrungen geschädigt und geschwächt wurde, müssen als gefährdet gelten. Eine Besserung der Zeiten und ein Aufhören der üblen Nachwirkungen der Kriegs- und Nachkriegszeit wird, so dürfen wir hoffen, auch die Häufigkeit der genannten Erkrankungen auf ein gehöriges Maß zurückführen.
Schwab, Hamburg.

4479.

Frank, R. T., Intraabdominale Raffung der Fascia pubovesicalis (modifizierte Polk-Operation) zum Zwecke der Heilung der Zystozele. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Bei Uterusmyomen, die die abdominale Hysterektomie verlangen, ist, wenn sie mit Zystozele und Neigung zum Deszensus verbunden sind, eine Modifikation der Polkschen Operation angebracht, die der Verfasser beschreibt. Nach Durchtrennung des Blasenperitoneums auf der Uterusvorderwand wird die Blase stumpf von der Zervix und dem oberen Teil der Vagina abgeschieden und zu beiden Seiten die pubovesikale Faszia durch Raffnähte zusammengezogen. Der Uterusstumpf wird in die Bauchdecken eingenäht. Die Operation wird in allen Fällen von Zystozele empfohlen, in denen die Laparotomie in Frage kommt. Der Uterus wird dann nach Art der Kocherschen Operation in der Bauchdecken fixiert. Die Blase wird bei dieser Operation bis zum Trigonum von ihrer Unterlage, der Vaginalwand, abgelöst. Die Ureteren geraten nicht in Gefahr, da sie seitlich ausweichen, wenn man sich in der Mittellinie hält. Bei Exsudaten und Verwachsungen, die die Beweglichkeit der Organe beeinträchtigen, soll die Operation nicht ausgeführt werden.
Hans Hirsch, Köln.

4480.

Dyroff, Rudolf, Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie des Genitaltraktes beim Weibe. (Beiträge zur Nervenversorgung.) (Archiv Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenkl. Erlangen.) In den Hilusnerven des fetalen Ovars finden sich eigenartige Zellen eingelagert, die die Charakteristika von Ganglienzellen zeigen. Die Geschlechtsdrüsen beziehen die parasymphatische Versorgung wahrscheinlich aus dem Vagusgebiet. Die Befunde der Literatur rechtfertigen nicht die Annahme, daß das Wesen des Antagonismus zwischen den beiden Vertretern des vegetativen Nervensystems

allgemein in dem Gegensatz: Erregung und Hemmung beruhe. Der Antagonismus im vegetativen Nervensystem beruht vielmehr in einer anderen Gegenläufigkeit, die bezüglich der motorischen Funktion in der Auslösung einer anderen Kontraktionsform gegeben ist. Die motorische Einzelleistung des Parasympathikus besteht in einer rhythmisch fortschreitenden Bewegung. Die motorische Einzelleistung des Sympathikus besteht in einer Tonusänderung der Muskulatur. Beide vegetativen Nerven enthalten hemmende Fasern für den Antagonisten. Die Genitalperistaltik ist die Leistung eines geregelten Zusammenspiels von Parasympathikus und Sympathikus, geleitet vom peripheren Ganglienzentrum. Dem Parasympathikus kommt außerdem noch eine vasodilatatorische und eine sekretorische Leistung zu. Dem Sympathikus kommt außerdem noch eine vasokonstriktorische und eine das Zentrum orientierende Leistung zu. Das vegetative Nervensystem arbeitet so eng mit dem innersekretorischen System zusammen, daß beide im Körper funktionelle Einheit betrachtet werden müssen. Diese funktionelle Einheit bildet die Grundlage der sogenannten Konstitution. Die Widersprüche hinsichtlich der vegetativen Einstellung der Schwangeren erklären sich zum Teil daraus, daß das Corpus luteum die Wirtlichkeit und die Frucht lokal einen gesteigerten Parasympathikotonus auslöst, der das Genitale den biologischen Schwankungen des hormonalen Säftegemisches des Körpers weitgehend entzieht. Der Parasympathikotonus teilt sich jedoch auch dem Gesamtkörper mit und löst dort sogar eine Ausgleichreaktion anderer Inkretorgane aus, die zu einer gleichzeitigen Steigerung des Sympathikotonus führen. Die gleiche lokale und allgemeine Reaktion, nur in abgeschwächter Form, findet sich als Corpus-luteum-Wirkung, zyklisch auftretend, auch in der prämenstruellen Phase. Die innersekretorische Funktionsumstellung zu sympathikotonischer Sekretion vor Eintritt der Menses bedeutet eine lokale Ausgleichreaktion, die durch den Blutdeflux unterstützt wird. Das Protektorat des Corpus luteum über das Ei beschränkt sich vor der Ansiedelung auf indirekte Einflußnahme durch Leistung des Eitransportes und Vorbereitung der Eiansiedelung. Die Ansiedelung selbst erfolgt aus eigener fermentativer Arrosionskraft des Eies, unabhängig von der Vorbereitung der Siedelungsstätte. Nach der Ansiedelung erhält umgekehrt das Ei das Corpus luteum, dessen Funktionsdauer allerdings der Eihaltung dienlich ist. Diese Form des Protektorats des Corpus luteum über das Ei ist also eine sekundäre. Ohne Ansiedelung des Eies erfolgt mit der Altersinvolution des Corpus luteum automatisch seine Funktionsumstellung, die unter anderem stärker automatisierte peristaltische Bewegungsabläufe auslöst; diese müssen bei den Primaten auf Grund besonderer anatomisch-funktioneller Bedingungen für das Zustandekommen der menstruellen Blutabscheidung mit verantwortlich gemacht werden; der Blutdeflux selbst beschleunigt die Sekretionsumstellung des Corpus luteum. Die Blutstillung erfolgt mit allmählichem Abklingen des Parasympathikotonus u. a. durch Zustandekommen eines gesteigerten Muskeltonus infolge Ueberwiegens des Sympathikotonus, dessen Auftreten die Funktionsumstellung des Corpus luteum ursächlich begründet liegt.

Rudolf Katz, Berlin.

4481.

Petit, R., Versprengter Nebennierenkeim im Ligamentum latum. (Gynec., Nr. 4, 1929.) Beim Manne sind versprengte Nebennierenkeime schon lange bekannt, während sie beim Weibe selten beobachtet werden. Unter 175 Fällen fand sie Verfasser fünfmal. Beim Menschen begegnet man ihnen in der Umgebung der Nieren, des Pankreas und der Leber, am häufigsten in der Nähe der Harnblase. Dieser Sitz erklärt sich aus der embryonalen Entwicklung. Die Herde sind sehr klein, bisweilen stecknadelkopfgroß, und man findet im Ligamentum latum sie nur bei sehr aufmerksamer Beobachtung. Es folgt eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung. Die klinische Diagnose ist unmöglich wegen der Kleinheit der Herde, und man findet sie nur zufällig, wenn bei der Laparotomie darauf geachtet wird. Es empfiehlt sich, sie zu exstirpieren, da sie die Ausgangsstelle einer malignen Degeneration werden können. Die Entfernung der Keime macht später keinerlei bemerkenswerte Beschwerden.

Kosminski, Berlin.

4482.

Neumann, H. O., und Margarete Oing, Polymastie und Polythelie. (Archiv. Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Marburg.) Verf. haben sich an dem Material der Marburger Frauenklinik eingehend mit der Polymastie (überzählige Brustdrüsen) und Polythelie (überzählige Brustwarzen) befaßt und kommen dabei zu interessanten Ergebnissen: Unter 1000 Patientinnen fand man insgesamt 53 Frauen und Mädchen mit solchen überzähligen Bildungen, 5,3%. Diese 1000 Patientinnen verteilen sich gleichmäßig auf Schinerinnen und Unterleibsranke. Bei 500 Wöchnerinnen waren überzählige Brustdrüsen oder -warzen 34mal = 6,8%, bei 500 gynäkologischen Patientinnen nur 19mal = 3,8% vorhanden. Da

manche Patientinnen mehrere solcher Bildungen aufwiesen, betrug die Zahl der überzähligen Brustdrüsen oder -warzen bei 53 Frauen und Mädchen 86. Als Höchstzahl fanden wir einmal bei einer Wöchnerin 6 solcher Bildungen. In der Schwangerschaft und im Wochenbett beobachteten Verf. in 23 Fällen eine ziemlich bedeutende Größenzunahme dieser Bildungen mit gleichzeitiger Sekretion, die sich mikroskopisch in der Schwangerschaft als Kolostrum und im Wochenbett als Milch erwies. Bei 3 überzähligen Bildungen wurde eine Sekretion trotz starker Schwellung vermißt. In der Vorgeschichte gaben die gynäkologischen Patientinnen, die geboren hatten, ähnliche Beobachtungen an, so daß im ganzen 37 Mikromammæ festgestellt werden konnten. — Die Lokalisation der überzähligen Bildungen entsprach den embryonalen Milcheisten. Oberhalb der Hauptmammar lagen 26 = 30,2% und unterhalb 60 = 69,8% überzählige Bildungen. Eigene embryologische Studien bestätigten den Entwicklungsgang der Brustdrüsen und das Bestehen einer embryonalen Milcheiste mit Milchhügel, z. B. in der Achselhöhle und unterhalb der Hauptmammar in Höhe des Rippenbogens. Der Nachweis der Merckelschen Milcheisten erklärt die gesetzmäßige Lokalisation der Bildungen. Ferner kann gezeigt werden, daß die Aussprossungen des eingesenkten Epidermiszellhaufens die Anlagen sowohl zur Haarbildung, zu Talgdrüsen, als auch zu Milchdrüsen-gewebe bergen, daß aber die Haarbalganlagen nicht zur Weiterentwicklung kommen. Die Brustdrüsen gehören zu einer besonderen Gruppe von Hautdrüsen, die Schieferdecker apokrine Drüsen oder Stoffdrüsen nennt. — Eigene mikroskopische Untersuchungen an überzähligen Brustdrüsen zeigten, daß die Ausführungsgänge trotz funktionstüchtigen Drüsengewebes fehlen können. Auch fanden Verf. einen Hauptausführungsgang dicht mit Talgdrüsen besetzt, in den die übrigen Milchgänge einmündeten. — Bei Frauen mit genitaler Hypoplasie fand man gleichzeitig Polymastie und Polythelie nur in 4,25%. Nach den Konstitutionstypen von Kretschmer handelte es sich um Vertreterinnen aller 3 Hauptgruppen mit einem auffälligen zahlenmäßigen Uebergewicht der Pyknikerinnen. Im ganzen konnten in 69,8% der Fälle keinerlei besondere dysplastische, unterwertige Merkmale nachgewiesen werden. — Die Familienforschungen der Verf. hatten ein negatives Ergebnis. Familiäres Auftreten fand sich nur in 3 von 53 Fällen. Schädigungen des Keimplasmas im Sinne von Verwandtenehen wurde nur einmal angetroffen, ebenso nur einmal Schädigungen des Keimplasmas infolge Alkoholismus. Alle übrigen Feststellungen bringen keine Beweise, ebenso wenig kann man in den überzähligen Bildungen eine Zweckmäßigkeit in dem Sinne erblicken, daß bei Zwillingsfamilien die überzähligen Brustdrüsen gehäuft vorhanden wären. Es steht nur das eine fest: Die überzähligen Brustdrüsen und -warzen sind ontogenetisch bedingte, durchaus mögliche Bildungen. Da sie im allgemeinen bereits frühzeitig im Embryonalleben wieder zurückgehen, bedeutet ihre Weiterentwicklung eine Differenzierungshemmung — eine Hypoplasie, deren Zustandekommen in jedem Falle sich nicht erklären läßt. — Neben den oben angeführten Möglichkeiten kann man vermuten, daß gelegentlich auch mütterliche Sexualhormone auf den Keimling einen derartigen Reiz ausüben, daß solche sekundäre Geschlechtsmerkmale in der Anlage nicht zurückgehen, sondern bestehen bleiben und sich sogar weiter entwickeln.

Rudolf Katz, Berlin.

4483.

Parsons, Susanne R., Eine statistische Studie über die Häufigkeit des engen Beckens bei Chinesinnen und dessen Beziehung zur Geburt und zur Größe der Neugeborenen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Die durchschnittlichen Beckenmaße von 500 Chinesinnen, die spontan im Margaret Williamson Hospital, Schanghai, niederkamen, liegen tiefer als die gewöhnlichen Standardwerte. Es betragen: Distomia spinarum 22,07 cm, cristarum 26,56 cm, trochanterum 29,31 cm, tubum ischii 8,53 cm, Conjugata externa 18,80 cm. 49,8% der Becken waren unternormal. Hiervon gehörten fast zwei Drittel dem Typus des Trichterbeckens an, während das rachitische und das einfache platte Becken nicht auftraten. Auch das Durchschnittsgewicht der Kinder war etwas niedriger als das der weißen Kinder, es betrug 3127,73 g.

Hans Hirsch, Köln.

4484.

Epstein, H. J., und S. A. Goldberg, Ein Fall von Uterus didelphys gravidus mit Ausgang in Streptokokkenperitonitis. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Bei einer Frau mit Uterus didelphys und schwangerem rechten Uterus entwickelte sich plötzlich im siebenten Schwangerschaftsmonat eine Streptokokkenperitonitis, die vor allem im rechten Unterbauch lokalisiert war. Sie führte zum Exitus. Die Peritonitis nahm wahrscheinlich ihren Ausgang vom rechten Ovarium, denn die Uterusserosa war frei von Exsudat. Jedoch war eine septische Endometritis vorhanden, so daß die Entzündung auch von hier auf das Peritoneum fortgeleitet worden sein kann. Geklärt scheint demnach in diesem Falle der Ursprung der Peritonitis nicht zu sein.

Die Anhänge eines doppelten Uterus sind fast immer in einem Zustand chronischer Entzündung, der in der Schwangerschaft ein Locus minoris resistentiae für bakterielle Invasionen ist. Abnormale Fruchtlagen, Asphyxien des Fötus und Geburtsschwierigkeiten durch fehlerhafte Muskelanordnung an der Stelle des Zusammenhängens der Uteri sind häufig. Zuweilen verlaufen Schwangerschaft und Geburt ohne Besonderheiten. Das sind aber Ausnahmen. Retentio placentae mit Blutung post partum ist ein gewöhnliches Ereignis in solchen Uteri. Auch septische Embolie findet man häufig in solchen Uteri. Dies kann vielleicht daran liegen, daß die Arteriae uterinae bei ihnen nicht anastomosieren, sondern Endarterien darstellen. Deshalb soll man einen doppelten Uterus wie eine ungeplatzte Extrauterin gravidität behandeln, den Uterus entleeren und daß mißbildete Organ operativ korrigieren. Wird der Zustand erst gegen Ende der Schwangerschaft entdeckt, so muß man mit aller Sorgfalt abwarten. Zuweilen verläuft ja die Geburt ohne Schwierigkeiten. Man muß aber auf eine starke Blutung post partum und auf ein stürmisches Puerperium gefaßt sein.

Hans Hirsch, Berlin.

4485.

Hornung, R., Die Stellung des Kaiserschnittes in der modernen Geburtshilfe. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 38.) Es ist nach Ansicht des Verfassers nicht richtig, den Kaiserschnitt als eine absolut ungefährliche Operation hinzustellen; er hat auch heute noch eine belastende Mortalität, welcher derjenigen großer Bauchoperationen (ausschließlich maligner Tumoren) keineswegs nachsteht. Der Kaiserschnitt verlangt daher außer einer guten Technik vor allem eine von bestgeschultem geburtshilflichem, nicht nicht nur chirurgischem Denken geleitete strenge Indikationsstellung; er verlangt das um so gebieterischer, als er, abgesehen von der primären Mortalität, für Eintritt und Verlauf späterer Schwangerschaften und Geburten erhebliche Nachteile und Gefahren bedingen kann, die zu vermeiden nicht in die Hand auch des besten Operateurs gegeben ist.

Verfasser sieht die große Bedeutung des Kaiserschnittes in der modernen Geburtshilfe vor allem nach zwei Richtungen: einmal darin, daß man durch den Kaiserschnitt in die Lage versetzt wird, schwere akute Lebensgefahr der Mütter gewissermaßen momentan zu beseitigen (Placenta praevia, Eklampsie, drohende Uterusruptur und ähnliche); zum anderen darin, daß man mit dem Kaiserschnitt im Rücken gerade beim engen Becken viel unbesorgter als früher eine zunächst konservative Geburtshilfe treiben kann, die prophylaktischer Maßnahmen, wie künstlicher Frühgeburt, prophylaktischer Wendung, forciert hoher Zangen, von vornherein entraten kann. Gerade in dieser Möglichkeit, eine viel konservativere Therapie des engen Beckens treiben zu können, erblickt Hornung die Hauptbedeutung des Kaiserschnittes beim engen Becken. Daß es Fälle von hochgradiger Beckenverengung gibt, bei denen der Kaiserschnitt von vornherein im Interesse von Mutter und Kind angezeigt ist, wird ausdrücklich betont, ebenso daß rigide Weichteile alter Erstgebärender, vorangegangene Totgeburten und andere Momente gelegentlich eine berechnete Indikation von vornherein hergeben können.

Darüber hinaus stehen aber auch in der modernen Geburtshilfe die vaginalen Entbindungsmethoden in der Hand des erfahrenen Geburtshelfers an erster Stelle. Arnold Hirsch, Berlin.

4486.

Hawks, E. M., Mütterliche Mortalität an 582 abdominalen Kaiserschnitten. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) (New York Nursery and Child's Hospital.) Unter 582 abdominalen Kaiserschnitten, die an einem einzigen Krankenhaus von einer großen Zahl von Geburtshelfern im Verlaufe der vergangenen 19 Jahre ausgeführt wurden, waren 22 Todesfälle (3,6%). Diese Todesfälle bilden 16% der gesamten mütterlichen Mortalität. Die durchschnittliche Häufigkeit des abdominalen Kaiserschnitts betrug 1,6%. Im Verlaufe von 16 Jahren stieg sie von 0,2% bis zu 3,2%. In den letzten 2 Jahren fiel sie auf 2,5%. In 468 Fällen war es ein erstmaliger, in 114 Fällen ein wiederholter Kaiserschnitt. Die Mortalität nach Kaiserschnitt betrug 2 auf 10 000 Entbindungen. Der Kaiserschnitt war einer der Faktoren, die zur Verminderung der Gesamtmortalität führten. Die hauptsächlichste Todesursache war Peritonitis. Sie kam in den letzten 3 Jahren nicht vor, was der Verfasser auf die vermehrte Anwendung der zervikalen und extra-peritonealen Schnittmethoden zurückführt. Interessant ist, daß unter 7515 Privatfällen des Krankenhauses 285 Kaiserschnitte waren = 3,8% mit 10 Todesfällen, während bei 11 640 „öffentlichen“ Fällen nur 142 Kaiserschnitte = 1,2% mit 4 Todesfällen ausgeführt wurden. Bis 1922 wurde der klassische Kaiserschnitt ausschließlich angewandt. Unter 492 Fällen von klassischem Kaiserschnitt waren 21 Todesfälle, unter 11 Fällen von Porroscher Operation 1 Todesfall, unter 79 Fällen von tiefem Schnitt, Latzkoischer extra-peritonealer Sektio und peritonealer Ausschaltung war keine Mor-

talität. Der Verfasser glaubt, daß insofern Fehler begangen worden sind, als die Häufigkeit des Kaiserschnitts zu hoch war und der Typ der Schnittbindung zu uniform gewesen ist. Die Sectio caesarea ist nicht die einfache, sichere Lösung der schwierigen Geburt, für die sie gehalten wurde. Arnold Hirsch, Köln.

4487.

Caffier, P., Zervix-Damm-Fistel als Geburtsweg bei Scheidenatresie. (Zbl. Gynäk., Nr. 41, 1929.) Das in letzter Zeit merkwürdig häufige Auftreten von Geburtskomplikationen infolge Stenosen und Atresien im Bereich der weichen Geburtswege läßt den vom Verfasser beobachteten Fall gerade auch für die Praxis mitteilenswert erscheinen. Bei der Untersuchung der Kreißenden erwies sich das Scheidenrohr etwa zweifingergliedlang und am oberen Ende blind verschlossen. Der kindliche Kopf war durch einen Riß in der hinteren Zervixwand hinter die hintere Vaginalwand ins Septum rectovaginale hinabgetreten und hatte Scheide und Rektum auseinandergedrängt. Das Rektum erwies sich intakt. Die Geburt erfolgte durch ein im Vorderdamm entstandenes Loch. Zur Klärung der Aetiologie dieser Scheidenstenosen und -atresien führt Verfasser neben angeborenen Mißbildungen die Möglichkeit der Entstehung derselben durch ein Trauma an, das beim Versuch der Fruchtabtreibung mit mechanischen, chemischen oder thermischen Mitteln gesetzt wurde und unter starker, strikturierender Narbenbildung ausgeheilt ist. Als neuestes Mittel chemischer Provenienz, das in dieser Weise seine mißbräuchliche Anwendung findet, nennt Verfasser das bekannte Waschmittel Persil.

Schwab, Hamburg.

4488.

Lavell, T. E., Die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft auf Grund einer klinischen Analyse von 410 Fällen am Bellevue-Hospital, New York. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) In der Mehrzahl der Fälle ließ sich keine vorangehende Periode ungewöhnlicher Unfruchtbarkeit feststellen. Starke entzündliche Beckenerkrankungen waren anamnestisch selten. Die Anamnese der vorausgegangenen Schwangerschaften ähnelt sehr der der verheirateten Bevölkerung dieser Altersgruppe. Auffallend häufig waren vorausgegangene Operationen am Uterus oder den Adnexen (26,8%). Die abdominalen Schmerzen sind in ihrem vorwiegenden Typus unregelmäßig, lanzinierend oder kolikartig und Remissionen unterworfen. Die vaginale Blutung ist meist unregelmäßig und spärlich. Wirkliche Ohnmacht oder ihre kleinere Manifestation der plötzlichen Schwäche war zum mindesten in 57% der Fälle vorhanden. Dies Symptom ist fast pathognomonisch und in Verbindung mit den typischen Bauchschmerzen und der vaginalen Blutung geeignet, die Diagnose in der größten Zahl der Fälle stellen zu lassen. Außer beim Vorhandensein einer Infektion oder eines frischen Blutergusses sind Temperatur, Puls, Blutdruck, Blutzellwerte und Senkungsgeschwindigkeit annähernd normal. Eine genaue Nachforschung nach der angegebenen letzten Menstruation kann oft eine Anomalie aufdecken, die die Diagnose klärt. Die Anamnese ist häufig verlässlicher als die physikalische Untersuchung. Hans Hirsch, Köln.

4489.

Mendenhall, Sekundäre Bauchschwangerschaft. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Bei einer sekundären Bauchschwangerschaft, die nach Tubenruptur entstanden war, starb das Kind im achten Schwangerschaftsmonat ab. Es setzten Uteruskontraktionen ein und Dezidua ging ab. Zu dieser Zeit wurde die Diagnose gestellt. Da das Befinden der Patientin sich besserte und es im Hinblick auf veröffentlichte Fälle rätlich erschien, in solchen Fällen zwecks besserer Absetzung der Plazenta zu warten, wurde zunächst abgewartet. 6 Wochen später wurde laparotomiert und ohne stärkere Blutung Fötus, Plazenta und der größte Teil des z. T. am Ligamentum latum, z. T. am Colon ascendens adhärente Fruchtsack entfernt. Der Fötus wies einen rechten Klumpfuß auf und beiderseitige Ellbogenkontrakturen. Hans Hirsch, Köln.

4490.

Talia, F., Organische und funktionelle Veränderungen am Gastrointestinaltrakt, wie sie nach Heilung eitriger Extrauterin-gravidität bestanden. (Arch. di Radiol., 1, 1929.) 2 Fälle von eitriger Bauchschwangerschaft mit Insertion der Plazenta auf einer Intestinalschlinge wurden radiologisch aus Veränderungen am Gastrointestinaltrakt diagnostiziert und operativ bestätigt. Der organische und funktionell normale Verdauungstrakt zeigte starke beschleunigte Peristaltik. Die Erkrankung ist viel schwerer, wenn es zu Verlagerungen, Adhäsionen und Stenosen kommt.

J. Kottmaier, Mainz.

4491.

Moore, Anämie in der Schwangerschaft. Vorläufiger Bericht über 100 beobachtete Fälle. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Zwischen

Erstgebärenden und Mehrgebärenden war kein wesentlicher Unterschied in ihren Hämoglobin- und Erythrozytenresten. 5 Fälle mit Nephritis zeigten eine erhebliche Erniedrigung sowohl des Hämoglobingehalts (55%), als auch der Erythrozytenzahl (3 375 000). Die Fälle von Syphilis zeigten einen unterdurchschnittlichen Erythrozytengehalt, ohne wesentliche Abschwächung des Hämoglobingehaltes.

Hans Hirsch, Köln.

4492.

Mandelstamm, A., **Zur Frage des Geburtsschocks und des plötzlichen Todes nach der Geburt.** (Archiv Gynäk., 138., Heft 2.) (Geb.-gynäk. Reichsinstitut für ärztl. Fortbildung zu Leningrad.) Wohl jedem erfahrenen Geburtshelfer sind einzelne Fälle von plötzlich auftretendem Kollaps nach der Geburt zur Beobachtung gekommen, die mitunter in kurzer Zeit zum Exitus führen, ohne dass vorher irgendwelche Erkrankungen vorhanden waren, ohne früher nachweisbare Störungen der Herzstätigkeit, ohne irgendwelche lokale Schädigungen, ohne Blutung, Embolie usw. Solche Fälle werden in letzter Zeit ziemlich häufig mit dem Ausdruck „Geburtsschock“ bezeichnet. Verfasser kommt auf Grund von 6 derartigen Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß dieser sogenannte Geburtsschock nur bei dem Bestehen gewisser anatomischer, wenn auch latenter, Veränderungen seitens des Zirkulationssystems sich äußert und auch nicht immer, sondern hauptsächlich bei dem Bestehen aggravierender Momente (kurz vorausgegangene oder noch nicht vergangene allgemeine oder lokale Infektion, Narkose; schmerzhaftes Geburtstätigkeit usw.). Dadurch läßt sich die Seltenheit des Geburtsschocks erklären, der also nicht bei jeder „Invalidität des rechten Herzens“ sich äußert, so daß man ihn nicht voraussehen imstande ist. Was die Therapie des Geburtsschocks betrifft, so fällt die Resultatlosigkeit von Herzmitteln auf. Wenn der Zustand richtig erkannt ist (häufige Verwechslung mit einer inneren Blutung!), so sollen die Patientinnen möglichst in Ruhe gelassen werden; der Uterus soll nicht gedrückt werden, mit der Vernähung von Dammrissen soll abgewartet werden usw. Die Kranke soll gut erwärmt werden (heiße Flaschen), das Beckenende soll gehoben werden. Manche Autoren empfehlen eine intravenöse Einspritzung von 10prozentiger Traubenzuckerlösung oder eine Bluttransfusion; andere sahen einen Effekt bei Adrenalininjektionen. Auch eine temporäre Abklemmung von Narkotika am Platz. — Eine Prophylaxe des Geburtsschocks der Aorta wurde empfohlen. Bei Hyperasthenie ist die Anwendung ist kaum möglich; in seltenen Fällen, in welchen die Invalidität des Herzens oder die Hypoplasie der Aorta festgestellt ist, könnte vielleicht eine prophylaktische Anwendung von Herzmitteln, Adrenalin, Narkotika bei schmerzhaften Wehen, sowie eine Ablenkung des Blutes auf die Haut von Nutzen sein. Rudolf Katz, Berlin.

4493.

Libow, B. A., **Ueber objektive diagnostische Zeichen der achtmonatigen Schwangerschaft bei Steißlagen.** (Archiv Gynäk., 138., Heft 2.) (Mediz.-prophylakt. Abteilung der Leningrader Gebietskass für soziale Versicherung.) Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Größe der Gebärmutter individuell bei jeder Schwangeren bestimmt wird, und daß irgendwelche Standardzahlen, die die Gebärmuttergröße ausdrücken, nicht vorliegen können. Die Schwangerschaftsdauer darf nicht nur nach einem objektiven Zeichen, sondern muß nach der Kombination aller objektiven Zeichen bestimmt werden. Das wertvollste und beständige Zeichen bei den Steißlagen ist das Niveau des Uterusfundus und die Lage des Steißes hinsichtlich des Eingangs in das kleine Becken. Diese beiden Zeichen stehen in enger Abhängigkeit voneinander.

Rudolf Katz, Berlin.

4494.

Kelso, J. H., **Sakralanästhesie in der Geburtshilfe.** (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Die Anwendung der Sakralanästhesie in der Geburtshilfe ist technisch schwierig, und die Resultate sind ungleichmäßig. Sie war nur in 50% erfolgreich. Es wurden 50 ccm 1/2prozentige Novokainlösung injiziert. Es war schwierig, den richtigen Zeitpunkt der Injektion zu bestimmen. Bis zum Eintritt der Anästhesie verstrichen 10 bis 12 Minuten. Bei Mehrgebärenden wird sie oft zu spät gegeben und bei Erstgebärenden zu früh. Die Sakralanästhesie ruft praktisch in jedem Falle einen gewissen Grad von Wehenschwäche hervor, von einer geringen Abschwächung bis zur vollständigen Wehenlosigkeit, die operative Entbindungen zur Beendigung der Geburt notwendig macht. Es traten bestimmte toxische Manifestationen bei der Mutter auf, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Halluzinationen, Desorientierung und Aufregung. Mit großer Wahrscheinlichkeit war die Sakralanästhesie die Ursache eines kindlichen Todesfalls. Sie erleichtert nicht die Schmerzen, die durch die Uteruskontraktionen entstehen, wenn sie nicht zur Wehenlosigkeit führt. Da diese Schmerzen offenbar fast so unangenehm empfunden werden wie die durch die Entwicklung des Kopfes über den Damm, wird keine entsprechende Schmerz-

befreiung für die Kreißende erreicht. Deshalb ist die Sakralanästhesie bei Spontangeburt nicht zufriedenstellend.

Hans Hirsch, Köln.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

4495.

Lund, R., **Die Fazialisparese bei den suppurativen Mittelohrleiden mit besonderem Hinblick auf ihre Verbindung mit den labyrinthären Komplikationen und ihre Bedeutung als Operationsindikation. Die postoperative Fazialisparese.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 3.) (Ohrenabteilung des Kommunehospitals Kopenhagen.) Als Ergebnis dieser Statistik, die 110 Fälle aus 20 Jahren umfaßt, ist folgendes festzuhalten. Die Fazialisparese findet sich bei akuten Mittelohrleiden ebenso häufig wie bei chronischen, unter letzteren überwiegt dabei das Cholesteatom. Die Kombination der Fazialisparese mit einer Labyrinthitis ist bei chronischen Otitiden häufiger als bei akuten. Bei akuten Mittelohrleiden bildet die Fazialisparese keine absolute Operationsindikation, da sie vielfach nur toxisch ist und wiederholt nach einfacher Parazentese abgeheilt ist. Bei chronischen Otitiden stellt die Fazialisparese eine absolute Operationsindikation dar, da sie hier vorwiegend Ausdruck einer Otitis ist. Findet sich zu einer chronischen diffusen destruktiven Labyrinthitis eine Fazialisparese, so gibt sie den Hinweis, daß eine Labyrinthektomie geboten ist. Bei seröser Labyrinthitis bildet eine gleichzeitige Fazialisparese die absolute Indikation zur Lumbalpunktion wegen der erwiesenen Häufigkeit einer gleichzeitigen meningealen Infektion. Die postoperative Fazialisparese beruht, abgesehen von einem direkten Operationstrauma, auf Blutungen in den Fazialiskanal, Tamponadendruck oder fortschreitender Otitis am Fazialissporn. Die letzte Form erfordert eine baldige operative Revision.

F. G. Katz, Berlin.

4496.

Wirth, E., **Zur Behandlung chronischer Mittelohr- und Nebenhöhlenerkrankungen mit Bacillus-bulgaricus-Kulturen.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 3.) (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopferkrankheiten Heidelberg.) Es wurde nachgeprüft, ob chronische Mittelohr- und Kieferhöhlenerkrankungen durch Anwendung von Bacillus-bulgaricus-Milchkulturen günstig beeinflusst werden können. Die guten Erfahrungen anderer Autoren wurden nicht bestätigt. In keinem Falle war überhaupt eine Aenderung der Bakterienflora zu erzielen.

F. G. Katz, Berlin.

4497.

Lichatschoff, A. G., **Aneurysma spurium der Arteria carotis interna.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 3.) (Univ.-Ohren-, Nasen- und Halsklinik Woronesch.) Bei einem 43jährigen Manne findet sich im Anschlusse an eine Kriegsverletzung mit nachfolgender chronischer Mittelohrleiden links vom Charakter eines Cholesteatoms ein Aneurysma der Arteria carotis interna, welches Mittelohr und Gehörgang ausfüllt und seit 2 Jahren von außen sichtbar ist. Gleichzeitig bestehen eine Fazialislähmung links und Anzeichen von Arteriosklerose. Wegen Rupturgefahr Unterbindung der Arteria carotis interna; da nicht ausreichend, Unterbindung auch der Arteria carotis externa notwendig; darauf Hemiplegie, Exitus.

F. G. Katz, Berlin.

4498.

Blumenthal, W., **Zur Diagnose der chronischen Mandelentzündung, besonders ihrer gefährlichen Formen.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 3.) (Krkh. „Evangel. Stift“, Koblenz.) Chronische Tonsillitiden sind dann gefährlich und durch Tonsillektomie zu behandeln, wenn die Erkrankung die Tonsillenkapsel überschreitet. Dies dokumentiert sich fast regelmäßig durch Vergrößerung und Druckschmerzhaftigkeit von Lymphknoten, die längs des horizontalen Unterkieferastes in der Tiefe liegen.

F. G. Katz, Berlin.

4499.

Burger, H., **Postanginöse Pyämie.** (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 37, 1929.) Diese als selten bezeichnete Krankheit entsteht meist bei Menschen zwischen 20 und 30 Jahren im Anschluß an eine peritonitäre Phlegmone, aber auch oft an gewöhnliche Angina. Etwa 10 Tage nach Beginn der Mandelaffektion wird der Patient nochmals ernstlich krank. Hohes Fieber, pyämischer Charakter, Schüttelfrost, große Temperaturschwankungen. Oft ist dann die Angina schon geheilt. Dagegen besteht gewöhnlich Halsschmerz, auch bei Druck auf die seitliche Halsgegend. Oft auch schmerzhaftes Unterkieferdrüsen. Der ganze vordere Rand des Sternokleidomastoideus ist schmerzhaft. Man fühlt die Vena jugularis als harten Strang. Viel rascher als bei otogener Pyämie kommt es hier zur Infektion der Lungen in Form von multiplen

kleinen Infarkten. Diese gehen in Abszesse über, dann in Rippenfellentzündung. Metastatische Herde in den Nieren und Gelenken können vorhanden sein oder fehlen. Meist Exitus. Krankheits-erreger Strepto- und Pneumokokken. In den bösartigsten Fällen finden sich auch Spaltpilze.

Sind die örtlichen Erscheinungen nur gering, dann kann die Diagnose Schwierigkeiten machen. Die kleinen Lungeninfarkte sind anfangs nicht zu diagnostizieren. Verwechslung mit Lungenentzündung, Nierenbeckenentzündung, auch mit akuter lymphatischer Leukämie. Alle diese Verwechslungen sind wegen des raschen Verlaufs der Krankheit sehr gefährlich.

Fast stets findet man Thrombophlebitis der Vena jugularis interna, die man bis in die kleinen Mandelgefäße hinein verfolgen kann. Die Auffassungen über Entstehung und Krankheitsmechanismus gehen noch auseinander. Burger hält es für unrichtig, eine bestimmte Entstehungsursache als Regel anzunehmen.

Für ihn existiert nur eine Behandlung: die operative. Für Experimente mit Serumbehandlung oder Autovakzination ist keine Zeit. Zange unterbindet die Vena jugularis. In einem beschriebenen eigenen Fall machte Burger die Jugularisunterbindung und die Tonsillektomie. Dadurch rettete er seine Patientin.

Kurt Heymann, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

4500.

Marcozzi, Aldo, Ueber Epidermolysis bullosa dystrophica mit Hämatoporphyrinurie und endokrin-sympathischen Störungen. (Arch. Ital. Dermat., 4., Heft 6, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einem sechs Jahre alten Knaben mit frischen Blasen und daneben atrophischen Hautstellen hauptsächlich auf Händen und Füßen. Daneben bestehen eine kongenitale Hämatoporphyrinurie mit rotgefärbtem Harn und charakteristischen Reaktionen und rotbraune Verfärbung sämtlicher Zähne (Milchgebiss) durch die erwähnte Stoffwechselstörung, Hyperidrosis und Zeichen einer Sympathikotonie, sowie Thyreoidinüberempfindlichkeit. Ob Haut und andere Erscheinungen miteinander zusammenhängen, wird nicht entschieden.

Eugen Stransky, Wien.

4501.

Kryn'ski, A., Beitrag zur Therapie der Dermatitis herpetiformis Duhring. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 41, 1929.) (Röntgen-anstalt der Krankenkasse zu Lodz.) In 2 Fällen, von denen der eine mehrfach erfolglos mit verschiedenen Methoden behandelt worden war, brachten Rückenmarksbestrahlungen völliges Schwinden der Erscheinungen; dem in dem einen Falle gleichzeitig verabfolgten Salvarsan wird nur ein untergeordneter Wert beigemessen. Von einer vollkommenen Heilung kann wohl nicht gesprochen werden, sondern nur von einem dauernden Latenzstadium. Die Wirkungsweise wird durch einen hemmenden Einfluß der Röntgenstrahlen auf das durch gewisse pathologische Momente gereizte vegetative Nervensystem erklärt.

Ernst Levin, Berlin.

4502.

v. Lesczyński, R., Einfluß der Rückenmarksdurchwärmung auf die Hyper- und Dysidrosis manuum. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 41, 1929.) (Frauenabt. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allg. Krankenhauses Lemberg.) Von der eigentlichen Dysidrosis sind alle durch Parasiten hervorgerufenen dysidrosiformen Dermatosen zu trennen. Die Differenzen im klinischen Bilde der Hyperidrosis und Dysidrosis sind in dem differanten Terrain bedingt, indem erstere sich als stabile Erscheinung bei neuropathischen Individuen mit Neigung zu Hyperthyreose und Tuberkulose findet, die letztere anfallsweise zwar ebenfalls neuropathische Personen, jedoch mit deutlichen Anzeichen eines herabgesetzten Stoffwechsels, einer Tendenz zum gichtigen Symptomenkomplex befallt. Die Funktion der Schweißdrüsen ist von den sympathischen Nerven abhängig; wie weit bei den in Frage stehenden Störungen eine Beteiligung des Ortho- oder des Parasympathikus vorliegt, ist schwer zu entscheiden. Nach therapeutischen Erfahrungen könnte man sich für den ersteren entscheiden, indem bei einer Reihe von Patienten eine durch Diathermie bewirkte Durchwärmung des Rückenmarksabschnittes zwischen C6 und D2 sehr gute, wenn auch, besonders bei der Hyperidrosis, nicht dauerhafte Erfolge erzielte. Da nun in diesem Abschnitte nur orthosympathische Zentren vorkommen, muß die Wirkung auf eine Hebung des Tonus des Orthosympathikus bezogen werden, die durch die von der Durchwärmung angeregten Hyperämie erzeugt wird. Die Ursache der Hyperfunktion der Schweißdrüsen muß in einer Verschiebung beider Systeme zugunsten des Parasympathikus gesucht werden.

Ernst Levin, Berlin.

4503.

Patrassi, G., Ueber Hautverkalkung. — Ueber einen Fall von traumatischer, symmetrischer Verkalkung beider Knie. (Arch. Ital. Dermat., 4., Heft 6, 1929.) Beschreibung eines Falles bei einer 66 Jahre alten Wäscherin, die viel knieend arbeiten mußte. Sie bekam verhärtete Stellen an der Haut in der Patellargegend, die jahrzehntelang keine Beschwerden verursachten, um schließlich durch Entzündungen und Nekrose Schmerzen zu verursachen. Der Röntgenbefund ergab unterhalb der Patellen ausgedehnte Schattenbilder. Die Kalkplatten wurden operativ entfernt, worauf rasche Heilung folgte. Die histologische Untersuchung ergab reichliche Bindegewebsneubildung in den oberflächlichen Hautschichten mit Einlagerung von Kalksalzen, die an vielen Stellen das Bindegewebe zum Schwinden gebracht haben. An dem Rand der Kalkmassen wurden Epitheloid und Riesenzellen beobachtet. An manchen Stellen kam es zur metaplastischen Bildung von echtem Knochengewebe. Im sklerotischen Gewebe waren auch die Blutgefäße durch Intimaverdickung wesentlich verändert. — Besprechung der verschiedenen Formen der Hautverkalkung. — Literatur.

Eugen Stransky, Wien.

4504.

Sooy, W. Joseph, Chronisches Unterschenkelgeschwür (Bericht über 300 Fälle, welche mit einem modifizierten Unnaschen Zinkleimverband behandelt wurden). (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 14, 1929.) Die von S. modifizierte Zinkleimpaste hat folgende Zusammensetzung: Glycerin 1900 g, Gelatin 625 g, Wasser 1900 ccm, Zinc. oxyd. 250 g, Phenol 1.5% des Gesamtvolumens (= 4,675 g, ausreichend für 7 Verbände). Der Zusatz von Phenol zur Paste hat dreifachen Vorteil: Phenol verleiht dem Verband antiseptische Eigenschaften und verhindert das Wachstum von Mikroorganismen unter dem Verband, es macht die Paste poröser und gestattet so dem Sekret leichteren Abfluß, schließlich besitzt es granulationsfördernde Eigenschaften. Die Verminderung des Gehaltes an Zinkoxyd bewirkt eine Erhöhung der Elastizität des Verbandes und verhindert das Austrocknen und Bröckeligen. Die adhesiven Eigenschaften der Zinkleimpaste beruhen auf dem Gehalt an Gelatin, dessen Menge in der vom Verfasser angegebenen Paste etwa 50% höher ist als in der Unnaschen Paste. Mit dieser modifizierten Unnaschen Paste hat Verfasser im Laufe von 7 Monaten 300 Patienten behandelt und recht zufriedenstellende Resultate erreicht. 85% der Patienten wurden vollständig geheilt, bei 15%, die derzeit noch im Anfangsstadium der Behandlung stehen, ist bereits deutliche Besserung zu verzeichnen. Alle Patienten werden ambulatorisch behandelt und können ihrer täglichen Beschäftigung uneingeschränkt nachgehen. Die Anlegung des Verbandes erfordert nicht mehr als eine Stunde. Die Zeit, nach welcher der Verband gewechselt wird, wird bestimmt durch die Stärke der Oedeme und den Grad der Sekretion der Wundfläche. Ueber den Zinkleimverband kann ein leichter Gazeverband gelegt werden, den der Patient von Zeit zu Zeit selbst wechseln kann. Das durch die Poren des Verbandes austretende Sekret wird so in einfacher Weise weggesaugt, und der Zinkleimverband bleibt dauernd rein und trocken. In zahlreichen Fällen wurde der Verband bis zu 12 Wochen an Ort und Stelle belassen, und in vielen Fällen war das Geschwür beim Abnehmen des Verbandes nach Ablauf dieser Zeit vollständig geheilt. Auch bei varikösen Venen konnte Verfasser mit Hilfe des modifizierten Zinkleimverbandes Besserung und deutliche Abnahme der Oedeme im Bereich des Unterschenkels und des Sprunggelenks erzielen. In zwei Fällen schlecht heilender Brandwunden führte die Behandlung mit der Zinkleimpaste ebenfalls zu gutem Resultat.

L. Büchler.

4505.

Batunin, M., A. Wainstein und G. Dertschinski, Ein Versuch zur Behandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe durch Impfung mit europäischem Typhus recurrens. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 42, 1929.) (Krankenhaus für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Tatarischen Kommissariat für Gesundheitspflege.) Zu den Versuchen wurde ein seit mehreren Jahren fortgezüchteter, von einem Rekurrenzkranken gewonnener Stamm benutzt, der gegenüber einer von anderer Seite benutzten afrikanischen Art des Rückfalltyphus eine nur schwache Virulenz (ungefähr 2 Anfälle von 2 bis 3 Tagen Dauer) besaß. Verimpft wurden gewöhnlich 0,2 bis 1,0 ccm einer 5 bis 10 Spirochäten im Gesichtsfeld enthaltenden zweitägigen Kultur, wonach nach 4 bis 5 Tagen der erste und durch eine Apyrexie von 7 bis 8 Tagen von ihm getrennt der zweite Anfall auftrat. Von zur Behandlung herangezogenen 19 Männern und 13 Frauen blieb bei 9 Personen die Infektion vollkommen aus; sie zeigten serologisch Antikörper der Spic. Obermeier. Oertliche Behandlung fand nur während der Apyrexie und nach beendetem Anfall statt. Bei den Männern zeigte sich nur in einem Falle akuter Gonorrhoe Schwinden der Gonokokken, Besserung von Epididymitis in 3 Fällen, sonst keine Beeinflussung; in

2 Fällen sogar Befallenwerden des zweiten Hodens. Bei 5 Frauen schwanden die Gonokokken völlig, in 2 Fällen besserten sich die Adnexerscheinungen, in 3 Fällen traten Komplikationen auf. Menge und Beschaffenheit des Ausflusses besserte sich in fast allen Fällen. Die Erfolge waren also im ganzen bei Frauen bessere, die geringe Wirkung bei Männern war vielleicht eine Folge der schwachen Virulenz des verwendeten Stammes. Ernst Levin, Berlin.

4506.

Bugbee, Henry S., Die Rolle der Nierenfunktionsprüfung in der urologischen Chirurgie. (J. Urol., 20., Heft 5.) Kritisch werden die einzelnen Methoden der Nierenfunktionsprüfungen besprochen. Dem Rest-N wird keine zu große Bedeutung beigemessen, da er schon normalerweise ziemlich erheblichen Schwankungen unterliegt. Auch ist er weitgehend von der Diät abhängig, durch die er leicht, ebenso wie durch Zufuhr reichlicher Flüssigkeitsmengen, herabgesetzt werden kann. Auch die Farbstoffausscheidung hat ihre Mängel. Manche Fehlerquellen werden durch intravenöse Injektion verringert. In einzelnen Fällen zeigten sich dennoch Versager bei anscheinend guter Blauausscheidung. Hier erwies sich die Methode von Shaw wertvoll. Er prüfte die Ausscheidung in 4 Portionen zu 15 Minuten und dann in 4 Portionen zu 30 Minuten und stellte die Werte graphisch dar. Nur die von ihm als typisch beschriebene Kurve gewährt eine Sicherheit vor postoperativen Versagern der Nierentätigkeit, nicht die Gesamtmenge an sich ist ausschlaggebend.

Es gibt ferner Fälle, die zunächst einen hohen Rest-N und eine schlechte Blaufunktion haben. Bald geht der Stickstoffspiegel herab, doch bleibt die Farbstoffausscheidung nach wie vor gering.

Zusammenfassend sieht der Verfasser nur in einer Kombination verschiedener Methoden die Möglichkeit, einen Begriff von der Nierenfunktion im einzelnen Fall zu bekommen, dann aber kann er bei kritischer Wertung einen hohen Grad von Sicherheit in der Beurteilung der Fälle erlangen.

E. Lehmann, Breslau.

4507.

Nichols, B. H., Nierentumoren. (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Das Hypernephrom kann unregelmäßige Gestalt haben und knotig sein, in welchem Falle der Nierenschatten beeinträchtigt wird, oder sie kann schmal und auf die Nierenrinde beschränkt sein. Meist ist eine feine Demarkationslinie zwischen Tumor und Nierengewebe, welche von der fibrösen Kapsel um den Tumor herührt. Diese Kapsel führt zur Kompression der Kelche mit nachfolgender Verlängerung und schließlich Drehung und Kompression des Nierenbeckens. Später kommt es zu Blutungen, und nekrotische Bezirke zystischer Degeneration erscheinen, die Kapsel wird durchbrochen, Invasion in das Nierengewebe, und die Gefäße komplizieren das pyelographische Bild. Es kommt meist zu Metastasen durch den Blutstrom in den Brustraum, die langen Knochen oder den Schädel oder in einen anderen Teil des Körpers. Diese Tumoren können auch Metastasen durch den Lymphstrom machen. In den Frühstadien ist das Hypernephrom gewöhnlich praktisch bemigne, daher die Bedeutung der Früherkennung und Entfernung. Doch kann aus der Größe des Tumors nicht auf Metastatenfreiheit geschlossen werden. Eine Spontanfraktur eines langen Knochens kann das erste Symptom eines Hypernephroms sein. Seine Tendenz, Abkapselung auszulösen, rechtfertigt auch dann seine Entfernung, wenn einzelne Metastasen zugleich mit entfernt werden müßten. Das malignere, in Lunge oder Leber metastasierende Karzinom bringt mit seinem invasiven Wachstum in die Nachbarschaft eine unregelmäßige Gestaltung des Nierenbeckenschattens hervor. Das Sarkom greift die Nierenkapsel oder das perirenale Gewebe an, so daß es keine Veränderung des Nierenbeckens im Frühstadium hervorbringt, sondern unregelmäßige Umrisse des peripheren Nierenschattens. In seltenen Fällen können solche Röntgenerscheinungen auch durch benigne Tumoren verursacht sein. Embryonale Nierentumoren haben nicht Röntgencharakteristisches. Tumoren des Nierenbeckens machen unregelmäßige Gestalt desselben. Die Solitärzyste macht eine sichtbare Ausdehnung des betreffenden Nierenpols. Ist sie groß, kann sie auch zur Obliteration von Teilen der Nierenkelche oder des Nierenbeckens führen, welche sich im Pyelogramm zu erkennen gibt. Die Polyzystische Niere ist eine meist doppelseitige, angeborene Eigentümlichkeit, welche sich auf dem Gesamtfilm erkennen läßt. Reichen die zystischen Veränderungen bis ins Nierenbecken, so treten sie im Pyelogramm hervor. Häufig kommt es infolge Vergrößerung der Niere zur Verlängerung der Kelche oder zu ihrer Verkürzung infolge Druckes auf die Endteile der Kelche. Der Röntgenologe kann nicht selten eine Diagnose nur unter Heranziehung all der sonstigen klinischen Hilfsmittel stellen.

J. Kottmaier, Mainz.

4508.

Nagorsky, L., Irreleitende urologische Symptome. (Medical J. a. Rec., 130., Nr. 4.) Hierher gehören in erster Linie die Schmerzen. Einmal können sie fern ihrer Ursprungsstelle fühlbar

werden und dann gibt sie der Patient ungenau an. Er will zuerst Besserung und dann erst die Ursache wissen. Ein charakteristisches Beispiel: ausstrahlende Schmerzen in der Lende nach vorn und unten, Hämaturie, Erbrechen führten zur irrtümlichen Diagnose Nierenstein. Die Schmerzen kamen vom Prodromalstadium eines Herpes zoster ohne Bläschen und die Hämaturie von der Regel. Gastrointestinalsymptome oder aufwärts ausstrahlende Schmerzen, die irrtümlich für Angina pectoris genommen werden, kommen in Wirklichkeit von einer Wanderniere. Auch fehlende Schmerzen können irreleiten: eine enorme Pyonephrose, eine völlig zerstörte tuberkulöse Niere können ohne jeden Schmerz bestehen. Schmerz bei Druck auf die Niere, als Stein diagnostiziert, kam in Wirklichkeit von einer spinalen Karies. Der Schmerz bei Pyelitis ist von dem bei einem infizierten Stein kaum zu unterscheiden. Besonders leicht werden Herdinfektionen übersehen: die Schatten des Röntgenbildes ließen Stein vermuten, ebenso die dauernden Schmerzen in der Nierengegend; Operation negativ. Tatsächlich handelte es sich um 4 Wurzelabszesse im Oberkiefer. Hysterische können Anfälle von Nierenkolik meisterhaft simulieren. Ebenso verwirrend ist Schmerz in der Nierengegend durch Uretralstriktur: hier hilft nur eine gründliche urologische Untersuchung. Eine Schmerzkarte bei Ureterstriktur würde den ganzen Körper von Kopf bis zu Fuß umfassen. Oft kommen solche scheinbar sakroiliakale Symptome zum Orthopäden. Bei Kindern wird eine chronische Perinephritis sehr leicht mit Spondylitis oder Hüfterkrankung verwechselt. Schmerzen durch Ureterknick, Steine oder Striktur werden vom Chirurgen nicht selten als Appendizitis aufgefaßt. Rückenschmerzen haben eine sehr komplizierte Aetiologie. Ureter spasmen durch Papillom der Blase usw. können zu ganz abwegigen gastrointestinalen Symptomen führen. Gerade bei Steinen ist Röntgen nicht immer zuverlässig. Trotz zystoskopisch anscheinend normaler Uretermündungen können doch schwere Nierenveränderungen vorliegen. Schmerzen oder Brennen am Ende des Penis kommen nicht nur vom Genitourinaltrakt, sondern oft auch vom Rektum, besonders bei rectaler Masturbation. Bei Frauen können Schmerzen infolge sexueller Ueberreizung im Rücken, Hals und Okziput mit Anorexie irrtümlich für Appendizitis und gastrointestinalen Störungen gehalten werden. Dieses Bild findet man auch bei lange fortgesetztem Kunnilingus durch den Partner. Schmerzen in der Blasenregion mit abnormer Miktio kommen bei Adnexerkrankungen vor; Druck auf die Blase bei Uterusfibrom kann eine Zystitis vortäuschen.

Anurie kommt oft bei Hysterie vor; leichter als dabei ist sie bei der Aufnahme metallischer Gifte und bei akuter Nephritis zu diagnostizieren; aber man muß dabei auch an die obstruktiven Fälle durch Blutgerinnsel im Ureter denken und die schmerzhaften und schleichend auftretenden Fälle bei Stein, die oft erst diagnostiziert werden, wenn die Urämie einsetzt. Die Retentionsneurose der Blase sind oft mit Kontraktur des Blasenhalsses, Striktur des Ureters, Blasenstein, Prostatahypertrophie oder Papillom verwechselt, und solche Fälle sind oft recht schwierig zu katheterisieren. Oft hilft sofort ein Einlauf dabei. Besonders bei Kindern ist die Aetiologie einer schmerzhaften Miktio oft recht schwierig. Sphinkterspasmen kommen oft durch Herdinfektionen, deren genaue Bestimmung nicht immer leicht ist. Pollakiurie bei Erwachsenen deutet auf Diabetes, kontrakte Niere oder sonst einen Reizzustand im Uretertrakt; oft fehlen alle diesbezüglichen Symptome, und dann gibt manchmal ein positiver Wassermann den richtigen Aufschluß. Bei Kindern ist die Ursache einer Dysurie oft sehr dunkel: reflektorisch oder Rektum? Unvollständige Miktio kommt vor bei Prostatahypertrophie, Tabes, Spasmus des Blasenhalsses. Hämaturie ist, wenn andere Symptome fehlen, oft recht schwer zu eruieren. Sie kann beim ersten Anfall einer Appendizitis ohne andere Urinsymptome vorkommen. Uretra-reizungen sind oft Folge eines hyperaziden oder alkalischen Urins oder einiger Tropfen eines zersetzten Residualharns. Sehr irreleitend kann die nicht durch Katheter erhaltene Urinprobe bei Frauen sein. Bei chronischer Pyurie bei Kindern darf nicht nur an Pyelitis gedacht werden, es kann auch ein Blasendivertikel oder ein Ureterknick vorliegen. Eiter aus der Uretra kann außer durch Gonorrhöe auch durch Chylurie bedingt sein. Ebenso chronische Leukorrhöe.

v. Schnitzer.

4509.

Visher, J. W., Die Beziehungen der chronischen Prostatitis zu spinaler und sakroiliakaler Arthritis. (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 4.) Die Lymphwege der Prostata führen nach der Kreuzbeinhöhe neben den Körpern der Lumbalwirbel. Wahrscheinlich auf diesem Wege, wie auch sonst oft bei Infektionen im Körper beobachtet, metastasiert das Ca schon früh zum Sakrum und zum Wirbel. Eine Untersuchung von 500 ausgeschiedenen Mannschaften zeigte, daß 17% bestimmte klinische und Laboratoriumsbeweise für Prostatainfektion aufwiesen. Und 55% davon hatten röntgenologisch ausgesprochene osteoarthritische Veränderungen an den betreffenden

Gelenken. Die meisten dieser Leute waren zwischen 30. und 40. eine Zeit in der sonst osteoarthritische Veränderungen für gewöhnlich nicht vorkommen. Es ist also in allen Fällen, in denen Männer über Rückenschmerzen, Ischias oder vage abdominale oder pelvische Symptome klagen, eine eingehende Prostatauntersuchung vorzunehmen einschließlich des ausgedrückten Sekretes.

v. Schnitzer.

4510.

Winfield, Scott Pugh, **Differentialdiagnose zwischen Entzündung der Samenblasen und des Wurmfortsatzes.** (J. of Urol., 22., Nr. 3.) (Urologische Abteilung des City-Hospitals, New York.) Verfasser weist darauf hin, daß die entzündliche Erkrankung der Samenblasen eine verhältnismäßig häufige Erkrankung ist. Die Erscheinungen akuter Entzündung der Samenblase ähneln oft denen akuter Appendicitis. Häufig wird unter der Diagnose „akute Blinddarmentzündung“ operiert und der Wurmfortsatz entfernt, während es sich in Wirklichkeit um eine Erkrankung der Samenblasen handelt. Deshalb hält Verfasser es für notwendig, vor jeder Operation wegen Blinddarmentzündung das uropoetische System zu untersuchen und vor allem eine rektale Untersuchung vorzunehmen.

E. Mühsam, Berlin.

4511.

Callis, H. A., **Doppelureter.** (J. of Urol., 22., Nr. 3.) (United States Veteran's Hospital Tuskegee.) Angeborene Mißbildung von Niere und Harnleiter disponieren zu Infektionen der Niere. Verfasser berichtet über einen Fall von Doppelung des rechten Harnleiters. Die embryologische Entwicklung doppelter Ureteren bedingt, daß sie immer vergesellschaftet sind: mit getrennten Nierenbecken und mit Doppelnieren, deren Funktion ebenfalls voneinander getrennt ist.

E. Mühsam, Berlin.

4512.

Goodman, Kaugummi in der männlichen Harnblase. (J. of Urol., 22., Nr. 3.) Bericht über einen Fall, bei dem es sich um das Vorhandensein von Kaugummi in der männlichen Harnblase handelt. Der Patient gab an, Freunde hätten ihm den Kaugummi hineingebracht. Im Urin fanden sich Eiter und rote Blutkörperchen. Das Stück Kaugummi hatte bereits mehrmals Harnverhaltung verursacht; nur im Liegen konnte Patient ohne Beschwerden Wasser lassen. Verschiedene Versuche den Kaugummi endovesikal aufzulösen führten nicht zum Ziele. Das Stück wurde schließlich mit der Fremdkörperzange eines Operationszystoskops entfernt, so daß Bläseröffnung nicht erforderlich war.

E. Mühsam, Berlin.

4513.

Soloway, Hermann M., **Urinphlegmone.** (J. of Urol., 20. H. 5.) Die Urinphlegmone bedarf sofortiger chirurgischer Behandlung. Ihre Ursache ist zumeist eine Harnröhrenstriktur mit einem periurethralen Abszeß. Vielfach spielen Anärobier eine große Rolle, besonders bei denjenigen Fällen, bei denen keine Verengung der Harnwege vorliegt. Meist kommt es zu einer Ruptur am Bulbus, aber auch an der Pars membranacea und selten an der Pars Prostatika. Die besten Erfolge erzielt man durch breite Eröffnung der Phlegmone mit großen Inzisionen, sowie durch gleichzeitige Behebung der Striktur, falls sie vorhanden, und zwar in Rückenmarksanästhesie. Differentialdiagnostisch kommen Skrotal- und Penisgangrän durch Streptokokken oder idiopathisch in Betracht. Die Prognose ist von der frühzeitigen Diagnosestellung und dem rechtzeitigen Eingreifen abhängig.

E. Lehmann, Breslau.

Hygiene

4514.

Wright, Norman C., **Tuberkulöse Infektion durch Milch in den schottischen Städten.** (Brit. Med. J. 3583.) Es sind Milchproben untersucht worden von der Milch, die in die Städte Glasgow, Edinburgh und Aberdeen geliefert wurde. Die Art der Prüfung erwies sich als sehr verschieden in den einzelnen Städten. Die genaueste Methode hat Edinburgh, dort ist auch der Prozentsatz der tuberkulösen gefundenen Proben am höchsten. Als sicherstes Mittel, einer Infektion mit boviner Tuberkulose vorzubeugen, hat sich die Durchimpfung der Herden auf Tuberkulose erwiesen. Die Krankenhäuser von Glasgow bekamen früher Milch von nicht getesteten Herden, es wurden 3% infektiöse Proben gefunden. Seit 1927 wird nur noch Milch von getesteten Herden verwendet, keine Probe war infektiös. Daraus erhellt der große Wert des Tuberkelintests der Kühe für die öffentliche Gesundheit von Milchhygiene.

P. Heymann, Berlin.

4515.

Seier, P., **Zur Ätiologie und Pathogenese der postvakzinalen Exantheme.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 42, 1929.) (Universitäts-Hautklinik Heidelberg.) Verhältnismäßig selten treten innerhalb 8 bis 12 Tagen nach der Schutzpockenimpfung Ausschläge verschiedener Form, und zwar fast nur bei Erstimpfungen auf; am seltensten sind die Erythema exanthematicum multifforme-artig. In einem derartigen mit Bildung von Vesikelpapeln verbundenen Falle fanden sich in der Wand eines Bläschens mit Eosin sich stark färbende Körperchen im Kern; häufiger im Protoplasma ödematös aufgelockerter Zellen, die als Guarierische Körperchen betrachtet werden müssen. Impfungen mit Bläscheninhalt, Zellelementen einer Bläschendecke sowie mit Blut fielen an der Kaninchenkornea negativ aus. Es entsteht die Frage, ob es sich bei derartigen Erscheinungen um spezifische vakzinale, der Vaccina generalisata gleichzustellende Erscheinungen, oder um unspezifische, toxische, Arznei- oder anaphylaktische Exantheme handelt. Der Nachweis der Guarierischen Körperchen spricht für eine Generalisation des Vakzineerregers, hingegen der negative Impfausfall gegen eine Vaccina generalisata. Vielmehr müssen von dieser die postvakzinalen polymorphen Exantheme abgetrennt werden, wobei es sich allerdings nur um einen graduellen Unterschied handelt, indem bei letzteren nur schwach virulente Erreger ein relativ, aber nicht ausreichend immunisiertes Epithel treffen.

Ernst Levin, Berlin.

Infektionskrankheiten

4516.

Rosenthal, S. K., **Zur Kenntnis der postskarlatinösen Hauterscheinungen.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 41, 1929.) (III. Rat-Krkh. Minsk.) Im Verlaufe des Scharlachs können zwischen der zweiten und sechsten Krankheitswoche verschiedenartige Hauteffloreszenzen auftreten, von denen besonders das postskarlatinöse Erythem beschrieben worden ist. Im entspricht vollkommen der eine hier beobachtete Fall, während es in zwei anderen zu blasenartigen Erscheinungen kam, die sich einmal dem Bilde des echten Pemphigus näherten. Es zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung mit den metastatischen Streptomykosen, und es liegt nahe, die Erscheinungen als septische aufzufassen.

Ernst Levin, Berlin.

4517.

Lereboullet, P. M. David und Donato, **Die Cholesterinämie bei Diphtherie.** (Arch. Méd. Enf., 31., H. 12, 1928.) Bericht über die Ergebnisse von über 500 Blutcholesterinuntersuchungen. In den ersten Tagen der Erkrankung an Diphtherie wurden selten normale Cholesterinwerte des Blutes festgestellt. In 75% der Fälle fand sich gar eine starke Herabsetzung des Cholesterinwertes, die sich bei den tödlichen Fällen zu richtigen Cholesterinstürzen anwuchs. Nach dem 15. Krankheitstage erfolgte ein langsamer Anstieg. Verfasser meint, daß die Fälle, die in den ersten vier Krankheitstagen Werte aufwiesen, die unter 1 g liegen, eine ungünstige Vordersage abgaben. Dagegen soll ein langsamer, steter Anstieg der Blutcholesterinwerte ein günstiges Zeichen sein. Die Ursache der Hypocholesterinämie — wie auch der Hypoglykämie — liegt nach Verfasser in einer Unterfunktion der durch die Grundkrankheit geschädigten Nebennieren. Dementsprechend soll eine Behandlung mit Nebennierenpräparaten bei schwerer Diphtherie erfolgversprechend sein. Daneben empfehlen Verfasser noch Einspritzungen von Cholesterinöl.

Beck, Tübingen.

4518.

Einhorn, M., **Die Influenzaepidemie 1928/29 und die Rückfälle von Magen- und Duodenalgeschwüren.** (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Die meisten Ulkuspazienten kommen mit Rückfällen im April und Mai und im September und Oktober. Selten kommen Rückfälle im Winter und im Sommer vor; hier fühlen sich die Patienten ganz wohl. Nun kamen, als die Influenza in New York und New Jersey im Dezember 1928 und Januar 1929 auftrat, zahlreiche Patienten mit Magenbeschwerden, die vorher an Ulceris behandelt worden waren, die wohl früher in den oben angegebenen Monaten Geschwüre hatten, aber nie zu dieser Jahreszeit. Bei genauerem Nachforschen hatten alle diese Patienten Influenza gehabt; und zwar hatten die schweren Influenzafälle auch schwerere Magenerkrankungen, die längere Zeit zur RepARATION brauchten und die leichteren rascher heilende Magenerkrankungen. Die Tierversuche Rosenows — Einspritzen von Streptokokken aus Magengeschwüren — beweisen, daß die Bakterien in den peptischen Geschwüren eine spezifische Tendenz haben, sich in der Gastroduodenalregion anzusiedeln. E. nimmt nun in der Ursache der Gastroduodenalgeschwüre die Infektion nur als einen Faktor

(andere sind Diät, psychische Ueberlastung, Störung des Säure-Basengleichgewichts usw.), die zu einer Störung in den Defensivkräften des Körpers führen. Dies nur zur vorläufigen Mitteilung.
v. Schnizer.

4519.

Gins, H. A., **Zerebrale Komplikationen im Verlauf der Vakzination.** (Med. Welt, Nr. 36, 1929.) Es liegt bisher kein Beweis dafür vor, daß die vakzinale Reaktion von sich aus eine echte Enzephalitis erzeugen kann. Unter den als „Impf-Enzephalitis“ bezeichneten Fällen finden sich in nicht geringem Maße solche, die auf Grund des Fieberverlaufs als akute febrile Hirnödeme angesehen werden können. Derartige Komplikationen entsprechen den oft beobachteten zerebralen Symptomen bei anderen fieberhaften Erkrankungen des Kindesalters. Die nach der Impfung beobachteten echten Enzephalitisfälle zeigen einen Fieberverlauf, der durch einen Anstieg nach Abschluß des Impffiebers oder durch Weiterbestehen des Fiebers über den normalen Termin hinaus, gekennzeichnet ist. Derartige Enzephalitiden können zur Zeit kaum anders als durch Mobilisierung einer latenten Enzephalitisinfektion erklärt werden. Welche Infektionserreger in Frage kommen, ist noch nicht bekannt. In vielen Fällen ist die Mobilisierung einer latenten Enzephalitis epidemica höchstwahrscheinlich. Pathologisch-anatomisch lassen sich die Enzephalitisfälle nach der Impfung von denjenigen der Epidemika nicht mit solcher Sicherheit unterscheiden, daß eine klare Diagnose möglich wäre. Die in Deutschland als „Impf-Enzephalitis“ bezeichneten Fälle sind nur zu einem kleinen Teil als identisch mit den in England und Holland beobachteten Fällen zu betrachten. Die Gefahr einer Vermehrung solcher Fälle besteht auf Grund der Erfahrungen bei den diesjährigen Frühjahrsimpfungen nicht.
L. Gordon, Berlin.

4520.

Meyer, K. F., und I. B. Gunnison, **Botulismus nach dem Genuß von Büchsenbirnen.** (J. inf. Dis., 45., Nr. 2, 1929.) Eine Mutter mit ihrer Tochter probierten in Scheiben geschnittene Birnen, die zu Hause eingemacht waren. Die Birnen machten einen leicht verdorbenen Eindruck. Nach 5 bis 6 Stunden traten Zeichen von Botulismus ein. Der Tod erfolgte nach 30 bzw. 42 Stunden. Die Birnen waren wahrscheinlich nach der Methode des Kochens im offenen Kessel zubereitet. Sie enthielten ein *Cl. parabolium*. Die aktuelle Reaktion des Eingemachten betrug pH = 3,86. Neben dem Anaerobier wurde ein Vertreter der Milchsäurebazillen gezüchtet. Experimentelle Untersuchungen ergaben, daß die gezüchteten *Parabotulinusbazillen* Sporen bildeten, die zwei- bis dreistündiges Kochen ungeschädigt überstanden. Sie waren vermehrungsfähig und bildeten das tödliche Gift unabhängig von der sauren Reaktion, die durch die Begleitbakterien bedingt war.
N. Henning, Leipzig.

4521.

Pikul, I. N., **Viszerale Leishmaniosis. Ihre Diagnose und Therapie.** (Pediatri. [russ.], 13., H. 2, 1929.) (Institut f. Tropenkrankheiten, Moskau.) Für Kala-Azar oder Leishmaniosis ist charakteristisch hohes Fieber vom Typhus der Quotidiana biremitemus, starke Vergrößerung von Leber und Milz und eine eigentümlich braunblaue Hautfarbe. Bei fehlender Behandlung geraten die Kinder in einen Zustand schwerer Kachexie und zeigen hartnäckige, oft ulzeröse Gingivitis und Stomatitis sowie Enteritis und Kolitis. Im Blute findet man eine schwere Anämie ohne Regenerationserscheinungen und vor allem die Erregerparasiten, die auch in dem Sekret der Gingivitis sowie im Stuhl zu finden sind. In Punktaten von Lymphdrüsen und Knochenmark sind die Parasiten selten nachweisbar. Die Methode der Wahl für den Erregernachweis ist die Milz- oder Leberpunktion; vor und nach der Punktion erhält der Kranke Calc. chlorat. Therapeutisch empfiehlt Verfasser Infektion von Neotibosan.
Helene Eliasberg, Berlin.

innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

4522.

Kogan-Jassny, W. M., und E. M. Sorkin, **Die konservative und präoperative Jodbehandlung bei Basedow.** (I. Mitteilung.) (Klin. Med. russ., 7., Heft 3 [102], 1929.) (Abt. f. Stoffwechselkrankheiten und innere Sekretion im 2. Krankenhaus, Charow.) Bericht über Erfahrungen mit der Jodtherapie bei 59 Fällen von Basedowscher Krankheit bzw. anderen Formen von Hyperthyreoidismus. Es handelt sich um 41 Frauen und 18 Männer. Das Jod wurde in Form von Lugolscher Lösung (Jodi puri 0,2, Kalii jodati 0,4, Aq. dest. 20,0) zweimal täglich zu 5 bis 15 Tropfen (allmählich ansteigend und wieder auf 5 Tropfen zurückgehend) nach dem Essen in Milch unter Zusatz von Natr. carbon. gegeben;

außerdem bekamen die Pat. dreimal täglich Bechterewsche Mixtur und zweimal täglich Luminol mit Phytin, bei Arrhythmie mit Zusatz von Chinin (Rp. Phytini, Chinini brom. aa. 0,3, Luminol. 0,05 s. in Oblaten zu nehmen). Diese Behandlung dauert 14 Tage. Diät, absolute Ruhe und Verbleiben im Bett sind Vorbedingungen für einen guten therapeutischen Erfolg. Bei allen Patienten konnte nach dieser Behandlung Besserung des subjektiven Zustandes verzeichnet werden: Verschwinden der Herzbeschwerden, Wiederherstellung des Schlafes, Verminderung des Tremors, Zurückgehen des Schweißes und der dyspeptischen Erscheinungen, Herstellung des normalen menstruellen Zyklus; bei allen Hypertyreotikern (Basedowismus, Basedowid, Formes frustes) gingen alle Augenerscheinungen und der Exophthalmus schnell zurück; bei Basedowscher Krankheit wurde erhebliche Verminderung des letzteren beobachtet; die Pulsfrequenz und der Blutdruck wurden günstig beeinflusst. Bei allen Kranken trat Gewichtszunahme um 0,6 bis 9 kg ein. In der Mehrzahl der Fälle verkleinerte sich die Struma nach der Behandlung um einige Zentimeter. (Ueber die Beeinflussung des Grundumsatzes sowie Veränderungen des Kalzium-, Zucker- und Harnsäuregehaltes im Blute wird in der zweiten Mitteilung berichtet.) Nach den Beobachtungen der Verfasser werden die schwersten Basedowfälle nach zweiwöchiger Jodbehandlung in der beschriebenen Weise in befriedigenden, ja sogar in gutem Zustande der Operation zugeführt. Alle 19 operierten Patienten überstanden die Operation und die postoperative Periode vorzüglich. Auffallend war die Verminderung bzw. das völlige Verschwinden des Exophthalmus schon in den ersten Tagen nach der Operation wurde die Jodbehandlung noch 1 bis 2 Wochen fortgesetzt.

E. Kontorowitsch.

4523.

Porter, W. H., **Diabetes.** (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Der allgemeine Praktiker braucht bei der Diagnose des Diabetes und allen Formen der normalen oder abnormen Stoffwechseltätigkeit einfache leicht anzustellende und sichere Proben. Dazu gehört die Bestimmung des respiratorischen Basalstoffwechsels nicht. Sie ist nicht einfach und nicht praktisch, weil sie nur in besonders eingerichteten Hospitälern vorgenommen werden kann. Sie sagt lediglich, wieviel CO₂ in bestimmter Zeit durch die Lungen abgegeben wird. Aber nicht wieviel davon von der Kohlehydratverbrennung kommt, wieviel von der Proteinoxidationreduktion usw. Und nur in seltenen Fällen kann man die Proben in wohl eingerichtete Laboratorien senden. Nun gibt es für den Praktiker drei sehr wichtige und exakte Proben, die die digestiven und metabolischen Prozesse besonders in Verbindung mit dem Proteinstoffwechsel genau beurteilen lassen. Zunächst die Indikanprobe mit HCl, Kaliumpermanganat und Chloroform. Bei perfekter Arbeit des Systems, perfekter Digestion bleibt das zu Boden gesunkene Chloroform völlig weiß mit scharfer Demarkationslinie zwischen Urin und Chloroform. Nicht oft findet man einen so perfekten Zustand, aber man kann ihn erreichen durch eine perfekte gut balancierte Diät, zweckmäßige Bewegung und richtige Medikation. Korrekt ausgeführt ist die Probe ein richtiger Führer für die Funktion des digestiven Systems und für das Lebersystem. Wenn die Pankreas- und Lebersekretion richtig in den Darmkanal entleert werden, kann dort, weil sie als physiologische Antiseptika wirken, keine Purrefraktion entstehen. Praktisch sehr wichtig sind dabei nun die verschiedenen Farbreaktionen. Während reines Weiß normale Verhältnisse anzeigt, beweist ein klares Indigoblau, daß im Darmkanal wenig toxisches Material ins Blut übergeht, daß also eine einfache putrefaktive Fermentation vorliegt. Bei ausgesprochener Purpurfarbe wird mehr weniger toxisches Material absorbiert: Autointoxikation. Bei blauschwarzer oder schwarzer Färbung ist die Toxämie intensiver. Rote Verfärbung: dann ist das Indikan nicht präzipitiert wie bei den blauen Färbungen. Das Chloroform bleibt dabei farblos. Recht häufig ist eine grünliche Färbung über der Demarkationslinie: Obstruktion der Gallengänge in der Leber oder im Hauptduktus; die Galle erreicht nicht wie normal den Darmtraktus, sondern erreicht über die Lymphräume den Ductus thoracicus und so den Blutstrom, kommt dann dadurch in die Nieren (Biliverdin?). Diese Reaktionen geben also auch therapeutische Fingerzeige.

Nimmt der Patient Jod und es ist kein Indikan vorhanden, so wird das Chloroform Sherryrot. Bei Indikan: rot- bis schwarzblau. Damit kann man also auch nachweisen, ob Patient seine Medizin wirklich nimmt.

Wenn man nun den Harn mit dieser Porterschen Stoffwechsel- oder Assimilationsprobe 24 bis 28 Stunden stehen läßt — was zur Erreichung genauer Resultate unbedingt erforderlich ist — so erhält man eine Flockung an der Chloroformgrenze mit und ohne Indikan von lichtigem Grau bis Schwarz. Fehlt Indikan, so ist das ein Zeichen, daß die digestive Funktion perfekt ist, nicht aber die Assimilation. Mikroskopisch wird diese manchmal ölähnliche

Masse einmal aus einer feinen granulierten, amorphen M-Substanz gebildet, die, wenn viel, sich über dem Urin und der HCl im Chloroform zu sammeln strebt. Der andere Teil ist dieselbe Masse aber mit großen und kleinen fettähnlichen Kugeln, auf die aber alle Fettproben versagen. Herrscht diese letztere Substanz vor, so sammelt sie sich als weiße schneeähnliche Masse, die unter der Verbindungslinie zwischen Chloroform und Urin strebt. Wenn nun diese Masse dunkel und reichlich ist, sich rapid bildet über der Chloroformgrenze, so ist das eine sehr üble Prognose, es ist eine Todeslinie. Bleibt sie weiß, schneelig, so zeigt sie, je nach der Dichte und Tiefe des Ringes den Grad der Stoffwechselstörung an.

v. Schnitzer.

4524.

Hill, Gray, und Mary Allan, *Der rheumatische Typus*. (Brit. Med. J., 3584, 1929.) Es wird an einem großen Material versucht, einen bestimmten Typus herauszufinden, der zu rheumatischen Erkrankungen besonders disponiert ist. Verfasser kommen zu dem Schluß, daß es einen solchen Typus nicht gibt.

P. Heymann, Berlin.

4525.

Schwarzmann, J. S., *Differentialdiagnostische Abgrenzung der Herzneurosen gegen organische Erkrankungen des Herzens auf Grund auskultatorischer Erscheinungen*. (Z. Kreislaufforschg., 21. Jg., Nr. 19.) In der vorliegenden Arbeit wird auf die Bedeutung der Auskultation in denjenigen Fällen hingewiesen, in denen die Kranken über verschiedene Erscheinungen von seiten des Herzens klagen (Herzklopfen, unangenehme Empfindungen, mitunter Herzbeklemmung oder geringe Atemnot bei physischen und psychischen Anstrengungen), während weder die physikalische, noch die graphische Untersuchung irgendwelche Veränderungen, wie Herzerweiterung, Geräusche, Störungen des Herzrhythmus u. ä. aufzudecken vermag. In derartigen Fällen läßt sich oft eine konstante oder leicht auftretende Tachykardie feststellen. Als ätiologische Momente gelingt es mitunter Symptome einer Störung der Tätigkeit der endokrinen Drüsen, reflektorische Einflüsse, auch Faktoren psychogener Natur nachzuweisen.

Verfasser selbst überzeugte sich mehrfach, daß dem erwähnten klinischen Bilde irgendein überstandener Infektionsprozeß — insbesondere die Grippe — zugrunde liegen kann, der eine langdauernde pathologische Erregbarkeit des Nerv-Muskelapparates ohne Anwesenheit einer postinfektiösen Myokarditis zur Folge haben kann. Auch kräftige physische Anstrengungen vermögen die Herznerven bei einigen Individuen derart zu schädigen, daß das Bild einer hochgradig erregten Herzaktion zustande kommt.

Es gelingt nicht immer die Ätiologie zu eruieren. Nicht selten hat man es mit einer rein konstitutionellen vermehrten Erregbarkeit des Herzens nervös-muskulösen Ursprungs, insbesondere im jugendlichen Alter, zu tun.

Die allergrößte Vorsicht ist bei der Differentialdiagnose zwischen Neurose und organischer Affektion des Herzens geboten, wenn Tachykardie vorliegt. Außerordentlich wertvolle Ergebnisse liefert in allen diesen Fällen das aufmerksame Studium der Schallerscheinungen, sämtlicher Eigentümlichkeiten der Herztöne — des „Dialekts des Herzens“.

Auskultiert man das Herz bei konzentrierter Aufmerksamkeit und sucht, wie Verfasser dies bereits in früheren Arbeiten vorschlug, aus der dabei gewonnenen Wahrnehmung nicht nur die Schall-, sondern auch die taktilen Komponenten herauszugreifen, so findet man bei Neurosen in zahlreichen Fällen den mehrmals erwähnten „dissoziierten“ ersten Ton, mit dem man außerdem noch die Empfindung des flüchtigen Erhärtens des Herzens wahrnimmt; hier muß man von einem erregten hypertensiven Herzen sprechen, im Gegensatz zu einer anderen Kategorie von Fällen, wo man auf Grund der Auskultationsergebnisse vor einer hypertensiven Neurosenform sprechen darf.

Arnold Hirsch, Berlin.

4526.

Koritzki, A. M., *Auf dem Wege zur Bestimmung des primären Infektionsherdes bei organischen Herzklappenerkrankungen*. (Klin. Med. russ., 7., Heft 3 [102], 1929.) (Propädeutisch-therapeutische Klinik des medizin. Instituts, Dnepropetrowsk.) Bei organischen Herzklappenerkrankungen deutet das Vorhandensein von chronisch entzündlich veränderten Lymphdrüsen am vorderen Rande des M. sterno-cleido-mastoideus (sogen. „lymphatischer Halswulst“) und der in der Fossa retromandibularis liegenden vergrößerten retromandibulären Drüsen (RM-Lymphdrüsen*) auf höher liegende Entzündungsvorgänge — am häufigsten im tonsillären Apparat — hin. Verfasser fand bei Herzkranken den „lymphatischen Wulst“ in fast 90% und die RM-Lymphdrüsen in 84% der Fälle vor. Auf diese reaktiven Veränderungen an dem

das Rachengebiet versorgenden Lymphapparat soll ganz besonders geachtet werden, da die beiden oben erwähnten Zeichen als Stützpunkte beim Suchen des septischen Herdes dienen können. Die rezidivierenden Endokarditiden werden nach den Beobachtungen des Verfassers — nicht selten von einer gleichzeitigen Verschärfung der Entzündungsercheinungen im „Halswulst“ und in den RM-Lymphdrüsen begleitet.

E. Kontorowitsch.

4527.

Simnitzki, W. S., *Ueber die Rolle des Traumas in der Pathogenese der Erkrankungen des Herzklappenapparates*. (Ter. Arch. russ., 7., Heft 2, 1929.) An Hand von zwei Fällen betont S. die Wichtigkeit der Berücksichtigung des Trauma-Faktors in der Anamnese bei Erkrankungen des Herzklappenapparates, insbesondere in den Fällen, wo das infektiöse Moment fehlt. In einem Falle handelte es sich um eine 18jährige Patientin, bei der ein Sturz auf den Rücken Mitralklappenstenose und -insuffizienz verursachte. Der zweite Fall betraf einen 33 Jahre alten Patienten mit Aortenklappeninsuffizienz. Die eingehende Anamnese ergab, daß die Beschwerden bei ihm vor 17 Jahren im Anschluß an einen Treppenabsturz, bei dem er einen starken Stoß in die Herzgegend bekam, aufgetreten waren. Die Herzbeschwerden haben sich dann nach einer physischen Anstrengung verschlimmert.

E. Kontorowitsch.

4528.

Turkeltaub, M. S., *Vorhofflimmern und seine Behandlung*. (Wratsch. Djelo, 12., Nr. 2, 1929.) (Klin. Kardiolog. Sanatorium, Odessa.) Die Beobachtungen an 50 Herzkranken haben erwiesen, daß bei Patienten mit schwerer Myokarderkrankung und Vorhofflimmern von CO₂-Bäderbehandlung ein therapeutischer Effekt nicht zu erwarten ist. Von anderen therapeutischen Mitteln hat sich das Chinidin am besten bewährt, das jedoch nicht von allen Patienten gleich gut vertragen wird.

E. Kontorowitsch.

4529.

Piccini, L., *Poliorromenitis subacutalenta*. (Arch. di pat. e clin. med., 8., H. 5, 1929.) Poliorromenitis, d. h. chronische Entzündung derjenigen Serosen, die um das Zwerchfell herumliegen — Pleuren, Perikard, Peritoneum —, beginnt und entwickelt sich in subakuter, meist langsamer Form als Krankheitszustand, der unabhängig ist von der Erkrankung der Organe, die von den respektiven serösen Höhlen umschlossen werden, auch unabhängig von Infektions- oder toxischen Erkrankungen.

Bei dieser Krankheit spielt der hereditäre Einfluß keine große Rolle; man findet sie in jedem Lebensalter, meist aber zwischen 16 und 30, und zwar besonders bei Frauen. Es gibt keine Krankheitsursachen und keine prädominierenden, vorausgehenden Erkrankungen. Gewöhnlich setzt das Leiden langsam ein, ohne daß ein zu präzisierendes Prodromalstadium vorangeht. Zu den Frühsymptomen gehört Fieber, akuter Schmerz in der Brust, Leibkoliken, und zuweilen auch Zunahme des Leibes. Fast immer stellt sich die P. im Beginn als die Erkrankung einer einzigen Serosa dar, der sich die übrigen erst anschließen. Die primäre Lokalisation betrifft alle drei Serosen gleichmäßig. Am häufigsten ist jedoch die Peritonitis, am seltensten die Perikarditis. Die Zweiterkrankung betrifft meist eine der Pleuren; sie setzt zögernd ein, fast niemals früher als zwei Wochen nach der ersten. Die dritte Lokalisation folgt der zweiten nach einem variablen Zeitabschnitt (eine Woche bis sechs Monate) und betrifft zumeist die Pleura. Im Beginn ist sie meist latent. Werden zwei Serosen betroffen, so ist die P. einfach. Bei drei und vier Serosen spricht man von einer komplexen P. Fast die Hälfte der Fälle gehört hierher, und zwar trifft man am häufigsten eine Peritonitis, kombiniert mit einer bilateralen Pleuritis an. Die Verbreitung von einer Serosa zur anderen erfolgt auf verschiedenem Wege. Häufig vom Peritoneum auf die Pleuren, noch häufiger auf die rechte Pleura und dann erst auf die linke oder auf das Perikard. Die Peritonitis ist die wichtigste Lokalisation. Gewöhnlich führt sie zu einem Flüssigkeitserguß, der sich oft spontan resorbiert. Man fühlt häufig das Vorhandensein solider Massen und Resistenzen, die plastischen Exsudaten mit käsigen Massen oder Drüsen entsprechen. Häufig ist der nicht akute Schmerz und der Meteorismus, seltener das Erbrechen wechseln miteinander ab.

Häufig ist die Leber dabei beteiligt, weniger die Milz und die Mesenterialdrüsen.

Bei der Pleuritis findet man gewöhnlich einen zitronengelben Flüssigkeitserguß von hohem spezifischem Gewicht, nicht besonders reichlich, der sich langsam entwickelt und ebenso langsam sich resorbiert. Die Lungentuberkulose ist nicht häufig, viel eher zeigen sich Drüsenbeschädigungen. Die Perikarditis, welche die wenigst häufige Lokalisation darstellt und oft am spätesten auftritt, erzeugt in der Regel mehr oder weniger ausgedehnte

* Vgl. hierzu „Fortschr. d. Med.“, Nr. 14, S. 539, und Nr. 18, S. 719.

Adhäsionen mit geschädigtem Myocard. Das Endokard bleibt verschont. Die Aorta ist bisweilen hypoplastisch, auch in bezug auf die Pulmonalis. Lokalisation an anderen Serosen sind seltener. Die Temperatur schwankt innerhalb weiter Grenzen: es gibt ebenso lange fieberlose Perioden, wie einen remittierenden oder täglich intermittierenden Typ; der Gipfel schwankt um 38,5 bis 39 Grad. Schüttelfröste sind selten; wichtig sind die Fieberperioden, welche dem Beginn der Krankheit vorausgehen und Ähnlichkeit mit dem Typhusfieber aufweisen. Die Dauer der Erkrankung liegt zwischen 2 bis 23 Monaten. Die Frage, ob die Tuberkulose als alleinige Ursache der Erkrankung gelten kann, oder ob man noch den Einfluß anderer Leiden dazu heranziehen kann, ist oft erörtert worden und wird es noch jetzt. Schon 1890 schrieb Verfasser, daß die klinischen und anatomisch-pathologischen Beobachtungen, die er an zahlreichen Fällen vorgenommen hatte, das Vorkommen einer subaktiven langsamen, nicht tuberkulösen Pol. in Abrede stellten. Fortgesetzte Studien haben diesen Standpunkt bestätigt.

Die Pathogenie, d. h. der Grund, weswegen eine Seroditis meist vereinzelt bleibt, während zuweilen eine P. entsteht, gibt einem anderen, vielbesprochenen Problem statt, das jedoch noch nicht gelöst ist. Man kann es nicht erklären, durch Identität der Struktur und Funktion der Serosen noch durch die seröse oder exsudative Diathese, noch durch endokrine Dysfunktion, noch durch eine mehr oder minder große Intensität der primären Serositis. Es ist viel mehr wahrscheinlich, daß für das Zustandekommen der Pol. die lokalen Resistenzverhältnisse von Wichtigkeit sind, d. h. die Zellelemente der Serosen (das, was man histogenetische Immunität nennt).

Die Behandlung ist nicht einfach, weil nicht nur die Ursache der Krankheit, sondern auch die verschiedenen Lokalisationen und Komplikationen ein therapeutisches Handeln herausfordern, und da wir noch kein sicheres Mittel haben zur Behandlung der Ursachen, so muß man die Resistenz des Organismus vermehren, die natürlichen Abwehrvorgänge begünstigen und anregen, indem man je nach Lage des Falles von einem Gebirgs- oder Seeaufenthalt Gebrauch macht. Die chirurgische Behandlung und die Injektion von Flüssigkeiten oder Gasen sind nicht immer angenehm, manchmal jedoch nützlich oder auch notwendig. Man wird auch nicht auf symptomatische Behandlung verzichten können, um die Schwere mancher spezieller Krankheitsäußerungen herabzusetzen und die Leiden zu mildern.

4530.

Guedel, E. Arthur, Will Shimer und John M. Cunningham, Anoxämie bei Pneumonie (Wirkungsmechanismus der Sauerstofftherapie). (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 14, 1922.) Sauerstoff bei Pneumonie erst dann zu verabreichen, wenn bereits das vollentwickelte Bild der Azidose (Dyspnoe, Zyanose, Erlahmen der Herztätigkeit) vorhanden ist, ist ein häufig begangener Fehler. Soll die Zufuhr von Sauerstoff bei Pneumonie von tatsächlichem Nutzen sein, dann muß sie so früh als möglich geschehen. Frühzeitige Zufuhr von Sauerstoff, selbst in weit höherer Konzentration als sonst üblich, kann keinen Schaden stiften. Der Partialdruck des Sauerstoffes in der atmosphärischen Luft reicht wohl aus, den Organismus bei völlig intakten Lungen vor Sauerstoffmangel zu bewahren, genügt aber nicht, um Sauerstoff in der erforderlichen Menge durch die durch den pneumonischen Prozeß geschädigten Alveolarwände hindurchtreten zu lassen. Es muß also der Partialdruck des Sauerstoffes in der einzuatmenden Luft entsprechend erhöht werden. Ein Gehalt von 30–50% genügt, um die Anoxämie und deren schädliche Folgen erfolgreich zu bekämpfen. Die Zufuhr von Sauerstoff soll so früh als möglich und wenn möglich dauernd erfolgen, auch noch nach Eintritt der Krise, bzw. so lange, bis der Patient auch nach Aussetzen der Sauerstoffzufuhr von Zeichen der Anoxämie frei bleibt.

4531

Lehmann, H., Weitere Betrachtungen über die Lungenentzündung als Todesursache. (Arch. f. Hyg., 102., Heft 2, 1929.) Die Sterblichkeitszahlen für Lungentuberkulose und Pneumonie weisen im Gegensatz zu früher nur noch geringe Unterschiede auf. Im Jahre 1925 überragte die Lungenentzündung bereits um 0,4 auf 1000 Lebende. Demnach muß der Lungenentzündung im Interesse der Volksgesundheit in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine wirksame Einschränkung kann nur durch Verbesserung sozialhygienischer Zustände erreicht werden. Im Erwerbsalter steigt die Sterblichkeit an Pneumonie für beide Geschlechter stark an, ein Beweis dafür, daß das Auftreten der Krankheit mit dem Berufsleben eng verknüpft ist. N. Hennig, Leipzig.

4532.

Di. Natale, Antonio, Beiträge zur Behandlung der serofibrinösen Pleuritis mit Pneumothorakozentese. (Riv. Pat. e Clin.

Tbc., Jahrg. 3, Heft 9, 1929.) In 20 Fällen von serofibrinöser Pleuritis wurde mittels Punktion der Erguß entfernt und mittels gleichzeitiger Lufteinblasung ein Pneumothorax gesetzt. In allen Fällen erfolgte rasche Heilung, wobei Verwachsungen vermieden wurden. Durch diese Therapie werden nicht nur intrathorakale Druckschwankungen und ihre Begleiterscheinungen vermieden, sondern rasche Entfieberung erzielt. Wenn der Erguß sich wiederholt, muß das Verfahren wiederholt werden. Bei begleitender Lungentuberkulose soll mit der Therapie die regelrechte Pneumothoraxtherapie begonnen werden. Eugen Stransky, Wien.

4533.

Manheim, S. D., Hepatitis als Ursache von Symptomen nach Appendektomie. (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Früher wurden viele Appendizitisfälle unnötig operiert, und manche von diesen hatten nachher dieselben Symptome wie vorher, andere nach einer Ruheperiode diese schwerer als vorher. 47% aller operativen Fälle, die daraufhin analysiert wurden, hatten rekurrierende Symptome; manche nehmen sogar mehr an. Wenn man dies auch kaum genau feststellen kann, immerhin gibt es zu denken. Einmal wird die Appendizitis für eine leicht zu diagnostizierende einfach zu behandelnde Krankheit gehalten. Dem ist aber nicht immer so. Und dann kommt die Frage, ob der chronische Appendix nicht nur ein Teil einer allgemeinen Erkrankung ist. Man kann die Appendizitis einteilen in die akute (leicht zu diagnostizieren und sofort zu operieren), in die rekurrierende (milde Attacken mit symptomfreien Intervallen) und in die sogenannte chronische (ohne akute Attacken, mit mehr oder weniger schweren gastrointestinalen Symptomen und sehr unbestimmten lokalen Appendizitiszeichen). Je akuter der Anfall, um so leichter die Diagnose und um so sicherer der Erfolg. Und je chronischer der Zustand, um so schwerer die Diagnose und der Erfolg. Ebenso ist es bei der Gallenkolik. Eine eingehende Untersuchung wird Irrtumsquellen wie Nierenstein, gastrische Krisen, Ulkus, Spondylitis ausschließen. Der Appendix ist nun auf dem Lymphwege verbunden mit dem oberen Abdomen, mit dem Hilus der Nieren, mit Duodenum und Magen. Bei Erkrankungen der Gallenblase findet man in 90% Veränderungen am Appendix nach Deaver. Und endlich bekommt auch die Leber vom Appendix her infektiöse Lymphe, und zwar hat dies schon stattgefunden, bevor der Appendix entfernt ist. Tatsächlich sind von verschiedenen Autoren Veränderungen in der Morphologie der Leber nachgewiesen worden, eine Hepatitis infolge der chronischen Appendizitis. Denn die Leber absorbiert konstant die zugeführten Bakterien und deren Produkte. Und tatsächlich kann postoperativ chronische dyspeptische Symptome feststellen, Füllegefühl, Auftreibung, Brennen im Epigastrium, Aufstoßen, Nausea, Schmerzen im oberen rechten Quadranten: man findet dann eine leicht vergrößerte empfindliche Leber, die bei Hepatitisbehandlung besser wird. Deshalb bessert auch die Appendektomie allein den Zustand zunächst nicht. v. Schnitzer.

4534.

Vinazzar, Erich, Rotsehen als Frühsymptom bei urämischen Erkrankungen. (Med. Klin., Nr. 36, 1929.) An Hand einiger Fälle wird zeitweiliges Rotsehen als Frühsymptom urämischer Erkrankungen bezeichnet. Im Gegensatz zu den meisten Bewußtlosen, die nach ihrer Ohnmacht angeben, plötzlich schwarz gesehen zu haben, klagen Urämiker in solchen Fällen über plötzlich Rotwerden vor den Augen. Das Rotsehen wird wahrscheinlich durch früh eintretende Veränderungen des Augenhintergrundes hervorgerufen.

L. Gordon, Berlin.

4535.

von Romberg, E., Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 31, 1929.) Die Entwicklung der Lungentuberkulose stellt sich außerordentlich mannigfaltig dar. Die Frühdiagnose hat auf alle in Betracht kommenden Formen zu achten. Recht oft finden sie sich nebeneinander bei demselben Kranken. Ihre Bedeutung im einzelnen ist dann, soweit möglich, nach dem Stadium ihrer Entwicklung zu schätzen. In Betracht kommen außer den besonderen Formen der Kindheit die hämatogenen, zunächst kleinherdigen, disseminierten Streuungen, die wohl meist zu ihnen gehörigen Spitzenherde, vor allem aber von der Pubertät an ganz vorwiegend die Frühinfiltrate. Mögen sie auch zu einem größeren oder kleineren Teil aus endogenen Reinfekten hämatogenen Ursprungs oder speziell aus Spitzenherden hervorgehen, so bedeutet ihr Auftreten für den Arzt einen Abschnitt, der oft über das weitere Schicksal entscheidet. Die Frühdiagnose der meisten ausgebreiteten Lungentuberkulosen jenseits des Kindesalters ist die Erkennung des Frühinfiltrates. Bei der Schnelligkeit seiner Entstehung und weiteren Entwicklung, besonders aber der Kavernenbildung, bei der maßgebenden Bedeutung einer sofort einsetzenden entsprechenden Behandlung ist die baldige Erkennung der Frühinfiltrate dringlich. Bei der Rolle der exogenen Super-

infektion für ihre Entstehung ist die jetzige Anschauung auch für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit wichtig.

Held.

4536.

Güterböck, Robert, **Kritische Bewertung der sogenannten Lehre vom Frühinfiltrat, gemessen an ausländischer, speziell an französischer Literatur.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) Durch die Lehre vom Frühinfiltrat, welche die alten Anschauungen vom Beginn und von der Entstehung der Lungentuberkulose z. T. sehr scharf bekämpft, ist eine große Verwirrung in die Aerzteschaft hineingetragen worden. Nach dem Verfasser gibt es Röntgenologen, die nur noch bei röntgenologisch nachweisbarer Infiltratbildung das Vorhandensein einer aktiven Tuberkulose anerkennen wollen. (? Ref.) Mit seiner Literaturzusammenstellung will Verfasser zeigen, daß im Ausland, namentlich von den Franzosen, die Infiltrate in allen ihren Formen seit Jahrzehnten studiert und ihr Zusammenhang mit der echten Phthise richtig erkannt worden sind. Serienröntgenaufnahmen sind in Frankreich jahrelang früher, bevor Redeker daran dachte, gemacht worden. Das Verdienst Redekers, das Interesse an den infiltrativen Formen der Lungentuberkulose belebt zu haben, bleibt dadurch ungeschmälert.

Zwerg, Chemnitz.

4537.

Rubinstein, Hermann, **Soll man bei infiltrativen Frühformen der Lungentuberkulose den künstlichen Pneumothorax ebensolange wie bei den tertiären Spätformen unterhalten?** (Z. Tbk., 54., 4.) Wir besitzen heute noch keine absolut sicheren Kriterien, welche uns berechtigen, bei den Frühformen der Lungentuberkulose, besonders bei den sogenannten Frühkavernen, bestimmte feste Indikationen zum Auflassen des künstlichen Pneumothorax aufzustellen. Wenn wir für die chronischen, produktiv-fibrösen Fälle etwa 2 Jahre und für die schweren Tuberkulose, besonders die exsudativen Formen, 2 bis 3 Jahre Pneumothoraxdauer verlangen, so dürfte es kaum richtig sein, dieselbe Behandlungsdauer auch den Frühfällen zuzumuten. Damit soll durchaus nicht gesagt sein, daß wir bei allen Frühformen schon nach kurzer Dauer den Pneumothorax eingehen lassen sollen. Diese Folgerung wäre verfehlt und verhängnisvoll. Es soll nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß es falsch ist, schablonenmäßig zu handeln und an alle Formen der Tuberkulose mit demselben Maße der Pneumothoraxdauer herantreten zu wollen. Jeder Fall muß individuell behandelt und die Leistungsfähigkeit des Pneumothorax im Zusammenhang und in der Abhängigkeit vom Charakter des Prozesses genau studiert werden. An einem großen Material und an einer langen, mehrere Jahre dauernden Beobachtungszeit müssen praktische Erfahrungen gesammelt werden, um die für diese Frühformen nötige Durchschnittsdauer und die Kriterien für einen rechtzeitigen Abschluß der Pneumothoraxbehandlung ausarbeiten zu können.

Zwerg, Chemnitz.

4538.

Junker, F., **Ueber konstitutionelle Hypotonie, insbesondere ihre differentialdiagnostische Bedeutung bei Tuberkulose.** (Dtsch. med. Wschr., Nr. 38.) Die konstitutionelle Hypotonie ist ein, wenn auch in ihren Ursachen und Zusammenhängen noch nicht klar erkanntes, aber doch praktisch vielfach genügend abgrenzbares klinisches Krankheitsbild. Es ist in weiten ärztlichen Kreisen noch wenig bekannt, führt wegen der Ähnlichkeit mancher Symptome oft zu Fehldiagnosen mit anderen Zuständen, insbesondere der behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose, Neurasthenie und Arbeitsscheu. Kennt man und beachtet man das Krankheitsbild, wird sowohl in der Heilstätten- wie in der Fürsorge- und Gutachter Tätigkeit mancher zu Unrecht als Tuberkulose gedeutete Fall sich aufklären und ausscheiden lassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4539.

Arró, Durán, **Das Herzsyndrom in der Tuberkulose.** (Schweiz. Med. Wochenschr., Nr. 28, 1929.) Das Herzsyndrom der Tuberkulösen kann in zwei vollständig verschiedenen Formen auftreten, erstens als rein funktionelles Syndrom: Die Diagnose wäre nicht ohne weiteres eindeutig zu stellen, wenn man einerseits nicht regelmäßig anatomische Veränderungen finden würde, die den tuberkulösen Ursprung beweisen. Andererseits hat die antituberkulöse Behandlung einen wesentlichen Einfluß auf dieses Syndrom, das gewöhnlich durch Tachykardie mit normalem Blutdruck, durch Präkordialangst, weniger häufig durch Extrasystolen gekennzeichnet ist. Die Herzstörungen lassen sich durch direkte und indirekte Wirkung der tuberkulösen Lymphdrüsen, des Lungenhilus auf die Lungenarterien erklären.

Das zweite Syndrom zeigt sich durch Hypertrophie und Dilatation besonders des rechten Herzens. Diese Störung wird einerseits durch die toxische Wirkung der offenen Tuberkulose, besonders bei der fortschreitenden Form, hervorgerufen, sowie durch

Verminderung der atmenden Lungenoberfläche. Die Behandlung soll gemischt erfolgen; einesteiis rekalkifizierend und entgiftend, andererseits herzstärkend mit Digitalis.

Held.

4540.

Keßler, F., **Blutdruck und Tonus der Arterienwand bei chronischer Lungentuberkulose.** (Z. Tbk., 54., 5.) (Allgemeines Krankenhaus Wien.) Bei unkomplizierter, chronischer Lungentuberkulose ist der Blutdruck zwar, wie bekannt, niedrig. Doch kommt es bei Komplikationen, die auch sonst mit hypertensischen Arterien und hohem Blutdruck einhergehen, vor, daß der Hochdruck in ganz beträchtlicher Höhe fortbestehen bleibt. Es ist also das Tuberkulotoxin nicht in jedem Falle in stande, den Tonus der Arterienwand herabzusetzen. Es kommen bei Tuberkulösen Schwankungen im fastbaren Tonus der Arterienwand vor, die sich namentlich bei Lungenblutungen auffällig zeigen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese Tonuschwankungen durch psychische Erregungen bedingt sind.

Zwerg, Chemnitz.

4541.

De Castiglione, Enrico, **Ueber die Differentialdiagnose zwischen sackförmigem Pneumothorax und Lungenkaverne.** (Riv. di Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. 3, Heft 9, 1929.) Als differentialdiagnostische Merkmale zwischen Kavernen und sackförmigem Pneumothorax kommen nach Erfahrungen des Autors in Betracht neben dem Röntgenbefund die klinische Untersuchung, der künstliche Pneumothorax, Lipiodolinjektionen und die Thorakoskopie. Elastische Fasern im Auswurf sprechen eindeutig für Kavernen. Durch Lufteinblasung in die Brusthöhle werden die Bilder so verändert (einerseits stärkeres Hervortreten der Kavernen, andererseits Verschwinden der ringförmigen Schattenbilder), daß ein Irrtum ausgeschlossen erscheint. Die dauernde röntgenologische Kontrolle allein erlaubt meistens die Differentialdiagnose (Kleinerwerden der Pneumothoraxblasen.) Während die Kavernen meistens in den oberen Lungenpartien sitzen, bevorzugen die sackförmigen Pneumothoraxes die basalen oder interlobaren Partien. Auch die Form (einerseits rund, andererseits unregelmäßiger), Beschaffenheit der Randpartien (Infiltration, Fehlen derselben), Verhalten des eventuellen Inhaltes der ringförmigen Aufhellung, besonders beim Husten, Unterschied zwischen Morgen und späterer Tageszeit, Verhalten der Nachbarorgane, gestatten die Differentialdiagnose, die bei Berücksichtigung aller Symptome, wie die 16 Fälle des Autors beweisen, nicht so schwer ist, wie vielfach angenommen wird.

Eugen Stransky, Wien.

4592.

Laschi, Gino, **Ueber die Entwicklung der Kavernen im Röntgenbilde.** (Riv. Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. 3, Heft 9, 1929.) In einer Reihe von Fällen wird durch röntgenologische Serienaufnahmen der Beweis erbracht, daß die Kavernen zwar schwinden können, aber an ihrer Stelle immer mehr oder minder ausgeprägte Zeichen (sklerotische Prozesse, bindegewebige Induration) zurückbleiben. Die Obliteration der Kaverne kann vielfach bloß eine rein lokale Erscheinung bleiben, wobei die übrigen Lungenveränderungen ganz unbeeinflusst bleiben. Die Rückbildung der Kavernen kann spontan, oft in verhältnismäßig kurzer Zeit, oder durch therapeutische Beeinflussung (Pneumothorax) vor sich gehen, wobei die Pneumothoraxbehandlung die Rückbildung sicher beschleunigt.

Eugen Stransky, Wien.

4543.

Gulbring, Alf, **Ueber die Lage der infraklavikulären Frühkavernen in der Lunge und ihre Behandlung.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Tuberkulosekrankenhaus Stockholm.) Die mit künstlichem Pneumothorax behandelte, infraklavikuläre Frühkaverne oder andere solitäre Kavernenbildungen derselben Lokalisation sind so gut wie immer an dorsalen oder lateralen Teilen des Brustkorbs adhärent. Verfasser zieht daraus den Schluß, daß die Einschmelzung in entsprechenden Teilen der Lunge oder in den Gebieten gelegen ist, von welchen man weiß, daß sie sehr oft Sitz alter tuberkulöser Veränderungen sind. Er sieht darin eine Stütze für die von Loeschke verfochtene Auffassung über die Entsetzung der Frühkaverne. Verfasser empfiehlt ein aktives Eingreifen, sobald Symptome einer Kavernenbildung auftreten, und hat gefunden, daß die vorhandene Adhärenzbildung bei diesen Kavernen, wenn in einem frühen Entwicklungsstadium der Kaverne eine Pneumothoraxanlage stattgefunden hatte, leicht zugänglich und für die endopleurale Kautik nach Jacobaeus besonders geeignet ist, und daß der genannten Methode bei der Behandlung strangförmiger Adhäsionen eine große Bedeutung beigemessen werden muß.

Zwerg, Chemnitz.

4544.

Campbell, H. B., **Komplikationen der Tuberkulose.** (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Nach Landis sind Hämoptyse oder

Pleuritis die zwei Wege, auf denen sich bei einem anscheinend gesunden Individuum plötzlich Lungentuberkulose zeigt. Und es ist nahezu mathematisch sicher, daß ein vorher gesundes Individuum, wenn es Hämoptyse, Pleuritis, eine Anafistel oder vorübergehende Anfälle leichter Heiserkeit bekommt, Tuberkulose hat. Expektoration von Blut kann bei Lungentuberkulose in jeder Menge vorkommen, und diese Menge ist ein Maßstab für die Größe der Läsion. Kleine Blutmengen kommen von kongestionierter Bronchialschleimhaut oder kleinen parenchymatösen Veränderungen, größere aus Kavernen. Akute respiratorische Infektionen sind oft aufgepfropft, aber es ist nicht ganz sicher, ob dies nicht jedesmal reine Tuberkulose ist. Große Hämorrhagien kommen von Aneurysmen: durch die Lungendestruktion verliert das Gefäß seinen Halt. Druck und Ulzeration führt dann zur Blutung, die aber selten fatal ist (in 4000 Fällen 10). Indirekt sind aber Todesfälle häufiger: posthämorrhagische Pneumonie, akute Ausbreitung der Tuberkulose. Absolute Ruhe in Rückenlage ist unbedingt erforderlich; manchmal mit Morphium: die Relaxation und die Ruhe dadurch ist mehr wert als die Retention von Schleim und Blut und der Hustenreiz. Die Eisblase hat lediglich psychologischen Wert. Einige Stunden nach der Blutung keine Nahrung, dann leichte flüssige Diät gefüttert: Für den Stuhl Magnesiumsulfat in kleinen Dosen. Die üblichen Mittel zur Blutstillung sind wertlos. Bei dauernden Blutern künstlicher Pneumothorax eventuell. Man darf nie vergessen, daß eine Pleuritis oft schon das erste Symptom der Tuberkulose ist, daß eine sich anscheinend entwickelnde Pleuritis mit serofibrinösem Erguß stets tuberkulös ist. Wenn keine Bazillen gefunden werden, so bedeutet das nicht, daß sie nicht da sind: sie können in ultramikroorganischer oder in Kokkenform vorhanden sein. Vielfach findet man kleine lokale Pleuritiden, bei denen man wohl Schmerzen hat, aber nicht die typischen physikalischen Symptome. Oft findet man ausgedehnte Pleuritiden, von denen die Patienten nichts wissen. Apikale Formen sind sehr häufig, aber sie machen gewöhnlich keine Schmerzen wegen der geringen Lungenexkursionen. Pneumothorax kommt am häufigsten bei Tuberkulose vor, mehr bei Männern, im früheren Erwachsenenstadium. In etwa 10% der Autopsien, klinisch in etwa 2%. Andere Ursachen: Lungenabszeß, Bronchiektasie, Empyem, Emphysem. Meist in den unteren Lappen, wo die Krankheit noch frischer ist, geht er von einem Tuberkel der Pleura oder von einem käsigen Herd unter der Pleura aus. Meist mit plötzlichem Einsatz. Symptome: scharfer Schmerz der affizierten Seite, starke Dyspnoe mit Luft hunger. Auch nimmt Patient eine sitzende vornübergebeugte Haltung ein. Im allgemeinen eine schwere Komplikation: Infektion der Pleurahöhle, Pyopneumothorax. Ruhe, Morphium, Pflasterverband.

v. Schnizer.

4545.

Lord, F. T., Die Wirkung der Bronchitis, Influenza und Pneumonie auf die Lungentuberkulose. (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Man nimmt im allgemeinen an, daß milde Infektionen des Respirationstraktes, wie Koryza, in Beziehung stehen zum Eintritt einer lobären Pneumonie. Aber diese Annahme wurde bei der letzten Influenzaepidemie erschüttert: von 198 Fällen von Pneumonie waren nur 2 typisch lobär. Auch die Lungentuberkulose setzt gewöhnlich so ein, daß eine Erkältung, eine Infektion der oberen Luftwege mit ihrem Husten länger dauert als gewöhnlich, und daß sich dann daran Fieber, Nachtschweiß und Abmagerung anschließen. Aber diese Beziehungen sind noch nicht vollkommen geklärt: die Beziehung der chronisch nicht tuberkulösen bronchopulmonären Infektionen zur Tuberkulose sind noch unsicher. So liegen keine Beweise dafür vor, daß akute Infektionen der Respirationswege, wie sie Masern, Keuchhusten, Diphtherie und manchmal Scharlach begleiten, tuberkulöse Lungenveränderungen zu größerer Aktivität anregen. Wohl ist die Aenderung der Allergie zur Anergie bei Masern festgestellt, aber deswegen sind die Verhältnisse noch nicht geklärt. Auch nach einem Lungenabszeß entwickelt sich sehr selten Tuberkulose, wenn, dann war das Leiden von vornherein tuberkulös. Der ungünstige Einfluß der Influenza auf die Lungentuberkulose dagegen kann kaum bezweifelt werden, ist auch statistisch nachgewiesen. Die gewöhnliche Pneumokokkenpneumonie übt wahrscheinlich einen noch ungünstigeren Einfluß auf die Lungentuberkulose aus als die Influenza.

v. Schnizer.

4546.

Griffin, W. A., Intestinaltuberkulose. (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Die geringen klinischen Symptome stützten die Annahme, Intestinaltuberkulose sei selten. Sie ist aber die häufigste Komplikation der Lungentuberkulose und oft in Fällen mit geringen Brustsymptomen. In vorgeschrittenen Fällen fast immer. Bei 100 Autopsien vom Phippsinstitut zeigten 76 intestinale Ulzeration, davon hatten 40% Diarrhöe, 28% Schmerzen, 30% abdominale Empfindlichkeit, 25% abdominale Rigidität. In den 24 Fällen ohne Ulzeration lag Diarrhöe in 29% vor. Im allgemeinen haben die

Laboratoriumsmethoden bei Stellung der Diarrhöe keinen großen Wert. Deshalb ist jeder Fall von chronischer Lungentuberkulose mit unbestimmten Intestinalstörungen, wie Anorexie, Unbehagen nach dem Essen, störende Diarrhöe oder ungewöhnliche Obstipation, mangelnde Gewichtszunahme, verdächtig. Röntgen unterstützt die Diagnose, mehr: meist findet man in frühen Fällen Ulzeration im terminalen Ilium, im Coecum und im Colon ascendens. Dort verweilt nämlich der Darminhalt länger und ist mehr lymphoides Gewebe, das bei jeder tuberkulösen Invasion zuerst befallen wird. Auch die allgemeine Hypermotilität spielt eine Rolle. Ruhe, Wärme, Diät wie beim Ulkus, Opiate und Belladonna wegen der Schmerzen, Wismut und Adstringentien gegen die Diarrhöe. Viele loben Kalziumchlorid, 5 ccm einer 5prozentigen Lösung intravenös. Per os ist es weniger wirksam. Künstliche Sonne, in Verbindung mit Lebertran und Tomatensaft, was neuerdings besonders empfohlen wird. Je früher die Behandlung einsetzt, um so besser sind die Aussichten.

v. Schnizer.

4547.

Gwerder, J., und L. Kalmár, Ueber die Intestinalptose Tuberkulöser. (Z. Tbk., 54., 4.) (Neues Sanatorium, Davos.) Vielfach wird bei Abwechselung zwischen Diarrhöe und Obstipation bei gleichzeitig bestehender Lungentuberkulose mit apodiktischer Sicherheit auf das Vorhandensein einer Darmtuberkulose geschlossen. Dies trifft jedoch keinesfalls immer zu. Verff. zeigen an mehreren einschlägigen Fällen, daß die klinischen Symptome einer bei Tuberkulösen oft anzutreffenden Intestinalptose täuschend denjenigen einer Darmtuberkulose gleichen, und daß man oft erst durch eine Röntgenkontrastuntersuchung des Magendarmkanals zur richtigen Diagnose kommt.

Zwerg, Chemnitz.

4548.

Gandenberger, Otto, Ueber die Verwertbarkeit der Wassermannschen Tuberkulosereaktion (Wa.Tb.R.) für die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Lungenheilstätte Grabowsee.) Bei tuberkulösen Kranken ergaben sich mit dem Antigen B in 47% und mit dem Antigen Neuberg-Klopstock 53% negative Reaktionen. Es zeigt sich also, daß eine negative Komplementbindungsreaktion das Vorhandensein einer tuberkulösen Erkrankung nicht aufschließt. Bei Nichttuberkulösen ergaben Antigen B 8% und Antigen Neuberg-Klopstock 15% positive Reaktionen. Im ganzen sind positive Reaktionen bei Nichttuberkulösen relativ selten, so daß sich vielleicht doch der positive Ausfall der Wa.Tb.R. bei manchen verdächtigen Fällen unter Mitberücksichtigung des klinischen und röntgenologischen Befundes verwerten läßt. Mit der zunehmenden Schwere des tuberkulösen Krankheitsbefundes wird eine stufenweise Abnahme der negativen Reaktionen und entsprechenden Zunahme der positiven Reaktionen beobachtet. Bei Vergleich der Resultate mit dem Antigen B und dem Antigen Neuberg-Klopstock zeigt sich durchweg, daß die Zahl der negativen Reaktionen mit dem Antigen B relativ geringer und umgekehrt die Zahl der positiven Reaktionen größer ist als mit dem Antigen Neuberg-Klopstock. In einer gewissen Anzahl allerschwerster Fälle ist eine auffallend große Zahl negativer Wa.Tb.R. festzustellen, die als sogenannte Kachexie-reaktionen anzusprechen sind. Wenn man das Urteil über den Wert der Wa.Tb.R. für die Diagnose und Prognose der Lungentuberkulose kurz zusammenfaßt, so muß man leider sagen, daß uns diese Reaktion nicht viel weiter gebracht hat. Irgendeinen prognostischen Schluß auf den Ausgang der Erkrankung gestattet die Wa.Tb.R. nicht, da festgestellt wurde, daß negative Reaktionen sowohl bei leichten als auch bei schweren Fällen vorkommen. Auch der rGad der positiven Reaktion läßt sich prognostisch nicht verwerten. Aber auch die Diagnose der Tuberkulose kann auf Grund der Wa.Tb.R. nicht allein gestellt werden, denn der Prozentsatz der negativen Reaktionen ist bei sicheren Lungentuberkulösen viel zu hoch. Nur in zweifelhaften Fällen könnte zuweilen der Ausfall der Wa.Tb.R. bei der Entscheidung, ob Tuberkulose vorliegt oder nicht, mit herangezogen werden.

Zwerg, Chemnitz.

4549.

Zerbe, G., Ein Beitrag zur Beurteilung des Wertes der Komplementbindungsreaktion mit dem Neuberg-Klopstockschen Antigen für die Diagnose der Tuberkulose. (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Hygienisches Institut, Landsberg.) Im ganzen wurden die Seren von 143 Kranken untersucht. Die Versuchsergebnisse können dahin zusammengefaßt werden, daß man das von Neuberg und Klopstock angegebene Antigen als ein spezifisches Tuberkulosediagnostikum ansehen kann, wenn man bei Anstellung der Komplementbindungsreaktion gleichzeitig ein Luesantigen mitlaufen läßt. Weiter konnte gezeigt werden, daß die positive Komplementbindungsreaktion bei einigen Fällen des Stadiums I ein ausschlaggebender Faktor und in allen Fällen des Stadiums I und auch des Stadiums II, bei denen sich ein negativer Bazillenbefund vorfindet,

eine wichtige Stütze der Diagnose einer Tuberkulose war. Es wird daher in jedem Falle mit negativem Bazillenbefund die Anstellung der Komplementbindungsreaktion, und in allen Fällen mit negativem Bazillenbefund, wie negativer Komplementbindungsreaktion, die mehrmalige Wiederholung der Reaktion gefordert. Die Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, daß die positive Komplementbindungsreaktion ein Hilfsmittel der Diagnostik bei negativem Bazillenbefund darstellt und im Frühstadium bei der Diagnosestellung von großem Nutzen sein kann.

Zwerg, Chemnitz.

4550.

Michel, Richard, **Der Nachweis von Tuberkelbazillen im negativen Auswurf Tuberkulöser durch das Züchtungsverfahren nach Schiller.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Tuberkuloseforschungsanstalt, Hamburg-Eppendorf.) Das im Ausstrichpräparat Tuberkulöser negative Sputum wurde zu gleichen Teilen mit der von Schiller zusammengestellten Lösung — 75% Glycerin, 2–5% Glukose und 25% destilliertes Wasser — vermischt. Es sind etwa 1,5 bis 2 ccm Sputum erforderlich. Diese Sputum-Glycerin-Emulsion wird in sterile Petrischalen gegossen und in den Brutschrank gestellt. Nach 24 Stunden erfolgt die erste Untersuchung, wobei man die geeigneten Teilchen aus der Emulsion herausfischt und auf dem Objektträger verreibt. Es folgt nun die Fixation und Färbung in der üblichen Weise. Die nächste Untersuchung erfolgt nach 48 Stunden. Zumeist war der positive Ausfall bereits nach 24 Stunden vorhanden, bei manchen nach 48 Stunden; später als nach 72 Stunden wurde ein Neuauftreten nicht mehr beobachtet.

Nach den Untersuchungsergebnissen des Verfassers nimmt das Schillersche Verfahren eine Mittelstellung ein zwischen Anreicherung und Kultur. Die Einfachheit seiner Technik und die Möglichkeit raschen Bazillennachweises lassen das Verfahren zur Einführung in Fürsorgestellen und Heilstätten in Ergänzung der direkten mikroskopischen Sputumuntersuchung geeignet erscheinen. Es empfiehlt sich, bei positivem Ausfall den Befund durch Verimpfung des Materials auf Eiernährböden bzw. durch den Tierversuch zu sichern.

Zwerg, Chemnitz.

4551.

Opitz, H., und Sherif, **Virulenz und Typenbestimmung von Bazillenstämmen kindlicher Tuberkulose.** (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Universitäts-Kinderklinik, Berlin.) Die Kultur ist das beste Verfahren, um Aufschluß über die in minimalsten Gewichtseinheiten enthaltene Keimzahl zu erhalten. In 1 mg Tuberkelbazillenkultur sind mindestens 50 bis 80 Millionen Keime vorhanden. Ein Keim einer virulenten Kultur kann bei subkutaner Verimpfung bei Meerschweinchen zu schwerer, generalisierter Tuberkulose führen. Die Prüfung von 23 Stämmen der verschiedensten Tuberkuloseformen im Kindesalter ergibt, daß die klinische Form der Tuberkulose von der Virulenz der Erreger nicht abhängt. Man findet bei schwersten letal endigenden Erkrankungen scheinbar mindestens ebenso häufig abgeschwächte Stämme wie bei gutartigen Tuberkuloseformen. Andererseits beobachtet man gerade bei letzteren auch volle Virulenz. Die dem Organismus eigentümlichen endogenen Faktoren müssen daher für Form und Verlauf der Erkrankung für wichtiger gehalten werden als die Virulenz der Erreger. Sämtliche Stämme der untersuchten 19 internen und 4 chirurgischen Tuberkulosefälle gehörten zum Typus humanus mit zwei Ausnahmen: ein boviner Stamm wurde bei einer Bauchtuberkulose nachgewiesen, bei einer tuberkulösen Hirnhautentzündung lag vermutlich eine Mischinfektion beider Typen vor.

Zwerg, Chemnitz.

4552.

Warnecke, F., **Bilirubinbestimmung im Blutserum bei chronischer Lungentuberkulose.** (Z. Tbk., 54., 4.) (Lungenheilstätte Görbersdorff.) Bei schweren ausgedehnten Lungentuberkulosen ist der Bilirubinspiegel des Blutserums erniedrigt. Dies ergibt häufig bereits der einfache Vergleich der Farbreaktion verschiedener Sera. Je ausgedehnter die pathologischen anatomischen Veränderungen in beiden Lungen sind, desto niedriger werden die Bilirubinwerte. Akute, auch fieberhafte Erkrankungen mäßiger Ausdehnung, einseitige Prozesse, künstlicher Pneumothorax usw., haben allem Anschein nach, soweit sie nicht kompliziert sind, keinen Einfluß auf den Bilirubinspiegel. Da wir keine genaue und einheitliche Einsicht in die Art und den Ort der Entstehung des Bilirubins besitzen, ist es kaum möglich, sich auch nur annähernd eine Vorstellung zu machen, wie die geringe Höhe des Bilirubins im Blutserum bei chronischer ausgedehnter Lungentuberkulose zu erklären ist. In erster Linie müßte man an eine Beeinflussung des Leberparenchyms bzw. des Retikuloendothels durch Toxine denken. Demgegenüber ist aber geltend zu machen, daß allem Anschein nach weniger die Form der tuberkulösen Erkrankung, als vielmehr die Ausdehnung der krankhaften Prozesse die Höhe des Bilirubin-

gehalten im Blutserum bestimmt. Auch der bei schwerer Lungentuberkulose vorhandene Sauerstoffmangel könnte bei der Herabsetzung des Serumbilirubins eine Rolle spielen.

Zwerg, Chemnitz.

4553.

Gherardini, G., **Ueber den Stickstoff- und Mineralstoffwechsel bei der Lungentuberkulose.** (Riv. di Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. 3, Heft 9, 1929.) Die Wasserstoffionenkonzentration des Blutes ist bei der Lungentuberkulose nicht direkt von der Krankheit, sondern von verschiedensten Faktoren abhängig. Wohl ist der Kohlensäuregehalt des Blutes bei schweren Fällen erhöht, aber bei nicht sehr vorgeschrittenen Fällen unverändert. Der Siliziumstoffwechsel ist bei der Tuberkulose ebenfalls ganz normal. Bezüglich des Vitaminstoffwechsels läßt sich nichts Definitives sagen. — In der Uebersicht der ganzen Artikelserie kommt Autor zum Schluß, daß die Stoffwechselveränderungen, wenn welche vorhanden, bei der Lungentuberkulose nie spezifisch sind, sondern durch den toxisch-infektiösen Prozeß, wie auch bei anderen chronischen Infektionen, bedingt werden. Die Bilanzen der organischen und unorganischen Stoffe sind meistens positiv; wenn sie negativ werden, ist dies nicht durch die Krankheit selbst, sondern durch sekundäre, nicht spezifische Prozesse bedingt.

Eugen Stransky, Wien.

4554.

Friesleben, M., **Die Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** (Z. Tbk., 54., 5.) (Heilstätte Beelitz.) Die Knochen- und Gelenktuberkulose ist hauptsächlich eine Erkrankung des Kindesalters. Die armen Bevölkerungsschichten mit hygienisch minderwertigen Wohnungen stellen die Mehrzahl der Erkrankungs-fälle. Die Ansteckungsquellen werden hauptsächlich von Familienmitgliedern gebildet, die an offener Lungen- bzw. Kehlkopftuberkulose leiden. Unter den Erkrankungen, die zur Verkrüppelung führen, steht die Knochen- und Gelenktuberkulose an erster Stelle. Bei der Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose hat daher die Tuberkulosefürsorge mit der Krüppelfürsorge enge Berührungspunkte. Der weitere Ausbau der Lungenfürsorgestellen zu Tuberkulosefürsorgestellen für äußere wie für innere Tuberkulose ist anzustreben. Die weitere Ausbildung eines Teiles der Lungenfachärzte zu Fachärzten für innere bzw. äußere Tuberkulose erscheint wünschenswert. Die Lungenheilstätten müssen zu allgemeinen Tuberkulosekrankenhäusern für alle Formen der Tuberkulose ausgebaut werden; in diesen müssen chirurgisch und orthopädisch vorgebildete Aerzte vorhanden sein. Im Rahmen des preußischen Tuberkulosegesetzes oder eines künftigen Reichstuberkulosegesetzes ist die Meldepflicht auf Erkrankungen an Knochen und Gelenktuberkulose auszudehnen.

Zwerg, Chemnitz.

4555.

Weill-Hallé, P., und R. Turpin, **Die Tuberkulose-schutzimpfung des Kindes mit BCG.** (Arch. méd. enfants., 31., Heft 9.) Seit dem Jahre 1921 haben Verf. 613 Kinder nach Calmette gegen Tuberkulose immunisiert. Nach ihren Erfahrungen sind beide Formen der Immunisierung, die orale wie auch die subkutane, ungefährlich. Eingespritzt wurden 23 Kinder mit Dosen von $\frac{1}{100}$ bis 2 mg. Bei dem subkutanen Verfahren ist rascher als beim oralen, d. h. meistens nach etwa 2 Monaten, eine positive Hautreaktion zu erreichen. Von den gespritzten Kindern starben 3, nämlich 1 an Masern, 1 an Krämpfen und 1 an Bronchitis (!). Alle anderen Kinder befinden sich angeblich in einem sehr guten Allgemeinzustand, trotzdem sie teilweise in einer tuberkulösen Umgebung leben. Die allgemeine Sterblichkeit bei den peroral immunisierten Kindern wird auf 6,68% angegeben. Die Immunisierung vorher nicht angesteckter Kinder soll durchaus harmlos sein. Verf. treten warm für die Einführung der Immunisierung nach Calmette ein.

Beck, Tübingen.

4556.

Strauß, H., **Zur Frage der Diätbehandlung der Lungentuberkulose.** (Med. Klin., Nr. 36, 1929.) Der entscheidende oder wenigstens wesentlichste Faktor der Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfferschen Diät scheint in der Salzarmut der Nahrung zu liegen. Die Wirkung der salzarmen Kost ist in der Entwässerung bzw. Austrocknung der Gewebe zu suchen. Die Verschiebung des Säure-Basengleichgewichtes nach der sauren Seite, die Herrmannsdorff durch seine Diät zu erzielen glaubt, tritt nicht mit Sicherheit ein, da sich erfahrungsgemäß der Gesamtorganismus durch ein Kostregime nicht gesetzmäßig beeinflussen läßt. Die Anschauungen von Gerson, daß die von ihm zusammengestellte Diät in Verbindung mit der Darreichung von Mineralogen vor allem dadurch wirke, daß der Gesamtorganismus in der Richtung „umgestimmt“ und „entgiftet“ werde, daß hierdurch eine Steigerung der Wirkung von therapeutisch wichtigen Hormonen erreicht werde, können nur als un-

bewiesene Hypothesen bezeichnet werden. Die Rolle des Vitaminreichtums der Diät für die therapeutische Beeinflussung der Tuberkulose wird von Hermannsdorffer überschätzt; nach neueren Untersuchungen muß die Annahme der Schädigung der Nahrung durch Kochen nicht unbeträchtlich eingeschränkt werden. Außerdem nimmt der Mensch mit der Durchschnittsernährung einen ausreichenden Vitamingehalt auf. Ob eine Ueberschüttung des Körpers mit Vitaminen immer günstig einwirken muß, ist sehr fraglich. Die Annahme einer Kochsalzretention als einer häufig zu konstatierenden Wirkung der Diät hat sich nicht bewährt. Eine gewisse Erhöhung zeigte bei der Durchführung der Diät nur der Kalkspiegel des Blutes. Die Verkalkung von Tuberkeln und ihren Abbauprodukten hängt aber weniger vom Kalkangebot als von der Kalkavidität der krankhaft veränderten Gewebe ab. Die Durchführung der salzarmen Kost wird häufig durch die Dyspepsie der an Lungentuberkulose leidenden Kranken erschwert, wobei auch berücksichtigt werden muß, daß eine starke Betonung der Rohkost an den Verdauungskanal besondere Ansprüche stellt. Eine Dyspepsie stellt aber den Erfolg auch der besten Diätform in Frage. Schwierig ist manchmal auch die Zuführung von täglich zweimal 1½ Eßlöffel Phosphor-Lebertran; man kann in solchen Fällen diesen durch Vigantol ersetzen. Zum Schluß betont Verfasser, daß die Wirkung der Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfferschen Diät, die zweifellos bei Lupus Außerordentliches und bei Knochen- und Gelenktuberkulose sehr Beachtliches leistet, bei der Lungentuberkulose noch fraglich ist. Nach den bereits veröffentlichten Resultaten der Nachprüfungen muß vor übertriebenen Hoffnungen eindringlich gewarnt werden.

4557.

Loewenthal, M., *Klinische Erfahrungen mit Oleothorax.* (Beitr. Klin. Tbk., 72., 5.) (Tuberkulosekrankenhaus Hasenheide, Berlin.) Der von den Franzosen in die Klinik der Lungentuberkulose eingeführte Oleothorax bedeutet einen Fortschritt in der Kollapsbehandlung dieser Krankheit. Die Franzosen benutzten anfangs das Gomenöl in 10- bzw. 20prozentiger Konzentration. In Deutschland wird wohl fast allgemein Jodipin verwendet, und zwar genügt eine Konzentration von 2½%. Bei kleineren Oleothoraxen hat Verfasser auch stärkere Jodipinlösungen verwendet (bis 40%). Bei der Behandlung des Sero- und Pyopneumothorax kann der Oleothorax mit Erfolg Verwendung finden. Unbedingt zu empfehlen ist er in allen den Fällen, wo der Pneumothorax allein nicht instande ist, eine Kaverne zum Kollaps zu bringen, vorausgesetzt, daß nach Lage der Kaverne der an sich stärkere Oeldruck, der gewissermaßen als flüssige Plombe (A. Freund) wirkt, auf sie einwirken kann. Ferner ist der Oleothorax dann indiziert, wenn der künstliche Pneumothorax, sei es durch Bildung von Verwachsungen oder durch ein auftretendes Exsudat, vorzeitig einzugehen droht.

4558.

Jessen, H., und Griesbach, *Die Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose mit Schwermetallsalzen.* (Z. Tbk., 54., Heft 4.) Die Therapie mit Schwermetallsalzen hat keine nachweisbare spezifisch bakterizide Wirkung auf den Tuberkelbazillus. Eine spezifische Affinität der Metallsalze zum tuberkulösen Gewebe ist nicht nachzuweisen. Die Metallsalztherapie dürfte als unspezifische Reiztherapie aufzufassen sein. Das verwendete Mittel muß möglichst reizlos sein; diese Anforderungen werden am ehesten erfüllt durch Solganal, Aurophos und Mangan bei Lungentuberkulose, durch Krysolgan bei Kehlkopftuberkulose. Indiziert ist die Schwermetallsalzbehandlung bei Fällen, deren spontane Abwehrkraft durch Reiztherapie noch vermehrt werden kann. Hierbei muß eine erfolgreiche Behandlung alter rigider Kavernen aussichtslos erscheinen, während z.B. bei in solchen Fällen meist bestehender guter Abwehrlage Streuprozesse von diesen Kavernen aus günstig beeinflusst werden können. Die bisher als Kontraindikation angeführte Darmtuberkulose muß also solche noch bestehen bleiben, da die bisherige Dosierung die noch therapeutisch wirkende Reizschwelle überschreitet, während theoretisch keine Bedenken bestehen, die Darmtuberkulose ebenfalls einer Reiztherapie mit Metallsalzen zu unterwerfen, vorausgesetzt, daß es gelingt, die hierfür erforderliche, wahrscheinlich sehr geringe Dosis zu bestimmen. Die vorliegenden Beobachtungen haben die Verff. zu der Ueberzeugung geführt, daß die Chemotherapie mit Schwermetallsalzen auf dem bisher befolgten Wege das angestrebte und anzustrebende Ziel der Therapie magna sterilisans nicht erreicht.

4559.

Fecht, H., *Tuberkulosebehandlung mit dem neuen Tuberkuloseserum Thanatophthisin.* (Z. Tbk., 54., 5.) (Heilstätte Lippspringe.) Zur Herstellung des Thanatophthisins wird als Ausgangsmaterial tuberkulöser Käse aus den Organen von Rindern benutzt, die spontan an Tuberkulose erkrankt sind. Dieses steril entnommene

Material wird durch ein besonderes Verfahren entkeimt und daraus ein Extrakt hergestellt, welcher zur Immunisierung von Pferden dient. Das von diesen Pferden gewonnene, durch mehrere Tierpassagen gegangene und phenolisierte Serum stellt das Thanatophthisin dar.

Verfasser hat insgesamt 228 Fälle von Lungentuberkulose (sämtliche Formen) mit Thanatophthisin behandelt. 26,9% der behandelten Fälle wurden klinisch geheilt, bei 31,9% war Besserung festzustellen, nicht gebessert bzw. verschlechtert waren 13,4% der behandelten Fälle. Verfasser hat den Eindruck bekommen, daß die Heilungstendenz des tuberkulösen Lungenprozesses bei sonst sich nicht refraktär verhaltenden Fällen durch die Thanatophthisinkur beschleunigt wird. Anaphylaktische Wirkungen bzw. nennenswerte Allgemeinreaktionen wurden nicht beobachtet. Es wäre sehr erwünscht, wenn die klinische und experimentelle Forschung das neue Mittel auf möglichst breiter Basis weiter nachprüfen würde.

Z w e r g, Chemnitz.

Kinderheilkunde

4560.

Epstein, J., *Obskures Fieber bei Kindern.* (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Bei Kindern ist Fieber oft das einzige Zeichen. Protrahiert mit unklaren Symptomen, kann man es finden bei dem Fieber der Neugeborenen, wahrscheinlich durch Instabilität des thermogenen Zentrums, wobei Stoffwechselstörungen hinsichtlich Wasser und anorganischer Salze mit eine auslösende Rolle spielen mögen. Es kann auch bei kongenitaler Syphilis den eigentlichen typischen Zeichen vorausgehen. Wa. läßt die wahre Natur erkennen. Bei Sepsis hat man bei kleinen Kindern ein kontinuierliches unregelmäßiges Fieber: Prostration, Gewichtsverlust, Schweiß, später Petechien mit Ekchymosen. Im Verlaufe allgemeine Arthritis, Meningitis, Endokarditis, Pneumonie, Peritonitis. Ausgangspunkt meist der Nabel. Wenig bekannt ist, daß Rachitis und Skorbut ebenfalls eine protrahierte Temperatursteigerung verursachen kann. Ebenso bei Influenza, wobei mehr Unregelmäßigkeit im Fieber charakteristisch ist. Malaria verläuft bei Kindern ganz anders wie bei Erwachsenen: längeres re- oder intermittierendes Fieber, kalte Extremitäten, Zyanose, Prostration, gelegentlich Konvulsionen. Schweißstadium kann ganz fehlen. Milzvergrößerung findet man auch bei Anämie, Rachitis, kongenitaler Syphilis und chronischen intestinalen Intoxikationen. Manchmal verleiht eine Lungenkongestion zur falschen Diagnose Pneumonie. Blutuntersuchung, Chinin. Auch bei Pyelitis hat das Fieber nichts Charakteristisches. Mäßig intermittierend geben hier nur Urinuntersuchungen Aufschluß. Bei älteren Kindern wiederholte Leischmerzen, die oft mit chronischer Appendizitis gedeutet werden. Endokarditis: dauerndes Fieber nachmittags bei einem Kinde über 5 Jahren, mit Halsschmerzen, steifem Gelenk, Muskelschmerzen. Schwacher erster Ton, rascher unregelmäßiger Puls. Auch bei Tuberkulose liegt anfangs nicht weiter vor als ein unregelmäßiger täglicher Fieberanstieg. Ebenso bei Typhus, bei dem jedoch Widal die Lage klärt. Dasselbe gilt für Lungensepsis, Empyem oder Abszeß, bei denen Röntgen den Ausschlag gibt; für Blutkrankheiten, wie perniziöse Anämie, splenische Anämie, Pseudoleukämie, Leukämie und Hodgkin; für die Infektion der Lymphdrüsen der inneren Organe, die ein kontinuierliches Fieber zeigt. Bei chronischer Otitis mit Mastoiditis hat man leichtes Fieber mit unbestimmten Erscheinungen, chronisches Fieber bei Nasopharyngotonsillarinfektion. Stürmisch einsetzend; hoch findet man das Fieber bei allgemeiner Pneumokokken- und Meningokokkeninfektion. Direkte Sonnenbestrahlung, ultraviolette und Röntgenstrahlen verursachen ebenfalls lediglich Temperaturanstieg. Auch gewisse Arzneimittel, wie Atropin. Das Fieber selbst erfordert natürlich keine Behandlung. Am verfehltesten sind Antipyretika: Aspirin oder Phenacetin, mit der Weisung, sie bei einem bestimmten Temperaturgrad zu verabreichen, heißt den Thermometer und nicht den Patienten behandeln. Die eigentliche Behandlung beginnt erst mit der Sicherstellung der Diagnose.

v. Schnitzer.

4560a.

Weinstein, M. A., *Sinusitis bei Kindern.* (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Die Krankheit ist deshalb praktisch so wichtig, weil sie oft übersehen wird. Sie kommt primär oder sekundär vor, oder gleichzeitig mit akutem Exanthem, Diphtherie, Bronchopneumonie, Tonsillitis, Adenitis, akuten Respirationskatarrhen. Schleim und Eiter in der Nase, namentlich hinter und über der mittleren Muschel, leicht blutende Schleimhaut, rapide schwierige Atmung, rascher Puls, Fieber, Diarrhöe, Erbrechen, Anämie, Dehydratation, Nierenstörungen usw. Diese Komplikation ist besonders bei Scharlach häufig, wo sie während des ganzen Verlaufes

vorkommen kann. Namentlich Ethmoiditis. Tendenz zur Nekrose. Hemiplegie durch Druck auf die motorischen Bezirke des Gehirnes infolge kollateralem Oedems. Eine weitere Komplikation der Ethmoiditis ist Meningitis. Dean berichtet eine Anzahl von Fällen mit Systemkomplikationen durch Sinusaffektionen: Herzfehler, Nephritis, Chorea, Anämie, Unterernährung, Gastrointestinalstörungen, rheumatisches Fieber, deformierende Periarthritis. Manchmal ist auch das Syndrom der Cholera infantum darauf zurückzuführen. Die Infektion breitet sich aus durch die venöse Zirkulation längs der Lymphgefäße, längs der Stränge des Olfaktorius, direkt durch die Nekrose der Sinuswandungen, durch das Orbitadach. So kommt es zu Sinusthrombose, Gehirnsabszß, metastatischen Abszessen in Gelenken und Eingeweiden, Augenerkrankungen. Die Diagnose ist nicht schwer, wenn man daran denkt, sie hat große praktische Bedeutung. Der Verdacht wird in den meisten Fällen durch Röntgen bestätigt. Bei Ethmoiditis Oedem am inneren Orbitalrand; bei frontaler Sinusitis Schwellung am Oberlid und im Gesicht. Vortreibung des Augapfels kann bei beiden vorkommen. Meist einseitig. Ethmoiditis kommt meist bis zu 5 Jahren vor, später Maxillarsinus und noch später herrschen Frontal- und Sphenoidalsinus vor. v. Schnitzer.

4561.

Kellert, E., Ueber die Bekämpfung der epidemischen Impetigo neonatorum mit Hilfe von Glycerin. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) In einer Anstaltsepidemie von Impetigo neonatorum, bei der alle Separations- und antiseptischen Maßnahmen versagten, erwies sich die tägliche Einreibung der gesunden und kranken Kinder mit einer 50prozentigen Lösung von Glycerin in Wasser als geeignet, die Bläschen bei den Erkrankten zum Verschwinden zu bringen und Neuinfektionen nicht mehr aufkommen zu lassen. Die Kinder vertrugen diese Einreibungen der Haut, des Kopfes, der Nägel sehr gut. Die Haut war geschmeidiger und weniger gereizt als bei der üblichen Anstaltsbehandlung. Bei sporadischem Auftreten von Impetigo genügte eine viertägige Einreibung aller Kinder. Hans Hirsch, Köln.

4562.

Aguiah, A., Milzbrandmeningitis bei einem elfjährigen Knaben. (Arch. méd. enf., 31., Heft 11.) Beginn der Erkrankung mit Schüttelfrost und hohem Fieber ohne irgendwelche Erscheinungen auf der Haut oder den Schleimhäuten. Tags darauf Nackensteifigkeit. In der Gehirnflüssigkeit waren Milzbranderreger in Reinkultur nachweisbar. Trotz Serumbehandlung kam der Junge zum Exitus. Beck, Tübingen.

4563.

Léri, A., und J. A. Lievre, Frontoparietale Kraniose bei einem Kind mit Little'scher Krankheit. (Arch. méd. enf., 31., Heft 11.) Bei einem Knaben mit Little'scher Krankheit fand sich im Alter von 5 Jahren im Röntgenbild eine Verdickung des Stirnbeins und der Scheitelbeine. Eine Erklärung für diese Veränderung kann Verfasser nicht geben. Beck, Tübingen.

4564.

Rogier, H., Die Prognose des Wackelkopfes beim Säugling. (Arch. méd. enf., 31., Heft 9.) Unsicheres Wackeln des Kopfes kommt beim Säugling in drei Formen vor: erstens bei Kindern, die infolge Unterernährung oder Untergewichtigkeit nach vorausgegangenen Ernährungsstörungen nicht mehr in der Lage sind, den Kopf zu halten und eine allgemeine Hypotonie der Muskulatur aufweisen, zweitens bei Kindern, bei denen zwar keine bestimmte Ursache festzustellen ist. In diesen Fällen ist aber meist eine Tuberkulose der Eltern nachzuweisen. Der Allgemeinzustand der Kinder ist zwar ein guter, die Tuberkulinprobe negativ, aber sie sind wahrscheinlich durch das Toxin ihrer tuberkulösen Mutter geschädigt. Das Symptom wird in diesen Fällen als ein Zeichen eines toxinimprägnierten Nervensystems gedeutet. (? Réf.) Ein Teil von diesen Kindern lernt im vierzehnten bis fünfzehnten endlich noch, den Kopf zu halten, ein anderer geht an Tuberkulose zugrunde. Bei einer dritten Gruppe von Kindern handelt es sich um solche mit schweren organischen Schädigungen des Nervensystems. Man findet es also bei Little, bei Hemiplegie, bei Lues usw. Die Prognose richtet sich nach dem Verlauf des Grundleidens. Beck, Tübingen.

4565.

Perlman, H. H., Studie über die Unterernährung der Kinder. (Medical J. a. Rec., 130., Nr. 4.) Eine Analyse von 400 Kindern zwischen 5 und 15 Jahren, um den Einfluß der elterlichen und Vorschulkrankheiten zu klären. Ergebnis: die Jahreszeit beeinflusst die Ernährung. Mehr Fälle kamen in Sommermonaten als in Wintermonaten vor. Verhältnismäßig häufig: ein unterernährtes Kind auf 4 richtig ernährte. Die größte Zahl gehörte zu denen, die 7% Untergewicht hatten, dann kamen die mit 10% Untergewicht und die mit 15%. Verhältnismäßig wenig waren gefährlich unterernährt, viele

mäßig, die meisten leicht. Die am meisten Unterernährten wiesen auch die meisten physischen Defekte auf. Chronische pränatale Krankheiten waren ohne wesentlichen Einfluß. Das Argument der Heredität spielte keine wesentliche Rolle. Wohl aber haben die allgemeinen Infektionen prädisponierenden oder direkten Einfluß. Die größte Zahl gehörte der Lebensperiode an, in der besonders die exanthematischen vorkommen. Also Masern, Windpocken, Keuchhusten, Pneumonie, Diphtherie, Influenza, Scharlach, Mumps. Die häufigste chronische Ursache war Tuberkulose: Mädchen und Knaben waren gleichermaßen betroffen. Die damit verbundenen Defekte waren: Zahnkaries, zervikale Adenitis, erkrankte Mandeln und Adenoide, sekundäre Anämie, Kopfläuse, Sehstörungen. Alle können verhütet oder korrigiert werden. Eine der häufigsten Ursachen ist fokale Infektion, nämlich erkrankte Mandeln und Adenoide. v. Schnitzer.

4566.

Ratichvili, Gabriel, Ueber einen Fall von adiposogen-talem Syndrom. (Arch. méd. enf., 31., Heft 8.) Mitteilung eines solchen Falles bei einem zehnjährigen Mädchen. Es war normal geboren und hat sich bis zum achten Jahre normal entwickelt. Von da ab plötzlich hochgradiger Fettansatz an Oberschenkeln und Bauch. Die Röntgenaufnahme des Schädels ergab eine normale Sella turcica. Wassermann negativ. Da der Vater jedoch einen positiven Wassermann hatte, wurde eine antiluetische Kur eingeleitet. Der Erfolg war nicht festzustellen, da das Kind frühzeitig nach Hause geholt wurde. Beck, Tübingen.

4567.

Grenet, H., und J. Delalande, Der akute Gelenkrheumatismus beim Kind. (Arch. Méd. enf., 31., Heft 8.) Mitteilung der Erfahrungen, die Verfasser an 32 innerhalb eines Jahres beobachteten Fällen von akutem Gelenkrheumatismus beim Kind sammeln konnte. Von diesen Kindern standen 12 im Alter von 5 bis 11, 20 im Alter von 11 bis 15½ Jahren. Fast stets waren nur ganz wenige, meistens sogar nur ein Gelenk befallen. Meistens war es das Knie- oder das Fußgelenk. Einmal war das Hüftgelenk und in einem Fall das Sternoklavikulargelenk betroffen. In 4 Fällen waren keine Gelenkerscheinungen nachzuweisen. In 25 Fällen traten Komplikationen auf, die das Endokard oder Perikard betrafen. 10 von diesen heilten restlos aus, 15mal blieb ein Klappenfehler zurück. Es wird ferner ein Fall von maligner Form des Gelenkrheumatismus beschrieben. Es handelte sich um einen 12jährigen Jungen, bei dem neben mächtigen Ergüssen in beiden Kniegelenken ein Ausschlag auf Brust und Bauch, Schwellung der Leistenröhren beiderseits und eine hochgradige Blässe zu verzeichnen waren. Der Junge starb. Behandlung: Salizyl, und zwar bei Kindern unter 10 Jahren wurden täglich 6 bis 8 g, bei Kindern über 10 Jahren täglich 8 bis 10 g gegeben. Die Dosen wurden gut vertragen. Gelegentlich traten Störungen von seiten des Magen-Darmkanals auf. Wo Salizyl versagte, wollen Verfasser gutes von Einspritzungen von kolloidalem Gold (Kollobiase Dausse) in die Vene gesehen haben. In 6 Fällen verzeichneten sie gute Wirkung, einmal versagte auch diese Behandlung. Beck, Tübingen.

4568.

Degkwitz, Rudolf, Zur Rachitisprophylaxe. (D. m. W. 55. Jahrg., Nr. 38.) Die Frage, ob 100 bis 200 therapeutische Ratteneinheiten, in Hartfett eingeschmolzen und mit karamelisiertem Mehl vermischt, genügend lange haltbar bleiben, ob sie, mit chlorophyllhaltigem Gemüse verkocht, ihre Wirksamkeit erhalten und als Rachitisprophylaktikum genügen, konnte in vier- bis fünfmonatigen Erfahrungen in 4 Heimen an 91 Heimsäuglingen und -kleinkindern und 66 Familiensäuglingen im positiven Sinne entschieden werden. Es erscheint daher aussichtsreich, ein Rachitisprophylaktikum in einer Form zu gebrauchen, der die Nachteile des Lebertrans fehlen, die eine gewisse automatische Prophylaxe gewährleistet, die Gefahr der Ueberdosierung ausschließt und die Propaganda für eine frühzeitige und regelmäßige Gemüseverfütterung verbindet. Arnold Hirsch, Berlin.

4569.

Orricco, Jean, Chronische aleukämische Leukämie mit Hämozytoblasten und einem sarkomatigen Mediastinaltumor. (Arch. méd. enf., 31., Heft 12.) Bei einem zehnjährigen Jungen fand sich ein mächtiger Mediastinaltumor von sarkomatigem Charakter sowie Milz- und Leberschwellung. Im Blut etwa 40% Hämocytoblasten. Der Junge kam ad exitum. Beck, Tübingen.

4570.

Baylac, J., und M. Sendrail, Ueber die Bedeutung der Cholesterinämie im Kindesalter. (Arch. méd. enf., 31., Heft 11.) Bericht über die Ergebnisse von 100 Cholesterinuntersuchungen des Blutes bei Kindern im Alter von 1 Monat bis 15 Jahren. Der im frühen Säuglingsalter sehr niedrige Cholesterinspiegel des Blutes

steigt bis zur Pubertät stetig an. Bei Lues soll er herabgesetzt, bei Tuberkulose dagegen, und namentlich bei Tuberkulose mit meningearalen Erscheinungen aber stark erhöht sein. Tuberkulin-positive Kinder haben stets einen erhöhten Cholesterinspiegel. Nach Ansicht des Verfassers stehen Cholesteringehalt des Blutes und allgemeine Widerstandskraft des Organismus in einem Abhängigkeitsverhältnis. Je höher der Cholesteringehalt, desto höher die allgemeine Widerstandskraft.

Beck, Tübingen.

4571.

Comby, J., Ueber bleibende Akrozyanose beim Jugendlichen. (Arch. méd. enf., 31., Heft 11.) Die hervorstechendsten Symptome der Akrozyanose sind Blausucht und violette Verfärbung der Haut, vor allem der Extremitäten. Oft besteht gleichzeitig übermäßige Schweißabsonderung. Die Akrozyanose ist, besonders beim weiblichen Geschlecht, häufig. Erblichkeit spielt nach Verfasser sicher eine bedeutende Rolle. Sehr oft handelt es sich auch um fettleibige und nervöse Individuen. Gemütsbewegungen, Kälte und Übermüdung steigern die Erscheinungen. Sehr oft trifft man unter den Kindern solche mit Adenoiden. Manchmal kommt es zu verspätetem Eintreten der Menses. Den Veränderungen liegt nach Verfasser eine neuro-vegetative Störung zugrunde. Kapillarmikroskopische Untersuchungen ergaben Stauung in den Endkapillaren. Behandlung: Verabreichung von Schilddrüsen- und Nebennierenpräparaten. Daneben läßt man zweckmäßig warm baden und läßt Sonnenkuren durchführen.

Beck, Tübingen.

4572.

Apert, E., und Bach, Unter Schilddrüsenbehandlung verschwundene Oedeme. (Arch. méd. enf., 31., Heft 10.) Krankengeschichte eines 3 Jahre alten Kindes mit starkem Lid- und Gesichtsoedem. Keine Nierenerkrankung. Nach 5tägiger Milchdiät keine Besserung. Erst nach 5 Tage langer Verabreichung von 0,05 g Schilddrüse im Tag verschwanden die Oedeme. Gewichtsabfall von 11,3 kg auf 9,95 kg. Nach Aussetzen der Behandlung neuer Gewichtsanstieg und erneutes Auftreten von Oedemen. Diese Oedembereitschaft bestand in der Folge weiter, sobald mit der Behandlung ausgesetzt wurde. Gasstoffwechselversuche ergaben in der schilddrüsenfreien Zeit in der Stunde und für Quadratmeter nur 49 Kalorien gegenüber 54,9 Kalorien beim normalen Kind. Eine Unterfunktion der Schilddrüse wird als wahrscheinlich angenommen.

Beck, Tübingen.

4573.

Stephenson, F. B., Lappen- und zentrale Pneumonie bei Kindern. (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Obgleich die klinische Einheit der Lappenpneumonie beim Kinde existiert und als solche durch die Röntgendiagnose gesichert ist, werden die Frühstadien der Erkrankung so oft im Röntgenbild gesehen, und diese unentwickelten Stadien gleichen so sehr anderen Infektionen, welche nicht zur Lappenpneumonie führen, daß man als Basis der Diagnose immer die physikalisch fortschreitenden Veränderungen der Lungenentzündung im Sinne haben soll. Lobäre und lobuläre Pneumonie gehen bei Kindern Hand in Hand. Unnötig, darauf hinzuweisen, daß die physikalische Untersuchung des Kindes so wenig ergiebig ist zur definitiven Diagnose, daß bei Erkrankungen des Respirationstraktes der Kinder die Röntgenuntersuchung im Bett mehr herangezogen werden sollte. Ueberexponierte Platten löschen die Schatten des kongestiven Stadiums aus.

J. Kottmaier, Mainz.

4574.

Comby, J., Sklerosen der Lungen beim Säugling. (Arch. méd. enf., 31., Heft 9.) Die Uebersicht geht aus von einer im „Archives of Diseases in Childhood 1928“ erschienenen Arbeit von Agassiz und Gill. Außer den Sklerosen des Lungengewebes, die, seit Laennec bekannt, im Anschluß an Bronchiektasen und im Verlaufe von Tuberkulose sich einstellen, gibt es solche, deren Ursprung unklar ist. Man kann unterscheiden: Sklerosen vom hiliären und solche vom diaphragmatischen Typ. Die oben erwähnten amerikanischen Autoren berichten über 37 Fälle von Sklerose der Lungen bei nichttuberkulösen Kindern. Knaben und Mädchen werden gleichermaßen befallen. Sie finden sich stets jenseits des zweiten Lebensjahres, am häufigsten zwischen dem fünften und zehnten Lebensjahr. In der Vorgeschichte findet man am häufigsten Masern, Lungenentzündung und Keuchhusten erwähnt. Das häufigste Zeichen ist ein morgendlicher Husten mit zähem, dickflüssigem Auswurf. Die Menge des Auswurfs ist gering. Sehr oft findet man Zyanose, während eigentliche Atemnot erst nach längerer Dauer der Krankheit sich einstellt. Bei der klinischen Untersuchung ist ein typischer Befund nicht zu erheben. Im Röntgenbild ist der Hilusschatten nach der Basis zu verbreitert. Ausgang der Erkrankung: Entweder bekommen die Kinder eine Tuberkulose, oder sie erkranken an Lungenentzündungen, oder es bilden sich Bronchiektasen. Behandlung: Luft und Sonne.

Beck, Tübingen.

4575.

Neklinow, A., und A. Iwanow, Veränderung der Leukozytenformel bei Kindern nach Schutzimpfungen gegen Scharlach. (Paediatrica [russ.], 13., Heft 2, 1929.) (Inst. f. ärztl. Fortbildung, Leningrad.) Nach Injektion von Toxin hämolytischer Streptokokken findet man bei Kindern im Blute eine Eosinophilie von 5 bis 18%. Gleichzeitig beobachtet man eine deutliche Linksverschiebung, es kommen Stabkernige bis zu 19% vor. Diese Veränderungen des weißen Blutbildes entsprechen völlig denen, die man im Blute spontan an Scharlach erkrankter Kinder findet, sofern sie nicht an Komplikationen leiden. Verfasser nehmen daher an, daß die klinischen Krankheitserscheinungen der geimpften Kinder, das Fieber, die leichten Anginen, die flüchtigen Exantheme und das allgemeine Krankheitsgefühl als Ausdruck eines leicht, scheinbar nicht ansteckenden Impfscharlachs aufzufassen sind.

Helene Eliasberg, Berlin.

4576.

Schagan, B. F., Hämatologische Studien an typhuskranken Kindern. (Paediatrica [russ.], 13., Heft 2, 1929.) (Pasteurkrankenh. Leningrad.) Die Leukopenie beim Abdominaltyphus kommt zustande durch ein von den Typhusbazillen produziertes Leukotoxin. Fehlende Leukopenie bei Typhus abdominalis deutet immer auf Komplikationen, Mischinfektionen oder besondere konstitutionelle Eigentümlichkeiten des Kranken. Das weiße Blutbild des Typhuskranken ist charakterisiert durch eine relative Lymphozytose, die von Anfang an auftritt. Die von Schilling für Infektionskrankheiten beschriebene Dreiphasigkeit, d. h. anfängliche Neutrophilie, der zunächst eine Monozytose und schließlich eine Lymphozytose folgt, ist beim Typhus nicht zu beobachten. Verfasser empfiehlt stets den Lymphozytenindex, d. h. das Verhältnis von Lymphozyten zu Neutrophilen zu bestimmen und gleichzeitig die Kernzahl der Neutrophilen nach Arueth, da diese beiden Werte zuverlässige prognostische Rückschlüsse erlauben.

Helene Eliasberg, Berlin.

4577.

Apert, M., und E. Bach, Akute Niereninsuffizienz bei einem Tuberkulösen. Vollständige Nekrose der Rindensubstanz beider Nieren. (Arch. Méd. Enf., 31., Heft 7.) Ein dreizehnjähriger Junge kam unter den Erscheinungen hochgradiger Oedeme, Ausscheidung von stark blutigem Harn und starkem Erbrechen zum Exitus. Die Obduktion ergab neben einer Tuberkulose des linken Oberlappens eine starke Vergrößerung beider Nieren — „man hätte an große weiße Niere denken können“. Die Rindensubstanz war gelblichgrau verändert und bot das Bild einer durch Embolie oder Thrombose hervorgerufenen Infarktbildung. Die Markssubstanz erwies sich als völlig normal. Eine Ursache für diese Veränderungen konnten Verfasser nicht finden. Es werden ähnliche Fälle aus dem Schrifttum bekannt gegeben.

Beck, Tübingen.

4578.

Tucherer, Ueber Relaxatio diaphragmatis und Hernia diaphragmatica. (Jhrb. f. Kdhk., 74., Heft 6.) Diskussion der Differentialdiagnose Relaxatio diaphragmatis und Hernia diaphragmatica an Hand der Beobachtung von je einem einschlägigen Fall. Die Diagnose der Hernie konnte bei der Sektion bestätigt werden.

Jahr.

4579.

Comby, J., Behandlung der Pyurie bei Kindern. (Arch. méd. enf., 31., Heft 11.) Bericht über eine Aussprache zu diesem Thema auf einer gemeinsamen Tagung von Chirurgen, Kinderärzten, Pharmakologen und Urologen. Die Tagung scheint nicht sehr erfolgreich gewesen zu sein, denn Verfasser schreibt am Schlusse seiner Betrachtungen: „Wir können nicht anders . . . als feststellen, daß diese Zusammenkunft . . . die Frage der Pyurie eher verdunkelt als geklärt hat.“ (Damit dürfte alles gesagt sein. Ref.)

Beck, Tübingen.

4580.

de Lima, Pires, Ueber einen Fall von Hernia funicul-umbilicalis mit parametopischer Meningozele. (Arch. méd. enf., 31., Heft 12.) 10 Tage alter Säugling mit fast kindskopfgroßem Nabelbruch. Beachtung verdient die Meningozele, die in diesem Falle nicht aus einer Knochenlücke, sondern mitten aus dem Knochen selbst austrat.

Beck, Tübingen.

Mund- und Kiefererkrankungen

4581.

Schreiner, B. F., und W. L. Mattick, Speicheldrüsentumoren, Ueberblick über 66 Fälle. (Amer. J. Roentgen., 21., 6,

1929.) 2 Patienten sind noch 2 Jahre nach der Operation mit nachfolgender Röntgentiefenbestrahlung wohl, 1 Fall noch nach 7 Monaten. Ist der Tumor günstig gelegen, so wird er radikal entfernt oder aus seiner Kapsel herausgeschält. Dann wird bestrahlt. Diese kombinierte Behandlung stellt die Methode der Wahl dar. Ist der Tumor nicht günstig lokalisiert, so wird er entweder mit Emanationsnadeln gespickt, dem Radiumpack ausgesetzt oder mit Röntgentiefenbestrahlung behandelt. Postoperative Rezidive werden am besten bestrahlt. Wegen des chronischen Verlaufs dieser Misch-tumoren sind die Autoren bei der Auswertung der Heilverfahren konservativ geneigt. J. Kottmaier, Mainz.

4582.

Kleine, O. H., Die angeborenen Basalzelltumoren der Gingiva. (Arch. Gynäk., 138., Heft 2.) (Univ.-Frauenklinik Heidelberg.) Da der Geburtshelfer als erster derartige Geschwulstbildungen zu Gesicht bekommt, hat er für ihre Bedeutung und Entstehung wohl ein besonderes Interesse. Die wenigen Beobachtungen weichen in ihrer Deutung alle von einander ab. Verfasser glaubt, an Hand von 2 neuen, selbst untersuchten Fällen mehr Klarheit in die dunkle Genese solcher Tumoren bringen zu können. — Er faßt eine Reihe angeborener gingivaler Tumoren des Ober- und Unterkiefers, welche morphologisch durch Zellgröße (15 bis 60 μ), Granulierung des Protoplasmas und gefäßreiches Bindegewebsstroma geradezu spezifisch charakterisiert sind, zu einer neuen Gruppe zusammen, die von anderen, ähnlich lokalisierten kongenitalen Geschwülsten abzutrennen sind. Im Gegensatz zu den bisher vertretenen Anschauungen stammen diese Geschwülste nach Ansicht des Verfassers histogenetisch vom Basalepithel ab. Sie verwickeln durch Bildung organoid gebauter Schleimdrüsen die den Basalzellen innewohnenden embryonalen Potenzen. — Für eine kausalgnetische Deutung als Progonoblastome finden sich manche Anhaltspunkte. — die kongenitalen Basalzelltumoren der Gingiva sind klinisch gutartig. Sämtliche 6 bisher bekannten histologisch übereinstimmenden Fälle (darunter 2 vom Verfasser) betreffen auffälligerweise das weibliche Geschlecht.

Rudolf Katz, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

4583.

Stephan, Richard, Ueber perorale Insulinwirkung und perorale Insulintherapie. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 38.) Unter peroraler Insulingabe von 40 E. — entsprechend der Dosis, die für die Erreichung der Aglykosurie bei subkutaner Injektion notwendig war, tritt unter stufenweisem Abfall innerhalb 6 Tagen Zuckerfreiheit des Urins ein. Gleichzeitig erhebliche Senkung des Blutzuckers. Perorale Insulinisierung im ganzen über 14 Tage durchgeführt. Im Anschluß daran eine Steigerung der Toleranz gegenüber der Vorperiode von bisher unbekanntem Ausmaße mit merkwürdigen, sprunghaften Änderungen der Tagesausscheidung. Dementsprechend eine Unregelmäßigkeit der Blutzuckerwerte von 222 mg%, 259 mg%, 167 mg%, 181 mg%, 229 mg%. Im wesentlichen spiegelt der Therapieversuch alle Einzelheiten des 24-Stunden-Versuches wieder.

Die klinische Wirkung der stomachalen Einnahme ist eine absolute: Das subjektive Befinden ändert sich schlagartig, der Durst hört auf, die Müdigkeit sistiert — alles wie bei subkutaner Injektion; auch die Beeinflussung schlechtheilender Wunden und von Furunkeln ist bei beiden Behandlungen die gleiche. Die trophische Wirkung des Insulins kommt auch stomachal voll zur Geltung.

Verfasser verfügt über genügend positive Beobachtungen, die den Wert der Peroraltherapie für jede Form und jeden Grad des einzelnen Krankheitsfalles erweisen. Die Verhältnisse liegen jedoch beim schweren Diabetes mit Ketonurie nicht so einfach und übersehbar wie beim leichten Diabetes; ein Austausch der subkutanen Zufuhr gegen die perorale auf rechnerischer Basis ist noch unmöglich. Bei mehreren schweren Fällen versagte die perorale Methode vollkommen, bei anderen wurde voller Insulineffekt konstatiert. Der praktische Wert für die schwere Krankheitsform liegt nach Ansicht des Verfassers zunächst in der Kombination der peroralen und subkutanen Zufuhr. Arnold Hirsch, Berlin.

4583 a.

Ottow, Marga, Erfahrungen mit peroralem Insulin bei kindlichem Diabetes mellitus. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 38.) Die perorale Darreichung des Insulins übt zweifellos eine Wirkung aus. Der Effekt bleibt zeitlich hinter dem der subkutanen Applikation zurück; bemerkenswert ist die Tatsache, daß das Ver-

schwinden des Harnzuckers der Blutzuckersenkung um einige Zeit vorausgeht. Das Präparat wurde ohne jegliche Nachteile vertragen. Verfasser äußert die Ansicht, daß bei stomachaler Verabreichung eine Kumulation stattfindet, die letzten Endes eine Toleranz-erhöhung durch Regeneration noch funktionstüchtigen Inselapparates bewirkt.

Aus den bisherigen, wenn auch geringen Erfahrungen glaubt Verfasser sich doch berechtigt, dem peroralen Insulin eine ernsthafte Beachtung zuzuerkennen. Es wird gewiß in der Behandlung des kindlichen Diabetes eine ganz besondere Stellung einnehmen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4584.

Fabiani, Gino, Ueber das Nebennierenrindenhormon als Gegenmittel bei der Abmagerung Tuberkulöser und als Aktivator der Menstrualfunktion. (Riv. di Pat. e Clin. Tbc., Jahrg. 3, Heft 9, 1929.) Der wässrige Extrakt der Nebennierenrindensubstanz, täglich zu je 2 ccm injiziert, bedingt bei tuberkulösen Individuen, die bis zum Zeitpunkt der ersten Injektion stets abgenommen haben, eine sofortige Gewichtszunahme. Er bedingt eine Besserung des Appetits und sistiert die vorherigen Durchfälle. Bei Frauen mit Amenorrhöe infolge der Tuberkulose tritt nach wenigen Injektionen die Menstruation wieder auf, wahrscheinlich durch eine direkte Förderung der Ovarialfunktion. Eugen Stransky, Wien.

4585.

Grossi, G., Die Verabreichung von Schilddrüsenextrakt in der Behandlung der Eklampsie und schwerer Albuminurien. (Ann. di Ost. e Gin., 51. Jahrg., Nr. 8.) In der normalen Schwangerschaft besteht immer eine Hyperfunktion der Thyreoidea. Schwere Albuminurien und Eklampsien sind zum großen Teil ein Zeichen verminderter Funktion dieser Drüse. Daher medikamentöse Einverleibung von Schilddrüsenextrakt bei diesen Erkrankungen. In den vom Verfasser so behandelten Fällen konnte gezeigt werden, daß es zu einer verstärkten Diurese, zu einer Herabsetzung des Blutdrucks, einer Verminderung der Eiweißausscheidung und zu einem Schwinden der Oedeme kam. Diese Besserungen berechnen zu der Aufforderung, Thyreoideaextrakt als wirksame Unterstützung der Behandlung von Eklampsischen und schwer Albuminurischen empfehlen zu dürfen. L. Szamek, Wien.

4586.

Winkler, F., Die endermatische Einführung von Hormonen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 41, 1929.) Die Leichtigkeit der Resorption von Adrenalin durch die unversehrte Haut führte zu der Erkenntnis, daß auch andere innersekretorische Produkte bei endermatischer Einverleibung einen deutlichen Einfluß auf den Organismus ausüben. Am vorteilhaftesten erwies sich hier die gleichzeitige Verwendung mehrerer Inkrete (pluriglanduläre Therapie). Die Einreibung der Präparate in Salbenform erwies sich der elektrolytischen Einführung überlegen. Bei den mit der Salbe einverleibten Hormonen handelt es sich unzweifelhaft um eine spezifische Wirkung. Verwendet wurde die von der chemischen Fabrik Syngala hergestellte Hormonsalbe „Endodermin“, der neben Thyreoidal-, Keimdrüsen- und Hypophysenhormonen lebende Saprophyten zugesetzt sind. Sie zeigte eine auffallende Wirkung bei alternder Haut (Verjüngung), ferner bei Pityriasis alba des Gesichts, seborrhoischem Ekzem, Akne, Follikulitiden, Urtikaria, Angioneurosen, Pruritus senilis, Strophulus infantum, Erythemen, Arzneiexanthemen, Keratosis pilaris rubra, Hydrosadenitis suppurativa der Achselhöhle, Alopecia areata, zirkumskripten Sklerodermie, Erythromelalgie, Erfrierungen, Epididymitis und Arthritis, Narben, Skrotal- und Analkekzemen. Ernst Levin, Berlin.

4587.

Stejskal, Karl, Die perkutane Ernährung und ihre Verwendung am Krankenbett. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 27.) (Spital der barmherz. Brüder in Wien.) Die perkutane Ernährung mit dem fertigen Nährpräparat Dinutron kommt den Bedingungen, die an eine künstliche Ernährung gestellt werden müssen, sehr nahe. Das Dinutron enthält alle Nährstoffe in einer der gewohnten Ernährung nahekommenden Mischung, 50% Fett, 37% Kohlehydrate und 6% Reineiweiß. Auch quantitativ kann mit der Einreibung der entsprechenden Menge des Präparates den Bedürfnissen entsprochen werden. Der Beweis für die Wirksamkeit des fertigen Nährpräparates wurde in Stoffwechselversuchen erbracht. Bei Diabetikern konnte eine günstige Wirkung der Einreibung auf die Glykosurie beobachtet werden. Die perkutane Einführung von Kohlehydraten mit Dinutron bewirkt nicht nur eine bessere Verträglichkeit derselben, sondern auch eine Herabsetzung der Zuckerausscheidung, bedingt durch bessere Verwertung auch der per os eingeführten Kohlehydrate. Diese Wirkungen erwiesen sich abhängig von der Höhe des Blutzuckergehaltes, ein zu hoher Blutzuckergehalt behindert die Herabsetzung durch die Einreibung, muß daher womöglich durch Hungern herabgesetzt werden. In zweiter Linie ist das

vorhandensein von eigenem Insulin (leichte Fälle) oder eingeführtem Insulin (schwere Fälle) notwendig. Die perkutane Ernährung erschließt praktisch eine Reihe von neuen Möglichkeiten und bringt theoretisch eine Reihe interessanter Beobachtungen.

Maslow sky.

4588.

Kötschau, Zur wissenschaftlich-experimentellen Begründung der Homöopathie. (Allg. Homöop. Ztg., 177, Heft 2.) Kötschau berichtet über eine Reihe von Tierversuchen, welche er mit narzotischen und erregenden Stoffen angestellt hat. Das Ergebnis der Versuche selbst ist zum Referat ungeeignet und muß im Original nachgelesen werden. Im Verfolg seiner Arbeiten ist er zur Aufstellung einer sogenannten Wirkungstypen-Hypothese gekommen; deren wichtigste Kurve A er dahin charakterisiert: „Unter geeigneten Bedingungen ist die Möglichkeit gegeben, einen nicht irreversibel veränderten Funktionszustand durch bestimmte kleine Dosen im Sinne der A-Kurve zur Norm zurückzuführen, und zwar besonders durch Stoffe, deren eigentliche und Hauptwirkung (d. h. die großen Dosen hervortretende) den an sich schon veränderten Funktionszustand noch verschlimmern würde.“ Kötschau glaubt durch seine Experimente den wirklich zwingenden Beweis für die Probleme der Homöopathie erbracht zu haben. Selbst unter der Voraussetzung, daß seine Experimente sich bei der Nachprüfung von anderer Seite bestätigen, erscheint damit für den nicht zu den sogenannten Tiefpotenzlern gehörigen Homöopathen doch nur ein Ausschnitt aus dem großen Problemenkomplex der Homöopathie gelöst, denn wie nicht anders zu erwarten, funktionierten seine Experimente nur bei der Verwendung relativ niedriger Verdünnungen, während sie gegenüber den bei der Verwendung von Hochpotenzen beobachteten Heilungen und den sich hieraus zwangsläufig ergebenden über das rein grobmaterielle hinausgehenden Fragestellungen versagen.

4589.

Lesser, Das Problem der Wirksamkeit hoher Potenzen. (Allg. Homöop. Ztg., 177., Heft 2.) Lesser beschäftigt sich zuerst mit der schon mehrfach behandelten Frage der Verunreinigungen sowohl durch das Potenzierungsmittel wie auch mit Resten tieferer Potenzen bei der Herstellung der höheren Potenzen. Dann wendet er sich zu der Frage der genugsam beobachteten Wirksamkeit hoher Potenzen. Hier gibt es eben noch keine experimentelle Begründung, wenn man unter experimentell nur den Tierversuch versteht, während den unmittelbaren, am Menschen beobachteten Ergebnissen jede Beweiskraft abgesprochen werden soll. Vielmehr ist der Gang der Dinge gemeinhin doch der, daß genügend sicher gestellte Tatsachen ihre wissenschaftliche Begründung sehr häufig erst lange Zeit später erhalten. Zum Schluß berichtet er kurz über die bekannten Versuche von Junker und Kolisko. Mit Recht fordert er den Beweis, daß hohe Potenzen unwirksam sind von der Seite, die ihre Wirksamkeit leugnen, und dieser Beweis steht noch aus.

4590.

Tschernogouboff, N., und F. Montreil, Zur Frage über die lokalisierte Epilation durch örtliche Thalliumanwendung. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 41, 1929.) (Dermatol. Klin. d. l. Staatl. Univ. Moskau.) Nachdem die von Buschka eingeführte innerliche Thalliumdarreichung zu schweren Vergiftungserscheinungen und sogar Todesfällen geführt hat, wurde wieder auf die schon früher von Sabouraud versuchte, aber wegen Vergiftungserscheinungen aufgegebene lokale Anwendung zurückgegriffen. Sowohl in Versuchen beim Meerschweinchen als beim Menschen konnte ein deutliches Sistieren des Haarwuchses in den Grenzen der Thalliumanwendung nachgewiesen werden, die vergifteten Tiere fielen nach 14 Tagen aus, nach ungefähr einem Monat begann neuer Haarwuchs. Durch Beschränkung der Anwendung auf kleine Bezirke können giftige Dosen ausgeschaltet werden. Weitere Versuche für die praktische Anwendbarkeit der Methode sind noch erforderlich; die mit Thallium örtlich behandelten Meerschweinchen gingen sämtlich ziemlich bald zugrunde.

Ernst Levin, Berlin.

4591.

Robbins, Mc Callum, Mendenhall und Zerfas, Die Anwendung von Natrium-Isoamethyl-Barbiturat (Amytal-Natrium) in der Geburtshilfe. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 3.) Als neues Anaestheticum sub partu wurde ein Barbitursäurederivat, das Amytal-Natrium, verwandt. Es wurde zusammen mit Morphin und Scopolomin in einer Menge von 0,39 bis 0,585 g intramusculär gegeben, wenn regelmäßige Wehen mit Intervallen von weniger als 10 Minuten vorhanden waren. Die Dosis wurde, wenn nötig, wiederholt. Zu Beginn der Austreibungsperiode wurden 0,39 bis 0,65 g intravenös gegeben. Die Injektion wurde abgebrochen, wenn die

Patientin schlief. Die Wirkung der intramuskulären Injektion setzt nach 10 bis 15 Minuten ein, sie beginnt nach zwei Stunden zu schwinden. Die Wirkung der intravenösen Darreichung setzt sofort ein, erreicht ihr Maximum nach 15 Minuten und schwindet nach einer Stunde.

Der ernsteste Einwurf gegen die Verwendung von Amytal-Natrium ist die Entstehung von Unruhezuständen, die in einem Drittel der Fälle beträchtlich waren, so daß bei einigen Kreißenden Arme und Beine festgehalten werden mußten. Das Mittel hat den Vorteil schneller Wirkung und einer großen Toleranzbreite. Es war kein Schaden für die Mutter und das Kind ersichtlich. Die Geburt wird wahrscheinlich nicht verzögert. Die Geburt kann praktisch schmerzlos gemacht werden. Die aktive Mitarbeit der Frau bei den Preßwehen ist nicht wesentlich beeinträchtigt. Das Mittel unterdrückt prompt und vollständig die Anfälle bei Eklampsie. Als allgemeines Anästhetikum bei Kaiserschnitten und anderen geburtshilflichen Operationen und besonders bei Tuberkulosen und Schwangerschaftstoxikosen, ist das Amytal-Natrium geeignet, die Inhalationsanästhetika zu verdrängen.

Hans Hirsch, Köln.

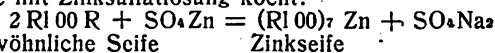
4593.

Assmann, Gold. (Dtsch. Z. Homöop., H. 9/10, 1929.) In einer sehr eingehenden geschichtlichen Uebersicht zeigt sich, daß eine Reihe der heute in der Homöopathie gebräuchlichen Indikationen für Gold schon seit Jahrhunderten bekannt ist. Aus der Toxikologie sind vor allem interessant die in der letzten Zeit durch die neu eingesetzte Ära der Goldtherapie bekannt gewordenen Vergiftungsbilder, welche vor allem Haut und Nieren betreffen. Die verschiedenartigsten Exantheme sind beobachtet. Von verschiedenen Autoren wird eine auffallende Ähnlichkeit der Golddermatitiden mit den nach Salvarsan aufgetretenen Exanthenen festgestellt. Des weiteren zeigten sich schwere Nierenreizungen. Im Anschluß an eine unter Assmanns Leitung ausgeführte neuerliche Goldprüfung am gesunden Menschen, deren Prüfungsprotokolle er veröffentlicht, bespricht er dann die homöopathischen Indikationen des Mittels. Diese im einzelnen zu besprechen, würde zu weit führen, doch sei ihre Lektüre dringend empfohlen.

Dermitzel.

4593.

Martinotti, L., und A. Tagliavini, Ueber eine Zinkseifensalbe. (Arch. Ital. Dermat., 4., Heft 6, 1929.) Anstatt der Hebrasschen Diachylonsalbe, in der Bleiseife enthalten ist, wird eine Zinkseifensalbe empfohlen. Die Zinkseife gewinnt man, indem man Natronseife mit Zinksulfatlösung kocht:



Die Zinkseife wird in Salbengrundlagen aufgenommen und nach Bedarf mit anderen therapeutischen Mitteln versetzt. Sie wirkt erweichend, reinigend und wird von den irritierten Hautstellen besonders gut vertragen. Sie ist besonders bei Ekzemen indiziert. Sie kann mit Salizylsäure, Dermatol, Schwefel, Quecksilber kombiniert werden, und auch als Paste mit Stärke, Kaolin, Talk, Zinkoxyd usw. verwendet werden. Eugen Stransky, Wien.

4594.

Hermann, Siegwart, Pharmakologische Untersuchungen über die sogenannte Kombucha und deren Einfluß auf die toxische Vigantolwirkung. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 38.) Die sogenannte „Kombucha“ gilt als Volksmittel gegen Altersbeschwerden und insbesondere gegen Arteriosklerose. Es liegen bereits einige Veröffentlichungen über klinische Beobachtungen vor. Die Kombucha ist eine Pilzgenossenschaft, die aus Hefen, dem Bacterium xylinum, ferner dem vom Verfasser darin aufgefundenen Bacterium xylinoides und dem vom Verfasser darin entdeckten Bacterium gluconicum besteht. Dieses Bacterium gluconicum verwandelt den dem Nährsubstrat zugesetzten Zucker in d-Glukonsäure.

Ein aus der Kombucha dargestelltes und auf gleichmäßige Zusammensetzung eingestelltes Präparat „Kombuchal“ enthält außer nicht restlos bestimmten Fermenten, sterilen Bakterien- und Hefeleibern mit ihren Vitaminen, Zucker, Tee-Extraktivstoffe, d-Glukonsäure und nur in ganz geringer Menge Essigsäure.

Zum Studium der dem Volksmittel zugesprochenen Wirkung auf arteriosklerotische Erscheinungen wurden Untersuchungen über die Beeinflussung der Vigantolvergiftung durch Kombuchal angestellt. Die Vigantolvergiftung wird an verschiedenen Laboratoriums- und Haustieren studiert. Die Empfindlichkeit gegen Vigantol ist nicht nur bei den einzelnen Tierspezies sehr verschieden, sondern es zeigen sich auch an verschiedenen Individuen der gleichen Art Unterschiede, die vielleicht nicht allein auf die individuelle Empfindlichkeit, sondern vielmehr auf das Alter der betreffenden Tiere zurückgeführt werden können. Junge Ratten, Hunde und Katzen scheinen weniger empfindlich zu sein als alte. Katzen zeigen die

größte Empfindlichkeit gegen Viganol. Die Viganolvergiftung der Katzen kann durch Kombuchal verhindert bzw. geheilt werden. Bei gleichzeitiger Kombuchalfütterung werden mehrfach tödliche Dosen Viganol gut vertragen. Der durch Viganol erhöhte Blutholesterinspiegel wird bei der Katze durch Kombuchal auf die Norm zurückgeführt. Durch gleichzeitige Viganol-Kombuchal-Darreichung wird eine Erhöhung des Blutholesteringehaltes verhindert.

Arnold Hirsch, Berlin.

4595.

Holstein, Ernst, Störungen der Sensibilität bei einer gewerblichen Quecksilbervergiftung. (Med. Welt, Nr. 36, 1929.) Ein Fall von chronischer Quecksilbervergiftung bei einer Arbeiterin einer Haarhutfabrik zeichnete sich durch Sensibilitätsstörungen aus, wobei die Abgrenzungen der anästhetischen Zonen, besonders an den oberen Extremitäten und am Rumpfgürtel, den einzelnen Rückenmarksegmenten entsprachen. Es bestand eine Störung sowohl der Oberflächen- als auch der Tiefensensibilität. Das psychische Verhalten der Patientin lieferte Anzeichen von unverkennbarem Erithismus mercurialis. Es muß angenommen werden, daß in dem beschriebenen Falle Veränderungen der Hinterhörner, der Hinterstränge und der Vorderseitenstränge bestanden.

L. Gordon, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

4596.

Koch, Eberhardt, Die Blutdruckcharakteristik. (Z. Kreislauforschung, 21. Jahrg., Nr. 19.) Die Beziehung, die zwischen dem endoarteriellen Drucke und der Größe des Reflexerfolges besteht, läßt sich an dem Karotissinuspräparate quantitativ untersuchen. Als Indikator für den Reflexerfolg wird die prozentuale Blutdrucksenkung, die bei Erhöhung des endosinualen Druckes eintritt, benutzt. Die graphische Darstellung dieser Beziehung ergibt für jede Tierart eine spezifische Kurve: die Blutdruckcharakteristik; sie besteht aus zwei nahezu symmetrischen Hälften und hat in der Mitte einen Steilwendeppunkt.

Die Anleitung dieser Charakteristik stellt den Wirkungskoeffizienten des Sinusnerven dar, d. h. die einem Zuwachse des endosinualen Druckes entsprechende Aenderung der Erregungsgröße. Das dem Steilwendeppunkt der Charakteristik entsprechende Maximum des Wirkungskoeffizienten liegt in der Höhe des normalen mittleren Blutdruckes; am Pavian bei 85, am Kaninchen bei 90, am Hunde bei 120 und an der Katze bei 145 mm Hg.

Die Höhe des normalen Blutdruckes wird also dadurch aufrechterhalten, daß die dämpfende Wirkung der Blutdruckzügler in dieser Höhe optimal ist.

Da der Kurvenverlauf der kubischen Erweiterung möglichst frischer Arterien (Roy) analog den erhaltenen Blutdruckcharakteristiken ist, lassen sich die Ergebnisse auf die elastischen Eigenschaften der Arterienwand zurückführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4597.

Pissarewski, N. N., Ueber die Beobachtung der Schweißdrüsenausführungsgänge mit dem Kapillarmikroskop. (Klin. Med. [russ.], 7., Heft 3 (102), 1929.) (Therap. Fakultätsklinik des Medizin. Staatsinstituts, Leningrad.) Um die Schweißdrüsenausführungsgänge an der Nagelbasis im Kapillarmikroskop zu Gesicht zu bekommen, hebt man den Tubus um 0,5 bis 1 mm, nachdem die Kapillaren scharf eingestellt wurden. Die letzteren erscheinen dann undeutlich, dafür werden häufig ganz scharf spiral- oder korkenzieherähnliche Gebilde von grauer Farbe gesehen, die die Kapillaren fünf- bis zehnmal an Größe überragen. Ihre proximalen Enden verlieren sich in der Tiefe der Haut; am distalen Ende sieht man ein Schweißtröpfchen, das sich durch seine perlartige Farbe von den Luftblasen unterscheidet. Man kann beobachten, wie diese Schweißtröpfchen von auf die Haut aufgebrachtem Oel weggeschwemmt werden und neue hervortreten. — Besonders deutliche Bilder bekam Verfasser bei Patienten mit Tuberkulose, akutem Gelenkrheumatismus und Basedow. Bei Asthmakranken waren die Schweißdrüsenausführungsgänge nach Adrenalininjektion, offenbar infolge ihrer Kontraktion, unsichtbar. Bei Sklerotikern mit trockener Haut werden die Schweißdrüsen an der Nagelbasis selten gesehen. Bei gesunden Personen erscheinen die Ausführungsgänge nach Erwärmung der Finger durch blaue Lichtstrahlen deutlicher. Die Untersuchung kann auch an der Fingerpulpa erfolgen, jedoch ist die Auffindung von Ausführungsgängen hier wegen des senkrechten Verlaufes viel schwieriger als an der Nagelbasis.

E. Kontorowitsch.

4598.

Brühl, R., Das Vorkommen von weiblichem Sexualhormon und Hypophysenvorderlappenhormon im Blute und Urin von Neugeborenen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 38.) Im Urin der Neugeborenen läßt sich ohne Unterschied des Geschlechtes bis zum vierten Tage weibliches Sexualhormon nachweisen. Ebenso regelmäßig ist es im Nabelschnurblut und im Fruchtwasser vorhanden. In der Milch wird es nicht in allen Fällen gefunden.

Das Hypophysenvorderlappenhormon — Reaktion I nach Aschheim und Zondek — läßt sich nur bis zum zweiten Tage im Urin des Neugeborenen nachweisen, und nur in etwa der Hälfte der Fälle. Im Nabelschnurblut ist es immer, aber in sehr unterschiedlicher Konzentration vorhanden. Im Fruchtwasser reifer Kinder wurde es nicht, in der Milch nur einmal beobachtet.

In Tierversuchen wurde nachgewiesen, daß das Eintreten der Sekretion der Brustdrüse mit dem Verschwinden des weiblichen Sexualhormons aus dem Körper zusammenhängt.

Dadurch ergibt sich, daß höchstwahrscheinlich auch bei den Neugeborenen die Sekretion der Brüste auf das Verschwinden des weiblichen Sexualhormons zurückzuführen ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

4599.

Koster, S., Experimentelle Untersuchungen nach der Funktion der Hypophyse beim Hunde. (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 37, 1929.) Koster untersuchte die anderen endokrinen Drüsen bei Hunden, denen er die Hypophyse entfernt hatte. Es ergab sich, daß bis auf Thymus und Nebennieren alle anderen Drüsen kleiner waren als bei Kontrolltieren. Auch bei klinischer Atrophie der Hypophyse wurde oft Verkleinerung der anderen Drüsen gefunden (Simmonds), so daß allerlei Übergänge zur multiplen Blutdrüsen-sklerose zu bestehen scheinen.

Kurt Heymann, Berlin.

4600.

Taterka, Heinz, Zuckerstoffwechsel und Wasserhaushalt. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 38.) Der herzkranke Diabetiker weist gegenüber dem herzgesunden Diabetiker folgende Abnormitäten auf: 1. Die Wirkung des injizierten Insulins setzt später ein. 2. Die Insulinwirkung ist deutlich stärker. 3. Traubenzuckerbelastung steigert den Blutzucker weniger schnell und weniger stark. — Auch herzgesunde Diabetiker verhalten sich, wenn die Insulinbehandlung zu Oedemen geführt hat, wie herzkranken. — Zwei genau beobachtete Diabetiker zeigten im Zustande kardialer Insuffizienz eine erhebliche Erhöhung der Toleranz; die Ursache dürfte wahrscheinlich in einer Stauung mit besserer Durchblutung oder aber vermehrter Insulinauslaugung des Pankreas zu suchen sein, d. h. erhöhtem Insulingehalt des Blutes bzw. der Gewebe.

Arnold Hirsch, Berlin.

4601.

Recht, Georg, Ueber den Wassergehalt der Haut bei Fellsüchtigen. Untersuchungen mit der Quaddelprobe. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 38.) Die Resorptionszeit intrakutan angelegter Quaddeln mit physiologischer NaCl-Lösung nach McClure und Aldrich erweist sich im Sinne dieser Autoren als ein wertvolles Hilfsmittel zur Beurteilung des Wassergehaltes des subkutanen Zellgewebes.

Bei einer Reihe von endogenen Fettleibigen, die zur Kategorie der Hydrolipomatose gehören, läßt sich auf Grund der stark verkürzten Resorptionszeit auf einen abnorm hohen Wassergehalt der Haut schließen.

Während bei normalen Individuen keine größeren regionalen Differenzen der Resorptionszeit an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche vorkommen, lassen sich bei gewissen Fettleibigen große regionale Unterschiede feststellen, wobei die vom Fettansatz bevorzugten Partien eine erheblich kürzere Resorptionszeit aufweisen.

An diesen lipomatösen Abschnitten der Körperdecke — es handelt sich in den vorliegenden Beobachtungen um die unteren Extremitäten — läßt sich weder durch Wasseranreicherung des Organismus (große Trinkmenge plus Pituitrin) noch durch Entwässerung (Salyrgan) im akuten Versuch eine Aenderung der Resorptionszeit erzielen, während an anderen Körperpartien durch diese Maßnahmen entsprechende Aenderungen der Resorptionszeit hervorgerufen werden können. Das lipomatöse Gewebe erweist sich damit als weitgehend autonom, d. h. weitgehend unabhängig von allgemeinen Schwankungen des Wasserbestandes des Organismus.

Deutliche typische Tagesschwankungen der Resorptionszeit an den unteren Extremitäten gewisser Fettleibiger weisen auf eine Insuffizienz des Kreislaufapparates auch in solchen Fällen hin, in die sonstige klinische Beobachtung noch keinerlei Anhaltspunkte für eine solche Insuffizienz bietet.

Es gibt Fälle von Hydrolipomatose, die gegenüber dem osmotischen Effekt des Pituitrins stark überempfindlich sind.

so die diureschemmende Wirkung einer Pituitrininjektion noch am zweiten Tage deutlich nachweisbar sein kann.

Bei Magersucht weist die lange Resorptionszeit der intracutanen Quaddel auf einen herabgesetzten H_2O -Gehalt der Haut hin.
Arnold Hirsch, Berlin.

4602.

Fillimonow, D. W., und B. Tscherejkin, Ueber die Bewegungen des Magens. (Wratsch. Dielo, 12, Nr. 2, 1929.) Auf Grund der Untersuchungen an einer Reihe von Patienten mit verschiedenen Magenkrankungen und an Gesunden sowie von Selbstbeobachtungen gelangen die Verff. zu folgenden Ausführungen: Beim Menschen zeigt der leere Magen, außerhalb der Verdauung, periodische Hungerkontraktionen, die mit Zuständen verhältnismäßiger Ruhe abwechseln; die Zahl der Kontraktionen in einer Periode beträgt 8 bis 12, eventuell auch mehr. Bei ein und demselben Individuum werden beträchtliche Schwankungen sowohl in bezug auf die Amplitude und die Häufigkeit der Wellen als auch der Abstände zwischen den Perioden verzeichnet. Am regelmäßigsten ist die Reihenfolge der Kontraktions- und Ruheperioden zur Zeit der Beseitigung aller äußeren Faktoren — während des Schlafes. Die periodischen Kontraktionen des Magens werden bei Anreicherung von Säuren, Alkalien sowie bei Speiseeintritt aufgeschoben. Reizung durch Anblick von Speisen während des Hungers ruft keinen Effekt auf die Kontraktionen hervor, dagegen wird ein Abschieben der Kontraktionen bei Veränderung des physischen Zustandes des Untersuchten beobachtet. An der Entstehung periodischer Hungerkontraktionen der Magenwand nimmt der Muskelteil bedeutenden Anteil.
E. Kontorowitsch.

4603.

Muscante, E., Die Sekretionsfähigkeit des Magens, geprüft durch Dauersonde und fraktionierte Ausheberung. (Arch. di pat. e clin. med., 8, Heft 5, 1929.) Die Untersuchung des Nüchternmageninhaltes hat nur mäßige diagnostische und prognostische Bedeutung wegen der großen Variabilität der Werte, die man nicht nur bei dem Patienten erzielt, sondern auch bei ein und demselben Kranken bei sukzessiven Ausheberungen. Diese Probe hat nur einen geringen Wert in Fällen, wo man große Mengen Mageninhalt und Nahrungsreste von vorausgegangenen Mahlzeiten findet. Die fraktionierte Nüchternausheberung gibt ein hinreichend genaues Bild von der Sekretionsfähigkeit des Magens. Im allgemeinen erzeugt eine mechanische Erregung eine Magensekretion, die man bei jedem Individuum durch sukzessive Ausheberungen konstatieren kann, und zwar sowohl in bezug auf Quantität wie auf Säuregrad. Diese Probe gestattet uns schon mit hoher Wahrscheinlichkeit die Fälle von Hyperazidität, von normaler Azidität, von Hypazidität zu unterscheiden. Sehr interessant war das Verhalten der freien Salzsäure bei denjenigen Individuen, die nur hypazid sind, ebenso bei den Pseudoanaziden. Bei ersteren bemerkt man immer das Vorhandensein von freier Salzsäure, wenn auch in bescheidener Menge; bei letzteren dagegen fehlte die freie Salzsäure stets. Die fraktionierte Ausheberung der Probemahlzeit ist trotz der an ihr übten Kritik einer der Grundsteine der Magendiagnostik. Soweit es sich um die Sekretionskurve bei den verschiedenen Magenkrankungen handelt, kann man sagen, daß es keine für jeden speziellen Krankheitstyp charakteristische Kurve gibt. Aber man darf nicht vergessen, daß es von der höchsten Bedeutung ist, bei jedem Fall nicht nur den Chemismus, sondern auch den Rhythmus der Magensekretion zu verfolgen, weil er uns Veränderungen enttarnen kann, die uns sonst entgehen würden. Allein die Kenntnis der Pseudoanazidität ist schon ein großes Verdienst der funktionellen Magenprüfung, wie sie Ehrenreich vorschlägt. Die Histaminprobe beruht auf einer ausgesprochen sekretionsanregenden Wirkung, sowohl was die Menge als was den Säuregrad des Magensaftes anlangt. Die Wirkung des Histamins wird besonders deutlich bei den Hyper- und den Normalaziden; aber auch bei den Hypo- und den Anaziden kann sie manchmal eine Ausscheidung von freier Salzsäure, allerdings in kleiner Menge veranlassen. Die histaminische sehr wichtige Histaminprobe hat praktisch nur eine geringe Bedeutung. Prognostisch zeigt sie uns die Möglichkeit, eine Magensekretion hervorzurufen, die sehr viel reicher ist an freier Salzsäure als die nach physiologischer Exzitation. Und bei einem Nüchternmagen kann sie bisweilen durch energische Stimulation zu einer Ausscheidung freier Salzsäure führen.

Die Hypophysinprobe zeigt Hemmung der Magensekretion bei Hypo- und Normalaziden. Dagegen bei Hyperaziden eine schwach anregende Wirkung, die aber hinter der des Histamins im allgemeinen zurückbleibt. Diese Probe hat weder einen praktischen noch prognostischen Wert für die Magenfunktion.

Die Insulinprobe hat gezeigt, daß dieses Hormon als Exitus der Magensekretion sehr aktiv ist; auch bei den Hypaziden hat sich das

Insulin als aktiv erwiesen, und man ist in einigen Fällen zu Ergebnissen gelangt, die nahe bei denen durch Histamin erzeugten liegen.
Held.

4606.

Pesharskaja, W. W., und A. I. Emelianow, Ueber den Einfluß der flüssigen Bierhefe auf die Magensekretion beim Menschen. (Ter. Arch., russ., 7, Heft 2, 1929.) (Hospit. Klinik f. innere Krankh., Med. Inst. Leningrad.) Die Untersuchungen wurden an 43 Kranken angestellt. Außer den Fällen mit andauernder Achylie bewirkte die Einführung der flüssigen Bierhefe eine Erhöhung der Magensekretion. Auf wiederholte oder systematische Einführung der Bierhefe reagierte die sekretorische Magenzone ebenso oder noch stärker als bei der ersten Einführung. Nach den Beobachtungen der Verff. kann das Hefefrühstück zur Untersuchung der Magentätigkeit mit herabgesetzter Schleimhautfunktion insbesondere in den Fällen mit Erfolg angewendet werden, wo Bouillon (Methode von Simnitzi und Leporski) sich als ungenügendes Reizmittel erweist. Dank ihrer sekretionserregenden Wirkung kann die Hefe bei normaler und subnormaler Magenazidität therapeutisch angewendet werden, während bei Magen- und Duodenalgeschwür sowie Superazidität von ihrer Darreichung abzusehen ist.
E. Kontorowitsch.

4605.

Winkelstein, Asher, und J. M. Marcus, Die Ausscheidung von Neutralrot in den Magen bei Achylia gastrica. (J. Am. Med. Assn., 92, Nr. 15, 1929.) In Fällen von echter Achylia gastrica, besser gesagt Achlorhydrie, erscheint intramuskulär injiziertes Neutralrot nicht früher als 2 Stunden nach der Injektion im Magensaft. Die Ausscheidung von Neutralrot in den Magen ist abhängig von der Anwesenheit freier Säure. In Uebereinstimmung mit anderen amerikanischen Autoren konnten die Verff. bei perniziöser Anämie niemals eine Ausscheidung von intramuskulär injiziertem Neutralrot in den Magensaft nachweisen, wohl aber in zahlreichen Fällen anderweitiger Erkrankungen, bei denen selbst die wiederholte Untersuchung des Mageninhaltes freie Salzsäure vermissen ließ. In solchen Fällen handelt es sich um scheinbare Achlorhydrie, wie sie durch Neutralisation des Magensaftes infolge Rückflusses von Duodenalsekret in den Magen zustande kommt. Die von Verff. injizierte Menge Neutralrot betrug 40 mg in einigen Kubikzentimetern sterilen destillierten Wassers.

L. Büchler, Wien.

4606.

Ehrmann, R., und L. Dinkin, Ueber Funktionsprüfungen des Pankreas. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 12.) Beim Pankreas ist sowohl die innere als auch die äußere Sekretion von größter Wichtigkeit. Von den drei Fermenten kann das eiweißspaltende Trypsin, die fettspaltende Lipase durch kein anderes Organ ersetzt werden, was von der stärke-spaltenden Diastase nicht gilt. Kommt es zur Hemmung der Absonderung des Bauchspeichels, so kommt es zu den gehäuften Stuhlgängen, bei denen Fleisch und Fett nicht verdaut ist. Es gibt verschiedene Proben, die den Ausfall der Fermente aufdecken sollen. Am einfachsten ist die mikroskopische Untersuchung des Stuhles auf Fleisch. Bei Pankreas-Insuffizienz findet man zahlreiche Muskelfasern. Diese Probe versagt in den meisten Fällen nicht. Beim Fehlen der Lipase kommt es zu Fett- oder Butterstühlen. Hier ist besonders zweckmäßig die Palminprobe, da dieses Fett nur durch das Pankreasferment gespalten werden kann. Bei Pankreas-Insuffizienz findet man ferner einen erhöhten Lipasegehalt im Serum. Hauptsächlich in den akuten Fällen gibt die Lipasebestimmung brauchbare Resultate. Der Ausfall der Diastase zeigt sich dadurch, daß dieses Ferment nicht mehr im Stuhl nachgewiesen werden kann und im Urin auftritt. Der Nachweis der Vermehrung im Serum ist noch zuverlässiger. Mit Hilfe der angeführten Proben kann man gröbere Störungen der Pankreasfunktion nicht übersehen. Es gibt ferner Störungen der Pankreasfunktion als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen. Bei Cholezystitis, Ulkus u. a. Es kommt zum Uebergreifen des Prozesses auf das Pankreasgewebe. Ob es eine chronische Pankreatitis gibt, ist fraglich. Die häufigste Ursache für das Versiegen der Sekretion ist das Karzinom des Pankreaskopfes, während die Erkrankung am Schwanz den Ausführungsgang frei läßt. Charakteristisch ist der hier auftretende Schmerz, intensiv und bohrend. Hier bewährt sich die Palminprobe besonders gut. Man besitzt in den verschiedenen Funktionsprüfungen ein brauchbares Rüstzeug, das in vielen Fällen Störungen dieses schwer zugänglichen Organes aufzudecken ermöglicht.
Kosminski, Berlin.

4607.

Benassi, E., Gallenblasenwirkungen des Cholins und des Azetylcholins untersucht mittels der Cholezystographie. (Arch. dt. Radiol., Nr. 1, 1929.) In Fortsetzung seiner Experimente über

die Funktion der Gallenblase und ihre pharmakodynamische Prüfung hat der Autor beim Cholin und Azetylcholin ebenso wie bei anderen parasymphathikotropen Pharmaka experimentell erregende Wirkung beobachtet, welche unzweideutig Gallenblasenbewegungen auslösen, indem die Kontrastfarbe in das Duodenum entleert wurde. Es ist dies ein weiterer Beitrag zur Lehre, daß der Vagus der motorische Nerv der Gallenblase ist. J. Kottmaier, Mainz.

4608.

Steinitz, Hermann, **Harnstoffbelastung als Nierenfunktionsprobe.** (Dtsch. med. Wschr., 55 Jg., Nr. 38.) Es wird über umfangreiche Beobachtungen berichtet, die mit der Harnstoffbelastungsprobe nach MacLean und de Wesselow gewonnen wurden. Die Methode besteht aus einer Belastung mit 15 g Urea und Bestimmung der Harnstoffkonzentration im Urin der 2. und 3. Versuchsstunde. Die Probe erwies sich als ein sehr brauchbarer Maßstab für die Beurteilung der Harnstoffausscheidungsfähigkeit der Niere. Sie ist eine kurzfristige Methode und läßt sich daher auch ambulant ohne Schwierigkeiten durchführen. Arnold Hirsch, Berlin.

4609.

Joél, **Erfahrungen mit dem Muckschen Adrenalin-Sondenversuch.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 3.) (Ohren- und Kehlkopfklin. Rostock.) Verfasser hat den oben genannten Versuch, eine Methode zur Prüfung des Tonus der Gehirngefäße, einer kritischen Nachprüfung unterzogen. Er kann die Befunde von Muck bestätigen. Beweisend ist nur der positive Ausfall der Reaktion. Die (negative) Normalreaktion läßt keinen Schluß zu, da sie pathologische Zustände nicht ausschließt, bei denen sich nur zeitweise eine positive Reaktion findet. Positiver Ausfall wird zuweilen auch bei anscheinend funktionellen Störungen (Neurasthenie usw.) beobachtet, dürfte aber dann vielleicht den Hinweis auf eine organische Schädigung liefern. F. G. Katz, Berlin.

4610.

de Castro, U., **Die physiko-chemischen Grundlagen der direkten und indirekten Reaktion bei der Hijmans van den Berghschen Probe.** (Arch. di pat. e clin. med., 8., H. 5, 1929.) Die direkte prompte Reaktion in einem Serum ist modifikationsfähig, wenn Vorgänge dazwischentreten, die fähig sind, das in ihm enthaltene Bilirubin zu oxydieren und je nach dem Oxydationsgrad weniger intensiv, zweiphasisch oder verlangsamt zu werden. Unter dem Einfluß einer oxydierenden Wirkung kann sich die indirekte Reaktion in eine direkte umwandeln. Weder die direkte noch die indirekte Reaktion steht in direkter Beziehung zum physischen Verhalten des Serums, noch zu zufälligen Milieueinflüssen. Das Bilirubin mit verzögerter Reaktion ist ein Körper, der mehr oxydiert ist als das schnell reagierende Gallenbilirubin, im Gegensatz zum indirekten Bilirubin, welches ein Reduktionsprodukt ist. Das indirekte Bilirubin ist vom Serum trennbar durch seine speziellen physischen Eigenschaften, die verschieden sind von den denen des direkten Bilirubins. Aus diesen Tatsachen baut Verfasser die physikochemischen Grundlagen der Hijmans van den Berghschen Reaktion auf und weist auf die physiologisch-pathologische Bedeutung der Bilirubinämie beim hämolytischen Ikterus hin, indem er die wesentlichen Unterschiede zwischen dieser Form von Pigmentretention (Hydrocholämie) und derjenigen dartut, bei denen der Ikterus durch eine Verlegung der Gallenwege zustande kommt (Cholämie). Held.

4611.

Wilder, Josef, **Organotherapie.** (Nervenarzt, 2., H. 10.) Verfasser bespricht die Wirkungsweise der Hormonpräparate, die Beziehungen der Hormone zum vegetativen Nervensystem und zum Stoffwechsel, ihre Beziehungen zum Zentralnervensystem sowie die gegenseitigen Beziehungen der endokrinen Drüsen und die pluriglanduläre Therapie. Er schließt:

„Solange aber unsere klinische Diagnose derart im argen liegt, kann es nur grobe Empirie sein, von vornherein pluriglandulär zu behandeln und noch dazu mit schematisch hergestellten, in ihrer Dosierung zumeist unbekannten Fabrikpräparaten. Möge auch mit Recht die pluriglanduläre Therapie von allen Seiten als die Therapie der Zukunft gepriesen werden — in Ermangelung eines prompten „Drüsendiagnostikums“ kann nur eine mühselige therapeutische Erprobung und Auswertung jedes einzelnen in Betracht gezogenen Drüsenpräparates am Patienten selbst als wissenschaftlich einwandfreie Therapie angesehen werden unter Heranziehung der wenigen Tatsachen, die man zur Funktionsprüfung der betreffenden Drüsen verwenden kann, wie etwa Grundumsatz, Gewicht, Blutdruck, Puls, Wasserausscheidung usw. Vollends zu verdammen ist es jedoch, wenn Firmen pluriglanduläre Präparate auf den Markt werfen, ohne dies und die genaue Zusammensetzung der Präparate sehr deutlich hervorzuheben. Dasselbe gilt auch für chemische Zusätze wie etwa Jod zu Schilddrüsen-, Ychimin zu

Keimdrüsenpräparaten. Wo uns dies bekannt war, haben wir es hervorgehoben. Ob es uns bei allen Präparaten bekannt war, wissen wir nicht.“ Kurt Mendel, Berlin.

4512.

Blotner, Harry, und W. P. Murphy, **Wirkung von Leberdiät auf den Blutzuckerspiegel bei Diabetikern.** (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 16, 1929.) Untersuchungen über die Wirkung von Leberdiät auf den Blutzuckerspiegel diabetischer Patienten ergaben, daß Lebersubstanz eine Blutzucker herabsetzende Substanz enthält. Die bei perniziöser Anämie wirksamen Substanzen haben keine Wirkung auf den Blutzuckerspiegel, während gewisse in Leber enthaltene Substanzen, welche perniziöse Anämie bessern, ohne Einfluß auf die Blutzuckerkonzentration sind. Es ist jedoch schwer, zu bestimmen, welche Menge Leber eine bestimmte Dosis von Insulin zu ersetzen imstande ist. Auf Grund ihrer Beobachtungen sind Verfasser der Meinung, daß etwa 180 g Leber den gleichen Effekt auf den Blutzuckerspiegel diabetischer Patienten habe wie 10 bis 15 Insulineinheiten. L. Büchler, Wien.

4613.

Czyhlarz, Ernst, **Krank bleiben und krank werden.** (Wien. med. Wschr., 19., Nr. 29.) Bei protrahiert verlaufenden Mysteriefällen, bei denen Durchfall und leichte Temperatursteigerungen wochenlang nicht schwinden wollten, konnte Verfasser, mitunter nach einer Injektion indifferenten Pferdeserums eine schlagartige Besserung des Zustandes beobachten. Ein gleicher Erfolg konnte bei Injektion einer größeren Dosis von Adrenalin erzielt werden. Verfasser meint, daß es sich hier, wie bei ähnlichen Beobachtungen anderer Autoren (Schwinden leichter Temperatursteigerungen durch eine einmalige größere Pyramidondosis) um eine prinzipielle Erscheinung handle. Die bei längerer Krankheitsdauer bereits abgeschwächte Krankheitsnoxe ist bei irgendwie verursachter plötzlicher Unterbrechung des Krankheitsgeschehens nicht mehr imstande, dieses Krankheitsgeschehens wieder hervorzurufen. Es würde gewissermaßen zum Krankmachen mehr Kraft der Noxe gehören als zum Krankerhalten. Maslowsky.

4614.

Lafont, J., **Ueber diagnostische Irrtümer.** (Progrès méd., 58., Nr. 38.) Ursachen: unvollständige Untersuchung, technische Fehler, Unaufmerksamkeit, abnorme, dunkle Form der Krankheit, Fehlen eines Hauptsymptoms, Vorherrschen eines sekundären, falsche Interpretation der Symptome; endlich gibt es Fälle, die mangels charakteristischer und genügender Symptome, eben nicht zu diagnostizieren sind. Erkannt werden sie als solche durch die Autopsie, die Operation, den therapeutischen Erfolg, die Zeit und durch einfache Logik. Die Spezialisierung ist vorteilhaft, weil der Spezialist sein Gebiet besser beherrscht, nachteilig, weil er den Kontakt mit der übrigen Medizin verliert und alles nur durch seine Spezialbrille sieht. So hat ein Neurologe eine Neurasthenie diagnostiziert, während ein Gynäkologe die wahre Ursache, einen Uteruspolypen feststellte. Die Krätze kann so verschiedene Formen annehmen, daß sie dem Spezialisten, in einem Falle dem Chirurgen an sich selbst entgeht. Das Vorherrschen eines Symptoms in Verbindung mit der Anamnese kann zu einer Selbstsuggestion des Arztes führen, die sogar für andere Kollegen kontagiös sein kann: ein Hitzschlag bei einem Mitglied einer stark tuberkulös durchseuchten Familie wurde von mehreren Aerzten als Meningitis tuberculosa angesehen. Allgemeine Erscheinungen können die lokalen völlig maskieren und umgekehrt ein Fall von akuter Leukämie mit vorherrschend bukkopharyngealen Erscheinungen und Hämorrhagien wurde als Syphilis diagnostiziert. Manchmal kann ein Hauptsymptom eine andere Krankheit völlig verdecken: starke Dämpfung über einer Lungenseite, umschrieben mit Laryngitis ließ eine Tuberkulose annehmen, wo es sich in Wirklichkeit um ein Karzinom mit Stimmbandlähmung handelte. Manche Irrtümer entstehen auch dadurch, daß verschiedene gleichzeitig oder kurz nacheinander bestehende Zustände nicht erkannt oder hinsichtlich der Veränderung des ganzen Krankheitsbildes nicht richtig gewürdigt werden. Z. B. Asthma mit einem Grippeanfall. Auch Röntgen ist insofern nicht immer zuverlässig, als es auf die klinischen Anschauungen suggestiv wirken kann: die klinischen radiologischen und operativen Daten stimmen nicht immer überein. Oft erfordert die Diagnose sehr viel kritischen Geistes um dann lange Zeit später durch Zufall auf die richtige Basis gestellt zu werden. In einem Falle wurde der Reihe nach Ulkus, Ptosis, tabische Krisen, Magenkrebs, Gallen- und Nierenkolik, Appendizitis und Intestinalokklusion angenommen und in Wirklichkeit handelte es sich um die Folgen einer Bleivergiftung durch Bleiröhren eines Brunnens, was durch Zufall entdeckt wurde. Bleivergiftungen auf dem Lande werden oft verkannt. Manche Aerzte glauben, die Medizin sei absolut, nicht der Kranke und sie pressen deshalb mit Gewalt den Kranken in den nosologischen Rahmen, den sie sich konstruiert haben.

während sie diesen Rahmen dem Kranken anpassen müssen. Das große Gedächtnis, die Pathologie dürfen nicht die intellektuellen Fähigkeiten des Klinikerns ersticken, die Aufmerksamkeit, die Logik und die Intuition. In der Medizin lernt man nicht nur, man muß auch vergessen können.

v. Schnizer.

4615.

Dresel, Differentialdiagnose der Bewußtlosigkeit. (Z. ärztl. Fortbildg., 26. Jahrg., Nr. 12.) Bei Bewußtlosigkeit hängt häufig das Leben des Patienten von einer schnellen Diagnose ab. Deshalb muß man die Zustände kennen, die eine Bewußtlosigkeit zur Folge haben. Infolge von Hirnämie, besonders bei jungen Mädchen, kommt es leicht zur Bewußtlosigkeit, die häufig für hysterisch gehalten wird, während die Hysterie gerade oft am schwersten zu diagnostizieren ist. Unter Apoplexie verstehen wir heute eine Hirnblutung, die mit Bewußtlosigkeit einhergeht, während man früher jedes plötzliche Zusammenbrechen so bezeichnete. Der Hirntumor, die Gehirnerschütterung, die Meningitis führen ebenfalls zur Bewußtlosigkeit. Bei heißem Wetter muß man an den Hitzschlag denken. Sehr wichtig als Ursache ist der Diabetes und die Schilddrüse. Schließlich muß man an die verschiedenen Arten der Vergiftungen denken. An wichtigsten ist es, die Umgebung des Kranken zu befragen. Dann erfährt man, ob bereits früher derartige Krämpfe vorgekommen sind, ob ein Unfall, eine fieberhafte Erkrankung, ein Diabetes usw. in Frage kommen können. Zunächst soll man immer zum Pulse greifen, der uns die Herzfunktion verrät und auch wichtige Fingerzeige für einen Hirntumor, eine Meningitis oder ein Koma geben kann. Krämpfe mit Erschlaffung der Schließmuskeln deuten auf Epilepsie, die Krämpfe der Hysterischen sind ungleichmäßiger. Ferner sind die Pupillen zu prüfen; der Geruch der Atemluft verrät uns, ob es sich um Beriberi handelt. Auch die Art der Atmung gibt mancherlei Aufschlüsse. Die Prüfung der Muskulatur kann auf Apoplexie hinweisen, oft ist die Untersuchung des Urins von Wichtigkeit. Jedoch kann das Fehlen von Zucker ein Koma nicht ausschließen und das Vorhandensein ein Koma nicht beweisen. Die Untersuchung des Augenhintergrundes gibt ebenfalls wichtige Aufschlüsse. In vielen Fällen gelingt es durch die Hilfe des Arztes das Bewußtsein wieder herbeizuführen, besonders beim Coma diabeticum kann man heute mittels des Insulins Fälle retten, die früher verloren waren.

Kosminski, Berlin.

4616.

Hjärne, Urban, Eine Studie über orthoglykämische Glykosurien, mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 38.) Orthoglykämische Glykosurie, Glykosurie bei Glykoseprobe und Glykosurie ohne Diabetessymptome erwiesen sich klinisch als benign, nichtdiabetisch, ohne Tendenz zu Progression, ob sie nun in heterozygoter oder in homozygoter Form auftreten.

Diese Glykosurien sind erheblich. Sie vererben sich nach dem Schema einer einfach dominierenden Eigenschaft.

Diabetes mellitus hat keine Wirkung auf die erbliche Uebertragung von orthoglykämischer Glykosurie.

Diabetes mellitus und orthoglykämische Glykosurie dürften verschiedenen Ursprunges sein. Arnold Hirsch, Berlin.

4617.

Taylor, S., Erkältung. (West London Med. J., 34., Nr. 2.) Gemeint ist die alltägliche, leichte Erkältung, die eben wegen ihrer geringfügigkeit und kurzen Dauer nur selten Gegenstand ärztlicher Behandlung wird, dabei aber zahlenmäßig alle anderen Infektionen, selbst die epidemische Influenza, übertrifft. T. definiert sie als infektiöse fieberhafte Erkrankung von akutem Verlauf, charakterisiert durch katarrhalische Affektionen der Schleimhaut des Nasopharynx und seiner Abzweigungen. Das Fieber endet meist lytisch nach drei bis vier Tagen. Die Erkältung ist in Städten wie London geradezu endemisch. Gipfel der Exazerbation zeigen sich besonders zu Beginn des Herbstes. Kein Lebensalter (vielleicht das Säuglingsalter ausgenommen) ist frei davon. Einzelne Individuen und ganze Familien werden besonders oft befallen. Ueberstehen eines Anfalles gibt keinen Schutz, sondern schafft im Gegenteil Prädisposition für neue Attacken. Die Inkubation beträgt zwei bis drei Tage.

T. ist überzeugt, daß wenigstens für London der (oder die) Erreger (Micrococcus catarrhalis und andere) in dem Dunst der Abwasserkanäle zu suchen ist und will an drei ganz bestimmten Abzugsschächten der Londoner Straßen wie in einem Experiment dieses an sich selbst und anderen Patienten nachgewiesen haben. Verbreitet wird diese Infektion durch Einatmung bei dichtgedrängten Menschenansammlungen, wie sie in Großstädten vorkommen. Therapeutisch empfiehlt T. reichliches Trinken von Gerstenwasser, Tee, heiße Milch, Fruchtsäfte und Dowersches Pulver sowie, wenn irgend möglich, Bettruhe. Will oder kann Patient letztere nicht

durchführen, so gibt T. Irrigationen der Nase und des Rachens mit zweiprozentiger warmer Karbolsäurelösung.

Zegla.

4618.

Goedel, A., Idiopathische diffuse Oesophagushypertrophie. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 30.) (Prosektur des Kaiserin-Elisabeth-Hospitals in Wien.) Bei der Obduktion eines an Sepsis verstorbenen Mannes wurde als Nebenfund eine außerordentliche Verdickung des Oesophagus festgestellt. Der Oesophagus zeigte sich als ein starres, gestreckt verlaufendes Rohr mit einem äußeren Umfang von 7 cm und einem knapp 1 cm im Durchmesser gehaltenen Lumen. Die Verdickung der Speiseröhre war durch Hypertrophie der Muskulatur, und zwar von allem der Ringmuskulatur bedingt histologisch waren nirgends entzündliche Veränderungen oder deren Residuen in der Oesophaguswand nachweisbar. Der Träger dieser Veränderung hat niemals Erscheinungen eines spastisch-funktionellen Hindernisses gezeigt, überhaupt haben Störungen von seiten des Oesophagus gefehlt. Auch die von anderer Seite beschriebenen Fälle von idiopathischer Oesophagushypertrophie sind durchwegs Zufallsbefunde bei Sektionen.

Maslowsky.

4619.

Guthrie, R. H., Ueber Pellagra. (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Im psychopathischen Hospital Boston wurden 14 Fälle von Pellagra in sieben Jahren bis 1928 aufgenommen. Der Vergleich von 6 Alkoholsychosen damit ergab: von den 14 Fällen waren 6 ausgesprochene Alkoholiker 3 machten ständig Diätfehler, 3 lebten unter äußerst dürftigen ökonomischen Verhältnissen; 1 in vorgeschrittenen Jahren hatte Arteriosklerose. Bei einer Frau war lediglich vier Jahre vor dem Einsetzen der Pellagra eine Depression zu verzeichnen. Acht starben und nur fünf heilten oder besserten sich. Diese hohe Mortalität kommt lediglich durch die geistigen Komplikationen, die therapeutische Maßnahmen verhinderten. Alle 14 Fälle zeigten Zeichen von Affektionen des Zentralnervensystems. Die 6 Alkoholsychosen zeigten Diätstörungen, die sich nur durch ihren Grad von den 14 Pellagrakranken unterschieden. Die alkoholische Pseudopellagra ist ein Anachronismus. Das Syndrom der Pellagra muß nicht notwendig eine spezifische Reaktion auf ein spezifisches ätiologisches Agens sein, sondern es ist eine mehr weniger allgemeine Systemreaktion auf eine Anzahl von Faktoren, die die Diät und die Gewohnheiten des Individuums beeinflussen. Große Quantitäten Alkohol lange genommen führen zu Appetitverlust und zu ungenügender Nahrungsaufnahme. Alkohol kann die Absorption und die Assimilation in hohem Grade beeinflussen. Es ist ein interessantes Problem, ob die Pellagrasymptome bei chronischen Alkoholikern durch die schlechte Absorption oder durch die mangelnde Aufnahme von Vitaminen oder durch beides entstehen. Bei Alkoholismus und Pellagra ist die Magensäure vermindert oder fehlt. Dies betonen namentlich diejenigen, die die Pellagra für eine Infektionskrankheit halten, eben weil der Magen seinen natürlichen Schutz gegen Bakterieninvasion verloren hat. Aber gerade der Appetitverlust erklärt die Ursache der Pellagrasymptome bei chronischem Alkoholismus. Noch andere Faktoren spielen bei der Verbindung zwischen Alkoholismus und Pellagra mit, besonders die Verschlechterung der Ökonomie bei Alkoholikern.

v. Schnizer.

4620.

Montague, F., Aetiologische Faktoren des Pruritus. (Med. J. a. Rec., Nr. 2, 1929.) Analyse von 349 Fällen. Die häufigste Ursache war die Koloproktitis; direkte Hautreizung durch die schleimigen Ejekte in 20%. Hierher gehören auch die Fälle, die sonst als durch Konstipation und Diarrhöe verursacht geführt werden. Ebenfalls als primäre Ursache kommt die chronische Analfissur in Frage in 13%. Ferner in 10% die unentdeckten Fisteln und Sinusbildungen; durch die Sekretion entsteht Mazeration. Dann innere Hämorrhoiden mit 7% durch die Hypersekretion von Schleim dabei. In 6% sind allergische Zustände durch gewisse Nahrungsmittel beteiligt, wie Schellfisch, Erdbeeren, gewisse Käse. Stark gewürzte Speisen gehören eigentlich nicht hierher. Ebenfalls in 6% kommen Traumen in Frage: Reiben der Unterkleidung, die Reaktion auf eine Prostatamassage, dann chemische Reaktion durch Leukorrhöe, Anwendung von Lysol oder alkalischen Mitteln in Duschen. In 5% kommen Krypten und häufig damit verbundene Papillitis in Betracht: Mazeration und Reiz durch die Sekretion. Ferner in 4% chronische viszerale Erkrankungen im Becken, wie Ovarialzysten, Prostataerkrankungen. Ebenso häufig ist Prostatprolaps. Mit 3% sind beteiligt Krebs und Strikturen des Rektums. Auch hier kommt die Sekretion bzw. Schleim als Reiz in Frage. Bei Krebs oft das erste verdächtige Symptom. In etwa 2% ist Ovarialdysfunktion schuld. Ebenso häufig Bakterieninfektion. Diabetes ist lange nicht so häufig die Ursache wie man annimmt: in 1%, ebenso wie Thyreoidastörungen und Polypen. Parasiten,

Würmer, Skabiès, Pediküll wirken rein mechanisch. Ebenso aber auch durch ihre Sekrete wirken Epitheliome und Kondylome. In einem Fall eine Rückenmarkserkrankung. Sekundär kommt endlich eine ausgedehnte Fibrosis des Korium in der Analgegend in Betracht: Reiz der Nervenenden durch Kompression.

v. Schnitzer.

4621.

Schreus, Ueber die aktuelle Reaktion im Blute Karzinomkranker und ihre Beeinflussung durch Kohlensäurestauung. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 38.) Verfasser stellt in der vorliegenden Arbeit fest, daß die Ca-Kranken ein im Durchschnitt erhöhtes Blut-pH aber normale oder nur geringgradig erhöhte Werte für die Alkalireserve haben; daß durch säuernde Substanzen zwar die Alkalireserve herabgesetzt, das Blut-pH aber nicht beeinflusst werden kann; daß diese Beeinflussung gelingt durch Erhöhung der CO₂-Spannung der Alveolarluft.

Es wurde ausgeführt, daß durch die Erhöhung des Blut-pH ganz allgemein gesprochen ein Zustand geschaffen wird, der für Entstehung und Ausbreitung des Karzinoms günstig ist, der aber umgekehrt den Körper im Kampfe gegen das Karzinom schwächt. So nahelegend es wäre, hieraus therapeutische Schlüsse in Richtung der willkürlichen Herabsetzung des Blut-pH zu ziehen, so ist zu berücksichtigen, daß die Beeinflussung schwierig ist. Deshalb kann säuernde Therapie allein wenig Aussicht auf Erfolg (Rückgang von Tumoren usw.) haben, wie sich dies praktisch bestätigt hat. Auf Grund obiger Ausführungen kann man eine Erklärung darin suchen, daß eine solche Therapie deshalb unwirksam bleibt, weil sie die Blutreaktion an sich nicht verändert. Andererseits ist es bisher nicht sichergestellt, daß eine Aenderung der Blutreaktion etwa durch CO₂-Behandlung nach der Methode des Verfassers oder Sauerstoff-CO₂-Behandlung nach Fischer-Wasels eine Wirkung besitzen, wenn auch gewisse Erfolge, die bisher erzielt wurden, zur Weiterarbeit ermutigen. Für den Versuch am Menschen ist die Zeit allerdings noch zu kurz und vor allen Dingen die bisherige Technik der Atmungstherapie noch zu unvollkommen, als daß man über den Wert oder Unwert dieser Therapie bereits ein Urteil abgeben könnte.

Arnold Hirsch, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

4622.

Trautmann, Edgar, Topische Diagnostik des Kopfschmerzes. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., Heft 1/3.) Unsere ganze Kopfschmerzuntersuchung fundiert auf Selbstbeobachtung und Exploration. Wir unterscheiden primäre Kopfschmerzlokalisation, Irradiation und Sekundärlokalisation. Als für die Ätiologie spezifisch ist nur das Primärzentrum anzusehen. Die Feststellung des Primärzentrums bzw. die Abschätzung der Irradiation ist die erste Aufgabe unserer Untersuchung. Die Abgrenzung der Irradiation ergibt sich durch Exploration des Zustandes bei geringster Schmerzintensität. Das Schmerzzentrum ist zu untersuchen nach Schmerzcharakter, Schmerzdauer und Irradiation. Von Kopfschmerzformen analysiert Verfasser die Migräne, die traumatischen Kopfschmerzen und das traumatische Stirnhirnsyndrom, die psychisch bedingten Kopfschmerzen, den Kopfschmerz bei vegetativer Neurose. Fehlen zerebrale Begleitsymptome, so sind die Kopfschmerzen als relativ harmlos zu bezeichnen; sind zerebrale Begleitsymptome vorhanden, so wird ihre Bewertung wiederum von lokaler Differenzierung abhängen, entsprechend der funktionellen Bedeutung der einzelnen Hirnregionen. Der Ausbau einer Klinik des Kopfschmerzes scheint nur möglich auf dem Wege und mit den Methoden einer topischen Diagnostik.

Kurt Mendel, Berlin.

4623.

Dorowsky, M. L., Blinzelabwehrreflex. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., H. 1/3.) Der Blinzelreflex ist ein bedingter Reflex höherer Ordnung. Er ist ein kortikaler Reflex, sowohl seinem späten Erscheinen in der Phylogenese als auch seiner Lokalisation nach. Er weist sehr oft Abweichungen auf, fehlt oder ist abgeschwächt auf der gelähmten Seite bei Hemiplegien, besonders bei frischen Fällen, und kann als ein Symptom der Erkrankung gelten. Sowohl bei Hemiplegie als auch bei gesunden Menschen steht das Vorhandensein oder Fehlen des Blinzelreflexes nicht im Zusammenhang mit Vorhandensein oder Fehlen des Kornealreflexes. Der Blinzelreflex fehlt bei Neugeborenen, er tritt beim normalen Menschen erst zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr auf.

Kurt Mendel, Berlin.

4624.

Dumpert, Singultus. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., H. 1/3.) Der Singultus ist wahrscheinlich ein stammesgeschichtlich vorge-

bildeter, jetzt rudimentärer Automatismus. Er geht vermutlich auf die ursprüngliche Funktion der Inspirationsmuskeln bei niederen Wirbeltieren, nämlich auf ein venöses Herz zurück.

Kurt Mendel, Berlin.

4625.

Zand, Nathalie, Bulbäre Oliven bei pathologischen Zuständen. (Revue neur., Jahrg. 35, 2., Nr. 2.) Untersuchung der Oliven bei Paralysis agitans, im Senium, bei Encephalitis lethargica, Tetanus, Infektionskrankheiten, Hirngechwürsten. Bei Paralysis agitans und postenzephalitischem Parkinsonismus besteht die Läsion in Chromatolyse, beim Tetanus in Pyknose und Chromatolyse, bei Hirnarteriosklerose in Degeneration, bei Greisen sind die Oliven nicht immer degeneriert. Die gebeugte Stellung des Rumpfes und Kopfes beruht wahrscheinlich auf einer Insuffizienz der Oliven, der Opisthotonus auf erhöhter Tätigkeit der Oliven oder ihrer Befreiung von den zügelnden Einflüssen der oberen Zentren. Bei Enthirnungsstarre in einem Falle von Enzephalomalazie waren die Oliven normal. Die Zerstörung einer Olive erzeugt das Verschwinden der Enthirnungsstarre der entgegengesetzten Seite.

Kurt Mendel, Berlin.

4626.

Lua, Martin, Piale Dermoidzysten. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., H. 3/6.) 25jähriger Mann starb unter den Erscheinungen eines Hirntumors. Die Autopsie ergibt im Schädelinnern zwei Dermoidzysten; sie hingen an der Hirnbasis in der Gegend der Substantia perforata anterior. Durch die ihnen beiden zum Teil gemeinsame Zotte miteinander zusammen. Eine dritte Zyste wurde am gleichen Orte erst bei der histologischen Untersuchung entdeckt. Der Inhalt der einen Zyste war in den dritten Ventrikel durchgebrochen und hatte das Ventrikelsystem mit Fettmassen fast ganz gefüllt. Das Fett hatte sich des weiteren in den Subarachnoidalraum des Hirns und Rückenmarks ergossen und war schließlich, noch zu Lebzeiten des Kranken, im Lumbalpunktat erschienen. Als Prodromalsymptome der Hirntumoren hatte Patient — schon in der Schulzeit — Kopfschmerzen, epileptische Anfälle, dann Depressionen und isolierte Trugwahrnehmungen, Angstzustände. Im weiteren Krankheitsverlauf zeigten sich Parkinson-Symptome als Lokalerscheinung seitens der Stammganglien.

Kurt Mendel, Berlin.

4627.

Guttmann, E., und H. Spatz, Meningiome des vorderen Chiasmawinkels. (Nervenarzt, 2., H. 10.) Die Meningiome des vorderen Chiasmawinkels stellen keine Seltenheit dar. Sie bilden eine wohl charakterisierte Gruppe von Hirntumoren. In einem bestimmten Stadium sind sie erkennbar an einer meist ziemlich langsam und asymmetrisch entstehenden Sehstörung mit bitemporaler Hemianopsie und primärer Optikusatrophie, ohne Erscheinungen von seiten der Hypophyse. Die Differentialdiagnose gegenüber den Tumoren der Hypophyse und des Hypophysenstiels ist von großer praktischer Wichtigkeit. Eine operative Therapie ist unbedingt notwendig; die Chancen sind trotz der zentralen Lage im Schädel nach den Erfahrungen von Cushing und Sargen nicht schlecht. Sogar eine erhebliche Besserung der Sehstörung ist möglich.

Kurt Mendel, Berlin.

4628.

Bertrand und Chorobski, Rindenläsionen bei postenzephalitischem Parkinsonismus. (Revue neur., Jahrg. 36, 2., Nr. 2.) Sechs Fälle werden mitgeteilt. Bei den Veränderungen in der Hirnrinde bei postenzephalitischem Parkinsonismus herrscht der Typus der akuten Schwellung Nissls vor. Letztere findet sich in der ganzen Ausdehnung der Rinde, besonders aber in den oberflächsten Lagen (Lage 3 von Brodmann). Die Disposition und Rarefaktion der Zellen erinnert sehr an die Bilder bei der Dementia praecox. Es existieren alle Übergänge der akuten Form der Enzephalitis und den Parkinsonformen. Sehr wahrscheinlich bleibt das Virus, wenn auch sehr abgeschwächt, in der Tiefe der Nervenzentren; es ist größtenteils schuld an den neuroanglionären Läsionen. Am Striatumsystem überwiegen die Alterationen der grauen Zentralkerne.

Kurt Mendel, Berlin.

4629.

Haase, Ernst, Autoptische Befunde nach Gehirnerschütterung. (Med. Welt, Nr. 36, 1929.) Bei zwei Patienten, die ein Hirntrauma durchgemacht haben, das klinisch als Gehirnerschütterung imponierte, bei denen die schweren Erscheinungen der ersten Zeit fast völlig zurückgingen und insbesondere keine nennenswerten organisch-neurologischen Veränderungen zurückblieben, sondern sich nur Störungen psycho-nervöser Art zeigten, konnten nach an interkurrenter Erkrankung erfolgtem Tode schwere Hirnveränderungen, vor allem Erweichungsherde an den Stirn- und Schläfenpolen nachgewiesen werden. Diese Beobachtung mahnt, bei post-

komotionellen psycho-nervösen Beschwerden mit der Annahme einer reinen Psychogenie zurückhaltend zu sein.

L. Gordon, Berlin.

4630.

Bostroem, I., Psychische Symptome bei Hirntumoren. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., H. 3/6.) Je komplexer die psychischen Erscheinungen sind, um so weniger kommen sie als diagnostische Kriterien in Betracht; je einfacher sie werden, um so eher kann man sie eventuell verwerten. Für die oft irreführende Mehrdeutigkeit mancher psychischer Symptome ist z. T. der Umstand verantwortlich zu machen, daß man äußerlich ähnliche Zustandsbilder unter einem gemeinsamen Schlagwort zusammengefaßt und einheitlich verwandt hat (Witzelsucht). Vermeidet man das, so erhöht sich der Wert dieser Syndrome, ohne daß es zweckmäßig erscheint, hier von Lokalsymptomen zu reden, schon weil verhältnismäßig große Gebiete des Gehirns beeinträchtigt sein müssen. Einen nicht zu unterschätzenden Wert als Lokalsymptom haben dagegen die grob organisch bedingten elementaren Sinnestäuschungen, von denen die Geruchshalluzinationen eine besondere Beachtung verdienen; sie weisen auf den inneren Schläfenlappen (Uncus) hin. Psychische Störungen wird man mit Vorsicht, aber dann mit Vorteil zur Hirntumordiagnose heranziehen können.

Kurt Mendel, Berlin.

4631.

Pette, H., Diffuse meningeale Hirn- und Rückenmarksgeschwülste. (Dtsch. Nervenheilk., 109., H. 3/6.) Für die Diagnose der diffusen meningealen Hirn- und Rückenmarksgeschwülste ist folgende Symptomentrias ausschlaggebend: 1. meningeale Reizsymptome (epileptiforme Anfälle, psychische Anomalien, Nackenteiligkeit), 2. Ausfallserscheinungen seitens basaler Hirnnerven (N. II, III, VI, VII, VIII usw.) sowie spinaler Wurzelnerven (Areflexi, Paresen), 3. Nachweis von Tumorzellen im eiweißhaltigen Liquor. Außerdem kommen gelegentlich anfallsweise Zustände tonische Krämpfe mit Bewußtseinsverlust und Atemstörungen), die auf einen Prozeß in der hinteren Schädelgrube schließen lassen und daher zu Fehldiagnosen Anlaß geben können, vor. Diese Zustände beruhen auf akut einsetzenden Störungen innerhalb des Liquorkreislaufs.

Kurt Mendel, Berlin.

4632.

Dahmer, Carl Friedrich, Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., H. 3/6.) Vier Fälle werden mitgeteilt. Die Röntgenstrahlentherapie der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren kann eine deutliche Besserung der örtlichen und allgemeinen Hirnsymptome hervorbringen; in einem Falle war die Besserung sogar überraschend gut. Aber auch die Strahlentherapie birgt Gefahren in sich (Fall I: nach der Bestrahlung starke Kopfschmerzen, Somnolenz, Exitus).

Kurt Mendel, Berlin.

4633.

Nonne, M., Tumoren am Zentralnervensystem. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., Heft 3/6.) N. bespricht atypisch verlaufende Fälle von extrazerebralen, extra- und intraduralen Tumoren des Hirns und Rückenmarks, atypisch verlaufende Fälle von Hypophysentumor, von Aneurysmen der A. basilaris. In manchen Fällen kann auch die Liquoruntersuchung versagen bei der Differentialdiagnose zwischen komprimierendem Tumor, Meningo myelitis und multipler Sklerose. Die Diagnose auf Tonustumor und Kaudatumor wird besonders häufig nicht gestellt, dafür Ischias, Rheumatismus, Myositis, Tabes usw. angenommen. Die Lipidolprobe ist von Wert für die Lokaldiagnose und insbesondere für die Differentialdiagnose zwischen Lokalisation am Konus und in der Kauda. In den letzten zwei Jahren sah Verfasser vier Fälle, in denen sich Fibroendeliome am Hals- und Dorsalmarks und am Konus nach einem lokalen Trauma entwickelten. Das gibt bezüglich der Frage Tumor oder Trauma zu denken.

Kurt Mendel, Berlin.

4634.

Astwazaturow, M., Beseitigung extrapyramidalen Akinetischen. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., Heft 3/6.) Sowohl die spontaneitümmer als die Krämpfe der Parkinsonkranken können gelegentlich durch verschiedene Bewegungskunstgriffe beseitigt werden. Ihrem Wesen nach bestehen diese Kunstgriffe darin, daß sie eine Änderung in der den akinetischen und hypermetrischen Störungen zugrunde liegenden pathologischen „Spannungsverteilung“ herbeiführen. Das kann auf verschiedene Weise geschehen: 1. Die für eine bestimmte Bewegung der willkürlichen Kontraktion entzogene Muskulatur kann dadurch „aktiviert“ werden, daß ihr eine andere, dem Kranken zugängliche Bewegung vorausgeschickt wird. 2. Der beim extrapyramidalen Krampf der willkürlichen Entspannung entzogene Muskel kann durch eine schlaffende Wirkung der willkürlichen Kontraktion seines Antagonisten entspannt werden. 3. Die krampfartige Spannung eines

Muskels, welche durch willkürliche Anstrengung nicht beseitigt werden kann, kann durch einen automatischen Mitbewegungsakt überwältigt werden.

Kurt Mendel, Berlin.

4635.

Serebrianik, B., Kältelähmung. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 109., Heft 3/6.) Bei den Erkrankungen des peripheren motorischen Neurons (Syringomyelie, amyotrophische Lateralsklerose, progressive spinale Muskelatrophie, Amyotrophie Charcot-Marie, Neuritis, Polyneuritis) wird manchmal die sogenannte Kältelähmung beobachtet. Sie besteht in der nach Abkühlung der erkrankten oberen Extremitäten eingetretenen Lähmung einiger Muskelgruppen, die in Wärme nur paretisch sind. Für die Hervorrufung dieses Phänomens ist es genug, die obere Extremität im Wasser von 8 bis 12° 15 bis 20 Minuten lang anzukühlen. Man kann einige Typen von Kältelähmung abgrenzen, je nachdem welche Muskelgruppen bei der Abkühlung schwächer werden. So wurden Lähmungen in Interossealmuskeln, in Muskeln des Thenar, Musculus adductor pollicis und Musculus extensor digiti communis beobachtet. Mit den Erscheinungen der Kältelähmung treten die Veränderungen der galvanischen Muskelelektroden auf, die denjenigen der EaR. analog sind. Die Erscheinungen der Kältelähmung treten in Muskeln auf, die direkt einer Abkühlung ausgesetzt sind, und müssen durch Einwirkung entweder auf den Muskel oder auf die Nervenendigungen oder aber auf die intramuskulären Blutgefäße erklärt werden. Den ganzen Effekt der Abkühlung auf Kreislaufstörungen zurückzuführen, erscheint nicht möglich, da in der Mehrzahl der Fälle vasomotorische Störungen fehlten oder wenig ausgesprochen waren.

Kurt Mendel, Berlin.

4636.

Klimke, Wilhelm, Meralgia paraesthetica. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., Heft 1/3.) Verfasser bespricht Wesen und Entstehungsursache der Bernhardschen Krankheit. Es handelt sich bei ihm um eine selbständige (primäre) Erkrankung des Nervus femoris cutaneus externus, für die in erster Linie eine mechanische Schädigung des Nerven (durch Druck oder Zug) ätiologisch in Frage kommt neben Schädigungen durch thermische Einflüsse, Infektionskrankheiten, Intoxikationen und Autointoxikationen. Gelegentlich ist aber die Meralgia paraesthetica sekundär ein Symptom einer anderweitigen Nervenkrankheit (Tabes, Hämatomyelie, intermittierendes Hinken) oder einer arthritischen Lendenwirbelveränderung. 3 Fälle werden mitgeteilt, alle mit mechanischer Genese. Therapie: Beseitigung der mechanischen Schädlichkeiten, Schonung, bei Senkfußbildung Einlagen; als letztes Mittel kommt Resektion oder Dehnung des Nerven in Frage; bei Erkältungen Wärmeapplikation (Heizkissen, Diathermie); schließlich wird faradischer Strom empfohlen.

Kurt Mendel, Berlin.

4637.

v. Weizsäcker, V., Rechtsneurosen. (Nervenarzt, 2., Heft 10.) Die Neurosen der Entschädigungs- und Versorgungsberechtigten haben die Bedeutung einer Volksseuche angenommen. Es genügt nicht, erkannt zu haben, daß die Renten neurosen psychogen und nicht, wie Oppenheim wollte, somatogen sind. Es ist bezeichnend für die neurotische Zielsetzung, daß sie das, was sie bewußt erlebt und erstrebt, nicht eigentlich meint. Der Kranke spricht von Rente, aber er meint sein Recht. Gewiß ist der Stoff der Wünsche auch die Rente, aber die Kräfte, welche den Rentenkampf treiben, sind die des Rechthabens. Statt „Rentenneurose“ sollte man „Rechtsneurose“ sagen. Offenbar fühlt der Rechtsneurotiker nicht nur „das Recht“, sondern seinen persönlichen Wert beeinträchtigt. Die Psychoanalyse wirkt hier psychogenetisch aufklärend: die gesuchten Energien und die Verstöße gegen die Vernunft stammen aus dem Aufbau des ersten Lebensjahrzehntes, aus den Bindungs- und Trennungskräften, die zwischen Kind und Eltern (Erziehern) walten. Es ist durchaus möglich, die im schwebenden Rechtsverfahren befindliche Neurose erfolgreich zu behandeln. Verfasser verfährt wie folgt: In einer ersten Periode wird der Neurotiker nur als Kranker behandelt, genau wie andere Neurotiker auch. In dieser Periode muß ein kräftiges bewußtes Vertrauen zum Arzt und eine unbewußte Bindung an ihn gestiftet werden. In einer zweiten Periode, spätestens nach 10 bis 14 Tagen, beginnt die Erörterung der Rechtsaussichten mit dem Patienten und damit die Gefährzone; Verfasser erklärt dem Kranken, wie weit er in seinem Gutachten für des Patienten Ansprüche eintreten kann, wie weit nicht; er erklärt, daß er bei Verfolgung des Instanzenweges so gut wie sicher nicht mehr, eher weniger erreichen würde, denn das fruchtlose Prozessieren würde den Patienten vollends ruinieren. Dann folgt sofort die dritte Periode: die endgültige Beendigung des Rechtsverfahrens; Verfasser bestellt sämtliche Instanzen (Vertreter der Gegenpartei, Angehörige usw.) und läßt den endgültigen Vergleich abschließen.

„Gelingt dies, so sind oft in derselben Minute die Restsymptome verschwunden, ein Beweis, daß dieser Restbestand eine Folge des Rechtsdruckes war und nicht anderer Motive der Neurose. Es wäre äußerst irrtümlich, daraus zu schließen, daß also doch das Begehren nach Entschädigung an allem schuld war.“ Im übrigen ist ein Rechtsbegehren ebenso krankhaft wie etwa ein sexuell perverives Begehren oder eine Kleptomanie. Die Behauptung von der neuropathischen Konstitution der Rechtsneurotiker ist sehr schlecht begründet. Die Rechtsneurosen sind soziale Krankheiten und ein Gegenstand der sozialen Medizin. Kurt Mendel, Berlin.

4638.

Rakonitz, E., **Pupillenreaktionen bei Myasthenie.** (Mschr. f. Psych., 73., Heft 5/6.) Verfasser fand bei 2 Myasthenikern — und nur bei diesen — ein Fehlen der Konvergenznachverengung, d. h. die durch künstliches Licht verengte Pupille verengert sich bei anhaltender künstlicher Belichtung durch gleichzeitige Konvergenz nicht mehr. Es handelt sich dabei nicht etwa um eine myasthenische Ermüdungsreaktion. Die Ursache des Fehlens der Konvergenznachverengung bei Myasthenie ist in den Sphinkter pupillae zu versetzen, auch für die glatte Muskulatur und somit auch für den Sphinkter pupillae ist eine myasthenische Schwäche und Erschöpfbarkeit zu beanspruchen. Kurt Mendel, Berlin.

4639.

Kaminsky, S. D., **Krokodilstränen.** (Dtsch. Z. Nervenheilkunde, 110., Heft 1/3.) 2 Fälle werden mitgeteilt, in denen auf einen Geschmacksreiz, bei Kauen von etwas Eßbarem auf der Seite der peripheren Fazialislähmung ein Tränenfluß auftrat. Geschmackloser Stoff ruft das Tränen nicht hervor, desgleichen nicht Schmerzreize an der Zunge. Verfasser ist der Ansicht, daß dies „Krokodilstränensymptom“ (gustolakrimaler Reflex) im latenten Zustand vorhanden ist und auf Grund eines pathologischen Prozesses (periphere Fazialislähmung) oder bei Person mit kongenital schwachen Hemmungssystemen in Erscheinung tritt. Die Grundbedingung für das Auftreten dieses Reflexes ist eine erhöhte Erregbarkeit der tränensekretorischen Bahn. Kurt Mendel, Berlin.

4640.

Stiefler, Georg, **Alopecia universalis bei Polyneuritis.** (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., Heft 1/3.) 2 Fälle von Polyneuritis mit gleichzeitigem Vorkommen einer universellen Alopezie, die nicht nur das Kopfhaar, sondern auch die anderen behaarten Körperstellen betrifft. Die Alopezie setzte mit der Polyneuritis ein und schwand mit ihr wieder. Es handelt sich um eine rein neurotische Alopezie als Ausdruck einer Störung der vegetativen Funktion der Haut bzw. des Haarapparates als Folge des polyneuritischen Prozesses, wodurch die sensiblen und vasomotorischen Leitungsbahnen geschädigt wurden, welche die trophischen Impulse der Haut vermitteln. Kurt Mendel, Berlin.

4671.

Silbermann, J., und E. Stengel, **Angiom und Syringomyelie.** (Mschr. f. Psych., 73., Heft 5/6.) 2 Fälle von Hämangiom, kombiniert mit Syringomyelie. Der erste Fall zeigt eine initiale Syringomyelie und ein venöses Angiom in Verbindung mit dem Plexus chorioideus des linken Seitenventrikels. Die Plexus chorioidei beider Seitenventrikel weisen Gefäßmißbildungen auf. Unter den Symptomen des Gefäßtumors ist vor allem ein periodisches Schwanken der Intensität der Symptome zu verschiedenen Tageszeiten hervorzuheben. Es wird eine Beziehung zwischen den vom Mesoderm ausgehenden Mißbildungen bei echter Syringomyelie und den angiomatösen Prozessen angenommen. Der zweite, nur klinisch beobachtete Fall zeigt eine Kombination von kapillärem Hämangiom mit Symptomen einer beginnenden Syringomyelie und Syringobulbie. Das gemeinsame Vorkommen von echter Syringomyelie mit Angiomatosis des Zentralnervensystems ist bisher nicht endgültig erwiesen. Kurt Mendel, Berlin.

4642.

Eisinger, K., und P. Schilder, **Träume bei Labyrinthläsionen.** (Mschr. f. Psych., 73., Heft 5/6.) Verfasser studierten die Träume von Patienten mit peripheren Labyrinthläsionen. Im Traume dieser Patienten treten alle Arten von Bewegungen und von Schwindel auf. Die Patienten erleben auch Bewußtseinsstörungen in ihren Träumen, auch Heiß- und Kaltwerden als Ausdruck vasomotorischer Erregungen, ferner eine Fülle von optischen Erscheinungen (Vielheit von Figuren); bestimmte Inhalte scheinen in den Vestibularsträumen besonders bevorzugt zu werden: Tiere, Aeroplane, Eisenbahnzüge, Wagen, Regen, Dampf, Leichenzüge, Sterben, Operationen usw. spielen eine wichtige Rolle. Verfasser glauben, daß bei der größeren Bildsamkeit des Traumenmaterials die Einwirkung des Vestibularreizes auf das optische Erlebnis besonders deutlich wird, ferner, daß es bestimmte Beziehungen

zwischen organischen Strukturen und seelischen Inhalten bestimmter Art gibt. Kurt Mendel, Berlin.

4643.

Gregg, Donald, **Avitaminotische Depressionen.** (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Gregg will die Beziehungen zwischen Unterernährung und gewissen Depressionsformen beleuchten. Er erinnert daran, daß Thomas die Avitaminose als Faktor bei *Demencia praecox* erwähnt hat und Shattuck das Korsakoff-Syndrom als eine Form von Beriberi durch Unterernährung nach längerem Alkoholismus auffaßte. Eine Depression kann durch vielfache Faktoren ausgelöst werden durch das Einsetzen einer physischen Erkrankung, wie Krebs, Myokarditis, Nephritis, Arteriosklerose. Viele sind sich des Einsetzens eines malignen Zustandes Monate vor dem Auftreten der klinischen Symptome bewußt. Dann Folge der physischen Erschöpfung nach einer Geburt, längerem Stillen, chirurgischen Operationen, Infektionen. Endlich längere Anstrengungen, Ermüdungen. Dazu kommt aber noch ein anderes Element eine kongenitale Disposition, schlechte Drüsenfunktion (über beides wissen wir wenig) oder eine erworbene Prädisposition infolge der Unterernährung, wie man sie gerade motorisch und sensorisch bei Beriberi sieht. Nun findet man Unterernährung bei Ptoptikern, solchen die viel und lange mit Laxantien arbeiten, bei stimmte unzweckmäßige Diät einhalten, die keine Zähne oder Gallenblasenerkrankung haben, Erschöpfte aller Art, solche, die infolge Erregungen keinen Appetit haben, solche mit Phobien. Meist findet man diese falsche Ernährung vor den mentalen Symptomen; sie wird nur nach deren Auftreten der dominierende Faktor. In manchen Gegenden sieht man die meisten Depressionen vor dem Auftreten der frischen Gemüse. Kurz alle diese Depressionen sind lediglich bedingt durch Vitaminmangel. „Die Kunst zu leben besteht darin, richtige Schlüsse aus ungenügenden Daten zu ziehen.“ v. Schnitzer.

Psychologie und Psychopathologie

4644.

Heuyer, S., und Serin, **Notwendige Maßnahmen für anormale Kinder. Organisationsplan.** (Arch. Méd. Enf., 31., H. 10.) Der neuesten Statistik zufolge gibt es in Frankreich rund 50 000 anormale Kinder. 30 000 davon sind noch erziehbar. 86% der in Jugendgerichtshöfen zugeführten Kinder hat Abnormitäten des Charakters und der Intelligenz. Vagabunden und Verbrecher, die der Gesellschaft zur Last fallen, rekrutieren sich aus dieser Gruppe von Delinquenten. Also hat die Gesellschaft das größte Interesse daran, sich gegen diese Individuen zu schützen. Verfasser beklagen die mangelhafte Fürsorge für solche Kinder in Frankreich und stellen demgegenüber die mustergültige Organisation in Deutschland, die in der Arbeit entworfenen Organisationsplan werden die entsprechenden Einrichtungen in Deutschland, wie Jugendämter, Vormundschaftsgerichte, Hilfsschulen und Fürsorgeheime als Vorbild hingestellt. Auch in andern Ländern gibt es ähnliche Einrichtungen, „nur Frankreich stehe hinten an“. Einen gewissen Mangel der Organisation bei uns in Deutschland sehen Verfasser darin, daß die betreffenden Individuen vom 21. Jahr ab sich frei bewegen dürfen, während es doch immer eine gewisse asoziale Gruppe gäbe, die für ihr ganzes Leben überwacht gehörten. Beck, Tübingen.

4645.

Laignel-Lavastine, M., und H. M. Fay, **Die Aetiologie der Folie morale.** (Paris méd., Nr. 34, 1929.) Man betrachtet die Folie morale, die perverse Psychose zu häufig als Krankheitszustand, während sie eher ein Syndrom ist. Die perverse Konstitution ist ein angeborener Zustand, charakterisiert durch eine Schwäche der ethischen Anlage, die die Anpassung des Individuums an die sozialen und moralischen Forderungen seiner Umwelt erschweren. Dies ist die eigentliche moralische Deblität. Diese Individuen sind erziehbar, wenn es gelingt, ihnen das Interesse für moralische Akte beizubringen. Schlechte Erziehung, äußere Umstände, emotionale Störungen, Leidenschaften können diese Anpassung behindern und zu einer rapiden Entwicklung von Perversionen führen. Man fälschlicherweise instinktiv nennt und die schwer oder gar nicht mehr zu korrigieren sind. Man muß aber dabei betonen, daß Emotionen auch bei Normalen, bei denen die ethischen Tendenzen stark entwickelt sind, Perversionen auslösen können. Dies sind dann erworbene Perversionen. Die sexuellen Perversionen haben Hypermotiven in der ethischen Sphäre nehmen immer häufiger Ausgang in emotiven Schocks. Die moralische Deblität ist die Gesamtheit des moralischen Defektes; bei der Folie morale sind eine oder mehrere Teile der moralischen Sphäre defekt. Aetiologisch unterscheidet man einmal konstitutionelle, dann toxische

Ursachen. Beide fallen oft zusammen. Als Ursachen der ersteren sind zu erwähnen der Heredoalkoholismus, der besonders Nervenzelle trifft und die Heredosyphilis, der man aber in solchen Fällen mit der spezifischen Behandlung begegnen kann. Dann die epidemische Enzephalitis, die in ihren chronischen Formen besonders beim Kinde antisoziale Reaktionen hervorrufen kann. Man unterscheidet drei Formen. Diebstähle, Zornaktionen, Herumstreichen, Lügen, sexuelle Erscheinungen, die alle den Stempel des Puerilismus tragen mit hypomanischer Erregung. Durch unterscheiden sich diese impulsiven Kranken von den institutionellen Perversen. Dann moralisch Debile, die durch die Enzephalitis verschlimmert wurden. Endlich erworbene Persersionen durch die Enzephalitis. Endlich kann Ursache sein eine Erkrankung im inneren Drüsensystem. Also eine Insuffizienz der Hypophyse. Oder eine Insuffizienz der Hoden. Sie erklärt die vielen Anomalien gewisser Greise, die nicht dement sind, zahlreicher Infantiler und mancher weiblicher Naturen. Manchmal man Erfolg durch eine entsprechende endokrine Behandlung. Man muß sich vor Einleitung der Behandlung vergewissern, die sexuelle Inversion nicht lediglich Resultat einer emotiven Erkrankung ist. Denn dann schadet die Drüsenbehandlung. Endlich nimmt die Thyreoidieinsuffizienz in Betracht. Hier ist die morsche Insuffizienz Folge der intellektuellen. v. Schnitzer.

Spezielle und gerichtliche Medizin

4646.

Heffer, J. M., und R. J. Judelowitsch, **Biochemische Veränderungen im Organismus bei Ermüdung.** (Ter. Arch.-russ., Heft 2, 1929.) (Biochemisches Laboratorium des Obuch-Institutes Erforschung der Berufskrankheiten, Moskau.) Verfasser stellten Untersuchungen an zwei Gruppen von Chauffeuren an: 1. Auto- und 2. Lastwagenchauffeure, bei denen bekanntlich sowohl Charakter als auch das Tempo der Arbeit erheblich verschieden sind. Morgens vor der Arbeit wurde das Blut und der Harn untersucht. Bei den Autobuschauffeuren ergab sich unter dem Einfluß der Arbeit ein Sinken der Alkalireserve und eine Steigerung des Phosphorgehaltes des Blutes. Analoges Verhalten sahen Verfasser bei geistigen Arbeitern (Lehrern). Bei den Lastwagenchauffeuren veränderten sich dagegen die Alkaliereservewerte nicht. Der Harnsäure- und Phosphorsäuregehalt im Harn ist bei Chauffeuren der ersten Gruppe nach der Arbeit gesteigert. Bei der zweiten Gruppe ändert sich der Harnsäuregehalt nach der Arbeit kaum, dagegen steigt der Phosphorsäuregehalt bedeutender, bei der ersten Gruppe. Es ist also anzunehmen, daß die Tätigkeit der Autobuschauffeure im Vergleich zu der der Lastwagenchauffeure den Organismus mehr ermüdet, wobei sie vorwiegend das Nervensystem einwirkt. E. Kontorowitsch.

4647.

Haldimann, J., **Beitrag zum Studium der Anilinvergiftung.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 33, 1929.) Beschreibung eines schweren Anämie progressiven Charakters, der zum Tode führte, ohne jemals die Merkmale einer essentiellen perniziösen Anämie darzubieten. Diese Anämie hat sich bei einem Fabrikarbeiter entwickelt, in den Jahren, die einem schweren Unfall durch Anilinvergiftung folgten. Daß Anilin darf also hier als die wirkliche Ursache dieser Anämie angesehen werden. Die hier mitgeteilte Beobachtung ist demnach ein Beitrag zum Studium der Wirkung dieses Gift verursachten chronischen Vergiftungen. Held.

4648.

Ranzi, E., und P. Cartellieri, **Zur Kasuistik der elektrischen Unfälle.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 25/27, 1928.) (Chirurg. Universitätsklinik Innsbruck.) Bericht über 20 Fälle von elektrischen Unfällen. Auch diese Fälle zeigen, daß nicht allein die Spannung des Stromes maßgebend ist für die Art und Weise des Zustandesmerkmals der elektrischen Verletzung. Die Widerstände, die der Strom beim Durchtritt zu überwinden hat, sind ein zweiter, ebenso wichtiger Faktor. Der Widerstand der Unterlage, auf welcher der Verletzte steht, ist von großer Bedeutung. Bei guter Erdung kann der Strom von geringer Spannung tödlich wirken, bei schlechterer noch gespannter Strom vollständig unschädlich sein. Die Therapie ist eine konservative, nur bei lebensgefährlichen Komplikationen (Entzündung, Infektion) kommen operative Maßnahmen in Betracht. In einem Falle wurden wiederholte Bluttransfusionen mit gutem Erfolg angewendet. Maslowsky.

4649.

Zangemeister, W., **Begutachtung in Alimentationsproben.** (Zbl. Gynäk., Nr. 42, 1929.) Nach den Erfahrungen des Ver-

fassers gestattet der Reifegrad des Neugeborenen ein wenn auch beschränktes Urteil über den Konzeptionstermin und den Beginn der Schwangerschaft. Unter den Reifezeichen ist in erster Linie die Körperlänge des Neugeborenen zu beachten, da dieselbe am wenigsten variiert. Weiter ist zu beachten, daß bei einem eben reifen Kind von 48 bis 53 cm Länge die Empfängnis in einem Zeitraum zwischen 242 und 302 Tagen vor der erfolgten Geburt stattgefunden haben kann. Ferner gibt es noch eine zeitliche Zone von etwa 21 Tagen unterhalb und oberhalb dieser Grenzen, innerhalb deren die Empfängnis zwar mehr oder weniger unwahrscheinlich, jedoch nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht absolut ausgeschlossen erscheint. Gewisse andere, zweifelsfrei feststehende Anhaltspunkte, wie Zeugungsunfähigkeit u. a., sind bei der Beurteilung mit zu werten. Im übrigen bleibt die Auslegung des Begriffs „Offenbar unmöglich“ Sache des Gerichts. Im Rahmen dieser Auslegung hat der ärztliche Gutachter seine sachlichen Ausführungen zu machen. Schwaab, Hamburg.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

4650.

Dörner, P. H., **Die Wirkung des ultravioletten Lichtes auf das Blut.** (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 7, 1929.) (Nordwestern University Medical School, Chicago.) Untersuchungen über die Wirkung des ultravioletten Lichtes auf die Blutzellen und das Blutplasma. Die Bestrahlung wurde mit einer Lampe ausgeführt, die bei 70 Volt und 3,6 Amp. ein Spektrum zwischen 8000 und 2200 Angström-Einheiten aussendet. Bestrahlungszeit beginnend mit 2 bis 3½ Minuten, steigend bis zu 15 Minuten. — Während viele Autoren eine Vermehrung der Erythrozyten nach Ultraviolettbestrahlung annehmen, fand Verfasser bei partieller Bestrahlung in etwa der Hälfte der Fälle, bei Allgemeinbestrahlung in der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung derselben. Die weißen Blutzellen verhalten sich verschieden, je nachdem es sich um gesunde oder kranke Versuchspersonen handelt. Bei Gesunden steht einer Vermehrung eine annähernd gleich häufige Verminderung gegenüber. Bei Kranken fand sich bei partieller Bestrahlung am häufigsten ein Anstieg der Lymphozyten, weniger deutlich ein solcher der Leukozyten. Diesen Fällen stehen aber solche mit Verminderung derselben gegenüber. Bei Allgemeinbestrahlungen waren die Resultate ähnlich, aber noch weniger eindeutig. Die Gerinnungszeit war in den meisten Fällen verkürzt. Die Blutplättchen waren stark vermehrt. Kirschmann.

4651.

Lovisatti, N., **Antagonistische Strahlenwirkung auf die Haut.** (Arch. di Radiol., 11, 1929.) Die antagonistische Wirkung der Wärmestrahlen und des Ultraviolett auf die Haut ist ein Phänomen, welches seine Erklärung aus der Anatomie und Physiologie findet. Die hyperämisierende Wirkung der Wärmestrahlen mit den sie begleitenden Phänomenen vermindert die Tiefenwirkung der aktinischen Strahlen, verhindert so die Parese der Gefäße und der Zellen des Stratum mucosum interpapillare, wodurch das Ultraviolett erythem gemildert wird. Damit sich diese Milderung auswirken kann, ist es nötig, daß die Hyperämie bereits während der Ultraviolettbestrahlung besteht. J. Kottmaier, Mainz.

4652.

Medovikow, P. S., und E. J. Sorkin, **Ueber Veränderungen der Allergie unter dem Einfluß der Strahlenenergie.** (Paediatrica [russ.], 13., Heft 2, 1929.) (Kindersanatorium Eupatoria, Krim.) An bestrahlten Hautpartien zeigt sich bei wiederholter Pirquetisierung eine Abnahme der Reaktionsstärke; an Hautstellen dagegen, die gegen die natürliche Sonnenbestrahlung geschützt wurden, fiel die zweite Reaktion in bezug auf Ausdehnung, Intensität und Infiltration stärker aus als die erste. Die Sonnenstrahlung ist nach Ansicht der Verfasser ein mächtiger Förderer der immunbiologischen Abwehrvorgänge im kindlichen Organismus. Andererseits wirkt die Beobachtung desensibilisierend auf die Haut ein, und es kann so eine Anergie vorgetauscht werden, von der in jedem Falle festzustellen ist, ob es sich um positive oder negative Anergie handelt. Helene Eliasberg, Berlin.

4653.

Goette, K., **Enzephalogramm.** (Dtsch. Z. Nervenheilk., 110., Heft 1/3.) Die Enzephalographie mit zisternaler Füllung ist die ungefährlichste, sie ist für den Kranken wenig beschwerlich, und ihre diagnostischen Ergebnisse sind gut. Sie ist auch bei Prozessen der hinteren Schädelhöhle bei genügender Vorsicht anzuwenden. Bei einzelnen raumverdrängenden Prozessen der

hinteren Schädelgegend oder bei stark vermehrtem Hirndruck mißlingt die Zisternenpunktion, das Kleinhirn kann angestochen werden. Hierdurch entsteht aber keine Schädigung. Bei Mißlingen der Zisternenpunktion wird eine Ventrikelpunktion erforderlich. In Fällen, in denen eine möglichst gute Darstellung der Hirnwindungen an der Konvexität erwünscht ist, kann die Füllung durch Lumbalpunktion bisweilen bessere Ergebnisse zeigen. Sie ist für den Kranken wesentlich beschwerlicher. Das Ausbleiben der Füllung der Ventrikel, eine einseitig stärkere Füllung oder eine Abweichung von der Symmetrie ist zwar verdächtig, aber keineswegs sicher pathologisch. Auch die Größe der Ventrikel schwankt. Die Ventrikel sind durch größere Luftmengen beträchtlich dilatierbar, ohne daß ein Hydrozephalus besteht. Pathologische Prozesse sind nur dann anzunehmen, wenn mehrere Einzelheiten im gleichen Sinne verändert sind.

Kurt Mendel, Berlin.

4654.

Nobécourt, P., J. Haguénau und P. R. Bize, **Hirnähnliches Aussehen des Schädels im Röntgenbild und Gehirntumoren.** (Arch. méd. enf., 31., Heft 10.) Zeigt die Röntgenaufnahme des Schädels nicht einen homogenen Schatten, sondern von dunklen Streifen begrenzte Aufhellungen — hirnnähnliches Aussehen (Aspect cérébriforme), so besteht ein intrakranieller Druck bzw. ein Gehirntumor. Unter 9 Kindern mit Gehirngeschwülsten hatten 7 diese Veränderung des knöchernen Schädels. Sie ist aber nicht typisch für Gehirngeschwulst, denn man kann sie auch beim Wasserkopf und bei Schädelmißbildungen finden.

Beck, Tübingen.

4655.

Bize, P. R., **An der Leiche ausgeführte Röntgenbilder der Ventrikel und Seen des Gehirns. Technik der Gehirnpunktionen.** (Arch. Méd. Enf., 31., Nr. 7.) Verfasser bringt in seiner Arbeit eine Reihe von Röntgenbildern des Schädels, die er an Leichen nach Einfüllung von Baryt gewonnen hat. Zweck der Einfüllung war die Darstellung der Lage und der Zusammenhänge der Gehirnkammern und „Seen“ des Gehirns und deren topographische Beziehung zur großen Fontanelle. Unter Gehirnsen versteht er die von Hirnhaut und großen Gehirnwindungen begrenzten Räume. Auf den Ergebnissen seiner Untersuchungen fußend, macht Verfasser Vorschläge für die verschiedenen Möglichkeiten der Gehirnpunktionstechnik. Nichts Neues.

Beck, Tübingen.

4656.

Cignolini, P., **Das Verhältnis zwischen Hypophyse und der radiographischen Darstellung der Sella turcica.** (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Zwischen der Kapazität der Sella turcica und dem Volumen der Hypophyse besteht ein bestimmtes Verhältnis, und die Hauptfrage ist, ob ein genügend inniger Zusammenhang zwischen dem Volumen der Hypophyse und ihrer Funktion besteht, so daß man bei Hypo-, Normal- und Hyperfunktion entsprechend eine kleinere normalgroße oder vergrößerte Hypophyse erwarten kann.

J. Kottmaier, Mainz.

4657.

Palmieri, G. G., **Ueber meine Methode der plastischen Darstellung des Herzens am Lebenden („Radioplastik“).** (Acta Radiol., 10., Heft 2, Nr. 54, 1929.) Beschreibung einer Rekonstruktionsmethode des Herzens auf röntgenologischem Wege („Radioplastik“). Besprechung der Unterschiede gegenüber dem gewöhnlichen zweidimensionalen Orthodiagramm. Die Methode beruht, kurz gesagt, darauf, daß Röntgenaufnahmen oder Schirmpausen in möglichst vielen Durchmessern vorgenommen werden, unter genauer Vermerkung der einzelnen Winkelbeträge. Die Herzsilhouetten werden sodann ausgeschnitten und auf einem graduieren Drehtisch so aufgebaut, daß sich aus einem Tonblock die Herzgestalt herausmodellieren läßt. Durch einen Vergleich mit den Röntgenbildern und den plastischen Modellen ergeben sich neue Gesichtspunkte für die Deutung der Bilder, namentlich hinsichtlich der Herzspitze und des Gefäßbundes. Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die in dorso-ventraler Strahlenrichtung erhaltenen Orthodiagramme im allgemeinen eine zu kurze Längsachse aufweisen, und die Herzspitze meist zu hoch angenommen wird. Das seitliche Röntgenorthodiagramm ist mit wenigen Ausnahmen unzuverlässig. In bezug auf die Messung der Aortengröße sind alle Methoden unvermeidlichen Fehlerquellen unterworfen. Am besten hat sich die Kreuzfuchssche Methode bewährt.

Kirschmann.

4858.

Rigler, L. G., **Der sichtbare Oesophagus in der Diagnose von Erkrankungen des Herzens und der Aorta.** (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Die Röntgendiagnose der Erkrankungen des Herzens und der Aorta kann weitgehend durch Untersuchung des baryumgefüllten Oesophagus gefördert werden. Erweiterung des linken Herzhohls ist ein frühes und nahezu sicheres Zeichen einer Mitral-

erkrankung, so daß bei seiner Abwesenheit die Diagnose Mitralinsuffizienz sehr zweifelhaft ist. Die Erweiterung des linken Herzhohls gibt sich klar durch Verdrängung und Kompression des Oesophagus nach hinten zu erkennen. Nimmt man den Oesophagus als rechten Rand, so läßt sich ein genauerer Querdurchmesser des transversalen und absteigenden Teils des Arcus aortae feststellen. Dilatation des Arcus bringt Abweichung des Oesophagus nach rechts und hinten und seine Kompression hervor. Die tatsächliche Größe eines Aneurysmas kann so klar bestimmt werden. Drehung und Verlängerung der absteigenden Aorta, wie sie bei Arteriosklerose und Hypertension vorkommen, kann graphisch durch die Drehung des Oesophagus, welcher die Aorta in ihrem Verlauf begleitet, festgestellt werden. Dilatationen der absteigenden Aorta, seien sie lokal oder allgemein, bringen Verlagerung nach vorn und Kompression des Oesophagus. Liegt die Dilatation oder das Aneurysma in den proximalen Dreivierteln, kann Verlagerung des Oesophagus nach rechts erfolgen, liegen sie in letzten Viertel, so kann es zur Verlagerung nach links kommen. Diese sekundären Veränderungen sind eine wichtige Hilfe bei der Diagnose des Aneurysmas direkt über dem Zwerchfell.

J. Kottmaier, Mainz.

4659.

Canelli, Adolfo F., **Das röntgenologische Dreieck von Weill und Mouriquand im frühen Kindesalter.** (Arch. méd. enf., 31., Heft 8.) Nach Weill und Mouriquand ist als ein Frühsymptom der Lungenentzündung das „röntgenologische Dreieck“ der erkrankten Lunge zu betrachten. Es handelt sich dabei um einen in Form eines Dreiecks feststellbaren Schatten, dessen Basis dem Brustkorbrand zu und dessen Spitze an der Lungenwurzel liegt. Nach Ansicht des Verfassers findet er sich aber nicht nur bei Lobärpneumonien, ist also nicht charakteristisch für diese, sondern trifft ihn auch bei konfluierender Lobulärpneumonie („pseudo-lobärer Pneumonie“ des Verfassers).

Beck, Tübingen.

4660.

Witting, V., **Die exsudative und produktive Lungentuberkulose im Röntgenbild.** (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Die Versuche der prognostischen Beziehungen zwischen den verschiedenen histopathologischen Formen der Lungentuberkulose — exsudative, produktive und gemischte — und den Erscheinungen im Röntgenbild herzustellen, sind unzuverlässig. Radiologie, Histologie und Konstitutionslehre haben für sich allein wenig Wert, sie sind Hilfswissenschaften der Klinik.

J. Kottmaier, Mainz.

4661.

Paterson, R. S., **Ungewöhnliche Divertikel der oberen Speisewege.** (Brit. J. Radiol., 2., Nr. 19.) (Royal Infirmary.) Divertikel können in allen Teilen der Speisewege vorkommen. Die Diagnose gründet sich in der Hauptsache auf die Röntgenuntersuchung. Bei Traktusdivertikeln sind die Symptome in der Hauptsache auf den zugrunde liegenden Krankheitsprozeß zurückzuführen und nicht eigentlich auf das Divertikel selbst. Ob es sich um Pulsationsdivertikel im eigentlichen Sinne des Wortes gibt, ist mindestens zweifelhaft. Die Mehrzahl der echten Divertikel ist kongenitalen Ursprungs und macht zunächst gar keine Symptome.

Kirschmann.

4662.

Oehnell, Harald, und K. Lindblom, **Luftgefüllte Gallenwege bei einer Fistel zwischen Duodenum und Ductus choledochus.** (Acta Radiol., 10., Heft 2, Nr. 54.) Bei einer Cholezystographie ergab sich 12 Stunden nach peroraler Verabfolgung von Tetraiodo- innerhalb des Leberschattens ein baumähnliches System von Aufhellungen, deren Zentrum in der Gegend der Leberpforte lag. An der Stelle der Gallenblase war eine trichterförmige Aufhellung sichtbar, die sich nach oben hin verschmälerte und dann in ein bandförmiges Aufhellung überging.

Da die vorher ausgeführte Magen-Darmuntersuchung bereits das Vorhandensein von Duodenumgeschwüren ergeben hatte, wurde die Diagnose auf ein Ulkus mit Perforation in die Gallenwege gestellt. Die Operation bestätigte die Diagnose. Bei der Eröffnung des Ductus choledochus während der Operation entwich Gas unter starkem Druck.

Kirschmann.

4663.

Benassi, E., **Radiologische Experimentaluntersuchung über die motorische Funktion der Gallenblase auf pharmakodynamische Einwirkung, elektrische Erregung des Vagus, Diathermie.** (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Im Tierexperiment ließ sich unter physiologischen Bedingungen an der Kontrastgallenblase zeigen, daß durch Medikamente oder anderweitig gereizte Vagus Kontraktionen der Gallenblase auslöst und einen mehr oder weniger starken Gallenabfluß ins Duodenum bewirkt, während Vagusparalyse Gallenblasendilatation und verzögerte Gallenentleerung bei-

Druckmann, Adolf, Beitrag zur Röntgenuntersuchung der Appendizitis. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 28.) (Universitäts-Röntgen-Inst. des Hadassah-Hospitals, Jerusalem.) Der Wert der Röntgenuntersuchung bei Verdacht auf Appendizitis liegt darin, daß die Füllung der Appendix eine Appendizitis ausgeschlossen werden kann. Die Druckempfindlichkeit des Zökums bei gefüllter Appendix spricht für einen zökalen Prozeß (Perikolitis, Tuberkulose) ohne Übergreifen auf die Appendix. Die kranke Appendix ist nicht gefüllt, die gesunde muß sich aber nicht immer füllen. Exquisite Druckempfindlichkeit des Zökums bei nicht gefüllter Appendix spricht dagegen für Appendizitis. Adhäsionen der gefüllten Appendix und der Umgebung sprechen für einen abgelassenen Prozeß um die Appendix bei derzeit gesunder Appendix. Veränderungen im Röntgenbild im Verlauf und Retention in der Appendix sind für Diagnose Appendizitis nicht verwertbar. Maslowsky.

4664.

Druckmann, Adolf, Beitrag zur Röntgenuntersuchung der Appendizitis. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 28.) (Universitäts-Röntgen-Inst. des Hadassah-Hospitals, Jerusalem.) Der Wert der Röntgenuntersuchung bei Verdacht auf Appendizitis liegt darin, daß die Füllung der Appendix eine Appendizitis ausgeschlossen werden kann. Die Druckempfindlichkeit des Zökums bei gefüllter Appendix spricht für einen zökalen Prozeß (Perikolitis, Tuberkulose) ohne Übergreifen auf die Appendix. Die kranke Appendix ist nicht gefüllt, die gesunde muß sich aber nicht immer füllen. Exquisite Druckempfindlichkeit des Zökums bei nicht gefüllter Appendix spricht dagegen für Appendizitis. Adhäsionen der gefüllten Appendix und der Umgebung sprechen für einen abgelassenen Prozeß um die Appendix bei derzeit gesunder Appendix. Veränderungen im Röntgenbild im Verlauf und Retention in der Appendix sind für Diagnose Appendizitis nicht verwertbar. Maslowsky.

4665.

Feci, L., Oberflächliche chronische Knochenabszesse (histologisch-klinischer und radiologischer Beitrag.) (Arch. di Radiol., 1929.) Der oberflächliche einzelne Knochenabszess zeigt im Röntgenbild nicht immer die Charakteristika dieser Erkrankung. Es ist unmöglich, auf Grund des Röntgenbildes eines chronischen osteomyelitischen Herdes differentialdiagnostische Aussagen zu machen. J. Kottmaier, Mainz.

4666.

Casazza, R., Seltene Erscheinungen von Knochenläsionen bei erworbener Syphilis (klinisch-radiologische und therapeutische Mitteilung.) (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Unter syphilitischer Allgemeinbehandlung wurde ein Fall von humeraler Panostitis, welcher als Sarkom verdächtig war, und ein zweiter Fall von lateraler syphilitischer Humerusosteomyelitis mit ossifizierender Myositis geheilt. J. Kottmaier, Mainz.

4667.

Bishop, P. A., Röntgenbetrachtung über das Temporomandibulargelenk. (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Es sind bessere Röntgenuntersuchungen des Temporomandibulargelenks erforderlich, da die bisherigen Darstellungsmethoden wenig gute Resultate ergeben. Verfasser wendet folgendes Aufnahmeverfahren an: Die untersuchende Kopfseite wird auf eine Tunnelkassette, die einen 18 : 24 cm mit zwei Verstärkungsschirmen enthält, gelegt, die Mittellinie des Schädels parallel zum Film, die Interpupillarlinie senkrecht, die Linie zwischen Glabella und der Oberlippe parallel zum Filmrand. Die Röhre wird aus einer Entfernung von 60 cm über das direkt unter ihr liegende Gelenk zentriert. Dann wird die Röhre 25 cm nach der Richtung des Scheitels verschoben und dann nach abwärts gegen das Gelenk geneigt. Um die Sekundärstrahlung herabzusetzen, wird nur ein kleiner Strahlenkegel verwendet. Bei der zweiten Aufnahme zum Zwecke der Stereoskopie wird die Röhre nach dem Gesicht zu verschoben und 8° gegen das Gelenk geneigt. Die Aufnahmebedingungen sind dieselben wie die bei der ersten Aufnahme. Mastoids; nur erfordert die Expositionszeit eine Verlängerung um 50 bis 75 %. Um Vergleichsmöglichkeiten zu haben, nimmt man beide Seiten in dieser stereoskopischen Weise auf. Anterior-posterior-Aufnahmen sind bei manchen Verletzungen des Gelenks von großer Hilfe. Die Röhre wird genau auf die mittlere Sagittalebene des Schädels zentriert, wobei der Zentralstrahl durch eine Öffnung geht, die von der Mastoideusspitze durch das Mandibulargelenk zieht. J. Kottmaier, Mainz.

4668.

Breitländer, Kurt, Knieatrophie im Röntgenbilde — Osteoma oder Tuberkulose? (Acta Radiol., 10., Fasc 2, Nr. 54, 1929.) Wird über einen Fall von subkutaner sympathischer Gonitis bei artikulärer Fremdkörperentzündung berichtet, der klinisch anfanglich als serös-fungöse Kapseltuberkulose angesprochen wurde, im Anschluß an ein unbedeutendes Trauma auftrat. Röntgenologisch fand sich anfänglich eine ausgedehnte Atrophie an Femur und Tibia in den subchondralen Knochenpartien und den Epiphysen und eine eigenartige randständige Atrophie der Patella. Nach Abklingen der klinischen Erscheinungen und medikomechanischer Behandlung stellte sich rasch eine normale Knochensfraktur her.

Der Fall zeigt, daß man aus dem Röntgenbild allein auch bei sonstiger Anordnung der Atrophie nicht ohne weiteres auf tuberkulöse Tuberkulose schließen darf und bei der Bewertung des Röntgenbildes bei fraglicher Gelenktuberkulose äußerst zurückhaltend sein soll. Kirschmann.

4609.

Casati, A., Ueber einige neuere Indikationen der Röntgentherapie im speziellen Hinblick auf die Resultate der Wiener Schule. (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Chirurgische Entzündungen, Entzündungen an Zähnen, chronische, rezidivierende Osteomyelitis, Magen- und Duodenalgeschwüre, Knochenmetastasen von Tumoren, welche nicht selten radiosensibler sind, wie ihr Primärtumor, lokalisierte und generalisierte fibröse Ostitis, alle Hirntumoren, ausgenommen die oberflächlichen, leicht extirpierbaren, radioresistenten, z. B. die Neurofibrome des Akustikus, sind neue Gebiete des Strahlenbereiches. Bei den Hirntumoren ist Präventivtrepanation nicht nötig. Ebenso reagieren nach Strahleneinwirkung auf den Plexus corioideus und die Hypophyse kontinuierliche Kopfschmerzen gut, nicht sehr die vom Migränetyp. Bei Raynaudscher Krankheit wurde das entsprechende Rückenmarksegment mit Erfolg geröntgt. In gleicher Weise wurden bei Parästhesien und intermittierendem Hinken bestrahlt. Lokale Bestrahlung kommt neuerdings bei arteriosklerotischer Gangrän zur Anwendung. Beim chronischen Ekzem, bei Psoriasis wurden die Thyreoidea, die Thymus und auch die Ovarien mit kleinen Röntgendosen erfolgreich angegangen, beim Pruritus senilis generalisata die Hypophyse. Beim Lupus erythematoses wurden gute Resultate nach Bestrahlung der zugehörigen Lymphdrüsen erzielt. Klimakterische Beschwerden werden gebessert durch Bestrahlung der Hypophyse, bei fetten Frauen der Thyreoidea. Schließlich ist die Bestrahlung der Hypophyse bei einem hohen Prozentsatz Amenorrhöischer und Dysmenorrhöischer wirksam, ebenso die der Milz bei Hämorrhagie und extragenitalen Blutungen. J. Kottmaier, Mainz.

4670.

Palugay, Josef, Zur Indikation und Technik der Röntgenbestrahlung bei akuten und chronischen unspezifischen Entzündungen. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 30.) (II. chir. Universitätsklinik in Wien.) Die diesbezüglichen Erfahrungen werden in folgendem zusammengefaßt: Die Bestrahlung ist in jedem Falle von Kokkeninfektion indiziert (ausgenommen sind die Eiterungen in starren Höhlen). Der Zeitpunkt der Bestrahlung richtet sich nach der operativen Indikation. Ist ein sofortiger Eingriff indiziert, so hat die Bestrahlung gleich nach der Operation einzusetzen. Die Dosierung richtet sich nach der Aktivität des Prozesses und nach der Ausdehnung des zu bestrahlenden Gebietes. Größere Raumdosis und aktiver Prozeß erfordern eine Dosisherabsetzung. Bei chronisch verlaufenden Fällen ist eine höhere Dosis auch noch wirksam und nicht schädlich im Gegensatz zu akuten Fällen, doch ist die höhere Dosis auch bei chronischen Fällen überflüssig. Bei sehr niedriger Dosis der ersten Bestrahlung kann die zweite Bestrahlung nach 6 Tagen erfolgen, sonst ist eine zwei- bis dreiwöchentliche Pause angezeigt. Steigerung der Dosis bei der zweiten Bestrahlung ist ohne Effekt; Herabsetzung der Dosis kann den ausgebliebenen Effekt herbeiführen. Maslowsky.

4671.

Alvarez, Martin Gonzalez, Die Ultraviolettstrahlen bei der Kindertuberkulose. (Arch. Méd. enf., 31., Heft 3.) Verfasser beklagt sich, daß die Höhenstrahlung von vielen Aerzten in Frankreich noch immer abgelehnt wird. Er hält auf Grund seiner Erfahrungen die Höhenstrahlenbestrahlung bei der kindlichen Tuberkulose für das Mittel der Wahl. Er sah ausgezeichnete Erfolge damit bei der Behandlung aller Arten von Tuberkulose, ob es sich nun um Knochen- und Gelenktuberkulosen oder um Tuberkulose der Lungen handelte. Nach seinen Erfolgen, die er mit Höhenstrahlenbestrahlung bei Bauchfelltuberkulose gesehen hat, lehnt er die Eröffnung des Bauches ab und punktiert auch sogar nur dann, wenn die Wasseransammlung im Leib so hochgradig ist, daß sie die Atmung beeinträchtigt. Er beschreibt einen Fall von Tuberkulose bei einem zweijährigen, von einer tuberkulösen Mutter stammenden Kind, bei dem trotz seines trostlosen Zustandes nach 6 Höhenstrahlenbestrahlungen eine wesentliche Besserung festzustellen war. Nach zwei Monaten war das Kind gesund. Zwei beigegebene Röntgenbilder sollen zeigen, daß die vor der Bestrahlung vorhandenen Infiltrationen beider Lungen nach der Bestrahlungsreihe verschwunden waren. Leider sind sie so kümmerlich wiedergegeben, daß man mit dem besten Willen nichts aus ihnen ersehen kann. Beck, Tübingen.

4672.

O'Brien, Francis E., Quarzlichtbehandlung der Lungentuberkulose. (New England J. Med., Nr. 9, 1929.) Die künstliche Heliotherapie ist ein wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung der Lungentuberkulose in Sanatorien. Sie wirkt besonders auf die Temperatur, die sie herabsetzt, und erhöht die Widerstandskraft des Patienten. Weit vorgeschrittene Fälle mit hohen Temperaturen sind nicht geeignet, weil die Behandlung für sie zu anstrengend ist. Aber Hämoptyse ist keine Kontraindikation. Ohne Ruhebehand-

lung ist die künstliche Heliotherapie nicht sehr erfolgreich. Die Expektoration wird geringer, ebenso der Husten. Die Wirkung bis zum Erythem zu treiben ist nicht nötig. Außerdem besteht eine ausgesprochen sedative Wirkung. Sie begünstigt den natürlichen Heilungsprozeß, vermehrt die Expektoration im Anfang, vermindert sie später.

4673.

Beretvas, L., **Die Röntgendeplilation.** (Arch. di Radiol., Nr. 1, 1929.) Weiche Strahlen, gefiltert durch 1 mm Al. werden bei noch haftenden Krusten in Dosi refracta angewandt. Nach der Bestrahlung werden diese mechanisch entfernt. Daneben wird Antistaphylokokkenvakzine wie bei der Depilation des Bartes verwandt. Die Hypertrichosis kann mit durch 2 mm Al. gefilterten Strahlen geheilt werden, wenn auch die Erfolge nicht glänzend sind.

J. Kottmaier, Mainz.

4674.

Prusciano, F., **Ueber Strahlenbehandlung der Psoriasis mit direkter Hautbestrahlung und indirekter Bestrahlung.** (Arch. di Radiol., Nr. 1, 1929.) Ob die Psoriasis Folge einer innersekretorischen Störung ist, läßt sich auch durch die bei den verschiedenen Fällen angewandten lokalen und indirekten Strahlenbehandlungen nicht erweisen.

J. Kottmaier, Mainz.

4675.

Pfahler, G. E., und B. P. Widmann, **Statistische Analyse der Strahlenbehandlung des Brustkrebses vermittels der Saturationstechnik, 412 Fälle (1920 bis 1928).** (Amer. J. Roentgen., 21., Nr. 6, 1929.) Die Krankengeschichten zeigen eine definitive Besserung der Endresultate nach Bestrahlung. Die Rezidive mit Drüsen- und Mediastinalmetastasen hatten noch 45 Monate postoperativ zu leben, wenn bestrahlt wurde, 27 Monate, wenn allein chirurgisch vorgegangen worden war. Die primär inoperablen Fälle lebten durchschnittlich bestrahlt 54 Monate, unbestrahlt 34 Monate. Im Durchschnitt lebten nach Operation und Bestrahlung an 10 Kliniken 58,3% 3 Jahre, 43,2% 5 Jahre. Das Messer allein zögerte im Durchschnitt von 32 Kliniken 38,6% Dreijahresheilungen und 28,8% Fünfjahresheilungen. Die kombinierte Behandlung ergab also bei den Dreijahresheilungen als auch bei den Fünfjahresheilungen 50% bessere Resultate. Hinsichtlich der Saturationmethode wurden bei der spätoperablen Gruppe 83% Dreijahresheilungen im Vergleich zu den bisherigen Methoden mit 68% gefunden. 82% der Fälle hatten Drüsenmetastasen. So ist bei allen Brustkrebsen Bestrahlung zu empfehlen mit oder ohne Messer, je nach den Indikationen. 1900 bis 1920 wurden 590 früh- und spätoperable sowie inoperable Fälle behandelt. 27% davon sind nach 5 Jahren noch rezidivfrei gewesen. 1920 bis 1925 waren die Zahlen 302 und 36,7%. Bei allen Fällen von Brustkrebs ist eine regelmäßige Untersuchung des Brusttraums, der Wirbelsäule und des Beckens vor der Behandlung erforderlich. Man wird nicht selten unerwartete Metastasen finden.

J. Kottmaier, Mainz.

4676.

Bowing, H. H., und R. E. Fricke, **Radiumbehandlung des Zervixkarzinoms während 1927.** (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Da in den meisten Fällen lediglich palliative Resultate zu erwarten sind, kann der Maßstab der drei- und fünfjährigen Uebersichten außer Betracht bleiben. Dosis Refraktbehandlung bietet entschieden Vorteile, besonders da individuelle Behandlung von größter Wichtigkeit zur Erlangung guter Resultate ist. Der maligne Prozeß hat gewisse Fähigkeiten, Komplikationen hervorzubringen, die nicht der sogenannten Radiumreaktion zur Last gelegt werden sollten. Diese besitzt charakteristische Symptome, welche selten mit anderen Komplikationen vermischt sind.

J. Kottmaier, Mainz.

4677.

Mandarino, A., **Strahlenbehandlung des malignen Granuloms.** (Arch. di Radiol., 1, 1929.) Das maligne Granulom wird als ein Infektionsprozeß unbekannten Ursprungs angesehen. Arsen hat einigen therapeutischen Wert. Therapie der Wahl ist aber die Strahlenbehandlung, welche die Krankheit zwar nicht heilt, aber das Leben verlängert.

J. Kottmaier, Mainz.

4678.

Loucks, R. E., **Urethrankarunkel: Bericht über zwei mit Radium behandelte Fälle.** (Amer. J. Roentgen., 21., 6, 1929.) Im Gegensatz zu anderen Heilmethoden läßt sich mit Radiumbehandlung Dauerheilung erreichen. Verfasser verwendet hierzu einen besonderen Applikator.

J. Kottmaier, Mainz.

4679.

Lake, G. B., **Die Verordnung beim Ultraviolett.** (Arch. Phys. Ther., 10., Nr. 7, 1929.) (American Hospital, Chicago.) Die Dosie-

rung beim Ultraviolett hängt von folgenden Faktoren ab: von der individuellen Sensibilität, von der Intensität und Zusammensetzung der Strahlen, dem Brenner-Hautabstand, der Bestrahlungsdauer und der Temperatur. Verf. betont die Notwendigkeit einer sorgfältigen Dosierung.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Professor Dr. Martin Mendelsohn, Herzarzt in Berlin: „**Wie sollen Herzkranke leben? Und wie kann man sie heilen?**“ Deutsches Verlagshaus Bong u. Co. Berlin-Leipzig. — Verfasser bespricht in dem für Laien bestimmten Leitfaden eingehend die zweckmäßige Lebensweise Herzkranker und die Therapie der Herzkrankheiten. Dabei wird der gerade bei der Ausführlichkeit der Darlegungen notwendige Hinweis immer wieder eingepreßt, daß das Büchlein die Beratung des Kranken durch den Arzt keineswegs überflüssig machen will. Die Begründung der Ausführungen ist dem Verständnis weiter Schichten des Laienpublikums angepaßt und scheut breite Wiederholungen nicht. Aus dem therapeutischen Teil sei die Herzmuskelbehandlung durch elektrischen Strom (Induktionsstrom und Faradisation), die Beeinflussung des Hochdruckes durch d'Arsonvalisation, ferner die skeptische Beurteilung der besser durch Hausbadekuren zu ersetzenden Kuraufenthalte in Badeorten hervorgehoben. Die flüssig geschriebenen Ausführungen fußen im wesentlichen auf dem Boden der üblichen Anschauungen. Von abweichenden Einzelheiten sei erwähnt, daß Verf. „nervöse Herzkrankheiten“ ablehnt, die vielmehr immer letzten Endes Herzmuskelschwächen seien. Bei solchen und anderen Erörterungen schließen sich leider aggressive Bemerkungen gegen die Mehrzahl der Aerzte ein, was um so bedauerlicher ist, als sich das Werkchen an ein Laienauditorium wendet.

Wissenswert erscheint, daß das 1929 geschriebene Büchlein ganz im Sinne der Schulmedizin das Herz als das Zentralorgan, als die Pumpe des Kreislaufes gelten läßt. Verf. stellt sich damit in Gegensatz zu seiner eigenen, in den letzten Jahren entwickelten Theorie über die sekundäre Bedeutung des Herzens als eines in den Kreislauf eingeschalteten Stromrichters und Maßgefäßes, während die bewegenden Kräfte des Kreislaufes in der Flüssigkeitsentziehung durch die Nieren und im Zusammenwirken anderer Körperfunktionen im Sinne von Flüssigkeitsabgabe und -ersatz zu erblicken wären. An der Erkennung und Behandlung der Herzkrankheiten würde diese physiologische Theorie allerdings kaum wesentlich anders gestalten. Gustav Hoffmann, Nürnberg.

1. Ueber die Bedeutung des mikroskopischen Kapillarbildes und die therapeutische Beeinflussung abnormer Kapillarbildungen. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 29. Band, 4. Heft, 1929. Verlag Rich. Schoetz, Berlin. 6 M.
2. Walter Jaensch: Die Hautkapillarmikroskopie. Carl Marhold Verlag. Halle a. d. S. 1929. Geh. 9,30 M.

Nr. 1 ist der Bericht über die Verhandlungen eines zusammengesetzten Ausschusses des Landesgesundheitsrates am 26. November 1928. — Nr. 2 enthält Beiträge von Jaensch, Hoepfner, Wittneben, v. Leupoldt. In beiden Publikationen handelt es sich um die praktische Bedeutung der Hautkapillarmikroskopie „für Diagnose und Therapie körperlich-seelischer Individualität im Zusammenhang mit dem Kröpf- und Minderwertigkeitsproblem“. Beide Publikationen sind ein Beweis für die Rührigkeit des Privatdozenten Dr. Jaensch, dem es gelungen ist, alle möglichen Instanzen, Ministerium und Landesgesundheitsrat für seine Untersuchungen zu interessieren und in Bewegung zu setzen. Im Regierungsbezirk Merseburg sind mit Unterstützung des Preussischen Wohlfahrtsministeriums Untersuchungen im großen Stile durchgeführt, und in Groß-Berlin werden solche zur Zeit an 18 000 Schulkindern vorgenommen.

Die großen Zahlen sollen offenbar die Zuverlässigkeit der Untersuchung ersetzen. Man sollte meinen, daß Befunde an einigen tausend Kindern, von objektiv prüfenden, zuverlässigen Beobachtern aufgenommen, unbedingt ausreichen müssen, die Frage zu entscheiden, und man soll nicht vergessen, daß die deutsche Wissenschaft zu Zeiten, wo der Raum beengt und die Mittel beschränkt waren, sich durch die Qualität der Arbeit, nicht durch die Quantität der Produkte das Ansehen in der Welt erworben hat. Bei der trotz allem bestehenden Unsicherheit ist jedenfalls von einer weiteren Fortsetzung der Untersuchungen zunächst abzuraten — jetzt soll erst mal das Ergebnis der eingeleiteten Massenerhebungen abgewartet werden.

Keller.

Walter Zweig: **Darmkrankheiten.** (Bücher der ärztlichen Praxis Nr. 12.) Verlag Julius Springer, Wien. Brosch. 4,60 M. — Ein ganz ausgezeichnetes Buch, in dem nur die Bedürfnisse des praktischen Arztes berücksichtigt werden. Alles noch Strittige, alles überflüssige Theoretische ist fortgelassen. Besonders wert-

Es erscheint die genaue Besprechung der Diätetik mit Anführung von Kostbeispielen. Etwas nachteilig wirkt das häufige Empfehlen österreichischen und französischen Präparaten, was bei dem tieferen Verfasser wohl selbstverständlich, für unsere deutschen Verhältnisse aber unzweckmäßig ist. Der Preis des Buches ist sehr niedrig bemessen, so daß das Buch sicher die weiteste Verbreitung finden wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

H. Wagner: **Methodik der körperlichen Erziehung in der Leibesübungs- und Turnerschule.** Verlag Schönigh, Paderborn. — Verfasser ist Direktor des Instituts für Leibesübungen in Münster; das Buch ist gedacht als Anleitung für Turnlehrer. Nach kurzer klarer Einleitung wird das Ziel der Körpererziehung, die nicht nur zur Leistungssteigerung, sondern vor allem zur jeweilig optimalen Konstitution des Kindes hinführen soll, und deren größte Aufgabe die Förderung der leibseelischen Einheit der Person bedeutet, werden Bedeutung und Wirkungsweise der Leibesübungen auf den menschlichen Körper geschildert. Der sehr zweckmäßig in „Körperschule“ und „Leistungsturnen“ eingeteilte Lehrstoff erfährt ausführliche Behandlung in bezug auf Technik, Unterrichtsmethode, Wirkungsweise, wobei die Körperschule allerdings etwas zu kurz kommt; auch mit Erklärungen über die schwierigen Begriffe der Lockerung und Anspannung kann ich mich nicht ganz einverstanden erklären. Ausgezeichnet dagegen z. B. die Vorübungen für den Schwimmunterricht, die Anleitungen zu den verschiedenen Spielen und zur Leichtathletik. Der letzte Teil über Gestaltung des Lehrstoffes und Aufbau der Turnstunden läßt erfreuliches Verständnis für den pädagogischen Wert der Leibesübungen und die Notwendigkeit der Berücksichtigung der körperlichen und seelischen Entwicklungsstufen des Kindes erkennen.

Allen Turnlehrern sei das Buch, dessen Abschluß ein ausgezeichnetes Kapitel über die Persönlichkeit und große Verantwortung des Turnlehrers bildet, wärmstens empfohlen.

Lizzie Hoffa, Berlin.

M. J. Guthmann: **Die Pollenallergie.** Verlag der Aertzlichen Rundschau. Otto Gmelin, München 1929. — Die Forschungen der letzten Jahre haben das Wesen des Heufiebers von ganz neuen Gesichtspunkten aus verstehen gelehrt und Zusammenhänge aufgedeckt, die unsere Auffassung des „Heufiebers“ völlig verändert haben. Wir wissen einerseits, daß es sich dabei um den Sonderfall einer allergischen Krankheit handelt, andererseits, daß wir immer noch nicht wissen, durch Einbringung der betreffenden Erregungsstoffe in die Haut mit allmählicher Steigerung der Empfindlichkeit des Körpers gegen den Krankheitsreiz widerstandsfähig zu machen, d. h. ihn zu desensibilisieren.

Die Zahl der Pflanzen, deren Pollen heufiebererregend wirkt, ist größer, als man ursprünglich annahm. Nicht nur Gräser — obwohl diese die wichtigsten Erreger sind —, sondern auch andere Pflanzen besitzen Blütenstaub, der bei empfindlichen Individuen Krankheitserscheinungen auslöst.

Verf. räumt den beiden großen Fragen: welche Pflanzen kommen für unsere Gegenden in Betracht, und unter welchen Bedingungen kommen deren Pollen zur Wirksamkeit, zwei große Abschnitte ein, deren Bearbeitung solchen Fachbotanikern oblag, die sowohl Interesse an Grenzfragen der Medizin und Botanik als auch Erfahrungen über die Beziehungen zwischen Klima und Pflanzenleben besaßen. Auch die Frage der Herstellung von Präparaten für die Behandlung allergischer Krankheiten ist von einer Seite behandelt.

Verf. ruft weiteste Kreise zur Mitarbeit auf, damit die Einblicke in das Auftreten von Heufiebererscheinungen und ihre Abhängigkeit von örtlichen klimatischen Bedingungen und örtlichen Vegetationsverhältnissen sich immer intensiver gestalten. Die zahlreichen Beobachtungen gezogenen Schlüsse kommen der Allgemeinheit zugute. Das vorliegende Buch soll durch eine systematische Darstellung die Grundlage schaffen, auf der dann weiter aufgebaut werden kann.

Held.

August Bier, W. Fehlow, A. Gehrke, U. Luetkens und A. Zimmer: **Organhormone und Organtherapie.** Sonderdruck aus Münch. med. Wschr. 1929, Nr. 25. J. F. Lehmanns Verlag, München 1929. 91 S. 3 M., geb. 4,50 M. — Der einführende Artikel von Bier „Ueber Organhormone und Organtherapie“, die Arbeit von Luetkens und Gehrke „Organtherapie der Leber-Gallen-erkrankungen“, die Arbeit von Gehrke „Organtherapie bei Nervenkrankheiten“ und die Arbeit von Zimmer und Fehlow „Zur Technik der Tierblutbehandlung des Morbus Basedow“ sind den Lesern der „Fortschritte der Medizin“ bereits aus dem Referatenteil bekannt. Die Besprechung des Inhaltes des kleinen Buches, für dessen Sonderausgabe dem Verlage ein Dank gebührt, erübrigt sich aus diesem Grunde. Die Vorbemerkungen von Bier werden auch diesmal viel Widerspruch hervorrufen, sie sind aber von einem so wachsenden Interesse, daß jeder Arzt, der sich mit den modernen

Richtungen der heutigen Medizin vertraut machen will, sie unbedingt lesen muß. Was den tatsächlichen Wert der Bierschen Organtherapie anbelangt, so werden wohl die Nachprüfungen in der aller-nächsten Zeit zeigen, ob sie in der Tat eine Bereicherung der Heilkunde darstellt.

L. Gordon, Berlin.

Rud. Th. von Jaschke: **Gynäkologie.** 12. verb. Auflage mit 39 Abbildungen. Verlag der Buchhandl. des Verb. der Aerzte Deutschlands. Leipzig 1928. Preis geb. 6,85 M. — Bereits nach einem Jahr war eine Neuauflage des Buches erforderlich, der beste Beweis, welcher Beliebtheit sich der Leitfaden erfreut. Wesentliche Änderungen gegenüber der vorigen Auflage sind nicht vorgenommen worden, so daß auf die Besprechung in Nr. 23, Jahrgang 1928, dieser Zeitschrift verwiesen werden kann.

Paul Braun.

H. Henseler (Berlin): **Die Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mittels Diathermie.** Radionta-Verlag, Berlin N 24. 395 Seiten. Preis 1,50 M. — Die Diathermie, d. h. die Durchwärmung lebenden menschlichen Gewebes, hat wohl in keinem Gebiete der Medizin eine so grundlegende Umwälzung hervorgerufen, wie gerade in der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen. Die Anwendung der Diathermie bei der Behandlung von Frauenleiden verschiedenster Art erwies sich derartig erfolgreich, daß die führenden Gynäkologen diese Art der konservativen Behandlung, besonders bei entzündlichen Erkrankungen, bevorzugen, während die Operation nur in ganz besonderen Fällen in Betracht kommt. — In vorliegender Schrift hat Verf. kurz und übersichtlich die Indikationen der Diathermie auf gynäkologischem Gebiete zusammengestellt sowie einen leicht verständlichen Ueberblick der dazu nötigen Technik gegeben. Die beigegebenen Skizzen tragen noch zum besseren Verständnis der notwendigen Technik bei, so daß es für jeden Gynäkologen ein leichtes ist, an Hand des kleinen Büchleins sich mit den Hauptsachen, die für die Behandlung mit Diathermie in Frage kommen, bekanntzumachen. — Verf. hat in seiner Darstellung all das berücksichtigt, was in der neueren Zeitschriftenliteratur über diese Behandlungsmethode niedergelegt ist, und hat außerdem noch darüber ein genaues Literaturverzeichnis am Schlusse beigefügt.

Rudolf Katz, Berlin.

G. Gabsch (Breslau): **Die Wechseljahre. — Ursachen, Erscheinungen, Beschwerden und Behandlung.** Heft 54 von „Der Arzt als Erzieher“. — Verlag der Aertzlichen Rundschau Otto Gmelin, München 1929. Zweite, verbesserte und wesentlich ergänzte Auflage. 76 Seiten. Preis 2,80 M. — Verf. hat es verstanden, in vorliegender Schrift das vielgestaltige Bild der Wechseljahre, welche gar manchen Frauen viel zu schaffen machen, hinsichtlich ihrer Ursachen, ihrer Erscheinungen und Beschwerden auf körperlichem und seelischem Gebiete und vor allem hinsichtlich ihrer Behandlung, in kurzer und klarer Weise zu zeichnen. — Mit allem Nachdruck betont er, wie sich schwere Leiden oftmals durch zweckentsprechende Vorbeugungsmaßnahmen verhüten lassen, und daß die gewissenhafte ärztliche Behandlung einen wesentlich milderen Verlauf dieser kritischen Zeit im Leben der Frau herbeizuführen vermag. Er gibt eine ausführliche Darstellung der physikalischen Heilbehandlung, also der Behandlung mit den Mitteln des Naturheilverfahrens, mit Licht und Sonne, Luft und Wasser, durch die sich oft selbst schwere Krankheitszustände der Wechseljahre beheben lassen. — Des weiteren wird die moderne Drüsenthherapie sowie die Hygiene der Ernährung und Kleidung in leicht verständlicher Form behandelt.

Das Heftchen sei allen Frauen, die etwas Genaueres über die mannigfaltigen Erscheinungen und Beschwerden der Wechseljahre sowie über die Behandlung aus der Erfahrung eines modernen Arztes hören wollen, aufs wärmste empfohlen.

Rudolf Katz, Berlin.

Iconographia urologica. Im Auftrage der deutschen Gesellschaft für Urologie. Bd. II, mit 26 Abbildungen. Herausgegeben von Carl Posner, Alfred Rothschild und Friedrich Necker. — Die zweite Lieferung bringt eine Reihe sehr schön reproduzierter Fälle aus dem Gebiete der Urologie. Aus dem Bereich der Nierenpathologie ist ein Echinokokkus wiedergegeben, ein papilläres Nierenadenom und ein primäres Ureterkarzinom sowie eine Aktinomykose. Die Veränderung einer Blasendivertikelmündung ist durch zwei Bilder dargestellt. Es folgen interessante Röntgenbilder der Harnwege eines Kranken mit Meningozele und Kreuzbeingeschwulst; ein weiteres Bild zeigt den Einbruch von Umbrel in die Gefäßbahn bei der Pyelographie. Erwähnt sei ferner ein Röntgenogramm des Beckens mit unzähligen Knochenmetastasen bei einem Prostatakarzinom.

E. Lehmann, Breslau.

Hermann Thoms: **Betäubungsmittel und Rauschgifte.** Berlin 1929. Urban & Schwarzenberg. — Das Buch enthält

14 Vorlesungen, die Verf. an der Berliner Universität gehalten hat. Betäubungsmittel und Rauschgifte werden vom botanischen, chemischen, physiologischen, hygienischen und volkswirtschaftlichen Standpunkt aus erörtert. Wie es im Rahmen der allgemein verständlich gemachten Ausführungen des Verfassers liegt, ist manches wohl etwas sehr kurz behandelt bzw. manches fortgelassen, was für den Arzt von besonderem Interesse ist. Als vorläufige Einführung in das im Titel umgrenzte Gebiet dürfte das Buch gute Dienste leisten. **Haber.**

V. von Gruenewald: Von Mesmer zu Coué, ein Beitrag zu den suggestiven Heilmethoden. München-Planegg 1927. Verlag Otto Wilhelm Barth. Preis kart. 3,80 M. — Zu allen Zeiten haben Menschen, sobald Krankheit und Not sich zeigen, Trost und Hilfe gesucht und gefunden, indem sie sich an übernatürliche Kräfte wandten. Gerade diesem Bedürfnis nach übernatürlichem Eingreifen wußten die Priester, die Aerzte des Mittelalters, Rechnung zu tragen, indem sie die natürlich wirkenden Mittel mit mystischem oder religiösem Dunkel umgaben. Unbewußt taten sie damit das Richtige, denn sie wandten sich an eine Kraft im Menschen, die ihnen selbst vielleicht unbekannt war, sie wandten sich an die Phantasie. Auffallend ist das lebhafteste Interesse, das das zwanzigste Jahrhundert den Heilweisen mit übernatürlichen Kräften entgegenbringt. Und dabei hat Mesmers Entdeckung über ein Jahrhundert gebraucht, um sich durchzusetzen. Mesmer, dem Vertreter des tierischen Magnetismus, seiner Biographie und Lehre, widmet Verfasser die Hälfte seines Buches. Man gewinnt aus der Lektüre keine Klarheit darüber, ob der Verfasser nicht von der Existenz des tierischen Magnetismus als einer besonderen übertragbaren Kraft, die neben dem, was wir heute als Suggestion bezeichnen, bei gewissen Individuen besteht, überzeugt ist. Als Schüler und eifriger Anhänger Coués setzt er dem Apotheker von Nancy ein Denkmal durch die populäre Darstellung der Geschichte der Suggestivtherapie. Die Schrift soll dazu beitragen, Coués Erfahrungen für weite Kreise nutzbar zu machen, kommt aber über eine laienhafte Darstellung nicht hinaus. **Held.**

Ignaz Jezower: Das Buch der Träume. Berlin 1928. Ernst Rowohlt Verlag. — Jezowers interessantes Buch ist populär geschrieben mit wissenschaftlichem Einschlag, der durch die Einteilung des Werkes in einen Text- und einen kommentierenden Teil und durch die beigefügten verschiedenen Register besonders betont wird. Der Gedanke zu einem derartigen Buch liegt eigentlich bei der Bedeutung, die die Problematik der Träume heute in der psychologischen Forschung besitzt, in der Luft. Es ist dem Verfasser zu danken, durch seine Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Erweiterung der Kenntnisse über ein viel umstrittenes Gebiet, nämlich die Bedeutung von Träumen als Ahnungen und Voraussehen zukünftiger Ereignisse und die Ursache zu solchen Träumen, geliefert zu haben. Verf. selbst bezeichnet sein Buch als einen „Versuch, die Elemente der Träume in Erlebnissen des Wachbewußtseins zu suchen und aus diesen herzuleiten“. Bedauerlich ist, daß die neuere Literatur, besonders die Zeitschriftenliteratur, über die Traumforschung wenig berücksichtigt ist. Nach Jezowers Quellenregister ist das „neueste“ Werk, das er berücksichtigt, die 1923 erschienene Uebersetzung von Charles Richet Grundriß der Parapsychologie und Parapsychophysik. Das Quellenregister selbst umfaßt 202 Nummern, von denen die eine wohl aus der anderen gefunden ist; das Ganze zeugt aber auch von der großen kompilatorischen Arbeit, die Jezower geleistet hat.

Den Leser dieser Zeitschrift werden besonders die Träume interessieren, die den Arzt betreffen, von Aerzten herrühren oder medizinische Angelegenheiten, Krankheiten, Todesarten usw. betreffen. Dabei fällt auf, daß trotzdem Traumforschung und Traumdeutung dank Freud eine Domäne des psychoanalytisch ausgebildeten Nervenarztes bzw. des Psychoanalytikers überhaupt und ein kleines, aber wichtiges Gebiet der Nervenheilkunde geworden ist, Aerzte als „Träumer“ in dem Buch wenig vertreten sind. Ebenso spielen medizinische Angelegenheiten bzw. Krankheit und alles, was damit zusammenhängt, in der Welt der Träume anscheinend keine große Rolle, wenigstens nach Jezowers Buch zu urteilen. In dem Verzeichnis von 309 Personen, deren Träume in dem Buch mitgeteilt werden, sind nur etwa 12 Aerzte enthalten. Auffällig ist, daß in Jezowers-Material sexuelle Motive im Traum eine so geringe Rolle spielen; von 772 bearbeiteten Träumen hängen nur etwa 15 direkt mit dem Sexualleben zusammen (während doch in der psychoanalytischen Forschung, deren Ergebnisse bei der Beurteilung eines Buches über Träume, wie oben hervorgehoben, unbedingt besonders berücksichtigt werden müssen, das Sexualproblem die Grundlage der Bedeutungserforschung jedes Traumes ist. Diese auffällige Tatsache hindert Jezower nicht, in seinem Buche mit dem Tone wärmster Bewunderung von Freud zu sprechen, und aus dem berühmten grundlegenden Buche „Die Traumdeutung“ einen eigenen Traum Freuds mit Freuds eigener Analyse abzudrucken).

Den Nervenarzt und den mit psychologischen Fragen beschäftigten Forscher wird der Abschnitt über experimentell erzeugte Traumbilder besonders interessieren. Hier werden Versuche geschildert, die Prof. J. Mourly Vold gemacht und in seinem Werk „Ueber den Traum“ geschildert hat. Bei diesen Versuchen handelte es sich darum, Traumvorstellungen durch äußere Reize zu beeinflussen und den Grad der Beeinflussung zu bestimmen.

Im allgemeinen bestätigen die ausgezeichneten Feststellungen, die Jezower zu den einzelnen Träumen auf Grund tatsächlicher Erlebnisse der betreffenden Träumer bringt, die alte Volkanschauung, daß man oft von dem träumt, was einen gerade besonders beschäftigt, im guten oder schlechten Sinne, als Wunsch- und Erfüllungstraum oder als Alpdruck. Dadurch bietet Jezowers Buch einen einzigartigen Querschnitt durch ein Gebiet, das voller Geheimnisse und Rätsel ist; durch das beigebrachte reichhaltige Material wird auch dem Arzt und Forscher außerordentlich viel Neues geboten. **Haber.**

Rheumaprobleme. Gesammelte Vorträge, gehalten auf dem I. Aertekursus des Rheumaforschungsinstituts am Landesbad der Rheinprovinz in Aachen. Georg Thieme Verlag. Leipzig. Preis kart. 12 M. — In großzügiger Weise hat die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz ein Rheumaforschungsinstitut geschaffen, das dem Landesbad Aachen angegliedert ist. Damit geht diese Sozialversicherungsanstalt über den Kreis ihrer bisherigen Aufgaben hinaus; sie sorgt nicht nur für die erkrankten Versicherten, sondern auch für die Erforschung der Krankheitsursachen. Der erste im Oktober 1928 dort abgehaltene Aertekursus versammelte eine Reihe von Sachverständigen und Wissenschaftlern, die in ihren Vorträgen zu vielen noch neuen Problemen auf diesem Gebiete Stellung nahmen. Diese Vorträge liegen nunmehr gesammelt vor. Sie sind für die ärztliche Allgemeinheit von großem Interesse, denn sie rekapitulieren alles, was wir heute über das Rheuma wissen. Besonders interessant sind diejenigen Themen, die sich mit der Differentialdiagnose zwischen Gicht und chronischen rheumatischen Affektionen beschäftigen, ferner auch alle die, die praktische Heilmethoden behandeln. **Held.**

Laqueur: Leitfaden der Diathermiebehandlung. Zweite Auflage. 6,20 M. 140 Seiten, 56 Abbildungen. Verlag S. Karger, Berlin. Die Tatsache, daß 3 Jahre nach Erscheinen des Buches eine zweite Auflage notwendig wurde, ist angesichts der großen Literatur auf diesem Gebiete das beste Zeichen für den Wert des kleinen Werkes. Verf. gibt eine kurze, aber dennoch erschöpfende Darstellung der Technik und der Indikation der Diathermie. Die übersichtliche Darstellung macht das Buch vor allem als Leitfaden für den Praktiker geeignet. **Kirschmann.**

Rudolf Franck, Moderne Therapie. 4. Auflage. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig. Geb. 15 M. — Mit Recht nennt sich die 4. Auflage „völlig neu bearbeitet und vermehrt“. Unermüdlich trägt der Verfasser das neue Material zur Ergänzung des alten Bestandes zusammen. Sowohl die Therapie der inneren Krankheiten (I. Teil) wie die Arzneimittelbesprechung (II. Teil) enthält die neuesten Erfahrungen der Forschung und Praxis. Das Handbuch ist dem Praktiker, der es einmal kennen gelernt hat, unentbehrlich. **Keller.**

E. Lechers Lehrbuch der Physik. 5. Auflage. Bearbeitet von St. Meyer und E. Schweidler. B. G. Teubner, Leipzig. Geb. 18 M. — Für Mediziner, Biologen und Psychologen bringt das Lehrbuch eine übersichtliche Darstellung des heutigen Wissens. Die neuen Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der mechanischen Wärmetheorie, der Photometrie, der Ionisierung der Gase, der Röntgenstrahlen, der Radioaktivität und die neueren Anschauungen über den Atombau sind berücksichtigt. **Keller.**

Kurt Finkenrath: Wie werde ich Kassenarzt? Ratsschlüsse und Gesetzesbestimmungen für die Niederlassung und Zulassung zur Kassenpraxis. 2. Auflage. Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). Leipzig 1929. Preis 1 M. — In diesem kleinen Büchlein findet der angehende Arzt alles, was er zu wissen nötig hat, wenn er Kassenarzt werden will. Ich möchte der Aertzeorganisation empfehlen, diese ausgezeichnete Broschüre allen Medizinalpraktikanten zu überreichen. Sie werden ihr sicher Dank wissen. Es wird sie vor manchen Enttäuschungen bewahren. **Michaelis, Bitterfeld.**

Gottfried Fenner: Medizinisches Wörterbuch. Verlag Dr. Madaus & Co., Radeburg. 14 M. — 2 Teile. Der erste enthält die fremdsprachigen Fachausdrücke ins Deutsche übersetzt, der zweite umgekehrt die deutschen Ausdrücke alphabetisch geordnet, und daneben den fremdsprachigen Fachausdruck. Gewiß ist die Auswahl der Stichworte schwer, aber sie ist hier sicherlich nicht glücklich. Viel Ueberflüssiges. **Keller.**

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Schonungstherapie bei *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni*.

Von DDr. OSKAR und HANS-OSKAR SCHÄFER, Berlin.

Lenhartz bezweckte mit seiner vor etwa 20 Jahren aufgestellten Schonungstherapie die an Magen- oder Darmgeschwüren kranken, im Gegensatz zur Hungertherapie, möglichst rasch wieder zu Kräften kommen zu lassen, dabei aber jede Dehnung des Magens wie auch jede Belastung des Verdauungstrakts zu vermeiden. Lenhartz führte deshalb seinen Ulkuskranken fortgesetzt kleine Mengen konzentrierter Eiweißkost zu, die es vermag, überschüssige Magensäure physiologisch zu binden. Diese Diät besteht anfangs nur aus Eiern und Milch in steigender Menge; später kommen Reis, Grieß, geschabtes Fleisch und Schinken hinzu.

Da erfahrungsgemäß die forcierte Milchdiät sehr häufig von den Patienten bereits nach kurzer Zeit abgelehnt wird, sind wir dazu übergegangen, ausschließlich das von uns bereits seit Jahren bei leichten Schwachzuständen verordnete Sanatogen auch für die Schonungstherapie zu verwenden.

Dieses Präparat ist für den genannten Zweck ganz besonders geeignet, da es auf Grund seiner chemischen Zusammensetzung alle die Durchführung einer Schonungstherapie notwendigen Bedingungen in zweckmäßiger Weise erfüllt.

Das im Sanatogen enthaltene Eiweiß belastet den Verdauungsaktus in keiner Weise. Es ist absolut reizlos und schonend und kann deshalb ohne Bedenken auch in größeren Quantitäten gegeben werden. Es ist ferner einwandfrei festgestellt worden (Rodari u. a.), daß Sanatogen sowohl die neurogene als auch die alimentäre Sekretion günstig beeinflusst.

Wir vermögen also mit Sanatogen jederzeit die Mindestkost in dem erforderlichen Maße zu steigern.

Das Sanatogen ist aber nicht nur ein konzentrierter Eiweißkörper, sondern auch ein zuverlässiges Neurotonikum. Die in ihm vorliegende Verbindung mit Glycerinphosphorsäure, einem Spaltprodukt des Lecithins, übt einen direkten tonisierenden Einfluß auf das Gesamtnervensystem, damit natürlich auch auf die Magenmuskeln aus, von deren Impulsen die Drüsentätigkeit des Verdauungstrakts abhängt. Auch die Appetenz wird durch Sanatogen in sehr willkommener Weise angeregt.

Nach Hoppe u. a. wird das Mittel restlos resorbiert. Goldberger z. B. hat die Feststellung gemacht, daß die Retention nicht nur des im Sanatogen zugeführten Stickstoffes vollkommen ist, sondern außerdem auch die übrige während der Sanatogenkur erreichte Nahrung intensiver auf N abgebaut wird. Ferner ist es sehr wichtig, daß unter dem Einfluß des Sanatogens eine erhöhte Fettverbrennung stattfindet, trotz erheblich verminderter Darmtätigkeit.

Ein besonderer Vorteil des Sanatogens liegt in der Einfachheit seiner Zusammensetzung. Enthält ein Mittel zu viele bzw. zu komplizierte Komponenten, so geht sehr leicht die Übersicht über die Wirkung des betreffenden Präparates verloren. In der Kompliziertheit liegt die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen. Bei solchen Präparaten treten häufig auch Verdauungsstörungen mit Temperaturerhöhungen ein. Wenn auch diese Erscheinungen harmloser Natur sein mögen, so wird der schon geschwächte Organismus durch sie doch noch weiter entkräftet. Wir haben viele der in den letzten Jahren angebotenen Eiweißpräparate erprobt und sind stets zu Gunsten des Sanatogens zurückgekehrt. Zunächst wegen seiner unbedingten Zuverlässigkeit, und dann auch, weil man mit ihm die Dosierung in jedem Einzelfalle beliebig steigern und vor allen Dingen stets die Wirkung überblicken kann.

Nach unseren Beobachtungen wird durch Sanatogen die Heilungstendenz und damit die Widerstandsfähigkeit des gesamten Organismus gefördert. Gleichzeitig wird das Blutbild günstig beeinflusst und der Stoffwechsel gehoben. Auffällig tritt immer wieder die Kräftigung des Nervenapparates hervor.

Allgemeine Besserung der Konstitution und des Blutbildes wie Herabsetzung der nervösen Reize sind neben Eiweißanreicherung des Organismus wichtige Gesichtspunkte in der Behandlung des *Ulcus ventriculi*, die unbedingt berücksichtigt werden sollten. Die Frage der sogenannten Zellmast mit Eiweiß hat Karl Bornstein sehr eingehend untersucht und festgestellt,

daß Kaseine besonders geeignet sind, bei *Ulcus ventriculi* und *duodeni* eine Eiweißanreicherung herbeizuführen.

Unsere Beobachtungen haben dies in vollem Umfange bestätigt. Aus unserem im Laufe von 20 Jahren gesammelten Krankengutmaterial lassen wir wahllos einige Krankengeschichten auszugsweise folgen:

1. Frau B., 37 J., Größe 1,61, leidet seit 6 Jahren an starkem Druckschmerz in der Magengegend, Bluterbrechen, Blutabgang mit dem Stuhle, Anämie und Appetitlosigkeit. Gewicht 37 kg. Infolge des Brechreizes ist keine Beeinflussung des körperlichen Zustandes zu erzielen. Nach Sanatogen verschwinden innerhalb 16 Tagen diese für *Ulcus ventriculi* charakteristischen Beschwerden. Nunmehr großes Nahrungsbedürfnis; Patientin ist bedeutend lebhafter. Gewichtszunahme in einem Monat 4 kg.

2. Fräulein R., 54jährige Lehrerin, Größe 1,58, leidet seit 2 Jahren an ungefähr denselben Beschwerden wie Fall 1. Besonders stört sie der Druck und das Völlegefühl nach dem Essen sowie das saure Aufstoßen und die hartnäckige, nur durch Drastika zu beeinflussende Obstipation. Es wurde ihr ebenfalls Sanatogen gegeben, und nach 4 Wochen waren die Beschwerden verschwunden. Kontrolluntersuchung nach einem Jahr: Befinden gut. Sanatogen wird ständig weitergebraucht.

3. Herr B., 54jähriger Landgerichtsrat, Größe 1,74, klagte über heftigen Schmerz 3 bis 4 Stunden nach der Mahlzeit sowie über heftige Schmerzen in der Nacht, die fortgehen, sobald Patient etwas isst. Der Appetit und Ernährungszustand sind gut, Erbrechen fehlt. Es besteht objektiv eine leichte Druckempfindlichkeit in der rechten Oberbauchgegend. Patient bekommt Sanatogen. Nach 16 Tagen lassen die nächtlichen Hungerschmerzen nach. Patient steht jetzt seit 10 Jahren unter unserer Beobachtung. Seitdem Patient Sanatogen nimmt, sind keine Anfälle und keine Schmerzen mehr aufgetreten.

Selbstverständlich wurden nicht alle Fälle von *Ulcus ventriculi* und *duodeni* so schnell geheilt, jedoch war unter unseren vielen Patienten keiner, dessen Zustand nicht durch Sanatogen mindestens bedeutend gebessert wurde. Das ätiologische Moment, Superazidität, Störungen bzw. abnorme Erregbarkeit im Bereich des vegetativen Nervensystems spielen hierbei eine bedeutende Rolle.

Immer — und selbst bei schwersten Fällen — ist es uns möglich gewesen, mit Sanatogen die Schonungstherapie leicht und vor allen Dingen beliebig lange durchzuführen.

Aus dem ärztlichen Laboratorium der Preussischen Hochschule für Leibesübungen in Spandau.

Einige Beobachtungen über Anwendung von Calcipot bei Leibesübungen.

Von Med.-Rat Prof. Dr. JOH. MÜLLER.

Die Bedeutung des Kalziums, auch abgesehen von seiner Unentbehrlichkeit beim Knochenaufbau, ist allbekannt. Das Kalzium ist ein notwendiger Bestandteil aller Zellen und für ihre Lebensfähigkeit von ausschlaggebendem Einfluß. Dabei kommt es im wesentlichen auf das richtige Verhältnis der Kalzium- und Kalium-Ionen zueinander an. Kalziummangel macht die Blutgefäße undichter und durchlässiger und hat vielleicht auch Einfluß auf die Durchlässigkeit der Grenzschichten im schaumigen Aufbau des Eiweißes. Nach Zondeck trägt Kalziummangel ebenso wie Alkalose des Blutes zum Ueberwiegen des Vagus, Kalziumüberfluß wie Azidosis zum Ueberwiegen des Sympathikus bei, wobei sich Kalzium umgekehrt wie Kalium verhält. Auch auf die Herzfähigkeit und auf die bessere Spannung der Blutgefäßwandungen scheinen Kalzium-Ionen, vielleicht durch Vermittelung des Sympathikus, anregend und straffend zu wirken. Ebenso werden die Blutgerinnung, die Drüsen mit innerer Sekretion, der Blutdruck und der Wasserhaushalt des Körpers durch richtiges Verhältnis der Kalziummengen beeinflusst.

Die Therapie verwendet das Kalzium daher auch bei der Behandlung eines erhöhten Vagustonus. Daher ist auch die Wirksamkeit der Kalziumzufuhr bei ungewollten Einflüssen der Leibesübungen, wie sie sich namentlich bei beginnendem Uebertraining zeigen, verschiedentlich geprüft worden (1 und 2).

Ich habe seit mehreren Jahren die Erfahrung gemacht, daß die Hörer und Hörerinnen der Preussischen Hochschule für Leibesübungen in Spandau in den letzten Monaten ihrer Ausbildung vielfach in ihrer Leistungsfähigkeit nachließen und teilweise geringere

oder stärkere Anzeichen von Uebertraining zeigten. Es hängt das damit zusammen, daß sich in diesen Monaten die Vorbereitung auf die recht erheblichen Anforderungen in turnerischem und sportlichem Können sowie in theoretischem Verstehen und Wissen für die Prüfung zusammendrängt. Vielfach zeigen sich dabei Anzeichen einer Ueberempfindlichkeit für Vagusreize, die aus naheliegenden Gründen bei Turnern und Sportlern nur durch per os gegebene Medikation wirksam bekämpft werden können. Ich hatte daher schon früher gelegentlich Kalkpräparate verordnet.

Nach Untersuchungen von Bickel (3) gehört nun Calcipot, das 28% Calc. citr. und 2% Calc. glycerinophosphor. enthält, zu der Gruppe der am leichtest resorbierbaren Kalkverbindungen. Da nach Untersuchungen von Friedländer ferner Calcipot besonders bei leistungsschwachen Jugendlichen leistungssteigernde Wirkung ausübt, so lag es nahe, dieses Präparat bei dem Betrieb anstrengender Leibesübungen zu verwenden.

Die herstellende Firma Tropenwerke Dinklage & Co., Köln-Mülheim, stellte bereitwilligst die erforderlichen Mengen des Präparates zur Verfügung.

Stoffwechseluntersuchungen wurden nicht ausgeführt, da das diesbezügliche Verhalten des Calcipots durch anderweitige Untersuchungen bekannt ist. Die Beobachtungen erstreckten sich auf die Zeit vom 19. November 1928 bis 25. Februar 1929. Jede Versuchsperson erhielt täglich dreimal 2 Tabletten. Das Calcipot wurde 35 Versuchspersonen (18 Damen und 17 Herren) gegeben. Besondere Gesichtspunkte waren bei der Auswahl nicht maßgebend. Der Kräfte- und Gesundheitszustand entsprach dem Durchschnitt aller Hörer (150) und Hörerinnen (etwa 190). Höchstens drängten sich vielleicht etwas schwächlichere Personen zu der Einnahme eines „Stärkungsmittels“.

Die reichliche Hälfte aller Versuchspersonen zeigte Dermographie, die bei den meisten schon bei ihrer Aufnahme in die Hochschule ebenso wie bei der etwa gleichen Prozentzahl der übrigen Hörer und Hörerinnen vorhanden war. Die Dermographie hatte meist die Form eines roten Striches, bei 3 Herren bildete sich zu beiden Seiten des roten Striches weißer Untergrund. Die Dermographie wurde etwa in der Hälfte der Fälle durch den Calcipotgebrauch günstig beeinflußt, indem sie geringer wurde oder ganz verschwand.

Bei etwa der Hälfte einer Anzahl von Versuchspersonen (7 Damen und 6 Herren), die an starker Schweißabsonderung an den Händen und zum Teil an den Füßen litten, wurde durch Calcipotgebrauch eine erhebliche Besserung erzielt.

Die günstige Wirkung des Calcipotgebrauches äußerte sich ferner in einer Herabsetzung der leichten Erregbarkeit des Nervensystems (auch schlechter Schlaf, aufregende Träume) bei Damen und Herren, sowie der Blutwallungen, an denen eine Anzahl von Damen litt. Fast alle Fälle wurden unter der Darreichung von Calcipot gebessert, nur in einem Falle mußte die Medikation wegen Steigerung der Erregbarkeit ausgesetzt werden.

Sämtliche Versuchspersonen gaben das Gefühl größerer körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit an. Die objektive Erhöhung der Leistungsfähigkeit wurde an der Zahl der geleisteten Klimmzüge und an der Schnelligkeit des 50-m-Schwimmens geprüft. Laufprüfungen, Wurf- und

Sprungprüfungen konnten wegen der Jahreszeit nicht vorgenommen werden. Die Prüfungen wurden zu Beginn des Calcipotgebrauchs und Ende Januar vorgenommen. Neben der Klimmzüge in der Zwischenzeit wurde bei den Versuchspersonen (nicht bei den Vergleichspersonen) ausgeschlossen.

Aus den nachstehenden Tafeln ist deutlich ersichtlich, welcher Weise die Leistungsfähigkeit gebessert wurde.

Tabelle I.
Leistungssteigerung nach Zufuhr von Calcipot, gemessen an der Zahl der Klimmzüge

Männliche Versuchspersonen (Wahllos herausgegriffene Vergleichspersonen ohne Calcipotgebrauch sehen in Klammern daneben)			Ergebnisse	Weibliche Versuchspersonen (Wahllos herausgegriffene Vergleichspersonen ohne Calcipotgebrauch zeigen keine Leistungssteigerung)		
Zahl der Personen	Zahl der Klimmzüge			Zahl der Personen	Zahl der Klimmzüge	
	vor Calcipot-zufuhr	nach Beendigung der Calcipotzufuhr			vor Calcipot-zufuhr	nach Beendigung der Calcipotzufuhr
1 (1)	8 (10)	8 (10)	unverändert	1	0	0
1 (1)	11 (12)	11 (12)		2	2	2
1 —	13 —	13 —		1	3	3
3 (2)				4		
1 (1)	7 (7)	8 (8)	Die große Steigerung bei Vergleichspersonen kommt von besonderer Übung Leistungssteigerung	7	0	1
1 (1)	11 (5)	12 (12)		3	1	3
1 (1)	12 (6)	13 (13)		2	3	5
2 (1)	7 (7)	9 (11)		2	5	6
2 (1)	8 (10)	10 (11)		14		
1 (1)	9 (10)	11 (12)				
1 (1)	10 (10)	12 (13)				
1 —	12 —	14				
1 —	13 —	15				
11 (7)						
1 (1)	9 (10)	8 (9)	Leistungs-minderung als Folge von Uebertraining			
— (1)	— (10)	— (3)				
— (1)	— (11)	— (10)				
— (1)	— (11)	— (9)				
— (1)	— (12)	— (11)				
— (2)	— (12)	— (10)				
— (1)	— (13)	— (9)				
— (1)	— (14)	— (12)				
— (1)	— (14)	— (10)				
— (1)	— (15)	— (14)				
— (1)	— (17)	— (14)				
1 (12)						

Einige Versuchspersonen gaben an, in den ersten Tagen Calcipotgebrauches härteren Stuhl zu haben, was sich jedoch wieder regelte. Die Nieren zeigten, wie zu erwarten war, keine Reizzustände.

Bei den Blutdruckmessungen konnte zunächst keine Regelmäßigkeit beobachtet werden. In den meisten Fällen zeigte sich ein Sinken, in anderen Fällen ein Steigen. Es wurde aber die Beobachtung gemacht, daß der Blutdruck abnahm, wenn der maximale Blutdruck vor dem Beginn der Versuchsperiode bis 140 mm und mehr betrug, daß er dagegen etwas zunahm, wenn er vorher um 100 mm betragen hatte. Es trat also ein gewisses

Tabelle II.
Verbesserung bzw. Verschlechterung der Schwimmleistung (50 m Weglänge) von 11 Damen nach Zufuhr von Calcipot.
(Wahllos herausgegriffene 17 Vergleichspersonen stehen in Klammern.)

Zahl der Personen	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)	(1)	Zahl der Personen	2	3	2	2	(1)	(1)	1	1
Verschlechterung der Leistung in Sekunden	(7)	(4)	(2,5)	(2)	(1,3)	(1,2)	(0,4)	Verschlechterung der Leistung in Sekunden	0	0,4	0,6	2	(2,2)	(2,8)	3	5
		(1,2)	(1,3)						(0)	(0,1)	(1,2)	(2)			(3)	(4)

Tabelle III.
Verbesserung bzw. Verschlechterung der Schwimmleistung (50 m Weglänge) von 12 Herren nach Zuführung von Calcipot.
(Wahllos herausgegriffene 18 Vergleichspersonen stehen in Klammern.)

Zahl der Personen	(1)	(1)	1	1	(2)	Zahl der Personen	1	1	1	2	2	3	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Verschlechterung der Leistung in Sekunden	(5,8)	(2,8)	1,4	1,1	(0,7)	Verschlechterung der Leistung in Sekunden	0,4	0,8	1	1,2	2	3	(4,2)	(4,7)	(5,2)	(6,5)	(7,4)
			(1,4)	(1,2)			(0,4)			(1,4)							

gleich ein. Nach mehrwöchiger Darreichung von Calcipot war durchschnittliche Blutdruck, der in der letzten Zeit vor den Untersuchungen in den letzten Jahren stets etwas hoch lag, gegenüber Vergleichspersonen um etwa 7 mm gesenkt. Die Zahl der Puls-
schläge bot nichts Bemerkenswertes.

Verschiedene Damen gaben an, daß die bei den Menses auftretenden Beschwerden unter dem Calcipotgebrauch abgeklungelt wurden. Von 10 Damen, die an Fluor vaginalis litten, zeigte sich bei 6 eine ganz wesentliche Besserung oder sogar Verschwinden. Dies läßt sich in Einklang bringen mit den Beobachtungen von E. von Zalewski (4), der bei parenteraler Anwendung von glukonsaurem Kalzium Erfolge bei Störungen der Menstruation und bei Fluor vaginalis sah. Bei Turnerinnen und Sportlerinnen kann nur die perorale Anwendung in Frage kommen. Es ist daher erwünscht, wenn meine diesbezüglichen, an einer größeren Zahl von Personen beobachteten Erfolge von anderer Seite bestätigt und bestätigt werden.

Meine Beobachtungen haben demnach ergeben, daß die Darreichung von Calcipot bei Turnern und Sportlern weiblichen und männlichen Geschlechtes die nachlassende Leistungsfähigkeit unter gleichzeitiger Besserung bestehender Beschwerden, die unter Kalkabgabe günstig beeinflusst werden, hebt. Ich kann daher die Anwendung von Calcipot bei Leibesübungen warm empfehlen. Man darf die Zuführung von Kalk nicht als Doping ansehen und damit verurteilen. Denn die Kalkzufuhr ersetzt nur die durch die Leibesübungen wohl infolge vermehrter Säurebildung in erhöhtem Maße eintretende Kalkabgabe.

Literatur:

W. B. Ueber die Verwendung des Candiols zur Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Die Therapie der Gegenwart 1925, Nr. 2.
H. J. L. D. Der Ausnutzungswert der Stützmittel für Training und Wettkampf, Fortschritte der Medizin 1926, Nr. 31.
H. J. L. D. Zur Physiologie und Pharmakologie des Kalziums, Allgemeine medizinische Zentralzeitung 1927, Nr. 4.
E. v. Zalewski, Die Kalktherapie in der Gynäkologie, Die Medizinische Welt 1928, Nr. 46.

aus der experimentell-biologischen Abteilung des Pathologischen Institutes der Universität Berlin.

Aminanreicherung durch Ultraviolettlichtbehandlung in Nährpräparaten aus Blut und Malz.

Von M. TENNENBAUM.

In jüngster Zeit mehren sich die Stimmen, welche auf die Wirksamkeit der bestrahlten Ergosterinpräparate bei Ueberdosierung hinweisen und zur Vorsicht bei der Verabreichung dieser Präparate in der Heilkunde mahnen.

So beobachtete Pfannenstiel (1) selbst bei Verfütterung kleiner Mengen Vigantol (zwei Tropfen peroral täglich während einer längeren Zeitperiode) Vergiftungserscheinungen beim Menschen; die Tiere gingen zum größten Teil an Freßunlust, Abmagerung und Gewichtsabnahme zugrunde. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Kreitmair und Moll (2), die mit starker Ueberdosierung von Vigantol arbeiteten. Nach diesen Autoren entsteht bei Mäusen, Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen eine Hyperkalcämie, die sich an gewissen, besonders dazu disponierten Tieren (Gefäßwand usw.) in einer starken Kalkablagerung äußert. Diese Schädigungen der Versuchstiere durch Gaben kleinerer Mengen berichten Reyher und Walkhoff (3). — Behrendt und J. Berberich (4) bestätigen die Befunde von Pfannenstiel; auch bei ihnen gehen die allerdings mit größeren Dosen von Vigantol gefütterten Tiere (es wurden Kaninchen benutzt, in den zweiten Tag 1,0 ccm einer einprozentigen Lösung von Vigantol durch die Magensonde erhielten), ebenfalls unter den von Pfannenstiel beschriebenen Erscheinungen zugrunde.

Die Analyse des Serums der wenigen überlebenden Tiere in den Versuchen von Behrendt und Berberich (4) ergab eine Erhöhung des Gesamtcholesteringehalts; stieg er doch in neun Wochen während Versuch sogar auf das Hundertfache der Norm an! Aber auch mit geringen Vigantoldosen (ein Tropfen jeden zweiten Tag) wurde nach dreiwöchiger Fütterung Erhöhung des Cholesterinspiegels im Serum beobachtet; sie lag bei dieser niedrigen Dosierung noch immer das Dreifache der Norm.

Da dem Ansteigen des Cholesterinspiegels glauben die Verfasser für die evtl. Vigantol-Arteriosklerose ein feineres Kriterium zu sein, ausgehend von der Ueberlegung, daß in manchen Fällen

der Arteriosklerose eine Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blut nachgewiesen werden kann zu einer Zeit, zu der anatomische Veränderungen noch nicht feststellbar sind.

Wenn auch die Verfasser im Gegensatz zu Kreitmair und Moll keine Beeinflussung des Kalkspiegels durch Vigantol erzielen konnten, so läßt sich doch nach einer kürzlich erfolgten Mitteilung von Heubner (5), zumindest für höhere Dosen bestrahlten Ergosterins neben einer pathologischen Veränderung von Arterien nicht nur an Kaninchen, sondern auch an vielen, wenn auch nicht allen Tieren, eine solche Beeinflussung nicht mehr in Abrede stellen.

Nach Heubner handelt es sich hier um eine allgemeine Vergiftung, die sich z. B. in Mangel an Freßlust, daneben auch in starker Umstellung des intermediären Kalkstoffwechsels äußert (Aufhäufung von Kalzium in den Nieren, den Lungen und der Aorta), neben anderen Schädigungen, wie sie ja auch schon früher zum Teil von anderen Autoren beschrieben worden sind.

Fischel und Epstein (6) haben ebenfalls bei Verfütterung von Vigantol in mäßigen Dosen an Kaninchen krankhafte Erscheinungen, insbesondere auch Kalkablagerungen in den Gefäßen und der Leber beobachtet. Hingegen stellten sie beim Meerschweinchen eine relativ hohe Toleranz gegen Vigantolgaben fest.

Von anderen Autoren seien noch Scheunert und Schieblich (7) erwähnt, die bei der Untersuchung käuflicher Ergosterinpräparate an Mäusen eine toxische Wirkung feststellen konnten.

Die Ergebnisse der vorstehend aufgezählten experimentellen Untersuchungen wurden dann noch durch einige sie bestätigende Mitteilungen aus der klinischen Praxis (s. Bamberger und Degkwitz [8]) in ihrer Bedeutung unterstrichen. Aus alledem folgt, daß man sich bei der Gabe von bestrahlten Ergosterinpräparaten vor Ueberdosierungen schützen muß.

Ein anderer Weg, dem Körper Vitamin zuzuführen, ist der früher allein gangbar gewesene, nämlich, das Vitamin in Verbindung mit Nahrungsmitteln zu geben, die daran besonders reich oder künstlich damit angereichert sind.

Da ich nun in einer früheren Arbeit mit Bickel (9) gefunden hatte, daß das aus Blut und Malzextrakt gewonnene Präparat Hämatopan wachstumsförderndes Vitamin enthält, habe ich diese Untersuchungen fortgesetzt und geprüft, ob auch noch andere Vitamine, insbesondere das für den Organismus so überaus wichtige antirachitische Vitamin darin enthalten sind, und ob es möglich ist, evtl. durch Bestrahlung mit ultravioletttem Licht den Gehalt dieses Präparates an antirachitischem Vitamin anzureichern.

Eine Mitteilung französischer Forscher, L. H. Delust, van Stolk und E. Dureau (10), welche auf spektrographischem Wege die Anwesenheit von Ergosterin im menschlichen Blut festgestellt haben, gab uns neben der Publikation von Küster und Hürth (11) „Ueber das Vorkommen von Ergosterin neben Cholesterin im Rinderblut“, aus dem sie das erstere in durchaus wägbaren Mengen isolieren konnten, einen weiteren Ansporn in dieser Richtung. War Ergosterin im Rinderblut vorhanden, so mußte es bei der schonenden Art der Zubereitung des in Frage kommenden Nährmittels (Konzentration im Vakuum unter Vermeidung jeglicher chemischer Einwirkung) im Präparat verbleiben und so unter geeigneter Beeinflussung durch kurzzeitige Strahlen in das wirksame Prinzip umgewandelt werden.

Zu diesem Zweck der Anreicherung mit dem genannten Vitamin habe ich das Hämatopan mittels einer künstlichen Höhensonne¹⁾ in einem Abstand von 35 cm unter Kohlensäurestrom, um unerwünschte Nebenreaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden, in dünner Schicht bestrahlt. Die Bestrahlungsdauer betrug bei vollbrennender Lampe eine Minute. Zum Vergleich diente dasselbe Präparat in unbestrahltem Zustand. Des weiteren gab ich unbestrahltes Hämatopan unter Zusatz von bestrahltem Ergosterin, um auf diese Weise festzustellen, ob sich hier der Ernährungseffekt mit demjenigen des bestrahlten Hämatopans vergleichen läßt.

Die Untersuchung geschah in folgender Weise:

Mehrere Würfe junger Ratten im Alter von etwa 6 Wochen wurden in vier Gruppen eingeteilt, und zwar so, daß sich in jeder Gruppe Vertreter der Ratten von jedem Wurf befanden. Alle Gruppen erhielten die nachstehende, von Mac Collum (12) empfohlene rachitogene Kost (Nr. 3413):

- 33 Teile grobgeschroteter Mais,
- 33 Teile grobgeschroteter Weizen,
- 15 Teile Gelatine,
- 15 Teile Weizenkleber (Glidine),
- 1 Teil NaCl,
- 3 Teile CaCO₃,
- 150 Teile Wasser.

¹⁾ Geliefert von der Quarzlampengesellschaft Hanau, Stärke 2,5 Amp. bei 220 Volt.

Die Gelatine wird in heißem Wasser gequollen und unter die übrigen gemischten Futterbestandteile gerührt. Nach Erkalten resultiert eine Gallerte, die den Tieren in kleinen Würfeln gereicht wird.

Bei Zugabe von Hämatopan wurde die fertige Gallerte mit dem Präparat durchgeknetet.

Diese Kost diente den Ratten als Grundnahrung; außerdem erhielten die Tiere:

in der Gruppe I: 1,5 g bestrahltes Hämatopan pro Tier und Tag;
in der Gruppe II: 1,5 g unbestrahltes Hämatopan pro Tier und Tag,
in der Gruppe III: 1,5 g unbestrahltes Hämatopan und 1,10-mg bestrahltes Ergosterin (eine Radiostol-Ratteneinheit pro Tier und Tag).

Gruppe IV diente als Kontrolle.

Die Nahrung wurde im allgemeinen von den Tieren gern genommen. Die Tiere wurden alle fünf Tage gewogen, außerdem wurden etwa alle zwei Wochen Röntgenaufnahmen gemacht (im ganzen drei Aufnahmen pro Ratte), um die etwa auftretenden rachitischen Knochenveränderungen feststellen zu können. (siehe Tabelle I bis V).

Unsere Erwartungen, daß uns das Röntgenbild der Gruppe I (bestrahltes Hämatopan) das Fehlen von rachitischen Knochenveränderungen anzeigen wird, hat sich voll und ganz bestätigt (s. Tabelle IV). Aber darüber hinaus fiel uns bei den weitaus meisten mit unbestrahltem Hämatopan behandelten Ratten das Fehlen dieser Symptome auf, eine Tatsache, die offenbar dafür zu sprechen scheint, daß auch das unbestrahlte Hämatopan als solches bereits das antirachitische Vitamin in hinreichendem Maße enthält.¹⁾ (Tabelle III.)

Tabelle I.

	Kontrollen	Unbestrahltes Hämatopan	Bestrahltes Hämatopan	Unbestrahltes Hämatopan und bestrahltes Ergosterin
Beginn des Versuches	30.1.29	30.1.29	30.1.29	30.1.29
Ende des Versuches	1.3.29	15.3.29	15.3.29	15.3.29
Zahl der Tiere zu Beginn des Versuches	7	9	9	9
Todesfälle nach 1. Versuchswoche	—	—	—	—
" 2. "	1	—	—	—
" 3. "	1	—	—	2
" 4. "	4	1	4	2
" 5. "	1	1	—	1
" 6. "	—	1	—	—
Gesamtzahl der Todesfälle .	7	3	—	5
Durchschnittliche Gewichts- zunahme der überlebenden Tiere absolut und in % des Anfangsgewichtes am 30. Januar	—	48 gr = 71,6 %	33 gr = 58,9 %	28,5 gr = 41,4 %

Tabelle II. Röntgenbefunde

Kontrollen.

Beginn des Versuches: 30. 1. 29.

Bezeichnung des Tieres	Datum der 1. Aufnahme	Befund der 1. Aufnahme rechts/links	Datum der 2. Aufnahme	Befund der 2. Aufnahme r. l.	Datum der 3. Aufnahme	Befund der 3. Aufnahme r. l.	Bemerkungen
II m (7)	14.2.29	? +	2. 3.	+ +	gestorben		
IV w (7)	14. 2.	0 ?	gestorben				
I w (7)	14. 2.	0 0	gestorben				
I w K (7)	14. 2.	+ +	gestorben				
IV m (7)	14. 2.	+ +	gestorben				
III w (7)	14. 2.	? ?	gestorben				
IV m B (7)	vor der 1. Röntgenuntersuchung gestorben						

Fraktur des r. Ober-schenkels

Tabelle III. Röntgenbefunde

Unbestrahltes Hämatopan.

Beginn des Versuches: 30. 1. 29.

Bezeichnung des Tieres	Datum der 1. Aufnahme	Befund der 1. Aufnahme rechts/links	Datum der 2. Aufnahme	Befund der 2. Aufnahme r. l.	Datum der 3. Aufnahme	Befund der 3. Aufnahme r. l.
H IV w (8)	15. 2.	? +	gestorben			
H IV m (8)	15. 2.	0 0	5. 3.	0 0	gestorben	
H IV w	14. 2.	+ +	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H I m	15. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H 2 III w	15. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H II m	15. 2.	0 0	5. 3. } 6. 3. }	0 0	18. 3.	0 0
H III w	15. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H III m	15. 2.	? 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H II m (8)	14. 2.	0 0	gestorben			

Tabelle IV. Röntgenbefunde

Bestrahltes Hämatopan.

Beginn des Versuches: 30. 1. 29.

Bezeichnung des Tieres	Datum der 1. Aufnahme	Befund der 1. Aufnahme rechts/links	Datum der 2. Aufnahme	Befund der 2. Aufnahme r. l.	Datum der 3. Aufnahme	Befund der 3. Aufnahme r. l.
H b II m	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b II m (9)	14. 2.	0 0	6. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b I m	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b III m	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b IV w (8)	14. 2.	0 0	6. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b IV w R (9)	14. 2.	0 0	6. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b IV m (9)	14. 2.	? ?	6. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b III w	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
H b 2 III w	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0

Tabelle V. Röntgenbefunde

Unbestrahltes Hämatopan und bestrahltes Ergosterin.

Beginn des Versuches: 30. 1. 29.

Bezeichnung des Tieres	Datum der 1. Aufnahme	Befund der 1. Aufnahme rechts/links	Datum der 2. Aufnahme	Befund der 2. Aufnahme r. l.	Datum der 3. Aufnahme	Befund der 3. Aufnahme r. l.
RHIV w K (10)	14. 2.	? ?	gestorben			
RHIV w (10)	14. 2.	0 0	gestorben			
RHIV m (10)	14. 2.	? ?	gestorben			
RH I w (10)	14. 2.	0 0	gestorben			
RH I m	14. 2.	0 0	6. 3.	0 0	18. 3.	0 0
RH II m	14. 2.	0 0	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0
RH III w	15. 2.	? ?	6. 3. }	0 0	18. 3.	0 0
RH III m	15. 2.	? 0	gestorben			
RH 2 III w	15. 2.	+ ? + ?	5. 3.	0 0	18. 3.	0 0

Anmerkung zu den Tabellen 2 bis 5.

Als Kriterium einer Rachitis im Röntgenbilde diente das Vorhandensein pathologischer Auffälligkeiten der zwischen Epiphyse und Diaphyse liegenden Epiphysezone, die bei den rachitischen Tieren eine abnorme Breite bei Unschärfe der Epiphyse aufweist, während sie bei den mit ausreichenden Mengen Vitamin gefütterten Tieren als ein schmaler Streifen mit scharfen Rändern („Linientest“) (12) erscheint.

Die Bezeichnung r o bedeutet beispielsweise, daß an der rechten Epiphyse Befund normal ist bzw. r +, daß rechts eine rachitische Veränderung vorliegt. m bedeutet männlich, w weiblich.

Traten auch bei den erwähnten Gruppen zu Beginn des Versuches vereinzelte rachitische Veränderungen auf, so waren sie bei der zweiten Röntgenaufnahme durchweg verschwunden, während andererseits die meisten Kontrollen bereits bei der ersten Röntgenaufnahme pathologische Veränderungen des Knochenbildes aufwiesen.

Als ein weiterer, wichtiger Befund ergibt sich aus der Tabelle eine günstige Beeinflussung der Lebensdauer durch

¹⁾ Vergl. in diesem Zusammenhange die Mitteilung von Schittenhelm und Eisler in der Klinischen Wochenschrift 1928, Nr. 26, S. 1118 über das Auftreten von antirachitischem Vitamin in unter Ausschluß von Licht gekeimter Gerste.



Abb. 1.
Ratte IV m erhielt nur rachitogene Kost;
rachitisch.



Abb. 2.
Ratte II m (7) erhielt nur rachitogene Kost;
rachitisch.



Abb. 3.
Ratte H IV w erhielt zur Nahrung eine
Menge von unbestrahltem Hämatopan. Nach
2 Wochen Anzeichen von Rachitis.

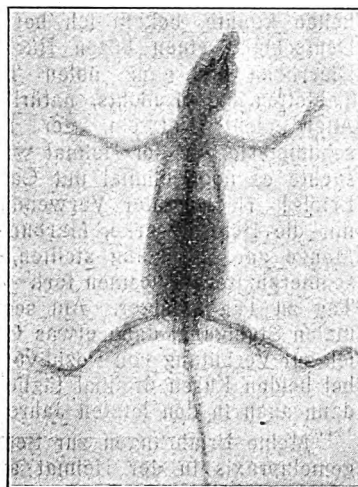


Abb. 4.
Dieselbe Ratte wie auf Abb. 3 nach
weiteren 2 Wochen. Rachitis ver-
schwunden.



Abb. 5.
Ratte H b III w erhielt zum Futter eine
Menge von bestrahltem Hämatopan. Nach
2 Wochen keine Rachitis.



Abb. 6.
Dieselbe Ratte wie auf Abb. 5 nach
weiteren 2 Wochen; keine Rachitis.

Ratten in der Gruppe I, II und III gegenüber den Kontrollen, die bereits innerhalb der ersten vier Versuchswochen unter typischen Symptomen der Avitaminose (Abmagerung, Krämpfe, blutiger Darmkatarrh) eingingen. Demgegenüber starben bei der Gruppe II (unbestrahltes Hämatopan) und III (unbestrahltes Hämatopan mit Ergosterin) im Laufe der Versuche etwa nur ein Drittel bzw. die Hälfte der Tiere, ja, beim bestrahlten Hämatopan während der sechswöchigen Versuchsdauer sogar keine einzige.

Diese erhebliche Verlängerung der Lebensdauer gerade bei der Darreichung von bestrahltem Hämatopan bei den durch unzulängliche Kost stark geschwächten Tieren kann sicherlich als ein Zeichen dafür angesehen werden, daß das Präparat Reserven enthält, die sich durch die Bestrahlung in Vitamine umwandeln. Außerdem weist diese Tatsache darauf hin, daß offenbar die Vitamine entweder in der richtigen Menge vorhanden sind, oder daß toxische Nebenprodukte bei der angewandten Methodik der Bestrahlung hier nicht entstanden sind.

Es wäre noch besonders auf die Gewichtszunahmen bei den Versuchstieren, die mit Hämatopan zuzulagen gefüttert wurden, im Gegensatz zu den Kontrollen hinweisen, woraus sich eine gute Assimilierbarkeit des Hämatopans bei einer sonst unzureichenden Kost ergibt.

Literatur:

1. Pfannenstiel: Diskussionsbemerkung, Ref. Med. Klinik, 1927, Nr. 49, S. 1913; derselbe s. Münch. Med. Wschr. 1928, I, S. 1113, Weitere Beobachtungen über Wirkungen bestrahlten Ergosterins im Tierversuch.
2. Kreitmair und Moll: Hypervitaminose durch große Dosen Vigantol, Münch. Med. Wschr. 1928, Nr. 15.
3. Reyher u. Warkhoff: Ueber die toxische Wirkung ultraviolettbestrahlter Milch und anderer Substanzen, Münch. Med. Wschr. 1928, Nr. 25.
4. H. Behrendt und J. Berberich: Experimenteller Beitrag zur Vigantolwirkung, Münch. Med. Wschr., 1928, Nr. 50, S. 2134.
5. Heubner: Vortrag, gehalten in der Med. Ges. Göttingen, Münch. Med. Wschr. 1929, Nr. 15, S. 648.
6. Fischel und Epstein: Schwere Schädigungen von Kaninchen durch Vigantol, Med. Klinik 1929, Nr. 1, S. 21.
7. Scheunert und Schieblisch: Zur Frage der Toxizität bestrahlter Ergosterinpräparate, Klin. Wschr. 1929, Nr. 21, S. 983.
8. Bamberger und Degkwitz: Gesundheitsfürs. Kindesalt. 1929, S. 181.
9. Bickel und Tennenbaum: Zur Kenntnis des Vitamingehalts des Hämatopans, Med. Klinik 1928.
10. L. H. DeJest, van Stolk und E. Dureuil: Ueber die Gegenwart des Ergosterins im menschlichen Blut, Comptes rendus de la Soc. Biol. 1928, 187., S. 311.
11. Klüster und Hürth: Ueber das Vorkommen von Ergosterin neben Cholesterin im Rinderblut, Berichte der deutschen chem. Gesellschaft 1928.
12. Mac Collum und Mitarbeiter: Journ. of biol. Chem. 1922, 51., 41.

Beiträge zur Therapie der Hyperhidrosis.

Von Dr. BONNIN, Berlin.

Eine weite Verbreitung im Pflanzenreich haben die ätherischen Oele. Am häufigsten sind sie in den Blüten und Früchten der Pflanzen anzutreffen. Die ätherischen Oele sind farblose oder gelbliche, oft etwas zähflüssige Flüssigkeiten von angenehmem, aromatischem Geruch. Ihrer chemischen Zusammensetzung nach stellen sie höchst komplizierte Mischungen zahlreicher aromatischer Substanzen dar. Sie enthalten fast immer Terpene (flüssige Kohlenwasserstoffe), in denen Phenole, Ketone, Säuren, Alkohole, feste Kampfer usw. gelöst sind. Die Phenole und Terpene wirken stark antiseptisch, da sie auf Grund ihrer Flüchtigkeit und Lipidlöslichkeit leicht in das Protoplasma der Mikroorganismen eindringen. Im Folgenden wollen wir unser Augenmerk hauptsächlich auf eine Gruppe wenden, die schon seit alters her breite Verwendung in der Volksmedizin gefunden hat, nämlich die *Folia salviae*, die Salbeiblätter. Es sind dies graugrüne, haarige und netzförmig geäderte Blätter der in Südeuropa vorkommenden *Salvia officinalis*. Die Blätter enthalten außer ätherischem Oel etwas Gerbsäure. Das ätherische Oel ist durch Destillation mit Wasserdampf aus dem Salbeikraut gewonnen. Seine therapeutisch wirksamste Komponente ist das Salviol, chemisch ein Keton, sowie ferner Pinen, Cineol, Borneol, Salven, Kampfer. Dem Salviol kommt eine hervorragende antihidrotische Wirkung zu, die nach Kobert auf einer Hirnreizung beruhen soll, da nach K. der Nachtschweiß der Phthisiker mit einer Reizung des Schweißzentrums infolge der durch Respirationsstörung bedingten Kohlen säureanhäufung beruhen soll, wozu sich noch Toxinresorption gesellen soll. Das Salviol beeinflusst wahrscheinlich diese Reizungen antagonistisch. Wichtig ist es natürlich, das Salviol usw. aus der

frischen Pflanze zu gewinnen, was der Firma Bürger, Wernigerode, im Salvysat gelungen ist.

Gibt man nämlich die Salbei als Tee, so muß man berücksichtigen, daß der Tee aus getrockneten Blättern hergestellt wird, wobei sicher ein Teil des wirksamen ätherischen Oeles verloren geht. Denselben Nachteil hat die Tinctura Salviae, die ja auch aus getrocknetem Material gewonnen wird. Nach längeren Untersuchungen konnte man feststellen, daß in 20 Tropfen Salvysat etwa 0,014 bis 0,023 g Ol. saly. enthalten ist.

Ich habe die bereitwilligst zur Verfügung gestellten Salvysatproben bei einer großen Anzahl von Tuberkulösen zur Bekämpfung des so überaus lästigen Nachtschweißes verwandt. Ich verordnete mehrere Wochen hindurch dreimal täglich 20 bis 30 Tropfen, nach dem Essen zu nehmen. Der Erfolg war ein eklatanter. Die Schweißausbrüche ließen sofort nach, und die Besserung war auch anhaltend. Besonders hervorheben möchte ich, daß ich niemals die schädlichen Nebenwirkungen des Atropins beobachten konnte, zu denen in erster Linie die störende Trockenheit des Halses sowie bei längerem Gebrauch auch das Eintreten von Magen- und Darmstörungen gehört.

Eine weitere Domäne des Salvysats ist die Behandlung der klimakterischen Schweißausbrüche. Hier habe ich das Mittel stets als äußerst nützliches Adjuvans der Ovarialtherapie empfunden und überaus günstigen Einfluß auf die Beseitigung der Schwindelanfälle und Wallungen beobachtet.

Wertvolle Dienste leistet das Salvysat auch bei der Therapie unkomplizierter Hyperhidrosis der Füße und Hände, die zwar kein schweres Leiden darstellen, die betreffenden Patienten aber schon aus ästhetischen Gründen überaus quälen.

Das Salvysat steht also bei vielen Erkrankungen ein äußerst wertvolles therapeutisches Adjuvans dar.

Meine Erfahrungen mit Yatren bei Dysenterie und dieser ähnlichen Darmerkrankungen.

Von Dr. K. HILLEBRECHT, Rodewald in Hannover.

Nachdem ich Yatren schon bei Behandlung von Furunkulose und Wunden mit Erfolg angewandt hatte, lernte ich es im Jahre 1924 während einer Seereise nach Indien und dann auch in der Allgemeinpraxis in der Heimat als Antidiarrhoikum bzw. Antidysenterikum kennen und schätzen. Ich erhielt zufällig bei einem Aufenthalt in Colombo auf Ceylon von dem Arzte eines gerade von Deutschland kommenden Schiffes, dem ich von den vielen Durchfallkranken auf meinem Schiff erzählte, von seinen Versuchsmengen des Yatrens nur wenige in Oblaten- und Pillenform.

Ich hatte, bei den z. T. recht schweren Fällen, die der bisherigen Behandlung trotzten, bereits sämtliche an Bord befindlichen Mittel erschöpft: Tinctura opii, Uzara, Bolus alba, Bismutum, Cortex Simarubae, die als neuestes Antidiarrhoikum bezeichnet wurde — das gute alte Mittel der Seeleute! Nur bei leichteren Fällen trat die gewünschte Wirkung ein. Ich selbst litt an profusen Durchfällen, gegen die auch nicht das Dagegenanessen — ich erhielt diesen guten Rat von einem alten Seemann und erwähne es nur als Kuriosum — half.

Die Symptome waren fast bei allen Fällen die gleichen: profuse Durchfälle, völlige Appetitlosigkeit, mehr oder weniger Fieber, scheußliche Tenesmen, fader, spermaähnlicher Stuhlgang, z. T. mit starker Sanguis-Ausscheidung. Das klinische Bild war in allen Fällen das der Dysenterie, für die als Erreger in der dortigen Gegend die Amöba histolytica in Frage kam. In Ermangelung eines Mikroskopes konnte ich leider die Diagnose nicht bakteriologisch erhärten.

In allen Fällen, in denen der Behandlung kein Erfolg beschieden war, war Yatren der Retter. Ich gab es in Pillen zu 0,25 dreimal täglich 4 Stück oder in Oblaten zu 0,5 dreimal täglich 2 Stück, möglichst 8 Tage lang, solange Vorrat reichte. Da dieser bald zur Neige ging, mußte ich die Dosis notgedrungen verringern. Zu Anfang der Kur gab ich zwei- bis dreimal täglich einen Eßlöffel Rizinusöl und verordnete mäßige Diät, da dies zur See oft ein wunder Punkt ist. Nachteile irgendwelcher Art zeigten sich nie. Das Typische war bei allen Patienten, denen ich Yatren gab, daß sofort bereits nach dem ersten Tage nach ihrer Angabe Erleichterung eintrat, daß die scheußlichen Tenesmen wegfielen,

daß die Stühle seltener und ergiebiger wurden und die Sanguisausscheidung bald verschwand.

Ich lasse den Bericht über einige Fälle kurz folgen:

1. Heizer H., 25 Jahre alt, erkrankte am 15. Juli an heftigen Durchfällen, die schließlich seine Aufnahme in das Schiffshospital veranlaßten. Der Mann sieht sehr verfallen aus. Sehr blasse Gesichtsfarbe. Völliger Appetitmangel. Leib druckempfindlich. Starke Tenesmen, sehr häufige Stühle blutig-schleimig. Temperaturen zwischen 38 bis 39°. Bordmedikamente bringen keine Hilfe. Am 25. Juli Beginn der Yatrenkur. Tenesmen werden seltener, ebenso am 26. Juli die Stühle. Bereits am 27. Juli nur noch 6 am ganzen Tage, am 29. Juli ohne Blutbeimischung, Stühle werden geformt. Am 31. Juli mit leichter Verstopfung zu leichter Arbeit entlassen. — H. ist direkt begeistert.

2. Schiffsjunge S., 16 Jahre alt, Symptome die gleichen wie bei 1. Wird schwer krank ins Schiffshospital gelegt, Temperaturen 39° und darüber. Erhält am 26. Juli zum ersten Male Yatren. Schnelles Verschwinden der Erscheinungen. Am dritten Tage wieder Appetit. Am fünften Tage ebenfalls zu leichter Arbeit entlassen.

Bei vier anderen Mitgliedern der Besatzung (dem Maschinenassistenten K., dem Lagerhalter Fzr., Heizer S. und Bootsmann R.), die auch stark an Durchfällen und Tenesmen litten, konnte ich in Ermangelung weiterer Versuchsmengen keine ordnungsmäßige Behandlung mehr durchführen, aber bei ihnen mit nur 16 bis 10 Pillen — im ganzen! — erhebliche Besserung erzielen; mir selbst blieben ganze 6 (!) Pillen, die fürs erste genügten, mir Erleichterung und Besserung zu bringen. Da ich mich aber nicht heilen konnte, bekam ich bereits kurz vor der Rückkehr nach Deutschland einen bösen Rückfall mit sehr häufigen blutigen Diarrhöen und ganz üblen Tenesmen. Die restlichen Uzara-Tabletten halfen nichts, natürlich erst recht nicht Tinctura opii. Auch nicht Rotwein, der meinen Zustand wesentlich verschlimmerte. In der Heimat wurde ich ganz bettlägerig. Ich versuchte es noch einmal mit Carbo medicinalis und Uzara. Ohne Erfolg! Nach oraler Verwendung von Yatren in Pillenform, da mir die Behringwerke, Marburg a. d. Lahn, sofort in reichlicher Menge zur Verfügung stellten, fielen schon am ersten Tage die schmerzhaften Tenesmen fort. Die Zahl der Durchfälle wurde von Tag zu Tag weniger. Am sechsten Tage hatte ich bereits normalen Stuhlgang, dann etwas Obstipation. Nach 14 Tagen machte ich zur Verhütung von Reziden eine Wiederholungskur. Ich nahm bei beiden Kuren dreimal täglich 4 Pillen, 8 Tage lang. Ich habe dann auch in den letzten Jahren keinen Rückfall gehabt.

Meine Erfahrungen zur See nutzte ich dann auch in der Allgemeinpraxis in der Heimat aus und verwandte Yatrenpillen in mehreren Fällen von Diarrhöe, die im Sommer auftraten und z. T. ein der Dysenterie ähnliches Bild boten. Die Wirkung war bei allen prompt und gut. Bereits nach einigen Tagen trat Besserung und Heilung ein. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß die Patienten manchmal über die durch die erste Yatrenmedikation hervorgerufenen ergiebigen Diarrhöen erschrecken, zumal, wenn die Zahl der Stühle nicht gleich weniger wurde, und meinten, sie könnten die Behandlung nicht durchhalten. Um so überraschter waren sie nach gutem Zureden über den Heilerfolg.

Ich komme auf Grund meiner Erfahrungen zu dem Ergebnis, daß Yatren z. Z. das Mittel gegen Dysenterie und dieser ähnlichen Darmerkrankungen ist. Meines Erachtens genügt die orale Medikation, denn ganz auffallend waren doch die Ergebnisse, die ich mit nur wenigen Yatrenpillen erzielte. Yatren soll eigentlich auf keinem in die Tropen fahrenden Dampfer mehr fehlen. Aber auch der Allgemeinpraktiker sollte sich im gegebenen Falle zu Yatren besinnen.

Ueber die Bedeutung des Strontiums in der Therapie der rheumatischen Erkrankungen.

M. U. Dr. JOSEF MAUTNER, Prag.

Es mag als ein Wagnis erscheinen, summarisch über das enorme Gebiet der rheumatischen Erkrankungen und deren Therapie berichten zu wollen, nachdem in den letzten 2 Jahren von zahlreichen ärztlichen Autoritäten, die sich der internationalen Rheumbewegung angeschlossen haben, immer wieder auf die Schwierigkeiten der einheitlichen Definition und Nomenklatur der Rheumkrankungen hingewiesen wird.

Es hat sich ja vielfach zur Ueberraschung der praktischen Ärzte herausgestellt, daß eine wissenschaftlich einwandfreie, über jeden Zweifel erhabene Diagnose gerade auf diesem Gebiet vielleicht eine der schwierigsten Aufgaben ist, die dem vielseitig betätigten Arzt gestellt werden, zumal „Rheuma“ vielfach nur eine sekundäre Erscheinung ist.

Nur langsam erfolgt eine Gliederung der Erkrankungen von besserer Seite, wobei — es muß offen gesagt werden — Konzessionen an allen Seiten nötig zu sein scheinen.

Um einer Erkrankung wirksam zu Leibe gehen zu können, müssen wir uns vor allem über die Aetiologie klar sein.

Der Muskelrheumatismus (Myalgie) scheint gewisse Menschen eher zu befallen als andere, die genau den gleichen Lebensbedingungen unterworfen sind, so daß man wohl von einer gewissen Prädisposition sprechen kann. Wie diese Prädisposition zustande kommt, das zu erörtern würde zu weit führen. Jedenfalls scheinen, abgesehen von Erkältungen usw., auch gewisse Stoffe der Umwelt Myalgie zu fördern, so daß eine Art allergische Reaktion liegt.

Die Gelenkerkrankungen haben nach den bisherigen Feststellungen die verschiedenartigsten Ursachen. Die häufigste ist wohl der akute Infekt, der nach infektiösen Erkrankungen, wie Masern, Masern, Lues, Tuberkulose, Gonorrhöe usw., leicht auftritt. Von einer chronischen Sepsis kann gesprochen werden, wenn ein örtlicher Herd aus der Organismus dauernd mit Bakterien und deren Produkten überschwemmt wird, wodurch dann allmählich eine Basis für die Allgemeininfektion geschaffen wird, die neben anderen Erscheinungen auch Gelenkaffekte mit sich bringen kann. Besonders die Tonsillen scheinen hier in Frage zu kommen, doch bilden auch häufig kranke Zähne die Eintrittspforte. Erwähnt seien noch von den zahlreichen Krankheitsursachen mangelnde Funktion innersekretorischer Drüsen sowie die Autointoxikation, wie sie besonders im Alter auftritt.

Wenn man diese Angaben, die beileibe keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben wollen, überblickt, so kann man sagen, daß in den meisten Fällen eine Ueberempfindlichkeit des Organismus vorliegen scheint. Da es nun dem praktischen Arzt kaum möglich ist, diese Ursachen in einer vielleicht nur kurzen Konsultation festzustellen, scheint es mir eine Hauptaufgabe zu sein, in der üblichen Therapie diese Ueberempfindlichkeit zu beseitigen oder doch zu vermindern.

Hierzu scheint mir das Strontium besonders geeignet. Strontium wirkt bei zahlreichen Ueberempfindlichkeitskrankheiten Verwundung, u. a. bei Tetanie, Spasmophilie, bei Urtikaria, exsudativer Diathese, Asthma bronchiale, sowie zur Herabsetzung der Erregbarkeit peripheren Nerven. Damit sind aber seine Eigenschaften keineswegs erschöpft. Ueber die vielseitige Wirkung ist besonders von Graßheim (Fortschr. d. Med. 1927, Nr. 37) sowie von Chabaud (M. m. W. Nr. 5, 1928) berichtet worden. Als für rheumatische Erkrankungen besonders wichtige Eigenschaften seien erwähnt die schmerzstillende sowie die herzschonende Wirkung. Für Gelenkerkrankungen ist es von Wert, daß Strontium bei Osteoporose, Osteopsathyrosis usw. die osteogene Neubildung fördert und die Druckempfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit der Gelenknorpel usw. herabsetzt.

Wir haben also im Strontium ein Medikament, das einerseits die Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen allergische Einflüsse, die Entstehung und weitere Ausbreitung rheumatischer Affektionen zu verhindern vermag, das durch seinen Einfluß auf die Muskeln (Beseitigung der Muskelhärten) und die Nerven (Neuralgien) ein wirksames und durch schnelle Beseitigung der Schmerzhaftigkeit palliativ wirkt. Erwähnt sei noch, daß Strontium weitgehend ungiftig ist. Es lag nahe, die theoretischen Erwägungen praktisch mit einem Mittel zu prüfen, das die Wirkung des Strontiums mit der eines altbekannten Rheumamittels verbindet. Ich habe daher die Iriphan-Tabletten gewählt, das Strontiumsalz der Phenylchinolinkarbonat, um auf diese Weise auch einen entzündungswidrigen und säuretreibenden Effekt zu erzielen. Es durfte auch erwartet werden, daß das Iriphan als Salz besser bekömmlich ist als die freie Säure und daß die Idiosynkrasie, wie ich sie bei vielen Patienten gegenüber Phenylchinolinkarbonat gesehen habe, beseitigt oder zumindest gemindert wird.

Erfreulicherweise haben meine Erfahrungen, die ich an einem reichhaltigen Krankenmaterial sammeln konnte, meine Ver-

mutungen bestätigt. Ich lasse 5 Fälle folgen, die die Wirkung des Iriphan am besten erläutern. Ähnlich war die Behandlung auch bei anderen Kranken.

Fall 1. Frau J. L., 46 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an rheumatischen Beschwerden. Im Jahre 1926 machte sie eine schwere Ischias durch. Bekam Vakzineurin-Injektionen. Am 24. Juni d. J. Schmerzen in der Glutäalgegend links, ins Knie ausstrahlend. Nimmt Atophan, hat aber Magenbeschwerden danach. Ich gebe statt dessen Iriphan, dreimal 1 Tablette täglich. Die Schmerzen wurden gut beeinflusst, in einigen Tagen bedeutende Besserung des Zustandes. Als Nebenwirkung beobachtete Patientin Obstipation. Zur Nachbehandlung wird der Patientin physikalische Therapie empfohlen.

Fall 2. R. F., 55 Jahre alt, ist ein alter Rheumatiker. In der Jugend Chorea. Seither Vitium (Mitralklappenstenose). Bereits einigemal dekompensiert. Im März 1929 rheumatische Beschwerden im rechten Kniegelenk. Passive und aktive Bewegung infolge großer Schmerzen unmöglich. Lag 2 Wochen im Krankenhaus, wo er Proteinkörperinjektionen bekam, ohne besonderen Effekt. Kam dann in meine Behandlung. Bekommt Sinnodin-Injektionen. Der Zustand bessert sich, er wird wieder mobil. Am 23. Juni heftige Schmerzen, diesmal im linken Knie. Das Bein kann nicht gut flektiert werden, wird steif gehalten. Gelonida antineuralgica ohne Erfolg. Iriphan, dreimal 1 Tablette täglich. Nach Verbrauch von 20 Tabletten ist Patient soweit gebessert, daß er seine gewohnten Spaziergänge wieder aufnehmen kann. Dabei hat Iriphan seines Strontiumgehaltes wegen auch günstig auf das Herz gewirkt. Die Diurese wurde angeregt und der Kreislauf entlastet.

Fall 3. F. Fr., Beamter, 31 Jahre alt, hat seit einigen Monaten rheumatische Beschwerden in den Schultergelenken und im linken Knie. Die betroffenen Gelenke knarren, sind bei aktiver und passiver Bewegung nicht, wohl aber spontan schmerzhaft. Am 26. Juli bekommt er eine Röhre Iriphan. 16. August: gebessert, die Schmerzen treten seltener auf und sind nunmehr dumpf. 25. August: schmerzfrei. Als Nachbehandlung physikalische Therapie.

Fall 4. E. K., Kaufmann, 34 Jahre alt, erkrankt in der Nacht vom 2. auf den 3. an Lumbago. Temperatur 37,4. Organbefund o. B. Bekommt dreimal 2 Tabletten Iriphan. Die Wirkung ist eine fast unmittelbare. Die Einnahme von 2 Tabletten bewirkt Analgesie. Die Temperatur kehrt zur Norm zurück. Nach Verbrauch von 10 Tabletten vollkommenes Wohlbefinden. Seither beschwerdefrei. Patient beobachtete Zunahme der Diurese.

Fall 5. F. Fa., 29 Jahre alt, leidet seit einigen Jahren an rezidivierender Lumbago. 2. August: neuerlicher Anfall. Patient kann sich nur mit Mühe und unter großen Schmerzen bewegen. Liegt hilflos im Bette. Dreimal 2 Tabletten Iriphan täglich. Nach 2 Tagen fühlt Patient nur noch dumpfe Schmerzen. Nach weiteren 3 Tagen kann Patient umhergehen und hat nur noch geringfügige Beschwerden. Unterstützende Maßnahmen: vorsichtige Massage und Wärmekissen. Der Magen wurde nicht alteriert, es traten keine Herzbeschwerden auf.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß das Strontium in der Therapie der rheumatischen Affektionen eine weit größere Beachtung verdient als bisher, besonders auch in Form der Iriphan-Tabletten, die die bekannten Vorzüge der Phenylchinolinkarbonat mit denen des Strontiums vereinen, unter Vermeidung der Nachteile der freien Säure.

Milch und ultraviolette Strahlen.

Von Dr. ALFRED KARSTEN, Berlin.

Bekanntlich gehören zu den wichtigsten Aufbaustoffen unseres Körpers die Vitamine oder Ergänzungsstoffe (Kompletine). Nach C. Funk und R. Berg, die große Forscher auf dem Gebiete der Vitamine sind, ist die Wintermilch, also während der Zeit, wo die Grünfütterung der Kühe unmöglich ist, arm an antirachitischem D-Vitamin. Es ist nun möglich, durch Nachbehandlung diesen vorhandenen Aufbaustoff in der Milch zu vermehren bzw. zu aktivieren. Ein solches Verfahren besteht in der ultravioletten Bestrahlung der Milch. Hierdurch werden z. B. aus den Fettsäuren der Milch, dem Ergosterin bzw. dem Provitamin, das Vitamin künstlich gebildet, wie solches zuerst mit dem diesjährigen Nobelpreis ausgezeichnete Chemiker Prof. Dr. Windaus erkannte. Eine solche Heilmethode, d. h. nicht nur die Kinder zu bestrahlen, sondern die Nahrung der Kinder, wählte zuerst ein amerikanischer Arzt an. Bei Anwendung elektrischer Entladungen entsteht bekanntlich aus dem

Luftsauerstoff Ozon; dieser wird von der Milch begierig aufgenommen, und diese bekommt eine unangenehme Geschmacks- und Geruchsveränderung, die man mit dem Namen Jekorisation (*Oleum iecoris*) bezeichnet. Es wurde nunmehr sogar vom Prof. Dr. Reyer auf Grund ausgedehnter Versuche geschlossen (Nr. 21, *Volksernährung*), daß eine Aktivierung der Vitamine, die in dieser Weise, d. h. bei Luftzutritt in offenen Gefäßen bestrahlt wurden, nicht in Betracht käme, daß dieselbe vielmehr durch Oxydation mehr oder minder zerstört werden mußten, und daß z. B. das antiskorbutische Vitamin restlos vernichtet wird. Es ist nach langen Versuchen nunmehr dem deutschen Biologen Dr. Scholl gelungen, einen Apparat zu konstruieren, welcher unter Vermeidung des Luftzutritts, also auch der Ozonbildung, die Milch durchaus aktiviert, und hat die Hanauer Quarzlampen-Gesellschaft dieses Verfahren übernommen. Die Bestrahlung erfolgt mittels der sogenannten „künstlichen Höhensonne“ durch Verwendung der Bestrahlungszelle. Aus nebenstehender schematischer Darstellung eines kontinuierlichen kleineren Apparates (Abb. 1) für Krankenhäuser und Sanatorien sieht man bei F diese

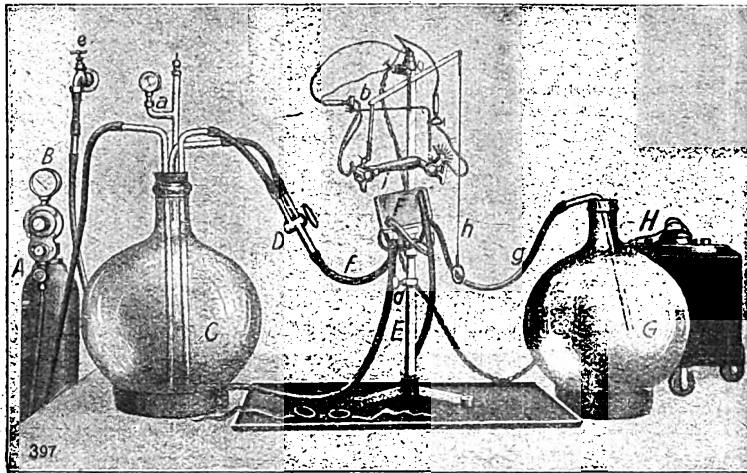


Abb. 1.

Zelle. Sie ist ein rechteckiger Oberflächenkühler mit Wasserkühlung und wird durch einfaches Auflegen eines Stückes Paragummi gebildet, auf dem durch Klemmvorrichtung eine Bergkristallplatte leicht aufgedrückt wird. Mittels verschiedener dicker Gummistücke kann die Stärke der Schicht der zu bestrahlenden Flüssigkeit, die durch die Zelle durchgeleitet wird, beliebig geändert werden. Zweckmäßig schaltet man drei Zellen neben- oder hintereinander. Weiter besteht der Apparat aus dem Druckkolben C und dem Aufnahmekolben der bestrahlten Milch G. Ganz links ist die Kohlensäurebombe A mit dem Ventil B. Die Milch wird in das Gefäß C gebracht, alsdann ein mäßiger Kohlensäurestrom durchgeleitet, der alle Luft austreibt. Schon vor der Bestrahlung wird die Milch in einem Vorratsbehälter mit Kohlensäure behandelt, um ihr jede Spur beigemischter Luft zu nehmen. Man dreht zu diesem Zweck den Waghahn D so, daß nunmehr die Kohlensäure die zu bestrahlende Flüssigkeit in nicht zu raschem Strom durch die Bestrahlungszellen F drückt. Als dann wird die Zelle auf dem Sockel E so hoch geschoben, daß sie die Quarzlampe i in sich aufnimmt. Die Abbildung zeigt den Apparat außer

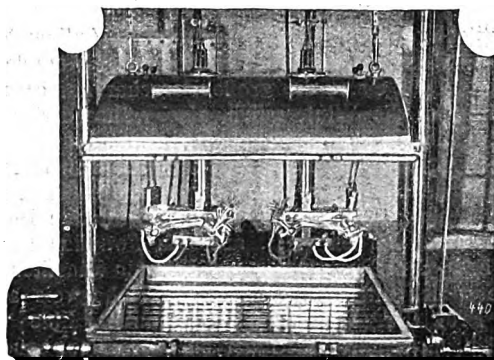


Abb. 2.

Tätigkeit. Die Bestrahlung beginnt nun ihre Wirkung auf die Milch auszuüben, die in einer dünnen Schicht an dem Brenner in etwa 4 cm Abstand vorbeigeschickt wird.

So wie man im kleinen den Gang der Behandlung von Flüssigkeiten mit der Quarzlampe neuerdings ausführt, so sieht man, wie nebenstehende Abb. 2 zeigt, eine große Apparatur eines geöffneten Bestrahlungskessels. Man sieht deutlich zwei Quarzlampe-Systeme nebeneinander über dem geöffneten Kessel, ferner die Kabelzuleitungen und im Hintergrund die Schalttafel.

Eine größere Apparaturanlage mit Zulauf und Ablauf der bestrahlten Milch bei geschlossenem Bestrahlungskessel, wie solche in sehr großen Anstalten und besonders Molkereien verwandt wird, wie z. B. in der Frankfurter Osthafenmolkerei, zeigt Abb. 3.

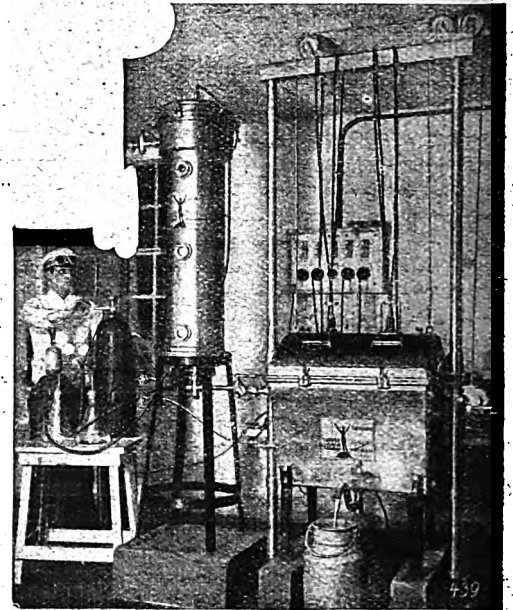


Abb. 3.

Unter anderen haben besonders Prof. Scheer von der Frankfurter Universitäts-Kinderklinik, Professor Rietschel, sowie Prof. Degkwitz, Direktor der Greifswalder Universitäts-Kinderklinik, sich mit der Verwendung solcher bestrahlter Milch praktisch befaßt und außerordentliche Heilerfolge erzielt. Letzterer hat in einem Artikel in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1922 Nr. 47, sich eingehend hierüber geäußert und hat darin aufgeföhrt, gegen die Rachitis als Volksseuche einzutreten durch Propaganda für die durch Bestrahlung antirachitisch wirkende Milch. Besonders müsse man den werdenden und stillenden Müttern solche kalte arme und antirachitisch wirkende Milch geben. Professor Scheer sowie die anderen genannten Autoritäten legen der Bedeutung der Milchbestrahlung und ihrer Anwendung einen so hohen Wert bei, daß sie nicht nur überzeugt sind, selbst floride Rachitis, innerhalb 4 bis 6 Wochen durch Verabreichung von täglich etwa 400 cm bestrahlter Milch zu heilen; sie erhoffen sich auch, durch Verwendung sogenannter prophylaktischer Milch (Verschnittmilch) nämlich einen großen Erfolg zur Verhütung der Rachitis, wenn solche Milch in großem Maßstabe zur Verwendung käme.

Zum Schluß soll noch kurz auf die Vorteile dieser neuen Apparatur hingewiesen werden. Die Bestrahlung erfolgt unter völligem Ausschluß von Sauerstoff; auch kann die Temperatur der zu bestrahlenden Milch reguliert werden. Neuerdings ist es sogar gelungen, einen Apparat zu konstruieren, die bei höchster Intensität der Strahlung eine Milch liefert, die völlig frei, nicht nur von jedem Jekorisations- sondern auch Kohlensäuregeschmack ist, und bei der die Milch in einer Schicht von 0,1 mm bestrahlt wird. Der ganze Bestrahlungsvorgang geht völlig automatisch vonstatten, so daß es gut wie keine Bedienung nötig ist; ebenso ist ein Ueberbestrahlen der Milch unmöglich, während ein Ueberbestrahlen sich von selbst dadurch ausschließt, daß bei zu langer Bestrahlung das Vitamin wieder von selbst zerfällt.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Verantwortl. { Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Schriftleitung: { Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstraße 20

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich.....3,50 Sch.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien
Ungarn.....2,90 Pengö
Postsparkassenkto. Hans Pusch Nr. 59723 Budapest
Tschechoslowakei.....17,00 Kč.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha

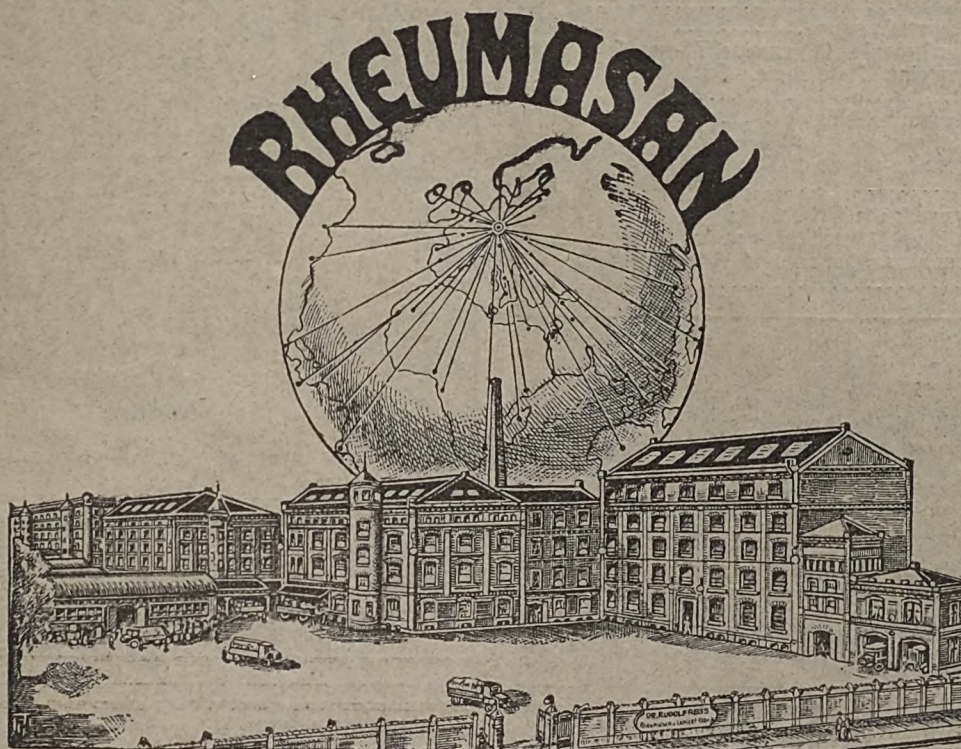
Jugoslawien.....30.— Dinare
Holland.....1,45 Gld.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958
s'Gravenhage
Schweiz.....3.— Fr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII

Skandinavien.....2,15 Dän. Kr.
Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen
Italien.....11.— Lire
Polen.....5,20 Sloty
Amerika.....jährlich 2,35 Dollar
Für alle anderen Länder.....2,40 Rmk.

NUMMER 25

BERLIN, DEN 13. DEZEMBER 1929

47. JAHRGANG



Das souveräne, nicht versagende, schmerzstillende

Antirheumaticum,

Antineuralgicum,

Antiarthriticum.

Hyperämisierendes, tiefwirkendes

Resorbens

in dauerndem Gebrauch an Universitäts-
Kliniken, Krankenhäusern und Sanatorien;
von den Aerzten ständig verordnet

Deutsches Reichspatent!

K.-P. M. 0,80, Dopp.-K.-P. M. 1,40, $\frac{1}{1}$ Tube M. 2.—

Dr. R. Reiss, **Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik,** Berlin NW 87/Fm

Digitized by Google

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

- Dr. med. Karl Mathé, Assistent der Univ.-Ohren-
klinik Königsberg in Preußen (Direktor: Geh.-Rat
Stenger): Die Erkrankungen der Nase und ihrer
Nebenhöhlen (Schluß) 1015
Generalarzt Dr. Buttersack, Göttingen: Vom
Individual- zum Staatsarzt 1017

- Inhaltsangabe** der ständig referierten medizinischen
Literatur des In- und Auslandes 1018

Referate nach Fachgebieten:

- Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte .. 1026
Augenheilkunde 1026
Bakteriologie und Serologie 1027
Chirurgie und Orthopädie 1028
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1031
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 1036
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 1036
Infektionskrankheiten 1040
Innere Medizin, Tuberkulose 1043
Kinderheilkunde 1049
Mund- und Kiefererkrankungen 1050
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 1051
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische
Anatomie 1052
Psychiatrie und Nervenheilkunde .. 1056
Soziale und gerichtliche Medizin 1057
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik
und -therapie 1057

Arbeiten über Pharmazeutische Präparate:

- Dr. K. Funk: Ueber Organtherapie der Arterio-
sklerose, Blutdruckkrankheiten und Alterserschei-
nungen 1059

- Dr. med. W. Vermehren, Bomst (Grenzmark):
Zur Behandlung des Dickdarmkatarrhs nach Ruhr 1060
Dr. med. Heinz Esser, Baden-Baden: Beitrag
zur Behandlung von Herzkrankheiten 1060
Dr. Friedrich Drexler, Facharzt: Etwas über
Testespräparate 1062

3 Beilagen,

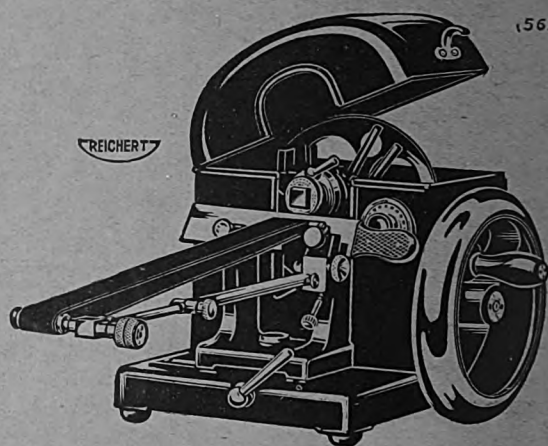
die diesem Heft beiliegen, empfehlen wir der besonderen
Beachtung unserer werten Leser, und zwar:

die Ausführungen des Herrn Dr. Seegall über seine
Erfahrungen mit Bismolan der Firma Vial & Uhlmann,
Frankfurt a. M.,

den Prospekt der Firma C. F. Boehringer & Söhne G. m. b. H.
Waldhof-Mannheim über den „Lärchenschwamm“,

den Prospekt des Verlages Paul List, Leipzig, über das
Werk „Das überwundene Alter“.

REICHERT



**MIKROSKOPE MIKROTOME
UND
NEBENAPPARATE
WIEN VIII₂**

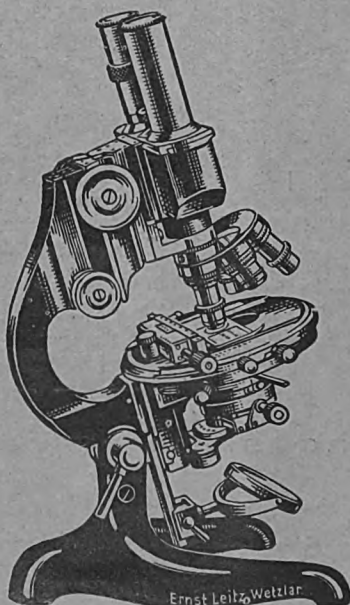
**Unsere
verehrten
Leser**

werden dringend ge-
beten, bei Anfragen an
inserierende Firmen
auf unsere Zeitschrift

**Fortschritte
der Medizin**

freundlichst Bezug zu
nehmen.

Der Verlag.



Ernst Leitz Wetzlar
Mikroskop Stativ AABM

**Leitz
Mikroskope**

Mikrotome

Sämtliche Nebenapparate

Lupen und Lupenmikroskope

Polarimeter • Kolorimeter

Mikrophotogr. Apparate

Projektionsapparate

für wissenschaftliche Institute und Schulen

Verlangen Sie kostenlos unsere Druckschriften

Ernst Leitz • Wetzlar

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 25

BERLIN, DEN 13. DEZEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Kollegen!

Die „Fortschritte der Medizin“ bringen das, was ihr Name besagt, und geben einen Überblick über die medizinische Weltliteratur. Der Bezugspreis ist im Hinblick auf das Gebotene lächerlich gering. Der Verlag hat recht, wenn er ihn auf 1 Mark monatlich erhöht — gewiß auch mit Zustimmung unserer Leser.

Arthur Keller.

ORIGINALIEN.

Die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Von Dr. med. KARL MATHÉ

Assistent der Univ.-Ohrenklinik Königsberg i. Pr. [Direktor:
Geh. Rat Stenger].

(Schluß.)

Welche Bedeutung die Nebenhöhlen haben, weiß man heute nicht. Sie sind mit Schleimhaut, die Flimmerepithel trägt, ausgekleidet und münden mit ihren Ausführungsgängen in den verschiedenen Nasengängen. Der untere Nasengang weist nur die kleine Öffnung des Tränennasengang auf. Im mittleren Nasengang mündet die Kieferhöhle, die Stirnhöhle, die vorderen und teils die mittleren Siebbeinzellen, während die hinteren und abwärts auch einige mittleren Zellen des Siebbeinlabirinth und die Keilbeinhöhlen sich nach der Rima öffnen. Am häufigsten erkranken nach den Statistiken die Kieferhöhle. Dann folgen die Keilbeinhöhlen und die Siebbeinzellen. Am seltensten werden Entzündungen der Stirnhöhlen gefunden. Die Infektion der Höhlen kann entweder hämatogenem Wege oder durch Fortleitung von der Umgebung sich gehen. Im letzteren Falle kann eine Entzündung der Nase der Schleimhaut durch die Ostien zur Höhlenauskleidung weiterreichen oder sie kann von der knöchernen Kieferhöhlenwandung die Schleimhaut infizieren. Aus dem Vorhergesagten geht hervor, daß Antritiden bei den verschiedensten Erkrankungen beobachtet werden können. Um nur die am häufigsten vorkommenden zu nennen, führe ich an: Coryza, Influenza, Pneumonie, Scharlach, Diphtherie, Erysipel. Demzufolge sind auch die verschiedensten Infektionserreger in dem aus den Höhlen abgesonderten Eiter gefunden worden. Staphylokokken, Streptokokken, Diplococcus pneumoniae, Influenzabazillen und Diphtheriebazillen laufen nebeneinander den Rang ab. Außer diesen Infektionserkrankungen spielen auch Verletzungen, die die Höhlen einbegreifen, Folgeerscheinungen nach nasalen Operationen, Hineinschleudern von infektiösem Material in die Drucksteigerung beim Schnutzen und Niesen und Erkrankungen der Oberkieferzähne, es kommen hauptsächlich die zwei oberen Molaren und die drei Molaren in Betracht, als Ursache für Entzündungen der Nebenhöhlen eine wichtige Rolle. Ist einmal ein Sinus erkrankt, so kann es vollkommen ad integrum ausheilen, wenn es geht in einen chronischen Entzündungszustand über. Günstige Abflußverhältnisse, geringe Immunität und Reaktionsfähigkeit bei Infektionskrankheiten, wiederholte Erkrankungen der Schleimhaut, Zahninfektionen, Erkrankungen der Umgebung, Entzündungen, z. B. bei Lues, bei Tuberkulose und bei Osteomyelitis, allgemeine Widerstandslosigkeit bei malignen Tumoren oder bei anderen Krankheiten, dürften daran die Schuld haben.

Intensiver und dauernder Kopfschmerz oder lange anhaltender eitriger Ausfluß aus der Nase deuten auf eine Erkrankung der Nebenhöhlen hin. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß Stirnkopfschmerz durchaus nicht immer, wenn er durch die Erkrankung einer Nebenhöhle bedingt ist, auf die Stirnhöhle hindeuten muß. Oft findet man hierbei ein Empyem der Kieferhöhle oder der Cellulae ethmoidales. Druck der entzündeten Gebilde auf Äste des Nervus trigeminus und Stauungen in der Stirnhöhlschleimhaut mögen für diese Art von Schmerzen verantwortlich sein. Bei Hinterkopfschmerz ist an die Keilbeinhöhle zu denken. Schmerzhafte Reizung der Höhlenwandung bei Beklopfen derselben weist den Weg. Auch neuralgieforme, nur zeitweise auftretende Kopfschmerzen können als Ursache einer Nebenhöhlenerkrankung haben. Weiter findet sich Hyp- oder Anosmie, die entweder durch entzündliche Schädigungen des Geruchsepithels, dann ist sie meist irreparabel, oder durch Verlegung der Riechspalte verursacht ist. Durch Absonderung von fötidem Eiter kann es zu üblen Geruchs- und Geschmacksempfindungen kommen. Wie schon oben erwähnt, sind hinter hartnäckigen Naseneingangsekzemen meist Nebenhöhlenerkrankungen zu suchen. Auch Katarrhe des Meso- und Hypopharynx und des Larynx, ja selbst Bronchitiden und Reflexneurosen können als Folge von Nebenhöhlenerkrankungen entstehen. Fieber und starke Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit werden bei akuten Erkrankungen kaum fehlen. So einfach oft die Diagnose ist, so schwierig kann sie unter besonderen Umständen werden. Dann muß das gesamte diagnostische Hilfswerkzeug zur Anwendung kommen. Neben der Beachtung der angeführten subjektiven Erscheinungen kommt es dann vor allem auf die objektiven Befunde an. Wir werden feststellen müssen, in welchem Nasengange sich Eiter befindet. Auch wird uns hier das postrhinoskopische Bild oft leiten. Ist kein Eiter vorhanden, so finden wir vielleicht Polypen an irgendeiner Stelle. Sind sie im mittleren Nasengang sichtbar, so können sie aus einer der dort mündenden Höhlen stammen; ragen sie aus der Rima hervor, so besteht die Möglichkeit, daß dahinter ein Eiterherd sitzt. Oft wird man sich dadurch, daß man die mittlere Muschel mit dem langen Killianschen Spekulum medial oder lateral verdrängt, wichtige Aufschlüsse verschaffen. Gelegentlich erscheint Eiter an atypischer Stelle in der Nase, wenn man mit einem Saugapparat (nach S o n d e r m a n n) einen luftverdünnten Raum in ihr erzeugt. Durch die sogenannte Diaphanoskopie, mit der man vom Munde her mit einer kleinen elektrischen Birne die Kieferhöhle und vom Dach der Orbita aus die Stirnhöhlen durchleuchten kann, erhält man Fingerzeige. Auch muß man oft die Röntgenaufnahme zu Hilfe nehmen. Wir ziehen eine Aufnahme im Sitzen der im Liegen vor, da durch sie ab und zu eine Flüssigkeitsansammlung in der Stirnhöhle durch Abbildung eines Flüssigkeitsspiegels entdeckt wird. Sowohl die Röntgenaufnahme als auch die Durchleuchtung kann zu Täuschungen Anlaß geben. Alte periostitische Veränderungen und

Verdickungen der Höhlenauskleidung, wie man sie z. B. nach abgeheilten Erkrankungen der Schleimhaut sieht, verursachen dieselben Verschattungen der Höhlen wie die Veränderungen entzündlicher Art. Am sichersten wird die Diagnose gestellt, wenn man Eiter in einer Höhle findet. Deshalb ist die genaueste Methode der Diagnose die Spülung. Sie wird bei der Kieferhöhle durch die natürliche Oeffnung im mittleren Nasengang mit stumper Sieben- oder nasser Kanüle oder vom unteren Nasengang mit einer spitzen Kanüle ausgeführt. Die Stirnhöhle muß mit stumpfen abgebogenen Röhrchen ausgespült werden. Oft ist es angezeigt, eine Röntgenaufnahme mit eingelegter Sonde oder Röhrchen anfertigen zu lassen, damit man sich versichert, daß man das Instrument auch in die Höhle eingeführt hat und nicht etwa in eine orbitale Siebbeinzelle abgewichen ist. Kann in einem besonderen Falle die Diagnose nicht geklärt werden, so sollte man vor einer kleinen probatorischen Aufmeißelung der Stirnhöhle nicht zurückschrecken, ehe man den Patienten weiteren schweren Folgen aussetzt.

Das therapeutische Vorgehen wird prinzipiell davon beeinflusst, ob es sich um eine akute, akut exazerbierte chronische oder um eine chronische Erkrankung der Nebenhöhlen handelt. Im akuten Stadium kommt es darauf an, daß dem in den Höhlen sich bildenden Eiter Abfluß verschafft wird; große eingreifende Operationen sind zu vermeiden, da durch sie eine weitere Ausbreitung, ein Uebergreifen auf die Umgebung hervorgerufen werden kann. Solche Eingriffe machen sich notwendig, wenn es zu einer der Komplikationen gekommen ist, wie sie unten beschrieben werden sollen. Bei chronisch erkrankten Höhlen kommt es darauf an, daß die erkrankte Schleimhaut in toto entfernt wird, und daß dann ebenfalls eine ausreichende Abflußmöglichkeit aus der Höhle geschaffen wird. Chronische Erkrankungen, bei denen es zu einem akuten Aufklappen gekommen ist, werden anfangs wie akute Entzündungen behandelt. Nach Abklingen der frischen Erscheinungen wird man wie bei chronischen Leiden vorgehen.

Bei der akut entzündeten Kieferhöhle erreicht man den Abfluß durch Abschwellung der das Ostium umgebenden und vorgelagerten Schleimhautpartien. Sie wird durch Einlagen von 5%iger Kokainlösung getauchte Wattetampons, auf die einige Tropfen Adrenalin gebracht worden sind, erreicht. Im Anschluß daran wirken Kopflichtbäder mit dem Brüningschen Kopflichtbad für 10 bis 30 Minuten gut. Alle 2 Tage sollte die Höhle mit physiologischer Kochsalzlösung gereinigt werden. Dazu geht man genau so vor wie bei der Probepunktion. Man legt mit 5%iger Kokain-Adrenalinlösung getränkte Wattetampons unter den unteren und mittleren Nasengang. Nachdem Anästhesie eingetreten ist, durchstößt man mit einer spitzen Kanüle (nach Lichtwitz) die laterale Wand des unteren Nasenganges und gelangt so in die Höhle. Um sich zu vergewissern, ob man mit der Nadelspitze in der Höhle ist, bewegt man die Nadel in der Stichrichtung nach vor- und rückwärts. Befindet man sich im Lumen, so wird die Spülflüssigkeit mit Hilfe eines Klysopompapparates durch die Kanüle in die Höhle gepumpt. Durch das natürliche Ostium verläßt das Wasser die Höhle und befördert auf diesem Wege den eitrigen Inhalt mit nach außen. Unter dieser Behandlung schreitet die subjektive und objektive Besserung meist bis zur Heilung fort. Bleiben starke Schmerzen bestehen oder ist der Abfluß weiter gehemmt, so muß eine weite Oeffnung von der Höhle nach der Nase angelegt werden. Das erreicht man dadurch, daß man die laterale Nasenwand ebenso anästhesiert wie zur Kieferhöhlenpunktion, außerdem injiziert man einige Kubikzentimeter 1%iger Novokainlösung unter die Schleimhaut der unteren Muschel und des unteren Nasenganges. Dann luxiert man die untere Muschel nach oben, durchschlägt die laterale Wand des unteren Nasenganges nach der Kieferhöhle zu, drängt diese Wand nasalwärts und kneift mit einem Chonchotom einen möglichst großen Teil der Wand ab. So erhält man an einer tiefliegenden Stelle des Antrum maxillare eine weite Oeffnung nach der Nase, durch die der krankhafte Kieferhöhleninhalt abfließen kann und durch die Spülungen sich leicht vornehmen lassen. Auf diese Weise werden die meisten Eiterungen ausheilen.

Bei Vernachlässigungen oder allgemeinen Dispositionen entwickelt sich aus einer akuten Entzündung die chronische Form, die besonders häufig mit polypöser Entartung der Schleimhaut der Höhlenwandung und der Umgebung ihrer Ausführungsgänge einhergeht. Auch hier hat man versucht, die Kieferhöhle von der Nase

aus anzugehen. Im allgemeinen ist man jedoch davon abgekommen, da man auf diese Weise nicht die Uebersicht erhält, die man benötigt, um die kranke Schleimhaut vollkommen ausräumen zu können. Die kranke Schleimhaut muß jedoch, wie schon oben erwähnt wurde, vollkommen erfaßt werden, wenn man sich vor einem Rezidiv sichern will. Gut zugänglich wird die Kieferhöhle, wenn man sie vom Vestibulum oris aus unter Fortnahme der faziellen Antrumwand freilegt. Die Operation geht so vor sich, daß man durch Leitungs- und Infiltrationsanästhesie die Höhle und ihre Umgebung unempfindlich macht. Nun wird nach einem Schnitt im Vestibulum die Schleimhaut und das Periost von der Fossa canina abgeschoben. Unter Schonung des Nervus infraorbitalis, der dicht unter dem oberen Orbitalrand aus dem Oberkieferknochen heraustritt, meißelt man die faciale Kieferhöhlenwandung ausgiebig ab. Man hat nun den Kieferhöhleninhalt, wie Eiter und polypöse entartete Schleimhaut, vor sich. Die Schleimhaut wird auf das sorgfältigste entfernt, wobei besonders darauf zu achten ist, daß auch die vorhandenen Buchten vollkommen gesäubert werden. Nachdem von der Höhle aus eine weite Oeffnung nach dem unteren Nasengang angelegt worden ist, beendet man die Operation durch leichte Tamponade von der Oeffnung im Vestibulum aus. Legt man den Schnitt im Vestibulum oris von vorn unten nach hinten oben, also die Schleimhaut schräg durchtrennend, so legen sich nach Entfernung der Tamponade die Schleimhautränder so aneinander, daß eine Naht derselben nicht nötig ist.

Im akuten Stadium kommt es auch bei der Entzündung der Stirnhöhle darauf an, den Abfluß freizumachen. Erreicht man das durch Kokaineinlagen und Brüningsche Kopflichtbäder nicht, so wird man versuchen, die Höhle zu spülen. Unter Leitung eines langen Killianschen Spekulum wird man, wenn nötig, nach vorheriger Anästhesierung die mittlere Muschel nach dem Septum zu abdrängen. Mit dem abgebogenen Spülröhrchen gelangt man jetzt in die Stirnhöhle und kann mit dem Klysopomp die eitrigen Massen aus dem Sinus frontalis ausspülen. Oft trifft man jedoch Hindernisse. Ein großes dickes vorderes Ende der mittleren Muschel muß mit der Krauseschen Schlinge oder der Sohere entfernt werden. Vorgelagerte Siebbeinzellen und Polypen werden abgetragen. Ist auch jetzt noch kein genügend weiter Zugang zur Höhle vorhanden, so empfiehlt es sich, von innen den Processus frontalis des Oberkieferknochens nach Halle zu verschmälern und dadurch die Möglichkeit der Spülung der Stirnhöhle zu verschaffen. Sollte man auch so nicht das Ziel erreichen oder ist es schon zu einem Durchbruch in die Umgebung gekommen, so darf die Trepanation der Stirnhöhle von außen nicht länger verschoben werden. Der Knochen wird nach einem Weichteilschnitt in der Augenbraue und Ablösung des Periostes an der unteren Stirnhöhlenwand fortgenommen. Für einige Tage wird mit einem Drain der Abfluß unterhalten. Nachdem die Eiterung versiegt ist, kann man die Wunden verheilen lassen. Es empfiehlt sich jedoch, um bei erneuten Entzündungen freien Abfluß zu haben, den Zugang zur Nase ausgiebig zu erweitern. Die vorderen Siebbeinzellen werden dann ausgeräumt und der Stirnhöhlenausgang mit den Ritterschen Bougies von der Nase aus sondiert.

Aus den gleichen Gründen, aus denen eine akute Kieferhöhlenentzündung in das chronische Stadium übergeht, kann eine Stirnhöhlenerkrankung sich in einen Dauerzustand umwandeln. Ehe man in diesem Falle radikal vorgeht, wird man versuchen, wenn bisher eine rationelle Behandlung nicht stattgefunden hat, konservativ zum Ziel zu gelangen. Dazu ist es nötig, daß die Stirnhöhlenmündung freigelegt wird. Eine hochgelegene Septumdeviation muß korrigiert werden. Polypöse entartete oder hyperplastische mittlere Muscheln werden abgetragen, vorgelagerte vordere Siebbeinzellen entfernt. Ist dann der Abfluß noch nicht gesichert, so soll man vom Naseninnern den Zugang zur Stirnhöhle erweitern. Man geht am besten hierbei nach den Angaben Halle's vor. Die Nasenschleimhaut wird mit 5- bis 10%iger Kokainlösung eingepinselt und durch Einspritzen von 1%iger Novokain-Adrenalinlösung in die mittlere Muschel und ihre Umgebung vollkommen unempfindlich und möglichst blutleer gemacht. Nun löst man vor dem Kopf der mittleren Muschel einen rechteckigen Lappen samt Periost vom Knochen so ab, daß seine Basis nach unten in den mittleren Nasengang zu liegen kommt. Lateral vom Ansatz der mittleren Muschel wird man den Processus frontalis und den Agger nasi schichtweise abtragen. Am

besten legt man in den Ductus nasofrontalis eine Sonde und geht nur lateral von dieser vor. So bleibt man immer in genügender Entfernung von der Lamina cribrosa, vor deren Verletzung man sich besonders hüten muß. Mit der an ihrem oberen Ende abgestumpften Halle'schen Fräse erweitert man die Öffnung nach vorn und außen, bis man in die Stirnhöhle hineinsehen kann. Oft quillt der Eiter nach Freilegen des Ausgangs sichtbar unter Druck hervor. Nun noch etwa freigelegte Polypen werden entfernt. Der Schleimhautlappen wird nach oben geklappt und antamponiert. Die Nachbehandlung besteht in Aetzungen mit 5% Argentumlösung und in Bougieren mit den stärksten Ritterschen Sonden. Ist auch auf diese Weise Erfolg nicht zu erzielen, so muß die Höhle von außen freigelegt werden.

In diesen Fällen ist zweierlei zu bedenken. Die Erkrankung der Stirnhöhle muß vollkommen zur Ausheilung gebracht werden. Das wird nur dann erreicht, wenn die gesamte erkrankte Schleimhaut entfernt wird. Je weiter man die Stirnhöhle freilegt, desto besser wird man an ihren Inhalt gelangen. Eine umfangreiche Eröffnung des Sinus führt jedoch zu einer ausgedehnten Formveränderung des Os frontale. Es kommt zu Verunstaltungen. Aus diesen Umständen heraus hat man die verschiedensten Methoden zur Radikaloperation der Stirnhöhle angegeben. Die Operationsart wird die beste sein, durch die bei größter Schonung der äußeren anatomischen Verhältnisse die Schleimhaut radikal entfernt wird. Das kosmetisch beste Resultat gibt die Operation nach Jansen-Ritter. In Lokalanästhesie oder in Intubationsnarkose wird ein bogenförmiger Weichteil-Periostschnitt durch die Augenbraue und über die seitliche Nasenwurzel gelegt. Um bei der späteren Naht das Aneinanderwachsen der entsprechenden Hautpartien zu ermöglichen, markiert man sich korrespondierende Hautteile dadurch, daß man quer zu dem Hautschnitt an einigen Stellen die Haut mit dem Skalpell ritzt. Bei der späteren Hautnaht müssen diese Marken sich dann wieder decken. Das Periost wird von der Unterwand der Stirnhöhle abgeschoben und diese unter Schonung der Trochlea (zur Vermeidung von Doppelbildern darf die Ansatzstelle des Musculus obliquus superior nicht verletzt werden) entfernt. Nachdem die Höhlenschleimhaut aus allen Teilen sorgfältig ausgelöst worden ist, schiebt man die Schleimhaut vom Processus frontalis des Oberkiefers sorgfältig ab und verschmälert mit dem Meißel den Fortsatz. Vorliegende Siebbeinzellen werden entfernt. Ist der Zugang zur Nase genügend weit, so vernäht man den geschonten Schleimhautlappen mit der Periorbita und schließt die Wunde mit einigen Hautnähten. Ist die Schleimhaut auf diese Weise nicht zu entfernen, so muß nach Killian operiert werden. Man geht dabei in ähnlicher Weise wie oben beschrieben vor. Jedoch wird in diesem Falle außer der Unterwand auch ein Teil der Vorderwand entfernt. Vom oberen Orbitalrand aus läßt man nach oben eine Periostknochenspanne von etwa 1½ cm Breite stehen, entfernt dann oberhalb dieser Spange Periost und Knochen der Stirnhöhlenwand und kratzt die Höhle von beiden Öffnungen in Vorder- und Unterwand her gründlich aus. Weiter geht man dann wie bei der Operation nach Jansen-Ritter vor. Glaubt man, auf diese Art eine vollkommene Ausheilung nicht erzielen zu können, so muß nach Riedel operiert werden. Dann wird die Vorder- und Unterwand vollkommen reseziert. Das kosmetische Resultat kann bei großen Stirnhöhlen allerdings sehr unbefriedigend ausfallen. Diese Operation soll deshalb auch nur dann angewandt werden, wenn schon vergeblich auf andere Weise radikal operiert wurde oder wenn z. B. nach Verletzungen eine andere Modifikation nicht möglich erscheint.

Bei Erkrankungen der Kiefer- oder Stirnhöhle werden meist auch die Siebbeinzellen ergriffen sein. Auch kommen Ethmoidal-entzündungen ohne Beteiligung der anderen Höhlen vor. Sie führen zu Kopfschmerzen, es kommt zu Eiterabsonderung an typischer Stelle. Nerven- und Mobilitätsstörungen der Augen können als Folge auftreten. In chronischen Fällen sieht man Hyperplasien der mittleren Muschel und Polypenbildung. Bei Sekretstauung, bei Augenstörungen und polypös hyperplastischen Entzündungen muß operativ eingegriffen werden. In Lokalanästhesie wird das Sieb-labyrinth von der inneren Nase aus schichtweise seitlich von der mittleren Muschel abgetragen. Man verwendet dazu die Hajek'schen Haken, Grünwaldsche und Hartmannsche Onchotome und Küretten. Ist es zu einem Durchbruch aus dem

Siebbein nach der Orbita oder auch nach außen gekommen, so wird das Siebbein von außen her freigelegt. Man geht ähnlich wie bei der Jansen-Ritterschen Stirnhöhlenoperation vor, eröffnet nur nicht die Stirnhöhle, sondern beschränkt sich darauf, die Siebbeinzellen gründlich auszuräumen und einen weiten Zugang zur Nase zu schaffen.

Die Keilbeinhöhlenerkrankung macht starke Hinterkopfschmerzen. Man findet Eiter in der Rima. Auch Augennerven- und Augenmuskelerkrankungen kommen vor. Das Röntgenbild, das entweder peroral oder frontal aufgenommen werden soll, zeigt im Falle der Erkrankung eine Verschattung der Keilbeinhöhlengegend. Führen konservative Maßnahmen nicht zur Heilung, so wird die vordere Keilbeinhöhlenwand durch den oberen Nasengang angegangen. Sie wird mit dem Hajek'schen Haken angerissen und mit der Stanze entfernt.

Wird eine Erkrankung der Nebenhöhle nicht erkannt, oder läßt sie sich nicht beherrschen, so kann es zu Komplikationen kommen. Wenn ich auch schon im Vorhergehenden einige Folgeerscheinungen der Antriditen erwähnt habe, so will ich doch wegen der Wichtigkeit nochmals zusammenfassend darauf zurückkommen. Am häufigsten findet sich die Periostitis. Meist wird es sich bei Schwellungen an Stirnhöhlen- und Orbitalwand um eine vor dem Durchbruch stehende Entzündung des Sinus frontalis oder des Sinus ethmoidales handeln. Luetische Gummata und bösartige Tumoren können ebenfalls die Ursache sein. Am Oberkiefer kommt es außerdem zu Auftreibungen bei Zahnzysten und Zahngeschwüren. Bei Neugeborenen und Säuglingen finden wir ab und zu Schwellungen, die mit hohen Temperaturen und starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens einhergehen. Es handelt sich hierbei um osteomyelitische Erkrankungen des Oberkiefers, die in den meisten Fällen durch Durchbrüche von Kieferhöhlen- oder Siebbeinentzündungen in den Kiefer entstanden sein dürften. Osteomyelitis findet man beim Erwachsenen selten, meist tritt sie im Anschluß an eine akute oder chronische Stirnhöhlenerkrankung, nach Radikaloperation der Stirnhöhle oder nach Verletzungen auf. Periostschwellung und Oedem zeigt den Beginn der Erkrankung an. Sie ist sehr gefährlich, da sie sich schleichend in den Diplovenen des Schädelsknochens weiter verbreitet und oft, ohne vorher starke Allgemeinerscheinungen zu machen, zu Komplikationen führen kann. Nur frühzeitige Operation, bei der der erkrankte Knochen vollkommen entfernt werden muß, kann Heilung bringen. Anderenfalls kommt es zu Komplikationen, wie sie auch nach Durchbruch einer Stirnhöhlenerkrankung durch die hintere Wand oder einer Siebbeinzelle eintreten können. Extraduralabszesse, Stirnhirnsabszesse, die beide nur selten Erscheinungen machen (Witzelsucht, sehr spät: gekreuzte Hemiplegie) und Meningitis purulenta können folgen. Auch kann es zur Thrombophlebitis des Sinus cavernosus mit Protrusio bulbi, Chemositis conjunctivae, Stauungspapille und nachfolgender Meningitis kommen. Bricht eine Eiterung der Nebenhöhlen in die Orbita durch, so entwickelt sich ein Orbitalabszeß oder eine Orbitalphlegmone. Auch hier kann nur breite Eröffnung Hilfe schaffen.

Bei Augennerven- oder Augenmuskelerkrankungen sollten auch immer die Nebenhöhlen untersucht werden, da durch toxische oder mechanische Einwirkungen Störungen vorkommen, die durch rechtzeitige operative Eingriffe behoben werden können.

Die Tumoren der Nase und ihrer Nebenhöhlen werden nach den Regeln der allgemeinen Chirurgie behandelt. Die Beschreibung der Operationstechnik würde zu weit führen.

Vom Individual- zum Staatsarzt*).

Von Generalarzt Dr. BUTTERSACK, Göttingen.

Früher war der Arzt der gute Onkel, der den Kranken mehr oder weniger genau untersuchte, ihm einen guten Rat, womöglich ein Rp gab, einen Furunkel öffnete und ihn dann wieder entließ. Das war möglich in einer Zeit, in der es noch nicht so viele Menschen gab mit ihren gegenseitigen körperlichen und seelischen

* Der Arzt und der Staat, 7 Vorträge, gehalten im Winter 1928/29, von L. Ebermayer, K. Finkenrath, H. Freyer, H. Gerbis, A. Grotjahn, L. Richter, H. Zangger. Bd. II der Vorträge des Instituts für Geschichte der Medizin, Leipzig. — G. Thieme, Leipzig. 138 S. 6 M.

Beschädigungen und in welcher das Leben in behaglichem Strome dahinflöß. Eben die Behaglichkeit war ein wahres Lebenselixier.

Mittlerweile haben sich die vervielfachten Menschen zu erschreckenden Massen zusammengeballt, und die Arbeitsteilung hat die einzelnen immer näher aneinandergeführt. Die Kompliziertheit der Ware und die gebotene Schnelligkeit ihrer Herstellung brachte das mit sich.

Damit hat sich der Aufgabenkreis des Arztes zwangsläufig erweitert. Bewegte er sich früher in einer Kurve, in deren Mittelpunkt einzig und allein der Patient stand, so ist daraus allmählich eine Ellipse geworden mit zwei Brennpunkten: Patient und Allgemeinheit. Nicht mehr ist der Kranke mit seiner Oberhaut zu Ende; er steckt vielmehr in einem unsicht- und unübersehbaren Gewirr von sozialen Beziehungen. Und diese wirken teils fördernd, teils schädigend auf ihn ein.

Die offizielle Hochschulmedizin beschränkt sich dermalen noch auf den Kranken als Individuum.

Die neue Zeit betrachtet ihn als Glied in seinen gesellschaftlichen Verflechtungen, und der neue Arzt muß dieser Verschiebung, diesem Uebergang vom Kreis zur Ellipse, Rechnung tragen.

In kluger Erfassung der Situation hat das Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig einen Zyklus von Vorträgen über die verschiedenen Seiten der neuen Medizin unternommen. Der Leiter des Instituts, Professor Sigerist, hält offenbar nicht bloß die Kenntnis und das Verständnis des Vergangenen für Geschichte. Er führt sie auch in die Gegenwart und Zukunft weiter, in der philosophischen Anschauung, daß alles Geschehen ohne Rücksicht auf Zeit und Raum in sich zusammenhängt und daß das Herausschneiden einzelner Abschnitte nur zu Schrumpfung, Verzerrungen führt, wie wenn man ein Stück aus einem Spitzengewebe heraus-schneidet.

Die 7 Vorträge können jedem Arzt — mit Ausnahme der Nichts-als-Spezialisten — zum Lesen empfohlen werden. Sie läuten eine neue Zeit ein. Hier können aus dem reichen Inhalt nur einige Stichworte gegeben werden.

H. Freyer (Arzt und Gesellschaft) schildert den Arzt als das biologische Gewissen des Einzelnen wie der Allgemeinheit. Platons Ideal: der Arzt als Staatsmann klingt an. Aber ach, wie weit hat die Gegenwart den Arzt von der Mitwirkung am Gemeinwohl abgetrieben! Juristen und Verwaltungsmänner führen das große Wort, Männer, welche das Leben mit Paragraphen und Gesetzen und Papier meistern wollen, weil sie keine Ahnung von den souveränen Eigengesetzen eben dieses Lebens haben.

A. Grotjahn (Die ärztlichen Aufgaben des Staates) erhebt die Forderung, daß die Aerzte die Freiheit in ihrem Beruf aufgeben sollen, um Organe im Dienste des Wohlfahrtsstaates zu werden. Nicht Platon, sondern Demokrit, die Kyrenaiker, Helvetius, Holbach, Lamettrie, R. Goldscheid sprechen aus Grotjahns Ausführungen. Das Wort: Wohlfahrt klingt verdächtig; nicht darum leben wir, daß es uns wohl ergehe, sondern darum, daß wir etwas leisten, selbst wenn wir dabei zugrunde gehen.

H. Zangger (Der Arzt im Dienste des Staates) erörtert die Fülle der Gemeinschaftsaufgaben. L. Ebermayer (Der Arzt im Gesetz und Rechtsprechung) gibt kluge Worte über die rechtlichen Ansprüche und Bindungen des Arztes: Honorar, Haftbarkeit, Berufsgeheimnis. K. Finkenrath (Die Verstaatlichung des Patienten) bespricht mit großem Geschick das leidige Krankenkassenwesen. Seine sachkundige Kritik und seine Ausblicke auf ähnliche Unternehmungen im Ausland sollten alle Instanzen beherzigen, die mit dieser schwierigen Materie gesetzgeberisch zu tun haben.

L. Richter (Die Verstaatlichung des Arztes) sieht die Lösung dieses Problems nicht in einem Ja oder Nein, sondern darin, daß alle Aerzte nicht mehr bloß individuell denken, sondern im Sinne des Gesamtgefüges. Sie sollen also — wie die Ellipse — zwei Zentren haben. Den Beschluß macht H. Gerbis (Der Arzt im Lebenskreis) mit Einblicken in die seelische und materielle Welt des Arbeiters und die sich daraus für den Arzt ergebenden Gesichtspunkte. Wenn er sagt: für den Arzt genügt die Approbation nicht; er braucht auch einen intuitiven Blick und Erfahrung, so führt das auf die Anfänge der Medizin zurück. Damals war der Arzt in erster Linie Mensch, der zufällig ärztliche Begabung und ärztliche Kenntnisse besaß. Heute scheint es manchmal, als seien die Faktoren Mensch und Begabung durch die Kenntnisse überwuchert.

Aufgefallen ist mir, daß alle Redner „den Arzt“ gewissermaßen auf einen Sockel hoben und ihn da mit dem Strahlenkegel ihres Standpunktes beleuchteten. Und doch ist der Arzt nicht ein fremdes Gewächs im Staat, sondern ein Glied, ein integrierender Teil der Allgemeinheit. Die Fehler, welche er an sich hat oder macht, liegen nicht in seinem Beruf an sich begründet, sondern im Boden der Allgemeinheit, welcher jeder Volksgenosse angehört.

Alles Herumdoktern am Arzt hilft nichts, wenn nicht sein Mutterboden assaniert wird. Daß dieser Mutterboden, die Societas der Staat krank ist, hat keiner der 7 Redner über Arzt und Staat zu sagen gewagt.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend nummeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 145., Heft 1/3.

Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen der Uterusfunktion zu den zyklischen Vorgängen an den Ovarien. Kok und Seel.

Beiträge zur Pharmakologie der seltenen Erdmetalle. III. Mitteilung: Ueber das Samarium. Steidle und Dürr.

Die Tag- und Nachtwellen des Blutzuckerspiegels bei Nichtdiabetikern und Diabetikern sowie bei Hypertonikern. Jacobi und Baumann.

Untersuchungen über den Einfluß des Zwischenhirns auf den respiratorischen Stoffwechsel des Hundes. I. Mitteilung. Grünthal, Mulholland und Strieck.

Weitere Untersuchungen über die Entstehung der pathologischen Hämagglutination (Panagglutination). Barla-Szabó, Kramár und Reiner.

Beobachtungen über den Stoffwechsel bei Muskelarbeit und reiner Fett-nahrung. v. Hattingberg.

Ueber die Möglichkeit eines individuellen chemischen Aufbaues der Bluteiweißkörper. I. Mitteilung: Der Tryptophangehalt der menschlichen Serum-eiweißkörper. Lang.

Das Wesen der hämophilen Gerinnungsstörung. Frhr. v. Falkenhausen.

Ueber die Beteiligung des Komplements bei der Blutgerinnung. IX. Mit-teilung: Die Affinität sensibilisierter Blutkörperchen zum Prothrombin. Fuchs.

Die Harnstoffsynthese in der Fettleber. (Untersuchungen bei der Knollen-blätterschwammvergiftung.) Imhäuser.

Untersuchungen über den Einfluß des Nervensystems auf Speichervorgänge am retikuloendothelialen System. I. Mitteilung. Letterer und Bogendorfer.

Ueber den Milchsäuregehalt des Gehirns bei verschiedenen Formen von Atemnot. Cobet.

Die Wirkung des kristallisierten Aconitins auf den zentripetalen Lungenvasus. Keller und Loeser.

Ueber den Stoffumsatz beim Diabetiker. Glatzel.

Tierexperimentelle Untersuchungen über den Einfluß unphysiologischer Ernährung auf die Organzusammensetzung und das Stoffwechselgeschehen. II. Mitteilung: Glykogenmastversuche. Junkersdorf und Witsch.

Ueber die Gefäßwirkung des Kampfers. Heimberger.

Archiv für Ophthalmologie (Arch. f. Ophthalm.), Berlin, 122., Heft 2 u. 3.

Ueber die Ziliargefäße. E. Fuchs.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Drüsenextrakte mit innerer Sekretion auf die Regeneration des Kammerwassers. A. Car und H. Ortyński.

4689. Parenchymatöse Keratitis. B. G. Towbin und Prosorowski.

Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen normaler Augen-gewebe nach Röntgenbestrahlung. W. Rohrschneider.

4682. Zystoide Makuladegeneration (Bienenwabenmakula). M. Arnold.

4686. Vererbung der myopischen Fundusdegenerationen. E. Vontobel.

4687. Der heterotypische Konus, insbesondere der Konus nach unten und die Ausbuchtung des angrenzenden Augenhintergrundes. A. Beeler.

Ueber Netzhautrisse, insbesondere über ihre Bedeutung für die Netzhaut-ablösung. R. Deutschmann.

4683. Ist das Bacterium granulosis Noguchi der Erreger des Trachoms? K. Lindner. Ueber Netzhautablösung, zugleich ein weiterer Beitrag zum Studium der Eigenschaften des Glaskörpers. M. Baumann.

- Ueber das Membranpotential der Linsenkapsel und das Auftreten der Natriumnitroprussidreaktion im Kammerwasser. E. Schnerl und G. Thiel. Zum Gaswechsel der Linse II. Nach den Versuchen an der überlebenden Kaninchenlinse. E. Schnerl.
- Archiv für Orthopädische und Unfall-Chirurgie (Arch. orthop. Chir.), 27., Heft 4.
 713. Zur Behandlung der frischen Schädelbrüche. (Unfallkrankenhaus Wien.) Karl Thomas.
- Ueber die Brüche des ersten Mittelhandknochens und ihre Behandlung. (Unfallkrankenhaus Wien.) Walter Ehalt.
- Eine willkürliche Schulterverrenkung nach hinten. (Chir. Univ.-Klinik Würzburg.) E. Seifert.
- Zehnjährige Erfahrungen bei eigener Unterschenkelamputation. (Orthopädisch. Univ.-Klinik Heidelberg-Schlierbach.) Erwin Schrader.
- Zur Anatomie des angeborenen und des paralytischen Hackenfußes. (Orthop. Univ.-Klinik und Poliklinik Berlin.) W. Kniepkamp.
- Zur histologischen Unterscheidung echter Riesenzellensarkome von riesenzellreichen Aufsaugungsgeschwülsten am Knochen. (Patholog. Institut Göttingen.) Franz Schroeder.
717. Vermehrtes Längenwachstum und Coxa valga bei Knochentuberkulose. (Orthop. Univ.-Klinik Heidelberg.) Erwin Schrader.
- Ueber die enchondrale Ossifikationszone der distalen Femurepiphyse. (Chir. Univ.-Klinik Würzburg.) Nikolaus Christ.
- Untersuchung über die Gefährlichkeit von Maschinen und das Verhalten der Unfallziffer in den verschiedenen Arbeitsstunden. (Chirurg. Univ.-Klinik Berlin.) Karl Wüst.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 43, 1929.
 760. Das Symptom von Chvostek bei der Psoriasis vulgaris. Roman v. Leszczyński. Die Reaktionsfähigkeit von Schwefel verschiedener Dispersität. H. Bechhold, S. Ornstein und K. Silberstein.
762. Nachweis der Jodempfindlichkeit bei der Dermatitis herpetiformis durch passive Uebertragungsversuche. E. Lehner und E. Raika.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 43 a, 1929.
 759. Scleroedema adultorum. Otto Rummert.
757. Ueber Erythema exsudativum multiforme „Typhus Inversus“. Max E. Obermayer.
- Tuberkuloseimmunität und Hauttuberkulose. Walther Krantz.
761. Hautschädigungen durch Tabak und Tabakrauchen. Franz Lickint.
766. Epidemiologie des Ulcus molle. A. Buschke, R. Ledermann, L. Löwenstein.
- Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Leipzig, 89., Nr. 44, 1929.
 Ueber einen Fall des multiplen benignen Sarkoid Boeck bei einem Säugling. Norbert Türk.
- Ueber eine Kombination von Trophödem Meige mit Melorheostose Léri. F. Goldschlag.
758. Ueber ein fixes Erythem. Emanuel Wohlstein und Ladislaus Schmidt.
- Ueber eine durch den Kaufmann-Wolfschen Pilz verursachte Epidermophytosis. Sebastian Szathmáry.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 39.
 680. Sexualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie. Oswald Schwarz.
- Zur Aenderung der Infektiosität der Masern und zu ihrer Anzeigepflicht. C. Noeggerath.
- Haben sich Krankheitsbild und Infektiosität der Masern geändert? Schlußwort. R. Fischl.
- Vereinfachte Methodik der Ballungsreaktion (M. B. R. II.). Rudolf Müller.
- Beiträge zur Kenntnis der rheumatischen Erkrankungen. Gg. Ernst und H. J. Broichmann.
857. Jod und Struma. Ernst Herzfeld.
- Ueber eine Proteusepidemie in zeitlichem Zusammenhang mit einer Infektion einer zentralen städtischen Wasserleitung. K. Beckmann und R. Hürthle.
838. Bestrahlte Frischmilch in der Familienprophylaxe. Josef Schönmeyer.
827. Tuberkuloseschutzimpfung nach Langer. I. Zadek und Martin Meyer.
- Helminthologische Beobachtungen in Ostpreußen, insbesondere über Dibothriocephalus latus und Opisthorchis felinus. Hans Vogel.
806. Aetiologie der infektiösen Prozesse bei Denguefieber. K. N. Kyriasidis.
805. Plasmochinbehandlung autochthoner Malaria in den Tropen. C. M. Hasselmann und Margarete Hasselmann-Kahlert.
860. Thermometerverletzung mit Quecksilbervergiftung. Drügg.
749. Zur Kohlenbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hans Nahmacher.
- Ueber gynäkologische Scheinkrankheiten (Pseudo-Retroflexio und Pseudo-Zystitis). A. Mayer.
- Eine weitere Infektion mit Bacillus Bang. H. Rosin und G. Elkeles.
- Eine sehr empfindliche und einfache Blutprobe, insbesondere bei Hämaturie. P. Ziegelroth.
- Lambdazismus, Gammazismus, Rhotazismus, Schetismus. Alb. Liebmann.
- Eine neue Abhörvorrichtung für mehrere Personen. Wolfgang Casper.
- Ist die Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis wirklich ein die Schadensersatzpflicht des Arztes bedingender Kunstfehler? Julius Heller.
- Versuche zur Entgiftung des Chloroforms. E. v. d. Porten.
- Erweiterung. H. Fühner.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 40.
 741. Die Leitung der Geburt bei engem Becken. Stefan v. Toth.
- Ueber die Steigerung der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Chemotherapeutika. Viktor Fischl.
788. Zur Behandlung der Zystitis und Pyelitis chronica mit Subkutin (Ritsert). R. Seydewitz und W. Klause.
883. Eine neue Sauerstoffbestimmung des menschlichen Blutes mittels Indophenolblaus. Ernst Sehr.
- „Toxische“ Leukozytenveränderungen, Hämogramm und Qualitative Blutlehre. Arneith.
- Die Blutkörperchen senkungswerte nach Westergren und Linzenmeier im Vergleich. Wilhelm Pfaff.
4891. Die reaktive Seelenstörung. Ernst Speer.
4817. Allergenfreie Zimmer. E. Aron.
- Ueber den Feingehalt von Nährmitteln, insbesondere Promonta. Hermann Junker.
4823. Ueber gehäuftes Auftreten von azetonämischem Erbrechen gelegentlich eines grassierenden Infektes. E. Koehn.
4768. Skrofuloderm oder Lues gummosa? Ruete.
- Zur Behandlung offener Gicht mit Piperazinlösung. Erich Ebstein.
- Zystopyelitische Befunde bei perniziöser Anämie. Fritz Basch.
- Mischinfizierte Synovitis tuberculosa genus. A. W. Frank.
- Ein neuer Fall von Brustwarzenkrampf. Beck.
- Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die abführende Wirkung von „Enos Fruit Salt“. Bernhard Keseling.
- Ein neues Säuglingsstrockenbett. G. Sepke.
- Erkrankungen des Zirkulationsapparates. Aneurysmen. Hermann Schlesinger.
4906. Röntgenshädigungen beim Hilfspersonal. M. Friesleben
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, 40., Kongreßheft 1929.
- Entwicklung der Röntgenologie. Holzknecht.
- Die radiologische Behandlung der Tumoren der Mundhöhle. Berven.
- Erfahrungen mit der Strahlenbehandlung der Uteruskrebse. Döderlein.
- Bericht über die Ergebnisse der Strahlentherapie in Erlangen beim Uterus- und Mammakarzinom. Wintz.
- Resultate der Strahlenbehandlung des Adenokarzinoms. Lacassagne.
- Radiumbestrahlung als Heilbehandlung des Uterus-Kollumkarzinoms. Lahm.
- Behandlung des Uteruskarzinoms an der Stoeckelschen Klinik. Mikulicz-Radecki.
- Zur Behandlungstechnik der Uteruskarzinome. Gauß.
- Ueber die Dosierung bei Radium- und bei Radium-Röntgenbestrahlung. Noeff.
- Was kann man heute von der Röntgentherapie der sogenannten inoperablen Tumoren erwarten? Hoffelder.
- Zytologische Untersuchungen an röntgenbestrahlten menschlichen Karzinomen. Schmidt.
- Die aktuelle Reaktion im Blut Karzinomkranker und ihre Bedeutung für die Entwicklung und Heilung des Karzinoms. Schreus.
- Röntgenologische Erfahrungen zum Krebsproblem. Schwarz.
- Zur Wahl der Dosis und Strahlenhärte bei bösartigen Neubildungen. Bardachzi und Epstein.
- Die Heilung des Melanosarkoms durch Röntgen- und Radiumbestrahlung. Hintze.
- Studien über den Verlauf von Strahlenreaktionen auf der menschlichen Haut, mit Demonstrationen von Kurven. Freund.
- Ist das Hauterythem abhängig von der Wellenlänge und wieviel R beträgt die Hauttoleranzdosis für die einzelnen Strahlenqualitäten? Reisner.
- Leistung und Wert der stereoskopischen Beckenmessung. Dyroff.
- Zur Frage der Beckenaufnahme von der Seite. Reichenmüller.
- Welche Dienste leistet heute die Magen-Zwölffinger-Röntgenologie der chirurgischen Indikationsstellung? Haudek.
- Reliefstudien am Magendarmkanal. H. B. Berg.
- Zur röntgenologischen Differenzierung entzündlicher und neoplastischer Dickdarmerkrankungen. Knothe.
- Der Wert der Serienaufnahmen für die normale und pathologische Röntgenanatomie und Röntgenphysiologie des Magens und Duodenums. Kaestle.
- Beiträge zur Pathologie des Oesophagus im Röntgenbild. Cramer.
- Die Röntgendiagnose der Appendix. Czepa.
- Zur Verbesserung der oralen Methode der Gallenblasendarstellung im Röntgenbild. Grebe.
- Zur Diagnose und Differentialdiagnose der Tumoren des Pankreaskörpers. Presser.
- Die peristaltischen Symptome des Magengeschwürs am Polygramm. Bernstein.
- Die Isographie und Kinematographie des Herzens. Stumpf.
- Die Technik der röntgenkinematographischen Aufnahmen. Janus.
- Heilungsvorgänge und Heilungsnachweis der Lungentuberkulose im Röntgenbild. Fleischner.
- Die allergischen Phasen der kindlichen Tuberkulose im Röntgenbild. Pickhan.
- Systematische Mediastinaldiagnostik an Beispielen der malignen Thymustumoren. Lenk.
- Demonstration als Aussprache. Schall.
- Ueber den Wert pyelographischer Serienaufnahmen. Lossen.
- Die Röntgenpyeloskopie in ihren klinisch bedeutsamen Ergebnissen. Leb.
- Die intravenöse Pyelographie. Roseno.
- Beitrag zum pyelographischen Bilde bei Nierentumoren. Schiffer.
- Versuche einer neuartigen Röntgenstereographie. Gottheiner.
- Untersuchungen mit der Lochkamera. Herrmann.
- Das neue Bestrahlungsgerät der Metallix-Therapieöhre. Cramer und Borm.
- Die Therapieerfolge maligner Gesichtstumoren bei Radiumbehandlung durch Zeitlupenaufnahmen. Hintze.
- Stereogrammetrische Fragen und Neuerungen in der Röntgendiagnostik. Beyerlein.
- Vereinfachte und standardisierte Röntgenstereotechnik. Boldingh.
- Zur Charakterisierung des Durchleuchtungslichtes, mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Apparatetypen. Spiegler.
- Ionometrische Bestimmungen optimaler Belichtungszeiten. Franke.
- Bemerkungen zur Ökonomie der Röntgenröhre an verschiedenen Apparatetypen. Jona.
- Zur Frage der Strahlungsausbeute und Röntgenbeanspruchung. Zakovsky.
- Eine Metallröntgenröhre mit drehbarer Anode. Bouwers.
- Ein neues Bestrahlungsgerät. Fried.

- Demonstration des Universaldosimeters. Rajewsky.
Ein neues Dosimeterprinzip. Jaeger.
Das Grenzstrahl-Mekapion. Strauß.
Fortschritte in der Dosimetrie der Kathodenstrahlen an Lenard-Hochleistungs-
röhren. Thaller.
Ein neues sehr einfaches Verfahren zur Herstellung von konzentrierten
Radonpräparaten. Wolf.
Ein neuartiger Apparat zur Erleichterung der Zentrierung bei intraoralen
Zahnaufnahmen. Rona.
Die Beseitigung der Hochspannungsfahrer in Röntgenbetrieben durch den
neuen Sekuro. Fritsch.
Spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen und anderer Strahlenarten. Pollitzer.
Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle als physikalisches Problem.
Glocker.
Weitere Versuche zur Frage der Strahlungsreaktion des Eiweißes. Rajewsky.
Ueber die chemische Veränderung im Eiweiß unter thermischen und Strah-
lungseinwirkungen. Schwerin.
Ueber die Beeinflussung des vegetativen Systems durch die Röntgenstrahlen.
Gabriel.
Die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden. Borak.
Verlaufänderung röntgenbestrahlter Entzündungen. Pordes.
Röntgenbehandlung der akuten Mittelohrentzündung. Goldmann.
Röntgentherapie der Hornhauttuberkulose. Herrnheiser und Braun.
Weitere Erfahrungen mit der Röntgentherapie bei psychiatrischen und
neurologischen Erkrankungen. v. Wieser.
Ueber die Wirkung von Kathodenstrahlen aus Erythrozyten. Hausmann und
Zakovsky.
Zur Röntgendiagnose der Invagination. Haenisch.
Röntgenologie in der Anatomie. Goldhamer.
Zur Frage der perihilären Prozesse im Röntgenbild. Kopstein.
Fortschritte in der Röntgendiagnostik bei pathologischen Veränderungen der
oberen Harnwege. Dohan.
Erkrankungen der Schädelknochen. Schüller.
Grundlagen der Röntgendiagnostik endokriner Erkrankungen. E. G.
Mayer.
Die Darstellung der Basiszisternen bei der Enzephalographie. Goette.
Klassifikation der klassischen Gelenkkrankheiten. Kienböck
Ueber neoplastische Arthrosen. Weiß.
Zur Röntgendiagnose der multiplen Myelome. Palugyay.
Röntgenologische Studien zur Frühdiagnose der Wirbeltuberkulose. Sgallitzer.
Alkaptonurie mit Ochronose im Röntgenbild. Kohlmann.
Ueber einen Fall von Osteopikilitis. Gluch.
Dem. zur Röntgendiagnose der Kieferhöhlenerkrankungen. Goldmann.
Klinische Beobachtungen bei Röntgenbestrahlungen an Hand des Hämog-
ramms. Cramer und Fechner.
Heliotherapie der Tuberkulose. Kisch.
- Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde** (Klin. Mbl. Augenheilk.), Stutt-
gart, 82., Juni 1929.
Amsterdamer Trachom-Erfahrungen. F. Wibaut.
Metastatische Melanoblastome in der Retina. (Aus der Universitäts-Augen-
klinik in der Charité Berlin.) Boente.
Histologische Untersuchungen und technische Bemerkungen über Hornhaut-
tätowierung mit Platinchlorid, Silbernitrat und Goldchlorid + Silbernitrat.
(Aus der Universitäts-Augenklinik Freiburg i. Br.) G. Bietti jun.
Zur Klinik, Histologie und Therapie der zitterförmigen Hornhautdegenera-
tion. A. Löwenstein.
Ueber die Bedeutung der Wasserstoffionenkonzentration im Bindehautsack.
H. Lipschütz.
4684. Simmondsche Krankheit. C. Colden.
4690. Ueber trophoneurotische Steigerung des Zilienwachstums bei Keratitis neuro-
paralytica. (Aus der 1. Universitäts-Augenklinik Budapest und der Uni-
versitäts-Augenklinik Tübingen.) O. Schöpfer.
Ueber das Erbrechen (Aschner'sches Symptom) und über die Behandlung bei
praller Durchblutung der Orbita. (Aus dem Allgemeinen Krankenhaus in
Stomathely.) E. Szokolik.
Tonometer-Fiok-Livschitz und seine Prüfung. (Aus der Universitäts-Augen-
klinik zu Riga, Lettland.) K. Apin.
Ueber paradoxes Schielen. (Aus der Univ.-Augenklinik in Moskau.) G. A.
Litinsky.
4691. Liderkrankung nach Teakholzverarbeitung. (Aus der Augenabteilung des Allg.
Krankenhauses St. Georg.) B. Reuscher.
Ein Fall eines umschriebenen, vergänglichen Oedems der Makulagegend.
(Aus der Augenabteilung des Krankenhauses Wieden in Wien.) A. Weintraub.
Ein neues Verfahren — Ohrknorpeltarsoplastik — zur Beseitigung des
trachomatösen Narbenentropiums. (Aus der Augenklinik des Charkower
Medizinischen Instituts und aus dem Hirschmannschen Augenkrankenhaus.)
A. E. Goldfeder.
Ueber eine neue Schutzprothese zur Verhütung von Röntgenschädigungen des
Auges. E. Wölflin.
4692. Abgüsse der lebenden Augapfelloberfläche für Verordnung von Kontaktgläsern.
(Mitteilung der Augenabteilung des St. Stefan-Spitals Budapest.)
I. v. Csapody.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 39.
Die symptomlose Infektion. F. Breinl.
Die Bedeutung der Wasserstoffzahl des Harns. Fritz Mainzer.
4877. Klimauntersuchungen in den Tropen. Otto Kestner und Werner Borchardt.
4699. Gehirnanalysen in ihrer Wirkung auf das Gehirn des Kaninchens bei sub-
duraler Einführung. F. Plaut.
4875. Lokal- und Leitungsanästhesie als differentialdiagnostische Hilfsmittel.
Walter K. Fränkel.
4890. Ueber die Funktion der vegetativen Mittelhirnzentren. Leo Heß und Josef
Faltischek.
4819. Die Bedeutung des Balint'schen Phänomens bei Ulkustiden. S. A. Westra.
4815. Der Entwicklungszustand des lymphatischen Gewebes und die absolute
Lymphozytenzahl im Blut, ihr Verhältnis zueinander und ihre Abhängig-
keit von der Beschaffenheit der kleinen und kleinsten Gefäße. Hans
Schwanen.
Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungs-Reaktion (M. K. R.). Hans Beyreuther.
Ueber das Vorkommen von Oxysterin im Organismus. I. Lifschütz.
Erweiterung. H. Beumer.
Ein Nachweis gesteigerter Kapillardurchlässigkeit bei Purpura anaphylactoides
und anderen Krankheiten. Felix Basch.
Allergie und Azidose. K. Choremis.
Ein Fall von Pellagra. M. Rachmilewitz.
Der gegenwärtige Stand der Lebertherapie der perniziösen Anämie. Hans
Schulten.
Ueber einige neuere Methoden der Lungenspitzenperkussion. Karl Hajos.
Zur Punktionstechnik. Otto Haus.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 40.
Stoffwechsel und Sport. Robert Herbst.
4799. Die diesjährige Grippe. C. Noeggerath.
Ueber die Energieumwandlungen des muskelkräftigen und muskelschwachen
Herzens. G. Eismayer und H. Quinke.
4884. Wärmeempfindlichkeit überlebender Tumorzellen. Norbert Heming und
Herbert Habs.
4900. Ueber lokale Reaktionen bei Diathermie des Gehirns. Hans Hoff und
Paul Schilder.
Der Gehalt des Blutserums an normalen Antikörpern beim Menschen in
seinem Zusammenhang mit dem Lebensalter. E. Friedberger und G. Bock.
Ueber die Thermolabilität von Lipoidantikörpern. R. Klingenstein.
4825. Pellagra. M. Prados y Such.
Der Spirometerindex. Friedrich H. Lorentz.
Die Pernoktonbasinarkose. Raesche.
Hyperovarie und Gestation. Karl Freudenberg.
Erweiterung. Woldemar Reiprich.
Ueber den Einfluß der Verhämmerung des Schädels auf den Peptid-
haushalt. Hubert Kunz.
Der Cholesterinstoffwechsel im Kindesalter. Giuseppe Halfer.
Zur Krankheitsdauer der Biermerschen Anämie. M. Nothmann.
Ueber Appendizitis in Graviditate. Paul Schumacher.
Die Synthese des Hämins. F. Kögl.
Die Entstehung und Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose.
V. Sallé.
- Klinische Wochenschrift** (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 41.
Das Wesen der Leitungsstörungen im Herzmuskel, insbesondere der so-
genannten Wenckebach'schen Perioden. F. Schellong.
Ueber Inkretresistenz. W. Falta und F. Högl.
Ueber die Beteiligung des Sauerstoffes bei der oligodynamischen Metab-
olismuswirkung. K. Süßle.
Das Pneumotachogramm bei einigen Erkrankungen der Lunge und La-
wege. Adolf Hartwich.
Verdaunungsphysiologische Unterschiede zwischen Billroth I und Krönke
Mikulicz (Billroth II). E. Hertel.
4756. Nachweis von Epidermophyton im Blute in einem Falle von primärer
exogener Fußmykose mit sekundärem, hämatogenem, dyshidrotischem Ek-
zem. Dermophytid an den Händen. Samuel M. Peck.
4744. Zur Therapie der Placenta praevia. Heinz Krukenberg.
4868. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit im höheren Alter. Leo Löw-Beer.
Dunkelkeimung und antirachitischer Schutzstoff. A. Schittenhelm und
B. Eisler.
4886. Ueber die Bedeutung der alkalischen Reaktion für das Krebswachstum.
Julius Flaszien und Heinrich Wachtel.
Pleuritis mediastinalis syphilitica. Oskar Orszagh.
4905. Klinik und Röntgentherapie der Lymphogranulomatose. C. Kruchen.
Ueber die Hautmykosen und deren Verbreitung und Bekämpfung. Ardy
Alexander.
Erfahrungen mit dem Heilmittel „Alentina“. Adolf Driess und Max
Rueff.
Die Lösung der Tuberkulosefrage. A. Gottstein.
- Die Krankenversicherung** (Kr.-Vers.), Berlin, 17., Nr. 19.
Die Krankenversicherung der Arbeitslosen.
Sind Trinkgelder versicherungspflichtig im Sinne des § 160 RVO. Hoch.
Auswärtige Kranke. von Frankenberg.
- Die Krankenversicherung** (Kr.-Vers.), Berlin, 17., Nr. 20.
Arbeitslosenversicherung und Krankenkassen. Strakeljahn.
Der Beweis bei Ansprüchen nach § 1542 RVO. Lang.
- Medizinische Klinik** (Med. Klin.), Berlin, Nr. 37, 1929.
4551. Allgemeinmedizinische Bedingungen der Parodontoseentstehung. J. H.
Citron.
Das Krankheitsbild der Parodontose. Loos.
4818. Zur Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. Johannes Kretz.
4855. Intramuskuläre Pepsininjektionen. Ernst Moser.
Inwiefern hat die „neue Lehre“ von der Phthiaseogenese auf die
diagnostischen und therapeutischen Bestrebungen eingewirkt? Otto Linder.
4696. Vergleichende serologische Untersuchungen mit verschiedenen
Syphilis, insbesondere Kahn'scher Reaktion und Hecht'scher Aktiv-
methode. H. Hecht und H. Haber.
Behandlung grippöser und pneumonischer Erkrankung mit Kalium Sauer-
Roger Korbisch.
Ostitis fibrosa, Ostitis deformans, Osteosklerose und Krieger'sche Osteo-
myelitis. Obergutachten. C. Klieneberger.
Die Medizin in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. R. Witzel.

Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 37, 1929.

- Diätbehandlung der Tuberkulose. Max Gerson.
Klinik und Therapie der sogenannten Pubertätsblutungen. H. Runge.
Einfluß blutdrucksteigernder Mittel auf die Seekrankheit. Alfred Thimm.
Eine einfache Vergleichskurve der Blutsenkungsreaktionen nach Westergreen und Linzenmeier. Otto Wellner.
Scharlachprophylaxe durch aktive Immunisierung. Schrader.
Die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates des Menschen. Erich Plate.
Störungen der motorischen Darmfunktion in der Nachoperationsperiode. Michael Mogilew.
Der Kalkaneussporn. G. Wolfsohn.
Schutzimpfung gegen Windpocken. Hans Sehestedt.
Milztherapie bei Knochen- und Gelenktuberkulose. H. Kuß.
Autoptische Befunde nach Gehirnerschütterung. Mitteilung eines dritten Falles. Ernst Haase.
Erfahrungen mit Novotropen. Walter Fischer.
Anwendung der Infektionsklausel bei der Unfallversicherung. Max Michael.
Welche Methode der künstlichen Atmung ist zu empfehlen? Eine vergleichende Untersuchung. Karl Thiel und Rumpf.
Medizinische Erlebnisse auf meiner Weltreise. H. F. O. Haberland.

Münchner Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, 76. Jahrg., Nr. 39.

- Europa und das Gelbfieber. W. H. Hoffmann.
Ueber Sterilitätsbehandlung mittels Tubendurchblasung. A. Mayer.
Vasektomie bei Prostatahypertrophie. Karl Hutter.
Ueber Hämaturie nach intravenösen Zylotropininjektionen. Oebele.
Ein verbesserter urologischer Untersuchungs- und Operationsstuhl. P. Mulzer.
Ueber Diphtherieerkrankungen durch negative Antitoxinschwankungen. Josef Siegl.
Ein Symptomenkomplex am Diabetestranken bei Insulineingaben. Hajiro Hattori.
Die Comotio cerebri und ihre Bewertung. Hügelmann.
Das Haematoma unguale traumaticum. Hermann Beer.
Medikamentöse Blennorrhöeprophylaxe bei Neugeborenen. Günther Schäfer.
Ueber Allylisopropylazethylkarbamid, Sedormid (Roche) ein neues Sedativum und Hypnotikum. W. Klaue.
Zur Therapie der Hämorrhoiden. Hellmuth Unger.
Diagnose des Rückenmuskelrheumatismus. Hans Joachim Lauber und Christian Ramm.
Fragen vor der Nierenoperation und Grundsätzliches zur Nierenoperationstechnik. Pflaumer.
Beitrag zur röntgenologischen Darstellung der Bronchien durch Kontrastmittel. Klaus Baatz.
Indikation des künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose auf Grund anatomischen Befundes. Schottmüller.
Die Wasserstrahlmehlpumpe. K. Scheer.
Prof. Dr. Hermann Sahli. Werner Jost.
Die Erkrankungen der Leber und Gallenwege. XI. Die Lebersyphilis. G. Lepehne.

Münchner Medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, 76. Jahrg., Nr. 40.

- Die Gerinnungs- und Senkungsbeschleunigung des Blutes nach intravenösen Injektionen. Heinrich Köhler.
Ueber Wundinfektionen mit diphtheroiden Bakterien. W. Drügg.
Die Verwendung der Kuhpockenlymphe in der Hauttherapie. Görl und Leonhard Voigt.
Der Blutdruck der Hypertoniker bei Luftdruckverminderung. Rudolf Jaenisch und Karl Haug.
Ueber Beziehungen der Milz zum Tumorwachstum. Botho E. Brüda.
Eine neue Methode der Zervixdiszision. Benvenuto Capaldi.
Kauterisation mit Sonnenstrahlen. Schönenberger.
Dauerbäder in Badekurorten. W. Hildebrandt.
Anaphylaxie gegen Katzenblut. Julius Manger.
Frei perforiertes Ulcus pepticum und Schmerz bei schneller Bauchdecke (Blumbergsches Zeichen). Walter Ruhmann.
Selbstmordprophylaxe und Jugendberatung. Viktor Frankl.
Sind Silkwormpressare schädlich? Pust.
Friedrich Maurer, dem Jenaer Anatomen, zum 70. Geburtstage. Walther Berblinger.
Probleme des vorklinischen Unterrichts. Wetzell.
Die Heilbehandlung der Kriegsbeschädigten. Rudolf Weyrich.
Die Lösung eines schwierigen Sexualproblems. Boeters.

Reichs-Gesundheitsblatt (Reichsgesundh.bl.), Berlin, Nr. 43, 1929.

- Die Leibesübungen an den deutschen Hochschulen. Christian.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 34, 1929.

- Histopathologische Untersuchungen des Uterusfundus bei doppelseitiger entzündlicher Erkrankung der Eileiter und die daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen zur operativen Behandlung, unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrungen. O. Beutner.
Die inkarzierten Hernien der chirurgischen Klinik Basel in den Jahren 1920 bis 1925. A. Gabathuler.
Licht und Kohlehydratstoffwechsel. Alfred Gigon.
Aërophagie und Pneumatosis ventriculi. L. Bischoff.
Das gastroanginöse Syndrom des Infarkts der Spitze des Myokards. J. J. Mozer und A. Epstein.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 36, 1929.

- Ekzem, ekzematöide Dermatitis und torpide Ulzera als Komplikation von Hautverletzungen. W. Lutz.
Die Eiweißwirkung der natürlichen Höfensonne auf die Blutzuckercurve. J. von Deschwanden.

Angeborenes einseitiges Gräfesches Symptom bei fazialer Myopathie, das über den Mechanismus des Gräfezeichens aufklärt. J. Strebel.

4709. Chirurgische Komplikationen bei Askariden. E. Villiger.
Einfache Methoden zur Bestimmung geringer Quecksilber-, Blei- und Arsenmengen. E. Herzfeld.
Beitrag zum Studium traumatischer Schädigungen des Meniskenapparates. Ch. Cornioley.
Beitrag zum Studium des Grundstoffwechsels und der spezifisch dynamischen Wirkung von Proteinen. Claude de Montmollin.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 37, 1929.

4869. Ernährung des Gesunden und Kranken. E. Feer.
Ueber 107 Jahre gerichtsarztliche Tätigkeit in einem schweizerischen Landbezirk. Florin Descurtius.
Die neuesten Untersuchungen betreffend die Funktion der hämatoenzephalen Schranke. L. Stern.
Beitrag zum Studium des Grundstoffwechsels und der spezifisch dynamischen Wirkung von Proteinen. Claude de Montmollin.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. med. Wschr.), Nr. 38, 1929.

- Zur Geschichte der Gift- und Heilwirkung von Eisen und Schierling. Hans Fischer.
Exanthema subitum und Influenza. Heiner Willi.
Die „Symptomatologie des weichen Gaumens“ und ihre Bedeutung für die Tuberkulose. Paul Neuda.
4867. Blutkörperchen senkungsreaktion. W. Ziegler.
Beitrag zum Studium des Grundstoffwechsels und der spezifisch dynamischen Wirkung von Proteinen. Claude de Montmollin.
Die Giftigkeit des Trypaflavins. A. Liengme.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin, Nr. 3, 1929.

- Der Gesundheitsdienst der belgischen sozialistischen Hilfsvereine. Bureaus
4897. Ist die Blutkörperchen senkungs geschwindigkeit zur Beurteilung der Erwerbstätigkeit verwertbar? Csépai.
Die Eheberatung als sozialgynäkologisches Arbeitsgebiet. Niedermeyer.
Die Heilbehandlungspolitik der deutschen Invalidenversicherung vor und nach dem Kriege. v. Waldheim.
Rechtliche Grundlagen der Tätigkeit des Vertrauensarztes der Krankenkassen. Oknaß.
4896. Der Begriff der Krankheit. Rink.

Soziale Medizin (Soz. Med.); Sondernummer, Berlin, 1929.

- Die Entwicklung der sozialen Hygiene seit der Jahrhundertwende. L. Ascher
Die Medizinalegesetzgebung. Otto Solbrig.
Die gegenwärtige Arzneimittelgesetzgebung und die Notwendigkeit einer Reform. Walter Lustig.
Gesundheitswesen und Verwaltungsreform. Alfred Korach.
Hygienische Volksbelehrung als Vorspann der Gesundheitspolitik. Martin Vogel.
Die Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung im Waidenburger Industrie-revier. Rodewald.
Mietpreis und Wohnungsproduktion. Curt Bejach.
Sporthygiene. Franzmeyer.
Die deutsche Sportbewegung und ihre Unterstützung durch die Gemeinden. Walter Bergmann.
Praktische Auswirkung sportärztlicher Untersuchungen. Hede Bergmann.
Das Wirken der Landesversicherungsanstalt Hannover für die Einrichtung zweckentsprechender und lebensfähiger Eheberatungsstellen. Wilhelm.
Soziale Psychiatrie und Strafvollzugsreform. Heinrich Bernhard.
Fürsorgeerziehung. Heinrich Rosenhaupt.
Der Arzt als Gutachter in der Sozialversicherung und im Versorgungswesen. Hassenstein.
Probleme der Kinderfürsorge. C. Coerper.
Kinderfürsorge im Industriegebiet. Th. Hoffa.
Säuglingsklinik und Säuglingsfürsorge. Hans Behrendt.
Bauprobleme der Säuglingskrankenanstalten. St. Engel.
Aerztliches Badewesen in der Heimat. Erich Plate.
Die Strahlenkunde, ihr gegenwärtiger Stand und ihre sozial-medizinische Bedeutung. Arnold Bernstein.
Soziale Medizin und Endokrinologie. Felix Boenheim.
Die Tuberkulose als Berufskrankheit. I. Zadek.
Die sozialmedizinische Bedeutung der Otosklerose. J. Berberich.
Die sozialmedizinische Bedeutung der Iontophorese bei Augenerkrankungen. Gustav Erlanger.

Therapie der Gegenwart (Ther. d. Gegenw.), Berlin - Wien, 70., Heft 10, 1929.

- Der Symptomenkomplex der Hypotonie und seine Behandlung. P. Martini
4816. Asthma bronchiale. J. Naber.
4712. Avertinnarkose. O. Nordmann.
Gonorrhöe der Frauen und Kinder. A. Buschke und A. Joseph.
Die Heilbarkeit der Hämophilie und der hämorrhagischen Diathesen (Ueber-sicht). O. Klemperer.
Retikuloendotheliale Therapie. G. Lepehne.
Fortbildungslehrgang über Herzkrankheiten in Bad Nauheim vom 18. bis 20. September 1929. Grünbaum, Heß und Lehr.
Bericht über die Tagung der Deutschen Gesellschaft für Lichtforschung und über die 9. Tagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft zu Münster i. W., 25. bis 29. September 1929. O. Krayer.
Eine neue Form der Belladonna-therapie. C. Lewin.
Unsere Erfahrungen mit dem Stuhlregelmittel Agarol. J. Thomitzek.

Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 31.

4706. Gasperitoneum. Julius Schnitzler.
4876. Tropentauglichkeit. Robert Stigler.
4705. Rektumkarzinom (II. chir. Universitätsklinik in Wien). Felix Mandl und Willibald Pacher.

4746. Geburtsverletzungen (Kinderabt. des Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien). A. Reuß.
Ueber Ernährungsschwierigkeiten beim Kleinkind (Universitäts-Kinderklinik Wien). Werner Kornfeld.

Zeitschrift für Augenheilkunde (Z. Augenheilk.), Berlin, Juli 1929.

4685. Krankheitsbild der „Retinitis“ (Coats), der „Netzhautdegeneration mit multiplen Aneurismen“ (Th. Leber) und der sogenannten „Angiomatosis retinae“ (Czermak-von Hippel). P. Junius.
Ueber eine besondere Art der Kalkablagerung im Auge. V. Mandicevski.

4688. Biedl-Bardetsches Syndrom und die Erblichkeitsverhältnisse dieses Zustandes. H. Rieger und R. Trauner.
Naevus flammeus und Glaukom. K. Krause.
Ueber einen histologischen Befund in einem Falle von tiefer Keratitis. J. Sommer.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Z. Hals- usw. Heilk.), Berlin, 23., Heft 4.

4755. Die Kolloidreaktionen, insbesondere die Takafa-Arasche Fuchsin-Sublimatprobe im Liquor cerebrospinalis und ihre praktische Verwertbarkeit in der Oto-Rhinologie (Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin. Graz). W. Kindler.
4753. Ueber das Vorkommen und die Entstehung neurogener Geschwülste im Bereiche der Nase (Univ.-Klin. f. Hals-Nasen-Ohrenkrankh. Göttingen). A. Toback.
4752. Ozaena- und gewöhnliche Schrupfnasenbehandlung mit Spongiosaüberpflanzung aus dem Darmbeinkamm (Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin. Graz). S. Unterberger.
4751. Ueber die Bakterienflora der Mandeln (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankh. Heidelberg). E. Wirth.
4750. Der Einfluß der Bakterienflora in der Nase auf den Heilungsverlauf operativer Eingriffe (Abtlg. f. Hals-Nasen-Ohrenkr. des Marienhosp. Stuttgart). Tibor Z. Lakos.
4694. Die biologische Artspezifität der Gräser und ihre Bedeutung für die Behandlung des Heufiebers. C. E. Benjamins, Groningen; J. Idzerda, Utrecht; J. H. Nienhuis, Almelo.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie (Z. orthop. Chir.), Stuttgart, 52., Heft 2.

4714. Die Myositis ossificans traumatica und ihre Beziehungen zu den Ellenbogengelenksverrenkungen. August Blencke.
4720. Ueber die Operation des Klumpfußes beim Erwachsenen nebst statistischen Bemerkungen (Annastift Hannover-Kleefeld). Alfred Schulz.
4722. Der Lochgips (Orthopädische Klinik München). P. Pitzner.
4721. Die Drehversteifung (Orthopädische Provinzialkinderheilanstalt Süchteln). L. Roeren.
4715. Ueber die Entwicklung und Behandlung der arthrogenen Kontrakturen (I. orthopädische Abteilung des Mariahilfer Ambulatoriums und Spitals, Wien). Alfred Saxl.
Ueber Gelenkknorpellösung und Gelenkmausbildung im oberen Sprunggelenk (Orthopädische Anstalt und Poliklinik Balgrist, Zürich). A. Sidler.
4716. Genu impressum und Patella alta (Reichsuniversität Leiden, Holland). Murk Jansen.
Angeborene Kyphose mit Gibbus infolge Wirbelmißbildung (Emma-Kinderkrankenhaus, Amsterdam). R. G. Harrenstein.

Zeitschrift für Tuberkulose (Z. Tbk.), 6., Heft 54.

4831. Aktive Kavernentherapie. Georg Grundner.
4830a. Wirkung des Seeklimas auf Knochen- und Gelenktuberkulose. M. Brachler.
Das Ernährungsproblem in der Bekämpfung der Lepra und Tuberkulose. O. L. E. de Raadt.
4835. Erfolgsprüfung der Sputumdesinfektion durch Tuberkelbazillenzüchtung. Alice Bretsch.
Die Mitwirkung der Tuberkulosekranken im Kampf gegen die Tuberkulose. Oertel.
Erwiderung zu Rubinstein. Ueber amorphisch-metallische Phänomene beim geschlossenen Pneumothorax. Georg Apitz.
Tuberkulosekranken Häuser. Entgegnung auf Tuberkulosekranken Häuser von K. Henius in dieser Zeitschrift, Band 53, Heft 3. H. Deist.
Erwiderung auf Deist „Tuberkulosekranken Häuser“. K. Henius.

Zeitschrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 9.

4731. Zur Therapie der Hypospadias perinealis. A. Schüppel.
Zur Kasuistik der Prostatasarkome. I. S. Tiomkin.
Die praktische Bedeutung der Stumpfwinkeloptik des Blasen spiegels. O. Hennig.
4787. Blasensteinbildung bei Urogenitaltuberkulose. J. Minder.
Um eine Haarnadel gebildeter Pfeifenstein in der Blase. Eugen Dozza.
4780. Die Sexualdisposition bei Erkrankungen der Harnorgane. Hans Günther.
Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft vom 15. Januar 1929.
Carl Posner. Erinnerungsrede, gehalten von E. Joseph.
Störungen des Wasserhaushaltes und ihre Behandlung. S. G. Zondek.
Zur Kasuistik der Harnröhrensteine. Walter Großmann.
Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft vom 26. Februar 1929.
4777. Die künstliche Erweiterung des Harnleiters. Eugen Joseph.
Strikturen und Steine. J. J. Stutzin.
Ueber explorative Freilegung der Niere. J. J. Stutzin.
Indikationsstellung zur plastischen Operation bei Hydronephrosen. J. J. Stutzin.
Übersichtsreferat über die Skandinavische urologische Literatur des Jahres 1927.

Zeitschrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 10.

4779. Ein Ureterkatheterschieber. O. Hennig.
4774. Ueber Autonephrektomie der Nierentuberkulose. Albin Schmidt.
Klinischer Beitrag zum Krankheitsbilde der nervösen Blasen- und Harnleiteratonie. (Urologische Folgeerscheinungen einer Myelitis infectiosa.) Ludwig Zeiß.
Nephrektomie wegen rechtsseitiger Nierentuberkulose. Nach 3 Monaten völlige Anurie. Dekapsulation der restierenden Niere. Heilung. Karl Hegedüs.
Varicocele sinistra idiopathica. O. L. Smirnoff.

4853. Moderne Farbstoffpräparate bei der Antisepsis der Urogenitalwege. H. W. E. Walther.

4776. Ueber die Hypophysintherapie des Nieren- und Uretersteines. W. Schöndak.
4790. Ein neuer Zystoskophalter. F. B. Rüder.
4899. Röntgenologische Darstellung von Nierenparenchym und Nierenbecken auf intravenösem Wege. Theodor Hyrntschak.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 28.

- Zur Umfrage über die Stickoxydulnarkose. P. Sudeck.
Projektionsapparat für Röntgenplatten und -filme ohne Diapositivverfahren. R. Klapp.
Palliative Milzentfernung bei biliärer Leberzirrhose. E. Beresow.
Zur Frage der Exstirpation eines Epithelkörper tumors bei der allgemeinen Ostitis fibrosa. F. Mandl.
Drahtführer für Knochennaht. H. Knorr.
Die längsgeriefte Arterienklemme. Fr. Steinmann.
Instrumentarium zur operativen Reposition von Knochenbrüchen in offenen Wunden. A. Mendler.
Ein Fall von Cholezystitis und Appendicitis gangraenosa perforatoria. J. Sveinsson.
Ueber einen Fall von perforierter Appendicitis bei Situs inversus totalis. H. Schmidt.

Zentralblatt für Chirurgie (Zbl. Chir.), Leipzig, Nr. 29.

- Resultate der Behandlung der Gastropse durch Querresektion. B. Martin.
Zur Frage der präoperativen Jodbehandlung bei mehrzeitigen Basedowoperationen. B. Simons.
Zur Verhütung des chronischen Armödems nach Radikaloperation des Mammarkarzinoms. H. Biesenberger.
Ueber Strangulationsileus bei persistierendem Ductus omphalomesentericus. A. Terbrüggen.
Ueber die Blutstillung bei Hämophilie. R. Vogel.
Ueber „hysterische“ Komplikationen nach Laparotomien. V. Orator.
Luxation des Kopfes. Ph. Kissinger.
Ueber die Somnifen-Urethan-Magnesiumbasisnarkose bei chirurgischen Operationen. H. Hilarowicz und M. Szolne.
Seltene Erkrankungen, welche Appendizitis vortäuschen. A. Abrashanov.

Zentralblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 43, 26. Oktober 1929.

- Mesenchym in der Wand der menschlichen Gebärmutter. Stieve.
Uebertragungsproblem. Zangemeister.
Bedeutung der toxischen Leukozyten und der vitalgranulären Erythrozyten bei der Geburtshilfe. Feldmann und Jankelewitsch.
4723. Diagnose der tuberkulösen Adnextumoren. Wieloch.
4724. Können Kotanhäufungen im Darne Adnexerkrankungen des Uterus vortäuschen? Durlacher.
Wirkungsdauer der Tutocainlumbalanästhesie. v. Konrad.
Zentralblatt für Gynäkologie (Ztbl. Gynäk.), Nr. 44, 2. November 1929.
Thrombose und Embolie. A. Mayer.
4836. Traumatische Einwirkungen auf das Gehirn des Neugeborenen infolge der Geburt. Joël.
4742. Zangenoperationen am hochstehenden Kopf in der häuslichen Geburtshilfe. Döderlein.
Schädelhautdefekte bei Säuglingen infolge syphilitischer Infektion bei der Geburt. P. P. Müller.
Kongenitales Sarkom der Haut. Sieber.
Perkain in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Wachter.
Neues Operationsverfahren zur Beseitigung des Gebärmutter- und Scheidenvorfalles. Sztchelo.

Zeitschriften in holländischer Sprache

Geneeskundige Bladen (Geneesk. Bl.), 26., Nr. 11.

4812. Perniziöse Anämie und Leberdiät. P. A. Heeres.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 39.

- Eine merkwürdige Knochenkrankheit mit allgemeinen und neurologischen Erscheinungen. E. Krijgers Janzen, J. Goudmit.
Dosen als Verbandmittel. A. A. van der Kroon.
Katalase und die Bedeutung ihrer Wirkung für Entstehung von Diabetes mellitus. J. H. Regenbogen.
Chinesische Heilmittel gegen Syphilis und Gonorrhöe. P. H. van der Horst.
Blutarmut bei Polyarthrit chronica und bei Spondylitis ankylopoetica. W. Feltkamp.
Oertliche Gefühlosigkeit bei der Behandlung von Knochenbrüchen. J. B. Langdauerndes Verbleiben von einem Fremdkörper in der Lunge. P. O. Simons.

4792. Scharlachfrage. H. Aldershoff.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (Nederl. Tijdschr. Geneesk.), Haarlem, Nr. 40.

- Ueber Bronchiektasien bei Kindern. Eelco Huisinga.
Ueber die Erkennung der Appendicitis acuta bei Kindern. R. J. Harrenstein.
Experimentelle Malaria mit langer Latenz. W. A. P. Schöffner.
4800. Fall von Purpura variolosa. B. D. de Haas.

Nordische Zeitschriften

Acta Dermato-Venerologica (Acta dermatovenereol.), Stockholm, 1. Fasc. 4, 1929.

4763. Ueber sichtbare Fluoreszenz beim Menschen. Siegwald Bommer.
4902. Ueber Röntgenbehandlung des Ekzems. E. Byöring.
4697. Ueber die Müllersche Ballungsreaktion (M. B. R.). Vladimir Franković.

- Acta medica Scandinavica* (Acta med. scand.), Stockholm, LXX., Heft IV, 30. März 1929.
Der Einfluß des Glycocoll und der rechtsdrehenden Glutaminsäure auf die reduzierenden und nicht fermentierbaren Substanzen des Blutes. Folke No. d. Ueber die Herstellung einer mit Serum isotonischen Lösung zur Bestimmung des relativen osmotischen Druckes der Kationen im Serum und des Volumenindex der Blutkörperchen im peripheren Blute. Ingvar Christensen und Erik J. Warburg.
08. Glykoseurie (siehe Diabetes) renalis und innocens. Ernst B. Salén und T. Uyrén.
09. „Insulinrefraktärer Diabetes“. Ernst B. Salén und T. Uyrén.
- Hygia* (Hygica), Stockholm, Heft 17, 15. September.
Ueber Interkorpale Luxationsfraktur. C. Adlerkreutz.
- Norsk Magasin for Laegevidenskaben* (Norsk Mag. Laegevidensk.), Nr. 10, Oktober 1929.
Vis medicatrix naturae. S. Laache.
93. Empfänglichkeit für Diphtherie in Landstädten. K. A. A. Schrumph.
Ein Fall von typhusähnlichem Fieber nach Appendektomie durch den *Bacillus faecalis alcatigenes*. Nie's Danbolt.
Ein Fall von tödlich verlaufender Pyocyanuspneumonie mit folgender Lungenembolie nach Appendizitis. Niels Danbolt.
Nabelbehandlung bei Neugeborenen. Eine neue Nabelklemme. Anton Sunds.
07. Sakralisation des fünften Lumbalwirbels. R. Ingebrigtsen.
19. Das Scheuermannsche und Kleinböckische Krankheitsbild. W. Friis Baastad.
47. Inversio uteri puerperalis. Anton Sunds.
- Skrift for Laeger* (Ugeskr. Laeg.), Nr. 39, 26. September.
Ueber die spezifische Vakzinebehandlung des weichen Schankers und der Bubonen. A. F. Lassen.
Einige Beispiele von dem Einfluß der Umgebung auf die Erscheinungen und den Verlauf hysterischer Leiden. Oline Christensen.
Senkungsreaktionen nach Westergreen. M. C. Lottrup.
Ein Fall von Cystadenoma pseudomucinosum multiloculare, der in Grönland operiert wurde. Svend K. Svendsen.
Die Deutsche orthopädische Gesellschaft. P. G. K. Bentzon.
- Skrift for Laeger* (Ugeskr. Laeg.), Nr. 40, 3. Oktober.
Die stenosierende Tendovaginitis am Processus styloideus Radii und deren Wesen und Behandlung. Ernst Lassen.
05. Ueber die symptomatische Therapie bei depressiven Leiden. Paul J. Reiter.
Ein Fall von Blutung aus der Papilla mammae. Harald Harpöth.
Anästhesie Stickstoffoxyd- und Sauerstoff ($N_2O + O_2$). Ove Brinch.
- Skrift for Laeger* (Ugeskr. Laeg.), Nr. 41, 10. Oktober 1929.
Diagnose und Indikationsstellung bei der akuten Peritonitis. P. N. Hansen.
07. Syndrom: ungekreuzter Nasen-Augenreflex, einseitige Struma, einseitiger und gleichseitiger Exophthalmus und dessen Bedeutung. Th. B. Wernoe.
- Skrift for Laeger* (Ugeskr. Laeg.), Nr. 42, 17. Oktober 1929.
44. Sulfofenbehandlung bei Dementia paralytica. Otto Jacobsen und Jens Chr. Smith.
03. Die Wahl der Präparate und Dosen bei der Salvarsan- und Wismutbehandlung der Syphilis. Svend Lomholt.

Zeitschriften in englischer Sprache

- American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Amer. J. Obst.), St. Louis, 18., Nr. 4, Oktober 1929.
9. Die pathologisch-anatomische Diagnose des frühen Zervix- und Korpuskarzinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber pseudomalignen entzündlichen Läsionen. E. Novak.
6. Leukoplakische Vulvitis und Vulvokarzinom (Ätiologie; Histopathologie, Behandlung, Fünfjahresresultate). Fred J. Taussig.
- Klinische und anatomische Beschreibung eines Naeglebeckens. J. W. Williams.
0. Wichtige Maßnahmen in der konservativen Behandlung der Eklampsie. O. H. Schwartz und W. J. Dieckmann.
8. Die Schwangerschaftsnier. J. C. Hirst.
1. Die Bedeutung des niedrigen arteriellen Blutdrucks in der Schwangerschaft. P. F. Williams.
4. Grundumsatzbestimmungen bei normalen Schwangeren mit normalen und pathologischen Schilddrüsen. E. D. Pfaff und W. A. Yoakam.
2. Hakenwurmkrankeheit und Schwangerschaft. E. L. King.
3. Trichomonas vaginalis. Donné. C. H. Davis.
3. Vorläufiger Bericht über temporäre Röntgenkastration in der Behandlung der subakuten Adnexitis. J. O. Polak.
3. Akute puerperale Inversion des Uterus. P. Findley.
0. Zervixkarzinom als Schwangerschaftskomplikation. J. A. McGlinn.
2. Bericht über 200 Autopsien an syphilitischen Feten. J. R. McCord.
- American Journal of Surgery* (Amer. J. Surg.), New York, Neue Serie, 7., Juli 1929.
Ursprung, Ziele und Arbeit der amerikanischen Gesellschaft zum Studium des Kropfes. S. D. van Meter.
Epithelkörperchenverpflanzung. Richard B. Cattell.
Rektalanästhesie (Gwathmey) bei Basedowstruma. Charles Gordon Heyd und Ada Marie Smith.
Die Wirkung von Jodkalium, Schilddrüsen- und Epiphysenvorderlappensubstanz auf die Thyroidea des Meerschweinchens. Leo Loeb.
Ursachen und Wirkungen des endemischen Kropfes. Robert Olesen.
Basedowkonstitution. Walter M. Simpson.
Das Herz beim Kropf. Victor E. Chesky.
0. Operatives Risiko bei Kropfherzen. J. R. Yung.
Ätiologie und Prophylaxe des endemischen Kropfes. Oulbrand Lundé.
Der intermediäre Jodstoffwechsel während der voroperativen Behandlung des Basedowkropfes. Johan Holst und Oulbrand Lundé.

- Ueberwachung von Kropfkranken in Utah (U. S. A.). Ralph Richards.
Bedeutung des niedrigen Grundumsatzes nach Thyreotoxikose. Williard Owen Thompson und Phebe K. Thompson.
4701. Anästhesie zur Thyreodektomie bei Kindern. W. H. Prioleau.
Rückenmarksanästhesie. Richard B. Stout.
Torsion des normalen Eileiters. Harry Koster.
Unfallchirurgie und das Problem des hohen Alters. John J. Moorhead.
Die operative Behandlung von paralytischen Mißbildungen des Fußes. Leo Mayer.
Scoliosis ischiadica bei Kreuzschmerzen. Samuel Kleinberg.
Eine kombinierte oberflächliche und tiefe fortlaufende Naht. Jacob Sarnoff.
Eine Methode zur Diagnose und Heilung der direkten Leistenhernie, die mit einer indirekten verbunden ist. A. V. Partipilo.
Elektrische Zirkumzision. W. W. Walker.
Allgemeine Prinzipien bei der Behandlung von Frakturen vom Standpunkt des Physiotherapeuten. Heinrich F. Wolf.
Eine neue statistische Studie über Krebs. Harold B. Wood.
4789. Händrernisse im Blasenhalss. Edwin W. Hirsch.
Riesenzellentumoren der Sehnscheiden. David Eisen.
Zyste des Utriculus prostaticus. Samuel Lubash.
Uramie nach Nephrektomie; angeborene Hypoplasie der zweiten Niere. Paul W. Aschner.
Xanthin enthaltender Nierenstein. Paul W. Aschner.
- Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium* (Arch. physio. Ther.), Omaha (U. S. A.), 10., Nr. 8, 1929.
Der Effekt der Zinonisation bei chronischen Geschwüren. L. Gries.
Die Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit schwachgespannten Strömen. F. H. Wa'ke.
Physikalische Therapie bei peripheren neuromuskulären Affektionen. Edwin L. Libbert.
Kolontherapie. Carlton L. Rowell.
4801. Anwendung von Hitze und Kälte in der Behandlung pyogener Infektionen. A. C. Selmon.
Klinik der physikalischen Therapie. H. H. Perlman.
- Brain, London-New York*, 52., Heft 2, 1929.
4889. 21 Fälle von Tumoren des Hypophysenstiels. J. W. Beckmann und L. S. Kubie.
4797. Masern-Enzephalitis. J. G. Greenfield.
4578. Die doppelt gefärbte Guajacprobe. E. de Thurzo.
Klinische Studie einer heredo-familiären Erkrankung, ähnlich einer disseminierten Sklerose. F. R. Ferguson und M. Critchley.
4388. Tumoren der Zirbeldrüse, der Corpora quadrigemina und des dritten Ventrikels. M. A. Glaser.
- The Canadian Medical Association Journal* (Canad. med. Assoc. J.), August 1929.
Die Osler Gedächtnisfeier.
Die Osler Rede.
Das plötzliche Auftreten von Lungentuberkulose im jugendlichen Alter und ihre lobäre Lokalisation.
Inauguraldissertation über die 16. Jahresversammlung der Can. Medic. Ass.
Anwendung von Vitamin A und D sowie Natriumjodid bei präoperativer Behandlung von Gravscher Erkrankung. Fraser und Cameron.
Ergebnisse mit Jodine mit und ohne Vitamine bei basal-metabolischer Form von Exophthalmuskropf. Rabinowitch.
Studien über Verdauungspathologie. Mechanismus der Fermentation und Fäulnis in den Eingeweiden. M. Rosell.
Bericht über Krankenversicherung.
Ein neues Anästhetikum: Cyclopropane. Lucas und Henderson.
Akute gastrointestinale Störungen im Kindesalter. Graham Rob.
Einige Beobachtungen bezüglich Lichttherapie. Jones.
Möglichkeit der Linderung von Bauchschmerzen durch Sektion der kommunizierenden Sympathikusäste. A. C. Scimger.
Radiologische Studien über das Herz und die großen Gefäße. Digby Wheeler.
Differenzierungen der Plasmazellen von Mastzellen in der intestinalen Mukosa der weißen Ratte. Ballantyne.
Teratom des Nackens. Howard Spohn.
- The Canadian Medical Association Journal* (Canad. med. Assoc. J.), Nr. 3, September 1929.
4871. Mechanismus der durch Wassereinnahme bedingten Diurese. C. Heubard und F. Schmidt.
Bessere Erfolge bei akuter intestinaler Obstruktion durch neuere Behandlungsmethoden. Bruce und Rush.
4910. Die Nieren beim Coma diabeticum. M. Rabinowitch.
4842. Erysipel bei Kindern. H. B. Cushing.
Behandlungsmethoden bei Perimetrie.
Erfahrungen über die Manitobaepidemie der Pollomyelitis 1928. Mary McKenzie.
Intratracheale Äthylen-Oxygen-Anästhesie. Harold Griffith.
Kongenitale Tuberkulose. Struthers und Mitchell.
Lösung der unteren Femoralepiphyse. W. J. Patterson.
- Edinburgh Medical Journal* (Edinburgh med. J.), 36., Nr. 8, August 1929.
Vergleichender Überblick über den Wert der Chirurgie der Röntgentiefentherapie und des Radiums bei Gebärmuttererkrankungen. L. Martinvale.
Der Schädel bei arteriosklerotischer Anämie. David M. Grey.
- Edinburgh Medical Journal* (Edinburgh med. J.), 36., Nr. 9, September 1929.
Die Medizin in Ägypten: Rückschau und Vorschau. Sir Rob. Philip.
4849. Schwachbegabte Schulkinder. Thomas Ferguson.
- The Journal of the American Medical Association* (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 19, 1929.
4824. Nebennierenrindextrakt bei Insuffizienz der Nebennieren (Addison'sche Krankheit). J. M. Rogoff und G. N. Stewart.

4814. Frühdiagnose der Thrombo-Angiitis obliterans: ein neues diagnostisches Zeichen. Saul S. Samuels.
Spitalsärzteversammlung. Frank J. Sladen.
Herzkrankheiten bei Schulkindern. Jacob M. Cahau.
Unfälle beim Baden. Guy Hinsdale.
4767. Conjunctivitis gonorrhoeica purulenta (Behandlung mit eiskühler physiologischer Kochsalzlösung. Edward B. Heckel.
Faszientransplantation bei der Behandlung gewisser Dislokationen. Alexius McGlannan.
Ureterektomie (Mündung in die Harnröhre). Herman L. Kreischner und N. Sproat Heaney.
Infektion mit *Diphyllobothrium latum* (Fischbandwurm). Moses Barron.
- The Journal of Laboratory and Clinical Medicine (J. Labor. a. clin. Med.), St. Louis, 14., Nr. 11, August 1929.
Untersuchungen über den Verdauungskanal des Menschen. T. Wingate Todd und Wilhelmine Kuenzel.
Corynebacterium ulcerans und seine epidemiologische Bedeutung. Ruth Gilbert und F. Constance Stewart.
Bemerkung über einen Farbunterschied bei der Blutchlorbestimmung nach hochgelegener Darmstenose. Russel L. Haden und Thomas G. Orr.
Nasenreflex bei Lungenerkrankungen. Hal Bieler.
4855. Die Natur der blutdrucksenkenden Substanz im Leberextrakt. Alfred Goerner und Frank L. Haley.
Bakteriämie durch *Eberthella bentolensis*. Robert A. Kilduffe, Walter B. Stewart und William W. Hersohn.
Der angebliche Synergismus von Magnesiumsulfat und Morphinum. Harry Beckman.
Vergleich der wachstumhemmenden Wirkungen des Gentianaviolets und des Merkurochroms auf gewisse Pilze. Esther W. Stearn und Allen E. Stearn.
Untersuchungen über die Blutkörperchensenkung. Henry F. Hunt.
Untersuchung über die Retentionsnephritis. J. R. Nakada.
Eine Ferrizyankali-Methode zur Bestimmung der reduzierenden Substanzen im Blut. Homer L. Bryant.
Die Benzidinreaktion. Robert G. Bramkamp.
Bence-Jonescher Eiweißkörper im Blutserum führt zur Entdeckung einer multiplen Myelomatosis. J. J. Short und J. R. Crawford.
Die Verwendung des Natrium citricum zur Gerinnungshemmung bei chemischen Blutanalysen. S. L. Leiboff und J. S. Wittchell.
4695. Die Wassermannsche Reaktion in der Frauenmilch. Julius Järcho.
Eine Methode für Zelloidinserienschnitte. E. P. Fowler.
Ein Versuch zur mikroskopischen Beobachtung lebenden Gewebes. William C. Chancy und L. G. Rowntree.
Eine automatische Filtrieranlage. Manuel G. Gichner.
Ein neuer Kopfhalter für Meerschweinchenversuche. Susan Griffith Ramsdell.
Modifikation des Stethoskops nach Bell. Burgess Gordon.
Geographische Abweichungen der Erythrozytenzahl. Russel L. Haden.
Neuere Untersuchungen über die perniziöse Anämie. Robert A. Kilduffe.
- The Journal of Urology (J. of Urol.), 20., Heft 6.
Divertikel der Harnblase, mit Bericht über 110 Fälle. W. E. Lower und C. C. Higgins.
Vesikovaginalfistel. Actiologie, chirurgische Behandlungsprinzipien und Technik der suprapubischen transvesikalen Operation. Franklin Farman und Raymond C. Thompson.
Epispadien bei der Frau und ihre chirurgische Behandlung. D. M. Davis.
Modifizierte Coffey-Technik zur uretero-intestinalen Anastomose. Henry Dawson Furniss.
Obstruktion der venösen Zirkulation der Niere durch Ausdehnung des Beckens und der Kelche, unter besonderer Berücksichtigung des pyelovenösen Rückflusses. J. C. Ferrer.
Die Nierenzirkulation nach verschiedenen Typen von Verlängerungen des Pyelotomieschnittes. Clyde Leroy Deming.
Experimentelle Sensibilisierung von der Scheide aus mit Proteinen männlicher Keimdrüsen. David I. Macht.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, 130., Nr. 5.
4811. Perniziöse Anämie und ihre Grundlagen. J. Blair.
Ueber innere Hämorrhoiden. E. Becker.
Ein Fall von Psoriasis. D. Bloom.
Innere Behandlung des Basedow. I. Brami.
4813. Rationelle Behandlung der chronischen kardiovaskulären Krankheiten. L. H. Sigler.
Sprechen in der Medizin. B. Swift.
4881. Prognose der malignen Tumoren. C. Hueper.
Primäres mediastinales Lymphosarkom. M. Neiberg und H. Lerner.
Primäres Leberkarzinom. A. Kilduffe und S. Barbash.
Primäres Adenokarzinom des Appendix. M. Behrens und M. Winston.
Adamantines Epitheliom. R. D'Auney und A. Zoeller.
- Medical Journal and Record (Med. J. a. Rec.), New York, 130., Nr. 6.
4828. Heliotherapie und Lungentuberkulose. P. Eberzon.
Ueber die Behandlung von Erkältungen. W. Wolf.
Pseudoleukämie. G. T. Harding.
4965. Arterielle Hypertension. W. E. Fitch.
4737. Sedimentierung in der Gynäkologie. (Gynäkol. Abt. Lincoln Hosp., New York.) H. Johnson und S. Diasio.
4932. Prognose maligner Tumoren. W. C. Hueper.
Frühe Tuberkulose beim Kinde. J. J. Goldstein.
4872. Intestinale Stase. W. Arbutnot Lane.
Kolopathien. A. Baßler.
4873. Ueber die Produktion einer azidurischen Intestinalflora. J. H. Kellogg.
4904. Ein Vehikel für Barium beim Röntgen. J. A. Tobey.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 201., Heft 10.
4745. Behandlung der puerperalen Sepsis. C. J. Kickham.
- Die Ethik des Kaiserschnitts. A. K. Paine.
Analyse von 201 Fällen von Schwangerschaftstoxämie. H. J. Stander.
Beckenbodenschädigung und die Behandlung. M. Shipton.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 201., Heft 11.
Mitarbeit des Inneren bei chirurgischen Fällen. W. Mason.
Postoperative Behandlung. E. H. Pool.
4727. Uterusblutung. (Tumorklinik Massachusetts gener. Hosp.) J. V. Meigs.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 201., Heft 12.
Ovarialtumoren in der Kindheit. T. H. Lanman.
Erfahrungen mit Spinalanästhesie bei Genitourinalchirurgie. C. Graves und L. Doherty.
4775. Endresultate von Operationen für Nephropthosis und aberrierende Nierengefäße. (Urol. Depart. Massachusetts gener. Hosp.) L. Peirson und J. D. Barney.
Larva migrans. J. L. Grund.
- The New England Journal of Medicine (New England J. Med.), Boston, 201., Heft 13.
4880. Ikterusindex bei Lobärpneumonie. (Highland Park gener. Hosp., Detroit.) Norman W. Elton.
Akklimation der weißen Rasse in den Tropen. Robert De C. Ward.
4879. Embolie. Myrtelle M. Canavan.
- The Urologic and Cutaneous Review (Urologic Rev.), Oktober 1929.
4778. Traumatische Ureterruptur. Felix Legueu.
4782. Behandlung gewisser Typen der Prostatahypertrophie durch elektrische Kauterisation. Charles P. Mathé.
4783. Harnstörung durch gutartige Prostatahypertrophie. Henry J. Farbach.
4784. Anschoppung der Prostata und der Samenblasen. Roger W. Barnes.
4785. Prostatahypertrophie. Irwin H. Cutter.
Reichszählung der venerischen Krankheiten 1927. Rudolf Bandel.
4901. Nichtchirurgische Dialyse in der Urologie. William Bisher.
Nierensteine. H. P. Russel.
Die Hydronephrose in ihrer Beziehung zu abnormer Nierenzirkulation. George Ferre.
Eine Faßzange zur Operation der Zirkumzision. Robert Pollack.
4764. Behandlung beginnender Basalzellenepitheliome. Ferguson Smith.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Archives Internationales de Neurologie (Arch. internat. Neur.), Paris, April 1929.
4359. Malaria-therapie außer bei Paralyse. A. Marie.
- Archives de médecine des enfants (Arch. Med. Enf.), 32., Heft 1, 1929.
4907. Das Denguefieber bei Kindern während der Athener Epidemie in den Jahren 1927/1928. So'lon Veras.
4840. Ueber die Behandlung der Pneumokokkenempyeme. L. Tixier und St. de Seze.
4846. Ueber Dystrophia adiposo-genitalis, Retinitis pigmentosa und Polydaktylie. A. Ricaldoni und A. Isola.
4841. Niemann-Picksche Krankheit. J. Comby.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 37, 1929.
Die Peri-Enterokolitiden. F. Trémolières.
Das hämatogene Syndrom. Jaques Roskam.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 38, 1929.
Rheumatismus-Arthritis. Léon Bertrand.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 39, 1929.
Sitzungsberichte vom Internationalen Chirurgenkongreß in Warschau.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 40, 1929.
Das Refraktärstadium des Herzens. Lutenbacher.
4739. Zwei Fälle von Schwangerschaft im Anschluß an eine Uterosalpiniographie mit Lipiodol. J.-L. Henrotay.
Diagnostische Elemente der Urogenitalsyphilis. R. Bernard.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 41, 1929.
Lokale Wärmeapplikation als Adjuvans in der sozialen und individuellen Syphilisprophylaxe und die Rolle der Gewebstemperatur in der Pathogenie und der allgemeinen „Pyrotherapie“ der syphilitischen Infektion. A. Bessemans.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 42, 1929.
4852. Puerperalfieber. Van Camoenberghe.
Indikationen zur Tasorrhaphie: torpides Ulkus und Ulkus rodens der Kornea; traumatisches Staphylom der Sklera, perforierende Quetschwunden des vorderen Abschnitts. Van Lint.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 43, 1929.
4704. Geplatzte Aortenaneurysmen. Pavlos Petridis.
Phagedänisches oder tropisches Geschwür und seine Behandlung. J. Brancaert.
- Bruxelles Médical (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 44, 1929.
4903. Diathermokoagulation bei Krebsbehandlung. Je de Fourmestiaux.
4743. Geplatzte Tubenschwangerschaft. M. Brouka.
- Gynécologie et Obstétrique (Gynéc. et Obstétr.), 20., Nr. 2, August 1929.
4861. Hypophyse und Genitalorgane der Frau (physiologischer Teil). L. Brouha.
4862. Hypophyse und Genitalorgane bei der Frau (klinischer Teil). Jean-Louis Wodon.
4735. Die Myomektomie außerhalb der Schwangerschaft. E. Mériel und Baillat.
4734. Die Myomektomie in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft. A. Brindeau.

Paris Médical (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 35.
Die Serointerferometrie von Hirsch. X. Henry.
Biologische Behandlung des Erysipels. V. de Lavergne, P. Florentin und Gousset.

Paris Médical (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 36.

Die Ophthalmologie 1929. Cousin.
4681. Ophthalmologische Symptome bei verkannten Schädelbrüchen. (Ophthalmologische Klinik Montpellier.) H. Villard.
Die Stomatologie 1929. L'Hirondel.
Die Otorhinolaryngologie 1929. L. Dufourmentel und A. Bureau.

4754. Dysästhesieneuritis des Ramus auricularis des Pneumogastrius. Vernet.

Paris Médical (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 37.

Ueber vordere Duodenalfisteln. M. Patel und F. Carcassonne.
Ueber Knochendekalkifikation. (Aus der Medizinschule Clermont-Ferrand.) Maurin.

Paris Médical (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 38.

4870. Ueber Nahrungsanaphylaxie. Guy Laroche, Richet und F. Saint Girons.
Ueber kongenitale Skiosen. C. Roederer und H. Dijoneau.
Insulin bei perniziöser Anämie. D. Varga.

Paris Médical (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 39.

4826. Bronchiektasie und Tuberkulose. L. Bernard.
Ueber elektiven Pneumothorax. F. Dumarest, H. Mollard und Ch. Reynaud.
Ueber Kryokauteren. Bordas.

Revue neurologique (Revue neur.), 2., 36. Jahrg., Nr. 3, September 1929.

Vegetative Zentren. J. Nicolesco und M. Nicolesco.
Endokrine Drüsen bei der Achondroplasia. Knud H. Krabbe.
4892. Hemiballismus, akuter Ballismus und Luysscher Körper. J. Pelnar und H. Sikl.
Hirnvolumetrie. Paul Nayrac.

Revue neurologique (Revue neur.), 2., 36. Jahrg., Nr. 4, Oktober 1929.

4893. Die myoklonische Epilepsie mit Choreoathetose. Ludo van Bogaert.
4893. Heine-Medinische Krankheit. A. Radovici, A. Savulesco und M. Petresio.
Automatische Bewegungen nach willkürlichen Muskelanstrengungen. Albert Salmon.
Anecephalie. P. Nayrac und Patoir.

Revue de la Tuberculose (Revue de la Tbc.), 10., 3. Serie, Heft 1, Februar 1929

Nachruf für Prof. Maurice Letulle, 1853—1929.
4847. Ueber die antituberkulöse Vakzination des Säuglings mit dem BCG-Stamm (1921—1928). P. Weill-Hallé und R. Turpin.
Die Kindersterblichkeit in bazillenträgenden Familien. J. Parisot und H. Saleur.
Der Eiter von Abszessen infolge von BCG-Serum-Injektion. J. Parisot, L. Fournier und H. Saleur.
Ein Versuch zur pleuralen Immunisation von Hunden gegen Tuberkulose. M. Westerliik.
Sitzungsberichte, Röntgenogramme und Referate (besonders über Thorakoplastik).

Zeitschriften

in spanischer und portugiesischer Sprache

Revista de Higiene y de Tuberculosis (Rev. Hig. y Tubercul.), Valencia, Jahrg. 22, Nr. 264.

385. Status lymphaticus und Tuberkulose. (Hämatologische Bemerkungen.) (Millitärhospital Madrid-Carabanchel.) José Valdés Lambea.

Revista Médica Latino-Americana (Rev. Méd. Lat. Amer.), Buenos Aires, 14., Nr. 166.

Ueber einen Indikator für den Tod der Gewebe. H. A. Ruffe.
4821. Schwindel und Magenkrankungen. (Hosp. Pirovano, Buenos Aires.) C. Patiño-Mayer.

4725. Appendizitis und stielgedrehte Ovarialzyste im fünften Schwangerschaftsmonat. (I. Geburtshilf. Klin. u. Pathol. Inst. d. Nervenklinik Buenos Aires.) Manuel B. Rodriguez Lopez und Juan Malet.

4822. Brechhusten mit Ursprung im Plexus solaris. (Hosp. Fermin Ferreyra, Montevideo.) Alfred Nario.

Zeitschriften in italienischer Sprache

Atalca ed Igiene Infantile (Clin. ed igien. infant.), Turin, Jahrg. 4, Nr. 7.

464. Der Blutzucker- und Blutschwefelgehalt bei der Diphtherie. (Päd. Klin. u. Zivilspital Genna.) Flora Peola.

470. Eine seltene Form der Tetraplegie bei einem Kind mit Lues der dritten Generation. (Institut für Puericultur der Universität Sassari.) Andrea Piana.

469. Die angeborene Syphilis. (Spital Koeliker, Turin.) E. Mensi.

Atalca ed Igiene Infantile (Clin. ed igien. infant.), Turin, Jahrg. 4, Nr. 8.

464. Das Vorkommen säurefester Stäbchen im Stuhle und die kindliche Tuberkulose. (Genueser Vereinigung gegen die Tuberkulose.) P. Zappa.

469. Beobachtungen anlässlich einer Pneumokokkenepidemie beim Säugling. (Päd. Klin. Rom.) Ferriid.

Die Ernährung mit stärkehaltigen Nährstoffen während der ersten Monate des Kindes. (Finkelheim Verona.) G. Roy.

Die chemische Untersuchung auf Eiter im Urin. Paolo Zappa.

Clinica Pediatrica (La Clin. Ped.), Modena, 11. Jahrg., Heft 9.

Leber und Allergie. Leberbehandlung der tuberkulösen Allergie. (Päd. Klin. Mailand.) G. de Simoni.

Das Hämogramm von Schilling bei Kindern. (Päd. Klin. Modena.) Leopoldo Rossi.

4829. Die Steigerung der Abwehrkräfte des kindlichen Organismus gegen Tuberkulose durch die ultravioletten Strahlen. (Päd. Klin. Perugia.) D. Biasi.
Untersuchungen über die Nierenfunktion bei Kindern mit Tonsillarhyperthropie. (Päd. Klin. u. otolog. Klin. Bologna.) G. de Toni und G. Busacca.
4843. Ein Fall von angeborener Zyanose ohne Geräusch. (Päd. Klin. Paris.) P. Nobécourt.

La Pediatra (Pediatra), Neapel, 37. Jahrg., Heft 16, 15. August 1929.

Ueber den diagnostischen Wert der Takata-Araschen Reaktion. Michele Miraglia.

Veränderungen im retikuloendothelialen Apparat bei kindlicher Leishmaniose. F. de Capua.

Ueber die Aufzucht von Amphibienlarven mit verschiedenen normalen und bestrahlten Milcharten. U. Ferri.

4832. Ueber einen Fall von Spontanpneumothorax bei einem zwei Jahre alten Kinde. Paolo Jacchia.

La Pediatra (Pediatra), 37. Jahrg., Heft 17, 1. September 1929.

4848. Ueber das pineale Symptomenkomplex im Kindesalter. Ferdinando Morabito.
Neuere Untersuchungen über Rachitisbehandlung mit bestrahltem Ergosterin. Antonio Zalocco.

Ueber das Verhalten der Alkalireserve des Blutes bei malarialranken Kindern. Antonio Sirca.

Ueber Darminvagination im Kindesalter. Donato D'Amato.

La Pediatra (Pediatra), Neapel, 37. Jahrg., Heft 18, 15. September 1929.

Ueber einen Fall von kongenitalem, hämolytischem Ikterus. P. Zappa.

Ueber Veränderungen der glykämischen Kurve unter Thymuseinwirkung. Giovanni Andrea Piana.

Ueber die Aminosäuren im Blut im Säuglingsalter während der Verdauung. Flora Peola.

Beiträge zur Kenntnis des Chloroims im Kindesalter. Silvia Gandolfo.

La Pediatra (Pediatra), Neapel, 37. Jahrg., Heft 19, 1. Oktober 1929.

4698. Ueber den Wert der Meinickeschen Ausflockungsreaktion in der serologischen Diagnose der luetischen Infektion. M. Miraglia.

Ueber den Kompleimentgehalt des Blutes ernährungsgestörter Säuglinge. B. Vasile.

Ueber die Blutviskosität bei den verschiedenen Infektionen im Kindesalter. C. Cateruccia.

Ueber die sogenannte Kapillarfragilität im Kindesalter. A. Tenconi.

Ueber Blasen- und Nierensteine im Kindesalter. Catello Sorrentino.

Rivista di Clinica Pediatrica (Riv. Clin. Pediat.), Firenze, 27., Nr. 6.

4850. Pathogenese der zirkulären Karies der Schneidezähne. C. Dessylla.

Das Verhalten der Ketonkörper im Urin, im Blut und im Liquor bei Kinderkrankheiten. F. Peola.

4791. Die Veränderungen des Myokards bei Infektionskrankheiten im Kindesalter. E. Molinari.

4796. Das Verhalten des Krebschen Leukozytenindex und der Kernveränderung nach Vélez bei Scharlach. A. Leoni.

Zeitschriften in polnischer Sprache

Polski Przegląd Chirurgiczny (Polski Przegl. chir.), 8., Heft 2, 1929.

Chirurgische Behandlung der Prostatakrankheiten. Z. Leńko.

Ueber subkutane traumatische Nierenrupturen. T. Byszewski.

Ueber doppelte Nieren und Harnleiter. B. Endelman.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase. Br. Szerszyński.

Die plastische Operationsmethode der Phimose nach Dartigues und Roueayrola. W. Dobrzaniecki.

4707. Diagnose einer Magengeschwulst bei Nierentumor. Z. Radliński.

Zeitschriften in russischer Sprache

Kasanskij Meditsinskij Zhurnal (Kasan. med. ž.), Kasan, 25. Jahrg., Heft 3, 1929.

Die Schmerzbetäubung in der Chirurgie. A. W. Wischnewski.

Zur Frage der freien Fibrinkörper in der Pleurahöhle. A. W. Qoljalew.

Komplementablenkungsreaktion bei Malaria quartana. I. G. Sawtschenko und I. M. Baronow.

Zur Klinik der hepato-inealen Erkrankungen. S. O. Romm.

Die Phrenikusexstirpation. P. W. Prisselkow.

Scharlachbehandlung mittels antitoxischen Serums. A. A. Belajew.

Zur Frage der primären Melanome der Haut. A. Imschenetzki.

Zur Untersuchung der Blutgruppen bei der tatarischen Bevölkerung. I. F. Gerassinow.

4802. Rückfallfieberinfektion durch die Konjunktiva im Laboratorium. D. Iwanowa.

4771. Ueber die Wirkung der antisyphilitischen Behandlung auf den Verlauf der Menses. M. P. Batunin.

Ein Rechenschieber zur mechanischen Berechnung der Schwangerschaftsdauer. B. P. Fomenko.

Ueber Pupillenreflexe. I. B. Galant.

Paediatrija (Paediatr. [russ.]), 8., Heft 3, 1929.

4804. 20 Fälle von Lambliosis bei Kindern. N. J. Ossinowski.

Ueber spastische Obstipation bei Kindern. J. M. Rachmaninow.

4793. Scharlachnephritis. S. B. Hirschberg und M. E. Suchariw.

4845. Untersuchung des vegetativen Nervensystems bei Kindern mit kongenitaler Lues. K. A. Moskatschewa.

Das Blutbild nach Schilling bei Diphtherie. S. A. Kuliabko.

4794. Veränderung der Bluterinnbarkeit und der Plättchenzahl bei Scharlach und Masern. E. A. Gornitzkaja.

Der Mechanismus der Verknüpfung bedingter Reflexe in der Großhirnrinde des Kindes. A. G. Iwanow-Smolenski.

4844. Sklerosis disseminata im Kindesalter. M. J. Jogichies.

Zur Kasuistik atypischer Scharlachfälle. J. S. Meitus.

Epidemische Kinderlähmung. J. S. Bomstein und M. J. Karlin.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte. | 7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. | 13. Mund- und Kiefererkrankungen. | 17. Psychologie und Psychopathologie. |
| 2. Augenheilkunde. | 8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie. | 14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie. | 18. Soziale und gerichtliche Medizin. |
| 3. Bakteriologie und Serologie. | 9. Hygiene. | 15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie. | 19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie. |
| 4. Chirurgie und Orthopädie. | 10. Infektionskrankheiten. | 16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde | |
| 5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe. | 11. Innere Medizin, Tuberkulose. | | |
| 6. Geschichte der Medizin. | 12. Kinderheilkunde. | | |

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

4680.

Schwarz, Oswald, **Sexualpathologie als Problem einer medizinischen Anthropologie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 39.) Die pathogenetische Grundlage der Sexualstörungen ist ein psychophysischer Infantilismus. Auch in ihrem Wesen sind die Sexualstörungen nichts anderes als Infantilismen, d. h. Ausdruck der Unreife, und das heißt wiederum des Zurückbleibens hinter einer Aufgabe. Auch die so mannigfachen Erscheinungsformen der gestörten Sexualität können einheitlich verstanden werden als ein Stehenbleiben auf verschiedenen Stufen der Entwicklung zu einem normalen Sexualobjekt, normalen Sexualobjekt, normalen Sexualziel und einer normalen Exekutive. Die Verwirklichung dieser Norm ist der Koitus; es gibt daher nur eine Sexualstörung: die Impotentia coeundi. Der Infantilismus ist entweder ein primär konstitutioneller (in der Minderheit der Fälle) oder ein sekundär psychogener, neurotischer (in der überwiegenden Mehrzahl). Demgemäß ist die adäquate Therapie jeder Sexualstörung die Psychotherapie, neben der eine Physiotherapie derzeit nur eine unterstützende Rolle zukommt.

Arnold Hirsch, Berlin.

Augenheilkunde

4681.

Villard, H., **Die ophthalmologischen Symptome bei verkannten Schädelbasisfrakturen.** (Paris méd., 19., Nr. 36.) (Ophthalmolog. Kl. Montpellier.) Praktisch ist es von Wichtigkeit, daß Fälle von Schädelbasisfraktur vorkommen können mit unvollständiger Symptomatologie, so daß die Diagnose zweifelhaft sein kann. Hier geben die ophthalmologischen Symptome, auch wenn sie allein bestehen, den Ausschlag. Man unterscheidet solche vaskulären Ursprungs (die palpebrokonjunktivale Ekchymose, oft mit leichter Exophthalmie durch ein Orbitahämatom und die seltener und viel später auftretende und deshalb sehr wichtige pulsierende Exophthalmie durch ein arteriovenöses Aneurysma zwischen Carotis interitis und Sinus cavernosus) und solche neurologischen Ursprungs. Letzere können die vier nervösen Apparate des Auges, den sensitiven, sensorischen, motorischen oder sympathischen betreffen. Gewöhnlich ist nur einer von ihnen betroffen; es können aber zwei, der motorische und sensorische namentlich, gleichzeitig berührt werden. Verletzungen des Trig. minus zunächst sind außerordentlich selten bei Basisfrakturen; es handelt sich dann um eine Anästhesie oder Neuralgie, ausnahmsweise um eine Keratitis neuroparalytica. Viel weniger selten sind die sensorischen Störungen durch Optikusverletzung mit Schädigung des Sehvermögens. Partiell oder total können sie unmittelbar nach dem Unfall auftreten; dann liegt ein Anschneiden, Guillotinage des Nervenstränges oder eine Kompression desselben vor. Oder die funktionellen Folgen treten später auf: Kompression des Optikus durch Hämorrhagie oder Kallus. Diagnose leicht. Bei totaler Atrophie: Mydriasis, Fehlen des photomotorischen Reflexes. Diese traumatische Optikusatrophie ist namentlich bei früheren Verwundungen von hoher Bedeutung; sie kann u. U. Simulation ausschließen und den Gang der Fraktur festlegen. Und noch viel häufiger als der sensorielle ist der motorische Apparat betroffen. Am meisten das dritte Paar, der Kommiss. Fast immer der Levator. Manchmal, aber selten, ist die Lähmung eines anderen motorischen Nerven, eine Optikusatrophie oder eine Fazialisparalyse dabei. Folgen: Diplopie, die oft unheilbar ist. Dies ist diagnostisch namentlich retrospektiv sehr wichtig; es handelt sich dann um eine Basisfraktur in der Sphenoidalfalte. Am häufigsten ist der Extremus betroffen, oft allein, oft auch in Ver-

bindung mit einem anderen Bewegungsnerv oder mit dem Facialis. Folge Strabismus convergens, homonyme Diplopie. Lokalisierung: Spitze des Felsenbeins. Dies ist diagnostisch deshalb außerordentlich wichtig, weil diese Lähmung gar nicht so selten das einzige Zeichen des Schädeltraumas ist. Der sympathische Apparat ist sehr selten betroffen. Wenn, dann hat man die fast immer einseitige traumatische Enophthalmie vor sich, symptomatisch für eine Fraktur der Orbitagegend. Diese Symptome sind im allgemeinen leicht festzustellen, können aber unmittelbar nach dem Unfall durch ein Oedem der Augenlider oder durch einen Verband wegen einer Wunde maskiert sein. In allen Fällen, in denen die Diagnose zwischen zerebraler Kontusion und Fraktur schwankt, sind sie, wenn sichergestellt, von diagnostischem Wert erster Ordnung, und deshalb vor allem nachzuforschen. Wenn nur ein einziges festgestellt ist, ist die Diagnose sicher.

v. Schnitzer.

4682.

Arnold, M., **Weitere Beiträge zur Kenntnis der zystoiden Makuladegeneration (Bienenwabenmakula).** (Arch. f. Ophthalm., 122., 2. und 3. Heft.) Die bei schleicher Iridozyklitis häufig auftretende Tatsache, daß der schlechte Visus keineswegs den Trübungen und Veränderungen der brechenden Medien entspricht, fand durch das von Vogt eingeführte Ophthalmoskopieren im roten freien Lichte ihre Erklärung. Mit Hilfe dieser Methode ließen sich in solchen Fällen häufig zystoide Makuladegenerationen (Bienenwabenmakulae) feststellen. Auch Arnold konnte bei chronischer Iridozyklitis elfmal zystoide Makuladegeneration finden, und zwar waren es hauptsächlich jugendliche Personen. In einem Fall war die zystoide Degeneration das erste Symptom, während die Iridozyklitis erst nach einigen Monaten auftrat.

Hurwitz, Berlin.

4683.

Lindner, K., **Ist das Bacterium granulosis Noguchi der Erreger des Trachoms?** (Arch. f. Ophthalm., 122., 2. und 3. Heft.) Auf einer Studienreise nach Albuquerque (Neu-Mexiko) war Lindner in der Lage, die dortigen Trachomverhältnisse zu studieren und die Trachompatienten, von deren Bindehaut Noguchi sein Bacterium granulosis gezüchtet hat, sowie die mit demselben geimpften Affen wieder zu untersuchen. Dabei konnte der Verfasser zunächst feststellen, daß das Indianertrachom Neu-Mexikos sich weder klinisch noch mikroskopisch vom Trachom anderer Länder unterscheidet. Indem Lindner, im Gegensatz zu Elschnig, einen Unterschied zwischen Trachom und Follikulose macht — bei der letzteren sitzt das entzündungserregende Agens unter dem Epithel im Gewebe, beim Trachom dagegen wirkt der toxische Reiz auf die gesamte Epithelschicht ein —, kommt er zum Ergebnis, daß das Bacterium granulosis Noguchi keineswegs der Erreger des Trachoms, wohl aber der Erreger, bzw. einer der Erreger der Follikulose ist. Denn die Nachuntersuchung von einigen Noguchipatienten, sowie der von ihm geimpften 18 Affen machten es wahrscheinlich, daß bei ihnen nur eine Follikulose bestand, die Noguchi, der nur Parasitologe war, als Trachom ansah.

Hurwitz, Berlin.

4684.

Colden, C., **Simmondsche Krankheit (Dystrophia cachectico-genitalis).** (Klin. Mbl. Augenheilk., Juni 1929.) Beschreibung von zwei Fällen von Dystrophia Cachectico-genitalis mit Beteiligung der Augen.

Im ersten Fall bestand beiderseits Optikusatrophie, rechts Amaurose, links Visus — 6/7, Ausfall der temporalen Gesichtsfeldhälfte mit Makulaaussparung. Das Röntgenbild ergab zwar unscharfe Konturen der Sella turcica, jedoch keine Erklärung der Augenveränderungen. Der zweite Fall betraf eine 29jährige Patientin mit fortwährendem Kräfteverfall, Gewichtsabnahme und Abmagerung. Die bis dahin regelmäßigen Menses hörten mit 20 Jahren dauernd auf. Fundus rechts: temporale Abblässung, links: Optikusatrophie, Gesichtsfeld bds. temporale Hemianopsie. Die Röntgenaufnahme ergab eine schwer veränderte Sella turcica.

Der Verfasser nimmt an, daß ein gutartiger Tumor, vielleicht ein Adenom, den Hypophysenvorderlappen zerstört und dadurch die trophischen Störungen verursacht hat. Hurwitz, Berlin.

4685.

Junius, P., Bemerkungen zum Krankheitsbild der „Retinitis“ (Coats), der „Netzhautdegeneration mit multiplen Aneurismen“ (Th. Leber) und der sog. „Angiomatosis retinae“ (Czermak v. Hippel). (Z. Augenheilk., Juli 1929.) Diese drei Krankheiten haben insofern etwas Gemeinsames, als sie vorwiegend bei jugendlichen Personen männlichen Geschlechts auftreten. Sie könnten mithin als eine gleichartige ererbte Fehlbildung aufgefaßt werden, die in Varietäten auftritt und im Laufe des Lebens verschiedene Formen annimmt. Dabei wäre noch zu denken, daß die Erkrankung der Kapillaren nicht das Primäre ist, sondern die Grundlage in einer Fehlbildung der nervösen Substanz zu suchen ist, die ihrerseits auf die Gefäßnerven des Auges einen schädigenden Einfluß ausübt.

Hurwitz, Berlin.

4686.

Vontobel, E., Untersuchung über die Vererbung der myopischen Fundusdegenerationen. (Arch. f. Ophthalm., 122., 2. und 3. Heft.) Auf Grund von Untersuchungen von mehreren myopischen Familien stellt der Verfasser im Einklang mit der Annahme von Vogt fest, daß die myopischen Fundusveränderungen — Konus, Aderhautatrophie und Makuladegeneration — hereditär vorkommen und den Erbgesetzen unterliegen. Dabei konnte auch die bereits von vielen Autoren beobachtete Tatsache bestätigt werden, daß der Grad der Fundusveränderungen nicht immer von der Höhe der Myopie abhängt. Häufig findet man bei hochgradiger Myopie fast keine Fundusveränderungen, während in anderen Fällen von ganz niedriger Myopie der Fundus sehr ausgedehnte Aderhautatrophie und Makuladegeneration aufweist. Alle diese Veränderungen sind homochrome Erbmerkmale — homochron ist nach Vogt ein Erbmerkmal, das nicht angeboren ist — und treten erst im Laufe des Lebens auf. Da man aber früher die biologischen Begriffe kongenital und hereditär nicht auseinander hielt, so suchte man diese nicht angeborenen Veränderungen durch verschiedene Theorien zu erklären.

Hurwitz, Berlin.

4687.

Beeler, A., Der heterotypische Konus, insbesondere der Konus nach unten und die Ausbuchtung des angrenzenden Augenhintergrundes. (Arch. f. Ophthalm., 122., 2. und 3. Heft.) Bei der Untersuchung von 62 Augen mit heterotypischem Konus fand Beeler in 74% der Fälle einen Astigmatismus rectus corneae und bei den meisten Fällen auch eine Amblyopie. Dabei scheint das weibliche Geschlecht häufiger den atypischen Konus aufzuweisen, da bei den Untersuchungen des Verfassers sich ein Verhältnis von 26:9 ergab. In 69,5% der Fälle konnte mit dem Gullstrandschem Ophthalmoskop eine pigmentarme Fundektasie festgestellt werden, die sich dem Konus anschloß. Alle diese Veränderungen sind Vererbungsanomalien und unterliegen den Vererbungsgesetzen, wie Hyperopie, Myopie und die Fundusveränderungen bei der letzteren.

Hurwitz, Berlin.

4688.

Rieger, H., und R. Trauner, Ueber einen Fall von Biedl-Bardetschem Syndrom und die Erblichkeitsverhältnisse dieses Zustandes. (Z. f. Augenheilk., Juli 1929.) Die Verfasser beschreiben einen Fall von Biedl-Bardetschem Syndrom (Polydaktylie, Dystrophia adiposogenitalis und Netzhautentartung). Die Eltern des Kindes waren verwandt, aber gesund. Während die meisten Beobachter die Ursache dieses Syndroms in einer Erkrankung des Individuums selbst — Störung der inneren Sekretionen oder zerebrale Erkrankung — erblicken, glauben die Verfasser, diese Krankheit als genotypisch bedingt ansehen zu müssen. Sind doch zwei Hauptsymptome dieser Erkrankung, nämlich Polydaktylie und Retinitis pigmentosa, auch einzeln als erbbedingt bekannt, die als einfachdominant bzw. einfach-rezessiv erbliche Anomalien auftreten, aber auch in bezug auf die Fettsucht liegt kein Hindernis vor, sie als anlagebedingt anzusehen, da sie beim Syndrom meistens mit geistiger Beeinträchtigung und Genitalhypoplasie auftritt.

Hurwitz, Berlin.

4589.

Towbin, B. G., und B. Prossowski, Ueber die Pathogenese der parenchymatösen Keratitis und ihren Zusammenhang mit dem endokrinen System. (Arch. f. Ophthalm., 122., 2. und 3. Heft.) In 20 Fällen von Keratitis parenchymatosa beobachteten die Verfasser eine Störung des vegetativ-endokrinen Systems. Es bestand auch eine Herabsetzung der Hämoglobinmenge (von 60 bis 90%) und eine ausgesprochene Lymphozytose (31 bis 39%). Daraus und aus der Tatsache, daß nicht alle Syphilitiker an Keratitis parenchymatosa erkranken, folgern die Verfasser, daß zum Zu-

standekommen derselben außer der Lues noch andere Faktoren erforderlich sind, unter denen die vegetativ-endokrinen Störungen die erste Rolle einnehmen. Durch die Insuffizienz des vegetativ-endokrinen Apparates entstehen Veränderungen im Stoffumsatz des Organismus und der Widerstand der Kornea wird geschwächt, so daß die im Kammerwasser sich befindlichen Toxine der Spirochäten in die Hornhaut eindringen können. Hurwitz, Berlin.

4690.

Schöpfer, O., Ueber trophoneurotische Steigerung des Zilienwachstums bei Keratitis neuroparalytica. (Klin. Mbl. Augenheilk., Juni 1929.) In drei Fällen von Keratitis neuroparalytica beobachtete der Verfasser eine Längszunahme der Zilien der kranken Seite. Der Verfasser schließt sich in bezug auf die Keratitis neuroparalytica der Meinung Behrs an, der deren Ursache in einem Reizzustand der dem Trigeminus sich anschließenden trophischen Sympathikusfasern sieht, und betrachtet auch das verstärkte Zilienwachstum als trophische Regulationsstörung. Dieses Begleitsymptom hat auch praktische Bedeutung und kann differentialdiagnostisch verwendet werden.

Hurwitz, Berlin.

4691.

Reuscher, B., Liderkrankung nach Teakholzverarbeitung. (Klin. Mbl. Augenheilk., Juni 1929.) Bei einem Tischler, der zum ersten Male Teakholz verarbeitete, traten am Abend desselben Tages Augenbeschwerden ein. Am nächsten Tag waren die Lider beiderseits gerötet und angeschwollen. Dagegen zeigten Bindehaut und Kornea keine pathologischen Veränderungen. Während dieser Dermatitis als Sensibilisierung, bzw. Idiosynkrasie gegen die von Methes und Schreiber im Teakholz festgestellten zwei Kristalle, das „Lapochonon“ und „Lapochol“ anzusehen ist, bleibt es unverständlich, warum diese Hautentzündung am Lidrand halt machte, wo zweifellos der feine Holzstaub auch in den Bindehautsack gelangt ist. Eine Erklärung dafür ließe sich vielleicht in der Behauptung von Doerr finden, der der Meinung ist, daß bei der Idiosynkrasie nicht die Beschaffenheit der Noxe oder des gebildeten Antigens, sondern der für diese Noxe affine Zellkomplex maßgebend ist. In diesem Fall hatte wohl die Epidermis, nicht aber die Konjunktiva eine Affinität für die Noxen des Teakholzes.

Hurwitz, Berlin.

4692.

v. Caspody, J., Abgüsse der lebenden Augenoberfläche für Verordnung von Kontaktgläsern. (Klin. Mbl. Augenheilk., Juni 1929.) Caspody gibt eine Methode zur Herstellung von Abgußmodellen von lebenden Augen zwecks Kontaktgläserverordnung an. Er wendet ein gleiches Gemisch von 42 grad. und 55 grad. Paraffin an, das im Wasserbad auf ungefähr Fiebertemperatur erwärmt, in einen auf die Cornea gesetzten Glaszylinder gegossen wird, der gleichzeitig die Augenlider auseinanderhält und den Augapfel fixiert. Um eine spätere Deformation zu verhüten, muß das Paraffin noch am Auge erstarren, was durch Aufgießen von in Eis gekühltem Paraffinöl erzielt wird. Mit Hilfe von zwei Gipsabgüssen erhält man das Metallmodell. Der Verfasser hat dieses Verfahren an 20 menschlichen Augen angewendet, ohne daß ein Patient über besondere Schmerzen beim Paraffinaufguß klagt hat.

Hurwitz, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

4693.

Schrumpf, K. A. A., Eine Studie über Empfänglichkeit der Diphtherie in Landstädten. (Norsk Mag. Laegevidensk., Nr. 10, 1929.) Schrumpf untersuchte in Surnadel sämtliche Schulkinder (413) auf die Empfänglichkeit für Diphtherie mit dem Schick-Test. 364 (86,6%) reagierten positiv. In demselben Orte zeigte sich in den letzten 25 Jahren in größeren und kleineren Zwischenständen ein endemisches und auch epidemisches, auflackerndes Auftreten der Diphtherie. Von den Eltern der Kinder hatten 18 Diphtherie durchgemacht: wo der Vater erkrankt war, reagierten von 14 Kindern 2 negativ, wo die Mutter es war, von 17 Kindern 6 negativ (Schick). Unter 113 Geschwistergruppen reagierten in 93 Gruppen alle Kinder positiv, in 4 Gruppen negativ. Der Verfasser nimmt ein stilles Gefiebtsein und allmähliches Abreagieren an, das dennoch dem Körper Immunität verleiht. Fast nie hatte die Epidemie hier große Ausdehnung und die Verbreitung der endemischen Fälle war sehr gering. Alle Menschen besitzen eine artgemäße Empfänglichkeit für Diphtherie. Etwa 10 bis 20% beantwortet eine Ansteckung mit klinischer Erkrankung, zumal bei Abschwächung der körperlichen Widerstandskraft. Der größte Teil wird früher oder später, je nach den Milieuverhältnissen, durch eine stumme

Infektion aktiv immunisiert. Einzelne Individuen macht aber selbst die klinische Erkrankung nicht immun. S. Kalischer.

4694.

Benjamins, C. E., J. Idzerda und J. H. Nienhuis. Die biologische Artspezifität der Gräser und ihre Bedeutung für die Behandlung des Heufiebers. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) Die Verfasser haben erneut bewiesen, daß ein spezifischer Wirkungsunterschied zwischen den Pollen der verschiedenen Gräser besteht, daß also zur Herstellung vorbeugender Extrakte verschiedene Pollenarten benutzt werden müssen. F. G. Katz, Berlin.

4695.

Jarcho, Julius. Die Wassermannsche Reaktion in der Frauenmilch. (J. Lab. Clin. Med., 14., Nr. 11.) Verfasser hat in Reihenuntersuchungen bei Wöchnerinnen die Ergebnisse der Wa.R. im Blut und der Wa.R. in der Milch miteinander verglichen und ist dabei in rund 95% aller Fälle zu Übereinstimmungen gekommen. Die Wa.R. in der Milch wurde im wässrigen Anteil des Zentrifugates nach der Technik von Franken und Roitmann (Msch. Gebh. Gyn., 77, S. 163) ausgeführt. In der Milch syphilitischer Wöchnerinnen hält sich die positive Wa.R. bis etwa zum sechszehnten Tage, wird dann allmählich schwächer, um schließlich ganz zu verschwinden. Diese Tatsache wird damit erklärt, daß das Kolostrum ein mehr blutserumähnliches Filtrationsprodukt mit den serologischen Eigenschaften des Blutes sei, während die echte vollwertige Milch ein spezifisches Drüsensekret darstelle. Die systematische Milchuntersuchung bei Wöchnerinnen, am besten zwischen dem 6. und 9. Tag post partum, wird als praktisch brauchbar empfohlen. Walter Goldstein, Berlin.

4696.

Hecht, H., und H. Haber. Vergleichende serologische Untersuchungen mit verschiedenen Methoden bei Syphilis, insbesondere Kahn'scher Reaktion und Hecht'scher Aktivmethode. (Med. Klin., Nr. 37, 1929.) Nach dem derzeitigen Stande der Serodiagnostik der Syphilis ist die beste Kombination zur Erreichung größtmöglicher Sicherheit und Empfindlichkeit die gleichzeitige Anstellung der Wa.R., der Hecht'schen Aktivmethode und der Kahn'schen Flockungsreaktion. Keine andere Kombination dürfte gleichviel positive Resultate ergeben als diese bei erhaltener Spezifität. Hervorgehoben muß aber hier werden, daß einer negativen Hecht'schen Reaktion erhöhte Bedeutung zukommt bei Verdacht auf floride Syphilis. Bei akuten Erscheinungen oder unbehandelter Syphilis gehört negative Hecht'sche Reaktion zu den größten Seltenheiten. Schwache Reaktion mit einer Methode kann ohne sonstige klinische Stützpunkte nicht zur Syphilisdiagnose verwendet werden. Schwache Reaktion mit mehreren Methoden muß zwar Verdacht auf Syphilis erregen, ist aber erst nach Wiederholung beweisend. Sichergestellt ist die Syphilisdiagnose nur bei stark positivem Ausfall einer der drei obengenannten Methoden. L. Gordon, Berlin.

4697.

Franković, Vladimir. Ueber die Müllersche Ballungsreaktion (Acta Dermato-Venereologica, 10., Nr. 4, 1929.) Die M.B.R. zeigt eine größere Reaktionsbreite als die Wa.R. und die M.T.R. Sie ist besonders bei Primäraffekten und Lues congen. sowie in geringerem Maße bei Lues latens diesen Reaktionen überlegen, dagegen ist die Zahl unspezifischer positiver Ausfälle besonders bei Tuberkulose und schweren akuten, fieberhaften Erkrankungen etwas größer als bei diesen. Die M.B.R. kann daher neben der Wa.R. und S.G.R. viel Gutes leisten und soll stets bei jeder Abortivkur mit herangezogen werden.

4698.

Miraglia, M., Ueber den Wert der Meinickeschen Ausflockungsreaktion in der serologischen Diagnose der Iatrischen Infektion. (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 19, 1929.) Die Meinickesche Ausflockungsreaktion ist empfindlicher und spezifischer als die Wassermann-Reaktion. Da sie im Gegensatz zur letzteren durch Tuberkulose und die akuten exanthematischen Krankheiten nicht beeinflusst wird, sollte sie in der Kinderheilkunde allgemein verwendet werden. Dagegen spräche nur die zu große Menge (0,70 ccm) des notwendigen Blutserums. Eugen Stransky, Wien.

4699.

Plaut, F., Gehirnantisera in ihrer Wirkung auf das Gehirn des Kaninchens bei subduraler Einführung. (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 39.) Autoantisera, die gegen Kaninchengehirn gerichtete Lipoidantikörper enthielten, wurden Kaninchen mittels Nackenstich subdural injiziert.

Eine pathogene Wirkung, die auf eine Beeinträchtigung der Hirnfunktionen durch die Hirnantikörper hindeutete, gab sich klinisch nicht zu erkennen.

Die subokzipalen Injektionen führten weder im Liquor noch im Serum zum Auftreten von Lipoidantikörpern oder von Hirnlipiden.

Es ergaben sich somit keine klinischen oder serologischen Anhaltspunkte für die Annahme, daß die in die nächste Nähe des Gehirns eingeführten Hirnantikörper mit dem Gehirn in Reaktion treten. Arnold Hirsch, Berlin.

Chirurgie und Orthopädie

4700.

Ingebrigten, R. Sakralisation des fünften Lumbalwirbels. (Norsk. Magas. for Lægevid., Nr. 10, 1929.) 3 Fälle von Sakralisation des fünften Lumbalwirbels werden mitgeteilt, von denen 2 mit Erfolg operiert wurden. Unter Sakralisation versteht man eine Entwicklungsanomalie, bei der ein oder beide Processus transversi abnorm groß, lang und kräftig sind; dieselben können bis zum Os ilium herabsinken. Der Lumbalwirbel gleicht dann mehr an Gestalt einem Sakralwirbel. Lumbosakrale und ischiadische Schmerzen, auch sekundäre Kontrakturen der Muskeln, treten als Folge dieser Anomalie meist erst in den Entwicklungsjahren auf. Den sicheren Beweis liefern die Röntgenbilder und die operative Resektion des Processus transversi, die schon mehrfach mit Erfolg vorgenommen wurde. Die Hypertrophie derselben ist nicht selten und hat verschiedene Grade. Mitunter treten die klinischen Symptome erst im zwanzigsten bis dreißigsten Jahre auf und führen zu einer Lordose der Wirbelsäule und entsprechender Skoliose und Kyphose der anderen Wirbel. Muskelatrophien sollen auch vorkommen, doch anscheinend sehr selten. Am fünften Lumbalwirbel ist die Mißbildung bald ein-, bald doppelseitig. Mitunter kommen die Erscheinungen plötzlich nach Anstrengungen. Stereoskopische Röntgenaufnahmen zeigen die Druckwirkungen dieser Anomalien auf die Nachbarschaft. S. Kalischer.

4701.

Prioleau, W. H. Anästhesie zur Thyreoidektomie bei Kindern. (Am. J. surg., 7., Nr. 1.) Der bei Kindern seltene, aber meist schwer auftretende Hyperthyreoidismus bringt in der Regel hochgradige Nervosität und Tachykardie und Neigung zur Azidose mit sich. Vor der Operation ist deshalb eine sorgfältige psychische Vorbereitung erforderlich, vor allen Dingen eine langsame, aber systematische und zielbewußte Anfreundung mit dem Narkotiseur. Auch die Vorbereitungen zur Anästhesie und Operation sollen schrittweise „geprobt“ werden. (z. B. Einatmenlassen von Sauerstoff, Abdecken und Abwaschen des Operationsgebietes usw.). Als Methode der Wahl gilt die Herbeiführung eines analgetischen Stadiums mit Lachgas (geringere Azidose als bei Äther!) und außerdem Lokalanästhesie mit 1% Novocainlösung. Nötigfalls (z. B. beim Beginn) kann mit der Gasnarkose eine Anästhesie erreicht werden. Die Operation schließt mit einer Morphium- oder Kodeininjektion. E. Gohrbandt, Berlin.

4702.

Chesky, V. E., Das Herz beim Kropf. (Am. J. surg., 7., Nr. 1.) Hyperthyreoidismus ruft auf die Dauer immer kardiovaskuläre Symptome hervor, die aber nicht charakteristisch sind und auch keine spezifisch pathologisch-anatomischen Bilder zur Grundlage haben. Bei der Durchsicht von 200 Krankengeschichten wurden in der Anamnese in 92% der Fälle nervöse Erscheinungen gefunden, in 80% Dyspnoe, in 77% kardiale Symptome und in 70% leichte Ermüdbarkeit. Alle Basedowiker klagten über Herzbeschwerden, die jugendlichen am wenigsten; diese hatten oft monatelang eine Tachykardie von 140 bis 160 ohne Arrhythmie. Bei Patienten im vierten und fünften Dezennium wurde häufiger Arrhythmie oder Vorhofflimmern gefunden, gleichgültig, ob es sich um einen Basedow oder um ein toxisches Adenom handelt. Kolloidstrumen können nach 30 oder 40 Jahren toxisch werden und einen entsprechenden anatomischen Umbau zeigen; sie weisen dann die deutlichsten Herzscheinungen auf, selbst wenn die Struma selbst klein ist und übersehen werden kann. Augenerscheinungen finden sich nur in der Minderzahl der Fälle, dafür regelmäßig Gewichtsverlust und Grundumsatzerhöhung, die allerdings geringer ist als beim Basedow. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können Fälle machen, bei denen die Struma als Nebenbefund zu werten ist. Hierher gehört außer Hypertonie und Myokarditis die „neuro-zirkulatorische Asthenie“. Dieses Krankheitsbild findet sich bei zarten jungen Mädchen mit kleiner, fester, gleichmäßiger Struma, die über Herzklopfen, Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, leichte Ermüdbarkeit, Nervosität und Erstickungsgefühl klagten, bei denen aber die Tachykardie nicht konstant oder sehr leicht beeinflussbar und kein nennenswerter Gewichtsverlust oder erhöhter Grundumsatz nachzuweisen ist. E. Gohrbandt, Berlin.

4703.

Yung, W. R., **Operatives Risiko bei Kropfherzen.** (Am. J. surg., 7., Nr. 1.) Die prä- und postoperative Jodbehandlung hat die durch postoperativen Hyperthyreoidismus bedingte Mortalität bei Strumektomien wegen Basedow erheblich heruntergedrückt. Besondere Berücksichtigung durch den Operateur erfordern die Fälle, die trotzdem noch ein stark verbreitertes Herz, irregulären und frequenten Puls und Oedeme haben, da hier akute Herzdilatation, Lungenödem und Pneumonien drohen, ebenso wie die Fälle mit hohem Blutdruck (toxisches Adenom bei älteren Leuten), in denen leicht akute Herzdilatation und Apoplexie eintreten können. Y. gibt vor der Operation Pantopon und Skopolamin. Systematische Untersuchungen haben ergeben, daß Lokalanästhesie mit folgender Infiltration am oberen Pol der Schilddrüse während der Operation als Methode der Wahl anzunehmen ist; bei sehr erregten Patienten wird eine leichte Gasnarkose hinzugefügt. Bei eintretender Zyanose Sauerstoffatmung. Um die Operation jederzeit abbrechen zu können, sollen zuerst die oberen Gefäße unterbunden werden, dann die unteren, und dann kann die Resektion in üblicher Weise vorgenommen werden. Auch leichteste Traumen des Rekurrens sind zu vermeiden. Reichliche Drainage zur Verhütung von Resorption des Sekrets ist notwendig. Der zweite Lappen kann gewöhnlich nach 1 bis 2 Wochen exstirpiert werden; maßgebend ist die postoperative Reaktion, die das Intervall bis zu 2 Monaten verlängern kann. E. Gohrbandt, Berlin.

4704.

Petridis, Pavlos, **Geplatzte Aneurysmen der Aorta.** (Brux. Méd., Nr. 43, 1929.) Es ist hier die Rede von 4 Aneurysmen der Bauchaorta, die alle etwas Gemeinsames haben. Bei allen vier konnte die klinische Diagnose nicht genau gestellt werden, man schwankte zwischen entzündlichem Tumor, Neubildung und Aneurysma, so daß man sich zu einem Probeschnitt entschließen mußte.

Das subjektive Kardinalsymptom war immer der Schmerz, der so stark war, das er nur durch Morphinum gedämpft werden konnte. Obwohl er intensiv wie ein Dolchstoß ist, hat er doch nichts Charakteristisches, nicht einmal bei einer Ruptur. Alle Erkrankten besaßen einen gewissen Grad von Kachexie. Der klinisch feststellbare Tumor war auch immer da, doch fehlte merkwürdigerweise die Expansion und das Vorhandensein von Schlägen, die mit dem Arterienpuls isochron gingen. Unter den für ein Aneurysma wichtigen Anzeichen steht doch sonst die Expansion obenan.

In den beiden Fällen, wo darauf geachtet wurde, bestand zwischen dem Oberschenkelpuls und dem Radialpuls keine Vergrößerung. Dieser Isochronismus der Pulsationen beruht auf der Tatsache, daß der Aneurysmensack in beiden Fällen mit Blut ungenutzt gefüllt war. Die von anderen beschriebene Diarrhöe und das Oedem der Gliedmaßen fehlte diesen Fällen.

Von 5 Fällen sind 4 syphilitischer Natur; Männer erkrankten 3mal so häufig wie Frauen. Das Aneurysma der Bauchaorta ist durchaus vereinbar mit einem Fortbestand des Lebens.

Held.

4705.

Mandl, Felix, und Willibald Pacher, **Zur Statistik des Mastektomiekarzinoms.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 31.) (II. chir. Universitäts-Klinik in Wien.) Die Statistik der in den Jahren 1920 bis 1925 und 1928 an der II. chir. Klinik behandelten Fälle von Mastektomiekrebs ergibt: Bei den in den Jahren 1920 bis 1925 auf operablem Wege radikal operierten 127 Patienten bestand eine Operationsmortalität von 11%. Die Dauerresultate waren nach Resektion bessere als nach Exstirpation mit Anlegung eines Anus sacralis. Besonders bezüglich der Kontinenzverhältnisse wird hervorgehoben: Die Kontinenz ist am sichersten zu erreichen, wenn die Sphinkterpartie des Mastektoms erhalten bleibt. Die Statistik zeigt, daß dieses Vorgehen die Operationsmortalität nicht erhöht und die Dauerresultate nicht gefährden, wenn im Gesunden operiert wird. Die Erzielung der Kontinenz ist als integrierender Bestandteil einer geglückten Mastektomieoperation anzusehen. Maslowsky.

4706.

Schnitzler, Julius, **Zur Kenntnis des Gasperitoneums.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 31.) Bei einem Patienten, der 5 Jahre vorher wegen Perforation eines Magenulkus operiert wurde, entwickelte sich unter einem plötzlichen heftigen Schmerzanfall im linken Oberbauch ein Gasperitoneum. Wegen Verdachts neuerlicher Perforation eines Ulcus ventriculi wurde Patient laparotomiert. Bei Eröffnung des Abdomens entwickelte reichlich geruchloses Gas; die Leeren Magen und den benachbarten Organen sind reichlich verschlungen; im Abdomen keine freie Flüssigkeit, eine Perforationsöffnung im Bereich des Magens und Duodenums ist nicht auffindbar. Nach vollständigem Verschluss der Bauchhöhle erfolgte in kurzer Zeit glatte Heilung. In einem zweiten Falle entwickelt sich

ein Gasperitoneum 6 Jahre nach Resektion eines Adenokarzinoms des Colon ascendens im Anschluß an das Heben einer schweren Last. Die Gasansammlung geht in wenigen Tagen vollständig zurück, so daß eine Operation nicht notwendig ist. Verfasser meint, daß in beiden Fällen ein Gasaustritt aus dem Magen-Darmtrakt stattgefunden hat (im ersten Fall durch Perforation eines bei der Operation nicht auffindbaren Ulkus, im zweiten Fall durch das Narbengewebe der seinerzeit angelegten Darmverbindungen und Darmverschlüsse). Für die mechanische Ursache spricht die in dem einen Falle erfolgte radikale Heilung durch eine einmalige und kurzdauernde Eröffnung des Abdomens. Maslowsky.

4707.

Radliński, Z., **Diagnostische Fehler. Diagnose einer Magen-geschwulst bei Nierentumor.** (Polski Przegl. chir., 8., Heft 2, 1929.) (II. chirurg. Universitätsklinik Warszawa.) Eine Frau litt seit mehreren Monaten an Magenbeschwerden (Schmerzen, Erbrechen, Gewichtsabfall). Sie selbst machte auf einen unter dem linken Rippenbogen fühlbaren Tumor aufmerksam. Die erstmalig vor 4 Monaten ausgeführte Röntgenaufnahme zeigte einen in das Magencorpus wachsenden Tumor der großen Kurvatur mit unregelmäßigen Einkerbungen, der bei der jetzigen Aufnahme sich ansehnlich vergrößert hat. Der Magenchemismus, ebenso der Urinbefund normal. Mit der Diagnose Magen-geschwulst wird zur Operation geschritten, die eine polyzystisch degenerierte Niere von Faustgröße aufdeckt. L. Piórek (Che. Tumo).

4708.

Gabathuler, A., **Die inkarzerierten Hernien der chirurgischen Klinik Basel in den Jahren 1920 bis 1925.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 34, 1929.) Die Radikaloperation ist bei inkarzerierten Hernien, wenn immer möglich, auszuführen. Größere gangränöse und als solche verdächtige Darmpartien sind weitgehend im Gesunden zu reseziieren. Zu anderem operativen Vorgehen lasse man sich nur auf spezielle Indikation hin verleiten. Die Taxis kann nur für wenige Ausnahmefälle in Betracht kommen, unter Umständen aber als einziger möglicher Eingriff lebensrettend sein. Die immer noch zu hohe Mortalität der Brucheingeklemmung kann vermindert werden, wenn Bruchleidende vor einer katastrophalen Einklemmung zur Radikaloperation gebracht werden können oder, falls eine solche abgelehnt wird, zum Tragen eines gut sitzenden Bruchbandes und zu einem zweckmäßigen Verhalten bei trotzdem eingetretener Inkarzeration. Held.

4709.

Villiger, E., **Beitrag zu den chirurgischen Komplikationen bei Askariden.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 36, 1929.) Ein zehnjähriger Junge erkrankt plötzlich mit den klinischen Erscheinungen einer leichten Appendicitis acuta, wobei die größte Druckschmerzhaftigkeit mehr gegen die Nabelgegend zu verschoben ist. Die Laparotomie ergibt einen Askaridenileus, kompliziert mit einer Divertikulitis, hervorgerufen durch Askariden. Glatter Verlauf nach Abtragen des Divertikels und Entfernung der Würmer. Held.

4710.

Lauber, Hans Joachim, und Christian Ramm, **Zur Kritik der Diagnose des Rückenmuskelrheumatismus.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 39.) Es fiel bei der Durchsicht des Materials auf, daß sehr viele Frakturen zunächst oft jahrelang mit Rheumatismus verwechselt wurden. Dieses kann einmal der Fall sein, wenn erstens die Sensibilität durch ein organisches Nervenleiden stark herabgesetzt ist. Zweitens sind die subjektiven Beschwerden des Kranken oft so auffallend gering, daß der Verdacht auf eine Schädigung der Wirbelsäule überhaupt nicht in den Bereich der klinischen Erwägungen gezogen wird. Drittens kann die Verletzung des Wirbels so geringe Dimensionen einnehmen, daß selbst dem geübten Röntgenologen die Diagnose entgehen kann. Viertens scheinen die durch innere Gewalt bedingten Frakturen noch nicht so viel klinische Beachtung zu finden. Es werden 4 Fälle beschrieben, die alle zunächst als Rheumatismus behandelt worden sind. An diesen Fällen wird gezeigt, wie wichtig bei länger bestehenden, als rheumatisch angesprochenen Beschwerden die Röntgenaufnahme ist. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß häufig auf dem Röntgenbild von vorne nach hinten kein pathologischer Befund zu erheben ist, dagegen das seitliche Bild eine deutliche Fraktur zeigt. Bei zunächst anscheinend normalem Röntgenbefund und weiterbestehenden klinischen Erscheinungen ist unbedingt zu fordern, daß der Kranke in Röntgenkontrolle bleibt, da viele Frakturen erst an der später einsetzenden Kallusbildung erkannt werden können. Arnold Hirsch, Berlin.

4711.

Mogilew, Michael, **Störungen der motorischen Darmfunktion in der Nachoperationsperiode.** (Med. Welt, Nr. 37, 1929.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß die

postoperative Darmatonie durch richtige Prophylaxe meist vermieden werden kann. In der voroperativen Bereitung der Kranken sind die Abführmittel zu unterlassen. Abführmittel sollen nur für Operationen am Rektum, in Fällen von Koprostase und bei Erkrankungen des Magendarmkanals beibehalten werden. Das Hungern, sowohl vor als nach der Operation, muß verworfen werden; bis zum Tag vor der Operation können die Kranken ihre gewöhnliche Diät einhalten. Mittel, welche die Peristaltik hemmen (Opium, Morphium) sollen nur in Ausnahmefällen angewandt werden. Die lange fortgesetzte Rückenlage nach der Laparotomie muß vermieden werden. Am zweiten Tage nach der Operation kann man die Kranken bei fehlender Kontraindikation vorsichtig auf die Seite legen. Die Hydratation der Kranken muß gehoben werden, man führt dem Organismus süße Flüssigkeiten zu (reichliches Trinken, Tropiklysmen). Die nachoperative Darmparese muß als eine temporäre Komplikation angesehen werden; sie bedroht nicht die Kranken, erheischt jedoch die Aufmerksamkeit des Chirurgen. Die Chirurgen müssen ihr Bestreben darauf richten, den psychischen und physischen Tonus des kranken Organismus zu heben; eine zweckmäßige Prophylaxe wird das Risiko der Operation auf ein Minimum herunterdrücken.

L. Gordon, Berlin.

4712.

Nordmann, O., Die Vorteile und Vorsichtsmaßregeln der Avertinnarkose. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 10, 1929.) (Chirurg. Abt. des Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin-Schöneberg.) Die dreijährige Erfahrung des Verfassers mit der Avertinnarkose an über 2000 Fällen hat ihm ihre großen Vorteile gegenüber den Inhalationsnarkosen erwiesen. Bezüglich der Publikationen verschiedener Chirurgen über angebliche Unglücksfälle, die auf das Avertin zurückgeführt werden, bemerkt N., daß vielerorts die für die Anwendung des Mittels notwendigen Vorschriften nicht befolgt werden; die Dosierung war zu hoch, die Zubereitung des Mittels nicht sorgfältig genug, oder man wollte eine Vollnarkose erzwingen usw. Sehr häufig sind die verstorbenen Patienten nicht sezziert worden, so daß die Todesursache nicht geklärt wurde. In manchen Fällen haben interkurrente Komplikationen, die mit dem Avertin nichts zu tun hatten, den Tod verursacht. Bei genauer Befolgung der Narkosentechnik sind Unglücksfälle bei Avertin so gut wie ausgeschlossen und im Vergleich zu den Spätfolgen der Inhalationsnarkose geringfügig. Die Dosierung soll individualisierend unter Berücksichtigung des Gesamtstatus des Kranken, der vorliegenden Krankheit, des Alters und Geschlechts usw. vorgenommen werden. Frauen bekommen 6 bis 8 g, Männer bis zu 10 g. Die Absicht, mit dem Avertin eine Vollnarkose zu erzwingen, ist gefährlich. Man soll sich darauf beschränken, mit der genannten Dosis eine Basisnarkose zu schaffen, bei der man nach den Erfahrungen des Verfassers in zwei Drittel der Fälle jeden operativen Eingriff erledigen kann. Reicht diese nicht aus, so greift man zu Zusatznarkosen, wozu sich am besten Solästhin oder Chloräthyl eignet; wenige Tropfen genügen, um einen tiefen Schlaf einzuleiten. Eine Zusatzdosis von Avertin bzw. ein neuer Einlauf, wie auch eine Kombination von Chloroform mit Avertin ist für den Patienten gefährlich. Die Avertinnarkose ist kontraindiziert bei Störungen der Nierenfunktion, bei allen akuten eitrigen Prozessen an der Niere, beim Steinleiden, bei Zystenniere usw. Bei allen Erkrankungen der Leber sowie bei Lungenoperationen, die zu einer plötzlichen Verkleinerung der Atemoberfläche führen, ist von der Anwendung des Avertins abzuraten; bei Operationen am Rückenmark in der Nähe des Atemzentrums ist Vorsicht mit dieser Narkose anzuraten.

E. Kontorowitsch.

4713.

Thomas, Karl, Zur Behandlung der frischen Schädeldachbrüche. (Arch. orthop. Chir., 27., 4. Heft.) (Unfallkrankenhaus Wien.) Im Laufe von 4 Jahren kamen 48 Schädeldachbrüche in das Unfallkrankenhaus, von denen 23 Konvexitätsfrakturen waren. Zwölfmal war das Os frontale verletzt. Schlag oder Stoß und Sturz sind die häufigsten Ursachen gewesen. 14 Patienten zeigten Erschütterungserscheinungen. Es wird primärer Wundverschluß nach genauer Exzision empfohlen. Von Tamponade oder Drainage wird abgesehen. Eine Infektion ist nie eingetreten.

Eckhardt, Dahlem.

4714.

Blenccke, August, Die Myositis ossificans traumatica und ihre Beziehungen zu den Ellbogengelenksverrenkungen. (Z. Orthop. Chir., 52., 2. Heft.) Myositische Prozesse nach Ellenbogenluxation sind nicht selten. Die allerersten Anfänge sind vielfach bereits 2 bis 3 Wochen nach der Verletzung im Röntgenbild nachweisbar. Verdächtig für beginnende Myositis ossificans sind starke Schmerzen bei passiven Bewegungsübungen und Massage, gelegentlich auch eine noch zunehmende entzündliche Schwellung. Die Behandlung besteht in Schonung — Massage und Bewegungs-

übungen dürfen nicht fortgesetzt werden — und Anwendung von lokaler Heißeblut. Prophylaktisch ist auf eine möglichst schonende Einrenkung Wert zu legen. Gelingt die Einrenkung bei den ersten Versuchen im Rausch nicht, so ist sie in tiefster Narkose vorzunehmen. — Myositische Prozesse sind auch an anderen Gelenken beobachtet worden. Aus Fällen der Literatur und eigenen Beobachtungen wird geschlossen, daß es eine Myositis ossificans sowohl periostaler als auch myogener Entstehung und schließlich als Mischform beider gibt. Operative Behandlung der Verknöcherungen kommt nur dann in Frage, wenn der Prozeß abgeschlossen ist und wenn durch ihn eine erhebliche Bewegungseinschränkung oder Nerven- und Gefäßschädigungen bedingt sind.

Eckhardt, Dahlem.

4715.

Saxl, Alfred, Ueber die Entwicklung und Behandlung der arthrogenen Kontrakturen. (Z. Orthop. Chir., 52., 2. Heft.) (I. orthop. Abteilung des Mariahilfer Ambulatoriums und Spitals, Wien VI.) Kontrakturen sind Gelenkversteifungen, die mit Verkrümmungen, Fehlförmigkeiten einhergehen können. Bei frischen Gelenkentzündungen sind sie als Spannungshaltungen in der Mittellage des Gelenkes aufzufassen. Später wird die zunächst nur aktive spastische Muskelfixation durch Kapselbänder und Muskelschrumpfung gefestigt. Dabei ändert sich durch Wirkung der Eigenschwere des Körperteiles, durch Belastung und Schwäche die Form der primären Kontraktur. Die Kontrakturenbildung richtet sich nach der Art und dem Stadium der Entzündung. Das schonendste Redressionsmittel ist die Quengelmethode. Bei noch akuten Gelenkprozessen steht die Behandlung des Grundeids über der orthopädischen Behandlung. Durch geeignete Fixationsverbände, Lagerungen und Apparate ist den Kontrakturen vorzubeugen.

Eckhardt, Dahlem.

4716.

Jansen, Murk, Genu impressum und Patella alta. (Z. Orthop. Chir., 52., 2. Heft.) (Reichsuniversität Leiden, Holland.) Beschreibung eines neuen Krankheitsbildes. Objektive Symptome: Im seitlichen Röntgenbild erscheint das obere Schienbeinende konvex nach rückwärts gebogen; das Capitulum fibulae reicht bis zum Gelenkspalt; die Femurkondylen sind ebenfalls nach rückwärts gebogen; die Patella liegt in bezug auf die Fossa patellaris femoris zu hoch und beim gestreckten Knie in bezug auf die Tibiapiphe zu weit nach rückwärts. Klinische Erscheinungen: Einklemmungen der Corpora adiposa, Knorpelschäden und Beschränkung der Beuge- und Streckbewegung. Subjektive Erscheinungen: plötzlich auftretende Schmerzen im Knie nach kräftigen Bewegungen, doch auch während der Nachtruhe. Gehbehinderung durch die Schmerzen. In mehreren Fällen bestand in der Kniegegend eine starke Druckempfindlichkeit. Besprechung der Aetiologie, Pathogenese und Differentialdiagnose. Therapie: durch Bandage, erhöhten Absatz und Stock kann in leichten Fällen der vollen Streckung und somit Einklemmungen von Fett vorgebeugt werden. Sind die Beschwerden so nicht zu beheben, so müssen Teile des Fettkörpers entfernt werden; auch Knochenoperationen kommen in Frage.

Eckhardt, Dahlem.

4717.

Schrader, Erwin, Vermehrtes Längenwachstum und Coxa valga bei Knochentuberkulose. (Arch. orthop. Chir., 27., 4. Heft.) (Orthop. Univ.-Klinik Heidelberg.) Bei einem 7½jährigen Mädchen mit rechtseitiger Kniegelenkstuberkulose bestand eine Verlängerung des kranken Beines um 4 cm und doppelseitige Coxa valga. Außer der reaktiven Hyperämie glaubt Verf. die funktionelle Entlastung (während 5 Jahren fast immer im Bett gelegen oder humpelnd) für das vermehrte Längenwachstum verantwortlich.

Eckhardt, Dahlem.

4718.

Wolfsohn, G., Der Kalkaneussporn. (Med. Welt, Nr. 37, 1929.) Unter Kalkaneussporn versteht man einen mehr oder minder zugespitzten knöchernen Auswuchs, welcher an der Unterfläche des Kalkaneus, mitunter auch an dessen Rückfläche vorspringt und unter gewissen Bedingungen erhebliche Schmerzen verursacht. Für die Bildung des Kalkaneussporns kommt in erster Linie der Processus medialis calcanei in Frage. Dieser liegt nicht an der Innenwand des Fußes, sondern ungefähr in der Mitte zwischen beiden Fußrändern, 3—4 cm nach vorn von der Hacke entfernt. Zwischen dem Processus medialis und dem Sohlenfett befindet sich gewöhnlich ein Schleimbeutel, die Bursa subcalcanea. Der Sporn kann verschieden gestaltet sein: meist sitzt er dem Tuber calcanei breitbasig auf und verjüngt sich in mehr oder minder spitzer Form. Die Länge des Sporns schwankt von einigen Millimetern bis zu etwa 2 cm. Zwischen der Exostose des Sporns und der Fascia plantaris findet sich gewöhnlich eine breitere Schicht verkalkter Fasernknorpels mit Verknöcherungszonen, die innerhalb der Fascia

plantaris liegen. Dazu gesellen sich häufig auch Exsudations- und Infiltrationsvorgänge in der Bursa subcalcanea.

Der Kalkaneussporn stellt in einem Teil der Fälle ein präformiertes Gebilde dar; diese Skelettvarietät pflegt keinerlei Beschwerden zu machen. Weiterhin kann sich ein Kalkaneussporn an Kalkaneusfrakturen ausbilden. Am häufigsten aber ist der Kalkaneussporn eine konstitutionelle Ursache; die allgemeinen Veränderungen des Organismus, die dabei für die Bildung des Sporns verantwortlich gemacht werden können, sind Arteriosklerose, Arthritis urica, Arthritis deformans, Fettsucht und endokrine Störungen während des Klimakteriums. Dementsprechend wird der Kalkaneussporn hauptsächlich bei Menschen im 5. und 6. Dezennium beobachtet, bei Frauen häufiger als bei Männern.

Der Kalkaneussporn führt zu Beschwerden in den Fällen, wenn unter dem Einfluß einer ständigen, übermäßigen Belastung ein Reizzustand der Fersenregion eintritt. Das dabei entstehende chronische Trauma führt zu einer Entzündung des Periostes in der Umkleidung des Sporns. Ein Plattfuß steigert gewöhnlich noch die Beschwerden, da die dabei entstehende Richtungsänderung des Kalkaneus zu einer Einbohrung des Sporns in die Schleimhaut führt. Die hauptsächlichste Ursache der Schmerzen ist aber die Bursitis subcalcanea, die unter dem Einfluß des chronischen Traumas entsteht.

Entscheidend für die Diagnose ist außer der Lokalisation der Schmerzen die Röntgenaufnahme. Man kann röntgenologisch zwei Sporntypen unterscheiden: 1. den scharf konturierten Sporn mit deutlich abgesetzter Spongiosa; die inkomplizierten, nicht entzündlichen Sporn, und 2. den weniger scharf begrenzten, wolkig gebühten Sporn mit büschelförmigen periostalen Ausstrahlungen nach der Fascia plantaris zu: den entzündlichen Sporn.

Die Behandlung des Kalkaneussporns besteht in erster Reihe in der Behandlung des Allgemeinzustandes. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Infektarthritis bewährt sich eine vorsichtige paraterale Reizkörpertherapie. Lokal verordnet man Plattfußeinlagen mit ringförmiger Polsterung der Gegend des Processus medialis der Bursa subcalcanea. Außerdem kommen in Frage hydrotherapeutische Umschläge, warme Fußbäder, Einreibungen mit schmerzstillenden Salben und Linimenten, leichte Massagen, Diathermie und Röntgenbestrahlungen. Die operative Behandlung führt häufig zu Erfolgen.

L. Gordon, Berlin.

4719.

Baastad, W. Fries, Scheuermann und Kienböcks Krankheitsbilder. (Norsk Mag. for Laegevid., Nr. 10, 1929.) Die Scheuermannsche, Kienböcksche und Osgood-Schlattersche Krankheit sind Leiden, welche die gleiche Symptomatologie und pathologisch-anatomischen Veränderungen aufweisen und sich nur durch die Lokalisation voneinander unterscheiden. Die genannten Namen (nach dem ersten Beschreiber) sind nicht zu empfehlen. Nach der Natur des Leidens unterscheidet man von einer Osteochondritis juvenilis und Neurose der Epiphyse und Apophyse sprechen. Eine primäre Nekrose ist das charakteristische. In vielen Fällen spielt das Trauma bei der Entstehung eine große Rolle. In 2 Fällen waren Rückenschmerzen die ersten Erscheinungen nach großen Anstrengungen gleich nach Beendigung der Schule; dazu treten Deformitäten der Wirbelsäule. In den Fällen zeigte das Röntgenbild die Natur des Leidens, und eine Immobilisierung führte zur Heilung. (Scheuermannsche Krankheit.) Im dritten Fall (Kienböcksche Krankheit) bestand nach Überanstrengung eine Nekrose des Os lunatum der rechten Hand. Durch Immobilisierung von 6 Monaten kam es auch hier zur Heilung, doch blieb die Volarflexion dauernd beschränkt. In allen Fällen handelte es sich um jugendliche Individuen.

S. Kalischer.

4720.

Schulz, Alfred, Ueber die Operation des Klumpfußes bei Erwachsenen nebst statistischen Bemerkungen. (Z. Orthop. Chir., 2. Heft.) (Annastift Hannover-Kleefeld.) Die unblutige Korrektur Schultzeschen Osteoklasten wird für veraltete kongenitale Klumpfüße aus näher erörterten Gründen abgelehnt. In 20 Fällen wurde mit gutem funktionellen und formalen Resultat die transasale Fußkeilosteotomie ausgeführt. Blutleere. Kocherscher Querschnitt an der Außenseite des Fußrückens. Keil aus dem Kalkaneus-Talus, kuboidgebildete Basis lateral, Spitze medial, eigentlich muß auch an der medialen Seite der Navikulare entfernt werden. In einzelnen Fällen war eine Raffung der nun zu dünnen Peroneussehnen notwendig. Mehrmals wurde vor der Knochentransplantation die Achillessehne offen z-förmig verlängert. 4 Wochen Verband, dann Bäder, Massage und Übungen. Für 1-1½ Jahr eine Hessingsandale mit Unterschenkelstütze und Spitzfüßen getragen, dann Einlagen und Maßschuhe.

Eckhardt, Dahlem.

4721.

Roeren, L., Die Drehverstellung. (Z. Orthop. Chir., 52., 1. Heft.) (Orthopäd. Provinzial-Kinderheilstation Süchteln (Rheinl.)

Beschreibung einer einfachen, schnell ausführbaren Methode zur operativen Versteifung gewisser Gelenke, besonders des oberen Sprunggelenkes und Kniegelenkes. Sie wird mit dem sogenannten Drehmeißel, einem Hohlmeißel, der durch einen Quermeißel in zwei symmetrische Hälften geteilt ist. (Med. Warenhaus Samsér, Münster i. W.) ausgeführt. Die Drehverstellung ist aber nicht in jedem Falle, zugleich Stellungsänderungen im Gelenk vorzunehmen.

Eckhardt, Dahlem.

4722.

Pitzen, P., Der Lochgips. (Z. Orthop. Chir., 52., 2. Heft.) (Orthopädische Klinik, München.) Beschreibung eines Gipsverbandes zum Umformen von Fußmißbildungen durch langdauernde Einwirkung des Körpergewichtes. Der Lochgips umfaßt meist nur Fuß und Unterschenkel. An der Sohle findet sich ein Fenster im Gipsverband, dessen Form und Größe sich nach der Deformität richtet. Beim Stehen und Gehen sinkt der freiliegende Teil durch das Loch herab. Die Verbandstechnik wird an Hand des Spitzfußes, Klumpfußes und kontraktiven Plattfußes beschrieben. Der Verband ist für mittelschwere Grade der Fußdeformitäten geeignet. 40 Patienten wurden nach dieser Methode mit bestem Erfolg behandelt.

Eckhardt, Dahlem.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4723.

Wieloch, J., Beitrag zur Diagnose tuberkulöser Adnextumoren. (Zbl. Gynäk., Nr. 43, 1929.) Die Abgrenzung tuberkulöser Adnextumoren gegen Adnextumoren anderer entzündlicher Aetiologie war bisher sehr schwierig. Die Methoden, die uns bisher hierfür zur Verfügung standen, die Laparatomie, die Kolpotomie posterior und die Abrasio uteri, waren teilweise unsicher und nicht ungefährlich, da wiederholt eine Propagierung des tuberkulösen Prozesses mit miliarer Aussaat und tödlichem Ausgang nach einer derartigen, zu diagnostischen Zwecken vorgenommenen Operation beobachtet worden ist. Verf. empfiehlt daher folgendes weniger eingreifende Verfahren: Ehe man an die Laparatomie herangeht, soll der fragliche Adnextumor von der Vagina her punktiert und durch Ueberimpfung der Punktatflüssigkeit auf Meerschweinchen festgestellt werden, ob im Punktat Tuberkulosebazillen enthalten sind. Das Verfahren hat zwar den Nachteil, daß erst einige Wochen vergehen, bis die Diagnose sichergestellt ist, doch dürfte der dadurch entstandene Zeitverlust durch die Ungefährlichkeit der Punktionsmethode gegenüber der Probeparatomie und Probeabrasio wieder aufgewogen werden, zumal es sich bei dieser Erkrankung meist um chronisch verlaufende Prozesse handelt.

Schwab, Hamburg.

4724.

Durlacher, S., Können Kotanhäufungen im Darmlumen Adnextumoren des Uterus vortäuschen? (Zbl. Gynäk., Nr. 43, 1929.) Auf die bekannte Tatsache, daß stark gefüllte Darmabschnitte, besonders das S. Romanum, mitunter bei der bimanuellen Untersuchung Adnextumoren vortäuschen, wird erneut hingewiesen und daran erinnert, daß durch die Obstipation und die dadurch bedingten Stauungszustände im kleinen Becken nicht selten leukorrhöische Zustände hervorgerufen werden, die bei geeigneter Behandlung der Darmtätigkeit von selbst verschwinden. Auch die mannigfachen Störungen des Allgemeinbefindens, wie Kopfschmerzen, Mattigkeitsgefühl, Appetitmangel, Arbeitsunlust, Verstopfung usw., haben nicht selten in einer Darmkoprostase ihre letzte Ursache. Qui bene purgat, bene sanat! Auch in der Ära unserer überfeinerten Diagnostik und Therapie hat dieser alte Satz seine Wahrheit noch nicht so völlig eingebüßt, wie mancher glauben möchte!

Schwab, Hamburg.

4725.

Lopez, Manuel B. Rodriguez, Appendizitis und stielgedrehte Ovarialzyste im 5. Schwangerschaftsmonat. (Rev. Méd. Lat.-Amer., 14., Nr. 166.) (I. Geburtshilf. Klin. u. Pathol. Inst. d. Nervenkl., Buenos Aires.) Die Diagnose dieser beiden einander überdeckenden Krankheitsbilder wurde erst bei der Operation gestellt. Die Defenses musculaires machte vorher die Erkennung der sich als kindskopfgroß herausstellenden Zyste durch Palpation unmöglich. Operation wegen akuter Appendizitis, deren klassische Symptome das klinische Bild beherrschte. Die Zyste des rechten Ovars war dreimal stielgedreht, wurde nach Punktion vom Pararektalschnitt aus entfernt, darunter fand sich dann eine akut entzündete Appendix-Appendektomie; glatter Heilungsverlauf unter Erhaltung der Schwangerschaft.

Cohn, Hamburg.

4726.

Tausig, Fred J., Leukoplakische Vulvitis und Vulvakarzinom. (Aetiologie, Histopathologie, Behandlung, Fünfjahresresultate.) (Amer.

J. Obstetr., 18, Nr. 4.) Die leukoplakische Vulvitis tritt gewöhnlich bei Frauen kurz nach der Menopause auf. Sie kann die ganze Vulva befallen oder in symmetrischen oder irregulären Flecken auftreten. In über der Hälfte der Fälle ist eine Obliteration der Labial- und Präputialfalten vorhanden, die als Kraurosis bekannt ist. Pruritus von langem Bestehen ist das hervorstechendste Symptom. Die Krankheit ist sehr selten bei der Negerrasse. In über der Hälfte der Fälle führt sie zu der Entwicklung eines Karzinoms. Von 79 Fällen von leukoplakischer Vulvitis hatten 39 gleichzeitig ein Vulvakarzinom. Die neuerlichen klinischen und histologischen Untersuchungen sind geeignet, die früher schon zum Ausdruck gebrachte Ansicht zu bestätigen, daß die Ursache der leukoplakischen Vulvitis ein Verlust der Hautelastizität ist, die zum Teil auf das Versiegen der Ovarialhormone zurückgeht. Dieser Defekt in dem elastischen Gewebe führt zur größeren Zerbrechlichkeit mit resultierenden Rissen und Abschürfungen, bakterieller Invasion und Pruritus. Die so entstehende chronische Vulvitis führt zu Hyperplasien (Keratozis, Akanthosis) und später zu Atrophien (Sklerosis, Kollagenbildung, Kraurosis). Die Behandlung der leukoplakischen Vulvitis, sowohl auf Grund ihrer selbst als auch als präschankerösen Zustandes, besteht in der Exzision der befallenen Vulvahaut. Die fünfjährigen Resultate nach solcher Vulvektomie sind gleichmäßig günstig und rechtfertigen die Unannehmlichkeiten, die die Operation mit sich bringt. Diese Mißlichkeiten, die vor allem in einer narbigen Strikturierung des Anus bestanden, sind größtenteils beseitigt worden durch zwei technische Modifikationen, der Verwendung eines Vaginallappens über dem Perineum und der Zurücklassung eines doppelseitigen Analbrückenlappens beim Befallensein des perianalen Gebietes. Der Krebs der Vulva ist keine pathologische Einheit. Es gibt vier gut abgegrenzte Typen: 1. Das epidermale Karzinom, das seinen Ausgang nimmt von der Labial-, Präputial- oder Perinealhaut; fast immer verbunden mit leukoplakischer Vulvitis; 2. Das Klitoris-karzinom, das seinen Ausgang nimmt von diesem Organ selbst (nicht vom Präputium); eine sehr seltene und bösartige Form; 3. Das vestibuläre Karzinom, beginnend am Introitus vaginalis; gewöhnlich ausgehend von alten syphilitischen Ulzera bei relativ jungen Personen; 4. Das Karzinom der Bartholinschen Drüse; ebenfalls selten, gewöhnlich nach chronischer Bartholinitis. Von 76 Karzinomfällen waren etwa 60% operabel. Die auf leukoplakischer Basis entstandenen Karzinome waren relativ gutartig, während die von syphilitischen Ulzera ausgehenden sehr maligne waren. Die Radiotherapie der Vulvakarzinome ist äußerst erfolglos gewesen. Verbrennungen treten leicht auf, und Rückbildungen sind geringgradig und temporär. Ein chirurgischer Eingriff kommt allein in Betracht, es sei denn, daß der Zustand der Kranken ihn unmöglich mache. Einfache Vulvektomien oder oberflächliche oder einseitige Drüsenentfernungen haben einen hohen Prozentsatz von Rezidiven. Die doppelseitige Bassetsche Technik der Drüsenentfernung zusammen mit Vulvektomie ist eine sichere Operation mit einem hohen Prozentsatz fünfjähriger Heilungen (81,8% in der Serie des Verfassers). Zwei Fälle mit Drüsenmetastasen sind unter diesen Heilungen. Die Vulvektomie muß in jedem Falle von Leukoplakie eine vollständige sein, da ein neues Karzinom sonst nach Jahren von einer zurückgebliebenen Insel leukoplakischer Haut seinen Ursprung nehmen kann. Hans Hirsch, Köln.

4727.

Meigs, J. V., Uterusblutungen. (New England J. Med., 201, Nr. 11.) Eine Analyse von 243 Fällen während 5 Jahren, von 1925 ab. 84 hatten maligne Geschwülste; davon hatten 78 die Menopause passiert. Zervixkarzinom in 61 Fällen: 61% davon waren zwischen 40—60; nach 4 Jahren waren 27% am Leben und munter, 17% tot und 56% im Sterben oder schwer krank. Karzinom am Zervixstumpf: 2 Fälle. Adenokarzinom des Fundus: 17 Fälle. 3 totale Hysterektomien leben, ebenso eine vaginale; 10 Fälle mit Radium, wovon 2 leben, 4 tot und 4 hoffnungslos sind. Sorgfältige Exploration nach vaginalen Metastasen vor der Hysterektomie, nachher sorgfältige Überwachung. Leiomyosarkom: 3 Fälle. 2 sind tot, der dritte hoffnungslos. 1 Fall von Adenokarzinom, 68 Jahre alt, hoffnungslos. Von den benignen Fällen sind 24 Fibroide zu erwähnen. Davon 10 supravaginale Hysterektomien, mit 1 Todesfall, bei 8 diagnostische Auskratzung mit Röntgenbehandlung, 3 Röntgenbehandlung ohne Auskratzung, wegen schweren Diabetes und Hypertension. Myektomie in 3 Fällen, mit Fortsetzung der Blutung in einem Falle. 13 waren zwischen 40 und 55 und 8 zu Beginn der Menopause. In einem Fall von gestieltem Fibroid war Röntgenbehandlung entgegen der üblichen Anschauung von Erfolg. Ovarialzysten bei 9 Patienten: in 4 beseitigte die Entfernung die Blutung, in einem Radium, und bei 2 brachte die Entfernung von Tuben und Ovarien statt völliger Amenorrhöe, regelmäßige Periode. Endometriome 5 Fälle; in 4 Hysterektomie mit Entfernung der Adnexe. Bei 1 waren diese schon entfernt. Adenomyom im Uterus: Röntgen beseitigte die

Blutung. Bei 10 zervikalen Polypen waren 2 nach supravaginaler Hysterektomie; in einem Falle gab Radium Erfolg. Ferner 6 Fälle Zervixlazeration; 2 mit vaginaler Erosion, eine Blutung aus dem Zervixstumpf, 3 mit seniler Vaginitis, 5 Aborte, 12 Fälle mit Beckenentzündung, Salpingitis, 3 mit thrombopenischer Purpura, 11 Fälle mit atypischer Purpura, endlich 66 Fälle von Meno- und Metrorrhagie ohne pathologischen Befund. Hier gab Thyreoideaextrakt in Fällen, in denen der Stoffwechsel unter normal war, Erfolg, ebenso Corpus-luteum-Extrakt. v. Schnitzer.

4728.

Davis, C. H., Trichomonas vaginalis, Donné. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 4.) Während einer 18monatigen Periode wurde bei 50 Patientinnen mit Vaginitis im verdünnten frischen Vaginalsekret der Trichomonas vaginalis gefunden. Von 150 Schwangeren beherrbergten nur 3 Frauen den Trichomonas vaginalis, von denen 2 während der Schwangerschaft geheilt wurden. Der Behandlung folgte ein Verschwinden der Erreger. Es treten aber häufig Rezidive auf, besonders während der Menses, da der Trichomonas in dem blutigen Medium offenbar besonders gut gedeiht. Wiederauftreten der Flagellaten in beträchtlicher Zahl ist immer begleitet oder gefolgt von großen Mengen von Eiterzellen. Deswegen ist der Trichomonas als pathogener Flagellat anzusehen. Das Vaginalsekret ist am besten unmittelbar nach der Periode zu untersuchen, aber nachdem 48 Stunden lang keine Spülung vorgenommen wurde. Die Vagina muß wenigstens dreimal wöchentlich mit Liniment aus weicher Seife gründlich gereinigt werden. Dann wird ein antiseptisches Pulver gegen Zervix und Vaginalgewölbe geblasen. An den anderen Tagen nimmt die Patientin eine heiße Scheidendusche mit Seifenliniment oder Kresollösung vor. Auch während der Periode wird die Behandlung in der Sprechstunde fortgesetzt. Wahrscheinlich kann jeder Fall geheilt werden, auch wenn einige viele Monate erfordern. — Nach jeder Menstruation muß einige Monate lang untersucht werden, ehe von Heilung gesprochen werden kann. Die Trichomonasflagellaten lassen sich züchten in Dextrosebouillon, die 5% menschliches Serum enthält.

Hans Hirsch, Köln.

4729.

Novak, Die pathologisch-anatomische Diagnose des frühen Zervix- und Korpuskarzinoms, mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber pseudomalignen entzündlichen Läsionen. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 4.) Während histologisch Karzinom selten gefunden wird, wo klinisch keinerlei Verdacht auf Malignität vorhanden ist, wird es in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen aufgedeckt, die klinisch nur verdächtig sind. In einem noch größeren Prozentsatz von Fällen wird sich eine solche verdächtige Läsion als gutartig herausstellen, so daß die Patientin vor unnötig radikaler Behandlung bewahrt bleibt auf bloßen Verdacht hin oder in der Annahme, daß die verdächtige Stelle präkankerös sei. Die meisten Läsionen, die präkankerös sind im dem Sinne, daß sie zum Krebse disponieren, sind leicht durch einfache konservative Maßnahmen zu heilen. Vor allem in der Zervix sind pseudomaligne Bilder außerordentlich häufig, besonders bei chronischer Entzündung und Polypen. Dann kann auch die mikroskopische Diagnose sehr schwierig, ja unmöglich sein. Auch beim Karzinom kann auf manchen Schnitten keine Durchdringung der Basalmembran oder Invasion des unterliegenden Gewebes vorhanden sein. Auch in gutartigen Fällen kann es zum Unterwachsen des Zylinderepithels durch Plattenepithel, zum Ausfüllen von Drüsenlumina durch Plattenepithel und zur Fälschung des oberflächlichen Zylinderepithels kommen. Wichtig sind das Fehlen der Zelldifferenzierung und Kernanomalien, wie Mitosen und Hyperchromatose. In benignen Fällen ist das Oberflächenepithel normal oder weist wenigstens kein Zeichen von Malignität auf. Bei Krebsfällen ist das Oberflächenepithel gewöhnlich ausgesprochen atypisch und häufig durch Ulzeration zugrunde gegangen. Epidermisierung, das ist eine Metaplasie des Zylinderepithels des Endometriums in Plattenepithel, findet man auch in gutartigen Fällen, z. B. bei Polypen. Hans Hirsch, Köln.

4730.

McGlinn, Zervixkarzinom als Schwangerschaftskomplikation. (Amer. J. Obst., 18, Nr. 4.) Das Hauptsymptom des Karzinoms ist Blutung. Diese wird in der Schwangerschaft naturgemäß nicht selten mißdeutet. Man sollte daher auch in der Schwangerschaft häufiger bei Blutungen die vaginale Untersuchung vornehmen, deren Gefahr unterschätzt wird. Künstlicher Abort hat keinen Platz in der Behandlung dieser Krankheit. Ein mit Radium behandelter Fall soll keine Geburt per vias naturales durchmachen, sondern durch Sektio entbunden werden. In den ersten drei Schwangerschaftsmonaten soll, wenn der Krebs ganz auf die Zervix beschränkt ist, die Hysterektomie vorgenommen werden. In den späten Schwangerschaftsmonaten soll die Sektio ausgeführt werden mit anschließender

Hysterektomie oder folgender Radium- und Röntgenbestrahlung. Schwierig ist die Frage zu beantworten, was geschehen soll, wenn der Krebs zu weit fortgeschritten ist für die Hysterektomie und die Schwangerschaft noch nicht fortgeschritten genug für die Entwicklung eines lebensfähigen Kindes durch Sektio. Manche Kliniken operieren in jedem Falle. Es ist hier die Frage noch zu lösen, ob Radium angewandt werden darf, da Radiumbestrahlung häufig, wie in einem eigenen Falle des Verfassers, zum Abort führt, der die Metastasierung des Tumors propagieren kann, und da wohl auch Mißbildungen des Fötus durch die Radiumbestrahlung hervorgerufen werden können, wenn der Fötus nicht stirbt.

Hans Hirsch, Köln.

4731.

Williams, P. F., Die Bedeutung des niedrigen arteriellen Blutdruckes in der Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Ausgesprochene Hypotension (Blutdruck 100 mm Hg oder weniger) trifft man bei 5% der Schwangeren an. Diese Frauen kommen oft spät zur Geschlechtsreife und sind relativ unfruchtbar. Ein Teil von ihnen hat eine Influenza durchgemacht, hat einen schwachen Herzmuskel oder eine Anämie. Sie sind oft von asthenischem Habitus, da häufig unter dem Durchschnittsgericht, und schwer zum Körperansatz zu bringen. Behandlung mit verschiedenen Mitteln bringt keine nennenswerte Blutdruckerhöhung zustande. Ihre Schwangerschaften sind charakterisiert durch einen hohen Prozentsatz von Fehlgeburten und Frühgeburten. Ihre Kinder sind kleiner als in der Norm. Sie klagen vielfach über Erschöpfung bei Anstrengungen, Dyspnoe, Kopfschmerzen und nervöse Depression. Die Neigung zur Graviditätstoxikose ist verhältnismäßig gering. Sie leiden unter verzögerter Geburt und Wehenschwäche. Operative Entbindung ist häufiger als bei normalen Frauen. Sie sind weitgehend unfähig, ihre Kinder zu nähren. Der Stimulus der Schwangerschaft hat keine den Blutdruck später erhöhende Wirkung. Niedriger arterieller Druck bei solchen Patientinnen ist der Ausdruck einer konstitutionellen physischen und reproduktiven Unterwertigkeit und ist oft kennzeichnend für die Untauglichkeit dieses Frauentypus im geburtshilflichen Sinne.

Hans Hirsch, Köln.

4732.

King, E. L., Hakenwurmkrankheit und Schwangerschaft. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Die Hakenwurmkrankheit, hervorgerufen durch *Ankylostoma duodenale* oder durch *Necator americanus*, findet sich in allen tropischen, in vielen subtropischen und auch in Gebieten der gemäßigten Zone. In einigen Gebieten sind 50% der Bevölkerung oder mehr infiziert, von denen nur ein kleiner Teil über subjektive Symptome der entsprechenden Krankheit klagt. Eine Anämie ist das Hauptcharakteristikum, die in schweren Fällen den Hämoglobingehalt bis auf 30% oder weniger herabdrücken kann. Wird die Infektion in der Kindheit erworben, so ist das Wachstum verlangsamt, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale verzögert sich, bei Mädchen verspätet sich das Eintreten der Menstruation, die dazu neigt, spärlich und unregelmäßig zu sein. Kommt es zur Schwangerschaft, so sind Abort, Frühgeburt, Nierenschädigung mit Hydrops, Schwangerschaftstoxikose relativ häufig. Die Laktation ist dürftig, die Kinder pflegen schlecht entwickelt und marantisch zu sein. Der Verfasser entdeckte bei 34 = 6,7% seiner schwangeren Patientinnen in New Orleans in den Fäzes die Eier des *Ankylostomas*. Viele von diesen Frauen hatten eine leichte Infektion, und einige können als bloße Erregerträger bezeichnet werden. Bei 19 Schwangeren, bei denen Blutuntersuchung stattfand, war die Erythrozytenzahl 3 000 000 oder weniger, bei zweien betrug sie weniger als 1 000 000, der Hämoglobingehalt 25–30% bei 11 Fällen. 9 dieser 34 Frauen litten an Schwangerschaftstoxikose verschiedenen Grades, 8 in dieser Gruppe hatten eine ausgesprochene Anämie. 2 Frauen erkrankten an Eklampsie. Nur bei 3 Frauen endigte die Schwangerschaft vorzeitig. Auch in der Schwangerschaft ist die spezifische Behandlung durchzuführen, wenn die Diagnose gestellt ist. Sie besteht am besten in der Darreichung von 3–4 g Thymol in geteilten Dosen mit vorhergehender und nachfolgender Darreichung von Magnesiumsulfat als Abführmittel. Die Schwangerschaft wird hierdurch nicht gestört.

Hans Hirsch, Köln.

4733.

Polak, J. O., Vorläufiger Bericht über temporäre Röntgenkastration in der Behandlung der subakuten Adnexitiden. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Von den im Long Island College Hospital in Brooklyn aufgenommenen Adnexitiden waren 70% gonorrhöisch, 20% unspezifisch post abortum oder post partum und 5 bis 7% tuberkulös. Die Entzündung ist immer doppelseitig, aber es kann der Prozeß auf einer Seite stärkere Reaktionen hervorrufen. Und die nichtgonorrhöischen septischen Infektionen sind immer doppelseitig, wie die Autopsie zeigt. Alle Tubeninfektionen tendieren dahin, spontan zurückzugehen. Der Gonokokkus kann

nicht ohne Sauerstoff existieren, und wenn er einmal durch Gewebsreaktion eingekapselt ist, ist sein Tod unvermeidlich. Dagegen kann der abgesperrte Streptokokkus jahrzehntelang lebendig und infektiös bleiben. Wenn auch fast alle Tubeninfektionen spontan zurückgehen, so führt doch die menstruelle Umstellung in vielen Fällen immer wieder zu einem Aufflackern. Klinisch läßt sich beobachten, daß Infektionen, die von längerer Amenorrhöe gefolgt sind, schnell heilen und daß die Beckenexsudate rasch resorbiert werden. In 34 Fällen, in denen die Menstruation immer wieder den Heilungsprozeß störte, erwies sich die temporäre Kastration als sehr nützlich, auch bei einigen tuberkulösen Salpingitiden, die darunter waren. Die Periode wurde auf mehrere Monate unterdrückt. Den Ovarien wurde eine Röntgendosis von 217 R zugeführt.

Hans Hirsch, Köln.

4734.

Brindeau, A., Die Myomektomie in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft. (Gynéc. et Obstétr., 20., Nr. 2.) (Klinik Tarnier, Paris.) Die außerhalb der Schwangerschaft ausgeführte Myomektomie verhindert keineswegs spätere Schwangerschaften. Dieselben entwickeln sich meistens ganz normal, Geburtsstörungen sind selten. Bei Frauen mit Myomen, bei denen Gravidität eintritt, geht die Schwangerschaft meistens normal weiter, nur in gewissen Fällen ist ein chirurgischer Eingriff indiziert (heftige Schmerzen, schnelle Vergrößerung des Myoms, Druckerscheinungen, Drehungen des Stiels, Einklemmung eines Myoms im kleinen Becken). Man wird dann in den meisten Fällen die Myomektomie ausführen können, die glänzende Resultate für Mutter und Kind ergibt (etwa 4% Mortalität und 90% ungestörter Fortgang der Schwangerschaft). Während der Entbindung dürfte die Myomektomie weniger oft indiziert sein, da vorliegende Myome am Ende der Schwangerschaft ganz selten sind. Die Operation wird nur hier nach Extraktion des Kindes durch Kaiserschnitt in Frage kommen, allerdings wird man dabei nicht zögern, die Hysterektomie auszuführen, wenn die Myomektomie unmöglich ist (multiple Myome, allgemeine Fibromatose, submuköse Fibrome). Die vaginale Myomektomie ist in der Schwangerschaft nur sehr selten indiziert (fibröse Polypen, Zervixtumoren mit Hineinragen in die Scheide).

Rudolf Katz, Berlin.

4735.

Mériel, E., und Baillat, Die Myomektomie außerhalb der Schwangerschaft. (Gynéc. et Obstétr., 20., Nr. 2.) (Chir.-gynäk. Universitätsklinik Toulouse.) Die Myomektomie, d. h. die Enukleation eines oder mehrerer Myomknoten mit Erhaltung des Uterus, außerhalb der Schwangerschaft ist eine gute, meistens leichte und gefahrlose Operation, hat jedoch ihre Existenzberechtigung nur bei jungen Frauen, die den Wunsch haben, Kinder zu bekommen, und wenn es sich um Myome kleinen oder mittleren Volumens handelt. Sind die Myome zu groß oder zu zahlreich, so besteht die Gefahr von Komplikationen bei der Operation, so daß es in solchen Fällen besser ist, eine supravaginale Amputation vorzunehmen. Andererseits ist es auch falsch, bei einer Frau am Ende ihres Geschlechtslebens eine Myomektomie zu machen, da diese Operation die der Wahl bei jungen Frauen ist und bleiben muß und insofern die lokalen anatomischen Bedingungen im Laufe der Operation diese konservative Behandlung zu rechtfertigen scheinen.

Rudolf Katz, Berlin.

4736.

Mayer, A., Ueber Sterilitätsbehandlung mittels Tubendurchblasung. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 39.) Verfasser hält die Tubendurchblasung unter den angegebenen Kautelen für eine ungefährliche Methode der Sterilitätsbehandlung. Er benutzt sie daher bei Sterilität zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. In diagnostischer Richtung soll mit der Durchblasung entschieden werden, ob etwa eine Indikation zur Salpingostomie vorliegt oder nicht. Die therapeutischen Erfolge sind mit einer Konzeptionschance von 21 bis 30 Prozent im Durchschnitt nicht gerade überragend, zumal in einigen Fällen der Kinderwunsch kürzer als 2 Jahre bestand, also mehr eine Erschwerung der Konzeption als eine eigentliche Sterilität vorlag. Aber auch dann sind die Resultate doch so, daß die Methode sich solange empfiehlt, bis es eine bessere gibt.

Da die Tubendurchgängigkeit allein nicht zur Konzeption genügt, verbindet der Verfasser in der Regel mit der Durchblasung eine Abrasio, die anscheinend als „Reizabrasio“ eine günstige Wirkung hat.

Arnold Hirsch, Berlin.

4737.

Johnson, H., und J. Diaso, Sedimentierung in der Gynäkologie. (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 6.) (Aus der gynäkol. Abt. Lincoln Hosp., New York.) Ein Bericht über 150 Fälle. Angewandt in jedem gynäkologischen Falle nach der Friedländer-Linzenmeier. Ganz allgemein läßt sich sagen: Die Sedimentierung in

weniger als 30 Minuten deutet auf eine akute Infektion zwischen 30 und 60 Minuten auf eine subakute und über 60 Minuten auf eine chronische Infektion. Bei Beckenabszessen variierte die Zeit zwischen 11 und 18 Minuten. Zunahme der Zeit, der Leukozytose und des Fiebers gingen parallel. Bei septischem Abort 22 bis 45 Minuten. Hier war die Sedimentierungszeit nicht parallel dem Fieberanstieg und der Leukozytose. Kein Eiter. Bei Salpingitis: je nach der Schwere der Infektion 12 bis 106 Minuten. Hier ging die Leukozytose Hand in Hand mit der Sedimentierungszeit. Ruptur einer ektopischen Schwangerschaft: um 90 Minuten. Hier ist die Probe keine Hilfe bei der Differentialdiagnose zwischen ektopischer Schwangerschaft und entzündlichen Beckenaffektionen. Fibroide mit Beckeninfektion zeigten eine Zeit von unter 120 Minuten, während unkomplizierte Fibroide über 120 Minuten zeigten. Bei nichtmalignen Tumoren, Ovarialzyste, Zyste im breiten Band: über 200. Die Probe ist auch ein Führer für die Operation: Früher wurde operiert, wenn die Temperatur und die Leukozytenzählung für 2 Wochen und mehr normal war. Anfangs wurde nun eine Zeit von weniger als 30 Minuten als Maßstab genommen. Man fand aber das operative Risiko vermindert, wenn eine Zeit von über 60 Minuten festgesetzt wurde und wenn man Fälle, die schneller als 60 Minuten sedimentierten, für zeitig inoperabel erklärte. War bei akuten Exazerbationen von entzündlichen Beckenaffektionen die Sedimentierung um 60 ohne Rücksicht auf Temperatur und Leukozytose: ruhende Infektion, die durch die Operation aktiviert werden konnte. Prognostisch wichtig war die Beobachtung, daß Patienten, die mit einer Sedimentierung von unter 60 in der Rekonvaleszenz entlassen wurden und ihre Arbeit wieder aufnahmen, mit Schmerzen und Temperatursteigerung wiederkamen. Man muß also die Probe während der Rekonvaleszenz öfter machen, und dann ist die Probe ein besseres prognostisches Hilfsmittel als die Leukozytenzählung und die Temperaturkurve.

v. Schnizer.

4738.

Hirst, J. C., Die Schwangerschaftsnier. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Zystoskopie und Pyelographie ergaben bei 97 geburts-hilflichen Patientinnen viermal einen Ureterverschluß, zweimal durch Stein, einmal durch kongenitale Enge des Orifiziums und einmal durch Striktur. Dieses Fehlen eines häufigen Verschlusses läßt an weitere Faktoren glauben, die für die gestörte Drainage des Nierenbeckens in der Schwangerschaft verantwortlich sind. Hierhin gehören die atonische Dilatation des Ureters und latente Infektion. Der Verfasser glaubt auch eine zirkulatorische Ursache annehmen zu müssen, die zu Vasodilatation oder chronischer passiver Kongestion des distalen Ureters und seiner Umgebung führt, was sich zystoskopisch in Oedem und Unregelmäßigkeit des Orifiziums und in gestörter Ausstoßungsfähigkeit kundgibt. Die hierdurch bedingte nicht seltene Hydronephrose in der Schwangerschaft kann mit-schuldig sein an einer späten Schwangerschaftstoxikose, die meist primär-renalen Ursprungs ist. Hepormoninjektionen erweisen sich in solchen Fällen als erfolglos.

Hans Hirsch, Berlin.

4739.

Henrotay, J. L., Schwangerschaft im Anschluß an eine Uterosalingographie mit Lipiodol. (Brux. Méd., Nr. 40, 1929.) Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Erfahrungen hat die uterotubare Lipiodolinjektion einen gewissen Prozentsatz unerwarteter Schwangerschaften im Gefolge. Soll man demnach zu therapeutischen Zwecken zu Lipiodolinjektionen ohne begleitende radiographische Untersuchung raten? Um wirklich nutzbringend zu sein, muß jeder Injektion eine uterotubare Durchbläsung vorausgehen, die in eindeutiger Weise über die Durchgängigkeit einer oder beider Tuben Aufschluß gibt. Ohne diese Vorsichtsmaßregel ist man der Gefahr ausgesetzt, daß man einige Kubikzentimeter Lipiodol in eine jener weichen, der Palpation nicht zugängigen Hydrosalpingen einbringt, oder daß man, da man ja das uterine Fassungsvermögen, den Durchmesser der Tuben, die Schnelligkeit der Fortbewegung der Flüssigkeit nicht kennt, eine unzureichende Injektion macht. Die Röntgenkontrolle ist demnach die obligate Ergänzung jeder uterotubaren Lipiodolinjektion.

Keinesfalls ist die Methode ganz gefahrlos; es geht deswegen nicht an, daß sie von Neulingen mehr aus Neugierde als aus Notwendigkeit angewandt wird. Fälle, die man mit den bisher üblichen Methoden feststellen kann, wird man so nicht angehen, besonders wenn das therapeutische Handeln dadurch doch nicht verändert wird. Am besten bleibt die Methode für Fälle von primärer oder sekundärer Sterilität reserviert oder für jene seltenen Komplikationen, wo man von ihr eine Aufklärung erwartet; immer jedoch gehört sie in die Hand eines Gynäkologen von Fach, der sie mit der gebührenden Asepsis ausübt.

Held.

4740.

Schwarz, O. H., und W. J. Dieckmann, Wichtige Maßnahmen in der konservativen Behandlung der Eklampsie. (Amer. J.

Obst., 18., Nr. 4.) Die Eklampsie wird am besten mit bestimmten Maßnahmen behandelt, deren Erfolg oder Fehlschlag gestattet, den Fortgang des Falles zu beurteilen. Nach der Entbindung oder dem Tode des Fötus tritt eine ausgesprochene Blutverdünnung ein. Während dieser Periode kommt es zu einer Diurese. Eine klinische Besserung ist eng mit diesem Phänomen verknüpft. Die eklampische Patientin hat eine erhöhte Toleranz für Glukose, die wahrscheinlich auf die Retention von Chloriden zurückgeht, die man in der Schwangerschaft findet. Durch intravenöse Glukose-zufuhr werden Chloride mobilisiert und mit dem Urin ausgeschieden. Der Zucker scheint osmotisch an die Stelle der Chloride zu treten. Die intravenöse Injektion großer Mengen von Glukoselösung ahmt so zum mindesten zeitweilig die diuretische Wirkung der Entbindung nach. In leichten Fällen kann der durch die Infusion bewirkte Effekt zur Heilung ausreichen. Es wurden 1000 ccm 20prozentiger Glukoselösung intravenös innerhalb 30 bis 50 Minuten zwei-, drei- oder auch viermal täglich, je nach der Schwere des Falles, gegeben. Außerdem werden bei der Einlieferung 10,0 einer 25prozentigen Magnesiumsulfatlösung intramuskulär und außerdem 5,0 dieser Lösung nach jedem Anfall gegeben, bis die Anfälle ausbleiben. Die Prognose schwerer Fälle von Eklampsie wird vor allem durch die Entbindung oder den Tod des Kindes gebessert.

Hans Hirsch, Köln.

4741.

v. Toth, Stefan, Die Leitung der Geburt bei engem Becken. (D. m. W., 55. Jahrg., Nr. 40.) Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet die Stoeckelsche Einteilung, die das enge Becken in zwei große Gruppen teilt; je nachdem die spontane Geburt möglich ist oder nicht. Gemäß der Statistik von 25 000 an der Klinik des Verfassers beobachteten Geburten ist unter einer *Conjugata vera* von 8 cm die Geburt nie spontan verlaufen. Dies ist demnach die Grenze zwischen den beiden Gruppen. Die Bestimmung des Vorgehens ist am einfachsten bei den sogenannten absoluten Verengungen, wo die Geburt unbedingt mit Umgehung der Geburtswege (Kaiserschnitt) zu beenden ist. Den prophylaktischen künstlichen Abort hält Verfasser bei den heutigen Erfolgen des Kaiserschnittes für unrichtig. Nach zwei, eventuell drei Geburten muß die Tubensterilisation erwogen werden. Im Falle einer Verengung dritten Grades nach der Litzmannschen Einteilung kommt bei lebendem Kinde wieder nur der Kaiserschnitt in Frage, bei totem Kinde zerstückernde Operation. Hier ist eine prophylaktische Operation noch weniger am Platze. So große Verengungen sind auch in der Klinik Seltenheiten, der praktische Arzt soll solche Fälle der Klinik überweisen.

Für den Praktiker ist die zweite Gruppe von viel größerem Interesse, nämlich jene, wo die Geburt in 70 bis 80% der Fälle spontan verlaufen kann.

Einst dominierten die prophylaktischen Verfahren: die künstliche Frühgeburt, die Wendung nach Schröder, beide dienten nur wenig den Interessen des Kindes. Wenig Erfolge hatte auch die Prochowniksche Diät. Heute bei der Vervollkommenung der chirurgischen Verfahren ist bei der Leitung der Geburt mit engem Becken der Konservatismus zur Geltung gekommen; man geht exspektativ vor und greift nur ein, wenn die Geburt stockt, und zwar bei Wehenschwäche mit chemischen Mitteln (Chinin, vorsichtige Anwendung von Hypophysenpräparaten) ferner Anwendung der Hofmeisterischen Impression, der Kiellanderschen Expression, der Zange, der hohen Zange; besonders wird die Kielland-Zange gelobt.

Zur Beseitigung des räumlichen Mißverhältnisses dient außer den erwähnten prophylaktischen Verfahren die Symphyseotomie, die Perforation. Endlich wird das Leben des Kindes am sichersten durch die verschiedenen Formen des Kaiserschnittes gewahrt; unter diesen ist die vorteilhafteste die in reinen Fällen ausgeführte *Sectio caesarea transperitonealis cervicalis*.

Wenn bei der Geburt mit engem Becken die Ruptur droht, so muß in der allgemeinen Praxis auch das lebende Kind perforiert werden, im Gebäuhause wird der chirurgische Eingriff gemacht. Wenn die Geburt wegen schwerer intrauteriner Infektion rasch beendet werden muß, so ist, abgesehen von seltenen Ausnahmefällen, auch im Gebäuhause nach der erfolglos angewendeten hohen Zange das ohnehin sterbende Kind zu perforieren. Eine Ausnahme kann vom sozialen Standpunkte aus eine 43- bis 44jährige Erstgebärende oder eine kinderlose Frau bilden, wo sich große Interessen an das lebende Kind knüpfen. In solchem Falle kann eventuell durch Anfertigung einer uteroabdominalen Fistel das Kind gerettet werden und kann auch die Gesundheit der Mutter erhofft werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4742.

Döderlein, G., Zangenoperation am hochstehenden Kopf in der häuslichen Geburtshilfe. (Zbl. Gynäk., Nr. 44, 1929.) Die Berechtigung der Zangenoperation am noch hochstehenden Kopf in der häuslichen Geburtshilfe ist ein noch stark umstrittenes Gebiet.

Die Gefahren für die Mutter sind groß und die Lebensaussichten der Kinder gering. Doch vertritt Verfasser den Standpunkt, daß man das Risiko der hohen Zange im Privathaus eingehen soll, wenn die Indikationen für das Anlegen der Zange gegeben sind und wenn entsprechende Zeit nach dem Blasensprung das Kind in toto nicht mehr beweglich genug ist, um sich ohne größere Gefahr für die Mutter noch wenden zu lassen. Als Indikationen werden genannt: Geburtsdauer über 48 Stunden, unbeeinflussbares, ascendierendes Fieber, Eklampsie oder hochgradiger Eklampsismus und drohende Uterusruptur bei engem Becken; Indikationen von seiten des Kindes: starkes Schwanken der Herztöne mit Mekoniumabgang und Nabelschnurvorfal. Jedenfalls sollte man, ehe man sich zur Perforation des noch lebenden Kindes bei hochstehendem Kopf entschließt, den Versuch wagen, selbst den über dem Becken stehenden Kopf in der häuslichen Geburtshilfe mittels Zange zu entwickeln. Doch sollte sich an diese Operation nur derjenige Geburtshelfer heranwagen, der genügend ausgebildet und geübt ist. Der praktische Arzt, der „auch Geburtshilfe“ treibt, belastet sich und seine Klientel besser nicht mit solchen gewagten Eingriffen.

Schwab, Hamburg.

4743.

Brouha, M., Ein Fall von geplatzter Tubargravidität: wann und wie sollen wir operieren? (Brux. Méd., Nr. 44, 1929.) Leider fehlt uns klinisch jedes objektive Kriterium für die Beurteilung der Schwere einer Tubenruptur. Meist verlassen wir uns auf persönliche Impressionen und richten danach unser Handeln. Die Anwendung von Bluttransfusionen hat dazu geführt, chirurgischen Uebereifer einzudämmen. In der Mehrzahl der Fälle in der Praxis, die von mittlerer Schwere sind, bleibt die Dringlichkeit des sofortigen Eingriffs nach Diagnosestellung bestehen.

In den seltenen Fällen, wo das klinische Bild die Befürchtung nahelegt, die Operation könne die Rolle des Wassertropfens spielen, der das Gefäß zum Ueberlaufen bringt, sieht sich Verfasser mehr und mehr versucht — wenigstens eine Zeitlang —, abwartende Haltung einzunehmen, allerdings unter Zuhilfenahme einer Bluttransfusion von 500 ccm, einer Eisbeutelapplikation auf den Leib und kleiner Morphiummengen, kombiniert mit Exzitantien.

Held.

4744.

Krukenberg, Heinz, Zur Therapie der Placenta praevia. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 41.) 150 Fälle von Placenta praevia kamen in einem Zeitraum von 10 Jahren zur Behandlung; davon starben — von der Behandlungsmethode ganz abgesehen — im ganzen 9 Mütter = 6% und 86 Kinder = 57%.

Zum Vergleich werden folgende Zahlen angeführt: Nach v. Mikulicz-Radecki beträgt die mütterliche Gesamtsterblichkeit 9,5%, die kindliche 61%. Wagner, Karlsruhe, gibt die Kindersterblichkeit mit 52,9% an. Nach Füh ist die Gesamtsterblichkeit der Mütter für alle Behandlungsarten 14%, kindliche Mortalität 39,8%. Dies sind nackte Zahlen! Sie werden bedeutend besser, wenn man bedenkt, daß manche Frauen fast ausgeblutet oder schwer infiziert in die Behandlung kommen. Mancher Todesfall wäre zu vermeiden gewesen, wenn sofort Krankenhausbehandlung eingesetzt hätte. Es kommt nicht auf die Art der Behandlung an, sondern es muß sofort nach der ersten Blutung aktiv eingegriffen werden.

Die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks ist die früher allgemein ausgeübte Methode; mit der nicht nur der Kliniker, sondern auch der Praktiker vertraut sein muß. Das mütterliche Leben ist hierbei ziemlich sichergestellt, vorausgesetzt daß die Frau nicht fast ausgeblutet zur Behandlung kommt oder sonst irgendwie schwer geschädigt ist. Die kombinierte Wendung muß außerdem lege artis ausgeführt werden; wenn das Knie des heruntergeholtten Fußes vor der Vulva erscheint, hat jeder stärkere Zug zu unterbleiben. Eine zu frühe Extraktion würde die Gefahr eines Zervixrisses mit sich bringen, wodurch die Mutter in schwerste Gefahr kommen kann. Bei dem vom Verfasser beobachteten Material betrug die mütterliche Mortalität 3,4% (ungereinigt) und 0% (gereinigt).

In viel größerer Gefahr ist bei der kombinierten Wendung das Kind; etwa 80% der Kinder sterben ab. Damit muß man rechnen. Das mütterliche Leben steht aber über dem des noch nicht geborenen, vielleicht auch nicht lebensfähigen Kindes. In der allgemeinen Praxis soll nach Ansicht des Verfassers, wenn sonst keine andere Methode angewandt werden kann, bei Placenta praevia möglichst bald die kombinierte Wendung vorgenommen werden.

Der Kaiserschnitt ist nur klinisch auszuführen; dabei darf nicht außer acht gelassen werden, daß es sich um eine Laparotomie handelt, die viel größere Gefahren für die Mutter mit sich bringt als die kombinierte Wendung. Die mütterliche Mortalität beträgt dabei nach dem untersuchten Material ungereinigt 16,6%, gereinigt 5,5%, wobei zu berücksichtigen ist, daß diese Fälle außerhalb der Klinik bereits untersucht oder tamponiert und zum Teil

infiziert eingeliefert worden sind. Bei „reinen“ Fällen trat kein Todesfall ein.

Das Leben des Kindes ist meistens so gut wie sichergestellt. Aus alledem ergibt sich die nachdrückliche Forderung: Jede Frau mit Placenta-praevia-Blutung gehört ohne innere Untersuchung sofort in die Klinik, damit die Sectio unter günstigen Bedingungen durchgeführt werden kann. Ist es für den Kaiserschnitt zu spät oder sprechen andere Gründe gegen eine Sectio, kommt die kombinierte Wendung als Therapie der Placenta praevia, besonders in der Allgemeinpraxis, ernstlich in Frage.

Die Tamponade ist möglichst nicht auszuführen, sie ist höchstens als Notverfahren für die Fälle beizubehalten, die bei starker Blutung transportiert werden müssen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4745.

Kickham, C. J., Behandlung der puerperalen Sepsis. (New England J. Med., 201., Heft 10.) Bei der Behandlung der puerperalen Sepsis muß man sich klar sein, daß die ätiologischen Faktoren in jedem Falle außerordentlich variieren. Es gibt kein spezifisches Heilmittel. Die Chemotherapie: Silber-, As-Salze, Hg- und Farbpräparate sind von geringem allgemeinem Wert, obgleich sie manchmal in Frage kommen. Sera und Vakzine sind noch im Experimentalstadium und ohne bestimmten Wert, aber immerhin manchmal eines Versuches wert. Bluttransfusionen oder Injektionen sind von Erfolg, wenn sie früh und oft gegeben werden. Nach dem heutigen Stande kommt eine allgemeine tonische Behandlung mit Sonnenlicht, guter sorgfältiger Ernährung in Verbindung mit einer spezifischen Behandlung in jedem einzelnen Falle in Betracht. Am besten Präventivbehandlung vom Anfang der Schwangerschaft an.

v. Schnizer.

4746.

Reuß, A., Ueber Prognose und Therapie der Geburtsverletzungen, insbesondere der intrakraniellen. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 30/31.) (Kinderabt. des Kaiser-Franz-Josef-Spitals in Wien.) In übersichtlicher und klarer Form bespricht Prof. Reuß die an den verschiedenen Organen vorkommenden Geburtsverletzungen und deren praktische Bedeutung. Besonders ausführlich behandelt er die intrakraniellen Verletzungen, die verschiedenen Formen derselben vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt und erörtert ihre Bedeutung für die Frühsterblichkeit der Säuglinge und ihre Beziehungen zu zerebralen Störungen des späteren Lebens.

Maslowsky.

4747.

Sunde, A., Inversio uteri puerperalis. (Norsk Mag. for Laegevid., Nr. 10, 1929.) 5 Fälle gewaltsamer Inversionen des Uterus werden beschrieben. Die Hebamme hatte bei der Entbindung von außen gedrückt und an der Nabelschnur stark gezogen; auch die Bauchpresse wirkte in einem Falle mit. In 2 Fällen konnte die fundale Insertion der Plazenta sicher gestellt werden; gerade bei dieser ist das Ziehen an der Nabelschnur besonders gefährlich. Dasselbe sollte überhaupt unterbleiben. In 2 Fällen bestand ein gefahrdrohender Schock, bei allen traten starke Blutungen auf. In 3 Fällen lag kein Schock vor. In 3 Fällen bestand die Behandlung in manueller Reposition und zwar sofort, in 4 Stunden und in 2 Tagen. Es handelt sich dabei nicht um eine Re-Inversion, sondern um eine Reposition oder Taxis. Die 2 chronischen Fälle wurden 3 Monate der eine und 10 Jahre der andere nach der Inversion operiert, der eine durch Hysterotomia, der andere nach der Methode Bordius-Westermarck, welches das einfachste und beste Verfahren ist. Alle 5 wurden gesund, nur 2 litten nachher an unbestimmten Unterleibsbeschwerden. Eine hatte wieder normale Entbindungen, zwei blieben steril, eine befindet sich im Klimakterium.

S. Kalischer.

4748.

Findley, Palmer, Akute puerperale Inversion des Uterus. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Der Verfasser beschreibt 3 Fälle von akuter puerperaler Inversion. Bei dem ersten wurde im Schock eine vaginale Uterusamputation vorgenommen, nachdem Repositions- und Blutstillungsversuche fehlgeschlagen waren. Die Patientin starb nach einigen Stunden. Die zweite Patientin kam am zwölften Tage des Wochenbetts mit einem invertierten Uterus in Behandlung. Der Fundus war bereits teilweise gangränös. Er wurde amputiert, und es trat Genesung ein. Beim dritten Falle waren ebenfalls die Repositionsversuche erfolglos. Es wurde im Schock ohne Narkose oder Anästhesie des Uterus amputiert. Der Puls der Patientin gewann seine Stärke unmittelbar nach Entfernung des Uterus wieder. Die Frau genas.

Der Mechanismus der Inversion ist so zu erklären, daß ein gewisser atonischer Bezirk sich ins Lumen hineinsenkt und dann durch Kontraktionen der übrigen Muskulatur oder durch Druck von oben oder Zug von unten gänzlich eingestülpt und ausgetrieben

wird. Die Zervix umschließt oft krampfhaft das invertierte Korpus und macht so die Reposition unmöglich. Die Mortalität beträgt 14 bis 25%. Die Mortalität ist höher, wenn die Reposition während des Schocks und der Ausblutung vorgenommen wird, während sie nur 5% beträgt, wenn erst Schock und Blutung beseitigt werden und dann die Reposition oder Operation vorgenommen wird. Bluttransfusion ist sehr wertvoll. Gelingt die Reposition nicht bald, soll man vaginal amputieren, da sonst die Gefahr der Sepsis groß ist. Es ist besser, den Uterus zu opfern als die Patientin.

Hans Hirsch, Köln.

4749.

Nahmacher, Hans, Zur Kohlenbehandlung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Die bisher mit der intrauterinen Kohlenbehandlung erzielten Erfolge erscheinen dem Verfasser ausreichend genug, diese Methode nicht nur den Klinikern, sondern auch den praktischen Gynäkologen aufs wärmste zu empfehlen.

Arnold Hirsch, Berlin.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

4750.

Lakos, Tibor Z., Der Einfluß der Bakterienflora in der Nase auf den Heilungsverlauf operativer Eingriffe. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) (Abtlg. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten des Marienhospitals, Stuttgart.) Verfasser hat gefunden, daß durch operative Eingriffe die Bakterienflora in der Nase nicht verändert wird. Treten postoperative Komplikationen auf, so sind sie bedingt durch die schon vor der Operation vorhandenen Bakterien. Es wurde eine Paralleltät zwischen dem Auftreten von Komplikationen und dem vergesellschafteten Vorhandensein von Kokken und plumpen Stäbchen beobachtet. Bei dieser Vergesellschaftung handelt es sich nach Tierversuchen um eine virulenzsteigernde Symbiose. Verfasser glaubt sich in der Lage, schon vor einer Nasenoperation auf Grund eines entsprechenden Bakterienbefundes eine postoperative Angina voraussagen zu können.

F. G. Katz, Berlin.

4751.

Wirth, E., Ueber die Bakterienflora der Mandeln. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopferkrankheiten Heidelberg.) Es wird die Art, Häufigkeit und Bedeutung der in den Mandeln vorkommenden Mikroorganismen an Hand der Literatur und eigener Untersuchungen besprochen und die Auffassung geäußert, daß die Tonsillen keine Immunisierungsorgane darstellen. Das Vorhandensein pathogener Keime in den Mandeln deutet stets darauf hin, daß sie krank sind. Daher liefert bei Patienten mit unklaren Allgemeinerkrankungen und makroskopisch normalen Tonsillen ein positiver bakteriologischer Tonsillenbefund die Indikation zur Tonsillektomie.

F. G. Katz, Berlin.

4752.

Unterberger, S., Ozaena- und gewöhnliche Schrumpfnasenbehandlung mit Spongiosaüberpflanzung aus dem Darmbeinkamm. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) (Univ.-Hals-, Nasen-, Ohrenklin. Graz.) Verfasser hat nach diesem Verfahren, welches eingehend beschrieben wird, 70 Fälle operiert, 31 Fälle nachgeprüft und hierbei in 27 Fällen (= 87%) ein zufriedenstellendes Ergebnis beobachtet.

F. G. Katz, Berlin.

4753.

Toback, A., Ueber das Vorkommen und die Entstehung neurogener Geschwülste im Bereiche der Nase. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. Göttingen.) Verfasser hat den seltenen Fall eines Glioms mit Sitz in der lateralen Nasenwand, der Kieferhöhle und den Siebbeinzellen der befallenen Seite beobachtet und gibt eine ausführliche Darstellung der Pathogenese dieses gutartigen Tumors.

F. G. Katz, Berlin.

4754.

Vernet, M., Neuritis des Ramus auricularis des Pneumogastrikus. (Paris méd., 19., Heft 36.) Dieser Nerv versorgt die hintere und untere Partie des äußeren Gehörganges, einen Teil der Concha und des Tympanums. Als Zeichen der meist einseitigen Reizung des Pneumogastrikus ist der Tussis auricularis schon lange bekannt. Es gibt aber dort alle Uebergänge zwischen Algie und Lähmung. Am häufigsten findet man mit dem Schmerz das Jucken. Es wird meist auf Rechnung eines Ekzems gesetzt, das in Wirklichkeit erst durch Kratzen entsteht. Man findet diesen Pruritus auricularis auch als Fernerscheinung bei gewissen spasmodischen Affektionen der Respirationswege, wie Kitzel des Segels oder Pharynx. Der Prurigo kann bis zum Schmerz gehen. Manche Kranken haben das Gefühl eines Fremdkörpers oder eines Stiches.

Das Fremdkörpergefühl hat man auch bei den pharyngealen Zweigen; hier verschwindet das Gefühl beim Durchgang einer Sonde beim Schlucken eines Bissens, während es sich bei leerem Schlucken verstärkt. Meist findet man bei diesen Fernerscheinungen lokal keine Entzündung usw. Ein Zeichen ist für diese Dysästhesien charakteristisch: Hypersekretion des Cerumens. Therapie: Allgemein, wie sie bei Erregung des Vagus und Sympathikus üblich ist und Instillation von Jaborandi ins Ohr, was auch beim spasmodischen Schnupfen Erfolg verspricht.

v. Schnitzer.

4755.

Kindler, W., Die Kolloidreaktionen, insbesondere die Takata-Arasche-Fuchsin-Sublimatprobe im Liquor cerebrospinalis und ihre praktische Verwertbarkeit in der Otorhinologie. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 4.) (Hals-, Nasen-, Ohrenklin., Graz.) Die oben bezeichnete Reaktion wurde in 284 Fällen ausprobiert. Sie ist eine einfache, schnell arbeitende Methode und ermöglicht die Unterscheidung zwischen normalem, häuschem und meningitischem Liquor. Die kolorimetrisch bestimmbare Stärke des Reaktionsausfalles erlaubt Rückschlüsse auf die vorhandene Gesamteiweißmenge.

F. G. Katz, Berlin.

Haut- u. Geschlechtskrankh., Urologie

4756.

Peck, Samuel M., Nachweis von Epidermophyton im Blut in einem Falle von primärer, exogener Fußmykose mit sekundärem, hämatogenem, dyshidrotischem Epidermophytid an den Händen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 41.) Es wird bewiesen, daß durch den hämatogenen Transport von lebenden Pilzelementen aus primären Fußmykosen an den Händen Epidermophytide von dyshidrotischem und squamösem Charakter entstehen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

4757.

Obermayer, M. E., Ueber Erythema exsudativum multiforme „Typus inversus“. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43a, 1929.) (Dermatol. Univ.-Klin. Graz.) Gewöhnlich befällt das Erythema exsudativum multiforme die Streckseiten der Extremitäten; ferner Lippen und Mundschleimhaut, Stirn und Augenbindehaut, selten Stamm, Oberschenkel, Genitalien, am seltensten die Hohlhände. Es gibt aber einen anscheinend wenig bekannten Typus, bei dem gerade umgekehrt die Beugeseite und daneben in auffallender Weise Mund- und Genitalschleimhaut befallen sind. In einem derartigen Falle bestanden neben spärlichen Erscheinungen an den sonstigen Prädispositionsstellen reichliche blasige Effloreszenzen an den Handflächen, Schwellungen und Rötungen an Lippen und Mundschleimhaut, starke phimotische Schwellung des Präputiums mit zahlreichen flachen Erosionen an Glans und innerem Präputialblat und dünnflüssiger serös-eitriger Sekretion. Das Auftreten ähnlicher Erscheinungen bei einem Rezidiv zeigt, daß es sich tatsächlich um einen besonderen Typus handelt.

Ernst Levin, Berlin.

4758.

Wohlstein, E., und L. Schmidt, Ueber ein fixes Erythem. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 44, 1929.) Im Anschluß an psychische und physische Anstrengungen intensiver Art trat seit mehreren Jahren stets an derselben Stelle ein kreisrunder, im Durchmesser 6 cm messender, flacher, anämischer Fleck mit einigen linsengroßen, leicht elevierten Flecken am Rande auf, der von einem bräunlich-roten, deutlich erhabenen, 3 cm breiten Saum umgeben war. Der Umfang war in den ersten Jahren der Erkrankung ein größerer. Der Patient leidet außerdem an Heufieber und Fischdiösyndrom; es besteht also eine ausgesprochene anaphylaktische Einstellung. Zur Erklärung des Erythems muß eine im Organismus anwesende chemische Gleichgewichtsstörung angenommen werden.

Ernst Levin, Berlin.

4759.

Rummert, O., Ein Beitrag zur Kenntnis des Scleroedema adultorum. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43a, 1929.) (Dermat. Univ.-Klin. Göttingen.) Das Scleroedema adultorum ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung; in einem Zeitraume von 29 Jahren sind nur 35 Fälle beschrieben worden. Charakteristisch für die Erkrankung ist eine Hautverhärtung in den tieferen Schichten der Kutis, die auch auf die Subkutis übergreifen kann und die sich schnell und diffus auf größere Gebiete ausbreitet. Sie beginnt häufig am Nacken, bedingt Behinderung von Bewegungen (Maskengesicht, Panzergefühl, Schluckstörungen, Zungenbewegungsstörungen); das Allgemeinbefinden ist wenig beeinträchtigt. In dem harten Oedem bleiben auf Druck keine Dellen bestehen. Der Beginn schließt sich häufig an akute Infektionskrankheiten an. Ein spezifisches histologisches Bild konnte noch nicht festgestellt

werden; fast regelmäßig fanden sich Zellansammlungen in der Umgebung der Gefäße, in denen einige Male auffallend viele Mastzellen nachweisbar waren. Freies Oedem zwischen den Zellen fand sich niemals. Pathogenetisch dürfte die Erkrankung als eine mittelbar durch eine Infektion oder eine andere eingreifende Erkrankung ausgelöste Schädigung der nervösen Gebilde der Haut aufzufassen sein, die dann eine Veränderung in den bindegewebigen, elastischen und vaskulären Elementen der Haut setzt. In bisweilen längerer Zeit erfolgt fast stets Rückgang der Erscheinungen, ohne daß sekundäre Veränderungen zurückbleiben. Therapeutisch kommt Wärme in Verbindung mit Bädern und Massage, ferner Thio-sinamin (Fibrolysin) in Betracht. Differentialdiagnostisch ist die Krankheit von sonstigen Oedemen, Myxödem, Dermatomyositis, Sklerema, Derkumscher Erkrankung, diffuser Sklerodermie zu trennen.

4760.

v. Leszczyński, R., Das Symptom von Chvostek bei der Psoriasis vulgaris. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43, 1929.) (Frauenabt. für Haut- und Geschlechtskrk. des Allg. Krkh. in Lemberg.) Es war schon früher die Ansicht ausgesprochen worden, daß die Psoriasis der Ausdruck einer kongenitalen Minderwertigkeit des oberen (Hals-, Kopf-) Blutdrüsen-systems ist, daß Hypofunktion von Thyreoidea, Thymus und Hypophyse eine Rolle spielen und eine Anregung dieser Drüsen sowie eine Reizung der vikariierenden Drüsen oder Zufuhr fremder Hormone die Psoriasis beseitigen kann. Doch scheint auch die Parathyreoidea beteiligt zu sein; dafür spricht das häufige Vorkommen des Chvostek'schen Phänomens bei Psoriatikern, das hier dreimal so oft beobachtet wurde wie bei anderen nicht psoriatischen Kranken. Meist handelte es sich hierbei um hartnäckige Eruptionen mit Neigung zu Rückfällen und Exazerbationen sowie exsudative Formen.

Ernst Levin, Berlin.

4761.

Lickint, F., Ueber Hautschädigungen durch Tabak und Tabakrauchen. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43a, 1929.) (Inn. Abt. Staatl. Krankenstift Zwickau.) Die Haut vermag Nikotin zu resorbieren (durch die Epidermis selbst, die Talg- und Schweißdrüsen), ob sie Nikotin auch ausscheiden kann, ist noch fraglich; sie scheint eine gewisse entgiftende Wirkung zu besitzen. Spezielle Schädigungen der Haut entstehen direkt (perkutan) in Form der Raucherfinger, Verbrennungen, Ekzeme; durch Tabaksaft bzw. -teer können atypische Epithelwucherungen hervorgerufen werden; Erzeugung echter Karzinome ist nicht gelungen. Indirekt (pulmonal oder enteral) entstehen Erkrankungen der Haut durch Störungen der Gefäßversorgung; sie zeigen sich in Form von allmählich zunehmender Gelbfärbung der Haut, besonders im Gesicht, als Erythromelalgie. Ferner kommen allergische Reaktionen vor (Erythem, Urtikaria, Quinckesches Oedem, Pruritus); schließlich scheinen infektiöse Prozesse der Haut durch Tabak gefördert und unterhalten zu werden.

Ernst Levin, Berlin.

4762.

Lehner, E., und E. Rajka, Nachweis der Jodempfindlichkeit bei der Dermatitis herpetiformis durch passive Uebertragungsversuche. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43, 1929.) (Abt. f. Hautkrk. d. Graf-Albert-Apponyi-Poliklinik in Budapest.) Bei der Dermatitis herpetiformis besteht Jodüberempfindlichkeit, indem bei interner Verabfolgung von Jodkali neue Bläschen und auch ödematös-erythematöse Herde auftreten, bei Auflegen von 10–50prozentigem Jodkalivaseline eine entzündliche Reaktion, hingegen auf normaler Haut höchstens eine geringe Hyperämie entsteht. Die Sensibilisierung geschieht so, daß sich in den entsprechenden Zellen selbständige spezifische Reagine bilden, die von hier aus in den Blutstrom gelangen. Der Nachweis dieser Reagine konnte durch passive Uebertragung erbracht werden, und zwar trat auf einem Kaninchenohr, das nach Injektion von Blaseninhalt von Dermatitis herpetiformis mit Jodkalivaseline behandelt wurde, eine viel intensivere Entzündung auf als auf dem Kontrollohr, an dem Normalserum eingespritzt worden war. Auch bei normalen Personen, bei denen an der einen Rückenseite Blaseninhalt von Dermatitis herpetiformis, an der anderen Inhalt einer Erfrierungsblase und in die Quaddeln dann 0,25 ccm einer 1prozentigen Jodkali-lösung gespritzt wurde, war auf der sensiblen Seite die Entzündungsreaktion eine stärkere. Dabei handelt es sich regelmäßig nicht um Sofort-, sondern um Spätreaktionen. Der Nachweis der Reagine kann damit als erbracht betrachtet werden.

Ernst Levin, Berlin.

4763.

Bommer, Sigwald, Ueber sichtbare Fluoreszenz beim Menschen. (Acta dermato-ven., 10., Fasc. 4.) Zum ersten Male wird die Fähigkeit ultravioletter Strahlen benutzt, bestimmte Substanzen zum Aufleuchten — also zur Fluoreszenz zu bringen. Die

Strahlen der Höhensonne bzw. der Kromeyerlampe wurden hierzu durch ein Dunkelglasfilter zum größten Teil ihres sichtbaren Lichtes befreit; dabei fand sich, daß die bestrahlte Hornschicht phosphoreszierte, und zwar proportional stark nach ihrem Wassergehalt. Die Fluoreszenz zeigte sich in zwei verschiedenen Farben: gelb bis blauweiß und rot. Durch die Fluoreszenz wurden Unregelmäßigkeiten in der Pigmentierung deutlicher als bei Tageslicht, und man konnte erkennen, daß Leukoderma weit häufiger ist, als man bisher annahm, ferner daß abgeheilte Ekzeme, umschriebene Höhensonnenbestrahlungen usw. noch nach Jahren Pigmentverschiebungen hinterlassen. Weiterhin zeigte es sich, daß fast alle Gesichter unserer Rasse Sommersprossen haben, daß aber die Pigmentflecke der Rothaarigen nach Farbe, Aussaat und Lokalisation einen besonderen Typ darstellen, der für die Erblichkeitsforschung von erheblicher Wichtigkeit sein kann. Schließlich werden durch die Fluoreszenz latente Ekzemherde aufgedeckt und die Differentialdiagnose der verschiedenen Pilzkrankungen der Haut erleichtert, da die verschiedenen Pilzarten verschieden fluoreszieren.

Bab.

4764.

Smith, Ferguson, Eine einfache Methode zur Behandlung beginnender Basalzellenepitheliome. (Urologic Rev., 29., Nr. 9.) Bei Hautepitheliomen führt die Kompression mit CO₂-Schnee 60 Sek. lang auf das Ulkus in 91% seiner 116 Fälle zur völligen Heilung. In den restlichen 9% konnte diese durch eine zwei ebenso lange Behandlung erreicht werden. Die Methode gibt ausgezeichnete Narben und ist auch an den diffizilsten Stellen, wie Augenwinkel, Stirn, anwendbar.

Bab.

4765.

Görl und Leonhard Voigt, Die Verwendung der Kuhpockenlymphe in der Hauttherapie. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrgang, Nr. 40.) Die Impfung mit Kuhpockenlymphe hat sich als ein wertvolles Mittel in der Behandlung von Hautkrankheiten erwiesen.

Der Anwendung der Kuhpockenlymphe als Heilfaktor liegt die hypothetische Annahme zugrunde, daß die bläschenbildenden Dermatosen (Pemphigus, Herpes zoster, Herpes der verschiedensten Formen, vielleicht auch Impetigo) durch einen Krankheitsstoff hervorgerufen werden, welcher dem Variolagift verwandt ist. Die Kuhpockenlymphe wirkt hier also als Gruppenantigen.

Ausgezeichnet reagieren die meisten Fällen von Pemphigus. Fälle von Sepsis unter dem klinischen Bilde des Pemphigus sind vom reinen Pemphigus zu sondern.

Auffallend ist der rasche Verlust des Impfschutzes beim Pemphigus in der Weise, daß auch bei in kurzen Intervallen wiederholten Impfungen eine schöne Impfreaktion entsteht. Der Körper ist nicht imstande, für längere Zeit Gegengifte zu bilden. Auch die vorübergehende Bildung tritt verzögert ein, wie sich aus dem Auftreten einer generalisierten Vakzine in einem Drittel der beschriebenen Fälle ergibt.

In einem Falle von schwerem Pemphigus des Auges hat sich die lokale Applikation von Koktoimmunogen bewährt.

Herpes zoster wird in der Weise günstig beeinflusst, daß keine weitere Ausbreitung der Krankheitsherde auftritt, die Bläschen rasch eintrocknen und die subjektiven Beschwerden, vor allem die neuralgischen Schmerzen rasch verschwinden oder überhaupt ausbleiben. Auffällig ist hier die häufig sehr starke Impfreaktion.

Unsicher sind die Ergebnisse bei Dermatitis herpetiformis Duhring, fehlend bei Akne. Erythema exsudativum multiforme bullosum wurde nur vorübergehend günstig beeinflusst.

Der rezidivierende Herpes wird in der Weise gebessert, daß die Anfälle seltener werden und nicht mehr so stark zum Ausbruch kommen. Häufig sind auch hier wiederholte Impfungen notwendig, da der Impfschutz manchmal rasch wieder schwindet. Besonders gute Erfolge erzielt man bei Herpes progenitalis und menstrualis.

Arnold Hirsch, Berlin.

4766.

Buschke, A., R. Ledermann und L. Löwenstein, Beitrag zur Epidemiologie des Ulcus molle. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 43a.) (Dermatol. Klinik Dr. Ledermann und Dermatol. Abt. Rudolf-Virchow-Krk., Berlin.) In der zweiten Hälfte des Jahres 1928 ist an verschiedenen Stellen eine augenscheinlich plötzliche Zunahme der Ulcus-molle-Erkrankungen beobachtet worden, die zu einer Umfrage Anlaß gab. Die eingegangenen Zahlen geben in verschiedenen Teilen Deutschlands sehr abweichende Ergebnisse, mehrfach wird eine Zunahme entschieden abgelehnt. Die stärkste Vermehrung ist in Berlin zu verzeichnen, und zwar bei Männern im vierten, bei Frauen im dritten Quartal 1928. Ganz besonders auffallend ist die Zunahme der Bubonen, die relativ die des Ulcus molle noch übertrifft. Man kann danach an eine stärkere Virulenz der Streptobazillen denken, eine bessere Erfassung infolge des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten spricht dabei nicht mit.

Ernst Levin, Berlin.

6767.

Heckel, B. Edward, **Conjunctivitis gonorrhoeica purulenta** (Behandlung mit eisgekühlter physiologischer Kochsalzlösung). (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 19, 1929.) Zur Behandlung der Conjunctivitis gonorrhoeica benützt Verfasser seit einer Reihe von Jahren ausschließlich eisgekühlte physiologische Kochsalzlösung, durch deren Temperatur die Gonokokken augenblicklich abgetötet werden. Physiologische Kochsalzlösung wird deshalb benützt, weil sie die Konjunktiva weniger irritiert als destilliertes Wasser. Zu einem viertel Liter Wasser werden etwa 12 Stück Eis, etwa von der Größe eines Hühnereis, hinzugefügt. Der Patient wird in liegende Stellung gebracht und die Lider durch Ausdrücken eines in eisgekühlte Kochsalzlösung getauchten Wattebauschs oder Gazestreifens abgespült. Wenige Minuten nach der Spülung mit der eisgekühlten Lösung geht die ballonartige Schwellung der Oberlider zurück und beginnt Runzelung zu zeigen. Das Zurückziehen der Lider gelingt dann leicht, und die Spülung der Konjunktiva, wie vorhin beschrieben, wird nun fortgesetzt. Die Spülungen werden in sechsstündigen Intervallen vorgenommen, in der Zwischenzeit werden eisgekühlte Bauschen aufgelegt. L. Büchler, Wien.

4768.

Rueto, **Skrofuloderm oder Lues gummosa?** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 40.) Die syphilitischen Gummien können überall auftreten; da sie sehr häufig Stirn, Lippen, behaarten Kopf und den Hals befallen, führen sie, wie im beschriebenen Falle, zur Verwechslung mit den Skrofuloderm, auch Tuberculosis colliquativa genannt. Um sicher zu gehen, achte man darauf, daß der syphilitische Prozeß viel schneller vor sich geht als der tuberkulöse. Während sich die syphilitischen Prozesse in 2 bis 6 Wochen entwickeln, braucht die Tuberkulose ebenso viele Monate dazu. Die Haut über den tuberkulösen Herden ist so gut wie immer livide gefärbt, beim syphilitischen Gumma braucht sie es nicht zu sein. Das ulzerierte Skrofuloderm weist vielgezackte und unterminierte, häufig von Fisteln durchbrochene Ränder auf, wohingegen das Ulcus des syphilitischen Gumma rund ist und es auch bleibt. Die Ränder sind im Gegensatz zur Tuberkulose dünn, leicht gerötet und steil. Das Geschwür ist wie mit einem hohlen, scharfen Instrumente ausgehöhlt. Der Grund ist uneben und häufig mit einer weißlich-gelben, zähen Masse bedeckt, die sich in Form eines fadenziehenden, gelblichen, leicht getrübbten Sekretes nach außen entleert.

Ist die WaR. positiv, so ist die Diagnose schnell gesichert. Fällt sie aber negativ aus, so spricht das nicht unbedingt gegen eine Syphilis. Genügen die angegebenen klinischen Merkmale zur Klärung nicht, so tut man gut, bevor man eine Tuberkulose annimmt und womöglich eine langwierige Höheninsonnenbehandlung beginnt, die Syphilis sicher auszuschließen. Dies geschieht am besten durch einige Injektionen Salvarsan, die schnell zur Klärung beitragen. Man kann das mit ruhigem Gewissen tun, denn das Salvarsan übt eine roborieerende Wirkung auf den Körper aus. Will man diese Injektionen jedoch nicht anwenden, so können Jodkaligaben ebenfalls zur Klärung beitragen, nur dauert der Erfolg dann etwas länger.

Arnold Hirsch, Berlin.

4769.

Mensi, Enrico, **Die Syphilis congenita.** (Clin. ed. igien. infant., 4. Jahrg., 1929.) (Spital Koelliker, Turin.) Ausführlicher Bericht über 208 Fälle, dessen Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen. 11% der Spitalskinder, 23% aller unehelichen Geburten waren luetisch, ein für unsere Begriffe sehr hoher Hundertsatz. Für die Diagnose sind mit Nutzen zu verwenden: das Vorhandensein retromastoidaler, subokzipitaler und kubitaler Drüsen, eine hypochrome Anämie mit Monozytose, Erhöhung des refraktometrischen Index im Serum, Veränderungen im Liquor. Uebrigens fand Verfasser nur selten wesentliche Veränderungen desselben. Er konnte ferner keinen Zusammenhang zwischen Liquorbefund und psychischen Schädigungen feststellen, hält diese daher für endokrin bedingt (luetische Keimverschlechterung). Nervöse Formen der Lues fanden sich unter 108 Kindern 15mal (hauptsächlich spastische Formen). Die Diagnose wird gesichert durch die Wassermannsche oder Meinicke'sche Reaktion oder durch Spirochätennachweis. Einmal gelang es, die negative Wassermannsche Reaktion durch provokatorische Injektionen positiv zu machen. Gegenüber den von Marian beschriebenen „Wahrscheinlichkeitssymptomen der Lues (Rachitis, Ekzem, Urtikaria, Pylorospasmus usw.)“ verhält sich die deutsche Schule wesentlich skeptischer als der Verfasser. Tezner, Wien.

4770.

Piana, Andrea, **Eine seltene Form der Tetraplegie bei einem Kind mit Lues der dritten Generation.** (Clin. ed. igien. infant., 4. Jahrg., 1929.) (Institut f. Puerikultur der Universität Sassari.) Plötzlich aufgetretene Tetraplegie bei einem dreijährigen Kind.

Der hämorrhagische Liquor deckte eine Hirnblutung als Ursache der Lähmung auf. Positive Wassermannreaktion im Blut erschloß die Aetiologie. Spezifische Behandlung führte zu völliger Heilung. Da der Wassermann beider Eltern negativ war, jener der Großmutter mütterlicherseits, die auch mehrere Abortus mitgemacht hatte, positiv, lag nach Ansicht des Verfassers eine Lues der dritten Generation vor.

Tezner, Wien.

4771.

Batunin, M. P., **Ueber die Wirkung der antisiphilitischen Behandlung auf den Verlauf der Menses.** (Kasan. med. Z., 25. Heft 3, 1929.) (Staatliches dermatologisches Krankenhaus, Kasan.) Die Ergebnisse, die an 272 antisiphilitisch behandelten Frauen gewonnen wurden, zeigen, daß Hg, Bismut, Natr. bzw. Kal. jodat. und Salvarsan sowie deren Kombinationen weder bei Frauen mit gesunden Geschlechtsorganen noch bei solchen mit verschiedenen Erkrankungen des Genitaltrakts (wie Metro-Endometritis, Salpingo-Oophoritis, Infantilisimus und dergleichen) wesentliche Veränderungen im Mensesverlauf hervorrufen, was die Anwendung dieser Mittel auch während der menstruellen Periode rechtfertigt. Dagegen ist die Behandlung mit Stovarsol bei Syphilispatientinnen mit nichtsyphilitischen Erkrankungen im Bereich der Genitalsphäre mit großer Vorsicht durchzuführen, da dieses Mittel hier zur Verspätung der Regel und deren schmerzhaftem Verlauf führen kann. Ebenso ungünstig wirkt die Rekurrensbehandlung der Syphilis auf die Menstruation.

E. Kontorowitsch.

4772.

McCord, **Bericht über 200 Autopsien an syphilitischen Feten.** (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Syphilis wird auf das Kind nur auf dem Wege über die Placenta übertragen. Die Veränderungen der langen Knochen, wie sie das Röntgenbild zeigt, sind pathognomonisch für fetale Syphilis. Die Syphilisorganismen färben sich — nach der Levaditimethode — in einer gewissen Zahl von Fällen nicht, wahrscheinlich in 12 bis 15%. Eine reife Plazenta mit dem histologischen Bild der Syphilis ist selten ohne andere positive Befunde vorhanden. Auch nur mäßige antisiphilitische Behandlung während der Schwangerschaft rettet die Mehrzahl der Kinder. Milde Arsen- und Quecksilberbehandlung hat keine ungünstigen Folgen für die schwangeren Frauen.

Hans Hirsch, Köln.

4773.

Lomhold, Svend: **Einige Bemerkungen über die Wahl der Präparate und der Dosen bei der Salvarsan- und Wismutbehandlung der Syphilis.** (Ug. f. Laeg., Nr. 42, 1929.) 161 Fälle frischer Syphilis wurden ambulant behandelt mit intravenösen Neo-salvarsan- und intramuskulären Injektionen einer wäßrigen Auflösung von Wismut-Oxychlorid. In 9 Fällen wurde die Kur vorzeitig abgebrochen. Bei den 152 Fällen, die im Jahre 1928 nachuntersucht wurden, fanden sich keine sicheren klinischen Rezidive. Bei 9 Frauen mit Gravidität trat normale Entbindung von gesunden Kindern ein. Serologisch zeigten 143 einen negativen Wassermann, 4 einen zweifelhaften und 5 eine schwach positive Reaktion. Wismut-Oxychlorid wurde in 10% wäßriger Lösung angewandt als intramuskuläre Injektion, die wohl etwas schmerzhafter ist als die ölige Lösung, aber besser resorbiert wird, schneller und regelmäßiger; auch werden resorptive Vergiftungen dabei vermieden. Bei Versuchen an Meerschweinchen zeigte es sich, daß Wismut in kleinen Mengen diffus im Gewebe sich lagern kann ohne eigentliche Depots; aber diese Mengen sind gering. Die Injektionen wurden in einem Zwischenraum von 5 bis 7 Tagen in Serien zu 8 bis 10 Injektionen mit Dosen von 2 ccm (20 cg). Neben den 6 Wismutinjektionsserien wurden 3 Serien von Neo-salvarsaninjektionen durchschnittlich für eine Kur verwendet. Diese Serien können auch gleichzeitig (Wismut und Salvarsan) ohne Nachteil verabreicht werden. In 7 Fällen (von 20 000 Injektionen) traten arterielle Infarkte bei den Wismutinjektionen auf. Dieselben lassen sich bei vorsichtiger Injektion aber vermeiden.

S. Kalischer.

4774.

Schmidt, A., **Ueber Autonephrektomie der Nierentuberkulose.** (Z. Urol., 23., Heft 10.) In einer Reihe von Nierentuberkulosen ist eine „Spontanheilung“ beobachtet worden, d. h. die erkrankte Niere schloß sich ab und entleerte keinen Urin mehr. Autopsische Untersuchungen ergaben jedoch, daß hier keine Ausheilung erfolgt war, sondern nur ein Abschluß der Niere mit völligem Untergang des Parenchyms. Die Frage, ob man derartige Nieren entfernen soll, beantwortet Verfasser bejahend. Dieser große tuberkulöse Herd wirkt toxisch auf den Gesamtorganismus. Bericht über eigene Beobachtung, allerdings mit unglücklichem Ausgang.

E. Lehmann, Breslau.

4775.

Peirson, E. L., J. Dellinger Barney, Endresultate von Operationen für Nephroptosis und abberrierende Nierengefäße. (New England J. M., 201., Nr. 12.) (Urolog. Departement, Massachusetts Gener. Hospital.) Es handelt sich um 58 Fälle von Nephropexie und 6 von abberrierenden Gefäßen in 10 Jahren. Bei Frauen mehr als bei Männern, mehr rechts als links, gibt es Fälle ohne Symptome und ohne Behandlung. Kongenitale Insuffizienz des Stützapparates und langdauernder Gewichtsverlust, allgemeine Ptosis, schlechte Haltung, Trauma, Schwangerschaft sind die Ursachen. Symptome: dieselben wie bei Steinen mit intermittierender Hydronephrosis, gewöhnlich bei jungen Erwachsenen, Schmerzen im Kostovertebräwinkel, ausstrahlend ins Abdomen. Oft anfallsweise heftig einige Stunden lang, aber auch dumpf, stetig. Besserung durch bestimmte Lage, seltener durch reichliches Urinlassen. Bei etwa 50% verschiedene Urinsymptome, manchmal Hämaturie oder Pyurie. Gewichtsverlust, gastrische Störungen. Erst wenn alle anderen Ursachen ausgeschlossen sind, Zystoskopie und ein Pyelogramm aufgenommen, kann die Niere verantwortlich gemacht werden. Letzteres in aufrechter Stellung. Die Symptome kommen durch die Knickung des Ureters und die mangelnde Nierendränge und den intrapelvischen Druck dadurch zustande. Nicht jeder Knick verursacht Dilatation des Beckens; sicherstes Zeichen, wenn sich das Becken in der normalen Zeit — 9 Minuten — leert. Persistenz von Pyelitis in etwa 30% durch Ureterknickung oder Ptosis; wenn sie vorher schon bestand, in 70% Heilung. Abberrierende Gefäße kommen dann in Betracht, wenn sie den Ureter kreuzen und knicken. Symptome: schwere Anfälle von Nierenkolik, plötzlich in Intervallen von einigen Tagen oder Monaten. Folge: rapide Beckendilatation, und oft wird der Zustand nicht erkannt bis die Niere, völlig verstört, lediglich ein hydronephrotischer Sack ist. Das Pyelogramm ist nicht charakteristisch hierfür. Nephropexie gibt vorzügliche Resultate. Operation nur nach gründlichem Studium des Falles und vollständiger urologischer Untersuchung. Liegt Hydronephrose mit Knickung vor, obstruiert anscheinend ein abberrierendes Gefäß den Ureter: Operation ohne vorherige Behandlung; sonst erst orthopädische oder innere Behandlung, erst wenn diese versagen, Operation. Am meisten Erfolg, wenn Hydronephrose mit Knickung vorliegt, mehr bei Männern, mehr rechts als links, wenn starke Schmerzen bestanden und mittleres Gewicht besteht. Fehlschläge meist bei allgemeiner Ptosis und Neurosen. Binden nur in Fällen, in denen die Operation versagte. Letzteres verdient besondere Aufmerksamkeit.

v. Schnitzer.

4776.

Schöndube, W., Ueber die Hypophysintherapie des Nieren- und Uretersteines. (Mit einigen Beobachtungen über die Motilität des menschlichen Ureters.) (Z. Urol., 23., Heft 10.) Der Verfasser, der vor 3 Jahren zusammen mit Kalk die Hypophysineinspritzung zur Abtreibung von Harnkonkrementen angegeben hat, berichtet über weitere Erfahrungen mit seiner Methode. An 21 Fällen konnte er in 50% einen Steinabgang erzielen, allerdings zumeist unter gleichzeitiger Anwendung noch anderer Maßnahmen.

Man muß natürlich die Therapie genügend lange fortsetzen, wenn oft rücken die Steine nur langsam vorwärts. Wenn nach der Injektion keine Kolik einsetzt, so ist dies noch kein Zeichen für das Ausbleiben der Wirkung. Zystoskopische Beobachtungen erlauben, daß stets eine lebhafteste Verstärkung der Ureterperistaltik einsetzt und mehr als dreimal so häufig die Kontraktionen der Mündung erfolgen. Nur schwere Zystitiden scheinen eine Ausnahme zu machen. Hingegen hindert Steineinklemmung die Verstärkung nicht. Atropin hemmt die Pituitrinwirkung bis zu einem gewissen Grade. Morphin kann ebenfalls eine Verzögerung zur Folge haben, seine spezielle Wirkung scheint jedoch darin zu bestehen, daß das gleichmäßige Spiel von Retraktion und Peristaltik im Ostium gestört wird und Spasmen auftreten. Eine Anästhesie der Ureterschleimhaut ist ohne Effekt auf die Hypophysininjektion.

Oft ist auch der Versuch gemacht worden, die Hypophysinwirkung durch einen Wasserstoß zu verstärken. Dieses gelingt nicht, da der diuresemehemmende Einfluß des Hypophysins stärker ist. Dagegen gibt man zweckmäßiger nicht zur gleichen Zeit mit der Einspritzung größere Flüssigkeitsmengen zu trinken, sondern einige Stunden später oder am folgenden Tage. Diese Behandlungsweise von Nieren und Uretersteinen stellt eine brauchbare interistische Therapie dar.

E. Lehmann, Breslau.

4777.

Joseph, E., Die künstliche Erweiterung des Harnleiters, die Technik und ihre Indikation. (Z. Urol., 23., Heft 9.) Zur Erweiterung des Harnleiters gibt es verschiedene Methoden. Man kann B. ähnlich wie bei der Strikturenbildung der Ureterenkatheter s. Verweilkatheter liegen lassen. Oder man dehnt ihn in einer Sitzung in mehreren Sitzungen durch Einführung von Metalloliven,

von denen die Bueggerschen am besten sind. Mit Hilfe dieser Oliven kann man den Harnleiter bis auf 19 und 20 Charr. dilatieren. J. empfiehlt in mehreren Sessionen zu erweitern, etwa jeden zweiten Tag. Man kommt dann im allgemeinen mit 3 Eehandlungen aus.

Indikation bildet in erster Linie der Harnleiterstein, und zwar der Nierenbeckenstein von geringer Größe, der so leichter den Weg in den Harnleiter finden soll. Ferner wandernde Uretersteine und obstruierende Konkrementen. Auch bei Sand- und Griefbildung in den Harnwegen soll man leichten Abfluß und damit Linderung der Beschwerden durch Erweiterung des Harnleiters anstreben. Bei Ureteritis und Periurethritis lassen sich Passagehindernisse, Knickungen und ähnliches durch Dilatierung bessern. Bei chronischen Pyurien der oberen Harnwege spielen oft Störungen im Abfluß eine bedeutende Rolle; man soll auch hier deshalb die Herstellung besserer Verhältnisse durch Erweiterung anstreben.

E. Lehmann, Breslau.

4778.

Leguen, Felix, Traumatische Ureterruptur. (Urologic Rev., Oktober 1929.) Während bei traumatischer Nierenruptur sofort schwere Allgemeinerscheinungen mit Schmerzen, Kontraktionen und Schwellung infolge des Blutaustretes auftreten, fehlten diese Symptome bei Zerreißung des Ureters zunächst. Erst allmählich kommt es zur Infiltration des Gewebes durch den ausgeschiedenen Urin, der sich sekundär zersetzt. Die Therapie kann nur in Nephrektomie bestehen.

Bab.

4779.

Hönnig, O., Ein Ureterkatheterschieber. Zum Vorschleichen von Ureterkathetern im Zystoskop. (Z. Urol., 23., Heft 10.) Das Instrument ist ein Metallschieber. Es besteht aus einem dünnen Metaldraht, der nach 5 cm Länge in eine Metallschleife mündet. Am Ende der Spirale ist ein Metallknopf, der verhütet, daß die Sonde der Ureterkatheter zu weit vorschleibt. Der Schieber bewirkt, daß man das Zystoskop nach Einführung der Harnleiterkatheter entfernen kann, ohne daß die Lage der Katheter im Ureter verschoben wird, wie es bisher öfters geschah.

E. Lehmann, Breslau.

4780.

Günther, H., Die Sexualdisposition bei Erkrankungen der Harnwege. (Z. Urol., 23., Heft 9.) Sehr ausführliche und fleißige Arbeit, die einen Ueberblick über die Mehrzahl der Harnkrankheiten gibt unter dem Gesichtspunkt, welches Geschlecht jeweils häufiger befallen wird. Eine allgemeine Gesetzmäßigkeit ergibt sich jedenfalls nicht. Während die Männer zu Erkrankungen, die vom Gefäßsystem ausgehen, und zur Urolithiasis mehr neigen, finden wir beim weiblichen Geschlecht eine Disposition für Erkrankungen der ableitenden Harnwege. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

E. Lehmann, Breslau.

4781.

Schüppel, A., Zur Therapie der Hypospadias perinealis. (Z. Urol., 23., Heft 9.) Der Verfasser bringt eine eingehende Kritik der zumeist üblichen Operationsmethoden dieser Mißbildungen. Er selbst sieht das Wesentliche in einer guten Ableitung des Urins aus der Harnröhre während der ersten Zeit, um ein Aufgehen der Nähte zu verhindern. Er hat einen komplizierten Fall in mehreren Sitzungen erfolgreich operiert.

E. Lehmann, Breslau.

4782.

Mathé, Charles P., Behandlung gewisser Typen der Prostatahypertrophie durch elektrische Kauterisation. (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Die Tunnelierung der Prostata durch Hochfrequenz unter Leitung des Zystoskopes ist ein einfacher Eingriff, der unter Lokalanästhesie vorgenommen wird und kaum Allgemeinstörungen hat. Komplikationen, wie Epididymitis, Inkontinenz, Verlust der Potenz, Embolie sind äußerst selten; sekundäre Blutungen kommen kaum vor und können stets durch orale oder durch intravenöse Styptika gestillt werden. Die Resultate sind glänzend bei isolierter Hypertrophie des Mittellappens, sklerotischer Atrophie und bei der umschneidenden Form. Bei den Fällen frühzeitiger Hypertrophie des Mittellappens plus der den Seitellappen ist diese Behandlung recht brauchbar, doch muß die Kauterisation zwei- bis dreimal wiederholt werden, um gute Resultate zu erzielen. Die Tunnelierung kommt außerdem in allen den Fällen in Betracht, in denen der chirurgische Eingriff infolge schlechten Allgemeinzustandes keine gute Prognose bietet.

Bab.

4783.

Farbach, Henry J., Harnstörung durch gutartige Prostatahypertrophie. (Eine Verteidigung der konservativen Behandlung.) (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Trotz gleicher Technik sind die Resultate des operierenden Urologen bei der Prostatahypertrophie

besser als die des allgemeinen Chirurgen, da dieser mehr Zeit und Lust den einzelnen Fällen entgegenbringen kann und sich besonders der hier so wichtigen Vor- und Nachbehandlung intensiver annimmt. Trotzdem fand F. keinen Unterschied in dem Befinden seiner Patienten, ob er sie operiert hatte oder nicht. Er forschte nach dem Schicksal von 20 Operierten und 20 Patienten aus derselben Zeitspanne, die aus inneren oder äußeren Gründen die Operation verweigert hatten, und ihr Gesundheitszustand war derselbe. Wenn man weiterhin bedenkt, daß es sich stets um ältere Patienten handelt, die im Durchschnitt nur noch etwa 10 Jahre zu leben haben, so sollte man sie nur im Notfall dieser Operation mit ihrem langen Hospitalaufenthalt unterwerfen.

Bab.

4784.

Barnes, Roger W., **Anschoppung der Prostata und der Samenblasen.** (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Viele Beschwerden, die auf eine Erkrankung der Niere deuten, sind auf eine Kongestion der Prostata bzw. der Samenblasen zurückzuführen. Diese beruht gewöhnlich auf sexueller Basis und ist durch sexuelle Hygiene neben geeigneter Lokalbehandlung fast immer mit gutem Erfolge anzugehen.

Bab.

4785.

Cuttler, Irwin H., **Probleme der Prostatahypertrophie.** (Urologic Rev., Nr. 9, 1929.) Sehr zweckmäßig sind periodische Gesundheitsuntersuchungen bei älteren Männern behufs Kontrolle und Vorbeugung prostatistischer Erkrankungen. Bei Beschwerden ist es die ärztliche Aufgabe, auf schonendste Art den früheren Gesundheitszustand herbeizuführen. Kommt Operation in Frage, muß genau erwogen werden, ob das Risiko einer Operation nicht größer ist als der Versuch, das Leben unter Palliativmaßnahmen fortzusetzen und die Funktionen durch medizinische Maßnahmen zu bessern zu versuchen.

Bab.

4786.

Hutter, Karl, **Vasektomie bei Prostatahypertrophie.** (Münch. med. Wschr., 76 Jg., Nr. 39.) Eine Beeinflussung der bestehenden Prostatahypertrophie durch die Vasektomie erfolgt nicht. Eine tatsächliche Rückbildung der gewucherten Drüse wurde in keinem Falle beobachtet. Ebenso wenig verschwanden Beschwerden, die eine unmittelbare Folge davon waren. Während dies aus den Ergebnissen der Nachuntersuchung mit Sicherheit hervorgeht, lassen einige jüngere Kranke, deren Beobachtungszeit (bis zu 5 Jahren) doch zu kurz ist, um beweisend zu sein, daran denken, daß die Vasektomie erfolgreich in dem umstrittenen Sinne dann sein kann, wenn sie wegen im Beginn stehender Prostatabeschwerden vorgenommen wird, die Wucherung der Drüse sich eben bemerkbar macht und noch nicht zu sekundären Veränderungen geführt hat.

Verfasser hält die nach der Vasektomie beobachtete Erholung für eine Folge einer Belebung des Stoffwechsels, kann aber bei der Bedingtheit der innersekretorischen Vorgänge für diese Annahme einer funktionellen Zustandsänderung einen anatomischen Nachweis weder erbringen noch erwarten.

Da die Vasektomie vollkommen ungefährlich ist, sollte sie nach Ansicht des Verfassers bei jedem Eingriff an der Prostata vorgenommen werden; sie ist schon dann auszuführen, wenn nachgewiesen wird, daß die bestehenden Beschwerden durch beginnende Prostatahypertrophie hervorgerufen werden. Zu diesem Zeitpunkt kann sie vorbeugend sein, während sie keine Wirkung auf die längere Zeit bestehende Prostatahypertrophie hat. Vor allem bleibt deren Auswirkung auf Harnverhaltung usw. unverändert bestehen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4787.

Minder, J., **Blasensteinbildung bei Urogenitaltuberkulose.** (Z. Urol., 23, H. 9.) Beide Krankheiten haben nur geringe Beziehungen zueinander. Sie sind zwei Konstitutionskrankheiten und ihr seltenes gleichzeitiges Vorkommen muß in der Verschiedenheit der Konstitution liegen. Eine Beeinflussung beider Erkrankungen ist nur insofern möglich als allgemein jede Infektion oder Entzündung eine Fortentwicklung anderer krankhafter Prozesse begünstigen kann. Wahrscheinlich sind Steinkrankheit und Urogenitaltuberkulose zwei Krankheiten, die an sich nichts miteinander gemein haben, aber sich gegenseitig beeinflussen können. Bericht über eine eigene Beobachtung.

E. Lehmann, Breslau.

4788.

Seyderhelm, R., und W. Klaue, **Zur Behandlung der Zystitis und Pyelitis chronica mit Subkutin (Ritsert).** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 40.) Es wird die Behandlung subakuter bzw. chronischer Zystitis und Pyelozystitis mittels Spülung zweiprozentiger Lösung von Subkutin (Ritsert) (phemolsulfosaures Anästhesin) empfohlen. Die Subkutinlösung eignet sich ebenso zur Blasen-spülung als auch zur Nierenbeckenspülung. Der Erfolg der Subkutin-spülung besteht nicht nur in der raschen Besserung der sub-

jektiven Beschwerden, sondern vor allen Dingen in der auffallend schnellen Rückbildung der entzündlichen Erscheinungen in der Blasenschleimhaut sowie in der Sterilisierung des Urins.

Arnold Hirsch, Berlin.

4789.

Hirsch, E. W., **Bladder Neck Bar (Hindernisse im Blasenhals).** (Am. J. surg., VII., Nr. 1) Historisch-kritischer Rückblick. Das größte Verdienst um die Entwicklung und Förderung der Pathologie und Therapie der Harnverhaltung durch Hindernisse im Hals hat Henry Thompson (1820—1904). Er stellte fest, daß anatomische Hindernisse durchaus nicht in jedem Fall von Harnverhaltung vorliegen; er verwurft die früher gebräuchlich gewesen palliativen transurethralen Operationen bei Prostatahypertrophie, bevorzugte den regelmäßig wiederholten Katheterismus und sagte die Prostataktomie als Operation der Wahl voraus.

E. Gohrbandt, Berlin.

4790.

Rüder, F. B., **Ein neuer Zystoskophalter.** (Z. Urol., 23, H. 10.) Das Wesentliche des Instrumentes ist die biegsame starke Stahlschleife, an der eine Faßklemme nach Lohmstein angebracht ist, welche jedoch aus Duralumin hergestellt ist. Durch die Verminderung des Gewichtes wird vermieden, daß sie das Zystoskop durch eine Schwere in seiner Stellung verändert.

E. Lehmann, Breslau.

Infektionskrankheiten

4791.

Molinari, E., **Die Veränderung des Myokards bei den ansteckenden Krankheiten des Kindesalters.** (Riv. Clin. pediatri., H. 6, 1929.) Man muß zwei Arten von Veränderung des Myokards unterscheiden, nämlich die entzündliche und die degenerative. Die Bezeichnung Myokarditis sollte man ausschließlich für die entzündlichen Veränderungen mit bakterieller Genese reservieren, während die regressiven Veränderungen als Myokarddegeneration oder Myokardiose bezeichnet werden sollten. Degeneration des Herzmuskels findet sich bei den toxischen Krankheiten, wie Diphtherie und Gastroenteritis. Die echte Entzündung des Herzmuskels ist im Kindesalter sehr selten und ist stets durch den Nachweis Aschoffscher Knoten charakterisiert. Sie findet sich besonders nach Muskelrheumatismus.

K. Mosse.

4792.

Aldershoff, H., **Die Scharlachfrage.** (Nederl. Tijdschr. Geneesk., Nr. 39, 1929.) Von allen Theorien über die Entstehungsweise der Scharlatina ist die des Streptococcus haemolyticus die besten begründete.

Das durch diesen Streptokokkus gebildete Toxin verursacht beim Menschen eingespritzt, Erscheinungen, die auch dem natürlich entstandenen Scharlach eigen sind und die von Scharlachrekonvaleszenten Serum auf spezifische Weise beeinflusst werden.

Das toxinbildende Vermögen des Scharlachstreptokokkus ist keine feste Arteeigenschaft, sondern hängt von noch unbekannten Umständen ab, während die Scharlachstreptokokken auch auf anderem Wege bisher nicht mit Sicherheit von anderen Streptokokken zu unterscheiden sind.

Die ätiologische Bedeutung des Scharlachstreptokokkus wird nicht durch konstante spezifische Eigenschaften bestimmt, sondern er besitzt eine Zustandspathogenität.

Die Dicksche Reaktion beruht auf einer primären Toxinwirkung, ist bis auf einige Ausnahmen abhängig von der An- oder Abwesenheit von Antitoxin im Blut und gibt Einblick in die Empfänglichkeit oder Unempfänglichkeit für Scharlach.

Die aktive Immunisierung mit Scharlachtoxin ist möglich. Prophylaktische und therapeutische Behandlung mit Scharlachserum verdient weitere Anwendung.

Kurt Heymann, Berlin.

4793.

Hirschberg, S. B., und M. E. Suchariw, **Zur Frage der Scharlachnephritis.** (Paediatrica (russ.), 13., Heft 3, 1929.) (II. Universitätskinderklinik, Moskau.) In dem Material der Verläufe erkrankten von 845 Scharlachfällen 167 an Nephritis. Der Beginn der Nephritis fällt meist in die dritte, seltener in die zweite oder vierte Woche. Noch bevor es zu ausgesprochenen Nierensymptomen kommt, beobachtet man starke Gewichtszunahmen, Erhöhung des Blutdrucks, Erweiterung der Herzgrenzen nach links, und eine Akzentuation des zweiten Pulmonaltones. Diese Erscheinungen halten meist länger an als die Eiweiß- und Blutausscheidung im Harn. In einem Teil der Fälle verläuft die Nephritis abortiv mit nur minimaler Ausscheidung von Eiweiß und Erythrozyten; gerade in diesen Fällen haben die Herzgefäßsymptome

eine große diagnostische und prognostische Bedeutung. Ältere Kinder erkranken häufiger an Nephritis als jüngere. Die Jahreszeit ist ohne Einfluß auf die Häufigkeit der Nierenkomplikationen beim Scharlach.
Helene Eliasberg, Berlin.

4794.

Gornitzkaja, E. A., Ueber Veränderungen der Blutgerinnungszeit und der Plättchenzahl bei Masern und Scharlach im Zusammenhang mit Studien über den anaphylaktischen Charakter dieser Erkrankungen. (Paediatrica (russ.), 13., Heft 3, 1929.) (I. Universitätskinderklinik, Moskau.) Die Anaphylaxie ist außer einer Reihe von klinischen Symptomen durch bestimmte physikalisch-chemische Blutveränderungen gekennzeichnet, unter denen Gerinnbarkeit und Plättchenzahl besonders charakteristische Veränderungen zeigen. Bei der Serumkrankheit ist die Blutgerinnbarkeit verzögert und die Plättchenzahl erhöht. Bei den Masern ist vom 4. bis 4. Inkubationstage an die Gerinnungszeit verlängert, die Plättchenzahl erhöht; vom 10. bis 14. Krankheitstage kehren wieder normale Verhältnisse zurück. Wegen der Uebereinstimmung mit dem Blutbefunden während der Serumkrankheit, kann man die akute Periode der Masernerkrankung als eine anaphylaktische Reaktion des Organismus ansehen. Beim Scharlach dagegen findet man in der akuten Periode normale Gerinnungszeit und Plättchenzahl, in der Periode des zweiten Krankseins aber, vom 10. bis 14. Tage an, verzögerte Gerinnung und erhöhte Plättchenzahl, auch wenn Komplikationen vorliegen. Diese Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, daß nicht die akute Phase des ersten Krankseins beim Scharlach, sondern erst die zweite Phase als anaphylaktische Reaktion anzusprechen ist.
Helene Eliasberg, Berlin.

4795.

Schrader, Scharlachprophylaxe durch aktive Immunisierung. (Med. Welt, Nr. 37, 1929.) Verfasser hat Versuche mit einem neuen Impfstoff der Behringwerke zur aktiven Immunisierung gegen Scharlach angestellt. Das neue Präparat enthält in einem Kubikzentimeter 10 000 Hauttestdosen eines Scharlach-Streptokokken-Antitoxins neben 500 Millionen abgetöteter Streptokokken. Die Anwendung des neuen Impfstoffes ist eine einfache, Nebenwirkungen treten kaum auf, die Dick-Probe braucht vor der Anwendung nicht angestellt zu werden. Verfasser ist der Ansicht, daß der neue Scharlachimpfstoff unbedingt auf seine Wirksamkeit weiter nachgeprüft werden sollte. Ergeben eingehende Untersuchungen, daß bald ein ausreichender Impfschutz entsteht, so wäre diese Art der Scharlachprophylaxe durch aktive Immunisierung für die Praxis und namentlich bei Auftreten des Scharlachs in Internaten, Anstalten, Krankenhäusern usw. zur Zeit eine sehr empfehlenswerte Methode. Sie würde neben ihrer einfachen Anwendung die Vorteile der anderen aktiven Immunisierungsmethoden (langdauernden Impfschutz) besitzen und gleichzeitig die Nachteile der passiven Immunisierung vermeiden.
L. Gordon, Berlin.

4796.

Leoni, A., Ueber das Verhalten des Krebschen Leukozytenindex und der Kernveränderung nach Vélez beim Scharlach. (Riv. lin. pediatr., Heft 6, 1929.) Der Leukozytenindex nach Krebs ist während des exanthematischen Stadiums des Scharlachs immer erhöht und während der Schädigung normal oder wenigstens annähernd normal. Die höchsten Werte für den Krebschen Index finden sich bei schweren und schwersten Fällen. Bei den tödlich verlaufenden Fällen war schon in den ersten Tagen der Erkrankung der Leukozytenindex sehr hoch und erreichte Werte von 50 bis 60, dann fielen in den nächsten Tagen die Werte zur Norm ab, um in der prägonalen Periode sogar unternormale Werte zu erreichen. Die Senkung des Index bei diesen Fällen zeigt nach Ansicht des Verfassers die auf die anfängliche Irritation folgende toxische Lähmung des hämatopoetischen myeloiden Systems.

Die Kernveränderung nach Vélez ist kein Spezifikum der Tuberkulose, da sie sich auch bei Scharlach während der exanthematischen Periode findet.
K. Mosse.

4797.

Greenfield, J. G., Zur Pathologie der Masern — Enzephalitis — Myelitis. (Brain, LII., 2, 1929.) Es werden vier Fälle von Enzephalomyelitis nach Masern beschrieben, die tödlich verlaufen und von denen einer zur Sektion gelangte. Verf. zieht aus dem pathologisch-anatomischen Untersuchungsbefund folgende Schlüsse: Die nach Masern auftretende Enzephalomyelitis unterscheidet sich klinisch deutlich von der Poliomyelitis, der Enzephalitis lethargica und der Landry'schen Paralyse. Wenn Heilung eintritt, so ist sie vollständig. Die histologische Untersuchung eines Falles sowie die Literaturübersicht zeigen an, daß die Masern-enzephalomyelitis durch drei Hauptveränderungen charakterisiert ist: 1. diffuse Hirnswellung, hauptsächlich der weißen Substanz, 2. weilen mit diffusen Hämorrhagien einhergehend; 2. eine leichte

perivaskuläre Rundzelleninfiltration (fehlt mitunter); 3. kleine perivaskuläre Demyelisation, das Hauptcharakteristikum dieser Form der Enzephalomyelitis. Es besteht kein klinischer oder pathologischer Unterschied zwischen der Enzephalomyelitis nach Masern und derjenigen nach Vakzination und Windpocken. Es ist daher anzunehmen, daß diese Krankheiten durch ein unbekanntes Virus verursacht werden, das sich in epidemischen Schüben verbreitet, aber keine Krankheit produziert, wenn es nicht durch das Exanthem wirksam aktiviert wird.
Haber.

4798.

Drügg, W., Ueber Wundinfektionen mit diphtheroiden Bakterien. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 40.) Einzig die echten virulenten Diphtheriebakterien wirken wegen ihrer Toxinbildung von frischen und granulierenden Wunden aus lebensbedrohend.

Die Entwicklung der sogenannten Pseudomembranen ist keine Funktion der echten virulenten Diphtheriebakterien, sondern entstammt immer anderweitigen Erregern; höchst verdächtig ist die Membranbildung für echte, aber nichtvirulente Diphtheriebakterien in Mischung mit Streptokokken.

Mutation, d. h. Uebergang einer Gruppe der Diphtheroiden in eine andere, kommt anscheinend nicht vor. Die Gefahr der Entwicklung toxinbildender Formen aus anderen ist weder nach Passage noch durch Symbiose mit Streptokokken oder Tuberkelbazillen zu befürchten.

Die Wundheilung wird von Diphtheriebakterien allein oder in Symbiose mit anderen Bakterien nicht verzögert, ausgenommen ist dabei aber die Tuberkulose.

Eine Behandlung der „Wunddiphtherie“ als solche ist nur bei echten virulenten Diphtheriebakterien und dann mit Antitoxin nötig. Wundinfektionen mit anderweitigen Diphtheroiden sind harmlos und nicht behandlungsbedürftig.
Arnold Hirsch, Berlin.

4799.

Noeggerath, C., Beobachtungen und Versuche bei der diesjährigen Grippe. I. Das Sekundärstadium der Grippe beim Kinde. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 40.) In der vorliegenden Arbeit werden einige im wesentlichen bei der diesjährigen pandemischen Grippeepidemie an Kindern gesammelte Erfahrungen mitgeteilt. Verfasser versucht die klinische Analyse des — auf den meist stürmisch einsetzenden Beginn folgenden — zweiten Krankheitsabschnittes (von nun ab auch Sekundärstadium genannt) zu klären, denn dies oft kurzdauernde und vernachlässigte, manchmal aber recht langwierige Sekundärstadium erscheint zwar gewöhnlich einförmig, ist aber — häufiger als man von vornherein glauben sollte — mehr oder weniger bewegt; jedenfalls ist es — von den im Kindesalter scheinbar äußerst seltenen sogenannten foudroyanten Grippefällen abgesehen — für den Verlauf der Gesamtkrankung ausschlaggebend oder kann es sein. Das wird oft so wenig erkannt, daß das Sekundärstadium als Rekonvaleszenz angesprochen, oft sogar mit Gesundung verwechselt wird.

Verfasser weist nach, daß es sich in dieser Zeit gar nicht um Rekonvaleszenz handelt, sondern um ein oft schon, wenn auch nicht immer am Temperaturablauf erkennbares, dem ersten Krankheitsbild gleichwertiges, wenn nicht sogar überwertiges Sekundärstadium der Grippeerkrankung, das sich in Krankheitsbereitschaft oder sogar in Kranksein, ja Siechtum äußern kann.

Wenn der Beginn des Sekundärstadiums fieberhaft ist, oder wenn oder solange sein weiterer Verlauf, die Nachgrippe, fieberhaft verläuft, so ist es weniger unklar. Verfasser zeigt aber Fälle mit völlig oder zeitweise fieberlosem Verlauf.

Der Arzt soll — etwa wie beim Scharlach — die unbändig werdenden Kranken vom frühzeitigen Verlassen des Bettes und dann vom zu frühen Uebergang in das gewohnte Leben, etwa dem Eintritt in die Schule oder den Kindergarten oder die Wiederaufnahme der Arbeit, abhalten, bis ihr Zustand es erlaubt bzw. ihre völlige Genesung sichergestellt ist.

Unter den subjektiven Zeichen hält Verfasser das Wiederauftauchen des Appetites — falls er überhaupt verschwunden war — für nicht bedeutungsvoll. Der Appetit kann — muß aber nicht — auch beim Kinde relativ sehr früh wiederkehren und somit irreführen.

Wesentlich einwandfreier ist an sich die Ueberwindung der Adynamie. Manches Kind wird jedoch verführt, dem Arzt die Wiederkehr der allgemeinen Kräftigung je nach seinem Charakter und den Einflüssen seiner Umgebung zu spät oder auch zu früh vorzuspielen. Es müssen also objektive Zeichen für das Ende des Sekundärstadiums der Grippe und somit für die Gesundung gesucht werden.

Verfasser glaubt auf Grund seiner klinischen Untersuchungen 3 Gruppen solcher Hinweise geben zu können:

1. Solange noch einer oder mehrere der hier beschriebenen Herde in der Haut, den Schleimhäuten, dem Respirationstrakt, den

Drüsen oder sonst irgendwo im Körper weiter schwelen, besteht die Nachgrippe und man kann nicht von Gesundheit sprechen. Diese Kinder gehören unter allen Umständen unter ärztliche Beobachtung.

2. Ernsteste Beachtung verlangt auch die zuweilen lange dauernde Gefäßschwäche bei Nachgrippe, auf deren Ermittlungsmethoden nicht näher eingegangen wird.

3. Die Wiederkehr zu den normalen Werten des roten und weißen Blutbildes dürfte ebenfalls kein nebensächlicher Faktor sein.

Bei der Therapie der Einzelsymptome achte man darauf, daß die Kapillaren nicht überreizt werden. Es kommt im wesentlichen darauf an, die Methoden der Schonung und Uebung des Gesamtkörpers und namentlich auch des Kreislaufes sinnvoll anzuwenden, wobei der Arzt je nach Alter und Lage des Falles das eine Mal mehr von pflegerischen, klimatischen, hydiatischen und diätetischen Maßnahmen, das andere Mal von medikamentösen (Chinin, Strychnin, Atropin, Arsen) Gebrauch machen wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

4800.

de Haas, B., Ein Fall von Purpura variolosa. (Nederl. Tijdschrift Geneesk., Nr. 40, 1929.) Die Purpura variolosa ist eine Form der Variola, die in wenigen Tagen zum Tode führt. De Haas schildert eine Frau, die eben von einer Wallfahrt nach Kevelaar zurückgekehrt war. Sehr bedenklich in epidemiologischer Beziehung ist, daß ihr Mann an der jetzt in Holland herrschenden Alastrim litt. Es wäre denkbar, daß die bisher meist harmlosen Alastrimfälle allmählich an Schwere zunehmen. Dazu kommt, daß Holland den Impfwang hat aufgeben müssen, weil die postvaksinale Enzephalitis immer noch droht.

Kurt Heymann, Berlin.

4801.

Selmon, S. C., Anwendung von Hitze und Kälte in der Behandlung pyogener Infektionen. (Arch. Phys. Ther., X., Nr. 8.) (Battle Creek, Michigan.) Die Erwärmung im entzündeten Gewebe hat ihren Ursprung in der lokalen biochemischen Aktivität der Zellelemente, die an dem Entzündungsprozeß teilnehmen. Der Blutzufluß hat hingegen keinen Einfluß auf die Temperatur. Die Hyperämie bewirkt im Gegenteil eher einen Ausgleich der Temperatur mit derjenigen der Umgebung. Der Schmerz bei der Entzündung rührt in der Hauptsache von dem Druck des Exsudates und der Zellinfiltrationen auf die Nervenendigungen her; in zweiter Linie ist er durch toxische Bakterien- oder Stoffwechselprodukte bedingt. Lokale Hitzeanwendung bewirkt eine starke Hyperämie mit Ausschwemmung von Lymphozyten und Migration von Leukozyten, Beschleunigung der Eiterbildung und Einschmelzung. Damit ist eine vermehrte Immunkörperbildung und eine schmerzstillende Wirkung verbunden. Als Wärmequelle hat sich die elektrische Glühlampe (1500 Watt) am besten bewährt. Die Bestrahlungen müssen mindestens $\frac{1}{2}$ Stunde dauern, können aber in, wenn nötig, 24 Stunden hindurch ununterbrochen durchgeführt werden. Bei solchen pyogenen Infektionen, wo schon eine Öffnung vorhanden ist, kann die Wirksamkeit der Wärmestrahlung durch dazwischengeschaltete kurze intensive Kälteapplikationen noch gesteigert werden. Man wendet dabei die Wärme bis zur Grenze des Erträglichen an und taucht dann den Körperteil in ein Gefäß mit Eiswasser oder reibt die betreffende Partie mit einem Stück Eis einige Sekunden lang ein. Dann wird die Bestrahlung wiederholt. Statt der Glühlampe kann auch ein heißes Bad angewandt werden. Die Kälte verursacht dabei eine Gefäßkontraktion und erhöht die Toleranz für die nachfolgende Wärmeapplikation.

Diese Methode soll auch angewandt werden, wenn bei eingetretener Eiterung eine Inzision vorgenommen worden ist.

Kirschmann.

4802.

Iwanowa, D., Fall von Rückfalltyphusinfektion durch die Konjunktiva im Laboratorium. (Kasan. med. Z., 25., Heft 3, 1929.) (Med. Klinik des Instituts für Fortbildung der Aerzte, Kasan.) Ein Arzt wurde mit Beschwerden über Schwäche, heftige Kopf- und Kreuzschmerzen, Fieber 39,8° in die Klinik eingeliefert. Die Erkrankung begann plötzlich. Leber und Milz waren vergrößert und schmerzhaft. Im Blut (Dicke-Tropfenpräparate mit Giemsa-färbung) fanden sich Obermeiersche Spirochäten. Am vierten Tage der Erkrankung wurden 0,45 Negosalvarsan intravenös verabfolgt, was zu kritischem Temperaturabfall führte. Genesung. Durch Befragung des Patienten wurde festgestellt, daß ihm 8 Tage vor seiner Erkrankung während der Immunisierung eines Kaninchens mit 2 Tage alter Obermeierscher Spirochätenkultur die Spritze aus der Hand gegliitten war, wobei ihm ein Teil der Kultur ins Auge kam.

E. Kontorowitsch.

4803.

Radovici, A., A. Savulesco und M. Petresco, Heine-Medinische Krankheit. (Revue neur., 2., Jahrg. 36, Nr. 4.) (Masson & Co.) Verff. beobachteten im Sommer 1927 etwa 20 Fälle von

Poliomyelitis anterior. Nicht selten ist das isolierte Auftreten einer Fazialislähmung als einziges Symptom der epidemischen Poliomyelitis. In diesen Fällen ist allein der bulbäre Kern des Nervus facialis. Die epidemische Fazialeslähmung ist für die Poliomyelitis das, was der epidemische Singultus für die Enzephalitis. Oft sah die Verff. Störungen der subjektiven Sensibilität bei der gegenwärtigen Poliomyelitisepidemie. Die histologisch nachweisbare Markscheidenveränderung ist bei der epidemischen Enzephalitis und bei der akuten Poliomyelitis identisch; dies ist ein Beweis mehr für die Verwandtschaft des Virus der einen und der anderen dieser beiden Infektionskrankheiten. Vom epidemiologischen Standpunkt aus war nie eine direkte Kontagion nachzuweisen. Vom Antipoliomyelitisserum (Pettit) sahen Verff. nie einen Erfolg. Diathermie und Radiumstrahlen wurden angewandt als Therapie der Poliomyelitis.

Kurt Mendel.

4804.

Ossinowski, N. J., 20 Fälle von Lambliosis bei Kindern. (Paediatrica [russ.], XIII., Heft 3, 1929.) (Kinderklinik, Taschkent.) Die Diagnose der Lambliosis ist oft schwierig; mit Sicherheit ist sie nur auf Grund des Nachweises von Lamblien oder ihren Zystenformen im Stuhl zu stellen. Die Infektion geschieht durch Wasser oder verunreinigte Lebensmittel. Die klinischen Symptome bestehen in chronisch rezidivierenden Durchfällen mit Fieber. Die Rezidive fallen meist in die Sommermonate. Der Stuhl ist häufig flüssig und graugelb mit Schleimbeimengungen. Der Beginn der Erkrankung ist schleichend. Es gibt auch Lamblienträger ohne Krankheitserscheinungen. Therapeutisch empfiehlt Verfasser, die Patienten nicht hungern zu lassen, sondern mit einer vollwertigen Kost zu ernähren; medikamentös gibt Verf. Darmdesinfizientia in Form von Salol, Kohle und Silberpräparaten.

Helene Eliasberg, Berlin.

4805.

Hasselmann, C. M., und Margarete Hasselmann-Kahlert, Erfahrungen und Zwischenfälle bei der Plasmochinbehandlung autochthoner Malaria in den Tropen. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) 103 Fälle von autochthoner Malaria wurden mit Plasmochin bzw. Plasmochin compositum behandelt. Bestätigung der von Mühlens gemachten Angaben, daß mit täglichen Dosen von 0,12 g Plasmochin bei Tertianen und von 0,06 g Plasmochin und 0,75 g Chinin bei Doppelinfektionen und Tropika im allgemeinen ein guter parasitizider Effekt erzielt wird. Bei Doppelinfektionen, bei denen anfänglich im peripherischen Blute nur eine Parasitenform zu finden ist, hat das reine Plasmochin eine ausgesprochen provokatorische Wirkung auf Tropikaformen und das Plasmochin compositum eine solche auf Tertianaparasiten. Es ist auffallend, daß in diesen Fällen zwar reines Plasmochin provokatorisch auf Tropikaschizonten und Halbmonde wirkt, daß dagegen nach Plasmochin compositum nur Tertianaschizonten, aber Tertianagameten auftreten.

Nach Medikation von reinem Plasmochin auftretende Tropikaringe zeigen eine gewisse „Gewöhnung“ und sind schwerer beeinflussbar, als wenn sofort Plasmochin compositum gegeben wird. Ebenso hat man bei ungenügender Plasmochinbehandlung den Eindruck, daß eine gewisse relative „Festigkeit“ entsteht. Tropikahalbmonde können gelegentlich während der Plasmochinbehandlung erstmalig oder auch wieder auftreten, auch erst nach mehreren Wochen und nach sehr viel höheren Gaben als 0,15 g.

Mehr oder weniger ernste Nebenwirkungen, von einfacher Zyanose und Magenschmerzen bis zu schwerster Hepatie, werden verhältnismäßig häufiger in den Tropen beobachtet.

Verfasser sahen fast stets stärkere zyanotische Zustände, oft mit Urobilin und Urobilिनogenausscheidung im Urin verhältnismäßig geringe Magenbeschwerden, aber vereinzelte Blutkrisen mit starker regenerativer Linksverschiebung.

Eine besonders schwere „toxische Schädigung des weißen Blutbildes mit schwerer Ausschwemmung geschädigter Knochenmarkselemente“ wird beschrieben als „buntes Blutbild“, wie es bei Flecktyphus und Variola (V. Schilling) sowie Pemphigus vegetans (Hasselmann) vorkommt.

Wegen der toxischen Nebenwirkungen sollte nach Ansicht der Verfasser Plasmochin nur unter ständiger ärztlicher Kontrolle gegeben werden. Seine Anwendung als Prophylaktikum ist nicht gerechtfertigt, und sein Verkauf sollte unter Rezeptzwang gestellt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4806.

Kyriasidis, K. N., Untersuchungen über die Aetiologie der infektiösen Prozesse bei Denguefieber. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Das Denguevirus beraubt durch seine schädliche zentrale und peripherische Einwirkung auf die Granulozyten einerseits und auf die normal im Blutserum vorhandenen Oposone andererseits den Organismus der beiden Möglichkeiten, mit denen er sich naturgemäß gegen die pyogene Infektion verteidigt.

Die Verlängerung dieser schädlichen Einwirkung des Denguevirus auf die Schutzkräfte des Organismus noch über 20 Tage nach dem Aufhören des Fiebers erklärt die Schwere des Infektionsverlaufes.

Der trotz der schädlichen Einwirkung des Denguevirus auf diese beiden Schutzkräfte des Organismus regelmäßig günstige Verlauf der Dengueinfektion zeigt, daß sich der Organismus gegen die Hauptkrankheit durch besondere Immunkörper wehrt.

Die Vakzine-therapie übt einen sehr günstigen Einfluß bei den tödlichen Komplikationen des Denguefiebers außer den bei den septischen Formen aus.

Arnold Hirsch, Berlin.

4807.

Veras, Solon, **Das Denguefieber bei Kindern während der epidemischen Epidemie im Jahre 1927—1928.** (Arch. de médecine des enfants, XXXII., Heft 1, 1929.) Im Anschluß an eine Epidemie von Denguefieber im Jahre 1927 traten im Juli 1928 erneut viele solcher Fälle auf. Fast $\frac{1}{10}$ der Bevölkerung wurde davon befallen. Die Krankheit trat erstmals 1881 in Athen auf, wurde damals aber offenbar mit Masern verwechselt und hat $\frac{1}{2}$ der Bevölkerung in Mitleidenschaft gezogen. Der Erreger ist bis jetzt noch nicht bekannt. Die Erscheinungen sind beim Erwachsenen charakteristischer als beim Kind. Die Krankheit beginnt unter plötzlichem Fieberanstieg bis 40° und noch höher; bisweilen, aber nicht immer, leitet sie mit einem Schüttelfrost ein. In den ersten Tagen schmerzen in den Lenden und — sehr heftig und lanzierend — in den Gliedern. Daneben starke Kopfschmerzen. Am dritten Tag — auch erst nach Abfall des Fiebers — kann man einen mäserrigen scharlachartigen Ausschlag erkennen. Gastrische Symptome sind stets da. Die Zunge ist belegt; Uebelkeit und Erbrechen sind regelmäßig vorhanden. Gar nicht so selten besteht Verstopfung, manchmal aber auch Durchfälle, selbst solche mit blutigen Stühlen. Das Fieber zeigt vom dritten Tag ab Remissionen und ist am sechsten Tag einen erneuten Anstieg erkennen, um dann endgültig abzufallen.

Der Puls schwankt zwischen 80 und 120 Schlägen. Im Blutbild findet man eine gewisse Lymphozytose mit Neigung zu Monokleose. Gelegentlich findet man Lebervergrößerung und etwas weiß im Harn. Säuglinge scheinen weniger oft zu erkranken als ältere Kinder. Der Ausschlag ist öfters von einer stark juckenden Ausschlag gefolgt. Der Verlauf ist im allgemeinen gutartig; Komplikationen sind selten. Bei Säuglingen kommt es gelegentlich zu Ernährungsstörungen, und zwar meist bei solchen Kindern, die vorher schon mal Durchfälle gehabt hatten. Ganz selten wird die Leber betroffen. Eine spezifische Behandlung gibt es nicht. Verfolgt man Urotropin, Bromural, und gegen etwaiges Erbrechen läßt man alkalische Wässer trinken. Es werden eine Anzahl von Fieberkranken abgebildet.

Beck, Tübingen.

Innere Medizin einschließt. Tuberkulose

4808.

Salén, Ernst B., und T. Uyrén, **Besteht gegenwärtig die Möglichkeit, gewisse Glykosurieformen mit Sicherheit von der echten diabetischen Form zu trennen?** I. (Acta med. Scand., 70., Heft 4, März 1929.) Die renale Glykosurie (Diabetes renalis, ortho- oder normoglykämische Glykosurie) — in dem vom Verfasser erörterten Begriffe des Wortes — ist ohne Schwierigkeit diagnostizierbar und scharf von anderen Glykosurieformen (inkl. Diabetes mellitus) zu unterscheiden. Das Vorhandensein einer gesenkten Schwellenlinie sowie normaler alimentärer Reaktion werden durch die Dauer der Blutzuckersteigerung unterschieden, wogegen deren Bedeutung für diese Entscheidung bedeutungslos ist.

Die renale Glykosurie ist, nach allen bisher vorliegenden Erfahrungen, als eine harmlose Anomalie anzusehen. Anhaltspunkte für die Annahme, daß diese Anomalie kausal dem Diabetes mellitus analog zu setzen wäre, fehlen. Das Nichtvorhandensein einer gesteigerten Glukopoeie bei der renalen Glykosurie spricht im Gegenteil entschieden gegen diese Annahme.

Die Bezeichnungen Diabetes innocens (innocuus), innozent, benigner Glykosurie usw., in der Bedeutung und mit dem Umfang, die diesen Begriffen bisher gewöhnlich gegeben wurden, sind als Sonderbezeichnung für eine gewisse nicht diabetische Glykosurieform oder für mehrere solche sachlich irrationell und in praktischen klinischen Gesichtspunkten nicht nur wertlos, sondern erscheinen ungeeignet und dazu angetan, Begriffsverwirrung zu schaffen. Sie sind deshalb zweckmäßiger aus medizinischen Terminologie gänzlich zu streichen.

Die Frage, ob durch die differentialdiagnostische Ausnutzung des Insulins die Basis für eine Aufteilung in insulin- und nichtinsulinabhängige Glykosurie geschaffen werden kann, wird in der nächsten

Arbeit (siehe nächstes Referat) behandelt werden. Hier soll gleichwohl eine kritische Prüfung verschiedener, aus den späteren Jahren stammender und darauf basierender Anschauungen vorgenommen werden, die mit der Auffassung von der Sonderstellung und der Abgrenzung der renalen Glykosurie nicht vereinbar sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

4809.

Salén, Ernst B., und T. Uyrén, **Besteht gegenwärtig die Möglichkeit, gewisse Glykosurieformen mit Sicherheit von der echten diabetischen Form zu trennen?** II. (Acta med. Scand., 70., Heft 4, 30. März 1929.) Es erscheint durch die vorliegenden Untersuchungen möglich, das Insulin differentialdiagnostisch zur Unterscheidung der verschiedenen Glykosurieformen auszunutzen, und diese somit einer sicheren Beurteilung zugänglich zu machen. Es geht aus den Resultaten hervor, daß es falsch ist, zu behaupten, ein Fall sei insulinrefraktär, also der Insulinwirkung nicht in normaler Weise zugänglich, weil seine Glykosurie sich nicht durch Insulin bezwingen läßt. In dem besagten Verhalten einen Beweis oder eine Stütze für das Vorhandensein einer Störung des Zuckerumsatzes zu sehen, wird gleichfalls vollkommen unhaltbar. Damit wird die Annahme von Umber und Rosenberg u. a. unmöglich, die auf der Basis der Zugänglichkeit der Glykosurie für Insulinwirkung eine Einteilung in pankreatogen und nicht pankreatogen bedingte Glykosurien durchführen wollen; ebenso auch ihr Versuch, auf dieser Basis die renale Glykosurie und eine Reihe hyperglykämischer Glykosurien pathogenetisch zu einer Krankheitsentität (der insulinrefraktären Innozensgruppe) zusammenzufassen, und schließlich — auf Grund des Vorhandenseins einiger mehr diabetesartiger insulinrefraktärer hyperglykämischer Glykosurien (der sogenannten Zwischenstufen) — die „Innozensgruppe“ in nahen pathogenetischen und klinischen Konnex mit dem echten Diabetes zu bringen. Diese von den Autoren als „Fehlkonstruktionen“ bezeichneten Annahmen von Umber und Rosenberg beruhen letzten Endes auf ihrer als Axiom hingestellten Behauptung, daß jede pankreatogene (insulinabhängige) bedingte Glykosurie durch Insulin prompt und vollständig zum Verschwinden zu bringen sein müßte, und daß wiederum das entgegengesetzte Verhalten einen Beweis für eine nicht-pankreatogene Genese bilden sollte. Dies wird an Hand der Untersuchungen widerlegt. Als Extrakt der Ergebnisse kann etwa gesagt werden:

Die renale Glykosurie ist dadurch bedingt, daß bei einer niedrigeren Blutzuckerkonzentration als normal Zucker ausgeschieden wird; die renale Glykosurie zeigt eine völlig normale Empfänglichkeit für die Insulinwirkung; Anhaltspunkte dafür, daß eine wirkliche Störung des Zuckerumsatzes — diabetischer oder anderer Art — dabei vorliegen sollte, fehlen; desgleichen solche für die Mutmaßung, daß bei diesem Zustande eine gesteigerte Glukopoeie vorliegen sollte.

Diese Eigenschaften unterscheiden den Zustand strikt von sämtlichen hyperglykämischen Glykosurieformen. Die für die Diagnosestellung fundamentalen Kriterien bestehen in normalem Blutzucker bei nüchternem Magen, normaler Dauer der Belastungsprobe und gesenkter Schwelle.

Die Bezeichnung Glycosuria (s. Diabetes) innocens ist denn auch in der Bedeutung und mit dem Umfange, die diesem Begriffe von Umber und Rosenberg gegeben wurde, als Sonderbezeichnung für eine gewisse Glykosurieform sachlich irrationell und dazu angetan, Begriffsverwirrung zu schaffen. Es ist aus diesem Grunde, nach Ansicht der Verfasser, zweckmäßiger, sie vollständig aus der medizinischen Terminologie zu streichen.

Was schließlich die Ursache des insulinresistenten Verhaltens mancher hyperglykämischer Glykosurien anbelangt, so scheinen auch in diesem Punkte die von den Autoren vorgelegten Untersuchungen einen gewissen orientierenden Wert zu besitzen. Da auch hier, wie bei der renalen Glykosurie und bei den stoffwechselgesunden Individuen, die Wirkung des Insulins nicht imstande ist, die postalimentäre Blutzuckersteigerung zu unterdrücken, würde hier in diesem Verhalten eine erschöpfende und plausible Erklärung für das Vorhandensein wenigstens der insulinresistenten, hyperglykämischen „Rest-Glykosurien“ erblickt werden können. Es muß ferner angenommen werden, daß die Einwirkung des Insulins auf die Glykosurie verschieden ausfällt, je nachdem, ob das Individuum der Kategorie mit hoher oder niedriger glykämischer Reaktion angehört.

Dies könnte die Ursache davon sein, daß bei manchen derartigen hyperglykämischen Glykosurieformen die Zuckerausscheidung durch passende Insulinzufuhr prompt und vollständig behoben wird, während bei anderen derartigen Fällen trotz freigiebigster Insulinisierung eine geringgradige „Rest-Glykosurie“ nicht zum Verschwinden zu bringen ist. Aus diesem Verhalten der Rest-Glykosurien bei Insulindarreichung eine Trennung zwischen insulin- und nichtinsulinabhängigen durchzuführen, ist unmöglich.

Es bleibt noch das Problem, zu einer rationellen und klinisch wichtigen Einteilung der hyperglykämischen Glykosurien zu kommen. Viele Gründe sprechen dafür, daß das, was man bisher gewohnt war, als Diabetes mellitus zu rubrizieren, vom pathogenetisch-klinischen Gesichtspunkte einen Komplex wesentlich voneinander abweichender Krankheitsfälle bildet. Klinisch und prognostisch kommen hier so ausgesprochene Differenzen vor, daß die Annahme von pathogenetischen Verschiedenheiten wohl berechtigt zu sein scheint. Das Vorhandensein von wirklich insulinrefraktären Fällen wäre für die Beurteilung der hier berührten Probleme zweifellos von Bedeutung; daß es solche gibt, scheint noch nicht mit Sicherheit bewiesen zu sein.

Bekannt ist jedoch, daß sich die sogenannten chromaffinogenen Hyperglykämien nicht selten durch eine markante Insulinresistenz kennzeichnen. Andererseits dürfte es in Anbetracht der von Loewi und seinen Mitarbeitern in den letzten Jahren gemachten Veröffentlichungen über die Diabetespathogenese resp. über den Mechanismus der Insulinwirkung nicht berechtigt sein, lediglich auf das Verhalten des Falles gegen Insulin eine sichere Schlussfolgerung darüber zu basieren, ob der Stoffwechselstörung eine primäre pankreatogene Störung zugrunde liegt oder nicht, ob die Ursache eine „absolute“ oder eine „relative“ Pankreasinsuffizienz ist. Eine größere Möglichkeit, hierüber zur Klarheit zu kommen, würde, falls sich die diesbezügliche Genesebedeutung der Grazer Schule als stichhaltig erweist, durch Prüfung nach der Loewischen Methodik (Bestimmung der Glukoseaufnahme durch Blutkörperchen aus Plasmen vor und nach der Belastung usw.) gewonnen werden. Diesbezügliche Untersuchungen der Autoren werden in Kürze veröffentlicht werden.

4810.

Robinowitsch, M., Die Nieren beim Coma diabeticum. (Canad. Med. Association, Nr. 3, September 1929.) Verfasser versucht den urämischen Symptomenkomplex nicht allein mit der bekannten Schädigung der Nierenzellen durch Azetonkörper zu erklären, sondern er glaubt, daß der Anwendung des Insulins hierbei eine besondere Rolle zukommt. Es ist nachgewiesen, daß Insulin-Patienten mitunter ein Oedem des Körpergewebes und eine gesteigerte renale Reizschwelle bezüglich Glukose aufweisen. Nach Erfahrungen des Verfassers scheint der Grad von Anurie nicht allein von der Dosierung des Insulins, sondern auch von der Art seiner Anwendung abhängig. Intravenös appliziertes Insulin erzeugt größere Grade von Anurie.

An Hand eines ausführlich beschriebenen Falles wird der prognostische Wert der Diazo-Färbenreaktion kritisiert. Der positive Ausfall der Reaktion braucht durchaus keine ungünstige Prognose anzudeuten. So, ernst auch die Begleitumstände bei Nierenstörungen sein mögen, sie entsprechen meist anderen akuten, klinischen Symptomen, die häufig günstig zu enden pflegen. Die bei Coma diabeticum auftretende Niereninsuffizienz wird wie folgt eingeteilt: 1. Keine Albuminurie (äußerst selten). 2. Albuminurie: a) ohne Harnstoffretention, b) mit Harnstoffretention. Folgende Möglichkeiten: 1. Erholung zur Norm nach Einschränkung der Azidosis. 2. Progressive Verschlechterung in den ersten Tagen, mit eventueller Erholung. 3. Progressive Verschlechterung, zu Urämie führend. Unter urämischen Symptomen kann Pat. sich mitunter erholen.

Vorsichtige Prognose ist notwendig, wenn in Abwesenheit von Hypoglykämie Benommenheit anhält an Stelle des Verschwindens von Azeton im Atem und Urin, und wenn das Blut solcher Patienten ausgesprochene Harnstoffretention zeigt.

Kaufmann, Grünberg in Schlesien.

4811.

Blair, J., Natur und Basis der perniziösen Anämie. (Medical J. a. R., 130., Nr. 5.) Aus den Erfolgen der Leberdiät hat man die perniziöse Anämie als eine Mangelkrankheit angesehen: es fehlt ein Leberhormon. Die Gegner dieser Ansicht sagen, daß doch Unterschiede im Vergleiche mit anderen Mangelkrankheiten bestehen; viele leben mit einer Diät, die nicht genügend dieser spezifischen Substanz enthält, um eine normale Blutbalanz bei einem Anämiekranken zu erhalten, und erkranken doch nicht an perniziöser Anämie. Nun gibt die Pyelitis, Pyelonephritis und Pyelozystitis bei Kindern ein reineres Bild als bei Erwachsenen, und weder der Urologe noch der Internist sehen die milden und chronischen Fälle so wie der Pädiater. Das wichtigste Symptom dabei ist außer den nervösen Erscheinungen die Blässe der Haut, und die Anämie und diese Tatsache läßt Beziehungen zwischen beiden annehmen. Perniziöse Anämie kommt nicht in allen Fällen von Pyelitis vor; sie ist bei Kindern ebenso selten wie Pyelitis häufig ist. Nun ist Pyelitis bei Erwachsenen fast noch häufiger wie bei Kindern und besteht bei vielen seit der Kindheit. Und sie besteht bei allen Fällen von perniziöser Anämie. Sie ist ferner die Ursache des ungeheuren Blutverlustes bei der perniziösen Anämie

und schädigt bei der langen Dauer das Regenerationsvermögen des hämatopoetischen Systems der Art, daß nicht genügend gebildet werden kann, um die normale Blutbalanz aufrechtzuerhalten. Die Pyelitis verlangt dauernd Blutregeneration; sie und das Fehlen von genügend spezifischer Substanz aus den Nahrungsmitteln, die zur Blutbildung anreizt und wahrscheinlich auch das notwendige Konstituens für die Blutzellen liefert, sind die Grundlagen der perniziösen Anämie. Ob die mangelnde Erythrozytenregeneration durch deren Verlust im Urinaltrakt bedingt ist oder durch den dauernden ungeheuren Leukozytenverlust, ist noch nicht sicher. Die Pyelitis erklärt das Fieber, die Tendenz zu Remissionen und Rückfällen, den Gewichtsverlust. Allerdings macht auch die Pyelitis Magenerscheinungen; aber sie zeigt meist Hyperazidität; jedoch ist die gastrische Atrophie und die Achlorhydrie lediglich als Endstadium der perniziösen Anämie aufzufassen, wodurch das Paradox gelöst ist. Verhütung also: Beseitigung von Herdinfektionen (orale Sepsis, Pyorrhoe) und daraus resultierenden Infektionen des Urinaltraktes, palliative Anwendung der spezifischen Substanz.

v. Schnizer.

4812.

Heeres, P. A., Perniziöse Anämie und Leberdiät. (Geneesk. Bladen, XXVI., Heft 11.) Verf. berichtet über 35 Fälle aus der Groningenschen Universitätsklinik. Die Resultate waren überaus günstige. Sofort im Anfange der Behandlung fühlt der Kranke sich besser, auch wenn im Blutbilde noch gar nichts von Verbesserung zu finden ist. Bald kommen aber auch hier die ersten Veränderungen: es treten Retikulozyten auf im kreisenden Blute. Dann steigt die Zahl der Erythrozyten in der Blutbahn allmählich an. Dies ist eben der springende Punkt in der Leberdiättherapie.

Sie ist auch bei sekundärer Anämie mit herabgesetzter Erythrozytenzahl imstande, diese zu erhöhen; nicht aber, wenn diese Zahl schon von vornherein normal ist. Es kann sogar eine Polyglobulie im Laufe der Behandlung entstehen.

Die Zahl der Erythrozyten erhebt sich schneller als der Hb-Gehalt des Blutes. Infolgedessen wird der Index herabgesetzt. Dies war allerdings früher — als die Leberdiättherapie noch nicht bekannt war — während der Remissionen auch der Fall. Aber es kam damals nur ausnahmsweise zu Senkungen des Index unterhalb 1, so daß die Krankheit immer erkennbar blieb. Unter Einfluß der Leberdiät senkt heute der Index sehr oft unterhalb 1, besonders wenn der Kranke die Diät sehr lange beibehält.

Leberrefraktäre Fälle hat Verf. nicht gesehen. Wohl ist es deutlich geworden, daß die Dosierung individuell festgestellt werden muß, nicht nur um eine Remission zu erzwingen, sondern auch um diese zu erhalten.

Seine Erfahrungen mit Leberextrakt sind nur wenige, aber gute.

Nebst der Erhöhung der Erythrozytenzahl sah Verf. auch die Leukopenie einer normalen Leukozytose mit normalen Verhältnissen Platz machen. Eine stärkere Eosinophilie, wie von Seibert in diesen Umständen beschrieben wurde, ist Verf. nicht aufgefallen.

Betreffs der übrigen Symptome berichtet er folgendes:

Die neurologischen Erscheinungen sind im allgemeinen refraktär; nur kann man versuchen, mittels großer Lebergaben eine Progression vorzubeugen. Die Glossitis verschwindet immer gleichzeitig mit der Anämie. Dasselbe war allerdings auch in der Vor-Leberzeiten der Fall, wenn es überhaupt gelang, eine Remission zu erzwingen.

Die Leberdiät hat in den meisten Fällen keinen Einfluß auf die Achylia gastrica; nur in einem einzigen Fall sah Verf. freie Salzsäure im Magensaft erscheinen.

Zum Schlusse behandelt Verf. die Frage nach dem Wesen dieser Therapie. Die Vermehrung von Erythrozyten und Leukozyten suggeriert eine Reiztherapie. Dann wäre es aber unwahrscheinlich, daß sie Jahre hindurch wirksam bleiben könnte.

Es ist nicht unwahrscheinlich, daß wir bei der perniziösen Anämie mit einer Leberfunktionsstörung zu tun haben, welche vielleicht Einfluß ausübt auf das Knochenmark. Die Lebertherapie könnte dann diese Funktionsstörung ausgleichen. Als Folgen dieser Leberinsuffizienz wären dann zu deuten: die Hyperbilirubinämie, die Urobilinurie und die Störungen im Wasserhaushalt bei der perniziösen Anämie.

Aus Untersuchungen an der Groningenschen Klinik ist hervorgegangen, daß bei dieser Krankheit eine Wasserretention besteht, welche nicht als Nierenfunktionsstörung gedeutet werden kann.

R. Roelofs, Groningen.

4813.

Sigler, L. H., Rationale Behandlung der chronischen kardiovaskulären Erkrankungen. (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 5.) Da noch nicht alle Ursachen der chronischen kardiovaskulären Erkrankungen genau verstanden sind hinsichtlich ihres Mechanismus, man die Indikationen und Kontraindikationen auf die individuellen

Reaktion, die Ausdehnung der Krankheit und die konstitutionelle Störung dadurch gründen. Man hat also Fälle ohne organische Erkrankung, aber solche vortäuschend. In der Hauptsache Neurotiker und Neurastheniker. Behandlung: Psychotherapie, achten auf gleichzeitige organische, gastrointestinale oder nervöse Störungen, Enttarnung infektiöser Herde, Bromide. Dann kommen die Fälle mit einer guten Herzreserve: chronische Klappenfehler, Hypertrophie einzelner Kammern dadurch oder durch Hypertension, Arrhythmien und die verschiedenen Formen des Herzblocks. Hier können je nach der Konstitution usw. individuell bei genau demselben Leiden hinsichtlich dessen Äußerungen die größten Verschiedenheiten vorkommen. Hier muß der Arzt Diplomat sein: er darf die subjektiven und objektiven Symptome weder unter- noch überschätzen; gewöhnlich werden die subjektiven unterschätzt und die objektiven überschätzt, und damit schädigt man den Patienten mehr, als ihn sein krankes Herz schädigt. Man muß ihn psychisch in der Hand haben, ihn überzeugen, daß man seinen Zustand kennt, darf ihm nie die bei jeder Herzkrankheit bestehende Gefahr zeigen und muß in diesem Sinne manchmal medizieren. Er soll sich beschäftigen, aber man muß ihn vor Präkordialschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, Palpitationen warnen. Man muß sich bei dem Umfang der Tätigkeit durch die Empfindung des Patienten leiten lassen, nicht nur durch den Befund. Die gewöhnlichsten Störungen sind Palpitation, Präkordialschmerzen, Dyspnoe, Ermüdung, gewöhnlich durch Ueberanstrengung. Manchmal sind aber auch Systemstörungen schuld; der Magendarmtrakt z. B. Genügend Schlaf, Ruhe, Veränderung der Umgebung helfen hier oft rasch. Bei Fibrillation Digitalis oder Chinidin: beide müssen individuell ausprobiert werden. Auch Bromide. Drittens kommen die Fälle, bei denen die Herzreserve stark reduziert ist: jede Extraanstrengung verursacht Dyspnoe, Präkordialschmerz, Oedem, Lungenkongestion. Der Nachlaß kann entweder akut, oder allmählich oder unter dem anginalösen Syndrom auftreten. Im ersten Falle Morphinum, Venäselektio, Strophantus, Nitrite. Im zweiten Falle körperliche und geistige Ruhe, Sedativa, Digitalis diuretica. Wenn sich die Angina nicht anstrengung entwickelt, Ruhe-Nitrite. Arzneimittel aus der Purinbasengruppe; bei den spontan auftretenden Formen wird die Behandlung durch die Ursachen bedingt. Bei Koronarokklusion Bettruhe, Morphinum. Bei der angioplastischen Form Nitrite, Morphinum, Papaverin. Bei der chronischen inkraktabeln Form Chloral, Bromide, Luminal usw. Auch zervikale oder thorakische Sympathektomie kommen hier in Frage, ebenso paravertebrale Alkoholblockade. Bei den schweren Fällen mit dauernder Dyspnoe, Cheyne-Stokes, dauerndem Anasarka, Kongestion der Leber und anderen Eingeweiden kommen lediglich schmerzstillende u. a. Mittel in Frage. Bei den Okklusivprozessen in den Gefäßen: Ruhe, Vermeidung eines Traumas, Behandlung konstitutioneller Störungen, wie Diabetes, Gicht, Nephritis; von Herdinfektionen Morphinum, vasodilatatorische Mittel. Die modernen Methoden mit Thyphusvakzine, Natriumzitrat intravenös und Duodenalspülungen sind nicht spezifisch. Bei Angiitis obliterans Sympathektomie mit Erfolg. Embolektomie. Bei Hypertension gibt es kein Spezifikum und keine spezifische Diät. Sie ist ein Symptom verschiedener Krankheiten, wie Nephritis, Gicht, Hyperthyreoidismus, Tabes Pb-Vergiftung, diätologisch dunkel. Bei Nephritis kommt N-Retention in Frage, sonst handelt es sich wahrscheinlich um nervöse Einflüsse, vielleicht hereditärer Natur. Wesentlich ist die geistige und körperliche Ruhe, und nur in Verbindung damit helfen andere Mittel.

v. Schnizer.

4814.

Samuels, S. Saul, Frühdiagnose der Thrombo-Angiitis obliterans. (J. amer. med. Assoc., 92., Nr. 19, 1929.) Für die Frühdiagnose der Thrombo-Angiitis obliterans im Bereich der unteren Extremitäten empfiehlt Verfasser folgenden Test: Patient befindet sich auf einem niederen Untersuchungstisch in Rückenlage und hält beide Beine unter einem Winkel von 90 Grad gebeugt. In dieser Stellung hat der Patient ziemlich rasche Beuge- und Streckbewegungen mit den Füßen auszuführen, wobei die Sprunggelenke als Pivots dienen. Drei Faktoren treten dabei in Aktion, um Schämie hervorzurufen: 1. Schwerkraft, 2. Verschuß der Arterien, 3. Tätigkeit der Fuß- und Beinmuskeln. Besonders wichtig ist es nun, während der Bewegung der Füße die Plantarflächen beider Füße bei guter Beleuchtung zu beobachten. Bei Verschuß einer Arterie zeigt sich auf der Sohle des betreffenden Fußes ein deutlicher Farbumschlag, ein Verschwinden der normalen Färbung, was so lange anhält, als die Beine in vertikaler Haltung bewahrt werden und selbst dann noch bestehen bleibt, wenn die Bewegung der Füße aufgehört hat. Die Sohle des gesunden Beines behält seine normale rosige Färbung auch während der Beuge- und Streckbewegungen der Füße.

L. Büchler, Wien.

4815.

Schwann, Hans, Der Entwicklungszustand des lymphatischen Gewebes und die absolute Lymphozytenzahl im Blut, ihr

Verhältnis zueinander und ihre Abhängigkeit von der Beschaffenheit der kleinen und kleinsten Gefäße. (Klin. Wschr., 8. Jg., Nr. 39.) Da im lymphatischen Gewebe die Lymphozytose stattfindet, mußte dem physiologisch und pathologisch bedingten Zustand des lymphatischen Gewebes die Zahl der dort produzierten Lymphozyten entsprechen. Dies zu untersuchen stößt jedoch auf große methodische Schwierigkeiten.

Der Zustand des lymphatischen Gewebes und die Lymphozytenzahl im peripheren Blute läßt sich am besten in ihrer gemeinsamen Abhängigkeit vom Alter untersuchen, da der großen Zellspanne und der Verwertung des Durchschnittes wegen zufällige pathologische Einflüsse nur wenig stören.

Der Vergleich ergibt, daß die Lymphozytenzahl dem Entwicklungszustand des lymphatischen Gewebes nur insofern entspricht, als in der Jugend eine Lymphozytose zu finden ist. Diese nimmt aber nicht entsprechend der Entwicklung des lymphatischen Gewebes zu, sondern fällt kontinuierlich, um in die konstanten niedrigen Werte des Erwachsenen überzugehen, wenn die Entwicklung des lymphatischen Gewebes ihren Höhepunkt erreicht hat. Dies läßt sich mit einer Ueberproduktion der Lymphozyten in der frühen Jugend und mit einem immer größer werdenden Verbrauch im zunehmenden Alter erklären. Im 15. bis 16. Lebensjahre kommt dann schließlich eine Gleichgewichtslage im Lymphozytenumsatz zustande.

Ein nicht erklärbarer Widerspruch besteht aber zwischen der Lymphozytenzahl und dem Entwicklungszustand des lymphatischen Gewebes im hohen Alter, denn in der Literatur wird ein Schwund des lymphatischen Gewebes angegeben, ein dementsprechendes Absinken der Lymphozytenzahl wird jedoch nicht erwähnt.

Verfasser fand, daß auch im hohen Alter noch gut entwickeltes lymphatisches Gewebe mit Follikeln und Sekundärknötchen vorkommt, wenn die kleinen und kleinsten Gefäße gesund sind. Dieser Befund scheint den erwähnten Widerspruch zu lösen. Umgekehrt konnte oft ein Fehlen der Follikel und Sekundärknötchen in großer Jugend festgestellt werden, wenn die Gefäße krank waren. Drei Tabellen zeigen diese Abhängigkeit der Follikel und der Sekundärknötchen von der Beschaffenheit der kleinen und kleinsten Gefäße.

Daß im Verdauungsschlauch auch dann noch Follikel und Sekundärknötchen gefunden werden, wenn die Gefäße krank sind, daß überhaupt das lymphatische Gewebe im Verdauungsschlauch wechsellöser und stärker entwickelt ist als an anderen Stellen, läßt sich mit der hier stärkeren Konzentration der Stoffe, gegen die sich die Tätigkeit der Lymphozyten richtet, und mit den dadurch bedingten stärkeren Reizen auf das lymphatische Gewebe erklären.

Dieser verschiedenen Konzentration wegen ist der Lymphozytenbedarf im Verdauungsschlauch am stärksten, in den peripheren Lymphbahnen weniger stark und am geringsten in der Blutbahn. Dementsprechend haben wir im Verdauungsschlauch das lymphatische Gewebe in seiner ursprünglichen Bedeutung lediglich als lymphozytenproduzierendes Gewebe. In den Lymphdrüsen kommt die Resorption in den Marksins hinzu, die die Lymphozytose zurücktreten läßt, und in der Milz spielt normalerweise die Lymphozytenproduktion nur eine unbedeutende Rolle, während die resorbierende Tätigkeit und noch andere Funktionen im Vordergrund stehen. Dieses Nebeneinander im Säugetierorganismus läßt sich als 3. Parallele der phylogenetischen und der ontogenetischen Entwicklung des lymphatischen Gewebes an die Seite stellen.

Eine vierte Tabelle stellt einige absolute Lymphozytenzahlen neben das histologische Untersuchungsergebnis, um die direkte Abhängigkeit der Lymphozytenzahl von dem Zustand des lymphatischen Gewebes und die indirekte Abhängigkeit der Lymphozytenzahl von der Beschaffenheit der kleinen und kleinsten zu zeigen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4816.

Naber, J., Asthma bronchiale: Allergische Behandlung und Psychotherapie. (Ther. d. Gegenw., 70., Heft 10, 1929.) (Inn. Abt. d. Krankenhaus in Koblenz.) Im Vergleich mit den Resultaten, die andere Aerzte mit allergischer Behandlung des Asthma bronchiale erreichten, konnte Verfasser einen höheren Prozentsatz von Heilungen und Besserungen durch Psychotherapie erzielen. Bei allen seinen Asthmapatienten (ungefähr 100) gelang es ihm, durch Psychoanalyse das den betreffenden Anfall auslösende psychische Moment zu entdecken und durch Psychotherapie, ohne Anwendung irgendeines Medikaments und ohne Klimawechsel, dauernde Heilung zu erzielen. Einen Versager gab nur ein Homosexueller. Dieser Patient konnte von seiner homosexuellen Betätigung nicht lassen und kam dadurch wieder in neue psychische Konflikte. Ferner behandelte Verfasser drei Patienten mit schwerstem Heufieber mit Erfolg psychotherapeutisch. Wie N. bemerkt, beruht bei der allergischen Behandlung ein großer Teil der Wirkung auf psychischer Beeinflussung. Wenn er aber auch die

Auffassung über den asthmogenen Einfluß der Allergene zu Recht bestehen läßt, so sei doch das billigere und an jedem Ort anwendbare Mittel, die Psychotherapie, durch geübte Psychotherapeuten zuerst zu versuchen. Versagt die Psychotherapie, z. B. bei ungenügender Intelligenz des Patienten usw., oder bei ganz besonders resistenten und verzweifelten Fällen, die sich eine kostspielige allergenfreie Kammer nicht leisten können, so kommt die von Kümmel vorgeschlagene Exstirpation des Ganglion stellatum, des Hals-sympathikus und des Ganglion thorac. I, in Frage.

E. Kontorowitsch.

4817.

Aron, E., Kritik der allergenfreien Zimmer. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 40.) Verliert ein Asthmiker seine Anfälle in dem allergenfreien Zimmer eines Krankenhauses, so beweist dies keineswegs, daß dies eine Wirkung des allergenfreien Zimmers sein muß. Auch andere Faktoren müssen berücksichtigt werden: Wechsel des Milieus, der Oertlichkeit u. a. m. Die Erreichung eines allergenfreien Zimmers im Privathaushalt ist so kostspielig, daß sie für die unbemittelten und minderbemittelten Kreise nicht in Frage kommt. Rationeller ist der Umzug in eine hygienisch einwandfreie Wohnung. Wo andere Momente als Hausallergene die Ursache sind, sind die allergenfreien Zimmer nicht indiziert. Die Dauererfolge der allergenfreien Zimmer sind statistisch geringer als die der pneumatischen Kammern. Arnold Hirsch, Berlin.

4818.

Kretz, Johannes, Zur Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus. (Med. Klin., Nr. 37, 1929.) Um die Häufigkeit der Störungen im Bereiche der innersekretorischen Drüsen klarzustellen, hat der Verfasser bei 22 Patienten mit subakuten und chronischen Gelenkleiden ohne Rücksicht auf die Ätiologie die Abderhaldensche Inkretreaktion vorgenommen. Dabei fanden sich 18 mal positive Thymusreaktion, 12 mal positive Parathyreoidea-reaktion, 11 mal positive Ovarreaktion, 11 mal positive Testes-reaktion, 7 mal positive Nebennierenreaktion, 6 mal positive Hypophysenreaktion und 7 mal positive Thyreoidea-reaktion. Entsprechend diesen Untersuchungsergebnissen, behandelt Verfasser alle Fälle von Gelenkrheumatismus mit Organpräparaten bei gleichzeitiger Beeinflussung des Kalkstoffwechsels und kombiniert diese Therapie mit physikalischer Behandlung und Proteinkörpertherapie. Bei Gelenkprozessen, die mit starker Druckschmerzhaftigkeit, besonders des Sternums und des Beckengürtels einhergehen, empfiehlt sich die Verabreichung von Ovarialpräparaten. Verfasser bevorzugt dabei das Menformon (Follikulin) und gibt davon zweimal wöchentlich intramuskulär durch sechs bis acht Wochen eine Injektion; gleichzeitig verabreicht er dreimal täglich zwei Owowop-tabletten bis zu insgesamt 150 bis 200 Tabletten. Besteht Fett-sucht, so empfiehlt sich die Anwendung von Thyreoidea-Präparaten. Bei gleichzeitiger starker Ausbildung von Muskelatrophien bewährt sich die Verabreichung von Testosan forte, zweimal wöchentlich intramuskulär, daneben dreimal täglich eine Tablette Testosan durch mehrere Wochen. Zur Unterstützung und Verstärkung der Wirkung der Organtherapie injiziert Verfasser Proteinkörper. Eine gute Wirkung erzielte er mit Mirioninjektionen, zweimal wöchentlich 3 bis 5 ccm intramuskulär bis zu einer Gesamtmenge von 60 bis 80 ccm. Fälle von chronischem Gelenkrheumatismus, mehr vom Typus der Osteoarthritis deformans, lassen sich gut beeinflussen durch Schwefelinjektionen. Man gibt von der Lösung Sulfur præcipitatum 0,1, Ol. olivarum 10,0 zweimal wöchentlich intramuskulär eine Injektion; man beginnt mit 1 bis 2 Teilstrichen und steigt allmählich auf 3 bis 4 ccm. Bei Störungen des Kalkstoffwechsels im Sinne osteomalazischer Veränderungen ist die Verabreichung von dreimal täglich 5 Tropfen Vigantolöl von guter Wirkung.

L. Gordon, Berlin.

4819.

Westra, S. A., Die Bedeutung des Balintischen-Phänomens bei Ulkusleiden. (Klin. Wschr., 8 Jg., Nr. 39.) Das Balintische Phänomen findet, wenn auch nicht in den durchschnittlichen, so doch in den individuellen Werten verschiedener Ulkuspationen Bestätigung; es beschränkt sich jedoch auf die Aziditätsveränderungen des Harns und beruht nicht auf einem schnelleren Verschwinden des eingeführten Alkalis aus dem Blute; Infusion von Natriumbikarbonat bedeutet keine Alkalibelastung für die Gewebe. Bikarbonatinfusion übt, auf dem Wege einer Kalziumabnahme, Einfluß auf das autonome Nervensystem aus im Sinne einer Vagusreizung. Die Balintische Hypothese der Gewebsazidose der Ulkuskranken wird nicht bestätigt. Das Balintische Phänomen findet eine hinreichende Erklärung in der Vagotonie der Ulkuskranken. Es liegt also kein Grund vor, neben der vagotonen Theorie des Ulcus ventriculi und duodeni diejenige der Gewebsazidose aufrechtzuerhalten.

Arnold Hirsch, Berlin.

4820.

Ruhmann, Walter, Frei perforiertes Ulcus pepticum und Schmerz bei schnellender Bauchdecke (Blumberg'sches Zeichen). (Münch. med. Wschr., 76. Jg., Nr. 40.) Durch plötzliches Abheben der ruhig eindrückenden Hand hervorgerufenen Rückschnellen der Bauchdecke ging in den wenigen vom Verfasser beobachteten Fällen frischer und mehrere Stunden alter Ulkuserforation in die Bauchhöhle übereinstimmend mit heftigem Erschütterungsschmerz einher, und zwar auch dann, wenn der Druckschmerz gering war. Dieses „Blumberg'sche Zeichen“ verdient bei Verdacht auf freien Geschwürsdurchbruch besondere Beachtung; seine Prüfung ist dort ebenso wie bei anderen akut und stark schmerzhaft auftretenden Bauchkrankungen deshalb unerlässlich, weil das Symptom den akuten (entzündlichen) Reizzustand eines Bauchfellbereiches gerade auch im Beginn anzeigt.

Arnold Hirsch, Berlin.

4821.

Patino-Meyer, C., Schwindel und Magenleiden. (Rev. Méd. Lat. Amer., XIV., Nr. 166.) (Hosp. Pirovane Buenos Aires.) Verfasser beschreibt einen vom Magen ausgehenden zu Schwindelanfällen führenden Reflex auf folgenden Bahnen. Die Erregung findet ihren Ursprung in der alterierten Magenschleimhaut, verläuft im Vagus zum Bulbus und zum Fazialiskern, verbreitet sich auf die Corda tympani und den N. auriculo-temporalis. Die Erregung kann aber auch auf andere bulbäre Kerne, z. B. den des N. vestibularis, überspringen. Vorbedingung für die schwindelerregende Wirkung des Reflexes ist, daß das Labyrinth leicht auf die ursprünglich vom Magen ausgehenden Erregungen anspricht. Eine solche leichte Labyrinthregbarkeit weist Verfasser in allen den Fällen nach, wo er Schwindelanfälle bei Magenkrankungen beobachtete.

Cohn, Hamburg.

4822.

Nario, Alfred, Brechhusten mit Ursprung im Plexus solaris. (Rev. Méd. Lat. Amer., XIV., Nr. 166.) (Hosp. Fermin Ferreyra Montevideo.) Verfasser belegt kasuistisch die Anschauung, daß bei Tuberkulosen mit Ptosis der bei der Mahlzeit auftretende, zum Brechen führende Husten durch Irritation des überempfindlichen Plexus solaris durch den gefüllten Magen erfolgt. Vor dem Durchleuchtungsschirm konnte er regelmäßig den Druckpunkt des Pl. s. im Bereich des ptoischen Magens liegend feststellen. Die Verhältnisse werden durch Abbildung einer Reihe von Röntgenaufnahmen erläutert. Medikation von salzsaurem Ezorin vor der Mahlzeit (40 Tr. einer Lösung 0,01:16,0) beseitigt die Erscheinungen, die durch Inanition infolge massiven Erbrechens jeglicher Nahrung gefährdend werden können.

Cohn, Hamburg.

4823.

Koehn, E., Ueber gehäuftes Auftreten von azetonämischem Erbrechen gelegentlich eines grassierenden Infektes. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 40.) Es wird über gehäuftes Auftreten von zum Teil schwer verlaufendem azetonämischen Erbrechen gelegentlich eines grassierenden Infektes berichtet und die Bedeutung einer exogenen Komponente in der Pathogenese neben der konstitutionellen betont.

Alle Fälle konnten sicher und schnell durch Kohlehydratzufuhr zur Heilung gebracht werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4824.

Rogoff, J. M., und G. N. Stewart, Nebennierenrindenextrakt bei Insuffizienz der Nebennieren (Addison'scher Krankheit). (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 19, 1929.) Verfasser berichten über ihre Beobachtungen, welche sie im Laufe von acht Jahren mit verschiedenen Arten der Behandlung bei Addison'scher Krankheit, insbesondere mit der Verabreichung von Extrakten aus Nebennierenrinde, zu machen Gelegenheit hatten. Obwohl die Zahl der mit Nebennierenrindenextrakt behandelten Fälle von Addison'scher Krankheit nicht genügt, um ein abschließendes Urteil zu gestatten, scheint den Verfassern in Anbetracht der auffallend günstigen Resultate ein vorläufiger Bericht doch gerechtfertigt. Zum Unterschied gegenüber dem aus Nebennierenmark hergestellten „Epinephrin“ und um gleichzeitig seinen Ursprung zu kennzeichnen, nennen Verfasser die aus Nebennierenrinde gewonnene Substanz „Interrenalin“. Die Verabreichung erfolgte auf oralem Wege, und zwar in Kapseln, um das Hormon gegen die Einwirkung des Magensaftes zu schützen. Wenn auch Addison'sche Krankheit und die bei suprarenektomierten Tieren auftretenden Erscheinungen nicht als identisch zu betrachten sind, so gibt es doch in beiden Fällen gewisse Symptome, die qualitativ einander völlig gleichwertig sind und als Ausdruck einer Insuffizienz der Nebennierenrinde anzusehen sind. Zu diesen gehört z. B. die sowohl bei suprarenektomierten Hunden als auch bei vielen Patienten mit Addison'scher Krankheit zu beobachtende Abneigung gegen fettreiche Nahrung. Anorexie und gastrische Beschwerden (einschließ-

sch galligem Erbrechen) sind in beiden Fällen gleichfalls häufig zu beobachten. In allen von den Verfassern beobachteten Fällen, in denen die klinische Diagnose Addisonsche Krankheit vollaufgeklärt schien, war der Erfolg der Behandlung mit „Interrenalin“ ein zufriedenstellender. Sogar während der akuten Exazerbationen sahen die Verfasser häufig eine Besserung der auf Störungen in der Nebennierenrinde beruhenden Erscheinungen. Die Frage, ob es sich in den durch die Behandlung mit Interrenalin gebesserten Fällen um Dauerheilungen handelt, kann zur Zeit nicht beantwortet werden.

L. Büchler, Wien.

4825.

Such, Y., und M. Prados, Beitrag zum Studium der Pellagra. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 40.) In völliger Übereinstimmung mit der klassischen Erfahrung beginnt die Krankheit in der Regel oder weniger schleppender Form mit großer Abgespanntheit; es kommen profuse Diarrhöen, schneller Puls, Blutdrucksenkung, im ganzen ein relativ schwerer Zustand, den die Kranken gewöhnlich überstehen. Ist dies erste Stadium überwunden, kehrt der Kranke nach einigen Tagen meist zu seinem früheren Zustand zurück, die Diarrhöen verschwinden. Dann erst treten Hauterscheinungen auf, die zuerst durch mehr oder minder ausgedehnte Erythem- und Oedemzonen gekennzeichnet sind; bei intensiver Entwicklung bilden sich Pusteln, die sich meistens öffnen und gesund werden, häufig sekundär infiziert werden. Dieses Stadium klingt nach mehreren Wochen ab. Die Haut trocknet ein, die Epidermis schrumpft; an den erkrankten Stellen erscheint eine Pigmentierung, die längere oder kürzere Zeit anhält, manchmal auch als Dauererscheinung zurückbleibt. Die Erscheinungen wiederholen sich nach einigen Monaten in verschiedenen Stadien. Die frühesten Erscheinungen sind meist weniger heftig, lassen aber ein schlechtes Allgemeinbefinden zurück und führen zu starker Abmagerung. Nach mehreren derartigen Schüben erstreckt sich die Hyperpigmentierung nicht nur auf die vom Erythem befallenen Stellen, sondern auf die gesamte Hautoberfläche des Körpers. Die Anämie wird dauernd, der Patient verkümmert, es treten wieder profuse Diarrhöen auf, die jeder Therapie trotzen, der Puls wird stark beschleunigt und klein; der Kranke erliegt einem Kollaps. Diese, sowie weitere, vom Verfasser beobachtete Symptome, wie z. B. die Labilität der Magensekretion, die Anachlorhydrie, die Hypochlorhydrie und sogar ausgesprochene Hyperchlorhydrie bei demselben Individuum, der Speichelfluß usw. sind deutliche Zeichen für eine Veränderung des Sympathikusystems, im Sinne einer ausgesprochenen Sympathikushypotonie, die bei Beginn der Schübe auftritt, dann subakut und schließlich chronisch mit begleitenden vegetativen Erscheinungen auftritt.

Es wurden Pellagrakranke mit verschiedenartigen Psychosen, besonders aber Schizophrenen untersucht. Zuerst ausschließlich vom klinischen Standpunkt aus, später wurden ihre pharmakologischen Reaktionen hinsichtlich des vegetativen Nervensystems und das Verhalten der Kalzämie im Verlaufe der Krankheit untersucht; gleichzeitig unterzog Verfasser eine Gruppe dieser Kranken einer Vitaminbehandlung. In allen Fällen wurde dieselbe Menge Nahrungsmittel gegeben, wie in der vor dem Auftreten der Pellagra liegenden Zeitspanne.

Die Kranken bekamen ein einheimisches, an Vitaminen außerordentlich reiches Präparat „Nateina Llopi“, das seine Wirksamkeit bei der Behandlung anderer Krankheiten, besonders bei Hämophilie und Purpura, erwiesen hatte. Bei allen mit diesem Mittel behandelten Fällen trat sehr schnell eine Besserung der Symptome auf. Die Behandlung hat einen entscheidenden Einfluß, wenn sie sofort bei Beginn der Erkrankung einsetzt; man kann dann den offenen Ausbruch der Krankheit unterdrücken. Dies trat bei einem in allgemeiner Paralyse Leidenden ein; sofort beim Auftreten des Erythems wurde die Behandlung begonnen, die Hauterscheinungen schwanden nach drei bis vier Tagen, und der Patient erlangte sein gewöhnliches Aussehen wieder. Die Diarrhöen weichen der Vitaminbehandlung ebenso schnell.

Verfasser beobachtete in erster Linie durch die Nateinabehandlung einen raschen Rückgang der Magen-, Darm- und Hautsymptome, eine schnelle Steigung des Körpergewichts und einer außerordentlichen Besserung des Allgemeinbefindens. Was aber den Einfluß der Nateinabehandlung bei Pellagra ganz besonders bemerkenswert macht, ist das Verhalten der Haut. Beim spontanen Rückgang der Hauterscheinungen bei Pellagra bleiben dauernde Spuren in Form von Hautpigmentierung an den früher betroffenen Stellen und Schrumpfung der Epidermis zurück. Bei mit Nateina behandelten Fällen löst sich die Haut gänzlich ab; es erscheint eine neue, elastische, völlig gesunde Epidermis von rötlicher oder weißer Färbung, und zwar nicht nur an den betroffenen Stellen, sondern in einigen Fällen an der gesamten Körperoberfläche. Das Aussehen der Kranken war innerhalb weniger Tage völlig verändert; sie gleichen vollkommen physisch Gesunden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4826.

Bernard, Léon, Bronchiektasie und Tuberkulose. (Paris méd., XIX., Nr. 39.) Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Bronchiektasie sind noch wenig bekannt; man hat sogar in letzter Zeit ätiologisch die Syphilis — erworben oder hereditär — in den Vordergrund geschoben. Beim klassischen Bild unterscheidet man drei Formen, die zylindrischen ampullären und Rosenkranzformen. Klinisch: lange Perioden von Bronchitis, bis schließlich das charakteristische Zeichen der purulenten, reichlichen Expektorations tritt; trotz der febrilen Schübe bei einem chronischen Husten bleibt der Allgemeinzustand geradezu blühend. Der Auswurf zeigt die bekannten drei Schichten, den typischen Geruch und im Gegensatz zur Tuberkulose kleine Hämoptysen. Stethoskopisch namentlich bei den zylindrischen Formen: Pseudokavernen. Aber diese klassischen Formen sind praktisch selten. Die alte klassische Form ist durch das Röntgenverfahren zerbrochen worden: es gibt kleine Bronchiektasien ohne die Elemente des klassischen Bildes, die besonders durch Lipiodol deutlich werden. Klinisch findet man in der Anamnese chronische Bronchitiden mit Lungenemphysem, Fieberschübe zwischen absoluter Ruhe, aber keineswegs die typische Expektorations, jedenfalls nicht mehr wie bei der einfachen chronischen Bronchitis. Oder die trockene hämoptoische Form ohne Expektorations: wiederholte Hämoptysen bei scheinbar völlig Gesunden, die eher an eine okkulte fibröse Tuberkulose als an eine Bronchiektasie denken lassen. Hier läßt die Auskultation im Stich. Röntgen mit Lipiodol dagegen gibt überraschende Ergebnisse. Pathologisch anatomisch handelt es sich um einen doppelten Prozeß, um einen destruktiven an der Tunica bronchialis und einen konstruktiven am Lungengewebe sklerotischer Natur durch eine langsam verlaufende pulmonäre Sklerose. Und tatsächlich gibt es neben der fibrösen Phthise sowohl hinsichtlich der Symptome wie hinsichtlich der Entwicklung diskrete tuberkulöse Sklerosen: hinter diesen scheinbar idiopathischen Dilatationen steckt ebenso oft wie die Syphilis eine okkulte tuberkulöse Sklerose. Der Nachweis der Tuberkulose läßt sich in solchen Fällen, wie an der Hand dreier Fälle ausgeführt wird, durch Feststellen des Tuberkelbazillus führen. Nun gibt es allerdings eine tuberkulöse Aufpflanzung auf schon bestehende Bronchiektasien; aber hier ändert sich plötzlich das alte langbestandene Bild: neue Zeichen treten plötzlich auf, Abmagerung, Schweiß, dauerndes Fieber, neue Röntgenzeichen erscheinen: der Bazillus charakterisiert den evolutiven Schub der Tuberkulose. Hier ist die Tuberkulose nicht die Ursache der Bronchiektasie, sondern eine spätere Komplikation, und sie ist ausnahmsweise. Die retraktile sklerotische Peribronchitis kann gar keine andere Ursache haben als die Tuberkulose; abgesehen vom Nachweis des Bazillus, der nicht einfach in den Bronchialwandungen vegetieren kann, spricht vielfach in solchen Fällen gegen Syphilis der sonstige völlig negative Befund dafür. Man kann drei Kategorien von Bronchiektasien tuberkulösen Ursprungs aufstellen: die Dilatationen bei chronisch-ulzerösen Tuberkulosen. Vor allem die ulzerofibrösen Formen; die ulzerokaseösen führen nur ausnahmsweise dazu. Dann praktisch wichtig die Ektasien nach akuten und subakuten tuberkulösen Veränderungen. Aber viel häufiger als diese sind die chronischen diffusen Formen schuld. Man darf aber dabei eines nicht vergessen: es gibt Fälle, bei denen Bazillen nicht nachzuweisen sind.

v. Schnitzer.

4827.

Zadek, I., und Martin Meyer, Weitere praktische Ergebnisse mit der Tuberkuloseschutzimpfung nach Langer. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Die Schutzimpfung nach Langer bewirkt mit abgetötetem Material bei intrakutaner wie intramuskulärer Applikation eine positive Allergie, die bisher nahezu 5 Jahre angehalten hat. Der Langersche Impfstoff ist absolut ungefährlich, und bei Säuglingen sowohl als auch bei Kindern jeden Alters anwendbar. Mit der durch die Schutzimpfung erzeugten positiven Allergie scheint eine relative Immunität gegen die tuberkulöse Erkrankung einherzugehen, da von 34 nicht natürlich infizierten, aber exponierten Säuglingen und Kleinkindern innerhalb eines Zeitraumes von fast 5 Jahren nur ein Kind manifest tuberkulös erkrankt ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

4828.

Ebersson, F., Heliotherapie und Lungentuberkulose. (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 6.) Praktisch wichtig ist: unsystematische überdosierte Sonnenbäder sind keine Sonnenbehandlung. Die Behandlung kann kontrolliert und die Toleranz genau festgestellt werden durch die Temperaturreaktion vor, unmittelbar nach und $\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde nach der Bestrahlung. Bei Normalreagierenden steigt die Temperatur, dann kommt ein Stadium der Fluktuation; nach einigen Tagen wird die Reaktion konstant und die Temperatur sinkt allmählich unter den initialen Stand. Im weiteren Verlauf bleibt dann die Temperatur leicht darüber. Bei intensiver Behandlung steigt die Temperatur allmählich über ihren Anfangsstand, nachdem sie

erst gefallen war. Dies ist ein Zeichen der Inadaptation. Ebenso wird die Behandlung nicht vertragen, wenn die Temperatur unregelmäßig, oft abrupt steigt und weiterhin recht variabel bleibt. Uebermäßige Ermüdung, Kopfschmerzen, Nausea, gastrointestinale Störungen verlangen sofortiges Aussetzen. Verbrennen muß vermieden werden; bei Blondinen und solchen, die leicht verbrennen, kann durch eine Gelbe-Rüben- und Spinatdiät eine schützende Pigmentschicht unter der Haut erreicht werden. Eine Lungeninfektion ist auch in mäßig oder weit vorgeschrittenen Fällen keine Kontraindikation für die Sonnenbehandlung bei Vorsicht und richtiger Exposition. Fieber an sich ist keine Kontraindikation, nur hektisches Fieber und Toxämie. Fluktuationen in der Temperatur sind Warnungszeichen, aber abnorme Temperaturreaktionen können bei mäßig gesteigerter Behandlung normal werden. Die Angst vor Hämoptysen ist bei richtiger Behandlung nicht recht begründet; die Erfahrung lehrt vielmehr in der Mehrzahl der Fälle diese Tendenz verschwinden. Auch bei Kindern günstige Resultate. Fieber kommt bei Kindern oft aus nichttuberkulösen Ursachen und darf nicht abschrecken. Auch hier kommt es bei einer geregelten Behandlung meist zu normaler Temperatur. Absolute Ruhe während der Behandlung ist Grundbedingung, ohne sie ist namentlich bei der juvenilen Behandlung diese wertlos. Die Behandlung ist kein Allheilmittel, aber ein wertvolles Hilfsmittel. v. Schnitzer.

4829.

Blasi, Domenico, Die Steigerung der Abwehrkräfte des kindlichen Organismus gegen die Tuberkulose durch ultraviolette Strahlen. (La Clin. Ped., 11. Jahrg., 1929.) (Päd. Klin. Perugia.) Der opsonische Index des Serums pirquetpositiver Kinder ist nach 10 Quarzlampebestrahlungen größer als der pirquetnegativer; dies stimmt mit der Annahme Wrights über die Spezifität der Opsonine überein. Bei den bestrahlten Kindern stieg nicht nur die Zahl der phagozystierenden Zellen, sondern auch die der phagozytierten Bazillen an. Die Quarzlampe ist also geeignet, die Widerstandskraft des Organismus gegen die Tuberkulose zu heben.

Tezner, Wien.

4830.

Gerson, Max, Die Entstehung und Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose. (Med. Welt, Nr. 37, 1929.) Die vom Verfasser für mittelschwere Tuberkulosefälle angegebene Diätkur baut sich folgendermaßen auf: Verboten sind Rauchen, Alkohol, Kochsalz (auch jeder Salzersatz, auch Hosal), geräuchertes und gewürztes Fleisch, Wurst, Schinken, Speck, geräucherte und gesalzene Fische, Essig, Maggi-Suppenwürze, Bouillonwürfel, scharfe Käse, Konserven, Eingewecktes, scharfe Würze usw. Der Fleischgenuß wird erheblich eingeschränkt, der Eiweißbedarf kann auch durch Milch und Eier gedeckt werden. Notwendig für die Ernährung sind: 1 bis 2 rohe Gelbeier, mehrere Zitronen (steigend von 2 bis 6), viel Obst, Früchte aller Art, Salate, Tomaten, rohe Wurzeln, rohe Preßsäfte aus allerlei Gemüsen $\frac{1}{2}$ bis 1 bis $1\frac{1}{2}$ Liter) und Früchten; auch als Zusatz zu Suppen und anderen Speisen, Kompotts, $\frac{1}{2}$ l rohe Milch (auch Joghurt, Kefir, dicke Milch oder Buttermilch), salzlose Butter, etwas Quark (salzlos) 50 bis 75 g. Mittags und abends frisches Gemüse (nicht abgebrüht). Kartoffeln. Weniger Mehl- und Eierspeisen. Wenig salzloses Brot, weniger Rohrzucker. Etwas frisches Fleisch. Zur Aenderung des Mineralstoffwechsels wird Mineralogen gegeben, das kein Salzersatz ist, auch nicht den Speisen zugesetzt werden darf, ferner gibt man Phosphorlebertran, 0,025 auf 300,0 zweimal täglich 1 bis $1\frac{1}{2}$ Eßlöffel. Wird der Phosphorlebertran anfangs nicht gut vertragen, so kann ein D-Vitamin-Präparat gegeben werden.

Die Tageseinteilung geschieht so, daß man früh und vor dem Schlafengehen eine Haferflockensuppe mit reichlich Butter und etwas Fruchtsaft dazu gibt. Mittags und abends erhält der Patient Gemüse, Kartoffeln, Salat, Obst und etwas Eierspeise oder Fisch. Dazwischen von morgens bis abends etwa alle zwei Stunden die übrige Rohkost.

Die Diät beeinflußt nicht nur tuberkulöse Erkrankungen. Verfasser hat Erfolge gesehen auch bei Basedow, Erkrankungen der Leber, der Galle und des Magen-Darmkanals, bei Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems und insbesondere bei Hypertonie. Von endokrinen Erkrankungen reagierten gut auf die Diät klimakterische Beschwerden und Fettsuchten.

Verfasser ist der Ansicht, daß seine Diätkur die Konstitution ändert. Unter der Behandlung ändern sich die Reaktionen des kranken Körpers insofern, als früher kaum wirksame oder unwirksame Hormondosen wirksam werden. Der Körper scheint auch gegen Arzneimittel sensibilisiert zu werden.

L. Gordon, Berlin.

4830 a.

Bracher, M., Beitrag zur Wirkung des Seeklimas auf Knochen- und Gelenktuberkulose. (Z. Tbk., 54., 6.) (Kinderheilanstalt Kaiserin Friedrich, Norderney.) Die Kombination von Blut-

senkung und Blutbild hat sich bei der Beurteilung des Verlaufes der Knochen- und Gelenktuberkulose als sehr brauchbar erwiesen. Auf Grund des Ergebnisses der Blutuntersuchungen werden mehrere Reaktionsformen der Tuberkulose für das Nordseeklima aufgestellt, die in den meisten Fällen schon nach kurzer Zeit über die Richtigkeit der eingeschlagenen Klimatherapie informieren, bzw. die Entscheidung über Einleitung weiterer therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Dabei wird erwiesen, daß das Seeklima eine mehr oder weniger ausgesprochene Aktivierung chronisch entzündlicher Prozesse unter gleichzeitiger Besserung der biologischen Abwehrkraft des Körpers, also eine beschleunigte Ausheilung bewirkt. Es wird häufig an der Nordsee bei Tuberkulosen ein langsamer Anstieg der Temperatur in den ersten 21 Tagen festgestellt.

4831.

Grundner, Georg, Aktive Kavernentherapie. (Z. Tbk., 54., 6.) (Sanatorium St. Blasien.) An Hand von 154 Kavernenfällen wird die Prognose und moderne aktive Behandlung der kavernösen Lungentuberkulose besprochen. Die Prognose der Kaverne kann durch die aktiven Behandlungsmethoden wesentlich verbessert werden, so daß im Jahre 1928 73,3% der behandelten Kavernenträger als klinisch geheilt aus dem Sanatorium entlassen werden konnten. Der Hauptsache nach kommen die Röntgenbestrahlung, der Pneumothorax, evtl. mit Strangdurchbrennung nach Jakobäus, die Phrenikotomie, die Thorakoplastik oder eine Kombination dieser Methoden in Betracht; die bei richtiger Indikationsstellung und genauer qualitativer Auswahl der Fälle sehr günstige Erfolge gewährleisten. Als Ergänzungsoperationen und in einzelnen geeigneten Fällen als selbständige Eingriffe vermögen auch die Plombierung und der Oleothorax gutes zu leisten. Von der Tamponade und der Kaverneneröffnung sind weniger gute Erfolge zu erwarten. Mit Hilfe der aktiven Therapie gelingt es zahlreichen, sonst verlorenen Kranken das Leben zu retten und sie wieder zu leistungsfähigen und gesunden Menschen zu machen.

Zwerg, Chemnitz.

4832.

Jacchia, Paolo, Ueber einen Fall von Spontanpneumothorax bei einem zwei Jahre alten Kinde. (Pediatria, 37. Jahrg., Heft 16, 1929.) Beschreibung eines Falles. Links basal ein Erguß, darüber ein Pneumothorax. Die linke Lunge im Röntgenbild entsprechend dem klinischen Befund infolge Pneumonie nicht ganz kollabiert, teilweise mit der Pleura parietalis verwachsen. Das Herz nach rechts verlagert. Der Erguß besteht hauptsächlich aus Blut, vereinzelte Leukozyten, keine Keime. Die Entstehung des Pneumothorax wird durch die adhäsive Pleuritis erklärt, die einer Zerreißung von Alveolen bei einem Hustenstoß Vorschub geleistet hat. Das Kind ist kurz nach dem Auftreten der geschilderten Symptome gestorben.

Eugen Stransky, Wien.

4833.

Schottmüller, Beitrag zur Indikation des künstlichen Pneumothorax bei Lungentuberkulose auf Grund anatomischen Befundes. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 39.) Seit langer Zeit wird die Kollapstherapie bei Lungentuberkulose auch ohne Kavernenbildung für zweckmäßig erachtet, und schon vor vielen Jahren wurde der Pneumothorax bei beginnender Lungentuberkulose angewendet. Die schnelle und völlige Heilung in jenen Fällen findet jetzt eine gleichsam experimentelle Begründung. Sie kann wohl dazu auffordern, diese Behandlungsmethode allgemein einzuführen.

Verfasser führt aus, daß viele Autoren vor Anlegung eines Pneumothorax bei leichten, nicht progredienten Fällen wegen der Gefahren der Pneumothoraxtherapie warnen; diese erscheinen ihm jedoch bei initialen Fällen in der Hand des Geübten recht gering. Wenn man sich immer bewußt ist, daß eine Thoraxpunktion stets mit gewissen Gefahren verbunden ist, so kann man diese so gut wie immer vermeiden. Man sollte auch eine Nachfüllung niemals ohne unmittelbar vorhergehende Röntgenkontrolle vornehmen.

So bedauerlich ein unglücklicher Ausgang bei der Pleurapunktion ist, so ist für den Wert und Anwendungsbereich einer Methode doch der Erfolg im großen ausschlaggebend. Das Kollapsverfahren führt sicherer, schneller und mit geringeren Kosten zum Ziele als die gesamte sonstige Phthisiotherapie.

Verfasser will selbstverständlich nicht in jedem Falle, in dem röntgenologisch und auch physikalisch geringe Spitzenveränderungen nachweisbar sind, einen Pneumothorax befürworten, sondern nur in den Fällen, in denen auch andere Krankheitssymptome (wie etwas Fieber, Husten, Auswurf usw.) vorhanden sind, wenn also ein Zweifel an dem Bestehen einer aktiven Tuberkulose nicht bestehen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

4834.

Zappa, P., Das Vorkommen säurefester Stäbchen im Stuhle und die kindliche Tuberkulose. (Clin. ed. igien. infant., 4. Jahrg.

1929.) Bei 114 nichttuberkulösen Kindern wurden niemals säurefeste Stäbchen im Stuhle gefunden, auch wenn sie familiärer Ansteckung ausgesetzt waren. Bei 516 tuberkulosekranken Kindern wurden 146mal Tuberkelbazillen nachgewiesen und zwar am häufigsten bei Darmtuberkulose, dann bei okkulten und Lungen-tuberkulose, selten bei Drüsen- und latenter, nie bei chirurgischer Tuberkulose. Die positiven Befunde waren am häufigsten im ersten und nach dem neunten Lebensjahr. Kontakt mit Kranken scheint das Auftreten der Bazillen in den Fäzes zu begünstigen, denn unter 101 stuhlpositiven Fällen von Lungentuberkulose war er in 54,45%, unter 78 negativen in 41,02% nachweisbar.

Tezner, Wien.

4835.

Breitschu, Alice, **Erfolgsprüfung der Sputumdesinfektion (Alkalylol, Sputamin, Tusputol, Sagrotan, Phenol) durch Tuberkelbazillenzüchtung.** (Z. Tbk., 54., 6.) (Hygienisches Institut der Universität (öln.) Das Tuberkelbazillenkultivierungsverfahren nach Hohn ist für die Desinfektionserfolgsprüfung von tuberkelbazillenhaltigem Auswurf geeignet, wie an insgesamt 1200 Einzelkulturen unter Kontrolle mit 51 Tierimpfungen festgestellt wurde. Durch die Kultur läßt sich das Vorhandensein lebender Tuberkelbazillen in kürzerer Zeit nachweisen als durch den Meerschweinchenversuch. Die höchste Ausbeute an Tuberkelbazillen erhält man, wie dies aus dem gelegentlichen Versagen sowohl des Tierversuchs als auch des Kulturverfahrens in einzelnen Fällen verständlich ist, bei gleichzeitiger Anstellung von Kultur und Tierversuch. Bei Verwendung alkalischer Desinfektionsmittel ist die Nachbehandlung des zu prüfenden Materials mit Schwefelsäure vor Beimpfen des Einährbodens erforderlich. Zur Ausschaltung von Verunreinigungen der Nährböden durch spurenbildende Schutzkeime hat sich der Zusatz von Mälichgrün zum Nährboden nach Hohn bewährt. Wie der Ausfall der Tuberkelbazillenzüchtung zeigt, konnten bei 3 Auswurfproben, denen die doppelte Menge 6prozentiger Sputaminlösung zugesetzt war, in einem Falle kulturell nach 4, in einem anderen Falle nach 6 Stunden Einwirkungszeit noch lebende Tuberkelbazillen im Kultur- und Tierversuch nachgewiesen werden. Auch die 4 Stunden lange Einwirkung von 5prozentigem Tusputol konnte in 2 Proben die Tuberkelbazillen nicht restlos abtöten, wie die Erfolgsprüfung durch das Kulturverfahren und den Tierversuch ergab.

Zwerg, Chemnitz.

Kinderheilkunde

4836.

Joel, W., **Die traumatischen Einwirkungen auf das Gehirn des Neugeborenen infolge des Geburtsvorganges.** (Zbl. Gynäk., Nr. 44, 1929.) Neuere Untersuchungen über die Läsionen im Gehirn des Neugeborenen während der Geburt haben zu dem Ergebnis geführt, daß Läsionen, seien es nun Blutungen oder Erweichungen in der Gehirnschubstanz, ungemein viel häufiger vorkommen als man gemeinhin annimmt. Die bekannteste derartige Verletzung ist der Tentoriumriß, der bei größerer Ausdehnung und stärkerer Blutung meist zum Tode führt. Auch regressive Veränderungen, die Virchow unter der Bezeichnung Encephalitis neonatorum zusammenfaßt, die aber mikroskopisch nichts anderes als Fettkörnchenkugeln darstellen, können durch Lokalisation und Größe nennenswerte Schädigungen des Neugeborenen bedingen, wenn sie lebenswichtige Zentren betreffen. Dagegen ist das Auftreten vereinzelter Fettkörnchenkugeln durchaus nichts pathologisches. Ihr Entstehen kann traumatischer Natur oder aber auch physiologisch bedingt sein, und hängt dann mit der Entwicklung der Markscheiden im Zentralnervensystem zusammen.

Schwab, Hamburg.

4837.

Schäfer, Günther, **Zur Frage der Wahl der medikamentösen Blennorrhöeprophylaxe bei Neugeborenen.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 39.) Die Anwendung von Paretten und Ampullen auf dem klinischen Kreißsaal sind einer raschen Versorgung von Neugeborenen, Müttern und Kreißenden hinderlich. Deshalb erweist sich hier die alte Argentum-nitricum-Flasche als die beste Form der Blennorrhöeprophylaxe. Ihre Gefahren sind bei einer häufigen Erneuerung der Lösung ausgeschaltet. In der häuslichen Geburtshilfe aber haben sich die Movaampullen am besten bewährt. Sie sind handlich und hygienisch; jede Gefahr der Glassplinterung und anderer Verletzungen wird bei ihrer Anwendung vermieden.

4838.

Schönem, Josef, **Bestrahlte Frischmilch in der Familienprophylaxe.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Bei 51 Kindern im Alter von 4 Monaten bis zu 2 Jahren, die in der Familie

unter besonders ungünstigen sozialen Verhältnissen lebend, vom Dezember 1928 bis zum April 1929, während eines besonders harten Winters zu 50% verschimmelte bestrahlte Frischmilch als Rachitisprophylaktikum genossen hatten, konnte klinisch und röntgenologisch kein Fall von florider Rachitis festgestellt werden, während von 99 Kindern des gleichen Alters, aus dem gleichen sozialen Milieu und der gleichen Umwelt stammend, während der gleichen Zeit 25% eine floride Rachitis akquirierten.

Arnold Hirsch, Berlin.

*4839.

Ferri, Umberto, **Beobachtungen bei einer Pneumokokkenepidemie beim Säugling.** (Clin. ed. igien. infant., 4. Jahrg., 1929.) (Päd. Klin. Rom.) Bericht über eine äußerst schwer verlaufene Pneumokokkeninfektion in einem Säuglingsheim, die sich mit einer kleinen Unterbrechung über 4 Monate erstreckte. Unter 249 Erkrankten waren nicht weniger als 21 Meningitiden (darunter nur eine Influenzamenigitis), die meist ohne Lokalsymptome verliefen und primär auftraten. In einem Falle fand sich das Exsudat hauptsächlich zwischen Lamina cribrosa und Unterfläche des Stirnlappens, was für einen direkten Übergang der Kokken aus dem Nasopharynx auf die Meningen spricht. Außer Bronchopneumonien wurden 2 Arthritiden und zahlreiche schwere, fieberhafte, mit Pharyngitis beginnende Enteritiden beobachtet; viele dieser Erkrankungen endeten septisch mit Hämorrhagien und Abszessen. Von den Meningitiden wurden besonders die jungen, von den Enteritiden die unterernährten Säuglinge befallen. Der Pneumokokkus gehörte dem Typus II an. Sämtliche Maßnahmen einschließlich der Isolierung waren vergeblich. Nur prophylaktische Vakziniierung mit Pneumokokken-, aber auch Influenzavakzine hatten Erfolg.

Tezner, Wien.

4840.

Tixier, L., und St. de Sèze, **Ueber die Behandlung der Pneumokokkenempyeme.** (Arch. méd. enf., XXXII., Heft 1, 1929.) In den meisten Fällen soll die Behandlung einer eitrigen Rippenfellentzündung eine chirurgische sein. Man soll aber ohne Uebereilung handeln. Solange gleichzeitig noch eine frische Lungenentzündung besteht, hält er wiederholte Punktionen mit anschließender Spülung des Rippenfellraumes mit Pneumokokkenserum für angebracht. Bei doppelseitigen Empyemen soll man zunächst — wegen des Herzens — links und dann — nach Abheilen der linken Seite — nach eingetretener Wiederentfaltung der linken Lunge rechts die Thorakotomie vornehmen.

Beck, Tübingen.

4841.

Comy, J., **Niemann-Picksche Krankheit.** (Arch. méd. enf., XXXII., Heft 1, 1929.) Uebersichtsreferat über die Niemann-Picksche Krankheit unter Zugrundelegung einer in der „Révue française de pédiatrie“ im Dezember 1927 erschienenen Arbeit von Corcan, Oberling und Dienst. Knaben werden seltener befallen als Mädchen. Die Krankheit findet man besonders verbreitet bei den osteuropäischen Juden. Nichts Neues.

Beck, Tübingen.

4842.

Cushing, H. B., **Erysipel bei Kindern.** (Canad. Med. Assoc. J., Nr. 3, September 1929.) Aus dem Alexander-Hospital, Montreal, werden über 80 Fälle von Erysipel bei Kindern unter 12 Jahren berichtet, die in den letzten 5 Jahren alljährlich etwa dort behandelt wurden. Ueberraschend hierbei ist die starke Empfänglichkeit bei Säuglingen. 39 der 80 Fälle waren unter einem Jahre, d. h. Erysipel war im ersten Lebensjahr etwa zehnmal so häufig wie in späteren Jahren, obwohl die Säuglinge besonders gepflegt und vor Ansteckung behütet wurden.

Verf. teilt die beobachteten Formen von Erysipel in 3 Gruppen: 1. Faziales Erysipel, gewöhnlich sehr toxisch mit hohem Fieber und Delirium, aber gutartig mit kurzem Verlauf unter starker Krisis ausklingend. 2. Jene Affektionen, die sich nur auf eine Extremität beschränken, wenig toxisch, gutartig, kurzer Verlauf. 3. Fälle, die sich über den ganzen Körper erstrecken, übelste Formen, mit sehr hoher Mortalität, langsamer, unregelmäßiger Verlauf.

Säuglingserysipel neigt sehr zur letzteren Verlaufsart. So waren von den 39 erwähnten Fällen 30 Erkrankungen des Rumpfes mit 60% Mortalität. Nur in 9 Fällen beschränkte sich das Erysipel auf Gesicht oder Extremität, und von diesen starb nur einer. Bei den Kindern über 1 Jahr war das Verhältnis etwa folgendes:

80% faziales Erysipel, 10% Extremitäten- und 10% Rumpferysipel. Ursache der Infektion: Während im späteren Alter spezifische Streptokokken gelegentlich durch eine Wunde Eingang finden und man somit von einer primären Erkrankung sprechen kann, ist in den hier geschilderten Fällen die Infektion meist sekundär von gelegentlichen pathologischen Umständen ausgehend (Otitis media, Mastoidoperation, infizierte Varizellenpusteln, Impetigo usw.).

Bezüglich Behandlung ist Verf. äußerst skeptisch. Nach seinen Erfahrungen gibt es keine spezifische Therapie. Alle internen Mittel und jede lokale Behandlung hat nur symptomatische Bedeutung im Sinne zeitweiliger Erleichterung. Auch die Serumbehandlung hat versagt. Alle Arten von Sera wurden im Alexander-Hospital versucht, auch das aus Erysipelkörpern hergestellte spezifische Antistreptokokkenserum, aber die Erfolge waren recht entmutigend. Es schien bei den fazialen Formen wohl eine gewisse Beeinflussung im Sinne eines schnelleren Verlaufes vorhanden, dagegen war die hohe Mortalität bei den schweren Fällen in keiner Weise zu beeinflussen. Immerhin wäre es möglich, mit der Zeit günstigere Resultate zu gewinnen, wenn es möglich wäre, das Serum polyvalenter herzustellen und genauer zu dosieren.

4843.

No-bécourt, P., **Ein Fall von angeborener Zyanose ohne Geräusch.** (La Clin. Ped., Jahrg. XI, 1929.) (Päd. Klin. Paris.) Es handelt sich um ein 15jähriges, etwas unterentwickeltes Mädchen, bei dem seit Geburt Zyanose, Atemnot nach Bewegung, Ohnmachtsanfälle, Epistaxis und Hämoptyse besteht. Die Untersuchung deckt eine Polyglobulie, eine leichte Vergrößerung des rechten Herzens, einen eigentümlich klingenden 2. Pulmonalton auf; ein leises Geräusch über der Pulmonalis wird als akzidentell gedeutet; das Elektrokardiogramm spricht für Rechtshypertrophie; im Röntgenbild sind nur verstärkte Gefäßschatten zu sehen. Autor stellt die Diagnose einer Pulmonalsklerose.

Tezner, Wien.

4844.

Jogiches, M. J., **Ein Fall von multipler Sklerose im Kindesalter.** (Paediatrica [russ.], XIII, Heft 3, 1929.) (Rauchfuß' Kinderkrankenhaus, Leningrad.) Bei einem achtjährigen Mädchen setzte die multiple Sklerose unter dem Bilde einer spastischen Paraparese mit Patellar- und Achillesklonus, Dauerbabinski ein. Mit 13 Jahren waren die aktiven Bewegungen in den unteren Extremitäten stark begrenzt, es fehlten die Bauchdeckenreflexe, es bestand eine beiderseitige Sehnervenatrophie, Nystagmus bei normalem Liquorbefund; der schließlich hinzutretende Intentionstremor sicherte die Diagnose. Lues war durch Blut- und Liquoruntersuchung auf Wassermannsche Reaktion ausgeschlossen. Eine Schmierkur brachte vorübergehende Besserung, die aber wohl als eine der bei dieser Erkrankung bekannten Spontanremissionen aufzufassen ist.

Helene Eliasberg.

4845.

Moskatschew, K. A., **Untersuchungen des vegetativen Nervensystems bei Kindern mit kongenitaler Lues.** (Paediatrica [russ.], XIII, Heft 3, 1929.) (Institut für Mutter- und Kinderschutz, Moskau.) An 52 Kindern mit kongenitaler Lues im Alter von 2½ Monaten bis 2½ Jahren wurde der Zustand des vegetativen Nervensystems mit den üblichen pharmakologischen Methoden geprüft. Während die akuten Infektionskrankheiten meistens in eindeutiger Weise auf das vegetative Nervensystem einwirken, ließ sich für den chronischenluetischen Infekt keine einheitliche Richtung der Rückwirkung auf das vegetative System im Sinne einer Sympathikus- oder Vagushypertonie feststellen. Adrenalininjektion rief zwar in allen Fällen eine Hyperglykämie hervor, aber die übrigen Adrenalinwirkungen fehlten meist, und Pilocarpin- und Atropininjektionen bewirkten einander völlig widersprechende Reaktionen.

Helene Eliasberg, Berlin.

4846.

Riccardoni, A., und A. Isola, **Ueber Dystrophia adiposogenitalis, Retinitis pigmentosa und Polydaktylie.** (Arch. méd. enf., XXXII, Heft 1, 1929.) Es handelt sich um 4 Kinder einer Familie — 2 Jungen und 2 Mädchen — mit Dystrophia adiposogenitalis vom hypophysären Typ, die sämtlich eine Retinitis pigmentosa und Polydaktylie hatten. In keinem der Fälle war Polyurie vorhanden. Die Eltern waren blutsverwandt. Wassermann negativ.

Beck, Tübingen.

4847.

Weill-Hallé, P., und R. Turpin, **Ueber die antituberkulöse Vakzination des Säuglings mit BCG-Stamm (1921—1928.)** (Revue de la Tbc., X, Heft 1.) Die antituberkulöse Impfung mit BCG ist bei noch nicht infizierten Individuen mit Sicherheit vollkommen harmlos. Die Impfung wird ausgeführt entweder durch orale Applikation in den ersten zehn Lebenstagen, oder von da ab durch subkutane Injektion mit den weiter unten angegebenen Vorbehalten.

Dem Neugeborenen wird per os dreimal ein Zentigramm BCG verabfolgt nach Vorschrift von Prof. Calmette am Pasteur-Institut, was am besten nach einem und nach drei Jahren wiederholt wird. Subkutan werden Dosen von ein bis zwei Zentimilligrammen injiziert (0,00001—0,00002 g).

Die subkutanen Injektionen sollen erst nach einer Beobachtungszeit von mindestens zwei Kontrollen auf negative Kutan-

reaktion mit mindestens je 8 Tagen Abstand ausgeführt werden. Die geimpften Individuen sollten am besten isoliert werden, damit jegliche Ansteckung während der Immunisationsperiode vermieden wird.

Es folgt eine Aufzählung von Indikationen, die jedoch sehr reichlich bemessen scheint.

Arnold Hirsch, Berlin.

4848.

Morabito, Ferdinando, **Ueber das pineale Symptomenkomplex im Kindesalter.** (Pediatria, Jahrg. 37, Heft 17, 1929.) Beschreibung eines Falles. Ein bis dahin gesundes und normal sich entwickelndes Mädchen fängt im Alter von 8 Jahren an, fett zu werden. In dieser Zeit setzt auch eine Entwicklung der Geschlechtsorgane ein. Im Alter von 9 Jahren ist das Kind 117 cm lang, 33,8 kg schwer, Genitale, Brüste, Behaarung einer erwachsenen Frau entsprechend, jedoch keine Menstruation. Die Knochenentwicklung ist ziemlich dem Alter entsprechend. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt venöse Stase und Retinalödem. Besprechung der Differentialdiagnose, Aetiologie, Literatur.

Eugen Stransky, Wien.

4849.

Ferguson, Thomas, **Schwachbegabte Schulkinder.** (Edinburgh Med. J., XXXVI, Nr. 9, September 1929.) Von den zur Untersuchung gelangten Kindern zeigten 25% eine physische Unfähigkeit, die wahrscheinlich ihren Geisteszustand ungünstig beeinflusste. Unter 10 000 der schulärztlichen Aufsicht unterstehenden Kindern fanden sich 16 Imbezille, von denen die Mehrzahl auf Landschulen entfiel. Unter den genannten 10 000 waren 24 mit einer ausgesprochenen geistigen Unständigkeit, mit oder ohne Subnormalität. — Häufig ist es schwer, die Einwilligung der Eltern zu erlangen, wenn man ihre schwachsinnigen Kinder in eine Hilfsschule bringen will. Zuweilen ist die Entfernung des Elternhauses von einer solchen Schule zu groß. Dann aber fürchten die Eltern, daß sich das geistige Niveau ihrer Kinder durch das Zusammensein mit anderen Imbezillen noch weiter verschlechtert, und daß das wirtschaftliche Vorwärtkommen durch den Besuch einer solchen Schule dauernd beeinträchtigt ist. Dem widerspricht, daß unter 70 Kindern, die mindestens 2 Jahre eine Hilfsschule besucht haben und mindestens 5 Jahre nach ihrer Entlassung von dort in Beobachtung standen, 40% vollbeschäftigt sind; einige darunter sind geschickte Handwerker. Der wirtschaftliche Erfolg entlassener Hilfsschulkinder hängt wesentlich davon ab, wie sie sich benehmen, nachdem die Ueberwachung durch die Schule aufgehört hat, und wie weit körperliche Defekte vorhanden sind.

Die Hälfte derjenigen Kinder, die Sonderklassen gewöhnlicher Elementarschulen besuchten, konnten in die Normalklasse zurückkehren, sofern die Behandlung rechtzeitig eingesetzt und lange genug durchgeführt worden war. Auch darf man solche Klassen nicht zu groß wählen.

Die Ursache für das Zurückbleiben bei Kindern ist bei ungefähr 40% angeborene Beschränktheit; bei der Mehrzahl der übrigen ist der Zustand auf einen körperlichen Defekt zurückzuführen, oder aber er resultiert aus einer vorausgegangenen Krankheit. Held.

Mund- und Kiefererkrankungen

4850.

Dessyla, C., **Ueber die Pathogenese der zirkulären Karies der Schneidezähne.** (Riv. Clin. Ped., Heft 6, 1929.) Die zirkuläre Karies findet sich sehr häufig an den Schneidezähnen der Kinder der ersten Lebensjahre. Nach den Untersuchungen der Verfasserin kann die Krankheit nicht durch einen speziellen und wohldefinierten Erreger verursacht sein. Auch ein Zusammenhang mit bestimmten akuten oder konstitutionellen Erkrankungen konnte nicht erwiesen werden. Eine gewisse Prädisposition der oberen Schneidezähne für die Erkrankung muß angenommen werden, ohne daß sich feststellen ließe, wodurch diese Erkrankungsbereitschaft bedingt ist.

K. Mosse.

4851.

Citron, Julius, **Untersuchungen über die allgemein-medizinischen Bedingungen der Parodontoseentstehung.** (Med. Klin., Nr. 37, 1929.) Um das Problem zu lösen, in welchem Umfange sich bei den parodontalen Schädigungen gleichzeitig anderweitige allgemeine Störungen des Stoffwechsels und der endokrinen Organe sowie des vegetativen Systems nachweisen lassen, hat Verfasser 100 Fälle von Parodontose untersucht. Darunter waren 65 Frauen und 35 Männer. Auffallend war der Unterschied im Alter bei beiden Geschlechtern: die meisten Frauen standen im Alter von 30 bis 45 Jahren; jenseits des 45. Lebensjahres erfolgte ein deutliches Absinken; bei zwei Mädchen trat die Erkrankung bereits mit 18 Jahren auf. Die meisten Männer standen dagegen im Alter von

40 bis 55 Jahren; die ersten Zeichen der Erkrankung traten meist erst nach dem 35. Lebensjahre auf. Dieser Altersunterschied erklärt sich wahrscheinlich dadurch, daß die Reifung der Geschlechtsdrüsen beim weiblichen Geschlecht früher eintritt. Der Zusammenhang zwischen der Parodontose und dem endokrinen System tritt noch deutlicher dadurch hervor, daß bei den meisten weiblichen Kranken die Geschlechtsdrüsen minderwertig waren. Dementsprechend waren außerordentlich häufig Klagen über späte Menarche, über starke Unregelmäßigkeit der Menstruation, über Ausbleiben von Schwangerschaften usw. Bei den männlichen Patienten wurden Klagen über Ejaculatio praecox sowie über geringe Potenz viel seltener angegeben. Etwa 50% der untersuchten Fälle hatten im Grundumsatz Zeichen einer gestörten Schilddrüsenfunktion. Bei 70 Patienten wurde auch der spezifisch-dynamische Effekt der Nahrung untersucht. Dabei zeigte sich, daß bei 16 Patienten eine gestörte Funktion des Hypophysenvorderlappens nachweisbar war. Bei 15 von 87 daraufhin untersuchten Patienten ließ sich auch eine Störung des Verhältnisses zwischen Kalium und Kalzium feststellen, was auf eine Störung der Beischilddrüsenfunktion hinweist. Zu auffallenden Ergebnissen führte die Untersuchung des vegetativen Nervensystems: es zeigte sich, daß etwa 80% Vagotoniker und nur 10% Sympathikotoniker waren. Interessant waren ebenfalls die Resultate der Kapillarmikroskopie: mehr als 80% aller Fälle von Parodontose hatten ein kapillarmikroskopisches Bild an der Lippen-schleimhaut, das auf eine Entwicklungshemmung hinwies.

L. Gordon, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

4852.

Van Camoenberghe, *Moderne Behandlung des Wochenbettfiebers.* (Brux. Méd., Nr. 42, 1929.) Obwohl wir heutzutage ein ganz stattliches therapeutisches Arsenal besitzen, können wir doch nicht behaupten, daß unser Vorstoß gegen das Wochenbettfieber schon definitiv geregelt ist. Mehr als je müssen wir auf der Prophylaxe bestehen, und da sind wir anscheinend recht gut ausgerüstet.

Ist die Infektion aber einmal da, so hält die Chirurgie, auch wenn sie in den Händen noch so geschickter Gynäkologen ruht, doch nicht jeder Kritik stand, da wir kein sicheres Kriterium besitzen zur Abschätzung des Intensitätsgrades der Infektion und besonders der Widerstandskraft der Kranken.

Was unseren Vorstoß auf das Blut anlangt, so scheint die Wirkung hauptsächlich von der Virulenz, der Bakterienart und von ihrem Durchdringungsvermögen abzuhängen. Bei dieser Gelegenheit gedenkt Verfasser besonders der Wirksamkeit und vor allem Unschädlichkeit der Autohämolysetherapie, welche neben Autovakzinen, kolloidalen Agenzien und diversen Sera berufen scheint, eine Rolle von wirklichem Wert zu spielen.

Held.

4853.

Walther, H. W. E., *Moderne Farbstoffpräparate bei der Antisepsis der Urogenitalwege.* (Z. Urol., 23., Heft 10.) Nach kurzem Bericht über Erfahrungen mit verschiedenen Mitteln empfiehlt der Verf. das Pyridium, welches in seiner Wirkung den anderen Mitteln weit überlegen sei. Er konnte an 200 Fällen eine prompte Besserung feststellen. Besonders bei der Gonorrhöe hat das Mittel einen direkt spezifischen Effekt. Das es an die gewünschten Stellen auch wirklich herankommt, ergab sich daraus, daß das Exprimat aus Prostata und Samenblasen gelb gefärbt war. Die Einführung des Farbstoffes als urogenitale Desinfizientien bedeutet den Beginn einer neuen Ära. E. Lehmann, Breslau.

4854.

Klaue, W., *Ueber Allylisopropylazethylkarbamid — Sedormid (Roche), ein neues Sedativum und Hypnotikum.* (Munch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 39.) Sedormid bewährt sich in Dosen von $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ g pro dosi als ein reizloses und sicher wirkendes Sedativum und Hypnotikum. Es ist für längere Kuren geeignet. Schädigungen oder unerwünschte Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Bei akuter Nephritis scheint allerdings eine gewisse Vorsicht am Platze zu sein.

Arnold Hirsch, Berlin.

4855.

Goerner, Alfred, und Frank L. Haley, *Die Natur der blutdrucksenkenden Substanz im Leberextrakt.* (J. Lab. Clin. Med., XIV., Nr. 11.) Intravenöse Applikation (Tierversuche) von Leberextrakt bewirkt rapide Senkung des Blutdruckes. Dies ist zurück-

zuführen in erster Linie auf das Monokaliumphosphat, eventuell auf Spuren anderer Kaliumsalze des Leberextraktes.

Walter Goldstein, Berlin.

4856.

Moser, Ernst, *Ueber Wirkung von intramuskulären Pepsin-injektionen.* (Med. Klin., Nr. 37, 1929.) Die Glaebnerschen Pepsin-injektionen wirken mit größter Wahrscheinlichkeit günstig bei Parodontose. Mit Sicherheit haben sie in mehreren Fällen Narben erweicht, ein Röntgengeschwür zur Heilung gebracht in noch nicht einem Jahr von Beginn der Entstehung an gerechnet. Eine Erklärung der Pepsinwirkung auf Narben und geschwürige Prozesse ist schwer zu geben. Daß es sich nur um Proteinkörperwirkung handelt, scheint ausgeschlossen zu sein. Es muß wohl eine spezifische Wirkung angenommen werden. Man gibt die Pepsin-injektionen in Form der „Stila-Injektionen“ der Austria-Apotheke in Wien und steigt von 0,3 ccm der Ampullenlösung bis auf 1 ccm. In manchen Fällen machen die Injektionen sehr starke örtliche Beschwerden und führen auch häufig zu Allgemeinreaktionen.

L. Gordon, Berlin.

4857.

Herzfeld, Ernst, Jod und Struma. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Bei Jugendlichen in den ersten vier Lebensjahrzehnten und ebenso bei vegetativen Störungen sollte die Indikation zur Joddarreichung nach Möglichkeit eingeschränkt werden. Dasselbe gilt für die kutanen Jodapplikationen, da man ja gar keine Vorstellung hat, wieviel im einzelnen Falle von der Haut aus zur Resorption gelangt. Es gibt bisher keine Methode, um die so verschiedene Jodempfindlichkeit der einzelnen Individuen erkennen zu können.

Arnold Hirsch, Berlin.

4858.

Thimm, Alfred, *Einfluß blutdrucksteigender Mittel auf die Seekrankheit.* (Med. Welt, Nr. 37, 1929.) Die beste Methode einer isolierten Reizung des Vestibularapparates zum Studium der Seekrankheit ist die rotatorische durch Anwendung des Drehstuhles. Unter den Effekten rotatorischer Reizung fällt besonders die Depression des Blutdruckes auf. Aus der Beobachtung heraus, daß die Seekrankheit durch blutdrucksteigernde Mittel, wie Belladonna und Strychnin, günstig beeinflusst wird, hat Verfasser Versuche mit dem synthetischen Adrenalinpräparat Ephetonin angestellt. Bei fast allen Untersuchten wurde durch die Ephetonindarreichung eine Steigerung des Blutdruckes beobachtet. In 42,3% der Fälle blieben im Drehversuch die Vestibulariserscheinungen bei Ephetonindarreichung aus: Die Blutdrucksteigerung hielt dabei längere Zeit hindurch an. In 50% der Drehversuche traten auch trotz Ephetonin Reizerscheinungen auf; der Blutdruck zeigte dabei nach anfänglicher Steigerung eine Depression. Die übrigen 8% zeigten Schwindelerscheinungen trotz längerer Zeit anhaltender Blutdrucksteigerung. Es kann also im allgemeinen gesagt werden, daß in vielen Fällen bei anhaltender Blutdrucksteigerung durch Ephetonin Erscheinungen, wie Blässe, Schwindel, Schweißausbrüche, Übelkeit, also die Symptome der Dreh- und Seekrankheit, ausbleiben.

L. Gordon, Berlin.

4859.

Marie, A., *Die Anwendung der Malariatherapie bei anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems.* (Arch. internat. Neur., 22. Serie, Nr. 4, 1929.) Die Malariatherapie ist außer bei Paralyse noch angewendet worden: 1. bei Encephalitis lethargica. Die Resultate sind vielfach widersprechend; einigen gut gebesserten Fällen stellt z. B. Rossi de Sassari 152 andere gegenüber, die größtenteils eine echte Malaria durchgemacht hatten ohne besondere Veränderung des Zustandes. 2. Bei Epilepsie, wobei eine Anzahl Patienten mit täglichen Anfällen 3 Monate lang nach der Kur anfallsfrei geblieben sind. Leider fehlen nähere Angaben. 3. Bei Dementia praecox sollen zerbaleptische Formen, zyklische Erregungszustände sowie gewisse endokrine Störungen infektiöser Natur sich gebessert haben. Ob und wie weit bei allen diesen Fällen eine Syphilis mitgesprochen haben mag, ist nicht angegeben, doch wirft Verf. die Frage auf, ob eine Besserung der genannten Krankheiten nicht auf deren syphilitischen Ursprung deutet. Haber.

4860.

Drügg, *Thermometerverletzung mit Quecksilbervergiftung.* (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 39.) Bei Thermometerverletzungen kann Quecksilber ins Gewebe gepreßt werden und Quecksilbervergiftung erzeugen. Je feiner verteilt auch eine kleine Menge Hg ist, desto größer ist die Resorptionsgeschwindigkeit und damit die Vergiftungsgefahr. Jede Thermometerverletzung sollte daher sofort vor jeder weiteren Untersuchung röntgenologisch untersucht werden. Dem etwa vorhandenen Hg ist breiter Abfluß zu verschaffen, ohne daß es durch Kneten, Massieren usw. weiter zersprengt wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

4861.

Brouha, L., **Beziehungen zwischen der Hypophyse und den Genitalorganen der Frau.** (Physiologischer Teil.) (Gynec. et Obstétr., 20., Nr. 2.) Der vordere Hypophysenlappen beeinflusst in anatomischer und funktioneller Beziehung den ganzen weiblichen Genitaltraktus; er ist unentbehrlich zur Erhaltung der Gattung, da er sämtliche sexuelle Phänomene beherrscht. Der hintere Lappen hat eine weniger bekannte physiologische Rolle; er liefert Extrakte, deren pharmakodynamische Tätigkeit sich beteiligt bei der Aufrechterhaltung des uterinen Tonus und bei der Milchsekretion. — Der weibliche Genitaltraktus andererseits übt einen Einfluß auf den vorderen Hypophysenlappen aus, der histologische Veränderungen aufweist, ohne daß wir deren physiologische Bedeutung kennen. — Die Beziehungen zwischen der Hypophyse und dem weiblichen Genitaltraktus sind also wechselseitig, indem ein Einfluß der verschiedenen Hypophysenlappen mit den verschiedenen Teilen des Genitaltraktus besteht und umgekehrt. Rudolf Katz, Berlin.

4862.

Wodon, Jean-Louis, **Die Beziehungen zwischen der Hypophyse und den Genitalorganen der Frau.** (Klinischer Teil.) (Gynec. et Obstétr., 20., Nr. 2.) Die Schwangerschaft bewirkt eine anatomische Hypertrophie der Hypophyse mit gleichzeitiger größerer Sekretionstätigkeit derselben, deren Höhepunkt im 9. Monat ist. Diese Hypertrophie kann mechanische zerebrale Störungen zur Folge haben. Ursache und Zweck dieser hypophysären Hypersekretion kann man nicht mit Sicherheit erklären. — Die Kastration hat wahrscheinlich eine Rückwirkung auf die sekretorische Tätigkeit der Hypophyse. Die Verkleinerung der Hypophyse geht gewöhnlich mit Oligo oder Amenorrhö einher. Gewisse Menstruationsstörungen können durch eine gelegentliche Kongestion der Hypophyse erklärt werden. Bei der Transformation der Hypophyse in ein chromophobes Adenom treten dieselben genitalen Störungen wie nach Zerstörung der Hypophyse auf. Letztere veranlaßt einen Stillstand der funktionellen Tätigkeit der Genitalorgane; Amenorrhö und Sterilität bei den Erwachsenen, Amenorrhö, Sterilität und fehlende Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere bei Kindern. — Die Transformation der Hypophyse in ein eosinophiles Adenom hat das Auftreten von Akromegalie zur Folge, mit gleichzeitigen genitalen Störungen. — Die Schwangerschaft gibt gelegentlich Veranlassung zum Auftreten vorübergehender akromegalischer Symptome. — Das Extrakt des Vorderlappens der Hypophyse wird von einigen Autoren therapeutisch bei Sterilität ovariellen Ursprungs, bei Amenorrhö und bei Infantismus angewendet, ferner bei der bekannten Frühdiagnose der Schwangerschaft nach Zonde und Aschheim. Das Extrakt des hinteren Hypophysenlappens ist ein ziemlich zuverlässiges und keineswegs gefährliches wehenerzeugendes Mittel, falls die Kontraindikationen (mechanische Hindernisse bei Austreibung des Kindes und Hypertonia uteri) dabei strikt beobachtet werden, und falls man die üblichen 2 bis 5 Einheiten anwendet. Die Präparate des hinteren Hypophysenlappens, die nicht so stark wirken, sind bei gewissen Graviditätsstoxikosen am Platze. Der Einfluß des posthypophysären Extraktes ist besonders interessant im Laufe der Sectio caesarea und zur Beschleunigung der Geburt bei Frauen am Ende der Gravidität nach vorzeitigem Blasensprung; ferner ist das Mittel wirksam zur Verminderung von Metrorrhagien. — Die weiteren Forschungen über die inneren Faktoren des Mittels und deren Beziehungen zum Uterus werden sicherlich in Zukunft noch große Fortschritte dieser Therapie zur Folge haben.

Rudolf Katz, Berlin.

4863.

von Deschwanden, J., **Die Einwirkung der natürlichen Höhen-sonne auf die Blutzuckerkurve.** (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 36, 1929.) Unmittelbar nach der Akklimatisation im Hochgebirge (Versuche in Adelboden, 1360 m ü. M.), steigt die Blutzuckerkurve der alimentären Hyperglykämie steiler an und fällt rascher ab als im Tiefland; der Gipfel ist hoch und übersteigt oft die Tieflandswerte.

Bei Akklimatisierten erfolgt infolge „Training“ des Inselorgans eine vermehrte und raschere endogene Insulinproduktion. Diese ist bei einheimischer Hochgebirgsbevölkerung jedenfalls von Natur aus vorhanden. Die Blutzuckerkurve der alimentären Hyperglykämie zeigt etwas steileren Anstieg, niedrigeren Gipfelwert und etwas rascheren Abfall als im Tiefland.

Auch bei Aufenthalt von länger als 6 Monaten im Hochgebirge zeigen nicht alle Personen diese „Training“ des Inselapparates, entweder infolge Nichtakklimatisation oder infolge Nicht-

ansprechbarkeit des vegetativen Nervensystems oder des Inselorgans auf die „Höhenreize“.

Die natürliche Höhen-sonne bewirkt eine Senkung des Blutzuckers unmittelbar nach der Akklimatisation; bei „Akklimatisierten“ und Einheimischen tritt eine Senkung des Blutzuckers in den meisten Fällen ein. Das gesamtliche Verhalten einzelner Personen dürfte auf besonderen konstitutionellen Faktoren beruhen.

Die natürliche Höhen-sonne bewirkt vor allem eine raschere endogene Insulinproduktion.

Aus dem oben gesagten ergibt sich ohne weiteres eine erhöhte Toleranz gegenüber Kohlehydraten.

Held

4864.

Peola, Flora, **Der Blutzucker- und Blutschwefelgehalt bei Diphtherie.** (Clin. ed. igien. infant., Jahrg. IV, 1929.) (Päd. Klin. und Zivilspital Genua.) Der Einfluß der Nebennieren auf den Blutzucker ist bekannt. Nun haben Loeper und Mitarbeiter den Einfluß dieses Organs auf den Blutschwefelgehalt nachgewiesen; dieser ist bei Morbus Addison auf das dreifache erhöht; zugleich ist der Neutralschwefel prozentuell vermehrt. Im Tierversuch zeigte sich, daß die Nebennierenarterie reicher an Schwefel, dagegen ärmer an oxydiertem Schwefel ist als die Vene. Die Autoren schreiben daher der Nebenniere eine schwefelfixierende und schwefeloxydierende Funktion zu. In Uebereinstimmung damit fand Verf. bei jenen Diphtheriekranken, die Zeichen einer Nebenniereninsuffizienz boten (Adynamie, Hypotension usw.), eine Vermehrung des Neutralschwefels im Blute bis zu 100% und eine mehr oder weniger ausgeprägte Hypoglykämie.

Tezner, Wien.

4865.

Fitch, W. E., **Arterieller Hochdruck.** (Med. J. a. R., CXXI, Nr. 6.) Major fand neuerdings bei Hochdruckkranken eine Verminderung der Guanidinausscheidung, eine Vermehrung, sobald sich der Druck senkte. Guanin und Guanidin werden mit dem Fleisch aufgenommen; der Hauptteil stammt jedoch von der Proteolyse. Die Absorption im Darmkanal hängt lediglich ab von der intestinalen Stase; zuviel Purine mit Konstipation können Hochdruck erzeugen. Ursachen (noch nicht ganz geklärt): Heredität, d. h. konstitutionell prädisponiertes Gefäßsystem. Dann Auto- toxikation durch akute oder chronische Infektionsherde, irgendwo im Körper. Chronischer Alkoholismus, Tabakmißbrauch, protein- und purinreiche Nahrung. Sekundär: endokrine Störungen, Dysthyreoidie besonders, Menopause, Gicht, Nephritis. Bedeutung des diastolischen Druckes: er ist der Maßstab für den peripheren und vasomotorischen Tonus, für die Last, die die Arterienwände auszuhalten haben, besonders die Aortenklappen. Er zeigt die Herzkraft an und die Eliminationsfähigkeit des Organismus. Er nimmt zu bei intrakranieller Spannung durch Gehirntumor, Meningitis, bei jeder Vaskonstriktion, die den peripheren Widerstand erhöht (z. B. bei Aortenstenose, niedriger Temperatur), zeitweise auch bei vermehrter Herzaktion, bei Arteriosklerose (oft Vergrößerung des linken Ventrikels). Er ist vermindert bei Vasodilatation, also Fieber, Neurasthenie, Hyperthyreoidismus, vermindelter Herzaktion, Herzblock, Aorteninsuffizienz. Der systolische Druck zeigt das Druckmaximum in der Arterie während der Ventrikelsystole, das der Herzenergie und des peripheren Widerstandes an. Normaler Druck systolisch: $120 + \frac{1}{2}$ des Alters zwischen 60 und 80 $135 + 1$ für jedes Lebensjahr. Diastolisch: 80 und für jede 5 Jahre über 20 $+ 1$ bis zu 60, über 60 sind 2 zuzufügen. Nur eine gründliche Untersuchung kann dem Hilflin zugrunde liegen. Ruhe und Relaxation, am besten einige Wochen im Bett, natürliche Kalk-Schwefelwässer, Bäder. Bewegung im Freien, geringe tägliche Anstrengungen sind wichtig, Spaziergänge, Reiten, nicht aber Tennis, Bergsteigen.

v. Schnizer.

4866.

Köhler, Heinrich, **Die Gerinnungs- und Senkungsbeschleunigung des Blutes nach intravenösen Injektionen.** (Munch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 40.) In Uebereinstimmung mit den Resultaten von Cordua und Hartmann konnte Verfasser keinen Parallelismus zwischen Senkungs- und Gerinnungszeit beobachten. Auch bei Krankheiten mit ausgesprochener Verlangsamung der Blutsenkungsgeschwindigkeit, wie z. B. bei Typhus, kann große Neigung zur vorzeitigen Blutgerinnung bestehen. Selbst wenn die Gerinnungszeit des Blutes nach einer intravenösen Injektion vermindert wäre, so könnte dies als eine gesunde Abwehrreaktion im Sinne der Schaffung einer Immunität (Bier) aufgefaßt werden, die nicht schädlich ist, soweit die rein chemische Reaktion eine biologische Tätigkeit des Blutes ausschließt (Eisenchlorid, Lungenpreßsaft).

Verfasser glaubt daher nicht, daß die intravenösen Injektionen allein für die Thromboseembolien verantwortlich zu machen sind, sondern er ist der Ansicht, daß nur eine Summe äußerer und im Blute gelegener Momente eine vorzeitige Gerinnung herbeiführen kann. Vielleicht spielen hier der jeweilige Zustand der Körper-

der Gewebe eine Rolle, die zu verschiedenen Zeiten von wechselnder Wirksamkeit sind.

Arnold Hirsch, Berlin.

4867.

Ziegler, N., Erfahrungen über die Blutkörperchensenkungsreaktion. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 38, 1929.) Die Blutkörperchensenkungsreaktion ist ein einfaches, fast mathematisches Mittel zur Feststellung der Aktivität irgendeines destruktiven Prozesses. Werte bis 4 mm sind als normal zu betrachten. Höhere Zahlen, auch unter 10 mm, sind stets als verdächtig anzusehen. Besonders zur Beurteilung von Tuberkulose- und Versickerungsfällen ist uns die Senkung unentbehrlich geworden.

Eine andere Blutreaktion, die sogenannte Costa-Reaktion, scheint der Exaktheit der Senkung nicht ganz nachzukommen.

Held.

4868.

Löw-Beer, Leo, Die Blutsenkungsgeschwindigkeit im höheren Alter. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 41.) Die Blutsenkungsgeschwindigkeit steigt mit zunehmendem Alter, von 40 Jahren anfangen ohne anderen konsumierenden Prozeß als den des Alters. Mäßige Beschleunigung der Blutsenkungsgeschwindigkeit über den Standardwert der Altersklasse bei negativem klinischen Befund läßt mit 90% Wahrscheinlichkeit auf eine okkulte Infektion schließen. Solche Infektionen von geringer klinischer Bedeutung scheinen also im höheren Alter einen wesentlich höheren Einfluß auf die Blutsenkungsgeschwindigkeit zu haben als in früheren Lebensperioden.

Beträchtliche Beschleunigung der Blutsenkung deutet in der Regel auf einen schweren konsumierenden Prozeß hin. Doch sind 15% autoptisch sichergestellter schwerer Erkrankungen (Karzinomen) höhere Werte vorhanden, so daß mit diesen 15% als Fehlerquote gerechnet werden muß.

Arnold Hirsch, Berlin.

4869.

Feer, E., Moderne Wandlungen in der Ernährung des Gesunden und Kranken. (Schweiz. Med. Wschr., Nr. 37, 1929.) Die Ernährung des Menschen bietet noch viele ebenso wichtige als unlösbare Probleme. Gestützt auf eigene Beobachtungen und klinische Erfahrungen hält Verfasser beim gesunden Menschen für das Wichtigste eine knappe Nahrung, reich an Gemüse, Kartoffeln, rohem Obst, Vollbrot und Butter. Milch in kleinen Mengen ist günstig. Mehr als drei Mahlzeiten am Tag sind oft nachteilig. Kochsalz, Fleisch und Eier sind stark zu beschränken. Ein Teil der Gemüse als Salat roh zu genießen. Ob weitgehende Rohkost, abgesehen von gewissen Krankheiten, einen Vorteil bieten, ist zweifelhaft. Unverkennbar nähert sich die Nahrung, die wir gegenwärtig nach praktischen Erfahrungen und nach experimentellen Untersuchungen zweckmäßig ansehen müssen, wieder der Kost, die der Mensch früherer Jahrhunderte, und welche die weniger kultivierten Völker jetzt noch zu sich nehmen.

Held.

4870.

Laroche, G., C. Richet fils, F. Saint-Girons. Ueber Nahrungsanaphylaxie. (Paris méd., XIX., Nr. 38.) Eine für den Praktiker bedeutsame Uebersicht über den heutigen Stand der Frage. Ätiologie: außer Zucker und Wasser können alle Nahrungsmittel Anaphylaxie hervorrufen. Spargel, Kartoffeln, Weißwein, etc.; in verschiedenem Grade Peptone von Fischen und Krustentieren. Dann die Mehrzahl therapeutischer, chemischer Produkte per se genommen. Für Asperin, Chinin und Antipyrin ist dies nachgewiesen, für J und Br wahrscheinlich. Drei Nahrungsmittel kommen aber ganz besonders in Betracht: Eier namentlich für Kinder von 4 bis 16 Jahren; Milch besonders für Säuglinge, und vor besonders für Erwachsene.

Die Symptome kann man in zwei große Gruppen zusammenfassen, die große und die kleine Anaphylaxie. Ebenso gibt es eine chronische und hereditäre Form. Ganz allgemein kann man sagen: im selben Individuum macht dasselbe Nahrungsmittel dasselbe klinische Bild, mehr oder weniger akzentuiert; nicht aber die durch verschiedene Nahrungsmittel ausgelöste Anaphylaxie. Bei zwei verschiedenen Individuen muß das klinische Bild der Anaphylaxie durch dieselbe Substanz nicht immer das gleiche sein. Die Anaphylaxie ist im allgemeinen Symptome aus im Digestiostrakt, auf der Haut, im Respirationstrakt (Asthma, Urticaria laryngealis) oder am Nervenapparat. Außerdem kommen noch vor Migräne, zyklisches Erbrechen, postprandiale Diarrhöe. Eine besondere Erwähnung verdient die Epilepsie, die in zwei Fällen auf Schokolade auftrat. Im Erwachsenen sind ferner Dyspepsie und Kolitis zu erwähnen, die zwar nicht nur akut, sondern auch chronisch. Die Diagnose beruht auf der Hautreaktion, die auch spät reagieren kann (typische Diarrhöe in der Nacht wie bei Aufnahme von Bohnen, nachdem die Hautreaktion am Morgen vorher vorgenommen wurde. Dann folgt der passiven Anaphylaxie im Tierversuch. Endlich auf dem

Nachweis der Hämoklasie. Jedoch hat nur das volle Symptom Wert, nicht ein einzelnes Zeichen, wie Leukopenie oder Drucksenkung. Pathogenie: Intoxikation durch ungenügend aufgebrochene Proteimmoleküle, die in den Blutstrom gelangen und wegen Leberinsuffizienz die Leberbarriere passieren; dadurch Hämoklasie, Veränderung der inneren Drüsensekretion und des vago-sympathischen Tonus gleichzeitig. Je weniger stabil das vegetative Nervensystem ist, um so ausgesprochener sind die Symptome. Außerdem kommt es aber noch zu lokalen Symptomen unmittelbar nach der Aufnahme: Erbrechen, Diarrhöe, Magenschmerzen. Behandlung: symptomatisch. Dann ätiologisch: 1/2 Stunde vor dem Essen polyvalentes Pepton. Oder intradermal. Milchinjektionen sind nicht zu empfehlen. Ferner Einverleibung von steigenden Dosen des anaphylaktogenen Nahrungsmittels. Dann pathogen: Autohämotherapie, Auto-serotherapie (Injektionen von 5 bis 20 ccm Blut bzw. 9,91 bis 3 ccm Serum steigend alle 2 Tage, im Ganzen 8 bis 10). Die Methode erfordert viel Kritik. Außerdem Bekämpfung der gastrointestinalen und hepatischen Insuffizienz und der Hypervagotonie.

v. Schnitzer.

4871.

Heubard, C., und F. Schmidt, Mechanismus der durch Wassereinnahme bedingten Diurese. (Canad. Med. Assoc. J., Nr. 3, September 1929.) Ausgehend von der Tatsache, daß oral eingeführte Wassermengen diuretisch wirken, wogegen gleiche Mengen perkutan oder intravenös Oligurie erzeugen, gibt Verfasser zunächst einen Ueberblick über bestehende Theorien zur Erklärung dieses Phänomens. Grinsberg (1912) vermutete, daß durch Umspülung der intestinalen Mukosa ein Hormon von diuretischer Wirkung ausgelöst würde, wobei dem Pfortaderkreislauf eine besondere Bedeutung zukäme. Cowe (1912) konnte durch einen Extrakt von Intestinalmukosa, das angesäuert und filtriert wurde, durch perkutane Injektion die diuretische Wirkung experimentell nachweisen. Hierbei wurde die Bedeutung der mineralischen Bestandteile durch Wirkungslosigkeit der Asche ausgeschlossen. Er glaubte, daß dem Pituitrin hierbei eine diuretische Wirkung zukäme, von dem wir heute wissen, daß es gerade das Gegenteil erzeugt. Später wurden diese Theorien von Hashimoto (1914) angegriffen, der auf Grund seiner Versuche behauptete, es gäbe überhaupt kein intestinales Hormon von diuretischer Wirkung.

Verfasser berichtet über eine Versuchsreihe von 11 Experimenten an Ratten und in zwei Fällen an Männern. Das angewandte Material wurde aus der oberen Hälfte des Intestinaltrakts einer Kuh gewonnen. Ausführliche Schilderung über Herstellung des Extraktes, wobei Verfasser durch wiederholte Fällungen des Infiltrats die verschiedenen Arten von Albumen, die jedes Organextrakt enthält, durch Veränderung des Ph-Gehaltes und der Konzentration von Alkohol und Azeton abspaltet. Er gelangt auf dem Wege eines komplizierten Verfahrens zu einer Versuchslösung, die von allen Nebenprodukten gereinigt, 0,15 bis 0,20 Gramm per Kilogramm des ursprünglichen Materials enthält. Während der Versuche wurden die Tiere unter Einwirkung entweder von Urethan gebracht (15% in dest. Wasser) oder von Chloralose (7% in Na. Cl.). Die Urine wurden durch uretale Katheterisation entnommen. Bei erwähnten beiden Männern gelangten so geringe Versuchsmengen zur Anwendung, daß keinerlei Polyurie eintrat. Tierversuche ergaben folgende Resultate: Große Mengen des Extraktes (14 mg) führten in wenig Minuten zu Anurie und zum Tode. Geringere Mengen brachten mäßige Diurese nach vorausgegangener Oligurie. Nur ganz geringe Dosen konnten Polyurie erzeugen. Injektion von 1 mg Extrakt senkte den Blutdruck vorübergehend um 30 für die Dauer einer Minute. Bei 3 mg war die Blutsenkung nicht größer, jedoch anhaltender. Aus der Tatsache, daß der Extrakt eine wenigleich vorübergehende Senkung des Blutdruckes erzeugt, schließt Verfasser auf eine direkte Einwirkung auf die Nierenzellen. Er schließt weiter aus seinen Versuchen, daß das oral eingeführte Wasser im Laufe seiner Absorption im Körper zur Auslösung eines Hormones der intestinalen Mukosa führt. Dieses Hormon hat diuretische Eigenschaften und verursacht durch direkte Einwirkung auf die Nierenzellen Polyurie.

Die praktische Nutzenwendung der Versuche sieht Verfasser in einer kritischen Beurteilung des Wasserstoffversuches bei Nephritis. Es erscheint fraglich, ob in diesem Falle bei fehlender Polyurie ausschließlich die Insuffizienz der Nieren die Ursache ist, oder vielmehr die Erscheinung von dem Metabolismus des gastrointestinalen Traktus herrührt. Kaufmann, Grünberg i. Schl.

4872.

Lane, Sir W. Arbuthnot, Intestinale Stase. (Med. J. a. Rec., CXXX., Nr. 6.) Jede körperliche Arbeit, während einer längeren Zeit des Lebens ausgeübt, ruft an Knochen und Gelenken Veränderungen hervor, die eine bestimmte Arbeitsanamnese des Individuums zulassen. Diese Skelettveränderungen unterscheiden sich

vom Normalen mehr als das Normale vom Skelett der höheren Affen. Das Studium dieser Fragen führte u. a. zu folgendem allgemeinen Gesetz: wir haben eine einfache mechanische Beziehung zu unserer Umgebung und jede Veränderung dieser Beziehung führt zu einer entsprechenden Veränderung in unserer Anatomie. Jede solche Veränderung kann das Leben verkürzen. Solche Veränderungen sind nun als kongenital oder als krankhaft angesehen worden, während man die richtigen Ursachen verkannte. Dies Gesetz auf den Darmkanal angewandt bringt manches, was bis jetzt unserer Beobachtung entging. Die Nahrung des Primitiven, Früchte, Milch usw., bringt nach jeder Mahlzeit eine Entleerung; diese Gewohnheit wird dem Körper mit der Muttermilch eingepflanzt und hält das ganze Leben durch an; sie schützt den Primitiven vor all den Krankheiten, die uns die Zivilisation gebracht hat. Zudem fehlen in der Milch der zivilisierten Mutter gewisse Bestandteile, wodurch die Entleerungen unregelmäßig werden. Jetzt entleert das Kind gewöhnlich einmal in 24 Stunden, meist morgens. Diese Gewohnheit der Zivilisation hält also wertloses Material in einem gewissen Darmteil 24 Stunden fest: es kommt zur Dilatation, Verlängerung des betreffenden Darmteils, der Inhalt wird weiterhin verteilt, es entstehen Verwachsungen, Bänder; die Last für den Darm wird schwerer. Manche Beobachter, die solche Bänder bei jungen Kindern sahen, hielten sie für kongenital. Es kommt dadurch zu Entzündungserscheinungen, Spasmen, schließlich zu einer Ueberladung des Käkum und damit auch des Dünndarms. Diese Einflüsse setzen sich auch auf das Duodenum und den Magen fort, Spannung, Spasmen, Geschwürsbildung sind die Folgen. Infektion von Toxinen, Autointoxikation, schließlich Tuberkulose, Rheumatismus, Krebs ist die Folge.

4873.

Kellogg, J. H., Methoden um eine azidurische Flora hervorzuheben und zu halten. (Med. J. a. Rec., CXXX., Nr. 6.) Nach Metchnikoff ist das Kolon nicht nur wertlos sondern gefährlich. Die Nahrungsreste wären 12 bis 14 Stunden nach der Aufnahme soweit, entleert werden zu können. Es ist völlig unnötig, putrefaktibles Material als Brutplatz für ungezählte Bakterien zurückzuhalten. Aber Keith sagt ganz richtig, der Fehler liegt an der Heizung, nicht an der Maschine. Man hat dann versucht, saure Fermentation als Antagonist für die alkalische putrefaktive Fermentation einzuführen durch Kulturen von säureproduzierenden Bakterien oder Laktosezusatz zur Nahrung. Die Stühle von Stillkindern sind immer sauer und bieten bakteriologisch fast eine Reinkultur von *Bacillus bifidus*. Wenn das Kind Kuhmilch bekommt, werden die Stühle alkalisch, putrefaktibel und zeigen eine gemischte Flora, bei der der Kolonbazillus vorherrscht und außerdem *Bacillus welchii*, *putrificus*, *butyricus* usw. vorhanden sind. Weiterhin ergeben die Beobachtungen, daß die Diät die Art der Stühle bedingt und daß die Rückstände im Kolon das Kulturmedium für die Bakterienflora ist. Ferner, daß Laktose und Dextrin die einzigen Agentien sind, die eine azidurische Intestinalflora hervorgerufen und Festhalten können. Solange sie im Darm sind gibt es keine Putrefaktion; fehlt Laktose, so tritt auch bei der restringiertesten Diät Putrefaktion auf, weil Galle, Schleim und die Nahrungsreste putrefaktibel sind. Da nun die nötige Menge Laktose, 300 g, u. U. Glykosurie verursachen kann, gab Kellogg Laktose mit Dextrin. Untersuchungen und Versuche zeigen, daß dabei im menschlichen Darm *Bacillus coli*, *welchii* usw. für einige Tage zunehmen und viel Gas produzieren, das aber in wenigen Tagen die Gasproduktion nachläßt und der *Bacillus acidophilus* auftritt. Weiter hat sich gezeigt, daß Laktosedextrinmilch ohne Kulturen denselben Effekt hat wie mit Kulturen. Ebenso günstig wirkt ferner Betalaktose. Man kann also jetzt die Darmflora ändern und geändert erhalten, wenn man eine Woche oder zwei Laktosedextrin gibt und den üblichen Zucker durch Betalaktose ersetzt. Damit sind die unangenehmen Erscheinungen einer falschen Darmflora, Kolitis, Gastralgie, Appetitverlust usw. rasch beseitigt.

v. Schnizer.

4874.

Plass und Yoakam, Grundumsatzuntersuchungen bei normalen Schwangeren mit normalen und pathologischen Schilddrüsen. (Amer. J. Obst., 18., Nr. 4.) Der Grundumsatz zeigt während der normalen unkomplizierten Schwangerschaft eine Erhöhung um annähernd 15% mit einem Fallen zu normalen Werten in den allerersten Tagen nach der Entbindung. Eine höhere Erhebung mit einem langsameren Fallen zur Norm läßt eine gesteigerte Schilddrüsenaktivität vermuten. Ein kleiner Prozentsatz (in der Serie der Verfasser 20%) von Frauen mit klinisch normaler Schilddrüse haben einen Grundumsatz, der mehr als um 20% erhöht ist. Schwangere mit fühlbarer Schilddrüsenvergrößerung zeigen eine größere Tendenz zu so. hohen Werten; die Häufigkeit steigt bis zu 35% bei kleinen Kolloid- und adenomatösen Kröpfen, und bis zu 50% bei dem großen Kolloidstruma. Dies wird

als Zeichen dafür angesehen, daß pathologische Schilddrüsen weniger fähig sind, in normaler Weise auf die Anforderungen der Schwangerschaft zu reagieren, sondern dazu neigen, abnormal zu arbeiten und so Symptome von Hyperthyreoidismus hervorzurufen. Jod, prophylaktisch während der Schwangerschaft gegeben, ist offenbar nicht imstande, die Schwangerschaftshypertrophie der normalen Schilddrüse gleichmäßig zu verhüten, aber es scheint ganz wirksam zu sein bei der Verhütung solcher Hyperaktivität bei Drüsen, die bei Schwangerschaftsbeginn pathologisch verändert sind, und es kann bei bestimmten Kolloidstrumen zur Verringerung der Größe führen. Das den Schwangeren gegebene Jod verhindert sehr wirksam das Auftreten des angeborenen Kropfes beim Neugeborenen.

Hans Hirsch, Köln.

4875.

Fränkel, Walter K., Lokal- und Leitungsanästhesie als differentialdiagnostische Hilfsmittel. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 39.) Infolge der zwischen den Bahnen des Sympathikus und Phrenikus bestehenden Anastomosen oder infolge Ausstrahlung bzw. Induzierung benachbarter Nervenbahnen werden schmerzhaft Affektionen viszeraler oder thorakaler Organe in andere organotopographisch gekennzeichnete Gegenden verlagert. Lokal- und Leitungsanästhesie ist durch Ausschaltung dieser nicht betroffenen Schmerzonen imstande, den Ort der wirklichen Erkrankung für Palpation und Diagnose sicherzustellen. Das Verfahren ist einfach, jederzeit und überall durchzuführen. Neben reiner Lokal-, Leitungs- und Paravertebralanästhesie wird auf das von Denk angegebene Verfahren der Phrenikusblockade hingewiesen. Lokal- und Leitungsanästhesie können in besonders schwierigen Situationen die Therapie auf die richtigen Wege weisen und gerade oft bei stürmischen Abdominalerscheinungen durch Sicherung des Krankheitsherdes die Notwendigkeit einer Operation oder Probelaparotomie erübrigen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4876.

Stigler, Robert, Tropentauglichkeit. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 31.) Die somatische Tropentauglichkeit ist vor allem abhängig von der Tüchtigkeit und Ausdauer der Körpertemperaturregulierungszentren. Da diese die Vasomotoren- und Schweißdrüsenzentren umfassen, kann im allgemeinen gesagt werden, daß die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des vegetativen Nervensystems für die Tropentauglichkeit maßgebend sind. Rassenphysiologische Untersuchungen ergaben, daß die Neger in ihrer Erholungsfähigkeit sowohl nach Krankheit als auch nach körperlicher Ueberanstrengung und vor allem auch nach Ueberhitzung den Weißen überlegen sind. In der besonderen Leistungsfähigkeit des vegetativen Nervensystems liegt die Ursache, daß die Neger die tropische Schwüle auszuhalten und sogar in den Tropen schwere Arbeit zu leisten imstande sind.

Maslowsky.

4877.

Kestner, Otto, und Werner Borchardt, Klimauntersuchungen in den Tropen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 39.) Die Ultraviolettstrahlung der Sonne ist im Tieflande Kameruns vergleichsweise nicht sehr hoch.

Die Pigmentierung ist ein wichtiger Wärmeschutz für den Weißen, der durch vernünftige Besonnung anzustreben ist.

Im tropischen Niederklima besteht eine stärkere Durchblutung und damit Erhöhung der Temperatur der Haut. Die Verdauungsorgane werden dabei aber blutärmer. Dies muß nachteilige Folgen haben für ihre Tätigkeit, die Appetit-, Verdauungs- und Sekretionsverhältnisse.

In gleicher Richtung wirken die Mineralstoffverluste durch den Schweiß, deshalb müssen diese in der Nahrung ersetzt werden.

Der Neger schwitzt anders als der Weiße: seine Talgsekretion ist stärker und dadurch ist das Schwitzen anders.

Eine Anpassung an das tropische Küstenklima wird um so besser erfolgen, je besser die Haut zwecks Pigmentierung und Schweißverdunstung in den nötigen Grenzen in der Sonne trainiert wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

4878.

de Thurzo, E., Die doppelt gefärbte Guajacprobe. (Brain, 52., Heft 2, 1929.) Die doppelt gefärbte Guajacprobe hat sich als besonders empfindlich bei Neurosyphilis erwiesen und geht augenscheinlich parallel mit der Wassermannschen Reaktion. Wenn letztere positiv ist, so erhält man stets eine positive Reaktion, während die Globulinreaktion nur dann parallel geht, wenn die relative Vermehrung des Globulins evident ist. Ein wirklicher Parallelismus mit dem totalen Proteingehalt und der Zellenmenge besteht nicht. Im Vergleich zur Goldsol- und Mastixreaktion besteht bei der doppelt gefärbten Guajacprobe eine größere Empfindlichkeit, besonders für Globulin und Pseudoglobulin, weniger für die übrigen Proteine und für diese wiederum hauptsächlich eine Verschiebung nach links. Daher hat diese Probe einen spezifisch-pathogno-

monischen Wert für Nervenlues. Die Reaktion besitzt außer der Einfachheit der Anwendung noch den Vorteil vor der Goldsol- und der Benzoinreaktion, daß durch den starken Farbenkontrast das Ablesen leichter und objektiver ist, die Resultate daher sicherer sind und die notwendigen Reagentien leicht zu beschaffen sind.

Haber.

4879.

Canavan, Myrtelle M., **Embolie als kausativer Faktor des Todes.** (New England J. M., 201., Heft 13.) Ein Embolus entsteht aus Tumorfragmenten, die in die Venen oder Lymphgefäße dringen, aus zirkulierenden Bakterienklumpen von Infektionsherden, aus zirkulierenden Vegetationen von Endokarditis, aus Thrombenfragmenten von Venenthrombose, wie sie vorkommen bei varikösen Venen, Phlebitis bei Geburten, Operationen an der Prostata, am Appendix und an dem Sinus der Dura nach Mittelohraffektionen, aus Würmern, Filaria, Larvenformen des Bandwurms, der Rundwürmer, der Lungenwürmer, aus Luft durch Instrumentation (Abort, Manipulation an der Uretra, künstlicher Pneumothorax), aus Fett vom Knochenmark, der Leber, vom Körper, das durch ein Trauma oder eine Operation frei wird, besonders gefährlich nach Arthritis, infantiler Lähmung, Osteomyelitis, bei Operationen an Fetten an fetten Körperstellen. Wenn nach einer Geburt plötzliche Zyanose, Schmerzen und Temperatursteigerung auftritt, so ist es wichtig, ob die nächsten 15 Minuten überstanden werden: in diesem Falle sind große Gefäße nicht betroffen. In einem Falle führte Radium wegen eines Epithelioms der Vulva am 22. Tage zu Schmerzen im Epigastrium, Bewußtlosigkeit und Tod in 5 Minuten: Thrombose in den Beckenvenen, Embolus in der Lungenarterie. Die maligne Endokarditis oder eine Mitralklappenstenose mit muralem Thrombus kann eine Lungenembolie hervorrufen. Ebenso Chinidinmedikation bei Aurikularfibrillation. 50 bis 60% der Lungenzirkulation kann verschlossen werden ohne fatalen Ausgang. Je größer die Zyanose, um so größer der Embolus. Bei 12 615 Operationen im New York Hospital kamen 21 fatale Lungenembolien vor; bei 125 164 Operationen in der Mayoklinik 104 Fettembolien. Postoperative Pneumonien kommen ohne Warnung und gehören hierher. De Quervain hatte bei 356 Prostataoperationen 4,2% Embolietode. Das Alter begünstigt die Thrombose, am häufigsten in den Becken- und Iliakalvenen.

Dann ist die Luftembolie durch kriminellen Abort und durch abgebrochene Kanülen zu erwähnen. Auch Luft in der Blase: nie mehr als 80 ccm, sonst via Niere in die Gefäße. Injektionen von Kampferöl können Anheftung von Öl in den Lungenkapillaren verursachen. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Unterscheidung zwischen Fettembolie des Gehirns (normale Pupillen, keine Bradykardie, normale Pupille, keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, punktierte Hauthämmorrhagien, Fettröpfchen im Urin — kein Transport nach Frakturen) und zwischen traumatischer Blutung (abnorme Pupillen, Bradykardie, Papillenschwellung, Kopfschmerzen, Erbrechen, keine Hauthämmorrhagien, kein Fett im Urin). Fettembolie in den Lungen kommt erst in Frage, wenn Husten, Dyspnoe, Puls- und Temperatursteigerung vorliegt; Ruhelosigkeit, Delirium und Koma sprechen für Gehirnembolie. Je später die Symptome der Fettembolie auftreten, um so ernster ist die Prognose. Deshalb bei Frakturen zuerst Ruhe, da Transport evtl. gefährlich und keine festen Verbände.

v. Schnizer.

4880.

Elton, Norman W., **Iktersindex bei Lobärpneumonie.** (New England J. Med., 201., Heft 13.) (Highland Park Gener. Hosp., Detroit.) Bei der primären Lobärpneumonie besteht dauernd ein latenter Ikterus. Er ist oft so hoch wie bei einem klinischen Ikterus, aber es liegen keine klinischen Anzeichen dafür vor. Die höchsten Werte findet man bei Fällen, die mit einer Krise enden. Kein tödlicher Fall hatte einen Index über 17. Dieser latente Ikterus tritt gewöhnlich ganz plötzlich nach, wenn ein flüssiges Pleuraexsudat auftrat. Die tägliche Indexkurve stieg bei einem rein intrapleuralen Prozeß bis zur Krise oder bis zum Tode, sie fiel, sobald in flüssiges Pleuraexsudat auftrat, und zwar war diese letztere Form der Kurve immer bei Fällen zu verzeichnen mit potentiell letalem Ausgang. Es handelt sich hier vielleicht um einen natürlichen Hilfsmechanismus, denn der Pneumokokkus ist gallenlöslich.

v. Schnizer.

4881.

Hueper, W. C., **Prognose der malignen Tumoren.** (Medical a. Rec., 130., Nr. 5.) Die Statistik besonders der großen Kliniken ist im allgemeinen zu optimistisch. Nach dem europäischen Material kommen auf 100 Todesfälle 8 bis 10 auf maligne Tumoren. In den Staaten beträgt die Krebsmortalität im Jahre etwa 125 000 Todesfälle. Dazu kommt in den letzten Jahren eine Zunahme von 6%. Ein weiterer Faktor ist, daß Krebs meist bei Leuten vorkommt, die auf der Höhe ihrer Leistungsfähigkeit stehen. Auch die ökonomische Seite ist wichtig: die hohen Kosten und der ungünstige

Einfluß auf die Arbeitsfähigkeit. Gegenwärtig sind wir in der ganzen Frage noch im Verteidigungszustand. Beeinflussende Faktoren sind: die malignen Qualitäten der Krebszellen, endogene blastische und antiblastische, lokale und allgemeine Eigenschaften des Organismus (Rasse, Heredität, endokrine Drüsen, vegetatives Nervensystem, retikuloendotheliales, der zelluläre, fermentative, physikalische und chemische Status des Bluts der Lymphe und Körperorgane. Dann exogene Faktoren: solche, die am Entstehen des Tumors beteiligt sind (Teer und viele andere). Sie können aktiv bleiben während des Verlaufs des Tumors und können inaktiv werden bevor der Tumor klinisch manifest wird. Dann solche, die erst auftreten, wenn der Tumor schon da ist (interkurrente Krankheiten, Veränderungen in der Ernährung, Umgebung, therapeutische Maßnahmen), die einen günstigen oder ungünstigen Einfluß auf die vitalen Eigenschaften des Tumors und auf die blastischen und antiblastischen Eigenschaften des Körpers ausüben. Endlich sekundäre Komplikationen nichtspezifischer Natur durch den Tumor (mechanisch — Kompression, Obstruktion); sekundäre Infektionen, wie Mediastinitis nach Oesophaguskrebs, Resorption toxischer Dekompositionsprodukte des Tumors. Im vorgeschrittenen Alter ist der Verlauf der Karzinome entschieden milder. Geschlecht: Brustkrebs kommt zu 98% bei Frauen vor, Magenkrebs zu 68% bei Männern, Krebs der weiblichen Sexualorgane ist zehnmal so häufig wie der bei Männern. Hier spielen sicher die blastischen und antiblastischen Eigenschaften der Organe eine Rolle. Ähnlich ist es bei der Rasse: bei der weißen ist Krebs häufiger als bei der schwarzen; bei dem nordischen Typ Frankreichs ist er häufiger als bei der südlichen (alpine und mittelländische Rasse). Heredität beeinflußt nicht nur die Entstehung, sondern auch den Verlauf des Krebses; außer der allgemeinen ist auch die Organ disposition vererblich. Aber man muß den Beweis verlangen, daß die Krebsdisposition im Moment der Geburt bzw. der Zeugung vorhanden war. Dies ist wichtig, weil erworbene Krebse die Therapie leichter ansprechen als hereditäre. Embryonale Gewebsinseln sind immer Herde potentieller Malignität. Einfluß der inneren Drüsen: durch die Bildung von Blastinen, die die Proliferation von Tumoren stimulieren, hormonale Substanzen; durch den Einfluß auf das vegetative Nervensystem; durch antiblastische Substanzen (bei Diabetes und Basedow wird Krebs selten beobachtet); Vermehrung der Insulintoleranz bei Krebskranken; karzinolytische Substanzen im Thymus; Bildung von Warzen, Nävi usw. bei Atrophie der Geschlechtsdrüsen, die die Basis späterer Tumoren abgeben; rapider Verlauf von Brustzervikalkrebs in der Schwangerschaft u. a. Beobachtungen. Vegetatives Nervensystem: vermehrter Sympathikotonus bei Krebskranken usw.

v. Schnizer.

4882.

Hueper, W. C., **Die Prognose der malignen Tumoren.** (Med. J. a. Rec., 130., Nr. 6.) Die Prognose der malignen Tumoren ist bei unseren heutigen diagnostischen und therapeutischen Methoden noch schlecht. Da Frühdiagnose und entsprechende Behandlung die beste Waffe ist, so muß man sie schon anwenden, wenn die potentielle maligne Natur des Tumors in Frage kommt. Man kann bei jedem malignen Tumor 3 Perioden unterscheiden: die Vorbereitungsperiode (die Umwandlung normaler Zellen in maligne); die Latenzperiode (die Zellen besitzen schon maligne Qualitäten, aber noch nicht alle histologischen Zeichen davon; es liegen noch keine typisch malignen klinischen Symptome vor); die Manifestationsperiode (der maligne Charakter der Tumorzellen zeigt sich klinisch und histologisch). Hier unterscheidet man wieder das prämetastatische und das metastatische Stadium. Die Vorbereitungsperiode kann 2 bis 20 Jahre, aber auch wenige Wochen bis zu einigen Monaten gelegentlich dauern. Diese präkanzerösen Krankheiten zerfallen in solche mit absoluter Malignität (Paget, Browns Dermatoze, die chronische Dermatoze der Farmer und Seelente, Xeroderma pigmentosum, adenomatöse Polyposis der Eingeweide) und solche mit relativer Malignität (die verschiedenen Keratosen, senile, As, Beschäftigung, Röntgen, zystische Mastitis, chronische Zervizitis, chronisches Ulcus pepticum, Naevus). Die Kenntnis davon ist so unter dem Volk verbreitet, daß regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen dadurch nur begünstigt werden. Allerdings müssen die Ärzte in den präkanzerösen Krankheiten besser ausgebildet werden. Obgleich manchmal die Interpretation präkanzeröser Zellveränderungen recht schwer ist, beim geringsten Zweifel histologische Untersuchung, immer aber bei der Operation.

v. Schnizer.

4883.

Sohr, Ernst, **Eine neue Sauerstoffbestimmung des menschlichen Blutes mittels Indophenolblau und die mit dieser Methode erhobenen Befunde beim Krebskranken und Krebsdisponierten.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 40.) Die neue Methode soll und kann zunächst nicht in Wettbewerb mit der gasanalytischen

Methode treten. Sie hat auch vorerst ganz andere Ziele. Vor allen Dingen scheint sie einen bemerkenswerten Einblick in die Bluteigenart des an Krebs Erkrankten und, was vielleicht noch wichtiger ist, des zu dieser Krankheit Disponierten zu bieten. — Es soll jedoch nicht unterlassen werden, von einer übermäßigen Einschätzung der Befunde abzuraten, bis durch eine weiter ausgearbeitete Technik der Methode und vor allem durch Untersuchung auf breiterer Basis die Gesetzmäßigkeit dieser eigenartigen Eigenschaft des Blutes des Krebskranken völlig sichergestellt ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

4884.

Honning, Norbert, und Herbert Habs, **Untersuchungen über die Wärmeempfindlichkeit überlebender Tumorzellen.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 40.) Überlebende Tumorzellen reagieren auf Erhöhung ihrer Umgebungstemperatur mit einer bedeutenden Vermehrung ihrer Phosphatabgabe. Dem Anstieg folgt ein baldiger Abfall.

Die Grenztemperatur, bei der nach dreistündiger Versuchsdauer die Reaktionsfähigkeit gegenüber KCN erhalten ist, liegt für Tumorzellen höher als für andere artogene Gewebszellen.

Gewebszellen neugeborener Tiere stehen in ihrer Wärmeempfindlichkeit zwischen den Organzellen erwachsener Tiere und der Tumorzelle.

Arnold Hirsch, Berlin.

4885.

Lambea, José Valdés, **Status lymphaticus und Tuberkulose. (Hämatologische Bemerkungen.)** (Rev. Hig. y Tubercul., 22. Jahrg., Nr. 254.) (Militärhosp. Madrid-Carabanchel.) Nach Schilderung des klinischen Typus des Status lymphaticus geht Verfasser auf das Blutbild ein. Er sah Lymphozytosen bis 60%, Monozytosen bis 20%, daneben gelegentlich Fehlen der Eosinophilen, aber auch Eosinophilen bis 10%. (Auf Parasiten hat Verfasser jedoch, wie er hervorhebt, nicht gefahndet.) Daneben sah Verfasser aber auch kleine, durch die Oxydasereaktion von Lymphozyten zu unterscheidende Myeloblasten. (? der Ref.) Injektion von Adrenalin kehrt das Verhältnis der Leukozyten zugunsten der Granulozyten um. Schließlich stellt Verfasser fest, daß eine Tuberkulose das Blutbild bei Status lymphaticus nicht ändert, nur bei Komplikationen tritt Granulozytose auf. Im übrigen wird der milde Verlauf einer Tuberkulose bei Status lymphaticus hervorgehoben. Bei Ueberpflanzung von Drüsen eines Patienten mit Status lymphaticus auf Meerschweinchen wurden diese mit Tuberkulose infiziert. (! der Ref.)

Cohn, Hamburg.

4886.

Flaszen, Julius, und Heinrich Wachtel, **Ueber die Bedeutung der alkalischen Reaktion für das Krebswachstum.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 41.) Die vorliegenden Versuche ergeben, daß die Alkalinisierung des Organismus einer krebskranken Maus eine bedeutende Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes nach sich zieht. Eine Alkalinisierung gesunder Mäuse begünstigt bedeutend die nachfolgende Tumorumpfung.

Diese tierexperimentell gefundenen Tatsachen ergeben eine Ergänzung der von Reding und Slosse gezeigten Verschiebung der Blutreaktion beim Menschen. Sie stehen im Einklang mit den Angaben von A. Fischer, daß Krebszellen in vitro durch alkalische Reaktion im Wachstum gefördert werden, und mit den Ergebnissen von A. Goldfelder, welcher im Tumorgewebe eine Alkaleszenz von 7,5 bis 7,7 pH gefunden hat. Verfasser geben die Ergebnisse schon jetzt frei, da sie die Feststellungen für außerordentlich wichtig für die praktische Medizin halten. Man sollte nach Ansicht der Autoren vom Verschreiben alkalischer Wässer bei Krebskranken absehen. Man muß mit der Notwendigkeit rechnen, die zu therapeutischen Zwecken in den Körper subkutan oder intravenös einzuführenden Substanzen bei Krebskranken nicht in alkalischen Lösungen zu applizieren.

Die alkalische Reaktion der in den Organismus einer Maus eingeführten Substanzen fördert deutlich das Krebswachstum. Dagegen konnte nicht festgestellt werden, daß die saure Reaktion an sich im Organismus der Maus das Krebswachstum hemmen würde oder kanzerizide Eigenschaften entwickeln würde.

Verfasser haben in ihren Versuchen festgestellt, daß ein Zusatz von saurer Lösung von Bernsteinsäure oder Korksäure zu Tumorzellen die Verimpfbarkeit des so vorbereiteten Tumormaterials stark schwächt oder ganz aufhebt. Dabei dürfte es sich jedoch um eine spezifische kanzerizide Eigenschaft dieser Substanzen handeln. Lösungen von Malleinsäure haben die Verimpfbarkeit der Tumoren nicht beeinflußt, und neutralisierte Lösungen von Malleinsäure verhielten sich wie saure Lösungen dieser Substanz. Lösungen von 0,1prozentiger Essigsäure hatten keine hemmende Wirkung auf das Tumorstwachstum. Dagegen hat eine 0,1prozentige Lösung von Salzsäure oder von Salpetersäure die Tumorentwicklung ganz gehemmt.

Es kann nicht behauptet werden, daß die saure Reaktion das Tumorstwachstum hemmt, man sieht jedoch aus den Versuchen, daß gewisse Substanzen in saurer Lösung das Krebswachstum hemmen können.

Arnold Hirsch, Berlin.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

4887.

Wernoe, Th. B., **Syndrom: Ungekreuzter Nasen-Augen-Reflex, einseitige Strumen, einseitiger und gleichseitiger Exophthalmus und dessen Bedeutung.** (Ug. f. Laeg., Nr. 41, 1929.) Bei zwei Frauen konnte der Verfasser den gleichen Symptomenkomplex beobachten: nämlich einen ungekreuzten Nasen-Augen-Reflex, einseitige Struma, einseitigen Exophthalmus. Daneben bestanden Störungen, wie sie bei dem Morbus Basedow vorkommen, wie Unruhe, Zittern, Schweißausbrüche usw. Der Verfasser erörtert den Zusammenhang der genannten Erscheinungen und schließt aus ihnen auf folgende Entstehung und Entwicklung des Morbus Basedow. Eine nervöse Gleichgewichtsstörung erzeugt zunächst eine Hyperfunktion der Schilddrüse. Die hormonproduzierenden Zellen der Drüse wirken auf die sympathischen Neurone, die zur Orbita gehen und auch zur Schilddrüse selbst. Die Hormone wirken auf die sympathischen Endorgane und lösen Veränderungen im Gewebe der Orbita aus (Exophthalmus). Die Vermehrung der Hormone im Blute bewirkt auch eine Reizung der zentralen sympathischen Neurose (Vermehrung des Exophthalmus und der Thyreoidahyperfunktion. Diese wechselseitige Schädigung (Thyreoida-Hyperfunktion und Sympathikusstörung) erzeugt den Morbus Basedow. Der Verfasser erinnert gleichzeitig an Kochers Ausspruch: „Ohne Schilddrüse und ohne Nervensystem gibt es keine Basedowsche Krankheit.“

S. Kalischer.

4888.

Glaser, M. A., **Tumoren der Zirbeldrüse, der Corpora quadrigemina und des dritten Ventrikels; die Verwandtschaft ihrer Syndrome und ihre chirurgische Behandlung.** (Brain, 52, Heft 2, 1929.) Tumoren der Zirbeldrüse, der Corpora quadrigemina und des dritten Ventrikels weisen alle eng verwandte neurologische Symptome auf, die darauf beruhen, daß in jedem Falle dieselben anatomischen Strikturen betroffen sind. Die Erscheinungen an Okulomotorius, die Reihenfolge in der Symptombildung, die Ventrikulographie und die Untersuchung der Vestibularis sind wichtige Hilfen zur Diagnosestellung. Ein klinischer Beweis hinsichtlich der Funktion der Zirbeldrüse oder der Corpora quadrigemina ist durch diese neun Fälle nicht geliefert. Chirurgischer Eingriff ist bei allen diesen Tumoren erforderlich.

Haber.

4889.

Beckmann, J. W., und L. S. Kubie, **Klinische Studie über 21 Fälle von Tumoren des Hypophysenstiels.** (Brain, 52, Heft 2, 1929.) Bei Tumoren des Hypophysenstiels zeigen sich Hirndrucksymptome, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille frühzeitig nur in der Kindheit und Adoleszenz, bei älteren Patienten erst im späteren Verlauf und weniger schwer. Endotheliome machen selten Hirndrucksymptome und erst als Spätsymptome. Kopf- und Körperschmerzen sind bei allen drei Typen so verschieden an Charakter und Situation, daß sie keine Kriterien zur Differentialdiagnose bieten. Bei Kinder und Jugendlichen mit Tumoren des Hypophysenstiels geht der Schmerz meist den Augenstörungen voran, während bei Erwachsenen bei jeder Form der Tumoren der Schmerz entweder gleichzeitig oder nach dem Einsetzen der Sehstörungen auftritt. Die Art des Gesichtsfelddefekts konnte bei Kindern nicht genügend untersucht werden. Bei Erwachsenen war in allen Fällen die Einschränkung vorwiegend temporal. Homonyme laterale Einschränkung wurde bei 3 Fällen von Tumor des Hypophysenstiels beobachtet, dagegen bei keiner der anderen Formen. Untere homonyme Einschränkung bestand bei einem Tumor des Hypophysenstiels und einem Adenom. Doppelsehen trat aus zweierlei Ursachen auf: a) als Resultat extraokularer motorischer Lähmungen, besonders bei jugendlichen Patienten mit vermehrtem Hirndruck, b) als Zeichen heteronymer Gesichtsfeld-einschränkung mit relativer Herabsetzung des makulären Sehens und darauf basierender Ueberanstrengung der heteronymen Felder für binokulares Sehen, wodurch das Doppeltsehen hervorgerufen wird. Endokrine Störungen zeigten sich bei den 10 jüngeren Patienten durch Zurückbleiben des Wachstums und der normalen sexuellen Entwicklung, bei den 11 älteren in 8 Fällen durch Fertilitätsverlust, Libidoverlust, Amenorrhö, Haarausfall usw. Bei 3 von den 6 ältesten Fällen zeigten sich endokrine Störungen als erstes Symptom, während 3 kaum irgendwelche Störungen hatten. Diese Gruppe bietet differentialdiagnostisch die meisten Schwierigkeiten. Störungen des Wasserhaushaltes fanden sich nur in 6 der 21 Fälle; in 9 Analysen fand sich keine charakteristische Blutzuckerreaktion.

Wege. (Z. Urol., 23., Heft 10.) Verf. hat systematisch eine große Reihe von jod- und bromhaltigen Substanzen herstellen lassen und sie experimentell auf ihre Ausscheidung durch die Niere bzw. auf ihre Eigenschaft der Kontrastdarstellung von Niere und Harnwegen geprüft. Einzelne Präparate ergaben bei Tieren und auch am Menschen positive Ergebnisse. Die Versuche werden fortgesetzt. E. Lehmann, Breslau.

4900.

Hoff, Hans, und Paul Schilder, Ueber lokale Reaktionen bei Diathermie des Gehirns. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 40.) Die vorliegenden Versuche sprechen mit Deutlichkeit dafür, daß auch bei intaktem Schädel durch Diathermie die Gehirnfunktion im Sinne einer Funktionssteigerung abgeändert werden kann und daß diese Funktionssteigerung nicht lediglich eine Allgemeinwirkung der Diathermie, sondern eine Lokalwirkung je nach der Anlegung der Elektroden ist. Arnold Hirsch, Berlin.

4901.

Bisher, William, Nichtchirurgische Diathermie in der Urologie. (Urologic Rev., Nr. IX, 1929.) Die Diathermie ist zwar keine Allheilmethode, aber bei akuter Epididymitis ist sie die Therapie der Wahl. Eine Elektrode wird hier in das Rektum eingeführt, während die andere auf die Bauchdecken zu liegen kommt. Auch bei der Gon. anter. chron. leistet die Diathermie bisweilen Vorzügliches. Bab.

4902.

Byörling, E., Ueber die Röntgenbehandlung des Ekzems. (Acta Dermato-Vener., X., Fasc. 4, 1929.) Da die Messung durch die Sabouraudpastille nur eine Reaktion auf einen toten Gegenstand gibt, nicht aber die biologische Wirkung der betreffenden Dosis auf die Haut des Patienten zeigt, so ersetzt B. diese Messung durch eine von ihm ausgearbeitete photometrische Meßmethode mittels Meßpaketen bzw. Meßkörperchen; erstere enthalten photographisches Papier und Verstärkungsschirm, letztere ein Gemisch von Kalziumwolframat und Kieselsäure. — Ein Aluminiumfilter genügt für alle Ekzemmfälle, da die Unterschiede der Durchdringlichkeit bei den üblichen Aluminiumfiltrierungen bei der gewöhnlichen Röhre ganz unerheblich ist, dagegen muß die Dosierung der Röntgenstrahlen sich nach dem Grade des Irritationszustandes der Haut richten. Die Wirkung einer Bestrahlung ist erst nach zwei Wochen zu erkennen, und man soll mit der Röntgentherapie erst dann beginnen, wenn durch die gewöhnliche keine oder nur eine unerhebliche Besserung erzielt worden ist. Bab.

4903.

de Tourmestran, J., Diathermokoagulation in der Krebsbehandlung. (Brux. Med., Nr. 44, 1929.) Die Verwendung hochfrequenter Ströme von niedriger Spannung — wie sie die Diathermokoagulation darstellt — scheint bei der Bekämpfung des Krebses ein wertvolles Hilfsmittel zu sein. Scheinbar ist es eine der besten uns zu Gebote stehenden Methoden, um die Aussaat neoplastischer Zellen durch die Lymphbahnen nach chirurgischen Eingriffen zu vermeiden. Die Technik ist einfach, gefahrlos und zukunftsreich für die Chirurgie des Krebses. Heid.

4904.

Tobey, J. A., Ein Vehikel für Barium beim Röntgen. (Med. J. a. R., CXXX., Nr. 6.) Reines Barium wird mit Schokolademilchpulver vermengt im Verhältnis 2:4 zu 12:16. Das Gemisch ist angenehm zu nehmen, schädigt den Darm in keiner Weise. Nichts für Diabetiker. v. Schnitzer.

4905.

Kruchen, C., Klinik und Röntgentherapie der Lymphogranulomatose. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 41.) Auf Grund seiner Erfahrungen der Röntgentherapie bei der Lymphogranulomatose ist Verfasser der Ansicht, daß die Röntgenbestrahlung der erkrankten Drüsen im ersten Stadium energisch durchgeführt werden muß. Hier kommen natürlich in erster Linie die chronisch verlaufenden Fälle in Betracht. Dosen von 50—100% der HED auf die erkrankten Drüsen sind angezeigt. Auch eine Bestrahlung der wahrscheinlich schon erkrankten benachbarten Drüsen und der häufig erkrankten retroperitonealen Drüsen wird empfohlen. Die weichen Drüsen reagieren bekanntlich wegen ihres Reichtums an hyperplastischem, strahlenempfindlichem Gewebe besser als die harten Drüsen, an denen schon eine Bindegewebsbildung eingesetzt hat. Eine schädliche Allgemeinwirkung ist im ersten Stadium der Erkrankung nicht zu befürchten.

Im zweiten oder floriden Stadium und bei den mehr akut verlaufenden Erkrankungen ist die Bestrahlungstechnik schwieriger. Hier können meist höhere Dosen gegeben werden, als vielleicht angenommen wird. Verfasser wandte Dosen von 30—70% der HED auf die Oberfläche an; mit Rücksicht auf den Gesamtorganismus ist meistens eine fraktionierte Bestrahlung angebracht. Die Emp-

findlichkeit ist nicht nur in jedem Einzelfalle verschieden, sondern wechselt auch häufig im Laufe der Erkrankung. Die Beobachtung des gesamten klinischen Zustandes, wie Temperatur, Blutbild usw., hat praktische Bedeutung. Patienten mit zunehmenden Drüenschwellungen, Hauterscheinungen, Fieber, Eosinophilie usw. zeigen höhere Empfindlichkeit. Je akuter und ausgebreiteter die Erkrankung ist, desto größere Vorsicht ist bei der Röntgenbestrahlung geboten. Eine bedrohliche Kompressionswirkung ist eigentlich nur bei größeren Drüenschwellungen in der oberen Thoraxapertur zu befürchten. Trotzdem muß auch hier die Bestrahlung versucht werden.

Im dritten Stadium, in welchem kachektische Erscheinungen und Komplikationen in den Vordergrund treten, ist mit Rücksicht auf den labilen Gesamtzustand die Röntgentherapie nur vorsichtig durchzuführen. Eine adjuvierende und umstimmende Behandlung und ein einfaches Abwarten ist häufig angezeigt.

In erster Linie müssen Verschlechterungen und Schädigungen bei der Lymphogranulomatose durch Röntgenbestrahlungen verhütet werden. Lokale Röntgenschädigungen sind heute selten, dagegen ist die Gefahr einer allgemeinen Röntgenschädigung bei den akuten Fällen und im Endstadium nicht gering. Diese nachteiligen Erscheinungen unter dem Einflusse der Röntgenbestrahlung können verschiedener Art sein:

1. Bedrohliche Drüenschwellungen, vor allem mit Kompressionen der Atmungsorgane.

2. Drüseneinschmelzungen mit Abszeßbildung und Durchbruch in die Atmungs- und Verdauungswege.

3. Plötzliche starke Einschmelzungen mit Eiweißeinbruch in die Blutbahn.

4. Allgemeine Strahlenentzündung mit peripheren Gefäßschädigungen (Haut- und Schleimhautblutungen).

5. Allgemeine Kachexie und Blutschädigungen.

Was die Drüenschwellung anbelangt, scheint ihre Bedeutung hinsichtlich lebensgefährlicher Komplikationen überschätzt worden zu sein. Die außergewöhnlich großen Tumoren im vorderen Mediastinum werden oft auffallend gut ertragen. Eine Kompressionswirkung durch Schwellung nach Röntgenbestrahlung ist kaum zu befürchten. Die Gefahren bei Lokalisation der Drüenschwellung in der oberen Thoraxapertur sind schwerer. Bei vorsichtiger Bestrahlung — Probebestrahlung, fraktionierte Bestrahlung — verringern sich auch hier die Gefahren.

Der plötzliche starke Einbruch von Eiweißkörpern in die Blutbahn und die nachfolgende Kachexie bedeuten die größte Gefahr für die Kranken. Formen mit akutem Verlauf oder auch chronische im Exazerbationsstadium sind vorsichtig und mit genügenden Pausen zu bestrahlen. Eine sichere objektive Untersuchungsmethode, die über den Eiweißstoffwechsel bei diesen bestrahlten Kranken sicheren Aufschluß geben könnte, gibt es noch nicht. Die Untersuchungen des Verfassers fielen bisher negativ aus. Es lassen sich jedoch aus dem klinischen Bilde Anhaltspunkte gewinnen. Wenn die Drüsen sehr schnell einschmelzen, muß sofort mit den weiteren Bestrahlungen zurückgehalten werden und der Patient muß unter den besten Bedingungen im Bett bleiben. Erst wenn völlige Erholung auftritt, kann weiter bestrahlt werden. Aus diesem Grunde ist jede schematische Bestrahlung, ob mit kleinen oder großen Dosen, zu verwerfen. Ein nach der Bestrahlung auftretendes Fieber muß ebenfalls vom Fortsetzen der Bestrahlungen abhalten. Arnold Hirsch, Berlin.

4906.

Friesleben, M., Röntgenschädigungen beim Hilfspersonal. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 40.) Röntgenschädigungen des Hilfspersonals sind viel häufiger, als bisher im allgemeinen angenommen wurde. In der überwiegenden Mehrzahl (94%) ereigneten sich die Röntgenschädigungen in medizinischen Betrieben (Krankenhäusern und Röntgenlaboratorien), nur in geringer Zahl (6%) in industriellen Betrieben. Fälle von Röntgenschädigungen der Rachenschleimhaut waren in der Literatur nicht zu finden. Ein Gutachten betont in einem Falle, daß die beobachteten Schädigungen der Rachenschleimhaut eine große Ähnlichkeit mit den auf der Haut auftretenden Röntgenschädigungen besitzen. Bisher scheint die Schädlichkeit des Haltens von Zahnfilmen während der Röntgenaufnahme wenig beachtet worden zu sein. Die Verwendung von Röntgenstrahlen zu technischen Zwecken ist in Deutschland in langsamer Zunahme begriffen. Das Röntgenpersonal sollte überall periodischen ärztlichen Untersuchungen (einschließlich Blutuntersuchungen) zur frühzeitigen Aufdeckung von Röntgenschädigungen unterzogen werden. Die Einführung von Pflichtkollegs in Röntgenkunde im medizinischen Studienplan wird vorgeschlagen und erscheint wünschenswert. Das Arbeiten mit Röntgenstrahlen zu medizinischen Zwecken ist nur Ärzten zu gestatten und von einer staatlichen Lizenz abhängig zu machen. Die konzessionierten Röntgenbetriebe sollten unter fortlaufende staatliche Aufsicht gestellt werden. Arnold Hirsch, Berlin.

ARBEITEN ÜBER PHARMAZEUTISCHE PRÄPARATE.

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Beiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Ueber Organtherapie der Arteriosklerose, Blutdruckkrankheiten und Alterserscheinungen.

Von Dr. K. FUNCK.

Auf Grund eigener Erfahrungen und der Berichte der Autoren Griesbach (1), Blumenfeld und Cohn (2), Köhler und Wirth (3), Schütz (4), Taenzer (5), Lewin (6), erscheint eine Revision der Auffassung über die Vorgänge bei der Wirkung eines Organpräparates (Animasa) auf Blutdruck und Alterserscheinungen im Interesse eines sinngemäßen Ausbaues dieser Organtherapie wünschenswert. Die meisten der oben zitierten Autoren legen in ihren Abhandlungen den größten Wert auf die in ihren Versuchsreihen durch Animasa erzielte, wesentliche Herabsetzung des Blutdruckes, und berichten oft nur beiläufig von der Besserung der subjektiven Beschwerden und objektiven Alterserscheinungen, obgleich doch Hypertonie nur ein Symptom der Alters- und Gefäßkrankheiten ist. Die Resultate der Untersuchungen über die Polygamie dieser Krankheitsgruppen und andererseits die Beobachtungen von Bier, Haberlandt und Stejskal über die Wirkung von Organpräparaten konnten auf die Beurteilung der Erfolge des Organpräparates Animasa nicht ohne Erfolg bleiben. Die Hersteller und Autoren bezeichnen Animasa schon im Jahre 1920 als hormonähnlichen Extrakt aus Intima und Media ganz junger Schlachttiere und Föten, gekuppelt an Abbauprodukte, von Bluteiweiß, letzteres als unspezifisches Reizmittel zur Verstärkung der hormonalen Wirkung. Fast zehn Jahre später bestätigt Bier (7), daß solche Abbauprodukte des Blutes das spezifische Organextrakt bzw. die entsprechenden Hormone an dem Erfolgsorgan erst zur Wirkung bringen. Diese Hormone werden auch durch die Verdauung nicht zerstört, können also oral gegeben werden. Bier (l. c. Anmerkung 61) betont auch, daß in der Verwendung von Embryonen und von Organen ganz junger Tiere noch weite Anwendungsmöglichkeiten bestehen. Auch hier ging also die Praxis der Theorie weit voraus, und die Heilerfolge wurden erst ein Jahrzehnt später in ihrem Wirkungsmechanismus von autoritativer Seite aus erklärt. Schon früher hatte Funck (8) von einem allergenen Faktor bei Hypertonie- und Arteriosklerosekrankheiten gesprochen. Auch hatten Goldscheider, Fahr u. a. A. die Gefäßwand als Sitz von Ueberempfindlichkeitsreaktionen nachgewiesen, und Griesbach (l. c.) hatte im klinischen und Tierexperiment die Wirkung des Organpräparates Animasa zu analysieren versucht. Aber erst Bier gelang es, generell das Problem der Erfolge solcher zusammenwirkenden Hormone und Eiweißabbauprodukte von allgemeinbiologischen Gesichtspunkten aus zu lösen.

Weiterhin erhielten die Berichte von Köhler u. Wirth (l. c.) die durch Injektionen von Animasa hochgradige Hypertonien dauernd senken konnten, eine prinzipielle Bestätigung durch die Berichte von Stejskal (9), der bei Schrumpfnieren durch Injektion von Nierenextrakten dieselben Wirkungen erzielte. Genau wie nach oraler oder intramuskulärer Anwendung von Animasa ergab sich auch eine Besserung der Organfunktionen (zerebrale Begleiterscheinungen, Paralyse usw.). Im Vergleich zu diesen kausalen organotropen Methoden sind diejenigen Mittel, die ausschließlich den Blutdruck herabsetzen oder spasmolytisch wirken, Symptomatika; denn der Hochdruck stellt, gerade wie die Temperaturerhöhung bei Infektion, eine Abwehr und Anpassungsmaßregel des Organismus dar (Fahr [10], Frey [11], Weiß [12]) und soll, wie das Fieber, nur gleichsinnig mit der Besserung der Primärkrankheit sinken. Im Gegensatz zu der Wirkung aller depressiven Mittel folgt der durch Animasa herbeigeführten Blutdrucksenkung eine Verkleinerung der Blutdruckamplitude, wodurch Herzarbeit und Durchblutung der Organe gefördert werden (Köhler und Wirth l. c.).

Auch Jod und seine Derivate, bis zur Einführung der Organotherapie gegen die Syndrome der Arteriosklerosis, wie einige Autoren zugeben, mehr aus Verlegenheit als aus Ueberzeugung

verordnet, sind in der Biomechanik ihrer Wirkung mit der von Animasa nicht zu vergleichen. Jod besitzt eine protoplasmaaktivierende (ergotrope) Wirkung, und von diesem Teilfaktor machte die Klinik in dem Kombinationspräparat „Animasa forte“ Gebrauch. Ähnlich wie das Herzhormon Haberlandts in Kombination mit Digitalis verstärkte Wirkung zeigt, läßt sich in der Verbindung von Jod mit dem gleichartigen Hormon des peripheren Herzen, des Gefäßsystems, „Animasa forte“ eine gegenseitige Verstärkung nachweisen.

Diese Uebersicht über die Fortschritte in der Erkenntnis der wissenschaftlichen Unterlagen der Organtherapie und ihrer Auswirkungen auf das Erfolgsorgan ist notwendig, um die Vielartigkeit der Erfolge einer gegen die Syndrome der Arteriosklerose gerichteten Organtherapie zu erklären. Wichtiger als die Blutdrucksenkung ist dabei die Besserung der infolge der Grundkrankheit und ihrer Wirkung auf die Arterien verminderten Durchblutung der in ihrer Ernährung notleidenden Zellbezirke und die dadurch bedingte Leistungssteigerung der Organe. Die zitierten Autoren berichten von Beseitigung der Atemnot, des Oppressionsgefühls, der Gliederschwere, der Kopfschmerzen, von Schwindel und Herzklopfen, sowie Folgeerscheinungen der Apoplexie und der durch Arteriosklerose verursachten Herzmuskelschwäche, ja sogar von Angina pectoris. Ich selbst habe auch bei Zuständen, die Huchard als Präsklerose beschreibt (vorübergehender Druck in der Herzgegend bei Anstrengungen, Extrasystolen, rasche geistige Ermüdung, mangelhafte Entschlußfähigkeit, Vergeßlichkeit, Depression und Reizbarkeit, Ohrensausen, Nykturie, leichte Knöchelödeme usw.), Animasa und Animasa forte seit Jahren angewandt, und halte gerade diese im Entstehen begriffenen Alterserkrankungen für ein Hauptindikationsgebiet des Organpräparates. Wie beim Aufkommen des Kinderasthmas die Bekämpfung der Anfälligkeit des Kindes die beste Therapie und der beste Schutz vor Dauerasthma späterer Jahre ist, so behütet das Organpräparat bei aufkommendem krankhaftem Tonus der Arterien oder Neigung zu Arteriospasmus mit seinen sekundären und tertiären Folgen den Organismus vor dem Dauerhochdruck und seinen Auswirkungen. Gerade bei den Fällen von beginnenden und vorzeitigen Alterserscheinungen des Gefäßsystems übertrifft diese Organtherapie die Wirkungen einer rein depressorischen Behandlung und ebenso die der reinen Joderivate. Es ist selbstverständlich, daß gleichzeitig mit der Organtherapie die indizierten physikalischen und diätetischen Heilfaktoren angewandt werden. Es ist ebenso selbstverständlich, daß gleichzeitig mit der Organtherapie die indizierten physikalischen und diätetischen Heilfaktoren angewandt werden. Es ist ebenso selbstverständlich, daß bei hochgradigem Altersverfall und bei Dekrepiden eine Wirkung nicht erreicht werden kann. Ist aber eine Funktion des Gefäßsystems und sind die sekundären Auswirkungen seiner krankhaften Veränderungen noch irgendwie reversibel, so erfolgt eine Wiederannäherung des Gleichgewichtes in allen bestehenden Funktionen und dementsprechend subjektive und objektive Besserung. Das beweist, daß die Ganzheit der die Altererkrankungen und Altersallergie verursachenden Faktoren nicht nur ein Teilsymptom, der Ueberdruck, erfaßt wird, entsprechend der Bierschen Auffassung richtig angewandter Organtherapie.

Zusammenfassung:

Das aus den Organen ganz junger Tiere und Föten gewonnene, durch Eiweißabbauprodukte erst organotrop gemachte Organpräparat Animasa ist nicht nur bei Hochdruck, sondern auch bei Altersausfallserscheinungen des vierten und fünften Jahrzehntes das kausale Mittel der Wahl, um eine Reaktivierung aller noch umzustimmenden Arterienfunktionen und damit Regeneration noch lebensfähiger Zellkomplexe zu erreichen.

Schrifttum:

1. Griesbach: Münch. med. Wschr. 1922, 49.
2. Blumenfeld und Cohn: Med. Klinik 1924, 38.
3. Köhler und Wirth: Med. Klinik 1926, 46.
4. Schütz: Centralbl. f. Herz- u. Gefäßkrkh. 1924, 3.

5. Taenzer: Dissert. vel. 1922, Gießen.
6. Lewin: Vox medica, 3. Jahrgang, 3.
7. Bier: Münch. med. Wochenschr. 1929, 25.
8. Funck: Archiv f. Verdauungskrrk., Bd. 1926, Heft 3/4.
9. Stejskal: Med. Kl. 1929, 26.
10. Fahr: Arch. f. kl. Med. 1920, 134.
11. Frey: Med. Kl. 1922, 16.
12. Weiß: Münch. med. Wochenschr. 1917, 19.

Zur Behandlung des Dickdarmkatarrhs nach Ruhr.

Von Dr. med. W. VERMEHREN, Bomst (Grenzmark).

Als Arzt macht man häufig die Erfahrung, daß Patienten, die während der Kriegsjahre an Ruhr erkrankt waren, heute noch über Darmbeschwerden klagen, die auf einen chronischen Dickdarmkatarrh schließen lassen.

Die bestehenden Beschwerden sind dem Kranken außerordentlich lästig, sie kommen fast nie ganz zum Schwinden und steigern sich mit einer typischen Regelmäßigkeit zu schmerzhaften Diarrhöeattacken, die derartig quälend sind, daß die Leidenden ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen.

Der Arzt, der diese Art von Patienten zur Behandlung bekommt, befindet sich in einer schwierigen Situation, zumal wenn Krankenhausbehandlung abgelehnt wird, außerdem dadurch, weil er die Unzulänglichkeit der dabei üblichen therapeutischen Maßnahmen schon kennt.

Es ist begreiflich, daß die Patienten sich zumeist in einem elenden Ernährungszustande befinden, denn der untere Darmabschnitt birgt chronische Entzündungen in sich, welche die Schleimhaut pathologisch verändert haben, so daß der Darm in seinen normalen Funktionen gehemmt ist. Am unangenehmsten für den Leidenden ist der ständig bestehende quälende Stuhlzwang, der täglich häufige (etwa 5 bis 10) breiartige Entleerungen verursacht, die mit ziehenden Schmerzen verbunden sind und das Gefühl einer ungenügenden Entleerung hinterlassen. Außerdem bestehen noch krampfartige Darmschmerzen, durch Spasmen verursacht, und Blähungskoliken. Nach Lösung der Blähungen und Abklingen der Spasmen verspürt der Kranke eine wohlthuende Erleichterung, die leider nicht lange anhält. Daß der Patient dabei mißgestimmt und unlustig resp. sogar unfähig zu einer geordneten Arbeit wird, ist kein Wunder. Die oft auch bestehende Karzinomangst führt schließlich zu einer seelischen Depression.

Sind aber außerdem noch Narben im Darmtraktus vorhanden, dann werden die Krankheitserscheinungen prägnanter und stürmischer. Fieber besteht in den seltensten Fällen, bakteriologisch ist wenig nachweisbar. Alle diese Fälle sind schwer und als chronische Ruhr anzusprechen. Dem Unkundigen erscheint es vielleicht merkwürdig, daß ein solcher Dickdarmkatarrh so viele Jahre hindurch bestehen soll und so lästige Krankheitserscheinungen verursachen kann, an der Tatsächlichkeit ist aber trotzdem nicht zu zweifeln.

Die leidenden Patienten haben meist alle möglichen und gebräuchlichen Medikamente eingenommen, sie haben Diätvorschriften befolgt und sich den hydrotherapeutischen Maßnahmen unterworfen — ohne aber den gewünschten Dauererfolg zu erreichen. Opiate bringen zwar Erleichterung, sind aber auf die Dauer nicht zu gebrauchen, denn sie führen zu Morphinismus und schädigen dann den Darm in toxischer Wirkung doppelt.

Die sonst üblichen Medikamente und Maßnahmen hier aufzuführen, würde zu weit führen, sie sind im übrigen auch bekannt. Hier soll nur über einen Fall berichtet werden, bei dem ich mit Intestinol-Tabletten (Präparat der Firma Dr. Georg Henning in Berlin-Tempelhof) einen geradezu blendenden Dauererfolg erzielen konnte.

Der Patient Fr. Br., von Beruf Bahnbeamter, 45 Jahre alt, erkrankte 1916 (!) in Mazedonien an einer langwierigen Ruhr. (Das Land der Mazedonier ist geradezu eine Brutstätte für Ruherkrankungen.) Nach einer längeren Behandlung in einem Seuchenlazarett kann Patient wieder an die Front. Nach einigen Monaten bereits Rezidive, die sich dann ständig und mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederholten. Die Krankheit ist trotz ärztlicher Behandlung scheinbar nie zur Abheilung gekommen, denn die Beschwerden traten auch in den Nachkriegsjahren auf und blieben außerordentlich hartnäckig.

Als Patient zu mir in Behandlung kam, war sein Zustand ein bedauernder — im Ernährungszustand herabgekommen, Muskulatur schlaff und Körpergewicht nur 65 Kilo bei einer Körpergröße von 170 cm. (Das Normalgewicht in gesunden Jahren betrug etwa 80 Kilo.) Stimmungslage verzweifelt, Selbstmordgedanken wegen Karzinombefürchtungen, Gesichtsausdruck blaß und leidend. Seit Jahren quälender Stuhlzwang mit krampfartigen Darmschmerzen und lästigen Blähungen. Fauler Mundgeschmack, Appetit gut, oft sogar Heißhunger. Täglich mehrere breiige Entleerungen gelegentlich mal Obstipation.

Die rektale Untersuchung ist sehr schmerzhaft, die Schleimhaut des Darmes entzündlich verändert. Röntgenologisch ist nichts Krankhaftes festzustellen. Blutuntersuchung negativ (Lues-negiert). Die Untersuchung des Abdomens ergibt mehrere deutlich feststellende Schmerzpunkte im Colon ascendens und Colon descendens. Eine Geschwulstbildung nicht nachweisbar.

Patient war häufig und bei verschiedenen Aerzten in Behandlung. Prognose ungünstig.

Obwohl ich wenig Hoffnung hatte, in diesem Fall eine Besserung oder gar Heilung zu erzielen, versuchte ich trotzdem eine Intestinolkur. Der Erfolg war einfach verblüffend. Schon nach 4 Tagen spürte Patient eine wohlthuende Wirkung, die Schmerzerscheinungen nahmen ab, und die Entleerungen waren nicht mehr so oft und wurden auch schon fester. Nach weiteren 8 Tagen konnte man schon die effektive Wirkung des Intestinol als konstant bezeichnen. Der Patient erholte sich sichtlich, die Muskulatur wurde mit der Zeit straffer, der Ernährungszustand wurde besser, und das Körpergewicht stieg. Die Schmerzattacken traten nur noch sehr selten und lange nicht mehr so heftig auf, der Stuhl regelte sich mit der Zeit, und nach 8 Wochen Kurzzeit konnte Patient als vermutlich geheilt und vor allen Dingen wieder arbeitsfähig aus der Behandlung entlassen werden. Patient steht seit einem Jahr unter ärztlicher Beobachtung — ein Rückschlag ist seitdem nicht mehr aufgetreten. Eine so frappante Wirkung ist wirklich überraschend und gibt Anlaß, bei ähnlichen Krankheitsfällen die Intestinolkur einzuleiten. Therapeutisch wurden neben Diätvorschriften folgende Vorschriften gegeben:

Viermal pro die 2 Dragees in der ersten Woche, dann dreimal 2 Dragees in der zweiten Woche, in der dritten Woche 5 Dragees pro die, in der vierten Woche 4 Dragees pro die. Diese Dosis wurde längere Zeit beibehalten, späterhin wurden Pausentage eingesetzt. Nach etwa achtwöchiger Behandlung konnten die Dragees ohne Nachteil fortgelassen werden. Patient fühlt sich, wie schon angeführt, nach dieser Behandlung wie umgewandelt, er hat in 3 Monaten etwa 10 Pfund zugenommen, ist voll arbeitsfähig und hat auch wieder ein gesundes Aussehen bekommen. Bei gelegentlichen Darmverstimmungen, die evtl. mal auftreten, nimmt Patient sofort einige Intestinol-Dragees, und die Beschwerden sind kupert.

Die fabelhafte Wirkung der Intestinol-Tabletten beweist jedenfalls, daß Intestinol ein unentbehrliches Medikament für Dickdarmkatarrhe bleiben wird.

Beitrag zur Behandlung von Herzkrankheiten.

Von Dr. med. HEINZ ESSER, Baden-Baden.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß in der Behandlung von Herzkrankheiten Digitalis viel zu häufig und kritiklos angewendet wird, sogar manchmal in Fällen, wo es nicht nur überflüssig, sondern oft sogar kontraindiziert ist. Man hat sich daran gewöhnt, wenn von medikamentöser Herztherapie gesprochen wird, in erster Linie an die verschiedensten Digitalispräparate zu denken. Leider wird zu oft vergessen, daß in der Anwendung von Digitalispräparaten bei Behandlung von Störungen der Herztätigkeit bestimmte Indikationen und Kontraindikationen bestehen, auf die in jedem einzelnen Falle zu achten ist.

Ich will daher zuerst eingehen auf die Fälle von Herzkrankheiten, die meines Erachtens nicht in das Gebiet der Digitalistherapie gehören. So ist vor allem bei Herzstörungen nervöser Natur, eines der größten Gebiete der Herzkrankheiten, vom Digitalisgebrauch nach dem übereinstimmenden Urteil aller Autoren abzusehen. Es ist hier ein strenger Unterschied zu machen zwischen den Herzneurosen und Herzstörungen auf organischer Grundlage. Nach Prof. Stadelmann haben 70% aller

neurastheniker Herzbeschwerden, die sich in Form von subjektiven Beschwerden, wie Stiche, Atembeklemmungen, Herzangst, wie Extrasystolen und Pulsbeschleunigungen, äußern.

Es gehören weiter hierhin die thyreotoxischen Herzstörungen, die in der Praxis ein häufiges Vorkommen zeigen.

Ebenso die Herzveränderungen, die ihre Ursache haben in Überanstrengungen, Giften und Infekten.

Aber auch bei myokarditischen Prozessen und Kompensationsstörungen leichteren Grades soll man Abstand nehmen von der Anwendung der Digitalis, wozu man in größerer Not immer noch greifen kann.

Bei der Behandlung von Grippeerkrankungen hält Plehn die Anwendung von Digitalis für direkt kontraindiziert. Bei der Leistungsfähigkeit ist aber eine Anregung der Herzfunktion erforderlich, um nicht eine Herzschwäche infolge der Vasomotorenstörung erleben zu müssen. Trotzdem wäre es bedenklich, hier hilflos zu den Mitteln der Digitalisgruppe zu greifen.

Nicht vergessen möchte ich die zahllosen Fälle von Herzschwächen bei Blutartern oder bei zu kleinem und daher nicht leistungsfähigem Herzen, bei Arteriosklerotikern, bei Herzkrankheiten im Stadium der Kompensation, wo man oft zu Herzkräftigungsmitteln greifen muß.

Nachdem die wissenschaftlichen Forschungen auf dem Gebiete der Herztherapie ergeben haben, daß die prinzipielle Gleichheit der Wirkung der Kardiaka aus der Digitalisgruppe unberechtigt, ergab sich für die Allgemeinheit die Tatsache, daß die wahllose Gleichstellung der verschiedenen Herzmittel der Digitalisgruppe falsch ist.

Citron stellte nun den Unterschied zwischen der Herzkräftigung von Digitalis und Adonis vernalis und Convallaria majalis zahlreichen Versuchen fest.

Wenn man die oben erwähnten Herzkrankheiten für die Digitalistherapie ausschaltet, dann möchte ich berichten über ein Präparat, das sich speziell für diese Fälle eignet, nämlich Cardiotonin, das die wirksamen Stoffe der Convallaria majalis in Kombination mit Coffein-Natrium benzoicum enthält.

Die Convallaria majalis wurde fast zu gleicher Zeit entdeckt wie die Digitalis. Nach zahlreichen Versuchen von Zondek wurden durch das in der Convallaria enthaltene Glykosid Konvallamarin in kleineren Dosen die Herzschläge verlangsamt. Die Leistungsfähigkeit des Herzens erhält eine steigernde Wirkung, indem die Diastole verlängert und die Erregbarkeit des Myokardiums erhöht wird. Eine Verlangsamung und Kräftigung der Herzaktion, ein regelmäßigerwerden des Pulses, eine Zunahme des Blutdrucks und eine gesteigerte Harnsekretion werden erwirkt, ohne daß jemals eine kumulative Wirkung stattfand. Die Konvallaria erhöht in eigenartiger Weise, die anscheinend von der Digitaliswirkung verschieden ist, den Tonus des Myokards (Boruttau) und ist in ihrer Wirkung auf das Nervensystem der Valeriana nicht unähnlich. Durch gleichzeitige Anwendung von Koffein, wie es durch Cardiotonin geschieht, wird synchron auch das Vasomotorenzentrum erregt.

Bickel und Pawlow grenzen das Indikationsgebiet des Cardiotonins dahin ab, daß sie feststellen, es sei ein Mittelding zwischen Herzmitteln aus der Digitalis-Strophantusgruppe und den einfachen Analeptizis, z. B. den Baldrianpräparaten. Straub betont hervor, daß es wichtig sei, bei der Herstellung zuverlässiger Herzmittel von der Rohdroge auszugehen, um möglichst alle wirksamen Bestandteile zu erhalten. Ebenso ist es nötig, ein wirksames konstant wirkendes Mittel in der Hand zu haben.

Diesen Ansprüchen der Wissenschaft scheint das Cardiotonin vollständig zu genügen. In ihm sind die wirksamen Stoffe der Convallaria majalis isoliert, wobei es befreit ist von allen anderen schädlichen Stoffen, die unangenehme Nebenwirkungen ausüben könnten. Daher belästigt es auch nicht den Magen-Darmkanal. Das Cardiotonin übt eine blutdrucksteigernde und verlangsamende Wirkung aus.

Meine Erfahrung mit Cardiotonin erstreckt sich über etwa einjährige Anwendung in der Praxis. Leider kann ich an dieser Stelle nicht alle Fälle ausführlich anführen, die ich mit Cardiotonin behandelt habe. Das Wesentlichste will ich hier herausgreifen.

Zunächst verordnete ich es in allen Fällen von Herzneurosen, besonders bei Neurasthenikern. Die subjektiven Beschwerden

ließen bald nach, der Puls wurde langsamer und regelmäßig. Bei einem Patienten mit Herzneurose waren die subjektiven Beschwerden so stark, daß er nicht mehr in der Lage war, beruflich tätig zu sein. Nach sechswöchiger Cardiotoninbehandlung war der Patient wieder völlig arbeitsfähig.

In meiner Badepraxis gab ich immer dann Cardiotonin, wenn die Patienten über Herzschwächeanfälle während der Thermal- und Wildbäder klagten. Ich verordnete ihnen an den Tagen, wo sie keine Bäder nahmen, dreimal täglich 15 Tropfen, eine halbe Stunde vor dem Bad 20 Tropfen Cardiotonin. Patienten, die aus anderen Badeorten kamen und erklärten, keine Bäder nehmen zu können aus Angst vor Ohnmachtsanfällen während des Badens, wurden genau so behandelt. Alle konnten ihre Bäder regelmäßig nehmen, über Anfälle klagte niemand mehr.

Zwei Fällen mit kruppöser Pneumonie, einer 32jährigen sehr schwächlichen Frau und einem 50jährigen Potator, gab ich vom ersten Krankheitstage ab prophylaktisch Cardiotonin. Beide Fälle verliefen ohne Herzstörungen normal. Ebenso zwei Bronchopneumonien bei einem 48jährigen Mann und bei einem 2jährigen Kind.

Eine 43jährige Frau mit Mitralinsuffizienz und Oedemen wurde erheblich gebessert, ohne daß ich zu einem anderen Mittel greifen brauchte.

Drei Grippefälle im Alter von 18 bis 30 Jahren zeigten im Verlaufe der Krankheit Herzlähmungserscheinungen, zu deren Beginn ich gleich das Präparat gab. Sie wurden geheilt, ohne daß ich ein anderes Herzmittel hinzuzuziehen brauchte.

In diesem Jahr, in den heißen Monaten Juli und August, gab ich es mehrmals bei Fällen von Herzschwäche infolge Erschöpfung erfolgreich.

Bei einer 18jährigen Patientin mit hochgradiger Chlorose und Tachykardie erzielte ich in wenigen Wochen erhebliche Besserung.

Ebenso gute Erfolge hatte ich bei einer Reihe von Arteriosklerotikern. Die subjektiven Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl usw., ließen bald nach. Die Patienten fühlten sich bedeutend wohler. Einwenden muß ich allerdings, daß ich eine Hypertonie von 200 mm Hg nicht beeinflussen konnte.

Bei mehreren Frauen mit klimakterischen Beschwerden, wo ich im allgemeinen Klimakton gebe, konnte ich die Herzbeschwerden nur nach Darreichung von Cardiotonin neben dem Klimakton beseitigen.

Interessant waren besonders folgende beiden Fälle: Ein Potator und ein Nikotiniker kamen regelmäßig nach Exzessen zu mir mit Magen- und Herzbeschwerden (Tachykardie). Das subjektive und objektive Befinden wurde bei beiden in wenigen Stunden schon gebessert nach Gebrauch von Cardiotonin. Zwei Tage später fühlten sich beide Patienten wieder wohl.

Von großer Bedeutung war mir ein Fall von dekompensierter Aorteninsuffizienz schweren Grades, wo ich mit Cardiotonin keine Besserung erzielen konnte. Ich war daher gezwungen, zu einem stärkeren Kardiakum zu greifen und nahm Digitalis. Aber auch Digitalis versagte hier, nachdem ich es zwei Wochen angewendet hatte. Daraufhin verordnete ich ein Kardiakum „Scillikardin“, und der überraschende Erfolg veranlaßte mich, mich mit diesem Präparat näher zu beschäftigen und es in anderen Fällen von Herzleiden schwereren Grades, für die Cardiotonin nicht mehr in Frage kam, sondern bei denen ich sonst Digitalis gegeben hätte, anzuwenden.

Das Scillikardin wird hergestellt aus der Meerzwiebel, einem an den Küsten des Mittelmeeres häufig vorkommenden Zwiebelgewächs, das schon in ältester Zeit als Herzmittel benutzt wurde. Schon zu Hippokrates Zeiten wurden die bitter schmeckenden Schalen der Scilla maritima als Expektorans, Brechmittel und bei Wassersucht durch Herzfehler benutzt. Nachdem dann die Scilla lange Zeit hindurch in Vergessenheit geraten war, betonte neuerdings F. Mendel die Bedeutung der Meerzwiebel als Herzmittel. Er hob ganz besonders hervor, daß in vielen Fällen von Herzaffektionen, wo Digitalis vollständig versagte, die Scilla noch hervorragende Wirkung hatte.

Mendel nahm deshalb besonders Angriffspunkte für die Wirkungsweise an, indem er beobachten konnte, daß Scilla in erster Linie bei Versagen der Diastole, bei lymphatisch-venöser Stauung im Pfortader-Lebersystem erfolgreich wirkte. Da Digitalis eine rein systolische Wirkung hat, schreibt er der Scilla hauptsächlich

diastolische Wirkung zu, die besonders zur Geltung kommt in solchen Fällen, in denen die Herzinsuffizienz bei ausreichender Systole in einer unzureichenden diastolischen Erweiterungsfähigkeit begründet ist:

Während man sich mit dem Fortschreiten der Medizin und den zahllosen erfolgreichen Versuchen mit Scilla mehr und mehr von dem Wert der Meerzwiebel überzeugte, so bestand doch immer noch ein Hindernis in dem bitteren ekelhaften Geschmack der Meerzwiebel.

Dieses Hindernis ist in dem Scillikardin beseitigt, in welchem die wirksamen Bestandteile der Meerzwiebel isoliert sind. Es ist ein Präparat, das durch Zusatzstoffe im Geschmack verbessert und außerdem nach Froschdosen auf das genaueste eingestellt ist. Diese Einstellung gewährleistet eine genaue klinische Dosierungsmöglichkeit.

Grundlegende Beobachtungen mit Scillikardin wurden von Boden, Lehr und Koerner gemacht.

Ich gab regelmäßig bei Arrhythmia irregularis perpetua Scillikardin und konnte in den meisten Fällen nach 2 bis 4 Tagen einen regelmäßigen Puls feststellen. Boden erklärte die Pulsverlangsamung bei Scillikardinanwendung durch Einwirkung auf den Vagus. Alle Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß Scillikardin die diastolische Herztätigkeit bessert und dadurch die Systole stärkt. Nun möchte ich zu meinen eigenen Erfahrungen mit Scillikardin kommen. Bevor ich das Präparat regelmäßig in geeigneten Fällen verordnete, habe ich zunächst die Versuche Engelen's wiederholt, dessen Ergebnisse ich bestätigen konnte.

Mit dem Oscillomètre sphygmométrique habe ich zur Prüfung der herzsystolischen Wirkung des Scillikardins die supramaximalen Oszillationen benutzt. Man findet bei Unterdrückung der Pulsweite durch supramaximalen Manschettendruck leichte Fibrillationen des Zeigers, größere Ausschläge bei Hypertonie. Wenn man nun bei demselben Patienten die Energie vergleicht, mit der die vom Herzen erzeugten Wellen am oberen Rande der Manschette anklappen vor und nach Scillikardindarreichung, so hat man einen relativen Maßstab für die Leistung der Herzsystole. Diese Versuche wiederholte ich mehrmals bei denselben Patienten und fand bei Herzschwäche immer eine Steigerung der supramaximalen Oszillationen durch Scillikardin. Diese Steigerung ließ sich bei Herzschwächen akuter und chronischer Art feststellen.

Nummehr verordnete ich bei mehreren Fällen von Arrhythmia irreg. perp. dreimal täglich 10 bis 20 Tropfen Scillikardin mit dem Erfolg, daß der Puls bald normal und regelmäßig wurde. Zur Nachbehandlung gab ich noch längere Zeit hindurch kleinere Dosen.

Sehr günstige Beeinflussung fand ich bei arteriosklerotischen Myokarderkrankungen, so daß die Patienten wieder voll arbeitsfähig wurden, die vorher infolge ihrer subjektiven Beschwerden nicht mehr arbeiten konnten. Bei einem 39jährigen Patienten mit dekompensierter Mitralstenose, der über Oppressionsgefühle, Kurzatmigkeit, Schwindel und allgemeine Müdigkeit klagte, zeigte Scillikardin hervorragende Wirkung. Die Beschwerden wurden innerhalb 3 bis 4 Wochen erheblich gebessert, die vorhandene Leberschwellung war bedeutend zurückgegangen.

Bei einer Nierenerkrankung mit starken Oedemen und sekundärer Herzschwäche zeigte das Medikament starke diuretische Wirkung bei gleichzeitiger Besserung der Herztätigkeit. Mit demselben Erfolge wandte ich es bei Lungenemphysem im kardialen Stadium, bei Aorteninsuffizienz und Myokarditis an. Dabei möchte ich noch hervorheben, daß sich niemals durch Einnahme des Medikamentes Magen-Darmstörungen einstellten. In allen Fällen glaube ich die Erfolge mit Scillikardin der günstigen Beeinflussung auf die diastolische Herztätigkeit unter gleichzeitiger Stärkung der Systole zusprechen zu dürfen, was durch Digitalisanwendung, die nur die systolische Tätigkeit beeinflußt, nicht in dem Maße möglich gewesen wäre. Aber diese spezielle Beeinflussung ist gerade für Fälle, wie ich sie oben erwähnte, von größter Wichtigkeit.

Zusammenfassend möchte ich über die beiden Präparate Cardiotonin und Scillikardin folgendes zu sagen:

Cardiotonin ist indiziert bei allen Herzneurosen, während und nach Infektionskrankheiten, bei Herzschwächen, bei klimakterischen und leichteren arteriosklerotischen Herzstörungen. Die Dosierung beträgt dreimal täglich 20 bis 25 Tropfen!

Scillikardin bewährt sich bei schweren Herzerkrankungen, bei kompensierten und inkompensierten Mitral- und Aortenfehlern,

Herzarrhythmien und Myokarderkrankungen. Schädliche Nebenerscheinungen treten nicht auf. Die Dosierung beträgt dreimal täglich 15 Tropfen.

Literaturangabe.

- Deutsche Medizinische Wochenschrift 1915, Heft 48.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift 1920, Heft 12.
- Deutsche Medizinische Wochenschrift 1928, Heft 12.
- Therapie der Gegenwart 1908, Heft 12.
- Biochemische Zeitschrift 1913, Heft 6.
- Therapie der Gegenwart 1926, Heft 8.
- Klinische Wochenschrift 1924, Heft 20.
- Zentralblatt für innere Medizin 1923, Heft 27.
- Berliner klinische Wochenschrift 1921, Heft 58.

Etwas über Testespräparate.

Von Dr. FRIEDRICH DREXLER, Facharzt.

Der Tatsache einer dem sicheren Wissen voraneilenden Therapie begegnen wir vielfach auch heute noch in der Medizin, und nirgends ist sie begreiflicher als in der Sphäre des Sexuallebens. Mit dem rohen Empirismus der Spermafresser des Altertums und den von Fürbringer und anderen Fachgelehrten sehr abfällig kritisierten naiven Versuchen eines Berthold und Brown-Séquard hat aber die moderne Organotherapie nichts mehr zu tun, sie steht auf festeren Füßen.

Sind auch die Bedingungen (Ionenmilieu) der physiologischen Wirkungen des männlichen Sexualhormons noch nicht allseitig aufgeklärt und besonders der Nachweis seiner Spezifität noch nicht streng genug geführt, so wird wenigstens durch die einwandfreien und positiven Resultate von Experimenten mit weiblichen Hormonen (Erzeugung typischer Brunsterscheinungen mit Ovarial-extrakten, Lutein- und Follikelhormonen) ein Analogieschluß auf ganz ähnliche Verhältnisse im männlichen Organismus so nahe gelegt, daß therapeutische Anwendungen männlicher Hormone gegen Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes gerechtfertigt erscheinen.

Nun werden zwar freilich die unleugbaren Erfolge der Organotherapie auf sexuellem Gebiete von vielen Autoren hauptsächlich psychischen Einflüssen, i. e. der Suggestion zugeschrieben, wonach die Hebung der Psyche meist das Primäre, die der inneren Sekretion das Sekundäre wäre, aber so manchem kritischen Praktiker werden doch gewisse Momente aufgefallen sein, die für eine unmittelbare, d. h. spezifische Wirkung eines Hormonpräparates auf die erotische Region der Hirnrinde und die Sexualorgane sprechen.

Ich greife aus meiner Praxis einen lehrreichen Fall heraus. Ein Beamter mit mäßiger Arteriosklerose wurde von mir wegen Impotenz abwechselnd mit zwei Hormonpräparaten verschiedener Provenienz behandelt. Nach 20 Injektionen kein wesentlicher Erfolg, dafür aber Kongestionen zum Kopf, Schwindel, allgemeines Unbehagen. Wegen dieser Nebenwirkungen injizierte ich nun, und zwar ausschließlich ein neues Präparat, welches die notorious blutdruckmindernde Animasa-Komponente enthält, nämlich „Testasa“ der Organotherapeutischen Werke, Osnabrück. Jeden zweiten Tag 1 g intramuskulär. Von da an Ausbleiben der Nebenwirkungen, allmähliche Besserung des Allgemeinbefindens und Steigerung der Libido. Der Fall ist instruktiv und bedarf keines Kommentars.

Auch bei fünf weiteren Impotenzfällen, die ich von Anfang nur mit Testasa und zwar erfolgreich, d. h. bis zum Wiederauftreten sinnlicher Vorstellungen und spontaner Erektionen behandelte, hatte ich den Eindruck, daß es darauf ankommt, die endokrine Tätigkeit der Drüsen anzuregen, ohne unlustbetonte, psychisch deprimierende Nebenwirkungen (Hypertonie) aufkommen zu lassen. Ich glaube keinem therapeutischen Rationalismus zu huldigen, wo eine Nachprüfung in der Praxis jederzeit möglich ist. Daß Fälle von organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Herz- und Nierenleiden keine Indikation zu Testespräparaten abgeben, daß Impotenz infolge Diabetes und Adipositas eine Behandlung des Grundleidens erheischen, daß endlich neben der Hormonbehandlung auf die bewährten physikalischen, diätetischen und psychischen Methoden nicht verzichtet werden soll, versteht sich von selbst.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231 / Tel.: Bergmann 2853/54

Verantw. | Professor Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestraße 6

Schriftleitung: | Dr. FRIEDRICH HELMBOLD, Berlin - Steglitz, Lindenstraße 20

Bezugsbedingungen: Die „Fortschritte der Medizin“ erscheinen vierzehntägig und sind in Deutschland durch alle Postanstalten, den Verlag und den Buchhandel, im Ausland unter direktem Streifband durch den Verlag oder den Buchhandel gegen Einzahlung eines Vierteljahresbetrages auf eines der unten aufgeführten Postscheckkonten zu beziehen. — Der Bezugspreis für Deutschland beträgt durch die Post M. 1,50 vierteljährlich zuzüglich 12 Pfg. Bestellgeld, bei direktem Bezug unter Streifband M. 2,40 vierteljährlich. — Zahlungen an den Verlag bitten wir innerhalb Deutschlands auf unser Postscheckkonto Fortschritte der Medizin Berlin 32224 zu leisten. Der vierteljährliche Bezugspreis bei direktem Streifbandversand einschließlich Porto außerhalb Deutschlands beträgt für:

Oesterreich	3.50 Sch.	Jugoslawien	30.— Dinare	Skandinavien	2.15 Dän. Kr.
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 140900 Wien		Holland	1.45 Gld.	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 4999 Kopenhagen	
Ungarn	2.90 Pengö	Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 121958		Italien	11.— Lire
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 59723 Budapest		s'Gravenhage		Polen	5.20 Sloty
Tschechoslowakei	17.00 Kč.	Schweiz	3.— Fr.	Amerika	jährlich 2.35 Dollar
Postsparkassenkonto Hans Pusch Nr. 501 224 Praha		Postscheckkonto Hans Pusch Nr. 13461 Zürich VIII		Für alle anderen Länder	2.40 Rmk

NUMMER 26

BERLIN, DEN 27. DEZEMBER 1929

47. JAHRGANG

In Übergangszeiten

Bei Grippebronchitis

SIRAN

als bewährtes Expectorans
auch in der Kinderpraxis

TEMMLER - WERKE, BERLIN - JOHANNISTHAL

Sie ersparen weitgehend Opium und Morphinum durch

Ditonal

Originalpackung mit 12 Zäpfchen.
Kassenpackung (6 Zäpfchen) RM. 1.—

Narcoticumfrei, unschädlich, wohlfeil,
schnell und nachhaltig schmerzlindernd,
gleichzeitig Unterleibsentzündungen günstig
beeinflussend.
Rektale Anwendung.

INDICATIONEN.

Schmerzhafte Unterleibsentzündungen,
Prostatitis, die meisten Formen von
Dysmenorrhoe.

Literatur und Proben durch ATHENSTAEDT & REDEKER, HEMELINGEN

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

INHALT DES HEFTES:

Originalien:

Dr. Julius Irrgang, Przemyśl: Scharlachproblem
für den Praktiker 1063

Medizinisch-rechtlicher Teil:

Dr. J. Frankfurter, Leipzig: Der Operationszwang
bei Kranken 1065

Briefkasten 1066

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen
Literatur des In- und Auslandes 1067

Referate nach Fachgebieten:

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte .. 1073
Augenheilkunde 1073
Bakteriologie und Serologie 1074
Chirurgie und Orthopädie 1074
Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1076
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 1077
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie 1078

Infektionskrankheiten 1082
Innere Medizin, Tuberkulose 1083
Kinderheilkunde 1090
Mund- und Kiefererkrankungen 1093
Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie .. 1093
Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische
Anatomie 1096
Psychiatrie und Nervenheilkunde 1100
Soziale und gerichtliche Medizin 1101
Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik
und -therapie 1102
Neu erschienene Bücher 1105

DIESES HEFT ENTHÄLT

1 VERLAGSBEILAGE

betr. geschmackvolle Einbanddecken
für die FORTSCHRITTE DER MEDIZIN



Das Richtige
**Pertussin-
Balsam**

BEI KEUCHHUSTEN, BRONCHITIS
überraschende Erfolge in der Hand des Arztes

E. TAESCHNER CHEM.-PHARMAZ. FABRIK **POTSDAM**

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

DIE ZEITSCHRIFT DES PRAKTISCHEN ARZTES

Verlag: HANS PUSCH, Berlin SW 48, Friedrichstr. 231
Tel.: Bergmann 2853/54. Postscheckk. Berlin 61 931

Redaktion: Prof. Dr. ARTHUR KELLER, Berlin W 50, Rankestr. 6
Dr. FR. HELMBOLD, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 20

NUMMER 26

BERLIN, DEN 27. DEZEMBER 1929

47. JAHRGANG

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung der Originalbeiträge innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist vor.

Einbanddecken

für die „Fortschritte der Medizin“ in geschmackvoller Ausführung zu beziehen durch den Verlag. Preis 2,50 M. zuzüglich 30 Pf. Porto.

Scharlachproblem für den Praktiker.

Von Dr. JULIUS IRRGANG, Przemyśl.

Ueber die Aetiologie des Scharlachs wurde in letzten Jahren viel geschrieben, und die Literatur ist so groß und zerstreut, daß sie für den praktischen Arzt fast unzugänglich ist. Ich will nun dem praktischen Arzt das Scharlachproblem kurz und ausführlich, frei vom theoretisch-experimentellen Ballast, darstellen.

Seit langer Zeit wußte man, daß der Scharlach eine mikro-parasitäre Krankheit ist, und seit der bakteriologischen Ära hat der Streptokokkus die Aufmerksamkeit der Scharlachforscher auf sich gezogen. Baginsky fand in allen bakteriologisch untersuchten Fällen in den Organen Scharlachkranker Streptokokken und betrachtete dieselben als Scharlacherreger. Nicht aber alle Forscher hatten dieselben Resultate. Wenn auch ein besonderer Streptokokkus von ihnen in den erkrankten nekrotischen und eitrigen Gewebsteilen, auch häufig im Blute nachgewiesen wurde, lehnten die meisten Forscher, wie Heubner, Jochmann, Romberg, denselben als Scharlacherreger ab. Schleißner gelang es zum ersten Male, mit Kulturstreptokokken auf experimentellem Wege scharlachähnliche Symptome, wie Temperatursteigerung, Angina, Himbeerzunge, Erythem, Exanthem und Schuppung, zu erzeugen. Dieselben Symptome beobachtete in neuerer Zeit Gabritschewsky bei Kindern, welche er mit Streptokokkenbouillon immunisierte. Die amerikanischen Forscher Dick und Duches konnten durch Bepinselung der Tonsillen besonders mit Reinkultur der aus den Tonsillenbelägen gezüchteten hämolytischen Streptokokken in einzelnen Fällen einen typischen Scharlach erzeugen. Auf Grund dieser Beobachtungen kamen die Forscher zu dem Schlusse, daß der Scharlach durch einen spezifischen hämolytischen Streptokokkus hervorgerufen wird, welcher sich primär in den Tonsillen festsetzt, hier Toxine produziert, die die charakteristischen klinischen Symptome des Scharlachs hervorrufen.

Die italienischen Forscher Di Christina und Caronia entdeckten im Blute, Knochenmark, Liquor und Sekreten von Scharlachkranken einen kleinen Diplokokkus, welchen sie auch züchteten und als „filtrablen Scharlacherreger“ betrachteten. Mit diesem Erreger konnten sie mittels Injektion analoge Erscheinungen bei Kindern hervorrufen wie die Amerikaner. Andere Forscher außerhalb Italiens konnten dies nicht bestätigen. Doch sind heute wohl Anhänger der hämolytischen Scharlachstreptokokken und der filtrablen Viruserreger.

Das Neue bei dem amerikanischen Ehepaar Dick ist die Gewinnung spezifischer Toxine aus kulturell isolierten Scharlachstreptokokkenstämmen und der experimentelle Nachweis, daß sich durch intramuskuläre Einverleibung sehr kleiner Mengen, wie 0,1 ccm dieses unverdünnten Toxins das ganze Symptomenbild des Scharlachs erzeugen läßt. Bei einer intrakutanen Injektion von 0,1 ccm dieses Toxins in Verdünnung von 1:1000 bis 1:2000 beginnt bei scharlachempfindlichen Menschen an dieser Stelle nach 12 bis 24 Stunden eine Rötung und Oedem, welche nach 24 Stunden ihren Höhepunkt erreichen, um dann im Verlaufe mehrerer Tage abzuklingen. Es ist dies die Dicksche Reaktion (Dicktest), analog der Schickschen Diphtherietoxinreaktion (Schicktest); bei der durch intrakutane Injektion geringer Mengen, wie 0,1 ccm Diphtherietoxin die Diphtherieempfindlichkeit bestimmt wird.

Diese positive Dickreaktion tritt meistens nur bei Personen auf, welche eine Scharlachinfektion nicht durchgemacht haben, somit eine lokale Toxinempfindlichkeit aufweisen und für Scharlachinfektion empfänglich sind. Dagegen solche Personen, welche eine Scharlachinfektion ja durchgemacht haben, eine negative Dicksche Hautreaktion aufweisen, somit eine lokale Toxinunempfindlichkeit aufweisen und für Scharlachinfektion nicht empfänglich sind.

Nach Preisich und Schottmüller spielen bei einer Scharlach- und Diphtheriekrankheit zwei Faktoren eine Rolle: ein toxischer (allgemeiner) und ein bakterieller (lokaler). Beide Faktoren müssen nicht gleichzeitig wirken. Die Toxin- und Bakterienwirkung sind auseinanderzuhalten. Das Antitoxin hat nur auf toxische Symptome Einfluß. Der Test weist auf eine Toxinempfindlichkeit und Toxinimmunität, nicht aber auf eine Bakterienempfindlichkeit und Bakterienimmunität. Preisich bewies dies experimentell auf folgende Weise: er machte bei Kindern zugleich an einem Arm die Testprobe, am anderen Arm die Bakterienprobe und fand, daß die Resultate gleichlautend waren oder einander widersprachen. So fand er Kinder, bei welchen gleichzeitig der Dicktest negativ und der Streptokokkentest positiv, wie auch der Schicktest positiv und Diphtherietest negativ — oder auch umgekehrt — ausfiel.

Groër (Lemberg) glaubt auf Grund durchgeführter Untersuchungen, daß es sich bei Dicktoxin um eine allergische Reaktion handelt. Diese Ueberempfindlichkeit (Allergie) kann nach Jeßner (Königsberg) entweder eine monovalente sein, durch Einimpfung einer Noxe hervorgerufen (beim Dicktest durch das Toxin), oder eine polyvalente, durch Einimpfung mehrerer Noxen (Toxin und Protein).

Wolf-Eisner glaubt, daß man die Entdeckung der Hautteste den Amerikanern mit Unrecht zuschreibt, da ja Hautteste vor den Amerikanern bei der Pollenempfindlichkeit angewandt wurden. Er selbst habe im Jahre 1908 diese Tests auch zur Unterscheidung eines Scharlachs von einem Diphtherieserumexanthem angewandt.

Doches stellte ferner das antitoxische Pferdeserum dar, indem er Pferde ein Jahr mit steigenden Scharlachstreptokokkentoxindosen behandelte. Dieses rein antitoxische Pferdeserum besitzt 1. eine neutralisierende Wirkung in vitro auf das Scharlachstreptokokkentoxin, 2. die Fähigkeit, die positive Dickreaktion aufzuheben, d. h. dickpositive Kinder zur dicknegativen Reaktion zu bringen, was normales Pferdeserum nicht vermag, wohl aber das Scharlachrekonvaleszenten Serum, 3. ist es imstande, oft bei Scharlachkranken, intrakutan injiziert, das Exanthem in der Umgebung der Injektionsstelle zum Verschwinden zu bringen (Schulz-Charlensche Auslöschphänomen). Nach alledem ist es den amerikanischen Forschern gelungen, den Nachweis zu erbringen, daß der Scharlach eine Toxinernkrankung, also eine „Toxinämie“ ist. Das Serum dicknegativer Personen enthält somit viel Immunstoffe, Antitoxine, und vermag ebenfalls das Scharlachtoxin in vitro zu neutralisieren. Die gleiche Eigenschaft besitzt das Serum dicknegativ reagierender Säuglinge, im Blute deren Scharlachantitoxine kreisen, welche ähnlich wie Diphtherieantitoxine auf plazentarem Wege auf das Kind übertragen wurden. Im späteren Alter, bis zum vollendeten Schulalter, nimmt die Blutantitoxinmenge ab — die Kinder reagieren meistens dickpositiv und sind somit lokal und allgemein für Scharlachgift empfänglich. Ihre passive Immunität geht verloren! Nach dem 20. Lebensjahr steigt die Zahl der dicknegativen Personen, was wiederum ein Beweis dafür ist, daß die Scharlachimmunität mit dem Alter zunimmt. Diese Immunität tritt ein: 1. infolge „erworbener Resistenz“ nach Ueberstehen einer Scharlachinfektion, 2. infolge „natürlicher Resistenz“, d. h.

Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber den Krankheitserregern, mit dem er noch nicht in Berührung gekommen ist, 3. infolge der von Friedemann bezeichneten „latenten Durchseuchung“. Darunter ist folgendes zu verstehen: Friedemann unterscheidet eine „Infektion“ von einer „Infektionskrankheit“. Als „Infektion“ bezeichnet er das Eindringen von Krankheitserregern in den Organismus und ihre Vermehrung in demselben, als „Infektionskrankheit“ den Ausbruch der Krankheitssymptome als Reaktion auf diesen Infekt. „Infektion“ ist also nicht identisch mit „Infektionskrankheit“. Es ist bekannt, daß auf der Haut und den Schleimhäuten der Menschen eine ungeheure Zahl von Bakterien sich befinden, die sich dort vermehren, ohne Krankheiten hervorzurufen. Man nennt sie unschädliche „Saprophyten“. Diese unschädlichen Saprophyten sind aber bei einer Zahl von besonders empfindlichen Menschen „pathogen“, bei welchen sie Krankheitsercheinungen hervorrufen. Solche Saprophyten können ganze Bevölkerungskomplexe ergreifen, ohne für sie pathogen zu sein. Wir haben es in diesem Falle mit einer „latenten Infektion“ zu tun, welche eine Immunität ohne Ueberstehen einer Krankheit hervorruft, gleich einer künstlichen Immunisierung, welche ja auch bestrebt ist, eine Immunität ohne Krankheit herbeizuführen. Diese „latente Infektion“ nennt Friedemann, wenn sie eine größere Ausdehnung erlangt, „latente Durchseuchung“. Bevölkerungskomplexe, welche infolge latenter Durchseuchung immunisiert werden, sind „natürlich“ resistent, da ja bei ihnen keine Krankheit vorausgegangen war, und wir sprechen da von einer „latenten Durchseuchungsimmunität“. Viele Menschen, besonders die Großstädter, für die Kontagionsmöglichkeit stets vorhanden ist, sind eben gesunde Diphtherie- und Scharlachbazillenträger, infolge „latenter Durchseuchungsimmunität“ stets schick- und dicknegativ, von welchen die saprophytären Diphtheriebazillen und Scharlachstreptokokken auf empfängliche Leute übertragen werden, wo sie sich pathogen auswirken und Krankheiten hervorrufen. Bei vielen banalen Anginen enthält der Eiter der Tonsillen fast in Reinkultur typische Scharlachstreptokokken. Auch solche Erkrankung rechnet Friedemann der „latenten Infektion“ bzw. „latenten Durchseuchung“ zu, weil ihnen die typischen Symptome des Scharlachs fehlen.

Die eben ausführlich beschriebene Dicksche Scharlachreaktion wäre diagnostisch zu verwerten, da sie im Beginn einer Scharlacherkrankung oft positiv ist; eine negative Reaktion würde daher gegen Scharlach sprechen. Nach überstandener Scharlach, ja sogar schon in der Rekonvaleszenz sollte die Reaktion infolge der im Blute vorhandenen Antitoxine negativ sein. Hier läßt uns aber die Dicksche Reaktion im Stiche, indem sie oft dauernd positiv ausfällt. Man vermutet, daß in diesem Falle das Toxin von einem anderen Streptokokkuserreger gebildet wurde, als dies beim zur Hautprobe verwendeten Toxin der Fall ist. Daher sind auch andersartig die im Blute Postscarlatinöser vorhandenen Antitoxine. Somit wäre der Glaube an einen konstanten hämolytischen Scharlachreger erschüttert. Die Amerikaner aber erklären die Toxine der hämolytischen Scharlachstreptokokken wie auch die im Blute der Scharlachrekonvaleszenten gebildeten Antitoxine für streng spezifisch, indem sie nachweisen, daß jedes Scharlachrekonvaleszenten Serum gleich dem antitoxischen Pferdeserum die oben sub 1., 2., 3. angegebenen Eigenschaften besitzt. Auch das Schulz-Charlensche Auslöschphänomen wäre diagnostisch zu verwerten. Das Auslöschphänomen — wie wir schon wissen — gibt sowohl das Scharlachrekonvaleszenten Serum wie auch das verdünnte antitoxische Pferdeserum. Das Scharlachrekonvaleszenten Serum kommt für den Praktiker nicht in Betracht, da ja dasselbe fast nie zu haben ist. Jede Originalpackung des käuflichen Behring'schen antitoxischen Scharlachserums enthält außer der großen 25-ccm-Ampulle, welche dem Kranken zu therapeutischen Zwecken injiziert wird, eine kleine 1-ccm-Ampulle. Der Inhalt dieser Ampulle wird einige Stunden vor der eigentlichen Serumgabe verwendet, und zwar auf folgende Weise: Von dem Inhalt dieser 1-ccm-Ampulle spritzt man einen Teil, 0,5 ccm, streng intrakutan bis zur Quaddelbildung (!), um das Auslöschphänomen zu prüfen. Den zweiten Teil, 0,5 ccm, der Ampulle spritzt man subkutan, indem man die Nadel lediglich tiefer sticht, ohne mit derselben erst wieder zurückzugehen, um den Körper zu desensibilisieren. Auf diese Weise vermeidet man einen anaphylaktischen Schock, wenn derselbe auch selten ist. Nun ist die Auslöschphänomenprobe nicht

so einfach. Die Injektion, welche am besten in die fixierte Hautstelle des Kreuzbeines, wo der Ausschlag reichlich zu sein pflegt, gemacht wird, ist beim sich wehrenden Kinde, da dieselbe sehr schmerzhaft ist, nicht so leicht. Die Beurteilung der Probe erfordert ebenfalls eine gewisse Übung. Ist das Scharlachexanthem zweifelhaft, blasser, um über Nacht ganz abzublassen oder auf andere Körperstellen überzugehen, so versagt in solchen Fällen auch die Probe, da der Ausschlag nicht nur an der diagnostischen Injektionsstelle, sondern auch an anderen Stellen ausgelöscht wird. Nur ein typisches Scharlachexanthem gibt ein typisches Auslöschphänomen — sagt Flusser! Falls aber ein Scharlachexanthem typisch ist — braucht der Praktiker keine Auslöschphänomenprobe!

Dick führte auch die aktive Immunisierung durch, indem er allen Personen, welche eine dickpositive Reaktion aufwiesen, steigende Toxinmengen subkutan einverleibte, bis die positive Reaktion verloren ging — also immun wurden. Der Organismus antwortet eben dabei auf diese Toxingaben mit Antitoxinbildung, wodurch die Immunität zustande kommt. Die Toxinmenge wurde in Einheiten gemessen, indem eine Einheit derjenigen Toxinmenge entspricht, die zur Anstellung der Hautprobe notwendig ist, d. i. 0,1 ccm Toxin in einer Verdünnung von 1:1000. Dick hätte damit 92prozentigen Erfolg. Die aktive Immunisierung wies keine ersten Impfschäden auf; es traten neben lokaler Rötung nur noch manchmal bei starker Toxindosis scharlachähnliche Erytheme auf, niemals aber Symptome Pospischls zweiten Krankseins. Die Immunität trat zwei Wochen nach der letzten Injektion ein und dauert zwei Jahre. Sie ist eine rein antitoxische, hat aber den Nachteil, daß mehrere Injektionen notwendig sind. Dieselben Nachteile hat auch die aktive Immunisierung mit einer aus abgetöteten Scharlachstreptokokken hergestellten Vakzine nach Gabritschewsky. Auch hier sind 3 Injektionen mit steigenden Dosen notwendig, um positiven Dicktest negativ zu machen. Diese Immunisierung ist eine antitoxische und antibakterielle. Vor der aktiven Immunisierung soll die Scharlachempfindlichkeit der Kinder durch Anstellung der Dickprobe festgestellt werden. Nun haben manche Aerzte, wie auch Flusser und andere, bald die Feststellung der Dickreaktion aufgegeben, als sie sahen, daß dicknegative Kinder am nächsten Tage Scharlach bekamen. Da man also die Scharlachempfindlichkeit derzeit nicht mit Sicherheit nachweisen kann, empfiehlt er, alle Kinder, welche mit Scharlach in Kontakt kommen, als scharlachempfindlich zu betrachten. Aus dem Grunde, daß die aktive Immunisierung eine bis drei Wochen dauert, kommt dieselbe in praxi nicht in Betracht, wenn in derselben Familie schon ein Kind Scharlach hat. Hier käme eher die passive Immunisierung mit konzentriertem antitoxischen Serum in Betracht. Dieselbe tritt schon nach 12 bis 20 Stunden ein. Man injiziert davon 5 bis 10 ccm. Sie ist für intrafamiliäre Verwendung wohl geeignet. Interessant sind dabei die Vorschläge de Rudders und Bardachis: Man möge die passiv immunisierten Kinder nicht so sorgfältig vor Infektion schützen, sondern im Gegenteil ihr bewußt aussetzen, wie es unsere Mütter bei Masern unbewußt taten und auch heute noch tun — um auf diese Weise eine natürliche Immunisierung herbeizuführen. In diesem Falle würde die Immunisierung eine kombinierte sein: passiv und natürlich und von jahrelanger Dauer! Die Gefahr der eventuellen schweren Scharlacherkrankung würde in diesem Falle durch Dickserum gemildert. Flusser ist kein Freund der prophylaktischen Seruminjektion, denn sie scheint nach seiner Erfahrung in der Inkubationszeit nicht mehr wirksam zu sein, und wir setzen das Kind der Gefahr eines anaphylaktischen Schocks aus bei einer im Falle eines Scharlachausbruches notwendigen zweiten Injektion.

Die therapeutischen Erfolge mit dem Dickschen antitoxischen Scharlachserum sind nach Friedemann und Doucher erstklassig. Man spritzt in den ersten vier Krankheitstagen, also möglichst frühzeitig, 25 bis 40 ccm (oder 10 bis 20 ccm des konzentrierten) Behringer-Scharlachserums intramuskulär. Es muß schon am ersten Tage injiziert werden bei denjenigen Kindern, welche durch starkes Krankheitsgefühl, öfteres Erbrechen, durch hohe Temperaturen, starkes Exanthem, Unruhe, Laktation eine schwere toxische Erscheinung erkennen lassen, oder bei Kindern, welche wohl zu Beginn der Erkrankung leicht betroffen werden, aber deren Zustand sich am zweiten bis

dritten Tage verschlechtert. Nicht indiziert ist die Serumbehandlung bei leichten und mittelschweren Fällen. Ferner bei mit exsudativer Diathese behafteten Kindern, wegen eventueller leicht einsetzender Serumkrankheit. Solchen Kindern muß unbedingt nur das konzentrierte Serum verabfolgt werden, welches von unnützen Eiweißstoffen befreit ist, falls eine Injektion notwendig erscheint. Nach der Injektion, schon nach 12 bis 24 Stunden, ändert sich das ganze Krankheitsbild mit einem Schlage, indem die Temperatur kritisch abfällt, das Exanthem verschwindet und das Allgemeinbefinden wird das eines Rekonvaleszenten. Dadurch fällt das Urteil meines gewesenen Chefs, des hervorragenden Scharlachkenners Pospischil: „Es gibt nichts Aussichtsloseres als die Behandlung von malignem Scharlach.“ Andere Forscher, wie Prof. Hoke, welche das Höchste Scharlachstreptokokkenserum in hohen Dosen bis zu 50 ccm injizierten, konnten sich von der ausnahmslosen eklatanten Heilwirkung nicht überzeugen. Sie hatten wohl Erfolge, aber auch Versager. Septische Komplikationen und Nachkrankheit werden durch das Scharlachserum nicht beeinflusst. Kundraitz, welcher die Sera nach Dick-Doches nachprüfte, konnte ihre Angaben über die Erfolge nur bestätigen. Gleichzeitig aber kam er zu dem Ergebnis, daß diese Sera von Dick-Doches dieselben Eigenschaften besitzen wie das Scharlachrekonvaleszentenserum und das Serum von Moser-Marmorek, welche schon im Jahre 1902 mit Pirquet über die immunbiologische Trennung des hämolytischen Scharlachstreptokokkus von anderen Streptokokken berichteten. Schick berichtete schon im Jahre 1905 über zweifellose Erfolge mit dem Moserschen Scharlachserum. Die Amerikaner gewannen ihre Sera gleich Moser durch Immunisierung von Pferden. Die erwähnten drei Sera: das Scharlachrekonvaleszentenserum, das Dick-Doches-Serum und das Mosersche Serum besitzen also die bereits oben sub 1 bis 3 erwähnten Eigenschaften! Kundraitz schreibt dem Moser-Serum eine spezifische antitoxische Wirkung zu, da er Kinder vor dem Auftreten eines experimentellen toxischen Scharlachs mittels Injektion von Scharlachstreptokokkentoxin schützen konnte, falls er sie mit dem Moser-Serum (gleich Scharlachrekonvaleszentenserum oder Dick-Doches-Behring-Serum) vorbehandelte. Zu therapeutischen und prophylaktischen Zwecken wird nur das konzentrierte Moser-Serum verwendet, mit welchem auf der Abheilung des Prof. Morawetz Zikowsky bei schweren toxischen Scharlachfällen sehr gute Erfolge erzielte. Moser, Pirquet und Gabritschewsky konnten aber den Schutzwert ihrer Sera nicht quantitativ bestimmen. Den amerikanischen Forschern ist dies erst gelungen. Sie messen den Wert des Serums nach seiner Fähigkeit, das Scharlachtoxin in vitro zu neutrali-

sieren, und betrachten als Immunitätseinheit diejenige Serummenge, die 100 Dicksche Hautdosen neutralisiert.

Für die breite Masse ist die Schutzimpfung, deren Wirksamkeit doch nicht über alle Zweifel erwiesen ist, nicht zu verwenden. Für die bleiben die alten Maßnahmen der allgemeinen Scharlachprophylaxe gelten. Nur müssen dieselben von uns revidiert werden, da auch unsere Ansichten über die Scharlachepidemiologie sich ebenfalls änderten: Friedemann und Deicher konnten nachweisen, daß die Hautschuppen wie auch der Urin von Scharlachrekonvaleszenten keine hämolytischen Streptokokken enthalten, woraus der Schluß zu ziehen ist, daß die Schuppen nicht ansteckend sind. Sie fanden aber regelmäßig ohne Ausnahme hämolytische Streptokokken auf den Tonsillen, wo sie sich auch vermehren. Ebenso im Eiter. Ferner wurden im Zimmer der Scharlachkranken, in der Luft, an den Wänden und auf allen Gebrauchsgegenständen hämolytische Streptokokken gefunden. Dies sind also die Infektionsquellen. Hauptsächlich geschieht die Uebertragung durch Tröpfcheninfektion. Da auch bei der gewöhnlichen Angina der Streptococcus haemolyticus im Rachen zu finden ist, können wir bei seiner Anwesenheit noch nicht von Scharlach sprechen; wohl aber können wir beim Fehlen von hämolytischen Streptokokken eine Scharlachkrankung ausschließen. Der offensichtliche Infektionsträger ist also der Kranke selbst, besser gesagt sein Rachen, aber nicht seine Hautschuppen. Den Kranken können wir auch isolieren und streng bewachen. Die sechswöchige strenge Isolierung des Rekonvaleszenten und sechswöchige Trennung von Geschwistern führt aber nicht zum Ziele, denn der nach sechswöchiger vor-schriftsmäßiger Isolierung entlassene gebadete und desinfizierte, natürlich immunisierte Scharlachrekonvaleszent besitzt in seinem Rachen und auf den Tonsillen fast immer hämolytische Streptokokken; ist er somit der gefährliche Bazillenträger, der allzuoft seine Nächsten infiziert. Die Aufhebung der Isolierung von Scharlachrekonvaleszenten ist vom negativen Ausfall der bakteriologischen Rachenuntersuchung abhängig zu machen. Ergibt ein dreimaliger Rachenabstrich nach überstandem Scharlach keine hämolytischen Streptokokken in der Mundhöhle, so gilt der Rekonvaleszent für ungefährlich und kann entlassen werden, was nach 2 bis 3 Wochen gewöhnlich der Fall ist. Wichtiger und gefährlicher sind die nicht greifbaren Infektionsträger, das sind die vielen Kranken mit leichter Angina, welche frei herumlaufen und die Schulen besuchen, ferner die vielen vielen Bazillenträger mit „latenter Infektion“, gegen die wir machtlos sind. Deshalb ist in Epidemiefällen die passive Immunisierung als alleinige Waffe zu gebrauchen.

MEDIZINISCH-RECHTLICHER TEIL.

Bearbeitet von Dr. J. FRANKFURTER, Leipzig.

Der Operationszwang bei Kranken.

Gerade in der jüngsten Zeit sind anlässlich des Strafgesetzentwurfes wieder die Fragen aufgetaucht, inwieweit man dem Arzte die Befugnis einräumen soll, Kranke auch ohne ihr Einverständnis, ja sogar gegen ihren Willen zu behandeln, um ihre Gesundheit wiederherzustellen. Da dies zweifellos einen Eingriff in die verfassungsrechtlich gewährleistete persönliche Freiheit bildet, sind in der modernen Gesetzgebung die Grenzen sehr enge gezogen, inwieweit sich der Kranke der ärztlichen Behandlung unterziehen muß, um seinen Rechtsanspruch nicht zu verlieren und sich so vor einem Vermögensschaden zu bewahren. Vor allem spielen hier neben dem Zivil- und Strafrechte die modernen versicherungs- und arbeitsrechtlichen Sonderbestimmungen herein, die aus sozialen Gründen das Anwendungsgebiet der Lebensversicherung und der Erhaltung der menschlichen Arbeitsfähigkeit sehr erweitert haben. Daß dabei die Tätigkeit des Arztes in weitgehendstem Maße mit Recht in Anspruch genommen werden muß, ohne auf irgendwelchen ungerechtfertigten Widerwillen des Behandelten rechtlich Rücksicht zu nehmen, liegt klar auf der Hand. Den rein privatrechtlichen Interessen stehen die höheren, dem Gemeinwohl dienlichen Ziele, nämlich die Einordnung der Arbeitskraft jedes einzelnen in die Gesamtwirtschaft gegenüber. Letztere haben be-

kanntlich nach den allgemeinen Rechtsgrundsätzen stets den Vorrang vor den Privatinteressen und dies gibt auch die Rechtsgrundlage zur teilweisen Aufhebung der persönlichen Freiheit, die in der ärztlichen Zwangsbehandlung indirekter Natur besteht. Aus dem Erwähnten folgt, daß hier die Fälle der ärztlichen Zwangsbehandlung direkter Natur, die unter gesetzlicher Strafe stehen — wie Impfwang, Geschlechtskrankenbehandlung u. a. m. — in unsere Darstellung nicht mit einbezogen werden. Diese sind infolge ihrer rein strafrechtlichen Folgen nur prohibitiver Natur und stehen mit der erstgenannten Gruppe nur in einem losen Zusammenhange. Der Vollständigkeit halber sei dies hier bloß angedeutet, da verschiedentlich die von uns gemachte Unterscheidung in der Praxis der Gerichte in dem ihr gebührenden Maße nicht gewürdigt wird und so zu recht gewagten, kaum haltbaren Rechtsprechungen hinführt. Dies kann aber sehr bedenkliche Folgen für alle am Prozesse beteiligten Parteien haben, so daß wir es für angezeigt halten, in unseren Ausführungen für die interessierten Kreise die scharfe Unterscheidung von direktem und indirektem Behandlungszwang zu machen. — Häufig taucht die Frage auf, ob der gesundheitlich Geschädigte dem Verlangen des Schadenersatzpflichtigen, sich zur Behebung des Leidens einer Operation zu unterziehen, entsprechen muß: Vorausgesetzt ist dabei, daß die Gesundheits-

schädigung die Erwerbsmöglichkeit des Verletzten in sichtbarem Maße beeinträchtigt und dafür Rechtsansprüche gestellt werden, die der Verantwortliche in Vermögenswerten abzugelten hat. Weiteres, daß der chirurgische Eingriff aller Voraussicht nach von so nachhaltiger Wirkung ist, daß erfahrungsgemäß die Arbeitsfähigkeit bis zu einem merklichen Grade dadurch wieder hergestellt und der Kranke seinem bisherigen Beruf ohne wesentliche Störung nachgehen kann. Gewagte und gefahrdrohende Operationen können an dem Kranken auch in den hierher gehörenden Fällen ohne oder gegen seinen Willen niemals vorgenommen werden. Eine Schmälerung des Schadenersatzanspruches des Geschädigten tritt dadurch nicht ein und ein auf ihn ausgeübter Zwang zur operativen Behandlung seines Leidens würde sogar strafrechtliche Folgen nach sich ziehen. Liegen die erwähnten Voraussetzungen nicht vor, so kann allgemein die Verpflichtung des Kranken auf Verlangen des Schadenersatzpflichtigen, sein Leiden durch Vornahme einer Operation beheben zu lassen, als rechtsbestehend angenommen werden. Im Einzelfalle muß jedoch geprüft werden, ob etwa vernünftige Gründe vorliegen, die bei objektiver Wahrnehmung beider Interessen eine Weigerung einer derartigen Krankenbehandlung rechtfertigen. Der Verletzte muß die Ueberzeugung gewinnen können — selbstredend nach dem Maßstab eines vernünftigen Menschen —, daß der Erfolg der Operation nach ärztlicher Anschauung gewährleistet ist, diese ohne besonders heftige Körperschmerzen durchgeführt wird und die Kosten derselben vom Schadenersatzpflichtigen in vollem Umfange getragen werden. Hier ist gleich hervorzuheben, daß der operative Eingriff nur ultima ratio sein kann. Ist nämlich die unblutige Behandlung von gleicher oder ähnlicher Wirkung, so darf der Verletzte jede Operation ablehnen, ohne daß seine Ansprüche irgendwie dadurch in Wegfall kommen oder auch nur geschmälert werden. Nach § 254 Abs. 2 B.G.B. steht nämlich dem Verletzten das Recht zu, zu entscheiden, ob er sich einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, wie ihn jede Operation darstellt, unterwerfen oder ihn ablehnen will. Davon darf er jedoch nur insoweit Gebrauch machen, als ihm nach dem Grundsatz von Treu und Glauben die Grenzen gezogen sind. Dagegen verstößt vor allem die rücksichtslose, selbstsüchtige Ausnutzung der Haftung des Entschädigungspflichtigen. — Zum besseren Verständnis des Gesagten diene ein bis zur höchsten Gerichtsstanz geführter Rechtsstreit, in dem die hier angeschnittenen Fragen sich auswirken. Der Sachverhalt ist kurz folgender. Ein Wanddekorateur verletzte sich während seiner Arbeit am Finger und wurde die Wunde mit roher Karbolsäure behandelt und um den Finger ein mit Karbolsäure getränktes Tuch als Verband kunstgerecht angelegt, das volle 12 Stunden darauf blieb. Dadurch entwickelte sich naturgemäß Karbolgangrän, in welchem Gefolge die üblichen Krankheitserscheinungen, wie stellenweise Verdickung, hellroter Glanz des kranken Fingers und Verlust des Fingernagels eintraten. Der Dekorateur machte nun den behandelnden Arzt dafür verantwortlich und verlangte von ihm Schadenersatz für sämtlich dadurch entstandenen Folgen, besonders für die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit. Der Schadenersatzpflichtige verlangte die operative Entfernung des veränderten Handfingers, damit die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt und der Schaden dadurch behoben wird. Die beiden Untergerichte — Landgericht Duisburg und Oberlandesgericht Düsseldorf — verneinten die Operationspflicht des Verletzten und sprachen die volle Schadenshaftung des Arztes aus, während das Reichsgericht durch sein Urteil vom 27. Juni 1913 die letzterwähnte Entscheidung als rechtsirrig aufhob und den Streitfall zur nochmaligen Verhandlung und Rechtsprechung an die Vorinstanz zurückverwies. (Rp. III. 30/13.) — Im vorliegenden Rechtsstreit ist die Verweigerung der geeigneten Wundbehandlung, die die Erwerbsfähigkeit des Verletzten nach Sachverständigengutachten wieder hergestellt hätte, bereits ein Symptom der bekannten Rentenhysterie. Diese ausgesprochene Rentensucht kann aber niemals — auch nach Ansicht des Reichsgerichts — zum Schaden des verantwortlichen Arztes angerechnet werden. Hier trägt die Folgen einzig und allein derjenige, der eine gefahrlose, auf Verlangen und Kosten des Ersatzpflichtigen vorzunehmende Operation an sich nicht durchführen läßt, um den eingetretenen Schaden wieder zu beheben. Die Ablehnung eines chirurgischen Eingriffes, der nur in Chloroformnarkose vorgenommen werden kann, ist nach der herrschenden Meinung gerechtfertigt, weil hier trotz genauester Körperunter-

suchung des Leidenden die Möglichkeit einer Lebensgefahr nicht ausgeschlossen ist. Kann jedoch die Operation bei bloßer Lokalanästhesie durchgeführt werden, so besteht für den Kranken anerkanntermaßen die Operationspflicht. — Von den gleichen Gesichtspunkten läßt sich das Reichsversicherungsamt leiten. Ist nach dem ärztlichen Sachverständigengutachten eine andere Behandlungsweise als der ohne beträchtliche Schmerzen durchzuführende operative Eingriff zur Erlangung der Erwerbsfähigkeit notwendig gewesen, so war diese restlos durchzuführen, um des Schadenersatzrechtes nicht verlustig zu werden. Diese muß jedoch stets durch sachverständige Personen durchgeführt werden und an geeignetem Orte, wobei der Ersatzpflichtige auch den Kosten- und Honorarvorschuß zu leisten hat. — Ist durch die nicht sachgemäße Krankenbehandlung ein weiterer Gesundheitsschaden verursacht worden, so ist auch dieser dem Verletzten gegenüber zu vertreten. — Ein praktischer Gerichtsfall soll dies näher beleuchten. Infolge eines Eisenbahnunglückes erlitt ein Fahrgast einen Nervenschock und in dessen Gefolge eine schwere Neurasthenie, die der Kranke durch seinen Vertrauensarzt behandeln ließ. Dem Verlangen des schadenersatzpflichtigen Eisenbahnärztes, die Behandlung seines Leidens durch die Aufnahme in einer Nervenheilanstalt bewerkstelligen zu lassen, kam der Verletzte nicht nach und stellte seine vollen Ersatzansprüche. Das Landgericht Köln gab diesen in vollem Umfange statt, während das Oberlandesgericht Köln und das Reichsgericht die Verweigerung der Anstaltsbehandlung durch den Kranken für nicht gerechtfertigt ansahen. (Reichsgerichtsurteil vom 13. Februar 1905. Rp. VI. 226/04.) — Den Entscheidungsgründen des höchsten Gerichtes wird man im einzelnen nur schwer folgen können. Vor allem sind schwere Bedenken dagegen im vorliegenden Falle anzuführen, daß der Kranke infolge des Sträubens, in eine geschlossene Anstalt untergebracht zu werden, seines Schadenersatzrechtes verlustig erklärt werden soll, auch wenn er bereits in fachärztlicher Behandlung steht. Mit diesem Vorgehen hat er billigerweise alles getan, um nach menschlich-sachlicher Voraussicht sein Leiden zu beheben und seine Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen. Die Anstaltsunterbringung würde demnach nur eine unnötige Freiheitsberaubung und unzweckmäßige Einschränkung des Tun und Lassens des Ersatzanspruchsberechtigten darstellen, die den Behandlungszwang grundlos verschärft. Auf die gesundheitlichen Folgen der Durchführung eines Anstaltszwanges hier noch näher einzugehen, würde zu weit führen, und fällt auch außerhalb des Rahmens dieser Darstellung. — Auf alle Fälle darf der operative Eingriff und die Anstaltsbehandlung nur als ultima ratio, als letzter durch die ärztliche Wissenschaft und Erfahrung gebotener Weg aufgefaßt werden, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Verletzten wiederzuerlangen.

Briefkasten.

Geh.-Rat Prof. Dr. S. in K.: Die erste Beratung des Hygienekomitees des Völkerbundes fand 1923 und die folgende unter Vorsitz des Kopenhagener Hygienikers Madsen vor wenigen Wochen statt, an der nicht weniger als 16 Staaten vertreten waren. In der Hauptsache wurde der Wert der einzelnen Methoden zur Serodiagnose der Lues behandelt und unparteiisch festgestellt an Hand des gesammelten Materials, daß zur Diagnosenstellung neben dem Wassermann noch mindestens eine Flockungsreaktion anzustellen ist.

Dr. K. in Dr.: Nach einer kürzlich erlassenen Verordnung des Sächsischen Ministeriums für Volksbildung in Dresden bedarf der Dr. med.-Titel auch weiterhin der ministeriellen Genehmigung, falls er an einer ausländischen Universität erworben wurde. Zur ärztlichen Approbation müssen übrigens auch die Prüfungen von Reichsdeutschen an inländischen Hochschulen abgelegt werden. — Die Doktorgrade der anderen Fakultäten sind für Reichsdeutsche und österreichische Staatsangehörige nach der erwähnten Ministerialverordnung allerdings in Zukunft nicht mehr genehmigungspflichtig.

San.-Rat Dr. T. in S.: Nach einer Entscheidung des Reichsgerichtes vom 6. Juni 1929 (II. D. 944/29) ist der vom Reichsfinanzhof in einem Verfahren festgestellte Steueranspruch, sowie der ganze Tatbestand für den Strafrichter bindend, soweit böser Vorsatz (Dolus) oder grobe Fahrlässigkeit dazu geführt hat. Es

erscheint daher zweckmäßig, die Angelegenheit einem Spezialjuristen zu übergeben.

Dr. M. in N.: Der ADAC hat auf seiner letzten in Leipzig stattgefundenen Generalversammlung beschlossen, besondere, für Aerzteautos bestimmte Erkennungsschilder herauszugeben, die diese auf ihren Fahrten zu führen haben. Soweit uns bekannt ist, werden sie kostenlos an Aerzte von der ADAC-Hauptsitzverwaltungsstelle, München, abgegeben. Dort erhalten sie auch jegliche weitere Auskunft.

Doz. Dr. R. in L.: Die Krankenkassenverhältnisse liegen in Hamburg nach dem Ausweis des letzten Jahresberichtes der Allgemeinen Ortskrankenkasse von Hamburg folgendermaßen: Für die allgemein ärztliche Behandlung der Mitglieder wurden 17,04 Prozent, für die zahnärztliche Behandlung 4,84 Prozent der Reinausgaben verwendet. Diesem stehen die Verwaltungskosten — per-

sönliche und sachliche — mit 9,93 Prozent gegenüber. Diese Zahlen beweisen am deutlichsten, daß die Ausgaben für die Aerzte noch immer einen geringen Bruchteil der Gesamtausgaben der Hamburgischen Ortskrankenkasse ausmacht.

San-Rat Dr. L. in H.: Das Ausüben der Heilkunde gewerbsmäßig im Umherziehen ist nach §§ 56 und 149 Reichsgewerbeordnung strafbar. In dem erwähnten Falle käme noch § 1 Hausiersteuergesetz vom 3. Juli 1876 und 2. November 1924, in Frage. Das Verfahren wird vom Amtsgericht in erster Instanz eingeleitet. Die Anklagebehörde ist die Staats- bzw. Amtsanwaltschaft, die von Amts wegen hier vorzugehen hat. Ein besonderer Antrag des Gesundheitsamtes zur Verfolgung ist nicht nötig. Neben der strafrechtlichen Verfolgung kann selbstredend der zivilrechtliche Schadenersatzanspruch der Patientin bei Erwerbsunfähigkeit gestellt werden, soweit sie auf die unsachgemäße Behandlung zurückgeführt werden kann.

Dr. I. FRANKFURTER, Leipzig.

Inhaltsangabe der ständig referierten medizinischen Literatur des In- und Auslandes

Die mit einer Nummer versehenen Abhandlungen sind referiert und unter dieser Nummer in den Referaten zu finden. — Die Referate sind nach Fachgebieten geordnet und fortlaufend numeriert.

Zeitschriften in deutscher Sprache

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Arch. f. Dermat.), Berlin, 158., Heft 2, 1929.

Ekzema seborrhoicum Unna oder Schizosaccharomycosis Benedek? III. Mitteilung: Ueber immunbiologische Vorgänge bei der Schizosaccharomycose (Spaltheimykose). W. Engelhardt und H. Geißler.

Untersuchungen über die Wasserstoffionenkonzentration der Haut. Alfred Marchionini.

4966. Morbus Pringle und Morbus Recklinghausen. Ihre Beziehungen zueinander. Erich Urbach und Albert Wiedmann.

Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. I. Mitteilung: Die rein subkutane Pilzinfektion des Meerschweinchens. E. Kadisch.

Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. II. Mitteilung: Ueber den Verbleib intrakardial injizierten Pilzmaterials beim Meerschweinchen. E. Kadisch.

4963. Keratoma hereditarium mutilans. K. H. Vohwinkel.

Die histologischen Veränderungen nach einmaliger Salvarsanapplikation in der Haut. M. H. Ebert.

Pruritus hiemalis und die nach Kälte entstehenden allergischen Hautkrankheiten. Josef Selli.

Zur Histologie der interdigitalen Mykose. Hans Biberstein.

4973. Ueber das gleichzeitige Auftreten syphilitischer Hauterscheinungen mit Malaria nach Malariabehandlung. E. Brill.

4962. Wärmeurikaria. E. Lehner und E. Rajka.

Statistische Untersuchungen über die Tuberkulinreaktion. I. Mitteilung: Die intradermale Tuberkulinprüfung mit fallenden Konzentrationen bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ruth Noll.

Neues zur Lehre von der toxischen Wirkung der Arsenobenzolpräparate auf die Leber. VIII. Mitteilung. E. M. Lewin.

4964. Nagelepidermophytie mit positiver Kultur. C. L. Karrenberg.

Experimentelle Untersuchung über die Wirkung der, eine eigenartige Dermatitis beim Menschen hervorruhenden, Milbe Rhyzoglyphus hyacinthi (Fam. Thyroglyphidae). E. W. Pawlowsky und A. K. Stein.

4997. Zur Morphologie der Viszerallepra. A. A. Stein.

4965. Zur Histologie der Acne conglobata. A. B. Selisky.

Lymphangiome der Haut. A. Tryb.

4959. Ueber das Wachstum von Achiorion gypseum auf Meerschweinchenorganen und über die Züchtungstemperatur. E. Kadisch.

Die Meinicke-Reaktion mit sofortigem Zentrifugieren und gefärbtem Antigen. Sáinz de Ala, E. Alvarez und N. Calvin.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen artikularem Effekt adrenalinähnlicher Substanzen zu ihren pharmakologischen und chemischen Eigenschaften. F. K. Chen.

5033. Die intrakutane Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessau bei Hauttuberkulose und Erythematodes. Alfred Marchionini.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie (Arch. f. exper. Path.), Leipzig, 145., Heft 4/6.

Mikroskopische Untersuchungen an lebenden Organen. II. Mitteilung: Zur Funktion der Froshniere. (Die Ausscheidung des Fluoreszeins in der Froshniere.) Ellinger und Hirt.

Lebervorlagerung, ein neues Verfahren zur Leberfunktionsprüfung am lebenden, unbetäubten Tiere. Kunz und Molitor.

Ueber die Verwendbarkeit des Rizinusöls als Abführmittel nach der Verabfolgung von Filixpräparaten. Miyasaki.

Ueber die blutdrucksteigernde Wirkung des Histamins bei Katzen mit und ohne Nebennieren. Alexiú.

Ueber den Mechanismus der Pulsverlangsamung durch Morphin. Matthes.

Wirkungen des Lupinins und des Sparteins auf die Kreislauforgane. Fromherz.

Neues zur Baldrianfrage, gleichzeitig Beitrag zur Wertbestimmung von Rhiz. valerianae. Nolle.

Ueber Herzinsuffizienz durch Histamin. Rühl.

Ueber Ammoniak- und Zuckerstoffwechsel überlebender Organe unter dem Einfluß oxydationshemmender Gifte. Bornstein und Roese.

Pharmakologische Untersuchungen über die Mistel. I. Mitteilung: Die Herzwirkung. Ebster und Jarisch.

Pharmakologische Untersuchungen über die Mistel. II. Mitteilung: Ueber die Wirkung auf den Kreislauf beim Kaninchen. Ebster.

Ueber einen scheinbaren Unterschied in der Wirkung von Ergotamin und Ergotoxin auf die Körpertemperatur. Brink und Rigler.

Untersuchungen über den Angriffspunkt diuresebeeinflussender Mittel mit Hilfe der intrarenalen Injektion und der Nierenverkleinerung. Molitor und Nikoloff.

Ueber den blutzuckerwirksamen Stoff in Sekretinextrakten. I. Mitteilung. Heller.

Ueber Menformon und seine Wirkungssteigerung durch Eiweiß. Deuticke und Graff-Pancsova.

Ueber sklerotische Organveränderungen, insonderheit der Arterien. V. Mitteilung: Ueber die Wirkung des bestrahlten Ergosterins auf die Herzen von Kaninchen. Wenzel.

Ueber die Wirkung einiger Purinstoffe auf die Pupille. Ettinger.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Berlin, 89., Nr. 45, 1929.

Ein Fall von Pemphigus neuroticus. Julius Wendberger.

5077. Ueber Kaliumchromatgeschwüre. A. P. Dewirtz.

5084. Beiträge zu der Frage der kombinierten Thallium-Röntgenepilation. Gedeon Dóczy.

Syphilitische Osteochondritis bei experimenteller Kongenitallues. J. D. Perkel.

Dermatologische Wochenschrift (Dermat. Wschr.), Berlin, 89., Nr. 46, 1929.

4960. Poikiloderma atrophicum vasculare Jacob. Arth. Jordan.

4970. Die maximale „kombinierte“ intravenöse, lokale und orale Akridintherapie bei Gonorrhöe. Josef Vonkennel.

Dermatologische Zeitschrift (Dermat. Ztschr.), Berlin, 56., Heft 6, 1929.

Beitrag zum Bau der Blutgefäßendothelwand. W. Friebos.

4974. Spezifische Aortitis bei experimenteller Kaninchensyphilis. P. Grigorjew und K. Jarischewa.

Ueber den Einfluß der Züchtungstemperatur auf das Angehen und die Größe der Kolonien pathologischer Hautpilze. E. Kadisch.

5070. Beeinflussbarkeit der Thalliumwirkung durch Extrakte endokriner Drüsen. J. Vászrhelyi.

Ein Fall von Nekrophorusinfektion der Haut beim Menschen. Emanuel Wohlstetn.

Deutsches Archiv für klinische Medizin (Dtsch. Arch. klin. Med.), Leipzig, 165., Heft 1/2, 1929.

5009. Veränderung der Herzgröße nach Entfettungskuren. W. Scharpf.

5109. Die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit der Enzephalographie durch Subokzipitalpunktion. R. Schaefer.

5089. „Zerebrale“ Polyglobulie. Hans Günther.

Zur Kenntnis des primären multiplen Myeloms. W. Hallermann.

Verwertbarkeit der Harnsäure zur Beurteilung der Nierenfunktion. Pius Müller und Alois Krumeich.

Bedeutung der Lymphopenie bei den Erkrankungen des lymphatischen Systems. Mario Aresu.

Atropinversuche, Bestimmungen der Blutkörperchengeschwindigkeit und Thrombozytenzählungen (nach Flößner-Hofmann) bei Typhuskranken der Wehlauer Epidemie. Hedwig Weiß.

5037. Intravenöse Kohleinjektionen zur Behandlung der Lungentuberkulose. Bingel.

Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 41.

5004. Lebertherapie der Anaemia perniosa. Viktor Schilling.

5003. Lebertherapie. R. Seyderhelm.

5052. Dentaler Fokus und Neuritis. Jutta Simson.

5095. Ueber die Zunahme des Bronchuskarzinoms im letzten Jahrzehnt und die diagnostische Bedeutung der Bronchographie. M. Lipschitz.

Ueber die Sulfosinbehandlung von nichtsyphilitischen Zentralnervensystem-Erkrankungen (postenzephalitische Parkinsonismus, disseminierte Sklerose) und Schizophrenie. Knud Schröder.

5096. Diastasebestimmung bei Pankreatitis. Hans L. Popper.
 5125. Differentialdiagnostik akuter chirurgischer Bauchkrankungen mit Hilfe des Röntgenbildes. A. Dzialiszynski.
 4988. Unspezifische Knochenherdbildung nach Infektionskrankheiten. Herbert Simon.
 4923. Die Aetherkohlsäurenarkose nach Ombrédanne. W. O. Klein.
 4945. Zur Therapie der post-partum-Eklampsie. Rudolf Kobes.
 „Spontansteinach“? J. H. Schultz.
 5064. Amalgamplomben als Ursache von Quecksilberdermatitis. Franz Blumenthal und Käte Jaffé.
 4971. Gummöse Lungensyphilis. Anton Fischer.
 Ueber die Dermatitis durch *Pastinacea sativa*. Rich. G. H. Heye.
 Die Anämieprophylaxe bei Unreifegeborenen. H. Netter.
 Ueber Erfahrungen mit der Beschäftigung Geschlechtskranker in Krankenhäusern. Carl Stern.
- Deutsche medizinische Wochenschrift (Dtsch. med. Wschr.), 55. Jahrg., Nr. 42.
 5025. Das Gastritisproblem. G. v. Bergmann.
 Experimentelles zur Gastritisfrage. Friedrich Kauffmann.
 Ueber den Reizzustand des Magens. R. Siebeck.
 Ueber Leberzirrhose, insbesondere die Pigmentzirrhose. O. Lubarsch.
 5076. Rezeptorenfunktion im Verdauungskanal. O. Loewi.
 5082. Bromtherapie. Reinhard v. den Velden.
 Verdauungsorgane und Wasser- und Mineralstoffwechsel. Robert Meyer-Bisch.
 5010. Thyreogene Fettsucht. Hans Curschmann.
 5012. Multiple Blutröhrensklerose. P. F. Richter.
 5024. Diagnostik der Magenkrankheiten. Friedrich Wilhelm Strauch.
 Ueber die Bedeutung der Bakterienflora der obersten Magen-Darmabschnitte für die Chirurgie. Löhr.
 Pylorospasmus und Intestinalitis. van der Reis.
 Die hepatitischen Residualbeschwerden nach Gallenoperationen. B. O. Pribram.
 Pseudoappendicitis acuta. Hermann Küttner.
 Perforation eines Magen- und eines Dünndarmgeschwürs im Anschluß an die Röntgenuntersuchung. Max Nußbaum.
 Spastischer Sanduhrbulbus bei *Ulcus duodeni*. Neuhaus.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 20, 1929.
 Beitrag zur Anthropologie und Vererbungslehre. Julius Gummersheimer.
 Indikation und Kontraindikation der Goldstopfmethode nach Sachs. H. Greth.
 Psicoberyl in der Zahnheilkunde. (Beitrag zur Entwicklung der örtlichen Betäubung.) D. Zwilling.
 Erfahrungen mit Noctal und Dormalgin. Dietrich.
- Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift (Dtsch. zahnärztl. Wschr.), Berlin, Nr. 21, 1929.
 5065. Die moderne zahnärztliche-chirurgische Therapie bei Unterkieferresektionen. Fritz Spanier.
 Ein weiterer Fall von Unterkieferresektion, der lediglich mit maxillärer Fixation und intraoraler Wangentamponade behandelt wurde. Fritz Spanier.
 Wesentliche Gesichtspunkte bei der Herstellung der Lingualapparatur. Heinz Ziebe.
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, XL., Heft 2, 1929.
 Gefahren für die weitere Entwicklung der Röntgenstereoskopie. A. Hasselwanger.
 5126. Röntgendiagnostik der Appendix. A. Czepa.
 Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die nyktinastischen und seismomastischen Bewegungen. Küster.
 Experimentelles über den Verlauf der oberen Lungengrenze im Röntgenbilde. O. Danielius.
 5127. Magen-Röntgenuntersuchungen in Ephedrinwirkung. A. Scholtz, E. Mohos.
 Zur Technik der Röntgenuntersuchung der vier obersten Brustwinkel in seitlicher Richtung. M. Szalitzer.
 Zur Diagnose der Doppelperforation des Augapfels mit Hilfe von Luft-einblasung in den Tenonschen Raum. H. Gasteiger, S. Grauer.
 Systematische Mediastinaldiagnostik, erl. am Beispiel der malignen Thymustumoren. R. Lenk.
 Der Brennfleck einer Röntgenröhre und die Belastbarkeit. A. Bouwes.
 Ueber interkardiale Wirbelverkalkung. F. Polgar.
 Ueber den Röntgeneffekt. K. Staunig.
- Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen (Fortschr. Röntgenstr.), Leipzig, XL., Heft 3, 1929.
 5124. Ueber das entzündliche Perikard-Divertikel. R. Kienböck, K. Weiß.
 Der Blasen-Nierenrückfluß. Klinische und röntgenologische Beiträge. H. Bronner, J. Schüller.
 Ein Beitrag zur kritischen Deutung enzephalographischer Befunde. G. Weber.
 5129. Zur Diagnose der frühkindlichen Extremitätentuberkulose im Röntgenbild. S. Simon.
 Sarkoni bei Osteodystrophia fibrosa. E. Wissing.
 Die Schüller Krankheit. E. Lyon, G. Marum.
 Neue vereinfachte graphische Methode z. gen. Röntgenlokalisation metallischer Fremdkörper im Auge. Z. Grudziński.
 Beiträge zur Ätiologie, Röntgendiagnose und Röntgentherapie der Blastomykose. G. M. Sutejew, Utenkow, A. Zeitlin.
 Divergierende Luxation im Bereich der distalen Handwurzelknochenreihe. F. Schneek.
 Weichteilveränderungen als Quelle diagnostischer Fehler bei der röntgenographischen Untersuchung des Knochensystems. M. L. Schor, L. M. Goldstein.
 Ueber Wirbelarthropathie und Amyotrophie bei *Tabes dorsalis*. R. D. Löwenberg, M. Wehmer.
 Eine neue Methode zur röntgenologischen Darstellung der Milz. M. Oka.
 Strahlenschutzmessungen. R. Glocker, A. Reuß.
5133. Ueber Funktionsstörungen des Dickdarmes bei Perikolitis. R. Golonsko.
 Das Durchleuchtungslicht an verschiedenen Apparatypen, mit besonderer Berücksichtigung des rotierenden Gleichrichters und des Halbwellenapparates. G. Spiegler, O. Krumpel.
 Röntgenologische Untersuchungen über die Herzgröße bei Herzschlagverlangsamung. H. Rösler.
- Jahrbuch für Kinderheilkunde (Jb. Kinderheilk.), 74., Heft 5.
 5055. Ueber die Behandlung der eitrigen Meningitis und ihrer Folgen vermittelt temporärer Lumbalfistel (spinale Drainage). Krasnogorski.
 5052. Drüsenfieber. Glanzmann.
 5104. Experimentelle Rachitis. György und Schall.
 5041. Ueber das Brustdrüsenekret des Neugeborenen. Lorenz.
 4931. Spastische Skoliose bei einem 10 Tage alten Neugeborenen. König.
 Der Kationengehalt der Frauenmilch und seine Abhängigkeit vom vegetativen Nervensystem. Olewsky.
- Klinische Wochenschrift (Klin. Wschr.), 8. Jahrg., Nr. 42.
 Entwicklung der paarigen Wirbeltierextremität. O. Mangold.
 5035. Gerson-Diät bei Lungentuberkulosen. Erich Schwalm.
 5005. Ueber die Funktionsprüfung des Inselorgans bei Diabetikern. F. Depisch und R. Hasenöhr.
 Zusammenhang zwischen menstruellem Zyklus und Ovulation. M. A. van Herwerden.
 5083. Paraffinpräparate. S. Loewe.
 Oligodynamie — eine Metallionenwirkung. Nikolaus Leitner.
 Zur Dermatotropie der Dermatophyten. E. Kadisch.
 Der Peptidasenhaushalt im Verlaufe akuter Pankreasnekrosen. Kurt Boshamer.
 Zur Frage der Verwendbarkeit von Citocholeextrakten zur Liquoruntersuchung. H. Sachs und E. Witebsky.
 Spirochätenlipoprotein und Salvarsan. H. Mühlpfordt.
 Erwerbung. S. Bergel.
 Versuche mit alten Kulturen des *Bacillus hepatodystrophicans*. Max H. Kuczynski, Bianca Hohenadel und Ed. MacClure.
 Gefäßleber in amerikanischen Affen. Max H. Kuczynski, Bianca Hohenadel und Ed. MacClure.
 Ueber hämorrhagische Aleukie. Alice Chassel.
 5131. Die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden. J. Borak.
 Ueber die Hautmykosen und deren Verbreitung und Bekämpfung. Arthur Alexander.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 38, 1929.
 Die Klinik der hypophysären Erkrankungen (Tumoren). Otto Marburg.
 5079. Die Bleikrankheit im Lichte neuerer Forschung. St. Litzner.
 Dauernder vollständiger Vorkammer-Kammerblock bei einem vierjährigen Knaben — angeborener Herzfehler, subaortaler Septumdefekt. K. Brandenburg.
 5021. Lungenabszesse. Adolf Wehmeyer.
 5031. Infektionsweg der kongenitalen Tuberkulose. R. Grosser.
 4944. Geburt und Laktation bei einem Fall von schwerem Diabetes mellitus. Deszö Merkler.
 4958. Die Höhe des Blutzuckers bei eitrigen Entzündungen der Haut. Karl Nülle.
 Chirurgisches Konsilium. Chirurgische Indikationsstellung für den praktischen Arzt. Hayward.
 Therapie und Prophylaxe der Rachitis mit Biovin-Zwieback. Leo Blumenthal.
 Fortschritte auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems 1928. Sammelreferat. W. Stöwsand.
- Medizinische Klinik (Med. Klin.), Berlin, Nr. 39, 1929.
 Erfolge und Mißerfolge in der Dermatologie. Riecke.
 Die Zeichen innerer und nervöser Krankheiten im Gesicht. Oskar Weltmann.
 5099. Die Adrenalinmagensaftreaktion. P. Mahler.
 4929. Lachgasnarkosen. Gerhard Rose.
 5085. Ueber den Wert der „pyrogenen Reaktion“ bei der Reiztherapie. Ulrich Spiller.
 Ueber den Einfluß der sauren Ernährung einerseits sowie der basischen Ernährung andererseits auf die Selbstreinigung der Scheide. Albert W. Bauer.
 Erfahrungen mit der Meinicke-Klärungsreaktion. Taishin Saito.
 Lecithin-Perdynamin als Hilfsmittel zur Kräftigung junger Kinder. B. Bendix.
 Fenster-Sphinkteroskop. H. Strauß.
 Lungentuberkulose des Arztes als gewerbliche Berufskrankheit. Reckzeh.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 38, 1929.
 5034. Die Heilkostbehandlung der Tuberkulose nach Gerson. Bruno Gettkant.
 Stellungnahme zu Gerson und Gettkant. Ferdinand Sauerbruch.
 Körperentwicklung des Großstadtkindes. R. Hecker.
 Klinik und Therapie der sogenannten Pubertätsblutung. H. Runge.
 5017. Darstellung des Krankheitsmechanismus beim Asthma bronchiale. Rudolf Menzel.
 5057. Enuresis. Oedön Tuszkai.
 Die Bedeutung der Massage für die Wissenschaft und Praxis des Arztes. A. Müller.
 5056. Vulvovaginitis gonorrhoea infantum. Fritz Spanier.
 Die Behandlung der Varizen mittels intravenöser Injektion. Friedrich Immed.
 Ärztliche Augendiagnose. Hans Lachmann.
 5054. Mütterliches Serum bei *Vaccinia generalisata*. A. Dickmann.
 Unspezifische Fiebertherapie der Metalues. Heinz Schmeidler.
 5072. Pyriker. W. Vagedes.
 Kann Leichenöffnung als Sachbeschädigung bestraft werden? Striemer.
 Das Problem der Inzucht. R. Feischer.
 Die Magie der Naturvölker. Ralph E. Zuur.
- Die Medizinische Welt (Med. Welt), Berlin, Nr. 39, 1929.
 4957. Diätbehandlung des *Lupus vulgaris*. Sigwald Bommer.
 Erwerbung auf die Ausführungen des Herrn Geheimrat Sauerbruch. Max Gerson.
 5069. Ammoniumchlorid und Hg-Diurese. Ph. Janson.

Körperentwicklung des Großstadtkindes. R. Hecker.

4935. Pubertätsblutungen. H. Runge.

5054. Zuckerkrankheit des Kindes. Hans Sehestedt.

4949. Heilung von Kopfschmerzen und verwandten Zuständen durch intranasale Eingriffe. Friedrich Noltenius.

5028. Helminthiasis und ihre Beziehungen zum vegetativen Nervensystem. Gruenzweig-Orlowski.

5029. Die Pathogenität der Trichocephalen. Ernst O. Nauck.
Bronchopneumonie ohne Fieber unter dem Bilde einer Interkostalneuralgie. Walter K. Fränkel.

Die Diathermie des praktischen Arztes. Franz Nagelschmidt.

Verhütung von Fußleiden. Josef Berg.

Trockenbehandlung des Scheidenfluors. Henny Alexander.

Interne Behandlung des Gallensteinleidens. A. Rosenstingl.

Ein Vorschlag zur Schaffung von Diätküchen. H. Auerbach.

Medizin und Heilpädagogik. Otto Seeling.

Medizinische Erlebnisse auf meiner Weltreise. H. F. O. Haberland.

Monatsschrift für Unfallheilkunde (Mschr. Unfallheilk.), Leipzig, 11. 1929.

5121. Experimentelle Syphilidologie und Unfallheilkunde. Michael.

Spätfolgen nach Oberschenkelbrüchen. Blencke.

Spontane oder traumatische Aortenruptur. Straßmann.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, 76. Jahrg., Nr. 41.

Zur Entstehung des Eiterdurchbruchs. Carl Ritter.

Ueber den geeigneten Zeitpunkt für Operationen im Kindesalter. Fritz Ewald.

5074. Lokalanästhetikum Perkain. H. Flörcken und O. Mues.

5073. Perkain als Oberflächenanästhetikum. Cäsar Hirsch.

Die Wandresistenz der Blutkapillaren. A. da Silva-Mello.

5113. Ueber das Auftreten der Muckschen „weißen Strichzeichnung“ nach Galvanisieren des Kopfes. W. Baumann.

Autosuggestion und Massensuggestion. Delius.

5027. Das Magengeschwür, insbesondere das der Greise. Leopold Fischl.

Ein Mahnwort für Outachter. Rudolf v. Hoeßlin.

Eine neue Modifikation des Gastroskops. A. N. Hagmann.

Medizin und Mathematik. Gunnar Dahlberg.

Münchener medizinische Wochenschrift (Münch. med. Wschr.), München, 76. Jahrg., Nr. 42.

5030. Die Heilung der chronischen Obstipation mit Mutaflor, ihre Grundlagen und ihre Bedeutung. A. Nible.

5092. Fetus und Vitamin A. E. Vogt.

5105. Geschwulstabbau im Serum Krebskranker. H. Zacherl.

4937. Die Behandlung der Ovarialinsuffizienz mit Sexualhormon. Harald Siebke.

5007. Lävulose- und Lävulose-Insulingaben als Therapeutikum bei schwerer diabetischer Azidosis. Othmar Pucsko.

Ueber die Gonorrhöefrequenz im Krankenhaus. A. Buschke und Ernst Kaufmann.

Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der Syphilisreaktionen. Wichels.

Hürthle und Maley.

Hyperchrome Anämie bei Darmerkrankungen. H. Glatzel.

4919. Netzhautablösung und Aderlaß. Walter Jablonski.

Die Beurteilung und Behandlung Herzkranker. Siebke.

Röntgenpraxis (Röntgenprax.), Leipzig, 1. Jahrg., Heft 2, 1929.

5136. Die röntgenologische Lokalisationsmöglichkeit des Pylorus. M. Haudek.

Die Entwicklung der Myelographie. H. Peiper.

Die Erscheinungen der eitrigen Ostitis der Kiefer im Röntgenbild. G. Wild.

Die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. E. Woenckhausen.

Indikation zur Röntgenuntersuchung und -behandlung. A. Schönfeld.

Röntgenpraxis (Röntgenpraxis), Leipzig, 1. Jahrg., Heft 3, 1929.

Röntgentechnik und Schädigungsprophylaxe. J. Zakovsky.

Neuere Gesichtspunkte in der Röntgenbehandlung der Basedowschen Krankheit. W. Teschendorf.

Ueber Knochenneubildung am Ellenbogengelenk. C. Friedländer.

Schwerste Veränderungen des Hüftgelenks bei Tabes. E. Hohl.

Pyelographie mit Jadinip und pyelovenöser Rückfluß. E. Behrenroth.

Untersuchungen über eine Folienkombination. H. Lewin.

Empfehlung der gezielten Serienaufnahmen bei der Röntgendiagnostik der Krankheiten der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktes. C. Kruchen.

5134. Die Röntgentherapie der extrapulmonalen Tuberkulose. H. Holfelder.

Verkalkte Uterusmyome im Röntgenbild. W. Franke.

Ein neuer Filmschaukasten. J. Erdelyi.

Abnorme Lokalisation von Arthritis gonorrhoea. W. Bahr.

Neues Verfahren zur seitlichen Aufnahme der Halswirbel. J. Erdeli.

Röntgenpraxis (Röntgenpraxis), Leipzig, 1. Jahrg., Heft 4, 1929.

5132. Strahlentherapie bei hyperthyreotischen Erkrankungen. J. Borak.

Zur Röntgendiagnostik der Coxitis osteomyelitica. D. Marko.

Ergebnisse seitlicher Beckenaufnahmen. J. Koerner.

Ein reines kongenitales Pylorusdivertikel bei gleichzeitig bestehendem Ulcus duodeni. H. Pansdorf.

Physikalische Grundlagen der Röntgendiagnostik und die Bedeutung der photographischen Technik für das Röntgenbild der Lungentuberkulose. H. Holfelder.

Ein neuartiges Röntgen-Filmdosimeter. J. Eggert, F. Luft.

Seltene Fehlererscheinungen auf Röntgenfilm. W. Urban.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Schweiz. Med. Wschr.), Nr. 35/39.

Neuere klinische Phthise-Forschung. Otto Wild.

Ueber die zystische Erweiterung des vesikalen Harnleiters. J. Minder.

Vergleichende Untersuchungen über die praktischen Erfolge bei den verschiedenen Handgriffen bei Beckenendlagen. W. Baumgart.

Zur Ätiologie und Prophylaxe des Karzinoms. Otto Bayard.

5119. Untersuchungen in einer Pflegeanstalt. Otto Gerke.

Soziale Medizin (Soz. Med.), Berlin-Charlottenburg, Nr. 10, 1929.

5059. Schulkinderkonstitution. Gottstein.

Aus der Begriffswelt der Reichsversicherungsordnung. Riedel.

Neurasthenie und soziale Lage. Lehmann.

Städtestatistik und Krankenkassenstatistik. v. Waldheim.

Rechtliche Grundlagen der Tätigkeit des Vertrauensarztes der Krankenkassen. Oknaß.

Die soziale Indikation zur Extraduktion. Jäger.

Strahlentherapie (Strahlenther.), Berlin-Wien, 33., Heft 3, 1929.

5140. Kathodenstrahlen. W. Baensch, R. Finsterbusch.

5141. Strahlenbehandlung beim Uteruskarzinom und Mammakarzinom. Herrmann Wintz.

5142. Röntgentherapie bei Knochengeschwülsten. J. Borak.

Ueber Myombehandlung. Emil Wehefritz.

Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung der genitalen Entzündungen. Franz Seiber.

Ueber weitere Indikationen für die Buckystrahlen in der Dermatologie. Herbert Fuhs.

Hauterscheinungen im Verlaufe einer chronischen myeloischen Leukämie, entstanden unter dem Einfluß der Röntgenstrahlen. Adam Groszlik.

Ueber die Bedeutung des retikuloendothelialen Apparates bei der Röntgenbestrahlung des Kollumkarzinoms. H. Zacherl.

Ueber den Vorgang der Cholesterinzerstörung in vitro durch die Röntgenstrahlen. A. H. Roffo, L. M. Correa.

Ein neues Dosismessprinzip. Robert Jaeger.

Zur Physik der Fingerhutkammer. R. Braun, H. Künsner.

Intensitätsmessungen und CQS-System. Fritz Sauter.

Können Röntgenstrahlen ohne dauernde Messung exakt dosiert werden. Paul Feldweg.

Weitere Untersuchungen über die Röntgenstrahlung der Lenardröhre. Walter Schaefer, Ernst Witte.

Fluoreszenzerscheinungen am weiblichen Genitale. Heinz Hauser.

Die Bekämpfung der Krebskrankheit in Baden. R. Werner.

Wilhelm Hittorf, Gerhard C. Schmidt.

Wiener medizinische Wochenschrift (Wien. med. Wschr.), Wien, 79., Nr. 32.

Werkzeuge zur blutigen Knochendurchtrennung. (Orthopäd. Spital in Wien.) Hans Spitz.

5046. Röntgendiagnostik nichttuberkulöser Lungenerkrankungen im Kindesalter. (Kinderklinik in Wien.) Richard Priesel.

4927. Tetanuskrankungen im Anschluß an Verbrennungswunden. (Dermatolog. Klinik in Graz und chir. Klinik.) K. Schreiner und H. Stocker.

4956. Heilwirkung des Erysipels auf bösartige Tumoren. (Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh. in Wien.) Richard Waldapfel.

Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Z. Hals- usw. Heilk.), 23., Nr. 4.

4953. Dekubitalgeschwüre an der Hinterfläche des Larynx und an der hinteren Pharynxwand. K. Zisenis.

4954. Die Mikroflora des Waldeyerschen Rachenringes. L. A. Lukowski.

4922. Operationsmethode der Halsphlegmonen. Linck.

4948. 175 Fälle von Sinusphlebitis. G. Jung.

5066. Erkrankung einer Kieferhöhle. Mühlenkamp.

Zeitschrift für klinische Medizin (Z. klin. Med.), 111., Heft 3 u. 4, 5. November 1929.

5023. Laparoskopie. Heinz Kalk.

4987. Kreislaufstudien bei Infektionskrankheiten. Gertrud Enke.

5008. Die Kreislaufgeschwindigkeit bei der Fettsucht. Georg Groscurth.

Untersuchungen über die Aenderung der Herzgröße unter dem Einfluß bestimmter Sportarten. Herbert Herxheimer.

5091. Die Beziehungen der Milz zum Wasserhaushalt. Kurt Dresel und Zoltan Leitner.

4979. Die Bedeutung der Harnstoffbelastungsprobe für die Nierenfunktionsprüfung. Hermann Steinitz.

Ueber Beziehungen des Blutes zu Oedemflüssigkeiten und zu Ergüssen in die serösen Höhlen. F. Reiche.

5097. Ueber das zeitliche Verhalten der Ausscheidung organischer Säuren im Harn. Anna Joffe, Fritz Mainzer und Else Scherer.

Paroxysmale Hämoglobinurie. Erwin Risak.

5001. Zur Panmyelophthase. Heinrich Brugsch.

Ueber die Beziehungen zwischen Blutzuckerspiegel und Zuckerausscheidung. Fritz Peiser.

Ueber das Verhalten des Blutzuckerspiegels im arteriellen Blute. III. Mitteilung: Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Schwankungen des Blutzuckerniveaus. O. Klein und J. Heinemann.

5018. Kardiale Seufzeratmung. Das neurogene, angiose Seufzen. S. Wassermann.

5087. Ueber den Parallelismus zwischen dem Schilling-Arnethschen Blutbild und der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. L. v. Varga.

5102. Ueber Milchsäuregehalt im Blute bei einigen Erkrankungen und besonders bei Kranken mit malignen Neubildungen. E. M. Gelstein und M. I. Frankstein.

5032. Pathologie und Klinik der im zweiten Rankestadium häufigen tuberkulösen Hepatitis. Theodor Hausmann.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), 21. Jahrg., Heft 19.

5015. Differentialdiagnostische Abgrenzung der Herzneurosen gegen organische Erkrankungen des Herzens auf Grund auskultatorischer Erscheinungen. J. S. Schwarzmann.

5086. Die Blutdruckcharakteristik. Eberhard Koch.

Ueber die Methode der graphischen Registrierung des Venen- und Arterienpulses. A. I. Nesterow.

Zeitschrift für Kreislaufforschung (Z. Kreislaufforsch.), 21. Jahrg., Heft 20.

Bericht über den XIII. internationalen Physiologen-Kongreß in Boston vom 19. bis 24. August 1929. E. Koch.

Bericht über Vorträge und Aussprachen aus dem Gebiete der Kreislauf-forschung auf der 24. Tagung der Deutschen Pathologischen Gesellschaft vom 4. bis 6. April 1929 in Wien. Eugen Kisch.

Zeitschrift für Medizinalbeamte (Z. Med.beamte), Berlin, Nr. 21, 1929.

Bericht über die XVII. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in Stuttgart.

Zeitschrift für Urologie (Z. Urol.), Leipzig, 23., Heft 11.

Carl August Trommer. Ein Gedenkblatt zu seinem 50. Todestag. Erich Ebstein.

Ueber die Veränderung der Samenblase durch Lebensjahre. Habuto.

Zur Frage über nichttraumatische Nierenruptur. A. Ilyin.

4977. Schmerzphänomene bei urologischen Erkrankungen. Walter Grossmann. Ein Fall von Verletzung der Vena cava bei der Nephrektomie. G. W. Makaschew.

Ueber Dystopien der Uretermündungen. Herbert C. Schroeder.

Zur Zystinuriefrage. Zystinstein im Harnleiter. E. Sum-Schick.

4984. Das Prostaterbesteck nach Dr. Keller. Wilhelm Karo.

Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung. (Ztrbl. f. Gew.-Hyg.), Berlin, 10, 1929.

Das spanische Institut für Berufsumschulung der Arbeitsinvaliden. Büttel.

Gesundheitsverhältnisse in Verchromungsanlagen. Förster.

5123. Gewerbliche Vergiftungen mit Oxalylchlorid. Gerbis.

Ueber einen Todesfall durch Trichloräthylenvergiftung. Noek.

5122. Giftgase im Automobilbetrieb. Schmidt-Lamburg.

Gutachten über gewerbliche Vergiftungen. Floret.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 45, 9. November 1929.

4969. Malariabehandlung der weiblichen Gonorrhöe. Weigand.

Intrauterine Kopfgrößenbestimmung. Guthmann.

Invagination der Eileiter. Falk.

Durchbruch einer parametranen Eiterung durch das Foramen obturatorium usw. Ottow.

Große Gallengangzyste. Sieber.

Beitrag zur Ernährungstherapie Frühgeborener. Bemerkungen z. K. Oeftingen. v. Raiz.

4946. Erfahrungen mit der Durchtrittsnarkose. Hennrard.

Zentralblatt für Gynäkologie (Zbl. Gynäk.), Nr. 46, 16. November 1929.

4930. Extrauterine und extramembranöse Schwangerschaft mit achtmonatigem lebendem Kind. Tevlik.

4 Fälle von Scheidenplastik nach Schubert. Novak.

Vaginal operieren! Micholitsch.

Geburt in frontoposteriorer Vorderhauptslage. Kasuistischer Beitrag. Kobes.

Verwendbarkeit der Porges-Pollatschek'schen Schwangerschaftsprobe. Deutsch.

5051. Ausgedehnte kongenitale Hautdefekte, Kasuistik und Aetiologie. Rüder.

Portiofaßzange für die Geburtshilfe. Krauß-Amberg.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, Nr. 32.

5120. Ueber Arbeitsunfähigkeit bei arterieller Hypertonie. Senator.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, Nr. 34.

5016. Herz- und Aortenbefunde bei plötzlichem Tode und ihre Bedeutung für das Zustandekommen solchen Todes. Brack.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, Nr. 35.

5036. Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. Sauerbruch.

Zentralblatt für Innere Medizin (Zbl. inn. Med.), Leipzig, Nr. 36.

5093. Ueber die Bestimmung des zirkulatorischen Minutenvolumens beim Menschen. Ernst.

Nordische Zeitschriften

Acta Radiologica (Acta radiol.), Stockholm, X., Fasc. 3, Nr. 55, 1929.

Schutzapparat für Röntgenuntersuchungen in verschiedener Stellung. J. Belot.

5138. Eine besondere Affektion des Capitulum humeri, ähnlich der Calve-Pertlieschen Erkrankung der Hüfte. H. J. Panner.

5137. Ueber Röntgenuntersuchung bei Typhus abdominalis und bei einigen seiner abdominalen Komplikationen. Hugo Laurell.

5139. Die Röntgentechnik der Lungenaufnahme. W. Bronkhorst. Ueber die orale Darreichung und die Röntgentechnik bei Cholezystographien. Carl Sandström.

5143. Wunddiphtherie als Komplikation bei Röntgen- und Radiumverbrennungen. Alb. Simons.

Finska Läkarsällskapets Handlingar (Finska Läk.sällsk. Hdl.), Helsingfors, 71., Heft 9.

Fall von Xanthomatose mit Skelettveränderungen und großzelliger Splenomegalie. Folke Henschen.

5038. Die Entwicklung der Blutgruppen beim Menschen. Oluf Thomsen.

4915. Das Isoagglutinationsphänomen vom anthropologischen Gesichtspunkt. Ösv. Streng.

4916. Die Blutgruppenverteilung unter Gesunden und Kranken innerhalb des in Finnland gesammelten Materials. Olof Sievers.

Perniziöse Anämie und Tuberkulose. E. Qvarnström.

4924. Ueber die Technik der Gastroenterostomie. Henri Bardy.

4942. Eine extrauterine Schwangerschaft mit ausgetragener, lebender Frucht. R. Gullichsen.

Hospitaltidende (Hosp.tid.), Nr. 36, 5. September 1929.

4932. Frakturen im Kapitulum und Kollum des Radius. Ernst Lassen.

Hospitaltidende (Hosp.tid.), Nr. 37, 12. September 1929.

Frakturen im Kapitulum und Kollum des Radius. Ernst Lassen.

Hospitaltidende (Hosp.tid.), Nr. 38, 19. September 1929.

Experimentelle Untersuchungen über freie Einpflanzung des Endometriums in das Peritoneum bei Meerschweinchen. E. Dahl-Iversen.

Hospitaltidende (Hosp.tid.), Nr. 39, 26. September 1929.

Niels Finsen. Svend Lomholt.

Ein Fall von isolierter Tubentorsion. H. Krieger Lassen.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 19, 15. Oktober 1929.

Emil Zander. Gedächtnisworte. G. Liljestrand.

4975. Ueber die Behandlung der kongenitalen Syphilis mit Impimalaria. G. Aethman.

Hygiea (Hygiea), Stockholm, 91., Heft 20, 31. Oktober 1929.

5110. Licht- und Farbsinnszellen im Gehirn. S. E. Henschen.

Norsk Magazin for Laegevidenskapen (Norsk Mag. Laegevidensk.), Nr. 11, November 1929.

Die operative Behandlung der Lungentuberkulose in Norwegen in den Jahren 1914 bis 1928. P. Bull.

Gleichzeitige extra- und intrauterine Schwangerschaft. Anton Sunde.

5006. Diabetesbehandlung mit Rücksicht auf die Leber- und Nierenfunktion. Olaf Bang.

Typhoid-Keimträger auf dem Westlande II. Margit und Magnus Hoaland.

5111. 100 Fälle von radikal operierter Trigeminalneuralgie. Vilhelm Magnus.

Svenska Läkarsällskapets Handlingar (Sv. Läk.sällsk. Hdl.), 55., Heft 2, 1929.

Die Erkenntnisse und Erfahrungen einer 20jährigen Massagetätigkeit eines Arztes. Frederik Lindskog.

4998. Ueber die Immunität gegen malignes Oedem, Gasbrand und Rauschbrand Alfred Pettersen.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Nr. 43, 24. Oktober.

Ueber den Kampf gegen die rheumatischen Gelenkleiden. Ejnar Nyrop.

5112. Ein Fall von Polyneuritis gravidarum. Knud Biering.

Bericht über die vom 3. November bis 12. Dezember 1928 in öffentlicher Behandlung gestandene Scharlachepidemie in Thorshavn. H. Hellrup.

4976. Ueber Wismutinfarkte und deren Vorbeugung. Svend Lomholt.

Ugeskrift for Laeger (Ugeskr. Laeg.), Nr. 44, 31. Oktober.

Die Einrichtung und Wirksamkeit des Blegdams-Hospitals in 50 Jahren. V. Bj. Zwei Fälle vermutlicher Scharlachinfektionen im Laboratorium. O. Moltke und K. A. Poulsen.

Kongress für pathologische Anatomie (Paris). P. Möller.

Hydrologischer Kongress (Budapest). A. Faber.

Zeitschriften in englischer Sprache

American Journal of diseases of children (Americ. J. Dis. childr.), Chicago, 38., Nr. 1, 1929.

Typhöses Fieber im Kindesalter. L. J. Halpern.

Kohlehydrattoleranz der Säuglinge und Kleinkinder bei Infantilisimus Heubner-Herter. MacLean und Sullivan.

5043. Der Moro'sche Umklammerungsreflex im Säuglingsalter. Murray B. Gordon.

4990. Vergleich zwischen der immunisierenden Kraft des Diphtherietoxoids und des Toxin-Antitoxingemisches. G. F. Weinfeld und M. Cooperstock.

Direkte Laryngoskopie als Methode zum kulturellen Studium des Lungensekrets bei Säuglingen und Kleinkindern. Irving B. Goldman.

Otitis media im Säuglingsalter: ihre Diagnose durch Kulturen, die aus dem Mittelohr gewonnen werden; Beschreibung der Methode. O'Donnell und Myers.

Beriberi im Säuglingsalter. J. I. Waring.

5042. Icterus neonatorum. G. Goldbloom und R. Gottlieb.

5050. Pathologische Veränderungen der großen Interlobärsalten im Kindesalter. E. Gordon Stoloff.

Postinfantile Rachitis zusammen mit Osteomalazie. Blank und Graves.

Trachealer Fremdkörper, Diphtherie vortäuschend. John Miller.

4994. Keuchlunstenzephalitis. J. Askin und H. Zimmerman.

Sichelzellenanämie bei einer griechischen Familie. Cooley und Lee.

Angeborene Verrenkung des Knies nach rückwärts. S. Boorstein.

Kongenitaler Herzblock. Wallace Yater.

The British Journal of Radiology (Brit. J. Radiol.), London, 2., Nr. 20, 1929.

Die wahre Absorption der Energie elektromagnetischer Strahlen in leichten Substanzen. W. V. Mayneord.

Radium und Radonröhren. S. Raß und G. M. Scott.

5128. Eine Fehlerquelle bei der Dosimetrie. A. E. Barkley, G. Stead und S. P. Cox.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3587.

5103. Lymphstauung, der Vorläufer für Krebs. Sampson Handley.

Die Erfahrungen mit Tierblasen bei Entbindungen. Gibbert.

Der jetzige Stand der Röntgentherapie bei malignen Tumoren. Herniman-Johnson.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3588.

Die Behandlung der Influenza mit S. U. P. 36. Pearce.

Der Hinton-Test bei Syphilis. Osmond.

Die Wassermannsche Reaktion und der Kahn-Test. Marsh.

Anthrax bei einem Kind von 15 Monaten. Hodgson.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3589.

Pharmakologische Untersuchungen über Avertin. Parson.

Kongenitale polyzystische Erkrankung von Leber und Nieren. Campbell.

British Medical Journal (Brit. med. J.), London, Nr. 3590.

Skorbut bei den Mais essenden Eingeborenen von Südafrika. Claver.

Das Beaufort-Kunstbein mit neuen Modifikationen. Cathcart.

5048. Die Behandlung der kindlichen Lungenentzündung mit subkutanen Sauerstoffinjektionen. Montford.

Bakteriologische Untersuchungen an Tonsillen in Verbindung mit rheumatischen Erkrankungen beim Kind. Nabarro.

Eine ungewöhnliche Infektion der Blase. Wordley.

- Revue Internationale de L'Enfant** (Rev. int. L'Enfant), September 1929.
Soziale Anpassung durch die Pfadfinderbewegung. Furse.
Das deutsche Jugendherbergswerk. Forschepiepe.
Berufserzieher und Familienerzieher. Evard.
- Edinburg Medical Journal** (Edinburg med. J.), Edinburg, 36., Nr. 10, Oktober 1929.
5117. Postenzephalitische geistige Minderwertigkeit. René Cruchet.
Die Behandlung der Lobärpneumonie, mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung von Nuklein und von Vakzinen. W. L. Lamb.
Akute Pneumonie bei der letzten Influenzaepidemie. Donald Stewart und H. J. Gibson.
- The Japan Medical World** (Jap. med. World), Tokyo, 9., Heft 5.
5108. Die wahre Natur der Beriberi und das vegetative Nervensystem. (Forens. Inst. Nagasaki med. Coll.) Takeshi Shiroki.
Beiträge zur Erkenntnis der Dünndarmbewegung. M. Okuda.
Neuere Untersuchungen über Schistosomiasis Japonica. R. Kawamura.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 20, Mai 1929.
- Regelmäßige Untersuchung des Gesundheitszustandes als Teil des Kurrikulums Medizinstudierender. Reginald Fitz.
Lokale Diathermie. Maurice H. Friedman.
Feltsucht. Arthur M. Master und Enid Tribe Oppenheimer.
Longitudinale Osteotomie. S. L. Haas.
Anwendung eines neuen Apparates für die Durchführung künstlicher Atmung. Philipp Drinker und Charles F. Mckhann.
Der Unterricht in moderner Chirurgie. Dean Lewis.
Resorptionsgeschwindigkeit von injiziertem Pferdeserum. Louis Tuft
Acht Fälle von Hirntuberkeln. Henry W. Ferris.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 21, Mai 1929.
5101. Verhalten von Streptokokken in der Spinalflüssigkeit bei experimenteller Poliomyelitis. P. K. Olitsky, C. P. Rhoads und P. H. Long.
Achyllie bei perniziöser Anämie nach Behandlung mit Leberdiät. A. Hecht Johansen.
Röntgenstrahlen in der Behandlung des Hyperthyreoidismus. T. A. Groover, E. A. Merritt, P. O. Coe und E. M. McPeak.
Bacillus-proteus-Septikämie. H. L. Kretschmer und L. W. Mason.
Durch Bakterienproteine hervorgerufenes Fieber in der Behandlung der Syphilis. Jarold E. Kemp.
Tuberkulose der Schilddrüse. S. W. Budd und Carrington Williams.
Hypophysenvorderlappenhormon im Blut während der Gravidität. C. F. Fluhmann.
Kavernöses Hämangiom der Wirbel. Percival Bailey und P. C. Bucy.
Freier Fremdkörper unter dem äußeren halbmondförmigen Knorpel des Kniees. E. S. Geist.
Zweckmäßige Fußbekleidung des Kindes. John D. Adams.
Hypophysentumor mit stürmischen Symptomen. Julien E. Benjamin.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 22, Juni 1929.
- Frühdiagnose und Frühbehandlung der Lungentuberkulose. Gerald B. Webb.
Peptisches Geschwür und Karzinom des Magens. J. Shelton Horsley.
Infektion der Lungen mit Nematoden vom Typus cyathostoma. J. H. St. John, J. S. Simmons und L. L. Gardner.
Luftdichte interkostale Drainage bei akutem Empyem. John Alexander.
Vorkommen von akzessorischen Epithelkörperchen. W. L. A. Wellbrock.
Abszesse bei Wirbelsäulentuberkulose. J. W. Sever.
5002. Ein Fall von wahrer Polycythaemia rubra mit leukämischem Blutbild. Kenneth R. McAlpin.
Ausgedehnte Resektion von Dünndarm. F. N. C. Jerauld und William Washburn.
Im Haushalt hergestellter Leberextrakt zum Gebrauch bei perniziöser Anämie. William B. Castle und Morris A. Bowie.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 23, Juni 1929.
4921. Immunisierung gegen Diphtherie. George F. Dick und Gladys Henry Dick.
5050. Grundstoffwechsel bei Kindern mit abnormalem Körpergewicht. Arne Topper und Hannah Mulier.
Abschätzung von Gefahren in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Reuben Peterson.
Nierentuberkulose. Edwin Beer.
Wiederbelebung des asphyktisch geborenen Kindes. Albert Mathieu und Albert Holman.
Natriumhydrosulfit in der Behandlung der akuten Arsenvergiftung. W. R. Bond und E. W. Gray.
Tularämie in Minnesota. E. C. Hanson und R. G. Green.
Chronische Meningokokkämie: Bericht über einen Fall. W. R. Graves, Anna Dean Dulney und L. D. Michelson.
Echinokokkuszysten in der Niere: Bericht eines Falles. Maurice Meltzer.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 24, Juni 1929.
- Diagnostische Hilfsmittel bei Tuberkulose. L. R. Williams und Alice Hill.
Homologie der Menstruation. Carl G. Hartman.
Gelenkschmerzen und ihre Beziehungen zum Wetter. Edwin E. Rentschler, Francis R. Vanzant und Leonard G. Rowntree.
4941. Leberextrakt bei Schwangerschaftstoxikämie. A. M. Mendenhall und David Smith.
Akute Arsenvergiftung. Theodore Althausen.
Traumatische Ruptur der Harnblase. W. Calhoun Stirling und Norvell Belt.
4961. Gangrän durch hämolytische Streptokokken. Frank L. Meleney.
Wo wird die Zerebrospinalflüssigkeit absorbiert? Walter E. Dandy.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 25, Juni 1929.
- Rheumatisches Fieber. Homer F. Swift.
Aufwärtsdislokation des akromialen Endes der Klavikula. C. M. Shaaf.
Die filtrierbaren Elemente des Tuberkulosevirus. A. Calmette, J. Valtis und A. Saenz.
Der klinische Wert des durch ultraviolett durchlässiges Glas hindurchgehenden Sonnenlichtes. George W. Caldwell und Roger H. Dennet.
Herzblock bei Digitalismedikation. William D. Reid.
Allergische Purpura. Harry L. Alexander und C. H. Eyermann.
Rekurrierende Meningitis. Isadore P. Bronstein.
Aethylen. Moses Salzer.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 92., Nr. 26, Juni 1929.
- Studien über menschliche Konstitution. George Draper, Grace Allen und Jane C. Spock.
Strikturen der weiblichen Harnröhre. Montague L. Boyd.
Respirationsstörungen bei Säuglingen. Harold Abramson und Louis H. Barenberg.
Kommission für Nahrungsmitteluntersuchungen in Süd-Karolina (Organisation und Tätigkeit). William Weston und Roe E. Remington.
Herztätigkeit während des Schlafes (Bestimmung mittels des Kardiotachometers). Ernst P. Boas und Morris M. Weiß.
- The Journal of the American Medical Association** (J. Am. Med. Assn.), Chicago, 93., Nr. 1, Juli 1929.
- Greif- und Tastreflex. Walter Freeman und P. T. Crosby.
4978. Infantilismus der Nieren. A. G. Fleischmann und Boyd Anderson.
5033. Familiäre Purpura hämorrhagica ohne Thrombopenie. P. E. Rothman und N. K. Nix.
Viszeroptosis. Edward L. Bortz.
Wirkung zwölfmonatiger ausschließlicher Fleischdiät auf den menschlichen Organismus. Clarence W. Lieb.
Nephrose. Henry A. Christian.
5068. Beständigkeit von Digitalis und Digitalispräparaten. Harvey B. Haag und Robert A. Hatcher.
- The Journal of Laboratory and Clinical Medicine** (J. Lab. Clin. Med.), St. Louis, XIV., Nr. 12, September 1929.
- Xanthämie und Xanthosis (Karotinämie). William C. Boeck und Wallace M. Yater.
5011. Die Rolle der Streptokokken bei rheumatischen Krankheiten. James Craiz Small.
Primäres Milzsarkom (retikulozellulär). Tasker Howard.
Die Wirkung des Quecksilber- und Natriumoxalates auf das Blutkalzium. F. D. McCrea.
Untersuchungen über den Verdauungskanal des Menschen. Wilhelmine Kuenzel und T. Wingate Todd.
Respiratorische Kammer für Laboratoriumstiere. J. J. R. Macleod, N. R. Hearn und F. L. Robinson.
Stabilität des Ochsenherz-Trockenpulvers zur Antigenbereitung für die Komplexbindungsreaktion der Syphills, mit besonderer Berücksichtigung der Kolmer-Methode. Robert A. Kilduffe und Betty Shifman.
Stoffwechselmaske für Hunde. Rebekah Gibbons.
Blutnachweis mittels Benzidindihydrochlorid. S. L. Leiboff.
Eine einfache Methode zur Färbung von Spirochäten. Emil Weiß.
Ein automatischer Mikrotom-Messerschärfer. John J. Franz.
- The Journal of Urology** (J. of Urol.), XXI., Heft 1.
- Bösartige Erkrankung bei Divertikulose der Harnblase. Verne C. Hunt.
4981. Divertikulitis der Sigmoids als Quelle der Blasenreizung. Arthur L. Chute.
4982. Der Harnleiter als möglicher Ursprung gewisser Blasendivertikel. Arthur L. Chute.
Neue Methode der paravertebralen Anästhesie bei Nierenoperationen. R. B. Henline.
4980. Nephrektomie mit Rückenmarksanästhesie, unter besonderer Berücksichtigung der Nierentuberkulose. Howard S. Jeck.
5075. Rückenmarksanästhesie mit Ephedrin kontrolliert. Nelse F. Ockerblad und T. S. Dillon.
4985. Behandlung teratoider Geschwülste des Hodens mit Röntgen und Radium. Archie L. Dean.
Uteralstumpf als Quelle einer Pyurie (nicht tuberkulös). J. Sturdivant Read.
Fall von Leiomyosarkom der Blase. Benjamin H. Hager und Verne C. Hunt.
Einseitige Nierenchylurie. Austin H. Wood.
Seltene Anomalie des Harnleiters. Frank R. Hanlon.
Revolverkugel im Penischaft. C. Olis Ritch.
4986. Ein neuer aseptischer Stöpsel. Edward William White.
- Medical Journal and Record** (Med. J. a. R.), New York, CXXX., Heft 7.
- Heilung des Lungenabszesses durch Bronchoskopie. R. Herriman und F. Welker.
Ein Fall von Akrodynie mit Heilung. H. H. Perlman.
Ein Fall von Allergie. E. Maisel.
4999. Arterielle Hypertension. W. E. Fitch.
Praktische Anwendung der Psychiatrie in allgemeinen Spitälern. G. W. Henry.
5115. Natur und Behandlung der Neurosen. M. W. Peck.
Epilepsie eine Krankheitseinheit. E. A. Tracy.
5116. Prognose und bedeutungsvolle Reaktionen bei mentalen Krankheiten. F. W. Meagher.
5067. Wirkungen der Digitalis auf das Nervensystem. Q. L. Moench.
- The New England Journal of Medicine** (New England J. Med.), Boston, 201., Heft 14.
5098. Cholesterol im Blute behandelter Diabetiker. (New England Deacon. Hosp.) Hazel M. Hunt.
Olyzerolmodifikation der Kahnprobe. A. Hinton und A. Berk.

Zeitschriften in französischer Sprache

- Archives Internationales de Neurologie** (Arch. internat. Neur.), Paris, Mai 1929.
5118. Dementia praecox und Syphilis. Marie und Toporkoff.
- Archives de médecine des enfants** (Arch. méd. enf.), XXXIII., Heft 2, 1929.
4992. Strophokokenempyem nach Masern. Heilung durch Punktionen. P. Nobécourt, M. L. Kaplan und Bargeton.
5049. Die therapeutische Anwendung von Sauerstoff in der Kinderklinik. Wl. Mikulowski.
Akrozyanose, venöse Hypertension und Unterfunktion der Eierstöcke. M. Villaret und Fr. Saint Girons.
4993. Nervöse Komplikationen im Verlauf des Keuchstussens. M. Giuffré.
5044. Ueber einen Fall von Tetanus beim Neugeborenen. Ausgang in Heilung. H. Grenet und Vogt.
4933. Ueber die Behandlung der akuten Osteomyelitis. J. Comby.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 45, 1929.
5071. Die extradiabetischen Indikationen für die Anwendung von Insulin. J. Hoet. Fremdkörper der Zunge. L. Dejardin.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 46, 1929.
4926. Ursachen und Mechanismus der postoperativen Embolie. Emile Forgue. Schädeltrepanierte. Gobert.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 47, 1929.
4967. Dermatosen und Organtherapie. L. Spillmann.
5135. Elektrokoagulation der Hämorrhoiden durch Diathermie. L. Thielemans. Fremdkörper der Blase. Hubinont.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 48, 1929.
Beitrag zur Physiologie des Kleinhirns. M. de Stella.
5094. Der Lungenkreislauf und seine Hypertension. Ch. Trunczek.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Nr. 49, 1929.
Die Porphyrie Hymans. Van den Bergh.
Die neue Arterienchirurgie und das Werk von Professor Leriche in Straßburg. Victor Dellino.
Die zwangsweise Bekämpfung der Syphilis und ihre Hindernisse. Henri Schwes.
- Bruxelles Médical** (Brux. méd.), Brüssel, Nr. 50, 1929.
4918. Das Problem der sympathischen Augenerkrankung. V. Morax.
4968. Desensibilisation durch Kombination von Proteinotherapie und Chemotherapie bei bestimmten Hautaffektionen. Gérard.
- Gynécologie et Obstétrique** (Gynéc. et Obstétr.), 20., Nr. 3, September 1929.
4939. Indikationen der Sterilisation bei der Frau. M. Muret.
4940. Sterilisation der Frau. A. Laffont.
- Journal des Praticiens** (J. Prat.), Nr. 27, 1929.
Das Syndrom der Lungenretraktion bei Lungentuberkulose. Bezançon.
Sensibilisierende Emotionen. Besessenheit und Delirium. R. Benon.
- Journal des Praticiens** (J. Prat.), Nr. 28, 1929.
5130. Die Unterscheidung zwischen Gallen- und Nierensteinen durch die Telestereoradiographie. Carnot.
Enzephalitiden. M. Kahn.
Klinik und Radiologie des Respirationsapparates. Henri Louge.
- Paris médical** (Paris méd.), Paris, 19., Nr. 40.
Die Neurologie 1929. Schaeffer.
Sympathische Störungen und die tabischen Arthropathien. André-Thomas und C. Kudelski.
Arachnoiditis und multiple Sklerose. J. A. Barré.
5100. Plötzliche nervöse epileptiforme Zufälle nach intratrachealer Lipiodol-injektion. G. Zuccoli.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 64, 1929.
Die komplementäre Gastro-Enterostomie beim perforierten Gastro-Duodenal-ulkus. A. Ricard.
Die Enzymreaktion, ein neues wissenschaftliches Verfahren. L. Sivorl, U. Rebaudi und L. Menniti.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 65, 1929.
Zur Pathogenese der nephritischen Oedeme und die Ursachen der variablen Intensität. P. Govaerts.
Die Pocken in der Vergangenheit und Gegenwart. G. Ichok.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 66, 1929.
Die Angina pectoris nach Ergotamin. M. Labbé, B. Boulon, Justin-Besançon und Gouyen.
Zwei Fälle von Infektion durch Paratyphus C. B. le Bourdellès.
5019. Arterielle Hypertension der Lungen. L. Ramond.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 67, 1929.
5105. Die Wirkung der Hyperventilation auf nitritöde Krisen. H. Rosello.
Zur Topographie der Regionen der Salzsäureproduktion. E. Brenkmann und L. Deloyers.
5114. Eine neue medikamentöse Therapie der Parkinson-Akinesie. J. Mouzon.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 68, 1929.
Der Wert der Osteosynthese bei Diaphysenbrüchen. M. Patel und J. de Girardier.
Enuresis und Spina bifida occulta.
Die Hörstummheit. M. Nathan.
- La Presse Médicale** (Presse méd.), Paris, Nr. 69, 1929.
Beitrag zur Bantischen Krankheit. L. Langeron, R. Gallègue und M. Turcry.
Ein Fall von primärem Lymphkarzinom. J.-A. Phélip und D. Grenand.
Agranulozytose bei Diphtherie. G. Farmakidis.
4989. Die klinische Anwendung des Vitamins A als anti-infektiöses Agens. Ph. Paquier.

- Le Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 39.
4916. Reaktionen des Auges auf Arsenobenzole. (Augenkl. Hotel Dieu, Paris.) F. Terrien.
5107. Pathogenie der Eingeweidewürmer. H. Vignes.
- Le Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 40.
5020. Der Nährwert des Weines. M. Loeper und J. Alquier.
4930. Ueber Schädeltraumen. M. Patel und F. Carcassonne.
Die künstliche Befruchtung. H. Vignes.
- Le Progrès médical** (Progrès méd.), Paris, 56., Nr. 41.
5078. Zufälle bei Barbiturpräparaten. (Höp. de la Pitié, Paris.) E. Vannier.

Zeitschriften in spanischer und portugiesischer Sprache

- Archivos Españoles de Pediatría** (Arch. españ. Pediatr.), Jahrgang XIII, Nr. 5, Mai 1929.
Familiäre Anämien mit Milzvergrößerung. A. Carrau und J. C. Etcheverry.
4934. Von den Verletzungen der Sesambeine der großen Zehe. Jesús Riosalido.
4950. Die latente oder unerkannte eitrige Mittelohrentzündung der jungen Säuglinge. Enrique Prada.
Geburtenziffer und Sterblichkeit der Säuglinge. Fernando Cirajas.
Die Rolle des Schularztes bei der Verschickung der Kinder in die Ferienkolonien. Saint De los Terreros.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, X. Jahrgang, Nr. 22, 5. August 1929.
Ueber Intubation bei Diphtherie. D. de Sanson.
4952. Angina styloides. D. de Sanson.
Heilung eines Falles von Trigemineuralgie. D. de Sanson.
Indikationen und Vorteile der Gegeninzision des Meatus inferior bei der Retentions-Sinusitis der Oberkiefer.
4947. Abnorme Ursachen der Epistaxis. J. Vieira.
Resultate der nasalen Chirurgie. J. Vieira.
Fortschritte der direkten Laryngoskopie. J. Vieira.
Ueber Chirurgie des Sinus frontalis. A. Velloso.
Therapie der Angina Ludovici. N. Rezende.
Vorteile der vereinfachten Plastik bei Suppuration des Felsenbeines. J. Kos.
4955. Ueber Dysphagie bei Schilddrüsenzysten. C. de Souza.
4951. Lokale Immunisation bei diphtherischer Otitis und Rhinitis. Ch. Fontes.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, X. Jahrgang, Nr. 23, 15. August 1929.
Zur Prognose der Syphilis auf Grund kutaner Reaktion. H. Póvoa.
Ernährung des Kindes. A. Moseoso.
- A Folha Medica** (Folha med.), Rio de Janeiro, X. Jahrgang, Nr. 24, 25. August 1929.
Dringliche Operationen. L. Barros.
Eugenische Wirkung der Körperkultur — und des Sportes. A. Lobo.
- Revista de Higiene y de Tuberculosis** (Rev. Hig. y Tubercul.), Valencia, 22., Nr. 255.
5039. Die Vakzine Anti-Alfa als Präventiv- und Heilmittel. Enrique Eugenio Meyer.
5040. Prophylaxe der Rindertuberkulose mit der Vakzine Anti-Alfa von Ferrán. José Orensanz.
5038. Beitrag zum Studium der Vakzine Anti-Alfa. Raul Michel.
- Revista Medica Latino-Americana** (Rev. Med. Lat.-Amer.), Buenos Aires, 14., Nr. 167.
5013. „Ventricule gauche en oeuf“ und Bernheimsches Syndrom. (Hosp. Pirovano, Buenos Aires.) C. Patiño Mayer und E. S. Mazzei.
5020. Die gleichseitige Deformierung, ein Zeichen für bösartige Tumoren der unteren Luftwege. (Inst. d. Semiologia y Propedeutica, Buenos Aires.) Guillermo A. Bosco.
5014. Ein Fall von Herzinfarkt, bestätigt durch die Autopsie. T. Fracassi und Fernando R. Ruiz.
5063. Epileptische Krämpfe durch von den 4 im Kiefer eingeschlossenen Weisheitszähnen ausgehende Reflexe. Juan Urbaldo Carrea und Luis Samengo.
- Revista de Medicina y Cirugía de la Habana** (Rev. Med. y Cir. Hab.), Habana, Jahrg. 34, Nr. 7.
4925. Die Appendixalgie. Julio Ortiz Cana.
4983. Häufigkeit der Blasendivertikel. Juan B. Ruiz.
4920. Vakzination Calmette. Clemente Inclan und Alberto Sanchez de Fuentes.
- Revista de Medicina y Cirugía de la Habana** (Rev. Med. y Cir. Hab.), Habana, Jahrg. 34, Nr. 8.
4938. Maligne Entartung einer Dermoidzyste des Ovars. (National Hosp. „General Calixto Garcia“) Ramon Ascanio Suarez.
4923. Lymphadenom. (Quinta Covadonga.) A. Guerra und N. Puente Duany.
5080. Blasenlähmung durch Einträufelung von Atropin in den Konjunktivalsack. P. Marchado de Chardenas.
- Revista de Medicina y Cirugía de la Habana** (Rev. Med. y Cir. Hab.), Habana, Jahrg. 34, Nr. 9.
5000. Fall von Lymphogranulomatose. G. Aldereguia, N. Puente Duany und M. Vlamonte.
5022. Behandlung des Pulmonalabszesses. Cesar Cabrera Calderic.
5081. Acidum tannicum und Verbrennungen. E. de Alvaro.

Zeitschriften in italienischer Sprache

- Clinica ed Igiene infantile** (Clin. ed Igiene infant.), Turin, 4., Nr. 9.
Ernährung der Amme und Milchsekretion. (Spital „Depl Innocenti“, Florenz.) F. Ferraro.

4972. Ein Fall von larvirter angeborener Lues mit atypischen Symptomen. (Fintelhelm Tarent.) Lucio Moro.
5061. Beobachtungen über die Morbidität und Mortalität in bezug auf Alter und Geschlecht bei einigen Kinderkrankheiten. (Päd. Klin., Bologna.) U. Rubbi.
- Untersuchungen über die Dissoziation zwischen Gewicht und Körperlänge während der ersten zwei Lebenswochen. (Mütterheim Turin.) L. De Benedetti.
- Skizzen kindlicher Psychologie. E. Mensi.

II Policlinico (Policlinico), Rom, 46. Jahrg., Nr. 44, 4. November 1929.

Ausscheidung der Tuberkelbazillen durch die Nieren bei Lungentuberkulösen ohne sichtbare Nierenschädigung. G. Millul.

Modifikationen im Bilde des Eberth'schen Bazillus im Verlaufe von Epidemien. S. Fichera.

Ueber multiple familiäre Knorpelxostosen. E. Ruggieri.

Rivista di Clinica Pediatrica (Riv. Clin. Pediat.), Firenze, 27., Nr. 7.

Assoziierte Infektionen im Kindesalter. F. Lo Presti-Seminario.

4996. Die Plasmochintherapie bei Malaria der Kinder. B. De Luca.

Brustdrüse und Aminosäuren. P. Bosio.

4991. Serumbehandlung bei der postdiphtherischen Lähmung. A. Venuti.

Rivista di Clinica Pediatrica (Riv. Clin. Pediat.), Firenze, 27., Nr. 8.

5047. Metapneumonisches Empyem im Kindesalter. R. Dardani.

5058. Enzephalitis und Kuhpockenimpfung. B. Benvenuti.

Cholesteringehalt des Blutes gesunder und kranker Kinder. L. Varone.

Referate nach Fachgebieten

in nachstehend geordneter Reihenfolge und fortlaufend nummeriert:

1. Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte.
2. Augenheilkunde.
3. Bakteriologie und Serologie.
4. Chirurgie und Orthopädie.
5. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe.
6. Geschichte der Medizin.

7. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie.
9. Hygiene.
10. Infektionskrankheiten.
11. Innere Medizin, Tuberkulose.
12. Kinderheilkunde.

13. Mund- und Kiefererkrankungen.
14. Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie.
15. Physiologie, Allgemeine Pathologie, Pathologische Anatomie.
16. Psychiatrie u. Nervenheilkunde.

17. Psychologie und Psychopathologie.
18. Soziale und gerichtliche Medizin.
19. Strahlenforschung und Therapie, Röntgendiagnostik und Therapie.

Anatomie, Anthropologie, Entwicklungsgeschichte

4915.

Streng, Osv., **Das Isoagglutinationsphänomen vom anthropologischen Gesichtspunkt.** (Finska Läk.sällsk. Hdl., 71., Nr. 9, 1929.) S. erstattet ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Frage und berücksichtigt dabei, z. T. auf Grund eigener Versuche, namentlich die eventuelle Art und Größe der Versuchsfehler. Das in verschiedenen Ländern gesammelte Isoagglutinationsmaterial wird mit Hilfe von Karten, welche Verfasser nach der von Streng angegebenen graphischen Methode ausgearbeitet hat, vom anthropologischen Gesichtspunkt beleuchtet.

4916.

Sievers, Olof, **Die Blutgruppenverteilung unter Gesunden und Kranken innerhalb des in Finnland gesammelten Materials.** (Finska Läk.sällsk. Hdl., 71., Nr. 9, 1929.) S. hat an 1820 Personen die Blutgruppenbestimmung bewerkstelligt. Das Ergebnis dieser Untersuchung stimmt mit früher in Finnland ermittelten Werten gut überein. Verfasser hat ferner alle in Finnland gemachten diesbezüglichen Untersuchungen zusammengestellt und innerhalb des hierdurch gewonnenen Gesamtmaterials die Gruppenverteilung unter gesunden und kranken Personen verglichen. Die auf diese Weise erhaltenen Serien umfassen 6726 kranke und 10647 gesunde Personen. Die Vergleichung dieser Serien hat keine Anhaltspunkte für die Annahme bestimmter Beziehungen zwischen Krankheit und Blutgruppe ergeben. Die Krankenserie wurde des weiteren auf kleinere, hinsichtlich der Krankheitsart einheitlichere Serien verteilt: Infektionskrankheiten (1336 Personen) (Bronchitis, Pneumonia, Polyarthrit), Nervenkrankheiten (434), Herzkrankheiten (454), Nierenkrankheiten (292), Geschwülste (teils maligne, teils benigne) (235). Auch bei einer nunmehr vorgenommenen Prüfung ließen sich zwischen Krankheiten und Blutgruppen keine Wechselbeziehungen nachweisen.

Augenheilkunde

4917.

Terrien, F., **Die Reaktionen des Auges auf Arsenobenzole.** (Progrès méd., 56., Nr. 39.) (Augen-Kl. Hôtel Dieu, Paris.) Das Auge reagiert auf Arsenobenzol in dreierlei Weise, einmal rein toxisch. Und zwar kann dies die einzige toxische Reaktion durch Salvarsan sein, die bei jeder neuen Injektion wieder auftritt, während die anderen Reaktionen auf Veränderungen beruhen, die schon vor der Injektion bestanden und durch die Injektion exazerbieren. Es kommt zu Vasodilatation, Kongestion, Konjunktivitis, Chemosis in den unteren Partien, Oedem der Lider, perikornealer Injektion. Sie sind der beste Maßstab für die Sensibilität des Kranken. Dann Reaktionen, die in das Gebiet des Herxheimer fallen, fast immer Exazerbationen schon vorhandener Zustände. Von Seiten der Kornea: eine normale Kornea reagiert nicht; wenn

aber schon eine Keratitis besteht, können sehr ernste Reaktionen auftreten, Nekrose, Hypopyon. Weniger ernst ist eine vorübergehende Myopie, weniger durch Spasmen als durch Sympathikusstörung bedingt. Retina: Hämorrhagien nach der zweiten oder dritten Injektion fast immer bei Aeltern: Salvarsan bewirkt Vasodilatation, die bei Hochdruck und Arteriosklerose zu Hämorrhagie führt. Aber auch Fälle bei Jugendlichen. Dann Oedem der Retina, Neurorinitis, Chorioretinitis. Wie auch der Mechanismus des Herxheimer sein mag, Freiwerden von Toxinen der sterbenden Spirochäten oder Verstärkung ihrer Virulenz durch das Medikament; es handelt sich immer um schon vorhandene, auch latente nicht bemerkte Veränderungen. Hierher gehören: Iritis, Hyphäma, sekundäres Glaukom, Keratitiden, Optikusatrophien usw. Man ersieht daraus, daß die Spirochäten in den Gebilden des Auges zahlreicher sind, als man annimmt. Besondere Vorsicht ist am Platze bei den Atrophien der Tabiker: man kann ihren Verlauf nie voraussagen. Die dritte Reaktion endlich sind Neurorezidive. Hierher gehören Lähmungen des Externus, Fazialis, Taubheit, die schon nach wenigen Injektionen auftreten können. Man muß sich dabei klarmachen, daß man mit massiven Injektionen eine Menge Spirochäten zerstören kann, aber damit auch die humoralen Reaktionen herabsetzt. Wichtig sind auch die Syphilome: in einem Falle mußte wegen eines solchen an der Papille und darauffolgender Panophthalmie eine Enukleation vorgenommen werden. Von 340 Fällen massiver Injektion, bei denen das Auge vorher normal war, zeigten 32 Okularrezidive der Art. Unter Umständen Malaria-therapie oder Beginn mit Hg-Präparaten. v. Schnitzer.

4918.

Morax, V., **Das Problem der sympathischen Augenerkrankung.** (Brux. méd., Nr. 50, 1929.) Das Risiko einer sympathischen Augenerkrankung ist schwach. Auch enden nicht alle Fälle von sympathischer Augenerkrankung durch Blindheit. Aber meist gelingt es erst mit Hilfe einer langwierigen und oft schmerzhaften Behandlung, die Infektion einzuschränken. Erkennen wir die infektiöse Theorie an, so empfangen wir von ihr Richtlinien für die Behandlung, die uns weiter bringen als andere Theorien. Es wäre demnach logisch, eine antiinfektive Therapie anzuwenden noch vor dem Auftreten einer sympathischen Augenerkrankung. Leider läßt sich über ihren absoluten Wert noch nichts Bindendes aussagen. Jedenfalls sind Untersuchungen im Gange, die sich auf die Lösung des Problems der sympathischen Augenerkrankung richten, denn sie ist die gefürchtetste aller Infektionen, die Verwundungen des Auges, seien sie akzidentell oder operativ, bedrohen. Held.

4919.

Jablonski, Walter, **Netzhautablösung und Aderlaß.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 42.) Eine seit 4 Monaten bestehende Netzhautablösung legt sich nach Aderlaß und entsprechender Diät schlagartig von einem Tag zum anderen. Der Erfolg bleibt nur 3 Wochen bestehen.

Das Indikationsgebiet für den lange Zeit fast vergessenen Aderlaß hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. Die Anwendung des Aderlasses soll keineswegs als die Therapie der Netzhautablösung angepriesen werden. Wieweit er als unter-

stützende Maßnahme in Frage kommt, muß durch umfangreiche Nachuntersuchungen festgestellt werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

Bakteriologie und Serologie

4920.

Inclan, Clemente, und Alberto Sanchez de Fuentes, **Vakzination Calmette.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 7.) Die Verfasser haben in amtlichem Auftrag sich mit der B. C. G.-Impfung beschäftigt. Berichtet wird über Beobachtung seit 1927 an 36 aus schwer bazillenverseuchtem Milieu stammenden Kindern, bei denen ältere Geschwister an Tuberkulose erkrankt, z. T. gestorben waren. Es wurde in den ersten Lebenstagen dreimal peroral vakziniert, im ganzen 1200 000 000 Keime B. C. G., dann wurden die Kinder 30 bis 40 Tage aus dem Milieu entfernt. Von den 36 Kindern starben 2 an angeborenen Anomalien, alle übrigen 34 blieben bis jetzt tuberkulosefrei, Pirquet blieb negativ. Keine Fieberreaktion, normale Entwicklung. Verfasser treten für Vakzinierung aller aus Bazillenmilieu stammenden Kinder in den ersten Lebenstagen ein.

Cohn, Hamburg.

4921.

Dick, F. George, und Gladys Henry Dick, **Immunisierung gegen Diphtherie.** (J. amer. med. Assoc., 92., Nr. 23, 1929.) Mittels des nach Ramon hergestellten Diphtherietoxoids — in drei aufeinanderfolgenden Dosen gegeben — konnten von 100 schickpositiven Personen, fast durchweg Erwachsene, 94% bis zum Negativwerden des Schicktests immunisiert werden. Mit 5 Dosen von Toxin-Antitoxingemisch wurden 82% von 100 Personen immunisiert. Die Resultate können in beiden Fällen als gut bezeichnet werden, da es sich vorwiegend um Erwachsene handelte, die weit schwieriger zu immunisieren sind als Kinder. Diphtherietoxoid kann daher mit Erfolg bei Erwachsenen angewendet werden. Eine Kontrollprobe zur Prüfung auf eine etwaige Ueberempfindlichkeit gegenüber den Bakterienproteinen im Toxoid ist nicht notwendig. Liefert die Schicksche Probe eine deutliche Pseudoreaktion oder findet sich in der Anamnese, daß das Individuum Diphtherie durchgemacht hat, dann ist die Verabreichung einer Probedosis von 0,1 bis 0,25 ccm des Toxoids anzuraten. L. Büchler, Wien.

Chirurgie und Orthopädie

4922.

Linck, **Eine neue Operationsmethode der Halsphlegmonen.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 5.) Das Wesentliche dieses mittels Hautschnitt von außen vorgenommenen Eingriffs besteht in der Herstellung einer Kommunikation zwischen Operationsgrund und Mundrachenhöhle. Eine Kornzange wird von der Operationshöhle aus gegen den in die Tonsillengegend eingeführten Finger gestossen, wobei mitten durch die Tonsille gegangen wird. Einlegen eines Gummidräns, das in den Rachen hineinragt. Ausdrücklicher Verzicht auf Tonsillektomie.

F. G. Katz, Berlin.

4923.

Guerra, A., und N. Puente Duany, **Eine Beobachtung von Lymphadenom.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 8.) (Quinta Covadonga.) Der klinische, vor allem aber der histologische Befund des Falles paßt in keines der bekannten Krankheitsbilder hinein. Bei dem jetzt 33jährigen Mann entwickelte sich vor zwei Jahren im Anschluß an ein Furunkel der rechten Achselhöhle ein langsam im Laufe von zwei Jahren auf Hühnereigröße wachsender harter Knoten, der fünf Jahre nach Beginn exstirpiert wurde. Ein Jahr später diffuse Tumorbildung in der rechten Infraklavikulargrube und Auftreten eines Tumors von gut Erbsengröße in der rechten Supraklavikulargrube. Auf Tiefenbestrahlung Schwinden der infraklavikulären Tumoren. Der supraklavikuläre Tumor wuchs trotzdem, und auch die infraklavikulären Tumoren erschienen wieder. Im letzten Jahr wuchsen die Tumoren schnell und auch die Drüsen an der linken Halsseite wurden ergriffen. Kein Fieber, keine Allgemeinstörungen, über allen Tumoren Haut verschieblich, einzelne Drüsen miteinander verklebt. Bei einem exstirpierten Tumor makroskopisch dichte Periadentitis, einzelne Partien des Inneren von so hartem, faserigen Bindegewebe, daß das Messer kaum durchdringen kann. Mikroskopisch Balken reifen Bindegewebes umgeben Inseln von lymphoidem Gewebe. Das Bindegewebe ist sehr gefäßreich, z. T. mit Rundzellen infiltriert und enthält junge, hyperplastische Bindegewebszellen. Im Lymphgewebe Lymphzellen eingeschlossen in ein Netz hypertrophischer Retikulumzellen. Einige wenige von diesen ähneln den Sternberg-

schen Zellen, sind aber nicht typisch. Therapie: Tiefenbestrahlung, Arsen. Nach der dritten Bestrahlung Verkleinerung auf die Hälfte, Tumoren beweglich, hart. Stärkere Verkleinerung ist wegen des nicht radiosensiblen Bindegewebes nicht zu erwarten. Klinischer Verlauf und histologisches Bild sprechen gegen Hodgkin. Es handelt sich um eine diffuse Sklerose mit Inseln normalen Bindegewebes, auffällig ist das Fehlen von Keimzentren. Am besten stimmt das anatomische Bild noch zum Lymphadenom.

Cohn, Hamburg.

4924.

Bardy, Henri, **Ueber die Technik der Gastroenterostomie.** (Finska Läk.sällsk. Hdl., 71., Heft 9, 1929.) In Uebereinstimmung mit Herbert Paterson und Reynaldo dos Santos befürwortet Verfasser die vordere Gastroenterostomie in isoperistaltischer Richtung, mit kurzer (10 bis 15 cm langer) Schlinge ohne Enteroanastomose. Diese Methode biete sämtliche Vorteile der hinteren Gastroenterostomie und darüber hinaus noch folgende: die Technik sei die denkbar leichteste; die Operation gehe außerhalb der Bauchhöhle vorstatten; der Ort der in der Nähe des Pylorus anzulegender Magenöffnung lasse sich exakt wählen; die Möglichkeit, daß ein Ulcus pepticum zur Entstehung einer Magen-Kolonfistel führen könnte, sei ausgeschlossen, desgleichen die Komplikationen, welche etwa aus Folgen einer Eröffnung des Mesokolons oder einer in der Tiefe durchzuführenden Operation eintreten könnten, auch bei noch so kurz bemessener Jejunalschlinge könne auf Grund der anatomischen Verhältnisse keine Kompression des Kolons zustandekommen. Eine etwa 400 Fälle umfassende Statistik hat für die befürwortete Methode 2% Ulcera peptica gegen 3,6% für die hintere Gastroenterostomie ergeben.

E. Keller.

4925.

Can a, Julio Ortiz, **Die Appendixalgie.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 7.) In der sehr ausführlichen, kasuistisch reichen Arbeit beschreibt Verfasser einen Symptomenkomplex, den er erstmalig im Jahre 1897 an sich selbst beobachtete. Anfallsweise sich wiederholende heftige Schmerzen in der rechten Fossa iliaca mit Druckpunkt am Bac Burney. Keine Bauchdeckenspannung, keine Allgemeinsymptome, bereits kurz nach Aufhören der Schmerzen völliges Wohlbefinden. Die Appendektomie beseitigt die Attacken. Die Appendix ist makro- und mikroskopisch völlig gesund. Als Ursache der Attacken nimmt C. Kongestionen des Wurmtes oder Dehnung desselben durch hineingelangte Ingesta an. Verfasser erörtert näher die Klappenverhältnisse. Solche Kongestionen liegen auch bei rechter Ren mobilis vor, wenn durch die tiefer tretende Niere der Blutabfluß behindert wird; die Fixation der Niere beseitigt in diesem Fall die Appendixschmerzen, was, wenn es sich um eine Appendizitis handeln würde, nicht möglich wäre. In diesen Fällen bietet die etwa exstirpierte Appendix lediglich Gefäßverweiterungen. An die Appendixalgie können sich später echte appendizitische Anfälle anschließen, da die Ursachen der Appendixalgie zur Appendizitis prädisponieren. Maximum der Fälle zwischen dem 6. und 25. Lebensjahr, nach dem 40. selten. Die Attacke setzt meist 6 bis 7 Stunden nach der Mahlzeit ein. Der Name Appendixalgie sollte für diesen Symptomenkomplex reserviert bleiben.

Cohn, Hamburg.

4926.

Forgue, Emile, **Ursachen und Mechanismus der postoperativen Embolie.** (Brux. méd., Nr. 46, 1929.) Alle Statistiken stimmen in dem Punkt überein: Die Gefahrenzone liegt zwischen Zwerchfell und Damm, und die Beckenoperationen (Hysterektomie wegen Myom oder Krebs und Prostatektomie) sind diejenigen, bei denen das meiste Risiko besteht. Da die Thrombosengefahr bei Vaginaloperationen nachweislich geringer ist, soll man aus Gründen der Sicherheit Myom- bzw. Krebsoperationen — wenn durchführbar — auf vaginalem Wege ausführen. Die genannten drei Operationen rühren alle an die großen Venenplexi des Beckens, und zwar meist in einem Alter, wo diese Venen erweitert sind und der Strom sich verlangsamt. Es ist das der Beweis für die überragende Rolle, welche bei Entstehung von Thrombosen die Venenstauung spielt. Hier also liegt das wirksame Element unserer Prophylaxe, die Aktivierung der Venenblutzyklulation in diesem Stagnationsgebiet. Bei einfachen Operationen wie Bruch oder Blinddarm ist das Risiko einer Embolie äußerst gering. Trotzdem ist auch ein solcher Eingriff Wechselfällen unterworfen, und man darf daher niemals absolute Garantien geben. Relativ unschädlich vom Standpunkt der Emboliegefahr sind Operationen am Hals und an den Gliedern.

Bis zum 35. Lebensjahr ist die Emboliegefahr gering. Zwischen dem 40. und dem 70. liegt fast die Gesamtheit tödlicher Embolien mit 2 Gipfeln, für die Frau zwischen 40 und 55, für den Mann zwischen 55 und 71. Das sind also die kritischen Perioden, die der Operateur zu fürchten hat. Es ist das Alter, wo kardio-

vaskuläre Veränderungen der Beckenstase günstig sind. Zu dem Alter gesellen sich noch andere Faktoren: bei den Myomkranken die beträchtliche Entwicklung der Venensini, die Insuffizienz des Myokards, die Blutarmut infolge fortgesetzter Blutverluste, die ihrerseits zu einer gesteigerten Gerinnbarkeit als Abwehrmittel geführt haben; bei dem Krebskranken sind es die toxischen Resorptionen im Gebiet der Gewebseinschmelzungen; beim Prostatiker ist es die Nephrosklerose.

Es gibt eine Reihe von Mitteln, die das zirkulierende Blut bei thrombosegefährdeten Patienten verbessern. Keins davon ist eine Panazee, aber in ihrer Gesamtheit geben sie eine relative Sicherheit, und sie zu vernachlässigen wäre fehlerhaft. Die Vermehrung der Gerinnbarkeit und der Viskosität begünstigen die Thrombenbildung, man muß sich also bemühen, diese beiden Eigenschaften des Blutes zur Norm zurückzubringen. Auch der Herzmotor muß intakt erhalten werden: Kampfer, Digitalis usw. sind nicht zu vernachlässigende Hilfsquellen.

In Zeiten von Grippeepidemien soll man nur dringliche Fälle operieren, es ist bekannt, daß sich die Grippe mit spontanen Venenentzündungen komplizieren kann, und es ist beobachtet worden, daß bei Operierten die embolische Venenentzündung einen höchst unerwünschten Zuwachs an Häufigkeit empfangen kann.

Zwei Punkte der operativen Technik sind von prophylaktischer Bedeutung: die Asepsis und die Unverletztheit der Venenwände. Chronische Verstopfung, unter der so viele Frauen leiden, soll methodisch behandelt werden. Die Desinfektion des Darmes in Fällen mit sehr fötiden Stühlen kann beschleunigt werden durch Anwendung einer antilobibazillären Impfung. Diese präventive Bekämpfung der chronischen Kolibazilliose scheint das Risiko der Venenentzündung mit nachfolgender Embolie sehr herabzusetzen. Die Wahl des Narkotikums ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung, wohl aber die Dauer der Narkose und die Menge des verbrauchten Aethers.

Unsere wirksamste Maßnahme nach erfolgter Operation ist die Verhütung der Stromverlangsamung des Kreislaufs. Vorsichtige Bewegung der bettlägerigen Kranken muß vervollständigt werden durch Herzkraftigungsmittel, besonders in Fällen von Tachykardie. Dagegen soll man sparsam mit den Kochsalzinjektionen verfahren, sie scheinen die Gerinnung des stagnierenden Blutes zu begünstigen, und die Chlorretention ist zu vermeiden. Bei Wasser- verarmung ist die Zuführung von Traubenzucker — entweder als Injektion oder als Tropfklystier — das beste Mittel, um die Flüssigkeitsreserven des Körpers wieder aufzufüllen.

Nicht unwichtig ist die Ernährung des Operierten. Sie sei sehr genau dosiert, bevorzuge Gemüsesuppen und Zerealien, gekochte Früchte usw. Wir sündigen mit unserer Tendenz, den Operierten zu sehr und zu rasch zu ernähren. Auch die Milchdiät darf nicht übertrieben werden, denn sie vermehrt, besonders bei Fettleibigen, die Gerinnbarkeit des Blutes. Daneben Sorge man für die regelmäßige Entleerung des Darmes, besonders durch ölige Abführmittel. Viele Thromben nehmen ihren Ausgang von der Darm- schleimhaut, die sich im Zustande chronischer Kalibazilliose befindet. Ein rechtzeitig gegebenes Purgativum ist demnach ebenso wichtig wie das frühe Aufstehen.

Zeigen sich die Anzeichen einer Lungenembolie, so hängt der Ausgang ganz allein von dem Sitz des Gerinnsels ab, nicht von der Behandlung. Die synkopale Embolie entzieht sich unserer Behandlung, sie ist ein Vorgang, der sich in 2 bis 5 Minuten abspielt. Bei den gutartigen Formen bedeutet die Trendelenburgsche Operation einen großen Fortschritt.

Held.

4927.

Schreiner, A., und H. Stocker, **Tetanuserkrankungen im Anschluß an Verbrennungswunden.** (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 32.) (Dermatolog. Klinik Graz.) Bericht über 2 Fälle von Tetanus-erkrankungen, die im Anschluß an Verbrennungswunden auftraten. In dem einen Falle traten die ersten Erscheinungen des Tetanus 3 Wochen, im anderen Falle 4 Wochen nach der Verletzung auf, in beiden Fällen kam es zur Heilung. Eine Infektion im Momente der Verbrennung oder nach der Verbrennung war in beiden Fällen höchst unwahrscheinlich. Verfasser glauben, daß beidemal ein schon früher stattgehabte, jedoch latent gebliebene Infektion durch die Verbrennung aufgeflammt ist. Nach diesen Beobachtungen erschiene es angezeigt, auch bei Verbrennungen prophylaktische Tetanusseruminjektionen auszuführen. Da jedoch bisher Tetanus bei Verbrennungen nicht beobachtet werden konnte, muß wohl in den beschriebenen Fällen einem unglücklichen Zufall eine große Rolle zugemessen werden.

Masłowsky.

4928.

Klein, W. O., **Die Aetherkohlenäurenarkose nach Ombrédanne.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Bei der weiten Verbreitung, welche die Aetherinhalationsnarkose heute noch genießt, ist jede Verbesserung und Erleichterung ihrer Technik zu be-

grüßen und zu beachten. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Verminderung der Aethermenge, die Vorwärmung des Gasgemisches und der Kohlensäurezusatz. Diese Bedingungen erfüllt in idealer Weise die leicht zu beschaffende und zu handhabende Apparatur nach Ombrédanne. Auf Grund seiner ausgezeichneten Erfahrungen empfiehlt Verfasser die weitgehendste Anwendung dieser vervollkommenen Aethernarkose.

Arnold Hirsch, Berlin.

4929.

Rose, Gerhard, **Bericht über unsere Lachgasnarkosen.** (Med. Klin., Nr. 39, 1929.) Bericht über 135 Operationen in Lachgas-Sauerstoffnarkose allein oder unter Zusatz von Aether, ausgeführt an der Chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Benutzt wurde Stickoxydul und ein Narkoseapparat der I. G. Farbenindustrie Höchst. Bei allen Narkosen fiel die Zyanose auf, die auch bei ausreichender Sauerstoffzufuhr nicht zu vermeiden war. Zu bedrohlichen Zuständen hat sie nie geführt. Als weiterer Nachteil der Lachgasnarkose ist die vermehrte Blutung zu nennen, die aber nur bei Magenresektionen störend wirkte. Am wichtigsten ist aber die Tatsache, daß man bei der Lachgasnarkose nie für eine vollkommene Entspannung der Bauchdecken garantieren kann. Man muß aus diesem Grunde bei Laparotomien Aether zusetzen.

Diesen Nachteilen steht als wesentlicher Vorteil die Herabminderung der Dauer und der Schwere der postnarkotischen Beschwerden gegenüber. Die Stickoxydulnarkose ist aus diesem Grunde besonders in den Fällen zu empfehlen, in denen man Patienten in schlechtem Allgemeinzustand keine große Belastung durch die Narkose mehr zumuten kann.

L. Gordon, Berlin.

4930.

Patel, M., und F. Carcassonne, **28 Fälle von Schädeltraumen.** (Progrès méd., 56., Heft 40.) (Hôtel Dieu, Lyon.) In 4 Fällen, wovon 2 schwer waren, lediglich Ruhe, Tieflagerung des Kopfes, Eisblase, weil wohl ausgesprochener Torpor vorlag, aber auch regelmäßiger guter Puls, normale Reflexe, keine Depression, Pupillenungleichheit, Pulsbeschleunigung. Heilung in wenigen Tagen. Bei 9 Trepanationen 3 Todesfälle, 2 davon auf Rechnung des Traumas, 1 durch diffuse Meningoenzephalitis. Nur große weite Trepanation, entweder im Zentrum des Traumas oder bestimmt durch die Lokalisationszeichen; sie haben in vielen Fällen lebenserhaltend gewirkt. Fernresultate: weniger Beschwerden bei den Trepanierten als bei den oberflächlich Schädelverletzten. In 15 Fällen Lendenpunktion. Sie ist leicht, wenn man nicht zu rasch und zu viel abläßt und Liquorhypotension vermeidet. Sie läßt mathematisch die Spannung des Liquors bestimmen, Besserung oder Verschlimmerung. Nie Blockade der Ventrikel oder zerebrales Oedem. Abgesehen von der diagnostischen kommt ihr auch eine prognostische Bedeutung zu. Plötzlicher Tod ist selten, und die Blockade des Bulbus kann vermieden werden, wenn enge Troikars genommen werden und langsam abgelassen wird. Das zerebrale Oedem kommt mehr durch das Trauma als durch die Punktion. Keine weiteren Folgen dadurch.

v. Schnizer.

4931.

König, **Ein Fall von spastischer Skoliose bei einem 10 Tage alten Neugeborenen.** (Jb. Kinderheilk., 74., Heft 5.) Im Anschluß an ein anderthalbtägiges Fieber kam es bei einem 10 Tage alten Säugling zu einer halbseitigen Kontraktur der Bauch- und Rückenmuskulatur und einer angedeuteten der gleichseitigen unteren Extremitätenmuskulatur. 11 Tage später sind die Erscheinungen noch stark ausgesprochen, dann zeigt sich eine deutliche Tendenz zur spontanen Rückbildung; nach weiteren 4½ Wochen sind sämtliche Erscheinungen auf einen orthopädischen Eingriff völlig geschwunden.

Jahr.

4932.

Lassen, Ernst, **Fraktur des Capitulum und Collum radii.** (Hospitalstid., Nr. 36 u. 37, 1929.) 71 Fälle von Fraktur des obersten Endes des Radius sind beobachtet worden. Die Frakturen des Capitulum und Collum des Radius machen 3% aller Frakturen der oberen Extremität aus. Diese Frakturen entstehen durch Fall auf die Hand bei proniertem Unterarm und häufiger noch durch Fall auf den Ellbogen. Man kann oft schon so eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen; aber nur durch die Röntgenphotographie ist die Frakturlinie sicher zu bestimmen. 63 Fälle wurden konservativ, 8 operativ behandelt. Die konservative Behandlung bestand in zeitigen aktiven Bewegungen und eventuell in Massage. 57 Fälle konnten nachuntersucht werden, und von diesen kamen 8 zur Operation. In 31 Fällen war das Resultat bei den konservativ behandelten Fällen ein gutes, in 14 mittelgut und in 4 schlecht. Nur 3 von diesen 57 Fällen waren später durch Schmerzen bei ihrer Arbeit etwas behindert. Chronische Arthritis des Ellbogengelenks war nur selten Folge der Frakturen. Die Resultate des operativen Vorgehens sind nicht besonders günstige. Man sollte die Operation

recht früh vornehmen, wenn dazu in besonders schweren Fällen Indikationen vorliegen, sonst ist stets die konservative Behandlung vorzuziehen und erfolgreicher. S. Kalischer.

4933.

Comby, J., Ueber die Behandlung der akuten Osteomyelitis. (Arch. Méd. Enf., 32., Heft 2, 1929.) Bericht über eine Diskussion über diese Kapitel in der Royal Society of med. in London. Verf. möchte sich nicht auf eine bestimmte Operationsart festlegen, sondern will die Entscheidung von Fall zu Fall treffen. (In Frage kommen vor allem subperiostale Drainage, diaphysäre Drainage und subperiostale Resektion.) Beck, Tübingen.

4934.

Riosalido, Jesús, Von den Verletzungen der Sesambeine der großen Zehe. (Arch. españ. Pediatr., 13. Jahrg., Nr. 5, Mai 1929.) Verfasser will die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte auf die nicht seltenen und oft übersehenen Frakturen der Sesambeine des Metatarsophalangealgelenks der großen Zehe lenken, die im Röntgenbild immer gut zu erkennen sind. Symptome: Schwellung am Großzehengrundgelenk, Schmerz beim Auftreten. Oft wird fälschlich Bursitis, Arthritis, Distorsion oder dergleichen diagnostiziert. Therapie: Heißblut, Massage, eventuell Exstirpation. Schulz, Semblen.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

4935.

Runge, H., Klinik und Therapie der sogenannten Pubertätsblutungen. (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Man kann zwei Gruppen der Blutungsanomalien der Pubertät unterscheiden: 1. die zu häufige oder zu lang andauernde Menstruationsblutung und 2. die atypische Dauerblutung. Zur ersten Gruppe gehören jene Fälle, in denen die Pause vom ersten Tage der einen bis zum ersten Tage der nächsten Regel weniger als drei Wochen beträgt. Häufig sind die Pausen zwischen den Blutungen unregelmäßig, so daß es schwierig ist, zu entscheiden, ob es sich überhaupt um eine Regelblutung handelt. Können in solchen Fällen Entzündungen des Endometriums oder der Adnexe ausgeschlossen werden, so handelt es sich um eine Funktionsschwäche des Ovarialparenchyms. Die zu häufige Regel kommt durch ein vorzeitiges Absterben des Eies und eine dementsprechende vorzeitige Rückbildung des Corpus luteum zustande. Die Stärke und Dauer der einzelnen Blutung steht dagegen nicht in unmittelbarer Beziehung zur Ovarialfunktion. Hier handelt es sich um eine muskuläre Unterfunktion des Uterus. Man findet auch meist in solchen Fällen eine Asthenie oder einen Infantilismus des Uterusmuskels. Die Therapie besteht hier neben den allgemein robrierenden Maßnahmen in einer Verabfolgung von Hormonpräparaten (Follikulin, Menformon, Uden, Progynon) nach einem bestimmten Schema, das sich an die Untersuchungen des Hormonspiegels in Blut und Urin im normalen Zyklus anlehnt. Daneben müssen gelegentlich uteruskontrahierende Mittel (Tenosin, Sekalepräparate) gegeben werden. Operative Behandlung kommt in solchen Fällen niemals in Frage.

Viel schwieriger ist die Behandlung der atypischen Dauerblutungen. Der Grund der Erkrankung liegt hier in einer glandulären zystischen Hyperplasie infolge persistierender Follikel. Der reife Follikel ovuliert hier nicht, es kommt zu keiner Corpus-luteum-Bildung und zu keiner prägravidischen Umbildung der Uterusschleimhaut. Infolge Anhaltens der Follikelproliferation hält in solchen Fällen auch die Proliferation, das Höhenwachstum des Endometriums an. Da das stark wuchernde Endometrium bald im Cavum uteri keinen Platz mehr findet, kommt es zu Zirkulationsstörungen und im Anschluß daran zu Nekrosen und Blutungen. Der Uterus ist in solchen Fällen normal oder sogar etwas über die Norm vergrößert, was durch die wachstumsstimulierende Wirkung des im Ueberschuß produzierten Hormons (Follikulins) erklärt wird. Der äußere Muttermund ist häufig etwas geöffnet, wodurch die Verwechslung mit einem Abort noch leichter entstehen kann. Die endgültige und sichere Diagnose des Leidens kann nur durch histologische Untersuchung des bei einer Probeabrasio gewonnenen Materials gestellt werden. Da durch die Abrasio fast immer die augenblickliche Blutung gestillt wird, so muß sie auch als beste Behandlungsmethode bezeichnet werden. An die Abrasio wird eine Auswischung des Cavum uteri mit Jodtinktur und eine Tamponade des Uterus (die bis höchstens 18 Stunden liegen bleibt) angeschlossen. Gleich darauf wird eine Insulinkur nach folgendem Schema eingeleitet: 1. Tag zweimal 5 E.; 2. Tag zweimal 10 E.; 3. Tag zweimal 15 E.; 4. und 5. Tag je zweimal 20 E.; 6. und 7. Tag je zweimal 30 E.; 8. und 9. Tag je zweimal 40 E.; 10. Tag zweimal 30 E.; 11. Tag zweimal 20 E.; 12. Tag zweimal 15 E.; 13. Tag zweimal 10 E.; 14. Tag zweimal 5 E. Als Unterstützung der Kur

werden täglich heiße oder kalte Scheidenspülungen und Tenosin oder Sekalepräparate per os verabfolgt. Ovarialhormone dürfen in solchen Fällen natürlich nicht gegeben werden. Treten nach dieser konservativen Therapie Rezidive auf, so kann man unbedenklich mehrere Male abradieren. In verzweifelten Fällen muß die temporäre Röntgenkastration durchgeführt werden, die aber nur als Ultima ratio anzuwenden ist, da die Frage der Keimschädigung noch nicht geklärt ist. L. Gordon, Berlin.

4936.

Bauer, Albert W., Ueber den Einfluß der sauren Ernährung einerseits sowie der basischen Ernährung andererseits auf die Selbstreinigung der Scheide. (Med. Klin., Nr. 39, 1929.) Verfasser hat wegen rheumatischer Beschwerden an sich selber verschiedene Kostarten ausprobiert und ist zu einer vitaminreichen, fleischarmen Mischkost mit tunlichster Kochsalzeinschränkung und Ueberschuß von Alkalibildnern gekommen. Seitdem er sich auf diese Weise ernährt, leidet er an keinen rheumatischen Beschwerden mehr und ist auch vom üblichen Schnupfen im Frühjahr und Herbst verschont. Besonders wohl fühlt er sich, seit er morgens nüchtern bleibt und zum ersten Male erst mittags ißt. Der Tageszettel setzt sich folgendermaßen zusammen: Erste Mahlzeit am Tage mittags 13 Uhr, bestehend aus Gemüse, Kartoffeln, Salat, Mehlspeise; 17 Uhr ein Glas rohe Milch oder Obst; abends 20 Uhr als Hauptgericht abwechselnd saure Milch, Joghurt, Gemüse, Mehlspeise oder zwei Eier, dann Brot, Butter, Käse, Radieschen, Salat, Obst. Zwei bis dreimal in der Woche mittags rasch abgebratenes Fleisch. Zu achten ist darauf, daß nicht mehr als 4 bis 5 g Kochsalz im Tage verbraucht werden.

Verfasser hat weiterhin versucht durch verschiedene Kostformen den unspezifischen Fluor zu beeinflussen. Ganz ausgezeichnete Erfolge ließen sich erzielen durch eine Kostform, die den intermediären Stoffwechsel mehr in basische Richtung drängt. Die Kost bestand aus Obst, getrockneten Früchten, Nüssen, Salat und anderen rohen Gemüsesorten, wie Radieschen, Tomaten, Gurken, gelben Rüben, rohem Sauerkraut, dem Bircher-Müsli, roher süßer Milch, Kartoffeln und gedämpftem Gemüse. Interessant ist, daß in drei Fällen nach zweiwöchiger basischer Kost im Ausstrich Gonokokken erschienen, obwohl vor der Behandlung kein Anhaltspunkt für eine Gonorrhö bestand. L. Gordon, Berlin.

4937.

Siebek, Harald, Die Behandlung der Ovarialinsuffizienz mit Sexualhormon. (Münch. med. Wschr., 76. Jg., Nr. 42.) Die therapeutische Leistungsfähigkeit der Hormonpräparate läßt sich objektiv am „Wachstumstest“ und am „Regeltempotest“ prüfen.

Der Wachstumstest ist positiv, wenn es gelingt, aus einem unterentwickelten, kleinen, leistungsschwachen Uterus als Zeichen vegetativer Ovarialinsuffizienz einen vollentwickelten Uterus zu machen, der den Anforderungen des mensuellen Zyklus und der Gravidität gewachsen ist; das bedeutet klinisch Besserung und Heilung der durch Ovarialinsuffizienz bedingten mensuellen Beschwerden (schmerzhafte Regelblutungen, nervöse Begleiterscheinungen, Exantheme usw.)

Der Regeltempotest ist positiv, wenn es gelingt, bei Amenorrhöe, bei zu seltenen oder zu häufigen Regelblutungen als Zeichen generativer Ovarialinsuffizienz einen regelmäßigen, möglichst etwa vierwöchentlichen mensuellen Zyklus zu erzielen.

Beide Tests, einzeln oder zusammen, wurden durch Menformongaben nach bestimmten Schema mit höchstens vier Kuren erzielt, wenn nicht gleichzeitig anderweitige (pluriglanduläre) Störungen vorlagen.

Erscheinungen pluriglandulärer Störungen, bei denen Hormontherapie aussichtslos ist, sind Amenorrhöe nach Fettsucht und Infantilismus.

Arnold Hirsch, Berlin.

4938.

Suarez, Ramon Ascanio, Maligne Entartung einer Dermoidzyste des Ovars. (Rev. Med. y Cir. Hab., Jg. 34, Nr. 8.) (National Hosp. „General Calixto Garcia.“) Die Untersuchung der Kranken führte zur Diagnose eines Uterus fibromatosus mit zahlreichen Knoten, da das Ovar nicht vom Uterus abgrenzbar war. Die Operation deckte dann eine kindskopfgroße Dermoidzyste des rechten Ovars auf mit Uebergreifen auf die Tube und zahlreichen Metastasen auf Uteruswand und Peritoneum. Histologisch maligne Entartung des Zystenepithels, das vom Typ des Malphigischen Epithels war. Totalexstirpation. Exitus unter zunehmender Kachexie 2½ Monate p. O. Maligne Entartung solcher Dermoidzysten ist äußerst selten beobachtet worden.

Cohn, Hamburg.

4939.

Muret, M., Indikationen der Sterilisation bei der Frau. (Gynéc. et Obstétr., 20., Nr. 3.) Universitäts-Frauenklinik, Lausanne.) Die Sterilisation, d. h. ein Eingriff, um bei der

Frau die Möglichkeit der Konzeption und der Fortpflanzung zu unterdrücken, ist im allgemeinen indiziert, wenn bei derselben ein pathologischer Zustand vorhanden ist, der bei jeder Schwangerschaft oder bei jeder Entbindung ihr Leben in Gefahr bringt oder ihre Gesundheit schwer bedroht. — Die speziellen Indikationen für die Sterilisation sind entweder geburtshilflich-gynäkologischer Natur oder sie sind durch chronische Krankheiten anderer Organe begründet. Zu der ersten Gruppe gehören sehr enge Becken, sogenannte Kaiserschnittbecken, ferner durchgemachte Tubargravidität, obgleich dabei die Ansichten verschiedenen sind, ebenso wie bei der Indikation für die Sterilisation nach Uterusruptur die Meinungen je nach der persönlichen Erfahrung geteilt sind. Die Sterilisation kommt weiterhin in Frage, im Verein mit gynäkologischen Operationen, besonders in Fällen, in denen das plastische oder funktionelle Resultat durch neue Entbindungen verringert oder vernichtet werden könnte. Von den eigentlichen medizinischen Indikationen sind zu nennen die Tuberkulose, bei der allerdings von Fall zu Fall zu entscheiden ist, ob eine Sterilisation auszuführen ist und bei der vor allem bei der Larynx tuberkulose immer eine stricte Indikation vorhanden ist, gewisse Herzaffektionen, gewisse Nierenerkrankungen. Ferner ist bei einigen psychisch-nervösen Erkrankungen, bei der Osteomalazie in vielen Fällen, bei der perniziösen Anämie und bei einigen schweren nervösen Erschöpfungszuständen und hochgradiger Blutarmut infolge aufeinanderfolgender Entbindungen und Wochenbetten die Sterilisation am Platze. — Die Frage der eugenetischen und sozial-prophylaktischen Indikationen ist besonders in Deutschland noch ganz besonders umstritten.

Rudolf Katz, Berlin.

4940.

Laffont, A., *Die Methoden zur Sterilisation der Frau.* (Gynéc. et Obstétr., 20., Nr. 3.) (Geburtsh. Klinik, Algier.) Die Sterilisation wird erreicht durch biologische, physikalische oder durch chirurgische Maßnahmen. Die temporäre Sterilisation hat die besten Erfolge bisher mit Radium und mit Röntgenbestrahlung zu verzeichnen gehabt. Danach kommen die chirurgischen Methoden und endlich die biologischen, die noch im Dunkeln tapen, und vorläufig — wenn auch nicht ohne Erfolg — nach Lösung im Laboratorium als auch klinisch suchen. Die Uebelstände der Röntgenstrahlen bestehen vor allem in der Unsicherheit in bezug auf die Zukunft der Nachkommenschaft und in bezug auf eine Schädigung des Ovarium in seiner Eigenschaft als Drüse mit innerer Sekretion. Das Radium, das fast gar nicht auf das Ovarium Einfluß hat, sondern vor allem auf die Uterusschleimhaut, wird hier die größten Dienste leisten. Die definitive Sterilisation kann durch Röntgenstrahlen und durch das Radium erzielt werden, aber die Uebelstände haben ihren Grund in der Notwendigkeit hoher Strahlendosen. Die Schwierigkeit der Dosierung dieser Strahlen ist tatsächlich; die chirurgische Methode wird sicherer in ihrer Wirkung sein, weniger unangenehm in ihrer unmittelbaren Folge und gefahrloser in ihren späteren Resultaten. — Von den chirurgischen Methoden kommen für die definitive Sterilisation als die wirksamsten die tubaren Eingriffe in Betracht: die doppelseitige Kompression der Tuben mit nachfolgender Ligatur und die Durchschneidung bzw. Resektion mit nachfolgender Einpflanzung in das Lig. latum, die beide am meisten Erfolg zeigen und technisch einfach und schnell ausführbar sind. Die temporäre Sterilisation erfolgt mit günstigen Resultaten durch intraligamentäre Einpflanzung der Tubenpavillons usw.

Die Komplikationen dieser verschiedenen Operationen bestehen in Darmadhäsionen, Ileus und Extrauterin graviditäten, trotzdem ist die chirurgische Methode bei der schwangeren Frau am meisten von den Sterilisationsmethoden zu empfehlen.

Rudolf Katz, Berlin.

4941.

Mendenhall, A. M., und David L. Smith, *Leberextrakt bei Schwangerschaftstoxämie.* (J. Am. Med. Assn., 92., Nr. 24, 1929). Im Gegensatz zu den vor mehr als einem Jahre von Miller und Martinez mitgeteilten günstigen Resultaten bei der Behandlung der Schwangerschaftstoxämie mit Leberextrakt, sind die von Verfassern beschriebenen Erfolge nicht sehr ermutigend. Das von den Verfassern verwendete Leberextrakt „Heparmon“ erwies sich nur in einem einzigen von 25 Fällen als einigermaßen wirksam. Aber auch in diesem Falle sind Verfassern der Ansicht, daß das Verschwinden der toxämischen Erscheinungen irgendeinem unbekannten Faktor zuzuschreiben ist. In einzelnen Fällen stellte sich nach Verabreichung von Heparmon sogar Verschlimmerung im Befinden der Patienten ein, die mitunter bedrohlichen Charakter annahm. Die von Miller und Martinez mitgeteilten Resultate können Verfassern somit nicht bestätigen. L. Büchler, Wien.

4942.

Gullfhsen, R., *Eine extrauterine Schwangerschaft mit ausgetragener, lebender Frucht.* (Finska Lak. sällsk. Hdl. 71, H. 9,

1929.) Verfasser beschreibt einen Fall von extrauteriner Schwangerschaft bei einer III-Para. Laparatomie. Das Kind liegt frei in der Bauchhöhle, ist ausgetragen und lebt noch eine halbe Stunde nach der Exstruktion. Gewicht 3350 g. Die Gebärmutter, von der Größe zweier Fäuste, ist von der Frucht völlig isoliert. Fruchtsack geborsten, von den linksseitigen Adnexen ausgegangen. Es erwies sich sehr schwierig, über die Beziehungen der Plazenta und der Eihäute sofort eine sichere Orientierung zu gewinnen. Infolge eines unglücklichen Versehens wurden aber die extirpierten linksseitigen Adnexa samt den Resten des geborstenen Fruchtsackes schon vor Abschluß der Operation beiseite geschafft, weshalb eine nachträgliche, eingehende Untersuchung derselben nicht mehr erfolgen konnte.

E. Keller.

4943.

Tevfik, K., *Extrauterine und extramembranöse Bauchschwangerschaft mit achtmonatigem lebendem Kind.* (Zbl. Gynäk., Nr. 46, 1929.) Ueber den seltenen Fall einer nahezu ausgetragenen Extrauterin gravidität mit lebendem Kind berichtet Verfasser aus der Universitätsfrauenklinik Konstantinopel. Die Schwangerschaft ist, wie sich bei der Sektio caesarea nachweisen ließ, ursprünglich in der linken Tube entstanden. Durch die geplätzte Tube ist das Ei dann in die Bauchhöhle eingewandert. Die Plazenta hatte sich teils auf dem Peritoneum des Douglasschen Raumes, teils auf den Därmen festgesetzt. Der Fötus war durch ein Loch in der hinteren Wand aus der Fruchtblase wahrscheinlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten herausgewandert und ist dann extramembranös bis zum achten Schwangerschaftsmonat weitergewachsen. Das Kind lebte im Brutofen bei 28 Grad Celsius noch 62 Stunden. Auch die Mutter hat den Eingriff nicht überstanden und verstarb am Tage nach der Operation unter den Erscheinungen der Herzschwäche.

Schwab, Hamburg.

4944.

Merkler, Deszö, *Geburt und Laktation bei einem Fall von schwerem Diabetes mellitus.* (Med. Klin., Nr. 38, 1929.) Es wird an Hand eines Falles gezeigt, daß man auch bei ganz schwer diabetischen Graviditäten mit Hilfe des Insulins die Schwangerschaft ohne besondere Gefahr für Mutter und Kind zu Ende führen kann. Die Diät und die Insulindosis muß dabei der ständig zu kontrollierenden Stoffwechsellage angepaßt werden. Intra partum ändert sich die Stoffwechsellage plötzlich, was leicht zu einem hypoglykämischen Koma führen kann. Die Laktation führt zu einer Verminderung des Zuckergehaltes des mütterlichen Organismus; im Falle des Verfassers mußte während der Stillperiode die Insulindosis von 140 E. auf 52 E. reduziert werden.

L. Gordon, Berlin.

4945.

Kobes, Rudolf, *Zur Therapie der Post-partum-Eklampsie.* (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 41.) An drei Krankengeschichten wird die gute therapeutische Wirkung von intravenös injizierten Pernokton auf eklamptische Frauen beschrieben, bei denen die bisher übliche Therapie der Post-partum-Eklampsie versagt hatte.

Arnold Hirsch, Berlin.

4946.

Henrard, E., *Unsere Erfahrungen mit der „Durchschnittsnarkose“.* (Zbl. Gynäk., Nr. 45, 1929.) Zum Zwecke der schmerzlosen Geburtsbeendigung empfiehlt Verfasser die „Durchschnittsnarkose“ Labhardts. Mit der Chloroformtropfnarkose soll nicht eher begonnen werden, als bis die kindliche Stirn am Hinterdamm zu fühlen ist und in der Wehenpause nicht mehr zurückgleiten kann. Das Tempo des Durchtritts muß selbstverständlich vom Geburtshelfer mit der linken Hand reguliert werden, während die rechte Hand den Dammschutz macht. Bei Erstgebärenden wird sich meist eine kleine Episiotomie, die seitlich, nicht median, anzulegen ist, nicht umgehen lassen. Auch empfiehlt es sich, daß der Narkotiseur mit einer Hand auf den Fundus uteri bzw. auf den kindlichen Steiß drückt, um die in der Narkose fehlende Bauchpresse gewissermaßen zu ersetzen. Schädigungen für das Kind hat Verfasser im Gefolge dieser Durchtrittsnarkosen niemals bemerkt, doch wird als Nachteil für die Mutter die Beobachtung erwähnt, daß die Blutungen stärker sind als ohne Anwendung der Narkose. Frauen, die einmal eine Atonie gehabt haben, sind also von der Narkose auszuschließen. Störend wirkt auch nicht selten das Exzitationsstadium. Hilfspersonen zum Halten der zu Entbindenden sind daher erforderlich.

Schwab, Hamburg.

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

4947.

Vieira, Julio, *Abnorme Ursachen der Epistaxis.* (Folha med. X., 22., 263.) (Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro.) In dem

einen Falle handelte es sich um eine schwere Blutung aus dem Nasenrachenraum infolge einer Ostitis des Oberkiefers; bemerkenswert war dabei, daß die Blutung sofort zessierte, sobald der Kranke Rückenlage einnahm. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Blutung aus einem Gefäßzweig der Art. sphenopalatina, während im dritten nur eine solche aus dem übermäßig großen Ostium maxillare.

Ashkenasy, Wien.

4948.

Jung, G., Bericht über die von 1903 bis 1929 an der Universitätsklinik bzw. Poliklinik zu Breslau beobachteten 175 Fälle von Sinusphlebitis. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 5.) (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankh. Breslau.) Verfasser tritt für ein möglichst aktives Vorgehen ein, das vor allem in zweifelhaften Fällen einem Abwarten vorzuziehen sei. Dies bezieht sich insbesondere auf die Frage der Jugularisunterbindung und auf die Indikation zur Bulbusfreilegung. Empfohlen wird hierbei eine Ligatur ohne Durchtrennung der Vene und eine Drainage des geschlitzten peripheren Stumpfes.

F. G. Katz, Berlin.

4949.

Noltenius, Friedrich, Heilung von Kopfschmerzen und verwandten Zuständen durch intranasale Eingriffe. (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Eine größere Anzahl nervöser Reizzustände, vornehmlich Kopfschmerzen und Rhinitis vasomotorica, können ihren Ausgangspunkt in der Nase haben. Die „nasalen“ Kopfschmerzen bilden das große Heer der „alltäglichen“ Kopfschmerzen. Sie sind meist einseitig und erstrecken sich über das ganze Gebiet des ersten Astes des Trigeminus. Meist klagen die Patienten über einen dumpfen Druck oder über einen eingenommenen Kopf. Gewöhnlich beginnen die Schmerzen in der Frühe und haben die Neigung, im Verlaufe des Tages zuzunehmen. Die Diagnose der Ätiologie der Kopfschmerzen kann durch den „Kokainversuch“ gestellt werden. Bringt man bei bestehenden Kopfschmerzen ein Wattebäuschchen mit Kokain zwischen Septum und mittlere Muschel, so verschwinden sie bei nasalem Ursprung in zwei bis drei Minuten. Als auslösender Faktor bei nasalen Kopfschmerzen ist ein Druck des verdickten oder verbogenen Septums auf das vordere Ende der Muschel anzusehen. In den allermeisten Fällen läßt sich eine Dauerheilung durch eine hohe submuköse Septumresektion erzielen. Man muß zu diesem Zwecke recht radikal vorgehen und den Knorpel nach oben vorne hin vollkommen entfernen. Es bleibt nur ein schmaler Streifen längs dem Nasenrücken erhalten. Besteht keine Verdickung des Septums, so kann es vorkommen, daß die mittleren Muscheln an der vorderen Kante hakenförmig nach dem Septum zu umgebogen sind. In solchen Fällen genügt ein Abtragen des Muschelrandes in geringer Ausdehnung.

L. Gordon, Berlin.

4950.

Proda, Enrique, Die latente oder unerkannte eitrige Mittelohrentzündung der jungen Säuglinge. (Arch. Españ. de Pediatr., Jg. XIII, Nr. 5, Mai 1929.) Bei sehr genauer mikroskopischer Untersuchung findet man in fast 80% im Mittelohr oder Mastoid junger Säuglinge eitrige Exsudate, obwohl nicht immer während des Lebens dafür Symptome bestanden hatten. Meist wurde der Pneumokokkus als Erreger gefunden, mitunter auch Staphylokokken, sehr selten Tuberkelbazillen. Dr. Rendu, Otologe in Lyon, untersuchte den Gehörapparat von 19 Kindern, die aus verschiedenen Ursachen in seine Klinik eingeliefert und zum Exitus gekommen waren. Er fand bei 18 einen positiven Befund. Die Todesursachen waren sehr verschiedene, 1. Affektionen, die mit dem Ohr anscheinend nichts zu tun hatten (Keuchhusten, Bronchopneumonie usw.), dann Krankheiten, die in Beziehung stehen mochten mit dem Ohrbefund (Lungen-Infarkt, Lungen-Gangrän), und schließlich die Affektionen des Ohres selber. Verfasser glaubt, daß viele Säuglinge zu retten sind, wenn mehr an die Möglichkeit einer Otitis media gedacht wird; er tritt sehr für frühzeitige und ausgiebige Anwendung der Parazentese ein, auch bei zweifelhafter Diagnose. Die Otitis media der jungen Säuglinge ist sehr oft durch stürmische Magen-Darm-Erscheinungen kompliziert, eine Tatsache, auf die schon Troelsch im Jahre 1860 hingewiesen hat.

Schulz-Sembten.

4951.

Fontes, Chryso, Lokalimmunisation bei diphtherischen Otitis und Rhinitis. (Folia med., X., 22., 275.) Die radikale Lösung der Frage der Behandlung bei Diphtherie des Ohres und der Nase liegt in der Verwendung des Ramonschen Anatoxins. Außerdem kommt in geeigneten Fällen die Therapie mit der Besredkaschen Salbe nach folgender Formel in Betracht: Antidiphtherieserum (10 000) 10,0, Lanolin 10,0, Vaseline 5,0. Die Salbe wird in die Haut eingerieben. In den meisten so behandelten Fällen erzielte Verfasser einen raschen und dauernden Erfolg bezüglich des prompten

Verwindens der Löfflerschen Bazillen, Abstoßung der Membranen und Rückgang der subjektiven Krankheitserscheinungen.

Ashkenasy, Wien.

4952.

de Sanson, David R., Hypertrophie des Processus styloideus (Angina styloidea). (Folia med., X., 22., 256.) (Policlinica de Botafogo, Rio de Janeiro.) Es handelt sich um drei Fälle von Hypertrophie des Processus styloideus, welche eine Vorbuchung der Tonsillennische erzeugte und vor allen zu Deglutations- und Respirationsschwerden führte. Die Therapie bestand in Tonsillektomie und Entfernung des hypertrophierten Teiles des Prozessus. In vielen Fällen genügt zur Behebung der Beschwerden die Tonsillektomie allein.

Ashkenasy, Wien.

4953.

Zisenis, K., Ueber Dekubitalgeschwüre an der Hinterfläche des Larynx und an der hinteren Pharynxwand. (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 5.) (Univ.-Ohren-, Nasen- und Halsklinik Leipzig.) Verfasser berichtet über drei Fälle von Dekubitalgeschwüren an der hinteren Pharynx- und Larynxwand bei alten marantischen Leuten mit Atembeschwerden, die eine Tracheotomie erforderten. Praktisch wichtig ist die leicht mögliche Verwechslung der Veränderungen im Hypopharynx mit einem Tumor.

F. G. Katz, Berlin.

4954.

Lukowski, L. A., Die Mikroflora des Waldeyerschen Rachenringes. I. Teil: Qualitative bakteriologische Untersuchung der Gaumenmandeln bei der chronischen Tonsillitis (im Zusammenhange mit der Lehre von der „Herdeinfektion“). (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 5.) (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh. Woronesh und Sanit.-Bakteriolog. Institut Woronesh.) Verfasser hat umfangreiche bakteriologische Untersuchungen an chronisch erkrankten Tonsillen ausgeführt. Neu an seinen Ergebnissen ist, daß bei chronischer Tonsillitis eine Reinkultur der Plaut-Vincentischen Symbiose gefunden werden kann, ohne daß Merkmale einer Angina ulceromembranacea vorliegen.

F. G. Katz, Berlin.

4955.

de Souza, Coelho J., Dysphagie als prädominierendes Symptom bei kleinen Schilddrüsenzysten. (Folia med., X., 22., 274.) (Policlinica de Botafogo, Rio de Janeiro.) Verfasser berichtet über drei einschlägige Beobachtungen, bei denen neben den subjektiven übrigen geringen Symptomen auch objektive Zeichen in Form von suprasternalen Tumoren vorhanden waren. Die Therapie war chirurgisch.

Ashkenasy, Wien.

4956.

Waldapfel, Richard, Zur Frage der Heilwirkung des Erysipels auf bösartige Tumoren. (Wien. med. Wschr., 79., Nr. 32.) (Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankh. in Wien.) Beobachtungen an 14 Fällen maligner Tumoren der oberen Luft- und Speisewege, in deren Verlauf ein Erysipel auftrat, ergaben: der Krankheitsverlauf bleibt durch das Erysipel unbeeinflusst, es läßt sich kaum eine Differenz in der Beeinflussung zwischen Sarkom und Ca feststellen. Auch der Zeitpunkt des Auftretens des Erysipels ist gleichgültig. Auch in Kombination mit verschiedenen Behandlungsmethoden (Röntgen, Radium usw.) konnte kein Einfluß auf den Verlauf beobachtet werden. Die zu beobachtenden Besserungen sind nicht bedeutender als diejenigen, die vielfach spontan oder bei irgendeiner palliativen Behandlung beobachtet werden. Mitunter tritt im Anschluß an das Erysipel rapideres Wachstum des Tumors ein. Das Erysipel ist eine gefährliche Komplikation im großen Mortalität, weshalb vor der Erysipeltherapie gewarnt wird.

Haut- u. Geschlechtskrankheit., Urologie

4957.

Bommer, Sigwald, Grundlagen und Ausblicke der Diätbehandlung des Lupus vulgaris. (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Wenn man die Frage aufwirft, ob Heilungsvorgänge bei der Tuberkulose bekannt sind, die auf die Wirkung von Vitaminen zurückzuführen sind, so muß man sagen, daß eine Reihe von Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen für eine Rolle des Vitamingehaltes der Nahrung bei Entstehung und Verlauf von Tuberkulose sprechen. Es besteht eine auffallende Ähnlichkeit der Heilfaktoren bei der Rachitis und der Tuberkulose, es gelingt aber nicht, den Lupus durch Vigantol heilend zu beeinflussen. Auch die Wirkung von Lichtstrahlen scheint bei Rachitis und Tuberkulose verschieden zu sein. Bei ersterer sind Bestrahlungen mit Quecksilberdampflicht sehr wirksam, bei der Hauttuberkulose ist dies nicht der Fall. Hier

ist das natürliche Sonnenlicht dem künstlichen viel überlegen. Es muß daher angenommen werden, daß die Wirkung bei Rachitis und Tuberkulose zwar irgendwie gleichsinnig, aber nicht gleich verläuft.

Unklar ist auch die Frage über die Möglichkeit einer Aenderung der Wasserstoffionenkonzentration im Bereich des Krankheitsherdes und über ihren Einfluß auf den Krankheitsverlauf. Es steht jedenfalls fest, daß eine Aenderung der Wasserstoffionenkonzentration im Bereich des erkrankten Gewebes unter dem Einfluß der Tuberkulosekost, wenn eine solche Aenderung überhaupt erzielt werden kann, erheblich hinter der zurückbleiben muß, die durch die Wunddiät im akut entzündeten Wundgebiet bedingt wird. Daß diese evtl. auftretende Aenderung imstande sein soll, auf den Tuberkelbazillus selbst einzuwirken, ist unwahrscheinlich.

Was die Rolle der Mineralsalze bei der Diätbehandlung anbelangt, so ist vor allem zu sagen, daß uns bisher jegliche Kenntnisse darüber fehlen, ob die Kochsalzmenge, welche wir bei unserer gewohnten alltäglichen Kost zu uns nehmen, für den menschlichen Körper schädlich ist. Wir wissen auch nichts Genaues über die Möglichkeit, bestimmte Ionen im Gewebe zum Ansatz zu bringen. Es ist auch fraglich, ob es bei der Tuberkulose zu einer besonderen Verarmung des menschlichen Körpers an Mineralsalzen kommt, ob es infolgedessen notwendig oder zweckmäßig ist, auf einen Wiederansatz der Salze bedacht zu sein.

Der klinische Verlauf der Heilung von Lupusherden wurde vom Verfasser durch histologische Untersuchungen verfolgt. Die Lupusknoten sind vor der Diätbehandlung von einer ödematös geschwellenen und blauröt verfärbten Haut umgeben. Blaurote Farbe und Oedem bilden sich häufig schon einige Tage nach Beginn der Diätbehandlung zurück, um dann allmählich im Verlaufe von Wochen zu verschwinden. Ist dies geschehen, so zerfließen die Knoten und werden durch eine kleine weiße Narbe ersetzt. Im Bereich von Röntgenschädigungen verschwinden unter dem Einfluß der Diät die sklerodermieartigen Schwellungen. Sehr gut beeinflusst werden auch die sogenannten hypertrophischen Narben. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß durch die Tuberkulose eine Beeinflussung des Gefäßsystems, eine Besserung der Zirkulationsverhältnisse und eine Wiederherstellung des gestörten Wasseraustausches zwischen Gefäßsystem und Gewebe bewirkt wird.

Verfasser nimmt an, daß die Diät und ihre Faktoren zunächst in der Kapillarwand angreifen. Alle anderen Vorgänge lassen sich als Folge dieser Wirkung auf die Kapillarwand und ihre Zellen aufweisen. Dafür spricht unter anderem auch die Tatsache, daß die Gefäßwandzelle diejenige Stelle des Organismus darstellt, wo eine Verankerung im Blut kreisender kolloidaler Substanzen erfolgt. Den Gefäßwandzellen obliegt schließlich eine wichtige Rolle bei entzündlichen Vorgängen: so stammen wohl auch die Epitheloid- und Riesenzellen des typischen Tuberkels von Gefäßwandzellen bzw. Endothelzellen ab. Da nun aber die Gefäßwandzellen über ihre Bedeutung bei der Entzündung hinaus grundlegend für die Konstitution des betreffenden Individuums sind, so muß angenommen werden, daß durch die Tuberkulosediet eine Aenderung der krankhaften Konstitution erzielt werden kann.

L. Gordon, Berlin.

4958.

Nissle, Karl, Ueber die Höhe des Blutzuckers bei eitrigen Entzündungen der Haut. (Med. Klin., Nr. 38, 1929.) Die Nüchternblutzuckerwerte bei Staphylokokken- und Streptokokkeninfektionen nach abgelaufener Entzündung sind durchaus normal. Die bei Infektionen beobachtete Hyperglykämie ist, sofern besondere Momente nicht vorliegen, augenscheinlich auf bestehende Entzündung und Temperaturerhöhung zurückzuführen; jedoch ist sie nicht notwendig mit Hyperglykämie verbunden.

L. Gordon, Berlin.

4959.

Kadisch, E., Beiträge zur Lehre von den Dermatomykosen. I. Mitteilung: Ueber das Wachstum von *Achorion gypseum* auf Meerschweinchenorganen und über die Züchtungstemperatur. (Arch. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) Werden innere Organe von Meerschweinchen intra vitam durch intrakardiale Injektion oder nach erlicher Entnahme direkt beimpft und in der feuchten Kammer gehalten, so wächst *Achorion gypseum* auf ihnen. Die optimale Züchtungstemperatur liegt bei 27°; 37° ist besonders schlecht geeignet, woraus es sich auch erklärt, daß *Achorion gypseum* beim Menschen im allgemeinen ein Hautparasit ist und nicht zu Erkrankungen an den inneren Organen führt. Ernst Levin, Berlin.

4960.

Jordan, A., Ist die *Poikiloderma atrophicum vasculare* *cobli* eine selbständige Krankheit oder nicht? (Dermat. Wschr., Nr. 46, 1929.) Die *Poikiloderma atrophicum vasculare* ist ausgezeichnet durch die große Buntheit der Erscheinungen, bestehend

aus Flecken, Rötungen, Knötchen, geringer Schuppung, Teleangiectasien oder Hämorrhagien und Atrophien bei fehlenden oder kaum nennenswerten subjektiven Erscheinungen, chronischem Verlauf und gutem Allgemeinbefinden. Es bestehen Ähnlichkeiten mit *Lupus erythematosus*, *Atrophia cutis idiopathica*, *Sklerodermie*, *Purpura Majocchi*, bisweilen auch mit *Lichen*, *Pityriasis rubra Hebra*, in vereinzelten Fällen mit *Naevus angiomaticus*, aber doch immer so entschiedene Abweichungen in der Buntheit der Erscheinungen, der allgemeinen Gutartigkeit, der Lokalisation, dem langsamen Verlauf, dem histologischen Befunde, daß an der Auffassung eines eigenartigen selbständigen Krankheitsbildes festgehalten werden muß. Die Mehrzahl der Fälle betrifft Personen im mittlerem Alter. Unter den verschiedenen ätiologischen Momenten verdient das einer endokrinen Störung größte Beachtung: es sind auch durch Darreichung endokriner Präparate Besserungen oder wenigstens Stillstände erzielt worden. Ernst Levin, Berlin.

4961.

Meleney, Frank L., Gangrän durch hämolytische Streptokokken. (J. Amer. Med. Assn., 92, Nr. 24, 1929.) Hämolytische Streptokokkengangrän ist ein klinisch wohl charakterisiertes Krankheitsbild. Die wichtigsten klinischen Kennzeichen sind: 1. die Raschheit, mit der das Krankheitsbild sich entwickelt; 2. die tiefe Prostration der Patienten, die sich manchmal zur völligen Apathie steigert; 3. dunkle Verfärbung der Haut mit Bläschen oder Blasenbildung, gewöhnlich am dritten oder vierten Tage der Erkrankung einsetzend. Genauere Betrachtung der Veränderungen läßt eine Verwechslung mit Erysipel kaum zu. Der Rand ist nicht erhaben und in der Regel unscharf. Von den gewöhnlichen Streptokokkeninfektionen unterscheidet sich der durch hämolytische Streptokokken hervorgerufene Prozeß durch die ungemein rasche Entwicklung der lokalen und Allgemeinerscheinungen, die Seltenheit der Lymphangitis und Lymphadenitis und durch das frühzeitige Auftreten von Blasen. Im Gegensatz zu anderen Streptokokkenprozessen ist die Inzision chestens, d. h. sobald die Diagnose gestellt ist, und ausgiebigst vorzunehmen. L. Büchler, Wien.

4962.

Lehner, E., und E. Rajka, Wärmeurtikaria. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) An der Hand eines Falles, in dem auf verschiedenartige örtliche Wärmewirkungen urtikarielle Erscheinungen auftraten, wurde, ebenso wie früher bei der Lichtentzündung und der Urticaria facticia, die in den Geweben bzw. Zellen stattfindende Bildung eines entzündungsvermittelnden Stoffes nachgewiesen, der neben der physikalischen Einwirkung mitwirkt. Dieser Stoff wirkt nicht für sich allein, sondern nur an den durch die Wärme einwirkung beeinflussten Stellen. Durch wiederholte Wärme einwirkung gelang es, die Pat. zu desensibilisieren, was, wenigstens zum Teil, durch die Bildung entzündungsvermindernder Stoffe zu erklären ist. Dadurch, daß diese Stoffe in den Kreislauf gelangen, wird auch an ferner gelegenen Hautstellen die Reaktionsfähigkeit herabgesetzt. Der bei der Wärme einwirkung gebildete Stoff spielt vielleicht auch bei der Ermüdung und psychischen Urtikaria eine Rolle, da bei einem Teile dieser eine Ueberempfindlichkeit gegen Wärme maßgebend ist. Ernst Levin, Berlin.

4963.

Vohwinkel, K. H., Keratoma hereditarium mortilans. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) (Städt. Hautklin. Essen.) In einem Falle von Keratoma hereditarium nahm der Verhornungsprozeß einen so extremen Charakter an, daß es zu Abschürfungen einzelner Fingerglieder kam. Sie kommen in den natürlichen Hautfalten zirkulär durch Retraktion des sukulenten und elastischen Horns zur Ausbildung. Bei dem Kinde der Pat. lag ein gleichartiger, im Beginn befindlicher Prozeß vor; dieser Umstand sowie der Befund am Nervensystem, Probeexzision und Röntgenbild ließen andere Affektionen, an die zunächst gedacht wurde (Syringomyelie, Lepra, Raynaud) ausschließen. Ernst Levin, Berlin.

4964.

Karrenberg, C. L., Nagelepidermophytie mit positiver Kultur. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) Von einem an generalisierter Mykose leidenden Patienten konnte von den gleichfalls erkrankten Nägeln Epidermophyton inguinale gezüchtet werden. Diese Befunde sind sehr selten. In der Annahme der ätiologischen Bedeutung von Nägeln gezüchteter Pilze ist große Vorsicht geboten; hier spricht der Nachweis zahlreicher, in ihrer Natur gleichartiger, wohlumschriebener Pilzfäden bei Fehlen sonstiger Organismen und der Umstand, daß das Epidermophyton inguinale niemals auf gesunder oder amykotisch veränderter Haut nachgewiesen werden konnte, sehr für den ätiologischen Zusammenhang. Ernst Levin, Berlin.

4965.

Selisky, A. B., Zur Histologie der Acne conglobata. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) Die Acne conglobata ist eine

exzessive Form der Acne vulgaris; es sind für sie seborrhoische Konstitution, Neigung des Follikel-epithels zur Proliferation und Keratose Vorbedingung und als Aeußerungen einer kongenitalen Anomalie des endokrinen Apparates anzusehen. Der Prozeß beginnt mit der enormen Komedonenbildung auf Grund abnormer chemisch veränderter Talgsekretion. Doppel-, Mehrfachkomedonen sowie Komedonnarben bedürfen keiner vorgehenden Eiterungsprozesse. Pyogene Infektion ist als sekundär zu betrachten.

Ernst Levin, Berlin.

4966.

Urbach, E., und A. Wiedmann, **Morbus Pringle und Morbus Recklinghausen**. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 2, 1929.) In einer Familie zeigten der Vater und 6 von 11 Kindern das klinisch typische Bild des Morbus Pringle, 5 Kinder außerdem Zeichen einer tuberösen Hirnsklerose, das sechste einen mannsfaustgroßen, histologisch als Neurinom sich erweisenden Tumor. Danach kann an der Kombination von Morbus Pringle und Recklinghausen nicht gezweifelt werden. Andererseits gehören gestielte Fibrome, alabasterweiße Plaques, weiche Naevi und Vitiligo-flecke zum Krankheitsbild des Morbus Pringle und dürfen nicht als rudimentäre Formen von Morbus Recklinghausen aufgefaßt werden. Beide Krankheiten sind als Systemerkrankung des Ekto- und Mesoderms auf Grundlage einer in früher embryonaler Zeit einsetzenden Entwicklungsstörung aufzufassen; sie sind miteinander verwandt, aber keineswegs identisch.

Ernst Levin, Berlin.

4967.

Spillmann, L., **Dermatosen und Organtherapie**. (Brux. Méd., Nr. 47/29.) Es erscheint bewiesen, daß Störungen im endokrinen Stoffwechsel beim Zustandekommen von Dermatosen eine Rolle spielen, und daß eine verständnisvolle Organtherapie imstande ist, gewisse Hautaffektionen zu heilen. Aber es wäre ein Irrtum, daraus zu folgern, daß es Dermatosen von rein endokrinem Ursprung gibt.

Die Wirkung der Drüsen auf das Nervensystem, auf die Ernährung eines Individuums ist jetzt zur Genüge bekannt. Der Grundstoffwechsel ist vermindert bei Schilddrüsenunterfunktion, vermehrt bei Schilddrüsenüberfunktion, er kann durch andere Drüsen modifiziert werden. Ebenso ist es mit dem Wasser-, Zucker-, Fettstoffwechsel. Auch die Eiweißstoffe, das Cholesterin, die Harnsäure, die Aminosäuren, das Kalzium, das Natrium sind den endokrinen Drüsen unterworfen. Man kennt die Beziehungen zwischen der Instabilität der Schilddrüse und der Anaphylaxie. Jedes unserer Systeme kann dem Einfluß der Blutdrüsen unterliegen. Es ist wahrscheinlich, daß endokrine Störungen eine auslösende Rolle spielen bei der Entstehung derjenigen Gleichgewichtsstörungen, welchen Erscheinungen der Haut vorangehen oder begleiten. Die Kompliziertheit dieses Mechanismus erklärt die Schwierigkeit, eine sicher wirkende Organtherapie zu treiben. Weil jedes Individuum auf seine Art reagiert, kann jede endokrine Drüse verschiedene Abarten von Dermatosen erzeugen. Andererseits, da verschiedene Störungen, die zur Erzeugung eines Hautleidens führen, in Abhängigkeit von verschiedenen Drüsen stehen, kann jede Dermatose hervorgebracht werden durch eine Gleichgewichtsstörung im endokrinen Drüsen-system. Man kommt daher zu dem Schluß, daß, wenn man eine rationelle Behandlung anordnen will, jeder Kranke mit allen uns zu Gebote stehenden Laboratoriumsmethoden untersucht werden muß. Handelt man nur empirisch, so kann man unerwartet Glück haben, man kann aber ebensogut kläglich scheitern. Mit Hilfe der Testmethode gelangt man zu ausgezeichneten Erfolgen, aber sie wird uns erschwert durch die Vielfältigkeit der als unentbehrlich zu bezeichnenden Untersuchungen und durch die mangelnde Präzision gewisser Kontrollproben. Sie muß also auf diejenigen klinischen Experimentatoren beschränkt bleiben, die sich bemühen, dem Praktiker auf der Suche nach der Wahrheit Führer zu sein.

Held.

4968.

Gérard, **Desensibilisation durch Kombination von Proteino-therapie und Chemotherapie bei bestimmten Hautaffektionen**. (Brux. Méd., Nr. 50, 1929.) Die Desensibilisierungsmethode durch den chemoproteinotherapeutischen Schock, wie ihn das Lacrenil darstellt, bedeutet einen erheblichen Fortschritt, da er uns nicht nur die Möglichkeit bietet, die Dauer gewisser Dermatosen abzukürzen, sondern auch die Heilung solcher Hauterkrankungen gestattet, die bisher jeder Behandlung getrotzt hatten. Für welche Affektionen kommt sie in Betracht? Bei hartnäckiger Urtikaria: 100% Heilung, bei Psoriasis: 50% Heilung. Unsere Haupterfolge aber liegen bei den akuten und noch mehr bei den chronischen Ekzemen. Die Nachteile der Anwendung bestehen höchstens in einem geringen Schmerz an der Injektionsstelle und einem leichten Temperaturanstieg. Worin zeigt sich nun die Ueberlegenheit dieser Methode? Die Autohämotherapie oder die Autoserotherapie erzeugt nur kleine,

kaum wahrnehmbare, und oft genug unzureichende Schockwirkungen. Andererseits erzielen wir durch Milch, die so proteinreich ist, einen sehr heftigen Schock, der nicht immer gefahrlos ist für den Organismus. Gegenüber den Ersatzmitteln der Milch (Aolan, Caseosan usw.) und den anderen Desensibilisierungsmethoden (Pepton, Natrium-Hyposulfit, Calcium-Chlorid und Magnesium-sulfat) bietet uns diese Methode den Vorteil, auf den Organismus in doppelter Weise zu wirken durch Verbindung zweier aktiver Medikamente, wie 1. das Urenyl, Hexamethylentetramin, dessen Desinfektionskraft feststeht; 2. das Milchserum, welches der Haupt-erreger des Schocks ist, der die Abwehrkräfte des Organismus anregt.

Held.

4969.

Weigand, Hans, **Malariabehandlung der weiblichen Gonorrhöe**. (Zbl. Gynäk., Nr. 45, 1929.) Bei komplizierter weiblicher Gonorrhöe hat Verfasser versucht, analog dem Vorgehen bei der Malaria-Lues-therapie, die überaus wärmeempfindlichen Gonokokken durch fieberhafte Steigerung der Gesamtkörpertemperatur, hervorgerufen durch Ueberimpfung von malariahaltigem Blut, in ihrer Virulenz und Lebensfähigkeit zu schädigen. Die Heilerfolge bei der chronischen Gonorrhöe der Frau sind, wie vom Verfasser berichtet, beachtenswert gute. Die Kombination der Malariatherapie mit spezifischer Lokalbehandlung ist empfehlenswert, doch ist dieselbe auch ohne Argentumbehandlung erfolgreich. Adnexkomplikationen der Gonorrhöe bilden keine Kontraindikation, heilen vielmehr bei der Malariatherapie ebenfalls gut ab. Desgleichen scheint die gonorrhöische Monarthritis gut auf die Malariabehandlung anzusprechen. (Trotz dieser günstigen Resultate fragt es sich, ob es erforderlich ist, eine so eingreifende und doch sicher nicht gleichgültige Infektion des Gesamtorganismus, wie die Malaria-Ueberimpfung von Mensch zu Mensch sie darstellt, zur Ausheilung komplizierter Gonorrhöen beim weiblichen Geschlecht hervorzurufen. Bekanntlich haben wir in der Vakzinetherapie der weiblichen Gonorrhöe nach Buschke, Langer und Bucura schon seit Jahren ein weniger eingreifendes, aber durchaus wirksames Heilverfahren, das prinzipiell auf denselben Gedankengängen basiert, wie die jetzt inaugurierte Malariatherapie, nämlich: durch Erzeugung von Fieber Abwehr- und Heilkräfte zu schaffen. Der Referent.)

Schwab, Hamburg.

4970.

Vonkennel, Josef, **Die maximale „kombinierte“ intravenöse, lokale und orale Akridintherapie der Gonorrhöe**. (Dermat. Wschr., 89., Nr. 46, 1929.) Mit Rücksicht auf die ungenügende Wirkung der ausschließlich intravenösen Akridinbehandlung wurde der Versuch gemacht, die Wirkung durch Kombination mit lokaler und auch oraler Anwendung zu steigern. Es erhielten 50 wahllos behandelte Tripperzungen jeden zweiten Tag intravenös 5 cm zweiprozentiges Trypaflavin 00 (reine Anterior 15, Posterior und komplizierte Fälle 20mal); örtliche Einspritzungen von Rivanol 1:1000 bis 1:500, Spülungen 0,1:1000 bis 0,2:1000, Guyon-Instillationen 1:1000 bis 1:500; innerlich Rivanol 0,025 g dreibis viermal täglich. Damit wurden gute, jedoch die einer sorgfältigen Silbertherapie nicht übertreffende Resultate bei akuter Gonorrhöe der vorderen und hinteren Harnröhre erzielt. Bei komplizierter Gonorrhöe keine Beschleunigung der Behandlung; Zahl der Komplikationen nicht geringer. Keine Beeinflussung der subjektiven, allgemeinen und lokalen Beschwerden. Im Ganzen verbessert also auch diese kombinierte Methode nicht die allgemeine Gonorrhöetherapie, andererseits bildet die oft hochgradige lichtsensibilisierende Wirkung und die durch sie erzeugte Färbung eine Gegenanzeige.

Ernst Levin, Berlin.

4971.

Fischer, Anton, **Ein Fall von gummöser Lungensyphilis**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Es wird ein Fall von großknötiger gummöser Lungensyphilis beschrieben, die etwa 25 Jahre nach der syphilitischen Infektion, trotz mehrerer, allerdings ungenügender antisiphilitischer Kuren beobachtet wurde. Die Erkrankung war klinisch völlig latent und hatte keinerlei Beschwerden verursacht; nach einer antisiphilitischen Kur sind die Veränderungen restlos verschwunden. Neben der Lungenerkrankung bestand eine Mesaortitis und eine chronische Polyarthrit; die syphilitische Natur der letzteren ist zwar wahrscheinlich, kann jedoch nicht mit Bestimmtheit nachgewiesen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

4972.

Moro, Lucio, **Ein Fall von larvierter angeborener Lues mit atypischen Symptomen**. (Clin. ed. igien. infant., 4. Jahrg., 1929) (Findelhaus Tarent.) Der Säugling hatte am fünften Tage ein charakteristisches Exanthem, litt an Verdauungsstörungen. Am Beginn des vierten Monats trat Anämie, Leber- und Milzschwellung sowie eine kubitale Lymphdrüse auf; erst 14 Tage nachher ein

Tezner, Wien.

4973.

Brill, E., Ueber das gleichzeitige Auftreten syphilitischer Hauterscheinungen mit Metalues nach Malariabehandlung. (Arch. f. Dermat., 158., Heft 2, 1929.) In einem energisch behandelten Falle von Syphilis mit frühzeitigen Hauterscheinungen traten nach neun Jahren Zeichen einer beginnenden Tabes auf. Diese konnte also nicht auf ein Ausbleiben von Hauterscheinungen bezogen werden. Sehr heftige tabische Schmerzanfälle, die zeitweise durch krisenartiges Jucken abgelöst wurden, ließen eine Malariabehandlung vornehmen, die vorübergehend Schwinden der Schmerzanfälle bewirkte; doch traten diese, wenn auch in geringerem Maße, nach einigen Monaten wieder auf. Zwei Jahre später plötzlich Hauterscheinungen, zunächst tertiäres, gruppiertes, papulöses Syphilid an der Wange, dann disseminierte papulöse Exantheme am Körper. Gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems völliges Schwinden der tabischen Beschwerden. Es ist durch eine vorübergehende Ablenkung der Symptome eines Organsystems durch ein anderes Organsystem zu erklären. Die generalisierte Aussaat selbst muß auf eine durch die intensive Behandlung bewirkte Sterilisatio fere completa bezogen werden, infolge deren die immunisatorischen Kräfte des Körpers derartig geschwächt waren, daß von dem Solitärherd an der Wange aus eine allgemeine Ausbreitung des Exanthems erfolgen konnte.

Ernst Levin, Berlin.

4974.

Grigoriev, P., und K. Jarischewa, Zur Frage der spezifischen Aortitis bei experimenteller Kaninchensyphilis. (Dermat. Zschr., 56., Heft 6, 1929.) (Syphilidol. Klin. der Staatsuniv. zu Saratow.) Unter 45 Fällen experimenteller Kaninchensyphilis konnten einige Male eigenartige histologische Veränderungen an der Aortenwand gefunden werden, deren spezifischer Charakter zweimal durch den Nachweis der Spir. pall. sichergestellt war. Bei den betreffenden Tieren handelte es sich um längere Zeit bestehende Infektionen. Die Frage des Vorkommens spezifischer Aortitis bei syphilitischen Kaninchen ist damit endgültig gelöst.

Ernst Levin, Berlin.

4975.

Aehmann, G., Ueber die Behandlung der kongenitalen Syphilis mit Impimalaria. (Hygiea, Heft 19, 1929.) 40 Impfungen mit Malaria bei kongenitaler Syphilis wurden vorgenommen; in 16 Fällen wurde das Blut intramuskulär injiziert, in den anderen Fällen intravenös. Meist wurden 2—5 ccm Blutmenge injiziert. In einem Falle wurde nur minimal, kaum 1 Tropfen injiziert. In 4 Fällen mußten die Injektionen wiederholt werden. Die Inkubationszeit dauerte bei den intramuskulären oder subkutanen Injektionen 7,5, bei den intravenösen 5,7 Tage im Durchschnitt. In der Hälfte der Fälle trat ein tertianer Typus des Fiebers auf, in 7 Fällen mehr ein quotidianer. Im Initialstadium fanden sich oft Herpes labialis, Milzschwellung, Leberstörungen, Appetitlosigkeit, Tachykardie und Arrhythmie veranlaßten mitunter ein sofortiges Abbrechen der Chininbehandlung. Die Anämie nach der Behandlung schwindet gewöhnlich bald; von 12 nachuntersuchten Fällen zeigten 11 später einen höheren Hämoglobingehalt wie vor der Behandlung. Meist trat eine Gewichtszunahme von durchschnittlich 1,208 kg durch die Behandlung ein. In einigen Fällen ging eine Vorbehandlung mit Salzwismut voraus. In 9 Fällen bestanden bei der kongenitalen Lues auch Störungen des Zentralnervensystems; auch diese Fälle wurden durchaus günstig beeinflusst. Oft war nach der Kur der Liquor negativ, während das Serum positiv blieb.

S. Kalischer.

4976.

Lomholt, Svend, Ueber Wismutinfarkte und deren Vorbeugung. (Ugeskr. f. Laeg., Nr. 43, 1929.) In den Jahren von 1924 bis 1928 sind 50 Beobachtungen von Wismutinfarkten nach Injektion beschrieben. Unter 20 000 Injektionen, intramuskulär in die Nates, beobachtete der Verf. 9 Fälle von Wismutinfarkten, die alle leicht oder mittelschwer waren. Er kannte diese Schädigungen, wenn er folgende Maßnahmen anwandte. Zunächst versichere man sich nach dem Einstechen der Kanüle durch Aspiration, ob man nicht Blut erhält und in einem Gefäß sich befindet. Ferner ziehe man jedesmal bei der Injektion im Verlauf derselben die Kanüle etwas zurück und an sich, um die injizierte Masse mehr zu verteilen, und zu verhindern, daß sie in ein Gefäß gelangt. Ferner injiziere man nur kleine Flüssigkeitsmengen. Nur große Mengen, die in ein Gefäß gelangen, vermögen einen Infarkt zu erzeugen. Verf. wandte das Wismutoxychlorid in wäßriger Lösung an, das in seiner Gefährlichkeit und in seinem therapeutischen Effekt viele Vorzüge vor dem öligen Wismutlösungen, wie z.B. Embial (Merck), hat.

S. Kalischer.

4977.

Grossmann, Walter, Weitere Erfahrungen über Schmerzphänomene bei urologischen Erkrankungen. (Z. Urol., 23., Heft 11.) Schon früher konnte Verf. über das häufige Auftreten hyperalgetischer Zonen bei Nierenkranken berichten. Er prüfte weiterhin jetzt nicht nur die Headschen Zonen, sondern auch die von Müller beschriebene Aufhebung des Kitzelreflexes bestimmter Hautbezirke, ferner den Phrenikusdruckschmerz und den Hodenschmerz. Das Vorhandensein dieser Erscheinungen ist jedoch weniger konstant. Auch bei Erkrankungen der männlichen Adnexe lassen sich Headsche Zonen im Bereich des 3. und 4. Sakralnervens feststellen. Der Wert der Untersuchung liegt in ihrer Ausführbarkeit am Krankenbett im Hause des Pat. selbst. Sie vermag bei der ersten Untersuchung schon Hinweise zu geben, in welcher Richtung sich die weitere Untersuchung zu erstrecken hat.

E. Lehmann, Breslau.

4978.

Fleischmann, Abraham G., und Boyd Anderson: Infantilismus der Nieren. (J. Amer. Med. Assn., 93., Nr. 1, 1929.) Mitteilungen über Infantilismus der Nieren sind in der Literatur über Nierenanomalien außerordentlich spärlich. Die Möglichkeit des Bestehens einer infantilen Niere, oft als kongenitale Atrophie oder Hypoplasie der Niere bezeichnet, ist für die urologische Differentialdiagnose außerordentlich wichtig und muß stets in Betracht gezogen werden, sobald chirurgische Eingriffe an der anderen Niere beabsichtigt sind. Die Größe infantiler Nieren kann zwischen der einer Bohne und der einer Walnuß variieren. Ihre Lage entspricht in der Regel der einer normalen Niere, und auch die anatomische und histologische Beschaffenheit kann völlig der einer normalen Niere gleichen, nur daß die Größenverhältnisse außerordentlich verringert sind. Der Ureter einer infantilen Niere kann bis auf eine bloße Verringerung der Größe von normaler Beschaffenheit sein, mitunter aber auch andere Anomalien aufweisen. Die klinische Diagnose einer infantilen Niere ist keineswegs einfach. Häufig sind gar keine Symptome vorhanden, welche das Bestehen dieser Anomalie mit einem gewissen Grad von Bestimmtheit annehmen lassen. Auch das Röntgenogramm läßt hier meistens im Stich. Am meisten leisten für die Diagnose die Zystoskopie in Verbindung mit der Pyelographie und die üblichen Funktionsprüfungen. Der durch Ureterenkatheterismus gewonnene Harn zeigt weder chemisch noch mikroskopisch irgendwelche Abweichungen von der Norm, solange natürlich die infantile Niere nicht Sitz anderer pathologischer Veränderungen ist. Ein normaler Harnbefund läßt daher das Bestehen einer infantilen Niere nicht ausschließen. Mitunter ist die Menge des von der infantilen Niere abgesonderten Urins auffallend gering, aber auch dieser Erscheinung darf nicht zu viel Bedeutung beigemessen werden, da eine durch die Zystoskopie hervorgerufene reflektorische Hemmung der Harnsekretion die Ursache sein kann. Wichtige diagnostische Hilfsmittel sind die Nierenfunktionsproben. So ist die Farbstoffausscheidung einer infantilen Niere stets erheblich vermindert, während die der normalen Niere erhöht ist. Es ist ferner die Geschwindigkeit der Farbstoffausscheidung bei der infantilen Niere verzögert, bei der normalen Niere innerhalb normaler Grenzen. Eine sehr bemerkenswerte Tatsache, auf die zuerst Gerathy und Plaggemeyer hingewiesen haben, ist, daß die infantile Niere trotz mangelnder Fähigkeit, die Funktionen einer vollwertigen Niere zu erfüllen, in der Lage ist, Harnstoff innerhalb normaler Grenzen zu kontrollieren. Die Pyelographie ist in manchen Fällen von Wert, jedoch ist zu berücksichtigen, daß die Größe des Nierenbeckens keinen sicheren Schluß auf die Größe der Niere zuläßt. Da die infantile Niere nicht die Fähigkeit der kompensatorischen Hypertrophie besitzt, müssen chirurgische Eingriffe in Bereich der anderen Niere stets reiflich überlegt werden.

L. Büchler, Wien.

4979.

Steinitz, Hermann, Die Bedeutung der Harnstoffbelastungsprobe für die Nierenfunktionsprüfung. (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) In der vorliegenden Arbeit teilt Verfasser seine sich über 4 Jahre erstreckenden Untersuchungen mit der von MacLean und de Wesselow angegebenen Harnstoffbelastungsprobe (Urea concentration test) mit. Zur Beurteilung der Brauchbarkeit der Probe dienen die Erfahrungen, die an 20 Nierengesunden und 90 Nierenkranken gesammelt wurden. Insgesamt 150 Versuche.

Die Probe besteht in der peroralen Verabreichung von 15 g Urea und der Bestimmung der Harnstoffkonzentration im Urin der zweiten (bzw. dritten) Versuchsstunde.

Am Vorabend des Versuchstages erhält der Patient die Probediät, die an der Straußschen Abteilung vor jeder Nierenfunktionsprüfung eingehalten wird. Bei dieser Anordnung bekommt der Kranke 12 Stunden vor dem Versuche nichts zu trinken. Diese

Trinkpause ist wichtig, um während des eigentlichen Versuches eine starke Diurese zu verhindern, die unter Umständen die Beurteilung des Ergebnisses erschweren kann.

Bei Nierengesunden wird nach Belastung mit 15 g Harnstoff regelmäßig im Urin der zweiten Versuchsstunde ein Wert von mehr als 2% Harnstoff erreicht.

Nierenkranke, die bei Untersuchungen mit anderen an der Abteilung des Verfassers üblichen Funktionsprüfungen (in erster Reihe Verdünnungs- und Konzentrationsversuch und Reststickstoffbestimmung) keine Störungen der N-Ausscheidungsfähigkeit zeigen, ergeben auch bei der Belastungsprobe gute Resultate, d. h. Werte von über 2% Harnstoff, die bisweilen allerdings erst in der dritten Versuchsstunde erreicht werden.

Nierenkranke mit Störungen der N-Elimination ergeben Werte von weniger als 2% Harnstoff bei der Belastungsprobe. Dabei erlaubt die zahlenmäßige Betrachtung der Ergebnisse insofern Schlüsse, als sie annähernd quantitative Abschätzung der Schwere des Funktionsausfalles — jedoch mit gewisser Vorsicht — erlaubt. Verfassers nimmt an:

Bei Maximalwerten
zwischen 1,5 und 2% Beeinträchtigung der Funktion,
zwischen 1,0 und 1,5% schwere Schädigung,
unter 1% schwerste, meist bald zum Tode führende
Funktionsschädigung.

Eine durch die Harnstoffverabreichung hervorgerufene starke Diurese kann die Harnstoffwerte des Urins herabsetzen und dadurch die wahre Konzentrationsfähigkeit der Niere verdecken. Wenn die Urinmenge der zweiten Versuchsstunde größer als 100 ccm ist und die Harnstoffkonzentration zwischen 1,5–2% liegt, so ist daraus noch kein Schluß auf Funktionsbeeinträchtigung erlaubt. Es muß vielmehr dann der Urin der dritten Versuchsstunde untersucht werden. Ergeben sich dabei analoge Verhältnisse, so muß die Probe nach einigen Tagen (am besten mit Verhinderung der Trinkpause vor dem Versuch) wiederholt werden.

Die Probe mißt die Fähigkeit der Harnstoffausscheidung der Niere. Sie prüft ihre Anpassungsfähigkeit gegenüber Belastungsanforderungen, und erscheint daher geeignet, auch leichte Funktionschädigungen, die sich bei anderen Untersuchungen noch nicht deutlich bemerkbar machen, aufzudecken.

Ihren besonderen Wert sieht Verfasser in der Möglichkeit, sich bei chronischen Fällen über die Leistungsfähigkeit der Niere durch wiederholte Bestimmung zu orientieren und so ein fortlaufendes Bild vom Krankheitsverlaufe zu gewinnen. Die Probe erwies sich als ein feiner Maßstab: so konnte z. B. beim Uebergang von benigner zu maligner Schrumpfniere schon frühzeitig eine Funktionsstörung festgestellt werden. Auch ermöglicht sie die häufig schwierige Unterscheidung bedeutungsloser Rest-Albuminurien nach akuter Erkrankung von Dauerdefekten. Bei chirurgisch-urologischen Erkrankungen gibt die Probe einen guten Ueberblick über den Gesamtstatus beider Nieren und bei getrennter Untersuchung der mit Ureterkatheter gewonnenen Urine jeder einzelnen Niere.

Bei den Untersuchungen des Verfassers hat sich die Harnstoffbelastungsprobe als eine sehr brauchbare Untersuchungsmethode bewährt, die durch ihre Exaktheit verbunden mit ihrer leichten Ausführbarkeit einen Platz auch in der praktischen Medizin verdient.

Arnold Hirsch, Berlin.

4980.

Jeck, Howard S., Nephrektomie mit Rückenmarksanästhesie, unter besonderer Berücksichtigung der Nierentuberkulose. (J. of Urol., 21., Heft 1.) Die Rückenmarksbetäubung ist speziell bei der Nierentuberkulose indiziert, da sich bei diesen Kranken die Aetheranarkose wegen der häufigen Lungenprozesse verbietet. Die Entspannung des Abdomens ist vollkommener als bei der Allgemeinanarkose, so daß selbst schwere Nephrektomien durch sie erleichtert werden. Die Blutdrucksenkung, selbst wenn sie ausgesprochen ist, wird selten zur Gefahr für den Kranken. Das Allgemeinbefinden ist ein sichereres Kriterium. Novocain in Form der Pitkinschen Lösung (200 mg Novocain werden in einer Mischung von Stärke, Alkohol, Kochsalz und Strychninsulfat gelöst) betäubt wirksamer als das Novocain allein. Postoperativer Ileus ist selten.

E. Lehmann, Breslau.

4981.

Chute, Arthur L., Divertikulitis der Sigmoids als Quelle der Blasenreizung. (J. of Urol., 21., Heft 1.) Vier Beobachtungen werden erläuternd wiedergegeben. Hinweis darauf, daß man in unklaren Fällen von Blasenneurose an ein derartiges Leiden denken sollte. Der Röntgenkontrastbrei zeigt in solchen Fällen ein gut gefülltes, ja dilatiertes Kolon und Rektum, während das Sigmoid aseptisch kontrahiert zu sein pflegt. Es können sich kleine Bariumklümpchen noch längere Zeit in dem Divertikel halten und links neben der Blase sichtbar bleiben. Klinisch bestehen zystitische

Beschwerden mit freien Intervallen und Beschwerden im linken Unterbauch. Die Behandlung ist palliativ.

E. Lehmann, Breslau.

4982.

Chute, Arthur L., Der Harnleiter als möglicher Ursprung gewisser Blasendivertikel. (J. of Urol., 21., Heft 1.) Veri. zystoskopierte ein 3 Monate altes Mädchen wegen Pyelitis und fand links eine doppelte Uretermündung. Bei längerer Beobachtung bemerkte er, daß sich die laterale obere Oeffnung zeitweilig tief einzog und dann wie ein typisches Divertikel anmutete, um sich dann wieder vollkommen zurückzubilden. Der Harnleiterkatheter konnte nur 2 cm hoch eingeführt werden. Hieraus schließt der Verf., daß eine zweite unvollkommene Ureteranlage an der Blase bei der Divertikelbildung eine wichtige Rolle zu spielen vermag.

E. Lehmann, Breslau.

4983.

Ruiz, Juan B., Häufigkeit der Blasendivertikel. (Rev. Med. y Cir. Hab., Jahrg. 34, Nr. 7.) Dank den modernen Methoden der Zystoskopie und Zystographie werden Blasendivertikel jetzt häufiger entdeckt. In jedem Fall von Urethra Verengung, ebenso bei allen langdauernden Zystitiden ist auf Blasendivertikel zu fahnden.

Cohn, Hamburg.

4984.

Karo, Wilhelm, Das Prostatikerbesteck nach Dr. Keller, nebst Bemerkungen zur Therapie der Prostatahypertrophie. (Z. Urol., 21., Heft 11.) Die konservative Behandlung der Prostatahypertrophie mittels regelmäßigen Katheterismus ist in vielen Fällen indiziert. Viele Prostatiker mit chronischer kompletter Retention leben bei regelmäßigem Katheterismus jahrzehntelang ungestört und sind arbeitsfähig. Für sie empfiehlt sich das Prostatikerbesteck nach Dr. Keller, der es seinerzeit ad us. propr. zusammengestellt hat. Der Apparat ist handlich und kann in der Rocktasche untergebracht werden. Er gestattet aseptisch zu katheterisieren, nachdem er zu Hause ausgekocht worden ist.

E. Lehmann, Breslau.

4985.

Dean, Archie L., Behandlung teratoider Geschwülste des Hodens mit Röntgen und Radium. (J. of Urol., 21., Heft 1.) 124 Beobachtungen, die durch Bestrahlung mit Röntgen oder Radiumpackungen behandelt werden. Von 16 Pat., die primär operabel waren, haben 13 oder 86% keine Krankheitszeichen mehr. Von 97 inoperablen Fällen (Rezidiv, Metastasen) sind 29 ohne Symptome. Für die erstere Gruppe gilt als Behandlungsschema, daß auf eine ausgiebige Bestrahlung nach 4 bis 6 Wochen die Orchidektomie folgen soll und hierauf neue Bestrahlungen in so kurzen Zwischenräumen, als es der Zustand des Pat. nur gestattet. Die zweite Gruppe soll so intensiv wie möglich bestrahlt werden. Es folgen genauere statistische Angaben über die Beobachtungsreihe.

E. Lehmann, Breslau.

4986.

White, Edward William, Ein neuer aseptischer Stöpsel. (J. of Urol., 21., Heft 1.) Es handelt sich um einen doppelt durchbohrten Gummistöpsel, der auf das Sammelgefäß aufgesetzt wird. Durch die eine Oeffnung wird der Katheter eingeführt.

E. Lehmann, Breslau.

Infektionskrankheiten

4987.

Enke, Gertrud, Kreislaufstudien bei Infektionskrankheiten. (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, daß die Blutdruckmessung bei Infektionskrankheiten in manchen Fällen auf eine Kreislaufstörung aufmerksam machen kann: sie ist aber nicht in jedem Falle, über den Grad und die Art der Störung ein Urteil zu verschaffen.

Arnold Hirsch, Berlin.

4988.

Simon, Herbert, Zur Frage der unspezifischen Knochenherdbildung nach Infektionskrankheiten. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrgang, Nr. 41.) Die vorliegenden Fälle zeigen, daß es wichtig ist, bei Gelenkbeschwerden im Anschluß an akute, hochfieberhafte Erkrankungen an Metastasen zu denken und möglichst frühzeitig ein Röntgenbild anfertigen zu lassen. Häufig entwickeln sich Herde bereits während der fieberhaften Primärerkrankung, mitunter aber auch erst einige Zeit nach dem Abklingen, jedoch unter neuerlicher Temperatursteigerung. Gegenüber einer tuberkulösen Herderkrankung sind differentialdiagnostisch der fieberhafte und meist auch plötzlich stark schmerzhaft einsetzende Beginn von ausschlaggebender Bedeutung sowie das Röntgenbild, auf welchem

in der Nachbarschaft des Herdes die für Tuberkulose charakteristische Knochenatrophie stets fehlt. Die von dem Verfasser beschriebenen Fälle zeigen, daß diese akut entstehenden Knochenherde auch unter konservativer Behandlung restlos ausheilen können. Letzteres ist von Bedeutung, wenn der Herd in unmittelbarer Nähe der Epiphysenlinie gelegen ist. Es muß selbstverständlich durch häufig wiederholte Röntgenaufnahmen kontrolliert werden, ob nicht infolge weiterer Herdausdehnung (besonders Perforationsgefahr ins Gelenk) doch ein chirurgisches Eingreifen notwendig wird.

Arnold Hirsch, Berlin.

4989.

Pagnier, Ph., **Die klinische Anwendung des Vitamins A als anti-infektiöses Agens.** (Presse Méd., Nr. 69, 1929.) Das Vitamin A, das sich in der Butter, in Karotten, Spinat, tierischen Oelen, Gelbe usw. findet, hat sich als sehr brauchbares anti-infektiöses Therapeutikum erwiesen, namentlich bei Streptokokken-Infektionen. Mellanby und Green haben einige Fälle von schwerer puerperaler Sepsis mit hämolytischen Streptokokken dadurch behandelt, daß zwei Präparate getrunken wurden, ein mit zehnfachem Lebertransegehalt und eins mit 150fachem Gehalt, das bei Patienten mit gastrischer Intoleranz wegen seines geringen Volumens besser anzuwenden war. Die Wirkung bei diesen sonst absolut letal verlaufenden Fällen war eklatant, aber nicht unmittelbar, sondern die Sterilisation des Blutes und der Eintritt normaler Temperatur erfolgte erst in etwa 1 bis 2 Wochen.

Haber.

4990.

Weinfeld, G. F., und M. Cooperstock, **Vergleich zwischen der immunisierenden Kraft des Di-Toxoids und des Toxin-Antitoxingemisches.** (Amer. J. Dis. childr., 38., Heft 1, 1929.) Das Toxoid hat sicher immunisierende Eigenschaften und verdient den Vorzug vor Toxin-Antitoxingemischen. Bei letzteren befürchten die Autoren auch eine Sensibilisierung gegen Pferdeserum. Am Schicktest gemessen, wurde bei 92% mit Ramons Anatoxin ein genügender Effekt erzielt.

Georg Abraham, Frankfurt a. M.

4991.

Venuti, A., **Die Serumbehandlung bei der postdiphtherischen Lähmung.** (Riv. di Clin. Ped., Heft 7, 1929.) Aus dem Ergehen von 10 Fällen, deren Verlauf nicht einmal besonders schwer war, kommt Verf. zu dem Schluß, daß Diphtherieserum, auch in sehr großen Dosen angewandt, keinen Einfluß auf die postdiphtherischen Lähmungen hat.

K. Mosse.

4992.

Nobécourt, P., M. L. Kaplan und Bargeton, **Streptokokkenempyem nach Masern. Heilung durch Punktionen.** (Arch. méd. enf., XXXII., Heft 2, 1929.) Verff. berichten über ihre Erfahrungen an sehr vielen Streptokokkenempyemen, die im Krieg im Anschluß an Masern und an Grippe auftraten. Es hat sich immer wieder gezeigt, daß die Thorakotomie in den Fällen eine sehr schlechte Prognose abgab, in denen noch aktive Prozesse bestanden. Diese Erfahrung gilt auch für die Empyeme des Kindesalters. Verff. berichten über einen Fall von linksseitiger, im Anschluß an eine Masern-Lungenentzündung aufgetretener eitriger Rippenfellentzündung bei einem fünfjährigen Mädchen. Im Eiter wurden hämolytische Streptokokken nachgewiesen. Durch zahlreiche Punktionen wurden 650 ccm Eiter entleert. Ausgang in Heilung.

Beck, Tübingen.

4993.

Giuffré, M., **Nervöse Komplikationen im Verlauf des Keuchstussens.** (Arch. méd. enf., XXXII., Heft 2, 1929.) Ein 15 Monate alteres Mädchen hatte im Stadium des Abfalles des Keuchstussens mehrere Male Krämpfe im Gesicht und im linken Arm, später auch tonische Krämpfe beiderseits. Nach einigen Tagen spastische Hemiparese, die sich aber rasch besserte und ausheilte. Die Ursache ist, nach Verf., eine mechanische, nämlich eine Erhöhung des endovenösen Druckes während eines Abfalles.

Beck, Tübingen.

4994.

Askín, J., und H. Zimmerman, **Keuchstussenzephalitis.** (Amer. J. Dis. Childr., 38., Heft 1, 1929.) 4 Monate altes Kind mit Keuchstussens- und Gehirnsymptomen. Tod. Die Autopsie ergibt bilaterale fokale Pneumonie, akute diffuse Enzephalitis und subarachnoidale Blutungen.

Georg Abraham, Frankfurt a. M.

4995.

Pearce, Raymond M., **Die Behandlung der Influenza mit U. P. 36.** (Brit. med. J., 3508.) (Halifax.) S. U. P. 36 ist ein Paraoxy-*par*-amino-benzoyl-amino-naphthol-Präparat, das intrasäkulär gegeben wird. Während der Influenzaepidemie im Frühjahr 1929 wurde jeder zweite eingelieferte Fall mit diesem Präparat behandelt, sofern die Erkrankung nicht älter als 48 Stunden

war. Es wurden zwei Injektionen im Abstand von 4 Tagen gemacht, 0,5 und 0,75 ccm. Krankheitsverlauf und Beschwerden wurden durch die Behandlung deutlich abgekürzt. Die Erfahrungen lassen folgende Richtlinien als gegeben erscheinen: die Behandlung muß möglichst früh einsetzen, innerhalb der ersten 48 Stunden. Bei unkomplizierten Fällen genügen 0,5 ccm, bei schweren Fällen ist 0,75 die Initialdosis. Die Injektion wird am vierten Tag wiederholt, wenn noch Erscheinungen bestehen. Die Frühbehandlung kann oft eine Abortivbehandlung sein.

P. Heymann, Berlin.

4996.

de Luca, B., **Die Plasmochintherapie bei der Malaria der Kinder.** (Riv. Clin. pediatri., Heft 7, 1929.) Wegen der Leichtigkeit seiner Anwendung und wegen seiner guten Verträglichkeit ist Plasmochin ein wertvolles Mittel zur Behandlung der Malaria. Gegen Tertina- und Quartanaformen ist es in gleicher Weise wirksam wie Chinin. Bei den Subtertianaformen ist es von größter Wirksamkeit gegen die Gameten, die Ringformen dagegen leisten der Zerstörung durch Plasmochin erheblichen Widerstand. Bei den Subtertianaformen stellt Chinin, in großen Dosen angewandt und intramuskulär gegeben, ein wirksameres Heilmittel dar als Plasmochin.

Sehr zu empfehlen ist die prophylaktische Anwendung des Plasmochins in Malariagegenden. Die durch Plasmochin hervorgerufenen unangenehmen Nebenerscheinungen, wie Magenschmerzen und Zyanose, sind beim Kind seltener als beim Erwachsenen.

K. Mosse.

4979.

Stein, A. A., **Zur Morphologie der Viszerallepra.** (Arch. f. Dermat., 158., Heft 2, 1929.) Am schwersten ergriffen zeigten sich stets die Hoden, dann folgen die Lymphknoten, Leber, in geringerem Maße Milz, Nebennieren, Herzmuskel; in Nieren und Lungen wurden keine Veränderungen gefunden. Ueber die Natur der charakteristischen Leprazellen ist festzustellen, daß sie Abkömmlinge des retikuloendothelialen Systems bzw. der Histiozyten des Bindegewebes darstellen; sie enthalten meist Lipoideinschlüsse mit charakteristischer Vakuolisierung. Die Bazillen und Lipidtropfen finden sich auch in einigen Endothelzellen, die sich aber nicht in echte Leprazellen umwandeln. Die Lipoidinfiltration der Leprazellen ist für den Zerstörungsprozeß der Leprabazillen von Bedeutung.

Ernst Levin, Berlin.

4989.

Petterson, A., **Ueber die Immunität gegen malignes Oedem, Gasbrand und Rauschbrand.** (Sv. Läk.sällsk. Hdl., 55., Heft 2, 1929.) Die Untersuchungen des Verfassers führen zu dem Schlusse, daß die Erreger des malignen Oedems, des Gasödems und des Rauschbrandes von den β -Lysinen der Körperflüssigkeiten beeinflusst werden. Bei der Immunisierung mit diesen Mikroben wird daher kein bakteriolytischer Immunkörper gebildet. Mit Ausnahme vom Bacterium Noryi rufen die der Untersuchung unterzogenen Bakterien keine Neubildung von phagozytosebefördernden Immunkörpern hervor. Dagegen werden Agglutinine von den Pararouschbrandbazillen in großer Menge gebildet. Die Leukozyten entbehren jeder bakteriziden Wirkung auf die betreffenden Bakterien, und für die Infektion spielt die Abwesenheit dieser Zellen an der Infektionsstelle keine Rolle. Die durch die Toxine der Bakterien herbeigeführte Oedembildung übt einen bedeutenden Einfluß auf das Auftreten der Infektion durch Schaffen eines Mediums, in dem sich die Bakterien leicht entwickeln können.

S. Kalischer.

Innere Medizin, einschließl. Tuberkulose

4999.

Fitch, W. E., **Arterielle Hypertension.** (Med. J. a. Rec., 130., Heft 7.) Diät: bei hohem Blutdruck ähnlich wie bei Arteriosklerose und bei chronischer interstitieller Nephritis. Zumal da alle drei klinisch oft zusammenfallen, wobei die Hypertension oft vorausgeht. Also im Beginn keine N-haltige Nahrung, besonders Purinkörper nicht; später geringen N-Gehalt. Also Früchte aller Art, Reis, Tapioca, Butter, Honig, Brotpuddings. Eine niedrigere N-Diät besteht aus Zerealien mit grünen Gemüsen, Gelatinespeisen aus Kalbsfüßen mit Bohnen oder Erbsenbrei, gelegentlich in begrenztem Maße Eier, Milch und Milchprodukte. Bei chronischer Nephritis eine salzfreie Diät. Wichtig ist die Verhütung einer Indikanurie (Guanidin erhöht den Druck). Die Purine im Fleisch und in den Fleischsuppen erhöhen den Druck, ebenso Drüsengorgane, die gewöhnlich viel Purin enthalten. Gekochtes Fleisch, namentlich wenn in zwei Wassern gekocht, enthält wenig Purin im Gegensatz zu gebratenem oder gedämpfem. Uebermäßiges Essen erhöht den Druck und führt zur Arteriosklerose. Arzneimittel: J-Präparate, Nitrite, Yohimbin, Phenobarbital, Natriumsulfozyanat haben sich nicht als Panazee er-

wiesen. Nach Addisons Untersuchungen beruht die Hypertension z. T. auf einer Diät, arm an Kalisalzen, und einem starken Verbrauch an NaCl, auch in starkem Fleischgenuß. Wenigstens gilt dies für die amerikanische Lebensweise. Er gibt: Kaliumchlorid 1,5 g, Kaliumbromid 0,75 g, Kaliumzitrat 3,0 g, Sirupus simplex 30,0 g. Davon viermal täglich einen Teelöffel voll in Wasser. Diese Formel ist zu empfehlen.

5000.

Aldereguia, G., N. Puente Duany und M. Viamonte, **Betrachtungen über einen Fall von Lymphogranulomatose.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 9.) Die Autoren beschreiben einen Fall von Lymphogranulomatose, der in ihre Behandlung trat, nachdem bereits 5 Jahre vorher röntgenologisch eine Verbreiterung des Mediastinums festgestellt war. Es fanden sich allgemeine Polyserositis (Peritoneum, Pleura und Perikard) sowie starke Verbreiterung des oberen Mediastinums ohne Kompressionserscheinungen. Die Exstirpation und histologische Untersuchung zweier Drüsen — je eine am Hals und am Manubrium sterni — brachte Aufklärung durch Feststellung der für Lymphogranulomatose typischen Struktur. Im Punktat der serösen Höhlen zahlreiche Lymphozyten, Rivalta positiv. Der Fall verlief unter zunehmender Kachexie im Verlaufe eines halben Jahres tödlich.

Cohn, Hamburg.

5001.

Brugsch, Heinrich, **Zur Panmyelophthase.** (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) Es werden 4 in den letzten 10 Jahren beobachtete Panmyelophthasen beschrieben. Das klinische Bild stimmt im großen und ganzen mit den von Frank aufgestellten Forderungen überein. Der pathologisch-anatomische Befund weicht in 3 Fällen wesentlich von den Frankschen Befunden ab. Es fand sich hochgradige Hämosiderosis fast aller Organe. Das Knochenmark zeigte eine leukozytäre Reaktion mit mäßig starker Blutbildung. Auf Grund dieser Beobachtungen sowie zahlreicher in der Literatur angeführter ähnlicher Fälle müssen den völlig aplastischen (myelophthasischen) Anämien solche mit lymphatischer und andere mit leukozytärer Reaktion (myelotoxische Anämien) gegenübergestellt werden. In diesen Fällen besteht auch die Möglichkeit einer Remission. Die Lebertherapie, in einem Falle längere Zeit durchgeführt, erwies sich als erfolglos.

Arnold Hirsch, Berlin.

5002.

Alpin, Mck., R. Kenneth, **Ein Fall von Polycythaemia rubra vera mit leukämischem Blutbild.** (J. amer. med. Assoc., 92., Nr. 22, 1929.) Verfasser bringen ziemlich ausführlich die Krankengeschichte einer 57jährigen Patientin, bei der sich im Laufe der Beobachtungszeit von 4 Jahren zu der schon zu Beginn der Beobachtung bestehenden Polyzythämie und Vergrößerung der Milz eine Leukozytose hinzugesellte und Myelozyten in großer Zahl auftraten. Patientin wurde mit Röntgenstrahlen behandelt. (34 Bestrahlungen im Laufe von zwei Jahren und 7 Monaten.) Es trat vorübergehend Besserung ein, dann wieder Verschlimmerung und Exitus. Zwei Jahre vor dem Tode betrug die Größe der Milz 41 : 26 cm.

L. Büchler, Wien.

5003.

Seyderhelm, **Möglichkeiten und Grenzen der Lebertherapie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Das Fortbestehen der Achylia gastrica wie auch die Progredienz der funikulären Myelitis in den meisten Fällen sprechen dafür, daß die neue Organtherapie zwar den Anämiefaktor, der offenbar in dem Wegfall eines in der Leber normalerweise entstehenden Blutbildungshormons zu erblicken ist, zum Ausgleich bringt, während jedoch die Schädigung, die die gleiche Causa nocens an anderen Organen verübt, ungemindert fortbesteht. Indem die Lebertherapie zwar einen wichtigen Teilfaktor der Toxinschädigung beseitigt, verhütet sie jedoch nicht ihre Auswirkung an anderen lebenswichtigen Organen. Somit erscheint sie nicht nur nicht als kausale Therapie, sondern erstreckt sich als symptomatische Therapie lediglich auf einen bestimmten Symptomenkomplex. Es ist nach Ansicht des Verfassers durchaus möglich, daß die Auswirkung am Zentralnervensystem jetzt, nachdem die deletären, an sich zum Tode führenden Auswirkungen am Blut in Fortfall gekommen sind, in einem viel größeren Prozentsatz der Fälle als bisher zur manifesten Entwicklung kommen und zum Tode führen kann, was einen an sich ganz neuartigen klinischen Ausgang dieser Krankheit bedeutet. Das Krankheitsbild der perniziösen Anämie verwandelt sich unter Fortball der Anämie in eine perniziöse Myeloenzephalotoxikose.

Die weitere Forschung muß sich daher — erst recht auf Grund der Erfolge der Lebertherapie — mit dem Mechanismus der eigentlichen Genese der perniziösen Anämie beschäftigen. Es ist zwar anschaulich, die Lebertherapie als Hormontherapie mit der Heilung des Myxödems mittels Thyreoidin, des Skorbuts mittels Orangensaft, des Diabetes mittels Insulin in Parallele zu setzen. Das Bei-

spiel der Bothriocephalusanämie gemahnt jedoch, nach wie vor den Giftfaktor in der Genese der Anämie nicht durch die offenbaren Erfolge — jedoch Scheingeresung — dieser Substitutionstherapie zu vergessen. Und einer solchen Mahnung verleihen die durch die Lebertherapie meist nicht zu beseitigenden toxisch degenerativen Veränderungen des Rückenmarks gewichtigen Nachdruck. In der Gefahr solcher noch unaufhaltsamer Komplikationen von seiten des Zentralnervensystems liegt ein Dämpfer für den Optimismus, der allgemein durch die Entdeckung der Lebertherapie entstanden ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

5004.

Schilling, Viktor, **Weitere Beobachtungen bei der Lebertherapie der Anaemia perniciosa an 80 Fällen und über die Ursache von Mißerfolgen und Todesfällen.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Von 80 seit Februar vorigen Jahres behandelten Fällen von echter perniziöser Anämie ergaben 50 relative Heilung mit Erythrozytenwerten bis über 4 000 000 (davon 30 Werte über 4½ Millionen). Zwanzig weitere Fälle erzielten in der Beobachtung erst gute Besserung und befanden sich beim Abschluß der Behandlung in 17 Fällen zwischen 3 bis 4 Millionen, in 3 Fällen zwischen 2 bis 3 Millionen Erythrozyten, zeigten aber allergrößtenteils gute Tendenz zur weiteren Besserung. Ein Fall blieb zwischen 3 bis 4 Millionen refraktär trotz längerer Behandlung. Fünf Fälle ergaben klinisch keinen Erfolg. Vier standen erst im Anfang der Behandlung.

14 von den 80 Behandlungen betrafen frühere Patienten mit in zwischen eingetretenen Verschlechterungen durch mangelhafte Fortführung der Therapie oder einfache Fortsetzungen der Behandlung als Kontrolle. Soweit diese Fälle unkompliziert waren, sprachen sie auch bei längerer Dauer der Behandlung (die längsten seit September und Oktober 1926) ebenso gut an wie früher.

Von 6 Todesfällen innerhalb der Lebertherapie zeigte keiner den schweren Anämiebefund der Todesfälle vor der Leberbehandlung; 2 Sektionen ließen überhaupt die Anaemia perniciosa nicht mehr erkennen; 2 Fälle waren erst in schwerem Zustande einer acht- bzw. elftägigen Leberkur unterzogen und starben an Bronchopneumonien; 1 Fall starb an Taboparalyse bei gutem Blutstatus und nur fleckförmig regeneratischem Knochenmarke; 1 Fall, der sich 25 Tage refraktär verhalten hatte, erwies sich bei der Sektion als kompliziert mit einseitiger Hydronephrose, Herzerweiterung u. a. Keiner der Todesfälle war also ohne schwerste Komplikationen.

Nur 1 von den 74 weiteren Fällen verschlechterte sich trotz Behandlung, war aber schwer asthenisch und kompliziert durch konstitutionelle Blutarmut und Menorrhagien. Ganz vereinzelte Fälle schienen sich dauernd etwas refraktär bei nur leichtem Blutbefunde zu halten, waren aber durch Semilismus usw. kompliziert.

In sehr vielen Fällen wurde Verschlechterung durch unsachgemäße Ausführung der Leberdiät vorher nachgewiesen und die Besserung durch richtige Einstellung der Kur und Verwendung von Naturleber statt Extrakten sogleich oder nach Ueberwindung der entstandenen Schädigungen erzielt.

Die Lebertherapie hat sich an einem großen Material sehr wirksam erwiesen und konnte selbst bei schweren und tödlichen Komplikationen den eigentlichen Anämietod ausnahmslos verhindern. Auch die funikuläre Medullose (Myelose) als hartnäckigstes Symptom der Krankheit wird augenscheinlich gebessert und gehemmt, da nur 2 Todesfälle an ihren Folgen nachweisbar waren und in beiden Fällen schwere Verstöße gegen die Lebertherapie vorlagen. Als Ursache von „Versagern“ wurden ausnahmslos schwere Komplikationen der verschiedensten Art festgestellt.

Arnold Hirsch, Berlin.

5005.

Depisch, F., und R. Hasenöhr, **Ueber die Funktionsprüfung des Inselorgans bei Diabetikern.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 42.) Bei der Mehrzahl der Diabetiker ist die Spannung zwischen kapillarem und venösem Blutzucker nach Zuckerbelastung geringer als bei Normalen, bei 3 Fällen wurde aber eine den Normalfällen entsprechende Spannung gefunden.

Bei einem jugendlichen Diabetiker wurde in wiederholter Untersuchung bei fettreicher Ernährung Insulinresistenz und normale Spannung, bei fettarmer Kost gute Insulinempfindlichkeit und dem Durchschnitt der Diabetiker entsprechende geringe Spannung beobachtet.

Der Insulinversuch mit gleichzeitiger Bestimmung der kapillaren und venösen Blutzirkulation (erweiterter Radoslavversuch) wird zur Erkennung von isolierten Störungen der Gegenregulation in der Leber und im Gewebe empfohlen.

Auf Grund des Insulinversuchs wird zwischen einer „hepatogenen“ und einer peripheren oder „Gewebsresistenz“ gegen das Insulin unterschieden.

Zur Funktionsprüfung des Kohlehydratstoffwechsels wird in Zukunft die Gegenüberstellung des Zuckerbelastungsversuches und des Insulinversuches mit gleichzeitiger Bestimmung des kapillaren und venösen Blutzuckers empfohlen. Arnold Hirsch, Berlin.

5006.

Bang, O., **Diabetesbehandlung mit Rücksicht auf die Leber- und Nierenfunktion.** (Norsk Mag. Lagevidensk., Nr. 11, 1929.) Durch Reduktion der Kohlehydratzufuhr entsteht eine Leberinsuffizienz mit Urobilinurie und Ketonurie. Beide schwinden, wenn man dem Zuckerkranken, wenn auch nur in hinreichender Insulinmengen, genügende Mengen von Kohlehydraten zuführt; dann sinkt auch der Blutzucker, und man kann allmählich die Insulindosen herabsetzen. Leichtere Fälle können auch ohne Hilfe von Insulin auf die nötige Kohlehydratzufuhr gebracht werden. Auch die Nierenfunktion leidet sekundär beim Diabetes, was durch Schlesingers Reaktion und V. Hansens hämorenales Index festzustellen ist. Eine Diät, die für genügende Kohlehydratzufuhr bei Diabetikern sorgt, bessert die Leber- und Nierenfunktion, läßt die Glykosurie und Azetonurie schwinden und kann den Blutzuckergehalt des Blutes auf die normalen Werte herabdrücken. Auch das subjektive Befinden und die Leistungsfähigkeit des Patienten heben sich unter diesem Verhalten. S. Kalischer.

5007.

Pucsko, Othmar, **Lävulose- und Lävulose-Insulingaben als Therapeutikum bei schwerer diabetischer Azidosis.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 42.) Verfasser hat an einem großen Krankenmaterial und in zahlreichen verschiedenen Versuchsvariationen die Einwirkung der Lävulose (intravenös und peroral verabreicht) auf die Ketonkörper in Blut und Harn qualitativ verfolgt. Zunächst wurde Lävulose allein injiziert bzw. per os verabfolgt und dann im Laufe des Tages in bestimmten Zeitabständen in Blut und Harn die jeweils vorhandenen Ketonkörper quantitativ bestimmt. Dann kamen Versuche, in denen zunächst Lävulose und einige Stunden später Insulin verabreicht wurde, ebenso Versuche, bei denen zuerst Insulin und dann Lävulose gegeben wurde. Dann versuchte Verfasser, wie sich die Wirkung gemischter Lävulose-Insulin-Injektionen bzw. Lävulose und Insulin getrennt, gleichzeitig verabfolgt, gestaltet.

Wird Lävulose allein intravenös oder aber per os verabreicht, zeigt sich bei einer einmaligen Darreichung noch keine nennenswerte Wirkung. Erst wenn sie an mehreren Tagen hintereinander gegeben wird, läßt sich ein Einfluß im Sinne einer leichten Herabsetzung der Ketonkörper feststellen. Wird dagegen außer Lävulose noch Insulin gegeben, so wird ein noch günstigeres Resultat erreicht.

Man ist in der Lage, durch intravenöse Lävuloseinjektionen besonders in Kombination mit Insulin die diabetische Azidosis günstig zu beeinflussen. Daher unterzog Verfasser nur solche Fälle dieser Behandlung, die an schwerer Ketonämie und Ketonurie litten. Einige Kranke waren bereits mit Insulin vorbehandelt worden, doch konnte meist keine Zucker- und Azetonfreiheit erzielt werden; Verfasser stellte fest, daß sie sich z. T. insulinrefraktär verhielten. Die Lävulosewirkung zeigte sich erst im Laufe der Behandlung deutlicher, während durch intravenöse Dextrosegaben im allgemeinen eine raschere Einwirkung auf die Ketonkörper beobachtet wurde. Solche durch Dextrose hervorgerufene Herabsetzung der Ketonkörper beim Diabetiker konnte durch anschließende Lävulosegaben aufrechterhalten werden. Eine Vermehrung des Zuckers in Blut und Harn wurde durch Lävuloseinjektionen nicht herbeigeführt, es wurde im Gegenteil eine Verminderung im Laufe der Behandlung erreicht.

Durch perorale Lävulosegaben, gefolgt von allfälligen Insulininjektionen, konnte ebenfalls eine Drosselung der Ketonkörper erreicht und auch der Zucker im Harn auf Nullwerte oder knapp über Null herabgedrückt werden. Hier tritt allerdings der Erfolg etwas langsamer ein. Diese Lävulosegaben können daher für ambulante Patienten Anwendung finden, da man besonders bei Unterstützung mit Insulin in der Lage ist, die Ketonkörper zu vermindern.

Arnold Hirsch, Berlin.

5008.

Groscurth, Georg, **Die Kreislaufgeschwindigkeit bei der Fettsucht.** (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) Nach der von Eppinger und seinen Mitarbeitern angegebenen Methode wurde das Minutenvolumen bei 6 Normalfällen und 17 Fettsüchtigen bestimmt. Das Minutenvolumen wurde bei diesen im Durchschnitt gegenüber der Norm vermindert gefunden; im Zusammenhang damit zeigte sich die Utilisation des Minutenvolumens in bezug auf das Körpergewicht. Das Schlagvolumen ist ebenfalls niedriger als in der Norm.

Durch Analysen des Blutes der Vena cubitalis wurde festgestellt, daß im Gebiet der Muskulatur und des Fettgewebes die Sauerstoffabnutzung des O₂ abweichend vom Normalen meistens viel größer als die des gemischten Venenblutes.

Bezüglich der Arbeitsleistung des Herzens, berechnet aus dem Minutenvolumen und dem Blutdruck, ergeben sich bei den Fettsüchtigen in den meisten Fällen niedrigere Werte als bei den Normalen.

Nach längerer Thyreoidinbehandlung wurde eine starke Steigerung des Minutenvolumens über die Normalwerte mit Abnahme der Utilisation gefunden. Bei mehrmaliger Thyreoidinbehandlung zeigte sich ein Versagen der Herzkraft bei verhältnismäßig wenig gesteigertem Minutenvolumen. Arnold Hirsch, Berlin.

5009.

Scharpff, W., **Veränderung der Herzgröße nach Entfettungskuren.** (Dtsch. Arch. klin. Med., 165., Heft 1/2.) Entfettung um mindestens 7 kg macht bei Herz- und Gefäßgesunden das Herz kleiner. Die bedeutendsten Verkleinerungen beobachtet man bei Fettleibigen mit Hypertonie, falls der Herzmuskel nicht geschädigt. Ist der Herzmuskel krank, ohne daß Drucksteigerung besteht, läßt sich keine Herzverkleinerung erzielen, wohl aber bei Herzmuskelerkrankung und Drucksteigerung. Dann entspricht die Herzverkleinerung dem Rückgang der Drucksteigerung. — Die Herzvergrößerung bei Fettleibigen nimmt im allgemeinen mit den Jahren zu. Ihr Rückgang beruht nicht auf einem Schwund des Herzfettes oder der Herzmuskulatur, sondern auf einer Verkleinerung des systolischen Rückstandes. — Hätte der Verfasser die Grundfunktion der Elastizität berücksichtigt, wäre ihm die Erklärung seiner Beobachtungen leichter gefallen. Aber das wichtige Wort „Elastizität“ kommt im ganzen Aufsatz nicht einmal vor. Buttersack, Göttingen.

5010.

Curschmann, Hans, **Ueber thyreogene Fettsucht.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Es gibt Fälle von thyreogener Fettsucht, besonders bei Frauen in jugendlichem und mittlerem Alter, die äußerlich ganz als gewöhnliche Fettsucht imponieren. Ihre thyreogene Genese erweisen sie aber dadurch, daß sie stets mehr oder minder ausgesprochene Einzelzüge der inkompletten Hypothyreose aufweisen, von denen die Stoffwechselstörung, die Senkung des Grundumsatzes, im Vordergrund steht. Ohne den Nachweis solcher hypothyreogener Stigmata sollte man niemals eine thyreogene Fettsucht diagnostizieren. Arnold Hirsch, Berlin.

5011.

Small, James Craig, **Die Rolle der Streptokokken bei rheumatischen Krankheiten.** (J. Labor. a. clin. Med., 14., Nr. 12, September 1929.) Die destruktiven und proliferativen Formen des Rheumatismus werden durch die spezifischen Streptokokkentoxine bedingt. Zu exsudativen Krankheitsformen kommt es, wenn bei dem Individuum eine Hypersensibilität gegen ein mit dem Streptokokkeneiweiß zusammenhängendes Antigen vorliegt. Die chronische Arthritis muß ihrem Wesen nach als allergische Reaktion auf die Toxinämie aufgefaßt werden. Demnach soll die Therapie sowohl desensibilisieren (Streptokokkenextrakte) als auch antitoxisch sein (Aufsuchen und Entfernung von Herdinfectionen).

Walter Goldstein, Berlin.

5012.

Richter, P. F., **Multiple Blutdrüsenklerose.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Es wird ein Fall von multipler Blutdrüsenklerose beschrieben, dem die schweren psychischen Veränderungen, die mitunter fast an das Bild einer reinen Psychose erinnern, ein besonderes Gepräge verleihen. Sie stehen viel mehr im Vordergrund als sonst in derartigen Fällen, dauern auch längere Zeit an und zeigen ein ganz eigenartiges passageres Verhalten. Sie allein der Athyrosis zur Last zu legen und nur als Steigerungen der depressiven Vorgänge zu deuten, wie sie beim Myxödem vorkommen, geht wohl nicht an, da depressive Zustände mit manischen wechseln.

Auffallend ist ferner die lange Dauer der Erkrankung. Die ersten Erscheinungen — und als eine solche ist wohl das Ausfallen der Haare zu deuten — liegen nach der bestimmten Aussage der Kranken über 3 Dezennien zurück, und erst 2 Jahre vor dem Tode schlägt die Erkrankung ein schnelleres Tempo an.

Ätiologisch fanden sich in dem besprochenen Falle weder Syphilis noch Tuberkulose. Möglicherweise hat, wie in verschiedenen ähnlichen Beobachtungen, eine akute Infektionskrankheit (Kindbettfieber), die zeitlich etwa mit dem Beginn der ersten Erscheinungen (Haarausfall) zusammenfällt, eine Rolle gespielt.

Arnold Hirsch, Berlin.

5013.

Patiño-Mayer, C., und E. S. Mazzei, **„Ventricule gauche en oeuf“ und Bernheimsches Syndrom.** (Rev. med. lat.-amer., 14., Nr. 167.) (Hosp. Pirovano, Buenos Aires.) Der Bordsche und Geraudische „Ventricule gauche en oeuf“, eine ausgesprochen halbkugelige Verbuchung des linken Ventrikels nach links bei normalem rechten Herzrand, ist ein prämonitorisches

Zeichen für ein bevorstehendes Bernheimsches Syndrom, Stenoseerscheinungen des rechten Ventrikels mit schließlicher Asystolie desselben; bzw. ist der röntgenologische Nachweis der „Ventricule gauche en oeuf“ bei bestehenden Herzerkrankungen Stütze der Diagnose eines Bernheimschen Syndroms. Ursache ist die Tatsache, daß der vergrößerte linke Ventrikel das Septum intraventriculare nach rechts verbuchtet und so Stenoseerscheinungen des rechten Ventrikels mit schließlicher Asystolie hervorruft.

Cohn, Hamburg.

5014.

Fracassi, T., und Fernando R. Ruiz, Ein Fall von Herzinfarkt, bestätigt durch die Autopsie. (Rev. med. lat.-amer., 14., Nr. 167.) Bei dem 32jährigen Mann, starker Raucher, wurde die durch die Autopsie später bestätigte Diagnose eines Infarktes des linken Ventrikels gestellt auf Grund heftiger anginöser Anfälle mit Vernichtungsgefühl, die auf Nitrite sowie auf Morphium 0,01 nicht nachließen. Ferner fand sich bei Punktion ein blutig-seröser Perikarderguß. Dabei, abgesehen von beschleunigtem Puls und einem Blutdruck von nur 90 R.R., kein Herzbefund. Exitus im dritten Anfall. Die Autopsie ergab eine hochgradige Verengung der linken Arteria coronaria auf Basis einer Aethersklerose mit teilweiser Verlegung des Lumens durch Thromben und Infarzierung des linken Ventrikels, dessen Wandung besonders an der Spitze hochgradig verdünnt und fibrös umgewandelt war.

Cohn, Hamburg.

5015.

Schwarzmann, J. S., Differentialdiagnostische Abgrenzung der Herzneurosen gegen organische Erkrankungen des Herzens auf Grund auskultatorischer Erscheinungen. (Z. Kreislaufforsch., 21. Jahrg., Heft 19.) In der vorliegenden Arbeit, die sich auf lange, sorgfältige und peinlichst kontrollierte Beobachtungen stützt, hebt Verfasser die Bedeutung der Auskultation in denjenigen Fällen hervor, in denen die Kranken über verschiedene Erscheinungen von seiten des Herzens klagen (Herzklopfen, unangenehme Empfindungen, mitunter Herzbeklemmung oder geringe Atemnot bei physischen und psychischen Anstrengungen), während weder die physikalische, noch die graphische Untersuchung irgendwelche Veränderungen, wie Herzerweiterung, Geräusche, Störungen des Herzrhythmus und ähnliches, aufzudecken vermag. Oft läßt sich in diesen Fällen eine konstante oder leicht auftretende Tachykardie feststellen. Als ätiologische Momente gelingt es zuweilen Symptome einer Störung der Tätigkeit der endokrinen Drüsen, reflektorische Einflüsse, auch Faktoren psychogener Art nachzuweisen.

Verfasser beobachtete häufig, daß dem erwähnten klinischen Krankheitsbilde irgendein überstandener Infektionsprozeß — insbesondere die Grippe — zugrunde liegen kann, der eine langdauernde pathologische Erregbarkeit des Nervemuskelapparates ohne Anwesenheit einer postinfektösen Myokarditis zur Folge haben kann. Auch kräftig physische Anstrengungen vermögen die Herznerven bei einigen Individuen derart zu schädigen, daß das Bild einer hochgradig erregten Herzaktion zustande kommt.

Es gelingt jedoch nicht immer, die Ätiologie zu eruieren. Nicht selten handelt es sich um eine rein konstitutionelle vermehrte Erregbarkeit des Herzens nervös-muskulösen Ursprungs, insbesondere im jugendlichen Alter.

Die allergrößte Vorsicht ist bei der Differentialdiagnostik zwischen Neurose und organischer Affektion des Herzens geboten, wenn eine Tachykardie vorliegt.

Wertvolle Ergebnisse liefert in all diesen Fällen das aufmerksame Studium der Schallerscheinungen, sämtlicher Eigentümlichkeiten der Herztöne — des „Dialekts des Herzens“.

Auskultatiert man also das Herz bei konzentrierter Aufmerksamkeit und sucht aus der dabei gewonnenen Wahrnehmung nicht nur die Schall-, sondern auch die taktile Komponente herauszugreifen, so findet sich bei Neurosen in zahlreichen Fällen der mehrmals erwähnte „dissoziierte“ erste Ton, mit dem man außerdem noch die Empfindung des flüchtigen Erhörens des Herzens wahrnimmt; hier muß man von einem erregten hypertonen Herzen sprechen, im Gegensatz zu einer anderen Kategorie von Fällen, in denen man auf Grund des Auskultationsbefundes von einer hypertonen Neurosenform sprechen kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

5016.

Brack, Erich, Herz- und Aortenbefunde bei plötzlichem Tode und ihre Bedeutung für das Zustandekommen solchen Todes. (Zbl. inn. Med., Jg. 50, Nr. 34.) Die eigentliche Mechanik des Todes bleibt trotz scheinbarer pathologisch-anatomischer Klärung häufig ein Rätsel. Insbesondere gibt ein selbst hochgradiger Herzbefund oft nur indirekt, ein geringfügiger dagegen viel direkter die unmittelbare Todesursache ab. Eine langsam entstandene Veränderung darf nie als Ursache plötzlich eintretenden Todes aufgefaßt werden.

Klargestellte plötzliche Todesursachen sind Embolien und schnellwachsende Thromben, z. B. auch die ausgedehnten Mikrothromben bei Kohlenoxydvergiftungen. Gefäßwandveränderungen werden als Ursache plötzlichen Todes abgelehnt mit der einzigen Ausnahme frischer isolierter Malakien des linken Papillarmuskels. Zwei derartige Fälle werden beschrieben, dagegen in einem Fall von plötzlichem Tod mit dem Befund isolierter Schwielenbildung in einem Papillarmuskel als Folge einer Malakie bei gleichzeitiger hochgradiger Arteriosklerose der Kranzarterien die Ursache in der hochgradigen Stauung der parenchymatösen Organe gesehen.

Der plötzliche Tod bei hnischem Kranzarterienverschluß zeigt selten frische, kleine gummöse Prozesse, sondern meist ausgedehnte vernarbende Veränderungen mit Endarteriitis obliterans. Der Tod ist hier auf hochgradige Stauung der inneren Organe zurückzuführen.

Von Herztumorbefunden bei plötzlich Verstorbenen werden zwei verschiedenartige Beispiele angeführt: In einem Fall ist ein kleines Fibrosarkom des linken Ventrikels an der Umschlagstelle des linksseitigen Reizleitungssystems als unmittelbare Todesursache anzusprechen. Dagegen darf in dem Fall eines plötzlich verstorbenen 26jährigen, bei dem die Obduktion ein sicher längere Zeit bestandenes Hämangiofibrosarkom der rechten Herzkammer aufdeckte, die Todesursache nicht unmittelbar in der Herzveränderung, sondern in einer Zirkulationsstörung gesehen werden.

Als beweisend für Zirkulationsstörungen als Todesursachen im Gegensatz zum pathologischen Herzbefund selbst werden Fälle von Herzmißbildungen angeführt. Bei 2 bzw. 2½ Monate alten Säuglingen mit Septumdefekt bzw. Transposition der großen Herzarterien war der plötzliche Tod nicht auf diese Veränderungen unmittelbar, sondern auf verhältnismäßig plötzlich einsetzende Kompensationsstörung zurückzuführen. Bei einem plötzlich verstorbenen 26jährigen Bootsmann fand sich eine Isthmusatresie der Aorta, ein 4 cm langer Aortenriß und im Herzbeutel 500 ccm frischen Blutes; hier hatte nicht die Atresie als solche, sondern die Ruptur zum Tode geführt, die durch plötzliche Steigerung des bei Atresie im Aortenbogen bestehenden Hochdrucks verursacht war.

Von der weiteren Verfolgung ähnlicher Beobachtungen insbesondere bei Einbeziehung quantitativer Blutuntersuchungen in den einzelnen Organen verspricht sich Verfasser nicht nur forensisch-medizinisch und unfallgutachtlich, sondern allgemein physiologisch neue Gesichtspunkte.

Die aus den Beobachtungen gezogenen Schlußfolgerungen erscheinen teilweise gesucht. (Bem. des Ref.)

Gustav Hoffmann, Nürnberg.

5017.

Menzel, Rudolf, Versuch einer komplexen Darstellung des Krankheitsmechanismus beim Asthma bronchiale. (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Das primäre beim Asthma bronchiale ist eine konstitutionelle Labilität des vegetativen Nervensystems, verbunden mit Störungen im endokrinen System. Die primäre Organismenminderwertigkeit führt zur Ausbildung von krankhaften Reflexmechanismen. Der Asthma-reflex ist eigentlich nicht pathologisch, es handelt sich bei ihm nur um eine Herabsetzung der Reizschwelle. Ursprünglich besteht bei der Labilität des vegetativen Nervensystems eine allgemeine Reizschwellenherabsetzung. Determinierend wirken im Falle Asthma gehäufte Bronchialkatarrhe, schlechte Atemtechnik, adenoide Wucherungen und in erster Linie die Bronchialdrüsentuberkulose. Hat sich auf Grund dieser Verknüpfung schädigender Faktoren die Basis der Krankheit geschaffen, so genügen schon unterschwellige Reize, um den Asthmaanfall auszulösen. Man muß immer dabei denken, daß es sich beim allergischen Asthma viel häufiger um eine polytrope als um eine monotrope Anaphylaxie handelt. Aus diesem Grunde ist die anti-allergische Therapie des Asthmas eine so schwierige und nicht immer erfolgverheißende. Bildet sich bei einem vegetativen Neurotiker allmählich ein Asthma heraus, so tritt immer mehr der psychogene Faktor in den Vordergrund. Es entwickelt sich allmählich beim Kranken ein Minderwertigkeitsgefühl, beim asthmatischen Kinde eine Beachtungsneurose. Dies führt zu dem unheilvollen Circulus vitiosus: Steigen des Krankheitsbewußtseins, wachsende Entmutigung, Häufung der Krankheits Symptome. In seltenen Fällen kann sogar der ganze Krankheitsprozeß psychogen bedingt anfangen. Es gibt natürlich auch Mischformen beider Ätiologien.

L. Gordon, Berlin.

5018.

Wassermann, S., Zur Kenntnis der kardialen Seufzeratmung. (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) Angina-pectoris-Kranke zeigen zuweilen gehäuftes Seufzen.

Pathophysiologisch gehört das anginöse Seufzen zu den respiratorischen Reizphänomenen des Angina-pectoris-Syndroms (Angina pectoris respiratoria seu dyspnoica).

Es entsteht durch die Einwirkung zentripetaler kardial- bzw. koronar-aortaler Reize auf medulläre Atemkerne via Sarnpathici-Stellata-Communicantes (etwa C₇ — D₈).

Durch den C. D. kann es gemeinschaftlich mit anderen respiratorischen Reizphänomenen der A. p. unterdrückt werden, was im Sinne einer reflektorischen Entstehung spricht.

Anginaseufzen ist entweder an den Anfall gebunden oder es tritt in der Zwischenzeit auf (intervallär). Zuweilen kündigt es den Anfall an, ist daher ein prämonitorisches Symptom.

Als intervalläres Symptom deutet es auf das Bestehen latenter koronar-aortaler Reize bzw. auf Uebererregbarkeit des Atemzentrums infolge solcher Reize (leichte Auslösbarkeit durch extrakardiale [psychische] Reize) hin.

Doch muß es im letzteren Falle möglichst vom psycho-neurotischen Seufzen unterschieden werden.

Auch vom Insuffizienzseufzen bzw. einem solchen bei Angina pectoris muß es gesondert werden (einschleichende Herzinsuffizienz bei A. p.)
Arnold Hirsch, Berlin.

5019.

Ramond, Louis, **Arterielle Hypertension der Lungen.** (Presse Med. Paris, Nr. 66, 1929.) Die pulmonäre arterielle Hypertension ist klinisch charakterisiert durch die Dyspnoe, durch Hämoptysen, teils hellroten, teils dunkelroten Blutes, die sich, wenn auch wenig reichlich wiederholen und (seltener) durch rebrosterale Schmerzanfälle, absolut analog der Angina-pectoris-Krisen. Es besteht Zyanose, Geräusch oder Verdoppelung des zweiten Pulmonaltones und, inkonstant, ein systolisches Geräusch am internen Teil des dritten linken Interkostalraumes am linken Sternalrand entlangziehend. Die Prognose ist immer ernst. Die Therapie muß den antidiologischen Faktoren Rechnung tragen: 1. Gegen die Mitralinsuffizienz geeignete Hygiene (Ruhe, strenge Diät, knappe Mahlzeiten) und abwechselnd 5 Tropfen der Digitalinlösung 1:1000 einmal täglich 10 Tage lang mit Strophantus 3 granula à 1 Milligramm täglich weitere 10 Tage. 2. Gegen das Emphysem und die chronische Bronchitis die Vermeidung von Feuchtigkeit und den Kontakt mit Erkälteten; Verordnung von Sinapismen, Hustenmitteln, Strychnin. 3. Gegen die pulmonäre Arteritis Jodpräparate, Jodtinktur in Milch, Jodpepton, Jodkali, Koffein-Jod. Liegt Lues vor, spezifische Behandlung.
Haber.

5020.

Guillermo, A. Bosco, **Die gleichzeitige Deformierung, die Zeichen für bösartige Tumoren der unteren Luftwege.** (Rev. Méd. Lat. Amer., XIV., Nr. 167.) (Inst. d. Semiologia y Propedeutica Buenos Aires.) Verfasser beschreibt als erster eine typische Skoliose und Senkung der Schulter an der kranken Seite bei malignen Tumoren der Lunge. Die Skoliose ist nach der kranken Seite konvex. Sie ist ebenso wie die Schulterensenkung nur beim Stehen vorhanden, im Liegen gleicht sie sich aus. Das Zeichen findet sich bei intrapleurale malignen Geschwülsten jeden Sitzes und jeder histologischen Struktur. Zahlreiche Abbildungen von Kranken und von Obduktionsbefunden erläutern die Arbeit. Ursache des Symptoms scheint der Zug der Pleura an der Wirbelsäule zu sein.
Cohn, Hamburg.

5021.

Wehmeyer, Adolf, **Zur Therapie des Lungenabszesses.** (Med. Klin., Nr. 38, 1929.) Von vier Kranken, unter denen sich nur einer befand, dem man einen operativen Eingriff hätte zumuten können, konnten drei durch Anlage eines künstlichen Pneumothorax durchgebracht werden. Bei allen Fällen, auch bei dem einen, der nach anfänglicher Besserung einer tödlichen Hämoptoe erlag, zeigte sich auch bei vorsichtiger Beurteilung eine so auffallende Rückbildung und in kurzer Zeit erfolgende Ausheilung der Abszesse als bald nach Anlage des Pneumothorax, daß Verfasser glaubt, das Verfahren empfehlen zu können. Obwohl es immer Fälle geben wird, bei denen man dem chirurgischen Vorgehen den Vorzug geben wird, muß der Pneumothorax seinen berechtigten Platz in der Therapie der Erkrankung einnehmen. Die Pneumothoraxbehandlung soll dann Anwendung finden, wenn ein chirurgisches Vorgehen kontraindiziert ist. Ein Pneumothorax ist wertlos, wenn keine Kommunikation mit einem Bronchus besteht.
L. Gordon, Berlin.

5022.

Calderio, Cesar Cabrera, **Einige Betrachtungen über die Behandlung des Pulmonalabszesses.** (Rev. Med. y Cir. Hab., Jg. 34, Nr. 9.) An Hand von zehn Fällen empfiehlt Verfasser die endotracheale Behandlung des Pulmonalabszesses als absolut sicher und ungefährlich. Und zwar verwendet er im infiltrativen Stadium Ipidol in Dosen von 10 bis 20 ccm alternierend mit Oleo-mermenol 10% je zehn Injektionen, im eitrigen und kavernenösen Stadium Neosalvarsan steigend 0,1 bis 0,75 gleichfalls endo-

laryngeal einmal wöchentlich. Bei dieser Behandlung sah Verfasser in acht Fällen komplette Ausheilung, zwei Fälle entzogen sich der Behandlung, von ihnen starb einer, der zweite erlitt ein Rezidiv seines Abszesses. Beobachtungszeit der geheilten Fälle bis zu einem Jahr.
Cohn, Hamburg.

5023.

Kalk, Heinz, **Erfahrungen mit der Laparoskopie.** (Z. klin. Med., 111., 3. und 4. Heft.) In der vorliegenden Arbeit wird ein neues Instrumentarium für die Laparoskopie beschrieben. Das Wesentliche daran ist neben einem neuartigen Trokar, der ein besseres Durchdringen der Bauchdecken ermöglicht, eine prograde Optik, die die Orientierung in der Bauchhöhle erleichtert.

Es wird dann genauer auf die mit dem Instrument geübte Technik der Untersuchung der Bauchhöhle eingegangen. Am besten werden zwei Einstichstellen gewählt, eine für das Laparoskop, eine zweite für die Punktion des evtl. vorhandenen Aszites und die Lufteinblasung.

In einem weiteren Abschnitt werden die Uebersichtsmöglichkeiten in der Bauchhöhle geschildert. Dabei kommt etwa soviel von den Eingeweiden zu Gesicht, wie man bei einer Leiche nach Abtragung der vorderen Bauchwand sieht.

Dann folgt eine Besprechung des eigenen Krankmaterials. Im ganzen nahm Verfasser etwa 100 Laparoskopien vor, davon sind mit dem neuen Instrumentarium im ganzen 41 Laparoskopien an 36 Patienten vorgenommen worden, die vorwiegend den Untersuchungen zugrunde gelegt werden. Die überwiegende Mehrzahl waren Leberkranke, daneben wurden Fälle von Magen- und Pankreaskarzinom, Hypernephrom usw. untersucht.

Der laparoskopische Befund bei einzelnen Erkrankungen der Bauchhöhle wird besprochen: es folgt die Schilderung des morphologischen Befundes der krankhaft veränderten Leber, z. B. bei den atrophischen Zirrhosen einem primären Leberkarzinom, bei Lebermetastasen und Polyserositis. Auf einen beobachteten Fall von Bronzediabetes, bei dem die Diagnose trotz fehlens äußerer Pigmentierungen durch die Laparoskopie gestellt werden konnte, wird besonders genau eingegangen. Es folgt die Schilderung des Befundes bei Magenkarzinom, verbunden mit dem Bericht eines Falles, bei dem die Methode die Diagnose ermöglichte, während klinische und Röntgenuntersuchung versagte, bei Peritonealerkrankungen und bei Erkrankungen extraperitoneal gelegener Organe.

Bei den 36 mit dem neuen Instrument untersuchten Patienten führte sechsmal die Laparoskopie zu keinem diagnostischen Ergebnis, woran vorwiegend ausgedehnte Verwachsungen schuld waren; zweimal war es nicht möglich, zu einer eindeutigen Diagnose zu kommen, trotzdem laparoskopisch ein Befund erhoben wurde, zweimal wurde im Laparoskop Gesehenes nicht richtig gedeutet, wodurch einmal eine falsche Diagnose gestellt wurde; 15mal wurde die Diagnose im wesentlichen durch die Laparoskopie gestellt — dies waren besonders Lebererkrankungen. In 12 Fällen stand an sich die klinische Diagnose fest oder war zum mindesten wahrscheinlich, trotzdem war die Laparoskopie von Nutzen, weil ein wichtiger Befund erhoben wurde, z. B. Lebermetastasen gefunden oder andere Krankheiten ausgeschlossen werden konnten.

Für die Diagnose von Leberkrankheiten scheint die Laparoskopie am wertvollsten, nächst dem für Peritonealerkrankungen. Bei Gallenblasenerkrankungen wird man sie nur in Ausnahmefällen, nämlich bei Verdacht auf Gallenblasenkarzinom, anwenden. Bei Magenerkrankungen ist die Methode von geringerer Bedeutung, sie kann aber in Einzelfällen, bei Karzinom z. B., doch nützlich sein. Für versteckt liegende oder retro-peritoneal gelegene Organe, die im allgemeinen dem Instrument nicht zugänglich sind (Pankreas, Milz, Niere), kann die Laparoskopie von Bedeutung werden, wenn diese Organe bzw. die von ihnen ausgehenden Tumoren stark vergrößert sind oder in die Bauchhöhle vordringen.

Ein große Erfolge versprechendes Gebiet ist nach Ansicht von Kalk die wissenschaftliche Verwendung der Laparoskopie. Die einzelnen Möglichkeiten, z. B. auf dem Gebiet der Leberkrankheiten, der Untersuchungen der Madendarmmotilität, der Durchblutung der Bauchhöhle werden skizziert, es wird gezeigt, daß die Methode einen Beitrag liefern kann zur Wertigkeit der Leberfunktionsprüfungen und zur Frage der aktiven Kontraktion der Gallenblase.

Die Schmerzhaftigkeit und die Gefahren der Methode werden besprochen. Bei einigermaßen geschickter Hand ist die Laparoskopie mit der beschriebenen Technik schmerzlos und birgt, abgesehen von den üblichen Gefahren der Bauchpunktion, keine Gefahren für die Kranken. Eine Schädigung der Patienten durch die Methode wurde niemals beobachtet. Die Laparoskopie soll erst dann angewandt werden, wenn die anderen Untersuchungsverfahren, das klinische und das röntgenologische, versagen. Das Verfahren ist bei akuten entzündlichen Prozessen in der Bauchhöhle kontraindiziert, ferner bei in der Bauchhöhle vorhandenen, ab-

gekapselten und lokalisierten Prozessen, bei schwer dekompenzierten Kreislaufkrankheiten.

Probepylorotomie und Laparoskopie sind keine Konkurrenzmethoden, weil sie sich an einen verschiedenen Kreis von Untersuchern wenden und die Probepylorotomie einen größeren Eingriff darstellt, sondern weil der größte Teil der Krankheiten, die gerade für die Laparoskopie in Frage kommen (Lebererkrankungen) solche sind, bei denen man nicht laparotomieren kann.

Arnold Hirsch, Berlin.

5024.

Strauch, Friedrich Wilhelm, **Praktisches und Kritisches aus der Diagnostik der Magenkrankungen** (unter Ausschluß der Röntgendiagnostik). (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 42.) Die Differentialdiagnostik der Magenkrankungen (Magenkatarrh, Magengeschwür, Magenneurose) ist für den Praktiker heute viel schwieriger geworden. Nicht selten ist die Heranziehung diagnostischer Untersuchungsmethoden notwendig, die nur im Krankenhaus durchgeführt werden können. Die individuell aufgenommene Vorgeschichte muß wieder mehr und mehr der Grundstein aller diagnostischen Erwägungen werden, die Einführung in das Erlebnis der Krankheit und in die Persönlichkeit des Kranken nach eingehender klinischer Gesamtuntersuchung ist immer von ausschlaggebender Bedeutung. Bei Magenbeschwerden mit kürzerer Vorgeschichte sogleich an Karzinom zu denken, führt in der Praxis leicht zu Irrtümern. Im allgemeinen ist die Diätfehlerliste bei Gallenkranken größer als bei Magenkranken. Die Analyse des Schmerzes muß in der Diagnostik an erster Stelle stehen, auch ist stets an Schmerzirradiationen zu denken.

Sodbrennen ist keinesfalls immer ein Zeichen von Hyperazidität. Auch Erkrankungen der Schlagader (Aortensklerose, Koronarsklerose, Aortitis luica) sind zu erwägen bei Kranken, die über 50 Jahre alt sind. Hungerschmerz und Spätschmerz sind vieldeutige Symptome, die stets der klinischen Analyse bedürfen (Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals, Cholezystographie). Nächtliche Kolikschmerzen im Oberbauch sind häufiger auf eine Erkrankung der Gallenwege zurückzuführen als auf eine des Zwölffingerdarms. Organneurosen und Phobien begegnen uns in der Praxis häufig und werden oft übersehen; genaues Ausforschen der Angehörigen gehört hier oftmals zur Aufklärung des Falles.

Auf Kosten der Röntgendiagnostik darf heute die Inspektion und Palpation des Abdomens nicht vernachlässigt werden. (Hernien, muskuläre Abwehrspannung, Boassche Druckpunkte.) Bei akuter und subakuter Gastritis wird besonders oft eine belegte Zunge gefunden. Mundgeruch ist ohne weiteres nicht auf eine Magenkrankung zurückzuführen (Nasen-Rachenaffektionen, kariöse Zähne). Auch bei einfacher akuter Gastritis kommen Fiebertemperaturen vor.

Das Ewald-Boassche Probefrühstück wird noch lange trotz der Fehler dieses Verfahrens in der Praxis seinen Platz behaupten. Für wissenschaftliche Fragestellungen ist der Alkohol- und Koffeinprobetrunk mit fraktionierter Ausheberung das gegebene Verfahren. Nüchternausheberung des Magens ist nur selten notwendig. Die Verabfolgung eines Appetitprobefrühstücks ist oft sehr angebracht. Der Nachweis von Sarzine und Milchsäurebazillen sowie von Milchsäure im ausgeheberten Mageninhalt ist besonders angezeigt, wenn eine Röntgenuntersuchung nicht auszuführen ist. Probe- und Belastungsmahlzeiten sind wieder mehr heranzuziehen. Schwere Magenatonien, klinisch unter dem Bilde einer Pylorusstenose einhergehend, werden öfters falsch gedeutet.

Der Nachweis von okkultem Blut im Stuhle hat bis heute seine große diagnostische Bedeutung beibehalten. Negative und stark positive Benzidinreaktionen besagen viel, ganz schwach positive wenig oder nichts. Das Blutbild nach Schilling gibt bei Karzinomen keine eindeutigen Resultate, führt aber sonst nicht selten diagnostisch weiter. Bei Magendarmneurosen ist das spezifizierte weiße Blutbild meist normal, bei akut entzündlichen Prozessen besteht sehr oft Linksverschiebung. Eine normale Blutsenkungsreaktion läßt eine Entzündung oder einen malignen Tumor nicht ausschließen. In enger Anlehnung an das klinische Gesamtbild ist aber die Feststellung der Blutsenkungsgeschwindigkeit oftmals von diagnostischer Bedeutung.

Arnold Hirsch, Berlin.

5025.

v. Bergmann, G., **Das Gastritisproblem**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Die Bedeutung der Gastritis hat im Wandel der Zeiten größte Schwankungen erfahren. Wenn sie in der Gegenwart wieder eine weit größere Bedeutung besitzt, so beruht dies auf erheblichen methodischen Fortschritten, die sich noch in der Entwicklung befinden. Diese lassen am Lebenden jetzt häufig unzweifelhafte objektive Feststellungen zu, erweisen die große Häufigkeit der Gastritiden chronischer Art, die selbst Jahrzehnte ohne Achylie verlaufen können, zeigen die herdförmige, besonders die Antrumgastritis auf, wie die diffusen Formen. Neben

morphologischen und sekretorischen Einteilungsprinzipien, die sämtlich für die Klinik nicht durchgreifender Art sind, muß die schroffe Zweiteilung, akut und chronisch, deshalb fallen, weil die häufigste Form sich äußert in akuten Schüben auf der Basis chronischer regenerativer und reparativer Vorgänge. Die anatomischen Kriterien sind mit den klinischen aus prinzipiellen Gründen nicht in Deckung zu bringen: Die Form der chronischen exazerbierenden Gastritis mit ständigen Rezidiven spielt als Begleitgastritis beim Ulkus, bei den Cholezystopathien, bei den Leberaffektionen eine große Rolle, daneben auch als Krankheitsbild für sich. Der Beschwerdekomples der Axazerbationen hat oft, durchaus nicht immer, größte Ähnlichkeit mit der periodischen Ulkusbeschwerde. Die Gastritis ist oft Ausdruck eines primären Epithelschadens mit sekundärer Entzündung, ausgelöst weniger vom Reiz ex ingestis als von hämatogenen Noxen, die als unspezifische Reize sowohl bei Infektionskrankheiten als auch bei anderen Zuständen des Zerfalls körpereigener Substanz zustandekommen. In dem Sinne ist das Gastritisproblem Teilproblem entzündlicher Gewebsreaktion und Gewebsdisposition überhaupt.

Erkennt man die noch recht mangelhafte diagnostische Sicherung sehr vieler Fälle, weil keineswegs der methodische Nachweis bisher ideal ist, führt die Häufigkeit schon jetzt objektiv erkennbarer Gastritiden zu dem logischen Schluß, daß diese Erkrankungsformen weit häufiger bestehen müssen, als die Klinik unserer Tage sie nachzuweisen vermag. Damit liegt Veranlassung vor, Verlegenheitsdiagnosen, wie Dyspepsie, Magenverstimmung u. a. m. zu revidieren unter dem Gesichtspunkt, wie häufig latente Gastritiden erweisbar sind, sei es als Krankheitsbilder für sich, sei es als Begleitzustände bei Ulkus, Magenkarzinom, Phthise, Cholezystopathie, diffusen Leberaffektionen, Enterokolitiden usw.

Der therapeutische Versuch, bei manifesten (objektiv nachweisbaren) und latenten Gastritiden die Behandlung nach Art der Behandlung bei Schleimhautentzündungen systematisch durchzuführen, erscheint lohnender, als unter der Annahme einer reinen Funktionsstörung den Magen mit Alkalien zu schädigen, diätetisch nicht zu schonen oder für solche Fälle die psychische Behandlung in den Vordergrund zu stellen.

Arnold Hirsch, Berlin.

5026.

Reis, van der, **Pylorospasmus und Intestinalitis**. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Es wird ein Krankheitsbild beschrieben, bei dem bei einem Patienten trotz alkalischer Reaktion im Dünndarm und Fehlens freier Salzsäure im Magen — also ohne Säure-reflex — ein ungewöhnlich intensiver Pylorospasmus bestand. Die Ursache sieht Verfasser in erster Linie in der nachgewiesenen Duodenitis und Jejunitis. Eine Gastritis kann nicht mit Sicherheit angenommen werden. Da Verfasser bei der Darmsondierung *Lamblia* in großer Menge gefunden hat, die sich im Stuhl jedoch nicht nachweisen ließen, nimmt er an, daß die *Lamblia* die Entzündung und den Saffluß im oberen Dünndarm, wenn nicht verursacht, so doch unterhalten und somit indirekt den Beschwerdekomples hervorgerufen haben. Dafür spricht das Fehlen sonstiger anamnestischer Schädigungen und das Verschwinden der Intestinalitis nach Bekämpfung der *Lamblia*, gleichzeitig mit der Wiederherstellung normaler Säureproduktion im Magen. Das Azidieren der Darmkeime dürfte nach früher veröffentlichten Befunden ebenfalls die Folge gestörter Sekretions- und Aziditätsverhältnisse sein.

Aus zwei weiteren Beobachtungen von *Lamblia*trägern desselben Konstitutionstyps geht hervor, daß die besprochenen Symptomenkomplexe nicht obligatorisch sind. Bei genau durchuntersuchten Kranken lag keine Aziditäts- und Sekretionsanomalie vor Magen oder Dünndarm vor, aber auch keine nachweisbare Intestinalitis und kein Pylorospasmus. Es bestand im Gegenteil eine überstürzte Magenentleerung und beschleunigte Dünndarmpassage. Besonders bei Durchfällen fanden sich *Lamblia* und enzystierte Formen im Stuhl. Beide Patienten wurden *lamblia*- und beschwerdefrei.

Verfasser ist nicht der Ansicht, daß nicht die alkalische Dünndarmreaktion, ganz abgesehen von der Sekretionsanomalie des Magens, den Pylorospasmus verursachte, sondern eher die Intestinalitis. Vielleicht im Zusammenhang mit der alkalischen Reaktion. Dies ist mehr als eine Vermutung, da Verfasser zweimal Duodenitis und Jejunitis bei normalen Sekretions- und Säureverhältnissen des Magens und Darms ohne irgendwelchen Pylorospasmus gesehen hat.

Andererseits steht fest, daß Gastritiden verschiedenster Genese und Ausdehnung, auch solche mit Hypochylie und Achylie, entleerungsverzögernd wirken können. Es dürfte aber wohl bei einer sogenannten „kleinen 12-Stunden-Retention“ bleiben und nicht bei einer „großen 12-Stunden-Retention“ kommen.

Arnold Hirsch, Berlin.

5027.

Fischl, Leopold, **Beobachtungen und Bemerkungen über das Magengeschwür, insbesondere bei Greisen**. (Münch. med. Wschr.

76. Jahrg., Nr. 41.) Wo kein peptischer Magensaft vorhanden ist, kann kein Ulkus entstehen. Zur Entstehung eines Ulkus ist das Vorhandensein abgestorbenen Gewebes in der Magenwand unbedingte Voraussetzung. Keine der Theorien gibt über die Entstehung der Magengeschwüre eine befriedigende Erklärung. Das im Greisenalter auftretende Ulkus verläuft gutartig; es zeichnet sich durch häufige und intensive Blutungen aus, die aber selten zum Tode führen. Die Geschwürskrankheit ist bei Greisen selten die Todesursache. Die parenterale Eiweißtherapie kann auch im hohen Greisenalter ohne Gefahr mit vollem Erfolg durchgeführt werden. Die Resultate der internen Therapie im Greisenalter sind sehr gute. Arnold Hirsch, Berlin.

5028.

Gruenzweig-Grulewski, Zur Klinik der Helminthiasis und ihre Beziehungen zum vegetativen Nervensystem. (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Die Darmparasiten können harmlose Schmarotzer sein, sobald sie aber absterben, was normalerweise fast täglich geschieht, scheiden sie ein Gift aus, welches in erster Linie das vegetative Nervensystem lädiert. Im anfänglichen Stadium ist es gleichgültig, ob es sich um Askariden, Tänien, Oxyuren, Botriocephalus usw. handelt. Erst später manifestieren sich spezifische Symptome für jede Wurmspezies, wie z. B. die Anämie für Ankylostoma, die Muskelschmerzen und Fieber für Trichinose usw. Alle Erscheinungen, die die Patienten zuerst wahrnehmen, haben ihren Ausgangspunkt im vegetativen Nervensystem; es scheint, daß das Entozoen eine spezielle Affinität zum vegetativen Nervensystem hat. L. Gordon, Berlin.

5029.

Nauck, Ernst G., Die Pathogenität der Trichocephalen. (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Verfasser konnte bei zwei Sektionen eine Schädigung des Darmes nachweisen, die mit großer Wahrscheinlichkeit mit der Ansiedlung von ungewöhnlich zahlreichen Trichocephalen zusammenhing und in einem Falle zu einer chronischen Enteritis mit sekundärer vom Darm ausgehender Sepsis geführt hatte, im anderen Falle zu einer allgemeinen fibrinös-chronischen Peritonitis. Ob die fortschreitende chronische Entzündung der serösen Häute im zweiten Falle direkte Folge der Einwirkung des Parasiten war, ob es sich um toxische Einwirkung oder den Effekt sekundärer bakterieller Infektion handelte, war nicht zu entscheiden. L. Gordon, Berlin.

5030.

Nible, A., Die Heilung der chronischen Obstipation mit Mutaflor, ihre Grundlagen und ihre Bedeutung. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 42.) Trotz des Bewußtseins, daß die Kenntnisse über die Darmflora infolge der Mängel unserer Untersuchungsmethoden noch manche Unvollkommenheiten aufweisen, berechtigen die bakteriologischen Erfahrungen in Verbindung mit denen der Mutaflorthherapie doch mit Sicherheit zu dem Schluß, daß die Art des eigenen Kolistammes für die Entstehung bakterieller Darmkrankungen von entscheidender Bedeutung ist. Je antagonistisch überwertig der Kolistamm ist, um so wirksamer werden zufällig in den Darm gelangte Keime in ihrer Entwicklung gehemmt und umgekehrt.

Zur Prüfung der Heilwirkung des Mutaflors wurden anfangs Zustände gewählt, die durch eine gesteigerte Darmperistaltik gekennzeichnet waren; dann führten günstige Ergebnisse bei Darmkrankungen, die einen Wechsel dieses Symptoms mit Obstipation aufwiesen, allmählich zur Erprobung des Mittels an Kranken, bei denen die Obstipation allein im Vordergrund der Erscheinungen stand. Es handelte sich fast ausnahmslos um Fälle, bei denen die Ernährung und die üblichen Mittel im Laufe der Zeit mehr und mehr versagten; meist bestand der Zustand daher schon viele Jahre, und wird die Tatsache erklärt, daß fast ausschließlich Erwachsene behandelt wurden.

Durch die Mutaflorkur heilten in einigen Fällen auch gewisse Komplikationen der Obstipation, wie dysmenorrhoeische, klimakterische oder rheumatische Beschwerden aus und trotz gelegentlich beobachteter Enteroptose konnte eine völlig geregelte Darmtätigkeit erzielt werden.

Auf Grund der bei anderen Darmkrankheiten, besonders bei Colitiden, gewonnenen Erfahrungen wurde in den ersten Versuchsreihen die Behandlung chronischer Obstipationen als aussichtslos gebrochen, wenn nach 6 Wochen keine Anzeichen von Besserung merkbar waren. Diese Auffassung hat sich als irrig erwiesen, und so erklärt es sich, daß in der letzten Zeit Mißerfolge immer seltener geworden sind.

Nach den in der letzten Zeit gewonnenen Erfahrungen muß man alten oder besonders hartnäckigen Fällen damit rechnen, daß der Zustand sogar 3 oder 3½ Monate lang unverändert bleibt und dann plötzlich der Erfolg einsetzt. Unter diesen Umständen kann geduldiges Ausharren von Arzt und Patient vor Fehlschlüssen wahren.

Das Mutaflor ist, natürlich eine genügend lange Behandlungszeit vorausgesetzt, imstande, die große Mehrzahl der chronischen Obstipationen zu heilen oder doch so weit zu bessern, daß leichte bequeme Nachhilfen genügen.

Schwierigkeiten in der Wahl der Fälle für die Mutaflorthherapie bestehen im allgemeinen nicht, sobald das Leiden als sogenannte „funktionelle“ chronische Obstipation erkannt ist, nicht etwa nur ein durch extrem schlackenarme Ernährung allein erklärbarer Zustand oder Folgen einer Bleivergiftung, einer Erkrankung des Zentralnervensystems u. dgl. vorliegen oder die Stuhlträchtigkeit etwa durch mechanische Hindernisse, wie Tumoren oder Stenosen, verursacht ist. Dagegen ist es von untergeordneter Bedeutung, ob die Obstipation durch Hypokinese oder Spasmen des Darmes bedingt ist, und ob zeitweise Durchfälle an ihre Stelle treten.

Die Wirkung des Mutaflors beruht ausschließlich auf seiner Fähigkeit, die Bakterienflora der unteren Darmabschnitte zu verdrängen und den im Mittel enthaltenen Kolistamm anzusiedeln.

Die Mutaflorthherapie will nicht wie die verbreiteten Reiz- und Gleitmittel einen pathologischen Zustand, ohne ihn zu ändern, nur erträglich gestalten; sie will sich auch nicht begnügen, nur die Krankheitserscheinungen zu beseitigen, sondern sie will die Grundursachen selbst treffen, kausal wirken, und so eine völlige, nicht nur bedingte Wiederherstellung erreichen. Aus den bisherigen Erfahrungen, die an schwierigem Material gemacht wurden, ist zu schließen, daß ihr diese Aufgabe verhältnismäßig häufig gelingt. Man darf daher von der Mutaflorthherapie hoffen, daß sie die von Lane auf Grund der Metschnikowschen Vorstellungen angeregte operative Therapie der Obstipation, die jetzt meist in Form der Resektion kleiner oder größerer Teile des Kolons ausgeführt wird, in der Auswahl der Fälle noch weiter beschränkt, nach der nicht nur Internisten ihre Bedenken gegen diese Methode geäußert haben, sondern auch Chirurgen, diese sehr eingreifende Operation nur als wirksame ultima ratio in sonst völlig aussichtslosen Fällen behandeln wissen wollen. Arnold Hirsch, Berlin.

5031.

Grosser, R., Beitrag zur Frage des Infektionsweges der kongenitalen Tuberkulose. (Med. Klin., Nr. 38, 1929.) Etwa 5% der Säuglingstuberkulose muß als kongenital angesehen werden. Eine Zusammenstellung der Formen der kongenitalen Tuberkulose ergibt folgendes Schema: 1. Fötal-plazentar-infizierte. Tod bald nach der Geburt: a) portaler Primärkomplex, b) Primärkomplex der Lunge. II. Intra-partum-Infizierte. Tod durchschnittlich im zweiten bis dritten Lebensmonat, spätestens nach 6 Monaten: a) placentare Infektion: 1. portaler Primärkomplex; 2. Primärkomplex der Lunge. (Infektion via Ductus venosus Arantii), b) Infektion durch infiziertes Fruchtwasser: 1. Aspiration, Primärkomplex der Lunge, Primärkomplex des Ohres; 2. Deglutition, Primärkomplex des Darmes. L. Gordon, Berlin.

5032.

Hausmann, Theodor, Pathologie und Klinik der im zweiten Rankestadium häufigen tuberkulösen Hepatitis, auf Grund des Materials der Klinik. (Z. klin. Med., 111, 3. bis 4. Heft.) Die tuberkulöse Hepatitis ist eine häufige Generalisationserscheinung im zweiten Rankestadium; meist handelt es sich um latente Tuberkulose, selten um manifeste Lungentuberkulose. Sie verläuft nicht selten symptomlos. Die Krankheitserscheinungen, wie dyspeptisches Besserwerden, mit oder ohne Schmerzüßerungen, täuschen die verschiedensten Magen-Darmleiden vor.

Die Diagnosesstellung wird nur durch präzise physikalische Untersuchungsmethoden ermöglicht. Die Palpation deckt eine indurierte, nur wenig vergrößerte, gelegentlich auch normalgroße, schmerzhaft Leber auf. Die Erschütterung des rechten Rippenrandes und rechten Hypochondriums löst Schmerz auf. Die ganze Lebergegend ist bei stärkerer Perkussion schmerzhaft. Seltener liegt eine manifeste Hepatomegalie vor bzw. hepatolienaler Komplex.

Die gleichzeitig vorhandene Bronchadenitis, erkennbar durch die intraskapulare Krämer-Dämpfung (Tracheobronchialdrüsen), welche bei der Röntgenuntersuchung unaufgedeckt bleibt, und durch die Hilusdämpfung hinten, welche auch röntgenologisch erkannt wird, weiter die oft vorhandene Infraklavikulardämpfung mit verstärktem Fremitus, weisen auf eine Tuberkulose hin, was durch die Allgemeinreaktion nach probatorischer Tuberkulininjektion bestätigt wird.

Der Befund im Brustraum, wie der Effekt der Tuberkulinreaktion, legen den Gedanken nahe, daß es sich um eine tuberkulöse Hepatitis handeln könne. Die während der Allgemeinreaktion auftretende Herdreaktion von seiten der Leber ist für die tuberkulöse Natur der Hepatitis entscheidend.

Eine Urobilinurie mit Bilirubinämie ist nur in einem Teil der Fälle vorhanden; wenn sie fehlen, treten sie aber während der Tuberkulinreaktion auf. Kohlehydratinsuffizienz der Leber wird nur bei ausgesprochener Hepatomegalie beobachtet. Die Alkalireserve ist oft vermindert.

Etwa 10% der Fälle sind von einem chronischen Ikterus begleitet.

Die Tuberkulintherapie ist bei der tuberkulösen Hepatitis höchst erfolgreich. Es schwinden die Schmerzen, die Urobilinurie, der Ikterus usw., der Allgemeinzustand der Kranken hebt sich. Eine Dauerheilung kann natürlich nicht garantiert werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

5033.

Marchionni, Alfred, Die intrakutane Tuberkulinwiederholungsreaktion nach Bessau bei Hauttuberkulose und Erythematodes. (Arch. f. Dermat., 158, Heft 2, 1929.) Mit Rücksicht auf die Gefahren, die mit den für die Herdreaktion erforderlichen, oft massiven Tuberkulindosen verbunden sind, ist der Ausbau der Lokalreaktion ein Fortschritt. In dieser Richtung liegt die Wiederholungsreaktion, bei der mit steigender Tuberkulinmenge die die Lokalreaktion bewirkende Verdünnung festgestellt und mit der nach 8 Tagen an einer korrespondierenden Stelle die Untersuchung unter gleichen Bedingungen wiederholt wird. Zeigt sich die Wiederholungsreaktion der Erstreaktion gleich, so liegt ein aktiver tuberkulöser Prozeß vor; ist die Wiederholungsreaktion stärker, so spricht dies für Inaktivität einer tuberkulösen Erkrankung; ist sie geringer, so handelt es sich meist um kachektische Personen. Kontrollen bei nichttuberkulösen Haut- und bei Geschlechtskrankheiten ergaben 89% positive Resultate, von denen 85,39% deutliche Steigerung zeigten. Bei aktiven Hauttuberkulosen war in 77,37% die Wiederholungsreaktion gleichbleibend, in 17,52% verstärkt. Die Untersuchung von 31 Erythematodesfällen ergab 3 negativ, 28 positiv reagierende, 3,55% mit abgeschwächter Wiederholungsreaktion. Es gibt danach also sicher Erythematodesfälle, die gleichzeitig eine aktive Tuberkulose haben, andere, die niemals bisher mit Tuberkulose in Berührung standen, sowie einen größeren Teil, bei dem eine tuberkulöse Aetiologie sehr unwahrscheinlich ist, Ergebnisse, die die Auffassung einer vielfältigen Aetiologie des Erythematodes bestätigen.

Ernst Levin, Berlin.

5034.

Gettkant, Bruno, Die Heilkostbehandlung der Tuberkulose nach Gerson. (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Verfasser hat die Heilkostbehandlung nach Gerson während einer Dauer von 10 Monaten in der Lungenheilstätte „Schöneberg“ in Sternberg, N./M., nachgeprüft. Bei allen Patienten ließ sich eine Gewichtszunahme feststellen, die in einigen Fällen sogar erheblich war. Der Krankheitsprozeß in den Lungen blieb dagegen bei den Schwersttuberkulösen unverändert. Eine Besserung ließ sich weder physikalisch oder röntgenologisch, noch mit Hilfe der Blutuntersuchung oder der Blutsenkung feststellen, so daß von einem absoluten Versagen der Methode gesprochen werden muß. Einen gleichfalls negativen Erfolg ergab die Nachprüfung der Methode bei knochen- und gelenktuberkulösen Kindern in der Kinderheilstätte „Schöneberg“ in Südstrand-Föhr. Diese Nachprüfung ist aber nicht beweisend, da die Kinder an der Nordsee aus der Luft große Mengen Kochsalz in den Körper aufnehmen.

L. Gordon, Berlin.

5035.

Schwalbe, Erich, Erfahrungen mit der Gerson-Diät bei Tuberkulösen. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 42.) Aus den klinischen Erfahrungen, die zahlenmäßig für eine Statistik natürlich noch zu gering sind, glaubt Schwalbe folgende Schlüsse ziehen zu können:

Bei 20 mit der Gerson-Diät behandelten Kranken konnte in keinem Falle eine nachweisbare Beeinflussung des Lungenbefundes beobachtet werden.

Es konnte bei den Kranken keine objektive Veränderung beobachtet werden, die man im Sinne einer „Umstimmung“ oder „Entgiftung“ hätte deuten können.

Auch die erzielten Gewichtszunahmen hielten sich in dem Umfange, wie er bei Heilstättenkuren durchaus geläufig ist.

Für die Gewichtszunahme erschien der Phosphor-Lebertran als der wichtigste Faktor, der ja in der Tuberkulosetherapie schon alterprobt ist.

Eine Ueberlegenheit der Gerson-Diät gegenüber der an den deutschen Heilstätten üblichen, bei der ja auch die Vitamine (Milch, Obst, Gemüse) gebührend berücksichtigt werden, konnte nicht festgestellt werden.

Falls es zu einer Nachprüfung der Gerson-Diät in großem Umfange kommen sollte, müßte, nach Ansicht des Verfassers, dafür gesorgt werden, daß in erster Linie erfahrene Phthisetherapeuten, wie sie in den langjährigen Leitern großer Heilstätten zur Verfügung stehen, zur Beurteilung der erzielten Erfolge herangezogen werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

5036.

Sauerbruch, Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Zbl. inn. Med., 35. Jahrg., 50.) Hermannsdorfer hat

an der Sauerbruchschen Klinik die von Gerson eingeführte Ernährungsbehandlung der verschiedenen Formen der Tuberkulose mit teilweise erfreulichen Erfolgen nachgeprüft und hierüber in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 3. Juli 1929 berichtet. Diese Ausführungen erfuhren unterdessen in der Presse eine den Boden der Sachlichkeit verlassende sensationelle Aufmachung, so daß sich Sauerbruch veranlaßt sieht, vor unberechtigten Hoffnungen, insbesondere bezüglich Heilung der Lungen-tuberkulose, zu warnen. Die kritiklose Darstellung eines Teiles der Presse könne nur zu Enttäuschungen führen, die geeignet seien, ein aussichtsreiches, aber noch der weiteren Nachprüfung bedürftiges Verfahren abzulehnen.

Gustav Hofmann, Nürnberg.

5037.

Bingel, Intravenöse Kohleinjektion zur Behandlung der Lungentuberkulose. (D. Arch. klin. Med., 165, Heft 1/2.) 21jährige Frau mit schwerer Lungen-, Kehlkopf- und Darmtuberkulose hatte acht intravenöse Injektionen von 5–10% Kohlesuspensionen gut ertragen. Bei der neunten Injektion trat wenige Minuten später Kollaps und Tod ein.

Buttersack, Göttingen.

5038.

Michel, Raul, Beitrag zum Studium der Vakzine Anti-Alfa. (Rev. Hig. y Tubercul., Jahrg. 22, Nr. 255.) Erprobung an einem klinischen Tuberkulosematerial. Reaktionen zum Teil heftig, bei zum Fortschreiten neigenden Fällen sogar so stark, daß von einer Weiterbehandlung abgesehen werden mußte. Domäne der Vakzine sind torpide, afebrile, höchstens subfebrile Fälle; geringe vorausgegangene Hämoptoen sind jedoch keine Kontraindikationen. Reaktion: 1. Oertliche Schmerzen, 2. Rötung, 3. lokales Oedem, 4. Allgemeinreaktion. Bei Tuberkulösen vorsichtiger Beginn wegen Gefahr der Herdreaktion. Beginn mit 0,05 ccm, steigend um dieselbe Menge, bei beginnenden Fällen Beginn mit 0,1, steigend um je 0,1–0,25; bei Exponierten ohne Symptome steigend um je 0,5. Wöchentlich eine Injektion, strengste Individualisierung je nach der Reaktion. Auf diese Weise ist die Behandlung durchführbar. Pirquet im Verlauf der Behandlung unverändert oder verstärkt. Verf. beurteilt seine Ergebnisse lediglich nach der Gewichtszunahme. Von 18 stationären Fällen erzielte er eine solche bei 9, bei 6 Fällen Tendenz zur Gewichtsabnahme; genaue Beobachtung ist wichtig. Bei Knochentuberkulose gute Verträglichkeit, wertvolle Unterstützung der Heliotherapie. Bei 17 Fällen beginnender Tuberkulose 13 gute Erfolge. Ebenso bei 7 Fällen von tuberkulösen Adenitiden gute Erfolge. Bei 7 exponierten Kindern mit positiver Kutireaktion 5 Gewichtszunahmen, 2 Abnahmen. Ferner bezeichnet Verf. das Mittel als ein gutes Tonikum bei Gefährdeten oder sonstigen Schwächeständen der Kinder; bei Erwachsenen ist die Vakzine hierfür unbrauchbar.

Cohn, Hamburg.

5039.

Meyer, Enrique Eugenio, Die Vakzine Anti-Alfa als Präventiv- und Heilmittel. (Rev. Hig. y Tubercul., Jahrg. 22, Nr. 255.) Die Vakzine Anti-Alfa von Ferrán, eine durch Züchtung und Tierpassage erzielte Mutation des Bac. Koch, die sich in diesen rückverwandeln läßt, vermag Meerschweinchen tuberkulinempfindlich zu machen. Bei Tuberkulösen beginnt Verf. mit 0,1 der Vakzine, steigt dann auf 0,2, 0,4 usw. bis 1,0 in Intervallen von 5–6 Tagen, 3 Monate lang. Bei kachektischem Beginn mit 0,01, Steigerung bis 0,1 oder 0,2, Intervalle von 3–4 Tagen. Wiederholung einer kurzen Injektionsserie von 0,2–1,0 alle 6 Monate, 3 Jahre lang. Verf. betont die absolute Unschädlichkeit, ohne beides jedoch näher zu belegen. Als Präventivmittel bald nach der Geburt 0,005, dann 0,01 und 0,02, im ganzen 3,0 ccm. Wiederholung bei jeder Exposition, möglichst alljährlich. M. behauptet, gute Schutzwirkungen gesehen zu haben; es fehlen jedoch auch hier präzise Angaben. (Anm. d. Ref. Ferrán bezeichnet den Bac. Koch als „gamma“, der sich über „delta“ [Calmette] in „epsilon“ verwandelt; „alpha“, der mit „epsilon“ identisch ist, verwandelt sich dann über „beta“ wieder in „gamma“ [Koch].) Die Anschauungen Ferráns haben in Argentinien besonders zu umfangreichen Diskussionen mit den Anhängern Calmettes geführt.)

Cohn, Hamburg.

5040.

Orensanz, José, Prophylaxe der Rindertuberkulose mit der Vakzine Anti-Alfa von Ferrán. (Rev. Hig. y Tubercul., Jahrg. 22, Nr. 225.) Es wurden Einzeldosen von 5 ccm bis zur Gesamtdosis von 30 ccm Kälbern injiziert. Geringe Reaktion, Beobachtungszelf noch nicht genügend. Aus Argentinien werden gute Resultate berichtet.

Cohn, Hamburg.

Kinderheilkunde

5041.

Lorenz, Ueber das Brustdrüsenekret des Neugeborenen. (Jhrb. f. Kdhlk., 74., Heft 5.) Beim Neugeborenen sind Brustdrüsen-

schwellung und Sekretion regelmäßig zu beobachten. Das Sekret stimmt in seiner Zusammensetzung mit der des mütterlichen Kolostrums überein. Die Absonderung kann jedoch auch einen solchen Umfang annehmen, daß das Sekret der reifen Frauenmilch entspricht.

Jahr.

5042.

Goldbloom, G., und R. Gottlieb, **Icterus neonatorum**. (Amer. J. Dis. childr., 38., Heft 1, 1929.) Sehr genaue Besprechung der Literatur, besonders der deutschen. Die verschiedenen Theorien werden gegeneinander abgewogen. Es wird eine hämolytische Natur des Icterus neonatorum angenommen, da bei Stärkerwerden die Polyzythämie schwindet, eine stärkere Schwächung des roten Blutes eintritt, die unreifen roten Zellen allmählich verschwinden und der indirekte van den Bergh positiv ist. Der Icterus ist bei allen Kindern vorhanden, nur der Grad ist verschieden.

Georg Abraham, Frankfurt a. M.

5043.

Gordon, Murray B., **Der Morósche Umklammerungsreflex im Säuglingsalter**. (Amer. J. Dis. childr., 38., Heft 1, 1929.) An 300 normalen und 21 kranken Kindern (alles zerebrale Erkrankungen) wird der Reflex studiert, er ist ein unbedingter Reflex; in den ersten zwei Monaten ist er am stärksten, geht bis zum vierten Monat völlig zurück. Er ist symmetrisch, das Fehlen zeigt Störung dieser Seite; Kinder über sechs Monate mit positivem Moróreflex leiden an einer Störung des Zerebrums oder der Pyramidenbahnen.

Georg Abraham, Frankfurt a. M.

5044.

Grenet, H., und Vogt, **Ueber einen Fall von Tetanus beim Neugeborenen. Ausgang in Heilung**. (Arch. méd. enf., XXXII., Heft 2, 1929.) 12 Tage altes Mädchen bekam plötzlich Nackensteifigkeit und starken Trismus. Trotz sofortiger Serumbehandlung anfangs Verschlimmerung. Auftreten von hohem Fieber bis 42,5. Das Kind erhielt im ganzen 240 ccm Tetanusserum und wurde gesund.

Beck, Tübingen.

5045.

Dickmann, A., **Mütterliches Serum bei Vaccinia generalisata**. (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Verfasser empfiehlt zur Behandlung der generalisierten Vakzine die Injektion mütterlichen Serums. Es werden der Mutter 20 ccm Blut entnommen und gleich zentrifugiert. Von dem so gewonnenen Serum werden dem Kinde sofort 6 ccm intramuskulär injiziert.

L. Gordon, Berlin.

5046.

Priesel, Richard, **Röntgendiagnostik nichttuberkulöser Lungenerkrankungen im Kindesalter**. (Wien. med. Wschr., 73., Nr. 32.) (Kinderklinik Wien.) An Hand von Röntgenbildern bespricht Verf. die verschiedenen nichttuberkulösen Lungenerkrankungen im Kindesalter. Besonders ausführlich werden die klinischen und röntgenologischen Befunde der einzelnen Formen von Pneumonien beschrieben und der Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnostik der Lungenentzündungen beleuchtet.

5047.

Dardani, R., **Behandlung des metapneumonischen Empyems im Kindesalter**. (Riv. d. Clin. Ped., Heft 8, 1929.) Die Sterblichkeit der vom Verfasser beobachteten 135 Fälle hielt sich in den auch von anderen Autoren beobachteten Grenzen. Gute Dienste bei der Heilung schien in allen Fällen die Injektion von polyvalenter Vakzine zu leisten. Auch die Anwendung von Natriumaurocholat schien recht befriedigende Resultate zu erzielen.

K. Mosse.

5048.

Montford, T. McCowatt, **Die Behandlung der Lungenentzündung bei Kindern durch subkutanen Sauerstoff**. (Brit. Med. J., 3590.) (Manchester, Kinderspital.) 179 Kinder jeglichen Alters mit Pneumonie jeglicher Provenienz wurden mit subkutanen Injektionen von Sauerstoff behandelt. Es wurden gegeben: bis 5 Jahr 200 ccm, von 6 bis 10 Jahren 300 ccm, von 10 bis 16 Jahren 400 ccm in zwei Injektionen an aufeinanderfolgenden Tagen. Es wurde vor allem eine deutliche Abkürzung des Fieberstadiums beobachtet und eine Besserung des Allgemeinbefindens. Die Gesamtkrankheitsdauer wurde um etwa 6 Tage abgekürzt. Eine ähnliche Besserung der Allgemein-toxischen Erscheinungen wurde z. B. auch bei schweren Diphtherien beobachtet, so daß es sich nicht um eine spezifisch pulmonale Wirkung handelt. Ein Einfluß auf die Todesziffer konnte nicht festgestellt werden.

P. Heyman, Berlin.

5049.

Mikulowski, Wl., **Die therapeutische Anwendung von Sauerstoff in der Kinderklinik**. (Arch. méd. enf., 32., Heft 2, 1929.) An einer Reihe von Beispielen zeigt der Verfasser, daß subkutane Einspritzung von Sauerstoff von guter Wirkung sein kann. Sie ist

angebracht bei Kohlenoxydgasvergiftung, bei Lungenentzündungen und bei Kehlkopfdiphtherie. Es wurden unter gelindem Druck mit der Spritze bis zu 100 ccm Sauerstoff gegeben.

Beck, Tübingen.

5050.

Stoloff, E. Gordón, **Pathologische Veränderungen der großen Interlobärspalten im Kindesalter**. (Americ. J. Dis. childr., 38., Heft 1, 1929.) Beschreibung der Technik zur röntgenologischen Darstellung der Erkrankung der großen Spalten. In lordotischer Lage und zum Teil auch in lateraler Lage gute Erfolge.

Georg Abraham, Frankfurt a. M.

5051.

Rüder, F. B., **Zur Kasuistik und Aetiologie ausgedehnter kongenitaler Hautdefekte**. (Zbl. Gynäk., Nr. 46, 1929.) Auf Grund eines Falles eigener Beobachtung vertritt Verfasser die Auffassung, daß größere Hautdefekte am Schädel und Rumpf des Neugeborenen als Entwicklungsstörungen aus der frühesten Fötalzeit aufzufassen seien. Es läßt sich jedoch die Frage nicht endgültig entscheiden, ob diese Defekte infolge einer Keimvariation oder durch krankhafte fötale Entwicklungseinflüsse hervorgerufen und bedingt sind. In Frage kämen hier neben mangelhaftem Schluß des Medullarrohrs eine Hypoplasie oder mangelhafte Wachstumsfähigkeit der Haut in der frühesten Fötalzeit. Sonstige Anzeichen von Mißbildungen, wie z. B. Spina bifida oder Hasenscharte, pflegen in diesen Fällen nicht vorhanden zu sein, auch sind die Eihäute in der Regel glatt und frei von amniotischen Strängen oder auch zerfetzten Residuen solcher Stränge. Das Fruchtwasser hat normale Farbe und Zusammensetzung. Das Krankheitsbild muß als ätiologisch als einheitliche Erscheinung endogenen Ursprungs aufgefaßt werden.

Schwab, Hamburg.

5052.

Glanzmann, **Beiträge zur Klinik und Hämatologie des Drüsenfiebers**. (Jhrb. f. Kdhk., 74., Heft 5.) Der von Pfeiffer bereits im Jahre 1889 als nosologische Einheit beschriebene Symptomenkomplex, bestehend aus Fieber, generalisierten Drüsen-schwellungen, Leber und Milztumor, hat, obwohl die klinischen Beobachtungen von zahlreichen Untersuchern immer wieder bestätigt werden konnten, in der Pädiatrie als selbständiges Krankheitsbild niemals die rechte Anerkennung gefunden. Auf Grund eingehender Beobachtung von größeren Epidemien haben englische und amerikanische Autoren, besonders gestützt auf hämatologische Befunde, die Auffassung vertreten, daß das alte Pfeiffersche Drüsenfieber als eine besondere Krankheit anzusprechen ist, gekennzeichnet durch eine Erkrankung des gesamten lymphatischen Systems mit einem entsprechenden pathognomonischen Blutbefund.

Glanzmann konnte in der vorliegenden Arbeit im großen und ganzen diese Auffassung bestätigen an Hand von 70 Einzelfällen und 45 Fällen in 16 Familienepidemien.

Wiederholt konnte eine Inkubationszeit von 7 bis 8 Tagen festgestellt werden. Das führende Symptom sind die generalisierten Drüsen-schwellungen. Schwellungen der okzipital-retroaurikulären zervikalen Drüsengruppen, der Kieferwinkel-drüsen, der Axillar- und Inguinaldrüsen. Die Drüsen-schwellungen des Halses sind zuweilen durch ihre Größe schon bei der Inspektion ohne weiteres sichtbar, häufig im Anfang besonders schmerzhaft und bedingen mitunter eine leichte Tortikollis. Durch periadenitisches Oedem entsteht ein mumpsähnliches Aussehen. Merkwürdigerweise findet sich auch hin und wieder eine Beteiligung der Speicheldrüsen. Es gibt also eine besondere Drüsenfieberparotitis, welche differentialdiagnostisch von Mumps abzugrenzen ist durch generalisierte Drüsen-schwellungen, Milztumor und ausgesprochen lymphoidzelliges Blutbild. Auch die Bronchialdrüsen können befallen sein. Ihr Schwellen erzeugt dann früher oder später einen Krampfhusten, der dem Keuchhusten zum Verwechseln ähnlich sein kann und sogar mit Erbrechen einhergeht.

Besonderes Interesse verdient die — übrigens schon von Pfeiffer beschriebene — abdominale Form, bei der die Mesenterialdrüsen erkrankt sind. Die Kinder klagen hierbei über anfallsartige Schmerzen in der Iliozökalgegend, so daß häufig die Abgrenzung gegenüber einer Appendizitis, besonders bei den mit Fieber einhergehenden Fällen, große Schwierigkeiten bereiten kann. In anderen Fällen werden die Schmerzen in der Nabelgegend lokalisiert.

Nahezu in 50% ist ein Milztumor nachweisbar. Der Beginn der Erkrankung kann schleichend einsetzen und ganz fieberlos verlaufen. In anderen Fällen bestehen subfebrile Temperaturen; zuweilen gegen den Fieberstadien tage- und wochenlange Prodrome allgemeiner Natur voraus, wie Unlust, Müdigkeit, Appetitlosigkeit. Bereits hier kann sich die Mononukleose bis zu ihrem Höhepunkt entwickeln. Häufig bestehen jedoch Fiebersteigerungen bis 39 und 40° und zwar für wenige Tage oder aber auch für mehrere Wochen und länger.

Die parenchymatösen Organe Leber und Nieren beteiligen sich am Krankheitsprozeß: Leberschwellung, Ikterus, Albuminurie, Hämaturie usw. Hauterscheinungen fehlen gewöhnlich. Die Schleimhäute sind mitunter beteiligt in Form von Konjunktivitis, Pharyngitis, Stomatitis, Angina.

Das einigende Band, das dieses proteusartige Krankheitsbild zusammenhält, ist die Erkrankung des lymphatischen Apparates und das pathognomonische Blutbild mit einem bunten Gemenge lymphoider oder monozytoider, z. T. plasmazelliger oder sonst pathologischer Zellelemente.

Die pathologische Mononukleose läßt 3 Gruppen unterscheiden:

1. sehr jugendliche Elemente vom Typ der Lymphoblasten,
2. lymphozytoide Zellen zuweilen von gigantischem Ausmaß mit einem chromatinreichen, dunklen, grobbalkigen Lymphozytenkern,
3. monozytoide Zellen.

Charakteristisch ist die Verminderung der gewöhnlichen kleinen Lymphozyten. Die Blutveränderung kann wochen- und monatelang andauern.

Die Ätiologie ist noch völlig ungeklärt. Versuche, die Erkennung auf Tiere (Meerschweinchen) zu übertragen, verliefen völlig resultatlos.

5053.

Rothman, Philip E. und Norman K. Nixon, **Familiäre Purpura haemorrhagica ohne Thrombopenie.** (J. Am. Med. Assn., 93., Nr. 1, 1929.) An Hand einer ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte berichten Verfasser über einen Fall von familiärer Purpura haemorrhagica bei einem 13jährigen Knaben, bei dem die Erkrankung zum ersten Male im Alter von 3 Jahren in Erscheinung trat und der wegen dieser im Laufe von zehn Jahren unzählige Male in Spitalsbehandlung stand. Die Mutter des Knaben sowie ein Bruder desselben zeigten gleichfalls Neigung zu Blutungs-bereitschaft. Wiederholte Bestimmungen der Blutplättchenzahl bei dem Patienten ergaben niemals niedrigere Werte als 200 000 pro Kubikmillimeter. Purpuraerscheinungen bei normaler Blutplättchenzahl sind ein ziemlich häufiges Vorkommnis, dagegen bestehen beträchtliche Variationen in bezug auf Blutungs- und Gerinnungszeit sowie hinsichtlich der Retraktion des Blutkuchens. Diese Verschiedenheiten sind wohl zum Teil auf den Mangel an Einheitlichkeit in der Anwendung von Laboratoriumsmethoden, zum Teil auch auf zeitliche Schwankungen und Veränderungen des Befundes im einzelnen Krankheitsfall zurückzuführen. Wohl zu unterscheiden ist jedoch diese Form von familiärer Purpura von anderen Purpuraformen, insbesondere von der seltenen familiären Werlhofischen Krankheit sowie von der Hämophilie und der familiären Teleangi-ektasie.

L. Büchler, Wien.

5054.

Sehestedt, Hans, **Erkennung und Behandlung der Zuckerkrankheit des Kindes.** (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Die Prognose des Diabetes beim Kinde ist heute auch nicht annähernd mehr so schlecht wie sie es vor kurzem noch war. Die frühzeitige Erkennung der Erkrankung ist daher äußerst wichtig. Tritt bei einem Kinde die Zuckerkrankheit auf, so wird fast nie ein starker Durst vermißt. Bei kleineren Kindern fällt den Eltern gewöhnlich nicht der Durst, sondern das häufige Harnlassen auf, das sich nicht selten zuerst als Nykturie bemerkbar macht. Man sieht auch häufig, daß Kinder, die schon sauber waren, mit dem Beginn der Zuckerkrankheit wieder nachts einnässen. In vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung beobachtet man einen Azetongeruch und erschwerte Atmung. Häufig sind quälende Schmerzen in der Magengrube mit Brechreiz, die leicht eine Peritonitis vortäuschen können. Im Gegensatz zu Erwachsenen findet man bei Kindern fast nie Hauterscheinungen.

Wird die Diagnose eines Diabetes gestellt, so muß das Kind sofort einer Klinik überwiesen werden. Besteht bereits ein Koma, so muß man vor dem Transport etwa 50 Einheiten Insulin subkutan injizieren. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß Kinder das Coma diabeticum viel besser überstehen als Erwachsene.

L. Gordon, Berlin.

5055.

Krasnogorski, Ueber die Behandlung der eitrigen Meningitis und ihrer Folgen mittels einer temporären Lumbalfistel (spinale Drainage). (Jhrb. f. Kdchk., 74., Heft 5.) Beschreibung eines Apparates zur Dauerdrainage des Liquors bei eitriger Meningitis, bei dem es möglich ist, auf längere Zeit bei beliebigem Druck die Zerebrospinalflüssigkeit abfließen zu lassen. Dabei zeigte sich, daß, je geringer der Druck, desto größer die Liquormenge, die abfließt. So ergab sich z. B. bei einem Druck von 150 mm in einer Stunde eine Flüssigkeitsmenge von 12,9 ccm, während bei einem Druck von 50 mm 44,5 ccm entleert wurden. Daraus wird die Annahme hergeleitet, daß das Sinken des Druckes im Ventrikular-

system der natürliche Erreger der Produktion der Zerebrospinalflüssigkeit ist. Therapeutische Anwendung des Verfahrens im akuten Stadium von epidemischer Genickstarre ergab gute Resultate: im Laufe mehrerer Tage wurden täglich 150 bis 200 ccm eitriger Flüssigkeit entleert. Ungünstige Erscheinungen wurden niemals beobachtet selbst wenn der Druck für viele Stunden bis zu 50 mm herabgesetzt wurde. Durch das systematische Aufrechterhalten des Abflusses von Eiter, Bakterien und Toxinen werden günstige Bedingungen für den Organismus in seinem Kampfe mit der Krankheit geschaffen. Infolge Beseitigung des Hirndrucks wird eine optimale Durchblutung des Gehirns hergestellt. Die temporäre Lumbalfistel stellt sozusagen eine physiologische Durchspülung der sub-arachnoidalen Räume dar. Wichtig bleibt eine große Flüssigkeitszufuhr bei den erkrankten Kindern. Die Drainage wird fortgesetzt bis der Liquor klar abläuft.

Von ähnlich günstiger Wirkung erweist sich die Lumbaldrainage bei Hydrozephalie.

5056.

Spanier, Fritz, **Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum.** (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Die Verbreitung der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum geht daraus hervor, daß eine jüngst vorgenommene Untersuchung bei Schulmädchen eines Berliner Stadtbezirks in etwa 35% der Fälle positiven Gonokokkenbefund ergab. Die Uebertragung geschieht meist durch gemeinsame Benutzung von Gebrauchsgegenständen, wie Hand- und Bett-Tüchern, Nachtgeschirren usw. Die Bezeichnung Vulvovaginitis ist nicht ganz korrekt, da meist nicht nur Vulva und Vagina, sondern auch das Rektum und gelegentlich die Adnexe befallen sind. Zur Sicherung der Diagnose muß eine Gramfärbung gefordert werden. Die Urethra bleibt selten von der gonorrhoeischen Infektion verschont. Eine isolierte Harnröhren-gonorrhoe ist bei Kindern noch nie beobachtet worden. Eine Rektal-gonorrhoe besteht in etwa 90% der Fälle. Der Nachweis der Gonokokken im Rektum gelingt am leichtesten durch mikroskopische Untersuchung der Flocken aus der Rektumspülflüssigkeit. Die Prognose der kindlichen Gonorrhoe wird durch die Neigung zu Rezidiven verschlechtert. Von einer Heilung darf nur dann gesprochen werden, wenn nach Provokation in wiederholten, etwa 10 Präparaten von Urethra, Vulva, Vagina, Rektum und evtl. Zervix Gonokokken nicht nachgewiesen werden. Darauf muß die Behandlung für acht Tage ausgesetzt und die Ausstriche dreimal in Abständen von einer Woche wiederholt werden.

Was die Behandlung anbetrifft, so verordnet Verfasser zur Zeit der akuten Symptome Bettruhe. Genitalekreuze werden mit Umschlägen einer 1prozentigen Resorzin- oder 3prozentigen Borlösung behandelt. Zweimal täglich bekommen die Kinder ein Sitzbad mit verdünnter Kalpermanganatlösung. Die Lokalbehandlung wird mit der Reißerspritze durchgeführt. Unter den Silberpräparaten bewähren sich Albargin 0,5 bis 2%, Choleval 0,5 bis 1% und Collargol 0,5 bis 2%. Führt die Behandlung mit Silbersalzen zu Gonokokkenfreiheit, so wird die Silbertherapie durch eine adstringierende mit Zinc. sulf. 0,2- bis 0,5prozentiger oder essigsaurer Tonerde (2 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser) ersetzt. In die Vulva und Vagina kann man auch mit gutem Erfolg Chlor-silberkieselsäuregel (Silargel Heyden) einblasen. Gegen die Rektalgonorrhoe werden Spülungen mit Argent. nitric. 1 : 5000 gemacht und unmittelbar darauf erwärmte 5prozentige Protargolvaseline oder 10prozentige Targesinvaseline injiziert. Von der internen Medikation hat Verfasser keine besondere Beeinflussung des Prozesses gesehen. In besonders hartnäckigen Fällen kann man Vakzine- und Reiztherapie zur Unterstützung heranziehen. Nach Abschluß der Behandlung ist eine intradermale Impfung mit Vakzine als Provokation vorzunehmen.

L. Gordon, Berlin.

5057.

Tuszka, Oedön, **Eine eigenartige Beobachtung bei Enuresis.** (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Fußend auf der Beobachtung, daß Hunde immer urinieren, sobald sie Urinzerseßungsprodukte riechen, hat Verfasser in zwei Fällen die Enuresis bei Kindern auf die Weise behandelt, daß die Patienten in ein anderes Zimmer und in ein anderes Bett gebracht wurden, damit sie den in ihrem Kinderzimmer immer vorhandenen Uringeruch nicht riechen. Die Hände der Kinder wurden oft gewaschen und mit einem starken Parfüm behandelt. Der Erfolg war in beiden Fällen verblüffend, denn die Patienten haben sich von diesem Augenblick an niemals im Bett naßgemacht. Wahrscheinlich hat der Harngeruch die unbewußte Aktion des Nachtharnens ausgelöst.

L. Gordon, Berlin.

5058.

Benvenuti, B., **Enzephalomyelitis und Kuhpockenimpfung.** (Riv. d. Clin. Ped., Heft 8, 1929.) Bei einem zweijährigen Kinde, das an typischem Little Jitt, wurde unter aseptischen Kautelen die Kuhpockenimpfung ausgeführt. Nach 6 Tagen trat Impffieber auf, verschwand aber nach wenigen Tagen. Am 14. Tage nach der

Impfung stieg die Temperatur erneut hoch an, es traten völliger Bewußtseinsverlust und Krämpfe auf. Dieser Zustand blieb etwa zwei Wochen bestehen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen blieben schwere psychische Störungen zurück. Die Kontrakturen waren erheblich verschlimmert und erstreckten sich auch auf die oberen Extremitäten, während sie vor der Erkrankung ausschließlich die unteren Extremitäten befallen hatten. Auch Spasmen der Zungenmuskulatur bestanden, so daß die Ernährung des Kindes schwierig war.

K. Mosse.

5059.

Gottstein, Werner, **Schulkinderkonstitution.** (Soz. Med., Nr. 10, 1929.) Zur Klärung der Schulkinderkonstitution muß man die normale Durchschnittsentwicklung des Kindes, die Entwicklungstypen und die familiären Anlagebedingungen studieren. Zur Kontrolle des Längen- und Gewichtswachstums sind „Individualkurven“ fortlaufend notwendig, da das Wachstum abhängig von den Jahreszeiten ist; ferner sind „Leistungsprüfungen“ anzustellen. Die Arbeits- und Sportphysiologie muß auch im Kindesalter der klinischen Konstitutionsforschung dienen. Der Körperbau kann nicht vom Seelenleben getrennt werden, wie es auch in der Typeneinteilung von Sigaud niedergelegt ist (Körperbau und Charakter). Schließlich ist es von größter Wichtigkeit, die Familienforschung auszubauen und ihre Ergebnisse für die Beurteilung des Kindes zu verwerten.

Michaelis, Bitterfeld.

5060.

Topper, Anne, und Hannah Müller, **Grundstoffwechsel bei Kindern mit abnormalem Körpergewicht: 1. Uebergewichtige Kinder.** (J. amer. med. Assoc., 92., Nr. 23, 1929.) Verfasser untersuchten den Grundumsatz bei 70 übergewichtigen Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren. Sämtliche Bestimmungen wurden mit dem Kroghschen Apparat vorgenommen. Der Ernährungszustand der Kinder wurde nach der Pirquetschen Pelidistafel, der Baldwin-Wood-Skala und der Pirquet-Camerer-Skala beurteilt. Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: Die Mehrzahl (71%) der übergewichtigen, ansonsten normalen Kinder zeigte einen normalen Grundumsatz mit Neigung zu physiologisch hohen Werten. Von den Kindern mit abnorm hohem Grundumsatz standen die meisten im Alter von 12 bis 14 Jahren, d. h. in der sogenannten Präpubertätsperiode. Die Mehrzahl derselben waren Mädchen. Verfasser sind der Ansicht, daß die Steigerung des Stoffwechsels während dieser Periode auf eine Dysfunktion der Schilddrüse zurückzuführen ist.

L. Büchler, Wien.

5061.

Rubbi, U., **Statistische Beobachtungen über Morbidität und Mortalität einiger Kinderkrankheiten in bezug auf Alter und Geschlecht.** (Clin. ed. Igiene infant., 4. Jahrg., 1929.) (Päd. Klinik Bologna.) Es zeigt sich bei sämtlichen untersuchten Krankheiten, daß die Morbidität der Knaben, die Mortalität der Mädchen größer ist. Das erstere dürfte auf äußere Faktoren (stärkere Exposition), das letztere auf innere (geringere Resistenz) zurückzuführen sein. Es gibt ein Prädispositionsalter für jede einzelne Krankheit. Bei der Diphtherie fällt der Höhepunkt der relativen Mortalität ins zweite, der der Morbidität ins dritte Lebensjahr, der Typhus nimmt vom zweiten bis zum siebenten Jahre fortwährend zu. Die Domäne der Ernährungsstörungen und der exsudativen Diathese ist das erste, die der Bronchopneumonien das zweite Lebensjahr. Die meisten Lobärpneumonien treten im fünften Jahre auf, während die prozentuale Mortalität im zweiten am höchsten ist. Lymphogranulomatose und Leukämie bevorzugen das männliche, angeborene Herzfehler das weibliche Geschlecht.

Tezner, Wien.

Mund- und Kiefererkrankungen

5062.

Simson, Jutta, **Dentaler Fokus und Neuritis.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Bei unklaren Erkrankungen sind die tologischen Reaktionen zur Hilfe heranzuziehen: Temperatur, Blutbild und Senkungsreaktion weisen auf latente entzündliche Herde hin, die sich oftmals in den Zähnen finden. Die Zähne kommen als Eingangspforte für viele Krankheitsbilder in Betracht. In allen Fällen von Neuritis sowohl des Armes als auch anderer Lokalisationen ist die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit Zahnerkrankungen zu bedenken. Für die Diagnose von Zahnerkrankungen genügt die Besichtigung und Beklopfung der Zähne nicht immer. Es ist Prozesse, die erst mit Hilfe des Röntgenbildes diagnostiziert werden können. Die Entscheidung, welche Lokalbehandlung im Einzelfalle angeraten ist, muß dem Zahnarzt überlassen bleiben. In den meisten Fällen kommt nur die Radikaltherapie in Frage (Adloff). Für die Allgemeinbehandlung empfehlen sie nach ihrer persönlichen Stellungnahme Kionka, kleinste Joddosen, Boenheim eine kom-

binierete Jod-Schilddrüsenbehandlung, Strauß berichtet über Erfolge mit klimatischen Kuren. Erstrebenswert in praktischer wie in wissenschaftlicher Beziehung ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Zahnarzt.

Arnold Hirsch, Berlin.

5063.

Carrea, Juan Urbaldo, und Luis Samengo, **Epileptische Krämpfe durch von den vier im Kiefer eingeschlossenen Weisheitszähnen ausgehende Reflexe.** (Rev. méd. lat.-amer., 14., Nr. 167.) Bei einer 35jährigen Frau traten epileptische Krämpfe auf, für die sich eine Ursache nicht finden ließ. Nach Exzision aller vier im Kiefer eingeschlossenen Weisheitszähne hörten die Anfälle völlig auf. Hinweis auf die Wichtigkeit der Fahndung auf am Durchbruch verhinderte letzte Molare bei sonst nicht erklärlicher Epilepsie.

Cohn, Hamburg.

5064.

Blumenthal, Franz, und Käte Jaffé, **Amalgamplomben als Ursache von Quecksilberdermatitis.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Bei einer 30jährigen Patientin besteht eine Quecksilberüberempfindlichkeit im Sinne einer echten Allergie. Diese ist sichergestellt durch Kutanproben und Uebertragungsversuch nach Prausnitz-Küster. Bei derartiger quecksilberüberempfindlichen Patienten ist eine Amalgamfüllung der Zähne imstande, Schädigungen der Haut und Schleimhaut auszulösen, jedoch nur solange die Plombe nicht erhärtet ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

5065.

Spanier, Fritz, **Die moderne zahnärztlich-chirurgische Therapie bei Unterkieferresektionen.** (Dtsch. zahnärztl. Wschr., Nr. 21, 1929.) Die Claude-Martinsche Behandlungsmethode von Unterkieferresektionen mit der Immediatprothese ist nicht mehr haltbar. Sie ist nicht mehr als modern zu bezeichnen. Die Osteoplastik ist zur Zeit als die Methode der Wahl anzusehen, auch für die verzweifelten (zahnlosen) Fälle, bei denen uns zur Unterstützung, um die Osteoplastik ausführen zu können, das Nagelextensionsverfahren und ganz besonders das Verfahren der intermaxillären Immediatfixation zur Verfügung steht. Neben der Osteoplastik ist das Verfahren der maxillären Fixation ohne Osteoplastik als Behandlungsmethode für sich zu propagieren. Das funktionelle Ergebnis ist gut, das kosmetische kann zufriedenstellend sein. Totale Exartikulationen sind glücklicherweise selten und werden immer seltener werden, da von den bereits veröffentlichten Fällen einige darunter sind, bei denen man zugunsten der totalen Immediatprothese gesunde Knochen opferte; heute sind solche Fälle noch für die Osteoplastik geeignet. Ist Exartikulation vom chirurgischen Standpunkt aus notwendig, dann tritt das Claude-Martinsche Verfahren in sein Recht.

L. Gordon, Berlin.

5066.

Mühlenkamp, **Ein sicheres Hilfsmittel, um die Erkrankung einer Kieferhöhle festzustellen.** (Z. Hals- usw. Heilk., 23., Heft 5.) Eine Kieferhöhlenerkrankung kann durch ein negatives Ergebnis der Diaphanoskopie, Röntgenaufnahme und Ausspülung nicht sicher ausgeschlossen werden. Sowohl Eiterungen wie polypöse Erkrankungen sollen sicher erkennbar sein, wenn man die Kieferhöhle punktiert, mit rosafarbener Kaliumpermanganatlösung auffüllt und die zurückgesaugte Flüssigkeit gegen das Licht hält. Eine Verfärbung spricht für Erkrankung.

F. G. Katz, Berlin.

Pharmakologie, Toxikologie, Allgemeine Therapie

5067.

Moench, Gerard L., **Wirkungen der Digitalis auf das Nervensystem.** (Med. J. a. Rec., 130., Heft 7.) Man legt bei Digitalisvergiftung gewöhnlich mehr Wert auf die Bradykardie und die gastrischen Störungen. Immerhin kommen auch Wirkungen auf das Nervensystem vor wie Gelb- und Grünesehen, Sehen wie durch Nebel. Sie kommen auch bei milderer Formen der Intoxikation vor. In schwereren sieht man Kollaps, Delirium, auch Konvulsionen vor dem Tode. Ferner Kopfschmerzen, bandähnlich um die Stirn, Schwindel, Sehstörungen, vibratorische Bewegung der äußeren Objekte, Schlafsucht, ein Schwächegefühl, auch Halluzinationen, Illusionen usw. Von 3 Fällen war die eine eine 60jährige Frau, die wegen einer dekompensierten Mitralfektion die ganze Dosis Digitalistinktur nahm: Puls 60, erregbar, reizbar, ruhelos. Keine andere Medizin, keine Alkoholikerin. Im zweiten Falle erhielt eine Fünfundvierzigjährige wegen einer dekompensierten Mitralfektion Digitalisinfusionen; nach der Entlassung plötzlich Depression,

Selbstmordversuch; keine gastrischen Erscheinungen. Trotzdem ist dies auf Rechnung der Digitalis zu setzen. Im dritten Falle erfolgte bei einem Neununddreißigjährigen auf die gastrischen Symptome durch Digitalis ein maniakalischer Erregungszustand.

v. Schnizer.

5068.

Haag, Harvey B., und Robert A. Hatcher, **Die Haltbarkeit von Digitalis und Digitalispräparaten.** (J. amer. med. Assoc., 93., Nr. 1, 1929.) Im pharmakologischen Institut der Cornell University Medical College wurden sechs verschiedene Proben von Digitalispulver nach einem Zeitraum von einem bis zu sechzehn Jahren auf ihre Wirksamkeit geprüft, und in keinem einzigen Falle konnte eine Abweichung von der anfänglichen Wirksamkeit aufgedeckt werden. Digitalispulver in Tablettenform eignet sich vorzüglich zur Erreichung einer einheitlichen Dosierung, insbesondere dort, wo einzelne Patienten, Kliniken oder Gruppen von Spitälern mit größeren Mengen für längere Zeit versorgt werden sollen. Eine sterile Infusion von Digitalis zeigt nur ganz geringe Veränderungen im Laufe mehrerer Monate, die lediglich in einer Abnahme der Wirksamkeit und nicht in einer Zunahme der Giftigkeit bestehen. Die offizielle Digitalistinktur behält ihre Wirksamkeit mit verhältnismäßig geringfügigen Veränderungen mehrere Jahre hindurch, die dann lediglich eine entsprechende Erhöhung der Dosis notwendig machen. Die Frage nach der Ursache der Veränderlichkeit flüssiger Digitalispräparate ist noch nicht hinreichend geklärt, und nichts spricht dafür, daß diese Präparate beständiger sind als gepulvertes Digitalis, welches unter Beachtung der gewöhnlichen Sorgfalt in verkorkten Glasgefäßen aufbewahrt wird. Wässrige Lösungen von Strophantid und anderen Digitalisstoffen, welche in Glasgefäßen gehalten werden, zersetzen sich sehr rasch. Verfasser sind auf Grund ihrer Untersuchungen der Ansicht, daß keines der zahlreichen Digitalispräparate beständiger ist als die offizielle Digitalistinktur. Alle flüssigen Digitalispräparationen sollten das Datum der Herstellung tragen.

L. Büchler, Wien.

5069.

Janson, Ph., **Ammoniumchlorid und Hg-Diurese.** (Med. Welt, Nr. 39, 1929.) Die diuretische Wirkung der parenteral zugeführten Hg-Präparate (Novasol, Salyrgan) läßt sich um 20 bis 100% durch gleichzeitige Verabreichung von Mixture solvens steigern. Man gibt die Mixture solvens nach folgendem Rezept: Ammonchlorat, puriss. 8,0; Succus liquirit. 6,0; Aq. font. ad 100,0; S. fünfmal täglich 1 Eßlöffel in Mineralwasser.

L. Gordon, Berlin.

5070.

Vásárhelyi, J., **Zur Frage der Beeinflussung der Thalliumwirkung durch Extrakte endokriner Drüsen, mit besonderer Berücksichtigung der Thymus.** (Dermat. Zschr., 56., Heft 6, 1929.) Bei gleichzeitiger Verwendung von Ovarien- oder Hodenextrakt bzw. Ausführung der Kastration neben Thallium konnte bei weißen Ratten kein Unterschied in der epilatorischen Wirkung festgestellt werden. Hingegen wurde durch gleichzeitige subkutane Einspritzungen von Thymusextrakt der Haarausfall beschleunigt. Diese Tatsache läßt die größere Empfindlichkeit junger Organismen der Thalliumwirkung gegenüber verstehen, die auf der noch funktionierenden Thymus beruht.

Ernst Levin, Berlin.

5071.

Hoet, J., **Extradiabetische Indikationen für die Anwendung von Insulin.** (Brux. méd., Nr. 45, 1929.) Die Indikationen für die Verwendung von Insulin außerhalb des Diabetes sind streng logisch begründet. Das Insulin ist eine wirksame Waffe zur Bekämpfung der Schwangerschaftszetonämie, des zyklischen postoperativen und kindlichen Erbrechens, des Glykogenmangels im Verlauf von Leberattacken. Atonische Wunden werden günstig beeinflusst. Das Erstaunlichste jedoch leistet das Insulin in Fällen von mehr oder minder starker Unterernährung.

Held.

5072.

Vagades, W., **Weitere Erfahrungen mit Pyrifor.** (Med. Welt, Nr. 38, 1929.) Die Fiebererzeugung mit Pyrifor erscheint indiziert in allen Fällen, in denen die Malaria oder die Rekurrens keinen bleibenden oder keinen vollkommenen Erfolg gezeitigt hat und in allen Fällen, in denen die Anwendung dieser Methoden zu gewagt erscheint. Die Pyriforbehandlung ist deshalb ungefählicher, weil jeder Fieberanfall zeitlich und quantitativ genau dosiert werden kann. Sie hat den technischen Vorteil größerer Kürze dadurch, daß die Inkubationszeit wegfällt. Der Wegfall der Entfieberung erscheint dem Verfasser weniger bedeutungsvoll, weil man von ihr mit der regelmäßig anschließenden Salvarsankur zeitlich unabhängig ist. Die Erfolge scheinen nur unwesentlich verschieden zu sein von denen nach Malaria oder Rekurrens. Zur zuverlässigen, gefahrlosen und regelmäßigen Erzeugung von Fieberanfällen ist Pyrifor jedenfalls voll und ganz geeignet.

L. Gordon, Berlin.

5073.

Hirsch, Cäsar, **Perkain als Oberflächenanästhetikum.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 41.) Perkain ist ein Lokal-anästhetikum, das in Wasser und Kochsalzlösung sehr leicht löslich, durch Kochen sterilisierbar ist und sich gut mit Suprarenin paaren läßt.

Das Perkain allein erregt auf die Schleimhaut der Nase eine leichte Hyperämie. Diese Hyperämisierung macht bei Verwendung einer Perkain-Suprareninlösung einer Anämisierung Platz. 1- und 2prozentige Perkain- und Suprareninlösungen haben dieselbe Oberflächenanästhesierungswirkung wie 10- bis 20prozentige Kokain-Suprareninlösungen. Die durch Perkain erzeugte Anästhesie hält viel längere Zeit an als die Kokainanästhesie.

Phenol hat eine potenzierende Wirkung auf das Perkain. Vergiftungen bei Verwendung der 2prozentigen Perkainlösung zur Oberflächenanästhesie wurden nicht beobachtet. Psychische Wirkungen, wie sie bei Anwendung des Kokains vorkommen, wurden bei Perkainmedikation nicht beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

5074.

Flörcken, H., und O. Mues, **Erfahrungen mit dem Lokal-anästhetikum Perkain.** (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 41.) Mit dem Perkain als Lokal-anästhetikum wurden durchweg günstige Erfahrungen gemacht: die geringe Konzentration, die lange Wirkungsdauer, die gleichzeitige Verwendung als Schleimhaut-anästhetikum sind wesentliche Vorzüge des Mittels. Konzentrationen über $\frac{1}{2}$ bis 1 Prom. sollten im Hinblick auf die noch nicht festgestellte Maximaldosis für den Menschen nicht verwendet werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

5075.

Ockerblad, Nelse F., und T. S. Dillon, **Rückenmarksanästhesie, mit Ephedrin kontrolliert.** (J. of Urol., 21., Heft 1.) 250 Fälle. Die Blutdrucksenkung durch die Lumbalanästhesie läßt sich erfolgreich durch Ephedrininjektionen beheben. Der Blutdruck wird zuerst in Abständen von 2 Minuten, später von 5 Minuten geprüft. Bei niederem Druck (z. B. 90/60) werden 0,05 g gegeben, bis er 120 bis 130 mm beträgt; ist er höher (z. B. 120/70), so wird das Medikament erst verabfolgt, wenn der Druck fällt. Im allgemeinen wird man 3 Injektionen zu 0,05 benötigen. Blieb der Druck nach den ersten 15 Minuten stabil, so wurden spätere Senkungen nicht beobachtet.

E. Lehmann, Breslau.

5076.

Loewi, O., **Bemerkungen zur Rezeptorenfunktion im Verdauungskanal.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Die hier aufgezeigte Analogie soll natürlich nicht besagen, daß sie nur zwischen den Rezeptoren der Haut und des Magendarmkanals besteht. Und wenn ausschließlich die Bedeutung der Rezeptoren für die Funktion des Magendarmkanals kurz dargestellt wurde, so sollte damit nur die Bedeutung einer der hierfür maßgebenden Faktoren einmal nachdrücklich betont werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

5077.

Dewirtz, A. P., **Ueber Kaliumchromatgeschwüre.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 45, 1929.) Bei einer großen Zahl von Arbeitern, die mit Kaliumbichromat zu tun hatten, entwickelten sich Hautgeschwüre und Erkrankungen der Nasenschleimhaut. Am häufigsten sind die Hände ergriffen, in den Herbst- und Wintermonaten nimmt die Zahl der Erkrankungen zu. Es hängt dies mit den mangelhaften hygienischen Verhältnissen der Arbeiter zusammen, die in den auf der Straße getragenen dickeren Kleidungsstücken auch arbeiten, wodurch eine stärkere Schweißabsonderung die Haut reizt, auf der außerdem in diesen Monaten Krätze, Impetigo, Pyodermie stärker verbreitet sind. Die Entwicklung der Geschwüre erfolgt nämlich dort, wo die Epidermis geschädigt ist; es entwickeln sich dann nekrotisch-ulzeröse Veränderungen des Epithels und der unterliegenden Gewebe, entzündliche Reaktion des letzteren, Veränderungen des Deckepithels in Form von atypischen Wucherungen, die jedoch keine Eigentümlichkeiten im Sinne einer bösartigen Umwandlung besitzen. Innerhalb 2 bis 3 Wochen erfolgt bei Fernbleiben von der Arbeit Heilung. An der Nase finden sich Geschwüre und Perforationen der Nasenschleimhaut, die in ihrer Lage dem Jacobsohnschen Organ entsprechen.

Ernst Levin, Berlin.

5078.

Chavany, J. A., und P. E. Vannier, **Toxidermie nach Barbiturverbindungen.** (Progrès med., 56., Nr. 41.) (Aus dem Hôp. de la Pitié, Paris.) Es handelt sich in der Hauptsache um Veronal, Dial, Luminal und Gardenal. Und besonders um die Haut- und Schleimhauterscheinungen des Barbiturismus, die Scharlach, Masern, Röteln, Erysipel und seltener polymorphe Dermatitis mas-

kieren können; in Verbindung damit eine gewisse Temperaturbewegung und Pruritus. Sie sind meist gutartig. Die tödlichen Zufälle bei massiven Dosen zeigen selbst bei längerer Dauer nie eruptive Erscheinungen. 4 Fälle von skarlatiniformer Eruption ergeben nun zunächst eine teigige Schwellung der Haut und des Hypoderms, besonders im Gesicht, am Hals, Thorax und Becken, worauf bis jetzt viel zu wenig Wert gelegt wurde. Gegenüber den Benzolerythemen wurde hier keine Blasenbildung, keine Sekretion festgestellt. 2 Fälle verliefen tödlich, und hier dauerte das Erythem 8 bzw. 11 Tage: Diese lange Dauer unterscheidet einmal vom richtigen Scharlach und ist ein übles Vorzeichen. Dabei Hyperämien im Munde, Pharynx, auf Zunge und Konjunktiva. Das Fieber ist in den ersten Tagen gewöhnlich sehr hoch, fällt dann lytisch oder kritisch. Es geht Hand in Hand mit der Schwere der Intoxikation, und die bisherige Ansicht, hohes Fieber sei günstig, stimmt nicht. Der Allgemeinzustand ist in den schweren tödlichen Formen von vornherein stark betroffen; gegen Abend meist eine ängstliche Agitation; Organbefund negativ. Höchstens Dyspnoe sine materia und Urinverminderung. Das Bewußtsein ist lange erhalten im Gegensatz zu den massiven Vergiftungen, bei denen das Koma einige Stunden vor dem Tode auftritt. Die Leber spielt beim Ausgange eine wichtige Rolle mit, deshalb ist die Kenntnis ihrer vorherigen Funktionstüchtigkeit sehr wichtig. Wenn auch die lange Dauer des Gebrauchs mitwirkt am Ausgange, so braucht man absolut nicht immer erheblich hohe Dosen. Die Prognose hängt im wesentlichen vom früheren Zustande der Leberfunktion ab, von der Höhe des Fiebers, dem Fortbestehen des Fiebers und des Ausschlags. Auch vom Auftreten zerebraler Symptome. Tod durch Leberinsuffizienz. Die Pathogenie ist praktisch eminent wichtig. Nach Milian hat man es hier nicht mit toxischen, sondern biologischen Phänomenen zu tun: Erwachen eines latenten Mikroben unter dem Einfluß chemischer, meist in den Körper eingeführter Substanzen. Man hat es mit einem richtigen Scharlach zu tun und mit einer richtigen Inkubation. Die Verfasser nehmen einen Mechanismus analog der Serumkrankheit an, der bei gewissen Individuen in Erscheinung tritt, indem sich bei Leberinsuffizienzen oder Dystonikern des Vago-sympathikus ein neues Produkt bildet, verschieden vom toxischen. Und dieses besitzt toxisch-erythroge Eigenschaften. Es ist ein chemisches Desintegrationsprodukt, durch Reaktion der Säfte entstanden, das einige Tage braucht, bis es sich bildet; daher der freie Intervall. Ein Vergleich zwischen diesem Mechanismus und der Pathogenie des Scharlachs im Lichte der neueren Untersuchungen, namentlich der Toxiallergie Dochez', ist interessant. Ein Organismus, schon durch frühere Streptokokkenkontakte sensibilisiert, begegnet einem Streptokokkus mit erythrogenen Eigenschaften. Dieser Streptokokkus lebt im Hals und in der Nasenschleimhaut. In einem gewissen Moment werden die Desintegrationsprodukte dieses Streptokokkus, die nach innen gehen, durch die Lysine des früheren allergischen Zustandes angegriffen: es wird ein erythrogener Komplex in Freiheit gesetzt. Die Substanz, die so den Scharlach auslöst, das Dickische Toxin, ist ein sekundäres Toxin, es braucht einen speziellen Boden, um wirken zu können. So erklärt sich auch entgegen dem Diphtherie- und Tetanusgift, die richtige Toxine sind, seine geringe Schädlichkeit für das Tier und junge Individuen, weil sie noch nicht den nötigen allergischen Zustand erreicht haben. Bei sensibilisierten Individuen dagegen genügen unendlich kleine Dosen, um positive Hautreaktionen hervorzurufen, stärkere für die skarlatiniformen Erytheme. Bei der Barbiturtoxidermie ist nun die Kenntnis des Bodens außerordentlich wichtig: alle derartigen Präparate sind bei organischen oder funktionellen Leberkrankheiten streng zu meiden. v. Schnitzer.

5079.

Litzner, St., **Die Bleikrankheit im Lichte neuerer Forschung.** (Med. Klin., Nr. 38, 1929.) Das Blei kann durch die Haut, den Magendarmkanal und die Atemwege aufgenommen werden. Die Möglichkeit einer Bleivergiftung auf dem Wege durch die intakte Haut ist praktisch ohne Bedeutung. Im Verdauungskanal werden die Hauptmengen von den oberen Dünndarmabschnitten aufgenommen. Von hier gelangt das Blei durch die Pfortaderkapillaren in die Leber, die das Metall durch die Galle zum Teil wieder ausscheidet. Die durch die Atemwege aufgenommenen Bleimengen gelangen direkt in die Zirkulation.

Im Körper ist das Blei immer im Blut nachzuweisen. Der Bleigehalt der zirkulierenden Blutmenge beträgt bei Bleivergiftung etwa 3 bis 5 mg, entsprechend einer Menge von 0,06 bis 0,1 mg pro 100 ccm Blut. Am meisten Blei enthalten die Leukozyten, dann kommen die Erythrozyten und erst dann das Serum. Das Blei ist kolloidal an die Oberfläche der Blutkörperchen gebunden. Aus dem Blute wird das Blei sehr schnell von den Knochen absorbiert, in denen gewöhnlich das größte Bleidepot zu finden ist. Von den inneren Organen ist der Bleigehalt ein hoher nur in der Leber bei peroraler Aufnahme.

Ausgeschieden wird das Blei durch den Verdauungskanal, die Niere und die Haut. Der gesamte Verdauungskanal ist instande, Blei auszuschleiden. Die Elimination durch die Niere ist konstanter als durch den Darm, obwohl der Darm etwa 2,5- bis 3,5mal soviel Blei eliminiert wie die Nieren. Die Ausscheidung von Blei durch die Haut wird zwar behauptet, ist aber noch nicht bewiesen.

Aus den Ausscheidungsverhältnissen geht hervor, daß das gesamte Gefäßsystem, die Leber, die Niere und der Darm am meisten mit Blei in Berührung kommen. Dementsprechend findet man an diesen Organen am leichtesten Bleischädigungen. Auf eine Schädigung der Gefäße weist eine große Reihe von Symptomen der Bleivergiftung hin: Das Bleikolorit (Kontraktion der Hautgefäße), die Bleiamaurose (Gefäßkrampf der Augen), die Blutdrucksteigerung bei der Bleikolik, die Bleiarthralgie, die Gangränbildung an den unteren Extremitäten, die Enzephalopathia saturnina, die Angina pectoris saturnina usw. Die funktionellen Gefäßveränderungen durch Blei werden durch die Einwirkung des Bleis auf die glatte Muskulatur erklärt. Auch die organischen Veränderungen betreffen in erster Linie die glatte Muskulatur, bei der es zu wirklicher Degeneration kommt. Unter den Leberschädigungen kommen alle Uebergänge vom toxischen Ikterus bis zur gelben Leberatrophie in Betracht; auch typische Leberzirrhose ist beobachtet worden. Nierenschädigungen werden auffallend selten gesehen. Nur bei chronischer Bleieinwirkung findet man die typische Bleiniere, die durch Schädigung der kleinsten Nierengefäße entsteht. Die Beschwerden von seiten des Magendarmkanals kommen durch eine Schädigung der glatten Muskulatur zustande. Das Zustandekommen der Bleilähmung ist noch nicht geklärt.

Aus diesen neuen Untersuchungen über die Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse ergeben sich auch neue Richtlinien für die Therapie. Da der Organismus zu seinem Schutze bestrebt ist, das zirkulierende Blei sobald als möglich in den Knochen zu deponieren, muß auch unser Bestreben bei der akuten Bleivergiftung darauf gerichtet sein, möglichst viel Blei aus der Zirkulation zu entfernen und die Ablagerung in den Knochen zu unterstützen. Man gibt daher viel Milch, Kalzium und außerdem eine alkalische Kost, die viel grünes Gemüse, Früchte und Eier enthält. Die Verabreichung von Ausscheidungsmitteln wie Jodkali usw. ist kontraindiziert, da sie der Deponierung des Bleis und somit einer Verminderung des Blutbleispiegels entgegenarbeitet. Sind die akuten Erscheinungen abgeklungen, so muß man versuchen, den Körper von seinem Bleidepot zu befreien. Man gibt daher statt einer alkalischen eine saure Kost mit viel Fleisch, Leber, Kartoffeln, Tee, Kaffee usw. Dazu gibt man Phosphorsäure in großen Dosen, 200 ccm der verdünnten Lösung. An Stelle der Phosphorsäure kann Ammoniumchlorid gegeben werden, 10 bis 12 g pro die, oder Jodkali. Diese Behandlung muß von Zeit zu Zeit abgebrochen und dann wiederholt werden. L. Gordon, Berlin.

5080.

de Cardenas, P. Marchado, **Blasenlähmung durch Einträufelung von Atropin in den Konjunktivalsack.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 8.) Bei dem 77jährigen Mann wurde als Ursache einer Blasenlähmung die tägliche Einträufelung von Atropin seit drei Monaten durch Kataraktoperation festgestellt. Auffällig war ferner Tachykardie, Hypertension, Verminderung von Speichel und Schweiß, Stuhlverstopfung. Nach Absetzen des Atropins schwand die Blasenlähmung. Patient muß überempfindlich gegen Atropin sein. Cohn, Hamburg.

5081.

de Alvaro, E., **Acidum tannicum und Verbrennungen.** (Rev. Med. y Cir. Hab., 34. Jahrg., Nr. 9.) Acidum tannicum, in Lösung von 2½% bei Verbrennungen innerhalb der ersten 4 bis 5 Stunden appliziert, verhindert mit Sicherheit die toxischen Erscheinungen; auch bei Applikation nach dieser Frist werden die toxischen Erscheinungen stark herabgesetzt. Es wird durch die Tanninfällung des Eiweißes eine Abdichtung der Wundfläche und hierdurch Verhinderung der Toxinresorption erzielt. Die Wundheilung verläuft unter feuchten Acidum-tannicum-Verbindungen rasch mit Bildung einer zarten Narbe. Cohn, Hamburg.

5082.

von den Velden, Reinhard, **Ueber Bromtherapie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 42.) Zweck der vorliegenden Arbeit ist es, auf die in den Hintergrund geratene Bromsalztherapie erneut hinzuweisen, als bekannte Tatsachen in den Vordergrund unserer therapeutischen Ueberlegungen und Indikationen zu ziehen und zu zeigen, daß man in einer richtig indizierten und sachgemäß durchgeführten Bromsalztherapie ein viel wirksameres Mittel in der Hand hat, als es im allgemeinen bekannt ist. Die Einwirkung auf den Mineral- und Wasserstoffwechsel ist von weittragender Bedeutung und reicht über die Indikationsgrenzen hinaus, die man ursprünglich der Bromsalztherapie gegeben hat. Wie an den klinisch-experi-

mentellen und praktischen Erfahrungen gezeigt werden konnte, ist diese Bromsalztherapie mit Bromhosal, einer glücklichen Kombination von Medikation und Diätetik, rationell und nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Erfahrungen durchzuführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

5083.

Loewe, S., **Zur Wirkungsweise der Paraffinpräparate.** (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 42.) Aus den Untersuchungen, die Verfasser an Mäusen vornahm, ergibt sich folgendes: Die Paraffinpräparate sind sowohl zu Gleit- als auch zu Durchweichungswirkungen befähigt. In diesen beiden Wirkungsmechanismen erschöpft sich im wesentlichen wohl ihr Effekt. Abführwirkung engeren Sinnes durch primäre oder sekundäre Peristaltikvermehrung ist bei therapeutischen Dosen wohl kaum im Spiele. Ob die Durchweichung oder die Gleitwirkung vorherrscht, hängt von dem Grade und der Stabilität der „durchweichenden“ Emulgierung des Paraffins im Kote ab. Der Emulgierungsgrad ist *et. paribus* eine Funktion der Dosis, die Stabilität des Emulsionssystems Paraffin-Chymus hängt *et. paribus* von dem vorhandenen Emulgens ab. In den vorliegenden Versuchen sicherte ein unverdauliches Emulgens, das im Agarol verwendete Agar-Agar, den (gegenüber reinem Paraffinöl mehr als zweifach) höheren Paraffindosen die restlosen Durchdringung der Kotmassen. In der Umrechnung der vom Verfasser geprüften Dosen auf den Menschen bedeutet dieser Befund, daß die ziemlich niedrige Tagesdosis von 1 Eßlöffel reinen Paraffinöls schon nicht mehr ganz für die Durchweichung nutzbar gemacht werden kann, während noch gegen 90 g Agarol ihren Paraffingehalt von mehr als 2 Eßlöffeln zu Durchweichungszwecken dem Kot inkorporieren können.

Arnold Hirsch, Berlin.

5084.

Dóczy, Gedeon, **Beiträge zur Frage der kombinierten Thallium-Röntgenepilation.** (Dermat. Wschr., 89., Nr. 45, 1929.) Die Wirkung des essigsauren Thalliums wird durch Veränderungen im endokrin-vegetativen System erklärt; da andererseits der Dermographismus eine durch Sympathikusreiz bedingte Blutgefäßreaktion ist, kann man ihn neben anderen Methoden für die Wirksamkeit der kombinierten Thallium-Röntgenepilation (halbe Thallium- + halbe Röntgenepilationsdosis) verwerten. Nach dieser kann aus zeitlichen Aenderungen im Dermographismus mit großer Wahrscheinlichkeit auf den Erfolg geschlossen werden. Bei Hypofunktion der Thyreoidea, Thymus und evtl. der Hypophyse war der Haarausfall unregelmäßig. Intramuskuläre Mirioneinspritzungen und Thyreoidea- sowie Thymusdarreichung beschleunigte den Ausfall um 2 Tage, Kalziumchloridinjektionen verzögerten ihn. Die unregelmäßige Wirkung des Thalliums in der Pubertätszeit kann durch eine Verschiebung in dem endokrin-sympathischen System erklärt werden.

Ernst Levin, Berlin.

5085.

Spiller, Ulrich, **Ueber den Wert der „pyrogenen Reaktion“ bei der Reiztherapie.** (Med. Klin., Berlin, Nr. 39, 1929.) Bei der Wahl der Methodik in der Reiztherapie ist die Erzielung starker Allgemeinreaktionen („Pyrogene Reaktion“) der Vorzug zu geben gegenüber dem „einschleichenden“ Verfahren („Schwellenreiztherapie“), da hierdurch sichere Resultate bei kürzerer Behandlungsdauer ermöglicht werden. Da die allgemeinen Reaktionen für den Kranken recht unangenehm sind, muß man bei der Indikationsstellung dieser Therapie große Zurückhaltung üben. Verfasser hat sehr gute Erfolge mit Vaccineurin erzielt. Begonnen wurde die Behandlung mit der Dosis von $\frac{1}{15}$ intravenös. Mehr als zwei bis drei Injektionen waren in keinem Falle erforderlich. Ueble Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden. Das Lebensalter und Herzleiden dienen nicht als Kontraindikation. Behandelt wurden Neuritiden, Neuralgien und Myalgien. Bei subakuten und chronischen Arthritiden war ein Erfolg durch Reiztherapie allein nicht zu erzielen. Hier mußte immer frühzeitig aktive und passive Bewegungstherapie eingeleitet werden. Die Vakzineurininjektion ist auch als ein Diagnostikum zur Feststellung der Natur der Beschwerden zu gebrauchen. In allen Fällen, in denen die Beschwerden eine organische Unterlage haben, erfolgt auf die Injektion prompt eine Fieber- und Herdreaktion. Liegen dagegen psychisch überlagerte Beschwerden vor, so fehlt die Fieberreaktion und der Zustand bleibt durch die Injektion völlig unbeeinflusst.

L. Gordon, Berlin.

Physiologie, Allgemeine Pathologie, Path. Anatomie

5086.

Koch, Eberhard, **Die Blutdruckcharakteristik.** (Z. Kreislaufforschg., 21. Jg., Heft 19.) Die Beziehung, die zwischen dem

endoarteriellen Drucke und der Größe des Reflexerfolges besteht, läßt sich an dem Karotissinuspräparate quantitativ untersuchen. Als Indikator für den Reflexerfolg wird die prozentuale Blutdrucksenkung, die bei Erhöhung des endosinualen Druckes eintritt, benutzt, die graphische Darstellung dieser Beziehung ergibt für jede Tierart eine spezifische Kurve: die Blutdruckcharakteristik; sie besteht aus zwei nahezu symmetrischen Hälften und hat in der Mitte einen Steilwendepunkt.

Die Ableitung dieser Charakteristik stellt den Wirkungskoeffizienten des Sinusnerven dar, d. h. die einem Zuwachse des endosinualen Druckes entsprechende Aenderung der Erregungsgröße. Das dem Steilwendepunkt der Charakteristik entsprechende Maximum des Wirkungskoeffizienten liegt in der Höhe des normalen mittleren Blutdruckes: am Pavian bei 85, am Kaninchen bei 90, am Hunde bei 120 und an der Katze bei 145 mm Hg.

Die Höhe des normalen Blutdruckes wird also dadurch aufrechterhalten, daß die dämpfende Wirkung der Blutdruckzügler in dieser Höhe optimal ist.

Da der Kurvenverlauf der kubischen Erweiterung möglichst frischer Arterien (Roy) analog den erhaltenen Blutdruckcharakteristiken ist, lassen sich die Ergebnisse auf die elastischen Eigenschaften der Arterienwand zurückführen.

Arnold Hirsch, Berlin.

5087.

v. Varga, L., **Ueber den Parallelismus zwischen dem Schilling-Arnethschen Blutbild und der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutzellen.** (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) Die bei der Untersuchung der Senkungsgeschwindigkeit zu findende nach oben zugespitzte Kegelform des Sediments ist bei besonders schweren fieberhaften Infektionskrankheiten, bei besonders virulenten Erregern anzutreffen.

Bei Verminderung der Zahl der roten Blutkörper, bei Hyperchromasie (Perniziosa), ist die Senkungsgeschwindigkeit beschleunigt. Wodurch diese Beschleunigung zustande kommt (Dichtigkeit, Größe, Volumen, spez. Gewicht oder Hyperchromasie der roten Blutkörperchen) ist nicht erwiesen.

Bei Vermehrung der Zahl der weißen Blutkörper erhält man hohe, bei einer Verminderung niedrige Senkungsgeschwindigkeitswerte, vorausgesetzt, daß die Leukopenie die Folge einer funktionellen Hemmung ist; bei Zerfall der weißen Blutkörperchen ist die Senkungsgeschwindigkeit nämlich beschleunigt.

Erhöhte Temperatur hat beschleunigte Senkungsgeschwindigkeit zur Folge, und zwar nicht nur bei Kranken, sondern auch *in vitro*.

Vermehrung der Thrombozyten beschleunigt die Senkung. Verschiedene Tageszeiten haben keinerlei Einfluß auf die Senkungsgeschwindigkeit. Mahlzeiten ebenfalls nicht. Bei der Resorption pathologischer Flüssigkeitsansammlungen, ebenso bei verstärkter Diurese wird die Senkungsgeschwindigkeit vermindert (im Gegensatz zu den Beobachtungen v. Gerloczys).

Die Gegenwart von Azeton vermindert die Senkungsgeschwindigkeit auch in jenen Fällen schwerer organischer Erkrankungen, wo man sonst bestimmt eine Beschleunigung erwartete. (In *vitro* dasselbe Ergebnis.) Starkes Schütteln des Zitratblutes verursacht Verzögerung der Senkung.

Prämortal, in der Agonie zeigt die Senkung normale, unter Umständen sogar subnormale Werte.

Die parenterale Verabreichung von Eiweiß bewirkt Verzögerung der Senkungsgeschwindigkeit.

Falls keiner der angeführten Faktoren einen besonderen Einfluß ausübt, steht die Zahl der Eosinophilen, der Lymphozyten und der Mononukleären in einem verkehrten, die Zahl der Jugendformen in einem geraden Verhältnis zur Senkungsgeschwindigkeit, d. h. zu Schwere des Krankheitsprozesses.

Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen zeigt allein bloß an, daß im Organismus eine organische Veränderung vorhanden ist. Ihre Ergebnisse sind nur gemeinsam mit genauer klinischer Beobachtung und mit voller Bewertung des Blutbildes zu verwerten, da sie gerade in schweren Krankheitszuständen oft im Stiche läßt. Die Untersuchung der Senkungsgeschwindigkeit hat sowohl in diagnostischer als auch in prognostischer Hinsicht viel weniger zu sagen als das Blutbild.

Arnold Hirsch, Berlin.

5088.

Thomsen, Oluf, **Uebersicht über die Entwicklung der Blutgruppen beim Menschen.** (Finska Lak. sällsk. Hdl., 71., Nr. 9, 1929.) Zusammenfassung: 1. Erblichkeitsverhältnisse und ihre Konsequenzen für die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Blutgruppe in Bezug auf die Paternität. Drei Hypothesen haben bisher um die Führerschaft gestritten: 1. die von Dungen und Hirschfeld von 1910/1911, 2. die Bernsteinsche von 1924 (drei allelomorphe Gene), 3. die Koppelungshypothese, die von mehreren Unter-

uchern erörtert (Hirschfeld, O. Thomsen, Bernstein) und im Jahre 1926 von Kiriara und Haku (Japan) so wie im Jahre 1928 von K. I. Bauer (Göttingen) näher ausgearbeitet worden ist. Namentlich Bauers Darstellung, die in Koppelung mit einem Ueberkreuzungsprozent von etwa 11 konkludiert, macht auf den ersten Blick einen eindrucksvollen Eindruck und hat in interessierten Kreisen dann auch ein nicht geringes Aufsehen erregt. Bauers Theorie leidet jedoch in dem entscheidenden Mangel, daß sie aufgebaut ist auf einer Basis von älteren mit bedeutendem Fehlerprozent behaftetem Material, während die letztjährigen sorgfältigen Untersuchungen von Schiff, O. Thomsen, Snyder, O. Sievers, Morville, Mayser, Réger u. a.) völlig unberücksichtigt geblieben sind. Dazu kommen aus jüngster Zeit Untersuchungen von Vuori. Diese Untersuchungen sind mit der Annahme eines Ueberkreuzungsprozentes von etwa 11 völlig unvereinbar, sie schließen hingegen die Möglichkeiten einer sehr festen Koppelung mit einem Ueberkreuzungsprozent von 1 oder darunter nicht aus.

Die verschiedenen Hypothesen werden einer Kritik unterzogen, deren Ergebnis unbedingt für die Richtigkeit der Bernsteinschen Hypothese spricht.

2. Es wird eine kurze Uebersicht gegeben über die Evolution und die Involution des Agglutinins von der Geburt an bis ins höchste Alter (100 Jahre oder darüber) sowie über den Empfindlichkeitsgrad der Rezeptoren A und B vom 2. bis 3. Fötalmonat bis zum Alter von 100 Jahren. Es zeigt sich, daß das Agglutinin, das sich erst etwa ein halbes Jahr nach der Geburt des ausgetragenen Kindes zu entwickeln beginnt, danach erheblich an Stärke zunimmt, bis zum Alter von 5 bis 10 Jahren der Höhepunkt erreicht wird; dann erfolgt ein langsamer Rückgang, welcher fortschreitet, bis der Titer im höchsten Alter (90 bis 100 Jahre) wieder auf die im Säuglingsalter ermittelten Werte zurückgegangen ist. Die Rezeptorempfindlichkeit dagegen bleibt von dem im Alter von 15 bis 100 Jahren erreichten Maximum an bis ins höchste Alter (102 Jahre) unverändert.

3. Die Möglichkeit phänotypischer Latenz einer A- bzw. B-Blutgruppe wird untersucht. Ergebnis: Für die A- bzw. B-Gruppen ist eine phänotypische Latenz (Ueberspringen einer oder mehrerer Generationen) keine Wahrscheinlichkeit vorhanden. Für die AB-Gruppe dagegen wurde von dem Vortragenden mehrfach ein auffallend schwacher A-Rezeptor ermittelt (der in zwei mutmaßlich der AB-Gruppe gehörigen Fällen sogar völlig unnachweisbar war); ist deshalb zu erwarten, daß ein genotypisches AB-Individuum in bezug auf die Blutkörperchen phänotypisch als B erweisen kann. Alles deutet jedoch darauf, daß das Serum in bezug auf das Agglutinin (bzw. das Fehlen desselben) dem Genotypus, und nicht etwa dem anormalen Phänotypus, folgt. Dadurch wird die Wichtigkeit der Untersuchung nicht nur der Blutkörperchen, sondern auch des Serums in allen Fällen von erbbiologischem Interesse unterstrichen.

4. Die von Landsteiner und Levine erstmalig beschriebenen Rezeptoren M, N und P, die sich nur mit Hilfe von Immunsывstoffen nachweisen lassen, werden eingehend besprochen. Die Möglichkeit einer Sonderung der A-Gruppe in zwei Gruppen wird ebenfalls erwogen. Dabei werden auch die sogenannten Kälteagglutinine erwähnt.

5. Schließlich wird die Frage etwaiger Beziehungen zwischen Blutgruppen und anderen konstitutionellen Eigenschaften, und zwar speziell Krankheitszuständen, in aller Kürze berührt.

5089.

Günther, Hans, „Zerebrale“ Polyglobulie. (D. Arch. klin. Med., 1929, Heft 1/2.) Manchmal gesellt sich Polyglobulie zu Fettsucht, motorischen und respiratorischen Störungen und narkoleptoiden Zuständen. Deshalb liegt es nahe, ein Zentrum für die Blutbildung im Gehirn — etwa im ventralen Zwischenhirn — anzunehmen. Ein schlüssiger Beweis dafür ist jedoch nicht zu führen. Vielleicht ist die Polyglobulie eines der vielen, vom endokrinen System aus bedingten Symptome.

5090.

Alquier, J., und M. Loeperund, Der Nährwert des Weins. (Progrès méd., 56, Heft 40.) (Vortrag auf dem internationalen Weinkomitee 1929.) 1 Liter Wein hat 730 Kalorien (1 Liter Wein 690; 1 Kilogramm Kartoffeln 690; ½ Pfund Brot 638). Wein ist eines der am kompliziertesten zusammengesetzten Nahrungsmittel; zunächst enthält er 5 bis 15 Volumprozent Alkohol — der dem Wein seine charakteristische Wirkung mit Wasser. Dann die flüchtigen Bestandteile, höhere Alkohole, Aether, Aldehyde, organische Säuren: das Bouquet. Ferner nichtflüchtige Stoffe: Proteide, Glyzide, organische Säuren, organische Säurehaltige und Farb-Stoffe, Lipide, organische Salze und verdünnte Mineralstoffe. N enthält der Wein im Liter 1 bis 6 g. N. Die alten Rotweine enthalten bis zu 0,15 g organische Phosphor-

säure. Außerdem S, Chlor, Fluor, As, Bor. Endlich Vitamine, Kolloide und radioaktive Stoffe.

Manche dieser Stoffe können toxisch sein. Andererseits befördert der Wein die Verdauung und die Assimilation, spart andere Nahrungsmittel und vermehrt Hb und die roten Blutkörperchen. Und in diesem Sinne ist er ein gesundes Nahrungsmittel.

v. Schnitzer.

5091.

Dresel, Kurt, und Zoltan Leitner, Zur Physiologie und funktionellen Pathologie des Wasserhaushaltes. (Z. klin. Med., 11, Heft 3/4.) An Beispielen wird gezeigt, wie wichtig es für die Beurteilung des Wasserhaushaltes nach Wassertrinken ist, neben vielen anderen Faktoren auch die Blutmenge und speziell die Plasma- und Erythrozytenmenge zu berücksichtigen.

Die für die vorliegenden Untersuchungen verwandte Trypanrotmethode zur Bestimmung der Blutmenge wird kritisch besprochen und eingehend geschildert.

Es werden die Befunde mitgeteilt, die nach dem Trinken kleiner (50 ccm) und großer (1000 ccm) Flüssigkeitsmengen erhoben worden sind. Kleine Flüssigkeitsmengen bedingen ½ Stunde nach dem Trinken eine Vermehrung der Blutmenge um durchschnittlich 200 ccm, woran die Plasmamenge mit etwa 150 ccm und die Erythrozytenmenge mit etwa 50 ccm beteiligt ist. Gleichzeitig wird eine Minusschwankung des Hämoglobins um etwa 2%, des Kochsalzes um etwa 3% und des Eiweißes um etwa 5% beobachtet.

Nach dem Trinken großer Flüssigkeitsmengen tritt eine durchschnittliche Vermehrung der Blutmenge um etwa 550 ccm auf, die sich mit etwa 300 ccm auf die Plasmamenge und etwa 250 ccm auf die Blutkörperchenmenge verteilt. Dabei ist eine Minusschwankung des Hämoglobins um etwa 1,5%, des Eiweißes um etwa 6% zu beobachten.

Damit ist die Auffassung hinfällig, daß die Zahl der im zirkulierenden Blute befindlichen Erythrozyten konstant ist und es ist erstmalig bewiesen, daß Wassertrinken zu einem Einstrom von roten Blutkörperchen in die Blutbahn führt.

Durch gleichartige Untersuchungen an milzexstirpierten Patienten wird gezeigt, daß die nach Wassertrinken in die Blutbahn gelangenden Erythrozyten aus der Milz stammen, da bei Milzlosen die Zunahme der Blutkörperchen ausbleibt, während die Plasmamenge ebenfalls, wenn auch nicht so stark, vermehrt gefunden wird. Daraus schließen die Verfasser, daß es nach Wassertrinken regelmäßig zu einem Wassereinstrom in die Blutbahn kommt, der normalerweise fast völlig durch die gleichzeitig aus der Milz austretenden roten Blutkörperchen verdeckt wird.

In einem Fall von Policythaemia rubra wird ein enormer Zuwachs von Erythrozyten im zirkulierenden Blute nach Wassertrinken beobachtet.

Bei splenektomierten Versuchspersonen findet sich häufig ein gesteigertes Durstgefühl und eine vermehrte Flüssigkeitsaufnahme und dementsprechend regelmäßig eine beschleunigte und über-schießende Ausscheidung des getrunkenen Wassers. Etwa nach 90 Minuten ist das zugeführte Flüssigkeitsquantum bereits wieder von den Nieren eliminiert. Bei der Policythaemia rubra wird eine verzögerte Flüssigkeitsausscheidung beobachtet.

Arnold Hirsch, Berlin.

5092.

Vogt, E., Fetus und Vitamin A. (Münch. med. Mschr., 76 Jg., Nr. 42.) Das Vitamin A läßt sich in der Leber von Feten verschiedenster Entwicklung bestimmen. Damit ist festgestellt, daß wohl auch der wachsende fetale Organismus das Vitamin A zu seinem Aufbau benötigt.

Offenbar speichert die fetale Leber das Vitamin A. Aus dem Depot der Leber wird das Vitamin A in den Zeiten abgegeben, in welchen das Wachstum schneller als sonst erfolgt, so daß die Vitaminzufuhr durch die Ernährung der Mutter den Mehrbedarf an Vitamin nicht ganz decken kann.

Bei systematischen Untersuchungen von sämtlichen übrigen fetalen Organen wurde in keinem anderen Organ sonst noch irgendwie Vitamin A nachgewiesen.

Aus dem alleinigen Vorkommen und der Speicherung des Vitamins A in der fetalen Leber läßt sich ersehen, welche gewaltige Rolle dieses Organ auch für den Vitaminstoffwechsel beim fetalen Organismus spielt. Die Leber stellt eben das weitaus wichtigste fetale Stoffwechselorgan dar.

Arnold Hirsch, Berlin.

5093.

Ernst, C., Ueber die Bestimmung des zirkulatorischen Minutenvolumens beim Menschen. (Zbl. inn. Med., 36, Jahrg., 50.) Unter zirkulatorischem Herzminutenvolumen beim Menschen wird die in der Minute durch die Kontraktion einer Herzkammer geförderte Blutmenge verstanden. Das Schlagvolumen ergibt sich

aus diesem Minutenvolumen durch Division mit der Pulszahl. Ausgehend von den Versuchen Ficks, einen Schluß auf das Schlagvolumen unter Zugrundelegung der von der Lunge aufgenommenen Sauerstoffmenge und den konstanten Beziehungen zwischen Kreislauf und Gaswechsel zu ziehen, werden Versuchsanordnungen beschrieben aus dem Gesamtgaswechsel das Schlagvolumen zu errechnen. Verfasser bedient sich des von Linhard angegebenen Stickoxydulverfahrens. Die Methode erfährt eine Einschränkung bei Kranken mit Herzfehlern wegen des dabei entstehenden Pendeblutes; hier gibt das errechnete Minutenvolumen nur einen Maßstab für das wirklich geförderte Blut, nicht aber für die von der Herzkammer tatsächlich geleistete Arbeit. Die Durchschnittsgröße des Minutenvolumens eines normalen Menschen erwies sich als zwischen 3 und 8 lit schwankend. Systematisch wurden bisher Hypertensionen untersucht, wobei sich bei den konstitutionellen Hypertensionen ein höheres Minutenvolumen als bei den nephrogenen Formen ergab.

Gustav Hofmann, Nürnberg.
5094.

Truneeck, Ch., **Der Lungenkreislauf und seine Hypertension.** (Brux. méd., 48., 1929.) Jede Hypertension entspringt aus der Verminderung der Gefäßhöhle oder aus der Vermehrung der Blutmasse. Bei der großen Zirkulation vollzieht sich die Verminderung durch Zusammenziehung der oberflächlichen Arterien, was die Haut anämisch macht, bei der kleinen resultiert die Hypertension aus einer Undurchgängigkeit der Kapillaren, was die Lunge anämisch macht.

Die idiopathische weiße Abart entsteht bei erethischen Individuen durch einen Krampf der respiratorischen Schleimhaut und ist nur vorübergehend. Beim Emphysem entsteht eine Verödung der Alveolarkapillaren, und dann wird sie bleibend. Die rote idiopathische Abart existiert bei plethorischen Individuen. Sie kommt zustande durch den Rückfluß des Blutes bei Mißbildungen des linken Myokards.

Beiden Hypertensionen ist gemeinsam das durchdringende systolische Geräusch über der Pulmonalis, deren Erweiterung, die Hypertrophie des rechten Myokards und die Ueberfüllung der Brustvenen. Die Unterscheidung beider Abarten gründet sich auf die Tatsache, daß bei der weißen Hypertension die Lungenvenen blutleer sind und das linke Herzohr sich verschmälert, während bei der roten Abart ein Zurückfluten stattfindet und das linke Herzohr sich verbreitert.

Die ätiologische Behandlung besteht bei der weißen Abart in Schonung, bei der roten in einer stickstoffarmen Diät. Bei der weißen Form haben die Lungenalveolen ein Uebermaß an Luft und einen Mangel an Blut. Bei der roten Abart ist das Umgekehrte der Fall. Die Herabsetzung der Oxydation, welche in beiden Fällen daraus resultiert, gibt den Hinweis für die Behandlung. Bei der weißen Hypertension neutralisiert man die überflüssige Kohlensäure durch unschädliche Alkalien, bei der roten stärkt man den Herzmuskel und wenn das Uebermaß an Blut die Zirkulation der Oxydation hindert, bedient man sich ableitender Mittel (Blutegel oder Schröpfköpfe in großer Anzahl auf die Brustvenen).

Held.

5095.

Lipschitz, M., **Ueber die Zunahme des Bronchuskarzinoms im letzten Jahrzehnt und die diagnostische Bedeutung der Bronchographie.** (Dtsch. med. Wschr., 55. Jg., Nr. 41.) Die Lungentumoren zeigen mit Ausnahme von einigen Gegenden in den letzten Jahren überall eine rapide Zunahme, besonders auffallend ist die Zunahme in der Nachkriegszeit.

Als mögliche Ursache nimmt Verfasser den Krieg und die Grippe an, als sichere: Beruf und Wohnort der betreffenden Bevölkerung (Schädigung durch mechanische und chemische Reize).

Die Symptome des Bronchialkarzinoms sind meistens uncharakteristisch; bei jeder unsicheren Lungenerkrankung ist stets an ein Bronchuskarzinom zu denken. In solchen Fällen ist die Vornahme einer Bronchographie, soweit es der Zustand des Patienten gestattet, unerlässlich.

Arnold Hirsch, Berlin.

5096.

Popper, Hans L., **Diastasebestimmungen bei Pankreatitis.** (Dtsch. med. Wschr., 5. Jg., Nr. 41.) Trotz aller Einschränkungen muß betont werden, daß die Vornahme der Diastasebestimmung bei unklaren akuten Abdominalfällen, insbesondere bei Verdacht auf eine akute Pankreaserkrankung, unerlässlich erscheint. Ihr negativer Ausfall läßt fast mit Sicherheit eine solche ausschließen. Bei positivem Ausfall der Diastaseprobe wird sich — allerdings nur in Uebereinstimmung mit den übrigen Befunden — die Diagnose Pankreatitis mit größter Wahrscheinlichkeit stellen lassen.

Arnold Hirsch, Berlin.

5097.

Joffe, Anna, Fritz Mainzer und Else Scherer, **Ueber das zeitliche Verhalten der Ausscheidung organischer Säuren im**

Harn. (Z. klin. Med., 111., Heft 3/4.) In den Nachtstunden nimmt die Konzentration organischer Säuren im Harn meist stark zu. Die absoluten Mengen sind geringer als am Tage. Die Harnsäure ist ohne Bedeutung für die Konzentrationszunahme.

Bei nykturischen Kreislaufkranken war in der Mehrzahl der Beobachtungen die Gesamtmenge, zum Teil auch die Konzentration der organischen Säuren vermehrt.

Die Befunde legen die Annahme einer nächtlichen organischen Gewebsazidose nahe.

Arnold Hirsch, Berlin.

5098.

Hunt, Hazel M., **Cholesterol im Blut behandelter Diabetiker.** (New England J. Med., 201., Heft 14.) (Aus dem New England Diakoness Hosp.) Bericht über die Cholesterol-, Lecithin- und Fettsäurewerte im Plasma von 146 Diabetikern, die Cholesterolwerte im Plasma von 40 Normalen und 270 mit Insulin behandelten Diabetikern. Als Normalwerte wurden gefunden 118 bis 272 mg in 100 ccm, im Mittel 177 mg. Insulinbehandelte Diabetiker mit entsprechender Diät ohne viel Fett haben keine ausgesprochen über der Norm stehende Konzentration des Cholesterols im Blute; im Gegensatz zum Blutzucker, der bei insulinbehandelten Diabetikern mehr beträgt als vor der Insulinbehandlung. Das Cholesterol scheint ein besserer Führer zu sein hinsichtlich des wirklichen Zustandes des Patienten als der Blutzucker. Es ist ein Indet für die Veränderungen der Blutlipide. Behandlung mit Insulin hält das Blutcholesterol schwerer Diabetiker nahe am Normalen. Die Dauer des Diabetes hat wenig Einfluß darauf. Auch das Alter nicht. Bei Arteriosklerose sind die Werte nicht noch selbst in schwersten Fällen lag nur ein mittlerer Cholesterolgehalt vor. Auch eine an Eiern reiche Diät hatte keinen Einfluß, außer in einem Falle, in dem das Aussetzen der Eier eine Cholesterolreduktion zur Folge hatte.

v. Schnitzer.

5099.

Mahler, P., **Die Adrenalinmagensaftreaktion.** (Med. Klin., Nr. 39, 1929.) Untersucht man gleichzeitig den Blutdruck und die Nüchternmagensaftsekretion nach subkutaner Adrenalininjektion, so ergibt sich folgendes: Bei Menschen mit sympathikotoner Blutdruckkurve überwiegt der Typ der inzipienten Hemmung mit nachfolgender Steigerung der Sekretmengen, wobei vielfach auch die Säurewerte parallel verlaufen. Ebenso verhält sich ein großer Teil der Menschen mit normaler Blutdruckkurve, insbesondere allerdings diejenigen, deren Blutdruckverlauf sich dem Typ der Sympathikotonie nähert. Bei Menschen mit vagotonomer Blutdrucktyp überwiegt bezüglich Magensaft ein gleichmäßiger Sekretionsverlauf, oft sogar eine direkte Umkehr, nämlich erst Sekretvermehrung, dann Sekretverminderung. Oft läßt sich durch vorherige intravenöse Ca- bzw. K-Injektionen eine Veränderung des Kurventyps, ähnlich wie beim Blutdruck, erzielen.

L. Gordon, Berlin.

5100.

Olmer, D., und G. Zuccoli, **Plötzliche epileptiforme Zufälle nach einer Intratrachealinjektion von Lipiodol.** (Paris méd., 19., Heft 40.) Bei einem 39jährigen ohne irgendeinen Befund von seiten des Nervensystems traten nach einer intratrachealen Lipoidinjektion zwei epileptiforme Anfälle auf mit Bewußtseinsstrübung, Abgeschlagenheit und einseitigem Babinski. Ähnliche Fälle haben schon die Laryngologen beobachtet bei Manipulationen am Larynx und an der Trachea. Wie bei der pleuralen Epilepsie könnte hier nur die Reflextheorie und die Frage einer Luftembolie in Betracht kommen. Erstere erklärt aber den Anfall nicht völlig. Die Punktionsnadel hatte keine Blutung, aber auch keine blutige Expektoration zur Folge; aber immerhin ist es möglich, daß die Nadel eine kleine Vene angestochen hat und daß dabei einige Luftblasen in den Kreislauf gelangten.

v. Schnitzer.

5101.

Olitzky, P. K., C. P. Rhoads, P. H. Long, **Verhalten der Streptokokken in der Spinalflüssigkeit bei experimenteller Poliomyelitis.** (J. amer. med. Assoc., 92., Nr. 21, 1929.) Die mikroskopische Untersuchung gefärbter Ausstriche aus der Spinalflüssigkeit von 24 Affen mit experimentell erzeugter Poliomyelitis ließ die Anwesenheit von Streptokokken vermissen. Ebenso waren in den Kulturen keine Streptokokken zu finden. Die Eigenschaften der von Rosenow aus der Spinalflüssigkeit poliomyelitiskranker Affen isolierten Streptokokken gleichen im wesentlichen denen der im Gehirn normaler Affen oder in der Laboratoriumsluft vorkommenden Streptokokken. Inokulation der Rosenowschen Streptokokken, beispielsweise bei Kaninchen, die im allgemeinen als resistent gegen Poliomyelitis gelten, führte zu einer eitrigen Meningoenzephalitis, wie sie häufig bei Streptokokkenseptikämie sich einstellt. Das mikroskopische Aussehen des Gehirns eines solchen Kaninchens unterscheidet sich wesentlich von dem eines an Poliomyelitis zugrunde gegangenen Menschen oder Affen. Versuche, gesunde Affen

mittels intrazerebraler Inokulation von Spinalflüssigkeit polio-myelitischen Menschen oder Affen wirksam zu infizieren, blieben bisher durchgehend ohne Erfolg. Spinalflüssigkeit kann daher nicht als Quelle des infektiösen Agens angesehen werden.

L. Büchler, Wien.

5102.

Geistein, F. M., und M. I. Frankstein, Ueber Milchsäuregehalt im Blute bei einigen Erkrankungen und besonders bei Kranken mit malignen Neubildungen. (Z. klin. Med., 111, Heft 3-4.) Der Milchsäuregehalt im Blut Gesunder im nüchternen Zustande beträgt im Durchschnitt 9,08 mg%. Die Laktazidämie übersteigt in verschiedenen pathologischen Zuständen, besonders bei Anämie und Leukämie, nicht die Norm.

Die Milchsäuremenge steigt im Blut recht häufig bei Herzkrankheiten: a) die Zyanose ist in diesem Falle das beständige Symptom; b) die Hauptursache dieser Vermehrung sehen die Autoren in der verminderten Oxydation der Gewebe, vielleicht dank der schlechten Ausnützung des Sauerstoffes.

Hyperlaktazidämie fand sich in 56% der von den Verfassern untersuchten Krebskranken. Die Normo, wie Hyperlaktazidämie der Krebskranken muß mit der Größe und dem Charakter der Geschwulst, d. h. mit der Menge der rein karzinomatösen Elemente, dem Auftreten von Nekrosen, dem Gehalt am Bindegewebe und dem Polymorphismus der Geschwülste in Zusammenhang gebracht werden.

Im peripheren Blut des gesunden Organismus tritt unter dem Einfluß einer Zuckerbelastung (100,0 g Rohrzucker oder Glykose) eine temporäre Vermehrung der Milchsäuremenge ein. Nach einer Stunde beträgt sie durchschnittlich 66,9%.

Durch Zuckerbelastung kann bei einem Teil der Krebskranken eine stärkere Vermehrung der Milchsäure als bei Gesunden hervorgerufen werden. Sie kann jedoch auch ausbleiben, wenn a) das Austreten der Speisen aus dem Magen gestört ist, und b) die Geschwulst nicht genügend aktiv in glykolytischer Beziehung ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

5103.

Handley, W. Sampson, Lymphstauung, der Vorläufer für Krebs. (Brit. med. J., 3587.) (Middlesex Cancer Hospital.) Es wird an Hand von pathologisch-anatomischen Präparaten, Tierversuchen usw. versucht, der Genese des Krebses näher zu kommen. Der Röntgenkrebs hat ein papillär-hyperplastisches Vorstadium. Der Teerkrebs entsteht daraus, daß der in das Gewebe eingedrungene Teer eine Lymphstauung und papilläre Hypertrophie macht. Ähnliches wird für Lippen- und Zungenkrebs nachgewiesen. Der Zusammenhang von Lymphstase und Papillom wird untersucht und als bestehend gefunden. Verf. hält die Lymphstauung für die Wurzel der Geschwulstbildung, für Krebs sowohl wie für Sarkom.

P. Heyman, Berlin.

5104.

György und Schall, Untersuchungen über die experimentelle Rachitis. IV. Versuche über die Entstehung des Rachitisschutzstoffes bei der Keimung verschiedener Pflanzensamen unter Ausschluß von Licht. (Jb. Kinderheilk., 74, Heft 5.) Entgegen den kürzlich veröffentlichten Angaben von Schittenhelm und Eisler gelang es den Autoren, in keinem Falle in keimenden Pflanzen (untersucht wurden Keimlinge von Weizen, Gerste, Hafer und weißen Bohnen) bei Fernhaltung von äußerer Strahlenwirkung, Rachitisschutzstoff, selbst nur in Spuren, nachzuweisen. Damit müssen sämtliche Behauptungen von der autochthonen — d. h. ohne auch nur indirekte Strahlenwirkung — Entstehung des Rachitisschutzstoffes in Naturprodukten als unerwiesen gelten.

Jahr.

5105.

Zacherl, H., Untersuchungen über den Geschwulstabbau im Serum Krebskranker. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 42.) Nach Quarzlampebestrahlung ist im Serum Karzinomkranker eine Steigerung der Zerstörungsfähigkeit gegenüber Krebszellen nachzuweisen, die auf eine erhöhte Tätigkeit des Speicherzellensystems bezogen wird.

Einen besonders hohen Grad erreicht das Lösungsvermögen gegenüber neoplastischen Zellen im Serum aber nach Injektion eines Milzextraktes, während die Einverleibung von Extrakten aus anderen Organen völlig wirkungslos ist.

Dies spricht für das Vorliegen einer spezifischen Milzwirkung, im Umstand, der durch den innigen Zusammenhang der Milz mit dem gesamten retikulo-endothelialen System leicht zu erklären ist.

Arnold Hirsch, Berlin.

5106.

Rossello, H., Die Wirkung der Hyperventilierung auf nitritide Krisen. (Presse Méd., Nr. 67, 1929.) Die physiologische Hyperventilierung kann die humorale Alkalinität der Person steigern, es findet zunächst ein Abfall der alveolären Kohlensäure, darauf

eine Vermehrung derselben beim Uebergang vom Blut in die Lunge statt, d. h. eine Säureverarmung durch die Lunge. Die Nieren antworten darauf mit einer Verminderung der Säure im Urin und des ausgeschiedenen Ammoniaks, wodurch eine Alkalose entsteht. Die sogenannten nitritiden Krisen bei intravenösen Arsenobenzol-injektionen sind häufiger und stärker bei Personen, bei denen die humorale Alkalinität unter der Norm ist, daher raten Sicard und Ravant dazu, bei derartigen Krisen alkalische intravenöse Injektionen möglichst schon präventiv zu geben. Verf. hat nun statt dieser Injektionen bei Patienten mit nitritiden Krisen etwa 30 Hyperventilierungen pro Minute fünf Minuten lang machen lassen mit dem Erfolg, daß die Krisen ausblieben. Da nur zwei Beobachtungen zur Verfügung standen, wird weitere Nachprüfung gefordert.

Haber.

5107.

Vignes, H., Die pathogene Rolle der Eingeweidewürmer. (Progrès méd., LVI, Nr. 39.) Nach Léo sind Eingeweidewürmer sehr häufig und können die verschiedensten Krankheiten vortäuschen, selbst schwere, auch in das chirurgische Gebiet fallende Zustände, die mit etwas Thymol rasch beseitigt sind. Die Toxine wirken aufs Blut: Eosinophilie. Ihr Fehlen bedeutet keineswegs das Fehlen der Würmer; sie ist weniger stark, wenn der Parasit nur im Darm lumen haust. Bei Askariden kann sie 18%, bei Oxyuren 11%, bei Tänien 16%, bei Ankylostomum 40 bis 50% betragen. Die Toxine gehen durch die Plazentawunde in die Milch. Der Organismus gewöhnt sich rapid an sie. Sie erzeugen spezifische Antikörper. Würmer inokulieren endlich Mikroben in die Darmschleimhaut. Die Symptome sind individuell sehr verschieden, wechseln individuell und treten nie alle beim selben Individuum auf. Auf der Haut, namentlich allenthalben im Gesicht, treten bei Oxyuren, Askariden und Trichocephalus schmutziggelbe Flecken auf, die den Eindruck des Ungewaschenen machen. Ferner findet man Meningismus, Reizbarkeit des Charakters, Neurasthenie, Misanthropie, Selbstmordgedanken, namentlich nachts. Auch der Nachtschrecken der Kinder beruht manchmal darauf, ebenso das Zähneknirschen bei Kindern nachts. Dann Pruritus nasalis. Selten ist eine Pharynxreizung, ein Gefühl der Trockenheit. Manchmal findet man auch Hypertrophie der Zungenpapillen. Charakteristisch ist der Larynxstik, ein dauerndes leichtes, trockenes Husteln, das an Phthise erinnern kann. Im Verdauungstrakt kann man Sialorrhöe tags und nachts beobachten, Magenschmerzen, die Wurmkoliken. Die Wurmappendizitis ist häufiger als man annimmt: Würmer können das funktionelle Syndrom der Typhlitis oder von vornherein eine chronische Appendizitis hervorrufen, ferner Erosionen der Schleimhaut dort, und diese infizieren (Oxyuren und Trichocephalus) oder den Appendix perforieren (Askariden) oder durch Obliteration des Lumens als Fremdkörper wirken. Nach Léo entstehen etwa 20% der Appendizitiden auf dem Blut- oder Lymphwege durch Darminfektion durch Würmer. Es kommt zu Kolitis, Enteritis, Typhlitis mit fötiden, diarrhoischen, schleimigen Stühlen, Spasmen und Leibschmerzen. Es kann zu Peritonealreizungen, Perikolitiden, zu Strangbildung und dadurch zu Intestinalokklusion usw. kommen. Die eigentliche Domäne der Oxyuren ist das Rektum, in dem die Eier deponiert werden. Dort reifen die Eier. Warum der Pruritus analis eigentlich hauptsächlich abends auftritt, weiß man nicht. Die Harnwege: Kolibazillurie ist oft mit Parasiten vereint: die Bazillen dringen durch die Schleimhautläsionen. Schmerzhaftes Regieren ist sehr häufig durch Oxyuren, Askariden oder Trichocephalus bedingt, durch Enterokolitiden und durch die Toxine selbst. Von Protozoen können Lamblia-Duodenitis und Periduodenitis hervorrufen (Nachweis: Duodenalsonde, Stuhluntersuchung). Trichomonas: Kolitis, Nachweis im Schleim des Stuhls. Askariden können verschiedene Komplikationen nach Operationen und nach der Geburt hervorrufen; sie erzeugen hauptsächlich Erbrechen und Hypotension. Für Oxyuren ist der Pruritus analis charakteristisch. Bei Trichocephalus eröffnet eine Diarrhöe die Szene; dazu kommt eine intensive Reizung des Phrenikus, Paroxysmen von Zwerchfellkontraktionen, funktionelle Atemstörungen mit Schmerzen, Singultus; vorher kann eine rebellische Rhinitis und Dykphonie auftreten. Im allgemeinen kann man sagen, daß negative Stuhlbefunde nichts bedeuten: es gibt Zeiten, in denen der Wurm keine Eier legt. Therapie: Thymol gegen Askaris, Oxyuris und besonders Trichocephalus. Nachteile: Brennen im Magen. 4 bis 6 Kapseln täglich 2 bis 4 Tage lang, je nach dem Allgemeinzustand und dem Grade der Infestation. Am letzten Tag ein salinisches Purgans, kein Rizinus, eine Stunde nach der letzten Dosis. Zweck, das Medikament zu entfernen. Streng ist jede Dosis Alkohol, jedes Fett zu meiden. Wismutkarbonat gegen Oxyuris und Askaris, Pelleterin. Gegen Trichocephalus große Darmspülungen, denen 7 bis 10 Tropfen gewöhnliches Benzin zugefügt wird. Gegen Lamblia Stovarsol, nachdem man vorher Magnesiumsulfat durch die Duodenalsonde gegeben hat (Zufluß der Galle).

v. Schnizer.

5108.

Shiroki, Takeshi, Beriberi und das vegetative Nervensystem. (Jap. med. World, IX., Heft 5.) (Forensisches Instit., Nagasaki Med. Coll.) An Tieren konnte Shiroki durch Reiz der Sympathizi beriberiähnliche Symptome hervorrufen, die sogenannte Neurasthenia sympathica. Ebenso bei Stillenden bei den Jungen, und die Symptome schwanden mit dem Reiz. Ebenso war die Neurasthenie zu verhüten, wenn viel Vitamin B gegeben wurde. Beriberi kommt häufiger bei Männern als Frauen vor, besonders in der Jugend und bei schwangeren Frauen: hier ist auch das vegetative System reizempfindlicher. Man findet die Krankheit meist bei Leuten, die in kalten Klimaten schwer arbeiten, oder in feuchten Gegenden. Oder bei solchen, die in engen Verhältnissen leben, bei Einwanderern, die plötzlich ihre Beschäftigung wechseln und das Klima, bei Schwerarbeitern. Ferner bei dauernden starken psychischen Reizen, bei Beschäftigungen, bei denen das vegetative System besonders in Mitleidenschaft gezogen ist. Wenn auch die geographische Verteilung der Beriberi im allgemeinen parallel geht mit der Bevölkerungsdichte, so findet man sie weniger häufig längs der Seeküste, als an Orten, an denen eine große Differenz zwischen Sommer- und Wintertemperatur besteht, zwischen dem täglichen Minimum und Maximum, und wo ein Stadt- oder feuchtes Klima vorherrscht. Wo das Klima das sympathische System beeinflusst. Beriberi ist also ein Sympthomenkomplex, verursacht durch Neurasthenia sympathica und deren Folgen. v. Schnitzer.

Psychiatrie und Nervenheilkunde

5109.

Schäfer, R., Die diagnostische und therapeutische Verwendbarkeit der Enzephalographie durch Subokzipitalpunktion. (Dtsch. Arch. klin. Med., 105., Heft 1/2.) Die Luftfüllung der Liquorräume durch Subokzipitalpunktion ist relativ einfach und ungefährlich. Aber man soll sie nur als ultima ratio anwenden zur Differentialdiagnose von Epilepsie, Hydrozephalus, Meningitis serosa, Tumoren. Doch ist sie dabei nur selten ausschlaggebend. Bei Hirnverletzten soll man davon Abstand nehmen. Zuweilen hat die Subokzipitalpunktion günstige Erfolge bei Epilepsie und Meningitis serosa. Ob man mit ihrer Hilfe Medikamente in das Zentralnervensystem hineinschmeicheln kann, ist fraglich. Buttersack, Göttingen.

5110.

Henschen, L. E., Licht- und Farbsinnzellen im Gehirn. (Hygiea, 91., Heft 20, 1929.) Die Entdeckung des Sehzentrum in der Calcarina wird histologisch begründet. Das Sehzentrum umfaßt ein eng begrenztes Gebiet der Stria Gennari, das eine spezifische Struktur aufweist und aus acht verschiedenen Schichten besteht, indem sich in die vierte Schicht, die Schicht, in drei geteilt hat. Von der Retina findet eine punktförmige organisierte Projektion statt: die Makula liegt am Pole, die Peripherie des Sehfeldes frontal. Wilbrand verfocht als erster die Lehren Henschens. Die Lage der Licht- und Farbsinnzellen war lange strittig. Henschen fand nun an Versuchen bei zahlreichen Tieren, daß die Sehrinde des Nachtaffen nur eine Art von Sehzellen in der Rinde hatte, während alle untersuchten Tagaffen zwei Arten von Zellen in der Sehrinde hatten, und zwar die der Nachtaffen und dann kleinere mit großen Kernen. Homolog mit den Zellen beim Menschen finden sich bei den Tagaffen zwei Arten von Zellen mit wechselnder Ausbreitung, und zwar sind die großen Zellen Lichtsinnzellen, die kleineren Farbsinnzellen. Denn die Affen haben Farbensinn. Ob es nun für die verschiedenen Farben verschiedene Zellformen gibt, konnte nicht sicher festgestellt werden. Die Farbzellen beschränken sich immer auf die Calcarina. Die Lichtzellen im Zentrum, d. h. am Boden der Calcarina, sind bedeutend zahlreicher. So findet die Sinnesschärfe einen anatomischen Ausdruck durch Zellenreichtum ebenso wie die psychische Begabung. S. Kalischer.

5111.

Magnus, V., 100 Fälle von radikal operierter Trigeminusneuralgie. (Norsk. Mag. Laegevidensk., Nr. 11, 1929.) Magnus berichtet über 100 Fälle von Trigeminusneuralgie, die radikal operiert wurden, und zwar mit der Neurotomia retrogasseriana. Von den 100 Fällen starben nur 2 (1 an Pneumonie und 1 an Hirnkomplikationen [Aphasie, Hemiplegie]). 31 von den Operierten waren über 70 Jahre alt und trotzdem war die Mortalität so gering. Von Komplikationen wurden beobachtet in 2 Fällen Aneurysmen der Carotis interna; es lagen nach der Operation vor eine Trigeminuslähmung, Ptosis, Augenmuskellähmungen usw. In 3 anderen Fällen lagen der Trigeminusneuralgie Tumoren an der Basis craniü zugrunde (Sarkom, Krebsmetastase). In 7 Fällen trat nach der Operation eine Fazialislähmung auf. In 95 Fällen lag eine genuine

Trigeminusneuralgie vor. Man sollte die Kranken mit Trigeminusneuralgie nicht mit nutzlosen Prozeduren (Elektrizität, Diaphoresis, Medikamenten) hinhalten und möglichst bald zur Radikaloperation schreiten, namentlich wenn alle 3 Aeste betroffen sind. Anfangs kann man durch Alkoholinjektionen vorübergehende Besserungen erzielen. S. Kalischer.

5112.

Bierring, Knud, Ein Fall von Polyneuritis gravidarum. (Ugeskr. Laeg., Nr. 43, 1929.) Ein Fall von Polyneuritis gravidarum wird ausführlich beschrieben. Derselbe ist ausgezeichnet durch das vorausgegangene Erbrechen, durch die gleichzeitige Korsakowsche Psychose mit Amnesie und Gedächtnisschwäche und durch Ikterus, der zur Zeit der Brechperiode auftrat. Polyneuritis oder Mononeuritis (Cruialis) kommen in 3—4% der Entbindungen vor. Es handelt sich um toxische Vorgänge, die auch gleichzeitig das vorausgegangene Erbrechen, den selteneren Ikterus und die gleichzeitigen psychischen Störungen erzeugen. Die Hypo- und Achylie, das Erbrechen, wird von vielen auf eine Vagusneuritis toxischen Ursprunges zurückgeführt; ebenso die öfter auftretende Aphonie (Rekurrenslähmungen) und die Tachykardie. In den Todesfällen nach Puerperalneuritis fand man eine parenchymatöse Neuritis der peripheren Nerven, doch mitunter auch Veränderungen an den Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks, Nierenkrankungen, Thyreoiditis und Encephalitis haemorrhagica. Die Mortalität wird auf 20% der Fälle angegeben. In schweren Fällen ist die völlige Restitution eine Seltenheit; es bleiben Paresen, Lähmungen, Atrophien zurück und mitunter auch, wo psychische Störungen bestanden, Amnesie und Gedächtnisschwäche. Leichtere neuritische Symptome finden sich oft schon während der Gravidität bei dem Erbrechen. Prophylaktisch und therapeutisch rät der Verf. zur Schwangerschaftunterbrechung gleich im Beginne, wenn auch mitunter trotz der Unterbrechung der Schwangerschaft die toxischen Prozesse andauerten und selbst tödliche Ausgänge nicht verhindert werden konnten. Natürlich muß diese Unterbrechung rechtzeitig vorgenommen und die Diagnose frühzeitig gestellt werden. S. Kalischer.

5113.

Baumann, W., Ueber das Auftreten der Muckschen „weißen Strichzeichnung“ nach Galvanisieren des Kopfes. (Münch. med. Wschr., 76. Jahrg., Nr. 41.) Durch die vorliegenden Untersuchungen ist der Nachweis erbracht, daß beim therapeutischen Galvanisieren des Kopfes neben anderen Erscheinungen, wie elektrolytische Zersetzungen usw., eine Gefäßsympathikusreizung erfolgt. Die Einwirkung des galvanischen Stromes kann also mit Hilfe des Adrenalin-Sondenversuches deutlich vor Augen geführt werden. Wie weit diese Gefäßsympathikusreizung als wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Erfolges angesehen werden kann, läßt sich noch nicht überblicken. Bei der geringen Kenntnis davon, was in der interpolaren Strecke beim Galvanisieren sich abspielt, dürfte die gemachte Feststellung nicht ganz ohne Bedeutung sein. Arnold Hirsch, Berlin.

5114.

Mouzon, J., Eine neue medikamentöse Therapie der parkinsonistischen Akinesie. (Presse Méd., Nr. 67, 1929.) Verf. berichtet hier ausführlich über die Versuche, namentlich deutscher Autoren, mit Kanisterin und Harmin beim postenzephalitischen Parkinsonismus. Ersteres wird aus der südamerikanischen Schlingpflanze Kanisteria Caapi gewonnen, von Zaubern benutzt, um das „zweite Gesicht“ hervorzurufen, d. h. Halluzinationen bei Somnolenz. Neben einer hypotensiven und lokal anästhetischen Wirkung hat es vor allem eine motorisch erregende für das Zentralnervensystem, die ein Gefühl der Freiheit und muskulären Beweglichkeit bei psychischer Euphorie verursacht. Dieselbe Wirkung verursacht das Harmin, von Fritsche 1848 aus dem Pegamum Harmala gewonnen, dessen Formel nach Wolfers und Rumpf mit der des Kanisterins identisch ist. Subkutane Injektionen mit 0,005—0,05 g bewirkten Besserung der Rigidität, der willkürlichen und automatischen Bewegungen, während der Tremor und die Speichelsekretion unbeeinflusst blieben. Außer einem leichten Schwindelgefühl und Erblassen sind Zwischenfälle bei den 18 behandelten Fällen nicht beobachtet. Haber.

5115.

Peck, Martin W., Natur und Behandlung der Neurosen. (Med. J. a. Rec., CXXX., Heft 7.) Nach der modernen medizinischen Psychologie sind funktionelle Nervenerkrankungen ungelöste Konflikte zwischen entgegengesetzten mentalen Bestrebungen auf dem Boden der Persönlichkeit, Zivilisation und Kultur bedeuten Sozialisierung der mehr primitiven und individualistischen Bestrebungen des einzelnen. Als Kind ist jeder noch vollkommen primitiv und individualistisch, während der Erwachsene die soziale Anpassung an die Herdenexistenz gelernt hat. Ist dies nicht der Fall, so hat man

die neurotischen Konflikte: auf der einen Seite stehen unentwickelte instinktive Bedürfnisse, auf der anderen die Forderungen des sozialisierten Ego. Durch diese Spannung entstehen die Symptome: sie sind die Schatten an der Wand, deren Ursachen aufzuklären in der letzten Zeit besser gelungen ist; ein Selbstschutz des Individuums; die Symptome sind das kleinere Uebel, ein Kompromiß. Am besten sieht man diesen Mechanismus an den Kriegspsychosen: hier war ein Konflikt zwischen Furcht auf der einen und Gehorsam usw. auf der anderen Seite. Sie wollten sich nicht der Pflicht entziehen, konnten aber auch der Furcht usw. nicht weichen, es mußte also etwas geschehen, und zwar rasch. Es wurden also gewisse Bilder aus der mentalen Situation entfernt durch den Dissoziations- oder Repressionsmechanismus und gleichzeitig durch einen anderen unbewußten Prozeß, die Konversion, die Spannung aus dem Konflikt aufs somatische übertragen: Paralyse, Zittern usw. Auf Kosten der Symptome entging das Individuum dem Konflikt Furcht gegen Pflicht, indem es in Sicherheit, ins Lazarett kam. Die Lösung des Konflikts durch Symptombildung ist die Methode des Neurotikers, nicht die des Normalen. Viel verwickelter liegen die Friedensneurosen: während es sich bei der Kriegsneurose um einen Querschnitt nahe der Oberfläche handelt, braucht es dabei einen tiefen Längsschnitt durch die ganze Lebensstruktur des Individuums. Die krankhafte Furcht betrifft das ganze mentale Leben; die nervösen Symptome sind nur scheinbar irrationell, in Wirklichkeit sind sie das Endresultat einer langen Kette psychologischer Ereignisse, die bis in die Kindheit reichen kann. Von der aber einige Glieder dicht unter der Oberfläche liegen. Im unbewußten Leben spielt die Zeit keine Rolle, es wird wenig unterschieden zwischen Phantasie und Wirklichkeit, Symbole konkurrieren und wechseln mit Wirklichem. Behandlung: Psychoanalyse.

v. Schnizer.

5116.

Meagher, J. F. W., **Prognose und bedeutsame Reaktionen bei Geisteskrankheiten.** (Med. J. a. Rec., CXXX., Heft 7.) In der Psychiatrie bedeutet akut vorübergehend und chronisch so etwas wie unheilbar. Ein ruhender Zustand ist noch keine Heilung, und bei der sogenannten Heilung bleibt oft eine psychische Narbe zurück. Beim normalen Erwachsenen dominiert das Realitätsprinzip über den Sinn für Vergnügen und über, das der Kindheit eigentümliche Phantasieleben; daher die Anziehung infantiler Denker durch Okkultes. Ordnet ein Patient seine Wünsche dem Realen und seinem (ethischen) Superego unter, so bedeutet das Besserung. Zur Prognose ist das Verständnis des Charakters nötig. Der Charakter ist richtunggebend für die Willensimpulse und bestimmt die instinktiven Reaktionen zur Umwelt. Er ist nicht fixiert und kann auch beim Erwachsenen noch geformt werden. Bei einem erwachsenen Patienten kann man kaum eine Heilung erwirken, wenn er sein instinktives Leben verschließt. Ihm zu sagen, sein Zustand sei funktionell und nicht organisch, ist keine Heilung und schadet nur. Charakterzüge unterscheiden sich von neurotischen Symptomen, indem das narzistische Ego die ersteren erkennt, die letzteren verleugnet und nicht als Teil der Persönlichkeit erkennt. Wenn also bei Neurosen und Psychosen unterdrücktes Material an die Oberfläche kommt, so geschieht das in Form unbegreiflicher Symptome, d. h. negativen Ausdrucks tieferer Wünsche. Ein Konflikt zwischen Sexualinstinkt und kulturellem Interesse kann Charakteranomalie oder neurotische Symptome zur Folge haben. Bei der Charakterentwicklung werden Originalimpulse ausgedrückt, verfeinert oder es entwickeln sich individuell kompensatorische Reaktionen. Eine Neurose entwickelt sich aus dem Konflikt zwischen Instinkt und Repression. Um die psychische Symbolisierung zu verstehen, muß man die Bedeutung der neurotischen Symptome werten. Assoziationen werden mit Hilfe von Symbolen aufgebaut. Das Verstehen der Symbole führt zum Verständnis der tieferen affektiven Wünsche des Patienten. Die Bedeutung der Symbole bestimmt der Patient. Ebenso haben alle Symptome eine Bedeutung: für die meisten Kinder bedeutet die Kindheit einen sicheren Hafen, und in unserem mentalen Leben spielt diese Periode eine mächtige Rolle. Die Tatsache, daß nicht mehr wie 5 bis 10% der Psychosen geheilt werden, zeigen, daß Verhütung wichtiger ist als Behandlung. Allgemein kann man sagen, daß die Prognose aller Psychosen abhängt von der Persönlichkeit, von der Natur der Strebungen und des Patienten Verhalten dazu, sowie von der Adjustierung des Konflikts, der Sublimierung abnormer Strebungen, und zwar mehr als von der mentalen Störung an sich. Und hier können nahe Verwandte, indem sie die freie Entwicklung und die affektive Befriedigung des Patienten verhindern, oft ungeheuer schädigen, namentlich auch jede ärztliche Einwirkung. Seine Interessen und ökonomische Unabhängigkeit begünstigen die Prognose. Völlige Heilung nur bei völliger Einsicht. Bei einem Träumer ist die Prognose ungünstiger. Natürlich muß er eine verlässliche Stütze haben. Bekommt der Patient bei seinem Wiedereintritt in die Welt nur Puffe, so ist eine autoerotische Einstellung

oder eine exzentrische Adjustierung seiner Inferioritäten die Folge: Homosexualität und oft Selbstmord. Es ist immer ein gutes Zeichen, wenn ein Patient die Ursachen seiner Psychose versteht und annimmt, seine Halluzinationen als Folge seines Zustandes erkennt, spontan und unpersönlich über seine Krankheit spricht, Interessen und Tätigkeit zeigt. Eine gehässige Einstellung ist ein übles Zeichen; sie kommt auch den ärztlichen Bemühungen quer. Und die daraus erfolgenden exzentrischen Kompensationen machen die Prognose noch schlechter. Die Prognose beim anisch depressiven Psychosen ist gut bei leicht zu beseitigenden ätiologischen Faktoren, auch bei konstitutionellen Faktoren. Akuter Einsatz mit Halluzinationen ist ernster. Günstig ist, wenn man manische Patienten zufrieden erhalten und Haß- und Furchtgefühle vermeiden kann. Bei Paranoikern hängt die Prognose größtenteils von der Einsicht ab, und diese wieder von der Abwesenheit von Haßgefühlen und der Verhinderung der Systematisierung exzentrischer Ideen. Später kann sich die Präkoform der Reaktion entwickeln. Diese ist deshalb maligne, weil sie eine Flucht weg von der Wirklichkeit begünstigt. Uebel ist immer, wenn der Patient ganz in seinen morbiden Ideen lebt; schleichender Einsatz; chronischer Autismus, der jahrelang Phantasieimpulse gegenüber Wirklichkeitsmotiven in den Vordergrund stellt; Indifferenz; Untätigkeit bei klarem Sensorium. Katatonie gibt die beste Prognose. Volle Heilung ist selten. Am besten wird der Patient in ein möglichst wenig verändertes Milieu entlassen.

v. Schnizer.

5117.

Cruchet, René, **Postenzephalitische geistige Minderwertigkeit.** (Edinburg Med., XXXVI, Nr. 10, Oktober 1929.) Verfasser hat die klinischen Besonderheiten derjenigen Fälle erforscht, in denen eine überstandene Encephalitis epidemica Anlaß zu Geistesstörungen gegeben hat. Bemerkenswert ist dabei die große Variabilität der zur Beobachtung gelangten Fälle; die Grundlage bildet bei allen eine Debilitas mentis. Kategorische, scharf umschriebene und einwandfreie Fälle von Perversion trifft man nicht an; sie sind irregulär und passen in keinen der nosographischen Rahmen, die man bisher errichtet hat.

Bei der Beschreibung der mentalen klinischen Formen im allgemeinen und der Fälle von Perversion im besonderen wird die Vielgestaltigkeit der Enzephalomyelitis immer wieder offenbar. Während man sie noch vor einigen Jahren bestritt, wird sie heute allgemein anerkannt.

Held.

5118.

Maric und Toponkoff, **Dementia praecox und Syphilis.** (Arch. internat. Neur., 22. Serie, Nr. 5, 1929.) Das histologische Charakteristikum bei Dementia praecox besteht im Gegensatz zu den gewöhnlichen Formen der Arteriosklerose in Läsionen der kleinsten Hirnarterien, die mit denen der Syphilis übereinstimmen: endotheliale Hyperplasie, Vermehrung des Chromatins, Kernreichtum der Media und Adventitia. Diesem Befund entsprechen auch die klinischen Angaben der Autoren. So hat Toponkoff bei 26 Fällen in 77% eine sicher hereditäre Lues gefunden, bei 15% sehr wahrscheinlich; 7,6% waren zweifelhaft. Die eingeleitete spezifische Behandlung habe eine bessere Remission bewirkt und die späteren Rezidive abgeschwächt. Verfasser zieht den Schluß, daß man die Rolle der Syphilis als Ursache der Dementia praecox in der zweiten Generation nicht verkennen kann und daß ein Fall der Erkrankung dazu berechtigt, eine spezifische Behandlung der ganzen Familie durchzuführen.

Haber.

Soziale und gerichtliche Medizin

5119.

Gerke, Otto, **Untersuchungen in einer Pflegeanstalt.** (Schweiz. med. Wschr., Nr. 35/39.) Bei den Erkrankungen bzw. Nichterkrankungen von Anstaltsinsassen scheint eine Gesetzmäßigkeit vorzuliegen. Wir sehen einen Kreis von vielen pflegebedürftigen Menschen, der in der Anstalt einer einheitlichen und gesetzmäßig geordneten Lebensführung unter einer einheitlichen Umgebung längere Zeit unterworfen ist. Wir sehen diese Menschen, die allerdings unter günstigen hygienischen Bedingungen leben, die unter dem Einfluß eines therapeutischen Agens in der Anstalt geschützt und bewahrt vor einer ganzen Anzahl von Erkrankungen, besonders Infektionen, sehen sie trotz deletärer Zustände, die sie draußen erwerbsunfähig machten, hier noch längere Zeit leben, oft mit ihrer Krankheit sich erholen, arbeiten und zuletzt durchaus nicht immer an ihrer Hauptkrankheit sterben. Sie bieten dem Arzt jedenfalls einen ganz anderen Durchschnittstyp von Kranken als den der freien Praxis.

Bei der kritischen Beurteilung dieser Tatsachen muß man an allgemein wirksames biologisches Gesetz der Milieuwirkung denken, das eine besondere Art des Gleichgewichtes zwischen äußerer Einwirkung und innerer Reaktion bzw. Abstimmung der Organismen mit sich zu bringen scheint. Es ist dies das erwähnte Agens, das Anstaltsinsassen zu einer kompletten biologischen Einheit zusammen-schweißt, sie damit unter einen gleichmäßig nivellierenden Einfluß bringt und eine Art Schutzwirkung ausübt, die sie in ihrer Gesamtheit zum Menschen einer ganz anders abgestimmten Reaktionsfähigkeit gegenüber den landläufigen Krankheiten macht.

Held.

5120.

Senator, Ueber Arbeitsfähigkeit bei arterieller Hypertonie. (Zbl. inn. Med., 32. Jahrg., 50.) Bei erst kurzdauernder Hypertonie, besonders den endokrinen oder psychogen bedingten Formen, wird Arbeitsfähigkeit angenommen. Längeres Bestehen der Blutdruckkrankheit ohne Komplikationen verlangt Arbeitsunfähigkeit nur in Form einer etwa vierwöchigen Arbeitspause im Jahr. Bei stärkeren subjektiven Beschwerden und Störungen der Nierenfunktion besteht Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Behandlung. Wird die Kompensation des Kreislaufes durch die Therapie nicht mehr erreicht, so ist mit dauernder Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Die Beurteilung stützt sich auf Erfahrungen in der Beobachtungsstation eines Krankenkassenverbandes. (Klinik Johannisstraße, Berlin.)

Gustav Hofmann, Nürnberg.

5121.

Michael, Experimentelle Syphilidologie und Unfallheilkunde. (Mösch. Unfallheilk., 11, 1929.) Die außerordentliche Lebensfähigkeit der Spirochäte befähigt, diese extragenitale Infektionen auf direktem oder indirektem Wege zu verbreiten. Außer bei den in der Krankenbehandlung und den in Laboratorien beteiligten Personen, die in erhöhtem Maße beruflicher Infektionsgefahr ausgesetzt sind, ist die Möglichkeit von Zufallsinfektionen als Betriebsunfall in jedem anderen Berufe zu bejahen. Unfälle können ausnahmsweise tertiär-syphilitische Prozesse, Gummen, Knochen-, Gelenk- und Gefäßveränderungen auslösen. Unfälle können auf latente oder manifeste Hirnsyphilis, Tabes oder Paralyse ver-schlimmernd einwirken. Die Auslösung von Tabes und Paralyse ist abzulehnen.

Michaelis, Bitterfeld.

5122.

Schmidt-Lamberg, Giftgase im Automobilbetrieb. (Zbl. Gewerbehyg., 10, 1929.) Die „Automobilkrankheiten“ sind vermeidbar. Die ersten Anzeichen einer gesundheitlichen Beeinflussung durch den Betrieb von Kraftfahrzeugen sind: Schwindel-, Ohnmachtsanfälle, verstärkter Herzschlag bis unerträgliches Herzklopfen, beständiger Kopfschmerz mit Schwächegefühl. Die Hauptgefahr bilden die Auspuffgase, welche sich am Boden der Garage ansammeln, wo sie beim Atmen am schnellsten eingeatmet werden können. Therapeutisch sind künstliche Atmung eventuell Sauerstoffapparat anzuwenden. Einige Tropfen Milch sind einzufüllen.

Michaelis, Bitterfeld.

5123.

Gerhis, H., Gewerbliche Vergiftungen mit Oxalylchlorid. (Zbl. Gewerbehyg., 10, 1929.) Nach einer symptomlosen Einwirkungsdauer von 4 bis 10 Tagen trat Husten und Atemnot, besonders des Nachts auf. Appetit schlecht, die Speisen schmecken nach beißendem Rauch. Allgemeine Mattigkeit, eingenommener Kopf, Kurzatmigkeit, Durchfälle und Erbrechen, Brechreiz; auch Sehstörungen (farbige Ringesehen) traten auf. In einem Falle wurde Herzverbreiterung beobachtet. Herzfrequenz sehr labil, Puls unregulär. Blutdruck erhöht. Lungengrenzen tief stehend. Auch Bindehautreizung sah man.

Michaelis, Bitterfeld.

Strahlenforschung und -therapie, Röntgendiagnostik u. -therapie

5124.

Kienböck, Robert, und Konrad Weiß, Ueber das entzündliche Perikarddivertikel. (Fortschr. Röntgenstr., XL, Heft 3.) (Allgemeine Poliklinik Wien, Radiologische Abt.) Das entzündliche Perikarddivertikel kommt ab und zu bei chronisch schwieriger Perikarditis vor, und zwar bei ausgedehnter Konkretion. Der Eingang aus dem Herzbeutelraum zum Divertikel kann breit oder halsförmig sein. In den meisten Fällen ist nur ein Divertikel vorhanden. Am häufigsten findet sich die Veränderung an der rechten Seite im Herzhörkammerwinkel. Das Divertikel kann über apfelgroß werden. Es handelt sich wohl stets um ein Durchbruchdivertikel. Im

klinischen Krankheitsbild sind zunächst die Erscheinungen der chronischen Perikarditis vorhanden. Dazu tritt dann eine Verbreiterung der Dämpfungszone; zuweilen ist eine pulsatorische Hebung der Brustwand festzustellen. Die klinischen Symptome gestatten aber kaum eine Diagnose. Hingegen ist der Röntgenbefund auffällig. Das Herz, das meist im ganzen etwas vergrößert ist, trägt einen umschriebenen, scharf konturierten Buckel, dessen Grenzen etwas kantig sind. Der Vorsprung macht die Atembewegung des Herzens mit und pulsiert auch. Die Aorta ist, soweit sie frei sichtbar ist, normal, ebenso die anderen großen Gefäße. Der Befund ändert sich auch bei längerer Beobachtung nur wenig. Sehr schwierig ist die Differentialdiagnose gegenüber dem Aortenaneurysma.

In dieser Hinsicht ist zu berücksichtigen, daß beim Aneurysma auch der übrige Teil der Aorta fast immer verbreitert ist. Ferner ist zu beachten, daß bei dem Divertikel keine gleichmäßige Rundung besteht und das Gebilde bei der Durchleuchtung im Stehen herunterzuhängen scheint. Ferner fehlen beim Divertikel stärkere Beschwerden, und der Befund bleibt stationär.

Gegenüber Tumoren des Mediastinums ist in erster Linie auf den typischen Sitz hinzuweisen. Die Behandlung hat in erster Linie die begleitende Myokarditis zu berücksichtigen. Gegebenenfalls kommt eine Operation (Kardiolyse) in Frage. Kirschmann.

5125.

Dzialoszynski, A., Differentialdiagnostik akuter chirurgischer Bauchkrankungen mit Hilfe des Röntgenbildes. (Dtsch. med. Wschr., 55. Jahrg., Nr. 41.) Bei akuten Bauchkrankungen sollte nach Ansicht des Verfassers, sobald sie klinisch-diagnostisch nicht klar zu erfassen sind, von der Röntgenuntersuchung mehr als bisher Gebrauch gemacht werden.

Arnold Hirsch, Berlin.

5126.

Czepa, A., Weitere Beiträge zur Röntgendiagnostik der Appendix. (Fortschr. Röntgenstr., XL, Heft 2, 1929.) (Kaiserin-Elisabeth-Spital, Wien.) Zur Röntgenuntersuchung der Appendix verwendet C. ein Baryum-Bittersalzgemisch mit Kakao als Geschmackskorrigens. Im Durchschnitt werden zwei Kaffeelöffel Bittersalz verabfolgt. Die Menge muß aber vergrößert werden, wenn hiernach nicht mehrere diarrhoische Stuhlentleerungen erfolgen. Die Füllung der Appendix beginnt nach 7 bis 8 Stunden. Ist nach 24 Stunden keine Füllung zu sehen, so verabfolgt man nochmals eine Kontrastmahlzeit, gegebenenfalls mit einer größeren Menge Bittersalz. Außerdem ist es zweckmäßig, nach einigen Stunden eine gewöhnliche Baryummahlzeit zu geben. Unter Umständen muß man die Untersuchung am dritten Tage nochmals wiederholen. Die Untersuchung ist am besten beim liegenden Patienten vorzunehmen. Von zweckmäßiger Palpation ist ausgiebig Gebrauch zu machen. Ist die Appendix bei prallgefülltem Coecum nicht darstellbar, so kann sie einige Stunden später, wenn die Kontrastfüllung abgenommen hat, deutlich werden. Bei sehr tiefliegendem Coecum empfiehlt sich eine Luftaufblähung der Ampulle.

Ist der Wurmfortsatz nicht darstellbar, so kann es sich um Obliteration oder Abknickung durch Adhäsionen im proximalen Ende handeln. Natürlich muß man immer an die Möglichkeit denken, daß sich die Appendix nur zufällig dem Röntgennachweis entzogen hat. Als pathologisch ist das Fehlen der Appendixfüllung in erster Linie dann anzusehen, wenn andere indirekte Symptome nachzuweisen sind, unter anderem umschriebener Druckschmerz, anamnestische und klinische Daten. Verwachsungen der Appendix mit dem Coecum können Formveränderungen an derselben hervorrufen. Eine Verzögerung in der Entleerung der letzten Leerschlinge ist nicht als pathologisch anzusehen. Auch eine Stase im Coecum hat keine diagnostische Bedeutung, ebenso wenig eine Insuffizienz der Ileocoecalclappe. Retentionen in der Appendix ohne sonstige anatomische Veränderungen derselben kennzeichnen das von A. Fränkel postulierte Krankheitsbild der Appendostase. Doch ist die Verwendung dieser Röntgensymptome mit großer Unsicherheit behaftet. Mit der Feststellung einer Retention in der Appendix ist jedenfalls noch nicht die Indikation zur Operation gegeben. Abnorm kurze Wurmfortsätze sind immer verdächtig. Dieses Bild kann bei Knickungen und Stenosen entstehen, kommt allerdings auch in normalen Fällen vor. Hierbei ist zu beachten, daß das distale Ende der normalen Appendix fast immer rund ist, während ein zugespitztes Ende bei Stenosen oder Obliterationen besteht. Auch ein breites gradliniges Ende ist pathologisch.

Knickungen sind nicht als Zeichen für Adhäsionen anzusehen. Solche dürfen nur diagnostiziert werden, wenn bei der Palpation eine Fixierung einwandfrei nachzuweisen ist. Die Rosenkranzform ist normal, Aufhellungen können dagegen auf Kotsteine beruhen. Letztere können auch umschriebene Auftreibungen verursachen. Füllungsdefekte müssen sehr vorsichtig bewertet werden, nur wenn

sie bei mehrfacher Wiederholung der Kontrastmahlzeit nachzuweisen sind, sind sie ein pathologisches Zeichen.

Kirschmann.

5127.

Scholtz, Mohos, Magenröntgenuntersuchung in Ephedrinwirkung. (Fortschr. Röntgenstr., XL., Heft 2, 1929.) (Med. Klinik, Budapest.) Ephedrin wirkt hemmend auf Tonus und Peristaltik des Magens und verlängert dessen Austreibungszeit. Eine Wirkung auf den Pylorus konnte nicht festgestellt werden. Die Magenwirkung des Ephedrins ist einheitlicher und anhaltender als die des Adrenalins. Seine therapeutische Anwendung kann man in solchen Fällen versuchen, wo man die pathologisch beschleunigte Austreibungszeit zu verlängern wünscht. Unangenehme Nebensymptome wurden nicht beobachtet.

Kirschmann.

5128.

Barkley, A. E., G. Stead, S. F. Cox, Eine Fehlerquelle bei der Dosimetrie. (Brit. J. Radiol., II., Nr. 20, 1929.) (Cambridge University, Radiological Department.) Die Verfasser berichten über einen Meßfehler, der dadurch entstanden ist, daß die benutzten Filter nicht die angegebene Dicke messen. Es ist erforderlich, die tatsächliche Filterdicke nachzuprüfen, um Irrtümer und evtl. Strahlenschädigungen zu vermeiden.

Kirschmann.

5129.

Simon, Siegfried, Die Diagnose der frühkindlichen Extremitätentuberkulose im Röntgenbild. (Fortschr. Röntgenstr., XL., Heft 3, 1929.) (Orthopäd. Abt. Kinderheilkunst, Berlin-Buch.) Verfasser weist darauf hin, daß die Knochentuberkulose des Kleinkindes an den Extremitäten Röntgenbilder ergeben können, die ganz verschieden sind von dem, was uns sonst als typisch bekannt ist. Die Herde können ganz scharf umschrieben sein, mit einem mächtigen dunklen Periostschatten um den Knochen herum, wie man es nur von der Lues her kennt. Die Atrophie ist dazu meist nur lokal und gering. Einzelne Bilder ähneln täuschend dem eines Gummas. Andere Herde, die nahe der Peripherie des Knochens sitzen, bringen diesen zur Aufzersetzung und gleichen im Röntgenbilde einem osteomyelitischen Herde. Schließlich ist die in diesem Alter recht häufige Schafttuberkulose, die sogenannte Osteomyelitis tuberculosa, in einzelnen Fällen kaum von einer Staphylokokken-osteomyelitis zu unterscheiden.

Kirschmann.

5130.

Carnot, Die Unterscheidung zwischen Gallen- und Nierensteinen durch Telestereoradiographie. (J. Prat., Nr. 28, 1929.) Schematisch ist das Bild der Krisen scheinbar ganz eindeutig: bei der Leberkolik sitzt der Schmerz vorzugsweise im Niveau der Gallenblase, und zwar vorn. Die Schmerzen strahlen nach oben in das Epigastrium und in die rechte Schulter aus; das Erbrochene enthält sowohl Nahrungsmittel wie Galle.

Bei Nierenkoliken sitzt der Schmerz dorsal oder lumbal mit Ausstrahlung nach unten, längs des Ureters. Auf der Höhe des Schmerzanfalls jedoch ist die Schmerzausbreitung diffus und fast unmöglich, zu lokalisieren. Besser gelingt das in den krisenfreien Intervallen.

Die Untersuchung des Blutes gibt gewisse, wenn auch nicht immer definitive Aufschlüsse, denn die Hypercholesterinämie, auf die man soviel Hoffnungen gesetzt hat, ist trügerisch: sie kommt z. B. auch bei Schwangeren vor, kann dagegen bei Gallenstein-kranken völlig fehlen. Bei den Nierensteinkranken haben sich die Reststickstoffbestimmung und die Harnsäurebestimmung als diagnostisch unzureichend erwiesen. Auch die Deutung der Röntgenaufnahmen in Seitenlage begegnet Schwierigkeiten. Erst mit Hilfe der Telestereoradiographie gelingt die exakte Differenzierung, was besondere Bedeutung in den Fällen erlangt, in denen sowohl Nieren- wie Gallensteine anzutreffen sind.

Held.

5131.

Borak, J., Die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden. (Klin. Wschr., 8. Jahrg., Nr. 42.) Verfasser hat in der Zeit von Ende 1923 bis Ende 1928 274 Fälle behandelt, von welchen 246 kontrolliert und zum Teil jahrelang beobachtet worden sind. Das durchschnittliche Ergebnis ergibt, daß die alleinige Hypophysenbestrahlung in etwa 80% der Fälle erfolgreich war. Davon konnte in 15% der Fälle durch Schilddrüsenbestrahlungen eine Verbesserung des Hypophysenbestrahlungseffektes erzielt werden, während bei weiteren 10% überhaupt erst eine Bestrahlung der Schilddrüse den gewünschten Effekt hatte.

Die Besserung bezieht sich vor allen Dingen auf die Wallungen, welche die häufigste, subjektiv qualvollste und meist pathognomonische Erscheinung des klimakterischen Symptomenkomplexes darstellen. Die Wallungen werden schwächer und seltener, wobei ihre Zahl um so rascher sinkt, je höher sie war. Die sie begleitenden Schweißausbrüche hören auf oder verringern sich, die durch

sie bedingte Schlafstörung verschwindet. Dies gilt auch von den anderen vasomotorischen Symptomen, wie Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Herzbeklemmungen, Akroparästhesien. Auch die nicht seltenen psychischen Depressionen nehmen dann ein Ende, die Arbeitsfähigkeit und das Lebensgefühl werden gehoben. Ein Teil der Erscheinungen pflegt dauernd zu schwinden, während andere Symptome, am häufigsten sind es die Wallungen, nach verschiedenen langer Zeit und in verschiedener Intensität wieder auftreten, um dann, von neuem bestrahlt, wieder zu weichen, meist für viel längere Zeit als nach der ersten Bestrahlung.

Die Röntgenbehandlung bei klimakterischen Beschwerden verdient im klinischen Betrieb den Vorzug vor anderen Behandlungsmethoden. Diese Empfehlung resultiert aus der Tatsache, daß die meisten medikamentösen und organtherapeutischen Mittel, sofern sie überhaupt wirken, häufig sehr lange, vielfach unausgesetzt genommen werden müssen. Dies ist eine schwere, manchmal unmögliche materielle Belastung, da alle diese Medikamente einen außerordentlich hohen Preis haben.

Als zweite und wichtigste Richtlinie ergibt sich, daß die Röntgentherapie bei klimakterischen Beschwerden unbedingt dann angewandt werden soll, wenn andere Behandlungsmittel versagen. In der Wirksamkeit bei solchen Fällen besteht ihr praktisch höchster Wert, dadurch bedeutet sie eine therapeutische Errungenschaft, einen allgemeinen medizinischen Fortschritt. Man sollte auch die Dauer der Behandlung mit anderen Mitteln in eine rationelle Beziehung zur Schwere der Symptome bringen. Wenn eine Frau an 10 bis 20 Wallungen täglich leidet, wenn sie hierdurch im Schlafe gestört wird, wenn sie durch Kopfschmerzen usw. arbeitsunfähig wird, sollte man heutzutage die Behandlung mit Medikamenten und anderen Heilmitteln nicht allzusehr in die Länge ziehen, sondern wenn man innerhalb einiger Wochen keine erhebliche Besserung sieht, sofort zu dem wirksamsten Mittel der Behandlung klimakterischer Beschwerden übergehen, und das ist die Röntgentherapie. Die genaue Röntgentechnik ist angegeben.

Arnold Hirsch, Berlin.

5132.

Borak, J., Neues zur Strahlentherapie bei hyperthyreotischen Erkrankungen. (Röntgenpraxis, 1. Jahrg., Heft 4, 1929.) Die Röntgenbehandlung hat gegenüber der Operation bei Morbus Basedow den großen Vorteil, daß sie gefahrlos ist. Die Strahlenbehandlung ist als konservative Behandlung zu bezeichnen. Es ist nicht berechtigt, mit der Bestrahlung zu warten, bis die interne Behandlung ohne Erfolg durchgeführt worden ist. Im Gegenteil müßte möglichst früh Röntgenbestrahlung angewandt werden. Die früher gefürchteten Verwachsungen kommen bei der heutigen Technik kaum noch vor. Die Dosis beträgt 40 bis 50% und wird auf mehrere Bestrahlungen verteilt. Die Behandlung muß aber konsequent durchgeführt werden. Die gesamte Strahlenmenge beträgt, auf die Schilddrüse berechnet, 1200 bis 1500 R innerhalb von 4 Monaten. Fälle, die dennoch refraktär bleiben, müssen operiert werden. Man muß sich aber vor einem Schematismus in der Dosierung hüten. Je schwerer der Fall ist, desto geringer muß die Anfangsdosis sein. Von manchen Seiten wird das Radium den Röntgenstrahlen vorgezogen.

Sehr wichtig ist die Grundumsatzbestimmung. Eine Steigerung desselben von 60 bis 100% wird vielfach als Kontraindikation gegen die Operation angesehen. Im Laufe der Behandlung kann man durch die Herabsetzung des Grundumsatzes die Strahlenwirkung am besten kontrollieren.

Der Kalziumgehalt des Blutes ist bei Basedowkranken meist erhöht. Im Laufe der Röntgenbestrahlung wurde vielfach eine Herabsetzung beobachtet. Röntgenbestrahlung ist auch indiziert beim Basedowoid, beim Vorliegen einzelner Symptome aus dem basedowschen Symptomenkomplex, besonders bei gesteigertem Grundumsatz. Schließlich können Schilddrüsenbestrahlungen mit Erfolg vorgenommen werden bei klimakterischen Beschwerden, Asthma bronchiale und manchen Herzerkrankungen, besonders Vorhofflimmern. Die genannten Erkrankungen finden sich sehr häufig mit leichten thyreotoxischen Störungen vergesellschaftet.

Kirschmann.

5133.

Golonsko, R., Ueber Funktionsstörungen des Dickdarmes bei Perikolitis. (Fortschr. Röntgenstr., XL., Heft 3, 1929.) (Röntgenabtlg. d. Ostroumoff-Krankenh., Moskau.) Die adhäsiven Prozesse am Kolon lokalisieren sich hauptsächlich in der Gegend des Coecums und Colon ascendens sowie im proximalen Abschnitt des Colon transversum. Sie entstehen meist als Folge entzündlicher Veränderungen, wie Appendizitis, Cholezystitis, Adnexitis, Mesenteritis und Perikolitis im engeren Sinne; es kommen aber auch kongenitale Adhäsionen vor. Bei adhäsiven Prozessen in der Bauchhöhle und besonders bei Perikolitis ist die motorische Funktion des Dickdarmes beträchtlich herabgesetzt. Meist kommt die Stagnation

des Dickdarminhaltes im Colon ascendens zustande. Nicht selten ist der Dickdarm noch nach 80 Stunden mit Kontrastinhalt gefüllt und sieht spastisch und stark haustriert aus.

Klinisch ist die Erkrankung durch Obstipation und kolikartige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend charakterisiert.

Kirschmann.

5134.

Holfeldt, H., Die Röntgentherapie der extrapulmonalen Tuberkulose. (Röntgenpraxis, Jahrg. 1, Heft 3, 1929.) (Röntgeninst. der chir. Klinik Frankfurt.) Die Röntgentherapie der extrapulmonalen Tuberkulose ist in der letzten Zeit zugunsten der Heliotherapie etwas ins Hintertreffen geraten. Es ist aber nicht berechtigt, die Röntgentherapie zu vernachlässigen, und etwa bei allen Fällen, bei denen die Lichtbehandlung versagt, operativ vorzugehen. Es ist notwendig, die Behandlung mit sorgfältiger Dosierung vorzunehmen. Eine schematisch anzuwendende Tuberkulosedosis gibt es nicht. Geschlossene Herde der produktiven Form sind am besten durch kleine, häufig wiederholte Strahlendosen anzufragen. Bei den exsudativen Formen ist Röntgenbestrahlung gefährlich, wenn keine ausreichende Abflußmöglichkeit besteht. Ist dies aber der Fall, dann kann man ruhig kräftige Strahlendosen von 80–120% der HED anwenden, obwohl dabei in den ersten 48 Stunden starke Temperaturanstiege und Herdreaktionen erfolgen können. Bei der geschlossenen Form der Gelenktuberkulose sind Dosen zwischen 5–15% angezeigt, bei den tuberkulösen Lymphomen in frischen Fällen 15–20%, in älteren Fällen bis zu 60%. Offene Gelenktuberkulose mit Fisteln erfordern 40–70%.

Das Skrofuloderm, Lupus und Kehlkopfgeschwür ist mit 80 bis 120% der HED zu bestrahlen. Handelt es sich um Mischformen, bei denen neben offenen Fisteln auch geschlossene Tuberkulose vorhanden ist, so wird mit sechs bis acht kleinen Strahlendosen begonnen, um dadurch eine bindegewebige Abkapselung zu erreichen. Führen die letzten zwei Sitzungen nicht mehr zu Herdreaktionen, so kann man zu großen Strahlendosen übergehen. Bei der Kehlkopftuberkulose empfiehlt Verf., wolframsaures Kalzium mit einem Puerbläser einzublasen und danach mit 20% zu bestrahlen; der Effekt wird dadurch erheblich verstärkt. Auffällig ist eine sehr bald nach der Bestrahlung eintretende Verminderung der Schmerzen, besonders bei der Gelenktuberkulose.

Kirschmann.

5135.

Thielemans, L., Elektrokoagulation der Hämorrhoiden durch Diathermie. (Brux. méd., Nr. 47, 1929.) Die Verwendung kurzer Stromkreise vereinfacht den Eingriff. Man führt ihn durch, indem man Elektroden benutzt, die einander sehr genähert werden; man vermeidet so die Allgemeinbetäubung, die Bettlägerigkeit und die Arbeitsunfähigkeit.

Held.

5136.

Haudek, Martin, Die röntgenologischen Lokalisationsmöglichkeiten. (Röntgenpraxis, Jahrg. 1, Heft 2, 1929.) (Wilhelminenhospital Wien.) Die Lokalisation des Pylorus im Röntgenbild ist leichter als bei der Laparotomie, weil man den Magen in verschiedenen Richtungen und in verschiedenen Bewegungsphasen sehen kann. Es läßt sich auch der Pyloruskanal direkt darstellen. Die Länge desselben schwankt zwischen 3–7 mm. Eine Verlängerung auf 1 cm spricht für eine Verdickung des Pylorusmuskels; auch bei Ulcus praepyloricum oder duodeni ist der Kanal verlängert, ebenso bei Skirrhus. Die Breite des Pyloruskanals hängt von dem Tonus des Sphinkter und Dilator ab. Bei Ulcus duodeni ist der Kanal oft verbreitert. Der Säuregrad des Magens hat jedoch keinen Einfluß. Normalerweise liegt der Pyloruskanal in der Mitte zwischen beiden Kurvaturen. Eine exzentrische Lage findet sich am häufigsten beim Ulcus duodeni (mehr nach der Majorseite zu) und bei präpylorischem Ulcus (mehr nach der Minorseite). Beim Skirrhus liegt der Pylorus meist exzentrisch nach der großen Kurvatur hin. Ist die Lokalisation des Pylorus schwierig, so muß die Darstellung durch Effleurance oder in Bauchlage versucht werden. Das wichtigste Kriterium der Lage des Pylorus ist die Basis des Bulbus duodeni. Beim Karzinom ist zu beachten, daß der Bulbus meist verschont bleibt.

Kirschmann.

5137.

Laurell, Hugo, Ueber Röntgenuntersuchung bei Typhus abdominalis und bei einigen seiner abdominalen Komplikationen. (Acta Radiol., X., Fasc. 3, Nr. 55, 1929.) (Akademisches Krankenhaus Uppsala.) Bei einem 19jährigen Mädchen trat im Anschluß an einen Tonsillarabszeß eine schwere Allgemeinerkrankung auf mit Fieber bis 39°, Puls 105, Auftreibung des Leibes, aber keine Resistenz; Milz nicht palpierbar. Weiße Blutkörperchen 9000. Diazoreaktion im Urin negativ.

Da die Symptome eine Diagnose nicht zuließen, wurde eine Röntgenuntersuchung vorgenommen zur Feststellung, ob etwa eine Appendizitis-Peritonitis vorliege. Dabei ergab sich ein hoch-

gradiger Meteorismus sowohl im Dickdarm als auch im Dünndarm ohne Niveaus und eine leichte Vergrößerung der Milz. Da für einen mechanischen Ileus keine Anhaltspunkte zu finden waren und auch das Röntgenbild hierfür nicht typisch war, mußte auf eine Infektion mit toxischer Darmlähmung geschlossen werden. Das Fehlen von Flüssigkeitsniveaus, von freiem Exsudat in der Bauchhöhle und schließlich auch der klinische Befund sprachen gegen eine Peritonitis. Die weitere Entwicklung des Krankheitsbildes zeigte dann, daß es sich um einen Typhus abdominalis handelte.

Kirschmann.

5138.

Panner, H. J., Eine besondere Affektion des Capitulum humeri, ähnlich der Calvé-Perthessen'schen Erkrankung der Hüfte. (Acta Radiol., X., Fasc. 3, Nr. 55, 1929.) Verf. berichtet über drei bei zehn Jahre alten oder jüngeren Knaben beobachtete Fälle einer Ellbogenaffektion, deren Ursprung bei allen dreien in unmittelbarer Beziehung zu einem bestimmten Trauma stand. Die klinischen Symptome sind leicht und bestehen nur aus geringen funktionellen Störungen; es kommt zweifellos immer zu vollständiger Restitutio ad integrum, der Krankheitsverlauf zieht sich aber hin — drei Jahre oder länger.

Die Röntgenaufnahme gibt ein typisches Bild. Nur das Capitulum humeri ist affiziert. Man sieht zuerst nur einige leichte fissurenähnliche Rareifikationen, zusammen mit einer gewissen Verwischung der strukturellen Zeichnung; das knöcherne Zentrum wird später kleiner, seine Konturen unscharf und sein Nukleus vielfach geteilt; im ganzen gleicht das Bild dem des knöchernen Zentrums des Caput femoris in einem Fall von Calvé-Perthessen'scher Krankheit. Das knöcherne Zentrum nimmt schließlich wieder seine normale Gestalt und sein gewöhnliches Aussehen an. Die Affektion gehört zweifellos zu derselben Gruppe wie der Calvé-Perthes. — Ihre wirkliche Aetiologie ist ebenso wie die der letzteren gänzlich unbekannt.

Kirschmann.

5139.

Bronkhorst, W., Die Röntgentechnik der Lungenaufnahme. (Acta Radiol., X., Fasc. 3, Nr. 55, 1929.) (Sanatorium Berg en Bosch.) Auf Grund eingehender Messungen kommt Verf. zu folgenden praktisch wichtigen Resultaten:

Der Fokushautabstand soll mindestens 1 m, nach Möglichkeit 1,50 m betragen. Der Kontrast ist erheblich besser bei doppelt begossenen Filmen mit zwei Verstärkungsschirmen als bei der einseitig begossenen Platte. Die Belichtungszeit muß so gestaltet werden, daß eine möglichst günstige Differenzierung der Schattenunterschiede erzielt wird. Das Optimum an Härte für Lungenaufnahmen liegt bei 50 KV Maximalspannung. Ein Streustrahlenfilter ist bei Lungenaufnahmen nicht notwendig. Die von Groedel empfohlene Plattenabstandsaufnahme hat sich nach den Untersuchungen des Verf. nicht bewährt. Für eine genügende Bildschärfe ist ein Brennfleck notwendig, dessen wirksame Form rund ist und dessen Zentrum etwas weniger ausstrahlt als die Randabschnitte. Der Durchmesser des Brennfleckes darf bei einem Fokushautabstand von 1 m höchstens 2,7 mm sein, bei einem Abstand von 2 m bis 5,5 mm.

Kirschmann.

5140.

Baensch, W., und R. Finsterbusch, Ueber die therapeutischen Anwendungsmöglichkeiten von Kathodenstrahlen. (Strahlenther., 33., Heft 3, 1929.) (Röntgeninst. d. chirurgischen Universitätsklinik Leipzig.) Aus einer Röhre, deren Bau im Prinzip dem der luftfreien Röntgenröhre ähnlich ist, werden die Kathodenstrahlen durch ein Aluminiumfenster von 0,05 mm Dicke oder ein entsprechendes Nickelfenster gewonnen.

Versuche an Pflanzen ergaben eine für die Kathodenstrahlen spezifische Wirkung. Im Gegensatz zu Röntgenstrahlen haben dieselben starke bakterizide Wirkung. Beim Tierversuch unterscheiden sich die Effekte deutlich von denjenigen der Röntgenstrahlen. Entsprechend ihrer physikalischen Natur ist ihre Wirkung auf die Oberfläche beschränkt. Demgemäß wurde sie beim Menschen zur Behandlung von Hautkrankheiten angewandt. Gute Erfolge wurden beobachtet bei Cancroiden, Lupus exulcerans, verruköser Tuberkulose, Psoriasis und schlecht heilenden Wunden.

Kirschmann.

5141.

Wintz, Hermann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung bei Uteruskarzinom und Mammakarzinom. (Strahlenther., 33., Heft 3, 1929.) (Universitäts-Frauenklinik in Erlangen.) Als Vorbehandlung sind gegebenenfalls desinfizierende Maßnahmen notwendig. Am besten hat sich hierbei die Verkupferung bewährt. Die Behandlung geschieht mittels Röntgenstrahlen und Radium. Beim Uteruskarzinom gibt W. zunächst auf kleinen Feldern (8 × 8 cm) eine Karzinomdosis auf den primären Tumor, acht Wochen später dieselbe Dosis auf die Parametrien. Beim Mammakarzinom wird

zweimal in Abständen von 12 Wochen auf einem Fernfeld bestrahlt. Wenn mittels Röntgenstrahlen die Karzinomdosis nicht erreicht werden kann, muß Radium hinzugefügt werden. Die von W. mitgeteilte Statistik schließt außerordentlich günstig ab. Z. B. haben Kollumkarzinome nach 5 Jahren eine Heilungsziffer von 57,4%, operable Korpuserkarzinome 66,6%. Die Ergebnisse sind bei weitem günstiger als bei alleiniger Radiumbestrahlung und übertreffen auch bei weitem diejenigen der operativen Behandlung.

Kirschmann.

5142.

Borak, J., **Röntgentherapie bei Knochengeschwülsten.** (Strahlenther., 33., Heft 3, 1929.) (Inst. Holzkecht, Rothschildspital, Wien.) Bei den granulösen Geschwülsten (sive Ostitis fibrosa cystica localisata, früher auch als Riesenzellensarkom bezeichnet) ist die Röntgenbestrahlung die Therapie der Wahl. Bei den Knochensarkomen hingegen sind die Aussichten der Röntgentherapie bei weitem schlechter. Fälle mit Fernmetastasen sind als Objekte der Bestrahlung zu betrachten, weil sie inoperabel sind und die Strahlen wenigstens einen palliativen Einfluß haben. Etwas besser ist die Prognose bei denjenigen Fällen, die nur wegen ihrer Lokalisation (Becken, Wirbelsäule, Schädelbasis) nicht für eine Operation in Betracht kommen. Ist aber bei anderer Lokalisation die chirurgische Behandlung ohne große Gefahren durchzuführen, so soll ein Bestrahlungsversuch nur vorgenommen werden, wenn es sich um ein Rundzellensarkom handelt. Allerdings ist die Probeexzision nicht ohne Gefahr. In allen anderen Fällen von Osteosarkomen soll operiert werden. Bei Knochensarkommetastasen, wo ohnehin nur Strahlentherapie in Betracht kommt, kann man durch Röntgenbehandlung immerhin einen gewissen Erfolg verzeichnen.

Kirschmann.

5143.

Simons, Alb., **Ueber Vorkommen und Bedeutung der sogenannten Wunddiphtherie als Komplikation bei Röntgen- und Radiumverbrennungen.** (Acta Radiol., X., Fasc. 3, Nr. 55, 1929.) (Univers.-Institut für Krebsforschung, Charité, Berlin.) In Gewebekrosen nach Röntgen- und Radiumbestrahlung finden sich aufallend häufig Mikroorganismen, die sich morphologisch und kulturell nicht von Diphtheriebazillen unterscheiden lassen, aber avirulent sind. Diese können den Heilungsablauf der Radionekrosen erheblich komplizieren und auch bei geringfügigen Strahlenschädigungen Krankheitsbilder hervorrufen, die von schweren Verbrennungen nicht zu unterscheiden sind. Allgemeinscheinungen fehlen in der Regel. Therapeutisch ist die Infektion schwer zu beeinflussen.

Kirschmann.

Neu erschienene Bücher

Theodor Brugsch: **Lehrbuch der Herz- und Gefäßkrankheiten einschließlich der Diagnostik der Kreislauferkrankungen und der speziellen Prognostik der Herzkranken.** Verlag Georg Stilke, Berlin 1929. XVI plus 694 Seiten, mit 97 Abbildungen in Text und einer Tafel. 22 M., geb. 25 M. — Es ist ein Vergnügen, dieses ganz einheitliche, die Individualität eines hervorragenden Wissenschaftlers mit großer praktischer Erfahrung spiegelnde Werk zu lesen. Der Arzt mit größerer eigener Erfahrung und Kritik wird sich bei der Lektüre dieses Buches mit vielem nicht ganz einverstanden erklären. So wird ihm vielleicht, um nur ein Beispiel zu nennen, die Darstellung der Digitalistherapie etwas zu schematisch erscheinen. Es ist dies aber nicht ein Nachteil, sondern der große Vorteil des Werkes, ein Vorteil, der gerade in unserer Zeit ihrer Fülle an Sammelwerken von besonderem Wert erscheint. In diesem Buche kann man kaum schwächere und stärkere Kapitel unterscheiden. Alle sind höchst interessant und lehrreich. Vorzüglich sind auch die recht instruktiven Abbildungen gewählt. Dem Verlage muß gedankt werden, daß er das glänzend ausgestattete Buch für einen verhältnismäßig so niedrigen Preis herausbringen konnte.

L. Gordon, Berlin.

S. Isaac: **Krankheiten des Stoffwechsels.** Zweite, vollkommen neu bearbeitete Auflage. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Herausgegeben von Schwalbe. Innere Medizin, 1. Heft.) Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1929. 150 S., mit 12 Textabbildungen. 10 Mark. — Das ursprünglich von F. A. Hoffmann bearbeitete erste Heft der diagnostischen und therapeutischen Irrtümer liegt nun in völlig neuer Bearbeitung vor. Es ist dies von großem Wert, da gerade das Gebiet der Stoffwechselkrankheiten in den letzten Jahren, insbesondere durch die Entdeckung des Insulins, kolossale Fortschritte gemacht hat.

Wie die meisten Hefte der Schwalbeschen Irrtümer, ist auch das vorliegende Buch so fesselnd geschrieben, daß man es, sobald

man mit dem Lesen begonnen hat, nicht wieder aus der Hand lassen kann. Als besonders gelungen möchte Referent das Kapitel über die Fettsucht hervorheben. Das Buch wird so manchem Arzte über die vielen Klippen des schwierigen Gebietes der Stoffwechselkrankheiten hinweghelfen.

L. Gordon, Berlin.

Prof. Dr. A. Grotjahn: **Aerzte als Patienten.** Leipzig 1929. Georg Thieme Verlag. 16 M. — Verf. liefert mit seinem eigenartigen und interessanten Buch einen Baustein zum Aufbau einer noch in den ersten Anfängen stehenden Lehre der medizinischen Psychologie. Es ist ohne Zweifel von größtem Wert, die Gefühle zu erkennen, von denen ein Patient durch seine Erkrankung und die ärztliche Behandlung bewegt wird; denn diese Kenntnis kann oft zur Richtlinie für ärztliches Handeln und Benehmen werden. (Eine brauchbare Methode, solche seelischen Vorgänge zu erfassen, ist nach des Verfassers Ansicht noch nicht vorhanden; es muß aber hier berücksichtigt werden, daß Grotjahn weder Neurologe noch Psychologe von Fach ist. Deshalb ist es ihm doppelt hoch anzurechnen, daß er die Wichtigkeit der „Einfühlung“ in die Seele des Kranken besonders propagiert.)

Grotjahn steht auf dem Standpunkt, daß die Einfühlung in das Seelenleben des Kranken nicht nur in der Nervenheilkunde, wo sie ja selbstverständlich ist, sondern bei jeder Krankheitsbehandlung wichtig ist. Diese notwendige Einfühlung in die seelischen Vorgänge und Gedankengänge des zu behandelnden Kranken ist nach Grotjahns Ansicht am besten durch Selbstschilderungen der Kranken, durch „subjektive Krankengeschichten“ zu gewinnen. Welche Klippen und Gefahren solche Schilderungen von Laien für die ärztliche Beurteilung des Falles in sich bergen, ist Verfasser klar. Er hat deshalb, um für dieses Buch (durch das, wie oben erwähnt, der Aufbau der Lehre von der medizinischen Psychologie gefördert werden soll) einwandfreies Material zu gewinnen, als Auskunftspersonen nur Aerztinnen und Aerzte gewählt, die selbst über ihre subjektiven Empfindungen während ihrer Erkrankung und der Behandlung durch andere Aerzte berichten. (Ob damit allerdings dem Zweck des Verfassers wirklich gedient ist, ist die Frage; denn daß ein Arzt die Symptome seiner Krankheit und ihre seelischen Einwirkungen auch, soweit sie die Behandlungsmethode betreffen, sachgemäß schildern kann, wird niemand bezweifeln. Wenn es sich aber darum handelt, eine Sammlung subjektiver Krankengeschichten als Lehrmaterial für Aerzte zusammenzustellen, mit dem Endziel, dadurch einen neuen Faktor zur Erzielung besserer Erfolge bei der Krankenbehandlung zu gewinnen, wäre es doch wohl besser gewesen, sich in der Hauptsache auf Krankheits-selbstberichte von Laien zu stützen.)

Grotjahn stellt in seinem Buch in drei Abschnitten subjektive Krankheitsgeschichten von Medizinern aus ärztlichen Autobiographien, aus der kasuistischen Literatur und aus einer ad hoc angestellten Umfrage zusammen. Unter den Verfassern der Krankengeschichten sind die berühmtesten Namen der Vergangenheit und Gegenwart enthalten. Es bietet z. B. einen eigenen Reiz, von Naunyn die Beschreibung einer von ihm durchgemachten Lungenentzündung zu lesen. (Die Krankheit trat bei N. außergewöhnlich schwer auf; am 11. Tage nahm seine Schwäche so zu, daß er selbst glaubte, es gehe zu Ende und von seiner Frau Abschied nahm. Er wurde vollkommen bewußtlos, ohne erweckt werden zu können; dann erwachte er nach 12 Stunden von selbst und genas langsam; nach 27tägiger Dauer der Krankheit konnte er das erste Mal das Bett verlassen.)

Eine im Jahre 1894 bei einem starken Erdbeben in Tokio erlittene „Schreckneurose“ schildert E. Bälz sehr anschaulich. (Er wurde von dem Ausbruch des Erdbebens auf der Straße überrascht, wollte nach Hause eilen, mußte aber infolge des Schwankens des Erdbodens warten. Die schwere Gefahr für die ganze Stadt war ihm klar und höchste Sorge um die bedrohten Angehörigen zu Hause ängstigte ihn. Während des Wartens ging aber eine plötzliche völlige Veränderung seines inneren Gefühlslebens mit ihm vor. Alle Anteilnahme, alles Mitgefühl mit anderen war erloschen, die Sorge um das mögliche Unglück der Angehörigen und um das eigene Leben war verschwunden. Er fühlte sich bei völlig klarem Verstande frei von allen Hemmungen, niemandem verantwortlich, frei alles zu tun und zu lassen nach eigenem Belieben. Er stand in diesem merkwürdigen Zustande lange da und betrachtete alle die schrecklichen Vorgänge um sich mit derselben kalten Aufmerksamkeit, mit der man ein interessantes Experiment verfolgt. Dann, ebenso plötzlich wie er gekommen, verschwand dieser Zustand; Bälz kam wieder zu sich und fühlte sich so völlig normal, als ob er nie ein so seltsames Ereignis mit sich selbst durchgemacht hätte.)

Mehr eine dichterische Erzählung wie eine Krankengeschichte ist die Schilderung einer Phlegmone der Mundhöhle, die der Arzt und Dichter Alfred Döblin gibt und seinerzeit auch im Feuilleton des „Berliner Tageblatt“ veröffentlicht hat. (Viele der aus der kasuistischen Literatur mitgeteilten Selbstbeschreibungen von Krank-

keiten beschränken sich ausschließlich auf die rein medizinische Seite ohne jedes Eingehen auf die seelischen Empfindungen, die mit der Krankheit und ihrer Behandlung verknüpft waren, so daß diese Fälle mit dem eigentlichen Zweck des Buches nichts zu tun haben. Da die aus der ärztlichen Memoirenliteratur und der klinischen Kasuistik gewonnene Ausbeute von ärztlichen Selbstschilderungen erlebter Krankheiten den Verfasser nicht befriedigte, versuchte er durch eine Umfrage, bei ihm bekannten Aerzten weiteres Material zu gewinnen und versandte unter Zusicherung strengster Diskretion einen Fragenbogen mit ausführlicher Begründung des Zweckes der Umfrage und Schilderung eines Musterbeispiels. Aber die Antworten auf 200 ausgesandte Fragebögen liefen nur spärlich ein, und ebenso waren alle eingegangenen Antworten wirklich brauchbar, aber immerhin kamen einige lehrreiche Schilderungen. Raumangel verbietet es, hier näher auf die wenigen Selbstbeschreibungen einzugehen, die auch besonders den seelischen Zustand während langwieriger schwerer Erkrankungen schildern. (Diese Schilderungen, die u. a. Fälle von Flecktyphus, Ruhr, Gallensteinleiden, Mandelabszeß, Lippenfurunkel u. a. betreffen, sind meistens zu umfangreich, um sie hier auszugsweise wiedergeben zu können.) Mit die besten Krankheitsbeschreibungen durch die besondere Berücksichtigung der psychischen Verhältnisse stammen von Aerztinnen. In der Schlußbetrachtung seines Buches stellt Grotjahn u. a. 10 Leitsätze auf, die außerordentlich beherzigenswert sind.

Es wäre zu wünschen, daß jeder Mediziner das Buch lesen sollte. Es enthält unzählige Einzelheiten, deren Kenntnis von größtem Wert für ärztliches Tun und Lassen ist und deren Beachtung besonders für etwas unschätzbar ist, nämlich für die Lehre — wie man es nicht machen soll.

Haber.

A. Eckstein: Enzephalitis im Kindesalter. Berlin 1929. Verlag Julius Springer. — Die Besonderheiten der Reaktionsweise des kindlichen Organismus rechtfertigen eine gesonderte Darstellung der Enzephalitis im Kindesalter. An erster Stelle bespricht Verf. die epidemische Enzephalitis, die bei Kindern selten unter dem rein lethargischen Bilde verläuft, vielmehr häufiger durch schwere Schlafstörungen charakterisiert ist. Daneben kommen hypermetrische und schließlich atypische Formen vor. Pathologisch-anatomisch ist bei der epidemischen Enzephalitis mit einer gewissen Aktivität die graue Substanz betroffen, und zwar vor allem das Höhlengrau, die Regio subthalamica, die Substantia nigra und das Rind zwischen den großen Kernen. Die Gefäße der grauen Substanz zeigen auffallende adventitielle, lymphozytäre Infiltration; das Nervenglied zeigt herdwise zellige Infiltration und Zerstörung der Ganglienzellen durch Neuronophagie und andere Degeneration. Wenn auch restlose Heilungen beobachtet wurden, so sind doch gerade Spätschäden im Kindesalter häufig. Besonders charakteristisch sind Wesensänderungen, die unabhängig von der schweren der überstandenen Enzephalitis sind. Sie erlangen nicht selten eine forensische Bedeutung und erfordern heilpädagogische Behandlung in Anstalten.

Unter den übrigen Enzephalitisformen sind von Interesse vor allem die parainfektiösen, wobei die Masern die Hauptrolle spielen. Pertussis, Varizellen, Scharlach sind seltenere Ursachen von Enzephalitis; zum Teil scheint es sich hier nicht um entzündliche, sondern um toxisch-degenerative Hirnprozesse zu handeln.

Ein ganz besonderes Interesse beansprucht das Kapitel über die Vakzinationsenzephalitis; handelt es sich hierbei doch um Fragen von einschneidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Beseitigung des gesetzlichen Impfweges. Verf. bringt hier die gesamte bisher vorliegende Statistik von Impfschäden aus England, Holland und Deutschland. Die Vakzinationsenzephalitis ist meist eine Erkrankung der Erstimpfinge, kommt aber auch nach Wiederimpfung vor, und wurde auch bereits nach Intrakutanimpfung beobachtet. Alter der Impflinge und Stärke der Reaktion spielen keine Rolle, auch eine bestimmte Lymphe konnte nicht verantwortlich gemacht werden.

Anatomisch liegt ein ganz anderer Befund vor als bei der epidemischen Enzephalitis; es handelt sich um eine diffuse Enzephalo-Myelitis, die große Ähnlichkeit mit dem histologischen Befund von Fällen hat, die im akuten Stadium der multiplen Sklerose zugrunde gegangen sind. Ueber die Ursache der Vakzinationsenzephalitis drückt sich Verf. vorsichtig aus. Ein bestimmter Erreger ist bisher nicht gefunden. Der einzige bisher im Gehirn und Blut gefundene Erreger ist das Vakzinevirus. Bei der hohen Mortalität der Vakzinenenzephalitis (34% in Deutschland) ist ein intensives Studium der Ursachen ein dringendes Erfordernis. Da andererseits die Vakzinationsenzephalitis doch eine seltene Erkrankung ist und in Ländern mit gemildertem Impfweg die Zahl der Vorkrankungen ansteigt, glaubt Verf. für Deutschland zunächst die Aufrechterhaltung des Impfgesetzes in der bisherigen Form befürworten zu müssen.

Bei der Bedeutung der Fragen und der Ungeklärtheit der Probleme ist es dem Verf. besonders zu danken, daß er ein so großes klinisches und statistisches Material zusammengestellt und durch eigene Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen an der Lösung der Fragen mitgearbeitet hat.

Helene Eliasberg, Berlin.

Oskar Kirsch, Grundlagen der orthodiagraphischen Herzgrößen- und Thoraxbreitenbeurteilung im Kindesalter. Berlin 1929. Verlag S. Karger. Preis 7,20 RM. — Obwohl die Beurteilung der Herzgröße wichtige diagnostische und prognostische Aufschlüsse zu geben vermag, wird in der Kinderheilkunde fast nur von subjektiven Abschätzungen der Herzgröße vor dem Röntgenschirm Gebrauch gemacht. Verfasser stellt in seinem überaus klar geschriebenen Buche die Herzgrößenbeurteilung auf eine exakte wissenschaftliche Grundlage. Seine Methode ist neuartig, insofern sie keine absoluten Maße verwendet, sondern die linearen Herzmaße in Relation zur Thoraxbreite und Körperlänge des Patienten setzt. Diese proportionelle Herzgrößenbeurteilung ergibt bei Verfolgung des physiologischen Entwicklungsganges eine mit den Lebensjahren fortschreitende Abnahme der proportionellen Herz- und Thoraxbreite, es gibt keine Wachstumshypertrophie des Herzens. Das Gesetz der im Verhältnis zum Längenwachstum erfolgenden progressiven Verminderung der proportionellen Herz- und Thoraxbreite hat im Säuglingsalter keine Gültigkeit, sondern erfährt eine Umkehrung dadurch, daß im Gegensatz zum Herzen die Lunge im Verhältnis zur Körperlänge ein verstärktes Wachstum zeigt. Es ergibt sich dadurch eine Verkleinerung des während der ganzen übrigen Wachstumsperiode konstanten Herz-Lungenquotienten, was Verfasser als infantile Herz-Lungenproportion bezeichnet.

Eine weitere Neuerung der Herzgrößenbeurteilung besteht darin, daß Verfasser unter Berücksichtigung des Herzneigungswinkels an Stelle des Longitudinaldurchmessers die Herzhöhe einführt. Es gelingt ihm so, den Begriff des wirklich kleinen und großen Herzens klarzustellen. Ein schmales aber hohes Herz ist kein kleines, ebensowenig ein breites aber niedriges ein großes Herz. Es gibt nach den Untersuchungen des Verfassers eine angeborene Engbrüstigkeit und parallel dazu Herzkleinheit und Gefäßenge, die mit zunehmendem Längenwachstum noch eine Steigerung erfährt. Für außerordentlich wertvoll halte ich die Unterscheidung der zwei Arten von Schmalbrüstigkeit. Bei der einen ist die Lunge mangelhaft entfaltet, das Herz aber relativ groß, der Herz-Lungenquotient entspricht dem infantilen; es besteht die Möglichkeit, die für ein nachholendes Wachstum der Lungen erforderlichen Blutmengen dem Herzen zu entnehmen. Diese als infantilistische Schmalbrüstigkeit bezeichnete Form, die auf einer primären Wachstumshemmung der Lungen beruht, ist prognostisch günstig; sie kann sich spontan ausgleichen und ist therapeutisch beeinflussbar. Bei der zweiten Form der Schmalbrüstigkeit ist auch das Herz klein, wodurch ein nachholendes Lungenwachstum verhindert ist. Diese als hypoplastische Schmalbrüstigkeit bezeichnete Form ist prognostisch ungünstig; sie ist gewöhnlich kombiniert mit verminderter Breitenentwicklung des Knochen- und Muskelsystems und ist als eine durch vermindertes Breitenwachstum der gesamten Körperanlage gekennzeichnete Konstitutionsanomalie aufzufassen. — Eine Reihe von schematischen Zeichnungen erleichtern das Verständnis der Darlegungen des Verfassers ganz wesentlich.

Das Buch, das noch eine Fülle von Ausblicken eröffnet, kann jedem Arzte, der sich mit der Physiologie und Pathologie des kindlichen Herzens beschäftigen will, wärmstens empfohlen werden.

Helene Eliasberg, Berlin.

John K. Gore: Der Weltkampf gegen die Krankheit. New York 1927. — Interessante statistische mit zahlreichen Tabellen versehene Uebersicht über das zeitliche Fallen und Steigen der verschiedenen Krankheiten in den Vereinigten Staaten, mit Berücksichtigung der Europäischen Staaten während der Jahre 1901 bis 1925.

Michaelis, Bitterfeld.

Bericht über den IV. allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim, 11. bis 14. April 1929. Verlag von S. Hirzel in Leipzig. 14.— M., gebunden 16.— M. — Die Referate und Vorträge geben eine gute Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Psychotherapie.

Keller.

Primararzt Dr. August Schönfeld: Ökonomie des Röntgenbetriebes. Radiologische Praktika, Bd. XI. Otto Oechelhäuser Verlag. Kempten-Allgäu, München. 260 Seiten. — Eine gründliche Studie, die die mit dem Röntgenbetrieb zusammenhängenden wirtschaftlichen Fragen erörtert. Darüber hinaus aber findet der Röntgenpraktiker zahlreiche wertvolle Hinweise auf dem Gebiete der Röntgentechnik. Zahlreiche Zahlenangaben und Tabellen machen das Buch besonders wertvoll.

Kirschmann.

Kalte Füße — nur ein lästiges Symptom?

Die schlechte Durchblutung der Füße, der Hände, der Ohren 2c. ist stets das Zeichen einer dauernden oder vorübergehenden Zirkulationsstörung

bei anämischen, atonischen, katarrhalischen Schulkindern,
nach operativen Eingriffen und Traumen an den Extremitäten,
bei zentralen und peripheren Kreislaufstörungen,
bei Arteriosklerose und Hypertonie schon im Anfangsstadium,
bei Gicht und anderen Arthritiden.

Dermotherma

ist das in Klinik und Praxis anerkannte und bewährte Mittel gegen kalte Füße,

ist eine glückliche Kombination wirksamer Hautreizmittel, es belebt die Hautdurchblutung durch Gefäßerweiterung,

beseitigt die Folgen der chronischen Hautkälte, vor allem Frostschäden, Überempfindlichkeit und Juckreiz an den Extremitäten und unterstützt die Aufsaugung von gichtischen Ablagerungen,

wirkt rückwirkend anregend und erfrischend auf den gesamten Kreislauf und das Allgemeinbefinden.

Gebrauchsanweisung: Morgens und abends etwa fünf Minuten lang eine bohnengroße Menge in die kühlen und schmerzhaften Stellen einreiben.

Proben und Literatur auf Wunsch



LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Eutonon

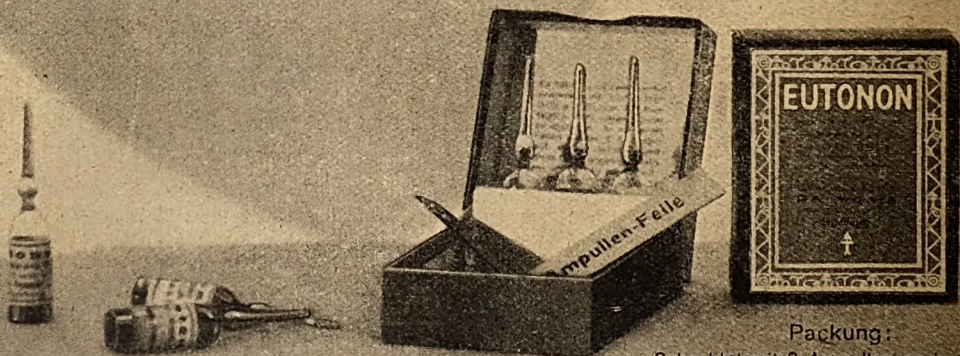
aus der Leber dargestelltes hormonales Cardiacum

Anwendungsgebiet:

Anginöse und anginoide Herzstörungen jeder Art,
Angina pectoris,
Herzmuskelerkrankungen,
akute Infektionskrankheiten.

Literatur:

- G. Zuelzer, Das Herzhormon „Eutonon“. Medizinische Klinik 1927, Nr. 39.
- Irvin Fisher, Erich A. Müller und G. Zuelzer, Der Einfluß des Eutonons auf das isolierte Säugetierherz. Medizinische Klinik 1928, Nr. 15.
- G. Zuelzer, Zum gegenwärtigen Stand der Herzhormonfrage. Medizinische Klinik 1928, Nr. 15.
- G. Zuelzer, Verlängerung der Arbeitsfähigkeit durch Eutonon. Internation. Zschr. für Sozialversicherung 1928, H. 4/5.



Packung:
Schachtel mit 3 Ampullen zu je 1,1 ccm
RM 3,50

Versuchsmengen und Literatur



zur Verfügung der Herren Ärzte

Chemische Fabrik Promonta G.m.b.H., Hamburg 26

Bei akuter Bronchitis, Pertussis und Asthma

MENTHYMIN

(Herb. Thymī, Fol., Menth. plp. Tolubalsam und Thymol)

Bewährtes Expektorans mit sedativer Wirkung

Bei zahlreichen Krankenkassen zugelassen

SICCO A.-G., Chemische Fabrik, BERLIN O 112

Seit 10 Jahren bei den unter Arteriosklerose und Hypertonie zusammengefaßten Krankheitsgruppen in Praxis und Klinik als erstes causales Organpräparat bewährt.



Das Wirkungsprinzip des

Animasa

wurde neuerdings durch die Untersuchungen an der Bier'schen Klinik bestätigt.

K.-P. = 20 Tabletten = RM 1.40
O.-P. = 30 Tabletten = RM 2.20
Kur.-P. = 300 Tabletten = RM 15.30

Proben und Literatur durch: **Organotherapeutische Werke G. m. b. H., Osnabrück.**

Mallebrein

(Aluminium Chloricum)

als Gurgelungsmittel ausgezeichnet bei Katarrhen und entzündlichen Prozessen der Luftwege in innerlicher Darreichung bei ruhrartigen Erkrankungen warm empfohlen.

Mallebreintabletten — Mallebreinsalbe

Literatur und Proben kostenlos

Chem. Fabrik Krewel & Co. G. m. b. H., Köln a. Rh. - Raderthal

Vaporin

Naphthalin compositum

Vorbeugungsmittel und bewährtes Heilmittel gegen KEUCHHUSTEN

Das absolut unschädliche und zwanglos bei den kleinsten Kindern anzuwendende Präparat mildert sicher und prompt die Intensität des Keuchhustens und kürzt Dauer und Zahl der A-fälle wesentlich ab.

Literatur und Proben kostenlos.

Chemische Fabrik Krewel & Co., G. m. b. H., Köln a. Rh. - Raderthal.

OXYMORS

bei **Oxyuriasis**

Alum. acetico-benzoicum. Kur- u. Rollenpackung, Pralinen, Klinik- u. Kassenpackung, Suppositorien

Chemische Werke Rudolstadt G. m. b. H.
Rudolstadt.

KONGRESSE UND KURSE.

(* bedeutet Kongresse.)

- * 1930. Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, Königsberg.
- * 19.—21. 5. 1930. 2. Internationaler Malariakongreß, Algier.
- * 20.—25. 7. 1930. 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Mikrobiologie, Paris.
- * 3.— 9. 8. 1930. 2. Internationaler Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Sexualforschung, London.
- * 5.— 8. 8. 1930. Internationaler Kongreß für Dermatologie und Syphilographie, Kopenhagen.



LENIRENIN-ZÄPFCHEN

dto. mit **BELLADONNA**

Rasche anaemisierende, anaesthesierende und adstringierende Wirkung bei Haemorrhoiden, Analfissuren, spastischer Obstipation, Tenesmen, Proktitis, Dysmenorrhoe und als Adjuvans bei Gonorrhoe (Prostatitis, Epididymitis)

Proben

Literatur über Lenirenin

Dr. R. Reiss, Rheumasan und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87/Fm.

JUNICOSAN

JUNIPUR - LICHTENHELDT mit KAL. SULFOGUAJACOL

doppelwertiges, billigstes Expectorans und Reorganisations-Präparat
bewährt bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane einschl. Tuberkulose

Literatur: Mediz. Welt Berlin Nr. 30/1927, Dtsch. Aerzteztg. Berlin Nr. 157/1929 u. Nr. 170/1929, Mediz. Wchschr. Wien Nr. 27/1929, Pharm. Ztg. Berlin Nr. 66/1929

L. LICHTENHELDT, MEUSELBACH (Thür. Wald)

Für **Kassen-**
und **Privat-Praxis**
K.-P. 1,45 RM
P.-P. 1,75 RM

Fabrik-Mark



Bad Neuenahr / Zuckerkrank
erhalten Prospekt durch Sanatorien — Dr. Külz.
Das ganze Jahr besucht.

Bad Freienwalde a.O.

Sanatorium für Nervenkranken

Dr. E. Zenker
Nervenarzt

MERAN südalpiner Winter- u. Frühjahrskurort

Diät-Sanatorium „Stefanie“

physikalisch-diätetisch-klimatische Kuranstalt für Rekoneszenz und Erschöpfungszustände, für Nieren-, Zucker-, Magen-, Darm-, Rheuma- und Herzkrankte, Blutarme usw., mit Ausschluß von Lungenkranken. Alle modernen Kurmittel im Hause, jeder erdenkliche Komfort. **Sorgfältigste, individuell angepaßte Diätetik.** **Prachtvolle Lage. Mäßige Preise.**

Dr. Binder.

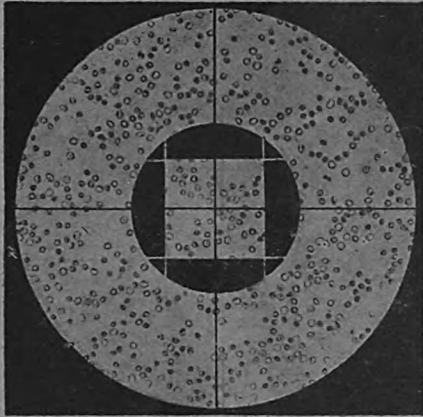
Waldsanatorium Arosa

Schweiz, 1830 m ü. M., erstkl. Heilanstalt für Lungenkrankheiten u. chirurg. Tuberkulose. Pension von Fr. 20, Winter Fr. 22. (Zimmer, 2 Haupt- u. 4 Nebenmahlzeiten, Diät, **ärztl. Behandlung**, Bäder, Abreibungen etc. inbegriffen). Modernste hygienische u. betriebstechn. Einrichtungen. **In allen Zimmern fließend Kalt- u. Warmwasser.** Appartements u. Einzelzimmer m. Bad u. Toilette, Staatstelefon- u. Radiokonzertanschlüsse in den Zimmern. Billige Familienarrangements. **Chefarzt** Geh. San.-Rat **Dr. Römisch**
Hausarzt: **Dr. Hartmann.** Neuer Illustr. Tiefdruckprospekt gratis.

Bei allen Anfragen bitten wir auf die „FORTSCHRITTE DER MEDIZIN“ Bezug zu nehmen.

Leitz

**Blutkörperzählapparat
nach Metz**



Einfachste Berechnung der roten und weißen Blutkörperchen
Multiplikationsfaktor: für rote Blutkörperchen 100000
für weiße Blutkörperchen 1000

Siehe Abb.: Anzahl der roten Blutkörperchen im Quadrat 56
Anzahl der roten Blutkörperchen in 1 cmm 5,6 Millionen

Fordern Sie kostenlos unsere Liste Nr. 26/16

Ernst Leitz, Weizlar

Lehrbuch der Massage

Von Sanitätsrat Dr. A. Müller.

2 Bände. 2. Auflage. 1926. Mit zahlreichen Abbildungen.
Kpplt. RM. 45.—, geb. RM. 50.—

„... Es stellt eine Fundgrube von zahllos guten Beobachtungen dar. Es hilft dem Arzt, das, was er auf der Universität nicht gelernt hat, die ärztliche Massage nachzuholen.“
Münchener Med. Wochenschrift

Wir liefern unter Bezugnahme auf diese Anzeige einen ausführlichen
Prospekt kostenlos

A. MARCUS & E. WEBER'S VERLAG

ERLIN W 10, Genthiner Straße 38

Supersan

Das Spezialmittel gegen

Grippe, Tuberkulose
Pneumonien, Bron-
chitis, Pertussis,
Sepsis puerperalis

(Menthol-Eucalyptol-Injektionen Dr. Berliner)
1/2 Flasche (20 ccm), 1/2 Flasche (10 ccm)
Kassen-Packung: 10 ccm Inhalt
Klinik-Packung: 100 ccm Inhalt
Amp.-Packung zu 5 St. à 1,2 ccm
„ „ 10 „ à 1,2 „
„ „ 5 „ à 3,3 „
„ 1 Stück à 5,5 ccm

Literatur bereitwilligst kostenlos

KRONEN-APOTHEKE
BRESLAU V

Geschmackvolle

EINBANDDECKEN

für die

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN

Zu beziehen durch den

Verlag HANS PUSCH, Berlin SW48

Friedrichstraße 231

Bestellkarte
beiliegend!

gegen Einsendung von M. 2.50 zuzüglich 30 Pf. Porto oder
gegen Nachnahme des Betrages.

Vial's Wein

TONISCHER

HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS

HERNERNEN
ONVALESCENTEN

UHLMANN FRANKFURT a.M.

PREIS P. FL. MK. 4,50

rippe und Rheumatismus —

ORITHRIT

INTERN

RHEUMASAN

EXTERN

SS, RHEUMASAN- & LENICET-FABRIK, BERLIN-NW. 87

UNIVERSITY OF FLORIDA



3 1262 05686 4043

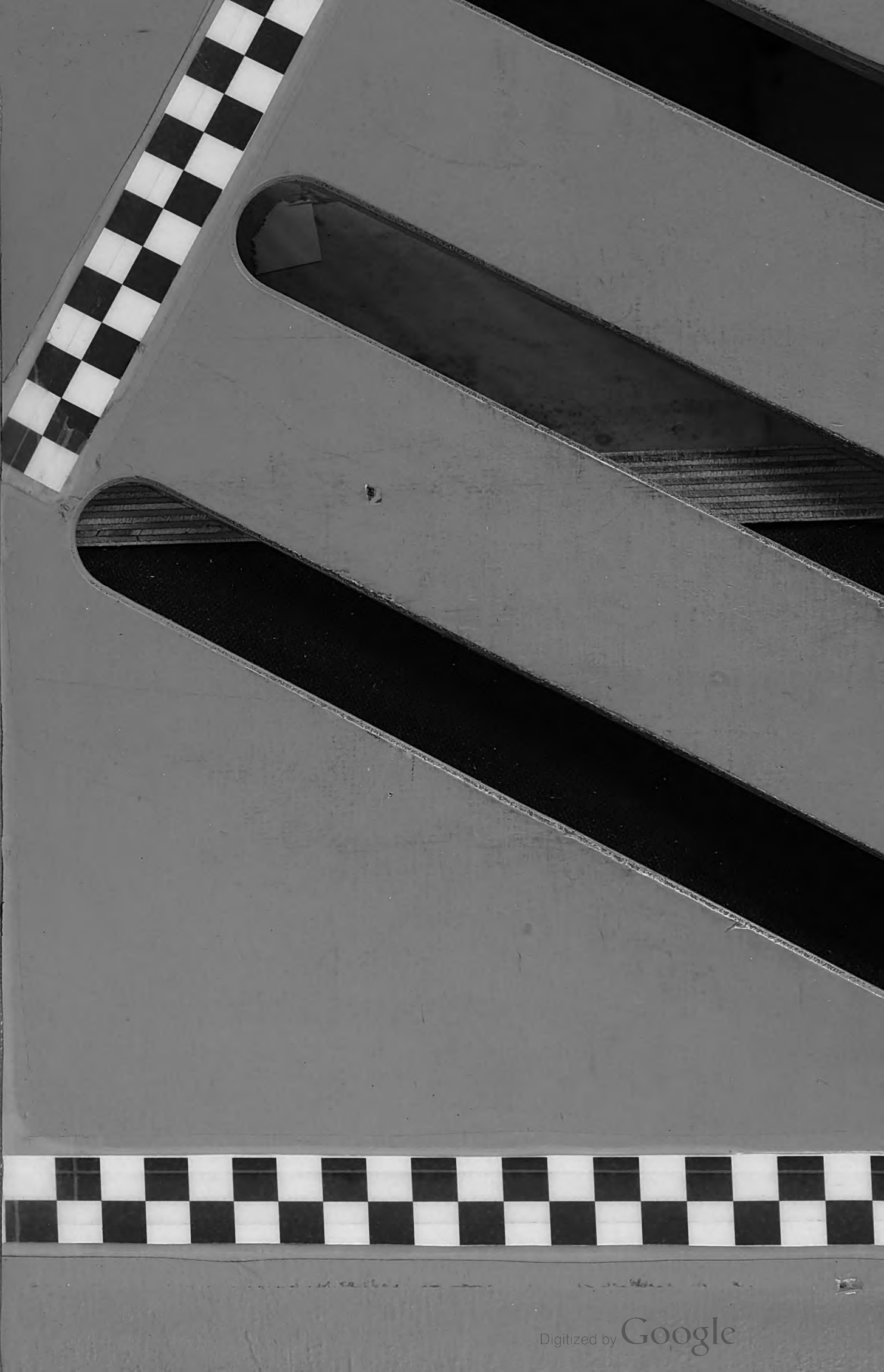
Fortschritte Der Medizin
v. 47, 1929

FLARE

FLARE



31262056864043



FLARE



31262056864043